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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN
EGYETEMI TANÁR

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. [illegible]
Leltári sz.: 142.449

1929.

HETVENHARMADIK ÉVFOLYAM

BUDAPEST, 1929.
KIRÁLYI MAGYAR EGYETEMI NYOMDA.

XV/84 46/1929

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA Bp. VIII., Baross-u. 23-25

Ltsz.: 25.

Leltári szám: 46/189

TARTALOM

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

	Oldal.
Accidentalis sérülések kezeléséhez, adatok	1116, 1145
Actualis problemák, különös tekintettel a syphilis gyógyítására	1065, 1090, 1113, 1141
Acut sublimatmérgezésekről	1260, 1296
Adatok a megalocorneához, négy eset kapcsán	84
Adenoma toxicum thyreoideae kérdéséhez	183
Adrenalinérzékenységi vizsgálatok parametritis posteriornál	301
Agyburokgyulladásról újszülötteknél	80
Agyfüggelék elülső lebenyének hatása a nemirészek működésére	1257
Agysebészeti indicatiók szemészeti leletek alapján	1187
Agyvérzés anthraxfertőzés következtében	1218
Activ savókkal szerzett tapasztalatok a lues serodiagnosisában, 1000 eset alapján	278
Aleukia haemorrhagica két esete	1312
Amblyopia (ismétlődő) menstruatio kapcsán	45
Aminosavak és polypeptidek viselkedése egészséges és toxikus terheseknél	1214
Anaemia perniciosa „Perhepar"-ral kezelt esetei	568
Anaphylaxia összefüggése a savbasisegyensúllyal	1071
Anyagcserevizsgálatok különböző bőrbajoknál	1123
Aortitis (lueses)	541
Aromás fehérjebomlási termékek egészséges csecsemő székletében	382
Arteria lienalis lekötésének befolyása a vérképző apparatusra és a belső szervek működésére	1075
Arteria renalis helyettesítése mesterségesen létrehozott cseplesszanastomosissal	237
Aspecifikus allergiás jelenségek lues malignánál	837
Asphyxiáról és asphyxiában született magzatok további sorsáról	351, 378
Asthma bronchialenál cholesterinvizsgálatok	593, 622
Asymmetriás medencés szülések	783
Ásványvizek jelentősége a diaetetikában	447
Ásványvizek szénsavának egyes physikai tulajdonságairól	454
Ásványvízforgalmunk 1928-ban	476
„Áthúzott" tüdőbeszűrődés	258
Bacillus Breslaviensis mint csecsemőkori furunculosis és genyes agyhártyagyulladás kórokozója	904
Bal ureter kettéágazása és egyik ágának a vaginába szájadzása következtében 17 éves korig fennálló vizeletcsurgás	1188
Bang-bacillus által okozott febris undulans esete Magyarországon	324
Baranyamegyei Mánfa község határában lévő „Sikondu"-forrás chemiai vizsgálata	479
Befolyásolható-e a thallium hatása belsőelválasztású mirigyekkel?	1031
Belsősecretio és a periarteritis nodosa	33
Benzinmérgezés másféléves fiúnál	166
Besugárzott ergosterin reserválódása az emberi szervezetben	871
Beteg és egészséges emberek vérnyomása a bőrerekben	589
Betegség és vértypus	297
Bilirubinaemia natriumtetrajodphenolphtalein okozta	89
Billroth Tivadar élete és munkássága	369
Billroth és kora	371
Billroth jelentősége a zsigersebészet fejlődésére	375
Bodahegyközségi golyvajárvány és az ivóvizek jódtartalma	1273
Bórsav mint antisepticum	1244
Bőralatti patkóbélrepedés esete	327
Bőr hajszálereiben uralkodó vérnyomás mérése a Török—Rajka—Wessely-féle capillartonometerrel	1105
Brodie-tályog esete	329
Brugsch új ikterustheoriájára vonatkozó vizsgálatok és kritikai megjegyzések	1057
Bulbus venae jugularis thrombophlebitise	574
Calcium vérzéscsillapító hatása a szülésnél és a gyermekágyban	974
Callusképződés és savbasisegyensúly	725
Calmette-féle gümőkórellenes védőoltások kísérleti alapja	94
Capillarmikroskópos megfigyelések sklerodermiánál	60
Carbonylsulfid hatása ivó- és fürdőkúrában	1097, 1127
Carcinoma és vértejsav	235
Chloasma periorale virginum ismeretéhez	1272
Cholecystektomia technikájáról	1017
Cholecystographia alatt történt vércukorváltozások normalis és kóros májműködés eseteiben	401
Cholesterinvizsgálatok asthma bronchialenál	593, 622
Chorea minor adrenalin-sodakezelése	236
Chorea minor kezelésében intravenás neosalvarsan-injectiók	465
Chronikus bronchitisek diathermiás kezelése	906
Congenitalis maxilla és mandibula sinostosis	285
Costa-féle reactio lényegéről és a tüdőtuberculosis activitásának megállapítására alkalmatosságáról	494
Cukoranyagcsere zavarai a központi idegrendszer megbetegedéseiben	761
Cyankalium hatása a rákszövetculturákra	500
Cycloid-alkat kórtanához	570
Csecsemők contractiós és higításos vesevizsgálata	1023
Csecsemők (magyar) fejlődési normája	40
Csecsemők téli halandósága Budapesten	971
Dattner-féle paralysiskezelésről	213
Dementia paralytica progressiva „schizophren alakja"	1233
Denig-féle trachomás pannusműtét újabb módja	325
Dentalis sepsis jelentősége az ú. n. rheumás megbetegedések kóroktanában	810, 845
Dermatologia nomenclatura kritikája	709
Dermatomykosisok klinikájához	923
Dermoidtömő (kétoldali) műtéttel gyógyult esete	550
Diabetes insipidus és terhesség	701
Diabetes mellitus érdekesebb esete	335
Diabetes mellitus sugaras kezeléséről	605
Diagnostikai és therapiás tapasztalatok a Szent Gellért-gyógyfürdő beteganyagán	443
Diathermiás kezelés chronikus bronchitisnél	906
Digistrochin hatásáról	1275
Diphalliáról	1138

Oldal.

Diphtheria anatoxin anaphylaxiáról ... 876
Diphtheria súlyosbodása és a francia paediatria ... 113
Diphtheria toxinhatásra a lipoidok befolyása ... 90
Disharmoniás kettőshallás 697, 737
Douglas-punctio értékéről ... 493
Dunaalmási langyos források chemiai vizsgálata ... 479
Duodenum mobile mesenteriale 1265
Edzőszerek hatásáról ... 873
Egészséges gyermekek absolut vérmennyisége ... 816
Egyszerű eljárás tonsillektomia utáni vérzések elkerülésére .. 1030
Megjegyzés a cikkre 1113, 1137
Ekzema és a gyomorsavviszonyok közötti összefüggésről .. 1219
Elektrocardiogramm alakváltozásairól múló vezetési zavar következtében ... 641
Elzáródott vesegümőkórról 498
Emberi eredetű mikrosporia pathologiájához és therapiájához ... 1095
Epefestékképződés mint fermentumhatás ... 702
Epehólyag (redős) ... 149
Eperegurgitatio okairól gastroenteroanastomosis után ... 1126
Epilepsia prognosisához, különös tekintettel a constitutióra .. 679
Epilepsiás szervezet és a betegség tüneti megnyilvánulásai ... 565, 598
Epithelintherapia ... 1073
Esési rohamok gyermeken az izomtonus effectiv fokozódásával ... 625
Exsudativ diathesis kezelésénél újabb szempontok ... 185
Érzéstelenítés kérdése az újabb szerek nézőpontjából ... 999
Febris undulans (Bang-bacillus okozta) esete Magyarországon 324
Febris undulans előfordulása Magyarországon (újabb adat) 836
Febris undulans esete ... 1150
Felvérzett csecsnyujtvány sebének gyógyulásához ... 791
Fehérvérsejtkép gyakorlati jelentőségéhez adatok ... 36
Fiatalkorúak rosaceája ... 253
Fonálgombatelepek viselkedése fény hatása alatt ... 777
Forradásos szemhéjbefordulás ellen a Budapesti Állami Szemkórházban végzett műtétek eredményéről ... 53
Friedlaender-otitis mint jellegzetes és járványszerű megbetegedés ... 1314
Fül- és nyaki függelékekről 1165
Füleredetű agytályogok ismeretéhez ... 647
Gerincvelői folyadék tusreactiója ... 617, 649
Gége heges szűkületeiről .. 102, 130
Gége nélkül hang és beszéd 152
Gégetuberculosis eredete ... 305
Megjegyzés a cikkre ... 367
Válasz a megjegyzésre ... 391
Viszonválasz ... 416
Válasz a viszonválaszra ... 441
Gége tuberculosisa az újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában ... 29, 56
Gégephlegmonéról ... 1286
Glomus caroticum daganatairól 756
Golyvajárvány (bodahegyközségi) és az ivóvizek jódtartalma .. 1273
Golyvaműtét technikájáról 1077
Gonococcus és záradéktest ... 1170
Guanidinszármazék (két új) hatásáról ... 670

Oldal.

Guttadiaphot és gyakorlati alkalmazása ... 1148
Gynaekologiai laparotomiák esetén előforduló vastag- és végbélsérülések ellátása ... 1069
Gyermekek cerebrospinalis liquorának nyomása kóros viszonyok között ... 889
Gyomor-bélatoniákról veseműtétek után ... 522
Gyomorbélfistula (rákos) esete.. 259
Gyomorfekély újabb sugaras kezelése ... 303
Gyomornedv csíraölőképessége.. 281
Gyomornedvlipase és pepsin együttes meghatározása ... 257
Gyomor motilitására és secretiós mechanismusára a synthalin hatása ... 42
Gyomorsecretio befolyása pufferoldatokkal ... 527
Gyűrűalakú lepényről ... 321
Haemaglutinatio (kóros) ... 187
Haemorrhagiás praeenanthema a kanyaró egy új tünete ... 93
Haemosiderosisok (lokalizált és progrediáló) ... 232
Hajdúszoboszlói hévíz jód- és brómtartalma ... 1299
Hang és beszéd gége nélkül 152
Hangszalagizom súlyos elfajulásáról ... 1076
Harántremesefodor-sérvről 1211
Hasnyálmirigy lipomatosisa és annak viszonya az általános elkövéredéshez ... 833
Hatvanszor röntgenezett kétoldali dermoidtömlő műtéttel gyógyult esete ... 550
Heine—Medin-járvány (szegedi és szegedkörnyéki) klinikai tanulságai ... 1006
Herpes virus virulentiájának változása különböző bakteriumok hatására ... 125
Hidegurticaria ... 424
Higanyhatás magyarázása a syphilises szervezetben, különös tekintettel a szervezetbe vitt higanynak felhalmozódására az ép és a kóros bőrszövetben 1162
Himlőoltásról intracutan és subcutan ... 620
Hirtelen fellépő teljes veseinsufficientia érdekesebb esete 1119
„Hosal" a sószegény diaeta szolgálatában ... 630
Hungária gyógyforrás vizének hatása hypertoniás egyénekre ... 1019, 1051
Hydramnion egyamnionos ikerterhességgel ... 678
Hydroa vaccineiformeről ... 1237
Hymenolepis nana előfordulása Magyarországon ... 346
Hymenolepis nana esete Magyarországon ... 13
Hyperglobulinaemiások májának működéséről ... 115
Hypermangansavas kaliummal történt mérgezések ... 708
Hypernephroma (ritka elhelyezkedésű) ... 1
Hypertoniáról (klimakteriumos) 417
Hypophisiskészítményekről a diabetes insipidussal kapcsolatban 273
Hypophisaer diabetes insipidus kezeléséről ... 929
Hypotonia, pangásos papilla és ezt követő hypertonia a szemgolyót ért tompa ütés után .. 1318
Idegentestek a női genitáliákban 1025
Idegrendszer lueses megbetegedésének tryparsamide-dal gyógykezeléséről ... 354
Idegrendszeri syphilis malariázzal való kezeléséről 100 eset kapcsán ... 6
Időleges Röntgen-castratio ... 400
Indirect bilirubin mechanikus ikterusnál ... 706
Insulin hatása a vér cholesterintartalmára ... 44
Interstitialis terhességről ... 892
Intracutan és subcutan himlőoltásról ... 620
Intravenás cuprum-sulfuricum-injectiókkal kezelt gonorrhoeás szövődmények ... 497
Intravenás neosalvarsan-injectiók a chore minor kezelésében 465
Ismétlődő amblyopia menstruatio kapcsán ... 45
Izomdystrophia anatomiájának ismeretéhez ... 595
Izomzat szerepe a vércukor szabályozásában ... 1005
Izomresectiónál, újabb varrásmód ... 1271
Jacobaeus-műtétről ... 975
Kahn-reactio ... 525
Kanyaró egy új tünete: a haemorrhagiás praeenanthema .. 93
Kettőshallás (disharmoniás) 697, 737
Képzelt terhesség két esete 908
Két új guanidinszármazék hatásáról ... 670
Kimutathatók-e a typhusbacillusok a kútvízben? ... 1189
Kisagyi tályogok tanához hat eset kapcsán ... 805
Kiss-reactio értékelése a lues diagnostikájában ... 11
Klimakteriumos hypertoniáról 417
Klinikai vizsgálatok hazai gyógyvizekkel ... 380
Kocsányos vesemedencefibroma által okozott genyes zsákvese 1055
Kombinált colloidalis aluminium hydroxydacetylsalicylsavas therapiáról ... 1320
Koponyalövés utáni tünetcomplexumok gyógyítása új műtéti eljárással ... 866
Köldökzsinór (szokatlan helyen átszakadt) ... 844
Köldökzsinórcsomóval (valódi) szövődött szülések lefolyásáról 1268
Középlebenybeszűrődés, vagy betokolt lebenyközti izzadmány? 572
Központi idegrendszer vasreactiója ... 157
Kreatininanyagcsere a diabetes insipidusban ... 1167
Kümmel-féle betegség posttraumatikus csigolyamegbetegedés 644
Kürtterhesség intracolumnaris beágyazódással ... 524
Labyrinthus teljes kilökődése cholesteatoma következtében.. 924
Lange—Heuer-féle vérsavóreactio diagnostikai értéke nőgyógyászati megbetegedéseknél ... 604
Lábgangraena a gyermekágyban 901
Lágyéksérv visszahelyezésének ritka akadálya ... 427
Lepény (rendes helyen tapadó) korai leválásáról ... 917
Légzőcentrum bénulása esetén intracisternásan vagy intralumbalisan adjuk-e az izgató gyógyszereket? ... 43
Lépvenastenosis esete ... 1292
Lipoidok befolyása a diphtheria toxinhatásra. Állatkísérletes vizsgálatok ... 90
Lithumbral egy magyar contrast ... 1308
Liquor cerebrospinalis cukortartalmának diagnostikai és prognostikai jelentősége ... 467
Liquor cerebrospinalis tejsav-

Oldal.

tartalma és hydrogenion-concentratiója meningitis tuberculosisnál ... 283
Lokalizált és progrediáló haemosiderosisok ... 232
Lúdtalpbetétek merevségének jelentőségéről ... 307
Lueses aortitisről ... 541
Lues congenita prophylaxisának és therapiájának mai állása ... 249
Lues diagnostikájában a Kiss-reactio értékelése ... 11
Lues serodiagnostikájában megfigyelések ... 139
Luetin-reactióra vonatkozó szükséges tudnivaló ... 512
Lumbalpunctio után fellépő meningismus okairól ... 794
Luminal- és veronalmérgezések 469
Lymphogranulomatosis esete a bőr sajátságos elszarusodási zavarával ... 1210
Lymphogranulomatosis esetében garatelváltozás ... 628
Magnesiumsók hatása a vércukorconcentratióra ... 280
Magzat lefejezésére szolgáló új műszer ... 333
Magyar csecsemők fejlődési normája ... 40
Magyar fürdők 1927. évi vendégforgalma ... 473
Máj- és vesesecretio közötti összefüggésről ... 211
Májtályog a gyermekkorban .. 704
Májzavarokról (műtét utáni) .. 190
Másodlagos osteoperiostitis ossificansról ... 847
Mechanikus ikterusnál indirect bilirubin ... 706
Mechanikus ileus-eset Dolérisműtét után ... 167
Megalocorneához adatok négy eset kapcsán ... 84
Megfigyelések a lues serodiagnostikájában ... 139
Meghűlés, illetve a meghűléses megbetegedésekhez ... 1322
Mellékpajzsmirigykivonat hatása a vérképre ... 357
Mellékvesehiány kétoldali (veleszületett) járulékos mellékvesével ... 931
Meningitis epidemica gyógysavókezelésének értékéről 136
Méhen belül történt magzatelhalás kórismézése Röntgenphotographálás segítségével 517
Méhrepedés öt esete hypophysis-készítmények helytelen adagolása után ... 1192
Méhvérzések kezelése lépbesugárzással ... 393
Mészlerakódások a csontok belsejében ... 1172
Mikrosporia (emberi eredetű) pathologiájához és therapiájához ... 1095
Minimalis fehérjemennyiségek mérése (liquorban stb.) ... 383
Modern forrásvédelem ... 471
Módosítás a könytömlőműtéten 552
Motoros aphasia esete mint a meningitis tuberculosa kezdő tünete ... 657
Multévi szegedi és szegedkörnyéki Heine—Medin-járvány klinikai tanulságai ... 1006
Műtét utáni májzavarokról 190
Műtétek alkalmával keletkezett uretersérülések ellátása ... 225
Művi légmellkezelés kapcsán fellépett recurrenshűdés esete 428
Myastheniánál vértejsavmeghatározás ... 977
Myosalvarsanártalom esete 165

Oldal.

Natrium-tetrajodphenolphtalein okozta bilirubinaemia ... 89
Neosalvarsan-injectiók chorea minor kezelésében ... 465
Neuritis retrobulbarissal súlyos migraine ... 551
Neurofibromatosis. (Morbus Recklinghausen.) ... 655
Neutrophil toxikus granulatiók és a degeneratiós jelek értékelése a vérképben ... 897
Néhány megfigyelés a tüdő és mellkas tumorairól ... 201
Nyakcsigolyák intervertebralis foramineinek röntgenábrázolása ... 849
Nyaki gerincoszlop körülírt merevségének Röntgenképe (húrtünet) ... 1152
Nyelvgyökön ritka teratoiddaganat ... 65
Ombrèdanne-narkosis ... 284
Ondóhólyag gümőkórjáról 38
Osteoperiostitis ossificansról (másodlagos) ... 847
Öntvények élő szemről érintkező szemüvegek rendelése céljából ... 842
Pankreas és máj kölcsönhatása a vércukorgörbe viselkedésében ... 3
Paralysis (Dattner-féle) kezeléséről ... 213
Parotitis epidemicanál védoltási kísérletek ... 601
Paroxismusos haemoglobinuriával splenomegalia haemolytica 77
Patkóbélrepedés (bőrelőtti) esete 327
Penészgombák az egészséges és beteg bőrön ... 489
„Pentabi" mint antilueticum .. 850
Periarteriitis nodosa és a belsősecretio ... 33
Peripheriás bénulás okozta szövetváltozások végtagok izomzatán ... 763
Pernoctonról ... 137
Pernocton-narkosis ... 155
Phaenologia orvosi éghajlattani jelentősége ... 441
Phosphor gyógyszeres adagolása okozta állcsontelhalás .. 934
Placentaris vagy lactatiós eredetű-e az újszülöttek immunitása vörhennyel szemben? 1300
Pleuritis diaphragmatica mint önálló kórkép ... 1041
Pneumatosis cystoides intestini esete ... 872
Polycythemiában a phenylhydrazin-kezelésre fellépő thrombosis okáról ... 230
Positiv complementkötést adó systemák intracutan viselkedése ... 653
Posttraumatikus csigolyamegbetegedés úgynevezett Kümmel-féle betegség ... 644
Psychosisok a terhesség, szülés és gyermekágy alatt 1100
Punctum lacrimale topographiája különös tekintettel a könylevezető apparatus kezdetének a mechanismusára .. 861
Purinanyagcsere vizsgálatának szerepe a májbetegségek diagnostikájában ... 1048
Pyramispálya sérülését jelző Juster-féle kézreflexről ... 575
Rachitis gyógyítása ergosterinkészítményekkel ... 548
Rachitis gravis (sokszoros törést mutató) ... 733
Rákos gyomorbélfistula esete.. 259
Rákszövet-culturákra a cyankalium hatása ... 500

Oldal.

Recurrenshűdés esete művi légmellkezelés kapcsán ... 428
Redős epehólyag ... 149
Rendes helyen tapadó lepény korai leválásáról ... 917, 958
Respiratiós gázcserevizsgálatok klinikai jelentőségéről .. 396, 420
Rheumás betegségcsoport kórtani vonatkozásai ... 449
„Rheumás" betegségek pathogenesiséről ... 753
Ritka elhelyezkedésű hypernephroma ... 1
Ritka garatelváltozás lymphogranulomatosis esetében 628
Ritka kimenetelű agyalapi törés és látóidegbántalom ... 93
Ritka teratoid-daganat a nyelvgyökön ... 65
Rosacea fiatalkorúaknál ... 253
Salvarsan hatása a májra és az egyéni salvarsantolerantia .. 1028
Scarlatina és a vércsoport 631
Scoliosis (spasticus) esete 10 napos újszülöttnél ... 134
Sebdiphtheriáról ... 514
Sinusphlebitis és agyacstályog heveny fülgennyedéssel kapcsolatban ... 1124
Sklerodermiánál capillarmikroskopos megfigyelések ... 60
Sokszoros törést mutató rachitis gravisról ... 733
Spasticus scoliosis esete 10 napos újszülöttnél ... 134
Splenomegalia haemolytica paroxismusos haemoglobinuriával ... 77
Spondylosis (tabeses) esetei ... 359
Statisztikai kimutatás a budapesti Pázmány Péter Tud. Egyet. elme- és idegkórtani klinikájának paralysises anyagáról ... 206
Subarachnoidealis ürben fecskendezett folyadék elhelyezkedése és annak gyakorlati jelentősége ... 161
Subduralis tályog (szokatlan nagy) ... 1121
Sublimatmérgezésekről (acut) ... 1260, 1296
Súlyos migraine neuritis retrobulbarissal ... 551
Synthalin hatása a gyomor motilitására és secretiós mechanismusára ... 42
Syphilis gyógyítására actualis problemák 1065, 1090, 1113, 1141
Syphilis mai therapiájának kritikája a belső szervi folyamatok szempontjából ... 925
Syphilis (idegrendszeri) malariás lázzal való kezeléséről 100 eset kapcsán ... 6
Szájsebzések ellátása, tekintettel a szájbakterium florájára 1305
Szem sörtés sérülései ... 1269
Szemről öntvények érintkező szemüvegek rendelése céljából ... 842
Szervszeleteknek carbol-gelatinába való beágyazása útján készült színes múzeumi táblákról ... 87
Széchenyi-fürdő vizével végzett ivókúrák hatása a szervezet purinanyagcseréjére 965, 1002
Szívbajosok hasnyálmirigyének elváltozásairól ... 1288
Szívtágulás mechanismusa és jelentősége ... 177
Szokatlan helyen átszakadt köldökzsinór ... 844
Szokatlan nagy subduralis tályog esete ... 1121

Oldal.

Szokatlan úton terjedő rögösödés a koponya viszeres rendszerében ... 821
Szövetrugalmasság mérése élőben klinikai szempontból ... 452
Tabeses spondylosis esete ... 359
„Tampon otitisek" klinikája és bakteriologiája ... 106
Tejbefecskendezés technikája ... 793
Teleangiostenosis ... 672
Tengerimalac tüdejéből nyert zsírbontó fermentum és annak hatása a tuberculosis bacillusára ... 63
Teratoid-daganat (ritka) a nyelvgyökön ... 65
Terhesek vörösvérsejtjeinek resistentiája ... 819
Terhesség (képzelt) két esete ... 908
Terhességről (interstitialis) ... 892
Terhességi polyneuritis, terhességen kívüli, háromszori recidivával ... 1216
Tetanuseseteink ... 330
Thallium aceticum és Röntgenkezelés egyesített kérdéséhez 766
Thallium hatása befolyásolható-e belsőelválasztású mirigyekkel? ... 1031
Thrombosis (phenylhydrasin kezelésre fellépő) okáról ... 230
Thymustumort utánzó elsődleges tüdőcarcinoma esete ... 544
Tonsillektomia utáni vérzések elkerülésére egyszerű eljárás 1030
Toronykoponya esete mindkét szem habitualis luxatiójával 162
Többszörös thypusos vékonybélperforatio okozta diffus genyes peritonitis műtéttel gyógyult esete ... 1008
Trachoma aetiologiájáról ... 9
Trachomás pannusműtét (Denig-féle) újabb módja ... 325
Tuberculosis-bacillus a székletben kimutatásának diagnostikus értéke ... 577
Tüdő és mellkas tumorairól ... 201
Tüdőbeszűrődés „áthúzott" ... 258
Tüdőcavernák sebészi kezelése plombákkal ... 941
Tüdőgümőkór gyógykezelése plombával ... 947
Tüdőplombáról. Indicatiók és gyógyeredmények ... 954

Oldal.

Tüdőplombbal kezelt esetek indicatiói és eredményei ... 951
Typhus abdominalis bacillaris diagnosisa bakteriophaggal ... 1243
Typhus specifikus therapiája ... 675
Typhusbacillusok kimutathatók-e a kútvízben ... 1189
Újabb varrásmód izomresectiónál ... 1271
Újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában a gége tuberculosisa ... 29, 56
Újszülöttek agyburokgyulladásáról ... 80
Újszülöttek viselkedése a Mc Clure- és Aldrich-féle reactióval szemben ... 1240
Új eljárás az ulcus cruris és más bőrfekélyek gyógyításában ... 1073
Ulcus cruris és más bőrfekélyek gyógyításában új eljárás 1073
Uretersérülések (műtét alkalmával keletkezett) ellátása ... 225
Valódi köldökzsinórcsomóval szövődött szülések lefolyásáról ... 1268
Vasreactiója a központi idegrendszernek ... 157
Vastag- és végbélsérülések gynaekologiai laparotomiák esetén ... 1069
Veleszületett kétoldali mellékvesehiány járulékos mellékvesével ... 931
Veronal- és luminalmérgezések ... 469
Vesegümőkórról (elzáródott) ... 498
Vesegyulladás és sebészi kezelése ... 993
Veseinsufficientia, hirtelen fellépő ... 1119
Veseműtétek után fellépő gyomor-bélatoniákról ... 522
Veszettség elleni oltások kapcsán keletkezett bénulásokról ... 749, 787, 813
Védoltási kísérletek parotitis epidemicanál ... 601
Megjegyzés a cikkre ... 658
Vegetativ idegrendszer és a vérlipoidok közötti összefüggésről ... 116
Vér bizonyos kolloidjainak szerepe a vércukorszint meghatározásában ... 735

Oldal.

Vér cholesterintartalmára az insulinnak hatása ... 44
Vér xanthoprotein-reactiója normalis és toxikus terheseknél ... 1242
Vérátömlesztés szövődményeihez adatok. Kóros haemagglutinatio (panagglutinatio) 187
Vércukorgörbe viselkedésében a pankreas és máj kölcsönhatása ... 3
Vércukor szabályozásában az izomzat szerepe ... 1005
Vércsoport és a scarlatina ... 631
Vércsoportvizsgálatok bőrbetegségeknél 332 eset kapcsán ... 1169
Vérképben a neutrophil granulatiók és degeneratiók és degeneratiós jelek értékelése ... 897
Vérlemezkék és vérfehérjék szerepe a thrombusképződésben 398
Vérlipoidok és a vegetativ idegrendszer közötti összefüggésről ... 116
Vérmennyiségnek és a vérnek normal adatai a gyermekkorban ... 968
Vérregeneratiós kísérletek savadagolással ... 851
Versavó megváltozása sebészi gümőkórban szenvedő betegeknél ... 1045
Vértejsavmeghatározás myastheniánál ... 977
Vértejsav és carcinoma ... 235
Vértypus és betegség ... 297
Vitaminok hatása az anyatej chemiai összetételére ... 1323
Vizelet phenoltartalmának változása dyspepsiáknál ... 384
Vizeletcsurgás a bal ureter kettéágazása és egyik ágának a vaginába szájadzása következtében ... 1188
Vizsgálatok a csontvelőbénulásról, különös tekintettel az agranulocytosisra ... 729
Vörheny-streptococcus-haemolyticus szerepe ... 67
Wassermann-reactio provokálásáról ... 1056
Werlhof-kérdés ... 1302
Zsírbontó fermentum (tengerimalac tüdejéből nyert) és annak hatása a tuberculosis bacillusára ... 63

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLÉK, ORVOSTÖRTÉNELEM

Oldal.

Alkattani szempontok a betegek műtéti előkészítésében és utókezelésében ... 1228
Billroth mint protektor ... 463
Egyszerű mellkascsapoló eszköz 1184
Embervér mint gyógyszer a gyermekkorban ... 1338
Embryonalis sejt és daganatsejt 829
Endokrin mirigyek Röntgenvizsgálata ... 509
Energetika és structura a biologiában ... 198
Ifjúság socialis egészségügyi gondozása ... 774
Jordan Tamás (1539—1585) életéhez ... 223

Oldal.

Kéry (Bittner) Imre mint choleraorvos ... 913
Kéry (Bittner) Imre aradvármegyei főorvos szerepe az első csanádvármegyei cholerajárványban ... 989
Kleopatra a nők betegségeiről 22
Koch-bacillus filtrálható alakjáról ... 1254
Magyar orvosnők története ... 830
Malariaoltás a lues congenita therapiájában ... 221
Malignus nephrosklerosisról ... 746
Mesterséges légmell alkalmazása a gyermekkorban ... 1135

Oldal.

Módszerek a nemibetegségek által okozott népesedésügyi károk kimutatására ... 1084
Orvosi felfedezők és feltalálók életkoráról ... 587
Paralysis gyógyíthatóságának problemája ... 691
Remak Róbert és a bőrkórtani mykologia kezdete ... 1063
Sámboky János (1531—1584) orvosi működéséről ... 409, 438
Sámboky János könyvtára ... 885
Testi fogyatékosok összeírása és gondozása ... 561

ELE[illegible]EK, NEKROLOGOK, UTI LEVELEK, KONGRESSZUSI JELENTÉSEK, ORVOSI ÉS KÖZEGÉSZSÉGI KÉRDÉSEK

Oldal

Balatonfüredi orvosi hét 614
Bábaképzés kérdése külföldi tapasztalatok alapján 315
† Bálint Rezső 513
Bársony János-serlegbeszéd .. 413
Boncolási lelet és orvosi titoktartás 1230
Bostoni nemzetközi élettani congressus 1250
† Clement v. Pirquet 320
Collegium oto laryngologicum negyedik összejövetele 883
Congressusi gondolatok 963
† Csiky József 101
† Davida Jenő 345
† Davida Leo 1209
Deutsche Dermotologische Gesellschaft XVI. congressusa. (Reflexio a Gerson-diaetára.) 912
„Egyke"-kérdés Angliában 1036
Egyetemek költségvetése 415
Emésztőszervi és anyagcseremegbetegedésekkel foglalkozó németországi orvostársaság gyűlése 1133
Emlékezés Louis Brocq-ról 586
† Elischer Gyula 1285
Erzsébet-sanatorium házbéradója 1206
Megjegyzés e cikkre 1231
Férfiruha reformja 695
Forrásvédelem 471
Három kinevezés 802
† Heim Pál 1089
Heim Pál professor temetése .. 1112
Hutyra Ferenc 40 éves tanári jubileuma 100
Ipari munkások praeventiv orvosi vizsgálata 1013

Oldal

Ismereteink a Croup-ról Fr. Home-tól (1765) a nemzetközi napoleoni pályázatig (1807—1809) s a pályázat eredménye 1335
Kórházavatás 73
Közegészségügy a költségvetésben 391
Közlekedési codex egészségügyi vonatkozású intézkedései 884
Kuruzslás psychologiájához 721
Külföldi tanulmányutam orvosi tapasztalatai 536, 559
Magyar egyetemi tanárok pécsi baráti összejövetele 639
Magyar és német tudósok hete Boroszlóban 695
Magyar Orvosok és Természetvizsgálók soproni vándorgyűlése 915
Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének XI. nagygyűlése Kecskeméten 664
Magyar tudományos orvostársulatok válsága 1182, 1204
Milanoi levél 1183
Milyen látása legyen a gépkocsivezetőnek? 199
Nemi egészségügy problemái .. 294
Nemzetközi kórházcongressus .. 858
Nemzetközi Orvosi Hydrologiai Társulat és a Nemzetközi Rheumaellenes Liga 1929. évi nagygyűlése 1062, 1082
Német gynaekologusok nagygyűlése 562
Német Orvos- és Természettudományi Történelmi Társaság congressusa 940
Német orvostörténelmi congressus jelentősége és tanulságai 964

Oldal.

Német orthopaedcongressus Münchenben 1012
Német Urologiai Társaság müncheni congressusa szept. 26—28. 1062
Öngyilkosságok Budapesten 146
† Paul Fleschig 860
Pesti szegénygyermekkórház (mai Stefánia-gyermekkórház) alapításának kilencvenedik évfordulója 799
Reductio és az Orvosi Kar 1334
Rendszeres egészségügyi propaganda 1202
Rector ebédje 122
Római Malariaellenes Intézetről 1283
Schmidt-Ott díszdoctori diplomájának átadása 639
Sebészet jelentősége az általános culturában 1194
Semmelweis-serlegbeszéd 124
† Szabó József 669
Székesfőváros tuberculosishalandóságának alakulása 1874-től 1927-ig 1014
† iglói Szontagh Félix 1137
Szontagh Félix tanár temetése 1160
„Szülészeti Rendtartás" rövid kritikai ismertetése 74
Tihanyi intézet a felsőházban 666
Trachoma elleni védekezés és a közigazgatás 1339
Tuberculosisnak socialis egészségügyi vonatkozásai 463
Üdv az olvasónak! 1185
Válasz Práger Márton dr. úrnak 1039
Vámossy Zoltán jubileuma 1087
Veszettség elleni küzdelem az Északamerikai Egyesült-Államokban 245, 268

NÉVMUTATÓ

Oldal.

Acél Dezső 44
Adler Rácz Antal 522
Ambrus Matild .. 3
Antal Lajos 964
Andriska Victor 1040
Arady Kálmán 396, 420
Ádám Lajos 999
Ángyán János .. 101
Balázs Gyula 469
708, 1260, 1296, 1322
Ballagi István 489, 923
Bálint Rezső 124
Bálint Nagy István 409, 438, 885, 990, 1305
Baló József 33, 125, 833
Barabás Zoltán .. 1338
Barát Irén .. 527, 664
Barla-Szabó Jenő 601
Barta Imre 77, 230, 398 729, 1148
Bársony Tivadar 149 258, 572, 849, 1152, 1172
Barok László György 1028
Beck Rella 190
Benczur Gyula 443, 753
Benedek László . 617 649
Benkovics Zoltán 273
Beöthy Konrád .. 931
vitéz Berde Károly 777, 1272

Oldal.

Berger Iván 383
Berkesy László .. 324
Berzsenyi Zoltán 1077
Biró Béla 884
Bochkor Ádám .. 166
Bodnár János .. 1163 1273
Bodó Bertalan .. 604
Bókay János 320, 465 799, 1089, 1137, 1138, 1335
Bókay Zoltán 467
Bokrétás András 139
Bonis István 1275, 1320
Boros József 643
Boross Ernő 1055
Borszéki Károly . 369
Brana János 9
Bud György 524, 550 678, 783, 829, 844
Burger Károly .. 1214 1242
Büchler Pál 570
Campián Aladár 1286
Csapody István . 842
Cserey-Pechány Albin 1228
Csipkay János .. 908
Csoma Eszter .. 1300
Czike Antal .. 89, 702
Czimbalmos József 307

Oldal.

Czoniczer Gábor. 568 1048
Dalmady Zoltán. 441
Detre László 851
Dénes László 152
Dóczy Gedeon .. 766
Donhoffer Szilárd 735
Doros Gábor 1084
Dubóczky Béla .. 494
Dunay Beatrix .. 303
Dzsinich Antal 593, 622
Egedy Elemér .. 42
Emszt Kálmán .. 479
Engel Károly .. 925
Ernst Jenő 198
Erős Gedeon 729
Fabinyi Géza .. 1137
Fahr Th. 746
Faludi Ferenc .. 211
Faragó Eszter .. 704
Farkas Ignác .. 275
Fazakas Sándor 325 861
Fáykiss Ferenc .. 514
Felber Lipót 476
Felletár József .. 701
Fekete Sándor .. 562
Fernbach József 273 357
Flesch Ármin 620, 971
Fodor Géza 1170
Follman Jenő .. 837
Fornet Béla.. 593, 622

Oldal.

Forró Endre 297
Földvári Ferenc 512
Friedrich László 1133
Friedrich Vilmos 1013
Friesz Jenő.. 595, 977, 1312
Frigyér László .. 509
Frigyesi József 225
Fritz Ernő .. 696, 1089
Galgóczy Jenő .. 525
Gajzágó Dezső .. 297
Gaál Andor 675
Gál Félix 393
Gáli Géza 1232
Geldrich János .. 283
Gergely Jenő .. 954
Gerlei Ferenc 878, 1288
Germán Tibor 106, 1314
Goldgruber Géza 44
Gonda Victor .. 354
Gózony Lajos .. 257
Görög Dénes 77
Göttche Oszkár .. 1292
Grósz Emil 200, 391, 415 639, 695, 1187
Greiner Irén 1323
Gulácsi Zoltán 90, 382, 1305
Györgyi Géza .. 42
Heintz Ödön 235, 1071
Haranghy László 1189
vitéz Hegedűs Lajos 6

Oldal.

†Heim Pál.. 413, 982
Herczeg Árpád 463, 587 709, 776, 1063
Herman Károly 329 1063
Heténvi Géza .. 1005
Heténvi István .. 115
Herzog Ferenc .. 589
Herzum Alfonz .. 115 1097, 1127, 1189
Hollaender Leo .. 1042
Hollós László .. 552 706, 1057
Hoffenreich Ferenc 257
Horváth Béla .. 1271
Horváth Boldizsár 1013
Hornyánszky Károly 1237
Hornyánszky Lajos 67
Hudovernig Dezső 284
Humayer Károly 1030
Hutyra Ferenc .. 94
Hültl Hümér 375
Illyés Géza .. 1, 994
Issekutz Béla .. 670
Jablonszky Albin 679
Jakab Mihály 398
Jánossy Gyula 43, 929
Jarno Leo 281

Oldal.

Juhász Antal 965, 1002
Juszt Jenő .. 36, 335
Kaáli Nagy Sándor 162
Kalledey Lajos .. 892
Karafiáth Imre .. 428
Kanócz Dénes .. 63
Kelemen György 697, 737
Keller Kálmán .. 452, 625
Kenyeres Balázs .. 1231
Keresztes Mária .. 1254
Kiss Ferenc 1209
Kiss Pál 113, 631, 816
Klimkó Dezső .. 155
Kolb Endre 1169
Kolta Ervin 303, 605
Konrád Jenő 36, 137, 167, 493
Kopári József .. 359
Kopits Imre 763
Koppenstein Ernő 258, 572, 849
Korányi Sándor báró 513
Kostyál László .. 548
Kovács János 315, 525, 1075, 1126
Kőnig Gyula 90, 134, 1023
Köntzey Ernő .. 3
Kramár Jenő 136, 187, 601
Krepuska István 574, 1124
Krompecher István 672
Kubányi Endre .. 725
Kunszt János .. 454
Kunze János 1119
Láng Sándor 280
Lederer Emil 1023
Lehner Imre 424
Lehoczky Tibor 157
Lénárt Zoltán 102, 130
Lenhossék Mihály 345
Leszler Antal .. 401
Lévay József .. 1017
Liebmann István 351, 378, 1268

Oldal.

Sz. Liebermann Leo 793
Lorenz Hugó 873
Lőrinc Ferenc 13, 346
Lukács József .. 40
Luzsa Endre 1269
Magyari-Kossa Gyula 223
Manninger Vilmos 371, 836, 1182, 1204
Mansfeld Géza 177, 1251
Mansfeld Ottó .. 1069
Markó Dezső 1285
Mayer Ferenc Kolos 22, 463, 913, 721, 991
Mazgon Rózsa .. 11
† Máchánszky László 878
ifj. Máday Lajos 471
Melly József 146, 1014
Mező Béla 38
Mészáros Károly 60
Milkó Aurél 975
Mittag Margit .. 735, 761
Mohos Ernő 977
Molnár József .. 400
Morelli Gusztáv .. 810, 845
Mosonyi János .. 1323
Nagy Endre 1097
Nagy Géza 1302
Nachtnebel Ödön 33, 80
Neuber Ede 1095, 1161, 1184
Nékám Lajos 586, 1065, 1090, 1113, 1141
Németh László .. 500
Noszkay Aurél .. 1308
Nyári László 847
Nyírő Gyula 679
Oláh Dániel 497, 655
Oláh Gábor 525
Országh Oszkár 947, 985
Ötvös Ervin 544
Österreicher László 330

Oldal.

Palcsó Bálint 161, 794
Paul Benő .. 116, 593, 622
Pauncz Lajos .. 237
Paunz János 1300
Pákozdy Károly 551, 1167, 1216
Pálffy Ella 384
Pálóczy József .. 1119
Pásztay Géza .. 850
Pelláthy Béla 45, 93
Pelláthy István .. 357
Perémy Gábor .. 575, 1019, 1051, 1071
Petheő János .. 285
Petényi Géza 93, 658, 871
Petrányi Győző 968
Petres József 53, 84
Petz Aladár 74
Péter Ferenc 630
Péteri Ignác 1240
Polányi Magda .. 1318
Polcsán Mihály .. 213
Pollák János 1100
Pollner Kálmán 934
Poór Ferenc 669, 1210
Potocky Dezső .. 906
Praznovszky Gyula 87
Probstner Arthur 1192, 1257
Prochnow Ferenc 155
Puhr Lajos 1055
Raisz Dezső 301
Rausch Zoltán .. 380
Rejtő Kálmán .. 1219
Rejtő Sándor 805, 924
Révész Vidor .. 275
Rigó László 280
Rihmer Béla 1188
Rohrböck Ferenc 889, 1135
Róth Imre 630
Róth Miklós 951
Rutich Jenő 183, 418
Ruzicska Andor 206
Safranek János 29, 56, 367, 416

Oldal.

Sailer Károly ... 1211
Salacz Pál 536, 559, 1036
Sas Loránt .. 1116, 1415
Sauerbruch Ferdinánd 1194
Sattler Jenő 866
Schaffer Károly 860
Schmidt Albin .. 498
Schmidt Lajos .. 427, 756
Schulhof Ödön .. 1172
Schúlhof Vilmos 449
Schönheim Lajos 1150
Sellei József 232, 253, 913, 1073
Sen. Roberto Alessandri 201
Sereghy Mihály 380
Serra Vittorio .. 1283
Siegmund Ervin . 1265
Simon Jenő 259, 929
Simonovits Sándor 901
Somogyi István 691
Somogyi Zsigmond 1056
Soós Aladár 447, 860
Stark Emil 236
Stefancsik Szilárd 819
Steiner Béla 190, 681, 733
Steiner Lajos .. 644
Straub János 1273, 1299
Surányi Lajos .. 281
Sümegi József .. 473
Sümegi István .. 278, 965, 1002, 1019, 1051
Szabó Géza 344
Szabó Zsigmond .. 1339
Szalay József .. 931
Szalay Rudolf .. 278
Szathmáry Zoltán 321, 917, 958
Szauter Béla 653
Szellő Ferenc 517
Szendey Ferenc .. 1218
Szenteh István .. 974
Szentkirályi Zsigmond 165
Szepesi Kálmán 906

Oldal.

† Székely Ágoston .. 749, 787, 813
Székely Jenő 1028
Székely László .. 1008
Szépe István 1310
Sztavrovszky Pál 40
Sztehlo István .. 333
Szüle Dénes 577
Temesváry Ernő 327
Temesváry György 1123
Teschler László .. 657, 761
† Teveli László .. 1165
Teveli Zoltán 631, 816, 904, 1243
Thurzó Jenő 566, 598, 617, 649
Tóbl Pál 1121
Tokay László ... 1233
Tomcsik József 876
Torday Árpád .. 541
Tóvölgyi Elemér 305, 392, 441
Trojján Emil 1045
Tüdős Endre 221, 249
Ürmössy Erzsébet 1006
vitéz Varga Lajos 897
Vas I. Jenő 185
Vámossy Zoltán 100, 124, 562, 615, 640, 667, 803, 1113, 1161, 1185, 1207, 1335
Vándorfy József 527
Várady Szabó Miklós 647
Vásárhelyi János 1031
Vertán Emil 1244, 1292
Verzár Gyula 791, 821
Végess Ilona 831
Waczek István .. 1025
Wein Zoltán 65, 1113
Went István 245, 268
Wessely Jenő .. 1104
Winternitz Arnold 941
Zalka Ödön 157
Zemplényi Imre 76, 294, 964, 1204
Zoltán István 628, 1076

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

AZ ORVOSI HETILAP MELLÉKLETE

SZERKESZTI:

GERLÓCZY GÉZA DR. ÉS **MILKÓ VILMOS DR.**

EGYETEMI C. RK. TANÁR — EGYETEMI MAGÁNTANÁR

1929.

MÁSODIK ÉVFOLYAM

BUDAPEST, 1929.
KIRÁLYI MAGYAR EGYETEMI NYOMDA

TARTALOM

KÖZLEMÉNYEK

Oldal.

Belorvostan.

Alapanyagcsere jelentősége és meghatározási módja 1
Albuminuria megítélése az életbiztosítás szempontjából 51
Anthrax serotherapiája 196
Aortitis luetica 173, 177
Arsenmérgezés és felismerése 207
Arteriosklerosis és magas vérnyomás 64
Asthma bronchiale kezelése glykoseval 144
Asthma bronchiale tünettana és therapiája 16
Asthma cardiale tünettana és kezelése 87
Basedow-kór jódtherapiájának javallatai és eredményei 159
Calmette tuberculosis elleni szerének (B. C. G.) értéke 141
Chinin és chinidin a szívtherapiában 19
Choledochuskőelzáródás és az ikterus simplex differentialis diagnosisához 33
Colitis ulcerosa kezelése 180
Cukorbetegeknél insulint mikor adjunk? 152
Cukorvizelés kórismei értékelése 81
Diabetes insipidus gyógykezelése hypophysis-készítményekkel 91
Diathermia ellenjavallatai 159
Diathesis exsudativájáról s annak diaetás kezelése 49
Dysenteria 113
Exanthema subitum 25
Extrasystolés arhythmia therapiája 126
Fulladást okozó tüdővérzésről 92
Galvanozás és faradozás 54
Gaucher-féle betegség lényege és kezelése 77
Glukhormentről 98
Glykosuria megítélése az életbiztosítás szempontjából 83
Gyomormosás 169
Gyomorfunctiovizsgálat az általános gyakorlatban 164
Habfürdőkről 105
Habitualis obstipatiók topographikus felosztása és ennek gyakorlati jelentősége 175
Húsmérgezésről 83
Hypophysis-megbetegedések korai felismeréséről 14
Idült nicotinmérgezés neurologiai vonatkozásai és kezelése 118
Ikterus haemolyticus 66
Influenzáról 30
Influenzát kísérő bronchopneumoniák és bronchitisek kiterjedésének és gyógyulásának megítéléséről 33
Insulin-hízókúrákról 43

Oldal.

Intermittáló sántítás oka és gyógyítása 203
Izületi csúz prognosisáról 59
Karell-kúra javallatai és technikája 124
Konnersreuthi „csoda" magyarázata 56
Korai nemi érés okairól 75
Malaria therapiájában új irányok 7
Maradéknitrogenmeghatározást mikor végeztessen a gyakorlóorvos? 111
Mikor küldjük a tuberculotikust magaslatra, mikor tengerpartra? 71
Morphium alkalmazásának indicatiói szívbajoknál 106
Nyombélsondázás technikája és indicatiója 114
Obliteráló arteritisről 11
Paranephritikus tályog 100
Pajzsmirigytabletták vérnyomásemelkedésnél 74
Renalis diabetes 86
Schilling-vérkép és jelentősége 185
Sippy-kúra indicatiója, kivitele és hatása 200
Specifikus dynamikai hatás alatt mit értünk? 192
Szívbetegek tüdővérzései 85
Szívneurosis kezelése 206
Tuberculosis gyógyítása a Sauerbruch—Hermannsdorfer—Gerson-diaetával 129
Tüdőgümőkór Friedmann-féle gyógymódja 102
Tüdőgümőkór gyógyítása aranysókkal 109
Tüdőgümőkór specifikus kezeléséről a gyakorlóorvos szempontjából 101
Venaesectio indicatiói 23
Végbélen át való táplálás gyakorlati értéke 127
Vészes vérszegénységről és a vele rokon állapotokról 41
Vérköpésről 172
Villanyos gyógykezelés alapelvei az általános orvosi gyakorlatban 20
Wassermann-reactio értékelése 174

Gyermekgyógyászat.

Csecsemő- és gyermekkori görcsökről 38
Csecsemő- és gyermekkori hányásról 98
Csecsemő- és kisgyermekkori tetaniáról 58
Csecsemő és kisgyermekek végbélelőesésének kezelése 145
Csecsemőkor leggyakoribb constitutiós zavarainak gyógyszeres kezeléséről 65
Csecsemőkori otitisek 161
Gyermekkori idiotiák 181

Oldal.

Himlőoltás szövődményei 201
Hőemelkedések gyermekkorban 86
Kis gyermekek járászavarai .. 178
Pirquet-reactio alkalmazása és értéke a csecsemő- és gyermekkorban 130
Septikus bénulások a gyermekkorban 70
Újszülöttek és csecsemők oedemái és azok kezelése 188

Elme- és idegkórtan.

Dementia praecox korai diagnosisa és kezelése 47
Epilepsia kezelése 63
Hypnosis indicatiói és gyakorlati alkalmazása 26
Ideges reszketés és kezelése 97
Impotentia pathogenesise és therapiája 35
Konnersreuthi „csoda" magyarázata 76
Maniadepressio kórtanában újabb szempontok 96
Morphinismus, cocainismus és kezelésük 147
Paralytikus beteg kezelhető-e otthon? 144
Parkinsonismus lényege és therapiája 69
Poliomyelitis acuta symptomatologiája 60
Sklerosis multiplex gyógyítása 195
Sklerosis multiplex typhusvaccinával való kezelése 67
Trigeminus neuralgia gyógyítása 42
Vaccinatherapia az ideg- és elmegyógyászatban 204
Wassermann-, Sachs—Georgi- és Meinicke-reactio értékelése .. 194

Sebészet, urologia, orthopaedia és fogászat.

Angolkóros alszárdeformitások kezelése 39
Aphrodisiacumok értéke az impotentia kezelésében 183
Appendicularis eredetű Douglas-tályogok felismerése és kezelése 150
Arthrodesis lényege, indicatiói és kivitele 45
Avertin-narkosis technikája. Eredményei. Alkalmazhatja-e a gyakorlóorvos? 107
Alizület képződésének okai és gyógyítása 122
Belső záróizommerevség kórképe és kezelése 151
Endovesicalis elektro- és chemocoagulatióról 2
Emlőképzés javallatai és eredményei 189
Combnyaktörés és kezelése 34
Cystitis tuberculosa kezelése .. 162

Oldal.

Fissura ani keletkezéséről és gyógykezeléséről ... 8
Fistula ani kezelése ... 112
Golyva sebészete ... 121
Hasi fájdalmak értékelése a sebészi kórismézésben ... 146
Hátsó húgycsőkankó szövődményei és kezelésük ... 181
Inhalatiós és injectiós narkosisok ... 139
Külsőleg intact fogak lehetnek-e pathologikus folyamatok okai? ... 158
Kümmel-féle betegségről ... 120
Légmellkészítés (mesterséges) technikája és eredményei ... 5
Mesterséges pneumothorax indicatióinak fejlődéséről ... 55
Műtét utáni rögösödések megelőzése ... 187
Műtét utáni acidosis jelentősége 202
Normalis vizelet mellett milyen urologiai megbetegedések lehetségesek? ... 117
Orsócsonttörés kezelése ... 199
Paravertebralis injectio lényege és gyakorlati értéke ... 138
Peritonsillaris tályogokról ... 6
Postoperativ pneumoniáról ... 208
Skoliosis gyógyítása ... 93
Splanchnikus érzéstelenítésről 58
Spondilitis deformans és kezelése ... 91
Tejfogak cariese ... 136
Transitorikus hemiplegiák okai és kezelésük ... 177
Újszülöttek felkarsérülései ... 191
Vesekiirtás indicatiói ... 169
Végbélrák műtéti módja és eredménye ... 167
Végbél vizsgálatáról ... 131
Világrahozott ferdenyak gyógyítása ... 25

Szülészet és nőgyógyászat.

Arteficialis méhperforatio kezeléséről ... 45
Atonia uteri kezelése ... 109
Császármetszés a szűk medencék therapiájában ... 106
Diathermiás kezelés technikája és veszélyei ... 24
Endometritis chronica az ú. n. „bécsi tan“ megvilágításában 135
Gyulladásos adnexmegbetegedéseknek kezelése ... 68
Hüvelyfal és méh lecsúszásának prophylaxisa ... 149
Időelőtti burokrepedés veszélyei és kezelése ... 126
Ikerterhesség és ikerszülés ... 52
Kielland-fogó és alkalmazása 165
Klimakterikus vérzések elkülönítő kórismeje ... 157
Lázas abortusok therapiája ... 81
Lepény művi leválasztása ... 146
Medencemérés jelentősége a szülészeti gyakorlatban ... 190
Méhenkívüli terhesség nehezen felismerhető alakjai ... 141

Oldal.

Méhnyaktágító eljárás ... 22
Ovarialis fejfájásról ... 168
Petefészekműködés therapiájáról ... 13
Próbapunctio jelentősége a méhenkívüli terhesség felismerésében ... 176
Szívbaj és terhesség ... 3
Szívbeteg nők terhessége mikor szakítandó meg? ... 29
Terhességi dermatosisok ... 160
Terhesség és diabetes ... 44
Terhesség és szívbaj ... 3
Vaginalis császármetszés javallatai és kivitele ... 18
Zondek—Aschheim-féle eljárás a terhesség korai kimutatására ... 171

Szemészet.

Aggraválások a szemészetben 116
Blepharitis kezelése ... 53
Centralis skotoma kórismei jelentősége ... 88
Életet veszélyeztető szembajok .. 193
Ferdenyak a felső ferde szemizom bénulása következtében 205
Kancsalság mikor operálható? 79
Keratoconjunctivitis phlyktaenosa és a tuberculosis ... 103
Látászavarok belorvostani vonatkozásai ... 119
Szemizombénulások diagnosisának egyszerű módja ... 114
Szemsérülések ... 89
Szem tuberculosisáról ... 67

Bőr- és nemi kórtan.

Analis és genitalis ekzemák gyógykezelése ... 151
Bőrbetegségekkel kapcsolatos körömelváltozások és gyógyításuk ... 129
Csalánkiütés gyógyítása .. 17, 21
Ekzema aetiologiája ... 65
Ekzema gyógykezelése az általános orvosi gyakorlatban .. 186
Erysipeloid ... 125
Életet fenyegető bőrbajok ... 90
Életet veszélyeztető bőrbetegségek ... 133
Favus és gyógykezelése ... 201
Férfigonorrhoea abortiv kezelése ... 95
Gonorrhoea vaccina-therapiája 73
Hajas fejbőr gombás betegségeinek gyógyítása ... 139
Herpes-betegségcsoport és gyógykezelése ... 163
Hyperidrosis palmarum therapiája ... 197
Impetigós folyamatokról ... 58
Kéz fertőzései és gyógyítása .. 142
Körömsyphilis ... 133
Lágyfekély kezelése ... 110
Lichenek differentialdiagnosisa és therapiája ... 166
Luetinreactio gyakorlati jelentőségéről ... 77

Oldal.

Lupus vulgaris therapiája a gyakorlóorvos kezében ... 9
Milyen bőrbetegségeket röntgeneztessünk? ... 27
Naevusok fagyasztása ... 4
Naevusok gyógyítása ... 123
Pemphigus kezelése ... 71
Perniosis therapiája ... 46
Psoriasis vulgaris kezelése ... 43
Salvarsan-dermatitis ... 62
Scabies gyógyítása ... 12
Sykosis ... 193
Spirocid therapiás és prophylactikus értéke ... 191
Syphilis abortiv kezelése ... 37
Syphilises bőrkiütésekről ... 14
Syphilis peroralis kezelése arsenkészítményekkel ... 49
Víz alkalmazásáról bőrbajok esetén ... 138

Orr-, gége- és fülgyógyászat.

Fülfájásról s annak kezeléséről 73
Gégegümőkór modern kezelésének irányelvei ... 10
Hallószerv lueses megbetegedése 198
Ozaena modern therapiája ... 61
Rekedtség okairól ... 78

Röntgenologia.

Fénykezelés jelentősége a tuberculotikus megbetegedések gyógykezelésénél ... 103
Pyelographiáról ... 97
Röntgensugarak fájdalomcsillapító hatása ... 182
Röntgensugarak reactiói ... 94
Röntgen-vizsgálat jelentősége az urologiai diagnostikában .. 108

Elméleti tudományok.

Iskolaorvos munkaköre ... 99
Légy mint fertőzést közvetítő 80
Ramon-anatoxinról ... 28

Kérdés. — Felelet.

Eljárás ebmarás esetén ... 192
Fültükrökről ... 32
Halottkémlési díjak szedhetők-e a városi orvos által? Ha igen, mennyi a halottkémlési díj? ... 132
Induratio penis plastica ... 36
Influenza folyamán fejlődő laryngitis phlegmonoto-ulcerosáról ... 31
Lehet-e hatósági orvosnak más állása? ... 184
Magánorvos látlelete a bíróság előtt ... 40
Negativ phasis a typhus elleni védőoltásnál ... 180
Orvosi eljárás szórványos diphtheria-esetekben ... 176
Van-e lépkivonatoknak komoly értéke a tuberculosis gyógyításában? ... 100

NÉVMUTATÓ

Oldal.

Adler-Rácz Antal 163, 169
Albrich Konrád 54
Ajtós K. Imre .. 192
Andriska Victor 80, 100
Balázs Gyula 83, 171, 208
Baráth István .. 128
Baráth Jenő 64, 91, 100
Bartók Imre 68
vitéz Berde Károly 126, 140
Berzsenyi Zoltán 156
Blaskovics László 206
Bókay János 25, 32
Bókay Zoltán .. 176
Borsos László .. 8
Borza Jenő .. 3, 117
Brezovszky Emil 44, 111, 194
Bud György 166
Burger Károly .. 19
Büben Iván 24, 159
Büchler Pál 36, 48, 60, 96, 148, 177, 184, 195, 204
Cserna István .. 12
Csépai Károly 98, 159
Csorba Tivadar 172
Czeyda Pommersheim Ferenc 147, 188
Czirer László .. 57
Czoniczer Gábor 204

Oldal.

Dalmady Zoltán 106
Doctor Károly .. 172
Dóczy Gedeon 4, 15, 59
Dörner Rezső .. 11
Ernst Zoltán 2, 192
Farkas Ignác 74, 151
Fazekas Imre .. 100
Fazakas Sándor 114
Fáykiss Ferenc.. 146
Fekete Sándor .. 141
Flesch Ármin .. 87
Friedrich László 116, 164
Frigyesi József 30, 190
Gerlóczy Géza 82, 113
Germán Tibor .. 199
Geszti József 56, 72, 142
Gőbl Albin 8
Gőczy Lajos 109
Guszman József 10, 77, 137
Haitsch Emil .. 70
Hajós Károly 16, 43, 88
Hasenfeld Artur 85
Herczeg Árpád 50, 118, 156, 182
Herepey Csákány Győző 123
Heténvi Géza 152
Hollaender Leo .. 176
Horay Gusztáv .. 103, 120, 193

Oldal.

Horváth Boldizsár 40, 120
Hudovernig Dezső 139
Jancsó Miklós 174, 178
Jánossy Gyula .. 138, 144, 168
Jung Géza 35, 168, 208
Kelemen György 79
Keller Kálmán .. 119
Kern Tibor 154
Klimkó Dezső .. 107
Kopits Imre 46, 71, 179
Kopits Jenő 26, 94, 121, 192
Kovács Ferenc 6, 67, 102, 110, 158
Krepuska Géza .. 32
Kuncz Andor 4, 23, 176
Lax Henrik .. 112, 126
Lesskó Jenő 91, 130, 133
Lénárd Imre 88, 90, 116
Liebmann István 44
Lukács József .. 66
Mansfeld Ottó .. 14
Markovits Imre 95, 104, 183
Mészáros Károly 203
Milkó Vilmos 56, 132, 150, 200
Minich Károly .. 40
Miskolczy Dezső 98, 144
Molnár Béla 33

Oldal.

ifj. Molnár Béla 75
Morelli Gusztáv 159
Nagy Ilona 135
Nádor Henrik .. 124
Neuber Ede 38
Neuber Ernő 154
Nékám Lajos 191
Nyáry László .. 24
Országh Oszkár 129
Papp Gusztáv .. 162
Pákozdy Károly 31
Páll Gábor 52
Pekanovich István 102
Péteri Ignác 202
Preininger Tamás 65, 71, 95, 152, 167
Purjesz Béla 107, 200
Raisz Dezső 136
Rausch Zoltán .. 67, 180, 196
Rejtő Kálmán .. 12
Rohrböck Ferenc 49, 188
Rothmann István 47, 198
Rötth András .. 80
Rutich Jenő 14, 86
Safranek János 62
Schill Imre 34
Schmidt Ferenc 20, 207
Schmidt László 60
Schön Jenő 92
Sellei József 124

Oldal.

Szentkirályi Zsigmond 63, 164, 187, 201
Simicska Gábor 92
Somogyi István 27, 64
Somogyi Zsigmond 28, 175
Steiner Béla 76
Szabó Ince 108, 132
Sztehlo István 127, 146
Takács Sándor .. 136
Thurzó Jenő 20, 43, 55
Thurn-Rumbach István 68
Tomcsik József 28, 180
Torday Árpád 42, 78, 186
Tower Vilmos .. 76
Török Lajos 22
Tüdős Endre 131
Unterberg Hugó 97
Vajda Károly 52, 84
Valkányi Rezső 112, 144
Vas Jenő 99, 181
Waltner Károly 39, 58
Wein Zoltán 7
Wenczel Tivadar 46, 81, 106, 150
Went István 196
Verebélÿ Tibor 190
Verzár Gyula .. 73

73. évfolyam 1. szám. Budapest, 1929 január 5

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Illyés Géza: Ritka elhelyezkedésű hypernephroma. (1—2. oldal.)
Köntzey Ernő és Ambrus Matild: A pankreas és máj kölcsönhatása a vércukorgörbe viselkedésében. (3—6. oldal.)
Vitéz Hegedűs Lajos: Idegrendszeri syphilis malariás lázzal való kezeléséről 100 eset kapcsán. (6—9. oldal.)
Brana János: A trachoma aetiologiájáról. (9—11. oldal.)
Mazgon Rózsa: A Kiss-reactio értékelése a lues diagnostikájában. (11—13. oldal.)
Lőrincz Ferenc: Hymenolepis nana-esetek Magyarországon. (13. o.)
Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (1—4. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Bőr- és nemikórtan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gégészet. (13—16. o.)
Könyvismertetés. (16—18. oldal.)
Az Apponyi Poliklinika Tudományos Társulatának december 19-i ülése. (18. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának december 14-i ülése. (18—19. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának december 11-i ülése. (19—20. oldal.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának november 19-i ülése. (20—22. oldal.)
Orvostörténelmi jegyzetek. Mayer Ferenc Kolos: Kleopatra a nők betegségeiről. (22—27. oldal.)
Vegyes hírek. (27. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza dr. egyetemi ny. r. tanár).

Ritka elhelyezkedésű hypernephroma.

Írta: *Illyés Géza dr.* egyetemi ny. r. tanár.

Hatvankilencéves férfibetegről van szó, kinél 1920-ban jobboldali kismogyorónyi, a bal ureter mellett valamivel kisebb, a középen pedig inggombnyi bolyhos papillomát távolítottam el diathermiás elektro coagulatio útján. A beteg azután jól érezte magát, véres vizelet és hólyagkellemetlenség többet nem jelentkezett.

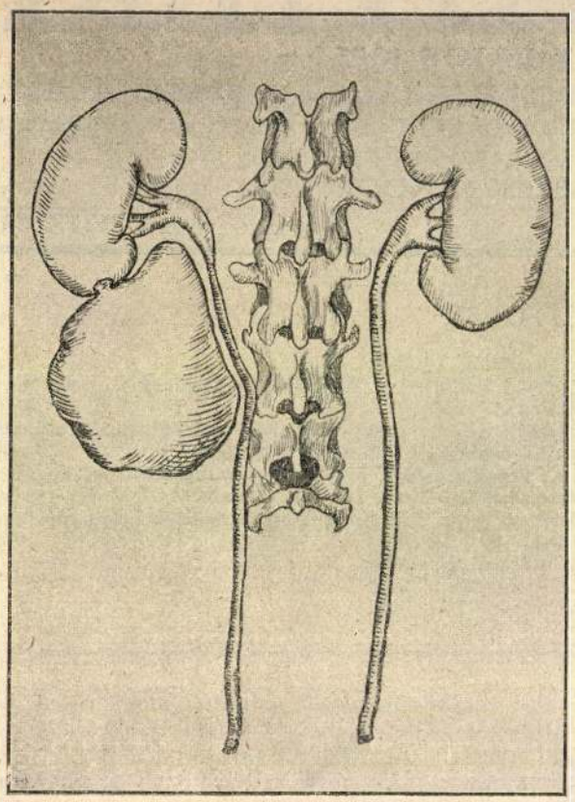
Ezév okt. végén, vagyis 8 év mulva láttam őt újra. Panaszkodik arról, hogy egy idő óta étvágytalan, lesoványodott s hasának bal felében daganatot érez. Tényleg a két kézzel való tapintásnál a csípőtányérig leterjedő, síma, gömbölyű, jól átballotálható daganatot lehet érezni, mely a légzési mozgásokat követi s amely felfelé végig nem tapintható, mert felhúzódik a bordaív alá. Cystoskopos vizsgálatnál a hólyagban normalis állapotot látni, papillomának semmi nyoma. Prostata kissé símán bedomborodó. Ureterkatheterismus, indigo, mindkét oldalt 10 perc mulva megjelent s 15 perc mulva intensiv kék színben jelentkezik; kryoskopia és vizeletüledék is normalis viszonyokat mutatnak. Miniumos katheter vezetve a két ureterbe s Röntgen-felvételt csinálva, látható, hogy a bal katheter vége egyenesen felmegy a 11. bordáig, vagyis magasabban a rendesnél s alatta egy diffus árnyék van a fényképen, úgy, hogy az ileopsoas széle sem látható, az ágyékcsigolyák harántnyulványai is kevésbbé jól láthatók. Baloldali pyelographiánál az egész kehelyrendszer alulról felfelé kisebb területre van összenyomatva, a pyelum alá felé élesen határolt ivet képez, mintha valami éles határral felfelé nyomná. Egyes kelyhek nagyon hosszúak, vékonyak, megnyúltak, ureter el van nyomva a gerincoszlop felé, az alsó kelyhek nem telődtek jól. Vesedaganat az alsó vesefélben kórismével került műtétre. X. 22-én operatio helybeli érzéstelenítésben. Feltárás, nagy összenövések; a hátulsó vesekörüli zsírba a tumor mogyorónyi darabon áttört; kihámozásnál a hashártya egy helyen beszakadt. Ekkor a hasüreget a beszakadástól kezdve szélesen kinyitom s meggyőződöm róla, hogy a nagy edényekbe tumorbetörés nincs s a tumor annyira kocsányosítható, hogy eltávolítása lehetséges. A hashártya bevarrása után felfelé haladva látom, hogy a tumor egy képlettel van összenőve, melyről eleinte azt hittem, hogy a hashártyán át s a vele összenőtt lépről van szó. Lassan izolálva a tumort s a vele összenőtt szervet, a hátulsó lapon egy diónyi cysta pattan fel s tiszta savó ürül ki belőle. Most tisztán látni a viszonyokat: a kétökölnyi gömbölyű, síma felületű tumor a teljesen normalis kinézésű vesének alsó polusával — melyet felfelé nyomott — egy tallérnyi helyen érintkezik olyan módon, hogy itt egy tányérszerű lapos bemélyedés van a vese szövetében, de a tumort a veseszövettől vékony szürke kötőszövetes réteg választja el, melyből jól válórétegben kihámozható, az elvékonyodó veseállomány a széleken 2—3 milliméternyire rámegy a tumor felületére (1. ábra). A tumornak is síma, vékony kötőszövetes tokja van, amely egy helyen hátul fillérnyi darabon a vesekörüli zsírba áttört. A tumorhoz menő nagyobb külön edények nincsenek, csak a zsírban vannak egyes tágabb véredények, melyeket lekötünk. Az áttört tumor körüli zsírszövetet is kiirtottam.

A tumort kettévágva, typikus kénsárga, egyes almányi külön kötőszövetes tokkal bíró külön gömbökből álló hypernephromának találjuk, melyben helyenként felpuhult részek, helyenként barnás vérzéses területek s helyenként kisebb cystaképződés látható.

A vese alsó polusán levő tányérszerű besüppedést, melynek szélei — ott, ahol elvékonyodva a tumorra rahúzódott — kissé vérzenek, négy átöltő varrattal összehúztam s a sebet drainezve bevarrtam.

Szövettani lelet: (Prof. *Buday*, I. Kórbonctani Intézet). „A daganat kétököl nagyságú, egyes részei sárgák, mások hegszerűen fehérek, áttetszők. Szöveti vizsgálatra csupán fagyasztó mikrotommal készített haematoxylinnal megfestett metszetek állottak rendelkezésre. Ezekben kétféle szerkezet-typus látszik. Az egyik

elég szabályos, megközelítőleg egyforma szélességű, hosszas oszlopszerű daganatsejtcsoportokból áll, ame-



1. ábra.

lyeket egymástól csak keskeny, jórészt hajszálerekből álló stroma választ el. Ezen sejtoszlopok csak elvétve bírnak némi lumennel, sejtjeik nagyok, áttetszők, egyneműek, éles sejthatárokkal bírnak, gyakran megnyúltak, pallisadszerűek. A sejttestben szűk diaphragmával némi habos szerkezet látszik. A sejtmag aránylag kicsiny, gömbölyded, magcsa alig látszik, mitosisokat ezen sejtekben nem látni. A másik typus sejtcsoportjai kevésbbé szabályosak, keskenyebb és szélesebb vaskos sejtkötegek váltakoznak s a sejtek szemcsések, határuk elmosódott, sejtmagvuk jóval nagyobbak, mint az előbbiek s úgy alak, mint nagyságra erősen polymorphak, a nucleolusok nagyok és sok nagy magoszlást is lehet látni. Vannak ezen kívül a daganatban majdnem tisztán rostszövetből álló részek is, hosszú fibroblastokkal, hyalinos kötőszöveti rostokkal. A daganatban gyakori a vérteltség, vérzések, sőt haemosiderin rögöket is helyenként nagy mennyiségben lehet találni.

A daganat első említett typusa teljesen megfelel a hypernephroma jellegzetes alakjának, a másodízben említett részek pedig egy hypernephroma atypicumnak. A kiterjedt hegesedések és pigmentatiók, vérzések szintén beleilleszthetők egy hypernephroma képébe, úgy, hogy a szöveti szerkezet alapján a hypernephroma-diagnosist állíthatjuk fel, dacára annak, hogy a daganat csak laza térbeli viszonyban volt a vesével."

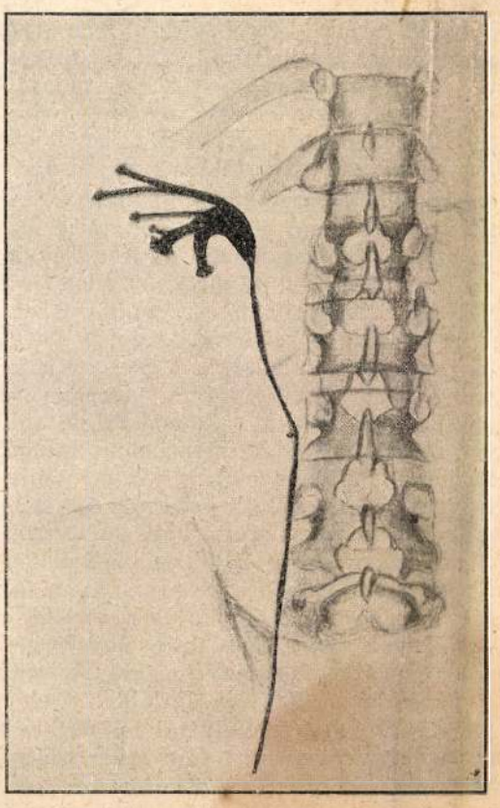
Ismeretes, hogy lerepedt ébrényi mellékvese csírokat, mint sárga, borsónyi, vagy nagyobb lapos képleteket a vese felületén a saját tok alatt a kórboncolók hullákban elég gyakran látnak, melyek az életben semmi bajt nem csináltak. Azt kell felvennünk, hogy ez esetben is a vese alsó polusán egészen felületesen hasonló ébrényi mellékvesecsíra lehetett, mely egyszerre csak elfajult, elkezdett nőni, de nem úgy, mint rendesen, a vese állománya felé ékalakúlag szétnyomva és elsorvasztva a normalis veseszövetet, hanem kifelé nőtt ezen daganat s a vesén csak egy kistallérnyi tányérszerű besüppedést csinált, de hogy mégis 1—2 milliméternyire a veseállományban lehetett a mellékvesecsira, azt mutatja a szélein 1—2 milliméternyire a tumorra terjedő elvékonyodó veseszél.

A pyelographián látható kihúzott, megnyúlt, vékony kelyhek, melyeket a vesedagnatra jellegzetesnek tartottunk, mert tumor esetén az a szövetszaporulat, amit a vesébe ékelődő és növekedő tumor képvisel, elongálja és szűkíti az egyes kelyheket, itt azonban valószínűleg azáltal jöttek létre, hogy a tumor által a rekeszig felnyomott s részben összenyomott vesében egyes kelyhek ezen harántirányú összenyomás által hosszirányban kinyúltak, mintegy szétterültek; ezen összenyomás az oka annak is, hogy az egész kehelyrendszer összenyomott, vagyis kisebb helyen látszik, mint egy normalis vesében. (2. ábra.)

A nyolc év előtti hólyagpapillomák, úgy látszik, semmiféle okozati összefüggésben ezen daganattal nem voltak; láttam már többször olyan esetet, hogy hypernephroma ami betört a vesemedencébe, vagy vesemedencéből kiinduló papilloma egyes leszakadt részei a vizelettel lesodortattak s az ureterben, vagy a hólyagfali nyílás körül úgynevezett inoculatiós metastasis keletkezett, itten azonban erről sem lehet szó, épp úgy arról sem, hogy a nyolc év előtt coagulált s gyógyult papillomaszerű tumornak lenne metastasisa ezen vesedaganat.

Ezen esetben eszerint egy hypernephromáról van szó, hol azt radicalisan ki lehetett irtani anélkül, hogy a teljesen egészséges vesét el kellett volna távolítani.

Ezen megjelenési forma nagyon ritka. 110 vesedaganat esetünkből, melyből 90 lett operálva, egy ilyen



2. ábra.

eset sem fordult elő s az irodalomban sem tudtam hasonló esetet találni.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar dr. egyetemi ny. r. tanár).

A pankreas és máj kölcsönhatása a vércukorgörbe viselkedésében.

Írták: *Köntzey Ernő dr.* egyetemi tanársegéd és *Ambrus Matild dr.* klinikai műtőorvos.

A vena portae rendszerébe tartozó hasüri zsigerek, mint a felszívódás és emésztés legfőbb tényezői, bizonyos correlatióban vannak egymással, amit nemcsak élettani működésük oekonomikus összerendezettsége bizonyít, hanem az is, hogy egyik szerv megbetegedése kihat a rendszer többi tagjára is.

A szénhydrátemésztés középpontjában a pankreas áll. A pankreas diastase bontja a polysacharidákat a felszívódásra alkalmas disacharidákra. A további értékesítésben a máj szerepét már *Claude—Bernard* tisztázta. 1849-ben állapította meg, hogy a máj cukrot képez függetlenül a táplálék minőségétől s 1857-ben fedezi fel a glykogent. A vena portae és a vv. hepatikák cukortartalmának a különbözősége kétségtelenné teszik, hogy a cukorképződés a májban történik (*Dalton*).

A szervezet szénhydrátegyensúlyának biztosításában ismét a pankreasé a vezetőszerep. Ezt hosszú ideig csak a cukorbetegség és a pankreas laesio közötti összefüggés klinikai tapasztalataiból tudtuk. A pankreaskivonattal való évtizedes kísérletezések végre az insulin felfedezésére vezettek. Nem lezártak azok a kutatások, melyek az insulin támadási pontjára vonatkoznak. *Hetényi* (O. H. 1925.) a vér és a szövet cukrának időrendi süllyedését vizsgálja insulinhatás mellett. Megállapítja, hogy a májcukor később kezd fogyni és hogy a hypoglykaemiás szakban a májcukor emelkedik, mert a reflectorikus májzár elzárja a májat. Ekkor kezdődik a fehérje és zsírból való cukorképzés. Összefoglaló ismertetést ad az insulin kutatásairól *Otto Loewi*. Kísérletei a physikalis hatásmechanismust tisztázzák.

Ismeretes, hogy diabetes és insulin hatását a vércukor viselkedése jellemzi. Diabetesnél hyperglykaemia áll elő, insulinhatásnál pedig hypoglykaemia. Ezt *Loewi* fokozott glykogenolysissel magyarázza. Sikerült kimutatnia, hogy a diabeteses venás vér, szemben a normalissal, magasabb cukortartalmú, mint az arteriás vér, Insulinnal ezt a jelenséget megszünteti, ami az insulinnak a cukorszövet fixatiójára való hatását bizonyítja. Ismert vizsgálatai bebizonyították, hogy az insulin úgy hat, hogy a sejtek több glukosét vesznek fel, mint egyébként, a cukor felhasználására azonban nem gyakorol befolyást, amennyiben a szövetek felvesznek glukosét insulin nélkül is és azt chemiailag át is alakítják tejsavvá. Insulin hatására a glukosefelvétel egyszerűen fokozódik. Nem magyarázza tehát a diabeteses hyperglykaemiát egyedül az insulinhiány. Kutatásai a glykogen fixatiót akadályozó, a diabeteses plasmában jelenlevő új anyagnak a glykeminnek a felfedezéséhez vezetik. A glykemin akadályozza a glukose fixatióját, elősegíti a glykogenolysist. Quantitativ vizsgálatai kiderítették, hogy a glykemin a vércukorral parallel emelkedik, s hogy a vércukorgörbe a glukosefixatio tükörképe. Kísérletei igazolták, hogy az insulin secretiós ingere a hyperglykaemia, ez az inger a vaguson átvezetődik. Az insulin hypoglykaemia a sympathikus izgalmak folytán hyperglykaeminemiához vezet. Az experimentalis hyperglykaemia eredetének két alaptypusa van. Mindkettőnél fokozott glykeminsecretio van, az egyiknél a máj fokozott sympathikus ingere folytán, a másiknál a pankreas kiesése folytán.

Az emberi diabetesek leginkább pankreatogen eredetűek. *Loewi* szerint primaer a máj functiós zavara s a felesleges glykeminsecretio a pankreas pathologiai-anatomiai elváltozása és a következményes functiócsökkenés csak secundaer jelenségek. Ezek szerint a szénhydrátegyensúly biztosításában is megoszlik a szerep a két szerv között. Normalis viszonyok között a vércukor középértékben 9·6 milligrammszázalék (*Staub*), az ingadozása pedig normalis körülmények között 0·75—0·125 milligrammszázalék között változhat. A cukorfelvételre alimentaris hyperglykaemia létesül, melynek a feldolgozása normalis viszonyok között cukorvizelés nélkül történik. *Bang, Staub, Rosenberg* vizsgálatai szerint 30—40 perc mulva éri el a hyperglykaemia csúcspontját és 2 óra alatt zajlik le a reactio.

Diabetesnél ismert jellemző elváltozások a megterhelés nélküli igen magas vércukorérték, megterhelése a görbe gyorsan emelkedik, de a csúcspontját csak másfél, két óra mulva éri el, a görbe lassan süllyed. Glykosuria jelentkezik, vagy a meglevő fokozódik. *Staub* vizsgálataiból tudjuk továbbá, a kis adag cukorra történő nagy reactiót és a szakaszos megterhelésre történő ismételt emelkedését a görbének, mint oly sajátságait a diabeteses cukorgörbének, mely nemcsak az egészségestől való elkülönítést, hanem a renalis diabetestől való differentiálást is lehetővé teszi. Hogy a szakaszos megterhelés esetén normalis egyénnel csak az első cukoradagra történik emelkedés, abból már *Traugott* (Kl. Wochenschrift, 1922.) a máj szerepére következtet olyformán, hogy az első cukoradag reflectorikusan fokozza a májsejtek cukormegkötő képességét. Diabetesnél tehát a máj szerepe sérült. Mondhatnánk, hogy a diabetesnél az ingerküszöb, mely az alimentaris hyperglykaemiakiváltáshoz szükséges alacsonyabb és labilisabb a normalisnál.

A pankreasmegbetegedés másik klinikai formája az acut pankreatitis. Úgy saját vizsgálataink, mint az irodalom egybehangzó adatai szerint a megbetegedés anamnesisében túlnyomóan az epeutak megbetegedései szerepelnek. A betegség okát *Friedrich Bernhard* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1926.) a szénhydratanyagcsere zavarában keresi, míg *Stuart*, Ritter von *Linhardt* (Beitrag zur Kenntnis der acuten Pankreasnekrose Frankfurter Zeitschr. f. Path. XXXIII. köt.) a vegetativ idegrendszer disharmoniájára figyelmeztet.

Ismerve a vegetativ idegrendszer és a szénhydratanyagcsere szoros kapcsolatát (*Loewi*), a két felfogás egységes nevezőre hozható. *Fr. Bernhardt* a szénhydrat anyagcserezavarában nemcsak a pathogenesisre mutat reá, hanem a klinikai diagnosishoz is segédeszközt nyujt. Hét közölt esetében minden más esettel szemben feltétlenül jelentkező vércukorgörbének írja le a kezdeti magas értéket, a gyors emelkedést és a lassú süllyedést, amely azonban a diabeteshez képest mindig valamivel gyorsabb. Hatvan különböző esettel szemben a vércukorgörbe ilyetén viselkedését mindig tisztán észlelte. Eseteihez hozzáfűztük már előző dolgozatunkban saját tapasztalatainkat.

Most további megfigyeléseinkről számolunk be.

Az összehasonlítás alapjául két diabeteses betegünk vércukorértékét vettük. A vizsgálatokat *Fr. Bernhardt* ajánlotta 3 deciliter vízben oldott 50 g szőlőcukorral végeztük, úgyszintén a meghatározásokat is az ő által ajánlott 45 p. és 120 p. időközökben végeztük, *Hagedorn—Jensen* szerint.

Eredményeink:

	megterhelés előtt	40 p. mulva	120 p. mulva
a)	0·235	0·288	0·385
b)	0·235	0·312	0·385

Acut pankreatitisnél nyert eredményeinket a következőkben vázoljuk:

1. Igen súlyos tünetek, défense, cyanosis miatt a perforalt ulcus gyanúja is felmerült. A vércukorérték 0·290 mg. Ez a pankreatitis diagnosisunkat megerősítette. A beteg igen rossz állapota miatt a megterhelést nem végezhetjük el, hanem műtétre határozzuk el magunkat. Kiterjedt zsírnekrosis mellett kövekkel telt epehólyagot találunk. A pankreas kitamponálása után zárjuk a hasat. A másnap elvégzett megterhelésnél kapott vércukoreredmények a következők:

0 p.	40 p.	120 p.
0·297	0·331	0·361

A vizeletben cukor nincs, estére a beteg exitál.

2. Másik betegünk szintén heves tünetekkel jön be. Az epigastriumban nagyfokú fájdalmasság, amellett a májtompulat megtartott, defense nincs, erős cyanosis, állandó hányás, az anamnesisben chollelithiasisos panaszok. Az azonnal megejtett vércukorvizsgálat eredménye 0·296 mlg százalék. Vizeletben 3·2% cukor. A beteg folytonos hányása miatt a megterhelést csak a 8. napon tudjuk elvégezni.

0 p.	40 p.	120 p.
0·190	0·227	0·262

Vizeletben 4% cukor. A klinikai tünetek lényeges javulása ellenére a vércukorérték magas maradt. A *Wohlgemuth* szerint elvégzett vizelet diasthase érték normalis. Esetünk további megfigyelésünk alatt maradt, gondolunk arra, hogy állapota esetleg diabetesbe megy át.

3. Az előbbihez teljesen hasonló heves tünetek, értékek.

0 p.	40 p.	120 p.
0·158	0·198	0·245

A beteg állapota hamar javul, 4 nap multa végzett vizsgálat eredménye:

0·063	0·103	0·084

A beteg gyógyultan hagyja el a klinikát.

4. Súlyos hasi tünetek, mint az előbbieknél, vércukorértékek:

0·125	0·207	0·236

A beteg exitál. A sectio perforált appendixből származó diffus peritonitist talál. *Fr. Bernhardt* egy esetben ulcus ventriculinál, másikban cholelithiasisnál ír le hasonló magas értékeket s a pankreas részvételeként a megbetegedésben magyarázza a jelenséget. Kérdés, hogy esetünkben szintén a pankreas részvételének a gyulladásban az eredménye-e a magas cukorérték, vagy pedig a gyulladás mint olyan van befolyással a vércukorértékre.

5. Ezen esetünkben a klinikai kép teljesen megfelel pankreatitisnek. Nagyfokú fájdalmasság az epigastriumban, hányás, cyanosis. Vércukoreredményeink:

0 p.	40 p.	120 p.
0·075	0·155	0·201

A kezdeti érték alacsony volta miatt kétségesnek találjuk diagnosisunkat. A megejtett nőgyógyászati vizsgálat adnexgyulladást állapít meg. A megterhelésre beálló magas értékeket és az elhúzódó reactiót újra egy hasüri gyulladással kapcsolatban látjuk. A kezdeti magas értéket tehát *Bernhard*dal együtt feltétlenül diagnostikai értéknek találjuk. Középmagas értékeknél azonban óvatosnak kell lenni. A reactio lezajlásában a diabetessel szemben nem kaptuk meg tehát újra azt az éles különbséget, amit *Bernhard* leír, sőt előbb közölt eseteinkkel szemben mindig a diabetessel teljesen megegyező, elhúzódó görbét észleltünk. Úgy az irodalom összhangzó adatai szerint, mint saját tapasztalatainkból kétségtelenül megállapítható a pankreatitisnek a cholelithiasissal való összefüggése. Ha tehát a pankreatitisnél megtaláljuk az epeutak részéről az elváltozást, várható, hogy az epeutak megbetegedésénél is találjunk a pankreas részéről pathologiás jelenségeket.

Az összehasonlítás alapjául különböző diagnosisok mellett végeztünk vércukorvizsgálatot. Ezek eredményei:

	0 p.	40 p.	120 p.
Appendicitis acuta	0·086	0·150	0·120
Laennec cirrhosis	0·040	0·122	0·058
Cirrhosis hepatis , ...	0·052	0·103	0·050
Cirrhosis hepatis ;	0·081	0·107	0·072
Ulcus ventriculi	0·099	0·126	0·052
Sarkoma ventriculi	0·098	0·141	0·098
Gastritis chr.	0·098	0·160	0·101
Hasi tumor	0·067	0·121	0·132
Gastritis chr.	0·72	0·161	0·181
Morbus Recklinghausen ..	0·077	0·117	0·072
Appendicitis perfor.	0·125	0·207	0·236

A görbék kb. a normalis görbét mutatják. Sem ulcus ventriculinál, sem struma Basedowinál magas értékeket nem kaptunk. A reactio majdnem minden esetben teljesen lezajlik, vagy a lezajláshoz közeledik. Cirrh. hepatis-nál inkább túlalacsony értékeket kaptunk, mint magasakat. Ezen fő jellemző tünetek kiemelése után áttérünk a cholelithiasissal kapcsolatban nyert eredményeink tárgyalására, minthogy jelen munkánkban nem célunk ezen eredmények beható tárgyalása és irodalmi összehasonlítása.

Síma, tehát ikterus nélkül lezajló cholelithiasisoknál kapott értékeink:

	0 p.	40 p.	120 p.
1.	0·090	0·120	0·108
2.	0·058	0·109	0·100
3.	0·098	0·107	0·100
4.	0·040	0·100	0·052
5.	0·087	0·130	0·088
6.	0·088	0·177	0·124
7.	0·141	0·186	0·124

A szemlélhetőség könnyebbé tételére graphikont közlünk.

A kapott értékek normalisnak mondhatók. *Tordayval* megegyezően, ha a májállomány nem tangált, normalis cukorgörbe. Itt-ott a kezdeti érték valamivel magasabb, a reactio azonban mindig lezajlik két óra alatt.

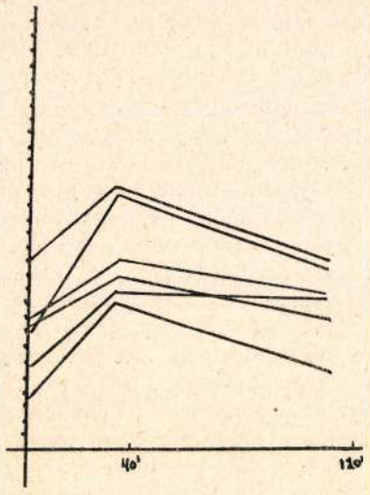
Ezzel szemben minden olyan esetnél, ahol choledocholithiasisos tünetek szerepeltek s a műtét a choledochuselzáródást mindig ki is mutatta, a görbetypusban változást tapasztaltunk.

Eredményeink:

	0 p.	40 p.	120 p.
1.	0·088	0·095	0·128
2.	0·090	0·108	0·167
3.	0·076	0·113	0·157
4.	0·161	0·198	0·190
5.	0·125	0·161	0·234
6.	0·050	0·159	0·230
7.	0·167	0·275	0·282
8.	0·090	0·116	0·127
9.	0·090	0·125	0·125
10.	0·099	0·116	0·152

A kezdeti érték nem mindig magasabb a normalisnál, a görbe emelkedése azonban gyors és főként elhúzódó. Az emelkedés a második órában még kifejezettebb. A két graphikon egymás mellé állítva feltűnően jelzi az előbbivel szemben a különbséget. A 7. sz. eset igen magas értékei az acut pankreatitisnél kapott értékeknek felelnek meg, az eset exitussal végződött, a sectio pankreatitist nem említ.

Vizsgálataink azt látszanak igazolni, hogy a vércukorgörbe viselkedésére a máj is befolyással bír. Ha a choledochus kő okozta epepangás váltja ki a máj részéről ezt a jelenséget, akkor meg kell kapjuk akkor is, ha mesterségesen zárjuk el a choledochust.



1. ábra. Cholelithiasisos görbék.

A kérdést kutyakísérlettel iparkodtunk megoldani, melyekről a következőkben számolunk be:

1. 1. sz. kutya. A megterhelési próbát úgy végeztük el, hogy katheterrel vezettük be a gyomrába az 50 g-nyi 3 drb, vízben oldott cukrot.

Értékei: 0·119 0·182 0·128

Ezután az állatot megoperáltuk és choledochusát erős selyemfonállal lekötöttük. Öt nap mulva újra elvégeztük a reactiót, eredményeink ekkor a következők:

0·081 0·150 0·175

Vizeletben urobilin, ikterus nem fejlődött. Három hét mulva újra elvégezzük a vizsgálatot. Eredményeink:

0·117 0·161 0·142

Tehát a görbe ismét süllyed, a reactio tehát a normalis felé közelít. Nem tudtuk eldönteni, hogy ennek mi az oka. A kutyáknál ismert labilis cukoregyensúly, vagy pedig a passage állt ismét helyre. A kutya leölése után kitünt, hogy utóbbi feltevésünk volt helyes. A choledochust lekötő fonalat a choledochuson belül találtuk s ennek megfelelően a choledochuson kis heget találtunk, a passage azonban zavartalan volt.

Kísérletünket egy másik kutyán megismételtük olyanformán, hogy a choledochust átvágtuk és lekötöttük. Eredményeink:

műtét előtt	0·226	0·272	0·246
5 nappal műtét után	0·141	0·195	0·251
8 nappal műtét után	0·073	0·119	0·300
3 hét mulva	0·043	0·180	0·199

A kutya erősen lesoványodott; de egyébként élénk. Boncolásánál kitűnik, hogy passage nincs.

A legkülönbözőbb cukorértékek mellett, amire talán a kutya lesoványodása is hatással volt, az elhúzódó görbe typust mindig megkaptuk.

Hogy a görbe elhúzódásában tényleg annak a mechanikus akadálynak van szerepe, ami a májban epepangást létesít, azt bizonyítani látszik két pankreasfej Cc-ank, ahol igen tág choledochus mellett a tumor okozta teljes oclusiót találtunk a duodenum felé. Ezen esetekben is megkaptuk az elhúzódó görbét. Értékeink:

0·089 0·113 0·161
0·072 0·117 0·143

Várható volt tehát, hogy a choledochotomiák után, mikor a májban a pangás megszűnik, a görbe megváltozását találjuk.

Erre vonatkozó eseteink:

1. műtét előtt	0·125	0·161	0·262
1 nappal műtét után	0·071	0·216	0·271
1 hét mulva	0·63	0·170	0·152

A görbe egy hét mulva kezd csak esni.

2. műtét előtt	0·161	0·198	0·190
1 nappal műtét után	0·050	0·159	0·239

A görbe emelkedése nem szűnik meg közvetlenül a műtét után. A beteg csak egy félév mulva került újra vizsgálatunk alá, chronicus ikterus miatt. Ekkor kapott értékek:

0·081 0·180 0·198

Choledochus-szűkületre következtetünk és műtétet ajánlunk, a beteg azonban nem veti magát alá.

3. Pankreatitis tünetekkel jött a beteg, az ikterus kifejlődése cholelithiasist bizonyít.

Cukorértékei bejövetele napján (ikterus még nincs):

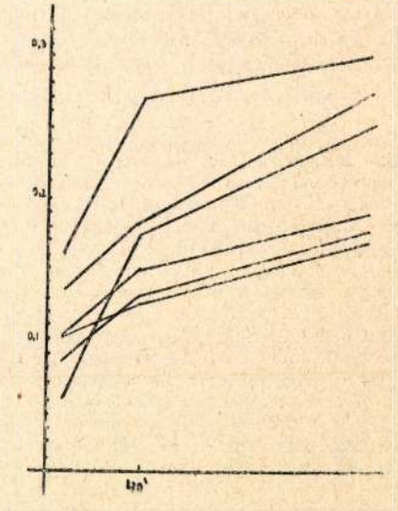
0·132 0·204 0·104

1 nap mulva ikterus kifejlődik:

0·125 0·147 0·152

3 nap mulva ikterus fokozódik:

0·080 0·100 0·108



2. ábra. Choledocholithiasisos görbék.

(Az aránylag alacsony értékeket a napok óta tartó szigorú diaeta magyarázza.)

7. napon 0·110 0·115 0·120

12. napon ikterus csökken, széklet festenyzett:

0·107 0·211 0·142

A bejövetelkor talált magas értékeket kapjuk, a reactiotypus azonban normalis.

21. napon: 0·072 0·107 0·080

A beteg gyógyultan távozik, műtétnek nem veti alá magát.

Vizsgálataink tehát azt látszanak bizonyítani,

hogy a vércukorgörbe viselkedésére nemcsak a pankreasnak, hanem a májnak is befolyása van. A dolog értelmezéséhez felhasználva *Loewi* eredményeit, talán azt mondhatjuk, hogy a májbeli epepangás a glykeminsecretiót fokozza s ez okozza a fokozott glykogenolysist, ami az alimentaris hyperglykaemia emelkedésében nyilvánul. (Megemlítjük, hogy tapasztalatainkat még *Loewi* cikkének ismerete előtt szereztük és a magyarázatot csak újabban fűzzük hozzá.) A pankreatitis okozta insulinhiány folytán spontan hyperglykaemia van, ezt látjuk diabetesnél és acut pankreatitisnél, alimentaris hyperglykaemiát kiválthatnak azonban különböző hasüri gyulladások, mindezt láttuk perforált appendicitisnél, gyulladt adnextumornál, cholecystitisnél stb. Azonkívül minden olyan állapot, mely májbeli epepangást létesít, mint choledocholithiasis, pankreas-fejcarcinoma mesterséges elzárása a choledochusnak. Az acut pankreatitis diagnosisához tehát nem a görbét találjuk használható diagnostikai segédeszköznek, hanem csakis a spontan igen magas vércukorértéket. Itt is kellő óvatossággal a megítélésben, mert 0·150 mg százalék körüli értékeket más megbetegedésnél is kapunk s csak az igen magas, 0·200-on felüli értékek használhatók fel.

A diffus májmegbetegedéseknél, mint hevenysárga májsorvadás, valamint a phosphormérgezés, azonkívül az általunk észlelt cirrhosisoknál talált alacsony értékeket ebben az értelmezésben úgy magyarázhatnánk, hogy míg az epepangás a májhormon termelését fokozza, a parenchyma pusztulása a glykemintermelés lecsökkentésével az insulinhatást túlsúlyra juttatja. Hogy a máj glykogentartalma mennyiben befolyásolja a glykogenfermentatiót, az még nem lezárt kérdés *(Erdélyi)*.

Véleményünk szerint tehát az alimentaris hyperglykaemia lezajlási mechanismusában a pankreas és a máj kölcsönhatása szerepel. Míg spontan magas cukorértékek inkább az insularis működés insufficientiáját jelzik, a reactio elhúzódására a májnak talán a glykolisist szabályozó májhormonnak, a glykeminnek van befolyása.

Irodalom: *Köntzey E.:* Vércukorvizsgálatok acut és chronikus pankreatitisek esetén. — *Otto Loewy:* Insulin und glykemin. Klin. Wochenschrift, 1927. 49. füz. — *Engel Rudolf:* Az alimentaris hyperglykaemia vizsgálatának diagnostikai értékéről. Orvosi Hetilap 1927. 90. old. — *Torday Árpád:* Cukoretetéssel végzett vércukorvizsgálatok, tekintettel a gyomorbélmegbetegedésekre. Orvosi Hetilap. 1927. 1169. old. — *Friedrich Bernhard:* Eine Methode zur Erkennung acuter Pankreas Erkrankungen und zur Untersuchung ihres weiteren Verlaufs. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1926. 351. old. — *Csépai Károly:* Sympathicotonia és vagotonia. Orvosképzés. 1926. — *Hetényi Géza:* Insulin hatásmódja. Orvosi Hetilap 1925. 328. old. — *W. H. Barber:* Colecystitis. Relation to Pankratitis. Journ. of the Amer. med. assoc. 87. köt.

A Szent István-kórház ideggyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Sarbó Artur dr. egyetemi tanár).

Idegrendszeri syphilis malariás lázzal való kezeléséről 100 eset kapcsán.*

Írta: Vitéz *Hegedüs Lajos dr.* alorvos.

Az idegrendszeri syphilis malariás lázzal való kezeléséről számolunk be 100 eset kapcsán, amit a Szent István-kórház ideggyógyászati osztályán végeztünk.

Irodalmi adatokra nem térünk ki, csak kötelességünknek tartjuk *Wagner Jauregg* professor elévülhetetlen érdemeit a malariás lázkezelés terén e helyütt is hangsúlyozni.

Osztályunkon maláriás lázkezeléssel 1925 óta foglalkozunk, az ezen idő alatt kezelt betegeink száma jóval meghaladja a százat, úgy hogy körülbelül 180—200 esetünk van, azonban jelenleg csak azokat vettük előadásunk alapjául, kiknél a kezelés befejezése óta 1—2 év, de legalább ½—¾ év telt el. Tettük ezt azért, mert kezelésünk eredményeképen nem a csaknem minden esetben mutatkozó prompt befolyást vettük, hanem igen nagy súlyt fektettünk betegeink időnkénti controllvizsgálatára, s ma már, midőn eseteink nagy része 1—2 év között van a kezelés után, értékesebb adatokal szolgálhatunk a remissio maradandóságát illetőleg.

Tekintettel arra, hogy a központi idegrendszer exquisit spirochaetás megbetegedése, a paralysis progressiva is befolyásolhatónak bizonyult maláriás lázkezelés által, ezen kezelést nemcsak ebben a kóralakban, hanem egyéb központi idegrendszeri lueses megbetegedésben is alkalmaztuk, a következő számban: paralysis progressiva 60; tabes dorsalis 20; lues cerebri 10; atrophia nervi optici 10.

Maláriás lázkezelés alá vett beteganyagunk megválogatásában nem voltunk túlságosan radicalisak, már csak azért sem, mivel mint közkórházi osztálynak, ahova rendszerint a legsúlyosabb betegek kerülnek be, nem is volt módunkban beteganyagunk szigorú megválogatása.

Paralysisnél nem oltottunk olyanokat, kik absolut demens állapotban voltak, kiknél az agykéregállomány olymérvű sorvadása volt felvehető, hogy semmi javulás nem volt már eleve várható.

Tabesnél nem oltottunk olyanokat, kik absolut ataxiás állapotuknál fogva régebb idő óta ágyhoz kötöttek, kiknél a hátsókötegekben lezajló degeneratiós folyamat olyan fokú, hogy a javulást kizárja. Nem oltottunk olyan tabesest sem, még ha nem is volt régi eset, kinek vér-Wassermana negativ és liquora is minden tekintetben negativ volt.

Nagyon óvatosak voltunk az aortitisben szenvedőknél, kiknél egy esetleges hirtelen beálló decompensatio a betegre nézve rossz kimenetelű lehet. Természetesen ezen óvatosság nem jelenti azt, hogy az aortitis minden esetben contraindikálta volna a kezelést, mert elég szép számmal vannak betegeink, kik aortitisük dacára X—XII. magas lázrohamot kibírtak s ma is jól vannak.

Tüdőtuberculosisnál, feltéve, hogy az nem volt acut állapotban, szintén végeztünk kezelést anélkül, hogy az a betegre bármilyen hátránnyal járt volna.

Természetesen ezen betegeknél a lázas szakban különösebb éberséget tanusítottunk.

Graviditas mellett is végeztünk malariakezelést anélkül, hogy az anyának vagy magzatjának ebből a legcsekélyebb kellemetlensége származott volna. Az ide tartozó esetet *Sarbó* professor úr az Orvosegyesület márciusi ülésén be is mutatta.

Legszigorúbban keresztülvitt elv osztályunkon az, hogy csak positiv vér- és liquorlelet alapján adunk malariakezelést ezeknek negativitása esetén, tekintet nélkül a beteg klinikai állapotára, malariakezelést nem végzünk. Kivétel egyedül a lues cerebri, ahol nem kapunk minden esetben positiv vér liquor Wassermannt, így itt csak vér-Wassermann positivitása esetén is végezzük a malariakezelést.

Ezen szigorú elvünkhöz azért ragaszkodunk, mert lueses vért nem merünk olyan egyén vérkeringésébe

* Előadatott az Orvosegyesület 1928 május 26-i ülésén.

bevinni, akinél 100%-ban nem biztos az, hogy maga is lueses.

Malarialázkezelésen kívül minden esetben neosalvarsankezelést is végzünk. Az eredeti *Wagner—Jauregg*-féle kezeléssel szemben *Sarbó* professor úr a megengedhető lázak számát 12-ben, az adagolandó neosalvarsant férfiaknál 6·0 g, nőknél 5·0 g-ban állapította meg.

Az eredmények, melyek ily kezelés mellett elérhetők, igen kielégítőek.

A malariaoltás technikája a következő: éppen tertianás malarialázban szenvedő betegünktől a cubitalis venából steril tű és fecskendővel 8—10 cm³ vért veszünk, s az eljárás gyorsítása céljából, nehogy a vér közben megalvadjon, ugyanazon tűvel a beteg glutaealis izomzatába befecskendjük. Így a malariát egyik betegből oltjuk a másikba, s tekintve beteganyagunk nagy voltát, malariás oltóanyaggal bármikor rendelkezünk. Az oltás napján, esetleg még másnap is 38·5-ig menő lázat észlelünk, ami az idegenvér felszívódásával magyarázható.

Másik mód az intravenás oltás, ezt azonban csak ritkán alkalmazzuk, főleg azon esetekben, ha a fogamzás időtartamát gyorsítani akarjuk, vagy pedig ha előzőleg intraglutaealisan adott oltás nem fogamzott. Természetesen a két oltás között legalább 14—18 napi időköznek kell lennie.

Intraglutaealis oltás után az első lázroham erős hidegrázás után általában 8—12 nap után jelentkezik, intravenás oltás után pedig átlag 5—8 nap után.

Ha ezen idő alatt a láz nem jelentkezik, akkor provokálás céljából 8—10 cm³ steril tejet adunk intramuscularisan, vagy pedig 0·3 cm³ typhus vaccint intravenásan olyan oldatból, melynek 1 cm³-ében 250.000.000 elölt csira van. Ezen provokáló eljárás egyikével rendszerint a láz megjön s rendszeresen folytatódik is. Ha azonban a malariás láz erre sem jelentkezik, akkor megkísérelünk még egy oltást, de rendszerint ezen betegek, vagy előzőleg malariafertőzésen estek át s így újabb fertőzéssel szemben ellenállóak, vagy pedig az oltást megelőzően salvarsankezelésben részesültek s így szervezetük salvarsannal lévén telítve, az a malaria kifejlődését megakadályozza. Oltás céljára malariatertianát használunk minden esetben. A lázak folytatódása rendesen másodnaponként történik erős hidegrázással bevezetve s átlag 6—8 órai tartammal 39—40, sőt 40·5-ig menő magassággal. Néha előfordul, hogy különösen azon törzs, mely már számos passageon ment keresztül, átalakul quotidián typussá a kúra közepidejében, vagyis a VI—VII. láz után, ez a törzs azonban az esetek nagy számában spontan meg is szűnik s így tovább nem oltható. Lázak tartama alatt a betegek igen súlyos beteg benyomását keltik, nagyon összetörtek, kimerültek, néha egész nap semmi táplálékot nem vesznek magukhoz, sokan közülük aluszékonyak, szótlanok. Tabeses betegnél a lázak alatt szinte türhetetlen lancinálás szokott jelentkezni, kriziseknél a hányás intensivebb, a lázak közti időben azonban ezen jelenségek szünetelnek.

A VI—VII. láz után a betegek színe megváltozik, fakó, agyagszürke színt öltenek, nagyrészüknél herpes labialis lép fel, napról-napra súlyban csökkennek, úgy hogy a kúra végével átlag 5—7 kiló súlycsökkenést érnek el.

A malariás lázak tartama alatt a III—IV. lázroham után minden egyes esetben a vérképben kimutathatók voltak a plasmodiumok, még pedig meglehetős nagy számban. Ugyancsak eseteink 90%-ában a lép vagy csak közepes, vagy jókora megnagyobbodása volt észlelhető, részben megnagyobbodva felfelé a VII—VIII. bordáig, részben pedig a bordaív alatt 2—3 ujjal volt tapintható. 5 esetünk volt olyan, ahol a lépmegnagyobbodás olyan fokot ért el, hogy lépruptura veszélye miatt kénytelenek voltunk a lázakat megszüntetni. A lépmegnagyobbodás a lázak megszűnése után 8—10 nap alatt visszafejlődik s a plasmódiumok is eltűnnek a vérből.

Száz eset közül complicatiók a következő arányban léptek fel: 5 esetben ikterus haemolyticus; 9 esetben acut szívgyengeség; 13 esetben hallucinatorikus zavartság, de csak a paralysisben szenvedőknél, ezek közül 6 betegnél a zavartság olyan nagyfokú volt, hogy kénytelenek voltunk őket a megfigyelőosztályra helyezni, de tudomásunk szerint ezen zavartság elmúlt s a betegek javult állapotban bocsájtattak el. 2 esetben az atrophia nervi opticiben szenvedőknél hirtelen látásromlás állott be, mely a láz elmúltával megállott.

Mindezen complicatiók a lázrohamok VII—IX-i számánál léptek fel, de a lázak azonnali megszüntetése nem vált minden esetben szükségessé. Így csak 2 betegünk volt olyan ikterusban, kinél azonnal meg kellett szüntetni, 9 szívgyengeségnél csak 5 esetben, 13 zavarttá lett betegnél csak 6 esetben kellett a lázat azonnal megszüntetni. Az összes betegek a láz megszüntével teljesen rendbejöttek, egyetlen egy kivételével, kinél hirtelen szívgyengeség lépett fel s ezen betegünk exitált a lázkezelés alatt.

Azoknál, kiknél a fent leírt szövődmények csak kisebb fokban léptek fel, nem szüntettük meg a lázat, hanem szigorú felügyelet mellett a kezelést tovább folytattuk.

A malariás láz megszüntetése chininnel történik a következő módon: első nap adunk a betegnek 0·25 g chininum bihydrochloricumot intravenásan, délelőtt és délután. A következő naptól kezdve 3 napon keresztül kap 3×0·5 chininum hydrochoricumot per os reggel, délben és este. Előfordul néha, hogy a chinin dacára még egy éppen esedékes lázroham jelentkezik, de ez már lényegesen gyöngébb az előbbieknél.

