

# 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:

Tauffer Vilmos: Megemlékezés. (243—245. oldal.)

### EREDETI KÖZLÉSEK:

Balogh Ernő dr.: A bárányhimlős bőrelváltozások alaki kór-eredetére vonatkozó vizsgálódásokról. (245—246. oldal.)

Hajós Károly dr. és Hofhauser István dr.: A syphilis újabb zavarodási és kicsapási reakcióiról. (247—248. oldal.)

Rubin Jenő: Kísérletek intravenás neosalvarsan-szőlőcukor injectiókkal a syphilis-therapiában. (248—249. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 87-ik közgyűléséből 1923 május 26-án. (240—250. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 május 23-iki ülése. (250. oldal.)  
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Szülész-  
szet és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (250—253. oldal.)  
Vegyes hírek. (254. old.)

## Megemlékezés.

Semmelweis Ignác Fülöp arcképének leleplezése alkalmával a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 május 26-án tartott ünnepi ülésében elmondotta: Tauffer Vilmos dr.

Tisztelt Orvosegyesület!

Egyesületünk igazgatósága Semmelweis századik születési évfordulóját solemnis módon 1918 október 12-én határozta megünnepelni és az ünnepi beszéd megtartásával az én csekélységemet bízta meg. Vészes időt, az isonzói összeomlást megelőző napokat éltük; a higgadt vezetők minden erőfeszítéssel azon voltak, hogy megtartva a nyugodtság látszatát, a közrend fenntartását lehetővé tegyék; e törekvésben részes volt a Kir. Orvosegyesület vezetősége is és velem egyetértésben, kötelességének tartotta az emlékünnepelet el nem halasztani, bár belátta, hogy az ünnepléshez alkalmas lelki hangulat hiányzik. Innen volt, hogy kevés érdeklődés mellett bár, megtartottuk az emlékünnepelet, sajnos, úgy és anélkül, hogy az ünnep jelentőségét szívünk és elménk a nagy férfiút megillető solemnitással fogadhatta volna. Gyászos emlékü lesz nemzetünk történetében az 1918. év október hava mindörökké; a négy évet meghaladó háború borzalmaival az emberiség idegeit a végsőkig feszítette, a nagy világtragédia végéhez közeledett, az isonzói felhőszakadás borzasztó égháborúja hazánk egét is elborította, a vészterhes fellegekben villámok cikáztak, és a tompa dörgés megrázkódtatta a mindenséget; a lelkeket a katasztrófális összeomlás érezte szállotta meg; nemzetünk az eljövendő borzadályok előérzetében minden tagjában remegett. A király az osztrák nép háborgása elől kitérve, Gödöllőn keresett családjá részére nyugodtabb helyet; az államhatalom akkori kezelői — a nemzet királyhűségét demonstrálандó — a király debreceni látogatását — az egyetem alapkövetelével párosítva — nem halasztották el, és a nemzet érzelmeinek hódolva, a királyt a honvédenekar a magyar Hymnus hangjával kellett volna fogadja. Ámde mi történt?! A cseh nemzetiségű hadparancsnok melőzve a honvédséget, önkényesen cseh díszszázadot vezényelt ki és a megállapodás ellenére, tüntetőleg a gyűlölt Gotterhalte-val fogadta a királyt. E kihívás arccsapásként érte az amúgy is végsőkig felzaklatott hazafias érzetet, mert egész meztelenségében mutatkozott az álnokság ellenségünk részéről, saját otthonunkban. A súlyos visszahatás nem maradt el; az országgyűlésen Meskó Zoltán képviselő interpellációja kapcsán vulkánként tört ki a méltatlankodás, úgy, hogy a Wekerle-kormány stande sessione beadta lemondását és elkövetkeztek a forradalom gyászos napjai, amikor gróf Károlyi Mihály és későbbi cinkostársai ragadták kezükbe a hatalmat; megala-

kult a Nemzeti Tanács, 28-ikán volt a lánchidi csata, teljessé vált a felfordulás és elkövetkezett az összeomlás minden borzalmával szegény hazánk felett.

Azóta végigjárta nemzetünk a Golgota útját: a megaláztatás, a szétdaraboltság, a forradalmak, a rémuralom és a román megszállás keserves kínja csaknem eszméletől fosztotta meg társadalmunkat és nem megnyugvás a sorsunkba, hanem a keserves beletörődés a megváltozhatatlanba csak az idő múltával vált lehetségessé. Csak jó idő elteltével tudtunk ismét eszmélni, amikor akaraterőnk visszatért és a fennmaradni akarás ösztöne ismét teltre készítetett, amikor a kir. Orvosegyesület az újraébredésnek adhatta jelét, amikor e falak között — egyelőre bár csak a megalázó ellenőrzés alatt — ismét találkozhattunk kari érdekeink, tudományos és humánus feladataink megbeszélése végett; e falak között, hol előbb a sorainkba is befört terror hallatta förtelmes, vérfagyasztó atrocitásait. Az orkán elült, de a felkorbácsolt hullámok még magasan jártak, és idő telt, míg magunkhoz térve, áttekinthettük a nyomában járt pusztulás méreteit és kereshettük, hogy hol kezdjünk az újjáépítés nagy munkájához ismét.

Egyesületünkben az élet visszatérével szerencsére csakhamar konstatálhattuk, hogy a nagy megpróbáltatás nem törte meg szellemi erejét; tudományos üléseinken csakhamar új élet indult, oly intenzív, oly magas színvonalú, mint bármikor előbb, és mi öregebbek lelki örömmel szemléltük, hogy nemcsak a régi gárda áll szilárdan, hanem a háború zajos éveiben a dolgozó ifjú nemzedék tiszteletreméltó tudománysozomjussal készült az új élet megindulására és egész sorozatával a magas színvonalon álló tudományos előadásainak demonstrálja komoly, előretörő munkásságának jeleit.

Egyesületünk ez újjáéledésének idején kitűnő elnökünk, ifj. Bókay János, az ő eléggé meg nem becsülhető tapintatosságával és a veleegyertő igazgatótanács csakhamar elérkezettnek látta az alkalmat, hogy a zord idők által félelgesített Semmelweis-emlékünnepelet solemnitásban pótolja, anélkül, hogy arcképet érdemes művészettel megfestetve, annak ünneplés felavatását a mai közgyűlésünk alkalmára tűzze ki, ismét az én csekélységemet tisztelte meg azzal, hogy ünnepeletünknek fennkölt egyéniségét „visszaemlékezés” formájában idézzem körünkbe.

A megtisztelő megbízatást véve, gondolkoztam: vajjon nem volna-e helyesebb, ha nem én, hanem a fiatal nemzedék egyik-másik hivatott képviselője beszélne a mai napon e helyen? Hiszen mi öregek egy letűnt időnek képviselői vagyunk, kik abban a szellemben nevelkedtünk, éltünk és gondolkozunk, mely a mai törtető világban, sokak szerint, nemcsak elavult, nemcsak értéktelen, de állítólag káros is volt. E töprengésemben el-

képztem, hogy ha az éj csöndjében, egy misztikus órában, e szent falak között meglevenednének elhunyt nagyjaink, ha Balassa leszállana piedestáljáról és maga köré szólítaná rámaikból *Markusovszky-t*, *Korányi-t*, *Bókay-t*, fali consoljával *Hirschler-t* és a mai napon közöttük helyét elfoglaló *Semmelweis-t* és consiliumot ülnének orvostudományi és társadalmi közviszonyaink felett, vajjon mi hangzanék el ajkaikról? Milyen fennkölt, okos, milyen megszívlelendő szózat volna az, mely a bölcsök tanácsából hozzánk szólana! Oh jaj, sokszorosan jaj nekünk, hogy mai nagy nyomoruságunk közepette nem hallhatjuk fennkölt, bölcs szózatukat!... Alázatosan érzem, hogy az én csekély tehetségem megközelítőleg sem elégséges mindannak a bölcsességnek elgondolására sem, ami nagyot, szépet, okosat Ők minékünk mondanának: de leborulva nagyságuk előtt, bízom benne, hogy az általuk elvelett jó mag az én közvetítemem nélkül sem korcsosul el és a magyar orvosi rend mindig méltó leendő az Ők szelleméhez a jövőben is. Magam pedig azt a biztatást véltem hallani ajkaikról, hogy közéletünk jelen irányzata, mely a mult kegyeletét sokszor megtagadni is hajlamos, — legalább az orvosok etikai és társadalmi világában — nem lehet végleges, hanem csak átmeneti, gondolkozási betegség, melynek elmúltával ismét felelednek a régi ideálok és amit Ők, Nagyjaink, jónak, szépnek, értékesnek, kívánatosnak tartottak, az mind ismét elfoglalja helyét a közfelfogásban; tehát helyén levő, hogy mi, a régi világ emberei, kik jórészen Ővelük együtt éltünk, kik szemtől-szembe láttuk őket, kik hallgattuk bölcs beszédüket, kik ismertük lelkületük nemes fennkölt-ségét — az általuk belénk plántált tradíciókhoz hívek maradjunk és amennyire gyöngye erőnkől telik, azokat az új nemzedék lelkébe átültetni igyekezzünk. Ilyen gondolkodás alapján merészkedtem az igazgatóság meglisztelő megbízását vállalni, — hogy *Semmelweis* emlékezetét a mai napon a t. Orvosegyesület színe elé idézzem. Tehát „visszaemlékezés” és nem emlékbeszéd az enyém, mert az emlékbeszédet 1906 szeptember hó 29-ikén a Kir. Orvosegyesület színe előtt *György Tibor* tisztelt kartársunk — *Semmelweis* tanítása prioritásának diadalmas megvédője a contagionistákkal (*Holms*-szal) szemben — oly szépen és oly nagy tudással adta elő, hogy meddő vállalkozás lenne részemről e téren újat keresni.

Épp ezért az 1918. év nyarán, az októberben tartandó századik születésnapjának ünnepére készülve, kerestem a lelki hangulatot, mely felemeljen abba a magas szellemi légkörbe, melyben *Semmelweis* kortársaival és barátaival élt. E lelki hangulatot a természet öln, ideális helyen, a Szepességen, Csorba mellett, Lucsivnán, *Markusovszky Lajos* születési otthonában találtam fel: fülemben csengett ott naponta ama kis harang csengő szava, hol *Markusovszky*, mint szerény evangélikus lelkész fiacskája a nagyvilágot meglátta és nemes lelke a természet öln felnövekedett, az a *Markusovszky*, ki *Semmelweis*-nek a szó legnemesebb értelmében jó szelleme volt... Erdő tisztáson, távol a világ zajától, magában álló házacskában, csörgedező patak mellett, felséges fenyők árnyában, honnan a Tatra panorámája az ő isteni szépségében ragyogott felém, a legszűkebb családi körben találtam meg azt a hangulatot, mely felemelt és megnyitotta előttem *Semmelweis* lelkületének rejtjelmeit. Sír a lelkem az istentelenség tudatában, hogy hazánk e gyöngye, ez ékessége ím már nem a miénk; remeg a szívem a gondolatra, hogy el lehetett tőlünk rabolni hazánknak azt a népet, a szepesieket, akiknek fajtája a magyar nemzetnek sok más jelesek között egy *Henselman-t*, *Hunfalvy-t*, egy *Lumniczer-t*, *Zsedényi-t*, egy *Markusovszky-t*, egy *Strobl-t* és a *Bókay*-akat adta, azt a népet, melynek kebeléből hazánk jövőre is legértékesebb fiainak sorozatát kiválni remélhetette. De szilárd az én meggyőződése, a jövőbe vetett hitem, hogy az a faj, mely a legjobb hazafiasság mellett, nemes fajjellegét évszázadokon át megtartotta, amelyik az elszakíttatás idején oly szívetszagató módon búcsúzott százados hazájától, szívében és értelmében hű marad önmagához és mihozzánk mindörökké, addig is, míg a most oly nagyon szerencsétlen haza ismét keblére ölelheti fájdalomában síró leányát, a magyar felvidéket és ebben a Szepes-

séget. Ebben a környezetben, *Semmelweis* és barátainak szellemi körében, amikor feltárult előttem együttélésük eszmevilága, szörnyen bántott a gondolat, hogy miként lehetett az, hogy, eltekintve a gyarlók és kicsinyektől, a tudomány és etikában nagyok, nemesek is, kiket minden időre eszményi magasságba helyeztünk: csak éppen a *Semmelweis* arany igazával szemben lehettek vakok, elfogultak, igazságtalanok! Úgy éreztem, hogy e szerencsétlen helyzetben egy még fel nem derített végzetes rejtély lappang, mely a kor gondolkozási hibájában, a tudomány azon időben való elfogultságában kell hogy rejtőzzék. Az erdő magányos utain bolyongva szüntelen magammal hordoztam e kérdést és kimondhatatlan boldogság járta át lelkemet, amikor a talányt *Pertik Ottó* elhunyt barátom és tanártársam egy *Semmelweis* serleg beszéd formájában jól eldugott értekezésében megfejtve találtam. E felfedezés indított arra, hogy ünnepi beszédemben nem *Semmelweis* tanításának százszor bebizonyított örök igazságát vagy lényegét tárgyaltam, hanem abból a percből indultam ki, hogy „*Semmelweis* meghalt!” „Eltűnt Ő a világ szinpadáról és vele együtt minden, ami egyéniségében gyarló volt. Megszűntek a személyes ellentétek, amelyek elismertetésében akadályok voltak; a gyűlölködésnek vége lett és már-már várható lett volna, hogy tanítása érvényre jusson. Sajnos, az elégtétel ideje még nem érkezett meg; az emberiség még nem léphetett a nagy felfedezés osztatlan birtokába, a gyermekágyasok hekatombáinak még mindig nem lehetett vége.” Kibékítő, megnyugtató volt tehát zajongó igazságérzetemnek *Pertik* magyarázata, mert azt találtam meg benne, hogy az ellenállás, mellyel *Semmelweis*-nek küzdeni kellett, csak kisebb részben múltott az emberek, a kortársak gyarlóságán, sértett hiúságán és legnagyobb részben a tudomány akkori állásában rejtett, melyet *Semmelweis* három évtizeddel előzött meg felfedezésében. Az volt sorsa Őneki is, mint *Robert Mayer*-nek, a heilbronnai egyszerű gyakorlat-orvosnak, ki ugyanabban az időben, a 40-es években, mint *Semmelweis*, az energia törvényének, az erő fennmaradásának világraszóló eszméjét állapította meg, kit küzdelme, éppúgy, mint a mi *Semmelweis*-unkat, az örültekházába kergetett, hol 13 hónapig a kényszerzubbony kínjait kellett elviselnie. *Robert Mayer* tanának egy *Tyndas* és *Helmholtz*, a *Semmelweis*-ének egy *Pasteur*, *Lister* és *Koch* ingeniuma kellett segítségére jöjjön, hogy megvilágítsa az emberek felfogásának sötéttségét és megszerezze számára a világ osztatlan elismerését.

\*

Nagy emberek élettörténetét igazában megérteni csak úgy lehet, ha a tudós mellett az emberrel is foglalkozunk, ha megismerjük lelkületének azon egyéni körülményeit is, amelyek gondolkozásának milieujét képezték. Így vizsgálva *Semmelweis* életét, kétségtelen, hogy Onála a környezet döntő jelentőséggel bírt, mert tudjuk, hogy végtelen mélyen elkeseredve, kifáradva a küzdelemben, több mint 10 éven át letenni látszott a fegyvert és amint *György* megállapította, bízva tanításának igazában, annak érvényesülését az időre bízta. A végleges rezignációtól, a küzdelem feladásától csak barátai és ezek között különösen a *Markusovszky* lelki támogatása és ösztökélése mentette meg, mert egészen valószínű, hogy e hűséges fegyvertársa nélkül — ki oly bámulatos jövőbetekintéssel szállt síkra *Breiszky* mélyen szántó ellenállásával szemben is — *Semmelweis* klasszikus könyve: „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers 1861”, sohasem látta volna meg a világot.

*Semmelweis* orvosi gondolkozásának megértése végett körül kell tekintenünk az emberek akkori gondolkozási módján, melynek befolyása alól ő sem vonhatta ki magát. Nagy idő volt az orvostudományok fejlődésében, amikor *Semmelweis* az orvosi pályára lépett; az epochalis átalakulás szelleme járta be a világot: *Schwann* sejtelmélete kiderítette a szervi világ egységét; *Johannes Müller*, a modern physiologia megalapítója, még csak szerényen és tapogatózva merte a természet-filozófiai gondolkodás irányát támadni és munkálkodása inkább csak a téves tanok lebontásában, mint az újabbnak fel-

építésében állott; nagy szerencse volt, hogy a véletlen egy *Helmholtz*-ot, *Du Bois Reymond*-ot és *Brücke*-t vezetett körébe, kik a nagy úttörő munkájának alapján felépítették az újkori fiziologiát és átalakították a gondolkodást, mely a nem mérhető és nem definiálható „életerő” tanát, mint az életműködések magyarázóját, megdöntötte. Ez időben született meg *Robert Mayer* nagy gondolata az erő fennmaradásáról, mely, úgy mint *Newton* felfedezése a gravitációról, korszakosan és minden természeti jelenséget magyarázó tételként termékenyítette meg a természettudományi gondolkodást. *Bischoff* és *Beer* az embryológiában nyitott új utakat a tudománynak, *Henle* egy új tudományt: a hystologiát vezette be az ismeretek körébe, *Charles Bell* és *Magendie* személyében az experimentális pathologia találta megalapítóját és ezek általános befolyásán túl mint közvetlen irányítói: *Rokitanszky*, *Skoda* és *Hebra* állottak *Semmelweis* szeméi előtt; intimus barátja, lakótársa és gondolatainak részese azoknak „ébredésétől” kezdve pedig *Markusovszky Lajos* volt.

Erre a korra tekintve vissza, ma, amikor az orvosi tudományos műhelyekben világszerte nyüzsög és bámulatos eredményeit termeli az aetiologiás irányú buvárlat — csak ma tudjuk igazán méltányolni ama letűnt kor fiai munkájának epochalis jelentőségét, melyben *Semmelweis* gondolkodása fejlődött, búvárlati irányba szárnyakat kapott és végül oly nagyszerű eredményekhez vezetett. De mindez letört, valószínűleg elsenyedett volna, ha *Bécsből* való elűldöztetése idején nem fogadja őt hazájában barátainak szeretete, igazába vetett törhetetlen hite és *Markusovszky*-ban az azokért való sikraszállás készsége; ez a ragaszkodás táplálta *Semmelweis* szívét és erkölcsi erejét küzdelmében.

*Korányi Frigyes* 1902. évi október 14-ikén, itt az *Orvosegyesület* színe előtt, *Markusovszky* felett tartott emlékbeszédében szívéből fakadó melegséggel tárgyalta azt az időt és annak az időnek szellemét, mely *Semmelweis*-t hazatértekor fogadta. A „*Balassa Társaság*” nevén ismerjük az együttgondolkozóknek azt a kicsiny körét, mely utóbb, *Balassa* halála után, *Markusovszky* körül csoportosulva maradt fenn évtizedeken át és ma, immár 70 esztendő múltán, még máig is élő valóság közöttünk, kik a magunkkal hozott tradíciókat ápolni s ha lehet, az utánunk jövőkbe átültetni igyekszünk.

A magyar orvostudomány és tudományművelés a világirodalomba tulajdonképen *Semmelweis* sikraszállásával lépett be, ki mint felfedező, mint író, mint agitator követelt helyet igazságának a tudományok mezején a nagyvilágban, a legvégső eszközöktől, a személyes felelősségrevonástól sem rettenve vissza „*Nyílt leveleiben*” azokkal szemben, akik a tekintély és hatalom birtokában, véleménye szerint, pusztán hiúság és személyes sértődöttségből nem voltak hajlandók igazságának elfogadására és ezzel kárt okoztak az emberek életében. Ma, 58 évvel halála után fokozott mértékben érezzük az ő nagy elméjéből fakadó dicsőségünk nagyságát, ma, amikor elült az irigység, elnémult a szenvedély és az egész tudományos világ osztatlanul hódol a nagy magyar orvos szellemének. *Semmelweis* szelleme csaknem félszázaddal halála után érte el az egyetemes elismertetést a legszigorúbb testületben, — az orvosi világban, hol kutató bírálattal néznek és a tényeknek szigorú sorakoztatásával állapítják meg az igazságot. Végre átérezte az orvosi világ, hogy a nagy szellemnek igazságtalan megbántása történt, hogy *Semmelweis* jóhiszeműségében, az emberiség szolgálatában halt mártírhálált, hogy az erkölcsi világ elégtétellel tartozik szellemének. Ez elégtétel napja 1906. szeptember hó 30-án érkezett el az ő számára, amikor szobrát az Erzsébet-téren, az egész művelt világ küldötteinek jelenlétében lelepleztük.

Napjainkban, amikor az erkölcsi elvadás, a háború és a kommunizmus az emberi természet legaljasabb alakját hozta felszínre, amikor a becstelenség és jellemtelenség kérédek, sőt nem egyszer érdemnek és ügyességnek tartatik, most, amikor a félműveltek a harácsoltságban dőzsölnek, míg a tudomány művelőinek az élet fenntartása és a hivatásszerű tudományművelés elemi szükségereire sem telik, amikor kultúránknak visszafel-

dése fenyeget, e szomorú és siralmas időben jól esik lelkünknek a visszatekintés azokra a napokra is, amikor orvosi rendünk, a nagyvilág összes orvosainak illetékes bírálata szerint, fénykorát élte a nemzetközi orvosi kongresszus alkalmával 1909-ben, mikor az Erzsébet-téren minden kultúrnemzetnek egy-egy leghivatottabb képviselője hajtotta meg zászlóját *Semmelweis* szobra előtt, az előtt a szobor előtt, amelyet a világ összes orvosai állítottak az ő emlékezetére.

Ha egy világgraszoló, az emberiség sorsát elhatározó nagy felfedezésnek embere, küzdelmek útján bár, de eredménnyel vívta meg az élet harcát és az erkölcsi elégtételnek nagy érzésével halt meg az élet fáradalmi után, úgy az igazságos kiegyenlítődés megnyugtató érzésével kísérik sírjához, hiszen az élet nem maradt neki adós, hisz sírba szállva a megértő utókor háláját viszi magával; ellenben az, ki milliók életmentésének nemes tudatában a világ gáncsát, üldözését kell elsenvedje, kitér a lelkitusa állandóan meg-raból éjele s nappala nyugalmától, ki hála helyett kortársainak gúnyos lebecsülését kell elsenvedje, ki fájdalom küzdelmében elméjének elborulását érzi elkövetkezni, ki végre még testi kínokat is szenvedve esik át halálküzdelmén: az mártírként hal meg; azzal szemben a világ, az emberiség, az utókor soha le nem róható adós marad és ez adósság nőttön nő, azon mértékben, amint az ő nagy cselekedete által a megmentett emberéletek száma a milliók és milliókban növekszik.

*Semmelweis*-nak ez a mártírság jutott ki életében, és szenvedései nagyságáért csak a szellemének adózó örök elismerés jutott osztályrészül, mely kísérni fogja mindig, addig, míg tudomány lesz, mely az emberiség legnagyobb jöltevéinek emlékét számontartja.

Ha Önök tisztelt Kartársaim és az utókor ifjú orvosnemzedéke e falak között karunk egykori nagyjainak képsorozatában *Semmelweis*-re feltekintenek, gondolják meg, hogy e nagyok mindenike a legszerényebb polgári család köréből emelkedett oda fel, hol őket mint követendő példáinkat tiszteljük és hogy az út az ők magaságába mindenkinek nyitva áll.

Mi, öreg orvosok, előhaladott korunk előnyének tekintjük, hogy elköltözött jeleseink viselt dolgait, melyeket jórészt Övelük éltünk át, veszendőbe, feledésbe menni ne engedjük és ez emlékkincseket a megértő utódotoknak átadjuk, hogy reámutassunk az ő példájukban arra, hogy utánuk haladva, szilárd etikával, józan ésszel, elfogulatlan megfigyeléssel, tárgyilagos következetességgel és emberszeretettel mindnyájunknak sikerülhet olyan szilárd ismereteket és erkölcsi alapot megszerezni, melynek birtokában a szenvedő emberiségnek jötevéjévé válhatunk.

Ez a megismerés legyen minékünk orvosoknak nehéz hivatásunkban lélekemelő osztályrészünk, *Semmelweis* emlékezetében, a nemzedékeken át, most és a jövőben, mindenha!

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### A bárányhimlős bőrelváltozások alaki kórereditére vonatkozó vizsgálódásokról.

Írta: *Balogh Ernő dr.*, a székesfőv. Szt. László és Szt. Gellért közpórházak boncoló főorvosa s a Pázmány Péter tud. egyet. I. sz. Kórbonctani Intézetének I. tanársegédje.

(Előzetes közlemény.)

*Bókay János* professor három decenniumra visszamenő 14 megfigyelése alapján bebizonyította volt, hogy a varicellás bőrelváltozások bizonyos esetekben éppúgy egyes segmentális bőrzónákra lokalizálódhatnak, mint a herpes zoster hólyagcsái. (1919.)

Az övsömör hólyagcsáinak ezt a szabványos elhelyeződését felderített okok mérik ki, méltán érdekelhet

tehát bennünket, hogy vajjon nem-e található bárányhimlősök csigolyaközti dúcaiban is elváltozások, amint az elsődleges herpes zoster bizonyos eseteire nézve *Bärensprung*, majd *Head* és *Campbell* s utánuk sokan ezt már megállapították.

A Szt. László-kórház prosecturáján e célból eddig hat egy éven aluli s egy két éves gyermek intervertebralis ganglionjait (= i. gg.) vizsgálhattam meg, akik bár különböző fertőzőbetegségek következményeiben haltak meg, de friss varicellával fertőzöttek voltak. A varicellás eruptio ugyanis részben beszáradt pörkők, részben friss apró savós hólyagcsák alakjában a halál előtt tisztultak fel a pörkők a IV. esetben. A csigolyaközti dúcokat mindig a ventralis oldal felől, gerincvelővel összefüggésben vettem ki. Már szabad szemmel kisebb-nagyobb, csikszerű vérezéseket figyelhettem meg az I., VI. és VII. eset több s a III. eset egy ganglionjának a tokjában. Kórszövettanilag ezideig az első öt esetből összesen 212 i. gg.-t vizsgáltam. Leleteimet az első három és az V. esetből a következőkben foglalhatom össze.

A ganglionsejteken lényegesebb elváltozásokat nem találtam. Mind a négy esetben a ganglion kötőszövetes tokján belül, nem egyszer a dúc közvetlen közelében lebenyes magvú, fehérvérsejtekkel bőven kitöltött ereket, valamint kisebbfokú fehérvérsejtes perivascularis infiltrációkat észleltem (pl. az I. eset 17 vizsgált baloldali i. gg. közül tízszert, bár változó mértékben; a II. eset 21 b. o. i. gg. közül 14-ben, a III. eset 21 j. o. i. gg. közül kilenc esetben, az V. eset 47 i. gg. közül négy ízben). Górcsövi vizsgálattal vérezések látszóttak a kötőszövetes tokban igen kifejezetten az I. esetben (17 i. gg. közül 11-ben), kisebb mértékben a III. (25 b. o. i. gg. közül 11-szer) s az V. esetben (12 ízben). Nem találtam vérezéseket górcsövileg sem a II. eset 90 metszeten átvizsgált 41 i. gg.-ban, de ezekben viszont a legkifejezettebbek voltak a lobos reakcióknak minősíthető előbb említett fehérvérsejtes felhalmozódások. A vérezések mind frissek voltak s úgy gondolom, nem tévedek, hogyha különösen a jelentősebbek eredetét azokból a friss rögsődésekből származtatom, amelyeket a ganglion tokjában futó kis arteriákban többször (I. és III. esetben kétszer, V. esetben négyszer) meglettem.

Külön szeretnék beszámolni a IV. eset vizsgálatáról. Ez a hathónapos, nagyon jól fejlett, igen jól táplált orosz fiúcska négy kis társával együtt betegedett meg bárányhimlőben. Varicellája már tűnőfélben volt, amikor három nappal halála előtt erőbelileg egyszerre megroppant, végtagjaival időnkint górcsös rángásokat végzett s ugyanakkor tekintetét mereven egy pontra szegezte. Halála előtti napról kifejezett tonusos górcsöket, apró fibrilláris rángásokat jegyzett fel a kórtörténet.

Górcsövi vizsgálattal a lép és máj állományában is, több metszetet átnézve, igen friss typosus epitheloidos és óriássejtes gümőt találtam. A XI. háti szelvény táján (ahol kis mogyoró kemény héja méretére vastagodtak meg és halványsárgára színeződtek el a gerincvelő lágyburkai) már régebbi, elsajtosodó gümős folyamat székelt. 44 vizsgált i. gg. közül legkifejezettebben a bal XI. háti, mérsékeltben hét u. a. oldali s nyolc j. o. dúc közvetlen környezetében, különösen a hátsó gyökérre ráterjedőleg ugyancsak gümős eredetű, idősült lobos elváltozásokra akadtam. Ezek mellett még azonban a IV. háti i. gg. kötőszövetes tokjában keskeny vézéses csik s három másikban kifejezett vérbőség is volt. Górcsövileg valóban hat i. gg. metszeteiben még frissebb lobos, kistokú perivascularis infiltrációkat, leukocytákat, de apró vérezéseket is találtam, amelyek az előbb leírt gümős sarjadzások szövettől független és frissebb elváltozásoknak mondhatók.

Ellenőrző próbáknál olyan eseteket választottam, amelyek varicellamentesek voltak, de olyan fertőző betegségek következményeiben pusztultak el, mint bárányhimlős eseteim. Ezek (nyolchónapos fiú dysenteria gravis, két éves fiú morbilli, másfél éves leány pertussis és bronchopneumonia, négy éves fiú scarlatina, két éves fiú diphtheria) (107 i. gg.-jában sem pusztá szemre, sem pedig górcsövi-

leg a varicellás esetekben említett elváltozásoknak megfelelő képet nem találtam. Ha ellenőrző eseteim száma még elég kevés is, azt eddigelé mégis bizonyítják, hogy a bárányhimlős esetekben feljegyzett leleteim nem a szövődött társfertőzések állandó kísérői. Mint ugyancsak kontrollanyagra hivatkozhatnék *Jogiches* orosz szerző leleteire, ki 20 esetben, de nem varicellás, hanem egyéb fertőző betegségekben elhalt gyerekekben vizsgálta meg a csigolyaközti dúcokat, azonban egy alkalommal sem talált az interstitialis szövetben semminemű elváltozást.

Közel 70 évre visszamenőleg *Axmann*-tól kezdve sokan keresték az összefüggést az intervertebralis ganglionok működése és a bőrön keletkező több más elváltozás között. Kísérleti pathologusok igazolták is, hogy amíg ugyan az i. gg. kiirtására csak igen szeszélyesen (*Bikeles*, *Jasinski*, *Köster* stb.), addig azok izgatására következetesebben (*Gaule*), sokszor igen szembeszökően (*Samuel*) támadnak a bőrben vasomotoros-táplálattási zavarok. Utóbbiak tehát tartós anomálos ingerbehatások fejleményei s ha már az i. gg. teljes kiesésére alig vagy egyáltalán nem, úgy azok lobmentes elváltozásaira, pl. multiplex apoplexiára (Orsós F. 1914.) keletkezésük még kevésbé várható. Őt bárányhimlős esetem i. gg.-jai kötőszövetes tokjában lelt, apró vérezésekkel kísért, enyhe, de friss lobos jelenségek egyfelől a bőr vasomotoros-táplálattási zavarainak kifejlődéséhez postulált kóros ingerbehatás jeleiként is elfogadhatók, másfelől felette emlékeztetnek az elsődleges övsömörnek *Bielschowsky* vázolta pathologiai substratumára. Tehát nem minden alap nélkül kereshetünk szövettani leleteink és a bárányhimlős hólyagcsák kiütések keletkezése között, oki összefüggést. A bárányhimlős fajlagos körképe elengedhetetlenül azt is megkívánja, hogy pathologiai substratumában is fajlagosság nyilatkozzék meg. Mi ezt a fajlagosságot nem a még csak megkezdett vizsgálataink eddigi körvonalazott leleteiben, hanem a körkép adaequat kiváltó okának: magának a varicella-virusnak a specifikusában látnánk rejleni. Mivel azonban a bőr vérellátási-táplálattási összhangjában az érző, de a vasomotoros idegpályáknak is szerepe van (*Cassirer* stb.), legalább is manapság, amikor még a varicella-virust nem ismerjük, nem dönthető el, hogy utóbbi mint anomálos ingerbehatás a viscerosympathico-spino-radicularis ideghálózat melyik szakaszában fészkelje magát.

A bőr hólyagcsák eruptiói keletkezésének neurogen-functional mechanizmusát elméleti elképzelésben, különösen herpes zoster kapcsán már sokan fejtegették (*Vulpian*, *Kohnstamm*, *Nyáry* stb.), amit így mellőzni gondolva csupán két nemrég közölt érdekes tapasztalati tényt említenék. *Schreiner* megfigyelte volt, ugyanis, hogy ha syphilitikus bőrexanthemás egyén gerincvelői subarachnoidealis üregébe adrenalint fecskendezett be, az exanthemákat elhalványulásra bírta. Klinikai igazolása ez annak, hogy a bőr érbeidegző apparatusa a gerincvelő felől befolyásolható. *Asher* viszont bebizonyította, hogy az erek permeabilitása a vasomotoros idegek útján befolyásolható, ami savós hólyagcsák neurogen módon való keletkezését is újabb bizonyítékkal támogatja.

Kórszövettani leleteim és az ezekből levonható következtetések alapján a bárányhimlős bőrkiütéseket a bőr vasomotoros-táplálattási zavarainak minősíthetnénk. Ez az értelmezés össze is férne *Jochmann*, *Sack*, *Barabás* ama megfigyeléseivel, hogy a bárányhimlős eruptiók különböző bőringerekkel fokozhatók, illetőleg provokálhatók. Ugyanis *Head*, *Köster*, *Cassirer* bizonyították, hogy pl. a csigolyaközti dúcok bizonyos károsodásai izalmi készségeket teremtenek a bőrben, minek folytán az ép bőrre úgyszólván indifferens külső ingerek a legmesszebbmenő vasomotoros-táplálattási zavarokat eredményezhetik. Bókay János professor klasszikus klinikai megállapításába is jól bekapcsolhatnánk végső conclusiónkat, amely szerint akkor várhatnánk, hogy az övsömörnek megfelelő segmentalis bőrzónában jelentkeznek a bárányhimlős eruptio, ha a varicella-virus egyes gangliont, avagy ennek körletét serkentető kóros funkciókra.

Vizsgálódásaimat szélesebb keretek között tovább folytatom.

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

## A syphilis újabb zavarosodási és kicsapási reactióiról.

Írták: Hajós Károly dr. és Hofhauser István dr.

Minden újabb módszert, mely a syphilis serodiagnostikájának biztosabbá tételéhez közelebb vezet, örömmel kell üdvözlönnünk. A vizsgálók már régóta törekszenek arra, hogy a komplementkötési reactiót egyszerűbb és mégis specifikus próbákkal helyettesítsék; az új módszerek azonban — *Meinicke* és *Sachs-Georgi* kísérleteit kivéve — a gyakorlatban nem váltak be.

*Meinicke* első reactióját és a *Sachs-Georgi*-félé (S. G. R.) sokan utánvizsgálták és jól használhatóknak találták, így a mi klinikánkon is. *Meinicke* kétfázisú reactiója kissé bonyolult technikája miatt nem vált be a gyakorlatban, ellenben az ú. n. III. modificatio (D. M.) a *Sachs-Georgi*-reactióval egyenértékűnek mutatkozott.

A komplementkötési reactio eredményeinek kiegészítése, valamint a negatív Wa. R.-t adó biztos lueses savók, továbbá a nem lues-gyanus, de pozitív Wa. R.-t adó savók felülvizsgálata céljából szükségét éreztük annak, hogy klinikai anyagunkon a *Meinicke* harmadik módosítását (D. M.), a *Dold-f.* zavarosodási és kicsapási (D. R.) és végül a *Kahn-f.* kicsapási reactiót kipróbáljuk. Tekintetbe kell vennünk ezen említett reactiók egyszerű kivételét, a hozzájuk használt anyagok állandóságát, mely tényezők a reactiók használhatóságának megállapításánál szintén nem hagyhatók figyelmen kívül.

Megfigyeléseink 1291 esetre vonatkoznak; olyan savókat vizsgáltunk, melyeket a betegosztályokról és az ambulantiáról válogatás nélkül küldöttek laboratoriumi vizsgálat céljából. Miután anyagunkat belgyógyászati megbetegedések képezik, primaer és secundaer luesesektől származó savókat nem igen vizsgáltunk. Sajnos, nem végezhettük el minden esetben az említett három, ill. négy reactiót.

Vizsgálati anyagunkat három csoportra osztjuk, hogy a reactiók használhatóságáról közelebbi felvilágosítást nyerjünk. A számszerinti eredmények az alábbi táblázatból láthatók.

Reactio	Eredmény	I. csoport <sup>1</sup>	II. csoport <sup>2</sup>	III. csoport <sup>3</sup>
Dold. R.	—	24=10'3%	57=53'3%	33 <sup>4</sup>
	+	15}89'7%	26}46'7%	2}9'1%
	+++	97	22	1
D. M.	—	11=15'3%	34=49'3%	34 <sup>4</sup>
	+	7}84'7%	17}50'7%	1}5'5%
	+++	54	18	1
Wa. R.	—	16=11'1%	30=27'3%	26
	+	9}87'6%	20}66'4%	5
	+++	119	53	5

Megjegyzés: <sup>1</sup>2=1'3% önkötő. <sup>2</sup>7=6'3% önkötő. <sup>3</sup>5=13'9% önkötő. <sup>4</sup> Azon esetek közül, amelyeknek Wa. R.-ja +, vagy +++ volt.

Az első csoportba tartoznak a biztosan lueses alap fellépő megbetegedések, melyek közé soroljuk a következő eseteket: aortitis luetica, aneurisma aortae, az aorta-ektasiák és insufficientia aortae eseteknek nagy része, tabes, paralysis progressiva, kephalalgia positív anamnesissel, periostitis lu., iritis lu., etc.

A második csoportba soroljuk azon eseteket, melyeknek biztos lueses anamnesisük van anélkül, hogy klinikailag kimutatható lueses tünetek lennének jelen.

A harmadik csoportban azon eseteket soroljuk fel, amelyeknél lues felvételére semmi okunk sincs (sem klinikailag, sem az anamnesisben gyanus tünetek nem fordulnak elő), a Wa. R. azonban gyengén vagy erősen pozitív volt. Ezt a csoportot a reactiók specificitásának könnyebb megítélhetése szempontjából állítottuk össze. Ezen harmadik csoportban szereplő esetek klinikai diagnózis: ulcus duodeni, cholelithiasis, cholecystitis, polycythemia, Basedow-kór, cc. hepatitis, cc. ventriculi, nephri-

tis, sclerosis multiplex, malaria, peritonitis tbc. Ezen a helyen külön kiemeljük, hogy a *Dold-R. sclerosis multiplexnél* mindig negatív eredményt mutatott.

Negatív Wa. R. mellett a D. M. a következő esetekben volt pozitív: sclerosis multiplex, tbc. pulm. arterio-sclerosis, májtumor, izomrheuma. A D. R. csak egy icterus esetenél volt pozitív, negatív Wa. R. mellett.

E helyen megemlítjük még, hogy nyolc házinyúlserum Wa. R. és D. R.-ját elvégezve azt az eredményt kaptuk, hogy mind a nyolc esetben a Wa. R. + volt, míg a D. R. valamennyinél negatív eredménnyel járt.

Mindhárom csoportban az önkötő savók csak négy esetben adtak pozitív D. M., illetőleg D. R.-t. Az önkötés oka különböző volt; a kicsapási reactiók egyik előnye, hogy ez a hibaforrás elesik. Spontán kicsapódást nem láttunk.

A zavarosodási és kicsapási reactiót pontosan *Dold* eredeti előírása szerint végeztük. Minden vizsgálandó savóból 2—2 Wassermann-csőbe 0'4—0'4 cm<sup>3</sup>-t lemérve a kontroll-csővekbe 2—2 csepp physiologiás konyhasóoldattal 1:3 hígított hivatalos formaldehyd-oldatot adunk, a kísérleti csöveket 2—2 csepp phys. NaCl-oldattal egészítjük ki. Összerázás után minden csőbe 2—2 cm<sup>3</sup> hígított szervkivonatot adunk. (A szervkivonat hígítása 1:10 arányban phys. NaCl-oldattal készül folytonos rázás mellett.) A szervkivonatnak a savóhoz való adása után a csöveket összerázzuk és 37°-os thermostatba helyezük.

A formaldehyd-kontroll alkalmazásának előnyét abban látjuk, hogy ezáltal egyrészt bizonyos hibaforrásokat ki tudunk küszöbölni, másrészt bizonyos spontán kicsapódási eseteket ki tudunk zárni, miáltal a leolvasás biztosabbá válik. A többi egyfázisú reactiónál erősen érezzük a kontroll hiányát. Anélkül, hogy a formol-kontroll theoretikus kérdéseibe mélyebben behatolnánk, megállapíthatjuk, hogy tapasztalataink szerint is a formaldehyd a lueses csapadék képződését tényleg megakadályozza.

A savók inaktiválását szükségesnek tartjuk; activ savókkal végzett parallel kísérleteinkben többször láttunk pozitív reactiót fellépni normalis esetekben és viszont. Az inaktiválás által a savók stabilitása fokozódik.

Mint ahogy különböző szervkivonatokat használva bizonyos mértékben eltérő eredményeket kaptunk, ezen kivonatokra nagyobb figyelmet fordítottunk. Kísérleteinket az eredeti *Dold-f.* kivonattal, továbbá különböző magunk készítette ló- és marhaszív kivonattal végeztük; ez utóbbit *Meinicke* ismert előírása szerint állítottuk elő, annyi cholesterint adva hozzájuk, hogy cholesterintartalmuk 1%<sup>00</sup>-nek feleljen meg. Hogy az előbb említett eltérő eredmények okát megvilágítsuk, megvizsgáltuk az egyes kivonatok cholesterintartalmát és azt találtuk, hogy ez idővel megváltozik és a kibontott, kivonatot tartalmazó üvegek alján könnyű üledék rakódik le. A cholesterinmeghatározást *Bloor* kolorimetriás eljárása szerint *Barát Irén dr.* végezte. Az üledéket tartalmazó már nyitott üvegekben 0'65—0'85%<sup>00</sup>, a frissen kibontott üvegekben pontosan 1%<sup>00</sup> volt a cholesterintartalom. 1'5%<sup>00</sup> cholesterint tartalmazó extractumok már nem specifikus csapadékot adnak. Ezek alapján ügyelni kell a kivonatok cholesterintartalmára; üledékkel bíró kivonatok nem megbízhatóak.

Ami a reactio korai leolvasását illeti, *Dold*nak erre vonatkozó jó tapasztalatait, sajnos, nem erősíthetjük meg. Sok esetben óránként olvastuk le a reactiót és dacára annak, hogy kezdetben zavarosodás sem volt látható, 24 óra alatt tökéletes csapadék képződött. Ezzel szemben tényleg láttunk erősen pozitív reactióknál már három óra múlva kifejezett csapadékot fellépni.

A D. R.-nak a D. M.-val szemben való előnyét nem az egyelőntlenül fellépő korai zavarosodásban, hanem a formolkontrollban, azonkívül a D. R.-nak specifikusabb voltában látjuk, mint az táblázatunkból ki is tűnik.

A D. M.-t szigorúan előírás szerint végeztük és meg erősíthetjük az eddigi utánvizsgálók jó tapasztalatait. A szervkivonatok használhatóságára vonatkozólag fentebb említett megfigyeléseink a D. M.-ra is alkalmazhatók.

Mindkét reactio hátránya az, hogy lumbalis folyadék vizsgálatára nem használhatók, és pedig a D. R. egyáltalán nem, a D. M.-nál pedig biztosan lueses Wa. R. posi-

tív liquorok sem mindig adnak csapadékot, és akkor is csak igen gyengén.

Az utóbbi évek angol és amerikai irodalmában is találkoznak különböző kicsapási eljárásokkal; ezek, mint pl. az ismertebb Wang-f. is, úgy látszik szintén Meinicke és Sachs-Georgi vizsgálatai alapján keletkeztek.

Az amerikai Kahn-f. reactio nem jelent haladást a kicsapási módszerek kérdésében. Kahn előírása alapján több sorozatban elvégeztük a reactiót, de annak semmi előnyét sem láttuk, sőt az eredeti előírás szerint készített szervkivonat — valószínűleg magas cholesterintartalma miatt — nem specifikus csapadékokat is ad, oly esetekben, amikor a lues klinikailag teljesen kizárható. Az amerikai utánvizsgálatok ú. n. bőrgyógyászati lues-esetekre vonatkoznak, úgyhogy a mi, csak belgyógyászati anyagunk alapján végleges bírálatot nem akarunk mondani.

#### Összefoglalás:

Megfigyeléseinkből kitűnik, hogy a Wa. R. érzékenyebb a D. M. és D. R.-nél.

A D. M. és D. R. éppen ezen kisebb érzékenységnek megfelelőleg specifikusabbnak látszik.

A D. R. a formalkontrollal specifikusabb, mint a D. M.

A kicsapási és zavarosodási reakciók liquorvizsgálatokra nem alkalmasak.

A Kahn-f. reactio vizsgálataink alapján nem elég specifikus.

Ajánlatos a Wa. R. kiegészítésével a kicsapási reakciókat is minden esetben elvégezni.

Irodalom: Bloor: Journ. of biol. Chem. 1916. 228. o. — Dold: Mediz. Klinik 1921. 31. sz., 1922. 7. sz. D. med. Wochenschr. 1921. 49. sz., 1922. 8. sz. — Hajós-Molnár: Orv. Hetil. 1920. — Harther, Klein-Udo: Journ. of the A. M. A. 1922. Vol. 79. — Kahn: Arch. Dermat. and Syph. 1922. 570. o. Journ. of the A. M. A. 1922. — Meinicke: M. m. W. 1919. 33. sz. — Wang: Lancet 1922. 244. o.

**A székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibeteg osztályának közleménye (főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár).**

### Kísérletek intravenás neosalvarsan-szőlőcukor injectiókkal a syphilitherapiában.

Írta: Rubin Jenő dr., kórházi alorvos.

Azzal a gondolattal, hogy a vizenyődús szövetek felől áramlást indítsunk meg a vérpálya felé, újabban gyakran találkozunk az irodalomban. Max Bürger, Erich Hagemann,<sup>1</sup> Stejskal<sup>2</sup> és mások ezt az áramlást úgy vélték előidézhetőnek, hogy olyan szereket injiciáltak az érrendszerbe, melyek által a vér osmosisnyomása megnövekedett. Ezen anyagok molekula-nagyságuk folytán nehezen hatolhatnak át a capillarisk falain s így szövetnedv-áramlást indítanak meg a vérpálya irányába. Ilyen anyag pl. a szőlőcukoroldat. Ezen vizsgálatok akkor kezdtek érdekelni, midőn Stejskal a szőlőcukoroldatot a syphilitherapia terén is ajánlotta oly módon, hogy a neosalv.-t szőlőcukoroldatban vigyük a vérpálya felé. Az injiciálás után először a szövetek felől történik áramlás a vérpálya irányában, az ezt követő második phasisban viszont az érrendszerben keringő anyagok fokozottabb mértékben adatnak le a szöveteknek. Az első ilyen vizsgálatokat a syphilitherapiában Prantner<sup>3</sup> végezte. Megállapította az injectio veszélytelenségét s főleg ideglues kapcsán észlelte jó hatását. Az eredményt ő is a vérkeringés és szövetnedv között fennálló egyensúly megbontásával magyarázza. Stejskal később a neosalv.-szőlőcukoroldatnak hatását magyarázó felfogását módosította. Elhagyja az osmosisnyomás útján fölvehető magyarázatot, s inkább Freund és Gottlieb<sup>4</sup> feltevését fogadja el, akik szerint: „in allen Zuständen, in denen ein erhöhter Zellerfall — lokal oder allgemein — stattfindet, oder auch nur ein lebhafter Abbau von Zellen bei gesteigertem Stoffwechsel, muss daher mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass wirksame Substanzen im Blute zirkulieren, welche die Reaktionsfähigkeit des Organismus verändern“.

Részben a Stejskal osmosisos magyarázata nyomán, részben protoplasma-aktiválási képességet is tulajdonítva a szőlőcukoroldatnak, Steinberg<sup>5</sup> (Scholtz prof. Königsberg) neosalv.-t szőlőcukoroldatban injiciált a vénába és vizsgálta annak spirillocid hatását. Közleményében oly kitűnő eredményről számol be, hogy indokoltnak tartottuk az ajánlott kezelési módot kipróbálni s az elért eredményeket az osztályunkon más módszer szerint kezelt betegek gyógyulási eredményeivel összehasonlítani. Steinberg vizsgálatainak legfontosabb része az injectio után a laesiókról vett serumban történő spirochaeta-vizsgálat volt. A szer spirillocid hatását abban látta, hogy az injectio után a laesiókról vett serumban a spirochaeta sokkal rövidebb ideig volt található, mint amikor tisztán neosalv.-t vagy Linsert szerint neosalv. és higanykeveréket injiciált. Más célból végzett ilyenféle vizsgálatok azonban abban a meggyőződésben erősítették meg, hogy a laesiókról vett serumban a spirochaetának eltűnése még nem dönti el a szer spirillocid hatását. Már eddig is tapasztaltuk, hogy ugyanazon egyén különböző syphilitises laesióiról vett serumban a spirochaeták különböző ideig élnek. Más a megfigyelhető mozgásuk, ha hosszabb ideig erős intenzitással világítja meg a készítményt a „Dunkelfeld“-lámpa és más, ha középerősen. Sokkal élénkebb a mozgásuk, ha szobahőmérséken tartjuk, mint hűvös helyen. Napnak, erős fénynek kitéve hamarabb pusztulnak el, mint pl. dobozban tartott készítményen. De tapasztaltuk, hogy spontán gyógyuló laesiókról vett váladékban is labilisabbak a spirochaeták, mint a friss florescentiákról vett serumban. Észleltük azt is, hogy 12—14 óra mulva az inj. után már nem találtunk spirochaetát, de 36 óra mulva ezen egyén különféle laesióiról vett serumban már ismét találhatóak voltak. Valamely szer spirillocid voltát ilyen spirochaeta-vizsgálattal, ha bármily gondosan is vizsgáljuk a syphilitises laesiókat, nem fogjuk eldönthetni. Következten minden esetre lehet a szer jó antisziphilitikus voltára. Jobban kellene ismernünk a spirochaeta biológiáját s tökéletesedniük kell eddigi vizsgálati módszereinknek. Röviden összefoglalva, Steinberg azt találta, hogy neosalv.-szőlőcukoroldat intravenás injectiója után feltűnő hamar pusztulnak el a spirochaeták a laesiókon. Hogy a szőlőcukoroldatnak a keverékben nagy fontossága van, azt abból következtette, hogy a keveréknek hatásossága nem nő arányban az oldatban levő salvarsanmennyiség növekedésével. Polyuriát vagy glycosuriát az injectio után nem látott. Az oldatnak mérgező hatása nincs. Herxheimer-tünetet az esetek kb.  $\frac{1}{3}$  részében észlelt.

Még nem kezelt, friss secundaer syphilitisben szenvedő 20—30 éves nöbetegeket vizsgáltunk. A spirochaetát mindenkor a syphilitises laesio erélyes ledörzsölése után annak felületéről szívárgó savóban kerestük. Ha a vizeletben fehérje nem volt, ha a spirochaeta-vizsgálat és Wassermann-lelet positiv volt, 20 cm<sup>3</sup> 50%-os szőlőcukoroldatban oldott 0'15 vagy 0'30 neosalvarsant injiciáltunk a vénába. Mivel tapasztaltuk, hogy a neosalvarsan szőlőcukoroldatban nehezen oldódik és sok légbuborék képződik, melyeknek kihajtása a fecskendőből nehéz, előbb a neosalvarsant pár csepp destillált vízben oldottuk s azután szívtuk fel hozzá a szőlőcukoroldatot. Az inj. után 3—4 óránként spirochaeta-vizsgálatot végeztünk, míg a laesióiról vett serumban spirochaetát nem találtunk, a vizsgálatot 1—3 nap mulva újból megismerteltük. Az inj.-t követő 24 órában a vizeletet gyűjtöttük, hogy fokozottabb diuresist, glycosuriát avagy fehérjét nem fogunk-e találni? Az injectiót női betegeinkre való tekintettel 5—7 naponként adtuk. A második injectiótól kezdve minden injectio 0'30 neosalvarsant és 20 cm<sup>3</sup> 50%-os szőlőcukoroldatot tartalmazott. Átlag 10 injectiót adtunk. 8—10 naponként végeztünk Wassermann-reactiót.

Eredményeinkről a következőkben számolhatunk be: az injectio után 3—4 óránként vizsgálva 14—20 óráig találtunk spirochaetát. Néhány esetben azonban 1—3 nap elteltével ismét találtunk ugyanazon laesiókról vett serumban spirochaetát. Fokozott diuresist vagy glycosuriát egy esetben sem észleltünk, fehérjét egy betegünkénél találtunk a vizeletben, de oly csekély volt, hogy kezelését zavaralanul befejezhette. Herxheimer-tünetet az esetek 25%-

ában figyelhettünk meg. A neosalv.-injecciónt némelykor követő kellemetlen tüneteket (magas láz, szédülés, hányás, főfájás) egy esetben sem észleltünk, angioneurotikus tüneteket sem. A klinikai manifestációk már az első inj. után visszafejlődésnek indultak, s 3—4 injección után vissza is fejlődtek s csak egy esetben dacoltak a nyolcadik injecciónig. A Wassermann-reactio az esetek 80%-ában vált a 9—10. injección után negatívvá.

Miután osztályunkon más típusú kezeléseket is folytattak, a különféle kezelési formák eredményeit összehasonlítottuk. Ilyen típusok voltak: a kizárólag neosalvarsannal, Linser szerint neosalvarsan- és sublimátkeverékkel, valamint a kombináltan neosalvarsannal és higany-salicillal kezelt betegek csoportjai. Az összehasonlítást mikroszkopiai (Dunkelfeld), klinikai és serologiai vizsgálatok alapján végeztük.

A neosalvarsan-szőlőcukoroldattal kezelt esetekben a spirochaeták az injección után 14—18 órával már nem voltak kimutathatók, de az első 24 órán túl az első, második, sőt harmadik napon is találtunk spirochaetát, míg a tisztán neosalvarsannal és Linser szerint kezelt betegekénél igaz, hogy 20—24 óráig voltak láthatók, de az injecciónt követő napokon a következő injecciónig nem tudtunk spirochaetát találni. Ebből az tűnne ki, hogy a neosalvarsan-szőlőcukoroldatnak a laesiókon megfigyelhető spirilloid hatása hamarabb áll be, de nem tart addig, vagy nem oly általános, mint a valamivel nagyobb neosalvarsan-adagé.

Klinikai megfigyeléseink szerint nagy különbséget sem a tisztán neosalvarsannal, sem a Linser-, sem pedig a neosalv.-szőlőcukoroldattal kezelteknél nem tapasztaltunk. Kétségtelen, hogy mindazon esetekben, midőn neosalvarsannal kezdjük a kezelést, akár egymagában, akár keverékoldatok alakjában, a klinikai tünetek feltűnően hamar fejlődnek vissza. Különösen azon esetekben figyelhettük ezt meg, midőn a beteg előbb 12 Hg-salicill injecciónt kapott s csak azután a neosalv.-adagokat. Ezekben az esetekben a condyl. lat. vagy torokplaqueok többször a 10—12-ik Hg-injecciónig fennállottak, míg az első neosalv.-injecciónra gyorsan behámosodtak. Itt kell megemlítenem azt is, hogy aránylag több esetben láttam Herxheimer-tünetet neosalv.-szőlőcukoroldattal kezelt betegeken, mint a más típus szerint gyógyítottakon. Viszont a salv.-injecciónt némelykor követő általános jellegű kellemetlen jelenségeket (láz, hányás, főfájás, hidegrázás), valamint angioneurotikus tüneteket, melyeket főleg a Linser szerint kezelteknél láttunk és többször komolyabb mértékig fokozódtak, a neosalv.-szőlőcukoroldattal kezelteknél egyáltalán nem fordultak elő. Ez a feltűnő méregtelensége az oldatnak eddigi megfigyeléseink szerint egyik legkiválóbb sajátossága. Ez a jelenség indított arra, hogy higany-szőlőcukoroldattal is kísérletezzünk intravenásan.

Figyelmet érdemel összehasonlításunkban a serologiai eredmény. A kizárólag neosalvarsannal kezelteknél, kik 8—9 inj. alakjában 3 $\frac{1}{2}$ —4 gr neosalvarsant kaptak, 100%-ban volt a kúra befejezésekor a Wa. negatív. Linser-módszer szerint kezelteknél, mikor a betegek szintén 3 $\frac{1}{2}$ —4 gr neosalvarsant kaptak, csak az esetek 34 $\frac{1}{2}$ %-ában kaptunk negatív Wa.-t. A neosalvarsannal előkezelt esetekben, midőn a Hg.-kezelést hat inj. alakjában 2 $\frac{1}{2}$ —3 gr neosalv. adagolása vezette be, az esetek 65%-ában mutatott a kezelés végén a Wa.-reactio negativitást. A kombinált kezelési módnál, a betegek 12 Hg.-salicill injecciónt és 2 $\frac{1}{2}$ —3 gr neosalvarsant kapnak; 53%-ban volt a Wa. negatív. S végül a neosalv.-szőlőcukoroldattal való kezelés után, mikor az injecciónok összege szintén 2 $\frac{1}{2}$ —3 gr neosalvarsant tartalmazott, a betegek 80%-át tudtuk negatív Wa.-nal elbocsájtani.

A neosalvarsan-szőlőcukoroldattal való kezelés nyomán tapasztalt serologiai eredmények, valamint az, hogy az injecciónokat sohasem követte még a legcsekélyebb rosszullét sem, olyan előnyei a kezelési módnak, melyek indokoltá teszik a vele való további vizsgálatokat. Bár kétségtelen, hogy újabb kezelési módnak a bevezetése nagy nehézségbe ütközik és hátrányban van a régi, bevált kombinált kezelési móddal szemben, mert a betegek nagy része az első kúra után csak szörványosan jelent-

kezik ellenőrző klinikai és serologiai vizsgálatra. Abból pedig, hogy az első kúra után negatív a Wa.-reactio és a klinikailag észlelhető tünetek elmúltak, nem lehet végleges véleményt mondani. De igen nagy akadály egy ilyen tisztán neosalvarsannal való kezelésnek, mint ahogy ilyenek kell tekintenünk a neosalv.-szőlőcukoroldattal való kezelést is, az, hogy a salv.-készítményeknek napjainkban is, sokszor nem is indokolatlanul, támadásokat kell kiállaniok. De meg igen sokan méltán meggondolódónak tartják, hogy az évszázadok óta használt higanyt alkalmazáson kívül hagyják.

<sup>1</sup> Max Bürger-Erich Hagemann: Über Osmotherapie. D. m. W. 1921, 8. sz. <sup>2</sup> Stejskal: Über Intravenöse Therapie u. die Wirkung intravenös verabreichter hypertotonischer Lösungen. W. kl. W. 1921, 4., 6., 13., 17., 18. sz. <sup>3</sup> Prantner: Über eine kombinierte Behandlungsmethode mit Zucker und Salvarsan. Wien. kl. W. 1921, 16. sz. <sup>4</sup> Freund u. Gottlieb: M. m. W. 1921, 6. sz. <sup>5</sup> Steinberg: Über die Erhöhung der spirilloiden Wirkung d. Salvarsans in Verbindung mit Traubenzucker. D. m. W. 1921, 50. sz.

## A Budapesti Királyi Orvosegyesület 87-ik közgyűléséből május 26-án.

Elnök: Bókay János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

1. A közgyűlés tárgysorozatának első felét *Semmelweis Ignác* emlékképének az ülésteremben való elhelyezése képezi. Ennek 1. pontja *Bókay János* elnök ünnepi megnyitója: Tisztelt Közgyűlés!

Mai évzáró közgyűlésünk ünnepi díszít nyert, mert *Semmelweis*-ünk képét helyeztük el dísztermünkben, melyet máris *Balassa János*, *Hirschler Ignác* mellszobrá díszít s *Markusovszky Lajos*, *Korányi Frigyes* és *Bókay János sen.* képe ékesít. Nem azért festettük meg *Semmelweis* képmását, hogy emléké e falak között ébren tartsuk, mert az ő emléke közöttünk örökké élni fog; — tettük ezt, mert evvel régi kötelességet véltünk teljesíteni s ezen tettel is újból áldozni kívántunk mi, gyenge epigonok, a nagy magyar orvos emlékének, ki különben rég a legelőkelőbb helyek egyikét foglalja el a világ nagyjainak pantheonjában. Hálások vagyunk az adakozóknak s ezek között elsősorban nőorvos és sebész tagtársainknak s nagy köszönettel tartozunk *Jámbor Lajos* festőművész úrnak, ki mesteri ecsetjével odaadó szeretettel és nemes ambícióval varázsolta elénk a tudós képmását.

*Semmelweis* 1852-ben, 32 éves korában kerül vissza Pestre szülővárosába, miután az osztrák császárvárosból keserűséggel szívében távozni kényszerül, mert elűzte őt onnan a féltékenységre, rövidlátásra és rosszakaratra, dacára *Skoda* és *Rokitanszky* pártfogásának. Itt nálunk elfoglalja a Szt. Rókus-kórház díjtalan szülészfőorvosi állását, honnan *Birly* halála után, 1855-ben, mint a szülészeti rendes tanára, a pesti orvosegyetem katedrájára lép.

Belép abba a történelmi emlékü ódon épületbe, melyben mi öregek is még orvosi kiképzetésünket nyertük s amely az ötvenes évek elején az orvosi kar intézeteit még összességükben magában foglalta. A jezsuita prokurátorok hajdani kolostorszerű residentiája volt ez az épület, melynek barokkdíszes főkapuján, a kétemeletes, újvilágutcai fronton 1848 március idusán a Pilvaxból a márciusi ifjúság legelőszőr idejött, hogy csatlakozásra hívja a medikusokat s az akácfas udvaron, a rögtönzött emelvényről *Petőfi*, *Jókai*, *Vasvári*, *Egressi Gábor* s egy szökefűrtű ötödéves medikus, *Korányi Frigyes* beszéltek az összesereglett lelkes fiataloknak, hogy a szunnyadó tüzet lángra lobbantsák.

1855-ben *Semmelweis* elfoglalja intézetét s folytatja világszóló jelentőségű tanának további kidolgozását, hogy 1861-ben *Hartleben* kiadásában német nyelven közzétegye a gyermekágyi láz aetiologiájáról és prophylaxisáról szóló epochalis munkáját, melyben, miként néhai *Markusovszky* 1864-ben az Orvosi Hetilap hasábjain írja: „szigorú vizsgálatokra és alapos tényekre fektetett tanát a logika ellenállhatatlan fegyverével és a szakemberek részéről tapasztalt hanyagsághoz mért buzogányos szavakkal újra és tökéletesített alakban a világ elé hozta”.

Egyesületünkben 1857—58-ban tartotta a gyermekágyi láz oktatóról két nagy előadását, melyek az Orvosi Hetilapban jelentek meg annak idején.

S ezt a korszakalkotó munkálkodást *Semmelweis* a leg-szerényebb keretek között mozgó intézetében a legmostohább viszonyok mellett végezte; hisz az újjáépítési épület második emeletén elhelyezett klinikája csak négy gyermekágyi és egy szülőszobából állott, összesen 26 ágygal s az intézetnek összes területe nem volt nagyobb 41 négyszögelnél s a későbbi *Kunewalder*-házban elhelyezett új intézete sem volt ennél sokkal tágasabb, csak hygiénás szempontból volt kevésbé kifogásolható.

Fájdalom, a szenvedélyes és kíméletlen támadások, melyek *Semmelweist* egyes külföldi szakemberek részéről éveken át érték, a tudós idegeit korán megöröklték s alig tíz évi tanári működés után, miután *fejedelmi* pazarsággal gazdagította a tudományt, 47 éves korában elhunyt, megnyílt az égbolt s a *halhatatlanok* sorába lépett.

Midőn ezek előrebocsátásával az ünnepi közgyűlést ezenel megnyitom, felkérem hazai nőorvos kartársaim, érdemes seniorát, *Tauffer Vilmos* nagyon tisztelt kartársunkat, hogy az én gyenge szavaim után az ő szakbeli hivatottságával és ékeszölésével *Semmelweis* emlékét előttünk feljújtsa.

A közgyűlés 2. pontja: „*Visszaemlékezés Semmelweis Ignácra.*” Tartotta: *Tauffer Vilmos.* (L. lapunk első cikkét.)

A közgyűlés II. fele *Bókay János* elnök ünnepeltetésével kezdődik azon alkalomból kifolyólag, hogy a Magyar Tudományos Akadémia a közelmúltban tagjává választotta. A közgyűlés kimondja ezen örömteljes esemény jegyzőkönyvi megörökítését.

Utána a titkár az évvégi beszámolóját, majd a főkönyvtáros és a pénztáros jelentéseit olvassa fel.

Végül elfogadják a tagsági díjnak 1500 koronára való felemelését és 64 új tagot vesznek fel.

## A Közkórházi Orvostársulat 1923 május 23-iki ülése.

Elnök: *Donáth Gyula.*

Jegyző: *Toldy Loránt.*

### Bemutatók:

**I. Pfennenwald Mátyás:** a) *Interstitialis extrauterin graviditas* esete. Súlyos heveny anaemiával beszállított nőbetegnél rupturált extrauterin graviditas miatti műtétnél kiderült, hogy a terhesség a jobb oldali tuba interstitialis részében van. A tuba uterinalis részének kimetszése és az ovariummal együtt való eltávolítása. Sima gyógyulás. A szövettani vizsgálat szerint a graviditas a tubának az uterus falában áthaladó részletében keletkezett. Az interstitialis terhesség igen ritka. *Stoeckel* 50 esetről, *Eckhardt* 70 esetről tesz említést.

b) *Méhbe helyezett idegentest spontan eltávolítása a hátsó boltozaton.* Egy öt cm hosszú, gyufavastagságú pálcikát mutat be, fadarab részlete gyanánt, amelyet egy 35 éves nő a hüvely kitörlése céljából vezetett be s amely ott eltűnt. Felvételt a normalis genitaliák mellett csupán a hátsó boltozaton át egy ép nyálkahártyával fedett, gombostűfejnyi kidudorodás volt tapintható. Másnapra a pálcika ugyanezen a helyen látható és szondázható nyíláson át spontan megszületett.

**Fischl Ármin:** 1919-ben operált esetében szintén interstitialis terhességet talált a bal oldalon. A ruptura a tuba kiindulási helyén a felső felszínen támadt, a pete a méhizom falában foglalt helyet. A műtét az uterus bal tubaris sarkának ék-alakú resectiójából állott.

**Hegedüs Béla** esetében kétoldali tubaris graviditas volt jelen: az egyik interstitialis, a másik isthmikus. Kórszövettanilag mindkét tubában külön chorionbolyhok, c. luteum a b. ovariumban.

**Szili Jenő:** A méhbe került idegentestek néha igen ka-landos utakat tesznek meg. Egy esetében a méhbe vezetett fadarab a hólyagba tört át s ott kőképződésre vezetett, de maga nem került bele a hólyagürbe, hanem csak bekandikált s a kő eltávolítása után cystoskop segítségével volt kihúzható az urethrán át.

**2. Csutorás Sándor:** *Pankreasnecrosis két esete.* a) *A. J.* 36 éves földművesnek hét év óta vannak havonként, étkezés-től független gyomorgörccsei. Röntgen-vizsgálat ulcust mutat. Egy este rázóhideget kap, heves görcsökkel, p. 110. A Röntgen-lelet alapján ulcusra gondolnak. *Pólya* által megejtett laparotomia alkalmával a gyomrot egy a bursa omentalisban levő, két öklö-

nyi daganat előretolja; perforatio, ulcus nincs. A lig. gastrocolicum át hatolunk be a bursa omentalisba, melynek hátsó megvastagodott fala hatalmas tumor által előredomborított, melyből punctióra gáz és geny ürül. A tályog feltárásakor vérvaladék mellett egy kilenc cm hosszú, ujnyi széles, 4 mm vastag, helyenként krétafehér zsírnecrosisos foltokat mutató pankreasdarabot húzunk elő. *Baló* kórszövettani lelete: pancreatitis acuta haemorrhagica. Vizeletben cukor nincs.

b) *L. A.-né* 60 éves betegen a múlt évben osztályukon cholecystektomiát, choledochotomiát és hepaticus-drainaget végeztek. Ez év januárja óta gyakran ismétlődő görcsök, utóbb láz. A régi hegvonal mentén bőséges genyes váladék. *Pólya* által megejtett műtétkor a sipolynylás a köldök felett kis diónyi üregbe vezet, melyből alvadt vérdarabkák mellett egy darabka pankreas húzunk elő, melyen zsírnecrotikus foltok is láthatók. A tályog falának excochleálása után az üreget tamponáljuk s a sebet szűkítjük. Zavartalan gyógyulás. A műtét indiciójára vonatkozólag, miután sok esetben az acut tünetek után a pankreatitis is visszafejlődik, sokkal kedvezőbb körülmények között operálhatunk akkor, mikor az elhalt demarkálódott tályog, esetleg cysta képződött. Ez csak az abszolút biztonsággal körismézett esetekre vonatkozik.

### Előadás:

**Budai István:** *Vérzékenység fertőző betegségeknel.* A gyuladással exsudatio és a per diapedesim létrejött vérzések között vonható párhuzamból önként adódik a sokféle, nem specifikus serumhatás magyarázata (anthrax, diphtheria, purpurák stb.). Referál a *Gerlőczy* osztályán szokásos eljárásokról. Typhusos bélvérzéseknél bizonyos cautélák mellett a normalis lóvészavót is alkalmazhatónak tartja.

**Faludi Géza:** Nélkülözi az előadás az influenza felemlítését. A morbilli kiterjedt vérzésekkel járó alakjait nem tartja súlyos kórformának. A calcium különösen vérhas heveny eseteiben hatékony.

**Furka Sándor:** A reconvalescens serum alkalmazásától scarlatinánál óva int. Egyik esetben a serum által okozott anaphylaxiás tünetekkel állott talán kapcsolatban a gyomorvérzés.

**Budai István:** A serum hatása kétfázisú. Csak az első fázisban hat lob- és vérzésgátló módon s itt is csak idejekorán alkalmazva. A másik fázisban, amidőn (az esetek 1/3-ában) serumbetegség várható, vagy semmi, vagy akár ellenkező értelmű hatást fejthet ki (a serumbetegség haemorrhagiás alakja).

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**A vörös- és fehérvérsejtek számszerinti elosztódása a vérpályákon belül.** *Hopmann.* (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 9. sz.)

A vörös- és fehérvérsejtek száma kétféle tényezőtől függ: a cirkuláló sejtes elemek valóságos mennyiségétől és a sejteket suspensióban tartó folyadék — vérsérum — mennyiségétől; ha a serum hígul, relative kevesebb, ha besűrűsödik, relative több lesz a suspendált sejtek száma.

Lehetséges azonban ez is, hogy a sejtes elemek száma az egyes vérellátotta területek szerint ingadozik: mikor az egyikben sűrűbben préselődnek össze, ugyanakkor a másikban kevesebb a számuk, amellyel az összmennyiségük állandó.

*Schüler* és a szerző főleg arteriosclerosisos egyéneknek megejtett vizsgálatok alapján úgy találta, hogy bizonyos tényezők, így a vérnyomás és a véráramsebesség hatása folytán az érpályán belül is más a vörös- és fehérvérsejtek eloszlásának módja a belső szervekben, mint a peripherián. *Hess* az arteriákban nagyobb értékeket kapott, mint a bőr kis véredényeiben és a szomszédos vénákban. Így az ujjhegyben átlag 4'32, a vena medianában 4'33, az arteria radialisban 4'75 milliót talált. A leukocyták száma nagyobb és egyenlőtlen ingadozást mutatott, így a capillaris vér az ujjhegyben átlag 7'160-at, a vena 6'350-et, az arteria 6'990-et tartalmazott. A szerző egészséges egyéneknek ép keringési viszonyok mellett azonos eredményeket kapott. A vörös-vérsejtek az arteriákban sűrűbb elhelyeződésük miatt nagyobb számban vannak, mint a peripherián. Fordítva viselkednek a leukocyták.

Ennek oka a *Tigerstedt-Helmholtz-Rothmann-Schklarewski* által kísérletileg is igazolt véráramlási szabály; a nagyobb fajsúlyú testek a közép-, a kisebb fajsúlyúak a széli áramlásban haladnak.

Éppen a keringési viszonyok következtében az ép egyéknél is tapasztalt nagyobb leukocytaszámbeli különbségek miatt *Schilling* ajánlatára lehet „eloszlási” (*Verteilungsleukocytose*) és „myelogen” leukocytosisról beszélni, amikor is az „eloszlási” leukocytosisban a leukocyták valódi összmennyisége normalis;



a „myelogen“ leukocytosis a fehérvérsejtek valóságos megsaporodását jelenti. Így sokak vizsgálata alapján az „eloszlásos“ leukocytosisokhoz lehet sorolni a megerőltető izommunka, szülés alatti, napsütés, quarczolás utáni leukocytosisokat; hasonlóképen az emésztési leukocytosist is; viszont a megváltozott eloszláson alapulhat a pepton-inj. utáni és a „haemoklasiás krízis“ esetén tapasztalt leukopenia.

Megsaporodott vörösvérsejtszámot találni cyanosisoknál vitiumos alapon, továbbá arteriosclerosisos betegeken, ahol a vérnyomás nagyobb. Ha kisebb lesz a vérnyomás, a peripheriák-ból számolt vörösvérsejtszám is kisebb lesz. Keleti dr.

