69. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1925 március 1

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES 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: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Novák Miklós: A beteg saját vérével végzett gyógyításról. (165—168. oldal.)
Bézy Elemér: A hasüri sérülések műtéti s konzervativ kezelésének eredményei. (169—171. oldal.)
Csekey László: Az alkoholos elmeállapotok az elmebaj fölépítése szempontjából. (171—172. oldal.)
Csapó József: Egyszerű methodus a liquor cerebrospinalis cukortartalmának meghatározására. (172—173. oldal.)
Bársony Tivadar: Calcinosis intervertebralis. (173—174. o.)
Bochkor Ádám: Corpus luteum-cysta megrepedéséből létrejött elvérzés esete. (174—175. oldal.)
Miskolczy Dezső: Madridi levél. (176—177. oldal.)
Therapia. Rablóczky Imre: A malaria kezelése diathermiával. (177. oldal.)
Étrendi előírások. (178—179. oldal.)
Lapszemle. *Belorvostan.* — *Orthopaedia.* — *Gyermekorvostan.* (179—181. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (181—182. oldal.)
Könyvismertetés. (182. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 21-i ülése. (183—184. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának február 16-i ülése. (184—185. oldal.)
A Magyar Röntgen-Társaság febr. 9-i ülése. (185. oldal.)
A Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosai febr. 13-án tartott ünnepi szakülésének jegyzőkönyve. (185. oldal.)
A Magyar Urologiai Társaság febr. 16-i ülése. (186. o.)
A Charité Poliklinika február 20-i ülése. (187. oldal.)
Az Erzsébet-tudományegyetem Baráti Egyesülete Orvostudományi Szakosztályának febr. 14-i ülése. (187—188. o.)
Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának és a Szegedi Orvosegylet szakületeinek jegyzőkönyve. (188—189. o.)
A Debreceni Orvosegyesület ülései. (189—190. oldal.)
Válasz Ambrus J. dr.-nak. (190. oldal.)
Vegyes hírek. (191. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A beteg saját vérével végzett gyógyításról.*

Írta: *Novák Miklós dr.* egyet. tanársegéd.

(Első közlemény.)

A nem fajlagos therapia hirtelen fellendülése az utóbbi években magyarázza nemcsak újabb és újabb szerek kipróbálását, de a régen ismertek alkalmazását is. Utóbbiak közé tartozik a különböző formában adott vérrel való gyógyítás, mely egyébként ősrégi eljárás. *Spiethoff* szerint *Skribonius Larges* már Kr. u. 45-ben alkalmazta gyógyítás céljára a beteg saját vérét, melynek később a középkorban varázsszerű, misztikus hatást tulajdonítottak. A XVII. században kezdték meg rendesen a vérrel való gyógyítást transfusio alakjában, melynek irodalma — *Bier* szerint — 250 évre terjed ki. Alkalmazták a beteg saját vérét, a hozzátartozók, egészségesek és reconvalescensek vérét, továbbá a fajidegen vért. Az öntudatlanul elért hatás: a szervezet általános reactiójának kiváltása volt, mely a betegség helyén is gyógyító effectust hozott létre.

Ami specialisan a beteg saját vérét illeti, ezt vagy változatlanul, vagy haemolyzálva vagy defibrinálva adták és adják, vagy pedig csak a serumot használják. A haemolyzált vagy a defibrinált vér gyakran rendkívül heves reactiókat vált ki, azonkívül gyengébb vagy erősebb anaphylaxiás jelenségekkel is kell számolni, a serum hatása gyenge, míg a változatlanul adott saját vér hatás tekintetében a kettő között áll. Tekintettel egyrészt arra, hogy a saját vérrel való kezelést a II. számú sebészeti klinikának főleg ambulans praxisában alkalmaztuk, másrészt arra, hogy a serummal való kezelés körülményes, tömegrendelésnél legegyszerűbbnek és leggyorsabbnak találtuk a változatlan saját vérrel való gyógyítást.

Amikor eddigi eredményeinkről beszámolni bátorkodom, azt hiszem legcélszerűbb lesz, ha előadásomat két részre osztom és először a vérnek a megbetegedés helyén való alkalmazásával foglalkozom, másodszor pedig a vérnek — mint nem fajlagos szernek — alkalmazását tárgyalom.

A vérnek *localis* alkalmazását illetőleg teljesen új *Läwen* marburgi sebészprofessor eljárása, melyet 1923-ban tett közzé, s melyet az arc, továbbá a tarkó gyorsan tovaterjedő, malignus, genyes folyamatainál — furunculus-, carbunculus- és phlegmonenál — ajánlott. Az arc, de különösen az ajkak egyes fertőzéses folyamatainak súlyos és veszedelmes volta magyarázza, hogy kezelésük állandóan napirenden tartott kérdés és az az élénk discussio, mely az utóbbi évek irodalmában ezen fertőzések kezelését illetőleg megnyilvánul, mutatja legjobban, hogy egységes eljárás nincs és hogy a therapia tökéletesítésre szorul. A *Bier*-féle pangástól a vena facialis anterior alákötéséig, a conservativ therapiától a chemotherapiás szerek befecskendezéséig számtalan eljárást ajánlottak és próbáltak már ki, de nem kielégítő eredménnyel.

Läwen ajánlata az volt, hogy a nagyon virulens bakteriumok által okozott, malignus, genyes gócokat nagymennyiségű, az ép környezetet hiány nélkül, feszesen infiltráló vérrel körül kell sáncolni, elhatárolni és ezáltal a terjedésben meggátolni. Első pillanatra visszatetsző a saját vér alkalmazásának ez a módja, mert tudjuk, hogy valamely tovahaladó, genyes góc környékébe pl. novocaint fecskendezni merész és veszélyes eljárás, a fertőzés tovavitelének veszélye miatt. A vér pedig kitünő táptalaj a bakteriumok számára s így befecskendezésével csak elősegítjük a folyamat tovaterjedését. Általában a haematoma veszélyeit a sebészet régen ismeri és igyekszik keletkezését a műtét alatt gondos vérzéscsillapítással, a műtét után homokzsák, nyomókötés, felpolcolás stb. alkalmazásával elkerülni, vagy ha mégis kifejlődnék, úgy nagyobb haematomáktól punctióval vagy a coagulumok kiürítésével igyekszünk szabadulni. Régen ismert tény, hogy pl. a traumatikus haematoma, egyidejűleg fennálló tonsillitis vagy furunculus esetén könnyen elgenyed, hogy a mellkasi haematomák a tüdő felől, a hasiak a bél felől fertőződhetnek és minden sebészeti tankönyv a haematomák punctiójánál a legszigorúbb asepsist ajánlja.

Läwen szerint azonban az ő eljárásánál a folyamat tovavitelének veszélye azért nincs meg, mert: 1. a

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 február 7-én tartott XII. rendes tudományos ülésén.

vérinfiltratióval elzárjuk az utat s így a capillarisokon és nyirokutakon át való resorptio meg van nehezítve, 2. a vérinjectio előnye a szöveteknek idegen, chemiailag differens szerekkel szemben, hogy a szövetekre nem káros és így felszívódása után ép szövet marad vissza, 3. a befecskendezett vér bactericid és antitoxikus hatást fejt ki s így a sejteket nem károsító antisepticum, végül 4. az infectio ellen proteinhatást fejt ki, ami azonban, *Bier* szerint, ezen gyorsan lezajló folyamatoknál nem jöhet szóba. A befecskendezett vér hatása a folyamat biztos elhatárolása, mert a nyirokpályák és a regionalis mirigyek eltömeszelődnek a vörösvérsejtekkel és így a toxinok és bakteriumok felszívódása megnehezül. Minél több a befecskendezett vér, annál jobban sikerül a nyirokutak eltömeszelése. Előnye továbbá a szövetek gyors beolvadása és kilökődése és a gyors gyógyulás.

Toxikusan ható esetekben kitűnő hatást ért el; már beállott sinusthrombosisnál természetesen semmi hatást nem lehet várni.

Läwen ezen ajánlata nem maradt visszhang, illetőleg ellentmondás nélkül. Így *Linhart* két súlyos ajakfurunculus esetében — melyeknél a vérből staphylococcusok voltak kitenyészthetők — alkalmazta az eljárást jó eredménnyel. Hasonlóan jó eredményekről számoltak be mások is.

Ezzel szemben *Nourney* súlyos tarkócarbunculusnál incisio után a beteg véréből 4 cm³-t adott a carbunculus felső pontján a hajas fejbőrbe, majd 2 nap mulva — mikor a folyamat a fül felé terjedt — ugyanannyit adott a fül felé is és így sikerült a folyamatot lokalizálni. Ebből ő azt a következtetést vonta le, hogy a gyógyulást nem a körülfecskendezéssel létrehozott elzárás, hanem a saját vér által kiváltott activ immunitási folyamatok hozták létre. *Nourney* a vért nem a gyulladásos góc oedemás környékébe, hanem a carbunculus kemény, vörös szélébe adja.

Läwen válaszában hangsúlyozta, hogy a nagymennyiségű vérrel való körülsáncolás a fontos és hogy kevés vér beadásának nincsen semmi értelme, mert az hamar felszívódik.

Ezek után áttérek a mi tapasztalatainkra. A *technikára* vonatkozólag három kérdés merül fel: 1. mennyi vért, 2. hová és 3. hogyan fecskendezzünk be. Ami a vér mennyiségét illeti, azt nem lehet szabályhoz kötni. Annyi vért kell ugyanis vennünk, amennyi a gyulladásos góc helyes körülfecskendezéséhez szükséges. Eseteinkben ez a góc nagysága szerint 20—200 cm³ között váltakozott.

A befecskendezést a góctól legalább egy harántujjnyira kell végezni, nehogy a fertőzést a tűvel továbbvigyük.

Ami végül a kivitelt illeti, mi úgy járunk el, hogy a beteg valamelyik könyökvenájából vett vért kevés, 3%-os natrium citratot tartalmazó steril csészében fogjuk fel és 10—20 cm³-es fecskendőkkel és közepvastag tűkkel végezzük az injectiót. Az arc, de főleg a tarkó, fejbőr vagy a hát feszes kötőszövetében célszerű vastagabb tűket használni. Az injectio nagyon fájdalmas lévén, legjobb azt bódításban végezni, különösen nagyobb gócoknál. Kisebbeknél minden zavar nélkül végeztük az érzéstelenítést novocainnal. Ezeken kívül csak arra kell ügyelni, hogy a vér tényleg feszesen és egyenletesen töltse ki a szöveteket, mert ha valahol hiány marad, a folyamat ezen át tovaterjedhet. Legkönnyebb a befecskendezést az ajkakon és a pofán végezni, mert itt az összes szöveteket két ujj közé lehet fogni. A befecskendezés akkor van helyesen végezve, ha a műtét alkalmával alig van, vagy egyáltalán nincsen vérzés. Egyik betegünknél a befecskendezés után átmetszettük az arteria labii inferiorist anélkül, hogy az a legkevésbbé is vérzett volna. A vérzés általában csak a vér felszívódása után, feszes kötőszövettel bíró helyeken az 5—6. napon szokott megindulni. A befecskendezés elvégzése után a gócot alaposan fel is kell tárni, mert mint *Läwen* mondja, az itt tekintetbe jövő pyogen folyamatok olyan súlyosak, hogy minden eszközt fel kell használni megállításukra. Megjegyzem, hogy egy esetünkben sem használtunk sem antisepticumokat, sem más segédeszközt, pl. párakötést; a sebeket lazán tamponáltuk és száraz kötést alkalmaztunk.

Néhány súlyos fertőzéssel beszállított betegünkről a következőkben számolok be:

I. 16 éves leánynak az alsóajkán jobboldalt keletkezett egy pattanása, mely keletkezése után rövid idő mulva fájni kezdett. A beteget kirázta a hideg, magas láza volt, ajka megdagadt. Másnap felkereste orvosát, aki hideg borogatásokat rendelt. Majd harmad- és negyednap punctiót végzett, de eredmény nélkül. A beteget betegsége ötödik napján szállították be a klinikára, igen rossz állapotban, 39·5 C° temperaturával, 120—130-as, könnyen elnyomható pulzussal, bőrszíne fakósárga volt. Alsó ajka két haránttujjvastagságúra megduzzadt, kékesvörös színű, petyhüdt, mállékony volt. A folyamat a jobb szájzúgra és részben a felsőajkra is átterjedt. Innen kiindulva, jobboldalt a fülcimpáig és lefelé a nyak egész jobb oldalára kiterjedő phlegmone volt konstatálható. Az egész területet bódításban 200 cm³ vérrel körülfecskendeztük és azután incisiókat alkalmaztunk, de csak az ajkon kaptunk kevés, sűrű genyet. A beteg már másnapra jobban érezte magát, harmadnap bő genyedés indult meg a sebekből és a folyamat sehol sem terjedt tovább, az ajak visszanyerte rendes alakját. A beteg 3 hét mulva gyógyultan hagyta el a klinikát. Még csak azt jegyzem meg, hogy a keringő vérből staphylococcus aureus volt kitenyészthető.

II. 58 éves nőbetegnek 2 hét óta volt a tarkóján carbunculusa, melyen orvosa a betegség 4. napján néhány mm-es, felületes incisiót végzett. A betegnek 2—3 naponként volt rázóhidege és magas láza. A klinikára ugyancsak igen rossz állapotban hozták be magas lázzal és rossz pulzussal. A tarkó közepén jókora ökölnyi nagyságú carbunculusa volt, amelyből kiinduló phlegmone felfelé a fejtetőig, lefelé a hát felső részéig és jobbra a fossa supraclavicularisba is beterjedt. A terület körülfecskendezésére 230 cm³ vérre volt szükség; egyidejűleg *Kuzmik* professor eljárása szerint 4 kiterjedt, hárfaalakban elhelyezett, csontig hatoló incisiót alkalmaztunk és a közéjük eső lebenyeket felpraeparáltuk. A keringő vérből staphylococcus aureust tenyésztettünk ki. A beteg másnap láztalan lett, a sebekből bő genyedés indult meg, a nekrotikus részek hatalmas cafatokban lökődtek ki. A beteg 3 hét mulva hagyta el a klinikát, a hámosodás azonban — tekintettel a jó féltenyérnyi nagyságú elhalásra — csak lassan haladt előre.

III. 51 éves nőbetegnek pediculosis capitise volt és állítólag fésűsértés után kis pattanás keletkezett a fején. 3 nap mulva kirázta a hideg és a pattanás carbunculussá nőtte ki magát. A beteg — mikor betegsége 8. napján beszállították a klinikára — euphoriás volt, delirált, úgyhogy az egyébként igen fájdalmas vérbefecskendezést és incisiókat narkosis nélkül lehetett elvégezni. A tarkó felső részén kisalmányi carbunculusa volt, amelyből kiinduló phlegmone jobbra a fülig, lefelé a hát felső részéig terjedt, úgyhogy 180 cm³ vérre és 6 incisióra volt szükség. A beolvadás ebben az esetben is igen gyorsan indult meg, a beteg másnap láztalan lett és 17 napi kezelés után elhagyta a klinikát.

IV. 50 éves férfi azzal jelentkezett a klinikán, hogy 5 nap előtt borotválkozás közben megsértette az alsóajkát, mely azóta megdagadt és fájdalmas volt. 2 nap előtt volt borzongása és láza. Ajkának főleg bal oldala hüvelykujjnyi vastagságú, kékesvörös színű volt, közepén kis genyponttal. Bódításban 40 cm³ vérrel körülfecskendeztük a lobos területet és kis incisiót alkalmaztunk. Másnapra bő genyedés indult meg és a seb 8 nap alatt gyógyult.

V. 25 éves férfibetegnek az alsóajak jobb felén három nap óta volt furunculusa, magas lázzal, szédüléssel; a környék a nyak közepéig infiltrált volt. Ezt is 40 cm³ vérrel fecskendeztük körül novocain-anaesthesiában és kis incisiót alkalmaztunk. Gyógyulás 8 nap alatt.

VI. Egyik igen szép esetünk a következő: 32 éves férfibeteg este 9-kor vette észre, hogy felsőajkának bal oldalán kis pattanása keletkezett, mely annyira fájt neki, hogy egész éjjel nem tudott aludni. Reggel 9-kor — tehát 12 óra mulva — kereste fel az ambulantiát. Ekkor a felsőajak bal fele erősen duzzadt, vörös, fájdalmas volt; a pír az arc felső részére is ráterjedt, az alsó szemhéj oedemás volt, a beteg erős fejfájásról

panaszkodott, szédült, 50 cm³ vérrel a gócot egyrészt a philtrumnál elhatároltuk, másrészt a bal szájzugból kiindulva felfelé körülfecskendeztük és az ajkon kis incisiót ejtettünk. A beteg a következő éjszakát jól töltötte, a beolvadás már másnapra megindult és a gyógyulás 10 nap alatt következett be.

Läwen eredetileg csak az ajkak, az arc és tarkó malignus, genyes folyamatainál, továbbá lépfenénél és nománál ajánlotta eljárását azért, mert másutt a szövetek nem elég feszesek arra, hogy a vért hosszabb ideig megtartsák. Mi nemcsak az említett helyeken, továbbá az ugyancsak feszes kötőszövettel bíró hát, vagy a glutaealis tájék furunculusainál és carbunculusainál próbáltuk ki az eljárást, hanem a felső és alsó végtag, továbbá a has hasonló folyamatainál is, megpróbálkoztunk vele kivétel nélkül jó eredménnyel, anélkül, hogy minden esetben incisiót is alkalmaztunk volna. Eddig 28 esetben furunculusnál és 13 esetben carbunculusnál alkalmaztuk *Läwen* eljárását. A furunculusok 5 esetben az alsó-, 4-ben a felsőajkon, 8-ban az arcon, 3-ban a tarkón, 6-ban a felső és 2-ben az alsó végtagon voltak. A carbunculusok közül 9 a tarkón, 3 a törzsön és 1 az alsó végtagon volt. Incisio nélkül a kezdődő esetek visszafejlődtek, azok viszont, melyekben már megvolt a nekrosis, kivétel nélkül gyorsan beolvadtak és kilökődtek

Ezen jó eredményeken felbuzdulva, heveny, fertőzött sebeknél is alkalmaztuk az eljárást. Egyik igen szép esetünk a következő:

41 éves férfibeteget dec. 18-án este 9 órakor kocsi ütötte el. A sebesülés után 13 óra mulva kereste fel a klinikát azzal, hogy sebében lüktető fájdalmakat érez. Status: A homlok jobb feléről, a hajas fejbőr határáról kiinduló és innen lefelé a szemöldökbe is beterjedő V alakú, csontig hatoló, lebenyes seb, melynek szélei zúzottak, felkunkorodottak, lepedékesek voltak; a seb porral és hajszálakkal szennyezett. Előzetes novocain-anaesthesia után körülfecskendezés 50 cm³ saját vérrel, öblítés H_2O_2-al és a sebszélek felfrissítése után varrat. Prima gyógyulás 7 nap alatt.

Panaritiumoknál nem kaptunk jó eredményt, ami az anatomiai viszonyok szemmeltartásával érthető is. A gyulladás alkalmával az ujjban fennálló fájdalmas feszülést a saját vér befecskendezése még jobban fokozza s így a fájdalom az incisió dacára igen erős.

Egy súlyos tenyéri és alkar-*phlegmone*nál, amelynél a folytonosan továbbkúszó folyamatot többszöri, kiadós bemetszésekkel sem tudtuk megállásra bírni, úgy próbáltuk meg a saját vért alkalmazni, hogy az alkart közel a könyökizülethez körkörösen, csontig infiltráltuk és így sikerült is a tovaterjedést meggátolni.

A *Läwen* professor assistensei, *Hilgenberg* és *Thomann* állatkísérletekkel igyekeztek a *Läwen* állításainak helyességét igazolni. A méregfelszívódás lassúbbodását, illetve megszűnését vizsgálták oly módon, hogy egerek farkán centralisan elzáró befecskendezéseket végeztek különböző szerekkel, így saját serummal, vérrel, gummi arabicummal, desztillált vízzel, Ringer-oldattal és azután peripheriásan strychnin, kurara és kokain halálos adagjait fecskendezték be. Vizsgálataik eredménye az, hogy a viscosusabb folyadékok, mint a vér vagy a gummi arabicum, a mérgek hatását erősen befolyásolják, illetőleg megszüntetik. A befecskendezéssel elért elzárás szerintük nem hasonlítható a leszorításhoz, hanem legfeljebb a Bier-féle pangáshoz. A resorptiónak tisztán mechanikus akadályozásán kívül a mérgeknek a pangásos oedema általi felhígítása is fontos, mert a mérgek hatása a concentratiótól függ.

Thomann egerek bőralatti kötőszövetében kísérletileg idézett elő phlegmonét puerperalis sepsisben szenvedő beteg véréből tenyésztett haemolytikus streptococcusokkal és a befecskendezés után azonnal a bakterium-depôttól oldalt tengerimalacvért fecskendezett be. Az állatokat a kísérlet utáni 1—2., illetve 3. napon ölte le és a kóros részt szövettanilag vizsgálta. Kimutatta, hogy lapszerint elterülő phlegmonét sikerült előidéznie és hogy a haematoma oldalán a gyulladásos folyamat jóval fokozottabb volt, mint az ellenkező oldalon. A haematomát igen erős leukocytasánc veszi körül, mely a bakteriumok betörését lehetetlenné teszi. A bakteriumok behatolása legfeljebb mérsékelten történik meg a haematoma széli részeibe, ahol a bakteriumok haemolysist okoznak. *Thomann* hangsúlyozza, hogy a haematoma a tovaterjedő phlegmone számára áttörhetetlen gátat képez és azt hiszi, hogy a haematoma által mobilizált elhárítóanyagok a bakteriumok fejlődését befolyásolják, illetve részben lehetetlenné teszik.

Thomann egy embernél tett megfigyelését is leközölte. Háti carbunculust 120 cm³ vérrel fecskendeztek körül és keresztalakú incisiókkal feltárták. A betegből — aki 6 nap mulva kétoldali pneumoniában meghalt, — az 1., 4. és 6. napon vett vizsgálati anyagot és fentebb ismertetett állatkísérleteinek megfelelően a haematoma határán erős leukocytasáncot talált, mely a bakteriumok útját a haematoma felé elzárta. Magában a haematomában csak néhány coccust talált. Mi is állatkísérletekkel igyekeztünk rögzíteni azt az állapotot, melyet nap-nap után emberen idéztünk elő, és pedig először egereken. Kísérleteinket három csoportba osztottuk: 1. a streptococcusok befecskendezése után azonnal 0·2 cm³ tengerimalacvért fecskendeztünk be a bakteriumdepottól oldalt; 2. a második csoportban a bakteriumoltás után másnap, — amikor a gyulladás már kifejlődött, — fecskendeztünk be embervért, végül 3. úgy jártunk el, hogy a bakteriumokat csak kis területen osztottuk el és azt mindjárt körülfecskendeztük vérrel. Az állatokat mi is 1—2., illetve 3. napon öltük le. A szövettani vizsgálatokat laboratoriumunkban *Prochnow dr.* végezte.

Hasonlóan jártunk el tengerimalacoknál is, azzal a különbséggel, hogy itt a bacillus suipestifert használtuk fel a has bőralatti kötőszövetének fertőzésére. Megjegyezzük, hogy ezen utóbbi kísérleteinket sokkal bizonyítóbbnak tartjuk, mert az egérkísérletekben, mint *Thomann* is mondja, az első napon tovaterjedő phlegmone másnap már visszafejlődőben volt s 3. napra legfeljebb kis abscessus képződött, mely vagy felszívódott, vagy áttört. Tengerimalacokon azonban minden esetünkben (6 eset) kivétel nélkül, makroskoposan napról-napra jobban látható, lapszerint elterülő phlegmone fejlődött ki.

Vizsgálati eredményeink legfeljebb annyiban egyeznek meg a *Thomann*éval, hogy a haematoma körül tényleg hatalmas leukocytasánc képződik, mely a phlegmonénak másik oldalán, ahol nem volt haematoma, sokkal kevésbbé kifejezett. De *Thomann*nal ellentétben megállapítottuk, hogy tovaterjedő phlegmone esetén a bakteriumok behatolnak a haematomába is. A tengerimalacból készített metszeten a bőralatti kötőszövetben az izmok közti sövényekre is kiterjedő igen erős, főleg polymorph leukocytákból álló infiltratum van; a bőr alatt elhelyezkedő, nem éles határú haematoma is diffuse, hol sűrűbben, hol ritkábban leukocytákkal infiltrált. Bakteriumok úgy az infiltratumban, mint a haematomában, különösen annak széli részeiben jól láthatók. Ugyanez volt az első vagy második napon leölt egerekből készült szövettani metszetek vizsgálatának eredménye is. Csak a 3. napon leölt egereken volt körülírt infiltratum kimutatható, mely mellett az élesen körülírt haematomát többsoros fehérvérsejtsánc veszi körül. Amíg az abscessusban kimutathatók a bakteriumok, addig a vérben csak egyes haemolytikus gócok és itt-ott láthatók egyes streptococcusok.

Ezért mi azt hisszük, hogy a vérbefecskendezés kitünő hatása főleg abban az igen erős hyperaemiában keresendő, melyet a vérinfiltratióval előidézünk. Mikor a klinikáról közöltem rivanollal végzett kísérleti és összehasonlító vizsgálataink eredményét, rámutattam arra, hogy úgy a rivanol, mint a 2½, illtve 5%-os konyhasó hatása gyulladás előidézésén, tehát indirect hatáson alapul és ezt sokkal nagyobb jelentőségűnek tartjuk, mint a kórokozókra gyakorolt direct hatást.

Kimutattuk azt is, hogy a chemotherapiás szerektől már azért sem lehet mindég jó hatást várni, mert hamar felhígulnak és felszívódnak. A gyulladás hasznosságát az infectiosus folyamatok kezelésében különösen *Bier* hangoztatta és döntő bizonyítékául az általa inaugurált hyperaemiás kezelést szolgáltatta.

A gyulladásos gócnak a beteg saját vérével végzett körülfecskendezése egyrészt mechanikusan akadályozza a bakteriumok és toxinok resorptióját, másrészt úgy hat, mint a *Bier*-féle pangás s a góc gyors beolvadását, az elhalt szövetrészek gyors kilökődését vonja maga után. A sebváladék már a 2—3. napon felhígul és a gyógyulás jóval gyorsabban következik be, mint bármely más eljárásnál. Ezenkívül természetesen fontos szerepet játszanak a vér izgató hatása következtében létrejött gyulladás produktumai is, melyek a bakteriumok fejlődését gátolják vagy megszüntetik.

Előnye az eljárásnak még az is, hogy nem kell attól tartanunk, hogy az incisióval — ha az a gócon esetleg túlhalad — tovavisszük a fertőzést. Hangsúlyozni kívánom, hogy az eddig körülfecskendezéssel gyógyított 48 acut eset mindegyikében sikerült a folyamatot lokalizálni, gyors beolvadásra és gyógyulásra bírni. Hogy a vér miért nem genyed el, annak egyik oka talán az is, hogy a szöveteket nem zúzzuk, mint pl. traumatikus haematománál s így a vér felszívódása az életképes szövetekből akadálytalanul mehet végbe. Subjective egy kellemetlen része van az eljárás alkalmazásának. A mai sebészetnek ugyanis egyik igen fontos elve a vérrel való legmesszebbmenő takarékoskodás és be kell vallanom, hogy eleinte nem szívesen vettük le a súlyos és legyengült betegektől a 100—200 cm³ vért. Ez a kellemetlen érzés azonban megszűnik, ha a kitünő eredményeket látjuk és meggondoljuk, hogy a vérlebocsátás maga is mint ingertherapia szerepel.

Chronikus folyamatoknál Bier már régebben és többször hangsúlyozta, hogy megfelelő adagolás mellett, a seb környékébe juttatott nem fajlagos ingerekkel a fertőzött sebeket kedvezően lehet befolyásolni. *Bier*nek ezt a gondolatát mindenféle formában átvitték már a modern sebkezelésbe és főleg a chemotherapiás szereket, legújabban a yatrent alkalmazzák.

Mi elsősorban *ulcus crusisoknál* próbálkoztunk meg a saját vérrel eddig 8 esetben, régen fennálló, különböző szerekkel hosszú időn át kezelt, minden gyógyhajlam nélküli fekélyeknél. Itt természetesen nem elhatárolásról, hanem a szövetek izgatásáról volt szó, s így nem volt sok vérre szükség. A vért előzetes novocain-érzéstelenítés után fecskendeztük be a fekélyeket környező lágyrészekbe. Az eredmények 6 esetben frappánsak voltak: a fekélyek alapja feltisztult, hamarosan egészséges sarjak voltak láthatók és az addig torpid fekélyszélek felől megindult a behámosodás, mely bennfekvő betegeknél 7—10 nap alatt, bejáróknál 2—3 hét alatt fejeződött be. Egy esetünkben a gyógyulás 5 hetet vett igénybe, egyben pedig — egy 70 éves, legyengült nőbetegnél — teljesen eredménytelen volt a kezelés. Hogy ez a gyógyulás mennyi ideig fog tartani, azt a rövidebb megfigyelési idő miatt nem tudjuk megmondani, a varixok kezelését vagy műtétét azonban semmiesetre sem fogja feleslegessé tenni.

Hasonlóan jó eredményt értünk el *decubitusoknál* is két esetben. Az eredmény itt is gyors elhatárolódás, feltisztulás és gyógyulás volt.

Tuberculotikus elváltozások közül *scrophuloderma* 2 esetében semmi eredményt nem értünk el. De igen szépen reagáltak a tuberculotikus sipolyok 3 esetünkben.

I. 68 éves nőbetegnek a bal fossa supraclavicularisban volt egy secundaer módon inficiált, elgenyedt lymphomája, melyet a mult év szeptemberében incindáltunk és excochleáltunk. A gyógyulás igen lassan haladt, úgyhogy három hónap mulva még egy koronányi nagyságú, alávájt szélű, sok váladékot termelő torpid fekély volt az említett helyen, közepén sipolynyílással, amelybe bevezetett szonda mogyorónyi, szétesett mirigyre vezetett. 40 cm³ saját vérrel való körülfecskendezés után az elhalt mirigyrészek néhány nap alatt kilökődtek és a fekély 3 hét alatt gyógyult.

II. 36 éves nőbetegünknél tuberculosis peritonei miatt a mult év májusában végeztünk median laparotomiát, mely után a heg közepén körülbelül 3 cm mély sipoly maradt vissza. A sipolyt többszöri excochleatio dacára sem sikerült 6 hónap alatt begyógyítani. 20 cm³ vérrel való körülfecskendezés után a secretio élénkebb lett és 10 nap alatt beállt a gyógyulás.

III. 26 éves nőbetegünk hónalji lymphomaexstirpatio után visszamaradt sipolyát ugyancsak körülfecskendezéssel gyógyítottuk meg.

Itt említem meg, hogy *Hübner* gonorrhoeás Bartholinitis 15 esetében kitünő eredményeket ért el vérrel való körülfecskendezéssel. 12 esete 24 óra mulva, 2 esete 48 óra mulva gonococcusmentes lett és csak 1 esetben volt szükség 3 injectióra. *Hübner* ezzel kapcsolatban azon nézetének adott kifejezést, hogy a vér specifikus antitestei a szövetekbe juttatott vérből nagyobbmértékben adatnak le, mint a capillarisokban keringőből.

Tillmann két kiterjedt Röntgen-ulcusnál ért el gyógyulást a körülfecskendezéssel. Mi egy esetben inkább a fekély terjedését konstatáltuk és ha valami javulásról beszélhetünk, az csak a fekély feltisztulásában állott.

Goljanitzki astrachani sebész a mult év végén a gyulladásos gócnak a beteg saját, de haemolyzált vérével való körül- és aláfecskendezését ajánlotta. Eljárása abban áll, hogy a vért desztillált víz hozzáadásával haemolyzálja és hogy az oldatot isotoniássá tegye, megfelelő mennyiségű konyhasót ad hozzá. Szerinte a vér — mint a szervezet összes védekező erőinek hordozója — az egyetlen antiseptikus szer, mely a szövetek károsítása nélkül képes a beléjük hatolt bakteriumokat elpusztítani. Kimutatta azt, hogy 10—14 nappal az injectiók után a vér baktericid képessége erősen fokozódott, a vörösvérsejtek és lymphocyták száma szaporodott, ezzel szemben a leukocytáké csökkent. A vér baktericid képességére való tekintettel eljárását integralis therapiának nevezte el.

Mi 10 esetben próbáltuk ki a *Goljanitzki*-féle eljárást (2 esetben arc, 2-ben tarkó, 3-ban a felső és 3-ban az alsó végtag furunculusánál) és 8 esetben jó hatást értünk el, 2-ben azonban a furunculus a befecskendezett zónán túlterjedt, jeléül annak, hogy a haemolyzált vér gyorsan felszívódik és ezért nem képes a gyulladást elhatárolni. Hátránya továbbá, hogy a befecskendezés után 1—2 óra mulva erős oedema és fájdalmak lépnek fel. Készséggel elismerjük, hogy chronikus folyamatoknál jó hatású lehet a *Goljanitzki*-féle eljárás, de semmiesetre sem mint integralis therapia, hanem mint proteintherapia. A vérnek a fecskendőbe való felhúzása, a haemolyzálás, a konyhasóhozzáadás ugyanis annyira megváltoztatják a vért, hogy az a szervezet számára mint idegen folyadék szerepel. Ezenkívül téves *Goljanitzki*nak az az állítása, hogy a lymphocyták, erythrocyták és a haemoglobin azok a tényezők, melyek a vér baktericid és regenerativ képességét adják és így az integralis therapia alapját képezik. Ez az — eddig be nem bizonyított — felfogás, mindenesetre ellentmond mai ismereteinknek. Itt említem meg, hogy *Kuhn* a mult év októberében: „Die hämorrhagische Behandlung des Furunkels" címmel egy eljárást ismertetett, mely elvileg hasonló a *Läwen*-féléhez, de azt hiszem, nem fog követőkre találni. *Kuhn* t. i. úgy éri el a haematomát, hogy a furunculuson hosszú ideig — 7—8—12 óráig — tartja rajta a szívóharangot, amíg a furunculusban és környékében vérzés nem állott be. Szerinte a hatás frappáns.

(Folytatjuk.)

A hasüri sérülések műtéti s konzervativ kezelésének eredményei.

Írta: *Bézy Elemér dr.* műtőorvos.

A hasüri sérülések gyógykezelésében ezelőtt tíz évvel követett irányelveket a lefolyt világháború döntötte meg s ma elfogadott álláspont az, hogy minden hasüri sérültet úgy békében, mint háborúban hasmetszés útján kell minél sürgősebben megoperálni, föltéve, hogy a műtét kivihető.

Ezen álláspont jogosultságának igazolására óhajtok jelen közleményemben 12 év alatt észlelt 7212 sebészeti esetem közül 551 hasüri sérülés miatt végzett műtéti s conservativ kezelés eredményeiről beszámolni. Ebből 386 eset gyógykezelése a 4¼ évig tartott világháború alatt különböző tábori, 165 eseté pedig békeidőben a piskitelepi Máv. kórházi osztályos főorvosi, a kolozsvári sebészeti klinikai működésem tartamára, s Erdélyből 1921-ben történt menekülésem óta Csonka-Magyarországon folytatott magánorvosi gyakorlatomra esik.

A sérülés mind javakorbeli erőteljes férfiakat illetett, kik közül 22—24 éves 82; 25—28 éves 120; 29—31 éves 113; 32—34 éves 102; 35—38 éves 80; 39—42 éves 54 volt.

Előidéző okként tompa erőművi behatás szerepelt 180, szúrás 65, lövés pedig 306 esetben.

A sérülés után 2 óra mulva 4,
„ „ 4 „ „ 29,
„ „ 6 „ „ 25,
„ „ 12 „ „ 93,
„ „ 24 „ „ 115,
„ „ 48 „ „ 126,
„ „ 72 „ „ 42,

összesen tehát 434 beteg lett hasmetszés útján megoperálva.

A sérülés után 5—10 nap mulva beszállított 117 eset operálva nem volt.

A megoperált sérülteknél a hasüreg megnyitásakor következő elváltozásokat találtam.

A cseplesz repedése 42 esetben fordult elő, és pedig

2—8 cm-nyi 22,
9—15 „ nagy vérbeivódással 19,
18 cm hosszú leszakadás a gyomor nagygörbületéről 1 esetben.

A repedés összevarrása 22, csepleszcsonkolás 20 esetben történt.

Körülírt kisebb repedéseket csomós catgutvarratokkal zártam el. A cseplesz egész hosszára, a gyomor nagygörbületéig terjedt repedésnél a seb széles feltárása, a véralvadék kitakarítása s a vérző erek alákötése után alkalmaztam a catgutvarratokat. A cseplesz eredése helyén történt 18 cm-nyi leszakadásánál a vérző arteria gastroepiploicák alákötése után csonkolást végeztem. Körülírtan zúzódott, véralvadéktól beivódott s feketén elszíneződött csepleszrészeket több részletben való kocsányosítás s alákötés után csonkoltam.

Az operáltak közül meggyógyult 41, meghalt 1.

A bélfodor repedése 26 esetben fordult elő, és pedig:

12—18 cm-nyi a mesenteriumon 6,
12—18 „ a mesocolonon 2,
10—16 cm bélfodorleszakadás a tapadási helyen 11,
12—18 „ vastagbélfodorleszak. a „ „ 7 esetben.

Bélfodorvarrás eszközöltetett 14, bélfodor- és bélcsonkolás 12 esetben. A bélfodor repedése szövődve volt vékonybélrepedéssel 18, vastagbélrepedéssel 5, csepleszrepedéssel 5 esetben.

Meg lett operálva 26. Kisebb repedéseknél a sebet csomós catgutvarratokkal egyesítettem. Kiterjedt repedéseknél bélelhalás megelőzésére, a bélfodort a megfelelő bélrésszel együtt csonkoltam. Egy esetben a repedés beterjedt a bélfodor gyökerén át a bursa omentalisig. A sebet itt is catgutvarratokkal zártam.

Mind a 26 operált meggyógyult.

A gyomor-repedése 8, a beleké 85 esetben fordult elő, és pedig:

át nem hatoló 1—3 cm-nyi repedés a gyomron 2,
a vékonybeleken 9,
a vastagbeleken 2,
3—5 cm lebenyes repedés a vékonybeleken 19,
a vastagbeleken 4,
áthatoló 2 cm repedés a gyomor kisgörbületén 5,
10 „ „ „ „ 1,
1—3 „ „ a vékonybeleken 18,
1—3 „ „ a vastagbeleken 3,
a bélfal ½-re kiterjedő repedés a vékonybeleken 11,
„ ½-re „ „ a vastagbeleken 3,
„ ¾-re „ „ a vékonybeleken 6,
„ ¾-re „ „ a vastagbeleken 1 esetben.

Gyomorvarrat eszközöltetett 7, vékonybélvarrat 72, vastagbélvarrat 9, bélcsonkolás 5, körkörös bélszájadzás 2, oldalsó bélszájadzás 3 esetben.

A gyomor repedése szövődve volt máj-, léprepedéssel 1, a vékonybeleké bélfodorrepedéssel 18, a vastagbeleké 5 esetben.

A gyomor s belek nyilt sérülése 280 esetben fordult elő. Szúrás okozta 36, lövés 244 esetben.

Szúrás utáni vékonybél- s bélfodorsérülés volt 29,
vastagbélsérülés .. 7,
csepleszelőesés ... 26,
vékonybélelőesés .. 11,
lövés okozta áthatoló gyomorsérülés 25,
többszörös vékonybél s bélfodorsérülés 176,
vastagbélsérülés ..... 43 esetben.

Gyomorvarrat eszközöltett 25, bél- és bélfodorvarrat 150 esetben, vékonybél- és bélfodorcsonkolás 96, csepleszvarrat 141, csepleszcsonkolás 114 esetben.

A belek szúrt sebe szövődve volt csepleszsérüléssel 36; a gyomor lőtt sebe tüdő-rekesz-májsérüléssel 11, lépsérüléssel 3, bél-hasnyálmirigysérüléssel 1; a belek lőtt sebe csepleszsérüléssel 219, májsérüléssel 26, jobbvesesérüléssel 2 esetben.

Fedett sérülés miatt meg lett operálva 73, nem volt operálva 20. Nyilt sérülés miatt operálva lett 217, nem volt operálva 63 eset.

Át nem hatoló lebenyes gyomor-bélrepedéseknél, szövetközti vérömlenyes lebenyszerű leemelődéseknél a vérömleny kitakarítása, a vérző erek alákötése után a sebszéleket — szükség szerint előzetes felfrissítés után — kétsoros varrattal egyesítettem. Áthatoló kis kerek, vagy haránt irányú gyomor-bélsebeknél dohányzacskóvarratot, nagyobb repedéseknél az egész bélfalat átöltő kétsoros varratot alkalmaztam. A bélfal kerületének felére kiterjedő, anyaghiányos sebeknél a sebszélek dülényalakú felfrissítése után a bél hossztengelyével párhuzamosan alkalmaztam a kétsoros varratot. A bél kerületének felénél is nagyobbra kiterjedt, anyaghiányos sebeknél, vagy üszkös elhalás jeleinél bélcsonkolást végeztem, ezt követő körkörös, vagy oldalsó bélszájadzással. Amikor nem volt szükség 6—8 cm-nél nagyobb béldarab eltávolítása, a megfelelő bélfodorrészt meghagytam, ellenkező esetben ékalakban csonkoltam.

Bélrepedéseknél általában vékony selyem- vagy catgut-tel, szűcsvarrattal egyesítettem a sebszéleket, s efölött alkalmaztam ½ cm távolságban a savóshártya s izomréteget felöltő csomós varratokat. Tapasztalataim szerint az ily módon eszközölt kétsoros varratok tartottak legkifogástalanabbul.

Szúrás utáni áthatoló kis hasfali sebeknél, a tágítás alkalmával, kis bemetszéssel mindig megnyitottam a hashártyát is, nincs-e vér, epe, vizelet, gyomor- vagy béltartalom a hasüregben kiömölve. Ettől csak abban az esetben állottam el, ha a sérülés napokkal azelőtt történt s vérzés, hashártya-izgalmi tünetek hiányoztak.

A hasfali sebbe előesett csepleszrészt mindig csonkoltam.

Bélelőesésnél, ha az sértetlen, életképes volt s fer-

tőzés jeleit sem mutatta, jó meleg 1‰ rivanol, vagy 5% hyperollal való leöblítés után a hasüregbe visszahelyeztem; ellenkező esetben csak a sérülések megfelelő ellátása után.

Lövés utáni áthatoló gyomorsérülés esetén a kimeneti nyílás ellátására rendszerint a ligamentum gastrocolicumon át hatoltam be. Ilyen esetekben mindig találtam a bursa omentalisba kiömlött, több-kevesebb vérrel kevert gyomortartalmat.

Egyébként a gyomor s belek lövési sérüléseinek ellátása is a leírt módon történt.

A fedett sérülés miatt operált 73 eset közül meggyógyult 71, meghalt 2. A 20 nem operált eset közül conservativ kezelés mellett meggyógyult 9, meghalt 11. A nyilt sérülés miatt operált 217 eset közül meggyógyult 170, meghalt 47. A 63 nem operált közül conservativ kezelés mellett meggyógyult 32, meghalt 31.

A máj sérülése 66 esetben fordult elő. Tompa erőművi behatás okozta 12, szúrás 11, lövés 43 esetben.

Felületes, 2—6 cm repedés 9,
3—5 cm mély, 7—15 cm hosszú repedés . 3,
felületes, 1—2 cm szúrt seb 11,
át nem hatoló lövés 5,
áthatoló lövés 13,
epehólyag szúrt seb 1—2 cm 2,
„ lőtt „ . . . . . 9 esetben fordult elő.

Májvarrat eszközöltetett 41, epehólyagvarrat 9, epehólyagkiirtás 2 esetben.

A májsérülés szövődve volt gyomor-rekesz-tüdősérüléssel 11, bélsérüléssel 26 esetben.

Operálva 41, nem volt operálva 25.

Úgy fedett, mint nyílt májsérüléseknél, kis külső seb esetén, ha az érverés jó, a helybeli fájdalmasság csekély s a máj alatt tompulat kimutatható nem volt, a beavatkozással vártam, tekintettel a májállomány-nak kis sérülésekkel szemben tapasztalt ellenállóképességére. Minden más esetben azonnal műtétet végeztem, s legelőször a vérzést csillapítottam, ami a seb összevarrására, vékony izomdarab behelyezésére a legtöbb esetben sikerült. Két esetben azonban annyira szakadékony volt a máj, hogy a seb kitömése mellett is erősebben vérzett s csak a ligamentum hepatoduodenale leszorítása közben eszközölt varrás után szűnt meg a vérzés.

Egyébként felületes, s a mélyre terjedő nagyobb májsebeket is tompavégű, görbe tűbe fűzött vastag catgut-tel, mély, átöltő csomós varratokkal egyesítettem. Áthatoló lövés után 13 esetben a máj hátsó felületén támadt seb feltárására *Lannelongue*-féle bordalebenyfelhajtással tettem szabaddá a rekesz homorulatát. Át nem hatoló 5 májlövés esetén a seben át sikerült a lövedék eltávolítása is. Kis epehólyagsérüléseknél 9 esetben kétsoros varrattal zártam a sebet. Két esetben a roncsolt epehólyagot *Witzel* szerint irtottam ki.

Az operáltak közül meggyógyult 41. A 25 nem operált közül conservativ kezelés mellett meggyógyult 12, meghalt 13.

A lép sérülése 19 esetben fordult elő. Tompa erőművi behatás okozta 1, szúrás 5, lövés 13 esetben.

Áthatoló kiterjedt léprepedés volt . . 1,
felületes 1—2 cm-es szúrt seb 3,
áthatoló 5—6 cm-es szúrt seb 2,
áthatoló lövés . . . . . 9 esetben.

Lépvarrat és tömés eszközöltetett 3, tömés 3, lépkiirtás 9 esetben.

A lépsérülés szövődve volt máj- és gyomorrepedéssel 1, szúrás után a hasnyálmirigy farki részének sérülésével 1, lövés után a tüdő-rekesz, gyomor sérülésével 1 esetben.

Operálva 15. Nem volt operálva 4.

A lépsebek ellátása a májsebekéhez hasonlókép történt. Három esetben annyira oda volt nőve a lép a rekesz kúpjához, hogy a leválasztás közben minduntalan beszakadt s vérzett. Ezért szoros tömést alkalmaztam. A lépkiirtást a szokott módon hajtottam végre.

A 15 operált közül meggyógyult 11, meghalt 4. A nem operált 4 eset meghalt.

A hasnyálmirigy sérülése 2 esetben fordult elő. Szúrás után egyidejű lépsérülés mellett a mirigy farki része, lövés után többszörös bélsérülés mellett a mirigy teste sérült.

Műtét (tömés, alagcsövezés) végeztetett 1 esetben. Ez háromhónapi utókezelésre meggyógyult. A nem operált eset meghalt.

A jobb vese 14 esetben sérült. Szúrás okozta 12, lövés 2 esetben.

Felületes 3—4 cm-es szúrt seb volt . . 5,
áthatoló 2—3 cm-es szúrt seb 3,
áthatoló lövés . . . . . 2 esetben.

Vesevarrat eszközöltetett 10 esetben.

A vesesérülés szövődve volt cseplesz-, bél-, bélfodorsérüléssel 2 esetben.

Operálva 10, nem volt operálva 4.

Vesesérülésnél olyan esetekben, mikor az ágyéktáji duzzanat, s fájdalmasság, a véres vizelés kisfokú, az érverés kielégítő volt, a beavatkozással vártam. Gyorsan növő vesetáji duzzanat, fokozódó vérvesztés tünetei esetén ferde ágyékmetszésből azonnal feltártam a vesét. Öt esetben már a bőralatti kötőszövet s izomzat is véresen beivódott volt s már itt találtam vérömlenyt. Megnyitásukkor súlyos vérzés indult meg, mely a vesekocsány ideiglenes leszorítására megszünt. A vérömleny kitakarítása után a sérülés helyét mély, átöltő catgut-varratokkal egyesítettem. A vese elsüllyesztése, két patyolatcsík s alagcső behelyezése után a külső seb nagy részét zártam. Két esetben hasmetszés útján láttam el úgy a vese, mint a belek egyidejű sérülését.

Úgy a 10 operált, mint a 4 nem operált eset is meggyógyult.

Különálló veseérsérülést szúrás után csak egy esetben volt alkalmam észlelni 1912-ben, a kolozsvári sebészeti klinikai működésem alatt. Az esetet *Vidakovits* tanár operálta, hárman segédkeztünk. Egyidejű bélsérülés mellett a bal veseverőér volt átmetszve. Ez esetben vesekiirtás történt. A sérült meggyógyult.

A húgyhólyag sérülése 9 esetben fordult elő. Tompa erőművi behatás okozta 6, lövés 3 esetben.

2—4 cm hosszú repedés volt a hólyagtetőn 6,
áthatoló lövés 3
esetben.

Hólyagvarrat eszközöltetett 7; a hólyag s gát felőli feltárás, alagcsövezés 2 esetben.

A hólyagsérülés szövődve volt medencetöréssel 3 esetben.

Operálva 9. Ahol csak lehetett, a hólyag sebét a nyálkahártya felöltése nélkül, kétsoros varrattal egyesítettem. Három hashártyán belőli hólyagsérülésnél a sebszélek vizelettől annyira beivódottak voltak, hogy varratot alkalmazni nem lehetett. Ezért a hólyagsebet körülötte kitömtem, s a Douglas-üregig alagcsövet vezettem be. Hashártyán kívüli hólyagsérüléseknél, ha a sebet varrni nem lehetett, a hólyagot alagcsövezte-tem s a hólyag előtti tért kitömtem.

Két vizeletbeszűrődésnél feltártam s alagcsövezte-tem a gáttáját is. Egyiknél a húgycsövön keresztül kathetert is vezettem a hólyagba; másiknál ez nem sikerült, s ezért magas hólyagmetszésen át alagcsövez-tem a hólyagot.

Mind a kilenc operált eset meggyógyult.

A sérült hasi szervek ellátása után a hasüregbe jutott vér, epe, vizelet, gyomor-béltartalmat nagytörlőkkel fölitattam, s ha a sérülés 24 óránál nem volt régibb, a hasüregbe 60—100 cm^3 1‰ rivanololdatot, vagy sterilis 1% oleum camphoratum + aether sulfuricum pro nare. aa keverékét öntöttem, s a hasfali sebet teljesen zártam. Savóshártyahiányoknál, valamint akkor is, ha a varratok tartósságában nem bíztam, utóvérzéstől lehetett tartani, vagy már körülírt hashártyagyulladással állottam szemben, a veszélyeztetett helyet

10%-os pyoctanin patyolatcsíkokkal (nem ragad a sebbe) a varratok körül kitömtem, s a csíkok között kisujjnyi vastag, keményfalú gummi-, vagy üvegcsövet helyeztem be, a hasfali sebet pedig nagyrészt zártam.

Kiterjedt hashártyagyulladás esetén, napokkal a sérülés után, hasmetszés útján szabályszerűleg ellátni a sérülés helyét, a beteg biztos halálát jelentette volna. Ilyen esetekben tehát meg kellett elégednem azzal, hogy szívizgató s fertőzésellenes szerek nyujtása mellett, rövid aether-bódulatban, a hasüreget a legmélyebb ponton alagcsövezzem, szükség szerint akár több ellennyíláson is. Így értelmeztem ugyanis a conservativ kezelést. Elismerem ugyan, hogy a hasüreg genye különleges bakterieid hatású, s hogy a hasüreget se lehet tökéletesen alagcsövezni, mégis azt tartom, hogy genynek a hasüregben semmi keresnivalója nincs, ha tehát teljesen nem is lehet, legalább részbeni kiürítésével segítsük elő a szív s hashártya nehéz munkáját a fertőzés leküzdésében.

Körülírt hasüri tályogok esetén se vártam a megnyitással 10—14 napig, vagyis a geny eltokolódásáig, mint ahogy ez egyes tankönyvekben ma is olvasható, hanem azonnal beavatkoztam. Különösen mélyebben fekvő tályogoknál fontos ez, melyeknél sokkal gyakrabban, az eltokolódás alatt is bekövetkezhetik a geny szabad hasüregbe való áttörése. Így vesztettem el 1914 végén Kolozsváron haslövés miatt conservative kezelt 5 orosz fogoly betegemet, kiket a sérülés utáni 6—8. nap szállítottak be. Az átfúródás mind az 5 esetben a beszállítás után 1—2 napra, a legjobb közérzet mellett, hirtelen következett be, de a súlyos collapsus miatt segítségről már szó sem lehetett.

Nagy súlyt helyeztem a sérültek utókezelésére is. A Fowler-féle helyzet szigorú betartása mellett az első 48 órában a szájon át semmiféle táplálékot, de még vizet se kapott a beteg. A hasára forró vízzel telt tömlőt rakattam, 1 órai megszakításokkal 2 órán át, naponta többször is, s ha 24—36 órán belül se volt magától széke, a bőr alá 1 cm^3 strychnint (0·02 : 10·0) kapott, mely legjobban bevált, mint tonicum is. Csak az első két nap elteltével adattam a szájon át óránkint 5—10 evőkanállal tej-thea-cognac-keveréket, a 4. naptól kezdve levesben lecithint, tojásos chateau-t, az 5. naptól lágytojást, piskótát s csak egy hét elteltével apróra őrölt szárnyast vagy borjúsültet is.

Legjobban megviselte a betegeket a szomjúság. Ez ellen, konyhasós infusiók mellett, legtöbb használnát láttam a cesolnak (bőr alá), mely bő nyálazás megindítása által a szomjúságérzést 3—4 órára is felfüggesztette.

Ha nyitva kezeltem a hasüreget, az egyes kötözések alkalmával a csövön át fölváltva 8—10 cm^3 5%-os pyoctanin s Chlumsky-féle oldatot juttattam a hasüregbe, ami a sebgyógyulás idejét lényegesen megrövidítette. Meg kell azonban jegyeznem, hogy csakis az eredeti Chlumsky-oldatot (Rp. Camphorae tr. 60·0, Acid. carbol. cryst. 30·0, Alcoholi abs. 10·0, D. S.) szabad használni, mely jól elkészítve kristálytiszta, a nyelven s ajak nyálkahártyáján csípő érzést nem okoz s cseppet se mar. Az előírástól eltérőleg készült oldatok (acid. carbol. liquefactum, spiritus vinivel) maró hatásúak, melyekkel több kárt lehet a betegnek okozni, mint hasznot.

Végül, amint csak lehetett (6—7. nap), a beteget fönnjárattam, ami a vérkeringés élénkítése által nemcsak a közérzetre s étvágyra, hanem a seb gyógyulására is kedvező hatással volt.

Ezek után következőkben foglalom össze műtéti s conservativ kezeléseim eredményeit:

Az 551 hasüri sérült közül összesen meg lett operálva 434. Ezek közül meggyógyult 380 (87·56%), meghalt 54 (12·44%). Nem volt megoperálva 117. Ezek közül conservativ kezelés mellett meggyógyult 57 (48·80%), meghalt 60 (51·20%).

Makay statisztikája szerint művi beavatkozás mellett a hasüri sérültek (szúrás, lövés) 75·4%-a gyógyult, s 24·6%-a halt meg. *Küttner* statisztikája, conservativ kezelés mellett, 44%, *Holzwart*, *Prewes* és *Watson-Cheineé* pedig 40% halálozást mutat.

A fenti adatokból látnivaló tehát, hogy a hasüri sérülések gyógyulásának kilátásai a minél korábban végzett művi beavatkozások után legkedvezőbbek.

A m. kir. Erzsébet-tudományegyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye (igazgató: Reuter Camillo dr. nyilv. r. tanár).

Az alkoholos elmeállapotok az elmebaj fölépítése szempontjából.

Írta: *Csekey László dr.* klinikai gyakornok.

Régi tapasztalat az elmeorvostanban, hogy az alkoholos eredetű psychosisok egybefoglalása, mint exogen mérgezések, nem egészen jogosult. Mindaddig nem volt különösebb jelentősége ennek, míg az elmeorvostannak rendszeralkotó törekvései meg nem állapodtak annál a felismerésnél, hogy az elmebetegségek rendszertana egyetlen egy elv, pl. a tüneti, vagy az aetiologiai elv alapulvételével föl nem építhető. A tüneti felfogás szívesen vette, ha aetiologiás alapon sikerült tüneteket egybefoglalni. Mióta azonban a betegségi egységek kezdenek eltünedezni, az alkoholos elmejelenségek tekintetében sem állhatunk meg ott, hogy az exogen factor, az alkoholos eredet teljesen megmagyarázná ezeket az állapotokat. Tudjuk azt, hogy az alkoholismus nemcsak oka lehet elmebajoknak, hanem tünete is. De még ez sem meríti ki teljesen az idetartozó állapotok strukturáját. Vannak elmebajok, melyekben az alkohol mint pathogenetikus, azaz kórnemző aetiologiai tényező közvetlen oka az elmebetegség kifejlődésének, vannak viszont olyanok, melyekben pathogenetikus szerepe nem az alkoholnak, hanem valamely exogen vagy endogen factornak van és az iszákosság csak a kórkép színeződésére nyomja rá a maga bélyegét. Régóta tudjuk pl., hogy a paralysisben hallucinatiók nem szoktak előfordulni és ha mégis vannak, ez alkoholos complicatióra mutat. Így a syphilis, ez az exogen méreg az alkohol kórszínező, pathoplastikus hatása mögött fejti ki romboló működését. *Wolffensberger* mutatott rá arra, hogy az alkoholos hallucinosisok túlnyomó részében az alkohol csak formálja, színezi a kórképet, de a betegség alapja az a hallucinatiókkal járó schizophren folyamat, amely mint endogen aetiologiai factor, a betegséget útnak indította és fenntartja, azaz mint pathogenetikus tényező szerepel. Nyilvánvaló, hogy a prognostika, sőt a therapia szempontjából nagyfontosságú az, ha az alkoholos elmebetegségek csoportjában ilyen módon keresztülvinnénk a structuraelemzés alapelveit. Egészen más szemmel nézhetjük azt a betegséget, ahol az alkoholismus nem ok, mint az eddig összefoglaló név azt sejteti, hanem egy maniás vagy epilepsiás hangulathullámzásnak, vagy egy imbecillis psychopatha tartós ingerszomjúságának a következménye. Ismét mások azok az állapotok, ahol az alkohol az okozója és fenntartója a betegségnek, mint pl. az alkoholos pseudoparalysis esetében. Míg utóbbinál az alkohol elvonása után a betegség tünetei visszafejlődnek s a beteg meggyógyulhat, addig a maniás vagy epilepsiás alkoholistát hiába szorítjuk bármily rendszabályokkal az abstinentiára, a legelső depressio vagy a legelső maniás nyugtalanság ismét kezébe nyomja a poharat. Így lesznek ezek az ismételten elmekórházba vitt és onnét számtalanszor elbocsátott alkoholisták az alkohol-abstinentia sikertelenségének és az elmekórházi therapia eredménytelenségének állítólagos bizonyítékai. Pedig ha az alkoholos szövődésnek az elnevezésben gyökerező egységesítő hatása alól kivontuk volna magunkat, s a beteget nem mint alkoholistát, hanem mint imbecillis psychopathát, epilepsiást, vagy maniás beteget tekin-

tenénk, prognosisunk találóbb és therapiánk sikeresebb lehetne.

Alantabb néhány tanulságos esetünket ismertetjük ennek illusztrálására.

1. *V. L.* 36 éves ügyvédjelölt. *Harmadszor* van iszákosság miatt elmekórházban. Gimnazista korában kezdett inni. Iskoláit nagynehezen, öt helyen végezte el. Az egyetemre kerülve, mindjárt luest aquirált. A rendőrséggel és a társadalommal örökösen hadilábon áll alkoholos kalandjai miatt, büntetve is volt többször. Csínjein az egész város mulat. Pl. egyházi szobrok kezébe pezsgőspalackot helyez, felül egy fűszerescégérként kitett elefántszoborra, barátja zsugori apósához elküldi a temetésrendezőt. Szüleinél él, huzamosabb ideig nem volt még állásban. Szerinte atyja az oka mindennek. 36 éves korában programmot vár atyjától, s emellett visszaeső ápoltja az elmekórházaknak alkoholismus miatt.

Látunk tehát egy imbecillis psychopathát, kinek maniás vonatkozásai nyilvánulnak meg az ismételt súlyos, beteges tünetekkel járó alkoholismusban. Azt is látjuk, hogy hiába az intézeti elmeorvosnak minden fáradozása, ha az csak az alkoholismust tekinti, pedig jogosan tekinti csak azt, mert az alkoholismus áll a tünetek előterében. A fáradozás pedig hiábavaló, mert a tulajdonképeni elmebetegség nem az alkoholismus, hanem az imbecillitás és a psychopathia, amely elmeorvosi eszközökkel nem befolyásolható.

2. *B. I.* 49 éves vasutas. Apja alkoholista. Négy éves korában már ő is dohányzott és 15 éves korában részegeskedett. Nyolcadszor van elmekórházban iszákossága miatt. Foglalkozási körébe tartozó eseményeket tárgyaló álmok, zoopsiás tartalmú rajzok, tréfásan minden orvosi látogatásnál bort kér. Emellett kiderül, hogy minősítési táblázata mindig mint túlérzékeny, összeférhetetlen embert jellemezte. Incohaerens, elkalandozó gondolkozás. Látási, hallási, érintési és izomérzésbeli, többnyire paranoid vonatkozású hallucinatiók. (Pl. potentiáját vonják kétségbe a hangok. Érdekes, hogy betegtársait néha csak két ujjal fogja meg, mert úgy tapintja, hogy azok cukorsüteményből, vagy sárgarépafőzelékből vannak.) Heteken át minden reggel stereotyp állásban ugyanarra a helyre megy és ott autistikusan magába mélyed. Mesterkélt gesztusok. Neophrasia. Rendszertelen nagyságiságú, physikai befolyásoltatásos, üldöztetési és vonatkoztatási téveseszmék. Feltűnő, hogy a több mint négy évi alkoholelvonás után is élénken, sőt néha élénkebben hallucinál, mint bejövetelkor. Tájékozódása helyre, időre és önszemélyére kifogástalan. Viselkedése rendezett.

Ebben az esetben a diagnosis hosszú ideig alkoholismusra szólott. Íme azonban azt látjuk, hogy az alkoholelvonás után évek mulva sem szűnik vagy enyhül a psychosis, sőt bizonyos hypomaniás derültség könnyen összetéveszthető az alkoholos betegek tréfás hangulatával. Téveseszméit és hallucinatióit bizonyos összefüggéstelenség, merev, egyhangú állandóság jellemzi, amellett olyan színtelenül nyilvánítja őket, mint azt a kedélybelileg izgatottabb, tisztán alkoholos elmebetegek nem szokták tenni. Látjuk az érdeklődésnek fokozott megszűkülését, azaz a kedélyi sivárság kifejlődését. Nyilvánvaló, hogy a therapiás sikertelenségnek az okát a háttérben fennálló, sőt előrehaladó schizophreniás betegségfolyamat magyarázza. Mindenesetre ez az eset is igazolni látszik, amit *Meyer* ír (Diagnost. u. therap. Irrtümer, Psychiatrie, 1923.), hogy a chronikus alkoholhallucinosisok nagy része nem más, mint paranoid schizophrenia. *Mandl* az egyik elmeorvosi kongresszuson tartott előadásában hasonló eseteket ismertet.

3. *B. A.* 47 éves rendőr. Atyja, ok nélkül, öngyilkosságot követett el. Testalkata a maniás, depressiós formakörre jellemzőnek mondott, piknikus constitutio, telt testüregekkel, rövid végtagokkal s egyéb jellemző sajátságokkal (szőrözet, arcrelief stb.), túlnyomóan enyhe maniás jelenségekkel: nagy vállalkozási kedv, állását folyton változtatja, önként jelentkezik, mind békében, mind háborúban katonának, noha ekkor már beteg. 1912-ben súlyos koponysérülések, már az év végén jelentkeztek nála szédülések. Három ízben önként a harctérre jelentkezett. 1917. évtől kezdve sokat iszik, amiért kórházba is kerül. Betegsége dacára rendőr lesz és mint ilyet, zeneügyeletesnek rendelik ki. Szolgálatát már részegen kezdi meg. Egy letartóztatottnak a pénzét, tanuk előtt szabályszerűen megolvasva, magához vette és hazavitte. Másnap az esetre nem emlékszik, a pénzzel nem számol el s így sikkasztásért egyévi börtönre ítélik, bár a pénzt a szekrény tetején hiánytalanul megtalálták. Az ítélet jogerőssége előtt delirium tremens (állatlátásokkal) miatt kórházba kerül. Elbocsáttatván, egy idő mulva recidiva. Újra felvétel, mert családját és magát le akarta ölni. Erőszakos, epileptoid charakterváltozás mutatkozik. Egy idő mulva elbocsátás, de harmadszor is visszahozzák, mint alkoholistát, aki a polgármestert is vérfürdővel fenyegette, mikor ivott. Idebenn tartós, közepes depressio.

Megint csak az alkoholismus áll a kórkép előterében, talán a büntető elbánás súlyossága is ennek a terhére írható. Csak mikor a részletes anamnesis figyelmünket a cyclothym és hypomaniás előzményekre irányította, akkor kezdtünk a koponyasérüléssel járó epileptoid hangulathullámzásokra gondolni, amelyek azt is megmagyarázzák, hogy az alkoholismus hirtelen kezdődött és csak a koponyasérülést követő néhány esztendő mulva, tehát az epileptoid hangulathullámzások felléptétől kezdve mutatható ki. Egyébként ebben az esetben nem különíthető el élesen a cyclothym és az epileptoid állapotoknak a hangulathullámok létrejövetelében való szerepe, de annyi bizonyos, hogy az alkoholismus nem az alapbaj, hanem csak tünet.

Ilyen módon a gyakorlóorvos számára is fontos tudni, hogy az alkoholos elmebajok összefoglalása egy csoportba nem elégíti ki azokat a követelményeket, melyeket a kórjóslás és a gyógyítás fontos gyakorlati szempontjai támasztanak. Szükséges az, hogy minden esetben áttekintsük a betegség okainak egész szövődését és különbséget tegyünk aközött, hogy az alkohol valamely elmebetegségben kórokozó, vagy csak színező szerepet játszik-e, vagy csak tünete, következménye egy más természetű, beteges elmeállapotnak.

A budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos Egyetemi Gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

Egyszerű methodus a liquor cerebrospinalis cukortartalmának meghatározására.

Írta: *Csapó József dr.* tanársegéd.

Az agyvelő és agyhártyák betegségeinek megállapítása, illetve azoknak egyéb betegségektől való elkülönítése a klinikust sokszor a legnehezebb feladatok elé állítja. Különösen a betegség kezdetén, mikor a klinikai tünetek még nem elég kifejezettek, érzünk bizonytalanságot a diagnosis felállításánál s akárhányszor megtörténik, hogy a liquor cerebrospinalis fehérje-, sejt- és bakteriumtartalma sem vezet biztos diagnosishoz. Nagy haladást jelentett a liquor-diagnostikában *Steiner*nek és *Csáki*nak az ellenmondó adatokkal szemben systematikus vizsgálatok alapján nyert azon megállapítása, hogy a liquor cukortartalma a meningitisek különböző fajainál (meningitis tuberculosa, meningitis cerebrospinalis epidemica) erősen csökkent értéket mutat. A meningitisek, agyabscessus, agydaganatok differentialdiagnosisánál a liquor cukortartalma igen jó útbaigazítást ad, sőt meningitiseknél már abban a stadiumban mutat a cukor erős csökkenést, mikor a liquor egyéb chemiai és cytologiai elváltozásai még nem nagyon kifejezettek. *Steiner*nek a már említett vizsgálatai óta klinikánkon meningitisre gyanus eseteknél a liquor cukortartalmát minden esetben meghatározzuk egyéb chemiai és cytologiai stb. sajátságai mellett. Az eredmények *Steiner* állítását tökéletesen igazolják. Kívánatos tehát, hogy a liquor cukortartalmának meghatározása minél szélesebb körben alkalmazást találjon a diagnosis korai és biztos felállítása céljából. Hogy eddig a cukortartalom meghatározása jelentőségével arányos elterjedésre nem

talált, azt talán methodikai nehézségek okozták. *Steiner* vizsgálatainál *Bang* methodusával dolgozott, melynek kivitele több-kevesebb laboratoriumi jártasságot igényel és aránylag hosszú ideig tart még akkor is, ha a szükséges oldatok, lombikok, pipetták elő vannak készítve. Ezen a nehézségen óhajtok segíteni a következő methodussal, melyet az eddig ismert és használt módszerekből állítottam össze némi módosítással.

A methodus *Bertrand* principiumára van építve. A cukor lúgos oldatban a $Cu(OH)_2$-t redukálja cuprooxyddá, mely vörös csapadék alakjában kiválik. A csapadékot izoláljuk, kénsavas ferrisulfatban oldjuk, a cuprooxyd a ferrisulfatot redukálja ferrosulfáttá, ennek mennyiségét $KMnO_4$-el megállapítjuk. A permanganátos eljárás előnye a thiosulfátossal *(Bang)* szemben, hogy a $KMnO_4$-oldat sokkal állandóbb, mint a $Na_2S_2O_3$-oldat s így nem szükséges az oldat tömény-ségét minden esetben kontrollálni.

Szükséges oldatok:

1. Bang-féle extraháló (készítését lásd *Pincussen:* Mikromethodik).

2. Bang-féle alkalioldat (75 g K_2CO_3 + 20 g Seignette-sót vízben oldunk és 1 literre feltöltjük).

3. Bertrand-féle kénsavas ferrisulfat (50 g $Fe_2[SO_4]_3$ + 200 cm^3 conc. H_2SO_4 1 literre desztillált vízzel feltöltendő).

4. 5%-os $CuSO_4$.

5. n/10 $KMnO_4$.

Részletes eljárás:

Tiszta, száraz kémcsőbe 1·5 cm^3 liquort és 3 cm^3 Bang-féle extrahálót mérünk, mely utóbbi a fehérjét kicsapja. Jóminőségű *(Schleicher* és *Schüll)* szűrőpapíron egy másik tiszta kémcsőbe szűrjük. A szűrletből 3 cm^3-t (1 cm^3 liquor) teszünk egy előzőleg kénsavas kaliumbichromattal mosott, 10—12 cm^3-es, kissé kihúzott centrifugacsőbe (ha a cső piszkos, úgy a cuprooxyd az oldalán tapad), hozzáadunk 1 cm^3 Bang-féle alkalit, 2 cm^3 desztillált vizet és 3—4 csepp $CuSO_4$-t. Vékony üvegpálcával összekeverjük és 70—80 C°-os vízfürdőbe állítjuk. Vízfürdő gyanánt egy vízzel megtöltött főzőpohár szolgál. A vízfürdő forrásának kezdetétől számítva 5 percen át forraljuk, miközben a cukor a cuprihydroxydot cuprooxyddá redukálja, mely vörös csapadék alakjában kiválik. Még melegen 3—5 percig erősen centrifugáljuk, hogy a cuprooxyd a cső aljára ülepedjék. A folyadék fölöslegét a csapadékról az egyik végén capillarissá kihúzott üvegcsővel gummisapka segélyével leszívjuk, a centrifugacsőben alig 0·1—0·2 cm^3 folyadék marad vissza. Most a centrifugacsőbe pipettázunk 1·5 cm^3 Bertrand-féle kénsavas ferrisulfatot, vékony üvegbottal (erre a célra legjobb mindkét végén beforrasztott capillarist használni) jól összekeverjük, hogy a cuprooxyd oldódjék és hidegen n/100 $KMnO_4$-el addig titráljuk fehér alap felett, míg a $KMnO_4$ színe 1 percig megmarad. Titrálás közben célszerű üvegbottal többször felkeverni a kénsavas ferrisulfatot. Az üvegbotot a titrálás kezdetétől a centrifugacsőből nem vesszük ki, nehogy kénsavas ferrisulfatveszteség álljon elő. Az n/100 $KMnO_4$-t n/10 oldatból minden alkalommal frissen készítjük. Ha a reagensek tiszták, úgy a vakérték alig 0·03—0·05 cm^3-t tesz ki.

Számítás menete. A titrálásra fogyott pl. 2·02 cm^3 n/100 $KMnO_4$, a vakértéket (0·03 cm^3) levonva marad 1·99 cm^3. 1 cm^3 n/100 $KMnO_4$-nek megfelel 0·636 mg cuprum, akkor 1·99 cm^3-nek 0·636 . 1·99 = 1·265 mg Cu. Hogy az eredményt 100 cm^3 liquorra vonatkoztassuk, ezen Cu-értéket még szorozni kell 100-zal (126·5 mg) s a *Bertrand*-táblázatban kikeressük ezen Cu-mennyiségnek megfelelő cukorértéket (68 mg-%).

A methodus kipróbálása céljából meghatároztam frissen készített szőlőcukoroldat concentratióját *Bang* szerint és a fent leírt methodussal. Miután az eredmények igen jól megegyeztek, áttértem a liquor cerebrospinalis cukortartalmának megállapítására. Kontroll gyanánt minden esetben *Bang* methodusát alkalmaztam. A vizsgált esetek száma 22.

Eredmény:

Diagnosis	Cukor módosított Bertrand szerint mg-%	Bang szerint mg-%
Hydroceph. cong.	71	73
„ „	67	69
„ „	49	49
„ „	47	46
Chorea minor	61	56
„ „	68	63
„ „	60	58
Eklampsia	66	72
„	83	87
Epilepsia	74	68
„	66	66
Mening. epid.	0	0
„ gyógyulás alatt	34	37
Mening. tbc.	11	14
„ „	9	11
„ „	14	15
„ „	19	20
„ „	42	42
„ „	14	15
„ „	15	14
„ „	13	15
„ „	14	16

Mint látjuk, a két módszerrel kapott értékek elég jól egyeznek, úgyhogy a *Bang*-féle eljárás az általam kidolgozott módszerrel klinikai vizsgálatoknál helyettesíthető. Kis gyakorlat mellett a liquor cukortartalmát 20—25 perc alatt meghatározhatjuk. Ha hozzávetőleges eredménnyel megelégszünk, úgy a legtöbb esetben a centrifugálás és titrálás el is maradhat. Míg a normalis cukortartalmú liquor forralás után intensiv vörös színt mutat, addig a meningitises liquorok cukortartalma már a betegség kezdetén, helyesebben mondva a beteg klinikára szállításakor oly alacsony, hogy forralás után a reductiónak legfeljebb halvány nyoma látható szabad szemmel, vagy még az sem.

Magasabb fehérjetartalmú liquoroknál néha megtörténik, hogy az extraháló nem elégséges a fehérje kicsapására. Ilyenkor célszerű 1·5 cm^3 liquorhoz 4·5 cm^3 extrahálót venni, melyből szűrés után 4 cm^3-t teszünk a centrifugacsőbe (1 cm^3 liquor).

Az általam kidolgozott módszer pontossága a klinikai követelményeknek megfelel; egyszerűbb, rövidebb, mint a *Bang*-féle eljárás, így azt a liquor cerebrospinalis cukortartalmának meghatározására klinikai vizsgálatoknál *Bang* methodusa helyett kielégítő eredménnyel használhatjuk.

A Charité-poliklinika Röntgen-laboratoriumának közleménye.

Calcinosis intervertebralis.*

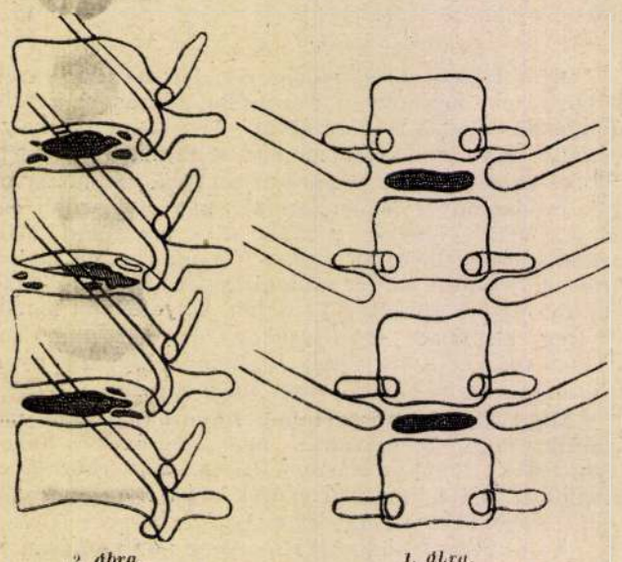
Írták: *Bársony Tivadar dr.* és *Polgár Ferenc dr.*

Egy 47 éves férfibeteg nyombélfekély gyanuja miatt került a Charité-poliklinika Röntgen-laboratoriumában gyomor-Röntgen-vizsgálatra. A szokásos előzetes nyelőcsővizsgálatnál az alsó háti csigolyák közt két csigolyaközti résnek megfelelően egy-egy mészintenzitású, lemezszerű árnyék tűnt fel. A beteget kikérdezve kiderült, hogy 26 évvel ezelőtt (21 éves korában) munkaközben a II. emeletről leesett a talpára, eszméletét nem vesztette el, azonban felkelni nem tudott. Kórházba szállították, hol egy hétig igen nagy hátfájdalmai voltak, sem fordulni, sem felülni nem tudott; székelési vagy vizelési zavarai nem voltak, lábait jól tudta mozgatni. 10 nap mulva állapota annyira javult, hogy a kórházat elhagyhatta, azonban hajolni még hetekig nem tudott és körülbelül két hónapig érzett még fájdalmakat a hátában, amelyek munkaképtelenné tették. A baleset után két hónapra

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1924 december 13-án tartott bemutatás után.

teljesen rendbejött. Az azóta eltelt 26 év alatt soha erre vonatkozó panasza többé nem volt. Jelenleg a klinikai vizsgálat a gerincoszlop mozgékonyságának semmiféle korlátozottságát nem mutatja. A gyomor-Röntgen-vizsgálat ulcus duodeni-t derített ki.

A háti gerincoszlop tüzetesebb Röntgen-vizsgálata céljából felvételek készültek, melyek a következő leletet adták: Anteroposterior irányú felvételeknél (l. 1. ábra) a 7. és 8., valamint a 9. és 10. hátcsigolyák közt látható egy-egy csíkszerű, az egész csigolyaközti rést ki nem töltő, igen intensiv árnyék, míg maguk a csigolyatestek ez irányból vizsgálva, semilyen eltérést nem mutatnak. Az oldalirányú — ferde és frontalis — felvételeken kimutatható (l. 2. ábra), hogy a csigolyatestek alsó és felső felszíne helyenként sajkaszerűen kivájt, vagyis a csigolyatestek biconcav lencsealakúak és ennek megfelelően a csigolyaközti rések a rendesnél szélesebb orsóalakot mutatnak. A csigolyakontúrok ezen irányból vizsgálva is élesek, structurájuk normalis, mésztartalmuk rendes. A porckorongok helyén látható mészlerakódás szigetszerű, ezek a szigetek helyen-



2. ábra. 1. ábra.

ként nagyobb foltokba folynak össze és a csigolyatestektől mindenütt jól elhatárolhatók. Kisebb elmeszesedésre való foltok a közbeeső, vagyis a 8. és 9. csigolyák közti résben is jól láthatók, tehát az elváltozás három, egymás után sorakozó porckorongra terjed ki.

Esetünkhöz hasonló leletet a magyar és német irodalomban csak egyet találtunk, ez *Báron Sándor* esete. *Báron* esetét a Magyar Sebésztársaság 1923. évi nagygyűlésén mint a gerincoszlop egy eddig nem ismert és általa először észlelt megbetegedését mutatta be és a betegségnek a chondritis intervertebralis calcarea nevet adta. Betege 12 éves gyermek volt, ki hevenyen, lázas tünetekkel és a gerincoszlop részleges merevségével betegedett meg; a betegség 18. napján a Röntgen-vizsgálat két csigolyaközti porckorong részleges elmeszesedését derítette ki. Ezen elváltozás állandónak bizonyult és a betegség jóindulatú lefolyása után hónapokon át megmaradt anélkül, hogy később már tüneteket okozott volna. *Báron* valamely banalis, gyulladástkeltő, bakterium okozta, metastatikus megbetegedésre gonolt, az igen korán észlelhetővé vált mészlerakódás megmagyarázására pedig felvette a gyulladásba jutott porckorong nagy mészaffinitását. Gondolt azonban arra a lehetőségre is, hogy valamely chronikus, tehát fokozatosan elmeszesedéshez vezető megbetegedés acut exacerbatiójával állt szemben esetében. Az elmeszesedesést a gerincoszlop lumbodorsalis átmeneti részében észlelte, mely rész mint locus minoris resistentiae ismeretes a pathologiában.

A mi esetünk és *Báron* esete lényegében azonos röntgenologiai elváltozásokat mutat. Az elmeszesedett résznek megfelelő árnyék *Báron* esetében sem tölti ki az egész csigolyaközti rést, szabálytalan mészárnyékok voltak kimutathatók ott is két szomszédos csigolyaközti résnek megfelelően. Esetében a 12. háti és 1. ágyéki, illetve az 1. és 2. ágyéki csigolyák között volt az elmeszesedés, míg a mi esetünkben három alsóbb háti csigolyaközti porckorongon. A csigolyatestek alsó és felső felszínei kivájtaknak, homorúaknak bizonyultak *Báron* esetében éppúgy, mint a miénkben is. *Báron* ezt a porckorongok térfogatának megnövekedésével magyarázta. A csigolyakontúrok mindkét esetben élesek, a structura normalis és atrophiát nem mutat. *Báron* esetében a mészlerakódás egy év mulva eltűnt és csak a csigolyák íveltsége maradt vissza, a mi esetünkben mészlerakódást a trauma után 26 év mulva találtunk. Hogy régebben több csigolyaközti porckorongra vonatkozott-e, és hogy kiterjedtebb volt-e, erről persze semmit sem tudunk.

Ennél a tisztán leíró ismertetésnél sokkal többet a kórképről ma még nem igen mondhatunk. Keletkezését illetőleg hypothesisekre vagyunk utalva. Esetünkben a traumatikus eredet kétségtelen. Valószínű hogy a trauma következtében nekrobiosis keletkezett a porcban és ebben a nekrotikussá vált szövetben rakódott le aztán a mész.

Idült, deformáló gerincmegbetegedéseknél, mint amilyenek a spondylitis deformans, továbbá a spondylarthrosis ankylopoëtica, a csigolyaközti porckorongok szintén mutathatnak mészlerakódást. Ezek azonban mindig széli elmeszesedések, melyek a csigolyák közti hídképződéshez vezetnek. Esetünkben és *Báron*é ban a porckorong belsejében jött létre a mészlerakódás.

Ezekre a csigolyaközti porckorongok belsejében létrejött meszesedésekre a *calcinosis intervertebralis* elnevezést ajánljuk. Ez csak a Röntgen-kóranatomiai elváltozást jelzi, a kóroktanra vonatkozólag nem praejudikál, de erre vonatkozólag még alig is tudunk valamit. *Báron* esete és a mi esetünk tanulsága szerint létrejöhet ez az elváltozás lobos alapon és traumatikusan. Ennek megfelelően calcinosis intervertebralis inflammatoriáról és traumaticáról beszélhetünk. Hogy más aetiologia is szerepet játszhatik, az valószínű és akkor ennek megfelelő jelzőt kell majd a calcinosis intervertebralis mögé tenni.

Báron közleményében említést tesz arról, hogy egy referatum szerint a francia irodalomban hasonló esetet állítólag közöltek már. Sem *Báron*nak, sem nekünk nem sikerült eddig ez esetről részleteket megtudnunk és így nem is tudjuk, vajjon tényleg ugyanilyen elváltozásokra vonatkozik-e.

Irodalom: *Báron Sándor:* Jahrbuch f. Kinderheilkunde 104. kötet.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs dr. egyetemi tanár).

Corpus luteum-cysta megrepedéséből létrejött elvérzés esete.[1]

Írta: *Bochkor Ádám dr.* egyetemi tanársegéd.

A gyakorlati életben sokszor találkozunk esetekkel, amelyekben a halál olyan egyéneket ér váratlanul, akik előzőleg egészségeseknek látszottak, vagy rövidebb-hosszabb ideig tartó betegségből felépülve egészségesek benyomását tették, vagy végül akiknek fennálló betegségük nem volt olyan mérvű, hogy az a közeli halált sejtethette volna. Ezek az esetek, amelyeket hirtelen haláleseteknek ismerünk nemcsak a halál okának ismeretlen volta miatt érdeklik az orvost, hanem azért is, mert a halál bekövetkezését nem ritkán olyan jelek, vagy körülmények előzik meg, amelyek valamely büntetendő cselekmény (pl. mérgezés, külerőszak) fenn-

[1] Bemutatásra került az Orvosegyesület 1924. évi december 13-i tudományos gyűlésén.

forgására utalhatnak, vagy téves diagnosis felvételére vezethetnek és ezáltal az orvosok az esetleg eredményt igérő beavatkozásnak kellő időben való alkalmazását elmulaszthatják. A törvényszéki orvostani intézet évi átlagosan 1700 halottat kitevő hullaanyagának közel $^{3}/_{5}$-részét hirtelen halálesetek szolgáltatják, amelyeknek egy része az említett gyanús körülmények miatt törvényszéki boncolásra kerül, a többi pedig rendőri boncolás keretében nyer elintézést. Alábbi esetünk is mint hirtelen haláleset került az intézetbe s habár nem is egyedülálló a maga nemében, de mégis oly ritka, hogy közlését elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt érdemesnek tartom.

Folyó év február hó 28-án egy 26 éves erőteljes, jól táplált nő, háztartási alkalmazott holtteste került boncolásra, akinek előzményi adatairól a nyomozás folyamán csupán annyit sikerült megtudni, hogy halála előtt néhány hétig folyása és rendetlen vérzései voltak. Halála napján reggel 6 órakor heves hasfájásra ébredt, amit a vele egy szobában lakó házmesternének is elpanaszolt. Csakhamar a nő eszméletét vesztette, mire a házmesternő orvosért szaladt, de annak megérkezésekor — kb. 1½ óra mulva — a nő már halott volt.

A boncvizsgálat alkalmával feltűnt a belszerveknek nagyfokú vérszegénysége és a hasüregben talált 2 litert is meghaladó, részben folyékony, részben alvadékos vér. Azonkívül, mint mellékes lelet a hosszabb idő előtt lefolyt baloldali mellhártya- és májkörüli gyulladás nyomai gyanánt visszamaradt szalagos összenövések említhetők. A legsúlyosabb elváltozások a belső nemi szerveken mutatkoztak. A méh a rendesnél valamivel nagyobb volt, méretei szerint 8·5×6×2·5 cm nagyságú, vékony és vérszegény nyálkahártyával. A méhkürtök kanyargósan tágultak, faluk megvastagodott, hasüri végük szalagos összenövésekkel körülzárva. Hasonló összenövések voltak a méh függelékei körül és a Douglas-ürben is. A jobboldali petefészekben a Graaf-féle tüszőknek megfelelő hegesedéseken kívül egy lencsényi sárgatest-maradványt találtunk. A baloldali 4×3·5×2·5 cm nagyságú petefészekben kb. egy mogyorónyi vérrel telt, felszínen 2·5 mm hosszú repedéssel biró corpus luteum tűnt fel. A lelet alapján nyilvánvaló volt, hogy a halált belső elvérzés idézte elő, amelynek forrása nem lehetett más, mint az a repedés, amelyet a corpus luteumon találtunk. Kétség merült fel az iránt, hogy egy megrepedt ovarialis terhesség, vagy pedig corpus luteum megrepedése idézte-e elő az elvérzéses halált. A kétséget eloszlatta a szövettani vizsgálat, nevezetesen a baloldali ovarium sorozatos metszetekben való feldolgozásának eredménye.

Szövettani vizsgálatra került a hüvely, a méh, mindkétoldali méhkürt és petefészek. A parafinba ágyazott praeparatumból készült metszeteket Van Giesonnal és eosinnal festettük.[1] A hüvely falában semmi kóros elváltozást nem találtunk. A méh nyálkahártyájának mirigyei egyenes lefutásúak, hámjuk szabályos hengerhám, stromája sejtdús kötőszövetből áll, decidualis sejtek azonban benne nem találhatók. Helyenként a stromában gömb- és plasmasejtes beszűrődések vannak, amelyek a nyálkahártya alatti izomrétegekre is ráterjednek. A méh tehát a chronikus interstitialis gyulladás képét mutatta. A kürtök nyálkahártyájában és falában kifejezett gömb- és gyér számban plasmasejtes beszűrődések találtattak. Ezek között elszórtan, különösen a jobb kürt ampullaris részében elég nagy számmal még nagy, hólyagos szemcsés protoplasmájú, halvány sárga színű, kis magvú ú. n. pseudoxanthom-sejtek is voltak, amelyek subacut, illetőleg chronikus gyulladásoknál szoktak fellépni. A baloldali petefészekben a corpus luteum sárga szegélyének megfelelő granulosa-lutein sejtréteget kívülről egy tágult, vérrel telt capillarisokból álló, a theca internában levő bővérű zóna veszi körül, amelyben az erek között, különösen az elvékonyodott fali részletben vérzéses gócok, illetőleg vérbeszűrődés láthatók. A corpus luteum üregének egy részét fibrin-hálózattal és érbimbókkal átszőtt, tehát már szervülőfélben levő alvadék tölti ki. Terhességre utaló jelek decidualis sejtek, syncitialis elemek a szövettani vizsgálatnál nem merültek fel. A corpus luteum megnagyobbodott volta, ürterének vérrel való megtelődése és falának elvékonyodása valószínűséggel corpus luteum cysta mellett szól, amely valamelyik capillarisának vagy esetleg többnek a szakadása folytán — amire különben a cysta-fal vérbeszűrődése is utal — megtelvén vérrel, megrepedt és okozta az elvérzéses halált.

A vérzés bekövetkezését elősegíthette a belső nemiszerveknek legnagyobb valószínűség szerint gonorrhoeás alapon fennálló idült pangásos állapota.

Runge a corpus luteum-vérzéseknél szerepeltethető alkalmi okokat felosztja directekre, vagyis olyanokra, amelyek a belső nemiszerveket normalis, vagy kóros viszonyok között érhetik (pl. havibaj, terhesség, daganatok stb.), vagy indirect okokra, melyek egyrészt távolabbi kóros szervek részéről fejthetik ki hatásukat (pl. szív-, vese-, májbetegségek stb.), másrészt amelyek az egész szervezetet megtámadva természetesen a genitaliákat sem kímélik meg (pl. különféle alkati megbetegedések, fertőző bajok stb.).

A boncolás és a szövettani vizsgálat eredménye tehát azt bizonyítják, hogy nem ovarialis terhességgel, hanem corpus luteum-cysta megrepedéséből létrejött elvérzéssel állunk szemben.

Ovarialis vérzéseket a gynaekologiai irodalomban elég nagy számmal találunk — pl. hogy csak az újabbakat említsük — *Cohn, Cantini, Runge, Zacherl* stb. cikkeiben, de ezek között egyik sem volt halálos kimenetelű, valamint az sem, amelyet *Toldy Loránt dr.* tavasszal az Orvosegyesületben bemutatott. A régebbi irodalom ugyan néhány halálos esetet említ, de mivel az idevágó adatok a vérzés forrásául csupán cystát jelölnek meg és nem határozzák meg közelebbről a cysta faját, így ezek az esetek csak kellő fenntartással értékesíthetők. Meg kell még említenem, hogy 2 év előtt a Szent István-kórház prosecturájában leukaemia diagnosissal került egy fiatal nő holtteste boncolásra, amely alkalommal kiderült, hogy a halált belső elvérzés idézte elő, amelynek forrása a jobboldali ovariumnak megfelelő kb. lúdtojásnyi vérzéses daganat, illetőleg cysta volt. Ennek eredete, miután az ovarium szövetét a vérzés úgyszólván szétroncsolta, megállapítható nem volt. A vérveszteség által előidézett tünetek megmagyarázhatják a leukaemia téves diagnosisának a felvételét.

A halálos kimenetelű eseteknek ritka száma, valamint az esetek egyrészének, nevezetesen a régebbieknek hiányos vagy esetleg hibás észlelése magyarázza meg azt, hogy a törvényszéki orvosi irodalom idevágó esetekkel nem rendelkezik, amit különben *Haberda* tanár, a bécsi törvényszéki orvostani intézet igazgatója érdeklődésemre adott levélbeli válaszában is megerősített.

Miután esetünk rövid idő leforgása alatt halálhoz vezetett, therapiai szempontok érvényesítésére természetesen már nem volt alkalom és így csupán a nem tisztázott illetőleg gyanús halálesetekben követendő eljárás intézkedéseinek kellett eleget tenni. Arra kellett tehát megfelelni, hogy a halál természetes úton következett-e be, vagyis hogy terhel-e valakit büntetendő cselekmény vagy mulasztás. A törvényszéki és rendőri boncolásoknál felmerülő első kérdésnek megválaszolásával, a halál okának megállapításával az eset elintéződött. Miután büntetendő cselekményre gyanút szolgáltató körülmények nem forogtak fenn, természetes okokból beállott halált kellett megállapítani s így az eset a rendőri boncolással elintézést nyert.

Az eset rövid ismertetésével nemcsak az volt a célom, hogy ezzel a casuistikai irodalom ritka eseteinek a számát szaporítsam, hanem hogy a törvényszéki orvosi vonatkozások sokszor nem eléggé figyelemre méltatott fontosságát is kiemeljem.

[1] A szövettani metszetek elkészítésében való szíves segítségért *Batisweiler János dr.*-nak őszinte köszönetemet fejezem ki.

Madridi levél.

Írta: *Miskolczy Dezső dr.*

1925 január 17.

Valamikor keresgélve az Orvosi Hetilap régi évfolyamaiban, szemem megakadt egy 1894-ből származó madridi levélen, amelyet *Nékám Lajos* a spanyol viszonyokról írt. A levél tartalma éppen *Ramón y Cajal*ra való vonatkozásainál fogva ragadott meg engem, a neurologia iránt érdeklődőt; igen színesen és érdekesen ecseteli ebben *Nékám* professor a 31 év előtt már hírneve tetőpontján álló nagy tudóst, az ő csodás szerénységével, akit honfitársai — noha éppen abban az időben választotta a londoni Royal Society őt tagjai közé — annyira nem ismertek, hogy joggal idézte a levélíró a „Nemo est profeta in patria sua..." mondást. A 31 év alatt azonban nagyot fordult a spanyol nép felfogása és nagyrabecsülése *Ramón y Cajal*lal szemben.

Ha az ember *Ramón y Cajal* egyéniségéről akar írni, ellenállhatatlanul az a gondolat kísérti, hogy az ő világnézetét a Quijotismussal állítsa szembe. Mert *Cajal* és *Don Quijote* lelkivilága között — bár mind a kettő a spanyol nemzet törzséből és gyökeréből fakadt — nagy és áthidalhatatlan szakadék van. *Don Quijote* a mult siratója, *Ramón y Cajal* a jövő hirdetője. Az elkésve született kóbor lovag, a letűnt idők szerelmese, aki egy elmult század fegyverzetét magára öltve, indul legendás útjaira, s mindannyiszor megtépázva vetődik haza. *Cajal* a jövőnek rajongója, s hogy az ő saját meghatározását reá alkalmazzam: „fajtájának embere, aki minden alacsony önzéstől megtisztulva, mindenét fajtájának ajánlja fel és érette pusztul el". *Don Quijote* megtörik és keserű pessimismussal siratja kárbament életét. *Cajal* az optimista világnézetnek küzdő harcosa: a mosolygó aggastyán. „*A színek fényképezése*" című könyvéhez írt bevezetésében ezeket a sorokat olvassuk: „Milyen kár, hogy oly korán születtünk. A fáradhatatlan tudomány újabb és újabb meglepetéseket tartogat számunkra és minden feltalálás egy olyan gyönyörűség, amitől apáink elestek."

Ő tulajdonképen világéletében ilyen gyönyörűségekért dolgozott, szenvedett, nélkülözött, hogy munkájának eredményét nemzetének ajándékozhassa. Csak azóta él anyagi gondoktól mentesen, amióta a Nobeldíj segítségével egy kis házacskát építhetett magának. Folyton munkálkodik. Még pihenéskor sem tétlen. Így például szórakozás kedvéért kezdett foglalkozni a színes fotografiával, ő maga öntötte lemezeit, készítette vegyszereit, apparatusait, s mivel munkaközben elméleti nehézségek is merültek fel, belemélyedt a *Lipman*féle interferentialis methodus tanulmányozásába s megtoldotta a fotochemiát néhány új adattal, miközben megszületett a könyv: *A színek fényképezéséről.* Épp így, kedvtelésből irogatta meg *Kávéházi csevegéseit*, ezt a rendkívül érdekes aforismagyüjteményt, amelynek első és második kiadását pár nap alatt elkapkodták. A pihenés óráinak eredménye a spanyol ifjúságnak szánt ama könyve is, melynek címe: *Szabályok és tanácsok a tudományos kutatáshoz.* A tudományos pályára készülőknek valóságos kis kátéja ez a könyv, mely 1897 óta hat kiadást ért meg. Mikor barátai, akik őt ennek a könyvnek a kiadására rávették, azt kérdezték tőle, hogy fordíttassa le idegen nyelvre is, azt felelte: „Spanyolország számára írtam, maradjon továbbra is a spanyol ajkúak olvasmánya."

Cajal óriási műveltségű ember, aki bőkezűen bánik kincseivel. Mindenkinek a dolgával személyesen foglalkozik, segít megtalálni a „formulákat", ha valamilyen állatfajtában az idegelemek feltüntetése nem sikerül. Igen jó humora van a Mesternek, s nem egyszer órák hosszat elbeszélget élményeiről, a spanyol históriáról, vagy a mai helyzetről. Igazi philosophus-ember. Azon a napon, amelyen a Sorbonne díszdoktorává avatták, valami élelmes riporter egy kis kávéházban fényképezte le, amint írásait olvasgatta. Így az újságból tudtuk csak meg, minő kitüntetés érte őt.

Cajal a fény, a színek, a formák, szóval a visus embere. Írja ő maga is, hogy sietnie kell a látnivalóival addig, amíg az öregség homállyal nem vonja be az „ocularis objectivet", mert akkor bezárul a világ, s nincs mit magába szívniok a szemeknek. Talán regényszerűen hangzik, de így van: nappal a Mester a mikroskopon keresztül a sejtek parányi világának titkait kutatja, éjszaka pedig nem egyszer kis házának terraszára ballag fel és hatalmas teleskopjával a csillagos égbolt tanulmányozásába merül. Ez a teleskop az ő féltett kincse. Meghitt embereit, igen kedves tanítványait néha magával viszi ilyen körútra és akiket nappal az idegszövet pályáinak útvesztőiben vezetgetett, éjszaka a makrokosmos világában kalauzolgatja.

Hogy ő az élet nemes gyönyörűségeit szemével akarja beinni, annak talán fokozatosan leromló hallása is az oka. Barcelona rossz éghajlata miatt sokat szenvedett fiatalabb éveiben, s azóta rosszabbodik a füle. Évekkel ezelőtt foglalkoztatták acustikai problémák is. Ő, mint szenvedélyes fényképész, a fény, formák és színek megrögzítésének módjára, a hangot is fixálni akarta. Bezárkózott hát laboratoriumába, fúrt, faragott, mesterkedett, egymagában kiabált valami tülökformába, plasztikus anyagból készített lemezeket forgatott, amelyekbe a beszéd hanghullámai mélyedéseket róttak. Csakhogy hát idő is, pénz is hiányzott, s mire hozzáfogott volna a találmány publikálásához, *Edison* világnak eresztette a phonographot. A pathologiai intézet lomtárában még megvan *Cajal* mester, avagy ahogy egész Madrid nevezi, *Don Santiago* hangírógépje. Sutbakerült, mert a problema meg volt oldva s nem érdekelte többé.

Az aránylag kevés madridi nevezetesség között nem csoda tehát, ha az ember szeme rögtön *Ramón y Cajal* egyéniségén akad meg. Spanyolország tudományos életében voltaképen ő az egyetlen kimagasló alak. A spanyolok őreá és *Menéndez Pelayo*ra a legbüszkébbek. *Pelayo* volt a nemzeti könyvtár igazgatója, s ő fedezte fel újra a spanyol irodalmat a spanyolok számára rengeteg irodalom- és kultúrtörténeti írásában. Amily nagynak tekintik őt a spanyol kultúra történetében, oly nagynak tartják *Cajal*t az orvosi tudományban. Nincs az az orvosi újság, hetilap, folyóirat, amelynek ő ne lenne főszerkesztője, vagy legalább főmunkatársa; utcákat keresztelnek el róla vidéki városokban, s már mellszobra is van a hatalmas madridi hygieniai intézetben. A napokban fogják Zaragozában egy újabb szobrát leleplezni, amely ünnepségen a spanyol király is jelen lesz. Érdekes az is, hogy mindenki hozzáfordul ügyes-bajos dolgában, még verseskönyvek elé is kértek tőle előszót, egy ismeretlen vidéki ember pedig arra kérte levélben, hogy látogassa meg kórházban fekvő rokonát. Most, hogy karácsony előtt *Blasco Ibañez*, a dúsgazdag nemzetközi regény- és filmiparos, Párizsban pamfletet írt a spanyol király ellen, a közvéleményt valósággal az ő hűségnyilatkozata nyugtatta meg. Érdekes az is, hogy a Real Academia de Medicina az idén pályatételt tűzött ki egy tanulmányra, amely méltatja *Cajal* kutatásainak hatását az agyphysiologia mai állására.

Ez a fáradhatatlanul dolgozó elme, aki most Spanyolország és a spanyolajkú Amerika szemefénye, a legszerényebb ember. Érdekes, hogy ennek a nagy férfinak, aki ugyancsak sok és hatalmas követ hordott a tudomány épületéhez, ez a jeligéje: *„In minimis perfectio!"* Ha apró dolgot is, de tökéletesen. S ezért ma is folyton mesterkedik, módszereit javítgatja, újat próbál, az a legnagyobb öröme, ha valami újítását, érdekesnél érdekesebb leletét tanítványainak megmutatja. Igen fontos dolgot tanultam tőle: a fixálás tudományát. Minden agyrészlet, minden idegvégződési typus megfestésére, illetve ezüsttel való impraegnálására más összetételű folyadékot kell használni, ha kifogástalan tisztaságú és élességű képeket akarunk nyerni. De nemcsak az összetétel és töménység, hanem a fixálás ideje is nem egyszer döntő szerepet visz. Így például az ő urán-formolos fixáló módszere, 8 órás fixálás után a *Golgi*-féle apparatust tünteti fel gyönyörű tisztaságban, 12 órai rögzítés után pedig ugyanazon eljárás mellett semmi sem látható már a *Golgi*-féle szerkezetből, hanem helyette protoplasmás gliasejtek tűnnek fel rendkívül élesen. Egy hibája van a laboratoriumnak s ez az, hogy emberanyag felett nem rendelkezik. Spanyolországban ugyanis a közfelfogás heves ellenzése miatt emberi tetemet csak igen ritkán boncolnak. Így a sok jó módszer jórészt kiaknázatlanul hever, illetve csak állati anyagon értékesíthető. Ezért az intézet munkássága főleg az idegrendszer összehasonlító anatomiájára irányul, ami reám nézve, aki eddigelé főleg az emberi agypathologia kérdéseit tanulmányoztam, különösen nagy hasznot jelent, egyrészt, mivel alaposan megismerhetem a tudományos kutatásnak ezt az ágát, de másrészt az itt tanult módszereket az emberi kórszövettanban tudom majd alkalmazni. Itt van mindjárt a bőr idegvégződéseinek feltüntetése, ami *Cajal* módszerével játszva sikerül; én pedig otthon hetekig kísérleteztem, amíg *Bielschowsky* módszerével elfogadható készítményeket nyertem a Recklinghausen-féle betegség egy esetében. Az impraegnatiós módszereknek egész skáláját tanulhatja meg itt az ember, s bár a lényeg mindig ugyanaz: ezüstnitrát-pácolás után következő reductio, de ezen belül a kezelésben az árnyalati eltérések sokasága érvényesülhet, ahol az előkezelés, a helyes hőmérséklet, idő, töménység szabják meg az eredmény minőségét.

Igaza van *Lenhossék* professornak, amidőn megállapítja, hogy *Cajal*nak különös szerencséje, hogy a német kutatók nem szívesen dolgoznak idegen módszerekkel, s ezáltal időt hagytak *Cajal*nak arra, hogy saját módszerével mindent learathasson, s ezért boldog is vagyok, hogy elsőkézből sajátíthatom el ezeket a módszereket, amelyeknek szerintem nemcsak multjuk van a tudományban, hanem jövőjük is, mert még mindig nem nyertek teljes polgárjogot az emberi kórszövettan vizsgáló módszerei között.

THERAPIA

A malaria kezelése diathermiával.

Írta: *Rablóczky Imre dr.* Szentes.

A malaria gyógyítását a lép Röntgen-sugaras kezelésével többen megkísérelték. Az olaszok közül *Maragliano, Petrone* jó eredményeket írnak le. *Deutsch* (Wien) 3 mm Al. filterrel fél dosisokat adva kedvező eredményeket említ. Mások viszont *(Reinhard-Nocht)* az eljárást nem találták célszerűnek. *Rieder* szerint *a malariának Röntgen-sugaras kezelésénél az eredmény megbízhatatlan vagy kedvezőtlen.* Úgy provocatiós eljárás gyanánt, mint a latens malaria kezelésénél is még talán az egész test quarzlámpás besugárzását mondhatjuk hasznosnak.

Engem a véletlen vezetett arra, hogy a malaria gyógykezelését és provokálását biztosan és veszélytelenül érhetjük el diathermiával.

K. S. 32 éves lakatos chronikus bronchitise miatt keresett fel. Jól kifejlett, erőteljes férfibeteg. Anamnesis: Hét év előtt malaria, mely miatt hónapokon át gyógykezelés alatt állott. Következő 6 évben malariás tünetet nem vett észre. Bronchitise 2 éve fennáll, mely miatt olykor munkaképessége is csökken; kezelés előtt és a kezelések közben is mindenkor láztalan.

Bronchitisét diathermiával kísérlem befolyásolni, azért a mellkas oldalaira a hónaljvonalba helyezett két szemben lévő eletróddal kezeltem (10×15 cm-es lemezek, Siemens és Halske-készülék, 30 perc 2—2½ Amp.), így az áramot akaratlan is részben a lépen vezetem át. A következő éjjel, a kezelés után 4—5 órával, typikus malariarohamot kap, mely harmadnap gyöngébben megismétlődött. Chinint vagy egyéb gyógyszert szándékosan nem adtam, hogy az esetleges újabb rohamot lássam, de hidegrázás nem jelentkezett, bár a következő hetekben több hasonló diathermiás kezelést kapott.

F. J. 26 éves hivatalnok április hó 8-án keresett fel 1917-ben a harctéren szerzett tropikus malaria miatt. A megbetegedés első és második évében a katonaságnál több ízben rendszeres kezelést kapott (többször neosalvarsant is). Bár rohamai az utolsó években nem voltak, közérzete nem kifogástalan, minek okát ő a még meglévő malariában keresi. Átvizsgálva a beteget, a megnagyobbodott lépen kívül semmi feltűnőt nem találtam. A gyógykezelést a patiens kívánságára neosalvarsannal végzem s e célból április hó 8-án 0·30, 13-án 0·45 neosalvarsant kapott intravenásan. A következő napokon semmi észrevehető változást nem érzett. Április 18-án kísérletképen direct a léptájra 30 percig tartó diathermiás kezelést kapott (az indifferens polus a jobb hónalj alá, 2—2½ Amp. terhelés). Közvetlen utána intravenásan 0·60 neosalvarsan. Félórai séta után éjjeli pihenésre tért. Mély álmából a kezelés befejezése után 2 órával erős hidegrázásra ébredt, mely forró borogatások dacára 40°-os lázzal 30—35 percig tartott s utána a profus izzadás miatt csak hajnalban aludt el; napokon át gyönge volt, de újabb rohamai nem voltak, bár a következő napokon három ízben kapott 45 perces kezelést. Közérzete javult, ma kifogástalan.

P. J. 42 éves rendőr. Anamnesis: 1918-ban mint katona Ukrajnában szolgált, május hóban malariát szerzett s bár állandóan gyógykezelés alatt állott, a tünetek csak szeptember hóban szűntek meg, de azóta is minden tavasszal volt néhány rohama, melyek chininre elmúltak. 1924 április végén is volt három gyönge rohama, majd október 4-én újból megbetegedett és szabálytalan időközökkel két héten keresztül többször órákig tartó rohamot kapott. 6½ kilót soványodott. Az utolsó napon 15 óra hosszán át szünet nélkül volt borzongása és hidegrázása 40 C°-on felül emelkedő lázzal.

Rendelésemen október 18-án jelentkezett. Temperatura: 38·2 C°, a nyelv vastag fehér lepedékes. Sahli haemoglobin: 65%. A lép lényegesen megnagyobbodott. A már említett beállítással 30 percig tartó kezelést kapott, utána 1 órával jó étvággyal evett s jól aludt. A következő napon reggel a temperatura: 35·5, este 37·8, az ajkakon kívül és belül, sőt az orrlikakban is herpes lépett fel csaknem összefolyó nagy foltokban s ez csak a harmadik héten gyógyult. A következő napokon még délután subfebrilis, azonban hidegrázása többé nem volt (szándékosan nem kapott sem chinint, sem más gyógyszert). Október 23. és 26-án még kapott diathermiás kezelést. Közérzete megjavult, harmadik héten munkaképes.

Mivel a vidéki praxis akadályai miatt vérvizsgálatot nem végezhettem, továbbá, mert kísérleteimet talán csak hosszú idő mulva folytathatom, mindamellett, hogy észleleteim csekélyszámúak, mégis szükségesnek tartom közölni, mert úgy hiszem, hogy e kezdetleges kísérletek alapján intézetben, nagy beteganyagon megindulhat a kérdés tisztázására irányuló tapasztalatoknak tudományos alapon való gyüjtése.

Nem lehetetlen, hogy a diathermiás eljárás a malaria gyógykezelésében csakhamar a chininhez hasonló értékes therapiai szerephez jut.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

Az emésztőszervek betegségeinek diaetás kezelése.

24. *Folyékony étrend.*

A folyékony étrend ételeire az a jellemző, hogy *fogyasztásukhoz rágásra nincs szükség (nem falatonként, hanem kortyonként nyeletnek le), az emésztőcsatorna esetleg megszűkült részein is könnyen folynak át, minimalis emésztőmunkával hozhatók felszívódásra kész állapotba és tovahaladásuk közben az emésztőcsatorna falaira mechanikus izgatóhatást nem gyakorolnak.* Egyrészük valódi oldat, ital, másrészük pedig folyékony halmazállapotú élelmiszer. Ez utóbbiak rendesen gel-ek, emulsiók vagy suspensiók, amelyek közül a legtöbb szilárd, vagy félszilárd állapotban formázható is és csak fogyasztás közben válik a szájban folyékonnyá. Konyhatechnikai főcélunk ilyen étrend összeállításánál az lesz, hogy a táplálék formában, halmazállapotban, ízben és színben annyira változatos legyen, hogy a folyékony kosztot a beteg hamar meg ne únja.

A legegyszerűbben az ételek hőmérsékletét lehet változtatni; a forrón vagy hidegen tálalt étel vagy ital között még azonos anyagoknál is nagy a különbség. Változatosságot érhetünk el aszerint is, hogy milyen formában, edényben stb. szolgálunk fel. Azonos étel különböző színben készítve is változatosan hat. Ízesítés tekintetében a folyékony halmazállapotú ételeket két nagy csoportra oszthatjuk: olyanokra, amelyek egyéb fűszerezés mellett sóval, és olyanokra, amelyek cukorral készülnek.

A sós ízű folyékony élelmiszerek között a legjelentősebb helyet a *húskivonatanyagok* és a velük készült ételneműek foglalják el. A bouillon, consommé, barnaleves, beeftea, jus stb. különböző töménységben tartalmazzák azokat. A collagen kötőszövet hosszas főzésével állíthatók elő az alacsony hőmérséken megmerevedő aspique és a húsgelée. Húsfehérjét is adhatunk a folyékony diaetában, ha a megfőzött, majd vágógépen áthajtott, azután szitán puréévé tört húst nagy porcellánmozsárban egyenletes, híg suspensióvá dörzsöljük szét. A finom konyhában e célra a márványmozsár (Reibstein) szolgál. Nagy márványkocka ez, amelynek félgömbmélyedésébe egy falra erősített hosszúnyelű fabunkó nyúlik be; hosszasabb dörzsölés után ebben csaknem minden élelmiszer felismerhetetlenül apró részekre, egyenletes anyaggá dolgozható el.

A *hamislevesek* közül a lisztes-, a nyákos- vagy a puréelevesek adhatók; ezeknek nagy előnyük, hogy tojással vagy tejfellel kötve levesbevaló nélkül is ízlenek (paradicsom-, burgonya-, borjúvelő-, hüvelyespurée-levesek stb.). Sűrű szitán gondosan átszűrve, meglehetős hígan tálaltassanak. Csaknem italoknak tekinthetők az úgynevezett *böjtöslevesek*, amelyek nem készülnek zsírral, rántással; ilyenek a tej-, gyümölcs-, bor- vagy sörlevesek.

A tiszta cukoroldat vagy a túlédes élelmiszer émelygős íze hamar elveszi az étvágyat és ezért az intensiv édes ízet organikus savak hozzáadásával szoktuk tompítani. E célra a *gyümölcsleveket* használjuk föl leginkább. A cukorral felfőzött gyümölcsleveknek, a gyümölcsszörpöknek a konyhatechnikai felhasználása igen változatos. Gyümölcslevesek, mártások, öntetek és haböntetek, chaudeau-k készülnek belőle melegen, lehűtéssel a gyümölcskocsonyák, geléek, granitok és fagyasztással a fagylaltok.

Az *alkoholos italok* közül a bor említhető első helyen, mint amellyel színe, fajtája, extractiv- és alkoholtartalma szerint a folyékony étrendet igen változatossá tehetjük. A konyha csaknem minden, borral készült terméke folyékony. A forraltbor, a borchaudeau, borleves és borkoch készül vele melegen, a bowle jégbehűtve, a borsorbet pedig fagyasztással. A gyümölcsborokat is lehet hasonló célra felhasználni.

A töményebb alkoholtartalmú szeszpárlatok fogyasztás előtt felhígítva grog néven ismeretesek. Több szeszpárlat keverékéből készül a punch.

A gyümölcslevek üdítő hatását fokozni lehet, ha azokat *szénsavas italokkal* adjuk. Természetes vagy mesterségesen telített szénsavas vízzel készülnek a gyümölcsszörpökből a pezsgőlimonadék; az erjedésnél keletkező szénsavval vannak telítve a pezsgők és a habzóborok. Az igen sok változatban és mód szerint gyártott sörök az étrendben kizárólag italként szerepelnek, konyhatechnikai alkalmazásuk igen csekély.

Az *alkaloidatartalmú élvezeti szerekből* igen sokféle ital és ételnemű készül. A kávé, a tea és a cacaopor főzetei igen változatosan tálalhatók, használatuk általános, élvezeti értékük annyira nagy, hogy egyéb élelmiszerek és ételneműek fűszerezésére is kiterjedten alkalmazzák.

Az eddig felsorolt anyagok nagy élvezeti értékkel bírnak, de a tápértékük csekély. A folyékony étrendet pedig sokszor napokig, sőt hetekig kell folytatnunk. Arra kell tehát törekednünk, hogy ezen italokkal legalább annyi tápértéket vigyünk be, amennyi a szervezet fenntartásához szükséges. Egyformán nagy élvezeti és tápértéke van a *tejnek*. A tej halmazállapota azonban csak a lenyelésig folyékony: a gyomorbajutás után a casein kicsapódik és pelyhes, sőt túrós-szilárd összeállású gomolyaggá válik. Nem hátrányos ez akkor, ha a folyékony diaetát a tápcsatorna felső részein való könnyű áthaladás érdekében rendeltük, de viszont, ha a gyomornyálkahártyát szilárd anyagoktól megóvni kívánjuk, meg kell ezt akadályoznunk. A compact tejalvadék keletkezésének meggátlására, illetőleg annak lazítására többféle konyhatechnikai fogás áll rendelkezésünkre. A forralt tej lazábban alvad, mint a nyersen fogyasztott. Az alvadék nem lesz annyira tömött összeállású, ha a tejbe lisztet vagy tejszínt kevertünk, vagy pedig a felére higítottuk. Igen célszerű az az eljárás is, hogy a tejet előbb oltóval vagy állásutáni saverjedéssel megalvasztjuk és azután fogyasztása előtt homogen itallá egyenletesen elkeverjük.

Caseinszegénysége és zsírgazdagsága következtében sokkal előnyösebben használjuk fel a folyékony étrendben a tej helyett a *tejszínt*. Az édes tejszín magában véve is kedvelt élelmiszer, de általánosan inkább kávéhoz, teához, vagy cacaóhoz adva fogyasztják. A magas zsírtartalmú tejszín habbá verhető és megcukrozva mint *tejszínhabcréme* formázható is; jégbefagyasztva pedig parfait készül belőle.

A folyékony étrendben adható szilárdabb halmazállapotú ételneműek vagy *crémek* vagy *geléek* lehetnek. Tej, tojás és cukor keverékéből a konyhatechnikának egyik igen fontos folyékony alapanyaga: a *liaison* nyerhető. Ha ezt az anyagot vízfürdőn folytonos keverés közben forralásig hevítjük, úgy a tojás fehérjéje már a forrpont közelében kezd megalvadni. Az alvadék azonban nem lesz szilárd, hanem a folyadékban egyenletesen eloszlik és azt sűrűbb-mártásszerűvé változtatja. Ennek az alapanyagnak a neve a *tejtojáscréme*, amelynek konyhatechnikai felhasználása a gyümölcsnedvekéhez hasonló. Vanilliával, kávéval, cacaoval ízesítve változatos öntetek, haböntetek és fagylaltok készülnek belőle. A gelatine-nal szilárdított tej-tojáscrémet bavaroise-nak hívják. Szeszpárlatokkal, rummal, cognac-kal, likőrökkel stb. készül a punch és a punchfagylalt. Ha 1 liter tejbe 5 tojásnál többet veszünk, úgy ez anyagból formában lehűléskor megszilárduló massza keletkezik, a *créme moulée*.

Bizonyos mértékig átmenetet képeznek a pépes étrendhez a *híg tejbefőttek*. A legfinomabb szemű búzadarából készült híg pép ellen ritkán lehet kifogás, míg a tejberizs, vagy nagyobb szemű tejbedara külön megítélés alá esik. Folyékonyabb tejbefőttet kapunk akkor, hogyha a tejbe lisztet főzünk, sőt változatlanul folyékony marad a tej, ha e célra gyárilag felbontott keményítőjű, úgynevezett *gyermek-tápliszteket* alkalmazunk. Az izolált rizs- és tengerikeményítőnek (Mondamin, Maizena) az a tulajdonsága, hogy hosszasabban főzve elcsirizesedik és az elcsirizesedett anyag lehűléskor megszilárdul. Ilyen módon is készíthetünk tehát crémeket.

Ha kis volumenben nagy tápértéket akarunk bejuttatni, úgy erre a folyékony étrendben az alacsony olvadáspontú *zsírokat*, mint az olaj, vaj, tojássárgája stb. használjuk fel. Ezekből készül a két fontos zsíros alapsauce: a sauce hollandaise és a mayonnaise, amelyekből igen változatos egyéb sauce-ok készülnek. E hideg sauce-kon kívül a melegen tálalt tejfeles sauce-ok és pecsenyemártások adhatók. A crémek harmadik alapanyaga a cukrozott vaj: a *vajcréme*, amelyet legtöbbször cacaoporral szoktak ízesíteni.

A *geléek* alatt olyan ételneműeket értünk, amelyeket könnyen megdermedő anyagokkal szilárdítanak. A legáltalánosabban használatos dermesztőanyagok a gelatine, az agar-agar és a vizahólyag; ezen anyagok testhőmérséken folyékonyak, míg alacsonyabb hőmérséken a belejük kevert élelmiszert is formázhatóvá szilárdítják. A folyékony élelmiszerek közül

a bort, a gyümölcsnedveket és a tejet használjuk föl geléek készítésére, amihez a gelatineból és a vizahólyagból 4—5%, az agar-agarból pedig ½—¾% hozzáadása szükséges. A geléeket vagy formából kiborítva, vagy pedig szélesöblű poharakba megdermesztve hideg édes öntetekkel, vagy haböntetekkel tálaljuk.

Ezek alapján a folyékony étrendben a reggelit, a tízórait és az uzsonnát tej, tejes kávé, tejescsokoládé, tea vagy híg tejbefőttből összeállítani nem lesz nehéz. A főétkezések levessel kezdődjenek, amit valamilyen hideg, zsíros sauce-szal tálalt aspique-étel követhet, majd krémet vagy geléet adunk és az étkezést végül feketekávéval zárjuk; közben pedig alkoholos és szénsavas italokat szolgálunk fel. *Soós Aladár dr.*

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A gerincvelő röntgenologiai ábrázolása. *Peiper* és *Prof. Klose.* (Klin. Woch. 1924, 49. sz.)

Sicard és *Forestier* voltak az első kísérletezők, kik a durazsákba egy jódolajat, az ú. n. lipiodolt fecskendezték 1—2 cm³ mennyiségben, hogy azáltal a gerincsatorna térszűkítő elváltozásait érzékelhetővé tegyék. A nagy fajsúlyú olaj a liquorban lefelé süllyed, tumorok, összenövések vagy egyéb akadályok felett huzamosan megmarad (positiv Sicard-tünet). A lipiodol jódtartalma nagy, a jód nem hasad le belőle s így az érzékeny gerincvelőt legkevésbbé izgatja. Igen lassan szívódik fel, a durazsákban sok hónap mulva is kimutatható. Szerzők a lipiodolhoz közelálló, Merck-gyártmányú 20%-os jodipin 2 cm³-ét használták a befecskendezésre. A befecskendezés mindenkor magasan a tumor felett történjék, legtöbbnyire suboccipitalisan *(Eskuchen* szerint), csak caudatumorokonál a XII. háti és I. ágyéki csigolyák között. Annak eldöntésére, hogy a positiv Sicard-tünetet daganat, összenövés vagy egyéb okból keletkezett összenyomás okozza-e, az idegrendszeri és egyéb lelet veendő figyelembe. Negativ tünet compressio ellen bizonyít. A myelographia segítségével a tumor olyan esetekben is felismerhető és eltávolítható volt, midőn az idegrendszeri tünetek e szempontból még nem voltak elegendők. Szerzők mégis hangsúlyozzák, hogy az idegrendszeri diagnostika továbbra is minden körülmények között döntő maradjon, úgy a kórjelzésnek, mint a myelographia indicatiójának felállításánál. Ezen vizsgáló eljárás csak klinikákon végzendő. *Sicard* és *Forestier* 200 esetben minden kóros következmény nélkül alkalmazta. *Erdélyi József.*

Az insulin inhalatiójáról. *W. Heubner, G. E. Jongh* és *E. Laquer.* (Klin Wochenschr. 1924, 51. sz.)

A szerzők megkísérelték az insulint inhalatio útján alkalmazni; mivel azonban a kereskedésbeli insulinoldat trikresollal van konzerválva, ami izgató hatással lett volna a légzőszervek nyálkahártyájára, a belégzendő oldatot száraz insulinnak gyenge savban való oldása útján állították elő. Az ilymódon előállított oldatot porlasztókészülék segítségével inhaláltatták és azt találták, hogy a vércukor már néhány egység insulin belégzése után süllyedt, sőt egy alkalommal 0·68%-os vércukorszint mellett kifejezett hypoglykaemiás reactiót észleltek. A kísérletek tehát azt mutatták, hogy inhalatio útján is lehetséges hatásos adag insulint a beteg szervezetébe juttatni; a módszer hátránya azonban az, hogy nagyfokú insulinpazarlással jár. *Czoniczer dr.*

A gerincvelő megbetegedése anaemia perniciosában. *E. Trömner.* (Deutsches Arch. f. klin. Med. 145. köt., 285. old.)

Az idegrendszeri tünetek megjelenhetnek, mielőtt az anaemia perniciosa jellemző vérképe kialakulna. 7 eset között 6-ot a halálig észlelt, ezekben a boncolási lelet anaemia perniciosára jellemző volt. 2 esetben az index 1-nél nagyobb volt, 1-ben leukopenia, 3-ban mérsékelt poikilocytosis, 1-ben néhány normoblast. Az idegrendszeri tünetek a következők: A végtagokban paraesthesia, hidegben fokozódó lancináló fájdalom, néha hypaesthesia; az izomerő gyengülése, remegés, ataxia, néha kisebbfokú izomsorvadás, a nyelv papillaris atrophiája; az ínreflexek gyengülése vagy eltűnése, ritkábban élénkülése tonusfokozódással és kóros reflexekkel, a hasreflex hiánya, néha nystagmus és skandáló beszéd, vizelési zavar. A betegség tartama legfeljebb 6—7 év. A gerincvelői tünetek alapja a fehér állomány szélső részeiben, az erek körül apró gócokban kezdődő és utóbb összefolyó, fel- és leszálló elfajulást okozó, nem lobos, hanem degenerativ elváltozás, „myelosis", amely viszont valószínűen nem az anaemia perniciosának, hanem az ismeretlen közös oknak párhuzamos következménye. *Perényi dr.*

A vörösvérsejtek süllyedési sebessége arthritiseknél és az izomzat rheumás bántalmainál. *Hermann H.* (Münch. med. Wochenschr. 40. sz.)

A más betegségek kapcsán végzett számos vizsgálat tanusága alapján, mely szerint a vörösvérsejtek süllyedési sebessége érzékeny indicatora a szervezetben lejátszódó gyulladásos folyamatoknál, több mint 400 vizsgálatot végzett *Westergren* módszere szerint, különféle izületi és izomcsűzos betegnél. Jelentékeny gyorsulást észlelt a gyulladásos természetű izületi betegségeknél (polyarthritis acuta, arthritis gonorrhoica és a gyulladásos természetű chronikus arthritisek), míg a tabeses arthropathiánál, arthritis deformansnál, az izomcsúz különféle alakjainál és ischiasnál rendes viszonyokat talált. Vagyis a vizsgálati módszer itt is a gyulladás érzékeny indicatorának bizonyult, aminek részben diagnostikai, részben a therapiás beavatkozásunk megfontolása szempontjából vehetjük hasznát. Lueses arthritisnél nem jutott egységes eredményre. Az acut polyarthritisnél észlelt gyorsulás, a gonorrhoeás arthritisekével ellentétben, hetekkel tovább tart, mint a láz, a leukocytosis és az izületek gyulladásos elváltozása. A gyulladásos természetű chronikus arthritiseknél — a láz és leukocytosis nélküli esetekben is — a feltűnő gyorsulás foka arányban áll a gyulladás fokával és kiterjedtségével. Minthogy a vérsejtsüllyedés gyorsulását fontos diagnostikai jelnek tartja a chronikus arthritisnél, az arthritis deformanstól való megkülönböztetésére, a positiv vizsgálati eredmény arra intsen, hogy kutassuk a primaer fertőző gócot (tonsilla, urethra, hólyag, fogak stb.). Vizsgálatainak a chronikus arthritis és az arthritis deformans között mutatkozó, határozott eltérő eredményével, igazolva látja *Müller F.* felfogását, aki az arthritis deformanst regressiv folyamatnak tartja s ezért az arthritis deformans helyett az arthropathia deformans elnevezést ajánlja. *Moll dr.*

Orthopaedia

Az osteochondritis deformans coxae. Prof. *Perthes.* (Klin. Wochenschr. 1924, 13. sz.)

Amíg ezen megbetegedésnek klinikai kórképe már teljes pontossággal leszögezett, addig a betegség lényegének magyarázatáról élénk vita folyik. Klinikailag következő a kép: 5—12 éves korig fiúknál háromszor olyan gyakran lép fel, mint leányoknál. Csekély külbehatás után a gyermekek sántítani kezdenek; jellegzetes fájdalmasság sem mozgás, sem pedig a csípőizület vizsgálása közben nem található. Főtünet a comb távolításának korlátozott volta az adductorok megfeszülése folytán. A tompor 1—2 cm-rel feljebb kerülhet s ezáltal a láb megrövidül. A sorvadt farizomzat miatt positiv Trendelenburg. A betegség láz és genyedés nélkül kb. 4 év alatt folyik le. A Röntgen-kép eleinte semmit sem mutat, később a fejecs belsejében az epiphysisporc mellett szigetszerű árnyékok jelzik a csontpusztulást, melyek a combnyakban fellépő hasonló foltokkal összefolynak, áttörve az epiphysisvonalat, úgyhogy a kórkép teljes kifejlődésekor a fejecs törmelékszerűen feloldódott s összenyomott. A végső stadiumban hengerszerűen ellapult vagy ismét gombszerűen kialakult fej a rövid, vaskos combnyakon ülve, közel kerül a tomporhoz. Az ellapult fejecshez, s ez a gyakoribb, az ízvápa hasonlóan idomul és gyógyulás után is visszamaradhat a gátolt távolítás, míg a másik esetben a működés teljesen visszaállhat. A súlyos elváltozások után a gyógyulási eredmény jónak mondható és tartós marad. Kezelésében három lehetőség van, melyek közül csak a palliativ és általános erősítő eljárásokkal elősegített önkéntes gyógyulás bevárása a helyes, mert a tehermentesítő kezelés hátránya az izomsorvadás elősegítése, míg a combfejecs korai eltávolítása az idősebb korban esetleg kifejlődő arthritis deformans megakadályozására utólagosan nem okoz kevesebb panaszt, mint az önként gyógyult esetek.

Egynéhány eltávolított combfejecsen végzett szövettani vizsgálatok alapján az osteochondritis defor-

mans coxae kórbonctanilag nézve is önálló kórképnek bizonyult, mert amellett, hogy bizonyos életkorhoz kötött és bizonyos idő multán rendszeresen lezajlik, az arthritis deformanssal szemben a folyamat nem az izületi porcból, hanem a fejecs belsejéből indul ki, ahol rostos-érdús és óriássejtekkel telt szövet pótolja a pusztult csontállományt. Az a tény, hogy az ostitis fibrosa Recklinghausen a diaphysisen megállási hajlam nélkül pusztítja a csontot, a nagy kórszövettani hasonlóság ellenére szintén különválasztható az osteochondritis deformanstól. A betegségnek oka a vizsgálatok eddigi eredményei szerint valószínűleg az, hogy a valamely fejlődési zavar miatt ellenállóképességében gyengült combepiphysisben jelentéktelennek tűnő külső behatás akár érmegszakadások, akár pedig kis embolusok folytán keringési zavart hozva létre, a csontállomány pusztulásnak indul. *Horváth B. dr.*

A typusos orsócsonttörés kezelése. Prof. *Port.* (Münch. med. Wochenschr. 1924, 12. sz.)

Bár az orsócsonttörés az összes törések közül a leggyakoribb, mégis a kezelésükben még ma is sok kívánni való marad, olyannyira, hogy a balesetstatisztikák csak 50%-os jó eredményt tudnak felmutatni. Általában a törés kórismézének felállítása nem ütközik nehézségbe, ha a jellegzetes alaki eltéréseket megtaláljuk. Ha az orvosnak nem áll Röntgen a rendelkezésére, ajánlatos minden olyan kéztőtáji sérülést, melynél a rándulás és törés közötti elkülönítés nem biztos, orsócsonttörésként kezelni. Eltolódás esetén a működés helyreállását csak pontos visszahelyezéssel érhetjük el, melynek menete a következő: erős kézháti hajlítás supinatióval, utána húzás mellett tenyéri behajlítás, majd pronálás és távolítás. A fájdalom miatt tökéletesen ez csak bódulatban vagy érzéstelenítésben érhető el. Évtizedek óta a rögzítés a *Scheede*-féle pistolysin által történt, azaz túlzott kézháti behajlításban és távolított pronatióban. Ma azonban, amikor a lágyrészsérülések fontosságát ismerjük, az ilyen töréseknél nem használhatjuk ezt a rögzítőhelyzetet, mert ez a feszítőizmoknak s a kézháti szalagoknak túlnyujtását hozza létre. Sokkal alkalmasabb az a helyzet, melyet *Zuppinger* az izületek középhelyzetének jelez s mely kisfokú kézháti hajlításban és az ujjak behajlításában áll. Ezt legjobban tenyéri gipszsínnel érhetjük el, mely a könyöktől a kézközépcsontfejecsekig ér s belefekszik a behajlított tenyérbe. A rögzítés három hétig tartson. Ehhez 8—10 nap mulva massage és mozgatási gyakorlatok társuljanak, melyeket, ha az orvos maga végzi, már az első napokban is el lehet kezdeni.
Horváth B. dr.

A gerincoszlop gümős megbetegedésének kórismézje és gyógykezelése. Prof. *Brünig.* (Deutsche med. Wochenschr. 1924, 14. sz.)

A háború utáni idők rossz gazdasági és egészségügyi viszonyai egyre jobban elősegítik a csont- és izületi gümőkór elterjedését. Miután az ugyancsak fokozódó angolkór a gerincoszlopot szintén megtámadja, sok esetben még Röntgen-kép segítségével is alig különíthető el kezdődő csigolyagyulladástól. Csecsemőknél a rendkívül nehéz vizsgálat miatt legjobb, ha langyos nedves szivaccsal megyünk végig a gerincoszlopon, keresve a fájdalmas pontot; ha hasra fektetve emeljük fel a lábakat, az angolkóros gerincoszlop áthajlik lordosisba, a gümőkórnál azonban 3—4 csigolya rögzítve marad. Figyelemmel kell lenni a csecsemő nyugtalanságára s az üléstől való húzódására. Idősebb gyermekeknél jellemző, hogy milyen félve és lehetőleg alátámasztott helyzetben igyekeznek a földről valamit felvenni. Felnőtteknél a legkülönbözőbb hasiszervek megbetegedéseit, késői angolkórt kórismeznek, pedig a gerincoszlop gümőkórjára jellemző, hogy a fájdalmasság teljes nyugalomban megszűnik. A tuberculin-próba positiv volta csak a legnagyobb elővigyázattal értékesíthető. Púp kifejlődése a háti szakaszon könnyen felismerhető, de nem úgy az ágyéki szakaszon, ahol az élettani lordosis elfedheti azt. A hidegtályogok megjelenése megkönnyíti a kórismézést, de ismerni kell a süllyedésnek irányait s a megjelenésnek lehetőségeit. Bénulások az alsó végtagok, hólyag és végbél részéről rendszerint a betegség előrehaladott szakának súlyos következményei. A kezelésben legjobbnak bizonyult a jól lordotizáló gipszágyban való fektetés, természetesen a fény- és légkezelés kihasználásával s az általános életviszonyok javításával egybekötve. Tályogokat punkálás után 10%-os jodoformglycerinnel töltjük meg, vigyázva a másodlagos fertőzés elkerülésére. A púpot a gipszágyban fokozatosan vastagodó vattapárnával igyekszünk kisebbíteni. Erőszakos visszanyomás *(Calot)* nem ajánlatos. A gerincoszlopnak műtéti rögzítése *Albee* szerint csak idülten lefolyó esetekben célszerű, ha a fájdalmasság nem akar megszűnni.
Horváth B. dr.

Gyermekorvostan.

A herpes és varicella aetiologiai összefüggése. *Amy M. Thoms.* (Metropolitan Asylums Board. Annual raport 1923—24.)

A varicella és herpes összefüggésének sokat vitatott kérdését egy igen érdekes eset kapcsán világítja meg a szerző, amikor egy herpes zosteres gyermekkel való közvetlen érintkezés nyolc gyermek varicellás megbetegedését eredményezte. Az eset a South-Western-kórház egyik teljesen izolált diphtheriás kórtermében történt, ahol másfél hónap óta bárányhimlőnek felismert esete nem fordult elő. Ebben a kórteremben az egyik diphtheriás gyermeken typikus herpes zoster fejlődött ki, dacára annak, hogy már volt varicellája. A fent jelzett nyolc gyermek 21—74 nap között váltakozó időn keresztül tartózkodott ebben a kórteremben, ami tehát kizárja, hogy ezek a gyermekek felvételük előtt fertőződhettek volna, amennyiben mindegyikük a herpes zosterrel való érintkezés utáni 15—20 napon belül betegedtek meg, ami igen jelentős, tekintve, hogy ez a varicella lappangási idejének teljesen megfelel.
Z. Fejér Ilona dr.

Az anyatejjel táplált csecsemők scorbutos megbetegedése. *H. Pogorschejszky.* (Zeitschrift f. Kinderheilkunde 35. köt., 5—6. füz.)

Egy 10 hetes, kizárólag emlőn táplált csecsemőnél hirtelen duzzanatok léptek fel a bal váll s a bal lábszár tájékán, ezenkívül multiplex abscessusok s egy streptococcus-phlegmone a nyakon, ugyanakkor a jobb combcsont spontan eltörött. Pár nappal később a jobb felső karcsont spontan törése és a foghús scorbutszerű elváltozásai jelentkeztek. Röntgen-vizsgálatnál különösen epiphysiselváltozásokat, megvastagodást, a periostemmok leemelődését látták, azonban scorbutra jellemző csontelváltozások nem voltak. A csecsemő kizárólag anyatejet kapott elegendő mennyiségben. Az anya főzelékfélét kielégítő mennyiségben élvezett, azonban a szociális viszonyai miatt tejet és vajat egyáltalán nem tudott szerezni. Luest a szerző kizárja. Szerző felveszi, hogy ezen elváltozásokat az anya részleges rossz táplálkozása miatt fellépő „A"-vitamin hiánya s nem a scorbut néven ismert „C"-vitamin hiánya miatt fellépő táplálkozási zavar okozta. A mesterségesen táplált csecsemők scorbutjától különbözik ez a megbetegedés egyrészt abban, hogy ily fiatal korban nem szokott jelentkezni a scorbut, másrészt és főleg a Röntgenvizsgálat eredménye tér el lényegesen a valódi scorbuttól. *Goldsmann Géza dr.*

Az enuresis nocturna különböző alakjai és gyógykezelése. *C. Pototzky.* (Zeitschrift f. Kinderheilkunde 37. köt., 1—3. füz.)

Az enuresis nocturnában szenvedő gyermekeket három csoportra osztja: neuropathiás, psychopathiás és intelligentiazavarban szenvedőkre. A psychopathiás gyermekeket négy alcsoportba osztályozza: 1. olyanokra, akik dacolók és az őket ért büntetés miatt szüleik bosszantására vizelnek be, 2. akik félelemből, 3. akik szórakozottságból és 4. akik nemtörődömségből vizelnek be. A neuropthiás gyermekeknél szellemi és testi nyugalmat ajánl, tanácsosnak tartja a korai lefektetés mellett a folyadék mérsékelt megszorítását. Villanyozástól tartózkodik, belsőleg kámfort és calciumot ad. A psychopathiás gyermekeknél milieuváltozástól és suggestiv therapiától látott legtöbb eredményt. Az endokrin mirigyek zavara folytán csökkent intelligentiával bíró gyermekeknél megfelelő organotherapiát ajánl. *Simkó Gyula dr.*

A diphtheria és vörheny utáni szívzavarokról. *F. Hecht.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 37. köt., 1—3. füz.)

Olyan gyermekek szívműködését figyelte meg, kiknél az évek előtt kiállott diphtheria- vagy vörhenymegbetegedés alatt a szív részéről rendellenességek voltak észlelhetők. Azon gyermekek közül, kiknél a diphtheria alatt volt észlelhető a szíven valami rendellenesség, 77·7%-ban volt még évek után is kimutat-

ható a szíven eltérés; azoknál pedig, akiknél a vörheny alatt észleltek a szív részéről zavarokat, évekkel a megbetegedés után csak 33·4%-ban volt még a szíven kisebb-nagyobb rendellenesség konstatálható.

Simkó Gyula dr.

A csecsemőkori tuberculosisos pseudoleukaemiáról. *Stöhr.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 28. köt., 6. füz.)

Egy eset részletes ismertetése kapcsán összefoglalja a *Baumgarten* által először leírt tuberculosisos leukaemia kórképét. Jellemző, hogy inkább csecsemőknél, esetleg 1—3 éves korban fordul elő; a nyakon, hónaljban, inguinalis hajlatban nem fájdalmas, elpuhulásra nem hajlamos mirigyduzzanatok jelentkeznek, amellett a vérkép lymphopeniát mutat. Leírt esetében próbaexcisiót is végzett és szövettanilag bőven epitheloid tuberculumok és tuberculosisbacillusok voltak kimutathatók.

Rohrböck Ferenc dr.

A juvenilis progressiv izomatrophia kezelése, mint avitaminosis. *Cuno.* (Deutsche med. Wochenschr. 1924, 35. szám.)

Fenti kórképet két fiútestvérnél észlelte. Mivel a therapia tehetetlensége ily esetekben általánosan ismert, legfeljebb villanyozás, massage, fürdők rendelhetők, szerzőnek *Abderhalden* galambkísérletei lebegve szeme előtt — hogy vitaminmentesen táplált galambok sem járni, sem repülni nem tudtak, sörélesztő befecskendése után pedig az állatok rohamosan megjavultak —, e két rossz prognosisú esetben élesztőt, csukamájolajat és lehető vitamindús táplálékot adott. Az eredmény meglepő volt: a járás sokkal biztosabb lett, a gyermekek kezeiket lendület nélkül, lassan is fel tudták emelni, megerősödött a törzsizomzat is, s a közérzet és biztonsági érzet a járáskor szintén lényegesen megjavult. Esetei conclusiójaként szerző a fenti kórképet mint avitaminos károsodást fogja fel.

Rohrböck Ferenc dr.

Elméleti tudományok köréből.

Kísérletek a rák keletkezésének biochemiája terén. *Bierich R.* és *Rosenbohm A.* (Biochemische Zeitschrift 1924, 152. köt., 192. old.)

A rákszövetnek a kötőszövetbe való beburjánzását physikai-chemiai alapon úgy magyarázzák, hogy a szénhydrattartalékoknak fokozott bomlása következtében fejlődő tejsav a hámszövetből a kötőszövetbe diffundál, ott bizonyos H-ionconcentratio fejlődik, mely kedvező arra, hogy a collagen rostok fehérjéje ionisatióját veszítse és kocsonyaszerű anyaggá alakuljon át. Ez az állapotváltozás előfeltétele a hámsejtek beburjánzásának. Viszont a fehérje említett bomlásának termékei visszahatnak a hámszövetre és a rákfejlődést befolyásolják.

Reinbold.

Besugárzás hatása specifikus antitestek képzésére. *Hartley Percival.* (Brit. journ. exp. pathol. 1924, 5. köt., 306. old.)

Typhusbacillus ellen és diphtheria ellen immunizált tengerimalacokat besugárzott higanygőzlámpával és szénívlámpával. Az eredmény negativ volt, amennyiben semmiféle fokozása az antitestképzésnek ezen besugárzások hatására nem volt kimutatható. Az eredmény ellentétben áll *Colebrook, Eidinov* és *Hill*nek egy leletével, amelyben azok a vér haemolytikus erejét gyorsan látták növekedni a besugárzás után, amit az ismételt vérvételek hatásának lehet tulajdonítani.

Verzár dr.

Toxikologiai kutatások az avitaminosis szolgálatában. *W. R. Hess.* (Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1924, 103. köt., 5—6. füzet.)

Az avitaminosis okának kezelésében *Hess* új utat jelölt meg, amikor tételének bizonyítására kísérleteibe a mérgeket vezette be. Természetesen olyan mérgeket, amelyek az anyagcserét befolyásolják, fokozzák, vagy csökkentik.

Ha a mérgek, amint azt különösen a kéksav hatásánál látta, hasonlatosságot, sőt majdnem egyezést mutatnak az avitaminosissal, ő jogosan véli a mérgek ismert hatásának eredményeit az avitaminosisra is vonatkoztani.

Kéksavval tudta a B-factor-avitaminosist, a madárberiberit megközelíteni.

A hasonlatosság a két különböző factor által előidézett hatásokban meglepő. A kéksavmérgezésben megtaláljuk a madárberiberi majdnem összes tüneteit.

Hess különösen a sejtlégzés lényeges csökkenésének tulajdonít nagy fontosságot és ebből iparkodik a többi tünetet is levezetni.

Galambokat helyez el általa konstruált ketrecekbe, amelyekbe szabályozható módon, levegővel mindig vegyítve, kéksav bocsájtható be.

Az állat lélekzetvételeinek száma majdnem mindig 20—30%-kal csökken, ami pedig a sejtlégzés kisebbedését jelenti; a madár továbbá felborzolt tollakkal, lehetőleg napos oldalon, a mozgások lehető kerülésével ül a rúdon, fölzavarva hamar dispnoë jeleit látjuk rajta.

Más, úgy a sejtlégzést fokozó, mint azt csökkentő gyógyszerekkel és mérgekkel (phosphat-injectio, phenilaethylamin, tyramin és thyreoglandol) kísérletezve, váltakozó és egymásnak ellentmondó eredményekhez jutott, amelyekről tiszta képet alkotni még nem lehet.

Annau Ernő.

A mellékvesék oxygenfogyasztásáról. *Broening A.* (Pflügers Arch. 1924, 205. köt., 571. old.)

Biedl, Dreyer és *Tschebogsarow* már régebben megállapították, hogy a nervus splanchnicus maior, vagy a nervus ischiadicus ingerlése fokozott adrenalintermeléssel jár. Ugyancsak fenti szerzők mutatták ki azt is, hogy az érzőideg (nervus ischadicus) ingerlésére csak akkor nő az adrenalin mennyisége a mellékvesevenákban, ha a nervus splanchnicus maior ép, mert elvágva a nervus splanchnicus maiort, a nervus ischiadicus ingerlése hatástalanná válik. Ezeket a kísérleteket megismételte és kiegészítette, megállapítván, hogy ezen idegek ingerlése, valamint thyreoidea- és pankreaskivonat hatására a mellékvesék O_2-fogyasztása miként változik. Közleményében a *Tscheboksarow*-módszer (l. részletesen az eredeti közleményben. Ref.) szerint, kutyákon végzett 122 kísérletéről számol be. A nervus splanchnicus maior és a nervus ischiadicus (csak sértetlen splanchnicus mellett) ingerlése úgy az O_2-fogyasztást, mint az adrenalintermelést fokozta. Ebből szerző azt is következteti, hogy az O_2-fogyasztás meghatározásával mérni lehet az adrenalinelválasztás nagyságát. Thyreoideakivonatok physiologiás adagjaira nő, nagyobb adagokra és pankreaskivonatok minden adagjaira ellenben csökken az O_2-fogyasztás. Szerző szerint ezen mirigykivonatok elsősorban a kéregállományra hatnak.