A betegnek a chininkúra befejezése után rohamosan jön meg az étvágya, úgy hogy erőbeli állapota napról napra javul. 100 esetünk közül 24-nél spontan szünt meg a malaria, de rendesen csak a VII—X. láz után; ezen spontan megszűnés az illető malariatörzs kimerülésével magyarázható, s rendesen azon törzsek merülnek ki, melyeket már nagyon sok esetben oltottunk egyik betegből a másikba. Chininre reactaetörzsünk csak egy volt, de neosalvarsankezelésre a láz elmaradt. Négy esetünkben történt meg az, hogy chininkúra befejezése után pár hétre újra jelentkeztek malariás lázak, de újabb chininkezelésre ezek is elmultak. Az az általános tapasztalatunk, hogy olyan egyén, ki malariakúrán esett keresztül, egy éven belül újabb malariaoltással szemben ellenálló, vagyis ezeket hiába oltjuk újból, a malaria nem fogamzik meg. Ezeknél azután, ha szüksége mutatkozna, kombinált tejsalvarsan, vagy typhusvaccinsalvarsankezelést végzünk.

A láz megszüntével 8—10 napig erősen tápláljuk betegeinket. A súlycsökkenést nemcsak behozzák, de még túl is haladják az eredeti súlyukat. Midőn már betegeink erőbeli állapota kielégítő, megkezdjük a neosalvarsankúrát. Olyan egyéneknél, kik a neosalvarsant nem tűrik, erélyes bismut-utókezelést végzünk. Úgy a salvarsant, mint a bismuthot heti 2 injectióban adagoljuk.

A malariás lázkezelés hatékonyságát illetőleg a nézetek nagyon megoszlanak. Igen sokan vannak azon az állásponton, hogy a hatás csupán a malaria által

előidézett lázakkal magyarázható. Ezekkel szemben *Sarbó* professor úrnak az a nézete, hogy az elért javulás nem tisztán az előidézett magas lázak eredménye, hanem igen nagy, talán döntő szerepe van annak, hogy a malaria plasmodiumok nagy tömegei elárasztván az egész szervezetet, mintegy kiszorítják a spirochaetákat, illetve elszedvén előlük a táptalajt, formalisan kiéheztetik, illetve elpusztítják azokat. Bizonyítja ezt az is, hogy a tisztán csak lázkezelésben részesülők, pl. a tisztán csak tejinjectiókkal kezelt betegek javulása, dacára, hogy a tej is képes órákon át tartó magas lázakat produkálni, meg sem közelíti a malariával elért eredményeket. Általánosságban mondhatjuk, hogy minél több lázrohamot bír ki a beteg, minél magasabbak a lázak, minél több órán keresztül tartanak, minél jobban lesoványodnak a betegek, annál jobb az eredmény.

A malariás lázkezeléssel elért eredmények részben subjectiv és objectiv klinikai tünetekben, részben a seroliquorlelet megváltozásában nyilvánulnak meg. A kezelés befejezése után a klinikai képben rögtön mutatkozik a javulás. A betegek dicsekedve mondják, hogy egész új embernek érzik magukat. Az eddig magukkal félig-meddig tehetetlen betegek objective a legjobb benyomást keltik. Gondolkodásuk feltisztul, emlékezőképességük lényegesen jobb, munkakedvük visszatér. A kórteremben foglalatoskodnak, eddigi munkakörük után érdeklődnek, a külvilággal szemben nagyobb érdeklődést tanusítanak. Egész viselkedésük lényegesen javul, mely javulás napról-napra fokozódik.

Ha a kezelés után rövid idő elteltével vizsgáljuk a vér és liquort, úgy abban csaknem teljesen változatlan leletet találunk, sőt esetleg a lobos tünetek jelenségei erősebb positiv irányban való eltolódást mutatnak, ami a magas lázakkal előidézett agyhártyaizgalommal meg is magyarázható. Így ezen időben kétségtelenül nincs meg az arány a klinikai szempontból vett javulás és a seroliquorlelet között. Minél később, 1—1½ év multán vizsgáljuk a vérliquort, annál inkább látjuk a seroliquorjavulást a klinikai javuláshoz közeledni.

A liquorleletben legelőször a sejtszám csökkenését észlelhetjük, azután a specifikus reactiók javulását látjuk, végül pedig a globulinreactiók is negativvá válnak. Controlleseteink nagy részében azt látjuk, hogy ½—1 év után végzett liquorvizsgálatnál a Wassermann-reactiók teljesen negativokká válnak, míg a globulinreactiók, valamint a colloidgörbe még positivitást mutat. Ha a ½—1 év után vett controllvér és liquorban még mindig erős positivitás észlelhető, úgy tekintet nélkül a beteg bármilyen javult állapotára, rendes antilueses kúrát végzünk, ha pedig a klinikai képben is mutatkozik visszaesés, úgy szó lehet újabb malariakezelésről. A munkaképesség visszanyerése szempontjából a részletes részben foglalkozunk.

Betegeinket vér és liquor szempontjából félévenként controlláljuk, s hogy nem tudtuk minden esetünket ellenőrizni, annak az az oka, hogy különösen vidéki betegeink, ha jól érzik magukat, felhívásunknak nem tesznek eleget s nem jelentkeznek időnként vizsgálatra. Így csak 38 betegünk van, kiket ellenőrizni tudtunk. Kétségtelenül leszögezhető, mint már megemlítettük, hogy a beteg klinikai szempontból vett javulása együtt halad a vérliquorlelet javulásával, az első idő, mondjuk pl. az első félév kivételével. Ugyanaz a mi tapasztalatunk is, mint a Wagner—Jauregg-klinikáé, mely klinikáról legújabban *Dattner* 129 eset kapcsán megállapította, hogy kezdetben a liquorlelet csak lassan convergál a klinikai képpel, de egy bizonyos idő elteltével rendesen a liquorlelet együtt halad a klinikai kép javulásával. Így egyes szerzőknek azon érvelése, hogy a klinikai szempontból vett javulást nem kíséri a vérliquorlelet javulása, kétségtelenül megdől.

Liquortáblázat.

Vérliquorlelet 38 esetben.
Teljesen negativ liquor malariakezelés után:
½ év után 2
¾ év után 3
1 év után 4
1½ év után 7. *Összesen: 16. 42%.*
Vér negativ 4, gyengén + 12.
Gyöngén + vérliquor malariakezelés után:
½ év után 5
¾ év után 4
1 év után 3. *Összesen: 12. 33%.*
Változatlan vérliquor malariakezelés után:
½ éven belül *10. 25%.*

Részletes rész.

Lues cerebri.

Tünetei: főfájások, melyek főleg a hajnali órákban jelentkeznek, fokozott szomjúság, polydipsia, polyuriával.

Időnként fellépő zavart psyche, de súlyosabb kiesés nélkül. Egyes esetekben saceres jellegű rohamok s Robertson-tünet. Utóbbi időben munkabírásuk hanyatlott s munkaképességük csökkent.

Malariakezelés után a 10 eset közül teljesen munkaképes lett 9, vagyis 90%. Fejfájásuk is megszünt, időnkint fellépő zavartságuknak nyoma sincs, a saceres jellegű rohamok megritkultak. Robertson-jel azonban változatlan maradt. Munkakedvük visszatért.

Egy betegnél közvetlenül a kezelés befejezése után paranoid állapot fejlődött ki s öngyilkossággal végződött.

A 9 teljesen munkaképessé lett egyén különböző foglalkozású: kereskedő, végrehajtó, pincér, iparos munkáját ma is teljesen jól végzi, dacára, hogy a malariakezelés óta 1—2 év telt el, semmi visszaesést nem észlel.

Munkaképesség szempontjából a lues cerebrinél elért eredményeink tehát 100%-osaknak mondhatók. Óriási nyereség ez a múlthoz képest, mert régi kezelési módok mellett teljes vér- és liquorsanálást nem igen tudtunk elérni.

Ezért is újabban mind tágabb körben alkalmazzuk nemcsak parenchymás, de úgy a vascularis, mint az interstitialis központi idegrendszeri lueses megbetegedéseknél a malariakezelést.

Lues cerebriről lévén szó, melynél nem szükségképen betegek az agyhártyák is, hanem a folyamat a véredényekben játszódhatik le, így a vérben erősen positiv Wassermann mellett teljesen negativ liquorleletet is kaphatunk.

Tabes dorsalis.

Összesen 20 esetben végeztünk malariás láz kezelést. Typikus tabeses tünetek voltak jelen, mint Robertson, anisokoria, térd- és Achilles-areflexia, ataxia, lancinálás, egyes esetekben crises gastriques, lényeges psychés kiesés vagy beszédzavar nélkül, azonban valamennyi esetben positiv vérliquor Wassermann-lelettel. 11 eset féligmeddig munkaképes, a többi munkaképtelen volt.

A tabeses anatomiai elváltozásokat, a *Nageotte—Schaffer—Richter*-féle hátságyöki granulomatosist és ebből származó másodlagos hátsókötegelfajulást a malaria sem gyógyítja meg, de a klinikai tünetek, va-

lamint a seroliquorlelet javulásából arra következtethetünk, hogy a tabeses gerincvelőben és hártyáiban lejátszódó spirochaetosist a kezelés hathatósan befolyásolja.

Ezen kórfolyamat által feltételezett tünetek javulnak, míg pl. a Robertson-, Westphal-, Achillesareflexia, ataxia, crisesgastriques tovább is megmarad. Így ezen elváltozások még a malariakezelés által sem befolyásolhatók.

Ennek magyarázatát *Sarbó* professor úr abban látja, hogy az említett tüneteket a *Nageotte—Schaffer—Richter*-féle granulomatosis hozza létre, melyekben már spirochaeták alig találhatók.

20 eset közül teljesen munkaképes lett: 11 = 55%.
Csekély subjectiv javulás történt: .... 6 = 30%.
Semmi javulás nem történt: ..... 3 = 15%.

A teljesen munkaképes lett 11 egyén már 1½—2 év óta van controllvizsgálatunk alatt s állapotuk nem romlott. Foglalkozásuk különböző: postatiszt, vasutas, zenész, tanár stb. 6 esetben csekély javulás történt, ezek talán valamilyen könnyű ülőmunkát végezhetnek.

Azon 3 eset, hol semmi javulás nem történt, már eleve is absolut rossz állapotban volt.

Nagyon régi tabeses folyamatnál, főleg hol igen sok kezelést végeztek, néha teljesen negativ vérliquorleletet kapunk, ily esetekben a malariakezelést nem tartjuk indokoltnak.

Atrophia nervi optici.

Összesen 10 eset, melyekben a főpanasz a látás romlására vonatkozott s emellett tabeses tünetek is voltak megállapíthatók.

Az idetartozó 10 esetben malariakezelés után VI—VIII. hóra igen csekély javulás mutatkozott 3 esetben, a folyamat megállt 2 esetben, nem javult semmit, sőt azóta romlott 5 esetben.

Lényegesebb javulást tehát egyetlen esetben sem észleltünk, sőt két esetben a lázakat meg kellett szüntetni, mert a látásromlás előhaladt.

A malariás lázkezelés talán egészen kezdetleges esetekben a folyamat előhaladását kedvezően befolyásolhatja, de sajnos, tapasztalataink az általunk kezelt esetekben azt mutatják, hogy előrehaladott atrophia nerv opticinél a malariás lázkezeléssel kellő eredmény ma még nem érhető el.

Paralysis progressiva.

Összesen 60 eset, még pedig 20 expansiv alak, kifejezett euphoriás tünetekkel, többé-kevésbbé psychomotoros nyugtalansággal, tér- és időbeli tájékozatlansággal.

19 depressiós alak psychomotoros gátoltsággal, részben hypochondriás, részben nihilistikus téveszmékkel, teljes munkakedvtelenséggel.

17 simplex vagy demens alak, meglehetősen előhaladott apathiás állapotban. Egy részük munkáját még úgy ahogy elvégezte, másik részük azonban teljesen munkaképtelen állapotban, kisebb-nagyobb psychés kieséssel.

4 atypusos vagy Lissauer-paralysis, gyakran fellépő indulatkitöréssel, paralytikus rohamokkal, egy esetben cortexes epilepsiás rohamokkal.

Minden esetben dysarthria és minden irányban positiv vérliquorlelet. Malariás lázkezelés után teljesen munkaképes lett 32 egyén, vagyis 53·2%. Még pedig:

Expansiós alakból	12	egyén
Depressiós alakból	12	„
Demens alakból	5	„
Lissauer-alakból	3	„

Összesen: 32 egyén. 53·2%

Félig munkaképes lett összesen 17 egyén.

Expansiós alakból	5	egyén.
Depressiós alakból	7	„
Demens alakból	4	„
Lissauer-alakból	1	„

Összesen: 17 egyén. 28·5%

A demens alakból munkaképtelen, de sociabilis lett 7 egyén, 11·5%, ezek azonban már nagyon előrehaladott állapotban voltak, csaknem teljes elbutulással a kezelés előtt is, ezenkívül 3 congenitalis alapon fejlődött juvenilis paralysis, kiknél szintén semmi javulást nem észleltünk. Összesen 10 = 16·5%. Egy absolut demens betegünk exitált = 1·6%.

Betegeink nagy részénél 1—2 év telt el a kezelés befejezése óta, a másik részénél szintén ½—¾ év. 30 betegünk van, kiket eddig már többször controllálltunk s náluk visszaesést egyáltalán nem észleltünk. Ezen betegeink, kik foglalkozásra nézve különbözőek, részben szellemi, részben ipari vagy kereskedelmi munkát végeznek (bíró, pap, iparos, kereskedő), munkájukat biztos tudomásunk szerint pontosan ellátják.

Általában az összes kezelt betegünkről, ha nem is közvetlen, de közvetett úton tudomással bírunk s lényegesebb visszaesés egyiknél sem észlelhető.

Kétségtelen, hogy legnagyobb eredményt érhetünk el a paralysis kezdetén, úgy, mint azt *Wagner—Jauregg* is hangsúlyozza, amidőn az agy parenchymás része még nincs megtámadva. Azonban a teljesen előhaladott paralysisnél, absolut demens állapotoknál legfeljebb csak az illető sociabilissé tétele érhető el, lényeges javulás kizárásával.

Összefoglalva mondhatjuk tehát, hogy a malariás lázkezelés a központi idegrendszeri lueses megbetegedések elleni küzdelmünkben a leghatásosabb fegyver, mert dacára annak, hogy az objectiv klinikai kiesési tüneteket, mint pl. Robertson-tünet, térdtünethiány, Achillesareflexia crises gastriques, ez sem szünteti meg, mégis valamennyi antilueses eljárás közül ez az, amely a betegségi folyamatot leginkább megállítja. Ezen felfogást támogatja külföldi és hazai szerzőkkel megegyező azon tapasztalatunk, hogy ezen kezelés mellett, szemben az eddigi eljárásokkal, sokkal nagyobb számban érjük el a teljes munkaképesség visszaállítását.

Azt hisszük, hogy nemcsak paralysis progressiva, de egyéb agyi lueses bántalmak kezelésében is ajánlhatjuk a malaria lázkezelést.

Végül ezen helyen is köszönetet mondok főnökömnek, *Sarbó* professor úrnak, kinek megbízásából és irányítása mellett készítettem el a jelen beszámolómat.

A trachoma aetiologiájáról.

(Magántanári próbaelőadás.)

Írta: *Brana János dr.* orvosezredes.

Az előttünk levő térkép, amelyet 1923-ban a *Grósz* professor úr által megindított országos trachomaellenes küzdelem kapcsán készítettem, élénken dokumentálja azt, hogy a trachoma nálunk, Csonka-Magyarországon, egyike a legfontosabb közegészségügyi problémáinknak. Az ellene való küzdelem tehát nemcsak elsőrendű nemzeti kötelességünk, hanem a tudományos világgal szemben erre erkölcsileg is kötelezve vagyunk.

Örömmel állapítom meg, hogy a magyar szemorvosok ezirányú kutatásai szerényen folynak s hogy a jövő évi amsterdami nemzetközi szemészcongressuson e thema referálására *Grósz* professor úr személyében magyar tudóst kértek fel.

A trachomaellenes küzdelem igazán hatásos és eredményes azonban csak akkor lehet és lesz, ha a betegség okát minden kétséget kizáróan ismerni fogjuk.

A trachomát már az ókorban ismerték s okát a legkülönbözőbb tényezőkben keresték, így klimatikus viszonyoknak, évszakoknak, életmódnak tulajdonítottak fontosságot.

Az európai orvosok nagyobbfokú figyelme e szembajra a napoleoni hadjáratok alatt terelődött, amidőn a különböző hadviselő felek táboraiban acut lefolyású, gyakran pár nap alatt vaksággal végződő ophthalmiák léptek fel, melyekkel szemben az akkori orvosok eléggé tehetetlenül állottak. Azon állítás azonban, hogy a trachomát Egyiptomból Európába Napoleon katonái hozták át — téves, mert számos történelmi feljegyzésből, így egy pseudohyppokratesi iratból, Celsus feljegyzéseiből, papyrus Ebers-ből tudjuk, de ezek nélkül is feltételezhetjük, *hogy a trachoma verum Európában ősidők óta otthonos.*

A napoleoni időknek rosszindulatú, s mint mondottam, gyakran vaksággal végződő acut ophthalmiái mai klinikai és bakteriologiai ismereteink szerint nagy valószínűséggel tömeges gonococcus- és Koch—Weeks-fertőzések lehettek, melyek akár önállóan, akár vegyes fertőzések formájában léptek fel *(Axenfeld).* Hogy a tömeges fertőzés kiindulási pontja Egyiptom s az ophthalmiák széthurcolói az onnan visszatérő franciák lehettek, azt mindenesetre concedálhatjuk.

A bakteriológia korszakának felléptével a kutatók méltán remélhették, hogy a könnyen hozzáférhető kötőhártyán a specifikus kórokozót megtalálhatják. Szorgos kutatások indultak meg, melyekből azonban kitűnt, hogy a kötőhártyán fellépő saprophytáknak és pathogen bakteriumoknak a valódi trachoma előidézéséhez semmi közük nincsen.

1907-ben *Halberstaedter* és *Prowazek* újszerű leletel állottak elő, amennyiben Giemsa-festéssel a trachomás kötőhártya hámsejtjeiben kékre festődő nagyobb, ibolyásan festődő kisebb, a magon sapka módjára ülő apró szemcséket találtak, melyeket chlamydozoonoknak neveztek el, s ezen elemi szemcséket tartották a trachoma kórokozójának.

1909-ben *Lindner* a trachomás váladékban talált hasonló sarlóalakú szemcséket, melyeket kezdeti testecskéknek nevezett el és a chlamydozoonokkal azonosított. Ezen két eredeti megállapítás nyomán szorgos kutatások indultak meg a Prowazek-testecskék után, melyekből kitűnt, hogy ezen testecskék nemcsak az acut trachomának nevezett kórkép egy részénél *(Greeff, Frosch, Clausen, Axenfeld, Rötth András)*, hanem újszülöttek gonococcusmentes ophthalmoblenorrhoeájánál *(Stargardt, Heymann* stb.), ezen anyák cervix hámsejtjeiben *(Heymann)*, urethritis non gonorrhoicában szenvedő férfiaknál *(Lindner)* s újabban *Paderstein, Huntemüller, Fodor Géza* stb. vizsgálatai szerint az ú. n. uszoda conjunctivitisnél is. Sokkal ritkábban és kisebb mértékben találtak Prowazek-testecskéket *Zur—Nedden, Paschheff, Addario* acut conjunctivitisnél, *Axenfeld* idült blepharoconjunctivitisnél, *Thierfelder, Lodato* conjunctivitis vernalisnál, sőt *Addario, Spoto* ép conjunctiván is.

A Prowazek-testecskéknek ily sokféle kórformánál való közös előfordulása már magában véve is bizonyítja azt, hogy ezen testecskék a trachoma *specifikus* kórokozójának nem tekinthetők, s bár ezen kórformák közül az újszülöttek záradékconjunctivitise és az uszoda-conjunctivitis klinikailag az acut trachomához nagyon hasonlítanak, *mégis ezen betegségek tartamukban, lefolyásukban, főleg azonban következményeikben soha nem azonosíthatók az olykor súlyos pannussal, de mindenkor kisebb-nagyobb hegesedéssel járó trachoma verummal.* A Prowazek-testecskéknek kórokozó volta ellen azonban legsúlyosabb kriterium az, hogy ezen testecskék csupán a conjunctiva felületes hámsejtjeiben találhatók, holott a trachoma verum kimondottan a conjunctiva mélyebb adenoid- és fibrosus rétegének a megbetegedése.

A Prowazek-testecskéknek közönséges táptalajon való tenyésztése nem sikerült, miért is *Noguchi* és *Cohen*, nálunk *Rötth András* specialis táptalajjal (paraffinolajjal felülrétegezett ascites vagy serum, kis darabka házinyúlvesével) próbálkoztak, azonban sem tiszta tenyészetet kapniok, sem azzal trachomát előidézniök nem sikerült.

Ha a trachomás folliculusok bennékét egészséges emberi vagy pávián conjunctivájára átoltjuk, úgy az esetek egy részében 3—7 nap alatt kisebb-nagyobb izgalom kíséretében conjunctivitis follicularis, sőt hypertrophia is jelentkezik, amely rövidebb-hosszabb ideig való fennállás után nyom nélkül, főleg azonban hegek hátrahagyása nélkül gyógyul. *Spoto* egyáltalában tagadja, hogy a trachoma verum átoltható volna, szerinte és *Paschеff* szerint is az inoculatio után jelentkező folliculusok az oltási trauma reactiói.

Nézzük már mostan a trachomás milieujét. Ha a trachoma verumban szenvedők hozzátartozóit gondosan vizsgáljuk, azt látjuk, hogy olykor évtizedeken át együttélő hitvestársak közül csak az egyik fél trachomás, vagy nagyobbszámú családtagból csak egy-két tag trachomás *(Germaix, Brana).* Láttam viszont — bár sokkal ritkábban — családokat, melyeknek 3—4 tagja szenvedett egyidejűleg trachomában. Milieu szempontjából igen tanulságos a trachoma földrajzi, illetve talajviszonyok szerinti elhelyezkedése pl. Európában. A keleti országokban aránytalanul nagyobb mértékben fordul elő, mint nyugaton. Az északi országok: Norvégia, Svédország, továbbá a magaslati országok: Tirol, Schweiz a trachomától mentesek, míg Európának legalacsonyabban fekvő, mocsaras, lapályos országai, mint Hollandia, Belgium, Magyarország, a Dunának egész alsó szakasza, Olasz- és Spanyolország déli lapályos területei kisebb-nagyobb endemiás fészkeket mutatnak. Hazánkban, mint méltóztatnak látni, a trachoma elszórtan az ország egész területén előfordul, veszedelmesebb méreteket azonban a lapályos, mocsaras, általános egészségügyi viszonyaiban aránylag visszamaradt Duna—Tisza-közti és alsó tiszamenti területen ölt. Ugyanilyen a talajviszonyok szerinti elhelyezkedése a betegségnek Egyiptomban is, ahol főleg a mocsaras Nílus deltájában találjuk.

Hogy a trachomának ezen sajátságos, mondhatni conditionalis elhelyezkedése nem lehet tisztán a véletlen műve, az minden kétségen felül áll.

Ily körülmények között érthető, hogy a kutatók figyelme ismét a dispositióra és constitutionalis momentumokra terelődött. Mielőtt ezek rövid ismertetéséhez hozzáfognék, legyen szabad egy fontos tényt leszögeznem és pedig azt, hogy míg a napoleoni és azt követő idők tankönyvei *(Helling* 1822, *Weller* 1826, *Jüngken* 1838, *Andreae* 1846) a trachoma által fertőzötteket általában fiatal, viruló, egészséges egyéneknek írják le s csak a trachoma chronikus alakját említik kachexiás egyénekkel kapcsolatban, addig mi a mai értelemben vett trachomásainknál bátran azt mondhatjuk, *hogy ezek az esetek legnagyobb részében beteges küllemű, sajátságosan fakó arcszínű, beteg nyirokrendszerű egyének.*

A scrophulosis és tuberculosist mint fontos prae-

disponáló körülményt már a 60-as és 70-es évek tankönyvei említik, kifejezettebben *Arlt*, *Zehender*, *Blumberg*, *Baeck*, *Panas*, *Gromakowski*, újabb időben *Angelucci*, *Nivot*, *Pascheff*, *Peters* és néhány orosz szerző helyezik előtérbe.

Arlt, *Blumberg* egy lépéssel tovább mentek, amennyiben ők a trachomás folliculusokat egyenesen scrophulotikus nyirokcsomóknak tartották. *Angelucci* és iskolája a trachoma verum fertőző voltát tagadják. *Jilek*, *Krisztics* a dispositiót az exsudativ diathesisben tételezik fel. *Walter* egy lymphatikus dispositiót vesz fel s azt állítja, hogy az ilyen egyének conjunctiváján bármely hosszabb ideig tartó, nem specifikus inger a conjunctiva adenoidrétegének túlburjánzására, trachomára vezet. *A magam részéről a scrophulosist mint súlyosbító körülményt elfogadom, mint alapokot azonban nem.* Úgy a magaslati országokban, mint az északi országokban a scrophulosis elég gyakori megbetegedés, az endemiás trachoma verum azonban e helyeken ismeretlen betegség. Azt látjuk továbbá, hogy phthysis és trachoma a legritkábban társulnak egymáshoz.

Nézetem szerint tehát helyesebb, ha a trachománál szóbajövő dispositionalis tényezőket egyrészt a veleszületett constitutionalis factorokban, vagyis az *idiotypusban*, másrészt az összes számbavehető külső körülményekben, vagyis a *paratypusban* keressük, *melyből a fertőzést kizárni nem szabad.*

A trachomások constitutióját éveken át ilyen irányban vizsgálva, a következő megfigyeléseimről számolhatok be:

1. *A trachomások egy nagy részénél oly somatikus degenerativ stigmák láthatók, amelyek a veleszületett s előttünk még ismeretlen okból fennálló ú. n. constitutionalis lymphatismusnak s azt kísérő neuropathiának kétségtelen jelei, melyek azonban a trachomán kívül rachitis, heredolues, idiotismus, mongolismus, myxoedemánál is előfordulnak.*

2. *A trachomások nagy részénél oly fogánomaliák találhatók, amelyek az intrauterinalis élet utolsó s az extrauterinalis élet első hónapjaiban fennálló anyagcserezavarokra vezethetők vissza.*

3. *Lezajlott rachitisre és heredoluesre valló stigmák valódi trachomásoknál nem ritkák, s ily esetekben a trachoma lefolyása, főleg azonban a hegesedés sokkal súlyosabb, mint egyébként.*

4. *Minél súlyosabb a veleszületett constitutionalis lymphatismus és azt kísérő somatikus degenerativ stigmák, annál súlyosabb a trachoma lefolyása.*

Fenti megfigyeléseimmel kapcsolatban már 1922-ben ama nézetemnek adtam kifejezést, hogy *a trachomások constitutiója biologiai értelemben az ép, egészséges szervezetnek mögötte áll* s leginkább a *Bartel* által ismertetett ú. n. status hypoplasticus csoportba sorolható.

1924-ben *Rossi* a trachomások constitutióját status hypoplasticus, status degenerativus és status thymicolymphaticus csoportokba, míg *Pascheff* 1926-ban status thymicolymphaticus, status exsudativus, status neuroarthriticus csoportokba sorolja.

A trachomások degenerativ stigmáinak megítélésénél azonban óvatosságra van szükségünk, egy-két stigmából ugyanis messzemenő következtetést vonni nem szabad, a *csoportos stigmákat azonban mindenkor komolyan bíráljuk el.*

Feltűnő jelenség a trachoma verumban szenvedők *sajátságosan fakó arcszíne*, amely leginkább a chronikus intoxicatiók és infectiókban szenvedők arcszínéhez hasonló, s nemcsak kórházban hosszabb időt eltöltötteknél, hanem faluról, szabad környezetből jövőknél is észlelhető.

Gyakori jelenség a trachomások adenoid vegetatiója, amelyről 1922-ben már részletesen megemlékeztem. Az adenoidvegetatiók megítélésénél azonban szintén óvatosságra van szükségünk, mert másképen bírálandók el a secundaer infectiók által hyperplastikussá vált mandulák vagy nyaki mirigyek, mint a tisztán constitutionalis alapú, az egész szervezetben szétszórt, a hyperplasiás stadium után fibrosus degeneratióba eső, rigid, kevés vértartalmú mirigycomplexumok. *Nézetem szerint a trachoma verumot kísérő, olykor igen súlyos hegesedés részben ezen fibrosus degeneratio (Bindegewebsdiathese) rovására írandó.*

A trachomások vérképe általában *relativ lymphocitosist* mutat. *Sgrosso*, *Jilek*, *Krisztics* és laboratoriumunkban *Vajna* vizsgálatai szerint gyakori az *eosinophilia*. A mi trachomásaink általában alacsony termetűek, fiatal trachomásoknál gyakori az alacsony vérnyomás, továbbá peripheriás vasomotoros zavarok és *Angelucci* szerint a vagotonia.

Ugyancsak *Angelucci* megfigyelései szerint míg a phthysikusok hyperthyreoidtypusúak, addig a trachomások hypothyreoidok. A trachomások Wassermannja 6—8%-ban positiv.

Sok évi tapasztalatom és klinikai megfigyeléseim kapcsán legyen szabad újból hangsúlyoznom, hogy a trachoma aetiologiai kutatását, az intensiv bakteriologiai munkásságon kívül, terjesszük ki teljes mértékben a betegséget hordozó egyén constitutiójának, továbbá az összes számbavehető külső körülményeknek tanulmányozására is, mert csak így remélhetjük egyrészt a kórokozó tisztázását, *másrészt a rendkívül fontos prophylaxis biztosítását.*

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A Kiss-reactio értékelése a lues diagnostikájában.

Írta: *Mazgon Rózsa dr.*

A Wa R-nak költséges, komplikált volta, de még inkább az a tény, hogy némelykor kifejezett lueses esetekben vagy igen gyengén, vagy egyáltalában nem köt, készteti a szerzők hosszú sorát arra, hogy részint pótolni, részint pedig alátámasztani igyekezzenek azt, könnyebben, gyorsabban elvégezhető érzékenyebb reactiókkal. Mint ilyenek, a praecipitatiós reactiók merülnek fel. Szerzők eleinte elvetik a Wa R-nál használt szervkivonatantigent, próbálnak tisztán chemiai anyagokat, lipoidokat használni antigenül, azonban sikertelenül. Visszatérnek a szervkivonat alkalmazásához és kialakul a *Sachs— Georgi* és *Meinicke* jól ismert és általánosan elfogadott reactiója. Nemsokára követik ezeket úgyszólván nemzetenként, államonként kidolgozott praecipitatiós reactiók (P. R.), melyek kétségkívül mindinkább előnyös fejlődést mutatnak. Mint legismertebbeket hozzuk emlékezetbe az Angolországban elfogadott Dreyer- és Ward-próbát, az Egyesült-Államokban *Kahn* reactióját és Franciaországban, Svájcban elterjedt Vernes-féle reactiót. Ma már helyenként hivatalosan elfogadják a P. R.-kat, sőt nemcsak mint kisegítő és tájékoztató reactiókat használják a Wa R. mellett, hanem mint olyan próbákat, melyek a Wa R. helyett végezhetők és azt teljesen pótolják.

Magyarországon *Kiss Gyula* dolgozott ki egy P. R.-t, amely módosított, javított kiadásában kétségkívül

a legegyszerűbb methodikát kívánja, a legkevesebb laboratoriumi felszerelést, készítése a legrövidebb időt veszi igénybe és érzékenysége jóval felülmúlja az összes ismert praecipitatiós próbákat, sok esetben a Wa R.-t is.

Kiss antigenül szívizomból aetherrel, majd alkohollal kivont 5%-ot lecithinoldatot használ. Az antigen igen sokáig eláll (½—1 évig használható). A reactio kivitele röviden a következő: antigen és 10%-os konyhasót $\frac{aa}{}$ lassú egymásbaöntéssel összehozok, majd ezt lecentrifugálom, hogy a meglévő alkohol a praecipitatiót ne zavarja. Az üledék fölött lévő folyadékot leöntöm s az üledéket, amely összeálló massza, az eredetileg használt 10%-os konphasómennyiséggel homogénné összerázom. Az így elkészített emulsióból (antigenből) 1 rész serumhoz $^1/_{10}$ rész antigent adunk. Vizsgálatainkat 0·2 cm³ serummal végeztük. A serumot inactiv állapotban használjuk a praecipitatio gyorsabb beállása végett, ámbár activ savóval is végezhető. Az antigennel összehozott serumot 10—15 perci erősen centrifugáljuk, majd egy órán belül leolvassuk. A leolvasás történhetik 24 óra mulva is, azonban az állás a reactiót gyöngíti. Erősségében négy fokot különböztetünk meg. A lecentrifugált savók valamennyien flocculusokat mutatnak. A csöveket egyenként gyengén összerázva negativ savók teljesen homogénné válnak, a positivak erősségük szerint durvább, finomabb szemcsézettséget mutatnak. ++++ savónál durva, nagy flocculusokat látunk kristálytiszta átlátszó serumban, amely az + savóban finom, de szabadszemmel jól látható granulánként mutatkozik, opákabb savó mellett. Ha nem áll centrifuga rendelkezésre, akkor a keveréket tartalmazó csöveket negyedóránként 1—2 percig rázzuk és egy óra mulva leolvassuk. Nem szabad elhallgatnunk, hogy a reactio sikeres voltát lényegesen elősegíti az erős centrifugálás.

A reactiót a Wa- és Meinicke-reactiókkal parallel végeztük 3500 esetben. (A Wa R-t a Fresenius- és Behring-féle antigenekkel készítettük, titrált complementtel.) Minden esetet pontosan átvizsgáltunk, van-e lueses támpont, vagy nem. Az eredmény meglepő volt. A 3500 esetből:

486 positiv Wa-t,
551 „ Kiss-t,
385 „ Meinickét nyertünk. A Meinicke statisztikáját rontja még az is, hogy *a 385 eset közül 76* csupán önálló kötése a Meinickének negativ Wa és Kiss mellett. Az esetek közül csak *3 esetben* szerepel biztos lues, tehát az önálló kötés ritkán specifikus. Viszont kifejezetten ++++ Wa R. *75 esetében* a Meinicke *negativ* positiv Kiss mellett s a gyönge kötésű Wa R.-kat elenyésző számban követi, akkor is ritkán specifikus alappal. Meinickéül a „Dritte Modificatio"-t használtuk szigorúan az előírás szerint. Általában csak az igen erősen kötő lueses esetekben positiv. Ez magyarázza azok statisztikáját, akik csak az erős kötéseket fogadják el a Wa-nál s így nyernek optimalis statisztikát a Meinickénél. Így közöl *Elbert* Oroszországból utolsónak egy statisztikát, amelyben a Meinickét a legnagyobb százalékban egyezőnek mondja a Wa-nal és ez alapon hajlandó bevezetni a Wa helyett. Szerzők legnagyobb része, akik a Wa gyöngébb kötéseivel is foglalkoznak, általában a mienkhez hasonló statisztikai adatokat közlik (lásd pl. *Hajós*, 1920). De hiszen a P. R.-k azt szolgálják, hogy a Wa bizonytalan — gyenge kötéseit támasszák alá s nem az anélkül is erős, tökéletes kötéseket. *Kiss* reactiójának megbecsülhetetlen előnye a többi P. R. felett éppen ebben rejlik. Csekély kivétellel majdnem általánosnak mondhatjuk, hogy *ha a gyenge, bizonytalan Wa kötésekhez positiv Kiss R. társul, lueses megbetegedésről van szó.* Állításunkat igazolják a felsorolt számbeli bizonyítékok:

3500 esetből 39 önmagában positiv, bizonytalan Wa-ból: 7 lues, 32 negativ,

26 bizonytalan Wa-ból positiv Kiss-el: 21 lues, 5 negativ.

Ugyanígy a gyönge kötésű Wa-nál:

13 önmagában positiv +++ Wa-ból 6 lues, 7 negativ,

67 Kiss-el társult +++ Wa-ból 64 lues, 3 negativ. Értékesebb ez a ++ Wa R-knál, amelyeket a hiányzó anamnistikus adatok alapján a klinikusok hajlandók sokszor érvényteleníteni.

15 önmagában positiv ++ Wa-ból: 6 lues, 9 negativ,

38 positiv Kiss-e társult ++ Wa-ból: 34 lues, 4 negativ.

Meg kell említenem, hogy ezen esetekben a Kiss mind a négy gradusában szerepel, legnagyobb százalékban ++ formájában. Észleleteink arra mutatnak, hogy az eredmény valamely vizsgálatnál ++ Wa-t és ++ Kiss-t ad, 90 %-ban még negativ anamnesis mellett is a tünetek a lues diagnosisát igazolják. Ezzel szemben, ha ++ Wa önmagában áll, ez a lues felvételére nem jogosít.

Végül szeretnénk az önmagukban is positiv Kiss-ekről is említést tenni. A 3500 esetből ugyanannyit találtunk, mint önmagában positiv Meinickét: *78 esetet.*

Az esetek keresztek (intensitás) szerint így oszlanak meg.

++++:	7 eset közül:	5 lues,	2 negativ,
+++:	20 „ „	12 „	8 „
++:	41 „ „	33 „	8 „
+:	10 „ „	4 „	6 „

Látjuk az óriási különbséget az önmagukban positiv Kiss és Meinicke között. Itt 78 esetből 54 biztos lues, amott 76 esetből 3 csupán lues. Tehát a Kiss nem specifikus reactiót sokkal kisebb arányban nyujt. Törvényszerűséget kideríteni azon esetekben, ahol a P. R.-k lueses alap nélkül positivak, nem lehet. Figyelemreméltó, hogy ahol a Kiss R. lueses alap mellett önmagában positiv, kevés kivétellel neuroluesről van szó. Nagyon értékes adat ez akkor, amikor látjuk, hogy kifejezett tabes, paralysis progressiva eseteiben a Wa R. olykor negativ eredményt mutat. Önmagukban positiv Kiss-reactiók esetében több ízben történt lumbalpunctio, amely ++++ Wa liquorjával igazolta a reactio helyességét. Úgyszintén több esetben salvarsantej-provokálással győződtünk meg a reactio biztos voltáról.

Amint látjuk, a Kiss R. előnye a bizonytalan és gyöngekötésű Wa R.-k alátámasztásában rejlik. Ezelőtt ezeket a reactiókat értékelni igen ritka esetekben, jobbára csak a kezelés alatt álló lueseknél tudtuk, holott látjuk, hogy elég nagy százalékban szerepelnek:

A 3500 esetből 339 ++++ Wa mellett 198 gyönge, bizonytalan kötés van.

Ne mellőzzük azonban teljesen az önmagukban positiv Kiss-reactiókat sem, hiszen 70%-ban biztos lues az alap. Látjuk az igen jó eredményt ezzel a P. R.-val, mégsem merjük merészebb szerzők álláspontját elfogadni és önmagában ajánlani. (Egyetlen kivétel, ha a Wa R. valamely technikai ok folytán nem végezhető el.) Ellenben, mint a P. R.-k közül a Wa R.-val leginkább egyezőt, a Wa R. mellett okvetlen ajánljuk elvégezni s értékeit semmi esetre sem szabad elhanyagolnunk. Önmagában positiv formájában nagyon pontosan kutas-

sunk lues után, mert amint látjuk, neurolueseknél igen nagy fontossága van.

Irodalom: *Kiss:* Gyógyászat. 1925, 65. évf. 7. sz. — *Kiss:* Orvosi Hetilap. 1927, 71. évf. 26. sz. — *Kiss:* Gyógyászat. 1928, 68. évf. 8. sz.

A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet közleménye (igazgató: Johan Béla dr. egyet. rk. tanár).

Hymenolepis nana-esetek Magyarországon.

Írta: *Lőrincz Ferenc dr.*, a pathohistologiai-parasitologiai osztály adjunctusa.

(Előzetes közlemény.)

Pár hónap óta tájékoztató faeces-vizsgálatokat végzünk annak kiderítése céljából, hogy hazánkban milyen bélparasiták, milyen százalékban fordulnak elő s milyen azoknak az eloszlásuk nem, kor, lakhely, stb. szerint. Eddig mintegy 750 faecest vizsgáltunk át és azoknak nagy százalékában megtaláltuk a Magyarországon eddig is gyakorinak ismert bélférgek petéit. Ezek mellett azonban *18 esetben Hymenolepis nana-petéket találtunk.* Eddig nem tudtuk, hogy ez a féreg Magyarországon is előfordul.

Az eddigi vizsgálati adataink szerint a nevezett parasita 2·51%-ban volt található. A talált 18 eset közül 11 leány volt és pedig egy 18 éves, a többi 14—3½ éves közötti korú, 6 fiú 5—8 éves közötti korú és egy 27 éves férfi. Mindezen esetekben nem tudták azt, hogy a betegnek bélférge van.

A *hymenolepis nana* átlagban 10—15 mm hosszú, 0·5—0·9 mm széles galandféreg, amely a vékonybélben tartózkodik; inkább gyermekeknél lehet találni. Észak- és Középeurópában ritkán fordul elő, míg Déleurópában és a melegégöv országaiban gyakori. Gyakran a betegek tünetmentesen hordozzák magukban e férget, máskor viszont súlyos klinikai tünetek árulják el jelenlétét. A fertőzés a szájon át peték felvételével történik. A férgek elhajtására legjobban a Filix-mas kivonata használható. Prophylaxis szempontjából a hygiene általános szabályainak betartása mellett a hymenolepises betegek székének pontos fertőtlenítése és végül az olyan ételneműek kerülése fontos, melyek egerek-patkányoktól fertőződhettek.

Az ember (gazda) belébe került petéből kifejlődő cysticercus a bélbolyhokba fúrja be magát és ott fejlődik ki belőle az ivarérett féreg. Tehát a Hymenolepis nana fejlődési cyclusában a közti gazda hiányzik, a cyclus direct. Ezen tény *Grassi* (1887) munkája óta ismeretes és bár azóta sok vitára adott okot, ma már általánosan elfogadott.

A Hymenolepis nana-val alakilag mondhatni teljesen megegyezik az egerekben és patkányokban élő Hymenolepis fraterna. Ezen alaki hasonlóság felvetette az élettani azonosság kérdését is és ma a szerzők egyik csoportja sikeres állatkísérleteire támaszkodva e két féreg biologiai azonosságát állítja, míg a másik csoport ezt tagadja.

Saeki és *Uchimura*, *Woodland* emberből származó Hymenolepis nana petéivel sikeresen fertőztek egereket, illetve patkányokat. Egy esetben pedig az előbbi szerzők patkányból származó Hymenolepis fraterna petékkel sikeresen fertőztek egy leánygyermeket. Ezért más okokon kívül ezen kísérleteik alapján is a biologiai azonosság mellett foglalnak állást. *Chandler*, *Scott*, *Joyeux* és mások szintén igyekeztek átvinni a Hymenolepis nana petéit patkányra-egérre, azonban sikertelenül. Bár elismerik a mások által leírt sikeres fertőzések lehetőségét és elismerik az alaki hasonlóságot is a két Hymenolepis-fajta között, mégis tagadják az élettani azonosságot. A sok érv között *Joyeux* hangsúlyozza, hogy ha a két fajta azonos volna, úgy földrajzi elterjedésüknek is egyezőnek kellene lenniök, már pedig míg a Hymenolepis fraterna szerinte specifikus gazdájával, a patkány-egérrel mondhatni cosmopolita, addig a Hymenolepis nana előfordulása főként csak a melegebb égövekre korlátozott.

A röviden vázolt kérdéshez adatokat akarván nyerni, 8 darab fiatal patkányt fertőztünk Hymenolepis nana petéivel. A fertőzés hat patkánynál eredménnyel járt, ami amellett szól, hogy a Hymenolepis nana élettanilag is azonos a Hymenolepis fraternával. Az általunk talált Hymenolepis nana-leletek egyéb jelentőségük mellett abból a szempontból bírnak fontossággal a szóban forgó kérdés bírálatánál is, hogy ez a galandféreg fajta egyáltalán előfordul Magyarországon, ahol viszont *Kotlán* tanár úr szíves szóbeli közlése alapján tudjuk, hogy az egerek-patkányokban a Hymenolepis fraterna közönséges parasita. Így tehát nem hozható fel az azonosság tagadására az az érv, hogy míg Magyarországon patkányokban, egerekben gyakori e parasita, addig emberben nem fordul elő (előttünk t. i. nem találták), tehát a két faj nem azonos. Nézetünk szerint az eddig végzett kísérletek és a morphologiai hasonlóság amellett szólnak, hogy a Hymenolepis nana és fraterna azonos.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Légmellnél észlelhető mellhártyaösszenövések galvanokauterrel történő elégetéséről. *Jacobaeus.* (Therap. d. Gegenwart. 1928. évf. 10. szám.)

Szerző sajátmaga szerkesztett egy olyan thorakoskópot, amelynek egyik nyílásán galvanokautert vezethet be az előzőleg készített légmellbejáraton keresztül a pleuraüregbe és könnyen elválaszthatja vele a tüdő collapsusát megakadályozó pleuralis összenövéseket. A műtő a szem ellenőrzése mellett sokkal biztosabban dolgozik és ritkábban okoz sérüléseket a tüdőn, mint szemmel való ellenőrzés nélkül végzett műtéteknél. 200 eset kapcsán tett észleletei szerint az eredmények kielégítőek. A leírás alapján az eszköz jól használhatónak látszik. *Gaál dr.*

Cholecystektomia utáni pseudorecidivák kezeléséről. *Blass.* (Wien. klin. Wochenschr. 1928. évf., 41. sz.)

Szerző véleménye szerint a különböző okokból végzett cholecystektomiák után észlelhető recidiváknak leggyakrabban nem az epekőbetegség vagy epehólyaggyulladás kiújulása az oka, hanem az epeutaknak vagy a sphinkter Oddinak esetleg a megfelelő duodenalis résznek a spasmusa. A panaszokat antispasmodikumoknak (papaverin-atropin) és Mg So₄-el végzett duodenalis mosásoknak együttes alkalmazásával lehet a legjobban befolyásolni. Ha a duodenalis sonda nehezen vezethető le, annak is legtöbbször pylorus vagy duodenumspasmus az oka. Papaverin atropin bőralá fecskendezés után ez is könnyen megszűnik és nincsen további akadálya a duodenalis sonda levezetésének. *Gaál dr.*

Különböző haemoglobinmeghatározó módszerek összehasonlítása. *V. de Fillippis.* (Giorn. di clin. med. IX. évf. 13. sz.)

Szerző megállapítja, hogy a vér haemoglobintartalmát colorimetriás úton meghatározó methodusok, mint a Tallquist-, Fleischl—Miescher-, Autenrieth-, Sahli stb. apparatusok, ha a gyakorlati igényeket ki is elégítik, nem kielégítő pontosságúak akkor, ha exact tudományos mérések céljait szolgálják. Viszont *Van Slyke*

gázanalytikai módszere túlkomplikált sorozatos meghatározásokra.

Howard, Stoddart és *Adaire* módszere, különösen *Itchikawa* és *Takahata* módosításában elég egyszerű methodus s minimalis hibaforrásokkal bír. A módszer lényege az, hogy saponinnal haemolyzált vér refractióját meghatározzuk; azután hőbehatással a haemoglobin coagulatióját hozzuk létre s filtrálás után újból meghatározzuk az oldat refractióját. A két refractio közti különbségből — ismerve az oldat hígítását s a haemoglobin specifikus refractióját — kiszámíthatjuk a vér haemoglobintartalmát. E methodussal kapott értékek alig térnek el a gázanalytikai úton kapottaktól. *Zárday dr.*

A higany- (novasurol-) diuresis mechanismusáról. *F. Dal Prato* (Giorn. di clin. med. IX. évf. 14. sz.).

Szerző röviden ismerteti a higanydiuresis irodalmát, különösen nagy jelentőséget tulajdonítva *Jendrassik* vizsgálatainak a hatásmechanismus tisztázásában.

A legkülönbözőbb oliguriával járó megbetegedések alkalmával figyelte meg a novasurol hatását. Az esetek legnagyobb részében a hatás igen gyors és feltűnően nagymérvű volt; ezen esetek kapcsán tett megfigyeléseivel megerősíti *Jendrassik* azon állítását, miszerint, ha az egyszer adott higany megindítja a diuresist, ez addig tart, míg a szervezetben retineált víz még egyáltalában van.

Más esetekben a novasuroltól semmi diuretikus hatást nem látott; ilyenkor rendesen stomatitis s véres székürítések léptek fel.

A novasuroltherapia ezen különböző viselkedésének okát kutatva, megfigyeléseit a következőkben foglalja össze:

A novasurol minden esetben hatásosnak bizonyult, kivéve, ha 1. a vese anatomiai állapota gátolja a folyadékkiválasztást; 2. ha a portalis rendszerben fennálló akadály (májtumor, cirrhosis stb.) folytán a szervezetben felgyülemlett víz nem juthat el a veséhez; 3. ha a szívizomzat kórosan csökkent ereje nem elégséges a vérnek a vesékhez való juthatására. *Zárday dr.*

Sebészet.

Arcrák kezelése radiummal. *Lassauer A.* (Rev. méd. de la Suisse romande 1927, 47. évf., 13. sz.)

Szerző kis területű bőrrákot szüretlen vagy kevéssé szűrt sugarakkal gyógyít, melynél az eredmény egyszeri egy óráig tartó üléssel elérhető. A radiumtherapia igen egyszerű és jó eredményt ad. Az 1918—1927. években 85 eset közül 78 meggyógyult.

Bajkay Tibor dr.

A cocain helye a localanaesthesisben egykor és most. *Hirsch Caesar.* (Schmerz. 1928, 1. köt., 1—2. füz.)

A localanaesthesis történetében, ami lényegében a cocain története, a cocain előnyeit és hátrányait állítja szembe, melyből kitűnik, hogy ma már oly anyagokkal rendelkezünk, melyek kevésbbé mérgezők, mint a cocain, s melyekkel épp oly jó érzéstelenség érhető el, mint a cocainnal. A cocain klinikai alkalmazásánál még az a hátrány is meg van, hogyha az erősebb felületes érzéstelenítéshez használatos oldatok az injectio céljaira készített oldatokkal összecserélődnek, könnyen haláleset következik be. Másrészt pedig, mivel a cocaint hivatásától eltérően, bódító méregként széles rétegben használják, szerző szerint épp ideje, hogy a gyógyszerek közül eltűnjék s az árusítása a német gyógytárakban megtiltassék. *Bajkay Tibor dr.*

A végtagok progrediáló phlegmonéinak kezeléséről. *Breitmann.* Zentralblatt f. Chir. 1928, 31. szám.

Szerző *Peritz, Mermingas* és *Brandes* túlságosan activ és elektelenítő heget hagyó operativ eljárásaival szemben három súlyos esete demonstrálásával a már majdnem feledésbe merült Bier-féle hyperaemizálására hívja fel a figyelmet, amely úgyszólván sohasem hagyta cserben őt. Az eljárás eredményessége a helyes technikán és adagoláson múlik. Először is jól fent, messze a gyulladásos góctól alkalmazandó rugalmas pólya, amelyet csak 3—4 órai laza pólyázás után szabad meghúzni, de sohasem annyira, hogy az ütőeres pulzus eltűnjön. Az első napokban 20—22 órás pólyázás után 2—4 órai pihenőt hagynak, az esetlegesen fellépő oedema lefolyására. Ezután 10—12 óráig hagyják rajta, hogy fokozatosan leszállva az adagolással, 7—8 nap mulva egészen megszüntessék a hyperaemizálást. A fájdalmak már az első 24 órában hathatósan enyhülnek, 2—3 nap mulva az intoxicatio és a helybeli folyamat szűnése a szembetűnő, melyet követ a szívműködés javulása és a szabályosabb légzés. Az 5—6. napon a hőmérséklet normalis és a septikus tünetek legtöbbnyire eltűntek. Amennyiben ez mégsem következne be, úgy localisan valahol egy genygócnak kell lenni, amely egész kis incisióval nyitandó meg. Szerző szerint a pangásos kezelés eredményeivel csak a *Vorschütz* előírta sajátvérkezelés versenyezhet, amelynél sokszor eklatánsabb, de nem oly tartós a gyógyeredmény. *Marx József dr.*

Appendicitises tünetek anginánál. *Rost F.* (Med. Klinik. 1927, 23. évf., 50. sz.)

Szerző három esetet vázol, melyeknél az acut mandula- és homlokürreggyulladáshoz baloldali altesti fájdalmak társultak, s ennek következtében a betegen appendektomiát hajtottak végre. Makroskopice a féregnyujtványon elváltozás nem volt látható. A szövettani vizsgálat a serosa hevenygyulladási tünetét mutatta. Az egyik esetben Douglas-tályog fejlődött ki, melyben haemolitikus streptococcusok voltak.

Bajkay Tibor dr.

Vakbélgyulladás kapcsán fellépő mesenterialis pyaemiáról. *Hermann Hoffmann.* (Deutsche med. Wochenschrift.)

A vakbélgyulladás egyik legkellemetlenebb szövődménye a v. ileocolica rögösödése, mely tovahaladhat a visszér mentén, genyes embolusokat juttathat a májba, esetleg visszér körüli beszűrődést hozhat létre, ahonnan viszont a mesenterialis nyirokcsomók fertőződhetnek, hogy később genyesen beolvadjanak. A mesenterialis pyaemia *(Braun)* tünetei: intermittáló lázak rázóhidegekkel, ascites, subikterus-ikterus, fájdalmas májduzzadás, mely utóbbiak a máj megbetegedésének jelei már. Teljesen kifejlődött kórképnél önálló gyógyulás nincs, a műtéti beavatkozás eredményessége is kétes, legfeljebb csak addig, míg a gyulladás a féregnyujtvány visszereire korlátozódott. Ilyenkor az egyszerű appendektomia is elegendő lehet; de ha a gyulladás a vena ileocolikára is felterjedt, igen sürgős műtéti beavatkozás tárgyát képezi, ellenkező esetben sem a Braun által ajánlott vena ileocolica lekötése, sem Wilms-féle részletekben való lekötése, sem pedig a Braun-féle módosítás (a v. ileocolica lekötése közel a v. mesent-be való ömléshez) nem segít. Mégis megkísérlendőnek tartja, mert *Fromme* pár esetben még késői állapotban is jó eredményt ért el. Pár halállal végződő esetéről számol be.

Horváth György dr.

Urologia.

Újabb álláspontok az enuresis kérdésében. *M. Nathan.* (La Presse Méd. 86. sz. 1363. l.)

Az enuresis, mely *Sicard* szerint akaratlan vizeletürítésnek felel meg, régebbi ismereteink alapján, vagy psychikus zavar, vagy pedig bonctani elváltozás (záróizomgyengeség) következménye.

Kóroktanát 1900-ban *Jones* bővítette az enuresissel társuló spina bifidia s az alsó végtagokon jelentkező fejlődési és érzési zavarok ismertetése által. Ő és Katzenstein egy-egy esetben a cauda equinát leszorító kötőszövetes köteg átvágásával szüntették meg az enuresis nocturnát. További észlelések, melyek idegleftás mentén lokalizált pigmentatióra, hypertrichosisra s főleg spina bifida gyakori jelenlétére vonatkoznak, a cauda szerepét hozták előtérbe. *Bastos* és *Aguilar* vizsgálatai viszont a spina bifida occulta jelentőségét megingatták, mert ez enuresisben szenvedőknél nem gyakoribb, mint normalis egyéneknél. Állítá-

sukat számosan megerősítették, sőt *Finck* a gerinccsatorna hiányos záródását a 11-ik évig physiologiásnak tartja.

A spina bifidát kísérő elváltozások közül ritkább a gerincvelő fejlődési rendellenessége és fibro-lipoma képződés, annál gyakoribb azonban a *Delbet* és *Léri* által kimutatott kötőszövetes kötegek (brides fibreuses) jelenléte, melyek, ha elég feszesek és szívósak, a cauda egyes részeit leszorítva, a hólyag beidegzését csökkentik s ezáltal akaratlan vizeletürítést okoznak. Kimutatásuk Röntgennel lipiodol epiduralis *(Léri)* vagy subarachnoidalis *(François)* befecskendése után könnyen sikerül. Szövődmények, mint a köteg kettőzöttsége, a gyökök erősebb ártalma, a gerincvelői burkok zsugorodása, a műtét sikerét meghiusíthatják. Fontos ezen bonctani elváltozás mellett, mint azt *Bastos* és *Noegrerrath* hangoztatták, a beteg physikai alkata is, mert a műtét nem egyszer tisztán psychikus befolyásolás útján gyógyít.

Sicard legújabb munkája alapján az összes előforduló elváltozások csak organikus magvát képezik a megbetegedésnek, mert ennek lényege a kismedencebeli parasympathikus idegek tónusfokozódása. E szerint az enuresis az epilepsiának (cervicocranialis parasympathikus izgalom) és az asthma bronchialenak analogonja. Psychikus tényezők behatása szintén a vagotoniára vezethető vissza. Belladonnával elért gyakori jó eredmények is ezzel magyarázhatók.

Kóroktanilag tehát a megbetegedés nem tekinthető egységesnek s ezért minden egyes esetet egyénileg kell elbírálnunk. *Sas Lóránt dr.*

Bőr- és nemikórtan.

Az élesztő hatásáról és használatáról a dermatologiában. *Dr H. Lippert*, Köln. (D. M. W. 1928 okt. 26. 43. sz.)

A magában már régi élesztőkezelés igazi alapját és mai indicatiós terrenumát csak az újabb kutatások derítették fel. A régi, kellemetlen ízű sörélesztőt nemsokára a praeparált száraz sörélesztő, majd a mai, igen hatásos complex élesztőkészítmények váltották fel. Az élesztőkészítmények főhatása szoros összefüggésben van az élesztősejtek csirázóképességével. A Levurinose nevű száraz élesztőkészítmény egy complex ingerképző és activáló csoportot tartalmaz, vitaminokat, enzymeket és hormonokat. Helyes oralis adagolásnál a következőképen fejtik ki hatásukat: módosítják a bélflórát, antagonhatást fejtenek ki egyes pathogencsirákkal szemben, különösen a coli- és egyéb kevert infectióknál az urogenitalis tractusban s a hüvelyben.

A phagocitosist és bakteriophagiát fokozzák, reactiv leukocytosist indítanak meg a vérben, ingerképző hatást fejtenek ki általános protoplasmaactiválással s ezáltal roboráló antiglykosuriás hatást mutatnak az élesztő insulinszerű anyagaival, sőt enzymjeikkel, a Levurinose által a diabetest is jótékonyan befolyásolják. Tehát mindazon esetekben, midőn a nem specifikus ingertherapiát alkalmazni akarjuk, az élesztőkúrát Levurinose által (tabletta, kenőcs, pouder, por, szappan) a beteg nagy hasznára értékesíthetjük. Így cystitisnél, cystopyelitisnél, prostatitisnél, spermatocystitisnél, adnex-megbetegedéseknél, aknenál, rosacennál, furunculosisnál, chr. urticariánál és ekzemánál. Ugyancsak jól bevált diabetesnél és különböző szénhydrat-, zsír- és fehérjezavaroknál, valamint pruritusnál.

Laubál dr.

A negativ nyomás hatása a bőrre. *Dr. Leszczynski.* Dermatologische Wochenschrift. 1928 nov. 17.)

A nyomásváltozásoknak bőrre való hatását a repülési technika nagy fejlődése tette actualissá. Az előző megfigyelések idegérrendszerre, nyálkahártyákra vonatkoztak.

Leszczynski végzett kísérleteket a bőrön. Vízpumpás szívóharang segítségével csökkentette a nyomást és egy, a szívóapparatussal összekötött higanyos manometert használt mérésre. Vizsgálódásait különböző korú és nemű egyéneknél, pontosan mért ideig, azonos nyomás alatt, feszülő és nem feszülő bőrrészleten végezte, figyelembe véve a bőr manifest vagy latens pathologiás tulajdonságait is. Megállapította, hogy az elváltozások (hyperaemia, transsudatio, oedema, kiserek megrepedése, bőrben és bőralatti kötőszövetben való vérzés) elsősorban physikai factoroktól, a nyomás nagyságától és idejétől, a bőr feszességi állapotától függenek, de nagy szerepet játszik a kor, constitutionalis momentumok, valamint a fiatalkori tuberculosis és a késői syphilis is. *Böhm Sándor dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Schubert szerint operált, rögzített méhhátrahajlás és méhelőesés. *Wiemer.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 79. köt., 51. o.)

Egy *Schubert* szerint operált betegnél teljesen zavartalan gyógyulás után visszaesés következett be, mert a méh rögzítésére használt Braun—Melsungenféle pericardium-szalag 1½ év mulva teljesen felszívódott, s e miatt — mint az az ujólagos műtétnél kiderült — a méh régi helyére visszacsúszva, ismét prolabált. Szerző nem tudja, hogy *Schubert* a közölt 100 eseténél pericardium-szalagot használt a méh rögzítésére, vagy pedig a fascia latából vett csíkokat? A pericardium-szalagot, mint felszívódó anyagot, használhatatlannak tartja. *Szathmáry dr.*

Hydrops universalis congenitus. *Lahm.* (Monatschrift für Geb. u. Gyn. 79. köt., 63. old.)

Habár e kórkép nem oly ritka, aetiologiája mégis ismeretlen. Osztályozva az okokat, hangsúlyozza, hogy elsősorban a mechanikus tényezők, keringési zavarok játszanak szerepet. Egyes szerzők toxikus alapon nyugvó felfogása nem sok bizonyítékkal bír.

A mechanikus okok között legtöbbször a szív és tüdő fejlődési rendellenességgel szerepelnek. Első esetében lues szövődött pneumonia albával, másik esetében a bal tüdő veleszületett adenomája képezte a vérkeringés mechanikus akadályát. Úgy *Obendorfer*nek, mint a többi kutatónak ikerterhességi esetekből levont következtetését tisztára magzati eredetűnek tartja, s tagadja a kórképnek az anya betegségével való összefüggését. Röviden leírva saját újabb esetét (az aorta alig volt sonda számára átjárható) s hangsúlyozva a keringési zavar miatt beállott pangást, rámutat arra, hogy esetében a kórkép teljesen azonos volt azzal az állatkísérleti eredménnyel, melyet *Romberg* végzett — ért el. *(Romberg* az aorta szűkítésével, összefűzésével kísérleti úton tüdővizenyőt állított elő.)

Szathmáry dr.

A folliculoma s. oophoroma ovariiról. *Esser.* (Monatschr. für Geb. u. Gyn. 79. köt., 440. old.)

Összegyüjtve az irodalomban talált 11 esetet, felemlíti, hogy a ritka daganatok ismerete és osztályozása *Blau*, *Sternberg* és *Krompecher* nevéhez fűződik. Elhatárolva a jóindulatú képleteket a rosszindulatú hengersejtes rákoktól, kimutatja, hogy a daganatok legtöbbször egyoldalúak, s az idősebb kor betegségei közé tartoznak. Klinikailag ritkán okoznak panaszokat, s az eddig közölt esetek legnagyobb része boncolásnál, mint melléklelet került vizsgálatra.

Górcső alatt a petefészek rendes kötőszöveti állományában granulosasejtekből álló fészkeket találtunk, melyek körül a kötőszövet concentrikus rétegeket képez. A hámsejtek között sokszor colloidhoz hasonló anyagokkal kitöltött üregek láthatók. A sejtmagok legtöbbször basalisan helyezkednek el. A daganatok diónyi, tyúktojásnyi nagyságot érhetnek el, tömöttebbek s könnyen összetéveszthetők fibromákkal. Részletesen leírva saját esetét, hangsúlyozza, hogy e képletek teljesen kiért, jóindulatú, organoid daganatok, melyeknek klinikai jelentősége alig van.

Szathmáry dr.

Gégészet.

A csuklás kezelése. *Fuld E.* (Klin. Wochenschr. 1928, 7. évfolyam, 18. szám.)

Szerző a csuklás makacs eseteiben gyomorsondát vezet be s ezt néhány percig bennhagyja. Legjobb a sondát addig bennhagyni, míg a beteg megkísérli a csuklást. Ha kivételesen utókezelésre van szükség, e célra tubákot ajánl. Olykor a pyramidonnak és az aspyrinnek is jó hatása van. *Bajkay Tibor dr.*

Forróvíz befecskendezése golyva esetében. *Moser E.* (Brun's Beitr. z. klin. Chirurg. 1928, 142. k., 4. füzet.)

Szerző három oly golyva-esetéről számol be, melyeknél minden görbe 3—5 cm³ forró vizet fecskendez be. E kezelés után a göbök észrevehetőleg megkisebbedtek s a beteg közérzete is megjavult.

Bajkay Tibor dr.

Gégetükör ujjra való erősítése. *Mandelbaum M. Joseph.* (Laryngoscope. 1928, 38. köt., 3. szám.)

A gégetükröt csiptetőrugó és csukló segítségével a balkéz mutatóujjára erősíti; a hüvelyk- és középsőujj a nyelvet tartja. A jobbkéz műszerek számára szabad marad. *Bajkay Tibor dr.*

Az ajkfurunculusok kezelése. *Chiari O. M.* (Wien. Klin. Wochenschr. 1928. 41. évf., 14. szám.)

Ágynyugalom; hosszabban tartó beszéd és a mimikai izmok minden mozgása korlátozandó, folyékony és pépes ételek. A furunculuson minden kezelés eltiltandó. Kenőcsös (staphylococcus vaccinát tartalmazó histopin-kenőcs) gaze felé száraz, meleg borogatás alkalmazandó. Néhány nap mulva ellágyulás következik be. Az ellágyult zónában kis metszést kell ejteni. A tamponade ártalmas. Középsúlyos esetekben, melyeknél a tovaterjedésnek is vannak tünetei, *Läwen* szerint vérkörülfecskendés (40—80 cm³ a cubitalis venából) ajánlatos. Ezen eljárás szerint az egész ajak infiltrálandó. 20—22 órára a nyakon alkalmazott Bier-pólya könnyebbülést okoz. Súlyos, septikus esetekben szintén a sajátvérkörülfecskendés ajánlatos, azonban oly mértékben, hogy az infiltrált terület erősen feszülés alá jusson. *Bajkay Tibor dr.*

Dacryocystitis chronika kezelése Besredka-f. antivirussal. *Singer J.* és *Spitzer P.* (Wien. klin. Wochenschrift. 1927, 40. évf. 50. szám.)

Szerzők szerint dacryocystitis chronikánál a Besredka-féle antivirussal gyakran csodálatos eredmény érhető el s ezért minden esetben az említett szerrel való gyógyítás megkísérlését ajánlják. 12 ily módon kezelt eset közül csupán négy esetnél nem értek el eredményt.

Bajkay Tibor dr.

Quincke-féle oedema a felső légutakban. *Deutsch Emil.* (Zeitschr. f. Hals-, Nasen-, u. Ohrenheilk. 1928, 21. kötet.)

Nőbeteg felsőlégutai 34 éves kora óta időközönként megduzzadtak, mely tünetek nagyfokú dyspnoët idéztek elő. Két esetben hatalmas oedema lépett fel a lágy szájpadon, ami a gégebemenetig terjed le. Anya és nyolc gyermeke közül egynéhány hasonló acut megbetegedésben szenvedett. Három testvér (két fiú, egy leány) hasonló tünetek között fulladt meg, ami ezen oedema veszélyességét újólag bizonyítja. Az ok nem volt kideríthető. A therapia calcium és adrenalin adagolásában állott. *Bajkay Tibor dr.*

Végbélnarkosis alkalmazása az oto-rhino-laryngologiában. *Amersbach K.* (Schmerz. 1. kötet, 3. füzet.)

Amersbach a freiburgi és prágai orr-, gége- és fülklinikán az avertin-narkosissal szerzett tapasztalatairól számol be s ennek előnyeit, hátrányait tárgyalja. Az avertin-narkosis hátrányai eltörpülnek az előnyei mellett, ami különösen akkor lesz szembetűnő, ha a szer alkalmazásában módosítások lesznek alkalmazhatók. Ezek közé tartozik majd a dosis emelése is, amitől azonban szerző egyelőre — míg tapasztalataink nem gyarapodnak — óva int. Kisgyermekeknél hedonal-végbélnarkosist alkalmaz. Hedonalnarkosis helyiérzéstelenítéssel kombinálva igen alkalmas kisgyermekek légutainak és nyelőcsövének direct vizsgálata alkalmával.

Bajkay Tibor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Új könyvek.

Magyar nyelven:

Az újszülött élet-, kór- és gyógytana. *Torday Ferenc dr.* „Petőfi" Irodalmi Vállalat. Budapest, 1928. Ára 6 pengő.

A nemi egészségügy problémái. *Doros Gábor dr.* Orsz. Közegészségügyi Egyesület. Ára 5 pengő.

Német nyelven:

Die Störungen des Bewusstseins. *M. Rosenfeld.* Georg Thieme. Leipzig, 1929. Ára 16 *M.* — **Praktische Differentialdiagnostik:** Erkrankungen der Niere, des Stoffwechsels und der Endokrinen Drüsen? *O. Porges.* Ara 3 *M.* — *Innere krankheiten des Bewegungsapparates: E. Freund u. A. Simo. Ára 4·50 M. — Erkrankungen der Leber u. Galle: K. Glässner. Ára 4·50 M. — Infektionskrankheiten: A. Herz. Ára 6 *. Theodor Steinkopff. Drezda, 1929.*

Ergebnisse der gesamten Medizin. Herausgegeben von *Prof. Th. Brugsch.* 10. kötet. Urban és Schwarzenberg kiadása. 1928.

E vaskos, 560 oldalas kötetben foglalt monographiák címeit olvasva érdeklődéssel kell azt lapoznunk: csupa actualis, minden orvost érdeklő problemát tárgyalnak. *W. Rieder* az ileus név alatt jól ismert tünetcsoportot tárgyalja a szokásos felosztás alapján, nem hanyagolva el annak Röntgen-diagnostikáját sem. *M. Mosse* a lépnek a kísérleti kutatásban és a klinikai észlelésben foglalt szerepével foglalkozik 19 oldalon, helyesbítve több elavult nézetet, melyek e szerv sokat vitatott működéséről még általánosan elterjedtek. *F. Mandl* a paravertebralis injectio technikáját és diagnostikai, valamint therapiás alkalmazását tárgyalja a legújabb tapasztalatok alapján. *Zadek* és *Sonnenfeld* a tüdőgümőkór sebészi gyógyításáról írnak és élesen elhatárolják annak javallatát a különböző beavatkozások (mesterséges légmell, phrenikus átmetszés és kitépés, extrapleuralis thoracoplastika) szempontjából. *Kirschner* és *Usadel* a genyes hashártyagyulladás sebészi kezeléséről írt monographiájukban a königsbergi klinika 30 évi anyagát foglalják össze (1896—1925; 626 eset) és részletesen tárgyalják a betegség és gyógyítás minden momentumát, végül 12 pontban vonják le a tanulságokat, — mint irányelveket. *H. W. Gruhle* az utolsó 20 év psychiatriai kutatásának a schizophreniára vonatkozó részét foglalja össze igen jó, nem szakemberek számára is élvezetes stilussal. *L. F. Meyer* és *Jahr* a skarlatról számolnak be, összefoglalva értekezésük első felében mindazt, ami *Dick*ék és az ő kutatásaik nyomán mások munkásságából e félelmetes betegség aethiologiájára vonatkozóan leszűrődött; részletesen hozza a magyar kutatók *(Bókay, Johan)* vizsgálatait is. A második rész a klinikumot tárgyalja. *Kuttner* és *Löwenberg* a sondával nyerhető duodenumnedv bakteriumflorájával és annak diagnostikai értekelésével foglalkoznak. *Rautmann* a sportolás, tornászás által kifejtett izommunkának a keringési szervekre gyakorolt hatásáról írt érdekes értekezést. Két amerikai szerző, *Held* és *Gray* az epehólyag betegségeit tárgyalja; az első részben igen részletesen foglalkoznak az epehólyag és epeutak embryologiájával, anatomiájával és physiologiájával, a második részben pedig az epekőbetegség aetiologiáját és diagnostikáját ismertetik, végül annak kezeléséről írnak és felállítják a műtéti kezelés javallatait. *Zadek* a polycythaemiáról ír: a morbus Vaquez klinikumát ismerteti és kitér a tüneti polycythaemia és az „eltérő alakok" (polycythaemia hypertonica Gaisböck, polycythaemia léptumorral és urobilin ikterus-szal) tárgyalására is. *Hesse* az arsen és vas gyógyító hatásának újabb kísérleti alátámasztását írta meg, többször kénytelen azonban beismerni, hogy e két szer rendelését még inkább az empiria, mint a kísérlet indokolja. *Áldor* a bélendoskopia technikáját és diagnostikai jelentősé-

gét tárgyalja, felhívva a figyelmet a meglehetősen mostoha elbánásban részesített vizsgálati módszerre. *Fraenkel* és *Herschan* a nő sterilitásával foglalkoznak, annak sokféle okát, igen nehéz oki diagnostikáját és gyakran eredménytelen kezelését tárgyalják. *Ewald* jellem és temperamentum, valamint ezeknek testi alapjai című munkájában a szellemi és természettudomány határán álló új tudomány, a „biologiai caracteriologia" alapvonalait határozza meg, összefoglalva az ilyen irányú orvosi vonatkozású kutatások eredményeit. Végül az utolsó cikkben *Pende*, az olasz constitutiós kutatás módszereit és eredményeit ismerteti.

E tizedik kötettel e kiadványok első sorozata lezárult. A kötet végén 50 oldalas tárgymutató van, melyben az 1—10. kötetekre van utalás. *Boros dr.*

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Erste Tagung in Köln. Herausgegeben von Prof. *B. Kisch*. Th. Steinkopff kiadása. Drezda—Lipcse. Ára 15 *M*.

A vérkeringés kutatói újabb időkben lendületes munkát végeznek kiváló klinikusok vezérsége alatt, amilyenek *Eppinger*, *Wenchebach* és többen mások is. Meglepő eredményeik magyarázata, hogy leleményes eszközök, különösen a cardiograph a betegen is lehetővé teszik az experimentumot, amit sietnek aztán a legnagyobb tökélyre fejlesztett állatkísérletekkel is utánozni és analyzálni. Ez a 202 oldalas kis könyv feltárja előttünk a mélységeket és magasságokat, ahová már e született experimentatorok és „Kreislaufforscherek" eljutottak és a szív physiologiája és pathologiájában járatos orvosnak valóban érdekes, sőt izgató olvasmány. Az egészet *Eppinger* nagy előadása vezeti be: „*Das Problem der Kreislaufschwäche*", melyben elejétől végig igyekszik éreztetni és kimutatni, hogy ez a kérdés nemcsak a szíven fordul meg, s hogy a peripherián történtek nélkül egyáltalán nem is discutálható. Ezután az igen ügyesen rövidre foglalt, s éppen azért jól áttekinthető érdemes előadások sora következik számos görbével, cardiogrammal illusztrálva: Zur Diagnose der Kreislaufinsuffizienz. *M. Hochrein*től; Bedeutung vorbeugender Massnahmen bei drohender Kreislaufschwäche, *W. Langendorff*tól; Behandlung finaler Stadien chron. Herzinsuffizienz, *Alb. Fraenkel*től. Az experimentatorok közt kiemelkednek *C. Heymans* bámulatos technikájú kutyakísérletei, melyekben három állat vérkeringése is van carotis és jugularis anastomosisokkal egybefűzve, hogy a légzőközpontra gyakorolt reflectorikus befolyásokat, s viszont ennek kapcsolatait a vérkeringéssel kimutathassa. Új dolgokat tár elénk *Koch* és *Nordmann* a splanchnikustájék keringési viszonyainak mikroskopos megfigyelésével. *F. Trendelenburg* Über Herztonverstärkung címen olyan eszközt mutat be, miről egy lelkes hozzászólója azt mondja, hogy az egy acustikus mikroskop. Ha még kiemeljük *D. Scherf* előadását a pitvarlebegés és pitvarcsillogás theoriáiról és *J. Rihl* szép referatumát: „Über Kenntnisse von den normalen und abnormalen Herzreizen" címén, akkor még távolról sem ismertettük meg ennek az első „Tagung"-nak minden szép értékét, amiről igazán elmondhatjuk, hogy a vérkeringés kutatói kitettek magukért. Ajánljuk mindenkinek, mert gondolatokat ébreszt és munkára, megfigyelésre késztet.

Vámossy dr.

Vererbung anatomischer Variationen der Nase, ihrer Nebelhöhlen und des Gehörorgans. *H. Leicher*. München, J. F. Bergmann, 1928. 164 oldal.

A szerző a frankfurti fül-, orr-, gégeklinika tanársegéde, de jelen szorgalmas dolgozata csak kis részben érdekli szakmájának specialistáját, legnagyobb részében az anatomus, anthropologus és örökléstankutató érdekkörébe vág. Az orr és hallószerv normalanatomiai változatainak átöröklési módját tette vizsgálat tárgyává. Erre a munkára csak specialista vállalkozhatik, mert a vizsgálat a rhinoskopia, otoskopia és Röntgen-technika alkalmazását teszi szükségessé. Az anatomiai variatióknak csak egy része, pl. a sinus sigmoideus felszínes fekvése, a csecsnyúlvány különböző fokú pneumatisatiója, az orrsövénydeviatio érdekli a szakorvost, a legtöbb, mint pl. külorr, vagy a fülkagyló idoma, az orvosnak közömbös. Vizsgálati anyaga négy háromnemzedékű, soktagú keresztény család és hat ugyancsak háromgeneratiójú keresztény-zsidó fajkeverékes család volt, továbbá 39 egypetéjű és 27 kétpetéjű ikerpár, ezenkívül a változatok gyakoriságára nézve a szerző a nagyforgalmú klinika bőséges anyagán végzett statisztikai vizsgálatokat. Sok anatomiai változat nem látszik öröklékenynek. Az egypetéjű ikrek sem egyformák minden variatio tekintetében, de alig tudunk egyetérteni a szerzővel abban az elméletben, hogy amennyiben az egypetéjű ikrek eltérnek egymástól, ez csak paravariatiónak, azaz a méhenbelüli életben érvényesült hatások paratypusos következményének minősítendő. A szerző anyaga nem elég bő ahhoz, hogy véglegesnek vegyük egyik-másik változatra vonatkozólag azt a megállapítását, hogy ez recessiv, amaz dominans módon öröklődik át. A szerző megállapítja, hogy egyes látszólag egységes morphologiai vonások, mint pl. az orr alakja, nem átöröklési egységek, hanem különböző gének combinatiói, amelyek egymástól függetlenül öröklődnek át, hol dominans, hol recessiv módon. Sokat foglalkozik a szerző a zsidó arctypus agyoncsépelt kérdésével, különösen pedig a zsidó orral. Ma már tudjuk, hogy az ú. n. zsidó-typus az arcnak több vonásában fejeződik ki, amelyek közül akár csak egy lehet jelen s már ez elég, hogy az említett typus hatását keltse. Ami az orrot illeti, *Fischberg* már régen kimutatta a newyorki zsidóságra nézve, hogy a convex-orr csak 14·7%-nál, illetőleg nőknél csak 12·2%-nál fordul elő, legtöbbjüknek (57·3. illetőleg 59·4%-nak) egyenes orra van. *Jacobs* és a szerző szerint is nem annyira az orr domborulata jellemző, mint inkább az orrszárnyak húsossága, mozgékonysága és különösen alsó szélüknek az orrcsúcstól rézsutosan az archoz felhúzódó járása. *Henke* legjellemzőbbnek az ajkak duzzadtságát, különösen pedig azt a körülményt tartja, hogy ezek a szájzugok felé aránylag keveset keskenyednek. Mások szerint a typusos vonás a szájzugok és az orrszárny közötti területen székel. *Fischberg* és a szerző szerint a 6-os orr recessivnek mutatkozik az átöröklésben éppen úgy, mint az elálló fül s az odanőtt lebenyke is. Gyakorlati szempontból nem érdektelen, hogy a sinus sigmoideus felszínes fekvése a csecsnyúlványban családi vonásnak bizonyult s az ugyanazon család két tagján végzett antrotomiánál nehézséget is okozott.

Lenhossék Mihály dr.

Lues congenita tarda. *Walther Krantz*. Urban és Schwarzenberg. 1928. Ára 4 *M*.

A *Brugsch* által szerkesztett *Ergebnisse der gesamten Medizin* XII. kötetében jelent meg *Krantz* cikke, amely most különfüzetként is kapható. Támaszkodva régebbi szerzők — elsősorban *Hutchinson* és *Fournier* — leírásaira, amelyek ma is teljes egészükben elfogadottak, részletesen tárgyalja a szerző elsőnek a koponyacsontokon észlelhető, a congenitalis luesre jellegzetes tüneteket. A fogak lueses elváltozásait ismerteti aztán s a leírás megértését a szöveg közé iktatott számos ábra jelentékenyen megkönnyíti. *Hutchinson* eredeti munkáját sok helyen szószerinti fordításban idézi, ugyancsak a *Hutchinson* által felállított „trias" ismertetésénél is, s így összefoglalva elejét veszi további felesleges irodalmi vitáknak *Hutchinson* értelmezését illetőleg. Rövidebben tárgyalja még a csontokon, bőrön, mirigyekben s a központi idegrendszerben fellépő, változatos képekben gazdag alakjait a veleszületett lues késői formáinak. Végül a seroreactiók s a családi anamnesis jelentőségére hívja fel a figyelmet. Minden orvos haszonnal és élvezettel olvashatja e munkát, amelynek értékét az igen jól sikerült számos kép csak emeli. A könyv kiállítása a kiadó céget dicséri. *Tüdős dr.*

Chirurgische Krankheiten des Rumpfes und der Extremitäten. *Brünning A.* Verlag Theodor Steinkopff. Drezda és Lipcse, 1928.

A 104 oldalra terjedő könyvecske negyedik füzete a *Honigmann* giesseni professor szerkesztésében megjelenő „Praktische Differentialdiagnostik für Ärzte u. Studierende" című gyüjtőmunka sebészeti részének lényegileg nem egyéb, mint jól áttekinthető rövid összeállítása a törzs és végtagok sebészetére vonatkozó legfontosabb tudnivalóknak az elkülönítő kórisme szempontjából. Emellett ott, ahol ez szükséges, az egyes bántalmak kórtani és kórbonctani vonatkozásai is kellő megvilágítást nyernek. Therapiáról a műben nincsen szó. A munka elsősorban a gyakorlóorvos és a diagnostikában még járatlan, kezdő chirurgus igényeinek felel meg, akik abból minden gyakorlatilag fontos diagnostikai kérdésben gyorsan tájékozódhatnak. Az egyes kórképek és vizsgáló módszerek leírását tömör szabatosság jellemzi, a ritkábban előforduló, valamint az újabban ismeretessé vált kórképek (ostitis fibrosa, Perthes-, Köhler-, Schlatter-féle betegség stb.) is a kellő figyelemben részesülnek. Kár, hogy a végtagsebészeti fejezetnek általános és részletes részre való felosztása miatt

gyakori ismétlésekkel találkozunk. Mint jó diagnostikai segédkönyvet a nagyobb sebészeti kézikönyvek mellett minden sebészettel foglalkozó gyakorlóorvosnak, valamint szigorlóorvosoknak, melegen ajánlhatjuk.

Milkó dr.

A fertőző betegségek elleni védekezés és fertőtlenítés. *Székelyhidy Hammer Dezső dr.* Budapest, 1928. Pfeiffer F. kiadása. 99 oldal.

Rigler professor úr, aki a könyvecske előszavát írta, találóan jegyzi meg, hogy „ebből a könyvből a sikereken alapuló tapasztalat szól az olvasóhoz". Ehhez a kijelentéshez fenntartás nélkül csatlakozhatik mindenki, aki a könyvet figyelemmel átolvassa. Hét fejezetre oszlik. Az első hat általános bakteriologiai, immunitas- és járványtani alapismeretekből közöl annyit és úgy, amennyit és ahogy a szerző 20 ilyen kis oldalon vázolni a 79 oldalnyi VII. fejezetben foglaltak megértéséhez szükségesnek tart. A könyv átolvasása után az az érzésünk, hogy a hangsúly mind terjedelmet, mind tartalmat illetőleg ezen a VII. fejezeten van, melyet az előbbi hattal szemben részletes résznek nevezhetnénk. A könyvről elődjével, a fertőtlenítők részére írt igen ügyes könyvecskével szemben, nehéz megállapítani, kik részére készült.

Horváth Dezső dr.

Az Apponyi Poliklinika Tudományos Társulatának december 19-i ülése.

Bemutatások:

Sternberg Aladár: *Objective hallható fülzörej.* 35 éves nőbetegnél 1½ m-re hallható, két köröm egymásról való lepattanásakor keletkező hanghoz hasonló fülzörejt észlelt. Ezek az ú. n. entotikus fülzörejek létrejöhetnek az arteriosus- és venosus-rendszer megbetegedéseinél, továbbá a tuba és fül saját izomzatának contractiós állapotánál. Az összes vizsgálatok elvégzése után bemutatónak az a véleménye, hogy jelen esetben a fülzörejeket a tuba izomzatának contractiós állapota hozza létre.

Hollós Lajos: *Indirect bilirubin mechanikus ikterusnál.* Hét év előtt műtét gyomorperforatio miatt. Azóta 15—20 alkalommal ismétlődő, néhány nap alatt múló ikterus. Az ikterust, mint azt az újabb műtét igazolta, az összenövések által szűkített choledochusban időnként fellépő passage-zavar okozta, ami minden bizonnyal a gyomorduodenumban ismételten fellépő catarrhus, esetleg spasmus következtében jött létre. Ezen biztosan mechanikus ikterusnál, nemcsak a vér bilirubin indirect reactiója, de az epefesték hiánya a vizeletben is ennek ellene szóltak. Bár ezen eset az első az irodalomban, hol felnőtt mechanikus ikterusánál a vér csak indirect reactiót mutatott, mégis ezen adat intő figyelmeztetésül szolgál arra, hogy egyedül a vér bilirubin qualitativ viselkedéséből az ikterus és ezzel kapcsolatban a megbetegedés fajtájára döntő következtetést vonni nem lehet.

Hozzászól: **Lobmayer Géza.**

Urbán Ferenc: *Sarcoma multiplex Kaposi esete.* A négyéves folyamat kezdetén csak tágult ereket feltüntető, felszínesen fekvő kékes-piros foltok mutatkoztak, melyeken sejtes beszűrődés még nem volt kimutatható. Néhány hónap mulva körülírt, tömött borsó-mogyorónyi csomók képződtek, majd a folyamat a mellre, arcra és hátra is elterjedt. Ezenkívül metastasisok voltak tapinthatók a májban. A cutisban fekvő kékes-piros csomókat tágult hajszálerek járják át, sok helyütt vérzés is látható. A szövettani kép szerint a folyamat a cutis középső és mélyebb rétegeiben localizálódik. A nagyszámú hajszálér között fusiformis, normalisnál nagyobb sejtekből álló kötőszöveti nyalábok foglalnak helyet. A nyalábokban vérfestékrögök láthatók, az interstitialis vérzés következtében.

Előadás:

Holitsch Rezső: *Cholecystographia.* Az epehólyag megbetegedéseit (cholecystitis, cholelithiasis, a ductus cysticusnak különböző okból támadt elzáródásai, stb.) eddigi Röntgen-vizsgáló módszereinkkel az eseteknek kb. 40%-ban tudtuk csak helyesen kórismézni. Így felismerhetők voltak az epekövek olyankor, ha elmeszesedtek. Ugyancsak felismertük az epehólyag lobosodása után támadt összenövések okozta elváltozásokat. Azonban az esetek nagyobb részében kórjelzésük bizonytalan maradt.

Igen nagy haladás e téren a cholecystographia, mellyel sikerült az epehólyagot a Röntgen-sugárral láthatóvá tenni. Ha a szervezetbe bevitt contrastanyag a Röntgen-képen szabályos telődést mutat, és ez zsírdús étkezésre prompt kiürült, akkor a legnagyobb valószínűséggel állíthatjuk, hogy az epeutak jól átjárhatók és az epehólyag is ép. Míg ha az epehólyag nem telődött, valószínűséggel állíthatjuk, hogy a ductus cysticus el van zárva, vagy, hogy a hólyag kövekkel van megtöltve.

Az elmondottakat 35 diapositiv Röntgen-kép vetítésével szemlélteti, amelyeken látható, hogy az epehólyag helyzete milyen nagy ingadozásokat mutat a különböző alkatú emberekben. Demonstrál egyes és többes epekő képeket, valamint ezeknek az epehólyagnak étkezés utáni összehúzódásakor való elmozdulását. Bemutat a ductus cysticust elzáró kisebb és nagyobb köveket, továbbá zsugorodott, összenövésekkel vongált, hatalmasan kitágult, stb. epehólyagot.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának december 14-i ülése.

Papp Sándor (mint vendég): *Gerincvelői echinococcus-cysta két ízben operált esete.* 48 éves férfi. Egy éve spastikus paraplegia, hypaesthesia, hypalgesia a D 11-től lefelé, székelési zavarok. A gerincesatornába fecskendezett lipiodol fennakad a VII. hátcsigolya magasságában. Műtét: laminektomia *(Pólya).* A dura alatt a VIII. háti csigolya magasságában, a gerincvelő jobb oldalán sárgás képlet, melynek megnyitása után sok liquor ürül, majd babnyi fehér képlet távozik. Szövettani vizsgálat: cysticercus-tömlő, melyben a fejet nem találták meg. Műtét után a beteg állapota változatlan, lipiodol a VIII. háti csigolya magasságában. Két és félhónap mulva újabb műtét. A VIII. hátcsigolya magasságában kb. kisdiónyi tömlő, amely cysticercusnak bizonyul. A beteg állapota változatlan, a lipiodol a befecskendezés után nyolc hónappal is a VIII. háti csigolya magasságában van. Az első műtét után az echinococcus complementreactio negativ volt, eosinophiliát és a liquorban horgokat nem lehetett találni, egyedül az echinococcus-serum cutanreactiója volt erősen positiv.

Sarbó Artúr: a) *Diplococcus meningitis és lueses meningitis együttes előfordulása egy egyénben.* A beteg 1925-ben soporosus állapotban került először vizsgálatra. A vizsgálatok szerint a liquorban kimutatható extra- és intracellularis diplococcusok cerebrospinalis meningitist hoztak létre, mely endolumbalis diplococcusserum többszörös alkalmazására meggyógyult. A visszamaradó kórállapot lueses hátterét részben a liquor Wassermann-positiv volta, részben az antilueses kúrák jó hatása igazolták. Állandósult tünetek: homonym hemianopsia, amely a bal tractus optikus sérülésére utalt, váltakozó intensitású nagyotthallás, neuralgia. A tünetek összessége hydrokephalus jelenlétére utalt. Ez gyakori cysterna- és lumbalpunctióval, továbbá állandó sófogyasztással kezeltetett és ily kezelés mellett a beteg elég jó állapotban van.

b) *Bőr- és agygumma együttes előfordulása egy egyénben.* 43 éves férfi, katonakorában szőrvágása volt, antilueses kúrát nem kapott. 1919-ben a mellkas bőrén fájdalmatlan fekélyek, melyek csillagos, behúzódott hegekkel gyógyultak. Jelenleg úgy mellkasán, mint jobb lábszárán typusos gummák. Idegrendszeri panaszai négy hét előtt kezdődtek. Bal végtagjai zsibbadtak, keze ügyetlen lett, lába térdben rogyott. Végtagjai fokozatosan gyengültek, bal lábának üregujjában, főleg éjjel, görcsös fájdalmak léptek fel (dorsalflexio). Objective: Baloldali spasticus hemiplegia, érzési eltérés nincs. Vér-Wassermann: +++, liquor-Wassermann: + —+. Pándy: +++, Nonne: ++±, haemolysin: +++, fehérje: 0·40‰, sejtszám: 32. Colloidgörbe balra kissé szélesebb. Liquorlelet alapján kétségtelen a meningitis luica, amely a klinikai tünetek alapján a jobb centralis gyrusok tájékára lokalizálható és valószínűleg mint meningitis gummosa zajlik le. A megindított higanybedörzsölések javulást eredményeztek: a beteg ujjait mozgatni képes. Bemutató ezen esettel is igazolva látja felfogását, mely szerint a syphilis lefolyásában van olyan szak, melyben a spirochaeták életfeltételeiket leginkább az interstitiumban találják meg. Ilyenkor a bőrön, csonthártyán, agyhártyán gummákat hoznak létre.

Környey István: *Adatok a striatum elfajulásos betegségeinek kórtanához.* 15 éves fiúnál fokozatosan strialis tünetcsoport alakult ki: merev arckifejezés, nyitott száj, dünnyögő beszéd, nyáladzás, a felső végtagokon a hajlító, az alsó végtagokon a feszítő izomzat merevsége és lábujjhegytartás. Spastikus reflexek nem voltak; bal hüvelykujjon pseudo-Babinsky-tünet. Bal kézujjakon athetoisos mozgások. Másféléves kórlefolyás után többnapos delirium, halál. A boncolás májcirrhosist derített ki, amely klinikai tüneteket nem okozott. Ez kétségtelenné tette a Wilson-féle betegség diagnosisát. A chronikus neurologiai tüneteket a központi idegrendszerben egyedül a putamenben talált chronikus elváltozásokra lehet visszavezetni. Ezek lényege az ektodermaszármazékok (idegsejtek, rostok és mekrogliasejtek) nekrosisa. A lebontási folyamatról kiterjedt elzsírosodási góc tanuskodik. Az ektodermaszármazékok helyi, de válogatás nélküli pusztulása nem valódi rendszeres bántalomra, hanem toxikus eredetre utal. A Wilson-kór és a pseudosklerosis egységes betegség, amelynek localisatióbeli és helyi intensitásbeli változatossága okozza a klinikai tünetek eltéréseit. Aetiologiájukban öröklés nem mutatható ki, bár gyakran fordulnak elő testvéreknél. Ezzel szemben egy klinikailag hasonló kórképben (családi előrehaladó izommerevedés, *Spielmeyer)* öröklés kimutatható, cirrhosis nincsen és a kórszövettani képben érvényesülnek az öröklődő idegbántalmak Schaffer-féle általános kriteriumai. A torsiós-dystoniás tünetcsoport szintén kétféle: endogen és toxikus alapon léphet fel.

Keller Kálmán: A pseudo-Babinsky-tartás létrejötte a Wilson-kór tárgyalt esetében is az úgynevezett Friedreich-láb kifejlődésében magyarázható. A Friedreich-láb nemcsak a Friedreich-ataxiában, hanem más kórformákban is észlelhető. Mindaddig, míg a hosszú ujjfeszítőizmok zsugorodása van előtérben, pseudo-Babinsky-ujjtartást látunk, amint azután az ujjhajlító és a rövid talphajlító izmok zsugorodása túlsúlyra kerül, a distalis percek behajlíttatnak s Friedreich-typusú lábtartás áll elő.

A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának dec. 11-i ülése.

Elnök üdvözli *Zimmermann* professzort, mint vendéget.

1. **Kelemen György:** *Sulcus glottideus bilateralis* (készítmény). Az ismeretlen egyéntől származó gégén mindkét oldali hangszalag hátsó peremét alulról hátulról körülölelő második ajkat lehet látni. Ez a szalag a valódi hangszalag alá nyomuló tasak alsó határát képezi, j. o. sima, b. o. papillomás. Mindkét oldalon borsónyi üregbe jut a kutató, mely előre, felfelé és hátrafelé terjedve, az eredeti alatt és mögött egy második ventriculus laryngist képez. Az irodalom nyolc olyan esetet ismer, ahol a hangszalag csaknem mindig mindkét oldalon megduplázódott. Többnyire véletlenül adódott hullaleletről van szó. Magyarázat szempontjából a fejlődéstan nem mond sokat, valamivel eredményesebb egy és más phylogenesises alakkal való összehasonlítás. Kórtani jelentősége a leírt képletnek csak olyan értelemben van, hogy ismét reáirányítja a figyelmet a hangszalagok hátsó végződésének tájára, amely egyenesen lelőhelye emberen és állaton az érdekes bonctani elváltozásoknak.

Némai József: Tetemben gyakrabban láthatni a hangszalag szabad szélével párhuzamosan futó barázdát, mely felső és alsó részletre osztja a hangszalagokat és két oldalt symmetriás. Élőben ez a hangszalag megfeszítése következtében eltűnik. Élőben egyszer volt alkalma láthatni.

Pollatschek Elemér: A bemutatott eset nagyon ritka, mert valódi hangszalagkettőzést mutat a hangszalag hátsó végén. Az *Oertel* esete a bemutatott kép szerint az egész hangszalag hosszára kiterjed és azon helyen ül, ahol a hangszalag felső és alsó széle között normalisan egy nyirokér fut végig, amelyet nemrégen *Hajek* írt le hitelesen. Ezen helyen puha hypertrophiák fordulnak elő, amelyek a hangot alig zavarják. Atrophiás gégéken szóló 2 esetben látott egy hosszan futó árkot, amelynek ezen kifejlődési foka lehet az *Oertl* által leírt eset. A *K.* esete feltétlenül fejlődési rendelenesség.

Kelemen György utal többek között a ventriculus laryngis leitius néven leírt rendellenességre (theromorph jelenség).

2. **Hasskó Sándor** (mint vendég): *Halálos véazódésű gégezacskóelváltozás orang-utánnál.* A rendelkezésemre álló egészséges anyag kapcsán *Camper*rel ellentétben sikerült megállapítanom azt, hogy az orang-utan gégezsákjainak a fala bár tartalmaz sima izomsejteket a benyílás helyen, nem tömörülnek azonban a sejtek záróizommá. Jelen adott esetem kapcsán további megerősítést nyert azon feltevés, hogy az orang-utánok gégezsákjai valóban páros fejlődésűek és a fiatal korban sagittalisan helyeződő válaszfallal el vannak különítve. Rátérve ezután „Pista" 20 hónapos orang-utan betegségére, az előbb említett állat többhetes betegeskedés után hurutos tünetek között elpusztult. Az állatorvosi főiskolában kórboncolás, az elváltozott részeket pedig kórszövettani vizsgálat alá veszik s a vizsgálat után megállapítottuk, hogy „Pista" orang-utan gégehurut, eves gégezacskó és tüdőgyulladáshoz csatlakozott toxaemia és soporemia következtében exitált. Hogy e betegségek közül melyik volt elsődleges, az elváltozott részek súlyosságából arra következtetek, hogy a gégezacskók gyulladása volt a halál causa principalisa, mely, mint az eddigi feljegyzésekből kitűnik, igen gyakran előfordul a fogságban levő orangutánoknál.

Kelemen György: Kölyökkutya esetét említi, ahol a tracheoscopia vérzéses elváltozást mutatott az álhangszalag táján, amit később a boncolás igazolt és amelynek okát talán idegen test képezte.

Zimmermann: Fick berlini anatomiai professor legújabb közlésére hívja fel a figyelmet, melyben a két gégezacskó egy közös oldali morgagnitasakkal állt összeköttetésben. Fick riasztó berendezésnek tekinti, semmiesetre sem resonatornak.

Némai József: Egyiknek sem volt tüdőtuberculosisa. Az állat a nagy torokzacskót kiüríteni nem tudja, mert erre semmi izomzata sincs. Lehet, hogy a fiatal állat félrenyelt és a morgagni-tasakba jutott idegen anyag ott szétesett, genyes gyulladást és pyaemiát okozott.

Campian Aladár: A bemutatott eset megegyezik az embernél előforduló gégephlegmonéval. Keletkezésének feltétele, hogy pathogen bacteriumok jussanak a submucosába. A bakteriumok behatolása a nyálkahártya mikroscopikus sérülésén át is lehetséges, amelyet vizsgálattal megállapítani nincs módunkban és ily mikroscopikus sérülések hurut következtében is keletkezhetnek A májban és garatban normális körülmények között is jelenlevő bakteriumok ezen laesiókon keresztül is bevándorolnak a submucosába, ott megszaporodnak és phlegmonét idéznek elő.

Liebermann Tódor felemlíti, hogy mesterséges avitaminosisok esetén állatoknál sokszor épp a légzőszervek és azok függelékei betegszenek meg elsősorban, hasonló bennéket termelve. A fogságban tartott állatok egészen megváltozott étrendje az avitaminosist valószínűvé teszik.

Hasskó Sándor: A gégezsákok physiologiájával nem kívántam foglalkozni, azonban nehezen tudom elképzelni, hogy az orangután gégezsákjai a hangadásnál szerepelnének, miután nincs izmos faluk, tehát, ha az állat hangot ad, nem resonálhat, miután a levegő kiürül belőle, active sem szerepelhet, mert az állatnak active a tüdejébe kellene a levegőt bepumpálni. Azon a véleményen vagyok, hogy valaminő védő berendezés, mint az ember proc. vermiformisa, mert majd minden esetben azt észlelték, hogy a gégezsákok megbetegedtek *(Puderch).* Az kétségtelen, hogy a szóban levő orangután evesedő gégezsák és tüdőgyulladás következtében exitált és a legvalószínűbb, hogy a bakteriumok active vándoroltak le a gégezsákba, de nem tonsillán, mert azokon elváltozások nem voltak, hogy a hangszalagok rezgésbe jöjjenek.

Elnök: megköszöni az értékes bemutatást.

3. **Tóvölgyi Elemér:** a) *Géacpapilloma esete.* Az 55 éves férfibetegnél ezelőtt több évvel végeztek papylloma miatt endolaryngealis műtétet, mire hangja javult, de a rekedtség nem szünt meg teljesen. Ezelőtt két hóval a rekedtséghez nehéz légzés is társult, ami az utóbbi két hét alatt annyira fokozódott, hogy a beteg munkaképtelenné vált. A gégekép, egy főleg annak jobb falából kiinduló kisdiónyi, a gégebemenetet csaknem teljesen betöltő karfiolszerű daganatot mutat, amely minden valószínűség szerint leterjed a tracheára

is, hová azonban a daganat miatt látni nem lehet. Tekintve a beteg korát, daczára a szövettani leletnek — ami papilloma simplexet állapított meg — közelfekvő, hogy egy rákos metamorphosissal állunk szemben, amit majd a tumor teljes eltávolítása után eszközölt újabb szövettani vizsgálat fog végérvényesen eldönteni. De akármivel is van dolgunk, az egyedüli therapia ez esetben, laryngostomia, a daganat lehető teljes eltávolítása, Röntgen-besugárzás, avagy talán még inkább diathermia. A radium nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, sőt a rádium-tubusnak a gégében való hosszas bennhagyása már egyes esetekben igen mélyreható necrosisokat okozott.

b) *Trachea stenosist okozó mediastinalis tumor esete.*

B. F. 54 éves munkás négy éve köhög. Három hét előtt mindinkább fokozódó nehéz légzés lepte meg. Mindezideig mint lakatos, mesterségét folytatta, de két nap óta már oly nehéz a légzése, hogy dolgozni nem képes. Láza nincs, lues, haemoptoë Ø. Családjában tuberculosis nem fordult elő. Bronchoscopiai lelet: A második-harmadik trachealis gyűrű magasságában a légcső hátsó falán síma falú elődomborodás, ami a légcső lumenét több mint felére szűkíti, e duzzadás, bár csökkenő mértékben, a légcső egész kerületén konstatálható, úgyhogy a lumen alófelé lúdtollvastagságig köröskörül szűkült. Belgyógyászati lelet: balcsúcs felől elől-hátul rövidebb kopogtatási hang. A bal inflaclavic. árokban erősen tompult kopogtatási hang, felette gyöngült légzés. Diffuse az egész tüdőn búgások, sípolások. Rekeszek renyhén mozognak. A bal mellkas-félen, a bimbó felett, néhány tágultabb vena. Röntgen-lelet: a nyak mellső alsó részén (sternum alatt) almányi daganat. Tekintve a lelet és a nehéz légzés gyors előállását nyilvánvalóan egy, a légcsőt komprimáló mediastinalis, rosszindulatú daganattal van dolgunk. Hogy ez strumából indulna ki, nem igen valószínű, mert a légcső hátsó felületénél gyakorolja a legnagyobb nyomást, valószínűbb, hogy egy lymphosarkomával, avagy carcinomával van dolgunk, de akárhogy is álljon a dolog, az alsó tracheotomia sürgősen elvégzendő, utána a legajánlatosabb volna Röntgen-besugárzásokat próbálni, de, sajnos, a javulásra nem sok reménnyel.

4. **Wein Zoltán:** *Radiummal kezelt gégerák érdekes esete.*

55 éves férfibetegnél 1927. szeptember 20-án praeliminaris tracheotomia inf. után laryngofissión át kimetszette a bal hangszalagon ülő laphámrákot, eltávolítva a bal kannapore proc. vocalisát is és a galvanokauterre szűnni nem akaró vérzést catgut-aláöltéssel csillapítva. Műtét után baloldalon perichondritis arytenoidea következik be, ami a laryngoskopiát indirecte lehetetlenné teszi és direct úton is nagyon nehezíti; néhány nap alatt ez annyira szűnik, hogy október 10-én a canulet eltávolítjuk. A laryngofissio sebe kis genyedő sipoly visszamaradásával gyógyult. 1928. január 7-én ismét jelentkezik, mert éjszaka fulladási rohama volt, mit megmagyaráz a bal ary-tájnak lobos duzzanata, mely belégzéskor elzárja a gégebemenetet. A légzési nehézségek szűnni nem akarván, január 9-én tracheotomia inferiort végzünk, minthogy pedig a gégébe való betekintést az ary-táj duzzanata lehetetlenné teszi, újabb laryngofissióval nyitjuk meg a gégét, melyben a kimetszett hangszalag táját sima heg foglalja el. A sipolyt feltárva, kitűnik, hogy az a bal ary-tájra vezet, mely üres nyálkahártyazsákká alakult; alapos kikaparást végzünk és noha a szövődményt lobos eredetűnek tartjuk, biztonság kedvéért 25 mgr radiumot helyezünk sárgarézfilteres Domenici-csőben 10 órára a nyitott gégébe, mi erős nyálkahártyaduzzanat és belöveltség képében élénk reactiót okoz, mely azonban egy hét alatt lezajlik. Három nap mulva megkapjuk a sipolykaparék górcsövi leletét, mely szerint az legnagyobb meglepetésünkre laphámrák-fészket mutat. Február 14-én gégeexstirpatiót végzünk. Az eltávolított gégéből, különösen annak gyanús részéből, számos kimetszést végzünk górcsövi vizsgálat céljára, de sehol rákos elváltozást találni nem sikerült. (A górcsövi készítményeket és az eltávolított gégét bemutatja.) Nézete szerint a rák az erélyes és közvetlen radium-besugárzás hatására tünt el, miért is különösen inoperabilis gégerák esetén a radiumtubusnak laryngofissión keresztül közvetlenül a gége belsejébe helyezésének esete kapcsán, másokhoz hasonlóan, szintén ajánlja. Beteg egyébként teljesen meggyógyult és a böfögő beszédet oly jól elsajátította, hogy hivatását továbbra is teljesíti.

Campian Aladár kérdezi, hogy a radium behelyezése után látható volt-e a gégében carcinomás elváltozás?

Kenes Pál: Előadó eljárását teljes mértékben helyesli, igenis, műtéti eljárás jöhetett csak szóba. Besugárzó therapiával igen szomorú tapasztalataink vannak, rövid időre gyógyulás lép fel ugyan, de csakhamar következik a recidiva, amely félelmetesen szokott jelentkezni, rendesen dissemináltan és akkor már operátióról nem lehet szó.

Liebermann: *Wein* eljárása helyes volt. Negativ kórbonctani és szövettani lelet nem sokat jelent, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a carcinoma diagnostizálva volt először. Biztosan recidivált volna. Erre egy régebbi esetéről, melyet referál és per analogiam — bizonyítékot hoz fel.

Tóvölgyi Elemér: Ne általánosítsuk ama felfogást, hogy ha carcinoma a diagnosis, úgy teljes gégeexstirpatiót kell végezni. Ha körüírt a carcinoma, úgy próbálkozzunk meg laryngofissió-melletti kiirtással. Egy hangszál-carcinoma esetében az így operált betege még 6 évig élt recidiva nélkül és akkor egy intercurrens bajban ment tönkre.

Fleischmann Mór: Az a véleménye, hogy a gégecarcinoma a műtéttel és a második kikaparással gyógyult meg és nem a radium therapiától. Nem pedig azért, mert három gégecarcinomát észleltem, amelyeket radiummal kezeltek s a betegek állapota romlott, exitáltak.

Pollatschek Elemér: A tumort *Wein* valószínűleg a kikaparással eltávolította, de ha a radium gyógyította volna meg, négy hét alatti gyógyulásról szólni sem lehet. Felemlít egy esetet, ahol a próbaexcisio a hangszalagban elkorcsosodott laphámrákot mutatott a laryngofissio útján eltávolított hangszalagban más kórosat a kórboncnok nem talált és így a próbaexcisio már gyökeres volt. Ezek azonban ritka véletlenek.

Wein Zoltán: A gégébe az arytáj változatlan duzzanata miatt a II. laryngofissio, vagyis a radiumbesugárzás után sem lehetett beváltani. Nézete szerint rákos elváltozást, mely a szöveteket infiltrálja, nem lehet excochleatióval kiküszöbölni, miért is meggyőződése, hogy a közvetlenül és huzamosan ható rádiumsugarak tüntették el esetében a gégerákot. Teljes gyógyulásról ráknál természetesen csak évek multán beszélhetünk, bizonyos azonban, hogy a bemutatott esetben a klinikai, vagy mikroskopiai kórismézésnél megbízhatóbb, rendkívül alapos górcsövi vizsgálat sem tudott rákot kimutatni radiumbesugárzás után.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának november 19-i ülése.

1. **Szellő Ferenc:** *A méhen belül történt magzatelhalás kórismézése Röntgen-photographálás segítségével.* Az intrauterin magzathalál klinikai vizsgálatokkal nem mindig tisztázható. Ilyenkor segítségünkre lehet a magzatról készült Röntgen-felvétel, mely a halál beállta után megmutatja a koponyatető lelapulását, a gerincoszlop nagyfokú meghajlását, a csontok széleinek egymásratolódását, azok szögletben találkozását, majd a csontoknak mélységi irányban való széttolódását, besüppedését, az egész koponya assymetriássá válását és összerogyását az intracranialis tartalom postmortalis zsugorodása következtében. *Spalding* hívta fel először a figyelmet ezen vizsgálati eljárásra s kívüle eddig még csak néhányan, főleg amerikaiak, közölték ezirányú tapasztalataikat. A felsorolt Röntgen-jelek azonban csak akkor értékesíthetők, ha a fej még a bemenet felett van és a szülés még nem indult meg.