**Pigmentképződés az Addison-kórnál.** Bittorf A. (Münch. med. Wochenschr. 1923. 8. sz.)

Addison, aki klasszikusan leírta a róla elnevezett betegség tünettanát, a pigment-képződés okát nem igen kutatta. Csak az utóbbi évtizedben kezdtek ezzel foglalkozni, amikor a vita főképp afelett indult meg, hogy a kórt maga a mellékvese, vagy a sympathicus valamely megbetegedése okozza-e. A pigmentképződés okául számos kutató, köztük Neusser és Wieser a sympathicus innervatio zavarát tartják, tehát indirekt mellékvese szimptomának fogják fel. A mellékvese kísérleti kiirtása után általában nem láttak kóros pigmentképződést; csak újabban sikerült Königstein-nek mellékvesekiirtás után néhány óra múlva némi pigmentszaporodást észlelni, amely adrenalin beadásra megszűnt. Emiatt a pigmentképződést ma már direkt mellékveseszimptomának lehet tekinteni. Azon régi nézettel szemben, hogy a pigment nem az epithelben képződik, Weiting-Hamdi és a szerző anatómiai vizsgálatai megállapították, hogy a pigmentképződés kétségtelenül az epithelben, még pedig annak a legalsó rétegében történik, a chromatophorák, melyek az epithelig is hatolnak, felveszik a festéket és a mélyebb rétegekbe, a bőr nyirokmirigyéibe viszik, legnagyobb részét azonban redukciós úton szétbontják. Ezen anatómiai megállapítás lényeges támaszt nyer Meirowsky túlélt bőrön végzett megfigyelésével, mely meglebben annál több pigmentet termelt, minél pigmentdúsabb egyénből, vagy helyről származott. Ugyancsak ő észlelte azt, hogy a szétdőrszölt emberi bőr extractumának megvan az a képessége, hogy adrenalinoldatból festéket képez. Ez arra vall, hogy a bőrben valamely oxidáló ferment van, mely bizonyos, az adrenalin és tyrosinhoz közelálló testekből melanint képez. Két lényeges kérdés maradt függőben az Addison-kórra vonatkozólag: 1. Min alapul a fokozott pigmentképződés? 2. Mi által és milyen alapvegyületből tud az epithel pigmentet képezni? Három lehetőség van: 1. Fokozott oxydaseképződés. 2. A mellékvesefunkció kiesése következményeképp nagyobb mennyiségű oxydálható alapanyag. 3. A két előbbi összegeződése. A szerző azon kísérletéből, hogy Addisonos hullák leszelt epitheldarabkái különböző töménységű adrenalinoldatba téve azt már 12—48 óra múlva fokozatosan rózsaszínűre, barnára, majd sötétfeketére festették és emellett maguk is egészen megfeketedtek; míg a kezdetben ugyanolyan pigmenttartalmú, de nem Addisonos egyén epitheldarabkái nem lettek sötétebbek és az oldatot is csak alig színezték; az Addisonos bőr megsötétedésének, tehát a fokozott pigmentképződésnek oka csak fokozott oxydasetartalom alapulhat. Emellett szól az a tény is, hogy akár Addisonnál, akár más egyénen észlelhető vityilgós területek bőre kevesebb oxydaset tartalmaz. Keleti József dr.

## Sebészet.

### A végtagok nagy verőeres törzsein végzett műtétek késői eredményei.

(Tudósítás a Párisban, 1922 október 27-én tartott 31. francia sebészkonferenciáról a „Journal de Chirurgie“ 1923 januári számában közölt referatumnak alapján)

A fenti kérdés a kongresszus egyik vitatárgya volt. Előadói: Leriche (Lyon) és Moure (Paris). Leriche előadásában a következőket emeli ki: Ha valamely végtag erét leköttük, nem a szabad szemmel látható anastomosisoknak, nem is az embryologiai értelemparadványoknak van szerepük a keringés helyreállításában, hanem inkább a kicsiny, boncolással és befecskendezéssel ki nem mutatható bórallati, izomközi és csonthátyabeli praecapillaris ütőeres közlekedéseknek. A keringés helyreállítását nagyon elősegíti, ha a lekötés helye felett magas vérnyomást létesítünk nagymennyiségű savónak intravenás befecskendezése vagy vértömlesztés által, továbbá ha leköttük a kísérő viszeret is, hogy a végtagon ischaemia ne lépjen fel, harmadszor, ha nem egyszerű leköttést végzünk, hanem két ligatura közt az ütőeres törzset teljesen átvágjuk, midőn a sympathicus egyidejű átmetszése folytán a lekötés alatti erekben értágulat lép fel, mely azok átjárhatóságát fokozza. Ha a leköttést aseptikusan végezzük, thrombosis csak közvetlenül a fonál alatt jön létre, felette és alatta az ér ürtere szabad marad, mindössze megszűnik. De akármilyen gondosan és aseptikusan történik is a

lekötés, a működés teljes helyreállása a leköttött verőerű végtagban a legtrikább esetben következik be. Oscillometriával vérnyomáskülönbséget mindig találunk az ép és operált végtag között, ezenfelül gyakori az amyotrophia, claudicatio intermittens, ischaemiás és trophikus kifekélyesedés, egyéb trophikus zavarok és paraesthesiák. Mindezekért jobb az érvarrat, ha pedig mégis leköttést kell végeznünk, azt mindig a sérülés helye felett magasan, ép szövetek között végezzük. Aneurysmánál, ahol igen kétes a collateralis keringés kiképződése, Halsted szerinti kétüléses műtét ajánlatos, első ízben leszorítás által csupán részleges elzárást létesítve. A kezelés szempontjából a leszorítás utáni zavarok esetén szóba jöhet: 1. az elzáródott érzéslet kiirtása, utána érvarrat, esetleg átültetéssel, amire kísérlet Franciaországban csak egy esetben történt, de az teljes eredménnyel járt; 2. utólagosan a kísérő viszer leköttése; 3. a leköttött, elzáródott érzéslet resectiója, főként a sympathicus által okozott zavarok megszüntetésére (Leriche ilyen műtétet, sympathectomiát, 14 esetben végzett, 3 esetben paraesthesiás fájdalmak, 8 esetben súlyos trophikus zavarok, 3 esetben trophikus fekélyek miatt, általában jó eredménnyel); 4. az izmok ischaemiás sclerosisa ellen testegyenészeti műtétek, úgymint inmeghosszabbítás, csontmegrövidítés stb. jöhetnek szóba. Moure (Paris), a másik előadó, főként conserváló érvarratokkal foglalkozik. Szerinte az érleköttés sohasem eredményez tökéletes végtagműködést. Annak mérsékelt eredménye 4 tényezőtől függ: 1. a leköttés bonctani helyétől, 2. a körzeti erek épségétől, 3. a sympathicus által megszabott értónustól, 4. a collateralisok egyenként változó fejlettségétől. Minthogy mindezen körülmények együttes kedvező alakulása esetén is csak közepes a működési eredmény, ezért ma a Carrel szerinti végzett érvarrat tekintendő, esetleg átültetéssel, a választandó műtétnak. Természetesen ez nem minden esetben végezhető és semmi esetre sem szabad miatta a beteg életét kockáztatni. A sérüléses, arteriovenosus aneurysmák érvarratának eredményei, különösen megnyugodott, nem friss eseteknél, igen jók, éppígy a végtagok nem sérüléses aneurysmáinál jól bevált az Amerikában oly gyakran alkalmazott aneurysmorrhaphia. Makins (London) a kongresszus meghívott vendége, ismertette háborús érsebészeti eredményeit. Összesen 863 leköttést és 38 varratot végzett a végtagok nagy erein. A leköttések, vagyis a súlyosabb esetek halálozása 30% volt. Az arteria axillarisnál 22 hétig, az arteria femoralisnál 46 hétig tartott átlag az utókezelés, egyes esetekben azonban kevesebb ideig, így pl. kétoldali arteria femoralis leköttés egy esetében csupán 6 hétig. Az esetek 14%-ában tökéletes gyógyulás állott be a harctérre való visszatéréssel. Utólagos amputatio csak ritkán, az esetek 2%-ában vált szükségessé. Az arteria axillaris és poplitea leköttésénél sohasem következett be tökéletes gyógyulás. Különösen az arteria axillarisnál voltak rosszak az eredmények, talán az egyidejű nagyfokú idegconcolás miatt. Ezért ilyenkor jobb a leköttést magasabban végezni. Makins eredményt ért el a subclaviának, sőt az anonymának leköttésével is (1—1 eset.) A femoralis leköttése a fem. profunda kiágazása felett semmivel sem súlyosabb, mint az alatt. A varratok, amelyeket végzett, mindig oldalsók voltak, sohasem körkörösök. Kimenettel: 8% halálozás, 50% jó eredmény, 5% tökéletes eredmény. Matas (New-Orleans), a kongresszus másik meghívott vendége, ismerteti saját módszerét és annak eredményeit. Első kísérleteit az aneurysmorrhaphiával már 34 év előtt végezte, de csakis 1902-ben hozta első ízben nyilvánosságra eredményeit. Ő és munkatársai 15 év óta összesen 559 esetben, 162 fehéren és 387 négeren végezték ezen műtétet. A négereknél oly elterjedt lues magyarázza náluk az aneurysmák gyakoriságát. Amerikában boncolásoknál 30%-ban találunk a négereknél aortatágulatot. 350 saját műtete közül 230-nál elzáró, 68-nál restauráló, 40-nél rekonstruáló aneurysmorrhaphiát végzett, legnagyobb részét végtagereken, 96% gyógyulással, 4% halálozással. 12 esetben üszkösödést, 6-ban utóvérzést, 3-ban kiújulást észlelt, ez utóbbiak közül 2 második műtetre végleg meggyógyult. Bérard (Lyon) 31 háborús arteriovenosus aneurysmát operált. Az első 2 esetben friss sérülteknél, a második 2 esetben 15 nappal a sérülés után végzett Carrel-féle érvarratot, de egyik sem járt eredménnyel. Ezért a további 27 esetben négyeszeres leköttést végzett az aneurysma-zsák kiirtásával. Ezek közül 21 eset járt sikerrel: 8 az arteria femoralison, 1 a popliteán, 2 a tibialis posterioron, 1 a tibialis anterioron, 2 az axillarisson, 1 a brachialisson, 1 az ulnarison, 3 a radialison, 2 a carotison. Szembeszáll Moure-nak azon nézetével, hogy az alsó végtag nagy verőereinek leköttése után minden esetben tartósabb munkára képtelenné válnék. Arnaud (Saint-Etienne) hozzászólásában kiemeli, hogy magas vérnyomású tabeseknél mindig sikerrel végzett alsó végtag verőer leköttést számos esetben. Viannay és Duchamp (Saint-Etienne) a subclaviát két ágának sérülése és az erős vérzés miatt leköttették. A kar sorvadása, medianus bénulás, a radialis érlökés teljes hiánya és fájdalmas nyilalások miatt 60% munkaképességcsökkenéssel bocsátották el a beteget. Két év múlva a beteg állapota magától annyira megjavult, hogy a munkaképességcsökkenést 40%-ban állapíthatták meg. Hallopeau (Paris) egy érdekes esetet ismertet, amelyben egy 64 éves lueses

és arteriosclerotikus férfinél rekonstruáló aneurysmorrhaphiát végzett az arteria popliteán a zsák kiirtásával és 6 cm-es darab átültetésével. Az eredmény tökéletes lett, mert az illető pék foglalkozását tovább folytathatta. Két év múlva utánvizsgálatnál a vérnyomás az operált lábán csak kevésbé csökkent, 14—8 egység, az egészséges oldalon 25—10 egység Pachon-féle eszközzel mérve.  
Dr. Valkányi Rezső.

**A nyelöcsőszűkület tágitásáról.** Kurtzhan János. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 10. f.)

Nagyfokú nyelöcsőszűkület tágitására a Kirschner által ajánlott s a königsbergi sebészeti klinikán kizárólag használatos következő eljárást ismerteti. Rövid (kb. 5 cm hosszú) Witzelspöly készítése után a beteggel selyemfonalat nyelet, mely az esetek túlnyomó többségében (esetleg atropin, adrenalin, papaverin adagolásának segélyével) a tágitandó szűkületen nehézség nélkül áthalad, s vége a gyomorból a spolyon át kihálászható. A fonál felső végére fokozatosan emelkedő, majd csökkenő nagyságban hosszúkás kúp alakú fémgöngyököt fűz fel, melyeknek mindkét irányban való ismételt óvatos áthúzásával a szűkület kíméletes és veszélytelen tágitását éri el. Paunz.

**A háborús idegsérülések műtéti gyógykezelésének eredményei.** Dieterich. (Med. Klin., 1923, 8. sz.)

A hadirokkantak felülvizsgálásánál figyelemmel kísérte, hogy milyen eredményt értek el az idegvarrattal. 7000 rokkant közül 46-nál végeztek idegvarratot, s ezek közül hét esetben teljes gyógyulás, három esetben csupán javulás állott be. A gyógyulás mindig a nervus radialisra esett, a javulás a n. medianus és peroneus között oszlott meg. A békébeli 30%-os gyógyulás és 85%-os javulással szemben a háborús idegsérüléseknél csupán 15,2%-ot, illetve 6,5%-ot értek el. Megfigyelései alapján annál valószínűbb a gyógyulás, 1. minél kisebb a sebzés utáni gyulladás, 2. mentől több mozgató rostot tartalmaz az ideg, pl. plexus brachialis, n. radialis, medianus, s végül 3. ha legalább egy éven belül megtörténik a műtét. Egy év után már elkészített a műtét, mert addigra az izomzat is elsorvad. Fontos még az idegsérülés helye is; legjobb eredményt akkor észlelt, amikor az ideg lefutása közepén sérült, pl. a n. radialis a felkar alsó harmadában. Luksz.

**A végbélműtétek technikájáról.** H. Braun. (Zentralblatt f. Chirurg. 1923, 7. sz.)

A mozgósított végbél kiirtásánál a resekált keresztcsont tájékán kivarrt csontkötőt a gát felé nagy sebűreg táton, melynek kitöltése a prima gyógyulás érdekében fontos, másrészt a környező képletek erre kevésbé alkalmasak. Eljárása az, hogy a bőrszöveteket mindkét oldalt az üllögumóig felpraecurálja, a megmaradt zsírpárnából az üllögumók tájékán ejtett 1—1 ivalakú metszés segítségével mindkét oldalon lebenyt készít és ezeket befördítve az üregbe, catgutöltésekkel a prostata tokjához rögzíti. A kivarrt csont és a keresztcsont közé drain-csövet helyez. Krüger Viktor dr.

**A húgyvezető hólyagbéli végének cystikus tágulása.** Baumann. (Münchener mediz. Wochenschr., 1923, 8. sz.)

Felhívja a figyelmet a hólyag falában futó ureter-résznek cystikus kitérülésére, melyet a cystoskopikus vizsgálat elterjedése óta több esetben észleltek. Az elváltozás tünetei igen változatosak és a húgyszervek legkülönbözőbb betegségeire lehetnek jellemzők, úgyhogy a helyes kórismét előben csak a cystoskop segítségével lehet felállítani. Az egyik, rendszeren a jobb ureter-szájadék normalis volta mellett a másik ureter-szájadék helyén jökora, a cystoskop fényét rózsaszínen áttűnő engedő, sima felületű, ép nyálkahártyával fedett daganat látható. Pontos megfigyelésnél feltűnik a daganat terimeváltozása, melyet szerző a felső ureter-rész peristaltikájával, mások systole- és diastoleval hoznak összefüggésbe. A daganat csúcsán látszik a tüszúranyi ureter-szájadék, melybe kathetert nem lehet bevezetni. A daganat kifejlődésének oka elsősorban az ureter-szájadéknak — legtöbb esetben előrement gyulladás által feltételezett — szűkülete. A cysta azért fejlődik csak az ureter beszűkülésénél, mert az ureter többi részletének erős izomzata ellentáll a vizelet nyomásának, s csak a hólyag falában lefutó satnya izomzatú ureter-rész enged a kitérülésnek. A bajon csak műtéttel lehet segíteni. Blum endovesicalis eljárásával szemben a transvesicalis eljárást gyakorolja, mikor is vékony sonda mentén az ureter-szájadékot felhasítva azt kifordítja és a hólyag falához kivarraja. Czako József dr.

**A gégegümőkór gyógyítása recurrens bénítással.** Leichsenring. (Klin. Wochenschr., 1923, 498. old.)

A gégegümőkór gyógyításában a megbetegedett szerv nyugalombahelyezését a recurrens bénítással elnyomott eléri, és pedig zúzással vagy átmetszéssel, mindig az egyik oldali recurrensn végezve. Kezeginél sem a közérzetre, sem a fennálló tüdőfolyamatra kedvezőtlenül kiható utó- vagy mellékhatást nem észlelt e beavatkozások után. A műtét utáni első napokban fellépő magasabb hőemelkedések és nyelési panaszok szövődmény nélkül hamarosan eltűntek. Kilenc esete kapcsán hat gyógyulást látott, melyek közül ötnél a tüdőfolyamat is

javult, egynél rosszabbodott. Egy esetében a műtét nem sikerült, másik esetét két hó alatt tüdőgümőkórja elvitte, harmadik esetében a beteg hat hét múlva szeme előtt eltűnt. Eredményei alapján ez eljárás további kipróbálását ajánlja: csakis egyoldalú és nem kiterjedt gégegümőkóránál. Tomasouszky.

## Szemészet.

**Ophthalmomyiasis.** Dr. A. Ticho, Jerusalem, (British Journ. of Ophthalm. 1923, áprils.)

Ophthalmomyiasis név alatt a dipteralárvák által okozott symptomákat foglalják össze.

Külső és belső ophthalmomyiasis különböztethető meg, asszerint, amint a lárv a szemhéj, conjunctiva, könnytömlő, vagy pedig a szem belsejében helyezkedik el. A betegség Mexico, Peru, Chili pusztáiban gyakorta előfordul és Kuznezoff dr. szerint Közép-Ázsiában is, azonban rendkívül ritka Európában.

Szerző az utolsó 10 év alatt 6 esetet tapasztalt. Az anamnesis mindegyiknél teljesen hasonló, t. i. valamely idegen anyag csapódott a szembe és benne heves fájdalmakat okozott. A kísérő tünetek: a szemhéjak körülírt oedemája, conjunctivalis és ciliaris belöveltség, fornix duzzanata és conjunctiva-haemorrhagiák voltak. A diagnoszt a limbusban, tarsalis conjunctivában, vagy pedig a fornixban található hosszúkás, fehéres színű, féregszerű mozgással bíró idegentestek felismerése döntötte el. 50% cocain becsöppentése után csípővel könnyen eltávolíthatók, a fájdalom azonnal megszűnik. Szerző egyes eseteiben két napig is a conjunctivában voltak a lárvák és mégsem okoztak nagyobb szövetrocsolást. Egyes esetekben sarcophila Wohlfarti lárvákat találtak, a szerző rhinoestrus purpureus Bauer és oestrus ovi lárvákat talált. Betti szerint az oestrus ovi tojásai a nőtény hátán érnek meg és repülés közben az ember szemébe csapódhatnak. Szerző legtöbb esete nyáron fordult elő. A symptomák főként conjunctiva-elváltozásokban állottak, hasonlóan az idegentestek okozta elváltozásokhoz. Tropusi vidékeken tumorszerű granulatiókat okoz.

Szerző a szem belsejében nem figyelt meg ophthalmomyiasist. Ilyen esetekről Staehelberg, Schmidt stb. tesznek említést. A mellő csarnokban a szem általában meglepően jól tűri a lárvákat, melyeknek punctio corneaevál való eltávolítása után a szem megbékélt. Az üvegtestbe kerülő lárvák ablatio retinae, iridochorioiditis plastikát okoztak. A szem belsejébe valószínűleg a corneán, vagy sclerán, vagy a nyirok és érrendszeren keresztül jutottak. Mint secundaer megbetegedés előfordulhat az ophthalmomyiasis a bőrmiasisa (screeching disease) vagy az orr myiasisa következtében az orbitán át. Általános myiasisa következménye is lehet iltas vagy könnyelmű egyének-nél, akik szabadban elaluszna. Liczkó.

**Féldoldali neuritis optici.** Leslie Buchanan. (British Journal of Ophthalm. 1923, áprils.)

Szerző négy esetben fiatal nőknél tapasztalt neuritis opticit, amely esetek mindegyikénél aetiologikus momentum gyanánt megfázást mutatott ki. Két nő autokirándulás alkalmával elégtelenül felöltözve erős szélnek volt kitéve, egyik átfázott, másik pedig hólabdától ütést szenvedett a szemére. Mindegyik esetben neuritis optici tiszta képe volt, kettőnél csak consensualis pupillareactio, másik kettőnél fényérzés és ujfolvasás. Az izmok és egyéb idegek részéről egyéb elváltozást nem tapasztalt. A teljes látás natrium jodatum és nux vomica belső adagolására mindegyik betegénél visszatért. A fenti eseteket a hideg, illetőleg megfázás által okozott neuritis retrobulbarisnak tartja, amely később neuritis optici formájába megy át. A bántalmat körülírt helyre localisálja, hátra az orbitába, hivatkozva Jessop, Nettleship és Weeks hasonló kétoldali eseteire, akik a neuritist rheumatikus eredetűnek vélik. A prognosis kedvező. Liczkó.

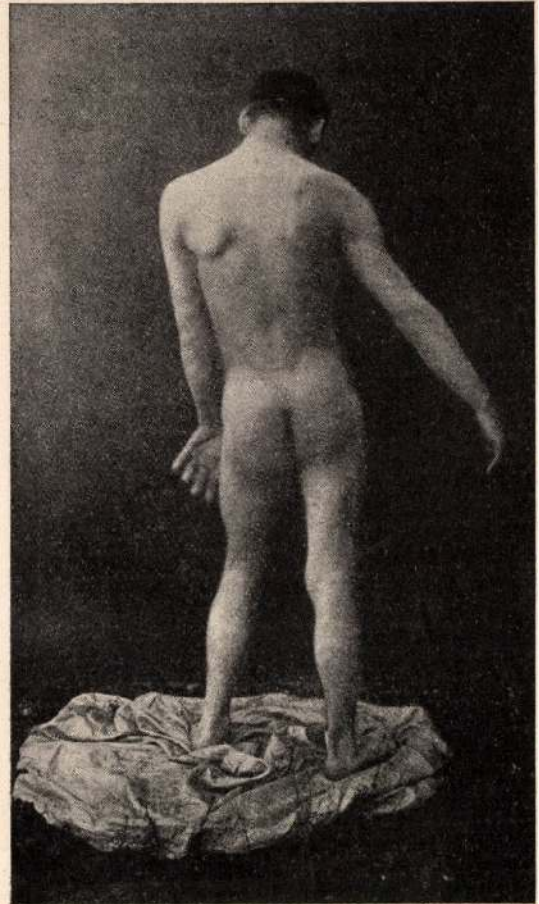
**Egyes szemizmok működésének áthárításáról.** Jackson Edward. (Transfer of function of ocular muscles. Am. Journal of Ophth. 1923, 6. kötet, 2. szám.)

A közlemény, melyet a szerző az amerikai sebészek ülésén Sals-Lake-Cityben olvasott fel, elsősorban a ptosis műtétével foglalkozik s ismertette a legtöbb eljárást — Hess és Blaszkovics műtétét úgy látszik a szerző nem ismeri —, Motais műtété mellett tör lánzsát. Ezek után saját eljárását ismerteti, melyet a felső egyenes izom tapadását hátrább és halánték felé helyezi; a hatás a fölfelé mozgás tekintetében olyan, mint a tenotomiáé, a rotálás tekintetében pedig az előrevarrásra emlékeztet, vagyis hatásfokozó. Abducens bénulás esetében Hummelsheim műtétét, illetőleg annak O'Connor által ajánlott módosítását ajánlja. Ezek az eljárások a felső és alsó egyenes halántéki széléből egy-egy 15 mm hosszú csíkot erősítenek a külső egyeneshez.

Hasonló elv szerint a többi egyenes izom bénulása ellen is a szomszédos két egyenesből készített csíkok alkalmazását ajánlja Mc Donald, Posey és O'Connell nyomán. I. I. J.



CEREBROPATHIA INFANTUM. I. ESET.



CEREBROPATHIA INFANTUM. I. ESET.



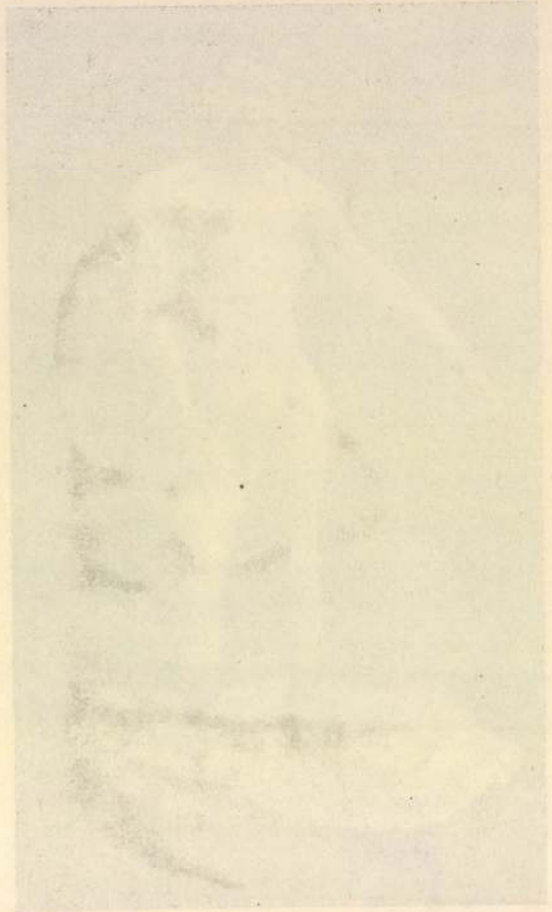
CEREBROPATHIA INFANTUM. II. ESET.



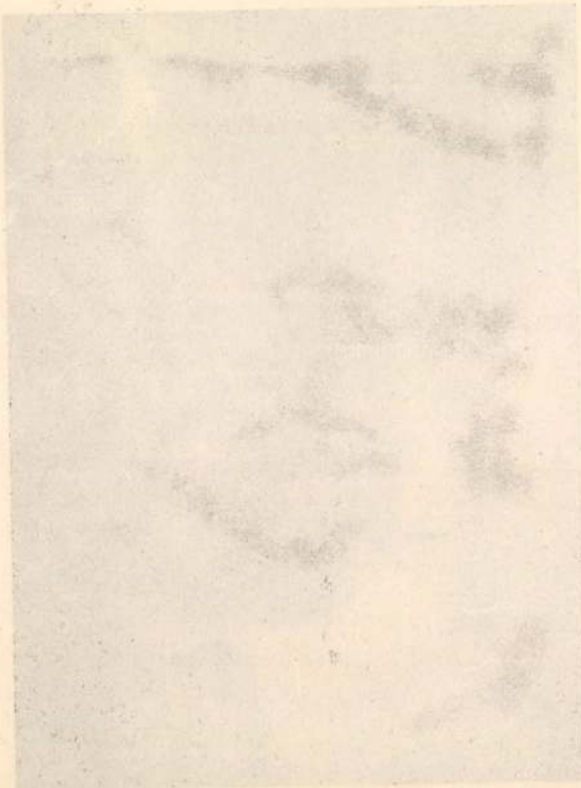
PYELO-PNEUMORADIOGRAPHIÁS VESEFÖLVÉTEL.



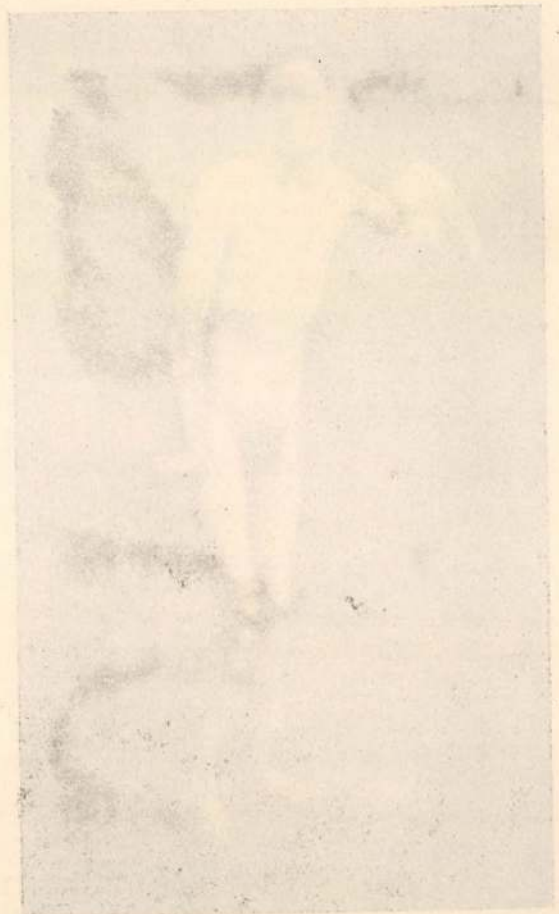
PHOTOGRAPH OF [Name]



PHOTOGRAPH OF [Name]



PHOTOGRAPH OF [Name]



PHOTOGRAPH OF [Name]

**A sympathiás szemgyulladás aetiológiája.** Stark H. H. (Am. Journal of Ophth. 1923, 6. kötet 1. szám.)

Összefüggést keres a sympathiás szemgyulladás és a tuberculosis között. E mellett feltételezi, hogy a sérült szembe bevándorolt tbc.-bacillusok által okozott szövetroncsolás a másik szem anaphylaxiás gyulladást okoz. Egy esetére hivatkozik, melyben a diagnosztikus oltás pozitív volt és a Hradle által 1910-ben leírt lymphocytosis kifejezett volt. (A referens Gradle erről szóló előadása kapcsán kifejtette, hogy a lymphocytosisnak fenyegető vagy kitört sympathiás szemgyulladás esetén sem prognosztikus, sem diagnosztikus jelentősége nem lehet. Ezt bizonyították később Brücknernek 1919-ben megjelent tanulmányai is.)

**Bromural és adalinmérgezés a szemén.** Dr. C. H. Sattler, Königsberg. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 70. füzet.)

Első esetben 11 évi állandó bromuralhasználat után szédülés, gyengeség, fokozatos látásromlás lép fel. Mindkét szemfenéken papillákön temporalis decoloratio. Kék és piros centralis scotoma. Visus:  $5/15$ . Bromuralkihagyásra néhány napi ideges tünetek után látásjavulás áll be.

Második esetben tíz évi naponkénti adalinhasználat után lassú látásgyengülés, Anisokoria. Mindkét szemén reflectorikus pupillamerevség; papillákön temporalis decoloratio. Visus mindkét szemén:  $1^{1/2}$  méterről ujjolvasás. Centralis scotoma. Adalinhagyás után rövid ideig tartó abstinenciás tünetek. Egy hónap múlva visus: öt méterről ujjolvasás. Mindkét esetben lues, alkohol, nicotinhátas kizárható. Mindkét gyógyszer bromhugyany-származék, de szerző nem tartja bromhatásnak a mérgezést, mert jóval nagyobb bromhasználat után sincsenek a szemén ilyen elváltozások; szerinte, maga a bromural, illetve adalin hat mérgezően a látóidegre, hasonlóan a nicotinhoz vagy alkoholhoz.

Péterfi Margit dr.

**Tanulmány a kancsalságról.** Landolt E. (American Journal of Ophth. 1923, 2. szám.)

A szerző ismeretes nézeteinek összefoglalása. A kancsalság műtétei csak az izom előrevarrását és megrovidítését tartja megengedhetőnek. Kerülődönék tartja a tenotomiát. Az összetéris elégtelensége ellen is a belső egyes izom előrevarrását ajánlja. Nem vesz tudomást azokról az érvekről, amelyek bizonyos esetekben az óvatos tenotomia, vagy legalább is az izom megnyújtása szükségességét bizonyítják. Jóllehet a szerző az ellenkező véleményen levő szemészek elfogultságát ostorozza, dolgozatának 12 forrasműve közül 11 a saját közleménye és az egyetlen idegen szerző, aki megemlíti, Donders, kinek a relatív alkalmazkodási és összetérisi képességre vonatkozó kísérleteit említi.

I. I. J.

## Szülészet és nőgyógyászat.

**A gyermekágyi mastitis terhességi prophylaxisáról.** Offermann (Mon. f. Geb. u. Gyn., 1923, LXII. kötet, 5—6. füzet.)

Az emlőbimbók terhesség alatti edző, prophylactikus kezelésének hasznosságára, illetve káros voltára vonatkozó illetékes szakvélemények ellentmondók. Ezért a szerző nagyobb anyagon összehasonlító módon vizsgálta, vajjon a terhesség alatt 70%-os alkohollal edzett emlőjű gyermekágyasoknál lép-e fel nagyobb számban bimbó-rhagad, illetve mastitis, vagy pedig a nem kezelt esetekben? Tapasztalatai szerint elsőszülőknel nagyobb számban lép fel mastitis, mint többszörszülőknel; és pedig úgy a kezeltéknél, mint nem kezeltéknél kb. egyforma számban. Bimbórepedések azonban előrekezelteknél ritkábbak. Ezért ajánlja az emlőbimbóknak a terhesség utolsó heteiben naponta 70%-os alkohollal való ledörzsölését.

Kovács Ferenc dr.

**Köldökzsinór-teratoma.** P. Haendly. (Berlini női klinika. Arch. f. Gyn. 1923, 116. kötet, 3. füzet.)

A köldökzsinór álképződményei igen ritkák. Cystáktól eltekintve, teleangiectasiás myxosarcomákkal találkozunk aránylag a leggyakrabban. A közölt esetben gyermekfej nagyságú, tömört, rugalmas daganat foglalt helyet a köldökzsinóron a placentaris tapadástól mintegy 35 cm-nyire. A daganat vastagfalú cystának imponált, ökölnyi ürrel, belfelülete egyenetlen, helyenkint laza tömlőkkel, melyek részben híg, részben nyúlós nyákot tartalmaztak. A daganat vastag fala keresztmetszetben fehér, részben porcszerű masszából állónak bizonyult. Görcső alatt az egyes részekben következőket találták: 1. glut, ependyma, ideg-, kötő-, zsírszövetet, továbbá sima izomelemeket és véretereket, 2. ectodermalis eredetű derivatumokat, epidermist, barlangos testeket, átmeneti hámmal bélelt járatokkal és mirigyekkel (urethra?). Lehet, hogy kezdetleges ivarszervi telepek, 3. typosus összeállású belet, 4. többretegű csillószőrös hámmal bélelt cystákat, továbbá járatokat többretegű köbhámmal és mirigyjáratokkal (trachea, oesophagus?), végül a kötőszövetben szélszórton harántcsíkolatot mutató izomzatból álló szigeteket. A teratoma aetiológiája még teljesen ismeretlen. Az ilyen daganatok keletkezése mindenesetre a fejlődés nagyon kezdeti szakára vezethető vissza.

Haba.

## Gyermekorvostan.

**Az alsóausztriai golyvajárványról.** Geringer. (Wiener klin. Wochenschrift, 1923, 10. sz.)

Cikkében s. k. az argumentumok sorozatát állítja szembe azon felfogással, hogy a golyva járványos vagy infectious megbetegedés. Statisztikai adatai alapján azon következtetést vonja le, hogy az alacsonyabban fekvő vidékeken sokkal kevesebb a golyva, mint a magaslati helyeken; hogy a magasabb helyekről az alacsonyabbra költözötteknél a golyva gyógyszerelés nélkül is sokszor visszafejlődik (pl. a Hollandiában üdült gyermekeknél) és viszont a magaslati helyekre kerülteknél golyva tömegesen léphet fel (pl. az orosz foglyok). Továbbá, hogy a golyva a statisztika szerint inkább a nőknél fordul elő, mint férfiaknál, hogy már a gyermekkorban is — sőt itt a legtöbbször — kifejlődik és hogy igen gyakran látni szülés után is golyvát. Véleménye szerint a golyva tulajdonképp constitutionalis anomalia s visszavezethető az endocrin mirigyzavarokra, amelyre legtöbbször bizonyos hereditarius dispositio van jelen s amelynek kiváltására a jodhiány adna okot. Epp ezért Svájc példájára a golyvát vidékeken csak jodtartalmú (0'0004%-ban) konyhasót volna szabad forgalomba hozni s kötelezővé kellene tenni a községi, kör- és iskolaorvosoknak a struma évenkénti bejelentését, hogy a jodmennyiség a golyvaesetek szaporodásának vagy csökkenésének megfelelően emeltessek vagy kevesbítettessék.

Rohrböck Ferenc dr.

**Laryngitis crouposa kiszívattúzással („suction”) való kezelésének eredményeiről.** R. W. Gover és R. P. Hardman. (Archives of Pediatrics, 1923, 3. sz.)

A gége kitisztítását szerzők előzőleg (1918-ban) már fogóval és tamponnal is megkísérelték. Az alhártlyák kiszívását úgy végzik, hogy laryngoskopia directa segítségével fémtubust vagy ruganyos silk-kathetert vezetnek be a gégebe. A tubust, illetve kathetert motor hajtotta légszívattúzával kötik össze és az alhártlyákat néhány másodpercig tartó szívattással eltávolítják. Az eljárást szükség szerint néhány ízben meg is ismétlik. Trachealis, vagyis descendáló croupnál bronchoskopot is vezetnek be. Szerzők szerint az intubált esetek magas mortalitását, amely náluk 25—40% között ingadozott, ezen eljárással jelentékenyen lehet csökkenteni, noha az így kezelt eseteknél sem kerülhető el mindig az intubatio, vagy tracheoömia, mert a kiszívás következtében keletkező subglottikus oedema miatt néha mégsem marad más mentség, mint ezen beavatkozások valamelyike. Viszont hangsúlyozzák, hogy az intubatio mellett gyakori bronchopneumonia a tisztán szívattal kezelt eseteknél nem keletkezik. 50 kiszívással kezelt eset közül szerzők csak négyet, illetve ötöt vesztek el, a gyógyult esetek között két descendáló croup is volt. Ajánlják az eljárás kipróbálását nagyobb anyagon.

Bosányi dr.

**Veleszületett malária egy esetéről.** R. P. Forbes. (Am. Journ. of the Diseases of Children. XXV., 2. sz.)

Ilyen esetek ismeretesek az irodalomban, azonban az infectio módja nem ismeretes biztonsággal, és nagy tapasztalattal bíró olasz szerzők tagadják az intrauterin infectio lehetőségét. A szülés utáni fertőzés szerző eseténél kizárható volt azon alapon, hogy Coloradoban anophelest szorgos kutatás dacára sem találtak soha. A héthetes betegnél malária gyanúját a teljesen magyarázhatatlan lázak mellett az kellett, hogy az anya szülés előtt hét évvel súlyos quartanát állott ki Görögországban, melyből állítólag teljesen főgyógyult. A láz alatt vett vérben a gyermeknél már elsőízben nagymennyiségű plasmodium volt kimutatható. Ugyanezen időben az anya vérében is találtak hasonlóan quartana-parazitát, teljes láztalanság mellett és pulpálható lép nélkül. Az infectio módja egyelőre teljesen homályos. Activ maláriánál is ritkán jön létre intrauterin, placentaris infectio, viszont latens maláriánál is létrejöhet, azonban csak szülés után néhány hétre válik activává a gyermekben.

Bakay Emma dr.

## BALLANTYNE JOHN WILLIAM

SZÜL. 1861. MEGH. 1923.

Meghalt Edinburgh-ban, hol 1889 óta fejtette ki igazán számottevő és valóban áldásos működését. Mint a híres Simpson tanár segéde lépett pályájára s mint szülész kezdettől az antenatal pathologia kutatása kötötte le s majdnem négy évtizedre terjedő irodalmi működése úgyszólván állandóan e téren mozgott. Első ezen irányú munkája 1889-ben megjelent thesise: „Some anatomical and pathological condition of the newborn infant in their relation to obstetrics.” Betelözése ezen kutatásainak két vastok kötetet kitevő munkája: *Manual of antenatal*

Pathologie and Hygiene. I. The foetus. II. The embryo. Edinburgh. 1904, mely mű mindenkoron remeke marad a világirodalomnak. Valódi működése nem a betegágyhoz s az előadói asztalhoz volt kötve, hanem kutatásai és írásai révén sokkal szélesebb körre terjedt ki. Propaganda munkájának eredményeképpen fokozottan fogadtatta el a szülésekkel az antenatal pathológiáról szóló nézeteit és meggyőzte őket a szülés előtti gondoskodás szükségességéről s élte végén meg volt az az elégtétele, hogy tanainak megvalósulását és elfogadását láthatta s azoknak áldásos hatását mindenfelé tapasztalhatta. 1915-ben meglehetett az az öröme, hogy az Edinburgh Royal Maternity keretében egy tágas osztály állíttatott fel terhesek számára, hol nemcsak bennlakó, de bejáró terhesekkel is behatóan foglalkoztak. Ezen actiót Ballantyne 1901-ben kezdte meg, midőn „A pleas for a prematernity hospital” címmel erős propagandát indított. Browne szépen jellemzi nagyjelentőségű működését, midőn azt írja necrologijában: „Ballantyne működésével oly faklyát gyújtott meg, mely örökké lobogni fog.” Bókay János.

## VEGYES HÍREK

**Felhívás előfizetőinkhez.** Hónapokon át nagy anyagi veszteségekkel küzdötte, kénytelenek voltunk lapjaink előfizetési díját a címoldalon feltüntetett arányban június elsejétől fogva felemelni, amit a korona esése és ezzel kapcsolatban a nyomdai és papírárok több mint 100%-os emelkedése indokol. Lapunk azonban oly súlyos válságba jutott, hogy kérnünk kell tehetősebb előfizetőinket, kik azt az igyekezetet, mivel hivatásunkat szolgáljuk, méltányolják és abban segítségünkre akarnak lenni, hogy a III. negyedévi előfizetésüket (1500 K) minél sürgősebben, előfizetésük lejárta előtt küldjék be, hogy rendelt nagyobb papíranyagunkat kiválthassuk és lapunk megjelenése fennakadást ne szenvedjen. Küzdünk, amíg csak bírjuk: s ez elsősorban előfizetőink áldozatkészségétől függ. Új előfizetők toborzására is nagyon kérjük barátainkat, mert 1170 előfizetővel valóban nem lehet e küzdelmet megvívni.

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 2-iki ülésének napirendje:** Bemutatás: Schill Imre: a) Endocarditis kísérletében fellépett anaemia perniciosa typosú haemolytikus icterus. b) Haemolytikus icterus Werlhofos betegen. **Előadás:** 1. Rusznyák István, Barát Irén, Kürthy László: A vérplasma fehérjefracióinak quantitativ meghatározása és annak jelentősége felnőtteknél. 2. Duzár József: A vérplasma fehérjefracióinak jelentősége csecsemőknél.

**Kinevezés.** A vall. és közokt. miniszter kinevezte dr. Poór Ferencet, a budapesti egyetem magántanárát, közkórházi főorvost a szegedi Ferenc József tud. egyetem bő- és nemikórtani tanszékére ny. r. tanárnak.

**Magántanári megerősítés.** A vall. és közokt. miniszter Windisch Ödön dr. habilitációját „a nőgyógyászati propedeutikából” jóváhagyólag tudomásul vette.

**Balneologiai pályakérdések.** Az Országos Balneologiai Egyesület a következő pályázatokat írja ki: 1. Tausz Béla alapítvány 10.000 korona. Kiváratik valamely szabadon választott balneologiai tárgyú téma önálló kutatásokon, vagy tanulmányokon alapuló kidolgozása. 2. Övöry Ferenc alapítványa 1 mm búza 1923 okt. 1-i értéke. Kiváratik a Balaton iszapjának gyógyítás céljára való alkalmazhatóságának tudományos vizsgálata. (A Balatoni Szövetség a tárggyal foglalkozóknak messzemenő segítségét biztosítja.) A jelíges levéllel ellátott pályaművek 1924. évi febr. 28-ig az Országos Balneologiai Egyesület elnökségéhez nyújtandók be (VIII. Üllői-út 26. sz.).

**Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre:** Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinahuta Novohradská župa); Jugoszláviában Duchon János dr. orvos, O. H. számlájára a Zombori Takarékpénztárnak küldendő 175 din.; Romániában 400 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr.; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egyebütt 6000 K, átutalendő a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjánál számlánkra. Negyedévre, illetve félévre megfelelő kisebb összegek küldendők be. Három hónapnál rövidebb időre külföldi előfizetést nem vállalunk.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

## Dr. Keszler—Dr. Langfelder

bőrgyógyászati és kozmetikai intézete IV., Váci-utca 11/B  
Röntgen, Quarz, Diathermia, Kosmetikai eljárások és műtétek.

## Dr. Fonyó János

gynäkologiai hystologiai vizsgálo  
laboratóriuma VIII, Baross-utca 43.

## Dr. JUSTUS

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

## RÖNTGEN-ODELGA

## VÍZKÚRÁK ÉS DIAETÁS KÚRÁK

Dr. Pajor-Sanatorium újonnan berendezett I. degbetegek, bel-  
beteges és üdül-  
vízgyógyintézetében Budapest VIII, Vas-u. 17

## Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA

BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 52-29  
Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernebbül berendezett Röntgen-  
és vegyi laboratóriumok. Belsőgyógyászati, diagnosztikai és diétás osztály, valamint vízgyógy-  
intézete ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

## Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C. forrásaival. Termális és fisioterapiás gyógy-  
intézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vízgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalato-  
rium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső  
bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégészet. Laboratórium. Röntgen.  
Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magántanár.

## Dr. Szili Sándor

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

## Dr. Berger Iván

orvosi laboratóriuma VII, Wesselényi-utca 2.  
Telefon: József 115-72. Lakáson: 175-91.

## PÁLYAZATOK.

A vezetésem alatt álló budapesti m. kir. állami gyermek-  
menhelynél megüresedett 1 (egy) segédorvosi állásra ezennel  
pályázatot hirdetek. Ezen állás az állami tisztviselők X. fizetési  
osztályának megfelelő illetményekkel van rendszerezve és java-  
dalmazása: évi 2000 K fizetés, évi 1700 K háborús segély, havi  
400 K drágasági segély és ezidőszent havi 13.600 K rendkívüli  
segély, továbbá első osztályú élelmezés, egyszobás természet-  
beni lakás, fűtés és világítás. A kinevezés hátálya 2 (kettő) évi  
időtartamra terjed. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni  
óhajtják, hogy a Nagyméltóságú m. kir. Népjóléti és Munkaügyi  
Minister Úrhoz címzett, szabályszerűen felbélyegzett, orvosi  
oklevelükkel és eddigi működésüket igazoló okmányokkal fel-  
szerelt kérvényüket nálam (X. ker., Üllői-út 86., I. emelet 23. sz.)  
legkésőbb folyó évi június hó 20-án délelőtt 12 óráig nyújtsák be.  
Az ezen időn túl beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.  
Budapest, 1923 május hó 19. Dr. Damokos miniszteri tanácsos,  
igazgató.

## Fiatal orvos helyettesítést vállal

Megkeresések Dr. Lukács névre a „Petőfi” Irodalmi Vállalathoz VII., Kertész-u. 16. küldendők.



Szemüvegek, látcsövek, fény-  
képező-gépek, mikroszkopok stb.  
vétel-csere,  
elektrotechnikai gépek.

HATSCHEK NÁNDOR VII, Erzsébet-körút 33, Royal-  
orfeum mellett Telefon J. 129-26

## Haemorrhoidák ellen

# Anugen-kúp

Készíti:

ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA  
Budapest V, Szabadság-tér.

# ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.**

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES 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

SEGÉDSZERKESZTŐ: **HUZLY IMRE.**

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

**Fekete Sándor:** Az adnexumok acut gyulladásának gyógyítása intravenás calciuminjecciónnal. (313—316. oldal.)

**Áldor Lajos:** A kőnélküli epeutak chronikus megbetegedéseiről (Naunyn-féle cholangia). (316—320. oldal.)

**Bárony Tivadar és Hortobágyi Béla:** A duodenalis pylorus-reflexről. (320—321. oldal.)

**Göbl Albin és Zalka Ödön:** Gümös eredetű aortaperforatio esete. (322—323. oldal.)

**Vámossy Zoltán:** Olcsó gyógyszerrendelés. (323—326. oldal.)

**Lapszemle. Belorvostan. — Urologia. — Gyermekorvostan.** (326—328. oldal.)

**Könyvismertetés.** (328. oldal.)

**A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 24-i ülése.** (328—329. oldal.)

**A Közkórházi Orvostársulat 1924 május 21-i ülése.** (329—330. o.)

**A Debreceni Orvosegyesület 1924 május 15. és 22-én tartott tudományos ülése.** (330—331. oldal.)

**Heti krónika.** (332—333. oldal.)

**Vegyes hírek.** (333. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**A budapesti gróf Apponyi Albert-poliklinika nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Fekete Sándor dr.)**

### Az adnexumok acut gyulladásának gyógyítása intravenás calciuminjecciónnal.

Írta: **Fekete Sándor dr.** egyetemi magántanár, főorvos.

A budapesti gróf Apponyi Albert Poliklinika nőgyógyászati rendelését az 1922. és 1923. években 8486 beteg kereste fel, ezek közül 945-nél a megbetegedés okát az adnexumok lobos elváltozásában találtuk (11.12%). Bár a chronikus időszakban a műtéti és egyéb beavatkozások egész sora áll rendelkezésünkre, az acut időszakban meg kellett elégednünk eddig a tüneti kezeléssel. A betegség lefolyása a szervezeti védekezés méltóságától függ s ezt alig van módunkban befolyásolni. Bármily egyszerű és sokoldalú is a szervezet védőberendezése, az eredmény az egyén szempontjából igen gyakran tökéletlen. Gyógyítási törekvéseinkben oly utat kell választanunk, amely a természetes védekezés minden előnyét kellőképpen felhasználja s tompítanunk azokat a folyamatokat, amelyek a szervezetre hátrányosak.

A gyógyulás szempontjából nagyjelentőségű, hogy a gyulladással milyen mértékben váltja ki a védelem egyes factorait. Adott helyzetben a specialis viszonyoktól függ, hogy a szervezeti reactio formái meddig előnyösek s melyik az a mérték, amelyen túl a szervezetre ártalmassá válhatnak. Nagyjelentőségű a a szervezetre a gyulladást gyógyító tényezők quantitativ szerepe.

Az adnexumok gyulladásánál jelentős szerepe van az izzadmányképződésnek. Ha látjuk, hogy éppen ezen folyamatok, a szövetszaporodás és az izzadmány szervülése később milyen súlyos elváltozásoknak az okozói s ha tudjuk, milyen küzdelembe kerül később a felszívódás révén ezeket a káros elváltozásokat csökkenteni, el kell ismernünk, hogy ezen, egyébként hasznos folyamat a szükséges mértéken túl már káros elváltozásokat eredményez. A gyulladással már régen elkészült a szervezet s utána még hosszú ideig kell a célszerűtlen védekezés adóját fizetnie fájdalmas összenövések, zavart működés, helyzetváltozások formájában. Önkéntelenül is felvetődik a gondolat, nem lehetne-e a gyulladás gyógyításánál oda torkoltni, hogy a maradandó elváltozásokat okozó localis védekezést tompítsuk, s az általános védekezést fokozottabb mértékben használjuk ki.

Ezen törekvésünkben még csak a kezdet kezdetén vagyunk. A célt mégis kitűzhetjük, s ez a gyulladással

reactio beállítása az optimumra. A gyógyulás optima akkor van adva, ha a gyulladással ártalmat lehetőleg csökkentjük, a localis gyulladással reactiót pedig a helyi viszonyok és fertőzés szerint a kellő mértékre állítjuk be. Minél kényesebb valamelyik testrészt, annál kevésbé előnyös a localis reactio túlzása éppen a visszamaradó elváltozások miatt. A gyulladással reactiora bizonyos fokig szükség van, hiszen nem egyéb ez, mint a szervezeti védekezés (általános és helyi) localis megnyilvánulása. A túlkeves vagy túlsok azonban káros. Feladatunk a gyulladás acut szakában a legfontosabb, ekkor dől el a beteg sorsa. A szervezet reactióképessége szerint a gyulladással folyamatot az optimum elérésére esetleg fokozni vagy csökkenteni kell. Részben a gyulladással ártalom ismerete (virulencia), részben a reactióképesség (constitutio) s a helyi viszonyok mérlegelése fogja megadni az útmutatást arra, hogy adott esetben a gyulladással reactio fokozása vagy tompítása-e a célszerű. Egyelőre a tapasztalat s a klinikai megfigyelés fogja irányítani eljárásunkat.

A gyulladással reactio fokozására ajánlották a terpentint, tejet, aolant, caseosant, novoprotint stb. Csak kevesen vannak, akik ezen eljárással acutnak ítélt esetekben kedvező eredményt értek el: *Hartog, Langes, Fuchs, Hinze, Zoeppritz, Zill*. Kiemelik ilyenkor, a gyakori és erős reactiót, amely magas láz, rossz közérzet, fájdalmasság és a gyulladással tünetek fokozódásában nyilvánult meg. Mások hasonló esetekben nem láttak jó eredményt, inkább rosszabbodást: *Hellendal, Kronenberg, Seelmann, Morville, Kauert*. Egyik legalaposabb dolgozat (*Kronenberg*) Pankow klinikájáról azt mondja, hogy terpeninkezelésnél 33 esetből (acut és chronikus) 7 kiújult a kezelés alatt, míg hasonló 33 esetből, amelyet conservative kezeltek, csak 2 exacerbált. Magam is alkalmaztam a terpentint, terpichint, aolant, de sohasem az acut stadiumban. Feltűnő jó eredményt alig láttam; az aolan sokszor bevált mint vérzésesillapító. Csatlakozhatom így *Martius* véleményéhez, aki összefoglaló referatumban azt mondja, hogy a parenteralis ingertherapia nagy eredményeket nem tud felmutatni az adnexgyulladások gyógyításában. Azonban, ha eddig nem is vált ez be a gyakorlatban, nagyon értékesnek találom a gondolatot magát, hogy t. i. a gyulladással reactio befolyásolása ilyen úton lehetséges.

Az acut lobos folyamatok gyógyításának másik iránya, amikor a kórokozó hatását a sejtekre gyengíteni iparkodunk. Elérhetjük ezt, ha a sejtek chemiai állapotát oly módon tudjuk befolyásolni, hogy életképességük megóvása mellett a toxikus anyaggal szemben való affinitásukat csökkentjük. A gyulladással ártalom

tompítása természetesen nem zárja ki, hogy az általános védekezést viszont fokozzuk. Sőt, ez egyenesen kívánatos. Olyan területeken, vagy olyan esetekben, ahol a gyulladást tartós károsodással jár (összenövés, helyzetváltozás, parenchyma-pusztulás), a localis folyamattal szemben az általános védekezést igyekeznünk igénybe venni. A kísérleti gyógyszer-tan a protoplasm-aktiváló anyagokkal szemben a gyógyszerek egy olyan sorát állította össze, amelyek sok tekintetben a protein-terápiával ellenkező hatást fejtenek ki. Ilyenek a narcoticumok, chinin, arsen, salicyl, silicium, de főleg a calciumsók. A calcium hatása abban nyilvánul meg, hogy a gyulladást általában szemben biztosítja a sejt rendes működését, fenntartja a rendes permeabilitást. A calciumnak a véráramba való bejuttatása legcélszerűbben intravenás injectio alakjában történhetik; a bélesatornán át való felszívódás ugyanis bizonytalan, subcutan adva pedig a calciumsók elhalást okoznak. Bennünket elsősorban a gyulladást elváltozásokra gyakorolt hatása érdekel. A calcium jelentékeny befolyással van a capillarissok tágasságára, a kvantitatív viszonyok szerint megszünteti az érgörcsöt, gyorsabbá teszi a véráramlást, csökken az edényfalak kórosan felfokozott átjárhatósága. Akár colloid hatást veszünk fel, akár pedig a vasomotorbeidegzés révén képzeljük el a calciumhatást, mindenképen a gyulladást elváltozások tompítóját ismerjük meg a calciumban. A gyógyítás szempontjából fontos, hogy nem zavarja-e a calcium az általános védekezést. A védőberendezés egyik factora a leukocytosis; *Burmeister* calcium-befecskendezés után leukopeniát talált, *Rösler* leukocytosist. Saját eseteimben figyelemmel kísérve a vérképet a calcium-injectio előtt és után, jelentősebb elváltozást a gyulladástó elváltozásokban nem találtunk. Ismeretes, hogy calciumelvonás a phagocytosist csökkenti, minimalis calciumra már fokozódik. A toxikokra egyes vizsgálók szerint fixálólag hat, így hozzájárul a szervezet méregtelenítéséhez. A lázat a calcium közvetlenül nem befolyásolja. A vegetatív idegrendszer megnyugtató a gyulladástó folyamatra is kedvező hatással van, amennyiben megóvjaa a szervezetet a túlzott reactiótól. A calcium hatását szem előtt tartva, főleg ott várhatunk eredményt, ahol a folyamat még egészen friss s ahol ellensúlyozni célozzuk a lobtermék túlságos mértékben való keletkezését. Fontos ezért az esetek s a kezelés időpontjának megválasztása. Acut esetek, ahol localis reactio már van s ahol ennek túlságos kifejlődését el akarjuk kerülni, ezek alkalmasak a calciumterápiára.

Vizsgálataim már hónapok óta folyamatban voltak, amikor közlemények jelentek meg a calcium nőgyógyászati alkalmazásáról. *Mandl* (Gyógyászat, 1923, 13. sz.) a havivérzés csökkentésére ajánlja a calciumot, *Hornung* a Stoeckel klinikájáról a klimakterikus vérzéseket befolyásolta előnyösen (Zentralblatt für Gyn. 1923, 32. sz.). Utóbbi megállapítja, hogy calcium-befecskendezésre a thrombocyták száma csökken s ezt a calciumot összeköttetésbe hozza a calcium vérzéscsillapító hatásával. Hasonló célokra én már évek előtt alkalmaztam concentrált sóoldatot elég megbízható eredménnyel, sőt a hatásmódra is ugyanazt a magyarázatot adtam, melyet most *Hornung* vizsgálatokkal igazolt. Különösebben érdekel bennünket *Schönfeld* közlése, aki urethralis gonorrhoeánál adott subcutan calciumchlorid-injectiókat; bár egyes esetekben kedvező hatást látott, mégis a befecskendezéseket követő elhalások miatt a további alkalmazásról lemondott. Gyulladásos női megbetegedések gyógyítására a calciumot eddig még nem alkalmazták.

Calciummal csak olyan eseteket kezeltem, ahol úgy az általános, mint a localis lelet kétségtelenné tették, hogy friss vagy legalább is frissen kiújult adnexobodás van. Múltó izgalomból különösebb therapiai beavatkozás nélkül is csillapodnak s az ilyen esetek könnyen tévútra vezethettek volna a gyógyító hatás megítélésénél. Érzékenység, kifejezett resistentia, láz, legtöbbször bő uterinalis folyás mutatták a kórkép súlyosságát. A megbetegedés kezdete után 1, de legkésőbb 4 héttel kezd-

tük a calciumtherapiát. A gyulladás kórokozója legtöbbször csak gyanítható volt: gonorrhoea, vagy abortusból eredő vegyes fertőzés. A calciumot másodnaponként alkalmaztuk intravenásan. Adtunk 10% calciumchloridot (*Richter*), afenilt (*Knoll*), optocalcilt (*Marberger*), calciumchloridot (*Chinoïn*), 10 cm<sup>3</sup>-t adva a c. cubitalisba, pillanatok alatt erős melegséget jelzett a beteg, amely pár perc alatt eltűnt. Némelyek a torokban szárazzésről panaszkodtak. Vigyázni kell, hogy az injectio lassan törtéjék, akkor a tünetek jól elviselhetők. Egyetlen egyszer sem volt kellemetlenségünk; a reactio alig erősebb, mint valamely hatékony ovariumkészítmény adagolásánál. Legerősebb a reactio a calciumchloridnál, legkisebb az afenilnél. Localisan a calciumchlorid infiltratiót s nekrosist okoz, ha a sebbe kerül, vagy a bőr alá. Az afenilnél ettől nem kell tartanunk, ezért legszívesebben az afenilt alkalmaztuk. Ahol az intravenás injectiók sora technikailag nem volt keresztülvihető, ott belsőleg adtunk calciumlacticumot, fortocalt; ennek a hatása nem kifejezett, úgyhogy csak adjuvansnak használhatjuk. 6-8 injectiót adtunk rendszeren, de már 3-4 injectio után is kefejezett a hatás, ami egy hetet vesz igénybe. Igaz ugyan, hogy egy hét alatt már a lobellenes kezelés hatása alatt is sokat javul némelyik adnexitis, a súlyosabbak azonban hetekig is ellázaskodnak. S miután eseteinket úgy válogattuk, hogy súlyos folyamatokkal kellett számolnunk, annál meglepőbb volt az eredmény. A calcium mellett a rendes lobellenes kezelésnek kórházban keresztülvihető módja: fekvés, borogatás, 1-1 órára jégtömlő, könnyű diéta került alkalmazásba. Makacsabb esetekben kis dosis chinint is adtunk.

Lássuk mármost a calcium hatását a gyulladás gyógyításában. A kórokozó mikrobákra ha nem is maga a calcium, de a calcium hatása alatt a szervezet kétség-telenül hatást fejt ki. Feltűnő ugyanis, hogy a cervix-váladék, amely a kezelés elején még a legkülönfélebb coccusok és pálcikák tömegét tartalmazza, a kezelés alatt annyira bakteriumszegénynek mutatkozik, hogy látóterenkint alig néhány csirát látunk. A gonococcus az itt érvényre jutó hatányokkal szemben fokozott ellenállóképességet mutat; nem is sikerült a váladékot gonococcusmentessé tenni tisztán intravenás calciuminjectiók segítségével. Mégis úgy látszik, a gonococcus életképessége is szenved a calciumkezelés alatt; erre mutat az, hogy amint enyhe helyi kezelés (choleval, protargolpép) megengedhető, rövid idő alatt sikerül a cervix-váladékot a gonococcusoktól megtisztítani.

A klinikai tünetek közül a lázat a calciumadagolás feltűnően nem befolyásolja. Legalább is nem látunk nagyobb eltérést a láztáblán a calciumos és a calciummentes napok között. Több, erősen lázas eseten megfigyelhettem azonban, hogy 3-4 injectio után a láz egyszerre lecsökken. Valószínűnek tartom, hogy itt a helyi folyamat változásai azok, amelyek a hőméretet kedvezően befolyásolták.

A fájdalomosság a gyógykezelés alatt fokozatosan csökken. Nehéz megállapítani, mennyiben tulajdonítható ez a kórházi ápolás (fektetés, borogatás) s mennyiben a calciumnak. Mégis az a benyomásom, hogy ezen eljárással hamarabb tudjuk megszabadítani betegeinket a fájdalomtól. 5-6 napi injectiózás után betegeink nagy része már a fájdalom megszűnését jelzi. Javul a beteg közérzete is, arcszíne, egész viselkedése élénkebb, a beteg türelmesebb.

Legkifejezettebb a calciumhatás a helyi leletre. Az első 2-3 injectio csak mérsékelt javulást eredményez, de a második héten (5-6 injectio) a hatás szembetűnő. Nem szabad itt elfelednünk, hogy ebben az időszakban calcium nélkül igen gyakran még a tumorok növekedésével kell számolnunk. Legtöbb esetünkben az ökolnyai s a crista ilei-t elérő resistentia 5-6 injectio után kis tojásnyira zsugorodott, lúdtójasnyi daganat helyén két hét múlva a rendesnél alig nagyobb petefészek s duzzadt végű petevezetéből álló conglomeratumot találunk. A Douglasbeli exsudatum is kedvezően változik, a fájdalomosság megszűnik, gerendezettség mutatja az exsudatio



esökkenését s a felszívódás túlsúlyra jutását. Ezeket egybevéve mondhatjuk hogy intarvenás calciuminjectiók hatása alatt a fájdalomasság s a lázak az első héten elmaradnak, a második héten a helyi lelet jelentékeny javulása következik be. 6—8 injectio után rendszeren olyan állapotban találjuk betegeinket, amelyet egyébként csak 4—6 hetes lobellenes kezelés után szoktunk látni. Ebben találok a calcium egyik nagy előnyét, hogy megrövidíti az acut stadiumot. *Heynemann* egyik cikkében 12 hétre teszi az acut időszak tartamát, *Zoeppritz* 3—7 hét alatt ért el jó eredményeket a terpentinnel, *Fuchs*nak a friss esetekben 6—7 hétre volt szüksége a klinikai gyógyulásra. Nálunk átlag 18 nap alatt a betegek munkaképesen távozhattak a klinikáról, vagy meg lehetett kezdeni az erélyes felszívató kezelést (légfűtés) a recidiva veszedelem nélkül.

Eleinte attól tartottam, hogy a gyors gyógyulást később a felszívódás lassúságával kell megfizetni. Meglepődve láttam azonban, hogy a felszívódás a calcium abbahagyása után is gyorsan haladt — legalább is a hőkezelés hatása kifejezettebb volt, mint más esetekben. Úgy lehet, hogy a calcium hatása alatt nemcsak kevesebb az izzadmány, hanem minősége is más: kevesebb fehérjét tartalmaz, vagy fehérjéi inkább a könnyebben oldódó albuminfractióhoz tartoznak. Ez okozhatja később a gyors felszívódást.

Értékes eredménye a calciumkezelésnek a havi-vérzés szabályozása. Az adnexumok gyulladással megbetegedését elég sokszor olyan hypermenorrhoea kíséri, amelyet ergotin-készítményekkel, hypophysis-kivonatokkal befolyásolni nem tudunk. Calciumadagolás után ilyen vérzések csak elvétve mutatkoznak, még az erős havi-vérzés is 4—5 nap alatt megszűnik. A vérzésre gyakorolt kedvező hatás teszi indokolttá, hogy a calcium intravenás alkalmazását a havibaj alatt is folytatjuk. Rendetlen vérzés mutatkozik ugyan a calciumkezelés alatt is, de ez egyszer sem volt makacs s néhány nap alatt megszűnt.

Kedvezően befolyásolja a calcium a folyást is. Ez általában bakteriumszegény lesz, feltisztul, a fehérvérsejtek száma is csökken. A calciumkezelés egymagában azonban nem elegendő a folyás megszüntetésére.

A calciummal ezidőszaktól nem tudjuk biztosan megakadályozni, hogy a lobos folyamat a másik oldalra át ne terjedjen, sem azt, hogy a szoroson vett adnexofolyamathoz Douglasbéli exsudatio ne csatlakozzon. Mindjárt meg kell azonban jegyeznem azt is, hogy az eddig intact helyen a calciumadagolás dacára kifejlődött lobos folyamat igen enyhé s gyors lefolyású volt.

Calciummal kezelt betegeim közül kettőt megoperáltam. Mindkét eset olyan volt, hogy a 40 éven felüli beteg évek óta szenvedett már az adnexumok chronicus gyulladása miatt. Egy-egy heveny fellobbanása a folyamatnak tette szükségessé a calciumkezelést; az acut tünetek lezajlása után végeztem az adnexumok eltávolítását és a méh supravaginalis amputációját. Az egyik betegnél a súlyos acut tünetek, 39°-os láz elmúlása után három héttel végeztem a műtétet, amikor is vastag kérégek közé beágyazott, kis almányi ovarialis abscessust távolítottam el. Hydrogenhyperoxyd alkalmazása után a műtéti csont teljesen szabad volt. Másik esetemben az acut tünetek elmúlása után csak 2 hét telt el; a műtétnél a szokott kocsonyás infiltratum helyett csak mérsékelt vérbőséget találtam, a szövetek gyulladással szakadékonyságának nyoma sem volt, az összenövésnek könnyen oldhatók voltak.

Úgy lehet, hogy ez a két eset gyakorlatilag nagyon fontos útmutatást ad. Acut gyulladást lezajlása után eddig hetekig, de még tovább is vártunk a szükséges műtét beavatkozással. A várakozási idő alatt a folyamat újabb fellobbanása a műtétet még jobban kitolhatta. Ha ezen két esetnek tapasztalatát nagyobb számú észlelés igazolja, akkor az acut stadiumban keresztülvitt intravenás calciuminjectiók után a beteget már hamarabb is operálhatjuk annak veszélyeztetése nélkül.

Néhány kórtörténetet a következőkben ismertetetek:

1. *K. M.* 26 éves. Egy abortusa volt. Három éve fehér-folyásban szenved. Nyolc nap óta heves fájdalmai vannak alhasában mindkét oldalt, s 38° felett van a hőmérséke. Május 8-án a lelet: Kis méh anteversioflexióban, mögötte s balra a Douglasban lúdtojásnyi fájdalmas resistentia, amelynek alsó polusa exsudatumba van ágyazva. A jobb oldali tuba vastagabb, mérsékelt érzékeny. Fektetés, borogatás mellett másodnaponként 10 cm<sup>3</sup> 10%-os chlorecalciumot (8) kap intravenásan. Fájdalmai pár nap alatt megszűnnek, havibaja rendszeren folyt le közben. Május 25-én teljesen jól érzi magát a baloldali tumor helyén a medencefal felé húzó lúdtojás kérges tapintunk. Légfűtéseket kezdünk, amelyeket a beteg nagyon jól tűr. Az utolsó calciuminjectio helyén csekély kiterjedésű infiltratio, amelyből kevés geny ürül.

2. 95/1923. *R. K.* 32 éves, öt év előtt abortus, utána öt héti lázas volt. Egy hét óta baloldalt alhasában heves fájdalmai vannak, amelyek a combra is kúsgárogznak. Lázás. Június 5-én: Középnagy uterus jobbra áttolva, tőle balra ökölnyi fájdalmas resistentia, amelynek alsó polusa exsudatumba van ágyazva, a hüvelyboltozatot ledomborítja, felfelé a crista magasságáig ér. A jobb oldali környezet valamivel tömegesebb. Másodnaponként afelel kap (7). Fájdalmai átterjednek a jobb oldalra is, majd öt-hat nap alatt megszűnnek; vérzése négy napig tart. Június 18. Jól van, baloldalt hosszúság, kis tojásnyi resistentia. A légfűtéseket jól tűri, a felszívódás gyors; október 8-án a baloldali resistentia helyén csak lenőtt ovarium tapintható. Itt a folyamat átterjedése fenyegetett, de nem fejlődött ki.

3. 96/1923. *D. L.* 19 éves. Három hét óta alhasában jobboldalt heves fájdalmai vannak, egy hét óta állapota rosszabbodott; hőmérséke 39.9. Június 5. A nagy fájdalom s defense miatt csak nehezen vizsgálható; kissé nagyobb uterus, mindkét oldalt a medencefalig terjedő, jó lúdtojásnyi resistentia. Fektetés, afelel, jégtömlő. Másnapra lázalan. Június 18. A parametriumban vastag kötegek, a resistentia kolbászalakú, hosszúság, nem fájdalmas. Felszívó kezelést jól tűri.

4. 143/1923. *P. A.* 21 éves. Két hét óta erős alhasi fájdalmai vannak. Augusztus 23-án kis uterus erős ante-flexióban; a Douglast érzékeny, plastikus resistentia tölti ki; az uterustól balra a csaknem medencefalig érő resistentia, amelynek felső határa a cristát is eléri. Jobboldalt kisebb resistentia, amely a spina anterior superiorig ér. Cervicalis váladékban gonococcus. Fekvés, másodnaponként afelel (8). Havibaja három nap alatt lefolyik, fájdalmai egy hét alatt megszűnnek. Szeptember 12-én az uterustól jobbra ujjnyi vastag tuba s petefészekből álló, nem fájdalmas resistentia, baloldalt kis tojásnyi, tömött tapintatú resistentia. Felszívó kezelést jól tűri.

5. 157/1923. *K. J.* 28 éves. Ké szülés, egy abortus, amely tíz nap előtt folyt le. Egy hét óta lázas, fájdalmai vannak. Cervicalis váladékban gonococcus. Szeptember 21. Az uterustól balra a spina anterior superior meghaladó fájdalom s resistentia, Douglas kitöltött, jobboldalt vastagabb tuba. Fektetés, afelel (9). Egy hét alatt temperatura leesik, fájdalomasság megszűnik. Október 9. A beteg panaszmentes, baloldalt kanyargós vastag tuba, Douglasban kérégek.

6. 168/1923. *S. F.* 22 éves. Tíz nap óta beteg, 39° lázas volt. Október 8. Kis uterus, tőle jobbra és balra egy-egy nagy tojásnyi resistentia, amelyek a Douglasban összeérnek. Fektetés, afelel (9). Október 25. Havibaja négy napig tartott. Panaszmentes; uterus mellett mindkét oldalt resistens kötegek alakjában tapintatható a két tuba és a letapadt ovariumok.

7. 202/1923. *K. S.* 34 éves. Nyolc nap óta beteg, 40°-os hőmérsék. November 29. Az alhas jobb oldalán diffúz resistentia, nagy fájdalomasság. December 1. Jobboldalt kialakult resistentia, amely a hüvelyboltozatot ledomborítja s a spina anterior harántujjnyival meghaladja. Fektetés, jégtömlő, afelel. December 2. Fájdalomasság megszűnik. Douglasban exsudatum. December 21. Jobboldali környezet valamivel tömegesebb, Douglas szabad. Felszívó kezelést jól tűri.

1923 áprilisától 28 beteget kezeltem calciuminjectiókkal az adnexumok acut gyulladása miatt. Ezek között 5-nél volt gonococcus kimutatható, 4-szer az adnexgyulladás abortus kapcsán lépett fel. Eseteim száma nem elegendő nagy ahhoz, hogy statisztikát állítsak össze. Legtöbbször salpingo-oophoritis-ből származó adnexumtumor volt a lelet, volt 9 kifejezett exsudatum a Douglasban, 2 parametran infiltratum. Eseteim mind-

egyike kedvező lefolyást vett, rosszabbodást nem láttam. Átterjedt a folyamat a túloldalra 1-szer, 1-szer pedig a kezelés alatt Douglasbeli exsudatio lépett fel az adnex-tumor kapcsán. Több esetben az intact oldal fájdalom-sága az átterjedés veszedelmét mutatta, de a folyamat megállapodott. Legjobban befolyásolhatók a friss (8–14 napos) folyamatok, s legkifejezettebb a visszafejlődés a gyulladással tuba s ovariumon; jól reagál a Douglas-beli izzadmány is, legnehezebb a parametrium infiltrációját felszívódásra bírni. Feltűnő a kedvező hatás abban az esetben, ha a gyulladás átterjedése alatt vagy a Douglas-beli exsudatum kialakulása alatt már folyamatban volt a calciumtherapia, szembevetve az ilyen esetekben a gyors és tökéletes visszafejlődés.

A calcium hatásmódjára nézve több tényezőt kell tekintetbe vennünk. Újabb kutatások arra mutatnak, hogy a calciumsó hatása alatt a vérfehérje vízfelvévő képessége emelkedik; ez folyadékáramlást indít meg a környezetből a vérbe; valószínű, hogy ennek a hatása a folyadékban gazdag szöveteken lesz elsősorban érezhető; így a gyulladással terület duzzadtsága csökken. Ezen általános sóoldathatás mellett érvényre jut a calciumionhatás. Sok adat szól amellett, hogy colloidthatást kell felvennünk: a gyulladással sejtek permeabilitása csökken s így az izzadmány nem gyarapodik. A calciumionhatás a vegetatív idegrendszer fokozott ingerlékenységét is leszállítja. Ezen specifikus calciumhatás mellett még egy nonspecifikus tényezője is van a calciumhatásnak: a tönkremenő thrombocyták anyaga aktiváló gyanánt hat.

A calciumadagolás indicióját egyelőre oly módon körvonalaznám, hogy acut lobosodásnál adom, ha már a localis reactio kifejezetten megvan, azaz kitapintható resistentiát találunk. Lehetséges, hogy később ez kiterjeszhető lesz oly esetekre, ahol még kifejezett exsudatio nincs, de az infectio nem túlságosan virulens. Például ha az egyik oldalon lezajlott gyulladás készül a másik oldalra is átterjedni, itt meg van okolva a felvétel, hogy a szervezet lobos reactióval le tudja küzdeni az infectiót, így kezezzük tehát a lobos elváltozásokat tompítani.

Nem adnám egyelőre: általános fertőzés gyanúját adó esetekben (hidegrázás, bacteriaemia, localis lelet hiánya); általános gyengeség, elesettségnél; nem adjuk továbbá chronikus lobosodásnál, genyedésnél.