Klobusitzky.

A vagusközpont automatiájának kérdéséhez. *Smirnow A. I.* (Pflügers Arch. 1924, 205. köt., 687. old.)

Fenti címen szerző saját és társainak az orosz lapokban ezen kérdésről megjelent közleményeit ismerteti. Beszámol azon hatásról, melyet intravenásan adott Ca- és Mg-tartalmú oldatok *Jeliseef* kísérleteiben kutyák vérnyomására és szívműködésére kifejtettek. *Jeliseef* szerint ugyanis 0·05 g $CaCl_2$ pro testsúlykilogramm a vérnyomást 25—30 Hg-mm-rel emeli, a diastolét mélyíti, a szívlökések számát pedig a felére szállítja le. Körülbelül ¼ órával a Ca-injectio után a szív rythmusa visszatér a normalis állapotba és csak a fokozott vérnyomás marad meg. A Ca-injectiók után huzamos időn át tartó vérnyomásemelkedést calcium-phaenomennek (Caph.) nevezte el. Emelve a $CaCl_2$ adagját, 0·35—0·4 g pro kg a szív megáll s csak a vagus-átmetszéssel lehet az állatot megmenteni. 0·5 g-nyi adag után már a vagus-átmetszés dacára is elpusztul az állat. Mivel ezen kísérletekből nem derül ki, hogy a Ca a vagus és vasomotoros központra egymástól függetlenül fejti-e ki hatását, azért szerző ezen vizsgálatokat kiterjesztette spinalis állatokra is. A tünetek teljesen egyeztek a *Jeliseef* által leírtakkal, ami azt jelenti, hogy a Ca hatása az említett két centrumra egymástól teljesen független.

Egy másik vizsgáló *(Turbina)* Mg-tartalmú oldatokat tett hasonló kísérlet tárgyává, s tapasztalata szerint azok a $CaCl_2$-al teljesen ellenkező hatásúak. 0·5 g pro kg adagban alkalmazva ezek is halálosak. Később szerző s a fennebb megemlített vizsgálók macskákon végzett kísérleteik révén arra jöttek rá, hogy a Caph. kimarad, ha a narkosishoz nem morphiumot használnak. Macskák éppen ezért a Caph.-t nem is mutatják (morphiumérzékenységük ugyanis jóval kisebb, mint a kutyáké). A tovább folytatott kísérletekből az derült ki, hogy a nagyagyvelő eltávolítása *(Smirnow)*, sőt már a gyrus sigmoideus pars praecentralisának eltávolítása után is (curarebénításban) éppúgy mutatkozik a Caph., mint morphium hatására. Ezek szerint tehát különösen a gyrus sigmoideus pars praecentralisa hat gátlólag a vagus autonom központjára.

Klobusitzky.

Újabb adatok az adrenalinhatásnak fokozásához aminosavakkal. *Abderhalden E.* és *Gellhorn E.* (Pflügers Arch. 1924, 206. köt., 154. old.)

Szerzők már régebben kimutatták, hogy hidegvérűek szívének, vagy oesophagus simaizmainak az adrenalinérzékenysége erősen fokozódik nagyon híg aminosavoldatok hatására. Jelen közleményükben melegvérűek (tengerimalac) túlélő állapotban tartott belén végzett hasonló irányú kísérleteikről számolnak be. A vizsgálatokból kiderült, hogy az adrenalin hatása jelen esetben is jóval erősebb, ha elenyésző csekély mennyiségű (1 : 25.000—1 : 200.000) aminosavat adtak hozzá. Úgy az aliphásak, mint a homo- és heterocyklusosak kifejtik ezen fokozó hatást, azonban az egyes aminosavak különböző mértékben. Érdekes, hogy míg a glutaminsav hatásos, addig a rokon pyrrolidincarbonsav teljesen hatástalan. *Klobusitzky.*

A táplálék befolyása az epetermelésre. *Winogrodow A. P.* (Pflügers Arch. 1924, 205. köt., 590. old.)

Szerző a régen ismert *Schwann*-féle módszerrel végzett nagyszámú (körülbelül 150) állatkísérleteinek eredményét ismerteti. Fontosabb megállapításai a következőkben foglalhatók össze: 1. A termelt epe napi mennyisége, közönséges táplálkozásnál is, nagy (100%-os) ingadozásokat mutat. Az elválasztás főleg 4—5 órával az étkezés után emelkedik jelentősen. 2. Úgy az epe mennyisége, mint annak szárazanyagtartalma annál nagyobb, minél nagyobb az állat testsúlykilogrammra számítva azonban ezzel ellenkező. 3. Az epe mennyisége és összetétele független a bevitt folyadék mennyiségétől, ellenben függ a szilárd táplálék minőségétől és mennyiségétől. 4. Fehérje általában fokozza az epeelválasztást. Hús-, kenyér- és tejtáplálás, ha a bennük lévő fehérje mennyisége egyenlő volt, egyforma hatást fejt ki. Nagy feleslegben bevitt fehérje az első 9 napon át erősen fokozza az epe mennyiségét, s annak szilárd alkatrésztartalmát. Huzamos időn át folytatva e kísérletet, a fehérjék ezen fokozó hatása megszűnik. 5. Szénhydratszegény táplálék az epetermelést csökkenti. Normalis epeelválasztáshoz szénhydratok feltétlenül szükségesek, ami abból is látszik, hogy míg az egyoldalú zsírtáplálás alig befolyásolja az epe mennyiségét és összetételét (kissé hígabb és több epe termelődik huzamosan tartó, kizárólagos zsírtáplálásnál), addig az egyoldalúan fehérjével táplált állatoknak kevesebb és sűrűbb epéje képződik. 6. Kizárólagos növényi táplálkozás szintén nincs befolyással az epére. 7. Tejdiaeta az epe felhigulását és mennyiségének csökkenését idézi elő, azonban 3—4 nap mulva az epe ismét sűrű lesz. *Klobusitzky.*

KÖNYVISMERTETÉS

Études medico-radio-chirurgicales sur le duodenum. *Pierre Duval — Jean-Ch. Roux — Henri Beclère.* A párizsi egyetem ny. r. tanára *(Duval)*, egy belgyógyász *(Roux)* és egy röntgenologus *(Beclère)* közreműködésével igen értékes monographiát írt a duodenum betegségeiről, mely pompás kiállításban jelent meg Masson et Cie (Paris, 120. Boul. St.-Germain) kiadásában, 270 oldalon, 127 ábrával, melyek nagyrésze igen sikerült Röntgen-felvétel. A könyv ára 35 fr. = kb. 140.000 K.

Az első fejezet az epekőbetegséghez csatlakozó periduodenitist tárgyalja. Sorozatos Röntgen-felvételekkel majdnem mindig megállapítható epekőbetegségnél a duodenum kóros elváltozása, ami az összenövések következtében deformált és helyzetét megváltoztató bulbusban nyer kifejezést. Néha ezenkívül a bulbus nagygörbületén az összenőtt epehólyag lenyomata látható, esetleg a benne lévő kövek is. Gyakori a bulbus helyzetváltozása a rendestől felfelé, jobbfelé és hátrafelé, vagyis oldalfelvételnél többnyire jól látható a bulbus retropositiója. Fontosak az epehólyagkiirtás után, összenövések folytán fellépő duodenumpanaszok. Szerzők 7 műtét utáni esetnél végeztek sorozatos Röntgen-felvételeket, mert csakis ily fáradságos módon mutatható ki a periduodenitis, a bulbus deformatiója. 1 esetben az összenövések súlyos stenosist okoztak, úgyhogy gastroenteroanastomosist kellett végezni, a többi 6 esetnél egyformán megvoltak a periduodenitis röntgenologiai jelei, mégis 4 teljesen panaszmentes volt s csak 2-nél voltak enyhébb gyomorpanaszok, evés utáni fájdalom stb. A periduodenitis fellépésének korlátozása céljából kerülendő epekőműtétnél a tampon, elegendő gummi-drain behelyezése. Ha mégis periduodenitis fejlődik ki súlyosabb panaszokkal, gastroenteroanastomosis végzendő pyloruskirekesztéssel.

A második fejezet az essentialis periduodenitisről szól. Ennek oka bizonytalan, hol inkább fejlődési rendellenesség, hol chronikus gyulladás tételezhető fel. A periduodenitis felléphet a duodenumnak úgy felső, mint alsó, mesocolon alatti részén, de a felső alak gyakoribb. A röntgenologiai jeleket tekintve, a bulbus rendszerint anteponált, egyébként pedig épp oly változó deformatiót mutat sorozatos felvételekben, mint epekőbetegségnél. Érdekes, hogy ezen essentialis periduodenitisnél egyes esetekben, valószínűleg a pangás ártalma folytán, a szűkület felett ulcus duodeni fejlődik ki, ezért ennek műtétjénél a duodenum alsóbb szakasza szűkületre megvizsgálandó. A műtéti eljárást tekintve, a mesocolon feletti alaknál az összenövések szétválasztása után szabad csepleszátültetés kívánatos, amit *Duval* három esetben végzett teljes sikerrel, a mesocolon alatti periduodenitisnél pedig elegendő az összenövések szétválasztása, mivel azok nem képződnek ki rendszerint újból.

A harmadik fejezet tárgya a duodenum harmadik részletének a mesenterium-kocsány általi leszorítása. Szerzők boncolás útján 65 normalis, panaszmentes egyénnél 12 esetben lelapulást, 2 esetben kifejezett barázdát találtak a duodenumon az arteria mesentericának megfelelően. Enyhébb panaszok okozója az arteria colica media is lehet, különösen, ha a colon lelóg. A duodenumszűkület ezen leszorításos alakjára jellemző, hogy térdkönyök-helyzetben a fájdalmak megszűnnek. A szűkület következtében létrejövő duodenumpangás pankreatitis haemorrhagicát, cholangitist, gyomor- és duodenumfekélyt okozhat. Szerzők egy esetében is az arteriomesenterialis leszorítás mellett ulcus duodeni volt jelen. Ajánlatos minden esetben, amidőn ulcus duodeni miatt gastroenteroanastomosist akarunk végezni, az arteriomesenterialis szűkület jelenlétét tisztázni és ha az fennáll, a puszta gastroenteroanastomosis (valamint a Billroth II. is) ellenjavallt, mert az circulus vitiosushoz s a beteg halálához vezethet. A műtéti eljárás azon ritka esetekben, ha a szűkületet az arteria colica media okozza (colopexia), ha azonban valódi arteriomesenterialis leszorítás van jelen, úgy a duodeno-jejunostomia a választandó műtét. *Duval* a colopexiát 3, a duodeno-jejunostomiát 14 esetben végezte kifogástalan távoli eredménnyel.

A negyedik fejezet a duodeno-jejunostomia műtéti technikájával foglalkozik. A duodeno-jejunostomia végezhető a mesocolon alatt és fölött; az utóbbi esetben az oda- és elvezető szárak között külön anastomosis készítendő. Ha az arteriomesenterialis szűkületen kívül ulcus duodeni is jelen van és ezért a duodeno-jejunostomián kívül gastroenteroanastomosist is kell végeznünk; mindig a gastroenteroanastomosist végezzük előbb és azután az alantabb fekvő jejunumkacson a duodeno-jejunostomiát. Még célszerűbb eljárás (*Grégoire*, 1922), ha a két műtétet Y-alakban kapcsoljuk össze.

Az ötödik fejezetben szó van az ulcus duodeni röntgenologiai jeleiről. Szerzők leszögezik, hogy minden valódi duodenumulcusnál kimutatható sorozatos felvételekkel a bulbus deformatiója. A deformatio összetevői a következők: 1. a Haudek-féle fészek az ulcus helyén, 2. a kisgörbület retractiója, 3. a fészekkel szemben levő görbület spastikus bedomborodása, 4. az excentrikus helyzetű pylorus, 5. az ulcus előtti rész diverticulumai. Szerzők szerint a Haudek-féle fészek gyakran kimutatható, kimutatása a kórismére döntő, azonban egyáltalán nem bizonyítja azt, hogy a fekély penetráló. A kisgörbület retractiója, egyenesvonalúsága szintén többnyire kimutatható és igen jellemző. A fekéllyel szemben fekvő görbület spastikus betüremkedését *Akerlund* (1921) 106 eset közül 79-ben észlelte. A pylorus excentrikus helyzete ritkábban meglevő, csekélyebb értékű tünet. A fekély előtti diverticulumok úgy a kis-, mint a nagygörbületen elég gyakran láthatók. Ulcus esetén a kísérő periduodenitis következtében a bulbus többnyire dextropositióban van.

A hatodik, utolsó fejezet a szervezetnek a duodenalis pangás folytán fellépő intoxicatiójáit méltatja. Az intoxicatio jelei: nagyfokú lesoványodás, az arcnak földszíne, makacs feifájás, ezenkívül béltünetek, hányás és székrekedéssel váltakozó hasmenés. Ezen tüneteket a nyomás alatt álló duodenumbennék mérgező fehérjebomlási termékeinek felszívódása okozza. A műtét a szűkület miatti fájdalmakat azonnal, az intoxicatio tüneteit azonban csak lassankint, hónapok alatt szünteti meg. *Valkányi dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 21-i ülése.

Elnök: **Buday Kálmán.** Jegyző: **Gerlóczy Géza.**

Bemutatás:

1. **Rényi György:** *Mikrodissectiós eszköz és az azzal való dolgozási lehetőségek.* (Kézirat nem érkezett.)

Előadás:

Raisz Dezső: *Ventrofixatiók húsz évről.* (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

Frigyesi József: A műtéti javallat szempontjából egy véleményen van előadóval, a szóban levő műtétek kivitele és alkalmazása tekintetében álláspontja eltérő. 1. A bizonyosan szabad, nem nagy és nem előesett hátrahajlott méhet az *Alexander-Adams*-műtét kisebb veszély és kisebb behatás kockázatával éppen olyan jó eredménnyel gyógyítja, mint a ventrofixatio. A műtét kivitelét és sikerült voltát a görgeteg szalag jobb vagy rosszabb kifejlődése nem befolyásolhatja, mert itt is a szalag hasüri, legvastagabb részét használják fel. Kis gyakorlat után a szalag megtalálása nem jár nehézséggel. A műtét hege kozmetikus szempontból is kedvezőbb, mint a ventrofixatióé. 2. Teljes méhelőesést nem lehet ventrofixatióval gyógyítani, erre valók az úgynevezett prolapsus-műtétek, melyek közt több van, amelyik nem veszélyesebb, mint a ventrofixatio és sokkal jobb végeredményt ad. Ezekről legközelebb számol be az Egyesület nőgyógyászati szakosztályában. Ennek a két csoportnak kivételével, a többi méhhátrahajlást és süllyedést szóló is ventrofixatióval gyógyítja, de az egyszerűbb és általánosan használt *Doleris*-féle műtéttel. Talán ez magyarázza, hogy nemcsak a könnyű, mobilis esetekben, mint az előadó, hanem az összes 459 esetében adnexotomiával, appendektomiával stb. komplikált esetekkel együtt két exitus volt: 0·4% halálozás. 3. A hüvely és gát helyreállításánál csak a könnyebb esetekben tartja elegendőnek a régi *Simon-Hegar*-féle colpoperineorrhaphiát, minden nagyobb fokú süllyedés vagy előesés operálásánál fontosnak tartja a medencefenék izmainak, a gát mély haránt izmainak és a végbélemelő izomnak egyesítését, csak az utóbbinak elszigetelten való kikészítését tartja szóló is feleslegesnek.

Windisch Ödön: A méh retroflexiójának műtéti gyógyításánál tekintettel kell lennünk arra, hogy a retroflexio mobilis-e vagy fixált-e, hogy nem descendált-e, vagy prolabált a hüvely, nem süllyedt-e vagy esett-e elő a retroflectált méh. Fixált retroflexióknál csak az abdominalis műtéti correctio jöhet tekintetbe, mobilisnál akkor, ha a hüvely szűk vagy appendixet, valamely daganatot is stb. el akarunk távolítani. Ha a medencefenék képletei ellazultak, a hüvely tág, descendált vagy prolabált, esetleg a méh is elmozdult lefelé, akkor kitűnő eredményeket adnak a vaginalis eljárások, amelyek a laparotomiánál veszélytelenebbek, kozmetikus előnyük is van. Idős asszonyok nagy prolapsusaival kombinált mobilis méhretroflexiónál jól beválik a *Schauta-Wertheim*-féle interpositio. 50, így operált közül egyet sem vesztett el, egy recidivált. Fiatalabbaknál, ahol még szülést várunk, descensus vagy kisebb prolapsus mellett kitűnő eredményeket ad a *Dührssen*-féle vaginaefixatio. 150 ily módon operált betegből egyet sem vesztett el, 9 baj nélkül szült és az anteflexio is megmaradt. Ott, ahol szülést várunk, nem szabad a fundushoz közel fixálni és a sagittalisan megnyitott plicát gondosan külön el kell varrnunk, nehogy a terhességet és szülést zavaró sero-fibrosus összenövés jöjjön létre. Fontos, hogy a műtétet jó, kiadós hüvelygátplastika egészítse ki.

Lovrich József: A retroflexio kezelésében a két véglet korát élte át. Látta 30 év előtt *Martin* professzort egy délelőtt 5—6 vaginae-fixatiót operálni és átélte ezen operáltaknak borzalmas szülését. El is hagyták ezen beavatkozást mindenütt. 12 éve saját osztályán a mobilis retroflexiók kezelésénél a legszigorúbb conservativismusnak a híve. Mindig megnyitja a hasat és így végzi a műtétet, akár a ligamentum rotundumok megrövidítésével mellső plica képzésével, akár pedig *Doleris* szerint operál. A műtét alig tart 5—6 percnél tovább és bizonyosan ellenőrizheti nemcsak a méh helyes flexióját, hanem főleg azt, vajjon nincsenek-e összenövések, amelyeket *Alexander*-műtéttel sohasem lehet konstatálni. Így operált mindössze 60 esetet, halálozás nélkül. Másképen áll a dolog a fixált retroflexióknál. Ezek nagy részénél lezajlott adnextumorok vagy kérges összenövések rögzítik hátrafelé a méhet. Mielőtt ezeknek műtevéséhez fogna, elengedhetlennek tartja a thermopenetratióval való előkezelést. Csak ha 10—12 fűtést végeznek és ha semmi reactio a fűtés után nincs, csak akkor operálják a beteget. Miután eddig a thermopenetratiónak erre a célra való felhasználását nem alkalmazták másutt, ajánlja bő tapasztalása alapján ezen eljárást azért, mert ha activ folyamattal van dolgunk, úgy a fűtés a szunnyadó folyamatot felrobbantja: fájdalom a hasban, hőemelkedések, pulsusszaporodás stb. lépnek fel. Ez esetben operálni nem szabad. Ilyen előkezelés után operált a lefolyt évben 52 beteget, akik közül egyetlenegyet veszített el, szívdegeneratióval anélkül, hogy a genyes daganat peritonitist okozott volna. A prolapsus-műtéteknél a levator izmát már csak azért sem praeparálja ki és varrja össze, mert a hegekbe ágyazott és sorvadt izom összeöltése semmiféle eljárással nem tartja a varratokat, ezek átszakadnak. Miután ez az eljárás a célnak nem felel meg, így a régi jól bevált varrási mód mellett marad meg.

Mansfeld Ottó: A mobilis retroflexio legtöbbször alkati rendellenesség részletjelensége, csak akkor operálja, ha magtalanságot okoz. A fixált retroflexio a vele párosult adnexlobosodások folytán okoz panaszokat, kezelésében a lob idült vagy heveny volta szerint kell igazodni. A süllyedéssel járó hátrahajlások kezelésében a heroikus műtétektől általában visszatértek az egyszerűbb eljárásokhoz. A trigonum urogenitale helyreállítása, a hólyagfascia varrása, a medencefenék izomzatának összehozása magasabb vagy alacsonyabb vaginae-fixatio uterivel kombinálva (*Halban* módszere) feleslegessé teszi úgy az interpositiót, mint a laparotomia útján végzett rögzítéseket.

Pauncz Sándor: 1220 retroflexio uterit észlelt; mobil 885, fixált 335 volt. Pessariummal kezelt 135 esetet, gyógyult 3. Operált 336 esetet: mobil 244, fixált 92. A 224 mobil retroflexio közül *Menge* szerint 12 (kettő szült, egyik ötször); *Alexander-Adams* szerint 43 (4 szült); *Doleris* 136; ezek közül szült később: 9 egyszer, 2 kétszer, 1-nél rendes szülés után extrauterin graviditas; exohysteropexia sec. *Kocher* 2 eset. Vaginaefixatio 10; interpositio sec. *Wertheim-Schauta* + perineoplastika 39. A mortalitás nála: 0; totalexstirpatio per vaginam 2 eset. A 32 fixált retroflexio között volt 11 *Czerny-Leopold*, 1 *Olshausen*, 61 *Doleris*, 6 *Baldy*, 2 exohysteropexia *Kocher* szerint; supravaginalis amputatiót végzett 11 esetben (4 fibroma, 6 adnexitis, 1 extrauterin grav. miatt. A 285 laparotomia mortalitása 0; fonálgenyedés 2 esetben: 0·7%; az 51 vaginalis műtété szintén 0. A retroflexio műtétével egyidejűleg végzett: 19 curettet, 41 perineoplastikát (levator-varrattal), 6 colp. ant. + perineoplastikát; 6 extrauterin graviditást, 23 ovariotomiát cysta miatt; 81 appendektomiát, 1 cholecystektomiát, 3 discisiót és 1 colpopexiát. Komplikálta a gyógyulást 1 ureterfistula, melyet feltárt és zárult; 1 ileus fixált retroflexio után, relaparotomiával szintén gyógyult. Ajánlja az *Alexander-Adams*-műtétet és *Dolerist;* prolapsusoknál az interpositiót.

Bársony János: A tapasztalás azt mutatja, hogy a szolgálaton kívül helyezett izom elsorvad. Így sorvad a hosszabb ideig retroflexióban volt méhhez tartozó ligamentum rotundum s a szülés közben kinyujtott vagy beszakadt levator ani. Ezeket a sorvadt izmokat nehéz felkeresni, nehéz kivarrni és összevarrni s még ha sikerül is ez a varrás, nem fognak azok tartani. Ezért van az *Alexander-Adams*-operatiónak 15% recidivája. A levatorvarrásról az a véleménye, hogy legtöbbször csak besuggerálja magának a műtő, hogy a satnya, visszahúzódott izomlemezeket meglelte és egymással egyesítette. Minket ez a tapasztalás indított arra, hogy a különben könnyű és tetszetős *Alexander*-műtétet a magunk módja szerint végzett ventrofixatiójával a hátrahajlott méhnek helyettesítsük. Kellemetlen, ha egy műtét előtt csak annyi biztatást adhatunk az operálandónak, hogy 85% valószínűséggel valóban meggyógyul. A prolapsusokra temérdek és a képtelennél képtelenebb műtétet hoztak javaslatba. A vaginalis interpositio tarthatatlanságát maga *Wertheim* demonstrálta azzal, hogy mindig nagyobb és nehezebb műtétekkel akart rajta javítani. Szóló azt tartja, hogy a korrigáló műtétekkel a természetes állapotot iparkodjunk helyreállítani és pedig a lehetőségig enyhe, olyan műtéti beavatkozásokkal, melyeknek nincsen mortalitása. Ilyen az előadó által ismertetett, a klinikáján alkalmazásban levő műtéti modor. Retroflexio ellen szük-

ség esetén a „saját" retrofixatiója, prolapsus gyógyítására meg kiadós colpoperineorrhaphia; az ivarkoron túl, nemi életet nem folytatókban nagy megszűkítésével az egész hüvelycsatornának, még ivaréletet élőkben pedig a mérsékeltebb colporrhaphia felett a méh mell felé való rögzítése is az elmondott módon. A műtét rövid idő alatt könnyen végezhető és életveszéllyel nincsen összekötve.

Tauffer Vilmos: Ha *Hegar*, a méhelőesés operativ gyógyításának úttörője az előadást és eszmecserét hallaná, megelégedéssel töltené el, hogy az ő 48—50 év előtt kidolgozott módszere nagy körforgás után visszatért eredetéhez. Szóló, aki kb. 40 év előtt e helyen beszélt e betegség gyógyításáról, megjegyzi, hogy a műtők gondolatiránya a méhelőesés gyógyításának lényegét illetőleg egy tekintetben eltérő *Hegar* eredeti methodusától; a retroflexio egy bizonyos előző stadiuma a prolapsusnak. Az előadó és a hozzászólók is a méh rögzítésének minél tökéletesebb módját igyekeznek megállapítani és a módszereknek oly sokféle változatait emlegetik, melyek között magát kiismerni még a specialistának sem könnyű; a retroflexio sikeres gyógyítása nem is a rögzítés minél jobb módjában rejlik. A méh a medencében egy mindig mozgékony szerv, mely az ő rendes anteflectált helyzetébe a hólyag és végbél megtelése és kiürülésével, főként a méhkeresztszalagok és a görgeteg méhszalagok működése folytán tér vissza. A szerzett retroflexio (a prolapsus előstadiuma) idején a méh elhagyva magassági helyét, bizonyos mértékben lefelé süllyed és a medence tengelyébe kerül és csak a kísérő elváltozásoktól (a medencebőnye és a medencefenékben) függ, hogy lesz-e belőle méhelőesés vagy sem. Azért nem az a legjobb műtéti mód, amelyik a méhet a legjobban rögzíti, hanem amelyik a méhet kiemeli a medence tengelyéből és anteflectált helyzetét mozgási képességének minél jobb megtartásával biztosítja. Mindannyian megegyezünk abban, hogy e kettős célnak legjobban a ventrofixatio és a minél jobb gátképzés útján felelhetünk meg, úgy, amint azt *Hegar* és *Olshausen* tanította, legfeljebb azon módosítással, hogy a *Doederlein-Krönig*-féle levator-varrat gondolatának megfelelően sokkal tömegesebben öleljük fel oldalról a gátizmot és bőnyét varratunkba, ezzel gondoskodva septum-recto-vaginale tartóképességéről, melyen a ventrofixatio útján anteflexióba hozott méh pelottaként nyugszik.

Tóth István: A tüneteket adó retroflexiót megoperálja, közvetlenül a gyermekágy után gyűrűt alkalmaz, valamint azoknál, akiket valamelyes ok miatt nem célszerű operálni. A ventrofixatiót módosítással *Doleris* szerint végzi s a ligamentum rotundumokat a hasfal rétegein áthúzva a fasciához rögzíti, emellett a méh tetejét a hólyag vertexének hashártyájához rögzíti 3—4 catgut-varrattal, így kizárja bélkacs becsúszását. Hét év alatt 317-szer varrták fel a hátraesett méhet, köztük 31 rögzített volt (22·5%), 155-ször (49%) süllyedés miatt hüvelyi plastikát is végeztek, 87-szer (27%) beteg volt az adnexum, s 43-szor (13·6%) az appendix. Mindezeket csak hasmetszés útján lehet felismerni és corrigálni. Műtéti halálozásuk 0%. Ahol a fogamzás kizárt volt (kétoldali salpingektomia után), ott a *Leopold*-féle eljárás szerint, a méh tetejét varrták a hasfalhoz. 136 esetet vizsgáltak meg utólagosan; recidiva nem volt. 3 esetben a méh egyenes állásban, vagy mérsékelten reclinálva volt. A 136 eset közül 31 lett terhes, 21 a klinikán szült minden baj nélkül. 95%-a a betegeknek gyógyultnak érezte magát. Ami a hiányos medencefenék helyreállítását illeti: a colporrhaphia anteriort cystokele esetén a hólyagfal redőzésével köti össze. A colpoperineorraphiánál a végbél hátratolása után összevarrja 3—5 erős varrattal az izmokat, a hüvelyfal varrása már csak a seb fedésére szolgál. Nem a szeméremrés szűkítése, hanem a medencefenék helyreállítása a lényeg, nem praeparálja ki az egyes izmokat, ez szükségtelen, de a sérvszerűen szétvált izomnyalábokat átfogva gondosan összevarrja. A méh-hüvelyelőesés-operatiónak csaknem minden újabb módosítását végigpróbálta s egyes esetektől eltekintve, visszatért a régi *Hegar*-féle eljáráshoz, kiegészítve a medencefenék gondos helyreállításával. Vaginaefixatiót csak a climaxban végez; a hangzatos, komplikált fixatiókat nem egyszer életveszélyesnek tartja, a legtöbb távolról sem állítja helyre a physiologiás viszonyokat. Alkalmas esetben, nem túlságosan nagy méhet interponál; öreg asszonyok teljes prolapsusát a veszélytelen és biztosan tartó *Le Fort*-műtéttel szünteti meg. Méhelőesésnél az élettani viszonyokat teljesen helyreállítani műtéttel ma még nem tudjuk, de az ismeretek közül általános gyakorlatra csak azon eljárások alkalmasak, amelyek nem túlságosan szövődményesek, de főként nem életveszélyesek.

Raisz Dezső: A Közkórházi Orvostársaságban bemutatott eredmények nem látszanak eléggé igazolni *Frigyesi* azon álláspontját, hogy a mobilis retroflexio műtéti therapiájában előnyt kell adni az *Alexander-Adams*-műtétnek a ventrofixatióval szemben. A két műtét eredménye között nagyon sok a különbség. Ott csak 65% lett panaszmentes a műtét után, nálunk 97·5%. A két műtét között tehát 32·5% a különbség. Előadó statisztikájában „javult" rubrika nem is szerepel, mert mobilis retroflexiónál, ha helyes a műtéti indicatio, a hátrahajlás megszüntetésével a panaszoknak is meg kell szűnni. *Tauffer* tanár hozzászólására megjegyzi, hogy az ismertetett ventrofixatio, ha az uterust a hasfalhoz öltő silk helyes magasságban van feltéve, a méhnek terhesség alatti növekedését egyáltalában nem zavarja, amit bizonyít is az operáltak teljesen normalisan lefolyó terhessége és szülése. Ezzel szemben más intézetben, tehát más módon operált, de náluk szült négy asszony közül kettőnél renyhe fájások miatt fogóval kellett a szülést befejezni. Minden okuk megvan e műtétet továbbra is kiterjedten alkalmazni, mert ettől mindig csak jót, rosszat sohasem láttak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának február 16-i ülése.

Bemutatás:

1. **Rényi György:** *A velős idegrostok szerkezete.* Mikrodisectiós eszközzel megállapította, hogy a tengelyfonál állománya puha, elastikus gél, mely a Ranvier-féle befűződéseknél tömörebb, sókkal szemben ellenállóbb. A neurilemma a tengelyfonálhoz tapadó folytonos hártya, ezzel organikus összeköttetésben nem áll, míg a réteges szerkezetű myelin azzal szervesen összefügg. A myelint a tengelyfonálból származtatja.

Keller Kálmán: Növényi sejtek és kötőszöveti rostok hasonló viselkedést tanusítanak hypertoniás oldatokkal szemben. Physikalis-chemiai módszerekkel az eredmények kiegészíthetők.

2. **Ráth A. Zoltán:** *Familiáris izomatrophia.* 28 éves, astheniás, degenerált nőnél 12—20 éves korig *Charcot-Marie-Tooth*-féle symmetriás izomatrophia fejlődik, jelenleg progressiót nem mutat. Localisatiós elváltozások az elülső szarvakban, hátsó kötelekben vehetők fel, emellett a környéki idegek atrophiája és degeneratiója is szerepelhet. A betegség négy generatión át mint genotypus mutatható ki; ezen domináns átöröklődési jelleg mellett, recessiv módon psychosisok is átöröklődnek. Elmebetegek az anyai dédapa, az anya, fivére és nővére, a bemutatott beteg schizophreniás. Izomsorvadása volt a dédapának, nagyanyának, az anyának, ennek fivérének. Eset az izomatrophia heredodegeneratiós jellege mellett szól.

3. **Ranschburg Pál:** *Moralis defectussal járó, koponyaműtét útján javított súlyos neuro-, illetve psychopathia két esete. A) Csavargási ösztön és antisocialis tendentiák műtétileg megjavított esete 9 éves fiúnál.* Súlyosan terhelt, albinós, nystagmusos, intelligens fiúnál az első életévben eklampsia, ötödik évétől csavargási ösztön, hazudozás, lopás, 6—9 éves korban felügyelet ellenére hetente több napot és éjet kóborlásban töltött, többnyire rendőr hozta haza. A poliklinikán kéthavi megfigyelés alatt antisocialisan viselkedett. Hydrokephalia miatt Anton-Braman-műtét *(Lobmayer).* Egy évvel a műtét után egyetlen szökés; a műtét után lefolyt 3¼ év alatt, indulatosságtól eltekintve, kifogástalan viselkedés, elég jó iskolai előmenetel.

B) *Koponyatraumás eredetű súlyos cephalalgia s moralis imbecillitásszerű állapot műtétileg javított esete 22 éves férfinál.* Három éves korában bal homlokcsont sérülése, hosszas genyedéssel; utána csillapíthatatlan heves főfájások, nyugtalanság, elkóborlás, dühösség, foglalkozásra való képtelenség, dorbézolás, hazudozás, csalárd pénzszerzés. Hosszabb megfigyelés után a heges rész felszabadítása s csekély öszenövések felszabadítása

(Lobmayer); ezzel a fejfájások végleg megszűnnek, értelmi és erkölcsi élete helyreáll; atyja üzletében kifogástalanul tevékenykedik. Két esete bátorította a műtéti kísérletre. Eseteiben feltevése szerint a mechanikai inger a betegséget súlyosan psychopathiás talajon váltotta ki, minden kezeléssel dacolt, míg sebészi beavatkozás az ingert megszüntetvén, az asocialis és antisocialis viselkedése gyógyulásszerűen megjavult.

Sarbó Artúr: A bemutatott esetek közös vonása az epilepsiás jelleg. Mindkét esetben kis korban frász, majd poriomania, indulatkitörések. Az esetek hátterét valószínűleg meningitis serosa képezi. Ily esetekre az epilepsia genuina secundaria megjelölést ajánlotta. Ilyen esetekről a szakosztályban beszámolt. Ajánlja trepanálás előtt a többször megismételhető ú. n. „Balkenstichet".

Lobmayer Géza: Anton-Bramann műtétnél nem operativ sérülés okozott liquorcsurgást. A lamina vitreával összenőtt durát leválasztotta és a csonttörés éles voltára való tekintettel zsírszövetet helyezett a csont és dura közé.

Fischer Ignác: A bemutatott esetek organikus laesión alapulnak, így műtétileg gyógyíthatók voltak. A valódi imbecillitások, melyek veleszülettek, valószínűleg fejlődési zavar folytán keletkeznek, s teljesen gyógyíthatatlanok.

Ranschburg Pál: Zárszó.

A Magyar Röntgen-Társaság február 9-i ülése.

Elnök: **Holits R.** Jegyző: **Révész V.**

Bemutatás:

Schiffer Ernő: *Kóros csonttörékenység ritkább esete.* 4½ éves kisleány esetét mutatja be, ki életének 8. hónapjától kezdődően a 2. éve végéig, igen nagyszámú csonttörést szenvedett a végtagok nagy csöves csontjain; a törések úgyszólván néhány hetes időközökben ismétlődtek. A gyermek, a fracturákkal kapcsolatos fájdalmaktól eltekintve, élénk volt és jól fejlődött. A törések következtében beállott nagyfokú végtagelferdülések miatt correctiós műtéteket végeztek. A 2. életév vége felé újabb törés nem volt. A Röntgen-képeken több, lezajlott rachitis mellett szóló, stigmán kívül (pl. egyes helyeken az epiphysis csont-porchatár kiszélesbedett és kissé egyenetlen stb.) feltűnő a csöves csontok corticalisának, főleg a tibiák metaphysisein észlelhető nagyfokú megvékonyodása és a spongiosa laza szerkezete. A régi törések és osteotomiák nyomai, a kisebb-nagyobb elhajlásoktól eltekintve, a képeken már nem láthatók, kivéve a jobb alkaron, ahol a radius distalis végén egy álizület maradt vissza. Ezen elváltozások mellett több fejlődési rendellenesség is látható a csontokon. Így a bal alkaron radioulnaris synostosis van; a jobb radius fejecse csak csökevényesen fejlett; a jobb fibula felső vége 3 cm-rel lejebb izesül a tibiával, mint a baloldali, ahol az izesülés rendes. Mindkétoldalt alul erős tibio-fibularis synostosis látható (ezen helyeken azonban osteotomia volt, úgyhogy a művi eredet nem zárható ki). A folyamatnak csupán a végtagcsontokra való lokalizálódása és főleg a metaphysiseken észlelhető elváltozások (corticalis megvékonyodás) az osteopsathyrosis idiopathica néven leírt kórképnek felel meg, amely az osteogenesis imperfectától csupán annyiban különbözik, hogy a születés utáni hónapokban, vagy években, hosszabb vagy rövidebb időre, esetleg ismételten jelentkezik. A megbetegedésnél congenitalis factorok játszanak közre. Primaer mesenchymalaesiót tételeznek fel, amihez támpontul szolgál, hogy néhány eddig észlelt esetnél más mesenchyma-eredetű képletnek fejlődési anomáliáját is észlelték (pl. a sklerán, a hallószerven stb.) A bemutatott esetben magán a csontrendszeren vannak egyidejűleg fejlődési rendellenességek.

Előadás:

Justus Jakab: *A bőr Röntgen-sugár okozta sérüléseiről.* Ebből a tág themakörből csak a klinikai részt kívánja pontosabban előadni, főleg saját betegein való megfigyelései alapján. Képekben és moulage-okban egymásután mutatja be az acut Röntgen-dermatitis, chronikus Röntgen-elváltozások typusos alakjait, kiemeli a pathognostikus elváltozásokat, az atrophiát, illetve hegesedést, a pigmentcltolódást és szaporodást, a hámrétegek sokoldalú elváltozásait. Több beteget demonstrál a Röntgen-ulcus kórképével és más számosat a bőrelváltozások alapján fejlődött Röntgen-cancerrel. Majd sorra veszi azokat a kórképeket, melyeket hasonlatosságuk, úgy megjelenésükben, valamint lefolyásukban a Röngen-dermatitishez rokonnak mutat. Ezek: a xeroderma pigmentosum, a Bowen-féle megbetegedés, a Paget-féle kór, a kraurosis vulvae, a leukoplakia mucosae oris és némely formája az arsen okozta keratosisnak. Úgy klinikai képben, valamint a végkimenetelben, a rákossá változásban, ezek a kóralakok valószínűvé teszik, sőt némely részben egyenesen megkövetelik, hogy a röntgenes bőrelváltozásokkal egy rokon csoportba foglaltassanak.

Révész Vidor: Rámutat a prophylaxis rendkívüli fontosságára, az átvilágításokat tökéletes adaptióval kell megkezdeni, szűrővel dolgozni stb. Nagyon fontos nemcsak kezelések, hanem vizsgálatok előtt is alaposan kikérdezni a beteget megelőző röntgenezések iránt, gyanú esetén nyomatékosan figyelmeztetni az annak elhallgatásából származható komoly következményekre. Szükségesnek tartja ilyen irányú figyelmeztető táblák kifüggesztését a váróhelyiségekben. Fontos az exact dosirozás, az apparatus constans működése, ami a mai erős napi áramfeszültségingadozások mellett, igen éber ellenőrzést és megfelelő mérő- és szabályozó eszközöket követel. A beteget kezelés után nyomatékosan figyelmeztetni kell minden olyantól való tartózkodásra, ami a röntgenezett bőrnek árt. Betegeinek nyomtatványban adja át a figyelmeztető és tájékoztató iratot, amit a beteg aláírásával igazol.

Polgár Ferenc: Rámutat azon adatokra, melyek szerint a Röntgen-kezelt lupus vulgaris gyakrabban degenerál malignusan, mint az egyébként kezelt *(Rothmann).* Előadó két hasonló esete is megerősíteni látszik ezen észleléseket, teljesen azonban nem nélkülözhetjük, még ezen eshetőségre való tekintettel sem, a Röntgenkezelést lupusnál.

A Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosai február 13-i ülése.

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Brana János.**

Friderich Vilmos tanár, főorvos megnyitja az ülést, rámutat arra, hogy egy éve annak, hogy tudományos ülések tartatnak a pénztár kebelében. Tíz előadás és 30 bemutatás a legkülönbözőbb tudományágakból, szemmeltartva főleg a pénztári vonatkozásokat, mutatja az intensiv működést, amelyet a résztvevők kifejtettek. Ezen évforduló alkalmából *Dollinger* tanárt kértük fel, hogy általános érdekű előadással tiszteljen meg bennünket. Ő e megbízást szívesen vállalta. Méltatva a meghívott nagy érdemeit úgy tudományos, mint orvostársadalmi téren, üdvözli meleg szavakkal a meghivott előadót.

Dollinger Gyula tanár a csontok és izületek gümőkóros megbetegedéseiről tart előadást. Történeti áttekintést adva a csont- és izületi gümőkór régi kezelési módjairól, kiemeli főleg azt, hogy *Balassa* már 1852-ben az izületek immobilisatióját tartotta fontosnak, szemben az akkor divatos activ operativ kezeléssel. *Balassá*nak ez az álláspontja akkor feledésbe ment, mígnem *Dollinger*, látva az operativ kezelés szomorú eredményeit, visszatérve *Balassa* eszméjére, kidolgozta a csont- és izületi tuberculosis kezelésénél ma általánosan elfogadott conservativ módokat. Ismerteti az általa szerkesztett különböző támasztó- és rögzítőkészülékek indicatióit, azoknak anatomiai és functionalis alapelveit. Kiemeli a csonttuberculosis kezelésénél az általános kezelés fontosságát, különösen a heliotherapiára tér ki, melyet klinikáján ő már ezelőtt 30 évvel alkalmazott. Szemben *Rolier*-vel hangoztatja, hogy napkúrákat nemcsak magaslati helyeken, hanem egyebütt is lehet sikeresen a megfelelő adagolással, alkalmazni. Fontosnak tartja még az általános socialis viszonyok javítását, a diaetatherapiát és egyéb roboráló eljárásokat.

A Magyar Urologiai Társaság február 16-i ülése.

Elnök: **Illyés Géza.** Jegyző: **Farkas Ignác.**

Bemutatások:

1. **Faragó Zsigmond:** *Idegentestek a hólyagban.* Középkorú nő, pessarium occlusivumot az urethráján át a hólyagjába tolt, amely incontinentiával járó súlyos hólyaghurutot okozott. 82 éves férfi hólyagjából egy incrustált katheterdarabot nagyfokú vérzés miatt kellett eltávolítani. 35 éves nő hólyagjából egy incrustált tampont távolított el a húgycsövön keresztül, amely vaginalis műtét után kerülhetett a hólyagba és ott aztán súlyos hólyagzavarokat és hólyag-hüvely-sipolyt okozott. Az idegentestek eltávolítása után mind a három esetben teljes gyógyulást ért el.

Éhn Rudolf: Az utóbbi években az urologiai klinikán észlelt következő, ritkábban előforduló idegentesteket mutatja be: incrustált hajtű, tyúktojásnyi kő, amelynek magvát srapnellgolyó képezi, onania alkalmával hólyagba csúszott viaszdarab, incrustált kacsagége, amely ugyancsak onania alkalmával csúszott a húgycsőből a hólyagba, végül egy vastag csonttű, amelynek végére fonál volt kötve. Ez utóbbit a beteg húgycsőtágítás céljából a húgycsövébe dugta és így került a hólyagba. Hangsúlyozza, hogy ha csak lehet, Young-féle eszközzel, cystoskopos controll mellett távolíthatjuk el az idegentesteket.

Wellisch Béla: Egy 6 cm hosszú, ceruzaalakú testet és egy 3 cm hosszú, 20 mm vastag törékeny faágat mutat be, amelyet *Ráskai* osztályán távolítottak el műtét útján a hólyagból.

Farkas Ignác: Röntgen-képeket mutat be, amelyen 10 éves leány hólyagjában egy hajtű látható. Az idegentest húgycsőtükrön át nem volt konstatálható, mivel azt a sarjszövet teljesen elborította a hólyagban. Felső hólyagmetszéssel távolította el.

Remete Jenő: Négy idegentest-esetéről számol be, többek között egy tamponról, amely műtét után kerülhetett a hólyagba. Felhívja a figyelmet arra, hogy felülésnél a hasprés nyomást gyakorol a hólyagra és negativ nyomás folytán a hólyag beaspirálhatja a praevesicalis ürben elhelyezett tampont.

Boross Ernő: Kisleány hólyagjából eltávolított ökölnyi kőről számol be, amelynek magvát idegentest képezte.

Blum Simon: Egyik esetben egy 6 cm-nyi tűt, egy másik esetben pedig egy szénaszálakat tartalmazó követ távolított el a hólyagból, *Haberern* osztályán.

2. **Lobmayer Géza:** *Ureterlekötés után 8 év mulva eltávolított hydronephrosisos vesezsák.* 43 éves nőnél abdominalis totalexstripatiót végeztek 8 évvel azelőtt. A bal ureter 6 cm magasságban elzárt volt. Bal oldalon a mesogastriumban csecsemőfejnagyságú tumor. A bal vese és ureter feltárásánál egy tiszta vizelettel feszülésig telt vesezsákot, férfiökölnyire kitágult vesemedencét és ujjnyi vastagságú transparens uretert talált. A vesét a lekötött ureterig eltávolította és a beteg meggyógyult. A praeparatumot bemutatja.

Faragó Zsigmond: *Alapi* osztályáról két hydronephrosis-esetről számol be, amelyek gynaekologiai műtétek után keletkeztek. A vesék eltávolítása után teljes gyógyulás.

3. **Boross Ernő:** *Gonorrhoeás trismus, csigolya- és izületi gyulladások gono-yatrennel kezelt esetei.* 39 éves férfi többször kiújult húgycsőgonorrhoeája után a térdizületben kezdődő, a végtag összes izületeire, a gerincoszlop összes csigolyáira és az állkapocsizületre ráterjedő izületi gyulladások miatt, három hétig tartó szájzárt kapott. Miután dacára az alkalmazott tej-, serum-, kén- és calciumkezelésnek, a beteg állapotában javulás nem állott be, összesen 8 esetben 2 cm^3-nyi gono-yatrenbefecskendezést végzett. A harmadik befecskendezés után a szájzár megszűnt, az izületi lobok javultak. Minden befecskendezés után hidegrázás, magas lázak, hányási inger és főfájás mutatkozott. A húgycső állapota a befecskendezésekre nem javult és így localis kezelést igényelt. Kiemeli, hogy az anaphilaxia elkerülése céljából a befecskendezések 5 naponként végzendők és az érzékenységet a farizomba adott ½ cm^3-nyi kutató adaggal állapítja meg. Gonorrhoeás szövődményeknél és izületi loboknál az eredmények feltűnően jók.

Wellisch Géla: Opistotonussal és meningealis tünetekkel járó súlyos gonorrhoeás izületi gyulladásnál az intravenás artigonbefecskendezés collargollal való combinatiójánál látott jó eredményeket.

Wohl Márton: A gono-yatrent célszerű combinationak tartja zárt gonorrhoeás esetekben (epididymitis, prostatitis, arthritis). Legcélszerűbb a vaccinákat (artigon) tejjel kombináltan alkalmazni.

Stiller Jenő: A gono-yatren alkalmazásánál igen fontosnak tartja a megfelelő dosist.

Előadás:

Borza Jenő: *A vesefunctionalis vizsgálatokról, különös tekintettel a kryoskopiára.* Az egyoldalú megbetegedéseknél a szeparált vizelet fagyáspontcsökkenése és az indigokarminkiválasztás intensitása, valamint megjelenési ideje megmutatja, hogy melyik a kóros oldal és milyen mértékű az insufficientia. A kétoldali megbetegedéseknél pedig megmutatják, hogy melyik a jobb, illetve rosszabb működésű vese. Noha absolut számokban kifejezhető értéket nem ad, de relativ mértékben legértékesebb vizsgálati módnak bizonyult a kryoskopia. A vérsavó Δ-ja normalisan 0·55—0·57-ig terjed, 0·60—0·61 a legfelsőbb határ, amelyen belül műtétet végeznek az urologiai klinikán.

A restnitrogenmeghatározás eredménye (250 eset), amellyel párhuzamosan a vérsavó Δ-ját is meghatározták, úgy a klinikai képhez, mint a többi vizsgálati értékekhez viszonyítva többször ellentmondó eredményeket adott. Éppen ezért műtéti indicationál óvatosságra van szükség. Az *Ambard*-constans (141 eset), amellyel kapcsolatban a vérsavó Δ-ját is meghatározta, gyakorlatilag nem vált be. *Ambard* szerint, csak 5—6%-nyi működésképes veseparenchymát mutató esetekben, a vérsavó Δ-ja alapján végzett műtétek után a betegek meggyógyultak. Kétoldali vesemegbetegedésnél 0·59—0·60 terjedő vérsavó Δ mellett végezhető radicalis műtét. Prostatahypertrophiánál, ha a vérsavó Δ-ja 0·61-nél nem több és a koncentrált és higitásos vizelet fajsúlya között 6—8 egységnyi különbség van, s az intragluteális indigokarminbefecskendezés 10—15 percen belül halványan, 20—25 perc mulva intensivkéken jelenik meg és a RN. nem mutat feltűnő megszaporodást, a műtét elvégezhető, ha azt a beteg tüdő-, szív- és érrendszerbeli állapota különben nem kontraindikálja.

Keve Ferenc: A *Korányi* által bevezetett kryoskopiának az előadó által megállapított jó eredményeit hangoztatni kell, mivel külföldön ez az eljárás nem tudott megfelelő teret hódítani. Tudomása szerint *Kümmel* az egyetlen, aki a vérkryoskopiát műtéti indicatióknál felhasználja.

Unterberg Hugó: A vizeletfagypont meghatározásánál a fagyasztást gyorsabbá és egyenletesebbé tevő aetherköpeny alkalmazását ajánlja. *Kümmel* álláspontját, amely szerint a vizelet separatiójára súlyt nem kell fektetni, nem tartja helyesnek.

Kertész Tivadar: A vérserum fagypontjának meghatározásánál pontosan és exactan kell eljárni, mert könnyen csúszhat be hiba. Szerinte pontos eredményeket ad a chlormeghatározás is, amely a *Korányi* által ajánlott „kalte Veraschung"-eljárással végezhető.

Egyedi Dávid: Az indigokarmin intramuscularis alkalmazása helyett az intravenást tartja jobbnak, amely gyorsabb. Ajánlja 6%-os oldatból 1 cm^3-nek befecskendezését, amikor is 5 perc mulva a festék már megjelenik.

Boross Ernő: Tapasztalata szerint a vizelet genytartalma a methylenkék kék színét redukálja, azért jobb az indigo.

Ráskai Dezső: *Kümmel* a vérkryoskopia kiterjedt használata mellett, mint a legutolsó kongresszuson hangoztatta, a szeparált vizelet fagypontjának is tulajdonít fontosságot.

Keve Ferenc: Az indigokiválasztásnál a vizeletkiválasztás rythmusára is figyelni kell, amelyet *Völcker* már régebben hangoztatott.

Borza Jenő (zárszó): Míg a vizelet fagypontjánál kisebb hibák nem fontosak, addig a vérserum fagypontjának meghatározásánál nagyon pontosnak kell lenni. A serumot nem szabad túlhűteni, legfeljebb csak egy fokkal a várható fagypontnál. Az *Egyedi* által felhozott intravenás eljárásnak éppen a gyors kiválasztás a hátránya, mert a jó vese az összes festékanyagot rövid idő alatt kiválasztja, miáltal a másik vese relativ, rosszabb voltáról nehezen győződhetünk meg.

A Charité Poliklinika február 20-i ülése.

Elnök: **Gerber Béla.** Jegyző: **Szemző György.**

Bemutatás:

1. **Balassa László:** *Röntgen-besugárzással kezelt epilepsia-esetet* mutat be. A 8 éves fiúnál kétéves kora óta napi 2—20 typusos epilepsiás rosszullét van, amely bróm-, vagy luminalkezeléssel alig befolyásolható. Három, a koponyatetőre és bregmatájra alkalmazott 1/3 ED. erősségű Röntgen-besugárzás után három héttel [egyiedjű kisdosisú luminalkezelés (0·6 pro die) mellett] a rohamok teljesen elmaradtak és körülbelül 6 hete a gyermek rohammentes. Bár az idő a therapia értékének megítélésére rövid, mindenesetre a további hasonló kezelésekre biztató eredmény.

2. **Sellei József:** *Natrium bromatum-injectióra visszafejlődő nedvedző ekzema.* 30 éves szabó, akit már azelőtt több izben kezelt ekzema miatt, február 9-én az arcra, a karokra, a nyakra, a mellre, a hátra s a comb egyes helyeire kiterjedő, erősen viszkető ekzemával jelentkezett. A kezelés a *Lebediev* ajánlotta 10 cm³ 10%-os natrium bromatum intravenás injectiójában állt. Hét ilyen injectiót kapott, egynapos időközökben. Már az első injectio után megszűnt a viszketés; a bőrbaj rohamosan visszafejlődött s ma csak egyes szigetek vannak a háton s a mellen.

3. **Fenyő János:** *A kéz összes körmeinek négy év óta fennálló ekzemája,* mely eddig semmiféle kezelésnek nem engedett, jódjódkalis iontophoresisre meggyógyult. *17 éve ismételten kiújuló és kifekélyesedő erythema induratum Bazin* modenol-injectiókra lényegesen javult.

4. **Polgár Ferenc:** a) *Lúdtojásnyi mellkasi dermoid* esetét mutatja be, mely a hátsó mediastinumban, közvetlenül a rekesz felett, a szív és gerincoszlop közt foglal helyet. A daganat a környező szervektől biztosan elkülöníthető, a nyelőcső lovagol rajta. Szóba jöhet echinococcus-tömlő is, a complementkötési próba azonban negativ. Klinikailag bizonytalan tünetek.

b) *Nyelőcsőrák ritkább esetét* demonstrálja. A Röntgen-képen nemcsak a contrasttöltésben mutatkozó jellegzetes kiesés, hanem maga a lágyrésztumor is jól látható a ferde átmérőben. Hasonló, direct Röntgentünet a nyelőcsőráknál rendkívül ritka.

Előadás:

Liebner Ernő: *Az alopecia areata aetiologiájáról.* Nem valószínű a parazitás eredet. A Joseph-féle kísérlet, a II. nyaki ganglion átvágása, csak kísérleti állatra vonatkoztatható, az emberi areata csak csekély százalékában mutatható ki előrement idegrendszeri megrázkódtatás, vagy sérülés. *Jacquet* dystrophiás elmélete a gyakorlatban nem bizonyult igaznak. Előadó 5 évi vizsgálatai és mások közlései szerint hypo- és hyperthyreosisnál, az ovarium és here belső elválasztásának zavarainál fordulhat elő areata. Sexualis működési zavarok, libido-csökkenés, impotentia, frigiditás az esetek 20%-ában kimutatható. Ez esetekben jó therapiás eredmények érhetők el szervkivonatokkal.

László Ernő: Az ovariumkiesés nem igen vezethet alopeciához, inkább ellenkező irányú hatása, hypertrichosis valószínű, hisz az ovarium rendes működése a szőrzet növését serkentő hypophysisre, pajzsmirigyre és sympathicus-idegrendszerre gátlólag hat. A libido, mely nagyrészt sacralis autonom és parasympathikus pályák útján váltódik ki, szintén alig hozható az alopecia areatával oki kapcsolatba, legfeljebb mint psychére ható trauma, de épp így minden más gond, élmény is szerepeltethető. Érdemesnek tartaná még e bajnál a hajszálereknek táplálkozási zavarokra (sklerosisra) vonatkozó vizsgálatát; tán egyes területek gyengébb táplálása lehet kiváltója a pettyes hajhullásnak, míg szomszédos területek felől való vérellátás eredménye a spontán restitutio.

Fenyő János: A capillarissklerosist, noha az könnyen kimutatható lenne, semmiféle szövettani adat nem támogatja, ugyancsak ellene szólnak az iontophoretikus kezelési eredmények.

Gerber Béla: Koponyasérülések után soha sem látott alopecia areatát.

Liebner Ernő (zárszó): A felhozott adatok és therapiás eredmények az esetek nagy részében feltétlenül bizonyítják a belsősecretiós összefüggést. A capillarisok sklerosisának felvétele teljesen fictiv, a vasomotoros zavarok pedig a vago-sympathikus irritatióval jól magyarázhatók.

Az Erzsébet-tudományegyetem Baráti Egyesülete Orvostudományi Szakosztályának február 14-i ülése.

Elnök: **Scipiades Elemér.** Jegyző: **Elek Pál.**

Bemutatás:

Kelemen Endre: *Oesophagitis cystica.* Miocarditis interstitialis chronica fibrosa következtében elhalt 56 éves férfi bárzsingján számos apró mákszemnyi, köles, kendermagnyi és egy borsónyi kiemelkedő cystát talált, melyek gyöngyházfényűek voltak, sárgás-zöldes genyet tartalmaztak. Hystologiai vizsgálatokkal bebizonyítja, hogy e cysták nem — mint *Chiari* véli — nyálmirigyek kivezető csövének elzáródásából keletkeznek, hanem chronikus lobosodás folytán az oesophagus laphámja burjánzik s tömör hámcsapokat képez a mély rétegek felé, melyekben hydropikus degeneratio folytán üregek képződnek s így keletkeznek a cysták. Hogy a cysta nem mirigykivezető csövek elzáródásából keletkezik, bizonyítja: olyan helyeken is vannak cysták, hol mirigyek nincsenek; a cysták közvetlen szomszédságában levő mirigyeken soha nincs tágulat, mit pedig a kivezető cső elzáródásánál meg kellene találni, a cysták körül nincs tunica propria, a cystákban nyák soha sincsen, végül a fentebb említett hámcsapok, melyeknek minden stadiumát megtalálta.

Kelemen György: Háborús szolgálata alatt látott hasonló esetet egy tábori kórházban.

Erős Gedeon: *Festéknélküli melanotikus tumor szemben.* Festéknélküli uveasarkomát mutat be. Az effajta daganatok ritkák, s a szemészek ezeket a festéktartalmú uveadaganatoktól elkülönítve, a színtelen uveasarkomák vagy leukosarkomák csoportjába sorozzák. Bemutató megkísérelte a festéket előhívni a bemutatott festéknélküli uveasarkomában, *Entz* azon feltevéséből indulva ki, hogy a látszólag festéket nem tartalmazó uveasarkomák is tartalmaznak festéket, csakhogy színtelen alakban, ami előalakja a fekete melaninnak, s ez a színtelen melanin csak akkor válik feketévé, ha a daganatsejtek degenerálnak vagy elhalnak. Ezért vannak gyakran a fekete uveasrkomáknak színtelen áttételeik is. A daganatból készített fagyasztott metszeteket Doppa-reagens 1%o-es oldatával kezelte s ezen eljárás következtében már néhány óra mulva számtalan fekete festékrög jelent meg a daganat szövetében. Ezek szerint tehát az uvealis eredetű úgynevezett leukosarkomák (színtelen uveasarkomák) egy része szintén festékes daganat, melyekben a festék csak akkor jelenik meg, ha a daganat nagyobbra nő s egyes részei elhalnak vagy szétesnek.

Előadás:

Beck Soma: *Bőrbetegségek és dispositio.* Dispositio egyenlő a bőr reactióképességének fokával, vagyis a bőr érzékenységével. A bőrbetegségekre való hajlamot fokozhatják külső tényezők, főleg mechanikai behatások, fokozott dispositiót teremtenek bizonyos tájékokra nézve a bőr anatomiai structurájának helyi különbségei és végül egy már fennálló bőrbaj hajlamossá tehet ugyanazon területen más bőrbetegség fellépésére. A dispositio oka azonban többnyire nem a bőrben, hanem azon kívül álló tényezőkben keresendő. Előadó visszanyúl a Bazin-féle diathesistan és az ú. n. idiosynkrasiás bőrelváltozások elemzésére s így eljut a belső dispositiós momentumok egy csoportjának megállapítására. Ez az a latens állapot, melyet a bőr allergiája néven ismerünk, s ugyanide tartozik a *Jadassohn* és *Doerr* értelmezésében tágabbra fogott anaphylaxia is.

Vannak azután betegségek, amelyeknél a vérkeringésben kimutatható anyagok szerepelnek mint diathesist okozó, disponáló tényezők; ilyenek pl. a vér fokozott cholesterintartalma xanthomatosisnál, ahol mechanikus inzultusok és a haematoporphyrinaemia a hydroa aestivalisnál, ahol az aktinikus sugarak szerepelnek kiváltó okok gyanánt.

Rátér azután előadó a belsősecretiós mirigyek fontos szerepére a bőrbetegségeknél. Ezeknek functiós zavarai azonban nemcsak disponáló ok gyanánt, hanem közvetlen kórokozókként is szerepelhetnek s ezért e kétféle szerep megítélésénél jól kell distinguálni. Foglalkozik a diabetes okozta bőrérzékenységgel, amely pyodermák, ekzemák, intertrigók, blastomykosis stb.-vel szemben teszi a beteget fogékonnyá, s behatóbban fog-

lalkozik saját klinikáján végzett vizsgálatok alapján a psoriasisnál szerepet játszó thymus és thyreoidea dysfunctiójával. Végül megemlékezik a genitalis mirigyek functióváltozásairól, amelyek különböző életkorban különböző bőrbajokra praedisponálhatnak.

Az ekzemánál szereplő disponáló tényezőkről való nézeteink az utóbbi esztendők kiterjedt vizsgálódásai alapján lényegesen megváltoztak. Bár kétségtelen, hogy általános constitutiós momentumok (diabetes, gyomorbélzavarok) disponáló tényezők gyanánt szerepelhetnek, ma túlnyomóan minden belső elváltozástól függetlenül magába a bőrbe, főleg az epidermisbe, vagy ezzel együtt a legfelső cutisrétegbe lokalizálják az érzékenység okát.

Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának és a Szegedi Orvosegylet üléseinek jegyzőkönyve.

1925 február 7-én.

Elnök: **Boros József.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatás:

1. **Beck Aladár** állatorvos: 5 hetes borjut mutat be, amely az *ektopia cordis* typikus esete. Az állat közérzete normalis. Balodalt, a mellkas alsó harmadában, a 3—4. bordaközben, a normalis szívtompulatnak megfelelő helyen, tüdő kopogtatható ki, sejtes légzés hallható. A szív rendellenesen a nyak alsó részletén, a bőrlebenyekben kitapinthatóan és szabad szemmel láthatóan foglal helyet a szegycsont előtt. Hasonló korú és nagyságú borjú szívéhez viszonyítva, az ektopiás szív kissé megkisebbedett; a szív- és érverés száma a normalis 50—60-hoz számítva szaporább, 70—80; szívhangok tiszták.

2. **Reinbold Béla** *haemochromogen kristályokat* mutat be. A kristályok friss, vagy beszáradt vérből, haemoglobinból, vagy haematinból 10% pyridint és kevés szőlőcukrot, vagy ammonium sulfidot tartalmazó ¼ n. NaOH-ban való oldás és az oldatnak beforrasztott csövecskében 100 C°-ra való melegítése és lehűtése után állíthatók elő; a haemochromogenra jellemző pirosszínű rhombuslapok, hosszú, egyenes vagy meghajlott tűk alakjában, melyek külön-külön, vagy rosettaszerű csoportokban, egymásra rakódva, válnak ki. A tűk méretei kedvező viszonyok között hosszúságban elérik, illetve meghaladják az 1 mm-t.

Minthogy a kristályok kiválása, vér jelenlétében, egész biztosan bekövetkezik, s a próba elvégzéséhez a vérnek minimalis nyomaira van szükség, a bemutatott reactio kiválóan alkalmasnak látszik *vérnyomok törvényszéki* felismerésére.

Előadás:

1. **Machánszky László:** *„A tüdőtuberculosis sebészi gyógykezeléséről"* tart előadást. 50 pneumothorax és ezek kapcsán felmerült thorakoplastika és phrenicusneurexeirisisről számol be. Eleinte a *Bauer*-, később a *Forlanini*-módszerrel juttatta be a nitrogent a mellürbe. Általában tehermentesítő vagy collaps-pneumothoraxot használ, csak bronchiektasia vagy cavernavérzés esetén kísérelte meg a compressiós pneumothorax alkalmazását. De az utóbbi esetekben is jobb eredményt látott az előbbitől. A *Wilms*-féle részleges thorakoplastikát és a phrenikotomiát pneumothoraxszal kombinálja. Csak hosszabb ideig alkalmazott ilyen eljárástól vár gyógyulást. Phrenikotomiát ajánl a pneumothoraxos kezelés végén, hogy a komprimált tüdő reexpensióját korlátozza a bántalom újra való fellángolásának elkerülése végett. A műtéttel sok olyan beteg menthető meg, akik belgyógyászati kezeléssel gyógyíthatatlannak bizonyultak. Az eredmény attól függ, hogy idejekorán indikáljuk-e az activ beavatkozást, amikor még a másik tüdő ép és a kóros oldalon összenövések nincsenek. Az indicatio felállításánál a klinikai tünetekre fektessük a fősúlyt. A prognosis annál kedvezőbb, minél nagyobb a vérnyomás.

Indikált a pneumothoraxos kezelés és ha ez kivihetetlen, a nervus phrenicus exeirisise, vagy az extra pleuralis thorakoplastika: Egyoldali, összenövésmentes, lázzal, izzadással, lesoványodással járó esetekben, ha a folyamat nem rapide tovaterjedő, exsudativ jellegű és nem gyors széteséssel járó megbetegedés. Továbbá fiatal egyének hilus körüli progrediáló folyamatainál; csillapíthatatlan tüdővérzésnél; chronikus, cavernás folyamatoknál, bronchiektasiánál; mint előkészítő műtét, nagy mellkasi tumorok eltávolítása esetében, diagnostikus célból, sulyos haemorrhagiás pleuritisnél. Kétoldali csúcsmegbetegedésnél, ha alsó összenövés nincs, váltakozva kis nyomással, tehermentesítő pneumothorax megkísérelhető. Nem contraindicatio a vitium cordis, diabetes, Basedow-struma, kisfokú gégetuberculosis.

Az eredmény hamar mutatkozik. Csökken a láz, a köpet, bacilluskiürítés megfogy, elmúlnak az intoxicatiós panaszok. Javul az étvágy, súlygyarapodás áll be. A beteg hamar munkaképessé válik. Primaer mortalitas pneumothorax-kezelésnél nem mutatkozott. 1911 óta kezelt 50 betege közül meghalt 6. Alkalmatlan 7 esetében abbahagyta a kezelést. Biztos tudomása szerint 3 beteg 5—10 éve gyógyult; 3 beteg, több mint egy éve egészséges. Ismeretlen a sorsa 11 betegnek. Jelenleg gyógykezelés alatt áll 20 betege, kiknek legnagyobb része munkaképes, reményt nyujt a gyógyulásra. Phrenikotomiát 6 esetben, extrathoracalis thorakoplastikát 4 esetben ajánlott.

Hozzászól: **Kovács Ferenc.**

2. **Vitéz Varga Lajos** *egyévi párizsi tanulmányútjáról* számol be. Összehasonlítást tesz a theatralis francia és a német iskolai rendszer között; megállapítja, hogy nem lehet a franciáknál sem beszélni az elméleti kiképzés gyengeségéről, hiszen a rendes egyetemi amphitheatralis előadásokon kívül a hallgatóság rendelkezésére áll a sereg „cours", egy csomó „conferentier" és egy egész tömeg szabad előadás. Az elsőéves hallgatóknak már a betegághoz való engedése azzal a kárral jár, hogy nem a tények megismerése alapján rendel, gyógyít, hanem bemutatott betegeken szerzett, sokszor ferde emlékképek alapján. Nagy hibának tartja az irodalmi áskálódás szenvedélyét, mely miatt annyi selejtes és felületes munka van a francia orvosi irodalomban. Szól továbbá a laboratoriumi munkálkodásról, megemlíti a különböző klinikák kurzusanyagát, amelyekben mindig a leglényegesebb az illető professor által kidolgozott themakör. Példákat hoz fel ennek demonstrálására. Megemlíti azt az udvariasságot, amellyel fogadták, mint „háború után felszabadult, *független, boldog ország*" baráttá lett jövevényét. Csodálatos, hogy milyen keveset tudnak hazánkról, ezért kötelességünk szorgalmasan dolgozni, hogy faji öntudatot sugárzó szellemi termékeinkből legyenek kénytelenek bennünket megismerni.

1925 február 14-én.

Elnök: **Boros József.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatás:

1. **Burger Károly:** *Kérges medencebeli izzadmány és multiplex osteoma* esetét demonstrálja 46 éves nőbetegen, kinek egész medencéjét kőkemény, plastikus izzadmány tölti ki, magábaágyazva a méhet, mellyel másfélökölnyi adnextumor függ össze. Ugyanezen betegnek egész csontrendszerén kisebb-nagyobb *exostosisok* láthatók. Felmerül az a gondolat, hogy nem szerepel-e a medencében lévő gyulladás után fellépő kötőszövet-proliferatio és az exostosisok aetiologiájában, mint közös tényező, a constitutio.

2. **Stief Sándor:** 64 éves, nagyfokban lesoványodott, cachexiás, balkezes betegnél fellépő, jobboldali *hemiatrophia faciei* esetét mutatja be, az ugyanazon oldali nyak, vállöv és comb sorvadásával; a jobb lábszáron és lábon a végtag egész körletére kiterjedő sklerodermia. Enyhébb lelki defectusok, kisfokú golyva. Csak néhány eset ismeretes, melynél a sorvadás a vállövet és a végtagokat is megtámadja; az arc féloldali sorvadása ilyen éltes korban ezideig ismeretlen. Felteszi, hogy a betegség oka ilyen esetekben a vegetativ, felsőbbrendszerű központok laesiója. Kiemeli a sklerodermia és a hemiatrophia faciei klinikai különbséget, de a két betegség oly gyakori együttes előfordulása folytán — *Cassirer* szerint — aetiologiai szempontból őket azonosaknak tartja. Az adott esetben lehetetlen megállapítani, hogy hol van a primaer laesio székhelye, a belsősecretiós mirigyekben-e, vagy a vegetativ idegrendszerben, mert a kettő egy-

mással a legszorosabb viszonyban áll, egyik zavara a másikát is előidézheti és viszont.

vitéz Berde Károly a hemiatrophia és sklerodermia histopathogenesisében lévő eltéréseket ismerteti.

Szabó József saját tapasztalatai alapján mondja, hogy a hemiatrophia faciei annyiszor kombinálódik más testrészek sklerodermiájával, hogy lehetetlennek tartja a véletlen szerepét.

Zárszó: Bemutató ismételten utal arra, hogy a viszonyok sokkal bonyolultabbak, semhogy az idegrendszer mellőzésével egyoldalúlag, a „pluriglandularis insufficientiával" az ilyen eseteket megmagyarázhatnánk.

3. **Hainiss Elemér:** Egy *dekomponált* csecsemőt mutat be, akit sok hiábavaló kísérlet után, sajátságosan összeállított táplálékkal sikerült feljavítani.

Előadás:

1. **Molnár József:** *„A rák gyógyítása Röntgensugarakkal"* című előadásában megállapítja, hogy ezen a téren fordulóponton vagyunk. A 110% HED. ma már megdöltnek tekinthető. *Holzknecht* és *Opitz* a vezére az új iránynak, amely a rák Röntgen-kezelését biologiailag észszerűbb alapokra igyekszik fektetni. Beszámol azon therapiás kísérleteiről, melyeket ezen újabb irányban való fordulás jellemez. *Alberti* és *Pollitzer* szövettani vizsgálatainak és *Nather* és *Schinz* állatkísérleteit figyelembe véve, fractionált besugárzásokkal kezelt rákos betegeket. Az eddigi eredmények figyelemreméltók.

Kubinyi Pál: Nem ismervén a rák előidéző okát, gyógyítása terén újabb és újabb csalódásokkal lettünk gazdagabbak. Egyedül a műtéti eljárás tartja magát. Ezért operabilis esetben mindig operált és operál ma is. A Röntgen-besugárzást segítőtárs gyanánt használja, s mint ilyennek, tág teret nyit klinikáján.

1925 február 21-én.

Elnök: **Boros József.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatás:

Genersich Antal: Felnyársalási sérülés érdekes esetét ismerteti, mely műtéti beavatkozás után gyógyult.

Előadás:

Illés Imre, orvos-ezredes: *Háborús tapasztalatok és következtetések.* Előadó a világháború történetének nyomán, 52 havi háborús szolgálat, illetve 48 havi hadszíntéri működés alapján megvilágítja az egészségügyi szolgálatot, kezdve egy mozgó tartalék-kórház mozgósításán, ennek első működésén, vázolja a visszavonulást, bolygásait s a kárpáti harcok alatti ténykedését.

Majd rátér kórházcsoport orvos-főnöki, állomásorvos-főnöki és szállásmester-kirendeltség, egészségügyi főnöki minőségben harcok, visszavonulás és egy egészségügyi gócpont berendezése körül kifejtett tevékenységére, megbeszéli az ilyen állomás szükségessé váló kiürítését, szól a hadisérülésekről, fertőző betegségekről, a prostitutio és nemi betegségek elleni védekezésről, egy gyaloghadosztály orvosfőnöki minőségben kifejtett működéséről álló- és mozgóharcban majd ismerteti a mögöttes országrészben való orvosi szolgálatot és végül az ukrán hadifogolymissio egészségügyi szolgálatát Kievben, Odesszában, Charkovban.

Ezek alapján levonja a következtetéseket s kritikusan megvilágítja a mozgósítást egy helyőrségi kórházban, a genfi egyezményt, a tábori intézetek felszerelését, az első segélynyujtást, a beteg-sebesültszállítást, az egészségügyi téren szükséges improvisatiókat, a hadisebészet, belgyógyászat és hygiéne körül tapasztalt változásokat, a női ápolónők kérdését és a katonai orvosképzést. Végső következtetése, hogy vagy háborúra kell készülnünk s akkor a tényleges és tartalékos orvosi kar képzését más alapokra kell fektetni, vagy háborúval számolni nem kell, ez esetben az orvosok legyenek az örök béke leglelkesebb apostolai.

A Debreceni Orvosegyesület ülései.

1925 február 5-én.

Elnök: **Szontagh Félix.** Jegyző: **Siegmund Ervin.**

Bemutatások:

1. **Rácz Endre:** Bemutat egy Grancher-féle splenopneumoniát, typusos tünetekkel.

Szontagh Félix: A lebeny egész keresztmetszetére terjedő rostonyás tüdőgyulladások a gyermekkorban is ritkaságok és leginkább a felső lebeny gyulladásánál észlelhetők csak. Nagyritkán azonban az egyik mellkasfélben a tüdő egész terjedelmében megbetegedhetik, amely esetben, főkép miután a tompulat igen massiv, a mellhártyaizzadmány gyanúja áll fenn, de a Röntgen, illetőleg a próbapunctio tanusága szerint, eltekintve attól, hogy más jelenségek is hiányzanak, izzadmánynak semmi nyoma. Az efajta tüdőgyulladások rendszerint igen sokáig fennállnak, de a hozzászólónak tapasztalatai szerint is előbb-utóbb gyógyulással végződnek.

2. **Erdélyi Pál:** Agytumor. (Referatum nem érkezett be.)

Csiky József: Fontosnak tartja, hogy a fülorvosok minél előbb adják át acusticustumorra gyanus betegeiket megfigyelés céljából ideggyógyásznak, hogy az a műtétet minél előbb indikálhassa; ugyanis a műtéti beavatkozás veszélyessége a tumor nagyságával egyenes arányban áll.

Előadások:

3. **Fazakas Sándor:** *Újabb tapasztalatok az orr és külső szemmegbetegedések közötti összefüggésről.* Az orr örökölt vagy szerzett constitutionalis anomáliája, illetve megbetegedése a szem külső részeire (szemhéjszél, kötőhártya, cornea) betegségekre disponáló tényezőként hathat vissza: 1. A könnyvezetés menetének megzavarása, 2. Változások okozása a kötőhártyán, vér- és nyirokkeringésben. 3. Gyulladásnak directe a könnytömlőn való átterjedése. 4. Ideges izgalmak keltése a közös idegágakra ható orrbeli irritáció révén. A külső szembajokkal kapcsolatban leginkább szűkülettel járó orrelváltozásokat talált, elsősorban olyanokat, melyek a könnyvezeték orri nyílása körül lokalizálódtak. Orrnyálkahártyahurut, concha-hypertrophia, septumdeviatio és spina (crista) stb. Szép számmal talált olyan eseteket is azonban, ahol az orrüreg atrophiás folyamatáról volt szó. Orri elváltozások esetén a kártékony ektogen vagy endogen tényezőknek betegítő hatása meg van könnyebbítve. A könnyebben előálló megbetegedés lefolyása is jóval súlyosabb. A legsúlyosabb conjuctivitis catarrhalis acutáknál feltűnő nagy számban talált orri elváltozást. A súlyosabb szembaj oldalán az orri elváltozás is fokozottabb volt. Féloldali conjunctivitis catarrhalis acutánál 70—90%-ban volt azon orrfélben elváltozás, míg a másik orrfél teljesen szabad volt. Chronikus conjunctivitiseknél túlnyomó nagy százalékban megtalálható a bajt idülten fenntartó orri ok. Még sokkal feltűnőbb az összefüggés a blepharoconjunctivitiseknél. Az összes ilyen esetek csaknem 100%-ában mondható el, hogy a baj felléptének, illetve makacs fennmaradásának első és legfontosabb tényezője az orr állapotában rejlő dispositio. Az összes féloldali trachomásoknál talált azon orrfélben elváltozást. Érdekes, hogy míg a kétoldali trachomásoknál 70—90%-ban, addig a pannussal kombinált esetek 100%-ában található orri elváltozás. Régi pannussosok látása mindig azon a szemen rosszabb, ahol az orrfél állapota is súlyosabb. Az ekzemás szembajok szinte mindegyikében van orri elváltozás. A súlyosabb elváltozások itt is mindig a megfelelő oldalon találhatók. Keratitis parenchymatosa, ha orri elváltozások vannak jelen, mindig azon az oldalon kezdődik, ahol az orrbaj is súlyosabb. Azoknak a parenchymatosáknak a lefolyása, hol orri baj van, jóval súlyosabb. Szaruhártyasérülések sorsa jórészben az azon oldali orrfél állapotától függ, a könnytömlő állapotának figyelembevétele mellett.

4. **Ebner Béla:** *A tejsavas alkohol a trachoma gyógykezelésében.* Huber 1923-i közlése óta sokat kísérleteztek vele, úgy Budapesten az állami szemkórházban, valamint a debreceni szemklinikán, és igen szép eredményeket értek el. Indicatiói: csomók (mélyben ülők is, melyekhez kézzel nem tudna hozzáférni), valamint a pupillaris hypertrophiák. Erősebb hegesedést eddig ettől az eljárástól nem láttak. Entropiumot következtében nem észleltek. Sublimatdörzsölés helyett igen jó eredménnyel

alkalmazták lymphatikus egyéneknél, kik a sublimatdörzsölést rosszul tűrték. A trachoma lapiskezelése következtében keletkező argyrosist használata által kiküszöbölni tudták. Óriási előnye az előadó szerint gyors és könnyen keresztülvihető volta, mely az orvosra nézve nagy könnyebbséget jelent, az izgatott és érzékeny beteg pedig nagyon jól tűri.

1925 február 12-én.

Elnök: **Tüdős Kálmán.** Jegyző: **Siegmund Ervin.**

Bemutatások:

1. **Petheő János:** *Monarthritis gonorrhoica háromhetes csecsemőnél.* Egy háromhetes csecsemőt mutat be, akinél a jobb térdben pyarthros fejlődött, minden előzetes kimutatható megbetegedés nélkül. Hőemelkedés két napig volt, a csecsemő különben jól fejlődött, jól táplált. A punctiónál kapott 20 cm³ geny vizsgálatánál Gram-negativ, typusos elhelyeződésű, nagytömegű gonococcusokat talált. Az izületek Röntgen-felvétele a lágyrészek duzzanatán kívül, mást nem mutatott. Több punctióra nem volt szükség, a csecsemő teljesen meggyógyult. A csecsemőnél sehol másutt gonococcust kimutatni nem tudtunk, az anyánál szintén nem.

Orsós Ferenc: A gonococcus pusztán Strich-praeparatummal nem diagnosztizálható, csakis culturalis és oltási próbák alapján, mert azonos alakú, Gram-negativ egyéb diplococcusok sokszor előfordulnak.

Petheő János: Igaz, hogy sem culturalis, sem oltási próbák nem végeztettek, csak Strich-praeparatumokat vizsgáltak, de a fősúlyt a klinikai képből felállítható diagnosisra fektették, az pedig megfelelt egy gonorrhoeás arthritisnek. Mindenesetre az, hogy egy háromhetes csecsemőnél pyarthros fejlődhetett és egy punctióra meggyógyult, megérdemelte a bemutatást.

2. **Bakucz József:** Pyelocystitisben szenvedett, anyatejen táplált csecsemőt mutat be, akinél a folyamat általános sepsissé fejlődött. A csecsemő négyhónapos korában 2200 g-ig lefogyott, az általános tünetek oly súlyosak voltak, hogy a gyógyulás rendkívül kétséges volt. A szokásos therapia mellett a sepsis felléptével collargolt adtak. A csecsemőt azért tartja érdemesnek bemutatásra, mert az ilyen általános sepsissé fejlődött pyelocystitisben szenvedő csecsemők legtöbbje elpusztul.

Orsós Ferenc: *Noeggerath-Eckstein* feltevése a fiúk urethrájának capillaris szívó hatását illetőleg téves. Az uterhra nedvesen összetapadt és így capillaris egyensúlyban van. A tévesen gondolt capillarishatásnak inkább vizeletszivárgás, mint idegen folyadék felszívása volna a következménye. A colibacillusok a bél enyhébb elváltozásánál, pl. follicularis gyulladásnál is bejutnak a vérpályába. Kiválasztásuk után a húgyutakban, mint szöveten kívüli lumenben, elszaporodhatnak oly esetekben is, mikor ez a vérben vagy a szövetekben nem volt lehetséges.

3. **Orsós Ferenc:** *A cervix uteri szerkezetéről.* Normalis, kivált multipara méhek nyakának átmetszetein a nyálkahártya körül fehéres, tömött, néha csaknem porcszerű öv fekszik, mely az isthmus táján, kivált vérbő nyálkahártya esetében, a legszembetűnőbb. Ezen csőalakú réteg a belső hosszanti izomréteg, kötegeinek perimysiuma aránylag fejlett. Önálló külső hosszanti izomréteg felvételének nincs alapja. Az axialis izomhengernek a cervix mechanismusában, nevezetesen az isthmus flexióinál van nagy szerepe. A hajlásokat akadályozó, tömöttebb szövetnek a tengelyben való elhelyeződése vagy elhelyezése ismert biologiai, illetve technikai elv. Szemléletes példája ezen structurának az úgynevezett növényi izületek, mint pl. az ákác- és mimosalevél bütykei. A cervix axialis izomcsövének kóros vonatkozásai is vannak.

Előadás:

Schmidt Ferenc (mint vendég): *A Balaton-vidék gyógytényezői és orvosi indicatiói.*

1925 február 19-én.

Elnök: **Szontagh Félix.** Jegyző: **Siegmund Erwin.**

Bemutatások:

1. **Markó Dezső:** *Erythema titrálás.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

2. **Nagy Géza:** *Aleukaemiás myelosist mutat be, akinél a diagnosist a léppunctio teljesen tisztázta.* A betegség féléve kezdődött, hatalmas léptumorhoz vezetett, azonban a vérkenetben egyetlen kóros sejtet kimutatni nem lehetett. A leukocyták száma 8000, melyből lymphocyta 40%, pálcikamagvú 11%, segmentált 46%, monocyta 3%, eosinophyl nincsen. Vörösvérsejtszám 3,400.000. Ezzel szemben a lép-nedv teljes myeloid átalakulást mutat: a sejtek legnagyobb része morphologiailag a myeloblastnak felel meg, nagy sejtek sötétkék plasmaszegéllyel, gömbalakú, finoman reticulált maggal, több apró nucleolussal. Néhány kétségtelenül identificalható myelocyta, sok metamyelocyta és polynuclearis leukocyta. Bőven találhatók eosinophylsejtek, myelocytakorban is. Figyelemre méltó, hogy basophyl granulatiójú sejtet találni nem tudott. A betegség lefolyása rosszabbnak látszik, mint a leukaemiás myelosisban. Relative rövid tartam és kielégítő vörös vérkép mellett súlyos autointoxicatiós tünetek jelentkeznek, mint purpura, sopor, székletétet maga alá bocsájtja stb.

3. **Jánossy Gyula:** *Chininmérgezés.* Chinin, mint abortust előidéző szer igen nagy népszerűségre tett szert. Kuruzslók tanácsára tudatlan asszonyok nagy mennyiségben szedik be, ha mensesük pár napot késik. A bemutatott beteg három órás időközben kétszer 3 g chininum hydrochloricumot vett be és typusos acut chininmérgezéssel vakon hozták a klinikára. Látása azóta javul, de sohasem lesz teljes. Minthogy utóbbi időben a chininmérgezések száma növekvőben van, felhívja az orvosokat, hogy a chinin szedésétől minden erejükkel igyekezzenek az asszonyokat elriasztani.

4. **Jánossy Gyula:** *Világító gázmérgezés után keletkezett myositis fibrosa.* Az elváltozás a jobb alkar flexoraiban és a kézizmokban észlelhető. Igen ritkán észlelt szövődmény. A gáz elsősorban az érfalakat betegíti meg és ezért könnyen jönnek létre vérzések. Véleménye szerint a vérzések kiváltásában a traumának is igen nagy szerepe van. A vérzések helyén az izmokban hegszövet keletkezik és a hegszövet zsugorodása okozza a contracturát.

Előadás:

Keller Ferenc: *Az insulinról.* A diabetes organotherapiájának a fejlődését ismerteti, foglalkozik az insulin physikai és chemiai tulajdonságaival. Az insulin hatás mechanismusára vonatkozó theoriák tárgyalása után beszámol azon tapasztalatokról és jó eredményekről, melyeket a debreceni belklinikán insulinnal elértek. Végül foglalkozik a hypoglykaemiás tünet complexummal.

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

Válasz Ambrus J. dr.-nak a liquor cerebrospinalis cukortartalmáról szóló cikkemhez fűzött megjegyzéseire.

Írta: *Steiner Béla dr.* tanársegéd.

ad 1. *Ambrus* szerint diagnostikus jelként csak extrem cukorértékek használhatók fel. A mi tapasztalataink azt mutatták, hogy 60 meningitis-eset közül 58-szor az első punctiókor talált cukorcsökkenés elegendő volt a kórisme felállításához. Miután ezen megállapításainkat bonctani jegyzőkönyvek igazolják és százon felüli control-esettel rendelkezünk, nincs okunk eddigi álláspontunkat revideálni.

ad 2. Az Orvosi Hetilap 1923. évi 7. számában mutattunk rá, hogy meningitis serosa, meningitis cerebrospinalis epidemica gyógyuló alakjainál a kezdeti cukorcsökkenést újra emelkedés váltja fel és ezen az alapon használjuk cukorgörbénket prognostikus jelként. A kezdeti cukorcsökkenés után beálló emelkedés nem a kórisménk helytelenségét, hanem a gyulladás intensitásának csökkenését, a betegség jó kórjóslatát mutatja.

ad 3. *Langet* idézve a colloidreactiókat egy szóval sem említettük. *Ambrus*nak a testvérklinikán elért kitűnő eredményeit kétségbe nem vontuk, s így minden ehhez fűzött reflexiót a magunk részéről tárgytalannak tekinthetünk.

VEGYES HÍREK

Előfizetésünket 1925-re — amit régi előfizetőinknek az 50. számhoz, új belépőknek első január 6-i számunkhoz mellékelt chequen kérünk beküldeni —, aranykoronában emelve, de a szorzószámot 17.000-ről 15.000-re leszállítva —, *csak 10%*-kal emeljük, miután lapunk most már állandóan 28 oldalas és lesz még több is. Egy évre 20 korona (= 300.000 papír korona), félévre 10 K (= 150.000), negyedévre 5 K (= 75.000), egy hónapra 2 K (= 30.000) lesz az *Orvosi Hetilap* előfizetési ára; — az *Orvosképzésé* 10, illetve félévre 5 aranykorona; a *Magyar Orvosi Archivumé* marad egy évre 6, félévre 3 aranykorona. Ezek szerint kérjük tehát a cheque kitöltését. **Ha még ezenkívül hátralékos összegek is kerülnek a cheque-re, kérünk annak hátlapján okvetlen írásbeli részletezést.** Naptárunk szétküldését folytatjuk. Akiknek előfizetése beérkezett, azoknak azonnal, *külön borítékban*, megküldjük.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület ülésprogrammja 1925 február 28-án. Bemutatás: *Bókay Zoltán:* Hypophysis tumor esete két 18 éves egyénnél. Előadás: 1. *Ratkóczi Nándor:* Chronikus duodenumstenosisok. 2. *Borza Jenő:* Az éjjeli ágybavizelésről.

Nemzetközi malaria-kongressus. A budapesti olasz kir. követség értesítése szerint az „Első nemzetközi malaria-kongresszus" nem a folyó év tavaszán, hanem október hó 4—6-án fog Rómában megtartatni. A kongresszuson való részvételre jelentkező orvosok részvételi szándékukat a népjóléti és munkaügyi ministerium social-hypienikus ügyosztályával közöljék.

A Magyar Röntgen-Társaság március 9-én este 7 órakor tartja tudományos ülését az Orvosegyesület kistermében (VIII, Szentkirályi-u. 21.). Tárgy: 1. *Justus Jakab* multkori előadásával kapcsolatban, szabad vita *a Röntgen-sérülések prophylaxisáról.* (Mindennemű olyan hibaforrás és ártalom fölismerése és kiküszöbölése, amely Röntgen-sérülés előidézésében szerepet játszhat.) 2. *Justus Jakab: A bőr Röntgen-sérüléseinek therapiája.* 3. *Bemutatás: Polgár Ferenc: Ritkább esetek a tápcsatorna Röntgen-diagnostikájából.* (Ritka nyelőcsődiverticulum; ritka nyelőcsőrák; nagygörbületi fekély, gyomorvolvulus; duodenumdiverticulum.) Vendégeket szívesen látnak.

Az Országos Közegészségi Egyesület *Moravcsik Ernő Emil* egyetemi tanár emlékezetére a Magyar Tudományos Akadémia heti üléstermében március 1-én, vasárnap délelőtt 11 órakor ülést tart, melyen *Gerlóczy Zsigmond* egyetemi tanár elnököl és *Sarbó Artúr* egyetemi tanár tart emlékbeszédet.

A hamburgi nemi tanácsadó (dispensaire) látogatottságáról és működéséről érdekesen ír *Manes dr.* A dispensaire-hez tanácsért fordulók csak kis részben (9·9%) nemi betegek, a nagyobb tömeget oly asszonyok alkotják, akik terhességüktől akarnak szabadulni, vagy teherbe jutásukat meggátolni. *Manes dr.* híve a terhesség szociális és eugenetikus okból való megszakításának, és sajnálja, hogy a fennálló törvények ezt nem engedik. A legnagyobb hamburgi betegpénztár is szívesen ad tagjainak pessariumot, ha a nemi tanácsadó orvosai ezt javasolják, mert véleménye szerint tagjai gazdasági és egészségi állapotát és saját anyagi érdekeit is jobban véli vele szolgálni.

Haslinger János dr.-nak, a háború előtt a belváros közismert gyakorlóorvosának, a Kormányzó 50 éven át kifejtett buzgó és eredményes tevékenysége elismeréséül a m. kir. egészségügyi tanácsosi címet adományozta. Hosszú budapesti praxis után vonult nyugalomba fóti szőlőjébe, azonban ott is a háború és a forradalmak alatt teljesen ingyen vezette a gróf Károlyi Lászlóné által alapított fóti csecsemővédő és egyéb jóléti intézményeket. A Kormányzó elismerésén kívül a budapesti egyetem orvosi kara aranydiplomával tisztelte meg a jubilánst. Kitüntetése alkalmából örömmel üdvözöljük *Haslinger János* kartársat!

Japánban is igen sok az orvos. Korea és Formosa nélkül 43.028 gyakorlóorvos van Japánban és minden 1359 lakosra jut egy orvos. Legtöbb az orvos Tokio körzetben, ahol 504 orvos van és minden 794 lakosra jut egy orvos.

A genfi ópiumkonferencia sikertelenül végződött a napilapok tudósítása szerint. Az amerikaiak radicalis követelését az angolok és franciák nem akarták teljesíteni, így előbb az amerikai, majd a kínai megbizottak hazautaztak. Végül az angolok is elhagyták Genfet, anélkül, hogy érdemleges határozatot hoztak volna. A tanácskozásokat beszüntették.

Helyreigazítás. Lapunk 8. számában a 151. oldalon, az első hasáb 5. sorában (*Kopits Imre* cikkében) másodpercenként helyett másodnaponként olvasandó.

Orvosdoktorrá avattattak az elmult hét szombatján: *Forintos Hugó Dénes, Greuling Mihály, Harajda József Béla, Plenczner Sándor Lajos, Seregély Tivadar Dávid Lajos, Vukadinovity Mihály* és *Fekete Teréz.* Üdvözöljük az új kartársakat!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 15-től február 21-ig előfordult:

Hasi hagymáz	10 (1)	Gyermekágyi láz	— (—)
Küteges hagymáz	— (—)	Bárányhimlő	53 (—)
Hólyagos (ál-)himlő	— (—)	Járv. fültőmirigylob	— (—)
Kanyaró	219 (5)	Vérhas	14 (2)
Vörheny	102 (5)	Járv. agygerincagyhártyalob	— (—)
Szamárhurut	17 (4)	Trachoma	1 (—)
Roncs, torok- és gégelob	25 (1)	Veszettség	— (—)
Influenza	11 (—)	Lépfene	— (—)
Ázsiai kolera	— (—)	Tetanus	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

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

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday utca. Telefon: József 3—75.

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SZANATORIUMA
ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízlaló-, diätetikus kúrák. Gyermekek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek

FANGO-ISZAPKURÁK Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézetében
Budapest VIII, Vas-utca 17. *Ugyanott ORTOPÄDIA, gyógy-gimnasztika, ZANDERTERMÉK.*

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma **VII, Wesselényi-utca 2.** **Telefon: József 124—35.** Lakáson: **175—91.**

PÁLYÁZAT.

A Békés vármegye orosházi járásához tartozó Szentetornya községnél lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüket, politikai megbízhatóságukat és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1925. évi március hó 15-ig annál inkább is adják be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A betöltésre kerülő állás javadalma: a 70.000/1923. N. M. M. körrendelet értelmében a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő 1200 aranykorona a községi pénztárból; ugyanesak a községi pénztárból a 72/1923. kgy. számú határozat szerint évi 400 kg búza, illetőleg annak helyi forgalmi értéke. Ez újabbi 73/1924. kgy. számú határozattal megváltoztatott akként, hogy a községi orvos az állami rendszerű IX. fizetési osztálynak megfelelő lakbért kapja. Az idevonatkozó közgyűlési határozat most van törvényhatósági jóváhagyás előtt; fuvardíjátalány a községi pénztárból a 28/1921. kgy. számú határozat szerint évi 600 papírkorona, végül a vármegyei, szabályrendeletileg megállapított rendelési, illetve beteglátogatási díjak. A választás határnapjának kitűzése és a választás megtartása iránt később fogok intézkedni.

Orosháza, 1925 február 17.

933/1925. szám. *Főszolgabíró.*

A szekszárdi Ferenc-közkórháznál egy újonnan szervezett **boncoló főorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A boncoló főorvos orvosi gyakorlatot nem folytathat. Javadalmazása: a VIII. fizetési osztálynak megfelelő fizetés és lakbér. A folyamodványok méltóságos *Jankó Ágoston* úrhoz, Tolna vármegye főispánjához intézendők s a szekszárdi közkórház igazgatójának küldendők be, legkésőbb folyó évi március 10-ig.

A szekszárdi Ferenc-közkórház igazgatója.

Német ápolónő
magyar nyelvtudással, jó bizonyítványokkal és referenciával *foglalkozást keres* orvosi rendelőben. Kertész-u. 50. III. em. 19. ajtó. Telefon: József 69—33.

WESZELY ISTVÁN ÉS TÁRSA UTÓDA
Cég-tulajdonos **Nagy Károly Frigyes**
Budapest IV, Apponyi-tér 1. Telefon: J. 149—73.
Ajánlja saját gyártmányú I-a orvosi műszereit, műtő- és vizsgáló-butorokat, laboratoriumi készülékeket.
Nagy raktár kötszerekben és betegápolási cikkekben.

Az orvos
kötelességet teljesít, ha gyermekeknek, vérszegényeknek, betegeknek és lábbadozóknak tápszerül Meinl-maltinkakaót rendel. Egy kísérlet meggyőzi Önt a Meinl-maltinkakaó kíváló minőségéről és gyógyhatásáról. Kapható minden Meinl-üzletben.
Meinl Gyula r.-t.

Aero-keksz cukorbetegeknek,
valamint liszt és morzsa KLINIKAILAG AJÁNLVA. (Orvosi Hetilap 1924. évi 9. szám.)
Lakta-keksz, lábbadozók, vérszegények, terhes nők, ideg- és tüdőbetegek részére.
Graham-keksz, gyomor- és bélbetegeknek.
Minden eddigit fölülmúló ideális tápszerek. — Kapható minden gyógyszertárban.
STEINER JÓZSEF ÉS FIA TÁPSZERGYÁR BUDAPEST IX, VÁMHÁZ-KÖRÚT 9.

Gyakorlóorvosok
RÖNTGEN DIAX
készüléke a
Kedvező fizetési feltételek!
MAGYAR VILL. R.-T. RÖNTGEN-OSZTÁLYA
ERICSSON BUDAPEST VI, Vörösmarty-utca 67. sz.

Agfa

ALJODAN
Jodaethylallophanat.
Jódtartalma 49%.

ALJODAN c. ferro
(Vasaljodan) tabletta

Chinoin-Ujpest

A gyomrot nem izgatja csak a bélből szívódik fel, iztelen, lipo- és neurotrop } mint az organikus jódvegyületek
Gyorsan és quantitative szívódik fel } mint a jódkalium
Tabletta (10×0·25, 20×0·25), pulvis.

à 0·25 g Aljodan és 0·03 g ferrum hydr. reduct.
1 phiola 20 tabletta.

69. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1925 március 8

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES 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: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Novák Miklós: A beteg saját vérével végzett gyógyításról. (193—195. oldal.)

Orsós J. Imre: Az autovaccina-készítés új, egyszerű módszere. (195—198. oldal.)

Thurzó Jenő: Az aranysolreactio néhány idegbetegségnél és az endogen elmebajoknál. (198—200. oldal.)

Bársony Tivadar, Bokor György és Friedrich László: Gyomoraciditás és pylorus. (200—201. oldal.)

Lévai Mihály: Megjegyzések az insulin biologiai titrálásához. (201—203. oldal.)

Horváth Dezső: Adalék a bakteriumszámláláshoz. (203. o.)

Kramár Jenő: A betegápolás és az ápolónőképzés az Egyesült-Államokban. (204—205. oldal.)

Étrendi előírások. (205—206. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Gyermekorvostan.* — *Fülgyógyászat.* (206—209. oldal.)

Elméleti tudományok köréből. (209—210. oldal.)

Könyvismertetés. (210. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 28-i ülése. (211—212. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának február 6-i ülése. (212—213. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat febr. 25-i ülése. (213—214. o.)

Vegyes hírek. (214. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A beteg saját vérével végzett gyógyításról.

Írta: *Novák Miklós dr.* egyet. tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

II. A beteg saját vérének általános hatása.

Áttérek most már a vérnek, mint proteintestnek, alkalmazására. A nem fajlagos therapia egyik legkorábbi methodusa volt az emberi, vagy állati vér transfusiója. *Bier*, aki joggal hangsúlyozza, hogy a proteintherapiát — melyet egyébként theoretikus felépítése miatt támad —, öntudatosan ő alkalmazta először, 1901-ben defibrinált bárányvér 5—20 cm³-ét fecskendezte be betegeinek intravenásan. Tíz esetben, nyilt csont- és izületi tuberculosisnál kitűnő eredményei voltak, de eljárása a rendkívül heves reactiók miatt nem terjedt el.

Utána igen sokan próbálkoztak meg emberi és állati serummal és defibrinált vérrel. Különösen kedvelt volt egyidőben a sok antifermentumot tartalmazó serum alkalmazása, melyet steril transsudatumok vagy exsudatumokból nyertek, s amellyel legtöbbet *Müller*, *Peiser* és *Kolaczek* foglalkoztak. Nálunk *Fejes* és *Gergő* mutatták ki, hogy a steril lóserum ugyanúgy hat, mint az antifermentumtartalmú serum.

A saját vér injectiójára bekövetkező hatással 1915-ben *Dold* foglalkozott kísérletileg annak bebizonyítására, hogy az extravascularisan levő vér localis és általános reactiót vált ki. Állatokon térdizületi és intraperitonealis vérinjectiókkal kimutatta, hogy úgy localisan, mint általánosan erős leukocytosis lép fel, mely az injectio után 8—24 óra mulva éri el tetőpontját és négy nap mulva elmúlik. Ő ezt resorptiós leukocytosisnak nevezte el, amennyiben belső vérzés után a leukotaktikusan ható fehérjebomlási termékek resorptiójáról van szó. Emberen 20—40 cm³ intraglutealisan adott vérre a leukocyták számának 50 és több százalékkal való megszaporodását észlelte. Ugyanezt találtuk mi is a klinikán, a vér intramuscularis vagy subcutan injectiója után; a leukocytaszám 2—3-szorosára emelkedett és három, legkésőbb négy nap mulva a normalisra szállott le.

Freund 1921-ben kísérletileg mutatta ki, hogy a vérből — annak megalvadásakor — olyan anyagok válnak szabaddá, melyek a vérserumot pharmakologice hatásossá teszik. Ezen mérgek a vérsejtek, de főleg a vérlemezkék szétesésekor keletkeznek.

Megkülönböztet korai és késői mérgeket, mely utóbbiak az összes símaizmokkal bíró szervekre hatnak. Így érszűkületet, beleken és uteruson izgalmat okoznak, a szíven pedig digitalishoz hasonlóan hatnak. Később kimutatta azt is, hogy a vér megalvadása nem előfeltétele a mérgek keletkezésének, mert a citratos vér, tisztán a vérlemezkék mechanikus roncsolásával, hasonló pharmakologiai hatást fejt ki, de kevésbbé mérgező. A saját vért nem fajlagos therapia céljára főleg a bőrgyógyászatban alkalmazzák, a franciák *Ravaut*, a németek *Spiethoff* ajánlatára. Hogy az eljárás mennyire elterjedt, mutatja az, hogy a bőrgyógyászati szaklapokban pl. 1923—24-ben nem kevesebb, mint 28 szerző ajánlotta a saját vérrel való kezelést. *Watrin* egy nagyon kiterjedt és minden kezeléssel dacoló *dermatitis herpetiformisnál* 9 vérinjectio után teljes gyógyulást ért el.

Bussalai urticaria, prurigo és ugyancsak dermatitis herpetiformisnál kitűnő hatást látott intraglutealisan adott saját vértől. Ekzemák alig, psoriasisok egyáltalában nem reagálnak. Hasonló tapasztalatokról számoltak be mások is.

Spielmann herpes zoster 7 esetében 5 cm³ saját vér intramuscularis alkalmazására azt tapasztalta, hogy 6 óra mulva a fájdalmak megszüntek, a beszáradás megindult és a gyógyulás hamar beállt.

Lévy és *Solal graviditasi dermatosisok* eseteiben értek el jó eredményt.

Tribet 68 éves férfinál, 16 év óta fennálló, nedvedző, kiterjedt, pruriginosus, minden therapiával dacoló *ekzemát* gyógyított meg 8 vérinjectióval.

*Tomescu*nak *pruritus senilisben* szenvedő 6 betege közül 5 gyógyult, 1 javult.

Hatalmas irodalma van a furunculosis saját vérrel való gyógyításának. Különösen francia szerzők foglalkoztak sokat a kérdéssel.

Nicolas, Gaté szerint 10 cm³ intragluteálisan adott saját vérre, nemsokára az injectio után megszűnik a fájdalmasság, a vörös udvar, a kezdődő furunculus nem fejlődik ki, a kifejlődöttek csapja gyorsan kilökődik. Minden esetben — kivétel nélkül — gyógyulást értek el.

Németországban *Nourney* venereás betegségeknél alkalmazta a saját vért mint provokáló eszközt és azt találta, hogy látszólag gyógyult gonorrhoeánál 1—2 cm³ vér subcutan injectiója után a folyás kiújult. Ezért 1923-ban azt ajánlotta, hogy házassági engedélyt csak annak adjanak, aki négyhetes időközökben végzett vérbefecskendezés után semmi góctünetet nem mutat. Egyébként azt tapasztalta, hogy acut gonorrhoeánál az injectio után a fájdalom szűnik és a complicatiók majdnem biztosan elkerülhetők. Chronikus gonorrhoeánál egyetlenegy injectio bevezeti a gyorsan lezajló gyógyulási processust. A syphilis késői formáit — szerinte — ugyancsak olyan kedvezően befolyásolja a vérinjectio, hogy az utókezelésben elég a hygienés-diaetás ápolás.

Steiner 200 komplikált gonorrhoea-esetet kezelt vérbefecskendezéssel, kivétel nélkül jó eredménnyel. Az eredmények jobbak voltak, mint a vaccinakezelésnél, vagy más proteinek alkalmazásánál. Az orbánc autohaemotherapiájáról *Torday Ferenc* számolt be 1923-ban az Orvosi Hetilapban. 100 esetében 5 cm³ vért adott subcutan az alkar bőrébe és — mint írja — az általános hőhatáson kívül gócreactio is jelentkezett. A láz 12—16 óra mulva esni kezdett és az esetek 60%-ában másnapra láztalanok lettek a betegek. Az általános reactio nem volt erős. A leukocytosis a láz tetőfokán volt a legkifejezettebb és láztalanodás után a kezdeti érték alá esett. Az volt a benyomása, hogy a saját vér orbáncnál ha nem is souverain szer, mégis a láztalanodást gyorsítja és a folyamat lezajlását elősegíti.

A sebészek közül *Vorschütz* és *Tenckhoff* 1923-ban írtak nagyobb tanulmányt a saját vérrel való kezelésről. *Johann* és *Josef Vorschütz* vizsgálatai kimutatták, hogy acut gyulladásoknál a vérsavó fehérjéi quantitative eltolódnak. Míg ugyanis normalisan 64% az albumin és 36% a globulin, addig pl. osteomyelitisnél a globulin mennyisége egészen 84%-ig felmehet. *Ruppel* — aki elektroosmotikus úton izolálta a vér fehérjetesteit — kimutatta, hogy az albuminnak nincsen agglutináló, complementkötő, antitoxikus vagy bakteriotrop tulajdonsága, tehát specifikus therapiára nem használható. A védő- és gyógyító anyagok hordozója majdnem kizárólag a pesudoglobulin, mely egyúttal a bakteriumtoxinok számára a legnagyobb felületet teremti. Végül az euglobulinnak agglutináló és complementkötő sajátsága van. Rövid incubatiós stadiummal bíró acut betegségek kezdetén a pseudoglobulinok vannak túlsúlyban. Ha tehát ilyenkor fecskendezünk be vért a szövetekbe, akkor főleg pseudoglobulinokat és velük együtt baktericid és antitoxikus védőanyagokat juttatunk be, szóval egy erős hatású, specifikus serumot. Természetes, hogy ilyenkor sok vért kell adni és gyakran. *Vorschütz* és *Tenckhoff* az ilyenkor adott vért immunserummal, pl. diphtheriaserummal hasonlítják össze és eljárásukat passiv immunizálásnak nevezik. Kitűnő hatást értek el postoperativ bronchopneumoniáknál 30—80 cm³ intramuscularisan adott saját vérrel. Ha az injectiót a betegség első napján adták, akkor a pneumonia egy csapással megszünt: a betegek másnap láztalanok lettek és bőven expectoráltak. A betegség 2. vagy 3. napján adott injectio hatása már nem olyan prompt, úgyhogy ha a láz magas marad, az eljárást a következő napon reggel és este meg kell ismételni, s a láz biztosan leesik. Az objectiv tünetek — tompulat, hörgi légzés — néha még több napon át megmaradnak, de a beteg subjectiv jóérzését egyáltalában nem befolyásolják. Két év alatt 50, biztosan diagnosztizált bronchopneumoniát gyógyítottak így meg és bronchitiseknél is jó eredményt értek el. Ezzel kapcsolatban megjegyzem, hogy mi postoperativ bronchitisnél egy esetben jártunk el így s a betegnek kétszer adtunk intramuscularisan 40—40 cm³ saját vért. A beteg csak három napra lett láztalan, de az expectoratio már másnap megindult és a beteg subjective jól érezte magát. Postoperativ bronchopneumoniánál egy esetben a betegség 2. és 3. napján adott 30—30 cm³ vérrel tényleg láztalanodást értünk el.

Ha a vért valamely betegség későbbi stadiumában adjuk, amikor az euglobulin szaporodik meg és vele együtt az agglutináló és complementkötő anyagok, akkor főleg activ immunizálást fejtünk ki, melynek kifejlődéséhez természetesen idő kell. Említett szerzők jó hatást láttak neuralgiáknál és más fájdalmaknál, pl. inoperabilis carcinomáknál. Utóbbiakat kitűnően lehetett Röntgennel szemben sensibilizálni.

Áttérek mármost a mi tapasztalatainkra. Itt is az a kérdés, hogy a vért milyen formában, milyen mennyiségben, milyen gyakran és hová adjuk. Már említettem, hogy a vért változatlanul alkalmaztuk. Eleinte mindig intramuscularisan adtuk az injectiókat, de ugyanazt a hatást láttuk a subcutan adottaktól is. A mennyiséget illetőleg felnőtteknél 10—12, gyermekeknél 2—5 cm³ az az adag, amelyet járóbetegeknek minden baj nélkül lehet adni, természetesen a kellő kautelák betartásával. *Vorschütz* egy esetében halálos embolia volt a befecskendezés következménye. Az injectiók gyakoriságára vonatkozólag igen eltérőek a vélemények. Egyesek 1—2 naponként, mások 4—5—8 naponként adják, sőt *Nourney* psoriasisnál 4—8 hetenként egy injectiót ajánl. *Nicolas* és *Gaté* szerint furunculosisnál a biztos hatás elérésére 15—20 injectio kell, viszont *Merklen* és *Hirschberg* arra hívják fel a figyelmet, hogy ha három injectióra nem áll be gyógyulás, akkor a további kezelés kilátástalan. Mi legjobbnak tartottuk 5 naponként adni a 10 cm³-es adagokat. A mennyiséget és az adagolás gyakoriságát illetőleg éppen úgy nincs, de nem is lehet egység, mint más proteinek alkalmazásánál, hiszen tudjuk, hogy a proteintestek különböző betegségeknél és betegeknél különbözőképen hatnak a betegség localisatiójára, az intoxicatiót vagy infectiót előidéző anyag, illetve bakterium szerint és a beteg sensibilitása szerint. Dacára annak, hogy a proteintestek olyan reactiókat váltanak ki, amelyek lényegileg megegyeznek, a hatás egyes folyamatoknál mégis különböző. Ezenkívül az erősen variáló individualis factorok miatt szinte lehetetlen előre megmondani az előidézett reactio fokát. Ezt csak akkor tudjuk megközelítőleg megítélni, ha egy szert sok és különböző esetben próbálunk ki. Mi eddig 184 esetben alkalmaztuk a saját vérrel való gyógyítást, de csak néhány esetben jelentkezett rázóhideg és rövid ideig tartó magas láz 10 cm³-es adagok után, ezenkívül érzékeny betegeknél fájdalmasak voltak az intramuscularis injectiók. Az esetek többségében az általános reactio igen enyhe volt; más kellemetlen mellékhatást — pl. urticariát, purpurát vagy anaphylaxiás jelenségeket — egyetlen esetben sem észleltünk.

Furunculosisnál eddig 41 esetben próbáltuk meg az eljárást. Betegeink legtöbbje több hét vagy hónap óta volt már orvosi kezelésben, 6-an autovaccinát, 5-en Pápay-féle opsodermint kaptak anélkül, hogy a folytonos recidivák megakadályozhatók lettek volna. Egyik betegünknél 4 hónap alatt 38 furunculus lépett fel. A betegek közül a legtöbb 3—4—5 injectióra gyógyult, négy esetben 8, kettőben 10 és egyben 20 injectióra volt szükség. Egyeseknél egyáltalában nem jelentkezett több furunculus, másoknál legfeljebb kis infiltratum képződött, mely a 2—3. injectio után elmult s csak három esetben fejlődött ki újabb furunculus, melynek gyógyulási tendentiája sokkal jobb volt, mint előbb.

A 41 eset közül teljesen eredménytelen volt a therapia 3 esetben, gyenge szervezetű, anaemiás betegeknél és 2 esetben jól fejlett, erőteljes férfibetegeknél.

Ugyancsak jó hatást láttunk *renyhén gyógyuló sebeknél*, súlyos panaritiumok, phlegmonék, carbunculusok után. Nemcsak a sebek indultak élénk sarjadzásnak, hanem — éppen úgy, mint más proteintestek alkalmazásánál — a betegek általános állapota is sokat javult; — a vérben a vörösvérsejtek és a haemoglobin megszaporodását észleltük. Acut esetek közül jó hatást láttunk még *lymphangitiseknél*, de semmi eredménye nem volt az injectióknak *hydradenitis axillarisnál* és *phlegmonéknál*. De utóbbiaknál nem is lehet sokat várni a nem fajlagos therapiától, mert pl. egy nagykiterjedésű phlegmonenál, magas lázzal és kifejezett leukocytosissal a felszívódás ugyanazt teszi, amit mi is elő akarunk idézni. Ezért a phlegmone gyógyszere a kés és nem a proteintherapia.

Pyodermiánál 3 esetben és nedvedző ekzemánál 2 esetben jó eredményt láttunk.

Egy 61 éves, syphilises férfibetegünk fistula aniját három hó előtt operálták. Mikor ambulantiánkon jelentkezett, a végbél mellett renyhén sarjadzó fistulát és ennek környékén két férfitenyérnyire kiterjedő condyloma lata-t konstatáltunk. Kilenc saját vérinjectióra nyom nélkül gyógyult.

Természetesen érdekelt bennünket a szervezet védekezőerejének befolyásolása is és ezért vizsgáltuk a vér baktericid képességének változását a szervezet saját bakteriumaival szemben. A coloniaszámláláson alapuló módszer segítségével azonban nem tudtunk egységes eredményt felmutatni. A vizsgált 20 esetből — melyek közül 18-ban staphylococcust és 2-ben streptococcust identifikáltunk — voltak vérserumok, melyeknek baktericid hatása az injectio után növekedett, másoké viszont csökkent. A kényes és fárasztó technika, továbbá külső körülmények akadályoztak meg bennünket abban, hogy nagyobbszámú eset kapcsán és különböző körülmények tekintetbevételével törvényszerűségeket állapíthassunk meg.

Még egy — a saját vér befecskendezésével jól befolyásolható — betegségre óhajtom a figyelmet felhívni és ez a *haemophilia*.

A proteintherapiával kapcsolatosan végzett vizsgálatok ugyanis bebizonyították, hogy különböző szerek injectiója után nemcsak az antitestek, de a fibrinogen és a thrombokinase is megszaporodnak a keringő vérben. Így *Löwy* és *von der Velden* 1916-ban kimutatták, hogy a vér fibrinogentartalma tejinjectio után 6 óra mulva megszaporodik és körülbelül egy magasságban marad 8 napig, hogy aztán a normalisra térjen vissza.

Moll gelatina- és seruminjectio után hasonló eredményre jutott.

Sicard 1922-ben novarsenobenzol után nem ritkán előforduló vérzéseknél 10—20 cm³ saját vért adott intramuscularisan és a vérzés gyors megszűnését tapasztalta. Ugyanezt látta haemophiliánál is.

Dixon és *Montagne* közlése szerint (1924) a purpurás vérzés 4 esetben 2—5 cm³ egészséges egyéntől származó vér injectiójára megszűnt.

A klinikán 2 esetben sikerült eddig saját vér intramuscularis beadására a valódi haemophiliás vérzést megszüntetni.

Első esetünkben egy rendkívül anaemiás 15 éves fiút hoztak be a klinikára, aki foghúzás után már három napja vérzett; a fiúnak négy fiútestvére elvérzés következtében halt meg. Az igen erős vérzés sem coagulenes tampon, sem gelatina subcutan és optocalcil intravenás alkalmazására nem szünt meg. Ekkor próbaképen — a fentebbi irodalmi adatok ismerete nélkül — adtunk a betegnek 20 cm³ saját vért intramuscularisan s a vérzés 1 óra mulva véglegesen megszünt.

Még bizonyítóbb a második eset. 11 éves, haemophiliás fiúnál, akinek többször volt már hosszabb ideig tartó vérzése az ujj metszett sebéből és foghúzás után, a mult év novemberében a jobb térdizületben — jelentéktelen contusio után — hatalmas haemarthros képződött. December 8-án a jobb lábháton, az I. metacarpus fejecsének megfelelően, kis hólyag keletkezett, melyet felszúrtak s amelyből állandóan vérzett. Orvosa localisan ferrum sesquichloratumot, injectio alakjában pedig gelatinát alkalmazott, de eredmény nélkül. Négy nap mulva hozták a fiút a klinikára, ahol az említett helyen állandó vérszivárgás volt konstatálható. 10 cm³ vér intramuscularis alkalmazására a vérzés 1 óra alatt megszűnt s csak az eredmény biztosítására ismételtük meg három nap mulva az injectiót.

Összefoglalás: A vér localis alkalmazásánál a körülfecskendezés által előidézett, *Bier*-féle pangáshoz hasonló állapot egyrészt, a gyulladás fokozása, illetve chronikus esetekben a szövetsejtek izgatása és így gyulladás előidézése másrészt az, ami a különböző folyamatokat kedvezően befolyásolja. Acut esetekben a góc gyors beolvasztása, a terjedés biztos megakadályozása, chronikus esetekben a szövetek regeneráló-, helyesebben reparálóképességének fokozása a körülfecskendezés eredménye.

A vérnek intramuscularis vagy subcutan alkalmazásánál viszont elsősorban nem fajlagos therapiáról van szó és azt hisszük, kis szerep jut a passiv immunizálásnak, amire *Vorschütz* és *Tenckhoff* gondoltak. A vérnek immunserummal való összehasonlításánál ugyanis nem szabad elfelejteni, hogy a vér az antianyagokon kívül lipoidokat, sókat, fehérjebomlási termékeket és különböző vérsejteket tartalmaz, melyek a vérpálya elhagyása után csaknem specifikus hatást fejthetnek ki. Nem fogadható el nevezett szerzőknek az a felfogása sem, hogy a saját vér a specifikus serumnál vagy vaccinánál még hatásosabb, mert éppen a szervezet saját bakteriumai ellen tartalmaz antianyagokat. Más szerzők szerint ugyanis nemcsak a beteg saját vérével, hanem általában embervérrel is teljesen hasonló hatást lehet elérni, s ezért a hatást nem tartják specifikusnak, hanem haemoklasiás shockra vezetik vissza. A vér ugyanis egyrészt extravascularis elhelyezkedése, másrészt állapotváltozása miatt a szervezetre idegen anyag sajátságait veszi fel, s így a reactiók egész sorát váltja ki. A saját vér nagy előnye éppen abban van, hogy nem kell előzetesen malariára, lüesre, tuberculosisra vizsgálni.

Ami végül a hatás magyarázatát illeti, ez éppen olyan könnyű, vagy ha úgy tetszik, éppen olyan nehéz, mint más proteintestek hatásmagyarázatánál. A mi tapasztalataink szerint a saját vér hatása nagyjában megegyezik más proteintestek hatásával, de a kellemetlen tüneteknek — magas láz, fájdalom, fejfájás stb. — hiánya, vagy igen enyhe volta miatt jóval enyhébb és így a beteget foglalkozásában nem zavarja.

A saját vérrel való gyógyítás előnyei: az egyszerűség, olcsóság, könnyű kivihetőség és a veszélytelenség. Klinikánkon eddig 184 esetben alkalmazott, körülbelül 1200 vérbefecskendezés közül összesen két intramuscularis haematoma genyedt el; az egyik egy — ezen therapiával sikertelenül kezelt — furunculosisnál, a másik egy tuberculosisos betegnél. Hátrányai tehát csekélyek.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye I. Ferenc József-közkórháza bőr- és nemigyógyászati osztályának közleménye.

Az autovaccina-készítés új, egyszerű módszere.

Írta: *Orsós J. Imre dr.*, kórházi főorvos.

Bizonyos fertőző betegségek specifikus gyógyítása jelenleg úgy a toxinok, mint az antitoxinok felhasználásán alapszik.

A toxin vagy a bakteriumok anyagcseretermékeiből, vagy szétesésük folytán szabadul fel. A toxin a szervezetben közvetlenül is károsan hathat a kórokozókra,

közvetve pedig a szervezetet ellenmérgek termelésére serkentheti.

A szervezet a beléje hatolt fertőző csírokkal szemben kezdetben többé-kevésbbé közömbös és csak akkor felel erélyesebb visszahatással, amikor már annyira el van árasztva kórokozókkal, hogy védekezése elkésett. Ha ellenben a beteg szervezetet még idejekorán telítjük bizonyos fokig megfelelő méreggel, vagy ellenméreggel, még kedvezőbb feltételek mellett kezdi meg védekezését.

Ily megfontolásokon indult el a vaccina- és specifikus serumgyógykezelés.

A vaccinák és serumok alkalmazásától várt eredmények azonban sokszor elmaradtak.

E tények rövid megvilágítására, beteganyagomnak megfelelően, főleg a gonococcusra vonatkozó ismereteket érintem, melyekben leszögezett tapasztalatok többé-kevésbbé minden kórokozóra érvényesek.

A gonococcus nem egységes faj, hanem úgy pathogenetikai, mint biologiai tekintetben törzsekre oszlik. A különböző törzs alakra nézve megegyezik, csupán immunbiologiai szempontból tér el egymástól *(Frassi)*. *Burckas* a gonococcusok eltérő toxicitását állapította meg. *Thomsen* és *Vollmond*, bár complement-kötéssel 26 törzset különítettek el, az esetek klinikai megnyilvánulásában eltérést nem észleltek. *Hermanies* agglutináló savóval hat typust különít el. *Jötten* phagocytosissal toxikus hatáskülönbséget állapított meg. *Cook* és *Staffordnak* a gonococcusokat sem complementkötéssel, sem agglutinálással, vagy az agglutininek megkötésével elkülöníteniök nem sikerült.

E különbözőség a gyógyíthatást is nagymértékben befolyásolja, amennyiben az egyéni törzs egyéni mérget termel. Éppen ezért a szerzők egy része: *Jötten, Burckas, Frassi, Lamy, Giscard, Le Fur Lebreton* az autovaccinát javallják, de hangsúlyozzák nehéz hozzáférhetőségét. Ezen segítendő, sok bakteriumtörzsből úgynevezett polyvaccinát készítettek, azonban az ily összesített vaccina is sokszor erőtlennek bizonyult. *Buschke* és *Langer, Lange, Heimann* és *Baumann, Löser, Hocquard* az eredménytelenséget a vaccinák elöregedésében, autolytikus bomlásában látják. Ezt a bomlást biologiai és morphologiai vizsgálatokkal igazolják. *Bruck* kétségbevonja a bomlás jelentőségét. *Bucura, Patzschke* és *Hartmann, Le Fur* a társfertőzéseket tartják gátlónak, miért is különböző bakteriumvaccinát öntenek össze, illetőleg az egész flórából készítenek autovaccinát és így érték el a legjobb eredményt.

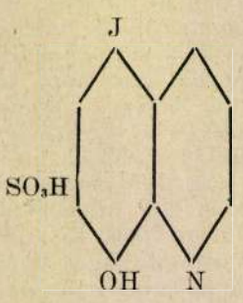
Az elég jó hatású gyógysavókat a gyakori serumbetegség gátolja elterjedésükben *(Weil-Hallé* és *H. Chabanier, Ivens, Stérian, Walker)*.

Úgy a gyógysavóval, mint a vaccinákkal dolgozó szerzők csupán szövődményes bántalmaknál láttak számottevő gyógyhatást. Nagyrészük a gyógykezeléssel járó helyi, általános és góctünetek nagyságát a gyógyerővel egyenes arányban lévőnek vélik. *Weinzierl* egy kérdéses kankónál a reactiók kimaradásából arra következtet, hogy a folyamat nem gonorrhoeás. Ha láz van, de a gyógyulás elmarad, társfertőzésre következtet.

Más alkalommal fogok beszámolni a fehérjeanyagokkal már régóta végzett kísérleteimről, melyek során kitűnt, hogy a gyógyhatás nem függ össze a kellemetlen melléktünetek nagyságával. A kóros melléktünet mindig az ingerküszöb túlléptét jelzi.

E kísérleteim folyamán jelent meg *Dietrich* érdekes közleménye az yatrenről, melyről kimutatta, hogy 2%-nál töményebb vizes oldata a bakteriumokat elöli, hogy a serum megváltoztatása nélkül biztosítja annak sterilitását. 4—5%-os oldata minden káros hatás nélkül érbe vagy izomba bevihető.

Ezek a kedvező biologiai tulajdonságok késztettek arra, hogy a vegyülettel foglalkozzam. Az yatrenben egy jód-atom kapcsolódik a sulfon-o-oxy-benzolpyridin-gyökhöz. Szerkezeti képlete:



A vegyület sárga, száraz, finom, porszerű, rhombusos, lemezes kristályokból áll; sem levegőn, sem oldatban nem bomlik, vízben 5% oldódik. Ha vassal kerül össze, megfeketedik, miért is a befecskendezésnél vasmentes tűt kell használni.

A vegyület elég bő irodalmára nem térhetek ki, a legkülönbözőbb betegségnél részben helyi, részben általános kezeléshez használták igen jó eredménnyel. A vizelettel bomlatlanul ürül ki. *Keining* és *Ruete* legújabban vaccinakészítéshez fertőtlenítőként használták és nagyon jó eredményről számoltak be.

A vásárolható yatrenvaccinák drágasága arra indított, hogy magam készítsek yatrenes autovaccinát. Bakteriologiai felszerelésem ezen időszakban nem lévén, egészen új, egyszerű módszerhez folyamodtam.

Vaccinául a kóros váladékot használtam fel eredeti állapotában: kórokozóstul, genyestül, nyákostul olyképen, hogy egy 10 cm átmérőjű, tiszta porcellán dörzscsészébe 4—6 cg-nyi yatrent hintve, a dörzsölő fejére a kóros váladékból reákenek egy keveset és ezt yatrenporral erősen szétdörzsölöm, körülbelül 3—4 percig. Ezután 1—2 csepp forralt és lehűtött tiszta vizet cseppentek hozzá és pépessé dörzsölöm az anyagot, majd folytonos keverés közben az egészet körülbelül 8 cm^3-nyire higítom fel forralt vízzel. Így egy sárga, gyengén zavaros folyadékot kapok, mely kész az oltásra.

A vaccina elkészítése 7—8 percbe kerül és körülbelül négy oltásra elegendő mennyiségű; készítéséhez csak egy dörzscsésze és kacs kell. A kész vaccinát ú. n. Wassermann-csőben tartom, melyet gummidugóval zárok. Használat előtt a folyadékot jól felrázom, hogy az üledék egyenletesen elosztódjék.

Vaccinámat először egy furunculosisban szenvedő 49 éves férfin próbáltam ki. Kórházunknak úgyszólván állandó lakója volt, betegsége sem vásárolható vaccinákra, sem többféle parenteralis injectióra nem javult. Vizeletében cukor, fehérje nem volt. Autovaccina készítése céljából egyik keléséből három kacsnyi genyet vettem és a jelzett módon kezeltem; a nyert folyadékból 1 cm^3-t venába fecskendeztem. A betegen semmiféle mellékhatást nem láttam: sem láza, sem fejfájása nem keletkezett. Harmadik napon 3 cm^3-t fecskendeztem be újból, mellékhatás nélkül. A betegen újabb kelés többé nem támadt, a meglévők fájdalmatlanokká váltak, összébb zsugorodtak, csapjuk meglazult. Másodnaponként még 2-szer 2 cm^3-t adtam és az addig javulni nem akaró betegség gyors sarjadzással 10 nap alatt megszünt. A beteget 8 hó múlva újra láttam; kartöréssel került a kórházba. Oltása óta kelése nem keletkezett.

Az eredményen felbuzdulva, kankónál is kipróbáltam a vaccinát. A váladékot a kóros helyről vettem: tehát férfinál a húgycsőből, kimasszált prostata-, illetőleg ondóhólyagváladékból, nőnél húgycsőből, Bartholin-mirigyből, nyakcsatornából. A használt mennyiséget a górcsövi vizsgálat eredményétől tettem függővé. Heveny és gonococcusokban bővelkedő váladékból 2—3 kacsravalót, kórokozókban szegény, nyákos,

genyes váladékból borsónyi mennyiséget. Az yatren és a víz mennyisége mindig megközelítőleg egyenlő volt.

Összesen 61 kankóst kezeltem eddig ily módon. A vaccinakezelés mellett, miként azt a legtöbb szerző is megkívánja, éppen oly szabályszerű és erélyes helyi kezelést végeztem, mintha vaccinát nem is adtam volna. A 61 beteg közt 30 férfi és 31 nő volt.

A férfibetegek közül 4 acut anterior, 8 acut prostatitis és spermatocystitis, 4 chronikus prostatitis, illetve spermatocystitis, 11 heveny mellékheregyulladásos volt. Ez utóbbiak részben heveny, részben idősült kankó nyomán keletkeztek. Volt egy prostata-tályogos is, kire részletesebben térek majd ki.

Feltűnt, hogy heveny mellső kankónál is vaccinára a váladékképződés 3—4 nap alatt megszünt, belőle a gonococcusok 2 betegnél 8, másik kettőnél 12—14 nap alatt tűntek el. A prostatitises betegek zavaros vizelete a 2—3. oltás után tisztult fel. A prostataváladékból a kórokozók 4—8, a genysejtek 10—23 nap mulva tűntek el. Az esetleges tovább fennálló genyes váladék mindig csírmentes volt. A mellékheregyulladások körülbelül 6—12 nap alatt fejlődtek vissza. A fájdalmasság, vizelési inger, kóros merevedés rendszerint már az első oltás után megszünt, 2—3 oltás után a jó közérzet teljesen helyreállott.

A prostata-tályogos az osztályra 9 napos vizeletretentióval került, lázasan, elesetten, hólyagja a köldökig ért. Vizsgálatra a prostatában jobboldalt tojásnyi, fluctuáló, baloldalt diónyi, tömött, fájdalmas tumor mutatkozott. Vaccinaoltásra a fájdalom lényegesen csökkent, a láz leesett. Harmadik oltás után a tályog fájdalmatlan, lényegesen kisebb, laza tapintatú, a beteg magától is vizel, a vizelet alig zavaros. 12. napon az exprimált prostataváladékból újra vaccinát készítek, amelyre a tályog kiürülése nélkül, körülbelül 10 nap alatt teljesen felszívódott, és helyén egy kitapintható, szabálytalan háromszögletű üreg maradt. A vizelet teljesen tiszta, gonococcuslelet negativ. A beteg, miután teljesen jól érezte magát, végleges gyógyulását be sem várva, a 27. ápolási napon távozott.

Meg kell említenem, hogy vaccinám adása nem óv meg biztosan további szövődmények kifejlődésétől, így pl. egy mellső kankóban szenvedő coitus után, egy másik chronikus prostatisises beteg szeszivás után, a 2., illetve 3. oltás után kapott mellékheregyulladást.

Míg férfiaknál az eredmény nem sokkal jobb, mint más autovaccinás kezelésnél, nőknél meglepő eredményt értem el. Eléggé ismeretes a női kankó gyógyításának nehézsége és gyakori eredménytelensége. Vaccinám használata előtt osztályomon minden használatos parenteralis és vásárolható vaccinás oltást végigpróbáltam külön-külön, felváltva és keverten. Mégis három hónapon aluli kezelés alig akadt. A hosszú kórházi kezelés a beteget nagyon megviselte. Vaccinám adására addig hónapok óta változatlan cervicalis váladék 4—10 nap alatt teljesen csírmentessé vált. A sokszor (31 közül 18) igen bő, genyes váladék 3—14 nap alatt teljesen felszikkadt és üvegszerűen áttűnővé vált. Az erosiók (5 eset) a váladék eltűnésére maguktól gyógyultak néhány nap alatt. Mindössze három nőnél maradt meg a bő váladék. Nevezetesen egy vérszegény betegnél, a 12 éves kora óta, 11 éven át fennállott folyás. Gonococcust itt a váladékban kezelés előtt sem találtunk. A másiknál, az oltásra csírmentessé vált váladék csak a méh kikaparása után szűnt meg. A harmadiknál nem követhettük a kórképet, mert megszökött, mielőtt a folyás okát tisztázhattuk volna. Előfordult az is, hogy a csírmentes, üvegszerűen tiszta, és csaknem genysejt nélküli váladék nem tűnt el teljesen, hanem kisebb-nagyobb mértékben tovább képződött.

A gyors gyógyulásnak érdekes, meggyőző esetét egy házaspárnál észleltem. A férj kankót szerzett és megfertőzte feleségét. Miután a férfi erélyes provocatiók után, vaccinás gyógyítás nélkül, megbízhatóan meggyógyult, feleségével való első coitus után újra fertőződött. Ekkor mindkettőnél positiv volt a gonococcuslelet. A nőnél cervicalis folyamat volt. Miután vaccinámmal kezeltem őket, 2 hét alatt mindketten teljesen tünetmentesekké váltak, további kezelésre nem jártak és három hónapja, rendes házasélet mellett, kiújulás nem történt.

Úgy férfiaknál, mint nőknél a kezelést teljes gyógyulásig folytatom. Minden héten váladékot vizsgálok, befejezésül szabályszerű provokálást végzek 4—5 váladékvizsgálattal. Nőknél ezenkívül megvárom a tünetmentesség utáni első vérzést és csak negativ lelet esetén bocsátom el őket.

Hangsúlyozom, hogy a rendőrségi felügyelet alatt álló nőket tovább is figyelemmel kísértem. Míg vaccinám használata előtt a felügyeltek valósággal cyklikusan jelentek meg újra 3—4 hó mulva, most recidiválót, úgy látom, többé nem kapok. Az ellenőrző tisztiorvos kijelentése szerint a vaccinált puellák most már körülbelül 7 hónapig is visszamenően teljesen tünetmentesek. Megállapíthattam új férfibetegeimen, hogy a kankójukat nem a már vaccinált nőktől kapták.

Parametritisben szenvedő 10 nő közül 4 az első vaccinaoltás után erős vérzést és parametralis fájdalmat kapott. E tünetek azonban a további oltásra gyorsan múltak és teljes gyógyulás következett. Egy nőnél a súlyos parametralis folyamat vaccinámra kezdetben nem javult, minden oltás után fokozódott fájdalma. Neosalvarsanra a tünetek két hét alatt visszafejlődtek és a még gonococcusos váladék újabb vaccinálásra megszünt.

Nőknél a váladék teljes feltisztulásáig 8 ízben kellett két sorozat vaccinát adnom. Ajánlatos, hogy nagyon heveny parametralis folyamatoknál vaccinálás előtt akár terpichinnel, akár neosalvarsannal és fektetéssel a heveny tüneteket visszafejlesszük.

Gonorrhoeásokon kívül 6 pyodermást kezeltem vaccinámmal. 5 furunculosist és 1 carbunculust. A furunculosisosak 8—14 nap alatt teljesen gyógyultak. A genyes csap 3—5. napra lazult mek. Újabb kelés nem keletkezett. A tarkócarbunculus kéthetes volt és tenyérnyi nagyságú, a szokott kísérő tünetekkel. Első oltás után erős genyürülés indult meg. Két oltás után az elhalt góc meglazult, a beszűrődés összeesett. Hetedik napon az elhalt szövet az üregből könnyen kiemelhető, a fájdalmasság teljesen megszünt. Műtéti beavatkozás csupán az első felpuhult, fluctuáló tályog 2 cm hosszú bemetszéséből állott. A nagy anyaghiány 24 nap alatt gyógyult be teljesen. A beteg három oltást kapott négynaponként. Helyi kezelésképen alkoholos párakötést alkalmaztam és az üreget jódtincturával ecseteltem.

Végül említést érdemel egy dysenteriás betegnél látott eredmény. A beteg 56 éves nő volt, harmadnapos dysenteriás tünetekkel. Naponta 20—26 székelés, csaknem folytonos tenesmussal, heves hasi fájdalommal, subfebrilis hőmérsékkel, étvágytalansággal. A székletét szürkés-nyákos, genyfoltokkal, vérrel kevert. Megfelelő étrend és hashajtó mellett a genyes nyákból vaccinát készítettünk a rendes módon. Az első 1 cm^3-t délután kapta, láza estére megszünt. Éjjel még kétszer, másnap háromszor volt széklete. A nappaliak már sárgák, vérmentesek voltak, kevés nyákkal. Közérzete teljesen jó, fájdalma megszünt. Harmadik napon a második oltást kapta. Rendes adag (1 evőkanál) keserűsó mellett is csak kétszer volt széklete naponta. Nyolcadik napon étvágya jó volt, mindent evett, normalis minőségű széklete 1—2-szer volt naponta. Több dysenteriásunk e betegen kívül nem volt, így minden további következtetést egyelőre mellőznöm kell.

Az yatrent megfelelő biologiai és chemiai tulajdonságai teszik alkalmassá a szóban lévő vaccina készítésére.

Vaccinám tulajdonképeni hatóanyaga a kóros váladék s ezért immunbiologiai szempontból a legeszményibb. Az érintett irodalmi adatok szerint a saját kórokozókból tenyésztett vaccina a leghatásosabb. Több szerző a társcsírok alkalmazását is feltétlenül

szükségesnek tartja, a megfelelő serumokban pedig a bennük foglalt ellenanyagokat véli, főleg gyógyító, serkentő hatásúaknak. Az ellenanyagok termelésében *Metschnikoff* és mások kutatásai szerint a leukocyták vezető szerepet játszanak. A kóros gennyel, váladékkal végzett kötési kísérletek positiv eredményt adtak. Sőt *Peters* gonorrhoeások genyjéből készített vaccinaszerű anyagával positiv eredményű bőrbeoltást végzett, amely általános, helyi és góctünetekben nyilvánult.

Vaccinámban egyesül az összes kórokozók, a genysejtek és saját fehérje (nyák, esetleg nekrotikus szövet) hatóereje. A vaccina üledékében a felsorolt elemek egyöntetű homogen tömeget képeznek. Benne ép sejtes elemet csak elégtelen eldörzsölés után láttam. Néha egy-egy laphámsejt és spermocyta látható, jó eldörzsölés mellett is. Az üledék methylenkékkel halványkékre festődik, sötétebb, kék, alaktalan csomó kíséretében. Az alapanyagban felismerhetők az yatren finom, kristályos szemcséi. Az yatren az anyagot nem festi meg.

Nagy előnye vaccinámnak, hogy 37·5 C°-ig terjedő lázat is ritkán okoz, góctünetet alig, erőset ritkán. Az esetek túlnyomó részében teljesen melléktünet nélkül állja a beteg. Ér mellé fecskendezve is fájdalmat, gyulladást nem okoz. A gyógyhatás csaknem közvetlenül jelentkezik.

Végül legnagyobb előnyét abban látom, hogy bármely orvos, minden költséges berendezés, minden előgyakorlat, vagy különös tanulmány nélkül, körülbelül 8 perc alatt betegének autovaccinát készíthet és azt kockázat nélkül rögtön alkalmazhatja is.

Eseteim tanulsága szerint vaccinámnak használata különösen női kankó gyógyításában jár szokatlan jó eredménnyel. A kezelés tartama néhány hétre rövidül, a gyógyulás tartós. Úgy látszik, hogy utóhatása is jelentékeny, amennyiben még nagyon exponált egyének sem fertőződtek újra és fertőzést látszólag nem hoztak létre. Figyelemreméltó a férfi-gonorrhoeánál elért eredmény is. Különösen az, hogy heveny mellső kankónál is meglepő hamar csökkenti a váladék menynyiségét és a kórokozók számát. Súlyos szövődmények néhány nap alatt oly mértékben javultak, mint amilyet eddigi segítő gyógykezeléssel ritkán láttam. Merész volna állítanom, hogy oltásom teljes immunitást biztosít, de az észlelt körülményeket mégis lejegyzem.

Hosszabb hatásmód magyarázatba bocsátkozni mostani előzetes közleményem kapcsán nem óhajtok. Megjegyzem azonban, hogy tisztán yatrenhatásra hárítani az eredményt nem lehet, mert az egyszeri oltásra bevitt mennyiség 0·4—1·5 cg-nál sohasem nagyobb. Az yatrennal dolgozó szerzők 0·5—2·5, sőt 3 g-ot használnak egyszerre, illetve naponta. Míg az általam bevitt 4—6 cg 9—14 napra esik. A vaccinám yatrentöménysége 0·5%, a használatos töménység mindig 4—5%.

Azt hiszem, hogy dysenteriánál, vastagbélhurutnál, pertussisnál, staphylo-, streptococcusos fertőzésnél, mélyre terjedő trichophytiánál, aktinomycosisnál, általában mindazon folyamatoknál, amelyek váladékképződéssel járnak, hatásosan alkalmazható eljárásom.

Dolgozatom lezárta után akadtam *H. Hecht* dolgozatára, amelyben eljárásomhoz hasonlóan, rövid úton készít gonorrhoeásoknál vaccinát. *Hecht* a reggeli vizeletet centrifugálja és a nyert üledéket konyhasós oldattal kétszer átmossa. A maradékot négyszeranyi, 0·25%-os carbolsavoldattal, vagy steril vízzel higítja. Utóbbi esetben hővel sterilitást végez, mihez thermostat is szükséges. Oltóanyaga csak 24 óra mulva használható. Az oltást izomba adja. A carbolos anyag fájdalmas és heves melléktünetekkel jár. Két férfibetegről közölt kórtörténetet nagyon hiányosan; bakteriás eredményről nem számol be.

Hecht eljárásánál az enyém célszerűbb, mert: 1. a készítési módja összehasonlíthatatlanul egyszerűbb, olcsóbb; 2. *Hecht* az átmosással és felfőzéssel, illetve carbolsavval az érzékeny fehérjék nagyrészét elveszti, vagy denaturálja. Az én eljárásomnál a fehérje- és bakteriumanyag változás nélkül marad meg és így teljes hatását fejti ki. *Hecht* csak férfivizelettel készített néhány esetben vaccinát.

Irodalom: *Bruck, Prof. Dr. Carl:* Klin. Wochenschrift 1923, 2 évf., 22. sz. — *Bucura, Prof.:* Arch. f. Gyn. 1923, 119. köt., 3. füz. — *Burckas:* Ref. Zentralbl. f. H. u. Gkr. 1921, 1. köt., 7. füz., 371. old. — *Buschke, Prof. Dr. A.* és *Langer, Dr. E.:* Med. Klin. 1922, 24. sz. — *Cook, M. W.* és *Stafford, D. D.:* Journ. of infect. dis. 1921, 29. köt., 6. sz. — *Dietrich,* Oberstabsarzt: Deutsche med. Wochenschr. 1920, 39. sz. — *Frassi Luigi:* Rif. di clin. pediatr. 1921, 19. köt., 5. füz. — *Le Fur, René:* Clinique 1923, 18. évf., 17. sz. — *Giscard, J. B.:* Journ. d'urol. 1924, 17. köt., 1. sz. — *Hecht Hugó:* Berl. klin. Wochenschr. 1921, 58. évf., 19. sz. — *Heimann* és *Baumann:* Münch. med. Wochenschr. 1923, 70. évf., 5. sz. — *Hermanies, John:* Journ. of infect. dis. 1921, 28. köt., 2. sz. — *Hocquard, Jean:* Journ. de méd. de Paris 1923, 42. évf., 40. sz. — *Ivens, Frances:* Brit. med. Journ. 1921, 3133. sz. — *Jötten, K. W.:* Derm. Wochenschr. 1921, 72. köt., 16. sz. — *Jötten:* Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr. 1921, 92. köt., 1. füz. — *Dr. Keining:* Münch. med. Wochenschr. 1922, 26. sz., Münch. med. Wochenschrift 1922, 50. sz. — *Lamy, Marc.:* Lyon. méd. 1923, 132. köt., 12. sz. — *Lange, Carl.:* Klin. Wochenschr. 1922, 1. évf., 10. sz. — *Lebreton:* Journ. d'urol. 1921, 12. köt., 4. sz. — *Löser, Alfred:* Zentralbl. f. Gyn. 1922, 46. évf., 46. sz. — *Patzschke, W.* és *E. A. Hartmann:* Münch. med. Wochenschr. 1924, 71. évf., 12. sz. — *Peters, Paul:* Arch. f. Derm. u. Sy. Orig. 1921, 131. köt., — *Ruete, Prof. Dr.:* Münch. med. Wochenschr. 1922, 27. sz. — *Stérian:* Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1923, 39. évf., 3. sz. — *Thomsen, Oluf* és *Vollmond, Erik.:* Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 1921, 84. évf., 6. sz. — *Walker, Allan:* Med. journ. of Australia 1922, 2. köt., 26. sz. — *Weil-Hallé* és *H. Chabanier:* Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1922, 38. évf. 10. sz. — *Weinzierl, Egon R. v.:* Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1921, 84. köt., 2. füz.

A magy. kir. debreceni Tisza István-tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László dr. egy. ny. r. tanár).

Az aranysolreactio néhány idegbetegségnél és az endogen elmebajoknál.*

Írta: *Thurzó Jenő dr.* egyetemi tanársegéd.

Az aranysolreactio és általában a colloidreactiók legfontosabb szerepükhöz a központi idegrendszer lueses megbetegedéseinél és a meninxek gyulladásos folyamataival járó betegségeknél jutnak. Nagyfokú érzékenységüknél fogva azonban enyhe positivitást mutathatnak nemcsak ennél a két kórcsoportnál, hanem a liquor összetételében sokkal finomabb eltéréseket okozó és a négyes reactióval vagy alig, vagy ki sem mutatható változásokkal járó megbetegedéseknél is. Figyelembe veendő azonban az is, hogy különösen az aranysolreactióval való dolgozásnál a legalaposabb laboratoriumi technika és a colloidreactiók végzésében való jártasság híján, valamint az eredmények értékelésénél kellő colloidchemiai ismeretek nélkül könnyen történhetnek hibák. Ezekre a következményekre *Kafka, Eskuchen* és más szerzők is felhívják a figyelmet. Az aranysolra számos külső és belső tényező bírhat befolyással és az ezek által okozott hibaforrásokat a reactio végzésében ki kell küszöbölnünk, hogy ne jussunk, mint az alábbiakban említett szerző, helytelen következtetésekre. Ebből a szempontból is ajánlatosnak tartom, hogy minden liquorvizsgálatnál legalább kétféle colloidreactiót végezzünk. Az aranysolreactiónál pedig feltétlen szükséges — mely következmények betartását *R. Golant Ratner* a dementia praecoxra vonatkozó eredményeinek közlésénél nem említi —, hogy csak jó solokat használ-

* Egyúttal megjegyzés *Priv.-Doz. Raissa Golant-Ratner* „Die Goldsolreaktion bei Dementia praecox" című cikkére. Münch. med. Wochenschr. 1924. 33. sz.