György Ármin: Az esetet ő is Röntgen-nel photographálta, de nem dorsoventralis irányban, hanem oldalt fektetve. A magzat képe igen homályos volt, de kétségtelenül a terhesség mellett döntött. A beteg túlhordás tünetei miatt már arra gondolt, nem hord-e esetleg daganatot, amire a külső vizsgálat is gyanút adhatott, mert kifejezett caput medusae volt a hason látható. Kíváncsi a szülés lefolyására, mivel a túlhordás mindig komplikált.

Scipiades Elemér: György kérdésére azt a felvilágosítást adja, hogy akkor, mikor a beteg klinikáján jelentkezett, már nem volt annak szükségessége, hogy a terhességet Röntgen-felvétel útján állapítsák meg, mivel az a szokott szülészeti vizsgálatokkal is kétségtelenül tisztázható volt. Így tehát csak arra volt szükség, hogy Röntgen útján a magzat méhürön belüli elhaltságát állapítsák meg. Ez felvételeikkel minden kétséget kizárólag megállapíttatott, amit mutat az is, hogy tényleg régen elhalt magzattal folyt le a szülés. Azt kívánja még mint érdekest kiemelni, hogy az uterus üréből egy, a regressiv elváltozások maximalis állapotát mutató, placenta membranace távozott el, egybehangzólag azon Burg-féle vizsgálatokkal, melyek kiderítették, hogy a terhesség haladásával egyenes arányban a lepényen és pedig annak először boholyszövetein kezdődő, majd annak erein folytatódó regressiv elváltozások indulnak meg, melyek a magzati anyagcserében olyan következményekkel járnak, melyeknek vagy a szülésnek rendes időre való megindulása lesz az eredménye, vagy túlhordás esetén egy bizonyos idő után a magzat elhalása. Ha a túlhordás ezen túl is folytatódik, a lepény regressiv elváltozásai még fokozódnak, olykor addig, mint amilyet az ezen szülésből származó lepény mutatott.

2. **Szabó Jenő:** *Myomás vérképek.* Myomás vérképekről szólva, rövid irodalmi áttekintés után 50 myomás betegen végzett vizsgálatsorozatról számol be, mely a Schilling-féle qualitativ és quantitativ vérkép, a systoles-vérnyomás és a vérsejtsüllyedés meghatározásokat ölelte fel. Vizsgálataiból kiderül, hogy a vérkép változásai az esetei 68%-ában jelenlevő vérzések által jól magyarázhatók és legfeljebb csak az esetek közel felénél észlelt eosinophylia adhatna arra okot, hogy *Winter* gondolatmenete szerint thyreoidealis és ovarialis disfunctióra gondoljunk. A systoles vérnyomás eseteiben emelkedett volt általában, megjegyezve mégis, hogy a 40 év alattiaknál kisebb fokban és ritkábban, mint 40 év felettieknél. Végül a vérsejtsüllyedésmeghatározásoknál *(Haselhorst—Westergreen* szerint) azt észlelte, hogy esetei 84%-ában a süllyedés gyorsult volt, anélkül azonban, hogy abból akár prognostikus, akár pedig diagnostikus jelet lehetett volna kiolvasni. Ez utóbbi vizsgálat-sorozatban megerősítve látta egy korábbi, *Szilágyi*val közösen végzett vizsgálatsorozat kapcsán állított tényt, nevezetesen, hogy a süllyedést előidéző factor elsősorban is a plasmához van kötve és csak másodsorban és akkor is csak kis mértékben a vér alakelemeihez.

3. **Janáky Gyula:** *Myoma és szívbetegség.* Myomás nők között elég sok a szívbajos. Minél régebbi a myoma, minél idősebbek a betegek, annál több a szívelváltozás. A vérzéses myomáknál inkább a functionalis, a panaszmentes, vagy daganatérzést panaszoló myomásoknál ellenben az organikus elváltozások dominálnak. Mivel a daganat nagyságával párhuzamosan nő a kóros szívelváltozások száma, megállapítható, hogy a szívbetegség keletkezése és a myoma között összefüggés van, melynek okát további vizsgálatoknak kell kideríteni.

Ángyán János: A statisztikai összeállítások, amelyeket az előadó a myoma és a szívbaj együttes előfordulására vonatkozóan felállított, gyakorlati szempontból érdekesek, — azonban idegenszerűen hat reá az a megkülönböztetés, amely a szívre vonatkozó vizsgálati adatokat Röntgen-nel nyerhetőkre és ezen alapon „organikus"-okra, vagy a belorvosi vizsgálattal megállapítottakra, az előadó szerint, „functiós" elváltozásokra csoportosítja. A szív megbetegedésének belorvosi elbírálásakor a Röntgen-vizsgálattal nyerhető alaki kép elválaszthatatlanul a belorvosi vizsgálathoz tartozik, de ezenkívül még finomabb vizsgálatok egész sora állhat rendelkezésére, így az elektrocardiographia is, amely értékes adatokat szolgáltathat. Az ilyen komplikált kérdés megoldásához a megfigyelés és vizsgálat sokkal több irányban terjeszthető ki, mint ahogy ezen vizsgálat során megtörtént. A statisztikai összeállítások, mint az előadó is kifejtette, tehát nem szolgáltathatnak adatot a vitatott kórtani összefüggések kérdésében való állásfoglalásra és ezért az orvosi szakosztály színe előtt kéri fel *Scipiades* tanárt arra, hogy e kérdés vizsgálatában a vezetése alatt álló klinikával collaboráljon.

Scipiades Elemér: Mindenekelőtt teljes készségét nyilvánítja *Ángyán* tanár azon óhajtásával szemben, mely klinikáját a tárgyaltakhoz hasonló kérdésekben közös munkára kéri. Nem osztja *Ángyán* tanárnak azt a megjegyzését, hogy a myomások szívbetegségeinek aethiologiáját illetőleg nem járt volna az előadó kutatása eredménnyel. Bármennyire óvatosan szerkesztette is meg előadó a vizsgálataiból levont tanulságokat, azokból kétségtelenül kiderült, hogy legalább is egy része a myomásoknál megállapítható szívbajoknak, ezek közül is az organikusoknak, a myomával, mint olyannal, feltétlenül összefüggésben van. Tisztáztatta előadó vizsgálataival azt is, hogy semmi támpont sem volt nyerhető arra nézve, hogy ezen a myomával okilag összefüggő organikus szívbetegségek a myomából kiinduló mérgekkel, vagy petefészek disfunctióval állanának összefüggésben. A myomával összefüggő organikus szívbetegségek okát mechanikus tényezőkben kell keresni. Emellett szól, hogy a szívbetegségek gyakoriságának arányszáma a myomás daganat nagyságával és fennállásának időtartamával egyenes arányban szaporodik. Praeparatumokon demonstrálható, hogy egyes daganatnál az erek tágulása és szaporodása mekkora megterhelést ró a szívre. Emellett szólnak a szív megnagyobbodására és a vérnyomás változására vonatkozó vizsgálatok.

4. **Klobusitzky Dénes:** *Hofmeister-féle ionsorozat befolyása a vörösvérsejtek ülepedési sebességére.* (II. rész.) Előadó azon régebbi kísérleteit, melyekben megállapította, hogy a Hofmeister-féle anionok a vörösvérsejtek ülepedési sebességét a SO_4'' Cl' NO_3' Br' J' SCN', a kationok pedig kb. a Ca'' NA' K' NH_4' sorrendben gyorsítják, tovább folytatva azt vizsgálta, hogy az egyes ionok a plasma, illetve serum sűrűségét, viscositását, felületi feszültségét, töltését, vezetőképességét mi módon befolyásolják, s hogy az ezekben létrehozott változások arányosak-e a süllyedéssebességnél észlelt változásokkal. A kísérletek azt mutatják, hogy a sűrűség és viscositásváltozások *Stokes* képletének szellemében történnek, azonban nem állanak arányban az észlelt süllyedéssebességkülönbségekkel. Különösen vonatkozik ez a sulphat- és chloridtartalmú plasmákra, melyek között legnagyobb a süllyedéssebességkülönbség. Ezt a nagy különbséget a két plasma töltése közötti különbséggel magyarázza, amennyiben a sulphatplasma négyszer kisebb fokba elektronegativ, mint a chloridplasma s a többi ionoknál is az látszik, hogy mentül inkább elektronegativ a plasma, annál lassúbb a vérsejtek ülepedési sebessége. A sótartalmú plasmákban a vérsejtek ülepedési sebessége mindig kisebb, mint a sómentesekben, amit előadó egyrészt utóbbiak legnagyobb sűrűségével, másrészt az elektrokinetikus potentiál emelkedésével magyaráz, amely emelkedés a sóknak a fehérjék dissociatióját fokozó hatásával van kapcsolatban. A kationsornál az összefüggések nem ily szabályszerűek s maga a kationsor sem mutat oly szigorú sorrendet, mint az anionsor, minek okát előadó abban látja, hogy a kationok a fehérjékre sem gyakorolnak oly szabályszerű rendben befolyást, mint az anionok, továbbá abban, hogy az egynemű töltések egymásra nem gyakorolnak oly kifejezett hatást, mint a különneműek.

Reiner László: *Klobusitzky* vizsgálataiból arra is lehet következtetni, hogy bizonyos plasmaalkotó részeknek az agglutinatiót fokozó hatása döntően befolyásolja a vörösvérsejtek ülepedési sebességét. Előadottak szerint valószínű, hogy ennek az anyagnak a vizsgált körülmények között positiv töltése van, de a kísérletekből az is látszik, hogy ennek az anyagnak a vörösvérsejtre gyakorolt agglutináló hatása nem kizárólag a positiv töltésre vezethető vissza.

December 3-i ülése.

1. **Soós József:** *Az arteria coeliaca aneurysmája.* Az arteria coelica eddig le nem írt, tbc.-s alapon fejlődő aneurysmáját mutatta be, ritkaság volna úgy is, mint coelica aneurysma, úgy is, mint a peripherikus ereknek tbc.-s eredetű aneurysmája, mert hasonló esetet eddig csak szórványosan publikáltak. Bemutatással kapcsolatban kitér az ereken a tbc.-s fertőzés eshetőségeire és következményeire: a miliaris tbc.-re és az elvérzésre. Irodalmi adatok alapján csoportosítja a tbc.-s aneurysmák megszokott formáit és keletkezési módjait. A bemutatás tárgyát képező praeparatum 54 éves férfiből való, kinek sajtos nyirokcsomóiról a gümős sarjszövet-képződés a coeliaca és az aorta falára is ráterjedt, majd a mediában sajtosodás következett be s míg a coeliaca aneurysma képződött, addig az aortán körülírt mesaortitist okoztak. A coeliaca aneurysmája megrepedt, a hashártya melletti szövetben aneurysma spuriumot hozott létre, mely a bursa omentalis felső részén átszakadva, a hasürbe történt vérzést eredményezte. Ugyanakkor a sarjszövet által az apró erek is inficiáltattak és miliaris tbc. váltódott ki. Úgy a coeliaca aneurysma

falában, mint az aorta falában a Koch-bacillus kimutatása sikerült.

Entz Béla: Amilyen gyakori a gyüjtőerek gümős megbetegedése és a szív miliaris gümőkórja, olyan ritkán fordul elő a verőerek gümős megbetegedése, amire bemutató is rámutatott, aránylag nagy boncolási anyagában csak néhány esetben észlelte az aorta intimájának miliaris gümőkórját. A bemutatott esethez hasonlóak azok az aneurysmák, amelyek a tüdőben cavernákban képződnek, nagyon érdekes, hogy a jelen esetben a coeliaca körüli nyirokcsomók elsajtosodása terjedt rá a coeliacára és okozott aneurysmát. Az esetet az teszi különösen értékessé, hogy az aetiologiát határozottan tisztázni lehetett, mert az aneurysma falában a gümőbacillus kimutatása is sikerült.

2. **Barta Imre:** *A phenylhydrazinkezelésre fellépő thrombosis okáról. Eppinger* a polycythaemia vera okát a csökkent vörösvértestpusztulásnak tulajdonítja és ezen az alapon vérsejtpusztító méreg alkalmazását ajánlja. A sósavas phenylhydrazinnal számos esetben feltűnő jó eredményt látott, de újabban mind több és több az olyan észlelés, amelyben a kezeléshez ismeretlen okból thrombosis társult. A phenylhydrazin hatását állatkísérletben tette vizsgálat tárgyává. A sósavas phenylhydrazin 1%-os oldatából naponta 1 cm³-t fecskendezett a fehér patkány bőre alá. A vörösvértestek állandó fogyása közben a vérlemezkeszám folytonos emelkedést mutat, a vérlemezkék egyes állatban a háromszorosra is megszaporodtak. A thrombocytosis oka csontvelőizgalom, melyet a sok éretlen vérlemezkén kívül a megakariocytákon látható elváltozás igazol. A vérfibrinogen tartalma lényegesen megszaporodik, ezáltal csökken a vérlemezkék töltése és az agglutinatiós képesség nő. A véralvadás is gyorsult, a harmadik oltás után a kezdő alvadási idő csaknem összeesik a teljes alvadással. Phenylhydrazin hatására tehát a thrombosis keletkezésének okát abban látja, hogy a thrombocytosison kívül a vérlemezkék agglutinatiós képessége fokozódik és a véralvadás gyorsul.

3. **Jendrassik Lóránt:** *Az agyvelő physiologiás hatóanyagairól.* A tihanyi biologiai intézetben megkezdett kísérleteiről számol be, melyek agykivonatoknak és biodialysatumoknak túlélő szervekre gyakorolt erős hatását mutatják. A békaszív kevéssé érzékeny ezekkel szemben. Alkoholos kivonatok erősebb concentratióban adnak csak negativ inotrop és chronotrop hatást. Hatóanyag sem szervetlen vegyület, sem cholin nem lehet. Nagy hatáserősségben diffundálnak physiologiás oldatban (testhőmérséken, oxygen ellátás mellett) tartott agydarabokból és vékony metszetekből a túlélő nyúlbél, nyúl-, vagy tengerimalacméh izomzatát izgató anyagok, oly mennyiségben, amely egy-két súlyszázalék cholinchlorid hatásával egyenértékű. A hatás atropinnal nem antagonizálható. E hatóanyag is szerves vegyület, de sem tejsav, sem kreatin, vagy kreatinin, cholin, cholinester, histamin, vagy hypophysin nem lehet. Eléggé hőálló, alkoholban oldható, dialyzálható. Nem műtermék, vagy elhalásos productum, s valószínűleg in vivo is jelen van, szabadon, vagy laza kötésben. Extractumok hatása aránylag gyönge, nyilván colloidalkatrészek adsorbeáló hatása következtében. Különböző szövetextractumok feltűnő méreghatását számosan leírták már. A kérdés eddig kevés figyelmet keltett, pedig fontos jelenségek megértéséhez vihetne közelebb.

Tóth Sándor: Annak a kérdésnek a kapcsán, hogy megvizsgáltattak-e az előadó által tanulmányozott agykivonatok arra vonatkozólag, hogy azok osmosisos concentratiója nem mutatott-e eltolódást a normalissal szemben, tengerimalacméheken végzett kísérletei alapján rámutat arra, hogy ezen szerven már aránylag kisfokú hypotonia (10—15%) hasonló contracturákat vált ki, mint amilyeneket előadó kísérleteiben észlelt, úgy, hogy ajánlatosnak tartaná a contracturák létrejöttének ezen lehetőségét erre irányuló vizsgálatok alapján kizárni. Előadó kísérleteiben az adsorptióra lehetne, mint olyan tényezőre gondolni, mely esetleg megváltoztathatja az extractióra alkalmazott physiologiás sóoldat osmosisos concentratióját.

Jendrassik Lóránt: Az a lehetőség, hogy a hatást az osmosisnyomás megváltozása idézze elő, nem jöhet szóba már azért sem, mert az agykivonatok oly kis mennyiségei is hatásosak, amilyenben tiszta víz, vagy többszörösen hypertoniás oldat osmosisos hatása sem érvényesül. *Tóth* felhozott kísérletének hibája, hogy a hatásban a serumnak az alvadásnál keletkezett mérgei is részt vehetnek.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

Kleopatra a nők betegségeiről.

Írta: *Mayer Ferenc Kolos dr.*

Kleopatra királynő, e néven a hetedik, Caesar és Antonius kedvese a hagyomány szerint[1] több, részben orvosi, részben alchymista munka szerzőjeként szerepel. Általában a következő négy mű keresi a híres nőben alkotóját: 1. De morbis mulierum, 2. De Chymia sive arte aurum faciendi, 3. De mensuris et ponderibus, 4. De unguentis pretiosis. Ezek közül csak az első maradt ránk és pedig kéziratban is,[2] nyomtatásban is.[3] Többi munkája[4] éppúgy, mint állítólagos erotikus versei[5] elkallódtak.

Az asszonyok betegségeiről írt munka első részét[6] Kleopatra prologusa vezeti be,[7] mellyel a királynő leányának[8] ajánlja írását, akinek kifejezett óhajára készítette azt, részben azért is, hogy emlékezete örökre fennmaradjon.[9] A Wolf-féle gynaekologiai gyüjteményben[10] Kleopatra művét a kiadó összegyúrta egyéb nőgyógyászati írók, ú. m. Moschion,[11] Theodorus Priscianus,[12] továbbá a Liber matricis anonym szerzőjének alkotásaival. S ezért Kleopatra előszava után Moschion[13] előszava, majd Theodorus Priscianus főorvosnak Salvianahoz írt[14] levele következik.

Ha e gyüjtemény Kleopatra-jelzésű részleteit egységesítjük, akkor a Kr. születése körüli századok, főleg az alexandrinusok nőgyógyászatát kapjuk. Ezt a nőgyógyászatot a teleologia hiánya, a mély megértés, tiszta fogalmak, a stilus rövidsége és nagy megfigyelőképesség jellemzik. Anatomiai adatokat Kleopatránál nem találunk. Élettanit is csak annyit, hogy leírja a kolerikus nő arcának elváltozásait[15] coitus-közben: az arc erei kidagadnak, a nő természete (φυσις) belül duzzad, a szemhéj kinyílik; ha az ilyen nő elalszik, arca tüzes lesz, majd sápadt.

A betegségek okaként legtöbbször részben a coitus (módja, gyakorisága), részben ennek következményei (abortus, szülés) vannak előtérbe állítva, valamint a menstruatio és annak zavarai. A női betegségeket két csoportra osztja: a prognosis szempontjából vannak gyógyíthatók, vagy gyógyíthatatlanok; a pathogenesis szerint pedig lehetnek szűkület (strictura, τὸ στεγνὸν), vagy folyás (fluxus, τὸ ῥοῶδες) által előidézettek.[16]

A nemi élet terméketlenségének[17] oka vagy a férfiben, vagy a nőben keresendő. Mindkettőnél részint általános betegségek, részint a fogamzó szervek bajai idézik elő a sterilitást. A férfiak általános megbetegedései ugyanis a sperma constitutiójának[18] módosulására vezetnek s az ondót túlhíggá, túlmeleggé teszik, vagy teljesen megrontják s ilyenkor a nemzőképesség csökken, vagy megsemmisül. Hasonló hatása van a kicsapongásnak és a részegségben gyakori magömlésnek. A sterilitásra vezető helyi megbetegedésben szenvedő férfiak közt említi a „hypospadias"-t és a „paratochus"-t.[19] A nők constitutiója is nagy befolyással van termőképességükre. A száraz testű, phtistikus nőknek éppúgy ritkán van gyermekük, mint a túlkövéreknek, vagy a haragos, hárpia-természetűeknek. Akiknek elzáródás (atresia), méhszájcsavarodás, méhseb, vagy heg miatt tisztulásuk nincsen, vagy akiknek magjuk[20] nincsen, szintén meddők maradnak.

A *diagnostika* vizsgáló módszerei közt már megtaláljuk Kleopatra írásaiban a bimanualis palpatiót és a percussiót. A betegség felismerésében több súlyt helyez az objectiv leletre, mint a beteg panaszaira. Ez utóbbiak közül különös gonddal értékeli a fájdalmak különféle változatait és jellegét. A differential-diagnostikát a kor orvosi ismereteinek megfelelő tökéletességgel műveli.

Mint a nemfogamzás jelét említi, hogy a nőnek coitus után bő, sűrű folyása támad.[21] A mola vizsgálatánál[22] a bába a hüvelybe vezetett ujjával a méhszájnál, vagy a méhnyakban keménységet (callus) talál. A beteg rossz színben van, lesoványodott; hasa puf-

fadt, vesetáji fájást érez, emlői duzzadnak, vérzése elmarad. Terhességtől abban különbözik, hogy a várt havi periodusok idején magzatmozgást nem érez a beteg, hogy szúró jellegű fájdalom jelentkezik. Viszont a hydropstól azáltal különíthető el, hogy a molás beteg megütött hasa nem ad hangot és ujjal nem nyomható be.

A szülés után jelentkező láz, eszméletlenség (calor et suffocatio matricis) néha olyan kórképben mutatkozik, mely a morbus comitialisra emlékeztet. Csak éppen görcsöket nem kap a beteg. Ilyenkor esetleg fekélyt találunk a vulvában.[23] A méhelhajlás[24] többféle irányú. Ha lefelé hajlik, akkor ujjal elérhető. Ha felfelé vándorol a hypochondriumba,[25] akkor a méh „elfullad", szívtáji fájdalom és hányás lép fel, a száj vízzel telik meg, a nyál ecetszerű, a lábszár hideg, a fej és a nyelv bizsereg, a hang gyengül. Ha oldalra csúszik, akkor székrekedést, bélpuffadást, feszülést, hidegség érzetét idézi elő és görcsöt vált ki azon lábban, mely felé elhajlott. Ha a hólyagra hajlik, a fésűcsont feletti rész feszül és nehézségek támadnak a vizelésnél. Végül, ha hátraesik a méh, sok széllel megy a bélsár és a betegnek nehezére esik az ülés.

A méhsérv[26] hangyamászást okoz a lábszáron és nehéz vizelést. A hysteriás[27] nehezen beszél, elesik, érzéktelen lesz, fogát csikorgatja, keze-lába kicsavarodik, gyomra felpuffad, mellkasa kitágul, homlokerei kidagadnak, nyakán hideg veriték üt ki; pulzus vagy nincs, vagy gyors és kicsi. A beteg öntudatánál van, néha azonban delirál. Az apoplexiától, epilepsiától, „méhféregtől" és katalepsiától különbözik abban, hogy a hysteriásnak nincs láza, s méhe nincs rendes helyén. Az epileptikus szája habzik és nagy pulzusa van.

Tensio matricis néven[28] leír egy méhbetegséget, melynek az általános fájdalmakon kívül főtünete a nyitott méhszáj. A vulva daganatai[29] vagy spontan, vagy esetleg csak coitusnál, fájdalmat okoznak. Ilyenkor a szemzug is fáj és az arc sápadtból vérvörösre válik. A méhdaganatokat[30] az emlő keménységéről és duzzadtságáról, a bőr kékes színéről lehet felismerni. Az ilyen beteg mintegy gyermektelen terhes (gravida sine filiis), mert folyton hány; ha üres a gyomra, szagot érez és a coitustól undorodik. A méhplegmonét[31] a hevenyláz, a puffadt, kemény has, vesetáji fájás, nyákhányás, vizeletretentio, hascsikarás, éhség, szomjfokozottság, fekete nyelv, nyak-, szem-, ujj-, körömfájás, szűk és kemény méhszáj, továbbá a hüvely szárazsága és forrósága jellemzi.

A rendetlen menstruatiót a méhnyak haemorrhoidalis csomóira vezeti vissza.[32] Sajátságos betegséget okoz a „méhféreg".[33] A féreg a bélen át jut a méhbe. Ilyenkor a vulva „szárai" fájnak, a nemi szerv, a has és a test viszket, s a szeméremajkak nedvesek. A pruritus[34] főtünete a férfiéhség. A méhparalysist[35] a rendetlen vérzés mellett a méh érzéktelensége (a vizsgáló ujjat nem érzi a beteg) és a járásnál való kellemetlenség jellemzik. A sebes méh[36] fáj és folyással jár. A méhrákos[37] olyan fájdalmat érez, mintha tövis, vagy szálka volna a hasában, s néha véreset vizel.

A női bajok tüneteinek leírása mellett Kleopatra könyvének túlnyomó részét a különféle orvosságok vényei képezik nehány gyakorlati therapiás utasítással. Kleopatra patikája főleg növényi és állati gyógyszerekben bővelkedik. Kedvelt gyógyszeralakok az italok, kenőcsök, füstölések és főleg a suppositoriumok (= pessariumok).[38] Ezek közt a colops (colopus, tyridon) 4—5 ujjnyi, melyet akkor alkalmaztak, ha közel akarták vinni a hatóanyagot a méhhez. A splendonis (splendonius) lapos gyapjúcsík, melynek két oldalára kenték a szert s a végét a hüvelyből kilógatták.[39] A balanum, vagy scianus aegyptiacus hímvessző-alakú pessarium és már az Ebers-papyrus is ismeri. A közönséges scianust porszerű anyagokkal szórták tele. A croceus a mai nagyobb hüvelygolyóknak felelt meg.

A sterilitás kezelése[40] részben diaetás, részben gyógyszeres. Tilosak a sós, savanyú, főleg pedig az ecetes ételek. Ajánlja Kleopatra, hogy hét napig ne mosakodjanak a meddő nők. Célszerű a testgyakorlás. A férfiak hypospadiáját a sebész szüntesse meg, ahogy azt a sebészeti művek tanítják.[41] Ha tumor, vagy heg a meddőség oka, akkor cerussa, szarvasagy, pun-viasz, vaj, ol. glaucinum, mastixgyanta, terpentin, tömjén, ezüsthab a kedvelt szerek pessariumok készítésére.[42] A bakkecske égetett és porrátörött bőre, vagy a vászonzacskóba varrott, bélsárral töltött tyúkgyomor hordozása[43] még valószínűleg a régi Egyptom mágikus szerei közül valók csakúgy, mint Orion fogamzási szere.[44] Ez utóbbi bizonyos siderikus hatásokban való hitet tételez fel. Kleopatra ugyanis úgy a férfinek, mint a nőnek azt ajánlja, hogy pénteken és szombaton az újholdat nézzék, szombaton fürödjék a nő s utána három napon át meleg encathismára üljön. S ha ezután coitál, biztosan nemzeni fog.

A vulva daganatai ellen[45] szurok,[46] lúdzsír,[47] olaj és ecet keverékébe mártott szivacsot használ. Egyéb alkalmazott szerek: zöldmák nedvével, „strignus"-fűvel,[48] asszonytejjel, rózsaolajjal, cassiával,[49] sáfránnyal, nardussal készült pessariumok, továbbá az ércvirágból, perzsamagból, égetett mandulából, storaxból és ópiumból kevert suppositorium. Vulvafekélyek ellen ugyanilyen pessariumokat ajánl Kleopatra, valamint kénes füstöléseket és köpölyt a farra. A vulva viszketését[50] helleborus borfőzetével, vagy langyos tengervízzel való mosogatással szünteti. A viszketés csillapítására különben furcsa tanácsot ad a királynő: az özvegyek az ujjukkal piszkálják meg a vulvát, ha viszket; a szűzek pedig formáljanak viasz, salétrom és cardamomumból ne túl kemény hímvesszőt s ezt használják.[51]

A méhgyulladásnál[52] segít az érvágás, vagy a lágyékra rakott köpöly, esetleg az orr alatti rész kauterizálása, vagy massage és a has synapisborogatása. Jó a lenmag, foenum graecum, althea és a babnedv is.[53] A méhsebeket[54] stybium, vagy tömjéntartalmú szárító pessariumokkal gyógyítja. A méh fekélyeit[55] borkőoldattal mosogatja. A méhphlegmone[56] kezelésében szuverén szer a szűz disznó zsírjából és mézből kevert suppositorium. Mola esetén[57] tengerben való fürdés és gyakori úszás a célszerű. A méhelhajlások[58] kezelésében fontos szerep jut az illatos füstöléseknek, melyekkel a méh helyére visszacsalogatható, vagy visszakergethető. Az orr és a nemiszervek e kúrában egymásnak ellenlábasai. Ezért, ha a méh pl. felszállott, mint a hysteriás betegekben képzelték, akkor az orr alá bűzös anyagot tartottak s alul jószagú füvekkel édesgették lefelé a méhet. A gyógyszerhatást úgy gondolták el, hogy a bűz az orron keresztül a méhig hatol, mely megijed és lefelé fut az alulról felszálló jó illatok felé.[59] Ugyane célra jó az olajos ujjnak az orrba dugása is.

Hysteriás roham alatt[60] a nőt meleg, világos szobában kell elhelyezni. A beteg függőágyba teendő, feje magasabban legyen, mint a lába s végtagjait ki kell nyujtani. Szólítgatni kell, állát mozgatni, hasára meleget rakni, arcát gőzölni, a szeméremdombra köpölyt rakni. Füstölésre jó az opobalsam,[61] citrom, galbanum,[62] bors,[63] ecet és bor. Vérfolyásnál[64] sötét, hideg szoba javalt. A lábat magasra kell felpolcolni. A vulvához hideg vízbe mártott szivacsot kell dugni. A lábakat hidegvizes borogatással kell begöngyölni, esetleg pólyákkal lekötni. A méhszájra ecetes ecset teendő, hogy ne alvadjon meg a méhben a vér (!). Pessariumnak jó az ecetben oldott ópium.

Igen sok olyan receptet találunk, melyek az elmaradt havibaj megindítására valók.[65] Ezekkel tulajdonképen a fogamzást akarták elősegíteni, mert a régiek felfogása szerint az amenorrhea a meddőség egyik oka szokott lenni. A használatosabb drogok bors,[66] myrrha,[67] helleborus, foeniculum, aloe,[68] ibolyamag, sáfrány, castoreum, gyanta, lasar, olajok, arthemisia, fekete akác, illyr iris, opoponax, ruta, citrom,[69] bikazsír, dictamnus, pulegium, fügefalevél, kén, bitumen, sandaracha stb. Ezeket ital, pessarium, vagy füstölés alakjában alkalmazza Kleopatra. Akik viszont el akarják kerülni a gyermekáldást,[70] azoknak a következő mágikus kúrát tanácsolja: négy fűzfanyalábot főzzenek meg s a főzetet

öt napig igyák.[71] Ha a nőnek szüléskor kiömlő vérével parazsat ojtanak ki s azt edénybe zárva napmentes helyen elássák, mindaddig nem lesz terhes a nő, míg az elsüllyesztett parazsat újból napfényre nem hozzák.[72]

Íme! Ezek azok a főbb vonások, melyekben a Kleopatra-féle nőgyógyászat vázolható. Sok racionalis és ma is alkalmazott eljárásra bukkanunk ezen orvosi tanácsok között. Így pl. a vérfolyás kezelésében. Önként felmerül a kérdés, hogy a De morbis mulierum c. munka származhatik-e Kleopatra királynőtől, akinek zajos politikai és szerelmi élete közismert. Ezt a kérdést úgy is fogalmazhatnók, hogy lehettek-e Kleopatra királynőnek egy effajta nőgyógyászati mű megírásához megfelelő előismeretei. A problemának ilyen beállítása szükségessé teszi, hogy a Ptolemaidák korának kultúrképét vázlatosan megrajzoljuk s szóljunk az alexandriai iskoláról, melynek igazolhatólag egy tanítványa volt VII. Kleopatra is.[73]

A Ptolemaidák, vagy ahogy őket a dinasztiaalapító I. Ptolemais Lagasról nevezték,[74] Lagidák Egyptomnak a perzsa uralom alóli felszabadulása után kerülnek a Nilus vidékére Nagy Sándorral, aki Kr. e. 332—331. év telén tartózkodott Egyptomban. Sándor haláláig (323.) az országot bennszülött és macedón helytartók kormányozzák.[75] Ilyen volt Ptolemais Lagos is, aki a nagy hódító birodalmának feldarabolása után Egyptom egyeduralkodójává lesz és felveszi a királyi címet (Kr. e. 306.). Ez időtől kezdődik Egyptom történetében a XXXIII., vagy ú. n. görög dinastia 275 évig tartó uralma. Ezt az időt a cultura minden ágának egyre fokozódó tökéletesedése és fejlődése jellemzi. Az uralkodóház praedestinálva volt a tudományok ápolására, s a hellén szellemnek az ókor legrégibb papi birodalmába való átültetésére. A tizenöt Ptolemaida mindegyike, akinek csak a politikai intrikák kikerülésével sikerült eljutnia a férfikorig, vagy mecenás és gyüjtő, vagy dilettans író és művész volt,[76] aki kora tudósait és nagy embereit fényes udvarába csábította, s ismereteik bővítésére őket tanulmányutakra küldte. Szerencsés diplomáciai és hadügyi manöverek a birodalmat kibővítik s ügyes belső gazdálkodással a Kr. e. 3. században Egyptom lesz a Föld legboldogabb országa. A vöröstengeri csatornának Arsinoesig[77] való kiépítése, a Berenicetől Cophthosig haladó, cisternákkal és hamamokkal felszerelt 12 napos karavánút, a tengeri hajóhad fejlesztése, a különféle kereskedelmi és felfedező expedíciók Egyptomot teszik a Kr. előtti világ emporiumává. S ennek a Nilus két partjára rakott, csatornákkal át meg átszőtt termékeny országnak szíve Alexandria volt, az „örök gyönyör városa".

Alexandria a Fáraók jelentéktelen kis Rakudi falujából Dinochares mérnök varázskezének érintésére egy év alatt az ókor Párisává nőtte ki magát. Északon a Földközi-tengerrel, délen a Mareotis-tóval és a lybiai sivataggal volt szomszédos. Egyenes utcái a modern városépítési technika követelményeinek is megfeleltek. Kétezer láb széles főútja észak-déli irányban haladt a molo (heptastadion) és a knidosi Sostrades építette 400 láb magas, tükrökkel felszerelt pharosi világító torony felé. A sáncokkal és cölöpökkel körülvett város előrészei Rachotis, Nicopolis, Necropolis (a halottak városa) és Bruchium, amely utóbbit a Ptolemaisok palotái és díszkertjei foglalták el. Ebben a királyi városrészben a Nap kapuja közelében, templomok és sétaterek között feküdt a híres Mouseion az egyik könyvtárral.[78] Itt volt Nagy Sándor sírja is, kinek nyugalmát csak a közeli állatkertek exotikus fenevadjainak ordítozása zavarta meg. A lakosság Augustus császár idejében mintegy 300.000 szabad emberből és 900.000 rabszolgából állott.[79] Ekkortájt írja a siciliai Diodoros Alexandriáról, hogy ez a világ legelső városa.

S ebben a városban a világ minden natiója, minden foglalkozása és minden árucikke összetalálkozott. A standard lakosság macedon, görög és zsidó, a katonaság macedón, görög, gallus és kelta elemekből állott. Bennszülött egyptomit a XXXIII. dinasztia idején keveset találunk Alexandriában, sőt egész Szaidban[80] is a földművelőkön és bortermelőkön kívül kevés ilyen akadt. Az óegyptomi intelligentia az ország déli részeibe, az ősi templomok környékére húzódott vissza. A vallás azért a régi maradt. A Nilus ünnepét, a hét napig tartó szent Aspis-ünnepet a Ptolemaisok is éppúgy megülték és Osirist, Typhont, Horust, Isist éppúgy tisztelték, mint a fáraók. Sőt! Maguk a Ptolemaidák iparkodtak fáraói eredetüket azáltal is kimutatni, hogy az Edfuban épülő templomon[81] régi szent hyerogliphekben mindegyik megörökítette életét. De azért a hivatalos nyelv mégis a görög, illetőleg a hellén volt. Ezek a körülmények okozták, hogy az ú. n. alexandriai culturában a tulajdonképeni Egyptom nem vett részt.[82]

Az ősi Egyptom elrejtőzött a nilusparti templomokban, ahol a mágikus jellegű orvostudományt még



mindig a papok ápolgatták. Alexandriától elfogadtak ezek minden importot: el a női rabszolgákat, tevéket, a sáfrányt, cukornádat, aromás füveket, az aethiopiai elefántagyarat, ébenfát, abessyniai aranyport, indiai gyöngyhalászok zsákmányait, gyémántot, Északafrika tarkatollú madarait, az indiai fehér ökröket, füstölésre a te-sep és a cha-szi fákat, az aham-gyantát, a mestemásványt, az ophiri kafu-majmot, anti-t (myrrha) a kenőcsökhöz, tesz-t (alabastrom), a jemeni parfőmöt s Bengália minden kincsét — csak éppen a tudományt nem. Az importált hellén gondolkodás és a görög műveltség befogadására a 4000 éves Egyptom ősi leszármazottainak kemény volt a koponyájuk. A birodalom ilyen heterogen szellemi összetételében találja magyarázatát pl. a thebai lázadás[83] és az a merészség, mellyel a szomszédos államok, főleg Syria[84] az ország békéjét folytonosan nyugtalanították. Ezek a villongások döntik el egyébként a Lagidák és földjük további sorsát, mert a jólét-

ben úszkáló, elpuhult nép fegyveres ellenállásra római segítség nélkül képtelen volt. Róma Kr. e. 197-ben veti meg lábát Egyptom földjén, a kynoskephalaiai győzelem után.

Az ország idegenkedése miatt a hellén tudományosság csak Alexandriában élhette világát. A tudósok túlnyomó része, ahogy a mondottakból következik, görög, vagy macedón származású volt. Az egy Manethon kivételével, aki a fáraóknak ma is meglevő, töredékes listáját hagyta ránk, kiválóbb egyptomi tudósról nem is tudunk az alexandriai korból. A görög bölcseket a nagyszerű könyvtár és műgyüjtemény mellett a Ptolemaisok udvarának hagyományos gondtalan élete is vonzotta, mert a király a tudósokat vendégeinek tekintette. Így aztán érthető, hogy Alexandriából oly jóhangzású nevek csengenek felénk, mint Erasistratos orvos (megh. 280.), Euklides mérnök, Heron physikus (Kr. e. 100. táján), Herophilos orvos, Zenodotos kritikus, Strato, Kallimachos, Philates, Aristarchos csillagász, Zopyrus orvos (Kr. e. 80. táján), cyprusi Appolonius orvos, stb.

A szőke Kleopatra,[85] akit a természet szépség mellett kiváló szellemi tulajdonságokkal is felruházott[86] és akin elődeinek vérfertőző házasságsorozata a degeneratio legcsekélyebb nyomát sem hagyta,[87] maga is valóban tudós nővé válhatott olyan mesterek képzése alatt, aminők Demetrios, Naukratis és Philomenos philosophusok, vagy a ciciliai Apollodoros, Theodotos rétor, Soligenes csillagász, Philotas, Olympos és Dioskorides Phakas orvosok voltak.

Kleopatra élete eseményekben dús, tartalmas élet. Amit róla tudunk, azt főleg ellenségeinek szájából halljuk, akik gyűlölték benne az egyiptomi nőt, habár származásánál fogva inkább volna színnek, vagy macedónnak nevezhető.[88] Kr. e. 69-ben született. Első gyermekéveit szülei között tölti, akiktől Ó-Egyptom szeretetét örökölte. Atyjával, XIII. Ptolemais Auletessel többször lezarándokol Ab-tu-ba (Abydos) Osiris sírjához és a gazdagabb egyiptomiak temetkező helyéhez. Alig tízéves, mikor anyját elveszti s nemsokára apja is menekülni kénytelen az országból. Kleopatra egyedül marad s mostoha testvéreinek fondorkodásai elől a tudományok ápolásában és a sistrum pengetésében keres menekülést. Ez időben bővíti ki keleti nyelvismereteit. Kr. e. 52-ben királynő lesz, βασιλίσσα τῶν βασιλέων, s mint az istenek leszármazottja a Selene és Isis nevet veszi fel. Az uralmat testvér-férjével, XIV. Ptolemaissal kénytelen megosztani, akinek gonosz tanácsadói Kleopatrát kiüldözik az országból. Thebában, majd Syriában húzódik meg, ahonnan római segítséggel kerül vissza trónjára és új testvér-férje, XV. Ptolemais mellé. Ezidőtájt ismerkedik meg az öregedő Caesarral, s amikor a hadvezér Rómába visszatér 46-ban, követi őt s vele marad haláláig.[89]

Kétévi római tartózkodása alatt ráveszi Caesart, hogy Soligenes alexandriai csillagásszal naptárreformját elkészítse. Rómában nagy udvart tart, melyet sok tudós, bölcsész és rétor, köztük Cicero is felkeresett. Az emlékezetes március Idusa után Caesartól fogant fiával, a hároméves Pt. Caesarionnal[90] Alexandriába utazik vissza, ahol szerelmese emlékének él. Hosszas távolléte alatt azonban Egyptom belügyei lezüllöttek, amit a szomszéd királyok, Pharnakes, a numidiai Juba, az örmény Artavasdes és Nagy Herodes hódításokra akartak kihasználni. Újból Róma nyujt segítő kezet és az új triumvir, Antonius. Ő sem tud Kleopatra varázsának ellenállni s a szép asszony szolgálata elfeledteti vele fontos diplomáciai positióját Róma keleti politikájában.[91] Eljő a Kr. e. 30. év nyolcadik havának elseje, mikor a vesztett pelusiumi csata után Antonius öngyilkos lesz, s kevéssel utóbb három gyermekének[92] atyját Kleopatra is követi a halálba (Kr. e. 30. VIII. 29.). Oktavián a psylle kígyót ellenméregként már hasztalan alkalmazta a vipera csípése ellen, s Kleopatra holttestét Antonius mellé temetteti el.

Az alexandriai korszak orvosi culturája és Kleopatra képzettsége lehetségessé teszik, hogy a királynő a De morbis mulierum szerzője. S ha valóban ő írta, akkor idevágó orvosi ismereteit elsősorban Dioskurides Phakastól és Olympustól merítette, akik mindketten a királynő orvosai voltak. Dioskurides Phakasról Suidas tanusága szerint tudjuk, hogy 24 orvosi könyvet írt. Ezeket Kleopatrának módjában állott lapozgatni, szintúgy a még Herophilos alapította nőgyógyászati iskola iratait is. Maga Herophilos Kr. e. 300 körül Soranus állítása szerint ΤΟ ΜΑΙΩΤΙΚΟΝ címen bábák részére könyvet írt Kr. e. 100-ból, pedig az ugyancsak alexandriai Kleophanthos ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ című művéről tudunk. Ez a két Soranustól említett nőgyógyászati és szülészeti munka volt a valószínű mintája a következő századok minden hasonló tárgyú iratának s így a Kleopatra neve alatt áthagyományozott De morbis mulierum-nak is, melynek bizonyos alexandriai sajátosságai és minden methodismustól mentes volta biztossá teszik, hogy ez a könyv még Kr. u. II. században élő Soranus ΠΕΡΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΠΑΘΩΝ című műve előtt, ettől teljesen függetlenül iratott.[93] E nőgyógyászat Soranus előtti keletkezése mellett bizonyít az is, hogy több olyan eljárás van benne említve, melyet Soranus elvet, mint pl. a hysteriásoknak meleg, világos szobában való elhelyezését.

Magában a munkában is találunk olyan részleteket, ahol Kleopatra, mint szerző, vagy legalább is, mint olyan egyén van expressis verbis említve, aki a közölt receptek legtöbbjét saját személyén próbálta ki.[94] A királynő patikusai minden bizonnyal komornái voltak, akik közül a szír eredetű Charmion és Eiras neve ránk maradt.

Erakleitos konstantinápolyi császár szerint Kleopatra sírjának felnyitásakor ismeretlen betűkkel írt könyvet találtak a királynő fejénél.[95] Vajjon a De morbis mulierum demotikus eredetije volt-e ez a papyrus, vagy más, nem tudjuk. Így Kleopatra szerzősége sem bizonyítható teljesen. A keleti uralkodók,[96] valamint a híres görög hetérák[97] ismert dilettans orvosi és irodalmi tevékenysége azonban nagyon valószínűvé teszik az utolsó Ptolemaidának hasonló irányú működését is.

Irodalom: [1] *Haeser* pl. így ír: „Cleopatra trat sogar als Schriftstellerin auf. Das ihr zugeschriebene Werk γενεσια (über Frauenkrankheiten) ist noch vorhanden; ein anderes über Schönheitsmittel (κοσμητικὸν), ein Gegenstand, den auch mehrere Aerzte bearbiteten, ist verloren.“ V. ö. Lehrbuch d. Gesch. d. Med. I. 251. o. — [2] A hannoveri *Cod. auart. IV. 339.* kétszer is hozza. Ismeretes még egy XIII. századi *Cod. lat. 7056.* a párisi Bibl. Nat.-ban, melyben Ricardus Anglicus anatomiája és Rogér mester nehány írása után a 77. lapon a salernói Trotula Summá-ja és a 86v—93r oldalakon Kleopatra nőgyógyászati műve van „Genecia cleopatrae ad deodatam“ címmel. Kezdete „Desideranti tibi filia clarissima etc.“ V. ö. *Sudhoff*, Studien zur Geschichte der Medizin. 4. füzet. 74. oldal. — [3] V. ö. *Gasp. Wolf*, Gynaeciorum Harmonia. 1586 (?), melynek 1. kötetében a szerzők catalogusának 3. pontja így szól: „Cleopatrae. Moschionis. Prisciani et Incerti cuiusdam muliebrium libri, superfluis ac repetitis omnibus recisis, in unam Harmoniam redacti per Casparum Wolphium medicum Tigurinum.“ Jelen munka alapjául is ez a kiadás szolgál. — [4] Ezek közül a De mensuris et ponderibus címűt *Theodorus Priscianus* apokriphnek tartja. Lehetséges, hogy *Nikander* hasonló című művét tévesztették össze vele. — [5] Az alexandriai irodalom fővonása az erotika. II. Ptolemais Philadelphosnak is egyik mestere éppen *Philates* volt, az erotikus írásművek és a pornographia atyamestere. A dinasztia elejének ezen alacsony erkölcsi standardja öröklődött. V. ö. *Myriam Harry*, Cleopatra szerelmi élete és *M. A. Ruffer*, in the Proceedings of the Royal Society of Med. 1919. 145. stb. l. — [6] Ez a pars prior-ra (terhesség) és pars posterior-ra (női bajok) való felosztás és anyagcsoportosítás a kiadótól származik. Mert úgy az eredeti Kleopatra-kéziratok, mint az eredeti görög *Moschion* csak sorjában számozott fejezeteket tartalmaz. — [7] „Cleopatrae Prologus in librum ejus priorem.“ V. ö. 2. jegyz. — [8] A „filia clarissima“-t már a XIII. században *Thomas Cantipratensis* domonkosrendi szerzetes is Kleopatra leányának tartja, ahogy művének 74. fejezetéből kitűnik. Erre vonatkozólag lásd *Ferckel*, Die Gynaekologie des Thomas

von Brabant. München, 1912. 30. o. — [9] V. ö. Prologus. — [10] Lásd 3. jegyz. — [11] *Moschion* vagy *Muscio* a Kr. u. II. században élt. Kortársa *Soranus*nak. Egyesek héber származásúnak tartják s nevét a Mose szóból vezetik le, mely a Moschus-nak szirakuzai kicsinyítése. Művének címe: ΠΕΡΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΠΑΘΩΝ. E munka keletkezése máig sem teljesen tisztázott orvostörténelmi kérdés. Kleopatrával való összefüggéséről v. ö. *R. Kossmann*, Allg. Gynaekologie, Berlin, 1903. 81. oldal. — [12] *Theodorus Priscianus* a Kr. u. VI. században él. *Vindicianus* tanítványa. Afrikai. A Prologus ἀρχιατης-nek nevezi. — [13] A Harmonia Gynaeciorum-ban Moschionnak *latin* fordítása van felhasználva, melynek van előszava, míg a görög eredetiből ez hiányzik. — [14] *Haeser* (id. mű I. 404.) tévesen Victoriá-nak nevezi ezt a hermafroditát, akit *Theodorus* „artis meae dulce ministerium"-mal apostrophál. — [15] I. 4. cap. 26. — [16] II. rész. Bevezetés. — [17] I. p. 3. cap. — [18] A spermaconstitutio e tana módosított és bővült formában megmaradt az egész középkoron keresztül. S az újabb constitutiós kutatások szerint is a genotypus kialakulásában az ondó qualitása nagy szerepet játszik. — [19] Itt e két terminus technicus még a beteget s nem a betegséget jelenti. A paratochust így definiálja: „in latere membranam habet, qua semen emittat". — [20] A nő spermája alatt e kor részben a Bartholini-mirigyek, részben talán — ahogy később *Galenus*nál sejthető — a cervicalis mirigyek váladékát értette. A spermátlan nőket Kleopatra eunucha-knak nevezi, ami talán megfelel a mai száraz, frigid nő typusának. — [21] I. p. 6. cap. — [22] I. p. 7. cap. — [23] I. p. 17. cap. és II. p. 3. cap. A leírás szerint gyermekágyi lázra gondolunk. — [24] II. p. 5—7. cap. A méhet az ókor önálló lénynek képzelte a szervezeten belül, mely össze-vissza vándorolhat s közben kellemetlenségeket okozhat. — [25] „Hypochondrium" eredetileg a has felső részét jelentette. — [26] II. p. 6. cap. — [27] II. p. 7. cap. — [28] II. p. 8. cap. — [29] II. p. 9. cap. — [30] II. p. 9. cap. — [31] I. p. 10. cap. — [32] II. p. 20. cap. 21. — [33] II. p. 25. cap. A *Moschion*-féle anatomia értelmében, mely a méh és a hüvely közt nem tesz éles különbséget, oxyurisokra is gondolhatunk. *Moschion* a méhet matrix, delphys és hysteros név alatt említi. Alakját az orvosi tökhöz hasonlítja. Főbb részei a chorion, mely orificiumból (hüvelynyílás), collumból (hüvely) és cervixből (fornix) áll. A nő heréi (testicula mulieris) a cervix közelében elhelyezkedő lágy, kerek képződmények, melyekből a nő magja a „méh" (hüvely) oldalai közelében levő nyílásokon jut ki. A vulvát a latin *Moschion* matrixnak (méh) is nevezi. A hüvelyt, mely a vastagbélhez van hasonlítva, hol cunnusnak, hol meg sinusnak olvassuk. A két ajak (pinnacula vagy πτερυζώματα) a tulajdonképeni női jel (signum muliebre) s céljuk a levegőnek a hüvelytől való távoltartása. Szűzhártyáról *Moschion*, éppúgy mint *Soranus*, nem tud. (V. ö. Harm. Gynaec. I. p. 1. cap.) — [34] II. p. 27. cap. — [35] II. p. 28. cap. 29. — [36] II. p. 13. és 31. cap. — [37] II. p. 33. cap. — [38] II. p. 35. cap. — [39] V. ö. Papyrus Ebers. XCVI. tábla. — [40] I. p. 3. cap. — [41] „sicut in chirurgumenis habes". Ibid. — [42] I. p. 4. cap. 13. — [43] I. p. 6. cap. 7. — [44] I. p. 4. cap. 24. — [45] II. p. 9. cap. — [46] A szurok a Ptolemaidák korának végefelé mind gyakrabban szerepel az Oxyrynchos-papyrusokban. V. ö. *Sudhoff*. Aerztliches aus griechischen Papyrusurkunden. Studien z. Gesch. d. Med. 5—6. füz. Leipzig, 1909. — [47] Az egyptomiak háziállata a lúd, s így a kenőcsök alapanyaga is gyakran lúdzsír. V. ö. *Sudhoff* id. m. 5. o. — [48] A. m. strychnos. — [49] A cassia (κάσια) Arábiából került Egyptomba. *Theophrastus* Hist. plant. IX. 4. már említi. — [50] II. p. 27. cap. — [51] Ezt a mesterséges penis-t már *Hippokrates* is leírja βάλανος név alatt. — [52] I. p. 17. cap. 8. „Calor matricis." — [53] II. p. 3. cap. — [54] Ibid. — [55] II. p. 32. cap. — [56] II. p. 10. cap. — [57] I. p. 7. cap. — [58] II. p. 5—7. cap. — [59] Az orr és a nemi szervek ilynemű physiologiai kapcsolatát az orvostudomány minden korban hitte. Ezért hasonló kúrát találunk az *Ebers*-papyrusban is, valamint *Hippokrates* nőgyógyászatában. De még az új kor is teremtett terhességi próbákat, melyeknek alapja az orr és genitaliák correlatiójában való hit. Így v. ö. *Wolfg. Hildebrand*, Magia naturalis, Erfurt. 1614. I. rész. 36. o., ahol a nő vulváját myrrhával füstölik. Ha szagot érez és keserű ízt, akkor a méh üres; ellenkező esetben teherben van. — [60] II. p. 7. cap. — [61] Opobalsamum = ἀποβαλσαμον = jószagú, füstölésre használt fa. Legtöbbször az arábiai Balsamodendron Kafal értendő alatta, melynek gyantáját is használták orvosi célokra. (*Sudhoff* i. mű.) — [62] χαλβανον καλλιστον egy gyantafaj. V. ö. *Theophr.* Hist. plant. IX. 7. 2. és 9. 2. — [63] A bors az alexandrinusok idején főleg aphrodisiacumként használatos. V. ö. *Kenyon Greek*, Papyri, Brit. Mus. I. 1893. 90. o. — [64] II. p. 20 cap. — [65] I. p. 6. cap.; II. p. 2. cap. A közölt szerek nagy része ma is divatos a népies orvoslásban. — [66] V. ö. 63. jegyz. — [67] A myrrháról (μυῤῥα, σμυρνα) már Kr. e. III-ban olvasunk. *Theophrastus* Hist. plant. is leírja (IX. 1.). A vele való kereskedés állami monopolium volt. 1 mina belőle 40 drachma ezüstbe került. V. ö. *Sudhoff* i. mű 45. o. — [68] Az aloét Dél-Arábiából importálták. V. ö. *Schweinefurth*, Verhandl. d. Berl. anthr. Gesellsch. 1897. 392. o. — [69] A citrom a mai török népies nőgyógyászatban a fogamzás gátlására szolgál. Coitus előtt limonádés vattát tesz a nő a hüvelybe. — [70] I. p. 25. cap. — [71] Ezt az eljárást már *Homéros* is ismeri (v. ö. Odysseia, X. 510.). — [72] Hasonló „elsüllyesztési" módszert ismertet *Jaworsky*, Zetschr. f. österr. Volkskde. IV. évf., de ő menstruatiós vérbe mártott vatta elásásáról tud. — [73] V. ö. e korra nézve *A. Stein*, Untersuchungen zur Gesch. und Verwaltung Aegyptens unter römischer Herrschaft, Stuttgart, 1915. — *Baehrens*, Anthol. lat. ed. Riese, 1894. — *Gardthausen*, Augustus und seine Zeit. — *Bouché—Leclercq*, Hist. des Lagides. — *Meyer*, Gesch. des alten Aegyptens, Berlin, 1878. — *Savary*, Lettres sur l'Egypte. — *Brugsch*, Gesch. Egyptens. — *Jos. Flavius*, De bello Judaico. — Köszönetemet fejezem ki e helyen *Mahler Ede* prof. úrnak, a budapesti aegyptologiai intézet igazgatójának, aki nekem e cikk megírásához irodalmi útbaigazítást és tanácsokat adott, s intézete és saját könyvtárát rendelkezésemre bocsájtotta. — [74] Lagos (= nyúl) egy pásztor fia volt Makedon Fülöp udvarában. A család a pontusi Synopis városból ered. A Ptolemais (egyptomiasan Ptulmis) nevet egy hasonló nevű szír városról kapták. — [75] Ez az ú. n. XXXII. vagy makedón-dynastia. — [76] Így pl. II. Ptolemais (288—246) alatt épül a phaleriai *Demetrios* utasítására szerint a híres könyvtár, melynek részére a hierogrammaták az Ószövetségi Szentírást, az Odysseiát és Sophokles műveit is lemásolták. III. Ptolemais híres oroszlán- és könyvvadász. IV. Pt. tragédiaíró. XIII. Pt. fuvolázik és dyonisosi dalokat költ. — [77] A mai Aggerout. — [78] A másik könyvtár a Serapeion nevű templomban volt elhelyezve Rachotisban. Serapis makedón istenség, s neve annyit jelent, mint láthatatlan. V. ö. Tacitus, Ann. lib. 4. — [79] Később Alexandria ismét jelentéktelen falucskává zsugorodott össze az arab uralom alatt. De még a X. században, mikor Amru Ibn el Aaz elfoglalta a várost, a könyvtárban 400.000 kéziratot találtak. — [80] Felső-Egyptom arab neve. — [81] Ezt a templomot Kr. e. 237-ben III. Ptolemais Euergetes (246—221) kezdi építtetni és ez csak Kr. e. 57-ben XIII. Pt. Auletes idejében lesz kész. — [82] V. ö. Meyer, id. mű 403. o. — [83] Harmachut és Anchemachut fáraók lázadása IV. Pt. Philopator idején (ca. 204. Kr. e.) — [84] Syria királyának, Antiochusnak, II. Ptolemais leánya, Berenice volt a neje. Erről azt tartják, hogy csak a Nílus vizét tudta inni, s ezt apja tömlőkben szállíttatta hozzája. Szokás volt különben a Nílus vizét állni hagyni és úgy inni, mint az öreg bort. — [85] I. Kleopatra a szír király leánya és V. Ptolemais felesége volt. A mi Kleopatránk a családban a hetedik ilyen nevű. — [86] *M. A. Ruffer* ezt írja róla: „She was musical, artistic and encouraged science; her good spirits were proverbial, and induced her to play harmless and rather pointless practical jokes. She was considered a very fine linguist." (Proceed. of the Roy. Soc. of Med. 1919. 145. o.) — [87] II. Pt. mindkét testvérével, I. és II. Arsinoevel házasságot kötött, hasonlóképp IV. Pt. hugával, III. Arsinoevel is. V. Pt. leánya, II. Kleopatra mindkét fiútestvéréhez, VII. és IX. Ptolemaishoz nőül ment. IX. Pt. másodszorra elvette mostohalányát, kinek egyben nagybátyja volt. A házasságból hat gyermek származott, kik szintén egymás között házasodtak. *M. A. Ruffer* kimutatta, hogy e házasságok a Lagidáknál degeneratiót vagy betegséget nem okoztak. (V. ö. id. mű.) — [88] *Plutarchos*nak Antoniusról írott életrajza is sok, Kleopatrára vonatkozó adatot tartalmaz. — [89] Ez időben állíttatja fel Caesar Kleopatrának Archelaostól mintázott szobrát Venus Genitrix templomában. A szobor elveszett. — [90] Kleopatra terhességét és Caesarion születését az esneh-i templom mammisi-jének falán örökítették meg. — [91] Kleopatra ekkor már öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik. Gonosztevőkön különféle mérgek erejét próbálja ki. Halálát egy gyümölcsöskosárban hozzácsempészett nílusi aspis, a szent uraeuskígyó okozta, melynek hatását előbb hű szolgája,

Mardion eunuch önmagán próbálta ki. Hasonló halállal multak ki Demetrios, az alexandriai könyvtár alapítója és Canebis, Menelaus hajósa. — [92] A királynőnek Antoniustól nemzett gyermekei, Alexandres Helios, Kleopatra Selena és Ptolemais Philadelphos. Az elsőt a rómaiak megölték, éppúgy mint Caesariont. A másik kettőt Antonius törvényes hitvese, Oktávia nevelteti. A leányt II. Juba király vette nőül. — [93] Véleményem szerint a régi alexandriai nőgyógyászati iratokra való visszavezetéssel oldható meg a legjobban a *Moschion*- vagy *Muscion-kérdés* is. *Haeser* elmélete (id. mű I. 319.) tarthatatlannak látszik. A görög Pseudo-Moschion alexandriai, illetve egyptomi származására utal az ρξβ (162.) fejezetben közölt terhességi próba az árpa- és búzaszemmel, szintúgy az is, hogy a menstruatio kezdetének a 11. évet veszi fel, amit a latin fordító a klimatikus viszonyoknak megfelelően 14. évre módosít. — [94] V. ö. pl. II. p. 9. cap.: „Fortius pessarium ad tumorem et impetum vulvae, quod Erasistratos fecit, que utebatur regina." Vagy II. p. 9. cap. más helyén: „Sic pessarium meum confice, que ego saepe usa et experta sum et Arsinoes, soror mea." — [95] Erakleitos nyilatkozatát idézi egy író *Janus* VIII. vagy IX. évfolyamában. Ezt a cikket újból megszerezni nem tudtam. Benne a szerző általánosságban Kleopatra orvosnői működéséről értekezik. Az idézet, melyet még régebben jegyeztem fel, így szól: „Apertum est Cleopatrae sepulchrum, illius famosissimae Reginae, quae cum Antonio imperium tenuerat, ubi corpus eius iuxta Antonium collocatum aromatibus conditum, illaesum ... Ad cuius Reginae caput inventus liber est, per ignotes characteres, quo dubium non erat, quin in eo aliquid magnae utilitatis continueretur, quod tanta diligentia ad caput tantae Reginae reconditus iaceret." — [96] III. Attalus Philometor, pergamumi király mérgekkel kísérletezik. Mithridates (124—64) pontusi király a mérges állatokról ír. Nikomedes, bythiniai király is gyógyszertudománnyal foglalkozik. — [97] A kicsapongásáról hírhedt Artemisia kozmetikát írt. Perikles barátnője, Aspasia szépítőszerekre vonatkozó iratait Aëtius de Amida gyűjti össze Tetrabiblos-ában. V. ö. *Baas*, Grundriss. 72. o.

VEGYES HÍREK

A Belvárosi Orvostársaság december 17-én tartotta meg XXX. évi rendes közgyűlését, melyen az Orvosszövetség és az Ügyvédotthon Egyesület közötti megállapodás felmondását javasolja. Hozzájárul az Orvosszövetség kebelében a sajtóbizottság létesítésére vonatkozó indítványhoz, majd ezután a tisztújító választást ejtette meg. A választás eredménye a következő:

Örökös tiszteletbeli elnök: Haberern J. Pál. *Elnök:* Schmidlechner Károly. *Alelnökök:* Gámán Béla, Parassin József. *Főtitkár:* Schuschny Aurél *Titkár:* Korányi Sándor. *Pénztáros:* Ifj. Fleischer Elemér. *A választmány tagjai:* Bakay Lajos, Basch Imre, Boross Ernő, Boytha Lajos, Doctor Károly, id. Fleischer Elemér, Friedrich Vilmos, Gergő Imre, Gerlóczy Zsigmond, Hajós Lajos, Hültl Hümér, Liebermann Leó, Mansfeld Ottó, Melha Armand, Melly József, Oravetz Pál, Pákozdy Károly, Párdányi Emil, Schatz Róbert, Vajna Vilmos. *Az adójavasló bizottságok elnökei:* Basch Imre, Friedrich Vilmos, Haberern J. Pál, Parassin József. *A bizottságok tagjai:* Boross József, Brósz Sándor, Botzenhardt Ferenc, Dalmady Zoltán, Doctor Károly, Halász Aladár, Liebermann Tódor, Madarász E Mária, Mansfeld Ottó, Pákozdy Károly, Párdányi Emil, Rihmer Béla, Steiger Kazal Dezső, Stossmann Rudolf, Szél Manó, Szili Jenő, Temesváry Miklós, Walheim Béla.

Továbbképző tanfolyam orvosok számára. Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által a „belgyógyászati gyógyításmódokról" hirdetett továbbképző tanfolyam január hó 7-én kezdődik. A tanfolyamra 88 vidéki és 20 fővárosi orvos jelentkezett. A bizottság a községi és körorvosok egy részének ösztöndíjakat bocsájt rendelkezésére, hogy a továbbképzésüket számukra lehetővé tegye. A jelentkezők részvételi jegyeiket még e hó folyamán kézhez kapják.

A székesfőváros tiszti főorvosi hivatala felhívja az összes kórházak, rendelőintézetek és gyakorlóorvosok figyelmét, hogy 1929. évi január hó 1-től kezdve a bejelentésre kötelezett hevenyfertőző megbetegedések bejelentésére a 186.045/1928. X. sz. polgármesteri rendelet értelmében új nyomtatványok használandók fel, amelyek a ker. előljáróságokon tiszti orvosoknál, valamint az összes gyógyszertárakban kaphatók. A tiszti főorvosi hivatal felkéri a bejelentésre kötelezett orvosokat és intézményeket, hogy január hó 1-től kezdve ne használják az eddigi nyomtatványokat.

A davosi magyar egyesület üdülőháza. 1929 jan. 15-én nyílik meg Davos-Platzban a davosi magyar egyesület szerény üdülőháza, egy kis magocska, amelyről reméljük, hogy terebélyes fává fog nőni. Egyelőre csak 14 beteget tudnak felvenni, akik teljes ellátást orvosi kezeléssel együtt (műtétek és gyógyszerek nélkül) napi 9, 9.50, 10 frankon kapnak. Az üdülő olyan betegeket vesz föl, akik szerény anyagi viszonyaikat igazolni tudják. Az üdülő igazgatója *Bíró Ernő dr.* magyar orvos, aki az orvosi lelettel ellátott megkereséseket Davos-Platz, Hans Helios címen várja. Betegeinknek 1000 magyar, francia, német, angol kötetből, többszáz füzetből és kótából álló könyvtár áll rendelkezésre, amelyet a davosi magyar egyesület minden országok hírneves íróitól kapott ajándékba.

Orvosdoktorrá avattattak a pécsi Tudományegyetemen december hó 20-án: *Pinkay Anna, Hum Ferenc, Dobszay László, Matusovits Leó, Molnár Lajos, Pajor Ákos, Rosenberg László, Hartmann Jenő, Böhm Pál, Dénes József, Szirtes Miklós, Bárdos Aladár, Fohn Tibor, Varga Gyula.* — A m. kir. Ferencz József Tudományegyetemen december hó 15-én: *Rózsa Erzsébet, Klug Margit, Klinszkó Izabella* és *Hirn Lajos.*

Hofmann Oszkár dr. a téli idény alatt *San-Remo*-ban folytat gyakorlatot, felvilágosítással szívesen szolgál. Címe: *Pension La Certosa, Corso Imperatrice.*

Kiadványainkat olcsón kapják meg kiadóhivatalunktól hátralékban nem lévő előfizetőink. A pénz előre beküldése után azonnal bérmentve küldjük meg az alábbi igen hasznos könyveket:

	Bolti ár	Enged. ár
Soós Aladár: Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5·— P	helyett 4·— P
Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6·50 „	„ 5·50 „
Vászonba kötve	8·— „	„ 7·— „
Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal	2·50 „	„ 2·— „
A magyar orvosi tudomány nagy mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . .	4·— „	„ 3·50 „
		15·— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P. kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16·50 P. helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint dec. 23—dec. 29-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	5	Gyermekágyi láz	—	—
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	71	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	1	—
Kanyaró	23	—	Vérhas	2	—
Vörheny	20	—	Járv. agygerincagyhártyalob.	—	—
Szamárhurut	5	2	Trachoma	1	—
Roncs. torok-, gégelob	53	7	Veszettség	—	—
Influenza	8	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	1	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját *kedden és pénteken 12—1-ig tartja.*

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
HOSTAN, FÁRADTSÁGAN NEM MELEGÍTŐ FÜRDŐK ÉS MŰGYÓGYSZEREKNEK NEM ÁRT

DR PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Szívbeteg-osztálya Electro-Cardiograph

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

Dr. Mandler Otto gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kiskúnfélegyházai járásához tartozó Jászszentlászló községben nyugdíjazás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 62.000/1926. B. M. számú rendeletben körülírt illetmények, lakhely szerinti lakbér, családi pótlék és a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és működési díjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. §-ában előírt minősítésüket, a forradalmi idők alatt tanusított magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1929 január 6-ig terjesszék be.

A választás ideje iránt később fogok intézkedni.

Kiskúnfélegyháza, 1928 december 7.

F. Szabó Dezső s. k.
főszolgabíró.

6586/1928. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett balassagyarmati és sziráki *járásorvosi állásokra* pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Pályi Pál főispán úrhoz címezve, hozzám 1929. évi január hó 20-ig adják be. A később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Olyan pályázók, akik már valamely törvényhatóság szolgálatában állanak, anak első tisztviselője, más közhivatali állásban levők hivatalfőnökük, közszolgálatban nem állók pedig állandó lakóhelyük törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényeiket hozzám juttatni.

Tisztiorvosi képesítés és erkölcsi bizonyítvány feltétlenül csatolandó.

Az állások javadalmát a 7000/1926. számú M. E. rendelet állapítja meg.

Balassagyarmat, 1928 december 17.

Baron, alispán.

23174/1928.

Somogy vármegye marcali-i járásához tartozó lemondás folytán megüresedett mesztegnyői *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

A körhöz Bize, Gadány, Keleviz, Hosszuviz községek tartoznak. Az állás javadalma a 62.000/1926. B. M. számú rendeletben megállapított fizetés, természetbeni lakás, valamint szabályszerű látogatási és vizsgálati díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket, eddigi működésükről szóló bizonyítványukkal, politikai megbízhatóságukat igazoló okmányaikkal kiegészítve, 1929 január hó 30-áig bezárólag adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás időpontját később fogom meghatározni.

Marcali, 1928. évi december hó 14-én.

A főszolgabíró.

8257/közig. 1928. szám.

Hódmezővásárhely th. város törvényhatóságánál újonnan rendszeresített kettő külterületi *tiszti orvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állások javadalma az 5600—1925. B. M. sz. rendelet mellékletét képező I. kimutatásnak megfelelő IX. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított kezdő illetmény. Az állások nyugdíjjogosultsággal vannak egybekötve. Az állást elnyerő orvosok az 544—1928. kgy. sz. határozat értelmében egyenként még évi 896 P. pótilletményben részesülnek, ezen pótilletmény azonban csak a hivatkozott kgy. határozatnak belügyminiszteri jóváhagyása után következő hónap 1. napjától kezdve folyósíttatik, havi előleges egyenlő részletekben. A pótilletmény nyugdíjazás esetén a nyugdíj összegének megállapításánál figyelembe nem vétetik s a közegészségügy tervbe vett államosítása esetén megszűnik. A megválasztandó orvosok hetenként a városi tanács által kijelölendő három (3) napon a polgármester által történő beosztás szerinti körzetükbe — Mártélyra, illetve Kopáncsra kiutazni, ott egész napon át orvosi teendőket ellátni s ezenkívül bármely időben a körzetükből hozzáforduló betegeket gyógykezelés alá venni, illetőleg e célból rendkívüli időben is a helyszínre kiutazni kötelesek. A hetenkénti kiutazásért utazási költségeket, térítési díjat, vagy városi fogatot nem igényelhetnek. Ezen költségeket sajátjukból tartoznak fedezni. Ez a kötelezettség azonban csak addig terheli az orvosokat, míg a város közönsége részükre Mártélyon, vagy Kopáncson természetbeni lakást nem biztosít. Természetbeni lakás biztosítása esetében a megválasztott orvosok kötelesek lesznek saját körzetükben lakni s a pótilletmény ellenében fogatot tartani. Azon ideig, míg az orvosok természetbeni lakással ellátva nem lesznek — a mártélyi körzetbe beosztandó orvos a Damjanich-utcának az állami iskolán kívüli részére, a kopáncsi körzetbe beosztott orvos pedig a város azon részére köteles költözni és állandóan ott lakni, ahol a kopáncsi lakosság a legkönnyebben és leggyorsabban felkeresheti s ő is a legrövidebb idő alatt és úton — körzetébe kimehet. A körzetébe beosztott orvosok kötelesek a beosztás napjától számított hat héten belül lakásukat a fenti módon kiválasztani és oda költözni. A megválasztandó külterületi kerületi tiszti orvosok kézi gyógyszertár tartására jogosultak s egymás teendőit az állás esetleges megüresedése, betegség, vagy szabadság esetében díjtalanul ellátni tartoznak. Felhívom mindazokat, akik ezen orvosi állásokra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat, valamint a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket 1929. év január 26-ik napjának déli 12 óráig a polgármesteri hivatalhoz adják be, illetőleg küldjék meg. A megválasztandó orvosok a működésüket igénybevevő felektől a szabályrendeletben megállapított díjak szedésére jogosultak, míg a szegénysorsú betegeknek a rendelés idején a kellő orvosi segélyt díjtalanul kötelesek nyujtani.

Hódmezővásárhely, 1928 december hó 18.

Dr. Soós István polgármester.

5874/1928. eln.



PICCOLO
a hazai utakra legjobban megfelelő, túraképes kiskocsi.
Tartóssága felülmulhatatlan! Üzemköltség a legminimálisabb!
Orvos uraknak igen előnyös árak és rendkívül kedvező fizetési feltételek!
Kérjen árajánlatot és meggyőződik versenyképességünkről.
Kizárólagos képviselet:
NEMZETKÖZI GÉPKERESKEDELMI RT., BUDAPEST V, Vilmos császár-út 26. és 32.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. m. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. m. tanár, kórházi főorvos.

Az alapanyagcsere jelentősége és meghatározási módja.

Anyagcsere alatt az emésztéssel, elraktározással és felhasználással járó, bonyolultan egymásba kapcsolódó *vegyi folyamatok összességét* értjük. Ezek szolgáltatják az életjelenségekhez — így a vérkeringéshez, légzéshez, emésztéshez, izommunkához, testhőmérsék fenntartásához stb. szükséges energiát. Az anyagcsere állandóan változó nagyságú; pihenés közben a legalacsonyabb, míg izommunka, emésztés, fázáskor fokozódó hőtermelés és számos kóros elváltozás következtében erősen emelkedik. *Az alapanyagcsere a teljesen pihenő szervezetnek, kellemes külső hőmérséklet mellett és az emésztőmunka teljes megszűnése után mért anyagcseréje.* Ebben az állapotban csak a légzésnek, a vérkeringésnek, az izomtonus fenntartásának, a veséknek és mirigyeknek munkája hárul a szervezetre. E munkához szükséges energiát a szervezet chemiai energia árán nyeri, és pedig a tápanyagok elégetése útján. Az elégésnél felszabaduló chemiai energia végeredményben teljes egészében hővé alakul át és pedig részben közvetlenül (égéssel járó hőtermelés), részben közvetve (vér súrlódása az erekben stb.). *Az alapanyagcsere nagyságát tehát a hőtermelés nagysága adja meg* és ezért az alapanyagcsere nagyságát hőegységekben, *caloriákban* szoktuk kifejezni.

Ugyanazon egyén alapanyagcseréje állandó érték és nagyjában egyenes *arányban áll a testsúllyal.* 1 kg testsúlynak 1 óra alatt hozzávetőleg 1 caloria hőtermelés felel meg.[1] Egyazon testsúlyú egészséges emberek hőtermelése azonban nem teljesen azonos, hanem kis mértékben függ a *kortól, nemtől és testhossztól.* Az alapanyagcsere *várható értékét* leggyorsabban a Benedict—Harris-féle táblázatokból tudhatjuk meg, amelyek segítségével különböző korú, magasságú, testsúlyú egészséges férfi vagy nő alapanyagcseréjének nagysága könnyen kiszámítható. E táblázatok nagyszámú egészséges egyénen való vizsgálat eredménye alapján készültek és a tapasztalat azt mutatja, hogy egészséges emberek alapanyagcseréje a táblázatból nyert értéktől legfeljebb *10 százalékkal* tér el. Ha az eltérés a várható értéktől *nagyobb, mint 15%*, akkor kifejezetten *kóros elváltozással* állunk szemben.

Az anyagcsere ismeretének különösen *a belsőelválasztású mirigyek betegsége* szempontjából van fontossága. Elsősorban és legnagyobb jelentőséggel a pajzsmirigy megbetegedése terén van az alapanyagcsere mérésének szerepe. A pajzsmirigy hormonja a *thyroxin az oxydatio tüzének hatalmas szítója* és ennek megfelelően a thyroxin túltermeléssel járó megbetegedésekben az alapanyagcsere erősen fokozódik, míg a thyroxin hiányánál csökken. A pajzsmirigymegbetegedésekben az alapanyagcsere meghatározásának kettős jelentősége van.

1. *a diagnosis megállapítása,*
2. *gyógyítóbeavatkozásaink hatásosságának megítélése szempontjából.*

Ad 1. *Basedow*-os és egyéb *hyperthyreosisban* szenvedők fogyásának oka a fokozott hőtermelés, tehát az alapanyagcsere fokozódása. Ennek mértéke legtöbbször 40—60%, de súlyos esetben a 100%-ot is meghaladhatja. Mai felfogásunk értelmében *az alapanyagcsere fokozódása a hyperthyreosis legfontosabb tünete és ha ez hiányzik, akkor Basedow-kórt, vagy hyperthyreosist nem állapíthatunk meg.* Különösen fontos ez a Basedow *csökevényes* („forme fruste") alakjainak diagnosisában, amelyekben a szemtünetek, a struma, a tremor, stb. hiányozhatnak, de az alapanyagcsere mindig fokozott. A csökevényes Basedowot utánzó egyéb kórképeknél az alapanyagcsere normalis. Így az ú. n. *cardiovascularis neurosisnál*, amely szapora szívműködéssel, tremorral, izzadással és fogyással jár és így a csökevényes Basedowhoz nagyon hasonlíthat, az alapanyagcsere sohasem fokozott. Hasonlóképen normalis az alapanyagcsere a tremorral, szívpanaszokkal és tachycardiával járó chronikus *nicotinmérgezésnél.* A normalis anyagcsere teljes biztonsággal kizárja valamely megbetegedés pajzsmirigy eredetét.

Nem következtethetünk azonban ily biztonsággal az ellenkező irányban. *Fokozott anyagcsere nem jelent mindig pajzsmirigymegbetegedést*, hanem csak akkor, ha minden egyéb tényezőt, amely anyagcserefokozódással jár, ki tudtunk zárni. Így minden *lázas megbetegedés, sok subfebrilis állapot, a tuberculosis és az endocarditis lázmentes szakban is, némely anaemia, leukaemia, malignus tumorok, a hypertonia, végül a hypophysis egyes megbetegedései* fokozott anyagcserével járnak. Az emelkedés mértéke különböző nagy lehet, a felsorolt állapotok egyike-másikánál (láz, leukaemia) 40—60%-ot is elérhet. Legnehezebb az elkülönítő diagnosis a subfebrilitással, lesoványodással, de más kifejezett tünettel nem járó állapotoknál, amelyet rejtett tuberculosis, ki nem mutatható elváltozással nem járó endocarditis és hyperthyreosis egyformán okozhat. Itt csak a hosszabb megfigyelés, esetleg a jódkezelés eredménye, vagy eredménytelensége ad útbaigazítást.

Ad 2. *A betegség javulásának legbiztosabb mértéke az alapanyagcsere közeledése a normalis értékhez.* A testsúly megfigyelése gyakran tévedésbe ejt; a hízás nem okvetlenül jelent javulást, mert túletetéssel — különösen ha zavaró hasmenések nincsenek — Basedow-kóros betegek néha meghízlalhatók. A fokozott, vagy normalis alapanyagcsere ilyenkor is rámutat arra, hogy a javulás valódi-e, vagy látszólagos.

Valamely gyógyító tényező hatásosságát *általánosságban* az alapanyagcsere vizsgálatával lehet kétség nélkül és úgyszólván számszerűen megállapítani. Így az alapanyagcsere vizsgálata mutatta ki az újabban alkalmazott kis jódadagok gyógyító hatását, úgyszintén e módszer mutatta ki végérvényesen azt, hogy az antithyreoidin-serum, a rhodagen és hasonló szerek teljesen hatástalanok és kiküszöbölendők a Basedow-kór therapiájából.

Adott esetben is az alapanyagcsere vizsgálatának eredménye adhat útbaigazítást a követendő therapiához. Természetesen nem abban az értelemben, hogy bizonyos alapanyagcsereérték felett műtétet végzünk, az alatt pedig nem, hanem az alapanyagcsere nagyságát a klinikai képpel kell egybevetnünk. Először mindig belgyógyászati kezelést kísérelünk meg. Ha a belgyógyászati kezelés — beleértve a Röntgen-kezelést is — cserben hagy, akkor mérsékelt anyagcsere emelkedés mellett is műtétet végzünk. Erősen fokozott anyagcsere mellett a belgyógyászati kezeléssel — ha csak rövidesen javulást

[1] Egy caloria az a hőmennyiség, mely 1 liter víz hőfokát 1 C°-kal emeli.

nem észlelünk — nem szabad sok időt vesztenünk, mert különben betegünk nagyon leromlik. A műtétnél magánál is irányadóul szolgálhat az alapanyagcsere nagysága (érlekötés, kisebb-nagyobb resectio). A műtét után újabb vizsgálattal ellenőrizzük, hogy az alapanyagcsere normalis-e, ami annak a jele, hogy éppen kellő mennyiségű pajzsmirigyállományt távolított el a műtő. Ha az alapanyagcsere még továbbra is magas, akkor újabb műtétet, vagy Röntgen-besugárzást kell végezni, ha pedig a normalisnál alacsonyabb, ami annak a jele, hogy a műtét túlradicalis volt, akkor pajzsmirigy-készítményekkel, vagy thyroxinnal kell az alapanyagcsere és vele a szervezet sejtfunctióit normalis szintre emelni.

Míg a Basedow és a hyperthyreosis fokozott, addig a *myxoedema és a hypothyreosis csökkent alapanyagcserével jár.* Enélkül nincs igazi myxoedema. Az alapanyagcsere a várható érték 60%-ára, tehát majdnem a felére is lecsökkenhet. A thyreoidea-készítmények, vagy a pajzsmirigy hatóanyaga, a thyroxin, az alapanyagcserét újból normalis szintre emelik. Ehhez igen kevés thyroxin elegendő; néhány mg thyroxin 1—2 héten át normalis szinten tartja az alapanyagcserét. Egyszeri thyroxinadagolás után a hatás a 2—3. napon kezdődik és kb. 10 nap mulva éri el a maximumát. A hatás fenntartásához hetenkint adott kis adag elegendő. Feltűnő, hogy a thyroxin és thyreoidea alapanyagcserét fokozó hatása sokkal erősebb hypothyreosisnál, mint normalis egyénen.

A pajzsmirigyen kívül *más belső elválasztású mirigyek* is befolyással bírnak az alapanyagcserére. Így ismeretes, hogy a *hypophysis* elülső lebenyének kivonata emeli az alapanyagcserét; ennek megfelelően akromegaliánál gyakran fokozott az alapanyagcsere, míg hypophysaer kachexiánál mindig, dystrophia adiposo-genitalisnál gyakran csökkent. Polyglandularis sklerosis szintén az alapanyagcsere csökkenésével jár. *Az ivarmirigyek* belső elválasztásának csökkenése alacsony alapanyagcserével kapcsolatos. Végül az endogen elhízásban szenvedők alapanyagcseréje gyakran csökkent. — Eme változások ismerete a kórtan szempontjából nagyjelentőségű, de gyakorlati diagnostikai jelentősége — abban az értelemben, mint a pajzsmirigy megbetegedéseiben — nincsen.

Az alapanyagcsere meghatározásának módját e helyen részleteiben nem ismertethetjük, hanem csupán a meghatározás elvét. Az alapanyagcsere nagyságát a hőtermelés mérése útján *közvetlenül* és nagy pontossággal kapjuk meg. Ez azonban nagyon körülményes eljárás. Majdnem ugyanolyan pontos eredményhez jutunk, ha az alapanyagcserét *közvetve, az oxygenfogyasztás mérése* útján határozzuk meg. Számos mérés eredményeképen tudjuk, hogy egy liter oxygen fogyasztásának 4·9 caloria hőtermelése felel meg, akkor, ha a vizsgált egyén a vizsgálatot megelőző napokon túlnyomóan szénhydratot tartalmazó táplálékot fogyaszt. Az alapanyagcsere meghatározása céljából tehát csupán *a bizonyos idő alatt elfogyasztott oxygen mennyiségét kell megmérni.* Ez kb. 10 év óta, amióta *Krogh* és *Benedict* egyszerű készülékeiket összeállították, könnyű eljárás. Mindkét készülék néhány liter oxygent tartalmazó gazometerből áll, amely gazometer automatikus írószerkezettel van ellátva. Utóbbi állandóan jelzi a gazometer gáztartalmának nagyságát. A vizsgált egyén szájában levő gummiszájrész két gummicső segélyével össze van kötve a gazometerrel. Szelepek segélyével elérjük azt, hogy az egyik csövön tiszta oxygent kap a vizsgált egyén a gazometerből, a másik csövön a kilégzett levegő a gazometerbe jut vissza. Útközben a kilégzett levegő szénsavtartalmát a gazometer aljában elhelyezett nátronmész elnyeli. A gazometer gáztartalma folytonosan csökken az oxygenfogyasztás arányában. A csökkenést az írószerkezet által írt görbéből leolvassuk és az így nyert adatokból kiszámítjuk a 10 perc alatt elfogyott oxygent.

A készülék kifogástalan működésére vonatkozó technikai részletektől eltekintve a következőkre kell a vizsgálattal kapcsolatban ügyelnünk.

1. A beteg teljesen pihenő állapotban legyen. Ezért a vizsgálatot csak akkor kezdjük meg, amikor a beteg már 30—40 percig a kényelmes vizsgálóágyon feküdt (izommunka, fokozott szívműködés emeli az anyagcserét).

2. A vizsgálóhelyiség hőmérséke 18 C° körül legyen, amely hőfok mellett a hőszabályozó mechanismus nyugalomban van (fázás, de a túlmeleg is fokozza az anyagcserét).

3. A vizsgálatot megelőző két napon át a beteg tápláléka túlnyomóan szénhydrátokból álljon (csak ebben az esetben felel meg egy liter oxygennek 4·9 cal.).

4. A vizsgálatot reggel éhgyomorra végezzük. 12—14 órai koplalás a vizsgálat előtt. (Emésztés alatt az anyagcsere fokozott.)

5. A beteg a vizsgálat tartama alatt nyugodtan és egyenletesen vegyen lélekzetet; csak ebben az esetben érékesíthető az eredmény. Sok beteg kapkodva és egyenlőtlenül lélekzik, az orrnyílások leszorítása és a szájban fekvő gummicső miatt. Az ilyen betegeket többszöri gyakorlással hozzá kell szoktatnunk a vizsgálathoz, esetleg a vizsgálatot addig ismételjük különböző napokon, amíg az érték állandónak bizonyul.

Ernst Zoltán dr. egyetemi tanársegéd.

Az endovesicalis elektro- és chemocoagulatióról.

Az endovesicalis coagulatio ambulanter végezhető, fájdalmatlan, egyszerű beavatkozás s utána feküdni nem szükséges, ami különösen öreg, leromlott, szívbajos, tüdőbajos egyéneknél megbecsülhetetlen előnyt jelent. A beavatkozás feltételei: 1. a húgycső a cystoskop bevezetésére eléggé tág legyen, 2. a hólyagnak kellő capacitása, tehát legalább 100 cm³ folyadékkal tölthető legyen, 3. a hólyagot tisztára lehessen mosni, mert a zavaros, véres töltőfolyadékban a cystoskopos látás megnehezített, vagy egyáltalán lehetetlen, 4. a coagulálandó részlet a sondával megközelíthető legyen. Néha a sphincter körüli papillomák, továbbá prostata túltengésnél a nagy bedomborodó tumor miatt a coagulatiós sondával az égetendő területet nem tudjuk megközelíteni.

A coagulatiós beavatkozást végezhetjük az ureter legalsó szakaszában megakadt köveknél, amikor az ureter nyílása olyan szűk, hogy akő átmenetét akadályozza és a glycerin-olajos felfecskendezések sikertelenek. Ilyenkor az ureter nyílását a coagulatiós sondával felmetsszük s ilyenformán tágítjuk. Szétesö hólyagráknál, ha az vérzik, a vérző helyet coagulálva sokszor sikerül a vérzést megszüntetnünk. Az ureternyílás cystáit, amelyben vizeletpangás van és az secundaer kőképződésre, hydronephrosisra, különféle fertőzésekre disponál, endovesicalis coagulatióval megnyithatjuk annál is inkább, mert ezeknek a fala legtöbbször vékony s a megnyitott cysta alapján egy elég bő ureterszáj marad, mely zsugorodásra nem hajlamos. A folyamat ezáltal meggyógyul, recidivák nem fordulnak elő.

A tbc.-s folyamatok coagulatiója csak akkor indikált, ha egészen kis körülírt tbc.-s góc van a nyálkahár-

tyán, amely a nephrektomia után hosszú idő alatt nem gyógyul.

Jóindulatú hólyagpapillomákat coagulatióval eredményesen gyógyíthatunk. A legtöbbször már cystoskoppal megismerhetjük, hogy jó, vagy rosszindulatú-e a papilloma. Jóindulata mellett szól, ha a környezettől jól elkülöníthető, kocsányos, lassan növekedő, élénk, finoman áttetsző vörös véredények tűnnek át a kiemelkedő fehér rózsaszínű, a töltőfolyadékban lebegő bolyhokon. Szétesés nincsen, a környezete nem infiltrált és nem kidomborodó, az alapja nem széles. A véres úton való eltávolítás indokolt minden olyan esetben, amikor a tumor rákos elfajulása biztosan megállapítható.

Az elektrocoagulatiónál magas frequentiájú elektromos áramot vezetünk a coagulálandó helyre. A beteg medencéje alá helyezzük az egyik széles, lapos ólomelektrodot úgy, hogy az a bőrrel szorosan érintkezzék, mert ha nem jó az érintkezés, vagy ha a beteg a műtét közben medencéjét felemeli az elektrodról, égések történhetnek. A másik elektrod egy ureterkatheterhez hasonló, kívül selyemmel bevont ú. n. coagulatiós sonda, mely platina lapban végződik. Ha az áramkört zárjuk s a coagulatiós sondát a cystoskopon keresztül szemünk ellenőrzése mellett a coagulálandó helyhez érintjük, kerek szürkésfehéres nekrotizáló foltokat kapunk sistergés és apró légbuborékok kíséretében. A coagulálandó területen egymás mellett igyekszünk ezeket a nekrosisokat előidézni, helyenként belefúrunk a tumorba. A coagulált részletek később lelökődnek. Szükség szerint az eljárást megismételjük.

A chemocoagulatiót trichlorecetsavval végezzük. Kevés trichlorecetsavat felmelegítünk, amely kristályvizében 55°-nál oldódik. Hogy oldatban maradjon kihülés után is, pár csepp glycerint cseppentünk hozzá. Egy sűrű, kellemes szagú oldatot kapunk, melynek fajsúlya nagyobb a víznél s azzal jól keveredik. Fénytörési különbségénél fogva jól látható a hólyagban levő töltő folyadékban, amint az megjelenik a tű hegyén, úgyhogy nagyon finoman, akár cseppenként adagolhatjuk a papilloma felületére is cystoskopos ellenőrzés mellett.

Egyjáratú uretercystoskopot és egy puhább ezüstből készült, kb. 30—35 cm hosszú, külsején az ureterkatheterhez hasonlólag bevont tűt használunk, melynek egyik végén Pravaz-fecskendőilleszték van.

Tisztára kimosva a hólyagot, gyenge oxycyanatos vízzel megtöltjük s a cystoskopot bevezetve a papillomát beállítjuk. A tűvel, mely kissé merev ugyan, de azért jól beállítható, igyekszünk a papilloma kocsányába beszúrni, lehetőleg oldalról. Ha ez nem megy, úgy felülről óvatosan a bolyhok közé vezetve azt, rendszerint sikerül a kocsányba beszúrni s a fecskendővel pár csepp trichlorecetsavat a tumorba fecskendezni. Hogy a tűvel bent vagyunk a papillomában, azt részint érezzük, részint a szúrás nyomán enyhe vérzést látunk, ami azonban rögtön megszűnik, úgy, hogy a látást nem zavarja. Ha a kocsányba sikerült a trichlorecetsavat bejuttatni, úgy az nekrotizál s megszűnik a papilloma táplálása, elhal s rövidesen lelökődik. A tűt kihúzva, több helyen beszúrunk a tumorba s felületét is igyekszünk lehetőleg mindenütt lecsepegtetni. Ahol a trichlorecetsav éri a tumort, az rögtön hófehérré válik, jeléül a coagulatiónak. Tanácsos a fecskendő illesztékénél egy vastagabb papírlemezzel arcunkat és szemünket védeni az esetleges kifrecskelő trichlorecetsav ellen.

A műtét befejezése után bőséges langyos vízzel kimossuk a hólyagot, főképen azért, hogy a savat teljesen eltávolítsuk.

A trichlorecetsavat nagyon finoman lehet adagolni, mégsem lehet azonban elkerülni, hogy a környező nyálkahártyát ne érje, amire az elfehéredik, majd rövid idő mulva oedemás lesz. Az ép nyálkahártya azonban kevéssé érzékeny a savval szemben, úgy, hogy az minden esetben felületesen lelökődik s különösebb baj nélkül meggyógyul. A bolyhos daganat nekrotizál s rövid idő alatt lelökődik, helyét pedig hegesedés mutatja. *Borza Jenő dr.* egyetemi magántanár.

Terhesség és szívbaj.

A terhesség, szülés, gyermekágy alatt a szívnek nagyobb munkát kell végeznie. Ennek a munkatöbbletnek physiologiás körülmények között meg is tud felelni s bár kisebbfokú hypertrophia létre szokott jönni a terhesség alatt, azonban ez csak múló jelenség, amennyiben a gyermekágyban hamarosan visszafejlődik. Minél fiatalabb, erőteljesebb az egyén, annál könnyebben tud szíve is alkalmazkodni a fokozott munkateljesítményhez.

A szívbajok megítélésénél figyelembe veendő a szívbaj minősége, az egyén kora, hanyadszor terhes, az előző terhességek, szülések, gyermekágyak hogyan folytak le, milyen a *szívizom* állapota, a megterhelési próbákat hogyan bírja.

A diagnosis felállításánál a terhesség második felében nehézséget okozhat az a körülmény, hogy a terhesek kb. 20%-nál physiologiás körülmények között is hallhatók accidentalis zörejek, a pulmonalis és az aorta hangjai is jobban hallhatók, a szívcsúcslökés is lehet kihelyezett. Ezért tanácsos mindig a Röntgen-vizsgálatot is igénybe venni, hogy eldönthessük, tényleg szervi szívbaj áll-e fenn. Diastolés zörej legtöbbször a szívbaj fennállására mutat. Kétséges esetekben kérjük ki szakorvos véleményét is.

Tapasztalás szerint az egyes szívbajok különbözőképen viselkednek a terhesség alatt. Jóindulatúak a bicuspidalis insufficientiák, különösen fiatal korban. Már veszedelmesebbek a terhesre nézve a kombinált szívbajok és legveszedelmesebb a mitralstenosis. Egy igen súlyos complicatio a terhesség, vagy a gyermekágy alatt elég gyakran fellépő endocarditis recurrens. Rosszá tehetik a prognozist a vesék, vagy tüdők részéről fennálló functionalis zavarok.

A mitralstenosisnál és az endocarditis recurrensnél már korán, a terhesség első hónapjaiban is jelentkezhetnek incompensatiós tünetek, abortusok, gyakoribb azonban, hogy a terhesség második felében lép fel az incompensatio, amely koraszüléshez is vezethet.

Tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy különösen a kombinált mitralstenosisos betegek a gyermekágyban sok veszélynek vannak kitéve és elég gyakori a halálos kimenetel.

A terhesség alatt megállapított szívbaj esetén az orvosnak elsősorban a következő kérdésre kell felelnie. Kiviselhető-e a terhesség a terhes egészségének, vagy életének veszélyeztetése nélkül?

A fentieket figyelembe véve, elsősorban a szívbajos terhes jelenlegi állapota a döntő.

Ha a szívbaj compenzált, a szívizomzat állapota kielégítő, állandó orvosi ellenőrzés mellett kiviselhető a terhesség. Tartózkodjék a terhes úgy testi, mint lelki megerőltetésektől. Ajánlatos a terhesség utolsó hónapjaiban digitalis kúrát előírni, hogy a szülés alatti fokozottabb munkára előkészítsük a szívet.

Ha incompensatio van jelen, elsősorban megkísérlendő fekvéssel, gyógyszeres kezeléssel a szívbaj compenzálása. Ha ez gyorsan bekövetkezik, a javulás tartós, állandó megfigyelés és ellenőrzés mellett kiviselhető a terhesség.

Másképen áll a helyzet, ha tudjuk, hogy az előző terhesség, szülés alatt igen súlyos állapotban volt a terhes, ilyenkor helyesebb, ha megszakítjuk a terhességet. Ha az incompensatiós állapot nem javul, sőt rosszabbodik, a terhesség megszakítása indokolt.

A terhesség első három hónapjában előzetes nyakcsatornatágítás után nagy, tompa curettel ürítjük ki a méhet, a negyedik-ötödik hónapban, ha sürgősen kell beavatkozni, szóba jöhet a hysterotomia vaginalis anterior, a terhesség vége felé, ha menthetetlennek látszik a beteg, várhatunk, míg a magzat életképes lesz és akkor sectio caesareával fejezzük be a szülést.

Figyelembe véve, hogy a szívizom állapotának vizsgálására nem áll rendelkezésünkre teljesen megbízható eljárás, márpedig elsősorban a szívizom állapota dönti el a beteg sorsát, az orvos sohase vállalja magára a felelősséget egyedül, hanem mindig kérje ki szakbelgyógyász véleményét is és akkor is a beteg további sorsára vonatkozólag határozott kijelentést ne tegyen. Sohasem tudhatjuk, hogy a szívizom mikor mondja fel a szolgálatot és amikor már azt hisszük, hogy túl vagyunk a veszélyen, bekövetkezik a katastropha. Különösen áll ez idősebb először szülőkre és olyanokra, kik már többször szültek és az előző szüléseknél a szív részéről voltak már incompensatiós zavarok.

Véleményünk szerint, ha egy terhes szívbaja már volt incompensatiós állapotban és a terhes terhessége elején compenzált stadiumban kívánja terhességének megszakítását, az előre nem látható veszélyek elkerülésére jogosult lehet a terhesség megszakítása, valamint esetleg az egyén sterilizálása.

A terhesség megszakítását szívbajosoknál nem tekinthetjük veszélytelennek, endocarditis recurrens fellépését mi is láttuk két ízben is és ezért erre vonatkozólag fel kell világosítanunk a hozzátartozókat.

A szívbajos terhes szülésénél kímélnünk kell a szülőnő erejét, szülés alatt coffein, digalen adagolásával támogassuk a szívet, ha compenzált a szívbaj, a szülés spontan lefolyását bevárhatjuk, legfeljebb a kitolás alatt expressióval, vagy kimeneti fogó alkalmazásával kerüljük el, hogy a szülőnő hasprését kénytelen legyen működtetni. A méh kiürítése nem szabad, hogy hirtelen történjék, nehogy a hirtelen alászálló vérnyomás folytén collapsus jöjjön létre. Ezért tanácsos a méh kiürülése után a hasra nyomókötést tenni és ezt a gyermekágy harmadik napjáig fenthagyni.

Ha a szívbaj incompenzált stadiumban van, gyógyszeres támogatáson kívül még üregi, vagy kimeneti fogóval könnyítünk a szülőnőn, először szülőknél, vagy igen súlyos állapotban levőknél szóba jöhet a sectio caesarea, mellyel a magzat életének megmentésén kívül a szülőnőre nézve a legkíméletesebben fejezzük be a szülést.

Narkosis céljára mindig aethert használjunk.

Kuncz Andor dr. egyetemi magántanár.

Naevusok fagyasztása.

A naevusok fagyasztása szénsavhóval történik. A szénsav minden szódavízgyárban bombában kapható. A bombából kijövő folyékony szénsav szarvas-, antilop-, vagy bársonyzacskóban felfogva hóvá szilárdul. Hőmérséke 80 C°. Az adott esethez szükséges mennyiséget fém-, vagy famodellekben a beléjük pontosan illő dugattyúval összepréseljük. A kiformált hótömeget, vagy a dugattyúval, vagy pedig a formából kitolva ruhával, vattával megfogva, kézzel nyomjuk a naevusra. A kezelés időtartama átlagban 15—60 másodperc. Ez a szilárd hóval való eljárás a legrégibb s csak nagy gyakorlat és tapasztalat mellett használható.

Sokkal egyenletesebb a keverékkel való fagyasztás, amelyből háromféle van használatban: aceton + szénsavhó, aether + szénsavhó és aceton + szénsavhó + jódtinctura. Hőfokuk kb. 100 C° körül van. A már fagyasztott területről legjobban tájékoztat a jódtincturás keverék, barna színével, viszont festékes naevusoknál a két első fehéres színével szembetűnőbb. Készítésük úgy történik, hogy a szénsavhavat porcelláncsészébe tesszük, majd addig csepegtetünk a megfelelő folyadékból hozzá, míg kásaszerű összeállású anyagot nyerünk. Ezt különböző nagyságú és keménységű ecsettel, bizonyos nyomást gyakorolva visszük a bőrre, nagyon vigyázva arra, hogy az ecset túl ne menjen az elváltozás határán. Nagy területek fagyasztására különösen alkalmas kezelési mód.

A cryocauter egy duplafalú fémhenger combinatiója cauterillesztékekkel és ½—3 kg-ig terjedő nyomáserősségmutató scalaval. Az eszköz szénsavhó + 4 cm³ aceton keverékével megtöltve és lerázva 8 percig használható. A cautert a környező levegőtől acetonba való merítéssel kell szigetelni. Főleg apróbb, vagy vonalas elrendeződésű elváltozások fagyasztásánál nélkülözhetetlen.

A fagyasztás igen nagy óvatosságot igényel, mert az eredmény 1. a beteg kora és neme, 2. az illető területen előzetesen alkalmazott chemiai, vagy radiotherapia, 3. az elváltozás és környékének mivolta (hővezetés, táplálkozási viszonyok, vastagság, csonthoz való közelség stb.), 4. a beavatkozás időtartama és ereje (nyomás), 5. egyéni esetleges túlérzékenységtől függ. Lapos, angiomatosus naevus előzetes (⅔—¾ E. D.) röntgenkezelés, majd ezután három hét mulva alkalmazott szénsavhófagyasztással szépen gyógyul. Keloidra való hajlam esetén a kozmetikai szempontból szóbajövő helyeken a fagyasztás contraindicált.

Általánosságban 1—5 másodpercig tartó szénsavhóhatásnak erythema, 6—15 másodpercig olykor sanguinolens hólyag az eredménye. Ezek a következményes elváltozások néha átmeneti pigmentatióval kb. egy hét alatt gyógyulnak. Fentieknél továbbtartó kezelésnél vékonyabb, vagy vastagabb, kb. három hét alatt kifejlődő sima hegszövet képződik. A fagyasztás után 10%-os burrowos kenőcsöt és paraffinolajos lemosást rendelünk; nekrotikus tömegek lelökődése után hámosítás (2%-os salicyl-bórvaselin, 2%-os pellidol, granugen pasta Knoll) van helyén.

A chloraethyllel történő naevuskezelés ezideig kielégítő eredménnyel nem járt.

Dóczy Gedeon dr. egyet. tanársegéd, Debrecen.

Kérdés. — Felelet.

Kérdés: „Kérem közölni velem a gyermekkori prurigo kezelésénél követendő legújabb eljárást; mi nem teszi szükségessé a szigorú diaetát?“ *Sz. I. dr.*

Felelet: Miután a gyermekkori prurigo az esetek zömében strophulus (urticaria infantum) alapján fejlődik ki, a strophulusnál ajánlott (Orvosi Hetilap 1928 jún. 17.) diaetát komoly kezelés egy esetében sem szabad mellőzni. Ez a diaeta azonban egyáltalán nem „szigorú“. A gyermekek hamar megszokják, szeretik, mellette igen jól néznek ki, megelégedettek.

Therapia: 4—5 napon át izzasztó, nedves pakolások, esetleg 2%-os salicyl-oldatos ruhával. *Belsőleg:* pilokarpin, az izzasztás előtt (subcutan: 1—2 mg; per os: 0·02:10·0-ből 20 cseppet. Óvatosság!) Esténkint brom vagy antipyrin. Külsőleg: Helmerich (Sulf. pp. 10·0; kalii carb. 5·0; vaselin 85·0) vagy 1—1½% β-naphtol kenőcs, vagy 10—20% kénkenőcs, vagy a kettő combinatiója. Kénes fürdők (esetleg naponta). Quarzfénykezelés. Recidivakészség!

73. évfolyam 2. szám. Budapest, 1929 január 12

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Safranek János: A gége tuberculosisa az újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában. (29—33. oldal.)
Baló József és Nachtnebel Ödön: A periarteriitis nodosa és a belsősecretio. (33—36. oldal.)
Konrád Jenő és Juszt Jenő: Adatok a fehérvérsejtkép gyakorlati jelentőségéhez. (36—38. oldal.)
Mező Béla: Az ondóhólyag gümőkórjáról. (38—40. oldal.)
Lukács József és Sztavrovszky Pál: A magyar csecsemők fejlődési normája. (40—42. oldal.)
Györgyi Géza és Egedy Elemér: A synthalin hatása a gyomor motilitására és secretiós mechanismusára. (42—43. oldal.)
Jánossy Gyula: Légzőcentrum bénulása esetén intracisternásan vagy intralumbalisan adjuk-e az izgató gyógyszereket? (43—44. oldal.)
Acél Dezső és Goldgruber Géza: Az insulin hatása a vér cholesterintartalmára. (44—45. oldal.)
Pelláthy Béla: Ismétlődő ambylopia, menstruatio kapcsán. (45—46. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (5—8. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (46—49. oldal.)
Könyvismertetés. (49—50. oldal.)
A Magyar Röntgentársaság december 17-i ülése. (50—51. oldal.)
A Charité Poliklinika december 20-i ülése. (51. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület évzáró közgyűlése december 13-án. (51—52. oldal.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának december 17-i ülése. (52. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának dec. 13-i ülése. (52. oldal.)
Vegyes hírek. (52—53. oldal.)

A székesfővárosi Új Szent János közkórház gégegümőkóros osztályának közleménye.

A gége tuberculosisa az újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában.[1]

Írta: *Safranek János dr.* egy. rk. tanár, közkórh. főorvos.

(Első közlemény.)

Az újabbkori tuberculosis-kutatás eredményei alapján a tuberculosis-problemának *immunbiologiai felfogása* jutott előtérbe, melynek sarkalatos tétele, hogy a gümőbacillusok támadásával szemben az emberi szervezet védelmi működést fejt ki és a tuberculosis-kifejlődése esetén pedig annak mikénti lefolyása a gümőbacillusok támadó és az emberi test védekező erejének arányától függ. Az immunbiologiai kutatás felöleli mindazokat az életfolyamatokat, melyek e két élő szervezet, ú. n. bacillus és emberi test között folyó változatos küzdelemmel vonatkozásban állnak s e küzdelem részjelenségeinek megvilágítására kiterjeszkedik a kórbonctan, bakteriologia, serologia, biochemia, a constitutio tana és számos egyéb disciplina körébe vágó kutatásokra.

Előadásom célja, hogy az újabbkori kutatások jelentőségét különleges nézőpontunkból, a gégetuberculosis szempontjából világítsam meg. A vizsgálatok azonban oly tág körben mozognak s a részletkérdések oly óriási complexumát ölelik fel, hogy előadásom keretében csupán nagy vonásokban, úgyszólván csak vázlatosan mutathatok reá ama megismerésekre, melyekre e kutatások a gége gümőkóros megbetegedéseinek kór- és gyógytanában vezettek.

Behring, Rőmer, Petruschky, Orth és mások kutatásain kívül a tuberculosiskérdés *biologiai* felfogásának kialakulásában alapvető jelentőségűek voltak *Ranke* munkálatai, melyekben az emberi tuberculosis fejlődésének classikus leírását adva, azt biologiai alapon osztályozta is, kimutatva azokat a szabályszerű vonatkozásokat, melyek a gümőbacillus okozta kórbonctani elváltozások és a tuberculosus emberi szervezet biologiai reactiováltozásai között fennállanak.

Ranke vizsgálatainak eredményei, mint amelyek fejtegetéseim kiindulópontjául szolgálnak, röviden a következőkben foglalhatók össze:

Ranke a kórokozó által kiváltott reactiv szövetelváltozások közül a productiv elváltozásokat a gümőbacillus idegentesthatására, az exsudativ és nekrotizáló elváltozásokat pedig mérgező anyagcseretermékeire, illetve endotoxinjaira vezeti vissza s a tuberculosis kifejlődésében csakúgy, mint már előtte *Petruschky* is, három stadiumot különböztetett meg: 1. a primaer stadiumot, a tüdőnek bronchogen fertőzés útján keletkezett, isolált primaer tuberculosisát, 2. a secundaer stadiumot, a generalisálódó tuberculosis szakát és 3. a tertiaer stadiumot, az isolált phthisist.

A primaer stadiumban, amennyiben a megbetegedés anatomice constatálható, az ú. n. primaer complexumot találjuk, ú. m. a primaer gócot, metastasisokat a környékbeli nyirokmirigyekben, perifocalis gyulladást a tüdőgóc és mirigygócok körül, gyulladásos congestiót a primaer affectus távolabbi környezetében és lymphogen miliaris tuberculumokat a primaer góc környezetében. Primaer góc és mirigymetastasisok contactnövekedést mutathatnak, de a primaer stadiumban a fertőzés sohasem terjed túl a környéki nyirokterületen. További sorsa az immunbiologiai erőviszonyoktól, vagyis a gümőbacillusok támadó- és az emberi test védekező erejének arányától függ. Amennyiben a szervezet ellentálló, védekező ereje, melynek megjelölésére *Petruschky* a „Durchseuchungsresistenz" elnevezést ajánlotta, a gümőbacillusokat sakkban tartani képes, a folyamat megállapodik és bekövetkezik a latentia periodusa; ha ilyenkor a szervezet védekező ereje kerekedik felül, a gócok körüli kötőszövetburjánzások folytán való eltokolódás és elmeszesedés útján a primaer complexum kigyógyulása jön létre. A primaer stadiumot a túlnyomóan productiv jellegű reactiv szövetváltozások jellemzik s e stadium a kifejlődő specifikus reactioérzékenység (allergia I.) szaka.