Ha végiggondoljuk az acut gyulladás kezelésének mai állását, a következőkre jutunk: Proteintherapiánál a gyulladás egyes kísérő jelenségeinek fokozódását látjuk, fokozódik a láz, az érzékenység, leukocytosis. Később e tünetek elmúlnak. Ezzel szemben a calciumtherapia ezen kellemetlen phasist nélkülözi s hatásában a gyorsabb gyógyulás, könnyebb felszívódás fölülmúlja az ingertherapia eredményeit. Ha csak az elnevezéseket nézzük: aktiváló, inaktiváló anyag, akkor az ellentét igen nagy. Ha a hatásmódot figyeljük, találunk közös vonást: a calcium is bizonyos mértékig proteintherapia: a vérlemezkék pusztulása kiváltja a reaktiót. Ehhez azonban hozzájárul a calciumok specifikus hatása, ami az érfa normalis átjárhatóságát s a sejtek épségét biztosítja.

Kérdés mármint, mely esetekben alkalmazzunk proteintherapiát, s mikor calciumot. Ebben egyelőre csak a klinikai észlelés lehet a vezetőnk. Bizonyos fokig a constitutio ad útmutatást, milyen irányban kell a szervezet munkáját befolyásolnunk. Olyan szervezet, amely kis behatásra erős exsudatióval, kifejezett helyi tünetekkel reagál, gyulladással rendszeren mérséklésre szorul, tehát calciumra van szükség (exsudativ, irritativ diathesis); a másik szervezet, ahol a folyamat kis helyi változást vált ki s hajlandó a chronicitásra, a localis folyamat élénkítésére szorul (status asthenicus Schittenhelm). Mindkét esetben egyformán szem előtt kell tartanunk az általános védekezés kellő erősítését. A kezelés mikéntje függ a gyulladástól is. Az acut gyulladás tüneteit mutató kórfolyamat legtöbbször tompításra szorul. A lassan, lopva fejlődő gyulladással szemben csekély reactiót vált ki a szervezetből, illetve a reactio fokozása lesz kívánatos.

## A kőnélküli epeutak chronikus megbetegedéseiről (Naunyn-féle cholangia).

Írta: Áldor Lajos dr. egészségügyi főtanácsos (Karlsbad).

Több mint 30 év előtt Naunyn<sup>1</sup> állatkísérletekkel bizonyította be, hogy cholangitises fertőzés súlyos, sőt halálos betegséget idézhet elő az eperendszernek szabad szemmel felismerhető elváltozásai nélkül is. Majd későbbben ugyancsak ő<sup>2</sup> ajánlotta, hogy az ilyen természetű megbetegedéseket *cholangianak* nevezzük, míg a *cholangitis* kifejezést csupán oly esetekre tartjuk fenn, melyekben az epeutak lobos vagy éppen genyes megbetegedése maskroskopicusan is felismerhető.

Hogy a cholangia kórképének autopsiás felismerése milyen nehézségekbe ütközik, azt Eugen Fraenkel<sup>3</sup> és legújában egy kitűnő munkájában Umber<sup>4</sup> egybehangzóan hangsúlyozza és mindketten nyomatékosan aláhúzzák azt, hogy az infectiosus cholangiák diagnosztikájának mindig elsősorban a klinikai észlelésből kell kiindulnia. Umber hangsúlyozza azt is, hogy sem a lobos folyamat histológiás jeleinek hiánya, sem az epe normalis kinézése alapján egy előrement infectiosus cholangia ki nem zárható, mert bár a bakteriologiás és serologiás vizsgálatok a diagnoszt esetleg támogathatják, ezek eredményei azonban bizonyossággal csak ritkán értékesíthetők. Ismeretes ugyanis, hogy az egészséges ember epéje sem mindig csiramentes és éppen az ép epeutaknak bakteriocholiája az, ami a bakteriologiás leletek diagnosztikai értékesítését megnehezíti. Joggal mondja Umber, hogy a bacteriocholia nem egyértelmű a fertőzéssel, hogy ahhoz vezethessen, az függ a fertőző anyag virulentiájától és az egyéni fogékonyságtól.

Mindazon infectiók, melyek kapcsán cholangitis lép fel, létrehozhatnak infectiosus cholangiát is. Ilyenek elsősorban a coli-infectiók, továbbá typhus- és paratyphus-, staphylococcus-, streptococcus- stb. infectiók. A coli-infectióknak a cholelithiasisnál lévő aetiologiás jelentőségére én<sup>5</sup> már 1906-ban felhívtam a figyelmet. Ráműtattam arra, hogy egyidejűleg fennálló chronikus bélhurut a cholelithiasis prognosztikáján kedvezőtlenül befolyásolja, beszámoltam bélsárvizsgálatokról, melyeket 100 icterusmentes cholelithiasisnál végeztem. Ezek azt mutatták, hogy a bélsárban a Schmidt-féle próbaköszút után az esetek több mint felében részben sok a bélsárral bensően keveredett, részben kevés nyálka, de sok zsír és sok emésztetlen izomrost volt. Ezen vizsgálatok segítségével — összhangzásban a bélmegebetegedésekre utaló subiectiv panaszokkal — a cholelithiasis latens időszakában is jelentkező meteorismus, bélkorgások, flatulentia, a székletnek a normalistól való qualitativ és quantitativ eltérései — a vizsgált eseteknek több mint felében sikerült egy diffus vékony- vagy vastagbélhurutnak, vagy e kettő kombinált alakjának jelenlétét megállapítani. A bélsárvizsgálatokat azóta is, ahol arra alkalom volt, következetesen folytattam és a több százra rugó bélsárvizsgálat az 1906-ban közölt eredményeket mindenben megerősíti.

Cholelithiasisnál a coli-csoportba tartozó bacillások találhatók leggyakrabban az epehólyagban és ezek virulentiája szerint folynak le a cholecystitis és cholangitises folyamatok enyhébb, vagy súlyosabb alakban. Minthogy pedig a coli-csoportba tartozó bacillásoknak vezető szerepük van a bélhurutok aetiologiájában is, a két bántalomnak gyakori együttes jelentkezése az epeköbetegség kórképét létrehozó infectio forrására és útjára mutat rá. Mindezen körülmények mellett is szólnak, hogy az infectiosus cholangiák egy része nem haematogen, hanem felszálló enterogen eredetű.

Umber szerint az utóbbiakban a lefolyás bizonyos mértékig *jóindulatú*, bár előre sohasem tudhatjuk, hogy a további lefolyás folyamán nem jönnek-e létre nagyobb kiterjedésben olyan parenchyma-elváltozások, melyek májsorvadáshoz vezetnek, melynek első etapeja a cholangia.

Umber ezen nézetét tapasztalataim teljesen fedik, sőt hangsúlyoznom kell, hogy az enterogen eredetű chol-

angiákra ezeknek relatív jóindulatú lefolyása bizonyos mértékig jellegzetes a haematogen eredetűekkel szemben.

Az infectiosus cholangia gyakori megbetegedés, bár az eddig publikált casuistika nem nagy. Ennek az ellentmondásnak oka abban van, hogy bár az infectiosus cholangia inkább *klínikai egység*, mint *pathologia-anatomiai fogalom*, annak biztos elkülönítése a calculosus cholangiaktól autopsia nélkül ezidőszert csak kivételesen lehetséges. A diagnostikai rész tárgyalásánál alkalom lesz rámutatni azon újabb vizsgálati eljárásokra, melyektől ismereteinknek éppen ez irányban való előhaladása remélhető.

Hogy egy kórképet ismerhessünk, szükséges, hogy létezéséről tudjunk és a betegágnál a lehetőségére gondoljunk. A kőnélküli chronikus cholecystitisek irodalma nem mondható szegénynek és azt lehet állítani, hogy a „cholecystitis sine concremento“ név alatt közölt esetek legnagyobb része a chronikus infectiosus cholangiák irodalmát is gyarapítja. E tekintetben különösen figyelemreméltó *Einhorn*nak és *Willy Mayer*nek közleménye, melyben 18 eset igen gondos észlelése alapján a chronikus recurrens kőnélküli cholecystitisek diagnosztikát a jelenlévő tünetek és a duodenum-szonda segítségével nyert epe direkt vizsgálat alapján gyakran lehetségesnek tartják.

A háborús és a háború utáni években az eperendszer megbetegedésének nem csupán jelentékeny megsaporodása feltűnt, hanem az is, hogy gyakran van alkalmunk olyan eseteket észlelni, melyek a tünetek sajátosság csoportosulásán kívül a cholelithiasis ismert recidiváló jellegétől eltérően olyan chronikus lefolyást mutatnak, melynél remissiók szinte teljesen hiányzanak.

Három kórtörténetet óhajtok ismertetni, melyek mindegyike egy-egy typust repraesentál és ezért különösen alkalmasnak látszik arra, hogy kiindulópontját képezze a klinikai rész tárgyalásának.

**I. eset.** A. L. 39 éves nőbeteg 1922 május 9-én keresett fel először. 1920 júliusban sárgaságot kapott étvágytalanság és általános rosszullet kíséretében, fájdalmak nélkül. Betegsége első hetében szabálytalan, 38°C-ig emelkedő láza volt. Sárgaság, étvágytalanság és általános gyengeség 1920 júliustól ugyanazon év novemberéig változatlanul fennállottak. 1920 november és 1921 január közötti időben három ízben heves gyomor- és májtáji fájdalmak voltak és 1921 januárjában műtétnek vetette magát alá, melyet egy kiváló sebész hajtott végre, a lelet „chronikus cholangitis és cholecystitis volt, anélkül, hogy az epeutakban kövek lettek volna találhatóak“. A műtét után 4 hónapon át 1921 májusig teljesen jól volt. Ekkor ismét sárgaság, étvágytalanság és gyengeség, subfebrilis hőmérsék lépett fel, fájdalom nélkül. A sárgaság három havi fennállás után szigorú diéta és nyugalmi kúrára, 1921 júliusban megszűnt. Állapota ezen idő óta lényegesen javult, bár könnyebb recidivák 8–10 napig tartó sárgasággal, étvágytalansággal és mérsékelt nyomásérzéssel a gyomorgödörben azóta is gyakoriak. Evvel az előzménnyel jött a beteg Karlsbadba, 1922 május 9-én, midőn egyedüli panaszát állandó gyengesége képezte. Az első vizsgálat alkalmával sem bőr-, sem nyálkahártyaicterusa nem volt, a vizelet erős urobilinogen-reactiót ad, epealkatrészek nélkül. A máj jobb lebenye kissé megnagyobbodott, nyomásra érzékeny. A lép kifejezetten megnagyobbodott, tömött. Május 15-én állandó émelygés és mérsékelt fájdalmak a gyomor- és májtájék. Május 20-án éjjel néhány órán át tartó, görcsös jellegű fájdalmak a májtájék. Manifest icterusa nincs. Május 22. A vér haemoglobintartalma 80% (Sahli); a vörösvérsejtek száma 4,000,000; a fehérvérsejteké 5300 (polynuclearis neutrophil leukocyta 65%; lymphocyta 24%; nagy mononuclearis 6%; eosinophil 4%). A vérsavó bilirubinreactiója (*Hijmans v. d. Bergh*) direkt reactio negativ, indirekt reactio: azonnal positiv; a vérsavó bilirubintartalma 0-85 bilirubinegység. A vérséjtek resistentiája hypotoniás NaCl-oldattal szemben normalis (0-44–0-28%). A gyomor zavartalan motilitáson kívül mérsékelt subaciditást és sok gastrogen nyálkát mutat (3 órával egy Ewald-Boas próbareggi után 14% szabad HCl; 32% összaciditás). A bélsárban (3 napi Schmidt-féle próbakoszt után) görcsös alatt sok, harántesíkolatát megtartott izomrost látható. Egyébként normalis. Június 7. Fájdalmak, hőmérsék 38-2°C. Manifest icterusa

nincs. A vérsavó bilirubintartalma 0-1 bilirubinegység. A vörösvérsejtek resistentiája normalis (0-4–0-35%). Június 10-étől a beteg egyedüli panaszát általános gyengeség képezi és július 1-én távozik Karlsbadból. A beteg azóta is állandóan észlelés alatt áll és 1923 június 26-áig nagyobb fájdalmak nem voltak, de gyakoriak a korábbiakhoz hasonló, de könnyebb dyspepsiás zavarok, melyeket többnyire rövid tartamú könnyű icterus kísér. Az objectiv tünetek közül azóta is állandóan jelen van a lépmeagnagyobbodás.

**II. eset.** A. S. 42 éves nőbeteg, J.-ból (Magyarország). 10 év óta gyakran fellépő heves „epékólikái“ vannak, melyeket többnyire magas láz kísér. Sárgasága sohasem volt. Májszélek 2 ujjal a bordáiv alatt tapinthatók, nyomásra mérsékeltlen érzékenyek. Lép mély belézésnél tapintható. Vizelet napi mennyisége 1 liter, fajsúlya 1028, idegen alkatrészek nélkül. *Gyomorzárgálat:* 3/4 órával egy Ewald-Boas-féle próbareggi után 72 cm<sup>3</sup>, jól emésztett gyomortartalom; szabad HCl 42%, összaciditás 60%. Jún. 12-e és júl. 8-a között majdnem naponta ismétlődő, igen heves görcsök, melyeket 39-5°C-ig emelkedő láz és igen intenzív főfajás kísér. A görcsök alatt a májtájék nyomásra igen érzékeny, ugyanott nagyfokú dűfense. Vizeletben közvetlenül a roham után sem mutathatók ki epealkatrészek; uribilinogen ++. *Vérkép:* Június 14-én, 24 órával egy roham lezajlása után haemoglobin 90% (Sahli); vörösvérsejtek száma 4,800,000, fehérvérsejtek száma 5400 (neutrophil polynuclearis 68%; lymphocyta 24%; eosinophil sejtek 3%); pathológiás alakok 0; plasmodiumok 0; Wassermann-reactio negativ; a vér steril (prof. Ghon Prag); a vörösvérsejtek resistentiája hypotoniás NaCl-oldattal szemben normalis (0-45–0-29%). *Bilirubinreactio* (*Hijmans v. d. Bergh*) direkt és indirekt: negativ. A vérsavó bilirubintartalma: 0-6 bilirubinegység. A súlyos rohamok gyakori ismétlődése és a conservativ kezelés eredménytelensége következtében műtétet ajánlottam. A műtét lelet a következő volt: „A peritoneum megnyitása után körülbelül 1/2 liter tiszta sárgás folyadék ömlik ki; ugyanekkor láthatóvá lesz a megnagyobbodott, erősen telt, a májjal és a colon transversummal pericholecystitisesen összenőtt epehólyag, mely a májszéleket 4 ujjnyire szélességben túlhaladja. A bélhuzamnak, a hasnyálmirigynek, a lépnek, a veséknek alapos áttekintése és a gyomornak, duodenumnak, a főregnyúlványnak, a méh és függelékeinek és a Douglas-üregnek beható átvizsgálása után a megnagyobbodott epehólyag kiirtott. Az összes kismedencebéli szervek, eltekintve az uterusnak könnyű metritiszes megnagyobbodásától, egészségesek voltak és a medencében folyadék nem volt kimutatható. Maga az epehólyag megnagyobbodott, tiszta, világos sárgás-zöld epével telt; a nyálkahártyája vérbő és főleg a funduson és a ductus cysticus táján könnyű lobos megvastagodást mutat. Concrementumok a hólyagban, epeutakban nem voltak találhatóak.“ *Bakteriologiai vizsgálatnál* (prof. Ghon Prag) az epe steril. A műtét teljes gyógyulást eredményezett; a beteg (1924 január 4-én kapott írásbeli értesítése szerint) a műtét óta — immár 1 1/2 éve — teljesen egészségesnek érzi magát és több mint 10 kg-mal gyarapodott testsúlyában.

**III. eset.** E. T. 26 éves férfi közli:

Öt év előtti, könnyű sárgaságtól eltekintve, mindig egészséges volt, míg 1921 augusztusában diatahibára kacsán csekély, egy napig tartó lázzal kiskokú sárgaság, émelygés, teltség érzése volt a gyomorban. Hat héttel később mindkét bordaív mentén, eleinte ritkábban, majd állandósulva, kifejezett fájdalmak Teljes étvágytalanság. Kifejezett kólikaszerű fájdalmak sohasem voltak. Ekkor a sclerák subicterusosak. A legömbölyített májszélek 2 ujjal a bordaív alatt tapinthatók, nyomásra mérsékeltlen érzékenyek. Lép megnagyobbodott, jól tapintható. *Gyomorfunctiók*, széket normalis. *Vizelet* epealkatrészeket nem tartalmaz. Urobilinogen ++. *Vérkép* normalis; a vérsavóval *Hijmans v. d. Bergh*-reactio direkt gyengén positiv, indirekt azonnal erősen positiv; bilirubintartalma 3-8 bilirubinegység. Wassermann-reactio negativ. *A vörösvérsejtek resistentiája* hypotoniás NaCl-oldattal szemben normalis (0-4–0-35%). 1922 július 14-én: Subjectiv panaszok változatlanok, a vizelet azonban kifejezetten adja az epefesteny-reactiókat (Gmelin, Rosin); ugyanekkor a vérsavóval a *Hijmans v. d. Bergh*-reactio direkt negativ, indirekt azonnal erősen positiv; bilirubintartalma 4-4 bilirubinegység. 1922 július 16–30. között az egész köztakaróra kiterjedő, könnyű sárgaság. A Karlsbadban folytatott hat heti kúra öt nagyobb fájdalmak nem voltak, de ét-

vágytalansága, állandó kellemetlen érzései a gyomortajekon és mindket bordaív mentén ma is (1924 január) többnyire jelen vannak. Az azóta időszakonként, legutóbb 1923 október 20-án megismetelt vizsgálatok szerint a vizeletben urobilin és urobilinogen többnyire ++ és na a vérsavó állandó hyperbilirubinaemiaja a 4-0 bilirubinegységet túlhaladja, ezt manifest vizelet- és böricterus követi.

A klinikai symptomák minden különösebb nehézség nélkül lehetővé teszik azoknak egy egységes csoportba való foglalását. De különbség van az egyes esetek között aszerint, amint az az egyik vagy másik tünet a kórkép előterébe helyezkedik és azon végigvonul. A tünetcsoportot az icterus, a májtáji fájdalmak, a léptumor és a láz alkotják és két typust tehet az egyes esetek között megkülönböztetni, aszerint, amint azokat az icterus vagy a heves kólikák jellemzik.

Az első typus repraesentánsának tekinthető I. esetünk, melyben a betegség négy évi fennállása alatt az icterus a legállandóbb tünet, mely a cholecystektomia után is fellépett és a kórképnek legmarkánsabb tünete maradt. Ugyanígy domináló szerepet játszik az icterus a III. esetben is, amely mellett a fájdalmak hátterbe lépnek. A második typusra (II. eset) jellegzetesek azon igen heves, lázas kólikarohamok, melyek klinikailag az epekő-kólikáktól alig különböztethetők meg.

Az infectiosus cholangiák főtünete gyanánt az icterust kell tekintenünk, miként azt Naunyn megállapította és újabban Ueber is hangsúlyozza. A cholelithiasis tünetében az utolsó évtizedekben az icterus diagnostikai értéke jelentékenyen csökkent, mert az ezidőszertint is uralkodó nézet szerint a calculosus cholangiáknak csupán 10%-ában szerepel az a tünetek között.

En két év óta cholelithiasisnál a vérsavó epefestenyártalmát a Hijmans v. d. Bergh eljárása segítségével állandóan figyelemmel kísértem és azt az álláspontot kell elfoglalnom, hogy a hyperbilirubinaemia vagy a latens icterus, miként azt Lepehne nevezi, kinek a nevéhez a kérdésre vonatkozó klinikai ismereteink nagy része fűződik, úgy a calculosus, mint az egyszerű infectiosus cholangiák cardinalis tünetei közé tartozik.

Cserna<sup>9</sup> is, aki a vérsavó epefestenyártalmának a cholelithiasisnál való jelentőségéről legújában közöl igen gondos vizsgálatokat, ahhoz a conclusióhoz jut, hogy ha epekőkólikaszerű rohamok után a vérsavó epefestékszintjének emelkedése nem jön létre, ez a cholelithiasis diagnosisa ellen szól.

Az egyszerű infectiosus cholangiák azon eseteiben, melyeket az I. típusban foglaltam össze és amelyeknél az icterust jeleztem a legmarkánsabb tünet gyanánt, a vérsavó bilirubin-szintje ingadozásainak megfelelően manifest vagy latens alakban lehet az jelen. Nyilván — miként azt Ueber is állítja — minél inkább szorítkozik a cholangiás folyamat az epehólyagra vagy a nagy epeutakra, annál könnyebb fokú a sárgaság és minél kiterjedtebben belevonatnak a megbetegedés körébe a finomabb intraacinosus epeutak, annál kifejezettebb alakban jelenik az meg.

A II. típusnál, amelynél manifest sárgaság a kórkép éveken át tartó fennállása esetén sem jelentkezik (II. eset) és amelyeket a heves fájdalmakból álló rohamok jellemeznek, a rohamok lezajlása utáni első napokban latens icterus, ha csak kiskokú hyperbilirubinaemia alakjában is, de gyakran található.

Az icteruson kívül a májtáji fájdalmaknak van a tünetek között jelentősége, melyek az I. típusnál mérsékelt intenzitásúak, de chronikusan elhúzódók, a II. típusnál pedig chronikusan intermittáló kólikaszerű rohamokban jelentkeznek és hasonlóak a közönséges epekőkólikákhoz. Az utóbbiakra vonatkozólag a fentebb leírt II. eset különösen tanulságos, amelynél éveken át rohamokban ismétlődő igen heves fájdalmak jellemzik a kórképet és a műtétnél megnagyobbodott, kónélküli epehólyagot találtunk, melynek nyálkahár-

tyája anatomicus könnyű, de chronikus cholecystitist mutatott, s ezt exsudatív pericholecystitis kísérte.

Az állandó tünetek közé kell sorolnom a lép megnagyobbodását is, mely lehet jelentékeny (I. eset) vagy kiskokú, de teljesen sohasem hiányzik.

Ugyanez allítható a homérsék ingadozásainak symptomatikus jelentőségére is. Az eseteket sokszor magas, remittáló lázak kísérik, de gyakori az is, hogy a betegség évekre terjedő iennállása ellenére is, a homérsék állandóan normalis; a kórelőzményben azonban a lazaz bevezetés az utóbbi esetekben is szerepel.

Az egyszerű cholangiák diagnosisának kérsésénél a kórelőzményre nyomatekusan fel kell a figyelmet hívni. A legtöbb beteg megbetegedését diaetahibára vezet vissza és az ennek kapesán jelentkezett gastrointestinális zavarok állanak huzamosabb időn keresztül a kórelőzmény előterében. I. esetünkben pl. a megbetegedés első három hónapjának a leírása egy úgynevezett „catarrhalis icterus“ klasszikus képét nyújtja és ehhez teljesen hasonló a III. esetben a betegség lefolyása az első hat héten. Mindkét eset az I. típushoz tartozik.

Ezen körülménynek klinikai jelentősége is van, amennyiben az icterus catarrhalisnál mindig számolni kell egy chronikus évekre terjedő infectiosus cholangia lehetőségével.

Az a törekvés, hogy az „icterus catarrhalis“ kifejezést a klinikai terminológiából kiküszöböljék, nem új keletű.

Naunyn<sup>10</sup> ezt az elnevezést már 1911-ben egy a „régijó időkből származó tiszteletreméltó reliquiá“-nak tartotta és a betegség infectiosus természete mellett foglalt állást.

A háború első évében — midőn egy nagy hadikórház belosztályát vezettem — nagy számban volt alkalmam észlelhetni ú. n. icterus catarrhalisokat és ezirányú tapasztalataimról az 1917-ben megjelent *Manninger: „Beitrag zur Kriegsheilkunde“* etc. (Julius Springer Berlin) egyik fejezetében számoltam be és azt az álláspontot foglaltam el, hogy úgy a klinikai tapasztalatok, mint az eddigi aetiologiai kutatások alapján kétségtelen, hogy ezen betegség infectiosus eredetű és az egyes esetek között jelenlévő különbözőség csupán az infectio természetétől és fokától függ.

Az ú. n. icterus catarrhalis az infectiosus lobos cholangiáknak acut alakja, melytől az I. típusba foglalt eseteink csupán chronikus, évekre terjedő lefolyásuk által különböznek.

Az icterusnak a chronikus cholangiák diagnostikájában különös jelentősége van. Bár súlyos alakban ritka, latens vagy könnyű manifest alakja az I. típushoz tartozó esetekben a legállandóbb tünet.

Az icterusnak azon súlyos formái, melyekkel calculosus cholangiák egyes alakjainál (choledochus-elzáródás) találkozunk, az egyszerű cholangiáknál ritkán észlelhetők és éppen ebben a tekintetben az utóbbiaknál az icterus könnyebb, de tartós jellege és intenzitásának gyakori ingadozásai bizonyos mértékig differentialediagnostikailag értékesíthetők a lithogen cholangiákkal szemben.

A Hijmans v. d. Bergh eljárásának egyik legnagyobb klinikai jelentősége az, hogy segítségével az icterus lefolyása, ingadozásai, annak finomabb változásai is pontosan ellenőrizhetők. Helyesen jegyzi meg Cserna, hogy e módszer az icterusnak pontos mértékét szolgáltatja. Hijmans v. d. Bergh szerint embernél a vérsavó normalis bilirubin-tartalma 0.3—0.5 bilirubinegység között ingadozik, ami 0.15—0.25 mg<sup>9</sup>/<sub>100</sub>-nak felel meg. (1 bilirubinegység 1 : 200.000, azaz 100 g vérsavóban 0.5 mg bilirubin.) Ha a vérsavó bilirubintartalma az 0.5 bilirubinegységet túlhaladja, latens icterussal van dolgunk, midőn a sklerák és a bőr színe még normalis és a vizeletben epealkotórészek még nem mutathatók ki. 4 bilirubinegységen túl úgy vizeletmint böricterus is jelentkezik.

A nagyszámú utánvizsgálatok egybehangzóan a mellett szólnak, hogy Hijmans v. d. Bergh systemás

kutatásainak köszönhető, hogy ma oly módszerrel rendelkezünk, mely nemcsak arra alkalmas, hogy segítségével az epesecretio eddig ismeretlen finomabb elváltozásait is felismerhessük, hanem hivatva van arra is, hogy útmutatóul szolgáljon eddig ismeretlen icterusformák felismerésére és minősítésére. A vérbilirubinnak specialisan cholelithiasisnál való viselkedésére vonatkozó vizsgálatok — melyek közül a *Cserna* által közölteket fentebb már említettem — a mellett szólanak, hogy főleg a kólikás rohamok idején a vérbilirubin-tükör emelkedésének fontos diagnostikai jelentősége van. *Hijmans v. d. Bergh* (l. c.), *Meulengracht*<sup>11</sup>, *Lepehne* (l. c.) cholelithiasisnál az esetek többségében „latens icterus“-t találtak. *Botzian*<sup>12</sup> hyperbilirubinaemiát látott az intervallumok alatt is, *Leo Strauss*<sup>13</sup> pedig *kivétel nélkül hyperbilirubinaemiát* talált a rohamok alatt és kb. 30%-ban a rohamok közötti időben is.

*A több mint 40 cholelithiasisra vonatkozó saját vizsgálataim alapján a hyperbilirubinaemiát, azaz a latens icterust a cholelithiasis állandó tünetének tartom a rohamok alatt és az azt követő első pár napon át, de kisebb mértékben azonban a legtöbb esetben jelen van mindaddig, míg a kórkép teljes latenciába át nem ment.* Vizsgálataim alapján a vérbilirubin normalis értékei gyanánt a *Hijmans v. d. Bergh* fentebb említett adatait tekintem, avval a módosítással, hogy 0.1—0.5 bilirubin-egységet normalis, 0.5—1.0 magas normalis (csekélyfokú bilirubinaemia) és az ezen felüli értékeket kóros állapotoknak: kifejezett hyperbilirubinaemiáknak tekintem.

Amíg calculosus cholangiákat kísérő latens icterus a manifest tünetekkel egyidejűleg jelentkezik és múlik, addig az egyszerű cholangiáknál változó intenzitásban állandóan jelen van. Ezen körülmény differential-diagnostikai tekintetben némileg értékesíthető is.

III. esetünkben a betegség három évi fennállása alatt a hyperbilirubinaemia legesekélyebb foka 3.8 bilirubin-egység volt olyankor, midőn vizelet- és hőicterus nem volt jelen. Sőt az általános tünetek aránylagos remissiója idején; ellenben manifest icterus jelentkezett ismételt, valahányszor a bilirubin-tükör 4.4 bilirubin-egységig emelkedett.

A kórelőzményen és az icterus különböző alakjain, az utóbbinak gyakori ingadozásain kívül a diagnózisra értékesíthető tünetek között a *fájdalmak* foglalják el a harmadik helyet. A két típusra, melybe az esetek csoportosíthatók, a tünetek tárgyalásánál már rámutattam és az ott mondottakhoz csak annyit óhajtok hozzáfűzni, hogy a II. típusnál (II. eset), melyet éveken át ismétlődő rohamokban fellépő, az epekólikákhoz hasonló heves fájdalmak jellemeznek, feltűnő az aránylag csekélyfokú hyperbilirubinaemia (0.6 bilirubin-egység), szemben a calculosus cholangiákkal, melyeknél kólikás rohamok idején mindig magasabb vérbilirubin-értékek mutathatók ki.

Ami a *hőmérsék viselkedését* és a *lépmegnagyobodás* diagnostikai jelentőségét illeti, a tünetek tárgyalására utalok. A lép kisebb vagy jelentékenyebb megnagyobodása egyszerű cholangiáknál sokkal ritkábban hiányzik, mint a lithogen természetűeknél; ezért a lénduzzanat jelenlétének bizonyos differential-diagnostikai jelentősége is van.

*A vérletnek* diagnostikai értéke nincsen.

*A vér histologiai képe* éppen oly kevésbé szolgáltat differential-diagnostice értékesíthető adatokat, mint annak és az epének *bakteriologiai* vagy *serologiai vizsgálata*.

II. esetünkben pl. úgy a vér, mint az epehólyagbéli epe steril volt. A baktériumok a betegség lefolyása folyamán a nagy epeutakból eltűnhetnek és így a negatív bakteriologiás letetnek diagnostikai értéke nincs; viszont a pozitív letet sem értékesíthető, mert baktériumok az ép epében is lehetnek. Differential-diagnostikai tekintetben a legnagyobb nehézségekbe ütköznek a II. típushoz tartozó esetek. Ezeket heves kólikás fájdalmak jellemzik s az epekólikáktól leg-

feljebb csak annyiban különböznek, hogy még chronikusabb lefolyásúak s oly hosszú tünetmentes intervallumok, mint cholelithiasisnál, az egyszerű cholangiák lefolyásában ritkábbak.

Valamivel kedvezőbbek a diagnostikai elkülönítés kilátásai az I. típusnál. Itt a heves kólikák teljes hiánya, az évekre nyúló lefolyás, a tünetmentes intervallumok hiánya, az icterus gyakori ingadozásai, melyek az epeelválasztás kisebb-nagyobb, de állandó zavarai által vannak feltételezve és végül a lépmegnagyobodás egyszerű cholangia jelenléte mellett szólanak.

Talán az epének a duodenum-szonda segítségével való direkt vizsgálata, miként azt főleg *Einhorn* ajánlja, a klinikai elkülönítés kérdését exaktabb alapokra fogja fektetni. Komoly figyelmet érdemelnek ebben az irányban *Rothman-Manheim*<sup>14</sup> vizsgálatai: a duodenum-szondával nyert, 10%-os formalin-oldattal kezelt és a forráspontig felmelegített folyadék mikroskopos vizsgálatánál *Rothman-Manheim* szerint normalis sejtlelet az epithelsejtek csekély megszorodásával, jelentékenyebb lobos jelenségek nélküli cholelithiasis, leukocytamegszorodás pedig cholangia mellett szól.

Az egyszerű infectiosus és calculosus cholangiáknak klinikai elkülönítése ezidőszereint *biztonsággal* csak kivételesen lehetséges; az I. típushoz tartozó esetekben a vázolt szempontok figyelembevételével *valószínű* elkülönítő diagnózis sok esetben lehetséges, a II. típusú megbetegedéseknél ellenben ez is csak kivételesen.

Hogy éppen ez irányú ismereteinknek bővítésére irányuló törekvések milyen jelentékeny gyakorlati érdekeket szolgálnak, elég a *postoperativ recidivák mindinkább actualisabbá* váló kérdésére utalnom.

E recidiváknak vagy pseudorecidiváknak a műtét után létrejött „összenövésekkel“ való magyarázata az utóbbi évek folyamán egyre szaporodó kételyekkel találkozok. Teljes joggal! Észleléseim alapján *Poppert*,<sup>15</sup> *Gundermann*,<sup>16</sup> *Flörcken*<sup>17</sup> és *Zanderrel*<sup>18</sup> egyetértően — a postoperativ panaszok létrejövésében az *összenövés*eknek csak alárendelt jelentőséget tulajdoníthatok és azok okát részben a choledochus záróizmának, a sphincter *Oddi*-nak spasmusában, legtöbbször pedig egy visszamaradó cholangiában (I. eset), vagy pedig mindkét állapotban kell keresnünk. Ha a postoperativ panaszok okát infectiosus cholangiában vagy neurogen-functiós zavarokban keressük, úgy azok terapiája is eredményesebb lesz, mint amilyen az eddig volt, midőn az összenövések sablonos előtérbehelyezése kilátástalan belső kezeléshez vagy fölösleges relaparotomiához vezetett. A chronikus cholangiák *lefolyása* évekre terjedő és ezen hosszú lefolyás alatt a tünetmentes intervallumok ritkábbak és rövidebb tartamúak, mint a calculosus cholangiáknál. A beteg általános érzése csak ritkán teljesen zavartalan, bár sok esetet bizonyos fokú benignitás jellemez annyiban, hogy súlyos complicatiók a bántalom évekre terjedő fennállása mellett sem jelentkeznek.

Ebben a tekintetben is figyelemreméltó II. esetünk, melyben 10 évi fennállás alatt a cholangiás folyamat a májzsövetben nem tett kárt és a betegség tizedik évében végrehajtott cholecystektomia után a beteg egészségét teljesen és tartósan visszanyerte.

De hogy a cholangiás infectiók az idők folyamán acut vagy subacut hepatitisekhez, sőt cirrhosishoz is vezethetnek, arra különösen *Umber* szolgáltatott példát, melynek bizonyító ereje minden kétségen felül áll. Ugyancsak ő figyelmeztet arra is, hogy alkalmilag éppen a jóindulatú cholangiák egy későbbi cholelithiasisnak képezhetik kiindulási pontját.

Az egyszerű chronikus cholangiák *therapiája* lényegileg azonos a cholelithiasis kezelésével, ugyanis a cholelithiasisnál sem az epeutakban lévő kövek, hanem az azokhoz társuló infectiosus lobos folyamat idézi elő a tüneteket.

Nyugalom, diaeta, salicyl- és urotropinkészítmények (melubrin, hexal, borovertin, salifórmin stb.) belső

adagolásán kívül a magas hőfokú karlsbadi vizeknek főleg rectalis „Dauerklysmák“ alakjában való alkalmazásától (1/2 liter) láttam kedvező hatást. Újabban amerikai szerzők, főleg Vincent Lyon kezdeményezése kapcsán több oldalról ajánlották 40–60 cm<sup>3</sup>-nyi 20%-os magnesiumsulfat-oldatnak duodenum-szonda segítségével a duodenumba való befecskendezését, ami az epehólyag fokozottabb contractiójával az epeáram gyorsulását hozza létre.

Conservatív kezeléssel dacoló súlyos és makacs esetekben a cholecystektomiát, esetleg ennek kapcsán choledochusdrainage végzését kell ajánlanunk. II. esetünkben a műtét után teljes gyógyulás jött létre, de az I. eset arra int, hogy a műtéttől várható eredmény prognózisában is legyünk óvatosak, mert gyógyulást minden esetben ez sem hoz létre!

**Irodalom.** <sup>1</sup> Naunyn: Klinik d. Cholelithiasis. 1892, 47. old. — <sup>2</sup> Ugyanaz: Über Ikterus und seine Beziehung zu den Cholangien. G. Fischer Jena, 1919. — <sup>3</sup> E. Fraenkel: Münch. med. Woch. 1918, 20. sz. — <sup>4</sup> Umber: Klin. Woch. 1922 és 1923. — <sup>5</sup> Aldor: Berl. klin. Woch. 1906, 38. sz. — <sup>6</sup> Einhorn: a. Willy Meyer: Medical Record 1920, August 7. — <sup>7</sup> Hijmans v. d. Bergh: Der Gallenfarbstoff im Blute, Leipzig 1918. — <sup>8</sup> Lepelne: Ergebnisse der Inn. Med. u. Kinderheilkunde 1921, XX. köt. — <sup>9</sup> Cserna: Orvosképzés 1923, XIII. évf. II. füzet. — <sup>10</sup> Naunyn: Deutsche med. Woch. 1911, 44. sz. — <sup>11</sup> Meulengracht: Deutsches Arch. für klin. Med. 1920, 132. köt. — <sup>12</sup> Botzian: Mitt. aus den Grenzgeb. 32. köt. 4. füz. — <sup>13</sup> Leo Strauss: Deutsche med. Woch. 1923, 12. sz. — <sup>14</sup> Rothman-Manheim: Mitt. a. d. Grenzgeb. etc. 33. köt. IV. füz. — <sup>15</sup> Poppert: cit. Flörecken. 17. old. — <sup>16</sup> Gundermann: cit. Flörecken, 17. old. — <sup>17</sup> Flörecken: Münch. med. Woch. 1923, 16. sz. — <sup>18</sup> Zander: Münch. med. Woch. 1923, 37. sz. — <sup>19</sup> Lepelne: Deutsche med. Woch. 1921, 28. sz.

**A kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem élettani intézetének közleménye (igazgató: Farkas Géza dr. egyet. tanár).**

## A duodenalis pylorusreflexről.

Írták: Bársony Tivadár dr. és Hortobágyi Béla dr.

A physiologia tanítása szerint a pylorusjáték közvetlen szabályozója az a pylorust záró reflex, melyet a duodenum nyálkahártyájáról vált ki a duodenumba jutott gyomortartalom; a duodenumban keletkezett mechanikai és chemiai ingerek reflex útján zárják a pylorust és zárva tartják addig, míg a duodenumban levő gyomortartalom nem kerül tovább, illetőleg míg a savanyúsága nem közbörsíttetik; mikor ez megtörtént, a pylorusra ható mechano- és chemoreflex megszűnik, a pylorus megnyílik és új tartalom jut a duodenumba; ez reflex útján ismét zárja a pylorust és így tovább. E magyarázatnál a súlypont azon van, hogy a pylorus nyitott és ezt a nyitott pylorust zárja ritmikusan a duodenumból kiinduló reflex.

A pylorusjátéknak ez a magyarázata tarthatatlan. Tarthatatlan egyrészt az állatkísérletek és az emberen végzett physiologiás vizsgálatok tanulságai alapján, másrészt mert a pathologia is lépten-nyomon beleütközik.

Az alapvető állatkísérleteket, melyekre a fenti magyarázat felépült, Hirsch, Mering és Moritz végezték. Kísérleteikben azt találták, hogy ha duodenum-fistulán át a duodenumba táplálékot vagy sósavat fecskendeztek be, ennek hatására megállt a gyomorból a duodenumba való ürülés. Ezeket az eredményeket értelmezték a későbbi szerzők úgy, hogy a duodenumba jutott táplálék mechanikai és chemiai ingere direkt reflex útján zárja a pylorust. Ez az értelmezés hibás volt. Hirsch, Mering és Moritz kísérletei mást mondanak, mint amit az imént említett magyarázat nekik tulajdonít. A kísérletek szerint a duodenumba gyakorolt mechanikai és chemiai ingerek a gyomorból a duodenumba való ürülést szüntetik meg; ez azonban nem úgy történik, mint ahogy a magyarázat tartja, hogy t. i.

a duodenumból kiinduló ingerek közvetlen reflex útján zárják a pylorust, hanem ezek az ingerek reflektorikusan a gyomor tonusát csökkentik és peristaltikáját szüntetik meg s így megállítják azt a motort, mely a gyomortartalmat a duodenumba sajtolja. Hogy ez így van, erre vonatkozólag elsősorban magának Moritznak<sup>1</sup> a szavait idézzük: „... Die Entleerung verzögert wird, indem, wie ich zeigen konnte, die Antrumkontraktionen weniger ausgiebig werden, oder eventuell ganz aufgehören.“ Mering kísérletei érthetetlenül teszik, hogy ez a magyarázat hogyan épülhetett fel s hogyan maradhatott meg két évtizeden keresztül. Mering<sup>2</sup> resekált pylorusú gyomroknál is azt találta, hogy a duodenumban alkalmazott ingerek hatására megszűnik a gyomortartalomnak a duodenumba való ürülése. Hogy itt a duodenalis reflexek nem idézhettek elő közvetlen pylorus-zárást, s hogy nem ennek a hatására állott meg a duodenumba való ürülés, ezt kétségtelenné teszi az, hogy ezeknek a kutyáknak nem volt pylorusuk. Mering különben maga is kiemeli, hogy a duodenumban alkalmazott ingerek a gyomor motorikus működését szüntetik meg. Ugyanez tűnik ki Kirschner és Mangold<sup>3</sup> vizsgálataiból is. Exact ballonsondás kísérleteik grafikusan ábrázolják, hogy a duodenumba ható ingerek hogyan szüntetik meg a gyomor peristaltikáját és hogyan csökkentik az antrum systolés nyomását; a pyloruson át való ürülés ezzel egyidejűleg szűnik meg.

A gyomorpathologia szintén ellentmond a pylorusjáték mai magyarázatának. Csak a duodenalis fekély pylorusának viselkedését emeljük ki a Barclay-typusú (hypertoniás-hyperperistaltikus) gyomornál. Itt a hyperaciditásnak fokozottabb duodenalis reflex-szel kellene a pylorust zárnia, a pylorusnak ritkábban, rövidebb tartammal és kisebb lumennel kellene nyílnia; mindez maga után vonná a pylorus-permeabilitás csökkentését és a gyomorkiürülés meglassabbodását. Az említett esetekben pedig mindennek épp az ellenkezőjét találjuk.

Az emberen végzett physiologiás vizsgálatok közül csak Eganéira<sup>4</sup> utalunk. Ezek szerint a gyomor kiürülési tartama változatlan maradt, ha a) a gyomortartalmat állandóan nagyobb aciditási fokon tartotta, b) ha lúggal állandóan csökkentette a savanyúságát. Egy bizonyos gyomor saviságának megváltoztatása tehát nem befolyásolja a gyomor kiürülési tartamát. Pedig Hirsch, Mering és Moritz kísérleteinek fenti értelmezése alapján az aciditás fokának változtatásával meg kellene változnia a pylorus permeabilitásának s vele együtt a gyomor-kiürülés tartamának is.

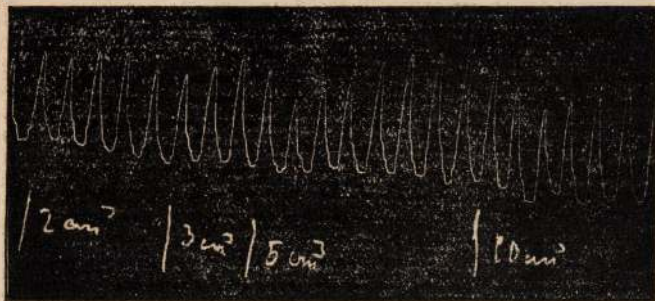
Ismételjük tehát: az állatkísérleteket eddig hibásan értelmezték, a helyes értelmezés az, hogy a duodenum felől kiváltott megfelelő ingerek köztük a sósav is, a gyomor motorikus funkcióját csökkentik s ez úton hozzák létre a pyloruson át való ürülés megszűnését, nem pedig a pylorust zárják közvetlen reflex-szel. Pylorus záró duodenalis reflex tehát nincs, az állatkísérletek alapján csak egy duodenalis antrum-reflexről lehet szó. De ez a reflex is csak az állatkísérleteknél van meg, az emberi pathológiában ki nem mutatható. Hyperacid duodenalis fekély eseteiben pl. Barclay-typusú gyomroknál erősen hyperacid gyomortartalom kerül a duodenumba s mint ismeretes, mégis izomexcitatio van a gyomron. Mint ez a kiragadott példa is mutatja, az állatkísérletek és az emberi pathologia adatai között szembeeső ellentmondás van.

Ez ellentmondás tisztázására indítottuk meg kísérleteinket. Kísérleteinket kutyákon végeztük. Első kísérletsorozatunkban altatott kutyákon dolgoztunk, megnyitott has mellett. Az állatokat megfelelő morphinózás után kevés aetherrel elaltattuk. (Sok aether izomdepressiót okoz a gyomron.) A has megnyitása után Marey-dobbal összekötött ballont helyeztünk az antrumba, majd a hasüreget 38°-os physiologiás konyhasó-oldattal

<sup>1</sup> Münch. med. Wochenschr. 1895, 49. sz., 1147. old. Über die Funktionen des Magens.

<sup>2</sup> Münch. med. Wochenschr. 1897, 26. sz., 723. old. Zur Funktion des Magens.

megettöltöttük. Ezután a ballont felfújtuk. A ballon felfúvására legtöbbször rhytmusos peristaltika keletkezett a gyomron, ezt kymographionon rögzítve megkezdtük kísérleteinket: a duodenumba sósavat fecskendeztünk s vizsgáltuk, hogy milyen hatást gyakorol ez a gyomor izomműködésére. Azt találtuk, mint ahogy ezt már közöltük is,<sup>3</sup> hogy 0.05%-5.0% sósavnak a duodenumba való befecskendezése után semmilyen elváltozás sem jött létre a ballonnal kiváltott rhytmusos gyomorperistaltikában. Ezek az eredményeink megegyeztek az emberi pathologia adataival, de ellentétben állottak Mering



1. ábra. 2—10 cm<sup>3</sup> 0.4% HCl befecskendezése a duodenumba. 2—3 cm<sup>3</sup> után semmi változás, 5 és 10 cm<sup>3</sup>-nél minimális izomdepressio a gyomron

és Kirschner-Mangold kísérleti eredményeivel, melyek pedig kétségtelenül megbízhatók.

Mint hogy mi altatott kutyákon végeztük kísérleteinket, a fentemlített szerzők pedig éber kutyákon, az eredményekben mutatkozó különbséget azzal magyaráztuk, hogy éber állapotban az injeciált sósav kellemetlen psychikus insultusként szerepel s ez hozza létre a gyomorizomzat depressióját épp úgy, mint ahogy — mint ismeretes — minden más kellemetlen psychés insultus is kivált izomdepressiót a gyomron; az említett kísérleteknél nyert izomdepressio tehát nem egy specifikus duodenalis reflex eredménye.

E magyarázatunk igazolására végeztük kísérleteink második sorozatát. Ebben a sorozatban kísérleti berendezésünk olyan volt, hogy a sósav-befecskendezést a duodenumba először éber kutyákon végeztük, majd ugyanazon kutyák elaltatása után. Az állatokon előbb kivarrtuk a hasfalhoz a duodenum lehágó szárát 4—5 cm-re a pylorus alatt, majd 4—8 nap múlva a kivarrt duodenumot megnyitottuk s a megnyitás napján és a következő napon végeztük a vizsgálatainkat. (Harmadnapra a kutya rendszeren elpusztult.) A kísérletnél gummicső végére kötött ballont vezetünk a duodenum-fistulán át a pyloruson keresztül az antrumba, amikor a ballon az antrumban volt, felfújtuk s visszahúztuk annyira, amennyire a pylorus engedte; a ballont kymographionnal kötöttük össze. Kísérleteinknél azt találtuk, hogy a régi szerzők kísérleteivel megegyezően a nagyobb koncentrációk és a nagyobb mennyiségek éber állatokon izomdepressiót hoztak létre a gyomron, ugyanezek a koncentrációk és mennyiségek azonban altatott állatokon nem hoztak létre ily izomdepressiót. Kisebb koncentrációval és kisebb mennyiséggel végezve a kísérleteket, éber állatokon sem kaptunk izomdepressiót a gyomron. De csak akkor nem, ha vigyáztunk arra, hogy a duodenumba bevitt sósav ne csorogjon ki a hasfal sebére, vagy a környező ekzémás bőrre. (Ezt lakmuspapírral is kontrolláltuk.) Kis mennyiségeknél ez könnyen volt keresztülvihető, nagyobb mennyiségeknél azonban rendszeren nem tudtuk elkerülni, hogy többkevesebb ne csorogjon a hasfal bőrére. 0.2—0.4%-os sósavoldatok befecskendezése a duodenumba 1—5 cm<sup>3</sup>-es mennyiségben éber kutyáknál sem hozott létre semmilyen izomdepressiót a gyomron, feltéve, hogy sósav nem csorgott ki a hasfal sebére. (1. ábra.) 0.4%—0.5%-os oldatnál 5—10 cm<sup>3</sup>-nél alig észrevehető csökkenése jött létre a systolés emelkedésnek, 10 cm<sup>3</sup>-en túl már ez az izomdepressio kifejezettebb volt (2. ábra); általában

5—10 cm<sup>3</sup> az a határ, melynél 0.4%—0.5% sósavbefecskendezésnél kimutatható kisfokú izomdepressio a gyomron. Minthogy ezek az értékek ttállépik azt a határt, mely a biológiában előfordulhat, mondhatjuk, hogy a duodenumba biológias viszonyok között jutó sósav nem okoz izomdepressiót a gyomron.

Tehát nemcsak duodenalis pylorusreflex nincs, de duodenalis antrumreflex sincs.

Azok az eredmények, amiket a régi szerzők kísérleteikben nyertek, helyesek voltak, a mi kísérleteink is igazolják ezt; a belőlük levont következtetések azonban hibásak voltak. Hirsch, Mering és Moritz kísérleteiből csak azt a következtetést vonták le, hogy a duodenumba adott ingerekre a gyomor motorikus működése csökken, ők maguk pylorust záró közvetlen reflexet nem vettek fel, ezt csak későbbi szerzők magyarázták bele tévesen a kísérletekbe. Azonban Hirsch, Mering és Moritz is tévedtek. Tévedésük abban állott, hogy ők kísérleteikből egy olyan duodenalis reflexre következtettek, mely a gyomor izomműködését csökkenti. Mint fentebb kiemeltük, ilyen reflex sincs. Az igaz, hogy nagy koncentrációk és nagy mennyiségek létrehozhatnak izomdepressiót a gyomron, de ez nem egy specifikus duodenalis reflex útján jön létre, a kísérletekben használt koncentrációk és mennyiségek kellemetlenséget okoztak az állatoknak, ilyen kellemetlenségek azonban, bárholonnan is jöjjenek azok, egyaránt létrehozhatnak izomdepressiót a gyomron.\* A biológias értékeket túl nem haladó ingerek a duodenum felől nem hoznak létre izomdepressiót a gyomron.

Kísérleteinknél előfordult, hogy nagyobb koncentrációnál (1%) sem kaptunk izomdepressiót a gyomron, ha elég kis mennyiséget fecskendeztünk be a duodenumba s ha nem jutott ebből a hasfal sebére; ugyanekkor azonban, ha csak a fistula körüli hasfalszövetre fecskendeztünk ugyanilyen koncentrációjú sósavat, kifejezett izomdepressio jött létre sok esetben.

Az a pylorust záró duodenalis reflex, mely a physiologia alaptételei között szerepel s mely később a gyomor-pylorus-duodenum-pathológiának egyik alapját képezte, ez a duodenalis pylorusreflex nem létezik. Mindaz a sok magyarázat, mely erre a reflexre épült fel, hibás és ezért teljesen értéktelen. A physiologiából



2. ábra. 2—10 cm<sup>3</sup> 0.4% HCl befecskendezése a duodenumba. 10 cm<sup>3</sup> után kisfokú, rövid ideig tartó izomdepressio a gyomron. 2 cm<sup>3</sup>-nél semmi változás.

a duodenalis pylorusreflex fogalmát, a pathológiából az ezen reflexre épített tanokat mind törölni kell.

Irodalom: <sup>1</sup> Kirschner-Mangold: Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chirurg. 1911, 23. köt. — <sup>2</sup> Egan: Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1915. — <sup>3</sup> Bársony-Hortobágyi: Duodenalis ingerek hatása a gyomorra. Orvosi Hetilap, 1923.

\* A mi kísérleteinkben is, meg Hirsch-Mering-Kirschner-Mangold kísérleteiben is állandóan ott szerepel a nagyobb sósav-értékeknél, hogy a kutya nyugtalan lett, öklöndözött, hányt. Hogy ilyenkor a kutya rosszul érzi magát, ez bizonyításra nem szorul. Hogy viszont a rosszullét izomdepressiót idéz elő a gyomron, ez az emberi pathológiából eléggé ismeretes.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. kórbonctani intézetének (igazgató: Buday Kálmán dr. ny. r. tanár) a Szt. István-kórház VII. orvosi osztályának (főorvos: Hasenfeld Artur dr. egy. m. tanár) és a Szt. István-kórház prosecturájának (főorvos: Johan Béla dr. egyet. m. tanár) közleménye.

## Gümős eredetű aortaperforatio esete.

Írta: Göbl Albin dr. és Zalka Ödön dr.

Az aorta tuberculosis aránylag igen ritka megbetegedés, amit az idevágó kórbonctani közlések csekély száma is bizonyít. Az aorta gümős megbetegedése kétféle módon történhetik. Az első lehetőség, hogy a környezet gümős folyamata (lymphadenitis caseosa, esigolyacaries stb.) terjed rá az aorta falára. Ily eseteket közöltek Dietrich, Hanau és Sigg, Kamen, Buttermilch, Ribbert, Schmorl, Zrunek, Kornitzer, Hartwich és Liefmann. A megbetegedés ezen formáját Benda peri-aortitis tuberculosisának nevezte el. A másik lehetőség a véráram útján az intima felőli fertőzés, amely gyakran a Koch-bacillusoknak az aorta fennálló atheromás fékelyeinek tasakjaiban való megtelepedése által keletkezik, azáltal, hogy valamely távolabbi tuberculosos góc beletör a véráramba; ezen formáját az aortatuberculosisnak Benda endaortitis tuberculosisának nevezte el. Ily eseteket közöltek Benda, Schmorl, Longcope, Simnitzky, Forsner, Stroebe, Aschoff, Hedinger és Hartwich.

Az aortatuberculosis tulajdonképpen kórbonctani diagnosis és — mint a mi esetünk sem — élőben még nem diagnosztizáltatott. Kimenetele halálos: mert vagy aortaruptúrához, vagy pedig miliaris tuberculosishoz vezet. De mivel mind a miliaris tuberculosis, mind az aortaruptúra nem tartozik a nagy ritkaságok közé, a klinikusnak is számolni kell előfordulásuk esetén esetleges aortatuberculosis jelenlétével, amit esetünk is bizonyít.

1923 április 3-án egy 29 éves, Szt. István-kórházbeli beteg anamnesisében azt találjuk, hogy 1914-ben nyaki lymphoma miatt kozmetikus szempontból operálták. 1923 januárban tüdőcsúshurujúja volt magas lázzal, miből teljesen meggyógyultnak gondolta magát, március 9-ig rendszeres dolgozott, mely napon munkaközben hirtelen elszédült és fekvőbeteg lett. Hasa, majd alsó végtagjai, később arca és szembéje is megpiiffedtek, sebes járás vagy munka közben oly gyenge lett, hogy a beszéd is kifárasztja. Csak jobboldalán tud feküdni. Luest, alkoholismust tagad.

A közepesen fejlett, oedemás férfibetegnek cardialis cachexiára emlékeztető arkifejezése van. Ascites, anasarca. Tüdők felett baloldalt hátul alul rövidült kopogtatási hang, rekesz gyengébben tér ki. Jobb rekesz mozgása szabad. Érdes-sejtes alaplégzés, szörtyözörejek nélkül. Szívcsúslökés az V. bordaközben, a bimbóvonalon valamivel belül, szívomputat jobbfelé a sternum szélét közel egy harántujjal haladja meg. Tompán hallható szívhangok mellett a csúson gyengébb praesystolés zörejt, a pulmonalis II. ékeltségével. Szív működés 120 perccenként. Máj a bordáivet három harántujjal haladja meg, éles puha széllel, nyomásra alig érzékeny. Vérnyomás 110/65 Hg-mm Riva-Rocci). Vizeletben kóros elem nincsen. Hőmérséklet 37–38 °C. A kifejezett szív-incompensatióra való tekintettel digitalist kap.

A felvételt követő napokban pericarditis exsudativára jellemző háromszögű szívomputat fejlődik, szívhangok egész tompává válnak és a jobb III. borda sternalis végénél kifejezett pericardialis dörzsölés hallható. A vizeletben nyomokban fehérje és positiv urobilinogen-reactio, anélkül, hogy a centrifugatumban néhány fehérvérsajt és laphámam kivül más kóros alkatrészeket találunk. Pulsus paradoxus mellett szívösszehúzódságok száma perccenként 126. Időközönként súlyosabb dyspnoéja támadt, néha rohamszerűen, ami narcoticumokra javul. Közben a beteg elég tűrhető állapotban van, orvosi figyelemztetés dacára többször felkel ágyából.

Április 12-én délután 3/4-kor, szobacloset használatában közben hirtelen szívújja fájalmakat kap, ajkai cyanotikusak, hideg verejték lepi el és 3/4 óra alatt az alkalmazott excitansok dacára meghal.

Tehát tuberculosisra utaló anamnesis mellett a

betegnél pericarditist konstatáltunk, mely az anamnesis szerint egész hirtelen keletkezett volna (március 9-én) és oedemák, remittáló lázmenet, időszakos dyspnoé mellett jó három hét múlva hirtelen fulladásos halálhoz vezetett.

**Boncolás a halál utáni napon:** A hulla megnyitása után a pericardialis zsákot jóval nagyobbak találtuk, melynek átmérője 24 cm volt, megnyitása után 1 1/2 liter, nagyobb részt folyékony vért távolítottunk el belőle. A pericardium lemezeit nehezen kaparható fibrin fedte, amely alatt sárga sajtos réteg volt látható. Ez a kép pericarditis tuberculosisának felelt meg. Az aorta ascendensnek megfelelően a jobb pitvar, a bal füles és az arteria pulmonalis között gyermekököllyi, tömött képletet találtunk, amely erősen összenyomta az arteria pulmonalist, a pericardium rá volt tapadva. Mikközben azt ujjal tompán leválasztani igyekeztünk, gyermekököllyi réteges thrombus ugrott elő. Ezen képlet letokolt haematómából fejlődött aneurysma spuriumnak felelt meg. Az aorta belfelületét ujjal tapintva simának találtuk; elülső falán ollóval megnyitva kiderült, hogy az aorta elülső falán 2 cm-nyire a billentyűk felett egy fekvő V-betűhöz hasonló folytonossági hiány van, amelynek szélei lekerekítettek; a V-betű szárai 20 mm hosszúak. Metszésünk, sajnos, felezte ezt a defektust. A megfelelő aorta két oldalán tömött véralvadékból álló lemez található, amely a haematoma falát képezte, s amelyben a réteges thrombus képződött. A jobb tüdőcsúcsban négy borsónyi sajtos göcot, ezenkívül sajtos peribronchialis mirigyeket találtunk, továbbá milliaris tuberculosissal megfelelő elváltozásokat az összes szervekben.

Összegezve tehát, boncoláskor sajtos csúcs- és nyirokcsomó-tuberculosist, miliaris tuberculosist és pericarditis tuberculosát találtunk, ezenkívül az aorta előbb ismerttetett folytonossági hiányát, amely eltokolt haematoma, aneurysma spurium képződéséhez vezetett, majd pedig nyilván ennek megrepedése által haemopericardiumhoz, amelyet a halál közvetlen okának kell tartanunk.

Főleg két kérdést kellett tisztáznunk: először, hogy mily alapon jött létre az aorta perforatiója? Arterio-sclerotikus vagy syphiliticus eredetet ki lehetett zárni, mert néhány kis zsíros sárga folttól eltekintve, az aorta ép volt. Gondolni lehetett körülírt aortitis ulcerosára is, de ez rendszerint a billentyűk ulcerosus endocarditiséhez szokott csatlakozni; jelen esetben pedig a billentyűk épek voltak. A miliaris tuberculosissal és a pericarditis tuberculosissal valószínűvé tette, hogy az aorta elváltozása is gümős eredetű. Sajtos nyirokcsomó betörését az aortába ki lehetett zárni, mert a perforatio környékén ilyent nem találtunk, a perforatio különben is az aorta pericardiummal fedett részén történt. Ezek alapján vagy a pericarditis tuberculosissal ráterjedését az aortafalra, vagy az endaortitis tuberculosist kellett felvennünk.

A másik tisztázandó dolog volt a perforatio, az aneurysma spurium s a haemopericardium összefüggése. Kétségtelen, hogy a perforatio nem volt friss, mert szélei lekerekítettek voltak. Régi perforatio mellett szól az is, hogy az aorta mellett a pericardium lemezei között gyermekfejnyi letokolt haematoma, aneurysma spurium fejlődött ki. A kórtörténet alapján talán joggal mondhatjuk, hogy a perforatio március 9-én történt, amikor a beteg hirtelen súlyos keringési zavarokkal megbetegedett. Állapota később javult, ez talán azzal függ össze, hogy a haematómában kifejlődött a thrombus, ami az aneurysma üregét megkisebbítette. A javulás megítélése szempontjából figyelembe veendő azonban a szervezet alkalmazkodása is a megváltozott keringéshez. Az aneurysma spurium megrepedése pedig haemopericardiumhoz és így szívtamponade által hirtelen halálhoz vezetett.

Az első kérdésre boncoláskor nem lehetett biztos választ adni. A histológiai vizsgálat azonban kétségtelenül beigazolta, hogy az aortafal megbetegedését tuberculos okozta. A perforatio széléből kimetszett darabokon elhalást találtunk, amely a külső rétegekben nagyobb terjedelmű, mint az intímán, ez bizonyítja, hogy az elhalást okozó folyamat kívülről terjedt rá az aortafalra. Az elhalt területben óriási mennyiségű saválló



pálcat találtunk, egyéb mikroorganizmusokat kimutatni nem sikerült, úgyhogy a folyamat gümős eredete nem szenvedhet kétséget, dacára annak, hogy az aortafal nem mutat tuberculosisra jellemző szöveti elváltozást, hanem csak elhalást. Ezt úgy lehet magyarázni, hogy a pericarditis tuberculosa által termelt sarjszövet elzárta a vasa vasorumokat s az így elhalt aortafalban erősen felszaporodtak a gümöbaccilusok, amelyek kétségkívül innen kerültek be a véráramba és okozták a miliaris gümőkórt. *Kornitzer* esetében, ahol lymphadenitis tuberculosa terjedt rá az aortafalra, az erek elzáródását ki lehetett mutatni, az aortafal elváltozásai hasonlóak voltak esetünkhöz. A másik lehetőség, hogy igen erős toxicitású Koch-bacillusok okozták volna a folyamatot és ezek hatására gümős sarjszövet keletkezése helyett csak elhalásos folyamat jött létre.

A boncolás többek között miliaris tuberculosist is mutatott, melyre a beteg észlelésekor nem gondoltunk, mivel a miliaris okozta állandó kisebbfokú dyspnoët fedte egy cardialis eredetű, inkább időszakosan jelentkező nagyobbfokú dyspnoë; a szapora szív működést pedig nem toxikus jelnek vettük, hanem a pericarditis-sel magyaráztuk.

Esetünk két szempontból is érdekes. Először, mert pericarditis tuberculosa ráterjedése az aortafalra eddig nines közölve, másodsor, mert feltaláljuk az aortatuberculosis mindkét következményét: az aortaperforációt és a miliaris gümőkórt.

## Olcsó gyógyszerrendelés.

Írta: Vámosy Zoltán dr.

(Fejezet Vámosy-Mansfeld „Gyógyszertan“-ának most megjelent VII. kiadásából.)\*

Az orvos először is azt gondolja jól meg, hogy írjon-e receptet? — van-e arra szükség? Ha valaha, úgy most — általános szegénységünkben — kell a takarékos-ságot szem előtt tartanunk: természetesen nem a gyógyulás rovására. Gyógyszert tehát csak akkor rendelünk, ha therapiaili szükségesség indicálja: ami nem mindig azonos a szer pharmacologiai jelentőségével, mert lehet valakinek akkor is szüksége orvosságra, ha attól az orvos semmi komoly hatást sem vár. Különösen áll ez a gyógyíthatatlan betegekkel, a hypochonderekkel, avagy a csekély intelligenciájú betegekkel szemben, akik a gyógyszerrendelésben látják az orvos tudásának és ténykedésének koronáját. A gyógyszerrendelés szükségességét, sőt milyenségét is az orvos tehát nemcsak tudásának segítségével fogja megítélni, hanem a művészetével is, amellyel betegének egyéniségét rövid idő alatt meg kell állapítania.

A gyógyszerrendelésben — még a legkomolyabb esetekben is — mindig arra kell törekednünk, hogy a várható haszon arányban álljon az érte hozott gazdasági áldozattal. Ez ellen kétféleképen véthetünk: 1. ha feleslegesen, tehát minden várható haszon nélkül írunk receptet; 2. ha olyan rendelőnyt írunk, melynek alkotórészei egymás hatását chemiai úton, vagy ellentétes hatásuk folytán megsemmisítik.

Typikus példák a chemiai vagy physikai incompatibilitásra a savak és lúgok (sókká lesznek); a cersav vagy cersavas készítmények és alcaloidák, nehézfém-sók (kiesapódnak, a vas tintává lesz), a konyhasónak, chloridoknak ezüst- és ólomsókkal (fehér csapadék), a sulfatoknak ólommal, calciummal, baryummal (fehér csapadék), az oxydabilis anyagoknak, hyperoxydokkal, chlorrallal, jóddal (tönkre oxydálódnak) együttrendelése; nem oldható anyagoknak, nem keveredő folyadékoknak

\* Eggenberger kiadása. IV., Kecskeméti-utca 3. Bolti ára 124.000 K.

célszerűtlen rázókeverékben rendelése; aetheres vagy szeszestincturáknak vizes oldatokkal összekeverése, miáltal a szeszoldotta zsírok, festékek, alcaloidák kicsapódnak és leülepednek.

A hatástani incompatibilitásokra gyógyszer-tani tudásunk kell, hogy megtanítsa.

Mindkét hibát legbiztosabban akkor kerülhetjük el, ha egyszerű gyógyszereket rendelünk és nem írunk complicált recepteket, s egyidejűleg sem vétetünk többféle gyógyszer-t. Ez az olcsó rendelésnek is egyik alap-szabálya, amit azonban mégsem fogunk mereven követni, mert akkor lemondanánk az egyes gyógyszerek egymást kiegészítő, sőt elősegítő hatásáról is (cocain-adrenalin, scopolamin-morphin synergismus, opium + bismuth, codein + köptetők stb.), amit pedig a cél érdekében kiaknázni köteleességünk.

Véthetünk a célszerű takarékos-ság ellen a gyógyszer mennyiségének helytelen előírásával, például ha toroköblítésre, hólyagmosásra 250—300 g folyadékot írunk fel. Viszont a másik szélsőségbe sem szabad esnünk, hogy például az ismétlés expeditiós költségeit megkíméljük, 2—3 napra való infusum helyett kétannival látjuk el a beteget, s az orvosság megromlik (nyáron), vagy megszűnvné szüksége: a beteg nyakán marad. Ez utóbbi ellen állandó formájú, eltartható gyógyszerek esetén (tincturák, száraz porok, labdacok) még van melegség, ha „suo nomine“ is signáltatjuk azokat, mert így eltéve, alkalomadtán később is használhatók. Rendesen azonban csak a használati utasítás szokott a tartályokra felírva lenni, s 1—2 hét múlva már senki sem emlékszik biztosan rá, hogy milyen porok és milyen adagban vannak a papírhüvelyekben.

Takarékoskodhatunk még általában a gyógyszer formájának megválasztásában és az egyszerű expeditió előírásával; ez utóbbi a betegpénztári és közalapok terhére írott orvosságoknál kötelező is.

Legolcsóbb rendelési forma, hogy csak a nyers anyagot írjuk fel a receptre és otthon készítettjük el belőle az orvosságot. Így készíthetjük theakeverékekből infusumokat, decoctumokat, maceratiókat, kristályos anyagokból oldatokat pontos vagy kevésbé pontos előírás szerint. Így készülnek otthon a sebmosó-, hólyagmosó-, szemborogató-, toroköblítő-oldatok (például 30 g borsavból 1 liter steril vízzel, pontosan, avagy például egy kis késhegynyi ka. permanganatból 1 l vízre kevésbé pontosan). Még helyesebb, ha az esetenként feloldandó mennyiséget porhüvelyekben, 5—10 adagban írjuk fel és ezekből szükség szerint készíthetünk házilag orvosságot, pl. 5 g-os jódkáli-porokból egy adagból egy 150 g orvosságos üvegben 10 g cukorral vizes oldatot, mit kanalanként 3—4 nap alatt fogyaszt el a beteg. Vagy például 5 g ka. permanganat 150 g vízben oldva rendelünk és ebből 1 evőkanállal tesz a beteg 1 l felfőtt vízre, hogy hólyagmosásra alkalmas oldatát otthon elkészíthesse. Természetes, hogy mindig a szer, a beteg intelligenciája és otthoni körülményei fogják meghatározni, hogy mit bízhatunk rá, mit nem.

Az egyéb gyógyszerformák megválasztásában — eltekintve a mindig uralkodó pharmacodynamikai szempontoktól — az fog bennünket vezetni, hogy hosszú vagy rövid időre lesz-e szükség az orvosságra, kell-e hogy a beteg magánál hordja s hogy milyen formában jut legolcsóbban hozzá?

A gyógyszeralakok elkészítésének hivatalosan megállapított munkadíja van, ami a gyógyszer árában elég lényeges szerepet játszik, éppen ezért azok felől kell, hogy az orvos tájékozott legyen. Bár a hivatalos taksa árai mai napság gyakran változnak (rendesen felfelé,

irányadóul álljanak itt az 1924 januári munkadíjak főbb tételei:<sup>1</sup>

	Korona
Folyadékokból kevert gyógyszerek .....	520
Oldatok készítése .....	960
Főzet, forrázat, maceratio, emulsio 300 g-ig	1900
Kenőcs-, tapasz-, pasta-készítés 100 g-ig ....	1680
Pilula-készítés 50 drb-ig .....	2760
Bevont pilula 50 drb .....	3160
Tabletták 10 drb-ig .....	1900
Osztatlan porok, theák 100 g-ig .....	760
Osztott porok 10 adagig .....	1900
Ugyanaz otyatokban .....	3360
Ugyanaz gelatintokban .....	4420
Végbélkúpok 5 drb-ig .....	1900
Sterilizálás 200 g-ig .....	2500
Expeditio díja .....	520

Este 9 órától reggel 7 óráig ezenkívül a gyógyszer árának 25%-a fizetendő.

Az új, egységes munkadíjakba — eltérően a régi szokástól — minden mérés, művelet és ahhoz felhasznált anyag (conspergáló por, papírhüvely) bele van értve.

Amint ebből látjuk, legolcsóbbak a mixturák, solutiók és osztatlan porok vagy theák és legdrágábbak a pilulák. De ha a betegnek heteken, hónapokon át kell szednie orvosságot, esetleg olcsóbb forma lesz a pilulában való rendelés, mert így 50 adag orvossághoz jut és nem tízhez vagy legfeljebb húszhoz s ezenfelül könnyen hurcolja magával.

Olcsó rendelés a cseppek előírása is, de erősen ható szerek cseppekben nem valami pontosan adagolhatók és bizonyára csak megbízható kezekbe valók. Látszólag megdrágítja ezt a rendelést a csepegtető üvegek elterjedt, de nem okvetlen szükséges használata. Egy 10—20 g-os ilyen üveg dugós üveg ára 1100 K; de egyrészt huzamosan, többféle cseppek számára is használható, ha van egy ilyen üveg a háznál; másrészt a hivatalos taksa intézkedése szerint az orvosság árához csak az üvegfélék „használati és tisztogatási díja“ számítható fel, ez esetben csak 180 K. Az üveg árát is megfizeti ugyan a közönség, de erről bárcát kap, amelynek felmutatása mellett ugyanaz a gyógyszerár 14 napon belül az üveget az érte fizetett árért visszaváltani köteles. Így a csepp-solutio vagy mixtura ára csepegtető üvegben sem több, mint egy kanalas mixturáé.<sup>2</sup>

Oldószernek mindig csak vizet használjunk és ne szeszt, tincturákat, emulsiókat, mert a szesz, az olaj igen drága. A szesz bedörzsölések, mosások, borogatások meg éppen ma valóságos luxust jelentenek.

Fontos tudnivaló a folyadék-orvosságok, kenőcsök rendelésénél, hogy az azokhoz felszámítható edényzet nagyságát a felírt orvosságok összsúlya adja meg, tekintet nélkül a kész orvosság térfogatára. Tehát ha például 10 g senegát rendelünk 200 g vízre és még esetleg 0.2 g codeint, 2 g liqu. ammon. anis.-t is tétetünk bele, a gyógyszerész már nem 200 g-os üveget fog ehhez kiadni és felszámítani — noha abban is elférne —, hanem a következő nagyságot, a 300 g-os üveget. Így az orvosság drágul. Ajánlatos a betegpénztárak utasítása sze-

<sup>1</sup> E díjak, valamint az összes gyógyszerek, edények árai egy most, jún. 1-én megjelenő árszabvánnyal újra emelkednek.

<sup>2</sup> Csodálatos, hogy közönségünk az orvosságos üvegek és kenőcs-tégelyek visszaszolgáltatásában mily hanyag. Nincsen ház, hol legalább 10—20 orvosságos üveg ne hányódnék, míg eltörik, szemétké kerül, vagy az üvegházaló potom pénzért el nem viszi. Pedig a mai drága világban indokolt volna ez a takarékoság, amiből az ország import-számlája is könnyebben néz. E téren az orvosok a közönséget kitanítani hivatottak.

rint a feloldandó hatóanyagok felírása után a destillált víznek súlyát ilyképen adni meg: aquae dest. ad g 150 vagy 200, ami azt jelenti, hogy az összsúly egészítették ki pontosan ennyire.

Olcsóság szempontjából megfontolás tárgya lehet, hogy használjunk-e édesítőt a kanalas orvosság ízjavítására vagy nem? A betegpénztárak felnőttek számára nem engedik meg azt. Igaz, hogy a valóban rosszízű mixturákat (chinin, jódkali, antipyrin stb.) 10—15 g syrappal nem lehet jobbakká tenni, viszont a tűrhető: savanyú-, sós- vagy karcoló-ízű orvosságok ízjavítása pedig igazán nem fontos; de azért mégis sokszor rá fogunk szorulni a syrupokra, saccharinra vagy glycerinre. Felnőttek mixturájához 7%-nál (10:150), gyermekekéhez 10%-nál (10:100) több syrup nem szükséges. Legolcsóbb a syr. simplex (10 g 260 K), amivel mindig megelégedhetünk, különösen, ha az orvosság már aromás anyagot (pl. ánizst) tartalmaz. Az illatos szörpök közül legdrágább a menthaszörp (640 K), legolcsóbbak a lúgos mixturához is jó narancsszörp s a csak savanykásokhoz való málnaszörp (mindkettő 10 g-ja 400 K), míg az adjuvans szörpök drágasága nem áll arányban hatásukkal. A saccharin 1 g-ja 990 K, de 0:025—0:05 g-jával jól meg lehet egy mixturát édesíteni.