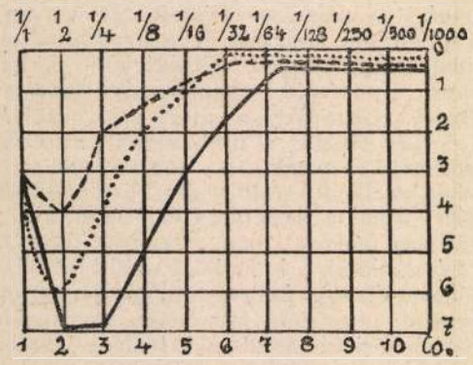
junk, vagyis az *Eskuchen* által előírt két elővizsgálatot (Testierungversuche) elvégezzük. 1. Az aranysol sóérzékenységének kititrálása. 2. Colloidérzékenység vizsgálata biztosan negativ és biztosan paralytikus liquorral.

Sclerosis multiplexnél, encephalitiseknél, hydrocephalusnál és Heine-Medin-kórnál is, a colloidreactiók eredményeit illetőleg, többen kisebb-nagyobbfokú görbeeltéréseket írtak le.

Utóbbi időben mindezen betegségeket liquordiagnostikai szempontból mint *„a központi idegrendszer kisebbfokú bontásával"* járó kórcsoportot (kleinere Abbaukrankheiten) szokták összefoglalni. Ennél a csoportnál többé-kevésbbé jellemző görbetypusokat is állíthatunk fel.

A Kafka-féle normomastixreactióval[1] (amelyet az aranysolreactiónál is érzékenyebbnek mondhatunk) epilepsiánál és előrehaladottabb arteriosclerosisnál is (arteriosclerosis cerebri) elég gyakran kaphatunk görbeeltéréseket klinikánkon végzett kísérletek szerint, amint erre egyik közlésünkben rámutattam.[2] Ennek a két betegségnek sokszor diagnostikailag is értékesíthető görbealakjait szintén az említett csoportba sorozhatjuk.

Az aranysolreactio is mindezen felsorolt betegségeknél mutathat kisebbfokú eltérést. Egy bizonyos



görbealakot azonban nem vehetünk állandónak egyik betegségnél sem. Vizsgálataink szerint inkább egynéhány görbealak variálódását észlelhetjük, elsősorban a sclerosis multiplexnél, de az encephalitiseknél és az epilepsiánál is. Sclerosis multiplexnél előforduló variatiók az aranysolreactiót illetőleg a következők: 1. *Abortiv paralytikus görbe*, amely a leggyakrabban fordul elő. 2. *Paralytikus görbe*, ritkább variatio. Kicsapódási maximum ily esetben legtöbbször nem oly széles, mint paralysis progressivánál, hol 5—6 kémcsőre is kiterjed. 3. *Lues-fogazatos görbe* (Lues-Zacke), amely szintén elég gyakran fordul elő. (Lásd az 1. ábrát.)

Encephalitisnél a negativ görbealakon kívül luesfogazatos görbe és kissé jobbra eltolt *görbefogazat* (Kurvenzacke) is előfordulhat, amely utóbbinál a kicsapódási maximuma a negyedik vagy ötödik kémcsőben van. Epilepsiánál kb. 60%-ban negativ az eredmény, positivitás pedig az encephalitis két utóbb említett görbe alakja képében mutatkozik, kissé enyébb fokban.

Stern-Peensgen hívta fel a figyelmet először arra, hogy a liquor vizsgálata alapján a sclerosis multiplex diagnosisának megállapítására nézve főképen akkor vonhatunk következtetést, amikor a többi liquorvizsgálati eljárások negativitása mellett a colloidreactiók *isolált kiesését* észleljük. Saját esetanyagunknál (16 sclerosis multiplex) 80%-ban észleltük azt, hogy teljesen negativ Wassermann- és globulinreactiók mellett s pleocytosis nélkül csak a colloidreactiók mutattak kiesést. Helyesebbnek gondolom, ha a colloidreactióknak és a globulin-, Wassermann-reactiók, valamint a cytologiai eredmény dissociatiójáról szólunk. Röviden *„dissociatio collodo-cytoglobulini"*-nak mondhatjuk ezt. Egyrészt ugyanis *Wüllenweber* az interferometeres vizsgálatokkal az *I. W.* értékét illetőleg a sclerosis multiplexesek liquorának kóros változását mutatta ki és így nemcsak a colloidreactiók positivitásáról szólhatunk. A dissociatio kifejezés másodsorban azért is helyesebb, mert néha enyhe fokban a globulinreactiók és a cytologiai vizsgálat is mutathat kóros eltérést. Dissociatio fennállott azonban két azon esetünknél is, ahol a Pándy-reactio is positiv (+-es) volt. A colloidreactiók ugyanis ezeknél mély abortiv paralysis progressivás görbét mutattak, az aranysolreactio egész paralysis progressivás jellegűt, vagyis a reactiós kiesés erősebb volt, mint amilyent a központi idegrendszer lueses megbetegedésnél +-es Pándy-reactiónak megfelelőleg várnánk.

Felemlítendőnek tartom, hogy a colloidreactióknak eredménye eseteinknél hosszabb időn át mindig egyforma maradt és a kezeléssel kapcsolatos sem az ezüstsalvarsan-kúra, sem más therapia után változást, illetve javulást nem mutatott. Amennyiben tehát a liquor reactiós spektrumának nemcsak egyszeri vizsgálatát, az ú. n. „keresztmetszetét", hanem sorozatos vizsgálatait, a „hosszmetszetét" vesszük figyelembe, úgy a központi idegrendszer luese és a sclerosis multiplex között az elkülönítés még egyszerűbb. Lues spinalisnál ugyanis, de a többi ideglueses betegségnél is többnyire, a therapiás eljárások hatására a görbealak változását, illetve javulását érhetjük el.

Kissé részletesebben szólunk az aranysol- és egyéb colloidreactióknak az endogen elmebajoknál való lefolyásáról. A debreceni elme- és ideggyógyászati klinika laboratoriumában közel 1000 esetben végzett aranysolreactiók közt a dementia praecox 33, a mániás-depressiós elmezavar 26 és a paranoia s paraphrenia 7 esettel szerepel.

Jóformán minden esetben a vérsavó vizsgálata mellett (WA. S. G. és III. M. M.) a liquor-Wassermannreactiót, a globulinreactiókat és a pleocytosis vizsgálatát is elvégeztük; a colloidreactiók közül pedig ezenkívül még a bicol. benzoëgyanta,[3] a *Kafka*-féle normomastix vagy a bicol. mastixreactiót. Két okból is említésre érdemesnek tartom eredményeink közlését. A colloidreactiókról szóló munkákban ugyanis a legtöbb szerző tényleg kevés figyelemre méltatja az endogen psychosisok csoportját, legtöbbször csak említést tesznek róluk kisszámú, alig néhány vizsgált eset alapján. Az aranysolreactio nagyfokú érzékenységét tekintve, továbbá joggal felmerülhetett az a kérdés, hogy nem mutathatók-e ki segélyével az endogen psychosisoknál a liquor összetételében valamely subtilis változások.

Ezen meggondolás alapján hívta fel a figyelmet *R. Golant-Ratner* dementia praecoxnál a liquornak az aranysolreactióval való „systematikus" vizsgálatára. Nem is nagyszámú vizsgálat alapján a Münch. med. Wochenschrift ez évi 33. számában megjelent közlésében a schizophreniánál szabályszerint mutatkozó görbetypust ír le. Szerinte a betegségnek úgy friss, mint progrediáló és typikus dementiát mutató eseteiben a jellemző és constans görbetypus a következő: 012, 442, 100, 000;[4] vagyis az $^1/_{20}$—$^1/_{640}$ higításig az aranysolváltozást észlelhetjük és a kicsapódási maximum az $^1/_{80}$—$^1/_{1600}$ higításokban az *Eskuchen*-féle megjelölés szerint a +++-es fokig terjed. Ezeket a reactiós eltéréseket az említett szerző a vascularis eredésűek közé sorozza és a dementia praecox kórszövettanára nézve is következtetéseket von le belőlük.

A közlés megállapításával szemben sokkal na-

[1] A *NMR*-nál igen nagyfokú érzékenységet főképen azáltal érhetünk el, ha *Kafka* legújabb módszerének megfelelően az $^1/_1$ és $^1/_2$ higítások közé $^3/_4$-es higítást is beiktatjuk, hígító folyadéknak pedig *normosal*- (Sächsische Serumwerke) oldatot használunk.

[2] Zeitschr. f. d g. N. u. P. 1924, 88. köt., 1—3. füz., 134. old.

[3] Zeitschr. f. d. g. N. u. P. 1924, 88. köt., 472. old.

[4] A reactiós fokozatokat 1—6. az amerikai szerzők szokása szerint számokkal jelölöm.

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM KÖNYVTÁRA KLINIKA

gyobbszámú és alaposabban vizsgált anyagnál nyert eredményeinket állítjuk szembe.

A vizsgált 33 dementia praecoxnál 29 esetben a liquor aranysolreactiója, a többi colloid- és egyéb reactiók is teljes negativitást mutattak. A mániás-depressiós elmezavar 26 esetében szintén — két kivételtől eltekintve — teljesen negativ „liquorspectrumot" kaptunk, úgyszinte az endogen psychosisok többi eseteiben is. *Ez a negativitás a schizophreniánál is annyira szabályszerű és állandó, hogy az aranysol jóságát verifikáló vizsgálatnál is biztosan negativ liquornak többnyire egy dementia praecoxosét használjuk.* Egyetlen egy esetben sem találtuk azt a görbealakot, melyet *R. Golant-Ratner* a dementia praecoxra jellemzőnek állapít meg. Egyébként egy régebbi közlésben a Kafkaféle NMR. állandó negativitását dementia praecoxnál már felhoztam.[5]

Négy esetben schizophreniánál és mániás-depressiós psychosisnál is kaptunk ugyan kisebb elváltozásokat az aranysolreactiót illetőleg, azonban más okból. Magyarázatul ezen eseteket alább közlöm:

1. eset: H. M., 23 éves varrónő. *Diagnosis: Dementia praecox.* Gyakori nyugtalanság, zavart beszéd, verbigerálás, modorosság. Anamnestikusan hozzátartozóik luesről nem tudnak. Liquorvizsgálat eredménye: Víztiszta liquor, sejtszám: 1/3 Pándy: 0, Nonne-Apelt: 0 Ross-Jones: 0, Weichbrodt: 0. Wassermann-reactio: 0·1—0·5 0. *Aranysolreactio: 011, 100, 000, 000.* Vérsavó vizsgálata: Wassermann-reactio norm. antigennel: +, lueses antigennel: +.

2. eset: K. R., 19 éves, földmíves leánya. *Diagnosis: Dementia praecox.* Typikus hebephren forma. Liquorvizsgálat eredménye: *Kissé véres liquor.* Sejtszám: 1/3. Pándy: 0, Nonne-Apelt: 0, Weichbrodt: 0 Wassermann-reactio: 0·1—5:0, *aranysolreactio: 000, 012, 210, 000.* Bicol. B. R.: 222, 211, 000, 000. Vérsavó: Wassermann-reactio: 0, S. G. 0, III. M. R.: 0.

3. eset: M. Zs., 20 éves cseléd. *Diagnosis: Dementia praecox.* Simplex forma. Liquorvizsgálat eredménye: Víztiszta, sejtszám: 2. Pándy: 0, Nonne-Apelt: 0, Ross-Jones: 0 Weichbrodt: 0, Wassermann-reactio: 0·1—0·3: 0, 0·4— 0·5 +, *aranysolreactio: 001, 210, 000, 000.* FNMR: 466, 666, 432. III. Bicol. B. R.: 223, 221, 000, 000. Vérsavóreactio: negativ.

4. eset: P. G., 32 éves földmíves. *Diagnosis: Dementia praecox.* Legtöbbször stuporosus, negativistikus, autismus. Enyhe katatoniás tünetek. Liquorvizsgálat: Víztiszta; *aranysolreactio: 001, 121, 000, 000.* BRR: 223, 554, 310, 000. BMR: 313, 211, 000. *Vérsavóreactio: Wassermann-reactio (3 ant.)* ++++. *S. G.* +.

Az 1. és 4. esetünkben tehát lues latens seropositiva állott fenn. A 3. esetben a kisfokú lues-fogazatos kiesés specifikus eredete szintén valószínű (liquor magasabb titerei positivak). A 2. esetben kissé bevérzett liquorról volt szó. Mániás-depressiós elmezavar enyhe positivitást mutató két esetben a liquor kisfokú bevérzése okozta az enyhe kiesést.

Vizsgálataink szerint tehát dementia praecoxnál és általában az endogen psychosisoknál az aranysolreactio csak korlátozott és közvetett diagnostikai jelentőséggel bír. Negativitása endogen psychosis mellett szól, enyhe positivitása pedig dementia praecoxnak megállapított esetben támpontot nyujt nekünk arra nézve, hogy schizophrenia mellett még valamely más kóros folyamatot is kell keresnünk. Ettől eltekintve schizophren s katatoniás tüneteket mutató encephalitis után jelentkező ú. n. kataphreniára is gondoltunk enyhe positivitást mutató aranysolreactio esetében.

Jelenleg ismeretes vizsgálati módszereink dementia praecoxnál a liquornak sem chemiai, sem colloidchemiai vagy biologiai elváltozását nem mutatják. Lehetséges azonban, hogy a jövőben rendelkezni fogunk valamely, az eddigieknél érzékenyebb liquorvizsgálati eljárással, amely schizophreniánál is a központi idegrendszerben lefolyó és feltételezett degenerativ vagy más kóros folyamatokra rámutat.

[5] Zeitschr. f. d. g. N. u. P. 1924, 88. köt., 13. füz., 138. old.

A Charité-poliklinika Röntgen-laboratoriumának (vezető: Bársony T. dr.) és a Kerületi Munkásbiztosító Pénztár gyomor-bélosztályának közleménye (vezető: Friedrich L. dr.).

Gyomoraciditás és pylorus.

Írták: *Bársony Tivadar dr., Bokor György dr.* és *Friedrich László dr.*

(2 táblával.)

A physiologia tanítása szerint a nyombélbe jutott gyomornedv sósava zárja a pylorust és zárva tartja addig, míg a sósav a nyombélben nem közömbösíttetik. Nagyobb aciditású gyomornedv huzamosabb ideig tartja zárva a pylorust, kisebb aciditású gyomornedv rövidebb ideig; anaciditásnál ez a pylorust záró savreflex nem jön létre, a pylorus állandóan nyitva marad.

A physiologia mai felfogása szerint tehát a pylorus anaciditásnál állandóan tágra nyitott, hyperaciditásnál tartósan zárt, s amikor hyperaciditásnál rövid időre nyílik, akkor sem nyílik meg annyira, mint anaciditásnál. De anaciditást találunk hyperacid gyomroknál is, még pedig az esetek elég nagy számában, az emésztés, azaz a secretiólefolyás egy-egy phasisában. Ez különösen hangzik, de a fractionáltan végzett gyomornedvvizsgálatokból kétségtelenül kiderül, hogy az éhomra hyperacid gyomornedv savanyúsága a próbareggeli elfogyasztása után sok esetben leszáll nullára — úgy látszik, a próbareggeli az üres gyomor savát felhigítja és megköti —, csak később kezd a savérték ismét emelkedni, míg végre körülbelül 40—60 perc mulva eléri újból a hyperacid értékeket. Ha a physiologia tanítása helyes volna, akkor az ilyen hyperacid typusú gyomroknál a különböző aciditású phasisoknak megfelelően változnia kellene a pylorus nyitottságának is; az anacid phasisban állandóan tágranyitottnak, a hyperacid phasisban zártabbnak kellene lennie. Ez annyit jelent, hogy a secretiós görbének megfelelő pylorusnyitottsági görbét kellene találnunk.

Vizsgálatainkat azon kérdés tisztázása céljából végeztük, hogy vajjon kimutatható-e a pylorus nyitottságában változás egy gyomornál, a különböző aciditású phasisok idején? Vizsgálati technikánk a következő volt: A betegnek duodenalis szondát töltunk le a gyomrába, körülbelül 55 cm-nyire a fogsortól és ezt a vizsgálat végéig bennhagytuk (vigyáztunk arra, hogy a szonda a gyomorban való helyzetét ne változtassa). A szonda letolása után azonnal, 10 és 20 perc mulva, gyomornedvet aspiráltunk, hogy megállapítsuk a gyomornedv éhomi aciditását és a szonda mechanikus ingere által létrejött változását. Ezután 300 cm³, 5%-os alkoholban suspendált 80 g ventrobaryt-express-contrast-próbareggelit (K. P.) itattunk a beteggel. Most ismét azonnal, majd ¼, később ½ óránként aspiráltunk gyomornedvet, mindaddig, míg a Röntgenvizsgálat szerint a contrastanyag ki nem ürült a gyomorból. Ez a contrast-próbareggeli (K. P.) módot nyujt arra, hogy a gyomor-pylorus-duodenum pontos Röntgen-leletéről egyidejűleg minden időben pontos leletünk legyen a gyomor secretiójáról is. Vizsgálatainkat részben negativ leletű gyomorpanaszosokon, részben fekélyeseken végeztük. Összesen 25 esetben végeztünk erre vonatkozó vizsgálatot.

Vizsgálataink mindenekelőtt kétségtelenné tették, hogy hyperacid typusú gyomroknál a K. P. után gyakran süllyednek le az éhomi hyperacid értékek 0-ra, s csak később emelkednek ismét a hyperacid értékekre. Vizsgálatainkból kiderült továbbá, hogy *egy gyomornál a pylorus tágassága az anacid vagy a hypacid phasisban ugyanaz, mint később a hyperacid phasisban.* (L. a táblázatokat.) Ha tág volt a pylorus az anacid vagy a hypacid szakban, tág maradt a hyperacid szakban is, viszont azokban az esetekben, melyekben a hyperacid szakban keskeny volt a pyloruscsatorna,

Ny. I. 28 éves.

Éhomi aciditás

Idő	Aciditás	
	HCl	Össz.ac.
1′	44	56
10′	68	76
20′	84	96

Idő	Aciditás		Tartalom	Peristaltika	Pylorus*	P.-csatorna szélessége	Bulbus
	HCl	Össz.ac.					
Ventrobaryt + alkohol után azonnal	0	20	Oliva az angulus alatt, Gyomor felte lődik, gyors ürülés	Normalis, az angulus magasságában indul meg	2	kb. 1 cm	Jól tölthető, ép
10′ p. c.	0	8	Praepylorikusan horizontalis niveau, gyors ürülés	Kissé sekély	1	kb. 1 cm	Spontán jól telódik
30′ p. c.	12	24	Gyors ürülés	Normalis	1	kb. 1 cm	Spontán jól telődik
5½′ p. c.	48	60	További ürülés, ½ maradék. Fölötte sok folyadék	Sekélyebb	1—2	kb. 1 cm	Hol spontán, hol csak nyomásra telődik
105′ p. c.	64	96	⅓ maradék két szárban	Sekélyebb	1	½cm-nél kissé szélesebb	Spontán
135′ p. c.	44	60	2 ujnyi maradék az alsó poluson	Sekélyebb	1	½ cm-nél kissé szélesebb	Spontán
165′ p. c.	40	52	Keskeny sáv az alsó póluson	Sekélyebb	1	½ cm-nél kissé szélesebb	Spontán
195′ p. c.	52	68	Üres	—	—	—	—

* Pylorus 1 = a pilorus csatorna spontán telt.
Pylorus 2 = pylorus-csatorna spontán nem látható, de effleurage-zsal könnyen tölthető.

keskeny volt az már az anacid vagy hypacid szakban is.

Vizsgálatainkból csak a pylorus tágasságára vonatkozólag vonhatunk le határozott következtetést, a pylorus permeabilitására nem (amit mi mértünk, az a teljesen nyitott pylorus átmérője volt). A pylorus tágassága csak egyik tényezője a pylorus permeabilitásának. A permeabilitás ezenkívül függ attól is, hogy milyen gyakran és mennyire nyílik meg a pylorus és mennyi ideig marad nyitva. Ezt pontosan mérni mai vizsgálati módszereinkkel még nem tudjuk. A nyombélbe és a vékonybélbe való ürülés bősége nem mértéke a pylorus permeabilitásának. Ez ürülés bősége nemcsak a pylorus permeabilitásától függ, hanem azonkívül nagy mértékben a gyomor motoros működétől is (tonus-peristaltika). Ha a gyomormotor csökkent erővel működik, állandóan tágra nyitott pylorusnál is rossz lehet a gyomor kiürülése, viszont fokozottan működő gyomormotor csökkent átjárhatóságú pyloruson keresztül is jól áthajthatja a gyomortartalmat. Az irodalomnak azok az adatai, amelyek a pylorus permeabitását más adatok megadása nélkül, csakis a gyomorkiürülés idejével mérték, mind egészen hibásak. Ha mi a mi vizsgálatainknál csak a bélbe való ürülés bőségével mértük volna a pylorus átjárhatóságát, akkor arra a következtetésere kellett volna jutnunk, hogy — minthogy kezdetben a hypacid szakban bővebb a duodenum felé való ürülés, mint a későbbi, a hyperacid szakban — hypacid phasisban kevésbbé átjárható a pylorus, mint a hyperacid phasisban. Ez a következtetés helytelen lett volna. Általánosan ismert ugyanis, hogy az emésztés tartama alatt a gyomormotor működésedése egy bizonyos ideig fokozatosan csökken, physiologiás körülmények között is már jól megítélhetően csökken a gyomor tonusa, pathologiás viszonyok között meg a peristaltika csökkenése is szembetűnő (nyombélfekélynél pl. gyakran váltja fel a kezdeti segmentáló peristaltikát, később sekély peristaltika). A gyomormotor e működéscsökkenése teljesen megmagyarázza a bélbe való ürülés bőségének csökkenését. Hogy nem a gyomor savtartalma szabja meg ezt, azok az esetek bizonyítják, amelyeknél a K. P. elfogyasztása után — amikor pedig anaciditás volt jelen — még perceken keresztül sem indult meg az ürülés, míg később, nagyobb savértékek idején, bő ürülés jött létre.

Jelen vizsgálatainkkal a gyomorműködés rendkívül bonyolult mechanismusában egy részletet sikerült tisztáznunk: *a pylorus tágassága független a gyomor aciditásváltozásától.*

M. J. 32 éves.

Éhomi aciditás

Idő	Aciditás	
	HCl	Össz.ac.
1′	50	68
10′	80	84
20′	72	80

Idő	Aciditás		Tartalom	Peristaltika	Pylorus	P.-csatorna szélessége	Bulbus
	HCl	Össz.ac.					
Ventrobaryt + alkohol után azonnal	0	10	Oliva felül intermediaer rétegben, gyomor feltöltve	Azonnal megindul az angulus felett fokozott	1	½ cm	Bőven telődik ép konturokkal, gyorsan ürül
10′ p. c.	32	48	Oliva felül intermediaer rétegben, gyomor feltöltve, gyors ürülés	Azonnal megindul az angulus felett fokozott	1	½ cm	Bőven telődik ép konturokkal, gyorsan ürül
25′ p. c.	48	56	½ kiürült, többi feltölti a gyomrot	Azonnal megindul az angulus felett fokozott	1	4—5 mm	Bőven telődik ép konturokkal, gyorsan ürül
40′ p. c.	60	68	¼ maradék. Oliva a folyadékrétegben	Azonnal megindul az angulus felett fokozott	1	4—5 mm	Bőven telődik ép konturokkal, gyorsan ürül
60′ p. c.	56	68	2 ujjnyi maradék	Élénk	1	4—5 mm	Nem telődik ki teljesen
80′ p. c.	64	76	Igen keskeny csík az alsó poluson	Látható	—	—	—
100′ p. c.	32	44	Üres	—	—	—	—

A gróf Apponyi Albert-poliklinika laboratoriumának közleménye (vezető: Vas Bernát dr. c. rk. egy. t.).

Megjegyzések az insulin biologiai titrálásához.

Írta: *Lévai Mihály dr.* poliklinikai assistens.

Az orvostudomány utolsó decenniumának kétségtelenül legnagyobb vívmánya az insulin. Ez a hormontermészetű — egyelőre még, sajnos, vegytiszta alakban elő nem állítható — anyag a szervezet chemismusának acidotikus állapotaiban (ketonaemia és ketonuria diabetes mellitus súlyos eseteiben, prae- és postoperativ acidosisok stb.) szembeszökő eredménnyel alkalmazható és alkalmazandó! Anélkül, hogy e szer hatásmechanismusát subtilis részleteiben csak megközelítően is ismernénk (l. *M. Labbé, Laufberger, Grafe, Brugsch* stb. munkáit) — hiszen még az alapmegbetegedés, a diabetes pathomechanismusa sincs tisztázva —, elfogadhatjuk a klinikai tapasztalatok alapján *Chabanier* és iskolájának álláspontját. Két postulatumot állított fel *Chabanier* az insulin-kezelésre vonatkozólag: 1. az uralkodó kanadai, egyesült államokbeli és francia *(L. Blum, M. Labbé)* felfogással szemben, mely az insulinban csak a szigorú étrendi megszorítás hathatós kiegészítőjét látja, ő az insulinkezelésre helyezi a fősúlyt, minthogy benne látja a diabetes gravis essentialis gyógytényezőjét, viszont az étrendi megszorítás sokkal liberálisabban kezelendő; 2. súlyos diabetesesetekben folyamatos, rövid megszakítások mellett, kis adagokkal tartós kezelés viendő keresztül. A kezelés schemája nagy vonásokban az antisyphilitikus kúra schemájával hasonlítható össze.

Tudományos meggondolások alapján az insulin széleskörű alkalmazása ellen sok kifogás emelhető. Az insulin hatásmódja rendkívül complex formában jelentkezik a kutatók előtt. Napról-napra újabb megfigyeléseket közölnek le, melyek nemcsak a szénhydrat-anyagforgalom absolut és relativ befolyásolhatóságára mutatnak rá, hanem a proteintestek, a zsír, a víz, a só anyagcseréjében előálló változásokra is utalnak. Azonkívül bebizonyosodott, hogy az insulin a szervezet osmotikus viszonyait, a vér és a szövetek hydratatiós viszonyait mélyrehatóan befolyásolni képes, lényegében ismeretlen, egyelőre hypoglykaemiásnak nevezett tünetcsoportot idézhet elő, oedemákhoz, kellemetlen szívtünetekhez vezethet stb. E szerencsére ritkán fellépő, de nagy óvatosságot parancsoló esetlegességekkel szemben a szer nyilvánvaló, sokszor életmentő hatása feljogosítja a gyakorló-orvost arra, hogy a szert az *elvárható körültekintéssel* alkalmazza. Tulajdonképen nem is az a döntő valamely szer hasznának megítélésénél, hogy annak hatásmódja ismeretes-e? Hiszen, teszem a chinint évszázadok óta alkalmazzuk anélkül, hogy hatásmechanismusát ismernők. Igaz, hogy a dosologiáját empirikus úton, az észlelt esetek százezrei nyomán állapították meg. De éppen a chinin példája alapján mutathatunk rá az insulin széleskörű alkalmazásának egyik hibaforrására: *az alapdosisok bizonytalan meghatározhatóságára, a biologiai titrálás megbízhatatlanságára.* Míg a chinint vegytiszta formában sikerül előállítani és annak vegyi szerkezetét ismerjük, addig az insulinról csak annyit mondhatunk, hogy különböző előállítási eljárások során, sőt még egyazon eljárás mellett is a különböző alkalmakkor nyert termékek a kívánt hatóanyag különböző modalitásait, különböző concentratióban tartalmazzák és differens és indifferens melléktermékekkel — mint a fehérjeszármazékok, pyridintermékek — szennyezvék. *Chabanier* kimutatta egy vizsgálatsorozatban, hogy az ő egyszerű eljárással nyert insulinkészítménye semmivel sem szennyezettebb a különböző kanadai, amerikai, angol, dán vagy egyéb francia készítményeknél és *a biuret-reactiót* minde készítmények adják. Tehát az insulin dosologiájának jelenleg még ki nem küszöbölhető hibaforrása van — *az alapadagot vagy „klinikai egység"-et nem a mérleggel mérjük, hanem biologiai meghatározások során.*

Banting és *Bang* klinikai egységnek nevezték el az insulin azon mennyiségét, mely elegendő ahhoz, hogy egy kb. 2 kg súlyú, 20 óra óta éhező házinyúl normalis vércukorértékét négy óra alatt 0·110% mg-ról 0·045% mg-ra süllyessze. Joggal vethető fel a kérdés: *vajjon a házinyúl vércukrának biologiai befolyásolhatósága megfelel-e az emberének, sőt kérdezhetjük azt is, hogy az egészséges állat szövetnedveinek insulinnal való befolyásolhatósága párhuzamosan halad-e a diabeteses egyén viselkedésével?*

Ezeken az alapvető kérdéseken kívül további megfontolás tárgyát kell hogy képezze az a kérdés, hogy általában, de *különösen a házinyúlnál a vércukorérték ingadozása-e a legmegbízhatóbb fokmérője az insulinhatás intensitásának, vajjon a létrejövő egyéb mélyrehatóbiochemiai elváltozások együttes vizsgálata nem szolgáltathatna-e megbizhatóbb eljárást az insulinhatás intensitásának mérésére?*

Mint azt jeleztük, a biologiai titrálásnál a kanadai szerzők két tényezőnek a viselkedését vizsgálták az insulinhatás alatt: az egyik *a vércukor süllyedése*, a másik a *hypoglykaemiás tünetek fellépése.* Egyenkint kritika tárgyává téve e tényezőket, bőséges kísérleti tapasztalataink alapján a következőket mondhatjuk. Bár az összes kézikönyvek azt állítják, hogy az egyenletesen táplált házinyulaknak constans vércukorértékei vannak, mi a házinyúl vércukorértékét megközelítőleg sem találtuk ilyennek, sőt hónapokra terjedő sorozatos alapérték meghatározásaink 10—15 érték alapján exorbitans általában 50—70% ingadozást mutattak fel. Hangsúlyoznunk kell, hogy kísérleteink folyamán az állatok egyforma mennyiségű és minőségű táplálékot kaptak, a vérvételt megelőzően legalább 18 órát éheztek és a jodometriás titrimetriával dolgozó, tehát a rendelkezésünkre álló legtökéletesebb és legmegbízhatóbb Bang-féle mikromethodikával végzett meghatározásokat minden alkalommal három meghatározás számtani középarányosa alapján végeztük. A szokásos ellenőrző értékmeghatározásokra lelkiismeretesen ügyeltünk. Példaként álljon itt két kísérletsor:

	P				*J*		
1924	XII. 27.	0·177%	mg +	1924	XI. 24.	0·0925%	mg —
	28.	0·125	„		25.	0·089	„ —
	XII. 2.	0·100	„		26.	0·103	„
	4.	0·100	„		27.	0·298	„ +
	5.	0·134	„		XII. 2.	0·185	„
	9.	0·0785	„		3.	0·285	„
	10.	0·068	„ —		5.	0·107	„
	12.	0·114	„		10.	0·143	„
	15.	0·114	„		12.	0·0964	„
1925.	I. 2.	0·096	„	1925.	I. 19.	0·114	„
	5.	0·121	„				
	7.	0·125	„				

A P-vel jelzett nyúlnál talált legmagasabb érték (Mx) 0·177% mg, a legalacsonyabb érték (Mn) 0·068% mg. A különbség tehát 0·109% mg, ami egyszerű hármasszabállyal kiszámítva 62·7% ingadozásnak felel meg.

A J-vel jelzett nyúl Mx-a 0·298% mg, Mn-a 0·089% mg: ezen értékek közötti különbség 0·209% mg, vagyis 70·1% ingadozás.

Ezek után még kíváncsiak voltunk arra, hogy egyazon házinyúl összes alapértékeinek számtani középarányosai mennyire egyeznek. Természetesen itt is eltérő eredményeket kaptunk, bár a különbség kevésbbé kifejezett. Például P-nél kb. 6 hét alatt 0·1127, J-nél 0·1526, M-nél 0·1258, I-nél 0·1077% mg.

Kapott eredményeink gyakorlati jelentősége annyira szembeötlő volt, hogy azok helyességét igyekeztünk még azáltal jobban megalapozni, hogy oly alapértékeket állítottunk össze, melyek *még soha kísérleti célra fel nem használt*, vagyis a glykoregulatiót esetleg befolyásolni képes anyagokkal még nem kezelt házinyulaktól származnak. *17 első alapérték közül a Mx 0·177% mg, a Mn 0·064% mg volt, tehát a különbség 0·113% mg. E táblázat szerint az ingadozás 63·8%-ot tesz ki, míg az összes értékek számtani középarányosa 0·1018% mg.*

Ha eredményeinkhez az irodalomban található, különböző célokból végzett vércukormeghatározások (*Brugsch, Kogan, E. F. Müller* stb.) alapértékeit hozzácsatoljuk, úgy *a leghatározottabban vissza kell utasítanunk azt a szinte dogmává kövesedett felfogást, mintha a házinyúlnak a pathologia humanában használt értelemben „vércukortükre" volna.* Éppen ezért *nem fogadhatjuk el a házinyúl vércukorértékeit az insulinhatás biologiai értékelésének megbízható alapjául!* Úgy látszik, már egyes szerzők a dolgok ilyetén állását megsejtették, mivel az insulin kititrálásának alapjául az 50%-os vércukorsüllyedést vették. Mások ismét elhanyagolták az alapértékeket és egyedül azt az insulinmennyiséget határoztuk meg, mely egy 2 kg-os házinyúlnál éppen elegendő a hypoglykaemiás tünetcsoport kiváltására. Az előbbi módszer nagy hibaforrását képezi az a tény, hogy az állatok receptivitása igen változó, mint azt oxfordi előadásában *Mc Leod* is hangsúlyozta: *„Animals have individual variability to insulin". Brugsch* még határozottabb kifejezésmódot használ, amikor a következőket írja: *„Prüft man experimentell die Einheiten an Kaninchen nach, so ist man überrascht, wie verschieden der Wert der Präparate sein kann, trotzdem sie den gleichen Eichungswert haben, sodann aber auch, wie verschieden verschiedene Kaninchen aus dem gleichen Stall und von der gleichen Krippe auf das gleiche Präparat reagieren können".*

A hypoglykaemiás insulindosist meghatározó biologiás eljárást ugyancsak elégtelennek kell nyilvánítanunk. Elsősorban az előbbi eljárás ellen felhozott egyéni receptivitás miatt. Másodsorban amiatt, mivel kísérleteink folyamán *többször értünk el 0·035% mg körüli süllyedéseket anélkül, hogy az állatnál görcsök fellépését tapasztalhattuk volna.* Sőt azon kísérleteim folyamán, melyeket dr. chem. *Waldbauer Olgával*, a székesfőv. bakt. int. szaksegédjével együtt hónapok óta végzek, melyekben az állati vércukor befolyásolhatóságát a legkülönbözőbb anyagokkal intravenás, intracutan, vagy subcutan applicatio mellett, egyedül vagy insulinnal kombinálva vizsgálom, arra a meggyőződésre jutottam, hogy *a vércukorérték, legalább is a házinyúlnál, a szövetchemismusnak egy oly függvénye, mely az organovegetativ idegrendszerre és a vele szorosan összefüggő endokrin systemára gyakorolt ingerek következtében mélyreható elváltozásokat szenvedhet el. Ezek az elváltozások egyes esetekben — mint pl. a parathyreoida egyedüli vagy insulinnal kombinált adagolásánál — 80% és még ezen felüli süllyedést mutathatnak fel.* E kísérletek logikus következményeként oly insulinkészítmény összeállítását kísérelték meg, mely hypoglykaemia vagy helyesebben hypoglykaemiásnak nevezett syndroma előidézésének veszélye nélkül adagolható. *E törekvésünket a háziny úlnál siker koronázta* és erről, valamint a többi kísérleteinkről további közleményekben szándékozunk beszámolni. Egyelőre csak annyit jegyzünk meg, hogy a hypoglykaemiás syndroma különböző vércukorértékek mellett bekövetkezhet és az irodalomban találunk oly adatot is *(Bornstein* és *Holm)* hogy 0·107-ről 0·087% mg-ra való süllyedés mellett hypoglykaemiás jelenségek léptek fel. Ezek után nem kell magunkévá tenni *Mac Leod* felfogását, melyet az említett oxfordi előadásán fejtett ki: *„Since the symptoms (of hypoglycemy) are liable to occur in fed animals when the blood sugar is about 0·045 it has been convenient to choose this as the level to which one unit of insulin should lower it."*

Érdemesnek tartunk ezek után oly kísérleteket, melyek az insulin titrálása alkalmával nemcsak a vércukorra gyakorolt süllyesztő hatást, hanem egyéb jelenségeket is figyelembe vesznek. Vizsgálat tárgyává kellene tenni azt, hogy a vér és a szövetnedvek, vagyis a belső milieu H-ion-concentratiójának megváltozása, a vér hydraemiája, a vér colloidalis elváltozásai, a vér viscositásának és a vérsejtek süllyedésének viselkedése insulinhatás alatt mutatnak-e fel valami *gyakorlatilag értékesíthető szabályszerűségét? Közkinccsé az insulin csak akkor válhat, ha egyrészt sikerülni fog vegytiszta alakban előállítani, másrészt sikerülni fog a biologiai titrálást szilárd alapokra fektetni.*

Penaud és *Simonnet* érdekes megjegyzéseket fűznek az insulin titrálásához. Szerintük az állat testsúlya és az injiciálandó insulinadag között nem kell a szigorú arányt megtartani. A kanadai szerzők által megkövetelt 20 órás éheztetés után a kísérleti állatok sokkal érzékenyebbek, mint 14 órai éheztetés után az insulinnal szemben. Minél magasabb az állatokat körülvevő hőmérséklet, annál érzékenyebbek azok. Végül az állatok érzékenysége változik aszerint is, hogy mily gyakran kapják az insulinoltásokat. Ha 7—8 napi időközt nem tartunk be az egyes oltások közt, úgy az állatokat insulinnal szemben túlérzékennyé tehetjük.

A világ minden részében panaszkodnak az insulin adagjainak megbizhatatlansága miatt. Tegyük megfontolás tárgyává az itt felsorolt megjegyzéseket, úgy könnyen elismerhetjük e panaszok jogosultságát. *Az esetek legnagyobb részében nem az insulin rossz, hanem annak dosologiája!!*

A m. kir. népjóléti és munkaügyi ministerium központi bakteriologiai és közegészségügyi vizsgáló állomásának közleménye (vezető: Kaiser Károly dr. ministeri tanácsos, műegyetemi rk. tanár).

Adalék a bakteriumszámláláshoz.

Közli: *Horváth Dezső dr.*

A folyékony közegekben elosztott bakteriumok számának meghatározása olyan feladat, melynek megoldását sokféle módon kísérelték meg. Egyik ilyen módszer az, amely szerint a bakteriumokat tartalmazó folyadékot vérsejtszámláló kamarába visszük és számukat ott határozzuk meg.

Ennek az első pillanatra igen egyszerűen végezhető eljárásnak is megvannak a maga hátrányai, ha a bakteriumokat a rendszerint használatos közegükben, az élettani konyhasó-oldatban, suspendálva számláljuk. Ezek egyike az a rezgés, melyet a legtöbb bakteriumsuspensióban észlelhetünk s amely különösen szembeötlő, ha a bakteriumokat ilyen beosztott terület felett figyeljük meg: a számlálást rendkívül bizonytalanná teszi, mikor az ember minduntalan észreveszi, hogy a bakteriumok a hálózat határait egyáltalán figyelmen kívül hagyják, az egyik négyszögből a másikba rezegnek át. A másik hátránya az eljárásnak, hogy a bakteriumok egy része a hálózat vonalaiba tapad és vagy elvész a számlálás részére, vagy igen könnyen összetéveszthető, így festetlen állapotában, a suspensióba itt-ott mégis csak belekerülő egyéb lebegő részecskével. A szemre nézve meg igen fárasztó a környezettől csak kis mértékben elütő apró lények szemmeltartása számlálás közben.

Ezeken a hiányain az egyébként, tapasztalataim szerint, jó eredményeket adó eljárásnak úgy gondoltam segíteni, hogy a suspensio higítására olyan folyadékot állítok össze, amely egyrészt nagyobb belső surlódásával a bakteriumok rezgését csökkentse, másrészt festéktartalmánál fogva őket környezetüktől elütőbbé tegye. Több próbálgatás után a következő folyadékösszetételt találtam olyannak, amely pl. ojtóanyagok bakteriumszámának meghatározására intézetünkben eddig a legmegfelelőbbnek bizonyult.

Spirit. vini conc.	10 cm³
Glycerin	30 „
Aqu. dest.	60 „
Conc. alkoholos-gentianaibolya-oldat .	10 csepp.

Mint minden eljárásnak, ezzel az aránylag nehezen folyó higító folyadékkal való dolgozásnak is van egy fogása, amelynek segítségével a mutatkozó hibák kiküszöbölhetők. Ilyen fogás pl. a következő. Ha a fehérvérsejtszámláláshoz használatos higító pipettába a bakteriumsuspensio után a szokásos lassú áramban szívjuk be a higító folyadékot, az egés suspensiómennyiség mint szürkés réteg úszik a higító folyadék tetején és a felső jelig feljutva nehezen keverhető, rázható el a higító folyadékba. Épp ezért a higítás kezdetén hirtelen lökésszerű szippantással (a megnyomott szívóballon kisfokú hirtelen tágításával) ajánlatos a higító folyadék első részletét a pipettába rántani, így a keveredés sokkal tökéletesebb.

A bakteriumok (pl. bact. typhi abdominalis) rezgését ez a higító folyadék nem szünteti meg teljesen, de a hálózat egyes négyszögeiből való átvándorlásukat mégis a számlálás elvégzésének megfelelő mértékben korlátozza, a bakteriumok ibolyaszíne erősen elüt a környezetétől, amelynek szabad szemmel jól látható ibolyás színe a mikroskopon át alig vehető észre; az olvasó beosztás vonalrészeibe bejutó bakteriumok is egész jól felismerhetők.

A közölt higító folyadék eddigi tapasztalataink szerint a bekteriumszámlálás említett módjának kivitelére nézve előnyösnek bizonyult s mint ilyent ajánlani merjük. Vizsgálatainkat a Thoma-Zeiss-féle zárt kamarában végeztük.

A betegápolás és az ápolónőképzés az Egyesült-Államokban.

Írta: *Kramár Jenő dr.*, a pécsi egyetemi gyermekklinika tanársegéde.

Abban az eredményes küzdelemben, amit az amerikai kórházak és egyéb egészségügyi intézmények az utolsó néhány évtized alatt gyógyulási statisztikájuk javítása, kórházi hygienéjük emelése s általában a népegészségügy javítása érdekében vívtak, igen nagy szerep jutott az úgy elméletileg, mint gyakorlatilag kitűnően képzett, hivatásának magaslatán álló ápolónői karnak. Habár az Egyesült-Államok területén az ápolással foglalkozóknak még ma is elég jelentékeny része nem képzett ápoló, a kiképzett, „bejegyzett" ápolónők (registered nurse, R. N.) száma évről-évre nő, úgyhogy míg 1910-ben mindössze 82.000 ápolónő volt az Egyesült-Államok területén, 1920-ban már csaknem 150.000-re szökött a számuk, a mult évben pedig már elérte a 270.000-et. A nagyobb kórházakban, klinikákon s egészségügyi intézményeknél felelős állást betöltő nővérek kivétel nélkül a képesítettek csoportjából kerülnek ki. Munkakörük szempontjából e nővéreknek három typusát különböztethetjük meg:

1. Közegészségügyi téren működők (Public Health Nursing). Nagyjában megfelelnek a nálunk nemrégiben megszervezett védőnői karnak, hatáskörük azonban jóval szélesebb. Egy részük iskolában működik, követik a gyermeket otthonába, ellenőrzik az iskolaorvos rendeleteinek végrehajtását, más részük a várandós anyáknak szolgál szakszerű tanáccsal, felhívja figyelmüket az orvosi ellenőrzés fontosságára, kioktatja a fiatal anyát az újszülött gondozására, táplálására. Nemcsak ápolnak, de nevelnek és tanítanak. Eredményes működésüket mi sem bizonyítja jobban, mint hogy például Bostonban az Instructive Visiting Nurse Association megalakulása óta az anyahalálozás 7‰-ről 2‰-re, a két hétnél fiatalabb csecsemők halálozása pedig 33·4‰-ről 14·1‰-re csökkent. Külön csoportjuk foglalkozik a tuberculosis elleni küzdelem s az iparhygiene terén.

2. Magánbetegek ápolásával foglalkozók.

3. Kórházi, klinikai ápolónők.

A bejegyzett ápolónőkön kívül találjuk az úgynevezett kisegítő nővéreket (attendants, subsidiary). Ezek kisebb qualificatiójuknak megfelelően, kisebb felelősséggel járó munkakört töltenek be, klinikákon mint beosztott, kisegítő ápolónők, magánházakban pedig inkább csak idült, vagy könnyebb acut betegségben szenvedőket, reconvalescenseket ápolnak.

Az ápolónők kiképzését különböző niveau-jú, különböző qualificatiót biztosító iskolák és tanfolyamok végzik. Az Egyesült-Államok sajátos közigazgatási helyzete magyarázza meg azt, hogy amint az egészségügy sok más terén (l. orvosképzés), úgy a betegápolásén sem találunk egységes szervezetet, különbözik ez az egyes államokban, városokban, sőt eltérő részleteiben a különböző kórházakban is. Az alábbi adatokkal az átlagviszonyokat kívánjuk vázolni.

Az ápolónőképzés legfontosabb tényezői az ápolónőképző iskolák (Hospital School of Nursing). 1921 január 1-én 1800 ilyen iskola működött az Egyesült-Államok területén, összesen 55.000 tanulóval, kik közül évente 15.000 nyert képesítést. Ez iskolák nagyobb állami, vagy magánkórházak, klinikák mellett, azokkal szerves összefüggésben, a kórház beteganyagán képezik ki növendékeiket, egyidejűleg a kórház ápolószemélyzetének egy részét is szolgáltatva. Ez iskoláknak körülbelül egyharmada a növendék felvételéhez a high school befejezését kívánja meg (megfelel nálunk hat középiskolának), sőt egyesek még 1—2 collegiumi évet is követelnek (7, illetve 8 középiskolai év), mások megelégszenek 1—2 éves high school-végzettséggel (3—4 középiskolai év). Az alsó korhatár 18—19 év. A növendékek lakást, teljes ellátást, helyenként még zsebpénzt (50—150 dollárt egy évre) is kapnak. A tanfolyam három esztendeig tart. Kezdődik egy 5—6 hónapos előkészítő (próbaidős) periodussal, mely alatt a növendékek egyrészt természettudományi alapismeretekre tesznek szert, másrészt megismerkednek az ápolás elemeivel s a legegyszerűbb kórtani rutin-munkával, anélkül azonban, hogy rendes kórtermi szolgálatot végeznének. Az elméleti előadások vagy magában a kórházban tartatnak, vagy a város valamelyik közép-, illetve felsőiskolájában. Az oktatószemélyzet s felszerelés megtakarítását célzó érdekes, centralizáló kísérletet látunk Torontóban; a város összes (11) ápolónőképző iskolájának növendékei a chemiai előadásokat az ottani technikai intézetben hallgatják, bakteriologiai studiumukat pedig az egyetemnek külön részükre rendezett kurzusán végzik.

Ez előkészítő periodus után a növendék rendszeres kórtermi beosztást kap olymódon, hogy a legkülönbözőbb szakmákban alapos gyakorlati ismeretekre tesz szert. Átlag 8 hónapot tölt valamely belgyógyászati osztályon, ugyanannyit sebészeten, majd 4 hónapra csecsemő-, illetve gyermekosztályra kerül, utána 3 hónapra szülészeti beosztást kap. A hátralévő időt különösebb hajlama, vagy specialis céljai szerint töltheti el valamelyik szakmában. A tanfolyam második semesterében már éjjeli szolgálatot is teljesít 1 hónapos periodusokban,* a 3 év alatt összesen átlag 5—11 hónapot. Egy nővérre a nappali szolgálatban 4—11, éjjel 20 beteg esik. A napi munkaidő 8—8½ óra; hetenként kétszer ½ napos pihenő jár.

A gyakorlati kiképzéssel párhuzamosan igen alapos elméleti oktatásban is részesül. Ennek sémája körülbelül a következő:

1. félév (előkészítő): Bonctan, élettan, közegészségtan, gyógyszertan, az ápolás elemei, kötözéstan, átlag 265 óra.

2. félév: Kórtan elemei. Belgyógyászati s sebészi megbetegedések; diaetás konyha, psychologia elemei, átlag 80—90 óra.

3. félév: Fertőző betegségek, csecsemő- és gyermegbetegségek, csecsemőtáplálás, massage, ethika, átlag 60 óra.

4. félév: Szülészet, nőgyógyászat. Orthopaedia. Műtéti segédkezés. Szem-, fül-, orr-, torokmegbetegedések, átlag 60 óra.

5. félév: Ideg- és elmebetegségek, bőr- és nemibetegségek, átlag 60 óra.

6. félév: Sociologia, védőnői teendők; bevezetés a házi ápolásba, laboratoriumi munka, átlag 60 óra.

A hároméves tanfolyam végeztével a növendék vizsgát tesz. A Nurse Registration Law szerint „bejegyzett" nővér (R. N.) címet csak e tanfolyamon képesített ápolónő viselhet.

Az ápolónői képesítő-vizsga letétele után végezhető tanfolyamok már további, specialis kiképzés céljait szolgálják. Egyesek a socialis védőnői tevékenységhez (Public Health Nursing) szükséges kiképzést biztosítják, mások tanítókat, administratorokat nevelnek az ápolónőképző iskolák számára. Előbbiek 4—9 hónapig tartanak, utóbbiak 2 éves tanfolyamok.

Külön 8—9 hónapos gyakorló-kurzusok tartatnak

---

* Érdekes, hogy egy hónapnál rövidebb periodust sehol sem tartanak célszerűnek, azon indokolással, hogy ilyen rövidebb periodus esetén alig szokja meg a nővér az új életbeosztást, már ismét le kell szokni arról.

a kisegítő-ápolónők (attendants, subsidiary nurses) számára. Felvételnél az elemi iskola 6 osztályának elvégzését kívánják. Átlag 150 óra alatt tanítják a csecsemő- és gyermekgondozást, a szülészeti utókezelést, aggok, üdülő- s chronikus betegek ápolását, az egészségtan s betegkonyha körüli elemi ismereteket.

1910-ben a minnesotai egyetem megnyitotta kapuit az ápolás tudománya előtt, s azóta az egyetemek egy része külön fakultással bír az ápolónők magasabb kiképzésének biztosítására. 1916 után már 13 collegium és egyetem tart kombinált kurzusokat. Az ápolónők egyetemi kiképzése 5 esztendeig tart; ebből 2 évet a rendes collegiumban tölt el a jelölt, a következő 2 év intensiv kórházi munkában telik el, míg az ötödik esztendő specializálódásra (az ápolónőnevelés, kórházi szervezőmunka, socialis egészségügy kérdéseinek tanulmányozására) van szánva.

Az egyetemi képzettséggel bíró nővérek diplomát (Bachelor in nursing, vagy bachelor in science) kapnak; közülök kerülnek ki többnyire az ápolónőképzőiskolák vezetői, a kórházi ápolószemélyzet főnöknői s a socialis egészségügy terén szervező-munkát végző vezető egyéniségek.

A betegápolás, az ápolónőképzés problemái még kialakulóban vannak az Egyesült-Államokban, de a legjobb úton haladnak a tökéletesítés, az egységesítés felé. E törekvésben jelentős része van a National League of Nursing Education-nek, mely a különböző szervezeteket összekötő munkájával, a legégetőbb kérdések állandó felszínentartásával eredményesen egyengeti az utat az egészségügy e fontos tényezője előtt.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

Az emésztőszervek betegségeinek diaetás kezelése.

25. *Étrendek a gyomornedelválasztás zavarainál.*

A gyomorsecretio zavarainál a gyógyszeres kezelés hatásosságát a kóros állapothoz alkalmazkodó étrend összeállításával támogatjuk. Az élelmiszerek egyrészének határozott befolyása van a gyomornedvelválasztásra. Ez a hatás a gyógyszereknéhez hasonlóan vagy abban áll, hogy 1. *reflectorikus úton vagy localis izgatóhatás következtében fokozott működésre serkentik a gyomormirigyeket, vagy pedig 2. azáltal hatnak, hogy a feleslegesen képződött gyomornedvet közömbösítik, felhígítják vagy megkötik.*

Az élelmiszerek ilyen élettani hatása azonban egyénenként változó, nagyon sokszor ellentétes és így gyakran kell valamely nehezen tűrt élelmiszer egyéni tolerantiáját próbálgatással megállapítani. De sablonizálni azért sem lehet, mert kevés az olyan ételnemű, amelynek a gyomornedvképződést befolyásoló hatását a konyhatechnikai elkészítés meg ne változtathatná.

A legszembeötlőbb példa erre a húsételek készítése. Közismert dolog, hogy a *hús extractivanyagai* a gyomormirigyeket fokozott működésre ingerlik. Valamely húsétel extractivanyagtartalma változhatik elsősorban a hús fajtája szerint. Újszülött állatok húsában nagyon kevés az extractivanyag, életkorral és testimunkával arányosan egyre több lesz. A fiatal állatok (csirke, borjú, malac), valamint a halak húsa extractivanyagban szegényebb az öregebb és nehéz izommunkát végző állatok (vágómarha, vadak) húsánál. A hús extractivanyagtartalmát ezenkívül az elkészítéssel lehet emelni vagy csökkenteni. Forró víz alaposan kioldja azokat és így az extractivanyaggazdag bouillon mellett a leveshús kivonatanyagszegény marad. Ha a húst hideg vízben tesszük fel főni, ha hosszasabban főzzük, vagy ha főzés előtt feldaraboljuk: a két élelmiszert egymástól annál tökéletesebben különválasztva nyerjük. Az extractivanyagaitól megfosztott hús ízetlen ugyan, de nem értéktelen, mert kitűnő alapanyag farcekészítésre, amelyet más élelmiszerek töltésére használva fel, a húsfehérje még jól értékesíthető.

A hús extractivanyagait bizonyos előkészítő eljárásokkal (besózás, füstölés, pácolás) is lehet szaporítani. A hús secretiofokozó hatását növelik továbbá a *pörzsanyagok*, amelyek a hús felületén a sütésnél keletkeznek. A kellemes szagú és ízű pörzsanyagok már psychikailag is képesek a gyomorsecretiót megindítani. A képződött pörzsanyagok mennyisége a húsdarab felületével arányos. A hús tömegéhez viszonyítva aránylag kisebb ez a felület, ha a húst egészben, nagyobb darabokban sütjük meg; ha szeletekben vagy kockákra vágva (ragout) sütjük, sokkal nagyobb felületen képződnek a pörzsanyagok. A hússzelet sütése közben nedvének egyrészét a zsírba szorítja ki és így a pörzsanyagok képződését húsnedvdeficit kíséri. Ezért szokás a hússzeletet panierozni, amikor is a kiszorított húsnedvet a panade felszívja és visszatartja. A papirba burkolva (en papillotte) megsütött hússzeletben a húsnedv bentmarad és a felületen pörzsanyagok nem képződnek. Ha a zsemlyepanade-ban sütött hússzeletről a panade-ot fogyasztás előtt lekaparjuk, úgy pörzsanyagmentes és húsnedvszegény szeletet készíthetünk. Hússzeleteket és ragout-kat a magyaros konyhában olyan zsíron szoktak megpörkölni, amelyben előzőleg lisztet, hagymát és paprikát pirítottak. Az ilyen módon készült huszáros szeletek, gulyás, paprikás vagy pörkölt fogyasztása a gyomornedvsecretiót igen erősen fokozza. Szelidebb hatású az olyan ragout, amelyet csak egyszerű zsíron pörköltek meg (barna ragout) és még kevesebb az extractivanyag akkor, ha fiatal állatok húsát felületes pörkölés nélkül, világos rántásban főzzük puhára (fricassé, borjú- és csirkebecsinált).

A hús extractivanyagainak az oldata, *a húsleves*, szintén erős secretio-inger. A francia konyha minden sós ízű ételnek higításához húskivonatoldatot, fondot használ; fehér és barna fond között tehetünk különbséget, aszerint, hogy sötét, vagy világos húsból készült. Ha az extractivanyagokat minél töményebben akarjuk adni, úgy befőzéssel consommét, erőlevest, barnalevest, beeftea-t készítünk a húsból.

A növényi élelmiszerek, különösen pedig a magas keményítőtartalmúak pörzsanyagai — ha szelidebb mértékben is — secretiofokozó tulajdonság tekintetében hasonlítanak a húskivonatanyagokhoz. Ezt a tulajdonságot a *rántás* készítésénél használjuk ki. A forró zsírban pörkölt lisztből a pörkölés fokának megfelelően világos vagy barna rántást készíthetünk. A rántás aránylag szelid gyomornedvhajtó hatását is csökkenteni lehet akkor, ha az úgynevezett *diaetás rántást* készítjük: a lisztet szárazon pirítjuk le és a vajat csak feleresztés után adjuk hozzá. A rántott levesek nedvhajtó hatását viszont fokozni lehet, ha a rántást húslevessel higítjuk fel, vagy ha benne húskockákat főzünk (becsinált levesek). Erősen fokozza a gyomornedv képződését a *magyaros rántás*, amely úgy készül, hogy zsírban előbb lisztet, azután feldarabolt vöröshagymát pirítunk le és végül paprikát adunk hozzá (esetleg a lisztet vagy a paprikát el is lehet hagyni: hagymás rántás).

A különben indifferens *tésztaneműek* hatását a secretióra a pörzsanyagok képződése elősegítheti. Magas hőfokon a tésztaneműek felületén is barna kéreg vagy héj képződik; jószagú és jóízű termékek a gyomorsecretiót megindíthatják és fokozhatják. Pörzsanyagmentesen készülnek ellenben a főtt tészták, a mázzal bevont sütemények és a torták. A koch és a pudding azonos alapanyagból készül. Az előbbi felülete a sütő hőjében megpörkölődik, az utóbbi vízfürdőn készül és ennélfogva pörzsanyagmentes marad. Minél kisebb darabokban tesszük ki a hő behatásának a tésztát, a volumenhez viszonyítva annál több pörzsanyag képződik rajta. A pörzsanyag szaporítása érdekében szoktuk tehát a kenyeret, péksüteményeket, kalácsot stb. szeletekbe vágni és megpirítani. Gyárilag pirítással készül a kétszersült, a caces felületén ellenben alig van pörzsanyag.

Az extractivanyagokhoz hasonló a hatásuk általában a *fűszereknek* is. A paprika, bors, hagyma, szegfűszeg és gyömbér annyira intensiv secretio-ingerek, hogy még oly esetekben sem szívesen alkalmazzuk, midőn a különben csökkent gyomorsecretio fokozására lenne szükség. Igen érdekesen befolyásolhatja a gyomorsecretiót a konyhasó. Hypersecretiónál a konyhasókiválasztás elhúzódott és ezért ilyenkor a túlságos fűszerezés eltiltásán kívül a konyhasó megszorítása is tanácsos. A fűszeres főzelékek (torma, sóska, savanyított káposzta, kovászos uborka, zeller, petrezse-

lyem) illóolaj- és organikus savtartalma a gyomornedv-elválasztást fokozhatja. Hasonló hatásuk van a citrommal, ecettel stb. savanyított ételeknek is (saláták).

Az *alkoholos italokat* a gyomorsecretio zavarainál lehetőleg hagyjuk el. A *szénsavas italok* fogyasztásuk után is tovább pezsegnek a gyomorban és a gyomorsecretiót valószínűleg ezen mechanikus izgatóhatás következtében is fokozzák. Az *alkaloidatartalmú élelmiszerek* közül a feketekávéfőzetnek van gyomornedvhajtó hatása, aminek oka a pörköléskor keletkezett pörzsanyagok hatásában keresendő. Secretiofokozó végül a *dohányzás* hatása is.

Azon ételneműek közül, amelyek a gyomorsecretiót azáltal befolyásolhatják, hogy a fölöslegesen képződő *gyomornedvet megkötik* és ezáltal a gyomorfalat a gyomornedv maró hatásától megvédik, a *tej* a legfontosabb. A tejet a gyomorbetegek különbözőképen tűrik: némelyeknél hyperacid-panaszokat okoz, másoknál azokat prompt megszünteti. A konyhában a tej azonban annyiféle tejtermékké vagy tejjel készült ételneművé dolgozható fel, hogy könnyen meg lehet találni azt a felszolgálási módot, amely individualisan a legmegfelelőbb.

Mivel a megalvadt állati fehérjék előkészítő lebontásához meglehetősen sok gyomornedv szükséges, a tej jó hatását hyperacid-panaszokra az alkaliatartalma mellett az is magyarázza, hogy a savhatásra kicsapódott casein megemésztéséhez sok savat köt le. A *caseintermékek*, mint a sajtok (különösen a kövér sajtok), a túró, a yoghurt stb. ugyanilyen megítélés alá esnek. Hasonló módon sok gyomorsavat képesek lekötni a tojás és tojásételek. Azok a *tojásételek* azonban, amelyeknél a fehérje tömören alvadt meg (keménytojás, buggyantott tojás, tükörtojás), a gyomormirigyeket fokozottabb működésre izgathatják.

Minél nagyobb az elfogyasztott ételek *volumene*, annál jobban csökken a gyomortartalom savértéke. Azon ételneműekben, amelyekből sokat szoktunk fogyasztani (pépek, őrlemények, párolt vagy berántott főzelékek, puréek, burgonya, tarhonya stb.), aránylag sok gyomornedv keveredhetik el.

Jelentékeny szerepe van a savérték leszállításánál a *zsírtartalomnak* is. Ma már általánosan elfogadott megállapítás, hogy a gyomorsecretiót a zsírok gátolhatják. Erősen zsíros ételekre bélnedvregurgitatio indul meg, amelynek lúgos vegyhatása a savtartalmat erélyesen közömbösítheti. A kórosan fokozott gyomornedvelválasztás étrendjében ezért a zsíros és zsírban sült ételeket fogjuk előnyben részesíteni. Gyomorbetegekről lévén szó, elsősorban az alacsony olvadáspontú zsírok kerülhetnek szóba: olaj, vaj, tojássárgája, vajas mártások, tejfel, tejszín, tejfeles sauce-ok, franciásan sautierozott főzelékek, zsíros és zsírban sült tészták, zsírban vagy zsíron sütött hús- és tojásételek.

Cukor- és gyümölcskészítmények, édességek, édes geléek és crémek, torták fogyasztása a gyomorsecretiót nemcsak hogy nem fokozza, de sok esetben csökkenti. Az iparilag készített cukrászsütemények némelyike okozhat ugyan hyperacid-panaszokat, mert gyakran surrogatumokkal, különösen pedig silány minőségű vajjal vagy margarinnal készülnek. A méz azonban organikus savtartalma következtében a gyomornedvképződést meglehetősen fokozza.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a *psychikusan ingerlő hatást* sem, amelyet az étkezés külső körülményei gyakorolnak a gyomornedvsecretióra. Az étvágygerjesztően felszolgált változatos ételek a gyomornedvelválasztást gyorsan indítják meg és fogyasztásuk annak hatalmas ingere. Ehhez járul még az a reflectorikus hatás is, amelyet a rágási folyamat a gyomormirigyek működésére megindít.

Az elmondottak alapján az olyan étrendek összeállításánál, amelyekkel a gyomor secretorikus működését akarjuk befolyásolni, mindenekelőtt azt fogjuk meghatározni, hogy a három alapdiaeta (könnyű, vegyes, hachée-pürée, folyékony étrend) közül az emésztőszervek állapotára való tekintettel melyiket választjuk. A próbareggeli adatainak megfelelően ezután az élelmiszereket, ételeket és elkészítési módokat aszerint fogjuk kerültetni vagy előnyben részesíttetni, hogy a gyomorsecretio milyen természetű zavarával állunk szemben.

*Hyperaciditas*nál az étrendben megszorítjuk a húsételeket és kerültetjük a hús extractiv anyagait. Alkoholos és szénsavas italokat, erősen sózott és erősen savanyított élelmiszereket, valamint feketekávét ne adjunk. Az elkészítési módok közül hátrányosak azok, amelyek erős fűszerezéssel készülnek és azok, amelyeknél a pirítással pörzsanyagok bőven képződnek. A sózásban tartsunk mértéket. Az ételeket bőven zsírozzuk és a tejet, tejtermékeket, tojásételeket, főzelékeket, amylaceákat, tésztákat, édességeket és gyümölcsöket részesítsük előnyben. A dohányzást a szükséghez mérten szabályozzuk.

*Hypersecretió*nál ugyanezen alapelveket sokkal szigorúbban vigyük keresztül. A fűszeres és sós ételeket gondosan kerültessük.

*Gastrosuccorhoea*nál hasonló az étrend. Ügyeljünk arra, hogy a beteg gyomra ne maradjon üresen és ezért táplálékát az egész napra arányosan több kisebb étkezésre ossza el. Ételeit fogyassza sószegényen.

*Subaciditas*nál a fősúlyt az ételek étvágyingerlő, ízletes és ízléses felszolgálására helyezzük. Bőven adjunk húsextraktivanyagot, az ételeket kellemesen sózzuk, fűszerezzük és amelyiket lehet, piríttassuk. Kerültessük a nagy volument; a beteg az ételeit alaposan rágja meg. Adjunk többször savanyú ételeket, savanyú borokat és gyümölcsöket. Mérsékelt dohányzás jó hatású.

Az *anaciditas* diaetájában arra fogunk törekedni, hogy a gyomornedv előkészítő munkájának egy részét a konyha végezze el és hogy az ételek lehetőleg gyorsan hagyják el a gyomrot. Az étrend összeállításánál tehát azok a szempontok lesznek az irányadóak, amelyeket a hachée-purée étrend leírásánál foglaltunk össze.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A tetrophan alkalmazásáról. *Foerster.* (Klin. Wochenschr. 1925, 2. sz.)

A tetrophan alkalmazása a hypo- vagy areflexiával járó idegbetegségek kezelésében a legsikeresebb. Igen jó hatású ezért tabes dorsalisnál: az izmok már néhány nap után keményebbek, tömöttebbek lesznek, megjavul a járás, csökken az ataxia. Járási gyakorlatokkal egyidejűleg legcélszerűbb a szert alkalmazni. A jó hatás az érzési képesség megjavulásával van összefüggésben és valóban ki is lehet mutatni, hogy a tabeses beteg minden fajta érzéscsökkenése kevésbbé kifejezetté válik tetrophan alkalmazásakor. E szer lényegesen erősebben hat, mint a strychnin. Tabeses fájdalmak és paraesthesiák természetesen nem javulnak tetrophanra, sőt a hatás természeténél fogva, gyakran támadnak hyperaesthesiák, sőt hajlamos esetben krizisek e szer alkalmazása közben. Az érzékszervekre tett hatást a szerzőnek nem volt alkalma észlelni, ellenben frappáns volt az eredmény hólyagzavaroknál. A tabeshez hasonló jó eredményt ért el a szerző kisagyi eredetű egyensúlyzavarnál, ami meningoenkephalitis kapcsán keletkezett: a beteg járása lényegesen könnyebbé lett, amíg a szert szedte. A jó hatás különben mindig csak addig tart, amíg a beteg szedi a szert. Kisagyi ataxiánál két sklerosis multiplex esetében szintén határozott jó eredmény mutatkozott, azonban sklerosis multiplex legtöbb esetében, midőn spasmus és fokozott ínreflexek voltak jelen, a szerző sohasem látott jó eredményt tetrophantól, ellentétben *Pohl* közléseivel. Ez különben megfelel annak, hogy tabesnél jó hatás mutatkozott. Egyedül a hólyagzavar az, mely sklerosis multiplexnél is javulni szokott. Egy myastheniás esetben is jó hatás mutatkozott, sőt két enkephalitis utáni parkinsonismusban is, midőn nem volt kifejezett rigor, csak lassan indultak meg az akaratlagos mozgások. Ha a rigor észrevehető, a tetrophan nem jó hatású. Hasonlóan áll a dolog mindenféle pyramissérülésnél: ha a spasmus és a reflexfokozódás kifejezett, a szer rosszul hat. Az adagolás tabes és cerebellaris ataxia eseteiben 2×0·10 g pro die; ez a mennyiség heteken és hónapokon át nyugodtan folytatható, míg ha többet adunk, paraesthesiák és krizisek támadhatnak. Ha ezen izgalmi jelenségek mégis jelentkeznének, körülbelül 8 napra kihagyjuk a szert. Amennyiben sklerosis multiplexnél, vagy más pyramissérülésnél mégis adnánk tetrophant, csak napi 2×0·05 g-ot adjunk és csak akkor emelkedjünk tovább, ha nem fokozódnak a reflexek. Peripheriás bénulásoknál 2×0·20 g-ot is adhatunk pro die, azonban legtöbbször ez is hatástalan.

Kiss József dr.

Az epekőbetegség kezeléséről. *Umber.* (Deutsche med. Wochenschr. 1924, 51. sz.)

Mivel az epekőbetegségek főtünetét, az epekőrohamot, sok más betegség is utánozhatja, különösen ügyelni kell a diagnosis felállításánál azon tünetekre, amelyek a roham, epehólyag vagy máj eredetére utalnak. De még ha a tünetek ennek meg is felelnek, akkor is gondolnunk kell arra, hogy nemcsak concrementumok okozhatják az epeutak zavarát. *Cholangitisre* lehet gyanú, ha hőemelkedés és lépmegnagyobbodás van jelen, esetleg segítségül szolgálhat a duodenalis epe vizsgálata a duodenumszonda útján. Az epehólyag és a ductus cysticus rendellenes fekvése, fixáltsága epehólyagpangást hozhat létre, ami szintén utánozhatja az epeköves rohamot. Az epekövek létrejöttében szerepe van bizonyos anyagcserezavaroknak is, ez magyarázza a cholelithiasis hereditásos, illetőleg familiaris előfordulását. Anyagcserezavar, epepangás és epeinfectio az aetiologiai tényezők az epekövek keletkezésében. Ezekhez kell igazodni tehát a causalis therapiának is. Az anyagcserezavar leküzdésénél, amelyet eddig csak a cholesterinaemiában ismerünk, kétségkívül fontos szerepe van a zsírok és cholesterinek megszorításának és az életmódszabályozásnak. A másik két kóroknak a kezelése közös elvek szerint történi. Ami a pangást megszünteti, kihajtja egyúttal a fertőzés okozóit is. Ezért hasznos antispastikus hatásánál fogva, az atropin, papaverin es a meleg alkalmazása. Acut rohamnál jól hat az atropin-injectio. Házi kúrákra alkalmasak a különböző forrásvizek. Cholagogumoknak csak akkor van célja, ha az epe lefolyása már bizonyos mértékig szabad, tehát chronikus, esetleg ikterussal járó esetekben. Ezek közül csak azok jók, amelyek epesavas savókat tartalmaznak (pl. a choleval), azonkívül az atophan, salicylsav, amely részben az epe útján választódik ki, esetleg natrium salicyl. és urotropin együtt. Subacut és chronikus esetekben ajánlja szerző naponkint vagy hetenként többször 10—50 cm³ 30%-os magnesium sulfat befecskendezését a duodenumszondán keresztül. Az olajkúrák dyspepsiás panaszokat okoznak, ezért nem célszerűek. Hosszan tartó kólikáknál jól bevált a X. intercostalis ideg novocainnal való érzéstelenítése. A fürdők jó hatását az ivókúrán kívül az ottani rendszeres életmód is elősegíti. Az operatio absolut indicatiói: 1. genyes cholecystitis; 2. genyes, fekélyes folyamatok, chronikus, recidiváló cholelithiasissal kapcsolatban; 3. az epehólyag empyemája; 4. carcinoma gyanuja; 5. pankreas együttes megbetegedése; 6. a choledochus-kő elzáródása és 2—3 hétig változatlan ikterus. Relativ indicatiók: 1. chronikus recidiváló cholelithiasis; 2. socialis indicatio. Sohasem szabad azonban elfelejteni, hogy az operatio sokszor nem hozza meg a teljes gyógyulást és különösen öregebb korban nagy a mortalitás is.

Szabó Géza dr.

Granulált erythrocyták áramló vérben való előfordulásának jelentősége. *Lehmann.* (Deutsche med. Wochenschr. 1924, 51. sz.)

Azon kérdés eldöntésére, hogy a granulált vörösvérsejtek megjelenése a vérben degeneratiós vagy regeneratiós jelenség-e, szerzők tengerimalacokon végeztek kísérleteket oly módon, hogy alkohol befecskendezése után vizsgálták a basophil granulatiójú vörösvérsejtek mennyiségét. Az injectio után, közvetlenül a vörösvérsejtekben, basophil granulatio mutatkozik, mint degeneratiós tünet, s csak jóval később, miután közben a vérkép majdnem a normalisra tért már vissza, következik be az alkohol hatásának második része, granulatiós vörösvérsejtek időnkénti csoportok fellépése, mint regeneratiós tünet, mert a vérképző szervek részben a vörösvérsejtek előzetes nagymérvű pusztulása, részben talán magának az alkoholnak izgató hatása következtében még nem egészen érett sejteket boesájtanak a vérkeringésbe, hogy az előző degeneratiós folyamat okozta hiányt pótolják.

Szabó Géza dr.

A diabetes mellitus proteintherapiája? *Falta* és *Högler.* (Wiener klinische Wochenschr. 1925, 1. sz.)

Högler régebben észlelte, hogy csiramentes tej intramuscularis befecskendezése után egyes cukorbetegeknél a vércukor szintje tetemesen csökken. Azóta *Singer* arról számolt be (Wiener klin. Wochenschr. 1924, 7. sz.), hogy caseosan-injectiókkal sikerült kedvezően befolyásolni diabetesesek cukorvizelését, úgyszintén diabeteses gangraenák esetében is kedvező javulást ért el. Ezeknek az eredményeknek alapján szükségesnek tartották rendszeres vizsgálatokkal ellenőrizni, hogy proteintest-therapiával befolyásolható-e a diabetes. Vizsgálataik úgy könnyű, mint nehéz esetekre is kiterjedtek, voltak közöttük olyanok, kik nagymennyiségű cukor mellett acetont is választottak ki, viszont olyanok is, kiknek cukorkiválasztása étrendi változtatásokkal könnyen volt befolyásolható. Vizsgáltak szigorú fehérje-étrend melletti, vegyes koszton lévő és főzelékisztkoszton lévő betegeket. Vizsgálataikból kiderült, hogy proteintestek parenteralis befecskendezése révén a diabetes therapiásan *nem* befolyásolható; a proteininjectio az éhezés melletti vércukorértékeket le tudja ugyan szállítani, anélkül azonban, hogy ennek valamely therapiás értéke lenne, és így a diabeteses anyagcserezavarnak ilyen kezelési módjától már csak azért is tartózkodni kell, nehogy ezáltal a jól kipróbált diaetás kezelést és a szükség esetén igen hatásos insulinkezelést elhanyagoljuk.

Cserna dr.

Sebészet.

A szöveti immunitás jelentősége a hadi- és békesebészetben. *M. Katzenstein.* (Med. Klin. 1925, 3. sz.)

Szerző hivatkozik 1911-ben megjelent tanulmányára, melyben különböző szövetek különböző fogékonyságát hangsúlyozta fertőzéssel szemben. A szájüregben végzett műtétek a bakteriumflóra dacára elsődlegesen gyógyulnak, míg izületi, vagy agyműtéteknél még a legkisebb hiba az asepsisben is megboszszulja magát. A szövetek tehát helyi immunitást szereznek a környezetükben lévő bakteriumokkal szemben. Nyeles bőrlebenyek nyitott csontüregekben megtapadnak, ha előzőleg a pótlandó üreg bakteriumaival fertőzzük őket, s enyhe gyulladást idézünk elő. A gyulladás lezajlása után a bőrlebeny immunis a csontüregben lévő bakteriumok ellen; másrészt a bakteriumok is ártalmatlanokká lesznek, s az idült fertőzés meggyógyul a serumkezelés módjára. A lebeny fertőzését akként érjük el, hogy a lebenyt ideiglenesen elhelyezzük a fedendő üregbe, megvárjuk, míg a fertőzés a lebenyen lezajlik, s csak akkor helyezzük rá véglegesen. Így számos (pontos adatokat nem közöl) csontsipolyt sikerült elzárni. Ugyanezen elvet alkalmazta szerző a csontátültetéseknél is, a csontot a hiány lehető legközelebbi szomszédságából véve. Különösen jó eredményeit látta az állkapocshiányok pótlásánál. Suprapubikus prostatektomiát, kiterjedt végbélrákot két ülésben végez, ötnapi időt hagyva a hasfal, illetőleg a medencekötőszövet immunizálódására. Heveny osteomyelitisnél már a csontüreg megnyitásakor készít széles bőrlebenyt, mely a heveny tünetek lezajlása után szépen megtapad a csontüregben.

A gyulladás tehát hiányzó szövetimmunitás eredménye. A gyulladás lezajlása után a szövetimmunitás rövidebb-hosszabb ideig fennáll. A fiatalkori osteomyelitis az általános fertőzést helyivé teszi és ezáltal gyógyítja. Ennek alapján, eddig összesen hat esetben helyi gócot fel nem mutató általános fertőzésnél fiatal egyének csontvelejét ültette át, négy esetben hat közül eredménnyel. Az esetek részletes kórtörténetét szerző nem közli.

Takáts.

A nyaki vértömlők ismeretéhez. *Finsterer,* Bécs. (Med. Klin. 1925, 4. sz.)

A szerző 28 éves leány nyakának bal oldaláról gyermekfejnyi, vérrel telt tömlőt távolított el, melynek a vena jugularis internával 2 cm hosszú, kisujjvastagságú nyél útján összeköttetése volt. Feljebb, csaknem a koponyaalapnál másik összefüggés is volt a tömlő és a vena jugularis interna között.

A tömlő kisebb-nagyobb, egymással közlekedő üregekből állott, a külső felszínen pedig szőlőszemekhez hasonló, átlátszó tartalommal bíró képletek ültek, melyek szövettanilag hygroma colli congenitának bizonyultak. Valószínű tehát, hogy a lymphangioma falának nyomási sorvadása folytán jutott összeköttetésbe a vérpályával és így megtelt vérrel.

Spannus valódi és áltömlőket különböztet meg. Az előbbieket felosztja: *a)* fejlődési rendellenességekre, mikor valamely hiányzó nagy viszeret pótol a tömlő és *b)* viszértágulatokra, mikor a viszér ki van tágulva, vagy a viszér tágulata teljesen le van már fűződve. Az áltömlők fejlődhetnek: *a)* kopolytújárattömlőkből, *b)* angiomákból, *c)* lymphangiomákból, *d)* nyirokcsomók fejlődési rendellenességeiből.

A szerző esete a lymphangiomából fejlődött ál-

tömlők csoportjába tartozik. Ilyen még kettő van az irodalomban. Lehet azonban, hogy kettősen fejlődött vena jugularis internából származó haemangiomáról, tehát valódi vértömlőről volt szó.

A kórisme biztosan csak szúrcsapolással állapítható meg, mely azonban vérzés veszélyével jár.

Teendő a tömlő kiirtása. Műtétnél a légembolia elkerülése végett a medencét felpolcoljuk, miáltal a vérzés fokozódik, de az emboliát biztosan elkerüljük. Ha a vérpályával tág összeköttetés van, akkor nagy vérzést kaphatunk. *Berencsy Gábor dr.*

Staphylococcusos és streptococcusos meningitis kezelése a cisterna magna állandó alagesövezésével. *Dandy Walter.* (Surg. Gyn. and Obstr. 1924, december.)

A cisterna magna korai állandó alagcsövezését ajánlja streptococcus és staphylococcus meningitis esetében. Négy részletes kórtörténetet közöl. Három esetben gyógyulás következett be, melyek közül egy streptococcus viridans, egy streptococcus haemolyticus s egy staphylococcus aureus-fertőzés volt. Negyedik esetében, melyben kórokozóként haemolytikus streptococcust állapítottak meg, a beteg meghalt. Nagyon fontos az izzadmány minősége. Túlsűrű, rostonyás izzadmánynál a drainezés nem lehet eredményes. A subarachnoidalis tér a domborulaton azonnal letapad. Ezért pneumococcus-fertőzésnél nem használható ezen eljárás. A draint, mely a durához kétoldalt kivarrt gummikatheter, az 5—7. napon eltávolította; utána liquorfolyás két nap alatt megszűnt. *Takáts.*

Kezeljük-e először conservative a kezdődő ileust? *W. Zweig.* (Med. Klin. 1925, 2. sz.)

Az ileus kórképének egyes alakjait ismertetve, rövid várakozást és belgyógyászati kezelést csak dynamikus ileusnál tart megengedhetőnek. A bélhűdés, bélgörcs, vagy hysteria okozta ileus egyfelől gyógyszeres kezelésre, physostigmin, pituitrin stb., másfelől meleg fürdőkre, thermoforra, beöntésre, esetleg gyomormosásokra megoldódik és így ezen eljárások megkísérlendők. Az ilyen várakozó álláspont azonban természetesen csak azon esetben jöhet egyáltalán szóba, ha a mechanikus ileus minden alakja a leghatározottabban kizárható és legfeljebb 10—12 órára nyujtható. Ha ezen idő alatt megejtett kísérletek eredménytelenek, haladéktalanul sebészi kezeléshez kell fordulnunk.

Herresbacher dr.

Kisagyi dagantot utánzó generalizált cisternalis arachnoiditis sebészi kezelése és eredménye. *Horrax G.* (Arch. Surg. 1924, 9. köt., 95. old.)

33 esetben agyadaganat helyett erősen kitágult hátsó cisternát találtak a *Cushing*-klinikán. Az arachnoidea megvastagodott, s alóla a cerebrospinalis folyadék nagy nyomással ürült. 5 beteg meghalt, 2 néhány nappal a műtét után, 3 pedig több hónappal később. Boncolás 4 esetben történt. Az arachnoidea lobos megvastagodása volt látható a kisagy és az agyalapot borító részeken. A többi 28 beteg, legrégibb 9 éve, a legújabb 1 éve teljesen jól van. Szövettani vizsgálat minden esetben történt, s idült lobot mutatott. Ez a tény, valamint az, hogy a betegek klinikailag is jól vannak, daganat lehetőségét kizárják. Lumbalpunctio ily esetekben éppen oly veszélyes, mint daganatnál. Suboccipitalis feltárás, és ha daganat nincs, a cisterna széles feltárása és tartalmának kiürítése a követendő eljárás. *Takáts*

Gyermekorvostan.

Az „American Journal of Diseases of Children" XXVIII. évf. 5. számának ismertetése.

P. Armand Delille és *C. F. Gelston: A bronchiektasia kimutatása jódolaj-injectio segítségével.* Szerzők előzetes cocainanaesthesia után 8—10 cm³ 5·4% jódolajat fecskendeznek be a tracheán át a tüdőbe, illetve a bronchusokba. A canule módjára hajlított troicart-t a membrana krycothyreoideán át vezetik be. Az olaj instillatiója után azonnal Röntgen-felvételt készítenek, melyen a finomabb bronchusok rajza és így a legcsekélyebb ektasia is jól látható. Az eljárást veszélytelennek tartják, annak dacára, hogy fuldoklási rohamot az instillatiót követőleg ők is láttak, valamint beismerik, hogy tuberculosis esetén az anaesthesia megszüntével minden esetben bekövetkező erős köhögési roham esetleg tüdővérzést válthat ki. Ezzel szemben a jód helyi gyógyító hatását nem tartják kizártnak.

Pollerman Artúr: Új eljárások a nyelőcsőszűkületek láthatóvátételére és fotografálására. Eredeti közlemény az Orvosi Hetilap 1924, 16. számában.

Edward B. Shaw és *Margaret Moriarty: Hypoglykaemia és acidosis epilepsiás gyermekeknél koplaltatás esetén.* Szerzők két éve kísérleteznek a koplalókúrákkal epilepsiás gyermekeknél és e cikkükben azokról a vizsgálataikról számolnak be, melyeket a koplalás alatt keletkező anyagcsereelváltozásokra vonatkozólag végeztek. Megfigyeléseiket, illetve meghatározásaikat 10—14 napon át koplaló epilepsiás gyermekeknél végezték öt esetben. A következő eredményre jutottak: 1. A vér húgysavtartalma emelkedik; 2. mérsékelt acidosis keletkezik, melyet a kilehelt levegő acetontartalma, a csökkent alkali reserva és a vérplasma PH-jának mérsékelt csökkenése mutatnak; 3. a vércukor jelentékenyen csökken; 4. a koplalás utolsó napjaiban az acidosis foka csökken és a vércukortükör emelkedik. Szerzők azt gondolják, hogy a vér cukortartalmának csökkenése a gyermekkorban a szénhydrat-depôt-ok kimerülésével magyarázható, ami érthetővé tenné a fokozott acidosisos hajlamot.

Alfred F. Hess: A bordák nem rachitises eredetű elpuhulása gyermekeknél és csecsemőknél. Szerző a bordák elpuhulását nem minden esetben tartja rachitises eredetűnek. Koraszülött és rosszul táplált gyermekeknél elég gyakran észlelte rachitis nélkül is.

Julian L. Rogatz: A peristole jelentősége habitualis hányásnál és pylorospasmusnál. A pylorospastikus és különböző typusú hányások okát szerző mechanikus alapon magyarázza és elkerülhetőnek tartja a peristolenak pépes táplálékkal való stimulálása által.

W. J. Orr, L. E. Holt, Jr., L. Wilkins és F. H. Boone: A táplálék calcium- és phosphortartalmának aránya, vonatkozással ezek resorptiójára. Szerzők felveszik *Schabad* és *Schloss* nyomán, hogy rachitisnél a Ca- és P-sók felszívódása a bélből akadályozva lehet; bizonyos állati zsiradékok (csukamájolaj), valamint quarzfény hatására a bélből való felszívódás megjavulása következik be. Felveszik, hogy e hatások még Ca- és P-szegény táplálék esetén is a bélfal permeabilitását befolyásolják kedvezően és gyógyító hatásuk innen magyarázható. Kétségtelen, hogy számos más factor is szerepel a felszívódásnál, így a táplálék Ca- és P-concentratiója. A felszívódás és a concentratio kölcsönös viszonyáról anyagforgalmi kísérletek alapján úgyszólván minden szerzőnek más és más a véleménye, de a *McCollum-, Simmonds-, Shipley-* és *Park*-féle experimentalis rachitis diaetából az derült ki, hogy Ca-fölösleg P-hiány mellett a Ca fokozott és a P csökkent felszívódásához vezetnek, valamint fordítva *(Howland-Kramer).* Ebből arra következtethetünk, hogy valamelyik elem excessiv aránya oldhatatlan calciumphosphat kiesapódásához vezet a bélben és így a másik elem felszívódásának csökkenéséhez. *Blühdorn* kísérletei gyermekeken az ellenkező eshetőség felvételét látszottak igazolni, vagyis, hogy bármelyik elem excessiv adagolása mindkét elem fokozott felszívódásához vezetne. Szerzők két gyermeknél végeztek anyagcserevizsgálatokat, kik közül az egyiknél kezdődő rachitis volt, a másik normalis gyermek volt. A kísérletekből azt látták, hogy növekvő Ca-bevitel növeli a Ca-retentiót, ezzel egyidejűleg azonban a P-retentio csökken. A P-bevitel növelése a Ca-retentiót csökkenti, viszont a P-retentio javul, ha nem is absolut értékben, de az anorganos vérphosphor emelkedésében. Tehát a Ca- és P felszívódása nem történik parallel. Eszerint minden oly behatás, mely a Ca és P felszívódását javítja, antirachitisesen hathat. Ily tényezők lehetnek: 1. a béltartalom növekedett aciditása (könnyebben oldható primaer phosphatok keletkezése); 2. a hőmérsék csökkenése; 3. az összes concentratio növekedése; 4. specifikus ionhatások. Kísérleteik szerzők szerint sem fejtik meg a csukamájolaj és quarzfény hatásának mibenlétét.

Murray B. Gordon: Varicellát követő enkephalitis haemorrhagica nephritis haemorrhagicával szövődött esete. Casuistikus közlemény egy gyógyult eset kapcsán.

William Rosenson: Szívblock egy 10 éves gyermeknél a praecordiumot ért trauma után. A szívtájat ért ütés következtében egy addig teljesen egészséges gyermeknél szívblock lépett fel, mely kétheti fennállás után oldódott és többé nem ismétlődött.

Lawrence W. Smith: Összefoglalás a pertussis irodalmáról, az utolsó öt évre visszamenőleg.

Dr. Bosányiné dr. Bakai Emma.

A purpura fulminans kérdéséhez. *Bischoff.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 28. köt., 6. füz.)

A purpura fulminans egy érdekes, a status thymico-lymphaticussal összefüggésbe hozott esetét írja le, ahol a purpurát megelőzőleg 8—10 órával magas (40 C°) lázzal, heves tünetekkel járó gyomorbélhurut jelentkezett hirtelen. A rendkívül rapide terjedő, symmetriásan elhelyezkedő, igen nagy kiterjedésű vérzések csak a bőrre szorítkoztak, nyálkahártyavérzés nem volt jelen. Meningealis végső tünetek mellett 1×24 órán belül exitus. Boncolásnál a normalisnál mégegyszer nagyobb thymus, a hasüregben megnagyobbodott nyirokcsomók voltak kimutathatók. Szerző az eset kapcsán a status thymico-lymphaticus és purpura fulminans közötti összefüggést akként magyarázza, hogy az igen heves tünetekkel járó gyomorbélhurut toxinjai a status thymico-lymphaticus jelenléte folytán talán könnyebben áraszthatták el a szervezetet, s így fejlődhetett ki toxinaemiás alapon a véredényendothelek károsodása, s ez utóbbi következményeként a purpura fulminans. *Rohrböck Ferenc dr.*

Fülgyógyászat.

Adat a gyors lefolyású agytályoghoz heveny genyes középfülgyulladásnál. *A. Jansen.* (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1924, 3. sz.)

Mandulagyulladás után két héttel heveny középfülgyulladás lépett fel, mely spontan áttört, állandóan erősen genyedt s a csecsnyulvány is kissé érzékeny volt subfebrilis temparatura mellett. A 21. napon a hőmérsék este hirtelen 38·4 C°-ra emelkedett. A 22. napon trepanatiót végzett. Normalis lefolyás után a műtét utáni 9. napon egyszerre nyugtalanság, hőemelkedés lépett fel, másnapra kifejezett tarkómerevség, + Kernig, szapora pulzus; lumbalpunctiónál nyomás alatt kissé zavaros liquor ürült. A hátsó koponyagödröt felszabadítva agypunctiót végzett s a halántéklebenyben 2 cm mélyen híg genyet talált, miért is annak alsó részén széles bemetszést ejtett; műtét után a beteg nem tért eszméletre, harmadnap exitus. Boncolás nem volt megeithető. Felfogása szerint a 21. napon fellépett 38·4 C° hőmérsék felelt meg az agytályog kezdetének, ha tehát hamarabb trepanált volna, megelőzhette volna annak keletkezését, bár egyébként nem volt a műtétnek semmi sürgős indicatiója. Ezért ajánlja, hogy erős genyedés mellett állandóan, ha csak kissé is emelkedett temperatura esetén ne sokáig várjunk spontan gyógyulásra, hanem hamarabb operáljunk. *Piványi-Lilien dr.*

Kezdődő középfültuberculosis esete megtartott dobhártyák mellett. *R. Leidler.* (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1924, 5. sz.)

Choanalis polyp extractiója után fellépett erős vérzés miatt alkalmazott Belloca-tampon után ismételt fülvizsgálatnak alávetett betegénél, akin közben gyorsan progrediáló phthisis jelei mutatkoztak, a 23. napig negativ fülleletet talált; ekkor a beteg nagyothallásról kezdett panaszkodni s a többször megismételt fülvizsgálat épnek látszó dobhártyák mellett egyre csökkenő hallást, rövidült csontvezetést és a baloldali labyrinth functiójának kiesését mutatta. A 36. napon bekövetkezett exitus után a boncolás kiterjedt cavernosus tüdőtuberculosist és mellhártyagyulladást derített ki. A középfülek szövettani vizsgálata a dobüregi nyálkahártyák tuberculosisát mutatta. Tehát a tubákon át, vagy haematogen úton dobüregi tuberculosis keletkezett anélkül, hogy azt otoskopikus vizsgálattal felfedezhette volna. *Piványi-Lilien dr.*

Hysteria és középfülgyulladás. *H. Beyer.* (Passow's Beiträge 21. köt., 197. o.)

Hysteriás egyén középfülgyulladása esetén igen óvatosnak kell lennünk az operativ indicatiók felállításában. A hysteriás beteg a legkülönbözőbb objectiv és subiectiv tünet utánzásával operativ beavatkozásra késztetheti orvosát. A hőmérő körüli manipulatiók miatt szigorúan ügyeljünk a lázmérésre. A processus mastoideus nyomási érzékenysége sem megbízható, mert a sternocleidomastoideus rostjainak érzékenysége főleg spasmusokra hajlamos hysteriásoknál igen gyakori. A legértékesebb támpont az otoskopiai lelet. Nem egyszer történik, hogy maró folyadéknak a fülbe öntésével, vagy a külső hallójárat szurkálásával, menstruatiós vérnek a hallójáratba vitelével, vagy vizeletnek, faecesnek a fülbe tételével próbálja a beteg orvosát félrevezetni, de ezen módszerek legtöbbször csak könnyítik a hysteria diagnosisának felállítását. A cochlearis zavarainál, hirtelen beálló süketségnél könnyebb leleplezni az ily beteget, mert a hangvillavizsgálatot nem tudja oly könnyen kiismerni. A vestibularis zavarait: szédülést, egyensúlyzavart, hányást, sőt még a spontan nystagmust is képes akaratlagosan előidézni. Alkalmas ilyenkor a *Bárány*-féle félremutatási kísérletet állóhelyzetben vizsgálni. Ilyenkor a hysteriás beteg megfeledkezik ataxiájáról. Pontos idegorvosi vizsgálat, a láz és a váladékmennyiség szigorú ellenőrzése, a beteg elkülönítése vezet olykor csak célhoz és menti meg a beteget messzemenő operativ beavatkozástól. Egyes esetekben a látszat kedvéért narkosisban retroauricularis metszést kell ejteni, hogy a functionalis tünetek megszűnjenek. *Kerekes.*

Otogen meningitisek következtében létrejött vestibularis megbetegedésekről. *A. Gültich.* (Passow's Beiträge 21. köt., 207. o.)

Két esetet közöl, melyeknél az egyik oldal labyrinthitise maga után vonta a másik oldal labyrinthkiesését. Mindkét esetben meningitis serosa lépett fel és a szerző a másik oldal lobtünetek nélkül való működésbeli kiesését mint retrolabyrinthaer neuritis vestibularist fogja fel. Hogy a nervus vestibularist könnyebben támadja meg a meningitis serosa, mint a nervus cochlearist, azt a ganglion cochleare védettebb helyzetével magyarázza. Néhány, az irodalomban közölt hasonló esetet szintén a szövődményes agyhártyalobbal igyekszik magyarázni. *Kerekes.*

A homloklebeny és a kisagy functionalis vonatkozásairól. *Charousek* és *Kubie.* (Passow's Beiträge 21. köt., 118. o.)

Egy esetben a jobboldali homloküreg empyemájának műtétjekor a középső homloklebeny tályogját találták. Ezen eset kapcsán vizsgálat tárgyává tették a kisagy és a homloki agylebenyek közti már eddig is kimutatott összefüggést. A tályog kiürülésekor nystagmus lépett fel: a betegnek spontan félremutatása nem volt, de szobahőmérsékű vagy 40°-os vízzel való fecskendezésére a tályogürnek, vagy annak tamponálásakor félremutatás lépett fel. Kisagytályogok tünetei közül csak az adiadochokynesis hiányzott. A tályoggal ellenkező oldali (jelen esetben baloldali) vestibularis készülék fokozott ingerlékenységet mutatott. Valószínű, hogy a homloki agy a kisagy fölé rendelt systema szerepét tölti be, bár kizárni a vestibularis szerv és a homloklebenyek közti direkt összefüggést nem lehet. *Kerekes.*

Elméleti tudományok köréből.

A cholesterin és egyéb lipoidok eloszlása különböző állatfajták vérében. *Iwatsuru.* (Pflüger's Arch. 1924, 202. köt., 194. old.)

Különböző emlősök vörösvérsejtjeinek cholesterin-, illetőleg zsír-lipoidtartalma elég állandó, 215 mg, illetőleg 580 mg körül van, 100 cm³ vörösvérsejtre számítva. A vörösvérsejtekben cholesterinesterek nincsenek, a plasmában is elég sok szabad cholesterin van. A plasma cholesterintartalma változó ugyan, de az éhgyomorra vett vérben a plasma szabad és estercholesterinjeinek viszonya ugyanazon állatfajra nézve meglehetősen állandó érték. *Stasiak dr.*

Van-e vérnyomáscsökkentő hatása a dynitrogenoxydnak? I., II. *Grindt O.* és *le Blanc E.* (Pflüger's Arch. 1924, 205. köt., 313. old.)

Kestner hozta nyilvánosságra (1921) azon feltűnő tapasztalatát, hogy az ívfényt környező levegő belélekzése vérnyomáscsökkenést okoz, melynek oka a magas hőfokon keletkező N_2O. Szerzők ezen pharmakologiai szempontból is fontos kérdést úgy állatokon, mint embereken vizsgálat tárgyává tették. Az állatkísérleteket urethannarkosisban lévő nyulakon és decerebrált macskákon végezték, melyeknek vérnyomását a carotisba kapcsolt higanymanométerrel regisztrálták. A N_2O-t háromféle alakban használták, és pedig: 1. mint szobahőmérsékletű levegő és N_2O keverékét (a N_2O-tartalma a keveréknek 0·5—80% között változott); 2. mint a kristályos N_2O-nak párját; 3. mint megfagyasztott és újra felengedett N_2O-havat. Az embereken eszközölt kísérletekhez 1·2—16·1% N_2O-t tartalmazó levegőt használtak, melyet a befogott orrú egyének 600 literes

gummiballonból szívtak be egy Gildemeister-féle légzőszelep segítségével. A vérnyomást *Riva-Rocci* szerint mérték. Úgy az állat-, mint az emberkísérletekből az derült ki, hogy *Kestner* fenti állítása téves, amennyiben a N.O az idézett határok között használt concentratióban a vérnyomásra semmi befolyással nincs.

Klobusitzky.

A Röntgen-sugaraknak a szövetlégzésre kifejtett hatásához. *Wells P.* (Pflüger's Arch. 1924, 206. k., 268. o.) Szerző kísérlet tárgyává tette különböző (10—500%) bőregységnyi Röntgen-sugarak hatását úgy az állatban hagyott, mint túlélő állapotban tartott szervek O-fogyasztására. Eredményei szerint a Röntgen-sugarak nincsenek befolyással az energiaforgalomra, miből azt következteti, hogy növekedést gátló hatásuknak nem az az oka, hogy a sejtek energiát szolgáltató képességét támadják meg. Vizsgálatait az *Abderhalden:* Handb. d. biochem. Arbetismeth.-ban leírt Siebeck-féle készülékkel, illetőleg *Wartburg* módszerével (l. Biochem. Zeitschr. 1923, 142. köt., 317. old.) végezte.

Klobusitzky.

A forgalomban lévő hypophysiskivonatok uterusizgató anyagtartalma. *Paul Trendelenburg.* (Klinische Wochenschrift, IV. évf., 1. sz.)

A szerző 1920-ban közölt vizsgálatait ismételte meg új és tökéletesebb módszerrel. A kereskedelmi forgalomban lévő hypophysiskészítmények hatását kivágott tengerimalacuterusokon *Voegtlin* által előállított friss hátsólebenykivonat hatásával hasonlította össze. A kísérletek az aprólékosságig a legnagyobb gonddal történtek. Eredményük a következő: majdnem az összes kereskedelembeli kivonatok megbízhatatlanok, átlag csak mintegy századrészét tartalmazzák a cégek által feltüntetett hatóanyagmennyiségnek. Használatra nézve alkalmatlanok a szerző szerint a következő praeparatumok: Coluitrin (Dr. Freund u. Dr. Redlich, Berlin): Pituloben (Fahlberg, Magdeburg); Hypormon (Lecuiwerk, Hannover) és Hypophytroin (Bernhard Hadra, Berlin): jóval kevesebbet tartalmaznak 1 cm³-ben mint 1 mg-ot, a feltüntetett 200 mg hatóanyag helyett. Egyenesen veszélyes lehet a Hyphosal (Emkornapotheke, Berlin) alkalmazása, amely hypophysis-hatóanyag helyett adrenalint tartalmaz 1 : 1000 arányban. Megfelelő, a praxishoz alkalmas praeparatumok: Hypophysin (Höchster Farbwerke) és Pituglandol (Chemische Werke, Grenzach), amelyeknek 1 cm³-e 6 mg hatóanyagnak felel meg. Physormon (Passek u. Wolf, Hamburg), Hypophysenextract (Schering, Berlin) megbízhatatlan. Az angol Pituitrin igen sokat tartalmaz a hatóanyagból (1 cm³ egyenlő 30 mg friss mirigy), azonban igen drága. A szerző szerint a szülőfájdalmak megindításához 10 mg friss mirigyállománynak megfelelő extractanyag szükséges. Kívánatosnak tartana ezirányú pontos vizsgálatokat. Ugyancsak azt is, hogy gyárak előállította hypophysis-extractanyagok ne a kiindulási szárazanyagtartalmat jelezzék, hanem a klinikus által kívánt titerre állítsák be praeparatumaikat, friss mirigyállományra való tekintettel.

Hergloz Jenő.

Az „erythropoëtikus hormon" tulajdonságairól. (Előzetes közlemény.) *Chauncey D. Leake* és *Franklin J. Bacon.* (The Journal of Pharmacology and exp. Therapeutics. 23. köt., 5. sz.)

Számos kísérleti és klinikai tapasztalat szól amellett, hogy a lép és vörös csontvelő oly anyagokat tartalmaz, amelyek a vörösvérsejtek termelését fokozzák. A szerzők részint lép- és vörös csontvelőkivonatokat adtak intravenásan nyulaknak és kutyáknak, részint pedig per os adagoltak szárított lépet és vörös csontvelőt. Az eredmény a következő volt: a vörösvérsejtek száma átlagban 19·5%-kal emelkedett, a haemoglobin azonban ebben az arányban nem mutatott gyarapodást. Emelkedett még a polymorph neutrophil leukocyták száma is. Embernél per os adagolás ugyanilyen eredménnyel járt secundaer anaemiáknál is. Külön-külön adagolva lépet és vörös csontvelőt, tehát nem együttesen, a szaporodás relative is kisebb volt. Hatásmód valószínűleg részint a meglevő vörösvérsejttermelő helyek fokozottabb működésében, részint a vörös csontvelő terjedelmében való növekedésében áll. Szárított vörös csontvelő és lép egyenlő mennyiségben 2·4‰ vasat és 28·9‰ lecithinphosphatidokat tartalmaz, még kétséges azonban, hogy a fentemlített hatás előidézésében mennyiben van szerepük. Az erythropoëtikus anyagok a következő tulajdonságokkal rendelkeznek: *a)* kiszárításnak ellenállnak, *b)* thermostabilisok (100 C°), *c)* vízben oldhatók, *d)* alkohol és aether hatására inactiválódnak, *e)* per os adagolhatók, *f)* biologiailag ellenőrizhetők, *g)* steril oldatban állás közben nem vesztik el hatékonyságukat, *h)* nem járnak kellemetlen mellékhatásokkal.

Hergloz Jenő.

KÖNYVISMERTETÉS

Zur Psychoanalyse von *Prof. Emil Raimann.* Wien, 2. kiadás. (Urban u. Schwarzenberg. 1925 január, 109 lap.)

Az Orvosi Hetilap 1924. évi 17. számában már ismertetett első kiadást csakhamar követte a második, ami a nagy érdeklődést mutatja, amely szerző könyve iránt megnyilvánult. Ez a kiadás némileg bővült, lényegesen azonban nem változott. Hiszen erre nem is volt szükség, mert minden elfogulatlan olvasó szerző objectivitását el fogja ismerni. Vele együtt elismerjük azt is, hogy érzelmi életünk néhány rejtett sajátosságára rávilágított a psychoanalysis, de a gyógyítás terén teljesen használhatatlan, sőt, sajnos, igen sokszor egyenesen káros a betegre. A tanítványok túlbuzgósága pedig még azt a kevés értékeset is lerontani igyekszik.

Reuter dr.

Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems. *F. Brüning* és *O. Stahl,* Berlin. (234 oldal, 72 részben színes ábrával.) Verlag Julius Springer, 1924.

A vegetativ, különösen pedig a sympathicus-idegrendszer sebészete sokáig egyik legelhanyagoltabb területe volt a chirurgiának. Eltekintve egyes francia és román szerzőktől, kik az általános részvétlenség közepette is állhatatosan hirdették a sympathicus-műtétekkel elért kitünő gyógyeredményeiket, a sebészek túlnyomó többsége vajmi kevés hajlandóságot mutatott a sebészet ezen ágának művelésére. Újabban a helyzet teljesen megfordult és az érdeklődés úgyszólván általánossá vált, amiben nagy része volt azon rendkívül érdekes tapasztalatoknak, melyeket a periarterialis sympathektomiával, valamint az angina pectoris és asthma bronchiale operativ kezelése kapcsán szerezni alkalmunk volt. Annál nagyobb örömmel kell üdvözölnünk, hogy a sympathicus-sebészetnek egyik legalaposabb ismerője, *Brüning* és munkatársa *Stahl,* most egy nagyobb monographikus munkában tömörítik össze mindazt, amit e kérdésről ma a sebésznek tudnia kell. A mintaszerűen kiállított, ábrákkal is bőven illusztrált könyv kimerítően tájékoztat a vegetativ idegrendszer sebészetével kapcsolatos összes kérdésekről. Bevezetésében rövid történeti visszapillantás után részletesen foglalkozik a sympathicus- és parasympathicus-rendszer boncztani és élettani viszonyaival, szövet- és feilődéstanával, a nervus depressor és splanchnikus szerepével és az érbeidegzés tanával, mindenütt különös figyelemre méltatva a kísérleti kutatások eredményeit. Ezután áttér a nyaki sympathicus-határkötegen, a nervus depressoron és a r. communicanteseken végzett műtétek technikájára, a nyaki sympathicus kiirtásának élettani következményeire, majd egyenkint tárgyalja az angina pectoris, asthma bronchiale, epilepsia, glaukoma, Basedow-kór, migraine, trigeminusneuralgia stb. miatt végzett sympathicus-műtéteket és azok javallatait. Kiemelendő, hogy a szerzők állást foglalnak az asthma bronchialenak sympathektomiával való operativ kezelése, mint olyan beavatkozás ellen, mely a physiologiás tapasztalatokkal ellentétben áll. A hasi sympathicus sebészetének rövid ismertetése után következik a könyv legterjedelmesebb része, a periarterialis sympathektomiának szentelt fejezet, mely műtéti eljárásnak, mint tudjuk, *Brüning* volt kezdettől fogva egyik leglelkesebb híve. Ha saját tapasztalataink alapján nem is oszthatjuk mindenben a szerzők optimizmusát, azt el kell ismerni, hogy nagy szívóssággal és nyomós érvekkel védelmezik ismert álláspontjukat, mely szerint a periarterialis sympathektomiát a trophikus és Röntgenfekélyek, valamint a vasomotoros-trophikus neurosisok kezelésében a legbiztosabb eljárásnak tartják s attól végleges eredményeket is remélnek. A könyv befejező részét a nervus vagus sebészetét tárgyaló rövid fejezet és a kimerítő, 1924 augusztusáig terjedő irodalomszemle alkotja.

Az érdekes és szép munka nélkülözhetetlen segédeszköz lesz mindazok számára, kik a jövőben a vegetativ idegrendszer sebészetével gyakorlatilag foglalkozni és azt tudományosan továbbfejleszteni óhajtják.

Milkó Vilmos dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 28-i ülése.

Elnök: **Borszéky Károly.** Jegyző: **Gerlóczy Géza.**

Bemutatás:

Bókay Zoltán: *Hypophysistumor esete 18 éves fiúnál és 18 éves leánynál.* Két 18 éves betegnél a hypophysistumor destructiv alakja következtében infantilis alkat, a nemiszervek fejletlensége, a fiúnál teljes amaurosissal, a leánynál az oldalsó látótér erős beszűkülése észlelhető. A Röntgen-kép alapján a fiú tumora a sphenoidalis üregbe is erős beburjánzást mutat s így a gyors progressio miatt is rosszindulatúnak tartható, a leány esetében a tumor hosszú észlelése, a tüntetek hosszú kifejlődése inkább jóindulatú tumorra utalnak.

Erdélyi József: A hypophysisdaganatok Röntgenkezelésével e helyen nemrég igen jó eredményeket ismertettek, az ilymódon kezelt betegek mind meggyógyultak. Azon véleményen van, hogy úgy a Röntgenbesugárzástól, mint a sebészi beavatkozástól nem gyógyulás, csak a kóros állapot javulása várható, mert sem a sebésznek, sem a röntgenologusnak nem áll módjában megállapítani, hogy a kóros tüneteknek megfelelően mennyit távolítson, illetőleg pusztítson el a daganatból. A Röntgen-kezelés az esetek egy részében nem vezet célhoz, mert a különböző szövettani szerkezetű daganatokra nem egyenlő eredménnyel hat a Röntgensugár. Egy akromegaliás betegnél a Röntgen-besugárzások nem tudták megakadályozni a látás gyors romlását, noha a besugárzás hatása felismerhető volt abból, hogy a lágyrészek duzzanata csökkent. A látás megmentésére a műtétet kellett ajánlaniok.

Kaufman Irén: A Poliklinika idegosztályáról három Röntgen-besugárzással javult hypophysistumoresetet ismertet: 1. 4½ év előtt besugárzott, *Ranschburg* professor által az Orvosegyesületben bemutatott hypophysistumor a besugárzás után 4½ év óta áll észlelésük alatt, s a javulás azóta tart. 2. 25 éves akromegaliás nőnél sella positiv, hemianopsia; közben fellépő glykosuria; két besugárzás: subjectiv javulás és glykosuria megszűnése. 3. 34 éves nőnél pangásos papilla (6 dioptriányi kiemelkedés), positiv sella-lelet, főfájás, kissé akromegaliod küllem. Röntgen-besugárzás után feltűnő javulás a pangásos papillán, s subjectiv javulás. Rosszabbodást besugárzás után nem láttak.

Gerlóczy Géza: A látásromlás foka és a tumor nagysága, illetve növekedése között nincs teljes párhuzam, mert a látópályák laesióját nemcsak a chiasmára gyakorolt puszta nyomás fokozza, hanem keringési zavarok is, nevezetesen azon körülmény, hogy a daganat a circulus arteriosus Willisii keringési rendszeréhez nyomul hozzá. Ha ez nem történik meg, úgy nagyobb tumoroknak sem kell látásromlással járniok. Egyedül a fokozódó látásromlás nem indokolhatja meg azt, hogy az aránytalanul kisebb rizikóval járó besugárzás helyett sürgősen műtétet javalljunk.

Szondi Lipót: A Poliklinika idegosztályán szerzett tapasztalatok alapján megállapítja, hogy: 1. A hypophysis-nőbetegek többségénél az első jel a hypophysis megbetegedése: a menstruatio zavara (eleinte hypermenorrhoe, később amenorrhoe, nagyfokú uterusorvadással). E betegek elsőnek a nőorvost keresik fel, ezért fontos ily esetekben a nőorvosnak esetleges sellatáji elváltozásra és látótérszűkületre gondolni. Ezt demonstrálja egy esetén: A nőorvos által idején útbaigazított hypophysisbetegek sorsa a legjobb, ezeknél a Röntgen-kezelés, vagy az antilueses kúra megjavítja a bajt, még mielőtt súlyosabb opticussorvadás állana be. 2. A későn diagnosztizált és csaknem teljesen megvakult hypophysisbetegek prognosisa rosszabb, de sokszor jó kimenetelű. Példa: 14 éves kora óta csaknem teljesen vak leány már három éve a vakok intézetében van súlyos látóidegsorvadása miatt, jobb látótér teljesen kiesett, bal látótér fillérnyire lecsökkent. Sella hatalmasan kitágult, dorsum hátratolódott, kivájt, a feneke mélyen benyomul a sinus sphaenoidalisba. Azonkívül juvenilis tabestünetek, + Wassermannreactio, amenorrhoe, 23 éves korig pubertas. Erélyes antilueses kúra, a látótér két évi kezelés után teljesen szabad bal oldalon. Egyik szemevilágát teljesen visszanyerte. 3. Gyakori hypophysismegbetegedéseknél a veleszületett lues. Ez eseten kívül egy ily eredetű másik akromegaliás betegen az antilueses kúra már néhány havi kezelés után teljesen megszüntette az agynyomási tüneteket. A lueses eredetű hypophysismegbetegedések még a későn észrevett stadiumban is jó prognosist mutatnak.

Előadás:

1. **Ratkóczi Nándor:** *Chronikus duodenumstenosisok.* A chronikus duodenumstenosisok élőben való felismerését a Röntgen-vizsgálat tette lehetővé. Ha a pép a flexura duodenojejunalison megakad, az egész duodenum kitelődik, kitágul, a Kerkring-féle redők elsimulnak, eltűnnek, a pép antiperistaltikával a gyomorba nyomatik vissza. A gyomor kifárad, atoniás, ektasiás lesz, ürülése elnyúlik, a klinikai kép a pylorus-stenosiséhez hasonló. Az állandó stenosis rendesen nem absolut, a pép vékony fonalban csorog át a flexura duodenojejunalison. Oka: 1. összenövés hasi műtétek után, 2. összenövések gümőkóros hashártyagyulladás következtében, 3. daganatok. A stenosisok egy felesége időnkint teljesen megszűnik, majd ismétlődik, ezeket intermittáló duodenumstenosisoknak nevezte el. Ezeknek oka: 1. az arteria mesenterialis superior nyomása, nagyfokú gastroenteroptosisnál, különösen ha lordosis is fennáll. Helyzetváltozáskor szűnik meg. 2. Mozgatható daganat, mely esetleg besugárzásra való megkisebbedésekor szabadítja fel a flexurát. 3. Reflexspasmus (duodenalis fekélyeknél, chronikus appendicitisnél, colitisnél). Vetített képekben az érdekesebb és műtétileg ellenőrzött esetek felvételeit mutatja be.

2. **Borza Jenő:** *Az éjjeli ágybavizelésről.* 36 gyermeknél, akiknél előzőleg neurologiai vizsgálat is történt, megvizsgálta az urologiai apparatust. A pathologiásan mély alvású, vagotoniás, intelligentiájukban csökkent gyermekeknél 80·8%-ban urachus típusú hólyagot, 72·2%-ban trabecularisatiót, 61·6%-ban trigonumcystitist, 33·5%-ban hólyagdislocatiót, 19·4%-ban egyik vagy másik ureter tátongását, 43·4%-ban tátongó sphinctert, 25%-ban egyenetlen szélű sphinctert, 17·3%-ban egyik vagy másik ureter körül, vagy a trigonumban kanyargós tágult venákat talált. Úgy az idegrendszer, mint az urologiai tractus functionalis és anatomiai eltérései mint az illető szervek kevesebb értékűségének stigmái arra utalnak, hogy az enuresis nocturna constitutionalis megbetegedés.

Picker Rezső: Enuresisnél 2 csoportot kell megkülönböztetni: stigmás betegeket, akiknek baja gyakran fog veleszületett lues következményeként bizonyulni kellő vizsgálódásnál és olyan fiúgyermekeket, akiknél teljes egészségben marad meg az „enuresis" tovább, mint szokott, és olyan fiúkat, akik régebben talán enuresisesek voltak és a fanosodási években lesznek ágybavizelők. Ezek az egészséges enuresises fiúk részben nagyhólyagúak, részben kishólyagúak. A kishólyagú egyének nem gyógyíthatók meg absolut értelemben és ezek éjjeli nyugalmát csak a napközi folydékfelvétel helyes beosztása által lehet biztosítani. A rendes kapacitású hólyaggal bíró kisebb fiúknál 5—6 éves kortól, a nagyobb fiúknál kivétel nélkül megkísérelhető egy gymnastikai kúra, mely a vizelési aktus akaratlagos és reflectorikus megszakításának Röntgen-ernyőn tanulmányozható mechanismusából vezethető le. Ez a gymnastika abból áll, hogy megfelelő intelligentiájú gyermekeket a napközi vizelési ingerkor megtanítjuk hangos számlálás alatt összetett térdek és bokák mellett lábujjhegyre állani és mennél hosszabb ideig így maradni, kb. 10—20 másodpercig és ezt 2—3-szor ismételni. Ezen gyakorlatok alatt nem egyszer elmulik az inger és nem egy esetben az éjjeli ágybavizelés is megszűnik.

Pfeiffer Ernő: Enuresis nocturnánál óvatosaknak kell lennünk az éles distinctióval, mellyel elválasztjuk őket a pathologikus esetektől. A hólyag vizsgálatánál elsősorban trabeculák és trigonuminjectio és néha apró sugillatiók lépnek előtérbe. Mindennek dacára a pathogenesist az urologiai rendszertől teljesen függetlennek tartja. A therapia minden használatos módjának eredménye suggestión alapszik. A hólyag kisebb vagy nagyobb volta — a pathologikus elváltozástól eltekintve — nem játszik szerepet, a manometrikus nyomás hasonló eseteknél a legkülönbözőbb eredményt mutatja.

Donáth Gyula: Az enuresisben szenvedő gyermekek főleg két kategoriát mutatnak: a jól fejlett és táplálтakat és a csenevészeket. Az előbbieknél igen gyakori a mély alvás, az utóbbiaknál az uro-genitalis központok és a megfelelő szervek gyengén fejlettek. A mélyen alvókat hypnosissal lehetne sikeresen kezelni, suggerálva nekik a nem mély alvást, hogy a vizelési ingerre felébrednek és leszállnak. Hiszen a felnőtt is

önmagának suggerálhatja lefekvéskor a korai bizonyos órában a felébredést, ha erősen akarja. Egy ilyen tízenegyéves fiú, ki két éven át éjjelenkint ágyba vizelt, az első hypnosisra oly jól reagált, hogy 10 napra elmaradt a vizelés, egypár hosszabb hypnosisra enuresis megszűnt. Ezen könnyen kivihető kezelést, mely minden gyakorló orvos által kivihető, figyelembe ajánlja.

Blum Simon: Gyermekeknél még csigolyacariesre is kell figyelnünk, mert annak következményekép fellépő spinalis elváltozások is lehetnek az enuresis okai. Felnőtteknél háború alatt sok száz katonánál a trabecularis hólyagot és a trigonum injectióját vette a legfontosabb diagnostikus értékűnek; szimulánsokat intelligens emberek között is talált, s ilyenkor narcosisnál, ha atoniás inc. volt jelen, ha szimuláns volt, a beteg inc. megszűnt. Katonáknál még egy postinfectiosus neuritis következményekép (cholera, typhus) is lépett fel és mint posttraumás neurosis gránátexplosio, hascombműtétek után és különösen caudasérüléseknél.

Meisels Vilmos: Az enuresist a polakuria gyenge fokának tekinti, melyben mindkét betegségnek okát az idgerendszerben látja. Míg a polakuria oly intensiv, hogy éjjel-nappal fennáll, addig az enuresis ritkán nappal és rendesen éjjel lép fel. A betegség vagy a detrusor túlérzékenysége miatt áll fenn, vagy a sphincter vesicae gyengeségi vagy irritatiója lényegében fekszik. Egy betegről tesz említést, ki 26 éves korában felkereste s ki polakuriájából teljesen kigyógyult, épp így sok gyermek, kik extr. sec. v. con. citr. javultak. A detrusor túlérzékenységénél az afenil nagyon jól bevált.

Focher László: A vizsgált gyermekeknél ugyan nagy számmal voltak neurologiai elváltozások, de ezeket részben nem lehetett az enuresissel összefüggésbe hozni, részint csak mint segítő momentumok jöhettek számba, mert ugyane változások, vagushypertoniák nem enuretikus egyéneknél is előfordulnak. Általában neurologiás változások közül egyedül az epilepsia okoz gyakrabban enuresist, míg a gerincvelő megbetegedései, ha egyáltalán, úgy csak a legnagyobb ritkaságkép okoznak enuresis nocturnát. A szóbanlévő gyermekeknél messze túlnyomó százalékban pathologiás alvásmélység volt az enuresis oka.

Bókay János: Hozzászóló szerint mindazon esetekben, hol a gyermekkori enuresis nocturna neuropathiás alapon fejlődött s ezek az ú. n. classicus esetek, anatomiai elváltozást nem lehet föltételezni, mert ezen esetek idővel, a serdülő kor határán, önként gyógyulnak. Az eddig ajánlott gyógyszerek és gyógymódok, sajnos, nem váltak be s ha olykor látszólag be is váltak, a gyógyhatást suggestiv úton fejtették ki.

Borza Jenő: A felsorolt anatomiai elváltozások nem okai az enuresisnek, csak mint a kevesebb értékűséget bizonyító stigmák szerepelnek annak pathologiájában. A hólyag trabecularisatiója a detrusorhypertoniának, illetőleg a vagotoniának a következménye. A gyakran előforduló cystitis valószínűleg a masturbatio következménye, különösen a leányoknál, akik idegen testeket stb. könnyen bevezethetnek az urethrába és hólyagba. A háborús enuresisek nem hasonlíthatók össze a gyermekkori enuresisekkel, az előbbieket nagyon sokszor valamely más, az urologiai tractusban székelő betegség tartotta fenn, amely az alapok meggyógyítása után szintén meggyógyult. Gyógyult esetei mindenkinek vannak, általában minden olyan beavatkozás, amely a gyermekek testi fejlődését és erősödését, továbbá idegrendszerbeli erősítését elősegíti, meggyógyíthatja az enuresis nocturnát.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának február 6-i ülése.

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Horváth Mihály.**

Tauffer elnök a tíz év óta szünetelő s most újra megalakult gynaekologiai szakosztály első ülését azzal nyitja meg, hogy kegyeletes szavakkal emlékezik meg *Bumm* professorról, a németek nemrég elhúnyt legnagyobb gynaekologusáról. Megható — mondja —, hogy az, kinek kezén oly sok beteg műtét útján gyógyult, oly betegségben pusztult el, amelyben ma már nem kell okvetlen meghalni. Rosszul ítélte meg bajának súlyosságát, nem kereste azonnal a gyógyító beavatkozást s az újabb attaque alkalmával átfúródott az epehólyag s a kifejlődött hashártyagyulladás a műtét dacára elpusztította. *Tóth, Lovrich, Stöckel* szépen emlékeztek meg róla s ő *(Tauffer)* nem mond nekrologot, hanem tanulságképen elmondja *Bumm* élettörténetét, pályafutását. *Bumm* mindig rokonszenvezett a magyarokkal. Emlékének a szakosztály felállással hódol.

Bemutatások:

1. **Singer Hugó:** *Hydrokephalus és fogó.* Sub partu biztosan diagnostizált mérsékelt hydrokephalus szülését ismerteti 25 éves primiparánál. (Magzat súlya 3200 g, fejkerület 40·5 cm, varratok tátongása 2·5—3 cm, *Bókay-Strassburger*-féle transparentia-próba positiv.) A nagy koponyát az erős fájások a bemeneten átnyomták, azután négy órán át teljesen megállott a szülés chinin és hypophysis-kivonatok adagolása ellenére. A követendő szokványos eljárás a perforatio lett volna. Előbb azonban megkísérelte a csontos és lágy szülő-utak igen kedvező volta mellett a fogóműtétet, ami sikerült is. A magzat él és elég jól fejlődik, az anya sértetlen maradt. Ez csak kísérlet volt, kivételesen kedvező viszonyok mellett, azért, hogy az élő magzat perforatiójának rendkívül antipathikus műtéte elkerültessék az anya épségének teljes respectálása mellett. Bemutatása kapcsán kitér a hydrokephalus megoldásának diagnostikus és therapeutikus nehézségeire és ezeknek törvényszéki jelentőségére.

Temesváry Rezső: Szövege nem érkezett be.

Fischl Ármin: 16 évvel ezelőtt hydrokephalus spontán szülését észlelte. A gyermek nyomorék. Normalis gyermekágy. A nőnek gyermeke azóta nem volt.

Bókay János professor mint vendég: A bemutatással kapcsolatban csak arra óhajt megjegyzést tenni, hogy érdemes-e nagyfokú hydrokephalusos gyermeket az életnek minden áron megtartani? Általában igaza van *Kauschn*ak, hogy úgy a szülőkre, mint rájuk nézve jobb, ha minél hamarább elhalnak, mert nincs értelme idiótát felnevelni. Általános érvényűnek azonban ezen álláspont mégsem tekinthető, mert nem minden hydrokephalusos gyermek marad vissza szellemi fejlődésében s testi fejlődésük is nem egyszer meglepő, úgyhogy nem egyszer a köznek többé-kevésbbé hasznavehető tagjaivá válnak.

2. **Mansfeld Ottó:** *Radiumkezelés után kiirtott uteruscarcinoma esetei.* A már régebben bemutatott esetek után két újabb esetről számol be. Mindkét esetben localisan operálható méhnyakrákról volt szó, ahol az általános állapot eleinte a műtétet gátolta. Néhány hét alatt megadta a teljes radiumdosist, amire klinice és makroskopice a rák eltűnt. Az öt, illetőleg hét héttel később végzett abdominalis radicalis műtét sikerült. A kivett méhek izomzatában és nyirokutaiban *Johan* életképes ráksejtszigeteket talált. Ugyanez volt a lelet régebbi ilyen eseteiben is. *Wertheim, Meyer* és mások hasonlóan a radiumozott és azután kiirtott méhek 80%-ában találtak el nem pusztult ráksejteket, tényleges gyógyulás tehát csak 20%-ban fordul elő. Minthogy a radiumkezelés combinatiója intensiv röntgenezéssel nem tudja a 20%-os eredményt megjavítani (Döderlein-klinika anyaga), vissza kell térni, illetőleg tökéletesíteni kell az operativ gyógymódokat. Ennek az útja, hogy a rákos fekélyeket műtét előtt radiummal be kell gyógyítani, ami által a peritonitis veszélye jóformán megszűnik. A radiumkezelést 4—6 héten belül kell befejezni. A műtétet 4—8 héttel reá kell végezni, *mielőtt* kötőszöveti hegesedés fejlődne ki.

Frigyesi József: A bemutatás is amellett szól, hogy sugaras kezeléssel gyökeres gyógyulást az eseteknek csak elenyésző kis számában tudunk elérni. Ezért fordult a figyelem fokozott mértékben a *Wertheim*-féle gyökeres műtét halálozásának csökkentésére. Szóló a Wertheim-féle műtétek után a hashártyagyulladásnak igen nagyfokú csökkenését érte el azáltal, hogy a hasüregbe, annak bezárása előtt, 80—100 g 1%-os rivanolt önt és azt bent is hagyja. Lehet, hogy eredményeinek javulásában annak is van némi szerepe, hogy a hüvelyt nemcsak a műtét előtt praeparálja és desinficiálja, hanem a műtét alatt, közvetlenül a hüvely átmetszése előtt a hüvelyt újból kitörölteti jódtincturával.

Paunz Sándor: Szövege nem érkezett be.

Gál Félix: A radiumdosisokat igen nagyoknak tartja, nem merné őket alkalmazni, ha nem is a fistula veszélye, hanem a várható egyéb kellemetlenségek miatt. A radium után operative nyert praeparatumokban talált rákfészkek nem szólnak a radiumozás ellen,

mivel az idő rövidsége miatt a szervezet maga nem fejtette ki rákellenes hatását. A radiumozás után való műtétre vonatkozólag az az aggálya, hogy a műtéti terület szövetei igen vérszegények, hegesek, kérdés, vajjon a sebgyógyulás mindig jó lesz-e? Frigyesi tanár hozzászólására megjegyzi, hogy a radiumkezelés után is látott több tíz-tizenkét éve gyógyult esetet. Mivel a méhrákok közül 60%-nál több az inoperabilis, a radiumkezelés a rák gyógyításában addig nagyfontosságú szerepet fog játszani, míg a kérdés nem lesz másként megoldva.

Frigyesi József: Paunz hozzászólására megjegyzi, 1. hogy ahol rivanolt alkalmaz, ott nem drainez, hanem zárja a hasüreget, 2. a sigmabelet régi idő óta minden nőgyógyász felhasználja nem tiszta, főleg gyökeres műtétek után a kismedence befedésére, illetve annak a szabad hasürtől való elkülönítésére.

Zárszó: **Mansfeld Ottó:** A bemutatás célja az volt, hogy megmutassa, hogyan lehet anteoperative sugarazni anélkül, hogy a műtétet megnehezítené és azzal a kilátással, hogy a műtét primaer mortalitása csökkenjen. A sugaras kezelés és műtéti eljárás értékét egy bemutatás keretében felvetni nem lehet és nem is szükséges.

3. **Mansfeld Ottó:** *Ureterfogó és praeparáló műszer bemutatása.*

1925 február 13-án.

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Horváth Mihály.**

4. **Haba Antal:** *A lepényi időszak kezelése, különös tekintettel a visszamaradt lepényrészek kérdésére.* (Teljes egészében közöljük.)

Frigyesi József: Úgy a lepényleválasztás, mint az elvérzés okozta halálozás és megbetegedés százaléka sokkal nagyobb, mint bármelyik laparotomiáé. A gyakorlatban természetesen ezek a szomorú számok még sokkal nagyobbak. A *Gabaston*-féle eljárástól nem látott lényegesebb eredményt. A *Baer*-féle kézfogás némely esetben megkönnyíti a lepény expressióját. *Mindezeknél azonban sokkal fontosabbnak tartja az aortacompressoriumnak alkalmazását.* A lepényi időszaknak bármilyen vérzéssel járó rendellenességeinél, vagy azután fellépő bármilyen eredésű nagyobbfokú vérzésnél azonnal alkalmazza. Úgy véli, hogy a *Shert*-féle, vagy más megfelelő compressoriumnak minden szülész táskájában ott kell lennie. Minden méhüri beavatkozás előtt a külső nemiszervek és a hüvely desinfectióját ajánlja. Fontos, hogy a beavatkozások alkalmával a portiót lehetőleg a szeméremrésig húzzuk le, hogy a méhszájat közvetlenül elérhessük. Lepényrészlet visszamaradásánál, vagy annak gyanujánál, mint az előadó is, minden esetben az azonnal való betapintás híve.

Mansfeld Ottó: A tapasztalások első részéhez, hogy a gyermekágyban nem tanácsos lepényrész után keresgélni, teljes mértékben hozzájárul. Úgy szülések, mint vetélések után láz mellett a méhet nyugalomban kell hagyni. Visszamaradt lepényrész halálos sepsist nem okoz. Azt a javaslatot, hogy a szülés után akkor is tapintsunk be, ha gyanus a lepény, nem merné követni, még kevésbbé a gyakorlatban ajánlani, mert ezzel a betapintások frequentiája ijesztően növekednék.

Singer Hugó: Szövege nem érkezett be.

Fekete Sándor: Akárhányszor előfordul, hogy kisebb lepényrész zavar nélkül kiürül. Nagy felelősség terhelne annak kimondásával, hogy gyanus lepénynél be kell tapintani. Még leginkább ott kellene ehhez ragaszkodni, ahol a gyermekágyas nem maradhat szorgos orvosi felügyelet alatt, mert a hirtelen bekövetkező vérzés esetén az orvosi segítség késedelme végzetes lehet.

Tauffer Vilmos: A klinikai tapasztalat a gyakorlatba aligha lesz valamikor teljes egészében átvihető. A klinikán az összes cautelák betartásával történik a méhürbe való felhatolás, ami még így is a fertőzés veszélyét rejti magában. A gyakorló orvos a szabályokat a méhbe való felhatolást illetőleg nem követheti kellő pontossággal, ennek pedig kétségtelen következménye lesz, hogy a gyermekágyi morbiditás és mortalitás az ilyen behatolások után lényegesen rosszabb lesz. A veszély még nagyobb lesz, ha visszatér az idő, amikor a bábák a felhatolás veszélytelenségében bizakodva eltanulják a méhürbe kézzel való felhatolást. Ezért az előadónak azt a kijelentését, hogy gyanus lepény mellett is be kell tapintani, csak a klinikákra vonatkozóan fogadja el. Javasolja, hogy előadó a közeljövőben tartandó nemzetközi nőgyógyászati congressuson, mely e kérdéssel is foglalkozik, szólaljon fel, indítványozza továbbá, hogy e nemcsak szakembereket, de gyakorló orvosokat is érdeklő themát az Orvosegyesület plénuma előtt is ismertesse.

Zárszó: **Haba Antal:** Újból hangsúlyozza, hogy a klinikán, ahol a feltételek adva vannak, az ideális célt kell elérni, nem lát veszélyt abban, hogy minden gyanus esetben betapintottak. Mióta ezen betapintásokat végzik, sem az általános morbiditás, sem a mortalitás nem nagyobb, sőt 1924-ben 1876 szülés után egy sepsises haláleset sem fordult elő. A szakosztály kívánságának a nemzetközi congressuson való hozzászólást, valamint az orvosegyesületi előadást illetőleg készséggel tesz eleget.

Közkórházi Orvostársulat febr. 25-i ülése.

Elnök: **Koffler Adolf.** Jegyző: **Szeghő Ernő.**

Bemutatások:

1. **Nagy György:** *Primaer genitalis tuberculosisból kiinduló miliaris tuberculosis.* 28 éves asszony esetét mutatja be, kinél a méh nyálkahártyájának, izomzatának és a tubáknak kiterjedt, régi tuberculosisa volt észlelhető, ahonnan a szüléssel kapcsolatosan gümőbacillusok tömegesen jutottak a vérpályába, miliaris gümőket hozva létre a különböző szervekben. Annak a feltevésnek ad kifejezést, hogy, bár biztos adat a genitaliák primaer fertőzésére nincs, mégis azok megbetegedése talán elsődleges; emellett szólana az a körülmény, hogy sehol a szervezetben másutt régebbi gümős folyamat nem volt észlelhető és sajtos nyirokcsomók is csak a kismedencében voltak. Úgy a gümőkben, mint a tüdő venáiban helyenként igen nagy mennyiségben lehetett gümőbacillusokat kimutatni.

Meisels Vilmos: Két genitalfertőzésből származó miliaris gümőkórt volt alkalma annakidején *Weigert* oldalán megvizsgálni. Az egyik primaer uterusgümőkór volt, ahol a folyamat a tubákig felterjedt, a másik egy 27 éves férfi volt, primaer baloldali heregümőkórral, akinél a folyamat a vesicula seminalis és prostatára tovább folytatódott, egyes sajtos gócokkal a tüdőkben. Mindkét esetben a vérben, kivált a szív vérében tömegesen látott tuberculosis-bacillusokat. 1884-ben közölt munkájában egy miliaris gümőkórban szenvedő egyénnél in vivo volt képes a bakteriologiai vizsgálat alapján a diagnosist kétségtelenné tenni hasi hagymázzal szemben. Ezen esetben az állatoltás is sikeres volt, valamint a kitenyésztés is.

2. **Jakab Emil:** *Agylues érdekes esete.* Kisagyi tünetek nyakszirti lebeny tüneteivel társultak. Általános agynyomási tünetek, pangásos papillával térszűkítő folyamatra utaltak. Vér Wa.-negativ volta lues ellen szólt, viszont több helyen mutatkozó daganatos tünetek, tekintettel arra, hogy a szokványos multipel tuberculomát és metastatikus daganatképződést kizárhatták, gummás folyamatot tettek valószínűvé, miért is a beteg bismoluol-kúrát kapott, mire rögtön beállt a javulás: cerebellaris járás megszűnt, félremutatás, cornealis anaesthesia szintén. Javult az abducens-bénulás és lényegesen tágult a látótér. A javulási szakban megejtett liquorvizsgálat positiv Wassermann- és colloid-reactiót adott. 12 bismoluol után salvarsankezelésre fogták. A *Sarbó*-féle felfogás alapján sikerült ezen esetben, a folyamat interstitialis hátterét feltételezve erélyes kezeléssel defectussal gyógyuló állapotot létrehozni.

Sarbó Arthur hozzászólásában kiemeli, hogy beosztása a vascularis, interstitialis és parenchymás lueselváltozásokra vonatkozólag, jelen eset által is helyesnek bizonyult és az általa kifejtett meggondolások a helyesen alkalmazott gyógyeljárás alapját képezhetik.

Előadás:

Kalocsay Kálmán: *Omnadinnal kezelt esetek, heveny fertőző betegségek súlyosabb alakjainál.* 33 eset kapcsán számol be a *Much*-féle aspecifikus immunvaccinánál fertőző betegségeknél tett tapasztalatairól. Legnagyobbrészt súlyos és szövődményes esetekben alkalmazta, és pedig hastyphus 11, morbilli utáni bronchopneumonia 3, erisypelas 3 és súlyos skarlát 16 esetében. 3 typhus és 3 skarlát letalisan végződött, a többi gyógyult. Eseteinek tanusága szerint az omnadin a typusos lefolyású betegségek rendes képét alig változtatja meg oly mértékben, hogy a betegség határo-

zott megrövidítéséről beszélhetne. Azonban a tünetek hevességének csökkenését, a közérzet és pulzus javulását és a szövődmények (typhusos bronchopneumonia, morbilli utáni bronchopneumonia, typhusos parotitis, skarlátos lymphadenitis) gyors visszafejlődését észlelte közvetlenül az omnadin alkalmazása után. Skarlátnál is gyakran látott meglepő javulásokat, több sepsis felé hajló esetben. Véleménye szerint a szer alkalmazása heves tünetekkel járó és szövődményes fertőző betegségeknél indikált. Tőle a szervezet küzdőképességének növelése és ezáltal a szövődmények visszafejlődése, továbbá a fenyegető tünetek enyhülése várható.

Fáykiss Ferenc: Septikus lázakat mutató 20 orbánc-esetben alkalmazta az omnadint és sikerült az orbánc lefolyását kedvezően befolyásolni.

Bradách Emil: Septikus sebészeti eseteknél alkalmazta, septikus periostitiseknél, orbáncnál, tuberculosus hashártyagyulladásnál igen szép subjectiv javulást látott.

Kern Tibor: Influenza utáni tüdőgyulladásnál, croupos pneumoniánál nem mindig tapasztalta a láz vagy a beteg subjectiv érzésének különösebb javulását.

Gerlóczy Zsigmond: Miután csupa igen súlyos fertőző betegségnél, különösen septikus scarlatinánál adta, az a véleménye, hogy az omnadint éppúgy, mint más adjuvans szert, ilyen esetekben mindenesetre alkalmazzuk, mert előmozdítja a szervezet védekezését.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 március 7-én tartandó tudományos ülésének programmja. *Bemutatás: Brana János:* A bal szemgolyó maximalis besüppedése az orbitalis üregbe, hemiatrophia facialis kapcsán. *Előadás:* 1. *Takáts Géza:* Általános érzéstelenítés az Egyesült-Államokban. 2. *Vándorfy József:* Újabb szempontok a gyomorfunctiós-vizsgálatok terén.

A Magyar Szemorvostársaság tudományos ülése 1925 március 8-án az I. számú szemkliinkán d. e. ½10 órakor. 1. *Aszalós:* Orbitotomia sup. cil. útján eltávolított echinococcus. 2. *Singer:* Parinoud-féle conjunctivitis. 3. *Singer:* Psicainnal végzett vizsgálatok. 4. *Ebner:* Tapasztalatok a tejsavalkoholkezelés kapcsán.

A Közkórházi Orvostársulat március hó 11-i ülésének tárgysorozata: 1. *Torday Árpád:* Tüdőrák-eset. 2. *Elischer Ernő:* A viszértágulatok injectiós kezeléséről. 3. *Kalocsay Kálmán:* Prophylaktikus kísérletek a Karonia-féle morbilli elleni vaccinával.

A Budapesti Orvosi Kör az *Országos Kaszinó* (Láng étterem) földszinti *vörösterméhen* (IV, Semmelweis-u. 3.), este 7 órakor *tartandó sorozatos előadásai a gyomor- és duodenumfekély kórtanáról és gyógyításáról.* Március 2-án *Feldmann Ignác dr.:* A gyomor- és duodenumfekély kórbonctana. Március 16-án *Preisach Izidor dr.:* A gyomor- és duodenumfekély kór- és tünettana, belső kezelése. Március 30-án *Pólya Jenő dr.:* A gyomor- és duodenumfekély sebészete. Április 6-án *Révész Vidor dr.:* A gyomor- és duodenumfekély Röntgen-vizsgálata. Ülés után vacsora étlap szerint. Vendégeket szívesen látnak.

A VII. ker. Orvostársaság kerületközi társasvacsoráját március hó 16-án (hétfő) este ½9 órakor tartja az Erzsébetvárosi Casinóban (Rákóczi-út 28). E vacsora keretében a folyó ügyek tárgyalásán kívül a társaság ünnepelni kívánja elnökének, *Patai Samu dr.*-nak 40 éves orvosi jubileumát is. Kérjük a t. kartársakat, hogy minél nagyobb számban vegyenek részt e vacsorán és kérjük a résztvevőket, telefonon vagy írásban ezt március 13-ig bejelenteni, *Szilas dr.*, Erzsébet-körút 22. sz. Telefon: József 129—27.

Honvédorvosok Tudományos Egyesülete március 10-én 18 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: I. *Bemutatások.* 1. *Uthy László:* Teljes gégeresectio carcinoma miatt. 2. *Brana János:* Gonorrhoeás metastatikus iridocyclitis. 3. *Csukás Béla:* Uretersipoly érdekes esete. II. *Előadások.* 1. *Jeney László:* Tonsillektomia és a Sluder-műszer bemutatása. 2. *Török Artúr:* A fejfájásról.

A kopenhágai serumtermelő intézet 1,100.000 koronát kapott a Rockefeller-alaptól intézetének bővítésére.

Hollandiában az utóbbi években a gyermekszületések száma csökkenőben van. Rotterdamban március elsején 21 elemi iskolát akarnak bezárni.

Rio de Janeiróban a bennszülött orvosok a sok bevándorló idegen orvos ellen mozgalmat indítottak, amennyiben a letelepülés engedélyezését portugál nyelven sikeresen letett vizsgához kötik. Mult év decemberében vizsgára jelentkezett 35 német orvos közül csak 3 állotta meg sikeresen a vizsgát, 32 nem kapott engedélyt orvosi gyakorlat folytatására. A vizsga tulajdonképen nem nehéz, a legtöbb vizsgázó azonban nem bírt kellő jártassággal a portugál nyelvben.

Testnevelő Orvosok Társasága. Azok az orvosok, akik a testnevelés kérdését orvosi szempontból tovább művelni és az eszmét terjeszteni igyekeznek, megalakították a Testnevelő Orvosok Társaságát. Az első ülést folyó hó 25-én tartották meg az Országos Testnevelési Tanács tanácskozótermében, amelyen a tisztikart a következőképen választották meg: Elnök: Dollinger Gyula. Társelnökök: Horváth Mihály, Kopits Jenő. Alelnökök: Mező Béla, Dalmady Zoltán, Szukováthy Imre. Főtitkár: Vitéz Csík László. Titkár: Mandler Ottó. Választmányi tagok: Darányi Gyula, Dávid Mihály, Dollinger Béla, Holics Rezső, Juba Adolf, Leviczky Károly és Varga Béla.

Szerkesztő válaszai: *Járásorvos.* A fogorvoslásnak gyakorlását hazánkban nem orvosok, tehát fogművesek (fogtechnikusok) által, a népjóléti és munkaügyi miniszter 150.000/1924. N. M. M. sz. körrendelete szabályozza, mely rendelet tulajdonképen kiegészítője az e tárgyban kiadott 1911. évi 112.026/VII./a B. M. sz., illetőleg az ezt módosító 1912. évi 101.595/VII./a B. M. sz. szabályrendeletnek, továbbá az 1919. évi 27.633/N. M. sz. rendeletnek. Lényege e rendeleteknek, hogy a foggyógyászatot Magyarországon csak orvosdoktor gyakorolhatja, továbbá azon fogművesek (fogtechnikusok), kik az erre kiküdött állami vizsgáló-bizottság előtt 1912-ben vizsgát tettek. Ilyen vizsgázott fogtechnikus 1912-ben mintegy 300 volt. Ezeknek iparigazolványuk hátára rá van vezetve a vizsga igazolása. Más fogműves esetleges foggyógyászati működése, amennyiben súlyosabb következményekkel nem jár, közegészségügyi kihágást képez és a közigazgatási hatóság eljárása alá tartozik. I. fokon, súlyosabb következmények esetén a kuruzslás bűntettéről intézkedő 1872. évi XIV. t.-c. rendelkezése mérvadó. Fenti rendeletek a polgármesteri, illetőleg alispáni hivatalban megtekinthetők. Különben a fogművesek működési köréről szóló legújabb rendelet a „Budapesti Közlöny" 1924. évi december 5-i számában egész terjedelmében megjelent.

Orvosdoktorrá avattattak az elmúlt hét szombatján a budapesti Pázmány Péter-tudományegyetemen: *Adamovits Sándor András, Gáspárdy Géza Kálmán, Horváth György Pál, vitéz Kerékgyártó István, Köpl Oszwald József, Mártoncsik Imre, Papp Ferenc, Szücsy Ferenc, Zimmermann Dezső Árpád.* Üdvözöljük az új orvosdoktorokat!

Paltauf halálával az általa alapított és haláláig általa vezetett Staatliches Serotherapeutisches Institut vezető nélkül maradt. Két régi tanítványa, *Kraus* és *Pribram* vette át most az intézet vezetését. A készítményeket az osztrák népjóléti minisztérium által létesített kontrollállomás (Volksgesundheitsamt) ellenőrzi.