Amennyiben a szervezetnek védekezőereje már

[1] Előadta a bpesti Közkórházi Orvostárs. és a Kir. Orvosegy. gégészeti szakoszt. együttes ülésén. 1928. V/2-án.

[2] A Durchseuchungsresistenz fogalmához meg kell jegyezni, hogy előző könnyű, szerencsésen leküzdött tuberculosus infectiók a szervezet bizonyosfokú immunitásához vezetnek, illetve védelmiképességét erősbítik. Az előző infectio talaján kifejlődött relativ immunitás meghatározására szolgál a jelzett fogalom, mellyel a szervezetnek ellentállásra, védekezésre képes állapotát jelöljük meg.

kezdettől fogva gyengébb, mint a bacillusok támadóereje, avagy pedig rövidebb-hosszabb latens szak után kerekedik felül az utóbbi: a fertőzés tovaterjed s beáll a *secundaer stadium*, a generalisálódó tuberculosis szaka. A tovaterjedés történhetik contact növekedés, a nyirokpályák, a vérpálya és intracanalicularis metastasis, vagyis a vér- és nyirokpályákon kívül a szervezetben lévő praeformált cső- és üregrendszerek útján. Ebben a stadiumban a tuberculosis localis megbetegedésből kimondottan általános megbetegedéssé válik, ilyenkor keletkeznek gócok a csontokban, vesékben, szemben, fülben, gégében stb. Ez a stadium a legmagasabbfokú reactioérzékenység, illetve túlérzékenység (allergia II.) által jellegeztetik. A szervezet reactioállapotának megváltozása a tuberculosus gócban és körülötte is megnyilvánul: előtérbe lép a toxikus componens, a góc körüli perifocalis gyulladás hatalmasan kiterjed s a primaer stadium productiv szövetelváltozásaival szemben most az exsudativ folyamatok dominálnak.

Azokban az esetekben, amelyekben a szervezet védekezőereje a halálos kimenetelt meggátolva, a betegség mind chronikusabbá válik, a túlérzékenységi jelenségek mindinkább csökkennek, a haematogen és lymphogen metastatisálás fokozatosan megszűnik és a szervezet védekezőereje által korlátok közé szorított isolált gócok lépnek a megbetegedés előterébe és ezzel bekövetkezett *a tertiaer stadium*, az isolált phthisis. Leggyakoribb a tüdőben, s typusos formájában úgyszólván csakis itt fordul elő. Az exsudativ szöveti reactiók e stadiumban háttérbe lépnek, de a contactnövekedés és az intracanalicularis metastatisálás továbbra is fennállhat. E stadiumban a secundaer stadiumbeli túlérzékenység helyébe mindinkább kifejlődő relativ érzéktelenség, relativ „immunitas" (allergia III.) lép.

*

Bár *Ranke* vizsgálatai a tuberculosisnak csupán a tüdőben való elsődleges localisatiójára és kifejlődésére vetettek világosságot, kétséget nem szenved, hogy azok eredményei általános érvényességűek és hogy egyéb szerveknek, így tehát a gégének gümőkóros megbetegedése is ugyanazon biologiai szabályszerűségnek alá esik.

Ha a *gégetuberculosis pathogenesisét* a Ranke-féle systema alapján vesszük vizsgálat alá, a következő typusok adódnak: 1. a gége primaer tuberculosisa, 2. haematogen, esetleg lymphogen metastasisok keletkezése a gégében a tuberculosis generalisatiós stadiumában és 3. contact-metastasisok a gégében a tuberculosis tertiaer stadiumában, isolált phthisis kapcsán.

Ami az első typust illeti, az újabb kutatások szerint a *primaer extrapulmonalis tuberculosisok* az igen nagy ritkaságok közé tartoznak s a klinice látszólag primaer extrapulmonalis megbetegedések valóságban a tuberculosisnak generalisatiós szakához tartoznak, amelyben azonban klinice az extrapulmonalis metastasis lép előtérbe a többé-kevésbbé klinikai tünet nélküli tüdőbeli primaer affectussal szemben. Miként néhány évvel ezelőtt e tárgyról írott monographiámban részletesen kifejtettem, ezideig *a primaer gégetuberculosis előfordulását* — mint a tuberculosisnak első és egyetlen manifestatióját — *kétséget kizáró módon beigazoltnak nem tarthatjuk.*[3] Theoretice ugyan az elsődleges gégegümőkór keletkezése exogen fertőzések útján és különösen aerogen úton, a gümőbacillusoknak a légárammal a gégébe importálása által nem zárható ki, miként azonban *Bumba* a fertőzési módozatokat tárgyaló fejtegetéseiben kifejti, a primaer gégetuberculosisnak akár a Flügge-féle inhalatiós theoria szerint, akár az etetési fertőzés útján való keletkezése nagyon kétséges.

A primaer gégetuberculosis az ujabbkori kutatások szerint így volna tekintendő: a gégebeli góc egyelőre egymaga repraesentálja az egész kórfolyamatot s további kifejlődése dönti el a megbetegedés sorsát. Kötőszövetes burjánzások folytán való eltokolódása esetén a betegség góca isoláltatván, kigyógyulása után a szervezetre már nem jelent veszélyt; ha ellenben az exsudativ folyamatok jutnak benne túlsúlyra s nekrosis és szétesés következik be a gócban, a haematogen és lymphogen metastasisok lehetősége adva lévén, fennáll a veszély, hogy az isolált szervi megbetegedésből általános megbetegedés válik, melynek kimenetele nemcsupán a primaer góc kórbonctani és biologiai viszonyaitól, hanem mindinkább az egész szervezet védelmi működése és a metastatisálás virulentiája közötti erőviszonytól függ *(Hayek)*.

Ismétlem azonban, hogy a primaer gégegümőkór előfordulása igen kétséges, úgy, hogy gyakorlatilag legalább *minden gégetuberculosist másodlagosnak kell tartanunk*, mely a tuberculosis secundaer vagy tertiaer stadiumában jön létre.

A tuberculosis secundaer stadiumában a primaer complexumból a bacillusok a vér- és nyirokpályákba özönlenek s a különféle szervekbe transportáltatván, ilyenkor keletkeznek gócok a csontokban, vesében, szemben, fülben, gégében stb., persze csak akkor, ha a kórokozók gyors egymásutánban és nagy tömegekben árasztják el a szervezetet, úgy, hogy a „Durchseuchungsresistenz" áttöretik; míg, ha a bacillusok beözönlése kevésbbé gyors és kevésbbé tömeges, a védekező apparatus ártalmatlanná teheti őket, illetve szövetpusztító hatásukat meggátolhatja. Az immunbiologiai erőviszonyra nagy befolyással vannak a nemtuberculosus természetű disponáló szervi elváltozások, melyek a védelmi működést legyöngítik. Nyilvánvaló, hogy az oly sokféle ártalomnak kitett szervben, mint amilyen a gége, a hurutos és egyéb elváltozások folytán a védekezőképesség könnyen lecsökkenhet; különösen lecsökkentik pedig intercurrens betegségek, mint a hevenyfertőző bántalmak, főképen az influenza.

A gége fertőzésének útjaként a generalisatiós szakban leginkább a vérpálya szerepel s ezideig még kétséges, vajjon a nyirokutak valamely tüdőbeli, illetve ehhez társult környéki mirigygócból[4] a gégébe felhaladó fertőzés esetén a tovaszállítás *direct* útja gyanánt szerepelnek-e? Igaz ugyan, hogy a régebbi szerzők, mint pl. *Krieg* a gége lymphogen fertőzése mellett foglaltak állást s érvül az ú. n. lateralis correspondentiát hozták fel, az egyik gégefélnek a megfelelő oldali tüdőféllel való együttes megbetegedését. Ámde a tüdőből a gégébe felhaladó lymphogen fertőzésnek a nyirokrendszer cervicivalis részében retrograd uton kellene haladnia s a nyaki nyirokcsomókból retrograd uton a gége megfelelő forrásterületére eljutnia. Egyrészt azonban a fertőzésnek retrograd úton való haladása még nagyon kétsé-

[3] Tekintve, hogy olykor a csak kölesnyi tüdőbeli primaer affectus kimutatása klinice nem is lehetséges, valamely extrapulmonalis elváltozásnak valóban elsődleges voltát tulajdonképen csak a boncolás derítheti ki. A nemcsupán klinice, de anatomice is elsődlegesnek mutatkozott gégetuberculosis esetek pedig igen csekély számúak s alig 5—6 ilyen boncolásra került esetben találtatott a szervezet egyébként gümőkórtól mentesnek. Ámde az újabb kutatások alapján nemcsupán a makroskópos kórbonctani leletre kell figyelemmel lennünk, hanem positiv lelet hiányában a tüdőket sorozatos metszetekben mikroskopice is át kell vizsgálnunk. Ily vizsgálatok pedig a primaereknek tartott és boncolásra került esetekben nem történtek.

[4] Miként mondottam, a tüdőbeli elsődleges góchoz társul a regionarius nyirokcsomók megbetegedése s gyakran ez utóbbi áll előtérben, mert az olykor egészen apró primaer góc könnyen kigyógyulván, fel sem lelhető. A nyirokcsomókból történik azután a fertőzés tovavitele.

ges, másrészt pedig a nyaki nyirokcsomók beszűrődését, mely e fertőzési módnál várható volna, rendszeresen nem találjuk és végül megfigyeléseim szerint a lateralis correspondentia az egyoldali megbetegedéseknek alig 50%-ában fordul elő, úgy, hogy ez a jelenség sem szolgálhat érvül a gége lymphogen fertőzése mellett. Valószínű, hogy a nyirokutakon át inkább csak indirecte, a ductus thoracicuson és a visszérrendszeren keresztül, a vérpálya közvetítésével történik a gége fertőzése. Legvalószínűbb a gégének a nyirokpályák útján való fertőződése azokban az esetekben, amelyekben a tuberculosis székhelye a szájüregben, különösen a nyelvgyökön van. Tekintettel arra, hogy a tonsillák latens tuberculosisa eléggé gyakori, többen a tonsillákat tekintik a gége lymphogen fertőzésének forrása gyanánt. Azonban a tonsillák és a gége között közvetlen nyirokösszeköttetés nincs s így az utóbbi fertőzése csupán retrograd úton, a mély nyaki mirigyláncolat közvetítésével volna lehetséges.[5]

A generalisálódó tuberculosis későbbi szakában, méginkább pedig *a tertiaer stadiumban* találkozunk a gége leggyakoribbnak tartott fertőzési módjával, a bacillustartalmú köpettel történő *contact-infectióval* s az ilymódon előálló béltuberculosissal együtt a gége fertőződése képezi az isolált phthisis contractmetastasisainak typusos és gyakorlatilag legfontosabb megjelenési alakjait.

Miként mondottam, a tuberculosis tertiaer szakában a secundaer stadiumbeli túlérzékenység helyébe bizonyosfokú érzéktelenség, „immunitas" lép, ez azonban csak relativ lévén, insufficienssé válhatik s gégegümőkór keletkezése tüdőphthisis kapcsán immunbiologice azt jelenti, hogy a gége szöveteinek védelmi teljesítményei az őket folyton-folyvást érő contactinfectio ellen elégtelenekké váltak. A gége anatomiai viszonyai alkalmas területet szolgáltatnak a köpet megtelepedésére s a bacillusok invasiójára számos lehetőség van. Tudvalevően a bacillusok a teljesen ép, sértetlen hámon átvándorlás útján is eljuthatnak a subepithelialis szövetbe, de kétségtelen, hogy az olykor csak minimalis hámlaesiók, hurutos folyamatok okozta desquamatiók és erosiók, traumás úton előállott hámsérülések, nemkülönben lueses ulceratiók stb. alkalmas utat nyitnak a bacillusok behatolására. A sérült szövetekben pedig a védelmi erők nincsenek rendben, mondja *Much*. A localis dispositióra vonatkozó újabb vizsgálatok közül *Blumenfeld* theoriáján kívül, mely szerint a gége leggyakrabban megbetegedő részeinek, ú. m. a gége hátsó falának és a hangszalagoknak localis hajlamosságát a nyirokáramlásnak e helyeken csekély kinetikai energiája szolgáltatja,[6] felemlítendők *Schade* vizsgálatai, melyek szerint a szövetnedv-acidosisnak fokozódása elősegíti a gümőbacillusok növekedését; tekintettel arra, hogy gyulladásos folyamatok igen gyakoriak a felső légutakban, a szövetnedvacidosis fokozódása pedig rendszeres tünete a gyulladásnak, e folyamatok bizonyos dispositiót teremtenek a gége specifikus megbetegedésére.

A chronikus tuberculosis fejlődésének *Ranke* által eszközölt stadiumfelosztása gyakorlati irányban igen nagyhorderejű volt és számos, azideig meg nem magyarázható jelenséget világított meg. Sok esetben azonban a tuberculosis kifejlődésének egyes szakai éppenséggel nem mutatkoznak a vázolt typusos módon. Eltekintve attól, hogy keletkezése idején a primaer affectus a legtöbb esetben klinice biztonsággal fel sem ismerhető, a generalisatiós stadium a legváltozatosabb kórformákban lép elénk: az olykor egészen könnyű, évek során át elhuzódó és diagnostice alig-alig értékelhető általános tünetektől kezdve a különféle szervekbeli, többékevésbbé súlyos metastasisok csoportján át egészen a legsúlyosabb kórformákig, az acute halálos metastatizálásig az agyhártyákban és a foudroyans általános miliaris tuberculosisig mindenféle változat előfordul. De számos átmenet van a secundaer és tertiaer stadiumok között is. Nem egy esetben a generalisatio szakában már tertiaer gócok képződése mutatható ki a tüdőben, ismét más esetekben jellegzetes tertiaer phthisis esetén találkozunk újbóli generalisatiós jelenségekkel. Különösen megemlítendők a tüdőgümőkór haematogen disseminatiós alakjai, amelyek keletkezésük szerint a tuberculosis generalisatiós szakához tartoznak, további lefolyásukban azonban — különösen gyógyulási folyamat bekövetkezése esetén — az isolált phthisisnek felelnek meg. A gyakorlatban tehát gyakran találkozunk a Ranke-féle systema typusától eltérő s igen komplikált viszonyokkal, aminek oka főképen a későbbi reinfectiókban, illetve superinfectiókban keresendő, amelyek kihatására egyrészt ezek virulentiája, tömegessége és gyakorisága, másrészt a szervezetnek a reinfectio bekövetkeztekor fennálló immunbiologiai állapota van döntő befolyással.

Mindezek érthetővé teszik, hogy adott esetben a *gégemegbetegedés genesisének* kutatásakor igen bonyolult viszonyokkal állhatunk szemben. A gége megbetegedésének a generalisatiós szakban haematogen metastasis, vagy a tertiaer stadiumban intracanalicularis tovaterjedés útján való keletkezése pedig, mint látni fogjuk, gyakorlatilag is nagyjelentőségű körülmény. *Megfigyeléseim szerint a gégetuberculosis jóval gyakrabban keletkezik haematogen metastasis útján, mint a szakirodalomban leírva van*, úgy, hogy nézetem szerint nem szabad mereven ragaszkodnunk a laryngologusok nagy többsége által vallott és voltaképen a régi *Louis*-féle theorián alapuló sputum-infectióhoz, mint a gége fertőzésének szinte kizárólagos módjához. Amióta *Országh* és *Karafiáth* a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének VI. nagygyűlésén a figyelmet a gégetuberculosisnak a disseminált gócos tüdőfolyamatok eseteiben való gyakoriságára és lymphogen-haematogen genesisére irányította, e körülményt gondos vizsgálat tárgyává tettem s az Új Szent János-kórház 840 ágyat befogadó tuberculosis-osztályainak betegein rendszeres megfigyeléseket végeztem. Észleleteim szerint a disseminált gócos tüdőfolyamatok eseteiben a gége megbetegedése valóban feltűnő gyakori. E disseminált gócos tüdőfolyamatok a tuberculosisnak lymphogen-haematogen tovaterjedése útján keletkeznek s mint *Országh* kiemeli, eseteinek közel felében lymphoma, csont- és egyéb sebészi tuberculosis szerepelt az anamnesisben. Megjegyzem, hogy sebészi tuberculosis eseteiben, melyet mai ismereteink szerint helyesebben generalisálódó tuberculosisnak kell megjelölnünk, a tuberculosis gégebeli manifestatiójával gyakrabban találkoztam oly egyéneken is, akiknek tüdejében kimutatható elváltozás nem volt.

Ehelyütt említem fel a közelmultban észlelt két, relative ritka esetemet: mindkettőben kimutatható tüdőelváltozás nélkül, caries multiplexben szenvedő fiatalabbkorú egyéneken a *Killian* által leírt osteomyelitis és periostitis tuberculosa kórképét figyeltem meg. A fo-

[5] Újabban *Schröder* ismertette ily retrograd lymphogen-fertőzés esetét.

[6] A jelzett körülményben *Blumenfeld* analogiát lát a felnőttek apicalis és paravertebralis tüdőrészeinek kimagasló dispositiójára, melynek oka *Tendeloo* szerint a nyirokáramlásnak e helyeken csökkent mozgási energiája, ez utóbbi körülmény pedig időt és alkalmat nyujt a gümőbacillusok megtelepedésére s a lassú nyirokáramlás miatt az immuntestek hatása is kevésbbé érvényesülhet.

lyamat perichondritis képében mutatkozott, az egyik esetben a pajzs-, a másikban a gyűrűporcon, de a porcot borító nyálkahártya intact volt és csak nagysokára következett be sajtos szétesés, sequestratio s végül sipoly képződött, az egyik esetben kívül a nyakon, míg a másikban a folyamat befelé haladt s a nyálkahártyát áttörte. Ez esetekben a gümőbacillusok kétségtelenül haematogen úton jutottak el a jelzett porcok csontosodási magvainak velőüregébe.

Bizonyos extra- és intrapulmonalis kórformák correlatiójára újabban *W. Neumann* mutatott reá, aki sebészi tuberculosis eseteiben a tüdőgümőkórnak virulens-proliferáló alakjait találta, melyek közül főképen a tuberculosis fibrosa densa igen gyakran szövődik gégetuberculosissal és ennek tumorszerű alakjával; ugyancsak igen gyakran szövődik a gége megbetegedésével a phthisis ulcerofibrosa is. Ezek a kórformák, melyek a bacillusoknak ismételt discret miliaris haematogen lökések által tovavitele folytán keletkeznek, rendszerint igen erős allergiát mutatnak tuberculin iránt és óvatos tuberculin-therapiával nagyon kedvezően befolyásolhatók, úgy hogy *W. Neumann* szerint az extrapulmonalis gócok is meglepő visszafejlődést, sőt teljes kigyógyulást mutathatnak.

Több mint 1800 gégegümőkóros esetre vonatkozó vizsgálataim a pathogenesis tekintetében az uralkodó felfogástól némileg eltérő eredményt szolgáltattak: 1. A gége megbetegedése az esetek eléggé jelentékeny részében (több mint $^1/_5$-ében) a tuberculosis generalisatiós szakában következett be, többnyire ennek egy későbbi phasisában. 2. Különösen gyakran párosult a gége megbetegedése a tüdőgümőkór haematogen disseminatiós alakjaival, melyek valamely peripheriás gümős góc (sebészi tuberculosis) haematogen metastasisai gyanánt keletkeznek a tuberculosis generalisatiós szakában 3. Jóval ritkábban betegedett meg a gége valamely extrapulmonalis góc kapcsán kimutatható tüdőbeli dissemination *nélkül*. 4. Az utóbbi csoportba tartozó esetekben kivétel nélkül, az előbbi csoportbeli eseteknek pedig igen jelentékeny részében (a Koch-negativ esetekben) a gégefolyamat kétségtelenül haematogen metastatis útján keletkezett.[7]

Blumenfeld a felső légutak tuberculosisának a tuberculosis secundaer és tertiaer stadiumában való keletkezését tárgyalva, a következő semát állítja fel:

	Kimagasló kórforma	Tüdő	Továterjedése	Nyirokmirigyek	Kimagasló localisatio	Általános toxikus tünetek
Secundaer periodus	Lupus	Alig részesedik	A vér és nyirokpályák útján a tüdőbe ascendálóan	A nyirokmirigyek általános részesedése	Orr	Csekélyek
Tertiaer periodus	Nyálkahártya tuberculosis	Megbetegedése kimutatható	A tüdőből a légutakba descendálóan	A környéki mirigyek részesedése	Gége	Gyakran sulyosak

Blumenfeld szerint a tuberculosis secundaer stadiumában a felső légutakban keletkező tuberculosus megbetegedések domináló kórformája a lupus. Míg a tertiaer stadiumban — rendszerint felnőtteken — keletkező tulajdonképeni nyálkahártya-tuberculosisok a tüdőből, mint a fertőzés kimutatható forrásából intracanalicularis tovaterjedés útján descendálóan (centrifugalisan) tovaterjedő typushoz tartoznak, a többnyire fiatalkorúakon mutatkozó lupus jelentékenyebb vagy egyáltalán ki sem mutatható tüdőfolyamat nélkül, a vér- és nyirokpályák útján a tüdők felé ascendálóan (centripetálisan) haladó typushoz tartozik, melyre jellemző nem csupán a környéki, hanem általában a nyirokmirigyeknek részesedése (beleértve a bronchialis mirigyeket is), továbbá jellemző reá, hogy miként a bőrön, úgy a felső légutak nyálkahártyáin is erős gyulladásos tünetek mutatkoznak, ami a szervezetnek a gümőbacillus toxinjai iránti, a secundaer stadiumot jellemző erős reactivitásra vezethető vissza. Az erős localis gyulladásos reactio olykor spontan gyógyulásra vezet. Kórbonctanilag a productiv szövetelváltozások domináló volta jellemzi a lupust: erős sarjképződés, valamint a kötőszövetnek hatalmas burjánzása, mely elhegesedésre és heges zsugorodásra is hajlamos.

A nyálkahártya-lupus az esetek többségében kétségtelenül a tuberculosis juvenilis formáihoz tartozik, az ezen korban gyakori mirigytuberculosissal együttesen fordul elő s a tuberculosis generalisatiós stadiumának kezdeti szakában keletkezik. Mindaz, amit *Blumenfeld* kórbonctani és klinikai jellegére, valamint továterjedésére vonatkozóan mond, vitán felül áll. Ámde, miként a fentiekben kifejtettem, a tuberculosis generalisatiós stadiumában, bár többnyire ennek későbbi szakában, eléggé gyakran találkozunk a gégének *nem* a lupusos kórformához tartozó tuberculosus megbetegedésével.

Abban azonban kétségtelenül igaza van *Blumenfeld*nek, hogy *a felső légutak tuberculosisa — általánosságban — lényegesen eltérő jelleget mutat aszerint, hogy az a tuberculosis secundaer vagy tertiaer stadiumában keletkezik-e.* A tuberculosus szervezetnek fentemlített biológiai reactiováltozásai a tuberculosis gégebeli manifestatióin is érvényesülnek. Amennyiben a generalisatiós stadiumban haematogen úton keletkezett esetek a szervezet erőteljes védekezésének jele gyanánt gyakran jól kifejlett allergiát mutatnak s a szervezet antitoxikus antitesteknek képzésével a toxinokat megkötni képes, illeve megfelelő therapiával erre képessé tétetik: a gégében a túlnyomóan *productiv* formák fejlődnek ki; nem túlritkán fejlődnek ki a par excellence productiv vagyis fibrosus tumorszerű alakok. Ez utóbbiak tudvalevően a gümős góc körüli kötőszövetnek felettébb intensiv reactiója, ennek exstructiv növekedése folytán keletkeznek. E fibrosus tumorokon kívül előfordulnak a fibroepithelialis tumorszerű képződmények, az ú. n. gümős gégepapillomák is, melyek anatomice a typusos gégepapillomák szerkezetéhez nagyon hasonlóak, de rendszerint a tumor alapján a jellegzetes epitheloid sejtfészkek láthatók, óriássejtekkel és centralis elsajtosodással. Ezek a kórformák relative benignus természetűek s e tekintetben a lupusos kóralakhoz hasonlóak. Ily esetekben rendszerint igen erős allergiát találunk tuberculin iránt s e tekintetben megerősíthetem *W. Neumann* fentemlített észleleteit.

Viszont a szervezet védelmi erőinek leromlása, illetve teljes csődje esetén, az allergiának a negativ anergia irányában erős csökkenését mutató, avagy már negativ anergiás esetekben,[8] mint amilyen a tuberculo-

[7] Valószínűnek tartom, hogy eseteinknek még nagyobb része keletkezett haematogen metastasis útján. A genesis megállapításakor azonban szem előtt tartandó, hogy az előrehaladott esetekben nem áll módunkban megállapítani a gége fertőzése bekövetkezésének időpontját és módját s az esetleges haematogen eredet mellett szóló körülmények dacára Koch-positiv köpet esetén a sputum-infectiót nem zárhatjuk ki.

[8] Tudvalevően *anergiáról* az allergiával ellentétben akkor szólunk, ha a tuberculosus egyénen még nagy antigenadagokra sem mutatkoznak érzékelhető immunitásos (localis, góc- és általános) reactiók. Az anergia azonban két, teljesen ellentétes immunbiologiai állapotnak lehet a kifejezője: egyrészt jelentheti a védelmi erőknek teljes összeomlását, amikor az alkalmazott inger egyáltalában nem vált már ki reactiókat, más-

sis tertiaer stadiumában intracanalicularis metastasis útján keletkező gégetuberculosisok többsége: a túlnyomóan *exsudativ* typussal találkozunk. Hogy a túlnyomóan productiv vagy exsudativ typus alatt gégetuberculosisban mit értünk, erről részletesebben később szólunk.

W. Neumann szerint az utóbbi, a tuberculosis tertiaer stadiumában contactinfectio útján keletkező gégefolyamatoknál *kísérő larynxtuberculosisról* szólhatunk, csakúgy, miként *Deycke* az isolált phthisist kísérő, intracanalicularis úton keletkezett béltuberculosist kísérő béltuberculosisnak mondja. A béltuberculosisnak ez utóbbi, az isolált phthisis typusos contactmetastasisa gyanánt keletkező formájával szemben áll a meghatározott klinikai tünetek által jellegzett (hypertrophiás, tumorképző, hegesedésre és bélstenosisra vezető) alakja a bélgümőkórnak, melyet *Deycke* önálló béltuberculosisnak nevez. Hasonlók a viszonyok a gégetuberculosist illetően is, vagyis a kísérő larynxtuberculosisok csoportjával a fentemlített, haematogen úton keletkezett alakok állíthatók szembe. (Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. kórbonctani intézetének közleménye (igazgató: Buday Kálmán dr. ny. r. tanár).

A periarteriitis nodosa és a belsősecretio.

Írták: *Baló József dr.* és *Nachtnebel Ödön dr.*

Ismeretes, hogy a periarteriitis nodosának (p. n.) vannak elhúzódó alakjai, s hogy a betegség meg is gyógyulhat. Az elhúzódó alak példáját *Spiro* p. n. obsoleta név alatt írta le. A gyógyult esetek között ismeretesek olyanok, mint *Carling* és *Braxton Hicks* esete, mely 1923-ban 2 évig gyógyultan klinikai megfigyelés alatt állott. Igen sok p.-es beteg azonban jellegzetes kachexia tünetei között pusztul el, amelyet már *Kussmaul* és *Maier* chlorotikus marasmusnak nevezett. Ezzel kapcsolatban felvetődik az a kérdés, hogy tulajdonképen miben pusztulnak el a periarteriitises betegek, mert ha az esetek egy részében találunk is olyan elváltozást, mint agylágyulás, myocarditis, bélátfúródás, vesezsugorodás, amely a halált megmagyarázza, mégis igen sok olyan eset van, amelyben a betegek fokozatos leromlás és gyengülés közepette halnak el. Ezen fokozatos leromlás kachexia kifejlődésének lehetőségét kutatva, közelfekvő volt az a gondolat, hogy a p. n.-ban szenvedők kachexiája esetleg a belsősecretiós mirigyek megbetegedéséből ered.

Klinikai lefolyás szerint a p. n.-eseteket már régóta csoportosítani próbálták. A csoportosítás alapjául a legjellemzőbb klinikai tünetek szolgáltak. *P. S. Meyer* három typusát különböztette meg a betegségnek, ú. m. 1. chloroticus marasmus, 2. polyneuritis és polymyositis, 3. a gyomorbélrendszer részéről jelentkező tünetek képében lefolyó eseteket. Ezen három typushoz *Brinkmann* és *Christeller* negyediknek a vesemegbetegedés képében lefolyó eseteket csatolta. Saját magunk tapasztalata szerint a vesemegbetegedés képében lefolyó p. n.-eset aránylag gyakori és elég jól körülírható typust képvisel. A polyneuritis a központi idegrendszer megbetegedésével együtt az idegrendszeri typus alakjában jelenik meg s indokolt, hogy ehhez a csoporthoz soroljuk a polymyositis képében lefolyó eseteket is, mivel a polyneuritis és a polymyositis klinikailag nehezen különíthetők el. Az is indokolt, hogy a hasüri szerveknek feltűnőbb megbetegedésére utaló eseteket külön csoportba sorozzuk, bár e csoportba a legkülönbözőbb megbetegedési alakok vannak összefoglalva. *P. S. Meyer* első csoportja a chloroticus marasmus a valóságban nem különíthető el, mivel a felsorolt előbbi typusoknak is rendszeres kísérő jelensége.

Mi a p. n.-nak 12 esetét észleltük. Ezen 12 esetből a belsősecretiós szervek kórszövettani vizsgálata szolgál jelen közleményünk alapjául. Nézzük tehát először azt, mivel magyarázható a p. n.-ban szenvedő betegek kachexiája.

Bár *Kussmaul* és *Maier* chloroticus marasmusról beszél, mégis a p. n.-ban szenvedők leromlását inkább kachexiának nevezhetnők. Kachexia és marasmus egyaránt leromlással járó állapotot fejez ki. Míg azonban a marasmus olyfajta leromlást jelent, amelynek kimutatható oka nincs, hanem főleg az öregedési folyamatnak felel meg, s amely lassan progrediál és irreversibilis, addig a kachexia kimutatható elsődleges megbetegedésnek következménye és reversibilis lehet. A kachexia oka igen sokféle, mint belsősecretiós szervek megbetegedése, daganatok, idősült fertőző betegségek és mérgezések, központi idegrendszeri, elsősorban agyalapi megbetegedések.

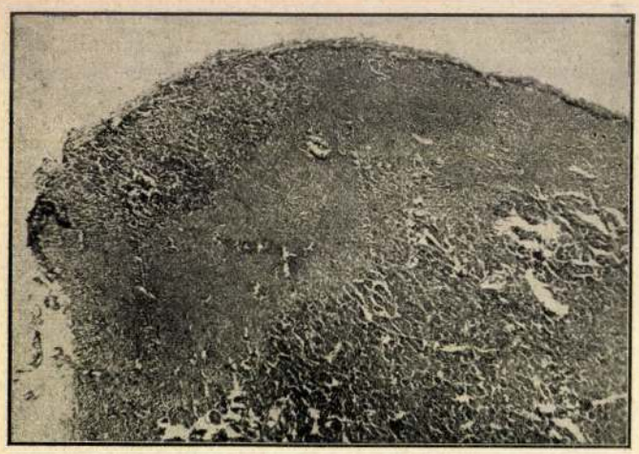
A belsősecretiós szervek közül kachexiát okozhat a hypophysis megbetegedése, ha ennek mellső lebenye elpusztul, az a hypophysaer kachexiához, vagyis senium praecoxhoz vezet, amelyre jellemző a fogak és szőrzet kihullása, s a genitalis functiók megszünése. A pluriglandularis insufficientia eseteiben található kachexia a hypophysaer kachexiához teljesen hasonló lehet, s ezt annál inkább állíthatjuk, mivel a pluriglandularis insufficientia több általunk észlelt esetében felvehető volt, hogy az elsődleges elváltozás helye a hypophysis. A kachexia strumiprivának csak nevében van a kachexia, s eseteiben a tünetek összessége a myxoedema és elbutulás kórképe egyéb kachexiákkal szemben diagnostikai nehézséget nem okoz. Addison-kórban szenvedőknél szintén kachexia fejlődik ki; a kachexiának ez a faja a vele társuló egyéb jelenségek, mint bőr- és nyálkahártya-pigmentatio stb. alapján egyéb eredetű kachexiától elkülöníthető. A kachexia thymipriva előfordulása emberen kétes s így ezt kevéssé kell tekintetbe vennünk.

Az agy megbetegedéséből származó kachexia főleg a hypothalamikus tájék elváltozásainak következménye; ily localisatiójú elváltozásokat tapasztalatunk szerint főleg idősült járványos enkephalitis vagy idősült sklerotikus folyamatok okoznak. Ha az agyeredetű kachexiát az egyéb eredetű kachexiákkal összehasonlítjuk, úgy a hypophysaer kachexiától való eltérés a szőrzet és fogak megmaradása lenne.

Ha az elmondottak alapján azt keressük, hogy a p. n. folyamán észlelt kachexiát mi okozza, akkor az idősült toxicosis következtében előálló kachexiára, a belsősecretiós mirigyek állományának pusztulásából származó kachexiára, illetve agyi eredetű kachexiára lehetne csak gondolni.

Az idősült fertőző betegségeknél található kachexia, ahogy feltételezzük, a hosszantartó toxinhatásnak a következménye. Mivel a p. n. saját véleményünk szerint — ami megegyezik a legtöbb kutató véleményével — fertőző betegség és legtöbbször elhúzódó lefolyású, feltételezhető volna, hogy a betegség folyamán mutatkozó kachexia keletkezésében, a más idősült fertőző betegségben szenvedők kachexiájához hasonlóan, idősült toxinhatás játszik szerepet.

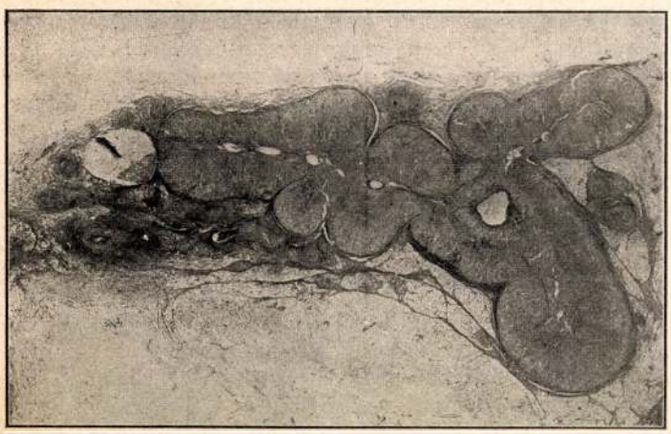
részt jelentheti az erősen fokozott képességet az ingernek reactionélküli leküzdésére. Az előbbit *Hayek* a *negativ*, az utóbbit a *positiv* anergia fogalmával jelöli meg.



1. ábra. Elhalás a hypophysis mellső lebenyében periarteriitises érelváltozás következtében.

A következő lehetőség volna a kachexia magyarázására a belsősecretiós szervek valamelyikének p. n. következtében való megbetegedése. Az elmondottak alapján elsősorban a hypophysis és mellékvese megbetegedésére gondolhatunk. Mint ismeretes, a p. n. folyamán vascularis eredetű nekrosisok és ezekből hegesedések keletkezhetnek. Mivel a nekrosisokat okozó érelváltozások minden szervben előfordulhatnak, adva van a lehetőség arra, hogy ilyen elváltozások az említett belsősecretiós mirigyekben is előfordulhassanak.

Egyikünk a hypophysis mellső lebenyének nekrosisait észlelte és arra a megállapodásra jutott, hogy a nekrosis valószínűleg minden esetben vascularis eredetű. Eddigi 12 p. n. esetünkből 4 esetben vizsgáltuk a hypophysist. Ezek közül egyben (*Baló—Nachtnebel* 2. esete) a hypophysis mellső lebenyében nekrosist találtunk. A hypophysisban a nyélnek megfelelő sagittalis metszeten a mellső lebeny elülső részén lencsényi elhalást találtunk, az elhalás határán erősebb kötőszöveti reactio még nem fejlődöt ki. A nyélnek megfelelően az arteriák elváltozást nem mutatnak, de a hypophysis tokjában a mellső és hátsó lebeny határánál az alsó felszínen oly arteriát találunk, amelynek lumene az intima burjánzása következtében erősen megszűkült. A talált elváltozás tehát valószínűséggel érelváltozásra visszavezethető nekrosis a hypophysis mellső lebenyében. P. n. folytán létrejött hypophysis nekrosist tudtunkkal eddig senki sem észlelt. *Gruber* statisztikai összeállításában, amely 108 esetről szól és magába foglalja az összes szervek megbetegedésének gyakoriságát p. n.-ban, a hypophysisről említést nem találunk. Ennek valószínűleg az az oka, hogy nem is sok esetben vizsgálták.



2. ábra. Mellékvese körüli kötőszövetszaporodás megvastagodott és elzáródott erekkel.

A hypophysis megbetegedésének ritkaságával szemben a mellékvese megbetegedése aránylag gyakori. *Gruber* szerint 108 esetben tizenötször volt elváltozás a mellékvesékben. 12 p. n. esetünkben hétszer vizsgáltuk a mellékvesét és mind a hét esetben találtunk a mellékvesében kóros elváltozást, ami azt mutatja, hogy a mellékvese elváltozása ebben a betegségben gyakori. *Gruber* adata, hogy a p. n. esetekben oly ritka volna a mellékvese elváltozása, valószínűleg azon alapszik, hogy a mellékvesét aránylag ritkán vizsgálták. *Dietrich* és *Siegmund* szerint p. n. esetekben a mellékvesében typikus érelváltozások, kis aneurysmák, vérzések és nekrosisok fordulhatnak elő.

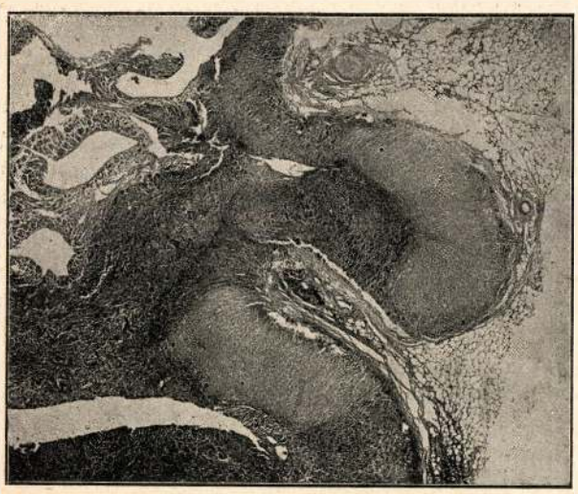
A mellékvesében észlelt elváltozások sokszor igen súlyosak. A 7 vizsgált eset közül egy, *Baló* régebben közölt 3 esetéből, a többi 6 pedig a közösen észlelt 9 esetből származik. A mellékvesében talált elváltozások minden bizonnyal az erek megbetegedésének a következményei. Az erek elváltozása heveny, vagy idültebb jellegű, és ennek megfelelően alakulnak a mellékvesében talált elváltozások is. 3 esetben a mellékvese nekrosisát találtuk. A mellékvese infarctusa általában ritkán észlelhető, egy ilyen esetet *Furuta* írt le endocarditis mellett, amely Addison-kórhoz vezetett. A mellékveseelhalások leginkább a kéregállományban találhatók, acut stadiumban a kéregállomány körülírt területeken nem festődik, csupán a toknak megfelelően észlelhető magfestés. Régibb esetekben a nekrosis határán kötőszövetburjánzás van; azt is észleltük továbbá, hogy ily nekrotikus terület helyén cholesterinkristályok kioldódásából keletkezett hézagok jöttek létre. Valószínű, hogy később ily nekrotikus területeket zsírszövet is helyettesíthet, mint azt egy esetünkben láttuk. Idősült esetekben a mellékvese körül az erek kiterjedt megbetegedése található, s ilyenkor az ércsomók sűrűn egymás mellett helyezkednek el, nyomukban sarjszövet keletkezik, amely a mellékvese tokját erősen megvastagítja. Az erősen megvastagodott tok a mellékvesét annyira megnagyobbíthatja, hogy egy esetünkben az egyik mellékvese súlya 14, a másiké 16·6 g volt. Sokszor súlyos érelváltozások dacára sem találhatók nagyobb nekrosisok. Enyhébb esetekben csak egyes mellékveseerek tüntetnek fel elváltozást. Az erek idősültebb, vagy hevenyebb elváltozásán kívül thrombusokat is észleltünk a mellékvese venáiban.

Kérdés, hogy ezeknek többé-kevésbbé súlyos mellékvese-elváltozásoknak mi a jelentőségük? Hogy súlyos elváltozások tünet nélkül nem maradnak, mutatja *Sacki* esete, aki első esetében a bőrön Addison-korra jellemző festenyzést talált, amit a mellékvese megbetegedésével magyarázott. *Sacki* a p. n. kapcsán észlelhető gyors lesoványodást is megemlíti. Tapasztalataink alapján, hogy 7 vizsgált esetünkben a mellékvese mindég tartalmazott kóros elváltozásokat, ami 3 esetben fölötte súlyos volt, fel kell tételeznünk, hogy a mellékvese p. n.-nak úgyszólván minden esetében megbetegszik, s e szerv megbetegedésének főleg a gyors lesoványodásban szerepet kell juttatni, bár Addison-kórra jellemző elváltozást egyik esetünkben sem találtunk, talán a mellékvesemegbetegedés egyik következményének tarthatnók azon jelenséget is, hogy a súlyos veseelváltozás dacára vérnyomásemelkedés sokszor hiányzik.

Az egyéb belsősecretiós szervek közül említésre érdemes még az ivarmirigyek elváltozása, ezeket 12 esetünkből hétszer vizsgáltuk és mind a hétszer találtunk kóros elváltozást, hatszor a herében, egyszer a

petefészekben. A herében érelváltozások igen gyakran találhatók s ezek főleg a hilusnál jellegzetesek. Gyakran a here kötőszöveti sövényei mentén vérzések követhetők az állományba s ezek következtében az állomány el is halhat. Idősültebb esetekben viszont erős interstitialis kötőszövetszaporodás észlelhető. Ezzel Egyidejüleg megállapítható, hogy a spermiogenesis megszünt, a csatornák elzáródtak, vagy bennük csak néhány erősen zsugorodott sejt található. Egyetlen női esetünkben az ovariumot vizsgálva, a mesovariumban futó erek súlyos specifikus elváltozását láttuk. Az érkörüli beszűrődések az ovariumba is beterjedtek, kifejezett interstitialis ophoritis keletkezett s az ovarium erősen sorvadt, de mivel 56 éves nőről volt szó, túl a climacteriumon, az említett elváltozásoknak következményét illetőleg klinikai jelentőségét megállapítani nem lehetett. Ezzel együtt megemlítjük, hogy *Gruber* 108 esetből csak 21-ben említi az ivarmirigyek meg betegedést p. n. kapcsán. *Gohrbandt* a hereelváltozást gyakorinak tartja. *Christeller* az ovarium elváltozását, mint addig nem ismert szervi localisatiót ismerteti.

A pajzsmirigyre vonatkozólag általános az a megfigyelés, hogy benne p. n. kapcsán elváltozások igen



3. ábra. Elhalások a mellékvese kéregállományában periarteriitises érelváltozás következtében.

ritkán fordulnak elő. Ezt saját megfigyeléseink is igazolják, amennyiben 4 esetben megvizsgálva a pajzsmirigyet, egyszer sem találtunk abban sem érelváltozást, sem olyan elváltozást, amely annak következménye lehetne. *Gruber* 108 esetből kettőben említi a pajzsmirigy elváltozását. Az a körülmény, hogy a pajzsmirigy igen ritkán betegszik meg, talán azzal hozható összefüggésbe, hogy annak jódtartalma miatt a kórokozó megtelepedésére a talaj nem kedvező. A therapiás eredmények is azt mutatják, hogy a kórokozó jódadagolással elpusztítható.

Végül meg kell emlékeznünk a pankreas elváltozásáról. A pankreast mind a tizenkét esetben megvizsgáltuk. Ezek közül öt esetben kóros elváltozást nem találtunk. Öt esetben súlyos érelváltozások mellett nekrosisokat észleltünk, egy esetben a pankreas állományában számos aneurysma fordult elő, s egy további esetben súlyos érelváltozások mellett nekrosisokat nem találtunk. Tekintve, hogy az elváltozások gócosak, súlyos functiozavar a pankreas részéről csak akkor volna várható, ha a gócok benne nagy számmal fordulnak elő, mégis a belsősecretiós zavar jele, azaz diabetes egy esetünkben sem észleltetett.

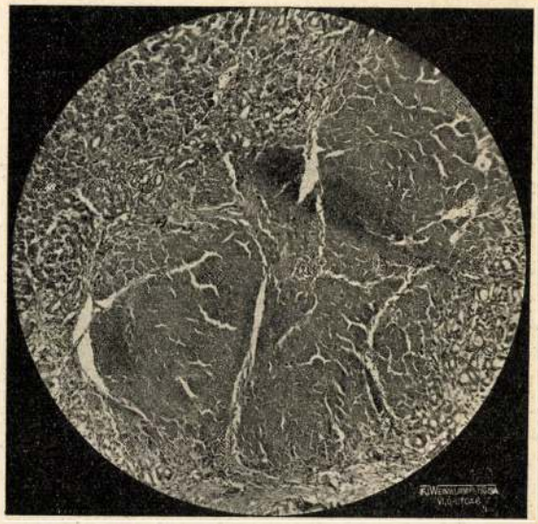


4. ábra. Kiterjedt elhalás és vérzések a herében.

A pankreas infarctus-szerű nekrosisai igen ritkák. *Rössle* egy esetet ír le, amelyet az irodalomban egyedüllállónak tart. A periarteriitis esetekben tett tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a pankreasban infarctusok előfordulhatnak.

E helyütt megmlítjük azt is, hogy miként *Schreiber*, úgy mi is találtunk a prostatában gócos érelváltozásokat.

A mondottakból nyilvánvaló, hogy a belsősecretiós szerveknek p. n. folyamán való megbetegedése gyakori. Eltekintve a pajzsmirigytől, úgy látszik, hogy csaknem minden belsősecretiós szervben előfordulnak a p. n. ércsomói és ezt a mirigyállomány pusztulása kísérheti. Aránylag gyakoriak az elváltozások a mellékvesében, az ivarmirigyben, valamint a pankreasban, ritkábbak a hypophysisben és igen ritkák a pajzsmirigyben. Az a körülmény, hogy a belsősecretiós mirigyek általában jó vérellátással bírnak, a p. n. kórokozójának behatolását könnyen lehetővé teszi. Hogy viszont az aránylag kistömegű szervekben nekrosisok jönnek létre és ezáltal életfontos szövetrészletek pusztulnak el, valószínűvé teszi, hogy a betegség folyamán a belsősecretiós szervek működési zavara is előfordul. Ebben a tekintetben a pankreast inkább a nagy szervekhez sorozhatjuk, amelyeknek functiózavara kisebb gócos elváltozások esetén nem várható. A hypophysis elhalásának okvetlenül lesz következménye, s a hypophysis nekrosis következményeképen a hypophysaer kachexia tüneteinek kell kifejlődni. A mellékvese el-



5. ábra. Elhalás a pankreasban érelváltozás következtében.

változása gyakoriságánál fogva minden valószínűség szerint szerepet játszik a p. n.-ban szenvedő kachexiájának létrejöttében. Nemcsak a mellékveseállománynak elpusztulása, hanem a mellékvese körül keletkező heges kötőszövetszaporodás is oka lehet a mellékvese működési zavarainak. Utóbbi esetben az erek átjárhatatlansága a termelt váladéknak a keringésbe jutását akadályozhatja meg. Az ivarmirigyekben található érelváltozások, vérzések, nekrosisok és interstitialis kötőszövetszaporodás e mirigyeknek hiányos működését okozhatja, hogy azonban ez milyen mérvű és klinikailag hogyan nyilvánul meg, arra nézve megfigyelések nem ismeretesek.

Tekintve azon körülményt, hogy a p. n. meggyógyulhat, a belsősecretiós szervek megbetegedését a betegség folyamán nagyjelentőségűnek kell tartani, mivel ha ezek az elváltozások már kifejlődtek, bajosan fejlődhetnek vissza.

Ha a belsősecretiós szervek elváltozása p. n.-ban az egyes szervek megbetegedésére utaló, jellemző tüneteket rendszerint nem is ad, mégis aránylag elég nagyszámú esetben tett tapasztalataink alapján gondolnunk kell arra, hogy a p. n.-ban szenvedők kachexiájának egyik, nem lebecsülendő tényezője a belsősecretiós szervek elváltozása lehet.

Irodalom: *Baló:* Orvosi Hetilap. 1921. 26—28. sz. — *Baló:* Virchows Archiv. 259., 773. — *Baló—Nachtnebel:* Orvosi Hetilap. 1928. 37—38. sz. — *Brinkmann:* Münch. med. Wochenschrift. 1922. — *Carling* és *Braxton Hicks:* The Lancet. 1923. 304., 1001. — *Christeller:* Arch. f. Verdauungskrankheiten. 1926. 37. — *Dietrich* és *Siegmund:* Henke-Lubarsch. Handbuch d. spez. path. Anat. u. Histologie. Berlin. 1926. Springer. — *Furuta:* Virchows Archiv. 1924. 251. — *Gohrbandt:* Virchows Archiv. 1927. 263. — *Gruber:* Zentralblatt f. Herz- u. Gefässkrankheiten. 1926. — *Kussmaul* és *Maier:* Deutsches Arch. f. klin. Med. 1. — *P. S. Meyer:* Berl. klin. Wochenschrift. 1921. — *Rössle:* Beitr. z. path. Anat. 1921. 69. Festschr. f. Boströem. — *Sacki:* Med. Klin. 1924. — *Schreiber:* Inaug. Diss. 1904. — *Spiro:* Virchows Archiv. 227.

Az Új Szent János-kórház II. számú belgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Kaszper Károly dr. e. ü. főtanácsos).

Adatok a fehérvérsejtkép gyakorlati jelentőségéhez.

Írták: *Konrád Jenő dr.* v. alorvos és *Juszt Jenő dr.* segédorvos.

Arneth és *Schilling* kutatásai óta nagyot haladt haematologiai tudásunk s a morphologiai vérvizsgálat klinikai értékében jelentősen megnövekedett. A balratolódás jelenségének megfigyeléséből kétségtelen diagnostikai és prognostikai előnyök származtak és *Schilling* „haemogrammja" főként mint a neutrophyl leukocytáknak új osztályozásával bővített qualitativ vérkép ismertté vált. Számos különböző betegségnél bizonyult hasznosnak ezen új vizsgálómódszer, kiterjedt alkalmazást azonban leginkább a heveny gyulladásos megbetegedéseknél nyerhetett, ahol a szervezet harca élesen tükröződik vissza a három ismert vérképváltozásban. (Neutrophil küzdelmi, monocytás védekező és lymphocytás gyógyulási szakaszok.) Egy betegségnél a különböző stadiumokban nyert vérképek természetesen bővebb tájékoztatást nyujtanak a vérképző rendszer bizonyos functióiról (*Schilling* graphikonjai, „biológiai görbéi"), de már a vérkép egyszeri vizsgálata is (megfelelő elbírálás mellett) értékes adatokat jelent. A vérkép klinikai felhasználhatóságát *Schilling* részletesen ismerteti ily tárgyú munkájában. A haematologia ezen újabb eredményeinek térhódítását pedig a szerzők azon nagy száma igazolja, akik utánvizsgálásaikkal — részben a hibalehetőségek feltárása dacára is — a „haemogrammban" határozottan értékes eljárást látnak. Tévedéseink azonban a minimumra csökkennek le, ha alapos körültekintéssel járunk el s a vérképtől sem várunk túlsokat, ha — mint *Wollenberg* mondja — nem felejtjük el, hogy a vérkép is csak egy — tünet. S bár egyes betegségeknél, betegségi stadiumoknál jellemző vérképet szoktunk találni, gondoljunk arra, hogy a különböző betegségeknek még tünetcsoportjai is egy bizonyos stadiumokban hasonlóak vagy azonosak lehetnek, amit esetleg a pathologiai folyamat rokonsága magyaráz meg. A vérkép értékelésénél is ezek szerint sokféle körülményre kell tekintettel lennünk. A vérkép adatait tehát egybe kell vetnünk a többi tünetekkel s tudnunk kell azt, hogy az éppen fennálló kórfolyamaton (vagy kórfolyamatokon) kívül még számos más tényezők (constitutio, physiologiás jelenségek, pl. graviditas, menses stb.) is befolyásolhatják a vérképet.

A tudomány haladásával azonban törekvésünknek oly irányban is kell haladnia, hogy a vérképből-olvasás ne csupán az alaposabb haematologiai szaktudással bírók privilegiuma maradjon, hanem szélesebbkörű alkalmazást nyerhessen, az orvosi gyakorlat számára is felhasználhatóvá váljon.

De mielőtt vizsgálati eredményeinkre rátérnénk, szükségesnek látjuk, hogy néhány eddigi, szorosan tárgyunk körébe vágó nézetet kiemeljünk.

Hauer, ki a vérkép differentialdiagnostikai jelentőségét hangsúlyozza valamely betegségnek maláriától való elkülönítésénél, rámutat arra, hogy bizonyos ismert vérképváltozás (balratolódás) jól felhasználható, neurosisra valló tünetek esetén azon fontos tény kiderítésére, hogy van-e a szervezetben organikus elváltozás is. *Wollenberg* a functionalis és organikus gyomorbajoknál jelenlevő vérképváltozások különbségét keresve megállapítja, hogy míg az előbbieknél, hol nincs alap az eltolódásra, lymphocytosis (alkati?) van jelen, az utóbbiaknál kisfokú balratolódás észlelhető (5½—7½ pálcikamagvú). Tisztán vegetativ neurosist mutató esetekben (phtiseophobok!) meglehetős szabályossággal Eppinger-féle vérképet talált (eosinophilia és lymphocytosis balratolódás nélkül). *Freundlich*, bár eredményei alapján óvatos s a vérképet általában csak szűkebb körben tartja gyakorlatilag felhasználhatónak, a balratolódás értékét szintén kiemeli.

Mint látjuk, bizonyos betegségi csoportoknál (egyrészt a „szervi" betegségek egy nagy csoportjánál, másrészt az „ideges", ú. n. functionalis megbetegedéseknél) jellemző ellentétes vérképbeli eltérések találtattak. Már e jelenségek szemlélésekor is közelfekvő az a gondolat, hogy általában a vérképváltozások magyarázatára egységes alapot keressünk. Szükséges volt tehát közös pathologiai folyamatot deríteni fel. Ma már — a legújabb megvilágítás szerint — tudjuk, hogy a különböző kórállapotoknál észlelhető myeloid- vagy lymphoid-izgalmi jelenségek a szervezet savbasis egyensúlyának bizonyos irányú eltolódásával járnak együtt, még pedig úgy, hogy ezen egyensúlynak az acidosis felé fordulásakor a neutrophil-, az alcalosis felé hajlásakor viszont a lymphoid-izgalom jelenségeit látjuk a vérképben. (E változásokat *Hoff* a „vegetativ regulatio" tényezői közé sorolja s e folyamatok szerinte többek közt párhuzamosan haladnak egyfelől a sympathicus, másfelől a vagus tónusának túlsúlyba emelkedésével is.) Ámde e kérdés — melynek tisztázása kialakulóban van — nem tárgyalható bővebben e cikk keretein belül.

A fentiek, bár ismereteink mélyítésével új orientatiót is jelentenek, terminologiánkat azonban mégsem za-

varják meg s észleleteink eredménye szövegezésünkben is a gyakorlat számára felhasználható marad.

Vizsgálatainkkal, melyek kizárólag a fehérvérsejtképre vonatkoztak, célunk volt megállapítani azon jelenségeket, melyek a gyakorlat számára leginkább felhasználhatók. A gyakori és általános érvényűnek mondható jelenségek leszögezésére kellett tehát főként törekednünk, tekintetbe véve egyúttal azt is, hogy ezek aránylag rövid úton legyenek elérhetők.

62 betegnél összesen 74 ízben néztük meg a fehérversejtképet. (Minden esetben meghatároztuk a fehérvérsejtek összes számát és — 200 sejtet olvasva — a *Schilling* által módosított qualitativ képet.) Bár az esetek egy részénél többszöri, két-, illetve háromszori vizsgálatot is végeztünk, a fősúlyt mégis az egyszeri vizsgálatból nyerhető adatokra fektettük.

A balratolódást igen gyakori jelenségnek találtuk. 74 vérkép közül 47-szer fordult elő kisebb-nagyobb fokú balratolódás. Alapos elbírálás mellett már a kis eltolódások is legtöbbnyire érthetők voltak, a legalább 10%-nyi eltolódást mutató 33 eset közül pedig csupán 3 nem felelt meg a klinikai kép alapján várakozásunknak. 20%-tól kezdődőleg azonban minden esetben a klinikai kép, illetve lefolyás, az operatio vagy a sectio bebizonyította, hogy a fehérvérsejtkép jelentése helyes volt a vizsgálat idején.

De míg eddigi tudásunk szerint kisfokú eltolódások a vérkép érzékenységénél fogva a könnyebb megbetegedéseknél is előfordulhatnak, sőt bizonyos esetekben — mint magas határérték — a legcsekélyebb kóros elváltozás kimutathatósága nélkül is hosszabb időn át fennállhatnak, a kifejezettebb balratolódások nagyobb súllyal bírnak, mert mindenkor a szervezet nagyobbfokú alteratiójára mutatnak. Tapasztalataink szerint ezen ismeretünk gyakorlati hasznát mindazon alkalmakkor láthatjuk, mikor homályos kórképpel van dolgunk s elsősorban az iránt érdeklődünk, hogy szervi, avagy ú. n. functionalis megbetegedésről van-e szó a kérdéses esetben. Következőleg kiemelendőnek tartjuk még e helyen a vérkép eme jelentésének fontosságát oly betegségeknél, ahol többé-kevésbbé rejtett szervi elváltozás mellett ideges jelenségek dominálnak, hol a betegség szervi magját ideges rárakódás fedi el. Itt már a vérkép éppen érzékenysége révén válik nagy hasznunkra s ekképen általános diagnostikai jelentőségre tarthat számot. (Amiből természetesen prognostikai előnyök is származnak.) Mert ily esetekben a nagyobbfokú balratolódás nem tekinthető már csupán támogató tünetnek, hanem — bizonyos állapotok kivételével (terhesség, sporttúlerőltetés) — egymagában véve is nagyobb, csontvelőizgalommal járó szervezeti bántalom fennállására figyelmeztet hiányos vagy kétes tünetek mellett, illetve még jó somatikus állapot dacára is. Eseteinkből mutatóul vázlatosan közöljük az alábbiakat (rövidítések a táblázat alatt):

9. sz. eset. *A. J.*-né, 26 éves, iparos neje. 1½ év óta gyengélkedik. Panaszai ezidőszerint főleg gyakori főfájás, hátfájás, fogyás. A physikalis vizsgálatnál: asthéniás alkat melletti soványság s élénk térdreflexek állapíthatók meg csupán. Tisztázzuk, hogy a neurasthenia mellett szóló tünetek mögött nem lappang-e valamely chronikus infectio vagy toxikosis.

1927. IX. 12. Fehérvérsejtszám: 6300. F. Ø, P. 1, L.: 37·5, E.: 7, B.: 1, Mon.: 5·5, Lymph.: 49. Esetünkben a lymphocytosis kisfokú eosinophiliával és balratolódás nélkül a vegetativ-stigmatizáltak constitutionalis vérképének felel meg.

Vizeletben kóros nincs. Vér Wassermann-reactio negativ. Gyomorbél panaszai nincsenek. Székletében féregpete nem található. A tüdők részéről Röntgenátvilágítással sem lehet tuberculotikus elváltozást találni (cseppszív). Hosszabb megfigyelése alatt polybromot szed s Pearson-injectiókban részesül. Hőemelkedések nem mutathatók ki. 2 hét alatt panaszai csökkennek s kb. 3 kg-ot hízik.

36. sz. eset. *S. Gy.*-né, 30 éves, magántisztviselő neje. Körülbelül 1 éve: gyakori csuklás, hányinger, étvágytalanság, hasgörcsök. Panaszait élénken színezve adja elő. A coecum táján műtéti heg; ugyanott nyomásra fájdalmat jelez, de a hasdiffuse is kissé nyomásérzékeny az egyébként sensibilis betegnél. Asthéniás alkat melletti soványság, élénk térdreflexek. Fennjáró, csak elvétve van kis subfebrilitása (37·1—2° körül). 1927. XI. 7. Fehérvérsejtszám: 550. M.:3, F.: 20, P.: 38·5, L.: 20, E.: 1·5, B.: 0·5, Mon.: 4, Lymph.: 12·5. Kézhez kapjuk a ½ év előtt (más kórházban) végzett műtét leletét: a laparotomiánál tuberculosis találtatott a coecumon s a környező peritoneumon.

A nagyfokú balratolódás — a physikalis lelettel ellentétben — a súlyos bajnak hű képét tünteti fel.

Felemlítendőnek véljük itt mellesleg, hogy azon esetekben, hol valamely egyénnél többízben is megnéztük a fehérvérsejtképet (s ez főleg gyulladásos megbetegedéseknél történt), a balratolódás mindenkor az eddigi tapasztalatoknak megfelelően a beteg állapotának javulásával csökkent, rosszabbodásával növekedett, illetve azzal párhuzamosan változatlanul maradt.

Észrevételeinkkel a vérképváltozások egy másik gyakori formájának ismeretéhez is kívánunk hozzájárulni. Tudjuk, hogy a kórállapotok egy nagy részénél a lymphocytaszám ismerete fontos lehet (főleg a gyulladásoknál) s hogy számos betegségnél pedig a lymphocyták megszaporodásának még kórjelző értéket is tulajdonítunk, vagy ez legalább is számos diagnosisnál támogató tünetként szerepelhet (pl. M. Basedownál vagy chron. jóindulatú tbc.-nál, az általánosan ismertek közül).

A lymphocytosis fennállásának elismeréseül az újabb nézet szerint norm. fehérvérsejtszám mellett legalább 35% lymphocyta jelenlétét tartottuk szükségesnek. Megfigyeléseink megerősítik azon előző észlelők eredményeit, hogy lymphocytosis gyakran tisztán neuro-

Név	Kor	Diagnosis	Fvs	N	Bt	M	F	P	Leb	E	B	Mon	Lymph	Jegyzet
S. I.-né	67	Cholecyst. calculosa cholang. por.	8600	82	45	—	6·5	38·5	37	0	0	4·5	13·5	11 napra exitus sectio
Sz. L.-né	70	Tbc. pulm. (cavernae)	9600	78	71	0·5	22	49	6·5	0	0	3	19	Másnap exitus sectio
K. L.-né	75	Myodeg. cordis. Bronchopneum.	13600	93	20	—	3	17	73	1	0	0	6	3 napra exitus
D. M.	67	Emphysema pulm. Dysenteria	15300	90	21·5	—	3	18·5	68·5	0·5	0	1·5	8	5 hétre exitus sectio
M. R.	64	Cc. pankr.	10200	82	11	—	0·5	10·5	71	1	0	3·5	13·5	9 napra exitus sectio

Jelmagyarázat: Fvs = fehérvérsejtszám, N = neutrophil, Bt = balratolódás (a fiatalabb neutrophil leukocyták együttes száma), M = myelocyta, F = fiatal, P = pálcikamagvú, Leb = lebenyezett magvú, E = eosinophil, B = basophil, Mon = monocyta, Lymph = lymphocyta — százalékszámok.

pathiás egyéneknél is előfordul. 25 lymphocytosist mutató eset közül 5-nél alapos vizsgálódás és hosszabb megfigyelés daczára is csupán valamely neurosist lehetett kimutatni s a lymphocytosis ezeknél többnyire 40% körüli volt (norm. fehérvérsejtszám mellett). A többi 3 neuropathia közül 1-nél magasabb, 2-nél normalis volt a lymphocytaszám. A lymphocytosis neurosis-eseteink közül 3-nál kisfokú eosinophiliával járt együtt.

Megemlítjük, hogy egyikünk — *Konrád* — régebbi ily vizsgálatai hasonló eredményre vezettek, 20 neuropathia közül tizennégynél talált — többnyire magasabb — lymphocytosist. (Fenti, lymphocytosist mutató eseteink összeállításánál — ismervén a lymphocytosis gyakori előfordulását bizonyos belsősecretiós megbetegedéseknél — vigyáztunk többek között arra is, hogy e betegségek forme fruste alakjai se kerülhessenek közéjük. Habár valószínű, hogy a puszta idegrendszeri labilitás mögött az endokrin-correlatio finom zavara húzódik meg, amint ez a két rendszer szoros kapcsolatainak ismerete folytán feltehető.)

A prognosis szempontjából az alább meghatározott vérképformánk látszik figyelemre érdemesnek. Ez a kép a Schilling-féle neutrophil-küzdelmi szak egy alakjaként fogható fel. Azon betegek — idős vagy idősebb egyének voltak —, akiknél a leírt jelenségek együttesen mutatkoztak a vérképben, valamennyien súlyos szervi bajban (infectio stb.) szenvedtek s valamennyinél rövid vagy rövidebb időn belül bekövetkezett az exitus. (Fiatalabbaknál hasonló betegségek s jobb kimenetel mellett nem találtunk ilyen vérképet.) Ezen együttesen mutatkozó eltérések a következők voltak: 1. leukocytosis (kisfokú vagy mérsékelt); 2. neutrophilia; 3. balratolódás; 4. an-, ill. hypeosinophilia és 5. lymphopenia, melyek között a balratolódás, vagy a lymphopenia, esetleg mindkettő nagyobbfokú volt (pl. balratolódás 20%-tól, lymphopenia 15%-tól kezdődőleg). Az ily vérképek száma ugyan igen csekély (5), de ha tekintetbe vesszük, hogy 62 beteg közül számosan szenvedtek hasonló bajokban s csak annál az öt esetnél volt ilyen a vérkép, amelyek mind rövidebb időn belül halállal végződtek, úgy jogosan hívjuk fel e jelenségre a figyelmet.

Fenti eseteinket a 37. oldalon lévő táblázat mutatja.

Eredményeink összefoglalásaképen a következőket mondhatjuk:

A fehérvérsejtkép vizsgálata a belgyógyászatban széles körben alkalmazható diagnostikai segédeszközünk. Többnyire, különösen tájékozódásra, a qualitativ kép adatai is elegendők. A vérképnek már egyszeri vizsgálata is — bizonyos pathologiai folyamatokra mutató jelenségei, vagy ezek hiánya révén — hasznos segédeljárás minden betegségnél.

Megfigyeléseink szerint az alábbi vérképbeli eltérések gyakorlati értékkel bírnak, illetve gyakorlatilag felhasználhatóknak látszanak.

1. Kifejezett balratolódás jelenléte (egymagában véve is) mélyebb szervezeti bántalom fennállása mellett bizonyít (kivételek ismeretesen a terhesség és a sporttúlerőltetés). Ilyképen a vérkép fontos eszköz kezünkben a (különösen neurosissal társult) homályos kórképek tisztázásánál.

2. Kizárólag neurosisban szenvedő egyéneknél gyakran fordul elő lymphocytosis, mely nagyobbfokú lehet.

3. A vérkép bizonyos alakja — melyet idősebb egyéneknél észleltünk — prognostikai értelemben figyelmet érdemel, mert a „malum omen" gyanúját kelti.

Formulája: kisebb leukocytosis, neutrophilia, balratolódás, an-, ill. hypeosinophylia és lymphopenia, melynél a balratolódás vagy a lymphopenia (esetleg mindkettő) nagyobbfokú.

Irodalom: *Naegeli:* Lehrbuch der Blutkrankheiten. 1923. — *Arneth:* Die qualitative Blutlehre. 1920. — *Schilling:* Praktische Blutlehre. 1923. — *Schilling:* Das Blutbild und seine klin.: Verwertung. 1926. — *Wollenberg:* Med. Klin. 36. szám. 1922. — *Siess* és *Störck:* Wien. med. Woch. 18. sz. 1913. — *Hösslin:* Münch. med. Woch. 22. sz. 1913. — *Moewes:* Deutsch. med. Woch. 43—44. sz. 1925. — *Egoroff:* Zeitschr. f. klin. Med. 103. köt. 3—4. füz. 1926. — *Holler, Melicher* és *Reiter:* Zeitschr. f. klin. Med. 100. köt. 3—4. füz. 1925. — *Josam:* Zeitschr. f. klin. Med. 107. köt. 1—2. füz. 1928. — *Hauer:* Deutsch. med. Wochschr. 30. sz. 1923. — *Freundlich:* Wien. Arch. f. klin. Med. 9. köt., 3. kiad. 1925. — *Hoff:* Deutsch. med. Wochschr. 22. sz. 1928.

Az ondóhólyag gümőkórjáról.

Írta: *Mező Béla dr.* egyet. magántanár, közkórh. főorvos.

A húgyivarszervek gümőkóros megbetegedése nem tartozik a ritkaságok közé. A leggyakrabban észlelt vesegümőkór mellett gyakoriság tekintetében a hólyag, a mellékherék, a prostata és végül az ondóhólyag megbetegedése következik. Az ondóhólyag megbetegedése sokkal gyakoribb, mint azt eleinte hitték, az ondóhólyag rejtett helyzete miatt azonban csak ritkán kórismézik. Az ondóhólyaggümőkór az esetek túlnyomó többségében secundaer, azaz a szervezet más részén, vagy a húgyivarszervek más pontján fellépő gümőkórhoz csatlakozik, de észleltek olyan ondóhólyaggümőkór eseteket is, ahol a szervezetben másutt gümőkóros elváltozás nem volt kimutatható. Az ondóhólyaggümőkór rendesen a nemi érettség után jelentkezik, gyermekkorban ritka. Észlelték azt is, hogy a megbetegedés gyenge, halvány betegeken gonorrhoeához csatlakozott. *Casper* a gonorrhoeát, mint előkészítő tényezőt, épp oly fontosnak tartja, mint amilyen szerepet a trauma a test egyéb részein játszik. Egyesek szerint ugyanígy hat a túlzott nemiélettel kapcsolatos medencei congestio is, amely amellett, hogy helyi dispositiót teremt, kétségtelenül a test általános gyengítésével is növeli a gümőkórra való hajlandóságot.

A primaer ondóhólyaggümőkór eleinte nem sok tünetet okoz. A betegek rendesen csak a megbetegedés előrehaladottabb szakában panaszkodnak arról, hogy a gáttájon, illetve a végbélben kellemetlen nyomásérzésük van, ezért a megbetegedés eleinte rejtve marad. Ezzel ellentétben a secundaer ondóhólyaggümőkór azon eseteiben, amikor az ondóhólyag tbc.-je a húgyivarszervek megbetegedését kíséri, s a vese, a hólyag, a herék, s a prostata gümőkórja a húgyivarszervek rendszeres vizsgálatára a figyelmet felhívja, az ondóhólyaggümőkór kórismézése könnyű.

Az ondóhólyaggümőkór rendesen az ondóhólyag nyálkahártyáján kezdődik, ahol elszórtan apró gümőket találunk. A megbetegedés előrehaladásával mind több és több gümő keletkezik, amelyek egymással összefolynak. Az ondóhólyag fala ezáltal jelentékenyen megvastagodik, kemény s tapintható lesz. A tuberculumok szétesésekor keletkező geny a kivezető csöveken legtöbbször eltávozik, egyes esetekben azonban maga a gümőkóros szövet, más esetekben pedig a gümőkóros sarjszövet helyén keletkező heg elzárja a kivezető csöveket s az ondóhólyagban keletkező geny megreked. Ilyenmódon kisalmányi, akár férfiökölnyi, vagy még ennél nagyobb tályogok is keletkezhetnek, amelyek végre is valamerre áttörnek. Áttörhet a geny a hólyagba, a húgycsőbe, a végbélbe, a gáttájra, de leírtak olyan eseteket is, amikor a geny a prostatát körülvevő vena-

hálózatba nyitott magának utat, s miliaris gümőkór keletkezett.

Az ondóhólyagok a prostata basisának bal és jobb oldalán fekszenek és ferdén fel és kifelé haladnak. Ha a vizsgálat alkalmával betegünket felszólítjuk arra, hogy ne feszítsen, a hosszú ujjú vizsgáló a prostata fölé 3—4 cm-re be tud tapintani, és így az ondóhólyagokat jól eléri. Az ép ondóhólyagok rendszerint 4—5 cm hosszúak, 2 cm szélesek és egy cm vastagok, s az esetek túlnyomó többségében tapintással nem érezhetők. Ha azonban az ondóhólyagok nagyon teltek, akkor néha sikerül az ondóhólyagok helyének megfelelően egy-egy ujjperc nagyságú, síma felületű, bélszerű képletet tapintani, amelyek a nyomás közben azáltal, hogy az ondóhólyag tartalma kiürül, megkisebbednek és egészen el is tűnnek. Ezzel ellentétben a kórosan elváltozott ondóhólyagok mindig jól érezhetők. A gyulladásos ondóhólyagok fala megvastagszik, s az ondóhólyag fala többékevésbbé egyenetlen, dudoros, könnyen tapintható, s nyomásra fájdalmas lesz. Az ilyen elváltozást azonban nemcsak a gümőkór, de a gonorrhea és közönséges genykeltő bakteriumok is előidézhetnek. Ezek megkülönböztetése a kórelőzmény, a váladékok vizsgálata és a tapintási lelet alapján nem nehéz. A gonorrhoea rendesen nagy terimenagyobbodást okoz, amely nagyon heves tünetekkel kezdődik, s legtöbbször lázzal és kifejezett fájdalmakkal jár. A megbetegedés rendszerint acut, vagy subcut húgycsőfolyamathoz csatlakozik. A közönséges genykeltők középsúlyos gyulladást okoznak s bár ezek is fájdalmasak, a kellemetlenségek a gonorrhea által okozott gyulladásos tünetek mellett lényegesen elmaradnak. A gümőkóros ondóhólyaggyulladások igen lassan, észrevétlenül fejlődnek, terimenagyobbodásuk kicsi, inkább egyenlőtlenül dudoros s fájdalmat alig okoz. Az ondóhólyag carcinomája kezdetben a gümős megbetegedéshez hasonló egyenetlenül dudoros terimenagyobbodást adhat. Az elkülönítés azon az alapon történik, hogy az ondóhólyaggümőkór fájdalmas, a carcinoma nem, s hogy a kinyomott váladék a gümőkór esetében genyes, tumor esetében pedig nem. Megkönnyíti a diagnosist az is, hogy a gümőkór előrehaladottabb szakában a kis kemény göbök szomszédságában mindig találunk nagyobb, részben felpuhuló s helyenként kifejezetten hullámzó részleteket, s hogy a gümőkóros megbetegedés nemcsak a húgyivarszerveken, de sok esetben a szervezet más helyén is kimutatható. A gümőkór a gümős sarjszövet beolvadása következtében az ondóhólyag helyén kisalmányi, vagy akár emberfejnyi síma felületű, fluctuáló terimenagyobbodást is okozhat, amely az ondóhólyag retentiós cystáihoz, s a medencében ritkán előforduló echynococcus tömlőkhöz hasonlíthat. Az elkülönítés punctio segélyével nem lesz nehéz. A punctio számára legalkalmasabb a gát közepének a középvonaltól mintegy 2·5—3 cm-re oldal felé eső helye. A tű vezetését a végbélbe helyezett mutató ujjunkkal kell ellenőríznünk. Az ilyen módon kellő óvatossággal végzett punctio, különösen akkor, ha a pungálandó terimenagyobbodás nagy, melléksérülést nem okoz. A punctio ennek dacára sem egészen jelentéktelen beavatkozás. A punctiós tűvel néha 7—8 cm-re is be kell hatolnunk és mivel a tű a periprostatikus venahálózaton halad keresztül, könnyen megtörténhetik, hogy a szurcsatornába betóduló geny a megsértett vénába kerül, s punctiónk miliaris gümőkór kiindulásának oka lesz.

A gümős ondóhólyaggyulladás előrehaladottabb szakában a panaszok fokozódnak s a húgycsőben időnként, különösen székeléssel kapcsolatban híg, sárgás, sokszor törmelékes geny távozik. Ez a tünet olyan egyéneken, akiknek gonorrhoeájuk nem volt, a prostata, illetve az ondóhólyag gümős megbetegedésére felhívja a figyelmet.

Az ondóhólyaggümőkór gyógyításában kétféle irányt követhetünk. A conservativ belgyógyászati és a radicalis sebészeti irányt. Tekintettel arra, hogy a gümős megbetegedés sohasem egy szervnek az elkülönített baja, hanem annak a kifejezője, hogy az egész szervezet elveszítette a tbc.-s bakteriumokkal szembeni ellenállóképességét, még a localizált primaer ondóhólyagmegbetegedés is, az egész szervezet gyengülését jelenti. Ennek megfelelően arra kell törekednünk, hogy a szervezetnek a gümőkóros megbetegedéssel szembeni ellenállóképességét növeljük. Az összes észlelők megegyeznek abban, hogy a gümőkór kezelésében a heliotherapiának igen fontos szerep jut. A fénykezelés terén első helyen a természetes napfény áll, amely különösen a magaslati gyógyhelyeken alkalmazható nagy sikerrel. Hogy a napfény hatása a mélyebben fekvő helyeken gyengébb, annak az az oka, hogy a vastag levegőréteg a benne levő tisztátalanságokkal az ultraviolett sugarak jelentékeny részét elnyeli. A napfény azonban ennek dacára az alföldeken is sikerrel alkalmazható a gümőkór gyógyítására.

Mivel a mérsékelt égöv rónáin az az időszak, amikor a betegek a szabadban napozhatnak, aránylag rövid, mesterséges fényforrásokkal igyekeztek a napfényt pótolni. Így született meg az ultraviolett sugarakban bővelkedő quarzlámpa, amit eleinte a napfénnyel egyenrangúnak tartottak. Kiderült azonban, hogy a quarzlámpa és a napfény hatása közt nagy különbség van. A quarz-kezelés növeli ugyan az allergiát, de hatásban a napfény mellett messze elmarad. A quarzlámpa hatására a bőr csak megvörösödik, de vele sohasem sikerül a napfény hatására létrejövő sötét pigmentatiót előidézni. *Kisch* mutatta ki, hogy ennek oka az, hogy hiányzanak a quarzlámpában a melegsugarak. *Kisch* annyira megy, hogy a meleg sugaraknak még az ultraviolettsugaraknál is nagyobb fontosságot tulajdonít s ezért azt ajánlotta, hogy a meleg sugarakban különösen bővelkedő izzólámpák energiáját paraboloid-tükrökkel vetítsük a beteg testfelületre, amely kezeléssel a bőr egész sötétre pigmentálódik. Hogy betegeim úgy az ultraviolett-, valamint a hősugarak hatását élvezhessék, Új Szent János-kórházi osztályomon a quarzlámpával való kezelést a Kisch—Zeiss-féle hőlámpákkal kombináltam, igen szép eredménnyel.

Alkalmam volt a gümőkórkezelésre ajánlott immunbiologiai és chemotherapiás módszereket sorra kipróbálni. Szomorúan állapíthattam meg, hogy a gümőkór gyógyulását biztosító specifikummal eddig nem rendelkezünk. A tuberkulinok és a chemotherapiás szerek mindegyikével láttam olyan eseteket, amelyek egyenként odaállítva alkalmasak volnának arra, hogy az alkalmazott szer kiválóságát bizonyítsák. Ha azonban nemcsak azt a pár kivételesen jól gyógyuló esetet nézzük, hanem e szerekkel kezelt összes betegek sorsát figyemel kísérjük, kiderül, hogy a súlyos előrehaladó folyamatokat ezek a szerek sem képesek megállítani s hogy a velük elért eredmények nem jobbak, mint a tisztán hygienás-diaetás heliotherapiával elért eredmények. Aki sok gümősbeteget észlelt, megfigyelhette, hogy az utóbbi tényezők hatására sokszor igen súlyos, szinte gyógyíthatatlannak tartott esetek minden beavatkozás nélkül rohamosan meggyógyultak. Ezek az esetek nem is nagyon ritkák. Ha egy ilyen esetben valamilyen szert alkalmaztunk volna, az elért eredményt bizonyára az alkalmazott szer javára írtuk volna.

Volt idő, amikor minden sebészeti gümős meg-

betegedést azonnal operálandónak tartottak. Az az álláspontom, hogy minden esetben először a conservativ kezeléssel kell megpróbálkoznunk, s csak ha azt látjuk, hogy a kellő belgyógyászati kezelés eredménnyel nem jár, akkor kell beavatkoznunk. E szabály alól kivételt a húgyivarszervek megbetegedésében csak a vesék és a herék tuberculosisa képez. Ezek a folytonosan működő szervek nyugalomba nem hozhatók s így ezek spontan gyógyulási lehetősége nagyon kicsi. Ezek mielőbb operálandók. Az ondóhólyag gümős megbetegedését először conservativ úton kell kezelnünk. Csak ha azt látjuk, hogy a legkedvezőbb hygienás-diaetás heliotherapiára romlik a beteg s a helyi folyamat súlyosbodik, akkor van szükség a beavatkozásra.

A szerzők egy része azt állítja, hogy a gyermekkorban lezajlott gümőkór a szervezetnek némi immunitást kölcsönöz. Ugyanígy volna felfogandó az a jelenség is, hogy a csontgümőkórban szenvedők tüdőfolyamata az esetek jó részében enyhe. Szerintük a lassú gümőkóros folyamat időközben antitoxinképzéshez vezet s ez a szervezet érzékenységét gümőkórral szemben letompítja. A szervezet antitoxinképzése azonban, sajnos, a legtöbbször nem elég, s igen gyakran azt látjuk, hogy a sebészeti gümőkórban szenvedők nem gyógyulnak meg, hanem amyloidosisban lassan elpusztulnak. Ezért a sebészi gümőkórban szenvedőket nem szabad magukra hagynunk. Ismételten láttam olyan betegeket, akiknél jóformán a gyógyulásra való kilátás reménye sem volt meg s akiknek sorsa a végzett kisebb-nagyobb beavatkozás után egy csapásra megfordult. Legfeltűnőbb az eredmény akkor, ha a szervezetből egy végtag eltávolításával egyszerre nagy fertőző területet iktatunk ki, de észleltem jó hatást akkor is, amikor csak a sipolyos részek megkaparásával csökkentettem a toxinképző sarjak mennyiségét. Azt azonban, hogy az ilyen kedvező fordulat a beavatkozás után mely esetben áll be, nem tudjuk megmondani. Annyi kétségtelen, hogy a conservativ therapia sikertelensége esetén még súlyos betegeken is érdemes műtéttel kísérletet tenni.

Az ondóhólyag műtéti megközelítésére öt út áll rendelkezésünkre. Suprapubikusan a hólyagon át, suprapubikusan a hólyag felett, a végbélen át, a gát felől és az ischiorectalis út. Ezek közül a hólyagon és a végbélen át történő megközelítéssel nem is foglalkozom. Ezek amellett, hogy rossz betekintést adnak a sebnek vizelettel, illetve bélsárral történő állandó szennyezése miatt veszélyesek s így számba se jöhetnek. Az az ajánlat, hogy az ondóhólyagokat a hólyag és a peritoneum közt extraperitonealisan tegyük szabaddá, az első pillanatban igen tetszetősnek látszik. Tudjuk azt, hogy a peritoneum a hólyag vertexén a lig. umb. medium eredése helyén erősen tapad. A peritoneumot e helyről leválaszthatjuk anélkül, hogy a peritoneumot megsértenénk. Mivel azonban a peritoneum a leválasztás alkalmával egész jelentéktelen, észre se vehető sérülések keletkezhetnek, amelyek azonban mégis alkalmasak arra, hogy rajtuk keresztül a hasüreg fertőződjék, sokkal helyesebben járunk el, ha a hasüreget a hólyag közvetlen szomszédságában szándékosan megnyitjuk s a vertexen tapadó peritoneumrészlet haránt körülmetszése s leválasztása után azt varrattal egyesítjük. A hólyag hátsó falának peritoneumát letolva az ondóhólyagokat jól megközelíthetjük. Tekintettel azonban arra, hogy gyulladások miatt a peritoneum a hólyag hátsó falával és az ondóhólyaggal erősen össze lehet nőve, a peritoneum leválasztása nehézségekbe ütközhetik; hogy az ondóhólyagok nagy mélységben fekszenek; hogy a genyes folyamatok drainezési viszonyai nem a legjobbak s hogy a hashártya akár szándékos, akár nem szándékos megnyitása genyes folyamatok esetén nem közömbös, ezt az utat se tartom követendőnek.

Aki a perinealis prostataműtétek végzésében járatos, tisztában van azokkal a nehézségekkel, amelyekkel az a műtét jár. A bőrmetszést akár *y*-alakban, akár félkörben végezzük, mindegy. A mélybe érve a nehézségek ugyanazok. Elől az urethra, hátul a végbél korlátozza mozgásunkat, amelynek két oldalt a néha igen közelfekvő két tuber ossis ischii vet határt. Kövérebb embereken már a prostata is jelentékeny mélységben van s mire az ondóhólyagokhoz érünk, igen nagy mélységben kell dolgoznunk. Ez a behatolás nem sok áttekintést nyujt, csak arra elég, hogy az ondóhólyagokat megnyissuk s hogy azokat kikaparhassuk. Az ondóhólyagok teljes szabaddátételére és azoknak egészbeni eltávolítására ez a behatolás nem alkalmas.

A Voelker-féle ischiorectalis módszert az ondóhólyag megközelítésére rendelkezésünkre álló utak közt a legtökéletesebbnek tartom s annak alkalmazását melegen ajánlom. Ez az eljárás egyszerű s nem hosszú úton vezet az ondóhólyagokhoz. Előnye az, hogy az eredeti paracoccygealis metszés a szükség szerint parasacralisan meghosszabbítható, s ha kell, az os coccygis és a sacralis csigolyák eltávolításával az ondóhólyagokat oly szélesen feltárhatjuk, ami az előbb említett módszerekkel még megközelítőleg sem érhető el. E mellett nagy jelentősége van annak, hogy extraperitonealisan dolgozunk s hogy a seb drainezési viszonyai a legkedvezőbbek, aminek megfelelően a seb gyógyulása is rendesen sima lefolyású.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér dr. ny. r. tanár).

A magyar csecsemők fejlődési normája.

Írták: *Lukács József dr.* és *Sztavrovszky Pál dr.*

A csecsemőorvos minden functiójának kiindulópontját képezi az, hogy a csecsemő tápláltsági, illetőleg fejlettségi viszonyairól tájékozódjon. Éppen ezért a paediatria legelső feladatai közé tartozott, hogy a csecsemők fejlődési adatait feltüntető normákat fektessen fel. Egyike a legrégibb és még ma is legelterjedtebb ilyen, a csecsemő normalis fejlődési átlagértékeit feltüntető táblázat *Camerer*től származik, mely később *Pirquet* módosításával terjedt el. Hasonlóképen classikusnak mondható *Heubner* táblázata.

Ezek a fejlődési görbék az egészséges csecsemő fejlődési átlagszámait tüntetik fel. Úgy látszik azonban, hogy a praxis igényeit internationalisan is általános érvénnyel mégsem elégítik ki. Erre mutat legalább az is, hogy nemcsak a különböző országok paediaterei, hanem pl. még Németországon belül is többen a saját megfigyeléseik szerinti változtatásokat eszközlik rajtuk, úgy hogy úgyszólván minden gyermekkórház rendelőjében más és más tabella szerint ítélik meg a csecsemők fejlettségét. Ez a dysharmonia két okban leli magyarázatát. Egyrészt, mert magától értetődően befolyásolják a fejlődési súlyt olyan tényezők, mint az ethnographiai különbség, az egyes országok ipari vagy agrárjellege, a lakosság socialis niveauja stb. A másik ok az, hogy az a szempont, amely a szerzőket a tabellák készítésénél vezette, nem esik egybe a praxis igényeivel. A tabellák ugyanis az egészséges csecsemő *optimalis* fejlődési viszonyait óhajtván regisztrálni,

olyan gondosan válogatott és kevésszámú csecsemők görbéiből állíttattak össze, akik egész első életévük alatt lehetőleg semmiféle ártalmon nem estek keresztül. A praxisban viszont — és különösen a közép- és alacsonyabb néposztályokkal dolgozó klinikai ambulantiák rendelőin — nem ilyen szerencsésen és gondosan megvédett csecsemők kerülnek az orvos elé, hanem olyanok, akik bár banalis, de súlygörbéjükön mégis nyomot hagyó parenteralis vagy enteralis fertőzéseken minden bizonnyal többször is túlestek. Érthető tehát, ha a kivételekből felépített normalgörbéket a praxis nem tudja változtatás nélkül alkalmazni.

Amidőn egyikünk a közelmultban azt a kérdést intézte néhány gyermekkórház vezetőjéhez, hogy melyik táblázatot tartja a praxis számára legalkalmasabbnak, kiderült, hogy az eddig használatos külföldi adatok a magyar viszonyokra nem érvényesek s hogy egy, a magyar csecsemők viszonyaiból felépített tabella hiányt pótolna. Így határoztuk el, hogy a magyar csecsemők fejlődési normáját vizsgálat tárgyává tesszük annál is inkább, mert Magyarországon az ilyen fejlődési statistika elkészítése igen nagy tömegeken könnyen és pontosan eszközölhető. Az Országos Stefánia-Szövetség védőintézeteiben ugyanis egészséges csecsemők táplálási tanács céljából naponta nagy számban kerülnek bemutatásra. A bemutatottak úgyszólván minden réteget képviselnek. A védőintézetek a bemutatáskor minden csecsemő súlyát rendszeresen lemérik és törzslapjaikon vezetik. Mi, mint két szegedi védőintézet vezetői — munkánkba bekapcsolva a harmadik védőintézetet is — ily módon a hat éve fennálló intézetekben közel 2000 csecsemő mintegy 16.000 mérési adatának birtokába jutottunk. Az újszülött anyagot a szülészeti klinika fekvőosztályán gyüjtöttük.

Az adatokat a következő terv szerint dolgoztuk fel. Különválasztottuk a fiúkat s külön a leányokat. Az adatokat kor szerint félhónapos csoportokba rendezve állítottuk össze. Az egyes csoportokban azután meghatároztuk az arithmetikai középértéket. A kapott adatokat, melyek tehát a növekedési átlagértékeket tüntetik fel, a következőkben demonstráljuk (I. tábla):

I. tábla.

Kor	Fiúk		Leányok		Kor	Fiúk		Leányok	
	Összes adat	Középérték	Összes adat	Középérték		Összes adat	Középérték	Összes adat	Középérték
Sz.	282	3667	230	3323	6½	205	6808	190	6749
½	407	3543	380	3480	7	321	7261	304	6987
1	894	3882	839	3969	7½	216	7390	179	7177
1½	610	4236	569	4013	8	310	7705	266	7543
2	740	4564	651	4353	8½	222	7979	160	7758
2½	512	4858	409	4701	9	247	8056	252	7975
3	603	5173	520	4966	9½	164	8211	106	8188
3½	318	5398	290	5197	10	217	8355	198	8285
4	455	5657	436	5500	10½	89	8595	86	8574
4½	339	5927	267	5766	11	185	3987	147	8667
5	407	6166	381	6003	11½	71	9186	62	8734
5½	247	6500	242	6206	12	237	9478	147	9064
6	377	6687	341	6512	—	—	—	—	—

A fiúk születési súlya átlag 3667 g, a leányoké 3480 g. A fiúk görbéje az első félhónapban nem mutat emelkedést, ettől kezdve azonban meglehetősen egyenletes menetben akként emelkedik, hogy 6 hónapos korig 3 kgot gyarapodnak, 12 hónapos korukig pedig 6 kg-ot. A leányok már az első félhónapban is kisebb emelkedést mutatva, 1 hónapos korban elérik a fiúk értékeit, majd ettől kezdve egyenletesen a fiúk görbéje alatt maradva úgy növekednek, hogy az első életévük végén súlyuk amazokénál kb. ½ kg-mal kevesebb. Érdekesnek látszik az első hónapban a fiúk és leányok különböző viselkedése. Míg a jóval nagyobb születési súllyal bíró fiúcsecsemők a Pies-typushoz tartozónak látszanak, addig a leányok inkább a Budin-typus felé hajlanak.

A görbék különben még egy érdekes jellegzetességet mutatnak. Két ellaposodás észlelhető rajtuk. Az egyik a hatodik hónapra, a másik a hetedik és nyolcadik hónapok közé esik. Minthogy e két szakasszal az elválasztás, illetve a fogzási időszak esik egybe, azt gondoljuk, hogy ezek a mozzanatok a görbe ellaposodásával összefüggésbe hozhatók.

Ha a görbét a bevezetésünkben említett Heubner- és Camerer-féle görbékkel összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy a mi adataink mindkettőnél alacsonyabbak. Ennek magyarázatát — mint ismételni óhajtjuk — nemcsak ethnographiai tényezőkben, hanem abban is keressük, hogy mi adatainkat válogatás nélkül és pedig igen nagy anyag feldolgozásából merítettük.

Az adatok elemzése egy gyakorlatilag fontos megismerésre vezetett bennünket. Azt láttuk ugyanis, hogy az arythmetikai középnek meglehetősen nagy szórása van, más szóval tág az a határ, melyen belül az adatok még egyenlően nagy számban ismétlődnek. Így pl. az egy- és félhónapos fiúk 840 adatának zöme 3·5—4·5 kg között van, anélkül, hogy ezen szélességen belül valamely érték feltűnő differentiával vezetőnek lenne mondható (II. tábla). Az arythmetikai középértéket természetesen az összes adatok elemzése pontosan megadja, mindamellett e körülménynek a többi hónapokban is következetes ismétlődése arra kell hogy intsen bennünket, hogy e középtértéktől felfelé és lefelé számított cca 500 g-os eltérést még normalisnak kell vennünk.

II. tábla.

Testsúly	Eset	Testsúly	Eset	Testsúly	Eset	Testsúly	Eset	Testsúly	Eset	Testsúly	Eset
5800	—	5250	—	4700	9	4150	29	3600	29	3050	7
5750	—	5200	1	4650	8	4100	32	3550	18	3000	13
5700	—	5150	1	4600	20	4050	21	3500	31	2950	3
5650	—	5100	1	4550	17	4000	35	3450	16	2900	7
5600	—	5050	2	4500	21	3950	32	3400	22	2850	5
5550	—	5000	8	4450	19	3900	33	3350	21	2800	6
5500	—	4950	4	4400	20	3850	20	3300	29	2750	7
5450	—	4900	10	4350	27	3800	34	3250	16	2700	9
5400	—	4850	7	4300	27	3750	26	3200	25	2650	4
5350	1	4800	9	4250	18	3700	31	3150	27	2600	2
5300	1	4750	12	4200	32	3650	33	3100	15	2550	—

Minthogy átlagértékeink a Camerer-féle átlagértékektől negativ irányban eltérnek, érthető, ha a havi, heti és napi gyarapodási számok ugyancsak alacsonyabbak azoknál. Így például heti gyarapodásként fiúknál

az első negyedévben 161,
a második „ 126,
a harmadik „ 144,
a negyedik „ 118 g-ot kell vennünk.

Befejezésül szeretnénk hangsúlyozni azt, hogy bár ezek az adatok relative nagyszámú észlelés eredményei, mégis bizonyos fokban egyoldalúak lehetnek. A statistika felvetett kérdésünkre exact pontossággal megadja a választ, de csakis akkor, ha adatait nagyon széles területről gyüjtötte. Minthogy a statistika anyaga a Stefánia-védőintézetekben önként adódik, nagyon kívánatosnak tartanánk, ha hasonló adatgyüj-

tés más helyen, más megfigyelőktől is történnék s így az esetleges localis hibaforrások kiegyenlítődése útján történt correctióval a magyar orvos kezébe a magyar viszonyoknak megfelelő, tényleg érvényes fejlődési normákat adhatnánk.

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

A synthalin hatása a gyomor motilitására és secretios mechanismusára.

Írták: *Györgyi Géza dr.* és *Egedy Elemér dr.*

A *Frank, Nothmann* és *Wagner*[1] által a diabetes therapiájába bevezetett synthalin alkalmazását sok esetben megnehezítik azok a subjectiv gyomorpanaszok, amelyek e gyógyszer huzamos szedése után az esetek egy részében fellépnek. E panaszok leggyakrabban gyomortáji nyomás és teltség érzete, étvágytalanság, hányinger és hányás tüneteiben nyilvánulnak.

Éppen ez okból tettük vizsgálat tárgyává, mily módon változnak meg a gyomor motilitási és secretiós viszonyai a synthalin peroralis adagolása folyamán.

E vizsgálódások legegyszerűbben oly cukorbetegeken lettek volna végezhetők, akik therapiás célból szednek synthalint. Azonban *egyikünk*[2] korábbi közleményében beszámolt azon észleletéről, amely szerint a cukorbetegek gyomorsecretióját felette változónak találta. Ezen tapasztalat szerint vizsgálatainkat állandóan vegyes diaetán tartott, nem diabeteses egyéneken végeztük, akiknél felvehető volt, hogy gyomruk motilitása és secretiója is állandó.

Vizsgálataink menete a következő volt: A synthalin alkalmazását megelőzően gyomor-bél Röntgen-vizsgálatot és fractionált próbareggelit végeztünk, ez utóbbit *Vándorfy*[3] ajánlatára 500 cm³ vízzel. Az egyes fractiókat a vizsgálat egész folyamán a gyomorban tartott Einhorn-féle vékony sondán át szívtuk ki a táblázaton feltüntetett időközökben. Az egyes fractiók mennyisége 20—20 cm³ volt. A gyomorbennék vizsgálatánál az egyes fractiók szabad sósav- és összaciditásán kívül tekintettel voltunk azok chlor-, epe-, nyák- és trypsintartalmára is. A chlormeghatározást a Korányi-féle, a trypsinmeghatározást pedig a Gross-féle casein-módszerrel végeztük. A gyomorbennéknek epére és trypsinre való vizsgálatát az ezen alkatrészekből az esetleges duodenumból való regurgitatióra való következtetés céljából tartottuk szükségesnek. Ezen előzetes tájékoztató vizsgálatok elvégzése után adtuk a betegeknek a synthalint 3—10 napon át, amely idő alatt figyelemmel voltunk a vércukorszint változásaira is. A gyógyszer szedését a subjectiv tünetek első megnyilvánulásánál kihagytuk. A synthalint reggel, délben, este étkezés előtt ¼ órával vették betegeink. A Kahlbaum-féle 10 mg-os synthalinpillulákat adtuk.

A vizsgálat tárgyává tett 8 norm., illetőleg hyperacid és 2 anacid eset közül egy normacid és egy anacid esetet ismertetünk részletesen:

1. *T. A. 23 éves férfi.* Diagn.: Tbc. pulm. Polyarthritis chronica. 1927. X. 11-én vércukor: 0·107%.* Gyomor-Röntgen-vizsg.: norm. gyomorlelet. 2h p. c. rendes ürülés. X. 12-én 24h p. c. contrastpép részben kiüresedett, részben a spasticus ascendens-transversum-descendensben látható.

X. 13. Déltől kezdve synthalint szed és pedig:

X. 13-án 2×10 mg synthalin per os.

* A vércukormeghatározásokat *Hagedorn—Jensen* módszerével végeztük.

X. 13. Fractionált próbareggeli:

Idő	cm³	HCl	ÖA	Cl %	Epe	Nyák	Trypsin
Éhgy.	3	12	30	0·21%	+	+	+
	500	cm³ víz után:					
10 p.	20	0	3	0·07	—	—	—
20 „	20	9	13	0·10	—	—	—
30 „	20	21	30	0·31	—	—	—
45 „	20	35	43	0·33	+	—	—
1 ó.	20	32	41	0·33	+	—	—
1 ½ ó.	12	13	27	0·19	+	—	—
2 ó.	5	27	39	0·32	—	—	—
2 ½ ó.		semmi sem ürül.					

X. 14-én 3×10 mg synthalin per os. Vércukor: 0·105%.

X. 15-én 3×10 mg synthalin per os. Vércukor: 0·106%.

X. 16-án 3×10 mg synthalin per os. Vércukor: 0·105%. (Étvágytalanság.)

X. 17-én 2×25 mg synthalin per os. Vércukor: 0·98%.

Teltségérzésről és gyomorégésről panaszkodik. Este a synthalint kihagyjuk.

X. 18. Vércukor: 0·095%.

Gyomorröntgen: köldök magasságában fekvő, jó tonusú gyomor élénk peristaltikával. Szabad pylorus, jól telődő, simaszélű duodenum. 2h p. c. kevés maradék. (Rendes ürülés.)

X. 19. 24h p. c. contrastpép nagyobb része kiüresedett, kis része a spasticus descendensben és az ampullában látható.

X. 19. Vércukor: 0·100%.

Fractionált próbareggeli:

Idő	cm³	HCl	ÖA	Cl%	Epe	Nyák	Trypsin
Éhgy.	semmi sem ürül.						
	500 cm³ víz után:						
10 p.	20	18	22	0·19	+	+	1
20 „	20	23	27	0·31	—	—	—
30 „	20	44	54	0·39	—	—	—
45 „	20	47	53	0·42	+	—	—
1 ó.	20	26	34	0·32	+	+	1
1½ ó.	20	39	51	0·38	++	—	?
2 ó.	20	18	27	0·16	—	—	—
2½ ó.	8	15	25	0·15	—	—	—

2. *G. P. 52 éves férfi.* Diagnosis: Ischias. 1927. XI. 1-én vércukor: 0·102%.

Fractionált próbareggeli:

Idő	cm³	HCl	ÖA	Cl %	Epe	Nyák	Trypsin
Éhgy.	—	—	—	—	—	—	—
	500 cm³ víz elfogyasztása után:						
10 perc	20	—	2	?	—	+	—
20 „	20	—	4	0·07	—	+	—
30 „	20	—	6	0·05	—	+	—
45 „	20	—	4	0·06	—	—	—
1 óra	15	—	4	0·07	—	—	—
1½ „	16	—	5	0·07	—	+	+
2 „	10	—	3	0·07	—	++	2

XI. 2-án gyomorbél Röntgen-vizsgálat: Normalis gyomorduodenumlelet. 1½h p. c.: gyomor üres. 2h p. c.: contrastpép részben kiüresedett, részben a transversum-descendensben.

XI. 4-én 3×10 mg synthalin per os. 5-én, 6-án, 7-én, 8-án, 9-én és 10-én 4×10 mg synthalin per os. A synthalint kihagyjuk.

XI. 11-én vércukor: 0·089%.

Gyomorbél Röntgen-vizsgálat: normalis gyomorduodenumlelet. 1½h p. c.: Gyomor üres. 24h p. c.: Contrastpép az ascendens-transversum-descendensben és a sigmában.

Fractionált próbareggeli:

Éhgy.	cm³	HCl	ÖA	Cl %	Epe	Nyák	Trypsin
Éhgy.	15	—	7	0·09	+	+++	1
	500 cm³ víz elfogyasztása után:						
10 perc	20	—	4	0·03	0	+	—
20 „	20	—	7	0·05	+	++	—
30 „	20	—	13	0·07	++	+++	2
45 „	20	—	19	0·11	++	+++	3
1 óra	15	—	17	0·12	++	++++	4
1½ „	12	—	11	0·09	++	++	2
2 „	4	—	7	?	++	++	2

Betegnek a synthalin szedése alatt gyomorpanaszai nem voltak, étvágya változatlanul kielégítő volt.

Gyomorvizsgálataink tárgyává tett 10 egyén közül 8 norm., illetve hyperacid, 2 anacid volt. Ezek közül 7-nél a synthalinnak a gyomorpanaszok felléptéig való alkalmazása után a fractionált próbareggeli szabad sósav, összaciditás, valamint chlortartalma kifejezett emelkedést, egy esetben pedig kisfokú csökkenést mutat. A 2 anacid esetnél a fractionált próbareggeli egyes fractióinak összaciditása és chlortartalma szintén emelkedik a synthalin szedése után. Az anacidok a synthalint huzamosabb ideig képesek szedni és abból nagyobb mennyiséget tűrnek el, mint a nem anacidok.

Kiemelendő továbbá az a tapasztalatunk is, hogy a synthalin peroralis alkalmazása után eseteink legnagyobb részében a gyomor egész secretiós mechanismusának fokozott működése észlelhető. Megnövekedik — egy eset kivételével — a synthalin szedését követő próbareggeli egyes fractióinak szabad sósav, összaciditás, chlor és egyes esetekben a nyák tartalma, itt-ott az epe és trypsin megjelenése a vékonybéltartalomnak a gyomorba való regurgitatióját mutatja. Azon eseteinkben, ahol a vércukorszint magasságát úgyszólván naponként ellenőriztük, az a synthalin szedésével parallel állandó — minimalis — csökkenést mutat. Ez a tény többi esetünkben is szembetűnik, amelyeknél a vizsgálat folyamán csak 2—3 alkalommal végeztünk összehasonlító vércukormeghatározást. A gyomorbéltractus motilitásának kifejezett változását a szer alkalmazása után nem láttuk. Egyes esetekben a contrastpépnek a gyomorból, illetőleg a vastagbélből való kiüresedése kissé gyorsabb volt, más esetekben viszont azt változatlannak találtuk.

Collazo és *Dobreff*[4] állatkísérletekben tették az insulinnak a gyomornedv quantitativ elválasztására való hatását vizsgálat tárgyává. Azt találták, hogy az insulin hatása következtében a gyomornedv elválasztása gátlást szenved. Az insulinnak a vércukor szintjét csökkentő hatásának bekövetkezésénél hamarabb nyilvánul meg a secretiót csökkentő hatása.

Detre és *Sivó*[5] viszont embereknél vizsgálták az insulinnak a gyomorsavképzésre való hatását. Azt találták, hogy úgy az egy alkalommal nyujtott insulinadag, mint az insulin több napon át való alkalmazása után a gyomorbennék szabad sósavtartalma és összaciditása megnő, egyes esetekben változatlan marad.

A synthalin therapiás alkalmazását megnehezítő subjectiv panaszok előterében a gyomor részéről jelentkezők állanak. Ezen panaszok részben — mint eredményeinkből kitűnik — a synthalinnak a gyomorsecretióra erősen stimuláló hatására vezethetők vissza. Hogy ezen — a savelválasztást fokozó — hatás okául a synthalinnak a gyomor nyálkahártyájára gyakorolt közvetlen ingerlő hatását, avagy a vagus útján való közvetett hatását vegyük fel, ezt a kérdést teljesen eldönteni nem tudjuk.

Kísérleteink eredményéből a belőlük levonható gyakorlati következtetések önként adódnak. Ezek szerint hyp- vagy anacidbetegeknél a synthalin következtében előálló káros mellékhatásokkal kevésbbé kell számolni.

Norm- és hyperacidoknál a synthalin huzamos alkalmazása esetén kímélő diaeta, esetleg a savelválasztást csökkentő gyógyszerelés alkalmazandó.

Irodalom: [1] *Frank, Nothmann* és *Wagner:* Deutsche med. Wochenschr. 1926. 2067. oldal. — [2] *Györgyi:* Orvosképzés, 1925. Korányi-jubileumi szám. 314. oldal. — [3] *Vándorfy:* Klin. Wochenschr. 1925. 4. évf. 29. sz. 1407. oldal. — [4] *Collazo* és *Dobreff:* Biochem. Zeitschr. 1924. 154. köt. 349. oldal. — [5] *Detre* és *Sivó:* Orvosi Hetilap, 1925. 69. évf. 18. sz. 399. oldal.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr. egy. ny. r. tanár).

Légzőcentrum bénulása esetén intracisternásan vagy intralumbalisan adjuk-e az izgató gyógyszereket?

Írta: *Jánossy Gyula dr.* egyetemi tanársegéd.

Többször volt alkalmam már kifejteni, hogy a légzőcentrum hirtelen bénulása ellen legeredményesebben intracisternásan adott izgató gyógyszerekkel (lobelin, coffein stb.) küzdhetünk. A gyógyszereket ilyenkor cisternapunctio segítségével visszük a cisterna cerebello-medullarisba, a cisterna mellső határa a nyúltvelő, ezért a cisternába adott gyógyszereket tulajdonképen a nyúltvelői centrumokra fecskendezzük.

A nyúltvelői centrumok eme közelsége a gyógyszerhatás szempontjából kétségtelenül előnyös, mert a nyúltvelői centrumokra fecskendezett lobelin, coffein azonnal hat, éppen úgy, mint az intravenásan vagy intracardialisan adagolt, a hatás viszont tartós, mert a liquor alig mozog, a gyógyszer hosszú ideig a cisternában marad s ezért az intracisternásan adott gyógyszerek hatása eltart ½—2 óráig, ez idő alatt aztán módunkban van a hatást subcutan adott izgatószerekkel állandósítani. Az intracisternás injectiók több esetünkben olyankor is hatásosak voltak, amikor már minden más adagolási móddal hiába kísérleteztünk és a mesterséges légzés is teljesen eredménytelennek bizonyult.

Ez észlelések után ma már morphiummal, CO-dal, narkotikákkal történt mérgezés esetén nem kísérletezünk a fáradságos és nehézkes mesterséges légzéssel, hanem azonnal intracisternás lobelininjectiót adunk. Tesszük ezt nemcsak azért, hogy a légzőcentrum bénulását megakadályozzuk a lobelin izgató hatásával, hanem azért is, hogy a tüdő hyperventillatiójával a nyelési pneumoniák kifejlődését gátoljuk.

Az intracisternás injectiókat rajtunk kívül azóta mások is kipróbálták. Bizonyossá vált, hogy ha a légzőcentrum ingerlékenysége rendes, akkor felnőtt embernél a lobelin intracisternás adagja 0·003 g, ha azonban csökkent ingerlékenységű centrumokkal állunk szemben, tanácsos a betegnek 0·005 g-ot adni. *Bakucz* intracisternásan adott lobelintől gyermekek légzőcentrumbénulásánál látott „frappans" eredményt, 2 éves gyermeknek légzőcentrumbénulásánál 0·0015 g lobelint adott, 2½ éveseknek 0·002 g-ot a cisternába.