A porok akkor a legolcsóbbak, ha osztatlanul, skatulyában rendeljük. De az adagolást nem mindig bízhatjuk a betegre, mert bizony a „késhegynyi“, a „csapott“ vagy pláne „tétézt kávéskanal“ nagyon különböző mennyiségeket foglalhatnak magukban. Hatásosabb szerek esetén tehát a takarékosággal szembe lép az egészségi érdek és tt-es szerek osztatlan por alakjában kiszolgáltatását tiltják az „általános szabályok“, sőt szerintünk t-es szerek esetén sem tanácsos az.

A skatulyaporok ízjavítására gyakran túlsok cukrot, ánizst, édes köményt, vagy pláne eleosaccharumot szoktak használni és ezzel megdrágítják. Pedig legtöbbször teljesen mellőzhetők (pl. a nem oldódó méz és magnesium, bismuth, vagy a nem rossz ízű sókeveréknél vagy a rhebarbara + nux vomica poroknál, mikor úgy sem használ csak az otya). Ügyeljünk arra is, hogy hygroszopikus porokat (karlsbadi só) — különösen faluhelyen nedves lakásokban — ne tartsunk papirdobozban vagy zacskóban, hanem jól zárható szűk szájú üvegben, mert elfolyósódnak, vagy keményen összeállóká és nehezen oldódóká lesznek. Theákat olcsóságból papirzacskóba is tétethetjük de a porokat jobb lesz mindig kartondobozban rendelni, mert ha a zacskó kilyukad s a por kihull vagy beszennyeződik, több kára van a betegnek.

Az osztott porok rendelését szokták az orvosok a legtöbbször avval megdrágítani, hogy akár van reá szükség, akár nincs, cukrot kevertetnek bele. Szabály legyen, hogy porhoz cukrot csak akkor adunk, ha a rendelt hatóanyag oly kevés, hogy tömegszaporítás nélkül nem osztható szét egyenletesen; legalább 0.3 g-osoknak kell lenni a poroknak. Ehhez az egyenletességhez különben a legkisebb lelkiismeretlenség esetén már kétség fér s megbízható adagolásnak csak akkor tekinthetjük az osztott porokat, ha egységes anyagból, vagy nagyobb tömegben elkevert 2—3 anyagból állanak (pl. lázellenes szerek). Az osztott poroknak legjobb ízleplezője az otya; a nem rossz ízű porok pedig (aspirin), vagy az oldhatatlanok, tehát íztelenek (phenacetin) egy korty vízzel minden kellemetlenség nélkül burkolatlan is bevehető; otyát nyelni nem tudó gyerekeknek pedig a rossz ízű porok házilag kávésyrupba, lekvárokba keverve adhatók be. Linctusok, electuariumok rendelése általában drága és otthon házilag a száraz porokból egy kis gondossággal mind elkészíthetők. Nagyon meg-

drágítja a rendelést, ha ostyatokba tétetjük a port, még inkább ha gelatin-, keratin-tokokat használunk.

A porokat helyettesítő kitűnő gyógyszeralak újabban a tabletták és hozzá hasonlóak, ha jól vannak készítve és nem töredeznek, mállanak, viszont már a gyomorban széthullanak vagy feloldódnak. Jó tablettákat kevés gyógyszerész tud maga készíteni, pedig az volna kívánatos, hogy a maga által ellenőrzött anyagból készítse, mert így tudná is viselni a felelősséget kiszolgáltató tablettáért. Rendesen azonban gyárak, nagykereskedők látják el a gyógyszerészeket acid. acetylo-salicylicumos, phenolphthaleines tablettákkal a megszokott adagolásban, s így a tablettarendelésben úgy az orvos egyéni rendelésének lehetősége, mint a gyógyszerész egyéni felelősségének garantiája megszűnik.

Ha már az egyéni rendelésről lemondunk a tabletták kedvéért, a garantiát még leginkább megtaláljuk, ha az olcsóságból is engedve, elismert nagy cégek védett nevű tablettáit rendeljük eredeti csomagolásban (fiolam [scatulam] originale).

Az ily lezárt csomagolású különlegességek tartalmáért a kiszolgáltató gyógyszerész már csak akkor felelős, ha annak romlottsága, szennyezése kívülről is szemmel látható (zavaros, üledékes, elfolyósodott, repedt, megsérült, felnyitott); a felelősséget érte a készítő vagy forgalmazóhozó cég viseli, amelyik rendesen külföldi és így nem igen perelhető. Valószínű, hogy a készítő a saját márkájának hitelét gondosan őrzi és nem áldozza fel apró csalafintaságok hasznáért; annál kevésbé, mert e gondosságának árát a védettnevű tabletták drágaságában busásan megtalálja. Vannak ugyan ritka kivételek, hogy a „Special-Marke“ olcsóbb vagy alig drágább, mint a neki megfelelő szabadnevű porok vagy tabletták (például aspirin Bayer és ac. acetylo-salicylicum), de általánosságban alaposan megfizeti a közönség ezt a specialitásokba vetett bizalmat!

Minden esetben legtakarékosabban és amellet legmegbízhatóbban járunk el, ha lemondunk egyáltalán a tablettákról és szilárd orvosszereinket osztott porok alakjában hivatalos néven vagy vegytani elnevezés alatt rendeljük. Az ily szereket a gyógyszerészek legjobb minőségben tartani, tisztaságukat ellenőrizni kötelesek, érte felelősek és csak a hivatalos árszabás szerint számíthatják.

A tablettával versenyezni hivatott a pilulák ősi gyógyszerformája. De mivel 0.20 g-nál több anyagot nem foglalhat magába — bár e szabálytól el is térhetünk a 0.5—1 g-os bolusokkal —, csak kisebb adagok rendelésére lesz alkalmas. Különösen hosszabb tartamú gyógyszerelés esetén előnyösebbek, jól készítve elég pontos adagolásúak, hosszú ideig eltarthatók. A kötőanyag, a conspergálópor árkülönbsége az egységes munkadíjak óta nem játszik szerepet, de a bevonás, dragirozás igen; ezt azonban minden esetben elhagyhatjuk.

A kenőcs általában drága gyógyszeralak, s mégis pazarul bánnak vele az orvosok, rendesen feles mennyiségben írják; nagy része megmarad és mivel el nem tartható, beszárad vagy megromlik.

Igaz, hogy 5—10 g kenőcs munkadíja ugyanannyi, mint 100 g-é, de ennek kihasználása kedvéért mégis pazarlás például 20—30 g szemkenőcsöt felírni, mikor előreláthatólag 5—10 g is elég a gyógyulásig, vagy oly lassan fogy el, hogy felét már avasodottan eldobhatjuk. Nagy szerepet játszik az alapanyag ára, mert rendesen nagytömegű. Legolcsóbb alapanyag a nyáron is jól elálló és el nem híguló ung. glycerini (10 g 105 K), háromszor oly drága a vaselinum flavum (10 g 300 K) és az axungia (350 K), mely utóbbi hamar avasodik s melegben elhigul; négyszerre drágább a lanolin (10 g 400 K),

hatszorta az ung. simplex (10 g 640 K), melynél még a zinkkenőcs vagy cerussakenőcs is jóval olcsóbb. Legdrágább az ung. diachylon (950 K) és az ung. emolliens (930 K). A nem hivatalos alapanyagok (eucerin, resorbin, ung. stearini, vasogen) még drágábbak.

Olcsóbb lesz a kenőcs, ha bele sok száraz közömbös por kerül, mert ilyenkor a zsírmennyiség felére csökken, pláne ha pastává sűrítettük ( $\frac{1}{3}$ -a zsír): de csak bolussal (10 g 80 K) vagy amylummal (10 g 168 K). A zinkoxyd 10 g-ja már 680 K, a bismuthnitraté 7000 K. A kenőcsök szilárdítására legolcsóbb a faggyú (10 g 350 K), a cacaovaj (10 g 660 K); a viasz, a cetfaggyú már drágák (760—950 K).

Az olajok közül legolcsóbb a lenolaj (10 g 336 K) és legdrágább a mandulaolaj (980 K).

Ügyeljünk arra, hogy az alapanyaggal a kenőcsöt a szándékolt súlyára pontosan kiegészítsük, ne pedig kerek számban vegyük a zsíradékot 10—30—100-ra az ingredientiaikon felül. Illatosításra olcsó anyag a benzoë-tinctura (10 cs. 10 g), vagy a rozmarinolaj (1 cs. 10 g), de könnyen nélkülözhető; kellemetlen kenőcsök szagát úgy sem leplezhetjük (kátrány, jodoform stb.).

Kénes kúrákban a pontos adagolástól takarékoságból ne térjünk el; tíz adagra elosztás viaszpapírtokokkal együtt ugyanannyi, mint 100 g kenőcs osztatlanul.

A kenőcsök, linimentumok megfontolás nélküli rendelésével vétenek legtöbbször a takarékoság ellen, mert olyan anyagokat is rendelnek így, amik nem jutnak a bőrön keresztül (morphin-kenőcsök) s legtöbbször olyankor is tesznek ily rendelést, mikor az orvos se vár attól semmi komoly eredményt.

Ugyanily komoly visszaélés a közönség hiszékenységével a drága borogatások rendelése (aqua Goulardi), mikor jól tudjuk, hogy a borogatás hőfoka, párolgást akadályozó volta a ható factorok, amit vízzel is elérhetünk. Igaz ugyan, hogy a betegek egy része hagyományos hiszékenységből megkívánja, hogy fehéren zavaros vagy aromás ecetszagú legyen a borogatás, mitől ő gyógyulását reményli, de az orvosnak nevelni is kell a közönséget a tudás és felvilágosodás irányában.

Tapaszok készítése rudakban — mit otthon kenethetünk fel vászonra — ugyanannyi, mint egy kenőcs-készítés; 100 cm<sup>2</sup> vászonra felkenetve csak 220 K-val drágul a tapasz.

A végbélkúpok, bougiek, bolusok készítése legdrágább, mert csak 5 drb-ra szól a munkadíj (1900 K). Drágítja ezt a rendelést a cacaovaj is (10 g 660 K), mely nélkülözhetetlen ezeknél.

A sterilizálás igen megdrágítja a gyógyszert és a legtöbb esetben nélkülözhető. Bőr alá szánt oldatokat elég csak aqua fervidával vagy sterilizálásával rendelni. Ha csak egyetlen injectióra van szükség, olcsóbb egy ampullát hozatni, mint az 5—10 g solutiót felírni. Egy gyógyszer sterilizálása, a gyógyszerkészítés munkadíját is beleértve, 200 g-ig 2500 K.

A gyógyszer helyes kiválasztása nemcsak a gyógyszereredmény szempontjából, hanem takarékoság érdekében is igen fontos. A kettő tulajdonképpen egyet jelent, mert a haszontalan orvosság, bármily olcsó volt is, — pazarlás. Ezért szereink megválogatásában elsősorban pharmacologiai és therapeutikai elvek vezessenek.

Az észszerűen olcsó rendelés szempontjából kerülnünk kell minden oly szer rendelését, melynek a cél érdekében kívánatos hatása felől sem kísérleti, sem klinikai tapasztalati alapon nem lehetünk eléggé meggyőződve (castoreum, moschus, valeriana, ezüstsók, zink-sók mint excitansok vagy bódítók; adstringensok tüdővérzésnél stb.); kétségtelennek csak az experimentális

pharmacologia vagy kórtan által bebizonyított hatásokat fogadhatjuk el; de vannak szereink, melyeknek hatása a kísérleti vizsgálat számára még hozzáférhetetlen, de a betegeken tett nagyszámú és erős kritikával tett megfigyelések, az elért gyógyeredmények elfogadhatóvá teszik azt, amit sokszor utóbb a kísérleti tudomány is igazol (chinin- és arsen-hatás malariánál). Az ilyen, csupán tapasztalati alapon állított gyógyszerhatást azonban mindig erős kritikával kell fogadnunk és nem szabad a „post hoc, ergo propter hoc“ könnyelmű elvét követve tévutakra jutnunk. Sajnos, gyógyszereink jórésze ez alapon vívott ki helyet magának a gyakorló orvosok megszokásában, ahonnan lassan és nehezen megy a gyomirtás. Néha igazolja még az ily kétes hatású szerek rendelését az a sajnálatos körülmény, hogy egyelőre jobbat nem tudunk nyújtani (áll ez például a köptetőkre), de túlságosan ragaszkodni hozzájuk és egészen ezekre bízni magunkat, néha súlyos mulasztásokra vezetne.

Miután így a pharmacologiai és therapiái érték fontosságát az olesósággal szemben kiemeltük, az egyenlő hatásértékű szerek közül kiválogathatjuk az olesóbbat. Nem könnyű feladat, de orvosi kötelesség betegeinkkel szemben. Ehhez ismerni kell a jó szerek pharmacologiai hatásértékét és ismerni kell legalább a fontosabb gyógyszerek árát, ami iránt nem igen szoktak orvosaink érdeklődni. Csak így eshetnek meg pl., hogy a legerélyesebb és legolesőbb lázesökkentő, az antifebrin (1 g 100 K) teljesen feledésbe merült a többi új és legújabb antipyreticum mellett; pedig belőle 0:25 g = 1 g antipyrin hatásával ér fel (450 K). Sőt a bár enyhébb, de kitűnő phenacetint is (1 g 390 K) kezdik elhanyagolni az orvosok, hogy helyette lactophenint, citrophent rendeljenek, nem is sejtve, hogy ezen újmódi szerekben a lázesökkentő alkatrész azonos a phenacetinével, csak hogy ecetsav-gyök helyett az egyikben tejsav, a másikban citromsav van: de persze jóval drágábbak. Épp így vagyunk a theobromin natr. salicyl-mal (10 g 5000 K), melynél a rokon theophyllin, theocin, theacylon, agurin stb. nem érnek többet, ha lehámozzuk róluk a tapasztalat subjectivitását, minek sokszor az újszerűség varázsa a rugója, de árban jóval magasabbak. Hogy a diuretin ezzel azonos, de drágább, azt talán már jeleznünk sem kell. Nem mehetünk végig a gyógyszerárszabványon, de jó tudni az orvosoknak, hogy legolesőbb a coffeinum purum s hogy a drága kettős sók ebből csak 50%-ot tartalmaznak (de csak ezek rendelhetők oldatban); — hogy a chininsulfat drágább árban, mint a bisulfat (2580 K: 2200 K), de chinintartalomra egyaráúak; — hogy a legbiztosabb és igen olesó hypnoticum a chloralhydrat (1 g 150 K), olesó a paraldehyd is (4 g 400 K), míg a többiek altató adagja 1000 K-án jóval felül van; — a jódkáli olesóbb (10 g 9800 K), mint a jódnatrium (11.200 K) s hogy a hivatalos 10%-os jódtinctura (10 g 2370 K) szesszel ana ép oly biztosan sterilizál bőrfelületet; — hogy az amerikai ipecacuanha- és senega-főzeteket a hazai rad. saponaria 4:150 decoctuma teljesen jól helyettesítheti; — hogy a legdrágább gyógyszer a hydrastis canadensis (10 g 12.000 K! fluid extr. 10 g 17.370 K!), amit a hivatalos extr. fluid. secalis corn. (10 g 2440 K) teljesen pótol, sőt e hazai drog hivatalos félsűrű kivonatának 10%-os oldata az oly drága, különböző nevek alatt árult ergotinokat, secacorninokat is a legtöbbször kielégítően pótolja. Reá kell mutatnunk a bismuth-készítményeknek is ma már elviselhetetlen nagy árára (1 g 6—700 K), ami gondolkodóba ejt, hogy azt a szerény bevono hatást, mit tőle várhatunk — vajjon megéri-e? — mikor ezt bolussal, kaolinnal, állati szénnel épp oly jól elérhetjük. Ma már a Röntgenhez sem használják s helyette baryum sulfatot

etetnek (vigyázat! hogy híg sósavas szüredéke kénsav egy cseppjétől fehéren meg ne zavarodjék).

A legdrágább gyógyszerelés mindenestre a bevételre vagy használatra kész gyógyszerkülönlegességekkel való gyógyítás. Ez a szegény praxisba egyáltalán nem való. Ne tévesszen meg bennünket az a reclam, hogy egyik-másik specialitás magát a gyógyszerkönyv hasonló hivatalos különlegességénél, vagy a magistraliter felírt orvosságánál olesóbbnak hirdeti, mert ez az olesóbbság rendesen a hatóanyag vagy a cukor, vagy az összmennyiség kevesebb voltában leli magyarázatát. A különlegességeknek megvannak a maguk előnyei — számos hátrányuk, főleg kétségbeejtően nagy számuk mellett —, de a takarékos rendelésben csak hátrányuk van. Kritikai méltatásukba e helyen nem boesajtkozhatunk, csak arra hívjuk fel orvostársaink és leendő orvosaink figyelmét e helyen, hogy ne rendeljenek „titkos szereket“ és mindig lelkiismeretesen érdeklődjének, hogy mit is rendelnek tulajdonképen a jól reklamozott és szép külalakú specialitás burkában és akkor magukat sok csalódástól, restelni való félrevezettetéstől, betegeiket sok hiábavaló kiadástól fogják megóvni. Ha pedig már különlegesség rendelésére határozták el magukat, országunk és népünk mai súlyos gazdasági helyzetében egyenlő hatásérték mellett részesítsék előnyben a hazai gyártmányokat.

Meg kell végül emlékeznünk a sokszor nélkülözhetetlen ásványvízkúrákról. Híres hazai vizeink néhányát kivéve (így a budapesti kénes és földes hévvizeket, keserűvizeinket, Parádót, Balatonfüredet, Hévízvet Balfót) elszakított területen fekszenek, behozataluk igen drága. Ezért nem segíthetünk magunkon másképp, mint mesterséges ásványvizek házi előállításával. Erre szolgálnak a patikában készült sókeverékek, melyek egy üveg szénsavas üdítővízben (Harinat, Kristály, stb. rendszeren 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> l) oldandók fel és hidegen és jól ledugaszolva mindvégig kellemesek, s hatástani szempontból jól pótolják a természeteseket. Ily ásványvíztypusokat utánzó sókeverékek az új gyógyszerkönyvben hivatalosak is lesznek. Másfél literre: I. Na. chlorid 2·5 g na. hydrocarb. 6— g = gyengébb konyhasós alkalis vizet ad (mint a Bikszádi); II. Na. chlorid 5 g na. hydrocarb. 14 g = erősebb konyhasós alkalis vizet ad (mint málnási „Mária“); III. Sal. therm. Carol. fact. 4 g = glaubersós alkalis vizet ad (mint a karlsbadi „Sprudel“ vagy „Mühlbrunn“). Földes vizeket (Salvator, Borszéki, Wildumgeni) így pótolni nem lehet, de az I.-el hatástani szempontból ugyanazt érzük el, esetleg tehetünk még 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—1 g lithium carbonatot is belé.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**További vizsgálatok strumák jódkeléséről. Jagić és Spengler.** (Wiener klin. Wochenschr. 1924. 5. sz.)

A strumák jódkelésének sokszor kevésbé figyelembe vett veszélyeiről számolnak be. 57 esetet kezeltek Neisser szerint 5%-os jódnatriumoldatnak 3×3 cseppel kezdődő emelkedő dosisával és a kezelt eseteket hetenként pontosan ellenőrizték, különös figyelemmel a nyak-körfogatra, testsúlyra, érverésre és esetleg egyéb kardio-vascularis tünetre, elsősorban a gyakran jelentkező tachykardiás zörejt, a dilatólt szíven jelentkező functiós mitralis insufficienciát és az érfalak hypertoniáját (vérnyomásöskkentés nélkül) tartva thyreotoxikus tünetnek. Mint a jódkelés nem kívánt mellékhatásai ezek gyakran már a testsúly változása nélkül is jelentkeznek és így a jódkelés érzékeny egyéneknél nagyobb káros behatás keletkezése előtt abbahagyható. Legfontosabbnak tartják a kezelést szigorúan individualizálni, az érzékenység szempontjából typusok egyáltalában nem

állíthatók fel. A javulást a nyakkörfogatnak a kezelés közben való kisebbedése jelzi, anélkül hogy a testsúly csökkenne és thyreotoxikus tünetek lépne fel, vagy a már meglévő fokozódnának. Tapasztalataik szerint a diffúz strumák könnyebben hozzáférhetőek a jódkelés számára, míg a góctücsök alakúak a kezeléssel szemben többé-kevésbé refraktárisak. Kifejezett Basedow-tünettől kísért strumák legkevésbé türik a jódkelést, ezzel szemben thyreotoxikus tüneteket mutató esetekben gyakoribb a javulás, mint az ilyenektől menteseknél. A strumák jódkelését egyáltalában nem tartják oly ártalmatlannak, mint ahogyan azt általában hirdetik és a jódkelés terjedése óta mind gyakrabban látnak betegeket a strumakezelés folyamán keletkező jódtartalom súlyos tüneteivel.

Cserna dr.

**További tapasztalatok az insulinkezelésről.** Noorden és Isaac. (Klin. Woch. 1924, 17. sz.)

A hypoglykaemiás tünetesoperálttal a szerzők mind ritkábban találkoztak: véleményük szerint ezen tüneteket valószínűleg a vér cukortartalmának gyors süllyedése okozza. Tudniillik észlelték ilyen tüneteket akkor is, amikor a vér cukortartalma még csak 150 mg%-kal süllyedt le. A fenti vélemény igazolná azt is, hogy ha éhezés mellett lassan (például 36 óra alatt) megy le a vércukor a normális érték alá, ez semmi kellemetlenséget nem okoz. Tapasztalatuk szerint igyekezni kell minél kisebb insulin-adaggal gyógyítani, mert minél nagyobb az insulinadag, annál nagyobb lesz a közvetlen hatás elmúlása után a reactiv hypoglykaemia és glykosuria (insulinismus, a morphinismus példájára). Átmenetileg lehet adni 80—120 egységet naponta, hosszabb ideig csak 40—60 egységet ajánlatos adni. Comában nagyobb adagokra van szükség; egy esetben a szerzők 100 klinikai egységet adtak 12 óra alatt. Lelkesedéssel írják a szerzők az insulin azon hatásáról, hogy a cukorbetegnek fehérjeérzékenységét szünteti s így lehetővé teszi azt, hogy a cukorbeteg nagy adag (120—150 g) fehérjét fogyasszon naponta és ezáltal hamarabb erősödjenek.

Sarvay dr.

**Az ütőérkörüli idegek élettanához.** Dennig. (Klin. Woch. 1924, 17. sz.)

A szerző meg akarta vizsgálni, hogy vajon igaz-e van-e Baylissnak, aki szerint az alszár értágító idegei — melyek egyúttal érőzidegek is — mindenütt az arteria mentén, az arteria adventitiájában haladnak lefelé s hogy periarteriális sympathectomiában ennek lefutása szakítottatik meg. — Kutyanak az egyik lábán a Poupart-szalag alatt elvágta a nervus femoralist és ischiadicust és gummicsővel leszorította az egész combot, úgy, hogy csak az arteria femoralis volt szabadon és így csak ez maradt az alszárral összeköttetésben. Hiába feckendett a fenti előkészítés után az arteria tibialisba bariumchlorid-oldatot, a kutya fájdalmat nem jelzett. Ugyanilyen műtét után a kutya lábát plethysmographba tette és a megfelelő (L—S) hátsó gyökereket izgatta: értágulást azonban, ahogy ez észlelhető a nervus femoralis és ischiadicus átvágása nélkül, nem látott. Véleménye szerint az alszár, illetőleg a peripheria érző- és tágitóidegei a combon a cerebrospinalis idegekkel haladnak és csak közvetlenül a beidegzett terület helyén csatlakoznak az erekhez.

Sarvay dr.

## Urologia.

**A hólyag-ectopia műtési kezeléséről.** Lotsch. (Zeitschrift für Urologie 1923, 7. füzet.)

Spencer szerint e gátláson alapuló fejlődési rendellenesség minden 116.500 szülésre esik. A műtési beavatkozásnak három feladatot kell megoldania: hólyagképzést; urethra-képzést; ezek többé-kevésbé végezhetőek is, viszont a spineter vesicae rudimentaer rostjait funkcióképessé tenni eddig nem sikerült.

I. A hólyagképzés három módon történhetik: 1. A felszabadított hólyagszék összevarrásával. 2. Bőrlebenszövet-plasztikával (Tiersch-féle epidermislebenszövet segítségével). 3. Bélrészletek felhasználásával, a hólyag elülső falának pótlására. — II. Az *epispadiasis* megszüntetése aránylag a legkönnyebben sikerül. — III. Az *incontinentia* megszüntetése csak közvetlen oldható meg. Roux volt az első, aki az ureterek transzplantációjával a jól működő sphincter anit a vizelet kontinenssé tételére felhasználta. Maydl volt a trigonummal együtt való transzplantálás eszméje. A felhágó fertőzés veszélye mindkettőnél fenyeget, s bélrészletek kiiktatásával (Berg, Gersung, Maucraire, Schloffer, Rovsing) se kerülhető el. Legtöbbször már műtét előtt találhatók gyulla-

dásos elváltozások az uretereken, a nyitott hólyag nyálkahártyájának lobos duzzadása, villosus hyperplasiája következtében. Ő 5 esetet operált: mind fiúgyermekéknél. Négy ízben Maydl szerint, belkiiktatással egybekötve; háromszor intra-, egyszer extraperitonealis. Egy betegénél Tuffier-Peters szerint járt el. Az 5 eset közül 3 meghalt; 2 diffúz késői, peritonitisben, 1 uraemiában (2 évvel az implantatio után), 2 a műtét után 2 $\frac{1}{2}$  és 1 $\frac{1}{2}$  évvel jól vannak.

Dózsa dr.

**Carcinomáknál végzett totalis hólyagexstirpációról.** Scheele. (Zeitschrift für Urologie 1923, 2. füzet.)

Az irodalmat áttekintve, a hólyag kiirtása legtöbb esetben: ectopia, hólyagsipoly és zsugorhólyag miatt történik s csak kisebb számmal carcinoma miatt. Utóbbiakat illető 62 esetet gyűjtött össze.

A műtétek nem a hólyag kiirtása, hanem az ureterek ellátása a nehezebbik része, melyre már Gluck és Zeller állatkísérleteik révén régebben rájöttek. Két legfontosabb, de legnehezebben megoldható követelmény: a vizelet zavartalan lefolyásának biztosítása és az ascendáló fertőzés elkerülése. Az uretereknek a sebüreghöz való hagyása négyszer történt; ezek suprapubikus sipollyal gyógyultak s 50% mortalitással jártak. A suprapubalis sebűzba való kivarrás, lumbalis ureterostomia, nephrostomia 1 esetben végeztetett és 25%-os mortalitást mutat. Az urethrába való implantációt négy ízben végezték, 100%-os mortalitással. A rossz eredményeket a technikai nehézségek okozták. A vaginába való bevarrás hatszor történt, 33%-os mortalitással. A bélbe való implantatio 36 esetben. A Maydl-féle műtét egyszer sem volt keresztülvihető; minden esetben az axialis implantatio végeztetett. A műteti mortalitás az intraperitonealis eljárásnál 42%, míg extraperitonealisnál 66%-ra emelkedik. Ezt a különbséget a peritoneum szerepe magyarázza meg, mely gyors megtapadásával jó gyógyulást eredményez, míg extraperitonealisan végeztetknél a varratok insufficienciája következtében gyakori az infectio. A felhágó pyelitis veszélyének csökkentését szolgáló eljárásokat ismerteti a különböző bélrészletek kiiktatása útján. Megemlíti Berg-Borelius, Enderlen-Flörken, Makka, Lengermann módszereit. Az összegyűjtött 62 eset kapcsán észrevételeit a következőkben teszi meg:

1. Az egyszakaszos műtét túlságosan nagy beavatkozás, mely 53% mortalitással járt; ez kétszakaszosnál 29%-ra szállt le.

2. Halál-ok legtöbbször pyelonephritis vagy pyonephrosis; metastasis csak ötször szerepelt.

3. A totalis exstirpációval elért átlagos élettartam hosszabb, mint sok partialis resectióval operálté. (Scholl statisztikája.)

4. A vastagbélbe történt implantációval egy bizonyos continencia hamar kifejlődik s a sphincter anit is hozzá szokik a folyékony tartalomhoz (átlag 2—4 óra).

A műtét indiciói: 1. a hólyagnyakon és ureter-szájakék közelében ülő carcinoma, 2. rosszindulatú tumorkok recidívái, 3. infiltráló carcinomák, melyek partialis resectióra nem alkalmasak, 4. papillomák, melyek diathermiával nem kezelhetők.

Dózsa dr.

## Gyermekorvostan.

**A diphtheria-védőoltásról.** W. Bieber. (Med. Klinik 1924, 2. sz.)

A diphtheria-gyógyszavóval történő prophylaktikus védőoltás csak addig óv meg a diphtheriafertőzéstől, míg a bevitt antianyag a vérben kering, mert a szervezet csak passiv immunizálja. Tartós védekezőképességet csak az activ immunizálás adhat. Ez a tapasztalat teremtette meg Behringgel (1913) a diphtheriatoxint és antitoxint egyaránt tartalmazó TA-oltóanyagot. A kellően kiterített antitoxin a toxin mérgező hatását neutralizálja ugyan, de az egész toxinmennyiség mégis antigenként hatva antitestképzést indít meg. Behring intracutan oltott és pedig TA II. jelzésű serumával 18 hón aluli és TA VII-tel az ezen koron felüli gyermekeket és felnőtteket. Minthogy a toxin iránti érzékenység individualisan igen különböző, az oltást nagy hígítású serummal kezdte s kétheti időközben mindaddig alkalmazta, míg kifejezett localis reactió nem kapott. A szerző Behring eljárását módosítja. Különböző törzsekből magas toxinértékű antitoxinnal túlnutralizált serumokat készít TA I-et az első oltás és TA II-öt a második oltás számára. Serumának fölönyze az, hogy magas toxinértéke a kevésbé érzékeny egyéneknél is elegendő az antitoxin képzés megindítására, magas antitoxintartalma pedig ártalmatlanná teszi a túlérzékeny egyének szá-

mára is. Ezzel a bonyodalmas, individualis titrálás kellemetlenségeit elkerüli. Serumából 0.5—1.0 cm<sup>3</sup>-t injeciál subcutan, s az általa nyert immunitás tartalmát több évre teszi.

Farnos Ilona dr.

**A torok és garatmandola tuberculosisáról.** P. B. Mac Cready és S. J. Crowe. (Am. Journ. of Dis. of Childr. 1924, 2.)

Tizenkét éven át az összes eltávolított mandolákat szövettanilag vizsgálva, 4%-ban találtak gümős elváltozásokat. A tuberculosis tonsillák 70%-a egyébként klinikailag tuberculosismentes egyéneknél fordult elő. A betegeket éveken át megfigyelés alatt tartva, igen ritkán észlelt újabb tuberculosis megbetegedéseket és így a mandolák tuberculosisát a későbbi tovaterjedés szempontjából nem tartja nagyjelentőségűnek.

Bosányiné Bakay Emma dr.

**Scarlatiniform kiütés influenzánál.** C. Regan. (Archives of Pediatrics, 1924, január.)

Szerző ismételt látott különböző kiütéseket influenza kapcsán fellépni. Ezer közül a scarlatiniform erythemára kívánja a figyelmet felhívni. A kiütés diffúzabb és halványabb színű, mint a vörhenyexanthema, a bőr nem szokott érdestapintatú lenni, tartama legtöbbször 1—3 nap; ha követi hámlás, az korpádzó. Kétes esetekben a kísérő tünetek figyelembevételére és a scarlatina-exentema specifikus próbái hívhatók segítségül. A kiütésnek az influenza szempontjából nincs se tünet-tani, se prognosztikus jelentősége.

Bosányiné Bakay Emma dr.

**A terhesség és szoptatás alatt adagolt csukamájolaj antirachitises hatása.** A. Hess és M. Weinstock. (Am. Journ. of Dis. of Childr. 1924, 1.)

Vemhes és szoptató patkányoknál adott csukamájolaj még nagymennyiségben sem volt képes a fiatal patkányok rachitisének kifejlődését megakadályozni. Ezzel szemben a fiatal patkányoknak a szopás utolsó két hetében adott csukamájolaj rachitist előidéző diéta mellett is megakadályozta súlyosabb angolkór kifejlődését. Szerzők ebből arra következtetnek, hogy a specifikus factor felhalmozható a szervezetben.

Bosányiné Bakay Emma dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

**A betegápolás tankönyve.** Kiadta a kir. porosz belügyminisztérium egészségügyi osztálya. A kilencedik kiadást hazai viszonyokhoz alkalmazva magyarra fordította a magyar királyi népjóléti és munkaügyi ministerium. (Budapest, 1924, Eggenberger-féle könyvkereskedés Rényi Károly.)

Az Országos Közegészségi Tanács javaslatára Wenhardt János tanár irányítása mellett, Fialka Gusztáv órnagyorvos fordításában, Györy Tibor tanár ministeri tanácsos revíziójával megjelent könyv hivatalos tankönyve a magyarországi betegápolóknak. E nevek biztosítéka a tankönyv értékének. Rövid, világos és egyszerű fogalmazásban közli mindazt, amire a betegápolónak nehéz és nagyfelelősségű hivatásának okos és hasznos teljesítéséhez szüksége van. Nagy házagot pótol így e munka, azt a házagot, melyet fejlett kórházügyünk mellett, egészségügyünk kiváló vezetői önálló munkával is betölthettek volna. A jó iskola, a bevált tanítórészlet azonban szükségeltelen teszi az önállóságot ott, ahol országghatárokon túlnyúló, általánosan elfogadott és követelt gyakorlati elvek uniformis ismertetéséről van szó. A porosz „Krankenpflege-Lehrbuch” készen adja a tudnivalókat, gondos összegezésben, körültekintő elrendezésben. A nálunk is érvényes tanítvány anyag önálló újrafogalmazása céltalan és fölösleges vállalkozás lett volna, magyar nyelvre és viszonyokra való átültetése vele teljesen egyenrangú munka.

A könyv tizenhárom fejezetre van felosztva. Az I. fejezet az emberi testről és működéséről ad röviden szükséges tájékoztatást, a II. fejezet az általános tudnivalókat közli a betegségekről és azok tüneteiről, a III. fejezet a kórterem és betegszoba berendezését ismerteti, a IV. fejezet a betegápolás általános szabályait közli, az V. fejezet a beteg étkezéséről szól, a VI. fejezet a beteg észleléséről, jelentéstételről és az orvos rendelkezéseinek teljesítéséről oktat, a VII. fejezet az ápoló segédkezéséről vizsgálatnál, kezelésnél és műtétnél ad felvilágosítást, a VIII. fejezet a különböző kórtüneteknél, baleseteknél és mérgezéseknél szükséges segédkezésre, a IX. fejezet fertőző betegségben szenvedők ápolásánál, fertőtlenítő eljárásoknál, a X. fejezet a haldokló ápolásánál követendő magatartásra ad utasítást, a XI. fejezet az ápoló etikaiját foglalja elvekebe, a XII. fejezet a gyermekágyas és csecsemő, a XIII. fejezet az elmebeteg ápolásához szükséges ismereteket sorolja fel.

A könyv ápolóknak szánt könyv, de épp oly fontos az

orvos számára, különösen akkor, amikor annyi orvos kerül kór-  
házi osztályra anélkül, hogy átgondolta volna, mi az ápoló kötelessége, mit kell tőle követelnie. Alig hinném, hogy volna orvos, kinek e könyvecske átolvasása, ez egyszerű, gyakorlati jelentőségű dolgok rendszeres áttekintése hasznát nem jelentene.

Huzly.

## A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 május 24-i ülése.

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

Bemutatók.

1. **Berger Iván és Rokay Zoltán: *Anguillula stercoralis* esetek.** Torday prof. osztályán 15 gyermeknél (2—4 év között) találták az anguillula vagy strongyloides intestinalis kb. 0.25 mm hosszú, angolnászzerűen, élénken mozgó lárváit. A tropusokon otthonos parazitát Magyarországon eddig nem írták le. A peték és kifejlett példányok a székletben nem, csakis a bél falában találhatóak. A bélférgek maguk is mikroszkoposak (2 mm hosszú, 0.03 mm széles). Anaemiát és 54%-ig terjedhető eosinophiliát okoznak. Az eosinophilek között sok a fiatal és kóros alak. A vérkép elváltozásának diagnosztikus jelentősége van. Ugyancsak diagnosztikailag értékesíthetők a székletben nagy számban található Charcot-Leyden-féle kristályok. Kiterjedt therapiás kísérletek folyamatban. Minden intézkedés megtörtént a további fertőzésnek a megakadályozására.

**Bókey János:** Felveti a kérdést, hogy nem volna-e ajánlatos ezen esetekben az anthelminticumot duodenalis szonda segítségével bejuttatni a bélhuzamba, midőn is annak hatása sokkal kisebb adagban is intenzívebben nyilvánulna meg.

2. **Tüdős Endre: *A chorea infectiosa kezelése lumbal-punctióval.*** A chorea infectiosa fellépő motorikus nyugtalanságot a nagy mennyiségben képződő toxin is kiválthatja. A toxinproductio a meningealis folyadék megszaporodását vonja maga után s így felvehető, hogy lumbal-punctióval, mellyel egyfelől a koponyaüregbeli nyomást csökkentjük, másfelől tekintélyes toxinmennyiséget távolítunk el, a choreára kedvező befolyást gyakorolhatunk. 7 esetben kísérelték meg a csapolással való kezelést. Három esetben 3, ill. 5 csapolás után teljes gyógyulást értek el 20—24 nap alatt. Egy esetben 4 csapolás után már csak alig vannak incoordinációs mozgások. Három igen súlyos choreánál, noha a csapolások jó hatását látták, mégsem értek el kielégítő eredményt, áttértek neosalvarsan-kezelésre. A csapolással való kezelés a jól bevált As-therapiát nincs hivatva helyettesíteni, de a két kezelési mód kombinálva a betegség lefolyását és a gyógyulást gyorsabbá teheti.

**Barabás Zoltán:** Két esetben kísérelte meg a choreát lumbal-punctióval kezelni. Első esetben 4 punctio után némi javulást, második esetben 5 punctio után semmi változást sem látott. Úgy hiszi, hogy az ágynyugalomnak első esetében is nagyobb szerepe volt a javulásban, mint a szúrscsapolásnak, sőt e betegségnél a punctio által kiváltott izgalmaktól inkább a folyamat súlyosbítása várható.

**Bókey János:** A bemutatott esetek ú. n. chorea gravis-esetek voltak s az incoordinatio mind a háromnál a legsúlyosabb fokot mutatta. Barabással szemben a bemutatott esetekben az incoordinatio gyors javulását és eltűnését határozottan a methodikusan keresztülívt lumbal-punctiónak tulajdonítja.

Előadók.

1. **Dávid Mihály: *Szülések a gyermekkorban.*** (Egész terjedelemben kerül közlésre, kéziralt nem érkezett be.)

2. **Felletár József: *Az első szülés jelentősége idősebb korban.*** Előadó a II. számú női klinika 25 évi anyagából összegyűjtött 989 idős primiparának a terhesség, szülés és gyermekágy lefolyását s az első szülésnek idősebb korban a jelentőségét tárgyalja. A terhesség lefolyásában nem mutatkozik lényeges eltérés a normalistól. A szülés a szülőerők gyakori elégtelensége, a lágy szülőutak nagyfokú rigiditása következtében elhúzódik, s ez az anya s a magzat veszélyével jár. Mindez a műtéti beavatkozások gyakoriságát növeli. A műtéti statisztikában feltűnő a nagy magzati mortalitás. Pedig idős primiparáknál a magzat élete különösen nagy jelentőséggel bír, hiszen itt már nem nagyon valószínű, hogy újabb terhesség jelentkezzen. A szülésnek a szülőcsatornán való művi befejezése lényegesen nagyobb veszélyt jelent a magzatra nézve idős primiparáknál, mint fiatalabbaknál. Ezért a császármetszést itt mindinkább előnyben kellene részesíteni a nehezebb hüvelyi műtétekkel szemben, melyek a magzatra s az idős primiparára nézve is veszélyesebbek. A lepényidőszakban gyakoriak a lepényleválás zavarai, s súlyos atoniás vérzések. Az újszülöttek átlagos fejlettsége kisebb a normalisnál. Mindkét nem majdnem egyenlő számban szerepel. A magzati mortalitás lényegesen nagyobb, mint

a fiatalabbaknál. Az anyák gyermekági morbiditása és mortalitása aránylag elég kedvező. Előadó az idős primiparák születését komoly jelentőségűnek tartja s a kor előhaladtával mind kedvezőtlenebbnek. Idős primipara születésénél állandó orvosi felügyeletre van szükség, ezért ezeknek csak intézetben volna szabad szülniök.

**Bárony János:** Azt tapasztalta, hogy a serdülő leányok elég könnyen és nagyobb fájdalomnyilvánítás nélkül szoktak szülni, továbbá, hogy a szülés következtében a hüvelyük feltűnő mértékben tág marad. A mi éghajlatunk alatt kb. 20 évvel van a nők teste készen a szaporításra. A fiatalabb test kötőszöve még nem elég ruganyos, az erőszaknak enged és marad ilyen állapotban. A 22 éves szülők feszesen ruganyos szövetei visszaállítják a status quo-t, úgyhogy rajtuk azután 2—3 szülés sem hagy hátra különös vagy káros nyomokat. Az idős primipara kötőszöve már veszített a ruganyosságából, vaskos és keményebb, ez is egyik oka annak, hogy ezek nehezebben szülnék. Az idős először szülők közt is különbséget kell tenni aszerint, hogy mióta éltek a teherbeesés előtt nemi életet. A tízévi házasság után teherbeesett asszony nehezebben szül, mint aki 9 hónappal előbb kötött házasságot. Az előbbieket méhe bizonyára fejletlen volt s a házasság elteretése azáltal, hogy lassan bér, de mégis valamennyire a megkívánt fejlődésre. Az episiotomiákat illetőleg nincsen előadóval egy véleményen. A nagyon feszülő gátat jobb bemetszés. A gátat teljes érzékeltenséggel lehet összevarrni, a síma seb varrása könnyű, a seb bizonyosan egyszerű s a hüvely marad olyan szűk, amilyen volt a teherbeesés idején. A kitágult hüvely és gát alkalmát adja, kiváltképpen a magasabb életkorban a méhcsúszásoknak és előléseknak.

**Frigyesi József:** A fiatalok szülése szerencsésen szokott lefolyni, ennek oka a lágy szülőutak nagyon rugalmas, tágulékony volta. Előadó esetei annál is inkább mutatnak jó eredményt, mert túlnyomó többsége 13—15 éves. Ennek dacára a nő további sorsa szempontjából az a kívánatos, ha az első fogamzás a nő 18—24 éves kora között következik be. Ez a kor a szülési optimum. A Bakáts-téri kórház utolsó 5000 születésének eredményeit átnézve és összehasonlítva a szülés tartamának megnyúlását, a szülést befejező műtétek számának növekedését szintén megállapíthatja, de nem olyan nagy mértékben, mint előadó anyagában és a súlyos complicációk sem olyan nagyfokúak. Saját anyagának statisztikáját ismertet. A magzati asphyxia 3%-ot tesz ki, a magzati mortalitás 5.5%. Ezt figyelembe véve, jogos a kérdés, nem kellene-e a magzati halálozás csökkentésére actívabb therapiát követni. Tekintve, hogy egy anyát sem veszítettek el, csakis oly therapiát tart célszerűnek, mely az anyára nézve sem jár életveszedelemmel. Ezért sectio caesarea csak különösen megindokolt esetben végezze, mert az még ma sem teljesen veszélytelen és mert a 40 év körüli nő is még szülhet a climax beálltáig, esetleg többször is. A morbiditás csökkentése szempontjából a szülővizsgálatát ritkán és csak végbélen át végzik. Miután a statisztika szerint háromórás kitolási szak után aránytalanul nő az asphyxia veszedelem, azt ajánlja, hogy a kitolási szakban 2—3 óra után, ha a szülés megfelelő tempóban nem halad, legyünk résen, végezzünk episiotomiát s alkalmazzuk a fogót mennél előbb. Ez a magzat szempontjából fogja a viszonyokat lényegesen javítani és az idős először szülőknel a méhsúlyedre való hajlandóságot is lényegesen fogja csökkenteni. Episiotomiának, hüvelygátvarrásnak, fogóműtétnek helyi érzéstelenítésben való végzése már megoldott kérdés, utal idevonatkozó közleményeire.

**Szénássy József:** 1923-ban az Orvosképzésben idősebb először szülők születéséről értekezett 328 eset alapján. Akkori és további tapasztalásaik alapján két körülményt emel ki: 1. Idősebb korban először terhesek különösen hajlamosak terheségi vesemegbetegedésekre. 2. Idősebb először terhesek nagyrésze feltűnő nagy magzatot nevel és a túlhordás is meglepően gyakori. Miután a halálos veszedelem csaknem mindig ebből a körülményből erednek, a gyakorló orvos feladata ezen terheségeket különösen gondozni, a veseműködést ellenőrizni, és ezen terhesek szüléseit lehetőleg intézeti kezelésre bízni. Az intézeti kezelésben újabb két irányt követnek. Az egyik eljárás az, hogy gondosan figyelve a terheség végét és a magzat nagyság-beli kifejlődését, Baum-féle glycerines ballonnal megindítják a szülést akkor, amidőn a szülésre az anya és magzat közötti téra-arány még kedvező. Természetesen a prophylaxis beavatkozás csak akkor szükséges, ha a magzat a terheség utolsó hónapjában már feltűnő nagynak mutatkozna, vagy, ha már kifejezett túlhordás van. Eredményeik az anya és magzat szempontjából feltűnő jók. Az intézeti kezelés másik megoldása a császármetszés. Nagy magzat esetében, amikor a prophylaxis már megkészt, a szülésnek sebészi módja a teljesen tiszta esetekben anyára és magzatra is sokkal kedvezőbb, mint a soká elhúzó és nagy nehézségek árán kiművészkedett szülés per vias naturales. Néhány ilyen indicatio alapján végzett császármetszésük kedvező eredménye alapján úgy véli, hogy idős primiparáknál, nagy magzat esetében a sectio caesarea jogosult beavatkozás. A mű-

tét ezen különleges indicatiojának a kidolgozása még a jövő feladata.

**Taufer Vilmos:** Régen ismeretes, hogy a gyermekded korú anyák terhesége, szülése, gyermekága lefolyása s a magzat fejlődése is kedvező: másrészt, hogy az idős először szülők nagyobb veszélyeknek vannak kitéve, mint a javakorabeli és ifjú anyák. Az elhangzott tanulmány értékes, mert egyöntetű klinikai észlelés alapján kimutatja, hogy hol vannak a speciális nehézségek, melyek ellen küzdeni kell és melyek a legyőzendő veszélyek. Az egyes fejezeteket illetőleg érdemleges eszmecsere a szakosztály volna alkalmas, csak egyetlen részletről óhajt rámutatni. A 40-es évek táján először terheseknél igen gyakran, egészen más erkölcsi jelentőséggel bír a terheség, mint az idején terhes nőnél; ilyenél a várva-várt, az évtizedeken át nélkülözött gyermek az élet koronája, melynek elnyerhetése valószínűleg csak most, ez egyszer adatott. Most élő gyermeket kapni és a szülés veszélyét megúszni a lelkeknek olyan vágyódása, mely kiemeli a helyzetet a közönségesen fennforgó szülészeti javallatok köréből. Ily körülmények között biztosan aseptikus állapotban a szülőnőnek nyugodt és körültekintő előkészítés után gyakorlott műtő a császármetszés útján — emberi kiszámíthatóság keretén belül — élő gyermeket és egészséges gyermekági-lefolyást ígérhet az anyának. Hosszú szülészti tapasztalásra tekintve vissza ezért meri ezt az eljárást ajánlani az idős először szülők érdekében.

**Tóth István:** A két előadás csak succusa nagy fáradságos munkának, mely klinikájának 25 éves anyagát öleli fel s ami kinyomatva nagy hasznára lesz a tudományos munkálkodásnak. Pl. nem volt ismeretes a gyermek-szülőnek medencéinek teljes női típusa. Mindkét előadás nagy társadalmi problémákat is rejt magában. Mi lesz a 11—14 éves gyermekanyával és gyermekével? Példával illusztrálja. És a 40 éves tül levő anyára minő nagyfóntosság az első, sokszor egyetlen gyermek élészülete. Ha ez elpusztul, nem pótolja másik. Pedig a gyermekek is nagy veszedelembe vannak a szülés alatt. Tehát az idős primiparánál még jobban respektálandó a gyermekélet, ezért a császármetszés, mely biztosan megemti a magzat életét, tágabb tért kell, hogy nyerjen. Az episiotomiát illetőleg teljesen Bárony véleményén van, úgy is jár el.

## A Közkórházi Orvostársulat május 21-i ülése.

Elnök: Haberern Pál.

Jegyző: Torday Árpád.

### Bemutatók:

**Elischer Ernő:** a) *Canquoinpastával és Röntgen-therapiával gyógyított mellrák esete.* Az 55 éves nő-betegnek 3 év alatt nőtt ökölnyi, kifehélyesedett, a bordákkal összekapaszkodott inoperabilis daganatát a zink-chloridot tartalmazó pasta Canquoini (arsenell combinalva) hetek alatt teljesen lemarata, a visszamaradt marási seb pedig behegedt. Röntgenbesugárzás elszórt csírák elnyomására.

b) *6 éven át tartó hasfali phlegmone.* 24 éves leányt 6 év előtt tuberculosis coeci miatt operáltak, azóta folyton kiújuló hasfali tályogjai támadtak, melyek minden kezelésnek ellentállottak. Sem tuberculosis, sem aktinomyces vagy másnemű gombainfectio nem volt kimutatható. Mikor a beteg változott viszonyok és más éghajlat alá került, spontán következett be a gyógyulás.

**Szecey Lajos:** *Súlyos szövődemény gastroenterostomia után.* 55 éves férfinál kemény pylorusot szűkítő tumort talált, azonban kemény nyirokesomók miatt carcinomára gondolt és gastroenterostomia retrocolicát végzett. Műtét után 1/2 órával a beteg 1 1/2 liter vért hányt, ezért a shock kiállta után relaparotomiát végez. A g. e. nyílást az új gyomor-sebbe fordítja s ennek felső részén a vérző venát megtalálva, aláköti, a gyomrot két rétegben zárja. P. p. gyógyulás. Ok valószínűleg varrat-átvágás.

**Szikszy Elemér:** *Európai chyluria esete.* 29 éves nőbeteg először 3 év előtt került a Szt. István-kórház VIII. osztályára. Állítólag 2 év előtt nehéz zsák emelése után vizelet tejszínűvé vált. Vizelete tejszerű, gyakran véres-cafatos; fajsúlya 1016—1027, amphoter, savra, melegítésre, átszűrésre nem változik, lúg és aetherre kissé feltisztul; fehérje 1.71%, zsír 0.3%, oldhatlan só 0.12%, cukorpróba negatív. Az üledékben sok vörös- és fehérvérsejt, zsírcseppek, amorph zsír és bacteriumok. Zsíros étkezés után a vizelet zsírtartalma 50%-kal emelkedik. Az első cystoskopos vizelés alkalmával csak a hólyagból ürült chyluriás vizelet, a második alkalommal a j. u. szájadék mellett egy gyöngyházfényű

behúzódtól képletet láttak, 3 ízben a j. u.-ból is chyluriás vizelet ürült, 2 évi szünet után a betegség állítólag testi megerőltetés után mult év végén kiújult, 6 hétig tartott. Vizeletlelet mint fentebb. *Filaria Bancroftia* összes vizsgálat negatív. A cystoskopus lelet és a bántalom egyoldalúsága a régibb constitutionális elmélettel szemben a helybeli keletkezési mód mellett bizonyít.

**Bézi István:** *Profus bélvérzés kiütéses typhus esetekben.* A 3 eset észlelése folytán klinikai és kórbonctani ismereteink újabb adatokkal bővültek. Ezek szerint adott esetekben még tekintélyes és többszörös bélvérzés sem zárja ki a kiütéses typhust. (Közölve lesz.)

**Furka Sándor:** Több mint 3000 exanth.-esetet észlelt, de csak az idei 37 eset között akadt néhány bélvérzés. 2-nél igen kiterjedten vérzések jellegűek voltak a kiütések, míg 3-nál aránylag enyhe volt a kiütés s mégis ennél esatlakozott a bélvérzéshez súlyos hashártyagyulladás. A klinikai vizsgálat fontosságát hangsúlyozza a serologiai vizsgálatokkal szemben, főleg a betegség első hetében, amikor a negatív *Weil* esetén hiányos klinikai kórismézés mellett a fellépő bélvérzés miatt hastyphusra tennék a diagnoszt.

**Gerlóczy Zsigmond:** Amikor majdnem kiütés nélkül vagy néhány kiütéssel folyik le a typhus exanth., akkor valóban a bélvérzés szinte döntőnek látszik a typhus abdominalis mellett. Az 1908-iki typhus exanth.-esetek idejében szerzett egy értékes tapasztalata készíteti arra, hogy megemlítsé azt, hogy bélvérzés még enyhe kiütéses typhus folyamán is előfordulhat.

#### Előadás:

**Balogh Ernő:** *A heveny fertőző betegségek kapcsán hirtelen beálló halálesetekről.* 5 évi Szt. László-kórházi 3200 boncolt esete közül váratlanul és hirtelen következő okok folytán állott be a halál: *Diphtheria* (6), ill. *diphtheria* utáni (6), valamint tüdőgyulladással szövődött kanyaró (2), ill. hastyphus (1), továbbá súlyos vérhas (2) orbáné alatt (1) és után (1) szívhűdés folytán. Közöttük eleve szívhajos egyén 1 volt (vérhas-beteg). Szamárköhögős gyerek keményagyburkának harántöbléből leszakadt vérrög tüdőütereinek elsőrendű főágait tömeszte el. Az arteria carotis interna átmaródásából halálos elvérzés 300 vörhenyes esete közül kétszer adódott (nyaki nyirokesomók genyedéséből kifolyólag). Heveny gégevizonyító öt gyerek (4 vörheny, 1 *diphtheria*) és 2 felnőt (influenza), garatmögötti tályog áttört genyének belehelése egy csecsemő (vörheny) fuladását okozta. Vékonybél friss gümös fekélyeiből fakadó elvérzés 1-szer fordult elő (4 hónapos csecsemő). 4 éves leány vörheny utáni veselobja harmad napján uraemiás göresökben szenvedett ki. Lépfenés vérzések agyhártyalob váratlanul vetett véget két felnőt ember életének, 250 szamárköhögős gyerek közül 1, míg 427 kanyarós közül 2 gyerek pusztult el hirtelen rángó-göresök között. A *diphtheria* és az utáni úgynevezett szívhűdéses esetekben a szívizom alaki elváltozásai szerint nem magyarázzák kielégítően a hirtelen halált. A mellékvesék ártalmában s abból folyó kórboncolástani elváltozásokban stb. mint azt saját leletei is sejtetik, bővebb magyarázatra fogunk akadni. Göresrohakokban elpusztult szamárköhögős és kanyarós gyerekek vérső halál okát heveny agyvizenyőjükben látja feltárulni.

**Kenyeres Balázs** (mint vendég): Nem ezen előadáshoz szól, amelynek tartalmával egyetért s stílusa is kifogástalan, hanem általában szól a fiatal orvosi generációhoz, hogy a magyar nyelvet ápolják és előadásaikban az idegen kifejezéseket és szólásmódokat kerüljék.

**Haberern** elnök a Közkórházi Orvostársulat nevében mond köszönetet *Kenyeres* tanár úrnak, hogy ezen Társulat kebeléből ad kifejezést azon óhajának, hogy a kórbonctani magyarság minden tekintetben megóvassék.

**Gerlóczy Zsigmond:** *Kenyeres* professor buzdító szavai után megemlíti, hogy ő is szakadatlanul küzd az orvosi nyelv magyarságáért; de küzd a rossz magyar elnevezések ellen is, minők a kütöges hagyomány, a hasi hagymáz, a hőkhurut stb., ami helyett kiütéses typhus, hastyphus, szamárköhögés használhatók.

**Ilk Viktor:** *Tapasztalatok rivanollal.* Rövid történeti áttekintést nyújt a modern felületi és mély antisepsis fejlődéséről, meghatározza a chemotherapia lényegét és célját és azon követelményeket, melyeket a klinikus támaszt a chemotherapiás szerekekkel szemben. A rivanol nem váltotta be mint mély desiniciens a

hozzáfűzött reményeket, mert a használatos töménységben (1:1000, 1:400) szövötpusztítást okoz s anaerobokkal szemben hatástalan. *Haberern* osztályán a rivanolt inkább mint felületi desiniciens alkalmazzák (110 esetből 95-ben) 1:400 hígításban s 15-ben mint mély desiniciens; 6 nyílt törésből 1 esetben ismételt rivanolinjectiók dacára combesonkítást végzett. A rivanolt eddigi physikalis-chemiai antisepsisünk újabb segéd-eszközének tekinti.

**Szecey Lajos:** *Megjegyzések az átfűródött gyomorfekélyek kezeléséhez.* *Haberern* osztályán a 4 órán belüli átfűródásoknál 100% a gyógyulás, mely szám rohamosan esökken a későbbi beavatkozásoknál. A perforatíót kiváltó ok leggyakrabban a bő étkezés. A perforatio fő kérdései: 1. annak megszüntetése; 2. a hasüregbe jutott fertőzőes anyag eltávolítása; 3. utóeredmények. Ezen követelményeknek legjobban elvárás + gastroenterostomia, illetve resectio felel meg. Elsőt a perforatíós nyílás könnyű összevarrhatóságánál alkalmazzák; a másodikat a callosus fekélyeknél. Mindkét műtét feltétele a perforatio rövid fennállása és a beteg állapota, mely a műtétet megengedi. Minden más esetben a *Lenmander*-féle katheter bevezetését ajánlja, mely rövid ideig tart és a beteg korán táplálható; a kifejlődött hashártyagyulladással szemben a szárazkezelés híve.

**Sülle József:** *A digiclarinról.* Eredeti közlemény gyanánt jelenik meg.

**Konrad Jenő:** A Chinoin-gyár e készítményét A, B és C jelzéssel már 1922-ben becsátotta *Szinnyey* igazgató-főorvos osztályának rendelkezésére. 9 esetben pulsus- és diuresis-görbét is szerkesztett. Tapasztalatai szerint e szer bevált keringési elégtelenségeknél. Egy esetben segélyével közel 14 l. transsudatumot vezettek le. Kellemetlen mellékhatása minimalis. Megbízható, kiváló magyar készítménynek tartja.

## A Debreceni Orvosegyesület 1924 május 15-én és 22-én tartott tudományos ülése.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Molnár Elek.

#### Bemutatók:

**1. Halmi József:** *Kétoldali Perthes-féle betegség.* 5 éves fiúgyermek öt hónapja biceg, jobb csipőjét, térdét fájlalja. Coxitis gyanuja miatt készített Röntgenfelvételt a Perthes-féle betegség típusos képét adta: az enyhe klinikai tünetekkel szemben nagyfokú deformatio: ellapulás, több darabra való szétesés a femurfejben, tág izületi rés, rövid, vasos combnyak. E kórforma még homályos aetiologiájában rámutat a fejlődési zavar elsőrendű fontosságára, mely a másik fő faktor, a trauma számára kedvező viszonyokat teremt. Differentialis diagnózisnál csak az arthritis deformans és coxitis tuberculosa jönnek szóba, mindkettőnél a klinikai tünetek és Röntgen-kép összevetése biztosá teszi az elkülönítést.

**2. Gruber Ernő:** *Syphilis és tuberculosisis tüdőmegbetegedés együttes előfordulása.* Bemutató 3 eset kapcsán ismerteti a syphilis tüdőbeli megjelenési formáit. Ez lehet gummás, gummás ulcerosus és interstitialis pneumoniais-bronchiektasiás. Ezek közül utolsó leggyakoribb és legtöbbször tuberculosisissal fordul elő. Diagnostikai szempontból a Röntgen-képet nem tartja jellegzetesnek. A syphilis tüdőbeli localisatiójában sines szabályszerűség. Eseteiben a felsőlebenyekre terjedt ki a megbetegedés. Tuberculosisissal szemben diagnostikai jelentőséget tulajdonít a tomputat intenzitásának nagy foka és a szörtzyörejek kevés száma közötti incongruentianak (kevés, túlnyomóan száraz szörtzyörejek), a korán bekövetkező és nagymértékű cirrhosisos jelenségeknek a trachea átvonulásának, a stenosisoknak, bronchiektasiáknak. Mindezeknek jellemző auscultatiós jelei vannak. Különösen a sternum egyik szélén, vagy az I-IV. hátiesigolya melletti trachealis jellegű légzés jellemző, amely erősen fűvő, hörgi légzés a cavernák stb. felett hallható hörgi légzéstől feltűnően különbözik. Stenotizáló folyamatokra is karakterisztikus ezen trachealis légzés. Tuberculosisissal a nagyon időszült zsugorodó folyamatoktól eltérően, sohasem fordul elő. A bemutatott három eset syphilisnek tuberculosisissal szövődött alakja, egy esetben negatív, két esetben Koch-positív köpetlelettel. Tuberculosis is



syphilis kevert formáinál a betegség kezdetén jelentkező cirrhosis és általában a lefolyás benignitása, emellett a tüdőelváltozásnak óvatos antilusés kúrára bekövetkező javulása tünt fel.

**Láng Sándor:** (Referatum nem érkezett be.)

**Nagy Géza:** Egyetlen, minden valósínűség szerint syphiles tüdőelváltozást észlelt, mely klinikailag súlyos bronchiectasiával társult putrid bronchitisnek látszott. A betegnek belégzési dyspnoéje és stridora volt. Wassermann ++++. A Röntgen-lelet légső-zsíkküvetet és többszörös bronchostenosissal váltakozó bronchiectasiát mutatott. Antilusés kúra eredménytelen maradt.

**Szontagh Félix:** Veleszületett syphilis talaján fejlődő tüdősyphilis themája is érintve, megjegyzi, hogy amilyen gyakori a tüdő megbetegedése is a magzathalál a méhen belüli életkorban, éppen olyan ritka veleszületett syphilis esetében a későbbi gyermekkorban, dacára annak, hogy a pubertás felé a veleszületett syphilis és a sphrocolosis nagyon sok rokonvonást tüntet föl. Mindössze — ha eltekint attól az esettől, melyet klinikájából **Ambrus J.** írt le, s mely egy egyéves gyermekre vonatkozik, akinél általános gummás lues mellett a tüdőben is ilyen elváltozások voltak feltalálhatók — egy ötéves fiú esetére tud emlékezni, akinél laryngitis crouposa mellett hatalmas condyloma volt az anus tájékán. Az annak idejében a croup laryngis gyógyításában divatos kalomel belső adagolására a condyloma is gyógyult, de a gyermek később vörhenyben és evel kapcsolatosan tüdőgyulladásban betegedett meg és meg is halt. A boncolás a pneumonia syphilitica alba klasszikus esetét találta, melynek természete az élön nem volt felismerhető, annál is inkább nem, mert egészen hevenyen zajlott le, még pedig savós izzadmányval kapcsolatosan.

**3. Dóczy Gedeon: Acanthosis nigricans.** 20 éves idiota, férfibeteg nyakán tenyérnyi bőrelváltozás. A diagnosztát a histológiai kép is megerősítette. Belgyógyászati és Röntgen-vizsgálat tumorra: negativ.

**Csörsz Károly:** Elmegőgyászati szempontból ismerteti az esetet, amely a displasiás alapon létrejött idiotismusközé tartozik. Acanthosis nigricansnak az idiotismussal való előfordulását a rendelkezésre álló irodalomban leírva nem találta. De hogy a központi idegrendszer displasiás folyamatainál az epidermisen is gyakran elváltozásokat találunk, az a kettő között levő fejlődéstanilag kapcsolattól érthető.

**4. Dóczy Gedeon: Psoriasis penis.** Az elváltozás csak a peniszre localizálódott. Differentialdiagnostikai nehézségek, főleg syphilitól való elkülönítés fontossága.

**5. Cseresznyés Tibor: Tuberculosis verrucosa cutis nyomán fellépett elephantiasis pedis** mutat be, kit a bőrgyógyászati klinika esetleges amputatio vételt tett át a sebészeti klinikára. Három hét előtt **Handy** szerint 6 selyemfonalat sülyesztett a bőr alá, a comb alsó harmadától a láb hátig terjedőleg. A láb körfogata felére csökkent, az azelőtti férfitenyérnyi bőrelváltozások egy része meggyógyult, más helyen a folyamat ezüst ötkoronásnyi területre zsugorodott. Az azelőtt szorosan összefüggő lábujjak szabadon mozgathatók. Az elephantiasisnál végezhető műtétek felsorolása és méltatása után hangsúlyozza, hogy az elért javulásból nem mer végleges gyógyulásra következtetni és hogy a betegnek további sorsáról még be fog számolni.

**Neuber Ede:** Ennek a véleményének ad kifejezést, hogy az egész alszár és láb tulajdonképpen tuberculo-tikus granulatiós szövetből áll. Nem vonja kétségbe, hogy a bemutató a nyirokkeringést műtéttel javítani tudja, azonban az egyéb specifikus szöveteket tönkretévő granulatiós szövetet gyógyítani aligha tudja, mert a granulatiós szövet a kötő- és izomszövetet máris teljesen tönkretette; továbbá állandóan fennáll a metastasis veszedelme, de mindenesetre a szervezetnek toxinnal való elárasztása, s ezért a beteg alszár amputálását tartja indokoltnak.

**Bella Imre:** A sebészeti klinika csak a Bier-féle indicatiók alapján végzik az amputatiót. Ezek: a) tár-sulós sepsis, b) amyloidosis, c) olyan súlyos tüdőfolyamat, melynél a súlyosan beteg végtag eltávolításával a tehermentesített szervezet gyógyulásra képes.

**Cseresznyés Tibor (zárszó):** Éppen a bemutatót köresettől látja bebizonyítotttnak annak az álláspontnak helyességét, hogy a végtag eltávolítása előtt minden

a végtag megtartását célzó eljárás helyén való. Társuló sepsistől ez esetben nem fél; az amputatio különben is csak mint ultimatum refugium jöhetne szóba.

**6. Molnár Elek: Pleuritis mediastinalis anterior.** 48 éves férfi egy éve beteg. Mellében szúrásokat s szíve körül oppressiót érez, légzése nagyon nehéz, éjjel izad. A vizsgálat a bal mellkas alsó felében négy ujjnyi tom-pulatot s a manubrium közepétől bal felé terjedő, a sternumot 5 cm-rel meghaladó abszolút tompulatot derített ki, mely a szívtoimpulattal összefolyt. Szív eltérést nem mutatott. A II. bordaközben baloldalt próbapunctiót végezve, 2 cm<sup>3</sup> serosus exsudatumot kapott. A Röntgen-vizsgálat mediastinalis pleuritist s baloldaltalul széles összenövéseket talált, azonkívül jobboldalt a két felső lebeny között is eltokolt exsudatum-árványéket fedezett fel. Salicyl- és Priessnitz-therapiára lényeges javulás. Differentialdiagnostikai szempontból kiemeli az angina-szerű panaszokat s a Röntgen-vizsgálat fontosságát. A pleuritis mediastinalis nagyon ritka. A német irodalomban csak négy eset ismeretes.

#### Előadások:

**1. Ambrus Matild: Sejtémigrációs jelenségek a scarlatós szövet elváltozásaiban.** A scarlatós szövet-elváltozásokban a parenchymás degeneratió mellett mindig sejtémigrációs jelenségek is vannak a parenchyma interstitialis kötőszövetében. A sejtgyülemek főleg vasogen mononuclearisokból és hystiogen vándorsejtekből állanak, tehát **Maximow** értelmezésében polyblastok. Nagy számmal szerepelnek kis, kerek, sötétre festődő maggal, nagy protoplasmával és durva eosinophil granulatióval bíró sejtek. Ugyancsak sok a lebe-nyezett magvú eosinophil sejt is. E jelenség abból a szempontból is figyelemreméltó, hogy **Ambrus J.** vizsgálatai kiderítették, hogy az eosinophil sejtek a halál előtt néhány nappal eltűnnek a periferiás vérkeringésből. A scarlatós veseelváltozások közül az interstitialis göcnephritisnél szerepel kifejezetten sejtémigratio. E sejtelemekek tisztán vasogen elemekből állanak. Itt az előbbiekből leírt kerekmagvú eosinophil sejteket soha sem találta. A sejtémigratio itt nagytömegű, úgyhogy az elváltozás a gyulladás fogalmának jobban megfelel. Néhány esetben a subcutisban kiterjedt plasma-sejtes beszűrődést talált. A lymphapparusban, így a lépben, a nyirokcsomókban, thymusban s a bél nyirok-szövetében a sejtes hyperplasia kifejezett. E szervekben is feltűnően nagy az eosinophil sejtek száma. Összefü-gést talált az acetoneuria foka és az eosinophilia között is, amennyiben jóindulatú esetekben az eosinophilia csak az acetoneuria csökkenése után, így a 4–5. napon emelkedik a normalis százalék fölé. Összefoglalásában rámutat, hogy scarlatánál rendszermegbetegedés szere-pel, amelynek például a veseelváltozás csak egyik részlet-jelensége.

**Szontagh Félix:** Az előadáshoz, mely kétségtele-nül gazdagítja sok tekintetben a vörheny pathologikus anatómiáját illető ismereteinket, klinikai szempontból hozzászólva, felhívja a figyelmet az exanthemának mint klasszikus jelenségnek arra a ritka alakjára, ahol a köztakaró a virágzás időszakában valóban dermatitis tüneteit mutatja, vagyis tehát a nagyfokú hyperaemián kívül a leírt plasmasejtes beszűrődésnek is meg kell lennie. A köztakarónak ezen gyulladáscsökkentő természetű megduzzadása akkor nyilvánul meg igazán, amikor az exanthema elhalványult; térfogata, és ezúton maga a beteg is, szinte megkisebbedettnek látszik. Ez a jelen-ség nem alapul tehát egyszerű soványodáson.

**Huzella Tivadar:** Előadó leletei közt különösen érdekes az egyes lobos gócon belül látható endothel-sejthalmazódás a hajszálerekben. Hozzászóló hiszi, hogy a bemutatót elváltozások a lobra, a vérből és kötő-szövetből eredő vándorsejtekre és a capillarisokra vonatkozó histológiai és haematológiai vizsgálatok eredményeinek egybevetésével nemsokára értelmezhetőek lesznek és jelentőségük a ragályos betegségek patholo-giájában felismerhetővé lesz.

**2. Petheő János: A lumbal punctio alkalmazásáról és a liquor diagnostikus értékéről a gyermekpraxis-ban.** A lumbal punctiónak therapeutikus célból való alkalmazását emeli ki s részletesen tárgyalja egyes megbetegedéseknél annak előnyeit. Így a meningitisnél, a meningismusnál, pneumonia cephalicánál, postdiph-theriás bénulásoknál, poliomyelitisnél, asthma bronchia-lenál, encephalitisnél s uraemiánál ért el jó eredmé-

nyeket. A liquorleletnek a diagnosis szempontjából való értékelését is tárgyalja. A colloidalis reactiókat igen nagyértékűeknek találta. Azonkívül néha diagnosis szempontjából a liquor maradéknitrogen-tartalmát is értékesnek tartja.

**Thurzó Jenő:** A therapiás lumbal punctio psychomotoros izgalmi állapotoknál sokszor minden sedativumnál jobban hat. Status epilepticusnál, secundaer luesesek és uraemiások fejfájásainál s még sok számos megbetegedésnél hasznos az alkalmazása. Encephalitis lethargicánál az intravenás és emelkedő adagú natrium kakodilycum-injectiókkal kombinálva az ismételt lumbal punctiók Hudovernig osztályán tett észleletei szerint kedvező hatásúak. A dignostikus lumbal punctio szempontjából az elektrochemiai vizsgálati eljárások a legfontosabbak, amelyekből az aetiologára a legbiztosabban lehet következtetni. Bicol. benzoégyanta és bicol. mastix-reactióval végzett közel 1000 liquorvizsgálatáról számol be. Ezek alapján a Wassermann-reactiónál is érzékenyebbnak mondja az új vizsgálati eljárásokat. Utal számos idegbetegségre, így a sclerosis multiplexre, ahol sokszor egyedül a colloid-reactiók alapján vagyunk képesek differentialis diagnosist felállítani.

## HETI KRÓNIKA

Sokszor hallunk olyan panaszokat, hogy a mi szép pályánk az individuális művészet teréről lassankint a tömegmunka felé kanyarodik el. Az orvos hajdan, különösen vidéken, valóságos *medicus familiaris* volt: ott szerepelt a gyermek születésénél, őt kérdezték meg, mint a környék legolvasottabb emberét a pályaválasztásnál, a házasságkötésnél és általában a mindennapi élet keretein túlmenő események fölmerülésekor. A régi orvos ezért valóságos polyhistor volt és a szorosan vett szakkérdéseken kívül sok minden egyébbe, főleg a *természettudományok* is foglalkozott. Ezért volt hajdanában annyi kiváló botanikus, rovargyűjtő, geologus és klimatológus (Fazekas, Kitaibel, Endlicher, Boleman, Chyzer, Örley stb.) hazánkban az orvosok között.

Végzetlen kár, hogy ez megváltozott. Nemcsak az orvosoknak és a betegeknek, hanem az egész társadalomnak és a nemzetnek érdekében állna, hogy az orvosok megint barátai, tanácsadói legyenek a népnek. Ezért gondoltam, hogy talán érdekelni fogja kartársaimat, ha néha a szorosan vett orvosi kérdéseken túlmenve, *természettudományi eseményeket* is regisztrálok. Most az ad erre közvetlen alkalmat, hogy a háború alatt elmaradt külföldi természettudományi lapoknak több évfolyama egyszerre eljutott hozzánk és azokban sok érdekes adatot találtam a természettudományok, az ipar, a technika haladásáról.

Az emberre a szabad természet rendkívül éltető befolyást gyakorol, az emberiségnek 13%-a azonban ma nagyvárosoknak lakója. A városnak füstös, a műhelyek fojtó, a könyvtárak poros levegőjében dolgozó ember valósággal feléled, ha a szabad természet üdítő körébe térhet. Az állandóan denaturált környezetben való életmód olyan hatással van az emberi lélekre, mint a csupán denaturált étellekkel való táplálkozás, melynek folytán kifejlődnek a *deficiency diseasek* és a szellemi *produktív erőnek elkorcsosulása*.

Az ember azonban sajátjásága lény, mely kiméletlenül, sőt néha esztelenül is kergeli célját, rombol és árt néha önmagának is. Ahelyett, hogy a természet fönségében elmélyedve abból csak szerényen venné ki a szükséges részt, nekimegy és egyoldalúan fejleszti azt, amire közvetlenül szüksége van, elnyomva ugyanakkor azt, amit magára értéktelennék vél. Így pusztította ki az ember mérhetetlen területeken az *erdőket*, gyilkolta le zsírjáért a *bálnát*, irtotta ki a *bövényeket* és az értékes *prémeket* *adó állatokat*. Egész világrészek sivatagokká váltak az örült garázdálkodás következtében. Australia, Afrika, Arábia, Közép-Ázsia, sőt újabban már Észak-Amerika közepe is lassankint természetlen sziklatömeggé válik, ott, ahol azelőtt buja őserdők diszlettek; a megmaradt részekben pedig a természet szegényes egyformaságot kezd felvenni. Elszaporodnak a háziállatok és a házinövények, míg az emberre nézve közvetlen értéket nem képviselő lények kipusztulnak.