† Friedrich Obermayer, a bécsi régi, általánosan ismert belgyógyász 64 éves korában meghalt.

† Arthur Heffter, a berlini pharmakologiai intézet volt igazgatója 66 éves korában meghalt.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 22-től február 28-ig előfordult:

Hasi hagymáz	25 (2)	Gyermekágyi láz	1 (3)
Küteges hagymáz	— (—)	Bárányhimlő	41 (—)
Hólyagos (ál-)himlő	— (—)	Járv. fültőmirigylob	5 (—)
Kanyaró	202 (4)	Vérhas	11 (2)
Vörhenv	107 (4)	Járv. agygerincagyhártyalob	3 (—)
Szamárhurut	16 (1)	Trachoma	3 (—)
Roncs. torok- és gégelob	31 (2)	Veszettség	— (—)
Influenza	57 (1)	Lépfene	— (—)
Ázsiai kolera	— (—)	Náthaláz	3 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

Lapunk mai számához a Knolle & Co. Ludwigshafen/Rh. *Dicodid*ról szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

MEGJELENT!

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE ÉS CÍMTÁRA

35. évfolyam 1925. évre.

Az összes megrendelt és **kifizetett** példányokat **már mind postára adtuk.**

Bolti ára 140.000 korona.

„PETŐFI" IRODALMI VÁLLALAT

Budapest VII, Kertész-u. 16. Telefon: József 106—47.

HŰVÖSVÖLGYI PARKSANATORIUM

Klimatikus, physicalis és diaetás gyógyintézet **Hidegkúti-út 78. Telefon 50—37,145—90.** Ajánlatos neurastheniás, anaemiás betegeknek, üdöcsúcshurutban, Basedowban, érelmeszesedésben szenvedőknek.

Egész télen nyitva. **Vízgyógyintézet.**

TÁTRA-SANATORIUM

TÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klimának előnyei egyesítve modernül berendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAEÁS KONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forrólég-, fényfürdők, vízgyógyintézet, Zander, quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. **Indicatiók:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok,** fertőző- és elmebajosok **kizárva.** *Sanatoriumi nap, pausálár 65 Kc-tól fölfelé.* **Főorvos: dr. Szász Emil.** Menetjegyirodában, **Egész évben nyitva.** — Felvilágosítást nyujt, fürdővizumot szerez **dr. Adorján László.** **Vigadó.**

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Dr. JUSTUS Kórházi főorvos **BŐRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE**

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

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday utca. Telefon: József 3—75.

A legmodernebb **diagnostikus, diétás** gyógyintézet a dr Jakab-féle **LIGET-SZANATORIUM** VI. Nagy-János-u 47

Magánklinikai kó-ház osztály.

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SZANATORIUMA

ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízlaló-, diätetikus kúrák. Gyermekek 7 éven felül kiséret nélkül is felvétetnek

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em. *Telefon: 13-98*

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József.

PÁLYÁZAT.

A nyugdíjazás folytán megüresedett somogyhatvani **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló oklevelükkel, teljes szövegű születési anyakönyvi kivonatukkal, egészségi, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat (ez utóbbi illetékes elsőfokú rendőrhatósági, főszolgabíró stb. által láttamozva) igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi március hó végéig annál inkább benyujtsák, mert a később beérkezőket figyelembe nem veszem. A kör székhelye Somogyhatvan község s a körhöz tartoznak még Somogyapáti, Pata, Poklosi, Németlad, Magyarlad, Patosfa, Merenye és Tótszentgyörgy községek. Az állás javadalmazása a 141.000/1924.

Régóta bevált és felülmúlhatatlan a

GONOSAN

GONORRHOEÁNÁL

kereskedelmi alakja:
doboz 30 capsulával à 0·3 g

J.D. RIEDEL A.G. BERLIN

SALIPYRIN

MEGHŰLÉSEKNÉL

kereskedelmi alakja:
csövecskék 20 tablettával à 0·5 g

((Irodalom és minta az orvos uraknak rendelkezésre áll)

JAKITSCH JÁNOS, BUDAPEST, VISEGRÁDI-UTCA 39

B. M. számú rendeletben megállapított fizetés és a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és kezelési díjak. Egyelőre ideiglenes lakásról történt gondoskodás. A választás határidejét később tűzöm ki.

Szigetvár, 1925 február 20-án.

1147/1925. szám. Főszolgabíró.

Orvosi, vagy fogorvosi műszereknek, gyógyszerész- vagy illatszerészcikkeknek alkalmas légmentesen elzárható üvegszekrény jutányosan eladó. Székely Elemér és Aladár csemegeüzletében, Andrássy-út 29.

HYPNOBROMID LIQUOR

BIZTOS HATÁSÚ SEDATIVUM ÉS HYPNOTICUM

Hatóanyagai: Paraldehyd, brómsó, codein és dionin. Ezek oly kitünő vehiculumban vannak egymáshoz kötve, hogy a *paraldehyd kellemetlen izét és szagát* teljesen fedik. Készíti:

SZENTPÉTER LABORATÓRIUM BUDAPEST

VI. FELSŐERDŐSOR-UTCA 48.

Az orvos

kötelességet teljesít, ha gyermekeknek, vérszegényeknek, betegeknek és lábbadozóknak tápszerül Meinl-maltinkakaót rendel. Egy kísérlet meggyőzi Önt a Meinl-maltinkakaó kíváló minőségéről és gyógyhatásáról. Kapható minden Meinl-üzletben.

Meinl Gyula r.-t.

Csecsemők, gyermekek és felnőttek **székrekedésénél** bevált gyógyszer a **„Hedin"**

NÉHÁNY TABLETTA

DOMATRIN

*a **náthát** rövid idő alatt cuopirozza.*

CHINOIN—UJPEST

PILULAE KALII JODATI PERENNES SZÖLLÖSI

Labdacsonként pontosan adagolt 0·20 kalium jodatumot tartalmaz a legpontosabban adagolva.

Jodismust nem okoz,

mert lugos kémhatása következtében a jód a gyomorban sem szabaddá nem válik, sem jódsavvá nem oxydálódik.



Klinikák, kórházak állandóan alkalmazzák

76½0/0 tiszta jódtartalma biztosítja a legtökéletesebb eredményeket.

Irodalmat készséggel küld a magyarországi főraktár:

„MEDICHEMIA"

gyógyszerkészítmények gyára r.-t.

BUDAPEST X, HÖLGY-UTCA 14.

ROBARSOL

(Monomethyldinatriumarsenat isotoniás oldata.)

Subcutan arsentherapia részére.

Strychnosol

(Monomethyldinatriumarsenat plus Strychnin)

Tonicum és roborans.

Gyártja: **„CHEMIA" MAGYAR VEGYIIPARI RÉSZVÉNYTÁRSASÁG Budapest III, Bécsi-út 96. Telefon 99-93.**

TOGAL TABLETTA

Acid. acetyl. salicyl. Chinin. Lithium

Rheuma, Ischias, Influenza és mindennemű izület- és csontfájdalmaknál kitünően bevált gyógyszer.

Orvosi mintákat küld a főraktár: **Dr. BUDAI EMIL RT. Budapest, IV. ker., Petőfi-tér 3. sz.**

LIQUOR THYOROBINI COMP.

sec. Eibach. — Évek hosszú sora óta előnyösen bevált szer a légzőszervek megbetegedésénél. — Tartalmaz: Kal. sulfoguajacolt, Syrup. coffeaeban, továbbá cetrarint, Natr benzoicumot, Natr. bicarbonicumot. — Kellemes íze miatt általánosan kedvelt

69. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1925 március 15

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES 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: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Guszman József: Adatok a világrahozott syphilis prophylaxisának kérdéséhez. (215—218. oldal.)
Simon Sándor: A bismuth hatása a vörösvérsejtekre. (218—221. oldal.)
Bézy Elemér: Érsebészeti tapasztalataim. (221—223. oldal.)
Országh Oszkár: Gümős hashártyalob kezelése pneumoperitoneummal. (223—224. oldal.)
Johan Béla: Az orvos és a modern közegészségügy. (224—228. oldal.)
Diagnostika. Herzog Ferenc: Az akromegalia egy jellemző tünetéről. (228—229. oldal.)
Therapia. Jánosy Gyula: Intracisternásan adagolt lobelin hatásáról. (229—231. oldal.)
Berzsenyi Zoltán: Egy-két szó az utókezelésről. (231. o.)
Étrendi előírások. (231—232. oldal.)
Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Orthopaedia. Gyermekorvostan.* — *Urologia.* (233—235. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (235—236. oldal.)
Könyvismertetés. (236—237. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 7-i ülése. 237—238. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának március 2-i ülése. (238. oldal.)
A Magyar Szemorvostársaság március 8-i ülése. (238—239. oldal.)
Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség Orvostudományi Osztályának február 28-i ülése. (239—240. oldal.)
Heti krónika. (240—241. oldal.)
Vegyes hírek. (241. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a székesfővárosi Régi Szent János-közkórház nemibeteg-osztályáról (főorvos: Guszman József dr.).

Adatok a világrahozott syphilis prophylaxisának kérdéséhez.

Írta: *Guszman József dr.*, egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

(Első közlemény.)

A syphilis az utódokat quantitative és qualitative károsítja. Az első szempontból egyrészt azáltal, hogy a fejlődő életet még a méhen belül elöli (abortus, halvaszülés), másrészt oly módon, hogy a betegen világrajött csecsemők között súlyos polymortalitással pusztít. Qualitativ szempontból abban látjuk a syphilis szomorú következményeit, hogy a gyermekek, amennyiben életben maradnak, világrahozott betegségük miatt általában testileg és szellemileg gyöngébben, silányabban fejlődnek.

Tudvalevő, hogy az anya kezeletlen syphilise borzadalmas pusztítást végezhet a fejlődő emberéletben s elég, ha a nagy kiesésre utalok, mely a quantitativ károsodás folytán létrejön. Minden orvos ismeri azt s így csak egyetlen példát idézek *Cassel* statisztikai adataiból, ahol pl. egy syphilises anya 10 terhességéből ez volt az eredmény: I., II., III. terhesség kiviselve, de a megszületett gyermekek syphilisben elpusztultak. IV., V. terhesség halvaszületéssel végződött. VI., VII., VIII. terhesség kiviselve, de a csecsemők syphilisben elhalnak, ugyanúgy folyt le a X. terhesség. A IX. terhesség abortussal végződött. Tehát 10 terhesség s ebből egyetlen gyermek sem maradt meg! *Bókay János* beteganyagán szerzett tapasztalások szerint, melyeket *Vass* dolgozott föl, a terhességek egész 75% absolut veszteségig végződhetnek egyes syphilises családokban. *Sprinz* összeállításából kitűnik, hogy 1234 syphilises nő 4175 terhessége közül 2171 (= 52%) abortussal, halvaszüléssel s közvetlenül a születés utáni halállal végződött. *D'Autnay* több szerző adataiból kiszámítja, hogy az abortusok 45%-a a syphilis terhére esik. 100 syphilises terhesség *Seitz* szerint 71·6%-ban abortussal vagy halvaszüléssel végződött, *Hyde* szerint 34%-ban. *Jeannin* a syphilist tartja a legnagyobb aborteurnek, szerinte a spontan abortusok 40%-a syphilises eredetű volna. E pár adat azonban csak néhány kikapott arányszám a szomorú statisztikák nagy tömegéből. Ily számok láttára bizony mondhatjuk, hogy a syphilis állja a versenyt a gonorrhoea szomorú pusztításával, mely *Prinzing* szerint Németországban a szülések számát évenkint 200.000-rel csökkenti.

De ha megszületik is időre a syphilises magzat, sajnos, vajmi rosszak a lehetőségek, hogy életben maradjon s egészségben fölcseperedjék. Ezt a mindennapi tapasztalás bizonyítja. *Kassowitz* adatai szerint a syphilises csecsemők 34%-a már az első hónapokban elpusztul, *Werner* szerint 72% az első életévben.

Ily megdöbbentő adatok alapján fölmerül a fokozott cselekvés ideje. Hiszen a legnagyobb állami és szociális érdek fűződik a kérdéshez. Ha látjuk, hogy a syphilis minőségileg silánnyá, számbelileg csekéllyé teszi az emberproductiót, föl kell riadnunk s minden óvóintézkedést megtennünk, hogy a bajt a család, társadalom s állam érdekében csökkentsük. A világrahozott syphilis terjedésének s pusztításának meggátlását persze elsősorban az mozdítaná elő legjobban, ha a syphilises fertőzések a szülők között volnának ritkábbak. E kérdés azonban az általános prophylaxis keretébe tartozik s így ehelyütt nem térhetek ki reá. A közvetlenül idetartozó kérdés az, hogy lehetséges-e a világrahozott syphilisnek s általában a sarjadzó gyermekéletet pusztító syphilisnek hathatósan gátat szabni? E kérdésre csak határozott igennel válaszolhatunk. Mert valóban alig van az orvoslás terén hálásabb s eredményében hatásosabb beavatkozás, mint a syphilisnek az utódokra való veszedelmét a lueses terhes nők gyógyítása által csökkenteni. Ezt már *A. Fournier*, a syphilidologiának talán a legnagyobb mestere hirdette a leghatározottabb formában, pedig az ő idejében csak kénesővel s jóddal gyógyítottak s mégis fölötte meg volt elégedve eredményeivel.

Ma, amikor a paternalis germinativ syphilises fertőzést mint valószínűtlent elvetjük s *Matzenauer* tételét fogadjuk el, melynek értelmében az anya syphi-

lise nélkül a gyermek sem lehet világrahozottan syphilises, a problema lényegesen leegyszerűsödött, ami nagyfontosságú a gyógyítási tennivalók szempontjából.

Az eddigi újabbkeletű tapasztalások egyértelműen azt bizonyítják, hogy a terhesség folyamán idejekorán megindított gyógykezelés igen nagy biztosítékot nyujt arra nézve, hogy a terhesség rendes szüléssel végződik s a megszületett gyermek jól fejlettnek s syphilismentesnek mutatkozik. Ennek demonstrálására elsősorban *Almkvist* adatait használom föl, tehát annak a syphilidologusnak adatait, aki a luessel szövődött terhesség egész idejére jóformán állandó antilueses kezelést követel. E szerző adatai szerint 28 kezeletlen syphilises anya 27 syphilises és mindössze 1 egészségesnek látszó gyermeket szült; a syphilises gyermekek aránya tehát ebben az összeállításban 96%. Ezzel szemben 26 syphilises anya, aki kizárólag csak a terhessége ideje alatt, de ezalatt úgyszólván állandó s főként salvarsanos kezelésben részesült, 100%-ban jól fejlett, egészségesnek látszó gyermeket hozott a világra. E két egymással szemben álló szám egymagában oly feltűnő és meggyőző, hogy szükségtelen hozzá kommentár. Meg kell jegyeznünk, hogy *Almkvist* szerint csupán csak a terhesség előtti kezelés távolról sem oly jótékony hatású, mint éppen a terhesség ideje alatt lefolyó gyógyítás.

De a kérdés oly fontos, hogy megszólaltatok egy más szerzőt is, *Harald Boast*, aki ugyanazt a kérdést *Gammeltofft*tal egyetemben tanulmányozta. A gyermekek további sorsát e szerzők hosszú időn át (a megfigyelési idő 6 hónap és 15 év között váltakozott) követhették. Míg szerintük egyáltalában nem kezelt 158 syphilises anya 157 syphilises s mindössze 1 egészséges gyermeket szült s így a syphilises gyermekek aránya 99·3%, addig csakis a terhesség ideje alatt egyedül salvarsannal kezelt 79 syphilises anya 19 syphilises (24%) és 60 egészséges (76%)gyermeket hozott a világra. A terhesség előtti kezelésnek, főként ha az egyedül csak kénesőből állott, *Boas* és *Gammeltoft* sem tulajdonít nagyobb hatást. Csatlakozik e szerzőkhöz hasonló jó eredményeivel legújabban *Matusovszky* is, akinek adataira alább még több ízben rátérek.

E tanulságos adatokhoz fűzöm most saját tapasztalásaimat, melyeket a Régi Szent János-közkórház nemibetegosztályán nyertem s amelyek ugyancsak megerősítik a syphilisben szenvedő viselős nők kezelése körül nyert rendkívül kedvező eredményeket. A vezetésem alatt álló osztályon állandóan a legnagyobb figyelemmel vagyunk a syphilises terhes nők kezelésére s minden emberileg lehetőt megteszünk, hogy a syphilises folyamat a terhességet meg ne szakítsa s a születendő gyermek kedvező egészségi viszonyok között jöjjön a világra.

Jelen összeállításomban aránylag nagy beteganyagra támaszkodhattam, jóllehet az összeállítás alapjául csak az 1920—24.. (az utóbbi csonkán) év syphilises terhes nőanyag szolgált.* A nem egészen 5 évi osztályos beteganyag kórtörténeti áttekintéséből kiderül, hogy antisyphilises gyógyításunk alatt összesen 101 syphilisben szenvedő viselős nő állott. A 101 terhes nő 87 egészségesnek látszó gyermeket hozott a világra, ami 86·1%-nak felel meg. Ezzel szemben klinikailag vagy serologiailag luesesnek minősítendő gyermek született 14, ami 13·86%-nak felel meg. A 14 syphilises magzat közül klinikai tüneteket adott 9 (papulás, pemph. tünetek, macerált magzat), 5 pedig serologiai adatot nyujtott a syphilis fölvételéhez.

E fölötte kedvező eredményt azzal értük el, hogy a lueses viselős nőket tőlünk telhető erélyes antilueses kúrában részesítettük. A kúrák mindenkor neosalvarsan-injectiókból állottak, kombinálva kéneső-, újabban bismuthkezeléssel. A fősúlyt azonban éppen a terhes nők kezelésében a salvarsanra helyeztük, úgyhogy a beteg — hacsak lehetett — egy kúrában 8, sőt 10 neosalvarsan-injectiót kapott, összesen átlag 3—4 g mennyiségben.

A 101 esetünk közül azonban aránylag csak kevés volt olyan, amelyben a terhesség ideje alatt többszörösen adhattunk volna kúrát. Nyilvánvaló — főként, ha *Almkvist* adatait tartjuk szem előtt —, hogy a terhesség alatti többszörös kúra esetén az amúgy is kedvező eredményeink még jobbak lettek volna. Sajnos, beteganyagunkban annyiszor kell a legnagyobb fokú indolentia, lelkiismeretlenség, de főként sötét tudatlanság ellen küzdenünk, hogy örvendenünk kell, ha a viselős nők egyetlen alapos kúrára bírhatók. Hiszen csak az utóbbi időben is előfordult, hogy a gravid nő súlyos florid syphilisben szenvedvén, minden kezelést megtagadott, noha őt is — akárcsak a többi valamennyi syphilises nőt — baja felől s gyermekének várható sorsáról szóban és írásban fölvilágosítottuk. Ilyenkor csak a legerélyesebb eszközökkel sikerül a beteget kezelésre bírni. Nem csoda tehát, hogy a 101 terhes nő közül csak 2 végzett a terhessége folyamán három, 22 két kúrát, a többi 77 pedig csak egy kúrát. Syphilises terheseink tehát 76%-ban csak egyetlen kúrát végeztek terhességük ideje alatt s ennek ellenére mégis 86·1%-ban kedvező az eredmény!

Almkvist statisztikájából kiderül, hogy a syphilises anyák gyermekeinek sorsa főként azon múlik, hogy az anyák terhességük idején kezeltették-e magukat, mert a terhesség előtti kúra, vagy akár kúrák csak alárendeltebb jelentőségűek s a születendő gyermek sorsát kevésbbé védik. A hangsúly mindenkor a terhességi időben végbement kezelésen van, ez az, mely a legerősebb s leghatásosabb praeventiós intézkedés s ezt a tapasztalást tettük mi is eseteinkben. Még a legsúlyosabb florid syphilisben szenvedő viselősek is erélyes kombinált salvarsankezelés nyomán elég nagy arányban egészségesnek látszó, jól fejlett gyermeket hoztak a világra. Egyébként ha a terhesség előtt is ment elő antilueses gyógyítás, az egyesítve a terhesség idejében végbemenő kúrával, természetesen csak javára szolgál a születendő gyermeknek. E pontban azonban más körülmény is játszik közre, mely a terhesség előtti kezelés értékét látszólag emeli, t. i. az anya luesének kora. Amikor ugyanis több kúra ment a terhesség előtti időben végbe, a syphilis már bizonyos ideig fönnáll, mely körülmény magában is bizonyos fokig csökkenti a syphilis átviteli lehetőségét, illetőleg enyhíti annak nyilvánulásait (*Kassowitz*-féle szabály). S így az egyedül csak a terhesség előtti időben végbement kezelések eseteiben a később születendő gyermek sorsát nemcsak az anyának régebbi gyógyítása, hanem syphilisének már bizonyos kora is enyhíti. Egyébként a 101 syphilises viselős betegünk közül 36 már a terhesség előtt is részesült egy vagy több kúrában. A többi 65, eseteinknek tehát kb. a $^2/_3$-a, kizárólag a terhességi idő közben állott kúra alatt.

Lássuk most, hogy minő eredménnyel végződött azoknak az asszonyoknak a terhessége, akik egyáltalán nem kúráztak, vagy csakis terhességük előtt részesültek antilueses kezelésben. Közel 5 évi beteganyagunkban 46 ily esetet találtunk. E csoportba tartozó betegeink úgy kerültek észlelésünk alá, hogy részben mint terhesek fölvételt nyertek, de terhességük néhány napon belül, még a kezelés megindítása előtt megszakadt vagy befejeződött, részben oly módon, hogy szülésük után küldettek az osztályra, legtöbbször csecsemőjükkel együtt. E 46 syphilises nő, aki tehát a terhessége alatt egyáltalán nem volt kezelve, 40 syphilises magzatot hozott a világra (klinikailag vagy serologiailag megállapítva) s csak 6 ízben oly gyermeket, aki a syphilisnek jelét nem mutatta. Százalékosan kifejezve a syphilises csecsemők aránya 86·90% volt, az egészségeseké pedig 13%. Tehát egyenesen fordítottja, valóságos tükörképe annak az adatnak, melyet a föntebbi 101 esetről kimutattunk. A terhesség idejében végrehajtott kezelés jótékony hatása valóban alig bizonyítható szemléltetőbben, mint e két adatnak egymással való szembeállításával.

---

* A megfelelő kórtörténeteknek az 5 éves följegyzések nagy tömegéből való rendezését és csoportosítását kórházi segédorvosom, *Dietrich László dr.* úr buzgó fáradozásának köszönöm.

A szerzők tapasztalásait s saját jó eredményeinket áttekintve, fölmerül a kérdés, hogy mi okozza a kedvező eredményt? Maga az a tény-e, hogy éppen a terhesség alatt alkalmaztuk az antilueses kúrát, avagy főként az-e, hogy a kúrának integrális része a salvarsan volt? E tekintetben tudnivaló, hogy nemcsak a régi, de a jelenlegi klinikusoknak majdnem egyhangúan az a véleménye és tapasztalása, hogy a terhesség idején végzett antilueses kúra magának a nőnek a syphilisére is különösen hatásos. Ezt már *Fournier* is kiemelte. De a terhesség a latens syphilisre provokálóan hat, amint azt újabban *Ehlers* is hangsúlyozza s valószínű, hogy e provokált állapotban a syphilises folyamatot jobban érik el és támadják meg az alkalmazott gyógyszerek. A kérdés, bármily érdekes is az, itt nem részletezhető s így csak annak a tapasztalásunknak megemlítésére szorítkozunk, hogy a klinikailag tünetmentes syphilises nők közül a viselősek jóval nagyobb százalékban adják a positiv *Wa*-reactiót, mint a többiek, ami ugyancsak provocatiós viszonyok közreműködése mellett szól. A kezelés tehát általában erélyesebben hat a terhesség idején s így magának e ténynek fontos szerepe van a congenitalis syphilis prophylaxisában. De talán még fontosabb a kedvező eredmények létrehozásában a salvarsannak kiadós alkalmazása. Bizonyítja ezt az a tapasztalás, hogy ha a terhesség ideje alatt egyedül csak kénesővel kezeljük a syphilises nőket, az eredmény sokkalta rosszabb, mint a kizárólag salvarsannal való gyógyítással elért eredmény. Így a *Boas* és *Gammeltoft*-féle statisztikában az egyedül kénesővel kezeltek gyermekei között háromszor rosszabb a syphilises arányszám (72%), mint a kizárólag csak salvarsannal gyógyítottak csecsemői között (24%). Bármily kedvezőnek látszott is régebben a kénesőkúra eredménye, a mai salvarsankezelés effectusával az föl nem veheti a versenyt.

A salvarsan általános gyógyhatására e helyen ki nem térhetek, ez oly nagy problema, melyet e közlemény keretébe lehetetlen beleszorítani s így csak arra utalok, hogy a nézetek a salvarsan gyógyító hatásának elbírálásában általában a szélsőségek felé hajlanak. Míg pl. a fölfedezése utáni első időben túlságosan dicsőítették s többet láttak s még többet vártak a salvarsan gyógyhatásától, addig később, főként az utolsó háborús évben s a rákövetkező két esztendőben Németországban éppen ellenkezőleg sok rossz tapasztalásról s nem is túl ritkán halálos mérgezésről számoltak be. Erre vonatkozóan a revisiós vizsgálatok, még inkább a berlini s a kölni salvarsanvita arról győzte meg az elfogulatlan orvost, hogy általában a túlmagas dosisok voltak azok, melyek főként az akkortájt rosszul táplált betegeken okoztak súlyos, sőt halálos mérgezéseket (elsősorban májcomplicatiók). Ott azonban, ahol sohasem dolgoztak heroikus adagokkal s a gondos adagolásra nagy figyelemmel voltak — s ide tartozik osztályunk is —, soha komoly károsodás nem tapasztalható. De tudjuk, hogy a syphilis folyamán a központi idegrendszernek gyakoribb s korábban beálló bántalmazottsága éppen a salvarsantherapia nyomán tétetett több oldalról szóvá (*Strümpell*, *Sarbó*, *Nonne* s mások) s ez bizonyos fokig tagadhatatlan is. A kérdés legújabban is még hullámzik s a salvarsan végleges gyógyhatásának problemájában az akták még távolról sincsenek lezárva. Való tény tehát, hogy többféle károsodás írható a salvarsan rovására. Való tény azonban az is, s ezt máris megdönthetetlennek s végérvényesnek kell mondanunk, hogy a syphilisnek fertőző tünetek útján való továbbvitelét s az anyai syphilisnek a gyermekre való átvitelét az eddig ismert szerek között a salvarsan képes a leghatásosabban és leggyorsabban meggátolni. S ha semmi más tulajdonsága nem volna a salvarsannak, ez a kettő teljesen elegendő, hogy továbbra is alkalmazzuk. Mert sohase felejtsük, hogy a gyakorlatban mindenkor az a leghatásosabb prophylaktikumunk, hogy a syphilist fertőzőképességétől mielőbb megfosztjuk. Ezt pedig elvitázhatlanul a legjobban a salvarsannal vagyunk képesek elérni.

De visszatérve tulajdonképeni themánk egyik főrészére, a salvarsannak a syphilises terhesek gyógyításában való szerepére, azt kell mondanunk, hogy az újabb irodalomban csaknem egyhangú a vélemény e gyógyszernek a születendő gyermekre oly fontos praeventiv hatásáról. Nem kell itt *Boas* és *Gammeltoft*, valamint *Almkvist* adatait, melyek a salvarsannak a jövő generatio egészségére legkedvezőbben kiható szerepét bizonyítják, újra kiemelnem. De ugyanazt találja *Matusovszky A.* is, aki a budapesti egyetem I. számú női klinikájának beteganyagából kimutatja, hogy 68 syphilises anya közül, ki a terhességi idő alatt kombinált salvarsankezelésben részesült, 87%-ban hagyta el élő, tünetmentes gyermekkel a klinikát. Ezzel szemben a terhesség alatt nem kezelt syphilises anyáknak 26%-a távozott élő, tünetmentes gyermekkel. Fokozza e kitünő eredmény jelentőségét, hogy a 68 terhes közül csupán 24-nél volt a salvarsankúra erélyesen (4—5 g), kénesőinjectiókkal kombináltan végrehajtható.

Jersild is kiemeli a salvarsan kiváló tulajdonságait a syphilis congenitalis prophylaxisában s bár sokkal jobbnak tartja, mint a kénesőt, utóbbitól is látott jó eredményt. Ez a tapasztalás természetesen már régi keletű, hiszen már említettem, hogy *Fournier* mily nagy dícsérettel szól a kénesőnek a szóban levő hatásáról. Éppen azért a legutóbbi időkig a salvarsant csaknem mindenkor Hg-vel kombináltuk. Újabban a kénesőt a bismuttal pótoljuk. A salvarsan kiváló és jótékony hatására mindenesetre jellemző, bár részünkről távolról sem helyeselhető, hogy oly kitünő szerző, mint *Lomholt*, arra az erős kifejezésre ragadtatja magát, hogy a viselős syphilises nőnek kizárólagosan csak Hgvel, tehát salvarsan nélkül való kezelése: „tudatos emberölés". Az arsenobenzolnak nagy praeventiv hatásáról számol be újabban *Laurent* és *Dujol* is. Míg 55 syphilises asszony egy vagy több terhességének eredménye kezelés híján 48 abortusból, 32 halott magzatból s csak 21 élő gyermekből állott, addig ugyanazok a nők novarsenobenzolos készítmények intravenás alkalmazása nyomán 22 élő gyermeket szültek, az abortusok, halott magzatok száma ellenben csak 1, illetőleg 2 volt.

Rasch is határozottan követeli a viselős nők erélyes kezelését s *Almkvist*hez hasonlóan ő is lehetőleg a terhesség egész ideje alatt végzi a kezelést, melyhez a neo- vagy altsalvarsant ajánlja (de nem ezüstsalvarsant), kénesővel (lehetőleg 4—5 g-os kenésekkel) kombináltan. Ugyancsak a salvarsanos kezelés mellett tör lándzsát *Nicolau* is. Hasonló nézettel találkozunk most már Amerikából is *A. C. Beck* részéről is, aki — bár kisszámú beteganyagon — a salvarsannak a születendő gyermekekre való kiváló hatását demonstrálja. Mindezek után valóban csak curiosumképen említem meg, hogy van egy amerikai szerző, *Spalding*, akinek véleménye szerint a terhesség idejében alkalmazott antilueses gyógyítás nem fontos s ő a terhesség előtti kezelés híve. Saját tapasztalásunkra, valamint az újabb irodalom adataira hivatkozva, szükségtelen e nézettel pörbe szállani s így legföljebb csak az lehet a válaszunk, hogy még mindig jobb a syphilises nőket a terhességük előtt gyógyítani, mint egyáltalán nem.

A terhesség folyamán való kezelésnek, elsősorban a salvarsankezelésnek komoly ellenzéke mai nap úgyszólván nincsen. Tudjuk, hogy kezdetben *Ehrlich*nek magának s később főként *Wechselmann*nak különösebb aggályai voltak a terhesek salvarsankezelésével szemben. Ma azonban csaknem 1½ évtizedes tapasztalás nyomán az aggályok eloszlottak. Természetes, hogy gondos figyelemmel kell lennünk az ilyen éppen nem indifferens kezelés alkalmával minden beteg, de elsősorban minden viselős esetében. A vizeletvizsgálattal való ellenőrzésnek rendszeresen kell folynia, de viszont hibátlan vesefunctio mellett a terhes nő erélyes, de szakszerű kúrával való kezelésének alig van contraindicatiója. Kiviláglik ez legújabban *Matusovszky* közleményéből is, de *Hesse* tapasztalásából is, aki a syphilises terhesek kezelésének elmaradását egyenesen műhibának tartja. Mindezt ki kell emelnem, mert a gya-

korlatban minduntalan azt tapasztaljuk, hogy a syphilises terhesek, főként ha latensek, holmi apró jódadagokkal, vagy sehogy sem kezeltetnek, aminek nem egyszer a hibásan fölfogott „discretio" a magyarázata. A csip-csup, quasi praeventiós kezelések haszontalansága ellen újabban *Carle* is emelt óvást, aki egyébként azt is helyesen hangoztatja, hogy lueses egyéntől teherbe ejtett nő csak akkor vétessék alapos kúra alá, ha valóban bebizonyul róla, hogy lueses.

Így állván a helyzet, rajta kell lennünk, hogy idővel a prophylaxisnak azt a magaslatát érjük el, melynek alapján lehetőleg minden syphilisben szenvedő terhes nő idejében felismertessék s kezelésbe vétessék. A gyógyítási effectus így egyre tökéletesebb lesz, más szóval a világrahozott syphilises gyermekek száma egyre csökkenni fog. A syphilises terhesek földerítéséhez elsősorban lehetőleg valamennyi viselős nőnek rendszeres klinikai vizsgálatára volna szükség, amihez okvetlenül a gondosan végzett serologiai vizsgálatnak kell fűződnie. Minden egyéb adat híján igen óvatosak legyünk azonban a positiv serologiai lelet elbírálásában, főként, ha az nem kifejezett (+++ v. ++++). Én részemről ilyenkor egyetlen vizsgálattal sohasem elégszem meg s azt rövid időre megismétlem. Oly súlyos kérdésben, mint aminő a syphilis megállapítása, csakis nyomós okok alapján szabad a döntő szót kimondanunk. Ambulatoriumok, kórházak, de elsősorban klinikák ezért mindenkor végezzék valamennyi ott megforduló terhes nőnek syphilisre való vizsgálatát s bizonyos, hogyha az rendszeresen s kivétel nélkül megy végbe, a syphilises terhesek még nagyobb száma fog kiderülni. Látjuk ezt *Boas* és *Gammeltoft* adataiból is. Míg a kopenhágai birodalmi kórház szülőnőin 1912-ben 3·7%-ban találtak syphilist, addig 1921-ben már 7·7%-ban, de hozzáfűzik a szerzők, hogy 1917 óta elvből valamennyi szülőnőn végzik a serologiai vizsgálatot. A serologiai vizsgálatok idevágó részleteire ehelyütt ki nem térhetek, annál is inkább nem, mert *Matusovszky* tanulmányában amúgy is részletes tárgyalás alá vette e kérdést.

Fontos kérdés, hogy a klinikailag és serologiailag teljesen tünetmentes s egyébként jól fejlett újszülött körül mi a további therapiás teendőnk. Kezelés alá vegyük minden lueses anya csecsemőjét, még ha ily kedvező viszonyok között is született meg? A kérdés nem oly egyszerű s bizonyos részleteiben még vitás. *Almkvist* szerint, ha minden ilyen egészségesnek látszó csecsemőt kivétel nélkül kezelünk, nem derülhet ki, hogy voltaképen melyik a valóban egészséges s melyik csupán látszólagosan az. Várakozó álláspontot van ily esetekben legújabban *Neugarten* is. Ez nem elvetendő álláspont, mert a terhesség alatti antilueses kezelés prophylaxisos eredményének helyes elbírálását főként csak ezzel az eljárással érjük el. De ehhez biztos kilátást kellene az orvosnak kapnia, hogy a csecsemőt pontosan és hosszú éveken át tovább megfigyelhesse s vizsgálhassa. Szűkös viszonyaink között, különösen a klinikai, kórházi s ambulatoriumi beteganyagon helyesebb lesz sok válogatás nélkül a csecsemőket gyógykezelés alá fogni. Bizonyos kivételektől eltekintve, melyekre néhány szóban még rátérek, mi is mindenkor az egészségesnek látszó s jól fejlett csecsemő kezelését követjük. Ezen az álláspontot van *Ehlers* is, mert véleménye szerint így tudja csak elkerülni, hogy a csecsemő vére esetleg később, leginkább a 4. hónapban positiv Wassermann-reactiót adjon. A syphilises anyától született csecsemők kezelési módozataira itt nem térek ki, csak kiemelem, hogy a kicsinyek a különböző antilueticumokkal szemben — a helyes adagolás figyelembevételével — általában igen toleránsak. Míg a gyengébb, elsősorban újszülöttek kezelése calomelnek vagy hydr. jod. flav.-nak belső adagolásából fog állni, addig az erősebb gyermekeken mindinkább elterjedő *Erich Müller*-féle erélyes és hosszas kombinált (calomelinjectio, kénesőkúra és neosalvarsan) kezelési eljárást alkalmazhatjuk.

Bár szigorúan nem tartozik jelen themánk körébe, mégis fölemlítjük, hogy szükséges volna oly intézmények, esetleg kórházakkal kapcsolatos kis otthonok létesítése, amelyekben a világrahozott syphilisben szenvedő gyermekek gyógyítás, ápolás, esetleg elemi oktatás céljából évekre nyernének elhelyezést. Oly intézményeket értünk tehát, mint aminők a svéd *Welander*-otthonok. Ily fajta otthonok a congenitalis syphilises gyermekek számára ma már több államban (így Németországban is) működnek. Ezeknek első csirája *Nékám* szerint az 1788-ban alapított párizsi Hospice de Vaugirard volt. Ily áldásos otthonok létesítése nagy programm keretében *Nékám* kormánybiztossága idejében úgy a fővárosban, mint jódos, kénes gyógyfürdőkkel kapcsolatosan vidéken is tervbe volt véve. Sajnos, azonban, a gyászos összeomlás e gyönyörű tervet sok mással együtt elfojtotta.

Szóba kell hoznunk még azt a kérdést is, hogy az anya szülése után minő az álláspontunk a további therapiás tennivalók dolgában. Amikor és ahol csak tehetjük, mindenkor lehetőleg már a szülést követő legközelebbi hetekben erélyes újabb salvarsanos vagy salvarsannal kombinált kezelést ajánlunk az anyának. A hangsúly ez alkalommal is a salvarsanon van. Hogy a szoptató anya salvarsankezelése nyomán jut-e valami a szerből a tej útján a csecsemőbe, még vita tárgya. Ez azért bír bizonyos érdekességgel, mert az a tapasztalás, hogy a lueses csecsemő tünetei jól befolyásolhatók, ha az őt szoptató anyja salvarsankezelésben részesül. Ha a salvarsan az anyatejjel átmegy a csecsemőbe, nyilván kimutathatónak kell lennie a tejben az arsencomponensnek. Ezt azonban többen tagadták *(Taege, Duhot)*. Ezzel szemben mások az arsennek a tejbe való átmenetelét fogadják el s *Scholtz*nak sikerült is azt kimutatnia. Azok, akik az anyai salvarsankezelésnek a csecsemőre nézve tagadhatatlan hatását nem az arsennek a tejbe való átmenetelével magyarázzák, fölveszik, hogy a kezelés folyamán keletkezett antitestek átviteléről van voltaképen szó *(Taege, Duhot)*. A kérdés egyébként a csecsemőre nézve nem elsőrangúan fontos, mert, amint már említettük, általában még a klinikailag s serologiailag tünetmentes gyermekeket is erélyes antilueses kúrában részesítjük s így elsősorban ettől a beavatkozástól várjuk a csecsemők szervezetének kedvező befolyásolását.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem gyógyszertani intézetének közleménye (igazgató Vámossy Zoltán dr. egyet. ny. r. tanár).

A bismuth hatása a vörösvérsejtekre.

Írta: *Simon Sándor.*

A luesnek újabban eredményes bismuth-kezelése a kutatókat arra ösztönözte, hogy ennek az ezelőtt főleg csak bevonóul, adstringensül alkalmazott testnek a szervezetre való hatását minél pontosabban felderítsék. E törekvésnek megfelelően már több közlemény jelent meg az utóbbi években, amelyek a bismuthnak a szervezetben való lerakódásával, s a szervezetből való kiürülésével foglalkozik; többek között *Fritz G.* tollából is intézetünkben.[1]

A mi vizsgálataink célja a bismuth vörösvérsejtekre való hatásának tisztázása volt. Ismerve azt, hogy a bismuth az elemek periodusos rendszerében ugyanabban a csoportban foglal helyet, mint az arsen, s látva azt, hogy éppúgy, mint az arsen, a bismuth is hatással van a luetikus megbetegedésekre, nagyon valószínűnek tartottuk, hogy a bismuth mindazokat a változásokat létre fogja hozni, amelyeket az arsen fejt ki a vörösvérsejtekre.

Az, hogy a bismuth hat a vörösvérsejtekre, nem új dolog. *Kobert*[2] a bismuth e hatásáról a következőket említi: „A vérben a bismuth .... a fehérvérsejteken kívül a vörösvérsejtekben is lerakódik és ezeket töme-

gesen pusztítja, amit a lépben, a májban, a vastagbél nyálkahártyájában stb. gazdag haemosiderinlerakódás árul el."

Mivel azonban ez a tény nem nagyon ismeretes, sőt pharmakologiai tankönyvek sem ismertetik, érdemesnek tartjuk két eziránybán végzett kísérletünket is közzétenni.

Az állatoknak a Richter-gyár által előállított, por alakú *„Bismoluol"*-oldatot adagoltuk. A bismoluol dikalium bismuthotartarat, Bi-tartalma 12·3%; vízben neutralis vegyhatással oldódik. Oldódását egy-két csepp Na_2CO_3-oldattal segítettük elő.

1. kísérlet. Április 25. Kutya súlya 6·20 kg. Vörösvérsejtszáma (vvsz.): 7,270.000. Hgb.: 96·5%. A sejtszámlálás után 1. injectio, subcutan 0·14 g bismoluol. *Április 28.* Vvsz.: 7,210.000. Hgb.: 96·5%. Utána 2. subcutan injectio: 0·14 g bismoluol. *Április 30.* Vvsz.: 6,670.000. Hgb.: 89·5%. *Május 1.* Vvsz.: 6,490.000. Hgb.: 96·5%. Utána 3. injectio: 0·14 g bismoluol. *Május 2.* Vvsz.: 6,760.000. Utána 4. injectio: 0·28 g bismoluol. *Május 3.* Vvsz.: 6,910.000, súlya 5·3 kg-ra csökkent. *Május 8.* 5. injectio: 0·28 g bismoluol. *Május 9.* Vvsz.: 6,900.000. Hgb.: 96·5%. *Május 10.* Vvsz.: 7,280.000, súlya 4·85 kg. A kísérletet abbahagyjuk, a kutya a súlyos mérgezésből lassanként kilábol.

2. kísérlet. November 26. Kutya súlya 7·45 kg. Vvsz.: 7,310.000. 1. injectio subcutan: 0·35 g bismoluol. *November 28.* Vvsz.: 7,320.000. 2. injectio subcutan: 0·35 g bismoluol. *December 1.* Vvsz.: 6,380.000. *December 2.* Vvsz.: 6,800.000; súlya 6·95 kg. 3. injectio: 0·20 g bismoluol. *December 3.* Vvsz.: 6,620.000. 4. injectio: 0·35 g bismoluol. *December 4.* Vvsz.: 6,500.000. *December 9.* 5. injectio: 0·50 g bismoluol. *December 10.* 6. injectio: 0·50 g bismoluol. *December 11.* Vvsz.: 6,560.000. A kísérletet abbahagyjuk.

Minden sejtszámlálás előtt körülbelül 5 órával az állatoktól az eledelt és az ivóvizet elvettük, hogy a vérsejtszámlálást zavaró körülményeket megszüntessük *(Buntzen[3])*. A vérsejteket mindig ugyanabban az időben számoltuk. A két kutya bélsara a kísérleti idő alatt mindig jól formált, a vizelet szalmasárga színű volt. Mikroskopos haematuria az injectiók hatása alatt fellépett ugyan, ezzel azonban a jelentékeny vérsejtszámcsökkenést megmagyarázni nem lehet. Jellemzőnek találjuk azonban azt, hogy, bár igen nagy adagokat nyujtottunk, a vörösvérsejtszámcsökkenést egy bizonyos határon túl nem bírtuk fokozni, sőt első kísérletünkben a vörösvérsejtszám az adagolás ideje alatt a rendesre visszatért.

Ezután a bismuthnak „in vitro" a vörösvérsejtekre való hatásával foglalkoztunk. Ezekhez a vizsgálatokhoz az impulsust *Gunnek*, illetőleg *Gunnek* és *Felthamnek*[4] a kutatásai adták, akiknek sikerült kimutatniok, hogy az arsen bizonyos töménységű oldatokban a vörösvérsejtek resistentiáját haemolytikus behatásokkal szemben (destillált viz. saponin natrium glykocholat) fokozza.

Első kísérleteinkben a bismuth „in vitro" való haemolytikus hatásáról győződtünk meg. Ezekhez és a többi további vizsgálatokhoz a vért a bőrgyógyászati klinika ambulantiájáról, mindkét nembeli, jó conditióban levő bejáró betegektől kaptuk. 5 beteg üveggyönggyel defibrinált véréből 1 : 15-ös higítású (1 rész vér és 15 rész phys. NaCl) vörösvérsejt-suspensiót készítettünk, s mindegyikből 0·5 cm^3-t mértünk le egyenlő nagy, kis eprouvettába. Ezután mindenikhez 1 cm^3 1 : 500 higítású (1 r. bismoluol és 500 r. phys. NaCl) bismoluololdatot adtunk. A csöveket szobahőmérsékleten tartva, 1 óra alatt mindegyikben haemolysis jött létre.

A következő kísérletekben azt vizsgáltuk, hogy miképen hatnak a kisebb concentratiójú bismoluololdatok. Ezért egyre növekvő higítású physiologiás NaCl-ban oldott bismoluol-sorozatot készítettünk (a legkisebb higítás 1 : 500 volt); a controlle-eprouvették számára pedig KNa-tartaratból, physiologiás NaCl segítségével, állítottunk elő az előbbivel egyező higítású sorozatot. A kísérleteket a következő módon végeztük Az üveggyönggyel defibrinált, 1 : 15-ös higítású vérből körülbelül egyenlő nagy kémlőcsövekből álló sorozat mindegyikébe 0·5—0·5 cm^3-t mértünk. Ezután mindegyik csőhöz *0·5 cm^3* bismoluol-oldatot adtunk a fentiek szerint készült fokozatos higításokból, úgyhogy az egymásmelletti csövekben a bismoluol-higítás fokozatosan nőtt; a controlle-kémlőcsövekbe pedig ugyanannyi vért és 0·5 cm^3-t a KNa-tartarat megfelelő fokozatos higítású oldataiból mértünk le. Ezután 1 óra hosszat szobahőmérsékleten állottak a csövek. Hogy a vörösvérsejtek süllyedését megakadályozzuk, időnként enyhén összeráztuk a csöveket. Egy óra elteltével sehol sem mutatkozott haemolysis. Ezután mindenikhez 1 cm^3 desztillált vizet adtunk. Erre a nagyobb concentratiójú bismoluol-oldatos csövekben teljes vagy részleges haemolysis következett be; a concentratio csökkenésével a haemolysis foka kisebbedett. A többi kémlőcsőben, a controlle-okat is beleértve, változás nem jött létre. Most még 0·5 cm^3 destillált vizet adva mindegyikhez, a controlle-ok teljesen, vagy részlegesen haemolyzáltak, azonkívül kifejezett és controlle-okéval egyező haemoglobin-kilépést mutatnak a legkisebb concentratiójú bismoluol-csövek is. A közbülső csövekben azonban vagy egyáltalán nem, vagy jóval kevesebb mértékben mutatkozott haemolysis. Ezek kevésbbé voltak átlátszók, a mögéjük tartott nyomtatott papirost nem lehetett oly világosan olvasni, mint a controlle-oknál és a legkisebb concentratiójú bismoluolos csöveknél.

E közbülső concentratiójú csövek 12—15 óra elteltével színtelenek, vagy kevésbbé élénk színűek voltak, mint a többiek, s az aljukra is több vörösvérsejt rakódott le.

A bismoluolnak az a legnagyobb, illetőleg legkisebb concentratiója, amelynél ez a resistentiafokozó hatás kezdődött, illetőleg végződött, egyénileg különbözött. A legnagyobb concentratio 1 : 1500, a legkisebb 1 : 20.000 volt. (Itt és a továbbiakban a bismoluol concentratiójában már a 0·5 cm^3 vörösvérsejt-suspensio által okozott higítás is bele van számítva.) Láttunk olyan egyént, kinél a resistentia-fokozódás 5000—20.000-szeres higítások között volt észlelhető, viszont volt három olyan is, akinél a két határconcentratio sokkal közelebb esett: 2500—5000. A két határconcentratio tehát szintén változó volt. (L. 1. táblázat.)

Ilyen módon összesen 11 vért vizsgáltunk meg; 1 esetben azonban resistentia-fokozódást nem kaptunk. A 2. esetünkben pedig a szokott módon physiologiás NaCl-dal mosott vörösvérsejtek 1 : 15-ös suspensiójával dolgoztunk. Itt is megtaláltuk a leírt jelenségeket, azonban a resistentia-fokozódás, s a controlle-ok haemolysise stb. már az 1 cm^3 destillált víz hatására következett be. A resistentia-fokozódás ez esetünkben 500—10.000-szeres higítású bismoluol-concentratión belül volt észlelhető. (L. 1. táblázat.)

1. táblázat.

Resistentiafokozódás bismoluollal.

Szám	Bismoluol-concentratio	A haemolysist okozó dest. víz	Vér
1.	1 : 5000 — 1 : 15000	1·5 cm^3	Defibrinált
2.	1 : 5000 — 1 : 10000	1·0 „	Mosott vvsejtek
3.	1 : 1500 — 1 : 5000	1·5 „	Defibrinált
4.	1 : 3300 — 1 : 6600	1·5 „	„
5.	1 : 3300 — 1 : 5000	1·5 „	„
6.	1 : 2500 — 1 : 5000	1·5 „	„
7.	1 : 5000 — 1 : 20000	1·5 „	„
8.	1 : 2500 — 1 : 5000	1·5 „	„
9.	1 : 2500 — 1 : 5000	1·5 „	„
10.	1 : 2500 — nincs megállapítva	1·5 „	„
11.	Nincs resistentiafokozódás	1·5 „	„

A bismoluol tehát nagy concentratióban haemolysist okoz, a concentratióban lefelé haladva haemolysis nem következik be, de resistentia-csökkenés észlelhető, még kisebb töménységben most resistentia-fokozódás jön létre, majd lejebb haladva a bismoluol hatástalan.

Hogy még biztosabbak legyünk arról, hogy itt bismuthhatásról van szó, ammonium bismuthcitratot állítottunk elő. Vízben semleges vegyhatással jól

oldódó, 6·0% Bi-tartalmú vegyületet nyertünk. Ebből szintén physiologiás NaCl-dal egyre nagyobb higítású oldatsorozatot készítettünk (alapoldat 1:2500), s a kísérleteket éppúgy végeztük, mint előbb. Ezen kísérletsorozatban 7 eset közül 3-ban mutatkozott resistentia-fokozódás a közbülső csövekben 1·5 cm³ destillált víz hozzáadására; a controlle-okban es a többi bismuthos csőben pedig haemolysis jött létre. (Legerősebb volt ez természetesen azokban a csövekben, amelyek már 1 cm³-től is haemolyzáltak.) Négy esetünkben azonban ez a 0·5 cm³ víz már sok volt, mert mindenütt haemolysist okozott; ezért óvatosabban csak 0·2 cm³-t, illetőleg 1 esetben 0·4 cm³-t adva minden egyes csőhöz az 1 cm³-en kívül, ez esetekben is megkaptuk a bismoluolnál leírt, jellegzetes jelenségeket. A resistentia-fokozódás, eltérőleg a bismoluoltól, ezekben a kísérletekben jóval nagyobb higításban kezdődött. A legkisebb higítás 1:10.000 volt (a 0·5 cm³ vörösvérsejt-suspensio által okozott higítást is beleértve); a legmagasabb 1:20.000. Három esetünkben a két határconcentratio, amelyen belül resistentia-fokozódást észleltünk, nagyon közel volt egymáshoz: egy bizonyos higításnál (1. eset 12.000; 2. eset 14.000; 3. eset 20.000) kaptunk resistentia-fokozódást, ennél 1000-rel nagyobb vagy kisebb higtísánál azonban már nem. (L. 2. táblázat.)

2. táblázat.

Resistentia-fokozódás ammonium-bismuth-citrattal.

Szám	Ammonium-bismuth-citrat-concentratio	Haemolysist okozó dest. víz	Megjegyzés
1.	1:12000	1·5 cm³	Defibrinált vér
2.	1:14000	1·5 „	„
3.	1:12000 — 1:14000	1·2 „	„
4.	1:20000	1·5 „	„
5.	1:10000 — 1:20000	1·2 „	„
6.	1:14000 — 1:16000	1·2 „	„
7.	1:12000 — 1:18000	1·4 „	„
8.	Nincs fokozódás	1·5 „	„
9.	„ „	1·5 „	„
10.	„ „	1·5 „	„

Vizsgáltunk ezeken kívül ilyen módon még három vért, tehát összesen 10-et, azonban ezeknél csak resistentia-csökkenést tapasztaltunk. *Gunnek* és *Felthamnak* vizsgálataiból nem derül ki, hogy ők különböző egyének vérét vizsgálták-e vagy sem és így nem kapunk felvilágosítást arról, hogy arsennél is vannak-e ilyen negativ esetek.

Mivel *Gun* azt találta, hogy ahhoz, hogy az arsen „in vitro" resistentia-fokozást okozó hatását kifejtse, elegendő, ha a vörösvérsejtek csak 15 percig maradnak az arsentartalmú oldatban, mi is megfigyeltük, hogy gyakorol-e az érintkezés ideje befolyást az bismuth ilyen hatására. E kísérleteinkhez csak olyan egyének vérét használtuk, akiknek vérében 1 óra alatt a resistentia-fokozódás létrejött. A kísérleteket éppúgy végeztük, mint előbb. Négy eset közül félórás incubatio után resistentia-fokozódás csak egy esetben mutatkozott. Háromnegyedórás incubatio után a 6 megvizsgált vér közül csak háromban mutatkozott resistentia-fokozódás.

Ezekből a kísérletekből tehát arra lehet következtetni, hogy a bismuthnak, ellentétben az arsennel, körülbelül 1 órás incubatióra van szüksége a resistentia-fokozó hatás előidézésére.

Legutolsó vizsgálatainkban nem destillált vízzel, hanem saponinnal (digitoninnal) haemolyzáltunk, hogy megtudjuk azt, vajjon tudja-e védeni a bismuth a vörösvérsejteket olyan behatás ellen is, amely más mechanismus útján okoz haemolysist. (L. 3. táblázatot.) Ezeknél a kísérleteknél is ugyanúgy jártunk el, mint előbb, 0·5 cm³ vörösvérsejt-suspensio + 0·5 cm³ bismoluol-oldat, illetőleg három esetben ammonium bismuth-citrat-oldat volt a csövekben. (Az alapoldatok az előbbiekkel voltak egyezők.) A controlle-okba KNa-tartarat, illetőleg tisztán physiologiás NaCl került. Két esetben mosott vörösvérsejtekkel is dolgoztunk. 1 óra eltelt ével 1:100.000-es higítású digitonin *(Merck)* physiologiás NaCl-os oldatából adtunk minden csőhöz 1 cm³-nyit. Változás nem történt. Majd még 0·5 cm³-t adva, egy esetünkben már mutatkoztak egy pár perc mulva a leírt különbségek a haemolysis fokában, a többi esetben azonban még 0·5 cm³-t adtunk minden csőhöz. Hét vérnél erre egypár perc mulva a controlle-ok és a legnagyobb concentratiójú és legkisebb concentratiójú bismuthos csövek haemolyzáltak; a többi csőben szintén volt haemolysis, ez azonban kisebbfokú az előbbiekéhez képest; ezek a csövek kevésbbé átlátszók, a mögéjük tartott nyomtatott papirost kevésbbé lehet olvasni. Három esetben az egypár perc mulva mutatkozó haemolysis nem mutatta a leírt sorrendet, sőt két esetben a physiologiás NaCl-os controlle-ok sem haemolyzáltak egyformán. Azonban 2 óra mulva a csöveket lecentrifugálva mind a három esetben voltak olyan csövek, amelyek színe kevésbbé intensiv, mint a legkevésbbé haemolyzált controlle-oké.

3. táblázat.

Resistentia-fokozódás digitoninnal haemolyzálva.

Szám	Bismoluol-concentratio	Haemolysist okozó digitonin		Vér
1.	1:1600 — 1: 6600	2 cm³	1:100.000 higítás	Defibrinált
2.	1:1600 — 1: 8300	2 „	1:100.000 „	Mosott vvs.
3.	1:3300 — 1: 6600	1·5 „	1:100.000 „	Defibrinált
4.	1:1600 — 1: 6600	2 „	1:100.000 „	Mosott vvs.
5.	1:2500 — 1:10000	2 „	1:100.000 „	Defibrinált
6.	1:5000 — 1:10000	2 „	1:100.000 „	„
7.	1:2500 — nincs megáll pítva	2 „	1:100.000 „	„
8.	Nincs fokozódás	2 „	1:100.000 „	„
9.	„ „	2 „	1:100.000 „	„

Szám	Ammonium-bismuth concentratio	Haemolysist okozó digitonin		Vér
1.	1:14000	2 cm³	1:100.000 higítás	Defibrinált
2.	1:10000 — 1:22000	2 „	1:100.000 „	„
3.	1:10000 — 1:24000	2 „	1:100.000 „	„

Azok a concentratiók, amelyekben a bismuth a saponin ellen védte a vörösvérsejteket, körülbelül egyezők voltak a destillált víznél tapasztaltakkal.

Positiv esetünk tehát van 10, ezzel ellentétben két esetben resistentia-fokozódást nem észleltünk.

Ezek után azt hisszük, kimondhatjuk, hogy *a bismuth az esetek túlnyomó részében „in vitro" bizonyos concentratióban haemolysist okoz; ennél kisebb concentratióban nincs haemolysis, de van resistentia-csökkenés; még hígabb oldataiban resistentia-fokozódást okoz, majd egy bizonyos concentratiótól lefelé hatástalan a vörösvérsejtekre.*

Felmerül már most az a kérdés, hogy vajjon a nehéz fémek és a hozzá közel álló természetű testek közül csak az arsen és bismuth okoz-e resistentia-fokozódást. Hisz ismeretes, hogy a Hg, Pb, Ur, Ko, Zn, Sn „in vivo" bizonyos concentratióban mind pusztítja a vörösvérsejteket.[5] Mi ezért valószínűnek tartjuk, hogy resistentia-fokozódást is okozhatnak e testek kisebb concentratiókban; kísérleteket azonban ezirányban nem végeztünk. De talán támogatja nézetünket *Liebermann Leó* egy cikke, amelyben megemlíti, hogy *Malassez* ólomanaemiánál resistentia-fokozódást talált.[6]

Tudva azt, hogy az arsennek anaemia perniciosánál tapasztalt jó hatását csak azzal tudjuk megmagyarázni, hagy az a csökkent resistentiájú vörösvérsejteknek ellenállását növeli, felmerül az a kérdés, hogy *nem lehetne-e a bismuthot is bevezetni az anaemia perniciosa therapiájába.* Ennek a kérdésnek az eldöntése természetesen a klinikus dolga.

Tekintve azt, hogy a bismoluolnál 1:20.000-es higításban már találunk resistentia-fokozó hatást és ha feltesszük azt, hogy körülbelül 5000 cm³ vére van az embernek, akkor 0·25 g bismoluol adagolása esetén talán már észlelhető a jó hatás az anaemia perniciosára. Valószínű azonban, hogy ennél kisebb adagok is elegendők lehetnek, hisz a bismuth lassan ürül ki, s így a kisebb mennyiségű adagok hatása cumulálódva is hathat.

Az, hogy mi két kutyakísérletben a vörösvérsejtek számát, bár az emberre nézve horribilis adagokkal dolgoztunk, nem tudtuk nagymértékben csökkenteni, talán szintén amellett szól, hogy a bismuth vörösvérsejtpusztító hatásától nem nagyon kell félni.

Közölt kísérleti tapasztalataink érdekes és újabb illustratióját adják annak az orvostudományban és a colloidchemiában gyakran bebizonyosodott törvénynek, hogy ugyanaz az anyag különböző concentratióban különböző hatást fejthet ki.

Irodalom: [1] *Fritz Gusztáv:* Orvosi Hetilap 1923, 28 sz. *Autenrieth:* Münch. med. Wochenschr. 1924, 19. sz. *M. Akamatsu:* Acta scholae med. Kioto. 1921, 4. köt. Idézve: Berichte über die gesammte Phys. 1923, 16. köt. *Lemay et Jaloustre:* Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 1923, 88. köt. Idézve: Berichte über die gesammte Phys. 1923, 19. köt. *H. Müller* és *L. Kürthy:* Biochem. Zeitschr. 1924, 149. köt. *L. Kürthy:* Biochem. Zeitschr. 1924, 150. köt. — [2] *R. Kobert:* Lehrbuch d. Intoxikationen 1906, 2. köt., 381. old. — [3] *Buntzen:* Om Ernäringen og Blodtabess etc. Kjöbenhawn. 1879. Idézve: *Mayer-Gottlieb:* Die Exp. Pharmakologie 1921, 495. old. — [4] *Gunn:* British Medical Journal 1908 július. *Gunn* és *Feltham:* Ugyanott 1911 január. — [5] *Kobert:* Előbb idézett munka. — [6] *Liebermann Leó:* Deutsche med. Wochenschr. 1912 március.

Érsebészeti tapasztalataim.

Írta: *Bézy Elemér dr.* műtőorvos.

Az erek sérülésének legnagyobb veszedelmét a vérzés képezi, mely az élő test legfontosabb táplálóanyagától, a vértől fosztja meg a szervezetet. A vérzés ellen elsősorban maga a természet védekezik bizonyos élettani jelenségek föllépése által. Ilyen az erek feszes összehúzódása, s a vérrögképződés. *Küttner* és *Baruch* az erek feszes összehúzódását physiologiás ligaturának, traumás segmentaris érgörcsnek nevezik, mely a sérülés folytán összeköttetéseitől elszakított szövetek anyagcseréjének hirtelen csökkenése s az erőművi behatás által reflectorikus úton váltatik ki. Ez az élettani védekező jelenség legszembetűnőbben nyilvánul az aránylag vastagabb falú kisebb verőereknél, melyek már csekély ingerre, egyszerű érintésre is tartósan összehúzódnak. Az összehúzódás fokára azonban befolyással van az erőművi behatás minősége is. Így szúrás, vagy lövés okozta nagyobb verőérsérüléseknél az érfal feszes összehúzódása nem olyan nagyfokú, s ezért egymagában a vérzés csillapítására sem elegendő. Ilyen esetekben tehát a vérzés megszűnését a kiömlő vérben tönkrement alakelemekből képződő s a sérülés helyén az eret csapszerűleg elzáró vérrög segíti elő, mely *Virchow* szerint fibrinből áll. *Aschoff* és *Loeb* vizsgálatai azonban kimutatták, hogy a vérrögképződésnél előbb a vérlemezkék összetapadása, agglutinatiója következik be, s csak a fehérvérrög képződése után alakul át a vérlemezkék szétesésekor kiszabaduló protrombin a vér mészsóival együtt fibrinné. Az elsődleges vérrög tehát tisztán vérlemezkékből áll s fibrintől mentes.

Sebészi gyakorlatomban eddig 54 esetben figyeltem meg különböző erőművi behatások után a végtagok verőereinek élettani összehúzódását, s a vérrög viselkedését. A sérültek valamennyien a sérülést követő 15—20 percen belül jutottak kezelésem alá. Szúrás vagy lövés okozta teljes verőérsérüléseknél, kis külső seb mellett, a feltárás alkalmával csak közepesfokúnak találtam az erek összehúzódását, a képződött vérrög azonban oly erős volt, hogy a leszorító gummipólya próbaképen történt meglazítása után öt perc elteltével sem indult meg a vérzés a teljesen szabaddá tett érből. Ezekben az esetekben tehát főkép a vérrögképződésnek volt tulajdonítható a vérzés megszűnése, de — amint *Bier* megfigyelései is igazolják — valószínűleg szerepet játszott ebben a leszorító gummipólya rövidebb ideig tartó izgató hatása is.

Mások voltak a viszonyok teljes végtagleszakításoknál. A piskitelepi MÁV-kórházi működésem alatt ugyanis, 1914 május havában, ekrazitrobbanás egyik pályamunkás jobb alkarját szakította le. Ugyanezen év júniusában két vasúti fékezőnél, egyiknek bal felkarját, másiknak jobb lábszárát vágta le a vonat. 1918 november havában pedig tolató mozdonyra akart egy fékező fölugrani, de a lába a vaslépcsőn megcsúszott s oly csudálatosképen bukott előre, hogy a szeneskocsi kerekei mind a két felső s alsó végtagját leszakították. Mind a négy sérültnél halálos sápadtág, nagyfokú izgatottság, a testhőmérsék alászállása (kettőnél 36·2, egynél 36·0, a legsúlyosabbnál 35·6 C°) volt észlelhető, s feltűnt, hogy a roncsolt, cafatokba tépedt sebekből a vér még csak nem is szivárgott. Az akkori kórházvezető-orvos, *Hankó Vilmos dr.* (jelenleg MÁV. üv. főorvos Debrecenben), még egy kartárs, s két kórházi apáca segédlete mellett azonnal szabályszerűleg ellátam tehát a sérülteket.

Három közülök meggyógyult, a legsúlyosabb eset azonban műtét után 1 óra mulva meghalt.

Ezekben az esetekben a comb, lábszár, felkar s alkar legfőbb verőerei is vérrögtől teljesen mentesek s annyira összeszűkültek voltak, hogy 2 mm átmérőjű kutatót se lehetett a csonkokon keresztül az erekbe bevezetni. A vérzést tehát csakis a tartós, görcsös érfalösszehúzódás akadályozhatta meg. Mindazonáltal lehetséges az is, hogy ily teljes végtagleszakításoknál az erek bizonyosfokú elcsavarodásának s a küllevegő ingerlő hatásának is van a vérzés csillapításában bizonyos szerepe. Sőt, amennyiben a sebben e nagy verőerek szabadon, úgyszólván teljesen lecsupaszítva feküdtek, a nagyfokú érfalösszehúzódást részben talán a *Brünning-Leriche*-féle periarterialis sympathektomiához hasonló erőművi érkörüli lehántásnak is lehet tulajdonítani. Egyébként sympathicus-hatás mellett szólt a testhőmérsék hirtelen leesése, s a szapora felületes szívműködés is.

Fenti eseteimnél tehát csak megerősíteni kívánom az észlelők azon állítását, hogy rendszerint nem véreznek a nagy verőerek egész végtagrészek leszakításánál akkor sem, ha vérrög nem is dugaszolja el őket.

Az erek alákötését már *Galenus, Celsus, Ambrosius, Paré* ajánlotta, de csak később, a vérkeringés felfedezése után kezdte *Hunter, Anel* s *Scarpa* a gyakorlatban is alkalmazni. Kisebb verő- és gyüjtőereket tehát alá szoktunk kötni ma is. Nagyobb verőereket azonban csak súlyos, anyaghiányos sérülések esetén kötünk alá, nehogy elhalásig fokozódó táplálkozási zavarok legyenek következményei. Ugyanis *Wolf* és *Denis* statisztikája szerint az arteria iliaca externa alákötése 70%, az arteria femoralisé 50—60%, az arteria popliteaé 14·9%, az arteria axillarisé 15%, az arteria subclavia s brachialisé pedig 4·8% végtagelhalással jár.

Leriche azonban azt tartja, hogy a végtagokon valamely nagyobb verőér alákötése után a vérkeringés helyreállásában a bőralatti, izomközti és csonthártyabeli hajszálverőeres hálózatának van legfontosabb szerepe. Ezt tehát elősegíthetjük azáltal, ha a lekötés helye felett nagymennyiségű savónak intravenás befecskendésével, vagy vérátömlesztéssel magas vérnyomást létesítünk, ha ischaemia megelőzésére egyidejűleg a kísérő gyüjtőereket is alákötjük, s ha a két lekötés között a verőértörzset teljesen átmetsszük. Ezáltal ugyanis a sympathicus-hálózat is megszakíttatik, ami a lekötés alatti erekben értágulatot idéz elő. Mindenesetre, mint ahogy *Mouré* is hangsúlyozza, sok függ a keringés helyreállásában a körzeti erek épségétől, a sympathicus által megszabott értonustól s az oldalágas erek fejlettségétől is. Ha a lekötést az asepsis szabályai szerint végezzük, rögösödés csak közvetlen a fonál alatt jön létre; felette és alatta az ér csak megszűkül. A lekötött verőerű végtagban azonban a működés teljes helyreállása az említett tényezők együttes kedvező alakulása esetén is csak ritkán következik be. A legtöbb esetben közepes lesz a végtag működésképessége s bizonyos nyomáskülönbség vérnyomásmérő esz-

közzel (oscillometer) mindig ki lesz mutatható az ép és operált végtag között. De nem ritkán trophikus s érzési zavarok is kifejlődnek (claudicatio intermittens, amyotrophia, exulceratio, paraesthesia stb.). Ezért nagyobb verőereknél mindig jobb az érvarrat. Ha azonban mégis lekötést kell végezni, a sérülés helye felett magasan, az említett feltételek pontos betartásával ép helyen végezzük.

Makins világháborús statisztikája 863 érlekötés közül 30% végtagelhalást mutat, s csak 14%-ban ért el tökéletes gyógyulást.

Magam is végeztem a világháború alatt 18 esetben nagyobb verőérlekötést lövési sérülés miatt, és pedig:

a jobb	arteria	carotis communison	1,
bal	„	axillarison	3,
„	„	brachialison	2,
jobb	„	„	3,
„	„	iliaca externán	1,
„	„	femoralison	3,
bal	„	„	1.
„	„	popliteán	1,
jobb	„	„	3 esetben.

Tökéletes gyógyulás 4 esetben (22·22%), közepes munkaképesség 11 (61·12%) esetben, végtagelhalás pedig 3 esetben (16·66%) következett be. Az eredmények legrosszabbak voltak az arteria axillaris, femoralis s poplitea alákötése után. Két alsó- s egy felsővégtagelhalás ezekre az esetekre vonatkozik.

A legelső érvarratot *Halloweisz* (New-Castle) végezte 1759-ben *Lambert* ajánlatára. Azonban csak az asepsis és műtéti technika fejlődésével jutott el *Durante, Heidenheim, Czerny, Schede, Gluck, Morphy, Payr, Lexer, Jaboulay, Carrel* és *Stich* munkálkodásai alapján mai tökéletességéig.

A „jó" érvarrattól ma azt követeljük, hogy a varrás helyén sem fali, sem eldugaszoló vérrög ne képződjék, s hogy az ér ürtere a varrás által szűkítve ne legyen. Az egyesítésnél tehát arra kell ügyelni, hogy csakis a legbelső rétegfelületek kerüljenek egymással minél szélesebb darabon érintkezésbe. A külső, vagy középső érréteget a belsővel összevarrni, az ér falát fogdosni, csipesszel zúzni nem szabad, s az érnek a sebből, a műtő kezéről, a műszerekről, a varrásra használt fonálról sem szabad alkohol, jódtinctura, vagy más fertőtlenítőszerrel érintkeznie, mert az említett tényezők a vér megalvadását segítik elő.

A varratokat tehát sűrűn, egymástól 1 mm távolságban kell alkalmazni. Így nem szűkül az ér ürtere, ami a vérkeringés megnehezítését, a véráram meglassúbbodását, s végeredményben vérrög képződését vonná maga után.

Varrásra legjobb az igen finom vékonyságú, végén kissé hajlott, vagy egyenes, kerek, hegyes tű *(Kirbig, Jäger*-féle stb.), s a hajszálvékonyságú selyemfonál *(Lepine*-féle). E fonalakat rögösödés elkerülésére tűkbe fűzve, 30 percig kell 120 C°-ra felhevített oleum paraffinumban előzetesen főzni, hogy símábbak legyenek, elveszítsék hygroskopiás tulajdonságukat, ezáltal szövetnedv bejutásától is védjék az eret, s közvetlen a vérrel se érintkezhessenek.

A világháború alatt 5 esetben volt alkalmam lövési sérülés miatt emberen érvarratot végezni, és pedig körkörös varratot az arteria femoralison 2, részlegeset az arteria brachialison 1, az arteria popliteán pedig 2 esetben. Négy teljes gyógyulással végződött, egy esetben azonban eldugaszoló vérrögösödés következett be.

A műtétek végrehajtásánál részben *Carrel* és *Stich* utasításaihoz tartottam magam. Azonban tőlük eltérőleg bizonyos módosításokat eszközöltem úgy az előkészítés, valamint a varratok alkalmazásánál is.

Az érszorítók alatt sterilis, meleg konyhasóoldattal mindenekelőtt minden csepp vért eltávolítottam a csonkokból. Ez egyrészt a kiszáradás megelőzésére is történt. A sebszéleket minden esetben finom szikével frissítettem fel, mert az olló összelapítja a sebszéleket, s megnehezíti összetapadásukat. A csonkokat szárazon — olaj nélkül — izoláltam. A sebszéleket *Jaboulay, Jensen* ajánlatára három U-alakú irányvarrattal közelítettem, melyek a belső érrétegfelületek egymásrafektetését széles alapon lehetővé tették.

A műtét további részét csak egy esetben végeztem folytatólagos szűcsvarrattal, mert azt tapasztaltam, hogy a legnagyobb elővigyázatosság, az asepsis és semmi antisepsis legszigorúbb betartása, s kifogástalan műtéti technika mellett, még ha kis fokban is, de csak befordulnak a sebszélek; az 1 mm távolságban alkalmazott öltések mellett is szűkül bizonyos mértékben az ér ürtere, meg vérszivárgás is mutatkozik, jeléül, hogy a folytatólagos szűcsvarrat mégsem tart oly tökéletesen, mint ahogy azt *Carrel, Stich, Fáykiss* s mások leírásai után várni lehetett.

Többi négy esetemben tehát megakasztott szűcsvarratot alkalmaztam, vagyis minden egyes öltés után áthurkolva vezettem tovább a fonalakat, különösen ügyelve arra, hogy a sebszélektől 1½ mm-re eszközölt, s az egymástól 1 mm-re eső beszúrások helyén érvényesüljön, U-varrathoz hasonlóan, a fonál összehúzó, illetve a sebszéleket kifordító hatása, s ezáltal az endothel-felszínek minél szélesebb összetapadása, hogy ily módon az ér ürtere felé tekintő kis fonálrészecskéket teljesen fedhessék, vér hozzájuk surlódását tehát megakadályozhassák. Ekként járva el, nem is következett be a legcsekélyebb vérszivárgás sem, jeléül, hogy a belső érrétegfelületek összetapasztása tökéletesen sikerült.

Az a meggyőződésem tehát, hogy a megakasztott szűcsvarrat feltétlenül jobb a folytatólagosnál. Utóbbinak ugyanis az a nagy hátránya, hogy a sebszéleket összeráncolja, ezáltal az ér ürterét szűkíti; azáltal pedig, hogy a szorítók levétele után az ér fala összehúzódik, megfeszül, a sebszélek befordulását nem tudja megakadályozni, s így az endothel-felszínek is részben eltávozhatnak egymástól. A belső réteg tehát a fonalakat tökéletesen nem takarhatja s így a meginduló véráram az olajat is lemoshatja róluk. Nem csoda tehát, ha kifelé kisebb-nagyobbfokú vérszivárgás, befelé eltömeszelő vérrögösödés, a varrás helyén zsugorodásra hajlamos hegesedés, érszűkülés, a fonalak átvágása, álaneurysma jöhet létre. Ebben látom a folytatólagos szűcsvarrattal való éregyesítés sikertelenségének legfőbb okát.

Nagyobb anyaghiányos érsebeknél szóba jöhetnek a különböző érképlő műtétek is. Ez történhetik saját (autoplastika), ugyanazon fajbeli (homoioplastika), idegen fajhoz tartozó (heteroplastika) egyén, vagy állatból vett friss, vagy konzervált (2—3%-os formalin, 0°-ra lehűtött élettani konyhasóoldat stb.) verő- és gyüjtőérdaraboknak, vagy más szövetrészeknek (ureter, peritoneum) átültetésével.

Egy esetben volt alkalmam — lövés után — az arteria femoralison támadt, s az érfal kerületének majdnem a felére kiterjedt sérülés esetén az anyaghiányt a vena saphena magnából vett viszérdarab átültetésével pótolni. Ebben az esetben következőkép jártam el: A sérült verőér kikészítése, izolálása után a saját vena saphenából 1½ cm-nyi darabot finom szikével kivágtam, sterilezett üveg-tárgylemezen azonnal kiterítettem, s így 36 C° meleg, sterilis, élettani konyhasóoldatba helyeztem. Amíg a vena saphenát alákötöttem, körülötte a sebet ideiglenesen kitömtem s a sérült verőér sebét háromszögalakban felfrissítettem, a kimetszett viszérdarab a konyhasóoldatban állott, egyrészt a kiszáradás, másrészt az összekunkorodás megelőzésére. Azután úgy alakítottam az anyaghiányhoz, hogy szélei 3 mm-rel a verőér sebén túlérjenek. Ezzel is elkészülve, a viszérdarabot belső rétegével befelé úgy helyeztem be, hogy hoszsanti lefutású rostjai a verőerével összeessenek. Három U-alakú irányvarrat segélyével végül a sebszéleket megakasztott szűcsvarrattal egyesítettem, ami ebben az esetben is tökéletes eredményre vezetett.

Nagyobb érdarabok, vagy más szövetrészek átültetését eddig még nem végeztem. Azonban kutyán két esetben már kipróbált s finom kis magnesiumkapcsokkal eszközölt éregyesítéssel folytatok kísérleteket, hogy a prothesis és fonál használatát nélkülözhetővé tegyem, s ezzel a műtét idejét is megrövidítsem. Remélem, hogy a közeljövőben már részletesen beszámolhatok az elért eredményekről.

Az Erzsébet királyné-sanatorium közleménye.

Gümős hashártyalob kezelése pneumoperitoneummal.*

Írta: *Országh Oszkár dr.* igazgató-főorvos.

A gümős hashártyalob egyike a tuberculosis azon nyilvánulásainak, amely a legkülönbözőbb kezelési eljárások mellett is gyógyulhat. A Kapesser-kúra, napfény-, Röntgen-, tuberkulin-, sanatoriumi kezelés, a laparotomia, a feltárt has napolása egyes esetekben kedvezően hat. E kedvező eredmények valószínűleg arra vezethetők vissza, hogy a peritonitis tuberculosa sok esetben a nagy jóindulatot mutató generalizált (*Ranke* II. stadium) tuberculosis alakja. S bár nagyon súlyosnak látszó esetek is meggyógyulhatnak, kétségtelenül nagy a mortalitásuk is.

Örömmel kellett fogadnunk a pneumoperitoneumról szóló közléseket, tekintve azt, hogy a laparotomia nagy beavatkozás és vannak esetek, amelyek conservativ kezelésre nem gyógyulnak. A tüdő pneumothorax-kezelésével elért eredmények sympathikussá tették, minthogy a pneumothorax sem tisztán a compressio és immobilisatio révén fejti ki hatását, hanem a savós hártya ismételt insultálása, fibrosus megvastagítása és biochemiai functiójának megváltoztatása által is hat. Feltehető, hogy a pneumoperitoneum a hashártyára hasonló hatást fejt ki. Az irodalmi adatok, melyeknek nagy része francia és angol szerzők tolla által lett ismertetve, általában dícsérik a pneumoperitoneum gyógyhatását. A legtöbb csak egy-két esetre támaszkodik, kivéve *Emil Weill* és *Loiseleurt*, akik 6 eset közül 3-ban láttak levegőbefúvástól kitűnő eredményt. *Sorgo* és *Fritz* levegőt, *Laroque D'Olmes* felmelegített kissé jódozott levegő 100 köbcentiméteres adagjait, *Bainbridge* és *Stein* oxygent fújtak be a hasüregbe. Utóbbinak egy laparotomizált nőbetege 5 hónappal a műtét után savós hashártyagyulladásban betegedett meg, amely az oxygenkezeléstől oly szépen gyógyult meg, hogy egy későbbi petefészekdaganat miatt végzett műtét alkalmával a hashártyán már csak teljesen gyógyult gümők voltak láthatók.

Bár a Röntgen-diagnostikai célból létesített pneumoperitoneum kellő óvatossággal végezve veszélytelennek bizonyult, tekintve a száraz hashártyalobnál fennálló összenövéseket és zsugorodásokat, csak az exsudatummal járó peritonitisnél kíséreltem meg a pneumoperitoneum alkalmazását, mindössze két esetben, minthogy több nekem sem állott rendelkezésemre. Az exsudatum megállapítása után próbapunctiót végeztem, és mindjárt a használt tűn keresztül a Brauer-féle készülék segélyével bocsájtottam be a levegőt.

I. eset: S. György 18 éves tanuló volt, aki 1922 december 4-én vétetett fel osztályomra. Betegsége az év májusában mellhártyagyuladással kezdődött, melyet orvosa pungált is. Két hónapot osztrák sanatoriumban töltvén jött intézetünkbe. A felvételkor a jobb csúcs felett tompult, a bal csúcs felett erősen tompult kopogtatási hang volt hallható, gyengült légzéssel. A Röntgenvizsgálat erősen felhúzott rekeszt, a hilustól fel- és lefelé sűrű kötegeket mutatott. Az addig láztalan beteg február 1-én hasmenésről panaszkodik, láza 38° fölé emelkedik. Meteorismuson kívül semmi sem található. 15-én a bal fossa iliaca felett kis tompulat mutatható ki, mely helyzetváltozásra feltisztul. A fehérvérsejtek száma 7500, melyek között 19% a lymphocyta, eosinophilek nem találhatók. A vizeletben indikan mutatható ki. Március 4-én a has erősen növekedvén, punctiót végzek, 600 köbcentiméter tiszta savót bocsátok le, melynek helyére 900 köbcentiméter levegőt fujtatok. A has körfogata 95 cm. 5-én és 6-án 39° feletti lázas reactio észlelhető, a tompulat eltünt, a kopogtatási hang dobos. 7-én baloldalt ismét kis tompulat jelentkezett, a punctio helye alatt még tympaniás a kopogtatási hang. A Traube-tér megnagyobbodott, a szokottnál tympaniásabb. Az exsudatum vizsgálata lymphocytákat mutat. 17-én 1450 köbcentiméter savót bocsátunk le, 500 köbcentimétert insufflálunk. A has körfogata fokozatosan csökken: május 9-én 74 cm. Április közepén a hőmérséklet maximuma 37·5°, május elsején 37·4°, 19-én 37·1°. Június 3-án a beteg teljesen gyógyultan, 69 cm haskörfogattal távozott, két és fél kilogrammot gyarapodott. Azóta is jól van.

II. eset. W. Margit 25 éves munkásnő 1924 május 4-én vétetett fel osztályomra. Atyja tüdőbetegségben halt meg. Előzőleg két ízben tüdő-, egy ízben mellhártyagyulladásban szenvedett, melyet csapoltak, 5 évvel ezelőtt kevés vért köpött, 38·5° láza támadt, akkori tüdőcsúcshurutja 3 hónapi pihenés után annyira megjavult, hogy 1923 márciusáig jól érezte magát. Azóta ismét lázas, köhög, feje fáj, gyakran szívdobogása van, háta fáj, soványodik, gyengül. Előzőleg a Szent István-kórházban, és a gyulai sanatoriumban gyógykezelték. A felvételkor a bal felső lebeny felett és alatt és a basis felett kifejezettebb, a jobb kulcs felett és alatt kevésbbé intensiv tompulat mutatható ki. A légzés a baloldali tompulat felett érdes, hangos, megnyúlt, számos kis és közép-hólyagú szörtyzörejtől kísért. A szívcsúcslökés az 5-ik bordaközben a bimbóvonalon kívül 2 ujjnyira tapintható. A pulmonalis felett systolés zörej hallható. A Röntgen-vizsgálat baloldalt retractiót mutat, a felső lebenyben sűrűn gócos köteges árnyékoltságot, a jobb felső lebenyben éles, finom gócos dissemminatiót. Köpete nem volt, az később is negativ. A hőmérséklet maximuma 37·2-től 37·5°, máj. 20-tól kezdve 38°-tól 38·7°-ig terjed. A közérzet, étvágy elég jó, a beteg amidopyrint és liqu. ammon. anis.-t szed. Június 5-én hasa megpuffad, körfogata 82 cm. A vizsgálat ascitest mutat ki, pulzusa 90. 7-én a Mac-Burney pont felett kb. 2 cm-nyire pungálva 700 köbcentiméter kissé zavaros folyadékot bocsátunk le és 400 köbcentiméter levegőt insufflálunk. Az exsudatum refractiója 1·3439, lymphocytosist mutat. Koch-féle bacillusok benne ki nem mutathatók. A Rivalta-próba positiv. 9-én a has körfogata 86 cm. A vizeletmennyiség 840 köbcentiméter. 12-én 2300 köbcentiméter exsudatum lebocsájtása után 500 köbcentiméter levegőt insufflálunk. Utána a láz 40°-ig emelkedik. 13-án a has körfogata 82 cm, 16-án a köpet positiv: G. 4. 27-én punctióval alig 20 köbcentiméter zavaros, utóbb kissé sanguinolens savó nyerhető. A has kevésbbé domború, körfogata 78 cm. 30-án a punctio eredménytelen, a vizelet mennyisége 1000-től 1200 köbcentiméter. A láz kombinált antipyreticum vétele mellett is magas, 39° fölé emelkedő. Július 10-én a mellkas felett baloldalt caverna-tünetek kifejezettek, a jobb csúcs felett is szörtyögés hallható. Július 12-én a has körfogata: 73 cm. A pulsus 90-ről 126-ra emelkedik. Hirtelen cyanosis, dyspnoë fejlődik. Kámfor- és strophantin-injectio után az állapot javul, a pulsus 86-ra csökken, bágyadtságon kívül egyéb panasza nincsen. Négy napon át a beteg jól érzi magát. 16-án este 8 óra után vérköpése támad, körülbelül egy köpőcsészényi vért ürít, miközben cyanosissá válik és dyspnoés. Egy negyedórával később meghal.

A boncolást *Barát* főorvos ejtette meg. Leletének kivonata: Tuberculosis chron. dissem. exsudat. c. caverna. pulm. sin. et indur. pulm. d. Pleur. chron. call. l. sin. Peritonitis tbc. chron. adh. et tbc. peritonei. Myodegen. cordis. A bal alsó lebeny felső részében a diónyi merevfalú caverna friss coagulált vérrel telt, mely coagulum az odavezető bronchusban is kimutatható. A hasban alig néhány centiméter folyadék volt található. A bélkacsok és az omentum hatalmas conglomeratummá vannak összetapadva, utóbbi a parietalis peritoneummal is lazán összenőtt.

Míg tehát az első esetben kifogástalan gyógyeredményt látunk, a másodikban maga a boncolás bizonyította az exsudatum felszívódását, a hashártyalob javulását és a gümős gócok chronikussá válását. Az általános állapotnak javulása nem következhetett be a tüdő súlyos elváltozásai miatt, melyek acut szívgyengeséget és nagy cavernás vérzést okozva a beteg halálának közvetlen okozójává váltak.

Nagyobb exsudatum esetében a töltést megelőző

* A Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének 1924. évi nagygyűlésén tartott előadás.

lebocsájtása a folyadéknak már magában véve is kedvező hatást gyakorol. A beavatkozás technikájának egyszerűsége és teljesen veszélytelen volta lehetővé teszi, hogy a gyakorló orvos is alkalmazza ez eljárást. Arra azonban ügyelni kell, hogy *a pneumoperitoneum csak oly esetben alkalmaztassék, midőn béltuberkulózis nem áll fenn, kiterjedt összenövések nem vehetők fel és az exsudatum kétségtelenül kimutatható.* A töltés alkalmával a levegő mennyisége tétessék függővé a beteg közérzetétől s a lebocsájtott folyadék mennyiségétől. Általában véve ez mindig nagyobb legyen, mint a bebocsájtott levegő térfogata. A pneumoperitoneumkezelés előnye a pneumothoraxszal szemben az, hogy kevés számú utántöltést kíván.

Témoine a laparotomia által előidézett serosaizgalomról azt állítja, hogy az a távolabbi gümős szervekre is gyógyhatást gyakorol. A pneumoperitoneum hatása nézetem szerint egyezik a laparotomiáéval, ezt helyettesítheti, s ha nem is fogadjuk el *Témoine* túlzottan optimistikus felfogását, *a pneumoperitoneumot értékes módszernek tartom a gümős hashártyagyulladás kezelésében.*

Az orvos és a modern közegészségügy.*

(Jugoszlávia egészségügyi szervezete.)

Írta: *Johan Béla dr.* egyetemi magántanár.

Az orvosnak évszázadokon át legfőbb célja az volt, hogy megbetegedett embertársainak az egészséget visszaadja. Emellett már a legrégibb időkből számos emlék maradt reánk, amelyek azt bizonyítják, hogy a gyógyítással foglalkozók arra is törekedtek, hogy az egészséges embert a betegségtől megóvják. Ameddig az ember a betegségnek okait nem ismerte, addig gyakran mint egy felső hatalomtól reámért kikerülhetetlen rosszat tekintette és az akkori embernek logikus aetiologiai gondolkodására mutat, hogy az okot az Istenek haragjában látván, ez ellen keresett segítséget akkor, amikor betegségével papjaihoz fordult.

A régi idők orvosa és hygienikusa is a pap volt és innen van az, hogy a legrégibb hygienikus rendszabályok egy részét egyházi könyvekben találjuk feljegyezve, s ezek gyakran úgy szerepelnek, mint a vallás parancsai.

A szellem, a műveltség kultusza a régi mens sana in corpore sano elve alapján a görögöknél és rómaiaknál magasra helyezte a test ápolását. A görög és római fürdők, thermák, vízvezetéki és canalisatiós berendezések maradványai fogalmat adhatnak nekünk azokról a fejlett városegészségügyi berendezésekről, amelyeknek folytatása az azután következő időkben, sajnos, nem igen volt. A figyelem megint inkább a betegekre terelődött és az ekkor létesült sok kórház bizonyítja, hogy a felebaráti szeretet tanának igéi termékeny talajra hullottak.

Találunk azonban emellett is mindig oly adatokat, amelyek bizonyítják, hogy az ember a betegség gyógyítása mellett az egészség fenntartásának módjait mindig kereste. Módszereit régente a tiszta empyriára alapította és bizony megtörtént, hogy hibás következtetések alapján hibás módokhoz nyúlt. Az orvosi tudomány művelői ezekben az időkben a fősúlyt a betegségek gyógyításának kutatására fektették, az egészség megvédésének kérdése őket kevéssé foglalkoztatta s innen van az, hogy a gyógyító orvostudomány haladásával nem tartott lépést a hygiene. *Pettenkofer* és *Voit* nevéhez fűződik ennek a munkának tudományos megalapozása, amely ettől kezdve, felhasználva az orvosi tudomány haladását, a modern hygiene kifejlődéséhez vezetett.

•

Ha azt nézzük, hogy az ember milyen elvek szerint és hogyan védekezik a betegségek ellen, és ebben kik vannak segítségére, úgy azt találjuk, hogy a védekezés egyik és egyszersmind legrégibb formája az *egyéni prophylaxis* volt. Erre az orvosa oktatta ki az embereket. A nálunk is jól bevált régi *háziorvosi intézmény* jól egyesítette magában a beteget gyógyító és az egészségesnek tanáccsal szolgáló orvos kettős működését. A háziorvos állandó kapcsolatot tartott fenn a családdal, szemei előtt és felügyelete alatt nőttek fel a gyermekek. Meglátogatta időnként a családot, és pedig nemcsak akkor, ha beteg volt a háznál.

Az egyéni prophylaxis ma is igen fontos eszköze az egészség megvédésére irányuló törekvésnek és mindig fontos is lesz, és ezért sajnálnunk kell, hogy a háziorvosi intézmény, amely a modern közegészségügyi munkában nagy segítség volna, főleg anyagi okok miatt kezd megszűnni, az emberek csak akkor fordulnak orvoshoz, ha betegek. Nem szabad azonban lemondanunk az egyéni védekezés fenntartásáról a jövőben sem, hanem a háziorvos tanácsadó szerepét pótolnunk kell az *egészségügyi propagandával.* Ez a propaganda nálunk már régebben folyik. Főleg magánintézmények, társaságok kezében van s ezek igen hasznos munkát végeznek, de valószínűleg még hatásosabbá válik majd, ha a különböző intézmények működésüket egymással összeegyeztetik. Mivel a közegészségnek legfőbb őre és irányítója a közhatalom, előnnyel fog járni, ha ennek a propaganda irányítására befolyása lesz.

A közegészségügyi propaganda céljaira minden alkalmas eszközt igénybe kell venni. Jó módja a propagandának az *egészségügyi tárgyú előadások* tartása. De, sajnos, ezt csak azok hallják, akik az előadásra elmennek, ezek száma pedig ma, még ebben a közel milliós lakosú városban is, aránylag kevés. Jobb eszköz az *újság*, ezen az úton az orvos sokkal több emberhez juttathatja el gondolatait. Ma már igénybe is veszik ezt az egészségügyi propaganda céljaira. Ha ilyen szempontból végignézzük a magyar lapokat, úgy azt találjuk, hogy egy része egyáltalán nem közöl egészségügyi vonatkozású cikkeket, egy másik része vasárnaponkint hoz egy egész rövid cikket, amelynek terjedelme úgy aránylik a lap összterjedelméhez, mint 1 : 70-hez, vagy esetleg csak mint 1 : 100-hoz. És ez is rendesen egészen hátul van, a bélyeggyüjtés című rovat szomszédságában. Nagyon kívánatos volna, ha e cikkeket előbbre helyeznék és több helyet biztosítanának az egészségügyi kérdéseknek. Bár a lapoknak is talán igazuk van, ha ezeket a közleményeket rövidre fogják: mert ők arról írnak vagy íratnak hosszabban, ami közönségüket érdekli. De az már a mi feladatunk, hogy rászoktassuk az embereket, hogy törődjenek az egészségükkel, érdekeljék őket azok a cikkek, amelyekben arról van szó, hogy miképen óvhatják meg az egészségüket.

Azt hiszem, hogy ezekben a dolgokban az orvosok is néha mulasztást követnek el. A közönségnek joga van ahhoz, hogy az orvostudomány haladásának fontosabb eseményeiről értesüljön, amint értesül egyéb tudományokban elért újabb sikerekről. És mégis azt látjuk, hogy az orvosi körök ilyen esetekben is különböző okokból idegenkednek a közönség informálásától és ebből származik az, hogy az orvostudomány haladásáról — akárhányszor megtörtént ez már — vagy laikusok hibásan informálták a közönséget, vagy legalább

* Az Orvostanhallgatók Segítő Egyesületének Önképző Szakosztályában tartott előadás nyomán.

is nem azok az orvosok, akik a leghivatottabbak lettek volna arra, hogy a dologról nyilatkozzanak.

Beszélnünk kell a közönségnek az egészségügy problemáiról, mert ha nem beszélünk róluk, akkor azt hiszik, hogy ilyen problemák nincsenek. Aztán a pénzt a közegészségügyi munkához mégis csak a közönségtől kell megszereznünk. Hogy gondoljuk, hogy pénzt adjon valaki olyan célra, amit nem ismer? Aztán változtassuk themáinkat: ne beszéljünk mindig csak a fogkeféről, a fürdésről, a köpködés veszélyeiről, az ablak kinyitásáról, ezek a themák, merem állítani, untatják már a közönséget. Vannak nekünk más themáink is, ezekkel szerezzük meg az emberek érdeklődését és akkor reászoktathatjuk őket a kevésbbé érdekes, de éppoly fontos dolgokra is.

Ebben a munkában tehát az orvosnak elő kell vennie egész leleményességét, minden ügyességét, hogy megszerezze a közönség érdeklődését, mert enélkül a közegészségügy érdekében kifejtett munkássága nehezen lesz eredményes és mert csak így szerezheti meg a munkájához szükséges anyagi eszközöket. Megszoktuk, hogy azt hangsúlyozzák, hogy a közegészségügyi működés harc a betegség ellen és ehhez, mint minden háborúhoz, pénz, pénz és harmadszor is pénz kell. Én azt hiszem, hogy a hygienikus működés elsősorban küzdelem az emberek egészségének megőrzéséért és hogy ez hatásos lehessen, hozzá épp annyi érdeklődés, mint pénz szükséges.

*

Az *ősember* maga építette házát, varrta — amikor már hordott ilyent — ruházatát, maga szerezte meg és készítette el élelmiszereit, magányos, ember alig lakta vidék patakjából merítette vizét. A *civilizált ember* igényeinek fokozódása és egyéb okok miatt ezek elkészítésének, elvégzésének legnagyobb részét másokra bízza. Munkájának köre az ősemberéhez képest igen szűk határok közé korlátozódik, viszont megélhetése miatt nagyon sok emberre szorul. Ez a sokszoros kapcsolat amennyivel könnyebbé teszi az emberi életet, annyi veszélyt is rejt magában.

Egy másik momentum, amely az emberek közötti kapcsolatot szorosra fűzte, az embereknek városba való tömörülése volt. A városok voltak a járványos betegségeknek mindig fő fészkei. Innen van az, hogy mindenütt elsősorban a városok egészségügyével foglalkoztak és a problémáknak itt felmerülő sokasága annyira lekötötte hosszú időn át a közegészségüggyel foglalkozók figyelmét, hogy a nem városokban lakók egészségével csak jóval később kezdtek el foglalkozni. Így volt ez Angliában, így volt ez nemrégiben még Amerikában is.

Az imént említett szoros nexus, amely a városi lakosság között fennáll és szinte azt mondhatnók, mindig szorosabb és szorosabb lesz, az egészség megvédésének kérdését mind nehezebbé teszi *az egyén* számára. A városban levő fertőző beteg veszélyt rejt magában a város többi polgárára nézve, akinek betegsége ellen védekezni az egyén számára annál nehezebb, mert nem tudja ellenőrizni mindazon utakat, amelyeken át a betegség hozzá eljuthat. Vegyünk egynéhány példát.

A tejet a városi emberek nagy része közös helyről, a nagy tejvállalatoktól kapja, amely a tejet beszerzi, nagy területről, hygienikus szempontból nem nagyon válogatva, összegyüjti és kiméri. Eközben a tejjel sok ember jut közelebbi nexusba. Ha ezek között typhusbeteg, vagy typhusbacillus-gazda van, úgy ez nagy mennyiségű tejet fertőzhet. Nálunk, ahol a tejet majdnem mindenütt felforralják, a betegség átvitelének lehetősége kisebb, olyan országokban, ahol nem forralják fel, nagyobb a lehetőség, hogy a tejet fogyasztók typhust kapnak. Egy másik példa: A városok közös vízvezetékek útján látják el a lakosokat vízzel. Ha ez a víz typhussal fertőzött és erről az egyén nem tud, biztosan minden óvóintézkedés nélkül issza ezt a vizet és ily módon egyszerre nagy embertömegek kaphatnak typhust.

A mosoda, ahová sok ember küldi a fehérneműjét, bizonyosan gyakran kap fertőzött fehérneműt is mosásra. Ha ezt nem végzi kellő gonddal, nagyon könnyen létrejöhet a többi fehérnemű fertőzése. Vendéglőkben főző szakács betegségét az általa főzött ételek, kereskedőnek vagy ennek családjának betegségét az eladott élelmicikkek juttathatják az egészséges emberhez. A nyilvános fürdők kádjai, az ott használt törülközők számos betegség terjesztői lehetnek, ami ellen az egyéni prophylaxis alig lehetséges. A villanyosban esetleg közvetlenül egy olyan ember mellett állunk, aki valamely fertőző betegség kezdetén van, vagy pedig más módon hordja magán a betegségokozó csirokat. Ennek makroparasitáit, a benne levő betegségcsirokkal együtt, könnyen megkaphatja az ember és hazaviszi. A ruha, amelyet szabónknál készíttettünk, esetleg napokig tuberculosisban szenvedő, tuberculosisbacillusokat ürítő szabósegéd kezében forgott.

Ezek csak kiragadott példák azoknak a lehetőségeknek a nagy sokaságából, amelyek veszélyeztetik a civilizált, különösen a városban lakó ember egészségét, és pedig veszélyeztetik oly módon, hogy egyénileg ez ellen védekezni alig lehet. Éppen ezért nem lehet a betegséget — legalább is a fertőző betegségeket — a megbetegedett egyén privát ügyének tekinteni, hanem közügynek és a *közhatalom feladata* a többi lakosról védő intézkedésekkel a veszélyt elhárítani. Ebben a küzdelemben az oroszlánrész megint az orvost illeti meg, nemcsak a munka irányítása, hanem annak gyakorlati kivitele szempontjából is. Működése itt nagyon sokoldalúvá válik. Első feladata kétségtelenül a már fellépett bajok, járványok megszüntetése. Ez néha nagyon hosszú, fáradságos munkát igényel. Könnyebb a munkája olyankor, ha a fertőző betegség oka ismeretes s az orvostudomány a védekezés legcélszerűbb módját már kiderítette. Bizonytalan a működése oly téren, ahol csak empyriás tapasztalatokra támaszkodhatik. Épp ezért a hygienikusnak érdeke, hogy a betegség oka, lényege utáni kutatás minél nagyobb haladást tegyen. Az elméleti orvostudomány kutatásainak eredményére éppúgy reászorul a hygienikus, mint bármelyik klinikai szakma orvosa.

Azok a vizsgálatok, amelyek közegészségügyi kérdésekre vonatkoznak, egészen specialisak és gyakran elütnek azoktól a kérdésektől, amelyeket a klinikus orvos tesz fel a laboratoriumoknak. Éppen ezért a külföld számos államában nagy költséggel kitűnő laboratoriumok, intézetek létesültek a közegészségügyet érdeklő kérdések tanulmányozására. Arra gondolhatnánk, hogy talán felhasználhatjuk egyszerűen azokat az eredményeket és megállapításokat, amelyeket a külföldi intézetek kiderítettek. Tényleg ezek a kutatások az emberiség közkincsét képezik. De valamennyit egyszerűen hozzánk átplántálni nem lehet. Mert mások egy agrár állam egészségügyi problemái és mások az iparral foglalkozó, mások egy kereskedelemből élő állam közegészségügyi kérdései. Ami elérhető és keresztülvihető a gazdag Amerikában, az egyelőre utópia lehet minálunk. Minden országnak, sőt esetleg minden vidéknek is megvannak a maga külön egészségügyi problemái, amelyeket minden országnak magának kell kidolgoznia.

Ez megtörtént minálunk is. *Markusovszky*, *Fodor*, *Liebermann* és mások munkássága biztosította, hogy e téren nem maradtunk el, de a kérdések mind nagyobb számúak lettek, a meglevő segédeszközök, berendezések elégteleneknek bizonyultak. Úgy látszik, most elérkezett az ideje, hogy az a terv, amelyet kitünő előrelátással *Fodor* már 1873-ban felvetett, valósággá legyen. A Népjóléti Minisztériumnak sikerült megszereznie az amerikai *Rockefeller-alapítvány* támogatását egy modern Országos Egészségügyi Intézet felállításához. Az intézet feladata az lesz, hogy az ország területéről származó egészségügyi természetű laboratoriumi vizsgálatokat elvégezze vagy maga, vagy a vidéken felállítandó fiókállomásai útján. Az intézet részt fog venni a közegészségügyi személyzet kiképzésében, foglalkozni fog egészségügyi kérdések tudományos kutatásával. A házat és az egész berendezést az alapítvány adja, az intézetet egy idő mulva teljesen saját erőnkből kell fenntartanunk és nekünk kell adnunk hozzá az embereket, a munkát.

*

A munka, amelyről fentebb szóltunk: a betegség, járványok megszüntetése, csak szükségintézkedés. A főcél ezeknek *megelőzése*. Ez az a cél, melyet a modern hygiene maga elé kitűz. A pompás vízvezetéki berendezések, a csatornázás, a tisztaság propagálása, a fertőző betegek izolálása, a nép ellenállóképességének fokozása célszerű életmóddal, jó táplálkozással, védőoltásokkal, mind ennek a célnak szolgálatában állanak. Már ebből a rövid felsorolásból is méltóztatnak látni, hogy a hygienikus működésének mily sokoldalúnak kell lennie. Ez vezetett szükségképen oda, hogy a hygienikus különvált a többi orvosi működéstől és külön specialis kiképzést tett szükségessé.

Kiképzésük a különböző államokban igen különböző módon történt. Egyes helyeken a kiképzés főforrása az autodidaxis. Máshol rövidebb vagy hosszabb kurzuson vesznek részt az erre a pályára készülők. Az Északamerikai Egyesült-Államokban a Rockefeller-alapítvány áldozatkészségéből Bostonban és Baltimoreban közegészségügyi iskolákat állítottak fel, ahol nemcsak orvosokat, hanem egyéb egészségügyi személyzetet is kiképeznek. Az itt végzett orvosok a közegészségügyi doktorátust is elnyerhetik. Ezekben az iskolákban nagyon sok a külföldi, 3 év óta állandóan van több magyar is ott.

De a közegészségügyi személyzet a feladatok sokfélesége, nagysága miatt a legtöbb államban nem elegendő ahhoz, hogy minden a közegészségügy körébe vágó munkát maga elvégezhessen. Ezért *nagy szükség van a gyakorló orvosok támogatására*. Nézzük, hogy néhány államban *milyen a viszony a hygienikusok és gyakorló orvosok közt?*

Amerikában a gyakorló orvosok az új egészségügyi törekvéseket eleinte legalább is gyanakodással szemlélték, sőt, mint hallottam, egyes esetekben az orvosok voltak azok, akik az új berendezkedésnek nehézségeket támasztottak azáltal, hogy lebeszélték a közönséget arról, hogy a betegségmegelőzésre pénzt áldozzon, mert szerintük az erre kiadott pénz: elveszett pénz. Ilyen helyeken közbelépett az állam. Államköltségen küldött oda hygienikust, aki egy-két év mulva már reá tudott mutatni munkájának némi eredményeire. Ez rábeszélte a közönséget, hogy ne csak akkor menjen orvoshoz, ha beteg, hanem akkor is, ha egészséges és vizsgáltassa meg magát évente egyszer vagy kétszer. Legalább évente egyszer nézesse meg a fogait, akkor is, ha nem fájnak. Vizsgáltassa meg iskolába járó gyermekének szemét, hogy jó-e, nincs-e szüksége szemüvegre, vizsgáltassa meg szívét, veséjét; a másállapotban levő asszony menjen időnkint orvoshoz, hogy az megállapítsa, hogy terhessége rendesen folyik-e le és a jövőre neki tanácsokat adhasson. Kiszámította, mennyibe kerülnek az ily orvosi vizitek és mibe kerül az, ha későn megy az orvoshoz, amikor már súlyos beteg. És a vége az lett, hogy a gyakorló orvosok rájöttek, hogy a hygienikus megjelenése óta rendelőjükbe nemcsak betegek, hanem időnkint az egészségesek is eljönnek, mert az embereket az orvoshoz nemcsak a meggyógyulás utáni vágy viszi, hanem az is, hogy egészségesek akarnak maradni. Ma már Amerikában a hygienikus és a gyakorló orvos egymás mellett dolgoznak a közegészségért.

Ott tehát külön van választva a hygienikus orvosi kar a gyógyítással foglalkozóktól. Amennyire lehet, rajta vannak, hogy a községek — amelyek vállán a közegészségügyi hivatal dotálása nyugszik — úgy fizessenek legalább egy orvost, hogy az egész idejét a község közegészségügyének szentelhesse. Ha tehát külön is van választva a kétféle orvosi működés, a különválasztás nem jelent antagonismust, csak munkamegosztást.

Más országokban a kérdés csak részben van megoldva. A közegészségüggyel foglalkozó orvosok egy része ugyanott praxist is folytat, legalább is megengedik neki, hogy folytathasson, mert nem tudják őt úgy fizetni, hogy fix fizetéséből meg is élhessen. A szomszédságunkban levő országok közül *Jugoszláviá*ban a háború óta a közegészségügy nagyot haladt és ezt részben annak köszönheti, hogy meglehetősen nagy hygienikus-gárdát alkalmazott és ezek segítségével a közegészségügyet újjászervezte. Mult év őszén 2½ hetes tanulmányutat tettem Jugoszláviában, s a jugoszláv Közegészségügyi Minisztériumtól összeállított érdekes programm alapján bejártam az ország egy részét és megnéztem az új egészségügyi intézményeiket. Szomszédok lévén, talán nem lesz érdektelen, ha az ott látott újabb dolgokról röviden beszámolok.

Jugoszláviától a háború nagy véráldozatot kívánt. Az embereknek ismételt tömeges előre- és visszaözönlése felszabadított számos oly fertőző betegséget, amely a háború előtt csak localis fontossággal bírt. A kiütéses typhus százszámra szedte áldozatait. A háború alatt szabadjára engedett malaria megfertőzte a Szerbia déli részeibe, Macedóniába és Albániába menekült embertömegeket is; a dysenteria, hastyphus és cholera a legyengült lakosság köréből sok áldozatot szedett.

Ennyi betegségnek pusztító hatása alatt szinte elemi erővel tört ki a szerb népből az a vágy, hogy védjék meg a megmaradtakat a további pusztulástól. A közegészségügy kifejlesztésének a vágya itt a népből jött és hallatta szavát a népgyűléseken, a szerb népképviseletben és a kormányban. Szerencsés psychologiai momentum volt ez, amelyet csak ki kellett használni. A pénzt a skupstina megszavazta és akadt egy megfelelő ember is, az alig 35 éves *Stampar dr.* személyében, aki az új modern hygienikus berendezés alapjait ebből a pénzből lefektette, aki az érdeklődést most már éveken keresztül fenn tudta tartani és még ma is fenntartja, eleinte azzal, hogy rámutatott a bajok nagyságára, ma már azzal, hogy reá tud mutatni arra, hogy mit tudott elérni pár év alatt.

Jugoszláviában a közegészségügy ellenőrzése és irányítása a közegészségügyi ministerium kezében van, amely három osztályból áll: a hygiene-osztályból, a kórházi osztályból és az administratiós osztályból. A

jugoszláv állam egész évi budget-je az 1924. évben 10½ milliárd dinár volt. Ennek körülbelü 3%-át fordították a közegészségügyre. Minket most elsősorban a ministerium hygiene-osztályának további szervezete érdekel. Ennek feje *Stampar dr.* Magának az osztálynak a ministeriumban csak két szobája van, de nem is kell több, mert a főnökön kívül csak egy kisasszonyból áll a személyzete. Az osztály működése t. i. erősen decentralizálva van. Munkakörét reáruházták egyrészt az úgynevezett socialis orvostudományi intézetre: ez vezeti a propagandát, gyüjti és dolgozza fel a statisztikai anyagot, szerkeszti és kiadja a ministerium közegészségügyi vonatkozású kiadványait, amelyek elég szép számmal vannak és szerb nyelven kívül egy részük franciául is megjelenik.

Az osztály munkájának más része a fertőző betegségek elleni küzdelem; ennek megszervezése szintén igen érdekes: a vezetést és irányítást a központi egészségügyi intézetre bízták, amely a mult ősszel még csak ideiglenes helyiségeiben votl, de idén őszre már elkészül a végleges intézet, mintegy 80 laboratóriumi helyiséggel. Ennek alá van rendelve az ország különböző részeiben már eddig felállított 5, úgynevezett epidemiologiai intézet, amelyekhez még három újabb fog csatlakozni. Ezek nagy része igen modern, néha szinte azt mondhatnám luxussal berendezett intézet. Ezek alá tartozik mintegy 22 eddig már felállított bakteriologiai állomás, amelyeknek még néhány kisebb segédállomás van segítségére.

Ennek az egész szervezetnek a magvát tehát mindenütt egy-egy laboratorium képezi, de a működési köre mégis más, mint egy diagnostikus laboratoriumé. A fertőző betegségek elleni küzdelmet máris ezek vezetik és végzik. A felszerelésük is ennek megfelelő. Az epidemiologiai intézeteknek pl. szép autoparkjuk is van, rendesen egy-két, esetleg három kis személyszállító kocsi, egy betegszállításra szolgáló automobil, egy automobilban berendezett mozgó laboratorium, egy desinfector- és egy fürdőautomobil. A kezelőorvosok kötelesek minden fertőző betegségre gyanús esetet bejelenteni annak a bakteriologiai állomásnak, amelyhez tartoznak, ez telefonon tovább jelenti az epidemiologiai intézetnek. Ha szükséges, kiküldik az intézet vagy a bakteriologiai állomás egyik orvosát, hogy a szükséges védőintézkedéseket megtegye.

Jugoszláviában az egészségügyi berendezés már a háború előtt is bizonyos fokig decentralizálva volt. Az egészségügyi inspectorátusokat fenntartják, de a munkának oroszlánrésze fokozatosan átszállott az új egészségügyi szervezetre. Ez a szervezet bármennyire decentralizálva van is, szoros contactust tart fenn a központtal és annak vezetőjével. Az összeköttetést nem hosszadalmas iratváltás útján biztosítják, hanem telefon útján. Az egészségügy vezetője telefonon kapja a jelentéseket és ugyanazon úton közli intézkedéseit. Ezeket azonban utólag írásba is foglalják; az acta tulajdonképen írásos jelentés arról, hogy ezt vagy azt a szóbeli rendeletét hogyan hajtották végre. A hygiene osztály vezetője sokat utazik, gyakran meglátogatja az egyes vidéki állomásokat.

E mellett a szervezet mellett az ország bizonyos részeiben felállítottak a malaria elleni küzdelem céljaira specialis intézeteket. Ennek a munkának a központja Üszkübben lesz, ahol a gyönyörű modern intézet az ősszel már félig be is volt rendezve. Ezeknek működési köre nemcsak a malariára gyanús vérkészítmények vizsgálata, hanem a malaria elleni küzdelem megszervezése, vezetése és intézése. Különösen szépen van ez megszervezve Dalmáciában, ahol a vezetés a trogiri malaria-intézet kezében van. De itt nagy szükség is volt a legerélyesebb beavatkozásra. Crk szigetén több falu van. Végigjártuk a szigetet az intézet automobilján. A sziget közepén láthatók az elhagyott Miholjice falu házsorainak csupasz falai. A lakosság nagy része elpusztult malariában, a megmaradtak pedig otthagyták a falut. S ez nem is olyan régen, körülbelül 45 éve történt.

A fertőző betegségek elleni küzdelem csak egyik része az új egészségügyi szervezet munkájának, mert ma már a tuberculosis elleni küzdelemmel, az iskolaegészségügy kérdésével is kezdenek foglalkozni. Szép munkát láttam az egyik belgrádi iskolai poliklinikán. Ez az intézmény egy csinos, barátságos faházban van elhelyezve, a városnak egy oly részén, ahol több elemi iskola van a közelben. A gyermekek megvizsgálását csoportokban végzik. Az iskola igazgatójával történt meg beszélés alapján berendelnek egyszerre 20 gyermeket. Ezeket az intézmény orvos-specialistái megvizsgálják, megnézik, milyen az általános fejlettsége, tápláltsága, nincs-e adenoidja, egy másik orvos a szemét, egy másik a fogait nézi meg. Minden gyermeken Pirquet-reactiót végeznek. Másnapra meghívják ugyenezeknek a gyermekeknek a szüleit is, akikkel az intézet vezetője megbeszéli a gyermekek egészségügyi állapotát, fejlettségét és közli velük, ha valami tennivaló van a gyermekkel.

Érthető, hogy ilyen sokirányú munkához sok orvosra van szükség. Ebben a tekintetben Jugoszláviának nagy nehézségei voltak, s vannak még ma is. A szerb, horvát, dalmát orvosokon kívül nagy számmal alkalmaztak külföldi orvosokat. Több kiváló orosz, néhány görög orvos is van, akik vezető positiót töltenek be. Érdekes, hogy a skopljei (Üszküb) „Tropeninstitut" felállítását a hamburgi *Nocht* professor irányítja, s egy időre lemegy Üszkübbe az intézet vezetése céljából.

Mint méltóztatnak látni, Jugoszlávia a közegészségügy terén szépen halad előre, az új gondolatokat lelkes, ügyes emberek valóra váltják. De vannak ott olyan momentumok is, amelyek gondolkodóba kell hogy ejtsék az embert afelől, hogy ezek a hibák nem fogják-e a szépen megindult munka sikerét veszélyeztetni. Csak a legfontosabbat említem fel. Mint méltóztattak hallani, Jugoszláviában egy egészen új egészségügyi szervezetet állítottak fel, amelynek feje a ministerium egészségügyi osztályának vezetője *(Stampar dr)*, tagjai pedig a különböző intézetek és bakteriologiai állomások személyzete. Magukat egy nagy család tagjainak tartják és a szervezetet maguk között „Hygiene-Familie"-nek nevezték el. Meglepő, sajnálatos dolognak tartom azonban, hogy magukat Jugoszlávia többi orvosaitól izolálják. Ez utóbbiak nemcsak hogy nem vesznek részt az új szervezet munkájában, hanem igen sokszor ellenségei az új iránynak. De ebben nemcsak az orvosok a hibásak, hanem az új szervezet is, amely nem keresi velük a nexust.

Meggyőződésem, hogy ebben nagy hibát követtek el, melynek tanulságait nekünk nem szabad szemünk elől tévesztenünk. A magyar hygienikus-gárdának arra kell törekedni, hogy megnyerje az ügynek az orvosokat is, hogy velük közösen dolgozhasson a közegészségügy előbbrevitele érdekében.

De hogy ezt elérhessük, ahhoz szükséges, hogy az orvosi kar megértse a hygiene céljait és ismerje eszközeit. Tény az, hogy a jó orvos fogalma megköveteli a betegségek megelőzéséről való gondoskodást is. A gyógyításnak, mint az orvos legszentebb hivatásának hangsúlyozása nem zárja ki azt, hogy a betegségek megelőzését még ez elé helyezze. Az orvos

altruista munkájában nem lehet az emberiség csak egy részének: a betegeknek szolgálatára. Épp így segítségére kell lennie az egészségeseknek is — egészségük megvédésében, megelőzésében.

Az orvosi oktatás régebben nálunk is, úgy mint külföldön, a súlyt a pathologiás tanításra fordította, mert az orvos egyedüli hivatásának a beteggyógyítást tekintette. Az utolsó 10—15 évben nyomult mindinkább előtérbe annak a szüksége, hogy az orvosi tanítást átitassák a betegségek megelőzésének gondolatával. Ennek a törekvésnek az utóbbi időben külföldön mindgyakrabban hangot is adnak. Így az angol General Medical Council (legfőbb orvosi tanács) ismételten kifejezést adott azon nézetének, hogy „az orvosi oktatás egész ideje alatt a hallgató figyelmét tanárai az orvostudomány bajtmegelőző működésére irányítsák". Amidőn 1922-ben az angol orvosi oktatásban bizonyos reformokat léptettek életbe, ezt a gondolatot bele is vitték az újításba, s azóta, mint ezt *Sir George Newmann* mondja, azon vannak, hogy ha az orvos elé beteg kerül, az orvosban ne csak az a gondolat merüljön fel, hogyan is gyógyítsam meg, hanem felvesse azt a kérdést is, hogyan lett ez az ember beteg, mik voltak azok a külső befolyások, amelyek miatt most szenved, s hogyan lehet megakadályozni, hogy ez az állapot nála vagy másoknál megismétlődjék. S ezeket a kérdéseket nemcsak a közismert fertőző betegségek esetén kell felvetni, de minden betegségnél, mert hiszen minden betegségnek *van* valami oka, amit keresni, kutatni, mint ezt *Pasteur* sürgette, minden orvosnak kötelessége.

*

Egy nemzetnél a nép expansiv ereje az, amely meghatározza, hogy mekkora az a terület, amelyet magáénak vallhat, s amely szükségképen kell is, hogy az övé legyen. Ennek az expansiónak egyik componense a kultúra, de ennek hordozója, terjesztője a nép. Egy nép, amelyet kis területre szorítottak össze, elveszti expansiv erejét, ha pusztul. A kultúra is kétségtelenül hathatós eszköz ez ellen a pusztulás ellen, de biztosítva egy nemzet fennmaradása és kultúrájának virágzása is csak akkor lesz, ha népe egészséges, életerős. Ezt célozza a modern közegészségügy és ebben a munkában részt kell vennie minden magyar orvosnak.

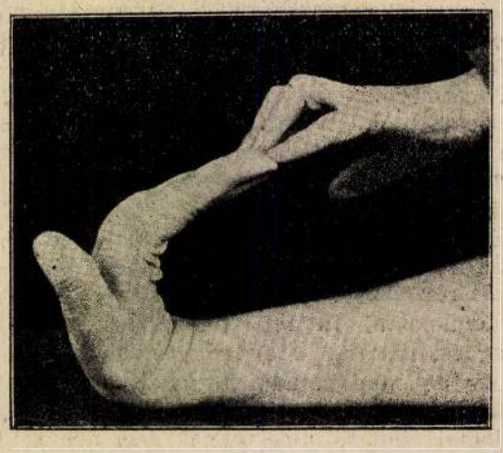
DIAGNOSTIKA

Az akromegalia egy jellemző tünetéről.

Írta: *Herzog Ferenc dr.*, egyet. ny. r. tanár.

Évek óta a következő tünetet figyelem meg akromegaliás betegeken. A végtagok passiv mozgását rendszeresen vizsgálva a mozgathatóságot főképen a distalis ízületekben, sokkal inkább a kézen, mint a lábon, az esetek többségében nagyobbnak találtam, mint egészséges emberen. A csuklóban és az ujjak ízületeiben ezt legszembetűnőbben úgy lehet kimutatni, hogy ha enyhe nyomással dorsalflexióba hozzuk a kezet és az ujjakat (1. ábra). Ilyenkor sok esetben az ujjak hossztengelye egészen vagy majdnem párhuzamos lesz az alkaréval, más esetben a mozgathatóság nem volt ilyen nagy, de mégis meghaladta a rendest. Megjegyzem még, hogy ezt felnőtteken észleltem, akiknek ízületein nem volt duzzanat, vagy arthritisre utaló elváltozás, továbbá meg kell említenem azt is, hogy ezekben az esetekben az akromegalia nem vezetett kachexiához, sem izomsorvadáshoz.

Eltekintve azoktól az esetektől, amelyekben egészséges emberen, gyakrabban nőn, ritkábban férfin, mint alkati sajátság szokatlanul nagy a mozgathatóság az ízületekben, betegeken általában kétféleképpen támadhat kórosan nagyobb mozgathatóság. Egyfelől az izmok tonusának csökkenése okozhatja ezt, például tabeses betegen, másfelől kórosan naggyá lehet a mozgathatóság arthritis vagy arthropathia következtében is. De akromegaliás betegeimen arthritis nem volt és hogy nem az izmok hypotoniája okozta az ízületek meglazulását, erre már az is utalt, hogy csak a distalis ízületek lazultak meg, holott az izomtonus általános csökkenésének minden ízületre egyformán kellett volna hatnia. Hogy az izomtonus rendes volt, azt a következő kísérlettel is ki lehetett mutatni: a 2—5 ujjnak és a kéznek passiv dorsalflexiójakor, éppen úgy



1. ábra.

mint egészséges emberen, a hüvelyk percei behajlottak, tehát hajlító izmaik tonusa, melynek eredménye ez a mozgás, rendes volt.

Hogy betegeimen arthritis és arthropathia nélkül mégis az ízületek tokszalagja lazult meg és hogy a kóros mozgathatóság innen származott, azt olyan ízületeken lehetett kimutatni, amelyekben ép emberen bizonyos irányban egyáltalában nem lehetséges mozgás és természetesen ilyen irányú mozgást végző izom sincsen, tehát nem izmok, hanem csakis a szalagok rögzítik az ízületet az illető irányban.

Akromegaliás betegen átvilágítás közben jól lehetett látni, hogy az ujjpercek közti ízületekben lehetségessé vált a passiv oldaltmozgás, ilyenkor az ujjpercek végei az ízület egyik oldalán 3 mm-re is távolodtak, tehát kétségtelen, hogy az ízületi szalagok megnyúltak. A metacarpophalangeális ízületekben az első perc teljes behajlításakor is még sikerült az ujjakat oldalt mozgatni, ami egészséges emberen lehetetlen, mert e helyzetben a lig. collateralia megfeszülnek és teljesen megakadályozzák az ujjak oldaltmozgását. Tehát ez esetben is a szalagok meglazulására kell visszavezetni a kóros mozgathatóságot.

A kézközép-ujjperc közötti ízületekben legszembetűnőbben átvilágításkor lehetett a szalagok lazaságát kimutatni: valamelyik ujjnak meghúzásakor 3—6 mm-re távolodtak itt a csontvégek (2. ábra. A 3-ik ujj meghúzása közben készült felvétel: ezen ujj első perce 4 mm-re távolodott a kézközépcsonttól). Ilyenkor kisebb fokban az ujjpercek is távolodtak egymástól, a kéztő ízületei pedig igen kifejezetten tágultak. Ha ugyanezt végezzük egészséges emberen, a csontok csak sokkal kisebb mértékben, vagy alig észrevehetően távolodnak.

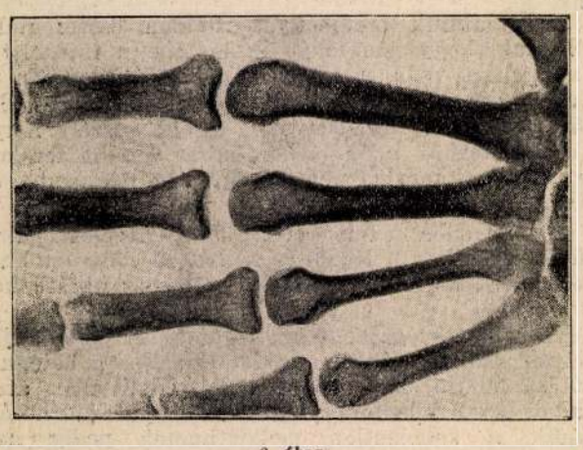
Ezen megfigyelések alapján kétségtelen, hogy akromegaliában nem az izomtonus csökkenése, hanem az ízületi toknak nagyobbodása vezet a mozgathatóság kóros fokozódásához a kézen és az ujjakon. A tokszalag lett lazábbá, hosszabbá, sőt az ízületi rés, helyesebben az ízületi csontvégek távolsága is nagyobbnak látszott két esetemben, ami — tekintve, hogy a csontvégek nem voltak közelíthetők egymáshoz — az ízületi porc megvastagodását biznyítja. Voltaképpen tehát anélkül, hogy másféle elváltozás is keletkezett volna azokon, az ízületek megnagyobbodtak, *arthromegalia* támadt, ami

nyilván analog a lágyrészek és csontok megnagyobbodásával és a splanchnomegaliával. Ez az arthromegalia éppúgy, mint a többi akromegaliás elváltozás, elsősorban a végtag distalis részén jelentkezik, itt lazulnak meg az izületek, míg a proximalis izületekben a mozgathatóság rendes maradhat.

Az irodalomban számos adatot találunk akromegaliás izületi elváltozásokról. Már *Marie*[1] megemlíti, hogy az izületeken előfordul duzzanat és hogy azokban dörzsölés és fájdalom támadhat. Ezen elváltozások többsége arthritis vagy arthropathia képében jelentkezett *(Beduschi*[2], *Dietrich*[3]*)*, vagy arthritis deformanshoz *(Schultze* és *Jores*[4]*)*, vagy hydrops articulorum intermittenshez és a tabeses jótermészetű izületi elváltozásokhoz hasonlított *(Chvostek*[5]*)*; más esetben viszont nem volt kizárható, hogy az akromegalián kívül idült polyarthritise is volt a betegnek *(Anschütz*[6]*)*. Ezekben az esetekben a beteg izületben a mozgathatóság nagyobb, vagy korlátoltabb volt. De a csontok és az izmok betegsége folytán támadt izületi elváltozást is észleltek akromegaliában. *H. Curschmann*[7] betegén az alkarcsontok distalis végének atrophiája folytán lazultak meg a szalagok és a kéztőcsontok radialis irányban tolódtak el; *Rotky*[8], kinek betegén az izomzat sorvadt volt, az izomtónus csökkenésére vezeti vissza, hogy a kéz és az ujjak izületei meglazultak, ami a csuklóban kóros dorsalflexióhoz, a kézközép-ujjpercizületekben túlságos palmarflexióhoz vezetett, amely mellett még az ujjak abductiója is sikerült.

Végre külsőleg ép izületek mellett is észleltek eltérést néhány esetben. *Strümpell*[9] rendes activ és passiv mozgás mellett az ujjak izületeinek lazaságáról tesz említést, *Schlesinger*,[10] *Embden*,[11] *Wersiloff*,[12] *Mollow*,[13] *H. Curschmann*[7] pedig a kéz Röntgen-felvételén az izületi rést, a csontok izületi végeinek egymástól való távolságát nagyobbnak találták, amit az első három szerző a porc megvastagodására vezet vissza. *Schlesinger* betegén némelyik ujj subluxálva volt. Két esetemben ugyancsak tágabb volt az izületi rés és ez nem vált keskenyebbé a csontok izületi végeinek egymásra való nyomásakor sem, ami annak a jele, hogy valóban az izületi porc megvastagodása miatt távolodtak egymástól a csontvégek.

Az izületi résnek ettől származó megnagyobbodását különben ép izületeken az *arthromegalia* tünetének kell tekintenünk. Az idézett esetekben kóros mozgathatóságról nincsen feljegyzés, saját eseteimben a rendesnél nagyobb mozgathatóság volt az izületek megnagyobbodásának, a tokszalag megnyúlásának legszembetűnőbb jele. A csontokon előforduló atrophián kívül ezen arthromegaliának is kell jelentőséget tuljadonítanunk az akromegaliásokon nemritkán észlelhető subluxatióknak és az elég gyakori, jellemző scoliosisnak létrehozásában.



2. ábra.

Irodalom: [1] *P. Marie*, L'acromégalie: étude clinique. Le Progrès médicale. 1889. — [2] *V. Beduschi*. Sur un cas d'acromegalie. N. Icon de la Salp. 1907. — [3] *A. Dietrich*, Knochen- und Gelenkveränderungen bei Akromegalie. Verh. d. Deutsch. Path. Ges. 1909. — [4] *Schultze u. Jores*, Beiträge zur Symptomat. und Anat. d. Akromegalie. D. Z. f. N. 1897. 11. köt. — *F. Chvostek*, Zur Symptomatologie der Akromegalie. W. kl. W. 1899. — [6] *Anschütz*, 43. Congr. d. D. G. f. Chir., Neurol. Centralbl. 1914. — [7] *H. Curschmann*, Über regressive Knochenveränderungen bei Akromegalie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1905—6. — [8] *Rotky*, Klinische und radiologische Beobachtungen bei einem Falle von Akromegalie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., köt. 14, 1909—10. — [9] *A. Strümpell*, Ein Beitrag zur Pathologie u. pathologischen Anatomie der Akromegalie. D. Z. f. N. 1897, 11. köt. — *H. Schlesinger*, Zur Kenntniss der Akromegalie u. der akromegalieähnlichen Zustände (partielle Makrosomie). W. kl. W. 1917. — [11] *H. Embden*, Aktinogramme von Schädel und Hand eines Akromegalen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 3. köt. — [12] *N. Wersiloff*, Ein Fall von Akromegalie. Ges. d. Neur. u. Irrenärzte in Moskau. 1900 október 6-án. Neurol. Zentralbl. 1902. — [13] *W. Mollow*, Ein Fall von Akromegalie u. Pellagra. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 13. köt.

THERAPIA

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

Intracisternásan adagolt lobelin hatásáról.

Írta: *Jánosy Gyula dr.* tanársegéd.

A lobelin a lobelia inflata egyik alkaloidája, hatása elsősorban abban nyilvánul, hogy izgatja a légzőcentrumot. Gyógyszerként különböző módon adagolható. Legtöbb szerző a subcutan vagy intramuscularis adagolást ajánlja *(Beumer, Grill, Mitzner, Mikulitz-Radecki, Rominger, Wieland* és *Mayer* stb.), mások az intravenás adagolást dícsérik *(Bonsmann, Behrens* és *Polewka, Hellwig, Hoechstenbach* stb.). Néhányan e gyógyszert intracardialisan is adták, kitűnt azonban, hogy a lobelin intracardialisan adagolva a szívizomra károsan hat *(Wieland* és *Mayer)*. Intracisternás adagolással ezideig csak mi kísérleteztünk.

Mielőtt a lobelint intracisternásan adagoltuk, pontosan megfigyeltük egészségeseken és betegeken a subcutan, az intramuscularisan és intravenásan adott lobelin hatását. A légzést a lobelin adása után órákig regisztráltuk, szívműködést pontosan ellenőriztük, sőt minden vegetativ beidegzésű szerv működését nagy figyelemmel kísértük.

E vizsgálatokból kitűnt, hogy ha a lobelint subcutan vagy intramuscularisan adtuk, a hatásos dosis 0·01 g körül kezdődött. Az injectio megadása után 3—4 perc mulva a légzés gyakran veszített mélységéből, a légvételek számának változása nélkül. E hatás körülbelül 4 percig tartott és ezután a légzés fokozatosan mélyebbé vált. Az injectio adása után körülbelül 15—20 perc mulva a légvételek száma percenként 1—2-vel szaporodott, a légvételek a rendesnél valamivel mélyebbé váltak. E hatást körülbelül félóráig észleltük. 0·015 g adagolásakor a hatás tovább tartott, de olykor kisfokú bradycardia jelentkezett.

Intravenás adagoláskor sokkal gyorsabb, nagyobb, de rövidebb ideig tartó hatást láttunk. A lobelin intravenás adagja 0·003—0·004 g. Az injectiót mindig lassan adtuk, ezáltal igyekeztünk elkerülni, hogy a gyógyszer nagy concentratióban érje egyszerre a szívizmot. Az injectio beadása után gyakran kaptak a betegek köhögési ingert, mely igen rövid ideig tartott, mások fulladási érzést jeleztek, azonban a fulladásnak objectiv tünetei nélkül. A légzés hirtelen igen méllyé vált, a légvételek száma azonban csak kissé szaporodott. Az igen mély légvételeket 1—2 perc mulva a rendesnél csak valamivel nagyobb légvételek váltották fel és 8—10 perc mulva ez is megszűnt és a betegek úgy lélegeztek tovább, mint injectio adása előtt.

Intracisternásan eddig 10 betegnek adtunk lobelint. A cisterna cerebello-medullaris punctióját 6 cm hosszú próbapunctiós tűvel végeztük az Orvosi Hetilap 1924. évi 911. oldalán leírt technikával és néhány cm^3 kibocsátott liquor helyébe fecskendeztük a liquorral higított lobelinoldatot.

Eseteinket az alábbiakban ismertetem:

1. eset. Morphiummérgezés. Öngyilkossági szándékból bőre alá 0·24 g morphiumot adott. Egy óra mulva találták meg súlyos comában. Cornearefiex hiányzik, nagyfokú cyanosis, Cheyne-Stokes-légzés, légvételek száma percenként 6. Pulzus könnyen elnyomható, rithmusos, percenként 104. A légzőcentrum bénuló állapotára való tekintettel lobelin adását határozzuk el, addig is, amíg a gyógyszert megkapjuk, subcutan 0·001 g atropint, 0·20 g coffeint kap és mesterséges légzést alkalmazunk. Ezek azonban állapotán egyáltalában nem javítanak. A lobelin intravenás adagolása a beteg kövér volta és igen vékony, nem látható venái miatt szóba sem jöhetett, subcutan adagoláskor a hatás lassúnak igérkezett, a beteg rossz állapota pedig igen gyors segítséget követelt. Így 0·01 g lobelin intracisternás adagolását határoztuk el.

A hatás meglepő volt: Az injectio adása után a beteg rögtön nagy légvételeket vesz, az első légvételek még szabálytalanok, a cyanosis percek alatt megszűnik, a beteg bőre az izzadtságtól nedvessé válik, cornearefiex visszatér, pulzus 66-ra csökken, a légzés nagy kilengései lassan rendessé válnak. Egy óra mulva a beteg nagyobb ingerekkel már álmából felébreszthető, de azonnal el is alszik. 10 óra mulva álmosságán kívül kóros tünet nem észlelhető.

Ez esetről már tettem említést röviden az Orvosi Hetilap 1924. évi 51. számában megjelent cikkem jegyzetében (913. oldal). Hogy ez esetet részletesen is ismertetem, azt az alábbi vizsgálati adatok indokolják.

2. eset. Wison-betegség. Ép belső szervek. Légzés percenként 21, pulzus 72. Intracisternásan, éppen úgy, mint az 1. esetben, 0·01 g lobelint adunk. Az injectio után a beteg azonnal igen mély lélekzetet vesz, a légzés szapora lesz: 32, pár perc mulva a beteg elhalványodik, bőségesen izzad, bradycardiás, bélgörcs lepi meg, további 10 perc alatt a bradycardia fokozódik, pulzus percenként 36, a beteg hányingert kap, majd hány. Ekkor 0·0005 g atropint és 0·25 g camphort adunk subcutan. Ezután jobban érzi magát, pulzus percenként 46, izzadás tovább tart, bélgörcs szintén, hányás megszűnt, lélekzés szapora és a beteg nyugtalansága miatt csak két percig regisztrálható. A kellemetlen tünetek három óráig tartanak, ezután a beteg állapota olyan, mint injectio adása előtt.

Az első esetben tehát a cisternába adott 0·01 g lobelin — eltekintve a kisfokú izzadástól és bradycardiától — csak a légzőcentrum izgalmát idézte elő és semmi kellemetlen tünetet nem okozott, a második esetben ellenben a légzőcentrum izgalma mellett igen kellemetlen tüneteket láttunk kifejlődni. A két eset között azonban lényeges különbség van. Az első nagymennyiségű morphiummal mérgezett, atropinnal kezelt beteg volt, e gyógyszerek az agyi centrumok ingerlékenységét nagymértékben befolyásolták, a második beteg ellenben rendes ingerlékenységű agyi centrumokkal rendelkezett. Valószínűnek látszott, hogy a különböző hatás okát nem egyéni okokban, hanem a morphiumban vagy az atropinban kell keresnünk.

Mielőtt azonban a lobelinnek atropinnal, illetőleg morphiummal együtt való hatását vizsgáltuk, meg kellett pontosan határoznunk a lobelinnek hatásos, de nem veszedelmes intracisternás adagját:

3. eset. Nephritises uraemia. Agonia. Cheyne-Stokes-légzés. Intracisternásan adott 0·001 g lobelin hatástalan.

4. eset. Neurastheniás fejfájás. Ép szervek. Intracisternásan adott 0·001 g lobelin hatástalan.

5. eset. Myodegeneratio in stad. incomp. Intracisternásan adott 0·002 g lobelin hatástalan.

6. eset. Imbecillitas. Ép szervek. Intracisternásan adott 0·002 lobelin után rövid ideig tartó, kisfokú izzadás, enyhe nausea észlelhető. Légzés változatlan.

7. eset. Colitis haemorrhagica. Agonia. Légzés szabályos, 20. Pulzus rithmusos, 102. Intracisternásan adott 0·002 g lobelinnek tuljadonítható hatást nem észleltünk.

8. eset. Carcinoma mammae cum metastases. Légzés percenként 22. Pulzus könnyen elnyomható, rithmusos, percenként 92. Intracisternásan adott 0·003 g lobelininjectio után másfél perc mulva a légzés szapora lesz, percenként 42, valamivel nagyobb kilengésűvé válik, a beteg bőségesen izzad, pulzus 84, múló hányinger, nem hány.

9. eset. Szülési trauma után kifejlődött quadruplegia. Légzés rendes, percenként 20. Pulzus 72. Intracisternásan adott 0·003 g lobelin után félóráig a légzés percenként 24—26, nagy kilengésű, pulzus változatlanul 72, izzadás. A kísérlet 14. percében hányinger, majd hányás. Az injectio után félóra mulva légzés száma percenként 20, hányás nincs, pulzus rendes.

10. eset. Tuberculosis lymphoglandularis. Anaemia gravis. Álmosság. Légzés hasonlít a Cheyne-Stokes-typusú légzésre, percenként 14. Intracisternásan adott 0·003 g lobelin hatására a légzés normalis typusú lesz, percenként 18. A hatás körülbelül másfél óráig tart.

A 6. és 8. eseteknek egy-egy alkalommal intracisternásan adtunk 0·004 és 0·005 g lobelint. Profus izzadás, rövid ideig tartó hányinger, kisfokú bradycardia, vérnyomáscsökkenés mindig jelentkezett, a légzőcentrum izgalma az injectio után 1—1½ perc mulva kezdődött és ½—2½ óráig tartott.

A lobelinnak tehát intracisternás dosisa 0·003—0·004 g. Miután a lobelin dosisát ilyen módon megállapítottuk, vizsgáltuk, hogy miképen hat a lobelin atropinnak egyidejű adagolása mellett.

8. esetünknek 0·001 g atropint adtunk subcutan, torokszárazság jelentkezett, pulzus 88-ról 104-re szaporodott, légzés nem változott. Ekkor 0·004 g lobelint adtunk intracisternásan. Hányinger, izzadás egyáltalában nem jelentkezett, a pulzus 76-ra csökkent, a légzés 24-ről 48-ra szaporodott és Kussmaul-szerűvé vált. E hatás 2 óráig tartott.

Tehát intracisternás lobelininjectio előtt subcutan adott atropin fokozta a lobelinnek légzőcentrumra való izgató hatását és nem engedte kifejlődni az izzadást, a hányingert, hányást, bradycardiát. Ha az atropint később adtuk, mint a lobelint, akkor a lobelinnek kellemetlen hatásait az atropin szüntette (l. 2. esetet).

A 9. esetünknek az intracisternás lobelininjectio előtt 0·03 g morphiumot adtunk subcutan. A beteg fájdalma miatt naponta kapott 0·02 g morphiumot és az álmosság csak 0·03 g-nál jelentkezett. A morphiuminjectio után 20 perc mulva a cisternába adott 0·004 g lobelin sokkal enyhébb hatást hozott létre, mint morphium adagolása nélkül, légzés alig fokozódott, izzadás alig jelentkezett, kisfokú bradycardiát és nauseát észleltünk.

Vizsgálataink eredményét röviden összefoglalva mondhatjuk, hogy megfelelő dosis lobelin intracisternás adagolása után a lobelinhatás — hasonlóan az intravenás adagoláshoz — azonnal jelentkezik, de a hatás jóval tovább tart. A szívet is kisebb veszély fenyegeti intracisternás adagoláskor, mint venába fecskendezve, mert a liquorból nem az egész lobelinmennyiség kerül rögtön a keringésbe.

A cisternába adott lobelin a nyúltvelői centrumoknak, elsősorban a légző- és az izzadáscentrumoknak izgalmát idézi elő és a lobelin peripheriás hatása háttérbe szorul.

Ha csak a légzőcentrum izgatása céljából adjuk intracisternásan a lobelint, akkor tanácsos a betegnek a cisternapunctio előtt subcutan megfelelő dosis atropint adni. Így a lobelinnek légzőcentrumra való hatása fokozódik, a kellemetlen melléktünetek pedig nem jelentkeznek.

Subcutan adott morphium csökkenti az intracisternásan adott lobelin hatását. Morphiummal mérgezetteknek, továbbá olyan betegeknek, akiknek centrum-ingerlékenységük csökkent, intracisternásan 0·003—0·004 g-nál nagyobb lobelinmennyiség is adagolható.

Az elmondottakból kitűnik, hogy az intracisternás lobelininjectio helyes indicatio alapján hasznos therapiás eredményeket biztosíthat, sőt bizonyos esetekben életmentő is lehet. Az intracisternás injectiókkal tehát nemcsak tudományos problémákat fogunk közelebb vinni a megoldáshoz, hanem a gyógyításnak eddig ismeretlen lehetőségei nyílnak meg előttünk. Az

intracisternás lobelininjectióval az első segélynyujtás eljárásait máris új, eredményes módszerrel gazdagítottuk.

Irodalom: *Beumer:* Klin. Wochenschr. 1922, 13. sz., 654. old. — *Bonsmann:* Klin. Wochenschr. 1924, 46. sz., 2127. old. — *Behrens* és *Polewka:* Klin. Wochenschr. 1924, 37. sz., 1677. old. — *Grill:* Klin. Wochenschr. 1924. 1. sz., 46. old. — *Hellwig:* Zentralbl. f. Chir. 1921, 21. sz. *Hoechstenbach:* Med. Klin. 1921, 29. sz. — *Jánossy:* Orvosi Hetilap 1924, 51. sz. — *Mitzner:* Monatschr. f. Geburth. u. Gynäkol. 62. köt., 1—2. füz., 60. old. — *Mikulitz-Radecki:* Zentralbl. f. Gynäkol. 46. évf. 39. sz. 1574. old. — *Ochsenius:* Med. Klin. 1924, 29. sz., 1016. old. — *Renz:* Ther. d. Gegenwart. 1924, 2. füz., 52. old. — *Rominger:* Ther. Halbmonathefte 1921, 12. sz. — *Wieland* és *Mayer:* Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. 92. köt., 4—6. füz., 195. old.

Egy-két szó az utókezelésről.

Irta: *Berzsenyi Zoltán dr.*, Fejér vármegye Szent György-kórháza sebészeti osztályának főorvosa, kórházigazgató.

Melyik sebész tagadhatná operált betegei *utókezelésének* fontosságát? Egy helytelenül keresztülvitt utókezelés, avagy csak egyes phasisainak elmulasztása akárhányszor veszélyeztetheti a műtét sikerét. Maga az utókezelés a sebészetnek egy igen fontos ága, melynek ismerete nélkül sikerrel sebészkedni nem is lehet. Tudományunknak ezt az ágát sem az egyetemen, sem a tankönyvekben nem tanítják oly mértékben, mint azt az ügy fontossága megérdemelné. Innen van, hogy a tanulmányi idő befejezte után a kórházakhoz kerülő fiatal orvosok alig tudnak e kérdésről valamit és én úgy látom, nem is tulajdonítanak neki — elég helytelenül — fontosságot. Pedig a fiatal orvosok vannak elsősorban hivatva arra, hogy akárhányszor teljesen önállóan adjanak úgy a beteg, mint az ápolószemélyzet, vagy akár az aggódó hozzátartozók ezirányú kérdéseire feleletet. Mert hiszen nem tarthat minden vizitet a vezető maga, s így nincs mindig abban a helyzetben, hogy utókezelési elveit, amik jóformán minden osztályon mások és mások, minden egyes eset kapcsán külön az orvosszemélyzetnek, külön az ápolónőknek elmagyarázza, hanem ezeket az utókezelési elveket általánosságban fekteti le, amiknek keresztülvitele azután a segédszemélyzet feladata. Csakhogy az ily módon, általánosságban lefektetett utókezelési elvek egyrészt nem individualisak, másrészt pedig szóbeli rendeletek keresztülvitele a segédszemélyzet emlékezetétől is függ, ami emberi lévén, mulasztások kútforrása lehet.