A coffeinre vonatkozó vizsgálataim azt mutatták, hogy a hatásos intracisternás dosis 0·10 g, ha a légzőcentrum ingerlékenysége rendes; ha azonban csökkent ingerlékenységű centrummal állunk szemben, tanácsos 0·20 g-ot adni. *Kulenkampff* azt találta, hogy már 0·05 g coffein hatásos. Az én eseteim legnagyobb részében 0·05 g coffein teljesen hatástalannak bizonyult, viszont

kísérleteim azt is mutatták, hogy fiatal egyének érzékenyebbek a coffein intracisternás adagjaival szemben, mint az idősebbek és e körülményre annakidején már fel is hívtam a figyelmet. Lehetséges, hogy *Kulenkampff* 26 éves betege érzékenyebb volt valamivel a coffeinnel szemben, mint az én túlnyomórészt idősebb korú eseteim, bár véleményünk ma is az, hogy 0·10 g coffeint intracisternásan veszedelem nélkül lehet adagolni 25 éven felül, sőt ha a centrumingerlékenység csökkent, akkor adhatunk többet is. Fiatal, 25 éven aluli egyéneknél azonban vigyázni kell. *Kulenkampff* észlelései egyébként az intracisternás injectiók hatásosságának értékes bizonyítékai, bár a hatás mechanismusára vonatkozó magyarázatát nem tudom elfogadni.

Amilyen előnyös a gyógyszerhatás szempontjából a nyúltvelői centrumok közelsége, éppen olyan kellemetlen technikai szempontból. Az Orvosi Hetilap 1924. évf. 51. számában pontosan leírtam azokat a szabályokat, amelyek betartása mellett a cisternapunctio veszélytelen s kellő óvatosság és gyakorlat mellett bajt nem okozhat, mégis a nyúltvelő közelségének a tudata a legtöbb orvosban kellemetlen érzést vált ki kezdetben a punctio végzésekor. Hiába múlik el ez a kellemetlen érzés néhány sikerült punctio elvégzése után, sok orvos emiatt el sem kezdi a technikai művelet begyakorlását.

Főleg ez a körülmény indított arra, hogy kísérlet tárgyává tegyem: lehet-e pótolni az intracisternás injectiókat a légzőcentrum bénulása esetén intralumbalisan adott ugyanolyan injectiókkal. *Eskuchen* adatai valószínűvé tették, hogy a lumbalis zsákba adott lobelin vagy coffein is feljut a cisternába és ha bizonyos idő eltelte mulva is, de izgatja majd a légzőcentrumot. Adatai szerint a lumbalis zsákba fecskendezett festékoldat (1 cm³ phenolsulfophtalein 600 mg%) 8 perc mulva, serum 24 perc mulva megjelent a cisternában.

Kísérleteinket a következőképen végeztük: Az oldalt fekvő betegnek Marey-pneumograffal kb. 10 percig regisztráltuk légzését, majd lumbalpunctiót végeztünk. A punctio végzése után vártunk, míg a beteg megnyugszik s miután nyugodtan lélekzett, észrevétlenül a lumbalis zsákba fecskendeztük a lobelinoldatot, a lumbáltűt a lobelin beadása után 5 perccel hirtelen kiráncottuk, mely művelet a légzésben nagyobb zavart sohasem váltott ki. A légzést a lobelin beadása után egy óráig regisztráltuk. Mindig eredeti csomagolásban lévő lobelin Ingelheim-et használtunk, az ampullában lévő lobelin egy részét adtuk intralumbalisan (0·002—0·005 g), a másik részletből 0·003 g-ot másik egyénnek intracisternásan, hogy a lobelinhatást ellenőrizzük. (Controllkísérlet.)

1—5 eset. Első 5 kísérletünk azt mutatta, hogy intralumbalisan adott 0·002, 0·003, 0·004 g lobelin teljesen hatástalan, ezért áttértünk 0·005 g lobelin adagolására, ennél nagyobb dosis lobelint nem óhajtottunk adagolni, mert az intracisternás lobelininjectiókkal végzett kísérletek azt mutatták, hogy ennél nagyobb lobelinadagot még csökkent ingerlékenységű nyúltvelői centrumok mellett sem tanácsos adagolni.

6—12 eset. Hét esetben adtunk intralumbalisan 0·005 g lobelint. Az eredmény mind a hét esetben a következő volt:

1. Lumbalpunctio után a légzés megnyugszik.

2. Észrevétlenül 0·5 cm³ liquorral hígított 0·5 cm³ = 0·005 g lobelint fecskendezünk a durazsákba, miután 1 cm³ liquort kibocsátottunk. Semmi hatás.

3. Öt perc mulva a lumbaltűt eltávolítjuk, múló izgalom.

4. Egy óráig hatás nem mutatkozik, a kísérletet befejezzük, a betegnek közérzése kifogástalan.

5. Controllkísérletben 0·003 g lobelin a légzőcentrumot kifogástalanul izgatta.

Tehát míg 0·003 g lobelin intracisternásan adagolva kifejezett légzőcentrumizgalmat okozott, addig 0·005 g lobelin intralumbalisan adagolva teljesen hatástalan maradt, nem hatott még egy óra mulva sem.

E kísérletekből az következik, hogy a légzőcentrumot izgató gyógyszerek (lobelin, coffein stb.) intracisternás adagolását intralumbalis adagolással nem lehet helyettesíteni s nyúltvelői bénulások ellen ma is az intracisternás injectio a leghatásosabb módszer.

Irodalom: *Bakucz:* Kl. W. 1927. 29. sz. 1379. old. — *Eskuchen:* Kl. W. 1923. 40. sz. 1830. old; 1924. 41. sz. 1851. old. — *Jánossy:* O. H. 1925. 11 és 40. sz., 1926. 20. sz.; Med. Kl. 1925. 2. és 27. sz., 1926. 4. sz.; D. Zschr. f. Nervenheilk. 92. köt. — *Kulenkampff:* Zbl. f. inn. Med. 1926. 15. sz. 341. old.

A pesti izr. hitközség kórházai központi laboratoriumának közleménye (főorvos: Acél Dezső dr.).

Az insulin hatása a vér cholesterintartalmára.

Írták: *Acél Dezső dr.* és *Goldgruber Géza dr.*

Egyik előző közleményünkben[1] közöltük azt, hogy a hypercholesterinaemia majdnem állandó kísérője a diabetesnek s független a diabetes súlyosságától. Ezen közleményünkben azokról a vizsgálatokról akarunk beszámolni, amelyekben az insulinnak a vér cholesterintartalmára való hatásával foglalkoztunk.

E kérdéssel sok szerző foglalkozott, főleg francia szerzők, akiknek legnagyobb része azt mutatta ki, hogy az insulin hatására a hypercholesterinaemia csökken. *Fellegi György*[2] szintén az insulin hypercholesterinaemiát csökkentő hatását látta. Ezen szerzők főleg a cholecystitis, illetőleg cholelithiasissal kapcsolatos hypercholesterinaemiát vizsgálták s itt látták azt, hogy az insulin hatására az csökken. Nem vették tekintetbe azonban azt, hogy ugyanakkor a beteg a szokásos gyógymód szerinti kezelésben is részesült, vagy legalább is nem tesznek említést arról, hogy ilyen kezelés nem történt. Bár régóta köztudomású, hogy a cholecystitis, illetőleg cholelithiasis a régi gyógymódra is (insulin nélkül) javulni szokott, amikor is valószínű, hogy az általános állapot javulásával a vér hypercholesterinaemiája is csökken, vagy teljesen elmúlik. Ezen controllkísérletekről a szerzők szintén nem tesznek említést. *Rotschild* és *Jacobsohn*[3] azon közleményük összefoglalásában, melyben az insulin hatását a vér összetételére vizsgálják, szintén az insulin hypercholesterinaemiát csökkentő hatását állapítják meg.

Vizsgálatainkat diabetes mellitusban szenvedő embereken végeztük. Vizsgálatainkat két csoportba osztottuk. Az egyik csoportba tartoznak azok a vizsgálatok, melyekkel azt akartuk eldönteni, hogy az insulin, beadása után azonnal, illetőleg 1½—2 órán belül okoz-e valamiféle változást a vér cholesterintartalmában. A második csoportban azt vizsgáltuk, hogy a hosszú ideig — napokon, heteken keresztül — (diaetával vagy anélkül) adott insulinnak van-e valami befolyása a vér cholesterintartalmára. Ha pedig kimutatható egy ilyen hatás, akkor van-e valamiféle összefüggés a vércukor és a vér cholesterintartalma között.

A vér cholesterintartalmát itt is az *Acél D.*[4] által leírt módszerrel határoztuk meg. A vércukor- és vércholesterin-meghatározások mindig éhgyomorra vett vérsavóban történtek.

1. csoport. Az alábbi táblázatban 6 diabetes mellitusban, 3 más betegségben szenvedő beteg és 1 nyúl adatait közöljük.

I. sz. táblázat.

Sorszám	A vérsavó: cukortartalma mg %-ban, a beadott insulin előtt	után ½ óra mulva	után 1 óra mulva	után 1½ óra mulva	után 2 óra mulva	cholesterintartalma mg %-ban, a beadott insulin előtt	után ½ óra mulva	után 1 óra mulva	után 1½ óra mulva	után 2 óra mulva	Megjegyzés	Kapott az insulinból
1	140	—	90	—	110	184	—	190	—	195	diabet. mellit.	10 egységet
2	130	—	110	—	—	179	—	189	—	—	„ „	10 „
3	150	130	—	90	—	169	163	—	165	—	„ „	10 „
4	135	115	—	114	—	200	196	—	200	—	„ „	28 „
5	150	145	—	130	—	189	193	—	190	—	„ „	10 „
6	207	185	—	—	142	234	234	—	—	232	„ „	15 „
7	90	—	65	—	59	208	—	206	—	204	cholecystitis	20 „
8	115	—	85	—	75	234	—	234	—	240	cholelithiasis	10 „
9	110	92	—	88	—	270	264	—	264	—	diabet. insip.	10 „
10	106	—	—	—	60	154	—	—	—	156	nyúl	20 „

A táblázatból látható, hogy úgy a diabetikusok, mint a más betegségben szenvedők vérének cukortartalma az insulin hatására csökkent, de nem csökkent vele párhuzamosan a vér cholesterinmennyisége.

2. csoport. Az idetartozó vizsgálatainkból itt közöljük 11 betegre vonatkozó adatainkat.

II. sz. táblázat.

Sorszám	A vérsavó: cukortartalma mg %-ban	cholesterintartalma mg %-ban	Kapott az insulinból naponta
1	7 nap mulva	140 110	230 210	70 egységet
2	6 „ „	147 105	244 220	20 „
3	5 „ „ 8 „ „	269 162 175	250 262 230	50 „
4	19 „ „	374 150	208 240	25 „
5	20 „ „	187 137	208 250	10 „
6	8 „ „ 7 „ „	180 147 155	236 205 210	20 „
7	5 „ „	200 135	200 200	20 „
8	17 „ „	207 190	180 133	30 „
9	4 „ „	222 290	180 166	50 „
10	18 „ „	106 135	182 180	20 „
11	9 „ „	210 182	240 250	40 „

A II. táblázat adatai azt mutatják, hogy az insulinkezelés alatt a betegek jelentékeny részénél a cholesterin vagy megmaradt eredeti szintjén, vagy kissé talán emelkedett, míg kisebb részénél kisebb vagy nagyobb csökkenést mutatott fel, amiből következik, hogy az insulin még hosszú ideig, naponként a legkülönbözőbb mennyiségben adva is, a vér cholesterinértékét nem befolyásolja. A vércukor értékének ingadozása pedig teljesen független a vér cholesterintartalmától.

Ez a megállapítás ellentétben áll az irodalom idevágó adatainak túlnyomó részével. Mégis azt hisszük, hogy a mi vizsgálataink eredménye felel meg inkább az elméleti meggondolásnak. Ha meggondoljuk ugyanis azt, hogy az insulinnak a szénhydrátokra van specifikus hatása, nem is várhatjuk azt, hogy az a lipoidokra is fejtsen ki direct hatást.

Ha *Rotschild* és *Jacobsohn* közleményét tüzetesebben átnézzük, ott is igazolva látjuk megállapításainkat. Bár ők az összefoglalásban azt írják, hogy a vér cholesterintartalma az insulin hatására csökken, de az általuk felsorolt 10 esetben ez a csökkenés csak 4 esetben következett be, míg 6 esetben a vércukor csökkenése mellett a vér cholesterinértéke ugyanannyi maradt, vagy még inkább emelkedett is.

Összefoglalásul mondhatjuk azt, hogy *az insulinnak a vér cholesterinmennyiségére befolyása nincs.*

Irodalom: [1] *Acél* és *Rauschnitz:* Orvosi Hetilap 1928. sz. — [2] *Fellegi Gy.:* Orvosi Hetilap 1927. 689. old. — [3] *Rotschild* és *Jacobsohn:* Zeitschr. f. Klin. Med. 104. 70. old. — [4] *Acél D.:* Orvosi Hetilap 1927. 46. sz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László dr. egy. ny. r. tanár).

Ismétlődő ambylopia, menstruatio kapcsán.

Írta: *Pelláthy Béla dr.* tanársegéd.

19 éves, jól fejlett és táplált leány, négy nappal jelentkezése előtt arra ébredt, hogy jobb szemén megromlott a látása, a látásrosszabbodás napról-napra fokozódott. Előadja, hogy két hónappal előbb ugyanez a szeme hasonló tünetek között már beteg volt, látása kézmozgásig csökkent, háromheti orvosi kezelésre lassankint tért vissza.

Status (1927. VIII. 27.): Visus jobb szemen közelről olvas ujjakat, ü. n. j. bal oldalt 50/0 — 0·75 D = 60/0. Jobb pupilla a másik oldalinál tágabb, renyhébben reagál, a jobb szem kissé befelé kancsalít. Törőközegek tiszták, szemfenéken semmi kóros. Exophthalmus nincs. Látótér jobb oldalt nem vehető fel, bal oldalt normalis úgy fehérre, mint színekre. Orr- és melléküregvizsgálat: rhinitis chronica; bár melléküreggenyedésre utaló tünet nincs, mégis a középső orrjárat tartós vértelenítését ajánlják s a bajt esetleges orbita oedemára visszavezethetőnek tartják. Röntgen-felvétel negativ. Belgyógyászati vizsgálat negativ, az esetleges helyi oedema csökkentésére 40%-os urotropininjectiókat ajánl. Ideggyógyászati vizsgálat semmi kórosat nem talál, hysteriára utaló tünetek nincsenek. Menstruatio utáni kérdéseinkre előadja, hogy a menses nem jelentkezik szabályosan, hol hamarabb kezdődik 5—6 nappal, hol meg egy hetet is késik. Nőgyógyászati vizsgálat negativ. Előadja még, hogy előző alkalommal egybeesett a látásrosszabbodás a mensessel s mostani látásrosszabbodása a már körülbelül egy hetet késő vérzést egy nappal megelőzte.

A látás 6 napig változatlan, a menses teljes elmultával lassan javulni kezd s körülbelül három hét mulva 30/0 — 1·0 D = 60/0. Látótér úgy fehérre, mint színekre normalis. A következő menstruatio kezdetekor (IX. 21.) a baj hasonlóképen megismétlődött: a látásélesség 3 nap alatt kézmozgásig csökkent, de most a bal szemen. A szem befelé kancsalít, excentrikusan fixál, úgy hogy fixáláskor tengelye kissé lefelé tér. Látótér concentrikusan szűkült, a centrum alatt kisterjedelmű skotoma. Amikor a látásélesség kézmozgásig csökkent, a strabismus megszűnt. A javulás 7 nap mulva kezdődött, a látás fokozatosan visszatért, látótér ezzel arányosan tágult s három hét alatt ismét teljessé vált.

Következő menstruatiókor nem jelentkezett a baj s azóta sem tért vissza.

Az esetet első vizsgálatkor hysteriásnak tartottam, bár a beteg viselkedése ennek ellene szólt, mégis megkíséreltem az összes simulatiós leleplező vizsgálatokat, de eredménytelenül. Nem találtam a szem részéről blepharospasmust, szemhéjremegést, színes látótérben eltérést, vagy más, hysteriánál szokásos tünetet, a látás sem hirtelen tért vissza, mint hysteriásoknál, hanem fokozatosan.

Az irodalom adatai szerint a hysteriás féloldali és kétoldali vakság gyakori kép, a szemnek a menstruatióval egybeeső változásai már ritkábbak, vagy

legalább is nem válnak nyilvánvalóvá. Úgy normalis, mint rendellenes menstruatióval kapcsolatban a szem különböző részein észleltek kóros elváltozásokat, így oedemát, kivörösödést a szemhéjak bőrén, conjunctivitist, herpest a szaruhártyán, egyik esetben vérbőséget, máskor anaemiát a szemfenéken, neuritist, pangásos papillát, fájdalmat a szemgolyóban stb. A látótér *Finkelstein* vizsgálatai szerint fehérre, de szinekre is szűkül a menses alatt, néha a zöldet sárgának jelzik. *Groenouw* szerint az ilyen jelenségek inkább ideges, hysteriára hajlamos egyéneken észlelhetők. A szem már meglevő betegségei súlyosbodhatnak a menstruatio alatt. Az előbb szabályos periodusok elmaradása vagy késése esetén többször észleltek hirtelen megvakulást, negativ tükörlelettel. Ilyen esetekben a javulás is hirtelen szokott bekövetkezni, ezért a szerzők inkább hysteriás természetűnek tartják (*Groenouw* és mások), bár nem tagadják, hogy valami organikus változás, pl. vérzés, a látóideg hüvelyeiben ilyen esetben lehetséges (mintegy vikariáló vérzés).

Nem zárhatjuk ki teljesen a hysteriás hatást esetünkben, mégis mivel hysteria mellett nincs bizonyítékunk és mert az amblyopia mindhárom esetben összeesett a menstruatióval, kiváltó oknak ezt kell tartanunk, mert ha idegrendszeri változás is az oka a bajnak, azt kétségtelenül a menstruatio váltotta ki.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Adatok az albuminocholia kérdéséhez. *O. Da Rin* és *M. Weinberger.* (Giorn. di clin. med. 9. évf., 13. sz.)

Amint a vese productumának, a vizeletnek, fehérjetartalma kórjelző a vese állapotára, éppúgy a máj secretumának, az epének fehérjetartalma is függhet a máj functiójától.

Az irodalomban találunk adatokat arra vonatkozólag, hogy a normalis epe (duodenumszonda segítségével nyerve) csak nyomokban tartalmaz fehérjét, míg bizonyos körülmények között az epe fehérjetartalma igen erősen megszaporodik.

Ezeket a körülményeket akarták szerzők tisztázni, midőn 14 beteg epéjében végeztek fehérjemeghatározást az Esbach-módszer szerint, egyes esetekben Kjeldahl eljárásával controllálva eredményeiket.

Vizsgálati eredményeik lényege a következő: normalis egyén duodenalis nedve fehérjét (a mucinnak ecetsavval való kicsapása után) csak nyomokban tartalmaz. Acut májmegbetegedéseknél (cholelithiasis, hepatitis luetica, főleg azonban ikterus catarrhalisnál) az epefehérje mennyisége erősen (900 mg-%), chronikus májlaesiónál (cirrhosisok stb.) kisebb mértékben, de észrevehetőleg megszaporodik. Extrahepatikus megbetegedéseknél (enteritis, nephritis) a normalisnál alig találunk magasabb értékeket. Az epefehérje mennyisége nem áll összefüggésben a májlaesio súlyosságával.

Zárday dr.

Bőrreactio typhusnál. *K. J. Gloukhoff, K. N. Preobrajenskaia* és *P. B. Sadowsky.* (Compt. rend. de la soc. de biol. 99. köt., 28. szám.)

Glaukhoff dolgozta ki a typhus cutanreactióját a következő módon: 24 órás typhusbacillus-cultura emulsiójához 5%-os KOH-t adnak (5 : 100-ra) és 24 óráig állni hagyják 37°-os hőmérsékleten, majd a keverékhez ugyanannyi KOH-t adnak és ismét állni hagyják 48 órán át. Utána ecetsavval közömbösítik, kettős filteren leszűrik és a betegeknek 0·1 cm^3-t fecskendeznek be intracutan az alkar bőrébe. Positiv reactio esetén piros folt, majd kissé fájdalmas infiltratio jelenik meg az injectio helyén. Könnyű és középsúlyos esetekben 75—92%-nál kapnak positiv reactiót. Súlyos esetekben, valamint kachexiás betegeknél negativ a bőrreactio. Reconvalescenseknél és bacillushordozóknál mindig positiv reactio figyelhető meg. Hasonlóan reagálnak rossz külső viszonyok közt lévő, typhusbetegek közelében foglalatoskodó munkások is.

Baráth dr.

A perniciosus anaemia lényege. *J. H. Means* és *Wyman Richardson.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 91. köt., 13. szám.)

A megbetegedés oka ma is tisztázatlan; csupán az kétségtelen, hogy a májban és vesében lévő anyagok megszüntetik főtüneteit, anélkül, hogy a betegségnek talán alkati factorokhoz kötött okát eltűntetnék. Bizonyos specifikus anyagok hiánya idézi elő a csontvelő és a vérképzőszervek hibás működését; lehet, hogy a gyomoremésztés defectusa játszik szerepet abban, hogy ezen specifikus anyagok nem állanak kellő mennyiségben a szervezet rendelkezésére. Az is tisztázásra vár még, hogy az activ hatóanyag mint olyan szükségeltetik a szervezetben, avagy pedig más életfontosságú anyagok felépítéséhez szükséges.

Baráth dr.

A tonsillektomia hatása a focalis infectio eltávolítása szempontjából. *P. S. Rhoads* és *G. F. Dick.* (Journ. Med. Assoc. 91. köt., 16. szám.)

Kaiser 48.000 iskolás gyermeken végzett megfigyelései arra a kevéssé biztató következtetésre vezettek, hogy a tonsillák eltávolítása (20.000 gyermeknél) nem javítja számottevőleg a morbiditást chorea, rheumatikus megbetegedések és szívbetegségek szempontjából. Szerzők igen sok esetben távolítottak el olyan tonsillacsonkokat, amelyek a nem teljes tonsillektomia elvégzése után találhatók voltak s ezen csonkokban staphylococcusokat, haemolyticus streptococcusokat és egyéb mikroorganismusokat tudtak kimutatni. Sok olyan betegnél, akiknél a régebben elvégzett tonsillektomia hatástalan volt, észleltek meglepő javulást a benthagyott csonkok eltávolítása után. A megmaradt tonsillacsonkok sokszor jelentős nagyságúak s a bennük található mikroorganismusok nagy számát tekintve, érthető, hogy a részleges tonsillektomia eredménytelen maradt. A műtét kivitelénél tehát az egész tonsillaris szövet teljes eltávolításának szükségességét hangoztatják.

Baráth dr.

Sebészet.

A Deutschländer leírta lábközépmegbetegedés kérdéséhez. *Greifenstein A.* (Siegen i. W.) (D. Zeitschr. f. Chirurg. 209. köt., 5—6. füz.)

E megbetegedést klinikai lefolyása és a Röntgenlelet miatt önálló kórképnek kell tartanunk, amely a lábközépcsontok törésétől és megtörésétől élesen elkülöníthető. Gyulladásos eredet mellett, ellentétben *Deutschländer*rel, nem talált támpontot. Nézete szerint a helybelileg elváltozott jellegzetes lábközépcsontmegbetegedéshez utólag társul a másodlagos törés, illetve megtöretés. Véleményét hat kórtörténettel és Röntgenlelettel támogatja.

Bognár dr.

A gyermekkori laza és spastikus bénulásoknak műtéti kezelése. *W. Reinhard.* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1928, 211. köt., 1—3. füz.)

Alig van olyan gyermekkori bénulás, melynél ne tudnók lábra állítani a beteget. A modern orthopaediának egyik főtörekvése az, hogy a betegeket megszabadítsa a terhes gépviseléstől. Az alsó végtagnak igen kiterjedt bénulása mellett is nélkülözhetők lesznek a gépezetek, ha megfelelő műtétekkel (merevítések) támaszkodásra képessé tesszük a lábat. Kivételt képez a kétoldali gluteus bénulás, melynél orthopaedkészülék viselése el nem kerülhető. Mindenféle korrigáló műtétnek első phasisa a contracturák kiegyenlítése legyen, mert csak így lehet helyes képet alkotni a végtag használhatóságáról. Ha kellő izomerő áll rendelkezésünkre a pótlásra, előnyben részesítendők az izom- és inátültetések. A negyedik életév befejezte előtt azonban ne végezzünk transplantatiókat, mert a gyermek intelligentiája még nem elég fejlett ahhoz, hogy a műtét után szükséges gyakorlatokat rendesen elvé-

gezze. Laza bénulásoknál idegműtéteket (neurotisatio) csak a ritkán, nagyon alkalmas esetekben érdemes elvégezni és akkor is csak olyan esetekben, amikor a neurotizálandó izomzatban még nem léptek fel a leszálló elfajulásnak tünetei. Teno- és fasciodesisek nem adnak tartós eredményeket és ezért ezek a műtétek csak mint a később elvégzendő izületi merevítéseknek helyettesítői jönnek szóba. Bár az arthrodesisek eredményei már az iskolaköteles kor előtt is kifogástalanok lehetnek, ajánlatosabb a merevítésekkel és csontmeghosszabbításokkal a serdülő korig várni. Gluteusbénulásnál a combtávolító izomzat a musc. obliquus. ext. abd., az iliopsoast pedig a rectus abdominissal lehet pótolni. Az izületmerevítéseket tanácsos úgy operálni, hogy az izületi felszínek porcfelületeinek eltávolításán kívül még csontszöget is átverünk a megfelelő csontokon. Spastikus bénulásokat lehetőleg hamar operáljunk, mielőtt zsugorodások fejlődnének ki. A legsúlyosabb contracturák mellett is jó eredményeket kaphatunk gondosan megválasztott és pontosan elvégzett műtétek után. A kifejezett és egy bizonyos izomcsoportra lokalizált spastikus bénulásoknak operativ kezelése jobb reményekre jogosít, mint a kiterjedt spasmusok athetotikus mozgásokkal. Az intelligentiának nagyfokú csökkenése ilyen esetekben célszerűtlenné tehet minden műtéti beavatkozást. Spastikus bénulásoknál csak a Stoffel-féle partialis idegátmetszéseknek a contracturák kiegyenlítésének együttes műtétje vezet kielégítő eredményekhez.

Horváth Boldizsár dr.

A gerincoszlop műtéti sínezése spondylitis tuberculosánál. *Prof. Springer.* (Medizinische Klinik. 1928, 35. szám.)

A gerincoszlop műtéti sínezése *Lange* gondolata volt először, aki a csigolyák mellé beültetett celluloidsínekkel igyekezett megoldani a „belső fűző" kérdését. Ma már inkább az Albee-műtét, a saját csonttal való sínezés örvend elterjedtségnek. A műtéteknek nagy eredménye, hogy a tiszta conservativ kezelés hosszú és fáradtságos időtartamát megrövidíti. Ezen eljárásnak utóbbi időben sok ellenzője akadt, minthogy a kritika nélkül alkalmazott műtétek sokszor nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Ha az átültetett síntől azt várjuk, hogy a gipsággyal való kezeléshez hasonlóan, a lehető legkisebb gibbussal gyógyítsa meg a gerincoszlop tuberculotikus elváltozásait, akkor teljesen helytelen pathobiologiás alapról indulunk ki. Ha a spondylitis tuberculosának kórlefolyását elemezzük, akkor azt láthatjuk, hogy a gibbussal való gyógyulás hozzátartozik a gerincoszlop tuberculotikus folyamatának általános gyógyulásához, mert a gyulladás által létrehozott csontpusztulás akkor telődik ki legjobban, ha a csigolyatestek összefekszenek. A csontsín azonban rendszerint nem akadályozza meg a gibbusképződést, mert lassú átalakuláson megy át, sőt olykor meg is törik és viszont ugyanezen okok folytán nem hátráltatja a csontfelületek egymáshoz fekvését. Azok az ellenvetések tehát, melyeket a műtéti beavatkozás ellen felhoztak, nem állják meg a helyüket. A műtétnek javallata rendszerint socialis. Olyan gyermekeknél végezték, ahol az anyagi viszonyok nem engedték meg a hosszadalmas conservativ kezelést. De végezték olyan esetekben is, amikor sok év óta gibbussal gyógyult spondylitisek a 14. éves kortól felfelé, szóval a növekedés korában, minden fűzőviselés ellenére, állandóan fájdalmasak maradnak. Ilyenkor a hossznövekedés folytán válnak a gibbusok fájdalmasakká és ezen esetekben a sínezés nagyon jó eredménnyel járt. Az átültetést utóbbi időben kizárólag a Pólya-féle módosítás szerint végzi, mert ezzel a csontsín sokkal közelebb fekszik a csigolyatestekhez. Tapasztalatait összegezve, azt mondja, hogy annak ellenére, hogy a műtéti sínezés nem változtatta be a hozzáfűzött reményeket az orthopaed indicatiót, azaz a gibbusképződés megakadályozását illetőleg, mégis igen nagy előnye, hogy a betegek általános állapotát feltűnően javítja és a fekvő és korsettkezelést lényegesen megrövidíti. *Horváth Boldizsár dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A chinai szülészetről. *Van D'Elden.* (Monatschr. für Geb. u. Gyn. 79. köt., 87. old.)

Chinában a nép erkölcsi felfogásának megfelelően, csak nő segédkezhetik a szülésnél. Mivel a nőorvosok száma elenyészően csekély s a bábák épp úgy, mint az orvosok — középkori műveltséggel bírnak csak — ezért úgy az anyai, mint a magzati halálozás hihetetlenül nagy. A szüléshez hívott bába a vajudót először saját védő istenének imádására szólítja fel, s csak ezután fog hozzá munkájához. A cikkíró egy chinai szülészeti tankönyvből a következő érdekesebb dolgokat ismerteti: Amint egy asszony észreveszi, hogy terhes lett, 12—14 ujj széles övet varr magának s ezt teste köré csavarva, a szülésig hordja. Felsorolva ennek teljesen érthetetlen előnyeit, megemlíti, hogy a terhes nőnek csak oldalfekvésben szabad aludnia. Vajban sült kutya-, szamár- és lóhús, valamint teknősbéka és rák élvezetétől el vannak tiltva a terhes asszonyok. Állatok és madarak megölését, levágását nem szabad végignézniök. A szülés megindulását a kéz középső ujjának helyzetéből állapítják meg. Ha a szülés megindult, az asszonyt szülőszékbe ültetik. A gyermek megszületését annak saját erejével, mozgásaival hozzák összefüggésbe. Az anya erőlködése csak azért szükséges, hogy a gyermek könnyebben jöhessen a világra. Szülés alatt nem szabad a vajudóhoz hozzányúlni. Ha a magzatnak keze vagy lába mutatkozik először, úgy az asszony különböző orvosságokat kap. Mivel műtéteket nem végeznek, az elakadt szülések reménytelenek. Egyes jelekből következtetnek a szülés lefolyására és kimenetelére. Ha a vajudó arca kevésbbé, a nyelve pedig élénkebben piros, úgy az anya megmarad, a magzat azonban elpusztul. Ha azonban a nyelv halványabb, s az arc pirosabb, úgy a magzat marad életben s az anya hal meg. Ha úgy a nyelv, mint az arc élénkpiros: mindketten elpusztulnak; viszont a nyelv és arc együttes halványsága mindkettőjük életbenmaradását jelenti. Ha a vajudó hideg szobában szül, a magzatnak köldökét át kell égetni, mert felfogásuk szerint a meleg bemegy a gyermek hasába, ezért életben marad. A szülőnőnek nem szabad lefeküdnie; ágyában felültetik, térdeit felhuzatják, majd a gyermekágy első három napján magzatának vizeletével megitatják. A vizeletet esetleg forralt borral keverik. Különben minden orvosságot nélkülöznek. Chinában alig van szerepük a bábáknak. Szegényebb családok egyáltalán nem hívnak bábát. Általában mindent a természettől várnak. Szövődményekhez nem orvost, hanem buddhista papokat hívnak, kik különféle ceremoniákat végeznek. Halálos kimenetel esetén a rossz szellemeket teszik felelőssé. A chinai szülészet tehát még teljesen középkori színvonalon mozog. (Kérdés, hogy a kivonatolt szülészeti tankönyv milyen időből származok? Még a chinai szokások dacára is, nehezen tudjuk elképzelni, hogy a régen igen nagy műveltségi fokon álló chinai nép mai szülészete ily alacsony niveauban mozogjon. Ref.)

Szathmáry dr.

Közvetlenül a szülés után fellépő uvula-oedema. *Rosenloecher.* (Monatschr. für Geb. u. Gyn. 79. köt., 197. oldal.)

Hofbauer szövettani vizsgálatai szerint a terhesség alatt a pharynx úgy felületes, mint mélyebb rétegeiben gyakran láthatók gömbsejtes beszűrődések, erős értágulatok. A kötőszövet e helyi fellazulása és gyulladása néha oly fokot érhet el, hogy mint saját esetében is, klinikai tüneteket okozhat. Esetében a 24 éves, először szülő nő terhessége és szülése rendesen folyt le. 15 perccel a szülés után a beteg hirtelen szomjúságról panaszkodik, szederjes színű lesz. A garat megvizsgálásánál hüvelykujjnyira duzzadt, vörös, belövelt uvulát találtak. Jégre és adstringens-oldatokkal történt öblítésre a duzzanat 24 óra alatt visszafejlődött. A gyermekágy rendes volt. A folyamatot s kórképet a sejthatárok permeabilitásának változásával, a víz anyagcserével magyarázza. *Szathmáry dr.*

Bőr- és nemikórtan.

Kísérletek thalliummal szoptató patkányokon. *Vásárhelyi János dr.* (Dermatologische Wochenschrift, 1928 november 10.)

Mióta *Busche, Langer, Peiser, Klopstock* és mások a thallium hatásával részletesebben foglalkoztak, az érdeklődés e kérdés iránt fokozódott. A thalliumos kísérletekre a fehér patkányok nagyon alkalmasak. Ha fiatal állatok ételében hosszú időn keresztül igen kismennyiségű thalliumot adagolunk, az állatok növekedésben visszamaradnak, élénkségük, nemi tevékenységük megszűnik, szőrzetüket tapintó szőreik kivételével elvesztik, a környezeti változásokat nem veszik figyelembe. Angolkóros elváltozások lépnek fel a csontokon, hályog is elég gyakran mutatkozik. E jelenségek keletkezésénél nagy szerepet játszik a belsősecretiós rendszer és sympathikus idegrendszer. Ezzel magyarázható a thallium izzadsággátló hatása pl. phtisikusoknál. Legújabb kutatások szerint gátlólag hat a thallium a testis és ovarium belsőelválasztó tevékenységére, viszont a thymus működését támogatja *(Berde, Flamm)*. Egyes kutatók a thyreoidea, parathyreoidea, testis és mellékvesék athrophiáját észlelték.

A szerző kísérletei alkalmával a szoptató anyaállatokat táplálta thalliummal és a következőket észlelte: az anyaállatok nem károsodnak a thalliumtól, ellentétben szoptatott kicsinyeikkel, melyek szőrzetüket elvesztették. Kétségtelen tehát, hogy a thallium az anyatejbe átmegy. Ha kifejlett, de nem gravid, sem szoptató állatok kapták ugyanazt a dosist, úgy mérgezési tünetek léptek fel.

Valószínű, hogy a thallium hatása tehát a belsősecretiós rendszerre irányul, mely rendszer stabilitása az életkor szerint különböző. A magyarázata annak, hogy a szoptató anyaállat nem károsodik a thalliumtól, abban van, hogy a szoptatás alkalmával a méreg nagy része kiürül a szervezetből, a még bennmaradó thalliummal szemben talán a belsősecretiós rendszer szoptatás alatt sokkal resistensebb. *Istók János dr.*

Gyermekorvostan.

Adatok a herpes zoster varicellosus kérdéshez. *Altertum.* (Monatsschrift f. Kinderheilk. 40. köt.)

A szerző Berlin város gyermeküdülőjének nyolcesztendős anyagát dolgozta fel abból a célból, hogy a *Bókay* leírta herpes zoster varicellosus kapcsán a világirodalomban felvetett kérdésekben állást foglaljon. Megfigyelései 36 herpes zosterre vonatkoznak. Ezek közül 23 eset kétségtelen összefüggést mutatott varicellával. A szerző ezzel újabb bizonyítékot szolgáltat arra vonatkozólag, hogy a zoster-esetek nagyobb része varicellás eredetű. Érdekes, hogy egyes esztendőkben a herpes zoster varicellosus esetek kifejezett megszaporodását észlelték. Arsen- ill. bismuth-kezelés után hét alkalommal észleltek zostert. Ezek közül hat eset kétségtelen összefüggést mutatott varicellával. A szerző ebben újabb bizonyítékát látja annak a felfogásnak, hogy az arsen-zoster is varicellás eredetű lehet. *(Netter, Bókay)*. Megfigyelései alapján minden zestereset fellépése esetén az illető osztály szigorú zárlatát követeli, mert csak ily módon lehet kiterjedt varicellás járványokat megakadályozni. *Steiner Béla dr.*

A bőrkiütés nélküli kanyaróról. *Hochsinger.* (Fortschritte der Medizin 1927, II. negyed.)

A szerző 8 és 10 éves gyermeket észlelt, akiknek iskolájában kanyarójárvány volt. Mindkettőnél hirtelen magas láz jelentkezett, a felső légutakban és a kötőhártyán hurutos jelenségek. A láz másnapra esett, harmadnapra újra emelkedett, amikor is typikus Koplik folt jelent meg a pofanyálkahártyán és a szájpadon enanthema. A tünetek két napig tartottak, majd hirtelen eltűntek anélkül, hogy a várt bőrkiütés bekövetkezett volna. Az irodalomban hasonló esetről *Cassel, Gerlóczy, Heubner* és *Nobel* számolnak be. A kanyaróra jellemző elváltozások a pofanyálkahártyán és a szájpadon „Grippe"-nél sohasem fordulnak elő. E betegségnél a nyálkahártya diffuse vörös a szájpadíven, az uvulán és a hátsó garatfalon maculosus vagy papulosus elváltozások a pofanyálkahártyán sohasem észlelhetők. *Isolált Koplik-foltok elégségesek a morbilli sine exanthemate kórismézhez.* *Steiner Béla dr.*

Elméleti tudományok köréből.

Májdialysatum befolyása túlélő békaszívre és nyúlbélre. *W. Hofmann.* (Zeitschrift f. Biol. 88. köt., 119. old.

Leölt tengerimalac frissen kivett májából Tyrodeoldattal pépet készített, melyet 6—8 óráig dialyzált, miközben a pépen állandóan oxygenáramot vezetett át. A dialysatumot Straub-kanüllel békaszíven átáramoltatta és szívgörbét vett föl. A hatás a szívverések nagyobbodásában nyilvánult meg, mialatt a szívverések száma változatlan maradt vagy megritkult. Dialysatummal kezelt szívre az atropin fordítva hatott, mint normalisan, ugyanis a vagust izgatta. Nyúlbélre a dialysatum két irányban hatott: periodikusan növelte, majd csökkentette az összehúzódások nagyságát.

Rigó László.

Anyagcserevizsgálatok hidegvérűek szívén. A szőlőcukorforgalom különböző munkánál. *G. Eismayer* és *H. Quincke.* (Zeitschr. f. Biol. 88. k. 139. old.)

A munkavégző szív a táplálékfolyadékból cukrot használ el. A szerzők a viszonyt keresték a cukorelhasználás nagysága és a végzett munka közt. E célból methodust dolgoztak ki, mellyel a szívmunkát könnyen kiszámíthatták a p. v. = munkaképlet alapján, 20%-os hibahatáron belül. Arányt a cukorelhasználás nagysága és a végzett munka közt nem sikerült találniok, mert a szívben a tartalékcukor mennyisége ismeretlen, a szív pedig kezdetben a tartalékcukrot és csak hosszabb munka után a táplálófolyadék cukrát használja fel. A felhasznált tartalékcukor mennyiségét megközelítő pontossággal kiszámították a végzett munka és a táplálófolyadékból felvett cukornak megfelelő munka különbségéből. *Rigó László.*

Cholin előfordulása a placentában. *H. Sievers.* (Zeitschr. f. Biologie, 88. kötet, 145. old.)

A vizsgálatokat öt placentán végezte, köztük három eklampsiás szülésből volt. A placentákat kifőzte, a szűrletből nyert alkoholos kivonatot sublimattal telítette, a csapadékot kénhydrogennal hasította s a nyert oldatot aranychloriddal újra kicsapta, mire cholinauratot nyert, amit chemiai methodusokkal identifikált. Az így előállított cholin hatását túlélő uteruson vizsgálta. A nemterhes patkánynéhre még 1—20 mg a 100 cm^3 tyrodeoldatban is hatástalan, a terhes méh már 2 mg-ra reagál erélyes contractiókkal. Az összehúzódások nem tetanusos jellegűek. Az egyes placentákban változó a cholin mennyisége, ami talán azzal magyarázható, hogy a fájások közben a lepény cholint ad le az uterusnak, tehát minél tovább tartanak a méhcontractiók, annál kevesebb lesz a „residualis cholin". A cholin direct érintkezve a méhvel, fájáserősítő. A placentaextractumból 0·25 cm^3 subcutan adva egy gravid fehér egérnek, az spontan abortált két nap mulva. *Sievers* a cholinnak az uterusra kifejtett hatása miatt fölveszi, hogy a szülést megindító placentában képződő ismeretlen anyag voltaképen cholin.

Taubinger László.

A sympathicus idegrendszer befolyása harántcsikolt izmok phosphat- és kreatinintartalmára. *W. Schmid.* (Biochem. Z. 201. k. 125. old.)

A vizsgálatokat fehér patkányok rágó- és szájfenékizmain végezte. Először kivéreztetett állatok izmainak normalis phosphat- és kreatinintartalmát határozta meg, külön a jobb, külön a bal oldalon, majd a baloldali nyaki sympathicus kiirtása és mindkét mellékvese eltávolítása után végezte a meghatározást. Míg ép viszonyok között a kétoldali értékek között 1·5%-nál

nagyobb eltérés nem volt, a sympathektomia után egy héttel ezen az oldalon csökkent (10%-kal) az anorganos phosphat mennyisége, míg az organikus phosphat és a kreatinin értéke változatlanul maradt. A bal nyaki sympathicus és a mellékvesék együttes kiirtása után (mikor is az adrenalinnak a sympathicus idegrendszerrel egyező esetleges hatása is távoltartva volt), ugyanezt az eredményt kapta, a mellékveséknek tehát nincs hatása az izmok phosphat- és kreatinintartalmára. Szerző azt is ellenőrízte, hogy a sympathektomia után beálló értágulás és fokozott vérkeringés nem okozhat csökkenést a phosphatmennyiségben; a hasi aorta és a jobb carotis összenyomásával a vért a bal carotisba terelte és így 15—30 percen át fokozott keringést hozott létre a vérrel innen ellátott izomcsoportokban, azonban az így bőven átáramoltatott izmok phosphattartalma nem különbözött a jobb oldal át nem áramoltatott izmainak phosphattartalmától. Eredményeiből következteti, hogy a sympathicus idegrendszer befolyásolja a haránt-csíkolt izmok permeabilitását. *Láng Sándor dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Toxicologie. *E. Starkenstein, E. Rost, I. Pohl.* (Urban und Schwarzenberg, Bécs—Berlin. 1929.) Ára 24 *M.*

Az ipar rohamos előrehaladása egyre több mérgezést, az experimentalis kutatás egyre újabb és újabb toxicologiai ismeretet produkált. Ennek folytán nagy szükség mutatkozott már évek óta egy modern, összefoglaló toxicologiára. Hogy e hiány mennyire érezhető volt, mutatja az is, hogy e most ismertetendő mű mellett, vele szinte egyidőben egy másik kitűnő toxicologia is jelent meg *Cloetta, Faust, Flury, Hübener* és *Zangger* tollából. Ez utóbbi teljesebb, amennyiben szerzői a tápszermérgezéseket is tárgyalják; a most ismertetendő munka viszont részletesebb és igen szép, szemléltető ábrákkal van tele, melynek hiányát fájdalmasan érezzük a Cloetta—Faust-féle toxicologiában. A tárgyalás tonusa nem dogmatikus, tankönyvszerű, hanem igen gyakran, különösen az általános részek megírásában, inkább az újabb, sokszor talán még kellőképen le sem szűrt elméletek; beosztási lehetőségek ismertetésével találkozunk. A könyv általános és specialis részre oszlik. Az általános rész a mérgezés fogalmának finom, körültekintő definitiójával foglalkozik s a mérgezések létrejöttének feltételeit tárgyalja. Ehhez kapcsolódik a mérgezések beosztásának ismertetése, majd a mérgezések symptomathologiája, diagnostikája, prophylaxisa és a részletesen vázolt therapiás eljárások ismertetése, ami a munkát klinikusok, gyakorlóorvosok számára is igen hasznossá teszi. A specialis rész két részre oszlik: az első rész főleg a helyi hatású mérgeket, illetőleg a resorptive ható mérgek helyi hatását tárgyalja, a második pedig a resorptive ható mérgekkel foglalkozik részletesen. E specialis részből kiemeljük a gázok és gőzök egyre nagyobb jelentőségű mérgezhatásának jól összefoglaló tárgyalását (harci gázok!). Értékét igen emelik a fejezetek végén található irodalmi összefoglalások és a könyv végén összeállított, a mérgezési symptomákat, kórboncolási leleteket és a praxis szempontjából fontos mérgeket tartalmazó tabellaris összefoglalások. A könyv legnagyobb részben *Starkenstein* munkája. *Vámossy.*

Verbrechen als Schicksal. Studien an kriminellen Zwillingen von *Prof. Dr. Johannes Lange.* 96 oldal. Georg Thieme. Lipcse. 1928. Ára 7 *M.*

A bűntett, mint végzet, ez a cím egyszersmind súlyos ítéletet is tartalmaz. De a természettudományilag gondolkodónak nem új. A velünk született, öröklött tulajdonságok, azután a környezet, amelyben élünk, ezek alkotják azt a végzetet, amelynek hatása alól nem vonhatjuk ki magunkat. Szerző éppen azt vizsgálja, mennyire szabják meg ezek valakinek élete folyását s erre szellemesen az ikrek vizsgálatát választotta. Különösen pedig az egypetés ikrek alkalmasak erre. Harminc ikerpár közül tizenhárom volt egypetés, tizenhét volt kétpetés. A 13 egypetés iker közül 10 esetben mindkét testvér bűntettes, három esetben csak az egyik testvér került összeütközésbe a büntetőtörvénykönyvvel. A 17 kétpetés ikerpár közül csak két esetben vált mindkét testvér bűntettessé, míg a többi (15) esetben csak az egyik testvér volt büntetve, a másik büntetlen maradt. Ez az utóbbi arány megfelel a testvérek közötti kriminalitás arányának. Igen érdekesek a közölt korrajzok, melyek mélyen belevilágítanak az emberi kriminalitás keletkezésébe. Nem feladatunk itt részletekbe bocsájtkozni. Azonban minden orvos, de különösen jogász, tanító, nevelő s lelkész, de intelligens szülő is olvassa el ezt a kis könyvet. Népünk egészséges fejlődése érdekében pedig minden politikusnak ismernie kellene, mert éppen a politikusokban találjuk a legkevesebb fogékonyságot a közegészségügy iránt. *Reuter dr.*

Százharminc esztendő Zemplén vármegye első közkórházának történetéből. I. rész: 1803—1833. Írta: *Chudovszky Móric.* Sátoraljaújhely, 1928.

Ez a kis 27 oldalas füzet levéltári adatok alapján tárja elénk egy mozgalmas életű vármegye mult századi állapotát, kultúrfokát és áldozatkészségét, amikből nemcsak a „szegények istápolása", hanem még az „elméjökben megháborodottak", s az árvák „valláskülönbség nélküli" gyámolítása is kiserkedett. A kórházalapítás gondolata 1803-ban merült fel először s javára a megyei urak nemcsak bőkezűen adakoztak, de bálakat is rendeztek, s 1819-ben már tisztességes elmeosztálya is volt: abban az időben nagy szó! — A gyógyszerellátással kapcsolatban érdekes kitérést találunk az akkori gyógyszerészetre vonatkozólag.

Szerző nagy szeretettel végezte kutató munkáját és annak folytatását is ígéri. Kíváncsi örömmel várjuk. *V.*

Ergebnisse der gesamten Medizin. Herausgegegegeben von *Prof. Dr. Theodor Brugsch.* Urban és Schwarzenberg. 1928. 11. kötet.

A 11. kötet tulajdonképen azonos az ugyanazon kiadó által forgalomba hozott *Brugsch:* Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1. kiegészítő kötetével. Sokan, akik mindkét művet rendszeresen előfizetik, ezáltal kellemetlenül csalódtak, midőn ugyanazt két példányban kapták meg. A kötet tartalma egyébként meglehetősen gazdag, 15 originaliát tartalmaz, amelyek röviden a következők: *Brugsch* az arythemiával foglalkozik. Ismerteti a szív és az ingervezetőrendszer anatomiáját, a szívizom sajátos tulajdonságait, az elektrocardiographiát. A dolgozat első részében a normalis rhythmussal, annak változásával psychés izgalmak, testi munka kapcsán, a lélegzés és a pulzus viszonyával; a tachycardiával, bradycardiával és a vagus-nyomásos kísérletekkel foglalkozik. A második részben tárgyalja a különböző arythmiákat, létrejöttük okát és módját, gyógyításukat. *M. Kappis* a helyi érzéstelenítés mai állásáról ír. Részletesen sorra veszi a fej, nyak, mellkas, has, medence szervein végzendő műtéteknél a helyi érzéstelenítés lehetőségét, a használatos technikát és a várható eredményt. Ugyanígy tárgyalja a végtagok érzéstelenítését is. *R. Fischl* a fertőző betegségek prophylaxisával foglalkozik. Előbb bakteriologiai és járványtani alapon általánosságban fejtegeti a bejelentési kötelezettség, a csecsemő- és az iskoláskorban lévők védésének szükségességét, fontosságát. Azután részletesen tárgyalja az egyes kórformákat és az azoknál követendő védekezési eljárásokat. *L. Casper* a vérvizelésről ír. Ismerteti a vérvizelés kimutatására szolgáló makroskopos és mikroskopos diagnostikai eljárásokat, a vérzés helyének megállapítását és az előidéző okot. *H. Ringer* cikkében a bevezető rész a myoma klinikáját és gyógyítását foglalja össze; anatomiai és szövettani leírás, majd a myoma aetiologiájának, gyakoriságának, tünettanának, localisatiójának, a szervezetre gyakorolt hatásának ismertetése következik. Külön részben foglalkozik a myomás terhességgel és a myoma therapiájával. Hólyagműtétekről szóló dolgozatot közölnek: *A. Lichtenberg* és *Otto A. Schwartz.* Felsorolják azokat az elváltozásokat, amelyeknél műtét kerül szóba, kifejtik a műtéteknél követendő általános szabályokat. Ezután az egyes műtétek technikai részének leírása következik. Végül az utókezelésről, a mellékesérülésekről, a műtét utáni szövődményekről és a műtéti eredményekről számolnak be. *Kund Farber* és *Aage Nyfeld* közleménye az anaemia és a bélrendszer közötti összefüggéssel foglalkozik a botriokephalus anaemia, a perniciosánál észlelt achlorhydria és elég gyakran talált vékonybélszükület kapcsán. Megemlékeznek az anaemia perniciosa aetiologiáját kutató szerzők kísérleteiről is. *Zangemeister* az uterus perforatióról ír. Ismerteti létrejöttének okát, módját és azokat az eszközöket, amelyek ilyenkor a leggyakrabban szerepelnek. Külön tárgyalja a nem terhes, a terhes és az épenszült méhen történt perforatiót. Minden csoportnál leírja az elhárítás módját, a diagnostikát, a kezelést és a kórjóslatot. A járványok terjedésével és leküzdésével foglalkozik. *Karl Prausnitz* a járványok lefolyása,

klimás és talajviszonyok befolyása, az egyén ellenállóképessége, a kórokozó virulentiája egyrészt, a hatósági és az egyéni védekezés másrészt, képezik tárgyát a közleménynek. A Gullstrand féle réses lámpa gyakorlati jelentőségét méltatja. *Messmann* ismerteti az eszközt, a vizsgálat módját, alkalmazásának miként jét. Összefoglalja a réseslámpavizsgálatok eddigi eredményét. *A. Hayn* a nő castratiójával foglalkozik. Rövid áttekintést nyujt előbb az ovariumok physiologiás működéséről, majd a castratio technikájáról és azután tárgyalja a kiesési tüneteket a különböző constitutiójú egyéneken, valamint az objective kimutatható elváltozásokat. A tüneti és subtitutiós therapia ismertetésével foglalkozik a befejező rész. A bőnyeátültetés a gyakorlati sebészetben cím alatt *Ernst König* azokat a megbetegedéseket foglalta össze, amelyeknél a bőnyeátültetéssel eredmények érhetők el. Részletesen tárgyalja minden esetben a műtéti technikát és a várható eredményt. A veleszületett csípőizületificam korai diagnosisának és gyógyításának fontosságát hangsúlyozza *L. Kreuz;* szerinte a regressálásnak meg kell történnie, mielőtt a gyermek járni kezd. *Prof. Hans Aron* a gyermek- és csecsemőkor táplálkozási zavarairól ír. Meghatározza a táplálkozási zavar fogalmát, ismerteti okát, keletkezésének módját. Külön foglalkozik a természetesen és a mesterségesen táplált csecsemő táplálkozási zavaraival. Hangsúlyozza a csecsemőhalandóság és táplálkozási zavar közötti szoros összefüggést. Kiterjeszkedik a gyógyításra is. *Prof. Munk* cikkének tárgyát az érbetegségek, elsősorban az arteriosklerosis képezik. Részletes tünettan, aetiologia, gyógyítás, megelőzés, mind megtalálható a közleményben. Külön fejezetben foglalkozik a venák megbetegedésével. *Boros dr.*

Die Bekämpfung der Krankheitdisposition als Heilmethode. Dargestellt von einem Frauenarzt. Von *Hofrat Dr. med. Adolf Theilhaber* in München. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, Lipcse, Zürich. 1928. 436. oldal.

A könyv célja, hogy a constitutio és a dispositio tekintetbe vételének nemcsak elméleti jelentőségű, hanem a betegségek megelőzésében és gyógyításában is fontos szerepet játszó jelentőségét ismertesse. Az általános részben a constitutio és dispositio fogalmának meghatározása után részletesen tárgyalja a nem, faj, kor, a terhesség és a belső elválasztású mirigyek befolyását a dispositióra, majd a nemi élet, a női nemi szervek és az idegrendszer kölcsönhatását fejtegeti más szervek megbetegedéseinek dispositiójára. Kimerítően ismerteti az időjárás, klíma, foglalkozás, lakás és egyéb külső tényezők szerepét. A dispositio csökkentését illetőleg rámutat a physikalis eljárások, hydro-, balneotherapia, a sport, gymnastika és az étrend befolyására. Az állati szervek átültetéséről szóló fejezetben felhasználja az alkalmat, hogy lép és thymus átültetéssel előidézett rák elleni immunitást fokozó saját kísérleteit széles mederben ismertesse. A részletes részben a női nemi szervek helyzetváltozásának, a havibaj rendellenességeinek, daganatoknak, gyulladásos elváltozásoknak a dispositióval való kapcsolatát fejtegeti. Végül a méhkörüli szervek megbetegedéseit, a fertőző betegségeket, majd a terhesség, szülés zavarait és a sterilitást tárgyalja dispositiós jelentőségük szerint.

A specialis nézőpontból megírt, az orvostudomány különböző ágait érintő könyv lapjait nemcsak a nőorvos, hanem más szakmák művelője is haszonnal forgathatja; sok érdekes dolgot és gyakorlati útmutatást találhat benne. Az író sokoldalúságát bizonyítják a nőgyógyászat csaknem minden fejezetére kiterjedő munkái, melyek bár a tárgyilagos kritika rostáján még nem mind mentek át, mégis e műnek sok eredetiséget kölcsönöznek. A könyvet, mely a „Hippokrates Bücher für Ärzte" sorozat harmadik kötetét képezi, 26 ábra és a felhasznált irodalom felsorolása teszi teljessé. *Biró dr.*

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Herausgegeben von *J Halban* u. *L. Seitz.* Urban & Schwarzenberg. Berlin—Wien. 1928. Lief. 44.

A közel 300 oldal terjedelmű füzetnek több, mint a felét foglalja el egy történelmi összefoglalás *Fischer* bécsi magántanár tollából, aki azt a haladást ismerteti, melyen a nőgyógyászat és szülészet a XIX. században átment. Kétségtelen, hogy a XIX. században minden egyéb tudományág mellett a szülészet és nőgyógyászat is végtelenül sokat fejlődött s ezért talán bizonyos mértékig indokolt is, hogy a nagy gyüjtő munka első kötetében található általános nőgyógyászati történelmen kívül a XIX. századot külön is ismertetik. E helyen nem is annyira kritikai alapon megírt történelmi áttekintésről van szó, hanem inkább adathalmazról, melyet a szülészet és nőgyógyászatban általánosan használt csoportosítás szerint oszt szakaszokra a szerző. Előbb a női nemiszervek bone- és fejlődéstanát, majd physiologiáját tárgyalja. Ezután a terhesség, szülés és gyermekágy physiologiája következik, majd áttér a terhesség, a szülés és a gyermekágy kórtanára és gyógykezelésére. E részt a szülészeti műtétek fejezik be, kisebb csoportokra osztva. A következő fejezetben a nőgyógyászati vizsgáló eljárások történelmét tárgyalja, majd a női bajok következnek a következő sorrendben: külső nemiszervek, hüvely, méh megbetegedései (ezekkel bőven foglalkozik), majd a kürt, petefészek, a szalagok, kötőszövet és hashártya betegségeit tárgyalja. A történelmi ismertetést a nőgyógyászati műtétek fejezik be, melyeket a műtétek szerint ismét fejezetekre oszt. 41 oldalt foglal el a felhasznált irodalom felsorolása.

A füzet második felét már a függelék egyik része foglalja el. *Benda* prágai magántanár a reticulo-endothelialis rendszerről ír. A tárgyalást két részre osztja. Az első részben elég röviden ismerteti a rendszer morphologiáját, élettanát és kórtanát, majd a felhasznált irodalom felsorolása után áttér a részletes részre. Ebben előbb a menstruatióval, majd nagy részletességgel a szaporodási folyamattal foglalkozik, ismertetve a reticuloendothelialis rendszer állapotát ezen folyamatok alatt. Hangsúlyozza a rendszer bántalmazottságát főként a terhesség második felében. Az irodalmi adatok felsorolása fejezi be ezt a részét a munkának.

A következőkben *Walthard* zürichi professor a női nemiszervek üzemzavarainak kóroktanával foglalkozik, éspedig idegrendszeri elváltozások alapján. Ez a fejezet élénken mutatja azt a nagy befolyást, amelyet a psychiatria az utóbbi időkben az egész orvostudományra, de különösen a nőgyógyászatra gyakorolt. Kétségtelenül jó, ha nőorvos is tud ezekről a dolgokról, minthogy sok esetben csak közös: nőgyógyászati és idegorvosi vizsgálat tudja a bajok okát kideríteni.

A füzet végén 38 oldalon *Ehrhardt* frankfurti orvos ismerteti azokat az újabb kutatásokat, amelyek az agyfüggelék és a női nemiszervek összefüggésével foglalkoznak. Részletesen leírja a hypophysis bonctanát és szövettanát, majd élettani működését, elég részletesen ismertetve azokat a műtétes kísérleteket, melyeket a hypophysissel végeztek. A következő — utolsó — fejezetben azokkal a betegségekkel foglalkozik, melyek a hypophysissel vannak összefüggésben, de befolyásolják a petefészek működését is. Néhány ábra és négy színes tábla teszi érdekesebbé ezt a részt, — melyet a felhasznált irodalom ismertetése fejez be. *Berecz dr.*

A Magyar Röntgentársaság dec. 17-i ülése.

Bemutatások:

Weisz M.: *A kéztőcsontok steril nekrosisai.* Az os naviculare és az os lunatum carpi isolált megbetegedését *Preiser*, illetve *Kienböck* írták le először. Ők is és a későbbi szerzők is traumával és endokrinologiai alapon magyarázták; újabban keringési zavarok következményeinek tartják. A histologiai vizsgálatok azt a végkövetkeztetést eredményezték, hogy steril csontnekrosisról van szó. Előadó is vérellátási zavarokban véli az okot megtalálni. Lehet érgörcs vagy más beidegzési zavar, lehet az érfal permeabilitásának megváltozása, vagy érleszakadás, mely ischaemiát és az ischaemiás terület következményes elhalálását okozza. Ezen nekrotizáló folyamat talán analogiába hozható más szerveken föllépő hasonló steril nekrosisokkal. A gyomornyombélen keletkező ulcus, úgy látszik, analog pathologiai folyamatok végeredménye, persze a steril nekrosis a nyálkahártya felszínén ulcust, a csontban üregképződést és a terhelés következtében compressiós fracturát hoz létre. Még ma is gyakran összetévesztik tuberculosis, solitaire cysta, primaer fractura, arthr. deformanssal. Sorravéve az elváltozásokat, rámutat arra, hogy alapos vizsgálattal a tévedések elkerülhetők. Az újabb szerzők közül *Weisz A.* mutatott rá elsőnek, hogy ezen elváltozások a Perthes-, Köhler-, Schlatter-féle csontnekrosisok közös nagy csoportjába tartoznak.

Holitsch nagy szerepet tulajdonít a traumának (szalagsérülés, véredénysérülés stb.). Pl. egy footballistánál látott, kétéves időközben, mindkét kézen, esés után, az os naviculare carpiban steril nekrosist. Ezzel

szemben a Perthes- és a Schlatter-féle betegség a pubertas korában szokott föllépni, a bemutatottak pedig a fölnőtt korban.

Fischer szerint a traumás eredetet nem fogjuk sohasem biztosan kizárni tudni. Néha csontsérülés nélkül csak egy embolia keletkezik az illető csont fő véredényében és ez az oka a nekrosisnak.

Weisz Á. bemutat egy nagy sorozat hasonló elváltozást és hangsúlyozza, hogy a szövettani képe valamennyinek ugyanaz. Traumának kell szerepelnie az aetiologiában. Pl. congenitalis luxatio coxae repositiója után is látott Perthes-szerű képet kifejlődni. Congenitalis dispositiónak kell lennie, azután trauma, embolia, arteriaelzáródás, infectio stb. kiváltja a nekrosist. Bemutat egy Albers—Schönberg-féle márványkóros kezet is.

2. **Rothbart L.:** a) *Számfeletti kéztőcsont.* Elég gyakran találunk számfeletti kéztőcsontot, de ennek legritkább variansa a most bemutatott os triangulare. Az egész irodalomban csak két eset ösmertetését találta és kettő anatomus vizsgálatából ösmeretes. Sebészi részről kétségbe vonják létezését s mint posttraumat. statust (letörött proc. styl. ulnae) magyarázzák. Ezen eset megerősíti önálló előfordulását: mindkét oldalon megvolt.

b) *Fractura manubrii sterni.* Az irodalomban egy eset leírását se találta. A beteg magasból esett a tarkótájra s semmi egyéb elváltozás nem volt nála kimutatható, mint a sternumtáj érzékenysége. A fölvétel manubrium sterni fracturát mutat. A törés mechanismusát illetőleg is elmondja fölfogását.

c) *Sinus alveolaris.* Fracturált jobb fölső 6. röntgenezése derítette föl ezt a rendkívül mélyre, az interalveolaris septumok közé lenyúló Hyghmor-recessust, melynek ösmertetését az irodalomban szintén nem találta.

Koppenstein nem tartja recessusnak, hanem cystának, mert nincs corticalisa, mi Hyghmor-recessusoknak mindig szokott lenni.

Bien Zoltán kérdésére *Holitsch, Bársony* és *Weisz* úgy vélekednek, hogy a manubrium törése esetben direct ütés érhette a sternumot, mert pusztán hanyattesésnél nem törhetett volna el. A betegek legtöbbször nem emlékeznek pontosan arra, hogyan estek el.

3. **Koppenstein:** Borsónyi solitaer gyomortumort mutat be, melyet dosirozott compressióval sikerült egy 25 éves nőbetegnél kimutatni. A kis daganat mindenek szerint benignus. A gyomor ritka solitaer benignusdaganatai myomák, lipomák vagy fibromák, míg a nyálkahártya kötőszövetéből és mirigyeiből kiinduló gyakoribb polypusok, illetve adenomák rendesen csoportosan fordulnak elő.

A Charité Poliklinika december 20-i ülése.

Bemutatás:

Weisz Antal: *Lázas májlues esetei.* A bemutatásra kerülő két esetnél, amelyek közül az egyik hepatitis interstitialis hypertrophica, a másik cholelithiasis kórképét imitálta, különböző vizsgálatok megejtése és azok eredményeinek latba vetése után májlues constatáltatott. Az egyik eset másutt laparotomiára került cholecystitis tévdiagnosisa folytán s csak az operatiónál derült ki a helyes diagnosis. Különböző szerzők hasonló eseteinek felsorolása után részletesen tárgyalja az egyes tüneteket, hangsúlyozza, hogy látszólag kryptogen eredetű lázaknál fokozottabb mértékben kell számolni a májlues fennállásának lehetőségével is.

Haller Ödön: *A vékonybél „ulcus simplex" fekélyének operált esete. H. S.* 34 éves nőbeteget mutat be, aki sürgős vakbélgyulladás miatt került műtétre. Műtét közben kiderült, hogy az appendix teljesen ép, ellenben a coecumban torkoló vékonybélen lencsényi, éles szélű perforatiós nyílás van. A betegnél talált bélátfúródás csupán az úgynevezett „ulcus simplex" kórképébe illeszthető be, amelynek előfordulása rendkívül ritka és aetiologiája ezideig ismeretlen.

Balassa László: 22 éves férfibetegről számol be, akinél két éve sklerosis polynsularis tünetei vannak. ezüstsalvarsan-kezelésre a beteg állapota javult. Ez év novemberében jobb oldalt látáscsökkenés, retrobulbaris neuritis jelentkezik, amelynek oka heveny ethmoidalis gyulladás. Az utóbbi sebészi kezelésre a visus pár nap alatt megjavult.

Előadás:

Gellért Elemér: *A társadalombiztosítás egészségügyi vonatkozásait és a gyakorlóorvos ezirányú szerepét és kötelességeit ismerteti.*

A Debreceni Orvosegyesület évzáró közgyűlése december 13-án.

Csiky József *elnök megnyitója:*

Visszatekintve az Orvosegyesület elmult évi tudományos működésére, örömmel kell megállapítanom, hogy az minden tekintetben niveaus volt. Majdnem valamennyi szakmája az orvostudománynak hozzájárult a siker biztosításához, ezáltal változatossá vált programmunk s lehetőség adódott arra, hogy hozzászólásokkal a rokonszakmák is résztvehettek a felmerülő vitában s az ú. n. határesetek más-más látószögből lettek megvilágítva. Ha azonban végigtekintünk az előadások, illetve bemutatások, sőt hozzászólások sorozatán, önkéntelenül is feltűnik, hogy azokat majdnem kivétel nélkül klinikai, vagy klinikával kapcsolatban álló tagtársaink tartották. Ez a megállapítás korántsem akar szemrehányás vagy támadás lenni a praktizáló collegák ellen, sőt bizonyos szempontból fájlaljuk a nagy reservváltságot, s ez a körülmény bátorít fel arra, hogy ezt a tényt az elnöki székből szóvátegyem. Más a klinikus és más a praktizáló orvos munkája és hivatása. Az előbbi kétségtelenül a tudomány ápolása szempontjából előnyösebb helyzetben van, mint a gyakorlóorvos. Könyvtár, laboratorium és a vizsgáló eszközök tömege áll rendelkezésére, melyeket egy eset diagnostizálására, illetve kidolgozására felhasználhat. Bevallom, ezt mind nélkülözik a nagy gyakorlatot űző orvostársaink. De talán ez nem is olyan szükséges, amint az első pillanatra látszik! A mai kor laboratoriumi „túltengése", hogy úgy mondjam, diagnostikánknak a laboratoriumi módszerektől való függése, túlzott dolog. Nincs szándékomban elvitatni, hogy sok esetben igenis a helyes diagnosist a büretta, vagy a reagens dönti el, de a legtöbb esetben a laboratorium csak megerősítője kell, hogy legyen a betegágynál tett megfigyeléseknek s a beteg puszta látása után felállított diagnosisunknak. A puszta megfigyelésre támaszkodtak a mult század nagy orvosai, kik laboratoriumi segédeszköz nélkül voltak kénytelenek diagnosist felállítani. S meri-e valaki azt állítani, hogy ezek az emberek rossz orvosok voltak? Sőt ellenkezőleg, neki köszönhetjük, hogy minden segédeszköz hiányában, megfigyelésük szükségszerű kiélesítésével mesterien kidolgozták az egész orvostudomány tünettanát, mely a modern orvostudománynak még ma is alapját képezi s kell is, hogy képezze. Csak egy nevet említek meg: *Wunderlich*ot, mint classikus klinikust.

Mindezt azért említem itt meg, mert meggyőződésem, hogy a gyakorlóorvos van épp abban az előnyös helyzetben, hogy bőséges beteganyagával, melyet a Társadalombiztosító és hasonló egyesületek népes ambulantiái biztosítanak számára, fejlesztheti megfigyelését — minden laboratoriumi segédeszköz nélkül. A klinikus anyagának száma ágyhozkötött; a gyakorlóorvos anyaga mérhetetlen nagy, ami egyúttal a változatos esetek sorozatát biztosítja számára. Lehetetlen, hogy eme nagy anyagban ne akadna egy-egy eset, melylyel az Orvosegyesület elé ne állhatna, avagy nagy anyagán véghezvitt rendszeres therapiás eredményeinek sikeréről vagy sikertelenségéről be ne számolhatna. Nagy örömömre szolgálna, ha ez megvalósítható volna, mert a klinikusnak és a gyakorlóorvosnak épp a fent vázolt ellentétes helyzete folytán szüksége van egymásra s a kettő egymás fontos kiegészítője és támogatója. Ha a gyakorlóorvos utána akar olvasni bemutatandó esetének, könyvtáraink mindig rendelkezésére állanak, ha diagnosisát laboratoriumi vizsgálattal akarja megerősíteni, azt mi mindig szívesen elvégezzük s az eredményeket rendelkezésére bocsátjuk. Mindezekből láthatják, hogy — amint azt már nyomatékkal hangsúlyoztam is — ez a felhívás nem akar szemrehányás lenni, hanem felhívás a nagyon is kívánatos együttműködésre, melynek hiányát épp mi, klinikusok mindig sajnálattal nélkülöztük. A klinikus és a gyakorlóorvos nézetének egyesüléséből, véleményeinek kölcsönös kicserélődéséből alakulna ki az a helyes középút, mely a beteg ember gyógyítására az egyedüli helyes irány s a tudomány továbbfejlesztésére is elengedhetetlenül szükséges.

Az együttműködés biztosítására egy másik módszert ajánlanék. Kerülhet a gyakorlóorvos oly helyzetbe, hogy egy tünet értékeléséről, egy gyógyszer hatékonyságáról vagy megbízhatóságáról szeretne szakembertől véleményt hallani.

Ezt megvalósítandó, azt gondolom, célszerű volna, ha itt a gyűlések helyiségében egy levelesládát állítanánk fel, melyben kiki kérdését röviden megfogalmazva, névtelenül bedobhatná. Ezt kiosztanánk egy szakembernek, aki a következő ülésen a bemutatások után megadná a tagtárs kérdésére a szakszerű választ. Ha azt találnák, hogy tagtársunk kérdésével érdemes hosszabb ideig foglalkozni, úgy meg lehetne valósítani a külföldön oly nagyon bevált seminariumi estéket, midőn a szakelőadó a kérdésre 1—2 órás előadásban válaszolna, felölelve az illető problemára vonatkozó összes modern felfogásokat. Az előadás után jogában volna bárkinek kérdéseket intézni a szakelőadóhoz az illető tárgykör keretén belül. Az ilyen üléseinket havonként, illetve kéthavonként tartanánk a szükséghez mérten.

Schmidt Lajos *titkár évi jelentésében* megemlékezik *Soós* egyesületi pénztáros távozásáról, majd a lefolyt év közgyűlései és tudományos üléseiről számol be.

Az Egyesület egyéb ügyére áttérve jelenti, hogy az egyesület rendes tagjainak száma az elmult évben 66 volt, akik közül meghalt 4, kilépett 1, úgy, hogy a taglétszám jelenleg 61. Végül kéri az egyesület minden tagját, hogy igyekezzék a tagok létszámát növelni és orvostársait nemcsak az egyesületbe való belépésre, hanem az ülések látogatására is ösztönözni.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának december 17-i ülése.

1. **Szépe István:** *Szokatlanabb indicatiók alapján végzett császármetszések.* Egy esetben egy eléggé ritkán előforduló chondrodystrophiás törpénél, szintén elég ritkán előforduló III. fokú szűkület mellett, egy esetben egy myomás egyénnél köldökzsinórelőesés mellett a myoma enucleatiójával, egy esetben egy 35 éves primiparánál farfekvés mellett és végül egy esetben 37 éves 1. p.-nál egyujjnyi méhszáj és megtartott cervicalis csatorna kapcsán előesett köldökzsinór mellett végeztek eredményesen császármetszést. Eredményeik mindenképen alkalmasak lennének arra, hogy az ilyen műtétek végzésére, sőt esetleg azok indicatióinak további kiterjesztésére lelkesítsenek. Közli azonban egy esetük történetét, melyben a teljesen exact módon elvarrt s egyetlen hőemelkedés nélkül primán gyógyult cervicalis transperitonealis császármetszés után a következő terhességben szétvált a császármetszés hege és pedig olyan észrevétlenül, és olyan súlyosan, hogy minden sebészi corrigálás lehetőségét kizárva, az anya meghalt. Ezen körülmény arra int, hogy a cervicalis császármetszések indicatióinak kiterjesztésében igen óvatosak legyünk, mert az ilyen műtét sem primaeren, sem későbbi complicatiói folytán nem veszélytelen.

2. **Kramár Jenő:** *A vértransfusiók alkalmazása a csecsemőgyógyászatban.* A gyermekklinika hároméves tapasztalatairól számol be. Mindig citrátos csoportvért adnak, többnyire a sinusba. Az esetleges atypusos agglutininekből származható veszély elkerülésére a csoportmeghatározásokon kívül, közvetlen keresztezett próbát is végeztek. A transfusio kitűnően beválik az elhúzódó súlyos infectióknál (septikus pyelitis, erysipelas, melaena neonatorum) s különösen a multiplex bőrabscessusok radicalis gyógymódja. E betegségnek „praeseptikus" formájában a gyógyulás csaknem 100%, még kifejezett sepsisben szenvedő csecsemők egy részét is meg lehet menteni. A súlyos orbánc septikus elfajzása a transfusióval kezelt eseteknél sokkal ritkábban következik be. Jelentős szerepe van a vérátömlesztésnek a csecsemő-anaemiák kezelésében is. Az alimentaris anaemiák gyógyulási ideje jelentősen megrövidül és így csökken a gyógyulást könnyen megzavaró infectiók veszélye is.

3. **Teschler László:** *A liquor physikalis-chemiai és chemiai vizsgálata.* Az előadó régebbi vizsgálatai a serum és a liquor fagyáspontját azonosnak mutatták. A liquor vezetőképessége azonos a serum ú. n. corrigált vezetőképességével *(Tangl—Bugarszky).* A serum ultrafiltratumának molecularis conc.-ja azonos a liquoréval, a serum és liquor ultrafiltratumának vezetőképessége ugyancsak megközelítőleg egyforma. Enkephalitisnél a liquorcukor a szokottnál nagyobb mennyiségű. Meningitises folyamatoknál a liquor cukortartalma mindig alacsony. Ugyanakkor a vércukor az esetek legnagyobb részében a normalisnál magasabb, néha jelentős mértékben emelkedett (235 mg). A liquor alacsony cukortartalma a bakteriumok okozta glykolysisre, a hyperglykaemia a cukoranyagcsere centralis zavarára, mely — hasonlóan a meningitises folyamatoknál észlelhető sóanyagcsere zavarhoz (l. O. H. 1928. 10. sz.) a nyultagyvelőbeli vegetativ centrumok zavart működésére vezethető vissza.

Rötth András: Vegyi- és physikalis-chemiai szempontból a csarnokvíz csaknem teljesen azonos a liquorral. Fontosnak tartja előadónak azon észleletét, hogy a vérsavó ultrafiltratumának és a liquornak a vezetőképessége ugyanaz. Legújabban a csarnokvízről állapította meg *Baurmann*, hogy molecularis concentratiója csaknem teljesen egyenlő a vérsavó ultrafiltratumáéval. A csarnokvíz összetételéből fontos következtetéseket igyekszünk vonni ennek keletkezésére, valamint a glaukomára vonatkozólag.

Klobusitzky Dénes: Kérdezi, hogy a magasabb fagyáspontú liquorok milyen nyomás alatt ürültek, mert ez következtetéseket enged arra nézve, hogy ezen esetekben a capillarisok áteresztőképessége, avagy a plasma oncotikus nyomása növekedett-e meg.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának december 13-i ülése.

Bemutatás:

Szentkirályi Zsigmond: 1. *Lupus carcinoma.* 2. *Hypertrophyzált heggel gyógyuló égés.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

Előadás:

1. **Ürmössy Erzsébet:** *Thyreoideahatás és bélmotilitás.* A bélmotilitás per os adott festékanyagnak a székletben való megjelenéséig eltelt idővel méri. A következő eredményekre jut: A fiatal csecsemők nem alimentaris eredetű chronikus obstipatiója nagyon sok esetben befolyásolható thyreoidea kezeléssel. Felvehető, hogy az ilyen obstipatio thyreogen eredetű. Normalis bélmotilitású csecsemőknél a motilitási időt a thyreoidea adagolás nem rövidíti meg, sőt sokszor meghosszabbítja. Csecsemők thyreogen eredetű obstipatiója a habitualis hányás, az enteralgia egymással összefüggeni látszanak olyan értelemben, hogy az egyik tünet elmaradásához a másik tünet vikariálólag léphet fel.

A thyreoidea-kezelés a csecsemők súlygyarapodására előnyösen hat. A csecsemő tolerantiája thyreoideával szemben a felnőtténél nagyobb.

2. **Jankovich László:** *A vércsoportok jelentősége a törvényszéki orvostanban.* Történeti visszapillantás alapján ismerteti a vércsoportok kérdésének mai állását és kifejti, hogy a vércsoportok meghatározása a törvényszéki orvostanban milyen kérdéseknél jöhet szóba:

1. Ismeretlen egyének hullájánál, ahol azonban a dactyloskopia jobb szolgálatot tesz.
2. Ismeretlen, vagy ismert csecsemők hullájánál, mikor az anya kiléte kétes.
3. Visszaeső bűnözőknél a dactyloskopia mellett.
4. Vérnyomok és véres foltok eredetének meghatározásánál.
5. Gyermek elcserélésénél, vagy alácsúsztatásánál, stb.
6. Apasági kereseteknél.

Hangoztatja, hogy a vércsoport meghatározása mellett a törvényszéki orvostani bizonyításnak lehetőleg minden más öröklődő tulajdonságra is ki kell terjednie.

VEGYES HÍREK

A Közkórházi Orvostársulat január 16-án, szerdán tartja évzáró közgyűlését az *Orvosegyesület Semmelweis-termében*, melynek keretében az ünnepi Semmelweis-előadást *Lénárt Zoltán* egyetemi tanár fogja tartani „A gége heges szűkületeiről" címmel.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. m. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. m. tanár, kórházi főorvos

A mesterséges légmellkészítés technikája és eredményei.

Amióta kiderült, hogy a tüdővész általában a körülírt hevenyalakokból fejlődik, amelyek a légmellkezeléssel feltűnően jól gyógyíthatók, még jobban indokolt ennek az aránylag egyszerű eljárásnak minél szélesebb körben való elterjedése, *mert ma már határozottan kimondhatjuk, hogy a légmellkezelés elmulasztása az alkalmas esetekben, egyenesen műhiba.*

A szükséges óvatossági rendszabályok betartásával veszélyei elenyészőek, ambulánsan végezhető, csak a felszerelésnek kell kifogástalannak lenni és főleg két szabályt kell föltétlen betartani:

1. Hegyes tűvel sohase végezzünk első töltést és mandrin nélküli tűvel utántöltést.

2. A készülék bármely állása mellett se legyen, akár véletlenül is, positiv nyomás. A hegyes tű és a positiv nyomás már sokszor okozott halálos légemboliát, mandrin nélküli tűvel utántöltésnél csak megkínozzuk a beteget, mert eltömül és 3—4-szer kell hiába beszúrni. A készüléket gondosan elő kell készíteni, a kifőzött eszközökből (tű, gummicső, fecskendő) a vizet el kell távolítani, a gumiból gyors körbeforgatással hajtjuk ki, a fecskendőről és kanülről a vizet a felfőzés után rögtön leöntjük, akkor megszárad. Ha víz marad ezekben a részekben, a manometer mozgása megbízhatatlan. Minden töltési napon frissen, hőléggel sterilezett vattaszűrőt használjunk.

Ha meggyőződtünk arról, hogy a készülék kifogástalanul működik, a beteget egészséges oldalára fektetve, kiválasztjuk a megfelelő helyet: a folyamattól távolabb, ahol nem kell nagyobb izmokon áthatolni. Sem az előzetes morphium-injectio, sem a helyi érzéstelenítés nem szükséges, csak a tűnek kell élesnek lennie. A bordaközt kitapogatva, ujjunkat lenyomjuk, így megfeszítjük a bőrt és egy csepp jódtinctúrával bekenjük.

Dupla kanülömet használom, amelynek lényege az, hogy egy külső hegyesbe beleillik egy belső tompa kanül, egyszerű elforgatással az 1. helyzetben a hegyes kanül, a 2. helyzetben tompa, elzárt nyílással, a 3. helyzetben tompa, nyitott nyílással. (Lásd leírását O. H. 1928. 29. sz.)

Első töltésnél: a lenyomott ujjunk előtt, közvetlen az alsó borda felső széle mellett, hirtelen benyomjuk a biztonsági fecskendőre szerelt kanült hegyesen; a mozdulatnak hirtelennek kell lennie, de csak a bőrön át szabad jutni, akkor a 2. helyzetbe forgatva a kanült, tompán hatolunk át az izomzaton, a mellhártyáig. Közvetlen a mellhártya előtt már érzünk ellenállást, ezen azonban könnyű átjutni, a pleura ellenállása nagyobb és átbökése nagyon jól érezhető, sőt hallható is. Ha úgy érezzük, hogy a pleura átbökése megtörtént, a kanült a 3. helyzetbe hozzuk, megszívjuk a biztonsági fecskendőt s csak ha így meggyőződtünk arról, hogy nem jutottunk vérérbe, nyitjuk meg a fecskendőnek a készülékhez vezető csapját.

Megtörténhetne az is, ha a pleura vastag, hogy az átbökéséhez szükséges nagy erővel a tű a tüdőbe szaladna, ilyen esetben ismét az 1. helyzetbe, hegyesre fordítjuk a tűt és nagyon óvatosan, a milliméter tizedrészével haladunk előre, s azután kíséreljük meg a tompa átbökést, addig próbálkozva, amíg az könnyen sikerül. Ezt annál is inkább meg kell próbálni, mert a mellhártya megvastagodása nem jelenti egyszersmind annak összenövését is.

Utántöltésnél: ha elég nagy a levegőköpeny, a tűt hegyesen szúrjuk át, hirtelen az egész mellkasfalon keresztül, s akkor mindjárt a 3. helyzetbe fordítjuk. A tompa kanül ebben az esetben mandrinként szerepel, ha a légköpeny kicsi, akkor éppen úgy járunk el, mint az első töltésnél.

A manometer kilengéseiből következtethetünk a pleuraür állapotára. Egész kis negativ nyomást kapunk már kis kilengéssel közvetlen a pleura előtt is, ugyancsak alig leng ki a manometer és 0 körül mozog akkor is, ha a tű a tüdőbe jutott, ennek azonban, helyes technika mellett, nem szabad előfordulnia. Ha a pleura lemezei részben össze vannak nőve, elég nagy kilengéseket kapunk, azonban 0 körüli minimummal, alig aspirálta-tunk ilyenkor pár cm^3-t, mindjárt leesik a nyomás és az aspiratio megszűnik. Ha a pleuraür szabad: a kilengések kiadósak, legalább 6—8 körül mozognak és a minimuma is negativ marad. Eredményt a beavatkozástól csak akkor várhatunk, ha a pleuraür legalább részben szabad, nagyobbfokú összenövések szétválasztását erőltetni és a töltést nyomással végezni nemcsak meddő, hanem veszedelmes is és nagyon sok ily esetben végződött halálos emboliával; ilyenkor a phrenicotomia helyénvaló. Töltésre a legalkalmasabb a levegő, amit steril vattaszűrőn át vezetünk, első alkalommal 350—450 cm^3-t juttatunk be, a beteget a következőig lefektetjük, két nap mulva megismételve, körülbelül 500 cm^3-t juttatunk be (ismét tompán!), azután 3 nap mulva. Első töltés után a beteg rendszerint roszszul érzi magát, egy órára a távozás előtt tanácsos lefektetni, a következő töltéseket már fel sem veszi. *A cél az, hogy fokozatosan optimalis collapsusba hozzuk a tüdőt,* optimum alatt értve nemcsak azt, hogy a beteg rész a légzésnél ne mozogjon, hanem azt is, ami mellett a beteg subjectiven a legjobban érzi magát. Az utántöltéseknek rendszeresen kell történniök, nem kíméli a tüdőt az, ha három-négyhetenkint 800—1000 cm^3-t juttatunk be, ezért eleinte legalább hetenkint kell végezni. Az optimalis collapsust pontos megfigyeléssel állapítjuk meg, a beteget minden alkalommal, töltés előtt és után, a Röntgen-ernyő elé állítjuk, megfigyelvén még 1. a mediastinumot (deviatio, hernia!), 2. sinusokat (exsudatum!) és 3. az egészséges oldalt, mert egyik hétről a másikra keletkezhetik infiltratum.

A legnagyobb asepsis mellett a legnagyobb óvatossággal kell eljárni, mert a kettőnek az elmulasztása exsudatummal jár. Legtöbbször a tüdő sérülése, megszúrása oka az exsudatumnak, de keletkezhetik spontán tüdősérülés is, ha az összenövések kinyúlt szálagjai sérülnek, épp azért ajánlatos felvételt is készíteni, mert a vékony szálagok csak azon látszanak. Német szerzők túlozva, 60—70%-ra is teszik a fellépő exsudatumot, óvatos eljárással legfeljebb 10%-ban fordul elő. Ha mégis föllép, arra kell törekedni, hogy a légmellet fenntartsuk, ha pedig az izzadmány erősen szaporodik és le kell csapolni, nem szabad azt Potin-készülékkel végezni, hanem *Morelli* methodusa szerint. Az eszköz nagyon egyszerű, házilag elkészíthető: másfélliteres üveg gumidugójába két lyukat fúrunk, beleillesztünk két rövid, derékszögű üvegcsövet, az egyiknek a végére kötjük a kanül gumicsövét, a má-

siknak a végére erősített gumicsőre 100 cm³-es fecskendőt szerelünk. A lecsapolás úgy történik, hogy meghúzzuk a fecskendő dugattyúját: az exsudatum az üvegbe folyik, ha most a dugattyút visszanyomjuk, ugyanannyi levegőt juttatunk be az exsudatum helyett, esetleg a szükség szerint többször aspirálunk és kevesebbszer nyomunk vissza levegőt. Így nem keletkezik olyan nyomáskülönbség, mint a Potin-készüléknél, ami nemcsak fájdalmas, de veszedelmes is. Ha az exsudatum hosszabb ideig bennmarad, összenövések elkerülhetetlenek, lecsapolásos utántöltéssel elkerülhető.

Általában 50%-ra teszik a légmellkezeléssel gyógyultak számát, de sokkal kedvezőbb még az arány, ha egészen korai esetekben alkalmazzuk. A Társadalombiztosító Pénztár tüdőbetegrendelőjében negyedik éve folyik a betegek ambulans pneumothorax-kezelése, azóta a beteganyag képe egészen megváltozott. Az előző években a súlyos betegek kimerítették egyévi táppénzüket, azután elmaradtak, mert munkaképességüket nem nyerték vissza s meghaltak. Ma rövidesen munkaképessé válnak, évekig kezelés alatt állnak s nagyrészt meggyógyulnak.

Nagyon sok türelmet és szeretetet kíván az eljárás az orvostól, mert csak így tudja elérni, hogy betegei évekig rendszeresen járjanak kezelésre, de az eredmény megéri, mert egyetlen kezelési móddal sem lehet ilyen gyógyeredményeket felmutatni.

Kováts Ferenc dr. egy. magántanár (Szeged).

A peritonsillaris tályogokról.

A szűkebb értelemben vett mandulaeredetű peritonsillaris tályog oly gyakori megbetegedés, hogy méltán számíthat a gyakorlóorvos érdeklődésére és tekintve a veszélyes szövődményeket, melyek előállhatnak, ha a genygyülem idejében le nem vezettetik, adandó alkalommal minden gyakorlóorvosnak tudnia kell ezen egyszerű műtéti beavatkozást elvégezni.

Nagyobb anyagon kétségtelenül megfigyelhető, hogy a peritonsillaris tályog bizonyos időszakokban sűrűbben jelentkezik, majd elmúlnak hetek-hónapok, amikor alig látunk egyet-egyet. Ennek a periodusos jelentkezésnek okát aligha kereshetjük másban, mint általában a hüléses bajok időszakos voltában, ami e bajok pathogenesisével van összefüggésben; a kórokozót a hüléses megbetegedésekre hajlamos egyén többnyire magában hordja és az orrban, szájban, főként pedig a mandulák lacunáiban, hasadékaiban, tasakjaiban jelenlevő csírok az alkalmi ok, a lehűlés, vagy meghűlés kapcsán virulensekké válnak. Ezért kapcsolódik a hüléses bajok előfordulási számaránya az időjáráshoz és fellépésük ezért időszakos jellegű.

Ha a gyulladás csak a mandula állományában folyik le, úgy a tonsillitisek különböző fajai állanak elő, ha azonban áttöri a fertőzés a mandula kötőszöveti tokját, elsősorban a mandula és a m. constrictor pharyngis sup. közötti laza kötőszöveti rétegben, a spatium peritonsillare-ban okoz gyulladást, melyet peritonsillitisnek nevezünk. E peritonsillitis — eltekintve a mindig jelenlévő és az állkapocsizület lobos érdekeltsége által feltételezett szájzártól, valamint a környéki nyaki mirigyek és nyirokutak fájdalmassága által néha kiváltott ferde fejtartástól, mint külső tünetektől — mandulakörüli duzzanatban nyilvánul, mely főként a *mandulától kifelé domborítja elő az elülső garativet, többnyire elmosódott határú* és bár a szövetek lobos beszűrődése folytán a duzzanat feszes és kemény lehet, mégis *„á" hangoztatásakor a fölötte megmozduló izomzat mutatja, hogy a mandula körül még nincs genygyülem*, csak a diffus oedema és gömbsejtes beszűrődés, mely lobellenes kezelésre (hideg toroköblítő és jégcravatte, belsőleg chinin) még felszívódhatik sebészi beavatkozás nélkül is. Ha az állapot az első 24 óra alatt nem mutat határozott javulást, sem objective, *sem a beteg subjectiv érzése tekintetében*, mi nagyon fontos, úgy ez annak a jele, hogy tályog van kialakulóban, melynek ismérvei is csakhamar megjelennek, különösen, ha a kórlefolyás gyorsítása érdekében most már meleg gargarizmák (kamillathea) és a nyakra alkalmazott felmelegedő borogatás, vagy kataplasmák (meleg borogatás, lenmaglisztes, sós zsákok, vagy thermofor) elrendelésével áttérünk az ú. n. „érlelő" kezelésre. A genyképződés a legtömegesebb infectio helyén indul meg, többnyire a mandula felső polusa táján, hol a legmélyebb és fejlődéstanilag előképzett tasak, az ú. n. fossa supratonsillaris foglal helyet, melyben a legtöbb detritus, ételmaradék, stb. képezik a bakteriumok melegágyát a testhőmérsék thermostatjában. *A felső polustól lateralisan kialakuló körülírt, feszes duzzanat* jelzi a peritonsillaris tályogoknak e leggyakoribb *„supratonsillaris"* elhelyezkedése esetén, hogy tályoggal állunk szemben, mely növekedve széttolja a lágyszájpad izomlemezeit és annak megfelelő oldalát is előboltosítja, amikor is fellép a kialakult supratonsillaris tályog másik jellemző tünete: a dunyogó, gombócos, orrhangú beszéd, mint a lágyszájpadizomzat működésképtelenségének folyománya, mi abban is kifejezésre jut, hogy *„á" hangoztatásakor a garatív, valamint az azonoldali lágyszájpadizomzat nem húzódik össze*, a tályog oldalán az ínyvitorla teljesen mozdulatlan marad. A tályog körülhatároltságáról legkönnyebben egy második karcsú spatula, vagy második kanálnyél (minthogy az elsővel a nyelvet nyomjuk le) tompa végével végzett óvatos tapintás segélyével győződhetünk meg, mert a digitalis vizsgálat már csak a jelentékeny szájzár miatt is lehetetlen.

Ha e vázolt tünetek meggyőztek a tályog jelenlétéről, ne késlekedjünk annak megnyitásával, mert a várakozás csak súlyos szenvedést ró a betegre és a fertőzés továbbterjedése által nagyobb veszélynek teszi ki. A tálygnyitás ilyen supratonsillaris tályog esetén legegyszerűbben és minden veszély nélkül úgy végezhető, hogy 1. a nyálkahártyát kb. 2 cm hosszúságban élesen bemetszük, az uvula gyökét az utolsó alsó zápfoggal (vagy annak helyével) összekötő egyenes vonal középső harmadában, az elülső garatív szabad szélével párhuzamosan (e hely nagyobbára megfelel a tályog legnagyobb domborulatának) és 2. karcsú Kocher-féle ércsípővel, vagy könyökben hajlított hosszúszárú és búzaszemhez hasonló alakú, de annál kissé nagyobb véggel bíró, ú. n. orrpincettával zárt állapotban a nyálkahártyametszésen át *fel és kifelé* tompa szúrást ejtünk 2—2½ cm mélységig is (mert néha ily vastag oedemás szövetréteg választja el a tályogot a felszíntől), közben tapintva a műszer végével, hogy hol érezzük legkifejezettebben a feszülő tályogfalat, majd a geny megjelenésekor kinyitva a tályogürbe jutott műszert, azt nyitott állapotban visszahúzzuk, miáltal tompán akkorára tágítjuk a tályogba vezető nyílást, hogy megfeleljen a nyálkahártyán lévő 2 cm-es bemetszésnek. A műszer szárait széttárni természetesen csak akkor szabad, ha annak vége már a tályogürbe jutott, tehát, amikor a többnyire bűzös geny már megjelent. E pár másodperces művelet nagy fájdalmasságát enyhíthetjük olymódon, hogy a tályognyitás helyére elsőben 20%-os kokain + tonogen āā keverékébe megmártott ecsetet tartunk egy percig, majd 2%-os novocainból befecskendezünk először laposan a nyálkahártyába 1 cm³-t, hogy az teljesen elfehéredjék, azután a nyálkahártyafelszínre merőlegesen 1 cm³-t az izomrostok közé a tályogig. Nagyon érzékeny egyéneknél és gyer-

mekeknél (utóbbiaknál a peritonsillaris tályogok ritkák) Whitehead-féle szájterpesztő előzetes behelyezése után felületes aethylchlorid-bódulatban szoktam előrehajtott fej mellett a tályognyitást elvégezni (a beteget vagy magasra ültetve, vagy előtte térdepelve, mikor is előre hajtott fej mellett is jól beláthatunk a torokba), hogy a geny aspiratiójának, vagy lenyelésének lehetőségét kizárjam. Ez utóbbi műtéti rendezéshez természetesen a homlokreflektor használatában való jártasság elengedhetetlen. A geny kiürülését nagy megkönnyebbülés szokta nyomon követni és a láz is többnyire azonnal megszűnik. A napok óta koplaló beteg ismét tud táplálkozni, az akadályozott lélekzés felszabadul, az előző álmatlanságot jótékony alvás váltja fel.

Néhány napon át szellőztetnünk kell a tályogürt, melynek nyílása 24 óra alatt összetapad, ami a sebszéleknek a Kocher-pince-szel, vagy orrpincettával való tompa és kíméletes széttárásában áll (zárt bevezetés és nyitva visszahúzás). Draincsík bevezetése nem ajánlatos, mert tapasztalás szerint egyfelől genyretentiót okoz, másfelől pedig a kilógó vége hosszabban kicsúszhatik, mikor is kínos köhögést, szűnni nem akaró hányást vált ki, ami a csík azonnali eltávolítását teszi szükségessé. Draincsíkot csak azon kivételes, igen ritka esetben szoktam a tályogürbe helyezni, ha az nagyon mélyen (több mint 2 cm mélységben) fekszik, mikoris másnap a kíméletes felkeresés a tompa műszerrel nehézségekbe ütköznék. E mélyenfekvő tályogokból a bevezetett draincsík sem esik ki oly könnyen az elmaradhatatlan nyelőmozgások hatására. A tályogüreget akkor hagyom elzáródni, amikor annak váladéka savós jelleget ölt.

Ugyancsak a mandulát a m. constrictor pharyngis sup.-hoz kötő laza sejtrétegben, a spatium peritonsillareban lejátszódó gyulladásnak egy másik sokkal ritkább alakja, mikor a tályog nem a mandula felső polusa közelében jelenik meg és nem az elülső garatívet, valamint a lágyszájpadot domborítja elő, hanem a mandula mögött alakul ki és a hátsó garatív előboltosítása által jut kifejezésre. Ilyen ú. n. *retrotonsillaris tályog* esetén a hátsó garatív mentén a tályog legnagyobb domborulatán végzünk 2 cm-nyi hosszanti nyálkahártyametszést és a Kocher-pinceszel, vagy a karcsú orrpincettával ugyanúgy nyitjuk meg tompán a tályogot, amint fentebb a peritonsillaris tályogok gyakoribb supratonsillaris localisatiójára nézve már leírtam. Az utókezelés szintén a fenti módon megy végbe és a *tályogszellőztetésre* itt is nagy súlyt kell helyezni. A tályognyitás után a torköblítést legcélszerűbb H_2O_2 1%-os oldatával végeztetni (két hyperol tabletta egy pohár vízre).

Még néhány szót az idejében meg nem nyitott tályogokhoz fűződő szövődményekről. Ha a tályog nem tör át szerencsés módon a szájüreg felé — bár ez áttörés alkalmával is bekövetkezhetik jelentékenyebb vérzés —, úgy elsősorban a m. constrictor pharyngis sup. izomlemezén át a mandulától oldalfelé fekvő ú. n. spatium parapharyngeumba veheti útját, melyet előfelé az állkapocs felhágó szára és a rajta tapadó musc. pterygoideus internus, oldalfelé a fascia parotidea mély lemeze és hátrafelé a fascia praevertebralis határolnak. Ezen spatium parapharyngeumot a proc. styloideuson tapadó izmok és szalagok fibromuscularis lemezt alkotva (aponeurosis stylopharyngea), felülről-hátulról, le- és előfelé haladó irányban (tehát a csontnyujtvány ferde lefutásának meghosszabbításában) egy elülső-felső és egy hátulsó-alsó részre osztják; előbbit spatium praestyloideumnak, utóbbit spatium retrostyloideumnak nevezzük. Ha akár áttörés, akár viszérrögösödés folytán átterjed a fertőzés a spatium praestyloideumba, úgy beszűrődnek deszkakemény duzzanat alakjában az állkapocs alatti mirigyek, úgy hogy a kép leginkább angina Ludovici-re emlékeztet, csak inkább oldalsó elhelyeződésű e mirigybeszűrődés. Ez esetben közeli lehetőség a plexus venosus pterygoideus fertőződése és a thrombophlebitis tovaterjedése a koponyaür felé a foramen ovalen átlépő emissarium útján, ami retrograd úton a sinus cavernosus thrombosisához és ezen a réven pyaemiához, sőt meningitishez is vezethet. Ha a fertőzés a spatium retrostyloideumba jut, ott még több lehetőség kínálkozik veszélyes szövődmények fellépésére. Itt foglal helyet mindenekelőtt a vena jugularis interna, mely fertőződhetik közvetlenül a venafal megbetegedése (phlebitis) következtében, de indirecte is a nyirokutak és a perijugularis nyirokmirigyek fertőződése által, mely utóbbiakról könnyen átterjedhet a fertőzés a venatörzsre. A pyaemia veszélye ilyenformán legközelebbről fenyeget, de a fertőzés lesüllyedése a mediastinum posticumba, mellyel a spatium retrostyloideum lefelé közlekedik, sem ritka kimenetele e fontos kötőszöveti rés genyes gyulladásának.

A vena jugularis interna, vagy az ugyancsak itt lefutó arteria carotis interna falán a phlegmone átmarhatja magát és így állhatnak elő azok az irodalomban elég nagy számban feljegyzett profus vérzések, melyeknek csak egy részében sikerült gyors tamponadedal és a vena jugularis interna, illetve az arteria carotis communis azonnali lekötésével a beteg életét megmenteni. Az arteria carotis interna genyes arrosiója vezethet aneurysma spurium képződéséhez is, melynek incisiója végzetessé válhat, miért is minden körülírt torokduzzanat incisiója előtt e ritka lehetőségre is gondolva, figyeljük meg, vajjon nem pulzál-e az?

A nagyközönség a toroktályogok kapcsán leginkább a megfulladás veszélyétől tart, pedig az e szempontból kárhozatos gégevizenyő érdekes módon, aránylag ritka szövődménye e megbetegedésnek és leginkább a spatium praestyloideum phlegmonéjához szokott társulni.

Latbavetve a sok szenvedést, mit a peritonsillaris tályog a betegnek okoz, tekintetbe véve a felsorolt súlyos szövődményeket és ismerve a bántalom visszatérő hajlamát, legcélszerűbb ezen egyszer is túlkínos és veszélyes betegségnek ismétlődése esetén a mandula gyökeres eltávolítását ajánlani, mi leghamarabb a gyulladás lezajlása után 4 héttel történhetik meg. Valósággal bámulatba ejti az embert, hogy vannak betegek, kik 10—15 kiállott tályogra tekintenek vissza és mandulájukat még mindig tartogatják újabb tályogok termelésére! Pedig a mandulaműtét számára talán a peritonsillaris tályog szolgáltatja a leghálásabb teret, mert — eltekintve attól, hogy a mandula eltávolítása tizedrészannyi szenvedést és kockázatot sem jelent, mint egy peritonsillaris tályog kálváriája és szövődményes eshetőségei —, a tonsillektomia a peritonsillaris tályoggal szemben tényleg teljes biztonságot eredményez.

Wein Zoltán dr.
kórházi főorvos.

Új irányok a malaria therapiájában.

A malariás fertőzések a therapia számára igen hálás megbetegedések közé tartoznak. A chininnel való kezelés sikerének alapfeltétele, hogy tényleg malariával legyen dolgunk, amit leggyorsabban és legbiztosabban haematologiai vizsgálattal: a parasiták kimutatásával döntünk el.

A malaria classikus chinin-kezelése az volt, hogy a várható roham előtt három órával adtak nagyobb adag chinin mur.-t. Azt csak pontos hőmérőzéssel

lehetett megállapítani, hogy mikor van ennek optimalis időpontja. Hátránya, hogy a beteget felesleges malariás rohamok észlelésével gyengíti.

Bár az egyes malaria-fajták pontos észlelés és hőmenet alapján jól elkülöníthetők egymástól, ma mégis a sokkal gyorsabb és teljesen biztos diagnosist adó vérvizsgálathoz folyamodunk, mely kis gyakorlattal legtöbbször 5—10 perc alatt pontos választ ad.

A mostoha viszonyok között dolgozó vidéki orvos is feltétlenül jól teszi, ha klinikai tünetek alapján malariának tartott, vagy arra alaposan gyanus betegtől egy csepp vért vesz tárgylemezre (törött ablaküvegdarabka is megfelel szükségből!) és azt a legközelebbi laboratoriumnak beküldi akkor is, ha már a malaria-ellenes chininkezelést meg is kezdte. Csak a haematologiai ellenőrzés véd meg minket oly diagnostikai tévedésektől, hogy hosszabb ideig malariának véljünk más eredetű, hidegrázásokkal, lépmegnagyobbodással járó kórképeket, melyeknek lázmenete is nagyon megtévesztő lehet.

A háborus évek alatt oly közismertté vált Nochtkúra nagyon megfelelt, főleg tömegkezelésnél. Naponta ötször húsz centigramm chininum hydrochloricum per os, egy héten át, utána két nap szünet, majd három nap chinin, utána négynapos szünet, úgy, hogy chinines és chininmentes napok mindig ugyanazon napokra esnek. A chinin-resistens malariák kezelésére főképen a Neosalvarsannal való combinálás vált be (természetesen külön-külön adva a szereket. Gyermeknek és rossz venájú felnőtteknek ma myosalvarsant adhatunk.) Nem egyszer az ilyen, chininnel szemben resistens eseteknél más szerek: methylenkék, Stybenyl, Antimosan stb. adagolása után lettek a plasmodiumok újból ch-érzékenyekké.

Néhány év óta bevezetett *plasmochin* (I. G. Farbenindustrie A.-G.) — Alkylamino 6 methoxy chinolin-só — úgylátszik a leghatásosabb; igen egyszerűen adagolható, még a tropica félholdakat is eltüntető szerünk. Adagolása tertiananál és quartananál naponta háromszor 1 tabletta, tisztán plasmochin (à 0·02), míg tropicanál a plasmochin. comp. (tabletta à 0·01 plasmochin 0·125 Ch. sulf.). Az individualizálás alapja, hogy tíz kg testsúlyra 0·01 plasmochint adhatunk naponta. Ilyen adagokra alig lép fel methhaemoglobinaemia (cyanosissal!), mely azonban gyakorlatilag jelentőség nélküli.

A plasmochin-kezelés schemája: I. tertiana és quartananál: I. héten 7 napon át 3 × 0·02 plasmochin, étkezés után. II. héten: 4 napos szünet után 3 × 0·02 plasmochin. III. héten: 4 napos szünet után ugyancsak 3 × 0·02 plasmochin. IV., V., VI. héten úgy, mint a II. héten adagoljuk.

Tropicánál I. héten 7 napon keresztül 3 ×. 4 × 2 tabletta plasmochin comp. étkezés után. II. héten 4 napos szünet után, 3 napon át 3 × 2 tabletta. Plasmochin comp. III., IV., V. és VI. héten úgy folytatjuk, mint a II. héten.

Plasmochin-kezelést contraindikálja súlyosabb ikterus és óvatosan adandó nephritissel szövődött malariánál, úgyszintén vitiumosoknál.

Tehát az antimalariás kezelést kezdjük meg a diagnosis haematologiai igazolása után rögtön, tekintet nélkül arra, hogy a beteg lázas-e vagy sem. Csupán abban az esetben használhatunk a betegnek több malariás roham bevárásával, ha kétségtelenül luetikus fertőzésen átesett vagy pp.-ben szenvedő malariás beteggel van dolgunk. Roham alatt és malariás cománál az i. v. chinin-adagolás lesz a leghatásosabb.

Göbl Albin dr., volt közkórházi adjunctus.

A fissura ani keletkezéséről és gyógykezeléséről.

Végbélrepedés tulajdonképen a destructiós proktitisek csoportjába tartozó ulcus traumaticum.

Csodálatos, hogy amilyen kicsiny az anatómiai elváltozás, éppen olyan heves és tűrhetetlen fájdalommal jár, következményeiben pedig veszélyes lehet. A bőr és nyálkahártya találkozásánál előforduló ehhez hasonló elváltozás, de semmiesetre sem ilyen fájdalmas a berepedt száj s az orrszárnyaknál ülő repedés, mindkettő a végbélrepedésnél jóval egyszerűbb kórforma.

Ami a fissura ani keletkezését illeti, úgy azt elsősorban a nagy és beszáradt bélsárrögök kipréselése idézi elő és főleg olyankor, ha a nyálkahártya vérbő (nodus), szóbajöhetnek még az idegentestek is és a paederastia. A repedések leggyakrabban a hátsó commissurában ülnek, néha a gát felé eső részen s legritkábban a két farpofa oldalán, hiszen ez bonctanilag és élettanilag könnyen elképzelhető. A már nyugalmi helyzetben is fájdalmas elváltozás székeléskor a legnagyobb kínokig fokozódhatik, a székeléstől való félelem pedig circulus vitiosus módjára súlyosbítja az elváltozást.

Már a vizsgálatra jelentkező beteg kikérdezése után is könnyen felállítható a kórisme, azonban tekintet nélkül a beteg érzékenységére és a vizsgálat fájdalmasságára, az ujjal történő vizsgálat mindig megejtendő, nehogy a végbélben ülő súlyosabb elváltozás figyelmünket elkerülhesse. A jól bezsírozott tapintó ujj mindenkor úgy vezetendő be — ha a repedés elhelyeződéséről a beteg tájékoztatni tud —, hogy a repedéssel szemben levő fal kerüljön benyuló ujjunk alá. Ha a végbélnyílás nem fekszik túlmélyen, akkor láthatóvá válik a bőr és a nyálkahártya határán az orsóalakú, vörös udvarral körülvett hámfosztott terület, amely a vizsgálatkor rendesen felvéreződik, s élesen különbözik a 8-as alakú tbc-s fekélytől, mely többnyire vérbővebb és kifejezetten alávájt szélű; a kezdődő cc. pedig a leggyakrabban kiemelkedő, felhányt szélű elváltozás és általában nem olyan fájdalmas.