E veszedelmet az amerikaiak vették először észre és ők jelölték ki először sok százezer négyszögkilometer nagyságú védett területeket, amelyeken állat és növény teljesen szabadon fejlődhet. Az első ilyen *Nemzeti Park* vagy *Reservation* a természeti szépségeiről és főleg geiziről híres *Yellowston-Park*, ahol Amerikának utolsó bövényei, elch-szarvasai és grisly-medvéi menedéket találtak. Ilyen továbbá a *Wild Life Refuge*, amelyet a Rockefeller Foundation mentett meg Louisiana államban a szabad természetnek. E példát a legtöbb kultúrállam követte; a németek a *bajor hegyekben* és a *Lüneburger Heide* turfa-mezőin zártak el nagy kiterjedésű védett helyeket; az olaszok

és franciák az *Alpesekben* jelölték ki védett völgyeket, a spanyolok a *Covadonga* hegynek és az *Ordessa* völgynek környékén. Már Algirban is megindult hasonló mozgalom, a régi Oroszországban pedig világhírű volt a *bialowięzi mocsaras rengeteg*, melyben a háború előtt 800 darabból álló bövénycsorda élt, melyeket, hír szerint, a háború alatt az utolsó darabig kiirtottak az arra átvonuló katonák.

Szégyenünkre kell mondanunk, hogy nekünk magyaroknak nem volt a természet védelme iránt érzékünk; sok szebbnél szebb, zárt és a forgalomtól távol eső völgyünk volt, melyek igen jól szolgálhattak volna védett területül. A legszebbek egyike a *Prasiva-hegység* déli lejtője volt, a Vág és Garam között, részben magas, toronyszerű szikláival, másutt óriási havasi rétekkel, avagy buja őserdőkkel, tele csodálatos szinompájú virágokkal és mindezekben tömérdek medve, hiúz, szarvas, a fajoknak különböző nemei, le egészen a ritka Apolló- és a majdnem kiveszett *Orbiculosa* lepkéig. A mi kormányunk nem védte meg a természetet, sőt kiszárította a völgyet egy mesterséges vízművel, hogy egy közeli vasgyár vízerőhöz jusson. Szégyenkezve kell látnunk, hogy mily másként gondolkoznak még a minket elnyomó népek is, melyeknek első dolguk volt a fölünk elrabolt vidékeken (Magas-Tátra, Alacsony-Tátra, Retyezát, Fogarasi havasok) nagy területeket kiszakítani az erdőipar és a vadászat köréből és ott *Nemzeti Parkokat* létesíteni.

Hogy az ilyen parkok minő hatásosan védhetik a pusztuló állatfajokat, mutatja a *bövény* példája, amely valamikor milliónyi és milliónyi számban lepte el Amerika rengeteg prairie-eit, később annyira kipusztult, talán a Texas-láz, haemorrhágiás septicaemia, járványos abortus, főleg azonban az emberek gyilkolási vágya következtében, hogy 1902-ben már csak 21 példányt tudott a kormány a yellowstoni park számára összegyűjteni. Ezek ott megint annyira elszaporodtak, hogy számuk ma már meghaladja a 10.000-t, úgy, hogy az elkorcsosulás megelőzése céljából bizonyos számú példányt évente le kell lövetni.

Sajnos, a rohamosan pusztuló bálnák fennmaradása még nincs biztosítva. Tavasszal valóságos hajórajok szoktak indulni a sarki tájakra, hogy ott bálnákra vadásszanak. A *délgeorgiai spermacelum-gyárak* 1913-ban 5510 megölt bálnát dolgoztak fel; e pusztításnak a háború sem ártott: 1910–1920 között a kiirtott állatok száma meghaladta a 40.000-et. Minthogy azonban a bálna évenként csak egyet borjazik és így alig szapora, az ilyen érdekes állatok (rozmár, tengeri elefánt) száma évről-évre fogy. 1920-ban már csak 1358 bálnát voltak képesek szákmányolni az északi földgömbön. Az óriási *teknősök* és a kövér *pinguinek* száma is milliókra volt tehető régebben; az esztelen gyilkolás következtében a teknősök már csak egyes félreeső szigeteken húzódnak meg; a pinguineken dús Macquarie szigetén az olajgyárások évenként mintegy 1.500.000 pinguint gyilkoltak le, míg végre a tasmani kormány a Macquarie szigetet és környékét védett területnek jelentette ki.

Kanadának és Alaskának északi területei nem hidegebbek, mint Grönland déli része és mégis teljesen néptelenek voltak, míg a kormányok rá nem jöttek arra, hogy az emberek boldogulása ottan a *rénsszarvasok* megtelepedésétől függ. 1890 óta tehát rendszeresen betelepítettek oda ilyeneket, amelyeknek száma ma már több százezerre tehető. Nyomukban elszaporodtak az eszkimók, akik ott ma már állandó telepeket alkotnak. Így terjed a kultúra az okos állatvédelem segítségével. Kihalóban voltak a drága prémükért folyton irtott *hódok*, *vidrák*, *szines rókák*, a *chinchilla*, valamint a nemes *kócsag* és a *paradicsommadárnak* számos fajtája is. Sok kultúr-nemzet betiltotta emiatt a ruhának madártollakkal való feldíszítését, Columbia, a nemes kócsag hazája, a legszigorúbban keresztülvitte, hogy csupán a pázrás útján nagy számban elhullatott tollakat szabad összegyűjteni, a madárnak vadászata azonban feltétlenül tilos. A prém állatok tenyésztését főleg a kanadai telepeken nagyban üzük és mint azt egy korábbi alkalommal említettem, az orvosok körében is népszerű ez a jövedelmező mellékfoglalkozás. 1920-ban már 803 rókatenyésztő telepük volt a kanadaiaknak, 14.880 nyilvántartott állattal. Minthogy egy szép ezüstróka prémének az ára több mint 1000, a kék rókáé 10.000, a feketéé pláne 15–20.000 dollár, fogalmunk lehet arról az óriási haszonról, melyet ez az új iparág jövedelmez.

Magától értetődőleg nem mindig sikerül ez ilyen fényesen. Amerikában volt egy *erdei patkányfaj*, melynek gyönyörű, fényes, fekete préme volt; ezt egy csehországi birtokon is megtelepítették és szaporítani kezdtek. Az állat azonban nemcsak kitört és az egész Érchegegyeséget és Dél-Németországot lepte el, hanem ugyanakkor a mezei patkányokkal kereszteződve, prémének szépségét elveszítette és így ma a jövedelmező vállalkozás súlyos országos csapássá változott. Ennek ellenkezője történt Új-Zealandban, ahol a betelepített nyulak annyira elszaporodtak, hogy előbbutóbb lehetetlenné tették a földművelést. A kétszűbeesett lakoságnak már-már át kellett volna térnie a gyümölcsstermesztésre és baromtenyésztésre, amikor kitűnt, hogy az új-zealandi üregi nyulak prémje rendkívül alkalmas arra, hogy azzal mesterséges festés után a drága, nemes prémekeket utánozzák. Ilyen módon

# 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**

**SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.**

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

**Bárony János:** A magzatüzés útján elkövetett bűnözésről és azok korlátozásának módozatairól. (335—337. oldal.)

**Szilárd Pál:** Az aleukaemiás myelosisról. (337—339. oldal.)

**Ratkóczi Nándor:** A gyomor normalis helyzete. (340—341. old.)

**Ilf, márialiget Cseley József:** A vérsavó epefesteny tartalma izommunka alatt. (341—342. oldal.)

**Isekutz Béla:** Az insulin hatásáról. (342—346. oldal.)

**Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése.** 13. Fehérjeszegény vegetabil étrend. (346. oldal.)

**Lapszemle. Belorvosstan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Urologia. — Gyermekeorvosstan.** (346—349. oldal.)

**Könyvismertetés.** (349. oldal.)

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 31-i ülése.** (349—350. old.)

**A Budapesti Királyi Orvosegyesület otologiai szakosztályának 1924 április 10-én, május 22-én és folytatólagosan május 26-án tartott ülései.** (351—352. oldal.)

**A Ferenc József-tudományegyetem barátai egyesülete orvosi szakosztályának május 24-i ülése.** (353. oldal.)

**Vegyes hírek.** (353—354. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### A magzatüzés útján elkövetett bűnözésről és azok korlátozásának módozatairól.

Írta: **Bárony János dr.** egyetemi tanár.

Régi téma, nehéz téma. Csak kerülgetni szokás. Ismétlődő szó- és írásvita, jogászok fortély, kertelés, eredménytelen erőlködés, belefáradás s halad minden a régi csapáson tovább, még pedig a lejtőn lefelé. Egyszer már mégis bele kell nyúlni ebbe a darázsfészekbe. Akarjunk jogrendet a fajtánk javára is! Tudom, hogy az a bizonyos liberalizmus járványszerűen inficiálta az egész világot, mégpedig minden tekintetben. Erköles korlátok, vallásosság, hazafiság, fajszeretet, történelmi mult, nemzeti jövő nagyon az útját keresztező szegényes fogalmak, melyek — szerinte — korlátot szabnak minden szabadságnak. Ezen szabadsághoz vezető első lépcső pedig, hogy kiki, kiváltképen meg az, akinek egyébként nincs senkije, semmije ezen a világon, legalább önmagával azt tesse, ami neki tetszik. Ezen a liberalis alapon nő fel és szaporodik a sok magzatüzés s ezzel a hirhedt fekete fátyollal burkolják be a lelkiismeretüket a bűntárs subjectumok is. A rideg egoismust istápolni szándékoló liberalizmus egyik gonosz sofizmaja ez a szabadság is. Mert a javamat, az épségemet, az életemet csak akkor érezhetem a kellő biztonságban, ha gondoskodva van azok védelméről; ha vagyunk sokan, többen mint azok, akik ellenünk törhetnek. A másik fajtával szemben pedig csak a magam fajtája biztosíthat engem. A magaménak kell hát szaporodni. Már ezért is, de meg azért is jogosult az állam, az ország, a fajta, hogy a csirázó új embert megoltalmazza, mert hiszen „az“ már létező individuum, nem valami, hanem valaki s éppen olyan, mint amilyenek voltunk több-kevesebb idővel ezelőtt magunk is. Az új embernek a fogamzás percétől kezdve a szülők kedve és akarata ellenére is joga van minden anyagi örökséghez, akkor pedig elsősorban joga van a saját életéhez, azt már nem szabad elvenni tőle a legközelebbi rokonnak sem, annál kezevesőbbé valamely anyagi haszonra dolgozó hitvány idegennek.

Ebben a kérdésben pedig ma már lassanként tisztára anarchiát élünk. Valóságos gyermekelhajtó telepekről tudunk. Kezdő kisiparosok, majd nagyszállítók látják el a klinikákat vetelő anyaggal. Van, aki bevallja, hogy tízszer-tízennyolcszor végeztek rajta a tiltott műtetet. Persze az utóbbiak a mesterek kezében forogtak, talán azért maradtak, egyelőre legalább, életben. A rossz példán induló kezdők és a lelkiismeretlen balkezes üzerek

munkája után azonban temérdek virágoskorú leányzó és asszony nyomorodik el egész életére, sőt fekszik le örök pihenőre.

Az infectio internationalis. Az ó-korban is találtak nyomára. Az ó-népek törvényei documentálják, hogy a gyermekelhajtást azok is tiltották. A vallásos középkor nem volt alkalmas időszak ezen infectio propagálására. Annál alkalmasabb a közelmúlt erkölestelen korszak, meg a „ma“ a mindenféle züllés nyomorúságával és szomorúságával. Most már az asszonyok nem is titkolóznak. Például: „Kérem önt, segítsen rajtam; vasárnap X. sanatoriumban kikapartattam a terhességemet, biztatásra a műtet után mindjárt hazajöttem s íme, ma, az 5-ik napon, mégis erős vérzést kaptam.“ Vagy: „Tízser kapartattam ki X és Y doktorral a terhességemet, egészséges voltam, sűrűn fogamzotam, még a mult évben is; most férjhez mentem s nem esem teherbe, pedig nagyon szeretnék gyermeket; ha szükséges, operátiónak is alávetem magam.“

A fogamzást akadályozni szándékoló szereknek és eszközöknek is nagy kárát vallja az államháztartás s ezeknek is súlyos következményeit van alkalmunk látni, mintán azonban ezek inkább csak az egészségre s az életre ritkábban vannak befolyással, még könnyebben titkolhatók, mint a gyermekelhajtások. Vannak, akik a magzatüzésből nagyipart folytatnak s akik eldicsékszenek, hogy a legmagasabb rétegekig van patienturájuk. Az üzlet pedig jól jövedelmez, aminek azután az egyenő következménye, hogy a rossz példa a jövedelem nélkül küzködő kezdő orvosokat, sajnos még a jóindultak közül is egyik-másikat szintén elcsábítja. A szülészeti klinikák és szülőintézetek a szokványosan bűnözők listáját jóformán ismerik. A titoktartás kötelezettsége azonban lebéklyózza őket. A nemrég multból is tudunk erre példát, amikor a jócsaládból való fiatalasszonyt haldokolva bevitték a tiszteletreméltó multú és jelenü szülőintézetbe, az in ultimis asszony és a rokonsága már bele is egyezett a törvény útján való kérdőrevonásba, a beteg azonban jobban lett s amint megszűnt a halálfélelem, a kötelező titoktartás kényszerében elmaradt a bűn megtorlása. Furcsa esemény és mindenesetre nyugtalan elégedetlensége a lelkiismeretnek, mikor számtalan magzatüzésről van tudomásunk, tudjuk is ki tette, hol tette s hogy sokszor is tette és hallgatásra, tétlenségre, bűnpalástolásra vagyunk kényszerítve. Hogy, egyelőre legalább, ne a saját viszonyainkat fessegessen, pár külföldi illusztrációval fogok most szolgálni, azon megjegyzéssel, hogy a mi viszonyaink a szemelvényeknek szintén megfelelnek. *Peham* professor az I. számú női klinikáról, *Haberda* professor a törvénytörési orvosstan tanára és

Generalstaatsanwalt dr. Höppler, együtt, mind a hárman Bécsből 1923 közepén, *Bumm* professor pedig a berlini I. sz. női klinikáról 1923 végén, irtak a kérdésről. Tehát Bécs és Berlin, melyek mögé sorakozik a magyar főváros, Budapest. *Peham*: „Az abortuszok száma 10%-ról 30–50%-ra emelkedett. Köztük mesterséges abortusz 90%.” *Haberda*: „Nagy városokban kedvelt eljárás, a fizetőképes terhest egy bizonyos részletében a medicinának kapacitásként kikiáltott kollegához elküldeni s attól bizonyítványt kérni, amellyel a magzatűző szükség esetén fedezhesse magát”... „Ha pedig egy eset a bíróság tudomására jut, a bíró nagy, egyenesen a félelemmel határos elővigyázattal jár el az ítélet hozatala körül.” *Höppler*: „A létező törvénnyel tulajdonképpen teljesen ki lehetne jönni, de annak érvényt is kellene szerezni; nem szabad csak úgy véletlenül és csak egyik-másik szegény ördögöt kérdőre vonni; tulajdonképpen ezeknek a büntetése sem más, mint kigúnyolása a való igazságnak”... „A motívumok többnyire: rossz anyagi helyzet, kényelmeskedés, könnyelműség, félelem attól, hogy a megszokott életet korlátozni kell, stb. Hogy az asszonyoknak a kereseti pályákra való túlhajtott átterelése e tekintetben is nagy befolyással van, egészen világos. Évtizedek óta a socialis törvényhozás az asszonyi munka lehető korlátozására és az asszonynak a tulajdonképeni hivatásában, az anyaságában való megőrzésére törekedett. Ma ebben a tekintetben rosszabbul megy a dolog, mint valaha”... „Végül az orvosi karhoz is kívánok fordulni — mondja tovább Höppler. — Ebben a népünk javára és jövőjére ennyire fontos kérdésben nem szabad az orvosnak és jogásznak ellenségül állani szemben egymással, hanem kezét a kézben összefogva kell munkálkodniok. Ahogy a dolog ma áll, tényleg vannak lelkiismeretlen orvosok, kik a magzatelhajtás büntényét keresetből üzik. Ezen, az orvosi rend egészségtelen kinövésével szemben a hivatás-közösség címetlen való kímélet valóban nincs helyén. Magam bizonyára az utolsó vagyok, aki a törvényt sértő orvosok elleni egyoldalú eljárással a gyermekelhajtást űző asszonyokat a kuruzslók kezébe akarnám kergetni, de kriminálpolitikai szempontból a magzatűző orvos sokkal veszélyesebb a kuruzslónál, mert az a szakismereténél fogva igen könnyen intézheti a körülményeket úgy, hogy az elkövetett bűnt palástolhassa. A népjólétnek ezen ragadozó ellen, de az orvosi kar tisztessége szempontjából is akarjuk mi az orvosokat és jogászokat a közös védekezésre buzdítani!” *Professor Bumm* (Berlin) „Noth und Fruchtatreibung“ címen a Münch. med. Woch. 1923. 50. számában körülbelül a következőket írja: „Ma ott állunk, hogy a nagyobb városokban a magzatokat felerészben elhajtják. Ez Berlinre nézve évenként 20.000 vetélést, egész Németországra pedig csak 30%-kal számítva is egy fél milliót jelent. A berlini egyetemi női klinikán sokkal több az abortusz, mint a rendes szülés, naponta 15–20, néha 30 asszony is jelentkezik megindult vagy félig lefolyt abortussal s vannak napok, melyeken e vetélőknek, hogy a klinikai kezelésben részesülhessenek, pár óráig is sort kell állaniok. 90%-át eme vetéléseknek mesterségesen indították meg s 85%-ban férjezett asszonyok vetélnek, 50% közülök lázas, 15% súlyosan beteg, 3% pedig halállal fizet a gyermekelhajtásért”... „A történelem tanítja, hogy a régi világ kultúrcentrumainak összeomlásában a sexualis morál hanyatlása és annak nyomában az elnéptelenedés nagy szerepet játszottak...” „Nagyobb részét az abortálóknak egy erre berendezett operációs helyiségben chloraethylnarkosisban kitakarítják és hazabocsátják, mert hazulról hosszabb időre semmiképpen el nem maradhatnak, a további klinikai ápolást ez okból visszautasítják”... Idezi a *Bartz*-féle törvényjavaslatot, melynek egyetlen paragrafusa így hangzik: „Minden terhesnek legyen meg a joga magzatát nyilvános intézetekben erre a célra államilag alkalmazott orvosok által díjtalanul, az állam számlájára elhajtani.” Az értekezését *Bumm* e szavakkal végzi: „A magzatűzés paragrafusát felfüggeszthetik és ezzel a törvény formális megsértését elnézhetik ugyan, a gyermekelhajtás mégis csak merénylet marad az asszonyok egészsége, a természet és a nép jövőjével szemben.”

Sok az idegen idézetekből! — jegyezhetné meg valaki, aki olvassa ezt a cikket. De hát én sem mondhatnék egyebet s ha csak mint a magam megfigyeléseit és véleményét mondanám el ezeket a szegyenletes és megrendítő eseményeket s vonnám le belőlük a következtetéseimet, úgy nézhetne ki ez az értekezés, mintha másoktól plagizáltam volna. Tehát nem plagizáltam. Mi azonban nem vagyunk még egészen a Berlinből rajzolt pocsolyában, de már mi is mocsarak közt járunk s van közöttünk nagyon sok piszkoskezü ember. Ami annyit jelent, hogy a lejtőn lefelé már mi is elindultunk, azon pedig gyorsan le lehet siklani. Egyelőre annyit, hogy a múlt évben a négy orvosi egyetem 1200 orvosi diplomát bocsátott világgá. „Nagy”-Magyarországnak legfeljebb csak 400 új orvos volt az évi szükséglete. Ha lenni akarunk és valamikor tenni is akarunk, akkor résen legyünk, nehogy pár év múltán „nemzet” helyett csak kihalt fajta maradjunk.

Mit kell tehát tennünk?! Pár év előtt megírtam már, hogy tulajdonképpen az államnak volna kötelessége gondoskodni a megfogamzottakról, és pedig olyképen, hogy a világrajövetelük után a sorsukat szívesen intézi közülök azoknak, akik az anyjuknak a terhére vannak. Az államot emberek alkotják. A sok emberből alakult állam erős és hatalmas. Állami lelencházak és az állami nevelés temérdek becsületes és hazafias érzésű munka- és véderővel szaporítaná az állam vagyonát. A külön e célra kivetett adó ellen senki sem lázadna. Miután azonban az állatállomány szaporítása és nemesítése momentan nagyobb gazdasági értékeket látszik képviselni, ma még a csikóra, borjúra, malacra sokkal nagyobb súlyt helyeznek az állambáztartásban, mint az ember, a fajta szaporítására, így történik, hogy nálunk százezrei, Németországban félmilliói az újon fogamzott embereknek éretlen állapotban ki lesznek kergetve. A magzatok elvesznek s a legszebb ivarkorú asszonyok nagy része velük száll a sírba, vagy elnyomorodik, avagy a jövőre is most már magtalan házasságban éli az életét.

Ha a magzatűzés mesterkedéseinek szenvedő anyját, az asszonyt, valamelyes — mondjuk — szofizmákkal lehet is védeni próbálni, de nem lehet egy betű védelmet sem találni azok számára, akik ezt a mesterséget anyagi haszon címetlen folytatják. A megszületett gyermek gyilkosát, anyját vagy idegent, rövidesen börtönbe zárják, a meg nem született gyermek gyilkosait meg a legkényelmesebb izlésű és erkölcsű társaságokban forognak s a gyilkosság béréből gavalléroskodnak.

Ez nem mehet így tovább. Nem mehet erkölcsi, állami és egészségügyi szempontból sem. Ha már az állam nem hajlandó a maga erkölcsi és gazdasági érdekeit megvédelmezni, mondjunk vétőt mi, az egészség öre! A módozatok fölött sokan törték a fejüket, s úgy látszik, a fejtőrésbe rendszerint hamarabb belefaradtak, még mielőtt célt hoz értek volna. Legutóbb *Jaschke* professor azt proponálta, hogy a gyermekét elhajtó anyát inkább ne büntessük, hogy így könnyebben juthassunk a gonoszabbik bűnös gallérjához. A véleményem szerint nem találta el *Jaschke* sem a szegnek a fejét. A gyermekelhajtásra hajlamos asszonyok t. i. még jobban elszaporodnának s a mesterségében specializálódott, gyakorlott huncutot pedig akkor sem lehetne kézrekeríteni. A kérdést pedig meg kell mindenáron, de meg is lehet azt oldani. Ez reánk magyarokra a jövő fennmaradhatóságunk tekintetéből is életfontosságú. Csak komolyan akarjunk belenyúlni ebbe a lódarázs-fészekbe. Különös visszásság, hogy egy valakit, mert hazudott vagy hát egy kicsit csalni éppen hogy megpróbált, menten kizárnák minden erkölcsös férfitársaságból s mi kénytelenek vagyunk a hallgatásunk által büntársakká válni s a kollega úrral kezét is fogni, amikor tudjuk bizonyosan, hogy a büntető törvénnyel többszörös és komoly összeütközése volna, hogyha nem hallgatnánk. Ilyen titkok őrzése alól valamiképpen mégis csak mentesíteni kellene magunkat. Revisio alá kell elsősorban vennünk, meddig terjedjen az orvosi titoktartás kötelezettsége. A törvény eddig is adott feloldást, ha annak a „köz” hasznára a szükségét látta. A fertőző betegségeket ma már kötele-

zően be kell jelteni. A kankó, syphilis szintén, és pedig veszedelmesen fertőző betegség, azokat sem szabad titkosan tovább terjesztetni. A vetélések művi megindításával pedig akként áll a dolog, hogy az csak akkor van megengedve, ha a terhesség további fennmaradásából és a szülésből az asszonyra a legsűrűbb szítán szűrt orvosi mérlegelés szerint előreláthatólag halál következne. Ennek a latolgatása és elhatározása pedig már a felelőség megosztása tekintetéből is, de meg azért is, mert — mint *Sellheim* is mondta — „az ember tévedhet”, egy-nél több szakember megfontolása alá tartozik. A vetélést titkolni csak azoknak van oka, akik a teherbeesést restelik, leányok, elvált asszonyok, özvegyek. Ezeknek a titkát pedig a hármastanács is köteles megőrizni. Ha az a tanács valóban jellemes szakemberekből van összeválogatva, éppen úgy nincs mit félni az elárulástól mintha csak az az „egy” ismerné az ügyet, aki a beavatkozást vállalja. A titkolódzás azonban 90%-ban csupán a büntetéstől való félelem okából történik. Vagyis a büntetésre megérett bűnös az is, aki erőszakkal vetél és az is, aki manipulál. Ez a titkos manipulatio pedig a visszaélés legszélesebb keretei közt, minden egyéb indicatio híján, csupán csak anyagi haszontól a legszemérmertlenebb vakmerőséggel folyik itt nálunk is. Annyira, hogy ma már a tisztesség alapján álló szakember még a tudományosan teljesen helytálló indiciók ellenére sem hajlandó a beavatkozásra, mert hogy a látszatát is kerülni akarja annak, hogy a banditákkal szintén solidaris. Ez az oka azután annak is, hogy a művi vetélések, még a valóban javáltak is, többnyire a börtönjelöltek kezeire jutnak. Ismerünk társágban forgó ilyen üzletembereket, akikkel az érintkezés igen kellemetlen, merthogy a közmondás szerint is „similis simili” s amint azt látjuk, hogy valaki velők nagyon parolázik, akaratlanul is az jut az eszünkbe, hogy a nagyon barátkozó úrnak vagy asszonynak az a hóhérlégény már talán többször is volt a szolgálatára.

Faji szempontból, nemzetgazdasági, egészségügyi, erkölcsi szempontból, az orvosi rend becsülete szempontjából tehát haladéktalanul rendezni kell ennek a testfelket fertőző betegségnak a kérdését. *Haladéktalanul*, mert a négy egyetem orvosi túltermelése egymagában is bizonyosan melegágyat fog e fertőzésnek vetni.

A legelső kellék egy legfelső forum megalkotása, melynek az ítélete alá minden művi vetélés előre bejelentendő. Nincs olyan sürgősség e téren, amely pár napi halasztást el ne szenvedhetne. Ez a forum legkönnyebben megalakulhatna az igazságügyi orvosi tanács kebelében. Ez a tanács adja már évtizedek óta a legfőbb bíróságnak is a legnagyobb bűnök elbírálhatásához is az alapot s a tanács véleménye — tudomásom szerint — rendesen döntő befolyású. Eme forum létezése mellett, annak megkerülésével művileg eszközölt vetélés eo ipso mint tiltott vetélés kell hogy szerepeljen. A sanatoriumok a vetélésekről, azok indicióiról, lefolyásukról, a beutalókról, az operatúráról külön könyvet vezessenek. A spontán vetélés az ápoló baba és kezelőorvos megnevezésével a kerületi orvoshoz tulajdonképpen ma is jelentendő. A klinikák is ezen módon gyűjtik az egyénekre vonatkozó tapasztalataikat s a vetélés anamnesisét, amely pedig befolyásolja a terapiánkat is, arra alapítják, hogy a vetéléseket sűrűn szállító bábát és orvost egyszerűen aborteurnek tartják s az általuk beküldött vetélést a priori artefact vetélés módjára veszik kezelésbe.

A klinikák, szülőházak, hivatalos központok, hatósági orvosok, sőt a sanatóriumok is absolutiót nyerjenek a titoktartás kötelezettségétől annyira, hogy a legfelső tanácsokhoz ne csak jelenthessék, hanem kötelesek legyenek bejelenteni a gyanus eseteket. Az ártatlanul gyanúsítottak leginkább érdeke, hogy az ügy tisztázassék.

A subjectum büntetése lehet individualis, azt a bíróságra bizzuk. A legfelsőbb orvosi tanács, mint más büntényekben, ezek felől is adhat majd véleményt. A becsstelen indicióból operáló büntetése azonban drákói legyen. A vérdíjnak közcélra, pl. lelenc ház számára való lefoglalásával egyben külön kemény pénzbüntetés s a

szabadságvesztés mellé még egy vagy több évre való felfüggesztése a baba- vagy orvosgyakorlatnak; halált okozott beavatkozás vagy visszaeső bűnözés büntetése képen pedig diplomatörlesztés legyen a büntetés.

Tudom, hogy a legszigorúbb intézkedések ellenére is lesznek, akik — hogy úgy mondjam — reszkirozni fognak. De bizton remélem, hogy a születendő gyermekekről való állami gondoskodás útján s a férgek irtogatásával a fajtánknek a javát szolgálhatjuk. És pedig nemcsak quantitative, de alighanem qualitative is. — Mint föntebb említettem, *Bumm* professor számítása szerint a művileg vetelő berlini asszonyok 85%-a házas életet él. Az idők során gyűjtött tapasztalatokból pedig jól tudjuk, hogy számtalanszor az 5-ik, 7-ik, 9-ik szülött vált ki, mint érték, a családból legjobban. *Mozart* például az ötödik, *Schubert* a tizenharmadik, *Napoleon* a nyolcadik, *Wagner* a hetedik, *Rembrandt* a hatodik, *Cooper* a tizenegyedik s *Franklin* a tizenhetedik gyermeke volt a szülőinek. — Íme tehát kiszámíthatatlan az, hogy a gyermekelhajtások iránt tanúsított neglentiával mennyi anyagi és szellemi értéket hagyunk elpusztulni.

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

## Az aleukaemiás myelosisról.

Írta: Szilárd Pál dr.

Az alábbiakban az aleukaemiának a leukaemiához való viszonyával kívánok foglalkozni, támaszkodva azon vizsgálataimra, amelyeket az utóbbi időben a klinikán észlelt két aleukaemiás myelosisban szenvedő betegen volt alkalmam végezni.

Az első eset *E. L.-né*, 64 éves asszony, aki kisebb szünetektől eltekintve, 7 hónapig állott észlelésünk alatt. Felvétele előtt egy évvel kezdte magát gyengének érezni s hasának bal felében egy daganatot vett észre, amely folyton nagyobodott és nyomásra fájdalmas volt. A vizsgálat a köldököt 4 ujjal meghaladó, jobbra majdnem a középvonalig terjedő, síma tapintatú nagy lépés és a jobb bordaívét 3 ujjal meghaladó, síma felületű nagy májat mutat. A lép felfelé a VII. bordáig, a máj pedig az V. bordáig ér. Megnagyobbodott nyirokcsomók nincsenek. A többször megismételt vizezvizsgálat alkalmával a vörösvérsejtek száma 3 millió volt, a haemoglobin 60% s a fehérvérsejtek száma állandóan 8–9000 körül ingadozott. A kvalitatív vérvkép pedig nagy aniso-, poikilocytoson és polychromatophilian kívül számos magvas vörösvérsejtet mutatott. A fehérvérsejtek aránya a következő volt: neutrophil leukocyta 56%, basophil leukocyta 5%, monocyta 3%, lymphocyta 9%, neutrophil myelocyta 19%, basophil myelocyta 4%, myeloblast 4%. Eosinophil sejteket sohasem láttunk.

A beteg többször kapott arsent, Röntgen-besugárzást, minden különösebb eredmény nélkül. Szívgyöngeség következtében halt meg nagy ascitessel és kiterjedt cedemákkal.

A sectio az aleukaemiás myelosis klinikai diagnózisát minden tekintetben megerősítette. Különösen a lép és a máj mutatott kiterjedt leukaemiás elváltozásokat.

A második eset több érdekességet mutatott.

A 27 éves *R. J.* 4 év óta fokozatosan gyengül és sápad. 3 hét óta különösen rosszul érzi magát, szédül, járásakor mindjárt elfulladás, feje fáj. Foghúsa vérzékeny. Láza nem volt.

A vizsgálat erősen megnagyobbodott májat és lépés mutat. Wassermann-reactio negativ. Vizeletben kevés urobilinén kívül semmi kóros.

A vértelt a következő volt: Alvadási idő kezdete 5 perc 20 mperc, vége 6 perc. Vérzési idő 25 perc. Thrombocyta 61.000. Haemoglobin 40%. Vörösvérsejt 1.340.000. Festődési index 1.5. Fehérvérsejt 3800. A kvalitatív vérvkép a vörösvérsejtek részéről nagyfokú aniso- és poikilocytosist, valamint kifejezett polychromatophiliant mutat. Számos mikro- és megalocyta, azonkívül számos magvas vörösvérsejt látható, normo- és megaloblastok, valamint oszlásban levő magvas alakok. Sok helyen látható basophil pontozottság is. Legfeltűnőbb eltérést azonban a fehérvérsejtek mutatják. Az egész kép a legsúlyosabb degeneratio jegyében áll. A fehérv-

vérszámok között nagyon sok a rosszul festődő mag és plasma, soknak pedig csupán a magja van meg. A mag lelaposodott, határozatlan körvonalakat mutat. A plazmában vacuolák vannak, valamint durva, basophil festődést mutató szemcsék. Szembeötlő a fiatal alakok óriási száma. Dominálnak a nagy myeloblastok, magjukban 2-3 nucleolussal, azonban számos micromyeloblast is látható, amelyeket a lymphocytáktól megkülönböztet a pozitív oxydase-reactio. Myelocytá aránylag kevés volt.

A több alkalommal megismételt bakteriologiai vérvizsgálat negatív volt. A megejtett próbareggeli alkalmával szabad HCl nem volt található, az össz-aciditás is csak 9 volt. A tejsavkémlelítés negatív volt.

A karok lezorítása után, 15 perc múlva azokon több apró vérzéses pont jelentkezik.

A betegnél erőteljes arsenkúrát kezdünk, azonkívül acidohepátist is adunk. Ennek dacára is azonban állapota lényegében véve változatlan marad. Öt hétig a hőmérsék állandóan 37 C° alatt ingadozott. Március 21-én délben azonban kirázta a hideg, hőmérséke 39 C°-ra szökik. Köhögni kezd és mély légvételkor baloldalt hátul szúrásokat érez. A vizsgálat baloldali pleuritist mutat, amely állandóan növekszik. Az exsudatum üledékében igen sok vörösvérsejt, közöttük magvas alakok is, valamint számos fehérvérsejt, legnagyobb részét degenerált alakok és fiatal, nagy, egymagvú sejtek láthatók. A fehérvérsejtek száma, szemben a 3 nappal előbbi 4200-zal, most 18.000.

Priessnitzet rakunk a mellkasra, valamint aspirint adunk. A beteg állandóan lázas marad remittáló típusú. Az exsudatum pedig fokozatosan növekszik.

Március 25-én a jobb hónaljban élesen körülírt határu, fillérnyi, kör alakú genyes pustulák keletkeznek, amelyek fájdalmasak. A genyben számos staphylococcus látható, amely kitenyésztve staphylococcus aureusnak bizonyul. A vér bakteriologiai vizsgálata ez alkalommal is negatív marad.

Pár nap múlva a fenti pustulák spontan visszafejlődnek, azonban a testen szétszórtan újak jelentkeznek.

A beteg állandóan lázas, többszöri hidegrázásokkal. A leukocytaszámok folyton növekvő értékeket mutatnak. A lép állandóan, fokozatosan növekszik, úgy-hogy a lázas állapot második hetében már a köldök magasságában tapintható. Növekszik a máj is, amely ugyanakkor 3 ujjal a bordáin alatt tapintható. Mindkét szerv tapintásra fájdalmas.

A lázas állapot második hetében a fehérvérsejtek száma már meghaladja a 100.000-et. A beteg erősen dyspnoés, még ülő helyzetben is nehezen lélegzik, ezért az exsudatum jó részét lebocsátjuk. Az azonban 3 nap alatt ismét megnő.

A beteg állapota fokozatosan romlik. Állandóan lázas, hidegrázásokkal, köhög, dyspnoéja fokozódik. Alig eszik valamit. Az exsudatumot még két alkalommal lebocsátjuk, azonban az ismét meggyülemlik. Közben a lép és a máj állandóan tovább nő. A leukocytaszám változatlanul 100.000 fölött. A thrombocyták és a vörösvérsejtek száma pedig állandóan csökken.

Április 20-án reggel a beteg meghal. Lépe három ujjal a köldök alatt, mája pedig a köldök magasságában.

A halál előtti délután eszközölt bakteriologiai vizsgálat alkalmával a vérből is kitenyészett a staphylococcus aureus.

A *sectiónál* (Bézy dr.) kiterjedt leukaemiás elváltozások különösen a májban, lépben, nyirokcsomókban és a csontvelőben.

A szövettani vizsgálat — amelyet Buday professor úr szívességének köszönhetek — a májban, lépben és nyirokcsomókban, kevésbé a vesében és a vékonybélben sejtdús góccokat mutat. E lymphocytomaszerű góccok főként nagy, egymagvú sejtekből állnak, a mag karélyos, hólyagszerű, chromatinszegény. Különösen sok van a csontvelőben. Az említett, keskeny protoplasmaszegélyvel rendelkező sejtek a myeloblastok egy sajátos megjelenési formájának látszanak megfelelni. E sejtekben az oszlo mag gyakori.

A klinikai, anatómiai és histologiai lelet ismeretéből a kórfolyamatot két szakaszra oszthatjuk: egy hosszabb, mindenképpen szerint néhány évre terjedő, állandóan fokozódó gyengeséggel, étvágytalansággal, vérszegénységgel és utóbb vérzékenységgel, valamint kifejezett máj-, de különösen lépmeleggyulladásal járó időszakra, mely alatt lényegesebb hőemelkedés nem

jelentkezett s a fehérvérsejtek száma normális, sőt a rendszernél kevesebb is volt; azután egy rövidebb, mindössze néhány hétre terjedő időszakra, amelyre legjellemzőbb volt a remittáló típusú, gyakran hidegrázás kíséretében hirtelen emelkedő nagy láz, a fehérvérsejtek számának fokozatosan 100.000 fölé való emelkedése, karöltve a máj és a lép még erősebb megnagyobbodásával. A betegség mindkét szakaszában dominált az a kvalitásbeli elváltozás, amely a vörös-, de különösen a fehérvérsejtek részéről jelentkezett. Nevezetesen az erythrocyták részéről a súlyos aniso- és poikilocytosis, micro- és megalocytáknak a jelenléte, a kifejezett polychromatophilia, mindennek fölött pedig a számos normo- és megaloblast. A fehérvérsejtek a legsúlyosabb degeneratio tüneteit mutatták, rendes segmentált magvú neutrophil leukocytá alig volt, igen nagy számmal voltak azonban képviselve a fejlődés fiatalabb stádiumában levő alakok s ezek között is elsősorban a myeloblastok, közöttük számos micromyeloblasttal. A lázas időszakban a folyton emelkedő leukocytaszám mellett nagyobb számban jelentkeztek az addig elég gyéren levő myelocyták és metamyelocyták is.

Mindezeket szem előtt tartva, a kórfolyamatot myeloid leukaemiának kell minősítenünk, amely a betegség első szakában, tehát mindenképpen szerint néhány évig, az aleukaemiás típust mutatta s amelyik azután egy acut módon lefolyó leukaemiába csapott át.

Számos kérdés vetődött fel előttünk az eset észlelése közben. Így mindenekelőtt az aleukaemia s a leukaemia egymáshoz való viszonyának a kérdése.

A két körkép egymáshoz való viszonyát kétféleképpen képzelhetnénk. Először úgy, hogy dacára az ugyanolyan kiterjedésű, sőt esetleg nagyobb szöveti hyperplasiának, a fehérvérsejtek productiója nem haladja meg a physiologias mértékét. Másodszor pedig, hogy a fehérvérsejtek productiója éppen úgy, mint leukaemiában, itt is sokszorosan fokozott, azonban a sejtek resistentiája olyan alacsony, hogy sokszorosan fokozott mértékben mennek tönkre. Olyan nagy mértékben, hogy dacára az állandó túlproductiónak, a physiologiasnak ismert leukocytaszámot mégsem látjuk túlhaladótnak.

A magam részéről inkább ez utóbbit tartottam valószínűnek, azon megfigyeléseimre támaszkodva, amelyeket számos leukaemiának az észlelése közben volt alkalmam gyűjteni. Hogy ezt igazoljam, a fönnebb ismertetett két aleukaemiás betegen a következő vizsgálatokat végeztem.

Mindenekelőtt vizsgáltam a fehérvérsejtek resistentiáját. A kísérleti technika ugyanaz volt, mint a leukaemiára vonatkozólag nemrégiben ismertettem. A beteg izolált fehérvérsejtjeit suspendáltam reszint a saját reszint pedig ugyanazon nemű egészséges egyén vérsérumban s 24 órán keresztül thermostatban tartottam 37 C°-on. Ezen idő alatt többször megszámoltam a suspensióban található sejteket, a végső eredmény gyanánt azonban a 24 óra letelte után kapott számot vettem, amely természetesen a legnagyobb csökkenésnek felelt meg.

Az izolált fehérvérsejteket vérsérumban is suspendálni fölöslegesnek tartottam, tekintettel azon tapasztalataimra, amelyeket fönnebb jelzett vizsgálataim alkalmával gyűjtöttem. Ezek ugyanis azt mutatták, hogy a plasmában és a sérumban suspendált leukocyták fogyása tekintetében lényegesebb különbség nem volt.

A kísérletek szerint középértékben a saját sérumban suspendált fehérvérsejtek 65-8%-nyi, az egészséges sérumban suspendáltak pedig 63-2%-nyi csökkenést mutattak 24 óra alatt.

Tekintettel arra, hogy e két érték között számbavehető különbség nincsen, a betegek fehérvérsejtjeinek ez az erősen kifejezett fogyása nem tulajdonítható a betegek véreben esetleg jelenlevő, specifikusan a fehérvérsejtek ellen ható mérgező anyagok hatásának, hanem egyesgyedül csak a sejtek alacsony resistentiájának.

A fenti értékekkel szembeállítva azokat, amelye-

<sup>1</sup> Szilárd: Wiener Arch. f. inn. Med. 1924. VIII. k., 33. és 41. old.

ket hasonló kísérletekben leukaemiásoknál kaptam,<sup>2</sup> a következőket látjuk:

Leukaemiás serumban suspendált leukaemiás fehérvérsejtek 24 óra alatt fogytak 31.4%-kal;  
 egészséges serumban suspendált leukaemiás fehérvérsejtek 24 óra alatt fogytak 33.9%-kal;  
 aleukaemiás serumban suspendált aleukaemiás fehérvérsejtek 24 óra alatt fogytak 65.8%-kal;  
 egészséges serumban suspendált aleukaemiás fehérvérsejtek 24 óra alatt fogytak 63.2%-kal.

A kísérletek tehát azt mutatják, hogy az aleukaemiások fehérvérsejtjei úgy a saját, mint egészséges egyének serumában suspendálva, 24 óra alatt körülbelül kétszer olyan mértékben fogytak meg, mint a leukaemiában szenvedő betegek fehérvérsejtjei hasonló körülmények között. Mivel pedig specifikusan a fehérvérsejtekre ható mérgező anyagok az aleukaemiások vérében sincsenek, nem marad más hátra, mint azt fölvenni, hogy az aleukaemiások fehérvérsejtjei még sokkal alacsonyabb resistenciával bírnak, mint a leukaemiásoké. Ennek azután természetes következménye, hogy még sokkal nagyobb mértékben pusztulnak el a szervezetben is, mint a leukaemiások fehérvérsejtjei. Olyan nagy mértékben, hogy dacára a túlproductiónak, az aleukaemiás szervezet mégsem tudja a túlságos sejtpusztulást pótolni. Tehát nem látszik megokolatlannak azt fölvenni, hogy az *aleukaemia a leukaemiával lényegileg ugyanaz a betegség, pusztán csak a fehérvérsejtek resistenciájában való eltérés az, ami a két jelentkezési forma között a különbséget létrehozza.*

Hogy a kérdést más oldalról is megvilágítsam, rendszeresen eszközöltem a *vérhúgysav* mennyiségének a meghatározását is, kiindulva abból a megfontolásból, hogy nagyobb lévén a sejtszétérés, a vérhúgysavnak is nagyobb értékeket kell mutatni, mint leukaemiában. Az idevonatkozó vizsgálatok szerint aleukaemiások serumában a húgysav mennyisége 6.1–8.9 mg-% között változott, középértékül 7.5 mg-%-ot adván. Ez a physiologiás 3.0 mg-% körüli értékhez képest kifejezetten fokozottnak mondható ugyan, azonban hasonló értékeket valódi leukaemiában is találni, úgyhogy e tekintetben különösebb eltérést nem lehet találni.

Ez a tény némileg ellentmondani látszik az előbbi föltevésnek az erősebben kifejezett pusztulásnak. Meg kell azonban gondolnunk azt, hogy a kapott értékek nem adják a húgysav abszolút értékét, hanem csupán arra vonatkozólag nyújtanak fölvilágosítást, hogy az illető időpontban mekkora a húgysav koncentrációja a vérben. Lehet tehát ez az érték ugyanakkora, mint leukaemiában és mégsem szól a fokozottabb sejtszétérés ellen, mert irányadó csak a termelt húgysav teljes mennyisége lehetne, amit megfelelőbben talán a pontosan gyűjtött vizeletben lehetne meghatározni. Sajnos, vizsgálataim e tekintetben hiányosak.

Van azonban egy körülmény, amely arra int, hogy még a vizelet-húgysav meghatározásokból sem lehetne abszolút biztonsággal következtetni az előrement sejtpusztulásra. Nevezetesen a széteső nukleoproteidoknak csak egy része bomlik el húgysavig, másik része pedig nem jut el odáig és mint purin-, illetve pyrimidin-bázisok, sőt esetleg mint szabad nukleinsav kering a szervezetben és választódik ki a vizelettel. Ide vonatkozó vizsgálataim folyamatban vannak.

Az említett megfontolás alapján tehát nem gondolnám, hogy a relative nem nagyobb húgysavmennyiség ellene szólna a föltételezett fokozott sejtszétérésnek.

Nehezen látszik azonban összegezgethetőnek az aleukaemia lényegét illető felfogással annak leukaemiává való átalakulása, ami pedig elég gyakori. Hogyan lehetséges az, hogy a módfelett csekély resistencia dacára a fehérvérsejtek száma ilyenkor mégis tekintélyesen fölemelkedik? Bizonyos mértékben magyarázatot szolgáltatnak erre a resistenciára irányuló további vizsgálataim, amelyeket a fönnbbi eset esetén volt alkalmam végezni.

Azt találtam, hogy párhuzamosan a sejtek számának az emelkedésével azok resistenciája is növekedik, összhangzásban egyébként a qualitativ viszonyokkal. Ugyanis mentül nagyobb lett a sejtek száma, annál inkább megszaporodtak a resistensebb neutrophil leukocyták, százalékokban kifejezve 10%-ról 20%-ra. Még szembeötlőbb azonban a különbség, ha abszolút számukat nézzük. Az aleukaemiás szakban mindössze 400 volt, míg később 24.000.

Kétségtelen tehát, hogy a sejtek számának az emelkedése resistenciájuk fokozódásának tulajdonítható. De minden valószínűség szerint nem kizárólag csak ennek. Szerepelhet ugyanis még az a körülmény, hogy az addig is kiterjedt hyperplasia még kiterjedtebb s ezzel karöltve a sejtek productiója is még nagyobb lesz. Bizonyítja ezt jelen esetünk, midőn az amúgy is már jelentékenyen megnagyobbodott lép és máj hirtelen erős növekedésnek indultak s a leírt óriási nagyságot érték el.

Hogy milyen erős inger hatott, mutatják még a qualitativ vérkép azon adatai, amelyek az addig meglehetősen gyéren képviselt metamyelocyták és myelocyták számának is a tekintélyes növekedését mutatják.

Hasonló viselkedést mutatnak a lymphocyták is. Ezek ugyan az aleukaemiás szakban az összes sejtek 17%-át, a leukaemiás szak végén pedig csak 5%-át tették ki. Ha azonban az abszolút számukat nézzük (5000, szemben az eredeti 760-nal), ezeket is erősen megszorodottnak kell minősítenünk. Ez is azt mutatja, hogy az erősebb inger hatására élénkebb lesz a sejtpusztulatio.

Mindezeket összefoglalva, az aleukaemiának leukaemiává való átalakulását két okkal magyarázhatjuk. Az első a fehérvérsejtek resistenciájának a tekintélyes növekedése s ennek következtében a sejtek kisebb méretű pusztulása, a másik pedig az addiginál is még erőteljesebb túlproductio a sejtkepző rendszer még kiterjedtebb hyperplasiája kapcsán.

Kérdés már most, vajjon mi lehet az az ok, az az erősebb inger, amely ezt a mélyreható átalakulást kiváltja? Jelen esetünkben kétségtelenül kimutatható. Nevezetesen a másodlagos módon az alapbetegséghez társuló általános staphylococcus-infectio. Hogy azonban minden esetben hasonló faktor szerepeljen az átalakulásban, az kétséges. Az irodalomban alig találni erre vonatkozólag adatokat. Számos észlelés van azonban az infectio hatására a leukaemiában. Itt a szerzők egy része ezt találta, hogy a secundaer infectio hatása alatt a sejtek száma, sőt még a hyperplasia is jelentékenyen kisebb lesz, úgyhogy az előbbi a normális értékeket is megközelíti. Ismét mások azonban ennek az ellenkezőjét látták, t. i. a sejtek nagyméretű megszorodását.

A megfigyelések tehát nem egységesek. Létrejöhet az infectio hatására sejtfogyás, kétségtelenül azonban sejtszaporodás is. Nem lehetetlen tehát, hogy az aleukaemiának leukaemiává való átalakulásában is exogen faktoroknak, elsősorban pedig az infectiónak jut a főszerep.

#### Összefoglalás.

Aleukaemiás betegek izolált fehérvérsejtjei úgy a saját, mint hasonló nemű egészséges egyének serumában suspendálva, 24 óráig 37 C°-on thermostatan való tartás mellett lényegesen nagyobb mértékben fogytak meg, mint leukaemiában szenvedők fehérvérsejtjei hasonló körülmények között.

Tekintettel arra, hogy ez a csökkenés az egészségesek serumában is körülbelül akkora volt, mint a saját serumban, a csökkenés okát nem az aleukaemiás serumban, hanem az aleukaemiás sejtekben kell keresnünk.

Ebből következik, hogy aleukaemiában a fehérvérsejtek resistenciája még sokkal kisebb, mint leukaemiában. Ez a rendkívül alacsony resistencia okozza azután, hogy a sejtek olyan nagy mértékben pusztulnak, hogy dacára az erős túlproductiónak, aleukaemiában a fehérvérsejtek száma mégsem haladja meg a physiologiás értéket.

Lényegét illetőleg tehát az aleukaemia a leukaemiával teljesen azonos betegség.

<sup>2</sup> Szilárd: Wien. Arch. f. inn. Med. 1924, VIII. köt., 33. old.

**A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. számú belklinikájának közleménye (igazgató; báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tan).**

**A gyomor normalis helyzete.\***

Írta: *Ratkóczi Nándor dr.* egyetemi tanáresegéd, a Röntgenlaboratorium vezetője.

Mióta *Rieder* a gyomor Röntgen-vizsgálatába a kontrasztpépet bevezette, a gyomor alakjára vonatkozó ismereteink lényegesen módosultak. A bonctani asztalról ismert *Luschka*-féle gyomor képét az élő emberre nézve csakhamar a *Rieder*- és *Holzknicht*-féle típusok foglalták el.

A gyomor helyzetére vonatkozó ismereteink a Röntgen-vizsgálatok óta szintén módosultak. Az anatómia a gyomor alsó polusának normalis helyét a köldök felett két-három ujjal jelölte, viszont a Röntgen-vizsgálatok szerint az élő embernél a gyomor normalisan a köldök magasságában fekszik, férfinel általában egy-két ujjal felette, nőnél pedig egy-két ujjal a köldök alatt is lehet. A legújabb belgyógyászati és röntgenológiai tankönyvek ezt az általános nézetet fogadják el és ezért az ennél mélyebben fekvő gyomrot *ptotikusnak* minősítik. A belgyógyász is gyakran örömmel fogadja ezen diagnoszt, mellyel a gyomorpanaszokat szívesen magyarázza, ha egyéb vizsgálattal más objektív leletet találni sem ő, sem röntgenológusa nem tud.

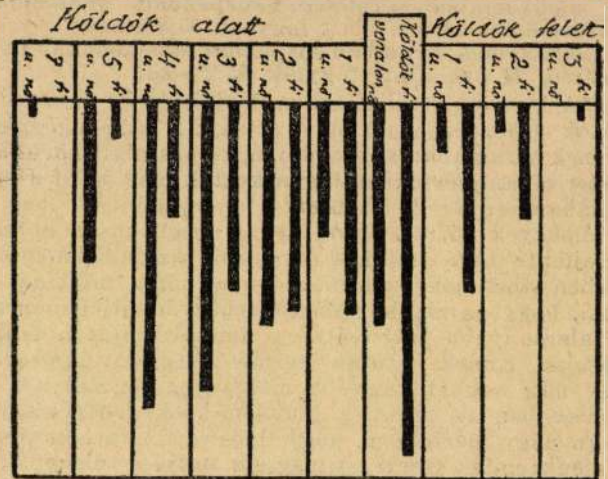
Klinikánk igen nagy anyagán, melyen tízezernél jóval több gyomrot volt alkalmam az évek során vizsgálni, feltűnt az igen gyakori „ptotikus” lelet és az, hogy a gyomornak ezt a sülyedését olyanoknál is gyakran láttam, kiknek gyomorpanasza egyáltalán nem volt (pl. bélvizsgálatosoknál), kiknél a gyomornak a mély fekvésén kívül semmiféle más kóros tünetét nem találtam, még a kiürülést illetőleg sem.

Ezen megfigyelésem arra indított, hogy nagyobb anyagon rendszeresen megállapítsam a gyomor pontos fekvését s kimutassam, hogy a gyomornak normalis fekvését nem köthetjük szigorúan a köldök magasságához. Kisebb anyagról összeállított amerikai statisztikák ugyan beszámoltak már arról, hogy az úgynevezett astheniás habitusnál a gyomor mélyebben fekszik (*Conran, Crawford, Harris, Seale, Chapman*), de ilyen nagy anyagról szóló részletes dolgozat nem tárgyalta a kérdést. Saját tapasztalataim összeállítása közben jelent meg *Moody, Van Nuys, Chamberlain* hasonló tárgyú és irányú munkája: *Position of the stomach, liver and colon* (*The Journal of the Americ. Medic. Assoc.* 1923, 81. köt., 23. sz.), melyben 600 egészséges, fiatal egyetemi hallgatón és hallgatónőn végzett vizsgálataikról számolnak be s melyek eredményeikben nagyrészen fedik saját tapasztalataimat: 300 férfinel azt találták, hogy a gyomor a köldök felett van 2—3 ujjal 8%-ban, 1 ujjal 17%-ban, a köldök alatt 1 ujjal 23%, 2 ujjal 26%, 3 ujjal 16%, 4 ujjal 6%, 5 ujjal 4%-ban. 300 nőnél a köldök felett van 2 ujjal 3%, 1 ujjal 10%, a köldök alatt 1 ujjal 19%, 2 ujjal 22%, 3 ujjal 22%, 4 ujjal 16%, 5 ujjal 8%-ban.

A magam megfigyelése a klinikánkon az utolsó egy év alatt általam megvizsgált 2600 vegyes gyomorpanaszos és azonkívül a rendelésen egyéb baj miatt megjelent, de kiválasztottan gyomorpanaszmentes 200 ember gyomrának helyzetére terjed ki ez összeállításban. A vizsgálat a mi anyagi viszonyainknak megfelelően mindig átvilágítással történt, a rendes *Rieder*-féle kontrasztpép (150 g Ba + 250 g vízben főtt híg darapép) elfogyasztása után. A köldök magassága helyett állandóbb volta és egyszerűbb szemléltethetősége miatt mindig a csípőtányérok felső szélét összekötő interiliacalis vonal szerepel. A gyomor alsó polusát orthodiagraphikusan határoztam meg s a minden beteg lapján lévő sémába a gyomrot berajzolva még megjegyeztem, hogy a gyomor 1—2 stb. ujjnyival van alsó határával az inter-

ilicialis vonal (röviden a köldök) alatt vagy felett. Vizsgálataim eredményét három táblázatban foglaltam össze.

Az első ábra százalékos összeállítás 832 férfi és 1174 nő gyomrának helyzetéről, kiknél a gyomorpana-



I. táblázat.

szok ellenére objektív elváltozást (fekély, rák, összenövés) nem találtam.

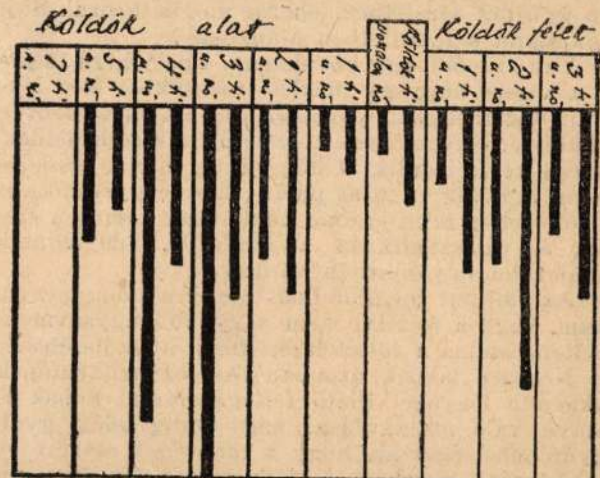
A férfiakra vonatkozó felső oszlopok mutatják, hogy a gyomor alsó polusa a köldök felett van: 3 ujjal 11 = 1.3%, 2 ujjal 63 = 8%, 1 ujjal 107 = 13%, a köldök magasságában: 200 = 24.2%, a köldök alatt: 1 ujjal 124 = 15.4%, 2 ujjal 121 = 14.4%, 3 ujjal 117 = 13%, 4 ujjal 66 = 8%, 5 ujjal 23 = 2.8%-ban.

A köldök alatt tehát már e csoportban a felénél többet (55.5%) találunk.

Ugyanezen táblázat alsó oszlopaiból a nőkre vonatkozóan az látható, hogy a gyomor a köldök felett van: 3 ujjal 1 = 0.1%, 2 ujjal 22 = 1.9%, 1 ujjal 40 = 3.4%, a köldök magasságában: 186 = 15.8%, a köldök alatt 1 ujjal 114 = 9.7%, 2 ujjal 183 = 15%, 3 ujjal 235 = 20%, 4 ujjal 246 = 21% 5 ujjal 137 = 11.6%, a symphysisig ér 10 = 1%-ban. A köldök alatt tehát a gyomroknak 78.8%-a van.

Hasonló arányokat olvashatunk le a második táblatról, mely azon gyomorpanaszos 402 férfire és 192 nőre vonatkozik, kiknél objektív elváltozást (fekély, rák vagy összenövések) tudtam kimutatni.

A felső oszlopok ismét a férfiakra vonatkozóan



II. táblázat.

mutatják, hogy a gyomor a köldök felett van: 3 ujjal 52 = 13%, 2 ujjal 79 = 19.6%, 1 ujjal 45 = 11.2%; a köldök magasságában: 27 = 6.6%; a köldök alatt: 1 ujjal 18 = 4.5%, 2 ujjal 52 = 13%, 3 ujjal 54 = 13.5%, 4 ujjal 46 = 11.5%-ban, 5 ujjal 29 = 7.1%-ban.

\* A Német Röntgentársaság berlini kongresszusán 1924. április 27-én tartott előadás nyomán.



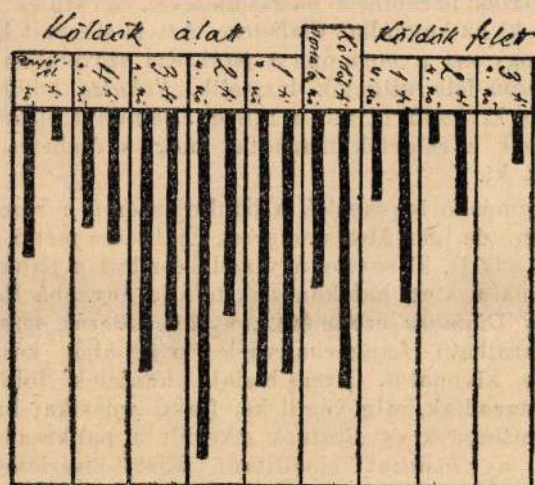
A nőkre tartozó alsó oszlopok szerint a gyomor a köldök felett van: 3 ujjal 17 = 8·8%, 2 ujjal 20 = 10·4%, 1 ujjal 10 = 5·2%; a köldök magasságában: 7 = 3·6%; a köldök alatt: 1 ujjal 6 = 3·1%, 2 ujjal 20 = 3·1%, 3 ujjal 51 = 26·5%, 4 ujjal 42 = 22%, 5 ujjal 18 = 9·5%; a symphysisig ér 1 = 0·5%-ban.

Feltűnő a nagy százalékos száma a magasan fekvő gyomroknak, amit azonban jól magyaráznak a máj alá és az epehólyaghoz való összenövésai a duodenumnak akár ulcus, akár pericholecystitis következtében, melyek miatt természetesen az egész gyomor magasabbra (és rendszeren kissé jobbra) helyezkedik el. A köldök alatt azért még mindig 49·6%-át találjuk a férfiak és 72%-át a nők gyomrának.

A harmadik táblázat száz-száz gyomorpanaszmentes férfi, illetve nő gyomrának helyzetét rögzíti.

A felső, férfiakra vonatkozó oszlopok adatai szerint a gyomor a köldök felett van: 3 ujjal 3, 2 ujjal 8, 1 ujjal 13; a köldök magasságában 19; a köldök alatt: 1 ujjal 14, 2 ujjal 16, 3 ujjal 15, 4 ujjal 10, 5 ujjal 2 esetben, ami ugyanannyi százaléknak is felel meg.

Az alsó oszlopok nőkre vonatkozóan azt mutatják, hogy a gyomor a köldök felett van: 3 ujjal 0, 2 ujjal 2, 1 ujjal 6; a köldök magasságában 12; a köldök alatt: 1 ujjal 19, 2 ujjal 24, 3 ujjal 18, 4 ujjal 9, 5 ujjal 10 eset-



III. táblázat.

ben, illetve százalékban, amely adatok nagyjában az idézett amerikai szerzők adataival egyeznek.

Amint az eredményekből látható, a gyomor helyzete korántsem köthető a köldök magasságához, mert férfiaknál 50%-ban, nőknél pedig 75%-ban van a köldök (interiliacalis vonal) alatt.

Teljesében csatlakoznom kell az emelített amerikai szerzők azon álláspontjához, hogy a gyomor mélyebb állása magában véve nem okoz zavart, sem panaszt, csak akkor, ha ehhez nagyobb fokú atonia is járul. A hasfalizmok erőssége nincsen befolyással a gyomor helyzetére (erős hasizmú egyéneknél épp úgy találunk mélyen fekvő gyomrot, mint másoknál).

A haránt-vastagbél tudvalevőleg (ritka kivétellel) a gyomor alatt húzódik, a gyomor mélyebb állása esetén tehát szintén jóval az interiliacalis vonal alatt helyezkedik el. Lane és Rowsing azon feltevése, hogy a mélyen fekvő colon magában megmagyarázza az obstitációt, tehát nem helytálló.

A gastroptosis diagnózisát mint a panaszok egyedüli oka nem jogos. Sokkal helyesebb tehát, ha a ptosis diagnózisát helyett egyszerűen megjegyezzük a gyomor alsó határának magasságát ilyenformán: a gyomor alsó polusa 1–2–3 ujjnyival stb. a köldök alatt van. Ehelyett fokozott figyelmet fordítunk a gyomor tonusára, melynek gyengesége vagy hiánya a tulajdonképeni oka a panaszoknak és a motilitási zavaroknak.

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

## A vérsavó epefestenyartartalma izommunka alatt.

Írta: ifj. márialigeti Cseley József dr. klinikai gyakornok.

Számtalan kísérlet által bebizonyított tény, hogy a vérsavó bilirubintartalma ugyanazon viszonyok és körülmények között ugyanazon egyénnél majdnem állandó és csak igen kis határok közt mozgó ingadozásokat mutat. Embernél a vérsavó epefestenyartartalma 1·2–2·0 mg-% között ingadozik, de a serumok nagy többségénél 1·4–1·9 mg-% közti értékek találhatók.

A szerzők nagyrésze azon okokat tanulmányozta, amelyek eme bilirubinérték állandó megváltozásához vezetnek. Mindezen kísérletek tehát a pathologikus elváltozások okának kiderítését célozták, míg a physiologikus bilirubintartalomnak külső behatások következtében beálló muló elváltozásaira semmi figyelmet nem fordítottak.

Vizsgálataim kezdetén ilyenirányú közleményről tudomásom nem volt. Szándékom volt a következő kérdések tisztázása:

1. az éhség, éheztetés,
2. a táplálkozás,
3. az izommunka befolyása a vérsavó bilirubin-

tartalmára.

Munkám közben jelent meg egy közlemény, mely ugyancsak két első kérdéssel foglalkozik. A munka Meyer és Knüppfertől<sup>2</sup> származik. Nevezett szerzők megállapították, hogy a vérsavó bilirubintartalma éhezés közben emelkedik, étkezés után eszketést mutat, ami által jellegzetes napszaki ingadozások észlelhetők. Mivel eredményeim eme szerzők észlelésével teljesen meg-egyeznek, elálok ezirányú eredményeim közlésétől, s e kérdésben fentnevezett szerzők közleményére utalok.

Az izommunka befolyását 33 betegnél vizsgáltam. A betegek addig gyakorlatoztak (guggolás, séta, lépésőnjárás, ágyban felülés-lefekvés), míg fáradságról vagy nehéz légzésről nem panaszkodtak. Ez szívbetegségeknél hamarabb, nem szívbetegségeknél 10–15 perc múlva következett be; egyidejűleg a pulzust is kontrolláltam.

Az I. tábla az oly betegknél nyert eredményeket mutatja, akik sem májbetegségben, sem a vérkeringési szervek betegségében nem szenvedtek. A táblázatból látható, hogy a bilirubinérték az izommunka előtt és után igen kis ingadozást mutat, amellet a kitérések fel és lefelé számra majdnem egyenlők.

I. sz. tábla.

Név	Diagnosis	Bilirubin		Megjegyzés
		előtt	után	
K. G.	Malum Dupuytr. . .	1'68	2'20	
L. D.	Sine morbo int. . .	1'88	2'12	
L. K.	Cat. apicum . . . .	1'72	1'30	
B. P.	Neurasthenia. . . .	1'48	1'48	
S. M.	Pyelitis . . . . .	1'50	1'37	
B. J.	Kephalalgia . . . .	2'04	2'00	
B. J.	Cat. apicum . . . .	2'14	2'08	
G. J.	Kephalalgia . . . .	1'72	1'84	
K. G.	Bronchitis. . . . .	1'50	1'44	
D. J.	Supercid. ventr. . .	1'44	1'57	
S. S.	Polyserositis . . . .	—	—	

A II. táblázat vizsgált májbetegségeimet csoportosítja. Itt sem lehet szabályosságról beszélni, a májbetegségek ugyanazt a képet mutatják, mint az egészségesek, csak a kitérések — a nagyobb értéknek megfelelően — nagyobbak.

II. sz. tábla.

Név	Diagnosis	Bilirubin		Megjegyzés
		előtt	után	
F. J.	Icterus cat. . . .	5'68	4'26	Directreactio
J. J.	Cirrhosis Hanot . .	17'36	19'60	" "
N. Á.	Cholelithiasis . . .	2'60	2'40	" "
Z. J.	Cholecystitis . . .	2'70	2'52	" "
H. J.	Icterus cat. . . .	17'60	18'24	" "
Sz. J.	Carc. pankreatis . .	39'00	34'44	" "

Várakozással ellentétben kompenzált szív-bajoknál sem tudtam izommunka után hyperbilirubinæmiát kimutatni. (III. táblázat.) A cardiovascularis

III. tábla.

Név	Diagnosis	Pulsus		Bilirubin		Megjegyzés
		előtt	után	előtt	után	
M. S.	Lues Insuff. aortae . . .			1'84	2'04	Kompenzált
D. L.	Aortitis . . . . .			3'00	3'00	"
Sz. D. G.	Myodeg. cordis . . . .			2'96	3'08	Máj tapintható
V. S.	— . . . . .	78	146	2'44	2'44	Kompenzált
M. J.	Ectasia aortae . . . . .	92	116	1'16	1'25	"
P. S.	Insuff. et sten. bicusp. . .	111	140	5'72	8'25	In stat. decomp. Morib.
K. J.	— . . . . .	86	110	1'20	1'73	Boka-oedema
Sch. D.	mitralis . . . . .	90	102	1'68	1'20	Kompenzált
B. A.	et sten. bicusp. . . . .	76	106	1'16	1'20	Gravid m. III.
R. S.	aortae . . . . .	111	150	2'00	2'00	Máj tapintható
O. S.	Myodeg. cordis . . . . .	110	146	2'68	3'36	In stat. decomp.
F. M.	— . . . . .	94	132	1'76	1'72	Ectasia. comp.
H. M.	Insuff. bicusp. sten ostii ven. sin. . . . .	68	120	2'00	2'04	Légszomj
D. F.	— . . . . .			2'40	1'84	Kompenzált

apparatus megterhelésével célzott rosszabbodás a máj vérellátásában nem elégséges a májsejtek bilirubin-kiválasztó képességének manifest elégtelenné válásához.

Csak két teljesen dekompenzált szív-bajosnál sikerült jelentékenyen emelkedett vérbilirubinértékét nyernem. Az egyik esetben 5'72-ről 8'25-ig, a másikon pedig 2'68-ról 3'36 mg-%-ig emelkedett. Az első ezen két beteg közül két nappal később exitált.

#### Összefoglalás:

1. Rövid izommunka a vérsavó epefestenytartalmára egészségeseknél befolyást nem gyakorol.

2. E hatás ugyancsak nem észlelhető oly egyéneknél, kiknél a vér epefestenytartalma kórosan megsaporodott.

3. Szívbetegségeknél compensatiós stadiumban úgy viselkednek, mint egészségesek. Az izommunka csak nagyfokú decompensatio esetén vezet a vérbilirubin emelkedéséhez.

A szív működés megváltozásának korai felismerésére tehát ez az eljárás nem alkalmas.

Irodalom: <sup>1</sup> Hetényi: Kl. Med. 95, 4469. — <sup>2</sup> Meyer és Knüpper: D. A. f. kl. Med. 138, 321.

A magy. kir. Ferenc József-tudományegyetem gyógyszer-tani intézetének közleménye.

## Az insulin hatásáról.\*

Írta: Issekutz Béla dr. egyet. ny. r. tanár.

Már *Minkovskynak*, a pankreasdiabetes felfedezőjének is az volt a véleménye, hogy a pankreas belső secretumot termel, melynek feladata a szénhydrat-anyagcsere szabályozása. Számos támadás érte ezt a tant különösen *Pflüger* részéről, ki azt igyekezett bizonyítani, hogy a diabetest a pankreaskiirtással kapcsolatos idegsértések okozzák. Már *Minkovskynak* kimutatta azonban, hogy a pankreas összes idegeinek átmetszése, a pankreas transplantálása, még nem okoz diabetest, ez csak az átültetett rész kiirtása után lép fel. Később sikerült kétségtelenül bebizonyítani, hogy a pankreas hormont termel, amely a vérben kering. Így *Hedon* egészséges kutya vérédegyeit összekötötte pankreas fosztotta kutyáéval s erre az utóbbi diabetese fokozatosan csökkent. *Forschlach* ugyanezt elérte a pankreasdiabeteses állatnak egy egészségessé váló parabiótikus egyesítésével. Ha előrehaladott terhes kutyánál irtjuk ki a pankreas, diabetes nem lép fel, mert a foetus pankreasának hormonja pótolja az anyáét, s csak ezen physiologiás parabiosis megszűnésével, a szülés után fejlődik ki az anyaállat diabetese. Azt is sikerült kimutatni, hogy ezt a hormont a pankreas szövetében levő *Langerhans*-féle szigetek termelik. *Schulze* lekötve a pankreas kivezető útjait, a mirigyállományt elsorvasztotta, csak a szigetek maradtak meg, s diabetes nem fejlődött ki.

Számosan igyekeztek a pankreas ezen hormonjait előállítani, de igen kevés sikerrel. Említésre méltó *Scott* kísérlete (1911), ki savanyú vízzel készített a pankreasból kivonatot s ezt hatékonyan találta, továbbá *Reunie* (1904) és *Diamare* eredménye, ki teleostierák könnyen kipraeparálható *Langerhans*-féle szigeteiből készített hatékony kivonatot. Ezen biztató kezdetek folytatás nélkül maradtak, míg végül két fiatal amerikai bűvárnak, *Banting*nek és *Best*nek sikerült a pankreas hormonját, az *insulint* előállítani. Első kísérleteikben *Schulze* módszerével degenerált pankreasból készítették Ringer-oldattal kivonatot; ez pankreas fosztotta állatok vérébe fecskendezve, csökkentette a hyperglykæmiát és glykosuriát. A továbbiakra nézve fontos volt azon megállapításuk, hogy a pankreasenzymek a hatékony hormont elroncsolják. Oly módszereket dolgoztak tehát ki, melyekkel az enzyme káros hatását kiküszöbölhették. Előbb borjúembryók pankreasából készítették kivonatot, mert a foetusi életben az enzimtermelő mirigyek még nem működnek; majd savanyú közegben végezve a kivonást, sikerült az enzyme pusztításától megóvni a pankreashormont s ezzel vágómarhák pankreasa is felhasználhatóvá lett az insulin-előállításra. A nyers insulin előállítása ma már különösebb nehézséggel nem jár. Anorganikus savval megsavanyított 60%-os alkohollal vonjuk ki a pankreas. Az alkoholt vacuumban lepároljuk. A vizes oldatból az insulint abszolút alkohollal kicsapjuk, a csapadékot 70—80%-os alkoholban oldjuk. Nehezebb és sok veszteséggel jár a nyers insulin tisztítása; ennél azt a tulajdonságot használjuk fel, hogy ph. 5—6 között 92%-os alkohollal kicsapható; ismételt fractionált kicsapással sikerül az insulint a kísérő fehérjék legnagyobb részétől megtisztítani, de még az eddig előállított legtisztább insulin, mely már nyúlón 1/4 mg-ban hatékony, fehérjetulajdonságo-

\* A magy. kir. Ferenc József-tudományegyetem barátai egyesületének orvosi szakülésén 1924 február 23-án tartott előadás.

kat mutat. Nincs még eldöntve, hogy vajjon az insulin fehérjeanyag-e, vagy pedig egy biogen amin, mely fehérjéhez van absorbeálva. Kísérleteimhez eleinte saját magam előállította insulint használtam, később „Insulin Chinoin“-t. Ez Földi Zoltán dr. vegyész mérnök által kidolgozott tisztítási eljárással az amerikai és angol készítményekkel hatékonyság és tisztaság szempontjából egyenrangú minőségben készül.

Az insulin hatásának tárgyalásakor azokból az alapokból kell kiindulnunk, melyeket évtizedek szorgalmas munkájával a szénhidratanyagcsere és pankreasdiabetes tanulmányozásával építettek.