Ez a tapasztalat vezetett arra, hogy egyrészt individualisan fektessem le osztályomon az utókezelési módokat, másrészt és főleg pedig hogy írásban adjam ki a gyógyulás érdekében fontos utasításaimat. Ezért hoztam be osztályomon az alanti sémát. Mivel minden betegnél külön töltjük azt ki, megvan az individualizálás lehetősége, s egyszerre hozza tudomására, minden fáradság nélkül, a segédorvosoknak, az ápolószemélyzetnek, sőt magának a betegnek is az utókezelés módjait. Előnye az is, hogy használatával a feledékenység kiküszöbölhető, mert hisz maguk a betegek tudják már és azt élénken számon is tartják, hogy az operatiót követő napokban mit kell velük tenni, és ha csak valami is elmulasztódik, maga a beteg figyelmezteti környezetét a teendőkre. Végül előnye e kis séma használatának az is, hogy megtanulja a fiatal orvosi személyzet az utókezelés legelemibb módjait, mert hisz ők írják, mindjárt az egyes operatiók befejezése után, az operateur diktálására ez íveket, amik egy blokról leszakítva a beteg mellé s vele együtt a kórterembe kerülnek és a beteg táblája mellé kifüggesztetnek. A többi már magától megy: az egyes beteglátogatások alkalmával csak ránéznek az ívre s az orvosi személyzet, az ápolónő, sőt maga a beteg is mindjárt tudja, hogy aznap vele mi kell hogy történjék. Természetes, hogy a rendeleteken, a szükség szerint, változtatások teendők. Példa kedvéért legyen szabad az említett sémát egy gyomorresectiós esetre vonatkoztatva közölni:

Utókezelés:

48. sz. kórteremben fekvő *Keresztes József* nevű beteg részére.

Betegség: *C. ventriculi.*

Műtét: *Gyomorresectio.* Dátuma: *1923 XII. 8.*

Különösen vigyázni kell: *hogy a köhögés vissza ne tartassék.*

Az éjjeli ápolónő figyelmeztetendő: *erre.*

Koszt: *XII. 8„ 9. és 10-én semmi, 10—11-én folyadék, 12—13-án pépes, 14-től fogva rendes D.*

Mesterséges táplálás: —

Katzenstein: *azonnal három napon keresztül, nappal.*

Infusio: —

Orvosságok szájon át: —

„ végbélen át: —

„ bőrön át (injectio): *3 napon keresztül coffein.*

„ venába: —

„ izomba: —

Szájöblögetés: *9-ikétől fogva.*

Hashajtás: *13-án.*

Beöntés: —

I. kötésváltás: *13-án.*

Draineltávolítás: —

Kapocseltávolítás: *13-án.*

Fonáleltávolítás: —

Felpolcolás: —

Hólyagöblítés: —

Katheterezés: —

Katheteresere: —

Mély lélekzetvételek: *azonnal, amint felébred.*

Magasan való fektetés: *azonnal.*

Masszirozás: —

Felül az ágyban: *13-án.*

Kiül az ágyból: *13-án délután.*

Felkel: *14-én.*

Járhat (mankóval vagy) mankó nélkül: *15-én.*

Fürdő: *16-án.*

Napkúra: —

Fénykúra: —

Egyéb rendelkezések: *a főorvos hozzátartozóival beszélni óhajt!*

Az előírt rendelkezések be nem tartása az alorvos úrnak azonnal jelentendő.

*

Az elmondottak alapján ajánlom e praktikus sémát sebészkartársaim szíves figyelmébe.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

Az emésztőszervek megbetegedéseinek diaetás kezelése.

26. *Ulcus-kúrák.*

Az emésztőcsatorna nyálkahártyájának kifekélyesedésével járó megbetegedések közül a *gyomorfekély* diaetás kezelése van a legjobban kiépítve, arra is van a legtöbbször szükség és így a más localisatiójú és aetiologiájú fekélyek kezelésére szolgáló étrendeket is vele egyező alapelvek szerint állítjuk össze. Az étrendi előírásunk ulcus-kúránál változni fog aszerint, hogy az ulcus vérzik, heged, vagy pedig már begyógyult.

A vérhányással és szurokszerű székletéttel járó nagyobb vérzéseknél a tápfelvételt szájon keresztül lehetőleg teljesen be kell szüntetnünk. Az éhezést a

szervezet néhány napig jól elbírja, de a szomjúság miatt szenved. A természetes út megkerülésével a szervezetbe folyadékot juttatni *tápcsőrével* tudunk. Különböző összetételű tápcsőréket ismerünk: a legállandóbb alkatrészük tej, tojás, konyhasó, cukor vagy felbontott liszt, cognac, vörösbor vagy alkohol. A peristaltika lassítására opiumot és a zsírhasítás elősegítésére pankreasfermentumokat, pankreont szoktunk hozzáadni. A leggyakrabban használatos tápcsőrerecept: 250 g tej, 2 tojás, kis kávéskanálnyi só, 1 evőkanál porcukor, likörös-pohárnyi cognac, rum vagy alkohol (vagy kétszerannyi vörösbor), 5 pankreontabletta és 8—10 csepp opiumtinctura.

A tápcsőrét reggelenkint tisztító beöntés előzze meg. Egy-egy tápcsőre ne legyen több 300 g-nál, körülbelül 38 fokra melegítsük fel és naponta háromnál többet ne adjunk. Ha a beteg a tápcsőrét visszatartani nem tudja, vagy nehezen szívódik fel, úgy a *Katzenstein*-féle cseppenkint adagoló berendezést vesszük igénybe. A tápcsőrekezelés alatt a beteget rendesen szomjúság kínozza, amin úgy lehet segíteni, hogy physiologiás konyhasóoldatot adunk per rectum, vagy pedig a szomjúságérzést citromlével, savanyú cukorkákkal, jéglabdacsokkal, esetleg citromfagylalttal enyhítjük.

Az első heves vérzőtünetek az absolut nyugalomra és a koplalásra rendesen pár nap alatt megszűnnek és megkezdhetjük a beteg per os táplálását. Hegedő sebről lévén szó, a táplálék minőségét és mennyiségét a gyógyulási folyamat előhaladásához kell alkalmaznunk. A vér alvadékonyságának növelésére és így a szivárgó vérzés elállítására igen jóhatású a *gelatine*. Célszerű tehát a rendes táplálást gelatine-gazdag ételneműekkel vezetni be. Collagen állati testrészekből főzhető a húsgelée, collagen- és extractivanyagdús húsból készül az aspique. Az előbbit édesízűen készítjük el rendesen, az utóbbit pedig sósan. Sokkal olcsóbb ezeknél a táblákba öntött finom ét-gelatine, melyet azonban enyvre emlékeztető szaga és íze miatt csak erősen ízes és aromás anyagokhoz használhatunk. Hasonló geléek készülhetnek agar-agarral és vizahólyaggal is. A pektinanyagdús ribiziből, málnából és birsalmából cukorral hosszasan főzve készülnek a gyümölcskocsonyák (Sulze).

A rendes táplálkozásra az ulcuskezelésre ajánlott különféle diaeta-sémák szerint térhetünk át. Legismertebbek ezek között *Lenhartz* és *Leube* előírásai.

Lenhartz a vérhányás utáni első napon 2 tojást és 200 g tejet ad. Mindennap eggyel több tojást és 1 deciliterrel több tejet ír elő; napi 8 tojáson és 1 liter tejen hosszasabban megmarad. A harmadik napon ezekhez 20 g porcukrot ad, amit másodnaponként 10 g-mal emelve 50 g-ra visz fel. A 6. napon egyszer, a 7. naptól kezdve naponta kétszer 35 g vakart nyershúst, azonkívül 100—300 g tejberizst kap a beteg (másodnaponkint 100 g-mal emelkedve). A 8. naptól másodnaponkint 20 g-mal több kalácsot, a 10. naptól kezdve pedig még 50 g nyers sonkát és 20—40 g vajat enged meg.

A Lenhartz-kúra, amint látjuk, aránylag gyorsan tér át a kaloriadús táplálásra, hiszen már a 11. napon körülbelül 3000 kaloria a napi koszt tápértéke. Állati fehérjében is igen gazdag ez az étrend, ami főleg a gyomorsav megkötésére előnyös.

Az előírás gyakorlati kivitele nem nehéz. Tej, tojás- és cukor-alapanyagból eléggé változatos ételek készíthetők, amiknek a száma hús, tejbefőtt és vaj felhasználásával még csak emelkedik. A főtáplálék hosszabb időn át a napi egy liter tej, amelyet a legkülönbözőbben ízesítve és a Karell-kúránál leírt módokon változtatva szolgálhatunk fel. A vakarthús helyett adjunk eleinte húspuréet, majd csirke-, galamb- vagy borjúhúsvagdalékot előbb főzve, azután pedig már angolosan kisütve. A tejberizsnél vigyázzunk, hogy a szemek ne maradjanak egészben; ezért vagy törjük át tálalás előtt, vagy inkább tejbedarát adjunk. A tejeskenyér vagy a kalács ne legyen friss; kétszersült vagy caces jobb helyette, mert a mennyiséget darabonkint előírva, a fokozatot jobban lehet betartani. Ne ragaszkodjunk az előírás „nyers sonkájához" sem. Bátran adhatunk kötőszövetszegény főtt vagy sült húst helyette.

Leube eredeti előírását *Penzoldt* a következő adagokra osztotta el:

I. (körülbelül 10 napig). 250 g húsleves, 250 g teljes tej, 1—2 tojás, 30—40 g Leube-Rosenthal-féle hússolutio, 6 drb Albert-caces, egy pohár ásványvíz.

II. (körülbelül 10 napig). 100 g borjúvelő, 100 g borjúmirigy, egy galamb vagy csirke húsa, 100 g marhafilet, 100 g nyersen füstölt marhahúspaszta, 30 g tejbefőtt tápióka.

III. (kb. 8 napig). Egy galamb és egy csirke húsa, 100 g filet-beefsteak, 100 g sonka, 50 g pirított kalács vagy kétszersült, 50 g burgonyapép, 50 g kelvirág.

IV. (8—14 napig). Őzhús, fácán, roastbeef, marhafilet, borjúhús, csuka, süllő, pisztráng, kaviár, rizs, spárga, rántotta, omelette, gyümölcspurée, vörösbor.

Ziemssen ezt a meglehetősen hiányos és konyhatechnikai szempontból sem kifogástalan előírást előnyösen módosította, több élelmiszerrel kibővítette és a napi mennyiségeket naponként emelkedve osztotta el. Klinikánkon ugyanezen étrend adásánál az évek során a következő módosítás vált be:

Az ulcuskezelés első szaka *(ulcus I.)* addig tart, amíg a székletétben a Weber-próba positiv. Ezen idő alatt szigorúan folyékony diaetát adunk, amelynek napi egy liter tej, 4 tojás, és 5—6 caces a gerince. A folyékony étrendben említett italokkal és ételneműekkel lehet azután ezt bővítenünk, az alkoholos és szénsavas italokat természetesen kerülve. Különösen a tejszínnel bánjunk bőkezűen; figyelemreméltóan jóhatású szokott lenni a mandulatej. A húsleves és általában a hús extractivanyagai igen gyakran váltanak ki ulcusos betegeknél gyomorfájdalmakat és ezért a beteg egyéni tolerantiáját óvatosan próbáljuk ki.

A második szakasz *(ulcus II.)* akkor kezdődik, ha a vérzés teljesen megszűnt és addig tart, amíg az érzékenység és a spontán fájdalom eltűnik. Ezen idő alatt már az előbbi kosztot borjúmirigygyel, borjúvelővel, tejbefőttekkel, kelvirággal, paraj-, burgonya- és gyümölcspuréevel bővíthetjük. Ezen élelmiszereket megfőzésük után a tápérték növelése és a gyomorsecretio elnyomása céljából bőven vajazzuk. Megjegyzendő, hogy a frissen köpült vajtól a legtöbb ulcusos gyomorfájdalmakat kap. A vaj ezt a tulajdonságát úgy lehet megszüntetni, hogy csak olvasztott vajat (Butterschmalz) használunk a főzéshez. A húsfogyasztásnak ebben a periodusban egyrészt az lehet a hátránya, hogy, ha az esetleges occult vérzést továbbra is ellenőrizni akarjuk, a Weber-próba megbízhatóságát zavarja, másrészt a húsételeket a betegek különbözőképen tűrik. Némelyiknél a húsfajta, másoknál az elkészítési mód okoz panaszokat. Leginkább a csirke- és borjúbecsinált vagy húspurée, hachée, vagy kisütött húsfarce adható.

A harmadik szakasz *(ulcus III.)* tulajdonképen fokozatos átmenet a könnyű vegyes étrendhez. A purée-hachée étrendet fogjuk előírni a hyperaciditas elleni diaetánál felsorolt szempontok szerint átdolgozva. Minden újabb élelmiszert előbb óvatosan kis mennyiségben adagoljunk és csak ha fogyasztása panaszokat nem okoz, adhatunk belőle többet és gazdagíthatjuk az étrendet másfajtájú ételneműekkel. Az ulcuskúra negyedik szakaszában *(ulcus IV.)* hosszú időn át olyan könnyű vegyes étrendet írunk elő, amellyel az esetleg fokozott gyomornedvelválasztást is kedvezően befolyásolhatjuk.

Az említett két ulcuskúra-typus előnyeit egyesíti a *Sippy-kúra*, amelyet klinikánkon igen szép eredménnyel alkalmazunk. A Sippy-kúránál a fokozott gyomorsavsecretiót alkaliákkal állandóan közömbösítjük és amellett a betegnek egyórás időközökben kis adagokra elosztva kaloriadús kímélő diaetát adunk. *Sippy* eredeti előírásától némileg eltérve, *Umber* módosítása szerint adjuk mi is:

A beteg teljes ágynyugalom mellett az első két-három napon reggel hét órától este hét óráig óránkint 1 deci tejen kívül egyéb táplálékot nem vesz magához. Ezenkívül óránkint fölváltva kétféle alkaliát és pedig vagy 0·5 g magnesia usta és natrium bicarbonicum aa. vagy pedig 0·5 g calcium carbonicum és 1·5 g natrium bicarbonicum porokat szed. A porokat aszerint osztjuk el és váltogatjuk, hogy szedésüket obstipatio vagy hasmenés kíséri. Ha a beteg fájdalmai enyhülnek, úgy az óránkinti tejadaghoz előbb egy-két tojást, elhabarva vagy lágyan elkészítve, néhány darab caces-et, majd tejbefőttet és burgonyapuréet adunk kiegészítésképp. A beteg subjectiv panaszaitól és objectiv állapotától függően bővítjük ezután az étrendet geléekkel, crémekkel, finomfőzelék- és gyümölcspuréekkel, kochokkal, piskótatésztákkal stb. Emellett a beteg állandóan kapja óránkint a tejet és az alkaliákat. A kúra tartama a beteg állapota szerint általában 2—8 hét, sőt egyes esetekben a kúrát a betegnek távozása után is tovább kell folytatnia.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A reticuloendotheliás rendszer gyüjtőszerveinek functiós vizsgálata. *Saxl* és *Donath.* (Wiener klinische Wochenschr. 1925, 2. sz.)

Szerzők folytatták vizsgálataikat, melyek a reticuloendotheliás rendszernek a vérbe kerülő idegen anyagok kiválasztásában való szerepére vonatkoznak. Abból indultak ki, hogy a rendszer gyüjtőszerveinek — lép, máj, tüdő, csontvelő, mirigyek stb. — megbetegedése ezen szervek felfogóképességére és így bevitt idegen anyagoknak a vérből való eltávozására nem lehet hatástalan. Vizsgálataikhoz egy tartós, 20%-os olajemulsiót használtak, melyben a suspendált részek nagysága a haemoconiumoknak — a zsíremésztés kapcsán a vérben fellépő zsírcseppeknek — felel meg és melynek 5 cm^3-ét a legtöbb vizsgált egyénnek minden reactio nélkül injiciálhatták. Az injectio után háromperconként az ujjhegyből vett vérben paraboloidcondensorral vizsgálták a zsírszemcséket. Normalis egyéneknél 6—9 perccel az injectio után alig mutathatók ki zsírcseppek. Ennél gyorsabban tűnt el a befecskendezett zsír activ Basedownál, míg a leghosszabb ideig májcirrhosisnál keringett a zsír a vérpályában (12—15 perc). Lassabban tűnt el a zsír még ikterus catarrhalis egyes eseteiben, súlyos sepsisnél, uraemiánál és súlyos általános cardialis pangásnál. Myeloid leukaemiánál, anaemia perniciosánál (még egy splenektomizált esetben is) nem találtak eltérést a normalis viszonyoktól.

Állatkísérletekben ezzel az eljárással a reticuloendotheliás rendszer pharmakologiás befolyásolhatóságát is észlelték, régi kísérleteikhez hasonlóan elektrocollargollal dolgozva. Állatkísérleteikből — a lépnek és a máj érrendszerének kikapcsolása révén nyert eredményekből — arra is következtetnek, hogy a lép és a máj idegen anyagokat felfogó képességük révén védik a tüdőt ezeknek hatása ellen. *Cserna dr.*

A glykosuria innocens diagnosisa és prognosisa. *F. Umber* és *M. Rosenberg.* (Zeitschr. f. klin. Med. 1924, 100. köt., 6. füz.)

A diabetes mellitustól elkülönítendők azok a glykosuriák, amikor a vércukor normalis, sőt subnormalis marad. Ezen esetek megjelölésére szerzők a glykosuria innocens elnevezést ajánlják. Ők 10 év alatt 35 ilyen beteget észleltek. Eseteik alapján hangsúlyozzák, hogy a glykosuria innoncens diagnosisát nem lehet egyetlen vizsgálat, hanem többszöri, mégpedig intézetbeli vizsgálat és legalább háromévi megfigyelés alapján felállítani. A valódi diabetestől való differentiálás igen nehéz, mert nem rendelkezünk absolut biztos differentialdiagnostikai eljárással. Még alkalmasabbnak tartják erre az i. v. dextroseinjectiók utáni vércukorgörbe viselkedését. Innocens esetekben ugyanis, miként egészségeseken a vércukor i. v. dextrosemegterhelése után 90 perc mulva újra az injectio előtti értékére, csökkent, míg diabeteses betegeiken még 100 perc mulva is fokozott maradt. De ezen eljárás is csak a többivel együtt végezve értékelhető, melyekhez újabban az insulin is csatlakozik: 4 esetükben észlelték, hogy a különben hatásos insulinadagok a glykosuriát nem befolyásolták. Óva intenek azonban ebből már most végleges következtetést levonni. A prognosis felállításánál a legnagyobb óvatosság szükséges; nemcsak mert nehéz a differentialdiagnosis, hanem azért is, mert ha momentán ki is zárhatjuk biztosan a diabetest, vannak esetek, mikor a kettő között átmenetek lehetségesek. Ezen óvatos kórjóslatból következik, hogy a diaetában is megszorításokat tartanak szükségesnek. Még a biztosan innocens esetekben is eltiltják a cukrot és édességeket, a kétes alakoknál pedig még további megszorításokat végeznek, ellenben a terhességi glykosuriában az acidosis veszélye miatt nem ajánlanak erősebb szénhydratmegvonást. A glykosuria innocens pathogenesisét nem tartják egységesnek. Nephrogen eredet még ott a legvalószínűbb, ahol a cukorkiválasztás valamely nephrotikus ártalomhoz csatlakozik. A terhességi glykosuriában incretiós zavarra gondolhatunk. Talán hasonló a magyarázata az oly gyakran „ideges" emberek glykosuriájának is. Insulinkísérleteik alapján mindenesetre leszögezik azt a tényt, hogy tiszta esetekben a glykosuria innocens extrainsularis glykosuria, tehát nem pankreashypofunctio, hanem talán fokozott extrainsularis glykopoësis következménye. Természetesen hoszabb ideig tartó incretiós zavarok végül is az összes endokrin szerveket megtámadhatják, így a pankreasban is keletkezhetnek kisebb functiózavarok, amik a vegyes és átmeneti alakokat megmagyarázzák. *Arady dr.*

A meleg invers hatása a vérnyomásra. *Fr. Kauffmann.* (Zeitschr. f. klin. Med. 1924, 100. köt., 6. füz.)

Szerzőt azon megfigyelés, hogy tavasszal és ősszel gyakoribb az apoplexia, mint más évszakokban, arra a gondolatra serkentette, hogy a milieu hatását a vérnyomásra kísérletekkel tanulmányozza. Mindenekelőtt feltűnt neki, hogy essentialis hypertoniában szenvedők a környezet melegebb volta iránt túlérzékenyek, ilyenkor sokszor határozottan szenvednek, ezzel szemben az idősült vesebajok jól tűrik a meleget. Az ilyen betegek az esetek túlnyomó számában meleg behatására nem mint az egészségesek, vérnyomáscsökkenéssel, ellenkezőleg annak fokozódásával reagálnak. Ennek okát keresve, ma még csak feltevésekre vagyunk utalva. A hőregulálás zavara nem valószínű ily esetekben, hanem a vegetativ idegrendszer functiózavaráról van szó, ami a kis erek idegvégződéseinek megváltozott izgalmi állapotát okozva, vagy pedig a szövetek rendellenes aciditásáról, amit a rossz vérellátás folytán könnyen felgyülemlő savi anyagcsereproductumok (tejsav, phosphorsav) idéznek elő. Mivel a külvilág hőfoka a mindennapi életben nagy szerepet játszik, másrészt pedig felvehető, hogy ismételt, rohamszerűen fellépő vérnyomásemelkedések végül is tartós hypertoniát eredményezhetnek, úgy nem tagadható, hogy a mindennapi exogen-ingerek tömege közül a meleg kiváltotta vérnyomásfokozódásoknak is lehet valami szerepe az essentialis hypertonia pathogenesiséhez. *Arady dr.*

Sebészet.

A holland-indiai egészségügyi viszonyokról. *Desiderius Engel.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 3. sz.)

Holland-Indiában nagyjából ugyanazon betegségek fordulnak elő, mint Németországban, de megjelenési formájuk más. A rák kevésbbé gyakori, gyomorfekély nem fordul elő. A tuberculosis hevenyen lép fel, másodlagos gócmegbetegedés nagyon ritka. Izolált vesetuberculosis nem fordul elő, a betegek rendesen milliaris tuberculosisban pusztulnak el. A syphilis rendkívül gyakori, de aortatágulást, tabest s paralysis ritkán okoz. Úgyszintén ritka a veleszületett syphilis is. Talán a gyakori malaria az oka, hogy oly kevesen kapnak tabest és paralysist. Gyakori azonban a luetikus heregyulladás. Appendicitis nem fordul elő, ami ellene szól az oxyuris-elméletnek, mert az oxyuris ott is gyakori. Golyva kevés van; Basedow-kór nem fordul elő; oka talán az, hogy a mongol hypothyreotikus faj. Prostatatúltengés ismeretlen. Ennek oka szintén a fajban keresendő. Ugyanis a szigetlakók nem tartoznak a typus digestivus és respiratoriushoz, a prostatatúltengés pedig leginkább ezen typushoz tartozóknál fordul elő. Gyakori az amoeba dysenteria után fellépő májtályog, s a philariasis okozta elephantiasis. A rachitis ismeretlen megbetegedés, aminek hiánya talán a sok banánevésre vezethető vissza. Gyermekkori bénulás itt is előfordul. Az egészségügyi viszonyok elég jók, a pestisveszély már nem számottevő, s a malaria megszüntetését célzó intézkedések következtében már nagy területek teljesen malariamentesek. A hollandi kormány nagy gondot fordít modern kórházak felállítására, s Batáviában és Soerabajában lévő orvosi főiskolában a hét évig tartó orvoskiképzés igen magas színvonalon áll. *Matolay.*

A vese burkainak betegségeiről. *(Peri- és paranephritis.) Donath.* (Wiener med. Wochenschr. 1925, 3. és 4. sz.)

A peri- és paranephritis elnevezés sok zavart okozott, ezért ajánlja, hogy a capsula propria és adiposa gyulladásait perinephritisnek, a fascia renalison kívül lezajló vesekörüli folyamatokat paranephritisnek nevezzük. A capsula adiposa heveny gyulladása vagy a környezetből való ráterjedés, vagy mint áttétel, a vérpálya útján keletkezik. A zsíros buroknak a vesétől független vérellátása van (arteria phrenica inferior és arteria spermatica interna), s a gyulladást okozó bakteriumembolia vagy ezekben jön létre, vagy pedig a vese végereiben, közvetlenül a felszín alatt keletkezik kis tályog, mely áttör a környező zsírszövetbe. Mint kiváltó ok: furunculus, panaritium s más

staphylococcusgenyedés szerepel. Vesekörüli trauma elősegíti. A kiinduló és a vesekörüli folyamat között rendesen két hathetes, tünetmentes szak van. Az áttételes fertőzési módon kívül a vese genyes folyamatai, továbbá a környezet genyes folyamatai törhetnek át a zsíros tokba. A perinephritis tünetei: láz, a vesetáj nyomási és kopogtatási fájdalmai, fehérvérsejtszaporulat (30—40.000). Emellett a vizelet tiszta. Összetéveszthetjük vakbélgyulladás, epehólyaggyulladás, léptályog, typhussal stb. A folyamat nagyritkán beavatkozás nélkül is meggyógyul. Kezelése műtét. Az idült vesekörüli gyulladást nem ismerhetjük fel ily könnyen. Önállóan megvastagodhatik a capsula propria, de rendesen szalonnás hegképződést vagy zsírszövetszaporulatot találunk, melybe kötőszövet is vegyül. Létrejön vesegyulladás és sérülés következtében. Infarctus, továbbá nem fertőzött vesekőnél megvastagodik a capsula propria. Az azelőtt nephritis dolorosa és haematurie doloureusenek minősített esetek nagyrésze idetartozik. Időnként fellépő fájdalmak s oly vesebetegség felismerése, mely ily elváltozást okozhat, erősíti meg a kórismét. *Schmidt.*

Orthopaedia.

A skoliosiskezelés kérdése. *M. Blumenthal.* (Med. Klin. 1925, 2. sz.)

A gerincoszlopelferdülés kezelésére olyan készüléket szerkesztett, melynél a medencefűzőre szerelt kétkarú emelővel gyakorol nyomást az elferdült részre. A felsőkar pelottaszerű, de majd a fél mellkast körülfogó vége a skoliosist oldalra és kissé előre nyomja. A homorú oldalnak megfelelő, s egész a hónaljig felnyúló oldallap az ellenkező oldalról támasztja meg a törzset. Aszerint, amint az emelővel inkább oldalnyomást, vagy pedig fokozottab felfelé tolást akarunk elérni, változtatjuk a forgási pontot, s ezzel az emelőkar hosszát. Mert mennél hosszabb a kar, annál nagyobb az oldalnyomó képessége. Redressáló gipszággyal is jó eredményeket érhetünk el, ha azt a következőképen alkalmazzuk. A pontosan mintázott gipszágyat az elferdülés alsó és középső harmadának határán keresztülfűrészelve, mindkét oldalon feszítőcsavarokat alkalmazunk. Először 1—2 cm-re mindkét oldalon egyformán távolítjuk a csavarok segítségével a két gipszágyrészt (nyujtás), s azután csak a homorú oldalon fokozzuk a távolítást (áthajlítást). A test alsó részének rögzítéséhez még a csípőkaréjt körülfogó, párnázott heveder is szükséges. *Horváth B. dr.*

Adatok a skoliosis kóroktanához. *E. Falk.* (Med. Klin. 1925, 4. sz.)

Számos magzati és felnőtt medencevizsgálata alapján arra az eredményre jut, hogy a legalsó ágyékcsigolya és a keresztcsigolyák közötti összeforrásból (assimilatio) létrejövő eltérések nem okoznak világrahozott skoliosist; sőt azt is tapasztalta, hogy a méhenkívüli életben a többi ágyékcsigolyák alakváltozása igen sokszor kiegyenlíti az assimilatiós zavar okozta egyoldali magasságbeli különbségeket. Ágyéki lordosis azonban rendszerint megtalálható. *Böhm*nek az az észlelése, hogy az ilyen fejlődési zavar és skoliosis felette gyakran észlelhető együttesen, azzal magyarázható, hogy ez a zavar eleve az illető egyén alkatának kisebb értékét jelzi, amely természetszerűleg az izomzatnak elégtelenségével párosulva, könnyen vezet skoliosishoz. *Horváth B. dr.*

A csigolyagyulladás műtéti kezelése. *E. Schepelmann.* (Med. Klin. 1925, 4. sz.)

A *Heule-Albee*-féle műtétet úgy módosítja, hogy a csontlécet a sípcsont helyett a medenceélből vési ki. Ezáltal a gerincoszlop görbületének jobban megfelelő lécet kap. Műtét után előszeretettel hason fekteti a beteget. *Horváth B. dr.*

Gyermekorvostan.

Az „American Journal of Diseases of Children" XXVIII. évf., 6. számának ismertetése.

C. E. Bloch: További vizsgálatok a zsírban oldható A-factor hiánya okozta megbetegedéseknél. Szerző öt xerophthalmiás gyermeknél adott a belső adagolás mellett subcutan csukamájolajat. Bár erős helyi tünetek mellett magas láz lépett fel, az injectiók therapiás hatásának nagy fontosságot tulajdonít; összes esetei gyógyultak. A csontokról készült Röntgen-felvételek osteoporosis jeleit nem mutatták, a Ca-lerakódás nem csökkent lényegesebben és mindössze egy gyermeknél voltak enyhe rachitis jelei.

Donald C. Mebare: A nephrogen zóna jelentősége normalis és lueses foetusok és újszülötteknél. A nephrogen zóna eltűnésének ideje nagyjában ugyanaz lueses és normalis magzatoknál és így némi támpontot szolgáltathat a magzat korára vonatkozólag.

Richard M. Smith: Röntgen-vizsgálat vesemegbetegedéseknél. Oly gyermekeknél, kik recidiváló pyelitisben szenvednek, szerző ajánlja a cystoskopia megejtését és pyelogramm felvételét, mely sok kétes esetben adhat felvilágosítást.

Roger L. J. Kennedy: Duodenalis ulcus és melaena neonatorum. Szerző két egymással analog esetről számol be, melyeknél melaena neonatorum tünetei közt exitus állott be a második napon. Mindkét esetben a sectio, illetve a szövettani vizsgálat derítette ki, hogy a melaena ulcus duodeni által volt feltételezve. Valószínűnek tartja, hogy szorgos vizsgálatnál gyakrabban sikerülne a melaena neonatorum-eseteken ulcus duodenit találni.

Henry H. Helmholtz és Frances Millikin: Kísérletes vizsgálatok a pyelocystitis therapiájára vonatkozólag. Nyulaknál pyelitis esetén alkali növeli a diuresist és az infectio megszűnésére hatással lehet. Nincs állandó és lényeges hatásbeli különbség a savi, illetve az alkalikus közegben tenyésztett culturák között. Az organismusok növekedése csak akkor volt akadályozott, ha alkalikus talajból savi talajba lettek áttelepítve. Acriflavinnal nem értek el jó eredményeket, míg az urotropinnal elért therapiás eredmények igen jók voltak, annak dacára, hogy a vizeletben a formaldehyd concentratiója mindig alacsonyabb volt, mint amelyet egyes szerzők desinficiáló hatás kifejtésére elengedhetetlennek tartanak. Alkalikus vizelet savanyúvátételére legalkalmasabbnak tartják a calcium- és ammoniumchloridot (3-szor 1—3 g-ot napjában).

Ktsuji Kato: Leukocytosis vaccinatiónál. Szerző sorozatos vizsgálatai azt mutatták, hogy a vaccinatiót követő 3. nap körül egy kisebbfokú, átmenetileg fennálló leukocytosis, a vaccinák kifejlődésével parallel pedig egy a pörkök leválásáig tartó és a 10. nap táján kulminálló leukocytosis áll fenn. A fehérvérsejtek százalékos összetétele nem mutat lényegesebb eltérést a normalistól.

Louis Barenberg és Max W. Bloomberg: A craniotabes és elgörbült alszárak jelentősége. Szerzők a craniotabest négy hónapon aluli csecsemőknél tartják rachitises eredetűnek, ha mint egyedüli tünet áll fenn; ugyancsak gyakran láttak elgörbült alszárakat rachitis nélkül.

Byron L. Robinson, Genevieve Stearns és Amy Daniels: A csecsemők vizeletének reactiója. Szerzők egészséges csecsemők vizeletének PH-ját vizsgálva az átlagértékeket 6·0—7·9 között találták. A tej lactosejának dextromaltoseval való helyettesítése a vizelet aciditását növelte, míg alkalik adagolása intensivebb lúgos reactiót váltott ki. Fokozott fehérjebevitel aciditást nem okozott. Az étkezést követő fokozott alkalikus reactio az esetek 57%-ában volt konstatálható.

Frank J. White: A variola, védhimlőoltás és varicella irodalma az utolsó másfél évben. Összefoglaló ismertetés. *Dr. Bosányiné dr. Bakay Emma.*

Urologia.

Vérvizelés féregnyúlványlobnál. *J. G. Gottlieb.* (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie 1924, XV. köt., 1—2. füz.)

Az irodalomban talált 35 esethez 1 saját esetét csatolja. A vérvizelés féregnyúlványlobnál az esetek ¾ részében a veséből, ¼ részében az ureterből indul ki. A gyulladás a féregnyúlványról a közel futó ureterre, a határos és részben közös viszérhálózat útján reáterjedve okozhat gyulladás vagy pangás következtében vérzést. A vese-eredésű vérvizelésnél a vérzés: 1. heveny rohammal egyidejűleg lép fel, amikor vagy a folyamat közvetlen a vesére terjedése következtében képződött veseinfarctusokból jön a vér (1 eset), vagy heveny veselobot találtak (6 eset); utóbbiaknál a vérzés mindkét veséből történt. Mindenesetre, miután 7 esetből 4 halálos kimenetelű volt, a heveny féregnyúlványlobbal fellépő vérvizelés az alapbántalom és kórjóslás súlyosságát jelenti és sürgős műtéti beavatkozásra serkent. 2. A heveny roham után fellépett vérvizelés 5 esetében korai műtéti beavatkozás történt és a vérzés a műtét után 3 nap—8 hétre lépett fel egy- vagy mindkétoldali vese-

kólika kíséretében és 2—5 napig tartott. A vizelet-üledékben eleinte csak vörösvértestek, majd hyalin cylinderek voltak. A többi, első rohamban nem operált esetnél a vérzés 10 nap—7 hétre jelentkezett. Az ok itt is a heveny veselob. Minden esetben gyermekeknél és fiatal egyéneknél lépett fel az elváltozás és a lefolyás kedvező volt. 3. Az idült appendicitisnél a vérzés vesekólika után lépett fel és legnagyobbrészt veseeredetű volt, kivéve, ahol az ureter a féregnyúlvánnyal összekapaszkodva okozta a vérzést. Az ok: veselob, thrombosis és embolia vagy reflexes vesevérbőség volt. A vérzés 1—5 napig tartott és a műtéti beavatkozás után többé nem ismétlődött.

Gyakorlati szempontból fontos, látszólag ok nélkül fellépő vérvizelésnél a féregnyúlvány megbetegedésére gondolni és bizonytalan kórisme esetén minden esetben előbb appendektomiát végezni. *Adler-Rácz dr.*

A prostatektomia suprapubica műtéti javallatai, technikája, elő- és utókezelése. *V. Blum.* (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie 1924, XV. köt., 1—2 füz.)

A prostataadenoma hólyagmetszésen keresztül való eltávolítása, mely a többi eljárásokkal szemben a legjobb eredményt adja, kevés kivétellel, bizonyos előkészítést igényel. Azon esetekben, ahol a vizelet csírmentes és a hólyag kiürítése a meglevő mirigytúltengés mellett még zavartalan, jó veseműködés és általános állapotnál előkészítés nélkül is végrehajtható a műtét. Heveny vizeletrekedésnél, amikor a mirigy vérbősége és vizenyőssége erős utóvérzést okozhat és nagy a fertőzés lehetősége, előbb 1—2 hetes gyulladásellenes kezelésre van szükség. A betegség II. stadiumában (retentio incompleta) fertőzésmentes esetekben egyheti, fertőzötteknél annyi ideig tartó állandó katheteres kezelésre van szükség, míg a vizelet feltisztul. Veseelégtelenségnél fontos annak eldöntése, vajjon az elváltozás csupán a vizeletpangás következménye-e, mely az előkészítés segítségével javulhat, vagy maradandó roncsolása a működő veseparenchymának (pyelonephritis, arteriosklerosisos zsugorvese), mely utóbbinál a műtét keresztül nem vihető. Kétszakaszos műtét csakis ott válik szükségessé, ahol az állandó katheter akármi oknál fogva ártalmat okoz: vérzés, fertőzés, mellékherelob; utóbbinál szóba jöhet a vasektomia, melynek azonban *Steinach* által leírt fiatalító hatását sehol sem látta. A műtétet ½%-os novocain helybeli alkalmazása mellett végzi és a hólyag megnyitása után a prostatát is infiltrálja az oldattal. Bal mutatóujjal ellenőrzi a végbél felől a jobb mutatóujjal végzett kihámozást. Vérzéscsillapításra a nagyobb edényeket leköti, nem tamponál és a hólyag zárása után csak a hólyagseb felől vezeti el csővel a vizeletet. A felső elvezetőcső kivétele után (1—3 nap) állandó kathetert helyez be, melyet 4 naponként cserélve, a seb gyógyulása után távolít el (10—14 nap). *Adler-Rácz dr.*

Hegképződés hólyagmetszés után. *W. Bross.* (Zeitschr. f. Urol. Chirurgie 1924, XV. köt., 1—2. füz.)

Két esetben talált a musculus pyramidalisban elcsontosodást. Mindkét beteg magas-hólyagmetszésen esett át; egyiknél a hólyagban hagyott sebtörlő körül keletkezett kő, a másiknál kétszeri hólyagdaganatműtét után képződött kő. Az izom elcsontosodása phylogenetikus úton magyarázható, a kiváltó ok pedig a hosszantartó és mindkét esetben kőképződéshez vezető fertőzés volt. *Adler-Rácz dr.*

Ureterkövek vértelen kezelése. *Pflaumer.* (Zeitschrift f. Urol. Chirurgie 1924, XV. köt., 1—2. füz.)

Utasítása szerint *Georg Wolf* (Berlin) készítette eszközzel, mely az ureterbe könnyen bevezethető és ott kinyitható, sikerült három esetben addig mozdulatlan, beékelt ureterkövet a hólyagba lehoznia. *Adler-Rácz dr.*

Elméleti tudományok köréből.

A trypan-kék átáramlása a vérből a szövetnedvekbe. *S. S. Siengalewicz and A. I. Clark.* (The Journal of Pharm. and Exp. Therap. 1924, 24. köt., 4. füz.)

Siengalewicz ezen lap egy más közleményében leírja a szénmonoxyd és neosalvarsan káros hatását, melyet a meningo és a plexus chorioideus capillarisaira gyakorol. Ezen káros behatás következményeként a trypan-kék az agyállományba átáramlik. Jelen értekezés célja kimutatni, hogy a pepton-shock hasonló behatással van-e a capillarisokra.

Kutyákon morphium- és aether-anasthesia mellett a liquor cerebrospinalist canule segítségével a cisterna magnába gyüjtik és a hasüregbe 200 cm³ Locke-oldatot fecskendeznek. Intravenásan 0·4 g trypan-kéket adnak testsúlykg-onként. Majd 0·25 g peptonoldattal (testsúlykg-onként) shockot idéznek elő; ez a vérnyomást 50—70%-kal csökkenti, de azért az állat rendszerint életben marad.

A kísérlet eredménye normalis állaton (nem pepton-shockos) az, hogy míg sem a liquorba, sem az agyállományba nem megy át a trypan-kék, addig a hasüri folyadékban különböző idő elteltével kimutatható. Pepton-shock következtében a szürke állomány gyenge elszíneződése vehető észre, de a liquorban nem jelenik meg festék. Mikroskopos vizsgálat azt mutatja, hogy a festék a capillarisokban, főleg azok falában rakódik le, így az elszíneződést a capillarisok kitágulása okozná.

Tehát pepton-shock következtében nem jut az agyállományba trypan-kék; némely esetben a peritonealis üreben való megjelenését sietteti, de a megjelenés ideje nagyon különböző. *Petrányi Győző.*

Az infundibulum hatóanyagainak, activ alkotóelemeinek dialysiséről. *Maurice J. Smith, Wm. I. McClosky.* (The Journal of. Pharm. Exp. Therap. 1924. 24. köt., 5. füz.)

A glandula pituitaria infundibularis lebenyének physiologiailag activ anyagainak chemiájáról több közlemény jelent meg az utóbbi időben. „Farbwerke Hoechst Company" négy alapanyagot izolált, mint kristályos sulfátot, melyekkel *Fühner, Dale* és *Dudley* összehasonlító vizsgálatot végeztek. *Abel* és társai világosan rámutatnak egy anyagra, mely a méhcontractióra, vérnyomásra, a diuresisre és a légzésre hat.

Az infundibulum activ anyagainak diffundáló képességével nem foglalkoztak eléggé. Szerzők quantitative meghatározzák, különböző permeabilitású membrának segítségével az infundibulum vérnyomásra és méhcontractióra való hatású diffundáló képességét.

A membranákat *Eggerth* methodusa szerint készítették, colloid, alkohol és aether különböző keverésével. A használt oldatot kiszárított infundibulum-porból készítik, 0·1%-os jégecettel extrahálva, úgyhogy 0·5% extractumot nyerjenek. Az így extrahált oldatot colloid membránából készült gyűszűbe helyezik, mely egy eldugaszolható üvegcsőbe folytatódik. Ezt pedig egy 100 cm³ destillált vizet tartalmazó üvegpohárba teszik és állandó 38 C° hőmérséklet mellett 1—6 óráig hagyják állani.

Összehasonlítás végett 0·5%-os festékoldatokkal (trypan-kék, methylen-kék) dolgoznak ugyanilyen körülmények között. Azt találták, hogy a physiologiailag activ anyagok diffundáló képessége nagyfokú s megközelítőleg a methylen-kékével egyezik. Egy óra alatt 20—30%-a diffundál ezen anyagoknak.

Megvizsgálják az átdiffundált anyagnak diuretikus hatását is és azt találták, hogy 2 cm³ úgynevezett „10 alkohol"-memranán átdiffundált anyagnak csak valamivel kisebb diuretikus hatása van, mint 0·2 mg állandó infundáló poroldatnak ugyanazon állaton paraldehyd anaesthesia alatt. (Ez szintén megfelel egy óra alatt 20%-os diffusiónak.)

Sorozatos kísérletekből arra következtetnek, hogy az infundibulum kivonatanyaga nem három különböző, hanem egyugyanazon chemiai anyag. Azért, mivel nem igen tehető fel, hogy különböző chemiai anyagok ugyanazon módon dialyzáljanak a különböző kísérletekben, hanem inkább, hogy egyugyanazon anyagnak különböző pharmakologiai hatása van.

Szerintük tehát elégséges az, hogy az infundibulum exractumának csak valamely egyik tulajdonságát vizsgáljuk, mivel ez éppoly jól meghatározza a többi hatásfokát is. Ezen meghatározásra legalkalmasabb a méhcontractiókra való izolált uterus methodussal való megállapítása, ahol a legkönnyebben a legpontosabb értékeket kapjuk.

A méhcontractiókra kifejtett és a vérnyomásra való hatás közti eltérést a praeparatumok esetleges histamin vagy histaminhez hasonló testekkel való szennyezése okozhatja. *Petrányi Győző.*

Az összvérmennyiség meghatározására szolgáló egyszerű eljárás az élő embereknél. *J. Piticarin.* (Wien. Klin. Wochenschrift.)

Helyteleníti az eddigi klinikai eljárásokat, mivel azok vagy nem elég pontosak és bonyolultak vagy veszélyesek. Eljárásának alapelve, hogy a vért bizonyos mennyiségű physiologiás konyhasóoldattal felhigítja és

így a higítás fokából kiszámítja az összvérmennyiséget. Ok: „a vér alakelemeinek mennyisége fordítottan arányos a higítás fokával". Az eljárás kivitelére *Hedin* által leírt haematokritcentrifugát használja. Az eljárás: 1 cm³ ürtartalmú rekordfecskendővel az egyik vena cubitalisból 0·5 cm³ vért vesz, ezt felhigítja 0·5 cm³ natriumcitratoldattal 1 cm³-re. Jól összerázza és az így keletkezett keverékből teleszívja a haematokritcső capillarisát, azután 500 cm³ physiologiás NaCl-oldatot ömleszt be közepes gyorsasággal egy kanül segítségével. A túlgyors beömlesztés shockot idézhet elő, míg a túllassú beömlesztés befejezése előtt már megindul a kiválasztás és ez a számítást károsan befolyásolja. A beteget megkatheterezi az első vérvétel alkalmával s a jelt a második vérvétel végrehajtására a katheter nyílásán sűrűbben megjelenő cseppek adják. Ez a kiválasztás megkezdését jelzi és ekkor már feltételezhető, hogy a NaCl-oldat a vérrel tökéletesen elkeveredött. Az első eljáráshoz hasonló módon megtöltünk egy másik haematokrit-capillarist a második vérvételből nyert vérből és mind a kettőt centrifugáljuk. A centrifugálás után, ha az egyik csőben pl. 35%-ot, a másikban 35·5%-ot tesznek ki az alakelemek, akkor a következő képlet alapján kapjuk meg az összvérmennyiséget:

$$x : x + 500 = 65 : 70;\ x = 6500\ \text{cm}^3.$$

Hypertoniás és plethorás egyéneknél a beömlesztendő NaCl-oldat mennyiségének megfelelő vért venesectio útján elvon a betegtől, az így kiszámított vérmennyiséghez az előbb elvont vérmennyiséget hozzáadja. Konyhasót retineáló nephropathiás betegeknél dextroseoldatot használ a meghatározásra. *Petrányi Győző.*

A vese coffeintolerantiája. *Harold B. Myers.* (The Journal of Pharmacology and exper. Therapeutics. 23. köt., 6. sz.)

A szerző subcutan injiciált házinyulaknak coffeint hónapokon keresztül napi 50—90 mg-ig emelkedő dosisokban. A vese fokozatosan csökkenő érzékenységet mutatott, amely hozzávetőleges maximumát négy hónap alatt érte el. Az érzékenység csökkenése már a legkisebb diuretikus hatású coffeindosisok iránt is észrevehető volt. Az összes nyulak jó egészségben maradtak. A coffeint ily jól tűrő nyulak veséi éppoly érzékenyek voltak Na-acetat diuretikus hatásával szemben, mint a controllkép használt coffeinmentes nyulak. A vizeletben a kísérletek tartama alatt semmiféle rendellenesség sem volt észlelhető. A kísérlet után a vesék histologiai vizsgálata semmi pathologikus elváltozást sem mutatott. *Hergloz Jenő.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die Fortschritte der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv. Herausgegeben *Jul. Misch.* (Verlag von Georg *Thieme*, Leipzig.)

Ez a havonta megjelenő új folyóirat azt tűzte ki célul, hogy egyik részében szemlét tartva a fogorvoslással kapcsolatos kérdések felett, mindazt, ami a gyakorló fogorvost érdekelheti, összefoglaló szemlékben *tankönyvszerűleg* tárgyalja, másik részében pedig kivonatosan beszámoljon a szakirodalomról. Az első füzetben kimagaslik *Weber* (Köln) cikke, amely az anatomia köréből tárgyalja: *a faciális izomzat* felépítését, annak philogenetikus fejlődését emlősökön, emberen, tárgyalja *az állcsúcs* philogenetikus kifejlődését, *az állcsontok összehasonlító* bonctanát, az *Ackermann*-féle szervet, azt a rudimenter tömör vagy üreges hámcsapot, mely némely emlősön az alsó metszők mögött a száj nyálkahártyájában található s amely *Keller* szerint homologon a reptiliák *glandula sublingualis anteriorjával;* leírja és értékeli a cikk egyes rágcsálók (Sciurus) „ajaklemezkéit", amely ezen az állatokon a felső ajak belső oldalán elhelyezett, erős szaruréteggel borított, ovális terület, mely a táplálék elosztására szolgál; megbeszéli a közlemény *a fogmedernyúlvány* philogenetikus fejlődését, szerepét állaton, emberen, szól továbbá az ember *szájnyálkahártyájának finomabb szöveti felépítéséről. G. Fischer* a helyi érzéstelenítésekről írt cikkében párhuzamot von *a kokain* és *novokain* között; *a tutokainról* azt mondja, hogy bár a cég annak nyolcszor oly erős érzéstelenítő hatást tulajdonít, mint a novokainnak, saját kísérletei szerint ez csupán kétszerese a novokain hatásának; megállapítja *G. Fischer* azt is, hogy a tutokain kétségtelen nagyon erősen vasodilatátor hatású és így ahhoz több suprarenint kell adnunk, mint a novokainhoz, ez pedig a 2%-os tutokainoldatnak már erősebb toxicitást kölcsönöz a 2%-os novokainnal szemben. *Fischer* a gyakorlatra a kettős ampullákat ajánlja, amelyek segélyével közvetlen az érzéstelenítés előtt keverhetjük a suprarenint az érzéstelenítő oldathoz. Bőven és nagy alapossággal szól ezután *Fischer* az endossalis, a helyi és a vezetéses érzéstelenítésekről. *Hauberrisser a narkosisokról* szóló cikkében arra a következtetésekre jut: 1. hogy a narkosist a szájchirurgiában ma főképpen és csaknem egyedül lobos folyamatok indikálják; 2. hogy, rövid ideig tartó narkosisokhoz a chloraethyl hosszabb ideig tartó műtétekhez a skopomorphin-aeter-cseppentő methodusok valók; 3. hogy figyelmet érdemel a szájchirurgikus beavatkozásoknál a módosított *Kuhn*-féle peroralis intubaciós narkosis; 4. hogy a szervezetre teljesen veszélytelen narcylennarkosis technikai nehézségek miatt (a maszk szoros adaptálása az arcra) és a nehezen oldható állkapocsgörcs miatt ma még használhatatlan. *Axhausen* az általános sebészet köréből a *sebgyógyulást*, e gyógyulást *zavaró körülményeket* és a *sebellátást* beszéli meg.

A füzet II. részében szigorúan megválogatva és fejezetekbe osztva találjuk az újabb szakliteratura egyes cikkeinek rövid kivonatát.

A kitűzött célt, melyet az érdemes szerkesztő *Misch* előszavában részletez, ezen első füzetben el is éri: Így igazán régen érzett hiányt fog pótolni e vállalkozás, különösen a szakmát tanító szakférfiaknak, kiknek minden kérdésben és mindig kellő áttekintéssel kell bírniok és akiknek ezt ez a folyóirat lényegesen megkönnyíti. A folyóirat első füzetének (1925 január) terjedelme 72 oldal (az első részén), illetve 24 oldal (a második részén), egy-egy számának ára 3—5 aranymárka, ami bizony elég drága nekünk, szegény magyaroknak (egy évre 35—60 aranymárka, azaz körülbelül 700.000—1,200.000 papírkorona).

Szabó.

Ergebnisse d. gesamten Medizin. V. kötet. *Prof. Th. Brugsch.* (Urban u. Schwarzenberg 1924.)

Az V. kötet az előző kötetekhez hasonlóan, gazdag tartalommal jelent meg: 26 eredeti összefoglaló közleménye az orvostudomány számos szakmájából választott hasznos és érdekes kérdésekkel foglalkozik. A szénsavas fürdők hatásáról, azok alkalmazásmódjáról és therapiás használáról a keringés zavaraiban. *Franz M. Groedel* kimerítően értekezik nauheimi gazdag tapasztalatai alapján. *Ludwig Hofbauer* azokra a nehézségekre hívja fel a figyelmet, amelyekkel a belorvosoknak, de különösen a Röntgen-orvosoknak kell megküzdenie, amidőn a tüdőcsúcsok pleuritis kapcsán kifejlődött atelectasiáját a specifikus tüdőcsúcsfolyamattól kell elkülönítenie. A Basedow-betegség Röntgen-gyógyításáról szóló tanulmány *Gottward-Schwartz* tollából egyaránt érdekli a belorvost és a Röntgen-orvost. *Emil Bürgi* ügyesen csoportosítva, a narkoticumokat ismerteti és részletesen tárgyalja azok hatásmódját, alkalmazásuknak feltételeit és az azokkal okozott mérgezések tünetcsoportját. A belsősecretiós mirigyek elégtelensége által okozott betegségekkel *Leo Borchardt* foglalkozik; a különböző kórformákat a tünetek ügyes csoportosításával sikeresen különíti el. *K. Fahrenkamp* az arteriás hypertensio tünetével foglalkozik; a vérnyomás rendszeres mérésének, a „vérnyomásgörbe" megállapításának szükségességét hangsúlyozza és ismerteti az arteriás hypertensio „gyógyításának" különféle módját. *Walter Wolff* összefoglalása a láz számos rejtett okáról a gyakorlóorvos számára tartalmaz értékes adatokat éppen úgy, mint *Rudolf Deckwitz* kimerítő munkája, amelyben azokat az immunbiologiai methodusokat ismerteti, amelyeknek ismerete a gyermekgyógyászatban a diagnosis, prophylaxis és therapia szempontjából nélkülözhetetlenek. A trigeminus neuralgiáról és annak gyógyításáról *D. Kulenkampf* értekezik; különösen részletesen foglalkozik a sebészi therapiával, amelyre szerinte valamely formában legtöbbször sor kerül. *Carl Bachem* újabb gyógyszerek sorozatát, leginkább régen használatos gyógyszerek újabb praktikus készítményeit ismerteti. A cukorbajjal két közlemény is foglalkozik. *Simon Isaac* az insulinnal foglalkozó, kimerítően összefoglaló munkájában a diabetes-therapia azon gyökeres átalakulásáról ír, amit az insulin felfedezése okozott; *E. Grafe* a caramel kitünő alkalmazhatóságát hangsúlyozza a diabetes therapiájában és a caramel jó hatását a cukor pörkölésekor keletkező glykosanoknak

tulajdonítja. Az utolsó években nagyon népszerű calciumtherapiáról *S. G. Zondek* ír; foglalkozik a Ca-forgalommal és részletezi azokat a betegségeket, melyekben alkalmazása sikerrel járhat, foglalkozik a különböző készítményekkel és alkalmazásuk módjával. *Werner Schultz* összefoglalásában a gyakorlóorvos mindent megtalál, amit a mai napig az asthma bronchialeról és therapiájáról tudunk. *Adenker* és *Th. Nühsmann* az olyan sepsises megbetegedésekkel foglalkozik, amelyek a garaton, leggyakrabban a tonsillákon keresztül történő fertőzések kapcsán keletkeznek; a közlemény értékét fokozza, hogy a „garatsepsis" iránt még ma sem mutatkozik olyan érdeklődés, amilyent a gyakorisága miatt megérdemel. *Albert Peters* a szemészet köréből vett tárgyat dolgoz fel; a trachoma sebészi kezeléséről értekezik. Rövidebb dolgozatokban *Otto Schmidt* a mastitissel, *Hans Elsner* a gastroskopiával. *Arvo Ylppö* az újszülöttek sárgaságával foglalkozik. Az anyagcsere néhány fontos kérdését tárgyalja, részben új megvilágításban *Walter Arnoldi;* munkája sok tudományos, kevesebb gyakorlati értékkel bír. A gyermekkori syphilissel *Erich Müller* részletesen foglalkozik. Általános érdekű kérdéseket dolgoznak fel *Arnold Durig* és *Leopold Feilchenfeld:* előbbi a munka Taylor-rendszere szerinti racionalizálásának kérdéséről ír, amennyiben ez az orvost érdekli, utóbbi az orvos működésével az életbiztosítások alkalmával foglalkozik. Végül *Walter Cimbal* a psychiatria köréből választotta dolgozatának tárgyát.

A közlemények valamennyien alkalmasak arra, hogy úgy a specialis szakmával foglalkozó, valamint az általános orvosi gyakorlatot folytató orvos tudását gyarapítsák és segítségére lehessenek abban az igyekezetében, hogy az orvostudomány rohamos fejlődésével lépést tarthasson. *Boros dr.*

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. *E. Abderhalden.* (Abt. V. 7. Methoden zur Untersuchung des Vestibularapparates beim Menschen. W. Brünings u. H. Frenzel Urban et Schwarzenberg.)

A vestibularis idegműködésnek a vizsgálati módszerei a szerzők szerint is még nem teljesen tökéletesek, azért a sok apró részlettől eltekintve csak azon módszereket tárgyalják, amelyek teljesen beváltak és így a betegvizsgálatnál is használhatók és megbízhatók.

A bevezetésben a vestibularis készülék felosztását, működését írják le, amelyet ezidőszerint még leginkább a *Mach—Breuer*-féle elmélet alapján lehet értelmezni. Embernél a vestibularis idegkészülék, szemben a három dimensióban mozgó állatfajokkal (halak, madarak), nem tekinthető joggal a test egyensúlyozó szervének, minthogy teljes elpusztulása esetén más szervek (szem, izom, izületek) compensálhatják.

A vestibularis készülék ingerlésénél beálló reflexjelenségek csoportja szerint (1 Reflex: nystagmus, 2. érzések, forgási szédülés, esési érzés, émelygés, hányás, 3. mozgási reactiók: félremutatás, elesés bizonyos irányban, járás irányának kóros változása) tárgyalják ezen reflex-jelenségeket, amelyek a megfelelő kísérleti módszerekkel előidézhetők. Így *a)* forgatás, *b)* thermikus behatás és *c)* villamos árammal történő vestibularis ingerlések módszereit és eszközeit, kiterjeszkedvén az így keletkezett élettani jelenségek kritikai magyarázatára.

A 41 oldalra terjedő cikk helyes beosztásával és világos okfejtéseivel hasznos útmutatással szolgálhat a vestibularis idegkészülékek élettani működéséről és szerepéről nemcsak a szorosan vett szakorvosnak, hanem a belgyógyász- és ideggyógyásznak is.

Krepuska G.

A nemi szervek nem-venereás megbetegedései. *Callomon F.* (Lipcse, 1924. Thieme kiadása.)

Manapság szokatlan fényűző kivitelben, műnyomó papiroson, 54 szövegközti ábrával jelent meg szerző tíz ívre terjedő munkája. A megírásban az a gondolat vezette a szerzőt, hogy a gyakorló orvos számára a külső nemi szerveken önállóan, avagy valamilyen bőrbaj részjelenségeként megjelenő elváltozásokról összefüggő képet adjon. *Callomon* munkájának létjogosultságát már az a körülmény is biztosította, hogy éppen a nemi betegségek korai és biztos felismerésében döntő fontosságú lehet a genitaliákon előforduló összes elváltozások ismerete.

Szerző a nem-venereás elváltozások alatt érti azokat az affectiókat, amelyeknek keletkezése nem a nemi érintkezéshez kötött; talán helyesebb volna azt mondania: nem-venereásak azok, melyeknek *szokásos* terjedési módja nem függ össze a nemi érintkezéssel.

De még ilyesféle meghatározás mellett is nehézséget okozott szerzőnek egyes, nem csupán a nemi érintkezés útján terjedő betegségnek, mint például a balanitis és balanoposthitis-nek a rendszerbe foglalása. Viszont a herpes progenitalisról, a condyloma acuminatumról immár kétségkívül bebizonyosodott, hogy átojthatók, s így a nemi érintkezés útján való propagálás lehetősége sem zárható ki ezeknél. Éppen ezért szerző hangsúlyozza, hogy nem-venereás alatt nem értendő az, hogy nem átvihető.

A könyv a gyakorló orvosok számára készült. Ez a magyarázata annak, hogy a mikroskopiai, a bacteriologiai vizsgálati módszereket, de különösképp a therapiát részletesebben tárgyalja. Az érdekes csoportosításhoz szerző felhasználta a legújabb irodalmi adatokat is, úgyhogy a könyvecske forgatása az általános gyakorlattal foglalkozó orvos számára csak haszonnal járhat. *Melczer.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 7-i ülése.

Elnök: **Buday Kálmán.** Jegyző: **Gerlóczy Géza.**

Bemutatás:

1. **Brana János:** *A bal szemgolyó maximalis besüppedése az orbitalis üregbe, hemiatrophia facialis sinistra kapcsán.* 50 éves gyárimunkásnak 15 év óta bal szeme mindjobban besüppedt szemüregébe; a beteg sem traumára, sem súlyosabb természetű betegségre nem emlékszik. Ezen hosszú idő alatt süppedő szemén látása elég jó volt. Bal arcfélben néha szaggató fájdalmak. 1924 június 3-án mész fröccsent bal szemébe, emiatt jelentkezett szemészeti ambulantián. Látásélesség jobb szemen $^{6}/_{12}$, bal szemen 2 méterről ujjak olvasása. A bal szarúhártya központi részén 3 mm átmérőjű, felületes anyaghiány, melynek alapja finoman borús, könnyezés, fénykerülés. A bal szemfenék a centralis szarúhártyaégetés miatt nem látható. A jobb szem látóidegfője a normalisnál halványabb, éles határú, a látóidegfőtől nasalisan kezdődő érhártyasklerosis. A szarúhártyaégetés elég vaskos, centralis homály hátrahagyásával pár hét alatt gyógyult. Feltűnők a betegen a következő, ritkán látható elváltozások: A bal bulbus maximalisan besüppedt, szemmozgások korlátozottak. A homlok bal felén bőr, bőralatti kötőszövet és izomzat kissé sorvadt, a bal homlokfél mérsékelten besüppedt. A musculus orbicularis pettyhüdt. Mérsékelten sorvadt a bal arcfél bőre, bőralatti kötőszövete és izomzata. Feltűnőbb és kifejezettebb az orr bal felének és a bal orrnyílás körülötti képleteknek sorvadása. Sorvadt a nyelv bal fele is. Kétségtelen, hogy egy súlyosabb természetű hemiatrophia facialis sinistrával van dolgunk, amely az orbitalis zsírszövet és orbita lágyrészeinek nagyfokú sorvadásával a bal szemgolyó igen nagyfokú besüppedését és a többi fent leírt képletek sorvadását vonta maga után.

Előadás:

1. **Takáts Géza:** *Az altatás módjai az Egyesült-Államokban.* Az általános bódítást Amerikában sokkal kiterjedtebben használják. A műtétek 70—80%-át altatásban végzik, míg nálunk a helyi érzéstelenítések százaléka ennyi az altatással szemben. Ennek oka részben a közönség idegenkedése attól, hogy ébren műtsék, részben pedig az orvosok állásfoglalása e hosszú előkészületet jelentő helybeli érzéstelenítéssel szemben. Az is bizonyos azonban, hogy az altatási technika újabb vívmányai az altatás veszélyeit erősen csökkentették. Az altatószer melegítése, a kellő nedvesség (párateltség) biztosítása, az oxygen és széndioxyd megfelelő alkalmazása mind arra valók, hogy az altatószer hatékonyságát fokozzák és veszélyét csökkentsék. Az altatószerek közül a chloroformot teljesen kiküszöbölték. Legelterjedtebb a nitrogen-monoxyd oxygennel, melyet újabban az aethylen kezd kiszorítani, míg az aethert újabban csak a teljes hasfali ellazulás elérésére alkalmazzák. Leghasználtabbak a *Connel-Heidbrink-*, *Ohio-* és *Gwathmey*-készülékek, melyek rajzát előadó vetíti. A nitrogen-monoxyd előnye, hogy sem a légzőszerveket, sem a szivet károsan nem befolyásolja,

a vérnyomást nem süllyeszti, sőt emeli, s hogy felületes bódítás képében órákig fenntartható. Mély narkosis azonban vele el nem érhető. Az aether-olaj végbél-narkosis rövid felemlítése után az aethylen, *Luckhardt* által 1923-ban bevezetett új altatószer leírása következik. A szer előnyei: 1. Rövid, 1—2 perces bódulat után mély narkosis érhető el minden cyanosis nélkül. 2. A beteg bőre kipirul, száraz, nem izzad, nem hül le, nyáladzás, bronchitis, váladék hiányzik. 3. Szívre, tüdőre, vesére, még azok kóros állapotában, sincs káros befolyással, úgyhogy ellenjavallata nincsen. 4. A jól tisztított, nem szenneyezett gáz csak múló hányingert okoz, tartósabb hányást soha. Hátránya ezekkel szemben, hogy robbanékony, de nem jobban, mint az aether; hogy kellemetlen szaga van, s hogy a sebek műtét alatt diffuse véreznek az érbénulás következtében. Igen nagy jövőjű altatószer, mely megérdemli, hogy nálunk is meghonosodjék. Az idealis érzéstelenítés a helyi és általános érzéstelenítés módszereinek combinatiója lesz.

2. **Vándorfy József:** *Újabb szempontok a gyomorfunctiós-vizsgálatok terén.* (Egész terjedelemben kerül közlésre.)

Friedrich László: Szóló már 1922-ben, az Orvosegyesületben ismertetett secretiós görbéket, melyeket előadóhoz hasonló módon 300 cm³ 5%-os alkoholos oldatnak a gyomorbajuttatásával ért el. E módszert 1920 óta alkalmazza igen jó eredménnyel. A vizet nem tartja megfelelő s elegendő nagy secretiós ingernek; amit előadó kapott, azt már éhomra minden inger nélkül megkaphatjuk. A secretiós görbe alkalmazása fontos hyperaciditásnál s az anaciditások elkülönítésénél; a secretiós ingernek a gyomorból való eltávozása után sok esetben van még secretio a gyomorban, s ez már tiszta gyomorsav. A motilitás és secretio együttes megítélésére új módszert dolgozott ki *Bársony Tivadar*ral. A gyomor Röntgen-vizsgálata és secretiója együttesen egy vizsgálattal megítélhető a contrastpróbareggeli (C. P.) segélyével.

Vándorfy József (zárszó): Ismételten hangsúlyozza, hogy vizsgálatai szerint 400 cm³ víz elég nagy mennyiségűnek bizonyult ahhoz, hogy megfelelően erős gyomornedvelválasztást indítson meg. Az alkoholt, mint digestiv ingert nem tartja célszerűnek. Elsősorban, amint azt *Katsch* maga is beismeri, az alkohol nem tekinthető természetes élettani ingernek. A másik, a legfontosabb hátránya azonban az alkoholnak az, hogy a gyomorfunctiós mechanismust, ha nem is kóros, de mindenesetre egy specialis irányban befolyásolja. Az alkohol ugyanis, amint azt *Soós* és utána számos más szerző is hangsúlyozza a gyomorbennék aciditási concentratiójától függetlenül, igen erős regurgitatiót hoz létre. Ezen fokozott regurgitatio következtében hypacid értékeknél kiszámíthatatlan, hogy ez fokozott közömbösítés, vagy pedig csökkent secretio által van-e feltételezve. Az alkoholos contrastpépvizsgálat megbízhatóságával szemben annyiban vannak kétségei, amennyiben ezt homogen oldatnak nem lehet tekinteni, s így az egyes kiszívott rész nem tükörképe az egész gyomorbennék aciditásának.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának márc. 2-i ülése.

Elnök: **Fabinyi Rudolf.** Jegyző: **Büchler Pál.**

Schaffer Károly: *Agydaganat operált esete.* (Megjelenik az „Orvosképzés"-ben.)

Ranschburg Pál: Történt-e vizsgálat műtét előtt és után Weber-körökre?

Richter Hugó: Analog esetében infiltrativ gliosis az agybarázdák és tekervények conturjait nem változtatta meg. Daganatra a sebész csak az illető szövet valamivel keményebb consistentiája miatt gondolt.

Minich Károly (kézirat nem érkezett).

Schaffer Károly: Zárszó.

Sombor József Antal: *A járás psychodiagnostikájának fontosságáról.* A kifejező mozgások közé tartozik az arcjáték, taglejtés és beszéden kívül a járás is, melynek fontosságát eddig elhanyagolták. A physiologiás járásban egyéni sajátságok, jellem stb. tükröződnek vissza, miért is psychologiai jelentőségével tüzetesebben kell foglalkozni. Felveti a bainologia problemáját.

Hajós Lajos: *A térdkalács- és sarokínreflex élettani fontosságáról.* A láb futáskor combhajlított helyzetben, lábujjheggyel toppan a földre, s a testsúly a combhajlító- és gastrocnemius izomzatra újabb feszítő hatást gyakorol, ami a térdkalács- és Achilles-ínnak túlfeszítését okozza, ez viszont az izmokban vált ki reflexösszehúzódást, mely a testet rázkódástól óvja, továbbá a futás rugalmas lendületét teszi lehetővé. A reflexre a praehistorikus embernek nagyobb szüksége volt.

Somogyi István: *A psychés epidemiák*, melyek a kulturális fejlődéssel ritkultak, a háború hatására ismét megszaporodtak. Két esetet ismertet, melyek közül az egyikben paranoid hysteriás egyén egész környezetét, majd egy 80 tagú munkáscsoportot inficiált, mely érzékcsalódásait és téveszméit teljesen átvette. A második esetben imbecillis-hysteriás egyén szélesterjedelmű psychés epidemiát indított meg, mely környezetén jóval túlterjedt. A háború után fellépő tömegsuggestio eseteire mutat, s a psychés epidemiák számának szaporodását abban látja, hogy a háború testi és lelki behatásaival megváltoztatta az egyén és tömegek psychés constitutióját, csökkentette kritikai és lelki ellenálló képességüket, végül pedig oly psychologiai tömegeket teremtett, melyek a tömeglélektan törvényeinél fogva minden suggestióra hajlamosabbak.

Hajós Lajos: Fontosnak tartja a tanuk hazudozását, kik hazudják, hogy látták a csodát, mert szégyenlik felsülésüket.

Ranschburg Pál: A tömeg hiszékenységén kívül csalásra is kell gondolni, sőt akadnak segítőtársak is, akik gyujtogathatnak. Szavahihető egyének szintén suggestibilisek a csoda iránt, művelt és műveletlen egyének között ezen a téren különbség nincs. Utal a bécsi mágneses csodaemberhez utazó tömegekre.

Büchler Pál: Esetet említ, melyben tyúktojással szemben megnyilvánuló idiosynkrasia volt oka kisebb psychés epidemiáknak.

Németh Ödön: Hozzászólása alapján a szakosztály előadás tartására kéri fel, melyben nevezetes epidemiákat fog ismertetni.

Somogyi István: A psychés epidemiák keletkezésénél van a csalásnak bizonyos szerepe, azonban ennek jelentősége csekély; a tömeglélek tulajdonságaiban rejlik a fő ok, s a háború hatása éppen a tömegekre volt legnagyobb fokú.

A Magyar Szemorvostársaság március 8-i ülése.

Elnök: **Blaskovics László.** Jegyző: **Csapody István.**

Bemutatások:

1. **Aszalós Imre:** *Orbitotomia superciliaris útján eltávolított orbitalis echinococcus.* A jobb szemgödör felső-belső negyedében diónyi daganat ült, punctatuma konyhasó- és borostyánkősav tartalmú. 8 mm-es exophthalmus a szemmozgás korlátoltságával, enyhe papillitis-szel. Metszés a szemöldökívben *(Kreiker)*, a zártan eltávolított cysta szövettani képe typikus. Sima gyógyulás.

Vajda Géza: Mint nálunk negyedik s legidősebb (75 év) echinococcus orbitae-s esetet ismerteti férfibetegét, kinél a bal belső-felső orbitafal mellett a homlokcsontot usuráló daganat fejlődött, minek üregе a jobb homlokürегbe nyílott, tartalma sűrű, nyálkás, szagtalan volt, itt-ott hosszú hengeres képletekkel s fejrésznek imponáló részekkel.

2. **Singer Gyula:** *Parinaud-féle kötőhártyagyulladás.* 16 éves, mészárosnál dolgozó leány. A kórkép trachomához hasonló, de a fül előtti és áll alatti mirigyduzzanat s az egyoldali, gyors, forradásnélküli lefolyás ez ellen bizonyít. A csomókat lekaparták, s a mirigyeket Röntgennel kezelték.

3. **Brana János:** *Tensioemelkedés érdekesebb esete sympathicotoniás egyénen.* 36 éves férfi, pupillái időnként abnormisan tágak, pár óra alatt a tágulások megszűnnek. 1925 februárban jobb szemén színes karikalátás, borús cornea, renyhén reagáló, középtágságú pupilla. Tensio 45. Bal szemén 25. Pilocarpint kap, a feszülés normalis lesz, de két hét mulva a pupilla feszülésemelkedés *nélkül* s a pilocarpinozás *ellenére* pár órára újra kitágul. Az *adrenalinérzékenység* vizsgálata történik *(Kern F. és Kuncze J.)* sympathicotonia gyanuja miatt. $^1/_{100}$ mg adrenalin intravenásan a vérnyo-

mást 150-ről 1 perc mulva 180, 2½ perc mulva 155-re emeli; mérsékelt palpitatio és pulzusszaporulat. Tehát az egyén csakugyan *sympathicotoniás*. A bemutató felhívja a figyelmet a feszülésemelkedések egyes eseteinél ily irányban végzendő vizsgálatokra.

Blaskovics László: Egy esetet említ, amelyben traumás, kilenczer recidiváló erosio után újabb roham támadt óriási feszülésemelkedéssel, amely pilocarpintól hamarosan elmúlt. Valahányszor a pilocarpint kihagyta, félnap alatt hasonló nagy nyomásemelkedéssel (90—110) kapcsolatosan apró hólyagok jelentek meg a corneán. Az általános vizsgálat minden tekintetben negativ volt. Réses lámpával meg lehetett állapitani, hogy a cornea eme helye felé egy szokatlanul vastag idegtörzs húzódik, a rendestől eltérő elágazással.

Klinikai közlések:

1. **Singer Gyula:** *Psicainnal végzett vizsgálatok.* Új cocain-pótszer, melynek előnye a gyors, már a becseppentés után 1—2 mp alatt beálló hatás. A pupillát nem tágítja, a cornea hámját nem bántja, viszont a hatás csak egészen felszínes.

2. **Vajda Géza** (Miskolc): *Számfeletti könnycsatornácskát* észlelt 9 éves fiún. A rendes alsón és felsőn kívül egy harmadik találtatott, melynek a könnypontja az alsóval egy magasságban, a belső szemzúg alsó szöglete alatt nyílott s kissé ferdén lefelé külön ért a könnytömlőbe. Kauterrel elhegesztette, s a könnyezés megszűnt.

3. **Vajda Géza:** *Veleszületett könnyponthiány esete.* A 20 éves férfi könnycsorgás miatt jelentkezett. Anamnesis negativ. A jobb felső könnypont helyén kissé rövidült a zúgot alkotó részlet, amely a szemhéjszélbe simán folytatódik. Az alsó könnyponton át az átfecskendezés akadálytalan.

Brana János: Érdemes egyéb degenerativ jelek után is kutatni hasonló esetekben.

Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség Orvostudományi Osztályának február 28-i ülése.

Elnök: **Ángyán János.** Jegyző: **Jakob Mihály.**

Bemutatások:

1. **György Ármin:** Pneumokelet mutat be, amely a IV—V. bal bordaközben a bimbóvonalon belül késszúrás által keletkezett sérülésből származik, egy év előtt a beteg pleuritisen ment át, jelenleg a köhögésnél félalmányi, légpárnatapintatú puha képlet türemkedik elő, amely reponálható. A kétujjnyi hiatus plasticus zárása tervbe van véve.

2. **Duzár József:** A pécsi gyermekklinika tapasztalatait foglalja össze csecsemőanyagának dysenteriás megbetegedésére vonatkozólag. Hangsúlyozza azt a tételt, hogy a dysenteria klinikai fogalom. A klinika megbetegedett csecsemőinek széke csak ritkán volt véres-genyes, a bakteriologiai lelet csak egyes esetekben volt positiv, súlyos klinikai tünetek is hiányoztak. Mégis biztosította a dysenteria diagnosisát a csecsemők tartós súlymegállása vagy súlyzuhanása, a teljes refractaer viselkedés mindenféle alimentaris fogással szemben, az esetek absolut infectiosus volta, a nyálkás, habos székek spermaszaga és az itt-ott megjelenő geny vagy vér. Klinikailag jellemezte még az eseteket az étvágy romlása, a hőmérséklet subfebrilitás felé ingadozása (esetleg itt-ott egy-egy magasabb hőemelkedés), fokozott vagus-tonus és a küllemnek mindinkább atrophiássá válása.

A sectióra került esetek béltractusa súlyos dysenteriás elváltozásokat mutatott. A járvány tehát a csecsemőkori dysenteria negyedik, lappangó typusának felelt meg, amely így kb. azonos Göppert hasonló tünetek között jelentkező járványával. A járványt éppen lappangó, zárt intézeti csecsemők között, télen való jelentkezése (általános, felnőtt-járvány nélkül), valamint nehéz felismerhetősége teszik igen veszedelmessé. Részletesen ismerteti egy 3 és ½ hónapos és egy 8 napos csecsemő kórtörténetét és sectiós leletét. Utóbbinál az újszülöttkori physiologiás bakteriuminvasio alatt rögtön dysenteria telepedett meg a béltractusban. (Kizárólagos nőitejes táplálás mellett.) A sectio eredménye szintén súlyos vastagbélmegbetegedés volt. Bacillaris lelet, a többi positiv eseteknél is: Shiga-Kruse.

Végül 3 hónapos typhus abdominalisban megbetegedett csecsemő kórtörténetét ismerteti, amelyet atypikus klinikai lefolyása typusos vastagbélfekélyei és diffus typhusos peritonitise miatt tart érdemesnek a bemutatásra.

Scipiades Elemér: Kérdést intéz a gyermekorvosokhoz ,tekintettel a typhus és dysenteria erősen hangsúlyozott prophylaxisára, hogy mi az álláspontjuk ezen betegségnél a szoptatás kérdésében, mert azoknak legkorábbi eseteivel a szülészek találkoznak.

A szülészek dysenteriánál tiltják a szoptatást, ellenben typhusnál, ha azt a beteg állapota megengedi, kellő kautélák mellett s esetleg a csecsemőnek előző védőoltása után megengedik.

Heim Pál: A gyermekorvosoknak ugyanaz az álláspontjuk, mert a dysenteriát kivéve minden fertőző betegségnél szoptattatnak, hangsúlyozva azonban, hogy nem a szoptató kórismének, hanem annak állapota mindig a mérvadó.

A bemutatott fiatalkori dysenteria-esetekhez azt kívánja megjegyezni, hogy a gyakorló orvos szempontjából igen fontos, hogy a dysenteria diagnosisához ne követeljünk positiv bakteriologiai leletet. A dysenteria klinikai diagnosis. Dysenteriának nevezzük azt a járványra hajlamos, contagiosus heveny megbetegedést, amely általános tünetekkel, a bélrendszer részéről genyes-véres székek ürítésével, a főleg a vastagbélre szorítkozó álhártyás fekélyes elváltozással jár. Az ilyen eseteket igen különböző bakteriumok okozhatják, és a súlyos eseteket nem mindig a Shiga-Kruse-bacillus okozza. Ha fenntartjuk a pseudodysenteria elnevezést, akkor kömyen azt hihetnők, hogy a pseudo-dysenteria enyhébb megbetegedés, mint a dysenteria, pedig akárhányszor egy Flexner-typus okozta járvány, súlyosabb lehet, mint egy Shiga-Kruse-bacillus által okozott. A csecsemőkori dysenteriánál igen sokszor hiányzik a véres szék, és hozzászóló minden a csecsemőkorban fellépő genyes széket dysenteriának tart.

2. **Kelemen Endre:** *Typhus és dysenteria csecsemőknél.* Duzár által bemutatott esetek bonctani leleteit ismerteti. Három és félhónapos csecsemőnél kifejezett fekélyképződést talált a vékonybél alsó szakaszán. A fekélyek közül az egyik igen mélyre terjedt, elérte a peritoneumot, ezáltal peritonitishez vezetett. A bakteriologiai vizsgálatnál typhusbacillusok voltak kitenyészthetők.

A dysenteriában elhalt csecsemők közül mint legfiatalabbaknak egy nyolchónapos és egy egyhónapos csecsemőnek szerveit mutatja be. A vastagbélen talált igen súlyos ulcerosus és az idősebbik gyermeknél talált polyposus folyamatok a súlyos klinikai képet teljesen megmagyarázzák. A bakteriologiai lelet mindkét esetben Shiga-Kruse-bacillus volt.

Elek Pál: A két sectióra került esetben biztosított a diagnosis. Kérdés azonban, hogy vajjon a többi enyhébb eset is dysenteria volt-e? Véletlenül volt alkalma nagyobbszámú strophulus infantum-esetet megfigyelni és ezen esetek mindegyikében chronikus colitist látott. Az időnkénti exacerbatiók alkalmával nagyobb mennyiségű nyák ürült. Ezen colitisek klinikailag semmiben sem különböztek a felnőttek chronikus colitisétől, amely betegség az összes eddigi adatok szerint nem contagiosus. Helyesebb túlzottan óvatosnak lenni a fertőző betegségek prophylaxisában, de ettől független követelmény a diagnosis biztonsága.

Heim Pál: Elek kartársnak azt feleli, hogy a csecsemőkorban a nyálkás szék igen gyakori. Főleg az exsudativ csecsemő ürít igen könnyen nyálkás széket. Sokszor tapasztalhatjuk, hogy a szoptatott és jól fejlődő csecsemő is nyálkás széket ürít, aminek az az oka, hogy az érzékeny belű csecsemő a normalis anyagcserénél képződő alacsony zsírsavakra is izgalmi tünetekkel reagál a bél részéről. Azonban azon esetek, amelyekről Duzár dr. referált, genyes széket ürítettek, és amint Duzár dr. is említette, ezen esetek erősen fertőzőek voltak. Amíg a pécsi klinikán ez eseteket nem különítettük el teljesen, mindig újabb fertőzés forrásai voltak. A genyes széket ürítő csecsemők enteralis fertőzésen mentek át, és ha a bakteriologiai lelet negativ is volt, az eset nagy fertőző képessége és az esetleges bonclelet igazolta a dysenteria diagnosisát. Megnyugtathatja Elek kartársat, hogy a gyermekklinika is felismeri azon eseteket, ahol a szék nyálkatartalmát más okra kell visszavezetni, mint dysenteriára.

Albert Ármin: 1923 őszén egymásután három súlyosan decomponált 5—8 hónapos, mesterségesen táplált csecsemő jutott kezelése alá. Mivel lefejt anyatejre térve át, az adagok fokozatos emelése mellett sem tudott eredményt elérni, mert egymásután recidiva hátráltatta a gyógyulást, elhatározta, hogy a szülőktől vett 10 cm³ vér injectiójával kísérli meg a tolerantia fokozását. A kísérletet siker követte. Az 1. és 3. símán gyógyult. A másodiknál sem állott elő complicatio, dacára annak, hogy a héthónapos 2950 g-os csecsemő hétéves nővére a vérinjectio után négy nappal typikus kanyaróban megbetegedett és a csecsemővel egy szobában tartózkodott. Ez is bizonyíték amellett, hogy a kanyarót kiállott szülők vére felhasználható prophylacticum kanyaró ellen gyenge csecsemőknél a fertőzéstől való megóvása céljából, mielőtt rájuk végzetessé válhatott volna.

Kelemen Endre (zárszó): Elek doktor felszólalására reflectál: nemcsak a bemutatott két esetben sikerült a Shiga-Kruse-törzsnek a kimutatása, hanem számos boncolt esetben olyankor, ha az oltásokat a halál után rövid idővel csecsemőknél végezték. A később boncolt esetekben az oltások negativok voltak, s ezért felhívja a figyelmet arra, hogy a bakteriologiai vizsgálatok eredményességének egyik alapfeltétele, hogy az oltások lehetőleg rögtön végeztessenek a bélsár ürítése után.

3. **Kelemen Endre:** *Gastritis phlegmonosa és pancreatitis acuta újszülöttnél.* Huszonegyéves gyári munkásnő ötnapos csecsemőjének szerveit mutatja be, kinél kiterjedt gastritis phlegmonosát és pancreatitis acutát talált. Az egész gyomorfal mindenütt genyesen infiltrált egész a serosáig, minek következtében genyes peritonitis lépett fel. A pancreasban is igen súlyos heveny gyulladásra utaló elváltozások vannak. A bi- és tricuspidalis billentyűn acut verrucosus endocarditis.

Miután az anyának a szülést megelőzőleg öt nappal genyes tonsillitis lacunarisa volt, az infectiót intrauterin eredetűnek tartja, mert erre utal az a körülmény, hogy a gyomron sérülés nem volt, a bélcsatornában idegen testet nem talált, valamint hogy a szívbillentyűkön és a pancreasban is lobosodás volt, így a gastritis phlegmonosa nyilván haematogen eredetű kell legyen. Ugyanilyen eredetre vezeti vissza a pancreatitis acutát is. Csecsemőkorban gastritis phlegmonosát eddig még nem ismertettek.

4. **Burg Ete:** *Veleszületett hydronephrosis műtét útján gyógyított esete 12 hónapos csecsemőnél.* A jelenleg öthónapos, teljesen egészséges leánycsecsemőnél megszületése utáni nyolcadik napon hirtelen nagyfokú nyugtalanság, étvágytalanság, s jelentékeny hastérfogatnövekedés lépett föl, a bél- és vizeletürülés teljesen zavartalan lebonyolítása mellett. A has növekedését egy, az annak bal felében elhelyezkedő, kb. vizes-zsemlényi, megkötött, feszes tapintatú, külső felszínén göbös, rohamosan nagyobbodó képlet okozta. A képlet localisatiója, valamint felületének s összeállításának minősége alapján — mely utóbbit a Röntgen-vizsgálat nem egészen compactnak jelzett — a képletet veseeredetű, retentiós jellegű daganatnak vettük föl. Miután a képlet növekedésével kapcsolatosan a magzat általános állapota rosszabbodott, a 12. életnapon hasmetszés útján eltávolítjuk chloroform-narcosisban. Kiderül, hogy a klinikai diagnosis helyes volt, amennyiben a képlet a 10 cm hosszú, bőrszerűen elvékonyodott, 4 cm széles bal veséből, s egy kb. lúdtojásnyi cystosus részből: a kitágult vesemedencéből állott, amelynek húgyelvezetője közvetlen a beszájadzás alatt éles szögletben megtöretést szenvedett el. Ezen kívül a vese felső pólusából egy férfiujj vastagságú, a hólyag vertexén vakon végződő második ureter indult ki. A vese felmetszésekor látjuk, hogy két egymástól veseparenchym-szövetből álló falzattal elválasztott vesemedence van jelen, melyek egyáltalán nem közlekednek egymással. A vese parenchym állománya már makroskoposan is meglehetősen tönkrement, különösen az alsó vesemedencéhez tartozó részleten, melynek vastagsága alig érte el az 1—1 és fél mm-t, s rajta a kéreg és velőállomány elkülöníthető nem volt. A szövettani lelet chronicus hydronephrosisra jellegzetes képet mutatott, vese velőállományának teljes pusztulásával. A leletek súlyossága semmi esetre sem egyeztethető össze az újszülöttnek a méhenkívüli életben eltöltött 12 napos korával, tehát így fel kellett vennünk azt, hogy a hydronephrosis keletkezésének időpontja már a méhenbelüli életre nyúlik vissza. Ezen körülmény egyúttal döntő érv azon, ma még vitás kérdésben, hogy vajjon a vese végez-e kiválasztó működést az intrauterin életben, vagy sem? A mi esetünk azt bizonyítja, hogy már a méhenbelüli életben is van veseműködés, mert a fent említett súlyos elváltozásokkal járó hydronephrosis kifejlődéséhez semmi esetre sem elegendő a magzatnak mindössze 12 napos méhenkívüli élete.

Előadás:

Göttche Oszkár dr.: *A kanyaró prophylaxisának mai állása.* Előadásában hangsúlyozza, hogy a kanyaró nem oly egyszerű és ártatlan megbetegedés, mint azt általában gondolják. Statisztikákkal illusztrálja, hogy a kanyaró súlyossága nagy mértékben függ a gyermek korától, a szülők vagyoni és egészségügyi viszonyaitól, továbbá a gyermek egészségi állapotától. Különösen iskolák, napközi otthonok, kórházak, klinikák, szóval zárt intézeteknek nagy ellensége a kanyaró, rendkívül nagy fertőzőképességénél fogva. A kanyaró eddigi prophylaxisa jóformán radicalis elkülönítésben merül ki.

1920 óta nagyjelentőségű változás történt a kanyaró prophylaxisában a *Degkwitz*-féle reconvalescens serum által. Ismerteti a reconvalescens serum előállítását, alkalmazásának indicatióit és figyelmeztet a serum fölösleges alkalmazásának helytelenségére. Idősebb, egészséges gyermekek megvédésénél inkább alkalmazható felnőttek nagyobb mennyiségben adott vére és a colostrum.

Röviden ismerteti a Degkwitz által vezetett müncheni modern organisatiót a serumtermelés fokozására. Ismerteti a budapesti serumtermelést. Pécsett a reconvalescens serumtermelést a kanyarós osztállyal ellátott gyermekklinika szervezi.

Duzár József: A német szerzők közül *Moll, Pick* és *Berger* összefoglaló vizsgálataiból tudjuk, hogy az immunanyagképzés alatt a vér globulintartalma megszaporodik. Az immunanyagok tehát a vérplasma globulinfractióihoz vannak kötve. Amerikai szerzők nemcsak megerősítették ezt a feltevést, hanem gyakorlatilag ki is használták, amennyiben ma már olyan diphtheria immunsavókat készítenek, amelyek csak globulinokból állanak, úgyhogy aránylag kicsiny fehérjetartalom mellett magas immunegységszámot mutatnak. Újszülöttnél is, akinél a klinikailag messzemenő védekezőképesség ismeretes, a vér immunanyagtartalma chemiailag is kimutatható annak magas globulintartalmában. Klinikánkon végzett vizsgálataink ezt a felvételt tényleg igazolták. Az újszülött vérének átlag kétszer nagyobb a globulintartalma, mint az idősebb csecsemőnek, hasonlóképen vérserumának globulinok okozta colloidlabilitása sokkal nagyobb, mint a későbbi korban. Hogy ez a globulinszaporulat most már anyai eredetű-e, vagy pedig az újszülött saját globulinjai szaporodnak meg az anyai immunanyagok átvétele kapcsán, további vizsgálataiknak fogja tárgyát képezni.

HETI KRÓNIKA.

A nagy képromboló angol író *G. Bernard Shaw*, kit a Heti Krónika olvasói már e lap hasábjairól is ismernek, bámulatraméltó cynismussal forgatja ki a legalapvetőbnek ismert tételeket, a régi görög bölcsekre emlékeztető könnyedséggel állítja a fejük tetejére a legmélyebb alapigazságokat. Sajátságos bölcselkedéseiben pellengérre állította valamennyi társadalmi osztályt és bizony, az orvosi rendet sem kímélte meg. De, bár könyörtelenül kiemeli az orvosi hivatás fonákságait, mégis el kell ismernünk, hogy sok igazat is mond.

„Az orvos igazi szerencsétlensége a kifeslett ruha, az ajtón kopogtató éhség, a tudatlan betegek zsarnoksága, a napi 24 órai munka és az a hiábavalóság, hogy nem tudja betegei legnagyobb részének éppen azt a valamit rendelni, amire azoknak valóban a legnagyobb szükségük volna: nem tud nekik pénzt adni."

Vajjon hogyan vélekednék az angol állapotokból ilyen következtetésekre jutó *G. Bernard Shaw*, ha a mai középeurópai társadalmi és orvosi viszonyokat ismerné? Mondana-e különbet is az orvosi rendről, mint azt, hogy „minden olyan osztály, melyet így kezelnek, hajlamos rablóbandává átalakulni?"

Pedig igazán nem lehet összehasonlítani az itt uralkodó viszonyokat az angolokéival, hol nemcsak a megélhetési körülmények, kereseti lehetőségek lényegesen jobbak, hanem ezenfelül a kormány is jelentékeny összeggel siet a gyakorló orvosok segítségére.

A külföldi lapokban nap-nap után olvashatunk az orvosok nehéz helyzetéről. Bécsben pl. egy erősen elfoglalt gyakorló orvos havi keresete hét és félmillió körül mozog; 9—10 milliót már csak 12%-a az orvosoknak keres és legfeljebb 2 százaléknak van 24 millión felüli jövedelme. No, de az „erős elfoglaltság", sajnos, nem túlságosan általánosítható valami; és így számtalan orvos volt kénytelen felcserélni hivatását sebészeti műszergyár-, vagy vegyi- és gyógyszer-ügynökösködéssel; sokan meg éppenséggel kereskedőkké vedlettek át, hogy a létminimumot megszerezhessék.

Mindennek oka pedig nemcsak a teljes pénztelenség, a világszerte tapasztalható orvos-infláció, hanem az a körülmény is, hogy oly betegeknek is a nagy része (Bécsben pl. 80%), kik eddig magánorvosi rendelőket kerestek fel, jelenleg valamely betegsegélyzőpénztár keretein belül veszik az ingyenes orvosi segítséget igénybe.

Így lett azután nyilt problémává a pénztárak és orvosok közötti viszony tisztázása, mely különösen Németországban a legutóbbi években nagy viharokat váltott ki és rendezve ma sincs még. *Dr. Scholl*, münchen eü. tanácsos tolláből nemrégiben hosszabb cikk jelent meg, melyből megismerjük a németországi mozgalom fontosabb phasisait.

Valamikor, a pénztárak virágzásának hajnalán, az orvosok egyáltalában nem fektettek súlyt arra, hogy jogaikat mennyire védi a betegsegélyezési törvény, mert hiszen a pénztár-orvosi állás kizárólag mellékesként szerepelt. De ma, mikor — mint mindenütt, úgy ott is — a lakosságnak folyton nagyobbodó százaléka válik valamelyik pénztár tagjává és természetszerűleg ugyanilyen arányban csökken a magánbetegek száma: a kérdés az orvosok szempontjából nagy fontosságot nyert, mondhatni létkérdéssé vált. Csak most vették észre, hogy a törvény megalkotásakor milyen könnyelmű nemtörődömséggel jártak el, mikor a kellemetlen következmények megjelentek: a pénztár vezetőjétől való függő viszony, mikoris személyeskedő, sőt politikai momentumok is szerepet játszottak; laikusok gyakorolta ellenőrzés és egyes pénztári tagoknak oly óhajai, melyekkel szemben a pénztári orvost nem védte semmi.

Már a mult század utolsó tizedében megkezdődtek a küzdelmek, de rendszeressé csak a „Leipziger Verband"-nak az 1899. évbeni megalakulásával váltak. Nemzetközi munkásbiztosító kongresszusokon is foglalkoztak a kérdéssel, de a megoldáshoz közelebb egy lépéssel sem jutottak. Több békítő kísérlet, fizetésjavítás után a birodalmi munkaügyi minisztérium 1922-ben javaslatot dolgozott ki, melynek célja a betegsegélyzőpénztárak és az orvosok közötti viszonynak törvényes uton való rendezése lett volna. Az orvosok fő követelései: valamennyi pénztárnál a rendszeresített, szabad orvosválasztás bevezetése, az orvosi szervezet egyenjogúságának elismerése és rangjukhoz illő fizetség voltak. Ezzel szemben a pénztárak makacsul ragaszkodtak a régi, állandó orvosi rendszerhez.

Hosszas fáradozások után úgy látszott 1923 nyarán, hogy a két félnek végre is sikerül egymással megalkudnia; de ekkor meg a birodalmi kormány nyúlt bele az ügybe és egy csapással szétzúzta a megegyezésre már előkészített talajt. Meg akarván ugyanis menteni a pénz-inflációs katasztrofális tetőpontján a német szociális törvények legfontosabbikát: a betegsegélyezést, a kormány 1923 okt. 30-án kiadott rendeletében drákói szigorral bánik el az orvosokkal, amenynyiben felhatalmazza a pénztárak vezetőit, tehát laikusokat, hogy, ha úgy látnák, hogy valamelyik orvos rendelésével a pénztár érdekeit nem védi eléggé, az illetőt azonnal elbocsáthatják. Erre, az orvosokra nézve igen sérelmes rendeletre a „Leipziger Verband" sztrájkkal felelt és a pénztárakat a legsúlyosabb helyzet elé állította. Sikerült is kivívnia egy újabb, enyhébbhangú rendeletet, de a kérdést ez sem oldotta meg.

Valamit azonban jogosnak kell elismernünk a pénztárak hangoztatotta panaszokból is. Tény az, hogy nem minden orvos való pénztári orvosnak. A magán- és pénztáripraxis különbözőségét több tényező adja meg. Ezek legfontosabbika, hogy a pénztárak előre meghatározott budget-vel kénytelenek dolgozni; továbbá, az ingyen gyógyszer sok pénztári tagot rászoktatott arra, hogy orvosától oly esetben is gyógyszert követeljen, mikor arra kifejezetten szükség nincs.

Ezek előrebocsátása után nagy érdeklődéssel várhatjuk, hogy lesz képes az egységes álláspontot elfoglaló s céljaiért systematikusan küzdő német orvosi kar kivívni a pénztárak klikkjével szemben emberi szempontból igazán méltányos és jogos kívánságait. E harcok sok értékes tanulsággal szolgálhatnának nekünk is, hol szintén nagy hajlandóság mutatkozik legújabban a máris erősen csökkent magánbeteg-anyag utolsó maradványának is az „elpénztárosítására". Ismerjük a legutóbbi sajnálatos eseményeket, melyek az Orvosszövetségben lezajlottak; tudjuk, hogy különösen fiatalabb orvosaink mennyi nélkülözésnek és szenvedésnek vannak kitéve: mégsem szabad egy szebb jövőbe vetett hitünket elvesztenünk, mert az utóbbi években oly sokat szenvedett keresztény orvosi kart nem Shaw gúnyosan vigyorgó szellemeskedése, hanem csakis az Ember Tragédiájának magasztos zárószavai vezérelhetik: „Küzdj és bízva bízzál!"

Dr. Temesváry György.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 március 14-én, szombaton tartandó tudományos ülésének programmja: *Bemutatás: Lobmayer Géza: a)* Oesophagus diverticulum operált esete. *b)* Entherolith-esetek. *c)* Brodie-féle csonttályogok. *Előadás:* 1. *Wein Zoltán:* A mandulaműtét kérdésének mai állása. 2. *Hajós Károly:* Az asthma bronchiale pathogenesiséről és újabb therapiás eljárásokról.

A Budapesti Ker. Munkásbiztosító Pénztár orvosai március 20-án 6 órakor a székházban szakülést tartanak. *Bemutatások:* 1. *Brana János: a)* Totalis oculomotorius bénulás. *b)* Gonorrhoeás metastaticus chorioiditis anterior. 2. *Farkas Ignác:* Vesesérülések pénztár-orvosi szempontból. 3. *Fleischmann Mór:* Megakadt húsfalat eltávolítása a lúgszűkületes nyelőcsőből. 4. *Friedrich Vilmos:* Higanymérgezés érdekes esete. 5. *Friedrich László:* Haemolytikus ikterus. 6. *Jassinger Károly:* Szívblock (Adams-Stokes). 7. *Keményffy Gyula:* Spondylorhyzomyelia. 8. *Paulikovits Elemér:* Linser-féle kezeléssel gyógyult alszárfekély-varicositás.

A Magyar Urologiai Társaság március hó 16-án délután ½7 órakor a IV. sz. belklinika (Herzog) tantermében (VIII, Üllői-út 26.) tartandó tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatások:* 1. *Herman János:* Pyelographiás contrastanyag tökéletesített alakja (mult ülésről elmaradt). 2. *Stossmann Rudolf:* Kétoldali kettős-ureter, baloldali vesetuberculosis mellett. *Előadás: Illyés Géza:* A dülmirigytúltengés kezelésének egyes vitás kérdéseiről.

A Kir. Magy. Természettudományi Társulat Élettani Szakosztálya márc. hó 17-én, este 6½ órakor az egyetemi élettani intézet tantermében (VIII, Esterházy-utca 9.) tartandó ülésének tárgysorozata: 1. *Fritz Gusztáv:* A Bang-féle és a Hagedorn-Jensen-féle vércukormeghatározási módszerek összehasonlítása. 2. *Jendrassik Lóránt:* A cholin, atropin és néhány szerves sav hatása a bélre. (Tangl Harolddal együtt végzett kísérletek alapján.)

A budapesti orvosok Kamarazene-egyesülete a keresetképtelen orvosokat segélyző egyesület menházalapja javára *április hó 3-án* a Zeneakadémia nagytermében nyilvános hangversenyt rendez. Reméljük, hogy e hangverseny, melynek tiszta jövedelme Budapest orvosainak rokkant- és aggsági problemáját egy lépéssel közelebb hozza a megoldáshoz, úgy erkölcsileg, mint anyagilag teljes sikerrel fog járni, annál is inkább, mert e siker biztosítása Budapest minden orvosának közös érdeke és közös feladata.

Jegyek *Bergsmann Jakab dr.* főpénztárosnál (VII, Wesselényi-u. 18. T. J. 125—44, vagy délutánonként 6—8-ig VII, Erzsébet-körút 49, II. em. T. J. 56—63) rendelhetők és vehetők át.

Az Orvosi Hetilap lentebb felsorolt régi számait, melyek kiadóhivatalunkban kifogytak és így az évfolyamokat beköttető előfizetőinknek sem tudjuk megküldeni, szívesen vennénk vissza. — 1923. évfolyam 1., 2., 3. számait és 1924. év 1., 2., 3., 4., 14. és 46. számokat 7500 koronáért, 1925. évi első számot 15.000 koronáért.

Orvosdoktorrá avattattak a Pázmány Péter-tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: *Belohorszky Gábor, Bereczky István Lajos, Groszman Ferenc, Gyurocsik Emil Lajos, Krón Gusztáv Agoston, Náray Gyula, Palka Lajos, Putnoky Gyula, Szilágyi Sándor, Wagner Károly.* Üdvözöljük az új kartársakat!

† **Schweiger Pál dr.,** a nemzetgyűlés irodafőigazgatója, 52 éves korában hirtelen meghalt. 25 éves hivatalnokoskodásán kívül általános praxist is folytatott és így is szép positiót vívott ki magának. Temetését a nemzetgyűlés rendezte és a megjelent nagyszámú tisztviselő és orvoskolléga, valamint a patiensek tömege igaz részvéttel kísérte utolsó útjára a korán elhúnyt, mindenki által szeretett és tisztelt, kétféle hivatását is jól betöltő derék embert. *Sz.*

Néhai Schweiger Pál dr. rendelője orvosnak átadó. Bővebbet lakásán: Csengery-utca 58.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 1-től március 7-ig előfordult:

Hasi hagymáz	12 (3)	Gyermekágyi láz	— (1)
Küteges hagymáz	— (—)	Bárányhimlő	36 (—)
Hólyagos (ál-)himlő	— (—)	Járv. fültőmirigylob	3 (—)
Kanyaró	248 (5)	Vérhas	12 (1)
Vörheny	104 (6)	Járv. agygerincagyhártyalob	2 (1)
Szamárhurut	5 (3)	Trachoma	1 (—)
Roncs. torok- és gégelob	16 (1)	Veszettség	— (—)
Influenza	55 (2)	Lépfene	— (—)
Ázsiai kolera	— (—)	Náthaláz	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN.

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

PÁLYÁZAT.

A nagykanizsai városi közkórháznál rendszeresített, s a X. fizetési osztálynak megfelelő illetményekkel járó, bennlakó **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A pályázati kérvények Zala vármegye alispánjához címzendők, s 1925. évi március hó 24-én déli 12 óráig Nagykanizsa város iktatóhivatalába nyujtandók, illetve küldendők be. A pályázók magyar állampolgárságukat, korukat, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat az 1883. I. t.-c. 9. §-ában és az 1876 : XIV. t.-c. 6. §-ában előírt képesítésüket, továbbá a Röntgen-kezelésben való jártasságukat és eddigi működésüket okmányokkal igazolni tartoznak.

Nagykanizsán, 1925. évi március hó 3-án

3229/1925. *Polgármester.*

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

FANGO-ISZAPKURÁK Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézetében
Budapest VIII, Vas-utca 17. *Ugyanott ORTOPÄDIA, gyógygimnasztika, ZANDERTERMÉK.*

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII, Wesselényi-utca 2. Telefon: József 124—35. Lakáson: 175—91.

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

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday utca. Telefon: József 3—75.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZEGO KALMAN SZANATORIUMA
ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízlaló-, diätetikus kúrák. Gyermekek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek

Az orvos
kötelességet teljesít, ha gyermekeknek, vérszegényeknek, betegeknek és lábbadozóknak tápszerül Meinl-maltinkakaót rendel. Egy kísérlet meggyőzi Önt a Meinl-maltinkakaó kíváló minőségéről és gyógyhatásáról. Kapható minden Meinl-üzletben.
Meinl Gyula r.-t.

NERVOPLAST
IDEGTONICUM SEDATIVUM
FERGLOBIN
SINE ET CUM ARSENO
GUAJAGLOBIN
TABLETTÁNKÉNT 0·05 GR. GUAJACOL TUBERCULOSIS STB.
ÖRKÉNY HUGÓ
BUDAPEST, KIRÁLY-UTCA 12.

Aero-keksz cukorbetegeknek,
valamint liszt és morzsa. KLINIKAILAG AJÁNLVA. (Orvosi Hetilap 1924. évi 9. szám.)
Lakta-keksz, lábbadozók, vérszegények, terhes nők, ideg- és tüdőbetegek részére.
Graham-keksz, gyomor- és bélbetegeknek.
Minden eddigit fölülmúló ideális tápszerek. — Kapható minden gyógyszertárban.
STEINER JÓZSEF ÉS FIA TÁPSZERGYÁR BUDAPEST IX, VÁMHÁZ-KÖRÚT 9.

Dr. Buday-féle bevált Gyógyborok

Vin. chin. forrat.	Vin. kola coca	Vin. Pepsini
Vin. condurango	Vin. kola coca condurango	Vin. Johymbae
Vin. condurango pepton	Vin. myrtillor. (áfonyabor)	Vin. cascara sagrada
Vin. kola		Vin. kola coca cacao quarann. Buday

Legjobb aszúval készült gyógyborkészítmények.

Pastilli-Jodocaseini
Dr. Budai (0·30 cgr. Jodocasein-tartalommal).
A **Jodocasein**-pastillákban a jod a tej caseinjához van kötve s csokoládéval feldolgozva. Íze kellemes, mellékhatása nincs — a nyálkahártyákat nem izgatja. Tiszta jodtartalma és hatása teljesen analog a **Sajodin jodtartalmával és hatásával.** A **Jodocasein-pastillák** megrágandók.
Adagolás 3—5 pastilla naponta, evés után.

Újból készül a dr. Buday
Capsul. hydrast. cannad
Specifikum méhvérzéseknél, méhgörcsöknél és belső vérzéseknél. Minden capsula 20 csepp Extr. fluidumnak felel meg. Adagja 3 óránként két capsula.

VAJNA JÓZSEF
VÁROSI GYÓGYSZERTÁRA
vegyi és gyógyszerészeti laboratórium készítményei
Budapest IV. Váci-utca 34. Telefon: 9—64.

69. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1925 március 22

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES 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: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Haba Antal: A lepényi időszak kezelése, különös tekintettel a visszamaradt lepényrészek eltávolításának kérdésére. (243—248. oldal.)
Guszman József: Adatok a világrahozott syphilis prophylaxisának kérdéséhez. (248—250. oldal.)
Büchler Pál: A máj működési zavarairól elme- és idegbetegségekben. (250—251. oldal.)
Kirchner János: Összehasonlító vizsgálatok Meinicke zavarosodási reactiójával. (251—252. oldal.)
Szabó József: A fogszú (caries dentis). (252—254. oldal.)
Nagy György: A neosalutan nevű, lengyel gyártmányú salvarsankészítményről. (254—255. oldal.)
Berzsenyi Zoltán: Az asepsis sikeres biztosításáról. (255—256. oldal.)
Diagnostika. Bókay Zoltán: A liquor cerebrospinalis cukortartalmának jelentősége diagnostikai és prognostikai szempontból. (256—257. oldal.)
Schiller Károly: Megjegyzés Novák Miklós dr. „A beteg saját vérével végzett gyógyításról" szóló tanulmányához. (257. oldal.)
Markó Dezső: Megjegyzés Bársony Tivadar dr. és Polgár Ferenc dr. „Calcinosis intervertebralis" című cikkéhez. (257. oldal.)
Étrendi előírások. (258. oldal.)
Lapszemle. *Belorvostan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Urologia.* (259—262. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (262. oldal.)
Könyvismertetés. (262—263. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 14-i ülése. (263—264. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának március 6-i ülése. (265. oldal.)
Honvédorvosok Tudományos Egyesülete március 10-i ülése. (265—266. oldal.)
Közkórházi Orvostársulat március 11-i ülése. (266—267. o.)
Vegyes hírek. (267. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem II. számú női-klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi ny. r. tanár).

A lepényi időszak kezelése, különös tekintettel a visszamaradt lepényrészek eltávolításának kérdésére.

Írta: *Haba Antal dr.* klinikai tanársegéd.*

Winter[1] königsbergi tanár 1909-ben a Strassburgban megtartott nőgyógyászati kongresszuson a gyermekágyi megbetegedések helyi kezeléséről tartott előadásában felhívta a szakorvosok figyelmét arra a a nagy veszélyre és azokra a súlyos következményekre, amit az érett szülések után bennmaradt lepényrészek eltávolítása miatt végzett méhüri beavatkozás okozhat. Különösen, ha már fertőzött a méhür, lázas a gyermekágyas. Nem egyszer súlyos, sőt többször halálos kimenetelű megbetegedést vont maga után a beavatkozás és ha azt kutatta, hogy mi okozta, illetve mi okozhatta gyakrabban a halálos fertőzést, magának a bennmaradt lepényrésznek a bomlása-e, vagy az eltávolítással járó beavatkozás, úgy hajlandó volt inkább az utóbbit felvenni a megbetegedés okául és ezért a legnagyobb óvatosságot ajánlotta, különösen lázas esetekben.

Előbb általánosan elfogadott elv volt, hogy a gyermekágyban el kell távolítani a bennmaradt lepényrészt elsősorban a vérzés miatt, de abban az esetben is, ha az ilyen gyermekágyas lázassá lett. *Winter* az eddig követett eljárással szemben tehát arra az álláspontra helyezkedett, hogy sokkal kisebb veszélyt rejt magában a lepényrész visszamaradása, ha magára hagyjuk és a spontán távozását várjuk be, mint annak művi eltávolítása.

Beszámolója után nagy szorgalommal indult meg az adatgyüjtés a kérdés tisztázására és azóta sokan ismertették az egyes klinikák beteganyagán a szülések után visszamaradt lepényrészek kezelésénél követett és a követendő eljárásokat. Az adatgyüjtések eredményei egyrészről, másrészről a szerzett tapasztalatok *(Jess, Höhne, Strassmann, Hörmann, Baum, Schauta, Zangemeister)* azt mutatták, hogy vannak esetek, hogy lepényrészek, sőt az egész lepény hetekig, sőt hónapokig visszamaradhat anélkül, hogy lázat, vagy heves vérzést okozna. A szabály azonban nem ez, mert mint *Strassmann*[2] mondja, ha visszamaradt lepényrészt azonnal ki nem takarítottunk, ez annyit jelentett, mint a veszélyre várni, mert a lepényleválasztást később úgy is meg kellett csinálni. *Bumm*[3] szerint részben a vérzés megszüntetése miatt, másrészt a bennmaradt lepényrésznek később elkerülhetetlenül bekövetkezendő rothadása miatt ezeket el kell távolítani. *Franz*[4] megjegyzi *Winter* álláspontjára, hogy a későbbi tapasztalatok fogják csak megmutatni azt, hogy nagyobb ártalmat jelent-e a visszamaradt lepényrész eltávolítása, mint hasznot a betegre, ha beavatkozás nem történik. Egyelőre kívánatosnak tartja elhalt és fertőzött lepényrésznek a méhürből való eltávolítását. *Keller*[5] munkájában kimutatja, hogy lepényrész visszamaradása súlyos gyermekágyi megbetegedéseket okozhat, továbbá bebizonyosodott tény, hogy a fertőzött lepényrészek eltávolítása nem olyan súlyos beavatkozás, ezért a therapiának arra kell törekednie, hogy a visszamaradt lepényrészeket minél előbb eltávolítsuk, nehogy mélyebbre ható fertőzést hozzanak létre. *Tóth*[6] 1912-ben a lázas elvetélésekről szóló értekezésében az érett szülések után visszamaradt lepényrészek eltávolításának kérdését is érintve, a következőkben mondja el álláspontját: „Amennyire kívánatos, hogy bennmaradt lepényrész mielőbb, és pedig addig, amíg fertőzés nincsen, óvatosan eltávolíttassék a méhürből, másrészt igenis láttunk a gyermekágy későbbi napjaiban történt ily irányú beavatkozások után súlyos, sőt halálos megbetegedést. A helyes tennivalót a további tapasztalatok fogják megmutatni."

Mindezekből önként következik és azt hisszük, nem is kell külön hangsúlyozni, hogy mennyire fontos a lepények pontos és beható vizsgálata mellett annak a megállapítása, hogy a lepény ép-e. Már magába a

* Előadta a Budapesti Királyi Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának 1925 február 13-án tartott tudományos ülésén.

vizsgálati módszerbe is hiba csúszhat be. Helyesen a lepényt csak úgy vizsgálhatjuk meg, ha síma tálcára, vagy asztalra kiterítjük, miután előzőleg méhüri felszínét a véralvadékoktól megtisztítottuk. Mint alább látni fogjuk, a lepény hiányosságának fel nem ismeréséből származnak azok a súlyos következmények, amelyek a hiány felismerése esetén elkerülhetők lettek volna. Sajnos azonban, sokszor a legfigyelmesebb megszemlélés sem nyujt biztosítékot arra, hogy a lepény ép-e vagy sem. Jellemző erre *Zangemeister*[7] esete, amikor kívüle még *Ahlfeld*, *Esch* és *Kirstein* nézték meg a lepényt, s azt épnek tartották. Csak a gyermekágyban derült ki a tévedésük, mikor a visszamaradt lepényrészt eltávolították. Ha ily nagy képzettséggel és gyakorlattal bíró szülészek is tévedhetnek, mennyivel inkább előfordulhat ez az általános gyakorlatot folytató orvossal! Minthogy pedig nincs megbízható eljárásunk, sem pedig klinikai tünetek nincsenek, amelyekből a lepény hiányosságára biztosan következtethetnénk, mint arról *Kirstein*[8] legutóbbi dolgozatában beszámolt, a lepény egyszerű megszemlélése pedig nem elegendő, azért *Zangemeister*[7] azt ajánlotta, hogy minden oly esetben, hol a lepény épségéről nem vagyunk meggyőződve, tapintsunk be, még akkor is, ha utólag kiderül, hogy a betapintás felesleges volt. Statisztikai adatokkal igazolja eljárásának helyességés. Mióta klinikáján e szabályt követik (1918 szeptember közepétől), egyetlen esetben sem kellett visszamaradt lepényrész miatt a gyermekágyban beavatkozniok, ezzel szemben 1918 előtt 3665 szülés közül tizennyolcszor kellett utólag (a gyermekágyban) betapintaniok. Igaz, hogy ilyen túlzásba vitt óvatosság mellett sokszor történik felelsleges betapintás, de mint statisztikája mutatja, a betapintás után sohasem következett be súlyosabb természetű gyermekágyi megbetegedés, amit a méhüri beavatkozás rovására írhatott volna. Míg 1911—1918-ig *Zangemeister*ék[7] csak akkor tapintottak be, ha a lepény biztosan hiányos volt (3665 szülés közül 18-szor), addig 1918—1920-ig a fenti szigorú elvek szerint jártak el és 1772 ugyanilyen szülésnél (kiviselt terhesség, 2000 g-on felüli magzatok) 31-szer tapintottak be és csak 7 esetben találtak visszamaradt lepényrészt, tehát 24-szer a betapintás felesleges volt. A feleslegesnek bizonyult betapintások után 20 esetben a gyermekágy lefolyása láztalan, 4 esetben lázas, ezek közül meghalt egy, de ez már intra partum is lázas volt.

Jess[9] a marburgi klinika satisztikáját állította össze. 22 szülőnőnél, hol a lepény hiányosságát azonnal kitakarították, három megbetegedés esik a gyermekágyra, az is könnyű lefolyású volt és egy sem halt meg. 34 szülőnőnél csak a gyermekágyban vették észre a hiányt. Ezek közül 5 gyermekágyasnál a visszamaradt lepényrész spontán lökődött ki, 29-nél pedig a méh ürét kitakarították. A 34 közül meghalt 4 (12%). Leszámítva azon 5 esetet, ahol beavatkozás nem történt, mert a visszamaradt lepényrész spontán lökődött ki, a 4 halálos kimenetelű eset tulajdonképen 29 gyermekágyasra esik (13·9%).

Höhne[10] a kieli klinika 17 éves anyagát dolgozta fel. Összesen 29 esetről számol be. Ezek közül 14 a klinikán szült, 15-öt a lepényidőszakban szállítottak a klinikára. A klinikán szült 14 asszony közül 6-nál azonnal eltávolították a hiányzó lepényrészt, mert a hiányt azonnal észrevették. Nyolc esetben a lepényt szülés után épnek tartották. Mind a 8 esetben lepényrész maradt vissza. A gyermekágy lefolyása ezen esetekben a következő volt: 3 betegnél spontán lökődött ki a visszamaradt lepényrész, 5 betegnél a gyermekágyban kellett beavatkozni, még pedig 1—10 héttel a szülés után. 4 láztalan volt. Egy esetben emelkedik a hőmérséklet 40 fokig, de a méhnek a 8. napon, erős vérzés miatt történt kitakarítása után, a gyermekágy további lefolyása itt is láztalan volt. A klinikán kívül lefolyt szüléseknél (15) 8 szülőnőt láz nélkül, 7-et lázas állapotban szállítanak a klinikára. A láztalan gyermekágyasoknál a kitakarítás után sem következett be hőemelkedés. A 7 lázas beteg mindegyikénél ugyancsak kitakarították a méhürt, ezek közül 2 meghalt, a többi is lázas, de a hőmérséklet néhány nap mulva rendes lesz.

Winter[1] 22 esetben választotta le a visszamaradt lepényrészt. Mind a 22 leválasztás a gyermekágyban történt. A gyermekágy lefolyása a lepényrész leválasztása után csak 7 esetben láztalan, 15 gyermekágyasnál szövődmény lépett fel. Hét esetben könnyebb és súlyosabb felszívódásos láz és endometritis, 4 esetben parametrikus izzadmány, 4 esetben pyaemia, ebből 2 halálos kimenetelű volt. Ez a halálozás igen nagy, különösen, ha figyelembe vesszük *Winter* azon kijelentését, hogy 13 beteg előzőleg teljesen láztalan volt, s 9 gyermekágyasnál csak kisebb-nagyobb felszívódásos, lázas kórkép benyomását keltette a megbetegedés, de egy sem nyujtotta a valóságos fertőzés képét.

Höhrmann[11] a Döderlein-klinika 36 esete kapcsán mondja el álláspontját az érett szülések után visszamaradt lepényrészek kezelésének kérdéséről. Tapasztalatai alapján részben igazolva látja *Winter* azon kijelentését, hogy bennmaradt lepényrészek nem gyakran okoznak súlyos gyermekágyi megbetegedéseket, sőt az esetek több mint felében teljesen láztalan lefolyású volt a gyermekágy. Nem látja azonban bebizonyítva *Winter*nek azon állítását, hogy könnyű lázas esetekben visszamaradt lepényrészek eltávolítása után gyakran súlyos megbetegedések, sőt halálos kimenetelű fertőzések fejlődnének ki. Ugyanő nem tartja lehetségesnek azt sem, hogy visszamaradt lepényrészek spontán távozását be kell várni, már csak azért sem, mert az esetek 80%-ában vérzés kényszerít a beavatkozásra. Mérlegelve statisztikai eredményeit, az eddig követett activ therapiát tartja helyénvalónak és továbbra is követendő eljárásnak.

Schauta[12] összeállításában szintén kedvező eredményről számol be ottan, ahol a kitakarítást azonnal, vagy röviddel a szülés után végezték. 53 szült nőnél takarították ki a méhürt, az indicatiót 46-szor a vérzés adta meg, s csak 7-szer történt betapintás azért, mert a lepényt hiányosnak tartották. A gyermekágyban 43 láztalan, 10 lázas, de ezek is könnyű lefolyásúak voltak. Ezzel szemben azokban az esetekben, ahol a betapintás a gyermekágyban történt (összesen 29), 22 lázas és 3 meghalt. Álláspontjuk az, hogy a lázas gyermekágyban feltétlenül helyénvaló az óvatosság.

Mint az eddigiekből is látható, az egyes klinikák állásfoglalása lepényrészvisszamaradásnál a tennivalók körül nem egységes. Ugyanígy különbözők a vélemények a gyermekágyban végzett méhüri beavatkozások veszélyét illetőleg is. Már pedig a kérdésnek nagy a jelentősége, különösen lázas esetekben, úgyhogy érdemesnek látszott egy nagyobb beteganyagon ismertetni azokat az eseteket, amelyekben a méh üre veszély nélkül kitakarítható és elkülöníteni azoktól az esetektől, ahol a várakozás a helyénvaló, mert csak számos eset megfigyelése és elbírálása után lehet mérlegelni egyik vagy másik eljárás helyességét. Ezért mi is összegyüjtöttük a budapesti II. számú női-klinika 25 évre terjedő gazdag anyagát 1900—1924-ig bezárólag és tettük vizsgálat tárgyává.

1. *Mit tegyünk, ha a lepény megszületése után az hiányosnak mutatkozik, be kell-e tapintanunk akkor is, ha csak gyanús a lepény?*

2. *Mitevők legyünk, ha a lepény hiányossága a figyelmünket elkerülte, s ha bennmaradt lepényrész mellett láz lép fel a gyermekágyban? Active járjunk-e el, vagy helyesebb-e a várakozás?*

Összeállításunkban csak az érett, kiviselt szüléseket számítottuk be. Elvetéléseknél visszamaradt lepényrészek miatt végzett méhüri beavatkozások a számadatokban nem szerepelnek. És pedig azért nem, mert elvetélések kapcsán visszamaradt petemellékrészek legnagyobb részénél már eleve fel kell tételeznünk a peterészeknek, illetőleg a méhürnek fertőzött voltát. Hiszen az összes abortusok több mint 80%-a művi beavatkozás után jön létre, ez pedig, mint tudjuk, nem mindig sterilen történik. Ezzel szemben szü-

lésnél a legtöbb esetben a fertőzés gyanuja kizárható, s mint tiszta eset fogható fel. Megjegyezzük továbbá, hogy a klinikán minden szülést orvos, illetőleg ezek felügyelete alatt orvostanhallgatók is vezetnek. Minden lepényt a szülőosztályt vezető tanársegéd is megvizsgál, a gyanús, illetőleg kétes eseteket a klinika igazgatója is megtekinti és felülbírálja.

Mielőtt eseteinket részletesen ismertetnők, néhány szóval még a szülés harmadik szakának, a lepényi időszaknak a klinikán követett vezetését is érintjük. *Úgy látjuk, hogy sok esetben lepényrész visszamaradásának és a lepény művi leválasztásának oka a lepényi időszak helytelen vezetése. Mi a lepényi időszak vezetésénél várakozó álláspontot követünk; ez abból áll, hogy türelemmel várunk. A méh összehúzódásait ellenőrizzük, de a méhet nem masszáljuk. Ezzel elérjük azt, hogy nem zavarjuk meg a lepény rétegeiben végbemenő physiologiás leválási folyamatot, melynek megzavarásából keletkeznek éppen a sokszor észlelhető súlyos vérzések. Ezek a súlyos vérzések viszont a lepény részleges leválására vezethetők vissza, ugyanis a még tapadó lepény a már levált rész helyének az összehúzódását gátolja, s emiatt olyan fokú vérzés indul meg, mely a további várakozást nem engedi meg, s emiatt sokszor elkerülhetetlen a lepény sürgős eltávolítása Credé-féle műfogással, sikertelenség esetén pedig a lepénynek kézzel való leválasztása útján. Betegeinknél átvizsgáltuk a szülés harmadik szakának lefolyását is.*

A 25 év alatt összesen 32.332 kiviselt szülés után 107 szült nőnk volt, kiknél lepényrészvisszamaradás miatt méhüri beavatkozást végeztünk, még pedig közvetlenül a szülés után 77 alkalommal, 30 betegnél pedig a gyermekágyban történt a méhür kitakarítása, illetőleg a lepényrész visszamaradásának a felismerése.

Az első csoportban ismertetjük azokat, hol a lepényrész kitakarítása közvetlenül, vagy néhány órával a szülés után történt, vagy azért, mert a hiányt rögtön észrevettük, vagy mert a lepény távozása után vérzés állott fenn és lepényrész visszamaradására gondoltunk (77 eset). A második csoportban azokat az eseteket tárgyaljuk, hol szülés után közvetlenül betapintás nem történt, részben azért, mert a klinika akkori álláspontja az volt (az esetek 1917 előtti időből származnak), hogy visszamaradt lepényrész vagy annak gyanuja miatt méhüri beavatkozást közvetlenül a szülés után nem végzett, hacsak arra egyéb okból (láz, vérzés) kényszerítve nem volt, részben pedig, mert a szülés után a lepényt épnek tartották. Ilyen eset összesen 30 van.

Lássuk elsősorban szülőnőinknél a lepényi időszak lefolyását. Rendes lefolyásúnak találtuk és beavatkozás nélkül távozott a lepény összesen 62 szülőnőnél. Az elhúzódó lepényi időszak miatt, bár erre vérzés nem kényszerített bennünket, 14 esetben alkalmaztunk Credé-féle műfogást. A lepényi időszakban fellépett erős vérzés miatt, amely sem a méh dörzsölésére, sem ergotinra nem szűnt, 31-szer távolítottuk el a lepényt Credé-féle műfogással. Két órán túl a lepény spontán távozására nem várunk. Ha két óra alatt a lepény nem távozik, Credét alkalmazunk, sikertelenség esetén a lepényt kézzel választjuk le. Újabban még mielőtt a lepényt kézzel választanók le, annak a köldökzsinór erein keresztül való duzzasztásával (*Gabaston*-féle eljárás) igyekszünk elérni a lepény megszületését. Ilyen eljárás mellett a polypragmasia vádja bennünket nem érhet, s ezt legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy 25 év alatt 32.332 kiviselt szülés után összesen 119-szer választottuk le kézzel a lepényt. A manualis leválasztás gyakorisága tehát 0·36%. A 119 esetből 86 láztalan marad a gyermekágyban, 33 lázas lesz, a morbiditas 27·72%. A lázas gyermekágyasok közül meghalt 5, ezek közül 4-et elvérzés folytán és 1-et fertőzés miatt vesztettünk el. A lepényleválasztás mortalitása tehát 4·20%.

A königsbergi klinika 7 éves anyagában 185 manualis leválasztás közül 12 meghalt. Ez 5·5%-ot tesz ki. E 12-ből 9-et elvérzés folytán, 3-at fertőzés miatt vesztettek el. A lepény kézzel való leválasztása egyéb klinikák statisztikáiban átlagban 0·93%-ban fordul elő, a megbetegedés 30—77% között, a halálozás 3·6% és 13% között ingadozik. Az alanti összeállítás az egyes klinikák eredményeit tünteti fel: Königsbergi klinika: 2·3%, berlini klinika: 1·8%, moszkvai klinika: 1·3%, Baum: 1·2%, Matheus: 1·1%, Seyffarth: 0·80%, Ahlfeld és Staehler: 0·66%, Littauer: 0·66%, lipcsei klinika: 0·60%, Adler és Krausz: 0·54%, *budapesti II. számú női-klinika: 0·36%*.

Azt hisszük, hogy ezen összeállításokból elég ennyi, hogy kijelenthessük azon meggyőződésünket, hogy a lepényi időszak vezetésénél követett eljárásunkat az adott viszonyok között olyannak tartsuk, amitől eltérni semmi okunk nincsen. Eredményeink bármely külföldi klinika eredményeivel összehasonlítva, úgy morbiditás, mint mortalitás tekintetében megállják a helyüket.

A lepény távozásának módját és idejét a 107 esetben az alábbi összeállítás mutatja: spontán távozott a lepény 3 perc, 2 óra alatt 62-szer, elhúzódó lepényi időszak miatt Credé 14-szer, vérzés miatt nem várhattunk a spontán távozásra és ezért Credé 31-szer. A fentiekből látható, hogy az eseteknek körülbelül 42%-ában Credé-féle műfogással távolítottuk el a lepényt, s erre részben az elhúzódó lepényi időszak, részben a lepényi időszakban fellépett vérzés kényszerített bennünket.

A lepény megszületése után a méh tevékenysége 97 esetben teljesen kifogástalan volt. Lényeges vérzés, amelyből visszamaradt lepényrészre gondolhattunk volna, nem volt. Csak 10 szülőnőnél lépett fel a lepény távozása után vérzés, ami miatt 7-szer ½, illetve 1 órával, 2-szer 2 és egy ízben 3 órával a lepény távozása után betapintunk. Hat betegnél a méhürben lepényrészt találtunk, ezt eltávolítottuk, utána a vérzés mind a 6 esetben megszűnt. Négy szülőnőnél a betapintásnál lepényrészt nem találunk, a vérzés atoniás volt és csak Dührsen-tamponálásra szűnt.

Saját megfigyeléseink azt mutatják, hogy klinikai tünetekből (vérzés) mi sem vonhatunk biztos következtetést arra vonatkozólag, hogy lepényrész maradt-e vissza, vagy sem. 107 beteg közül mindössze 10-nél találtunk vérzésről feljegyzést a szüléstörténetek leírásában, s ezek közül is csak 6 betegnél találtunk a betapintásnál visszamaradt lepényrészt, 4-szer a méh üres volt. Csak megerősíthetjük *Zangemeister*nek ezirányú megfigyelését. Ha nem is tartottuk a méhür kitapintását életveszélyes beavatkozásnak, azért mégsem határoztuk el magunkat különösebb indicatio nélkül arra, hogy ezt a komoly és következményeiben néha súlyos műtétet elvégezzük. A betapintást csak hiányos, illetve gyanús, szakadozott felületű lepénynél végeztük el.

77 szült nőnél a betapintást közvetlenül vagy röviddel a szülés után, illetőleg a lepény távozása után végeztük el. A betapintásra az indicatiót 49-szer a hiányos lepény, 18-szor gyanús lepény, 10-szer pedig a lepény távozása után fellépett vérzés adta meg, bár a lepény észrevehető hiányt nem mutatott. Azon esetekben, hol a lepényt hiányosnak tartottuk (49), a betapintásnál visszamaradt lepényrészt találtunk, melyet eltávolítottunk, utána minden alkalommal kimostuk a méhet. Kitakarítás után a vérzés megszűnt. A visszamaradt lepényrész nagysága mogyorónyi, gyermektenyérnyi nagyságú volt. Érdekesnek tartjuk felemlíteni, hogy még azoknál sem észleltünk nagyobb vérzést a lepény megszületése után, ahol gyermektenyérnyi lepényrész maradt vissza. 18 betapintásnál, amit gyanús lepény miatt végeztünk, visszamaradt lepényrészt találtunk 6-szor, 12-nél a méh üres volt. Végül azon 10 betegnél, ahol gyanús lepény mellett vérzés állott fenn, a betapintásnál 6-szor találtunk visszamaradt lepényrészt, 4-szer a méh üres volt. Az alanti táblázat a betapintás számát és eredményét mutatja:

	A betapintás oka és száma	Lepényrész volt	Lepényrész nem volt
Hiányos lepény	49	49	—
Gyanus lepény	18	6	12
Gyanus lepény és vérzés .	10	6	4
	77	61	16

Ha nem is vonhattunk biztos következtetést minden alkalommal a lepény épségére vonatkozólag egyszerű megszemléléssel és ha felesleges betapintások történtek is, nagyobb tévedéseket sikerült a gondos megvizsgálással elkerülni. Ott, ahol a lepényt hiányosnak tartottuk, mindig találtunk visszamaradt lepényrészt a méhürben, azokban az esetekben pedig, ahol csak gyanusnak tartottuk a lepényt, 18 közül 12 esetben üres volt a méh. Végül ott, ahol gyanus lepény mellett vérzés is állott fenn, többször találtunk a méhürben visszamaradt lepényrészt, mint nem.

Ha ezek után a betapintás veszélyét vizsgáljuk, közvetlen szülés után, úgy azt látjuk, hogy annál a 77 betegnél, akiknél a betapintás közvetlenül a lepény távozása után történt, a gyermekágy 66-szor láztalan, csak 11 betegnél lázas lefolyású a gyermekágy. Megjegyzendő, hogy az összes idetartozó eseteink úgy szülés alatt, mint betapintás előtt, teljesen láztalanok voltak. A 11 lázas beteg közül a láz 10-nél egy napig tart, a hőmérséklet 38·5 fok fölé nem emelkedik, a többi napokon is láztalan marad, s a gyermekágyasok a 12—15. napon egészségesen távoztak az intézetből. A láz oka mind a 10 betegnél intrauterin felszívódás volt. A 11. betegnél a lepényt Credé-féle műfogással távolítottuk el, a lepény egyik fele ép volt, a másik fele molás elfajulást mutatott. A nem nagyfokú, de állandó vérzés miatt a lepény exprimálása után 2 órával betapintás történt, mely alkalommal visszamaradt lepényrészleteket hoztunk ki. A beteg hosszasan lázas, a gyermekágyban mindkét oldali thrombophlebitis fejlődött ki, melyből csak a 65. napon gyógyult. Hogy az utolsó gyermekágyasnál a megbetegedés létrejötténél menynyiben játszott közre a decidua molás elváltozása, s mennyiben írható a megbetegedés a betapintás terhére, eldönteni nem tudjuk.

Ha az első csoportba tartozó eseteinket azon szempontból bíráljuk el, hogy milyen volt a megbetegedési és halálozási arány ott, ahol betapintás visszamaradt lepényrészért, vagy csak annak gyanuja miatt közvetlenül a szülés, illetőleg a lepény távozása után történt, úgy azt látjuk, hogy az idetartozó 77 beteg közül egyet sem vesztettünk el. *Mortalitás: 0.*

Lázasan betegszik meg a betapintás után 11 gyermekágyas. Ezek mindegyike láztalan volt a betapintás előtt. A gyermekágyi megbetegedés azonban 10 gyermekágyasnál könnyebb természetű, csak 1 esetben súlyosabb lefolyású, de ez sem halálos és végeredményben mind meggyógyult.

Az esetek tanulságaként levonhatjuk a tényt, hogy ha nem is mondhatjuk teljesen veszélytelen beavatkozásnak az éppen kiürült méhnek a kitapintását, a beavatkozásoknak a veszélyét sokan mégis túlbecsülik. Mi a betapintásnak káros következményét nem láttuk, különösen akkor nem, ha szembeállítjuk a másik csoporttal, ahol a méhürnek a kitakarítása a gyermekágyban történt és ahová az esetek jó nagy része áttolódott volna, ha a betapintást, illetve a visszamaradt lepényrész eltávolítását el nem végeztük volna, melybe gyakran belekényszerültünk az életet veszélyeztető vérzés miatt, sokszor olyankor is, amikor a betapintást különben nem végeztük volna el. Helyesebben járunk el tehát akkor, ha a méh ürét szülés után közvetlenül takarítjuk ki, még azokban az esetekben is tapintsunk be, ahol a lepény hiányosságát biztosan eldönteni nem tudjuk, vagyis olyankor is, ha csak gyanunk van arra, hogy lepényrész maradt vissza, mert ha ezt elmulasztottuk közvetlenül a szülés után, úgy az esetek jó nagy részénél a gyermekágyban kell majd esetleg ugyanezt a beavatkozást elvégezni, de már sokkal kedvezőtlenebb körülmények között.

Vizsgáljuk ezek után a második csoportba tartozó eseteinket, ahol a betapintás hiányos, vagy gyanus lepény mellett nem történt, vagy azért, mert mint fentebb jeleztük, a klinika akkori álláspontja az volt, hogy gyanus lepény miatt, sőt volt eset, hogy hiányos lepény miatt méhüri beavatkozást nem végez, még közvetlenül szülés után sem, hacsak erre egyéb okból (láz, vérzés) kényszerítve nincsen. Ilyen eset van 7. Vagy pedig azért nem történt beavatkozás, mert a lepényt épnek tartották, a lepény azonban nem volt ép. Ilyen gyermekágyast 23-at találtunk.

Annál a 7 betegnél, ahol gyanus, illetőleg biztosan hiányos lepény mellett betapintás nem történt, a gyermekágy lefolyása egy esetben, ahol a lepény hiányossága biztos volt, spontan kilökődik a gyermekágy tizedik napján egy mandula nagyságú lepényrész. Utána még három napig véres folyás áll fenn, mely ergotin adagolására megszűnik. Tizenötödik napon saját felelősségére hazamegy. Az elbocsátásnál jól visszafejlődött méhet találunk, zárt méhszájat szabad környezettel. Másik esetben, hol gyanusnak tartottuk a lepényt, de betapintás nem történt, a gyermekágy tizedik napján még véres folyás állott fenn. Otthon hirtelen erős vérzés lepi meg, újra jelentkezik. Erős vérzést találunk, az asszony erősen kivérzett, azonnal betapintunk. Semmit sem találunk, ezért Hegar-tágítás után egy nagy tompa curette-el végigjárjuk a méh elülső, majd hátsó falát, mely alkalommal mandulányi placentaris polypust távolítunk el. A gyermekágyban láztalan, s néhány nap mulva hazamegy.

A többi 5 gyermekágyasnál a gyermekágyban apró hőemelkedések mellett mogyorónyi, egész mandulányi lepényrészletek löködtek ki kisebb vérzés kíséretében, mely azonban minden egyes alkalommal megszűnt ergotin adagolására. A gyermekágy tizenkettedik napján mind az 5 gyermekágyas rendes, jól visszafejlődött méhhel, zárt méhszájjal távozott az intézetből. Ezen esetek tanulságaként megállapíthatjuk azt, hogyha visszamaradt lepényrészletek nem is okoznak feltétlenül minden egyes esetben súlyos gyermekágyi megbetegedést, és hogyha halálos fertőzés nem is indul ki a visszamaradt lepényrész bomlása folytán, a gyermekágy lefolyása egyetlen egy esetben sem volt rendes, subinvolutio és apróbb hőemelkedések hátráltatták a gyermekágy zavartalan lefolyását. Emellett ott lebegett állandóan az a veszély, hogy súlyos vérzés miatt kell majd betapintást végezni akkor, amikor ez már következményeiben néha kiszámíthatatlan. Hiba volna a 7 gyermekágyas sorsából azt a következtetést levonni, hogy a visszamaradt lepényrészek kilökődését várjuk be, mert ha ez elő is fordult, csak kivétel volt. A visszamaradt lepényrész spontán távozására nem is számíthatunk minden esetben, mert az alábbi 23 gyermekágyas tanulsága mutatja, hogy csak ritkábban vagyunk abban a helyzetben, hogy a visszamaradt lepényrészek spontán kilökődésére várhassunk.

Az alábbiakban ismertetjük azt a 23 esetet, ahol tényleg hiányos lepényt épnek tartottunk, és betapintás ezért nem történt. Erre csak a gyermekágyban került a sor, még pedig 3—15 nappal a szülés után. 22 beteg a klinikán szült, 1 beteget a lepényi időszakban szállítottak be. A betapintást 19 betegnél a gyermekágyban fellépett vérzés, illetve az elvérzés veszélye tette szükségessé, 4 betegnél a láz mellett vérzés nem volt. 15 betegnél lázas gyermekágyban, előrement hidegrázások után, 8 betegnél láztalan gyermekágyban történt a kitakarítás. Néhány gyermekágyas érdekesebb kórtörténetét röviden ismertettük:

1. 1900. év, 948/814. I. P. Spontán szülés. A lepényt három perc mulva az igen erős vérzés miatt exprimáljuk. Teljesen épnek látszott. A gyermekágy harmadik napján 40·8 fokos láz, 132-es érverés. Mivel gyanu van arra, hogy lepényrész maradt vissza, betapintást végzünk. A méh elülső fala végig egyenetlen, szívósan tapadó szövettel fedett. Nehezen sikerül ezeket ujjal leválasztani és kihozni. Megtekintésnél látjuk, hogy bűzös, részben gangraenescált placentarészeket hoztunk ki. A kihozott darabok tömege összesen körülbelül fél-

tojásnyi. Állandó magas láz mellett a gyermekágy tizennegyedik napján exitált. Diagnosis: peritonitis puerperalis.

2. 1901. év. 722/656. III. P. Spontán szülés. A lepényi időszakban erős vérzés indul meg, ezért Credé-féle expressiót kísérlünk meg, mely eredménytelen s a lepény kézzel való leválasztása válik szükségessé. Ez alkalommal kiderül, hogy a lepény mindenütt szorosan tapadt, úgyannyira, hogy körömmel kellett leválasztani. A leválasztás után úgy látszik, vissza nem maradt semmi. A gyermekágyban néhány apróbb hőemelkedés, amely azonban sohasem emelkedik 38·0 fok fölé. Emellett állandóan véralvadékok távoznak. A gyermekágy 19. napján méhüri vizsgálat. Hegar-tágítás után ujjal betapintás. Az elülső falat, ahol a lepény tapadt, rendkívül érdekesnek találjuk, ezért előbb tompa curette-el mogyorónyi lepényrészletet távolítottunk el. Utána éles curette-el végigjárjuk a méh ürét. Délután négy órakor hidegrázás, utána T. 39·3. P. 110. Állandó magas, remittáló lázak mellett a 37. napon exitál. Sectio: endometritis diphtheritica, metritis dissecans purulenta.

3. 1903. 917/953. I. P. Elhúzódó kitolás miatt Kristellen-féle expressio. A lepény egy óra mulva távozott, épnek látszott. A gyermekágy 11. napján még bő véres folyás. A gyermekágyban állandóan lázas hőemelkedés, 39·3-ig. A 16. napon hirtelen erős vérzés indul meg, mely miatt betapintunk. Mivel az elválasztás ujjal nehezen megy, nagy polypfogóval, majd tompa curette-el hoztuk ki a visszamaradt lepényrészt. A gyermekágyban 24 napig lázas, azontúl láztalan.

4. 1904. 11/186. I. P. Spontán szülés, a lepény 10 perc mulva távozott, ép. A gyermekágy 10. napján hirtelen elönti a vér és a vérzés életveszélyes jelleget ölt, ezért betapintást végzünk. Lepényrészt távolítottunk el. Mindvégig láztalan.

5. 1904. 534/503. III. P. Egyszerű farfekvés, extractio. A lepényt fél óra mulva az erős vérzés miatt Credé-féle műfogással távolítottuk el, a lepény szakadozott, gyanus, de betapintás nem történt azonnal. A gyermekágyban sokáig véres folyás, a 12. napon saját felelősségére hazament. Két héttel később az intézeti poliklinikumot súlyos vérzéshez hívják. Diagnosis: polypus placentaris. Műtét végett az intézetbe szállítják, hőmérséklet akkor 38·0. P. 104. Curettage. Dürsentamponade. Utána hét napig lázas, exsudatum parametriticum fejlődik ki, az intézetet csak négy hét mulva hagyhatja el.

6. 1907. 325/324. V. P. Egyszerű farfekvés, extractio. A lepényt 15 perc mulva Credé szerint exprimáltuk az erős vérzés miatt. A lepény gyanus, betapintás csak a gyermekágy 7. napján lázas állapotban az igen erős vérzés miatt történik. Körülbelül szilvanagyságú cotyledo-részletet távolítottunk el. Utána néhány napon keresztül lázas, azontúl láztalan.

7. 1909. 410/363. I. P. Spontán szülés. Az igen erős vérzés miatt egy óra mulva exprimáljuk a lepényt. Cotyledo hiányzik, de betapintás azonnal nem történt. A gyermekágy 12. napján lázas állapot mellett igen erős vérzés lépett fel. P. 120 felett. Betapintás. Diónyi cotyledot távolítottunk el. Utána sokáig lázas s csak a 44. napon gyógyult.

8. 1912. 852/756. XII. P. Spontán szülés. A lepényi időszakban fellépett erős vérzés miatt Credé. A lepényt épnek tartottuk, vérzés nem volt, a gyermekágyban subinvolutio, majd a 7. napon hőemelkedés közben kis lepényrészlet lökődött ki. Az esetet egyelőre tovább észleltük, mert a beavatkozásra nem volt ok. A gyermekágy 10. napján hirtelen erős vérzés lépett fel, miért is betapintottunk. Placentaszövetet távolítottunk el. Utána hosszasan lázas s csak a 44. napon gyógyul.

9. 1914. 1745/1596. I. P. Spontán szülés. Az ép lepény 10 perc mulva spontán távozott. A gyermekágyban subinvolutio. A 10. napon 38·5 T. mellett hirtelen elönti a vér. Az asszonynál a hevenyés vérvesztés tünetei állanak fenn. Az elvérzés veszélye fenyeget. P. 140. Bár lázas, mégis kénytelenek vagyunk beavatkozni. Betapintás. A méh bal sarkában visszamaradt lepényrészleteket ujjal leválasztjuk; utána hosszasan lázas, csak az 52. napon gyógyul.

10. 1920. 748/699. I. P. Spontán szülés. A lepényt ¾ óra után exprimáltuk a fellépett erős vérzés miatt. A lepényt épnek tartottuk, csupán egy helyen mutatott az egyik cotyledo infarctusszerű véres beszűrődést. Vérzés nem volt. A gyermekágy a 4. napig rendes, a 4. naptól bűzös folyás, a 7. napon láz lépett fel. A 12. napon diónyi placentarészlet távozott és utána nagyobb tömegben alvadt vér ürült. Chinint, ergotint rendeltünk és megfigyeltük. A 16. napon erős vérzés indult meg s hevenyés anaemia tünetei fejlődtek ki. P. 130 körül volt, könnyen elnyomható. Az asszony szédül, sötétet lát. A magas hőmérséklet és a hidegrázás ellenére betapintást határoztunk el, mert különben az asszony elvérzett volna. A betapintásnál a visszamaradt lepényrészt ujjal eltávolítottuk. A gyermekágyban hosszasan lázas, csak a 45. napon gyógyult.

11. 1920. 847/1082. I. P. Spontán szülés. A lepény 20 perc mulva spontán távozott, épnek látszott. A gyermekágy rendes lefolyású. 12. napon hazament. Másnap igen erős vérzéssel szállították be. Placentáris polypus kórismével vettük fel. Az igen erős vérzés miatt azonnal betapintottunk. Ujjnyi nyakcsatorna, melyből diónyi placentáris polypus lóg ki. A méh hátsó falán széles rétegben igen szívósan tapadt, úgyhogy ujjal nem sikerült leválasztani, ezért curette-el távolítottuk el. A gyermekágyban láztalan s néhány nap mulva hazament.