A vizsgálat 0·02 cocain-adrenalinos végbélkúp előzetes behelyezése után elviselhetőbbé tehető.

A végbélrepedés gyógyulását egyrészt a záróizom állandó izgalmi összehúzódása akadályozza, másrészt a kemény szék által okozott erőművi behatás.

A fissura ani kezelése mindig a legegyszerűbb módon kezdődjék, székrendezéssel, végbélkúpok rendelésével és a végbél pontos tisztántartásával (0·02 cocain, 2 csepp adrenalin és 0·10 dermaforin). Ha a végbélben beszáradt bélsárrögöket találunk, úgy azt 50 cm³ táblaolajjal oldjuk fel a megindítandó székelés előtt. Székelés után alaposan megtisztítva a végbél nyílását, a repedést a végbélkúp behelyezése után lapis pálcával érintjük. A fájdalmak csillapítására morphiumszármazékokat ne használjunk. Ilyen kezeléssel szemben dacoló eseteknél igen csábító vértelen megoldás az ú. n. Recamier-féle eljárás: a záróizmoknak két ujjunkkal való tágítása, s pár napig nyugalomba helyezése a szék visszatartásával (ópium), amely azonban a legóvatosabban is elvégezve sokkal gyakrabban okoz incontinentiát, mint az egyszerű sphinkterotomia. Mindkét eljárás kellőleg előkészített betegen bódításban végzendő; nagyobb gyakorlatot és felszerelést igényel e műtétnek helyi érzéstelenítésben való elvégzése.

Borsos László dr., egyetemi tanársegéd.

73. évfolyam 3. szám. Budapest, 1929 január 19

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Petres József: A forradásos szemhéjbefordulás ellen a Budapesti Állami Szemkórházban végzett műtétek eredményéről. (53—56. oldal.)

Safranek János: A gége tuberculosisa az újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában. (56—60. oldal.)

Mészáros Károly: Capillarmikroskopos megfigyelések sklerodermiánál. (60—63. oldal.)

Kanócz Dénes: A tengerimalac tüdejéből nyert zsírbontó fermentum és annak hatása a tuberculosis bacillusára. (63—65. o.)

Wein Zoltán: Ritka teratoid-daganat a nyelvgyökön. (65—67. o.)

Hornyánszky Lajos: A vörheny-streptococcus-haemolyticus szerepe. (67—68. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (9—12. oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Fülgyógyászat. (68—71. oldal.)

Könyvismertetés. (71—72. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület január 12-i ülése. (72—73. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának január 8-i tisztújító ülése. (73. oldal.)

Petz Aladár: Kórházavatás. (73—74. oldal.)

Zemplényi Imre: A „Szülészeti Rendtartás" rövid kritikai ismertetése. (74—76. oldal.)

Vegyes hírek. (76—77. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti magyar királyi állami szemkórház közleménye (igazgató: Blaskovics László dr. egy. tanár).

A forradásos szemhéjbefordulás ellen a Budapesti Állami Szemkórházban végzett műtétek eredményéről.*

Írta: *Petres József dr.* másodorvos.

Az entropium cicatriceum ellen használatos eljárásmódok megválasztásában még korántsem beszélhetünk egységes eljárásról s amint tudjuk, a műtéti beavatkozás indicatiójában is különféle szempontokat tartanak szem előtt. A következőkben a trachomás forradás által előidézett szemhéji befordulásról, az ez ellen végzett különféle eljárásmódokról azzal a céllal szólok, hogy nagy számban végzett műtéteink során leszűrt tapasztalatainkat a jövőre nézve hasznosíthassuk. Bírálat tárgyává szeretnénk tenni az egyes műtétmódok megválasztását, eredményeinket, ezek tartósságát, a complicatiókat, valamint a szükségessé vált utóműtéteket.

A műtétek megválasztásában *Blaskovics* a Szemorvostársaságban tartott előadásaiban többször kiemelte, hogy a befordulás és a trichiasis más-más eljárást kíván, mert az előbbi esetben a tarsus görbe, az utóbbiban nem. E megkülönböztetés annyiban is jogosult, mert a kétféle okból származó szőrsori hiba együtt is előfordul.

Tehát külön fogok szólni a forradásos befordulásról, külön a rendszerint szemhéjszéli gyulladások következményeként keletkező trichiasis elleni eljárásokról. A distichiasisnak nevezett állapotot *Blaskovics* egyedül a világrahozott kettős sorban növő szőrökre tartja fenn, amely állapot egészen külön elbánást kíván s előadásomban erről nem is lesz szó.

Az itt figyelembe veendő szempontok helyes értékelése végett talán nem lesz fölösleges, ha röviden újból visszapillantunk a forradásos befordulás keletkezésének kérdésére. Tudjuk, hogy ezt a rendellenességet a szemhéjkötőhártya subepithelialis rétegeinek chronikus gyulladása következtében támadó forradásos zsugorodása okozza. Ez nem mindig a trachomás folyamat következménye; igaz, hogy eseteink túlnyomó részében ez a baj állapítható meg és mindössze egy pár esetben fordult csak elő a szemhéjkötőhártya tuberculotikus és lueticus megbetegedése. A trachoma forradásos szakában eleinte azt látjuk, hogy a pillaszőrök egymás között még szabályosan állanak, de már egy kissé a bulbus felé hajolnak, ilyenkor a szemhéj már tendentiát mutat a befordulásra, noha a corneát a szőrök még nem érintik. Ez a húzás fokozódhatik: mind több és több szőr érintheti a szarut, valamennyi ráfeküdhet, sőt azesetek egy részében 180°-kal is befordulhat. *Blaskovics* azt tapasztalta, hogy vastagodott szemhéj esetén nem annyira a tarsus, mint a subepithelialis szövet vastagszik meg. Ez a tarsus vastagságát többszörösen felülmúlhatja. E körülmény újabban *Birch—Hirschfeld* szövettani vizsgálatait is megerősítették. A Szemorvostársaságban *Kacsó* is hangoztatta, hogy a pillaváz ban magában nem igen található infiltratio, legfeljebb a kötőhártyával határos rétegekben. Ez a nagyfokú szövettúltermelés teszi lehetővé, hogy annak zsugorodása az ellenálló tarsust képes begörbíteni. Műtéti tapasztalataink azt igazolják, hogy a legtöbb tarsus rendszerint egyenessé válik a kihámozás után. Vannak azonban olyan esetek is, amikor a tarsus maga erősen zsugorodott, függélyes átmérőjében megrövidült és erős görbültsége a kötőhártya lefejtése után sem szűnik meg. Ezekből állapította meg *Blaskovics* a forradásos befordulásnak kétféle alakját: az *incompletet*, amely sohasem válik teljessé, mert a tarsus nincsen nagyobb mértékben megbetegedve és a *completet*, ahol a tarsus megvastagodása a fő oka a befordulásnak. A műtétre vonatkozóan az előbbi esetben a tarsus kiegyenesítésére kell törekednünk, az utóbbiban a hasznavehetetlen tarsusrészt el kell távolítani.

* A Magyar Szemorvostársaság 1928 március 30-i gyűlésén tartott előadás.

Újabban *Addario* is azt állítja, hogy a tarsus a trachomás folyamatban nem vesz részt s ezzel tulajdonképen tovább ment, mint, amit a mi tapasztalataink igazolnak. Sokszor látjuk, hogy a befordulás nem terjed ki a szemhéjszél egész hosszúságára, hanem annak csak egy részére, ez onnan származik, hogy a forradás húzása nem egyenletes a szemhéj egész hosszában. *Birch—Hirschfeld* is azt mondja, hogy csaknem ép szövetrészek mellett régi forradás és friss sejtes beszüremkedés fordulhat elő.

A műtéti módok sokasága mutatja azt a nagy nehézséget, amivel a forradásos befordulás megszüntetésénél találkozunk. A következőben a 898 forradásos szemhéjbefordulás ellen végzett műtétmódok közül bővebben azokkal az eljárásokkal óhajtok csak foglalkozni, amelyekkel tartós eredményt értünk el. Előre kell bocsájtanom, hogy a kórház fennállása óta a felfogásunk sok tekintetben változott, hisz 20 év anyagát igyekeztem áttekinthetővé tenni s így az alábbiakban találkozni fogunk olyan műtétmóddal is, amit ma már nem csinálunk. Nem csinálunk azért, mert vagy nem volt kielégítő az ezekkel elért eredményünk, vagy ma már biztosabb és eredményeiben tartósabb módszer is áll a rendelkezésünkre.

Hotz tarsus redressiójának nevezhető műtétet 89 esetben végeztünk, ebből 9 a felső, 80 az alsó szemhéjra jut. A felső szemhéjon hat elégtelen eredményt adott, amit négyszer epilacio elektrolytikával corrigáltunk, s akkor még kétszer Flarer-féle pillaszőrkiirtást is végeztünk. Az alsó szemhéj könnyű forradásos befordulásai ellen a *Hotz* műtéte már jobb eredményt adott, mert 80 itt végzett műtétünk után négy esetben volt csak elégtelen az eredmény, amelyeket háromszor elektrolytikus epilatióval, egyszer a Hotz-féle eljárás megismétlésével próbáltunk megjavítani. Kétszer túleredményt láttunk.

A Hotz-féle eljárás eredményességét Celsus féle bőrkimetszés összekapcsolásával 83 esetben igyekeztünk fokozni, mind a 83 esetben az alsó szemhéjon. Ezek közül hét esetben túleredményt észleltünk, amely részben az izom túlságos meggyengítésétől, részben a túlnagy bőrkimetszéstől származhatott. Tizenkétszer elégtelen hatása miatt négyízben Flarer műtétet, négyízben a műtét megismétlésével találkozunk a kórleírásokban. Két esetben sebszétválás miatt, két esetben széles forradás keletkezése miatt ismételtük meg a műtétet. A többi recidiva esetében, ahol ez inkább csak néhány hibás állású pillaszőr érintésében nyilvánult csak meg, elektrolytikus epilatióval szüntettük meg a beteg kellemetlen érzését.

Ha most visszapillantunk az Állami Szemkórházban végzett fenti műtétek eredményére, amit a szemhéj elülső felszínén alkalmazott, ma már helytelennek tartott függőleges irányú feszüléssel akartunk elérni, mindenekelőtt azt kell látnunk, hogy már a szükséges feszülés mértékének a kiszámítása is nehézségekbe ütközik, hisz mind elégtelen, mind túlságos eredmény egyaránt előfordult az eseteink között. A bőr függőleges feszülése ugyanis nem képes a kötőhártya forradásos zsugorodásának kellően ellenállni. Ha pedig túlságba megyünk a kimetszés szélességével, a feszülés a szemhéj szélét húzza le és kifordulás támad anélkül, hogy a tarsus begörbültségén változás történnék.

Az eredmény tartósságának biztosabbá tételét célozták a pillavázon végrehajtott különféle eljárások.

Ezek közül varrattal egyebekötött Steatfield-féle ékalakú kimetszést mindössze négy esetben végeztünk, de ebből is főműtétként csak egyszer, pillaváz megfordítása után pedig háromszor pótműtétként vettük igénybe.

Később a Hotz féle redressiós műtétet kombinált Streatfield—Hotz néven elég jó eredménnyel végeztük három esetben a felső, nyolc esetben az alsó szemhéjon. Ezek közül recidivával egyik esetben sem találkoztunk, két esetben azonban fonalmenti genyedés miatt a műtétet meg kellett ismételnünk. A két eljárás összekapcsolásával láthatóan tökéletesebb kibillentést tudtunk a szemhéj elülső felszínén elérni.

A *Streatfield* eljárásához hasonló *Kuhnt* ékalakú kimetszését is végeztük, még pedig 12 esetben a felső, 10 esetben az alsó szemhéjon; eredményeink azonban nem voltak kielégítőek. Öt recidivánk volt, amelyeket kétszer elektrolytikus epilatióval, egyszer *Hotz* eljárásával és kétszer Blaskovics—Machek-féle marginoplastikával corrigáltunk.

Kétségtelen, hogy a tarsoplastikai eljárások sem oldják meg teljesen a kívánt módon a feladatot. A tarsusbeli ékalakú kimetszés technikai megoldása tökéletlen, mert alig képzelhető, hogy olyan pontosan összeillő sebfelületet tudjunk két metszéssel elérni, amelyek teljesen összefekszenek, ha pedig ez nem következik be, akkor az összegyógyulás sem lehet pontos, sőt voltaképen szoros összeköttetés két tarsussebszél között sohasem jön létre.

Kuhnt tarsus-kihámozását 101 esetben végeztük, ezek közül 87 a felső, 14 az alsó szemhéjra esik. Az eleinte végzett műtét öt esetében a felső szemhéjon sebburjánzást észleltünk. Éppen ennek elkerülése végett a későbbi műtéteket mindig Blaskovics-féle matracvarratokkal kötöttük össze. A hét recidiva is a felső szemhéjon volt, ezeket kétszer epilatióval, ötször Blaskovics—Machek féle marginoplastikával javítottuk ki. Ebből látható, hogy a tarsektomia eseteiben aránylag jó közvetlen eredményről számolhatunk be, de hogy ma már csak kivételes esetben végezzük, annak más oka van. A műtét után ugyanis néhány évvel később vissza jött négy betegen azt láttuk, hogy felső szemhéjuk túlságosan felfelé volt húzódva és a bulbustól házfedélszerűen elállott. További megfigyelésünk folyamán a zsugorodás előrehaladásánál nemcsak a felfelé húzódás fokozódását észleltük, hanem az horizontalis irányban is érvényre jutván, a szemhéj közepén valóságos duplikatura képződött. Ez már kozmetikailag is kifogásolható volt és zavarokat okozott a könnylevezetésben is.

Tarsitis tuberculosa és luetica, valamint a trachomás esetek igen kis számában, ahol chronikus gyulladás következtében a pillaváz a környező szövetekkel teljesen összekapaszkodik, maga a tarsus is megvastagodik; vagy az is előfordul, hogy felpuhul és később nem is tapintható, mintha a tarsus felszívódott volna. Az előbbi esetben a következményes szemhéjbefordulás megszüntetése a megvastagodott pillaváz teljes eltávolítása és fülporcogóval való pótlása útján történt. Ilyen esetet négyet operáltunk.

A trachomás befordulás olyan alakjai ellen, amikor a pillaváz megvastagodásával együtt a tarsalis kötőhártya is túltengett volt, ellenben az áthajlás nagyjából épnek látszott, a pillaváz kihámozásával együtt a megbetegedett kötőhártyát is eltávolítottuk. Régebben ilyenkor a pillaváz kombinált kimetszését végeztük a szemhéjszélhez közel vezetett metszéssel, mégpedig 54 esetben, valamennyit a felső szemhéjon. Ezek közül ötször a baj megújult. Nem annyira emiatt, mint inkább a pillaváz kihámozása után észlelt későbbi szemhéjfelhúzódás miatt, ma már nem végezzük ezt a műtétet. De nincs is rá szükségünk, amióta a Liebermann-féle cauteres excisióval kapcsoljuk össze a pillaváz megfor-

dítását. Ez a következményeiben súlyos complicatio adta *Blaskovics*nak az első impulzust arra, hogy az eltávolított pillavázat pótolni kellene valamivel, mert ezzel lehet csak megakadályozni, hogy a szemhéjemelő a pillaváz helyén támadó forradásszövet zsugorodásával a meghagyott tarsuscsíkhoz húzódjék. *Blaskovics* magát a kimetszett pillavázat használta fel erre a célra, s csak kivételesen pótolta azt fülporcogóval. *Blaskovics* azelőtt a pillaváz megfordításának és visszahelyezésének nemcsak ezt a szerepet tulajdonította, hanem a szemhéj végleges szabályozódását is ettől remélte. Amint ismeretes, a műtét technikai kivitelében is, hatásmódjának értelmezésében is, később változtatások történtek.

Ez a műtét a forradásos szemhéjbefordulás elleni eljárásaink igen jelentős részét teszi, eddig ugyanis 368 esetben végeztük. Ezekből 355 öt a felső, hetet az alsó szemhéjon hajtottunk végre, hat esetben pedig, amikor kezdődő befordulással együtt a pillavázat vaskos, beszüremkedett kötőhártya fedte, de az áthajlás látszón ép volt, a pillaváz megfordítását Liebermann-féle cauteres excisióval kötöttük össze. Engedjék meg, hogy pár szóval a műtét hatásmódjáról is szólhassak. Említettük, hogy az esetek nagyobb részében, ahol a pillaváz megvastagodása nem volt nagyon feltűnő, a kihámozás után azonnal kiegyenesedett a pillaváz és a visszahelyezéskor sem görbült előre, tehát a hatást sem értelmezhettük úgy, mint régebben. E tapasztalat alapján úgy véli *Blaskovics*, hogy nem is a pillaváz megfordítása, hanem a forradásos kötőhártyától való felszabadítása a műtét fontosabb mozzanata. Azért nem válik még feleslegessé a pillaváz megfordítása sem, mert az elülső felszíne, amely a megfordítás után a kötőhártyával érintkezik, símasága miatt alkalmatlan arra, hogy újból szorosabban összenőhessen a conjunctivával. Ennélfogva lehetséges, hogy a kötőhártya további zsugorodása ellenére sem görbül be a pillaváz. Említettük, hogy a pillaváz sebszélei között tökéletes összenövés nem jöhet létre, hanem pseudoartrosis-szerű állapot fejlődik ki, mint ahogy ezt operáltak szemhéjkifodításakor tapasztalhatjuk is, mert ilyenkor a szemhéjszéli pillavázcsík külön elmozdítható, ami különben megnehezíti a szemhéj kifodítását. Ez a mozgathatóság biztosítja az eredmény tartósságát, mert a levator bőrrel összefüggő rostjai a szemhéjszélt állandóan kifelé billentik. Úgy tapasztaltuk, hogy a pillaváz megfordítása a forradásos szemhéjbefordulás bármilyen szakában jó eredménnyel alkalmazható, tekintet nélkül arra, hogy az összes pillaszőrök érintik-e a szaruhártyát, vagy pedig még csak egy-kettő, hacsak ez utóbbi nem blepharitis következménye.

A bonyodalmak műtét közben nem voltak jelentősek; két esetben a tarsalis kötőhártya annyira rövid és szakadékony volt, hogy a fonalak behelyezése nem sikerült, a műtétet varrat nélkül kellett befejeznünk. Öt esetben erősebb vérzést észleltünk, amely az arcus tarseusból származott. A vérzés többször a szem átkötése után indult meg, amit talán úgy értelmezhetünk, hogy az átmetszett ér a tömött porcogóban nem tud retrahálódni. Két esetben nyomókötés is elegendő volt a vérzés megszüntetésére, de egyszer érlekötés, egyszer pedig intravénásan kellett optocalcilt alkalmazni. A legsúlyosabb esetünkben hatalmas haematomát kaptunk, amelynek tartalmát utólag bőrmetszéssel kibocsátottuk, a maradék vér azután hamarosan felszívódott.

Műtét utáni complicatióink sem voltak számottevőek. Négy esetben a sebből kiinduló burjánzást kellett utólag lemetszenünk, hat esetünkben beszélhetünk csak recidiváról, ebből háromban a szemhéjszél egyharmada fordult csak újra vissza, amit megokoltnak is láttunk, mert azon a helyen a kötőhártya forradása és megrövidülése súlyosabb volt, mint a szemhéj többi részén. Azonban a pillaváznak hibás irányú átmetszése is okozhatta a részleges recidivát. Másik két esetünkben a befordulás complet volt, tehát a pillaváz erősen vastagodott és deformált is volt. Emellett a kötőhártya zsugorodását is igen súlyosnak találtuk úgy, hogy lefejtése nagy nehézségekbe ütközött. Valamennyi esetben, ezek közül abban is, ahol a szemteke sorvadt volta járulhatott hozzá a baj megújulásához, az újbóli befordulás már a műtét utáni harmadik-negyedik héten bekövetkezett.

A három könnyebb esetet Streatfield-féle pillavázkimetszéshez kapcsolt kibillentő varratok segítségével javítottuk ki, míg egy esetben a megvastagodott pillavázat kellett kihámoznunk. Kettőben *Van Millingen* szerinti szájnyálkahártya átültetésével szüntettük meg a szőrök érintkezését a szemtekével.

Inversio után négy ízben a megfordított pillaváz felhúzódott és szabálytalan dudort alkotott a szemhéj bőre alatt, ami inkább csak kozmetikai szempontból volt kifogásolható. Ennek elkerülése céljából *Liebermann* a fonalak szemhéjszéli átöltésénél a pillaváz hozzáfogását ajánlja. Azonban azzal is elkerülhetjük a bajt, ha a pillaváz elülső felszínének felfejtésekor a levátornak a bőr felé húzódó rostjait nem vágjuk át, mert ezzel meggátoljuk, hogy a levator kelleténél jobban retrahálódhassék. Megjegyzendő, hogy ez a hiba sem a szemhéj működését, sem a pillaszőrök állását nem befolyásolja.

Kilenc betegen a műtét utáni negyedik-ötödik napon a szemhéjszélen fonalmenti genyedést figyeltünk meg, amely lassan terjedt s amelynek okát szemhéjszéli necrosisban véltük feltalálni. Ez azután nemcsak kozmetikai hiba volt, hanem a coloboma két szárán a pillaszőrök hibás állásba is kerültek. Ilyen zavarok ellen két esetben Friede féle műtétet, egy esetben Blaskovics-féle marginoplastika tarsalist alkalmaztunk sikerrel.

Huszonhárom esetben a műtét után hibás állású pillaszőrök maradtak vissza, amely esetekben szemhéjszéli gyulladás is volt észlelhető. Feltehető tehát, hogy az érintő szőrök a szemhéjszéli gyulladás következményei voltak, minélfogva nem írható a megfordítás rovására. Ezekben az esetekben epilatióval segítettünk a bajon.

Kórlapjaink 368 pillaváz megfordításánál csak 18 esetben szólnak deformálódott tarsusról. Kétízben a pillaszőrök egyrésze kihullott a műtét után, ezt a szemhéjszélhez túl közel vezetett metszésnek tulajdoníthajuk, amivel megsértettük a szőrtüszőket. Úgy ezekben az esetekben, mint a szemhéjszél *Flarer* utáni madarosisa eseteiben kozmetikai célból korommal tetováltunk szőröket.

Említettük, hogy az alsó szemhéj pillaváz megfordítását mindössze hét esetben végeztük. Eredményeinket nem mondhatjuk kielégítőnek, mert előbb utóbb recidiva támadt. Nehéz volna arra határozott feleletet adni, hogy a felső szemhéjon olyan jó és tartós eredményt adó pillavázmegfordítás miért nem válik be az alsó szemhéjon is? Az egyik feltevés az lehetne, hogy itt a kötőhártya erősen össze van nőve a fascia tarsoorbitalissal és ez a megfordítás után újra bekövetkezik, ami talán elegendő ok lehetne arra, hogy ismét begörbítse az amúgy is vékony pillavázat. Ellentétben a tisztán forradásos befordulással, az entropium musculocicatriceumos esetekben kielégítő eredménnyel alkalmaztuk a pillaváz megfordítását.

Úgy a trachomával társult trichiasis, mint a régebbi éveknek még nem eléggé tisztázódott felfogása az entropium és a trichiasis közötti különbség tekintetében,

az oka annak, hogy elég nagy számmal végeztünk szemhéjszéli műtétet trachomás entropium ellen, de pótműtétként is alkalmaztuk. Ilyen szemhéjszéli műtétet végeztünk a régi időben, főleg az alsó szemhéjon Flarer-félét 64 esetben, ebből 14 eset esik a felső, 50 az alsó szemhéjra. Ezek egyharmadában a műtét részleges volt.

Ugyancsak a régebbi években *Kuhnt* szemhéjszéli pillaszőr eltávolítását, mindig az alsó, szemhéjon 11 esetben végeztünk, elég jó eredménnyel.

Nagyon zsugorodott, xerotikus kötőhártyájú esetekben *Van Millingen* szerinti szájnyálkahártyaátültetést végeztünk összesen nyolc esetben, ebből ötöt a felső, hármat az alsó szemhéjon, ebből négyet pótműtétként. A szemkiszáradással járó kellemetlen tünetek enyhültek a nyálkahártya megtapadása után.

Machek—Blaskovics szemhéjszéli plastikáját részben önálló, részben pótműtétként 28 esetben végeztük; 15 ször a felső, 13-szor az alsó szemhéjon. Részleges pillaszőrérintés ellen a felső szemhéj külső részén négy esetben sikerrel végeztük *Spencer—Watson* eljárását.

Hasonló okokból még tökéletesebb eredménnyel alkalmaztuk két esetben a felső, egy esetben az alsó szemhéjon *Friede* tarsuscsík-átültetését. Különösen olyankor találtuk jónak, amikor szemhéjszéli necrosis után nem annyira a hibás állású pillaszőr, mint az élszerűen kiemelkedő szemhéjszéli forradás súrolta a corneát.

Három esetben az alsó szemhéjon jó eredményt adott *Blaskovics* marginoplastika tarsalisa, ezek közül teljes pillaszőrhiány volt két esetben, s emiatt korommal taetováltuk a szemhéj szélét.

Ezenkívül 49 esetben végeztünk elektrolytikus epilatiót, 23-szor a felső, 26 szor az alsó szemhéjon.

Ha az elmondottak alapján összegezzük és összehasonlítjuk a különböző eljárásokkal elért eredményeinket, külön kell beszélnünk a felső, külön az alsó szemhéjról. A felső szemhéjon végzett befordulás elleni műtétmódok kisebb száma, szemben az alsó szemhéji eljárások nagyobb számával, első tekintetre is azt mutatja, hogy itt több sikerrel, tartósabb eredménnyel végeztük azokat. Ha a műtéti eljárások értékelésénél nem is veszszük figyelembe az összes complicatiókat, hanem az eljárás értékéül az elért eredmény tartósságát vesszük csak alapul, akkor is azt kell mondanunk, hogy az inversio tarsival a felső szemhéj forradásos befordulását biztosan meg tudjuk szüntetni, mert az észlelt 1·97% recidiva nem írható a módszer rovására.

Irodalom: *Löhlein:* Augenärztliche Operationslehre, zweite und dritte Auflage. 1922, 187—240. old. — *Blaskovics:* A pillaváz megfordítása, egy új módszer a forradásos szemhéjbefordulás megszüntetésére. O. H. 56. évf., Szemészet. 3—4. sz. — *Birsch—Hirschfeld:* Zur Histologie des Trachoms. Bericht der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. 1925. 152—155. oldal. — *Blaskovics:* Ueber Lidwandplastik, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1910. 58. évf. 334—338. old. — *Blaskovics:* Über die Entstehung des senilen Ek- u. Entropiums. Zeitschrift f. Augenheilk. 49. köt., 30—42. old. — *Blaskovics:* Tarsoplastik durch Umwendung des verkrümmten Teiles des Lidknorpels. Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 61. köt., 577—588. oldal. — *Straub:* Altes erneuert über die Operation des Entropium. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 45. köt., 168. old. — *Blaskovics:* On Results of Turning Of The Tarsus. Reprinted from the Archives of Ophthalmology. 1925, évfolyam, I. sz. — *Kuhnt:* Zur Beseitigung des Entropium organicum am unteren Lid. Zeitschr. f. Augenheilk. 24 .köt., 154. old. — *Straub:* Die Exstirpation des Lidknornels zur Heilung des Entropium trachomatosum. Klin. Monatsbl. f. Augenkunde. 47. köt., 429. oldal. — *Liebermann:* Die Behandlung des Trachoms. Zeitschr. f. Augenheilk. 44. köt., 387. o. — *Löwenstein:* Ohrknorpel als Versteifung des Oberlides nach Tarsusausschälung, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 66. kötet, 115. oldal.

A székesfővárosi Új Szent János közkórház gégegűmőkóros osztályának közleménye.

A gége tuberculosisa az újabbkori tuberculosis-kutatás megvilágításában.

Írtá: *Safranek János dr.* egy. rk. tanár, közkórh. főorvos.

(Második, befejező közlemény.)

Ha ezek után *a gégetuberculosis klinikai kórképeit immunbiologiai felfogás szerint kívánjuk elemezni*, nyomban felvetődik e kórképek osztályozásának kérdése. A tuberculosisnak gégebeli manifestatiói tudvalevően a legváltozatosabb kórképeket produkálják s ezek osztályozása, illetve sémákba sorozása nagy nehézségekbe ütközik. A kórbonctani fejlődési stadiumok (subepithelialis miliaris tuberculumok, infiltratum, fekély, perichondritis) egymásból könnyen levezethetők, de tudjuk, hogy e kórbonctani alaptypusoknak egymással való változatos combinatiója, a gümősödés formativ ingerlése folytán a felette fekvő hám burjánzása és ezúton pachydermiák keletkezése, a góc körül beálló és klinice oedema képében mutatkozó collateralis gyulladás, továbbá a gümőgóc környezetének productiv gyulladásban (kötőszövetburjánzásban) megnyilvánuló reactiója, az ujdonképzett kötőszövet exstructiv növekedése a legváltozatosabban komplikálhatja és valóban proteusszerű változatosságban állítja elénk a gégetuberculosis klinikai képeit. E klinikai kórképeket csakúgy, mint a régebbi szerzők, az újabbak közül *Manasse* is infiltratiós, ulceratiós, tumoros és perichondritises kórformákra osztja, míg *Blumenfeld* már 7 klinikai kórformát állít fel: 1. tuberculosus infiltratio; 2. exstructiv alak (plateauk, kúpok, kihegyzett, fogazott, kakastaréjszerű képletek alakjában mutatkozó tuberculosus burjánzások); 3. destructik alak (tuberculosus fekély); 4. tumor-tuberculosus (fibroma és fibroepithelioma tuberculosum); 5. miliaris tuberculosis;[9] 6. perichondritis és 7. lupus. Ami az utóbbi kórformát illeti, a felső légutak lupus vulgarisát tárgyaló monographiámban részletesen kifejtettem, hogy a nyálkahártya-lupust külön kóralakként kell osztályoznunk. Ezt a distinctiót az újabb szerzők is betartják.

A szorosabb értelemben vett tuberculosus gégefolyamatok felsorolt classificatiói az elváltozásoknak *morphologiai* mineműségén alapszanak s az elváltozások alaktani sokfélesége késztette *Blumenfeld*et a kórformák typusainak szaporítására. A dolog azonban úgy áll, hogy az esetek javarésze *több* kórforma jeleit mutatva, csupán bizonyos önkényességgel sorozható ezen kórformák egyikéhez vagy másikához. De ha valamely eset a vizsgálat időpontjában valamelyik alaptypusba sorozható is, rövid idő, talán már néhány nap multán egy másik typus jeleit mutathatja, hisz olykor szinte szemünk láttára a benignusabb jellegű kép hirtelen malignus jelleget ölt. Más esetekben viszont a gégebeli elváltozás hosszú heteken-hónapokon át változatlan, sőt olykor spontan gyógyulási tendentiát mutat.

Mindeme jelenségeket okszerűen megvilágítja *az immunbiologia*, mely causalgenetikus összefüggésbe hozza a tuberculosis kórképeinek változatosságát. Ha szem előtt tartjuk, hogy immunbiologiai felfogás szerint a „betegség" fogalma nem jelent valamely rögzített állapotot, hanem ama folyton folyvást változó, ide-oda hullámzó folyamatot jelenti, mely a bacillus és emberi

[9] Legújabb munkájában *Blumenfeld* a miliaris tuberculosist, mint önálló kórformát elhagyva, 7 ik alakként a másodlagos oedemákat (a gümős góc környezetében mutatkozó perifocalis és collateralis gyulladást) írja le.

test között folyó változatos, hol az egyik, hol a másik fél javára billenő küzdelemnek kifejezője: sok homályosnak, szinte rejtélyesnek látszó körülmény válik előttünk világossá a gégetuberculosis lefolyásában. Az immunbiologia megadja egyszersmind magyarázatát a therapiás beavatkozásokra vonatkozó ellentmondó tapasztalatoknak is, amelyek szerint ugyanazon alaptypushoz tartozó, azonos morphologiai jellegű elváltozások esetén ugyanazon beavatkozásunk egyik esetben a legszebb sikert mutatja fel, más esetben pedig teljesen sikertelen, avagy egyenesen káros hatású.

Immunbiologiai felfogás szerint a gégetuberculosis különféle megjelenési alakjai, változatos kórformái úgyszólván csupán pillanatképek, melyek a kórokozó és az emberi szervezet közötti küzdelemnek ábrázolói és amelyek e harc mindenkori állását tükrözve vissza, aszerint változnak, amint az erőviszonyok egyik vagy másik irányban tolódnak el. A kutatók javarésze által elfogadott antitest theoria determinatiója szerint, ha a szervezet elegendő mennyiségű antitoxikus antitestnek termelésével a kórokozó toxinjait meg tudja kötni, ez esetben a gégebeli folyamat is jóindulatú, latens periodusokkal megszakított lefolyást mutat, mely megfelelő therapia alkalmazására megállapodhatik és meg is gyógyulhat. Ily esetekben, minthogy a toxinok megvannak kötve, főképen a bacillus idegentesthatása érvényesül s a gégebeli képet a productiv elváltozások uralják: infiltratum, gümős tumor s idesorozhatók a papillaris excrescentiák is. A betegre kedvezőtlen immunitásos állapot esetén viszont a toxikus componens jut túlsúlyra és a gégebeli képet erős exsudativ gyulladás tünetei dominálják, melyek kapcsán nekrosis és kifekélyesedés következik be. Ha azonban az erőviszonyok újból a beteg javára billennek s a szervezet védelmi működése kerekedik felül, az exsudativ jelenségek háttérbe lépnek s ezeket a productiv alakok váltják fel: az erős sarjképződés, a kötőszövet burjánzása. A szervezet immunitásos állapotának megváltozása tehát a tuberculosis gégebeli manifestatiójának megváltozását vonja maga után.

Bumba a Blumenfeld-féle klinikai kórformákat immunbiologice elemezve, e kóralakokat két, egymástól lényegesen különböző csoportra osztja, ú. m. *productiv* és *exsudativ* alakokra. Az előbbiekhez tartozik a gümős infiltratum és tumor, az utóbbiakhoz a destructiv alak, a miliaris tuberculosis és a perichondritis, kettőjük között áll az exstructiv kórforma.

A gümős infiltratum relative jól kifejlett immunitásos állapot kifejezője. Ez alakban dominál az idegentest componens; a gümős góc környezetében olykor mutatkozó oedema ugyan a kórokozó toxinhatására utal, ez utóbbi azonban nem annyira intensiv, hogy a vizenyősen duzzadt szövetelemek szétesését idézné elő, amennyiben az immuntestek a toxinokat legnagyobbrészben megkötni képesek. Ez az állapot mindaddig nem súlyosodik, míg valamely intercurrens megbetegedés, vagy a szervezet védőképességét kedvezőtlenül befolyásoló egyéb tényező azt le nem fokozza, mely esetben a toxikus componens jut túlsúlyra és szétesés következik be. Ha ellenben a szervezet immunitása még jobban megerősödik, a csekélyfokú toxikus jelenségek is eltűnnek, az idegentesthatás még inkább előtérbe lép, a góc körüli kötő-, illetve kötő- és hámszövet hatalmas burjánzásnak indul, melynek eredménye a *tumor tuberculosus* (fibroma, illetve papilloma tuberculosum).

A productiv és exsudativ formák között középhelyet foglal el az *exstructiv alak*, melyben kisebb-nagyobb kúpok, kihegyezett, fogazott, kakastaréjszerű képletek rendszerint egy fekély körül foglalnak helyet. E kóralak a bacillusok támadása és a szervezet védekező apparatusa közötti harc hullámzását szembeszökően illustrálja. A szervezet immuntest tartalma nagyon ingadozó s a kórokozóknak a vérpályába való minden újabb beözönlése súlyos tehertételt jelent az amúgy is nagyon labilis védekezőképességre. De ha a bacillusok beözönlése nem túlgyors és nem túltömeges, a szervezet védekezése felülkerekedhetik s ez esetben az exsudativ folyamat háttérbe lép; ellenkező esetben gyors szétesés következik be.

A destructiv kóralak (tuberculosus fekélyesedés), a *miliaris tuberculosis* és a *perichondritis tuberculosa* a szervezet immunitásos állapotának majdnem teljesen leromlott voltára mutatnak. A tuberculosis secundaer stadiumában, vagyis az elmondottak szerint többnyire haematogen úton létrejött gócból keletkező *fekélyesedés* esetén a prognosis nem éppen kedvezőtlen, feltéve, hogy sikerül a szervezet hirtelen lecsökkent védekező erejét kellőképen felfokoznunk. Kevésbbé jók a kilátások a tertiaer stadiumban keletkezett ily folyamat esetén, mert a szervezet reactióképességének hiányán minden igyekezetünk hajótörést szenvedhet. A *gége miliaris tuberculosisánál* a kórokozók hirtelen és tömegesen árasztják el a vérpályát; a bacillusoknak gyors egymásutánban ismétlődő massiv beözönlése esetén a kórjóslat teljesen infaust. A fekélyesedő folyamat tartósan leromlott immunitásos állapot esetén contactnövekedés útján mindinkább a mélybe terjedvén, végül eléri a porchártyát s előáll a *perichondritis tuberculosa* vígasztalan képe, melynek létrejöttében rendszerint secundaer fertőzés szerepel.

A gégetuberculosis kórképeinek productiv és exsudativ typusokra osztásával a laryngologusok a tüdőphthisisnek *Aschoff* szerinti felosztásával analog classificatióra törekednek, melynek sarkalatos pontja a tuberculosus gócok productiv és exsudativ jellege közötti megkülönböztetés következetes keresztülvitele, mert hiszen az egyik vagy a másik typusnak túlnyomó volta szabja meg a kórkép jellegét és további lefolyását s ezzel jó- vagy rossztermészetűségét, amennyiben a productiv typus kötőszövetburjánzásra s ez úton a góc eltokolódására és gyógyulására irányuló tendentiát mutat, míg az exsudativ typus irányzata a szöveteknek az exsudativ gyulladáshoz társuló szétesése, elsajtosodása.

A kórbonctani elváltozások e jellegének alapulvételével s tekintettel egyszersmind a folyamat klinikai mineműségére, *Rickmann* a gégegümőkór osztályozására a következő sémát ajánlotta:

Klinikailag:	*Kórbonctanilag:*		
progrediáló	productiv	infiltratiós	tuberculosis
		ulceratiós	
stationaer			
latentiára hajló			
latens	exsudativ	infiltratiós	
		ulceratiós	

Localisatio:	*Másodlagos elváltozások:*
hangszalag	perichondritis
álhangszalag	tumorképződés
hátsófal	abscessus
epiglottis stb.	

Rickmann hangsúlyozza, hogy tekintettel többféle kórforma együttes jelenlétére, mindenkor csupán az elváltozás kimagasló, illetve túlnyomó jellegét kell megjelölnünk. A progrediáló tuberculosist subfebrilis temperaturák, nyelési fájdalmak, erős köhögési inger és toxikus tünetek jellemzik; a stationaer alak bizonyos egyensúlyozottságot mutat, míg a latentiára hajló tuberculosisban gyógyulási tendentia mutatkozik s bizonyos idő multán átmegy a latens alakba, melyben klinice betegségi tünetek már nem mutatkoznak.

A gégetuberculosis kórformáinak *productiv* és *exsudativ* typusokra való felosztását azonban többen kifogásolták. A laryngologusok egy része azon a nézeten van, hogy a régi megjelölések (infiltratio, ulceratio stb.) a legvilágosabbak s a klinikai és anatomiai képnek leginkább megfelelők; *Zange* klinikai jelek alapján *tömör* és *renyhe* alakokat különböztet meg; *Blumenfeld* szerint a tüdőgümőkórnak Aschoff-féle kórbonctani classificatiója már csak azért sem vihető át a gégetuberculosisra, mert ez utóbbi histogenetice lényegesen különbözik a tüdőgümőkórtól és ellentétben a tüdőnek homogen szöveti szerkezetével, a gége szöveteinek hete-

rogen structurája folytán a larynxban a folyamat localisatiója van befolyással a kórkép kifejlődésére. Fejtegetései során arra a következtetésre jut, hogy nincs célja a tuberculosus elváltozások kórbonctani jellege alapján való osztályozásnak, hanem helyesebb, ha az általa javasolt *exstructiv* és *destructiv* formák közötti megkülönböztetést tartjuk fenn.

Ily módon azonban *Blumenfeld* is régebbi hét kórformáját az elváltozás legfontosabb jellegének kidomborításával két oly kórformára redukálja, melyek csakúgy, mint a Zange-féle tömör és renyhe alakok, lényegben megfelelnek a *productiv* és *exsudativ* typusoknak. E meghatározások ugyanis nem jelentik a gégefolyamatnak a productiv és exsudativ typusú tüdőfolyamattal való kórbonctani teljes analogiáját, hiszen az exsudativ alak tüdőbeli typusára, az exsudativ-sajtos pneumoniára gégebeli analogia nincs is, hanem e definitiókkal e felosztás hívei az elváltozás morphologiai mineműségén alapuló diagnosis helyett voltaképen *qualitativ diagnosisra* törekszenek s azt kívánják jelezni, hogy az előbbi esetben a tuberculosisnak inkább kötőszövetképződésre hajlamos, tehát kigyógyulási tendentiát mutató, vagyis jobb prognosist adó s therapeutice is jobban befolyásolható formájával van dolgunk, míg az utóbbi esetben a szétesésre, kifekélyesedésre tendáló s így prognostice és therapiás befolyásolhatóság szempontjából is kedvezőtlenebb alakjával állunk szemben. Természetesen szem előtt kell tartanunk, hogy a productiv és exsudativ alakok között sok átmenet van, sőt voltaképen a két folyamatot maradandóan élesen elválasztani nem is lehet, ami a „betegség" fogalmának immunbiologiai értelmezésből önként következik.

A gégetuberculosis változatos kórformáinak rendszerbe foglalása kétségtelenül kiváló gyakorlati fontosságú. Mert a kórfolyamat várható sorsát a gégetuberculosis diagnosisa *magábanvéve* még nem világítja meg, de nem világítja meg kellőképen az elváltozásnak csupán morphologiai mineműségén alapuló diagnosisa (infiltratio, ulceratio stb.) sem, vagyis szükségünk van a kórformák oly csoportosítására, mely az egyes csoportokba tartozó esetek diagnosisának bizonyos *prognostikai értéket* ad, melyet azután az adott eset individualis tulajdonságainak mérlegelésével tovább is tökéletesíthetünk. Adott esetben tehát a szóbanforgó kórfolyamat *typusát* kell megállapítanunk. Ennek megállapítása természetesen nemcsupán a gégebeli, hanem *az egész kórfolyamat jellegének* gondos kivizsgálása útján lehetséges. Az egész szervezet tüzetes átvizsgálása alapján nyert klinikai kép az esetek nagy többségében kétségtelenül már magábanvéve is tájékozódást fog nyujtani, de az adott eset exact qualitativ osztályozására szükségünk van az *immunbiologiai állapot* diagnosisára, mely a klinikai képek értékelésében döntő fontosságú s *prognostikai és therapiás mérlegelésünk alapját szolgáltatja.* Bár a therapiára mai előadásom keretében nem kívánok kitérni, mégis *hangsúlyoznom kell, hogy az immunbiologiai állapotot felölelő qualitativ diagnosisra szükségünk van nemcsupán az általános, hanem a localis therapia és nevezetesen operativ beavatkozásaink szempontjából is,* mert e tekintetben végzetes hibák forrása lehet, ha megállapítva a gümős infiltratum, ulcus, tumor diagnosisát, e localis lelet alapján *sematice* járunk el és infiltratum esetén mélyszúrást végzünk, a fekélyesedést cauterisáljuk, a tumorszerű képződéseket pedig excindáljuk. Figyelembe veendő ugyanis, hogy a gümős gócot eltávolító, illetve elpusztító beavatkozásunkkal oly ingert alkalmazunk, melyre a gócot környező szövetek egyrészt az inger qualitása és quantitása, másrészt reactioképességük szerint változóan reagálnak; de nemcsupán localis, hanem általános reactio is követi beavatkozásunkat, melyet a gümős góc elpusztításakor felszabadult s a vérpályába sodort endotoxinok váltanak ki. Leginkább tanulmányozott ez a kérdés a galvanocaustikás mélyszúrásnál, mely, miként *Lubarsch* és *Albrecht* állatkísérletei igazolják, nemcsak az alkalmazás helyén hat coagulatiós nekrosis útján, hanem a szomszédságban is elhalnak a beteg sejtek s reactiv collateralis gyulladás áll be, mely a kötőszövetburjánzást serkenti s ezáltal a góc eltokolódását elősegíti. Ismeretes továbbá, hogy a galvanocaustikás beavatkozást változó intensitású általános reactio is követi. Hasonló az ú. n. véres sebészi beavatkozások nyomában bekövetkező reactio is. *A beavatkozásainkkal alkalmazott inger qualitását és quantitását tehát a szervezet mindenkori reactio-állapotához kell szabnunk, ezért meg kell állapítanunk az allergiát, a labilitást vagy anergiát,* mert hisz nyilvánvaló, hogyha beavatkozásunkkal valamely gümős gócot ki is küszöbölünk, e beavatkozásunk nem járhat sikerrel, ha a szervezet már annyira leromlott, hogy a gyógyuláshoz vezető reactiofolyamatok létesítésére nincs elegendő ereje. Sőt, beavatkozásunk egyenesen kárára lesz a szervezetnek, ha a gümős góc elpusztításakor a vérpályába sodort toxinokat a szervezet leromlott védekező ereje nem képes ártalmatlanná tenni.

A mondottak illustrálására szolgáljon a következő eset: Jónevű szakorvos igen súlyos általános és gégetüneteket mutató beteget szállíttat be osztályomra. Az előzményekre vonatkozóan előadja, hogy 8 hónappal ezelőtt a gége hátsó falán székelő hatalmas gümős tumort, mely jelentékeny functiozavart okozott, operative eltávolította. A beavatkozást követő reactio lezajlásával a műtéti seb gyógyult, de néhány hét multán újabb tumorszerű képződmény mutatkozott, ugyanazon a helyen, mely mindinkább növekedvén, a szakorvos újabb beavatkozásra szánta el magát. Időközben azonban a beteg influenzában megbetegedett, mely bajával hosszú heteken keresztül laborált és hosszasan lázas volt. Állapota enyhülésével történt a második műtét, mely alkalommal a szakorvos radicalisabban óhajtván eljárni, a tumor eltávolítása után annak alapját alaposan excochleálta. És íme, e beavatkozást igen súlyos általános tünetek követték, localisan pedig rohamosan haladó szétesés következett be, hatalmas oedemától környezve, mely miatt az esetleg szükségessé váló tracheotomia céljából szállította be a beteget. Az eset magyarázata felettébb egyszerű: az első beavatkozás alkalmával nem maga a gümős góc, hanem a körülötte kifejlődött hatalmas kötőszövetburjánzás távolíttatott el. Az akkoriban még erősen allergiás betegen a góc környezete csakhamar újabb kötőszövetburjánzással reagált. A második műtét előtt elszenvedett intercurrens megbetegedés, az influenza a szervezet védekező erejét annyira lefokozta, hogy a második beavatkozás alkalmával a nyilván már a negativ anergiához közeledő betegen a gümős góc excochleálásakor felszabadult s a vérpályába sodort endotoxinokat a szervezet nem volt képes ártalmatlanná tenni.

Visszatérve a kórfolyamat typusának megállapítására, kellő megfigyelés alapján a gégefolyamatnak úgy *kórbonctani* (túlnyomóan productiv vagy exsudativ) *alapjellegét,* valamint *klinikai jellegét* (progrediens, stationaer, latentiára hajló vagy latens voltát) megállapíthatjuk; de természetesen minden egyes esetben az *egész szervezetet* tüzetesen át kell vizsgálnunk egyéb specifikus gócokra. Tekintettel arra, hogy az esetek nagy részében a gége megbetegedése *intrapulmonalis folyamattal* kapcsolatos, elsősorban erre kell kiterjesztenünk figyelmünket. Általánosságban a tüdő- és gégebeli folyamat kórbonctani jellege bizonyos congruentiát mutat oly értelemben, hogy a tüdőgümőkór exsudativ-sajtos alakjaiban többnyire a gégében is a destructiós folyamat van előtérben, míg a túlnyomóan productiv-fibrosus formákban a gégében is analog

szöveti jellegű elváltozások dominálnak. Az esetek többségében eme, a *Piery-Arbez*-féle törvénynek megfelelő parallelismus kétségtelenül megvan. S megvan a congruentia a klinikai lefolyás tekintetében is, melyre vonatkozóan *Hayek* a következőket mondja: 1. Az isolált phthisishez társuló contactmetastasis további kifejlődése leggyakrabban lépést tart a tüdőfolyamat további lefolyásával és az általános állapottal. Ha az általános állapotnak tartós javulásától kísérve a tüdőfolyamat jó gyógyulási tendentiát mutat, a contactmetastasis is javul és viszont. 2. Jóval ritkábbak azok az esetek, melyekben a contactmetastasis a tüdőfolyamat és az általános állapot határozott javulása dacára rosszabbodást mutat, úgyhogy klinice főgócnak imponál. 3. Még ritkább az olyan eset, melyben az előbb jelzett jelenség oly szembeszökően mutatkozik, hogy a contactmetastasis felületesebb vizsgálatkor klinice isolált primaer góc benyomását kelti. Ilyen esetben inkább a generalisatiós szak haematogen metastasisáról lehet szó. 4. Úgyszólván sohasem javul az előrehaladott contactmetastasis a tüdőfolyamatnak és az általános állapotnak tovahaladó súlyosbodása esetén.

Általánosságban ez a parallelismus kétségtelenül fennáll, a szerzők nagyrésze szerint azonban ennek *törvényszerűségéről* nem lehet szó. Magunknak is nem egy tapasztalatunk van a tüdő- és a gégefolyamatnak antagonistikus megtartására vonatkozóan s az az eset, amidőn a gége, a tüdőfolyamat javulása dacára, tovahaladó rosszabbodást mutat, nem tartozik az extrem ritkaságok közé. Eszerint az egyes szervek immunitásos állapota nem mindig egyező. Különféle nemspecifikus localis ártalmak, melyek a szövetek védelmi működését alászállítják, játszhatják ebben a főszerepet. Nézetem szerint ily esetekben a megbetegedett gégének teljesen leromlott localis védekezőereje miatt a gége az exogen superinfectióknak, különösen ezek tömegessége és gyakorisága esetén teljesen ki van szolgáltatva. *W. Neumann* szerint ugyan, ki a *Piery-Arbez*-féle törvényszerű parallelismus híve, tovahaladó larynxtuberculosis esetén a tüdőfolyamat javulása csupán látszólagos és téves következtetésen alapul, amennyiben a hangszalagok destructiója folytán a hangrés tökéletlen elzáródása miatt a beteg tüdőrészek felett a szörtyzörejek s egyéb auscultatiós jelek mind gyengébben válnak hallhatóvá. Azokban az esetekben, amelyekben a gégebeli góc kezdettől fogva klinice főgócnak imponál, avagy isolált primaer megbetegedés benyomását kelti, észleleteim szerint úgyszólván mindig a generalisatiós stadium haematogen metastasisáról van szó.

A tüzetes tüdővizsgálat, beleértve a Röntgenvizsgálatot, a tüdőfolyamat localisatiója, kiterjedése és kórbonctani mineműsége (túlnyomóan productiv vagy exsudativ jellege), a köpetvizsgálat pedig nyilt vagy zárt volta felől tájékoztat. Egybevetve már most a gégebeli folyamat mineműségét az így nyert adatokkal, az általános állapot mineműségével és hőmenettel, az adott eset classificatiójára kellő alapot nyerünk, melyet azután *az immunbiologiai állapot diagnosisával* tökéletesítünk.

Az *immunitásos reactiók* közül osztályomon csupán a bőr allergiás reactióját vizsgáljuk, a bőr immuntiterét állapítva meg Mendel-Mantoux szerint; gégebeli gócreactiók provokálását diagnostikai célból kerüljük, mert tudvalevően kifejezett gócreactio a gégében jóval később mutatkozik, mint a tüdőben és az allergiás ingerküszöböt tetemesen túllépő antigendosis a progrediáló tüdőgócokban veszedelmessé válhatik. A bőr tuberculinreactiója, mint antigen-anitestreactio, egyes kivételektől eltekintve, bizonyos mértékig felvilágosítást nyujt a szervezet védekezőerejéről. Bár e reactio theoriás alapja minden kétséget kizáró módon tisztázva még nincs, az eddig ismert tények alapján az esetek többségében a reactio mineműségéből oly következtetések vonhatók le, melyek a szervezet resistentiája fokának megítélésében jól értékesíthetők s amelyek, kapcsolatosan a vérsejtsüllyedési reactióval, a haemogrammal, valamint a többi nemspecifikus diagnostikai segédreactióval (diazo-, urochromogenreactio stb.), a qualitativ diagnosis tekintetében értékes adatokat szolgáltatnak, természetesen mindenkor csupán a *klinikai kép keretében.*

Az osztályomon végzett eme *nemspecifikus biologiai reactiók* eredményeiről s az azokból levonható következtetésekről részletesebben máshelyütt fogunk beszámolni, ez alkalomal csupán az összesített eredményeket feltüntető táblázatot ismertetem:

	Leukoc.	Bas.	Eos.	Neutroph.			Lymphocyt.		Monoc.	S. R. mm	D. U. %
				Fiat	Pálc. magv	Segm.	Nagy	Kicsi			
I.	7,000	0·5	0·8	1	3	58	20	15	3	15	—
II.	11,000	—	—	3·5	7	57	11·5	13	5	32	25
III.	9,000	0·5	0·4	5	20	58	8	7	4	86	60

Vizsgálati anyagunkat a klinikai kép alapján kedvező (I.), kétes (II.) és kedvezőtlen (III.) esetek csoportjára osztottuk. A táblázatban, a könnyebb áttekinthetőség céljából, az egyes csoportok értékeiből kiszámított középszámokat tüntettük fel. Különösen figyelemre méltó a neutrophil-vérkép balra eltolódása, a fiatal alakoknak és a pálcikamagvú sejteknek megjelenése a keringő vérben; ezeknek arányszáma párhuzamosan emelkedik a folyamat súlyosságával. Megvan ez a párhuzam a vérsejtsüllyedés (S. R.) arányszámaiban is, melyet a Westergreen-féle eljárás szerint vizsgáltunk. Az utolsó rubrika a positiv diazo- (D.) és urochromogen- (U.) reactiók eredményeit mutatja százalékokban; a positiv reactiók arányszáma a folyamat súlyosságával növekedik.

Kiemelni kívánom, hogy ez utóbbi, könnyű szerrel végezhető reactiók a prognostikai mérlegelés és therapiás indicatio felállítása szempontjából igen használható útmutatóul szolgálnak. Positiv diazo- és tartósan positiv urochromogen reactiót adó esetekben activ therapiát még akkor se alkalmazzunk, ha a gégefolyamat pillanatosan még jóterméketűnek látszik.

A mindeme adatok alapján felállított qualitativ diagnosis tehát nemcsupán a prognosis, de a követendő therapiára vonatkozóan is irányítást ad és különösen fontos útmutatást abban az esetben, ha valamely műtéti beavatkozásról van szó. A netán még kétes esetekben sikerrel vehetjük igénybe a *Tóvölgyi* által is ajánlott probatorius galvanocaustikát, mely a gége szöveteinek reactioállapotáról nyujt felvilágosítást.

Valamely adott eset tüzetes qualitativ classificatiója tehát éppenséggel nem könnyű feladat, melyet a laryngologus rendszerint a belorvossal, illetve phthiseotherapeutával karöltve old meg. De nemcsupán a már manifest gégecomplicatio gondos kivizsgálása szükséges, hanem voltaképen *minden tuberculosus egyén gégéje ellenőrzés alatt tartandó,* annyival is inkább, mert miként vizsgálataink mutatják, a gége megbetegedése az esetek eléggé jelentékeny részében már a tuberculosis generalisatiós stadiumában következik be és éppen ez utóbbi esetek jelentékeny része therapeutice kedvezően befolyásolható. Meg kell még jegyeznem,

hogy nem túlságosan ritkák az ú. n. tünetnélküli gégeesetek, melyekre *Pollatschek* hívta fel a figyelmet; a tuberculosus betegek számára szolgáló kórházi osztályaink beteganyagának rendszeres átvizsgálása alkalmával eléggé gyakran találkoztunk oly betegekkel, akiknek olykor jelentékeny infiltratuma vagy gümős tumora tünettel nem járt.

Természetesen tisztában kell lennünk azzal, hogy a leggondosabb vizsgálat és mérlegelés alapján felállított individualis prognosis sem lehet teljesen tökéletes, hisz azt váratlan és kiszámíthatatlan körülmények, véletlenek mindenkor módosíthatják. De ha valamely adott eset mérlegelésében a most kifejtett elvek szerint jártunk el, megtettük mindazt, amit az újabbkori tuberculosiskutatás eredményei alapján tehetünk. Hogy ezen irányelvek szemmeltartásával a különféle therapiás eljárásokkal mely esetekben és mily sikereket érhetünk el: erről egy más alkalommal lesz szerencsém beszámolni.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. egy. ny. r. tanár.)

Capillarmikroskopos megfigyelések sklerodermiánál.

Írta: *Mészáros Károly dr.*

A szövettani vizsgálódáson kívül a capillarmikroskopia igen alkalmas a sklerodermiás bőr tanulmányozására, főképen azért, mivel élőn végezhető s így sorozatos megfigyelésekre is felhasználható. Ez a vizsgáló eljárás alkalmasnak látszott annak eldöntésére is, hogy mi a szerepe a sklerodermia kifejlődésében a legapróbb erek elváltozásának.

Ezen eljárás segítségével eddig is már többen végeztek vizsgálatokat sklerodermiánál.

Niekau[1] Raynaud-kórnak sklerodermiával társult esetéről számol be, amelynél az első ujjperc feszítő oldalán, a csuklóizület hajlító oldalán, továbbá a kulcscsontalatti tájon végzett vizsgálatokat. Az ujjak végpercei annyira csonkák voltak, hogy vizsgálatra nem voltak alkalmasak.

Saphier[2] dermatoskopiai vizsgálatokat végzett sklerodermiánál, a bőr mikroskopiájával foglalkozott (papillák, pigment stb.), a capillarisok elváltozását nem tárgyalja.

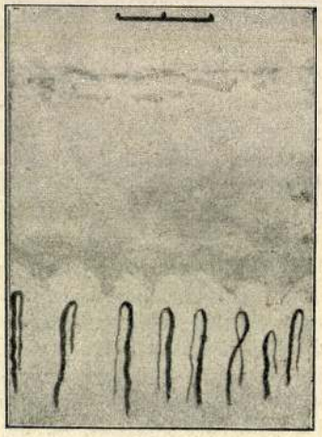
O. Müller[3] nagy alapvető könyvében szintén szerepel a sklerodermia capillarmikroskopos képe (a limbuson egy eset kapcsán).

Brown és *O'Leary*[4] 10 esetet dolgoztak fel, amelyek közül ötöt tartanak csak valódi sklerodermiának, a többi, véleményük szerint, valószínűleg Raynaud-eset volt. Sajnos, az ő munkájukat csak referatumból ismerem.

Vizsgálataim során 5 sklerodermiás beteggel foglalkoztam, 4 nőbeteggel és 1 férfibeteggel, a folyamat valamennyinél diffus volt. A 4 nőnél kifejezett sklerodaktylia volt jelen, a férfinél a kezek bőre normalisnak látszott, csak kissé szárazabb volt a rendesnél.

Eszközül az O. Müller-féle capillarmikroskop szolgált, amely bármely bőrterület vizsgálatára alkalmas. A bőr áttünővé tételére (felvilágosítására) cédrusolajat használtam. A rajzok készítésekor ocularmikrometerrel és 8-as ocularral dolgoztam. Valamennyi rajzom 65-szörös nagyítással készült. A rajtuk feltüntetett léptéknek egy osztályzata 100 mikronnak felel meg.

A bőr nagy részét átnézve, arra az eredményre jutottam, hogy az elváltozások legjobban demonstrálhatók a kézujjak limbusán (a körömszélen), a kézháton és a mell felső részének bőrén (*Niekau* észlelőhelye). A bőr szerkezete, helyesebben capillarmikroskopos képe, ugyanis mindenütt nagyjában ezen három fő-



1. ábra.
Ep limbus.

typus egyikének felel meg, viszont ezek egymástól sokban különböznek.

I. A limbuson látható elváltozások.

1. A capillarisok sűrűsége.

Brown és *O'Leary* leírják, hogy sklerodemiánál a capillarisok megritkulnak. Ugyanezt észleltem magam is vizsgált betegeimen.

Ezen megfigyelés azonban csak úgy bír kellő értékkel, ha számadatokkal van alátámasztva. Megengedem, hogy gyakorlott észlelőnek azonnal feltűnik, ha a szokottnál kevesebb capillarist lát, mégis úgy áll a dolog, hogy a szemmérték a mikroskopos vizsgálatnál még sokkal inkább tévedhet, mint a makroskopos megfigyelésnél, az így nyert eredmény nem lehet objectiv.

Leghelyesebben akkor járunk el, ha a capillarisok sűrűségét megmérjük. Különös, hogy a capillarisok sűrűségére vonatkozólag az irodalomban alig találunk számadatot. *Spalteholz*[5] a bőrerek anatomiájának tárgyalásánál megemlíti, hogy csupán a kézhátról van egy adat *Carrier*től, amely szerint ott normalis viszonyok között 0·7 négyzetmilliméternyi területen 20—25 capillaris-hurok látható. Más bőrterületről nincsenek adataink.

A limbuson látható capillarisok sűrűségére vonatkozólag tehát nincs adat az irodalomban, ezért számolásokat végeztem úgy egészségeseken, mint különböző bajokban szenvedő betegeken.

A limbuson levő capillarisok normalis viszonyok között meglehetősen szabályos sorokban rendeződnek el (1. ábra). A számolást az első sor capillarisain végeztem ocularmikrometer segítségével, megszámolva, hogy 1 millimeterre hány capillaris esik. *Normalis viszonyok között 10—12-t találtam.* A mérést mindig több ujjon végeztem (4—5 ujjon) és a nyert számok középértékét vettem.

Sklerodermiás betegeimnél 5—7 capillaris esett 1 milliméterre (2. ábra). Találtam az egyik esetben olyan helyet is, ahol az első sor capillarisainak nagy része elpusztult, úgy hogy csak 2—3 capillaris esett egy millimeterre (3. ábra).

2. A capillarisok alakja, nagysága, vastagsága.

Az elváltozás nem érint minden capillarist egyformán. Vannak olyan capillarisok, amelyek alig mu-

tatnak elváltozást, sőt vannak teljesen épnek látszó capillarisok is.

Ennek előrebocsájtása után térjünk rá arra, hogy milyen az a kórosan elváltozott capillaris, amelyet sklerodermiára jellemzőnek mondhatunk.

Mint a 2. ábra mutatja, ez az alak közel áll a hajtűalakhoz, azonban eltér attól annyiban, hogy az arteriás és a venás szár a rendesnél távolabb esik egymástól, miáltal az áthajlás az arteriás szárból a venás szárba nem történik hirtelen kanyarulattal (kis sugarú félkörrel), hanem lassú átmenettel (nagy sugarú félkörrel).

Míg a capillarisok hosszára, a szárak vastagságára vonatkozólag bőven van adat az irodalomban, a száraknak egymástól való távolsága nincs lemérve. Azt találtam, hogy *normalis viszonyok között az arteriás és a venás szár egymástól való távolsága: 15—30 mikron. Sklerodermiára jellemző capillarisoknál ez a távolság 75—150 mikront is elérhet.*

Ezek a capillarisok nem nevezhetők óriás capillarisoknak, mivel száraiknak hossza rendszerint nem haladja meg a normalis méreteket. *Bruns* és *König*[5] szerint a normalis arteriás szár legnagyobb hossza: 400 mikron, az átlagérték *O. Müller* szerint: 200 mikron. Mellékelt ábráimról (1. és 2. ábra) is ezek a méretek olvashatók le, és pedig úgy az ép, mint a kóros capillarisokról.

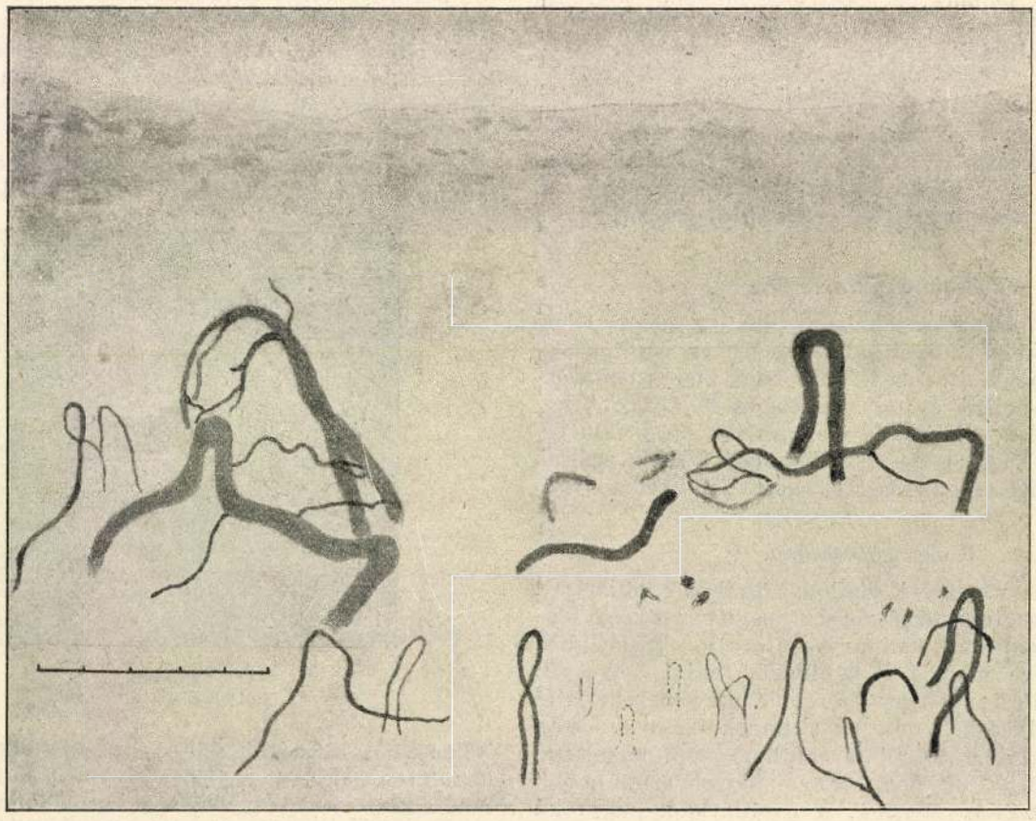
Ezen *capillarisok többnyire meg vannak vastagodva*, de rendszerint nem nagy mértékben. Jellemzőnek tartom, hogy *az arteriás és a venás szár vastagsága között nincs különbség*, úgy, hogy csak az áramlás irányát figyelve tudjuk azokat egymástól megkülönböztetni. Tágasságuk 20—35 mikron, de előfordulnak 10—15 mikron vastag szárú, tehát normalis vastagságú capillarisok is, 100 mikron szártávolság mellett. Tehát nem annyira a szárak megvastagodott volta a jellemző, hanem az arteriás és venás szár egyenlő vastagsága, a szokottnál nagyobb szártávolság mellett, amely a fent leírt és a 2. ábrán látható alakot eredményezi. Az ilyen



2. ábra.
Sklerodermiás limbus.

capillarisok igen merevnek látszanak. Az áramlás bennük többnyire egyenletes, lassú. Kiegészítésül csak azt jegyzem meg, hogy a szárak centralis irányban nem ritkán távolodnak egymástól.

Ismétlem, hogy nem minden capillaris mutat ilyen elváltozást, sőt a capillarisok nagy része normalisnak látszhat, vagy más elváltozást mutathat, de tekintettel arra, hogy ezt az alakot mind az öt esetben megtaláltam, más betegségeknél pedig ilyen typusosan sohasem láttam, sklerodermiára jellemzőnek vélem. Észleltem abban az esetben is, amelyben a kéz és az ujjak bőre normalisnak látszott.



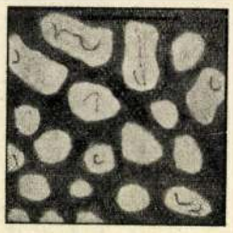
3. ábra.
Sklerodermiás limbus.

Azok a capillarisok, amelyek ezt az elváltozást nem mutatják, különfélék.

Vannak, amelyek alakra és nagyságra nézve megközelítik a normalisat s amelyeken az arteriás és a venás szár vastagsága között fennáll a szabályos különbség, vannak továbbá valódi óriás capillarisok, hosszú, erősen megvastagodott szárakkal. Ezeket *Brown* és *O'Leary* leírták. A szárak megvastagodása többnyire egyenletes (befűződésektől mentes). Meg kell jegyeznünk, hogy óriás capillarisok más betegségekben is előfordulnak, tehát nem jellemzők sklerodermiára. A capillarisok legnagyobb része hajtűalak, száruk hullámos, de nem nagy mértékben; lehet majdnem egyenes is. Erősen csavarodott alakokat, aminőket *O. Müller* ír le, nem láttam. Feltűnt, hogy a szárak egyszerű kereszteződése által képzett 8 as alak is ritka. Ez a capillarisok merevségének volna betudható.



4. ábra.
Normalis kézhát.



5. ábra.
Sklerodermiás kézhát.

Anastomosisok a capillarisok között is gyakoriak, ezek komplikálttá tehetik a képet.

A capillarisok pusztulására mutatnak egyes elmosódott contourú, halvány, zsugorodott capillarisok és egymással össze nem függő capillaris-darabkák, amelyekben az áramlás hosszas megfigyelés útján sem fedezhető fel. Több esetben volt alkalmam megfigyelni, hogy egy egy, néhány hét előtt még működő capillaris ilyen állapotba került, majd hosszabb idő mulva (1—2 hét) teljesen eltűnt.

3. *Az áramlás.*

Az áramlás lassúbb a rendesnél, miként azt *Brown* és *O'Leary* is leírják. Sok capillarisban, főleg a vékonyakban, gyakran látunk szakadozott áramlást. A vastagabb capillarisokbn rendszerint összefüggő a véroszlop.

4. *A subpapillaris plexus.*

A subpapillaris plexus, úgy látszik, jobban ellenáll a pusztulásnak, mivel súlyos esetekben capillarisaitól mintegy megkopasztva látható, nagy mértékben megvastagodva és élénk áramlást mutatva (3. ábra). A látható áramlást azzal lehetne magyarázni, hogy fala vékonyabb lesz, vagy hogy felületesebben fekszik azáltal, hogy az epidermis megvékonyodott. Mindkét tényező szerepelhet.

5. *Dermatoskopia.*

Normalis viszonyok mellett a limbus capillarisait a körömre ránőtt értelen, rajzolatmentes, keskeny bőrszegélytől a papillák contourja határolja el, amelynek egy-egy boltíve alatt 1—3 capillaris foglal helyet (1. ábra). Azt találtam, hogy előrehaladott sklerodermiánál ezen boltivecskék teljesen eltűnnek (2. és 3. ábra).

Összefoglalva a limbus capillarisairól mondottakat, megállapíthatjuk, hogy vannak sklerodermiára jellemző elváltozások. Ilyenek: a capillarisok nagyfokú megfogyatkozása, olyan capillarisok jelenléte, amelyeknek két szára a rendesnél távolabb van egymástól és egyenlő vastag, s a végül pusztuló félben lévő capillarisok.

Ha mindezeket egybevetjük, nem csatlakozhatunk *O. Müller*nek azon megállapításához, hogy a sklerodermia capillarmikroskopos képe nem különböztethető meg a vasoneurosis capillarmikroskopos képtől. Vasoneurosisra a változatos alakú, nagyságú és tágasságú capillarisok jellemzők, gyakoriak az erősen csavarodott, „phantastikus" alakok, továbbá a szűk arteriás és tág venás szár. A pusztulás képét, a capillarisok számának megfogyását s a fent leírt capillarisalakot ott nem látjuk.

II. A kézháton látható elváltozások.

Feltűnik az, hogy az erős pigmentáltság következtében a rajzolat igen élénk (5. ábra). Erre már *Saphier* felhívta a figyelmet, valamint arra is, hogy a papillák egymáshoz vannak nyomva s az interpapillaris közök megvékonyodottak. Megemlíti azt is, hogy a papillák vaskosabbak, s a pigment az interpapillaris közökben helyezkedik el. Hasonló észlelésemről már hónapokkal ezelőtt rajzot készítettem s *Saphier* dolgozata csak ezután, az irodalom összeállításakor került kezembe.

Azonban észlelésem nem mindenben egyezik az övével. Ő ugyanis azt írja, hogy a papillák túlnyomó többségének átmérője egyenlő, alakjukra nézve rendszerint köralakúak, ritkán polygonalisak. Ezzel szemben azt találtam, hogy a papillák nem egyenlő átmérőjűek, nagy részük nem szabályos köralakú s gyakori a polygonalis alak.

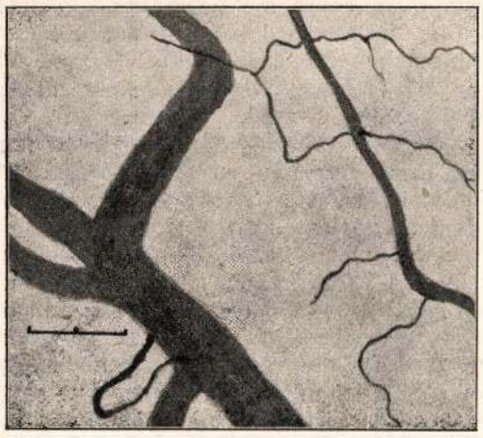
Mielőtt a papillák nagyságára rátérnék, a kézhát bőrének normalis capillarmikroskopos képét kell ismertetnem (4. ábra). Normalis színű (nem fokozottan pigmentált) bőrön az egyszínű halvány narancssárga mezőben apró, többnyire görbe piros vonalacskák tűnnek fel, a környezetnél halványabb, 45—60 mikron átmérőjű kerek udvarral körülvéve. Ezen utóbbi a papillák csúcsának felel meg, az előbbi egy capillarisnak. A papillák alapja csak a normalisnál erősebben pigmentált bőrön látható jól. Ez természetesen szélesebb, nagyobb átmérőjű a csúcsnál.

Sklerodermiánál (5. ábra) a papillák csúcsa (azaz a látható capillarist tartalmazó része) kiszélesedett, némelyiknek hosszátmérője a 180 mikront is eléri (de vannak 60 mikronosak is), az alap külön nem látható. Ez megfelel a kórboncnokok, illetőleg dermatologusok azon észleletének, hogy sklerodermiánál a papillák lelapulnak, sőt teljesen eltűnhetnek *(Luithlen,[6] Darier,[7] Gans[8])*.



6. ábra.
Mell bőre. Ép viszonyok.

A lelapulás oka az lehet, hogy a bőr nemcsak a testfelülettel párhuzamos irányban, hanem arra merőleges irányban is (tehát minden irányban) zsugorodik. A testfelülettel párhuzamos irányban, azaz a bőr síkjában való zsugorodásra viszont abból lehet következ-



7. ábra.
Mell bőre. Sklerodermia.

tetni, hogy ugyanakkora területen sklerodermiánál több papilla látható, mint normalis bőrön, továbbá abból, hogy az interpapillaris közök megkeskenyedtek.

Saphier a capillarisokról rajza leírásánál éppen csak megemlíti, hogy igen sok papilla közepén capillaris látható.

Ha azonban a capillarisok szempontjából nézzük a dolgot, inkább azt kell kiemelnünk, hogy sok papillában nem látható capillaris. *Saphier* ábráján is meg figyelhető ez.

Itt meg kell említenem, hogy *Carrier*[5] szerint normalis viszonyok között a kézháton nem látható valamennyi capillaris egyszerre. A capillarisok egy része üres.

Kétségtelen, hogy ez így van, azonban mégis találunk különbséget a normalis és a sklerodermiás bőr között. Normalis viszonyok között ugyanis egy bizonyos pillanatban a papilláknak sokkal nagyobb részében látható capillaris, mint sklerodermiánál. További különbség pedig az volna, hogy normalis bőrön, ha azt nehány percig megfigyeljük, minden papillában láthatóvá válik a capillaris, míg sklerodermiánál a papillák egy részében egy óráig tartó észleléssel sem sikerült capillarist felfedeznem.

A papillákban lévő capillarisok sklerodermiás ábránkon (5. ábra) a széles papillákban többnyire hosszan láthatók, mivel valószínűleg szintén lelapultak, száraik, úgy látszik, meglehetősen távolodnak egymástól (l. a limbust), de mivel nagyrészt vetületben látjuk azokat, valódi alakjukról biztosat nem tudunk. Vastagságukat illetően kétségtelen, hogy a lerajzolt pigmentált bőrterületen igen vékonyak, a véroszlop egyikben-másikban szakadozott. Fel kell azonban hívnom a figyelmet arra, hogy ugyanezen kézháton a lerajzolt erősen pigmentált bőr, fehér, kékesen áttűnő, szabálytalan alakú szigetekkel volt tarkítva, amelyeknek mikroskopos vizsgálatakor a papillákban tágult (20—25 mikron vastag) capillarisok voltak láthatók. A pigment hiánya miatt ezen a helyen a papillaris rajzolat nem volt oly szembetűnő.

A vizsgált bőr egyébként igen kemény, feszes volt, ráncokba nem volt emelhető. Úgy a csuklóizület, mint az ujjak mozgása nagy mértékben korlátozott volt.

III. A mell bőrén látható elváltozások.

A vizsgálat a 2. és 3. borda között a sternum közelében történt, igen feszes, kemény, alig ráncolható, pigmentált, értágulatokat mutató bőrön. A 7. ábrán feltűnik, hogy a bőrlécek nem láthatók, a capillarisok megritkultak, megvastagodtak. A subpapillaris plexus hatalmasan megvastagodott, helyenkint 150 mikron széles, de olyan felületesen fekszik, hogy az áramlás jól látható benne. Ez az epidermis megvékonyodására mutat.

*

Megfigyeléseim szerint tehát a sklerodermiának van jellemző capillarmikroskópos képe. Az a körülmény, hogy a sklerodermiás betegnek látszólag ép bőrén is láthatók capillaris elváltozások, azt bizonyítja, hogy sklerodermiánál az erek megbetegedése korai elváltozás, amely a többi bőrelváltozás előtt válhatik már kimutathatóvá.

Irodalom: [1] *Niekau:* Anatomische und klinische Beobachtungen mit dem Hautkapillarmikroskop. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1920, 132. kötet. — [2] *Saphier:* Die Dermatoskopie. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 1920, 128. kötet, 1921, 132. kötet, 1921, 134. kötet, 1922, 136. kötet. — [3] *O. Müller:* Die Kapillaren der menschlichen Körperoberfläche. 1922. — [4] *G. E. Brown* and *Paul O'Leary:* Skin capillaries in scleroderma. Arch. of internal med. 1925, 36. kötet. Ref.: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankenheiten 1926, 19. kötet. — [5] *Jadassohn:* Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1927, I. kötet, 1. rész. — [6] *Fr. Mraček:* Handbuch der Hautkrankenheiten. 1904, III. kötet. — [7] *Darier:* Précis de dermatologie 1928. — [8] *Gans:* Histologie der Hautkrankheiten. 1925, I. kötet.

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr. egyetemi ny. r. tanár).

A tengerimalac tüdejéből nyert zsírbontó fermentum és annak hatása a tuberculosis bacillusára.

Írta: *Kanócz Dénes dr.* egyetemi tanársegéd.

Amint arról „A tüdő zsírbontása és a tuberculosis"* című cikkemben beszámoltam volt, tengerimalacokon végzett kísérleteim alapján arra a megállapításra jutottam, hogy az egészséges állat tüdejét még át nem áramlott venás vér zsírtartalma lényegesen, átlag 30 mg százalékkal nagyobb, mint a tüdőn már átáramlott arteriás véré. A tüdő, a rajta keresztül áramló vér zsírtartalmának egy részét visszatartja és azt fermentative bontja. Viszont tuberculosissal fertőzött tengerimalac tüdejének ez a képessége lényegesen csökkent, az esetek többségében hiányzik. Számos szerző a tuberculosis bacillusának, a szervezet immunbiologiai védőberendezésével szemben tanusított kemény resistentiáját, nagymennyiségű zsíranyagtartalmának tudja be, a tuberculosis elleni védekezést pedig a szervezet zsírbontóképességében, közelebbről a specifikus kórokozó zsírburkait lebontó képességében jelöli meg. *(Koch, Deycke, Reschad Bey, Metalnikow, Matson, Bergel* és *Beumel).* Ezeket megfontolva és a saját megfigyeléseimmel egybevetve, ahhoz a feltevéshez jutottam el, hogy az egészséges tüdő egyéb zsírok mellett a tuberculosis bacillus zsírját is bontja, míg a tuberculosissal fertőzött szervezet lényegesen csökkent zsírbontóképességű tüdeje lényegesen csökkent mértékben; az esetek egy részében pedig a tuberculotikus fertőzés következtében a tüdő teljesen elvesztvén zsírbontóképes-

* Orvosi Hetilap, 1928 III. 25.

ségét, a specifikus kórokozó zsírburkait teljességgel képtelen megtámadni.

Hogy e feltevésem alá szilárd alapot építsek, további kísérleteim célja az volt, hogy az egészséges tengerimalac tüdejéből egy olyan zsírbontó fermentumot állítsak elő, mely felelőssé tehető a tüdőn átáramló vér zsíranyagtartalmának átlag 30 mg százalékkal való megcsökkentéséért; a továbbiakban pedig a fermentumnak a tuberculosis bacillusra gyakorolt hatásának megfigyelése. E zsírbontó szerves contract anyagnak előállítására a következő módszert választottam: csapadéklétesítés a tüdődörzsölék glycerines extractumában, ezáltal a csapadék és a feltételezett fermentum moleculái között működő cohaesiós erők, az adsorbtio felhasználásával, a fermentum kiragadása a csapadék felszínén. Évégből elvéreztetéssel elölt egészséges tengerimalac tüdejét quarzhomokkal péppé dörzsöltem, az így nyert pépet chemiailag tiszta glycerin 100 cm^3-ben fogtam fel és rázókészülékben 24 óráig rázattam. Ennek elteltével, hogy a jelentékenyen adsorbeáló képességű szűrőpapíros alkalmazását elkerüljem, a quarzhomokkal eldörzölt tüdőpépet leülepítettem és a glycerines extractumot felőle óvatosan leöntöttem. Az extractum 3 cm^3-nyi mennyiségeiben egyenlő menynyiségű cc. sóoldatok egymásrahatásából négyféle csapadékot létesítettem. $Na_2SO_4 + BaCl_2 = BaSO_4$; $CaCl_2 + Na_2(COO)_2 = Ca(COO)_2$; $CaCl_2 + Na_2CO_3 = CaCO_3$; $Na_2HPO_4 + CaCl_2 = CaHPO_4$. A glycerines suspensiókból négyszer ¼ órás centrifugálással a csapadékot kimostam és az egymásra ható sóoldatok térfogatai összegének megfelelő 6 cm^3 vízben, illetőleg a $CaHPO_4$ csapadék esetében az amphoter kémhatás elnyerésére, a jól hydrolysáló $NaHCO_3$ 4%-os oldatának hasonló térfogatában fogtam fel. Annak eldöntésére, vajjon történik-e zsírbontás, az így készült suspensiók mindegyikéhez klinikai beteg serumának 3—3, illetőleg 6—6 cm^3-ét adtam és az alkatrészek belső érintkezése céljából, a serum-suspensiós keveréket 24 órára rázókészülékbe helyeztem. Hogy egyéb esetleges, a zsírmennyiséget befolyásoló momentumra tekintettel legyek, teljesen analog módon kezeltem a serumot olyan suspensiókkal, melyeket nem a tüdődörzsölék glycerines extractumában létesítettem, csupán a már említett sóoldatok egymásrahatása folytán. Miután a 24 óra rázatás véget ért, az eredeti és a kezelt serumból comparativ vérzsírmeghatározásokat végeztem *Iwar Bang* eljárása szerint. Valamennyi csapadék közül csupán a $CaHPO_4$ ragadott magával zsírbontó fermentumot, ennek a suspensiójával kezelt serum zsírtartalma, az eredeti nem kezelt seruméhoz viszonyítva, megfogyott. A többi glycerines extractumban létesített, továbbá a controll gyanánt csupán a sóoldatok egymásrahatásából keletkezett suspensiókkal kezelt serum zsírtartalma quantitativ változást nem szenvedett el; hasonlóképen nem sikerült a zsírbontás, ha a tuberculosissal fertőzött állat tüdejét használtam a fermentum előállítására, továbbá, ha a $CaHPO_4$ csapadékot 10%-os HCl-el oldatba vittem. Az a körülmény, hogy a csapadékok közül csupán a $CaHPO_4$ vált be, azon feltevésre késztet, hogy ennek a csapadéknak corpuscularis viszonyai és felületi kiterjedése különösen alkalmasak a fermentum kiragadására.

Comparativ vérzsírmeghatározásaim számszerinti eredményei a következők voltak: az 1. sz. elvéreztetéssel elölt egészséges tengerimalac 8·9 g-nyi tüdejének extractumából $CaHPO_4$ csapadékkal kiragadott fermentum 6 cm^3-e 1032 fajsúlyú serum 3 cm^3-éből 0·037 g százalék zsírt bontott le, miután a nem kezelt eredeti serum összzsírmennyisége 0·496 g százalék volt, a fermentummal kezelté pedig 0·459 g százalékot tett ki, ami absolut értékben 3 cm^3 1032 fajsúlyú serumra átszámítva 0·00114 g zsírmennyiségnek felel meg.

A 2. sz. malac 10 g-nyi tüdejéből hasonlóan előállított fermentum 6 cm^3-e 1028 fajsúlyú serum 6 cm^3-éből 0·025 g százalék összzsírt bontott le, miután a nem kezelt serum zsírmennyisége 0·433 g százalék volt, a fermentummal kezelté pedig 0·408 g százalék, ami absolut értékben 6 cm^3 1028 fajsúlyú serumra átszámítva 0·00154 g zsírmennyiség. Ugyanennek a fermentumnak 6 cm^3-ével kezelt 1027 fajsúlyú serum 6 cm^3-éből 0·027 g százalék zsír fogyott el, ami absolut értékben 0·00166 g-nak felel meg. Az utóbbi két érték, a kísérleti csekély hibáktól eltekintve, fedi egymást.

A 3. sz. malac 14·9 g-nyi tüdejéből nyert fermentum 6 cm^3-e 1027 fajsúlyú serum 6 cm^3-éből 0·060 g százalék zsírt bontott le, ami absolut értékben 0·00369 g zsírmennyiség.

A tengerimalac tüdejéből kivont zsírbontó fermentum birtokában immár hozzá láthattam annak kivizsgálásához, aminek eddig csupán feltevéséhez volt jogom, vajjon az egészséges tüdő bontja-e a tuberculosis bacillusát resistensé tevő zsírburkokat. Erről úgy véltem leginkább meggyőződést szerezhetni, ha a tuberculosis bacillust a tüdőből extrahált fermentummal hozom érintkezésbe és figyelem, történik-e a gümőkór kórokozójának valamiféle változása.

Mielőtt kísérleteimről és megfigyeléseimről részletesen beszámolnék, röviden ismertetni óhajtom *Much*nak a tuberculosis bacillus alaki viszonyai felől vallott újszerű felfogását és néhány más tuberculosis-kutató *Much* felfedezéséhez fűzött észrevételét, mint amelyek elgondolásaim irányítói voltak. *Much* a következőket mondja: 1. A tuberculosis bacillus formája nem a saválló pálcika, hanem a saválló bacillustest, melybe különböző számú és nagyságú Gram-positiv granulák vannak beágyazva. A Much—Weisz-féle kettős festéssel, mely egyesíti magában a *Ziehl* és *Much* által módosított Gram-féle festési eljárást, a bacillustest pirosra, a beágyazott és egyéb elhelyeződésű granulák sötét ibolyaszínűre festődnek.

2. Egy másik fontos formája a bacillusnak a granulaszerű forma, mely a *Much—Weisz* eljárással festve, nyomát sem mutatja a pirosan festődő, tehát saválló alkatrésznek és vagy granulák alkotta pálcika, vagy isolált granulák esetleg granulacsoportok alakjában lelhető fel. A granularis alak festés szempontjából Gram-positiv.

3. A két forma közötti átmenetek: A csak *Ziehl* szerint festődő bacillustest beágyazott granulákkal; a csak Gram szerint festődő pálcika (nagyon ritka alak), végül pedig az egyesével előforduló kövér granula, melyhez még saválló substantia tapad és amely azonos a Spengler-féle bacillus szilánkkal. A tuberculosis bacillusnak ezt az új morphologiáját a szakemberek nagy többsége, kisebb ellenvetésektől eltekintve, elfogadta. A Much-granulák természetrajza, jelentősége és létrejötte felől eltérők a vélemények. *Much* szerint a tuberculosis bacillusok növekedési formái, melyek mostoha életkörülmények között jönnek létre és amelyek kedvező viszonyok között saválló alakokká fejlődhetnek. Hasonlóképen vélekedik *Pekanovich* is. *Liebermeister* viszont a tuberculosis bacillusok maradványainak tekinti őket, melyeket bakteriolytikus hatások hoznak létre. *Matson* a granulák létrejöttét úgy képzeli, hogy a bacillus zsírburkai fermentum hatására feloldatnak és ezáltal a kórokozó a Ziehl-festés befogadására alkalmatlanná válik. Ezen elmélettel egybehangzanak *Bergel* fehéregereken végzett kísérletei, melyek értelmében a granulák zsírbontó fermenthatásra a burkaiktól részben megfosztott bacillusalakok.

Mindezeket megfontolva, a fentebb már ismertetett módon, az egészséges tengerimalac tüdejének gly-



1. ábra. A felmetszett daganat természetes nagyságban. A metszlapon a porcsziget szabad szemmel is felismerhetők.



2. ábra. A látótér felső részében porcsziget széle látszik porchártyától szegélyezve; középen vérerekben gazdag, laza kötőszövet foglal helyet, mely balfelé nyálkás jelleget ölt (világosabb terület).



3. ábra. Nagyobb csontszálka osteoblastokkal körülvéve. Jobbra fent egy porcsziget széle, alul zsírszövet.



4. ábra. Vérerek körül elhelyezkedő lymphocytatelepek.

A fényképeket Szabó Elemér dr. műtőorvos készítette.

cerines extractumában egyenlő mennyiségű $CaCl_2$ és Na_2HPO_4 egymásra hatásából $CaHPO_4$ csapadékot létesítettem a fermentum adsorbeálására; a csapadékot centrifugálással kimostam és 4%-os $NaHCO_3$-oldatának 100 cm^3-ében fogtam fel. A suspensio tízszeres térfogatait Koch-positiv különböző köpetekkel hoztam belső érintkezésbe, 24 óráig tartó rázás segítségével, majd a suspensióval erősen összekeveredett köpetet a $CaHPO_4$ csapadék 10%-os HCl-el történő oldása által nyertem vissza. Összesen öt florid phtysisben szenvedő beteg köpetét tettem vizsgálat tárgyává, úgy, hogy a köpetek mindegyikéből 30 készítményt festettem a zsírbontó fermentummal való kezelés előtt, ugyanannyit a kezelés után. Minden készítményt átlag 10 látótérben vizsgáltam át, lehető nagy gondossággal. A festéseket *Much—Weisz* szerint, a *Ziehl* és módosított Gram eljárás combinatiójával végeztem, mely a bacillusok testét pirosra, a beléjük ágyazott granulákat sötétlilára színezte.

A következőket figyeltem meg:

Az I. sz. köpet a kezelés előtt látóterenként átlag 12 olyan tuberculosis bacillus-alakot tartalmazott, melyeknek pirosra festődő testébe sötétlilára színezett granulák voltak beágyazva, mely alakokat a következőkben a rövidség okáért, kettősen festődőknek fogom jelölni és ezeken kívül látóterenkint átlag négy isoláltan előforduló, egyes, sötétlilára festődő granulát. A fermentummal történő kezelés után ugyanabban a köpetben látóterenkint átlag öt kettősen festődő alak és 7—8 Much-granula volt látható, a granulák többségét pedig az új képletek gyanánt, feltűnő pálcika alakban elrendezett szemcsék alkották.

A II. sz. köpet a kezelés előtt látóterenkint átlag 20 kettősen festődő alakot és négy isolált egyes granulát, ill. granulacsoportot tüntetett fel, a fermentummal való kezelés után, úgy a kettősen festődő alakok, mint a granulák száma átlag 11 volt, itt hasonlóképen a kezelés után, mint új bacillus-alakok bukkantak fel, a pálcika alakban rendeződött Much-szemcsék.

A III. sz. köpetben kezelés előtt látóterenkint átlag hét kettős festődésű alak és két egyes granula fordult elő, kezelés után a kettősen festődő alakok száma négy, a granuláké 5—6 volt; itt is észlelhettem a granulák alkotta pálcikák kezelés utáni felbukkanását.

A IV. és az V. számú köpet kezelés után, a bacillus alakok szempontjából, érdemleges quantitativ eltérést nem mutatott, azonban ezekben is megjelentek a fermentummal való kezelés hatására az egyes isolált granulák mellett mint új alakok, az összefüggő sorrendben elhelyezkedő Much-szemcsék.

Amint azt a fentebb részletesen ismertetett köpetvizsgálatok bizonyítják, a tuberculosis-bacillusra festett öt köpetből háromban a fermentummal történő kezelés után a Much-granulák megszaporodtak és pedig a *Ziehl* szerint festődő alakok megfogyásával arányosan és mind az öt köpetben a zsírbontó fermentum hatására az isolált granulák mellett, mint új képletek, megjelentek az összefüggő sorrendben elrendezett, szakadozott pálcikát mutató granula alakok. Megfigyeléseim értékéből levon az a körülmény, hogy egyugyanazon köpetrészt kétszer, a fermentummal való kezelés előtt és után nem volt módomban megfesteni és a comporativ festésekhez kénytelen voltam más-más köpetrészeket használni. Ezt az önként feltóduló ellenvetést azonban, a lehetőség szerint kicsiny jelentőségűvé zsugorítottam az által, hogy nagy anyagot, 300 készítményt néztem át lehető gondossággal, készítményenkint átlag 10, összesen tehát 3000 látótérben és vizsgálataim ezek után is, egybehangzó eredményt adtak. Miután a köpetekben, az egészséges tüdőből kivont zsírbontó tulajdonságú fermentummal történt kezeléssel a *Ziehl* szerint pirosra festődő testű, zsírburkaik által feltételezetten saválló tulajdonságú bacillusalakok megfogytak és megfogyásuk arányában a Ziehl-festést be nem fogadó, nem saválló, tehát zsírburkok nélküli Gram-positiv Much-granulák megszaporodtak, ott pedig, ahol quantitativ eltolódás nem történt, a Much-granulák új megjelenési formái tűntek fel, azon feltevésem látszik igazoltnak, hogy az egészséges, tuberculosissal nem fertőzött szervezet tüdeje, egyéb zsírok mellett, a tuberculosis-bacillust resistenssé tevő zsírburkokat is bontja és így a fertőzéssel szemben való védekezés egyik jelentős fegyvere.

Összefoglalás: I. A vér zsírját bontó tulajdonságú fermentum nyerhető az egészséges tengerimalac tüdejének glycerines extractumából.

II. A fermentummal kezelt tuberculosis-bacillusok saválló, *Ziehl* szerint festődő alakjai megfogynak, a *Ziehl* szerint nem festődő, nem saválló, tehát zsírburkok nélküli Much-granulák megszaporodnak; ahol pedig érdemleges eltolódás nem történik, a zsírbontó fermentum hatására a Much-granulák új megjelenési formái: a pálcika alakban rendezett szemcsék tűnnek fel. Ez utóbbi alapján igazoltnak látszik, hogy az egészséges, tuberculosissal nem fertőzött szervezet tüdeje, egyéb zsírok mellett, a tuberculosis-bacillust resistenssé tevő zsírburkot is bontja.

Irodalom: *Brenner:* Med. Klinik, 1921. — *Bergel:* Zeitschr. f. Tuberk. 1917. — *Deyke:* Münch. med. Wochenschrift 1913. — *Much:* Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1907. Berl. klin. Wochenschr. 1908. — *Weisz:* Berl. klin. Wochenschrift 1909.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Ritka teratoid-daganat a nyelvgyökön.

(Egy műmelléklet 4 ábrával.)

Írta: *Wein Zoltán dr.*, a fül-, orr-, torokrendelés vezetője.

Bár a nyelvgyöki daganatok általában véve nem gyakoriak, mégis fibromák, lipomák, leiomyomák, lymphoid-daganatok, lymphangiomák, haemangiomák, osteomák, chondromák, retentiós nyálcysták, a kopoltyúhasadékokból származó, oldalsó elhelyeződésű ú. n. branchiogen-cysták, valamint a pajzsmirigy entodermalis ébrényhelyzékének leszállása kapcsán a középvonalban visszamaradt csírokból származó solid (aberrált, accessorius strumák), vagy tömlős (a ductus thyreoglossus cystái) daganatok többszörösen le vannak írva és nem tartoznak a ritkaságok közé.

Közleményem tárgyát képező összetett mesenchymalis teratoid jellegű daganathoz hasonlót az irodalom szorgos átkutatása után sem találtam, miért is azt — mint kétségtelen ritkaságot — érdemesnek tartom az ismertetésre.

Cs. J.-né, 34 éves nő 1926 január 28-án jelentkezett első ízben az I. sz. sebészeti klinika fül-, orr-, torokrendelésén nyelési és kiadósabb testi munka alkalmával fellépő légzési panaszokkal, melyek állítólag 1915 karácsonya óta fokozatosan fejlődtek. Eleinte csak harákolásra indította valamely idegentest érzése a torokban, de utóbbi időben torokkellemetlenségei már táplálkozásában, munkájában is zavarták. 1922-ben állítólag diphtheritist állott ki, különben jelen bajáig soha beteg nem volt. A vizsgálat a nyelvgyök jobboldalán kisdiónyi, ép nyálkahártyával borított, könnyen mozgatható, csaknem kocsányosnak mondható daganatot derített ki, mely akkoriban a szájon át bevezetett polypkacs segélyével a nyelvgyök felületének szintjében lefűzetett és elkallódott.

Másodízben panaszainak kiújulása miatt 1928 március 14-én kereste fel a fenti rendelést, előadva, hogy nyelési és légzési nehézségei az első műtét után teljesen megszűntek, mely panaszmentes állapot 1927 novemberig, tehát közel másfél évig tartott. Ekkor ismét idegenszerű érzés lépett fel a torkában, mely eleinte csak harákolásra késztette, majd később nyelését, sőt utóbb már légzését is akadályozta, mint az első műtétet megelőzőleg. Ezúttal a jobb fossa glossoepiglotticában jókora diónyi, széles alapon ülő, inkább az epiglottisra támaszkodó és azt hátranyomó daganatot találtunk, melyre az ép nyálkahártya a gégefedő szabad széléről előfelé folytatódva, közvetlenül reáborult, úgy, hogy a gégefedő elülső felszínéből a jobb oldalon alig volt fél cm-nyi sáv látható.

Tekintettel a daganat kiújulására, annak gyökeres eltávolítására határoztuk el magunkat, minek kivitelére a legalkalmasabb és kozmetikailag is legmegfelelőbb útként a submandibularis tájról való behatolás (Krönlein pharyngotomia lateralisa) kínálkozott.

A műtétet 1928 március 16-án hajtottuk végre helyi érzéstelenítés mellett. A jobb oldalon, az állkapocs szögletétől a nyelvcsont közepéig haladó, lefelé domború metszéssel átvágva a bőrt, a platysmát és a kétszeresen alákötött vena jugularis externát, a glandula submaxillarist fészkéből kifejtjük, miközben a kés alá került arteria maxillaris externát is lekötjük. A musculus digastricus hátsó hasát nyelvcsonti tapadásához közel átvágva, a musculus sternocleidomastoideust a nagy edényekkel tompán hátra, a műtéti területet áthídaló n. hypoglossust felfelé, a musculus mylohyoideus kipraeparált szabad szélét pedig előfelé félrekampózva, a most már szabadon előttünk fekvő garatnyálkahártyát kb. 5—6 cm hosszban bemetszük, miáltal a garatür nyelvgyöki része szélesen, jól hozzáférhetően feltárul. A behatolási nyílás középrészében találjuk a daganatot, úgy, hogy annak kihámozása könnyedén sikerül, annál is inkább, mert a reáboruló nyálkahártya csak lazán tapad a felületéhez, a mély felé pedig a tumor sem a nyelvgyökkel, sem a gégefedővel összekapaszkodva nincs. A kihámozáskor a daganat legnagyobb domborulatán ejtett nyálkahártyametszést catgutöltésekkel egyesítjük, majd a garatür megnyitása helyén a nyálkahártyasebet Lembert-szerű külső (nem áthatoló) catgutvarratokkal zárjuk el teljesen. Az izomzatot, platysmát catgutöltésekkel reconstruálva, a sebet csomós bőrvarratokkal zárjuk, csak az elülső sebzúgban hagyunk kis nyílást vékony jodoform draincsík számára, melyet a garatfalig vezetünk. Két nap mulva a draincsíkot, hat nap mulva a varratokat eltávolítjuk. Sebgyógyulás per primam, csak a draincsík helyén marad kis sipolynyílás, melyen át kb. két hétig ürül geny, sőt nyeléskor kevés nyál is. A beteg a műtéttől számított három hét mulva gyógyultan hazautazik. A két hónap után megejtett ellenőrző vizsgálatkor a beteg subjective kifogástalanul érzi magát, torokpanaszai teljesen megszűntek; objective a jobb fossa glossoepiglotticát újból teljes mélységében helyreállva találjuk, daganatnak, vagy egyenetlenségnek ehelyütt nyoma sincs, a bőrheg pedig a gyógyult sipoly táján is alig behúzódott, az állkapocs alsó széle egész hosszában takarja és így a kozmetikai eredmény is a lehető legjobb.

Az eltávolított daganat $3 \times 3 \times 2\frac{1}{2}$ cm méretű, kissé lelapított golyóalakú, tömött tapintatú, látszólag kötőszöveti tokkal bír, a metszlapján sárgásszürke alapállományban makroskopice is felismerhetők zabszem-kis borsónyi körülírt, keménytapintatú (porc- ?) szigetek. (Műmelléklet 1. ábra.)

Buday Kálmán dr. egyetemi ny. r. tanár górcsövi lelete a következőképen hangzik:

„A beküldött metszet egyik irányban 2½, a másik irányban 1½ cm széles. Szabad szemmel is felismerhetők benne haematoxylin-eosin-festéssel sötétkékre festődő területek, amelyek 1—2, 4—5 mm átmérőjűek és mikroskop alatt hyalinos porcszövetből állanak. Ezen porcszigetekben a porctokok néhol radialis elrendeződést mutatnak, másutt minden rend nélkül vannak elszórva a hyalinos közti állományban. A porcsejtek általában nagyok és különösen a porcszigetek közepe felé erősen felpuffadnak. Itt-ott 2—3 magvú porcsejtek is vannak, de magoszlás nincs s általában a sejtközti állomány mindenütt jól kifejezett. Ezen sejtközti állományban több helyen lágyulások vannak s itt az elsődleges fibrillák a ragasztóanyag feloldódása következtében igen jól feltűnnek. Itt-ott elmeszesedés is látszik a közti állományban. Ezen porcszigeteket a szomszédos rostos kötőszövettől többnyire porchártya határolja el, amely helyenkint az osteoblastokhoz hasonló protoplasmadús sejteket tartalmaz. (Műmelléklet 2. ábra.) Némely porcszigetet szélén csontszálkával van szegélyezve, de a csontszálka nem enchondralisan képződött. Találunk továbbá olyan porcszigeteket is, melyek tömegesebben vannak csontszálkákkal körülvéve, sőt vannak tisztán csontszálkákból álló területek is porcszövet nélkül. Ezen csontszálkák néhol ragasztóvonalakkal is bírnak és körül vannak véve typusos osteoblastokkal. (Műmelléklet 3. ábra.) A metszet többi részei rostszövetből és zsírszövetből állanak, azt lehet mondani, hogy a képlet túlnyomóan ezen kétféle szövetféleségből áll, amelyek egymással szabálytalanul váltakoznak, nevezetesen a zsírszövet sehol sem képez összefüggő, nagyobb területeket. A rostos kötőszövet általában inkább laza, kötőszöveti rostjai finomak, hullámosak, jórészt egymással párhuzamosan haladnak. A kötőszöveti sejtek ilyen helyeken orsódadok, a rostok lefutását követik hosszabb átmérőjükkel, de valamivel vaskosabbak a közönséges rostszövet sejtjeinél. Eltérések ezen alaptypustól annyiban vannak, hogy helyenkint a kötőszöveti fibrillák gyérebbek, a sejtközi állomány vizenyősen fellazult és a sejtek nyúlványai különböző irányban haladnak; ezek a részek közelítenek szerkezetre a myxomához. Másrészt néhol a kötőszöveti rostok egymással kereszteződő convolutumot alkotnak és hyalinosan, szalagszerűen kiszélesednek, úgy, hogy első tekintetre harántcsíkolt izomrostokhoz is hasonlítanak. Végül a metszet különböző részein, különösen azonban a kiirtási felszínhez közel, lymphocytákból álló jókora telepeket látunk, amelyek túlnyomóan vérerek körül helyezkednek el, emlékeztetve a lép follicului sairа. A lymphocyták között a reticulumsejtek is felszaporodtak. (Műmelléklet 4. ábra.)

A leírt szöveti szerkezet jóindulatú, vegyes kötőszöveti daganatra vall, amelyben van lymphoidszövet, zsírszövet, lazább és tömöttebb rostszövet átmenettel nyálkás kötőszövetbe, továbbá csont- és porcszövet. Éppen ez a sokféleség embryonalis csírokból való képződés mellett szól, tehát teratoid kötőszöveti daganatra jellemző. Valódi teratomát azért nem vehetünk fel, mert sehol sem találtunk hámképződményeket. A daganat jóindulatúságára vall a kiújulás dacára az, hogy sehol sem abnormisan sejtdús, nincsenek benne magoszlások, elhalások, hanem kész szövetek, bár olyan formagazdagságban, amely némileg eltér az ép viszonyok között található szövetekétől."

Ezek szerint tehát a daganat összetett és változatos szöveti szerkezete embryonalis eredetre mutat, noha hámszövet benne nem fordul elő és így valódi teratomának az nem mondható. A feltalálható nyiroktüszők az újképlet branchiogen származása mellett szólnak, elhelyeződése pedig valószínűvé teszi, hogy vagy a 3-ik, tehát a nyelvcsont testét és nagy szarvát szolgáltató, vagy a 4-ik, azaz a pajzspore lemezeit képező kopoltyúívből rendellenesen fejlődött, mint valamelyiknek aberrált és tévesen képződött függeléke. A daganat kiindulópontjaként felveendő ezen

anomalis ébrényi csírok hosszú időn át szunnyadtak, hogy azután meglett korban, kideríthetetlen okból növekedésnek indulva, a két ízben is műtéttel eltávolított daganatot eredményezzék.

Az Uj Szent János közkórház gyermekosztályának közleménye (oszt. főorvos: Péteri Ignác dr. egy. m. tanár).

A vörheny-streptococcus-haemolyticus szerepe.

Írta: *Hornyánszky Lajos dr.*

A vörheny aetiologiájának és pathogenesisének kérdése évtizedek óta foglalkoztatja az orvos-kutatókat. A folyton változó elméletek állandó hullámokat vertek fel, míg végre az amerikai *Dick*-házaspár éveken át folytatott eredményes kísérleteinek nyilvánosságra hozásával sikerült a kutatóknak, kevés kivétellel, egy táborba tömörülniök és nagyjában egyetértve elismerik a vörheny kórokozójának a vörheny-streptococcus-haemolyticust (v. str. h.). A nyugalom azonban nem teljes. A kísérletek és tapasztalatok gyüjtése nagyobb lendülettel tovább folyik a v. str. h. körül, hogy *Dickék* állításait elfogadhassuk.

A sterptococcusra már a mult század vége felé *Loeffler* és *Litten* hívták fel először a figyelmet, akkor azonban nagy ellenvetésre találtak. A str. pedig azóta is állandóan előtérben van. Hogy még sem sikerült azt a vörheny kórokozójának elfogadni, az részben a bakteriologia és serologia fejletlenségén múlott. A str. fajtákat nem tudták differentiálni, viszont több betegségnél kimutatták, amit ellenbizonyítékul hoztak fel. A str. gondolata azonban annyira felszínen volt, hogy ebben az irányban kísérletezve, *Moser* az 1900-as évek elején állította elő a polyvalens-vörheny-str. serumot. Az általános scepticismus dacára (főképen a németek részéről) átvették a gyakorlatba és kiterjedten használták. Az Uj Szent János-kórháznak volt „Vörheny"-osztályán mi is alkalmaztuk súlyosabb eseteknél és nem egyszer tapasztaltuk gyógyhatását. A későbbi években *Gabritschewsky* Oroszországban már merészebb utakra lépett, amikor vörhenybetegek torkából kitenyésztett str. h. vaccinájával oltott. Ezt más országok is átvették (nálunk *Vas B.*) és elismerőleg nyilatkoztak róla.