A bélből felszívódott glukose a májban visszartartott glikogenné polymerizálva, nehezen diffundáló állapotban marad raktáron, mindaddig, míg a felhasználására sor kerül. Ez legnagyobb részben az izmokban történik. Az izmok a cukrot részben glikogen, részben lactacidogen alakban (hexosephosphorsav) tartalmazzák, az utóbbi tulajdonképpen az izmok üzemanyaga. Az idegingerre a lactacidogen szétesik phosphorsavra és tejsavra. Valószínűleg az így keletkező H-ionok okozzák az izom összehúzódását. Az elernyedés idején a tejsav  $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{4}$ -e oxydálódik s a felszabaduló energia segítségével a nagyobbik részből megint lactacidogen épül fel. Az erős izommunka által felhasznált cukor a máj glikogenraktárából pótlódik, ezenkívül fehérjéből s valószínűleg zsírból is keletkezik cukor. Valamint a felesleges cukor a glikogenraktárak megtelése után is, zsírrá alakulva, megőrzetik tartaléktápanyagul. A vér cukortartalma igen állandó, erről a máj és vese gondoskodik. Ha a máj a glikogent nem tudja visszatartani, akkor a vér cukortartalma nő, hyperglykaemia keletkezik. Ekkor a vese a vércukorfelesleget kiválasztja. A pankreas kiirtása hyperglykaemiát és glykosuriát okoz. Ennek oka lehet egyrészt a cukortermelés növekedése, másrészt a cukorfelhasználás csökkenése. Négy évtizede folyik a vita, hogy melyik a fontosabb tényező a diabetesnél. Lássuk a lényegesebb érveket egyik és másik mellett.

A R. Q. fontos jelzője a szervezetben lefolyó oxydatióknak, ugyanis a cukormolecula elégeésekor a felhasznált  $O_2$ -nél egyenlő mennyiségű  $CO_2$  keletkezik, tehát a R. Q. 1-gyel egyenlő, a fehérjék s még inkább a zsírok oxydatiójánál több  $O_2$ -re van szükség, ezért a R. Q. 0.8, illetve 0.7-re csökken. Pankreasdiabetesnél a R. Q. alacsony, s ez cukorbefecskendezésre nem nő, ellenben insulinhatásra emelkedik. Ez a legfontosabb közvetett bizonyítéka annak, hogy a diabetesben a cukor elégeése csökkenve van. Ezzel szemben azok a kísérletek, amelyek ezt direkte kimutatni akarják, nem vezettek eredményre.

Legtöbbet emlegetett ezek közül *Starling* és *Knowlton* kísérlete, mely szerint a pankreas fosztotta állat kimetszett szíve az átáramló folyadékból sokkal kevesebb cukrot fogyaszt el, mint a normalis állaté. Később azonban maga *Starling* mutatta ki, hogy ez a kísérlet nem bizonyít, mert a diabeteses állat szíve sok glikogent tartalmaz, s bizonyára ennek a fogyasztásával dolgozik túlélő állapotban. Egyéb a pankreas fosztotta állatoktól származó túlélő szervekben — izom, bél, vörösvértest — a cukorfogyasztás a normalishoz viszonyítva nincsen csökkenve. *Macleod* és *Pearce* tapasztalták, hogy a hasúri szervek kiirtása után — tehát a cukortermelés megszűntével — a vér cukortartalma éppen úgy csökken diabeteses állatoknál, mint a normalisoknál. Különösen fontosnak tartom *Parnas*nak 1919-ből származó kísérleteit, ki modern methodikával hasonlította össze a pankreasdiabetikus béka izmának szénhidratfogyasztását, tejsav-, hőtermelését, légsere-

jét és munkateeljesítményét: a szénhidratfogyasztásban különbséget nem talált, jóllehet a pankreas fosztotta állat izmának munkaeffektusa kisebb volt.

Experimentalis úton bizonyítani tehát azt, hogy a pankreashormon hiánya az izmok cukorfelhasználását csökkenti, eddig nem sikerült. Bár ezek a kísérletek nem zárják ki annak a lehetőségét, hogy diabeteses szervezetben a cukoroxydatio csökken, mégis tisztán erre visszavezetni az anyagcserezavart annál is kevésbbé lehet, mert számos kísérlet bizonyítja, hogy a pankreashormon hiánya cukortermelés növekedésével jár.

A pankreas fosztotta állat mája nem tudja a cukrot glikogenné polymerizálni. Hiába kering a vérben sok cukor, azt nem köti meg; sőt a meglevő glikogenja is gyorsan elbomlik, úgy hogy diabeteses máj glikogent alig tartalmaz, ennek helyét zsír foglalja el.

Ha a túlélő emlősmájon cukoroldatot áramoltatunk át, akkor az a cukorból glikogent épít fel, a pankreas fosztotta állat mája azonban erre nem képes (*Barencéhen*). Továbbá megállapították, hogy a diabeteses májban a glikogen gyorsabban bomlik, ennek cukortermelése sokkal nagyobb, mint a normalisé. Valószínűleg két folyamat, a glikogen felépítése és bomlása szoros összefüggésben van egymással. A pankreashormon hiánya a két folyamat egyensúlyát úgy változtatja meg, hogy a glikogen bomlásával annak építése nem tart lépést s ezért a máj glikogenraktára teljesen kiürül. Már normalis viszonyok között is fehérjéből s valószínűleg zsírokból is keletkezik cukor, hiszen az izmok valószínűleg csak a cukrot, illetőleg lactacidogent képesek felhasználni üzemanyagul, a fehérjéknek és zsíroknak előbb cukorra kell átalakulniok, hogy az izmokban felhasználhatóvá váljanak.

A pankreasdiabetesben ezen tápanyagokból is gyorsabban keletkezik cukor, ezért a glikogenraktárak kiürülése után is sok cukor termelődik, mely — a nem, vagy kevésbbé csökkent cukorfelhasználás mellett — a hyperglykaemiát fenntartja. Ezért növeli a fehérjé-táplálás a glykosuriát, ezért van a cukor- és N-kiválasztás között szoros összefüggés.

A klinikusok megfigyelései, véleménye is általában a cukortermelés növekedésében látja a diabetes legfontosabb okát. Így pl. *Krehl* szerint vannak diabeteses betegek, kiknél az anyagcserezavart kizárólag a cukortermelés növekedése okozza, ezeknél fokozott izommunka a hyperglykaemiát csökkenti, más súlyos diabeteses betegeknel azonban ezenkívül a cukor kihasználása (oxydatiója és zsírrá alakítása) is meg van zavarva.

*Noorden*, ki régebben a cukortermelés fokozódása mellett a hiányos cukoroxydatioiban látta az anyagcserezavar okát, 1917-ben már azt állítja, hogy a szervezet cukorbontó képessége egyáltalán nincsen csökkenve. *Naunyn* szerint a máj hiányos glikogenképzése a legbiztosabb tény, mely a diabetesetheoriánál jelentőség-gel bír.

Az insulin előállítása előtt a pankreashormon szerepére abból az anyagcserezavarból következtettek, mely a hormon hiányzásából keletkezik, tehát mintegy a negativ képet szemlélték. Ez nem vezetett a kép teljes megismerésére. Az insulin segítségével már most módunkban van a positiv képet előállítani, az insulin befecskendezésével túlozzuk a pankreas normalis működését s így újból anyagcserezavart kapunk, mely azonban éppen fordítottja az eddig tanulmányozottnak. Ezzel remélhetjük a pankreashormon élettani működésének megismerését, mert most már módunkban van a két végletből — a teljes hormonhiányból és a túlozott hormonhatásból — következtetni rá.

Természetes tehát, hogy az insulin előállításával

a hatás módjának legtüzetezesebb tanulmányozása kezdődött meg. Eleinte csak a felfedezők intézetében folyt a munka, csakhamar a többi amerikai és angol egyetemeken is résztvettek benne s mihelyt az insulin a németeknek és nekünk is hozzáférhetővé vált, Közép-Európában is megindult a lázas kutatás.

A kísérleti eredmények azonban eddig nem vezettek az insulin hatásának teljes megértéséhez, sok egymással ellentmondó adatot találunk s különösen, ha az insulinnal kapott eredményeket vetjük egybe mindazzal, amit eddig a pankreaskiirtás segítségével megismertünk.

Legjobban tisztázott az insulin hatása diabeteses szervezetnél, melynél az egész anyagcsere zavart megszünteti: csökkenti a hyperglykaemiát, részben a cukor fokozott oxydatiójával — ezt bizonyítja a R. Q. növekedése —, részben a cukorképződés gátlásával. Az utóbbira mutat az, hogy a májban, mely eddig glykogen alig tartalmazott, glykogen halmozódik fel, ezzel arányosan csökken a máj zsírtartalma. A fokozott oxydatio következtében megszűnik a ketontestképződés s ezzel kapcsolatos acidotikus állapot. Éppen ez teszi az insulin coma diabeticumnál életmentővé. Valószínűleg gátolja a fehérje és zsír átalakulását cukorrá, bár ez még bizonyítva nincsen.

Egészséges szervezetnél az insulin hatása sok tekintetben az előbbivel ellentétesnek látszik, s éppen ez nehezíti meg a hatás magyarázatát. Itt a képen a vér cukortartalmának csökkenése uralkodik, mely pár óra alatt a normalis felére száll le, s ekkor az állatnál súlyos hypoglykaemiás tünetek, göresök, majd coma mutatkoznak. Ezeket a vércukor növelésével — cukorinjekcióval vagy adrenalinnal — pár perc alatt meg lehet szüntetni. A hypoglykaemia — a szervezet nagy cukorinsége — már most teljesen elfedi az insulin egyéb hatását. Például a máj glykogen tartalma nemesak hogy nem nő, mint a diabeteses szervezetnél, melynek sok felesleges cukra van, hanem erősen csökken.

A R. Q. vizsgálata nem ad értékesíthető képet az anyagcsereéről, legtöbbször azt látszik bizonyítani, hogy az oxydatiós folyamatok nincsenek meggyorsulva, mert az  $O_2$ -felhasználás nincsen növekedve. A cukor sorsára vonatkozó vizsgálatok ugyan egyértelműleg bizonyítják annak gyorsabb felhasználását, de még kevés adat szól a  $CO_2$ - és  $H_2O$ -ra való teljes elégetése mellett. Így például *Lesser*, *Bissinger* és *Zipf* egereknél megállapították, hogy insulin hatására az egész test szénhydrattartalma csökken, a befecskendezett cukor az insulinos egerek testében háromszor gyorsabban használatik fel, mint a normalisokéban.

*Hepburn* és *Latchford* szerint túlélő nyúl szíve az átáramló folyadékból több glukosét fogyaszt insulin hatására, mint azelőtt. Ezzel szemben *Macleod*nak a cukor sorsára vonatkozó vizsgálatai negatív eredménnyel jártak, szerinte az insulin sem a vérben, sem a májban, sem az izomban a cukor bomlását nem fokozza. Fokozott oxydatio mellett szól *Büchner* és *Gräfe* vizsgálata, kik szövetdarabok lélekzését az insulin hatására 500 százalékgig fokozódni láttak; végül *Neuberg* szerint az insulin fokozza a májban az acetaldehyd képződését.

A cukor fokozott elégését e kísérletek bár valószínűvé teszik, de nem bizonyítják. De ha el is fogadjuk ezt, akkor sincsen még az insulin hatása teljesen megmagyarázva, mert magában véve a fokozott cukor felhasználás nem okoz hypoglykaemiát: a strychnin-mérgezéssel, phloridzinkezeléssel fokozhatjuk a cukor elégését és kiválasztását annyira, hogy a máj glykogenraktára teljesen kimerül, hypoglykaemia mégsem áll elő, mert a szénhydrattartalmak kimerülése után fehérjéből, zsírból készül annyi cukor, amennyi szükséges

a vércukor állandósítására. Insulin hatásánál ellenben azt látjuk, hogy pár óra alatt a vércukor tartalma a felére leszáll. Igaz, ugyan, hogy a máj glykogen tartalma is csökken, de azért a szervezet szénhydrattartaléka nincsen kimerítve; ezt legjobban bizonyítja, hogy adrenalininjekcióval a vércukor gyorsan emelhető. Tehát valami gátlásnak kell fennállani, mely miatt a csökkenő vércukor nem pótolható a szövetekből kellő gyorsasággal, az adrenalin ezt a gátlást megszüntetve, szünteti meg a hypoglykaemiás göresöket.

A máj feladata a vér cukortartalmának szabályozása; a glykogen hydrolysisével pótolja az elhasznált cukrot. Ha a májat kiirtjuk, a vér cukortartalma csökken, igaz hogy lassabban, mint az insulin hatásánál, nyilván azért, mert az insulin nemesak a cukorképzést gátolja, hanem egyidejűleg fokozza a cukor felhasználását s ezáltal megzavarja a kettő közötti egyensúlyt, okozza a hypoglykaemiát. Pankreas fosztotta állaton az insulin megszünteti a zsírvándorlást, a ketontestek képződését, a májból a zsír elenyészik s helyét az újon képzett glykogen foglalja el. Egészséges állaton az insulin ezen glykogenképző hatása azért nem mutatható ki, mert a szervezet részéről olyan nagy a cukorigénylés, hogy ez a glykogenfelraktározást nem engedi meg, sőt a meglévő glykogen bomlását is okozza. Ha azonban az insulinos szervezet cukorigényét kielégítheti a vér és szövetek magas cukortartalmából, akkor az insulin hatására új glykogen képződik. Így látjuk ezt a pankreasdiabetesnél és az alimentaris hyperglykaemiánál is.

Az insulin hatásának első vizsgálói is már megállapították, hogy az insulin csökkenti vagy teljesen meggátolja a kísérleti hyperglykaemiát, melyet a piqure, az asphyxia, az adrenalin, a  $CO$  és aether okozott. Ezek pedig mind a májglykogen mobilizálásával keletkeznek. Lehetséges ugyan, hogy ezen hyperglykaemiák ellen az insulin csakis a keletkező cukor gyorsabb elégésével hat, mégis valószínűbbnek tartom, hogy itten egy kétoldali valódi antagonizmus áll fenn. Különösen az adrenalin között az antagonizmus olyan tökéletes, hogy sikerült ezt *Eadien*nek egy képletben is kifejezni és felhasználni az insulin titrálására. Az ilyen teljes antagonizmus akkor érhető, ha mindkét anyag hatóhelyei azonosak. Az adrenalin fokozza a májglykogen bomlását és cukornak a zsírból való képződését. Az insulin ezzel szemben elősegíti a glykogen keletkezését, gátolja annak bomlását s valószínűleg a zsírnak cukorrá való oxydálódását is. Már megemlékeztem azokról az insulin-aera előtti kísérletekről, melyek egyértelműleg bizonyítják, hogy a pankreashormon hiányánál a máj glykogenképző képessége csökkenve van, a glykogen bomlása pedig fokozódva. Ezen hormonnak a befolyása által épül és bomlik tehát a glykogen. Semmi okunk nincs ezen kísérletek eredményében kételkedni, az a körülmény, hogy a végletekig növelt insulin-hatáskor, a hypoglykaemiás göresök idején, a maximumig fokozott cukorigényléssel szemben a máj glykogenjét nem tudja megvédeni, nem szól az insulinnak ezen gátló hatása ellen. *Bickel* és *Colazzo* újabban kimutatták, hogy kis adag insulinnal kezelt galambok májában a glykogen tartalom nagyobb, mint a normalisokéban.

Mindezek szerint tehát az adrenalin és az insulin két egymással ellentétesen ható hormon, melyek egymás hatását ellensúlyozva szabályozzák a szénhydratanyagcserét. Ennek a bizonyítására végzett eddigi kísérletek nem jártak a remélt eredménnyel. Így *Noble* és *Macleod* szerint átáramoltatott teknősbékamájon az insulin nem fokozza a glykogenképzést, s nem is gátolja az adrenalin glykogenmobilizáló hatását. Ugyanezt tapasztalták *Bissinger*, *Lesser* és *Zipf* is békamájon. Egyedül

Griesbach és Bornstein látott adrenalingátló hatást túlélő kutyamájon.

Saját kísérleteim, melyeket átáramoltatott békamájon végeztem, mindaddig negatív eredménnyel jártak, amíg az átáramló folyadékhoz tettem az insulint. Később azonban gondolva arra, hogy esetleg az insulin csak lassan fejti ki a hatását, a kísérleteket megelőző napokon nagy adag insulint fecskendeztem a békák hasi

I. tábla.

Átáramoltatott békamáj cukortermelése egy óra alatt.

Normalis		Insulinnal kezelt		
‰	adrenalin	‰	adrenalin	glykogen
23	46	0.27	1.07	
20	50	0.47	0.68	
22	54	0.56	1.00	
22	39	0.25	0.78	
24	40	0.50	0.95	68
39	82	1.03	1.30	34
25	63	0.58	1.17	37
32	96	0.96	1.28	72
16	21	0.28	0.31	62
32	60	0.39	0.64	
29	41			
26	54	0.53	0.92	

nyirok tömlőjébe, s csak 16–48 óra múlva (rövidebb idő nem elegendő) ölttem meg az állatot s végeztem a máj átáramoltatását. A kísérletek, melyek az I. táblázatban vannak összefoglalva, egyértelműleg azt bizonyítják, hogy az insulin a májglykogen bomlását és az adrenalin hatását igen nagy mértékben gátolja.

A normalis békamáj óránkénti cukortermelése 1.64–3.17‰ között ingadozik, középértékben 2.59‰, az adrenalin (1:200.000) ezt 5.4‰-re emeli. Az insulinnal kezelt békamáj cukortermelése minden esetben sokkal kisebb volt, mint a normalis békáké 0.25–1.03‰; középértékben 0.53‰ 1 óra alatt, tehát az insulinkezelés a máj cukortermelését 1/5-re csökkentette.

Az adrenalin hatása is jóval gyengébbnek mutatkozott: a cukortermelés csak 0.31–1.30‰-re, középértékben 0.92‰-re emelkedett, tehát jóval kisebb maradt, mint a máj normalis cukortermelése.

Tudva azt, hogy az insulin emlőállatoknál a máj glykogentartalmát csökkenti, felmerült az a lehetőség, hogy azért termelnek az insulinos békamájak kevesebb cukrot, mert kevesebb a glykogenjük. Tényleg 5 kísérlet közül 2-ben az insulinos béka májában feltűnő kevés glykogent találtam. Ezért egy következő kísérletsorozatban (II. tábla) a glykogenfelhasználás meggátlása végett az insulinnal együtt glykoset is fecskendeztem be a békáknak. Így elértem, hogy dacára 1–3 napig tartó insulinkezelésnél ezen állatok májának glykogentartalma nem volt kisebb, mint az egyidejűleg végzett kontrollkísérletekben az insulinnal nem kezelt állatok májájé. Ennek dacára az insulinos májak sokkal kevesebb cukrot termeltek, mint a normalisak.

A másik lehetséges ellenvetés az, hogy a termelt cukor az insulin hatására gyorsan elég s ez okozza a különbséget. 1 g máj óránként azonban csak 60–100 mm<sup>3</sup> O<sub>2</sub>-t fogyaszt a Barcroft-féle készülékben végzett meghatározásaim szerint. Ennyi oxygen pedig csak 0.1–0.2 mg cukor oxydálására elegendő. Végül lehetséges lenne az is, hogy a májban a cukor oxygen felhasználása nél-

kül bomlik el. Ennek megvizsgálása végett az átáramoltatási kísérletek végén a májat felaprítottam s két részre osztva az egyik részben azonnal, a másikban 4–6 óra múlva határozta meg az összes szénhidratok mennyiségét. A kettő különbsége adja a 4–6 óra alatt felhasznált cukormennyiséget. Ez úgy a normalis, mint az insulinnal kezelt békamájokban egyenlő volt és óránként csak 0.3–0.5‰-t tett ki.

Mindezen ellenvetéseknek megcáfolása után beigazoltunk kell tartanunk, hogy az insulin képes a máj cukortermelését, a glykogen bomlását nagy mértékben csökkenteni. Ehhez a hatás kifejtéséhez azonban jelentékeny időre van szüksége, ezért ha a túlélő béka máját átáramló folyadékba tesszük, akkor ezen hatása nem mutatkozik; ez az oka Macleod, Lesser stb. negatív eredményeinek. Ellenben ha az állatokat intra vitam kezeljük insulinnal, akkor az egy-két nap múlva végzett átáramoltatási kísérletben cukortermelést csökkentő hatása szembeszökő.

A hatásnak ez a lassúsága érthető, mert már régebbi kísérletek is bizonyítják, hogy az anyagcserezavar békán lassabban áll elő, mint emlősön. Míg például kutyán a pankreas kiirtása után 1–2 óra múlva kezdődik a glykosuria, békán ellenben csak 24–48 óra múlva jelentkezik. Lesser a pankreas kiirtása után 48 óra múlva észlelte csak a békamáj fokozott cukorképzését. Ha a békán a pankreashormon hiánya csak ilyen hosszú idő múlva okoz anyagcserezavart, akkor érthető, hogy ezen hatás nagymértékű fokozása is csak hosszabb idő alatt érhető el.

II. tábla.

Átáramoltatott békamáj cukortermelése egy óra alatt és glykogentartalma.

Normalis		Insulinnal + cukorral kezelt	
Cukor ‰	glykogen ‰	Cukor ‰	glykogen ‰
1.90	8.15	0.83	9.00
2.35	5.00	0.17	2.80
2.10	10.40	1.00	9.20
2.94	6.00	1.09	8.00
3.02	12.40	0.38	3.35
1.68	10.10	0.27	9.60
5.65	8.52	1.33	12.05
3.12	3.60	1.00	9.16
2.00	8.70	0.47	14.15
		0.90	9.72
		1.03	8.60
		1.28	13.30
		0.54	7.42
		0.65	7.82
2.75	8.96	0.78	8.87

**Összefoglalás:** A pankreasdiabeteses szervezet megfigyelése, az insulin és adrenalin közötti antagonizmus s végül a túlélő békamájon végzett meghatározások egyaránt bizonyítják, hogy a pankreashormon nemcsak a cukor felhasználását fokozza, hanem a cukortermelést is gátolja. Az utóbbit a glykogen bomlására vonatkozólag sikerült eddig kimutatnom, de valószínű, hogy ugyanilyen befolyás alatt áll cukornak a fehérjéből és zsírból való képzése is.

## ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

### A vesebetegségek diatás kezelése.

#### 13. Fehérjeszegény, vegetabil étrend.

A napi táplálék fehérjetartalma igen tág határok között ingadozhatik és kisebb-nagyobb étkezésszerű excessustól eltekintve, nagy átlagban 80–150 g-ra tehető. Ha a vesék az ezen fehérjemennyiségből származó anyagcseretermékeket gyorsan és tökéletesen kiküszöbölni nem képesek, úgy a retentio elkerülésére a csökkent funkcióképességhez mérten enyhébben vagy szigorúbban kell a fehérjebevitelt korlátoznunk.

A fehérjemegszorítás a legegyszerűbben úgy történhetik, hogy a beteg étrendjéből a húsételeket töröljük. Egy felnőtt ember átlag 150–250 g húst eszik naponta, ez 30–50 g húsfehérjének felel meg és ennélfogva a húsételek elhagyásával a fehérjebevitel tekintetében jelentékeny megtakarítást lehet elérni. A *húsmentes* vagy *ovo-laktovegetabil étrendet* hosszabb időn át folytatva, a beteg kórtípusa hasonlítani fog azon táplálkozási módhoz, amelyet a vegetáriánusok írnak elő és követnek.

A *vegetáriánusok étrendi előírásai* nem egységesek, szekták szerint is különbözők lehetnek és általában három csoportba oszthatók: vannak olyanok, amelyek csak a leölt állat húsát és az abból származó élelmiszereket, mint a húsvés, húskivonat, gelatina, valamint az állati származású zsírokat, mint a vaj, disznózsír, faggyú, csontvelő, margarin stb. tiltják el, míg az élő állat élelmiszerül szolgáló produktumait, mint a tej, tejtermékek, tojás és kaviár fogyasztását megengedhetőnek tartják. Az igazi vegetáriánus azonban az utóbbiakkal sem él, hanem kizárólag növényi eredetű anyagokkal táplálkozik. (A harmadik, lényegtelenül csekély csoportba tartoznak az ú. n. *rohkostlerek*, akik a „természetes életmódhoz” úgy akarnak visszatérni, hogy csak olyan élelmiszereket fogyasztanak, amelyek élvezetéhez semmiféle konyhai elkészítés, sütés vagy főzés stb. nem szükséges.)

A vegetáriánus konyha ételeit annyira változatosan és ízletesen tudja elkészíteni, hogy azokat előnyösen lehet felhasználnunk minden olyan diatában, amelyet túlnyomóról növényi eredetű élelmiszerekből kell összeállítanunk. A vegetabil kosztra jellemző, hogy aránylag kevés fehérjét, konyhasót, purinbasist, viszont sok szénhidrátot és cellulosét tartalmaz, azonkívül, hogy caloriaszegény és hogy a feldolgozása a szerveket a vegyes kosztnál kevésbé terheli meg. A vesebeteg étrendjében főleg a fehérje- és konyhasószegénysége miatt alkalmazzuk, a vegetáriánus előírástól némileg eltérően. Bőven fogjuk ugyanis adni az állati származású zsírokat is.

Ha a fehérjebevitelt energikusabban akarjuk megszorítani, úgy a húsételeken kívül, a tejjel, sajttal vagy tojással készült ételeket is korlátoznunk kell és ilyenkor az étrend lisztes ételekből, tésztákból, főzelékekből és gyümölcsökből fog állani. A húsmegvonást könnyen meg lehet szokni, a tejről, sajtról lemondani nem nehéz, ellenben a *tojás* annyira értékes konyhatechnikai segédanyag, hogy, ha a tojásételeket el is tiltjuk, naponta 2–3 tojás használatát a változatosság érdekében meg kell engednünk. A liszthez keverve finomabbá, könnyebben emészthetővé teszi a tésztát, tojással készülnek a kochok és a pudingok, tojással kötik a legjobb töltelék, farce-ot és a panierozáshoz használt panade-okat. Mivel egy tojás átlag 6 g fehérjét tartalmaz, napi 12–18 g tojásfehérje nem tekinthető túlnagy mennyiségnek.

Tej, sajt, túró, aludttej és író lehetőleg ne szerepeljen az étrendben, ellenben a sűrű tejfelt, tejszínt és vaját bátran adhatjuk. Reggelire és uzsonnára tejes kávé helyett inkább olyan híg feketekávé írunk elő, amelyből tejszínnel készítenek melange-t.

Az ebéd rendszeren *hamis levesel* kezdődjék, amely-rántásnak vízzel, főzelék-főzővízzel, vagy tejjel való feleresztésével készül. A bőjtös levelekhez e célra bort, sört vagy gyümölcszörpöt használnak. A hamisleve-seket alapanyag vagy levesbevaló szerint osztályozzák és nevezik el. Az alapanyag rendszeren valamilyen főzelék-purée, pl. paradicsom- vagy babpuréeleves, a levesbevaló pedig főzelék, gyümölcs, tésztaemlé vagy cereália, pl. zöldborsóleves, egresleves, tarhonyaleves, rizsleves, stb.

Igen fontos a rántás a *főzelékek elkészítésénél*,

mivel nálunk csaknem minden főzeléket (főleg a téli főzelékeket) sűrű rántásban szokás tálalni. A főzelék ezáltal nemcsak tömegesebb, tehát olcsóbb, de ízletesebb és nagyobb telítőértékű is lesz. Mivel az egyféle főzelék fogyasztását a betegek könnyen megúnják, lehet a fő-főzelékételt más, leginkább idény- vagy fűszeres főze-lékekkel kombinálni. E célt szolgálják pl. a töltött főze-lékek, amelyeket kenyér, rizs, burgonya vagy más főzelékek keverékéből előállított töltelékkel töltenek. A berántott főzeléket „feltét”-tel szokták fogyasztani. A feltét vagy zsírban kisütött, panierozott tésztaemlé lehet, vagy valamilyen főzelék-farce-ból készülhet. Főzelék-kochokat vagy pudingokat is igen kedvelik a betegek. A főzelékekkel egyébként igen nagy változa-tosságot lehet elérni. Nyersen mint salátákat, zsírral párolva angolosan vagy franciásan tálalva tízórára, előételnek vagy körítésül igen jól felhasználhatók. Ügyelnünk kell a főzelékfogyasztásnál azonban az emésztőszervek állapotára, a betegeket figyelmeztessük az alapos rágás szükségességére, csak puha, friss és hibátlan anyagot szerezzünk be és ha kell, inkább szitán áttörve, mint főzelék-purét tálaljuk.

A *lisztes főzelékek* közül a leguminosék, mivel fehérjetartalmuk a főzelékek között a legnagyobb, ne kerüljenek sokszor az asztalra. Igen fontos élelmi-szerek a vegetabil étrendben a burgonya és a rizs. Mindkettő igen ízletesen és változatosan sokféle étellel készíthető el, és aránylag nagyobb mennyiséget lehet belőlük minden étkezéshez adni anélkül, hogy a betegek egyhangúságról panaszkodnának. A napi szénhidrát-mennyiség tekintélyes része vihető be velük.

A *tészták* közül úgy a vízbenfőtt, mint a kelt sülttészták, valamint a zsírban sült tésztákat meg lehet engedni akár sósan, de inkább édesen, a vesebeteg-eknek megengedett fűszerekkel ízesítve. Kivételt csupán azok a tésztafajták képeznek, amelyekhez sok tojás szükséges, mint pl. a tojásos galuska, kuglóf, piskóta-tészta stb. A különböző örleményekből, darákból, kásák-ból, valamint a tarhonyával és makkaróniból változatos ételek készíthetők.

A főzelékeken és a tésztákon kívül a fehérje-szegény étrend harmadik fontos élelmiszercsoportját alkotják a *gyümölcsök*. Nemcsak az év legnagyobb részében idény szerint nyersen fogyasztva, hanem a belőlük cukorral készült gyümölcskészítmények, mint befőttek, jam-ek, lekvárok, szörpök és gyümölcsborok is, azonkívül a gyümölcsökkel készült ételek, mint leve-sek, mártások, tészták, kochok, fagyaltok stb. az étrend gazdag változatosságát biztosíthatják. A maggyümöl-csök, mint a dió, mogyoró, mandula, mák stb. igen ked-veltek, tápértékük is nagy és konyhatechnikailag sok-féleképpen használhatók fel.

Kávé, tea és csokoládé, valamint az alkoholos ita-lokat a vesebeteg diatás prophylaxisánál elmondot-tak szerint engedhetjük meg.

Mivel az ilyen étrend különben is sok cellulosét tartalmaz, a durvaőrleési kenyérfajták, pl. Graham-kenyér helyett inkább a finom, fehérlisztből süttött kenyereket vagy péksüteményeket rendeljük.

Soós Aladár dr.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

Az acut leukaemia Röntgen-kezelésének kérdésé-ről. G. Wodtke. (Med. Klin. 1924. 15. sz.)

Míg chronikus leukaemiánál a Röntgen-kezelés-nek kétségtelen haszna van, addig a leukaemia acut és subacut formájánál ez a kezelés eredménytelen, sőt — ha nagyobb sugármennyiséggel történik a besugárzás — káros. A különbség, mely a chronikus és acut leukaemia Röntgen-kezelésének eredményében van, erő-síteni látszik azt a nézetet, mely szerint az acut leukae-mia a chronikustól lényegében különböző sepsises megbetegedés. A kettő vérképében van némi hasonlósá-g s ez onnan ered, hogy acut leukaemiánál az egész szervezettel együtt beteg a vérképző rendszer is.

Erdélyi József dr.

Az ulcus praepyloricum és ulcus pylori morpho-logiai Röntgen-diagnostikája. Herrnhaiser. (Med. Klin. 1924. 18. sz.)

Szerző a pars praepyloricán és pyloruson ülő fekély morfológiai tüneteit tárgyalja. Pars praepylor-

rica alatt értjük közvetlenül a pylorus előtt fekvő mintegy hüvelykujnyi gyomorrészt. Beosztásában *Akerlund* bulbusanalízisét követi, amit jogosulttá tesz a bulbus és a pars pylorica phylogenetikai összetartozása (*Goetze*). Az alakváltozásoknak négy alaptünetét különbözteti meg: 1. Nische, 2. behúzódás, 3. retractio, 4. diverticulum. 1. Tapasztalata szerint a pars praepylorica kiscgörbületén ülő Nische nem éppen ritka. A pylorus-nische ugyancsak a kiscgörbületen és a hátsó falon helyezkedik el, a pylorus-csatornában lévő tasakkal téveszthető össze. 2. A praepylorikus behúzódás analog a pars media homokóra-behúzódásával s a bulbuson lévő Cole-írányal. Gyakoribb, mint a praepylorikus Nische. Jellemző rá, hogy a nagygörbületi oldalon van  $\frac{1}{2}$ -2 cm-re a pylorus előtt. Éles, állandó. A kiscgörbületi behúzódás fekély mellett alig értékesíthető. 3. Retractio mellett szól: a) a belapult (egy oldalon retrahált) pars praepylorica, b) a hegyes pars praepylorica (kétoldali retractorico következménye). A gyomor kupalakban végződik. c) A pylorus-csatorna megnyúlása két- és többszöröse is lehet a normalisnak. A praepylorikus retractorico nem körjelző értékű. Ulcus duodeninél, összenövéséknél, scirrhusnál is előfordul. Egymagában csak gyanújel anatómiai faelváltozás mellett: fekély, összenövés, kezdődő daganat. 4. (Diverticulum.) a) Praepylorikus kiöblösödés. Typusos a nagygörbületen a pylorus-csatorna és a praepylorikus behúzódás között. b) Ulcus-tasak a pylorus-csatornában. Leginkább a nagygörbületi oldalon látható. Az ép nyálkahártya kiöblösödése.

*Erdélyi József dr.*

**A szöveti lélekzés nagysága emberen és gerinces állatokon.** *B. Büchner és Grafe.* (Klin. Woch. 1924. 22. szám.)

Az összanyagcserét a hőmérséken kívül az idegrendszer és a belső secretió szervek szabályozzák. Egyes szervekből egészen kicsiny (szárazsúlyban csak néhány milligrammot nyomó) darabokat kimetszve és a készítményeket bőséges oxigenmennyiségben, állandó hőmérsékben tartva (40°) az említett faktoroktól függetlenül lehetséges az egyes szervek specifikus oxigenfogyasztását vizsgálni. A szerzők ezt elvégezték egér és béka májával, izmával, tüdejével stb., sőt egyes esetekben emberi és nyúliszervekkel is és azt a meglepő tapasztalatot tették, hogy 1 g szárazsúlyú bármely szerv 1 perc alatt a szerv és az állat jellegétől függetlenül pontosan ugyanannyi oxigent fogyaszt, körülbelül 0.2 cm<sup>3</sup>-t. Ezzel szemben az organismus egymással összekapcsolódott szervei anyagcseréjének különböző éleltségét az idegrendszer szabályozó hatásának kell tulajdonítani.

*Kiss József dr.*

**Kísérletek insulinnal.** *W. Löwe.* (D. med. Wochenschr. 1924. 11. szám.)

Házinyulakon 1 és 2 egység insulinnak bőr alá fecskendezése után óránként vércukormeghatározásokat végeztek. Ezekből kitűnt, hogy maguk a házinyulak is különbözőképpen reagálnak az insulinnal s így „házi-nyúl-egységről” beszélni illusorius. *Löwe* továbbá két insulinnal kezelt coma diabeticumról számolt be. Reggel a beteg kábult, 11 órától kezdve súlyosan comás. Nem reagál a megszólításokra és érzésszervekre. Nagy lélekzés, nagyfokú hypotensiója a két bulbusnak. Reflexek hiányzanak. Karok, lábszárak hidegek. Hypothermia. Radialis pulzus nem tapintható. Maga alá bocsájt. Már nem nyel. A vizeletben comahengerek. 12 órákor 20 egység insulint subcutan, egyidejűleg 20 cm<sup>3</sup> 40%-os glukoseoldat intravenásan. Kámfor. 3 órákor 20 egység insulint. 4 órákor kezd javulni a beteg állapota. Este  $\frac{1}{2}$  órákor még 20 egység insulint. A vércukrot először — sajnos — csak az első insulint-glukose adása után határozták meg. Ekkor 440 mg-% volt, este 8 órákor még 280 mg-%, de másnap reggel 9 órákor, vagyis 12 órával a harmadik insulindag után csak 59 mg-% volt a vércukor mennyisége, tehát erős hypoglykaemia következett be, mely az éj folyamán bizonyára még nagyobb fokú volt, anélkül, hogy hypoglykaemiás tüneteket lehetett volna észrevenni az állandóan megfigyelt betegen. A cukorkiválasztás, mely a coma napján 100 g-ot tett ki, másnap leszállt 10 g-ra. Azután napi 20, majd 10 egység insulint kapott a beteg továbbra is. 5. napra oedema képződött, a beteg 4 nap alatt 5 kg vizet halmazott fel; később, noha 30 egységig emelkedtek, a glykosuria fokozódott. Egy másik comás beteg első nap négyszer 20 egység insulint és 2×20 cm<sup>3</sup> 40%-os glukoseoldatot kapott. Másnap 30+50 egység insulint és 3 liter physiologikus NaCl-ot subcutan infusio alakjában, tehát 31 óra alatt 160 egység insulint. Harmadnap

exitus. A vércukormeghatározások az insulin-hatás teljes hiányáról tanuskodtak. A szerző visszaütásítja az esetleges ellenvetést, hogy túlkicsiny adag insulint adtak volna.

*Horváth László.*

## Sebészet.

**A sebészi fertőzések vaccina-kezelése.** *De Zawadski* (Varsó). (Bruxelles Medical IV. évf., 47. sz., 1924 május 15.)

10 hónap óta 101 fertőzések sebészi bántalom közül 78 esetet kezelt autovaccinával. A vaccina-készítés 48 órát vett igénybe. Ahol vaccina-kezelés nem volt lehetséges, tej- és tojásfehérje-injectiókat adott. A vaccinák 1 cm<sup>3</sup>-e 1 milliárd—200 millió bakteriumot (előlve és karbolozva) tartalmazott. Kezdő-dosis elég nagy volt, 0.5 cm<sup>3</sup>, a következő adagok 2—3 naponként 1—1 cm<sup>3</sup>. Részletesen leír két szembeszőkő esetet: *I. eset.* Traumás eredetű agytályog punctiója, majd megnyitása után 7 vaccina-oltás, Muck-szerinti kötés a nyaki nagy erek összeszorításával. A beteg, aki igen súlyos állapotban volt (sommolentia, gyér érlökés, hányás stb.) három hét alatt teljesen meggyógyult. *II. eset.* Traumás eredetű meningitis néhány nap előtt okozott nyaki seb miatt, melyből liquor folyik. Merev nyak, hányás, zavart öntudat, a lumbal punctatumban geny streptococcusokkal. Ezért azonnal 20 cm<sup>3</sup> polyvalens antistreptococcus-serumot fecskendeznek be a gerinc-csatornába, két nappal utóbb pedig autovaccina-kezelést kezdenek. Prompt javulás, három hét alatt teljes gyógyulás. Legszámottebbak az autovaccinával kezelt cholecystitis-esetek. Ezek közül a legérdekesebb egy epehólyagátfűródő: esete hashártyagyulladás, melynél az epehólyagkiirtás alkalmával a májban többszörös tályogok voltak találhatóak. Sebzáras drainage-zsal. Autovaccina-kezelés mellett az idős nő minden szövödmény nélkül gyorsan meggyógyult. Egy más esetben spontán hasfal epehólyagsipoly gyökeres kiirtása történt előzetes 7 vaccinatio után, a legjobb eredménnyel. Drainage utáni tartós epefolyás eseteiben is jól hatott az autovaccina. Spontán sipolyos osteomyelitiseket előzetesen vaccinával kezelte a geny sterilizálásáig, azután végzett műtétet, sequester-eltávolítást, teljes kitakarítást. A sebet primára zárva és prima gyógyulást elérve, sikerült egészben véve 5—6 hét alatt a vaccinatio kezdésétől számítva teljes gyógyuláshoz jutnia. Ezenkívül sikerrel alkalmazta az autovaccinációt pleuritiseknél és puerperalis genyedéseknél. Furunculusok, phlegmonék, parenchritikus tályogok sokkal gyorsabban gyógyultak autovaccinatio mellett, mint anélkül. Szerzőnek az a felfogása, hogy fertőzések területen a műtét egyszersmind a szervezet élő bakteriumokkal való vaccinációjának tekintendő és ez a műtét várható hatásánál tekintetbe veendő. Az autovaccina-kezelés csak akkor lehet hatásos, ha a szervezetnek van még legalább némi reactio-ereje. Kétségtelen, hogy a vaccinatioval eddig reménytelennek minősített esetek (máj-tályog, meningitis) is megmenthetők. Igen foudroyans fertőzéseknel a Besredka-féle élő bakteriumokkal való vaccinatio alkalmazása is szóba jöhet.

*Valkányi dr.*

**Az insulin alkalmazása a fül-, orr- és gége-sebészetben.** *Vernieuwe* (Gand). (Bruxelles Medical IV. évf., 47. sz., 1924 május 15.)

Mivel még kevés eset került közlésre az insulinnak a sebészeti beavatkozásokat befolyásoló hatásáról, szerző ismerteti saját két esetét, melyekben cukorbeteg eredetű súlyos parotisgenyedések műtétjeinél sikerrel alkalmazta az insulint. *I. eset.* 60 éves nő hirtelen hidegrázással, lázzal megbetegszik. A betegség 4. napján kórházba szállítják, ahol kétoldali tüdőgyulladást állapítanak meg. A láz a 9. napon jellemző krízissel megszűnik, a 12. napon azonban újból 39.3 C° láz lép fel kétoldali parotis-duzzanat kíséretében. Egyidejűleg a beteg comaszzerű állapotba jut, lehelle acetonszagú, geny csepeg a jobb külső hallójáratból, ahová a parotisgenyedés áttört. Ekkor megvizsgálva a vizeletet, abban 21%<sub>00</sub> a cukor és acetone is kimutatható, míg a vércukortartalom 3.2%<sub>00</sub>. Ezen súlyos állapot miatt előzetesen 10 egység insulint kap a beteg reggel 9-kor, d. u. 5-kor a vércukor már csak 2.1%<sub>00</sub>, ugyanekkor műtét, kiterjedt kétoldali incisio helyi (methylchlorid) érzéstelenítésben. A nyert genyben pneumo- és staphylococcusok találhatóak. A beteg a műtétet követő 3 napon napi 10 egység insulint kap, az 5. és 6. injectiót néhány napi időközben kapja. A műtét utáni napon a coma megszűnt, a cukorvétel 6%<sub>00</sub>-re, a vércukor 1.23%<sub>00</sub>-re csökkent. A beteg

5 heti kezelés után gyógyultan távozik, legutoljára záródott el a külső hallójárat sipolya. Jelenleg csak kevés szigorú diatán él és igen jól érzi magát. — *II. eset.* 38 éves férfi két év óta cukorbeteg, két hónap óta rosszabbul van, szigorú diéta ellenére is változatlanul 12%<sub>00</sub> cukor van a vizeletében. Fogínygyulladásból nekrotikus-gyenes általános stomatitist kap. Ehhez hirtelen heves láz, rázóhideg kíséretében jobboldali, a nyakszirtról a kulcsontfeletti árokig terjedő duzzanat társul. Szerző ily előrehaladt állapotban látja először a beteget és parotis-gyenedést állapít meg. A véreukor csak 2%<sub>00</sub>, de a beteg 24 órai vizeletével 166 g cukrot ürített. A súlyos állapot miatt előzetes insulinkezelés, első nap 3×5 cm<sup>3</sup> intramuscularisan, a 2—10. napon napi 2×5 cm<sup>3</sup>. A 10. napon 1·1%<sub>00</sub> véreukor mellett műtét. Kiterjedt parotis-pusztulás, bonyealatti gyenes beszűrődés egész a nyakszirttáig, az erek törékenysége miatt nehezen csillapítható parenchymás vérzés. A műtét után a rettegett coma nem lép fel, a műtési seb feltűnő gyorsan gyógyult be, amit szerző a kitartóan tovább adagolt insulinnak tulajdonít.

Valkányi dr.

## Szülészet és nőgyógyászat.

**Vizsgálatok a „hydrops gravidarum” kérdéséhez.**  
*P. Schumacher.* (Arch. f. Gynaek. 1923. 119. köt., 2. füz.)  
A terhes nőknél, a terhesség vége felé a reggeli órákban, átlag 64%<sub>00</sub>, az esti órákban 95%<sub>00</sub>-ban elég kifejezett vizenyő lép fel, különösen a bokák körül. Súlyosabb vizenyős elváltozásokat terheseknél 11%<sub>00</sub>-ban talált, általános vizenyőt pedig 200 terhes nő közül csak két ízben, hol a nagyfokú vizenyő mellett a vizeletvizsgálat kóros elváltozásokat nem mutatott. Megállapítja továbbá szerző azt, hogy a bokák körüli vizenyő nem terhes nőknél is elég nagy számban fordul elő. E jelenség különösen estefelé észlelhető. Szerinte a „hydrops gravidarum” körjelzéssel tulajdonképpen csak azokat az eseteket szabad jelezniük, ahol az oedemát mellett rendellenes súlyszaporulat mutatható ki; a terhesség és a gyermekágyban pedig, fokozott diuresis mellett abnormalis súlycsökkenés. Ezeknek figyelembe vételével észlelt szerző 73%<sub>00</sub>-ban a terheseknél hydropsot. Nagyobb vizenyő csak a 30. héten lépett fel és ettől kezdve fokozódott a vizenyő. A vesék működőképessége hydrops gravidarumnál zavartalan. A szív- és vérnyomás sem mutat semmi kóros eltérést. Ha az oedemát extrarenalis eredetűnek fogjuk fel, úgy a therapiának a szervezet víztelenítéséből kell állani. Só- és vízszegény diéta mellett ágynyugalom ajánlatos. Egyes esetekben az izzasztó kúra jó hatásának mutatkozott.

Haba dr.

**A meddőség sebészi kezeléséről.** *v. E. Graff és F. Petzold.* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1923. 86. köt., 3. f.)  
A meddőség megszüntetését célzó műtési eljárásokat két csoportba osztják. Az első csoportba tartoznak azok a műtési eljárások, amelyeknek célja a fennálló mechanikai akadályok leküzdése, illetve megszüntetése (belső méhszár, nyakcsatorna szűkületei). Ezeknek jelentőségét azonban sokan túlbecsülik. A műtési eljárások másik csoportját a méh hibás helyzetváltozásait korrigáló beavatkozások képezik, hogy ezáltal a sperma felhatolásának kedvezőbb viszonyokat teremtsenek. Végül még egy harmadik csoportot kellene felállítani, amely műtési eljárások az elzárt tuba átjárhatóságát oldják meg.

Elsősorban arra kell felelni, kit tartunk sterilnek? Mindazokat, akik hosszabb időn keresztül rendszeres életet élnek és teherbe nem jutnak. *Hofmeier, Chrobák és Rosthorn* ezt az időt 2 évben, *Jaquet* 2½, *Kleinwachtler és Kisch* 3, *Howitz* pedig 5 évben állapítják meg. Emellett természetesen szabály az, hogy semmi féle, a sterilitás megszüntetését célzó műtétet végezni előzetes spermavizsgálat nélkül nem szabad. 20 év alatt összesen 242 beteget kezeltek műtéttel sterilitás miatt. 135 betegnél a sterilitás mellett dysmenorrhoeás panaszok is voltak. 64 betegnél a sterilitás okául a méh hibás helyzetváltozásait vették fel. Ahol discissio, curettage, antefixatio vagy tisztán csak antefixatio történt, 47%<sub>00</sub>-ban gyógyulást értek el, amennyiben tényleg bekövetkezett a várt terhesség. Általánosságban azonban a legjobb eredményt azok az esetek adták, ahol a sterilitás a méh hibás helyzetével volt összefüggésbe hozható. A discissiót csaknem kizárólag a dysmenorrhoea megszüntetésére végzik és csak ebben látják előnyét. A conceptio létrejöttét nem segíti elő. *Emellett nagy hátránya, hogy oly nőknél, kiknek egyedüli panaszuk a sterilitás volt, discissióval kapcsolatosan igen gyakran méhnyakhurut*

*fejlődött ki, rendkívül bő és minden kezeléssel dacoló folyás kíséretében. Tehát nemcsak a sterilitás nem szünt meg, hanem a műtét eredménytelensége mellett — fogamzás nem jött létre —, de annak következtében fel lépett bő folyás sokszor a kétségbeesésbe kergeti a beteget.*

A sterilitás oka igen gyakran a függelékek előremet gyulladáshoz megbetegedése, amelyek a petevezető összenövéséhez, megtöretéséhez vezetnek. Ezekben az esetekben a prognózis felállításában nagy szerep jut a tuba átjárhatósága vizsgálatának a Rubin-féle perturbációs módszerrel. Ennek keresztülvételét annyira fontosnak tartják, hogy már most felállíthatják annak a követelményeknek a kimondását, hogy egyetlen nőbeteget sem szabad sterilitás miatt addig operálni, amíg a tubák átjárhatóságának vizsgálata meg nem történt.

Haba dr.

**Miért reped meg a tüsző?** *E. Strassmann.* (Arch. f. Gyn. 1923. 119. köt., 2. füz.)

A tüszőrepedés ténye oly természetszerűnek látszik, hogy az első pillanatra csodálkozunk kell azon, hogy ennek magyarázatát keressük. Elég gyakran találkozunk gyermekfej nagyságú, sőt még annál nagyobb petefészektömlőkkel (cystákkal és kystomákkal), amelyek egyáltalában nem, vagy csak nagy ritkán repednek meg. Honnan van mégis az, hogy a mindössze 1—2 cm átmérőjű tüsző spontán megreped, ezzel ellentétben az óriási nagyságú petefészektömlők zavartalanul nőhetnek. Erre a kérdésre igyekszik feleletet adni szerző sorozatos szövettani vizsgálatok alapján. A tüsző repedése a növekedésével áll összefüggésben, mert azáltal, hogy térfogata nagyobbodik, a felszínre kerül. A primordialis folliculusok fejlődésével kapcsolatosan megszorodnak a granulosejtiek, különösen a felületen. Az ellipszis alakú folliculusban található centralisan a pete a cumulus oophorusral, ettől peripheriáson pedig létrejön a folyton növekedő liquor folliculit tartalmazó ür. Közben a thecának egyenlőtlenül történő fejlődése, különösen a theca interna burjánzása a felület felé lehetővé teszi a folliculusnak a felszállását. A folliculus részben növekedés, részben foyadéktöbblet folytán nagyobb lesz, a felszínre jut, ott előbortosul, a legfelső rétege atrophizál és a nyomásnak enged. A folliculus megrepedésénél azután a kiáramló folyadék magával sodorja a petét is.

Haba dr.

## Urologia.

**A Röntgen-diagnostika az urologiában.** *Immelmann.* (Zeitschrift für Urologie. 1923. 3. füz.)

A Röntgen-diagnózis éppen tökéletességénél fogva az urologiai vizsgálatoknál is ma már nélkülözhetetlen módszer; ki kell azonban emelni, hogy a Röntgen-vizsgálat csupán a többi diagnosztikai eljárás figyelembevételével mellett alkalmazható biztos tökéletességgel.

Az uropoëtikus rendszerben előforduló kövek alkotórészeik szerint különbözőképpen viselkednek a Röntgen-sugarakkal szemben. A Röntgen-vizsgálat elsősorban a kövek jelenlétét és azok számát mutatja. Az ureterben ritkábban fordulnak elő a kövek, mint a vesében; kétoldali köveknél az ureterben fekvőt kell először eltávolítani. Vesekő gyanujánál az uretereket is meg kell vizsgálni. A kövek helyzetének és nagyságának meghatározása általában nem okoz nehézséget s igen gyakran a vese állapotára is enged következtetni. A kövek helyének pontos lokalizálása a műtét szempontjából fontos, mert *Israel* tapasztalatai szerint a kisebb kövek még a vese teljes felmérése után az esetek felében nem találhatók meg. Az ureterkövek leggyakrabban a természetes szűkületeknél, főleg a hólyag közelében akadnak meg. A hólyagkövek megállapításánál sok esetben pótolja a Röntgen felvétel a cystoskopiai vizsgálatot, főleg a diverticulumokban ülő kövek jelenlétének. A hólyagban többször fordulnak elő az olyan kövek, melyek a felvételen nem adnak erős árnyékot; még sok esetben a köképződésre okot adó idegen test is kimutatható.

Az uropoëtikus rendszer köveinek diagnosizálásánál az előhívti és lemezhibákon kívül még számos normális vagy pathológiás tényező vezethet tévútra (részletes felsorolás). Ezeknek ismerete mellett a lemezeket úgy áteső, mint ráeső fényben kell vizsgálni. Néha a legkedvezőbb körülmények között is előfordul, hogy a legjobb árnyékot adó kövek sem látszanak meg a felvételen. A tévedés a legtöbb szerző szerint 3—6%<sub>00</sub>, amiért a kömegbetegedés kifejezett tünetei mellett, a Röntgen-vizsgálat negatív eredménye ellenére is végzendő a műtét.



A Röntgen-felvételen többnyire látható a vese alsó harmadának árnyéka s ezáltal meghatározható a helyzete is. A vándorvesét több alkalommal kell vizsgálni. A tumor és vándorvese differentialdiagnosisa az ureterbe vezetett fémes ureterkatheter segítségével többnyire sikerül.

A vese alakját a környező szervek szabják meg. Igen gyakori a hosszúkás vese (vándorvese, skoliosis stb.). A veseparenchyma megbetegedése csak másodsorban változtatja meg a vese alakját. A vesekörüli tályognál olykor elmosódottak a veseárnyék szélei.

Herman dr.

**A pars prostatica és a prostata pathológiájához.** V. Praetorius, Hannover. (Zeitschrift für Urologie 1923, XVII. köt., 4. füzet.)

Kimutatni igyekszik, hogy a húgycsőfal aránylag kis fokú rugalmasságcsökkenése, 25 Ch. felett is, súlyos vizületretentióhoz vezethet, amennyiben az a hátsó húgycsőben ül. Ez az általa „befalazás“-nak nevezett mechanizmus nagy szerepet játszik a prostatahypertrophiánál és atrophiánál. A prostataatrophia fogalma felől az irodalomban nagy zavar van. Az anatómiai és klinikai fogalom nem fedik egymást. Klinikailag azon betegségtypusokat foglalnak össze prostataatrophia elnevezés alatt, amelyek hasonló objectív és subjectív tünetekkel járnak, mint a prostatahypertrophia, de a prostata nincs megnagyobbodva. Ezekre a kórképekre az anatómiai leletnek inkább megfelelő „prostata-sklerosis“ elnevezést ajánlja. Ezek ismét több alcsoportra oszthatók. Annulusklerosisnál az orificium merev és a stenotikus gyűrűnek átmetszése sectio altanál elegendő volt a retentio megszüntetésére. Az aetiológiában szerinte veseszületett hajlamlról van szó, de a gonorrhoea biztosan kizárható. Az esetek másik csoportjában viszont chronikus gyulladás okozza a prostata izmos és mirigy szövetének keménységét. Ezek igen gyakran idült kankóra visszavezethetők és ilyenkor a prostatektomia válthatik szükségessé, amely azonban nem praeformált tomból történik.

Prostatahypertrophiánál a retentio okát a húgycső nyújthatóságának csökkenésében látja, amit a burjánzó adenomatömegek okoznak. Könnyű arról meggyőződni, hogy az adenomaszövet consistentiája nagyobb, mint a normalis prostatának. Ezenkívül egyéb mechanizmusok is fontosak („ventil“-képződés, a húgycsőfal megtöretése stb.). Praktikus szempontból nevezetesen tartja, hogy féloldali prostatektomiával is tartós eredményt ért el, amiben theoretikai nézetek igazolását látja.

Radó Béla dr.

**Kontrastvizsgálati módok az urologia terén.** Mosenthal. (Zeitschrift für Urologie 1923, 3. füzet.)

Az uropoëtikus rendszer Röntgen-vizsgálati módszerek fejlődésének áttekintése után, hangsúlyozza a pyelographia szükségességét, mely nem nagyobb beavatkozás, mint az ureterkatheterismus. Az uropoëtikus rendszer üregeinek vizsgálatánál a levegő befúvását nem igen alkalmazzák, mert ennél az oxigen sokkal veszélytelenebb; a széndioxid gyors felszívódása miatt még nagyobb használatnak örvend. A gázok alkalmazása főleg nehezen kimutatható kövek vizsgálatánál és szűkületeknél bír jelentőséggel. A folyadékok közül a colloid oldatokat kevésbé alkalmazzák, ezek kis felszínfeszültség miatt igen könnyen jutnak a szövetek közé; könnyen kiesapódnak. A halogen oldatok egy része is mérgező; ezek közül a NaBr minden követelménynek megfelel. A kontrasztvizsgálati módszerek nemcsak a klinikai vizsgálat szempontjából fontosak, de az anatómia és a physiologia terén is sok értékes adattal gazdagították az orvostudományt. Így a hátsó húgycső működését, a vese kiürülését, a hólyag változásait sikerült közelebbről felderíteni. A kontrasztos vizsgálati módszernek a legnagyobb jelentősége mégis az uropoëtikus rendszer rendellenességeinek felismerésében, valamint a kövek pontos lokalizálásában rejlik.

Herman dr.

### Gyermekorvostan.

**Colitis paratyphosa b a csecsemő- és kisgyermekkorban.** Lehfeldt dr. (D. m. W. 1924, 6. sz.)

Szerző 6 csecsemőn és 5 kis gyermekben észlelt végig enyhé lefolyású, colitis paratyphosa b-endemiát, amely egy bacillushordozó dajkától indult ki. Klinikai kép: láz (38 C°), súlyvesztés (5–10%) és véresnyálkás székletek jó közérzet mellett. Egy-egy esetben hányás és étvágytalanság. Két esetben fehérje a vizeletben. Leucocytosis (16–24.000). Therapia: 12–24 órai theadiaeta

után fehérjetej, 2–3 éves gyermekeknél főzések nélküli rendszeres táplálkozás. A székletek 1–2 hét alatt javultak, láz elmúlt s a súlyvesztés kiegyenlítődött. Csak 3 esetben volt paratyphus b a székletben kimutatható, míg a többi esetben a paratyphus-csoportba tartozó atypusos bakteriumok voltak kitenyészthetők. Véréből a kitenyésztes nem sikerült. A klinikai kép teljesen megfelel a *Finckelstein* által „könnyű toxicosis“-nak nevezett táplálkozási zavarnak. Az anatómiai localisatio az ileum alsó és a colon felső részlete. Csak a gondos klinikai megfigyelés és a pontos bakteriologiai vizsgálatok alapján állíthatjuk fel a diagnosist biztossággal.

Tüdös dr.

**A koraszülöttek sorsa.** P. Brandt. (Monatschrift f. Kinderheilk. 1924, 27. kötet, 3. füzet.)

A sok felsorolt adat közül csak néhányat említünk fel. 262 koraszülött közül az egy éves korig III (42·3%) halt el. A megmaradt koraszülöttek később gyengébb testalkatúak maradtak. A 6 éves iskolaköteles kort elértek közül 17%-ot utasítottak vissza egy évre testi gyengeségük folytán az iskolából. Majd mindegyikük kisebb-nagyobb fokú rachitist állott ki, 27·7%-nál erősebb eson-elhajlások fejlődtek. Ami a szellemi fejlődésüket illeti, ott is voltak egyes hiányok észlelhetők, 72 utóvizsgált ily gyermek közül 8 igen élénk, 47 normalis, 9 gyenge fejlettségű észbeli tehetséget mutatott, míg 4-nél psycho-pathiás és 6-nál egyenesen gyengeelműsűsű volt konstatalható. Minél hamarabb került a koraszülött a klinikára, annál jobb volt a quoad vitam-prognosis. A legkisebb koraszülött, kit fel tudtak nevelni, 1150 g súlyú volt, hossza 42 cm-t és hőmérséklete 28·5°-ot tett ki. A 7 éves korában megejtett utóvizsgálatnál kiderült, hogy a gyermek egészen alacsony szellemi fejlettséget mutatott. Anyaguk nem volt elég nagy arra, hogy *Ilppö* megállapításának helyességéről meggyőződést szerezhettek volna, aki azt mondja, hogy „tisztán államgazdasági és fajhygieniai szempontokból nem kívánatos kicsi és legkisebb koraszülötteknek az életben tartása“.

Bókay Zoltán dr.

### KÖNYVISMERTETÉS

**Der gichtisch-rheumatische Schmerzszustand.** Turán Félix. (Moritz Perles, Wien—Leipzig, 1924.)

Szerző, kinek Franzensbadban sok köszvényes betegen bőven alkalma van e bántalmat tanulmányozni, eme félig orvosoknak, félig a művelt közönségnek szánt könyvében nagyrészt kórtörténetek kapcsán tanulságos részletjelenségekre oktat a köszvénybántalmat illetőleg. Rendkívül merész eme minden bizonyítékot nélkülöző fölfogása, hogy a belbajok nagyrésze, úgymint szervi szívbajok, gyomor-, bél-, máj-, vesebetegségek stb. igen nagyrészt köszvényen alapulnak. Az idült izomrheumát szőserint a köszvény egy korai tünetének vagy előjelének mondja, a mandulalobot, az azt oly gyakran követő polyarthritissel pedig többnyire szintén köszvényesnek tartja, holott épp a köszvény és polyarthritiss differentialdiagnosisa a szakorvos egyik legfőbb feladata.

A köszvény kezelését illetőleg több értékes tapasztalatot közöl. Sajátságos, hogy e baj diaetás kezeléséről szólva, nem is említi, hogy purintartalmú eledelnek léteznek és melyek azok. A kezelésnél a fősúlyt a láppal való kezelésre fekteti, és pedig úgyszólván kizárólag franzensbadi láppal. Nekünk magyaroknak azonban, kiknek a lápoknál egyébként is jobb gyógyszapjaink bőven vannak, a cseh lápokra szükségünk igazán nincs.

Benczúr.

### A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 május 31-i ülése.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

#### Bemutatás:

1. Burg Ete: a) Rohamnélküli eklampsia. b) Banti-kór utáni szülés. a) 20 éves I. Para minden előzetes tünet nélkül, hirtelen eszméletét veszítve, 20 perc leforgása alatt meghal. Boncolati kép alapján eklampsiát, és pedig ennek göresnélküli alakját állapították meg. b) Terhessége előtt 2 évvel Banti-kór miatt lépkirtáson átesett 28 éves nő terhességét, szülését s gyermekágyát észlelte. A terhesség, valamint a szülés és a gyermekágy is teljesen zavartalanul folyt le, nemcsak subjective, de objective is, mely utóbbi körülményt a végzett vérvizsgálatok is támogatták. Tanulság tehát, hogy a lép hiánya nemcsak a nemterhes, de a terhes szervezetre sem jelent veszedelmet.

**2. Gombos Dénes: Tanulságos terhességi complicatio.** Hyperemesis ritkább esetéről referál, melyet a szülész tekintettel az V. hónapos graviditásra nem tartott hyperemesisnek. Röntgen-vizsgálat organikus homokóragyomrot állapított meg. Ezek alapján a sebész laparotomiát végeztet, de sem ulcus, sem homokóragyomor nem volt. Az I. sz. női klinikára történt felvétele után 2 órával megszületett a 28 cm-es, 400 g-os halott magzat, félóra múlva a placenta. Az abortus befejeződésével a hányás megszűnt s táplálkozott, mégis 4. nap exitus. A sectio s mikroszkopiai vizsgálat a szív, vese s máj parenchymás degenerációját állapította meg, mely a perniciosus hányás klinikai képét megerősítet. Tehát ellentétben azon nézettel, hogy a terhesség III-IV. hónapján túl nincs hyperemesis, igenis lehet kivételes esetben az V., sőt VI. hónapban is toxikus hányás.

#### Előadás:

**1. Duzár József: Májfunctio-vizsgálatok csecsemőknel.** A csecsemőmáj sajátosságainak ismertetése után 44 csecsemőn, dr. Henschel vezetett functiovizsgálatról számol be. Végeztek hyperglykaemiás dextrose-próbát, sorozatos vércukormeghatározásokkal (700 mérés) *Bang* szerint; laevulosuriapróbát *Strauss-Seliwanoff* szerint; parallel serum- és duodenumbilirubin-meghatározást *Hymans van den Bergh* szerint és vizeleturobilinogen-kimutatást *Ehrlich*-reagenssel. *Lues congenita* klasszikus alakjánál a máj szénhidratregulációjának zavara mutatható ki, kis dextrose-adagokra nyert, magasabb és elhúzódóbb vércukorgörbében. Ugyanezen esetekben positiv laevulosuria, enye hyperbilirubin-aemia (altens icterus) és egyeseknél már a reggeli vizeletben urobilinogen. A *Lues congenita* kezelése alatt a manifest tünetek eltűnésével a vércukorreactio is lényegesen csökken és megfigy a serumbilirubin-tartalom is. *Leiner*-dermatitissel hasonlóképpen kimutathatók functiozavarok. Fontosaknak tartja azokat az adatokat, amelyeket icterus neonatorumnál kaptak. Az icterus súlyossága szerint magasabb hyperglykaemiás reactio, igen magas serumbilirubin- és duodenumbilirubin-tartalom, positiv laevulosuria. Az adatok jogossá teszik részleges májinsufficiencia (*Ylppö* szerint májhypofunctio) felvételét az újszülöttnél. A fehérjefunctio- és serumtrypanocidia-vizsgálatokból messzebbmenő következtetés még nem vonható le. A májfunctio-vizsgálatok az alimentaris toxicosisk irányában folynak tovább.

**Hetényi Géza:** Duzár leletei a csecsemőgyógyászatban kívül általános érdekességgel is bírnak. Kedvező színben tüntetik fel a felnőtteknél használatos májfunctio-vizsgálatokat, mert az ezek ellen felhozott érvek csecsemőknel nem állanak meg. Kiemelendők még az icterus neonatorumnál talált eredmények, melyek végül objectiv módon elődöntik a máj relatív elégtelenségének az icterus neonatorumban való fennállását.

**Csapó József:** Két pontot kifogásol az előadásban. Az egyik, hogy luesnél a fibrinogenszaporulatot nem lehet tisztán a máj csökkent funkciójára vonatkoztatni, mert a fehérjefractiókra nemcsak a máj, hanem a többi szervek is befolyással vannak. A másik kérdés: miként magyarázza az előadó, hogy luesnél kezelés után a cukorgörbe nem mutat olyan nagy emelkedést, mint kezelés előtt?

**Duzár József:** Köszöni *Hetényi* elismerő nyilatkozatát. *Csapó* hozzászólására idéz amerikai szerzőket, akik csak teljes májkiesésnél (venae hepaticae leközése, májkiirtás, atrophia acuta flava hepatitis) találtak fibrinogen-megfogyást, mégis óvatosan szükségesnek tartotta felhívni a figyelmet, hogy eddigi eseteikben fokozott epektivitásként a fibrinogentartalmat is megszorodottnak találták a vérben. A többi fehérjefractiókat is minden esetben meghatározták (táblázat demonstrál), de azokról egy év előtt részletesen beszámolt ugyanezen a helyen. Nem az élvezési vércukorértékeket lueskezelés előtt és után, hanem a hyperglykaemias reactiók lefutását hasonlította össze. Hozzászóló azon kérdésére, hogy interstitialis májfolyamatoknál lehet-e májfunctio kiesés jelen, fölöslegesnek tartja válaszolni.

**2. Friedrich László: Az ulcus ventriculi és duodeni protein-therapiájáról.** 83 kezelt esetről számol be. Ambulans anyagot végezte a vizsgálatokat oly célból, hogy meggyőződést szerezzen, mely ulcusfajok legalkalmasabbak a kezelésre. Megpróbálkozott a novoprotinnal, a vaccineurinral, tejjel, caseosannal és neurolysinnel. Hatástalannak bizonyult a neurolysin; tejjel és caseosannal sem voltak az eredmények kielégítőek. A vac-

neurin igen heves általános tüneteket okoz, ambulans kezelésre nem alkalmas. A legjobbnak bizonyult a novoprotin. A betegek a kezelés tartama alatt igen liberalis diatában részesültek. 83 eset közül 25 ulcus ventriculi volt, 53 ulcus duodeni, 3 ulcus jejuni és 2 előzőleg többször operált gyomorbeteg. A betegeket kezelés előtt és után szokott módon megvizsgálták (próbareggeli, Röntgen-, okkult vérzésre vizsgálat). Legjobban reagáltak az ulcus duodenik, legrosszabbul az operált gyomrú betegek és az ulcus jejunik. Kezelés alatt némely esetben erős gócreactio kifejezésekként erős vérzések léptek fel, s más szervekben, főleg a tüdőben góckiváltás, amennyiben pl. lappangó tüdőfolyamat activvá vált. A gócreactio fellépte s a gyógyulási folyamat között lényegesebb összefüggést nem látott. Hogy ezen gócreactio a gyomorban valószínűleg egy reactiv hyperaemiában és így reparativ gyulladás folyamatban keresendő, azt bizonyítják azon esetei, amelyeknél végbélfekélyek állottak fenn, és hasonló módon novoprotinnal kezeltettek (rektoszkopos kontroll). A savviszonyok vizsgálatára próbareggelin kívül a secretio egész menetét is tanulmányozta állandó szonda bevezetésével. Azt találta, hogy a savviszonyok kezelése előtt és után változatlanok. A Röntgen-vizsgálat szerint az ulcusfulka kezelése után panaszmentesség esetén gyakran eltűnt a duodenalis elváltozások egy része is, bár duodenalis deformitás az esetek egy nagy részében dacára a panaszmentességnek továbbra is fennállott. Az okkult vérpróba-kezelés alatt gyakran positivvá vált, de a kezelés végén sokszor negativvá. Ami a proteinnek acut hatásait illeti a gyomorra, azt találta, hogy a gyomorsecretio láz és rosszullét esetében erősen lecsökken, néha 0-ra is, ugyanekkor Röntgen-vizsgálattal a gyomor tonusának csökkenését lehet látni és kiürülésének megláthatóságát. A gyomor kiürülésének meggyorsulását eredményes kezelés után nem e szerek spasmolytikus hatására vezeti vissza, hanem arra, hogy a gyógyulás, panaszmentességgel karöltve, az izomdepressiót megcsökkenti. Rámutat arra az analogiára, mely az atropin és a protein-testek hatásában fennáll. Nem tartja valószínűnek, miként az atropinnal sem, hogy ez a vagusra gyakorolt hatásban keresendő, lehet, hogy ezek támadási pontja is az Auerbach-féle plexusban keresendő. A protein-therapia nem gyógyítja az alapokot, későbbi hatásai sem látszanak jobbnak eddigi kezelési módjainknál. A fájdalmakat igen jól befolyásolja. Módszereink vele mégis gazdagodtak, ambulans kezelésre alkalmasnak tartja a nemrég fennálló fájdalmas ulcusokat s a nem callosus, nem penetráló egyéb ulcusokat is. Szigorú contraindicatiót képez a manifest vérző ulcus, és azok, melyeknél hosszas intenziv okkult vérzések állnak fenn. Minden olyan egyén, kinek szervezetében lappangó chronikus góc található (elsősorban tuberculosis, kezelésre nem alkalmas).

## Az orr- és gégegyógyászati szakosztály május 27-i ülése.

Elnök: *Lénárt Zoltán.*

**1. Erdélyi Sándor: Koponyaalapi daganat operált esete.** A 15 éves fiúbetegnek egy év óta gyakori orrdugulások és orrvérzések voltak a panaszai. A vizsgálatnál egy tojásnál nagyobb kemény, tömött daganat található az orrgaratban, amelynek egy nyúlványa a jobb orrüreget is kitölti. A gócsővi lelet myxo-fibroma képét mutatja. Tekintve a conservativ kezelés hosszadalmas voltát, a beteg 1924 március hó 19-én helybéli érzéstelenítés mellett szerző Denker-féle mütétet végeztet. A Highmor-üreg megnyitása, továbbá az állkapocs mellső éshátsó részletének és az os palatinumnak részleges resectiója után, Kuhn-féle peroralis intubatio mellett, aethernarkosisban a lágyszájpadot két gummicsővel előrehúzáva, a daganatot az occipitalis és sphenoidalis csontokon való tapadási helyéről éles elevatoriummal lefejtette, miközben az erős vérzést az arteria maxillaris interna végágának lekötésével szüntette meg. A gyógyulás simán ment végbe, de időközben a jobb felső tüdőleányban egy tojásnagyágú centralis pneumoniás góc keletkezett, mi azonban tíz nap múlva spontán kiürüléssel gyógyult.

Jelenleg a beteg jól érzi magát, de a recidiva elkerülésére Röntgen-kezelés alá vétetik.

Koponyaalapi juvenilis fibromák eseteiben a fentebb ismertetett kibővített Denker-féle mütéti el-

járását ajánlja a szerző, miután nemcsak jó eredménnyel kecséget, de kozmetikailag is kifogástalan.

**Réthy Aurél dr.:** A conservatív eljárások híve, miután az ilyfajta daganatok igen hajlamosak a recidivára.

**Zimányi Vidor:** Denker eljárását, mint amely műtét agyalapi fibromák eseteiben túlnagy roncsolással jár, nem alkalmazza. Hasonló esetekben totalis submucosus orrsövényresectiót végez és az orron át vékony orrkagyló-ollóval a tumort alapjáról lefejt, mialatt másik kezének mutatóujjával az olló mozgását ellenőrzi. A visszamaradt részletet a szájon keresztül kettős csipőfogóval távolítja el.

**2. Réthy Aurél: Kétoldali posticusbénulás operált esete.** A szerző által feltalált műtéti eljárás szerint operált beteg jelenleg, a műtét folytán jelentékenyen kitágult hangrészen át teljesen jól lélegzik, a hangja viszont a dolog természeténél fogva jelentékenyen megromlott.

**3. Tóvölgyi Elemér: Kétoldali posticusbénulás érdekes esete.** Az 53 éves kőműves egy éve szenved tabesben. Ezelőtt kilenc hónappal igen gyorsan kétoldali posticusbénulás lépett fel a betegnél, még pedig oly nagy fokban, hogy mikor ezelőtt másfél hóval a Munkásbiztosító-pénztár gégeszeti rendelésén jelentkezett, csupán az expiriumnál támadt egy igen kicsiny rés a hangszalagok között, a belégzésnél viszont semmiféle nyílás konstatálható nem volt. Ennek megfelelően a beteg légzése főleg mozgás alkalmával rendkívül nehéz volt, de tekintettel arra, hogy már nyolc hó óta állott fenn a baj, nehogy a Semon által annyira emlegetett furor operandi hibájába esen, a szerző egyelőre a várakozás álláspontjára helyezkedett. A várakozó álláspontot ezúttal siker koronázta, amennyiben ezelőtt egy héttel a betegnél egyik napról a másikra egyidőben az internus és transversus izmok hűdése állott elő az eme hűdésre jellemző homokóraszerű hangrészsel, amire a beteg nehéz légzése egy csapásra megszűnt, és a beteg szavaival élve, ő úgy érezte egyszeriben magát, mintha paradicsomba került volna. A két adductornak ily gyors és egyidőben fellépő hűdése még nincs ismertette az idevágó irodalomban.

A beteg e jelenlegi bemutatás előtt két nappal az utcán egy feléje haladó automobilból igen megijedt és a kisebb méretű idegshock folytán a lélegzete újból megnehezült. Ezt követőleg egy óra múlva, az adductorok paresise ahelyett, hogy mint a functionális hűdéseknél történik, megnövekedett volna, újból jelentékenyen visszafelődött, ami csak úgy volna magyarázható, hogy a Semon-Rosenbach-féle theoriával szemben mégis a Krause-féle theoria a helyesebb, amelyik a posticusbénulást az összes gégeizmok neuropathikus contracturájával magyarázza, egyben a szűkítők contracturájának a tágító izom felé kerekedésével. Ez az eset is bizonyítja, hogy a recurrensbénulás nehéz kérdése még mindig megoldásra vár.