12. 1917. 193/161. Utolsó esetünk ez. A szülés az intézeten kívül történt. Mentők szállították be a lepényi szakban. A hüvelyből köldökzsinór lóg ki, vérzés nincs. A lepényt exprimálni igyekeznek, de ez nem sikerül. Tekintve, hogy a magzat megszületése óta öt óra telt el, továbbá, hogy sürgető jel az anya részéről (vérzés, láz) nincsen, elhatározták, hogy Ahlfeld ajánlata szerint 24 óráig észlelik a harmadik szakot, ha csak sürgető körülmény a befejezést szükségessé nem teszi. Fájáskeltőkkel igyekeznek a lepény spontán távozását elérni. Másnap a hőmérséklet 37·6 P. 108. Az ismételt Credé eredménytelen. *Mert nem vérzik, tovább várakoznak hét napig.* A T. ekkor 38·1. Újabb Credé-kísérletre gyermektenyérnyi lepény távozott. Betapintás: lepényrész még van, spontán távozását várjuk be. A beszállítást követő 8. napon a T. 39·2, ezért a még visszamaradt lepényrészt eltávolítják. Utána hidegrázás, T. 39·0. Kilenc napon keresztül állandóan magas hőemelkedései vannak, melyek a leválasztás utáni 12. napon szűnnek meg. Ettől kezdve láztalan. Húsz nap mulva az intézetet gyógyultan hagyja el. A láz oka visszamaradt lepényrész bomlása folytán előállott intrauterin felszívódás volt.

Mint látjuk, a gyermekágy lefolyása ott, ahol lepényrész maradt vissza, egyetlen egy esetben sem volt rendes; vagy subinvolutio, vagy láz, vagy utóvérzés hátráltatta a gyermekágy zavartalan lefolyását és fenyegette sokszor elvérzéssel a beteget. Ezekhez társult még a szervezet erős legyengülése, az állandó lázas hőemelkedések és a vesztett vérmennyiség miatt, úgyhogy hosszantartó, gondos intézeti ápolás mellett is még mindig kímélést és gondos ápolást kívánó állapotban hagyhatták el a betegek az intézetet.

A vérzések a gyermekágyban egészen hirtelen és olyan nagy mértékben jelentkeztek, hogy 10 betegnél ájulást, hányingert, szapora, alig tapintható érverést jegyez fel a szülestörténet, 4 esetben pedig collapsushoz hasonló állapot fejlődött ki. Ezért joggal hangsúlyozza *Höhrmann:* nem a fertőzés, hanem a vérzés veszélye adja meg a súlyos kórképet lepényrész visszamaradásnál a gyermekágyban. Ehhez bátran hozzátehetjük saját tapasztalatunk alapján azt is, hogy éppen a vérzés az, ami miatt az erősen kivérzett szervezet a beavatkozást rosszul tűri s a kifejlődött fertőzéssel szemben kevéssé ellentálló és éppen a vérzés az, ami miatt az esetek legnagyobb részében kénytelenek voltunk olyankor is beavatkozni, mikor a már előrement lázas hőemelkedések, sőt több ízben az előrement hidegrázás miatt az ellenjavalt volt.

A gyermekágy lefolyása betegeinknél a betapintás után a következőképen alakult. A 15 betapintás előtt lázas betegek mindegyike tovább is lázas s csak 8 betegnél szűnik meg 10 napon belül a láz. Ezek közül egy halálos kimenetelű.

A betapintás előtt láztalan 8 beteg közül a betapintás után 4 lesz lázas, a láz azonban nem tart soká és nem is teszi a súlyos fertőzés benyomását. 3 beteg, aki a betapintás előtt láztalan volt, utána sem lesz lázas. Egy betegünk pedig, aki a betapintás előtt láztalan volt, utána lázas lesz és meghal.

Eredményeink elbírálásánál figyelembe vettük azon körülményt, hogy egy ilyen összegyüjtő munka

különösen, ha nem túl nagy számadatokon épül fel, téves és a véletlen játéka is lehet. Nehogy tehát abba a hibába essünk, hogy csak számadatokból vonjunk messzebbremenő következtetést, végkövetkeztetéseinknél, hogy active járjunk-e el, vagy várakozó álláspontot kövessünk, nemcsak a számadatokat, illetőleg az ebből nyert százalékot vettük figyelembe, hanem követendő gyógyító eljárás irányának megszabásakor eseteinket vettük részletes elemzés alá.

Mint látjuk, azon esetekben, hol a lepény hiányossága figyelmünket elkerülte, a gyermekágyban mindig szövődményekkel találkoztunk, melyek hol könnyebb, hol súlyosabb természetűek voltak, két esetben halálos kimenetellel. Ha ezzel szembeállítjuk az első csoportba tartozó betegeink sorsát és ezeknél a gyermekágy lefolyását, úgy azt látjuk, hogy azok közül csak egy volt súlyos lázas beteg, s közülük egyik sem halt meg.

Ha már most elmulasztottuk a legkedvezőbb alkalmat a betapintásra, azaz a betapintást közvetlenül szülés után elvégezni, kérdés: mit tegyünk, ha a gyermekágyban jövünk rá a tévedésre s amellett láz lépett fel; active járjunk-e el, vagy a várakozó álláspont a helyes? A feleletet megkapjuk eseteink analysiséből. A betegek egy részénél, ahol a gyermekágyban súlyos vérzés lépett fel, nem tehetünk egyebet, mint azt, hogy betapintsunk s a visszamaradt lepényrészt kihozzuk, mert különben elvérzés folytán veszítjük el betegeinket. Itt tehát vitális indicatio késztet a beavatkozásra. A betegek egy másik csoportjánál, ahol vérzés nincsen s a bűzös folyás, magas lázas hőemelkedések, subinvolutio, lepényrész-retentióra engednek következtetni, a kitakarítással, ha csak lehet, várakozzunk, mert azt igen súlyos természetű dolognak kell tartanunk. Ezeknél a betegeknél és az ilyen esetekben határozottan az óvatosság van a helyén. Igyekezzünk lehetőleg chinin, ergotin, újabban gynergen (Sandoz) stb. adagolásával a visszamaradt lepényrésznek spontán kiürülését elérni. Ha mégis kénytelenek vagyunk beavatkozni, úgy ezt csak azokban az esetekben szabad elvégeznünk, ahol a méh környezetében még lobosodás nincs, vagyis ahol a fertőzés még localis. Ezekben a könnyű lázas esetekben a kitakarítás után nem következett be súlyos gyermekágyi megbetegedés. Ezzel szemben ott, ahol a megbetegedés már súlyosabb természetű volt a kitakarítás előtt, azt látjuk, hogy a lepényrész eltávolítása után súlyos, sőt halálos gyermekágyi fertőzés fejlődött ki.

Ha már most ezzel szembeállítjuk a betapintás veszélyét közvetlenül szülés után, azt látjuk, hogy az alig mondható veszélyes eljárásnak. Igazat kell adni *Strassmann*nak és *Zangemeister*nek, amikor azt hangoztatja, hogy inkább többször feleslegesen betapintani, mint egyszer a betapintást elmulasztani ott, ahol gyanu van arra, hogy lepényrész maradt vissza. *Ezen felfogás helyességét meggyőzően bizonyítja az, hogy intézetünkben 1900—1917. években 20.666 szülés közül a gyermekágyban 19-szer kellett betapintani; ezzel szemben 1918—1924. években (amióta active járunk el, vagyis a gyanus esetekben szülés után azonnal betapintunk) 11.666 szülés közül csak 6 esetben vált szükségessé a betapintás a gyermekágyban, sőt 1924-ben már egyetlen esetben sem!*

Összefoglalva tapasztalatainkat, azt mondhatjuk:

1. A méh ürének kitapintása közvetlenül szülés után nem tekinthető olyan súlyos beavatkozásnak, mint a gyermekágyban, ezért minden olyan esetben, hol a lepény épségéről meggyőződve nem vagyunk, tapintsunk be, még akkor is, ha utólag kiderül, hogy ez felesleges volt.

2. Ha bennmaradt lepényrész mellett a gyermekágyban láz lépett fel, csak vitális indicatio alapján (életet veszélyeztető vérzés) szabad a betapintást elvégezni. Lázas esetekben, ahol ilyen vérzés a beavatkozásra nem kényszerít, igyekezzünk lehetőleg fájáskeltőkkel elérni a visszamaradt lepényrész spontán távozását s ha ez nem sikerül, s a láz továbbra is fennáll, vagy vérzés lép fel, úgy a betapintást mindig óvatosan és csak ujjal végezzük el, de akkor is csak azon esetekben, ahol a fertőzés még nem terjedt a környezetre.

Irodalom: [1] *Winter:* Zentralbl. f. Gyn. 1911, 15. sz. és Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 34. köt., 15. füz. — [2] *Strassmann:* Winkels Handbuch 3. köt., 861. old. — [3] *Bumm:* Grundriss 648. old. — [4] *Franz:* Behandlung der Schwangenschaft, Geburt u. aus Handbuch d. ges. Ther. 1911. — [5] *Keller:* Verhandlungen 319. old. — [6] *Tóth:* Gyn. 1912, 1. sz. — [7] *Zangemeister:* Münch. med. Wochenschr. 1921, 13. sz. — [8] *Kirstein:* Deutsche med. Wochenschr. 1919, 26. sz. — [9] *Jess:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1908, 11. füz. — [10] *Höhne:* Zentralbl. f. Gyn. 1914, 49. köt., 1465. old. — [11] *Höhmann:* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1911, 34. köt. — [12] *Schauta:* Wiener klin. Wochenschrift 1912, 1. sz., 59. old.

A székesfőv. Régi Szent János-közkórház nemibetegosztályának közleménye főorvos: (Guszman József dr.).

Adatok a világrahozott syphilis prophylaxisának kérdéséhez.

Írta: *Guszman József dr.*, egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

(Második, befejező közlemény.)

Szóba kell hoznom azt a fontos kérdést is, hogy syphilises anya szoptathatja-e klinikailag s serologiailag tünetmentes s általában teljesen egészségesnek látszó gyermekét s nem kell-e attól tartani, hogy a valóban egészséges gyermek utólagosan, extrauterinalisan acquirálja a syphilist beteg anyjától. Véleményem szerint e kérdésben lényeges különbséget kell tennünk a csecsemők két kategóriája között. Az elsőbe azok tartoznak, akiknek anyái már a terhesség ideje alatt syphilisesek voltak s így az a helyzet állott fönn, hogy a gyermek a congenitalis syphilis veszélyének a legnagyobb mértékben volt kitéve. A második csoportba azokat a csecsemőket soroljuk, akiknek anyái a szülésig syphilismentesek voltak s syphilisüket csak utóbb, szülésük után néhány héttel vagy hónappal acquirálták. Ez esetben a csecsemő tehát bizonyosan nem születhetett syphilisesen s így éppen oly fogékony a syphilissel szemben, mint bárki más egészséges. A második kategória csecsemőinek esetében a döntésünk csak egyféle lehet: az anya nem szoptathatja gyermekét, mert az idáig bizonyosan egészséges. De a tejnek esetleges fertőzőképessége miatt, mely kérdésre mindjárt rátérek, az is következik, hogy a post partum fertőzött anya egészséges gyermekét még a leszívott tejével sem táplálhatja. Ezt az álláspontot követjük osztályunkon is s ilyenkor természetesen az anyát minden egyéb testi érintkezéstől (pl. csók) is szigorúan eltiltjuk, mely alkalmat adhatna gyermekének fertőzésére. Az anyának utólagos syphilises fertőzése, sajnos, éppen kórházi beteganyagunkon elég gyakran állapítható meg, de találkozunk vele rendezett családi életet élő aszonyokon is a magángyakorlatban, ha a férj kevésbbé rendezett nemi életet él s megfertőzi a csecsemőjét szoptató hitvesét. De lehet a fertőzésnek szerencsétlen véletlen is az oka, mint aminőt évek előtt közöltem. Egészséges anya könyörületből egy idegen syphilises gyermeket szoptatott, akitől azután két emlőjén összesen hét primaer affectiót kapott (az egyik a bimbón magán ült), úgyhogy csakhamar egészséges gyermekét is megfertőzte.

Sokkal nehezebb a csecsemők első kategóriájára nézve a problema, amelyben tehát az egészségeseknek látszó csecsemők syphilises anyától születtek. Mert ahogy világos és helyes az a követelés, hogy a syphilises anya syphilises magzatát maga szoptassa, úgy viszont vitás a táplálás miménősége az egészségesnek tetsző gyermekek eseteiben. Az első, amit ki kell emelnünk, az, hogy anyja syphilise ellen immunis, de egészséges csecsemő nincsen. Vagy nem kapja meg a betegséget, mert ő is syphilises, csakhogy tökéletesen latens állapotban (serologiai és klinikai tünetmentesség, jó fejlettség) van, vagy valóban egészséges s akkor bármikor fertőzhető bárki által, tehát anyja által is. Mert

igaz ugyan, hogy congenitalis syphilises gyermek syphilises anya nélkül nem létezik, de viszont syphilises anya gyermekének nem kell okvetlenül syphilisesnek lenni. Tehát amíg minden világrahozottan syphilises gyermek anyja látszólagosan immunis gyermekének luese ellen (az ez értelemben ma is teljesen fönnálló *Colles-Baumès*-törvény), mert maga is beteg, addig nem minden syphilises anyától született gyermek „immunis" anyjának syphilisével szemben, egyszerűen azért, mert egészséges is lehet (a valójában mindig ingatag *Profeta*-törvény cáfolata). Már most a terhesség folyamán erélyesen kezelt syphilises anyák jól fejlett csecsemői között bizonyára vannak olyanok, akik tökéletesen mentesek a luestől, tehát nemcsak latensen luesesek. Ezek azok a gyermekek, akik születésük után anyjuk által fertőződhetnek. Bimbósérülések, de főként az emlőn jelentkező lueses recidivák kiindulásul szolgálhatnának a valóban egészségesnek született csecsemő infectiójára. A gyakorlatban azonban ez alig fordul elő, hiszen itt elsősorban oly gyermekekről van csak szó, akiknek anyái a terhesség alatt erélyes kúrát kaptak s akiken ily módon recidivák valóban csak vajmi ritkán képzelhetők el.

De szóba jöhet itt maga az anyatej fertőző voltának kérdése is. Erre a lehetőségre a gyakorlatban sokáig nem gondoltak. Újabban azonban több oldalról fölszínre került e kérdés az irodalomban s egyre határozottabb formában veszik föl a csecsemőnek az anyatej útján való fertőzési lehetőségét. A kérdés éppen újabban vált különösen aktuálissá, amikor a terhesek erélyes antilueses kezelése nyomán bizonyára egyre gyakrabban egészséges gyermek megszületésének örvendhetünk. De a klinikai tapasztalás is arra int, hogy korai syphilisben szenvedő anya tejében olykor előfordulhat a spirochaeta pallida. Igaz ugyan, hogy közvetlenül a tejben spirochaetát tudtommal még senki sem mutatott ki, közvetve azonban az anyatej fertőzőképessége *Uhlenhuth* és *Mulzer* állatkísérletei útján beigazolást nyert. E vizsgálók tudvalevően egy florid és két latens lueses anyának tejével végzett oltásokkal házinyulak heréjében syphilises fertőzést tudtak létrehozni. *Rasch* a dán orvosegyesületben egy discussio folyamán (1921 december 6-án) annak a nézetének adott kifejezést, hogy amikor a syphilises anyától született, klinikailag és serologiailag egészségesnek látszó csecsemő születése után csak az 5—6. hónapban ad positiv serologiai leletet, akkor az voltaképen lues acquisitában szenved, mely a tej útján jutott a csecsemőbe. Erre a gondolatra jut egy esete kapcsán *Helmreich* is, aki egy 6 hónapos gyermeken friss generalizált luest (léptumor, ++++ W.-r.) állapított meg. Az anya syphilises fertőzése ez esetben 3½ hónappal a szülése után történt. *Helmreich* fölveszi, hogy a csecsemő vagy exanthema nélküli secundaer szakban van, vagy közvetlenül az exanthema kitörése előtt áll. Hogy primaer affectiót nem talál, azt úgy magyarázza, hogy a fertőzésnek kapuja a táplálócsatorna mélyebb részében lehet elrejtve.

Ugyancsak az anyatej általi infectio lehetőségét veszi föl *Hesse* is, aki fölveti a kérdést, hogy miképen juthat a tejbe spirochaeta. Szerinte amint lehetséges, hogy egy mastitis lueticáról van voltaképen szó, éppen úgy nem zárható ki az a lehetőség sem, hogy az emlőnek minden anatomiai elváltozása nélkül is kerül spirochaeta a tejbe. Nézete szerint a rejtélyes, primaer affectio nélküli acquirált lues-esetekben, melyek a gyermekek első évében olykor megállapíthatók, mindenesetre a fertőzésnek ez a lehetősége is mérlegelés tárgyává tehető. Egyébként *Thaler* is azon a véleményen van, hogy azok az anyák, akik csak rövid idővel a szülésük előtt acquirálták a syphilist, negativ Wassermann-reactiót adó gyermeküket ne táplálják. Szerencsére az anyatej útján való fertőzés lehetőségével a gyakorlatban aránylag csak ritkán kell számolnunk. Mert igaz ugyan, hogy a terhesek erélyes kezelésével mindinkább valóban egészséges gyermek születésére van kilátásunk, de ugyanakkor az anya fertőzőképessége is igen nagy mértékben lecsökkent. Az egész kérdés így mégis elsősorban az oly esetekben bír különös fontossággal, amelyekben az egészséges anyák egészséges gyermeküknek megszülése után estek csak syphilises fertőzésbe.

Annak az elbírálása, hogy valóban syphilismentes, teljesen egészséges csecsemővel állunk-e szemben, avagy csak teljesen latens állapotú syphilises gyermeket látunk szemünk előtt, igen nagy nehézségekbe ütközik, sőt nyiltan bevallhatjuk, hogy igen kevés kivételtől eltekintve az esetek zömében absolut érvényű véleményt soha nem mondhatunk. E nehézség természetesen leginkább az első hetekre, hónapokra áll, tehát éppen arra az időre, amikor az első therapiás beavatkozás ügyében kell döntenünk. Éppen e nehézségek miatt az általánosabb fölfogás az, hogy az orvos pessimistikusabb szempont által irányíttasa magát s a syphilises anyától született gyermeket akkor is fogja kezelésre, ha teljesen egészségesnek látszik is. De a kérdés tisztázása céljából helyénvalónak találjuk, ha egyes kutatók — főként, ha módjuk van hozzá, hogy a fejlődő gyermek egészségi állapotát rendszeresen ellenőrizhessék — a szigorú további megfigyelés alapján állva, a gyermekeket kezelés híján hagyják. Persze szükséges lesz ilyenkor, hogy az orvos lehetőség szerint az esetleges későbbi, extrauterin infectiótól megóvja a gyermeket, ami a föntebb vázoltakból következtetve megint csak nehéz probléma.

De vannak kivételes esetek, amikor a syphilises anyától született, teljesen egészségesnek tetsző csecsemő gyógyításától igen nagy bizonyossággal eltekinthetünk. Eltekinthetünk akkor, amikor az anya állapota s különösen syphilisének kora olyan, hogy általános tapasztalás szerint magzatának fertőzésétől már nem kell tartani. Ily viszonyok között vannak általában a világrahozott syphilisben szenvedett nők, mire anyákká válnak. Ha ezek az anyák jó egészségben vannak, tünetmentesek, akkor, tekintve, hogy átlag legalább két évtized mult el infectiójuk óta, egészségesnek mutatkozó gyermekük egyszerű megfigyelés alatt maradhat. Egyik osztályos esetünkben (*K. K.* 1923-ból) a 23 éves congenitalis syphilises nő jól fejlett, teljesen tünetmentes (Wassermann-reactio is negativ) gyermeket hozott a világra. Hivatkozom ehelyütt az utóbbi időből egy másik esetemre is, amelyben a 28 éves, csodálatosan jól fejlett, congenitalis syphilises nő egyetlen tardiv tünetként keratitis parenchymatosát kapott, de már előbb tökéletesen egészséges gyermeket szült, akinek bizonyosan ma sincs semmi baja (Wasermann-reactio is negativ). Ily esetekben elsősorban az anyák syphilisének a kora az, mely a gyermeket a bajtól megóvja. Ide sorolható az a betegünk *(Sz. I.*-né 1921-ből), aki viszont a legsúlyosabb tabeses tünetek (lancináló fájdalmak, igen nagyfokú ataxia, Westphal, Argyl stb.) között esett teherbe. A gyermeke teljesen egészségesen, jól fejletten jött a világra, akit most 3½ éves korában a minap újra láttunk a legkedvezőbb egészségi viszonyok között(Wassermann-reactio most is negativ). Hasonló esetet közölt a közel multban *Odescalchi* is egy 24 éves primiparáról s bár annak luese alighanem csak 9 éves volt, gyermeke klinikailag és serologiailag egészségesnek mutatkozott. Az eddigi tapasztalás szerint a tabeses anyák fertőzőképességének hiányát a legnagyobb valószínűséggel fölvehetjük. Egyrészt, mert lueses infectiójuk rendszerint sok évre terjed vissza, de azért is, mert a tabeses betegekről általában tudjuk, hogy noha syphilisesek, betegségük továbbvitelére már nem alkalmasak. Ily körülményekre egyébként régebbi ilyen tárgyú közleményeimben már volt alkalmam kitérni. Mindazonáltal a szigorú elv ilyenkor is mindig az maradjon, hogy a terhes nő — bármily régi (congenitalis lues), vagy állapotú (pl. tabes) is a syphilise — okvetlenül kúrát végezzen terhessége folyamán. Mert vannak esetek, igaz, hogy igen kivételesen, amikor a syphilises nő akár 16 évvel *(Brun Pedersen)*, sőt 20 évvel később *(Boas* és *Gammeltoft)* is hozhat syphi-

lises gyermeket a világra, még akkor is, ha előzetesen már egészséges gyermeknek adott életet.

Mindezek után látva, hogy egyfelől a syphilis mily súlyos pusztítást végez a fejlődő második generatióban, ha az anya hiányosan vagy sehogy sem kezeltette magát, másfelől viszont, hogy a terhesek rendszeres kezelése nyomán aránylag mily fölötte kedvező egészségi viszonyok között látjuk a gyermekeket megszületni s továbbfejlődni, a következő intézkedések megtételét látjuk szükségesnek: 1. Tekintve, hogy a syphilises gravid nők erélyes antilueses gyógyítása (főként salvarsannal) föltűnően megjavítja, sőt bizonyos fokig biztosítja a születendő gyermekek kilátásait az életre, a család és állam érdekében áll, hogy kellő gyógyítás céljából lehetőleg fölkutassunk minden syphilisben szenvedő viselős nőt. 2. A syphilisben szenvedő terhesek fölkutatásában természetesen minden gyakorlatot űző orvosnak kell közreműködnie, legtöbbet azonban e téren mégis a klinikák, kórházak és nyilvános rendelések tehetnek. Valamennyi ott megforduló viselőst kivétel nélkül úgy klinikailag, mint serologiailag kellene vizsgálat alá fogni. 3. Megállapított lues esetében a terhes nőt nemcsak szóval, de írásban is (figyelmeztető-lapok osztogatásával) a legrészletesebben kell fölvilágosítanunk, utalva nemcsak a beteg saját egészségének kötelező helyreállítására, hanem főként a születendő gyermek sorsa érdekében szükséges tennivalókra. 4. A kezelés legalább egy erélyes kombinált kezelésből álljon (3—4—5 g neosalvarsan, 40—50 kenés, vagy kénesős injectiók, illetőleg a Hg helyett bismut). De ez a minimum. Ahol lehetséges, legalább két ilyen kúrát végezzen a terhes, lehetően az egyiket a terhesség első felében, a másikat a graviditas második felében. 5. Módot és eszközt kellene találni, hogy a syphilises terhesek könnyen s indokolt esetben teljesen ingyen jussanak nemcsak a kezeléshez, de a gyógyszerhez (salvarsan) is.

Ily óvóintézkedések általános betartásával erősen remélhetjük, hogy a világrahozott syphilis elleni küzdelemben elég hamarosan mutatkozik az üdvös hatás.

Irodalom: *Cassel:* Arch. f. Kinderheilk. 50. — *Bókay J.:* A gyermekkori syphilis. — *Nékám:* A nemibetegségek gyógykezelése, 1917. — *Prinzing:* Zeitschr. f. Sozialwiss. 1904. — *Sprinz:* Dermat. Wochenschr. 1912, 13. sz. — *Almkvist:* Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 11. sz. — *Boas* u. *Gammeltoft:* Verhandl. d. Dän. Med. Gesellsch. 1921. dec. 6. u. o. 6. k. — *Ehlers, Rasch, Lomhold* (discussio): u. o. — *Ifj. Matusovszky:* Orvosi Hetilap 1924, 7. sz. — *Carle:* Annal. de derm. et de syphiligr. 1921. — *Rasch:* Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 7. k. — *Spalding:* u. o. 11. k. — *Jeannin:* u. o. 9. k. — *Thaler:* Wien. kl. Woch. 1923, 16. sz. — *Duhot:* Münch. med. Woch. 1920, 35. sz. — *Helmreich:* Wien. med. Woch. 1923. — *Hesse:* Wien. kl. Woch. 1924, 37. — *Odescalchi:* Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskr. 5. k. (ref.) — *Nékám:* A nemibetegségek leküzdése, 1918.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: † Moravcsik E. Emil egy. ny. r. tanár).

A máj működési zavarairól elme- és idegbetegségekben.

Írta: *Büchler Pál dr.* egyetemi tanársegéd.

A 90-es évekből származó, leginkább francia közlemények az elme- és idegbetegségek nagyrészét a máj helytelen működésével és autointoxicatiókkal hozták összefüggésbe. A máj insufficiens voltával magyarázták a deliriumok, acut hallucinatorikus zavarodottság, depressio kifejlődését; úgy gondolták, hogy a bélhuzam felől közbenső anyagcseretermékek szívódnak fel, melyeket a máj elbontani nem tud, s így az agyat mérgezik. Ha psychotikus boncolásakor epekövet, daganatot, parenchymás folyamatot, pangást, vagy gyulladást találtak a májban, sokszor illogikus módon is azt a psychés elváltozás okának tekintették, noha csak az esetek csekély számában volt causalis összefüggés kimutatható. Bizonyító értékűnek csak azt tekinthetjük, ha a psychosis a máj megbetegedésével egyidejű, s a hepatikus folyamat javulása vagy progressiója psychés tekintetben is párhuzamos. Ilyennek tekinthető *Damsch* és *Cramer* leírása a göttingai icterus-epidemiáról, melyben gyermekek betegedtek meg, s az icterus mellett katatonia és flexibilitas cerea fejlődött. Sárgaság és psychés tünetek egyidőben tüntek el. A túlzások ellenhatást váltottak ki, s *Cullere* számos esetben kimutatta, hogy psychosis közben fejlődő májbetegség a psychosist nem változtatja meg, legfeljebb a téves eszméket visceralis componensekkel tarkítja. Ha elmebetegnél májelváltozást találunk, annak elsődleges voltát bizonyítani nem tudjuk, sőt *Müller* és *Graeving* vizsgálatai óta valószínűnek kell tartanunk, hogy cerebralis behatás alatt jöttek létre. Kórbonctani leletek gyér számmal állanak rendelkezésünkre. *Greenless* 199 psychosis esetében csak 35-ször talált normális májat, már pedig nem valószínű, hogy a fennmardó esetekben a máj okozta volna a psychosist. *Southad* schizophreniában a máj absolut súlyát csökkentnek találta, *Versé*, továbbá *Weber* kimutatták, hogy az éhezés a máj súlycsökkenését okozza. Psychosisokban gyakori a táplálkozási ellenkezés, tehát ezzel a tényezővel is számolnunk kell, ha a máj működésében zavart mutatunk ki. A kísérletes vizsgálatok hibája, hogy nemcsak a májban idéznek elő elváltozást, de az egész szervezetet mérgezik, úgyhogy ezeknek eredményei csak kevéssé értékesíthetők. Kísérleti májelváltozás után kifejlődött agyi elváltozások nem specifikusak és localisatiós szempontból sem értékesíthetők.

Májfunctiós vizsgálatok esetén először azt kell eldöntenünk, hogy elme- és idegbetegségekben van-e és ha igen, milyen arányban kimutatható zavar. Erre a célra a rendelkezésünkre álló urobilinogenreactiók megfelelnek. Ilyenek *Schlesinger* alkoholos-zinkacetátos és *Ehrlich* paraamidobenzaldehyd-reactiója. Urobilinogenreactiót 370 betegnél és 40 controllegyénnél végeztem. Schizophrenia 70 esetéből 13—14% volt a positiv reactiók száma, míg hebephreniás esetekben 39—28%, katatoniásoknál 25% volt a positiv esetek száma. A schizophrenia többi alakjaiban százalékosan lényegesen kevesebb positivitás mutatkozott. Erre a körülményre velem egyidőben *Schrijver* is rámutatott. A hangulati és izombeidegzéses zavarokat talán éppen ezek az anyagcserezavarok magyarázzák meg. Megemlítem, hogy *Butenko* schizophreniában 18% positivitást mutatott ki.

Alkoholos megbetegedések esetén az alkoholismus chronicus 49—33, a psychosis alcoholica 31—44, a delirium potatorum pedig 95—90 százalékszámmal szerepel. *Bostroem* a delirium tremens okát a máj működési zavarában keresi. Szerinte az alkohol által bántalmazott máj a bélből a portalis keringés útján felszívódott anyagcseretermékeket elbontani nem tudja és deliriumot okoz. Mivel a máj alkohol elvonása után magát kipiheni, ismét működésképessé válik, ami a delirium gyors lefolyását magyarázná. Annak a véleményének ad kifejezést, hogy a vizeletben található urobilinogen fenyegető delirium tremenssel volna egyenértékű. Ezt a felfogást megcáfolhatom azzal, hogy 63 chronikusan iszákosnál az intézetben delirium kifejlődését csak két ízben láttuk, noha, mint említettem, 49%-uknál Schlesinger, 33%-uknál aldehydreactiót találtunk. Emellett delirium tremensnek 10%-ában negativok voltak az urobilinogenreactiók. Hogy deliriumban anyagcserezavarok vannak, az kétségtelen, ezt azonban észszerűbben magyarázhatjuk az alkohol hatásából. Az alkohol lipotropiás anyag, mely elsősorban az agyat és annak burkait, majd az összes parenchymás szerveket, így a májat is, támadja meg. Hogy nem minden iszákos delirál, annak oka pedig dispositióban keresendő.

Hogy paralysisben 63—73% positiv reactiót nyerünk, oka az általános spirochaetás fertőzésben keresendő. Ez áll az 53—76%-os positivitást adó agyi arteriosclerosisra is, hol részben általános pangásban, részben a máj ereinek elváltozásában keresendő az ok. A striás

syndromával járó megbetegedésekben, tehát encephalitis epidemicában, paralysis agitansban, pseudosclerosisban az utolsó epidemia óta a májelváltozások ismeretesek és így nem csodálatos, ha az esetek 41—55%-ában urobilinogent mutattunk ki. Ezekben az esetekben az acut szakban positiv reactio a kivételek közé tartozik, s a későbbi szakban jelentkező urobilinogenuria is a májelváltozás másodlagossága mellett bizonyít.

Az egyedüli megbetegedés, melyben nagy százalékban találunk májelváltozást anélkül, hogy a maniás és depressiós szakok változását mással, mint anyagcserezavarokkal magyarázni tudnók, az endogen depressio. Míg az Abderhalden-reactio 42, a májlipasereactio 83%-ban positiv, az urobilinogenpróbák 41—55%-ban voltak positivak.

Egyéb elme- és idegbántalmakban is tapasztaltam urobilinogenuriát, különösen, melyekben a betegség oka lues volt. Functionalis neurosisok, különösen hysteria és neurasthenia, kényszerképzetes szorongás esetén mindig negativ reactiókat nyertem. Látjuk tehát, hogy úgyszólván nincs olyan psychosis, melyben urobilinogenuria ne jelentkezhetnék. Ez magában is már a cerebrális eredet mellett bizonyít.

Vizsgálataim ellenőrzésére quantitativ módszer gyanánt *Hijmans van den Bergh* módszerét alkalmaztam. Először szükségesnek látszott a normális bilirubinmennyiség meghatározása a savóban, melyet *H. van den Bergh* 0·3—0·5%-nak jelez. A normális értékek meghatározása előző és *Ernst-Förster*nek a Magyar Orvosi Archivumban leírt módszerével történtek és azt eredményezték, hogy a normalis vérbilirubinconcentratio 0·55%-os határig terjedhet fel. Ezt az értéket vettem alapul, mely magasabb, mint az átlagos standardok, viszont a hibaforrásokat csökkenti. Megjegyzem, hogy a bilirubin bomlásának meggátlására a savókat azonnal feldolgoztam, s hogy összehasonlításra alkalmas értékeket nyerjek, minden esetben reggel történt a vérvétel. A kétes positivitású eseteket a negativok közé soroztam.

Schizophreniának 71 esetét vizsgáltam. Az alcsoportokat illetőleg a katatonia és stupor 84·6%, a végső elbutulás 44·4%, a hebephrenia 39% positivitással szerepelt, míg a dementia paranoidesre 21·9%, a dementia simplexre 10% positivitás esett. A szokásos alcsoportokra való felosztás csak theoretikus szempontból bír értékkel, mert a kórképek egymásba folynak, s az esetek egyrészében elkülönítés még így sem lehetséges. Figyelemreméltó azonban, hogy a positiv eredmények többsége a katatoniát illeti, minek oka *Hauptmann* szerint abban volna, hogy a kórkép időszakos jelentkezése somatikus tényezőktől függ. Eddigi vizsgálataim alapján magam is arra az álláspontra helyezkedem, hogy az anyagcsere zavarai a betegség klinikai képének megváltozásában nyilvánulnak.

Az alkoholos megbetegedésekben található bilirubinaemia, bár fokozatokat mutat a betegség természete szerint, de minden esetben a normális ingadozások feletti értéket képvisel. Intensitás szerint a delirium tremens, majd az alkoholos elmezavar következnek egymás után, relative alacsonyabb értékek találhatók alkoholismus chronicusban. A 7 vizsgált eset egyikében a bilirubin értéke a 3·0 bilirubin-egységet meghaladta, azonban a vizeletben epefesték kimutatható nem volt. Ez egyezik *Schrijver* megfigyelésével, bár belgyógyászati oldalról még megerősítést tudtommal nem nyert.

Májlipasék meghatározásánál utaltam arra, hogy endogen depressióban gyakran mutathatunk ki a máj részéről működésbeli zavarokat. Ezt erősítették meg jelenlegi vizsgálataim is, ugyanis a vizsgált 10 eset közül 90%-ban volt hyperbilirubinaemia kimutatható. Leleteim megerősítik mások észleleteit, úgyhogy az egyetlen elmebetegség, melyben anyagcserezavarral mint kórokozó tényezővel számolnunk kell, talán a depressio volna. Mindenesetre feltűnő, hogy hangulati emelkedettség mellett a bilirubin értéke mindig a normalis határok között mozgott, míg ezzel szemben maniában a vércukor tükrének emelkedett volta észlelhető.

Azokban az esetekben, melyekben anatomiai ismereteink alapján májelváltozást várhatunk, mint paralysis (92·5%), encephalitis epidemica (80%), általános lueses megbetegedések stb. magas százalékban észleltem hyperbilirubinaemiát. Neurasthenia, hysteria, sclerosis polyinsularis, imbecillitas idiotismus, Basedow-kór, psychopathia, organikus idegbetegségek, belsősecretiós elváltozások eseteiben sohasem észleltem a bilirubin kóros megszaporodását.

Ha eltekintünk azoktól a betegségektől, melyekben kórbonctani ismereteink alapján is májelváltozást találhatunk, fennmarad a schizophreniás csoport és endogen depressio, melyeknek kórbonctani elváltozásai nem, vagy csak hiányosan ismeretesek. Míg első esetben a talált elváltozásokat másodlagos anyagcsereelváltozásnak kell minősítenünk, utóbbiban az esetleges kórokozó befolyást minden kétséget kizárólag el nem ejthetjük. Kétségtelen, hogy az elme- és idegbajok nagy részében a májműködés zavarai exact módszerekkel kimutathatók, a jövő számára az elsődlegesség, vagy másodlagosság kérdésének megállapítása marad.

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

Összehasonlító vizsgálatok Meinicke zavarosodási reactiójával.

Írta: *Kirchner János dr.*

Ma az a nézet, hogy az összes luesreactiók közül a *Wassermann*-féle közelíti meg legjobban a specifikus reactiót, meglehetős érzékeny is, amint azt az intézetünkben végzett összehasonlító vizsgálatok[1] is igazolták, de mert ez költséges felszerelést és nagyobb serologiai jártasságot kíván, az általános orvosi gyakorlatban nem talált helyet. Ezt a hiányt igyekszik pótolni többek közt *Meinicke*[2] is zavarosodási reactiójával (MTR).

Ami a technikai részt illeti, ez sikerült is neki, ami pedig a reactio jellegzetességét és érzékenységét illeti, egyik-másik vizsgáló egyenértékűnek találta a *Wassermann*-reactióval.

Erre vonatkozólag mi is végeztünk összehasonlító vizsgálatot 406 esetben. A vizsgálati anyag legnagyobb részét a Szent István-kórház bőr-, belosztályai szolgáltatták, ahonnan mindenkor pontos adatokat is szerezhettünk be a betegséget illetőleg. Hogy pedig a két reactio eredményének leolvasása egymástól függetlenül történjék, a Wassermann-reactiót *Joós dr.*, az intézet szaksegédje volt szíves végezni.

A reactio végbezvitelében pontosan *Meinicke* utasítása szerint jártunk el, mely a következő: A négy — mintegy 7—8 mm átmérőjű — kémcső mindegyikébe 0·2 cm^3 *nem inactivált* serumot tettünk, a 2. és 4.-hez még 1—1 csepp formalint, s azután mindegyikhez 1 cm^3 antigent.

A 2. és a 4. cső, mely controllnak szolgál, fontos különösen a gyenge positiv esetek leolvasásánál. Magának az antigennek elkészítése úgy történik, hogy egy kísérletsorozathoz szükséges balzsamos kivonatanyagot és a 10-szer annyi 3%-os konyhasóoldatot, miután mindkettőt előzőleg 10 percen át 45 C fokú vízben megmelegítettük, gyorsan összekeverjük olyformán, hogy a konyhasóoldatot hozzáöntöttük a kivonatanyaghoz és az egészet vissza a másik kémcsőbe. Ezt egyszer-kétszer megismételve, az így előállott áttetsző opaleskáló keverékből azután gyorsan 1—1 cm^3-t adunk a már serumot tartalmazó kémcsövekbe, még pedig a sűrű antigenből az első és a második csőbe, a híg antigenből pedig a harmadik és negyedikbe, s azután összerázzuk. Mindenkor két antigennel dolgoztunk, 1 sűrűvel és 1 híggal, mert ez a két antigen *Meinicke* szerint úgy van elkészítve, hogy egymást mintegy kiegészíti, vagyis míg a negativ, erős és közepesen postiv reactióknál egyformán reagál mindkét

antigen, addig a gyengén positivaknál előfordul, hogy csak az egyik, vagy a másik ad positiv eredményt.

Az erősen positiv serumokban már többnyire 5—10 percnyi szobahőmérsékleten való állás után kifejezetten zavarodás volt észlelhető, míg a gyengébben positivaknál ez csak később állott elő, de 1 óra mulva már véglegesen leolvashattuk az eredményt. Ritkán előfordult, hogy egyedül csak a híg antigennel volt homályosodás, míg a sűrűvel teljesen kimaradt. Ugyanezt tapasztalta *Untersteiner*[3] is. Ellenben hogy csak a sűrű antigen reagált volna positivan, míg a híg negativ maradt volna, nem tapasztaltam. Olyan lueses eseteknél, ahol az egy órai állás után történt leolvasáskor bizonytalan eredményt kaptunk, 24 óra mulva sokkal kifejezettebb volt a zavarosodás. Azonban az eredmény jelzésénél csak az előbbi időpontban beállott változást jelöltük.

A reactio leolvasása legjobban sikerül, ha az ablaktól mintegy 2—3 m távolságban tartjuk a kémcsöveket a világosság felé és a folyadékon átlátszó ablakkeresztfát nézzük.

Az ily módon nyert eredményeinket az alanti táblázat tünteti fel:

	WaR. +	WaR. ±	WaR. —
MTR. +	139	9 [6 lues, 1 lues?, 2 nem lues]	11 [9 lues, 1 lues?, 1 nem lues]
MTR. ±	4	3	4
MTR. —		7 [2 lues, 5 nem lues]	229

Tehát a két reactio a legtökéletesebben, 91·3%-ban egyezik egymással, hasonlóan *zur Linden*[4] eredményeihez, aki 510 eset kapcsán 91·4%-ban talált egyezést.

Ha azonban eltekintünk a fokozati különbségektől és a bizonytalannak jelzett gyengén positiv eredményeket is a positivekhez számítjuk, akkor az egyezés 94·5%.

Az eltérés lényege, hogy a *Meinicke* zavarosodási reactio 3·9%-kal több positiv eredményt adott, mint a Wassermann-reactio, és majdnem feleannyi bizonytalant. Általánosságban tehát a MTR. valamivel érzékenyebb és az eredmény leolvasásában határozottabb, mint a WaR.

Még kifejezettebb a MTR érzékenysége, ha csak tisztán a lues-eseteket vesszük, mikor is 6·5%-kal több positiv eredményt kaptunk, mint a WaR.-nál. Hogy azonban ez az érzékenység mennyiben van a specificitás hátrányára, arra nézve csak azt mondhatom, hogy 237 nem lueses megbetegedésből, köztük 17 súlyos tbc., csak 3 esetben kaptunk nem specifikus positiv eredményt a MTR. szerint, és a 3 közül 2-nél a WaR. is bizonytalan volt. Ez utóbbi két eset egyikében súlyos insuff. bicusp. et aortae, sten. valv. sin. állott fenn, akinél később az állapot javulásakor mindkét reactio negativ lett. A másiknál pedig lázas polyarthritis volt. A 3. eset endocarditisre vonatkozott és a másodszori vizsgálat is hasonló eredményt adott az elsőhöz. Hogy ez az 1·2% nem specifikus eredmény a gyakorlatban aligha lesz nagyobb hátrányára a MTR.-nak, az valószínű, mert a még leginkább jellegzetes WaR.-nál is vannak nem specifikus eredmények és dacára ennek igen jól tudjuk értékelni, mert ismerjük a betegséget, amelynél a positiv eredményt csak fenntartással vesszük. *G. Elkeles*[5] is említi a polyarthritist, endocarditist mint olyan betegséget, amely positiv eredményt adhat a szervezet lueses megbetegedése nélkül is. Saját vizsgálataimban azonban mégis csak több mint 80%-ban lues állott fenn azon esetekben, amelyekben negativ WaR. mellett positiv volt a MTR.

Mindezek alapján *Meinicke* zavarosodási reactiója specificitás tekintetében majdnem egyenértékű a WaR-val, az érzékenységet illetőleg felül is múlja, és technikai egyszerűségénél fogva a kicsapódási reactiók közül talán ez a reactio az, amely tekintetbe jöhet, ha arról van szó, hogy a gyakorló orvos maga végezhessen lues-reactiót.

Irodalom: [1] *Vas Bernát:* Összehasonlító vizsgálatok különböző lues-reactiókkal. Orvosi Hetilap 1924. 32. sz. — [2] *Meinicke:* Eine neue Trübungsreaktion für Syphilis. D. m. W. 1922. 12. sz. — *Meinicke's* Trübungsreaktion auf Syphilis mit Cholesterinfreien Balsamextrakten. D. m. W. 1923. 2—19. sz. — [3] *Untersteiner:* Erfahrungen über die vereinfachte MTR. D. m. W. 1924. 13. sz. — [4] *Zur Linden:* Erfahrungen mit der MTR. D. m. W. 1924. 34. sz. — [5] *G. Elkeles:* Die Kuppenablesung der MTR. D. m. W. 1924. 23. sz.

A fogszú (caries dentis).*

Írta: *Szabó József dr.* egyet. ny. r. tanár.

A fogszú bakteriumhatások eredménye: mikroorganismusok termelte savak a fog kemény állományának mészsóit kioldják és az így hozzáférhetővé tett szerves részeket most már a mikroorganismusok közvetlen elpusztítják. Olyan folyamat, melyet kétségen kívül bakteriumok indítanak meg és tartanak fenn *(G. W. Miller, Baumgartner* és *Fleischmann),* melynek kóroka — *excitáló* oka, mint azt a szakirodalomban kifejezni szokásos — mikroorganismus. A legutolsó években végzett kiterjedt vizsgálatok ellenére a fogszúvasodás *specifikus kórokozóját* nem ismerjük. Úgy látszik, hogy a savképző mikroorganismusok egész sora (különösen savtermelő streptococcusok) a betegséget okozhatja és fenntarthatja. (Laboratoriumban sikerült fogakon savképző mikroorganismusok egész sorozatával szúvasodást okozni.) *G. W. Miller* felfogása szerint *(chemico-parasitaer elmélet)* a fog felületén, alkalmas területeken (a fogak árkaiban, barázdáiban, de a fogak között is) keményítő- és cukortartalmú ételmaradék reked meg, ezeken szájbakteriumok szaporodnak el, melyek aztán a megrekedt ételmaradékot bontják. A bomlásból származó savak (különösen tejsav) oldják körülírt területen a fog mészsóit és az így a fognak (dentinnek) a hozzáférhetővé vált szerves részét most már közvetlenül elpusztítják a mikroorganismusok. *Baumgartner, Fleischmann* (1921), *Miller*rel szemben a savhatást is közvetlenül bakteriumok tevékenységének tartják; szerintük a mikroorganismusok *beburjánoznak a zománc szövetébe* (illetőleg a dentinbe) és ott termelik a fog szervetlen részét oldó savat (tejsavat), tehát a sav nem az ételmaradékok bomlásából támad *(tisztán parasitaer elmélet).* Mindkét felfogás szerint a folyamatnak két mozzanata van: egy előremenő és a *fog sóit oldó savhatás* és ezt követőleg a fog szerves részét bontó *proteolitikus* hatás. Minthogy a zománcban elenyésző csekély a szerves rész, a szúvas folyamat első mozzanata, a savhatás már a zománc teljes szétesését okozza. A dentinben e hatás után (mészsóinak kivonása után) még hátramarad a felpuhult szerves alapanyag szövettani összefüggésében és csak annak elpusztulásával bomlik szét a dentin és támad benne hiány, ür, *cavitas.*

Úgy tetszik, hogy a fogszúvasodás támadásának

* Részlet *Szabó József dr.* most megjelent *Gyakorlati fogászat*ából. A tíz év előtt megjelent első kiadásnál jóval terjedelmesebb (656 oldal), igen szép kiállítású, 592 szövegközti ábrával gazdagon illusztrált tankönyvben az utolsó tíz év haladását is feldolgozva találja az olvasó. A második kiadás a száj élettanának minden fogorvos számára fontos fejezetével gazdagodott az elméleti részben, új beosztással, nagyobb terjedelemmel a gyakorlati részben. Universitás kiadása (Révai Testvérek R.-t.). Bolti ára 460.000 korona.

elengedhetetlen előfeltétele az, hogy bizonyos szájbakteriumok a fog felületén megtelepedhessenek és elszaporodhassanak. Ennek a feltétele pedig, hogy a keményítő-, cukor- és fehérjetartalmú ételmaradék megrekedhessen valahol a fog felületén vagy a fogak között. Mindazon körülmények tehát, melyek ezt elősegítik, tulajdonképen a fog szúvasodásának lehetőségeit adják meg. Az *excitáló* okok ismerete mellett tehát nem kevésbbé fontos azon körülmények tanulmányozása, melyek az ételmaradékok megrekedését a fogak felületén, vagy azok közt lehetővé teszik, elősegítik. *G. W. Black* (1896) hívta fel a figyelmet laboratoriumi, klinikai vizsgálataival ezekre a *külső localis* körülményekre, melyek a fogszúvasodás kóroktanában nem kevésbbé fontosak, mint az excitáló okoknak tüzetes ismerete. *Black* megállapította, hogy a fogszúvasodás a fog felületén rendes viszonyok között csupán egyes pontokon támad, hogy tehát a caries dentis *lokalizált megbetegedés:* lokalizált a fog felületén azon pontokra, ahol ételmaradék megrekedhet, különösen tehát pl. *őrlő fogak természetes árkaiban* (rágófelületeken vagy más felületeken is) különösen, ha azok alakja rendellenes, ha a fejlődés folyamán a zománclemezek nem pontosan jutottak egymás mellé, hanem közöttük rések maradtak vissza (l. fogfejlődés fejezete), továbbá pl. *a fogak approximalis oldalain*, bizonyos körülmények között, ha az érintkezés nem rendes, pontszerű, hanem a fogak felülettel érintkeznek egymással és az interdentalis papilla sorvadt, visszahúzódott, vagy a fog *egyéb felületein* is, ha valamely külső körülmény ott ételmaradék megrekedését lehetővé teszi. Nem támadja meg a szúvasodás a fogat oly felületen, melyet *íny borít*, továbbá amely felületeket rendszeresen és sokszorosan valamely *mechanikus erő ér, letisztít, lesúrol*, vagy amely felületeken különösen érvényesül *a nyál lemosó hatása*. A mechanikus erők közül, melyek e szempontból figyelembe jönnek és amelyek az ételmaradékok letelepedését, megrekedését a fogak felületén megakadályozzák, különösen számbajő a *rágás* hatása, de nem legutolsó helyen a fogak felületének *mesterséges letisztítása* (fogkefélés).

A fogak különböző felületét a rágás mechanikus hatása nem egyformán és nem egyforma intensitással éri. E hatásnak különösen kitett felületek — rendes fogsortalálkozás (occlusio) esetén — a fogak *metsző- vagy rágófelülete*, a fogak *lingvalis* felületei felül és alul is, melyeket erősen lesúrol a nyelv és rágás közben az azokon elsikló falat; már kevésbbé a *buccalis* felületek, különösen ezek *gingivalis harmada* és egyáltalán nem a fogak approximalis felületei. Az előbbbi felületek a fognak öntisztító felületei. A fogak approximalis felületét a rendes fogsorban a szomszédos fogak szoros érintkezése két részre osztja: az érintkező (ú. n. contact) pont vagy felület alatt a fogak közt egy nagyobb háromszögletű rés, afölött egy kisebb háromszögletű rés támad. A felső kisebb háromszögletet képező fogfelületeket a rágás hatása igen erősen éri. Rágáskor a pofák, a nyelv az ételt a fogak közé terelik, szorítják, és az ellenlábas fogak csücskei az említett felső háromszögletű résbe illeszkedve, azokon átpréselik és buccalisan és lingvalisan is kettéosztják az elharapott falatot, miközben a falat még a fog buccalis és lingvalis *éleit* is ledörzsöli. A felső háromszögletű rés falai: a fog approximalis oldalainak az a részlete, mely a felső háromszögletű résben van, továbbá e résben a fog élei: a fog mezialis és distalis éle és a fog buccalis és lingvalis élei rendes körülmények között (rendes occlusio, articulatio), *öntisztuló* felületek, élek. *Az alsó háromszöget* (interdentalis háromszög) rendes körülmények között kitölti teljesen az ínyrészlet, az úgynevezett *papilla*, mely szorosan a fogak érintkezéséig terjed és fedi az alsó háromszögletű részben a fogak approximalis felületének legnagyobb részét. Az alsó háromszögletes résben a fogak approximalis felületeinek nagyrészét a rágás mechanikus hatása nem éri, hanem csupán a fog buccalis és lingvalis éleit és az azokkal közvetlen szomszédos keskeny approximalis fogfelületeket, melyek így öntisztuló részletei a fog approximalis felületének. Ennek az öntisztuló approximalis fogfelületnek nagysága, kiterjedése a fogak alakjától függ, az approximalis oldalak domborúságától, az érintkezésük minőségétől (pont vagy felület), a fog beigazodásától a sorba. Az approximalis felületek legnagyobb része azonban nem öntisztuló felület, de a felületekhez símuló íny, a papilla megakadályozza az ételmaradékok pangását és így védi a felületeket a szúvasodás ellen. Szúvasodás approximalis fogfelületeken klinikai tapasztalataink szerint mindig *közvetlenül az érintkezési pontok alatt támad*, ha ételmaradékok oda beszorulhatnak, vagy beszorultak.

Látjuk tehát, hogy tulajdonképen *ha a fog fejlődése kifogástalan*, ha a fog árkai, barázdái zártak; ha a fogak felületén olyan kopásos gödrök, árkok nincsenek, melyekbe ételmaradékok sajtolódhatnak, ha a fogak *beilleszkedése a sorban* jó és a fogak között a szoros érintkezés rendes, ha a környező és az egyes fogfelületeket borító ínyrészletek (interdentalis papilla) ép, egészséges, ha a fogak functiója (rágás) mindkét oldalon kifogástalan és ha mindehhez még alább kifejtendő okokból a fogaknak mesterséges letisztítása is kielégítő, akkor a fog felületének minden pontja védve van a fogszúvasodás ellen. Bármely csekély változás vagy defectus — külső localis körülményekben — elégséges arra, hogy adott esetben, és pedig megfelelően az adott változásoknak vagy körülményeknek, a fog *meghatározott* pontján és felületén ételmaradék megrekedjen és érvényesülhessenek a szúvasodást kiváltó (excitáló) bakteriumhatások. *Black* megfigyelései szerint egyébként rendes külső körülmények között e helyek mindig: 1. *az őrlőfogak* (vagy más fogféleségek) *árkai, barázdái;* 2. *a fogak approximalis felületei közvetlenül az érintkezési pontok alatt;* 3. *főleg alsó kis- és nagyőrlők buccalis felületének gingivalis harmadai.* De *Black* megfigyelései nemcsak azt igazolták, hogy a fogszúvasodás mindig lokalizált a fog felületének egyes pontjaira, hanem azt is, hogy az így kitört megbetegedés terjedésének a fog felületén az említett külső körülmények *határt is szabnak*. A fogak árkaiban támadó szúvasodás csakis a fog belsejében haladhat előre, a fog *felszínén* (pl. és legtöbbször őrlőfogak rágófelületén) nem terjedhet, mert az erősen öntisztuló felület (a rágás mechanikus hatása). A fogak approximalis oldalain a contactpont alatt támadt szúvas folyamatnak a fog *felületén* gátat vet az *íny, a fogak élei* (mert ezek és közvetlen szomszédságuk öntisztuló felület). *A fognak tehát vannak az adott körülmények között szúvasodásra inkább vagy kevésbbé hajlamos és úgy mondhatnók teljesen immunis felületei*, melyek körülhatárolása rendes külső körülmények között szabályszerűen megadható. E területek azonban adott esetben változhatnak, nagyobbodhatnak, kisebbedhetnek, pl. öreg korban a fogpapilla sorvadása a fogak approximalis oldalainak nagyobb részletét teheti szúvasodásra hajlamossá, egy fog elvesztése a szomszédos fog approximalis oldalát teszi hozzáférhetővé a rágás mechanikus hatásának, vagy mesterséges tisztításának, így a felület immunissá válhatik szúvasodás ellen: ha esetleg valamely oknál fogva a rágás lesz pl. egyik olda-

lon lehetetlenné, vagy csökken annak mechanikus hatása és így ezen oldalon ételmaradékok megrekedésére a körülmények most már kedvezőbbek és ezzel a fog egyes felületei válnak hajlamossá a szúvasodásra. Ezen tapasztalati tényeket kell értékesítenünk a fogszú *gyógykezelésében.*

THERAPIA

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem bőr- és nemibetegklinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár).

A neosalutan nevű, lengyel gyártmányú salvarsankészítményről.

Írta: *Nagy György dr.* klinikai gyakornok.

A salvarsankészítmények utánzása nem újkeletű. A világháború ideje alatt először a franciák próbálkoztak vele, s neoarsenobensol „Billon" néven forgalomba is hoztak ilyen készítményt. *Hata, Ehrlich* egykori munkatársa Japánban arsemin, később neoarsemin név alatt gyártotta. Klinikánk bejáró betegei között akadt is egy volt hadifogoly-főhadnagy, kinek Japánban szerzett syphilisét annakidején ezzel a szerrel eredményesen kezelték. A salvarsan utánzásának virágzása azonban a békekötések utáni időre esik. A békekötésekkel ugyanis a németeket nemcsak nagymennyiségű salvarsan és más gyógyszer, hanem ezek gyártási előírásának kiadására is kényszerítették, s azóta a salvarsant jóformán minden entente-államban gyártják, kisebb-nagyobb szerencsével. Így csinálnak salvarsant az Amerikai Egyesült-Államokban, melyet arsphenaminnak hívnak. Angliában pedig egy ilyen salvarsanutánzatot cukoroldatban, beadásra készen, beforrasztott üvegcsövekben adtak át a kereskedelemnek. Lengyelországban 1921-ben került forgalomba ilyen salvarsankészítmény, melyet egy lengyel vegyészeti gyár (Przemysl Chemiczny w Polsca Ska. Akc. W. Zgierzu = Chemische Industrie in Polen Zgierz, Lodz mellett) készít. Ezekről a salvarsanutánzatokról általában keveset hallunk, használni is inkább csak azokban az országokban használják, ahol azokat csinálják, mert a többi országokban nagyobb a bizalmuk — természetesen — az eredeti salvarsankészítményekhez. Közösen és röviden talán úgy lehetne legjobban jellemezni őket, hogy mindegyik jó, de egyik sem olyan jó, mint a német salvarsan, ezek között is a neosalvarsan, melyet pedig utánozni szeretnének.

A mi klinikánk a lengyel neosalutanból kapott körülbelü 25 kúrára valót kipróbálás végett.

A neosalutan a neosalvarsannál valamivel halványabb sárga por, mely beforrasztott phiolákban van forgalomban, éppen úgy, mint a neosalvarsan. Oldódása gyors, oldata tiszta, világossárga, fokhagymaszagú, s 24 órai állás után, a fel nem oldott por pedig még kéthónapi állás után sem mutat semmi látható elváltozást. Szemcséi egymáshoz és az üveg falához a neosalvarsanénál jobban tapadnak.

A gyár szerint a neosalutan a 3 vegyértékű, kevésbbé mérgező arsenobensolszármazék, szemben az 5 vegyértékű, jóval mérgezőbb arsenszármazékokkal (atoxyl, arsacetin). Gyógyító tulajdonságai megegyeznek *Ehrlich* 914-es számú készítményével, a neosalvarsanéval. Ellenőrzése vegyi és biologiai úton államilag történik. Arsentartalma körülbelül 20%. Eredményesen alkalmazható a lues minden megnyilvánulásánál és másfajta spirochaetás betegségeknél is, így febris recurrensnél, Plaut-Vincent-féle anginánál, stomatitis ulcerosánál, de használható vörhenynél, malariánál és egyik-másik tropusi betegségnél is. Az állatgyógyászatban pedig igen szép eredményt értek el vele a lovak ragályos tüdőgyulladásánál.

Alkalmazását ellenjavallják elsősorban keringési zavarok, vesebajok, diabetes és az idegrendszer bármilyen alapú előrehaladottabb megbetegedése, vagy éppen elfajulása. Nem használható inanitiós állapotokban sem.

Alkalmazása legcélszerűbben intravenásan történik, de szükség esetén intramuscularisan is adható 8—14 naponkint, fokozatosan emelkedve, de legfeljebb férfinál 0·60, nőnél 0·45 cg-os adagig, férfinál 4·5, nőnél 3·5 g összmennyiségig kúránkint. Óvatosságból mi ezeknek az adagoknak átlag 70%-át adtuk. Külsőleg vizes vagy glycerines oldatban 20%-ig használható. Alkalmazható még tisztán porban, kenőcsben vagy beöntés alakjában is. Oldása mindig frissen kifőzött 0·4%-os konyhasóoldattal legcélszerűbb, de megfelel egyszerű destillált víz is. Forgalomban van 0·15, 0·30, 0·45, 0·60, 0·75, 0·90 cg, és az állatgyógyászat céljaira 1·5, 3·0 és 4·5 g-os adagokban.

A lengyel tudományos körök igen használható szernek ismerték el a neosalutant. Prof. *Z. Sowinski* 1922-ben referált a neosalutannal elért eredményeiről. Alkalmazta a szert a syphilis minden megnyilvánulásánál, s mindig kedvező eredménnyel. A neosalutan hatására úgy a bőrön, mint a nyálkahártyákon lévő összes syphilises jelenségek, így a primaer affectiók és indurativ környezetük, papulák, valamint a gummás elváltozások is mind igen szépen és gyorsan húzódtak vissza. De jól reagáltak a syphilises fejfájások, rekedtség és csonthártyaizgalmak is. Hőemelkedéseket csupán a kezelés elején, akkor is igen ritkán észlelt. Semmi káros mellékjelenségeket nem látott. Ezeket az adatokat professor *Krzysztalowicz, Wernic, Dalecki, Racinowszki* erősítették meg. Nagyobb syphilises anyagon még *Pluzanski* és *Stanislawski* alkalmazta a neosalutant és az utóbbi 1000 injectio után kellemetlen mellékjelenségeket nem tapasztalt, sőt a Wassermann-reactiót is kedvezően befolyásolta a szer.

A neosalutan honfitársainak meglepően kedvező véleményei alapján bizalommal bár, de óvatosan nyúltunk a szerhez, jóllehet feltűnt, hogy a vélemények között spirochaeta-vizsgálatról senki sem tesz említést, s a Wassermann-reactióról is csak egyszer emlékeztek meg. Már pedig a syphilis gyógyulásának, így valamely syphilisellenes szer gyógyító erejének e két igen fontos fokmérőjét feltétlenül alkalmazniok kellett volna a klinikai tüneteknek még annyira kedvező befolyásolása mellett is. Éppen ezért mi a figyelmes észlelés mellett rendszeresen vizsgáltuk a spirochaetákat és végeztük a Wassermann-reactiót is.

Végigkezeltünk egy-egy kúrán 22 syphilises beteget, kizárólag olyanokat, akiken a betegség nyilvánvaló tünetei voltak. A 22 beteg között volt 12 férfi és 10 nő, 18—64 éves korhatárig. A férfibetegek 3·5, a nőbetegek pedig 2·5 g-nyi neosalutant kaptak átlagban, körülbelül 7—8 adagra osztva, 5—8 naponként az egyes adagokat. A kúra alatt természetesen semmiféle más syphilisellenes szert nem adtunk, csupán semleges szerekkel helyi kezelést végeztünk, kúra végeztével azonban minden esetben higanyt, jódkaliumot vagy bismuthot vezettünk be.

A 22 beteg a syphilis stadiumai szerint így oszlott meg: Seronegativ lues I. volt 5. Lues II. volt 10, kik közül 2 már recidiv jellegű volt, 8 azonban eddigelé syphilisellenes kezelésben nem részesült. A Wassermann-reactio természetesen mind a 10 esetben ++++ positiv volt. Lues III. volt 6, bőr, bőralatti és csonthártya-gummákkal, az idegrendszer megbetegedésére valló tünetek nélkül. Ezek közül a Wassermann-reactio 2-nél negativ volt, 4-nél ++++ positiv. Volt végül 1 lues maligna eset is, melynél a Wassermann-reactio ++++ positiv volt. Összesen tehát 22 eset, melyeket a syphilis stadiumai szerinti csoportokba osztva tárgyalom.

Az első csoportba tartozik az 5 seronegativ eset. A neosalutan hatására a primaer affectiók minden esetben nagyfokú helyi reactiót mutattak az injectio után átlag 5—7 órával kezdődőleg. Ezek a primaer affectiók viszkettek, sőt többé-kevésbbé fájdalmas, égető érzés lépett fel bennük és környékükön. A vér-

bőség fokozódott s mindig növekedett az indurativ oedema is. A spirochaeták átlag a 8—10. órában tűntek el az első injectio után. A primaer affectiók begyógyulása a 3—4. injectiók között történt meg. Voltak azonban általános tünetek is. 5 eset közül 4-nél igen erős Jarisch-Herxheimer-tünet lépett fel, egy esetben (9. eset) 39·9 C fokos hőemelkedés mellett, amely másnapra baj nélkül zajlott le. Ezek a reactiók mindig hőemelkedéssel jártak, de — az előbbi esetet kivéve — csupán 37—38 C fokok közöttivel. Ilyenkor a környéki mirigyek is érzékenyekké lettek és maradtak a reactio lezajlásáig. Ezeknek a feltűnően erős Jarisch-Herxheimer-féle tüneteknek magyarázatául tudjuk be, hogy a betegek megelőzően semmilyen lassabban ható antisyphiliticumot nem kaptak, így a szervezet fokozatos előkészítése nem történvén meg, a neosalutan hatására, mely mégis csak salvarsankészítmény, tömegesen elpusztult spirochaetákból felszabaduló endotoxinok a szervezetet ilyen nagy reactióra kényszerítették. A neosalutan hatásos antisyphiliticum voltát azonban még az is bizonyítja, hogy az 5 eset közül 4 esetben a Wassermann-reactio a kúra végén is negativ maradt és csak egy esetben (8. eset) lett ++ positiv. Meg kell jegyeznünk, hogy az 5 seronegativ esetben a Wassermann-reactiót hetenkint végeztük, számítva a szer esetleges abortiv hatására, elfogadva *Gennerich* azon feltételét, hogy az abortiv gyógyuláshoz nemcsak a kúra előtti és utáni negativ Wassermann-reactiót kívánjuk meg, hanem azt is, hogy kezelés közben se billenjen meg a negativitás. A 4, kúra végén is negativ maradt eset között csak egy volt (20. eset), hol a III. injectio után átmenetileg kis, bizonytalan kötés mutatkozott a Wassermann-reactióban.

A második csoportot 10 lues II. eset képezi, melyeknél a neosalutan hatására az összes másodlagos tünetek kedvezően és gyorsan reagáltak. A bőr- és nyálkahártyatünetek gyorsan visszahúzódtak és felszívódtak. A spirochaetákat az első injectio után 24 órával megtalálni már nem tudtuk sem a primaer affectióban, sem a nedvedző papulákban, melyek ekkor már tisztulni kezdtek, a nedvedzés felszikkadt, a II. injectióval a hámosodás is megindult, mely után gyorsan következett a papulák felszívódása, a bőr szintjébe átlag a III. injectio után estek s nyomaikat kezdetben a beteg bőrénél világosabb folt jelezte, melyek később megbarnultak. Maculák, roseolák eltűnése természetesen még gyorsabb volt. Feltűnően gyorsan húzódtak vissza 1 esetben (17. eset) a bőr mikropapulái, pedig a mikropapulák jóformán a legnehezebben gyógyuló lueses tünetek. Jarisch-Herxheimer-tünet 2 esetben mutatkozott, itt is igen kifejezetten, egyikben (18. eset) 39·2 C°-ig emelkedő lázzal, mindketőben urticariaszerű általános bőrkiütéseket váltva ki. A megnagyobbodott mirigyek azonban a kúra végéig sem húzódtak az eredeti nagyságukig vissza. Volt olyan göbös syphilises betegünk is (3. eset), kinél a jellegzetes bőrgöbök a kúra végén is úgy megvoltak, mint a kúra előtt. A Wassermann-reactiót a neosalutan itt is kedvezően befolyásolta, mert 6 esetben — 10 közül — a kúra végén a positivitás + vagy ++-re apadt, 4 esetben azonban a kúra végén is ++++ volt az eredmény.

A harmadik csoportban volt 6 gummás eset, melyek szétesett, kifekélyesedett bőr-böralatti és csonthártya-gummák voltak, egyik-másik esetben igen nagyfokú szövetpusztulással. Itt volt a neosalutannak legnehezebb dolga. A gummák feltisztulása lassan indult meg, a tönkrement szövetcafatok elhatárolódása, lelökődése csak 4—6 injectio után történt meg, 2 esetben pedig a neosalutan a kúra végéig sem tudott megbírkózni a gummákkal, melyek a jódkalium megfelelő adagolása után síma heggel gyógyultak. A Wassermann-reactio ezekben az esetekben meg sem mozdult.

Volt végül egy lues maligna eset is, melynél a neosalutan hatása szintén igen kedvező volt. A lues malignára jellegző mindhárom stadium szerinti tünetek gyorsan visszahúzódtak, újak nem keletkeztek, a már megindultak tovább nem fejlődtek s szép heggel gyógyultak. Ebben az esetben a kúra előtt a Wassermann-reactio — szokatlanul — ++++ positiv volt, a kezeléssel fokozatosan javult s a kúra végén ++-esre apadt, a kúra után 2 hónappal pedig már negativ volt az eredmény.

Káros mellékhatást egyáltalában nem észleltünk, valószínűleg óvatos adagolásunk miatt.

Ezekben ismertettem röviden a 22 neosalutannal kezelt eset lefolyását. 22 eset feltűnően kevés ahhoz, hogy olyan súlyos kérdésekben, mint amilyen a syphilis gyógyulása, a syphilist gyógyító valamely új szer használhatósága vagy használhatatlansága, véleményt mondhassunk. Nem is ez volt a célunk, de az elért igen kedvező eredmények alapján a lengyel neosalutant mégis használható syphilisellenes szernek kell elismernünk.

Fejér vármegye Szent György-közkórháza sebészeti osztályának közleménye.

Az asepsis sikeres biztosításáról.

Írta: *Berzsenyi Zoltán dr.* operateur, kórházigazgató-főorvos.

Egy műtét sikere elsősorban az asepsis biztosításán múlik. Műtéti beavatkozásunknak eme conditio sine qua non-ja megköveteli, hogy időnkint szemlét tartsunk eziránvú eljárásaink felett és kellő kritikával nézzük, hogy mesterségünknek — nem: művészetünknek újabb haladásából mit értékesíthetünk asepsisünknek még sikeresebb biztosítására.

Az az érzésem, hogy a sebészet jövő, korszakalkotó fejlődése az immunitás jegyében fog történni. Mert nehezen képzelhető el, hogy akár technikai, akár diagnostikai téren jöjjön korszakalkotó új valami. Hogy erre csak egy példát említsek, jóformán se szeri, se száma a gyomron végezhető műtéteknek. Csak magára a pylorus elzárására közel 25 eljárás van az irodalomban leírva. Feltéve, hogy még számtalan új műtéti módot fognak — mondjuk — a gyomorfekély gyógyítására vonatkozólag javaslatba hozni, fog-e ez valami korszakalkotó újat jelenteni? Alig, mert egyrészt a betegség lényegét, az ulcusdispositiót technikai úton megszüntetni a jövőben sem lesz lehetséges, másrészt pedig, mert *alkalmas esetekben* az ulcust (csak a dispositio következményét!) ezzel vagy azzal az eljárással is majdnem egyformán jól sikerül gyógyulásra bírni. Innen van, hogy egyik sebész erre, a másik pedig arra a methodusra esküszik. Ha azonban majdan a szervezetet — mondjuk — a heveny genykeltők ellen immunizálni leszünk képesek, felmérhető lesz-e ezen haladásnak súlya és nagysága? S vajjon elképzelhetetlen-e ez? Én azt hiszem, hogy nem. Úgy látom ugyanis, mintha az első kisded lépések ezirányban már megtétetnének. Mert ha manapság egy műtéti sebet odavitt anyagok segélyével a heveny genykeltők ellen immunissá tudunk tenni, úgy igenis beszélhetünk már — ha szabad ezt a kifejezést használni — „localis immunitás"-ról, minek fejlődési láncszemeinek végén ott fog tán az egész szervezetre szóló immunitás csüngni.

Az újabb chemotherapiás anyagok közt a Rivanol az, mellyel ez a „localis immunitás" legjobban elérhető és amellyel az infectioprophylaxis valóban megvalósítható. Áll tehát az, amit *Rosenstein* mond: „Das Rivanol als Prophylaxe hat sich gegen eine Infection ganz ausserordentlich bewährt." Több mint 3 éve kezdtem én is a rivanollal dolgozni. S midőn láttam, hogy a nem aseptikus sebek bakteriumhatásait kedvezően befolyásolni képes, az aseptikus sebzéseknél is alkalmazásba vettem olyformán, hogy a bevarrás előtt a seb nagyságához és mélységéhez mérten 10—18 cm³ 2‰-es rivanol-oldatot öntöttem a seb üregébe. Aseptikus laparotomiáknál is kivétel nélkül használom az oldatot s bőven beecsetelem vele a műtéti területet, közvetlen

környezetébe: magába a hasüregbe is 50—100 cm³-nyi mennyiséget öntve. Az eredmény eddig kivétel nélkül prima intentiós: a fonalak jóformán beszáradnak a bőrbe, a mélyebb rétegekben alkalmazott fonalak pedig nem genyednek ki. Közel 1000 esetnél látva ezt az eredményt, szabály lett osztályomon a rivanolnak aseptikus sebeknél való ilyetén használata. S azóta nyugodtabban alszom, úgynevezett „asepsisgondjaim' lényegesen csökkentek, ami bármely lelkiismeretes, betegeinek sorsáért aggódó sebész előtt nem megvetendő érzés.

A rivanolnak ezirányú használata megoldotta nálam a keztyűkérdést is. Keztyűt ugyanis aseptikus műtéteknél nem használok, minek hátrányát egyetlen egy esetben sem láttam. S ez nekünk, szegény „legyőzötteknek" sebészgazdasági vonatkozásban nem kicsinylendő valami. Mily drágák és rosszak ugyanis ma a keztyűk! A kéznek körömtoilette által megszakított öt percig tartó szappanos kefélése, majd öt percig magnosterinnel való dörzsölése, avagy magnolos vízben való fürösztése untig elegendő. A magnolt (hatóanyaga megnesiumhypochlorid) éppoly jól helyettesíti a hydrargyrum oxycyanatum, amely a sublimattal ellentétben lényegesen nagyobb baktericid hatása mellett a kéz bőrére teljesen ártalmatlan. Akár van rajtunk keztyű, akár nincsen, fontosnak tartom már a műtét kivitelének decensségére való tekintettel is — mert erre is adnunk kell valamit —, hogy kézzel sebbe lehetőleg ne nyuljunk. Igaz, hogy maga a műtő ezt nem mindig kerülheti el, de a segéd majdnem kivétel nélkül. Hisz kampóval tár fel, nyélbe fogott tupferral töröl, anatomiassal fog stb.

Az asepsis épületének egyik további lényeges pillérje a fonál. Magam részéről selymet használok, kivéve a nyálkahártyák és vesének varratait. Ama számos selyemsterilizálási eljárás közül — miket jóformán mind végigpróbáltam — legjobbnak és legegyszerűbbnek azt a sterilizálási eljárást tartom, mely a kereskedésből jött selyemnek minden előkészítés nélkül, a fehérnemű sterilizálásához teljesen hasonlóan történő csírtalanításában áll, amihez még a műtét reggelén konyhasós vízben (1 l steril vízhez 15—20 g konyhasó s pár csepp tömény carbolsav) 10—20 percig való kifőzés járul. Ennek az az előnye, hogy a selyem ellenállóvá válik és nem szakad. Hogy ezen valóban megbízható selyemsterilizálási eljárás javára írható-e osztályomon a fonálgenyedés teljes megszünte, vagy a rivanol hatásának, mely a sebbe öntve végeredményben a fonalat is átjárja, annak eldöntését nyitva hagyom.

Ami a beteg terület előkészítését illeti, ez az asepsis szempontjából nem esik oly súllyal a latba, mint ahogy azt gondolnánk. Feleslegesnek tartanám tehát a kipróbált jódtincturás eljárást elvetni. A módosítás azonban mégis annyi, hogy csak egyszer kenessék be vele a bőr s ez is legfeljebb 5%-os oldattal történjék. Ilyen higítás mellett a magam részéről sohasem láttam a jódtincturáról semmi néven nevezendő bajt. A sebet azonban megfelelő horgokkal vagy varratokkal izolálni kell. S ez főleg laparotomiáknál fontos, mert a jódtinctura a serosát fenti higítás mellett csak akkor támadhatja meg, ha vele közvetlen érintkezésbe jön. A hasüregen belül pedig a jódtinctura használatának szerintem indicatiója nincsen.

S ha eme apróknak látszó részletkérdésekhez veszem még azt a valóban nagy principiumot, hogy a műtéti helyes technika keresztülvitele lényegesen biztosítja az asepsis sikerét — értem alatta nem annyira az időre való dolgozást, hanem fontosságánál fogva sokkal inkább azt, hogy helyes rétegekben, a szövetek kímélésével, anatomiailag, exact vérzéscsillapítással dolgozzunk —, úgy röviden érintettem mindazt, amire a chemotherapia áldása mellett is törekednünk kell, mert elbizakodottak mi sebészek semmiféle eljárással szemben sem lehetünk. Emberek vagyunk, kik csak a gyógyulás lehetőségét tudjuk megadni, maga a gyógyítás mindenkoron a természet előre nem látott munkája leend.

DIAGNOSTIKA

A „Stefánia"-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikának közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának jelentősége diagnostikai és prognostikai szempontból.

Közli: *Bókay Zoltán dr.* egyet. magántanár, egyet. adjunctus.

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának vizsgálatáról *Steiner Béla dr.*, a klinika tanársegéde, az Orvosi Hetilap 1923. évi február 23-i számában bőven referált s tapasztalatait a Budapesti Kir. Orvosegyesületben is elmondotta. Azóta felismerve e kérdésnek horderejét, a klinikán végzett minden lumbalpunctatumot cukorra is megvizsgáltunk s számos vizsgálatunkból azt a tényt konstatáltuk, hogy a cukormegfogyás mérvéből, valamint annak emelkedéséből, egyáltalán a sorozatosan végzett lumbalpunctiók alkalmával felállított cukorgörbéből úgy differentialdiagnostikai, mint prognostikai szempontból fontos útmutatást nyerhetünk úgy a betegség korai felismerésére, mint esetleg annak lefolyására vonatkozólag.

Nézzük elsősorban is a cukorgörbe viselkedését s elemezzük azt *diagnostikai* szempontból. Normalisan a liquor cerebrospinalis cukortartalma, mint ismeretes, 0·055—0·08%. Csaknem minden meningealis folyamatnál, mely lobosodással jár, a liquor cerebrospinalis cukortartalma megfogy s a fogyás mérvéből és a fogyás állandóságából fontos következtetéseket vonhatunk le.

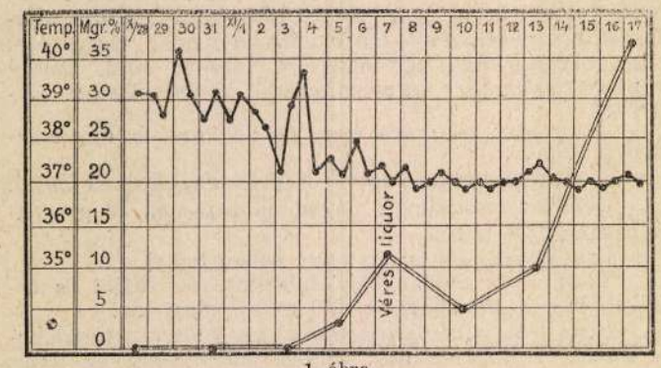
*Meningitis tuberculosá*nál a cukor fogyása már a legkezdetibb szakban beáll, fokozatosan, lassan megy a görbe lefelé s rendesen azt látjuk, hogy a cukor teljes eltűnését követő 24—48 óra mulva áll be az exitus. A lefolyás alatt nagyszámú megfigyelésünk között csak elvétve (két esetben) fordult elő, hogy a fokozatos esést egy kis emelkedés zavarta meg (mi technikai hiba is lehetett). Minden más természetű meningealis folyamatnál ezt az állandó fogyást nem látjuk ily kifejezetten. *Meningitis serosa non tuberculosá*nál cukorfogyás rendesen kisfokú s a görbe lefelé menő pályája megáll s a cukortartalom a liquorban emelkedni kezd s mihamarabb a normalis értékre tér vissza. *A meningitis cerebrospinalis epidemicá*nál a fogyás rohamosan szokott bekövetkezni, sőt, mint később látni fogjuk, a 0 pontot is gyorsan éri el, de ebből nem következik, hogy okvetlenül exitusra kell elkészülnünk, mert, mint az első graphikonon láthatjuk, a cukorgörbe eléggé gyors és constant emelkedése után teljes restitutio ad integrum állott be. *Enkephalitises* eseteink gyér számából csak arra merünk következtetni, hogy cukorfogyás rendesen nincsen, ellenkezőleg a cukorpercent emelkedik. *Morbus-Heine-Medin* acut szakában, *agytumornál* a cukortartalom emelkedését látjuk, néha egészen magas értékeket kaptunk. Viszont úgynevezett *meningismusok*nál, melyek pneumonia cephalicánál, különböző heveny fertőző ragályos betegségeknél, meningo-typhusnál stb. jelentkeznek, teljesen normalis cukorértékeket találunk. Ezen felsoroltakból láthatjuk, hogy éppen azoknál az eseteknél, hol a többi diagnostikai eljárás esetleg csődöt mond, a cukormeghatározás segélyével a kórisme pontosabb felállításánál tájékozódást nyerünk.

Nézzük, hogy *prognostikai* szempontból mit jelent a cukorgörbe? Nagyszámú vizsgálatunk alapján az a meggyőződés alakult ki bennünk, hogyha azt észleljük, hogy a cukorgörbe eredeti esése után emelkedést mutat, úgy a prognosis általában kedvezőnek mondható quo ad vitam, s ha az emelkedés constans és állandó, úgy az arra utal, hogy a prognosis nemcsak quo ad

vitam, hanem quo ad restitutionem integrum is jó. Példa gyanánt három ily esetünket ismertetjük:

F. Imre, 3 éves, megbetegedett október 25-én. Typusos, magas lázakkal, eszméletlenséggel járó meningitis cerebrospinalis epidemica. Első punctio október 28-án. Cukor 0, október 31., november 3-án cukor 0, a következő napokon (lásd I. ábrát) a cukortartalom lassú, majd gyorsabb emelkedést mutat s már november 17-én csaknem normalis — azóta a gyógyulás teljes. A gyógykezelésnél minden lumbalpunctio alkalmával inaktivált saját liquorból 5—7 cm³-nyi mennyiséget kapott intraduralisan.

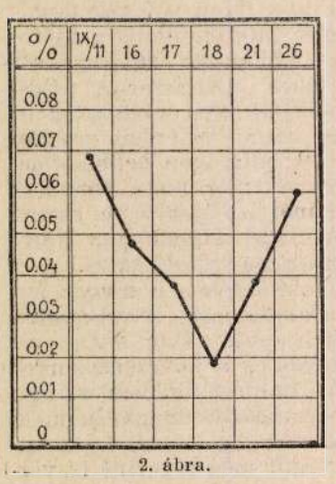
Második esetünk, *L. Magda*, meningitis tuberculosa kórismével küldetett be a kezelőorvos által. Punctiókor magas nyomás mellett ürült a víztiszta liquor



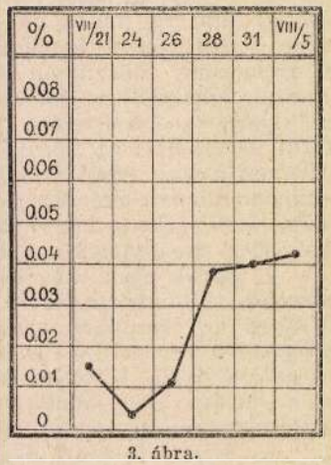
1. ábra.

s a november 11-én végzett lumbalpunctiónál a cukorlelet 0·07, tehát normalis érték volt. A következő punctióknál az érték (lásd II. ábrát) folyton esett, a *Pándy*-reactio positivvá lett, a sejtszám emelkedett, sőt fibrinháló is képződött, de nagy megkönnyebbülésünkre már a november 21-én, s még inkább a november 26-án végzett cukorvizsgálatok a cukor gyors emelkedését mutatták s teljes gyógyulás állott be. Kórisménk meningitis serosa.

Harmadik esetünk, *B. László*, meningitis cerebrospinalis epidemica diagnosissal került a kórházba. A liquorban, mely zavaros volt, az intracellularis meningococcusok nagy számát lehetett kimutatni, a cukor-



2. ábra.



3. ábra.

görbe csaknem 0-ig esett (lásd III. ábrát), de csakhamar emelkedni kezdett s a beteg következmény nélkül gyógyult meg.

Több ily példát tudnánk felhozni, de mivel a fentiek a legtanulságosabbak, csak ezek ismertetésére szorítkoztunk.

A cukorvizsgálatokat a *Bang*-féle mikrocukorreactio segélyével végeztük, melyet klinikailag általában a legpontosabbnak ismerünk. Újabban *Csapó József dr.* tanársegédünk által módosított *Bertrand*-eljárást vezettük be. Jó ideig a *Bang*-methodussal együtt végezve ellenőriztük az eljárást s miután azt teljesen pontosnak ismertük meg, azóta ezt a methodust alkalmazzuk, mert hibaforrása kisebb, mint a *Bang*-módszeré, ötször oly gyors, mint az s jóval egyszerűbb s könnyebben kivihető.

Megjegyzés Novák Miklós dr. „A beteg saját vérével végzett gyógyításról" szóló tanulmányához.*

Írta: *Schiller Károly dr.* kórházi igazgató-főorvos.

Novák Miklós dr. az autohaemotherapiát kimerítő referatumként tárgyaló értekezésében nem említi azon e tárgyú vizsgálataimat, melyeket a Szent László-közkórházban sajátvérkezeléssel végeztem, amelyekről pedig, 70 betegen végzett gyógyeredmény kapcsán, a Magyar Sebésztársaság 9. nagygyűlésén 1922. évben beszámoltam. Igaz, hogy eredeti cikkem *Torday Árpád dr.* cikke után jelent meg az Orvosi Hetilap 1923. évi 36. számában, a „Therapia"-rovatban, minek oka az Orvosi Hetilap 1922. évi válsága volt. *Torday Árpád dr.* azonban az Orvosi Hetilap 1923. évi 33. számában megjelent dolgozatában megemlíti, hogy orbánc ellen én alkalmaztam először a sajátvérkezelést.

Megemlítem még, hogy *Läwen* új eredeti eljárását leíró cikkében (Zentralblatt für Chirurgie 1923, 26. szám) felhozza az általam orbánc ellen végzett sajátvérkezelést.

A sajátvérkezelés mindenesetre a legkönnyebben hozzáférhető, mindig készen lévő, rögtön alkalmazható, legveszélytelenebb és legolcsóbb ingertherapia, mellyel *Novák dr.* is, mint bőséges casuistikája mutatja, szép eredményeket érhetett el.

A debreceni gróf Tisza István-tudományegyetem központi Röntgen-intézetének közleménye (igazgató: Elischer Gyula dr. egyet. ny. r. tanár).

Megjegyzés Bársony Tivadar dr. és Polgár Ferenc dr. „Calcinosis intervertebralis" című cikkéhez.

Írta: *Markó Dezső dr.* egyet. tanársegéd.

A szerzők és *Báron*** által ismertetett igen érdekes csigolyaközti porckorongelmeszesedés első leírója a francia *Calvé* és *Galand*, kik a Journal de radiologie et d'électrologie 1922 januári számának 21. oldalán „Sur une affection particuliére de la colonne vertebrale simulant le mal de Pott (Calcification du nucleus pulposus)" egy esetet közölnek, melynek Röntgen- és klinikai képe fenti magyar szerzők által leírt esettel teljesen azonosak. Tudtommal ez az egyedüli közlés a francia irodalomban, e tárgyról referatumokban sem találtam azóta említést.

A debreceni központi Röntgen-intézet gyüjteményében is van egy csigolyaközti porckorongelmeszesedés Röntgen-képe, mely azonban egy spondylarthrosis ankylopoëtica egyébként typusos képe kíséretében fordult elő. E szigetszerű mészlerakódás jól elkülöníthető a porckorong széleinek egyenletes elmeszesedésétől, a 10—11. háti csigolya közt találtuk, intensiv, csíkszerű, az egész rést ki nem töltő, szaggatott árnyékot ad.

---

* Az Orvosi Hetilap 1925, 9. és 10. sz.

** Az Orvosi Hetilap 9. számában és *Báron Sándor:* Jahrbuch f. Kinderheilkunde 104. kötet.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

Az emésztőszervek betegségeinek diaetás kezelése.

27. *A lassúlt gyomorkiürülés étrendjei.*

A gyomor lassúbbodott kiürülésének az oka vagy a kiürülés akadályának a növekedése, vagy a kiürítőerő csökkenése lehet. Ilyenkor minden újabb étkezés az előbbinek a maradékát fogja szaporítani és ezáltal pangásra, majd gyomortágulatra vezethet. A diaetás kezelés főcélja ennélfogva az lesz, hogy a motorikus gyomorműködés csökkent teljesítőképességét a táplálkozás szabályozásával lehető tökéletesen kompenzáljuk.

A diaeta összeállításánál a következőket tartjuk szem előtt: 1. *az étkezések összetételét, mennyiségét és idejét úgy szabályozzuk, hogy azokat a gyomor az átlagos kiürülési idő alatt csökkent motilitása mellett is kiüríthesse;* 2. *a napi ételmennyiség elegendő tápértékkel bírjon ahhoz, hogy a beteg testsúlya megmaradjon, sőt gyarapodjék;* 3. *pontosan tájékozódjunk afelől, hogy a gyomornedvelválasztó mirigyek működése milyen.*

A retardált kiürüléstől a teljes pylorusstenosisig a kiürülés zavarainak különféle fokát ismerjük. Ezek közül a súlyos, harmadfokú motorikus insufficientia kezelése sebészi beavatkozást igényel; a diaetás kezelés a legtöbb eredménnyel akkor kecsegtet, ha a pangás csak kisebbfokú és anatomiai elváltozásokhoz alig vezetett. Próbaétkezések vagy Röntgen alapján ilyen esetekben az étrendet előírni nehezen lehet, mivel ezen eljárások mind standard-élelmiszerekkel dolgoznak. Már pedig az élelmiszerek fajtájuk, halmazállapotuk, volumenük, hőmérsékük és elkészítésük módja szerint különböző gyorsasággal ürülnek ki a gyomorból. Ha tehát valamely alapdiaetához, amellyel a gyomormotilitás könnyen bánt el, a retentio jelentkezéséig fokozatosan egyre nehezebben ürülő élelmiszereket adunk, úgy a kiürülőképesség felső határát tudhatjuk meg; ha pedig az elhúzódottan ürülő alapdiaetából fokról-fokra vonjuk el a relative nehezebb élelmiszereket, úgy a gyomorműködés tartalékerejének nagyságát és határait állapíthatjuk meg.

Igen alkalmas ilyen célra *Boas* eljárása: a „Belastung" és az „Entlastung". A beteg a kísérlet napján alapos gyomormosás után a következő étrendet kapja:

Reggelire: tea vagy tej, 1 lágytojás, fehérkenyér vagy kétszersült vajjal.

Tízóraira: daraleves tojással, vajaskenyér.

Ebédre: puréeleves tojással, burgonya, főzelékpurée, könnyű tészta, compote, 300 g tej.

Uzsonnára: tea vagy tej, vajas kétszersült vagy fehérkenyér.

Vacsorára (7—8 órakor este): hamisleves tojással, tejberizs vagy risotto (kb. 200 g), fehérkenyér, vaj.

Ebben az étrendben a gyomrot az esti *rizsétel* terheli meg a legjobban. A rizsszemek a gyomorfal redőiben és mélyedéseiben megszorulhatnak és a gyomor kiürítőerejének már igen kisfokú csökkenése elegendő ahhoz, hogy az éhgyomorra megszondázott gyomorban előzőnap vacsorára adott rizsszemeket találhassunk. Az olyan tejberizs, amelyben a szemek alaposan szét vannak főve, a megterhelés célját nem fogja szolgálni. Ügyeljünk tehát arra, hogy a rizst ne főzzük túlságosan szét. A tejberizsnél ízletesebb étel a tejszínnel és tejszínhabbal készült gyümölcsrizs vagy pedig a rizsfelfujt. Csaknem teljesen épen maradnak a rizsszemek akkor, ha főzés előtt azokat forró zsírban megforgatjuk; a rizskeményítő ekkor átivódik zsírral és így a forró víz feszítő, elpépesítő erejének jobban képes ellenállni. Zsírban párolt rizsből készül a risotto.

Hasonlóképen nehezebb feladat elé állítja a gyomormotilitást a compote-tal fogyasztott *gyümölcshéj* és kisebb *gyümölcsmag*. Különösen az aszalt gyümölcsök resistens, a gyomorfalhoz hozzátapadó héját tudja a gyomorműködés nehezen továbbítani. Ezt használjuk ki a motorikus insiffitientia kimutatására, amidőn a vizsgálatot megelőző napon este aszaltszilvát adunk. Ugyanezen célt szolgálja a mazsolaszőlőpróba is.

Ha másnap reggel a gyomor ezen étrend után teljesen vagy csaknem teljesen üres, úgy a kiürülési zavar nem lehet jelentékeny. Ha ellenben nem ürül ki maradék nélkül, úgy a második próbadiaetára térünk át, amely az elsőtől abban különbözik, hogy az esti *rizsételt hasonló mennyiségű burgonyapép* helyettesíti. Másnap újból megszondázzák a gyomrot és ha az üres és ha két-három napig az eredmény ugyanaz marad, úgy a további kísérletezéssel felhagyunk. Ha azonban a második étrendnél szintén jelentékeny a maradék, akkor az étrendből *a déli főzeléket, burgonyát és a compote-ot töröljük*. A harmadik étrendben felhasználható élelmiszerek lesznek tehát: hamislevesek, tej, tejszín, vaj, tojás, cukor, hüvelyespuréek, gyümölcskészítmények, geléek, crémek, omlós, tojáshabbal lazított tészták és fehér sütemény. Ha ezután is marad vissza étel a gyomorban, úgy oly étrendet fogunk adni, amely csupán *folyékony halmazállapotú ételnemüeket tartalmaz:*

Reggelire: 200 g tea vagy cacao tejjel és egy belehabart tojás.

Tízóraira: dara- vagy lisztleves vajjal és tojással.

Ebédre: hamisleves vajjal és tojással, 50 g gyümölcsgelée, 200 g tej.

Uzsonnára: 200 g tea vagy cacao tejjel.

Vacsorára: dara- vagy zablisztleves vajjal és tojással, 50 g gyümölcsgelée, 200 g tej vagy tea.

Boas negyedik diactájának ezen előírása meglehetős kevés változatosságot enged meg, holott az ilyen folyékony kímélő étrendet még abban az esetben is célszerű 2—3 hétig adni, ha betartása nem szünteti meg a retentiót; az ectasia esetleges visszafejlődését akarjuk ezzel műtét előtt elérni. Bátran változtathatunk tehát rajta azon irányelvek betartása mellett, amelyekről a folyékony étrend összeállításánál szólottunk.

A gyomorkiürülés hosszabb ideje fennálló zavara előbb-utóbb a beteg testi állapotának leromlásához fog vezetni, amit a diaeta összeállításánál azzal ellensúlyozhatunk, hogy azt az ételmennyiséget, amelyet a gyomorműködés feldolgozni képes, *magas tápértékű élelmiszerekben* adjuk. A testhőmérséken folyékony halmazállapotú, különösen pedig a finoman emulgeált *zsírok* jöhetnek itt elsősorban szóba. A tejszín ilyen betegek táplálásánál annyira fontos szerepet játszik, hogy a motorikus insufficientia kezelésére külön „tejszín-kúrákat" is ajánlottak. Hasonlóan értékes élelmiszer a tojássárgája, amelyből vajjal és olajjal igen változatos és ízes sauce-ok készíthetők. Az olajat különben tisztán itatni nem lehet; az „olajkúra" pedig igen kellemetlen. Ellenben a vaj ilyen étrendekben már nagy segítség; csaknem minden élelmiszerrel ízlik, tojással és cukorral pedig igen fontos konyhatechnikai alapanyag. Nagy tápértéke van továbbá a puha créme-sajtoknak is.

A zsírok után tápérték tekintetében a *magas keményítő- és cukortartalmú* élelmiszerek következnek. Ezeknek az étrendben azonban csak akkor juttatunk számottevő szerepet, ha a pangás és a következményes erjedés veszélye biztosan kizárható. Különben a méz és a töményebb gyümölcs-cukorkészítmények igen jó eszközök az étvágy ébrentartására.

Az étrend összeállítása végül még aszerint is változhatik, hogy a kiürülési zavart kíséri-e *secretio-változás*. A gyomorban hosszasabban időző ételek előkészítő, elpépesítő munkája sokkal tökéletesebb lesz, ha a gyomorsecretio megtartott vagy fokozott. Ilyen esetekben a feladatunk is könnyebb, mert coagulált állati fehérjéket, húst, tojást is adhatunk mérsékelt mennyiségben; fokozott gyomornedvelválasztásnál pedig a zsírban sütött élelmiszereket is kipróbálhatjuk. Oly esetekben, amelyeknél a secretio csökkent vagy hiányzik, gyomornedvpótló gyógyszerekhez fogunk nyulni.

Ezeken kívül a betegnek azt fogjuk tanácsolni, hogy inkább többször, de egyszerre keveset egyék, esetleg az egyszerre fogyasztható ételmennyiséget grammokban is meg fogjuk szabni. A feketekávét és az alkoholos italokat szigorúan kerülje. Ételeit mérsékelten sózza, nehogy az étkezés volumenét vízivással fölöslegesen szaporítsa.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az arteriás hypertoniában szenvedők szivdobogásáról. *Fr. Kauffmann.* (Zeitschr. f. klin. Med. 1924, 100 köt., 6. füz.)

Szerző úgy találta, hogy permanens hypertonia ritkán, labilis hypertensio ellenben majd mindig kínos sensatiókkal jár, melyek között legfontosabb a szívdobogásérzés. A megfigyelés, hogy nitroglycerin után észlelt gyors vérnyomássüllyedés szívdobogással szokott járni, valószínűvé teszik, hogy itt is a vérnyomás ingadozása okozza a subjectiv panaszokat, annál is inkább, mert gyors egymásutánban végzett mérések sokszor tekintélyes vérnyomásingadozásokat mutatnak. A szívdobogás keletkezését kutatva cardiographfal vizsgálta a különböző palpitatiókat és úgy találta, hogy úgy az ideges szívdobogáskor, mint a nitroglycerin után előállottban megrövidül az egész systole, legnagyobb mérvben a kiürülési szak, de a feszülési szak is. A szívműködésnek nitroglycerin hatására beálló ezen megváltozása sem írható egyedül a dynamikai törvények rovására, hanem itt is főleg nervosus behatások érvényesülnek. Míg a psychés izgalomban és testi munka után a szív direct a medullaris központok felől jut izgalomba, addig a művi vérnyomáscsökkenés esetén a primaer támadáspont az ereknél van. Az előbbiekben túlnyomóan neurogen (medullaris), az utóbbiban pedig túlnyomóan dynamiás szívdobogással van dolgunk. A labilis hypertoniában szenvedők szívdobogása is túlnyomóan dynamiás, ahol a vérnyomásingadozások látszanak a szívdobogás okát szolgáltatni.

Arady dr.

A „Stammzellen"-leukaemiáról. *Brinkmann.* (Fol. Haemat, 1924, 31. köt., 1. füz.)

39 éves, eddig teljesen egészséges asszony fogfájással keresi fel orvosát, az asszony néhány nappal később lázas lett, az alsó álkapcsa alatt apró nyomásérzékeny mirigyek voltak tapinthatók, a lép alsó polusa meghaladta a bordaívet. A fehérvérsejtek 172.000, százalékos összetétel: 73% myeloblast, 13% myelogen, 3% myelocyta, 3% neutropil leukocyta, 0·1% eosinophil, 6% lymphocyta és 0·1% monocyta. A vérből pedig a Gärtner-féle bacillus enteritidis tenyészett ki. A beteg egy hó alatt exitált. A sectio az összes szervekben myeloid sejtinfiltratiót mutatott. Kórbonctani diagnosis: acut leukaemia. Van-e összefüggés a sepsis és az acut leukaemia között. Szerző. *Naegeli* és mások határozottan tagadják az összefüggést, ők néhány esetre hivatkoza azt állítják, hogy a leukaemia már fennáll, amikor a tonsillákon vagy beleken lévő leukaemiás infiltratumokon keresztül bármely bakteriumfaj könnyen bejuthat a vérbe és ott, tekintve, hogy a vér nagyban elvesztette a bakteriicid hatását, sepsist idéz elő. Szerintük a leukaemia primaer, a sepsis csak secundaer módon jön létre. Ezzel szemben *Sternberg* leukaemiás véréből kitenyésztett streptococcus pyogenessel állatokon mérsékelt leukocytosist, a vérben myelocytákkal, a csontvelőben myeloblastos burjánzást, a lépben pedig myeloid gócokat tudott előidézni, nézete szerint az infectio a primaer, amely bizonyos egyéni dispositio mellett ily elváltozásokat hoz létre. Az oxydase-reactio jelen esetben negativ volt. Nem helytálló egyeseknek azon nézete, hogy minél fiatalabb a sejt, annál kevésbbé adja az oxydase-reactiót, mert *Nicol* határozott oxydase-reactiót kapott oly esetekben is, melyek fiatalabbak voltak a myeloblastoknál, viszont *Kahn* egy esetben a granulált myeloblastoknál (promyelocytáknál) sem kapott oxydase-reactiót. *Jagic* esetében az oxydaseferment csak Röntgen-besugárzás után tűnt el, általában azt kell felvenni, hogy az oxydaseferment a szervezet intoxicatiója esetén csökken, illetve elvész (Röntgen-sepsis). Szerző most részletesebben foglalkozik a vérképpel és annak különösen egy sejtformájával, a myelogennal: „Stammzelle". E sejt valamivel nagyobb a myeloblastnál, protoplasmája kisebb, mely azonban néha hiányzik is. A mag kissé hosszúkás, ovális alakú, széli része sötétebb. A chromatinfonalak vastagabbak, de nem oly sűrűek, úgyhogy pontszerű hiányok láthatók köztük. A chromatinfonalak találkozási helyén csomós megvastagodások vannak, melyek a magnak szemcsés színezetet adnak. Leukaemiánál, de különösen acut alakjában számosan találták néhány százalékban ezen sejtformát, csak mindenki más-más elnevezést adott neki. Végeredményben *Pappenheim, Türk, Klein, Maximov* felveszik, hogy a mesenchym-sejtből lesz a myelogen vagy „Stammzelle" és ebből differenciálódik a myeloblast, erythroblast, megakariocyta, lymphoblast. Csak ha a myelogen-sejt van jelen a keringő vérben, lehet „Stammzellen"-leukaemiáról beszélni.

Kaltstein dr.

Az endocarditis lenta aetiologiájához. *Adler.* (Med. Klin. 1924, 49. sz.)

A chronikusan lezajló septikus endocarditis okozója az esetek többségében a Schottmüller-féle streptococcus viridans, de kétségtelen, hogy más bakteriumfaj is képes az endocarditis lenta klinikai kórképének megfelelő elváltozásokat létrehozni: mint pl. a streptococcus haemolyticus, streptococcus anhaemolyticus, staphylococcus pyogenes aureus-albus, micrococcus flavus, inflammatiobacillus. Szerző is közöl egy esetet, melynél klinikailag anaemia, aorta insufficientia, léptumor, albuminuria, haematuria, bőrvérzések, subfebrilitas, időnként hidegrázás volt. A vérből pedig tíz esetben úgy a vér-agárlemez alján, valamint a 10%-os pepton bouillon fenekén piszkos, zöldes-barna koloniák nőttek ki, melyek vékony pálcikaalakú végükön kihegyezett részben Gram-positiv, részben Gram-negativ bakteriumokból állottak. Ascites bouillonba átoltva, ennek ugyancsak az alján tenyésztek tovább. Ismételt átoltáskor a bakteriumfaj lassan átalakul aerobbá, úgyhogy már az asciteses agáron, vagy embervér-agáron is kitenyésztik. Szőlőcukrot nem erjeszt, az indolreactiót nem adja. Állatra átoltva ugyanazon jellegzetességekkel bíró bakteriumfaj tenyészik. Tulajdonságainál fogva a Corney-bakteriumok csoportjába tartoznak. Szerző megemlít még maga, valamint *Schottmüller* és *Leschke* által észlelt endocarditis lentás betegeket, akiknél az ismételt bakteriologiai vérvizsgálat negativ volt, a vizeletüledékből pedig kitenyészett a streptococcus viridans. Különösen friss veseinfarctus után.

Kaltstein dr.

„Veramon" hatása a légzésre. *E. Starkenstein.* (Klin. Wochenschr. 1925, 3. sz.)

A két molekula pyramidon és egy molekula veronal összeolvadásából keletkező veramon összetevőinek synergetikus hatása folytán, mint azt saját magán és klinikákon végzett kísérletek bizonyítják, jó fájdalomcsillapító szernek bizonyult. Nyulakon végzett kísérleteivel toxicitását vizsgálta. Kísérleteiben a veramon molekularis összetételének megfelelő mennyiségű veronal és pyramidon légzésre való hatását hasonlította össze a veramon hatásával. A légzés volumenét és frequentiáját mérve arra az eredményre jutott, hogy ha egészen kis (nem altató) adag veramonnak megfelelő veronalt adott, a légzés frequentiája és volumene csökkent, pyramidon után emelkedett, veramon után normalis maradt. Nagyobb altató adagok adása után pyramidontól az állat göcsökben elpusztult, veronal után a légzése nagy mértékben csökkent, veramon után sokkal kisebb mértékben csökkent. A veramonban lévő pyramidon és veronal tehát a fájdalomérző központra synergetikusan, a légzőközpontra pedig antagonistikusan hatnak.

A nephritis sebészi therapiája. *F. Volhard.* (Klin. Wochenschr. 1925, 4. sz.)

A nephritisek sebészi therapiájának, tehát a vesedecapsulatiónak két főkérdése van: 1. mely esetekben és 2. miért használ a sebészi beavatkozás? Az első kérdésre a következőkben lehet felelni: A nephrosisnál és sublimatnekrosisnál a vesedecapsulatio teljesen kilátástalan, már jobbak az eredmények az infectiós gócnephritisnél. A főindicatiót az acut nephritisnél fellépő anuria képezi. A vesedecapsulatio gyakran meglepő eredménnyel jár, amennyiben a diuresis a műtét után néhány órával megindul és teljes gyógyulás következhet be. A beavatkozás legalkalmasabb ideje az anuria második, illetve harmadik napja; a második nap előtt ne operáltassunk, mert ilyenkor még spontán is megindulhat a diuresis, viszont a harmadik napon túl már rendesen elkéstünk a műtéttel. Az eklampsiás uraemia nem képez indicatiót a beavatkozásra, mert az koplaltatásra és lumbalpunctióra is megjavul, míg a valódi uraemiánál, tehát a nephritisretentiónál hatástalan a műtét. A decapsulatio egy újabb indicatióját állította fel *Eppinger*, aki akkor is operáltat, ha az acut nephritis négyheti szakszerű kezelés ellenére sem mutat gyógyulási hajlamot, tehát a vérnyomás emelkedett marad; négy ilyen esetben a mű-

tét után gyors javulást és a vérnyomásnak normalisra való esését észlelte.

A második kérdés, vajjon mi módon használ a decapsulatio? Az eddigi theoriák azt tartották, hogy egyrészt a vesének a tokfeszülés alól való felszabadítása, másrészt az idegeitől való megfosztása hat gyógyitólag. Azonban ezekkel a theoriákkal nem lehet az összes hatásokat egységesen magyarázni. Előfordultak olyan esetek is, midőn a műtétet külső okokból, még a decapsulatio megejtése előtt be kell fejezni és a hatás mégis tökéletes volt. Ez az eset és hasonló tapasztalatok arra a feltevésre vezették *Volhardot*, hogy a decapsulatio talán csupán egy nemspecifikus inger-therapia és hogy egészen hasonló hatást lehet elérni a vese Röntgen-besugárzásával. Ilyen irányú kísérletek folynak és amennyiben kiderülne, hogy a besugárzás hatása vetekszik a műtétével, úgy az természetesen ki fogja szorítani a műtétet. *Czoniczer dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Konzervált emberi ovariumok transplantatiója. *Zondek* és *Wolff*. (Zentralbl. f. Gynäk. 1924, 40. sz.)

Az ovariumok transplantatiójának, azok substitutiós therapiájában kétségtelenül jelentősége van. A castratio által csökkent anyagcsere a transplantatio után jellemző módon emelkedik. A transplantatum élettartama functióját illetőleg korlátolt, s így az eredmény rendesen csak időleges. A transplantált ovarium a nyugalmi stadiumban lévő ovariumok functióját ismét életre keltheti, tehát mint specifikus inger hat. Gyakran van ovarium-transplantatióra szükség, de az nincs kéznél. Szerzőknek sikerült műtét útján eltávolított ovariumdarabokat Ringer-oldattal való lemosás után — histologiai és bakteriologiai vizsgálat megejtése mellett — leragasztott Petri-csészében jégszekrényben 4.—12 napon konzerválni. Az ovariumok átültetés előtt ½ órával a jégszekrényből kiveendők. Az így konzervált ovariumok átültetés után reactiomentesen begyógyultak és functionáltak. *Bud György dr.*

A pyelitis gravidarum prognosisa. *Naujars.* (Zentralbl. f. Gynäk. 1924, 47. sz.)

A pyelitis gravidarum prognosisáról ir *Naujars*, Winter assistense. 20 év anyagából 21 esetben teljes volt a restitutio, 4 esetben bakteriummentes vizelet mellett genitalis megbetegedésen alapuló panaszok állottak fenn évek mulva is, 1 recidivában halt el, 8 esetben a betegség chronikussá lett. Colipyelitiseknél hosszabb ideig találunk bakteriuriát. Szerző tapasztalata szerint a vesemedence dispositiója lehet az alapja az újabb megbetegedéseknek. És valóban, az ismételt coli-infectióra a nő szervezetében elég alkalom nyílik. A többször jelentkező pyelitis nem vezethető vissza az elsőre, hanem a vesemedencének betegségre való készsége alapot szolgál újabb infectióra, s így a negativ bakteriologiai lelet nem garancia a tartós gyógyulásra. A pyelitisek nemcsak az ismételt terhességeknél jelentkezhetnek, hanem meghűlés, bélzavarok stb. által. 38 pyelitises közül 20 ismételten teherbe esett és csak 10-nél lépett fel megint pyelitis. Bár a pyelitisek utáni recidivák nem rendszeresek és a halálos kimenetel is ritkaság, mégis a pyelitis prognosisát óvatosan kell felállítani. Nem eléggé méltatott veszélye a húgyutakból kiinduló általános infectio. Gyógykezelésük conservativ. Összesen 14 ureterszondázást és 1 vesemedencemosást végeztek és csak 1 esetben vált szükségessé a művi abortus. A diaetás kezelés, húgyhajtók és desinficiálók, trypaflavin-injectiók, továbbá meleg alkalmazása mindig elegendőnek bizonyultak. *Bud György dr.*

Foetalis csontoknak a méhürben való retentiójáról. *Volkmann.* (Münch. med. Wochenschr. 1924, 49. sz.)

Szerző abortus után a méhürben 7 hónapig visszamaradt koponyacsontokról számol be, melyek, a menstruatio typusos jelentkezése mellett, subfebrilitáshoz és genyes-véres folyáshoz vezettek. A csontokra a méhür kitakarítása közben akadtak csupán rá, melyek elég mélyen voltak az uterus falába ékelődve. Eltávolításuk után a subfebrilitás, a genyes-véres folyás megszűnt, s a beteg síma lefolyás után gyógyultan távozott. *Salacz dr.*

A terhesség szövődése myoma uterivel. *Walther.* (Münch. med. Wochenschr. 1924, 48. sz.)

Általában e szövődmény veszélytelennek tekinthető, bár léphetnek fel oly súlyos zavarok, melyek azonnali műtétet tesznek szükségessé. Ilyenkor előbb megkísérlendő a kismedencébe szorult myomagóc repositiója, ha ez narkosisban sem sikerülne, úgy per laparotomiam enucleatio végzendő. Szerző két esetét ismerteti, hol terhesség alatt végzett enucleatio után a terhesség tovább viseltetett és rendes időben, minden zavar nélkül ért véget. Fontos, hogy a myomával szövődött terhességet állandóan szem előtt tartsuk. Művi abortusra ne engedjük rábeszélni magunkat, hanem ha szükséges, távolítsuk el a daganatot a terhesség megtartása mellett, s csak ha ez nem lehetséges, végezzünk radicalis műtétet. Amennyiben pedig a terhesség megmarad, úgy a szülést, de főleg a placentaris szakot orvos vezesse. *Salacz dr.*

Adatok a parametriumok leszorításának értékeléséhez, súlyos vérzések esetén. *Flatau*, Nürnberg. (Münch. med. Wochenschrift 1924, 46. sz.)

Szerző két esetét ismerteti, melyekben igen súlyos szülés utáni atoniás vérzésnél a *Henkel* által ajánlott kétoldali parametriumleszorítással a vérzést azonnal és biztosan volt képes megszüntetni. Ajánlja ezen eljárást minden — legfeljebb csonkító műtéttel szüntethető — igen súlyos szülés utáni, illetőleg gyermekágyi vérzés csillapítására, midőn a szokásos eljárások nem használtak s elvérzéses halál veszélye fenyeget. Kívánja, hogy ezen műtétet, mivel az technice is könnyen elsajátítható, előadásokon tanítsák, mert ezen eljárás birtokában, különösen a vidéken praktizáló orvosok, nem egy már-már reménytelennek látszó életet menthetnek majd meg. *Salacz dr.*

Tanácsok a secalekészítmények alkalmazását illetőleg. *Schönmann.* (Münch. med. Wochenschrift 1924, 47. sz.)

Clavipurin „Gehe" és *gynergen* „Sandoz"-zal való kísérleteinek eredményeit közli. Alkalmazza ezeket: *a)* a placenta eltávozása utáni atoniás vérzéseknél, *b)* gyermekágyi utóvérzéseknél, *c)* az uterus involutiójának javítása céljából, *d)* prophylactice, fennálló vérzés nélkül, közvetlen a Credé-féle műfogás alkalmazása előtt, *e)* sectio caesareanál.

A clavipurin intravenás injectio esetén azonnal hat, a hatás 8—10 percig tart, majd egy ú. n. elastikus periodus következik, mely alatt az uterus hol keményebb, hol puhább, majd végül egy 4—6 óráig tartó állandó contractio lép fel. Gynergen egyszer súlyos melléktüneteket okozott, miért is e szerrel további kísérleteket nem végzett. Clavipurinnál ilyesmit nem észlelt. Adagja: ½ cm^3 intravenásan, vagy 1—2 cm^3 intramuscularisan, illetve subcutan. Gyermekágyban cseppekben 3-szor 15—20 csepp. Ugyancsak jó eredményeket látott abortusoknál is. *Salacz dr.*

Szemészet.

Nystagmus alternans esete. *Bartók Imre.* (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1924, 73. kötet.)

55 éves egyén, ki egyébként egészséges, jó látásélességgel, bal szem kisfokú strabismus divergens állásban. Egyenes nézéskor a szem nyugodt. Jobbranézéskor a jobb szem gyors, rezgő mozgásokat végez, bal szem követi a jobbot anélkül, hogy rezgést mutatna.

Ugyanezen jelenség balranézéskor a bal szemen, melyet a jobb szem követ rezgés nélkül. A nystagmus horizontalis és oscillatorikus, a mozgások intensitása fixálásra való törekvéskor élénkebb. Fölfelénézéskor rezgés nincs. Lefelé kisfokú verticalis rezgés mindkét szemen. Szerző a nystagmus okát a nystagmus-pályák sérülésében keresi, melyet az agy arteriosclerosisa idézne elő, melyhez az oldalmozgást végző szemizmok egyensúlyzavara társulna. *Tapasztó István dr.*

Skleritis posterior. *Fritz Bloch.* (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1924, 73. köt.)

Mint igen ritka esetet irja le a skleritist a bulbus hátsó részén, melynek felismerésében nagy fájdalom, kötőhártya chemosisa, szemfenéki lapos retinaleválás, s negativ rhinologiai lelet szolgáltatott támpontot; esetében a retina kétheti kezelés után visszafeküdt, fájdalom megszűnt, belöveltsége elmult. Az irodalomban eddig nyolc esetet közöltek. *Tapasztó István dr.*

A vérrokonság jelentősége a szemészetben. *F. Beckershaus*, Kiel. (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1924, 73. köt.)

A vérrokonok házassága kapcsán keletkező átöröklődő megbetegedések közül a szemészi megbetegedések százalékaránya a legnagyobb. Ezek közül első

helyen említendő a retinitis pigmentosa. Az irodalomban közölt 742 eset közül 175 vérrokon szülőktől származott. Ilyen továbbá az albinismus. *Arcoleo* 24 esete közül 5-ben szerepel a vérrokonság. *Pearson* 35 vérrokon házassága között 11 esetben észlelt albinismust. Egyéb szemészi megbetegedések, melyekben az átöröklésre hajlamosító csirák találkozásánál a vérrokonság szerepet játszik: színvakság, familiaris amaurosis, nagyfokú myopia, keratoconus, hydrophthalmus, mikrophthalmus, anophthalmus, kryptophthalmus, strabismus concomitans, aniridia, ptosis, iris és chorioidea coloboma, cataracta, farkassötétség. Éppen azért az orvos a vérrokonok összeházasodását lehetőleg ellenezze, mert sohasem tudhatja, hogy a látszólag egészséges vérrokonok mely betegségre hajlamosító csirát hordanak magukban. A kieli klinikán 8 teljes színvakság esetéből 3 eset, 110 retinitis pigmentosa közül 13·6%-a származott vérrokonok összeházasodásából.

Tapasztó István dr.

A suprarenin-injectiók alkalmazása glaukoma ellen. *Mans.* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 73. köt., 674. lap.)

Hamburger a közelmultban számolt be a glaukoma simplex esetén alkalmazott suprarenin-injectiók hatásáról. Maximalisan tág pupilla kíséretében a szem feszülésének csökkenését észlelte, mely feszülésecsökkenés, bár kisebb mértékben, a másik szemen is jelentkezett. További fontos megállapítása az, hogy az ezerin suprarenin-injectio után normalissá tette a tensiót olyan esetekben, midőn a szembecseppentés injectio nélkül hatástalannak bizonyult. A szerző 27 betegről számolt be, kiknek 40 suprarenin-injectiót adott. Az injectiók technikájára vonatkozólag közli, hogy 1—1 szembe 2—8 injectiót adott. A befecskendéseket harmadnaponkint ismételte, ha a tensio ismét emelkedett. Egyszerre 0·5 cm^3 suprarenint injiciált. Az injectio után közvetlenül a betegek nyugtalanságról és szívdobogásról panaszkodtak, ezen tünetek azonban pár perc alatt teljesen elmultak. Az injectio után félórával a pupilla maximalisan kitágult, 6—10 óra mulva ismét normalis nagyságúvá vált. Általában 10—26 Hg-mm nyomáscsökkenés állott be az injectiók hatására és az esetek nagy részében sikerült a tensiót 20 Hg-mm alá süllyeszteni. Ezen alacsony tensio átlag 2—3 napig volt észlelhető, utána ismét emelkedett a szem feszülése. A legjobb eredményeket glaukoma simplex esetén észlelte, inflammatorius glaukoma esetén négy esetben a tensio nem süllyedt a normalisig, sőt egy esetben tensioemelkedés keletkezett.

A glaukoma gyógyítása, illetőleg a tensio alacsonyan tartása még sorozatos injectiók hatására sem sikerült. Mindazonáltal a suprarenin-injectio jó szolgálatot tehet műtét előtt a tensio leszállítása céljából. Azonfelül megkísérelhetjük olyan esetekben, midőn a mioticumok alkalmazása, valamint a műtéti beavatkozás is hatástalanoknak bizonyultak. Mindenesetre *Hamburger* érdeme, hogy a glaukoma therapiájában az adrenalint gyakorlatilag alkalmazta.

Székács István dr.

Urologia.

Élőben kórismézett embolia a bal arteria renalisban; nephrektomia. *P. Bull*, Kristiania. (Zeitschrift für urologische Chirurgie 1924, 14. kötet.)

Egy 35 éves nőről van szó, kinél bal oldalról kiinduló, az egész hasra kisugárzó intensiv fájdalmak, általános rosszullét, hányás, hasmenés hirtelenül léptek fel. E tünetekkel, mint perforált ulcus ventriculi-gyanusat küldötték be a kristiániai sebészeti klinikára. Itt megvizsgálva, a *szívcsúcson systolés zörejt*, a bal bordaív alatt nyomási érzékenységet, a bal hasfél izomzatának defense-át találták; az elektrokardiogramm atriumrezgést mutatott. A szerző e tünetek alapján a bal vese embolusára gondolt s functionalis vizsgálatot végzett. Az ureterkatheter mindkétoldalt símán volt föltolható a vesemedencéig; jobboldalt teljesen jól működő vesét talált, baloldalt se vizelet, se festék nem jelentkezett. Miután veseműködés baloldalt chromocystoskopiával se volt észlelhető, nephrektomiát végzett. A kivett vese egész felülete szabálytalan, sárga, vöröses foltokkal váltakozó, melyek között egyes helyeken kevés épnek látszó veseszövet is található. A vesefelületnek ez a — *infarctusoktól származó* — foltozottsága földrajzi térképhez teszi hasonlóvá. Ugyanez látható a vese metszéslapján is. *Az arteria renalis* átmetszésénél annak *mindhárom főága embolusoktól elzárt.* A műtét utáni kórlefolyás a seb per primam gyógyulása ellenére se volt zavartalan. A nephrektomia után a bal bordaív alatti intensiv fájdalmakat a lépben képződött embolusokkal, a psychikai izgalmakat és zavarokat agyemboliákkal, a vizeletben mutatkozó kóros elemeket a megmaradt jobb vese infarctusaival, a 16. napon hirtelen bekövetkezett halált a bal atriumban képződött thrombussal magyarázták, amely a mitralis szájadékot elzárva, az egész vérkeringést megakasztotta. E föltevéseket a sectio mind igazolta. A szerző ezt az esetét azért tartja fontosnak, mert az élőben diagnoszkált veseembolia leírását és symptomatologiáját az irodalomban sehol se találta meg; pedig vitiumos egyéneknél, kiknél a leírt tünetek jó egészségi állapot mellett hirtelenül jelentkeznek, embolia eshetőségére is gondolni kell. *A diagnosist a functionalis vizsgálat és elektrokardiogramm erősíti meg; előbbi a megfelelő vese nagy kiesését, utóbbi az intrakardialis — thrombusképződésre jellegzetes — atriumrezgést mutatja.*

Dózsa dr.

Adatok a therapiás célból alkalmazott állandó ureterkatheter hatásához. *J. Creyssel.* (Journ. d'Urol. 1924, XVII., 6. sz.)

Az állandó ureterkatheter alkalmazása jó hatású: más kezeléssel dacoló pyelonephritisnél, mely lehet felszálló (retentióval, vagy anélkül), vagy haematogen, amikor a folyamat a vesemedencére, sőt tovább, az ureterre terjedve, lefolyásbeli akadályt is okozhat. Ide tartoznak a terhesség alatt, abortus és szülés után fellépett, és más, a belgyógyászat körébe tartozó elváltozások. Vesekő okozta anuriánál a felvezetett katheter, még ha a kő mellett a vesemedencéig nem is hatolhatott, a vizeletkiválasztást megindíthatja és így a műtéti beavatkozás előtt feltétlenül megkísérlendő, főleg ott, ahol kis kőről van szó, mely később esetleg műtét nélkül is eltávozhat. Vesegörcsökkel járó nephritis haemorrhagica egy esetében, amelynél az egyik vese már eltávolíttatott és az egyedülálló szervben fellépett elváltozás nephrolysisre sem gyógyult, 8 napig benntartott ureterkatheterrel teljes gyógyulást ért el. Ajánlja még uretero-vaginalis sipolyoknál. Semmiféle subjectiv kellemetlenséget (feszülésérzés, tenesmusok a hólyagban) sem látott az eljárással kapcsolatban és így csakis akkor tartja ellenjavalltnak, ha a felvezetés után fertőzésre mutató reactiók lépnek fel. A bennfekvő katheteren át, főleg annak átjárhatósága biztosítására, antiseptikus mosásokat is alkalmaz; a kathetert 8 napig is bennhagyja, sőt, ha szükségesnek mutatkozik, azután még frissel cseréli fel.

Adler-Rácz dr.

Latens veseköves. *R. Lanzilotta.* (Journ. d'Urol. 1924, XVII., 6. sz.)

A veseköves betegek 19·5%-ánál hiányzott a betegség cardinalis tünete: a fájdalom. Egy részénél vérvizelés, másiknál genyvizelés, némelyiknél gyakori vizelési ingerek voltak az egyedüli symptomák, melyek a húgyszervek megbetegedésére utaltak. A Röntgenvizsgálat tisztázta a képet véglegesen és a műtétnél nagytömegű concrementumok és elpusztult veseparenchyma bizonyította a fájdalom nélkül lezajlott megbetegedés régi keletét.

Adler-Rácz dr.

Az inoperabilis hólyagrák eseteiben alkalmazott kétoldali nephro- vagy ureterostomiáról. *A. Damski.* (Journ. d'Urol. 1924, XIII., 2. sz.)

Úgy a teljes hólyagkiirtás, mint a vizelet elvezetését célzó eljárásoknak nagy a műtéti mortalitása elsődleges hólyagráknál; eredményt legfeljebb papillomák másodlagos elfajulásánál értek el. A nephro- vagy ureterostomia tehát csakis azon esetekben javallt, ha ezáltal a beteg legalább a kínzó hólyagtenesmusoktól megszabadulhat; ha azonban a rákos folyamat termelte vér és izzadmány a tenesmust továbbra is fenntartja, sőt fokozza (mint a leközölt esetben is), a beavatkozás teljesen hiábavaló és elvetendő.

Adler-Rácz dr.

Veseamyloidosis esete. *R. Lévy* és *M. Négro.* (Journ. d'Urol. 1924, XVIII., 2. sz.)

23 éves nőbetegnél szülés után a kismedencében és onnan a bal ágyéktájra terjedő nagy tályogot észleltek, mely a feltárás után is hónapokon keresztül bő genyes váladékot termelt. Súlyos albuminuria és tekintélyes oedemák mellett a többi szervek amyloidosisa is kimutatható volt (cachexia, hasmenések, megnagyobbodott, de fájdalmatlan máj és lép). Ezzel szemben a vérnyomás a normalisnál mélyebb, a phenolsulphonephthalein-kiválasztás és az azotaemia a rendes veseműködésnek megfelelő értékeknél jobb eredményt adott. Az Ambard-constans, melyet más szerzők ilyen esetekben

szintén alacsonyabbnak találtak, jelen esetben magasabb értéket adott, amit a szerzők az alkalmazott sómentes diaetának tudnak be. A veseamyloidosisnál tehát, miután az elváltozások mindig csak a vese ereire lokalizáltak, a vesének hyperfunctióját találjuk. Amint az idült genyesedés szűnőben volt és az általános állapot javult, az összes, eddig lecsökkent értékek a normalisra emelkedtek. *Adler-Rácz dr.*

Hólyagplasmocytoma. *G. Marion* és *Leroux.* (Journ. d'Urol. 1924, XVIII., 2. sz.)

A leközölt esetben ok nélkül vérvizelés, majd mindgyakoribb és fájdalmasabb vizelési ingerek mellett pyuria lépett fel polyuria kíséretében. A tünetek a betegnél talált szűkület kitágítása után sem fejlődtek vissza. A további vizsgálatok a hólyagban burjánzó, lágy és a hólyagfalat infiltráló daganattömegeket mutattak, melyek miatt epicystostomiát végeztek és több ízben radium hatásának tették ki a hólyagot. A nyitott hólyagon át végzett ureterkatheterezéssel mindkét vesében genyet és staphylococcusokat találtak. A kikapart daganatokban kötőszöveti váz nincs: a daganat nagy, homogen protoplasmadús sejtekből áll; a sejtmagvak excentrikus elhelyeződésűek, leginkább egy, néhol két-három nucleolussal. Elvétve magoszlás és óriássejtek. A daganat tehát a kerekplasmasejtű sarkomák közé sorolandó be.

Adler-Rácz dr.

Elméleti tudományok köréből.

Salicin ethereinek és esthereinek helyi érzéstelenítő és antispasmikus hatása. *Hermann H. Jensen* és *Arthur D. Hirschfelder.* (The Journal of Pharmac. and Exper. Therap. 1925 január.)

D. Macht kimutatta, hogy a benzol esthereinek helyi érzéstelenítő hatása van, mely utóbbinak antispasmikus hatása főleg nagyon előnyös. Ez vezette *Hirschfeldert* és *Hjort*, s munkatársaikat, hogy a homolog aromás alkoholok, főleg pedig az o-oxy-benzylalkohol (salicin) helyi érzéstelenítő hatását vizsgálják. A vizsgálatok kiterjedtek ezen etherek és esthereknek símaizomzatra, vérnyomásra, légzésre gyakorolt hatására is. Mindezen anyagok a nervus depressort izgatják, melynek következtében a békaszív gyengébben ver s a diastole hosszabb lesz. Nyulaknál intravenásan adva a vérnyomás süllyed, a szívműködés gyengül, s a respiratio csökken.

A normalbutyl és benzylether okozzák a legszembetűnőbb és leggyorsabb hatást, gyorsabbat, mint amilyent maga a salicin és benzylalkohol okoz. Az acetyl-benzoyl és dibenzoyl esterekhatása sokkal enyhébb, kivételt képez a butylether, mely azonban túlizgató a praktikus használatra. A salicin, phenol hydroxyl csoportjába való behelyettesítés oly anyagokat ad, melyeknek hatása qualitative hasonló a salicinéhez, quantitative pedig függ a behelyettesített csoporttól. Salicin aromás etherei és esthereinek nagyobb a toxikus, antispasmikus és depressiós hatása vérkeringésre és légzésre, mint az alkylethereknek és esthereknek, de mind hatásosabbak, mint a salicin maga. Az aromás etherek activabbak, mint az esthereknek. Mindezen anyagok a vizsgálatok alapján túlizgatóknak és ártalmasaknak bizonyultak klinikai használatra, akár per os, vagy subcutan alkalmazva. *Petrányi Győző.*

A tüdő zsíremboliájáról. *Katz.* (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtl. Medizin 1924, 4. kötet., 5. füzet.)

A zsírembolia sokat vitatott kérdéseit igyekszik a szerző tisztázni. Vizsgálatait 600 holttesten végzi, melyek közül, a sérülési halálon kívül, égés, akasztás, fulladás, mérgezés és belbetegségek is szerepelnek. 194 esetben sikerült zsíremboliát kimutatnia, ezek közül 134 eset csont- vagy lágyrészsérülés, 15 eset erőszakos halál és 46 eset tisztán belbetegségekre esik. Sérüléseknél a zsíremboliát sokkal gyakoribbnak tartja, mint az az irodalomból kitűnik, mivel a klinikusok a vizeletet zsírra nem vizsgálják. Különösen figyelemre méltók a nem traumás eredetű zsíremboliák, melyek az erek sklerosisával látszanak összefüggeni. Kiterjedt zsíremboliát talált sklerosissal társult szívizomelfajulások eseteiben, hol vagy okozati összefüggés áll fenn az embolia és szívbetegség között, vagy az összeesésnél keletkező és zsírszövet roncsolásával járó sérülés szerepel. Akasztottaknál csak abban az esetben észlelt zsíremboliát, ha arteriosklerosis is kimutatható volt; itt a kötelék hirtelen megfeszülésével járó szervezeti megrázkódtatás lehet okozója. Súlyos infectiós megbetegedéseknél (sepsis post abortum, tbc, cachexiával, elhúzódó pneumonia stb.) a parenchymás szervek zsíros degeneratiója és a néha jelen lévő lipaemia a zsírembolia-létrejövetelt megmagyarázza. Újszülöttek síma lefolyású szülése utáni asphyxiánál is talált zsíremboliát. Kiterjedt bőrsérüléssel járó égésnél, sőt villanyáramütésnél is sikerült kimutatnia, amit az irodalom eddig tagadott. Véleménye szerint azokban az esetekben, amidőn a halál zsírembolia következtében áll be, a tüdő és az agy zsíremboliája szerepel és a közvetlen halál oka ilyenkor az agy emboliája.

Wietrich dr.

A szívvér villamos ellenállásmérésének értékéről. *Schwarzacher.* (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtl. Medizin 1924, 4. kötet, 5. füzet.)

A törvényszéki orvostannak évszázados igyekezete a vízbefulásos halálnak biztos jelét felfedezni. A számos bizonyítékként szerepeltetett jel között a bal kamra vérének felhigulását is felemlítik, amit fagyáspontcsökkenéssel és villamos ellenállásméréssel igyekeztek meghatározni. A szerző a mérést Wheatstone-híddal végzi és arra az eredményre jut, hogy a módszer jól felszerelt laboratoriumban, de csak szűk határok között és friss holttesteknél vehető igénybe. *Wietrich dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Refraction und Accomodation des menschlichen Auges. Mit Berücksichtigung der Lehre von den Brillen und der Sehschärfe von *Professor Dr. A. Siegrist*, Direktor der Universitäts-Augenklinik Bern. Mit 108 zum grossen Teil farbigen Abbildungen. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1925.

Siegrist, a berni egyetem szemésztanára, ki 1924 tavaszán a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I-ső számú szemklinikáján és a budapesti Kir. Orvosegyesületben előadásokat tartott, a fénytörés és alkalmazkodásról tartott egyetemi előadásait gazdagon illusztrált 10 íves kis kötetben kiadta.

A könyvet szemorvosok, gyakorlóorvosok és orvostanhallgatók a legnagyobb haszonnal, sőt élvezettel fogják olvasni. A szemorvos igen érdekes fejtegetéseket talál a könyvben s különösen a contact-szemüvegekről szóló rész sok tanulságot tartalmaz. A gyakorlóorvos a pápaszemrendelésről teljes tájékozást talál, az orvostanhallgató pedig megtanulhatja a fénytörés és alkalmazkodás tanát, a szemészet, sőt az egész orvosi tudomány legexactabb részét anélkül, hogy formulák és mathematikai levezetések által a nehezen érthetők tömegén kellene magát átküzdenie. A könyv a legnagyobb elterjedésre számíthat, amit búsásan megérdemel, sőt kívánatos, hogy mielőbb magyar fordításban is megjelenjen. Ez irányban már történtek is lépések.

A sok tanulságos kép nemcsak díszíti a könyvet, hanem érthetőségét, használhatóságát nagyban elősegíti. Úgy a képek, mint a könyv válogatott ízlésű kiállítása éppen úgy dícséretére válnak a művészi ízlésű tudós szerzőnek, mint az áldozatkész kiadónak. Még a kötése is a jóízlés remeke. A szép, hasznos, élvezetes könyvet a szemorvosoknak, orvosoknak, orvostanhallgatóknak a legmelegebben ajánlhatom, a legfelcsigázottabb várakozást is ki fogja elégíteni s olvasása olyan élvezetet fog nyujtani, amilyent csak az irodalom legjobb termékei nyujthatnak. *Grósz Emil dr.*

Biologie und Pathologie des Weibes. *Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, herausgegeben von Josef Halban und Ludwig Seitz.* Berlin-Wien, 1924. (Urban & Schwarzenberg.) Lieferung 12.

Dietrich göttingai tanár a kürtök újképződményeit tárgyalja kórbonctani felosztás alapján. Elsősorban a kötőszöveti daganatokat ismerteti: ezek közé tartoznak a ritkán előforduló fibromyomák, lipomák, chondromák, osteomák és lymphangiomák. A sarkomák úgy viszonylanak a tuba carcinomáihoz, mint a méh sarkomái a méh rákjaihoz, vagyis körülbelül minden tíz tubarákra esik egy sarkoma-eset. A tuba polypusai szerinte a legtöbb esetben decidualis polypusok: az adenomák, vagy adenomyomák salpingitis isthmica

nodosa néven a gyulladásos folyamatok közé tartoznak, hasonlóképen gyulladásos termékeknek tekinti a serosa-cystákat is. Az elsődleges tubarák legtöbbször mint papillaris carcinoma jelentkezik, felismerése igen nehéz, az esetek többségében mint accidentalis lelet kerül észlelésre. Azt ajánlja, hogy kürtrák esetén nemcsak a beteg tubát, hanem az összes adnexumokat és a méhet is távolítsuk el és a műtét után végezzünk prophylactikus besugárzást. A malignus chorionepithelioma a kürtben méhenkívüli terhességgel kapcsolatban lép fel. Végül a vegyes daganatokat és a dermoid cystákat ismerteti. Minden egyes daganatféleség irodalmát gondos kritikai feldolgozásban adja.

Th. Heynemann hamburgi professor az adnexumok és a medence peritoneumának gyulladásos megbetegedéseit tárgyalja. Kiemeli a női megbetegedések ezen csoportjának igen nagy fontosságát, hiszen a legkülönbözőbb statisztikák szerint az összes női megbetegedések közül 30% esik az adnexumok gyulladásaira, aminek elsősorban a gonorrhoea és a lázas abortusok megszaporodása az oka. E betegségcsoport fontosságát az is nagyban fokozza, hogy különös socialis jelentőséggel is bírnak a betegség hosszas tartama, az utánuk beálló sterilitas, az extrauterin terhesség miatt.

Nagy fontosságot tulajdonít az adnexgyulladások felidézésében a gonorrhoea, a tuberculosis és a gyermekágyi folyamatokon kívül az appendicitisnek, peritonitisnek, chemiai ingereknek (jódinjectio). Külön fejezetben tárgyalja az infectio útját.

Ezekután rátér a betegség klinikai képére. Kifejti a constitutio nagy jelentőségét az adnexgyulladások lefolyásában. A következő fejezetben mesteri módon állítja fel az adnexgyulladások egyes alakjainak a diagnosisát és vezeti le a differentialis diagnosist. A prophylaxis rövid érintése után a gyógykezelésre tér rá, hangsúlyozva, hogy az acut adnexgyulladások kezelése csak conservativ legyen. A subacut stadiumban a conservativ kezelés mellett proteintherapiát ajánl. Ha már a chronikus stadiumba ment át a betegség, akkor van helyén a felszivató kezelés (hőlég, diathermia). A massaget és megterhelést csakis régi chronikus megbetegedéseknél tartja megengedhetőnek. Annak a kérdésnek a megállapítására pedig, hogy mikor tekinthetjük a kezelést befejezettnek, a már régebben felállított követelményekhez hozzáveszi, mint igen fontos kiegészítő tünetet, a vörösvérsejtsüllyedést; különösen akkor helyez erre súlyt, ha műtéti eljárás jön szóba. A conservativ gyógymódok után rátér a műtéti eljárásokra, kimerítően foglalkozva a műtétekkel kapcsolatos összes kérdésekkel.

L. Nürnberger hamburgi professor az epoophoron és általában a mesonephritikus rendszer megbetegedéseivel foglalkozik. A parovarium anatomiai ismertetése után élettani jelentőségét tárgyalja. A parovarium pathologiája elég tarka képet nyujt, klinikailag legfontosabbak azonban az úgynevezett parovarialis cysták. Ezeknek makro- és mikroskopos leírását adja. Érdekes mindenesetre, hogy bizonyos összefüggést vél találni egyes szerzők adatai alapján ezek és az ovarialis haematomák keletkezése között. A parovarialis cysták kocsánycsavarodását, elgenyedését, megrepedését, malignus degeneratióját érdekesen ismerteti. A parovarialis cysták diagnosisa sokszor nehézségbe ütközik, therapiája a műtét. A mesonephritikus rendszerhez tartozó paroophoron, továbbá az ősvesejárat cystáit, adenomáit, malignus tumorait és a ligamentum rotundumok mesonephrogen daganatait összefoglalóan közli. *Berecz János dr.*

Gynäkologische Psychotehrapie. *Von Dr. med. Wilhelm Liepmann.* Berlin-Wien, 1924. (Urban & Schwarzenberg.)

10 előadásban foglalkozik a nőgyógyászati psychotherapiával. Tulajdonképen azt tárgyalja, hogy miként kórismézhet és gyógyíthat a nőorvos olyan panaszokat, amelyeknek kizárólag psychés okai vannak. Az első négy előadásban általános psychologiai kérdéseket, a psychés functiókat tárgyalja. Az ötödikben a hármas alaptörvényt ismerteti: a sérthetőséget (Vulnerabilität), a gátlást (Hemmung) és a pansexualismust, majd ezeknek befolyását a női psychére (VI. előadás). A hetedik előadásban a külvilágnak a női typusokra gyakorolt hatásával foglalkozik. A nyolcadik előadásban azon nőgyógyászati functiózavarokat tárgyalja, melyeknek psychologiai okuk van. A kilencedikben ezen betegségek kórismézésvel foglalkozik, figyelmeztet arra, hogy a psychologiai vizsgálat előtt a bántalmak okát szervi elváltozásokban kell keresnünk. Az utolsó előadásban a psychotherapiás eljárásokat ismerteti.

A nőgyógyászati irodalom ezen legújabb termékének ez a rövid tartalma. A mű a *Liepmann* által annyiszor emlegetett *Kretschmer* nyomdokain halad. Hangsúlyozza, hogy mennyire fontos a nőorvosnak, hogy meg tudja különböztetni egymástól a psychés és a nempsychés megbetegedéseket, ami sokszor igen nehéz, mert a psychés eredetű panaszok rendszerint igen nagy számban jelentkeznek s eligazodni közöttük nem könnyű. Éppen azért nagy haszonnal fogja a nőorvos *Liepmann* könyvét forgatni, jó vezetőfonala lesz a psychés panaszok útvesztőjében. *Haba Antal dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 14-i ülése.

Elnök: **Horváth Mihály.** Jegyző: **Gerlóczy Géza.**

Bemutatás:

Lobmayer Géza: *a) Oesophagus-diverticulum operált esete.* 49 éves napszámosnak két év óta torkát valami állandóan nyomja, ha eszik vagy iszik, órák mulva egy részét kihányja. Az egyébként egészséges szervezetű betegnél röntgenologice (Munkásbiztosító Pénztár) a kulcscsont magasságában gyermeköklönyi diverticulum látható, melyben a baryumvíz felgyűlik, a továbbhaladás helye nem látható biztosan, valószínűleg hátrafelé, vagy a gerincoszlop fölötti oesophaguson történt. A bevezetett sonda a diverticulumba kerül, biztosan meg nem állapítható, hogy az oesophagus lumene merre van. A víz egy része a gyomorba kerül. A poliklinikán végzett Röntgen-vizsgálat szerint tojásnál nagyobb diverticulum az oesophaguson, melynek alsó polusa a kulcscsontig ér. Az oesophagus a diverticulum felső és elülső végéből nyílik, a nyelőcső a diverticulum előtt húzódik. Műtét végbélnarcosisban, hosszmetszés a m. sternokleido-mast. mögött, behatolás a gerincoszlop előtt, a diverticulum felszabadítása, az oesophagus előhúzása, a diverticulum eltávolítása. A 10 cm-es rést kétsoros csomós catgut-öltésekkel az oesophagus falát befordítva elvarrja. Draincső, réteges lágyrészvarrat. A beteg négy napig szájon át nem kap táplálékot, tápcsőrék. Teljesen láztalan lefolyás; 6. nap a lenyelt folyadékból néhány csepp a draincső helyéből ürül, ez a szivárgás megszűnt, amint a seb teljesen zárult. A Röntgen szerint: „folyadék és pép akadálytalanul halad végig a símafalú nyelőcsövön. Kontúrmegtöretés sehol sem látható, lumen rendes". Bemutatja betegét, az eltávolított diverticulumot és a műtét előtti és utáni Röntgenfelvételeket.

b) Enterolith esetek. Halovány, astheniás, súlyos idegbeteg nőnek négy hét óta vannak székelési nehézségei, gyakori székelési inger, végbél- és hólyagtenesmus. Egy hónap előtt gyomor-, bélröntgenvizsgálatot végeztek. Egy ízben megrectoromanoscopisálták. A kezelő orvosok rectalis organneurosist supponálnak. A végbélben két férfiökölnyi kemény, mozgatható bélsárkő, felső vége el nem érhető. Eltávolítás narcosisban. Az enterolith magvát fehéres, törmelékes malterszerű contrastanyag alkotja. — 63 éves, lesoványodott, gyenge nőbetegen, aki régóta szenved obstipatióban, egy hónap előtt gyomor-, bélröntgenvizsgálatot végeztek. Digitalis vizsgálatnál férfiökölnyi, kőkemény enterolith. Röntgen-felvételen (Holits) a rectum területén a sphincter felett férfiökölnyi, meszes conglomeratum látható. E meszes árnyékot intensiv árnyékot adó köpenyeg veszi körül. Az enterolithet részben beöntésekkel, részben manualisan eltávolítják. — Astheniás, renyhe bélműködésű egyéneknél gyomor-, bélkontrastanyagok vizsgálata után keletkezhetnek enterolithek, amelyek, ha a hasműtét kapcsán múló operativ bélparaesis következik be, súlyos complicatiót, ileust, sőt halált is okozhatnak. Fontos, hogy a röntgenologus a gyomor-, bélvizsgálatok után a beteg bélrendszerének kiürítéséről gondoskodjék. A sebész pedig ne túlgyorsan az ilyen vizsgálat után végezze a laparotomiát. A rectalis vizsgálat fontos. Bemutat Röntgenfelvételeket.

c) Brodie-féle csonttályogok. A betegség csonttályogok keletkezéséből áll, melyek a hosszú csontok (legtöbbször a sípcsonton) szivacsos csontállományában idült fertőzés és élesen körülírt csonttályog alakjában, megfelelő lágyrésztályog- és sequesterképződés nélkül

fordulnak elő. A klinikai kép, a Röntgenfelvétel jellegzetes. A megbetegedés rendkívül ritka. Több évi lappangási idő után a csonttályog tünetei kifejezettekké válnak, mérsékelt fájdalom mellett a megbetegedett csont egyik vége lassankint megvastagodik; a beteg a fájdalmat gyakran a szomszédos ízületbe helyezi. Éjjel a fájdalmak fokozódnak. A betegek kora 11 és 38 év között váltakozik, férfiak gyakrabban betegednek meg, mint nők. Láz és leukocytosis hiányzik. A genyben staphylococcusokat találtak. Sokszor előrement osteomyelitis tüneteit lehet megállapítani. A csonthártya és a csontkéreg megvastagodott, a spongiosa sclerotizálódott, ebben látható az éles határú csonttályog, melynek fala a rendes keménységtől az elefántcsont keménységéig váltakozik. A tályogüregben híg, sárgás savószerű, némelykor sűrűbb, genyszerű folyadék van. Az osteomyelitises velőüregtályogtól az elkülönítés a localisatio folytán könnyű. Nehezebb a kezdődő csontsarkomától, a csonttuberculosistól való elkülönítés. Bemutató kilenc éves tanulót operált, aki négy hónap óta veszi észre, hogy bal combcsontja lassankint duzzad és térde fájdalmas. Láza nincs, járni tud. Az egyébként épszervezetű, gyengén fejlett gyermek bal combcsontján a diaphysis alsó végében a Röntgenfelvétel szerint (Holits) kis tojásnyi, éleshatárú üreg. A műtét az üreg megnyitásából, és a híg sárgás folyadék kibocsátásából áll. A genyből staphylococcus pyogenes albus volt kitenyészthető. A csontüreget Callot-oldattal kitöltve, a bőrt csomós varratokkal egyesítjük. Bemutatja a Röntgenfelvételt és felhívja a sebészek figyelmét, a valószínűleg eddig is nem egyedülálló megbetegedésre, melyet gyakrabban fogunk diagnostizálni, ha reágondolunk.