Ezen súlyos bizonyítékok dacára a különböző elméletek *(Szontagh, Fanconi, Caronia)* igyekeztek a figyelmet a str. h.-tól eltéríteni. Még leginkább elfogadták az újabb időben, mielőtt a *Dick*-házaspár dolgozatai megjelentek, *Caronia* elméletét, mely szerint a vörheny okozója ultrafiltrálható virus és a betegek mandulájan található str. h. csak társfertőző és a complicatiók okozója.

Mindezeket az elméleteket megdöntötték *Dickék*, kik kísérleteik eredményeképen határozottan állítják, hogy *a vörheny egyedüli kórokozója a v. str. h., amely a tonsillákon (vagy seben) megtelepszik, a szervezetbe került toxinjai pedig kiváltják a vörhenytüneteket.* Ez a határozott állítás magára vonta az egész világ figyelmét, s ha egyszerre nem is fogadták el teljes egészében, a komoly kísérletek mindenütt megindultak a bizonyítására. *Dickék* u. i. amerikai viszonyok között közvetlenül bizonyították felfogásukat oly módon, hogy önként jelentkező embereken a v. str. h. toxinját beoltották és azok vörhenynek teljesen megfelelő betegségen mentek át. Ilyen kísérletezésre módunk nincsen, a mi bizonyítóeszközünk a tőlük átvett Dick-toxin kisebb egységeivel nyert tapasztalatok.

Nálunk a „Dick-test"-tel és immunoltással nagyobbszámú vizsgálatokat *Bókay J., Vas B., Johan, Bossányi, Szirmay* és még többen végeztek. Tapasztalataik az amerikai tapasztalatokkal nagyjában egyezik. A Dick-positiv és negativ egyének bizonyos törvényszerűséget mutatnak a még vörhenyt ki nem állott — és már kiállottaknál, immunizálással sikerült Dick-positivokat negativokká tenni, amik mindenesetre a toxinnak, mint a vörheny kórokozójának specifitása mellett szólnak.

Ezeknek előrebocsátása után ismertetem megfigyeléseimet, melyek a v. str. h. szerepét élénken megvilágítják.

Az Uj Szent János-közkórháznak „Vörheny"-osztálya 1927 december hó 6-án megszűnt vörhenyosztály lenni és átalakult gümőkóros gyermek-osztállyá. Az 56 ágyas épület közel 20 évig vörhenybetegeket fogadott be. Kiürítése után a Fővárosi Fertőtlenítő Intézet fertőtlenített. A padlót, falakat, bútorokat sublimátos vízzel lemosták, a ruha- és ágyneműeket elszállították, értéktelen és nehezen fertőtleníthető holmikat pedig (papirneműek, könyvek, játékok) a helyszínen elégettünk. A fertőtlenítés a legpontosabban ment végbe. Utána az osztály két hétig üresen állott és szellőzött, miáltal biztosra vehettük, hogy az épületből a vörheny virusát kiöltük. A régi személyzettel az osztály megnyílt, melyet a tuberculosisos gyermekek (1—16 évig) pár nap alatt megtöltöttek.

Mindjárt az első napokban feltűnt, hogy a betegek közül szokatlanul sokan kapnak tonsillitist. Egyeseknél csak piros torkot észleltünk kisebb lázkiugrással, másoknál follicularis tonsillitist és voltak olyan anginaszerű megbetegedések, melyek a vörhenyes torkokra emlékeztettek (bíborvörösen belövelt lágyszájpad, garatívek, uvula, rajtuk enanthemaszerű képpel). Utóbbiaknál a betegség többnyire hányással kezdődött.

A gondolat mindjárt a vörhenyre terelődött; nem a vörheny virusa okozza-e ezeket az anginákat? Ezért 24 beteg torokváladékát megvizsgáltuk, kik közül 17-nél a str. h. kitenyészett.

A torokbántalmat előbb-utóbb mindegyik gyermek megkapta, egyesek több ízben. Súlyosabb torokfolyamatok után a vörhenyre emlékeztető szövődmények jelentkeztek: egynél endocarditis polyarthritissel, egynél magában polyarthritis és kettőnél otitis media suppurativa. Néhánynál a könnyebb tüdőfolyamatot aktiválta és súlyosabbá tette. Csak később, az osztály megnyitásának harmadik hónapjában észleltük az első vörhenymegbetegedést egy ötéves leánykánál, ki az osztályon már a negyedik hete tartózkodott; a második vörhenymegbetegedést egy nyolcéves leánynál, ki szintén harmadik hete volt osztályunkon.

Mindezek az esetek szükségessé tették, hogy a str. h. eredetének utánanézzünk és az általa okozott járvány további terjedését megakadályozzuk. Ezért a Közegészségügyi Intézet segítségével további vizsgálatokat folytattunk: és pedig a személyzettől is vettünk torokváladékot, kiknek tonsillitisük ugyan nem volt, de feltételeztük, hogy közöttük találjuk meg a str. h. gazdát. (A torokváladékokat a Közegészségügyi Intézetben *Lovrekovich dr.* volt szíves vizsgálni.) Kiderült, hogy az osztályon már évek óta szolgálatot teljesítő apácának a torkából oly nagy tömegben tenyészett ki a str. h., mint az vörhenybetegek torkából szokott. A járvány okozója tehát a legnagyobb valószínűséggel az apáca volt, ki a betegek ételeinek elosztásával és ruháinak kiadásával foglalkozott. Kétheti elkülönítés és torokdesinficiálás után az apáca torka bakteriummentes lett. A betegek gyakori torok-

öblögetésével pedig a járvány erősségében lassankint csökkent. Ezt annál is könnyebben elérhettük, mert — mint nem mozgó osztályon, ahol a betegek huzamosabb időt töltenek — a régiek az anginát, kevés kivétellel, nem kapták meg többször, a ritkán felvett új betegeknek nagyobb részét pedig a már előzetes torokdesinficiálással sikerült az anginától megóvni.

A járvánnyal kapcsolatosan az osztályon végzett Dick-próbaoltásokkal a következő eredményekre jutottam: A tonsillitis- és angina-járvány elején a második héten 50 beteg közül 12 adott tiszta positiv Dick-testet, ami 24%-nak felel meg. E mellett a combinált reactio 10% és a pseudo-reactio 14% volt. Egy hónappal később a bőrpróbákat megismételve, a positiv Dick-test 14%-ra redukálódott, a kombinált reactio 18%-ra és a pseudo-reactio 16%-ra emelkedett. Úgy az első, mint a második oltást az alkarokon végeztem. A harmadik próbaoltást két hónappal később a felkarokon adtam, tekintve, hogy az alkarokat a Dick-toxinnal és tuberculin-oltásokkal már nagyon igénybe vettem. Positiv Dick-testet 6%-ban, combinált reactiót 8%-ban, pseudoreactiót 10%-ban kaptam.

	Dick positiv	Comb. r.	Pseudo r.
I. oltás	24%	10%	14%
II. oltás	14%	18%	16%
III. oltás	6%	8%	10%

E táblázatból először is feltűnik, hogy az első oltás alkalmával aránylag kevés adott positiv Dick-testet. Az amerikai és hazai Dick-positivszámtól eltér, amely általában 35—40%-ra tehető. Ezt azonban részben magyarázhatjuk avval a már *Fanconi* és tőle függetlenül *Révész* által is észlelt tapasztalattal, hogy tuberculosis egyének a vörhennyel szemben resistensebbek. Másrészt gondolhatunk *Zingher* azon tapasztalatára, hogy a szegényebb néposztály gyermekei között kevesebb a positiv-test, amit avval magyaráz, hogy azok gyakrabban kerülnek érintkezésbe a vörheny kórokozójával és így néma infectio útján korábban immunitást szerezhettek. Osztályunkon ugyanis a legszegényebb néposztály gyermekei vannak képviselve.

Az egyes oltásoknál sok kombinált és pseudoreactiót észleltem. Ez egyezik *Nobel-Rosenbluth* vizsgálataival, amit nálunk *Pauncz* és *Csoma* vizsgálatai is megerősítettek, miszerint tuberculotikus betegeknél ezen reactiók gyakran jelentkeznek és proteinreactiónak kell tulajdonítanunk.

Végül a legszembetűnőbb a positiv Dick-test számának csökkenése. Minthogy a Dick-próbaoltásokat eléggé megbízhatóknak vehetjük a vörheny iránti fogékonyságot illetőleg, a positiv Dick-test számának ezen csökkenése arra enged következtetni, hogy *a betegek a vörheny kórokozójával, a str. h.-sal fertőzödtek és anélkül, hogy a vörheny összes jellegzetes tünetei létrejöttek volna, a lefolyt tonsillitisek és anginák útján immunizálódtak.*

A járvány fellépésének oka és a lefolyás alatt nyert tapasztalatok igazolni látszanak a v. str. h.-t a vörheny kórokozásában. A str. h. a torokban tenyészik és fertőzi a környezetet. Vörhenybetegek torkából mindig kimutatható (*Deicher* 100%-ban, *Johan-Kanyó* 97·6%-ban) és hazabocsátásukkor is igen nagy százalékban. A beteg környezete is fertőzött (ruhák, ágyneműek, levegő), ahonnan többeknek sikerült a str. h.-t kimutatni. Sőt a beteg hámjából kitenyésztett str. h. is a torokból származik, amit *Deicher* sok esetben bizonyított. A hámló testet szappanos vízzel lemosva és sterilkendővel letörölve, a hámból str. h.-t kimutatni már nem tudott.

Tapasztalatainkat összefoglalva:

1. A vörheny-streptococcusnak szerepe van a vörheny terjesztésében. 2. A fogékonyság foka szerint csak enyhe tonsillitist, súlyosabb anginát (enanthemával), vagy tiszta vörhenymegbetegedést okoz. 3. A torokban lezajlott fertőzés képes a szervezetet a vörhennyel szemben immunizálni. 4. A streptococcus haemolyticust egészséges egyén torkában is fellelhetjük, aki mint gazda, a vörhenyt terjesztheti. 5. A vörhenybeteg izolálása tehát ne a szokásos hat hétig, illetve a hámlás befejeztéig tartson, hanem a torok gyakori fertőtlenítése mellett addig, míg streptococcus haemolyticus nem mutatható ki; egyúttal arra is vigyázni kell, hogy a beteg környezetében tartózkodók torka is streptococcus-mentes legyen.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Filtrálható tuberculosisbacillus-alakok miliaris tuberculosisban szenvedő gyermek vérében. *P. Armand-Delille, A. Saenz* és *G. Bertrand.* (Compt. rend. de la soc. de biol. 99. köt., 29. szám.)

Hogy a tuberculosis kórokozójának filtrálható alakjai a vérben is megtalálhatók, a következő tapasztalat mutatja: 9½ éves, miliaris tuberculosisban szenvedő gyermek vérét lecentrifugálva és destillált vízzel haemolyzálva tengerimalacba oltották be. Az állatok generalizált tuberculosisban pusztultak el; szerveikből tuberculosisbacillus tenyészett ki Petroff-talajon. A levett vér másik részét Chamberland-filteren szürték át; egy részlethez tyúkcholerabacillusokat is adtak, hogy a szűrők impermeabilitásáról meggyőződjenek. A filtrált vérrel beoltott tengerimalacoknál 6 nap mulva a *Fontes* által leírt atypusos tuberculosis fejlődött ki, az összes nyirokcsomók megduzzadásával, amelyekben azonban Koch-bacillust nem tudtak kimutatni. Az oltás után 40 nappal leölt állatokban azonban acido-resistens bacillusokat tudtak kimutatni, typusos tuberculotikus elváltozások mellett. A kísérletek tehát azt bizonyítják, hogy a miliaris tuberculosisban szenvedő gyermek nem filtrált vérével typusos tuberculosis idézhető elő, míg a filtrált vérrel oltott állatokban atypusos tuberculosis fejlődik ki, Koch-bacillusok jelenléte nélkül.

Baráth dr.

Peripheriás véredénymegbetegedések. *A. W. Allen* és *R. H. Smithwick.* (Journ. Americ. Med. Assoc. 91. köt., 16. szám.)

Vasomotoros táplálkozási zavarok, senilis és diabetikus gangraena, thromboangitis obliterans stb. eseteiben megkísérelték a nem-specifikus fehérjetherapiát és azt a conservativ kezelési módszerek között a legjobbnak találták. A kezelés typhusvaccina intravenás injectiójával történt: cm³-enként 2500 bacillust tartalmazó vaccinából adtak kezdetben 0·05 cm³-t, majd emelkedőleg nagyobb adagokat, egész 0·2 cm³-ig. Heves reactiókat lehetőleg kerülni kell. Az injectiók 7 napos időközökkel adhatók, hónapokig tartó kúra alakjában is. Az elért eredmények nagyon jók. *Baráth dr.*

Sóhiányon alapuló azotemia. *L. Blum, P. Graber* és *V. Caulaert.* (Presse méd. 1928, 89. szám.)

Általánosságban azt tartják, hogy az azotemia — ha a vér maradéknitrogenja 0·1% fölött van — vesebetegség következménye. Súlyos diabetes mellitusnál azonban gyakran találtak szerzők igen magas ureumértékeket a vérben, amelyek eltűntek, ha a beteget megfelelő mennyiségű sót tartalmazó diaetára tették, vagy parenteralisan vittek be nagyobb sómennyiséget. Az ilyen azotemia olyan betegeknél található, akik hosszabb időn át sóban szegény táplálékon éltek, amelynek következtében a szervezet sóban elszegényedett. Az acidosisnál különben is nagy a szervezet alkaliveszte-

sége, mert a felszaporodott savi anyagok megkötésére fordíttatnak. Ennek következtében a vér osmotikus concentratiója erősen szenvedne s ennek megakadályozására kerül a vérbe nagymennyiségű ureum. A sóhiányon alapuló azotemia tehát hasonló módon jön létre, mint az az azotemia, amely bélelzáródásoknál, heves hányásoknál, hasmenéseknél észlelhető. Ez utóbbiak is a nagymérvű sóelszegényedés következményei. *Gaál dr.*

A diabetes insipidus pituitrinbeszippantással való kezeléséről. *Adlersberg* és *Porges.* (Wien. klin. Wochenschrift. 1928, 42. sz.)

Régebbi francia és angol közlemények nyomán a szerzők is megpróbálkoztak diabetes insipidusnál a hypophysis cerebri hatékony kivonatának por alakjában orrbaszívás útján a nyálkahártyára való alkalmazásával. Megfigyeléseik szerint már 1—2 szippantás (a por mennyisége nincsen megadva) elegendő a vizelet fajsúlyának növelésére és mennyiségének csökkentésére. Állandó tubákolás hosszabb ideig tartó javulást okoz. Előnye a bőr alá fecskendezések felett, hogy ezen alkalmazás mellett ritkán észlelhetők főfájások és símaizomgörcsök. A készítményt a bécsi Sanabo-Chinoin és a bécsi Chemosan állítja elő. *Gaál dr.*

Sebészet.

Újabb irány a skoliosis kezelésében. *Professor Chlumsky.* (Med. Klinik. 1928, 35. sz.)

A skoliosis kezelése ma zsákutcába jutott. Évek óta semmit sem haladtunk előre ezen a téren. Minden legkisebb újítást örömmel kell üdvözölni. A skoliosis gyógyításának új műtéti eljárásáról számol be, melynek alapját az az észlelet adta, hogy ismeretes az, hogy heges zsugorodások, mellhártyaösszenövések gerincoszlopelferdüléshez vezethetnek. Ezen észlelet alapján műtéttel igyekezett az elferdülés convex oldalán hegesedést létrehozni a bőrön, mely a bőr megfeszülése folytán egyenesítőleg hat a gerincoszlopra. Első kísérleteknél a mellkas oldalsó bőrének kimetszésével próbálta a bőr feszülését fokozni, de a nagy hiányok miatt a varratok többször átvágtak és a seb csak másodlagosan gyógyult. Most a bőr alatt vezetett selyemöltésekkel szedi ránca a bőrt és 3—4 hónapos utóvizsgálat eredményei biztatóknak mondhatók.

Horváth Boldizsár dr.

A kéztőnek perilunaris kézháti irányú ficamáról. *Jaroschy* és *Gregora.* (Medizinische Klinik. 1928, 35. sz.)

A ficamnak ezen fajtája gyakoribb sérülés, mint azt rendszerint felvenni szokták. Felületes vizsgálatnál könnyen elkerüli a figyelmet, különösen akkor, ha csak dorso-volaris felvételt készítünk és a képen naviculare vagy egyéb kézközépcsont törése látszik. Oldalirányú felvételen azonban minden kétséget kizáróan kimutatható a ficamodás. A sérülésnek több szaka különböztethető meg. Az első phasisban a félhold alakú csont összefüggésben marad az orsócsonttal az igen erős kéztőszalagok rögzítése révén. A másodikban a helyére visszanyomuló kéztő tenyéri irányban maga előtt nyomja és elforgatja a félhold alakú csontot. Ez a kép adja magyarázatát a lunatum ficam elnevezésnek. A harmadik szakban a lunatum elfordulása még nyilvánvalóbb lesz, úgy, hogy a capitatum felé eső ízfelszín az orsócsont felé tekint. A régebbi nézetekkel ellentétben, friss esetekben a vértelen helyretevés majdnem mindig sikerül. Többszöri repositiós kísérlet sikertelensége esetén sem kell mindjárt a véres helyretevéshez, vagy a lunatum eltávolításához fogni, hanem következő napon Röntgen-sugár ellenőrzése alatt igyekezzünk esetleg a szokástól elétrő mozdulatokkal helyreigazítani a csontot. Három sikerült repositióról számol be, melyek közül egynél 13 nappal a sérülés után, sikerült a ficamot vértelenül helyreigazítani. Tapasztalataik szerint sem a helyretett, sem pedig a ficamodva maradt lunatomun nem találtak Kienböck-féle nekrosisokat. *Horváth Boldizsár dr.*

Urologia.

Az ureter szűkületeiről. *Duvergey* (Bordeaux). (XXVIII. Congr. fr. d'Urol. Paris, 1928 okt. 9—13.)

Leszámítva azon elváltozásokat, melyek akár az ureterben (kő, véralvadek, daganat stb.), akár azon kívül (a környező szervek gyulladásai, hegedése, daganatai) okai lehetnek az ureter beszűkülésének, a szűkület lehet: traumás, veleszületett, kő okozta, gyulladásos és vegyes eredetű. A zárt sérülés, mely rendszerint a legfelső szakaszt éri, a zúzódás foka szerint vagy teljes, vagy részleges elzáródáshoz vezet. A nyílt sérülések, amennyiben az egyéb szervek sérülése nem volt halálthozó, eseteiben vesegenyedés miatt csak vesekiirtásra gyógyultak. Az elhúzódó szülések és alhasi műtétek következtében fellépett sérülések az alsó szakaszt érintik és vagy elzáródáshoz, vagy sipolyhoz vezetnek. Az észrevett sérülések műtéti gyógyítása: a körkörös varrat és a neo-anastomosis idővel hegesedéshez és így szűkülethez vezetnek. A bélbe ültetett ureternél a vese pusztulását a felszálló fertőzés mellett az ugyancsak lassankint beszűkülő ureter lefolyást gátló hatása is elősegíti. Az ureteren végzett műtéti beavatkozások közül az ureterkatheterezés és a hosszanti ureterbemetszés nem okoznak szűkületet. A veleszületett szűkületek vagy a physiologiás beszűkülés túlságos mértéknél, vagy billentyűk révén válnak pathologiásokká. Ureterkövek részint felületes sérülés, részint — beékelődésnél — következményes gyulladásos folyamatok következtében hegesítik az uretert. A gyulladásos eredetű szűkületek billentyű- vagy gyűrűszerűek és a gyulladt szövetek, illetőleg fekélyek hegesedéséből keletkeznek.

A szűkület következményeinek — tágulás, fertőzés — súlyossága nem áll mindig a szűkület fokával arányban, mert az ureter falának merevsége is megakadályozza a normalis peristaltikát.

A szűkület tüneteit: fájdalmak, görcsök, genyvizelés, annak következményei váltják ki. Kórjelző a hirtelen nagy folyadékmennyiség felvétele után jelentkező vesegörcs. A szűkület végeredményben, ha egyoldali a vese atrophiájához, vagy elgenyedéséhez, ha kétoldali uraemiához vezet. A kórismét az ureterkatheterezés és Röntgen-vizsgálat, pyelo-ureterographia szolgáltatják.

A szükület kifejlődését a műtéti beavatkozásoknál alkalmazott óvatossági rendszabályok vannak hivatva meggátolni. A már kifejlődött szűkület fokozatosan vastagodó állandó ureterkatheterkezeléssel, vagy műtéttel gyógyítható. Az állandó ureterkatheter azonkívül esetleges sipoly begyógyítását is eredményezheti. Átjárhatatlan és így nem tágítható szűkületeknél követhető műtéti eljárások: pyelotomia utáni ureterotomia interna; a heges rész hosszirányú bemetszése és haránt egyesítése; az ureter kiszabadítása a környező hegszövetből; aseptikus esetekben a heges rész kiiktatásával neo-anastomosis a hólyagba vagy pyelumba; rövid szűkületnél a kimetszés és körkörös varrat; a vizelet elvezetése a szűkület felett: beültetés a bőrbe vagy bélbe, nephrostomia; elpusztult vesénél, jól működő másik vesénél, vesekiirtás; kétoldali alsó ureterszájadék-szűkületnél az ureternyílás endovesicalis bemetszése.

A hozzászólók közül *Boeckel* 37 esetről referál. A tágítással jó eredményt ért el, mert a hatás maradandóbb, mint a húgycsőszükületnél, miután nincs szivacsos test. A sorozatos Röntgen-felvételekkel ellenőrzött kiürülési viszonyok kórjelző fontosságát *Legueu* és *Beaufond* hangsúlyozzák. *Le Fur* szerint a kórisme legtöbbször már előrehaladott állapotban mutatja az elváltozást. A kórismézésre a lipiodolos uretertöltést ajánlja. *Gayet* a valódi szűkületet ritkának tartja és az akadályt legtöbbször más okokkal (gyulladás, spasmus) is meg tudta magyarázni. *Lowsley* viszont gyakran látott szűkületet; 100 esete közül 90-ben a tágítással jó eredményt ért el. *Darget* a felnőttek szükületeit veleszületett dispositióhoz járult gyulladások factor eredményeként fogja fel. *Adler-Rácz dr.*

Szemészet.

Az epitarsus keletkezéséről. *Taboriszky.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1928, 81. köt., 488. old.)

Az epitarsus kötőhártya-kettőzet, mely az áthajlási redőből ered és a tarsushoz tapad ugyan, de a sonda azért alávezethető; a tarsus és epitarsus között tehát kisebb-nagyobb tasak található legtöbbször.

Nálunk, Galiciában és Déloroszországban gyakoribb, *Taborisky* szerint sokkal gyakoribb a melegebb országokban. (Palestinában pl. a zsidó iskolások közül 200-ra esik 1, a bevándorlottaknál csak 1400-ra 1.) Nem tartja elfogadhatónak az epitarsust fejlődési rendellenességként magyarázó theoriát (újszülöttnél még eddig nem észleltek epitarsust) kötőhártyagyulladást kizárva, amnion maradványokat vagy egyéb fejlődési hibákat sem találtak a szemhéjakon typikus epitarsusnál.

Szerinte egyedül a gyulladásos eredettel való magyarázat helyes. *(Herbert, Nitsch,* stb.)

Az epitarsus tehát a conjunctiva acut gyulladásának következménye. Az erősen duzzadt áthajlás a bulbus és tarsus közé kerül, s vele összenő. Európában (1500—2000 lakosra esik 1 epitarsus) a blenorrhoea neonatorum (gono- és záradék) és a conj. pseudomembr. okozza. Palestinában a conj. pseudomemb. és valószínűleg az acut trachoma is okozza (vagyis fertőzéssel, vagy anélkül).

Nálunk is szóba jöhet a trachoma.) Az epitarsus entropiumot trichiasist stb. is okozhat, de meg a tarsusokban meg is telepedhetnek és elszaporodhatnak a mikrobák s éppen azért kellő időben megszüntetendő.

Tóth Zoltán dr.

Van-e a szemnek lencsealkalmazkodásán kívül más alkalmazkodási mechanismusa is? *F. Leiri.* (Arch. für Ophth. 1928, 121. köt., 213. old.)

A lencsealkalmazkodáson kívül, ettől többé-kevésbbé független — chorioidealis accomodatio is működik, főképen a peripherikus látásnál.

A szemnek a képek megkülönböztetésére irányuló reflectoricus törekvése váltja ki, épp úgy, mint a pupilla megszűkülését és a lencsealkalmazkodást. A chorioidea alkalmas szervezetére építi feltevését. Az érhártya ugyanis különböző nagyságú kanyargó venák tömege, stromájában rugalmas rostok és izomrostok találhatók, melyek lehetővé teszik, hogy térfogatát változtassa s így a szem alkalmazkodási állapotán is változtasson. Ha a chorioidea megtelik vérrel, tolja a rajta nyugvó retinát, a távolabb fekvő tárgyak tehát élesen rajzolódhatnak rá; ha csökken vértartalma, a retina is visszahúzódik, akkor meg a közelebbi tárgyakról keletkezhet éles kép.

A chorioidea különböző részei különbözőképen telvék meg vérrel, a retina különböző pontjai is más és más távolságban lesznek a csomóponttól, tehát a törőközegek ugyanazon refractiós állapota mellett, a szem előtt különböző távolságban fekvő tárgyakat közel egyforma élességűnek láthatjuk. Erős alkalmazkodásnál az érhártyából kiszorul a vér, a törőközegek tengelye megnyúlik, a szem a közelnézésre van beállítva. Lényege tehát, hogy a sklerotikán belül a törőközegek hosszanti mérete megváltozhat, a retina pontjai a szemcsomó pontjához közeledhetnek és attól eltávolodhatnak. Physiologiai magyarázatát adja az egyszemű stereoskopos látásnak, a mélységi látásnak, az „opticai inversio" jelenségnek, az aphakiások alkalmazkodási képességének, az ametropiások látásának szóródásos körökben (ez utóbbiaknál — a szerző szerint e chorioidealis alkalmazkodás különösen fejlett, s ezzel javítanak fénytörési hibájukon). A vízi emlősök alkalmazkodását csak ezzel tudja magyarázni, már csak azért is, mert golyóalakú a lencséjük, igen satnya a ciliaris izmuk és ezzel szemben erősen fejlett az érhártyájuk.

(Azt a gondolatot ébreszti az emberben, hogy a szakadatlan alkalmazkodás egyúttal az érhártya vérkeringését is szabályozná.) *Tóth Zoltán dr.*

Új eszköz a hályogműtétekhez. *Dr. Haass,* Viersen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., november.)

Csipószerűleg kiképzett, nyelére gyakorolt nyomással szétnyitható lándzsát ajánl a szerző hályogműtéteknél a sebkészítéshez, a Graefe-kés helyett. Alkalmazása úgy történik, hogy miután felül felemeljük a kötőhártyát (conjunctivalebeny készítése céljából), a limbusba a zárt lándzsával beszúrunk, majd azt kinyitva a sebet kiszélesítjük. Az eszköz előnye a Graefe-késsel szemben, hogy mindkét szemet jobb kézzel operálhatjuk, a sebkészítés nem igényel különös ügyességet, kizárt dolog az iriselőesés és végül, hogy sebkészítésnél nem nyomunk rá és nem vongáljuk a szemtekét. *Luzsa dr.*

Az aknesia javítása hályogműtétnél. *Dr. K. Ascher,* Prag. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., november.)

A biztosítóvarrat fájdalmatlanná tétele céljából adott subconjunctivalis injectiót a felső áthajlási redőbe a középvonalba és úgy adja a szerző, hogy egy-két tized cm^3 oldat a felső szemhéj emelő izmába is kerüljön. Ezzel elkerüli a szemrés műtét utáni nyitvamaradását és eléri azt, hogy a kötés alatt sem nyílik ki a szem.

Luzsa dr.

Fülgyógyászat.

Kisagy-híd szögleti (kétoldali) daganat-esete. *Katzschmann.*

Érdekes kétoldali, a kisagy-hídszögletben előfordult daganat esetét ismerteti. Betegnél kalorikusan nem befolyásolható, extrem állásban jelentkező mindkétoldali horizontalis nystagmus, protrusio bulbi dextri, kisfokú jobboldali látóidegelfajulás, alsó végtag reflexhiány és kétoldali részleges ulnarisbénulás (kézizmokon) mutatkozott. Wassermann-reactio negativ volt. Később arcidegbénulás, recurrensbénulás, ízlészavar lépett fel; a bal fül hallása gyengült, a jobbé teljesen elveszett. Liquornyomása 400 Hg mm volt. Röntgen-képen a sella turcica tágult, az ikcsont lelapult. *Krause* szerint műtétet végzett, bőrperiostlebeny képzése után a csonton nagy léket készített. A kemény agyburok feszes, a sinus duzzadt, telt volt. A lebenyt visszahelyezte. Műtét után nemsokára a beteg légzésbénulást kapott, amiben elpuszult.

Obductiónál a kemény agyburok belfelületén borsónyi és nagyobb számos tumort talált, melyek a gyrus centralisokat és parictalist több helyen benyomják. Főleg a cuneus és a lobus paracentralis volt benyomva, de szétszórva számos egyéb pontja is az agynak. A kisagy-hídszögletben mindkét oldalt mogyorónyi tömött daganat. A bal daganatból egy nyúlvány sarkantyúszerűleg nyomult a belső hallójáratba. A chiasma hasonlóképen daganatszövettel volt borítva. A háton is gömbölyded tumor volt található. A szövettani vizsgálat szerint a dura daganatcsomói endotheliomáknak, a háton elhelyeződött pedig neurofibromának bizonyult. *Zubriczky dr.*

Syphilises középfülgyulladás. *Ramadier.* (Zentralblatt f. Hals, Nasen z. Ohrenheilk. 13. kötet.)

Sokan kétségbe vonják a lueses alapon fellépő középfülgyulladást. Szerző több esetben klinikai és serologiai tünetek alapján állította fel diagnosisát, azonfelül a specifikus kezelés igen gyorsan befolyásolta a bajt. Lueses alapon fellépő középfülgyulladásokra főleg következő tünetek hívták fel figyelmét: nagymértékben roncsoló középfülfolyamat, labyrinthtünetek, s a typikus hallásvizsgálati leletek. Nem minden esetben van jelen mind a három tünet, egynek jelenléte azonban már elég, hogy gyanunk helyes irányba terelődjék. *Germán Tibor dr.*

Adatok a genyes agyhártyalob tünettanához. *Schmiegelow.* (Arch. of Otolaryng. 1928. Zentr. f. Hals-, Nasen u. Ohrenheilk. 13. kötet.)

Szerző különválasztja a septikus genyes agyhártyalobot a steril meningitistől. Előbbinél a liquorban bakteriumok vannak, utóbbinál nincsenek. Az első csoportba tartozók csak kivételesen gyógyulnak és pedig inkább gyermekek. A liquor cukortartalmát otogen meningitisnél subnormalisnak találta. Fokozott a liquor cukortartalma aseptikus, nem otogen agyhártyagyulladásnál és enkephalitis epidemicánál. Súlyos influenzás fertőzések

eseteiben asejtikus meningitis tünetei léphetnek fel: meningitis paroxysmatica. Vannak esetek, melyekben a liquorlelet fokozatos javulást mutat, a klinikai tünetek ennek ellenében folyton rosszabbodnak, míg végül bekövetkezik az exitus. Ezen esetekben a boncolás agytályogot vagy extraduralis tályogot derített ki. Az elsődleges bántalom tehát az agyi megbetegedés volt, a gyógyult genyes meningitist másodlagosnak, vagy collateralisnak tartja. *Germán Tibor dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die Hämatologie. *A. von Domarus.* Georg Thieme, Leipcse. 1929. Ara 14 *M.*

A szerző ezen munkája tulajdonképen kibővítése a „Taschenbuch der klinischen Hämatologie" című művének, azonban magában is egy teljes egészet képező nagyon jól használható munka, különösen a gyakorlóorvosok részére, kik ebben, a haematologiának összes, úgy technikai, mint diagnostikai eljárásait röviden, de kimeritően megtalálják. A bevezető részben a vérvizsgálat technikai részét írja le a legnagyobb alapossággal, beleértve az összes modern eljárásokat is, majd áttér a vérsejtek morphologiájára, festődésére úgy a normalis, mint pathologiás viszonyok között. Foglalkozik a vérsejtek fejlődésével s a vérképző szervek szerepével, a vér normalis és pathologiás physiologiájával, végül pedig a vérbetegségek klinikájával. Ez utóbbi fejezetben sorba veszi az összes vérbetegségeket, tárgyalja azok mibenlétét s differentialdiagnosisát, majd befejezésül az infectiosus s egyes tropusi betegséggel kapcsolatos vérelváltozások leírását adja. A könyvet szám s szövegközti ábra díszíti s a végén a May—Grünwald—Giemsa festés nyomán készült színes ábra egészíti ki, mely utóbbi, sajnos, csak táblázatosan csoportosított kép s nem az egyes vérkészítmények látóterét adja, de mindenesetre hű képe annak, amit a mikroskop alatt látni. A könyv kiállítása s kötése elsőrangú, ami a kiadó ízlését dícséri. *F. E. dr.*

Dennoch Landarzt! *Erfahrungen und Betrachtungen aus der Praxis* — von *Dr. August Heister.* Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin. 1826. 122 oldal. Ára fűzve 3·50 *M.*

A szerző Németország legkiválóbb egyetemein az orvosi tudomány úgyszólvan minden szakmájában képezte ki magát és azután a Fekete erdőnek egyik kis községében telepedett le, amelynek környékén még vasút sem jár. Ezen, a modern kultúra minden eszközét nélkülöző környezetben fejt ki évtizedek óta áldásos tevékenységet, egyrészt, mint a szó valódi és legszebb értelmében gyakorlóorvos, mint több tanintézet iskolaorvosa, másrészt, mint két általa alapított sanatorium vezetőorvosa. Hogy ilyen sokféle minőségben működő orvosnak kitűnő alkalma van önképzésre és önkritikára, az magától értetődik. De azonkívül szüksége van judiciumra és gyors elhatározásra is.

Mi, nagyvárosi orvosok, akiknek minden pillanatban a legkiválóbb professorok consiliuma áll rendelkezésünkre — el sem tudjuk hamarosan képzelni, milyen súlyos helyzetekbe kerülhet ilyen elhagyatott környezetben élő orvos és milyen józan ítélőképességre van szüksége, hogy minden körülmények között megállja a helyét. Különösen áll ez a gyors elhatározást követelő sebészeti és szülészeti praxisban. A szerző rendkívül tanulságos casuistikája is főleg ezen két szakmából meríti tárgyát. És könyve figyelmes olvasása után őszinte elismerésünkkel és csodálkozásunkkal kell adóznunk a szerzőnek, aki önmagának consiliariusa és sok évtizedes buzgó működés után nemcsak elismerést érdemlő sikereiről, hanem csekély számú botlásairól is őszintén beszámol. És talán ebben a tekintetben különbözik ezen casuistika más ilynemű beszámolóktól, ahol majdnem mindig csak a gyógyult esetekről történik említés.

Minden orvos tanuságot fog meríteni a nagy őszinteséggel megírt könyvecskéből. *Vajda Károly dr.*

Krankenschein gefällig? I. Teil: *Zur Ärzte.* Von *Dr. Hans Stappert,* Sterkrade. Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin, München. 1928. 212 oldal.

A németországi betegpénztári ügy válságát mi sem bizonyítja jobban, mint az a sok közlemény, mely erről a tárgyról napvilágot lát. Úgy a napilapokban, mint a szaksajtókban, nemkülönben önálló könyvek alakjában nemcsak az orvosok, hanem a betegpénztári tisztviselők is minduntalan új javaslatokkal állanak elő, amelyektől az ügy rendezését remélik.

Évtizedekig folyt a harc a szabad orvosválasztásért, most pedig az összes illetékes tenyezők megegyeznek abban, hogy a szabad orvosválasztás számtalan visszaéléseit valami módon meg kell szüntetni. A szerző főleg abban látja ezen rendszer hátrányait, hogy a szabadon választott orvos nemcsak kezeli a betegeket, hanem egyszersmind kiutalja az ú. n. betegpénzt is. A betegpénztári tagok pedig csak azon orvoshoz fordulnak, aki a betegpénz utalványozásánál nagyon szabadelvűen jár el. Hogy ez azután milyen hihetetlen visszaélésekre ad alkalmat — ennek legjobb bizonyítéka a szerző által „Weihnachtsfieber" (karácsonyi láznak) nevezett betegség. A németországi törvények szerint az ú. n. betegpénz az ünnepnapokon is jár, míg munkadíjat csak azokon a napokon kapnak a munkások, amelyeken tényleg dolgoztak. Tehát jobban jár az a munkás, aki karácsony előtt beteget jelent és csak újév után lesz munkaképes, mint aki ezen idő alatt dolgozik. Ennek következménye azután, hogy karácsony előtt a betegpénztári tagok tömegesen beteget jelentenek és főleg olyan orvosokhoz fordulnak, akik ezt a karácsonyi lázat elismerik és betegpénzutalvánnyal honorálják.

A szerző nem akar olyan radicalis eszközökhöz nyúlni, mint *Liek* és ennélfogva nem vár eredményt a betegpénztári orvosi szolgálat államosításától, hanem egyelőre csak a sok írástól akarná a betegpénztári orvosokat megmenteni. De egyetért *Liek*kel abban, hogy a kezelőorvosi teendőket szigorúan külön kellene választani a betegpénztár anyagi teendőitől; vagyis a kezelőorvos semmiképen ne döntsön azon kérdésben — jár-e a tagnak betegpénz, vagy nem. *Vajda Károly dr.*

An der Schwelle der Chirurgie. Von *Emile Forgue.* Verlag F. C. W. Vogel, Leipcse. 1928. 156. oldal. Ara tuzve 10 *M.*

A montpellieri egyetem sebészprofessorának könyve nemcsak sebeszeknek, hanem bármely más szakmabeli orvosnak is üdítő és tanító olvasmanyul fog szolgálni; annyira általános érvenyüek azon megállapitásai, amelyekel a kezdo sebész útjat egyengetni akarja. Mert megalkuvast nem türő judiciumra, önuralomra, lelekjelenletre, jellemszilárdsággal párosult nagy türelemre, gyors elhatározóképessegre, fokozott felelosségérzésre és — amit elso helyen kellett volna emlitenem — bizalomkeltő fellépésre és gyengéd modorra eppen olyan szüksége van a belorvosnak, szülésznek, vagy bármely más szakmájú orvosnak, mint a sebésznek. Különben a szerző nem is egy helyen hangsúlyozza, mennyire egybeforrott már manapság a sebészi tudomány minden más szakmával és mennyire kellett az egyes szakmák művelőinek összefogniok, hogy az orvosi tudomány az utolsó évtizedekben ilyen soha nem remélt haladásra tegyen szert.

A jó sebész tulajdonságaihoz sorolja elsősorban veleszületett képességeit, technikai, majd klinikai képzettséget és végre erkölcsi tulajdonságait; az amerikaiak szerint a három H-t kell a sebésznek nevelnie: „hand, head and heart" — vagyis kezet, fejet és szivet. Hogy pedig a sebész minden esetben és minden körülmények között helyesen járjon el, *Kant*nak a kötelességről szóló tanát kell követnie.

Külön fejezetet szentel *Forgue* azon nagy szerepnek, amely a véletlennek az orvosi tudomány és különösen a sebészet fejlődésénél osztályrészül jutott, míg következő előadásában azon évszázadokon át fennállott ellentéttel foglalkozik, mely a belgyógyászat és a sebészet között fennállott és valósággal kerékkötője volt az orvostudomány fejlődésének.

A következő fejezetek az élet mélységes tiszteletével, a sebészi működés erkölcsi törvényeivel, elsősorban a sebész felelősségével foglalkoznak magas ethikai alapon és rendkívül érdekes és tanulságos casuistika alapján.

Az utolsó fejezet az euthanasia olyan sokat vitatott kérdésébe visz be új szempontokat.

A könyv minden sorából a szerző évtizedes tapasztalata, magas ethikai felfogása és nagy emberszeretete szól hozzánk. Jóleső érzés tölti el az olvasót, midőn néhány évvel a világháború után francia orvos minduntalan német philosophusokból *(Nietzsche, Kant, Schopenhauer,* stb.) vett citátumokkal támogatja álláspontját.

Vajda Károly dr.

Gesundheitswesen und Soziale Fürsorge in Deutschen Reich. Herausgegeben vom Reichsausschuss für das ärztliche Fortbildungswesen. Berlin, 1928. Gedruckt in der Reichsdruckerei. 479 oldal. Ára fűzve 6·50 *M*, kötve 7·— *M.*

A népszövetség egészségügyi szervezete évenkint

tanulmányútra küldi hivatalnokait, hogy az egyes országok egészségügyi intézményeinek működését a helyszínen megfigyelnessek.

Az első ilyen tanulmányút 1927 szept. 19-től okt. 30-ig Németországban ment végbe és vizsgálat tárgyává tette nemcsak a közegészségügyi, de a socialis intézményeket is. A német „Reichsgesundheitsamt" ezen alkalomból a legkiválóbb szakférfiakkal rövid ismertetéseket íratott Németországnak úgy közegészségi, mint socialis intézményeiről, amelyek ezen könyvben összegyüjtve jelennek meg.

Ha a vaskos, 479 oldalas munkában lapozgatunk, elismeréssel kell adóznunk a német szervező szellemnek, mely úgy törvényes intézkedésekkel, mint caritativ eszközökkel olyan hihetetlenül magas polcra emelte egyrészt a közegészségi szolgálatot, másrészt a rokkantakról és munkanélküliekről való gondoskodást. Minden országnak például szolgálhatnak ezen rövid, de avatott tollból eredő ismertetések, amelyek a munkásvédelemről, az élelmiszerek vizsgálatáról, az ivóvízszolgáltatásról, a fürdőügyről, a gyógyszertárakról, betegápolásról, a nemi betegségek, a tuberculosis és az alkoholizmus elleni küzdelemről szólnak. Éppen ilyen alaposak az anya-, csecsemő- és kisgyermekvédelemre vonatkozó intézkedések, nemkülönben a nyomorékok (vakok, süketek, elme-, idegbajosok, stb.) védelmét célzó törekvések. Az orvosi továbbképzés, az iskolaorvosi- és mentőszolgálat szintén bő ismertetésben részesülnek.

Minden orvos és hygienikus nagy haszonnal fogja forgatni ezen kitűnő forrásmunkát. *Vajda Károly dr.*

Mikroskopischer Nachweis der Spirochaeta pellida, der Gonokokken und des Erregers des Ulcus molle. *W. A. Collier, A. Cohn.* Urban és Schwarzenberg, Berlin. Ára 5 *M.*

A három gyakori betegségnek a syphilis, gonorrhoea és ulcus molle diagnostizálására különösen fontos értékkel bíró mikroskopiai vizsgálatokkal a kórokozók kimutatásával foglalkozik ezen röviden megirt, a gyakorlatban jól használható könyvecske. Első, általános részében a spirochaeta pollida kimutatását tárgyalja a különböző festési eljárások segítségével, majd egyes szervekből a vér, liquor, urina és spermából történő kimutatással s végül a többi spirochaetáktól való elkülönítéssel foglalkozik. Ugyanezen beosztást követi a gonococcus kimutatásáról szóló fejezetben, ahol még külön megemlíti a női és férfi gonorrhoeát s annak complicatióit. A harmadik részben tárgyalja a Ducrey-féle bacillus kimutatását s röviden érinti az ulcus molle klinikumát. A szöveg után elhelyezett több jólsikerült mikroskopiai kép emeli a könyv értékét. *F. E. dr.*

Arzneitherapie d. praktischen Arztes. *Prof. Dr. med. C. Bachem.* Urban és Schwarzenberg, Berlin—Bécs.

Üdvös segédkönyvnek fog szolgálni mindazok számára, akik a mai gyógyszereredményekkel és azok gyakorlati alkalmazásával lépést akarnak tartani. A könyv tuljdonképen egy nagyszerűen megszerkesztett, rövid gyógyszertan, amit nemcsak szükség esetén érdemes ittott felütni, hanem belőle a már talán rég elfelejtett ismereteket is felelevenithetjük. A könyv felosztása a klaszszikus felosztást követi és minden drog és praeparatum tárgyalása után megtalálhatók a szükséges vényminták. A könyv végén a receptírás számára van egynéhány praktikus táblázat és utasítás, azonkívül különböző fürdőknek tabellaris felsorolása. *A. E. dr.*

A Kir. Orvosegyesület január 12-i ülése.

Bemutatás:

Hedri Endre: *Cholecystektomia utáni ikterus negyedszer operált gyógyult esete.* 40 éves nőbeteg, akinél más kórházban négy év előtt cholecystektomiát végeztek gangraenás cholecystitis miatt. Utána ikterus, görcsökkel. A második műtétnél a d. choledochusból számos követ távolítottak el és a choledochust drainezték. A choledochotomia helyén szükület képződött, amely miatt harmadszor operálták és choledochoduodenostomiát végeztek. Félév mulva ez is elzáródott és ismét sárgaság lépett fel görcsökkel, lázzal, hidegrázásokkal, ezért hepatico duodenostomiát végzett. Mütet óta egészséges, 20 kg-t hízott.

2. *Ulcus pepticum jejuni.* Ulcus duodeni miatt 1927-ben hátsó gastroenterostomia. Egy év mulva heves fájdalmak étkezés után 2—3 órával. A Röntgen az anastomosis helyén jelez nyomásérzékenységet és ugyanott contrastfoltot. Ulcus pepticum jejuni postoperativum, amely miatt 1928 júniusban kerül újból műtetre. Pengőnyi krateres fekély az anastomosisban, amelyet in toto resecál. A vékonybelet körkörösen, a gyomrot és belet *Reichel—Pólya* szerint egyesíti. Elsődleges sebgyógyulás, műtét óta panaszmentesség. A régi duodenalis fekély a második műtétnél az anastomosis dacára nyitott volt.

Előadás:

Grosz Emil: Az *uvea sarcomájának* nagyfokú rosszindulatúsága a szem korai eltávolitását teszi szükségessé. Ennek időtétele a korai diagnosis. Ennek biztosítására már 1895 ben módszert ajánlott, mely punctio által nyert subretinalis folyadek mikroskópos vizsgálatában állott. Már akkor kimutatta, hogy az egyszerü retinaleválás folyadéka nem tartalmaz olyan sejteket, melyek a rendesen erősen pigmentált sejtekkel összetevesztnetők volnának. A diaskleralis átvilágitás e módszert háttérbe szoritotta, de *Meisner* 1923-ban újból ajánlja s tekintettel arra, hogy igen gyakran látó szem eltávolitásáról van szó — a diagnosist minden rendelkezésre álló módon biztositani kell. E módszer biztosabb, mint *Schmidt Rimpler* tapintási, *Hirschberg* s *Fusch* csapolási módszere. A kórszövettani leletek analysise nagyon tanulságos következtetésekre vezet. 25 év alatt 200 sarcoma uvea diagnosisával enucleált szem került feldolgozás alá. Egyik tanítványa, *Péterfi Margit*, 1926-ban kimutatta, hogy a még látással enucleált szemek valamennyie a diagnosist igazolta. 68 vak s más okból, de sarcoma gyanújával enucleált szem között azonban 42-ben nem volt daganat, hanem absolut glaucoma, iridochorioiditis chronica, tbc. chorioidea, cysticercus subretinalis. Viszont arra a kérdésre, hogy nem tartalmaznak-e más okból enucleált szemek sarcomát, kérésére *Papolczy Ferenc* keresett feleletet. A 25 év alatt enucleált 4004 szem közül 1600 nyert teljes feldolgozást. Ezek között 25 olyan szemet talált, melyben sarcoma nem volt. Ezek: atrophia, phthisis bulbi, iridocyclitis plastica, 16 absolut primaer s hat secundaer glaucoma, tehát 22 esetben glaucomás volt a szem. A 166 feldolgozott sarcomás szem közül az I-ső stadiumban (ablatio retinae) 25%-ban, a II-ban (secundaer glaucoma) 50%-ban s a III ban (áttörés) 25%-ban volt. Kor szerint 40 éven alul 17% ban, 40—60-ig 58%-ban, 60-on felül 25%-ban. Hogy hány esetben volt metastasis, annak pontos megállapitása igen nehéz, mert tulajdonképen csak sectióval igazolt esetek biztosak. Annyi kétségtelen, hogy az I. stadiumban enucleáltak között is sok kap metastasist s a betegeknek több, mint a fele e bajban hal meg. Annál ritkább a localis recidiva, 50 eset diapositivjával demonstrálja a kórszövettani leletet. Az esetek túlnyomó számában pigmentált sarcoma volt jelen, ritkább a leukosarcoma s az angiosarcoma. Részben orsó, részben kerek sejtűek.

Verebély Tibor: A szemüreg sebészi feltárásának egyetlen javallata a szem kidülledése, úgyhogy az exophthalmus fejezete felöleli voltaképen a szemüreg egész sebészetét. Ha a kidülledésnek a constutionalis és neuromuscularis alakjaitól, amelyek sebészi beavatkozás tárgyát alig képezhetik, eltekintünk, saját anyagában az exophthalmust két nagy csoportba, a szükületes és a szaporodásos exophthalmusok csoportjába osztotta be. Az előbbi csoportba azok tartoznak, amelyekben a szemüreg falainak befelé tolódása, de épségben tartása mellett normalis tartalma számára megszükül, s ezt a téraránytalanságot csak azáltal compenzálja, hogy egyetlen mozgatható falat, a mellsót előrenyomja. A szaporodásos exophthalmusnál viszont a szemüreg falai, tehát körvonalai megmaradnak és a szem kidülledésének az oka, a szemüreg tartalmának megszaporodása. E megkülönböztetés a beavatkozás helyének és módjának megválasztasa szempontjából alapveto fontosságú, bár kétségtelen, hogy a gyakorlatban nem vihető keresztül teljes pontossággal, aminthogy egyáltalában az exophthalmus oki kórisméje a gyakorlat legnehezebb kérdései közé tartozik. Az exophthalmust okozó rosszindulatú daganatok részben carcinomák, részben sarcomák. A carcinomák túlnyomó része epibulbaris, tehát a kötőhártyából vagy szemhéjból kiindulva kerül a szemgolyó mögé avagy periorbitalis, tehát az orrmelléküregeinek valamelyikében fejlődik s okoz szükítő hatásával kidülledést. A carcinomák kis százaléka parabulbaris, amely néven a könnyrendszerből kiinduló és exophthalmust okozó hámdaganatokat cylindromákat, basalsejtes rákokat és alveolaris carcinomákat foglalja össze. Az exophthalmust okozó sarcomák közé szokás sorolni a kórbonctanilag szorosan

vett kötőszövetes, tehát valódi sarcomákon kívül a melanomákat, a lymphathicus daganatokat és a gliomákat is, tekintet nélkül a histogenesisre. Az ilyen tágabb értelemben vett sarcomák kb. egyenlő arányszámban bulbaris eredetűek, illetve retrobulbarisak, vagyis a szemgolyó mögötti kötőszövetből kiinduló és orbitoparietalisak, tehát a szemüreg falából fejlődik s csak igen csekély százalékban periorbitalisak, amelyek az orr mellüregeiből indulnak ki. Anyagában összesen 42 sarcoma miatt kellett a szemüreg tág oldalsó feltárását végezni: ezek közül pedig 19 volt bulbaris eredetű, tehát a szemgolyóból hátrafelé áttört melanoma vagy glioma. Ezek a bulbaris eredetű daganatok két módon okoznak exophthalmust. Az egyik typus az, amikor a szemgolyó maga megvan, akár a daganat folytán nagyobbodva, akár annak roncsolása folytán összetöpörödve, s ezt a bulbust nyomja ki előfelé a mögötte burjánzó daganat, melynek nagysága szükségképen nincs arányban a bulbaris daganat nagyságával. A másik typusnál a szemgolyó maga már hiányzik, s visszahagyott retrobulbaris kötőszövetből nő ki, exophthalmust utánozva a daganatszövet. Tapasztalata szerint ezek a bulbaris sarcomák rosszindulatúság szempontjából a középhelyen állanak, a valódi kötőszövetes sarcomák: a fibro-, a myo-, osteosarcomák és az absolute rosszindulatú nyirokszövetes sarcomák, nevezetesen azoknak félelmetes képviselői a chloromák között. Ez utóbbi szinte szemmelláthatóan gyorsan növekedve, néhány héttel az exophthalmus megjelenése után már halálos s ez ellen minden műtéti radicalismus hiábavaló. A közönséges sarcomák gyökeres kiirtásával viszont aránylag jó a tapasztalat: esetei nem recidiváltak, nem metastatizáltak. A kidülledést okozó bulbaris sarcomák sorsát röviden abban foglalja össze, hogyha a daganat szövete nem teried be a látóideg törzsébe, amint azt elsősorban a gliomák teszik, s ha a daganat szövete a retrobulbaris kötőszövetben nem képez még elszórtan apró göböket, amint azt viszont a melanomáknak szokása, úgy gyökeres kiirtás után, ami persze csak Krönlein-műtéttel és evisceratioval végezhető tökéletesen, a kiújulás veszélye megelőzhető. Eseteinek kereken 50%-a gyógyult véglegesen, másik fele átlag egy éven belül elpusztult kiújulásban, amely főleg a csontrecidivánál ugyancsak rohamosan feilődik.

Singer Gyula: ismerteti egy chorioidea sarcoma esetét, amely húgyhólyagból metastasis útján keletkezett áttétel. Ez a leírt egyetlen eset, ahol az elsődleges góc a hólyagban volt.

A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának jan. 8-i tisztújító ülése.

Lénárt Zoltán elnök: A tisztikar nehéz időkben, a communismus bukása után vette át hivatalát, amikor megcsonkított hazánkban minden romokban hevert és chaos volt minden téren. A consolidatio utáni törekvés munkára serkentette szakosztályunkat is, amely ismét megalakult, hogy a romokon új életet indítson meg. Az 1921. év utáni első évek gondterhes légköre nem kedvezett a tudományos munkának és nem lehet csodálni, hogy ebben az időben csak kevés ülésünk volt. Az új életre való komoly törekvés azonban lassan leküzdötte a nehézségeket és szakosztályunk tudományos munkája fokozatosan gyarapodott. Az utolsó három évben ez a munka, úgy az ülések száma, mint az előadások és nivós discussiók tekintetében elérte a normalis kereteket. Amikor ezt örömmel megállapítom, tisztviselő társaimmal úgy véljük, hogy helyes és célszerű, hogy helyünket új erőknek adjuk át, akik majd friss munkakedvvel fogják folytatni és továbbfejleszteni a szakosztály működését. Köszönetet mondva társaim nevében is az irántunk hosszú évek során tanusított bizalmukért, azzal a kéréssel nyitom meg ülésünket, hogy a titkár és pénztáros beszámolójának meghallgatása után lemondásunkat elfogadni és új tisztikart választani méltóztassék.

Tóvölgyi Elemér titkár megtartja beszámolóját: A szakosztály 1921-től 1929 ig 23 ülést tartott. Ezeken Campian 2, Némai, Safranek, Szekér, Wein 1—1, összesen 6 előadást; Angyal 1, Baikay 3, Brill 4, Campian 6, Dénes 3, Erdélyi 2, Erczy 1, Fleischmann 2, Freistadtl 2, Friedmann H. 1, Hasskó 1, Hochenburger 2, Kalocsay 6, Kelemen 2, Karper 1, Krakovits 1, Kepes 8, Lénárt 11, Laub 1, Lengyel 2, Lévai 1, Némai 2, Pollatschek 8, Stamberger 4, Sternberg 1, Szekér 3, Tóvölgyi 16, Vida 3, Wein 6, Zimányi 1, Zoltán 2, összesen 36 betegbemutatást tartottak. A hozzászólások száma pedig 231 volt. Uraim! Most e pillanatban, hogy végleg elhagyom a szakosztálynál viselt titkári hivatalomat, két ellentétes érzés tartja megszállva lelkemet. Egy böles gondolkozó mondotta, hogy midőn odahagyunk egy helyet, ahová minden valószínűség szerint többé nem térünk vissza, az olyan érzést kelt az emberben, mi egyenlő a részleges halállal. Én pedig e helyre egészen biztosan, soha többé nem térek vissza. Rémülve kérdem, hogy csakugyan valóság-e az, hogy már hosszú hét éve töltöm be a szakosztálynál viselt tisztségemet — mikor előttem úgy tűnik fel, mintha csak pár hónapról lenne szó!? És ezért nehéz az én lelkem. A másik érzés ennek ellenkezője... Könnyű az én lelkem e pillanatban, könnyű, mert ott hagyom ezt a tisztséget, amiért soha nem áhítoztam, nem kívántam és aminek elfogadása ellen annak idején tiltakoztam. Más kérdés azonban az, hogy miként töltöttem be tisztségemet. A lelkiismeretem azt súgja, hogy megtettem mindazt, ami erőmtől tellett. És ezek után a szakosztály minden tagjának őszinte szívvel kívánok a jövőre nézve minden jót.

Laub László pénztáros beszámolója után a számvizsgálóbizottság indítványára a szakosztály a felmentést megadja.

Pollatschek Elemér azt ajánlja, hogy a szakosztály válassza meg *Paunz Márkot* elnökké, *Safranek Jánost* alelnökké, *Dörner Dezsőt* titkárrá, *Campian Aladárt* jegyzővé és *Hochenburger Emilt* pénztárossá. A szakosztály ilyen értelemben egyhangúlag választja meg a tisztikart.

Fleischmann Mór indítványára a szakosztály a lelépett tisztikarnak válságos időkben tanusított nagyon értékes működéséért jegyzőkönyvi köszönetet szavaz meg.

Lénárt Zoltán üdvözli az új tisztikart és kívánja, hogy a szakosztály tagjainak további szorgalmas munkája segítségével mentül eredményesebben végezhesse működését.

Az újonnan választott tisztikar átveszi a hivatalát. *Paunz Márk* elnök üdvözli az új tisztikar nevében a szakosztályt és működéséhez annak bizalmát és támogatását kéri.

Kórházavatás.

Győr szab. kir. városnak 180 év előtt, pontosan 1749-ben 8—10 ággyal alapított s 1895-ben 80 ágyas új otthonába költözött, jelenleg pedig az időközben 400-ra gyarapított ágyszámról több mint 700 ágyas modern intézménnyé kibővített „*Szentháromság*"-közkórházát folyó hó 8 án, ünnepélyes keretek között adta át rendeltetésének *dr. Vass József* népjóléti és munkaügyi miniszter, kinek kíséretében *dr. Scholtz Kornél* és *Dréhr Imre* államtitkárok, *dr. Barabás József* miniszteri tanácsos, *dr. Bókay János* egyetemi tanár és több más budapesti előkelőség érkezett a bensőséges ünnepélyre.

A kórházavatási ünnepségnek kimagasló eseményét képezte annak a márvány emléktáblának leleplezése is, amelyet a város közönsége állított az emeletesre épült gyermekosztály előcsarnokában a város szülöttének, a Manchesterben elhalt világhírű gyermekorvosnak s a tudományos gyermekorvostan egyik megalapozójának, *dr. Schoepf-Merey Ágostonnak* emlékére.

Bókay János dr. egyetemi tanár tartotta a következő emlékbeszédet, annak végeztével elhelyezve az emléktáblán a város közönségének koszorúját is:

„Tisztelt ünnepi közönség!

1858-ban, március 14-én, halk gyászmenet vonult végig *Manchester* utcáin. Mint a krónikás írja: a koporsót a tekintélyes kereskedelmi város lakosságának nagy tömege s első lelkésze méla léptekkel kísérte, utána a fogatok hosszú sora következett. Az elhúnytat, mintha a lakosság közös halottja lett volna, a népesség minden osztálya kíséri ki az örök nyugalom helyére s a tehetősek és a gazdagok, a tudomány emberei s a szegény munkásosztály számos képviselője arcán egyaránt ott ült a részvét, fájdalom és a gyász. S az egyszerű koporsó fedelén az

igénytelen felírás: *Dr. Schoepf-Merey Ágost*, született 1805 szeptember 24-én, meghalt 1858 március 12-én.

Körülbelül ugyanakkor, tehát szintén 1858-ban az osztrák császárváros utcáin is egy meghatóan impozáns gyászmenet vonul végig, ugyancsak a nép, a tekintélyes polgárság s a tudomány képviselőinek részvételével s a koporsón, melyet a koszorúk tömege borított, a felírás: *Dr. K. M. Mauthner, Ritter von Maulstein.*

Mindkét férfiú korának *legjelesebbjei* közé tartozott s mindkettő egyik *megalapítója* volt a tudományos gyermekorvostannak s nevök kitörölhetetlenül van beleírva a paediatria történetébe. Egyik Bécsben, 1837-ben megalapítja a ma is működő *Szent Anna* gyermekkorházat s a másik 1839 ben létrehozza a *„Pesti Kisdedkórház"*-at, melynek folytatása a mai *Stefánia Gyermekkórház*, mely tehát *immár 90 éves multra tekinthet vissza.*

A bécsi Szent Anna gyermekkórház az egész világon a harmadik gyermekkórház, s 35 évvel követte a Párizsban 1802-ben alapított nagyhírű és ma is fennálló *„Hôpital des Enfants malades"*-et és három évvel a szentpétervári *„Nicolai gyermekkórház"*-at, s az 1839-ben létesült szerény, 12 ágyas *Pesti Kisdedkórház* sorrend szerint a negyedik gyermekkórház s ezt a négy gyógyintézetet csak nagysokára követték a német, angol, svájci, olasz, stb. gyermekkórházak.

Győr városa dicsekedhetik azzal, hogy mindkét férfiúnak ezen város volt a szülőhelye s az a márványtábla, mely ezen pavillon falát immár díszíti, tartsa állandóan ébren a régmult idők nagyképzettségű orvosának, *Schoepf*nek, a város szülöttjének nevét, ki 1848-ban szintén a nemzeti hadseregbe lépett s végig küzdötte a szabadságharcot és 1849 ben *Kossuth Lajossal Törökországba emigrált*, innen angol barátai: *Sir James Clarke* és *Dr. Charles West* meghívására Angliába utazott és Manchesterben telepedett le s itt *Whitehead* orvosbarátjával a Pesti Kisdedkórház mintájára gyermekkórházat létesített, hol majdnem nyolc évig fejtett ki kiváló szakmunkálkodást.

Halálakor a Medical Times hosszú nekrológban méltatta az elhúnyt érdemeit, hamvai a manchesteri *Adrwich Cemetary* sírkertben porladoznak.

Én hálás kegyelettel jöttem el e szép ünnepélyre, mert *Bókay János sen.* 1847-ben Schoepf oldala mellett kezdte meg pályafutását, melynek eredménye a magyar gyermekorvosi iskola megalapítása volt."

A kórházavatási ünnepség folyamán a megemlékezésnek még egy másik kegyeletes aktusa is programmon volt. Nevezetesen a kórház egyik rég porladó nemeslelkű alapítójának, az 1777 október 8-án elhalt *düreni (Rheinland)* származású *dr. Mulartz János Henrik* győri várerődítési orvosnak hamvait a város tanácsa a kórházigazgató javaslatára a győrújvárosi temetőből a kórház parkjába helyeztette át s e hamvak felett elmondott kegyeletes emlékbeszédben *Koller Jenő* városi tanácsnok, kórházbizotsági elnök méltatta a nagy emberbarátnak a kórház létesülése körüli hervadhatatlan érdemeit s helyezte el a város koszorúját a friss hantokra, amelyek fölé a zord tél elmúltával szintén márványtábla készül. A beszéd szövege a következő volt:

Nagyméltóságú Miniszter Úr!

Mélyen tisztelt vendégeink!

Nem volna teljes a mai ünnep, ha nem emlékeznénk meg egy régi győri polgárról, egy nemes emberbarátról, *Dr. Mulartz János Henrik*ről. Ő volt az, aki alapjait vetette meg ennek a hatalmas intézménynek, amit ma magunk körül látunk.

Mint várerődítési orvos, messze idegenből, a németországi Dürenből származott el hozzánk 1727-ben. Mint orvos, nagytudású és tapasztalatokban gazdag férfiú, mint ember csupa szív és nemes lélek volt, állandó jóltevője városunknak, mindig kegyes és nemesszívű pártfogója az elaggott és szegény betegeknek. Áldásos életére a koronát azzal tette rá, hogy feleségével egész vagyonát, házát és összes értékeit a Szent Háromságról elnevezett közkórház feilesztésére hagyta. Ebből létesült Újvárosban, a mai Kossuth Lajos-utcában egy 16 ágyas kis közkórház, ez feilődött itt körülöttünk ma már közel 750 ágyas intézetté.

Emlékét Újvárosban márványtábla őrzi, hamvai tegnapig ugyancsak az újvárosi temetőben pihentek. A város közönsége díszsírhelyet kívánt adni nekik az új temetőben, de a város tanácsa és a kórház igazgatója e nemes férfiú emlékéhez és érdemeihez legméltóbbnak azt tartotta, hogy hamvai azok között az alkotások között pihenjenek, melyek alapítása az ő nevéhez fűződik. Ide hozatta hamvait s ezt a helyet illő emlékkel meg is fogja jelölni.

A mai ünnep alkalmából a város közönsége koszorúját azzal a kívánsággal helyezem el e hantokra, hogy ez az intézmény mindenkor az ő szándékai szerint szolgálja nemes céljait."

A bensőséges ünnepség lefolyását a napi sajtó részletesen ismertette s közölte népjóléti miniszterünknek magasröptű beszédét is, amelyben a szociálpolitika és a szociálhygiéne feladatairól szólott.

Úgy gondolom, hogy hazai orvostörténelmünk oltárán áldozok akkor, amikor ünnepségünknek orvoselődeinkre vonatkozó kegyeletes megemlékezését lapunk olvasóközönsége elé bocsájtom.

Petz Aladár dr.
kórházigazgató főorvos.

A „Szülészeti Rendtartás" rövid kritikai ismertetése.

A „Népegészségügy" 1928. XII. 1—15. számában jelent meg a „Szülészeti Rendtartás" ismertetése, amelynek alapján az egészségügyi mintajárásokban már megindult a szülések körüli orvosi és bábai tevékenység ellenőrzése, a szükséges reformok megvalósítása céljából.

Az új rendszer élén a népjóléti miniszteriumi beosztással bíró kormánybiztos áll, akit munkájában a kerületi szülészfőorvosok (bábaképző-intézeti és szülészeti klinikai igazgatótanárok) támogatnak. Ezeknek egy egy szülészeti szaksegéd (tehát egyetemi vagy bábaképezdei tanársegéd) áll rendelkezésére. Az administrativ munkát bábavédőnői irodaszemélyzet segítségével fogják végezni. A munka menete a következő:

A bába a végigkezelt szülésekről, vagy vetélésekről naplót vezet; ha orvost is hívott, a vonatkozó rovatokat azzal is kitölteti, a naplót a következő hó második napjáig a községi és körorvosnak beadja, aki azt átnézi, hitelesíti, iktatja és a járási, (városi) tisztiorvosnak továbbítja. Innen újabb összesítés és iktatás útján kerül a napló a kerületi szülészeti főorvosi hivatalba, ahol úgy a bábák, mint a közben szereplő orvosi forumok (magán-, kör-, járásorvosok) munkája administrativ és orvosi szempontból ellenőrzés alá kerül, onnan tehát megfelelő intézkedések indulnak ki.

Szakmunka szempontjából: az új Szülészeti Rendtartás a bábák numerus claususát óhajtja megvalósítani, azokat *(A, B, C)* listába sorolja, értelmi vizsga alapján. Az *A*-osztály jelenti a kifogástalan bábát, aki védőnőkisegítő munkára is alkalmas, intelligens, megbízható, jól képzett és munkabíró. A *B*-osztály jelenti a továbbképzésre alkalmasat és rászorulót, akiből tehát megfelelő erőt lehet még nevelni, a *C* osztály jelenti a továbbképzésre is alkalmatlan és munkaképtelenség körüli állapotban lévő elemeket.

A bábaügyet megélhetés szempontjából a Szülészeti Rendtartás azáltal gondolja rendezettnek, hogy illetményeiket az 1928 : II. t. c. átlag 50%-kal felemelte (az maximalisan évi 600 pengő). Rájuk is kiterjed a Társadalombiztosító Intézet által nyujtott ellátás, betegség és rokkantság esetére, az intézmény nekik szerződéses munkát is biztosít; összeköttetésbe lép velük a Stefánia Szövetség, az intézeti körzeteken kívül bába-védőnői állások létesítésével; újabb állások létesülnek a tanyai központokon.

Az orvosi munka ügyében a Rendtartás a sürgős orvos- és betegszállítást a Megyék és Városok Mentőegyesületének „általmas" autóparkjával tartja megvalósíthatónak (60 drb. autó az egész országban szétszórva), azonkívül kis szülőotthonok létesítésével (1929-ben talán 12 drb. épül). A szaktudás fogyatékosságait a bábáknál már jelzett továbbképző tanfolyamok példájára hasonló, internátusokkal egybekötött orvosi továbbképző tanfolyamokkal gondolja megoldhatónak, poliklinikum alakjában, a bábaképzőkben és szülészeti klinikákon, az orvosok

részére szükséges internátusról a kultuszminiszter, a szabadságról és segélyezésről az orvosok munkaadói gondoskodnának (Társadalombiztosító Intézet, városok, vármegyék).

A bábák és orvosok továbbképzését szolgáló internátusok fenntartására a vezető kerületi szülészeti főorvos előzetes igénylése alapján „ellátmányt" kap, szokásos államszámviteli rendszerű elszámolási kötelezettséggel.

A kerületi szülészfőorvos körzete több megyére terjed ki. Feladatai a következők:

Kerületében a bábaügy és népesedési viszonyok tanulmányozása, a változások nyilvántartása, bábatörzskönyv felfektetése és vezetése, népesedési graphikon vezetése, a bábaszükséglet kielégítése, a bábaszemélyzet említett osztályozása — az értelmi vizsgálatok elvégzése után; a bábák továbbképzése az említett internátusokban, a bábák anyagi érdekeinek védelme munkaadóikkal szemben, az együttműködés személyes biztosítása hatóságokkal és intézményekkel, bábaképzés, orvosi továbbképzés, intézeti igazgatás, a Szülészeti Rendtartás előírásai betartásának ellenőrzése orvosokkal és bábákkal szemben; fegyelmi és bűnügyi vizsgálat megindítása a vétkesek ellen; kiszállások a városokba, járásokba, községekbe, félévi beszámoló a miniszteri biztosnak (szülészeti ügyek kormánybiztosa), elszámolás az „ellátmány"-ról.

A „szaksegéd" feladatai: (1. általában): A kerületi szülészfőorvos helyettesítése, minden viszonylatban és vonatkozásban, (2. részletezve): a bábaszükséglet és felesleg megállapítása, a bábák értelmi vizsgálatának előkészítése, ismétlő bábatanfolyamokon való tanítás, irodavezetés és az egész Szülészeti Rendtartás bábák és orvosok részéről való betartásának ellenőrzése.

A bábavédőnő feladata: az irodai segédmunkák végzése: gyors- és gépírás, jegyzőkönyvvezetés, irattárkezelés a kerületi szülészfőorvosi hivatalban, esetleg kiszállásoknál is.

A bábák feladata a szülések és vetélések szakszerű ellátása mellett a bábanapló pontos és naponkénti, helyszíni bejegyzések révén való vezetése, szükség esetén orvos hívása, a bábanapló orvosi rovatainak az orvos által a helyszínen való kitöltetése.

Az orvos feladata a bába működésének ellenőrzése, a szülések szakszerű ellátása, a bábanaplók orvosi rovatainak szakszerű kitöltése, a bábanaplók minden hó 2 ig történő beszedése, átnézése, hitelesítése, kimutatásba foglalása és azon hó 16-ig, összesítve, a járásorvoshoz való továbbítása, a járásorvos újabb összesített kimutatás kíséretében a naplókat (szintén határidőre) terjeszti fel a kerületi szülészfőorvoshoz, egyidejűleg a 2. fokú közegészségügyi hatósághoz is, tudomásulvétel és a javasolt intézkedések végrehajtása céljából.

A bábanaplónak két typusa van. *A) fehér*, ez szülésekről szól, hét részből áll, 32 számozott főkérdést tartalmaz, az első 21 kérdésben 49 dologra kell válaszolni; a gyermekágy 10 napi rovatból áll, napi 12 dologra igényel bejegyzést, azonkívül még 17 dolgot kell megválaszolni, írással, vagy a megfelelő szó aláhúzásával. Ezen naplóféleség orvosi rovata 15-féle dologra kíván választ, közte a műtét és gyermekágy leírását. — *B) sárga*, ez vetélés esetén töltendő ki. Ennek 32 rovata tartalmaz rovatonként egy két kérdést a bába részére, hat csoportra osztva. A gyermekágy rovata 10 napra van beosztva, teljesen a rendes szülésnek megfelelő alkérdésekkel. Az orvosi rész négy főkérdésből áll, a műtéti leírást és a consiliumi eredmény leírását részletesen követeli.

A községi és körorvos által megőrzendő *bábanapló-nyilvántartás* öt rovatot tartalmaz, melyek minden egyes szülésről kitöltendők.

A községi (kör) *orvosi jelentés* hasonlóképen minden egyes szülésről kitöltendő kilenc rovatot tartalmaz.

A *járási* (városi) tiszti orvos által kiállított körorvosi bábanaplókról szerkesztett *egyesített kimutatás* a járásorvos által kitöltendő kilenc rovaton kívül egyet-egyet hagy a kerületi szülészfőorvosnak és a szülészeti miniszteri biztosnak. Minden szülés külön tüntetendő ki, amelyhez orvost hívtak.

Mint látható a Szülési Rendtartás rendkívüli alapossággal készült, minden szava a kritikán felül álló szakemberek hosszú és nehéz munkájának leszűrt eredménye. Hogy arról mégsem tudunk a kizárólagos elragadtatás hangján szólni, annak okai a következők:

A rendszer veleje az, hogy a bábák numerus claususát, a bábák és orvosok továbbképzését és közös munkájuk ellenőrzését kell biztosítani. Ez olyan dolog, aminek szükséges és áldásos hatása vitán felül áll. Annál inkább vitatható azonban, hogy a Rendtartás a kitűzött cél elérésére mennyiben képes és alkalmas.

Első észrevételünk az, hogy a rendszer a bábanaplók vizsgálatára alapítja intézkedéseit. Ha tehát az értelmi vizsgán jól megfelelt bába annak rovatait okosan tölti ki, minden mulasztása észrevétlen marad, ha nem hív orvost. Hasonló az eset a szülés körül eljáró orvosnál. Ha a rovatokat okosan tölti ki, abban az ellenőrzők kifogásolni valót nem találhatnak. A fenyegető ellenőrzés és fegyelmi vizsgálat tehát arra fog vezetni, hogy a *bűnösök a rovatokat gondosan, de nem a valóságnak megfelelő módon fogják kitölteni*, amivel az ellenőrzést elkerülik. Ezzel tehát eljutottunk a rendszer typikusan magyar, alapvető hibájához, hogy az a kérdést kifogástalan tudományos alapon állva, elméletben, bürokratikus módon kívánja megoldani.

Második észrevételünk az, hogy a Rendtartás az összes érdekelteknek hatalmas munkatöbbletet jelent, melynek honorálásáról nem gondoskodik. A rendszer második hibája tehát az, hogy tisztán becsületből és lelkesedésből végzendő, fizetetlen munkatöbbletet ró azokra, akik amúgy is roskadoznak az ingyen munka súlya alatt és nincsenek kellően fizetve, jórészt nyomorognak, úgy a becsületes bábák, mint a tisztességes orvosok.

Harmadik észrevételünk szintén anyagi természetű, nem látjuk biztosítva az orvosi továbbképző tanfolyamokat *a)* az orvosok szabadságolása, *b)* segélyezése, *c)* interrátusi elhelyezése szempontjából, mert mindez nincs intézményesen biztosítva, csupán mint terv és kívánság szerepel, melynek kivitelére a szülészfőorvosnak kiutalandó „ellátmány" eleve elégtelennek látszik.

De nem látjuk biztosítottnak azt sem, hogy az eddig is éjjel nappal dolgozó, operatőr szülészfőorvos tanárok a legfőbb szellemi irányításon kívül a helyszíni ellenőrzésben és kiszállásokban, valamint az irodai munkában részt vehessenek.

Elégtelennek tartjuk a szaksegédek számát; egy több megyére terjedő körzetben:

a) havi 3000 bábanapló átnézése napi 100 bábanapló elintézését kívánja, ami a kellő gond mellett, lévén a körorvosi és járásorvosi jelentésekben is számtalan fontos dolog, egy ember egésznapi idejét elfoglalja.

b) az érdemi munka a külső viszonyok tanulmányozásában, a mulasztások megállapításában és a szükséges intézkedések gyors és erélyes kivitelében van, erre tehát az irodától nem jut idő, ez a munka külön embert kíván, lehetőleg nem is egyet.

c) mindenképen lehetetlen tehát, hogy a szaksegéd mindezen felül a bábaoktatásban is részt vegyen.

d) A szaksegéd munkája közegészségügyi, administrativ, prophylactikus, nyomozó jellegű, tehát annak magasabb gyakorlati szülészeti szakképzettségre egyáltalán nincs szüksége, annál kevésbbé, miután gyógyító munkára nincs ideje és alkalma, tehát ilyen irányú magasabb képességei parlagon hevernének.

A szülőnők és orvosok szállítása nincs megoldva a Megyék és Városok Mentőegyesületének 60 drb. autójával *a)* mert az kevés, *b)* mert városokban van, *c)* mert a segélyre legjobban rászorult falvakba, ahol orvos nincs, az év felében autóval nemjárható út vezet. Az autó csak követett és karbantartott utakon használható rendszeresen, az ilyen helyek pedig orvosilag eddig is megfelelően voltak megközelíthetők, főleg az orvos kiszállása volt egyszerű.

Nélkülözzük azt, ami a Rendtartás céljait a legjobban szolgálná, az orvosi imperiumot, tehát az eljáró orvos az ólomlábon járó hatóságok révén tud csak valamit elérni, ami törvényeink bonyolultsága és főleg az eljárás

végtelen hosszadalmassága miatt az ügymenet elposványosodását továbbra is fenntartja.

A bábakérdés fegyelmi részének helyes rendezése csak az ellenőrzésükre hivatott szakközeg pallosjoggal való felruházása lehet, mert különben marad minden a régiben. Magam ismételten próbáltam florid luesben szenvedő, közismert magzatelhajtó, tudatlan és hanyag, megrokkant, nem képesített bábák ellen eljárni, de a bírósági tárgyalás során csak az orvosi titoktartás megsértése, becsületsértés, rágalmazás, hitelrontás elleni vádak szakadtak rám, melyek alól alig lehetett menekülni, holott pl. egyik esetben két tanu igazolta, hogy a bába 800.000 koronát kapott a vetélésért, mégis az ügyész a vádat elejtette, azon az alapon, hogy a felvett méhenkívüli terhesség nem volt bizonyítva és így bűncselekmény nincs.

•

A *Szülészeti Rendtartás* óriási elvi jelentősége abban áll, hogy lényegében véve *céhrendszert hozott be a bábapályán*, mikor számukat és körzetüket megszabta. Ezzel a körülménnyel a bábatestület legnagyobb mértékű erkölcsi felemelkedését tette lehetővé, először mert megszabja azt, hogy ki mehessen bábának, tehát felvételkor szellemi és erkölcsi censust állít fel, másrészt megkíméli a bábát a collegák tisztességtelen versenyétől. Így tehát a bábatestület rövidesen köztisztelenek fog örvendeni, ami jogos anyagi követeléseik teljes kielégítését is mielőbb biztosítani fogja.

A magam részéről évek óta ugyanezt hangoztatom az orvosi kar részére is megvalósítandónak, tehát a felvétel korlátozását az elhelyezkedési lehetőségek mértékére, a szellemi és erkölcsi census megvalósítását (mindezt az érettségi után, az egyetemi I. félév előtt), azonkívül az orvosi körzetek megszabását és az orvosok egyenletes megfelelő eloszlásának biztosítását. Mindezt az orvosi kamarával és a vetélések kérdésével kapcsolatban kezdtem fejtegetni, — egyben hangsúlyozva azt, az egyik szülészprofessor által helytelenített óhajomat, hogy saját ügyeinkben szintén ne forduljunk a laikus és a bűnösök menekülését biztosító hosszadalmas bírósági eljáráshoz, hanem ítélkezzünk magunk.

Mindnyájan látjuk és érezzük, hogy az orvosi kar tekintélye az anyagi és erkölcsi leromlás folytán sokat veszített súlyából, ennek helyreállítása pedig a köznek és rendünknek egyforma érdeke. Vajha eljönne tehát az a férfiú, aki megszervezi *az orvosi céhet* és ezáltal biztosítaná a nyugodt, becsületes munkát, továbbképzést, haladást, elismertetést mindazoknak, akik tudnak és akarnak dolgozni, megteremtvén ezzel az orvosi függetlenséget, gondtalanságot, amelyre munkánk szabadsága és sikere szempontjából múlhatatlanul szükségünk van. Enélkül csak tovább folyik az ethika lábbaltiprása, a kegyetlenül elfajuló kenyérharc, a sarlatánság és abortőrködés révén való, paragraphusok közötti bújkálás, a kilincselés és meghúnyászkodás, tehát az orvosi méltóság, tudás és munka értéktelen aprópénzre való felváltása, amely a legszebben elgondolt reformot is belülről fogja megbuktatni, mert minden reform sikere azon alapul, hogy az egyesek a rájuk kirótt munkát milyen ethikával fogják teljesíteni.

Zemplényi Imre dr. bányaorvos.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 19-i tudományos ülésének napirendje: Bemutatás: *Duzár József:* Gyógykezelt tüdőtuberculotikus csecsemők. — Előadás: 1. *Schuster Gyula:* A sklerosis multiplexről. 2. *Szél Tivadar:* A csecsemőkori halálokok statistikája.

Személyi hírek. *Friedrich Breinl* professzort a prágai német egyetem hygieniai tanszékére nyilvános rendes tanárrá kinevezték. — *Otto Götze* professzort az erlangeni sebészeti tanszékre nevezték ki. — *Hermann Valbaum* tübingai professzort a kantoni (China) egyetem gyógyszertani tanszékére nevezték ki.

A Medikus-bál mult szombaton folyt le a Vigadó örökszép termeiben. Jókedv és közönség volt bőven, s a fényes anyagi sikerről, — mi csendes benső örömmel tölti el a segélyegyleti fiúkat, hogy annyi szegény társuk nyomorán enyhíthetnek, — majd egy későbbi számunkban fogunk beszámolni. Rendünk tekintélyét és díszét a bál védnöke: *Illyés Géza* professzor, továbbá *Bókay János, Grósz Emil, Verebély Tibor, Krepuska Géza, Bakay Lajos, Vámossy Zoltán* ny. r. tanárok, továbbá *Winternitz Arnold, Safranek János, Dollinger Béla* c. rk. tanárok és *Rejtő Sándor, Udvarhelyi Károly* és *Mező Béla* magántanárok képviselték. Kedves meglepetést és örömet keltett ősz doyenünk: *Dollinger Gyula prof.* daliás alakja, ki mint mondá: az O. H. szívhez szóló és annyira igaz beharangozására jött el a fiatalok közé; — sokan, különösen fiatal magántanáraink példát vehettek volna tőle. Nagy megtiszteltetésnek vette a medikus ifjúság az egyetem rectorának: *Wolkenberg Alajos*nak és prorectorának: *Finácz Ernő*nek megjelenését. *József Ágost* kir. herceg, *Augusta* kir. hercegasszonnyal és *Magdolna* leányával ½11 órakor jelent meg és fényes udvarával központját képezte a bálnak és kegyesen elbeszélgetett a tisztelgésre elébük járuló és nekik bemutatott előkelőségekkel. Az ifjúság elégedett lehet: a bál megfelelt hagyománya fényének és segíteni fog a szűkölködőkön.

Hutyra Ferenc 40 éves tanári jubileumát üli az állatorvosi főiskola január 20-án délelőtt 11 órakor. A kiváló búvárt, kit az Akadémia rendes tagjai sorába emelt, kinek *Marek Józseffel* együtt írott nagy állatorvosi belgyógyászata négy nyelvre lefordítva az egész világon hirdeti a magyar kultúra felsőbbségét, — a Tudományegyetem adta az Állatorvosi Főiskolának, hogy azután ez a hatalmas lendületre kapott fiatal testvérintézmény a kiváló és itt megizmosodott búvárok egész sorozatát adja vissza az ősi Egyetemnek. *Liebermann, Tangl Ferenc, Thanhoffer Lajos, Preisz Hugó, Bugarszky István, Farkas Géza*, mind e kitűnő iskolából kerültek kathedránkra és töltötték be azt tudományuk fényével. Ez a kiváló talentumfelismerő, gyüjtő és nevelő nem lehet más, mint aki maga is igazi búvár és tanár és ennek a férfiúnak ünnepén ott kell hogy legyen, ha másképen nem: egy hálás gondolatban mindenki, aki szereti tudományát és büszke annak vezérharcosaira.

Előfizetőinket értesítjük, hogy a mult évi utolsó számunk az 52—53. összetett szám volt, mely december 28-án jelent meg s amelyhez úgy a Hetilap, mint a gyakorlati melléklet külön tartalomjegyzéke csatolva van. A melléklet külön lapszámozást visel, tehát külön kötendő; kiszedni a lapból igen könnyű. — Idei naptárunkat minden előfizetőnknek elküldtük már, még azoknak is, kik tartozásban vannak!

Az Országos Balneologiai Egyesület 1929 április 12., 13. és 14-én rendezi Budapesten XXXIV. congressusát és rendes tisztújító közgyűlését. Előadásokat 1920 február hó 28-ig lehet *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi c. rk. tanár, főtitkárnál (IV, Prohászka Ottokár-utca 10.) bejelenteni. *A pályaművek benyujtási határideje 1929 március hó 16-ig meghosszabbittatott.*

Az I. számú szülészeti és nőgyógyászati tanszék betöltése ügyében a jan. 15-iki kari ülés úgy határozott, hogy azt nem meghívás, hanem pályázat útján javasolja annak betöltését.

Orvosok téli kirándulása a Magas-Tátrába. *Guhr Mihály dr.*-nak, a tátraszéplaki sanatorium igazgatóföorvosának meghívására a Budapesti Orvosok Turista-Egyesülete 8 napos társaskirándulást rendezett a Tátrába. A kirándulásnak gyönyörű időjárás kedvezett, verőfényes időben, magas hó várta a vendégeket. Az orvosoknak módjukban állott közvetlenül meggyőződést szerezni a téli Tátra rendkívül kedvező klimatikus viszonyairól, az ott működő orvosok kiváló szaktudásáról és arról a kitűnő ellátásról, amelyben a betegek a Tátrában részesülnek. Tátraszéplakon kívül az orvosok megtekintették Új-Tátrafüreden *Szontagh Miklós dr.* Palace-sanatoriumát, valamint az ótátrafüredi Grand Hotelt és sanatoriumot. A kitűnő hóviszonyok lehetővé tették, hogy az orvosok a magas havasok közé is rendezhettek si-kirándulásokat. A Budapesti Orvosok Turista-Egyesületének si szakosztálya elhatározta, hogy ezentúl minden év decemberében megismétli a tátrai si-kirándulást.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. m. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. m. tanár, kórházi főorvos

A lupus vulgaris therapiája a gyakorló-orvos kezében.

Kevés betegség van, melyet kezdeti szakában, még kiterjedt alakjában is oly nagy fokban szoktak elhanyagolni, mint a lupus vulgarist. Pedig alig van betegség, mely oly súlyosan képes destruálni, sőt igen gyakran az arcot is torzítani, mint éppen a lupus vulgaris. Az arcon s egyéb látható testrészeken levő torzítások oly nagyfokúak lehetnek, hogy az általuk sujtott szegény beteg a társadalomba nem tud többé beilleszkedni, hanem abból kizárt páriává válik, aki boldog, ha valamely kórházban hosszú időre meghúzhatja magát. A súlyos mulasztás okát elsősorban a betegség teljes vagy relativ fájdalmatlanságában kell keresnünk s természetesen az egyes egyéneknek, főként pedig a beteg gyermekek szüleinek végtelen indolentiájában is. Hiszen csak a minap került osztályomra egy eladósorban levő, teljesen elpusztult orrú, fekélyes ajkú falusi leány, aki Pest megyében él, de idáig még soha orvosnál nem volt! Sajnos, az orvos részéről is sok hiba történhetik. Mindennapos tapasztalás, hogy kisgyermekeket, serdülőket hónapokon, éveken át kezelnek bórvaselinnel, zinkkenőccsel, miközben a bántalom egyre terjed, pl. az orrot lassankint consumálja s mindez még nem elég, hogy a tévedés fölismertessék s így a kezelés megváltozzék, illetve hogy a beteg valamilyen gyógyítóintézetbe kerüljön. Az orvos részéről a tévedés onnan ered, hogy *nem gondol lupusra*, hanem — főként ha a bántalom az orr vagy az ajak körül van — rendszerint a sokkal gyakoribb impetigóra vagy ekzemára. Pedig e bántalmak széteséssel s heges gyógyulással elvben *sohasem* járnak, holott a lupus *mindig*. Mihelyt tehát az orvos destructiót, hegesedést vesz észre, máris valamely sokkal súlyosabb természetű bajra kell figyelmét irányítania. A lupus diagnostikájáról itt most ne essék szó s így csak arra hívom föl a figyelmet, hogy a lupusgyanú fölülkerekedése könnyen fogja az orvos diagnosisát helyes útra terelni (lupusos göb kimutatása üvegnyomásra, társtünetek, mint pl. scrofuloderma, továbbá egyéb külső körülmények, pl. gümős családtagok, nedves lakás stb.). De a falusi betegek kórházi elhelyezését gyakran anyagi okok hátráltatják. A lupus vulgaris eminensen idült baj lévén, érthető, hogy a csak kissé is előhaladott esetek a legjobb esetben ismételt többhetes-hónapos kezelést igényelnek. Már most sok falusi család nem bírja a költségeket, noha van bizonyos vagyontárgya, ingatlana, mely miatt azonban szegénységi bizonyítványt nem kap. Pedig kétségtelen, hogy a lupusos beteg számára legjobb az intézeti elhelyezés, mert ott az esetről-esetre szükséges különböző gyógyítótényezők rendelkezésre állnak. Mindezek után sok esetben, sajnos, szükséges, hogy a falun működő orvos a maga szűkös viszonyai között vegye kezelésbe a lupusos betegeket. Fontos tehát, hogy a gyakorlatban élő falusi orvosnak legyenek a kezében oly *egyszerűbb eljárások*, melyekkel legtöbbször nemcsak gátat szabhat a pusztító betegségnek, hanem azt nagy sikerrel gyógyíthatja is. Persze minden esetre nem áll ez, mert vannak olyanok, melyek még a legintensivebb és legszakszerűbb kezelésre sem bírnak gyógyhajlammal.

A lupuskezelési eljárások száma igen nagy, ezek közül azonban sok oly berendezést igényel (Röntgen, Finsen, mesterséges magaslati nap, Jesionek-lámpa stb.), hogy itt szóba sem hozzuk. De marad még mindig néhány eljárás és orvosi intézkedés, melyet az orvos a legelhagyatottabb helyen is sikerrel alkalmazhat. Ilyenek először kedvező hygienikus viszonyok teremtése, másodszor egyszerűbb therapiás eljárások. 1. Rationalis, zsírban, fehérjében gazdag táplálkozás. Ezt falun még szegény ember is aránylag könnyebben érheti el. Ha a lakás nedves, dohos, sürgessük a szorgos szellőzést. A beteg szokjék azokban a hónapokban, amelyekben lehetséges, a szabadban való alváshoz. Tartózkodjék sokat a szabadban, lehetően napon. Mindennek lehetősége persze nagy mértékben a helyi viszonyoktól függ.

2. A lupus igen egyszerű kezelésének typusa, mely a legeldugottabb helységben is végezhető, a *chemiai electiv eljárás*. Ez az a kezelés, melyre csak szerény therapiás lehetőségekkel rendelkező collegáim figyelmét különösen kívánom fölhívni. Élén áll ennek a *pyrogallolkenőcskezelés*. Sokéves tapasztalásom szerint a pyrogallolkezelés lényege abban áll, hogy a 10—15%-os pyrogallus-bórvaselin kenőcs a *kóros szövetet*, elsősorban a *gümős structurával* bírót jóval hamarább elpusztítja, mint az ép szövetelemeket. A *Jarisch* által ajánlott pyrogallus-sav tehát *elective* hat, mert elsősorban kimarja, elpusztítja a lupusos gócokat. Ezt a megbecsülhetetlen hatását *chemiai operatiónak* is lehet nevezni. A kimart, tehát fekélyessé vált területet azután persze megfelelő szerekkel újra begyógyítjuk. A pyrogalluskezelésnek egyik kellemetlen mellékhatása azonban a nagyfokú fájdalom, főleg az első napokon túl, amikor a kimaródások már beállnak. Ez a hátrány azonban fájdalomcsillapítókkal könnyen kiküszöbölhető. A kezelés menete egyébként a következő: a kiválasztott lupusos területet, mely azonban gyermektenyérnél nagyobb sohase legyen, naponta egyszer beborítjuk 10—15%-os pyrogallus kenőccsel (Rp. Acid. pyrogall., Anaesthesini aa g 6·0, Vas. c. acid. boric. ad g 50·0) bekent többrétegű gázelebennyel. Tetejébe kis vatta, kötés. Naponként kötésváltáskor tisztítás benzinnel vagy hígított alkohollal. Átlagosan 8—9 nap mulva a lupusos szövet nagyrészt elpusztult, kiesett, úgy hogy a begyógyításra kell áttérni, amelyet 3%-os salicylsav-bórvaselinnel végzünk (esetleg 1% pyrogall. hozzáadásával). Ahol a lupusos szövet sűrűn összetorlódott, ott a kellő pyrogallus-hatás nyomaként egyetlen anyaghiány marad vissza; ahol közben épebb szövetrészek is vannak, ott azok mint ellenállóbb szigetek visszamaradnak, ahonnan a szöveti regeneratio és pótlás annál gyorsabban megindulhat. A salicyl-bórvaselin alatt 1—2—3 héten belül az anyaghiány újból begyógyul, amikor ez a gyógyítási mód megismételhető. Persze mialatt az elpusztított góc bórvaselin alatt (melybe az első napokban ugyancsak anaesthesint keverünk) gyógyul, a pyrogallus-kezelésnek valamely más lupusos gócot vethetünk alá. Tekintve, hogy a pyrogallus olykor, főként csak vigyázatlan, túlkiterjedt alkalmazásakor a vesét bánthatja, föltétlen szükséges a vizelet ellenőrzése. Az e téren fönnálló igen hosszú tapasztalásom azonban azt bizonyítja, hogy a kellő óvatosság figyelembevételével a pyrogallus-kezelés bajt nem okoz.

E bevált kezelést azért részleteztem, mert szükségesnek tartom annak követését, mint említettem, éppen oly körülmények között leginkább, melyek más kezelési módokat nagy részben kizárnak. Ilyen chemiailag ható szer azonban még több jöhet szóba. Ilyen a *pyotropin*, mellyel osztályomon hosszú időn át kísérleteztünk. Az eljárás kissé körülményesebb, de azért ugyancsak bár-

hol minden apparatus nélkül végezhető. Itt a leglényegesebb, hogy a *kötés „légmentes"* legyen. Az eljáráshoz pyotropin I., pyotropin II. (mindkettő folyékony) és pyotropin-kenőcs kell (mindhárom az eredeti csomagolásban található). A kezelés menete ez: 1. nap a terület megtisztítása, beecsetelés pyotropin I.-el (ez rövid ideig fájdalmas), öt perccel később beecsetelés pyotropin II.-vel, majd a késhát vastagságban fölkent pyotropinkenőcsös vászonlebenyke reátétele után a kezelt területnek *légmentes* befödése zsindelyszerűen elrendezett ragtapaszcsíkokkal, melyek a kóros területen túlterjedjenek. A tapasz tetejébe vatta, kötés. A kötés a 4. napig érintetlenül marad (ha geny kibuggyan, újabb vattát tetejébe), a 4. napon kötéslevétel. Benzinnel sebtisztogatás, utána, ha a beteg érzékenyebb, 10%-os novocainoldattal beecsetelés. Öt perccel később pyotrop. II.-vel ecsetelés, azután újabb pyotrop-kenőcsös lebenyke rátétele, újra tapaszelzárás, vatta, kötés. Ezt a procedurát 3—4 naponként ismételjük. Egy-egy pyotropinkezelésben nyolcszor végezzük a 4. napi teendőt, mely után bór- vagy salicyl-bórvaselinkenőcs segélyével a sebfelületet begyógyítjuk. Az eljárás szükség esetén megismételhető. Az erős genyképződés, úgy látszik, fontos s ezért kívánatos. Ugyancsak elective hatása miatt természetesen szóbajöhet a lupus chemiai kezelésében a *lupoheal* is, melyről e lap hasábjain a közelmúltban *Hedry* számolt be tanulságos esetei alapján. A bő genyképződés itt is jellemző.

Recidivák természetesen igen gyakran a *chemiai elective kezelés* nyomán is mutatkoznak, de ezek most már legtöbbször isoláltak, melyeket paquelin-nel, villamos égővel, avagy szükség esetén lapispálcika hegyével iparkodunk elpusztítani. A felsorolt eljárások legtöbbször kosmetikai szempontból is eléggé megfelelők. Egyébként általánosságban ki kell emelnem, hogy a heg minősége (simasága, kiemelkedő, illetve hypertrophiás volta stb.) csak részben függ az alkalmazott eljárásoktól, mert legalább is oly mértékben a szervezet egyéni hegképző reactiója is latba esik.

Fölemlítem e helyütt még a *scarificatiót* is, mely igen egyszerű eljárást főként a franciák ajánlották. Apró hasas késsel számos, *merőlegesen* a bőrre irányított metszést ejtünk a lupusos gócokra, ugyanannyit keresztben is. A számtalan finom heg összhatása jó kosmetikai eredményt ad. Ez az eljárás kis területre való s gyakran ismétlendő.

Ismétlem, hogy a fölsorolt egyszerű eljárások egyedül alkalmazva nem fognak minden esetben véglegesen beválni, de a legkedvezőbb viszonyok között végrehajtott radicalis operativ eltávolításon kívül nincsen is olyan eljárás, mely valamennyi esetben sikerrel járna. De nem is erről volt a fentebbiekben szó, hanem arról, hogy szűkös falusi viszonyok között miképen lehet sok sikerrel a lupus terjedését meggátolni, sőt részben gyógyítani is. *Guszman József dr.* egyet. rk. tanár.

A gégegümőkór modern kezelésének irányelvei.

A gégetuberculosis majdnem kizárólag mint másodlagos megbetegedés jelentkezik s majdnem kivétel nélkül a tüdő gümős megbetegedéséhez társul. Ezért mindenkinek, aki a tuberculosis gyógyításával foglalkozik, kötelessége a beteg gégéjét is megvizsgálni; főképen akkor, ha annak megbetegedésére utaló tünetek mutatkoznak, mint pl. rekedtség, erős köhögési inger stb. és kötelessége a gégét állandóan ellenőrzés alatt tartani, mert a gége megbetegedése és annak lefolyása mintegy a szemünk elé tárja azt a súlyos kórfolyamatot, amely a szervezetben lepereg és amely prognostikai szempontból oly nagy fontossággal bír. Minden betegség, így a tuberculosis is két tényezőtől függ, éspedig a kórokozó virulentiájától és a szervezet ellentállóképességétől. Ez a küzdelem, amely a szervezetben a két ellentétes folyamat között lejátszódik rejtve, mondhatjuk titkon, a gége megbetegedésekor nyilvánosság elé lép.

A gége tuberculosisa legtöbbször lassan fejlődik, sokáig csak mint kis hurut jelentkezik és csak állandó makacs fennmaradása teszi gyanussá a megbetegedést. Ez a hosszantartó hurut, mely leggyakrabban a gége hátsó falának nyálkahártyáján mutatkozik, lassan mind intensivebbé válik, majd a nyálkahártya fellazulásához vezet, oedemák és infiltratiók keletkeznek és így mind jobban és jobban bontakozik ki a megbetegedés specifikus volta.

Ahhoz, hogy a gége megbetegedjék, egy bizonyos dispositio szükséges, mert a gégetuberculosis a tüdőgümőkórnak csak mintegy $^1/_3$-ában jelentkezik. Rendesen a tüdő megbetegedésének előrehaladottabb stadiumában lép fel, de nem mindig azzal szoros párhuzamban, mert többször látni, hogy a tüdő megbetegedésének súlyossága nem fedi a gége megbetegedésének nagyságát. Mindamellett nagyjában mondhatjuk, hogy a gége megbetegedése a tüdőgümőkór súlyosságát és annak progrediálása a tüdőfolyamat súlyosbodását jelzi.

A gége szerkezete olyan, hogy meglehetősen nagy ellentállást tud a tuberculosisbakteriummal szemben kifejteni. Ha tehát mégis megbetegszik, ez annak a jele, hogy a gége szövetének ellentálló képessége csökkent. Ennek vagy helyi, vagy általános okai lehetnek. Ilyen helyi ok pl. ha a gégét állandó inzultusok érik, mint amilyen a köhögés, hangos beszéd, vagy valamilyen hurutos, vagy gyulladásos megbetegedés. Ilyenkor a nyálkahártya hámja megsérülhet vagy fellazul, vagy rhagádok jelentkeznek, a kötőszövet sejtjei legyöngülnek és így alkalmassá válik, a gégét amúgy is tömegesen elárasztó tuberculosisbacillusok befogadására és megtelepedésére. A gége megbetegedésének másik oka a szervezet általános legyengülése, amidőn annak ellentálló és védekezőképessége csökkent. Ez beáll, ha a tüdőbeli folyamat nagy kiterjedésű. Ilyenkor azután a szervezettel párhuzamosan legyengült szövetű gégében akár direct, akár pedig indirect (haematogen) úton könnyen történik fertőzés.

A gégetuberculosis gyógykezelésénél tehát elsősorban a szervezet, főképen a gümőkór lefolyásában legnagyobb szerepet játszó szervnek, a tüdő megbetegedésének állapotáról kell tiszta képet kapnunk. Ha a tüdő aránylag jó állapotban van, a szervezet erős, akkor a gége gyógykezelése szép reménnyel kecsegtet, ha azonban a tüdő megbetegedése súlyos, nagy kiterjedésű, vagy rosszindulatú lefolyást mutat és ezáltal az egész szervezet általános legyengülését okozza, akkor a gégemegbetegedés gyógyulása is alig várható, sőt mint egy újabb mérget produkáló góc, a betegséget csak súlyosbítja és nagy mértékben hozzájárul, a táplálkozás megakadályozásával, a szervezet elpusztulásához.

Ezen megfigyelésekből látni, hogy a gégetuberculosis keletkezése és lefolyása az, ami megszabja nekünk a gyógykezelés irányát. A gyógykezelés kétféle irányú kell, hogy legyen, egyrészt általános, másrészt localis. Az általánosnál a fősúlyt az egész szervezet ellentállóképességének, harcképességének fokozására kell fordítanunk és igyekezzünk minden physikai és chemiai tényezőt igénybevenni, mint amilyen a jó táplálkozás, jó levegő, nyugalom, napfény, quarz, magaslati levegő, arsen, tuberkulin, stb., szóval mindent, ami a szervezet

életképességét, vérképződését, nedvkeringését, megerősödését előmozdítja.

A gyógykezelés másik iránya a helyi elváltozások elleni eljárás. Gyógyeljárásunknak főcélja itt az, hogy a fertőzött gócokat mennél tökéletesebben semmisítsük meg. Elsősorban helyezzük a gégét nyugalomba, hogy a gége szövete minden erejét csak az őt megtámadó mérgek ellen használhassa fel. Azután segítsünk helyi eljárásokkal a mérgeket produkáló bakteriumokat közvetlenül elpusztítani, vagy legalább is gyöngíteni. Ezen localis gyógyeljárásunkkal azonban ne legyünk túlságosan radicalisak, hanem itt is, mint az általános kezelésnél, igyekezzünk főkép a természet gyógyító hatását segíteni, előmozdítani.

Ha a gége tuberculosus megbetegedése csak mint hurut jelentkezik, vagy a gége nyálkahártyájának csak csekélyebb duzzanata, vagy infiltratiója van jelen, akkor a gégének meleg borogatással, hőlégkezelésével (solluxlámpa), ibolyántúli besugárzással, hyperaemiás állapot előidézésével, vagy menthol, camphor-olajok befecskendésével igyekezzünk a gyógyulást előmozdítani.

Nagyobb infiltratumok, tuberculumok keletkezésekor az előbb leírt kezelési módokon kívül nagy reactiót előidéző galvano caustikus mély szúrások *(Grünwald)* bizonyultak leghatásosabbaknak, amidőn az ép szövetig vezetett egy-két mély égetés sokszor meglepő reactiót eredményez, amely a folyamat javulását, sőt gyógyulását is eredményezheti. A zárt tumoroknak radicalis kiirtása nem ajánlatos, mert az eljárást legtöbbször nagy szövetelhalások és reinfectiók követik, amelyeknek gyors és rosszindulatú lefolyásuk szokott lenni.

Nyilt fekélyeknél, amelyeknek lényege az, hogy a szövet az erős méreg befolyása ellen nem képes kellőképen védekezni, hanem csak gyenge ellentállóképességgel bíró, gyorsan elhaló szövetet (renyhe granulatio) tud termelni, ott a mérges góc lehető elpusztítása által a szövetet a méreg hatása alól felszabadítva, esetleg újabb harcképesség kifejtésére birhatjuk, amely erőteljesebb sarjadzás képében mutatkozik. Használhatjuk e célra a cauterezést, de még sokkal jobb eredménnyel a tejsavas edzést.

A quarzfény és napfénynek a gégére való direct alkalmazása rendszerint oly nehézségekbe ütközik és a beteget oly nagy megrázkódtatásnak teszi ki, amely az elért eredménnyel nem áll arányban.

Meg kell említenünk a Röntgen-besugárzást, amelyet a gégére indirect úton alkalmazunk és amely a betegség különböző stadiumaiban alkalmazva sokszor igen hathatós gyógytényezőnek bizonyul.

A gégetuberculosis fontos therapeutikus eljárásai közé kell soroznunk a fájdalom megszüntetésére irányuló tevékenységünket. A gége tuberculosus megbetegedése sokszor óriási fájdalmakkal jár. Zárt tuberculosus megbetegedések egyáltalán nem, vagy csak alig okoznak fájdalmat. Mihelyt azonban a folyamat fekélyessé válik, megjelennek a fájdalmak, melyek különösen nagyok, ha a gége azon részén vannak, amelyek a nyelési actus által vongálódnak vagy nyomódnak (gége hátsó fala, gégefedő). Ezen fájdalmak néha oly nagyok, hogy a beteg még az étkezésről is inkább lemond, csakhogy a rettenetes kínoktól ne gyötörtessék. A fájdalmak szüntetését 10—20%-os menthololaj befecskendése vagy anaesthesin vagy ortoform-pornak az étkezés előtt való befúvásával érhetjük el; sokszor azonban csak morphium adagolásával, ha pedig ezzel sem tudnánk eredményt elérni, akkor alkoholos befecskendezéssel igyekszünk a gége érzőidegeit elroncsolni, vagy azok keresztülmetszésével fájdalommentességet létrehozni. *Dörner Rezső dr.* v. egyet. tanársegéd.

Az obliteráló arteriitisről.

A peripheriás erek elzáródása következtében — rendszerint az alsó végtagokon — létrejövő elváltozások eléggé ismert kórformák. Így csak a diabetes, a lues és az arteriosklerosis bizonyos alakjait kísérő peripheriás gangraenára kell utalni. Előfordulnak azonban ilyen tüneteket kiváltó érelváltozások fiatal egyéneknél is, akiknél a lues, diabetes és az arteriosklerosis hiánya az aetiologiára nem ad felvilágosítást és akiken az érelváltozás és az azt követő érelzáródás nem rohamszerűen, syncope és asphyxia localis kíséretében keletkezik, mint a Raynaud-kórnál, hanem lassú, észrevétlen kezdet után vezet igen lassan a peripheriás ér elzáródásához és a következményes gangraenához. Ezek azok az esetek, melyeket rendszerint „spontan gangraena", vagy juvenilis (praesenil) gangraena név alatt szoktak elkönyvelni.

Winiwarter már 1869-ben — egy *Billroth* által operált eset kapcsán — a kórkép szabatos kórbonctani leírását adta, a megbetegedés klinikai kórképét azonban *L. Buerger* állította össze újabb időben nagyszámú észlelt esete kapcsán, thromboangiitis obliteransnak nevezve a véredénymegbetegedést, melybe egységesen foglalja össze a végtagok fiatalkori gangraenáit és egy részét azoknak a kórformáknak, melyeket erythromelalgia gyüjtőnévvel jelöltek, végül sok régebben hibásan Raynaud-kórnak nevezett megbetegedést. (Az amerikai szerzők a régebbi közlések elhallgatásával Buerger-féle betegségnek — Buerger's disease — nevezik a kórképet.)