Az idegshock múltával a két adductor paresise újból teljes mértékben előállott, sőt a bemutatás utáni napon csatlakozott ezekhez a laterális hűdése is, úgy, hogy a beteg tökéletesen jól lélegzik, sőt mi több, hangja is eléggé erőteljes és tiszta.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otológiai szakosztályának tudományos ülésai.

Április 10-én.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Germán Tibor.

**Schaffer Károly (vendég): A nervus octavus anatomija.** Előadó célja a központi idegrendszernek az otológust érdeklő és complicáltság hírében álló részét legfőbb körvonalalaiban és átnézetesen bemutatni.

Elsősorban vetített képekben feltünteti a nyúltvelő, híd és középagyagnak ama részeit, melyek a nervus octavussal összefüggnek, súlyt fektetvén az angulus pontobarbaris, a fossa rhomboidalis, a hátsó ikerdomb és ennek környéke ismertetésére.

Másodsorban vetített képekben, készítményeken és vázlatos rajzokban a nervus octavus két ágának, a nervus octavus két ágának, a nervus cochlearis és vestibularis finomabb topographiáját mutatja be.

Kiindul 2. a ganglion Scarpeából és ebből tovább

vezeti a nervus vestibularis pályáját a fossa rhomboidalis oldalsó zugában fekvő nucleus angularishoz, a nucleus tectihez és a kisagy felső fergéhez. Ismerteti a Deiters-féle magnak rendszerét, az ebből eredő fasciculus longitudinalis medialist és bemutatja a nystagmus és a konjugált szemmozgások lebonyolítására anatómiai berendezést. Végül két pathológiai esetnek készítményeiről szól: 1. Az angulustumornak megfelelő acusticus-fibroma diapositivját mutatja be és ezzel kapcsolatosan megemlíti azt a neurológiai képet, amelyet ilyen daganat nagyobb terjedelmében okozhat; a bemutatott készítmény mint borsónyi daganat csakis a nervus octavusra szorított, neurológiailag észlelésre sem került, hanem történetes boncolási leletként keltette fel a figyelmet.

2. Bemutat egy hídmetszetet osmiumos (Marchi) készítményben, mely egy vérzések lágulási gócot tüntet fel a híd segmentumában, annak középvonalában (raphe).

A góc elsősorban a centralis acustikai pályát roncsolta és fekvésénél fogva abban mindkét oldali másodlagos elfajulást idézett elő, mely az osmiummal feketített szemecek alakjában a hátsó ikerdombig felkövethető volt; roncsolta továbbá az egyik oldali fasciculus longitudinalis medialist is. A kóros góc ezen topographiája alapján hallási zavar és konjugált szemizombénulás jelentkezett a betegen.

Az elnök a szakosztály nevében hálás köszönetet fejezi ki a szakosztály felkérésére tartott magas színvonalú, a szakosztály tagjai részére végtelenül tanulságos előadásért.

## Május 22-én és folytatólagosan 26-án.

### Bemutatók:

**1. Neubauer Adolf: Otogen meningitis műtétet követő eset.** 12 éves fiú 1½ éves kora óta kétoldali fülfolyás, 5 napja magas láz, rázó hideg, hányás, fejfájás, baloldali fülfájás. Status praesens: Bal facialis-hűdés, kifejezett meningealis tünetek. Mindkét oldalt idült középfülgyulladás jelei. Nystagmus jobbra, csukott szemmel szédülés és balraesés. Bal retroauricularis táj érzékeny. Lumbal punctio: sűrű cseppekben zavaros folyadék, benne sok polynuclearis leukocyta és streptococcus longus, Pándy pozitív, Nonne-Appelt gyengén pozitív. Műtét: antrumban szétvágott cholesteatoma, hangvezető hátsó fala hiányzik, perisinuosus tályog, sinus vértelen, jugularis-alákötés, sinus föltárása, thrombusok kitakarítása. A másnapi lumbal punctatumban még sok bacterium. 5 nap múlva lázaltalan, további 5 nap múlva a meningealis tünetek visszafelüdtek, azóta síma gyógyulás.

**2. Tóbi Pál: Fül eredetű súlydedéses nyakitályog két esete.** Egyik esetben a súlydedés a musculus stylohyoideus, styloglossus és stylopharyngeus mentén jött létre, s garatmögötti tályog alakjában jelentkezett először. A másik esetben a mély nyakizmok között súlydedt a tályog a kulcsontig. Mindkét eset bizonyított arra, hogy a fül eredetű súlydedéses tályogok nem a fascia lemezei között, hanem az izomrészek mentén súlydednek és ezért nem szokott ezek kapesán mediastinitis fejlődni.

**Krepuska Géza:** Felhívja a figyelmet egyebek közt a múlt évben a Közkórházi Orvostársulatban bemutatott hasonló esetre; ezeknek észlelése alapján megállapítható, hogy a sziklacsont lobos folyamatai, melyek nem a vivőerek közelében képeznek tályogot, szabályszerűen a sziklacsont, illetőleg a koponya alaphoz tapadó izmok résein át vezetnek súlydedéshez, így ezen praeformált üregek szabják meg a tályogok irányát és nagyságát.

**3. Germán Tibor: Otolith megbetegedés tüneteit utánzó kisagyi vérzés.** Az 52 éves nőbeteg hirtelen eszméletvesztéssel kezdődő megbetegedésére legjellemzőbb tünet, hogy akkép fekszik az ágyban, hogy fejét kissé előrehajtva és balra fordítva tartja. A fejnek legcsekélyebb kimozdítása ezen helyzetből heves forgó jellegű szédülést vált ki. A szédüléssel helyzetekben nystagmus nincs. A beteget felültetve, villámszerűen hátra és bal felé hanyatlik. A ramus cochlearis és vestibularis funktója kifogástalan. Kisfokú tremor és ataxia a bal felső végtagban. A fej helyzetével összefüggő szédülési rohamok leginkább otolith megbetegedésnél észlelt tünetcsoporthoz hasonlítanak, míg azonban utóbbinál csupán egy pontoszerű vagy pontok sorozatából összetett szédüléssel helyzettől van dolgunk, addig itt egy pontoszerű nyugalmi, s nagy kiterjedésű rohamhelyzetről van szó.

mely olyan terjedelmű, kétoldali otolithmegbetegedést félteljez fel, egyelőre eddig nem ismernek. Otolithmegbetegedés ellen szőlő a nystagmus hiánya is. A vestibularis épsége mellett fennálló szédülés és reakciós mozgás (esési hajlandóság), a bal felső végtag ataxiája, a pangásos papilla hiánya, az apoplectiform kezdet és a gyógyulási hajlam a kisagyban a féreg táján székelő vérzés felvételét engedi meg. (Prof. Sarbó.)

**4. Zimányi Vidor:** Kalorizálás után fellépő súlyos középfüllob. A bemutatott betegnél a kifeeszkendezést követő néhány óra múlva heves fájdalmak jelentkeztek a fülben, majd csakhamar genyedés kezdődött, végül a beteg trepanatúra került. Nem akar az esetből messze-menő következtetést levonni, az összefüggés lehetőségét azonban nem tartja teljesen kizártnak.

**Rejtő Sándor:** Kizártnak tartja, hogy ép dobhártya esetében 20 C°-os vízzel genyes középfülgulladás okozhassanak. Bemutató analóg eseteit nem fogadhatja el, mert fürdés után középfüllobot csak ott tapasztalt, ahol a víz a fülkürtön át hatolt a középfülbe.

**Krepuska Géza:** Tapasztalati tény, hogy a hallójáraton át bejutott víz dobhártyasérülés nélkül is okozhat dobüri lobot, így fürdésnél is. Támogatja ezt azon körülmény is, hogy már 20°-os vízzel történt kifeeszkendezés után is sokszor hosszú időn át élénk pirt találnak a dobhártyán kellemetlen érzések kíséretében. Hogy kalorizálásnál bemutatott esethez hasonlóképpen kevésbé ismeretese, abban leli magyarázatát, hogy az ilyen következményt más tényezőkre hárítják.

**5. Krepuska Géza:** a) *Fülkagyló és hallójárat rákos megbetegedésének műtéttel gyógyult esete.* 64 éves földmíves fülét 2 év előtt operálták. Kórházi felvételénél: bal fülkagyló cimpája hiányzik, a porcos rész megvan, de alul és tapadási helyén fekélyes, ez a fekély ráterjed a csecsnyúlványra. A hallójárat mellső-alsó fala kifekélyesedett duzzadt, a fültömörigyenek megfelelően koronásnyi heg. Dobüregben idült genyedés nyomai. Műtét: a fekélyes részek széles, ép övvel kimetszettek, ügyelve a musculus facialisra. A daganat az állcsontmögötti árokba nyomult, a fülcáp a hallójárat egy részével eltávolították. A kagyló porcos részére is ráterjedt fekélyes részek a csontthártyáig eltávolították. Az így támadt nagy anyaghiány a szomszédságból odavont bőrlebegyekkel pótoltatott, így sikerült megalkotni a hallójárat bemenetét, a koponya oldalán ejtett feszítelő metszéssel a csecsnyúlvány anyaghiányát fedni, a megmaradt keskeny kocsányon függő kagylót a csecsnyúlvány csontthártyájához varrta. A beteg egy hónap alatt teljesen gyógyult, a hallójárat bemenete egy kissé szűkült.

b) *Acusticus-tumor (sarcoma) esete. Kóronctani készítmény bemutatása.* A 38 éves férfit 2 év előtt (otitis) trepanálták. Észlelhető b. o. lagophthalmus, b. o. cornealis-, lágyszájpad-, garat- és gégeanaesthesia, b. o. recurrens-bénulás, teljes acusticus- és hypoglossus-bénulás mellett pangásos papilla, egyensúlyzavar, fejfájás, tarkómerevség, hőemelkedés. A csecsnyúlványon még mindig nedvedző fistula; tumor és tályog közötti kórisme nem volt eldönthető. Műtétnél lobnélküli kemény csecsnyúlvány. A nagy vérzés és szívgyengeség a műtétet befejezni nem engedte; 3 nap múlva exitus. Sectio: Nagy nyomás alatt lelapított agy, a bal kisagy-fél a sziklaesont hátsó felületéről kiinduló almanagyságú, kemény, dudoros, vörhenyesszínű tumor által hátraszorított. A tumor a kisagy szövetétől izolált (csakis vívőerek közvetítésével függ össze a lágyburkokkal), alakjának és nagyságának megfelelő excavatiót okoz a bal kisagyfél mellső és alsó felszínén, emellett a nyúltvelőt, de főleg a hidat annyira jobb oldalra szorítja, hogy ezen képletek megtörve ivalakban helyezkednek el.

**Pogány Ödön:** A Röntgen lenne hivatva helyes korai diagnosis felállításához, mert *Winternitz* szerint 4 cm-nél nagyobb acusticustumor műtétrel már nem menthető meg. Mindkét labyrinth kiesési tünete feltétlenül magyarázható a tumor ellenoldalra gyakorolt nyomásából.

**Szász Tibor:** Egy a III. belklinikán észlelt eset kapcsán meggyőződhetett arról, hogy a tumor átmérője az operálhatóság határaként állítani szokott 3 cm-t már akkor is meghaladja, amikor még semmi egyéb kiesési tünettől nem jár, mint az octavus két ágáé. A Röntgen-therápia a tumor esetleges hirtelen megduzzadása miatt lehet végzetes, egyébként van ilyen módon eredmény nélkül kezelt esetről is irodalmi adat. A túloldali vestibularis-kiesés az irodalomban mint compensatiós tünet van újabban ismertelve (Spira).

**Szekér Jenő:** Ha az egyik oldali belső fül nem működik, a másik oldali vestibularis-kiesést csökkent hallás mellett nem lehet a nem működő belső fül következményeként felfogni, ezeknek az oka többnyire a centrumban keresendő. A vestibularis-reactio megítélése sokszor nehéz (változó spontán, unduló nystagmus); némelykor nem is kapunk vestibularis-reactiót, pedig semmi ok sincs a vestibularis-kiesés felvételére.

**Krepuska Géza** (zárszó): Az acusticus-tumor korai kórismezése csak úgy volna lehetséges, ha a betegek már kezdeti tünetekkel jelentkeznek. Sajnos azonban a fül- orvos elé csak olyan stádiumban kerülnek, amidőn tumor nagybodásával más társtünetek is fellépnek és a műtét sikerének esélyei kisebbednek. A belső hallójáratban fejlődő kisebb tumor a hallójárat tágitását okozván, a Röntgen-kép döntő. Ilyenkor a translabyrinthhaer műtét elébe teendő minden más műtési eljárásnak, különösen oly esetekben, midőn a tumor extraduralisan fejlődik.

#### Előadások:

**6. Szász Tibor:** *A Kobrak-féle kis hőingerekre előálló jelenségek vascularis eredetéről.* A hallójáratba feeszkendezett 5 cm<sup>3</sup> a testtől eltérő hőmérsékű víz hatására előálló félremutatás nem az endolympha közvetlen lehűlésével kapcsolatos áramlással magyarázandó, hanem a hallójáratban futó és a középfülön át a belső fül véredényeivel összefüggő erek kaliberváltozásával, amely vég-eredményben a belső fülben nyomásfokozást vagy esökkenést okoz. Előadónak sikerült a félremutatást olyankor is kiváltania, amikor a dobhártyát a beeszkendezett víztől viaszkból készített mesterséges cerumen szigetelte el, vagyis a dobhártyán belül fekvő képletek lehűlése lehetetlenné vált. A véredények szerepe mellett az bizonyít, hogy a hallójárat megfelelő pontján az ér-kötég közelébe Pravaz-cal bevitt tonogen a félremutatás létrejöttét megakadályozta. Végül a III. belklinikán vizsgált sympathicus-hűtésben szenvedő betegen sikerült kimutatnia, hogy csakugyan elmaradt a félremutatás azon fajtája, amely előadó állaton végzett manometrikus labyrinthkísérletének megfelelően a sympathicus-működés épségétől függ. Szövetani készítményeken demonstrálja azon véredényeket, melyek kaliberváltozása a belső fül nyomásának egyensúlyán örködik és utal azon klinikai tünetekre, amelyek ezen működés megzavarásából származhatnak.

**Pogány Ödön:** Kérde, hogy a hangvezető falába adott injectio nem-e egyszerű mechanikai akadály. A hideg-meleg theoria nem tarthatja magát. Egész biztos, hogy a labyrinth ingere az ér- és idegrendszer. A hideg vagy meleg csak mint értágító vagy szűkítő szerepel. Cerumen nem akadályozza az ér- vagy akár kalorikus ingert, hisz a nyakra alkalmazott hideg vagy meleg is vált ki nystagmust.

**6. Germán Tibor és Kelemen György:** *Húgusav-meghatározások a vérben idegeredetű nagyothallásnál.* (Egész terjedelmében közöltetik.)

**Pogány Ödön:** A hallóidegmegbetegedés diagnosis még bizonytalan. Nincs annyi affectio nervi acustici, amennyit diagnostizálunk.

**Rejtő Sándor:** Ma, amikor az egész világ kételkedik az affectio nervi acustici diagnosisában, szerette volna hallani, milyen kautelák mellett állították fel a diagnosisist. Lehet, hogy hibás az alap, és akkor a sok munka eredménye összeomlik. Azt hiszi, hogy mindazok az esetek, amelyekben szerzők javulást értek el, a labyrinth osmotikus zavarain alapultak, éppen úgy, mint azt a nephritis eseteiben is látjuk.

**Germán Tibor és Kelemen György** (zárszó): A kórisme megállapítása a functionalis vizsgálatnak nagy türelmet igénylő, gondos, legaprólékosabb részletekre kiterjedő igénybevételével történt, az otologiában eddig lefejtett elvek alapján. Úgy tudták ezideig, hogy ily módon — a csontvezetés csökkenéséből, a Rinné positivitásából, a magas hangok perceptiójának rosszabbodásából, szemben a mély hangok jó perceptiójával, a hallás egyidejű csökkenésével beszédre vonatkoztatva — a hallóideg megbetegedése biztosan kórismezhető. Ezen rövid előadás kapcsán, mely csupán az eredmények bejelentésére szorított, nem terjeszkedtek ki sem a kór-, sem a gyógyfolyamat magyarázására, a közleményben azonban szerzők egyebek között az osmotikus zavar lehetőségét éppen hozzászólóra hivatkozással megemlítették.

## A Ferenc József tud.-egy. barátai egyes. orvosi szakosztályának május 24-i ülése.

Elnök: Lőte József.

Jegyző: Heiner Lajos.

### Bemutatás:

**Kovács Loránt** bemutat egy *lues congenitában* és *myxoedemában* szenvedő csecsemőt, kinél a syphilitis coryzához és a makroglossiához csatlakozó heveny nátha és mandulagyulladás a per os való táplálást két héten át lehetetlenné tette. Ezen idő alatt részint per rectum való táplálással magasra felvezetett bélszondán át, részint parenteralis táplálással (napi egyszeri 150 g 5%-os dextroseoldat subcutan) sikerült a csecsemő súlyát állandóan egy nívón tartani.

### Előadás:

1. **Engel Rudolf:** Különböző ingerkezelésmódok, mint aktoprotin, tej, kénolaj, terpentinjekciók, Röntgen-besugárzás és vérvétel hatását vizsgálta a vegetatív idegrendszer farmakológiai érzékenységére. Valamennyi kifejezetten fokozta a valódi adrenalinérzékenységet; ez nemcsak a vérnyomásemelkedés magasságán és tartamán, de ezzel párhuzamosan az adrenalinbefeekendést követő általános tünetek fokozódásán is észlelhető volt. Vizsgálatai tehát emberen végzett kísérletei alapján mindenben megerősítik *Freund* és *Gottlieb* állatkísérletei eredményét.

2. **Török Gábor:** Vizsgálta a csecsemők gyomortartalmának *neutralis chlorját*. 3 hetestől 8 hónapos korú egészséges csecsemők 1/2 óras tea-próbareggelijében a *neutralis chlor* 0.0351 és 0.0886% között mozgott. A korról párhuzamosan emelkedik. A kornak meg nem felelő kisebb értéket koraszülöttek, nagyobbakat pedig exsudatív csecsemők gyomorbennékében talált. *Pfaundler* azt a felvételét, hogy a gyomorpylorus mirigyvei alkáliás váladékának volna feladata az emésztés végén a gyomornyálkahártya aciditását csökkenteni és annak közömbös reakcióját helyreállítani, vizsgálatai megerősítik, mert az egészséges csecsemők tea-próbareggelire savanyúan reagáló gyomorbennékeiben *neutralis chlor* tartalma sohasem találtatott ugyanannyinak, hanem magasabbnak, mint ugyanazon csecsemők *anacid* gyomortartalmában. 3. *chronikus dyspepsiás* székletürítő csecsemőnél magasabb szabad sósavérték mellett kicsiny *neutralis chlor* talált, ezért további vizsgálatokat végez abban az irányban, hogy a csecsemők táplálkozási zavarainál talált gyomorhyperaciditás oka nem-e a *chronikus dyspepsia* folytán kifejlődött nagy alkaliviszesség.

3. **Ditrói Gábor** a *kozmetika kérdését* tárgyalja a szemészetben. A szemhéjszél, pillaszőrök, szemhéjbőr és a szemhéjak állásának kozmetikáját, a gyógyszeres és műtéti eljárásokat ismerteti. A szemhéjbe- és kifordulások javítását, főként a heges kifordulások esetén végzett különböző eljárásokat, majd az optikai és sérüléscsökkentő kancsalságok operatív kezelését mutatja be, előadását jól sikerült fényképek vetítésével kísérve. Végül a szemgolyó kozmetikájáról számol be.

## VEGYES HÍREK

**KÉRELEM.** Kérjük előfizetőinket, hogy előfizetésüket folyóiratunkra a Hetilap címlécén közölt sorozatszám szerint küldjék be, melyet héftől hétfőig tartunk érvényesnek a küldőre nézve.

**Kérelem előfizetőinkhez.** Az első félév végéhez közeledik s így az előfizetések legnagyobb része e hó végén lejár. A munkatorlás elkerülése és a lap zavartalan küldése érdekében arra kérjük igen tisztelt előfizetőinket, hogy az előfizetési díjakat a mellékelt csekklap felhasználásával minél előbb fizessék be. Eddig ugyanis — előfizetőink kérésére — a díjak be nem küldése esetén is rendszeresen küldtük az Orvosi Hetilapot, azon reményben, hogy utólag megkapjuk. Most azonban kénytelenek leszünk a lap küldését 2—3 heti késés esetén beszüntetni, ugyanis az elmúlt negyedévi, illetve félévi díjjal háromszori írásbeli felszólítás dacára még mindig több mint kétszáz előfizető tartozik. Az Orvosi Hetilap szerkesztősége — sajnos — nincs abban a helyzetben, hogy ingyen küldje a lapot s ezért ezúton is kérjük az illető előfizetőket, hogy hátralékos díjaikat sürgősen küldjék be. Azokat, kik még múlt évi díjaikkal is tartoznak, kérjük, hogy tartozásukat valorizálva fizessék be, alapul

véve a mostani díjakat. Tehát 8000 K helyett (negyedév) 45.000 K-t, 11.000 K helyett (félév) 90.000 K-t.

Megjegyezzük, hogy a *bpesti kir. ítélőtáblának* 2435/912. sz. alatt kelt elvi jelentőségű ítélete értelmében az oly előfizető, ki sem a lap küldése ellen nem tiltakozik kifejezetten, sem azt vissza nem küldi, a már esedékessé vált előfizetési díjat kiegyenlíteni tartozik.

**A dékánválasztás** a Pázmány Péter-tudományegyetem orvosi karán a június 2-án tartott választó ülésen *Jakabházy Zsigmondra*, a gyógyszerismeret tanárára, két éven át volt kari jegyzőre esett. Kari jegyzővé *Telleyesniczky Kálmánt* választották meg. Rectorválasztók lettek: báró *Korányi Sándor*, *Krompecher Ödön*, *Verebély Tibor* és *Kenyeres Balázs*. A kar június 17-én tartja ez évben utolsó ülését, melyen a tanszemélyzet megválasztása is szerepel.

**A királyi magyar Természettudományi Társulat élet-tani szakosztályának** tisztújító közgyűlése elnökévé *Farkas Géza* dr. egyetemi tanárt, alelnökké *Mansfeld Géza* dr. egyetemi tanárt, titkárrá *Fritz Gusztáv* dr. egyetemi tanáregedet, jegyzővé *Jendrassik Loránd* dr. egyetemi tanáregedet választotta.

Az új vezetőség által hirdetett első előadó gyűlés (201. gyűlés) 1924 június 10-én kedden este 6 órakor a III. számú belklinika tantermében (Ludoviceum-utca 2) tartatik meg.

**Tárgyszorokzat:** A Tudománytörténeti Bizottság pályadíjnyeresei beszámolóinak egy évi működésükről.

1. **Kiss Ferenc:** a) Vizsgálatok az emberi sympathicus idegeken. b) A hajszálerek morfológiája.

2. **Somló Pál:** A szív myogen és neurogen tulajdonságai.

3. **Jendrassik Loránd:** Az elektrolitek hatásának új módja.

4. **Skrop Ferenc:** Normal és immun savók electro-chemiája.

5. **Paunz Lajos:** A vitalis festékfelhalmozódás jelentősége a vesekutatás terén.

6. **Zalka Ödön:** Vizsgálatok a plexus chorioideus kör-szövetéről.

A vezetőség ez úton is kéri a t. szakosztályi tagokat, hogy mindazok kik tagsági díjaik befizetésével hátralékban vannak, azt a Társulatnak (VIII., Eszterházy-utca 16) minél előbb beküldeni szíveskedjenek.

**Nord-Sud. Tanulmányút Olaszország legfontosabb fürdőhelyein keresztül.** Figyelmezteltük már az érdeklődőket, hogy amint az „Enit” olasz társaságtól, mely az internationalis jellegű utat rendezi, a részletes felvilágosítások megérkeznek, közölni fogjuk őket. Íme:

Az „Enit” által rendezett Nord-Sud tanulmányút szeptember 18-ától október 3-ig tart. Találkozás Milanóban, szétosztás Nápolyban. Az útba ejtendő fürdők: *Acqui, S. Pellegrino, Levico, Roncegno, Vetriolo, Salsomaggiore, Bagni di Montecatini, Monsummano, Chianciano, Fiuggi, Agnano*. Az utat Prof. *Guido Ruata*, az „Enit” vezértitkára vezeti.

Utazás elsőosztályú különvonaton. A meglátogatott helyeken elszállásolás elsőrendű ellátással a legjobb szállodákban. Minden fürdőhelyen ismertető orvosi előadás, melynek szövegét angol-, francia- és németnyelvű nyomtatványokon szétosztják.

Útközben orvosi kísérők tolmácsolnak négy nyelven. A jelentkezőknek jelezniük kell, hogy milyen nyelvű csoportba kívánják magukat beosztatni.

Az út résztvevői csak orvosok lehetnek, akik (zároskban, 25%-ban) egy-egy közeli rokont vagy hozzátartozót vihetnek magukkal.

A jelentkezők száma 200-ra van korlátozva. Amikor ez a szám betelt, de legkésőbb július 31-én a jelentkezést lezárják. Ezért a társaság felszólítja a résztvenni szándékozókat, hogy jelentkezésükről minél előbb értesítsék.

Az út teljes költsége, minden kiadást beleszámítva, 1600 lira, amit egy a prospectushoz mellékelt „jelentkezési ív”-vel együtt előre be kell küldeni az Enitnek. Odautazáshoz az olasz határtól Milanóig szeptember 6-tól kezdődő érvénnyel, visszatáshoz Nápolytól az olasz határig október 20-ig terjedő érvénnyel kedvezményes jegyek kaphatók.

Részletes programot, úti tervet, kedvezményes tarifát és jelentkezési ívet tartalmazó prospektusok rendelkezésre állnak szerkesztőségünkben. Levelezőlapon közölt kívánságra szívesen küldjük szét az érdeklődőknek.

Szerkesztőségünk felajánlja segítségét a teendőkben. Az egyöntetűség kedvéért a résztvenni óhajtok küldjék be hozzánk a kitöltött jelentkezési ívet és az 1600 lírát. Útleveletről és vizumokról idejében szívesen gondoskodunk. Véleményünk szerint a tanulmányútban gazdagnak ígérkező tanulmányút kedvező feltételei mellett megérdemli az érdeklődést.

**Tudománymentő Bizottság.** A Felső Oktatásügyi Egyesület által a magyar főiskolák tudományos munkájának biztosítására alakított bizottság 1924 május 27-én gróf Apponyi Albert elnöklésével ülést tartott, melyen Grósz Emil dr. egyetemi tanár ügyvezető alelnök jelentést tett a múlt ülés határozatainak végrehajtásáról s előterjesztésére a bizottság az 1924/25. iskolaévi egyetemi pályadíjainak kiegészítésére 5 millió koronát, a francia kormány által eddig ingyen küldött, de beszüntetett francia tudományos folyóiratok folytatólagos előfizetésére a bibliographiai központnak 14 millió koronát utalványozott, úgyszintén fölhatalmazást adott, hogy az elnökség a már hirdetett tíz tudományos ösztöndíj számát és összegét fölemelhesse. Bíró Pál dr. nemzetgyűlési képviselő által a gyáriparosoktól gyűjtött összegből az adományozók kívánásainak megfelelően 40 millió koronát a műegyetem kapott. *A bizottság ezúttal tehát 80 millió koronát utalványozott a tudománymentésre.* A bizottság Bíró Pálnak, úgyszintén báró Harkányi Jánosnak, kinek közbenjárására a Magyar Cukoripar Részvénytársaság 80 millió koronát adományozott, köszönetet szavazott. A nagy társadalmi alakulatok gazdasági bizottságai közül eddig a Gyáriparosok Országos Szövetsége kezdte meg működését. A gazdaközönség érdeklődésének megnyerése céljából Czettler Jenő, az ipar és kereskedelmi körökének megnyerése céljából gróf Apponyi Albert fognak öszkary egyesületeikben előadásokat tartani. Az ülésen, melynek tárgyalásain gróf Teleki Pál, Tauffer Vilmos, báró Korányi Sándor, Pasteiner Iván dr. vettek részt, a munkabizottság tagjain kívül a nagy gazdasági egyesületek delegáltjai is megjelentek. Az állami háztartás mai nehéz pénzügyi helyzetében a tudományos munka a társadalom támogatására még fokozottabb mértékben rászorul. A Tudománymentő Bizottság irodája: VIII. Mária-utca 39., I. sz. egyetemi szemklinikán van. Az adományokat a Pesti Hazai Első Takarékpénztár-Egyesület (IV. Deák Ferenc-utca 5) kezeli.

**A Keresetképtelen Orvosokat Segítő Egyesület** alakuló gyűlése a budapesti összes kerületi orvostársaságokkal történt előzetes tárgyalások után f. évi május hó 20-án folyt le **Vladár Márton** vezetésével.

A gyűlés az egyesület megalakulását elhatározva, annak vezetőségébe és választmányába egyhangúlag a következőket választotta:

**Elnökök:** Barla-Szabó József, Friedrich Vilmos, Hüttl Hümér, Temesváry Rezső, Vladár Márton. **Titkár:** Csillag Jakab. **Jegyző:** Brenner Károly. **I. pénztáros:** Bergsmann Jakab. **II. pénztáros:** Vajda Vilmos. **Ellenőr:** Himmler Izsó. **Pénztárvizsgáló bizottság:** Barlay József, Bokor Mór, Erneyi Miksa. **Ügyész:** dr. Gulyás Imre ügyvéd.

**Választmányi tagok:** Ádám Lajos, Alapy Henrik, Bíró Gyula, Borszéký Károly, Blum Simon, Demjanovich Emil, Demkó Béla, Doktor Károly, Drechsler Dezső, Faragó Zsigmond, Farkas Dániel, Fleisch Nándor, Forbát Sándor, Frey Ernő, Frigyesi József, Fritz Sándor, Gerő Ármin, Grosch Károly, Grosz Gyula, Guth Samu, Horacsek János, Inzelt Arnold, Koffler Adolf, Kováts József, Körmőczy Zoltán, Láng Menyhért, Leopold Béla, Lipscher Sándor, Lobmayer Géza, Mansfeld Ottó, Medvei Béla, Mihalkovics Elemér, Nagy Tivadár, Patai Samu, Preisach Izidor, Rajna Mór, Reiner Ede, Reitzer Mór, Rosenak Miksa, Rothbart József, Rottmann Elemér, Sági Lajos, Schmidlechner Károly, Schönberger Gyula, Sputz Gyula, Steiner Gyula, Steiner Károly Adolf, Székely Gábor, Szilas Jenő, Tausz Béla, Weber Adolf, Weisz Géza, Winternitz Arnold, Zahler Emil.

Az alakuló gyűlés után megtartott elnöki értekezlet **ügyvezető elnökül** saját kebeléből **Friedrich Vilmost** delegálta, ki a terhes tisztséget vállalva, az egyesület ügyeinek intézését átvette.

**Ragályos betegségek Budapesten.** A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 25-től május 31-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	14 (1)	Gyermekágyi láz.....	— (1)
Küteges hagymáz....	— (—)	Bárányhimlő.....	15 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob ..	10 (—)
Kanyaró.....	46 (—)	Vérhas.....	10 (—)
Vörheny.....	39 (—)	Járv. agygerincagyhártyalob .	1 (1)
Szamárhurut.....	36 (1)	Trachoma.....	— (—)
Roncs. torok-és gégeglob	10 (—)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	8 (—)	Lépfene.....	3 (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Tetanus.....	2 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját **kedden és pénteken 11—12-ig tartja.**

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

**Gyermeküdülőtelep a Magas Tátrában.** A Magas Tátra egyik legszebb helyén, a subalpin Tátraházán lévő gyermeküdülőtelepen vérszegény, gyengébb testalkatú, de egyébként egészséges szervezetű gyermekek szülői kíséret nélkül helyezhetők el. A gyermekek rendszeres tornázásban, hidegvíz-, fekvő- és napkúrákban részesülnek, gyalogtúrákat tesznek a legszigorúbb orvosi ellenőrzés mellett. Egy gyermek elsőrangú ötszöri étkezésért, lakásért és a fenti szolgáltatásokért 6—14 évig naponta 25 cs. K-át fizet. **Felvétel csakis korlátozott számban.** Fertőző megbetegedések kizárva. Felvilágosítással, prospektussal szolgál, vizumot szerez, gyermekcsoportokat elkísér: **Kozma dr.** Budapest, Arany János-utca 33, II. em. 2; délelőtt 11—12-ig. Telefon: 21—84.

Lapunk mai számához a C. H. Boehringer Sohn Nieder-Ingelheim am Rhein cégnek „Az Ingelheim gyógykészítmények”-ről szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

# TÁTRA-SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyét egyesítve modernül berendezett fizikai-dietetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

**ELSŐRANGÚ DIETÁSKONYHA,** fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-, fenyőfürdő, vizgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. **Indikációk:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, aethenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalencia. — **Tuberculosisok,** fertőző- és elmebajosok kizárva. **Sanatoriumi nap,** pausálár 65 Kc-től fölfele. — **Főorvos:** dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában. Egész évben nyitva. — Felvilágosítást szerez dr. Adorján László. Vigadó.

**Dr. ERÉNYI JENŐ** kir. tanácsos. **KARLSBAD** Mühlbrunnstrasse 11. Kaffeebaum házban rendel

**Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézete**  
Budapest VIII, Vas-utca 17. Ideg-, belbetegek és üdülők gyógyhelye. **Diétás kúrák** diabetes stb. anyagcsere-zavaroknál.

## RÖNTGEN-ODELGA

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

## PÁLYÁZATOK.

Jászberény r. t. város »Erzsébet« közkórházában a lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdettek, akik ezt az állást elnyerni óhajtnak, azok képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Jászberény r. t. város polgármesteréhez folyó évi június hó 25-éig adják be. A kórházi alorvos köteles a kórház épületében bent lakni, magányakorlatot a kórházon kívül nem folytathat, a kórházi nyugdíjintézetnek tagja. Javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, a kórházban saját személyére egy szobából álló lakás, ennek fűtése és világítása, valamint saját személyére kiszolgálás. Az alorvos természetbeni élelmezést is kérhet a kórházbizottságtól s ez esetben a kórházbizottság által megállapítandó térítési összeget köteles havonként a kórház pénztárába befizetni. Szolnok, 1924 május 13.  
10657/1824. sz. *Az alispán.*

LEGTÖRÉSEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

**LYSOFORM**

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÓGYES 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:

- Hainiss Elemér: A „savanyú soványtej” alkalmazása a csecsemő-kori táplálkozási zavarok diatetikájában. (279—281. oldal.)  
 Vigh Ágoston: A leukanaemia kérdéséhez. (281—284. oldal.)  
 Kuncz Andor: Az Alexander-Adams-műtét gyógyító értékéről. (284—285. oldal.)  
 Ifj. sz. Liebermann Leó: A rivanol szemészeti alkalmazásáról. (285—286. oldal.)

- A Bpesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának tudományos ülése 1923 június 7-én. (286—287. oldal.)  
 Szemorvosok nagygyűlése. (287. oldal.)  
 A Debreceni Tisza István Tudományos Társaság orvos-természettudományi szakosztályának ülése május 15-én. (288. oldal.)  
 Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Orthopaedia. (288—289. oldal.)  
 Vegyes hírek. (289—290. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi magy. kir. Ferenc József tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye.

### A „savanyú soványtej” alkalmazása a csecsemőkori táplálkozási zavarok diatetikájában.

Írta: Hainiss Elemér dr. egyet. magántanár, a gyermekklinika vezetője.

A „savanyú soványtej”, mint zsírszegény, csak kissé savanyodott, szénhidrát-gazdag táplálék, hasonlít az ú. n. hollandi íróhoz, de alkotóelemeinek quantitativ elosztása más. Egyszerű előállítása megbízhatóság tekintetében a fölé helyezi s az alkatrészek más elosztása révén pedig oly tulajdonságai vannak, melyek azt a hollandi írótól elkülönítendővé teszik. A Berend kezdeményezte, de nem ismertett „savanyú soványtej” előállításánál a nyers teljes tejet konyhamelegesen pár óráig (télen 4, nyáron 1 $\frac{1}{2}$ ) állani hagyjuk s ezután a tejszint óvatosan leszedjük. Gyakorlatban úgy csináltatom, hogy háromszor annyi nyers teljes tejet tétel konyhamelegesen félre s ennek  $\frac{2}{3}$ -át lefőlőztetem. Ebbe a gyengén „savanyú soványtejbe” három hónapon felüli csecsemőknél 4 $\frac{0}{10}$  cukrot (esetleg hordenzimet) és 1 $\frac{1}{2}$ % lisztet keverünk, majd enyhe tűzön felforraljuk. Mondhatnám: ez a szénhidrát-percent standardja, ezen összeállítás mellett láthatók a legszebb eredmények. Természetes azonban, hogy a szénhidrát-percent szükség esetén fel- és lefelé a megfelelő cautelák figyelembevételével változtatható. A „savanyú soványtej” chemiai összetétele a következő:

Zsírtartalma kb. felényi, mint a használt teljes tej. Fehérjetartalma lényegben nem változik. Tejcukortartalma a mérsékelt fokban megindult savanyodás miatt a teljes-tejénél kevesebb, a veszteség azonban nem tesz ki többet a tejcukor  $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{10}$ -részénél, tehát a cukor- $\frac{0}{10}$   $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ °-kal lesz kevesebb. Savanyúsága nem állandó, ami természetes is, ha a konyhatemperatura különbözőségét és azt figyelembe vesszük, hogy a nyári nagy melegben érkező tejnek van már kisfokú savanyúsága. Túlságos ingadozások azonban, ha az állvahagyás idejét évszakok szerint az előírás értelmében változtatjuk, nem fordulnak elő.  $\frac{n}{10}$  lúggal mért savfoka 8—10 között van. Kaloriaértéke a hozzáadott szénhidrát-standarddal kb. 63—65. A „savanyú soványtej” ezek szerint a teljes tejhez viszonyítva gyengén savanyú, felényire zsírszegényített és a hozzáadott szénhidrátok révén a teljes tejnél szénhidrát-gazdagabb táplálék, kb. a teljes tejnek megfelelő kaloriaértékkel.

A „savanyú soványtej” hozzátáplálásával chronikus súlyállóknl az esetek legtöbbszörében oly feltűnő gyarapodást értünk el, amit más táplálékkal nem igen láttunk s egyes reménytelen esetekben tisztán savanyú soványtej adagolásával oly nagymérvű, prompt meginduló súlygyarapodást észleltünk, ami az előző kétséges prognoszt egyszerűben megváltoztatta. E hirtelen meginduló gyarapodást lehetett volna a „savanyú soványtej” só- és szénhidrát-gazdagsága folytán bekövetkezett labilis vízretentióval magyarázni, de ennek a gyakorlat ellene szól. Ebben az esetben t. i. a súlyemelkedés egy további súlyállást, vagy lassú gyarapodást casirozott volna s így a súlygörbe erős reversióját kellett volna észlelni csakhamar, akár egy gyenge parenterális infectio alkalmával is. Ezt azonban összes eseteim közül csak egy decomponálnál lehetett látni, a többi inkább azt mutatta, hogy e táplálék „jól kötött” gyarapodást eredményez, minthogy súlyos megbetegedések kapcsán várt nagy súlyzuhanások helyett csak erőteljesebb súlyingadozás volt észlelhető. Némelyik csecsemőnél, főként amikor nem várt nagyarányú volt a súlyemelkedés, nemcsak gyógytáplálék szába kellett azt vennünk, hanem hónapokon keresztül állandó tápláléknak adni, mert amint elvettük, súlyállás következett be.

Három éven át folytatott táplálási kísérleteim közel száz esetet ölelnek fel. Teljesen precíz körleírásokra ily nagy anyagnál nem lehet kitérni és a táblázati összeállítást is mellőzve, csoportosan fogom eseteim egy részét szemléltetővé tenni.

Az I. csoportba 26 olyan csecsemőt sorolok, kiknél nőitej táplálásánál kifogástalannak látszó ürülések mellett a gyarapodási eredmény kielégítőnek nem volt tekinthető. Egy részük a nőitej-táplálás mellett gyarapodott ugyan, de oly gyenge eredménnyel, hogy ennek folytatódása atrophíához vezetett volna. Hisz ritkán üritett, elég consistens, sárgás (ezek szerint „jónak” tartott) székletetek mellett akkor, amikor a csecsemő táplálása physiologias kvalitásban s törvényszerű adagolásban történik, nem elégedhetünk meg 1'9—12'9 gr napi gyarapodási átlaggal az élet első 4—5 hónapjában. De még sokkal kevésbé akkor, ha huzamosabb ideig tartó apró súlyingadozások mellett a nőitej kimutatható ok nélkül semmi eredményt sem hoz, mint azt az idézett csoport 26 tagja közül öt esetben láttam. Még feltűnőbb volt azonban nyolc csecsemő viselkedése, akiknél az időnkint beálló súlyedések 2—9 hét alatt egy alapos súlycsökkenést eredményeztek, nem ritkán oly módon, hogy súlygörbájük egy fordított graphikon benyomását tette. Hangsúlyozni kívánom, hogy e csoport 26 esete csak oly, nőitejjel táplált csecsemőket ölel fel, kiknél dyspepsia, hypalimentatio, vagy parenterális ok következményezte bélzavar nem állott fenn s így sem a

táplálék, sem a bélürülések szempontjából hibát nem kereshettünk. Elsősorban mindig azzal próbálkoztunk, hogy a „savanyú soványtejet” hozzátáplálás formájában adjuk, még pedig úgy, hogy minden szopás előtt egy kávéskanállal adagoltuk. Ha a súlygyarapodás prompt megindult s nagysága kielégített, emellett maradtunk addig, míg észrevehető súlygörbe-ellaposodás nem következett be. Ilyenkor kanalként emeltük a szopások előtt adott „savanyú soványtej” mennyiségét. Ezen táplálási mód az esetek legnagyobb részében eredményes volt. Magyaroztatát az adja, hogy e csoport csecsemőinél a bélbeli secretiós folyamatok részéről fennálló aphysiologis állapot, illetve constitutiós zavar következtében a nőitej kihasználása nem tökéletes, míg a „savanyú soványtej” az adott viszonyoknak megfelelő táplálékot jelent. Ezen vizsgálatokat egy másik közleményben részletezem, ehelyütt csak a „savanyú soványtej” alkalmazásának eredményeiről referálok.

Kísérleteim szerint:

a) Azon esetekben, ahol nőitej-táplálásra és consistens székürülés mellett nem volt kielégítő a gyarapodás, a „savanyú soványtej” hozzátáplálására az minden esetben erőteljesebbé vált. A 12 eset napi gyarapodási átlagának középértékét véve összehasonlítási alapul, a nőitej mellett észlelt 5·4 gr-os napi átlaggal a „savanyú soványtej” hozzátáplálására 15·4 gr állott szemben. Beszámítottam ide azon négy csecsemőt is, ahol a hozzátáplálás ha jobb eredményt is mutatott, mint az előző nőitej, mégsem volt a követelményeknek megfelelő. Ezeknél addig emeltem a „savanyú soványtej” kanalkénti hozzátáplálását naponta ugyanazon energiaquotiens megtartása mellett, amíg a nőitejet teljesen elhagytuk. Ennél a táplálási módnál mind a négy csecsemő csaknem kétszeres súlykötéssel reagált s 6—8 heti észlelési idő alatt 24·5 grammos középértékű napi gyarapodást ért el.

b) Azon öt esetben, ahol nőitej-táplálásánál egy hónapon keresztül semmi eredményt nem értem el, a „savanyú soványtej” hozzátáplálásával 13·2 gr-os átlagos napi gyarapodás következett be.

c) Azon kilenc esetben, ahol a nőitej-táplálást fogyás kísérte, a „savanyú soványtej” hozzátáplálása hét esetben prompt súlymeginduláshoz vezetett s egy—három hónapi megfigyelés alatt 18·4 gr-os átlagos napi gyarapodást mutatott. Két esetben fokozódott a súlyesés, de jelentékenyen kisebb mértékben, mint azelőtt. A súlygyarapodás csak akkor indult meg, amint a nőitejet teljesen elhagytuk és tisztán „savanyú soványtejet” tápláltunk.

Kísérleteim II. csoportjában 21 oly eset szerepel, ahol már *manifestálódott atrophiaról* volt szó s ezek hat hónappal idősebb csecsemők. Hogy a 21 eset mindegyikénél az atrophia mire vezethető vissza, ez a megbízhatatlan, olykor teljesen sikertelen eredményű anamnesis miatt nem ítéhető meg. Legnagyobb részben kétségtelenül helytelen táplálásra, illetve ennek következtében előállott többszöri, acutan lezajlott, esetleg chronicussá fajult táplálkozási zavarra kellett visszatekintnünk. Ezen csoport tagjainál híg széklef szintén nem fordult elő, a legtöbbnek kenőcsös, egyeseknek szappanszékük volt. Súlyban, fejlődésben különböző mértékben, nagyobb részt rendkívül visszamaradtok voltak. Az ilyen sorvadtt csecsemők súlymegindítása mindig nehéz probléma, a próbálkozás sokszor sikertelen. „Savanyú soványtej”-jel értem el legtöbbször s egyben feltűnő szép eredményt. Ezekről csoportosan összeállítva a következőket mondhatom:

a) Amikor a chronicus táplálkozási zavar gyógyítása kedvéért nőitej-táplálást vezettem be s az eredmény 1—2 hét alatt semmis, vagy gyenge volt, 1—2 étkezést „savanyú soványtej”-jel felcserélve, a csecsemők erőteljesebb gyarapodásnak indultak. Nagobbmértvű súlykötés mutatkozott a nőitej teljes elvonása után.

b) Egyeseknél a súlymegindítás kedvéért két étkezésre malátalevest, a visszamaradt statikus funkciók fejlesztése miatt egyszer levest, főzeléket és a malátaleves esetleges széklethígító hatásának ellensúlyozására kétszer tejben darát adtam. Eredmény csak egy esetben volt, de itt is 5—8 gr napi gyarapodásnál többet nem hozott. Dara, leves, főzelék meghagyása mellett a két adag

malátalevesnek „savanyú soványtej”-jel történt fölcserélésére, dacára, hogy utóbbi kb. 9%-kal kevesebb szénhidrátot tartalmaz, erőteljes gyarapodás volt az eredmény, pláne ha a darát is „savanyú soványtej”-ben készíttettem.

c) Azon esetben, amidőn idősebb csecsemőknél kétszer színtej, kétszer tejben dara, egyszer leves, főzelék táplálásra, vagyis egy normalis összeállítású étrendre nem volt kielégítő gyarapodás, a színtej-adagoknak „savanyú soványtej”-jel történt fölcserélésére rendszerint koruknak megfelelő fejlődést értünk el; de jelentékenyebb, az atrophias visszamaradottságot eltüntető gyarapodást akkor láttunk, ha a darát is „savanyú soványtej”-ben nyújtottam. Minden esetben két napon felül folytattuk ezen táplálást és átlagosan 27½ gr-os napi súlyemelkedést figyelhetünk meg.

d) Azon esetekben, hol leves, főzelék adásra gyakori és híg székleflettel reagáltak a csecsemők, három étkezésre savanyú tejet, két étkezésre „savanyú soványtej”-ben darát adva, rendszeres bélürülés mellett az első életévnegyed megkívánt gyarapodását is meghaladta az eredmény.

e) Ahol allaitement mixte mellett atrophianak indult a csecsemő, erőteljes súlygyarapodást és kielégítő fejlődést érhettem el, ha a tejhígítás adagjait „savanyú soványtej”-jel cseréltem fel.

A „savanyú soványtej”-et zsírszegénysége miatt megpróbáltam *tejtartalomnál* is adni. A tejtartalom terápiájában a Keller-féle malátalevesben egy oly kiváló táplálék van kezünkben, hogy feleslegesnek is mutatkozik a mással való próbálkozás. Voltak azonban oly esetek, hol a tejtartalom általános és pregnans tünetei jelenléte mellett is — amikor a diagnosis helyes volta kétségtelennek látszott — malátalevesrel nem láttunk prompt súlymegindulást s csak a széklef lett puhább. Ezen esetekben nem tiszta tejtartalommal álltunk szemben, ezek legnagyobb részt lisztártalommal kombinálódtak. A „savanyú soványtej” hozzátáplálás, illetve tisztán ezzel való táplálás a megkísérelt öt eset mindegyikében eredménnyel járt.

*Lisztártalomban* szenvedő csecsemőink mindegyikénél nőitej-táplálást szoktunk bevezetni gyógyítási szempontból. Az első napok súlyesése az előző tápláléknál sóban és szénhidrátban szegényebb nőitej adása miatt megokolt s ugyancsak várható a reparatiós súlyállás. Tudatában lévén azonban a „savanyú soványtej” súlygyarapító hatásának, megkíséreltük ennek kanalkénti adagolását. A gyarapodás megindult s azon esetekben, ahol a csecsemő súlya már előzőleg is emelkedőben volt, a „savanyú soványtej” sokkal kiadósabb gyarapodást hozott. Kissé furcsának tűnik, hogy lisztártalomnál rövid pauza s nem teljes reparatio után ismét lisztes táplálékot eredménnyel nyújtunk. De érthetjük, ha elgondoljuk, hogy nem a liszt volt az, amellyel szemben a csecsemő intoleránssá vált, hanem az a célszerűtlenül összeállított táplálék, amelyben a csecsemő előzőleg a lisztet kapta. S ha nem egy táplálékalkatrész, hanem az alkatrészek egymásközti aránya az, amely a táplálkozási zavart okozta, eredmény várható már a táplálék alkatrészeinek viszonylagos megváltoztatásától is, még ha tartalmazza is azt a táplálékalkatrészt, amelynek a helytelen correlatio okozta túlsúlya váltotta ki a kérdéses táplálkozási zavart. Ezt a feltételt igazolja a „savanyú soványtej” alkalmazásának sikere lisztártalomnál.

A „savanyú soványtej”-et zsírszegénysége miatt *exsudativ diathesisnél* kiterjedten alkalmazom. Ez esetben a hollandi író, vagy soványtej eredményeivel nem is akarok összehasonlítást vonni, minthogy az exsudativ jelenségeket csökkentő hatását tisztán zsírszegénységében látom, amelyet más táplálékok nyújtásával is el lehet érn.

*Acut táplálkozási zavaroknál* a „savanyú soványtej”-et nem alkalmazom. Ez esetekben régebbi vizsgálataim szerint (Monatschrift f. Kh. 21. köt.) a gyomor hyperaciditása észlelhető s így alkalmazása még desinfiáló szempontból is felesleges, pláne mikor a gyomor hyperaciditásánál annak kisebb a savanyúsága.

*Chronicus táplálkozási zavaroknál* oly esetekben, ahol híg székek kemény székekkel váltakoztak s gyomorhyperaciditás nem volt jelen, többször alkalmaztam siker-



rel, de csak más táplálékkal, egyszer nőitejjel, másszor fehérjés tejjel együtt. Az eredmény azt mutatta, hogy a tisztán nőitej, illetve fehérjés tej mellett észlelt súlyállást vagy gyenge gyarapodást a „savanyú soványtej” hozzá-táplálására erősebb súlyemelkedés váltotta fel s a székletetek is állandósultan jobb minőségűek voltak. A chronikus táplálkozási zavarok ez eseteiben bekövetkezett állapotjavulást alighanem a „savanyú soványtej” azon sajátossága okozza, hogy zsírszegénységéhez viszonyítva fehérjedús, másrészt a cukor-liszt relatio folytán a bélben nem túlságosan erjed s végül, hogy a kétfajta szénhidrát keveréke ismertén súlygyarapító hatású.

A „savanyú soványtej” alkalmazását minden esetben kell mérlegelés alá véve, káros hatását sohasem észleltem. Adagjait mindenkor a szükséges energiaquotiens megszabta kalóriák mennyiségében nyújtottam. Bevezetését legnagyobb részben kitűnő gyarapodás kísérte, amely nem minősíthető a só- és szénhidrátgazdagság révén beállott laza vízmegkötésnek. Gyakran adódott olyan helyzet is, hogy semmiféle táplálék nem hozott eredményt s a csecsemő reménytelenül vált állapotán csak a „savanyú soványtej” változtatott. Hozzá-táplálására a széklet világos, szürkésárga, kenőcsös, voluminózus, amely karakterek sokkal praegnásabbak, ha tisztán ezt a táplálékot adjuk. Alkalmazásának kis hátránya, hogy ammoniákszaporulat van a vizeletben, amely a csecsemők fartájékát könnyen felmarja. Ha ezzel számolva a fartájék gyenge olajozását alkalmazzuk ez is kiküszöbölhető.

Hatásának eredményes volta, szénhidrátgazdagsága és zsírszegénysége mellett még savanyúságában is talál okot. A szénhidrátgazdagság a súlygyarapodásnak egyik faktora, amely a „savanyú soványtej” közegében nem is veszélyes, mert a nádcukor a bevitt H-ionok mellett invertálódik és nem erjed. A zsírszegénység nagy előnye, nemcsak azért, mert a zsíremésztés zavarainál therapiás jellegének ez ad alapot, de azért is, mert a dús szénhidrátartalom melletti zsírszegénység oly correlatio, mely dyspepsia-veszélyt nem rejteget. A súlygyarapodást illetőleg savisága is kétségtelenül szerepet játszik, de nem önállóan, mert ez állandósult hatás alapja az a tápmilieu, amellyel a savanyúság a „savanyú soványtej”-jel bevitetett.

Tápkísérleteim eredményeként a „savanyú soványtej”-et indikálnak tartom általában a 2–2<sup>1/2</sup> hónapos kor meghaladtával:

1. Anyatejen táplált súlyállóknál, vagy gyengén gyarapodóknál, hol dyspepsia jelei nincsenek, orvosságos adagokban étkezés előtt.

2. Anyatejen táplált s acut bélzavar jeleit nem mutató, fogyó csecsemőknél az előbbi módon leírt hozzá-táplálás formájában s esetleges sikertelenségénél, vagy reménytelenül s látszólag megokolatlanul fogyóknál tisztán „savanyú soványtej” táplálását.

3. Tejártalom oly eseteiben, hol a malátaleves nem hoz eredményt s valószínűleg kombinált tej- és lisztártalomról van szó.

4. Lisztártalomnál.

5. Exsudatív jelenségeknél.

6. Allaitement mixte egyik componense gyanánt; főként pedig

7. Atrophiásoknál, hol hat hónapnál idősebbeknél a legkedvezőbb eredményeket a kétszer „savanyú soványtej”-ben dara, kétszer „savanyú soványtej”, egyszer leves-főzelék napi összeállítás adja.

**A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr. ny. r. tanár).**

## A leukanaemia kérdéséhez.

Írta: Vigh Ágoston dr. klin. gyakornok.

Leube 1900-ban közölt esetével az anaemia perniciosa és a leukaemia egymáshoz való viszonyát óhajtván tisztázni, a „leukaemia” elnevezést ajánlja oly esetek megjelölésére, ahol a kórkép sem a leukaemia, sem az anaemia perniciosa kereteibe teljesen be nem illeszhető. Már Leubet megelőzőleg is közölt eseteket Litten, Körmöczy,

ahol az anaemia perniciosa kórképéhez később a leukaemia csatlakozott. Leube után a figyelem nagy mértékben e felé a kórkép felé fordult.

A leukanaemiának két csoportját állították fel: myeloid és lymphoid alakját. A közölt esetek legnagyobb része az előbbi és csak kisebb része tartozik az utóbbi kategóriába.

A Leube-Arneth-eset sok discussio tárgyát képezte. Klinikailag a beteg sepsis tünetei között halt el. A vérképben a legsúlyosabb anaemia (Hb 10%, E=256.000) és kísérő tünetei mellett mérsékelt leukocytosist (10.600) látunk. Ami tulajdonképen Leubet a leukanaemia felvételére ösztönözte, az a vérképnek qualitativ elváltozása volt. (Nagyfokú myelocytosis.) Leube esetét ma már a legtöbb sepsisnek tartják. Sepsises, toxinos folyamatok előidézhetik az ily vérképet. Ehlich és Lindenthal esetében nitrobenzol-mérgezésnél az anaemia perniciosa tünetei mellett 60.000-ig terjedő leukocytosis fejlődött ki. Itt ugyanaz az ártalom váltotta ki a csontvelő leukoblastikus hyperplasiáját, mint ami a perniciosaszerű vérképet előidézte. Moravitz két ízben sepsist észlelt leukanaemiás vérképpel, mind a két esetben gyógyulás következett be. Az alapbetegség, a sepsis meggyógyult, bizonyos tehát, hogy a leukanaemiás vérkép is a sepsisnek egyéb klinikai tünetekkel egyenértékű haematologiai tünete volt. A leukanaemiát mint önálló kórképet nem ismeri el, a különböző genesisű csontvelőmegbetegedések közös symptomájának tekinti. Hirschfeld és Kerschesteiner esetének körelőzményében izületi gyulladás szerepel. Mattirolónál megtaláljuk azeves tonsillitist.

Észlelték továbbá a leukanaemiás vérelváltozást maláriánál (Zeri) és tbc.-nél.

Martelli esetében bakteriumos kórokozóval gondol. Ugyancsak fertőzések genesisre gondol Barát is, 1920-ban közölt esetében. A megbetegedés súlyos influenza-járvány idejére esett. Az influenzának elhúzódó formáját mutatta a kórkép mindaddig, amíg egy sepsisjellegű bőrvérzéses stádium ki nem fejlődött.

Az itt említett néhány esetből is látjuk, hogy a leukanaemia vérképe nem specifikus. Hogy a vérkép például fertőzés eseteiben miért alakul így, azt nem tudjuk. De mindenesetre függhet a kórokozó ágénstől és a szervezet dispositiójától (Martelli). Orvosi észlelésre rendszerint már csak akkor kerül az ily beteg, amikor betegsége a tulajdonképeni kezdeten túl van, vagyis túl van azon a stádiumon, amikor a toxikus-infectiós ártalom és a praedisponált szervezet között még a küzdelem fennáll; a legtöbbszor abban a stádiumban kerülnek megfigyelésre, amikor már a vérkészítő apparatus részéről súlyos organos laesio is van, aminek a restaurálása mostani ismereteink szerint nem, vagy csak igen kivételes esetben lehetséges (Moravitz gyógyult esetei).

Lymphatikus típusú leukanaemiákat kisebb számban közölték. (Carducci, Inada, Luce.) Luce esetében is megvan a fertőzés. A leukanaemiát mint önálló kórképet nem ismeri el, hanem haematologiai symptomának tartja. Szerinte az ilyen anaemiák és a leukaemiát kísérő anaemiák között csak quantitativ különbségek állanak fenn és ezért a leukanaemiákat a leukaemiák közé sorozza.

A fertőzések-toxinok megbetegedéseken kívül valódi leukaemiák is előidézhetik a leukanaemiás vérképet. Így látjuk ezt Luce, Hirschfeld, Sacconaghi esetében, ahol tulajdonképen acut lymphatikus leukaemia állott fenn. Inada esete ugyancsak súlyos anaemiával kísért acut leukaemia. Parkes Weber esetében az aleukaemiás myelosisnak subleukaemiás myelosisba való átmenetét láthatjuk. Masing nem tudja eldönteni esetének hovatartozását. Lymphocytosis (61,6%), myelocytosis (21,5%), nagy anaemia, haemosiderosis, a csontvelőben lymphatikus hyperplasia voltak a változatos kórtünetek. Itt valószínű, hogy lymphaticus leukaemia állott fenn (Domarus). Pappenheim ezt az alakot „Reizungsmyelocytosis”-szal és kombinált myelopathiás, perniciosaszerű anaemiával kísért lymphadenoid medullaris leukaemiának tekinti. A nagymirigyes szervek metaplasziás burjánzását Naegeli compensatiós folyamatnak tartja.

Az itt tárgyalt megbetegedések csoportjába illeszthető be a mi észlelt esetünk is. *Helly*, különösen *Banti* hívja fel a figyelmet arra, hogy minden ilyen eset leközlössék.

G. V. 15 éves leány. Felvettük november 17-én. Szülei élnek, egészségesek. Hét testvére volt, valamennyi 1—16 éves korban elhalt. Ezek közül a legidősebb (16 éves) typhusban, öt éves öccse diphtheritisben, a többi előtte ismeretlen betegségben halt el. 1 $\frac{1}{2}$  év előtt skarlát, két év előtt vérhas (?). Havivérése 14 éves korától volt ez év júliusáig, akkor kétszer jelentkezett egy hó leforgása alatt, azóta elmaradt.

Júniusban vette észre, hogy sápad, hamar elfárad és többi társaitól sétáknál, játéknál, futásnál elmarad. Fájdalmat nem érzett. Környezete úgy tapasztalta, hogy halványasága, gyengesége napról-napra fokozódik. Megmérték a hőmérsékét és lázasnak találták. Az intézetből, ahol bentlakó növendék volt, hazabocsátották. Ez idő óta állandóan feküdt, sápadtabb és soványabb lett és majdnem mindig lázas volt. Hőemelkedése reggel 37 $^{\circ}$ -on kezdődött és fokozatosan emelkedett 38—39 $^{\circ}$ -ra. Július óta állandóan erős szédülése miatt járt nem tud. Ha a járást erőltette, hányingert kapott és hányt is. Az ágyban nyugodtan fekvé aránylag elég jól érzi magát. Étvágya nincs, széke másodnaponként.

Korához képest kissé gyengén fejlett és táplált. Testhőfok felvételnél 38.9. Bőr feltűnően viaszszárga színű, a bőr alatti kötőszövet zsírtartalma megfogyott. Izomrendszer térfogata csökkent, kissé petyhült. A látható nyálkahártyák feltűnően vértelenek, halványak. Mirigymegnagyobbodás nem észlelhető. Gyengén fejlett mellkas, a légzőmozgásokat jól követi. Elálló lapockák. Tüdők felett sem kopogtatással, sem hallgatódzással eltérést nem mutatható ki. A Röntgen apró peribronchialis mészcsoomokon kívül kóros elváltozást átvilágítással nem mutat. A Röntgenfelvételen ezenkívül a hilusok mérsékelt belőveltsége, továbbá a bal csúcs felett bizonytalan diffus homály konstatálható. Szív és az erek részéről elváltozás nincs. Pulsus telt, aequalis, rhythmicus, -ként 108. Has egyenletesen behúzódtott, elég feszes falzat, nyomási érzékenység nincs. Máj nem tapintható; mély légvételnél a bal bordaívánál érezhető a lép kissé tömöttebb széle. Gyomor: próbareggelinél kevés pépes gyomorbennek ürült, ami a HCl-reakciót adta.

Vérkép: Hb = 30%, E = 1,500,000, L = 13,000, F.I. = 1'0.

Egy fehérvérsejtre 111 vörösvérsejt esik. Górcsői kép: látóterenkint 1—2 magvas vörösvérsejt (normoblast), minden második látótérben 1—1 megaloblast; makrocyták, mikrocyták nagy számban. Poikilocytosis. Polychromatophilia. Basophil-pontos erythrocyták. A fehérvérsejtek:

neutr. polynucl. ....	24%
eosin. ....	1%
neutr. myelocyt. ....	—
kis lymphocyt. ....	37%
nagy " ....	33%
átmeneti alak ....	5%

Wassermann negatív.

Kórlefolyás:

November 18. Magas lázak miatt kétórás hőmérőzés mellett 38.5 $^{\circ}$ -on felül 0.20 gr pyramidont vesz. Arseninjekciókat (natrium arsenicosumból emelkedő dosis) kezdünk.

November 20. Állandóan aluszékony, apathiás. Szédülés. Pyramidon helyett 3 $\times$ 0.20 Echinint kap.

November 22. Közérzete valamivel jobb, de a gyengesége oly nagykü, hogy felülni nem tud. A kvalitatív vérkép változást nem mutat.

November 24. Torokfájásról panaszkodik. Torokképletek belőveltek. Elszórtan a testen, főleg a törzsön kölesnyi vörös foltok.

November 28. Lép egy harántujjal haladja meg a bordaívet. Lábai bokáiban vizenyősek, arca puffadt.

December 2. Szemelláthatóan rosszabbodik; alig eszik valamit. Állandóan magas lázakkal küzd.

December 3. A lép a bal bordaív alatt két harántujjal tapintható. Hb = 20%, E = 1,170,000, F.I. = 0.85, L = 38,000. Arány a fehérvér- és vörösvérsejtek között 1 : 30.

December 4. A has mindkét oldalán tenyéri területen tumplat (ascites). A hasbőre vizenyős. Orrvérzések.

December 6. Fejfájás, szédülés, fülzúgás, nehéz légzés. Ismételt orrvérzések.

December 8. Pulsus kicsiny, könnyen elnyomható. Vércvizsgálat:

fehérvérsejtszám ....	100,400
neutr. polynucl. ....	4%
eosin. ....	—
kis lymphocyt. ....	30%
nagy " ....	63%
átmeneti alak ....	3%
az összes lymphocyták száma ....	93%

December 9. Erős orrvérzés, ami csak tonogénes tamponra szűnik. Nagykü dyspnoé mellett erős köhögés. Tüdők felett az érdes légzésen kívül kóros elváltozás nem konstatálható. Vizeletben fehérje, üledékben kóros alakelemek nincsenek. Pulsus romlik.

December 10. Öntudat elhomályosodik, félrebeszél, estefelé teljesen eszméletlen. Dyspnoé, cyanosis. Fokozatosan előrehaladó szívgyengeség tünetei között exitus.

*Benjamin* és *Sluka* statisztikáiból tudjuk, hogy a gyermekkorban a második és a tizennegyedik életév között túlnyomó részben a heveny leukaemia szerepel az idülttel szemben és hogy a lymphatikus forma gyakoribb a myeloid formánál. Esetünkben is a gyermekkor határán levő leányról van szó. Amíg a typosos esetekben az acut leukaemia hirtelen kezdődik és hasonlít a súlyos fertőző betegségek kezdetéhez, addig vannak ritkábban oly esetek is, amikor a betegség az általános bágyadtság, gyengeség stb. tünetei között, szinte észrevétlenül dönti ágyba a beteget. Itt is a körelőzmény szerint július elején kezd a betegség kibontakozni. Az első tünetek: nagykü gyengeség, sápadtság, fáradékonyság az anaemia perniciosa tüneteit jelenti. Valószínű is, hogy az akkori tüneteket elsősorban főleg a beteg nagykü anaemiája rovására írhatjuk. Fertőzés a körelőzményben nem szerepel, legalább is nem gondolhatunk arra, hogy a betegség első föllépése előtt egy évvel lezajlott scarlatina ezzel oki összefüggésbe volna hozható, mivel a beteg a közbenső egy évben teljesen egészségesnek érezte magát. A lázak pontos kezdetéről a beteg felvilágosítást adni nem tud. Amikor a klinikára kerül, már soporosus, apathiásan viselkedik, csak akkor érez könnyebbé, ha a hőmenet alacsonyabb. A haemorrhágiás diathesis tünetei a garatív és a torokképletek belőveltségében, apró bőrverzésekben, majd igen gyakori orrvérzésben jelentkeznek. Nagykü ulcerációhoz vezető folyamatok nem állottak fenn. A nyirokcsomók meg-nagyobbodását in vivo nem észleltük. A lép felvételnél a bordaívig ér; fokozatosan nőtt, tíz nap múlva egy, két hét múlva két harántujnyira növekedett és ezt a nagyságát a beteg haláláig megőrizte. Tapintata aránylag tömöttebb volt. Acut leukaemiáknál majdnem sohasem észlelték nagy tömött lépet, leginkább septikus lépet találtak. Itt talán a kissé elhúzódo lefolyás magyarázza a tömöttebb lépet. A gyomortünetek közül a gyakori hányás és az étvágytalanság említendő. Feljegyzésre méltó adat még, hogy a szabad-sósav elválasztás fennállott. Az achlorhydriát az anaemia perniciosa klasszikus, de azért mégsem obligát tünetei közé számítják. Ha ez az adat némi bizonyító erővel bír, úgy az leukaemia mellett, mint primaer megbetegedés mellett szól. Esetünk sokban hasonlít *Carducci* esetéhez. Eltekintve a magas lázaktól, mindkét esetben nagykü relatív lymphocytosis állott fenn; *Carducci*ban 92%, itt ante exitum 93%. A lymphocyták között a nagy, kerek és ovalis magvú képletek domináltak, protoplasmájuk basophil, homogen és hol keskenyebb, hol szélesebb szegélyt alkot. *Carducci* esetében 75%, itt 60%. Megemlítendő, a lymphocytáknak feltűnő szaporodása az utolsó napokban; ez vonatkozik úgy a percentuális, mint az abszolút szaporodásra. *Carducci* esetében úgy szólván egyik napról a másikra szökik fel a fehérvérsejtek száma, 24-ről 117,000-re. Itt 13-ról 100,000-re. Mivel a fehérvérsejtek szaporodását a csaknem normális számtól 100,000-ig a felvétel napjától fokozatosan észleltük, föltehető, hogy a fehérvérsejtszám 13,000-ig való emelkedése is a felvétel előtti egyjára esett. Ha tehát *Pappenheim* állítását elfogadjuk, akkor itt is föltehetjük, hogy a betegség első és legnagyobb részét az aleukaemiás-anaemiás tünetcsoport uralta, amit később a bejövetelek észlelt subleukaemiás körkép váltott fel. Ez azután rapide fejlődött és ante exitum már teljesen kialakult a leukaemia. Az anaemia igen szembeötlő tünet volt akkor, amikor még a fehérvérsejtek részéről az elváltozások nem nyomatok előtérbe. A vörösvérsejtek részéről az erythrocytosis tünete mellett megtaláljuk a nagykü normo- és megaloblastosist. Az anaemia rendszerint az acut formánál hyperchrom, de lehet hypochrom is. Itt a festődési index: 1'00. (*Hirschfeld* és *Carducci* esetében ugyancsak 1'0.) Megvoltak továbbá az anaemia perniciosa egyéb tünetei is. Betegségének vége felé folytonos orrvérzések

gyengítik a beteget, majd a cachexia mind súlyosabbá válik, végül szívgyengeség tünetei között meghal.

A diagnoszt anaemia perniciosára és leukaemia lymphatica acutára tettük.

Boncolás december 11-én (dr. Johann m. tanár). A boncolási jegyzőkönyvnek csak a fontosabb adatait közlöm.

Középtermetű, mérsékelten táplált női hulla; fehéres bőrén elszórtan köles-lencsényi barnásvörös halvány foltok, melyek ujjnyomásra nem változnak. Nagy ajkak kissé vizenyősek. Alsó végtagokon mérsékelt vizenyő. Hasüregben mintegy 300 cm<sup>3</sup> kocsonyás-fibrin savó. Hashártya sima, fénylő.

Szív középnagy, burkán finom tűszűrés-mákszemnyi vérszemes pettyek. Izomzata általában középvastag, petyhüdt. Mindkét szívben, különösen a balszív izomzatán harántirányú sárga sávok látszanak, főképp a szemölcsizomokon. Bal tüdő mellhártyáján számos vérzés. Hörgi nyirokcsomók babnyiak, feketék. Jobb tüdő a balhoz általában hasonló.

Hörgközi és mély nyaki nyirokcsomók mérsékelten megnagyobbodtak és szövétük részben palaszürke, részben pedig rózsaszínes és meglehetősen lágy. Légcső vérzékeny. Nyelvgyöki tűszők, úgyszintén a mandulák megnagyobbodtak. Lép kétszer akkora, környezetéhez pár szalaggal odanőtt, meglehetősen tömött, benne szürkés-vörös alapszövetben a *Malpighi*-tűszők mákszemköles, sőt borsónyi csomók alakjában láthatók. A trabeculák elmosódtak. Bal vese középnagy, tok könnyen vonható le. Felszíne feltűnő barnás. Metszészlapon a kissé megvastagodott kéreg mindenütt feltűnően barna és ezáltal jól elkülönül a rózsaszínű vérszegény pyramisoktól. Vesemedence nyálkahártyáján pár vérzés. Jobb vese a balhoz teljesen hasonló. Pankreas farkánál egy főt borsónyi és egy mogyorónyi mellékélet találunk. Duodenum- és gyomornyálkahártya középvastag, pontszerű vérzésekkel. Mesenterium nyirokcsomói mérsékelten megnagyobbodtak, kissé vérbőek. Máj nagy, már kívülről feltűnik sötét rozsdabarna színe, mely a metszslapon még intenzívebben látszik. Egyébként állománya tömött, rajzolata alig látszik, vérszegény. A vékonybelek legalsó részében a Peyer-plaqu-ok erősen duzzadtak, különösen az ileocecalis rész felett. A vastagbél solitaer tűszőji a cocumban szintén duzzadtak. A sternum csontveleje igen világos, barnás vörhenyes. A jobb combcsont veleje általában szürkésvörös, ez a szürkés szín helyenkint nagyon kifejezett, csak helyenkint sötét-vörös.

**Diagnosis:** Anaemia universalis majoris gradus. Haemochromatosis hepatis et renum. Degeneratio adiposa striata myocardii. Medulla ossium griseo-rubra: Hyperplasia nodulorum lymphaticorum fere omnium, lienis etiam agminum Peyeri. Haemorrhagiae parvulae cutis et pleurarum. (Anaemia perniciosa et leukaemia acuta [?]). Soor oesophagii.

A boncolási adatok között megtaláljuk úgy az anaemia perniciosára, mint a leukaemiára jellemző elváltozásokat. Sajnos, a szövettani feldolgozása az esetnek technikai okokból elmaradt, mindamellett a mikroszkopos elváltozások olyan értékes adatokat szolgáltatnak, hogy ezekből a mikroszkopos elváltozásokra mégis következtethetünk.

A súlyos anaemiára utal a helyenkint egészen sötét-vörös, másutt szürkés-vörös csontvelő. Sok helyütt ez a szürkés szín dominál. Ez feltehetőleg medullaris lymphadenoid burjánzástól származik. Megtaláljuk az anaemia perniciosánál megszokott siderosist a májban és a vesékben.\* Megtaláljuk a szívizom zsíros elfajulását is (tigrisszív).

A lymphadenoid szövet burjánzására utalt a nagyfokú lymphocytosis. Ennek anatomiai alapját a csontvelőben feltételezhetjük, ahol valószínűleg lokálisan fejlette ki károsító hatását az eythro-poetikus apparatusra. Biztosan megtaláltuk továbbá a lépben, ahol a lymphadenoid-burjánzást egész borsónagyságú *Malpighi*-tűszők árulják el. Feltehető, hogy a többi mirigyek megnagyobbodása is lymphocitózis beszűrődéstől származik. A myeloblastikus szövet állapotáról biztosan nem tudunk. A vérképben éretlen alakok találhatók nem voltak, mindamellett a praedilectiós helyeken metaplasziás folyamatok fennállhattak. Mindezeket egybevetve: egy olyan megbetegedést észleltünk, ami kb. öt hónapig tartott; a megbetegedés túlnyomó részben a súlyos anaemia tünetei között zajlott

\* Haemosiderosist Luce sem az ő. sem Leube esetében nem talált. Ebből azt következtette, hogy az anaemia myelogen eredetű, *Hirschfeld* azonban, és rajta kívül sok más szerző majdnem mindig észlelték haemochromatosiszt. A haematogen toxinos ártalom létezését evvel bebizonyítottak vehetjük.

le; az elhalálozás előtt 2—3 héttel leukaemiás elváltozások léptek fel, amelyek rapide fejlődve exitushoz vezettek.