Révész Vidor: Az egyik enterolith eset anamnestikus adatait kell kiegészítenie, a baryumnak kis szerepe van ezen bélsárkövek létrejöttében. A patiens gyermekkora óta makacs székrekedésben szenved, már 16 éves kora óta aranyeres vérzései vannak. 1924 február 27-én sanatoriumba kellett szállítani súlyos nervosus panaszai miatt, cornealis és conjuctivális hypaesthesiája volt, teljes negativismus fejlődött ki, úgy feküdt az ágyban, mint egy quadriplegiás beteg. A bélműködése fel volt függesztve. Ismételt olajos, magas beöntésekkel is csak néhány skybalát sikerült lehozni. Néha hasmenés. Állandóan hasi fájdalmak és végbéltenesmus. Emiatt a vastagbél Röntgenvizsgálata kontrastbeöntéssel (március 7.). Idegállapota közben romlott, hat nap mulva nem tudott vizelni. A március 14-én készült Röntgenképen három, körülbelül nagydiónyi baryummal kevert bélsárrög látható a rectumban. Ezeket digitalisan eltávolították, három nap mulva azonban az újabb Röntgenfelvételen még mindig látszott egy nagy diónyi bélsárrög, amelynek pár mm-nyi vastag baryumos kérge volt. Ez a bélsárrög képezte az alapját annak a rögnek, amelyet bemutató eltávolított. Véleménye szerint a baryumnak semmi vagy csak minimalis szerepe volt a bélsárkő létrejöttében; az a beteg makacs székrekedése, dyscheziája és súlyos neuropathiás állapota együttes hatásaként keletkezett. Az eltávolított bélsárkő magja bélsár volt, csak egy vékony réteg baryum keveredett bele. A bemutatótól említett esetben a műtét utáni bélparesis volt a kőképződés oka. A milliószámra végzett gyomor-, bélröntgenvizsgálatok kapcsán nem észleltek bajt.

Lobmayer Géza: A contrastanyag okozta enterolith eseteinél kiemelte, hogy mindkét betege asthéniás volt, súlyos székrekedésben szenvedett. A naponta nagy számban végzett gyomorbélcsatorna functionalis vizsgálatok rendkívül ritka szövődményének tartja az enterolith képződést, melyre azonban röntgenologusnak és sebésznek egyaránt gondolnia kell.

Előadás:

Wein Zoltán: *A mandulaműtét kérdésének mai állása.* Az I. számú sebészeti klinikán végzett 2500 mandulaműtét kapcsán megállapítja, hogy a mandulaműtét komoly beavatkozás. Csak alapos mérlegelés után szabad végezni, de ha egyszer indokolt, akár a nagy mandulák szűkítő hatásánál, akár a fertőzött mandulák kórtani összefüggéseinél fogva — melyeket az egyes esetekben elért műtéti eredményekkel együtt felsorol —, úgy ne végezzünk „látszat-műtétet", ne álljunk meg félúton, hanem távolítsuk el a mandulát a tokja mentén egészében. Élettani tekintetben a mandulák eltávolítása nem károsítja a szervezetet, a vérzési eshetőséggel szemben minden részletében kidolgozott, megbízhatóan hathatós, programmszerűen kiviendő vérzéscsillapító eljárások fölött rendelkezünk, melyek minden veszélylyel szemben vérteznek. Elvetendőnek tartja a decapitálást, a morcellement-t, és gyermekeknél a *Sluder*-féle tompa guillotine segélyével felületes bódulatban enucleatiót végez, felnőtteknél pedig helyi érzéstelenségben a véredények előzetes lefogása után praeparativ excisiót. A mandulagyulladás és a szövődményeként fellépő megbetegedések ok- és okozati viszonyának megállapítása szempontjából a csapokat és genyet eredményező mandulakisajtolásnál fontosabb támpontnak tartja a körelőzményben kimutatható klinikai egybeesést, vagy pláne megújuló esetekben a következetesen fennálló időbeli összefüggést.

Liebermann Tódor: Az indicatiók közül a kisajtolható csapokat nem, csak a híg genyet tartja fontosnak. A peritonsillaris tályogot megnyitja, nem tonsillektomálja. Apicitist nem tart contraindicatiónak, sőt per exclusionem, diagnosis felállítása végett, néha végzi. Technice csak a praeparativ tonsillektomiát ismeri el. A vérzéscsillapítási eljárások közül csak a lekötést végzi és ennek minden esetben való teljes és gondos elvégzését conditio sine qua non-nak tekinti.

Schill Imre: Tonsillektomia indicatiója belső megbetegedéseknél: részben tonsillaris eredetű folyamatok gyógyítása, részben ilyenek megelőzése. Acut folyamatoknál (septicus endocarditis) az állapot változatlan maradt. Acut rheumaticus polyarthritisnél egyelőre nem túljó az eredmény. Chronicus tonsillaris eredetű folyamatoknál (subfebrilitas, albuminuria, polyarthritis) az eredmény nagyon gyakran kitűnő. Általában jó a prophylactikus hatás is, de, mint észlelt esetek mutatják, el is maradhat.

Réthi Aurél: A tonsillektomia kellő technikával és óvatossággal végezve nem súlyos műtét, kellő indicatiók mellett kell végezni. Absolut indicatio: 1 chronikus tonsillitis, amely acut polyarthritist okoz; 2. chronikus tonsillitis, amely acut glomerulo-nephritist okoz; 3. ismételt peritonsillaris tályogok; 4. gyakran ismétlődő acut tonsillitis. Relativ indicatiók: 1. chronikus tonsillitis — általános rheumatismus; 2. chronikus tonsillitis — szájbűz; 3. chronikus tonsillitis — chronikus nephritis; 4. chronikus tonsillitis, melynek exacerbatióinál appendix-irritatio jelentkezik; 5. chronikus tonsillitis — nyirokmirigy-gyulladás; 6. recidiváló angina Plaut Vincenti; 7. chorea minor; 8. mandula-tbc. A tonsillektomiát saját eljárása szerint végzi, mely a berlini fülklinikán használt eljárás szerint az utóvérzést az ívek összeöltésével gátolja meg.

Navratil Dezső: Ellenzi a mandulák teljes eltávolítását; még nincs tisztázva, hogy a mandulák fölöslegesek-e a szervezet háztartásában. Ő csak kitisztítja a mandulákat. Eljárása a következő: A mandulákat egy tompa duplakanál segélyével előhúzza. A mandulákhoz erősen odanőtt garativeket élesen leválasztja. Így könnyű a mandulákat előhúzni s akkor a mandula magától szét is nyílik. A mandulákat a legfelső lakunánál kezdve éles kanállal kitisztítja. A törmelékes beteg részek könnyen eltávolíthatók. Csak a kemény, nem beteg részek maradnak vissza. Szóló úgy találta, hogy a mandulák felső polusa a legtöbbször beteg, ritkábban a középső része, s legritkábban az alsó polus. Az így műtött manduláknál az eredmény kifogástalan; a mandulák gyulladásos megbetegedéseinél, a kryptogen sepsiseknél teljes gyógyulás állott elő: éppúgy, mint amikor szóló a mandulákat régebben teljesen eltávolította. A veszélyes vérzések, a műtét után fellépett sepsis e műtétnél nem fordulhatnak elő. 13 éve csakis így operál, kivéve amikor ismétlődő mandulakörüli tályogok ezen eljárással szemben is dacolnak. Csak akkor távolítja el a mandulákat teljesen. Természetesen carcinománál és sarkománál a nagy sebészet elvei szerint végzi a műtétet.

Kepes Pál: *Sluder*-féle eljárásnál nem tapasztalt olyan erős utóvérzéseket, mint *Liebermann*. Ha tökéletesen enucleáljuk a tonsillákat, nem is áll elő utóvérzés. A vérzések megelőzésére fontosnak tartja, hogy melléksérüléseket ne ejtsünk, amelyek igen gyakran előidézői az utóvérzéseknek. A tonsillák conservativ kezelésével nem tudunk pl. egy a tonsilla tokja mögött fekvő kisebb tályogot megtalálni, ilyenre rendesen tonsillektomiánál bukkanunk rá és csak ilyen módon üríthetjük ki, nem pedig conservativ kezeléssel.

Safranek János: A tonsillaproblemát illetően még nem alakult ki egységes felfogás. Eltérők a nézetek a mandulák élettani szerepéről. Mióta *Stöhr* kimutatta,

hogy a tonsillákban tömegesen képződnek lymphocyták s ezek állandóan átvándorolnak a mandulák hámborítékán, a tonsillákat sokféle élettani szereppel ruházták fel (nyálkaképző, fermentumot s egyéb anyagot kiválasztó szervek, endokrin mirigyek, a juvenilis korban vértképzők stb.); mások kétségbevonják a mandulák különleges szervi functióját. A tonsillákat a szervezet védelmi készülékének tekintő theoriával szemben másik felfogás szerint a tonsillák különféle infectiós bajok kórokozóinak belépési kapui. Szóló szerint a manduláknak a szervezet háztartásában teleologice hasznos s valamelyes védelmi szerepe is lehet, de e védelmi apparatus sokszor insufficienssé válik s a tonsillák maguk is megbetegedvén, belépési helyeivé válnak a szervezetet fenyegető különféle kórokozóknak. Álláspontja az, hogy a tonsilláknak, főképen a gyermekkorban gyakori egyszerű hyperplasiája esetén, a tonsillák csonkolása elegendő, az ú. n. chronikus vagy recidiváló tonsillitisek eseteiben, ha gondos észlelés alapján a mandulák tekinthetők az előadó által is felsorolt bajok forrásának, a tonsillák teljes exstirpatiója végzendő. A műtéti technikai részletkérdések megvitatása a szakosztály elé tartozik.

Kausz János: A mandulagyulladások kezelésénél jód-tinctura ecsetelésekkel, chininadagolással, ágynyugalommal és megfelelő öblögetéssel rövidesen teljes eredményeket ért el. Abscedálásnál tonsillotomiát, tonsillektomiát csak olyan esetben ajánl, amidőn a tér viszonyaihoz képest az indurált tonsillák szinte elephantiasisszerűek, s a szabad légzést nagy mértékben zavarják. Ez utóbbi esetek igen ritkák.

Wein Zoltán: Személyes tapasztalata, hogy ha 0·25 g novocainnál többet fecskendezünk a mandulák környékére, kellemetlen mérgezési tünetek állnak elő. Ha a torokban heveny gyulladásos folyamat van jelen, annak teljes lezajlásától számított négy hét elmultával operál csak. Nem egy esetben észlelte, hogy szunnyadó tüdőfolyamatot a mandulaműtét activált, vagy activ tüdőfolyamat előhaladásának lökést adott, ami a műtéttel járó vérveszteség és az azt követő táplálkozási leromlás miatt érthető is. Túlkörülményesnek és szükségtelennek tartja minden vérző edény lekötését, ami a mindenképen kellemetlen műtétet ok nélkül megnyujtja és kellemetlenségeit fokozza. *Réthi*nek azon megjegyzésére, hogy énekeseknél a tonsilla-excisio elvetendő, mert hegedést okoz, megjegyzi, hogy ha komoly indicatio forog fenn, mégis csak célravezetőbbnek tartja a gyökeres eltávolítást a mindig tökéletlen morcellementnál, és a garatívek nyálkahártyájának, valamint az izomzatnak megkímélése elegendő biztosítékot nyujt a deformáló hegesedés ellen. *Safranek*nek azt válaszolja, hogy ha promineáló mandulák térszűkítő hatása miatt operál, úgy ő is a garatívek szintjében távolítja el a mandulát, de ez nem egyéb enucleatiónál, minthogy a kocsányos mandula hilusa a garatívek szintjével úgyszólván egybeesik.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának március 6-i ülése.

Elnök: **Frigyesi József.** Jegyző: **Horváth Mihály.**

Bemutatások:

1. **Toldy Lóránt:** *Méhlepénydaganat.* (Szövege nem érkezett be.)

2. **Vitéz Schulcz Ágost:** *Súlyos genyes vesemedencegyulladás a terhesség alatt.*

Rendkívül súlyos esetet mond el, melyet a Bakács-téri kórházban észleltek. A beteg állapota, dacára a belső gyógyszeres és helyi kezelésnek, ismételt vesemedenceöblítéseknek, annyira rosszabbodott, hogy septikus tüneteken kívül súlyos inanitiós tünetek is jelentkeztek (acetonuria, icterus). Napokon keresztül benthagyott állandó uretherkatheterrel sikerült a genyvizelést és lázakat megszüntetni és a terhességet megtartani. Spontán szülés; élő, kora magzat; gyógyulás.

Súlyos vesemedencegyulladás eseteiben ott is sikerrel kísérlik meg az állandó ureterkatheter alkalmazását, hol más kezelés eredménytelen volt.

Singer Hugó: A terhességi pyelitisnél elsődleges az ureter atoniája; másodlagos a pangó vizeletoszlop fertőzése coli telepekkel vagy haematogen úton vagy per continuitatem. Ugyanilyen atoniás olykor a bél már a terhesség első heteiben, azelőtt obstipatióban sohasem szenvedett fiatal primigravidáknál. Az ok tehát nem lehet a terhes uterus compressiója, hanem valószínűleg terhességi toxikosisnak egyik jelensége, mert különben minden gravid asszony ezen bántalmakban szenvedne. Az esetek megoldása — mint bemutató bebizonyította — a belgyógyászati kezelés és ureterkatheter segélyével majdnem minden esetben lehetséges. Művi vetélés — minthogy az orvos septicus milieuben operál — kockázatos vállalkozás és csak igazán ultimum refugium lehet.

Adler-Rácz Antal: Az urologiai klinika tapasztalatai szerint a terhességi pyelitist gyakran a hólyaghurut célszerűtlen kezelése is okozhatja. Nagy folyadékmennyiségekkel eszközölt hólyagmosásoknál fellépő hólyagtensio az ureternyílásokat kinyithatja és kiváltott ureterantiperistaltika a csirokat a vesemedencébe juttatja.

Heveny pyelitist belsőleg, főleg 40%-os urotropin intravenás adagolásával kezelik és csak a tovább fennálló általános tünetek mellett indicált az ureterkatheteres vizsgálat. Vesemedencebeli pangásnál az állandó ureterkatheter mint a pangó genyes vizelet levezetője, célhoz vezet. Ha azonban a folyamat már a veseparenchymába is behatolt, akkor kéregbeli tályogok megnyitása decapsulatio útján válik szükségessé. Az ureterkatheter hosszabb ideig benthagyva sem okoz bajt. A folyamat gyógyulása után is szükséges időnként a terhesség végéig a vesemedencemosás, újabb heveny fellobbanások elkerülése végett. A terhesség megszakítása ott javalt, ahol az említett kezelési módok nem használnak és ahol a genyedő folyamat mellett terhességi nephrosis is van.

Előadás:

1. **Schilling Béla:** *Méhsüllyedés és méhelőesés műtétes gyógyításáról* tart előadást a Bakács-téri kórháznak 11 évi anyaga alapján.

I. A belső nemi szervek támasztó készülékét javító műtétek közül csak a kisebb, elsőfokú gátrepedéseknél végzik a Simon-Hegar-féle hüvelygátvarrást, a többinél fontosnak tartják a medencefenék izmainak (mély harántgátizom, végbélemelőizom) varrását.

II. Hátrahajlott méh helyzetét fiatal egyéneken Alexander-Adam-féle műtéttel, vagy Doleris-féle ventrofixatióval javítják; 40 évnél idősebb nőkön e helyett az erősebb rögzítést adó vaginae fixatiót végzik.

III. Teljes méhelőesésnél rendszeresen a Schauta-Wertheim-féle interpositiót végzik; szintén jó eredménynyel végezhető a Kocher-féle exohysteropexia. Technikája könnyű, de laparotomiával jár. A többi megkíséselt méhelőesésműtéteket mint nélkülözhetőket csaknem mind abbahagyták. A hüvelyi műtéteket mind helyi érzéstelenítésben végzik; a hasmetszéseket helyi érzéstelenítésben, vagy bódítás és helyi érzéstelenítés együttes alkalmazásában s végül ritkán bódításban.

Honvédorvosok Tudományos Egyesülete március 10-i ülése.

Elnök: **Pfann József.** Jegyző: **Barcsay Kálmán.**

Bemutatások:

1. **Brana János:** *Gonorrhoeás metastikus chorioditis anterior.* A betegnek láza nem volt; a bal szem látása hirtelen romlott meg, csupán kézmozgást vesz észre. Csarnok gyengén zavaros, alján 1 mm hypopion. Pupilla szűk, atropinra közepesen tágul, lenövések nincsenek. Szemfenékről vörös viszfény nem kapható, a sugártest mögött, a chorioidea széléről sárgásfehér izzadmány domborodik elő. Tensio csökkent. Wassermann-reactio negativ, vér és liquor bakteriologiai vizsgálata negativ. Urethralis váladék gonorrhoeára positiv. Vérkép: Hgb. 83%, vörösvérsejtszám 3,420.000, fehérvérsejtszám 13.500, neutrophil leukocytosis 75%, eosinophil 2%, basophil 0, átmeneti 6%, kis és nagy lymphocyta 16%, izgalmi sejt 1%.

A choriodealis folyamat 10-szer megismételt 5 cm³ tejinjectióra megállapodott, illetve lokalizálódott. Pupilla atropinra igen könnyen tágul, sehol sem pigment, sem szivárványhártyalenövés nem található. Kétségte-

len tehát, hogy a purulens chorioiditisek legritkább alakja, a gonorrhoeás metastasis áll előttünk.

2. **Csukás Béla:** *Uretersipoly érdekes esete.* Betegét más helyen ureterkő miatt operálták. A concrementum eltávolítására az uretert két helyen bemetszették, a felső sebbe draincsövet helyeztek és a vizeletet a műtéti seben keresztül vezették el. Két hét mulva magas láz, pyelitis. Az ureterkatheter felvezetése nem sikerült; nephrektomiára gondolnak. A beteg az operatiót nem engedi, mire vidékről felszállítják az I. sz. Honvéd-kórházba. Itt ureterkathetert vezetnek fel, bennchagyják, mire a sipoly három nap alatt spontán záródik. Két hónap múlva megejtett vizsgálatnál 8 Ch ureterkatheter felvezethető, stenosis kizárható.

Előadás:

Jeney László: *Tonsillektomia és a Sluder-műszer bemutatása.* Hangsúlyozza az indicatio fontosságát. Gyakran kellő meggondolás nélkül végzik a tonsillektomiákat, mint ahogy a gyógyszerek intravenás alkalmazásánál is könnyelműen lépik túl a megengedett határokat. Indikált a műtét, ha a tonsillák mechanikai akadályt képeznek, ha betegek, vagy ha a szervezetben betegséget tartanak fenn.

Bemutatja a Sluder-műszert, mely hasonlít a Lafarce-készülékhez, de előnye, hogy lényegesen kisebb és könnyebben kezelhető.

Komolyabb vérzésnél az erek kauterizálása nem mindig eredményes, s célszerűnek tartja tampon bevarrását a fossa tonsillarisba.

Brana János: Nem minden nagy tonsilla beteg; nagysága és felülete annyira összefügg a nyirokrendszer-constitutióval, hogy eltávolításuk nem szünteti meg mindig az anginosisok általános és gyakran endogen tüneteit. Egyes szervek genyes megbetegedése esetén a tonsillák secundaer is megbetegedhetnek.

Bozóky Dezső: Egy esetében haemophiliás egyénnél tonsillektomia után kauterral sikerült a vérzést csillapítani.

László Benő: Minden tonsillektomia előtt haemophilia eshetőségére megvizsgálandó a vér alvadékonysága.

Simonyi Árpád: Nem fogadja el az endogen fertőzést olyan mértékben, ahogy *Brana* értelmezi. Különben az indicatio szigorú betartásának híve.

Jeney László: Status thymicolymphaticusnál a megnagyobbodott tonsilla eltávolítása indikált, ha mechanikai akadályt képez, vagy ha légzési zavart okoz. Hogy ezáltal a constitutionalis megbetegedés nem befolyásolható, az természetes. Egyéb vonatkozásokban a tonsillák megbetegedése primaer. Elismeri a kautert, mint vérzéscsillapító eljárást, de a tampon bevarrása megbízhatóbb. Műtét előtt ő is alvadási próbát végez.

2. **Török Arthúr:** *A fejfájásról.* A fejfájást a falusi praxis szempontjából világítja meg. Ecseteli az orvos nehéz helyzetét, mert vizsgálati módszerek hiányában, mint súlyos megbetegedések kórjelző tünete az nem értékesíthető. Hasonló a helyzete a vidéken állomásozó honvédorvosnak is. Az aplasiás edényrendszerrel, neurologiai elváltozással bíró, vagy egyéb constitutionalis defectussal terhelt ujoncnál a kiképzéssel kapcsolatos fokozott physikai munka, a szigorú fegyelem, s a katonai rendreszoktatás fejfájást válthat ki, mely összeütközésbe hozhatja a fennálló fegyelmi rendszabályokkal. Ezen állapotok nagymértékben megérdemlik a honvédorvos figyelmét.

Közkórházi Orvostársulat március 11-i ülése.

Elnök: **Rózsa Imre.** Jegyző: **Szeghő Ernő.**

Bemutatások:

1. **Bátori István:** *Tuberculotikus vékonybélfekély perforatiójának műtéttel gyógyult esete.* 17 éves nőbeteg február 19-én hirtelen heves fájdalmakat érzett hasában és hányt. Kifejezett érzékenység és defense a jobb csípőtányér táján. Rovsing positiv, lázas appendicitis diagnosissal azonnali műtét. Hasüregben nem büzös, híg, sárgás savó ürül. Előlfekvő fibrinnel vékony bélkacsot előhúzva, azon körülbelül 1 cm széles infiltratumot talál, amely a bél lumenét annyira szűkíti, hogy az utána következő bélrészlet teljesen összeesett. Ezen beszűrődésben egy borsónyi, kerekszélű perforatiós nyílás van és azonkívül az odavezető puffadt bélkacsban több kemény, dudoros idegentest. A fekély szélét kimetszi, defectust a bél tengelyére függőleges irányban elvarrja, miáltal a bél lumene egy ujj számára bőven átjárható lesz, s az összeesett aboralis bélkacs telődése azonnal megindul. A vékonybélben másutt kóros elváltozás nincs. A kimetszett darab kórszövettani vizsgálata *(Johan)* tuberculosusfekélyt állapít meg, a hashártya acutabb gyulladásával.

2. **Torday Árpád:** *Tüdőrák esete.* 33 éves egyénnél mellkas alsó részén, deréktájon és az alsó végtagokban fájdalmak lépnek fel. A légzés nehezített, beteg mindent kihány, véres köpet, csekély láz. Tüdőelváltozások kisfokúak. Sectiónál *(Minich)* a májból kiinduló adenocarcinoma derül ki, áttételekkel a tüdőállományába és a hörgőkbe, a sternumra, a 8. bordára, a lépre, vesére és a mesenterialis mirigyekre. A tüdőrák diagnostikai nehézségét tárgyalja.

3. **Kalocsay Kálmán:** *Néhány klinikai kísérlet a Caronia módszere szerint készült morbilli vaccinával.* A betegség előidézését két esetben kísérelte meg. E célból három egymásra következő napon adott 3, 3 és 5 cm^3-it intramuscularisan a morbillis beteg vérével oltott *Tarozzi-Noguchi*-táptalajból felszívódott folyadékból. 23 napos megfigyelés alatt semmi morbillira gyanus tünetet nem észlelt. Az immunisatiót két ízben kísérelte meg, carbolizált cultura 3×2 cm^3-ével, morbillival fertőződött skarlátos pavillonban. Az első ízben három morbillit ki nem állott gyermeken a 13. napon kitört a morbilli. A másik esetben a fertőző gyermeket korán elkülönítette. Az ott maradt hét gyermek közül 3-nál a 11. napon jelentkezett a *Koplick*-folt, ezeket is elkülönítette. A 22. napon újabb háromnál talált *Koplick*ot, s ezek fertőzték a hetediket, akinél a morbilli az utolsó oltástól számított 33. napon tört ki. A morbilli vaccina tehát nemcsak a fertőzés után alkalmazva bizonyult hatástalannak, hanem akkor is, amikor alkalmazása a fertőzést jóval megelőzte.

Torday Ferenc: A kanyaró halálozási aránya a legújabb német statisztika szerint nagyobb, mint a skarláté. A kanyaró reconvalescensserumot, amellyel a fertőzés ellen sikeresen lehet védekezni, nem lehet a szükséges mennyiségben termelni. A reconvalescensserummal való oltásnál már tuberculosusfertőzés is történt, s e két okból ajánlatosabb volna a vaccinakezelés. Amikor 1923-ban *Caronia* azzal jött, hogy a morbilli virusát feltalálta, *Degwitz* megtámadta azzal, hogy már korábban felfedezte, azonban technikai okokból nem publikálhatta. *Degwitz* részéről máig sem történt ilyenirányú közlés. A morbilli specifikus kórokozójával való védoltás szóval még nincs meg. A reconvalescensserummal való védoltásra vonatkozólag úgy találta, hogy megóvhatók az egész kis gyermekek valamely családtag, testvér serumának (vérének) befecskendezése által, aki a fertőzésen már túlesett. Az immunizálásra a szolgáltatótól a vért ugyanazon fecskendővel oltják be a védendő gyermekbe.

Szirmai Frigyes (mint vendég): A morbilli elleni védoltásra *Caronia* 3×4 cm^3-t ír elő, előadó pedig csak félmennyiséget alkalmazott. Rómában elért fényes eredményekről személyesen győződött meg, s ezért, bár a gyermekklinikán végzett morphologiai, serologiai stb. vizsgálatok is sok fontos vonatkozásban ellentmondanak *Caronia* megállapításának, a kísérleteket minden irányban, a prophylactikus oltások tekintetében is tovább folytatják.

Markos György (vendég): A Rómában személyesen megfordult kartársak csaknem kivétel nélkül a *Caronia*-féle vaccinatio sikeres és kiterjedt alkalmazásáról számolnak be. Hogy e sikerek titka miben rejlik, ezt egyelőre nem döntheti el. Másképpen áll azonban a dolog a *Caronia* által leírt kórokozó morphologiai sajátságait illetőleg. A budapesti egyetemi bakteriologiai intézetben végzett vizsgálatait *Caronia* közleményeivel és eredeti római készítményeivel összehasonlítva meggyőződhetett arról, hogy a leírt alakelemek és a táptalajban fellépő változások semmi összefüggésben sincsenek egy feltételezett kórokozóval, mert egészséges vérrel oltott csövekben is kimutathatók és táptalaj autolisisének a termékei. Ultramikroskopos fejlődési alak jelenlétére pedig szintén nem sikerült biztosítékot szereznie.

Gerlóczy Zsigmond: Végleges eredményt azért nem tud még mondani, mert ezideig nem elég nagyszámú esetben kísérleteztek. Azonban a vizsgálatok

tovább folynak és csak a discussio miatt hozták az Orvostársulat elé, hogy több oldalról felkeltsék az érdeklődést.

Előadás:

Elischer Ernő: *Viszértágulatok kezelése befecskendezéssel.* Rámutatva a különböző aetiologiai okokra, a viszeres vérkeringést és annak kórtanát tárgyalja. Áttekintve a véralvadás élettani körülményeit, ismerteti a művi thrombosis szervülési viszonyait. Felsorolja a conservativ és műtéti eljárásokat és a velük elérhető eredményeket. Azután rátér a művi thrombosis történetére. Megkülönbözteti a chemiai véralvasztó szereket az elsősorban az endothelre ható tömény sóoldatoktól, melyek csak haemolysist okoznak, thrombust csak egy-két nap mulva. Elmondja a gyógyítás módszereit, az esetleges kellemetlenségeket és hibákat. A 20—30%-os konyhasóoldattal való befecskendezési eljárást az alsó végtag viszértágulatai bármely fajtájának gyógyítására alkalmasnak tartja.

Manninger Vilmos: Nem egészen veszélytelen az intravenás eljárás. *Prgel*-oldatot adott 100 egynéhány esetben; egy esetben 12 nap után emboliás haláleset állott be. Ezért olyan eljárás, mely alvadékképzéssel próbálja meggyógyítani a venaektasiát, egy kissé meggondolást igényel.

Jankovich László: Kérdi, hogy a thrombustól feljebb is hatással van-e az endothelre a konyhasóoldat? Milyen távolságra hat az endothelre?

Elischer Ernő (zárszó): *Linser* több mint 6000 esetében emboliát nem látott, előadó sem tapasztalta több száz esetben. Minthogy minden műtéti eljárás után támadhat embolia, a konyhasóbefecskendezési eljárás semmiképen sem mondható veszélyesebbnek a műtétnél. Hangsúlyozza, hogy a tömény konyhasóoldat nem véralvasztó, de az endothelt sérti, úgyhogy szervesen ülő, az érfallal jól összekapaszkodó thrombus keletkezik abban a kiterjedésben, melyben az oldat az endothelt töményen érte.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület tudományos ülésének programmja 1925 március 21-én: *Bemutatás:* a) *Barla-Szabó József:* Cholelithiasis által okozott elzáródásszerű pylorusszűkület. b) Lymphosarkoma coeci invaginatiója a colon transversumba. *Előadás:* 1. *Hajós Károly:* Az asthma bronchiale pathogenesiséről és újabb therapiás eljárásokról (mult ülésről elmaradt előadás). 2. *Herepey-Csákányi Győző:* Műtéti elvek és javallatok a tüdőtuberculosis gyógykezelésében.

Honvédorvosok Tudományos Egyesülete március 24-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatás:* 1. *Uthy László:* Teljes gégeresectio carcinoma miatt. (Mult ülésről elmaradt bemutatás.) 2. *Schiff György:* Két ritkább haematologiai eset eredményes Röntgen-therapiája. 3. *Böhm Gyula: a)* Arsen-therapia után fellépett scarlatiniform erythema. *b)* Psoriasis kezelése kainonnal. *Előadás: Bergmann Rezső:* A szájüregből és főleg a fogazatból kiinduló fertőzések.

Angliában 1923-ban 284.551 gyermeket vontak ki a kötelező himlőoltás alól. Ennek eredménye, hogy nem képesek a már évek óta dühöngő himlőjárványt megfékezni. Egy hét alatt 150 újabb megbetegedés történt.

A Harvard-egyetem a legjobb orvosi vagy chemiai eredeti kísérlet alapján készült dolgozatot a Boylston-díjjal (500 dollár és érem) jutalmazza. Kéziratok december 1-ig nyujtandók be: Boylston Medical Comitée Dr. Henry A. Christian — Peter Beut Brigham Hospital, Boston.

Lister mikroskopját és eszközeit a glasgowi Hunter-múzeumnak adományozták, ahol azt Hunter mikroskopja mellett fogják elhelyezni.

A Buenos-Ayresi egyetemen a tuberculosis kutatására és gyógyítására állami és társadalmi alapokból intézetet állítottak fel.

A magzatűzés elleni küzdelmet tárgyalta a német Orvosszövetség az idevonatkozó törvénycikk megfelelő módosítása céljából. A szász Orvoskamara indítványozza, hogy a magzatelhajtás szükségességének megállapítására csak diplomás orvos legyen jogosult, csakis akkor, ha az anya életét vagy egészségét közvetlenül veszélyezteti, ezenkívül szükséges az anya és a hatósági orvos beleegyezése. A kérdés tárgyalását még folytatják.

Askanazy professor február 24-én töltötte be Genfben 60. életévét, amely alkalommal nagy ünneplésben részesítették.

Az ezidei orvosi Nobel-díjat a stockholmi akadémia *W. Einthoven* leideni tanárnak ítélte. *Einthoven* laboratoriumi kutatásai, bár theoretikus irányúak, kétségtelenül erős alapjai és kiindulási pontjai a klinikai észlelésnek és gyógyításnak. A bronchialis izmok működéséről írt munkája lett alapja a ma már általánosan elfogadott asthma-theoriának. 1901-ben ismertette először húros galvanometernek nevezett készülékét, amellyel lehetővé tette a szív működési áramának vizsgálatát élő individuumokon. Azóta számos javítással tökéletesítette, tette érzékenyebbé és pontosabbá a most már általánosan használt műszert. Munkatársaival lefektette alapját az elektrocardiographiának és a szakértő klinikus kezébe fontos diagnostikus módszert adott, mely gyakran szolgál útmutatóul a szív rythmus- és vezetési zavarainak labyrinthusában. Nemrégiben egy újabb műszert is konstruált, a húros-fonográfot. Az eszköz, mely egy 0·1 mm vastag quarzfonál rezgéseit fotografiai úton regisztrálja, füllel nem hallható, 15.000 rezgésszámú hangokat képes felfogni. Az új eszköz jelentőségét, használhatóságát egyelőre lehetetlen mérlegelni. *Einthoven* 1860-ban született, tanulmányait Utrechtben végezte be 1885-ben és azóta a leideni physiologiai intézet igazgatója.

Németországban is csökkenőben van az egyetemi hallgatók száma. 1924. év második felében 8920 hallgatóval volt kevesebb (összes beiratkozottak száma 68.736, köztük 7473 nő), mint az első félévben. Különösen az orvostanhallgatók száma csappant meg. 1923 nyári semesterében volt (II. félév) 12.558 (1914-ben még 16.440), 1924-ben már csak 9376. Nőhallgató is sokkal kevesebb van. 1923-ban 8591 nőhallgató volt, 1924-ben 7473, ezek közül orvostanhallgató 1923-ban 2013, 1924-ben 1368 volt.

A Bayerische Landes-Filmbühne orvosi tárgyú mozgófényképelőadásokat fog tartani Németország minden nagyobb városában. Bámulatosan jól követhető a bemutatott filmeken az epekőoperatio minden mozzanata, továbbá élő spirochaeták, trypanosomák, filariák a vérben, a vér mozgása a capillarisokban különböző ingerbehatások alatt stb.

Nemzetközi intézet orvosi irodalom ismertetésére. Genfben a nemzetközi modern orvosi irodalom ismertetésére intézetet létesítettek. Az intézet kérdő kártyákra (fiches analytiques) a munkák tartalmi kivonatát küldi meg. Az anyagot három csoportra osztották; az előfizetés 250 kérdő kártyára szól, csoportonként 15 frank, vagy a három csoportra együtt 40 frank. Egyelőre csak francia nyelven fogalmazzák a kiadványokat, de kellőszámú előfizetés esetén tervbevették a német és angol kiadványokat is.

Új magántanárok. A vallás- és közoktatásügyi minister *Milkó Vilmos dr.* kórházi főorvosnak a „sérülések sebészete" című tárgykörből, *Szabó Ince dr.* egyet. tanársegédnek „a sebészeti vizsgáló módszerek" című tárgykörből és *Horváth Béla dr.* egyet. tanársegédnek „a szemészeti diagnostika" című tárgykörből a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárokká történt képesítését tudomásul vette és nevezetteket ezen minőségükben megerősítette.

A Rockefeller-alap támogatásával létesülő Állami Közegészségügyi Intézet igazgatójává a kormányzó az V. fizetési osztályba *Johann Béla dr.* egyetemi magántanárt nevezte ki. Az újonnan létesülő intézet működésétől Magyarország közegészségügyének újjászületését várjuk.

† **Wassermann** professor, a modern serologia egyik megalapítója, 59 éves korában Berlinben meghalt. Munkásságának ismertetésére visszatérünk.

† **Sir Anderson Critchett Bart,** az angol király szemorvosa, az angol szemorvosok általánosan tisztelt doyenje, 80 éves korában meghalt. Édesapja, *George*, Angliában a modern szemészet megalapítója volt, *Anderson* apja méltó fiának bizonyult. Harrowban nevelkedett, latinban s crikettben egyaránt kitűnt. Művészi pályára érzett hivatást, de apja működési köre mégis az orvosi tudományhoz vonzotta, s 1881-ben a St. Mary-kórház szemésze lett, 1901-ben a király szemorvosa, 1913-ban a londoni nagy nemzetközi szemész-kongresszuson a szemészeti szakosztály elnöke volt, s annak tárgyalásait a legnagyobb bölcseséggel és eréllyel vezette. Nagy szeretetreméltóságával a kongresszus tagjait valósággal meghódította. Az angol szemésztársaság elnöke, s az angol szemészeti tanács első elnöke volt. Bárói rangot s számos rendjelet kapott, nem publikált sokat, de nagy klinikus, s kitűnő operateur volt.

A jellemes, művelt, választékos modorú, jószívű, collegialis orvos typusa volt. A szó szoros értelmében az orvosi tudomány fejedelmei közé tartozott.

† **Hirschberg,** a német szemorvosok nestora, 82 éves korában elhúnyt. Szemorvosi pályáját mint *Graefe* assistense kezdte. 1868-ban a gliomáról alapvető monographiát közölt, a mágnest idegentestek eltávolítására ő vezette be a szemészetbe, a *Zentralblatt für Augenheilkunde*t megalapította, s évtizedeken át szerkesztette. De legmaradóbb alkotása a Szemészet története, mely a nagy német szemészeti kézikönyv tíz kötetét tölti be. Sokat utazott, a kongresszusok szorgalmas látogatója volt, nagy nyelvismerete révén az egész világ tudományos köreivel élénk érintkezést tartott fenn. A berlini egyetemen előbb mint magántanár, majd mint rendkívüli tanár, s végül mint tiszteletbeli rendes tanár működött.

Erős német nemzeti érzésének azzal is kifejezést adott, hogy a német nyelv tisztításában buzgón közreműködött, s ennek elősegítésére külön szótárt is szerkesztett.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 8-tól március 14-ig előfordult:

Hasi hagymáz	9 (3)	Gyermekágyi láz	— (1
Küteges hagymáz	— (—)	Bárányhimlő	32 (—
Hólyagos (ál-)himlő	— (—)	Járv. fültőmirigylob	1 (—
Kanyaró	171 (5)	Vérhas	9 (2
Vörheny	78 (7)	Járv. agygerincagyhártyalob	1 (—
Szamárhurut	8 (3)	Trachoma	— (—
Roncs, torok- és gégelob	19 (4)	Veszettség	— (—
Influenza	29 (7)	Lépfene	— (—
Ázsiai kolera	— (—)	Náthaláz	2 (—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

TÁTRA-SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

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

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forrólég-, fényfürdők, vízgyógyintézet, Zander, quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. **Indicatiók:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — **Tuberculosusok,** fertőző- és elmebajosok **kizárva.** *Sanatoriumi nap. pausálár 65 Kc-tól fölfelé.* **Egész évben nyitva.** — Fel- **Főorvos: dr. Szász Emil.** Menetjegyirodában, világosítást nyujt, fürdővizumot szerez **dr. Adorján László.** Vigyázat.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SZANATORIUMA

ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízlaló-, diätetikus kúrák. Gyermekek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday-utca. Telefon: József 3—75.

RÖNTGEN-ODELGA

A legmodernebb **diagnostikus, diétás** gyógyintézet a dr Jakab-féle **LIGET-SZANATORIUM** VI, Nagy-János-u. 47

Magánklinikai-kórházi osztály.

Dr. JUSTUS Kórházi főorvos **BŐRGYÓGYITÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE**

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

HŰVÖSVÖLGYI PARKSANATORIUM

Klimatikus, physicalis és diaetás gyógyintézet **Hidegkúti-út 78.** Telefon **50—37, 145—90.** Ajánlatos neurastheniás, anaemiás betegeknek, üdöcsúcshurutban, Basedowban, érelmeszesedésben szenvedőknek.

Egész télen nyitva. Vízgyógyintézet.

FANGO-ISZAPKURÁK Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézetében

Budapest VIII, Vas-utca 17. *Ugyanott ORTOPÄDIA, gyógy-gimnasztika, ZANDERTERMÉK.*

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII, Wesselényi-utca 2. Telefon: József 124—35. Lakáson: 175—91.

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em. *Telefon: 13-98*

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József.

PÁLYÁZAT.

Drégelypalánk, Hont és Ipolyvece községekből, Drégelypalánk székhellyel újonnan szervezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körnek 3870 lakosa van. A körorvos javadalmazása a IX. fizetési osztály 3. fokozatában előírt illetmények, 200 aranykorona fuvarátalány és természetbeni lakás. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a kellően, s az úgynevezett tanácsköztársaság ideje alatti magatartásukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeket hozzám legkésőbb folyó év április hó 20-ig annyival is inkább nyujtsák be, mert a későbben érkezőket figyelembe venni nem fogom. A választás határnapja iránt később fogok intézkedni.

Balassagyarmat, 1925. évi március hó 12-én.

1114/1925. szám.

Dr. Zsadányi s. k. járási főszolgabíró.

Az orvos

kötelességet teljesít, ha gyermekeknek, vérszegényeknek, betegeknek és lábbadozóknak tápszerül Meinl-maltinkakaót rendel. Egy kísérlet meggyőzi Önt a Meinl-maltinkakaó kíváló minőségéről és gyógyhatásáról. Kapható minden Meinl-üzletben.

Meinl Gyula r.-t.

Csecsemők, gyermekek és felnőttek **székrekedésénél** bevált gyógyszer a **„Hedin"**

VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

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

Reiniger, Gebbert & Schall A.-G., Erlangen
Veifa-Werke A.-G., Frankfurt a. M.

RÖNTGEN- ÉS ELEKTROMEDIKAI

gépgyárak magyarországi telepe.

Részletes katalogusokkal, felvilágosítással és költségvetéssel szívesen szolgálunk.

„ODELGA" Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-t.

Budapest VI, Andrássy-út 28. sz.

Telefon: 37-04, 68-16. Sürgönycím: Medodelga.

Légzőszervi bántalmak speciális gyógyszere a

Fagifor Syrup „Cito"

(Syrup. calcium-kreosot. comp.)

a világpiacon bevezetett legmodernebb összetételű különlegesség. — Olcsóbb a codeinnél, senegánál, sulfoguajacolnál. — Kitünő expectorans. Indicalt: Bronchitis putrida, chronikus hörghurut, Influenza, Pneumonia, tüdőcsúcshurut, tüdő-tbc. esetén naponta 3 kanállal.

„CITO" gyógyszer- és vegyészeti gyár
Budapest, X. ker., Lengyel-utca 33. sz. Zugló.
Telefon: József 55—63

Az irodalom és a gyakorlat ismételten ajánlja

Uricedin STROSCHEIN

mint egyedüli specificumot

izületi gyulladás

ellen

Rp.: Uricedin-Stroschein. 1 eredeti csomag.
D. S.: 3 × naponta étkezés előtt ½—1 teáskanál Uricedin vízben feloldva veendő.

Irodalmat és orvosi mintát küld

„MEDICHEMIA" gyógyszerkészítmények gyára r.-t.
Budapest X, Hölgy-utca 14.

MENFOR.

A rheumatiku- és neuralgikus fájdalmak localis csillapításánál legbiztosabb siker érhető el a MENFOR-ral, amennyiben 40% mentholt, 10% camphort és 30% menthylsalicylicumot tartalmaz egy absorptiós crémben.

KÉSZÍTI:

SZENT PÉTER LABORATÓRIUM
BUDAPEST VI, FELSŐERDŐSOR 48.

NERVOPLAST
IDEGTONICUM SEDATIVUM
FERGLOBIN
SINE ET CUM ARSENO
GUAJAGLOBIN
TABLETTÁNKÉNT 0·05 GR. GUAJACOL
TUBERCULOSIS STB.

ÖRKÉNY HUGÓ
BUDAPEST, KIRÁLY-UTCA 12.

Miért használ Ön még mindig külön ampullát és külön fecskendőt?

A

Behring-serüle

ellátja Ön egyesített serumampullával és fecskendővel **mindig** használatra kész alakban.

Költséget takarit, mert a serülek feleslegessé teszik drága fecskendőanyag beszerzését és fertőtlenítését, amellett alig drágábbak, mint a megfelelő tartalmú ampullák.

Időt takarit, mert minden előkészület nélkül akármikor adhat steril serumbefecskendezést,



A Behring-serülekben a Behring-művek összes eredeti serumai a leghasználatosabb töltésekkel szállíttatnak.

„A vérpróbák kifogástalan állapotban való megtartására nagy befolyással vannak a vérvételnél gondosan betartott aseptikus kautelák." *

(* Bruck, Handbuch der Serodiagnose der Syphilis. Berlin, Julius Springer 1914. S. 171.)



Tehát vérvételhez csak a Venüle-t használja.

Felvilágosítással szívesen szolgál:
Dr. ROSENBERG SÁNDOR
gyógyszerészeti laboratóriuma
Budapest VIII, József-körút 2. sz.

BEHRINGWERKE MARBURG-L.

Aero-keksz cukorbetegeknek,
valamint liszt és morzsa. KLINIKAILAG AJÁNLVA. (Orvosi Hetilap 1924. évi 9. szám.)
Lakta-keksz, lábbadozók, vérszegények, terhes nők, ideg- és tüdőbetegek részére.
Graham-keksz, gyomor- és bélbetegeknek.
Minden eddigit felülmúló ideális tápszerek. — Kapható minden gyógyszertárban.
STEINER JÓZSEF ÉS FIA TÁPSZERGYÁR BUDAPEST IX, VÁMHÁZ-KÖRÚT 9.

WESZELY ISTVÁN ÉS TÁRSA UTÓDA
Cégtulajdonos **Nagy Károly Frigyes**
Budapest IV, Apponyi-tér 1. Telefon: J. 149—73.
Ajánlja saját gyártmányú I. orvosi műszereit, műtő- és vizsgáló-butorokat, laboratoriumi készülékeket.
Nagy raktár kötszerekben és betegápolási cikkekben.

Egyenáramú, 110 Voltos **Bach-quarzlámpa**
(stativlámpa, standard modell) alig használt, teljesen üzemképes 4,500.000 K-ért **eladó.** Megtekinthető d. u. 2—3 óra között, **II, Retek-utca 89.** (Villa.)

Érelmeszesedés, neuraszthénia, köszvényes lerakódások, golyva (Struma) mirigy és csontbajok, a szervezet és az idegek egyéb betegségeinél a természetes
CSIZI JOD-BROM FORRÁSVÍZ ÉS FÜRDŐSÓ
rendkívüli gyógyhatással alkalmazható.
Főlerakat: EDESKUTY L. Budapest, Erzsébet-tér 8.
Ugyanott fürdőirodánk, ahol teljes felvilágosítással szolgálunk
FÜRDŐIGAZGATÓSÁG, CSIZFÜRDŐ.

DOMATRIN

(Domopon c. Novatropino.)

Egyesíti a Domopon fájdalomcsillapító hatását a Novatropin görcsoldó és secretiót csökkentő hatásával.

CHINOIN-UJPEST *Injectio, tabletta.*



STOMACHIN

(Percolat. calysayae regiae.)

5% china alkaloid-tartalommal.

A legjobb

STOMACHICUM.

Adagolása:
Naponta háromszor étkezés előtt 20—30 csepp.

Kísérleti adagot készséggel küld a főraktár:

„MEDICHEMIA"
gyógyszerkészítmények gyára részvénytársaság
BUDAPEST, X, Hölgy-utca 14. szám.

69. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1925 március 29

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES 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: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Markos György: Kísérletek az olasz szerzők által leírt scarlatina és morbilli kórokozók kimutatására. (269—271. oldal.)
Kalocsay Kálmán: Néhány kísérlet a Caronia módszere szerint készült morbilli-vaccinával. (271—272. oldal.)
Vitéz Berde Károly: A szegedi mikrosporiasisjárvány tanulságai. (272—276. oldal.)
Keller Kálmán: Kisagyvelői tünetek a nagyagy gócos megbetegedéseiben. (276—279. oldal.)
Heim Pál: Orvosi faluzás Baranya megyében. (279—281. oldal.)
Therapia. Lobmayer Géza: Egy új érzéstelenítő szerről. (281—282. oldal.)
Troján Emil: Új műtéti eljárás a lúdtalp kezelésénél. (282—283. oldal.)
Ifj. Kramolin Gyula: Curral altatószerrel nyert klinikai tapasztalatok. (283—284. oldal.)
Étrendi előírások. (284—285. oldal.)
Lapszemle. *Belorvostan. — Sebészet. — Bőr- és nemikórtan. — Gyermekorvostan.* (285—288. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (288—289. oldal.)
Könyvismertetés. (289—290. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 21-i ülése. (290—291. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai szakosztályának március 5-i ülése. (291—292. oldal.)
A Magyar Urologiai Társaság március 16-i ülése. (292—293. oldal.)
A Magyar Röntgentársaság márc. 9-i ülése. (293. oldal.)
Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának és a Szegedi Orvosegylet üléseinek jegyzőkönyve. (293—294. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület február 26-i ülése. (294. o.)
Vegyes hírek. (294—295. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egyetemi ny. r. tanár).

Kísérletek az olasz szerzők által leírt scarlatina és morbilli kórokozók kimutatására.

Írta: *Markos György dr.*

Di Cristina már 1921-ben beszámolt a „La Pediatrie" című olasz orvosi lap hasábjain egy mikroorganismus felfedezéséről, mely szerinte a scarlatina kórokozója lenne. Az európai orvosi körök érdeklődését azonban csak *G. Caronia* nápolyi professornak 1923-ban a La Pediatrieben, majd a La Presse Medicaleben közzétett értekezése keltette fel, amely a *Di Cristina* követte úton a morbilli kórokozójának felfedezéséről ad részletes tudósítást. Az a tény, hogy járványtanilag két ennyire különböző betegség kórokozója alakilag és kulturális sajátságait illetőleg csaknem egyformának volt jellemezve, a szakemberek körében kételyeket ébresztett. A kételyeket azonban el kellett hogy oszlassa *Caroniá*nak minden részletre kiterjedő és meggyőző bizonyítása, különösen az általa leírt klinikai eredmények, melyeket a prophylaxis terén ért el a tenyészetekből készített vaccinák segélyével.

Hangsúlyoznom kell, hogy *Caronia* közleményei összefoglalásszerűen szűkszavúak és noha bőségesen felsorolják a kórokozó elismeréséhez szükséges bizonyítékokat, mindig csak a végeredményekről beszélnek és nem említik az alkalmazott technika fontos részleteit és ezáltal az utána vizsgáló munkáját tetemesen megnehezítik. Vizsgálataimban ezért sok helyütt magánértesülések nyomán kellett elindulnom, amelyeket egy *Caronia* intézetében megfordult bakteriologus kollégám bocsátott rendelkezésemre, de amelyekről — sajnos — írásbeli dokumentumaim nincsenek.

Az említett közlemények és a magánúton nyert kiegészítő utasítások alapján megkíséreltem a kórokozók kitenyésztését.

Vizsgálataimat egyidőben vörhenyes és kanyarós betegeken kezdettem meg. Később mindinkább az utóbbira fektettem a fősúlyt, mert a kevésbbé resistens morbilli virus siker esetén meggyőzőbb eredménnyel kecsegtetett, mint a rendkívül ellenálló vörheny-kórokozó. Ugyanis a kb. 10 cm³ folyékony táptalajba oltott legalább 1 cm³ vérmennyiség a további átoltások alkalmával, midőn a régi tenyészet ½—1 cm³-ét vittük át az új táptalajba, még a negyedik generatióban is csak tízezerszeresen volt higítva, azaz egy ilyen csőben még mindig 1 köbmilliméter eredeti skarlátos vér volt jelen. Már pedig könnyen elképzelhető, hogy a resistens csira a kedvező körülmények között akkor is életben marad, ha nem is tudna elszaporodni.

Az olasz szerzők kétféle táptalajt használtak: a *Di Cristina*-féle ascites-embervérbouillont és a *Tarozzi-Noguchi*-féle szervtáptalajt. Az utóbbi 2 rész bouillon és 1 rész steril transudatiós ascites-folyadékból áll, melybe egy sterilen kivett nyúlmáj- vagy vesedarabkát kell elsüllyeszteni. Mivel a táptalaj utólag nem sterilezhető, igen nagy gyakorlatot kíván a sikeres, azaz csiramentes elkészítése. Ellenőrzésképen használat előtt a csöveket két napra thermostatba helyeztem, hogy az esetleg fertőzötteket kiselejtezhessem. Néhány esetben mind a két, túlnyomórészt azonban, miként *Caronia* is, a *Tarozzi*-féle táptalajt használtam.

Caronia általában a prodroma vagy exanthemás szak alatt sterilen vett vérrel oltotta a csöveket, hasonló eredményről számol azonban be, ha nasopharingealis váladék filtratumából vagy liquor cerebrospinalisból indult is ki. Az 1924. év folyamán összesen 12 scarlatinás és 29 morbillis beteg vérével oltottam általában 2—2 párhuzamos tenyészetet. A vért lehetőleg a kiütés virágzásának tetőfokán a karvenából vettem a legszigorúbb sterilitási kautelák betartásával. Három morbillis betegtől vett nasopharingealis váladék filtratumával is oltottam táptalajokat. A kulturák fölé sterilizált paraffinolajat rétegeztem és egészséges vérrel oltott vagy csak beoltatlan táptalajt tartalmazó, hasonlóképen lezárt controllcsövekkel együtt thermostatba kerültek. E tenyészetekhez járult egy scarlatina- és egy morbilli-cultura, melyeket *Kramár Jenő* gyermekklinikai tanársegéd szíves közvetítése révén Rómából *Caronia* professortól kaptam üveg-

csőbe beforrasztva és melyeket megérkezésük után azonnal tovább oltottam.

Caronia szerint a tenyészetekben a 2—3. napon a fenékről kiinduló gyenge zavarosodás észlelhető, amely a 8—10. napon eléri tetőfokát és a kémcső alján és falain könnyű, szemcsés csapadék alakjában lerakódik, a folyadékoszlop pedig gyengén haemolytikus lesz. Mikroskop alatt már a második naptól kezdve láthatók methylenkékkel festődő, apró kerek, részint párosával álló képletek, melyek száma a további napokban szaporodik, de soha sincsen arányban a szabadszemmel látható zavarosodással. Olyannyira nincs, hogy pl. sűrűen fejlődött culturákból készített praeparatumon látóterenként csak néhány coccoid és még kevesebb diploalakot látunk, viszont a gyakrabban előforduló gyér tenyészeteket először centrifugálni kell, hogy a sűrű amorph-üledéket felkenve, minden látótérben találjunk *Caronia*-féle testecskéket. *Caronia* ezt azzal magyarázza, hogy a zavarosodást a kórokozó nagy mennyiségben jelenlévő ultramikroskopos fejlődési alakja okozza, melyek között csak elvétve fordul elő a látható alak. Az ultramikroskopos fejlődési alak jelenlétét támogatja szerinte az a körülmény, hogy a kultúra szűrletével oltott új tenyészetek is tartalmazták az említett diplococcusokat, tehát a feltételezett láthatatlan alak átmegy a Berkefeld-szűrőn.

Az általam készített tenyészetek szabadszemmel nézve teljesen megfeleltek a *Caronia* leírta változásoknak, azonban hasonló zavarosodást mutattak az összes controllcsövek is, melyek egészséges ember vagy állat vérével lettek oltva, még abban az esetben is, ha a spontán zavarosodás csökkentésére a nyúlszervet előzőleg steril konyhasós vízben kimostam. A vérrel nem oltott controllok zavarosodása is csak egy árnyalattal volt gyengébb amazokénál. Nyilvánvaló tehát, hogy a *Tarozzi-Noguchi*-táptalajban, még ha sterilen mosott nyúlszerveket is alkalmaztunk, többnapi 37 fokon való állás után a spontán zavarosodás beáll és a tenyészetek zavarossága semmiesetre sem bizonyíték ultramikroskopos organismusok jelenléte mellett.

A 3—15 napos tenyészetek centrifugatumából készített, methylenkék vagy Giemsával festett praeparatumokon az esetek 80%-ában megtaláltuk a kérdéses testecskéket, melyek teljesen megegyeztek a *Kramár* barátom birtokában lévő, *Caronia* intézetéből származó készítményeken szemlélhetőkkel. Meg kell említenem, hogy néhány esetben egy-egy tenyészetem fertőződött staphylo-, illetőleg streptococcussal, melyek a nekik nem kedvező anaërob feltételek mellett csak igen kis mértékben tudtak elszaporodni és erősen degenerált formákat mutattak. Ilymódon nagyon hasonlítottak a *Caronia*-féle képletekhez, úgy számra, mint alakjukra nézve. Hasonló eredetű tévedések elkerülése céljából minden egyes vizsgálat alkalmával agar-controllt oltottam és csak ha az sterilnek bizonyult, akkor foglalkoztam tovább az illető tenyészettel. Az említett controlloltásokból derült ki, hogy a szennyező csirák előbb-utóbb elhaltak és 3—4 nappal később vagy csak a következő generatióban az illető cultura már közönséges táptalajon tenyésző csiráktól mentes volt.

A Rómából kapott scarlatina- és morbilli-tenyészet kétharmadát azonnal táptalajba oltottam, a fennmaradó részt pedig lecentrifugálva vizsgáltam. Ezekben semmiféle látható alakelem nem volt. (!) Mivel azonban *Caronia* szerint előfordulnak látható alakelemeket nem tartalmazó tenyészetek is, ezért úgy a római, mint az általam készített, negativnak bizonyuló tenyészeteket kéthetenként tovább oltva 3, sőt 4 hónapig is „életben" tartottam. Ezen passage-ok alatt ismételten előfordult, hogy egy-egy generatióban nem találtam *Caronia*-féle testeket, de a belőle továbboltott következőkben már igen, viszont fordítva is előfordult, hogy relative sűrű tenyészetek után teljesen üreseket kaptam. Mindez még megfelelt volna *Caronia* észleleteinek, mert úgy az alakelemek csekély számára, mint a kevésszámú negativ esetre már eleve kéznél volt a magyarázható elmélet. *Caronia*-controllokról csak általánosságban tesz említést és így nem tudhatjuk, milyen mértékben ellenőrizte eredményeit.

Én az első egynéhány, talán elfogultan vizsgált controll után, amely tényleg üresnek látszott, egy egészséges ember vérével oltott csőből kaptam igen typikus *Caronia*-féle kórokozónak imponáló készítményt. Ekkor a legkülönfélébb eredetű, nem beteg vérrel készült, másrészt pedig beoltatlan táptalajok 10—12-es sorozatait helyeztem thermostatba és a megfelelő idő után az előbbieknél használt technikával vizsgáltam azokat. Ezekben a sorozatokban ugyanolyan százalékban találtam meg a *Caronia* által leírt testeket, mint a morbillis vérrel oltottakban.

Röviden összefoglalva tehát: ha hűen követtem *Caronia* technikáját, valóban megtaláltam az általa leírt képleteket, melyek azonban már alaki szempontból sem bizonyultak specifikus eredetűeknek és kétségkívül a táptalaj alkatrészét képező szöveti és fehérvérsejtek autolisise útján elszabaduló magtörmelékek. Az úgynevezett „sűrű tenyészetek" pedig lehetnek fertőződés révén belekerült, akár a vérből, akár a külvilágból származó coccusok degenerált és elhalt tetemei, melyek a vizsgálatkor már szaporodásra képtelenek és agarra kioltva sem fejlődnek. Annál inkább feltehető ez, mert mesterségesen fertőzött táptalajon lehet előállítani ilyen sűrű culturához teljesen hasonló képet, mely 8—10 nap mulva agarra kioltva ismét sterilnek bizonyul.

Az említett kísérleteken kívül tettem próbákat módosított táptalajokkal, a bouillont szőlőcukros herebouillonnal, vagy Berkefeld-szűrőn csirátlanított nativ herelével helyettesítve, de úgy ezek, mint a tojássárgájával kombinált próbák eredménytelenek voltak, illetőleg a *Tarozzi-Noguchi*-táptalajhoz hasonló eredményt mutattak.

Bár az eddigiek után bebizonyítottnak láttam, hogy úgy a makroskoposan látható zavarosodás, mint a mikroskopos kép semmi vonatkozásban sincs a kórokozókkal, hanem csak a táptalajban képződő műtermék, mégis megpróbálkoztam a *Caronia* által bizonyítékképen emlegetett agglutinatióval. Ő, eltérőleg a bakteriumok agglutinatiójánál használatos eljárástól, az állítólagos tenyészetek különböző térfogatait hozza össze az agglutináló, azaz reconvalescens, illetőleg a kérdéses savóval. Pl. 16 : 4, 18 : 2, 19 : 1 stb. arányban és így kap 5, 10 és 20-szoros higításokat. Én teljesen negativ eredményt kaptam, mert a culturákból vett anyag egyformán viselkedett, azaz nem agglutinálódott, akár normál, akár morbilli reconvalescens savóval hoztam is össze. Holott *Caronia* szerint minden morbilli-esetben az agglutinatiós titer lényegesen emelkedik.

Mindez csak a kérdés morphologiai részét illeti, mert hiszen a kórokozó ennek dacára jelen lehet a feltételezett culturákban.

Caronia beszámol arról is, hogy morbilli-tenyészeteivel sikerült fiatal nyulakon kanyarós tüneteket okozni. Előtte a nyulak kísérleti morbillijéről *Bittmann* és *Nevin*, *Grund* és *Harde* számoltak be, viszont mások, így *Zeiss* tagadják, hogy nyulak morbillivel fertőzhetők volnának. *Caronia* először kanyarós vérrel oltott fiatal nyulak kísérleti morbillijét tanulmányozta és úgy találta, hogy 5—6 cm^3 intravenásan adott fertőzött vérrel a megbetegedés előidézhető. Tünetei: az oltást követő 5—6. napon a súlygyarapodás megállása, majd súlycsökkenés, 10—12. napon conjunctivitis, szájnyálkahártya belöveltsége, 14. napon a bőrön exanthema. Ekkor a vérkép leukopeniát mutat relativ lymphocytosissal és mononucleosissal.

A culturák kis adagaival *Caronia* nem kapott eleinte eredményt, de ismételtem adott nagy adagokkal nyulai fertőződtek és a leírt tüneteket mutatták.

Én a fenti viszgálatokra támaszkodva, „legsűrűbben fejlődött" tenyészeteimet kiválasztva, azokat intravenásan három nyúlba fecskendeztem, három nap egymásután 2—2 cm^3-t adva belőle. Nyulaim a 10. nap után fellépő kismérvű leukopeniától és relativ lympho-

cytosistól eltekintve, tünetmentesek maradtak. Ekkor morbillis vérrel akartam kísérleti megbetegedést okozni, hogy saját szememmel láthassam a kérdéses tüneteket. 500—800 g-os fiatal fehér nyulakat választottam ki erre a célra és különböző mennyiségű, részben citratos, részben defibrinált kanyarós vért fecskendeztem érpályájukba. A legnagyobb adag minden 100 g nyúlra 1 cm³ volt, ennél többet az állatok a nagy vérnyomásfokozódás miatt nem is bírnak el (emberre átszámítva ez ¾ liter fajidegen vérnek felel meg). Az oltások részben közvetlenül a betegágynál, rögtön a vérvétel után, 2 esetben néhány órai állás után történtek. Az állatok oldalán és hasán egy jó tenyérnyi területet szőrtelenítettem, hogy az exanthema megjelenése megfigyelhető legyen. Öt darab kanyarós vérrel oltott nyulam közül egyetlen egynél sem jelentkezett exanthema, enanthema, vagy conjunctivitis. A nyulak hőmérsékét, súlyát és vérképét szintén ellenőriztem. Hőmérsékletemelkedés csak az oltást követő napokban volt, később alig 1—2 tizedfok ingadozással 38 körül mozgott, ami megfelelt a rendelkezésemre álló 20 egészséges nyúlnál észlelt átlagos hőmérséknek. A növekedés nem állott meg, hanem arányos maradt a controll-állatokéval. Az oltást követő napokban a nyulak nagyfokú leukocytosist kaptak, melynek nagysága arányos volt a beoltott idegen vér mennyiségével, számszerint 12.000—29.000 pro mm³, szemben az oltás előtt és egészséges nyulaknál elég állandónak talált 8000-res értékkel. A nyulak fehérvérsejtjeinek normalis aránya *Kleinberger* és *Carl* szerint: pseudoeosinophil leukocyta, mely megfelel az emberi neutrophil leukocytáknak és tévedések elkerülése végett ezentúl így is fogom nevezni, körülbelül 50%, lymphocyta, nagy és kicsi együttesen 45%, mononuclearis és átmeneti 1—2%, valódi eosinophil 1 és basophil körülbelül 2%. Normalis nyulaknál én is ennek megfelelő értékeket kaptam.

Az oltást követő leukocytosis alatt az arány a neutrophilek felé tolódott el, a beoltott vérmennyiséggel és a leukocytosis fokával arányosan. A 3. napon a leukocytosis erősen csökkent, majd leukopeniába csapott át, mely mélypontját a 10. nap körül érte el 4—5000-es értékkel és azután csak igen lassan közeledett a normalis érték felé. A leukopenia kifejlődésével párhuzamosan fogyott a neutrophil leukocyták száma és relativ lymphocytosis állt elő, amelyet mononucleosis is kísért. A legszélsőségesebb esetemben a 70%-ra felszökött neutrophilek 18%-ig estek vissza, míg a lymphocyták elérték a 75%-ot 6% mononuclearis mellett. Más esetekben a mononuclearisok 9—10%-ban is szerepeltek.

Tehát a morbillis vérkép meglett volna. Azonban a többi tünetek hiánya felkeltette a gyanút, hogy nem-e csupán a nagymennyiségű parenteralisan bevitt idegen fehérje által kiváltott leukocytosis reactiv jelensége a leukopenia és a lymphoid sejtek irányába történő eltolódás. További három nyulat egészséges emberek hasonló vérmennyiségeivel oltottam, kettőt intravenásan, egyet intraperitonealisan. Eredmény mind a három esetben ugyanaz volt, mint mikor morbillis beteg vérével történt az oltás.

Kísérleteimből mindenesetre megállapítható az, hogy a nyulak morbillis fertőzése nem olyan könnyű és minden esetben bekövetkező jelenség. Lehet, hogy nem minden kanyarójárvány virusa egyformán erős a nyúlra, vagy talán a különböző eredetű nyulak különbözőképen fogékonyak a betegséggel szemben. Az eddigi szerzők sikereit az aránylag csekélyszámú állaton végzett kísérlet után nem akarom még kétségbevonni, annyi azonban bizonyos, hogy nagymennyiségű vér injectiója után a vérkép elváltozásai nem értékesíthetők morbilli mellett, mert a normalis vér teljesen hasonló elváltozásokat okoz. Specifikus hatás ellen szól az a körülmény is, hogy az egyszer már morbillis vérrel kezelt nyúl 6 hét mulva bekövetkező újabb kanyarós vér beoltására megismétli a fentebb leírt vérképelváltozásokat, ha pedig tényleg exanthema nélküli megbetegedéssel állanánk szemben, úgy immunitás fellépése és a másodszori megismétlődés elmaradása volna várható.

Kísérletileg előidézett scarlatináról sem az olaszok, sem más szerzők nem tesznek említést. Nagyobbszámú fehéregéren és patkányon végzett ilyen irányú kísérleteim eredménytelenek voltak.

Tehát, bár morphologiai szempontból megtaláltam a Caronia által leírt képleteket, azok kórokozó voltát igazolni nem sikerült, sőt kísérleteim megmutatták, hogy e képletek nem is a beteg véréből származnak, mert egészséges ember vérével oltott és beoltatlan táptalajokból is kimutathatók, ha azokat hasonló kezelésnek vetjük alá. A Caronia által feltételezett ultramikroskopos alakok jelenléte felől sem tudtam meggyőződni.

A székesfővárosi Szent László-kórház (igazgató-főorvos Gerlóczy Zsigmond dr. egyet. tanár) közleménye.

Néhány kísérlet a Caronia módszere szerint készült morbilli-vaccinával.

Írta: *Kalocsay Kálmán dr.* alorvos.

A római orvostudományi egyetem gyermekklinikájának közleményei (Di Cristina, Caronia, Sindoni) szerint úgy a morbilli, mint a skarlát megtalált kórokozójával sikerült virulens kulturák intramuscularis befecskendezése útján a skarlátot, illetőleg a morbillit, bár mitigált alakban, előidézni, typusos nyálkahártya és bőrtünetekkel és charakterisztikus vérképpel. Hasonló sikerrel jártak az immunisatiós kísérletek is. Inactivált kultúrákkal oltott gyermekek akkor sem betegedtek meg, ha garatjukat morbillis, illetőleg skarlátos betegek orr-garat-váladékával ecsetelték.

A kanyaróra vonatkozóan a Deutsche Med. Wochenschrift 1924, 8. számában is megjelent Caronia professornak egy közleménye, mely a bacteriologiai, serologiai és immunisatiós eredményeket összefoglalja. A skarlát elleni immunisatio terén Rómában elért kitűnő eredményekről számolt be *Jacobovits Béla dr.*, a helyszínén tett észlelések alapján, az *Orvosi Hetilap* múlt évi 19. számában. A helyszínén tett észlelések általában megerősítik a kiváló immun-eredményeket, ezzel szemben azonban az irodalomban egyetlen megerősítő közlemény sem jelent meg, sőt Bürgers és Brachmann (Arch. für Hygienie 94., 4—6.) negativ bakteriologiai eredményt kaptak; immunisatiós kíséreltekről pedig egy közlemény sem számol be.

A Pázmány Péter-tudományegyetem bacteriologiai intézetében *Markos György dr.* végzett idevágó vizsgálatokat. Tőle nyertünk anyagot néhány klinikai kísérlet elvégzéséhez.

A kísérletekhez használt táptalajokban minden esetben kimutathatók voltak a Caronia professor által leírt diplococcusszerű alakelemek. Ezenkívül felhasználtunk Rómából nyert kultúrákból átoltott tenyészeteket is. A betegség átvitelét két esetben kíséreltük meg.

A kísérletekre a morbilli vaccinát választottuk és siker esetén tértünk volna át a skarlát-vaccinára. Tekintve ugyanis a skarlát virusának resistens voltát, tartani lehetett attól, hogy az első kultúrának csaknem egynegyedét alkotó skarlátos vérrel, az abban lévő ismeretlen virus útján, kísérletünktől függetlenül is, skarlátot idézünk elő. Ez pedig nemcsak téves következtetésekre adhatott volna okot a táptalajban levő alakelemek jelentőségére vonatkozóan, hanem esetleg a beteg életét is veszélyeztette volna. E veszélyt még nagyobbította az a körülmény, hogy értesülésünk szerint a betegség előidézése csak csökkent ellenállású egyéneknél, morbilli-reconvalescenseknél sikerül. Ezeknél pedig a skarlát lefolyása annyira rosszindulatú szokott lenni, hogy ily kísérletekre nem tudtuk magunkat elhatározni.

A morbilli-vaccinánál ez a hibaforrás elesik, miután a morbilli virusának resistentiája a szervezeten kívül igen csekély. Ha tehát a betegség előidézése sike-

rül, úgy valóban mondhatjuk, hogy ez nem az *ismeretlen* virusnak, hanem a táptalaj különösen kedvező viszonyainál fogva természetesnek indult kórokozóknak, a látható alakelemeknek, tudható be.

Az immunisatiós kísérletekre vonatkozóan is könnyebben kaphattunk kétségtelen eredményt morbillinál, ahol a fertőzést föltétlenül követi a megbetegedés, mint skarlátnál, ahol az egyéni mentességnek nagyobb szerep jut.

A morbilli előidézését egy három- és egy hatéves gyermeken kíséreltük meg. Az intelligens szülőket, akik az esetleges könnyű megbetegedés révén nyert immunitás reményében a kísérletbe beleegyeztek, gondosan kikérdeztük; morbillira gyanus kiállott megbetegedést tagadtak.

Az oltást tíznapos, első generatiójú kultúrával végeztük, melynek virulentiáját táptalaj-passage nem gyengítette. A steril szervről leszívott táptalajfolyadékból adtunk három egymásra következő napon intramuscularisan 3, 5 és 5 cm^3-t.

A harmadik injectiót követő napon az egyik gyermeknél 37·4, a másiknál 37·1 hőmérsékletet észleltünk. Ez, valamint a csekély polynuclearis leukocytosis magyarázható abból a heteroprotein hatásból, melyet a szerv-autolysatumot tartalmazó folyadék parenteralis bevitele okozott.

Ezután mindkét gyermeket 23 napig tartottuk megfigyelés alatt, de sem hőemelkedést, sem hurutos tüneteket, sem a nyálkahártyán vagy a bőrön morbillira gyanut keltő elváltozást nem észleltünk. Vérképük a kritikus időben (10—15 nap) sem mutatott morbillira jellegző változást (leukopenia, lymphocytosis, mononucleosis).

Két prophylactikus kísérletünkre skarlátos pavillonban kiütött morbilli szolgáltatta az alkalmat. Az oltásokat az előző napon a szervről leöntött s carbolizált táptalajfolyadékkal végeztük, melyben a *Caronia* által leírt alakelemek kimutathatók voltak.

Egyik esetben morbilli-fertőzésnek kitett öt gyermeket oltottunk a fertőzést követő első, második és harmadik napon, 2—2 cm^3-rel. Utólagos kikérdezésnél kiderült, hogy kettőnek már volt kanyarója. A többi háromnál a fertőzéstől számított 12. napon rendes súlyosságú kanyaró tört ki, egy esetben bronchopneumoniás szövődménnyel.

A másik esetben kanyarós fertőzésnek kitett hét gyermeket oltottunk a fent leírt módon. A fertőzés forrását Koplick-stadiumban elkülönítettük. A 11. napon megbetegedett három gyermek. Ezeket is elkülönítettük. A 22. napon újabb három gyermeken jelentkezett a kanyaró. Ezeket már az osztályon hagytuk s tőlük nyerte fertőzését a hetedik gyermek, akin a kanyaró az első fertőzéstől számított 34., s a vaccinálás befejeztétől számított 30. napon jelentkezett. Valamennyi morbilli rendes súlyosságú kórképet mutatott.

Eseteink tehát úgy a betegség előidézése, mint az immunhatás tekintetében teljesen negativ eredményt adtak. A betegség kórképének enyhülését vagy a lappangási idő meghosszabbodását sem észleltük, mint a reconvalescens serum ellenére kitört kanyarómegbetegedésekben. Négy esetünk, melyekben a betegség egy második, illetőleg harmadik fertőzés folytán keletkezett (amit a pontos lappangási idő kétségtelenné tesz), azt bizonyítja, hogy a vaccina nemcsak a fertőzés *után* alkalmazva hatástalan, amikor, tekintve, hogy bizonyos időt igénylő activ immunisatióról van szó, lehetne a hatás elkésésére gondolni, hanem jóval a fertőzés *előtt* alkalmazva sem képes a betegség kitörését megakadályozni.

Miután az eredmények ennyire kivétel nélkül egybehangzóak voltak, s másrészt a bevált reconvalescens serum mellőzésével nem akartuk a morbillifertőzöttek megvédését kockáztatni, több kísérletet nem is végeztünk. S főleg, mert közben a táptalajcontrollok a látható alakelemek specifitását erősen kétségessé tették s nem sikerült a *Caronia* által leírt serologiai identificatio sem.

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának (igazgató: Poór Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A szegedi mikrosporiasisjárvány tanulságai.

Írta: *vitéz Berde Károly dr.* klinikai tanársegéd.

Az a mikrosporiasis pandemia, mely a világháborút követően a középeurópai államok területén fellépett, Magyarországot sem kerülte el. *Neuber* 1919-ben állapítja meg a betegségnek Budapesten való előfordulását, s ő, majd *Ballagi* éveken át észlelik annak endemiás jellegét a fővárosban, az 1924. év folyamán pedig Szegeden nyílt alkalmunk a mikrosporiasis járványos fellépését megállapítani. Ma, midőn e járvány terjedelméről közel pontos adatok állanak rendelkezésünkre, s annak lefojtása többé-kevésbbé sikerült, tanulságait az alábbiakban ismertetjük.

I. *Epidemiologia.*

Hogy a mikrosporiasis Szegeden otthonos betegség, erről csak az 1924. év folyamán végzett mykologiai vizsgálataim óta van tudomásunk. Az utóbb észlelésem alá került és mikrosporiasisnak bizonyult első megbetegedések a nevezett év elején bukkantak fel, és pedig közel egyidejüleg két, egymástól igen távolfekvő és egymással semmi tekintetben érintkezésben nem álló gyermekotthonban, a városi árvaházban és az állami gyermekmenhelyen. Mindkét intézetben felületes trichophytiasisnak tartva a kezdetben szórványosan jelentkező eseteket, társaiktól nem különítették el őket, s másodnaponkinti jódtinktura-ecseteléseken kívül egyéb intézkedés bevezetése nem látszódván szükségesnek, az árvaház beteg növendékei a tavaszi féléven át a nyilvános népiskolát korlátozás nélkül látogatták. Észlelésem alá ezen betegek csak július hóban kerültek, mikor is mykologiai vizsgálattal megerősítve a mikrosporiasis diagnosisát, mindkét intézetet felkerestem, vizsgálat alá vettem az összes növendékeket, s augusztus elején a gyermekmenhelyen öt fiút és négy leányt, az árvaházban pedig tizenegy fiút találtam betegnek. E betegek elkülönítéséről és megfelelő gyógykezeléséről azonnal intézkedés történt, de az előzmények alapján már ekkor a betegségnek szélesebb elterjedésére számítottunk. Valóban, szeptember folyamán egy harmadik gyermekotthonnak, a siketnémák intézetének növendékei között ütötte fel fejét a betegség, mely intézet zárt jellegével az előbbi két gyermekotthonnal semminemű kimutatható érintkezést nem tart fenn. Ezen utóbbi helyen szintén csak a fiúnövendékek között találtam betegeket, számszerint hármat. A betegségnek járványszerű jellegét látva, főnököm, *Poór* professor úr megbízásából a városi tiszti főorvosi hivatallal egyetértően *Konczvald* és *Völgyessy* segítségével a város belterületén levő összes iskolák serdületlen növendékeit megvizsgáltam, amikor is kereken tízezer gyermek került vizsgálatunk alá, akik közül mindössze hat bizonyult mikrosporiasissal fertőzöttnek, közöttük két testvér. Időközben a járvánnyal sujtott három gyermekotthonban néhány újabb megbetegedést konstatáltunk, klinikánk járóbetegrendelésén két felnőtt egyénen találtunk mikrosporiasist, 1925. év január havában pedig a Napközi Gyermekotthonban lépett fel újabb járvány, eddig 22 megbetegedéssel. Az 1925 március 1-i állapot szerint a megbetegedések száma a gyermekmenhelyen 14, az árvaházban 13, a siketnémák intézetében 6, a napközi gyermekotthonban 22, intézeteken kívül 9, összesen tehát a város területén 64 volt. Amint ezen adatokból látszik, tulajdonképen négy intézeti járvánnyal állottunk szemben, míg a betegség jellege ezen intézeteken kívül csak szórványosnak mondható.

Azon kérdést illetőleg, hogy miként és hol fertőződtek az észlelésünk alá került betegek, továbbá, hogy mikor és hogyan került e betegség Szegedre, a következőket sikerült megállapítanunk: A betegség legkorább-

ban az újszegedi gyermekmenhelyen mutatkozott, január elején. A megbetegedett növendékek — mindnyájan 2—4 évesek — betegségük jelentkezése előtt már legalább egy évvel a nevezett intézet kötelékébe tartoztak, annak telkéről soha ki nem léptek, számukra borbély soha igénybe nem vétetett, oda tehát csak valamelyik átmenetileg ott tartózkodó lelenc, esetleg felnőtt látogató, vagy az intézet felnőtt személyzetéből valaki hurcolhatta be a betegség csiráit. A Belvárosban fekvő árvaházban szintén január hóban mutatkoztak az első esetek. Ezen intézet növendékei — 6—12 éves fiúk és leányok — mindnyájan szegedi illetőségűek, évek óta egyikük sem hagyta el a város területét, s az összes megbetegedettek legalább egy év óta az intézet lakói. Viszont gyakran járnak ki az intézetből, mindnyájan látogatják az iskolát, elég gyakran bocsáttatnak ki órákra, sőt hetekre is a város területén lakó rokonaikhoz, hajukat nyilvános borbélyüzletben vágatják, itt tehát azon feltevést kell elfogadnunk, hogy a betegséget valamelyik növendék hurcolta be az intézetbe, vagy a városi játszópajtásaitól kapva el azt, vagy borbélyfertőzés útján jutva hozzá. Annak valószínűségét, hogy a betegség nem idegeneből, hanem Szeged város területéről juthatott az intézetbe, élénken példázza K. J. növendék esete, kinek fején, midőn 1924 augusztus 12-én az Alsóváros területéről az intézetbe felvétetett, már hónapok óta fennálló, kiterjedt mikrosporiasisos elváltozást találtam. E növendék megbetegedése az intézetbeli járvánnyal nem függ össze, s eredetét az Alsóvárosban kerestük és találtuk meg. A siketnémák Alsóvárosban fekvő intézetének növendékei között az első megbetegedés júniusban mutatkozott. A másik öt megbetegedett növendéket az intézeti orvosi vizsgálat szeptember elején még egészségesnek találta, ezeken október és november folyamán konstatáltuk a mikrosporiasis kifejlődését. Mivel ez az intézet zárt, növendékei onnan ki nem járnak, hajuk vágását nem borbély, hanem az intézeten belül a házi személyzet végzi, a betegség csiráit ide csak a növendékek látogatói, vagy az intézet alkalmazottai hurcolhatták be. E gyermekinternátusokon kívül talált esetek közül a Rókus városrészben lakó V. L. tanuló betegségét kimutathatóan Tatabányáról hozta magával, a szemklinikán talált eset Gyuláról. A Belvárosban fekvő napközi gyermekotthon beteg gondozottjai közül a legkorábban megbetegedő M. F. ugyanazon borbélyüzletben szokta vágatni a haját, melyben az árvaház beteg növendékei, ez a két intézeti járvány tehát valószínűleg borbélyfertőzés útján függ össze egymással, míg különálló járványfészket képez két alsóvárosi népiskola, hol az év második felében négy mikrosporiasis-esetet találtunk, de ezen iskola egyikének növendéke volt az év első felében azon K. J. is, ki augusztusban már kifejlődött mikrosporiasissal vétetett fel az árvaházba. Az alsóvárosi iskolaepidemia eredetét kikutatnunk nem sikerült, mert más gombás fejbőrbetegségeknek (favus, trichophytiasis) e városrészben való széles elterjedtsége miatt a laikusoknak az iskolajárványra vonatkozó bemondásait értékesíteni nem lehetett.

Az a körülmény, hogy az általunk elsőnek látott esetek az árvaházból és a gyermekmenhelyből kerültek ki, egyáltalán nem bizonyít amellett, hogy a járvány kiindulási pontjai ezen intézetekben volnának. Ellenkezőleg, az a tény, hogy egyidejűleg a városnak több, egymástól tekintélyes távolságra fekvő pontján, egymással semmiféle összeköttetésben nem álló iskolákban és internátusokban találtunk mikrosporiasissal fertőzött gyermekeket, sőt egy felnőttet is, amellett szól, hogy e betegség városunkban már régebbi idő, esetleg hosszú évek óta otthonos, s az internátusokba is a város területéről hurcoltatott be, de egyfelől előzőleg szórványos jellege s a *Gruby-Sabouraud*-féle kórképtől gyakran eltérő volta, másfelől a felületes fejbőrtrichophytiasis klinikai képéhez való hasonlósága miatt, végül pedig azon körülmény folytán, hogy városunkban korábban mykologiai vizsgálatok ezirányban nem végeztettek, az elvétve észlelés alá kerülő mikrosporiasis-eseteket észlelőik trichophytiasisnak tekintették. Véleményünk e tekintetben közel áll az *Ullmanné*hoz, ki a bécsi mikrosporiasis-járványok eredetét illetőleg hasonlóképen nyilatkozik. A Szegedre behurcolt betegség, ameddig szórványos volt, rejtve maradt előttünk, amidőn azonban egyes gyermekotthonokba bejutva ott szokása szerint házijárványokat okozott, figyelmünket azonnal magára vonta.

Ezen intézeti járványok megfigyelése több tekintetben felvilágosítást nyujt a betegség ragályozásának körülményeiről. Mindhárom intézetben egyaránt fiú- és leánynövendékek vannak együtt, közös nappali helyiségekkel, közös játszótérrel. Mindkétnemű gyermekek a nappal legnagyobb részét egymás társaságában, együtt töltik el. A fiúk és leányok háló- és öltözőhelyiségeiül azonban az árvaházban és a siketnémák intézetében egymástól elkülönített helyiségek szolgálnak, s e két intézetben a fiúk között egyre-másra jelentkező megbetegedések mellett a leánynövendékek teljesen mentesek maradtak a mikrosporiasistól. Ezzel szemben a gyermekmenhelyen, hol a 2—4 éves gondozottak háló-, mosdó- és öltözőhelyiségei is közösek, 7 beteg fiú mellett 7 beteg leányt is találtam. A közös háló- és öltözőhelyiségnek a ragályozásban való szerepét világítja meg a V.-családnál tett észleletünk is, hol négy serdületlen gyermek közül az először megbetegedő fiú azon nővérét fertőzte, kivel közös szobában alszik, míg a más szobában alvó két nővére a fertőzéstől mentes maradt. Hogy a ragályozás szempontjából a közös háló- és öltözőhelyiségek veszélyességéhez képest mennyire csekély jelentősége van az iskolának és a borbélyüzletnek, erre vonatkozóan az árvaházi járvány körül tett tapasztalataink nyujtanak érdekes felvilágosítást. Az árvaház beteg növendékei az év első felében korlátozás nélkül látogatták az intézet szomszédságában lévő népiskola különböző osztályait, s midőn egy félév mulva átvizsgáltuk ezen iskolának hatszáz növendékét, egyetlen fiúnövendéket találtunk közöttük betegnek, az is betegségét Tatabányáról hozta. Míg az alsóvárosi népiskolában, hol a tanulók csak a nappali órákat töltik együtt, félév alatt a növendékeknek csak egy százaléka fertőződött, addig az árvaházban a közös hálóteremben elhelyezett gyermekeknek ugyanennyi idő alatt 20 százaléka. Egyedül a napközi gyermekotthonban tapasztaltuk, hogy a 3—6 éves gyermekek pusztán nappali együttléte is alkalmat nyujthat kiterjedt járvány kifejlődésére, amint azonban megállapíthattuk, a napközben elálmosodó kisdedeket itt is le szokták fektetni, még pedig közös fekvőhelyekre. Ugyancsak az árvaház növendékei, köztük féléven át a betegek is, az intézet közelében lévő nyilvános borbélyüzletben vágatták havonkint egyszer a hajukat, s bár a borbély, mint előttem kijelentette, látta, hogy némelyiknek „valami folt“ van a fején, semmi különösebb óvóintézkedést a maga részéről nem foganatosított. Ennek dacára egy félév mulva az azon borbélyüzletet látogató iskolaköteles gyermekek közül csak egyetlennél találtunk mikrosporiasist, a klinikánkat pedig ezen városrészből senki sem kereste fel e betegséggel.

Az észlelésünk alá került egész beteganyagon a betegségnek a nemek szerint való megoszlása a fiúkra nézve kedvezőtlenebb. 52 megbetegedett fiúra mindössze 12 leány esik. Ugyanezt találta többek között *Frühwald* is 1922—23-ban a chemnitzi, valamint *Soltmann* és *Dietze* 1923-ban a *leipzigi* járványnál. E körülmény oka nézetünk szerint nem a nemi különbségben levő belső, constitutionalis viszonyokban, hanem kizárólag a fiúk rövidre nyírott hajviseletében rejlik. Rövid hajzat mellett könnyebben szórja szét a fiúgyermek játszópajtásai között spóratartalmú hajszálcsonkjait és hámpikkelyeit, kalapjának bélését, a hajvágó eszközöket könnyen szennyezi be velük, mely tárgyakkal aztán ugyancsak fiúk fejbőrére vitetik át a gomba, hol a rövidrenyírt hajzatban az odakerülő spóra könnyen találja meg az utat kedvenc tanyája, a hajszál tüszőfeletti része felé. Úgy az árvaház, mint a siketnémák intézetének növendékei bevallják, hogy egymás kalapjait minduntalan

összecserélik, sőt a kalap formája egyszabású lévén, néha nincsenek is tisztában azzal, hogy melyik kalap melyiküké? Ahol fiúk és leányok egyaránt rövid hajat viselnek, mint a gyermekmenhelyen, hol a hajvágást odahaza az intézeti személyzet végzi közös eszközökkel, ott a megbetegedettek között a fiúk és leányok száma pontosan egyenlő (7—7).

Alkalom nyílt annak megfigyelésére is, hogy a fertőzés létrejöttéhez bizonyos egyéni hajlam fennállása szükséges. Midőn a betegség az év első felében az árvaházban felütötte a fejét, egy-két hónap alatt közel 20 százalékát fertőzte a növendékeknek, s bár ezáltal a további fertőzések lehetősége jelentékenyen kiszélesedett, hónapok elteltével alig egy-két újabb megbetegedés történt, bár augusztusig a betegség terjedése ellen semmi óvóintézkedés nem vezettetett be. Két testvér közül, kiknek ruhaszekrényük és toilette-eszközeik közösek voltak, a mikrosporiasissal fertőzött idősebbik — kinél sipolyos, gümős mirigyelváltozások is vannak jelen — a legsűrűbb és legszorosabb érintkezés dacára sem fertőzte öccsét. A siketnémák intézetében a fiatalabb növendékek az intézet zsúfoltsága miatt kettenketten alusznak egy ágyban. Megfigyelve a megbetegedettek hálótársait, némelyik közülük hónapok mulva is mentes volt a mikrosporiasistól.

A betegség terjedését megakadályozandó, az árvaházban és a gyermekmenhelyen már augusztus hó folyamán foganatosítottunk bizonyos helyi rendszabályokat, míg az általános óvóintézkedéseket a városon október hó elején vezettük be. Mindenekelőtt klinikánkon külön osztályt állítottunk fel, hol elhelyezést nyertek az észlelésünk alá került mikrosporiasisos betegek, kiket onnan csak klinikai gyógyulásuk után bocsátottunk ki, továbbra is ellenőrzésünk alatt tartva őket. A város területén levő összes iskolaköteles gyermekek már említett megvizsgálása alkalmával felhívtuk a tanítószemélyzet és a szülők figyelmét a betegségre, valamint reámutattunk a mikrosporiasis jelentőségére a város orvostársadalma, valamint a borbélyiparosok előtt is. Ily módon a hatóság és közönség együttes támogatásával decemberig sikerült látszólag lefojtani a járványt, sajnos, a f. évi január hóban kialakult újabb iskolajárvány arról győzött meg, hogy ha most kezdetben elmulasztjuk a megbetegedettek elkülönítését és szakszerű gyógykezelését, rövid időn belül a nyugateurópai nagyvárosokban észlelhető endemiákhoz hasonló járvánnyal fogunk szembenállani.

II. *Mykologia.*

Mykologiai vizsgálatot az esetek mindenikénél végeztem, s a kórokozó gomba kimutatása a hajszálcsonkokon vagy a lekapart hámfelrakódásban úgy mikroskopikusan, mint tenyésztés által minden esetben könnyen sikerült. A beteg terület hajszálainak tüszőbeli és közvetlenül a tüsző feletti részét köpenyszerűen körülvevő spórahüvely fehér színével szabad szemmel is azonnal látható volt, s méginkább szembetűnt, ha a hajszálat sötét alapra helyeztem. A spórahüvely vaskosabb, szembeötlőbb és fehérebb, mint a nálunk szintén otthonos trichophyton ektotrix mikroides fajok által létrehozott hüvely. Mikroskop alatt a hajszálat körülvevő fehér hüvely apró, sokszögletű, egyenlő nagyságú spórák tömegének bizonyult, mely spóráknak láncolatokba való rendeződését sohasem láttam, a kép mindig mozaikszerű volt. A hajszál felszínén, vagy a spórahüvely tömegében fonalak nem voltak láthatók, annál könnyebben találtam meg ezeket a hajszál belsejében, mint rövidebb-hosszabb, vaskos, nagyobbára hullámos lefutású képleteket, melyekben arthrospora-képzés nem volt kimutatható. E vaskos myceliumok *Amann*-féle lactophenolban az ép spórahüvelyen keresztül is áttűnnek. Gyérebb számmal találhatók a myceliumok a megbetegedett szőrtelen területek hámkaparékában, míg ugyanitt a spóráknak nagy tömegei lehetnek jelen. *Sabouraud* táptalajaira ültetve minden egyes betegünk hajszálaiból, vagy hámkaparékából, néhány nap mulva bolyhos, fehér, korongalakú telep eredt meg, közepén kis kiemelkedéssel. Két hét mulva két-három koncentrikus gyűrű alakult ki a felszínén, míg sugárirányú barázdák képződését a tenyészeteken egyetlen esetben sem láttam. A telepek félév mulva is életképesek voltak és pleomorphiába sohasem estek. A gomba mikrokultúráiban 4—5 nap mulva indult meg a fonálképződés, s a kifejlett tenyészetekben nagy számban láttam fésűszerveket („organes pectinées"), chlamydospórákat, ritkábban oldalkonidiumokat („conidies laterales"), míg rekeszes orsókat („conidies fuselées pluriseptées") soha. Állat bőrére átvinni a fertőzést három ízben kíséreltem meg *Stein* előírása szerint, kétszer tengerimalacra, egy ízben macskára, minden eredmény nélkül.

A felsoroltak után semmi kétség nem marad aziránt, hogy Mikrosporon Audouinivel van dolgunk, s mykologiai diagnosisunkat beküldött hajszálak és tenyészetek felülvizsgálata után *Sabouraud* volt szíves megerősíteni.

III. *Klinikai rész.*

A klinikai kép elég változatosnak mondható. 33 esetben csupán a hajasfejbőrön találtunk elváltozásokat, és pedig a *Gruby-Sabouraud*-féle, tipikus „teigne tondante microsporique" képét. A hajzatos fejbőr különböző részein az esetek szerint 1—5, fillérnyi, gyermektenyérnyi, kerek, vagy ovalis, éleshatárú, a bőr szintjéből néha kissé kiemelkedő, laposfelszínű, hamuszürke, korpázó felrakodással fedett folton a hajszálakat egyenlőtlen magasságban letöredezve találtuk. E hajszálcsonkok hossza 1—4 mm volt, rugalmasságuk csökkent, borzolgatva őket, renyhén elhajoltak a borzolás irányában, ujjaink, vagy csipesz szárai közé fogva egyszerre nagyobb számban voltak kihúzhatók, anélkül, hogy ez a betegnek fájdalmat okozott volna. E hajszálakat burkoló fehér spórahüvely in situ szabadszemmel is látható volt. A beteg területet borító hamuszürke felrakódást lekaparva, alatta a bőr alig mutatott gyulladásos tüneteket, legfeljebb néha igen enyhe pírt. A tünetek intensitása az elváltozott terület egész terjedelmén mindenütt egyformán kifejezett volt, az elváltozás pedig subjectiv kellemetlenségekkel nem járt.

31 esetben a klinikai kép a fennebb vázolt klasszikus typustól többé-kevésbbé eltért. Így kilenc betegünknél — 5—11 éves fiúk — bár az elváltozott területeken a hamuszürke felrakódás kifejezett volt s a hajszálak alsó szakaszát fehér spórahüvely övezte, e hajszálak a betegségnek hetek, sőt hónapok óta való fennállása dacára sem töredeztek le, rugalmasságukat többé-kevésbbé megtartották, s kihúzásuk fájdalommal járt. Két-három centiméter hosszú hajzat mellett e beteg területek csak akkor tűntek szembe, ha a fejbőrt tüzetesen megtekintettük. Ezeken a beteg foltokon, akár azoknak közepén is találtunk gombától mentes, teljesen ép hajszálakat is, hasonlóan *Neuber*, valamint *Soltmann* és *Dietze* eseteihez. Hat betegünknél — mindnyájan 2—4 éves fiúk és leányok — a betegség a hajas fejbőrön nem körülírt területekre szorítkozott, hanem szétfolyóan kiterjedt annak csaknem egész felszínére. A fejbőr itt a diffus szürke felrakódás miatt a pityriasiformis favusra, vagy kiterjedt száraz seborrhoeás folyamatra emlékeztetett, az elváltozás azonban egyfelől helyenkint túlterjedt a hajzat szélein, másfelől mindenütt éles határt mutatott. Hasonló eseteket írnak le *Soltmann* és *Dietze*, valamint *Glaser* is. Három esetben láttuk, hogy a hajas fejbőrön székelő mikrosporiasis-gócok azt a közepükön megbékülő, széleiken élénk gyulladásos tünetekkel, vérbőséggel és hólyagocskák képződésével járó jelleget mutatták, amilyent a trichophytonok által előidézett herpes tonsurans vesiculosus rendszerint mutatni szokott. A mikrosporon által előidézett mélyebb gyulladást, kerionképződést, mint *Plaut, Neuber, Fuhs, Fischer, Buschke* és *Klemm, Soltmann* és *Dietze, Ballagi* stb., egyetlen esetben sem láttunk. Volt ugyan három betegünk, kiknél a hajas fejbőrön fennálló mikrosporiasisos gócok mellett ugyanott elég súlyos pyoderma is volt jelen, ezen

genyes folyamatok és a mikrosporon között azonban az aetiologiai kapcsolatot kimutatnunk nem sikerült. Egyiküknél három mikrosporiasisos folt mellett, részint magukon e foltokon, részint azoktól távol, elszórtan az egész fejbőrön számtalan genyesen gyulladt szőrtüsző, kölesnyi-lencsényi pustula volt jelen, melyek néhány napi Burow-oldatos borogatás után gyógyultak, de genyjükben, a belőlük kihúzott szőrszálakon, a környékükről vett hámkaparékban a gombát kimutatnunk csak az említett három körülírt mikrosporiasisos gócon belül sikerült. A második eset impetigo contagiosa capillitii kórjelzéssel került klinikánkra, a hajas fejbőrét csaknem egész kiterjedésében vastagon fedték a mézsárga pörkök, melyek alatt a fejbőr vérbő, duzzadt, helyenkint hámhiányos és nedvező volt, a pörkök letakarítása és néhány napi borogatás után azonban kiderült, hogy a fejtetőn egy nagyobb, a tarkón három kisebb, körülírt mikrosporiasisos góc van jelen, melyekben a gombát rövidesen meg is találtuk, míg egyebütt minden kutatásunk meddő maradt. A harmadik esetben három mikrosporiasisos góc mellett a fejtetőn, tarkón és jobb falitájon láttunk néhány lencsényi-fillèresnyi friss heget, továbbá körülírt pyodermás területeket, melyeknek alapja helyenkint túlsarjadzott, de sehol a hajas fejbőrön gombatartalmú hajszálakat vagy hámkaparékot nem találtunk, csupán a klinikailag is typikus felületes mikrosporiasisos gócokon. A mindhárom esetben végzett intracutan trichosanbefecskendezés negativ eredménnyel járt, sem jelentősebb helyi, sem a genyes területeken gócreactiót nem váltott ki. A gombák hiánya s a trichosaninjectiók negativ eredménye alapján arra következtetünk, hogy a bőr genyes gyulladása mindhárom esetben csak másodlagosan társult a felületes mikrospariasisos megbetegedéshez, de nem a mikrosporon által idéztetett elő. Lehet, hogy a fejbőr felületes mikrosporonos megbetegedése hajlamosít a genyes fertőződésre, de óva intünk attól, hogy a mikrosporiasis mellett fennálló akármilyen genyes bőrgyulladást azonnal és minden kritika nélkül a mikrosporon által előidézettnek tekintsünk.

Szőrtelen területen jelentkező mikrosporiasis circinosa cutist tíz esetben láttunk, és pedig hat esetben a hajas fejbőrön fennálló gócokkal egyidejüleg, négyben azok nélkül. Előbbieket a jobb homlokszélen, a jobb fül mögött és a nyak hátsó részén, egy esetben ezek mellett a törzsön és végtagokon elszórtan (összesen 52 folt), utóbbiak között kettőt a bal arcfélen, egyet a bal alkaron, egyet a nyak jobboldalán. E kórképeket a felületes trichophytiasistól klinikailag elkülöníteni nem lehetett. Hét betegünk gócai hüvelykujjbegynyi-gyermektenyérnyi, ovalis területen megbékülő középpel és enyhén vérbő, de élénken hámló szélekkel a herpes tonsurans erythematosquammosus képében, másik három betegünk hasonló terjedelmű egy-egy góca gyulladt, hólyagcsás-pörkös széleivel a herpes tonsurans vesiculosquammosus képében nyilvánult meg. Különösen érdekes volt a H. G. betegünk alkarján jelentkező ovalis góc, melynek már megbékült középső területéből újabb hólyagkoszorú indult ki és terjedt a peripheria felé. Négy betegünknél a gyógyulás után a gócok helyén sötétebb festenyzettség, egyiknél pedig három hó mulva is látható festékhiány (leukoderma mikrosporicum *Buschke)* maradt vissza.

A betegséget felnőtt emberen két esetben láttuk, 43 éves férfi szakálltáján a bal fül előtt és alatt gyermektenyérnyi területen, mint felületes, foltosan hámló herpes tonsuranst, részben letöredezett szőrszálakkal. A trichophytiasistól csak mykologiai vizsgálat útján tudtuk elkülöníteni. Az eset annál több figyelmet érdemel, mert a mikrosporiasis felnőtteken általában ritkán, akkor is rendszerint szőrtelen bőrterületen s csak elvétve a hajas fejbőrön jön elő, a szakállban székelő esetről a rendelkezésemre álló irodalomban nem találtam említést. A másik 28 éves asszony, kire gyermekéről ragadt át a betegség, nyakán egy góccal.

Amint a felsoroltakból látható, eseteinknek közel 50%-ában kisebb-nagyobb eltéréseket találtunk a klinikai képben a *Gruby-Sabouraud*-féle eredeti typustól. Az esetek többségében ezen eltérések dacára is elég jellegzetes volt a kórkép ahhoz, hogy a diagnosist már a klinikai tünetek alapján is felállíthassuk, de néhány betegünknél csupán mykologiai vizsgálat segítségével voltunk képesek helyes kórisméhez jutni. A Szeged környékén otthonos fonálgombás betegségek közül elsősorban az iskolásgyermekek között elterjedt s a trichopyton violaceum által előidézett felületes bőrfolyamat esetei jártak néha klinikailag diagnostikai nehézségekkel, amennyiben klinikai képük fölötte hasonló volt a mikrosporiasiséhoz, de a hajszálak egyszerű mikroskopikus vizsgálata elegendő volt ahhoz, hogy ezen eseteket a mikrosporiasistól elkülöníthessük. Ugyanez áll a nálunk — sajnos — mind gyakrabban mutatkozó favus pityriasiformis alakjaira. Ezen eseteknél a tenyésztési eljárásokat akár mellőzhettük is volna. Másként állunk a trichophyton ektotrix mikroides által előidézett megbetegedésekkel, melyek ugyan sohasem utánozzák a mikrosporiasis *Gruby-Sabouraud*-féle képét, de annál inkább hasonlítanak mély gyulladással járó mikrosporiasishoz. Bár a gyakorlottabb vizsgáló számára a beteg szőrszál vizsgálata ezen esetekben is megadja a kívánt felvilágosítást a gomba faját illetőleg, tanácsosabb, ha nem mellőzzük a tenyésztési eljárásokat. A gyakorlat szempontjából *Oppenheim* nem tartja fontosnak, hogy a bőrön előforduló megbetegedés esetén a gomba faja pontosan meghatároztassék. Valóban a klinikai vonatkozásokat illetőleg ez többé-kevésbbé közömbös is volna, de ha a prophylaxis követelményeit tekintjük, nem oszthatjuk ezt a nézetet. A beteg környezetére nézve nem közömbös, hogy adott esetben a betegséget melyik gombafaj idézte elő. Hogy a mikrosporon behurcolása egy intézetbe vagy családba mit jelent, erre nézve a szegedi járvány is nyujt megfontolandó tanulságokat, míg pl. az állati eredetű trichophyton ektotrix mikroides fajokra vonatkozólag *Neuber* kiemeli, hogy azoknak emberről-emberre való átvitele ritka és csak kivételesen történik meg. A magunk részéről gyakorlati szempontból is indokoltnak tartjuk a gomba fajának meghatározását s ha az a családi és intézeti járványokat oly könnyen okozó trichophyton cerebriforme, crateriforme, violaceum vagy mikrosporon által előidézett fertőzés fennforgását mutatja ki, ajánlatosnak tartjuk a betegnek a szükség és lehetőség szerint való elkülönítését, ami viszont állati eredetű trichophytonos fertőzés esetén nem látszik szükségesnek.

Mikrosporidok jelentkezését egyetlen esetben láttuk, mikrosporosist egy ízben sem, bár az *Arzt* és *Fuhs* közlései alapján az epilatiós Röntgen-besugárzások végeztével, továbbá trichosaninjectiók vagy pyrogalluskezelés alkalmazása esetén különös figyelmet fordítottunk erre. Úgyszintén nem voltunk képesek kimutatni betegeink bőrén a fonálgombák anyagaival szemben fennálló allergiát, bár minden esetünknél vizsgálatot végeztünk ezirányban, 0·01—0·3 cm^3-t fecskendezve be intracutan a Pápay-féle trichosanból.

Ha az utóbbi évek folyamán a Közép-Európaszerte észlelt mikrosporiasispandemia klinikai vonatkozásait tekintjük, abban számtalan eltérést találunk a korábban csak Nyugat-Európában ismert mikrosporiasisnak *Gruby* és *Sabouraud* által leírt klinikai képétől. E különbségek okát illetőleg *Arzt* a középeurópai mikrosporon-törzsek bizonyos biologiai megváltozására gondol, *Poór F.* pedig utalva a klimatikus viszonyoknak a fonálgombák élettevékenységeire gyakorolt ismeretes befolyására, a kontinens nyugati és középső szakaszának egymástól lényegesen különböző meteorologiai és klimatologiai viszonyaiban látja e biologiai megváltozás okát.

Betegeink gyógykezelését a hajas fejbőrön Röntgen-epilatióval és erélyes antiseptikumok alkalmazásá-

val végeztük. A teljes epilatiót esetenkint 5—7 mező besugárzásával értük el, 3—4 egymásra következő napon adva le mezőnként $^4/_5$ HED-t szűrő nélkül. A besugárzásokat követő harmadik héten a hajzat kihullott, míg nemkívánatos mellékhatásokat sem a bőr, sem az agy részéről nem tapasztaltunk. Az epilatio után néha visszamaradó lanugók eltávoltása céljából kísérletet tettünk az *Arzt* által ajánlott viasz-gyantasapkával, melynek segítségével sikerült is a lanugóknak tekintélyes részét eltávolítani. Sajnos, ezen módszernek is megvan azon eredendő fogyatkozása, hogy éppen a gomba által megtámadott, tüszőikben visszamaradt hajszálcsonkok eltávolításánál hagy cserben, a beteg hajszálak törékeny volta miatt. Takarékossági okokból néhány esetben a hajas fejbőrnek csak azon tájékát epiláltuk, melyen a betegség székelt. Az eredmény néha kielégítő volt, máskor azonban 3—4 hét mulva ilyen módon kezelt betegeinknél is teljes epilatióra szorultunk az epilálatlan helyeken jelentkező újabb gócok miatt. A Röntgen-kezelés mellett a beteg területeket az esetek nagyobb részénél másodnaponkint desinficiens oldatokkal ecseteltük. Kezdetben a cignolinnak 2%-os chloroformos oldatát használtuk e célra, de ez a más, felületes dermatomykosisoknál mindig jól beváló szer a fejbőr mikrosporiasisánál nem járt a kívánt eredménnyel. A cignolinnal ecsetelt foltok továbbterjedtek széleiken, miért is csakhamar a jódtinktura alkalmazására tértünk át. A jódtinktura-ecseteléseket az epilatio megtörténte után minden esetben még két hónapon át végeztük, s az ily módon kezelt betegeinknél újabb hónapok elteltével sem láttunk recidivát. A betegek egy másik csoportjánál a Röntgen-kezelés mellett az egész hajas fejbőrt másodnaponkint 3% pyrogallus, 5% salicylvaselinnel kentük be és tartottuk kötés alatt, ugyancsak két hónapig az epilatio megtörténte után. Az eredmény éppen olyan jó volt, mint a jódecsetelésekkel kezelt eseteknél. A hajas fejbőr bezsírozását és bekötését egyébként minden esetben szükségesnek tartottuk a gombatartalmú hajszálak elhullásának megakadályozása céljából. Hogy Röntgen-epilatio nélkül a leggondosabb desinficiens kezelés is mennyire eredménytelen, azon betegeinken láthattuk, kiket mielőtt klinikánkra kerültek volna, hónapokon át jódtinktura-ecseteléssel kezeltek otthonukban. E kezelés mellett állapotuk nemhogy javult volna, hanem elsődleges gócaikhoz újabbak csatlakoztak. Betegeinket az epilatio megtörténte után 8—10 nappal a klinikáról elbocsátottuk, s ezek további kezelésüket ellenőrzésünk alatt otthonukban, vagy klinikánk járóbetegrendelésén végeztek. Ugyanezen időtől kezdve az iskola látogatását is megengedtük. A gyógykezelési idő átlagosan 12 hétig tartott, melyből négyet a klinikán, nyolcat otthonában töltött a beteg. Oly eseteknél, hol a betegség csupán szőrtelen területekre szorítkozott, a klinikára való felvételt nem tartottuk szükségesnek. A beteget néhány napon át otthonában elkülönítve naponkénti jódtinktura-ecseteléssel kezeltük, s az első hámlás megtörténte után az iskola látogatásától sem tiltottuk el. Gyógyulásuk 2—3 hét alatt bekövetkezett.

Összefoglalás. A mikrosporiasis Szegeden is otthonos, s okozójául itt ezideig csak a Mikrosporon Audouinit találtam.

Elsősorban gyermekotthonok betegsége, hol terjesztésében a közös háló-, öltözőhelyiségnek, valamint a közös toillette-eszközöknek van szerepük. Ehhez képest jelentősen csekélyebb az iskolai és borbélyüzleti fertőzés lehetősége.

Fiúgyermekek gyakoribb fertőződésének oka a rövid hajviselet.

A fertőzés létrejöttében az egyéni hajlam is szerepet játszik.

A betegség klinikai képe közel 50%-ban kisebb-nagyobb eltérést mutat a Gruby-Sabouraud-féle klaszszikus typustól.

A hajas fejbőr mikrosporiasisa másodlagos genyes fertőzésekre hajlamosít, de a genyes gyulladások és a mikrosporon között fennálló kóroktani kapcsolat megállapítása óvatosságot igényel.

A hajas fejbőrön hosszú ideig fennállhat a betegség, anélkül, hogy a hajszálak letöredeznének, s az ilyen területen gombáktól mentes, teljesen ép hajszálak is találhatók.

A mikrosporiasis felnőtt férfi szakálltáján a felületes trichohpytiasishoz teljesen hasonló kórképet idéz elő.

A betegség gyógykezelésében egyidejű Röntgen-epilatio mellett a jódtinktúra vagy a pyrogalluskenőcs egyaránt jól beválnak.

A hajas fejbőr mikrosporiasisa esetén a beteg elkülönítése legalább az epilatio befejezéséig ajánlatos, míg szőrtelen terület megbetegedése ezt nem teszi szükségessé.

Irodalom: *Neuber:* Orvosi Hetilap 1922, 28—29. sz. — *Ballagi:* Nékám-Emlékkönyv 1924. — *Ullmann:* Zentralbl. f. H. u. G. 5. köt., 128. old. — *Oppenheim:* Ugyanott. — *Frühwald:* Derm. Wochenschr. 1924, 12. sz. — *Soltmann* u. *Dietze:* Derm. Wochenschr. 1924, 22. sz. — *Sabouraud:* Les teignes 1910. — *Brumpt:* Precis de parasitologie 1923. — *Langeron:* Precis de microscopie 1923. — *Stein:* Fadenpilzerkrankungen 1914. — *Glaser* (Soltmann és Dietze után): Derm. Wochenschr. 1924, 22. sz. — *Plaut* (Ref.): Zentralbl. f. H. u. G. 7. köt., 157. old. — *Fischer:* Acta dermat.-vener. 2. köt., 1. füz. — *Fuhs* (Ref.): Zentralbl. f. H. u. G. 4. köt., 98. old. — *Arzt-Fuhs:* Arch. f. H. u. G. 136. köt. — *Buschke* u. *Klemm:* Med. Klin. 1921, 45. sz. — *Arzt* (Ref.): Zentralblatt f. H. u. G. 7. köt., 498. old. — *Fuhs* (Ref.): Zentralbl. f. H. u. G. 6. köt., 336. old. — *Arzt-Fuhs:* Acta dermat.-vener. 3. köt. — *Poór F.:* Egyetembarátok Egyesülete Szeged, Orvostud. szakosztály 1924. okt. 11. (Ref. Orvosi Hetilap 1924, 48. sz.) — *Sabouraud:* Traitement de la pelade, 1895.

A m. kir. Postai Betegbiztosító Intézet idegrendelésének közleménye (vezető: Keller Kálmán dr.).

Kisagyvelői tünetek a nagyagy gócos megbetegedéseiben.*

Írta: *Keller Kálmán dr.*

Az itt leírandó nagyagyvelői daganat esetében a typusos tünetek mellett a betegség egész tartama alatt több oly tünet jelentkezett állandóan, melyeket a kisagyvelő működészavarának szoktunk tulajdonítani. Mivel a bántalom lefolyása alatt a koponyaüri nyomásnak emelkedését semmi sem árulta el, s a sectio alkalmával a kisagyvelő épnek bizonyult, az észlelt kisagyvelői tüneteket bizonyos jogosultsággal a nagyagy- és a kisagyvelő között futó hosszú pályák közvetlen sérüléseként foghattuk fel. Azonkívül egyike a kisagyvelői tüneteknek (az adiadochokinesis) úgy ezen esetben, mint más gócos nagyagybántalom eseteiben, oly körülmények között mutatkozott, hogy keletkezési feltételei alapján az apraxiás mozgászavar bizonyos alakjával volt közelebbi vonatkozásba hozható.

A kórtörténet a következő:

A 48 éves postaaltiszt *(D. I.)* 1924 február 7-én hirtelen jobboldali Jackson-epilepsiás rohamot kapott, mely kézzsibbadással és kisujjának rángatódzásával kezdődött, a görcsök innen arcára terjedtek és az eszmélet elvesztésével jártak. A görcsök ismétlődése folytán február 11-én a Postai Betegbiztosító idegrendelésére utaltatott be, hol a jobb kéz csökkent szorító erején kívül az idegrendszer körében a normalistól eltérést nem állapíthattam meg. Vérének Wassermann-reactiója negativ volt. Görcsrohamai ezután még két héten át jelentkeztek, néha egy napon több ízben is; a rohamok után hosszabb-rövidebb ideig, akár két napig is, jobb kezének szorító ereje meggyengült, kézujjain és kezének hátán a tapintási érzés valamennyire meg-

*A Kir. Magyar Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya 1924 december 15-i ülésén tartott előadás.

tompult, mindez azonban a subjectiv vastagsági érzéssel együtt csakhamar visszafejlődött. A rohammentes időszakban ellenben állandó tünetként észlelhettem a jobb karon a *diadochokinesisnek*,[1] vagyis az alkari pronatio és supinatio egymásrakövetkezésének feltűnő zavarát. Ezzel egyidejűleg a jobb hüvelykujj oppositiós mozgásai már feltűnően nehézkessé lettek, jobb kezével sem írni, sem pedig a szokásos, megtanult és ügyességet igénylő mozgásokat végezni nem tudta *(apraxia)*. Mindezekre, különösen pedig a varróképességének elvesztésére a beteg maga figyelmeztetett. Március 25-én jobboldali combján fonák érzések támadtak, a jobb testfél ínreflexei fokozottabbakká váltak a baléinál. Március 28-án öt ízben ismétlődött Jackson-görcsök után a rohamközti időben is állandóan rángatództak kisebb mértékben a jobb felvégtagnak már paresises izmai és *egy új tünet is mutatkozott, t. i. baloldali, eddig ép felvégtagján határozott adiadochokinesis volt észlelhető* és kezében erős zsibongást érzett. A baloldali adiadochokinesis minden más mozgási rendellenesség visszahagyása nélkül, körülbelül hat nap után elmult, majd később újra visszatért. Április 3-án a beteget orrának megérintésére felszólítva, jobb keze az orrcsúcs előtt 3—5 cm-nyire megállott és a megkezdett mozgást csak 1—2 másodpercnyi szünet után folytatta. Megjelent tehát a *Schilder* által bradyteleokinesinek nevezett tünet. Kiemelendőnek tartom, hogy az adiadochokinesis és a Schilder-tünet beállta között több mint egy hónapi időköz volt.

E kórlelet alapján a beteget a bal elülső központi agytekervény daganatának kórjelzésével műtét céljából kórházba utaltam. Látóképessége úgy eddig, mint súlyos betegségének későbbi időszakában normalis volt, azonkívül általános agynyomásra utaló jelenség sem mutatkozott; beszéd, szellemi képességek hiányt nem tüntettek fel.

A Szent István-kórházban *Dieballa* tanár belosztályán ugyanezen ideglelet mellett a vérnek Wassermann-reactiója gyengén positivvá (+) lett (a liquoré negativ!). *Visus mindkét oldalt* $^5/_7$, *correctióra* $^5/_5$. *szemfenekek épek, látóterek szabadok voltak*, jobbranézéskor csekély nystagmusa támadt *(Csapody)*, mely csak ez alkalommal egy ízben volt észlelhető. A Jackson-typusú rohamok ismétlődése közben a jobb kar paresise áll be, a jobboldali bradyteleokinesis gyakran jelentkezik. Más kisagyvelői tünet nincsen. *Sarbó* tanár, tekintettel a szájnyálkahártyán lévő csekély leukoplaquiára és a vérnek positiv Wassermann-reactiójára, a daganat gyanujának fenntartásával a feltárás előtt sürgős antilueses kúrát ajánl, mely 10 bismosalvaninjectió és napi 8 g-os KI adagolása alakjában meg is történik. Idegleletéből kiemelendőnek tartom az általa is észlelt bradyteleokinesist, továbbá az ép stereognosisos képességet. Tapintási érzéskülönbség a két kézen nem volt, a beteg a kéz hátára és a tenyerére írt számokat jól felismerte. Napok mulva a jobb kar paresise fokozódott, a kézfej vizenyőssé vált, úgyhogy műtétre került a sor, amelyet *Pólya* tanár július hó folyamán kétheti időközben, két ülésben végzett el. A műtét erős vérzéssel járt, a beteg rövidde a műtét után meghalt. A kiirtott daganat a szövettani lelet szerint az agyburokból kiinduló endotheliomának bizonyult 5×4×2·5 cm-es mérettel. Helyén a bal elülső központi tekervény felső szélének megfelelőleg az agyállományban zölddiónyi üreg maradt vissza, melyet ½ cm-es, vérzéses lágyult réteg övezett. Az üreg és az oldalkamara között körülbelül 1 cm vastag agyállomány találtatott.

A kórtörténetből tehát kiderült, hogy a megbetegedés helye más, mint a bal agyfélteke elülső központi tekervénye nem lehetett, emellett szóltak az ellenoldali Jackson-typusú görcsrohamok, melyeknek intensitása, továbbá a bántalom későbbi lefolyásában a rohamközti időben is észlelt izomrángások inkább növekvő daganatot, nem pedig heges elváltozást engedtek gyanítani.

A daganat helyét illetőleg kórjelzési nehézségeink alig voltak, rá kell azonban térnünk azokra a kísérő tünetekre, melyeket általában a kisagyvelő hibás működésének szoktunk tulajdonítani. E két tünet a *diadochokinesis megakadása* a még nem paresises jobb felvégtagon, végig a betegség egész tartama alatt — később átmenetileg a bal oldalon — és a *bradyteleokinesis*. Miképen értelmezzük e két izolált kisagyvelői tünetet akkor, amidőn — mint láttuk — még a betegségnek legsúlyosabb szakában sem észleltünk az általános koponyaüri nyomás emelkedésére utaló jelenségeket, s így fokozott nyomásról a hátsó koponyaskálában nem igen lehetett szó?

Ha a nagyagyvelőnek gócos megbetegedése mellett izolált kisagyvelői tüneteket észlelünk, úgy gondolnunk kell — természetesen az általános koponyaüri nyomásfokozódás lehető kizárása után — azon pályáknak sérülésére, amelyek a féltekék különböző területeiről (homlok-, halánték-, nyakszirt-, falilebeny stb.) a hídmagvak közvetítésével a kisagy felé haladnak és a nagy-, illetve a kisagyvelő működéseinek kölcsönös szabályozására szolgálnak. Esetünkben a jobb oldalon az adiadochokinesis (és az apraxia) mellett az időelőtti mozgásfékezésnek (vorzeitige Bewegungsbremsung) *P. Schilder*[1] által bradyteleokinesis név alatt leírt tünete is jelen volt már a megbetegedésnek korai szakában, de később is, amint ez a *Sarbó* tanár által felvett kórtörténetből kiderül. Mindkét kisagyvelői tünet keletkezését a legegyszerűbben úgy magyarázhatnók, hogy a daganat közeli szomszédságba került valamelyik kéregterületről a híd felé és innen a kisagy felé törekvő pályával. Legvalószínűbb az úgynevezett homlok-hídpálya (tractus frontopontinus) sérülése, a kórtörténet tanusága szerint ugyanis a bal elülső központi tekervényben ülő daganat és az oldalkamra között nem több, mint 1 cm-nyi agyállomány találtatott s így e pálya könnyen sérülhetett. *Schilder* 1919-ben nemcsak az ő tünetére, hanem magára az adiadochokinesisre nézve is felveszi a theoriás lehetőséget.

Hogy a homlok-hídpályának a mozgások összerendezésében s így a diadochokinesis zavar létrejöttében is szerep tulajdonítható, arra *O. Vogt*[2] régebbi vizsgálatai is utalnak, melyeket ő ugyan kifejezetten az alvégtagra vonatkoztat, de a felvégtagra is kell hogy érvénnyel bírjanak. Szerinte a motoros kéregmező előtt egy magasabb végtagmező fekszik, melynek károsodása mozgásszegénységet, ügyetlenséget, vagy asynergiát hozna létre. E magasabb végtagmezőből jövő projectiós rostozat nem a pyramispályába, hanem a capsula interna elülső szárán áthaladva, a hídba jut, hol a híddúcokban felrostozódva, mint új nyaláb a középső kisagyszáron (brachium pontocerebellare) a keresztezett kisagyi haemisphaerába vonul. A capsula interna elülső szárában lévő góc tehát homlok-kisagyi összeköttetéseket szakít meg, úgynevezett *signal-kieséseket* okoz. Rendkívül találó e kifejezés, mert mintegy utal a homloki agylebenynek a kisagyvelőt ellenőrző feladatára: minden tervbevett mozgás előtt ugyanis, illetve ezzel egyidejűleg a homloklebenyből jelzések futnak a kisagyba avégből, hogy az a mozgás tartama alatt reflexes ellenőrző működését teljesítse. Analogiás idegberendezkedési elv alapján valószínű, hogy ez a magasabb homlokagyi mozgásmező, melyet *O. Vogt* és mások is az 1. és 2. homloktekervény alapjába helyeznek, a felvégtagra és így a diadochokinesisre is vonatkoztatható.

Ez adatok alapján nem nehéz a daganattal szemközti oldalon keletkezett adiadochokinesis és a Schilder-féle tünetnek értelmezése. A daganat ugyanis nyomta a baloldali homlok-hídpályát, vagy inkább ennek még convergálva futó felvégtagi nyalábját, a nyomás alatt lévő bal homlok-hídpálya sérülése foly

---

[1] Óvakodnunk kell adiadochokinesist kórjelezünk ott, ahol azt izomgyengeség imitálhatja. Esetünkben a tünet a legkifejezettebb volt akkor is, amidőn a rohammentes időben a jobb kar izomereje tökéletes volt.

[1] *P. Schilder:* Ein neues Kleinhirnsymptom. Neurol. Zentralbl 1919, 377. old. és Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. 1920, 47. köt., 4. és 5. füzet.

[2] *O. Vogt:* Berl. Gesellschaft f. Psych. u. Nervenkrankh. 1911. évi december 11-i ülése.

tán nem működött megfelelően a jobb kisagyi félteke, s mivel a kisagyvelői tünetek egy jó része tapasztalat szerint a kisagyfélteke megbetegedésével többnyire ugyanazon oldali, létrejöttek a jobb oldalon a jelzett kisagyi tünetek.

Esetünkben azonban nemcsak azt láttuk, hogy már a daganat fejlődésének korai szakában, midőn még bénulásról a jobb oldalon szó sem volt, apraxia és adiadochokinesis jelentkezett, hanem *az addig ép bal felvégtagon is kifejlődött az adiadochokinesis.* A koponyaüri nyomás semmiképen sem lehetett oly magasfokú, hogy a daganattal szemközti oldalon lévő jobboldali homlok-hídpálya is sérült volna, a tünet létrejövetelére nézve tehát más magyarázási módhoz kellett folyamodni, annál is inkább, mivel az alvégtagokban és a törzsizomzatban semminemű coordinatiós, illetve egyensúlyi hiba észlelhető nem volt, pedig *O. Vogt* éppen a homlok-hídpálya sérülésében találta meg az alvégtag mozgászavarainak feltételét. A homlok-hídpálya korai sérülése ellen szólt az a körülmény is, hogy az eddig meglehetősen kisagyvelőinek approbált Schilder-féle tünet a jobboldali adiadochokinesist több mint egy hónap mulva követte, pedig közös pálya esetén ily dissociatio nem lett volna lehetséges. Fel kellett tehát vennem azt, hogy esetünkben úgy a jobboldali, mint később a baloldali adiadochokinesis nem a homlok-hídpálya sérülése következtében támadt, szóval nem kisagyvelői eredésű volt, hanem a nagyagyvelő sajátos, később részletezendő működési zavarának folyománya volt. Közben két másik jobboldali hemiplegiás betegen teljesen hasonló viszonyok között észleltem baloldali adiadochokinesist, s az irodalomban utánanézve azt találtam, hogy *M. Lewandowsky*[3] már 1910-ben megfigyelte ezt a jelenséget könnyebb hemiplegiásokon, természetesen szintén a keresztezett oldalon és neurologiai kézikönyvében le is írta, anélkül azonban, hogy tapasztalatához valaminő magyarázatot fűzött volna.

Az én eseteim egyikében 35 éves férfi három hó előtt aphasiával párosult lueses hemiplegiában betegedett meg. Jobboldali hemiparesis, clonus és Babinski mellett ép volt a sensibilitas és a stereoaesthesia. Beszéde a vizsgálat alkalmával már hibátlan volt. *A bal felvégtagon a diadochokinesis néhány mozgás után feltűnően ügyetlenné vált.* Szeptember 26-án baloldalt a tünet még megvan, minden második-harmadik mozgás után megáll, nem tudja, mit csináljon tovább.

A második esetben kezdetben aphasiával párosult lueses hemiparesis volt jobboldalt, *baloldalt pedig feltűnően ügyetlen diadochokinesis*, mely néhány mozgás után átalakul integető mozgásokká. Október 1. Baloldalt adiadochokinesis, néhány mozgás után az alkar megáll, majd merevgörcsösen, karomszerűen hajlított ujjakkal alkari feszítő és hajlító mozgások következnek. Ugyanez ismételt pihenés után. November 6. Antilueses kúrára lényeges javulás úgy általában, mint a tünetet illetőleg. Ez utóbbi esetben a diadochokinesis-zavar lefolyása *Kleist* észlelését erősíti meg, ki e zavar alapját „utólagos izomösszehúzódásokban" (nachdauernde Muskelkontraktionen) találja meg.[4]

A leírt esetek elemzése szerint jobboldali hemiplegiások közt nem egyszer akadunk olyanokra, kiken betegségük valamely phasisában a különben ép bal felvégtagon adiadochokineses jelenik meg kisebb-nagyobb mértékben és időtartalommal éppúgy, mint ahogy azt az apraxiát illetőleg észlelni alkalmunk van. Hogy a diadochokinesis, mint szabályszerű antagonista-mozgásoknak egymásutánja, *nemcsak* kisagyvelői ellenőrzés alatt áll, hanem megszerkesztéséhez a nagyagyvelő kérgi, sőt más területeinek helyes összeműködése is szükséges, az már a priori is valószínűnek látszik. Reá tehát ugyanazon törvényszerűségek érvényesek, mint amelyek bármely más eupraxiás műveletnek helyes keresztülvitelét szabályozzák. Már itt jelezzük azonban, hogy az elmondandók az adiadochokinesis tüneténck eddigi kisagyvelői jelentőségét nem érintik.

Ismeretes, hogy minden eupraxiás művelet elsősorban a nagyagyvelő kérgének ép működésétől függ, akaratunk befolyása alatt áll és gyakorlat által fejleszthető. Feltétele a mozgások projectiós pályáinak és a mozgás szerveinek ép volta, továbbá a tárgyaknak helyes felismerése — gnosis —, ami viszont a tárgyemlékképeket tartalmazó agykérgi területeknek helyes associativ kapcsolatát kívánja meg a mozgató kéregközpontokkal. Ez utóbbi feltételek úgyszólván az egész félteke kérgének és az associatiós pályáinak épségétől függvén, az eupraxia hibáinak helyi kórjelzését megnehezítik és érthetővé teszik azt, hogy az apraxia szempontjából eddig feldolgozott esetekben a legkülönbözőbb agylebenyek gócos megbetegedéseinél (homlok-, nyakszirtlebeny, gyrus supramarginalis) volt az apraxia megtalálható. A bal féltekének ezenkívül különleges jelentősége is van, amint ezt főleg *H. Liepmann* alapvető vizsgálatai bizonyították be. Jobbkezeseken ugyanis a bal féltekének sensomotoros kéregmezeje a jobb félteke megfelelő kéregmezőjének működését ellenőrzi. Ez a kérges testen (corpus callosum) át történik. Ezért válik a bal kéz apraxiássá akkor, ha e commissurás rostozat vezetése akár magában a kérges testben, akár pedig a két félteke valamelyikében megszakad.

Eseteinkben a baloldali apraxia helyett, vagy ennek kíséretében adiadochokinesis jelentkezett az apraxiánál szokásos körülmények között (jobboldali hemiparesis vagy hemiplegia, baloldali apraxia). Arra kell tehát gondolnunk, hogy az adiadochokinesis nemcsak a kisagyvelői működéshibának lehet következménye, hanem mint apraxia is megnyilvánulhat. E mellett szól — mint láttuk — az apraxiával való együttes jelentkezése daganatos esetünkben, továbbá úgy ebben, mint pedig a másik két jobboldali hemiplegiás esetben az ép bal oldalon való beállta, amely teljesen a Liepmann-féle kérges testi apraxia baloldali alakjának bélyegét viselte magán.

Valamely kórtünetnek lényegét legegyszerűbben úgy ismerjük meg, ha a tünetnek megfelelő physiologiai működés anatomiai substratumát keressük. Ez pedig különösebb nehézség nélkül megtalálható. A diadochokinesis ugyanis akaratunk befolyása alatt álló és a gyakorlat által fejleszthető mozgásalak éppúgy, mint bármely más, par excellence eupraxiás művelet és így az agykéreg központjainak és associatiós pályáinak épségétől függ. Itt csak két példát hozok fel annak igazolására, hogy adiadochokinesis a gyakorlati életben is előfordulhat és az eupraxia jelentőségével bír. Az első a zongorázónak egyik előírt és gyakran alkalmazott mozgásalakja, mely nem más, mint tiszta diadochokinesis. A másik kézügyességet igénylő mozgásművelet, mely szintén a diadochokinesis helyes elvégzésén alapul, a női kézimunkák közül a horgolás és a kötés. Ugyancsak az eupraxia körébe sorozhatók továbbá azon mozgásalakok is, melyeket általában a diadochokinesissel egyértékűnek szoktunk tartani, ilyen pl. a simultan ökölzárás és a kézfeszítés synergismusa. A diadochokinesisre természetesen a kisagyvelő éppoly szabályozó és ellenőrző működést gyakorol, mint bármely más egyszerűbb vagy összetettebb izommozgásra. Hisz ismeretes, hogy emberben minden izom kisagyvelői ellenőrzés alatt van. A diadochokinesisnek itt felvetett eupraxiás jellege tehát egyáltalában nem érinti sem a kisagyvelőnek, sem pedig a nagyagy-kisagyvelői pályáknak determináló szerepét a diadochokinesis helyes elvégzésében.

A kisagyvelőnek az eumetriát, synergiát és a normalis izomtonust szabályozó működése hiányossá válhatik úgy a maga egészében, mint egyes összetevőiben. Ilyen egyetlen összetevőt érintő működési hiba a Schilder-féle bradyteleokinesis, mely tisztán a mozgáscél helyes kimérésének, tehát az eumetriának a hibája

---

[3] *M. Lewandowsky:* Handb. der Neurologie 1910, 1. köt., 846. old.

[4] L. előbbi idézetet.

s ezért kisagyvelői eredésű. Létrejöhet a nagyagyvelőben is a homlok-hídpálya sérülése következtében. E mellett tanuskodik első daganatos esetünk is, melyben a baloldali mozgásmezőben fejlődő kis endothelioma növekedése kezdetén agykérgi adiadochokinesist, illetve apraxiát okozott az ellenoldalon. A daganat tovább növekedve elérte a bal homlok-hídpályát és ekkor már a Schilder-féle tünet is megjelent, szintén az ellenoldalon. Ezért volt a két tünet kifejlődése között körülbelül egy hónapi időköz. Hogy ezenkívül bradyteleokinesis a nagyagykéreg valamely területének sérülése folytán is keletkezhetik-e, még kérdéses. Ha igen, úgy az eumetriának ily hibája a mozgáscél kimérését szabályozó nagyagyi központokkal és associatiós pályákkal, talán a kérgi optikai mezők hiányos térvetületi felismerőképességével volna összefüggésbe hozható.

Az elmondottakból kiviláglik, hogy az adiadochokinesis tüneténck kisagyvelői alakján kívül még nagyagykérgi, apraxiás jellegű alakja is van, mely akkor támad, ha az antagonista izmok, tehát a pronatoroknak és supinatoroknak mozgási egymásutánját biztosító nagyagyvelőkérgi működés hiányossá válik. A kérgi területek összműködésének hiánya folytán a mozgás formulájának megszerkesztése szenved és a tünet éppúgy beáll, mintha azt kisagyvelői működési zavar hozta volna létre. Ha e tételt a fent adott bizonyítékok alapján elfogadjuk, úgy vele megfelelő esetben a helyi kórjelzésre nézve bizonyos irányítást nyerünk, mely azonban csakis nem fokozott koponyaüri nyomás esetében érvényes és így a nagyagyvelő kérgének — és kéreg alatti területeinek — gócos megbetegedéseiben éppen a legfontosabb kezdeti időszakban szolgálhat a bántalom helyének felismerésében útmutatással.

Az adiadochokinesis tünetének *bizonyos esetekben* az apraxiával való azonosítása nem lephet meg bennünket, nem is kíván kórtani felfogásunkba újabb fordulatot hozni, célja csupán az, hogy a tünetnek némileg elhalványult nagyagyvelői jelentőségére reámutasson, az idők folyamán ugyanis megszoktuk, hogy a tünet észlelésekor kizárólag kisagyvelői működészavart tételezzünk fel. Azok előtt, kik az apraxia tanának ma már több évtizedes fejlődését figyelemmel kísérték, nem titok, hogy valamely apraxiás mozgászavarnak megállapítása a helyi kórjelzést még nem biztosítja, mivel úgyszólván az egész nagyagyvelői kéregnek helyes összeműködése szükséges a mozgások eupraxiássá tételéhez. Ez alól talán egyetlen kivétel a Liepmann-féle kérges testi apraxia, melynek helytálló voltára bizonyítékul a boncolásra és histologiai feldolgozására került eseteknek évről-évre emelkedő száma szolgál. Az apraxiás jellegű adiadochokinesis tüneti és kórjelzői értékesíthetőségéhez tehát ugyanazon óvatosság és más egyidejű tüneteknek tekintetbevétele szükséges, mint amelyek az apraxiára nézve fennállanak.

Összefoglalás: Az adiadochokinesis tünetét, vagyis a felvégtag antagonista izmainak gyors egymásutáni mozgatásakor beálló fennakadást a kisagyvelő működéshibáján kívül olyan gócos elváltozások is okozhatják, amelyek a nagyagyvelő kérgében, illetve közvetlen kéreg alatti területén foglalnak helyet s az úgynevezett mozgási formulának megszerkesztését, a mozgástervezet megalkotását zavarják meg. Ily értelemben tehát apraxiáról van szó, mely csalódásig utánozhatja a kisagyvelői adiadochokinesist.

Az apraxiás jellegű adiadochokinesis, amint ezt az itt leírt és műtétre került agydaganatnak esete is bizonyítja, a nagyagyvelő kérgéből kiinduló gócbántalomnak legkoraibb tünete lehet. A tünet, mint cerebrocorticalis jelenség, csak az esetben értékesíthető, ha fokozott koponyaüri nyomás nincsen.

Orvosi faluzás Baranya megyében.

Írta: *Heim Pál dr.* egyetemi tanár.

Az orvosi hivatás feladatai igen különbözőek és sokoldalúak. Az orvosnak nemcsak a betegségek meggyógyítása a feladata, hanem azok megelőzése is. Hivatása magaslatán az az orvos áll, ki nemcsak a diagnosis felállításában és a beteg meggyógyításában talál lelki kielégülést, hanem aki nyitott szemmel néz maga körül és meggondolása tárgyává teszi, hogy saját hatáskörében miben járulhat hozzá ahhoz, hogy embertársai egészsége lehetőleg megóvassék a különböző károsításoktól, hogy a megbetegedési lehetőségek az elérhető minimumra szoríttassanak és a gyógyulási föltételek a lehető legkedvezőbbek legyenek. E cél elérésére azonban az egyes ember ereje vajmi kevés eredményt érhet el, ebben a munkában a hatóságok és az emberi közönség segítségére szorul. Sőt azt mondhatjuk, hogy ez az utóbbi a fontosabb, mert hiába csináljuk a legjobb törvényeket, hiába adjuk ki a legpontosabb és legszigorúbb rendeleteket, mert ha ebben a munkában belátással és az intézkedések célszerűségéről való meggyőződéssel nem támogat minket maga a nagyközönség, a legjobb igyekezetünknek sem lesz meg a kívánt eredménye. Éppen ezért örömmel vállaltam részt abban a munkában, amelyet Fenyvessy Béla professor vezetése alatt a pécsi egyetemi közegészségtani intézet megindított.

Mi abból a felfogásból indultunk ki, hogy a nagy költségekkel felállított és a sok küzdelem által fenntartott négy magyar orvosi facultásnak más hivatása is van, mint az orvostanhallgatók oktatása és a tudomány művelése. Különösen a három vidéki egyetem, amely a csonka ország három végvárában, közel a határhoz működik, praedestinálva van arra, hogy az ország közegészségügyi restauratiójában active vegyen részt. Mi, akik hosszú éveken keresztül Budapesten működtünk, és így ismertük a főváros európai niveaun álló klinikáit, köz- és magánkórházait, rendelőintézeteit, dispensairejét, különböző vizsgáló laboratoriumait, mi láttuk, hogy a főváros bőven ellátott mindazon intézetekkel és intézményekkel, amit a legmagasabb igények megkívánnak, saját tapasztalatainkból megismertük a vidéki viszonyokat és pedig nemcsak Pécsett, de hét év előtt Pozsonyban is, valamint a két város vidékén is. És bár láttuk, hogy mind a két város jól fölszerelt, jól vezetett nagy kórházzal bírt, amelynek megvolt minden osztálya, mégis a különbség a főváros és a vidéki kultúrvárosok között kirívó volt. A kérdésnek ez a része már a múlté, és e hely nem alkalmas arra, hogy hosszan tárgyaljam, hogy mi volt az oka annak, hogy oly nagy volt a különbség az egyes osztályok fekvő anyaga közt. Hogy miért volt az, hogy voltak egyes osztályok, amelyek zsúfolva voltak gyógyíthatatlan betegekkel, elaggott lakás- és fűtésnélküli nyomorgókkal, és az osztály nem is kórház, de menedékhely benyomását keltette. Láttuk saját tapasztalatainkból, hogy vannak az országban kisebb 2—5000 lakosú városok, amelyekben kisebb 30—40 ágyas kórházak vannak, de ezek egy része nem kórház, de menedékhely, városi szegényház, és vannak fertőző osztályok, amelyek valóban a szó szoros értelmében megérdemlik a nevüket, mert a betegek ott a legkülönbözőbb betegségekkel fertőződnek. Nem térhettünk napirendre a felett sem, hogy mi az oka annak, hogy a falu népe a mai viszonyok között aránylag jó módban, szűk szobában, konyhában él, és a legprimitivebb egészségügyi ismeretek hiányában kiszolgáltatja magát és gyermekeit a tuberculosis, a heveny fertőző betegségek és a trachoma befészkelésének. Mi kötelességünknek tartottuk jól fölszerelt klinikáinkon a bejáró

és fekvő betegeknek mindazt nyujtani, ami tudásunktól és erőnktől kitellett, de kimentünk a falu népéhez. is, hogy a helyszínén tanulmányozzuk a helyi viszonyokat, és beszéljünk a néppel, tanítsuk és felvilágosítsuk őket.

Egyetemünknek sok külföldi látogatója van már, és ezekkel sokat beszélgettünk a külföldi viszonyokról. Klinikámon volt egy dán kartárs, ki elmondotta, hogy Dániában mily magas kultúrigénye van már a falu lakójának is, mily tisztában van az a levegő, a tisztaság jelentőségével, és mennyire tudja, hogy mit jelent az izolálás és az egyszerű eszközökkel való folytatólagos fertőtlenítés a járványok fellépésének meggátlásában. Hogy ezzel szemben milyenek a viszonyok a mi falvainkban, azzal mindenki tisztában van, ki valaha falun volt. És ma már ez nem az anyagi eszközök hiányán, hanem a tudáson és a megértésen múlik.

A városnak mindig megvolt a nevelő hatása a környéken lévő falvakra, és nekünk is volt alkalmunk látni, hogy a falu népe, amely be-bejárkál a városba, lát, tapasztal sok-sok mindent a városban, át is vesz egyet-mást, tudást és szokást. Azonban, ha ezt nem irányítja semmi és senki, nem mindig az megy át a faluba, ami a legkívánatosabb. Csak egy rikító példát hozok fel. Az egyik faluban, ahol kiszálltunk, az egyik gazda „szép" szobájában, amelyet ők sohasem laknak, mert ott csak a halottat ravatalozzák fel, szép villanycsillár lóg, pedig a faluban nincs villanyvilágítás, és elmondották nekünk, hogy van a faluban egy még módosabb gazda, aki a szép szobájába épp olyan porcellánmosdót szereltetett fel, kiugró, széles, nikkel csapnyitóval, amilyent ő a pécsi sebészeti klinika műtőjében látott, amidőn őt ott operálták, pedig a faluban nincs vízvezeték. Mi irányítani, tanítani akartuk a népet, de tudatában voltunk annak, hogy e munka fáradságos lesz és eredményét csak évek multán arathatjuk le, ha közben el nem csüggedünk. Mi tudjuk azt, hogy egy kiszállás, egy előadás egymagában nem sokat ér, de minekünk alkalmunk van a klinikán, az ambulantián ismételten érintkezni a falu népével és betegségében figyelmeztetni őt, hogy mennyire ártott magának, mikor ezt vagy azt a tanácsunkat, amit ottlétünkkor adtunk neki, nem fogadta meg. Minekünk alkalmunk van a klinikán, a betegsége alatt a szellőztetés, a tisztaság, a fürdés stb. fontosságát demonstrálni, vagy a jól fölszerelt, a tökéletes izolálást megengedő fertőző osztályunkon felvett gyermekén bebizonyítani, hogy azáltal, hogy fertőző beteg gyermekét felvettük klinikánkra, az eset izolált marad a családban, és a gyermek nálunk meggyógyult és nem kapott ott újabb fertőző betegséget, mint ahogy az régebben megtörtént. A nép nevelését nem lehet egyes előadásokkal megoldani és az olyan actiónak, hogy időnként a központból, Budapestről, lelerándul valaki egy-egy előadás megtartására, legfeljebb támogató értékét ismerhetjük el. Mi azt tartjuk, hogy a mi kiszállásaink is csak egyik láncszemét képezik annak a tanító, nevelő munkának, amelyet mi tulajdonképen a klinika kórtermeiben és ambulantiáján végezünk. Élőszóval való összefoglalása mindazon tudnivalóknak, amelyeknek egyes részleteit mi a falu nem egy lakosának betegsége alatt elmondottunk és örömmel tapasztalhattuk, hogy ebben a munkánkban akárhányszor saját esetének elmondásával támogatott egyikmásik meggyógyult betegünknek anyja vagy atyja.

Azt is beláttuk kiszállásaink alkalmával, hogy ennek a tanítási munkának élőszóval kell történni, pedig Baranyában igen kevés az analfabéta. Ha az egyes községekben megkérdeztük a papot, a tanítót, hogy hány ember nem tud írni, olvasni a községben, többnyire azt a feleletet kaptuk, hogy alig van egy-két ilyen ember. És ha azt kérdeztük, hogy aztán mit olvasnak az emberek, a felelet többnyire az volt, hogy általában semmit. A faluba alig jár egy-két ujság, ezt néhányan elolvassák, ha idejük van, de a falu zöme a hosszú téli estéken nagy kivételesen elolvas egyszer-másszor egy-egy oldalt egy kölcsönkapott régi ujságból. Még a legtöbbet olvasnak a német községekben, és bár távol áll tőlem egyáltalában a politika, és különösen távol áll tőlem e helyen, mégis fölemlítem, hogy nem egy helyen hallottuk, hogy a legtöbb példányban, 3—4-ben, a Sonntagszeitung jár a községbe. És maga a pap és a tanító figyelmeztetett minket arra, hogy legalább egyelőre eredménye csak az élőszónak lehet.

De nem is lehet ez másképen. Mi elismerjük a népoktatás nagy jelentőségét, de tudatában vagyunk annak, hogy amit az elemi iskola nyujt, az nem művelt ség, az csak eszköz a továbbképzésre. Amint tanártársam, *Pekár Mihály*, oly meggyőzően kifejtette, az elemi iskolával mi tulajdonképen nem fejlesztjük, nem cserél jük ki az agyvelőt, csak az elemi ismeretek megalapozásával megteremtjük a fejlesztés lehetőségét. Minden hatalmas, igazán művelt kultúrnemzetnek van egy fej lettebb, magas kultúrája és e nagy, fejlett kultúra tövében termelődik ki az általános kultúra. Ha mi az írás és olvasás eszközeit a nagy tömegnek nyujtjuk és nem vezetjük körültekintően és intensive abban, hogy mit olvas, kiszolgáltatjuk őt esetleg egy olyan továbbfejlesztésnek, ami nemzeti szempontból nem kívánatos. Az olvasnitudás eszköz, fegyver, de kétélű fegyver, amelyet igen különböző célok, világnézetek és ideálok szolgálatában lehet felhasználni. A falu népe eddig nem olvas és talán részben ez az oka annak, hogy eddig nem lehetett az internationalizmus szolgálatába beállítani. Nem akarok félreértetni, én is szükségesnek tartom, hogy országunk minden fia megtanuljon írni és olvasni, de hogy ennek meglegyen az igazi jelentősége, ehhez erős, fejlett, felsőbb kultúrával kell bírnunk, és e cél érdekében igenis szeressük, támogassuk és fejlesszük egyetemeinket.

Kiszállásaink alkalmával tapasztalhattuk, hogy a falvakban orvoshiány van. Egyik kiszállásunk például Szökéd volt. Szökéd 17 kilométernyire Pécstől, vasúti állomás, és a szalatnai körhöz tartozik. A szalatnai körorvos azonban Pécsett lakik, mert a községben nem kapott lakást. Az emberekkel beszélgetve kijelentették, hogy ők nem érzik az orvos hiányát, ha valaki beteg, ők maguk gyógyítják, vagy a bába segítségét veszik igénybe, ha pedig nagyon beteg valaki, hát beviszik Pécsre, vagy ha a körorvos minden hónapban egyszer kijön a körbe, akkor neki bemutatják. A mi benyomásunk az volt, hogy a falvakban sokkal több orvos megélhetne, ha falusi népünk szükség esetén és tehetsége szerint venné igénybe az orvos segítségét. Csakhogy az orvosnak a községben kell laknia és olyannak kell lennie, aki tud beszélni a nép nyelvén, és aki megérti a népet és a nép őt. A falun az az orvos boldogulna a legjobban, aki gyermekkorát falun töltötte, aki falun született és szereti a falut. Ha nyiltan beszélünk, akkor ki kell mondanunk, hogy az esetek nagy többségében a városban született, a városban nevelkedett fiatal orvos elsősorban a városban akarna boldogulni, és csak kényszerítő körülmények hatása alatt megy falura orvosnak. Pedig ma már a közép-, de a kisebb gazdáknak fiai is végeznek középiskolát; mi is beszélgettünk ilyennel, de ezek legnagyobb része papnak megy. Ha ezek az orvosi pályára is mennének és tanulmányaik befejezte után, jól kiképezve, visszamennének szülőföldjükre orvosnak, megszaporodnék a falusi orvosi kar olyan

tagokkal, kik ismerik jól a nép baját, szükségét, és a legjobban tudják, hogy miképen lehet hatni a népre.

Hogy az egyes községekben milyen viszonyokkal találkoztunk, hogy előadásainkban milyen kérdéseket fejtegettünk, azt egy későbbi beszámoló számára tartjuk fenn.

THERAPIA

A gróf Apponyi Albert-poliklinika sebészeti osztályának (főorvos: Lobmayer Géza dr. egyetemi magántanár) közleménye.

Egy új érzéstelenítő szerről.*

Írta *Lobmayer Géza dr.* egyet. magántanár, főorvos.

A helybeli érzéstelenítő eljárások rendkívüli fejlődését az érzéstelenítő szerek hatalmas chemiai fejlődése tette lehetővé. Negyven év előtt *Koller* kimutatta, hogy a 2%-os cocainoldat a szem kötőhártyájára csöpögtetve, annak érzéstelenségét idézi elő. *Wölfler* ajánlatára a cocain bejutott a sebészet gyógyszeres tárházába. *Bier, Corning* és *Schleich* csakhamar felismerték annak mérgező voltát és erre megindult a chemikusok és orvosok együttes munkája és kölcsönös versengése a cocain kevésbbé mérgező pótszerének feltalálására. S mi mindannyian, kik már hosszabb idő óta foglalkozunk sebészettel, a cocaintól a novocainig, végigcsináltuk és végigpróbáltuk e pótszerek egész sorozatát, hogy csak néhányat említsek: itt volt a tropacocain, eucain, stovain, alypin, anaesthesin, subcutin, nirvanin, apothesin, acoin. A novocainnál látszólag nyugvópontra jutottunk. Azonban úgy látszik, hogy a helybeli érzéstelenítés újabb módszerei, melyek igen nagy mennyiségű érzéstelenítő oldatot deponálnak a test belsejében, szükségessé tették, hogy a chemiai tudomány egy még kevésbbé mérgező vegyület után kutasson. Úgy látszik, hogy ez sikerült is, a híres Friedrich Bayer & Co. leverkuseni gyárnak, amely *„Tutocain"* néven egy új érzéstelenítő szert készített és azt kísérleti célokra osztályomnak rendelkezésére bocsátotta. A szer gyártásának indítóoka volt, hogy a francia megszállás ideje alatt a höchsti gyár nem tudott novocaint szállítani.

Ha ezen szert vizsgálatunk tárgyává óhajtjuk tenni, úgy mindenekelőtt meg kell felelnünk azon négy kritériumra, melyeket *Braun* egy új, a cocain pótlására szolgáló érzéstelenítő szerrel szemben felállított. 1. Vajjon relative kevésbbé mérgező, 2. vajjon a szövetbe való befecskendezés alkalmával nem vált-e ki semmiféle káros ingert, 3. vízben oldható-e és oldata kibírja-e a sterilizálást, 4. vegyíthető-e a mellékvesekivonattal?

Mindenekelőtt a tutocaint ismertetem, miként az *Schulemann*, a Bayer-gyár chemikusának tudományos kísérleti munkájából ismeretes. A tutocain a p.-aminobenzoil α-dimethyl-amino—ß-methyl—γ-butanol sósavas sója, tehát az α-γ-amino-alkohol derivatuma. Két asymmetriás szénatomot tartalmaz, ennélfogva több isomer alakban nyerhető. A kísérleti célokra küldött tutocain, mint chlorhydrát 213—215° olvadási pontot mutat. Mikroskopikusan kicsiny fehér, igen törékeny tűalakú kristályocskákat képez. Destillált vízben +10—11° mellett maximalisan 12·2%, +20°-nál 15·45%, +29·6—30°-nál 23·22% oldódik. A vizes oldat közömbös vegyhatású és színtelen. A rövid felforralásnál (pl. sterilizálásnál) bomlás nem következik be. Hosszabb ideig való forralás alkalmával stabilitása körülbelül megfelel a novocainnak, úgyhogy a tutocainból is állandó ampullás oldatok készíthetők. 24 óráig tartó forralás alatt az állandó hűtőn való átfolyatás közben a novocainból 10·26%, a tutocainból 10·8% szappanosíttatik el.

Állat- és emberkísérletekből kitűnt, hogy szembe csöpögtetve, vagy bőr alá fecskendezve, helyi izgalmat nem okoz, 2%-os oldat az emberi szem kötőhártyaereinek mérsékelt kitágulását okozza, töményebb oldatoknál ezen kitágulás fokozódik. Nagyjában megfelel a novocain értágulásának és ehhez hasonlóan mellékvesekivonattal eredményesen ellensúlyozható. Az állati pupillát nem tágítja, az emberi szemen hosszabb idő mulva mérsékelt mydriasist okoz. Érzéstelenítőképességének vizsgálatára a tengeri nyúl kötőhártyazsákjába a vizsgálandó oldatból becsöpögtettek s egy perc mulva vizsgálták az érzéstelenség beállát, így a határértékek novocainnál 2%, tutocainnál $^1/_8$%, cocainnál $^1/_{20}$%. A teljes érzéstelenség a tengeri nyúl corneáján 1—$^1/_4$% tutocainoldatnál négy perc alatt, $^1/_8$% oldatnál öt perc alatt következik be. Az érzéstelenítő hatása igen tartós. 1%-os oldata teljes érzéstelenítést okoz, míg ugyanilyen töménységű novocainoldat csak ritkán okoz teljes anaesthesiát, hanem inkább csak hyphaesthesiát. A halálos adagja a tengeri nyúlnál a 2%-os oldatnak a fülvenába fecskendezve 15 másodperc alatt 15—20 mg per kg állat, az 1%-os oldatból 2 perc mulva 25—30 mg. Refracta dosi adagolva 2 mg 10 percnyi időközökben megismételve s 18-szor adagolva, tehát összesen 36 mg, azaz az acut halálos adag sem okoz mérgezési tüneteket. A görcsöt okozó adag 7·5 mg a 2%-os oldatnak gyors befecskendezése mellett a fülvenába. Bőr alá fecskendezve még 200 mg pro kg sem képes a 2%-os oldatból az állatot megölni. A görcsokozó adag bőr alá fecskendezésénél 65 és 75 mg között ingadozik. A májon való átáramoltatásnál a tutocain teljesen elveszti mérgező tulajdonságát.

Összefoglalva mármost mondhatjuk, hogy az állatkísérletekből kitűnik, miszerint a tutocain a szövetekre nézve teljesen közömbös, sterilizálható oldatokba készíthető. A vérereket kis fokban kitágítja, mely hatás azonban mellékvesekivonat hozzáadásával, ami a szerrel jól összeegyeztethető, ellensúlyozható. A fájdalomcsillapító hatása a tengeri nyúl szarúhártyáján mérve, a határérték a tutocainnál $^1/_8$%, cocainnál $^1/_{20}$%, novocainnál 2%. Mérgező hatása tekintetében, tekintetbe véve a szervezetben lefolyó gyors méregtelenítését, igen közel áll a novocainhoz, ettől eltekintve pedig a novocain és a cocain között foglal helyet. Ezen tulajdonságai a tutocaint nemcsak az infiltratiós és vezetéses anaesthesiára teszik alkalmassá, hanem még felületi érzéstelenítésre is, s a cocain használati területét is el fogja hódítani. Miként a fentiekből látjuk, már ezen chemiai leírás alapján is megállapíthatjuk, hogy a tutocain megfelel mindazon négy követelménynek, melyet *Braun* az új érzéstelenítő szerrel szemben felállít. A lúgokkal szemben a tutocain a novocainnal azonos tulajdonsággal bír, mindkettő, valamint a vesekivonat is lúggal szemben rendkívül érzékeny, behatására bomlik és elveszti hatását. Ezért az oldatok készítésénél, a fecskendők kifőzésénél nagyon gondosan kell óvakodnunk, nehogy az oldatok és eszközök lúggal, szappannal, lysoformmal, vagy lysollal érintkezésbe jussanak.

Áttérve mármost más sebészek tapasztalataira, fölemlíthetem, hogy általában csak dícsérő és elismerő cikkek láttak eddig napvilágot, így *Marcuse E.* 100 műtéti esetében nyert tapasztalatai alapján dícséri s cystoscopia és pyelographia eseteiben is használja. *Finsterer H.* 36 gyomorresectio, 7 cholecystectomia, 6 bélresectio, 5 appendectomia és 5 más okból végzett laparotomiás esetben használta, azonkívül paravertebralis anaesthesia alakjában 3 vastagbélresectio esetében és 2 esetben mint parasacralis anaesthesiát végbélrák esetében. Operált ezenkívül számos sérvet tutocainos helybeli érzéstelenítésben. *Lotheisen G.* gazdag tapasztalata alapján melegen ajánlja. Hasonlóképen a novocain leglelkesebb híve, *Braun* professor is 700-nál több tutocain-érzéstelenítésben végzett műtéte kapcsán a novocainnal egyenértékűnek minősíti. Ennél jobb ajánló nem kell. Hasonlóképen dícséri *Laewen*, aki 98 sacralis anaesthesiához eredménnyel használta s kiemeli, hogy oly tutocainadaggal tud sacralis anaesthesiát csinálni, mely novocainmennyiség már általános tünetet okozna.

* A Magyar Sebésztársaság XI. nagygyűlésén, 1924 szeptember 12-én tartott, bővített előadás.

Laewen iskolájából *Wiedkopf* igen eredményes kísérleteket végzett és azt találta, hogy: a tutocain 1/5 és ½%-os oldata körülbelül kétszeresen oly hatásos, mint az azonos töménységű novocainoldat és hogy 0·4% kaliumsulfatoldat hozzáadása a fentebb említett töménységű oldatok hatását még lényegesen fokozhatja. Használhatóságát az urologiában *Blum, Glingar, Frisch*, a fülészet, gégészetben *Gentzsch, Suchanek, Seifert, Anthon, Riedel, Barth*, a fogászatban *Grimschl, Schneider* dícsérik.

Az irodalomban egy halálesetet írtak le s ez *Schwarz*tól származik, aki a húgycsőérzéstelenítésre használta a 2%-os tutocainoldatot. Közismert azonban, hogy míg a hólyag jól érzéstelenithető, addig a húgycső és különösen annak hátsó része nehezen érzéstelenithető és mérgezések úgy a cocain-, mint az alypin-korszakból is ismeretesek.

Maga a gyár, valamint az összes e szerrel ezideig foglalkozó szerzők a lényegesen hígabb oldatok alkalmazását ajánlották. A szokásos oldatok: 1/8%, 1/4%, ½%.

Áttérve mármost saját kísérleteimre, a szert ezideig mintegy 150 esetben alkalmaztam, a legkülönfélébb sebészi bántalmaknál és műtéteknél, minők explorativ laparotomia, gastrostomia, gastroenteroanastomosis, appendicitis colostomia, köldöksérv, struma, hernia, hydrokele, varicokele, *Steinach*-féle műtét, castratio, phimotomia, nodus, carcinoma recti, bordaresectio, extrapleuralis thoracoplastika, hallux valgus, phrenicus exairesis, a mindennapi sebészet kis daganatai, panaritiumok, atheroma, idegen test, hygroma, ganglion stb. Eleinte ½ és 1/4%-os oldatokat használtam, utóbb 1/5 és 1/8%-os oldatokkal kísérleteztem, teljes megelégedésemre. Az utolsó időben epiduralis anaesthesiánál az eddig használt 2%-os novocainoldat helyett 20 cm³ 1%-os tutocainoldatot használok a végből, hólyag és gátsebészeti eseteimben. Az ilyen nagyon híg oldatok használhatóságának lehetősége lényegesen olcsóbbá teszi a szer használatát. Az oldat hosszabb időre eltehető, többször felfőzhető, anélkül, hogy hatékonyságában kárt szenvedne, amennyiben a tonogent csak közvetlenül használat előtt csöpögtetjük be. (100 cm³ oldatra 6—8 cseppet.) Ez a körülmény is lényegesen olcsóbbá teszi használatát.

Az érzéstelenítés átlag 10 perc után, a híg oldatok használata mellett is, teljesen beállott, s hosszú ideig, 40—50 percig, de mindenkor a műtét befejezéséig, fennmaradt.

Feltűnő, hogy tiszta tutocainoldat használata mellett inkább hyperaemiás lesz a műtéti terület, mint a novocainnál, s tonogen hozzáadására nem kapjuk meg a megszokott nagyfokú anaemiát, ami talán az utóvérzés szempontjából csak előnyös. Az a benyomásom, mintha a tutocainérzéstelenség intensivebb és tartósabb volna, mint a novocain használata mellett. Kellemetlen mellékhatást egyetlen egy esetben sem észleltem. Két esetben, mégpedig egy rendkívül ideges Basedow-golyva műtéte közben a beteg fájdalomról panaszkodott, miért is pótlólag 30 g aetherrel kellett elbódíttatnom. A másik esetben egy rendkívül ideges nőbeteg igen nagy kiterjedésű alajakrákját nagy plastikával pótoltam. E beteg is a műtét alatt többször fájdalmat jelzett, azonban bódítószerre, vagy más érzéstelenítő szerre szükség nem volt. Eltekintve ezen két, helybeli érzéstelenítésre nem alkalmas, csak egyéb okból mégis helybeli érzéstelenítésben operált betegektől, *a tutocain, mint új szer, minden esetben bevált, kellemetlen melléktüneteket nem okozott*, további kísérletezésre és kiterjedt alkalmazásra ajánlható.

Irodalom: *V. Blum* und *A. Glingar:* Anwendung des Tutocains in der urologischen Praxis. W. klin. W. 1924, 33. szám. — *Braun:* Tutocain, ein neues Mittel zur örtlichen Betäubung. Klin. Wochenschrift 1924, 17. sz. — *G. Düttsmann:* Über ein neues Localanaestheticum: Tutocain. Klin. W. 1924, 31. szám. — *H. Finsterer:* Localanaesthesie mit Tutocain bei grossen Bauchoperationen. Wiener Medizinische Wochenschrift 1924, 18. szám. — *Friedländer* u. *O. Hübler:* Über Localanaesthesie mit Tutocain. W. klin. W. 1924, 21. szám. — *B. Frisch:* Tutocain in der Urologie. W. klin. W. 1924, 35. szám. — *K. Gentzsch:* Tutocain als Oberflächenanaestheticum. Klin. W. 1924, 34. szám. — *H. Grimschl:* Tutocain, ein neues Localanaestheticum. D. Zahn. W. 1924, 10. szám. — *H. Heuss:* Erfahrungen mit Tutocain. Medizinische Klinik 1924, 22. szám. — *H. Hirschberg:* Tutocain. Ein neues Localanaestheticum. M. Kl. 1924, 31. szám. — *A. Laewen:* Fortschritte in der Sakralanaesthesie. Zentralblatt für Chirurgie 1924, 19. szám. — *G. Lotheissen:* Über Localanaesthesie mit Tutocain. Wiener Medizinische Wochenschrift 1924, 18. szám. — *E. Marcuse:* Erfahrungen mit dem neuen Localanaesthetikum Tutocain. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1924, 17. szám. — *G. Riedel:* Über Tutocain in der Rhino-Laryngologie. M. m. W. 1924, 24. szám. — *O. Schneider:* Tutocain, ein neues Localanaestheticum etc. Münch. m. W. 1924, 18. szám. — *W. Schulemann:* Tutocain als Oberflächen- und Infiltrationsanaestheticum. Klinische Wochenschrift 1924, 16. szám. — *Schwarz A. Ottó:* A húgycsőnek tutocainnal való érzéstelenítése miatt bekövetkezett haláleset. Bőrgy. Urolog. és Venerolog. Szemle 1924, 10. szám. — *A. Seifert* u. *W. Anthow:* Tutocain, ein neues Localanaestheticum. D. M. W. 1924, 17. szám. — *Suchanek:* Tutocain, ein neues Localanaestheticum. W. kl. W. 1924, 17. szám. — *E. Sybrecht:* Tutocain als Schleimhautanaestheticum. Zeitschr. f. Hals-, N.- u. Ohrenheilk. 1924, 1. szám. — *K. Teichert:* Tutocain, ein neues Anaestheticum. M. m. W. 1924, 32. szám. — *O. Wiedhopf:* Erfahrungen mit dem neuen Localanaestheticum Tutocain (Bayer) bei chirurgischen Operationen. Münchener Medizinische Wochenschrift 1924, 19. szám.

Az I. számú sebészeti klinika (igazgató: Verebély Tibor dr. egyetemi nyilv. r. tanár) közleménye.

Uj műtéti eljárás a lúdtalp kezelésénél.

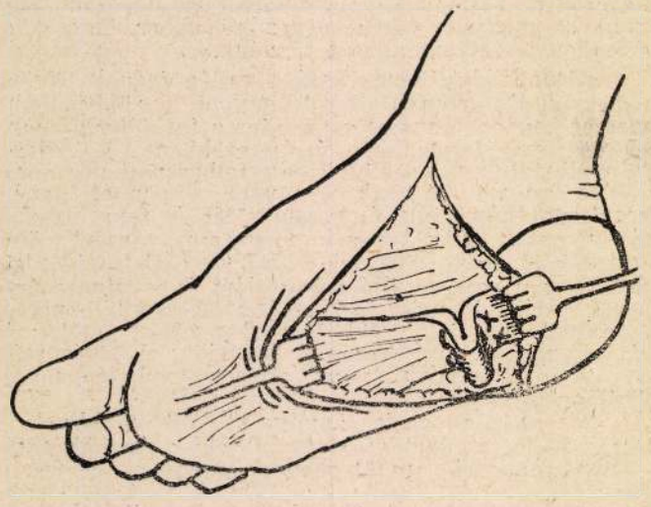
Írta: *Trojján Emil dr.* egyetemi tanársegéd.

Ismeretes, hogy dongalábnál a hosszú talpi szalag (lig. plantare longum) megrövidül és a dongaláb tökéletes kiegyenlítését csak ezen szalag átmetszésével érhetjük el. A lúdtalpnál viszont a boltozat lesüllyedésével ez a hosszú talpi szalag megnyúlik. Ajánlatosnak látszott tehát, hogy a lúdtalpnál megnyúlt hosszú talpi szalagot megrövidítsük, mert ezáltal a helyreigazított lábat kijavított helyzetében rögzíteni lehet. A műtét előtt minden esetben Achilles-ínmeghosszabbítás is ajánlatos.

A műtét menete ezek szerint a következő. Bőrmetszés egy ujjnyival a belső boka alatt merőlegesen a talpig. Itt folytatólagosan harántmetszés a talp külső széléig. A bőrt a vele erősen tapadó zsírréteggel összefüggően élesen leválasztjuk a hosszú talpi szalagról, még pedig előre a legyezőszerű szétágazásáig, hátra a sarokcsontig. A szalag hátsó felszínén levő és vele összenőtt rövid talpi hajlító izmokat részben tompán, Kocherszonda segélyével, részben élesen leválasztjuk. Különösen ügyelni kell arra, hogy a belső boka mentén lekanyarodó és itt oszló art. plantaris-t meg ne sértsük. Amikor a szalagot ily módon felszabadítottuk, a lábfejet erősen behajlítjuk, ami által a hosszú talpi szalag meglazul. A meglazult hátsó harmadában varratokkal redőzve megrövidítjük. A szalag megkurtítása után a lábboltozat feltűnően kidomborodik, sőt a lábközépcsontok fejecse alkotta boltozat is. Mielőtt a bőrt bevarrjuk, az itt erősen vérezni szokott bőralatti zsírszövetben pontosan vérzést csillapítunk. A bőr bevarrása után a lábat redresszáló gipszkötésbe tesszük nyolc napra. Ha csontműtétet is végeztünk, a gipszkötést négy hétig hagyjuk fönn.

A műtét végezhető: 1. Egyedülállóan minden oly esetben, ahol előrement gipszkötés után sem javultak a panaszok, de ki nem egyenlíthető csontos elváltozás még nincs jelen. 2. Nagyfokú csontműtétet igénylő eltorzulásoknál és csontos merevségnél, mint segítő műtét. 3. Bénulásos lúdtalpnál a különböző ínképző műtétek alátámasztására.

Három esetben volt eddig alkalmam a klinikán a műtétet végezni. Az első betegnél baloldalt Gleich-Brenner-műtéthez társult a szalagkurtítás, míg a jobb lábon a szalagműtét teljesen kielégítő volt. A második betegnél a jobb, a harmadiknál a bal lábon a sajkacsont ékkivésése mellé alátámasztásul alkalmaztam a



szalagkurtítást, míg a másik két lábon mindkét betegnél tisztán a szalagműtéttel teljes jó eredményt kaptam.

A beteg a gipszkötés eltávolítása utáni fokozatos massage-nak és tornának vetendő alá. A járást csak a gipszkötés eltávolítása utáni negyedik héten engedjük meg, amikor is acélbetétes cipőt húz. Az így operált betegek mind visszanyerték teljes munkaképességüket, panaszaik elmúltak, és míg a műtét előtt betéttel sem tudtak járni, addig a műtét után az erősen emelt boltozatú betétet is kényelmesen hordták.

Összegezve tehát: a műtét egymagában könnyebb csonteltorzulások nélküli esetekben teljesen elegendő, míg a csont- vagy egyéb ínműtétet igénylő eseteknél mint kísérő-műtét jó szolgálatot tesz. Itt is, mint minden más lúdtalpműtétnél, az erőműi utókezelésre nagy gondot kell fordítani.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem II. számú belklinikájának közleménye (igazgató: Báró Kétly László dr. egyet. ny. r. tanár).

Curral altatószerrel nyert klinikai tapasztalatok.

Írta: *ifj. Kramolin Gyula dr.* klinikai gyakornok.

A német *Grenzach*-gyár által előállított, s az utóbbi hónapokban klinikai beteganyagunkon kipróbált *curral*, vegyileg dyallylbarbitursav — illetve egyesek által még dypropenylbarbitursavnak is nevezett — kettős szénkötésű vegyület, s eme tulajdonságánál fogva — mint azt *Levy* megjegyzi —, gyorsabban ég el és könnyebben hasad, mint a diaethylbarbitursav (veronal). Tehát úgy vegyi szerkezetére, mint hatásmódjára nézve azonos a svájci *Ciba*-gyár által 1913-ban forgalomba hozott *dial* nevű idegcsillapító- és altatószerrel, amely nyilván gazdasági okokból nálunk nem igen terjedt el.

A *curral*-készítmény 0·10 cg-os tablettákban kerül forgalomba. Hideg és langyos vízben jól oldódik, íztelen, s így betegeink mindig jól tűrték. Gyomorpanaszokat nem okozott.

Összesen 25 betegen próbáltuk ki, kiknek nagyobb része könnyű és középsúlyos (18 eset), kisebb része súlyosabb természetű (7 eset) neurastheniás egyén volt. E betegeknél egyéb tüneteken kívül az álmatlanság mint fő tünet szerepelt. 10 könnyű esetben a betegek az elalvás előtt egy órával 1 tablettát vettek be, s ilyenkor egy óra elteltével, 5—6 óráig tartó nyugodt álom következett be. Négy esetben az álom csak rövidebb ideig (3—4 óráig) tartott, de ha ilyenkor a felébredés után még egy tablettát adtunk, vagy másnap az adagolást mindjárt kettőn kezdettük, az álmot sikerült megnyujtanunk. E könnyebb eseteknél nagyobb adagok alkalmazására nem is volt szükség és a hatás mindig pontosan bekövetkezett.

A súlyosabb neurastheniás egyéneknél (7 eset), amikor az álmatlanság mellett még más subjectiv panaszok — éjszakai fejnyomás, végtagzsibongás, hirtelen hevülések stb. — is súlyosbították a kórképet, az első napon nyujtott 1—2 tabletta adagolása rendszerint tartósabb eredményre nem vezetett; az álom vagy nem jött létre, vagy csak nagyon rövid és felületes volt. Ilyenkor az adagot fokozatosan emeltük, vagyis az elalvás előtt egy órával a beteg három tablettát kapott, melyet, ha egy óra mulva hatást nem észleltünk, egy negyedik, sőt néha egy ötödik is követett. Így alkalmazva még e súlyos eseteknél is tartós, 5—6 órás álmot és a subjectiv panaszok enyhülését tapasztaltuk.

Kellemetlen, postsomnalis tüneteket — álmosságot, levertséget, bágyadtságot — még nagyobb adagokra sem láttunk; bár *Scheibner*, *Wartenlebe* és *Thömel* ilyeneket tapasztaltak, mégis az ily tünetek talán az illető beteg egyéni túlérzékenységének tudhatók be, ami minden gyógyszerhatásnál előfordulhat és tekintetbe veendő. Egy esetünk nekünk is volt, ahol az egy tabletta adagolása csupán rövid ideig érvényesítette ugyan altató hatását, de ezzel szemben a beteg egész nap utána igen levert és álmos volt. Csakhogy ennél a betegnél más altatók (bromural, luminal) hasonló tüneteket okoztak, tehát nyilván individualis érzékenység volt jelen a beteg részéről.

Mérgezési tüneteket azonban sohasem, még nagyobb dosisok (5—6 tabletta) után sem láttunk. A szer veszélytelenségét bizonyítja *Weishaupt* betege, aki egy alkalommal 10 *curral*-tablettát vett be egyszerre és egy tartós és mély álmon kívül semmi más kóros tünet nem mutatkozott.

A *curral*nak a vérnyomásra gyakorolt hatását is vizsgáltuk betegeinken, de nagyobb vérnyomásváltozást nem észleltünk. Hypertoniás eseteknél a rendes 1—2 tabletta beadása után egy óra mulva mindössze csupán 5—10 Hg-mm-es vérnyomáscsökkenést észleltünk. A hatás csak átmeneti volt. Az érverések száma nagyobb esést szintén nem mutatott, 84—76 között ingadozott. Kóros hatást a bél tova- és kihajtómozgásait illetőleg nem láttunk, székrekedéseket a szer huzamosabb használatakor sem tapasztaltunk.

Megkíséreltük még a *curral* alkalmazását más hosszas lázas megbetegedéseknél is, ahol részben a lázas állapot, részben a szervezet általános fokozottabb ingerlékenysége állván fenn, az álom egész felületes, megszakított és nyugtalan volt. Ilyen esetekben az esténként nyujtott 1—2 *curral*-tabletta, ha tartós álmot nem is, de megnyugvást és mélyebb, 1—2 órás álmot biztosított a betegnek.

Tapasztalatainkat és megfigyeléseinket röviden összefoglalva, a következőket mondhatjuk:

1. A *curral* úgy a könnyebb, mint a súlyosabb neurastheniás és álmatlanságban szenvedő betegeknél igen jó szolgálatokat tehet, nem túl mély, de nem is felületes, hanem tartós, 5—6 órás közepes üdítő álmot biztosító altatószer, melynek használata után kellemetlen tüneteket nem észleltünk.

2. Rendes átlagadagolása 1—2 tabletta, melyet egy órával az elalvás előtt adunk a betegnek. E rendes adag a súlyosabb eseteknél három, négy, sőt öt tablettára is fokozható anélkül, hogy kellemetlen mellékhatásokat, vagy éppen mérgezési tüneteket észlelnénk. Mint minden hypnoticumnak, úgy a *curral*nak is állandó használata a hatás erősségét csökkenti, s éppen ezért ezt sem jó a betegnek állandóan adni. Ha a hatásos adagot elértük, egy-két napos szünetek bekapcsolásával igyekezzünk betegeinket a szer megszokásától megóvni.

Individualis érzékenység, ha ritkán is, de elvétve

ennél a szernél is előfordulhat, de ha figyelembe vesszük az eddigi irodalmi és vizsgálati adatokat, úgy a *curral*nál ilyenkor fellépett tünetek inkább csak subjectivek és semmiesetre sem mérgezések, még nagy adagok használatakor sem.

Örömmel kell tehát fogadnunk ezt az új gyógyszert, mely az orvosi gyakorlatban a melléktüneteket okozó erősebb hypnoticumok igénybevételét sokszor nélkülözhetővé teszi.

Irodalom: *Laufer:* Deutsche med. Wochenschr. 1923, 9. sz. — *Schranz:* Münch. med. Wochenschr. 1923, 8. sz. — *Weishaupt:* Münch. med. Wochenschr. 1923, 11. sz. — *Levy-Suhl:* Klin. Wochenschr. 1923, 24. sz. — *Loewy-Hottendorf:* Ther. d. Gegw. 1923, 6. sz. — *Maier:* Münch. med. Wochenschr. 1923, 9. sz. — *Plünsche:* Deutsche med. Wochenschr. 1923, 93. sz. — *Elkan:* Med. Klin. 1923, 36. sz. — *Linden:* Deutsche med. Wochenschr. 1923, 37., 38. sz. — *Lehmann:* Psychiatr. Neurolog. Wochenschr. 1923, 5., 6. sz. — *Hornstein:* Fortschr. d. Medizin 1924, 1. sz. — *Lorenz:* Der Praktische Arzt 1924, 1. füz.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

Az emésztőszervek megbetegedéseinek diaetás kezelése.

28. *Étrendek hasmenésnél.*

Miután diagnostikai eljárásainkkal, különösen pedig a próbadiaeta után ürített szék vizsgálatával a hasmenés aetiologiája és localisatiója felől lehető pontosan tájékozódtunk, a beteg étrendjének összeállításánál a megbetegedés súlyossága szerint a három alapdiaeta (könnyű vegyes, hachée-purée vagy folyékony étrend) egyikét választjuk ki és ezt a következő szempontok szerint módosítjuk:

1. *Előnyben részesítjük azon élelmiszereket és ételneműeket, amelyek a fokozottan izgatott bélműködést csillapítani képesek, vagyis dugító hatásúak;* 2. *azon élelmiszereket, amelyek tolerantiája hasmenésnél egyénenkint különböző, csak óvatosan emelkedve, próbálgatás után adagoljuk;* 3. *végül azon élelmiszereket, amelyek a bélműködést bármi módon izgathatnák, zárjuk ki a táplálkozásból.*

A magas csersavtartalmú élelmiszerek dugító hatása közismert. A *borok* csersavtartalma a készítés módja szerint változik. Ha a mustot a törkölyön hagyják megerjedni, úgy az állás ideje alatt az egyre nagyobb alkoholtartalmú új bor a szőlőhéj extractivanyagait és így a tanninartalmat is egyre tökéletesebben vonja ki. Mivel a vörös- vagy kékhéjú szőlő színanyagainak kioldására vörös bor készítésénél ezt az eljárást alkalmazzák, általában a vörös borokban van több csersav, bár tanningazdag fehér borokat is ismerünk (tokaji, szamorodni). Az egri bikavér, a ménesi, villányi és sashegyi vörös boraink csersavtartalma vetekedik a francia bordeaux-iakéval és azt csak a görög „camarite" múlja felül. A siller borok, amelyek vagy úgy készülnek, hogy a vörös szőlő mustját törkölyétől különválasztva erjesztik meg, vagy úgy, hogy a vörös szőlőtörkölyt fehérborral extrahálják, már csersavszegényebbek. Ha az erjedő vörös borba fehér üröm virágát adják, készül az ürmös; a legtöbb extractivanyag van a rácürmösben, melyet készítésekor felére befőznek. Hasmenéseknél olyan vörös borokat adjunk, amelyekben sok a csersav, kevés az alkohol és nem édesek. A vörös borral készült ételneműek közül a forralt bor készíthető legegyszerűbben: fahéjat és szegfűszeget adva hozzá, kevés cukorral vagy saccharinnal felforraljuk. A fűszerek itt nemcsak ízjavítók, hanem az izgatott bél megnyugtatására is jó hatásúak. A forralt bort tojással sűríteni lehet: a tojást hidegen habarjuk el, forralás közben is állandóan keverjük, nehogy a tojásfehérje túrósan csapódjék ki. Ha vízfürdőn rézüstben melegítjük a tojással elkevert vörös bort és közben habverővel verjük, édes tésztákhoz kitűnően használható haböntet készülhet belőle. Vörös borral elkeverj cukros tojáshabot sütőben formába szilárdítva a vörös bor-habkochot nyerjük.

Nagy a csersavtartalma az *áfonyá*nak is. A bogyókat azonos súlyú cukorral felfőzve, az áfonya-compote-ot nyerjük; sűrűre befőzve, az áfonyalekvár készül ebből. Cukorral lassú tűzön hosszasan főzve, az áfonyakocsonyát készíthetjük; a bogyókat forró cukorszörpbe dobva, készül az áfonya-jam. Az áfonyabogyó kisajtolt levéből cukorral főzik az áfonyaszörpöt. Hasmenéseknél, ahol a celluloset és a cukrot kerülnünk kell, jobban használható ezeknél az elerjesztett áfonyaléből készített áfonyabor. Az aszalt áfonya tanningazdagabb, mint a friss gyümölcs. A legerősebb dugító hatása ennélfogva az aszalt áfonyából házilag készített erős decoctumnak van, amelyet saccharinnal édesítünk és amelyből vörös borhoz, geléekhez, öntetekhez és teához kávéskanalankint veszünk.

Kitünő adstringens hatása van a *teá*nak. A tealevelek tannintartalma sokkal nagyobb a „zöld teában", amelyet keleten fogyasztanak, mint a feketében, amelynek csersava fermentatio útján csökkent. A teafőzet csersavtartalma a főzés ideje és a felhasznált víz menynyisége szerint változik. Ha nem infusumot, hanem decoctumot készítünk, úgy igen sötét és tanningazdag teát nyerünk. (Az oroszok teaextractja azért sötét, mert sok tealevelet vesznek hozzá, de csak rövid ideig főzik és így csak az illóolajtartalom és a színanyagok jutnak belé. Az „orosz tea" tehát nem jelenti a magas tannintartalmat is.) A 10—15 percig főzött sötét, erős teát cognackal vagy rummal ízesítjük. A sötét színt pár csepp citrommal vagy citromsavval lényegesen fölvilágosíthatjuk.

A *makk-kávé*nak, amely pörkölt makknak a lisztje, 2—3% a csersavtartalma. Sokkal ízesebb ennél a Stollwerck-féle makk-cacao, amelyben 5—6% a csersav.

A *cacaopor* jó hatása hasmenéseknél még nem tisztázott teljesen; nem is mindig dugító hatású. A cacaobabokat pörkölés után megőrölve nyerik a cacaolisztet; ez vízben nem oldódik, főzésnél összecsomósodik. Ezért a cacaovaj kisajtolása után a cacaolisztet alkaliákkal kezelve felbontják és így készítik a cacaoport, amely vízben jól oldódik és homogen itallá főzhető. A cacaolisztet a cacaovaj olvadáspontjának megfelelő hőmérséken porcukorral keverve készül a *csokoládé*. Aszerint, hogy cacaoport vagy cacaolisztet, hogy mennyi cukrot, és hogy milyen fűszereket vagy élelmiszereket (tej, tejszín, vaj, dió, mogyoró stb.) adnak hozzá, igen különböző csokoládéfajtákat ismerünk. A cacao és a csokoládé konyhatechnikailag igen fontos anyag édes tészták, édességek, forró italok, mázok, öntetek stb. készítésére. Az egyszerű vizes cacaofőzettől a komplikált összetételű csokoládétortáig a cukrászat és az édeskonyha sok változatban használja.

A dugító élelmiszerek között szerepelnek a gelatine-gazdag ételneműek, az *aspique* és a *gelée*-k. Különösen az ürühúsból készített erőlevesnek és aspiquenak tulajdonítanak dugító hatást. A gelée-k közül a vörösborgelée a legjobban használható. Úgyszintén a bevonó tulajdonsága alapul az árpából, zabból vagy rizsből főzött *nyáklevesek* alkalmazása a hasmenések étrendjében. Az *amylaceák*nak, a finom fehér lisztből készült tésztáknak és süteményeknek, valamint a rizs, dara, köles, ságó főzeteinek azért van dugító hatása, mert gyorsan és tökéletesen bontatván el, a székképzésben nem vesznek részt. Dugítanak a *fehér sajtok* is, ha íróból készülnek és hosszas állás után megsavanyodtak.

A hasmenés elállítására használt gyógyszerek közül konyhatechnikailag a *calcium* érdekel bennünket. A hasmenéseknél sokszor jó hatású calcium-kenyér vagy calcium-kétszersült úgy készül, hogy 10%-os calciumchlorid-oldatból 12 cm^3-t adunk minden kiló liszthez, amelyből kenyeret sütünk. *Boas* mészgazdagításra a tojáshéjat ajánlja, amelynek finomra tört porát folyékony ételneműekbe keverteti el.

Azon élelmiszerek közül, amelyeknek tolerantiája megbetegedés szerint és egyénenként különböző, elsősorban a *tejet* kell megemlítenünk. Hasmenéseknél a leghelyesebb teljesen elhagyni, mert még ott is bélzavarokat, hasfájdalmakat, felfúvódottságot, korgást és csikarást okoz, ahol a tejivás a székletétek számát különben nem szaporítja. A tej tolerantiáját némileg javítani lehet cognackal, rummal, mészvízzel vagy salicyllal. A tejjel készült ételneműek talán kevésbbé adnak okot panaszra. A vajat az esetek túlnyomó részében igen jól tűrik.

A *cukor*ról és az *édességek*ről a diaetetikusok véleménye eltérő. Legtöbben cukor helyett saccharinnal édesíttetnek és csak ha a székletét úgy makroskopice, mint mikroskopice normalissá válik, engednek meg a cukorból fokozatosan egy-egy kockával többet.

Igen fontos kérdés továbbá a *főzelék*- és *bur-*

*gonya*tolerantia. Főzelékkosztra mindenesetre csak akkor térünk át, ha a szék teljesen normalis, az ürítések száma naponta egy-kettőre esett vissza és a hasfájdalmak, hasecsikarás és bélmozgások megszűntek. A paraj az első főzelék, amelyet adhatunk, azonkívül a gesztenye, majd a friss zöldborsó, sárgarépa, végül a spárgafejek következnek, puréevé áttörve. A hüvelyes-puréek, a vajban párolt kelvirág- vagy a bimbóskel már aránylag nagy megterhelést jelentenek.

Hogy mikor térünk át a *hústáplálásra* és hogy mennyit adunk belőle, sok körülménytől függ. Kezdetben mindenesetre a lágy húsfajtákat (borjú-, csirke- vagy galambhús) adjuk, bőrös, inas részeiktől, a csontoktól gondosan megtisztítva, levesbe főzve, fricasséenak, puréenek vagy hachéenak elkészítve.

A betegek a *tojást* is különbözőképen tűrik. A keményre coagulált fehérjéjű tojásételeknél jobb a lágyan fogyasztott, levesbe, tejbe, vörös borba vagy cognacba habart tojás. A tojáshabból készült felfújtat, öntetet sokszor akkor is észrevétlenül adhatjuk, ha különben a tojás panaszokat okoz. Gond fordítandó persze a kifogástalan minőségre.

Amíg az említett élelmiszerek a hasmenések étrendjében csak előzetes próbálgatás után adhatók és a panasz nélkül eltűrt mennyiség arányban áll a javulás előrehaladásával, addig azokat, amelyek a különben is kórosan izgatott bélműködésre izgatólag hatnának, az étrendből hosszabb időre ki kell zárnunk. Ilyen *chemiai hatásuk* van pl. az organikus gyümölcssavaknak: a gyümölcslevek, gyümölcsszörpök, limonádék, lekvárok, fagylaltok igen erősen fokozhatják a peristaltikát. A töményebb sóoldatok a bélnedvelválasztást fokozhatják és így vezethetnek hasmenésre; ezért a sózott húskonzervek, a sózott halak stb. határozottan kerülendők. A bőnyés, inas, mócsingos húsrészek, azonkívül a magvas és héjas növényi élelmiszerek kötőszövet-, illetve növényi rosttartalma *mechanikus hatás* révén fokozza a bélműködést. Különösen a füstölthús, zsírral átszőtt húsrészek, szárított hal, öregebb vadak húsa stb., a nyers gyümölcsök és a durvarostú főzelékek hátrányosak. A főzelékek közül a nyersen és hidegen fogyasztott saláták, azután a káposztafélék, retekfélék, paradicsom, uborkafélék és gombák teljesen törlendők. Kerültessük továbbá a durva őrlésű, magas cellulosetartalmú fekete vagy barna kenyér élvezetét is. A chemiai és mechanikus izgató hatáson kívül a *thermalis ingerek*től is óvnunk kell a megbetegedett belet. Köztudomású, hogy hideg ételek és hideg italok fogyasztása vált ki gyors bélműködést; különösen a hideg, zsíros ételek (hideg zsíros sauce-ok, mayonnaise stb.) és a hideg szénsavas italok (szódavíz, sör, pezsgő stb.) káros hatásúak.

Külön étrendi előírást minden hasmenéssel járó megbetegedéshez és azok minden stadiumához adni fölösleges; az elmondottak alapján egyéni diaetát összeállítani nem lesz nehéz. Ki kell azonban emelnünk azon előírásokat, amelyek szerint összeállított étrendet a chronikus hasmenések két főtypusának kezelésénél kitünő hatással alkalmazunk.

Ha a beteg székletételei szúrós, savanykás szagúak, habosak és világossárgás színűek, úgy *erjedéses dyspepsiával* állunk szemben, amelynél a bélcsatorna bakteriumflórájában a szénhydraterjesztő mikrobák jutottak túlsúlyra. Ilyen esetekben ajánlatos a betegeket a bélflóra megváltoztatása céljából egy időre *szénhydratmentes kosztra* fogni. A diabetesnél adott szénhydratmentes kosztról az ilyen étrend abban különbözik, hogy főzeléket és tejet az étrendből teljesen törülnünk kell. A főzeléket a rostanyag miatt kerüljük, a tejet pedig cukra miatt, amely a szénhydraterjedés egyik legkitünőbb anyaga. A javulás szerint a szénhydratokat azután *Schmidt* szerint a következő sorrendben lehet újból az étrendhez tenni: finom búzaliszt, mondamin, rizsliszt, dara, kétszersült, sagó, finom metéltek, rizs, fehér kenyér és burgonyapép. E sorozatban fokozatosan több a cellulosetartalom és ennélfogva azt lehet mondani, hogy az erjedéses hasmenés legnagyobbrészt a cellulosebontás zavarain alapszik, aminek következtében az alsó bélrészletekbe a rendesnél több szénhydrat kerül.

Ott, ahol erősen bűzös, sötétbarna a próbadiaeta után nyert szék és a vizelet indicantartalma magas, a hasmenés oka a bélben végbemenő fehérjerothadás, *a rothadásos dyspepsia*. Az ilyen esetekben viszont a *fehérjék megszorításával* igyekezünk a bélflóra táptalaját megváltoztatni. Sok esetben elegendő a hús élvezetét eltiltani és a tojásfogyasztást redukálni. Aspique-ot, gelée-t (főleg áfonyagelée-t) nyugodtan adhatunk. A vajat csak akkor kell megszorítani, ha egyidejűleg a zsíremésztés is lényegesen szenvedett. Ellenben jól átfőtt rizsételek, főtt és sült tészták, finom felfújtak, később már burgonya- és főzelékpurée-k szerepeljenek főleg. A kenyeret pirítva adjuk, esetleg kétszersültet vagy caceset helyette.

A bélflóra megváltoztatására *Metschnikoff* a *yoghurt-kúrát* ajánlotta. A yoghurt úgy készül, hogy a felforralt friss tejben yoghurt-pastillát, a bacillus-bulgaricus izolált tenyészetét oldják föl. A hidegre tett tejből állás után laza összeállású, egyenletesen megalvadt és kitünő ízű aludttej válik. Ha nem is vált valóra *Metschnikoff* azon várakozása, hogy a yoghurttal bejuttatott bakteriumok a rothadást előidézők fejlődését elnyomják, a yoghurtot rothadásos hasmenéseknél mindig szívesen adjuk. Hasonlókép a bélflórát akarja befolyásolni hasmenéseknél *Nistle* az általa ajánlott Mutaflorral, amely a bakterium colinak keratin-capsulában adott specialis tenyészete.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vesebajosok étrendje a legújabb szempontok szerint. *Prof. Klewitz.* (Med. Klin. 1925, 6. sz.)

A kétoldali vesebajosok kezelésénél a legfontosabb szempont ma is a szerv kímélése. Ilyen betegeken már jobban ismerjük a vese egyes részeinek működészavarát, s a velejáró anatomiai elváltozást és ezért a diaetát a vesének főleg azon részleges functiozavara alapján fogjuk előírni. Ha a vese változó concentratiójú vizeletet nem tud kiválasztani és ezáltal a vérserumban lévő ionok egyensúlyát biztosítani nem tudja, akkor diaetás étrenddel úgyszólván semmi befolyást nem gyakorolhatunk rá. Másik tulajdonsága a vesének, hogy változó vegyhatású vizeletet tud üríteni, miáltal a vérben a H- és OH-ionok közti egyensúlyviszonyt szabályozza. Ha a vese ezen utóbbi képességét elveszti, úgy a vérben felhalmozódott savak semlegesítésükre azon alkaliákat kötik meg, melyek normalisan a szénsav megkötésére szolgálnak, ezáltal a vér szénsavmegkötőképessége csökken (hypokapnia). A vér tehát acidosisos lesz, mert a vese a normalisan képződő savakat nem tudja kiüríteni, szemben a diabeteses acidosissal, ahol a savak fölöslegben képződnek és következésképen a vér savanyú vegyhatásúvá válik. A széndioxydot a szervezet ilyenkor fokozottabb mértékben a tüdőn keresztül igyekszik eltávolítani (hyperventillatio). Így előáll az uraemiás dispnoë. Jelen esetben tehát olyan diaetát írunk elő, mely sok basisos alkatrészt tartalmaz, ez pedig a lacto-vegetabilis diaeta. A konyhasó kiválasztásának a zavara igen gyakran párhuzamosan jár a víz kiválasztásának zavarával, bár kétségtelen, hogy száraz NaCl-retentio is lehetséges. Acut oedemás glomerulonephritisben a vérben úgy a NaCl, valamint a víz retinealódik. Nephrosisban a vérben a NaCl- és víztartalom körülbelül normalis, kóros zavarok itt a vese és a szövet között állanak fönn. Az egyes nevezetesebb vesekórformák étrendje: glomerulonephritisnél 2—3 napi koplaltatást és szomjaztatást írunk elő, ennél hosszabb ideig ne szomjaztassuk a beteget, hanem 300—1000 cm^3-ig cukros vizet, vagy 1 kg gyümölcsöt rendeljünk napi adagban. Teljesen sómentes diaetát hosszabb időre ne rendeljünk, mert arra a beteg hamar ráun. 5 g só és enyhe növényi fűszerekkel a beteg diaetáját ízletessé tehetjük. Kezdetben erősen megszorítjuk a fehérjét is, később azonban, ha a lefolyás chronikussá válik, többet engedélyezünk. A nephrosisoknál a folyadék, NaCl és esetleg a fehérje megszorítása indokolt. Bár a genuin zsugorvesénél sokáig nem lehet működéscsökkenést kimutatni, a diaeta mégis kímélő legyen. A fehérje-, só- és vízfelvételnek különösebb megszorítására nincs szükség. A növényi diaeta ugyan előtérben áll, de a húsételt is megengedhetjük és hetenként két fehérjeszegény napot lehet beiktatni. A folyadékfelvétel a szükségletet fedezze, azt ne haladja túl. A folyadék különösebb megszorítása ellenjavallt akkor, ha a beteg kényszerpolyuriás. A másodlagos zsugorvesénél, tekintettel a chronikus lefolyásra, a szigorú diaeta előírása ellenjavallt. Itt is a vese általános kímélése a főszempont. A valódi acut uraemiánál a vese vala-

mennyi functiója bántalmazott. A vese kímélése itt legjobban szénhydratok adagolása által érhető el, mert azoknak bomlástermékei extra renalisan is kiválasztódnak. Célszerű lesz tehát 200—300 g szőlőcukrot 1000 g vízben feloldva pro die napokon keresztül adni. Később azután tésztaféléket, gyümölcsöt, főzelékfélét és sótlan vajat rendelhetünk. Az acidosis elkerülésére 5%-os natrium hydrocarbonatumot rendelünk intravenásan. Chronikus uraemiánál pedig lehetőleg adjuk meg a betegnek azt, amit kíván. *Kaltstein dr.*

A vese functiója Addison-kórnál. *Prof. Rosenow.* (Med. Klin. 1925, 6. sz.)

Szerző e kórnál a vesének csökkent vízkiválasztását, koncentráló képességét, a konyhasó és ureum megterhelésénél pedig azoknak elhúzódó kiválasztását észlelte. Egy esetben 2 cm³ adrenalin intramuscularis adagolása után a vese vízkiválasztása javult. Szerző a vesének e functio csökkenését sem a kachexiával, sem pedig a csökkent vérnyomással nem tudja megmagyarázni, hanem azt hiszi, hogy miután nemcsak a mellékvese chromafinjában, hanem a pajzsmirigyben, hypophysisen és középagyban is találtak anatomiai elváltozásokat, az ok ezek működési kiesésében keresendő. *Kaltstein dr.*

Anyagcsere- és húgysavvizsgálatok anaemia perniciosánál vértranfusio után. *Weicksel.* (Zeitsch. für klin. Med. 100. köt.)

Szerző anaemia perniciosás betegeit fehérjeszegény és purinmentes diaetára fogja és midőn N- és húgysavkiválasztásuk konstanssá válik, a betegek 500—700 cm³ vértransfusiót kapnak. Az átömlesztés után úgy a N-, mint a húgysavkiválasztás fokozódik, és pedig legnagyobb az első napon, majd lassú eséssel a 4—5. napon éri a transfusio előtti értéket. A szerző azt tartja, hogy ez a fokozódás a transfundált vér, illetőleg az idegen leukocyták szétesésének következménye, és a kiválasztás eme görbéjéből azt következteti, hogy a transfundált vér pusztulása az átömlesztés után azonnal megkezdődik és mintegy öt nap alatt ér véget. *Czoniczer dr.*

Kísérleti adatok a rectalis digitalistherapiához. *A. Reinhold.* (Klin. Wochenschr. 1925, 5. sz.)

Eichhorst és *Cloetta* ajánlották először a digitalis rectalis alkalmazását és azt találták, hogy az gyakran, főkép nagyfokú májpangás esetén, hatásosabb, mint a szájon át való adagolás. Szerző ezt a tapasztalatot kísérletileg igyekezett ellenőrizni és ecélból macskákon elektrokardiographikus felvételeket készített digitalisnak per os, illetőleg per rectum való adagolása után. Kísérletei arra az eredményre vezettek, hogy a csőre alakjában alkalmazott digitalis valóban hatásosabb, mint a szájon át adagolt. Ennek okát egyrészt abban látja, hogy a végbél felől felszívódó gyógyszer elkerüli a májat, másrészt hogy az nincsen kitéve a gyomorsav roncsoló hatásának. *Czoniczer dr.*

Sebészet.

Adatok a bőralatti ínsérülések kórképéhez. *Steiger.* (Wiener klin. Wochenschr. 1925, 6. sz.)

Két esetben észlelte az újjpercizületek körül elhelyezkedő inak bőralatti sérülését. Mindkét esetben a sérülés megfeszített ujjra való esés következtében jött létre s ennek eredményeképen az ujjfeszítő ín oldalágai a tenyér felé ficamodtak, s a betegek a sérült ujjat önként mozgatni nem tudták. A sérülés létrejötte úgy magyarázható, hogy a megfeszített ujjnak a rá-esés folytán előálló hirtelen erőszakos behajlítása adja meg azt a külső erőbehatást, mely az ínnak ezen helyzetváltozását okozza. Ha figyelmmel vagyunk a beteg elmondására, könnyű lesz ezen ritka sérülés kórismézét felállítani, amikor is hosszas conservativ kezelés helyett sebészi beavatkozást ajánlva, teljes gyógyulást érhetünk el. Műtéttel a ficamodott ínrészeket tompán kifejtjük s néhány finom öltéssel eredeti helyükre rögzítjük. *Horváth B. dr.*

A csonttörések jelenlegi kezelése. *R. Mühsam.* (Med. Klin. 1925, 8. sz.)

A csonttörések kezelésében a legújabb időkig, s az esetek jelentékeny részében ma is a conservativ rögzítő kötésekkel való kezelés az irányadó. Bár a gyógyulás bonctani és működési eredményei korán sincsenek egymással párhuzamban, mégis a Röntgen-átvilágítás felfedezése óta fokozott az igyekezet, hogy a gyógyulásnak bonctani előfeltételei is meglegyenek. A legelső eljárás egyike a Bardenhauer-féle nyujtás volt, melyet *Steinmann* szöggel, s később *Klapp* drótnyujtással tökéletesített. Nagy haladás volt a *Braun* és *Zuppringer*-féle sínkezelés bevezetése, melyeknél a végtag behajlított helyzete folytán ellazult izomzat a törvégeknek előnyösebb beállítását teszi lehetővé. A háború alatt sokat használt Ansinn-készülék hasonló az előbbiekhez; előnye, hogy a szomszédos izületek mozgathatók maradnak. Szög- és drótnyujtás kapcsán nem látott csontvelőgyulladást, elhalást vagy nagy fájdalmakat. Műtéti egyesítés alkalmazandó minden olyan esetben, amikor a törvégek rögzítése más eljárásokkal kilátástalan. Ilyenkor vagy saját csontlécet, vagy idegen anyagot (Lane-féle lemez, drót) használunk. *Horváth B. dr.*

A Dakin-oldat. *Bijloma*, Utrecht. (Klin. Wochenschrift 1925, 9. sz.)

Carel és *Dakin* a háború alatt újra megkísérelték a Lister-féle sebkezelést oly szerrel, amely a legerősebben bakteriumölő és a legkevésbbé támadja meg a szöveteket. Az oldat natriumhypochlorit, melyet natriumbicarbonattal kevernek. Az oldat feloldja a nekrotikus szöveteket; a sebet felerészben ezen oldattal kezelve, az gyorsabb gyógyulást eredményez, mint a nem kezelt rész, ami az úgyszólván teljes activ csírtalanítás következménye. A sebkezelési tapasztalatok általánosan igen kedvezőek. *Borsos dr.*

Tüdőemphysemánál végzett Freund-féle műtétről. *J. Petermann.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 8. sz.)

Freund elmélete szerint a tüdőemphysema bizonyos fajánál a tüdő megbetegedése másodlagos, s a betegség oka a bordaporcok elváltozása következtében megmerevedett és tágult mellkasfal. Ily esetekben *Freund* a II., V. bordaporc átvágását ajánlja, miáltal a mellkasfal újból mozgékony lesz. Ha a műtét javallata helyes, sokszor közvetlenül utána lényegesen javul a beteg állapota, s a tüdő vitalis capacitása néha kétszeresére emelkedik. Szerző 7 esetben végezte a műtétet. Egy betege három nappal a műtét után tüdőgyulladásban pusztult el, 1 nem javult, 1 keveset javult, 2 beteg teljesen munkaképes, 2 lényegesen javult. Ezen eredményei alapján a *Freund*-féle műtétet megfelelő esetekben ajánlja. *Matolay.*

Golyva kezelési módjának meghatározása Röntgen-vizsgálatokkal. *Max Sgalitzer* (Deutsche med. Wochenschrift 1925, 6. sz., 219. old.)

Szerző a szegycsontmögötti golyvánál igen fontosnak tartja a Röntgen-vizsgálatokat, melyekkel pontosan meg lehet állapítani a golyvának a helyét, mozgékonyságát és nagyságát. Megállapítható azonkívül, hogy milyen viszonyban van a légcsővel és hogy annak a falán okozott-e valamilyen elváltozást (szűkület és lágyulás). Röntgen-vizsgálattal meg lehet állapítani a légcső ellenálló erejét. Olyan esetekben, ahol a beteg általános állapota, vagy szívének gyengesége kételyt okozhat a műtétet illetőleg, Röntgen-vizsgálattal pontosan meg tudjuk állapítani, hogy szükséges-e műtéti beavatkozás, vagy megtartó kezelést végezzünk. *Lumniczer dr.*

A tudomány mai állásánál hogyan kell berendezkedni a járványos golyva meggátlására? *Frey.* (Klin. Wochenschr. 4. évf., 10. sz.)

Frey megállapítja, hogy a tudomány mai állása mellett a járványos golyva olyan vidékeken szokott előfordulni, hol az emberek kevés jódot vesznek fel a szervezetükbe. Közli a Svájcban kiadott utasításokat, melyek a golyva meggátlására szolgálnak. Igen jónak tartja, ha a konyhasóhoz jódot keverünk és azt állandóan használjuk, azonkívül szükségesnek tartja, hogy az iskolás gyermekek állandó ellenőrzés alatt legyenek. *Lumniczer dr.*

Felszívódó sebtamponade és vérzéscsillapítás állati vérplasma segélyével. *Sauer dr.* (Zentralblatt für Chirurgie. 1925, 7. sz.)

A sebészeknek azon régi törekvése, hogy utóvérzésekkel járó műtétek után a műtéti seb tamponade és drainage nélkül zárható legyen, eddig nem volt kivihető. Nagy haladást jelent e tekintetben *Vogel* eljárása, ki az emberi vérplasmát használja a tamponade eszközéül. Minthogy ennek előállítása körülményes, marhavérplasmából állított elő a hamburgi Pearson-gyár Vivocoll néven hasonló hatású praeparatumot. Ez a készítmény natriumcitrat-oldattal, folyékony álla-

potban, steril edényekben kerül forgalomba. Használat előtt a mellékelt calciumchlorid-oldat hozzáadásával sebfelületekre jól tapadó anyaggá szilárdul meg s ezáltal egyrészt a vérzést szünteti meg, másrészt kitöltvén plomb alakjában a holt üregeket, ezeket megszünteti, később organizálódik és felszívódik. Kitünő szolgálatokat tesz parenchymás vérzéseknél (cholecystektomia, strumektomia, prostatektomia, nephrektomia) máj- és pankreasból történő, agyműtéteknél nehezen csillapítható vérzéseknél. A vérzéscsillapító hatás prompt, a műtéti seb nyugodtan zárható, per primam intentionem gyógyul. Mellékhatások és anaphylaxiás jelenségek nem voltak észlelhetők.

Schustek Jenő dr.

Légmell és phrenikuskitépés. *Unverricht.* (D. med. Wochenschr. 1925, 6. sz.)

Újabban egyes szerzők a rekeszizomnak a nervus phrenicus kitépésével való bénítását ajánják minden mesterséges légmell készítésénél. Szerző ezzel szemben óvatosságra int és a rekeszbénítást csak oly esetekben ajánlja, ahol a tüdő a rekeszhez van rögzítve és természetesen csak akkor, ha a légmell nem positiv nyomású. Felhívja a figyelmet arra a veszélyre, hogy egyoldali légmell- és rekeszbénítás végzése után a másik oldalon fellépő megbetegedés esetén a beteg tüdő nem helyezhető teljesen működésen kívül, mert az előzőleg végzett rekeszbénítás oly nagyfokú légzésműködéscsökkenést okozott, hogy a másik oldali tüdő működését kirekeszteni nem lehet. Két beteg kórtörténetét ismerteti, ahol hasonló okból nem lehetett másik oldali megbetegedésnél légmellet készíteni. Ezek alapján a légmellel egyidejűleg végzett rekeszbénításnak ellene van, s azt csak pontosan megválogatott esetekben ajánlja.

Matolay.

Bőr- és nemikórtan.

Az Archiv of Dermat. and Syphil. 1924. évi 5. számának tartalma.

Towle a szerinte idealis bőrklinika személyzeti és berendezési szükségletét írja le.

Schwartz és *Lewin* a vér Ca-tartalmát vizsgálták meg *Kramer* és *Tisdall* módszerével különböző bőrbetegségekben. Szerintük a vér Ca-mennyisége nem jellemző az egyes bőrbetegségekre.

Greenbaum és *Wright* 35 syphilises betegüknél a nem specifikus proteinkezelés syphilisre való hatását vizsgálták meg. Szerzők betegeiknek 6 ízben 2—3 naponkint 4%-os caseinoldatot fecskendeztek be intramuscularisan, majd ezen előkúra befejezte után egyhetes időközökben neoarsphenamin-injectiókra tértek át. Különösen a késői syphilises bőrtünetek reagáltak jól ilyesféle kezelésre. Szerzők szerint a heteroproteininjectiókra fokozódik a szervezet antitest-termelőképessége, s ezért a nem specifikus kezelés a specifikus mellett értékes adjuvansként szerepelhet.

Tenenbaum egy myeloid leukaemiás betegének bőrelváltozásairól számol be.

Az egészséges vulva flórájában *Pilot* és *Kantern*ek fusiform bacillusokat és refringens typusú spirochaetákat sikerült állandóan kimutatniok. A cervix és a hüvely váladékában ezek szabály szerint nincsenek jelen.

Michelson a scrophulodermáról ad vázlatos áttekintő képet, *Keim* pedig a leukaemia lymphatica cutis ról ír egy esete kapcsán.

Belding és *Holmes* az intramuscularisan adott neoarsphenamin-injectióknak a Wasserman-reactióra gyakorolt hatását vizsgálták meg. 5 hét alatt 6 ízben, 1 kg testsúlyra átlag 0·013 mg frissen oldott, 7·4 PH concentratiójú neoarsphenamint fecskendeztek be intramuscularisan syphilises gyermekbetegeikbe. Bár ilyen kezelésre a Wassermann-reactio erőssége csökkent, még 5 hét mulva is csak egy betegüknél vált negativvá.

Főleg *Rosen-Müller-Myers* vizsgálataiból ismeretes, hogy arsphenaminkészítmények intravenás befecskendezésekor, különösen nitritoid krizisre hajlamos egyéneknél, a peripheriás erekben a fehérvérsejtek száma megkevesbedik az autonom idegrendszer izgalma következtében. Szerzők megvizsgálták ilyen irányban az ezüstarsphenamint is. Szerintük az arsphenaminnal ellentétben az ezüstarsphenamin-injectio, kivéve a nitritoid krizissel reagáló egyéneket, nem okoz leukopeniát.

Melczer.

Pemphigus vulgaris terhességnél. *E. Klopstock.* (Derm. Zeitschr. 1924, 40. köt.)

Teljes mértékban csatlakozik *Bettmann* felfogásához, aki leszögezi, hogy a pemphigus-csoport nem egységes aetiologiájú. A terhességgel összefüggő eddig leközölt tiszta pemphigusok száma három. *Hebrá*nak kettő, *Köbner*nek egy esete volt. *Klopstock* egy a VIII. hónapban gravid nőnél látott pemphigus vulgarist fellépni, amely két hétig fokozódott és terjedt. Ekkor koraszülés következett be, ami egy csapásra megindította a javulást, és a nemi-apparatus teljes reparálódásakor a pemphigus is teljesen meggyógyult. Ez a pemphigus terhességi toxicosisnak fogható fel, mely mérgezés a vegetativ idegrendszer útján a savó H-ionegyensúly-zavarához és az érfalak permeabilitásának fokozódásához vezet. A savót, amely könnyen diffundál a szövetekbe, a szövetek nem képesek physikailag megkötni és bulla lép fel. Ezzel a felfogással a pemphigus aetiologiája nem tisztázódott ugyan, de valószínűvé teszi, hogy — miként sok más bőrbajnál, úgy a pemphigusnál is — a localis viszonyoknak és az egyéni dispositióknak igen nagy szerepe van.

Steiger-Kazal.

A herpes zoster és herpes febrilis vonatkozásáról. *Lipschütz.* (Wiener kl. Wochenschr. 1925, 3. sz.)

Goodpasture és *Teague*, *Luger* és *Lauda* a herpes febrilist (h. f.) és a zostert (z.) közeli rokonnak tekintik, hasonló aetiologiai okokra vezetik vissza és csupán az ismeretlen virus más és más virulentiáját veszik fel. *Lipschütz* határozottan tagadja azonosságukat és a különbségeket a következő pontokban foglalja össze: 1. a h. f. könnyen, a z. nehezen ojtható be házinyúl corneájába; 2. a h. f. inoculálható az emberi bőrbe, a z. csak csecsemők bőrébe, amikor is igen hosszú az incubatio és néha generalizált, varicellaszerű exanthemához vezet; 3. a h. f. felületes, heg nélkül gyógyul, a z. mélyebb, heget hagy hátra; h. f.-nél „herpestestecskék" találhatók az epithelben, z.-nál „zostertestecskék az epithelben és a coriumban; 5. h. f. kiállása nem immunizálja az embert sem h. f., sem z., sem varicella ellen, míg a z. kiállása után z.- és varicella elleni immunitás lép fel, h. f. ellen azonban nem; 6. a zosterantigennel végzett *Bordet-Genguou*-féle reactio h. f.-nél negativ, z.-nál postiv. Ezen különbségek alapján *Lipschütz* azon véleményen van, hogy a kétféle betegség biologiailag rokonságban áll egymáshoz, de ateiologiailag különböző fertőző bajok. Ajánlja, hogy a herpes zosternél a herpes szó (francia mintára) teljesen hagyassék el és röviden zosternek neveztessék.

Steiger-Kazal.

Recidiváló herpes. *Nicolau* és *Poincloux.* (Annales de l'Institut Pasteur 1924, november.)

Fodrásznőnél a jobb mutatóujjon, ahol a sütővastól állandó traumának van kitéve, 5 év alatt 6 ízben lépett fel herpes, neuralgiáktól és ellenállhatatlan alvási vágytól kísérve. A hólyagbennékkel tengerimalacok bőrén papulopustulosus eruptiót, cornaeján keratoconjunctivitist és vele egyidőben enkephalitist, a beojtott állatok agyvelejével pedig intracerebralis ojtás útján meningitist sikerült elérni. A beteg bőrén az inoculatio után néha jelentéktelen gyulladásos zóna lépett fel, hólyag soha. A beteg nyálában a rohamok alatt ismételten egy virus volt fellelhető, amelyről már *Levaditi*, *Harvier* és *Nicolau* is említést tesznek, és amely talán szintén szóba jöhet mint herpetico-enkephalitikus virus, ámbár semmi bizonyító adat erre nézve nincs. Ezzel a nyálbeli virussal való fertőzés után nem marad vissza immunitás a herpetico-enkephalitikus virussal szemben, ami amellett szólna, hogy a nyálbeli virus nem azonos vele. Az átojtási eredmények a herpes és enkephalitis közeli rokonságára engednek következtetni és az enkephalitis komoly prognosisára való tekintettel a herpesnek nagyobb jelentőséget kölcsönöznek.

Steiger-Kazal.

Gyermekorvostan.

A Still-féle betegség kóroktanáról. *G. Iseke.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 1924, 35. köt., 5—6. füzet.)

A szerző 2½ éves leánykáról számol be, kinél a Still-féle kór tünetei hiány nélkül megvoltak: az izületi elváltozások, lép- és mirigymegnagyobbodás, és aki egy évi betegség után morbilli-pneumoniában exitált. A kórboncolás a tuberculosisnak semmi jelét nem találta, ellenben az endocardium, lép, tüdő és középfül-

ből streptococcus viridanst sikerült kitenyészteni csaknem színtenyészetben. Ezek szerint jelen esetben chronikus sepsisről lehetne szó, s a szerző felveti a kérdést — jóllehet a szív részéről feltűnő elváltozást nem találtak —, nincs-e összefüggés a Still-féle kór és az endocarditis lenta aetiologiája közt. Ha ez több eset kapcsán bebizonyulna, az eddig majdnem mindig sikertelen therapiát illetőleg is kedvező fordulat állana be — a streptococcus-serum alkalmazásával. *Farnos Ilona dr.*

A facialisphaenomen gyakorisága a gyermekkorban. *M. Eckert.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1924, 37. köt., 5—6. füzet.)

A szerző 13.854 gyermeket vizsgált át a facialisphaenomen gyakoriságát keresve. Azt találta, hogy a phaenomen fiúk s lányok között körülbelül egyenlő arányban fordul elő. De míg a Bécsben végzett vizsgálatoknál a positiv tünet 22·8%-ot tett ki, addig a vidéki gyermekeknél csak 7·1—7·8%-ban fordult elő. Ezt a különbséget a szerző a vitamindúsabb táplálkozás javára írja. *Goldmann Géza dr.*

Dynamikus fehérjeláz. Adatok a fehérjeláz kérdéséhez. *H. Zoepffel* és *W. Schmidt.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1924, 38. köt.)

Nagy fehérjemennyiség adagolására úgy a csecsemő-, mint a felnőtt-szervezet hőemelkedéssel, kiszáradással és szomjúságérzéssel reagál. Ha a lázas szervezetbe nagyobb mennyiségű folyadékot viszünk, úgy a hőemelkedés, mint a velejáró egyéb tünetek hamarosan viszafejlődnek. A szerzők véleménye az, hogy a szervezetbe bevitt fehérje által keletkezett láz egy élettani folyamatnak a következménye. A hőemelkedéssel járó nagyfokú kiszáradásnak főleg a csecsemőkorban lehetnek fontosabb következményei. Klinikai szempontból azt a megjegyzést teszik, hogy magas lázzal és nagyfokú szomjúsággal járó betegségeknél óvakodjunk nagyobb fehérjetartalmú táplálék adásától.

Venetianer Piroska dr.

Vizsgálatok a magas fehérjemennyiségeknek a szervezetre való hatásáról. *I. Reuter* és *W. Schmidt.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1924, 38. köt.)

Magas fehérjemennyiségek adagolásánál a következő megfigyeléseket tették: A fehérjefelszívódás igen jó, az ürülék jelentékenyebb mennyiségű N-t nem tartalmaz. A N-egyensúly felnőtteknél, dacára a nagy fehérjeadagolásnak, a kísérlet 11. napján sem változott, magas hőmérsék mellett sem. A vérben a fehérjeadagolás úgy felnőtteknél, mint csecsemőkön a haemoglobin- és erythrocyta-érték süllyedését hozta létre, a refractiós érték állandósága mellett. Ha a fehérjeadagolást megszüntették, a vérben észlelt elváltozások hamarosan visszafejlődtek. Ezt mint átmeneti hydraemiát fogják fel. Csecsemőknél nagy fehérjemennyiség már egyszeri adagolására a serum-, fehérje-, haemoglobinelváltozás bekövetkezik. A fehérjeadagolásra a vér R. N-je növekszik. Ez az emelkedés csupán a húgyanyag felszaporodásának tudható be, miután az animosavfractio százalékban nem változott. A konyhasó-, vércukormennyiségek, valamint a fehérvérsejteknek minőségi és mennyiségi változásai nem jelentősebbek.

A szerzők a fehérjehyperthermia kérdéséhez kísérleteikkel végleges megvilágosítást nem hoznak, mindamellett néhány fontos adattal bizonyítják, hogy a hőemelkedést dynamikus factor idézi elő.

Venetianer Piroska dr.

A gyermekkori rheumás vitiumok prognosisáról. *John* és *Nobel.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1924, 36. köt., 6. füzet.)

5—8 év előtti, kórházilag kezelt polyarthritis, chorea minor és erythema nodosum-eseteket tették a szerzők utóvizsgálataik tárgyává. 334 eset közül 78-at sikerült újra megvizsgálniok. Közülük 42 polyarthritis, 21 chorea minor, 6 polyarthritis és chorea, és 9 erythema nodosum. A közkórházi ápolás idejében felvett leletet összehasonlítva az évek multáni revisiós lelettel, a következőket találták: A 42 polyarthritis közül 7 (16·6%) sem a megbetegedés idejében, sem az utóvizsgálatkor szívelváltozást nem mutatott; 11 (26·1%) a megbetegedés idején valamely szövődményes szívbajt kapott, mely az utóvizsgálatkor konstatálható nem volt. Egy esetben a betegség idején normalis szívlelet dacára mitrálinsufficientia és stenosis, egy másik esetnél pedig kérdéses volt a szívlelet az utóvizsgálatkor; 11 esetnél (26·1%) a betegség idején fellépett szívbaj a revisiókor is fennállott; másik 11 esetben már a betegség idején fennállott valamelyes szívbántalom, mely később is ki volt mutatható. A 21 choreás közül 10-nél (47·6%) a szív ép maradt; a többinél úgy a megbetegedés idején, mint az utóvizsgálatkor szívbaj volt konstatálható. A 6 choreás + polyarthritises az utóvizsgálatkor mind vitium cordisban szenvedett. A 9 erythema nodosum közül 6-nál a szív ép maradt, 3 az utóvizsgálatkor szívbajos volt. Tehát a polyarthritis és a chorea körülbelül egyforma arányban (42·8 és 47·5%) vont maga után maradandó szívmegbetegedést.

Rohrböck Ferenc dr.

A kritikus háromnapos lázexanthema a fiatal gyermekkorban. *Glantzmann.* (Schweiz. med. Wochenschrift 1924, 26. sz.)

Az 1910-ben az amerikai *Zahorsky*, később (1921) *Veeder, Hempelmann* ugyancsak amerikai szerzők által ismertetett *exanthema subitum* kórképéhez — melyet Európában először *Bókay János* ismertetett — szolgáltat adatokat több eset részletes ismertetése kapcsán. A *Bókay János* által ismertetett kórképhez, melynek alapját képező két eset leírását szerző csaknem egész terjedelmében idézi, kiegészítéskép a minden esetnél — az exanthema jelentkezése után — végzett vérképet állítja oda, mely jellegzetes leukopeniát mutat. Ő is hangsúlyozza a ragályosság hiányát, de viszont néha endemiaszerű fellépését is. A kórtüneteket ugyanúgy rajzolja, mint *Bókay János*, de vele ellentétben — bár csak pár esetben — bevezetésként catarrhalis tüneteket is talált. *Levy* eseteihez hasonlóan ő is látott múló természetű convulsiókat. Voltak gastro-intestinalis tünetekkel induló alakok is. *Levy*vel ellentétben azonban nem talált nyaki, occipitalis mirigyduzzanatokat, melyek jelenléte indította *Levy*t arra, hogy a rubeolával rokon exanthemának vegye fel e kórképet. Igen részletesen tárgyalja a differentialdiagnosist, főleg a morbilli és rubeolával kapcsolatban, s bár a kiütés jellege e két utóbbit sokszor elég hűen utánozza, mégis élesen el tudja határolni őket az exanthema subitumtól. Legnehezebb szerinte az elválasztás a grippeexanthemától, ahol a vérkép is hasonló lehet. Mindenesetre — conclusiójaként — kétes esetekben a pár napos láz melletti negativ leletnél ajánlja a vérkép vizsgálatát, amiből esetleg következtetni lehet a közeledő exanthema subitumra. *Rohrböck Ferenc dr.*

A gerinccsapolás ártalmainak kérdéséhez. *K. Grosz* és *E. Stransky* (Wiener klin. Wochenschr. 1924, 40. szám.)

Egy lueses gyermeken végzett gerincscsapolás után pseudotumoros jelenségek léptek fel, melyek a specifikus kezelés folyamán visszafejlődtek. A syphilis aetiologiás szerepe nem zárható ki, de az időbeli összeesés valószínűvé teszi, hogy a lumbalpunctio váltotta ki e jelenségeket. A beavatkozás értékét azonban ez nem csökkentheti. *Véli dr.*

Elméleti tudományok köréből.

Mercurochrom, acriflavin és gentianviolett gyulladt szövetekbe való bejutása. *A. D. Hirschfelder, George Malmgren* és *Donald Creavy.* (Journ. of Pharm. and exp. Therap. 1925 jan.)

Browning, Churchman a fenti vegyületekkel állítólag jó eredményeket értek el septikus folyamatok elleni küzdelemben. Szerzők ezeket az adatokat ellenőrizték a következő kísérletekkel. Nyulakon paraphenyldiaminnal (intravenásan) localis, főleg a nyakra kiterjedő, mélyebb szövetekben is helyet foglaló gyulladást idéztek elő, majd a fenti festéketet intravenásan injiciálták. ½—¾ óra mulva az állatokat elpusztítva, az exsudatumban colorimeterrel maghatározták a bejutott festékmennyiséget. Ugyanilyen concentratiójú festékoldatokat staphylococcus-culturákkal hoztak össze a baktericid hatás megvizsgálása céljából. Az eredmény a következő volt: Mercurochrom jobban, acriflavin kevésbbé jól bejutott ugyan a gyulladt szövetekbe, de oly concentratióban, amely semmiféle baktericid hatást sem volt képes kifejteni. Gentianviolett pedig ki sem volt mutatható az exsudatumban.

Hergloz Jenő.

Insulin és szövetcukor. *Carl F. Cori* és *Gerty I. Cori.* (Journ. of Pharm. and exp. Therap. 1925 jan.)

Glukoseval etetett, előzőleg 24 órán keresztül éheztetett állatok májának cukortartalma a vércukorral együtt nő, mindkettő cukortartalma insulin injiciá-

lására az eredeti cukorniveau alá süllyed. Szerzők vizsgálataikat nemcsak májon végezték, hanem kiterjeszkedtek az izom, vese és agyvelőállomány cukortartalmának vizsgálatára is. A kísérletek egereken, tengerimalacokon és nyulakon történtek. A glykogenolysist az állat elpusztítása után a szervek azonnali felforralásával vagy fagyasztásával akadályozták meg. A dextrosemeghatározás *Hagedorn-Jensen, Bertrand* és *Folin-Wu* módszerével felváltva végezték a következő eredménnyel. Éhező állatok májának szabad cukortartalma insulinhatásra észrevehetően alászáll, mintegy 40%-kal a vércukor 54%-os csökkenésével szemben. A vese szabad cukortartalma nyulakon jobban, egereken kevésbbé csökkent. Az izom és agyvelőállomány cukortartalma azonban nem volt befolyásolható insulinnal. Ez utóbbi valószínűtlenné teszi, hogy az insulin injiciálása után fellépő hypoglykaemiás tünetek az agycentrumok glukosetartalma csökkenésének volnának betudhatók. *Hergloz Jenő.*

Az izgalom befolyása az altatószerek hatására. *A. D. Hirschfelder, and Carl H. Rice.* (Journ. of Pharm. and exp. Ther. 1925 jan.)

Klinikai tapasztalat azt mutatta, hogy némely esetben a neurastheniás egyének az altatószerekre nem reagálnak normalisan, hanem a reactio egy mentalis aberratióban nyilvánul meg. Ezért a szerzők vizsgálták a barbitursavas natrium hatását fehér patkányon, amikor azon fokozott félelmet és izgalmat idéztek elő. Az izgalmat azáltal érték el, hogy a kísérleti állatot összezárták egy nyúllal, míg a controllállat egyedül maradt ketrecében, távol minden külső behatástól. Kísérleti eredmények: Izgalom csökkenti az altatószerek hatását. Nagyobb adagok esetén is csak stuporosus s narkotikus állapot jön létre. Teljes bódulat pedig csak olyankor áll be, mikor már az izommozgások incoordináltak. A kísérlet klinikai jelentősége: A túlingerlékeny egyéneket lehetőleg meg kell nyugtatni az altatószer adagolása előtt. *Petrányi Győző.*

Az epinephrin szerepe a helyi érzéstelenítés alkalmával keletkezett oedema előidézésében. *Arthur D. Hirschfelder, Irma Backe and Janette Jennison.* (The Journal of Pharm. and exp. Therap. 1925 január.)

Sebészetben tapasztalható, hogy a helyi érzéstelenítők befecskendezése esetén a környező kötőszövetben oedema keletkezik. Ezen szerekhez rendszerint epinephrint is adnak, vérzéscsillapító tulajdonsága miatt. *Sollman, Cusny, Hatcher* és *Eggleston* véleménye szerint az az érzéstelenítő szerek toxicitását is csökkenti. Szerzők nyulak fülébe subcutan fecskendeztek érzéstelenítő oldatokat, melyek részint tartalmaztak epinephrint, részint nem. Cocain- és salicinoldatnak, főleg ha epinephrint tartalmaz, nagy hajlandósága van oedema előidézésére, nagyobb, mint a procainnak és a butylnak. *Petrányi Győző.*

KÖNYVISMERTETÉS

Official Medical Guide of Postgraduate Work in Hungary for English Speaking Physicians. *Issued conjointly by the Hungarian Medical Postgraduate Committee and the American Medical Association of Budapest.*

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága az amerikai orvosok budapesti egyesületével együtt orvosi útmutatót adott ki, mely arra szolgál, hogy a továbbképzésük céljából Budapestre érkező angol és amerikai orvosoknak útmutatóul szolgáljon. A kis füzetet *dr. Baló József* egyetemi tanársegéd szerkesztette s a négy egyetem klinikáin s a kórházakon kívül a főváros és vidéki egyetemi városok rövid ismertetését is tartalmazza.

A füzetet az egyetemi nyomda állította elő. Kapható az orvosi továbbképzés központi irodájában (VIII, Mária-utca 39.) vagy az *Orvosi Hetilap* kiadóhivatalában (VIII. Üllői-út 26. II. em.). Ára: 15.000 korona. *G. E.*

Malade Theo: *Semmelweis.* Der Retter der Mütter. Der Roman eines ärztlichen Lebens. 126 lap. J. F. Lehmann. München, 1924. Ára 2·40, kötve 3·60 márka.

A közönség széles rétegeinek felvilágosítását szolgáló, körükben fontos ismereteket közérthető nyelven, s ami szintén igen fontos: kívánatos formában, a maga célzatosságát el nem áruló propaganda nagy jelentőségének felismerése mindjobban terjed már, szerencsére az orvosi tudnivalók terén is.

Mi magyarok semmire se lehetünk büszkébbek, mint arra, hogy az emberiség egyik legnagyobb jóltevője: az anyák megmentője, magyar orvos volt. Hogy mely tanítások, mely felfedezés révén lett azzá, nemcsak a tudomány férfiait, hanem kivétel nélkül minden embert kellene hogy érdekeljen. Hisz senki sem tudhatja közülünk, nem *Semmelweis*nek köszöni-e életét. Ha 100 ember együtt van, akkor felidézve a *Semmelweis* előtti idők statisztikáját, bízvást állíthatjuk, hogy legalább tízre tehető azoknak a száma, akik jelen nem lennének a száz között.

Nagyon helyes dolog ezért, ha minden eszközt előkerítünk, mellyel *Semmelweis* világraszóló felfededezésének és áldásos tanainak ismeretét az emberiség körében el tudjuk terjeszteni. A lesujtó tragicum, mely e felfedezéshez fűződik, emberileg csak vonzóbbá teszi az egész themát.

Mindezért köszönettel kell fogadnunk minden oly művet, mely a fennebb említett „kívánatos formában" nyujtja a közönségnek a szükséges tudnivalók anyagát. Erre szolgál, erre válik be kitűnően *Malade* thüringiai kartársunk szép regénye. „Kifogástalanul", mert költőileg dolgozza fel azt, és csakis azt, amit az exact *Semmelweis*-kutatás napfényre hozott és történelmi igazságként megállapított. S e tekintetben üdvözlendő ellentétben áll egy régebben megjelent novellával, a *báró Berger*évél, amely a hatás kedvéért a dátumok tényeit is jónak látta meghamisítani. Valaki ellenvetheti, hogy az ilyen poëtica licentia meg van engedve, éppen a hatás kedvéért. A következmények azonban azt mutatják, hogy ez a licentia károkat is okozott, mert egyes, hacsak kivételes esetekben, tudományos forum előtt tartott tudományos előadás forrásmunkájává tétetett. Pedig, hogy valóban nincsen szükség a költői szabadság kereteinek ily elitélendő áttörésére, még novellában, vagy regényben sem, arra *Malade* igen szép példát mutatott.

A regényt nem kell közelebbről ismertetnünk, mert költői formában ugyan, de magvában történelmileg híven mondja el *Semmelweis*ünknek a tudományos dolgozatokból és a saját maga munkáiból is megismerhető kálváriajárását. Sajnos, érte és igazáért még ma sem szünhetünk meg küzdeni. (Lásd: La Presse Médicale. Paris, 1924, 73. szám és Aerztliches Vereinsblatt. Berlin, 1924, december 1.) Bízzunk benne, hogy a regényforma révén többen fogják megismerni apróbb, de éppoly fontos részleteiben is *Semmelweis* működését és örökéletű tanait.

De nem kell a regényt ismertetnünk azon örvendetes okból sem, hogy mire ezen könyvismertetés megjelent, *Malade* regénye közkézen forgó könyvvé vált. Most már az fog sokakat inkább érdekelni, hogy kicsoda is ez a mi poetalelkű kartársunk.

1869-ben született a lausitzi Sprembergben. Költői tehetségét nyilván korán elhúnyt, finomlelkületű anyjától örökölte. Az érettségi vizsga letétele után a jogi fakultásra iratkozott be a greifswaldi egyetemen, de utóbb átpártolt az orvosi studiumra. 1896-ban promoveálták doctorrá, s néhány évi felsőbb kiképzés után Treptowban telepedett meg, mint orvos. Itt éledt fel benne, a szép pomerániai földön, költői tehetsége. 1901-ben adta ki első novellagyüjteményét, mely négy év után már második kiadásban jelent meg. 1902-ben bocsájtotta közre „Der Hilfsprediger" c. első regényét, mely a syphilis veszélyeit teszi problemájává. 1904-ben írta meg ötfelvonásos színművét „Lebenskünstler" cím alatt, melyet Németország legtöbb színpadán nagy sikerrel adtak elő. Ebben a darabban, a harmadik felvonásban, egy orvosi becsületbíróság szerepel, mely egy kíméletlen, intrikáló, hullákon keresztül is érvényesülni kívánó orvos felett ítélkezik. Érdekes, hogy ebben az alakban *Malade*nak egyik treptowi kartársa magára vélt ismerni és becsületsértésért bíróság elé állította, amely azonban felmentette őt. Az említett művek azonban csak kiindulópontjául szolgáltak *Malade* további költői alkotásainak, melyeket azonban helyszűke miatt már nem részletezünk. A világháború is megakasztotta az egész tartamára *Malade* termékeny irodalmi működését. Egyidőre francia fogságba került, ahonnan azonban kivágta magát, hogy a flandriai lövészárokban, majd pedig Oroszországban, s végül a messze Keleten folytassa hadiszolgálatát, melyről „Feldbriefe eines Arztes" című munkájában emlékezett meg. Végül 1917-ben a thüringiai Kösenben

vezetett egy nagy tartalékkórházat, s a háború befejeztével itt marasztották meg s itt működik ma is, mint jelesen képzett, mindenki által becsült és szeretett gyakorlóorvos. Egy pomerániai választékos szépirodalmi folyóirat 1921-ben csaknem egy egész számot szánt *Malade* életrajzának és különböző költői műveinek ismertetésére. Innen vettük az adatainkat mi is ezen kiváló orvostársunkról s a jeles költőről, akinek mindannyian nagy köszönettel tartozunk azért, hogy *Semmelweis* munkásságát és felfedezését széles körök részére hozzáférhetővé tette. Szebb és jobb propagandát senkinek sem sikerült érte csinálnia. De köszönettel adózunk *Malade*nak azért is, hogy munkájának első dedikáló lapján *Semmelweist* mint *a mi nagy hazánkfiát* apostrophálja. *Győry.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 21-i ülése.

Elnök: **Buday Kálmán**, később **Tóth István**. Jegyző: **Gerlóczy Géza.**

Bemutatás:

Barla-Szabó József: a) *Cholelithiasis által okozott elzáródásszerű pylorusszükület.* 29 éves nőbetegnél ½ év előtt gyomorfekélyből származó pylorusszükületet vettek fel orvosai. Röntgen-vizsgálat 1924 nov. 15-én a pylorusnak igen csekély átjárhatóságát állapította meg, nov. 18-án a teljes pyloruselzáródás tünetei jelentkeztek. Emiatt bemutató vitalis indicatióból végzett műtétet; a beteg 28·6 kg súlyú, teljesen kimerült volt. A Röntgen-diagnosis: heges pylorusszükület III. fokú insuficientiával. Műtétnél a symphysisig kitágult gyomor izomzata még tonusos contractiókat mutat. A pylorusgyűrűhöz a hegesen megkisebbedett s külső tapintásra két mogyorónyi követ tartalmazó epehólyag erősen szervült hegszövettel, a pylorikus részt e tömött hegszövet a szem elől teljesen elzárja, a vizsgáló ujjak a pylorikus részt a föléje került galambtojásnyi kő körül meghegesedett epehólyagtól nem tudják elkülöníteni. Az epehólyagot fundusának elülső szabad része felől csak késsel lehet a szervült hegszövetből szabaddá tenni. A pylorikus gyűrű alatt az epehólyag falát perforáltnak találja s itt borsónyi tályogürben két élesszélű kövecske fekszik. A pylorusgyűrűt is befoglaló vaskos hegszövet az epehólyag fundusában levő galambtojásnyi kő körül alakult ki. Ez a kő az előbb említett tályog szélén annyira összepréselte és elvékonyította a pylorust, hogy ez az óvatos lefejtés dacára megnyílik, a pylorus lumene teljesen összeszűkített, szondával csak a szabaddátétel után járható át. A cholecystektomia elvégzése előtt a beteg gyenge állapotára tekintettel a legkönnyebb és leggyorsabb beavatkozás: gastroenteroanast. retrocol. post. végeztetett. 16 hét mulva a beteg 47 kilós s a Röntgen a gyomron tonusos, jó kiürülést mutat. Bemutató megemlékezik a pyloruselzáródások pathologiájáról s az irodalom alapján az epehólyagból kiinduló hegessé vált pylorusszükületeket ritkaságoknak tartja.

b) *Lymphosarkoma coeci invaginatiója a colon transversumba.* Bemutató megemlékezik a 10 éven felüli korban előjövő gyomor- és bélrendszeri invaginatiókról, melyeknek száma a műtéti eljárásnak általános gyógyítási módszerré válása óta igen lecsökkent. Leggyakoribbak az ileocoecalis invaginatiók. Az invaginatiók *Haberer* és *Brouwer* esetei szerint hónapokig, sőt évekig fennállhatnak egy állapotban, ú. n. laza invaginatio esetén. Bemutató 13 éves fiúnál 5 hónap óta fennálló s a colon transversum flexura sinistrájába került és tumor coeci által okozott invaginatiót operált. A coecumresectio által eltávolított ökölnyi tumort *Johan* tanár lymphosarkoma coecinek diagnostizálta. Bemutató megemlékezik az invaginatiók jelentőségéről, pathlogiájáról és gyógyeljárásul célravezetőnek egyedül a radicalis sebészeti resectiót tartja. A bemutatott esetnek érdekességét az adja meg, hogy az invaginatiót okozó tumor tisztán a coecumból indult ki, az ileocalis rész érintetlenül hagyásával, ami az irodalomban ismertetett esetek között is ritka.

Verebélyi Tibor: A sokszoros vonatkozás, mely a gyomorbélhuzam és epekőbetegség közt fennáll egyaránt érdekli a belgyógyászokat és a sebészeket. A sebészeknek sok gondot okoz a gyomorfekély kíséretében, de azzal vonatkozásban nem levő epehólyaggyulladás. A második lehetőség az, hogy a köves-lobos epehólyag befakad az ép gyomorduodenumba, úgy hogy belső sipoly áll fenn; ide tartozónak véli a bemutatott esetet is olymódon, hogy a sipoly körül hegesedés támadt, tehát nem egyszerű pericholecystitis, hanem heges duodenalis hólyagsipoly az eset okozója. A legsúlyosabb lehetőség az, ha az epeút fekélyes gyomorduodenumba nyílik; 1004 epekőműtéte közül ezt háromszor észlelte. Tapasztalatait abban foglalja össze, hogy köves hólyag és fekélyes gyomorduodenum egybenyílása esetén a műtéti mód megválasztására fontos annak eldöntése, hogy a fekély peptikus vagy decubitalis eredetű-e. Ehhez kell alkalmazni a végzendő műtét minőségét.

Bálint Rezső: Az invaginatio diagnosisa a belgyógyász számára nagy nehézségeket okozhat. Legtöbbször súlyos complicatio, de néha szerencsés. Egy esetet hoz fel, amelyben csakis az invaginatio tette lehetővé, hogy egy betegnél mogyorónyi coecumcarcinoma észrevehetővé és megoperálhatóvá váljék.

Ratkóczi Nándor: Bemutató első esetéhez az a megjegyzése, hogy az első Röntgen-vizsgálat eredményéből, mely ulcus duodenit és pericholecystektomikus adhaesiót állapított meg, arra következtet, hogy nem külső, mechanikai nyomás, hanem pericholecystektomikus összenövés idézte elő az elzáródást. A nagy epekő sima szélű, az összenövés zegzúgos szélű árnyékkiesést ad a duodenum Röntgen-képén.

Gőbl Albin: 19 éves férfinél észlelt hasonló esetet (C. O. H. 1921. 1. sz.), mely műtét útján gyógyult (Pólya) és szövettanilag lymphosarkomának bizonyult. Rámutat arra, hogy amíg a gyermekkori invaginatióknál többnyire serosus-véres hasmenések vannak jelen, addig felnőtteknél gyakran a Weber-reactio negativ a székletben, pedig, ha műtétnél látjuk a cyanotikus, mesenterium részletét is magában foglaló invaginatiós tumort, akkor nehéz elképzelni, hogy annyi vér ne jusson a bélbe, mely chemice már kimutatható a székletben. *Boas* szerint az okkult vérzés kimutatására feltétlenül megbízható és elég érzékeny methodus a *Weber*, csak ügyelni kell, hogy a kémlést több vér jelenlétekor töményebb, igen kevés vér esetében igen híg guajak-tincturával végezzük, mert igen kevés vért tartalmazó aetheres extractum tömény oldattal negativ reactiót ad akkor, amikor a híg guajak-tincturával még erősen positiv eredményt kapunk *(Schumm, Schröder, Vándorffy)*. Így a kémlés igen érzékeny és megközelíti a benzidin-kémlést érzékenységben. Ajánlja, hogy a faeces ecetsavas-aetheres extractuma fentiek tekintetbe vételével eszközöltessék, azonkívül végeztessék a székletből egy nativ, tárgylemezes kikenés benzidin-próba megejtésére is és a székletétet csak akkor tekintsük vérre negativnak, ha a hármas próba negativ (I. híg, II. tömény guajak-kal, III. benzidin).

Borszéky Károly: Hogy az epehólyag okozta szövődményeken kívül a máj is okozhat súlyos kiürülési zavarokat a gyomorban, annak az illustrálására egy operált esetét említi, amely pylorusszükület kórismével került osztályára. A műtétnél kiderült, hogy a pylorustól három haránt ujjal a máj jobb lebenye, amely nyelvszerűleg ki volt nyúlva és a mesecolonhoz rögzítve, szorította le annyira a gyomrot, hogy valóságos homokóragyomrot idézett elő. A lebenyes májrészlet resectiója után a pylorikus gyomorrészlet azonnal kitágult, úgy hogy semmi más beavatkozásra nem volt szükség, a panaszok végleg megszűntek.

Előadás:

1. **Hajós Károly:** *Az asthma bronchiale pathogenesiséről és újabb therapiás eljárásokról.* A vér eosinophilsejtjeinek száma, a klinikai tünetek lefolyása és az oculokardialis reflex viselkedése asthmásoknál bizonyosfokú párhuzamot mutat. Ezen tünetek megjelenését egy periodicitas jellemzi. A szervezetben először következik be az eosinophilok számának növekedése, csak azután rosszabbodnak a klinikai tünetek és fokozódik bulbusnyomásra a pulzusszámcsökkenés. Az eosinophiliában az autonom idegrendszer fokozott ingerlékenységének és izgalmi állapotának indicatorát látjuk. Az anaphylaxiás asthmánál az esetek többségében a sensibilizáláshoz egy veleszületett vagy szerzett fokozott gyomorbélfal-áteresztőképesség, vagy átmeneti májfunctiomegváltozás szükséges. A sensibilizálás és desensibilizálás útja ugyanaz lehet. A túl-

érzékenységi és anaphylaxiás asthmás betegeknél az esetek nagy részében közvetlenül roham után a *Widal*-féle haemoklaziás krizis positivvá válik és a vizeletben urobilinogen jelenik meg. Az urobilinogenuria és a haemoklaziás krizis ezen esetben nem lehet pangásnak a következménye. Therapiás eljárások közül, mint újabbakat kipróbálták a májtáj Röntgen-besugárzását, az autovaccinakezelést (köpetből), tuberculintherapiát, chlorylenbelélegzést. Vannak esetek, melyek bizonyos belsősecretiós egyensúlyzavarra vezethetők vissza. Ezek therapiája az egyensúlyzavar helyreállításából áll. Főelv az asthmakezelésben minden beteg legszorgosabb elemzése. A legszigorúbb individualizálás, pontos anamnaesisfelvétel alapján, az esetleges kísérletileg ki nem mutatható aetiologiai momentumok felderítése.

Glück Tibor: Csak akkor ad alttuberculint az asthmás betegnek, ha a tuberculosis teljesen ki van zárva és pedig olyan concentratióban, mely 37·5—38·5 C° lázt okoz. A láz bekövetkeztével az asthmás rohamok szűnnek, az asthmások 90%-a láznál asthmamentes. Néha intercurrens lázas betegség évekre szünteti az asthmát.

Torday Árpád: Az asthma bronchiale kezelése az egyes felfogások szerint módosul és ezek közül ma az anaphylaxiás áll előtérben. A sympathektomia és a vagusresectio úgy látszik a hozzájuk fűzött reményeket nem váltották be. *Hasenfeld* a mult évben egy eredmény nélkül operált esetet mutatott be. Felmeliti a calcium kedvező hatását, főleg intravenás alkalmazásban. A proteinkezelés (tej, caseosan, vaccina, tuberculin, pepton) is gyakran eredményes s ide tartozik a Röntgen-kezelés is, amely kivált friss eseteknél hatásos. Az eosinophilia asthmás rohamok után nem mindig jelenik meg; úgy látszik, hogy ehhez még más dispositionalis tényező is szükséges, amelyeket előadó ismertetett. Egyébként az asthma kapcsán megjelenő eosinszaporulat mutatott rá a betegségnek az anaphylaxiával való kapcsolatára, amely ilyenformán anaphylaxiás folyamatnak tekintendő. Az egyes felfogások az eosinophilia kiváltása tekintetében eltérők *(Falta, Schwenker* és *Schlecht)*. Nem histogén eredésű.

Hajós Károly: A cél minden asthmás betegnél az aetiologiai tényezőket pontosan megállapítani. Így az alttuberculin-therapia is inkább a tuberculotikus elváltozásokkal járó asthmánál alkalmazandó. Ha nem specifikus hatást akarunk elérni, lázreactiót kiváltani, akkor egyéb fehérjekészítmények vagy a tejinjectiók is rendelkezésünkre állanak. A tuberculinnal egy lassú specifikus hatást akarunk elérni. Az asthma műtéti therapiája theoretikusan sincs megalapozva, személyes tapasztalataik elégtelenek, az irodalomból ismert eredmények nem nyujtanak tiszta képet a műtéti eredményekről.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai szakosztályának március 5-i ülése.

Elnök: **Rejtő Sándor.** Jegyző: **Götze Árpád.**

Bemutatások:

1. **Wein Zoltán:** *Kisagytályog érdekes esete.* Gyógyult, kisagytályog miatt operált beteget mutat be, kit a klinikára súlyos agyi tünetekkel szállítottak be. A tályogür utókezelése *Killián*-speculummal történt. Egyidejűleg bemutatja egy három év előtt operált halántéktályog gyógyult esetét; öntudatlan állapotban operálta meg. Belorvosi diagnosis mindkét esetben meningitis volt. A tályogműtétre az indicatiót az alacsony hőmérsék, illetve a láz hiánya adta. A *Killián*-speculum fontosságára hívja fel a figyelmet.

Krepuska Géza: Tapasztalatai szerint az agy, illetve agyacstályogok esetében, ha az agylob befejeződött — gyakran hőemelkedések nélkül folyik le — igen gyakran vannak szemfenéki elváltozások.

Zimányi Vidor: Hosszú orrspeculum alkalmazása régi dolog, *Krepuska* tanár osztályán évek óta alkalmazzák.

Szász Tibor: A kisagytályog felismerését nagyban előmozdítja a vestibularis vizsgálat. Kérdés, hogy ez megtörtént-e?

Wein Zoltán: Szemfenékvizsgálat fontosságát elismeri. Vestibularis vizsgálat a beteg eszméletlensége miatt kivihetetlen volt.

2. **Germán Tibor:** *Súlyos otolithmegbetegedés gyógyult esete.* 39 éves férfibetegen, ki évek óta középfülgenyedésben szenved, az otolithmegbetegedés jól körülírt tünetei lépnek fel: a fej bizonyos helyzetében nystagmus, szédülés, hányinger és hányás. A kezdetben fennállott facialis hűdés és coclearis kiesés collateralis labyrinth oedema (labyrinthitis serosa?) felvételét tették indokolttá, melynek hatása legtovább az otolith-végkészülékben nyilvánult meg. A dobüregbe helyezett érzéktelenítő és érszűkítő szerekkel sikerült a rohamot csilapítani, s ezzel megerősítést nyert az az újabban kétségbevont felvétel, hogy ez a tünetcsoport peripheriás eredetű.

Kepes Pál: Az érzéstelenítő szerek nystagmust s szédülést csökkentő hatásukat valószínűleg trigeminus útján fejtették ki, vasomotoros eredet ellen szól facialis és acustikus kiesés.

Pogány Ödön: Az esetet labyrinthitis serosának tartja, s e mellett szól a cochlearis és facialis hűdés is. A tüneteket peripheriás eredetűeknek tartja.

Szász Tibor: Az úgynevezett otolithmegbetegedést a labyrinthusban fellépő tensiováltozással magyarázza, melyet vasomotoros zavar és a fej helyzetváltozásával járó koponyaürbeli nyomásingadozás idéz elő.

Germán Tibor: Legvalószínűbbnek tartja a gyógyszereknek a végkészüléskre gyakorolt direct bénító hatását. Esetében az izolált otolithmegbetegedés tüneteit diffus labyrinth-tünetek előzték meg.

3. **Krepuska Géza:** *A hallószerv szokatlan alakú külerőszaki sérülése.* 40 éves beteget mentők szállítják be fej- és fültáji sérülésekkel. A jobb fülkagyló felső tapadásától kiinduló, a kagyló előtt az arcra terjedő és az állcsont vízszintes száráig haladó repesztett seb, mely a kagyló hátsó része mögé haladva, a fülkagyló teljes leszakadását okozta olymódon, hogy a külső hallójárat porcos része a csontos részről teljesen leszakadt, a két vége a hallójáratnak körülbelül 2 cm-es eltolódásban volt. A jobb csecsnyúlvány egész terjedelmében darabosan törött. Műtétnél a csontszilánkok eltávolítása után a kettészakadt hallójárat két végét varratokkal egyesíti. Műtét közben meglepetéssel tapasztalja, hogy a sziklacsont a koponyaalapi synchondrosis meglazulása folytán a maga egészében mozgatható. A beteg meggyógyult. A fül működése kifogástalan. Ez esettel kapcsolatban hangsúlyozza a szakszerű operativ beavatkozás szükségességét a hallószerv hasonló külerőszaki sérüléseinél.

4. **Krepuska Géza:** *Spontán perforált régi halántéklebenyi tályog esete.* (Egész terjedelmében közöltetik.)

Előadás:

Rejtő Sándor: *Volt-e szerepe Hőgyesnek a kaloriás labyrinthusingerlés felfedezésében?* Előadó a nyolcvanas évek élettani felfogásait vázolja, hogy megmutassa *Hőgyes* munkálkodásának hátterét. Sokkal fontosabb dolgokról volt akkor szó, mint a hőingerről, mert *Baginszky* még 1881-ben is amellett küzd, hogy a labyrinthusnak semmi köze sincsen a szédülés tüneteihez. *Hőgyes*nek azt kellett bizonyítania, hogy a labyrinthusoknak van szerepük a szervezet egyensúlyozásában és klasszikus kísérleteivel ezt megdönthetetlenül be is bizonyította. Ő a nyomásdifferentiákkal dolgozott, mint a labyrinthus ingerével; a hőhatással nem kísérletezett. Azt azonban világosan olvashatjuk munkálataiban, hogy a középfülben kaloriás különbséget a labyrinthus ingerének tartotta. Mindez azt bizonyítja, hogy *Hőgyes* a kaloriás labyrinthusingert elismerte. Ezzel azonban még nem felelhetünk a felvetett kérdésre, amelynek aktualitást ad *Ohm*nak és *Sugár* kartársunknak irodalmi polemiája. Mert a kaloriás inger felfedezője *Bárány, Hensen* és *Schmidekam* 1868-ban publikált munkáira hivatkozik, akik jóval *Hőgyes* előtt leírták a kaloriás ingerlés eredményeit, bár a tüneteket magyarázni nem tudták még. Miután *Hőgyes* maga kaloriás vizsgálatokat nem végzett, erre vonatkozó munkái abban az időben idegen nyelven alig jelentek meg, előadó azt hiszi, hogy itt a tudományban annyiszor előforduló ismételt felfedezés esete forog fenn. E szerint, bár *Hőgyes* ismerte a kaloriás ingert, munkái direct nem szerepeltek a kaloriás nystagmus felfedezésében. A történelmi igazság keresése hálátlan dolog bár, de fontos, hogy az a vád ne érhessen, hogy meg nem illető babérlevéllel akarjuk

gyarapítani *Hőgyes*nek páratlanul dús babérkoszorúját.

Bárczi Gusztáv: Csodálkozik a hallottakon. *Nager* is a zürichi egyetem tanára, kinek ezirányú előadását a közelmultban hallgatta, *Hőgyes* prioritását hangoztatja.

Sugár Márton: Csodálkozásának ad kifejezést, hogy e kérdés e helyen felvethető. Utal ezirányú kiterjedt munkásságára és *Bárány*nyal, valamint hat más orvosprofessorral folytatott vitájára, melyek közül különösen felhívja a figyelmet az 1909-i A. f. O. és 1913-i M. f. O. hat teljes füzetére és ugyane folyóiratok 1921. és 1922., végül 1924-i évfolyamaira. E munkálatai alapján joggal állíthatja, hogy az előadásban foglaltak *Hőgyes* érdemeinek lekicsinyítése, amit ma, midőn csak kultúránkban élünk, nem engedhet meg. *Hőgyes*nek a kaloriás nystagmusról tett megjegyzései nem egyszerű hypothesisek, hanem más irányú kísérleteiből levont következtetések. Impressiója, hogy *Rejtő* előadása csak udvariassági ténykedés *Bárány*nyal szemben, kit *Rejtő* a közelmultban meglátogatott, s kiről mint „mesteréről" ír (Budapesti Orvosi Újság 1924, útleírás). Tény az, hogy a bécsi egyetem fegyelmi tanácsa *Bárányt* eltiltotta attól, hogy magát a kaloriás nystagmus felfedezőjének vallja s tény, hogy *Hőgyes*nek a kaloriás nystagmus felfedezésében döntő szerepe volt.

Szász Tibor: *Hőgyes* munkájában világosan megvan a hőingerek hatásának módja a labyrinthre, sőt a *Hitzig* által állatkísérleteinél flocculusnak jégdarabokkal való lehűtésekor észlelt nystagmust is a vestibulum reactiójának minősítette.

Krepuska Géza: *Hőgyes* úttörő vizsgálatai a labyrinth élettani működése és az associált szemmozgások reflexmechanismusa tanában, melyekről 1881-ben magyar nyelven megjelent munkája számol be, kétségtelenné teszi, hogy *Hőgyes*, aki az egyes ampullaris idegvégek izgatásával a nystagmus lényegét és törvényeit megállapította a mechanikus, vegyi, galvanikus és forgatással előidézhető nystagmust tanulmányozta, mint labyrinth idegizgalmat, a thermikus behatást is a labyrinth ingerének állította oda. Hogy kísérleteinél ezen thermikus ingert nem használta rendszeresen, azt azzal indokolja, hogy ezen thermikus inger, miként a galvánáram is, diffus hatásánál fogva nem lett volna alkalmas az ő finomabb — egyes ampullákra szorítkozó — állatkísérleteinél. Ezért felszóláló mély sajnálattal és nagy lehangoltsággal veszi tudomásul előadó ezen, a történelmi tényeknek és igazságnak teljesen meg nem felelő fejtegetéseit, hogy „*Hőgyes Endré*nek nincsen semmi szerepe a kaloriás nystagmus felfedezésében", mert előadónak, ha *Hőgyes* munkáit elfogulatlanul és komolyan áttanulmányozta volna, ezen jelenleg nem is aktuális kérdés előrántásával nem lett volna szabad amúgy is megcsonkított, kirabolt és ellenségektől fojtogatott hazánk egy elhalt neves tudósának — mint amilyen *Hőgyes Endre* volt — ezirányú érdemeit kétségbevonni és tagadni.

Rejtő Sándor (zárszó): Előadó a felhozott ellenérvek közt újat nem talál. Félreértés kikerülése céljából azonban szívesen elismeri, hogy *Hőgyes* szemizomösszeköttetés-tanulmányai nélkül a nystagmus felfedezése sohasem sikerült volna és ilyen értelemben deferál, elismerve, hogy indirecte mégis volt szerepe *Hőgyes*nek a kaloriás inger felfedezésében.

A Magyar Urologiai Társaság március 16-i ülése.

Elnök: **Haberern J. Pál.** Titkár: **Farkas Ignác.**

Bemutatások:

1. **Herman János:** *Pyelographiás contrastanyag tökéletesített alakja.* A jó contrastanyagoktól megköveteljük, hogy: 1. legyen állandó összetételű, könnyen sterilizálható; 2. legyen ártalmatlan (nem mérgező és nem maró); 3. adjon intensiv árnyékot; 4. legyen átlátszó és lehetőleg színes; 5. ne legyen drága. — Az ismeretes contrastanyagok csak részben felelnek meg ezeknek a követelményeknek, főleg a sterilizálás okozta párolgás képezte a nehézséget. Az urologiai klinikán végzett kísérletek arra az eredményre vezettek, hogy a 25%-os BrNa-oldat indigokarminnal festve és *ampullázva* minden tekintetben megfelelő, mindig használatra kész, állandó, könnyen kezelhető és igen olcsó urologiás contrastanyagnak bizonyult.

2. **Stossmann Rudolf:** *Kétoldali kettős ureter baloldali vesetuberculosis mellett.* Az eset egy 23 éves nőre vonatkozik, akinél a hólyagtükri vizsgálat alkalmával jobboldalt kettős ureternyílást talált. Az ureternyílás mögött gümős fekélyesedési folyamat kifejlődését észlelte. A vesevizsgálat alkalmával a jobboldalból az első alkalmat kivéve, rendszeresen tiszta geny- és Koch-bacillusmentes vizeletet talált. A baloldalról, ahol a hólyagban csak egy ureternyílás volt látható, többször végzett vizsgálat, hol genymentes, hol genytartalmú vizeletet mutatott, míg végül a negyedik alkalommal a genyet tartalmazó vizelet üledékében Koch-bacillust tudott kimutatni. A baloldali vesének műtéti feltárásánál kiderült, hogy kettős vesemedence van és a felsőnek polusában egy kis mogyorónyi nagyságú gümős üreget észlelt. A bal vesét eltávolította, mire kiderült, hogy baloldalt ureter bifidus van, amennyiben a kettőzött ureter a hólyagba egy nyílással szájazik. Ez a lelet megmagyarázza, hogy aszerint, ahogy a kathetert az alsó ép, vagy a felső beteg vesemedencébe dugta, volt eltérő a vizsgálati eredmény, hol genynélküli, hol genyet és gümőkórbacillust tartalmazó. A kryoskopiával kimutatott kisfokú baloldali kiesés azonban állandóan megvolt. Az ureter bifidusnak a vesegümőkór diagnosisánál való jelentőségét hangoztatja és a veseeltávolításnak körülményességére mutat rá. A cystoskopiának chromo-cystoskopia formájában való végzését ajánlja.

Szabó Ince: Két nap előtt egy asszony cholelithiasis kórismével került a klinikára, kinél haematuria miatt urologiai vizsgálat vált szükségessé. A pyelographikus felvételnél legnagyobb meglepetésére kettős vesemedencét talált, amely a negyedik ágyékcsigolya magasságában ágazik el.

Éhn Rudolf: Az urologiai klinika nagy betuganyagánál a fejlődési rendellenességek és az ureterkettőzöttségek nem tartoznak a túlságos ritkaságok közé. Ezen fejlődési rendellenesség rendszerint egyoldali, de néha kétoldali. A diagnosis megállapítása általában nem ütközik nehézségekbe, csak az ureter fissus kórismézhető nehezebben. Vagyis amikor a két ureter egy szájadékkal nyílik a hólyagba. A chromocystoskopia sem vezet mindig eredményre, mert az egyik vese el lehet zárva. *Stossmann* esetéhez analog esetet demonstrál, ahol mindkétoldalt kettős medence és kettős ureter van jelen. Egy másik esetet mutat be, ahol a kettőzöttség csak az egyik oldalra szorítkozott, egy kisebb felső és egy nagyobb alsó vesemedence volt jelen, amely utóbbiból egy tyúktojásnyi nagyságú követ távolított el *Illyés* professor pyelotomia útján.

Faragó Zsigmond: Két évvel ezelőtt a Gyógyászatban közölt idevágó esetet *Alapy* tanár osztályáról. Kettős vesemedence volt. A felsőben kiterjedt tuberculosus cavernák, az alsó majdnem teljesen ép. A két ureter közös szájadékkal nyílt. A katheterismusnál egyszer tiszta, egyszer zavaros vizeletet kapott, a Röntgen-vizsgálat a kettős uretert igazolta. A beteg sokáig gonorrhoea miatt állott gyógykezelés alatt és amiatt nem gondoltak a vesék megbetegedésére.

Picker Rezső: Egy 1912-ben észlelt betegének felvételét mutatja be, aki szintén hosszú időn keresztül állott kezelése alatt gonorrhoea miatt. Ezen esetben kettős vesemedence volt és a felső vesemedence volt beteg. Ekkor a pyelographiát még collargollal végezte és a beteg magas lázzal és fehérjevizeléssel járó súlyos collargolmérgezésen ment keresztül, azonban a gonorrhoeás természetű vesemedencelobja egy töltésre meggyógyult.

Előadás:

Illyés Géza: *A dülmirigytúltengés kezelésének egyes vitás kérdéseiről.* 485 operált eset kapcsán tapasztalatait a következőkben foglalja össze:

1. A dülmirigytúltengésnél a záróizmon belül és a nyálkahártya alatt fekvő, az ondódombtól felfelé elhelyezkedő mirigycsoport daganatszerű elfajulásával állunk szemben.

2. A recidiva a műtét alkalmával visszamaradt kis adenomás göb megnövekedése folytán jöhet létre.

3. A műtéti indicatio lehető kiterjesztése. Operálhatunk bizonyos anatomiai laesio és bizonyos fokú vesefunctiocsökkenés mellett is, midőn sikerült műtét után a vese további pusztulását megakadályozhatjuk.

4. Rendszerint egyszakaszos műtétet kell végezni, helybeli érzéstelenítés mellett és csak kivételesen kétszakaszost.

5. Subvesicalisan fekvő túltengésnél jobb mindig tamponálni. Ilyenkor gyógyulás után homokóraalakú hólyag marad vissza, tátongó sphincterrel.

6. Prostataatrophiánál gyakori a distendált hólyag, midőn a műtéti eredmény a detrusor pusztulása miatt gyakran nem tökéletes.

Boros Ernő: Aznap operált prostataatrophia praeparatumát mutatja. Kiemeli, hogy az atrophiás prostata mellett több különálló adenomás göb találtatott.

A Magyar Röntgentársaság március 9-i ülése.

Elnök: **Holits.** Jegyző: **Révész.**

Bemutatások:

1. **Justus** multkori előadásával kapcsolatban a bőr Röntgen-sérüléseinek megelőzéséről vita.

Engel S.: A Poliklinikán öt év alatt egy Röntgen-fekélyt észleltek. A 30 éves mosónő kezeit 9 hónap alatt hétszer sugározták be verrucák miatt, melyeket utólag a dermatologusok thermokauterrel távolítottak el. 3½ év mulva jelentkezett a beteg a kézhátakon teleangiektasiákkal és egy lencsényi ulcussal. Nemcsak a gyakori Röntgen-besugárzás, hanem egyéb ártalmak, így elsősorban az állandó lúghatás (mosónő) tehető felelőssé az ulcus előidézésében. A röntgenezett bőrtől minden phisikai és chemiai ártalom távoltartandó.

Fischer E.: Fontosnak tartja, hogy minden Röntgen-égés közöltessék a szaklapokban, hogy az előidéző körülményekre vonatkozólag minél több adatunk legyen. 20 évi praxisa alatt diagnostikából eredő égést egyszer se látott, therapiából eredőt hármat, kettő közülök enyhe volt és kevés teleangiektasiával gyógyult, a harmadik súlyosabb volt, de a betegnek luese, nephritise és diabetese volt.

Haas L.: Nem látja olyan pessimistikusan a helyzetet, mint a többi hozzászóló. A direct Röntgen-égések ritka kivételek és véletlenül becsúszott technikai hibák következményei, amikért nem is tehető mindig felelőssé a röntgenologus. A késői bőrsérülések a helyes technika mellett már ma is csak ritkán fordulnak elő és leggyakoribb okuk az, hogy a besugárzott területnek nem adunk elég időt a regenerálódásra. Nem szabad tehát túlnagy sugármennyiséget adni és legalább 6 hét szünetet kell tartani ugyanazon hely besugárzásában. Ugyanazon bőrterületet ötnél többször semmiesetre se szabad besugározni.

Hozzászóltak: *Bársony, Rajka Ö., Polgár, Vidor, Schulhof, Schiffer, Weisz, Révész, Holits, Gergő, Schein, Simonyi.*

Justus (zárszó): A kérdések egyrészét már felölelte azzal, hogy a Röntgen által okozott ártalmakhoz hasonló kórképeket szóban, képben és moulage-okban fölsorakoztatott. A fölszólalókkal egyet ért. Vannak praedisponáló momentumok, amelyek a köztakarót az X-sugarakkal szemben felette érzékennyé teszik. Azonkívül számos esetben elfogadható a *kombinált ártalmak* elmélete is, értvén ezalatt, hogy akár előzőleg, akár a besugárzás után érte valamely káros hatás a bőrt. Közös pontja a praedisponáló momentumoknak az, ami a sugárzó energia egyéb nemeivel szemben is oly különös bántalmak jelentkezésére teszi alkalmassá a köztakarót. A felsorolt bántalmakra praedispositiós körülmény: a familiaris hajlandóság (szeplő, xeroderma pigmentosum), korhoz kötött hajlandóság (senilis keratosisok, senilis atrophiák), endokrin elváltozás (Basedow, sklerodermia). Különös, bizonyos helyre lokalizált praedispositiót teremthetnek mechanikai hatások. Volt betege, ki az egyik orcáján szenvedett igen kis adagra Röntgen-ártalmat, mivel ebben egy paraffinos befecskendése volt, míg a másik orca ugyanazon körülmények között és ugyanakkora adagra se lobosodást, se teleangiektasiát nem mutatott. Közismert a fagyasztott helyeknek és az ultraviolett-sugarakkal kezelt területeknek nagy érzékenysége az X-sugár iránt.

Úgy véli, mindezen praedisponáló sajátságoknak és praedisponáló ártalmaknak közös alapja az edények endotheljének veleszületett vagy szerzett nagyobb érzékenysége.

Gyakorlatilag legfontosabb, hogy az abnormis reactióra való hajlandóságot az esetek egy részében fel lehet ismerni. Ahol a sugárzó energia más formái kisebb-nagyobb elváltozásokat okoztak a köztakarón, ott számítani kell az X-sugár iránt való abnormis reactióra. (Nagyon kifejezett szeplőzöttség, lentigós bőr, keratosis senilis és praesenilis, sklerodermia, Rayneaud-kór, recidiváló ekzemák, psoriasis esetében és olyan bőrterületeken, amelyek hivatás következtében lobosító physikai és vegyi ingereknek színterei.)

Ajánlatos volna az erre gyanús patiensek röntgenezése előtt a dermatologiai vizsgálat megejtése.

Előadás:

Justus: *A bőr Röntgen okozta ártalmainak gyógyítása.* Alapjában véve véredénysérüléssel lévén dolgunk, arra kell törekedni, hogy a keringést illetőleg normalis, vagy a normalishoz hasonló viszonyokat teremtsenek.

Ha csupán felületesebb károsodással állanak szemben (teleangiektasia, pigmentzavarok), sugárzó meleggel való kitartó kezelés kitűnő eredményeket ad. Mikor már hyperkeratosis is van, ez már jó eredményt csak az esetek egy részében ad. Még súlyosabbak a fekélyes és epitheliomás esetek. A sokféle ajánlott kenőcstől eredményt nem látott. Az excisióra vonatkozólag kevés a tapasztalata. Gyakorta ezt megcsinálni nem lehet a localisatio miatt. Legjobb eredményt e súlyos alakok ellen a Cosnie-féle étető-pasta adja, mely nemcsak a fekélyt, vagy az újképződést magát marja ki, hanem a környező kórosan elváltozott szomszédságot is. Így néhány igen súlyos esetet is sikerült gyógyulásra juttatni, melyekről több fényképet és moulage-ot mutat be.

Egyetembarátok Orvosi Szakosztályának és a Szegedi Orvosegylet üléseinek jegyzőkönyve.

1925 február 28-án.

Elnök: **Boros József.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Előadások:

1. **Konczwald Tibor:** *A szegedi iskolásgyermekek fejbőrbetegségeinek statisztikája* címen tart előadást. Az 1924. év folyamán Szegeden fellépő mikrosporiasisjárvány kapcsán végigvizsgálva az összes 15 éven aluli iskolás- és intézeti gyermekek fejbőrét, 9626 gyermek közül 2346 találtatott fejbőrbetegnek. Az eredményt egy statisztikában feldolgozva ismerteti.

Jancsó Miklós: A fejtetvességnek valószínűleg a febris recurrens terjesztésében is van szerepe.

2. **Vitéz Berde Károly:** *A szegedi mikrosporiasisjárvány tanulságai* címen tart előadást. (L. 272—276. oldal.)

1925 március 7-én.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Előadás:

Varga Kálmán: *A gonorrhoea kezelésének kritikai ismertetése* címen tart előadást. Ismerteti a gonorrhoea diagnosisáról, pathologiájáról és prophylaxisáról közölt újabb adatokat, továbbá a különböző stadiumokban általa használt eljárásokat.

Vitéz Berde Károly: Hangsúlyozza, hogy a különböző vegyszerek nem direkte ölik a gonococcusokat, hanem az általuk kiváltott reactiók hatnak. Műszeres kezelésre sokszor szükség van.

Kubinyi Pál: Női gonorrhoeánál szükségesnek tartja a specifikus helyi kezelést, e célból szívesen alkalmazza a lapist. Női kankónál nem maga a gonococcus okoz oly sok bajt, hanem a vele vagy nyomában járó pyogen fertőzések.

1925 március 14-én.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatások:

1. **Debre Péter:** Lueses beteget mutat be nagy papulás kiütéssel, kit két orvos és egy kuruzsló három hónapig téves diagnosissal gyógykezeltek.

2. **Treer József:** *Tályog a sinus sigmoideus falában perisinualis abscessus után.* A perisinualis tályog

megnyitása után a beteg még lázas. A sinusfalban mogyorónyi tályog van, mely spontan megnyílik. A beteg jó hallással símán gyógyul.

3. **Incze Antal:** *Keratitis superficialis punctata* esetét ismerteti, hol a diagnosist réslámpával állította fel.

4. **Kovács Ferenc:** *Mellüri savós izzadmányból kitenyésztett gümőbacillus-culturát* mutat be; egy csőben látható vízalatti, felületi hártya és vízfeletti burgonyatenyészet.

5. **Lőrincz Ferenc:** *Hypernephroma malignum* három esetét ismerteti múzeumi és górcsövi készítmények demonstrálásával.

Előadás:

Kiss Menyhért: *Az abortus kezeléséről.* Ismerteti a ma szokásos eljárásokat és megállapítja, hogy nincs még egységes felfogás e téren. Beszámol a szegedi volt bábaképző-intézet 10 éves anyagáról 1993 abortus-eset kapcsán. Az intézetben az eljárás activ volt, főleg műszeres. Ez adta a legjobb gyógyulási arányszámot. Tiszta kép csak akkor volna nyerhető, ha minden befejezési módot azonos számú esetben próbáltak volna ki. Személyes tapasztalatai alapján a műszeres kezelés mellett van, gyakorlóorvosnak azonban ezt nem ajánlja, mert nagy gyakorlat kell hozzá. Ismerteti a gyakorlat számára ajánlható eljárásokat.

Kovács József: Gyakorlatában sok volt septikus abortus, feltűnően kevés halálozással.

Burger Károly: Exspectatiót és az ujjal való kiürítést ajánlja.

Falta Béla: Szintén az ujjal való kiürítést ajánlja és elítéli a méhüreg kiürítését.

Kubinyi Pál: Különbséget kell tenni a gyakorlóorvos és intézet között. Visszamaradó peterészek sokáig sterilen maradhatnak, rothasztó csírok sem okoznak nagy bajt. Más az eset fertőzések felvitelénél, vagy haematogen odajutásánál. Ezért minden esetet másképen kell megítélni. Az intézet lehet conservativ és várakozó, a gyakorlóorvosnak activnak kell lennie, ha nincs gátló ok, peritonitis stb. jelen.

A Debreceni Orvosegyesület 1925 február 26-i ülése.

Elnök: **Szontagh Félix.** Jegyző: **Siegmund Erwin.**

Bemutatások:

1. **Zempléni Vilmos:** *Magzatűzési kísérletnél hasüregbe jutott idegentest.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Hüttl Tivadar: Idegentesteknek a hasüregbe való jutásánál a hasüri nyomásviszonyok változásainak tulajdonít fontosságot. Szerepet játszhatnak egyfelől a rekesz és tüdő mozgásai által kifejtett szívóhatás, másfelől pedig a hasüri elastikus nyomási viszonyok megváltozása a beteg fekvő helyzetében. Fekvő helyzetben a hasüri szervek 2—3 cm-rel a rekesz felé eltolódnak és ezek jelen esetben magukkal vihették a kathetert. Szerepe lehetett a katheter bejutásánál a bél peristaltikus mozgásainak is, valamint a bélhüdésnek a helybeli hashártyalob következtében. Legalább emellett bizonyít az, hogy a műtétnél a katheter a puffadásig telt sygmabélen lovagolva találta.

2. **Nagy Géza:** *Gyógyult Werlhof-esetek.* Két Röntgen-kastratióra gyógyult, éveken át tartó Werlhof-esetet mutat be; két fiatal leányt, kiknél a rendkívül súlyos vérzéses periodusok szembetűnő összefüggést mutattak az ovariumfunctio rythmicitásával. Egyegy purpurás methorrhagiás időszak 3—4 hétig tartott, nagyfokú thrombopeniától kísérve, melyet 3—4 hyperthyreosisos menopausás eosinophiliás hét követett éveken keresztül. Kastratióra egyik beteg 5 hónapig teljesen tünetmentes maradt, majd az ismét jelentkező mensessel az egész syndroma visszatért, hogy ismét hónapokra elmaradjon. A másik esetben csak a négyhetenkint exacerbáló csekély purpurás eruptio emlékeztetett a szunnyadó diathesisre. A vérkép csaknem teljesen javult.

Előadás:

Elischer Gyula: *A Röntgen-therapia alapjai, javallatai, korlátai és problemái.* (I. rész.) (Rövid referatumra nem alkalmas.)

március 5-i ülés.

Elnök: **Szontagh Félix.** Jegyző: **Siegmund Erwin.**

Bemutatás:

Kreiker Aladár: *Teljes kötőhártyazsák egyszerű módjáról* számol be. A transplantatiós műtétek ritkán adnak kielégítő eredményt. Szerinte ennek oka: 1. hogy az üreg felszínét heterogen szövetek alkotják, amelyek az egyenletes megtapadást bizonytalanná teszik; 2. még megtapadás esetében is a műtétet követő nagymérvű zsugorodás gyakran újra eltünteti az üreget. Ezért ő a következő műtétet végezte: a még meglévő kötőhártyazsákmaradékot hosszanti és merőleges metszésekkel apró négyszögekre bontotta fel. Az üreget késsel és ollóval kiképezve, ebbe szaruból készült és paraffinbe ágyazott ovalis interim prothesist helyezett be, mely fölött Elsching-féle blepharorrhaphia totalist végzett. Így nézete szerint elérte azt, hogy az üreg a hámszigetekből kiindulólag gyorsan hámosodjék be, amivel elejét vette vaskosabb subepithelialis hegkeletkezésnek. Másodszor a zsugorodást lehetetlenné tette. Egy év mulva szándékozik az összevarrt szemhéjjakat felnyitni és az üvegszemet behelyezni. Műtéte csak akkor vihető végbe, ha még némi kötőhártya rendelkezésre áll.

Előadás:

Elischer Gyula: *A Röntgen-therapia alapjai, javallatai, korlátai és problemái.* (II. rész.) (Rövid referatumra nem alkalmas.)

március 12-i ülés.

Elnök: **Tüdős Kálmán.** Jegyző: **Siegmund Erwin.**

Bemutatások:

1. **Hüttl Tivadar:** *Reduction sans drainage-val gyógyult májechinococcus.* 29 éves asszonynál májechinococcus miatt végzett műtétet. A műtétnél két tömlőt talált, az egyik az epehólyag mellett domborodott elő, a másik rejtve feküdt a jobb májlebeny mélyében. A tömlők megnyitása és kitakarítása után az elülfekvő tömlő falát lehetőség szerint megkisebbítette, majd szélesen összefektetve összevarrta. A capitonnage eme módszere a második tömlőnél kivihetetlen volt. Az elvarrt tömlő elsülyesztése után a hasseb 2 hét alatt sipoly nélkül gyógyult.

2. **Köntzey Ernő:** *Pseudodiverticulum ventriculi.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Előadás:

Elischer Gyula: *A Röntgen-therapia alapjai, javallatai, korlátai és problemái.* (III. befejező rész.) (Rövid referatumra nem alkalmas.)

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület tudományos ülésének programmja március 28-án: *Bemutatás: Verebély Tibor:* Két érdekesebb golyvaműtét tanulságai. *Előadás:* 1. *Verebély Tibor:* A gyomorbélhuzam sarkomáiról. 2. *Herepey-Csákányi Győző:* Műtéti elvek és javallatok a tüdőtuberculosis gyógykezelésében. (A mult ülésről elmaradt tárgy.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Otologiai Szakosztályának április 2-i ülésprogrammja: *Bemutatások:* 1. *Pogány Ödön:* Recidiváló otogen meningitis esete. 2. *Szász Tibor: a)* Otogen halántéklebenyi agytályog tüneteit okozott cystikus agydaganat. *b)* A beszédhalláshoz szükséges hallótér következtében előállott hallászavar. *Előadás: Kepes Pál:* Adatok az otogen sinusthrombosisok pathologiájához és klinikájához.

A Természettudományi Társulat élettani szakosztálya március 26-án, este 6½ órakor, az Élettani Intézet tantermében ülést tart. Tárgysorozata: *Thorne M. Carpenter* (Boston): A bostoni „Nutrition Laboratory"-ban működő embercalorimeterrel szerzett tapasztalatokról.

A Balatoni Szövetség március 29-én délelőtt 10 órakor tartja rendes évi közgyűlését a Magyar Országos Tűzoltó Szövetség (Rákóczi-út 38.) tanácskozótermében. A közgyűlés tárgysorozatának kiemelkedő pontjai lesznek: *Darvas Ferenc dr.* m. kir. gazdasági tanácsos előadása: „A balatoni fürdők közgazdasági

jelentősége" címen és *Sziklay János dr.* író előadása: „A magyar sajtó és a Balaton" címen. A szövetség egyik gazdasági szervezetével: a Balatoni Gazdák Szövetkezetével és az összes illetékes tényezővel együtt fáradhatatlanul dolgozik azon, hogy a balatoni nyaralást minél olcsóbbá és közkedveltebbé tegye és megszüntesse mindazon hátrányos körülményeket, melyek a Balaton vidékének, mint közkedvelt fürdőhelynek, hírnevét veszélyeztették.

A repülőgép az egészségügy szolgálatában. Franciaországban, Marokkóban és az Egyesült-Államokban kiváló eredménnyel használnak a betegszállításra, olcsó, kis motorral ellátott és kis távolságra (100 km) repülőgépeket. Előnyük a nagy gyorsaság és hogy a fel- és leszállás kivételével kevesebb rázkódtatással jár, mint a legjobb luxusvonat, vagy auto. A magasság a betegség természetét nem rosszabbítja még pneumoniánál sem.

Dr. W. Hallpachot, a bádeni államelnököt, a birodalmi elnöki választásokon is jelölte a demokratikus párt.

A háborúban elesett német orvosok emlékművének felállítását határozták el a brémai orvosi tanácskozáson. A szobor elkészítését *Lederer* berlini professorra bízták, aki a hamburgi Bismarck-szobrot tervezte.

Rosemann professort, aki a münrsteri egyetem philosophiai-természettudományi fakultásától átlépett az orvosi fakultásra, ez alkalomból a philosophiai fakultás díszdoktorrá avatta.

Hogyan született a Pravaz-fecskendő? A *Paris médical* egyik számában *Durand dr. Pravaz* emlékének áldoz. Megemlíti, hogy Lyon egyik utcáját róla nevezték el, szülőfaluja — Pont de Beauvoisin — pedig gyüjtést rendez, hogy emlékét megörökíthessék. Felszólítja mindazokat, akik a *Pravaz*-fecskendő hasznosságát ismerik, hogy e célra adakozzanak!

Carlo Gabriele Pravaz, midőn fecskendőjét felfedezte, nem azon célból tűzte maga elé, amelyeket ez ma szolgál. Ő tudniillik — 1830 körül — az aneurysma gyógykezelését tanulmányozva azt tervezte, hogy megtölti az aneurysmás zsákot azáltal, hogy előidézi a vér megalvadását egy vékony tűn átvezetett galvánáram útján. Majd később, midőn a ferrumchlorid vérmegalvasztó hatását megismerte, néhány cseppet akart ebből az aneurysmás zsákba cseppenteni egy üreges tű s egy ad hoc készült fecskendő útján.

Így született a *Pravaz*-fecskendő. Első példánya 1852-ben ezüstből készült, hogy ne rozsdásodjék és gyógyszerektől érintetlen maradjon, 1 cm³ ürtartalommal, a dugattyúhoz csavarral erősített nyéllel és egy vékony, igen hegyes mandrinnal ellátott tűvel. Egy ügyes ismeretlen munkás később eltávolította a mandrint s ferdén levágva a canulet, lehetővé tette még vékonyabb tűk készítését.

Az Enit olasz fürdő-tanulmányútját orvosok részére szeptember 5—21-ig rendezi az Ente Nazionale Industrie Turistiche. Résztvevői csak orvosok lehetnek, vagy az összes résztvevők 25%-a erejéig orvosok hozzátartozói. Összesen 200-an vehetnek részt, a résztvételi díj 1600 olasz lira. Utazás I. osztályú különvonaton, elsőosztályú ellátás a tartózkodási helyek legjobb szállodáiban. Minden fürdőben szakszerű előadásokat tartanak a fürdő gyógyító tényezőiről, amit német, francia és angol nyelven kinyomva osztanak szét a résztvevők közt. A tanulmányút szeptember 5-én Milanóból indul ki, hol délelőtt San Pellgrinót, délután Fonte Braccát tekintik meg. 6-án és 7-én Acqui, 8-án Alassio, 9-én San Remo, 10-én Ospedaletti, 11-én Bordighera, Pegli, Nervi, 12-én Rapallo, 13-án Rapallo, Santa Margherita, Portofino, 14-én Viareggio, Livorno, 15-én Pisa, 16-án Montecatini, Monsummano, 17-én és 18-án Chianciano, 19-én Román keresztül Fiuggi, 20-án Fiuggi és 21-én végződik az út Rómában. Az odautazáshoz bármely olasz határállomástól Milanóig, a visszautazásnál Rómától bármely olasz határállomásig augusztus 25-től október 10-ig érvényes kedvezményt biztosítanak az olasz vasútak. Felvilágosításokkal és jelentkezési lappal szívesen szolgál az „Ente Nazionale Industrie Turistiche" (ENIT) Róma, Via Marghera 6.

Orvosdoktorrá avattattak 1925 március hó 14-én: *Balla István, Erdélyi István, Folk János, Lorenz Jakab, Miskolczy Zoltán, Részegh József, Timár Mihály, Veréb Imre.* Üdvözöljük az új kartársakat.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 15-től március 21-ig előfordult:

Hasi hagymáz	11 (—)	Gyermekágyi láz	— (—)
Küteges hagymáz	1 (—)	Bárányhimlő	21 (—)
Hólyagos (ál-)himlő	— (—)	Járv. fültőmirigylob	1 (—)
Kanyaró	175 (4)	Vérhas	9 (1)
Vörheny	86 (4)	Járv. agygerincagyhártyalob	— (—)
Szamárhurut	10 (—)	Trachoma	1 (—)
Roncs, torok- és gégelob	19 (1)	Veszettség	— (—)
Influenza	36 (1)	Lépfene	— (—)
Ázsiai kolera	— (—)	Náthaláz	3 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

Lapunk mai számához Kalle & Co Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rhein *Pellidol és Azodolen*ről szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN



PÜSTYÉN
CSÚZ·KOSZVÉNY·ISCHIAS
ideális gyógyhelye.
Teljes üzemben. Kitűnő tavaszi kúrák.
A penzió (lakás, étkezés) napi árai:
THERMIA PALACE
(pazar berendezésű) ..... Kcs. 75·—-től
ROYAL NAGYSZÁLLÓ ..... Kcs. 60·—-tól
FÜRDŐSZÁLLÓ ..... Kcs. 45·—-től
Utije gynél 33% kedvezmény. Felvilágosítás, vizumszerzés:
EISNER-DROGÉRIA Budapest, Andrássy-út 37. Telefon: 85—24.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII, Wesselényi-utca 2. Telefon: József 124—35. Lakáson: 175—91.

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

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday-utca. Telefon: József 3—75.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SZANATORIUMA
ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízlaló-, diätetikus kúrák. Gyermekek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek.

Dr. PAJOR Sanatorium és Vízgyógyintézet
Budapest, VIII, Vas-utca 17. — A magánklinikai osztályon a **teljes ellátás napi díja 140.000 korona.**

PÁLYÁZATOK.

A pesti izr. hitközség Előljárósága pályázatot hirdet a kórháza nőgyógyászati osztálya ambulantiáján szervezett **rendelő főorvosi állásra.** A pesti izr. hitközség Előljáróságához intézett és kellően felszerelt folyamodványok folyó évi április hó 8-ig nyujtandók be a pesti izr. hitközség iktatóhivatalába (VII. Síp-u. 12, földszint). Megjegyezzük, hogy folyó évi február 8-án ugyanezen állásra kiirt pályázat folytán kérvényt benyujtóknak újabb kérvényt beadniuk nem szükséges, minthogy további kérvényeik a jelen pályázatra is beérkezetteknek tekintetnek. Részletes felvilágosítást a kórház igazgatósága ad.

Budapest, 1925 március 19.

3309/1925. sz. *A Pesti Izr. Hitközség Előljárósága.*

Veszprém vármegyében, a veszprémi járásban, Nagyvázsony község székhellyel bíró nagyvázsonyi orvosi körben a nyugdíjazás folytán megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, s felhívom azokat, akik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. §-aiban írt határozmányokhoz képest: magyar állampolgárságukat, továbbá a magyarnyelvnek szóval és írásban való tökéletes bírását, ezenkívül erkölcsi és politikai megbízhatóságukat, s ebben külön az 1918. és 1919. évi forradalom és proletárdiktatura alatt tanusított magatartásukat is, valamint eddig volt alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal, s az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelükkel felszerelt szabályszerű kérvényüket hozzám 1925. évi április hó 14. napjának déli 12 órájáig adják be, mert a későbben érkező, vagy hiányosan felszerelt kérvényeket nem fogadom el. A körorvos a m. kir. belügyminister úrnak 141.000/1924. sz. rendeletében foglaltak szerint az állami IX. fizetési osztály legalsó fokozatára megállapított javadalmazásra tarthat igényt, egyúttal megilletik őt a szabályrendeletileg megszabott rendelési, látogatási, távolsági s műtéti díjak, s jelenleg természetben való fuvar az időszaki kiszállásokhoz. A körhöz 10 község tartozik, melyeknek együttes lélekszáma: 6800, s a közönség vegyesen magyar- és németajkú. Gyógyszertár a székhelyen van. A választás idejét a kérvények beérkezte után fogom kitűzni, s a pályázókkal közölni.

Veszprém, 1925. évi március hó 10-én.

320/1925. szám. *Főszolgabíró.*

Nógrád és Hont, egyelőre egyesített vármegyék salgótarjáni járásához tartozó, s az ujonnan szervezett zagyvapálfalvai **körorvosi állásra,** melyhez Zagyvapálfalva, Baglasalja és Vizslás községek tartoznak, pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. §-a értelmében orvosi oklevelükkel, születési anyakönyvi kivonatukkal, továbbá működési bizonyítványukkal és politikai megbízhatóságukat igazoló helyhatósági bizonylattal felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi április hó 7-ig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem. A forradalom és kommün alatti magatartás megfelelő módon külön is igazolandó. A szervezési szabályzat alapján pályázóktól megkívántatik, hogy a nőgyógyászatban és fogászatban különös jártassággal bírjanak és hogy a megválasztandó körorvos — már saját érdekében is — fogorvosi rendelőt tartson fenn. Az állás kezdő javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-c., illetve a 141.000/1924. sz. B. M. rendelet értelmében a IX. fizetési osztály 3. fokának megfelelő fizetés. Három szoba és mellékhelyiségekből, külön orvosi rendelőből álló lakás, valamint a szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és kezelési díjak. A megválasztott körorvos tartozik körében, megbizatása esetén a ker. betegsegélyző pénztári rendelést ellátni, mely ezidőszerint havonta körülbelül hárommillión felüli jövedelmet biztosít számára. A MÁV pályaorvosi megbizatás irányában is lépések tétettek. A választás megtartása iránt később fogok intézkedni.

Salgótarján, 1925. évi március hó 14-én.

1636/1925. szám. *Veress Zoltán* s. k. járási főszolgabíró.

Az orvos

kötelességet teljesít, ha gyermekeknek, vérszegényeknek, betegeknek és lábbadozóknak tápszerül Meinl-maltinkakaót rendel. Egy kísérlet meggyőzi Önt a Meinl-maltinkakaó kiváló minőségéről és gyógyhatásáról. Kapható minden Meinl-üzletben.

Meinl Gyula r.-t.

CSECSEMŐK mesterséges táplálására

PAPION

DEXTRINISÁLT GYERMEKTÁPLISZT

Dr. LIEBERMANN LEÓ egyet. ny. r. tanár analysise szerint 72·66% oldható szénhydrátot tartalmazó magas tápértékű, könnyen emészthető, kellemes ízű készítmény.

Mintával, irodalommal készséggel szolgál:

Dr. WANDER gyógyszer- és tápszergyár r.-t. Budapest X, Keresztúri-út 30—34.

Érelmeszesedés, neuraszthénia, köszvényes lerakódások, golyva (Struma) mirigy és csontbajok, a szervezet és az idegek egyéb betegségeinél a természetes

CSIZI JOD-BROM FORRÁS-VÍZ ÉS FÜRDŐSÓ

rendkívüli gyógyhatással alkalmazható.

Főlerakat: ÉDESKÚTY L. Budapest, Erzsébet-tér 8.

Ugyanott fürdőirodánk, ahol teljes felvilágosítással szolgálunk.

FÜRDŐIGAZGATÓSÁG, CSIZFÜRDŐ.

Digestol. Évtizedek óta legjobban bevált emésztőpor és ideális **HASHAJTÓ.**

Tartalmaz 5% phenolphthaleint, 3% natrium sulfuricumot és 3% sacch. lactist, natrium bicarbonicum és magnesium carbonicum-on kívül. Készíti:

SZENT PÉTER LABORATÓRIUM

BUDAPEST VI, FELSŐERDŐSOR 48.

PAPAVERIN-CHINOIN

A külföldi készítményeket minden tekintetben pótolják.

Injekfio: 3 illetve 6 amp. à 0·04 g papav. sulf.

Tabletta: 1 doboz 20 tabl. à 0·04 g papav. hydrochlor.

Chinoin-Ujpest