Mivel az anamnesisben sepsises toxinos ártalom, tudomásunk szerint nem szerepel, a megbetegedésnek kryptogen eredetet tulajdonítunk és a súlyos anaemiával kísért acut lymphatikus leukaemiák csoportjába soroljuk. (Acut lymphatikus leukaemia, leukaemiás vérképpel.)

A subleukaemiás lymphadenosisnak a lymphatikus leukaemiába való átmenetét észlelhettük és így gondolhatunk arra is, hogy a subleukaemiás stádiumot aleukaemiás stádium (aleukaemiás lymphadenosis) előzte meg, amikor is a súlyos kórnak kifejezője az anaemián kívül csak a fehérvérsejtek kvalitatív eltulodása lehetett.

A leukaemiának az anaemia perniciosával való társulását, mint a két különálló kórképnek kombinálódását vagy egymásba való átmenetét, mai ismereteink szerint nem fogadhatjuk el. És mégis sok esetet közöltek különösen azóta, hogy *Leube* a „leukaemia” kórképét felállította, hol úgy a klinikai tünetek, mint a kórbonctani elváltozások a két — lényegében ellentétes — megbetegedés kombinálódását mutatták. Ma már kétségtelen, hogy a leukaemia nem egységes „kórkép” jelöl, mert az idesorolt esetek besorozhatók a leukaemiák, anaemiák vagy a sepsises megbetegedések csoportjába. Önkénytelenül felmerül az a kérdés, hogy mi idézi hát elő az ilyen leukaemiás vérképet, illetve tüneteket? A választ erre csak hypothesisekkel adhatjuk meg, attól függően, hogy az alapbetegség micsoda. Ha az leukaemia, úgy a kísérő anaemiát haemolytikus anaemiának foghatjuk fel. Létrejön pedig a vörösvérsejtek elsődleges pusztulása útján, amihez másodlagos úton csatlakozik a vörösvértesckészítő szövet túltengése. Hogy már most itt a toxin azonos-e avval a toxinnal, ami az egész megbetegedés és így a leukaemiás burjánzást is előidézi (*Pappenheim*), nem tudjuk. Ha az alapbetegés az anaemia perniciosa, akkor a leukaemiás vérelváltozást olyankor láthatjuk legfinkább, amikor intensiv extramedullaris myelopoiesis áll ienn (*Domarus*). Ha pedig toxinos-infectiós megbetegedés kísérő tünetként kórismézzünk leukaemiát, úgy nem gondolhatunk másra, mint arra, hogy egy és ugyanazon ártalom hozza létre a myeloid, vagy lymphoid szövet burjánzását, mint ami a haemolysist előidézi.

A leukaemia irodalmi vitája már a befejeződéshez közeledik; lezártnak csak akkor lesz tekinthető, ha teljesen egységes nézet alakul ki.

*Pappenheim* legutolsó írásaiban is fenntartja régebbi álláspontját. Szigorúan elkülöníti a valódi leukaemiát a symptomás, fertőző betegségeket kísérő leukaemiától. Akkor azonban, amikor ő a leukaemia kórképét körvonalazza, tulajdonképpen nem tér el a leukaemiától. Az ő felfogása szerint a leukaemiánál csak symptomatológiásan különböző fázisokról lehet szó. Ha ezekhez a fázisokhoz súlyosabb anaemia csatlakozik, létrejön a leukaemia, vagy az aleukaemia. Ezek a leukaemiák, illetve aleukaemiák szerinte mind a medullaris lymphadenosisok csoportjába sorolandók. A myelocytosisal járó esetekben felveszi, hogy medullaris lymphoid szövet nagymérvű túltengése gyakorolna ingerhatást a myeloid-szövetre és így jön létre a „Reizungmyelocytosis”. Így pl. *Kerschesteiner* esete (súlyos anaemia, 5300 leukocytá, közepes myelocytosis) *Pappenheim* szerint lymphadenoid medullaris pseudoleukaemia, „Reizungmyelocytosisal”, amit kombinált myelopathiás, pseudoperniciós anaemia kísér. Más szóval: primaer betegség a pseudo-leukaemia, a vérkép pseudoperniciós elváltozásával. *Naegeli* nem ismeri el a leukaemia kórképét. Kiválogatva azokat az eseteket, amelyek biztosan a leukaemiák csoportjába tartoznak, még mindig marad egy tekintélyes rész, amelynek legjellemzőbb vonása az anaemia és ahol leukaemiára szerinte nem is lehet gondolni. Az atypusos anaemia elnevezést ajánlja. A „leukaemia” szót pusztán csak a vérelet megjelölésére használjuk. *Banti*, *Luce*, *Sacconaghi*- és *Sternberghez* csatlakozik és a leukaemiát inkább kórképnek, mint symptomacsoportnak tartja; az ily leukaemia azután besorozható: 1. a leukaemiás és aleukaemiás lymphadaemiák csoportjába, 2. a leukaemiás és az aleukaemiás myeladeniák csoportjába és 3. mint symptomata, toxinos-infectiós betegségek tünete lehet.

A szerzők nagyrésze ellene van a külön kórkép felállításának. És mégis azt láttuk, hogy a leukaemia elnevezés nagyon hamar elterjedté vált, olyannyira, hogy a kézikönyvek külön fejezetet kénytelenek szentelni a leukaemiás tünetcsoportnak. Ennek magyarázata abban

volna lehető, hogy ha a leukanaemia elnevezés kórkép jelölésére nem is alkalmas, mégis nagyon alkalmasnak bizonyulhat annak a haematologiai symptomának az elnevezésére, ahol a perniciososa és a leukaemia vérképe kombinálódik. Ez a vérkép pedig a legkülönbözőbb genesisű betegségek symptomája lehet, így leukaemiás, aleukaemiás myelo-, illetve lymphadenosisoknak, az anaemia perniciososa remissioes stádiumának (ez *Domarus* esetével demonstrálható) és végül toxinos-infectiós megbetegedéseknek (*Ehlich-Lindenthal*, *Moravitz* stb.).

Ha csatlakozunk *Luce*, *Sacconaghi*, *Sternberg*, *Banti*, *Carducci* és *Baráth*-hoz és a leukanaemiát csak a vérkép tüneti megjelölésére alkalmazzuk, úgy nem kell az eddigi, általánosságban elfogadott osztályozástól eltérnünk, legfeljebb a nomenclaturánk gazdagodott egy, úgy vélem, eléggé találós elnevezéssel.

**Irodalom:** *Arnth*: D. Arch. f. klin. M. 1901, 69. köt. — *Baráth*: Orvosi Hetilap 1920, 36. sz., 360. o. — *Carducci*: Fol. haemat., 1909, VIII. — *Domarus*: Kraus-Brugsch 8. köt., Bluterkrankungen 1920. — *Ehlich und Lindenthal*: Zeitschrift f. klin. M. 30. köt. — *Hirschfeld*: Fol. haemat. III. évf., 332. lap. — *Herz*: Kraus-Brugsch 8. köt., Bluterkrankungen 1920. — *Kerschens-teiner*: Münch. m. W. 1905, 21. sz. — *Leube*: Deutsche Klin. 1903, III. — *Luce*: D. Arch. f. klin. M. 1903, 77. köt., 215. l. — *Martelli*: Wirsch. Arch. 216. köt., 224. l. — *Masing*: D. Arch. f. klin. M. 1908, 94. köt. — *Mattirolo*: Fol. haemat. II. évf. 5. sz. — *Morawitz*: D. Arch. f. klin. M. 1907, 88. l. — *Naegeli*: Blutkrankheiten, 1908. — *Pappenheim*: Fol. haemat. III. évf., 339. l. — *Pappenheim*: Fol. haemat. Archivband XIV. — *Parke-Weber*: Ref. Fol. haemat. 1904, 752. l. — *Sacconaghi*: Ref. Fol. haemat. 1904, 430. l. — *Schridde*: Aschoff Pathol. Anat. 1921. 2. kötet.

**A szegedi m. kir. Ferenc József tudományegyetem női klinikájának közleménye (igazgató: Kubinyi Pál egyet. nyilv. r. tanár).**

## Az Alexander-Adams-műtét gyógyító értékéről.

Írta: Kuncz Andor dr. tanársegéd.

Ha az Alexander-Adams-műtét értékére vonatkozó tapasztalatokat figyelemmel kísérjük, feltűnő, hogy mennyire ellentétes vélemények alakultak ki az egyes műtők részéről. Klinikánkról 1906—1913-ig végzett 206 A. A.-műtét eredményeit *Vértes* magántanár foglalta össze. 8% recidivát talált. *Meissner* a hallei női klinikán 1904—1913-ig végzett A. A.- és ventrofixációs műtétek eredményeit recidiva szempontjából hasonlítja össze. 1000 operált esetből 194-nél történt utánvizsgálat, 220 levél útján adott felvilágosítást állapotáról. Az összes műtétekre vonatkozólag mindkét műtési módnál együttesen 107% recidiva volt kimutatható. A 82 A. A.-műtét után 8 recidiva mutatkozott, azaz 975%, míg a ventrofixationál ugyanez 14%-ot tesz ki. Az A. A. eredményei tehát jobbak. *Hastrup* és *Albert* a ventrofixatio sec. *Olshausen*gel nyert kedvezőtlen tapasztalataik alapján teljesen elhagyták ezt a műtési módot és ahol A. A.-műtét nem indikált, ott *Menge* szerint fixálják az uterust. *Doerfler* teljesen ellenkező véleményen van. Ő, tekintettel arra, hogy A. A.-műtétjei után gyakoriak voltak a recidivák, 15 éve nem végez A. A.-t. *Fehling* és *Siefert* nem osztják *Doerfler* elitélő kritikáját az A. A.-ról. Szerintük, ha kellően megválogatott esetben és helyes technikával végzik, igen jó eredményt ad. Ez a mi véleményünk is. *Siefert* utolsó tízéves anyagában recidivát nem talált, *Fehlingnél* csak 2—5%-ban nem volt az eredmény megfelelő.

Azok az esetek, melyekből mi következtetéseinket óhajtuk levonni, két csoportra oszlanak:

Az egyik az 1914—1917-ig bezárólag végzett műtéteket foglalja magában, még pedig 145 esetet (*Szabó* tanár), a másik csoport 66 esetet (*Kubinyi* tanár). Összesen tehát 211 esetet használunk fel következtetéseink levonására:

Az első csoportból 0-P. volt 11, M. P. 134. *Panaszok*: rendetlen, bő vérzés 20-nál (13%), alhasi, derék-, keresztfájdalmak 59-nél (41%), méhelőesés, méhsülyedés, „lejár a méhe” 33-nál (22%), alhasi fájdalom és rendetlen

vérzés 17-nél (13%), fehérfolyás és alhasi fájdalom 14-nél (9%), alhasi fájdalom és gyomorpanaszok 2-nél (2%).

Nem akarunk kitérni arra, vajjon a betegek részéről említett panaszok milyen összefüggésbe hozhatók a méh rendellenes helyzetével, röviden csak annyit jegyzünk meg, hogy a kórtörténetekből levont következtetések fedik *Tauffer* tanár azon nézetét, mely szerint a retrodeviatio kórképében sok esetben nem is annyira a deviatio maga, mint inkább a következményes metro-endometritis, a szülésekkel, abortusokkal kapcsolatos medencebeli pangásos, gyulladási állapot játszik szerepet a panaszok létrejötténél. Hogy ezekben az esetekben az anteflexio mégis gyógyít, annak okát abban kereshetjük, hogy a megváltoztatott vérkeringési viszonyok kedvezően hatnak az említett kóros állapotokra, s ha előzetesen curage, vagy az endometrium kezelése történt, ez a gyógyulást még tökéletesebbé teszi.

Beteganyagunk nagy része a szegényebb néposztályból került ki. A műtési indicatio felállításánál erre tekintettel is voltunk, midőn elhagyva a hosszadalmasabb pessariumkezelést, rövidebb idő alatt műtéttel igyekeztünk visszaadni betegeknek munkaképességét. A műtetre került 145 esetből teljesen szabad retroflexio volt jelen 110 esetben. Ezek közül 9-nél cystokele, 13-nál mérsékelt descensus vaginae, 20-nál prolapsus uteri is volt jelen. 35 eset közül 25-nél salpingo-oophoritis chron., 9-nél parametritis chron. és 1 esetben fibromás göb az uterusban szerepelt, mint szövödmény. Megjegyezzük, hogy recidivált és csak javult eseteink nagy része ebből került ki.

Minden esetben előzetesen megkorrigáltuk a retrodeviatiót s pessariumot is helyeztünk be, melyet csak 8 nappal a műtét után távolítottunk el, kivéve természetesen a prolapsus- és descensus-eseteket, ahol kolpoperineo-plasticát is végeztünk. Célunk az volt, hogy a lig. rotundum vongálását a műtét utáni első napokban lehetőleg elkerüljük. Megjegyzendő, hogy kedvező esetben, absolute szabad, fixatio nélküli retrodeviationál s erős lig. rotundumnál felesleges a pessarium.

Műtési technikánk *Szabó* tanár idejében a következő volt. *Lumbalis analgesia*: 2 cm<sup>3</sup> 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os tropacocain sec. *Merck*. Metszés a lig. Pouparti felett, azzal párhuzamosan a spina ant. sup. ossis ileit a tuberculum pubicummal összekötő vonalban, 4—5 cm hosszúságban. A zsír és a felületes fascia átmetszése után tompán praeparálunk a fascia musc. obliqui ext. abdom.-ig és fölkeressük az annulus inguinalis ext.-t. Eseteink mindegyikében felhasítottuk a canal. inguinal. mellső falát alkotó fasciát, kiindulva az annulus inguinalis ext.-tól, annak széleit két *Kocher*-be fogva és fölemelve. A lig. rotundum megtalálása valamennyi esetünkben sikerült. Tompavégű peanba fogva a lig. rotundumot, tompán kipraeparáljuk, mérsékelt húzás mellett letoljuk a környező szöveteket mindaddig, míg a processus vaginalis peritonei láthatóvá lesz. Ezután felhasítjuk a peritoneumot s az előhúzást folytatjuk. Körülöltre a peritonealis borítékot, átöltve a lig. rotundumot is, egy csomós catguttal zárjuk a peritonealis nyílást. A lig. rotundum rögzítése kellő húzás mellett egy-két silkwormgut-vagy selyemcsomós varrattal történik, a fascia medialis lemezének belső felszínén. A lig. rotundumot distalisan alákötve átmetszük s fölösleges részét eltávolítjuk. A canalis inguinalis *Bassini* szerint zárjuk, a musc. transversus abd. rostjait a lig. Pouparti alsó széléhez három csomós catguttal odavarrva. Ettől eltérőleg most a klinikán csakis abban az esetben hasítjuk fel a can. inguinalist, ha a lig. rotundumot annak külső nyílásánál az *Imlach*-féle zsírdugasz alatt nem sikerülne megtalálni, ami ritkaság, vagy ha hernia jelenléte különben is kívánja.

Műteteink után a gyógyulás adatai a következők: per primam gyógyult 136 eset, felületes széjjelválás a bőr- és zsírrétegben 9 esetenél volt.

Kibocsátás alkalmával végzett vizsgálatnál anteflexio-versióban találtuk a méhet 138 esetben, emelten, de mérsékelt retroversióban 3 esetben, mérsékelt retropositióban 4 esetben.

Meg akarván győződni műteteink eredményéről, összes operáltjainkhoz felhívást intéztünk utóvizsgálat céljából. 78 esetben végezhetünk utánvizsgálatot, 19 esetben levél-

beli válasszal kellett megelégednünk, összesen 97. 78 esetből gyógyult volt 71, javult 6, nem javult 1. A 19 levélbeli válaszban teljes subjectiv gyógyulásról számolt be 16, javulásról 2, nem javult 1.

Recidivát találtunk 6 esetben (7.8%), ezekből egyiknél trauma játszott szerepet, padlásról esett le, utána rögtön felléptek műtét előtti panaszai: alhasi, derékfájdalmak, a végbéltáján érzett nyomás; a másiknál fibrosus gőb volt az uterus hátsó falán, 2 esetben parametritis post., salpingo-oophoritis volt kimutatható, 2 esetben a recidiva okát nem sikerült kideríteni. Herniát nem találtunk. Az utánvizsgált esetekből öt betegünk szülésen is átment a műtét óta, ennek dacára a méh megtartotta anteflektált-vertált helyzetét. A terhesség és szülés mind az öt esetben normális lefolyású volt.

Javult eseteinknél a még mindig fennálló salpingitis hátráltatta a gyógyulást és okozta a beteg panaszait. Volt két recidivált esetünk, ahol a betegeknek ennek dacára nem voltak különösebb panaszai.

A következőkben foglaljuk össze műteteink eredményeit %-ban kifejezve:

Gyógyult: 87 = 89.69%, javult: 8 = 8.2%, nem javult: 2 = 1.3%, meghalt: 0 = 0%.

A második csoport az 1920 májustól 1923 február 15-ig végzett műtéteket foglalja magában. (1918—19. évekre a két csoport közé esik Kolozsvárnak a románok által történt megszállása és az egyetem átvétele.)

Kubinyi professor úr engedélyével közlöm a budapesti poliklinikai egyesület női osztályának anyagából is az A. A.-műtét adatait, amennyiben ugyanazon vezetés mellett azonos irányelvek szerint végeztek. Ezek száma 1908—1920-ig 45, azóta 21-et végeztünk. A második csoport tehát 66 esetet foglal magában.

Műteti indikációk felállításánál szigorúan csakis a teljesen szabad retrodeviatio esetei jöttek tekintetbe. Kétes esetben adhaesiók kizárása végett próbapessarium! Ha jól elhelyezett pessarium mellett mégis hátrabukik a méh, nem szabad A. A.-t végezni! Descensus pariet. vaginae esetében plasticát, metro-endometritis és menorrhagia eseteiben curaget is végeztünk.

Utánvizsgálat történt 1—10 év múlva 19 esetben. (A jelenlegi viszonyok között lehetetlen volt valamennyi eset sorsáról tudomást szerezni.) Recidiva három esetben állott be. A recidivált esetek közül kettőnél nehezebb szüléssel hozható okozati összefüggésbe a retrodeviatio kiújulása. Mindkét esetben a placentaris időszakban erősebb atoniás vérzés, a placenta Credé-féle expressiója történt, a harmadik esetben satnyák voltak a lig. rotundák s az eredmény a reá következő második terhesség és szülés után romlott el, de a betegnek subjectiv panaszai nem újultak ki. Műtét után szült öt beteg, három szülés normalis lefolyású, kettőnél az említett complicatio fordult elő. *Herniát nem találtak.* A műteti technikában a fentebb említettől abban volt eltérés, hogy a legtöbb esetben, ha sikerült az annulus inguin. ext.-ban az Imlach-féle zsiridugasz alatt megtalálni a lig. rotundumot, itt történt *tompá* praeparálás után az előhúzás. A rögzítés egy csomós silk.-öltéssel történt a fascia és a Poupert-szalag széleihez. Ha ily módon nem sikerült a megtalálás, felhasították a canalis ingu. mellső falát s így keresték fel a lig. rotundumot, melyet előhúzva s letolva a proc. vaginalis peritoneit, lehetőleg a peritoneum megnyitása nélkül, egy silkwormgut csomós varrattal rögzítették a fascia belső felszínéhez. Ha a peritoneum megnyílt, finom catgut-varrattal azonnal zárták. A lig. rotundum többi részét csomós catgut-öltésekkel rögzítve, a felesleget kiirtották. A canalis inguin.-t ezután Bassini szerint zárták. A műtétet localanaesthesia-ban végezték. A helyi érzéstelenítéshez 1%-os novocain suprarenint használtak. A műteti terület bőrének infiltrációja után a fascia alá centralisan, a canalis ingu. irányában folytatódóan, majd az annulus ingu. int. tájékán, valamint az előhúzott lig. rotund. mentén a proc. vaginalis peritonei alá kb. 4—5 cm<sup>3</sup> novocaint fecskendeztek be. Ha különösen a lig. rot. vizsgálása alkalmával jelentkező fájdalmat nem tűrte a beteg, chloraethyl-bódulatot vagy felületes narcosist alkalmaztak.

Az A. A.-műtetre vonatkozó tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze:

1. Az A. A.-műtét a szabad retroflexio-versiót javító műtétek között egyike a jó műtéteknek.

2. Mint műteti beavatkozás csekély behatás. (Kellő gyakorlattal 25—30 perc alatt elvégezhető s minden esetben feltalálható a lig. rotundum.)

3. Kozmetikailag is előnyös, mert a heget fedti a szőrzet.

4. A méh physiologiás helyzetét a legideálisabban állítja helyre.

5. Ha fel kellett nyitnunk a lágyékcsatornát, azt Bassini szerint kell zárni, a lig. rotundumot pedig csomós silkwormgut-varrattal kell rögzíteni, hogy állandóan tartson.

6. Igen fontos a helyes technika; a börmetszés pontos elhelyezése, tompa praeparálás, érsérülések elkerülése s szorgos vérzéscsillapítás.

7. Ellenjavallt minden olyan esetben, ahol a környezet, az adnexumok vagy perimetrium legcsekélyebb gyulladással elváltozása (fixatiók) is feltételezhető.

Ezeknek figyelembevételével minden olyan esetben, ahol a méh előrehozatala könnyen sikerül, a gondos kitapintás s párnapos pessarium-próba kizárja fixatiók jelenlétét s az adnexumok, esetleg az appendix állapotáért betekintést a hasürbe nem kíván, végzendőnek tartjuk.

**Irodalom:** Vértes dr.: Az Alexander-Adams-műtétről. Lechner-émlékkönyv. — Meissner A.: Über Spätresultate bei Retroflexio-Operationen. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. XLIV. köt., 22. lap. — Hastrup: Über die Indikation d. Ventrofixatio uteri. Zentrbl. f. Gyn. 1921, 15. sz. — Albert: Über die Indikation d. Ventrofixatio uteri. Zentrbl. f. Gyn. 1921, 26. sz. — Dörfler H.: Über die Ventrofixatio uteri. Zentrbl. f. Gyn. 1922, 3. sz. — Fehling: Zur Rettung der Alexander-Adams-Operation. Zentrbl. f. Gyn. 1922, 13. sz. — Siefert: Zur Rettung der Alexander-Adams-Operation. Zentrbl. f. Gyn. 1922, 13. sz.

## A rivanol szemészeti alkalmazásáról.

Megjegyzések Ernyei Istvánnak az O. H. f. é. 16. számában e cím alatt közölt cikkéhez.

Írta: Ifj. sz. Liebermann Leó dr. egy. magántanár, Szt. Rókus-kórház szemészőrovsza.

Ernyei dr. fent idézett cikkében az én közléseimet (B. O. U. 1922. évi 23. sz.) illető néhány oly megjegyzést talállok, melyek szerint ő részben félreértette, részben hibásan reprodukálta azt, amit én írtam.

Ilyen először is az, hogy én nem végeztem bakteriologiai vizsgálatot a rivanollal kezelt kötőhártyagyulladás-esetekben. Ciksemben (357. l., alulról 4-ik sor) olvasható: „előzetes megvizsgálva a váladékot bakteriumokra”. Lehet, hogy Ernyei dr. a további bakteriologiai ellenőrzést nélkülözi. Erre egyáltalán nem helyeztem súlyt, a hatásban csak a klinikai eredményt mérlegeltem s az előzetes bakteriologiai vizsgálatnak csak az volt a célja, hogy eldöntsük, mutatkozik-e a hatásban különbség aszerint, hogy milyen bakteriumok által okozott kötőhártyagyulladásról van szó.

Meg kell azonban jegyezni, hogy ha valaki azt kívánja vizsgálni, hogy a gyógyulás folyamán mikor tűnnek el teljesen a bakteriumok, úgy a váladék vizsgálatával egyedül amúgy sem döntheti el a kérdést. Pillat-nak a kötőhártyabakteriumok topographiáját ismertető közléseiből tudjuk, hogy a váladékvizsgálat egymaga erről nem tájékoztat eléggé, hanem a kötőhártya különböző helyeiről vett hámkaparékot is kell vizsgálni. Addig nem biztos a negatív bakteriumlelet.

Továbbá azt írja Ernyei dr., hogy én azokat a betegeket is gyógyultaknak tekintetem, akik nem tértek többé vissza a rendelésre. Ez valóban olyan módja volna az észlelésnek, amely jogos kritikát hívna ki maga ellen. De erről szó sincs. Aki figyelmesen olvassa el a 358. l. második bekezdésében mondottakat, tisztában lesz vele, hogy — összehasonlítva a magánbetegeket, akik addig járnak ellenőrzésre, amíg az orvos kívánja és másrészt a magukkal kevésbé törődő ambulancia-betegeket — azt a kitételt: „nem tudjuk, hányan nem jelentkeztek újból azért, mert 1—2 nap múlva már egészen jól érezték magukat” csak a subjectiv jóérzésre lehet érteni, amely még nem jelent okvetlenül klinikai gyógyulást, de ebbe belemagyarázni azt, hogy én ezeket mint gyógyultakat könyveltem el, semmiképen sem lehet. Ez eszembe sem jutott; egyáltalán nem vettem őket tekintetbe, csak annyiban, hogy hamarabb való elmaradásukat (összehasonlítva az arg.-nitr.-ecsetelésre bejárókkal) a gyógyulás előtt hamarabb beálló subjectiv javulás érzésével magyaráztam.

Ami az eredményeket illeti, ebben nem kívánok érdemi vitába bocsátkozni; ez már csak azért is felesleges, mert valami nagy ellentmondást *Ernyei dr.* adataiban az enyéimmel szemben nem látok. Ha ő a rivanollal 8–10 nap alatt teljes gyógyulást ért el, én pedig könnyebb esetekben 3–8, súlyosabbakban 10–12 nap alatt (— régebb, elhanyagoltabb esetekben még ennyi idő alatt sem várok teljes eredményt s ilyenekben jobbnak találok az arg. nitric. ecsetelést —), úgy ebben lényeges különbség nincs. Egyébként én az eredményeimet főképen az arg.-nitric.-kezeléssel szemben találtam — friss esetekben — jobbnak s a kezelést egyszerűbbnek és kellemesebbnek. Hogy protargolra a heves kötőhártyagyulladások átlag 2–4 nap alatt teljesen meggyógyulnának, amint *Ernyei dr.* találta, minden eddigi tapasztalásunkkal ellenkezik.

Azt a theoretikus megjegyzését *Ernyei dr.-nak*, hogy mivel a rivanol mély antisepticum, tehát felületi hatás kifejtésére nem alkalmas, nem lehet elfogadni. Ugyanis a „mély antisepticum” fogalma azt jelenti, hogy a szövetek jól tűrik, amiből logikusan csak az következik, hogy az ilyen antisepticum a felületen is, a mélyben is alkalmazható, míg más antisepticumot a felület megtűri, de a mély szövetekben kárt tesz, vagy oda el nem jut.

Végül még csak *Ernyei dr.-nak* in vitro kísérletére volna egy megjegyzésem. Ha ő *Morgenroth-nak* az általa idézett dolgozatában közölt eredményeit kontrollálni akarja, melyek azt mutatták, hogy a rivanolnak 1:40000 hígítású oldata még élő szövetbe fecskendezve is öli az ott már elszaporodott, phlegmonet okozó bakteriumokat: úgy ezt a kísérleti eredményt egyáltalán nem kontrollálta még annak a kimutatásával, hogy a rivanol 1:5000—1:40000 töménységben in vitro culturában fejlődésgátló. Mert *Ernyei dr.* kísérlete csak ezt mutatja. Egészen bizonyos, hogy még sokkal nagyobb hígításban is fejlődésgátló, hiszen a bactericid titer in vitro és a fejlődésgátlási titer is már igen messze esik egymástól, hát még ha élő szövetben való bactericid hatásról van szó. Ha tehát valóban csak 1:40000 hígításig volna fejlődésgátló a rivanol, úgy *Morgenroth* eredményei ezzel nem volnának igazolva, sőt meglehetősen valószínűtlenné volnának. De még ha nem fejlődésgátlási, hanem szabályos bactericid kísérletről in vitro volna is szó, még ez sem lenne alkalmas *Morgenroth* szöveti antiseptikus kísérleteinek ellenőrzésére. Ezeket in vitro ellenőrizni nem lehet.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának tudományos ülése 1923 június 7-én.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Germán Tibor.

### Bemutatások.

**1. Germán Tibor:** Szokatlan kiterjedésű ologen subperiostealis tályog sajátságos, recidiváló, műtét előtt is fennállott orbáncsal szövődve.

Idült baloldali középfülgyulladás, subperiostealis tályog, mindkét arcon foltos, nem éles szélű bőrpír, a jobb bulbus protrúsiójával, a jobb szemhéjak oedemájával, pupilláris differenciával (a jobb tágabb, mint a bal) s a jobb pupilla renyhébb reakciójával. A szemelváltozások sinus cavernosus thrombosisra utaltak, de gondolni lehetett erysipelasra és phlegmonera is. Radialis műtét: A tályog hátul és felül a középvonalig terjed, intracranium szabad. Másnapra az arcon és a szemén levő elváltozások eltűnnek, majd egy hét múlva ismét megjelennek, ismét ellenoldali szemhéjoedemával. Ezúttal az erysipelas diagnosisa kétségtelen — az intracranialis complicatio lehetősége már ki volt zárva — a tünetek egy tejinjectióra rohamosan visszafejődnek, majd egy hét múlva újabb recidiva. Négy hét alatt teljes gyógyulás. Az eset érdekessége a diagnosis felállításánál nehézségében, az ellenoldali tünetek túlsúlyában, azoknak jövő-menésében s a pupilláris elváltozásokban áll, melyekre a retrobulbaris oedema felvétele kellő magyarázatot nyújt.

**2. Horváth Ferenc:** Idült középfülgyulladás intermittáló, körülírt, lágyagyburok-oedema tüneteivel.

Nyolc év óta fülgyenedés, két év óta az occiputra localizált fejfájások, egy ízben egy órahosszat heves fájdalom. Jobb keze, lába, főleg az ujjhegye, nyelve elzsibbadtak, nem tudott beszélni. Tíz hét múltán újabb roham. St. pr. Baloldali idült középfülgyenedés, csontérzékenység nincs, jobb facialis paretikus, jobb kézben ataxia, a jobb felső és alsó végtagon distalisan fokozódó érzélecsökkenés. Diagnosis: A bal agyféltekében lejátszódo folyamat, mely az alsó homloktervény hátsó részét s a gyrus centralis alsó részét érinti. A tünetek rövid tartama az agykéreg rövid ideig tartó izgalmát tüetelezi fel: körülírt vérbőséget, agyoedemat, a liquor időszakos felhalmozódását. Műtét: Az antrumra szorító caries, sejtékben sarjak, tegmen antri szitaszerű, durát koronányi területen szabaddá teszi, vérbő, megvastagodott. Beteget öt hó múlva jó állapotban látja ismét.

**3. Horváth Ferenc:** Tünet nélküli extradurális- és agytályog a jobb halántékfebenben.

Nyolc nap óta jobboldali fül-fájaldalmak. Jobb fülből genyes váladék. Cholesteatoma, csont nem érzékeny. Functionális vizsgálat eltérést nem mutat. Szemfenekék épek, agyidegek rendben, spontán nystagmus nincs. Hő 38.5. Pulsus 80. Trepanatio. Tegmen antri cariosus. Dura szabaddátétele közben a csontnyílásból erős nyomás alatt kb. 30 cm<sup>3</sup> bűzös geny ürül, a granulatiókkal fedett durát koronányi területen szabaddá teszi. Miután három nap alatt a fájaldalmak nem szűnnek, hőmérsék 39.2, s a pulzus retardált, agytályog után kutat, ami punctio által a pyramiscsúcs irányában a halántékfebenben 3 cm mélységben sikerrel jár; durát s agyállományt 3 cm hosszban bemetszi, mire kb. 50 cm<sup>3</sup> bűzös geny ürül, üreg tyúktojásnyi. Beteg másnap láztalan, fejfájások megszűnnek, pulzus 80 körül. Zavartalan körlefolyás, 6 hét alatt teljes gyógyulás.

**4. Rejtő Sándor:** Izületi áttétellel és általános sepsissel szövődött sinusthrombosis operált és gyógyult esete.

Kilenc év óta jobboldali fül-folyás, fül- és fejfájaldalmak, 39.0-os láz. Csécnyúlvány, bőre oedemas, érzékeny. Műtét: Subperiostealis tályog, corticalison dehistentia, antrumban szétesett cholesteatoma, sinus elszinesedett, punctiánál vér ürül. Műtétet követő két napon 40.0-os hőmérséklet, másnap jugularis alakötés, sinusfeltárás, bulbus felől bűzös geny, thrombus eltávolítva erős vérzés. Három nap múltán metastasis a jobb kulcscsontizületben, mely megnyitattik. Lázás napok következnek, felváltva láztalan napokkal, míg végül egy lázas hét, naponta hidegrázással. Ezalatt naponta egy cm<sup>3</sup> argochromot kap intravenásan. A beteg csak az első műtétől számított 5 hét múlva válik tartósan láztalanná. Felhívja a figyelmet a műtét korai elvégzésének fontosságára. A gyógyulás bekövetkezését esetében főként az argochrom hatásának tulajdonítja.

**Hozzászólások:** Germán Tibor a bakteriologiai vérvizsgálatok fontosságára hívja fel a figyelmet a therapia szempontjából, mert éppen a staphylococcus által előidézett ologen sepsisek azok, melyek, mint erről már előzetesen is beszámolt, autovaccin-therapiára jobban reagálnak, mint chemiai szerek adagolására.

Weil Zoltán felhívja a figyelmet a jugularis bőrfistula előnyeire, melyen át a bulbus kiöblítve, ebbe is beterjedő thrombosisnál az intermittáló lázakot okozó pangó genyet eltávolíthatjuk. Fontos technikai követelmény, hogy a bőrhöz való kiszegés céljára elég hosszú peripheriás csonkot kapjunk, miért is a vena facialis magas beszajadása esetén ajánlatos ezt külön alaköténi és a vena jugularist, tekintet nélkül a vena facialis beszajadási helyére, mélyen alaköténi, hogy hosszú csonkot kapva, a bőrfelületig könnyen kihúzható legyen.

Török Béla érdeklődik a bulbusban talált thrombusnak a lefolyás során észlelt további viselkedése iránt. Az átöblítést nem szokta alkalmazni. Mindig sikerült a bulbus kellő feltárása mellett a jugularis csonkjának magasra kipraeparálásával a drainaget biztosítani.

Révész Béla: Az intravenás ezüstpraeparatumból gyógyító hatása tisztázatlan. Nagy anyagon szerzett tapasztalati tény, hogy az izületi áttételekhez vezető sinusthrombosisok jobbindulatúak és meg szoktak gyógyulni.

Krepuska Géza: Osztályán igen súlyos bacteriaemiás esetek gyógyulása autovaccinkezelésnek volt köszönhető. A jugularis csonk bőrhöz varrása, amely régi és abbahagyott eljárás, nem szükséges. Osztályán a jugularis csonk kezelésére nézve az az eljárás, hogy hosszabb ligaturát hagyva, felfelé hosszú szakaszon kikpraeparálva a venát, a seb felső részébe kötszerrel rögzítik. Gyakran szükségessé válik a felső csonk tartalmának a kiürítése a csonk felhasítása által, minthogy az itt elzáró vérallóomány újabb fertőző gócot képez. Kifejezetten bulbusgyenedéseknél a jugularis átfecskendezése is indokolt, mely eljárás mellett nem egyszer a kétségbeesőbb esetet is gyógyírnyába lehetett terelni.

**5. Krepuska Géza:** Újabb adat az ologen agytályog keletkezésének kérdéséhez.

Mindinkább bebizonyítottáknak látszik azon feltevése, melyet legutoljára az otologiai szakosztály 1921 február 18-án tartott ülésén is nyilvánított, hogy az agy-, illetve kisagytályog megindítója azon phlebitis, mely a dobüreg melléküregeit a lágyagyburkokkal összekötő vivőerekben keletkezik. Ez a thrombophlebitis encephalitishez, agylobhoz vezet, melynek további fokozata agy-, illetve kisagytályog. A füleredetű agytályogok nem rétegről-rétegre terjedőleg fejlődnek, mint pl. az extradurális tályogok, ahol a folyamat intracranialissá válik ugyan, de a durának legfeljebb a külső felszíne vonatik a bántalom körébe. Ily keletkezési mód mellett bizonyít azon bonctani lelet is, hogy ezek leginkább a sutura petrosquamosa felett fekvő alsó halántékfebenben keletkeznek, ahol a dobüregi vivőerrece összefüggésben áll az agyburkok véreivel; kisagytályogoknál a sinus petrosus superior és inferiorba ömlő véreket mentén, tehát a kisagy mellső felületének megfelelően. Ezen felfogás mellett szól, hogy ezen tályogok az agykéreg alatt sokszor ép réteg által

borítva találtak. Természetes, ha ily agytályog későn kerül műtetre vagy boncolásra, akkor az agy felületi részei is elgyenyednek és a tályog látszólag felületesen fekszik. Korán végzett műtétnél a thrombophlebitis a feltűnő az agy állományának aránylag csekély elváltozása mellett. Ezen kezdődő encephalitisek prognosisa a legkedvezőbb. A klinikai lefolyás is a vérerek mentén történt keletkezés mellett szól. Az otitis keretébe tartozó hőemelkedések megszűnése után újabb intermittáló hőmenet indul meg, sokszor rövid ideig tartó borzongásokkal, melyek sinusphlebitisre is emlékeztetnek. Ezen hőmenet, feloldási és fejtetői fejfájás, a dobüreg és csacsnyúlvány lobos tüneteinek a javulása mellett gyanú, hogy a vitrealis lemez vivőereinek vagy ezeken túl az összekötő vivőerek lobja megindította az encephalitist. Ily phasiban operált beteget mutat be, akinél a lobos tegmen antri és tympani felett levő, aránylag ép dura átmetésése után, negatív punctio után, a kissé lágyult agyszövetben szalmaszál vastagságú, fekete thrombussal kitöltött vivőér volt található. A betegnél különben sinusphlebitis thrombotisana a vena jugularis alakítását, valamint cholesteatoma által történt labyrintharrosio folytán a labyrinth csontos tokjának részleges eltávolítását tette szükségessé. Sima körlefojás után a beteg 80 nap alatt teljesen meggyógyult és munkaképessé vált.

#### Előadások:

6. **Rejtő Sándor**: Mely cochlearis tünetek alapján követhetünk a belső fül megbetegedésére?

A kérdés felvetésére H. Brunner a Monatschrift ezévi áprilisi füzetében megjelent cikke ad aktualitást. A süttő beszéd nagyfokú csökkenése nem jelenti a belső fül megbetegedését, mert a középfül elváltozásai is teljes süketiséget okozhatnak. Tapasztalat szerint zsugorodott izületi halláscsontocskák eltávolítása után a hallás tetemesen javulhat. Ugyancsak nem lehet követeltetni belső fül megbetegedésére a c<sup>t</sup> hangvilág hallásának nagyfokú megrövidüléséből sem normalis csontvezetés mellett, mert jelentheti ez az ovoidis ablak merevségét is. Differentialdiagnosztikát a mély hangok hallása nyújt, mely ha tökéletes a hangvezető készülék ép; ha azonban rossz, akkor jelentheti úgy a belső fül megbetegedését, mint a kengyelalp merevségét. Az otogen szédüléssel tünetek mindenkor a belső fül megbetegedését jelzik, de nem hagyandó figyelmen kívül az a physikai hatás, melyet a kengyelalp benyomása és merevsége idéz elő a labyrinth folyadékrendszerében. Nagyfokú vagy hirtelen előálló belső nyomásváltozásoknál a sejtes elemek is szenvedhetnek. de kisebbfokú nyomásváltozásoknál (angiopathia) physikai alapon is előállhatnak szédülések. A nyomásváltozás, mely a csiga sejtelemét még nem zavarja, az ellensúlyozó rész kóros ingere gyanánt szerepelhet. Fontos, hogy a csigában a perilympha, a statikai részben az endolympa van túlsúlyban. Ha a „labyrinthatrophia” sablonos osztályában kutatni fognak, számos esetet sikerül majd tisztázni.

7. **Szász Tibor**: Adatok a labyrinthliquor kérdéséhez.

Miután nem sikerült biztonsággal megállapítani a labyrinth belsejében a labyrinthfolyadékot termelő sejteket vagy szűrőkészüléket, a szerzők egy része e folyadékot egyszerűen átszívárgott liquor cerebrospinalisnak tartja. Előadó a kérdést kutyákon végzett kísérletekkel igyekezett tisztázni Farkas tanár intézetében. A narkotizált állat labyrinthfalának kerek ablakába bevezetett vékony hajszálcsővel egy csepp tiszta labyrinthfolyadék nyerhető, liquor cerebrospinalis pedig nagy mennyiségben a membrana atlanto-occipitalis punctiójával. A két folyadék refractiója mind a 17 esetben lényegesen különbözött, végeredményben a labyrinthfolyadék refractiója kisebb, a kísérletet tehát a mellett szólnak, hogy a két folyadék egymással nem azonos.

**Hozzászólások: Rejtő Sándor**: A két folyadék azonoságát a refractiók különbsége kétségtelenül cáfolja.

**Liebermann Tódor**: Felhívja a figyelmet arra, hogy a narcoticum és a narcosis tartama hibaforrást jelenthet, melynek számbavétele vagy kizárása szükséges. Különös elvi ellentétek vannak a két liquor keletkezésének kérdésében. Valószínű, hogy a liquor cerebrospinalis, mely a plexusok transsudatíós terméke, inkább függ a narcoticummal telített vértől (a sejtek munkája függ a narcoticum hatásától), mint a Rejtő szerint önálló és a kísérlet tartama alatt csak igen kevés vérrel érintkező labyrinthliquor.

**Krepuska Géza** kérdi, hogy a labyrinth csontos tokja által képezett merev falú zárt rendszerből a capillaribus jutó folyadék tisztán perilympa-e, mert alig gondolható, hogy a hártás labyrinth üregébe zárt endolympa ne keveredne hozzá, minthogy a perilympa üregének nyomáscsökkentése a hártás labyrinth vékony falzatának a repedésével jár. A refractíós vizsgálat pontosságához szükséges a görcsői vizsgálat is (vörösvérsejtek), mert a legexaktabb technikai eljárás mellett is valószínű, hogy a kerek ablakon át bedugott hajszálcső a scala tympani falának, különösen a ligamentum spirale véredényrecé-

jének megsértése nélkül megtörténhetnek. Kevés vér hozzákeverése capillaris csőben macroscopice meg nem ismerhető.

**Szász Tibor (zárszó)**: Nem absolut értékeket keresett, hanem összehasonlítást végzett. A narcosis egyformán befolyásolhatta mindkét folyadékot, egyebekben nem volt lényeges különbség ugyanazon kutya két labyrinthjének folyadéka között sem, amelyiknél az egyik oldal műtétjét 3/4 órai narcosis után követte a másiké. A labyrinthben levő nyomás kb. olyan, mint a hajszálereké és merev falú üregnek azért nem tekinthető a labyrinth, mert erei összenyomhatók. A kiszívott folyadék helyett bőven képződik új, amit jól észlelt olyan kísérleteknél, ahol a labyrinthekben cementtel rögzített manométerrel dolgoztak. Vér hozzákeverésére csak a labyrinthfolyadéknál gondolhatunk, a refractio alacsonyabb volta azonban ellene szól.

## Szemorvosok nagygyűlése.

### Első tudományos ülés.

Május 19-én este 7 órakor, az I. számú egyetemi szemklinikán.

Elnök: **Grósz Emil**, később: **Barlay János**.

#### Előadások:

1. **Waldmann Iván**: A salvarsan hatása a tabes opticus-atrophiára. Tizenkét esetről van észlelete, sok esetben gyors látásromlást tapasztalt.

2. **Somogyi Zoltán**: A tabes látóidegsorvadás kezeléséről. Az I. sz. szemklinikán 30 eset lefolyását észlelte, melyek nagyrészt kombinált, intermittáló (kénésósalicil — neosalvarsan — jodkali) kezelésben részesültek. Ketten phlogetan-injectiókat kaptak, számbavehető jó hatás nélkül. Megfigyelésük ideje 3—23 hó. Négy esetben gyorsan romlott a látás, köztük három csupán kénésőt, egy csak neosalvarsant kapott. 16 esetben lassú progressio, 10 esetben hosszabb, 12—23 hónapig tartó stagnálás volt észlelhető. Híve a kombinált kezelésnek, de a megszűnik színes látóterű s lényegesen csökkent központi látású, valamint a jó látásélességű, de nagyobb látótérkiesést mutató esetekben óvatosságot ajánl.

**Hozzászólás: Liebermann Leó**: Négy tabes opticus-atrophia-esetet kezelt nagy összegű sorozatos ezüstsalvarsan-injectiókkal. Egy esetben sikerült 1/2 évi teljes szünetet elérnie az addig gyors atrophia haladásában s egyúttal a többi tabes-tünetben is. 1/2 év múlva kezdődött ismét a romlás. Úgy gondolja, hogy az idegorvosokkal együtt kellene egy kezelési tervben megállapodni.

**Huber Rezső**: Kérli Somogyit, miért ad kis dosisokat, ha fél a rosszabbodástól?

**Licső Andor**: Tabesok korai szemtüneteinek közé tartozik a látóidegsorvadáson kívül az oculomotorius paresise is, sőt más luetikus szemtünetek, Depuis-Dutemps szerint az iris-atrophia is.

**Ditrő Gábor**: Egyetért Somogyival, a jodlecithint ajánlja.

**Ilf. Imre József**: Atrophia eseteiben kénésőt nem ajánl.

**Grósz Emil**: Hogy tiszta képet kapjunk, sok észlelésre van szükség. Ismer 25 éve változatlan esetet. Nem zárkozik el a kombinált kezelés elől, ha egyébként nincs contraindicatio.

3. **Albrich Konrád (Rényi Györgyvel)**: Adatok a könny-mirigy szövettanához (demonstrációval). A könnymirigyben kétféle elválasztó sejt van, mik egymásba átmehetnek: nagyszámúak a nagy váladékszemcséket és sok váladékot tartalmazó sejtek, kevesebb a kis váladékszemcséket tartalmazó, állandóan kiürülő mirigysejt. Előbbiek csak erősebb ingerekre, utóbbiak élettani ingerekre ürülnek.

4. **Horváth Béla**: A trypaflavin a szemészetben. Az egyezrelékes oldat in vitro erősebben hat az influenza-, pneumococcus s a Morax-Axenfeld-, Koch-Weeks-féle bacillusokra, mint a szokásos argyrol-, optochin- vagy zinkoldatok; fluorescens és pyocyanus ellen azonban az argyrol jobb. Viszont köthártyán a pyocyanust a trypaflavin három nap alatt el tudja pusztítani. Állatkísérleteiben trypaflavin subconjunctivális injectiójára fluorescens és pyocyanus okozta szárfekélyek jól gyógyultak. Ugyanigy egy kezdődő panophthalmitis is. Jó eredményt látott egy ophthalmogonorrhoea-esetben öblögetésekkel.

5. **Jánó Albert**: A trypaflavin a szemészetben. 370 esetben próbálta ki a szert bakteriumos fertőzésen alapuló szem-bajok ellen, egyezrelékes oldatot cseppek, öblítések és köthártya alá fecskendések formájában használt. Az eredményeket igen kielégítőnek tartja.

**Hozzászól: Mócsy-Márta**: Heves köthártyagyulladás ellen jól bevált.

**Szarvassy László**: Hályogműtétek előtt alkalmazta jó eredménnyel.

## A Debreceni Tisza István Tudományos Társaság orvos-természettudományi szakosztályának május 15-iki ülése.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Verzár Frigyes.

**Blaskovics László:** Székfoglaló előadását tartja meg az *őreg kori szemhéjki fordulás és befordulás okáról*. A szemhéjak anatómiájának rövid vázolója után ismerteti azokat a mechanikai viszonyokat, amelyek a szemhéjat normális helyzetben tartják s amelyeknek kóros szemhéjállás esetében is döntő a szerepük. A *musculus limbalis* feladata csupán a szemhéj rugalmasságának növelése. Az *őregkori szemhéjki fordulás* okául a petyhüdt bőr és izomzat és az izom görcse nem fogadható el. A kifordulás első jele a könnypont eltávolodása (*eversio puncti lacrymalis*). Csak a pillaváz fordul ki, a bőr csupán lesüllyed. Közvetlen oka a külső szemzugi *raphe* megnyúlása, ami éppen úgy hat, mint az egész szemhéjszél megnyúlása. A kifordulást teljessé az teszi, hogy a körizom rostjai a pillaváz alsó szélét a szemteke felé nyomják. A befordulás oka a bőr lazasága mellett a *musculus tarsalis inf. gyengesége*, amely a felhúzó körizmot és bőrt nem képes a helyére visszahúzni. A felső szemhéjnak döntő a közrejátszása, mert e körül mint *hypomochlion* körül fordul be a szemhéj. A *tarsus convex* szélét pedig az orbitalis zsírszövet nyomja előre, tehát a *fascia tarso-orbitalis*nak is lazának kell lennie. A befordulás létrejötté eme három feltételhez van köte.

**Kreiker Aladár** dolgozatát: „Festési kísérletek az élő szemén” bemutatja **Blaskovics László**. A réses lámpán dolgozva a megfigyelés lehetőségét a szem vitális festésével fokozni lehet. A festést részint beceptentés, részint befecskendezés alakjában végezte. Ilyen módon sikerült neki a hám, a kötőszövet és a szemgolyó némely ép és kóros folyamatát, azaz sejtjét láthatóvá tenni.

**Verzár Frigyes:** Felhívja a szerző figyelmét a festék és a szövet között lefolyó kémiai rectiókra, amiből a sejttanyacsere lehetne fontos következtetéseket vonni.

**Kreiker (zárszó).**

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**Spanyolbetegség és gümőkór.** L. Petschacher. (Brauers Beitr. zur Klin. d. Tuberkulose. 1923, 54. kötet, 4. füzet.)

Az 1918–19, 1919–20. évi spanyolinfluenza-járvány alatt tett megfigyeléseit közli, amelyeket részben a járványban megbetegedetteken, részben pedig az innsbrucki klinika gümőkórososztályán tett. Rámutat a morbus hispanicus és a kezdődő gümőkór közötti differentialdiagnostikai nehézségekre, amennyiben sokszor csak a lefolyásból lehet diagnoszt felállítani, hogy gümőkór vagy spanyolos tüdőgyulladás van-e jelen. Tapasztalatai a következőkben összegezhetők: Gümőkórban szenvedők általában ritkábban betegszenek meg M. H.-ban, mint különben egészséges egyének. Manifest gümőkórban szenvedők M. H.-ban való megbetegedése egyenesen ritkaság számba megy. M. H. lefolyása latens gümőkór esetében sokkal kedvezőbb, mint ha az illető egyén egészséges volt. Intézeti kezelésben nem részesülő, manifest, előrehaladott gümőkórban szenvedő egyénnél rendszerint halálos a M. H. lefolyása; egyedül a felső lebezy gümőkórja látszik ez alól kivételnek, amennyiben ezeket a M. H. rendszert kedvezően befolyásolta. A járvány alatt a gümőkórban elhaltak száma nem emelkedett. A boncolásoknál a legritkább esetben voltak együtt gümőkóros és spanyolos elváltozások. Hogy ezen tények magyarázata a Koch-bacillus és a M. H.-t előidéző vírus közötti antagonizmusban keresendő-e, nem tudja eldönteni. Egyik ok lehetne, amint erre az irodalomban már többször rá is mutattak, a gümőkórosok fokozott ellenálló képessége. Ő azonban a legvalószínűbbnek tartja, hogy az ok az astheniás habitusúak veleszületett nagyobb resistenciájában van. Közismert u. i., hogy inkább robustus (status irritabilis) egyének estek áldozatul a M. H.-nak, mint gümőkórban esetleg nem is szenvedő astheniások.

Tóth K. dr.

**A concretio és accretio cordis diagnosisa.** Prof. Ortner. (Wiener Archiv. f. inn. Med. VI. kötet, 1. füzet.)

A fenti diagnosist felállítására egyike a legnehezebbeknek, jóllehet ma már számos tünetét ismerjük. A tünetek azonban a legritkább esetben észlelhetők egyszerre egy betegnél, úgyhogy minden új tünet csak nyereség. Szerző nyolc esetében, melyek közül kettőt sectio is igazolt, észlelte az általa „fél ingarhythmusnak” vagy „fél embryocardianának” nevezett tünetet, mely abban áll, hogy a szívcsücs, sőt a basis felett is hallgatózva, a rendszerint tompa szívhangok egyforma erősségűeknek tűnnek fel, míg a köztük levő pausa normális marad. Vagyis a syst. és diast.

közötti szünet rövidebb, mint a diast. és a következő syst. hang közötti szünet. A pulszusszám 100-on felül sohasem emelkedik, mint az igazi ingarhythmusnál, a tünet azonban nem praecognialis, hanem gyakran hónapokon át észlelhető. Az első hang tompaságának oka, hogy az összenövések folytán fixált szív systole alatt nem mozdul el a mellkasfal felé, a fültől tehát távolabb marad; a szív azonban éppen az összenövések folytán nem is tud hypertrophizálni. A hasi pangás miatt nem jut elegendő vér a szívbe, a diasztolés hang is tompább lesz, így aztán a két hangot egyforma erősségűnek halljuk.

Sümegei dr.

**Az ischias.** Simicska Gábor. (Közlemény a Szent Gellért-gyógyfürdőből. Budapest, 1923.)

Szerző a Szent Gellért-gyógyfürdőben kezelt 500 esete kapcsán tárgyalja a 38 oldalas füzetben az ischiast, melyet főleg az újabb sebészi észleletek alapján neuritis megbetegedésnek tart. Kimerítően foglalkozik a betegség aetiológiájával és tünettanával, részletesen ösmerteti az alsó végtag más eredetű fájdalmait, amelyek — sajnos — manapság is gyakran adnak okot az ischias helytelen diagnosisára és jó kritikával foglalja össze a sok különböző gyógyító eljárás indicióját és eredményeit.

Pákozdy.

**A fiatalok cukorbaja.** Weiland. (Klin. Wochenschrift, 1923, 16. sz.)

A fiatalok cukorbaját klinikailag három csoportba lehet beosztani: Az 1. csoportot genuin anyagcsere-diabetesnek nevezi. E csoport tagjai rövid időn belül comában elpusztulnak. A tünetek általában olyanok, mint a felnőttek diabetesében; sokszor feltűnik a gyermek testi fejletlensége nagy hosszönökés mellett. Hyperglycaemia mindig van. A 2. csoportot diabetes inno-censnek nevezi. Itt a betegségre véletlen folytán jönnek rá. A betegség családi, a prognosis jó, a baj állandó. A naponta kiválasztott cukormennyiség 12 gr-nál sohasem több. A betegség az étrenddel nem befolyásolható. A vér cukortartalma rendszerint 3. csoportot intoxicatiós diabetesnek nevezi a szerző. Ide tartoznak azon jóindulatú esetek, amelyekben később a nagy, kemény máj és a nagy lép jelzik az anatómiai elváltozásokat. Az 1. és 3. csoportban a szénhidrát-forgalmat szabályozó rendszerben van a hiba; csak az 1. csoportban valami veleszületett gyengesége e rendszernek, a 3.-ban pedig külső káros tényező szerepel. A 2. csoport a renalis diabetesek közé tartozik.

Sarvay.

### Sebészet.

**Idegentest eredetű gyulladákos hasfali daganat esete.** Schankies. (Bruns' Beiträge zur klin. Chir., 1922, 127. kötet, 2. füzet.)

Részletesen leír hasfalban fejlődött gyulladákos idegentest-daganatot, amely a vastagbélből átfúródott csontdarab körül keletkezett. S hasonló esetet sorolva fel az irodalomból, megemlíti még a Schloffer-féle ú. n. lekötéti daganatokat, amelyek lekötések elgyenyedéséből származók, ugyancsak idegentest-daganatok. Magyarázza a daganatok létrejövételének módját és elkülönítésüket desmoidtól és sarcomától. Az elkülönítő kórisme szempontjából a próbapunctio eredménytelen, mert a daganat belsejében igen kicsiny a gyenyes üreg; jellemző a mérsékelt leukocytosis. Mindenképen műtétet ajánl; az előálló hiány plastica nélkül is jól pótolható.

Czirer.

**A sebdiphtheria, ennek felismerése és klinikai jelentősége.** Landau. (Klin. Wochenschrift, 1923, 13. sz.)

Nem tartja elégségesnek a diphtheria kórismezésének rendszerint bakteriologiái módszerét, mert nagyszámban található diphtheria-bacillusok hasonló bakteriumok, amelyeknek elkülönítő kórisméje egyedül Loeffler-serumon való tenyésztéssel nem lehetséges. Szükségesnek tartja a valódi diphtheria-bacillusnak minden jellemző tulajdonságára kiterjeszkedő legpontosabb vizsgálatot, legfőképpen az állatoltást. Ily módon vegye a vizsgálatokat, az tűnik ki, hogy sebdiphtheria nagyon ritkán fordul elő. Klinikai jelentősége pedig korántsem olyan nagy, amint azt nemrégiben sokan hangoztatták.

Czirer.

**A hasüreg elsődleges zárása epekőműtétet után.** Heller E. (Klin. Woch., 1923, 14. sz.)

Payr szerint zárhatjuk a hasüregt, a) ha az epehólyagot subserosusan sikerült kiirtani, b) ha az epeutak fertőzöttsége kizárható, c) ha csak a hólyagban van kő, d) igyekeznünk kell az epehólyaggy tamponálását elkerülni, ha ugyanakkor egyéb műtétet is végeztünk. (Pl. G. E. A.) Gyulladásos serosánál is elsődlegesen zárja a hasüregt, ha az epehólyaggyat fedni tudja és ha a gyulladás az epehólyag falán túl nem terjed. Az esetek azonban megválogatandók. A choledochus megnyitását nem tartja mindig szükségesnek, elég megsondázni és áttapintani. Amennyiben megnyitni kénytelen, a varrathoz közel közepes vastagságú gumicsövet helyez be, gazecsik nélkül. A hepaticus-drainage helyett a Sasse és Goepel által ajánlott choledochoduodenostomiát vagy a duodenum felől choledochotomiát végez. Ha a betegnek korai szakban kerülnének műtétre, a tamponálás még több esetben lenne elkerülhető.

Scheitz.



**A fülcimpa megkisebbitése.** Eitner. (Wien. med. Woch. 1923, 5. sz.)

A cimpa hátsó felszínén sarlóalakú bőrrészetlet metsz ki, amelynek felső íve a kagyló alsó határának, alsó íve a cimpa alsó szélének felel meg. A sarlóalakú terület alsó felében a cimpa állományát eltávolítja egészen az elülső felszín bőréig s a legelő bőrlebenyt hátra felhajtvá, a sebszéleket egyesíti.

Czirer.

**A pajzsmirigy-megbetegedések jóddal való kezelése.** Judeck. (D. m. W., 1923, 538. oldal.)

A pajzsmirigyre nézve a jóddal való kezelés specifikus két alakban szokásos: szerves és szervetlen készítmény alakjában. A szervetlen jód gyakran jodismust okoz, amely az anyagcserével szembeállított összefüggésben nincs, bizonyos esetekben pedig látszólag ép pajzsmirigynél thyreoidismust vált ki, mely viszont valódi anyagcseremérgezés. Főképp hegyes vidéken: így Dél-Németországban és Svájcban látta a pajzsmirigy igen élelénk visszahatását a jódkezelésre, hasonlólt észlelt általában a golyváknál (ezek lennének a jód-Basedowok). Hypothyreosisos állapotok (idiopathikus myxoedema, műtéti athyreosis, a pajzsmirigy vesztületelt aplasiája) pajzsmirigykészítmények adagolásával gyógyíthatók, ha ugyan egyéb megbetegedésekkel nem szövődötték, ami főképp aplasiánál szokott előfordulni (idiotia, mongolismus, kretenismus). Hyperthyreosisoknál alapvető hiba a jód-, valamint a jodothyrin-kezelés, ezért ezek nyújtása szigorúan ellenjavalt. Ot súlyos morbus Basedowi esetében a jód adagolása korán súlyos rosszabbodást látott. Előrehaladt Basedownál meg egyenesen óva int minden jódadagolástól. Golyvák kórszármaradását újabbán ismét a táplálék jódszegénységére vezeték vissza és a hyperplastikus, sőt a kezdetben göbös golyvákat is a jódszegénység okozta compensatorikus hyperplasiakép fogják fel. Mivel a bevett jód a colloidot is erősen jódozza, alkalmasnak látszik a pajzsmirigy működés fokozására, miáltal feleslegessé teszi a compensatorikus hyperplasiát: tehát a golyvát megkisebbiti. De a jód milligrammos vagy decimilligrammos adagolása csak akkor nyújt kilátást a gyógyulásra, ha a golyva főképp functionális mirigyszövetből áll. Legtöbb jövőt jósol a jód prophylactikus alkalmazásának, főképp golyvás vidékeken golyvák keletkezésének megakadályozására. Tomasovszky.

## Orthopaedia.

**Az alsó végtag pangásainak és ezek következményeinek gyógyításáról.** (Varix, phlebitis, thrombosis, alszárfelekély és ládtaip.) H. Fischer. (Münc. med. Wochenschrift, 1923, 4. sz.)

Az alsó végtagon fellépő vér- s nyirokpangás számos következménnyel (varix, thrombosis, phlebitis, dermatitis, fekélyek, elefantiasis, pes planus stb.) jár, melyek az általános gyakorlatban sokszor a betegnek és az orvosnak is a türelmét erős próbára teszik. Ezek leküzdésére általa több ezer esetben kipróbált a jó eredményt adó módszerét ajánlja, mely abból áll, hogy a tágulás által elégtelenné vált billentyűket igen szoros, de egyenletesen szoros kötésekkel, melyek az arterialis keringést nem akadályozzák, az érlemen összehurkolása által ismét használhatóvá teszi. A kötéshez használt anyag mineműsége nem fontos. Lényeges az alkalmazás helyessége. Eczemák, fekélyek esetén, midőn a kötést gyakrabban kell változtatni, Unna-féle zinknyelv-kötést (Zinkeim), majd ezek megszünte után ragtapszos kötéseket, mint pl. a Teufel-féle klebrotötést vagy a rendelkezésre készített elastikus, poros tapasz-kötést használja. Zinkes kötésnél a bőrt a kötésnek megszáradása alkalmával keményre és élessé váló alsó s felső végénél vattapárnákkal kell megvédeni. A crista tibiae a kötés nyomása ellen részben a m. tib. ant.-ra, részben a csont belső oldalára helyezte, gازهba csavart vattapárnákkal védi, miáltal a csontél mintegy csatornába kerül. A láb- s térdizületet amennyire lehetséges kihagyja a kötésből, hogy ne akadályozza a mozgást, mindazonáltal mindig beköti az alsó végtagot a bokabütyöktől a fibulafejecségig. A kötés feltevése alkalmával kékesvörösén elszineződő láb egy-két lépés után normalissá válik s a fennálló duzzanat hosszabb járás után megszűnik, jelezve a billentyűket ismét megkezdett működését. Közvetlen a kötés feladása után a beteg lehetőleg sokat járjon; huzamosabb állás lehetőleg kerülendő, mert könnyen a kötés alatti rész duzzadásához vezethet. Ülés indifferens, csak arra kell ügyézni, hogy a comb izomzatában haladó erek össze ne nyomassanak. Ezen kötésekkel a varixok csak kivételesen fejlődnek teljesen vissza, s ezért ha a beteg sokat kénytelen állni, jól konstruált gummiharisnyát viseljen, mely nemcsak haránt-, hanem hosszirányban is rugalmas. Ulcus cruris esetén, ha csak egy fekély van jelen, ennek széleit egymáshoz közelíti oly módon, hogy a nedves gázekötő a fekély magasságában az alsóknak zinknyelvvel bekent ellenkező oldalára fekteti s száraikat a s porral behintett és gazeval, vattával befedett fekély felett kezelve, a bőrt mindkét oldalról erősen a fekély felé húzza. Egy második s esetleg harmadik kötés erősítésül szolgál; ezután meg egy rugalmas kötést alkalmaz. Miután a keringési zavarok

ezáltal ki vannak iktatva, a fekély gyorsan gyógyul. Phlebitis-eknél mielőtt ezen kötést feltenné, a thrombustól centralisan egy bőrrödöt emelve a vena felett, kis tufert helyez a bőrrödő alá, majd jól tapadó ragtapszal odaerősíti. Ezután — még lázas esetekben is — az alszáron zinkenyes, a combon ragtapszos szoros kötést alkalmaz, míg a szabadon hagyott térd- és láb-izületeken lévő gyulladt vénákat thigenollal és jól tapadó ragtapszcsikkal fedi. A kötés végét elastikus ideálpólya alkotja. Csak elgenyvedt thrombusok esetén kontraindikált a kötés. A Poupard-szalagon túl a hasüregebe terjedő folyamatoknál az altestet rögzítő dr. Schmitz-féle „Renibus“-Binde-t használja, mely vándorvesénél és enteroptosisnál is jól bevált. Itt, sajnos, az esetleges embolia nem akadályozható meg. Kötések helyett ajánlhatók a levehető celluloid-triko hüvelyek is. A phlebitises thrombusok járás alkalmával hamarosan felpuhulva, felszívódnak s a beteg 10—14 nap alatt gyógyul. Emboliát kizártnak tart a kötés alkalmazásából kifolyólag. 2400-nál több esetben egy ízben sem fordult elő. Dermatitisek, elefantiasis kelendő helyi kezeléssel e kötésekre rendszerint gyorsan gyógyulnak. Pes planusnál egy kb. 5 cm széles, igen erős vitorlavászonból készült ragtapszcsíkot a belső boka alatt rögzítve, a lábháton át a külső lábszélhez, innen erős supinatio mellett a lábboltozat alatt átvéve, a kiindulást keresztelve spirálisan az alszártra vezet. A felső szél fölfele, mely könnyen leválik a bőrről, ideálpólyát helyez. Ezen kötés által járásnál s egyben pihenő helyzetben is, a lábboltozat felemeltetik, és nem viseli a test súlyát, amint ez betéteknél látható. Kb. 14 nap alatt a lábboltozat lényegesen javul. A kötés még azon esetben is fenntartható 6—8 hétig, ha a beteg hetenkint egy ízben egész fürdőt vesz. Tirczka Kolos dr.

**Az úgynevezett megterheléses elferdülések keletkezése az újabb kutatások alapján.** Hass. (Wiener med. Wochenschr. 1923, 5. sz.)

Nem tartja helytállóknak, hogy a növekedési korban létrejövő elferdüléseket mind a megterhelés rovására írják. A térd kétirányú (varum és valgum) elferdülésének, valamint az iskolás gyermekek scoliosisának okát a második fogzás és a fanosodás korában mind gyakrabban jelentkező angolkórban keresi. A csípőizületben létrejövő elferdülések (coxa vara traumatica és coxa valga) esetében majdnem mindig megtalálta azt a constitutiós rendellenességet, melyet hypogenitalismusnak nevezünk. Mind-ezen esetekben tehát a kóros csontképződés az elsődleges és az elferdülés a másodlagos. Egyedül a lüdtalpnál helytálló a „megterheléses elferdülés“ elnevezés, miután az korhatár nélkül kifejlődhetik minden olyan alkalommal, amikor a viszony a statikus követelmények és a statikus teljesítőképesség között zavart szenved. Horváth dr.

**A hallux valgus Röntgen-képének helyes értelmezése.** Weinert. (Zentralbl. f. Chirurgie, 1923, 10. sz.)

W.-nek sikerült a láb csontjait mesterségesen olyan helyzetbe hozni, hogy a Röntgen-felvétel teljesen hasonló képet kapott, mint hallux valgus esetén. Még pedig az os cuneiforme primumot abducálva és az első lábközépcsontot adducálva, mindkét csontot hossz tengelyük körül befelé csavarta. Ezek alapján az első lábközépcsonton feltalálható háromszögletű csontfelrakódás, illetőleg az os intermetatarsale jelenlétét a régebbi Röntgenkép-értelmezésekkel szemben kétségbevonja s a hallux valgus felvételeken található eltéréseket a csontoknak fentemlitett helyzetváltozásával magyarázza. Horváth dr.

## VEGYES HÍREK

**Felhívás előfizetőinkhez.** Hónapokon át nagy anyagi veszteségekkel küzdöve, kénytelenek voltunk lapjaink előfizetési díját a címoladalon feltüntetett arányban június elsejétől fogva felemelni, amit a korona esése és ezzel kapcsolatban a nyomdai és papírárak több mint 100%-os emelkedése indokol. Lapunk azonban oly súlyos válságba jutott, hogy kérnünk kell tehetősebb előfizetőinket, kik azt az igyekezetet, mivel hivatásunkat szolgáljuk, méltányolják és abban segítségünkre akarnak lenni, hogy a III. negyedévi előfizetésüket (1500 K) minél sürgősebben, előfizetésük lejártá előtt küldjék be, hogy rendelt nagyobb papíranyagunkat kiválthassuk és lapunk megjelenése fennakadást ne szenvedjen. Küzdünk, amíg csak bírjuk: s ez elsősorban előfizetőink áldozatkészségétől függ.

† Scharl Pál dr. egy. magántanár, a budakeszi Erzsébet-sanatorium igazgatófőorvosa meghalt. Kiváló kartársunk nemes hivatásának lett áldozatává: ugyanaz a rémes kör győzte le tragikus körülmények között, amely ellen embertársai érdekében oly sikeresen vezette a harcot. Elest a humanismus harcmézején, emléke előtt mély fájdalommal és tisztelettel hajtjuk meg az orvosi rend lobogóját. — Még két érdemes kartárs elhunytáról teszünk szomorú jelentést: † Neumann Siegfried, a budapesti Szt. Margit-kórház nőgyógyász-főorvosa és † Rózsa Felix, a budapesti szegénykórház főorvosa költöztek el a tevékeny munkatársak sorából.

Községi és körorvosok beszerzési segélye tárgyában a N. és M. miniszter 52.226. n. f. évi jún. 9-iki rendelete intézkedik, hogy az adott előleg (8271/1923. n. r. jan. 25.) az egyes körökbe csoportosított községeket olyan arányban terhelje, amint azok a körorvos lakáspénzéhez hozzájárulnak, és felhívja az alispánokat arra, hogy amennyiben ez a folyósítás még nem történt meg, intézkedjék, „hogy a községi és körorvosok az őket megillető és vásárlóerejükben amúgy is csökkent összegeket haladéktalanul kézhez vegyék”. Az előleg a 8600/922. M. E. rendelet b) pontjában közölt táblázatának megfelelő kell hogy legyen.

**Ragályos betegségek Budapesten.** A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint június 10-től június 16-ig előfordult hasi hagymáz 3 (0), kúteges hagymáz 0 (0), kanyaró 182 (3), vörheny 13 (3), szamárhurut 22 (4), roncsoló torok- és gégeleob 5 (0), influenza 1 (0), bárányhimlő 18 (0), járv. fültőmirigylob 47 (0), vérhas 12 (4), trachoma 0 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekági láz, járv. agygerincagyhártyalob, veszettség, lépene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

**Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre:** Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinahuta Novohradská župa); Jugoszláviában Duchon János dr. orvos, O. H. számlájára a Zombori Takarékpénztárnak küldendő 175 din.; Romániában 400 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr.; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egyebüktől 6000 K, átutalható a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálmán-terti fiókjánál számlánkra. Negyedévre, illetve félévre megfelelő kisebb összegek küldendők be. Három hónapnál rövidebb időre külföldi előfizetést nem vállalunk.

Az egyetemeken 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!**

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

## VÍZKÚRÁK ÉS DIAETÁS KÚRÁK

**Dr. Pajor-Sanatorium** újonnan berendezett Idegbeteg, belbeteg és üdülők gyógyhelye. vízgyógyintézetében Budapest VIII, Vas. u. 17

**Dr. Fonyó János** gynaekologiai hystologiai vizsgálo laboratóriuma VIII, Baross-utca 43.

## Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA

BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 52-29  
Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernibbül berendezett Röntgen- és vegyi laboratóriumok. Belgyógyász-diagnosztikai és orvosi osztály, valamint vízgyógyintézet ez évben nyílt meg. MÉRSEKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

## Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

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

## RÖNTGEN-ODELGA

Physicalis, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Szpecifikus oltások, quarz és művi pneumothorax - kezelés. Budapest VII, Vilma királyné-út 11. szám (Fasor). Telefon: József 14-51.

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

**Budapesti medico-mechanical Zander- és physikai gyógyintézetben** (IV., Semmelweis-utca 2. — Telefon: József 4-12.)

Orthopaedia; eredeti teljes Zander-gépsorozat; svéd torna; hőlég, diathermia, elektrotherapia, elektromágnes- és Bergonié-készülék; oxygénés, sz. n. n. v. s. villanyos lény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; quarzfény; Röntgen

## PÁLYÁZATOK.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye pomázi járásához tartozó Békásmegyeri **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör áll Békásmegyeri (3545 lélek) és Budakalász (2434 lélek) községekből. A kör székhelye Békásmegyeri. Körorvos javadalmazása 1600 kor. évi fizetés, a szabályszerű korpótlékokkal, 600 kor. laktér, Budakalásztól természetbeni fuvar, szabályszerűen megállapított rendelési és látogatási díjak. Felhívom azon orvosokat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy oklevéllel, születési bizonyítvánnyal, eddigi működésüket bizonyító okmányokkal és a kommunizmus alatti viselkedésüket igazoló okmánnyal felszerelt kérésüket folyó évi július 5-én, d. e. 12 óráig hozzám annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezők nem fogom figyelembe venni. A választást 1923. évi július hó 7-én, d. u. 4 órakor fogom Békásmegyeri község házában megtartani. Pomáz, 1923 június 4. Szentpétery főszolgabíró.

A nagydobosi **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek. Felszólítom a pályázni hajtókat, hogy az 1900. XX. t. c. 3. §, illetve az 1883. t. c. 6. §-a szerinti szakképzettséget s eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1923. évi június hó 25-ig hozzám nyujtsák be. A később beérkezett kérvényeket figyelmen kívül hagyom. A körorvos székhelye Nagydobos községi és hozzá a következő községek tartoznak: Szamoszeg, Szamoskér, Olcsva, Olcsvaapáti, Vitka, Ilk, Nagydobos, Nyirparasznya. A választás kitézése iránt külön fogok intézkedni. Mátészalka, 1923 május hó 29-én. Madarassy István főszolgabíró.



**Elsőrangú klimatikus magaslati gyógyhelyek és szanatóriumok. Nyaralóhelyek. Turisztika. Kitűnő teljes ellátás lakással 30 Kc-tól fölfelé.**

Felvilágosítást ad, vizumot szerez: Čedok Budapest V, Vigadó. (Menetjegyiroda)

Tatranska Lomnica gyógyfürdő Tátralomnic	Matlárháza gyógyfürdő Matlary	Dr. Guhr Szanatórium Tátraszépplak Westerheim Tatranská-Pollanka	Dr. Szontagh Szanatórium Újtátrafüred Nový-Smokovec
Ótátrafüred-gyógyfürdő Grandhotel Tátraszanatórium Stary-Smokovec	Štrbské-Pleso Csorbató	Iglófüred gyógyfürdő Novovesské kúpele	Ujcsorbató Mory-telep Nové Štrbské Pleso
Tarpatakfüred nyaralóhely Studený potok	Tátra-Otthon pensio Tatranský-Domov	Tatranská-kotlina Barlangliget	Felső-Hágl nyaralóhely Výšné-Hágl