A betegség nemcsak a verőereket támadja meg, hanem úgy az arteriákban, mint a venákban lezajló, kiterjedt, az intimában levő elváltozásokból kiinduló, lassan progrediáló és különböző érterületek teljes elzáródásához vezető thrombosisos folyamat. A betegség fiatalkorú egyéneken keletkezik és nemi és faji sajátságokhoz van kötve, amennyiben a betegek legnagyobb része fiatalkorú (lengyel) zsidó származású férfi. A kórkép az alsó végtagokban jelentkező fájdalommal, hideg érzésével és zsibbadással kezdődik, később intermittáló sántítás alakjában járási zavarok keletkeznek és különösen feltűnő a végtagok venáiban lejátszódó *thrombophlebitis migrans*nak egyidejű megjelenése a mélyebb erek elzáródásának tüneteivel. Ilyenkor a végtag hűvös, sápadt, az arteriás pulzus hiányzik és a venák lefutása mentén fájdalmas csomók tapinthatók, a csomók felett gyakran a kísérő periphlebitis tüneteként hyperaemiás bőrterületekkel. A betegség további folyamán trophiás zavarok keletkeznek, melyek a bőr viaszszerűen sápadt, vagy livid, sajátságosan márványozott elszíneződésében és száraz, hervadt benyomásában, a körömnövekedés zavarában, gyógyulási hajlamot nem mutató fekélyek keletkezésében nyilvánulnak. Ugyanekkor a láb lelógatásakor a lábfej és a lábujjak sajátságos pírja észlelhető, melyet a láb felemelésekor teljes ischaemia vált fel. Ezt a jelenséget *Buerger erythromelia*nak nevezi. A kórfolyamat több évre terjed, a lappangó kezdetet kísérő fájdalmakat gyakran más kórokra (izomcsúz, lúdtalp stb.) vezetik vissza, de a kórkép ismeretével az ilyenkor már rendszerint jelentkező venatünetek (phlebitis migrans) már korán biztosíthatják diagnosisunkat. A betegség folyamán fellépő járási zavart és fájdalmakat egyes pulzusok tapinthatóságának megszűnése kíséri, itt diagnostikai szempontból a betegnek aránylag fiatal életkora lehet segítségünkre, úgy, hogy — ha az erek syphilises megbetegedése kizárható — már ebből az egy körülményből is erre a kórfolyamatra következtethetünk. Hasonló értelemben lehetnek segítségünkre a peripheriás keringés rosszabbodásának tüne-

tei, így a lelógó végtag cyanosisa ellentétben a felemeléskor keletkező excessiv sápadtsággal. A kórképet sok esetben állandó subfebrilitás kíséri, persistáló leukocytosist is észleltek egyes betegeknél és majdnem mint állandó tünet található a lépmegnagyobbodás. (Erre alapítva tekinti *Buerger* fertőző betegségnek.) A betegek gyakran polyglobuliásak és majdnem állandó tünet a vér belső súrlódásának (viscositas) fokozódása *(Herzog)*.

Az aetiologiát illetőleg kevés adat áll rendelkezésre, *Buerger* fertőző természetűnek tekinti, de bizonyítani ezt nem igen tudja, ezzel szemben számos körülmény (nemi, faji sajátságok) amellett szól, hogy a kórok inkább endogen factorokban keresendő. Magyarázatul heredodegeneratio szolgálhat; az a körülmény, hogy úgy az arteriák, mint a venák intimája vesz részt a kórfolyamatban, „systema megbetegedés"-re enged következtetni.

Igen jellemző a kórképre a rendkívül lassú lefolyás. Klinikailag már igen súlyos érelváltozásokat észlelhetünk (peripheriás pulzus teljes hiánya) hosszú ideig anélkül, hogy — a kínzó, heves, állandó fájdalmak ellenére — gangraena keletkeznék. A tünetek gyakran hirtelen változhatnak is, a vérteltség, érlüktetés egyik napról a másikra nagy különbségeket mutathat, ami amellett szól, hogy az erek átjárhatóságának anatomiai okok következtében beálló csökkenésén kívül spasmus is szerepel (mely azonban sohasem symmetriás, mint a Raynaud kórnál), — de magyarázatát leli ez a kísérő szövettani elváltozásokban is. A histologiai képet az érlument obturáló tömegben látható igen kifejezett *recanalisatio* jellemzi; a lument fiatalon képződött kötőszövet tölti ki, melyben számos új érlumen keletkezik, az újonnan képződő érlumeneket rugalmas rostréteg veszi körül, ezen belül az új érlumeneket pedig több rétegben burjánzó endothel béleli ki.

A betegség rendkívül lassú lefolyását néha évekig is tünetmentes periodusok szakítják meg, ezzel szemben hirtelen progrediálhat is. Conservativ kezelés mellett meg is állapodhatik a kórkép, leggyakrabban azonban a keringési viszonyok tovább rosszabbodnak, száraz üszkösödés keletkezik és a folyamat végül a megtámadott végtag amputatiójához vezet. Ezt hosszabb intervallum után egy másik végtagon való ismételt jelentkezése is követheti és így több végtag csonkítása is szükségessé válhatik. Egyidejű symmetriás jelentkezés azonban mindig hiányzik. A betegség későbbi stadiumában centralisabb ereken is (mesenteralis erek, agyi erek) kifejlődhetnek az elzáródás tünetei — a kezdet azonban mindig peripheriás.

Therapiásan igen keveset tudunk elérni. A megtámadott végtagot lehetőleg kímélni kell (fekvés, nyugalom) és kerülni kell a bőr minden sérülését, hogy korai gangraena keletkezésének elejét vehessük. Ugyanezért a megbetegedett testrészt csak szárazon tartjuk (dermatol stb.), nehogy nedves üszkösödés keletkezzék. Amerikai szerzők nagyobb mennyiségű physiologiás natriumcitrátot fecskendeznek be intravenásan naponként, sokkal jobb eredményeket mutat *a konyhasókezelés (Koga—Manninger—Herzog), naponként intravenásan 10 cm³ 10%-os konyhasóoldat* adagolásával. Ezzel nemcsak a fájdalmak csökkenése észlelhető, hanem már üszkösödő területeken is gyakran új sarjadzás indulhat meg és a folyamat továbbterjedése megállhat és rövidebb-hosszabb ideig tartó remissiót érhetünk el. Súlyosabb gangraena esetén természetesen sebészi beavatkozásra van szükség. Az érelváltozásokat kísérő spasmusok ellen értágító gyógyszereket alkalmazunk, egyes esetekben — ahol a spasmustünetek vannak előtérben — sympathektomiát is végeztek, végleges sikert azonban ettől sem lehet látni.

Cserna István dr. Charité-poliklinikai főorvos.

A scabies gyógyítása.

Az ivarérett *rühatka — acarus scabiei* — nősténye megtermékenyülés után *a stratum corneum és Malpighy-réteg közé* hosszabb rövidebb kanyargós lefutású járatot fúr, mely sötétbarnán pettyezett, tűkarcolás okozta laesióra emlékeztető képet nyujt, végében a nőstény tartózkodási helyét jelző kis vesiculával. A járatok leginkább az interdigitalis redőkben, csuklók, derékkötés helyén, nőknél az emlőbimbón és környékén, férfiaknál a penis bőrén és a makkon vannak.

A kínzó éjjeli viszketés, amit az atka fúrómunkája s a bőrre izgatólag ható anyagcseretermékei vált ki, elkerülhetetlenné teszi a vakaródzást, melynek nyomán a legsúlyosabb pyodermia kifejlődése sem tartozik a ritka jelenségek közé.

Az *antiscabiosus szerek* célja az atkák elpusztítása s a járatok lehámlasztásán alapuló gyors és biztos gyógyhatás elérése.

Leggyorsabb eljárások: 1. az ú. n. *belga-kúra*, mely a következő: a beteg félóra hosszat káliszappannal dörzsöli egész testét a nyaktól lefelé, majd tartós meleg fürdőben lemossa s leszárítás után kemény ecset, vagy durva vászondarab segélyével erélyesen bedörzsöli bőrét, különösen a praedilectós helyeket *Vlemingckx-oldattal* és félóra mulva tisztító fürdőt vesz. 2. A párizsi St. Louis kórházban hagyományosan alkalmazott, ú. n. *párizsi-kúra*, mely az előzővel egyező menetű, csupán Vlemingckx-oldat helyett a módosított *Helmerich-Hardy-kenőccsel* dörzsöli be bőrét erélyesen, félórán át s a tisztító fürdő 24 óra eltelte után következik. Mindkét eljárás tartama alatt a beteg ruha-, ágy- és fehérneműjét erre a célra berendezett fertőtlenítőbe fertőtlenítik. Előnyük, hogy aránylag rövid időt vesznek igénybe, miáltal a beteg legfeljebb egy munkanapot veszít, míg hátrányuk a káliszappan tartós behatása s az alkalmazott gyógyszer erélyes bedörzsölése folytán létrejövő erős bőrizgató hatás, mely különösen a másodlagos elváltozások által erősen tangált eseteknél szembeszökő.

A szegedi bőrklinikán *prof. Poór*, kizárólag a következő eljárást alkalmaztatja: egy prolongált szappanos melegfürdő után három egymást követő napon a beteg egész testét — nyaktól lefelé — a módosított Helmerich-Hardy-kenőccsel (Rp. Flor. sulf. 20, Kalii carb. 10, Vaselin 120) jól bekeni, negyedik napon megfürdik. Ezen eljárás a beteget napi foglalkozásában nem gátolja, a bőrt alig izgatja s gyógyhatása biztos.

A magángyakorlatban a kénnek juttatjuk az elsőséget. A kátránynak és származékainak gyógyhatása szintén elsőrangú, de az átható szag, szín, esetleg veseizgató hatás miatt inkább csak kórházban, esetleg — olcsóságuk miatt — a szegénypraxisban alkalmazzuk őket. A módosított *ung. Wilkinson* (Rp. Flor. sulf. Olei Fagi aa 50, Sapon. viridis, Axung. porc. aa 100, Cretae albae 10) átható szagú, a fehérneműt nagyon piszkítja. A *Kaposi-féle naphthol-kenőcsnek* (Naphtholi 15, Cretae alb. 10, Sapon. vir. 50, Vaselini 100, M. f. ung.) nagy előnye, hogy szagtalan, nem piszkít s a bőrt alig izgatja, de a resorptio veszélye miatt a vizelet a kezelés alatt többször vizsgálandó. A szegénypraxis részére olcsósága miatt használatos a styrax és ol. lini aa keverék.

Az antiscabiosus szerek bármelyikét válasszuk is, a kellő gyógyhatás érdekében tartsuk szem előtt a következőket:

Zöldszappanos prolongált meleg fürdőben a bőr szarurétegét felpuhítjuk, miáltal a három egymásután következő napon alkalmazandó gyógyszer könnyen hozzájut a járatokban levő petékhez, atkákhoz, kifejti hámlasztó hatását s így a negyedik napon következő szappanos tisztító fürdővel a beteg scabiesétől megszabadul. A gyógyszer esetleges bőrizgató hatásának lecsökkentése s a másodlagos elváltozások gyógyítása végett a beteg testét zink-hintőporral behintjük, illetve zinkolajjal (Zinci oxyd. 40, ol. oliv. 60) bekenjük. Figyelmeztessük a beteget, hogy ágy- és fehérneműjét forró lúgban főzze ki, illetve ruháit, ágytakaróját forró vasalóval jól vasalja át, vagy küldje azokat fertőtlenítő intézetbe, mert a rühatka egyetlen megtermékenyített nőstényének visszamaradása elegendő ahhoz, hogy egész fáradozásunk meddő munkává legyen.

Rejtő Kálmán dr. bőrklinikai tanársegéd.

73. évfolyam 4. szám. Budapest, 1929 január 26

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Barta Imre és **Görög Dénes**: Splenomegalia haemolytica paroxismusos haemoglobinuriával. (77—80. oldal.)
Nachtnebel Ödön: Az újszülöttek agyburokgyulladásáról. (80—84. oldal.)
Petres József: Adatok a megalocorneához négy eset kapcsán. (84—86. oldal.)
Praznovszky Gyula: Szervszeleteknek carbol-gelatinába való beágyazása útján készült színes múzeumi táblákról. (87—89. oldal.)
Czike Antal: Natrium-tetrajodphenolphtalein okozta bilirubinaemia. (89—90. oldal.)
König Gyula és **Gulácsy Zoltán**: Lipoidok befolyása a diphtheria toxinhatásra. Állatkísérletes vizsgálatok. (90—93. oldal.)
Petényi Géza: A kanyaró egy új tünete: a haemorrhagiás praeenanthema. (93. oldal.)
Pelláthy Béla: Ritka kimenetelű agyalapi törés és látóidegbántalom. (93—94. oldal.)
Hutyra Ferenc: A Calmette-féle gümőkórellenes védőoltások kísérleti alapja. (94—95. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (13—16. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. (95—97. oldal.)
Könyvismertetés. (97. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület január 19-i ülése. (97—99. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának január 18-i ülése. (99. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulat január 16-i közgyűlése. (99—100. old.)
Hutyra Ferenc 40 éves tanári jubileuma. (100—101. oldal.)
Vegyes hírek. (101—102. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának (igazgató: Angyán János dr. egy. ny. r. tanár) és kórbonctani intézetének (igazgató: Entz Béla dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

Splenomegalia haemolytica paroxismusos haemoglobinuriával.

Írták: *Barta Imre dr. és Görög Dénes dr.* egyetemi tanársegédek.

A szerzett haemolyticus ikterus nem oly egységes kórkép, mint a veleszületett. Míg az öröklött haemolyticus ikterus alkati rendellenesség, amelyet a sárgaság, a nagy lép és a vérszegénységen kívül a kevésbbé ellenálló és könnyen haemolyzálható vörösvértestek jellemeznek, addig a szerzett haemolyticus ikterus kóroka alapján nem egységes megbetegedés. Többen kétségbe is vonják önállóságát, csak mint tünetcsoportot ismerik el és ezért symptomás haemolyticus ikterusnak nevezik. Megkülönböztetjük a kryptogen vagy elsődleges alakját, amelynek oka ismeretlen és a másodlagos alakját, amely különböző, ismert vagy ismeretlen kórok által létrehozott megbetegedéshez szokott társulni, így a vészes vérszegénységhez, graviditásos anaemiához, lueshez stb. Az anaemia perniciosa, amelynek sok tünete rokon a haemolyticus ikterus tünetével, szintén lehet kryptogen és ismert okból eredő, de a lues vagy a botriokephalus okozta vészes vérszegénység, a klinikai tünetek és anatomiai elváltozások egysége alapján éppen úgy anaemia perniciosák, mint azok a kórképek, amelyeknek oka nem ismeretes. A szerzett haemolyticus ikterushoz közel áll a splenomegalia haemolytica anhaemopoetica: a sárgaság, a nagylép és a vérszegénység mellett a vörösvértestek resistentiája változatlan és a vérkép, valamint a csontvelő aplasiás.

B. J., 34 éves férfibeteg elsőízben 1927 febr. 24-én keresi fel a klinikát. Anyja szívbajban, atyja rákban halt meg. Két testvére, felesége és gyermeke egészséges. Családjában sárgaság nem fordult elő. Három hónap óta étvágytalan. A jobb bordaív alatt gyakran heves görcsös fájdalmat érez, ilyenkor vizelete sötétebb színű. Széklete rendes, sárgasága nem volt. Felvételkor a beteg halvány. A lép alsó polusa belégzéskor elérhető. A máj nem tapintható. A vizeletben urobilinogen mutatható ki. A széklet nem acholiás. A vérbilir. 0·36 mg százalék. A fractionált próbareggeli Hcl és összacid. görbéjének maximalis értéke: 60—90. A gyomor- és bél-Röntgen és a cholecystographiás vizsgálat kóros elváltozást nem mutat. A Wassermann-reactio: negativ. A vérkép: vörösvértest: 3,800.000, fehérvérsejt: 6000, Hgb: 72%, F. i.: 0·9. Qualitativ vérkép: leukocyta 74%, monocyta 2%, lymphocyta 24%. Anisocytosis, poikilocytosis nem látható. A vérlemezkeszám: 296.000 *(Fonio)*. A vérsejtresistentia: 0·45—0·34% NaCl Donath—Landsteiner-próba: negativ. A beteg saját kérésére távozik. Másodízben 1928 febr. 23-án keresi fel a klinikát azzal, hogy otthon orvosa arsenoltással kezelte, de ennek ellenére többször, az étkezéstől függetlenül, heves fájdalmat érez a gyomor és a máj tájékán, egyszer fájdalom közben hányt. A fájdalom után napokig bágyadt, levert. A beteg sápadt, a sklera subikterosusan elszíneződött. A lép három harántujjal haladja meg a bordaívet, a máj nem tapintható. A vizelet időnként sötétsárga, benne urobilin és urobilinogen mutatható ki. A székletét erősen festékes. A duodenumnedv sötétbarna. Vérkép: vörösvértest: 2,130.000, fehérvérsejt: 4100, Hgb: 40%, F. i.: 0·95. A festett készítményben: 72% leukocyta, 5% monocyta, 23% lymphocyta. Kifejezett mikrocytosis, hypochromasia, csekély aniso és poikilocytosis; magvas vörösvértest. Jolly-test nem látható. Vitalis festéssel reticulocyta nincs. A vér bilirubintart.: 18 mg százalék. Direct: negativ. A vérsejtresistentia: 42—30%, NaCl. A vérben sem iso-, sem authohaemolysin nem mutatható ki.

Klinikai tartózkodásának negyedik hetében heves májtáji fájdalom után a beteg vizelete piros, húsleszerű volt. A vizeletben a vérreactio positiv, az üledékben vörösvértest nincs, nagytömegű haemoglobinrög látható. Spektroskóppal úgy a vérben, mint a vizeletben bőséges haemoglobin mutatható ki. A vérsavó színe vöröses. A haemoglobinuriás roham még kétszer ismétlődött és azóta többé nem jelentkezett. Resistentiacsökkenést mosott vörösvértestekkel sem tudtunk a roham alatt kimutatni, úgyszintén autoagglutinatiót sem találtunk. A haemoglobinuriás rohamok lezajlása után a vörösvértest száma: 1,870.000, Hgb: 37%, F. I.: 1. A sárgaság fokozódott. Csaknem két hónapig észleljük a beteget, amely időben két ízben orrvérzése is volt. Megfigyelésünk alatt gyakran panaszkodott máj- és léptáji fájdalomról, ilyenkor a hőmérséke többízben 38 C° fölé emelkedett. Magas vérbilirubintart. 2·8 mg százalék mellett az urobilinuria állandó. A vérkép: vörösvértest: 1.620.000, Hgb: 30%, F. I.: 0·94. A festett készítményben mikrocytosis, mérsékelt

aniso- és poikilocytosis, polychromasia, magvas vörösvérsejt nem látható. Az alvadási idő 10 perc. A vérzési idő 3 perc. Donath—Landsteiner-próba: negativ. Sem autoagglutinatiót, sem a vörösvértestek fokozott mechanikus sérülékenységét nem sikerült kimutatni. Wassermann-reactio ismételten negativ. A vörösvértestresistentia: 0·43—0·32% NaCl. A lép öt harántujjal haladta meg a bordaívet. Mindezek alapján splenektomiát végeztettünk.

Idő	Vörösvértest	Normalblast	Reticulocyta
V. 18	1,600.000	splenektomia	500 cm³ vértransfusio
20	2,020.000	2%	4%
24	1,980.000	4%	10%
28	2.310.000	3%	12%
VI. 2	2 500.000	5%	15%
6	2,980.000	6%	19%.

ekkor a beteg hányingerről panaszkodott, néhányszor hányt, csuklott, pulsusa szapora, hasa puffadt, peritonealis tünetek között két nap mulva exitált.

A boncoláskor a sovány, de erőteljes férfi holttestén a négy hét előtt megejtett lépkiirtás nyomaként hegesedőfélben levő vonalas hasmetszést találtunk, a lépágyban kiterjedt összenövések voltak a nagycseplesz és a környező hasüri szervek között. A hasüregben friss hashártyagyulladás jeleként 1½ liter zavaros, véres savó volt, s a bélkacsokat vékony rostonyalepedék tapasztotta össze. A bal vena pulmonalisban kisujjvastag embolus, a tüdő kissé puffadt, habzó savóval beszűrődött. A vena pankreaticolienalis, mely a műtéti területtől a portaér felé halad, egész terjedelmében erősen a falhoz tapadó, réteges szerkezetű vérröggel van kitöltve. Ugyancsak folytatólagosan rögösödött a vena portae is, egészen a májban levő apró ágakig. A vena mesenterica superior hasonló módon vérröggel kitöltött, s a megfelelő bélszakaszon a nyálkahártya sötétvörösen bővérű, vizenyősen duzzadt. A vesék középnagyok, a hiluserek szabadok ugyan, de a vena kisebb mellékágai a leírt módon rögösödöttek. A veseállomány törékeny, rajzolata elmosódott, fakó rozsdabarna, vérszegény. A máj középnagy, törékeny, rajzolata elmosódott, fakó sárgásbarna. A combcsontban sárga zsíros velő van.

A kiirtott lép felette nagy, 720 gramm, méretei: 18×11×5 cm. Tokja feszes, egyenletesen megvastagodott, fehéresen áttűnő. A lépállomány igen lágy, feltűnően bővérű, sötétvörös. A metszlapján a tüszők és gerendák rajzolata nem látható és a metszlapról lágy, sötétvörös, vérdús állomány kaparható ki.

A boncolás adatai szerint tehát az egyébként per primam intentionem begyógyult műtéti területről kiinduló rögösödés porta-thrombosist és kiterjedt bélelhalást okozott, s az emiatt fellépő peritonitis okozta a halált.

A mikroskopos vizsgálatot elsősorban a reticuloendothelialis rendszer fő képviselőire, a lépre, csontvelőre és a májra terjesztettük ki s a haemoglobinuria miatt a veséket is tüzetesen megvizsgáltuk.

A combcsontvelő kikent készítményein sejtes elemet csak elvétve lehet kimutatni. Leginkább megalvadt s a Giemsa-festéssel halványlilára festődő plasmatömegek tűnnek szembe, helyenként egy-egy vörösvérsejttel. Elvétve néhány myeloblast és normoblast mutatható ki. A combcsontvelő metszeteiben e képpel megegyező a lelet, amennyiben felette sejtszegény, zsíros a csontvelő, a zsírsejteknek megfelelő lyukak között van az egyenletesen elosztott gyérsejtes állomány. Aránylag nagyobbszámú vörösvérsejt mellett csak itt-ott találunk egy-egy myelocytának, myeloblastnak vagy normoblastnak megfelelő sejtet. Akárhány olyan látótér is van, hol magvas sejt egyáltalában nem mutatható ki. Megakaryocyta e készítményekben nem látható. Vérfestéklerakódás nem volt kimutatható, a berlinikék reactio negativ eredményt adott.

A lapos csontokból (bordákból) készített tárgylemezkészítményeken sokkal több sejtes elemet látunk, erythrocyták mellett normoblastok, myeloblastok s különböző granulatiójú myelocyták mutathatók ki, de számuk itt sem éri el az ép állapotban észlelhetőt. A lapos csontok csontveleje a felnőttben mindig sejtdúsabb, mint a csöves csontoké és a regressiv elváltozások ezért kevésbbé kifejezettek.

A lépnyirok folliculusai szám, alak, nagyság és sejtes felépítés tekintetében semmi eltérést nem mutatnak. A pulpa elváltozásai közül a legszembetűnőbb a sinusok elnyomott volta, ezek nagyrészt üresek, míg a sinus közötti állomány helyenként bőségesen tartalmaz vörösvérsejteket. A nagyfokú makroskópos bővérűség a szöveti leletben csak részben mutatható ki, mert a műtét alatt és után a vér legnagyobb része kicsurgott. A pulpa alapszövete savósan beszűrődött. A savó kicsapódott fehérjéje helyenként rostos szerkezetet mutat s a jelenlevő kötőszöveti alapváz sejtjeivel egyetemben megszaporodott kötőszövet képét utánozza, azonban mint erről a van Gieson- és Mallory-festéssel meggyőződtünk, a lép kötőszövete nincs megszaporodva. Vérfestéket a lépben sem találtunk.

A máj portalis ereiben rögösödésnek megfelelő elváltozásokat találtunk, egyébként a májon kóros eltérést kimutatni nem sikerült. A mérsékelten kitágult capillarisok endothelbélése változatlan, a májsejtgerendák szabályosan épültek fel. Vérfestéket itt sem mutathattunk ki, helyenként egy-két apró sárgásbarna epefestékrög volt a gerendák között.

A vese igen charakteristikus módon jelzi a többszöri haemoglobinuriát. Az egyébként változatlan veseállományban a kanyarulatos csatornák hámja igen nagymennyiségű haemosiderint tartalmaz, a berlinikék reactio e helyen erősen positiv eredménnyel járt. Érdekes s a haemoglobin kiválasztási helyének tüzetesebb meghatározása szempontjából jelentőségteljes az a körülmény, hogy egyebütt a veseállományban sehol sem sikerült a vastartalmú festék kimutatása, így teljesen negativ volt a lelet a velőállományban, s a kéreg egyéb területei, a Henle kacsok karcsú szárai és a glomerulusok sem tartalmaztak haemosiderint. Így kétségtelen, hogy a haemoglobinuriás roham alatt a vérfesték a kanyarulatos csatornákon át választódik ki.

A szövettani és makroskopos lelet alapján megállapíthatjuk tehát, hogy morphologiailag az elváltozások a csontvelő aplasiájában a lép, hyperaemiájával járó megnagyobbodásában s a vese kanyarulatos csatornácskáinak haemosiderosisában állottak.

Összefoglalva tehát azt látjuk, hogy állandó sárgaság mellett bőrviszketés, bradycardia és haemorrhagiás diathesisre való hajlandóság nélkül a vérbilirubintartalom erősen emelkedett, bilirubinuria nélkül állandó urobilinuria volt jelen, a székletét nem volt acholiás, inkább a rendesnél erősebben festékes. A léptumor az egyes rohamok után folytonosan nőtt. A nagyfokú vérszegénység aplasiás jelleget mutatott, magvas vörösvérsejtet, reticulocytát nem találtunk. A festett készítményben mikrocytosis, hypochromasia, mérsékelt aniso- és poikilocytosis volt látható. Festődési index 1 alatt. A gyomornedv szabad sósavat tartalmaz, glossitis nincs. A vörösvértestresistentia rendes, csak az első alkalommal állottak a resistentia határértékei (kezdődő és teljes haemolysis közötti különbség) a rendesnél egymáshoz közelebb.

A resistentiacsökkenés hiánya, az anaemia aplasiás volta teljesen megegyezett a *Banti* által splenomegalia haemolytica anhaemopoeticának nevezett kórképpel. Kérdés csak az, hogy ezt mint önálló kórképet, vagy mint a szerzett haemolyticus ikterus atypusos alakját foghatjuk-e

fel? Ugyanis mióta *Hayem*, illetve *Widal* és tanítványai, *Abrami* és *Brulé* leírták a szerzett haemolyticus ikterust mint önálló megbetegedést, számos esetet közöltek resistentiacsökkenés nélkül. *Lommel*, *Bittorf*, *Garhardt*, *Gänsler*, *Kozitschek* stb.

A resistentiacsökkenés okát a haemolyticus ikterus kórszármazásának egyik elmélete sem tudja teljesen megmagyarázni. Sem a lép *(Minkowsky)*, sem a máj *(Hayem)*, sem a vér megbetegedése *(Chauffard)*, sem a csontvelő elsődleges elváltozása *(Naegeli)*. Eppinger általánosan ismert elmélete a lépnek activ haemolysises szerepet tulajdonít, amely haemolytikus ikterusban nagy mértékben fokozódik. A hypersplenia következtében a vörösvértestek csak részben esnek szét a lépben, teljes feldolgozásukat bilirubinné a máj Kupffer-sejtjei végzik. *Eppinger* hangsúlyozza, hogy a splenohepatikus elmélet mindennel összhangba hozható, de a resistentiacsökkenést nem tudja magyarázni.

A vörösvértestek resistentiájának csökkenését *Chauffard* a mikrocytáknak tulajdonítja, amelyek ellenállása kisebb, mint a normocytáké. *Naegeli* a resistentiacsökkenést tartja haemolyticus ikterusban az elsődleges elváltozásnak, amely a csontvelő veleszületett gyengesége folytán keletkezik. Ő azonban adós marad a magyarázattal a szerzett haemolyticus ikterus azon eseteire vonatkozólag, ahol resistentiacsökkenést nem észleltek. Továbbá a fokozott vörösvértestszétesésnek a resistentiacsökkenés nem lehet alapvető feltétele, mert essentialis haemoglobinuriában is csak elvétve sikerült ezen tünetet kimutatni. *Gilbert*, *Achard*, *Vaquez* és *Aubertin* a lép fokozott haemolysintermelésében keresi az okot, azonban egyrészt eddig haemolysint bizonyossággal kimutatni nem sikerült, másrészt pedig ha a lép elsődleges módon hozná létre a vörösvértestek osmosisos resistentiájának csökkenését akkor splenektomia után a sárgasággal együtt a resistentiacsökkenésnek is el kellene tűnni, holott ez a tünet lépkiirtás után is megmarad.

Az osmosisos resistentiacsökkenés nem pathognomiás haemolyticus ikterusra, mert más anaemiás betegségben is előfordul, így anaemia perniciosában, graviditásos anaemiában, chlorosisban, leukaemiában és nem ritkán a vérzéses anaemiában is. Továbbá a vörösvértesteknek konyhasóval szemben való viselkedése nem mértéke az ellenállóképességüknek, vagy haemolysisre való hajlandóságuknak. A különböző anaemiával járó megbetegedésekben fokozott a vörösvértestek szétesése, amit az állandó urobilinuriából és a nagyfokú haemosiderosisból következtethetünk anélkül, hogy az osmosisos resistentia csökkenését ki lehetne mutatni. A resistentiacsökkenés és a vörösvértestek ellenállóképessége tehát nem mindig haladnak együtt. Az osmosisos resistentia csökkenése nem obligat ok, miután más betegségben is előfordul és mert a haemolyticus ikterusos megbetegedésnek az irodalomban közölt több esete ismeretes (l. fent), amelyben ez a tünet hiányzott. A resistentiacsökkenés *Meulengracht* szerint másodlagos jelenség és oka az, hogy a túlságosan fokozott sejtpusztulás miatt a csontvelő is fokozott tevékenységet fejt ki és a gyors regeneratio következtében kisebb ellenállású vörösvértestek jutnak a véráramba. Olyankor azonban, midőn a csontvelő kimerül, vagy már kezdettől fogva elégtelen, mint *Banti* és a mi esetünkben, akkor rendes vagy fokozott resistentiájú vörösvértestek képeztetnek. Az osmosisos és a vitalis resistentia *(Grawitz)* azonban nem mindig haladnak együtt, amit a betegünk haemoglobinuriája is bizonyít.

Haemolyticus ikterusban a csontvelő fokozott tevékenységének jele a csöves csontokban található vörös csontvelő. A fokozott regeneratio jelei a vérképben is láthatók. A mi betegünk vérképe és csontvelője egyaránt aplasiás volt. Ez teszi szükségessé, hogy az ilyen megbetegedést a nevében is megjelöljük, amint az anaemia aregeneratiós alakjában is szokásos. Nevezhetjük splenomegalia haemolytica anhaemopoeticának *(Banti)*, vagy tekintettel a jobban ismert klinikai közmegjelölésre, ikterus haemolyticus aplasticusnak.

Külön foglalkozunk a rohamokban fellépő haemoglobinuriával. Haemolyticus constitutióban anaemia perniciosa, valamint ikterus haemolyticus kapcsán elvétve láttak haemoglobinuriát. *R. Schmidt*, *Bettmann*, *Roth* stb. *Chauffard* és *Vincent* leírtak súlyos anaemiát ikterussal, ahol időnként haemoglobinuria jelentkezett, ők „ictére haemolysinique"-nek nevezték. Mérsékelt resistentiacsökkenésen kívül a savóban iso- és authohaemolysint tudtak kimutatni. *Gilbert* és *Chabrol* egyszerű acholuriás ikterusban észleltek haemoglobinuriát, ha a beteg testét hidegvíz érte. A mi betegünkön a vörösvértestek osmosisos resistentiája rendes volt, a savóban sem auto-, sem isohaemolysint nem sikerült még a haemoglobinuriás roham alatt sem kimutatni. Hideg behatására haemoglobinuria nem lépett fel. Donath—Landsteiner-próba többízben negativ volt.

A rohamokban fellépő haemoglobinuriát azért tartjuk igen fontosnak, mert kétségtelen bizonyítékát szolgáltatja, hogy rendes osmosisos resistentia mellett is a vörösvértestek vitalis resistentiája lényegesen csökkenhet és a vérsejtszétesés az ép állapotot sokszorta meghaladó méretet ölthet. A szerzett haemolyticus ikterusban gyakran szabályos a vörösvértestek osmosisos resistentiája, de azért nem jogos és nem is kívánatos, hogy ezen kórképet tagadjuk, vagy a leírt megbetegedések nagy részét az anaemia perniciosa csoportjába soroljuk. Bár kétségtelen, hogy a vészes vérszegénységben is gyakran látunk kisebb-nagyobbfokú sárgaságot, urobilinuriát, magasabb vérbilirubintartalmat, gyakran a lép is erősen megnagyobbodott és a vörösvértestresistentia is csökkent. A lépet anaemia perniciosában is az jellemzi, hogy a vérből és a vörösvértestek túlnyomó része a pulpában található, továbbá mindkettőben fokozott haemolysis megy végbe. Tehát valóban közeli rokonság áll fent a két kórkép között. De másrészről lényeges különbség is van az anaemia perniciosa és a haemolyticus ikterus között, amely főképen és elsősorban a csontvelő működésében nyilvánul meg. Ugyanis míg az anaemia perniciosában a károsító ok hatására megaloblastossá alakul át a vörösvértestképző-rendszer, makro- és megalocyták jelennek meg a peripheriás véráramban, addig haemolyticus ikterusban az erythropoesis normoblastos marad és a véráramban mikrocyták láthatók. A csontvelő veleszületett haemolytikus ikterusban constitutionalisan termelt kisebb osmosisos resistentiájú vörösvértestet, a szerzett haemolyticus ikterusban pedig ismeretlen vagy ismert ok folytán kisebb vitalitásúak a vörösvértestek. Ha a betegség okozója a csontvelőt megbénítja, tehát a nagyobb feladatnak nem tud megfelelni, akkor az anaemia súlyosabb és aplasiás lesz s ilyenkor kevés, de valószínű, viszonylagosan nagyobb resistentiájú vörösvértestek termeltetnek. *Eppinger* minden alkalommal rámutat arra, hogy a vérsejtképzés és pusztulás szempontjából a csontvelő, a lép és a máj milyen szoros egységet alkotnak. Az eset tanulsága szerint is láthatjuk azt a szoros összefüggést, mely a lép és a csontvelő működése között van, és ha az anaemia perniciosa pathogenesisében a máj és a csontvelő megzavart működését állítjuk az előtérbe, úgy a haemolyticus ikterusban a lép és a csontvelő correlativ zavarának a kifejezőjét látjuk.

Irodalom: *Achard:* Soc. de Biol. 1912. 72. — *Banti:* Sem. méd. 1913. — *Bettmann:* Münch. med. Woch. 1900. —

Bittorf: Verhandl. d. deutsch. Kongr. f. inn. Med. 1914. — *Chauffard:* Sem. méd. 1907. és 1908. 1. — *Chauffard* és *Vincent:* Sem. méd. 1909. — *Eppinger:* Die hepatolienalen Erkrankungen. — *Gänsler:* D. A. f. kl. Med. 140. köt. — *Gerhardt:* Grenzgeb. 31. köt. — *Gilbert:* Compt. rend. biol. 1912. 73. — *Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes. — *Hayem:* Proc. méd. 9 mars, 1898. — *Kozitschek:* Wien. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde. 1923. — *Lommel:* D. A. f. klin. Med. 109. köt. — *Meulengracht:* Der chronisch-hereditäre haemolytische Ikterus. 1921. — *Minkowsky:* Kongr. f. inn. Med. 1900. — *Naegeli:* Blutkrankheiten. — *Roth:* D. A. f. kl. Med. 106. köt. — *Vaquez* és *Aubertin:* Arch. d. mal. du coeur, 1908. — *Vidal, Abrami* és *Brulé:* C. R. Soc. de Biol. 1908.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. kórbonctani intézetének közleménye (igazgató: Buday Kálmán dr. ny. r. tanár).

Az újszülöttek agyburokgyulladásáról.

Írta: *Nachtnebel Ödön dr.* adjunctus.

Az újszülöttek boncolása sokszor meglehetősen egyhangú s nem nyujthat természetesen olyan változatosságot, mint a felnőttek boncolása. Az élet első napjaiban elhalt újszülöttek tetemeit vizsgálva elénk tárulhatnak a méhenkívüli életet lehetetlenné tevő fejlődési rendellenességek; elég gyakori oka az újszülöttek elhalálozásának a világrahozott syphilis s elégszer találkozunk a légző apparatus lobos elváltozásaival is, míg a régebben gyakrabban előforduló köldökfertőzések mind ritkábban kerülnek észlelésre. A központi idegrendszer részéről a leggyakrabban előforduló elváltozás a szülés alatt keletkező koponyaüri, főleg agyburki vérzés, míg lobos elváltozások csak igen ritkán észlelhetők. Az utóbbi években az I. sz. Kórbonctani Intézet újszülött boncolási anyagában több olyan esetet találtam, melyben az újszülött halálát az agyburkok genyes fibrines gyulladása okozta, mely eseteket azoknak ritkább előfordulása érdemessé tesz a megemlítésre.

Az *első eset* újszülött leánygyermekre vonatkozik, aki öt napot és hat órát élt. A kihordott újszülött születési súlya 3000 g, hossza 50 cm, fejkerülete 34 cm. A szülés lefolyásából megemlítendőnek tartjuk, hogy a burok intézeten kívül repedt meg, 17 órával a szülés előtt. Miután a kitolás elhúzódott (négy óra), fogóműtétet végeztek. A magzat livid asphyxiában született, bőringerekre és nyálkaszívás után az asphyxia megszűnt. Az anya hőmérséke felvételkor 37·2 C°. A gyermekágy alatt állandóan 37 C° alatt volt, a lochia kissé bűzös. A gyermek súlya a szülés után álandóan esett, az utolsó napon 2550 g. Hőmérséke rendes, a halál napján hirtelen 39 C°-ra emelkedik s ugyanezen a napon tonusos clonusos görcsök jelentkeznek, az izomzat hypertoniássá válik és görcsök közepette meghal.

Boncoláskor a belsőszervek vérbősége mellett csak az agyban találtunk elváltozást. A lágy burkok között, főleg a convexitáson, mindkét oldalt egyformán zöldes genyes fibrines izzadmány van, mely helyenként vaskosabb réteget képez. Vérzéseket a burkokon nem találtunk. Az agyállomány elváltozást nem mutat. Az orrüreget, valamint a dobüreget nem boncoltuk. A köldökerekben elváltozás nem volt. Az izzadmányból kikent készítményeken, mintegy tiszta tenyészetben typusos pneumococcusokat kaptunk, s az izzadmányból intraperitonealisan oltott fehér egerek 24 óra alatt elpusztultak. Az egerek hasüregéből, valamint a szív véréből ascites agar lemezeket oltottunk s azokon typusos pneumococcus telepek fejlődtek. Az agglutinatiós próba szerint a pneumococcusok a második typusba tartoztak. Az agy szöveti vizsgálatakor a burkok között genysejtes beszűrődést s helyenként elég sok fibrint találtunk. A sejtes beszűrődés elég messze beterjedt a sulcusokba, de az agy állományában nem találtuk meg.

Második eset. Újszülött leánygyermek. A születési súlya 3300 g. Testhossz 51 cm, fejkerülete 34 cm. A szülési napló fontosabb adatai: a magzatvíz a szülés előtt 45 órával folyt el, az anya hőmérséklete a felvételkor 37 C°, a szülés után 36 C°, a gyermekágy tartama alatt állandóan 37 C° alatt van. Episiotomián kívül egyéb beavatkozás nem történt. Az újszülött nem volt asphyxiás, súlya 2980 g-ig esett le. Az élet első három napján a hőmérsék rendes, a negyedik napon 37·6 C°-ig emelkedik, a nagy kutacs ekkor feszessé válik, a végtagok spastikusak lesznek, az újszülött hirtelen cyanotikus lesz, nem légzik, a nagy kutacs fluctuál, orrán, száján nyákos tej ürül. Az élesztgetési kísérletek hatástalanok, a cyanosis mindinkább halványodik, s néhány jellemző agynyomásos légzés után a negyedik napon meghal, három napot és 20 órát élt. Klinikai diagnosis: Intracrainalis vérzés.

Boncoláskor a belső szervek mérsékeltebb vérbőségen kívül egyéb elváltozást nem mutattak, a köldökerekben elváltozás nem volt. A lágy agyburkok vérbővek, s azok között vaskos rétegben zöldes genyes fibrines izzadmányt találunk, helyenként olyan nagy mennyiségben, hogy a tekervények alig látszanak. Az izzadmány egyformán kiterjed az agyalapra és a domborúságra is. Az agy állománya elváltozást nem mutatott, a burkok között vérzést nem találtunk. Az orrüregben tejszerű váladék van, a nyálkahártya halvány. Az orr mellüregeiben elváltozást nem találtunk, a dobüregben kevés tiszta, nyúlós nyálka van. Az agyburkok izzadmányában nagyszámú typusos pneumococcust találtunk, kikent készítményeket vizsgáltunk még a tüdőből, lépből, valamint az orr nyálkahártyájából és a dobüregből. Az orr-nyálkahártyából készült készítményekben néhány pneumococcust találtunk. Egyéb szervek készítményeiben bakteriumok nem voltak. Több fehér egeret oltottunk az agyburkok izzadmányából a tüdő, s a lép dörzsölékéből. Az agyburok izzadmányával oltott egerek 24 óra alatt elpusztultak. A többi egér életben maradt. Az elhullott egerekből az első esethez hasonlóan végeztük a további vizsgálatokat, s szintén a második typusba tartozó pneumococcusokat találtunk. A szöveti vizsgálat szerint az agyburkok között genysejtes beszűrődés van, helyenként elég sok mononuclearis sejttel és fibrinnel. A burok erei vérbővek, néhány venában rögösödés van. A belső szervekben elváltozást nem találtunk.

Harmadik eset. Újszülött leánygyermek, születési súlya 3350 g, hossza 50 cm, fejkerülete 35 cm. A szülés lefolyására vonatkozó klinikai adatok szerint a szülőfájások a szülés előtt 64 órával indultak meg, a burok 11 órával a szülés előtt repedt meg. A kitolási idő 15 perc. Műtéti beavatkozás nem történt, a magzat nem volt asphyxiás. Az anya a szülés előtt láztalan, a gyermekágy harmadik és negyedik napján 37·9 C°-ig emelkedő, egyébként rendes hőmérsék. Az újszülött öt napot és 15 órát élt. Súlya 3030 g ig csökkent le. Három napig láztalan volt, negyedik napon hőmérséke 40 C°-ig emelkedik, az ötödik napon 37 és 38·7 C° között ingadozik. A harmadik napon az újszülött igen anaemiás, mely anaemia a halál beálltáig fokozódik. A fehérvérsejtszám 11.300. A hatodik napon cyanosis jelentkezik, nagyfokú légszomjjal, s ilyen állapotban beáll a halál. Klinikai diagnosis: Agyvérzés és hasüri vérzés.

Boncoláskor a hasüregben vért nem találtunk, a belek puffadtak, a belső szervek általában vérbővek, egyéb elváltozást nem mutatnak. Nem találtunk elváltozást a köldökerekben sem. A lágy burkok erősen belöveltek, s közöttük sárgás, zavaros folyadék szaporodott fel, főleg a domborulaton. Az orr nyálkahártyája sötétvörös, vérbő, s zavaros, nyákos váladék tapad rajta; kevés nyúlós tiszta nyálkát találunk a dobüregben is. Az agyburkokban vérzés nincsen, az agy állománya eltérést nem mutat. A szövettani vizsgálat az agyburkok között genysejtekből álló izzadmányt állapított meg, igen kevés fibrinnel s néhány venában rögösödéssel. A sejtes beszűrődés az agy állományába nem terjed be. Erős vérbőség és lobosodás képét mutatja az orr nyálkahártyája is, míg egyéb

szervekben, tüdőben, lépben, májban, valamint a vesében és köldökerekben kóros elváltozást nem találtunk. Az agyburok izzadmányában kikent készítményekben mintegy színtenyészetben kaptuk a pneumococcusokat, s ugyancsak pneumococcusokat találtunk az orr nyálkahártya váladékában is, míg a dobüregben levő nyákos anyag bakteriumokat nem tartalmazott. Fehér egereket oltottunk az agyburok izzadmányából, lépből, tüdőből és a szív véréből. Az agyburok izzadmányából oltott egerek 24 óra alatt elpusztultak, míg az egyéb anyaggal oltottak életben maradtak. Az elhullott egerek hashártyaizzadmányából és szívvéréből oltott agarlemezeken pneumococcus telepek nőttek; a pneumococcusok az agglutinatiós vizsgálat szerint a második typusba tartozóknak bizonyultak.

Negyedik eset. Újszülött fiúgyermek a terhesség nyolcadik hónapjából. Súlya 2160 g, hossza 48 cm, fejkerülete 32 cm. A szülés lefolyásának megemlítendő adatai: a burok intézeten kívül repedt meg, az időpont nem volt megállapítható. Szülőfájások a szülés előtt hat órával indultak meg, a kitolási idő 10 percig tartott, műtéti beavatkozás nem történt. Az anya közvelen a szülés előtt lázas volt, 39·3 C° s a lázat bronchitissel magyarázták. A szülés utáni hőmérséklet 38·3 C°, azután a gyermekágy apróbb 37·2 C°-ig terjedő hőemelkedésektől eltekintve, láztalan. A gyermek a születés után jól sírt, de egy félóra mulva cyanotikus lett, felületesen légzik. Bőringerekre és nyálszívás után ismét hangosan sír, a cyanosis enged, de a szülés után 18 óra mulva ismét jelentkező erős cyanosis után az újszülött meghal. Klinikai diagnosis: Lues congentia?

Boncolási lelet. A tüdők alsó lebenyében légtelen területek vannak, egyébként elváltozást nem mutatnak. A jobb mellékvesében mogyorónyi vérzés. A vesében húgysavas infarctus. Az összes belső szervek vérbővek, a lágyburkok belöveltek és főleg az agyalapon piszkos, vörhenyes színűek, fátyolszerűen zavarosak. A burkok között kevés zavaros savó található. A jobb félteke domborulatán 20 filléresnyi vérzés van, mely kissé a kéregállományba is beterjed. Az orrüregben és dobüregben lényegesebb elváltozást nem találtunk. Szövettani vizsgálatkor a lágy burkok között mérsékeltebb genysejtes beszűrődést találtunk, mely főleg az agyalapi részeken és a kisagynak megfelelően észlelhető. Más helyeken csak erősebb vérbőség és savós átivódás van. A beszűrődés nem hatol a sulcusokba, inkább az erek mentén terjed. A tüdőben lobos elváltozás nincs. A májban myeloid telepek vannak. A *Levaditi* szerint impregnált készítményekben spirochaetát nem találtunk. Az agyburki savóból kikent készítményekben kevés genysejt között Gram-positiv 2—3 párból álló merev láncokat képező diplococcusokat találtunk. A beoltott fehér egerek 36 óra alatt pusztultak el, s azoknak szívvéréből ascites agarlemezre oltva pneumococcus mucosus telepek fejlődtek. A tüdő, lép dörzsölékével oltott egerek életben maradtak.

Ötödik eset. Újszülött fiúgyermek, születési súlya 2850 g, hossza 50 cm, fejkerülete 34 cm. A szülés lefolyása síma volt, az anya láztalan. A burok 1½ órával a szülés előtt repedt meg, a tágulási és kitolási időszak négy óra 30 percig tartott. A gyermek az első hét napon jól érezte magát, a nyolcadik napon hőmérséklete 37·7 C°, görcsös rohamok jelentkeztek, melyek másnapra megszűntek ugyan, de a láz 39·5 C°-ig emelkedett, s ezután a görcsök újra felléptek. A tüdő és garat vizsgálata eltérést nem mutatott. A 10-ik napon a láz 39·3 C°, a nagy kutacs feszes, a szemgolyó lefelé fordult, szemhéji rángások jelentkeznek, a reflexek fokozódtak és a gyermek éles, fájdalmas sikoltásokat hallat. A 11-ik napon általános cyanosis közepette meghalt. A lumbalpunctióval nyert liquor kissé zavaros, Nonne—Apelt gyengén positiv.

Boncoláskor a belső szervekben vérbőségen kívül egyéb elváltozást nem találtunk. A tüdők mindenütt légtartók. Az agyburkok erősen vérbőek, a bal félteke domborulatán laposan elterülő gyermektenyérnyi subduralis vérzés van. A lágyburkok között zavaros savó szaporodott fel, mely különösen a frontalis lebeny alapi felszínén zöldes genyes jellegű, kevés fibrint tartalmaz. Az agy állománya vérbő. A dobüregben váladék nincsen, az orr nyálkahártyája duzzadt, kevés tapadós, zavaros nyálkával van borítva. A köldökerekben és a bélben elváltozást nem találtunk. A gerincagy burkai vérbővek. Az agyburkok izzadmányából kikent készítményeken Gram-positiv, tokos, páros coccusokat találtunk, melyek néhol rövid 2—3 párból láló merev láncot képeznek. Hasonló leletet adott az orr nyálkahártya váladéka is, míg a dobüregből készült tárgylemezkészítményeken bakteriumokat nem találtunk. Egéroltásokat végeztünk az agyburok izzadmányából, a tüdőből és a lépből. Az agyburok izzadmányával oltott egerek 14 óra alatt elpusztultak, a többi egér életben maradt. Az elpusztult egerek peritonealis izzadmányából, valamint a szívvérből oltott ascites agarlemezeken typusos pneumococcus mucosus telepek nőttek ki. Szöveti vizsgálatkor az agyburkok között genysejtes izzadmány terült el, kevés fibrinnel, mely mélyen behatol a sulcusokba is, de az agy állományába nem terjed be. Több burki venában rögösödést látni. A belső szervek szöveti vizsgálata lényegesebb elváltozást nem mutatott.

A leírt öt esetben genyes fibrines, illetőleg savós agyhártyagyulladást találtunk fiatal újszülöttek boncolásakor, anélkül, hogy a belső szervekben lobos elváltozás lett volna. Az egyik újszülött 18 órát élt és ebben az esetben az agyhártyáknak kifejezett lobos reactióját genyes fibrines gyulladás értelmében nem találtuk, csak a burkok sajátságos piszkos vörhenyes elszíneződése tűnt fel, s a burkok között kevés zavaros savó volt található, s emellett kisebb agyburki vérzés is állott fönn. Ebben az esetben közelebbi felvilágosítást csak a bakteriologiai és szövettani vizsgálat adott, előbbi a pneumococcus mucosus jelenlétét derítette fel, utóbbi pedig a lobos beszürömkedést állapította meg. Ez a gyermek koraszülött volt, 2160 g-os születési súllyal. Az anya a szülés előtt és alatt lázas volt és garatváladékában pneumococcust találtak. Második esetünk három napot és 20 órát, az első eset öt napot és hat órát, a harmadik öt napot és 15 órát élt, míg az ötödik esetben az újszülött 10 napig és kilenc óráig volt életben. Ezen öt esetnek elég rövid idő alatt (három év) történt előfordulása fordította figyelmünket erre a megbetegedésre azért is, mivel az azelőtti évek boncolásainak utána nézve, úgy láttuk, hogy ilyen esetek igen ritkán fordultak elő. Az említett három esztendő alatt a leírtakhoz még egy hasonló esetet találtunk, melynek boncolási lelete megegyezik a leírt esetekkel s a boncolási leletre támaszkodva ezen esetet is a fentiekhez sorozhatjuk. Ezen eset újszülött leánygyermekre vonatkozik, akinek születési súlya 2960 g, hossza 48 cm, fejkerülete 33 cm. volt. A gyermek hat napot és három órát élt. Az élet első négy napján jól érezte magát, az ötödik napon a hőmérséklete 39 C° fölé emelkedett, clonusos görcsök jelentkeztek, nystagmus és strabismus lépett fel és a hetedik nap elején az újszülött meghalt. A klinikai diagnosis: Clonikus görcsök, nystagmus strabismus conv. Boncoláskor a belső szervek részéről eltérést nem találtak. A lágy burkok között vaskos fibrines genyes izzadmány volt, különösen a homloki lebenyek alsó felszínén. A dob- és orrüreg nem vizsgáltattak és bakteriologiai vizsgálat sem történt. Összehasonlítva azonban ezen esetet előbbi eseteinkkel, a boncolási jegyzőkönyv alapján ezen esetben is isolált meningitis állott fönn, valószínűleg pneumococcusos fertőzés alapján. Beleszámítva ezen esetet is, tehát az utóbbi három év alatt hat esetben észleltünk újszülötteknél meningitist. Átnézve az első számú kórbonctani intézet boncolási jegyzőkönyveit 1914—1925 ig, ezen 11 esztendő alatt 530 újszülött boncolásából

mindössze két meningitis-esetet találunk följegyezve. Az egyik eset 1920-ból, az influenzajárvány idejéből származik, nyolcnapos gyermekre vonatkozik s a jegyzőkönyv adatai szerint haemorrhagiás bronchopneumonia és rhinitis mellett rostonyás agyburokgyulladás állott fönn. Tekintettel arra, hogy az anya a szülés előtt is lázas volt, a gyermekágyban is 11 napig lázas állapotban feküdt s a lázas állapotot influenzával magyarázták, valószínű, hogy ebben az esetben az influenzás anya fertőzte az újszülöttet, akinek agyhártyagyulladása bizonyára a tüdőgyulladásból eredt. A másik eset 1923-ban boncoltatott, s a boncolási jegyzőkönyv adatai szerint az agyhártyagyulladás köldökfertőzésből kiinduló általános fertőzés következménye volt, amit a bakteriologiai vizsgálat is megerősített, amennyiben úgy a köldökerek mentén lévő phlegmone genyéből, mint az agyburok izzadmányából streptococcusokat lehetett isolálni. Az 1914 januárjától 1928 áprilisáig végzett 796 újszülött boncolásból tehát, beleszámítva ezen utóbb említett három esetet is, hétszer találtunk agyburokgyulladást (közleményünk első esete nem az intézetünk boncolási anyagából való) s ezek közül öt az 1925 januártól 1928 áprilisig terjedő időre esik, 266 újszülött boncolásra.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a betegség meglehetősen ritkán fordul elő, ha csak azokat az eseteket vesszük, amelyek 15 napnál nem idősebb csecsemőkre vonatkoznak. *Bókay—Flesch* tankönyvében a pneumococcus-fertőzések tárgyalásánál azt a megjegyzést találjuk, hogy a pneumococcus meningitis fiatalabb gyermekekben gyakori, mint tüdő, orr- és fülmegbetegedések szövődménye, előfordulhat újszülöttekben is. *Reuss* szerint a korai csecsemőkor görcsös állapotokkal járó fontos megbetegedése a meningitis purulenta, mely az orrgaratürből, középfülből való átterjedésből, vagy a véráram útján keletkezhetik. Általában az idevonatkozó észlelések csecsemőkorra, vagy fiatal gyermekkorra vonatkoznak, s olyan fiatal újszülöttekre vonatkozólag, ahogy azt mi észleltük, csak igen szórványos feljegyzések vannak. *Goldreich* 1902-ben közöl egy esetet, amelyben a három napig tartó szülés után asphyxiában született jól fejlett gyermek, a szülés után 24 órával 10 percenként görcsös állapotba esett s 54 óra mulva meghalt. Boncoláskor genyes bronchitis pleuritist és meningitist talált, s az izzadmányban coli-bacillust mutatott ki. A gyermek legmagasabb hőmérséke 32·2 C° volt. *Bonhoff* és *Esch* észlelése szintén egy esetre vonatkozik, az újszülött 14 napig élt, s a kilencedik napon lett lázas, de az első naptól kezdve nyöszörgő, nehezen szopó gyermek volt. Az ötödik napon megejtett lumbalpunctióval kapott liquorban néhány genysejt fordult elő. Boncoláskor az agyburokgyulladás mellett a középfülben genyszerű váladékot talált, az agyburok izzadmányában Gram-negativ diplococcusok fordultak elő, mely cultúrában Gram-positiv tokos bacillus formájában tenyészett s azt bacillus mucosus capsulatusnak nevezték. A dobüreg váladékát nem vizsgálták. *Bonhoff* és *Esch* megemlítik azt is, hogy régebben az újszülöttek agyhártyagyulladása gyakrabban fordult elő s hivatkoznak *Epstein*nak 1888 ban megjelent közleményére, aki meningitis epidemiákról beszélt. *Lindberg* esetei két hétnél idősebb csecsemőkre vonatkoznak, ő jelentőséget tulajdonít az agyburokgyulladás kifejlődésében az előrement burki vérzéseknél. *Ylppő* az újszülöttek görcsös állapotáról szólva említi a genyes agyburokgyulladást, mint igen ritka megbetegedést s ugyanő egy másik dolgozatában két koraszülöttben észlelt agyburokgyulladásról tesz említést (halál a hetedik napon, 1250 és 1050 g-os újszülöttek). Genyes izzadmányt egyik esetben sem talált, csak vérzéseket s a burkok piszkos vörhenyes elszíneződését. Egyik esetben coli, a másikban streptococcus volt a meningitis oka. Koraszülötteknél szerinte genyes izzadmány nem is fejlődik, mert a szervezet nem eléggé reactióképes s felhívja ezen körülményre a boncolók figyelmét. *Scherer* két nyolcnapos gyermeknél észlelt genyes agyburokgyulladást coli-fertőzés következményében középfülgyulladás mellett. *Scheib* nyolcnapos gyermek esetéről számol be s kórokozóul a bacillus lactis aerogenest veszi fel. *Benfey* nyolcnapos újszülöttben köldökfertőzésből kiinduló pyocyaneus sepsisben talált genyes meningitist. *Holt* nagyobb összeállításában hat újszülöttről tesz említést, esetei strepto- és staphylococcus fertőzések voltak, a hat közül négynek spina bifidája volt. *Hinsdale* 12 napos gyermekről tesz említést köldökfertőzés esetében. A *Hermann* közölte esetben az újszülött 13 napos korában lett beteg, 17 napos korában halt meg, tünete nem volt. *Koplik* három újszülött meningitist ismertet, az egyikben pneumococcus volt a kórokozó. *M. Barron* nagyobb összeállítást készített a három hónapnál fiatalabb csecsemők meningitiséről. 19 esetet talált az irodalomban, mely újszülöttekre vonatkozik, a két hétnél fiatalabb csecsemőket számítva ide. Ezek közül hét esetben coli, hatban staphylo- és streptococcus (nagyobbrészt spina bifidával kapcsolatos esetek) kettőben pneumococcus és egyben-egyben bac. muc. caps. meningicoccus, bac. lact. aërogenes, pyocyaneus szerepelt. Ő maga egy esetet közöl, mely 11 napos gyermekre vonatkozik, boncoláskor csak az agyburkon talált elváltozást, az izzadmányból coli-bacillust isolált. *L'Esperance* a newyorki Academy of Medicin egyik ülésén hatnapos gyermek pneumococcus meningitisét ismertette, boncoláskor csak az agyburkokon talált elváltozást, hozzászólásában *Bailey* hasonló esetről tett említést, de a bakteriologiai leletről nem szól.

Mindössze ezen adatok álltak rendelkezésemre az irodalomban a kérdésre vonatkozólag. Az esetek tárgyalásánál különböző kérdések merültek fel. Leginkább arról folyt a vita, hogy hogyan magyarázzuk az agyburkok fertőzésének létrejöttét. Ismeretes, hogy pneumonia crouposa mellett felnőtteknél aránylag elég gyakran fordul elő agyburokgyulladás s annak létrejöttét a vérpálya útján való fertőzéssel magyarázzák; *Jochmann* szerint leggyakrabban endocarditissel kapcsolatban találjuk, de keletkezhetik a fertőzés a fül-, vagy az orrgaratür felől is, valószínűleg a nyirokutak közvetítésével. A fiatal csecsemőkorra vonatkozólag is ismeretes, hogy az agyburkok gyulladása tüdőgyulladáshoz csatlakozott. Újszülöttekre vonatkozólag *Goldreich* esete tartozna ide, aki genyes bronchitis és pleuritis mellett észlelte a genyes meningitist (coli) és ide tartozna egy régebbi intézeti észlelés is. A tüdő felől való fertőzés tehát az újszülöttben úgy látszik nem gyakori. A többi észlelt esetben különböző helyeket vesznek fel a fertőzés kapujául, amidőn is az agyburkok gyulladása részint a vérpálya, részint a nyirokutak útján jött létre. A bél felől való haematogen fertőzés lehetőségét vette fel *Ylppő*, mások köldökfertőzésből eredő eseteket ismertettek, úgymint *Hinsdale*, *Benfey*, míg *Moll* szerint a colimeningitis colicystitishez is társulhat. Több esetet észleltek spina bifida mellett *(Holt)*, amikor is staphylococcus volt a kórokozó, emellett többen arra is gondoltak, hogy az agyburokgyulladás középfülgyulladás következménye lehet. *(Bonhoff—Esch, Scherer) L'Esperance, M. Barron* a száj, illetve az orrgaratürön át való fertőzésnek a lehetőségére gondol.

A leírt eseteinkben a tüdő és köldökerek útján való fertőzésre egyik esetben sem gondolhatunk, a negativ boncolási, szövettani és bakteriologiai lelet szerint az ez úton való fertőzés kizártnak tekinthető. Nem tart-

juk valószínűnek azt sem, hogy a pneumococcussal való fertőzés a bél felől történhetett volna, mivel a pneumococcus a béltartalomban nem szokott előfordulni. Az orrgaratürben három esetben találtunk elváltozást positiv bakteriologiai lelettel, míg a dobüregben bakteriumokat kimutatni nem tudtunk, bár többször találtunk abban kevés nyálkás váladékot, mely tudvalevőleg újszülöttekben elég gyakori lelet. Azt gondoljuk tehát vizsgálataink alapján, hogy az agyburkok fertőzése három esetben (2, 3. 5) az orrüreg felől jött létre. Az első esetünkben erre vonatkozó vizsgálat nem történt s így a fertőzés kiindulását illetőleg ebben az esetben felvilágosítást nem adhatunk. Negyedik esetünkben sem a belső szervekben, sem a dobüregben, sem az orrüregben bakteriumokat nem találtunk s mivel ez az újszülött csak 18 órát élt, kézenfekvőnek látszott az a gondolat, hogy az agyburkok fertőzése az intrauterinéletben jött létre placentaris úton. Veleszületett pneumoniát, azaz intrauterin fertőzést pneumococcusokkal vesz fel *Müller*, aki croupos pneumoniában szenvedő anya újszülött gyermekénél talált lobaris pneumoniát s ismeretesek a syphilisen kívül egyéb placentaris fertőzések is, nem gondoljuk tehát, hogy hibás következtetés lenne, ha ezen esetben intrauterin fertőzés lehetőségére gondolunk. Ezen feltevésünket egy azóta észlelt újszülött boncolása csak megerősíthette. Egy 2560 g-os koraszülött gyermek a szülés után négy órával meghalt s a boncolás egyoldali fibrines pleuritist és pneumoniát derített ki. Az izzadmányban pneumococcust találtunk s az izzadmány mennyiségéből és minőségéből kétségtelennek látszott, hogy az négy óránál idősebb volt s ezen az alapon fel kellett vennünk az intrauterin pneumococcus fertőzés lehetőségét, éppen úgy, ahogy azt az említett meningitis esetünkre vonatkozólag is gondoljuk. Megerősíthetné feltevésünket azon körülmény is, hogy a szóbanforgó esetben az anya a szülés előtt lázas bronchitisben szenvedett s a garatváladékban pneumococcusok voltak kimutathatók. A többi esetünkben a fertőzés idejét illetőleg két eshetőségre gondolunk. Létrejöhet a fertőzés a szülés alatt és a szülés után. Az előbbi lehetőséget különösen azokra az esetekre képzelhetjük el, amikor a burok már régebben megrepedt, a kitolás sokáig elhúzódott, amidőn a magzatvízhez hüvelyváladék is keveredhetett, a hüvelyben pedig pneumococcusok előfordulnak s ritkábban puerperalis fertőzésekben is kimutatták azokat. Ide sorozhatjuk első esetünket, amikor a magzatvíz 17 órával a szülés előtt folyt el és az elhúzódott kitolás miatt fogóműtétet végeztek. A második esetünkben 45 órával előbb folyt el a magzatvíz, a harmadik esetben a szülési fájdalmak 64 órával a szülés előtt jelentkeztek s a burok 11 órával a szülés előtt repedt meg. Feltehető, hogy ilyenkor a fertőzés a szülés alatt jöhetett létre, míg utolsó esetünkben a fertőzés bizonyára a méhenkívüli életben keletkezett. Ez az újszülött a 11-ik napon halt meg s tünetei a nyolcadik napon jelentkeztek.

Az újszülöttek meningitisének létrejöttében többen *(Lindberg, Ylppő)* jelentőséget tulajdonítanak az előrement agyburki vérzéseknek, valamint a koraszülöttségnek is. Agyburki vérzések bizonyára elősegíthetik a meningitis kifejlődését, észleléseink szerint azonban a vérzéseket csak másodrendű fontosságúnak tarthatjuk; öt esetünkben ugyanis csak egyszer találtuk, míg a többi esetben a legcsekélyebb vérzés nyomai sem voltak fellelhetők; a koraszülöttségre vonatkozólag megállapíthatjuk, hogy öt esetünk közül három kihordott érett újszülött volt, az egyik újszülött súlya alig maradt el az érett újszülöttek súlyától s csak egy eset volt a terhesség nyolcadik hónapjából.

Törvényszéki orvosi vonatkozásban megemlítem, hogy újszülöttekben meningitisek előfordulhatnak a fontanellába való beszúrás után is; *Richter* szerint, ha a szúrás után már bizonyos idő eltelt, a szúrás nyoma nehezen állapítható meg. *Marx* azt állítja, hogy a meningitis bakteriologiai vizsgálata nem dönti el azt a kérdést, hogy a meningitis spontan, vagy traumás úton keletkezett e. Úgy gondolom, hogy amennyiben a bakteriologiai vizsgálat pneumococcust állapít meg, úgy a traumás eredet nagy valószínűséggel kizárható s a meningitis létrejöttében az említett eshetőségekre kell gondolni.

A szülés után keletkezett fertőzést illetőleg leginkább a fürdővizet, a nyálkaszívást s a környezetet teszik felelőssé s ezzel kapcsolatban felmerül a megelőzés kérdése is. Természetesen különleges szabályokat errevonatkozólag felállítani nem lehet, mivel az újszülöttekkel való bánás az intézetekben amúgy is megfelelő szempontok figyelembe vételével történik. Legfeljebb csak hangsúlyozhatónak tartjuk az újszülöttek kezelésében való elővigyázatosságot s a fertőzés lehetőségének lehető elkerülését. A környezetet illetően a fertőzés létrejöttében az anyán kívül az ápoló személyzetnek is szerepe lehet. Áll ez különben a pneumococcus-fertőzésekre.

Ismeretes, hogy pneumococcusok egészséges egyének garatváladékában is előfordulnak. Ismeretes továbbá, hogy a pneumococcusok biologiai sajátságai alapján négy typusba sorozhatók, amelyek gyakorisága, illetőleg megbetegedésekben és egészséges egyénekben való előfordulása a föld különböző részein igen különböző. Franciaországban *Nobecourt, Paraf* és *Bonnet* egészséges egyéneken nem találtak második typusú pneumococcust, míg betegségekben leggyakrabban ez fordult elő. Dániában *Soren Christensen* 1474 egészséges egyén közül 230 esetben talált pneumococcust, leggyakrabban a negyedik typust, viszont pneumococcus-betegségekben is aránylag leggyakrabbam ezt a typust észlelte. *Baló* budapesti vizsgálataikor a betegségekben az első typusút találta leggyakrabban és azután egyforma gyakorisággal a második és harmadik typust, míg a negyediket igen ritkán, viszont egészséges egyének köpetében egyes typust egyszer sem talált s leggyakrabban a negyedik typus fordult elő. A typusmeghatározást mind az 5 esetben elvégeztük. Az első három esetünkben második typusú, a két utolsó esetben harmadik typusú pneumococcust (pneumococcus mucosust) találtunk, tehát azokat a typusokat, amelyek nálunk egészséges emberek köpetében is előfordulnak és amelyek pneumococcusbetegségekben is az első typus után leggyakrabban találhatók. Természetesen ezen öt észlelt eset nem elegendő, hogy ebből a szempontból következtetést vonhassunk le, s *Baló* vizsgálatai is csak 20 egészséges egyén közül 10 pneumococcus tartalmú köpetre vonatkoztak. Nem vonható azonban kétségbe, hogy a bacillust hordó környezet szerepet játszhatik a fertőzés létrejöttében, annál is inkább, mivel az újszülött nyálkahártyáinak finomabb, lazább szerkezete, különösen ha valamilyen beavatkozás is történt, inkább alkalmas a bakteriumok behatolására.

Összefoglalva az elmondottakat, öt újszülött boncolásakor pneumococcus okozta meningitist találtunk. Az újszülöttek életkora 18 óra és 10 nap és 8 óra között váltakozott. A fertőzés létrejöhet az intrauterin életben a szülés alatt, vagy a szülés után. Három eseben a fertőzés valószínűleg az orrgaratür felől terjedt az agyburkokra. Az öt esetből háromszor II., kétszer III. typusú pneumococcust találtunk. A boncolási lelet néha nem jellegzetes, izzadmány alig képződik s csak a bakteriologiai és szövettani vizsgálat biztosítja a diagnosist.

Irodalom: *Bailey:* Med. Record. 1920. 97. kötet. — *Baló* és *Lovrekovich:* Magyar Orvosi Archivum. 1925,

4. f. és Orvosi Hetilap. 1925. — *Barron:* Am. journ. of med. scienses. 1920, 156. köt. 350. oldal. — *Benfey:* Med. Klinik. 1907, 1199. oldal. — *Bókay—Flesch:* A gyermekorvoslás tankönyve. — *Bonhoff* és *Esch:* Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1912, 70. köt., 886. oldal. — *Christnsen:* Communication de l'Institut serotherapique de l'État Danois 1923. — *Epstein:* Med. Wanderforträge 1888. Cit. Bonhoff és Esch. — *L'Esperance:* Med. Record. 1920. 97. köt., 548. oldal. — *Goldreich:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1902. 56. köt., 808. old. — *Hermann:* Arch. of ped. 1915, 32. köt., 583. oldal. — *Hinsdale:* Americ. Journ. of med. sciences. 1899. — *Holt:* Americ. journ. of deas. of children. 1911, 118. köt., 281. old. — *Jochmann:* Lehrbuch der Infektionskrankh. J. Springer. Berlin. 1924. — *Koplik:* Arch. of ped. 1916, 33. kötet. 481. o. — *Lindberg:* Jahrb. für Kinderheilk. 1917, 86. köt., 362. old. — *Marx:* Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1907, 371. Cit.: Merkel, Brüning—Schwalbe: Hdb. d. allg. Path. u. path. Anat. d. Kindesalters. I. köt., 2. rész, 962. oldal. — *Moll:* Cit. Barron. — *Müller:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1894. 37. szám. — *Nobecourt Paraf* és *Bonnet:* Presse Méd. 1920, 313. oldal. — *Reuss:* Halban-Seitz, Path. u. Biologie des Weibes. 1927. — *Richter:* Gerichtsärztliche Diagnostik u. Technik. Hirzel Leipzig. 1905. Cit. Merkel: Brüning—Schwalbe. I. kötet. 2. rész. 955. oldal. — *Scheib:* Prag. med. Wochenschr. 1900. 169. oldal. — *Scherer:* Jahrb. für Kinderheilk. 1895, 39. szám, 1. oldal. — *Ylppö:* Zeitschr. f. Kinderheilk. 1917, 16. és 1919, 20. sz.

A budapesti magy. kir. állami szemkórház közleménye (igazgatóhelyettes: Lénárd Imre dr. főorvos).

Adatok a megalocorneához négy eset kapcsán.*

Írta: *Petres József dr.* másodorvos.

Ma már többé-kevésbbé elfogadott tény, hogy a megalocornea genesisét illetőleg is, következményeiben is, élesen megkülönböztetendő a hydrophthalmustól. Azonban amíg a hydrophthalmus klinikai, pathologiai és prognostikai felfogás tekintetében is, magában a szemben is kimutatható okokon nyugszik, addig a megalocornea fogalmának a kérdésében még mindig csak hypothesisekkel kell beérnünk.

Ha végigtekintünk a szerzőknek ebben a kérdésben kifejtett álláspontján, azt látjuk, hogy nagyobb részük *(Horner,*[1] *Haab,*[2] *Kestenbaum,*[3] *ifj. Imre,*[4] *Zeefelder,*[5] *Stähli,*[6] *Friede,*[7] *Kayzer*[8] stb.) a megalocorneát önálló kórformának tartja, azonban a meghatározása elsősorban a hydrophthalmustól való megkülönböztetés hangsúlyozásában nyer kifejezést. Ismeretes, hogy a megalocornea lényegének körülhatárolása céljából a szerzők a feltételek egész sorozatát foglalták rendszerbe. Ha ezek mindegyikét megtaláljuk a megnagyobbodott corneájú szem klinikai vizsgálatakor, csak akkor beszélhetünk bizonyossággal megalocerneáról. Ezek a descemetbeli repedések hiánya, a corneoscleralis határ élessége, a sclera ne legyen megvékonyodva sehol, glaukomás excavatio hiánya, többé-kevésbbé jó functiójú szem, tensioemelkedés hiánya, a cornea átlátszósága stb., mind csak a megnagyobbodott szaruhártya tágulásos eredetét zárják ki, de ezek még nem határozzák meg a megalocornea lényegét, igazi okát.

Szóval a két kórforma elkülönítésének kérdésében már inkább beszélhetünk egységes álláspontról, de a megalocornea eredetéről, annak okáról annál eltérőbb a szerzők felfogása. Tudjuk, hogy ma legáltalánosabb az a felfogás, amelyik a megalocorneát nemhez kötött, recessiv öröklődési uton származó, congenitalis, szaruhártyabeli rendellenességnek tekinti. Ez, *Horner*[9] 1889 ben alkotott felfogása óta sok tekintetben változott, amíg főképen *Kayser*[10] és *Grönholm*[11] értékes megfigyelésein keresztül a mai álláspontig eljutott.

Amíg *Horner, Haab*[12] és *Stähli* és még többen a megalocorneát, mint a szaruhártyára localisálódott óriásnövést fogják fel, *Stähli* párhuzamba is hozza a makrodaktyliával, addig mások még abban az esetben is lezajlott glaukomaként említik, amikor erre nézve a klinikai vizsgálat eredménye semmiféle támpontot nem nyujt. Ezt az utóbbi felfogást már csak alig egy-két szerző vallja a magáénak *(Warlomont, Epinatjew).*

Vannak olyan szerzők is, akik átmenetet is találnak a két kórforma között *(Harlan)* azt mondván, hogy fejlődési akadályozottság miatt az iris és a cornea hibás differentiálódása, s az így rosszul képződő csarnokzug okozná először a nyomásemelkedést. Tehát először ez a tensioemelkedés domborítaná előre a szaruhártyát, ezáltal elválasztódnék az irisgyök a corneától, szabaddá válik tehát a csarnokzug és megszűnik a glaukoma.

Amint említettem, a megalocornea és a hydrophthalmus kérdésének a vizsgálata nem is annyira e kétféle kórforma elkülönítését, hisz ez már lezárt fejezete a szemészetnek, mint inkább a megalocornea pathogenesisét, öröklődésének módját, általában a megalocorneával jelölt kórforma mibenlétének a gondolatát veti fel az észlelőben.

Előadásom célja nem az, hogy a többször kifejtett különféle nézeteket újra felsoroljam, hanem az általam észlelt négy megalocornea ismertetésével esetleg olyan adatokkal bővüljön ennek a tisztázatlan kórformának a kérdése, ami talán hasznos lehet a megalocornea kérdésének az előbbrevitelében.

K. P. 20 éves férfibeteg 1927 márciusában látáspanaszai miatt kereste fel rendelésünket. Feltűnően nagy szeme miatti kérdésünkre elmondta, hogy szülei tudomása szerint már születése után nagy volt a szeme, de ez azért sem lepte meg azokat, mert apjának is nagy szeme van. Szülei nincsenek rokonságban egymással és az apján kívül még egy férfi testvérének is ilyen baja van. Anyjának és a leánytestvérének teljesen normalis nagyságú a szeme. Két év óta azt veszi észre, hogy valamivel gyengébben lát, mint látott régebben és ezt a bal szemén fokozottabb mértékben tapasztalja.

Mindkét oldalon halvány kötőhártya és feltűnően nagy szem, anélkül, hogy exophthalmusról kellene beszélnünk. A szem mozgékonysága minden irányban jó. A sclera normalis színezésű, semmiféle jele nincs a megvékonyodásának. A cornea egyformán nagy mindkét oldalon és úgy a felső, mint az alsó corneoscleralis határt fedi a szemhéj. A cornea felszíne csillogó, görbülete 8·5 mm a horizontalis, 7·6 mm a verticalis irányban, horizontalis átmérője 16 mm, a verticalisé 15 mm. Cornealis astigma 1·5 D erősebb fénytörés a 90°-ban. Jobb oldalon a cornea hátsó felszíne sem mutat semmiféle kóros elváltozást. A cornea és a sclera határa éles. Csarnokvíz tiszta, csarnok mélysége körülbelül 7 millimeter. Iris színe kékes, rajzolata tisztán látható, pupilla szabályos, fényre, alkalmazkodásra jól reagál, kissé be és felfelé helyezett. Az Iris pigmentszegélye nagyon vékony, de folytonossági hiány nincsen rajta. A csarnokböl a corneoscleralis határ mögött van, törőközegek tiszták, szemfenék ép. Balszem: az iris színe sárgásbarna, felszínének a szálazata kissé elmosódott, a pupillaris pigmentszegély szabálytalan, alul 3—4 helyen csipkézett. Pupilla szabályos, de tágabb, mint a jobb oldali, jól reagál fényre és alkalmazkodásra is. A lencse hátulsó kérgében szabálytalan alakú, finom homályok, úgyszintén az üvegtestben is porszerű borússág. Szemfenék ép. Mindkét szem tensiója 14 Hg mm. A cornea hátsó alsó részén, valamint az iris felszínén is szabálytalan, szétszórt pigmentrögök, látóterek szabadok, orbita magassága 36, szélessége 35 mm. Irisrezgés mindkét oldalon.

Visus jsz 30/0 — cyl. 1·0 D. teng. 180° = 40/0
bsz 4 m olv. ujj. — 4·50 D ⊂ — cyl. 1·50 D teng. 180° = 30/0

Állandóan üveget visel, szakmájában semmiféle hátrányát nem érezte a szembeli állapotának. A betegen első tekintetre szembeötlő a két szem irisének szín-

* A Magyar Szemorvostársaság 1928. évi budapesti nagygyűlésén tartott előadás.

beli különbsége. Sajnos, sem a beteg, sem a szülei nem tudnak határozott felvilágosítást adni arranézve, hogy ez az iris színbeli különbség gyermekkora óta megvan-e, vagy csak azóta ilyen, amióta romlik a látása? Az előbbi esetben szintén congenitalis heterochromia iridisről, az utóbbiban viszont Fuchs-féle heterochromiáról lehetne szó. Érdemes megemlítenem, hogy megalocorneával kapcsolatosan fellépő heterochromiát tudtommal nem jegyez fel az irodalom.

A beteg hozzátartozói közül az apát nem volt alkalmam ennyire részletesen megvizsgálni, de nála is feltünő a szaruhártya nagysága. 54 éves, középtermetű, jól fejlett, magát egészségesnek érző férfi, aki szintén azt adja elő, hogy szülei szerint is arról volt nevezetes a családban, hogy igen nagy volt a szeme. A cornea csillogó, áttűnő, horizontalis átmérője 13 mm, a verticalis 12·7 mm. Csarnok mélysége körülbelül 5 mm, az iris sem színében, sem rajzolatában nem mutat rendellenességet. A pupilla is mindkét oldalon szabályos, törőközegek tiszták, szemfenék ép.

Visus jsz 12/° — 1·50 D ⊃ cyl. 1·0 D teng. 180° = 50/₀
bsz. 15/° — 1·0 D ⊃ cyl. 1·0 D teng. 180°1/% = 50/₀

Tensio ujjal való tapintással normalis.

Ugyanennek a családnak a harmadik tagja *K. J.* 24 éves férfi, akinek szintén kis gyermekkora óta nagyobb a szeme a rendesnél. Sem ő, sem az előbb említett apa nem viseltek üveget és nem is érzik szükségét.

Itt is úgy a felső, mint az alsó szemhéj elfödi a corneascleralis határt. Csillogó felszínű cornea, szövete áttűnő, horizontalis átmérője 15, verticalisé 14·5 mm. A csarnok körülbelül 6 mm mély, az iris és a pupilla nem mutatnak rendellenességet, ellenben mindkét lencsében szabálytalan alakú, stacionaer jellegü homályok, az üvegtestben is porszerű borússág, a szemfenék ép. Kifejezett irisrezgés.

Visus jsz 5 m o. u. — 4·50 D ⊃ — cyl. 2·0 D teng. 180° = 25/₀
bsz 2/° — 0·50 D ⊃ — cyl. 1 50 D teng. 10° = 25/₀

Tensio ujjal való tapintással inkább hypotoniás.

A negyedik beteg, aki már nem tartozik a családhoz, *T. B.* nevezetű 45 éves férfi, ugyancsak látáspanaszokkal jelentkezett rendelésünkön. A beteg tudomása szerint sem az egyenes, sem az oldalági rokonságában senkinek nincs és nem is volt hasonló szembaja. Egy gyermeke van, akinek a szeme egészséges, nagyságra nézve sem feltűnő. Mindig egészséges volt, szemére sem volt eddig panasza.

Messziről észrevehető nagy szem mindkét oldalon, a bulbusok mozgékonysága minden irányban jó, úgy a felső, mint az alsó corneoscleralis határt elfödi a szemhéj. A cornea felszíne csillogó, áttűnő, a descemet réslámpával sem mutat rendellenességet. A cornea horizontalis átmérője 15, a verticalisé 14 mm mindkét oldalon. A corneoscleralis határ éles, a ciliaris erek rendes távolságban vannak a limbustól, a sclera elvékonyodást sehol sem mutat. Csarnok körülbelül 6 mm mély. A pupilla szabályos, helyzete centralis, de a bal tágabb a jobb oldalinál. A pupillaris pigmentszegély csipkézett és úgy itt, mint az iris felszínén és a lencse elülső tokján porszerű, szétszórt pigmentrögök. Törőközegek tiszták, csak a bal lencsetokon említett pigmentlerakódást venni észre átvilágításkor, szemfenék ép. Tensio 17 és 19 Hg mm.

Visus jsz 15/° — 2·0 D ⊃ + cyl. 3·0 D teng. 90° = 40/₀
bsz 15/° — cyl. 1·50 D teng. 180° = 40/₀

Ha a most felsorolt eseteket kritika tárgyává teszszük, akkor azt mondhatjuk, hogy mind a négy esetben kétségtelenül megállapíthatjuk a tiszta megalocorneát. Nem akarok ismétlésekbe bocsájtkozni s ezért csak a főbb jellemző mozzanatokra mutatok rá. Egyik esetben sincs súlyos functiozavar, nincsen exophthalmus, sem nyomásemelkedés, egy esetben kifejezett hypotoniát találtam. A cornea valamennyinél tiszta, áttetsző s annak átmérői kétséget kizáróan jóval felülmúlják a normalis mérték felső határát, ha akár a Péter[14]-féle 12·5 mm, akár a Ketschenbaum[15]-féle 13 mm-t is vesszük irányadóul.

Sem az anamnesis, sem a klinikai kép nem mutatnak fel olyan adatot, amiből arra következtethetnénk, hogy esetleg régebben lezajlott glaukoma következtében tágult volna ki a bulbus elülső része. Szándékosan használom ezt a kifejezést, hogy a bulbus elülső része, mert a megalocornea nem minden esete kizárólag a szaruhártyára localizálódó óriásnövés, vagy partialis hypertrophia. Nem pedig azért, mert a megalocorneások több esetében és amint látjuk a most leirt négy betegnél is olyan rendellenességeket is tekintetbe kell vennünk, ami nemcsak a corneára szorítkozik.

Ilyen rendellenességek a csarnok kifejezett mélysége, amit nem magyaráz meg csupán az a körülmény, hogy a cornea átmérője nagyobb a rendesnél. Jellemző az iris helyzete is, amint emlitettem, az első betegnél a csarnoköböl hátrább van a corneoscleralis hatarnál, az iris inkább retrahálódott és kifejezett irisrezgést láttunk, dacára annak, hogy a lencse helyzetbeli változásáról kellene beszámolnom. Ebben a kérdésben *Friede*[16] nem annyira az iris rendellenes növekedését, hanem annak bizonyos mértékü mechanikus, a cornea nagyságához társuló, tágulását, kinyúlását tartja valószinünek és nem osztja *Stähli*[17] abbeli feltevését, hogy a cornea óriásnövésével együtt járna az iris és a lencse hyperplasiája is. Ha a fentiekhez még hozzávesszük az első és harmadik betegnél észlelt lencsebeli homályt, az elsőnél az irisbeli szinkülönbséget, a cornea hátsó felszínén lévő pigmentlerakódást, a harmadik beteg lencséjében lévő homályokat és az üvegtesti borússágot, valamint a negyedik beteg bal irisén és az elülső lencsetokon lerakódott pigmentrögöket is, akkor önkénytelenül az a kérdés vetödik fel bennünk, hogy vajjon ezek az elváltozások összefüggésben vannak-e szaruhártya rendellenes nagyságával és ha igen, úgy milyen ez az összefüggés?

Ha valamilyen kapcsolatot feltételezünk, úgy ezzel a megalocornea kérdésének egyes pontjaira is rávilágíthatunk. Az egyik az az eléggé sokat vitatott tétel lenne, hogy mi is tulajdonképen a szaruhártyának ez a rendellenessége, betegség, vagy csak gyüjtőfogalom s talán nem is egységes kórkép, hanem a különféle eredetü fejlődésbeli zavar megnyilvánulása, ami öröklődik és az öröklődésen kívül más, a megalocorneás egyén szervezetében rejlő tényezők, nem játszanak szerepet a kórkép változatos kialakulásában?

Úgy az irodalomban közölt esetek között, mint az általam észlelt betegeknél említésre méltó, hogy amíg a cornea nagysága többnyire a születés óta észrevehető volt, addig a hozzátársuló bulbusbeli elváltozások, ami legtöbbször látásromlással is jár, csak a későbbi években következtek be. Láttuk, hogy az általam észlelt első és harmadik esetben a látásromlás a 20-ik, illetve a 24-ik év körül, az *ifj. Imre*[18] professor által közölt két esetben pedig a 15-ik és 16-ik évben vált erősebbé. Itt újból az a kérdés vetődik fel, hogy a megalocornea ismeretlen okozóján kívül nincs-e szerepe valamilyen más tenyezőnek is, ami, amint láttuk a pubertás alatt, vagy az azt követő években fejtette ki káros hatását? Ha pedig a kétféle elváltozás között csak időbeli különbség van, de az ok ugyanaz, akkor a kísérő elváltozások miért jelentkeznek csak a későbbi években? Azzal, hogy az esetek egyrészében a beteg által is pontosan megjelölt időtől kezdődő látásromlást és ezt okozó objectiv elváltozásokat jegyezhetünk fel, arra is rámutattunk, hogy a megalocornea betegség, mégpedig előrehaladó folyamat.

Vannak, akik tagadják, hogy betegség és mint

csupán fejlődésbeli rendellenességet fogják fel s ezek különösen azokra az esetekre mutatnak rá, ahol a cornea rendellenes nagyságán kívül semmiféle más elváltozás nincs a szemen. *Friede*[19] különösen hangsúlyozza, hogy ez nem betegség, hanem csupán variáló viszony a bulbus elülső és hátsó fele között és szerinte csupán azt teszi feltűnővé a szemet, hogy a megalocornea az őt környező szövetekkel semmiféle harmoniában nincs, pl. a megalocorneával nem jár együtt az orbita rendellenes nagysága. Azonban ez a feltevés sem bizonyítható, mert a bulbus elülső és hátsó részének egymáshoz való viszonyát és az orbitát az utóbbiak hozáférhetetlensége miatt nem lehet, legalább is élő egyénen, vizsgálni.

Azok a megállapítások, melyek szerint, itt sui generis fejlődészavarról lehet szó, ennek szerzői azt a lehetőséget is felvetik, hogy talán az ősembernek megalocorneája volt és akkor a megalocorneát úgy foghatnók fel, mint atavistikus jelenséget, amint már említettem, szintén nem bizonyított tények, hanem csak feltevések.

Az, hogy a megalocornea öröklődhetik, amint ismeretes, nem kétséges, azonban az öröklődés módja, mivel nem egységes, már sok vitára adott okot. A megalocornea kérdésének ezzel a fejezetével *Kayser*[20], *Grönholm*[21] és *R. Peter*[22] foglalkoztak behatóbban, bár a megalocornea öröklődésének a lehetőségére már maga *Horner*[23] is rámutatott.

Ha a két nembeliek megbetegedésének arányszámát összehasonlítjuk egymással, azt látjuk, hogy ez nemhez kötött, azaz a beteg apa egészséges, nem megalocorneás leánya az átvivő, a fiú unokára.

Ez az arány körülbelül 10 : 1-hez a férfinem terhére. Tudjuk, hogy a haemofilia, a familiaris izomatrophia, a szemészetben, a színvakság és a familiaris látóidegsorvadás is hasonló módon öröklődnek.

Bár mint ritkábban előforduló esetről, de említést tesznek az öröklődés olyan módjáról is, amikor a baj 3—4 generatiót is átugrott. Úgyszintén olyan eseteket is jegyeztek fel, ahol a familiaris jelleget semmiféle módon sem sikerült kimutatni. Általában az öröklődés kérdésének a vizsgálata nemcsak azért ütközik nehézségekbe, mert a legtöbb esetben mindössze 2—3 generatió az, amit módunkban van észlelni, hanem magának a megalocorneának minden kétséget kizáró megállapítása is igen körülményes vizsgálatot igényel. Ez azonban nem mindig áll módunkban, mert ebben vagy a körülmények gátolnak meg, pl. csak mint járóbeteget észlelhetjük a vizsgálandót, de az is megtörténik, hogy a beteg sem szívesen veti alá magát a többszöri, neki sokszor kényelmetlen vizsgálatnak.

Az általam észlelt családnál az öröklődési mód direct vagy dominans, mert a két fiútestvér közvetlen az apától örökölték a bajt, a család másik két tagja, az anya és a leánya, normalis szeműek. A megalocorneának ez az öröklődési módja ritka, hisz, amint tudjuk, legtöbbször recessiv. Az irodalomban *Kayser*[24] és *Grönholm*[25] jegyeznek fel direct öröklődést.

Az öröklődésnek ezen ritkább módján kívül figyelemreméltó az is, hogy amíg az apán a szaruhártya átmérőjének abnormis nagyságán és a feltűnően mély csarnokon kívül semmiféle szembeli elváltozás nem észlelhető, a látás is jó, addig gyermekeinél a már felsorolt egyéb rendellenességek még correctióval is meglehetősen rontják a látóképességet. A megalocornea is kifejezettebb, pl. a cornea átmérője is nagyobb és a csarnok mélysége is feltűnőbb mindkettőnél. Ha összehasonlítjuk az apa és gyermekei szemének állapotát, azt mondhatjuk, hogy az apára nézve inkább elfogadjuk azt a feltevést, hogy a megalocornea csupán a szaruhártyára szorítkozó partialis hyperplasia, de gyermekeiről már nem. Nem pedig azért, mert a már említett szembeli elváltozások akár tünetmentes gyulladás következményeinek tekintsük azokat, akár táplálkozási zavarnak, vagy *ifj. Imre*[26] szerint a szövetek rugalmas elemekben való szegénységének, amit a szövetek rendellenes nyúlékonysága magyarázna, mind közelebb hozzák a megalocorneát a betegség fogalmához.

Már maga az a tény is, hogy a látásromlást okozó szembeli elváltozások, amint említettem a későbbi évek alatt szoktak keletkezni, kétséget támaszt bennünk, hogy ezek is a csiraplasma hibás fejlődésének a következményei lennének, ahogyan *Grönholm*[27] származtatja a megalocornea eredetét. Nem inkább gondolhatunk e más, már nem annyira az ősöktől származó, mint inkább magában a megalocorneás szervezetében rejlő okra, ami, úgy látszik, az egyik megalocorneásban megvan, a másikban nincs, vagy legalább is kisebb mértékben játszik szerepet?

Az a körülmény, hogy az általam észlelt első betegnél haeterochromia iridist, úgyszintén az elsőnél és a negyediknél anisokoriát és mindkettőnél pigmentkivándorlást is láttunk, arra mutat, hogy ezekben a kísérő elváltozások szempontjából a sympathicus idegrendszernek is szerepet tulajdoníthatunk. Itt utalnom kell különösen *Streiff*[28] vizsgálataira és többször hangoztatott véleményére, amely szerint a szövetek fejlődésében a sympathicus fontosabb szerepet játszik, mint azt általában gondolják.

Összegezve az elmondottakat: különbséget kellene tenni a megalocornea különböző alakjai között, és pedig megalocorneának azt a formáját, ahol a szaruhártya átmérőjének rendellenes nagyságán kívül semmiféle kóros elváltozás nincs, csakugyan a cornea physiologiás óriásnövéseként foghatnánk fel. Azt a másik formáját azonban, ahol ezenkívül az előbb felsorolt elváltozások a látóképességet is csökkentik, sőt néha hályogképződéssel együtt lépnek föl, ott az öröklődésen kívül más, szervezetbeli hajlamossággal is számolnunk kell.

Irodalom: [1] Gerhardts Handb. d. Kinderkrankh. 5. kötet, 339. oldal. — [2] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 52. kötet, 711. oldal. — [3] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 62. kötet, 734. oldal. — [4] Szemészet. 56. évf. 2. szám. 4. oldal. — [5] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 56. kötet, 227. oldal. — [6] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 53. kötet, 83. oldal. — [7] Archiv. v. Graef. f. Ophthalmolog. 111. kötet, 3—4. füzet, 393. oldal. — [8] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 52. kötet, 226. oldal. — [9] Gerhardts Handb. d. Kinderheilk. 5. kötet, 339. oldal. — [10] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 52. kötet, 226. oldal. — [11] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 67. kötet, 1. oldal. — [12] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 52. kötet, 711. oldal. — [13] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 53. kötet, 83. oldal. — [14] Graef. Archiv. f. Ophthalmolog. 115. kötet, 1. füzet. 29. oldal. — [15] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 62. kötet, 734. oldal. — [16] Archiv. v. Graef. f. Ophthalmolog. 111. kötet, 3—4. füzet, 393. oldal. — [17] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 53. kötet, 83. oldal. — [18] Szemészet. 56(évfolyam, 2. szám, 4. oldal. — [19] Archiv. v. Graef. f. Ophthalmolog. 111. kötet, 3—4. füzet, 393. oldal. — [20] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 53. kötet, 226. oldal. — [21] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 67. kötet, 1. oldal. — [22] Graef. Archiv. f. Ophthalmolog. 115. kötet, 1. füzet. 29. oldal. — [23] Gerhardts Handb. 5. kötet, 339. oldal. — [24] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 52. kötet, 226. oldal. — [25] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 67. kötet, 1. oldal. — [26] Szemészet. 56. évf. 2. szám. 4. oldal. — [27] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 67. kötet, 1. oldal. — [28] Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 62. kötet, 353. oldal.

A szegedi magy. kir. Ferenc József Tudományegyetem kórbonctani és kórszövettani intézetének közleménye (igazgatóhelyettes: Jankovics László dr. egyet. ny. r. tanár).

Szervszeleteknek carbol-gelatinába való beágyazása útján készült színes múzeumi táblákról.*

Írta: *Praznovszky Gyula dr.*

A szerveknek, illetve szervszeleteknek sikeres múzeumi megőrzésekor két igen fontos követelménynek kell megfelelnünk. Egyik, az eredeti makroskopos és mikroskopos szerkezetnek minél hűségesebb megőrzése, másik, a szerveknek legdemonstrabilisabb, aesthetikailag és optikailag elérhető legtökéletesebb elhelyezése. Ezek közül az első követelménnyel más helyen foglalkozom,** jelen dolgozatom kapcsán a másik követelmény, a demonstrabilitás, aesthetikailag és optikailag tökéletesítés elérését célzó kísérleteinkről és az általunk elért eredményekről kívánok beszámolni.

Múzeumi készítményeknek, szerveknek és szervszeleteknek terjedelmes, sok folyadékot tartalmazó üvegedényekben való elhelyezése nemcsak a nehezen kezelhetőség, hanem a pontos vizsgálat kivihetetlensége miatt is tökéletlen. Nagy hátrányuk ezen üvegedényekben és folyadékban elhelyezett szerveknek az is, hogy a fénytörési viszonyok zavaró volta miatt optikailag tökéletlen képet nyujtanak. Didaktikai céljuknak sem felelnek meg teljesen, mivel többé-kevésbbé alkalmatlanok arra, hogy az orvostanhallgatók előadások alatt kézről-kézre adva, részletes megfigyeléseket végezzenek rajtuk.

Nagy tetszést váltott ki éppen ezért azon újítás, melyet 1914-ben *Talalajew* vezetett be. Ő ugyanis szervszeleteket merevedő intermediumokba (víztiszta, átlátszó gelatina-, illetőleg agarfőzetek színesen conserváló szerekkel keverve), két üveglap közé táblaalakban helyezett el. Az általa használt beágyazó-merevedő anyag összetétele a következő: agar-agar 12—15 rész aqua dest. 500 r., glycerin 150 r., Natr. acet.-oldat 90 r., Acid. carb. liqu. 0·1%. *Talalajew* által készített táblának előállítása úgy történik, hogy vesz két egyforma nagyságú közönséges ablaküveglapot; az egyik üveglapra a széltől 1 cm-rel beljebb 0·5—1 cm magas üvegléckeretet rak fel és miután ezen üveglapra az üvegléckereten belül elhelyezte a beágyazandó — már előzetesen színesen conservált — szervszeletet, merevedő intermediummal önti azt ki, a másik üveglappal zárja a táblát. Ezáltal a szervszelet két üveglap közé zárva, a később megmerevedő anyagban foglal helyet. Az üvegléctől kifelé eső közét a táblának gipsszel, vagy Mendelejeff-féle kittel tömíti, végül a tábla széleit fekete papíroscsíkokkal keretezi.

Talalajew ezen igen szép és demonstrabilis múzeumi tábláival rövidesen megismertette a világot, annak készítési módját a Zentralblatt f. Allg. Path. und Pathol. Anat. XXIV. köt., 11. számában közölte. A lelkesedést, amit a Talalajew-táblák első megjelenése okozott, csakhamar a kiábrándulás váltotta fel, mert a kísérletezők egyike sem bírta a Talalajew-táblákat eredeti formájukban előállítani, illetőleg azoknak megszerkesztése annyi akadályba ütközött, hogy le kellett mondaniok arról, hogy múzeumaikat az értékes és praktikus formájú színes múzeumi táblákkal gazdagítsák, annál is inkább, mert maguk a Talalajew-táblák sem bizonyultak teljesen állandóknak. Ugyanezen sors jutott nekünk is osztályrészül, addig, míg a *Talalajew* ismertetett módszerével akartuk Magyarországon az ilynemű múzeumi táblákat meghonosítani. A sok sikertelen kísérlet után szakítottunk *Talalajew* eljárásával és teljesen új elvek szerint indultak el kísérleteink.

Talalajew a beágyazó anyagban még glycerin, natr. acet. stb. conserváló szereket is kever a carbolon kívül. Mi ezeket elhagyjuk egyrészt gazdasági és technikai okból, másrészt, mert nem látjuk különösebb célját: ugyanis a gelatinába úgyis már előzetesen színesen conservált szervszelet kerül beágyazásra, amelynek nincs többé szüksége azokra a chemiai agensekre, melyeket igényelt addig, mialatt színesen conserváltatott. A végső lezárásnál, tehát a táblában, csupán egy indifferens közegre van szükség, erre a célra pedig a 0·5% acid. carb. liqu.-ot tartalmazó 5—6%-os gelatina teljesen megfelel.

A táblák egyik legfontosabb követelménye, hogy a beágyazó anyag, melyben a szervszelet fekszik, teljesen víztiszta, átlátszó legyen, azért erre a célra 5—6%-os gelatina (Gelatina weiss, extrafein sec. Merck; Gelatina gold) főzetet használunk, melyet 0·5% acid. carb. liqu.-al desinficiálunk és 70 C° melegen tartva, tojásfehérje felvert habjával keverve, kettős filterpapíron átszűrünk. Ezen két-három óra alatt merevedő közegbe kerül a már előzetesen színesen conservált szervszelet.

Másik lényeges momentum volt, amellyel az akadályok nagy részét elhárítottuk, hogy a *Talalajew* által használt üvegléckeretezést elhagytuk és ezáltal egyszersmind elértük azt is, hogy a két üveglap szorosan hozzáfekszik a szervszelet két felszínéhez, így a táblák optikailag tökéletesebbek, másrészt a táblák széleinek tökéletes és massiv zárása könnyebben kivihető. Ha a széli zárás nem légmentes, a gelatina a széleken kiszárad, zsugorodik, a hozzáadott desinficiáló szert elveszti: elfolyósodik. A táblák élete tehát a gelatinának a külvilágtól való tökéletes elszigeteltségétől függ. Erre szolgáló záróanyagnak használtunk gipszet, cementet, különféle gyantás, paraffinos, viaszos keverékeket, egyikük sem felelt meg célunknak, de megmutatták az utat azon eljáráshoz, melyet ma, mint tökéletes és teljesen megbízható zárást ismerünk.

A szervszeleteket, mielőtt a táblába helyeznénk, de már a színes conserválás után, egy-két napra célszerű az általunk ajánlott recoloráló folyadékba tenni, ezáltal a szerv színe élénkül és az egyes színellentétek fokozottan kiemelődnek. Ezen recoloráló folyadék összetétele a következő: Natr. sulfurosum 0·5%, Salétrom 0·5%, Chloroform 1—2%, Acid. carb. liqu. 0·5%. Ezt a folyadékot a *Jores* által ajánlott rögzítés, mint első phasis után, záró folyadéknak is eredményesen használhatjuk, szerveknek színes conserválásánál.

Lássuk tehát, hogyan készül eljárásunk szerint a színes múzeumi tábla? A beágyazandó szerveket 2—4 mm vastag szeletekre felszeleteljük és pedig olyképen, hogy a szervet egy nagyobb üveglapra helyezzük és ugyancsak az üveglapra a szerv mellé helyezünk két oldalon egy-egy 2—4 mm vastag üveglécet. Ezen üvegbotokra fektetjük a vékonypengéjű nagy sajt-kést és mialatt a szervet az üveglapra szorítva rögzítjük, az üvegbotokra mint itinerariumokra fektetett késsel haladunk a szerv felé. A szervben a kést úgy vezetjük, hogy a szervnek felénk eső részét a kés tolásával, míg a szervnek másik részét a kés visszahúzása által vág-

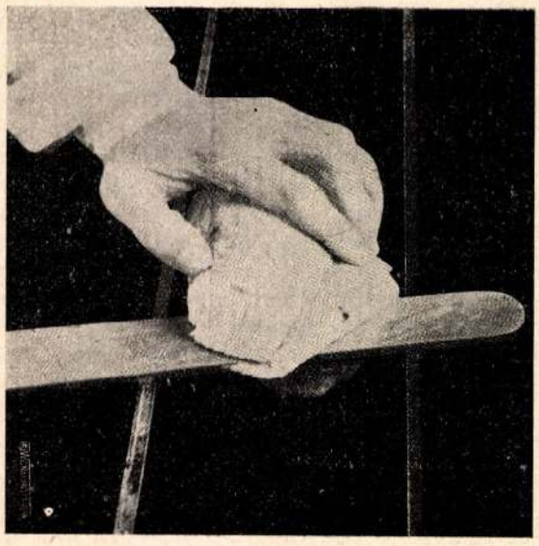
---

* Előadta a Szegedi Egyetembarátok Egyesületének 1928 március hó 9-én tartott orvosi szakosztályi ülésén és a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 június hó 9-én tartott tudományos ülésén.

** *Dr. Praznovszky Gyula:* „A színes conserválásról, különös tekintettel az elszíntelenedett készítmények recoloratiójára." (Budapesti Orvosi Ujság XXVI. évf. 46. sz.)

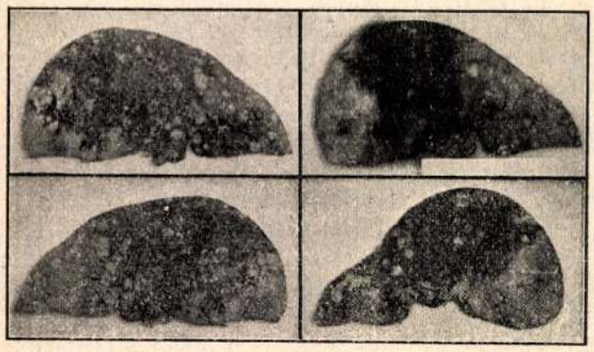
juk. Célszerű ezt így végezni azért, mert ezáltal a kés az illető szerv széli részeit mindig maga alá húzza és így nem szakítja. (1. sz. ábra.)

Miután a szeletet elkészítettük, veszünk ennek meg-



1. ábra.

felelő nagyságú, pontosan egybevágó, két üveglapot: ez lesz a tábla. Az egyik üveglapot egy lapos tálba fektetjük és a fent leírt eljárás szerint elkészített folyékony, 40 C° meleg carbol-gelatina-oldatból annyit öntünk a tálba, hogy az a tálban elhelyezett üveglapot 1 cm magasan ellepje. A szervszeletet ezután ugyanezen tálba a folyékony gelatinába süllyesztjük úgy, hogy az üveglap fölé kerüljön; ügyelve arra, hogy levegőbuborékok ne tapadjanak a szerv egyik felszínéhez sem. Ezután ugyancsak a folyékony gelatina alá süllyesztjük a második üveglapot is, úgy, hogy a szervszelet fölé, illetőleg az alsó üveglappal egybevágóan, párhuzamosan feküdjék; végül azért, hogy a szerv mindkét felszíne az üveglapokhoz hozzásimuljon, a fedőüveglap fölé ideiglenesen, a gelatina megmerevedéséig súlyokat helyezünk. Mintegy 5—6 óra mulva, midőn a beágyazó gelatina megmerevedett, a két üveglapot a szélek mentén körülvágjuk és együtt kiemeljük, melyek már a közéjük zárt és megmerevedett anyagba ágyazott szervszelettel táblát alkotnak. Következik a tábla széleiről az üveglapok között 1 cm mélységig a gelatinának eltávolítása, hogy ennek helyébe jöhessen

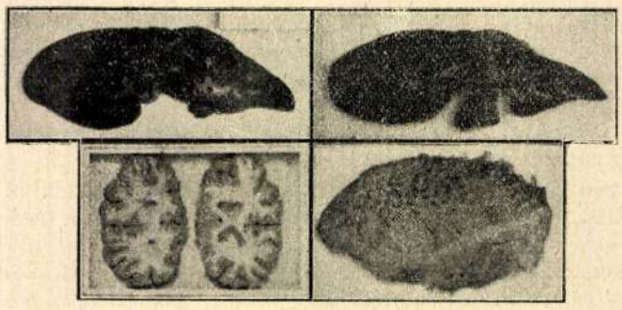


2. ábra.

a tábla széleit légmentesen záró és az üveglapokat összefogó tömítő anyag. A táblák széleinek zárását a következőképen végezzük: a széleken köröskörül, ahol már előzetesen eltávolítottuk a gelatinát, mind az üveglapok belső felszínét, mind a gelatina szélét zománclakkal vonjuk be két-három rétegben és e fölé, hogy a még visszamaradó hiányt kitöltsük, 40 C°-on olvadó viaszkeveréket ecsetelünk. Ezen viaszkeverék összetétele a következő: 500 g paraffin, 500 g iszapkréta, 120 g sárgaviasz, 120 g gyanta, 75 g firniss és az egészhez hozzáadott 10% zománcfesték. Ezen tömítőanyaggal egészen az üveglapok széléig töltjük ki a táblát és e fölé még néhány rétegben zománclakkot vonunk. Ezen eljárásunkkal megoldottuk a legnehezebb feladatot: a táblát légmentesen zártuk, illetőleg a tömítőanyag a táblát képező két üveglapot erősen összetartja. Hogy a tábláknak tetszetős külsőt adjunk, széleit köröskörül fekete, illetőleg fehér papíroscsíkokkal, vagy nagyobb tábláknál, könyvkötővászonnal ragasztjuk be.

Tábláinknak, mint múzeumi készítményeknek, a fentebb említett előnyökön kívül még több olyan hasznos tulajdonsága van, melyeket más úton más készítményeknél el nem érhetünk. Így pl., ha nedvdús szervszeleteket csak egyszerűen üvegben folyadékban tartjuk, azok idővel terimejükben kifejezetten megkisebbednek, ha ellenben gelatina-táblába zárjuk azokat be, akkor alakváltozást vagy egyáltalában nem, vagy csak igen kis mértékben szenvednek. Ez utóbbit igen szépen demonstrálhattuk egy esetünkben, midőn egy 17 kg súlyú, 45 cm átmérőjű myxomás fibromát conserváltunk, illetőleg abból, legnagyobb átmérőjében egy 0·5 cm vastag szeletet kimetszve, gelatina-táblába zártunk. Míg ez utóbbi szelet ma is eredeti nagyságú, addig a daganat többi része, mely folyadékban állt, eredeti nagyságának már kétharmad részére zsugorodott össze.

Táblába zárt készítmények színüket is jobban



3. ábra.

megőrzik a folyadékba zárt szervekkel szemben. Így bizonyítékunk van arra, hogy ugyanegy időben ugyanazon szerv egyik részét folyadékba, üvegbe zártuk, míg másik részét táblába öntöttük és azt látjuk, hogy míg a folyadékba zárt szervszelet színét fokozatosan veszti, addig a gelatina-táblába helyezett eredeti színéből semmit sem vesztett.

A táblák tartósságára vonatkozólag azt mondhatjuk, hogy mivel a külvilágtól mind a szerv, mind a beágyazó anyag tökéletesen el van zárva, külső tényezők sem egyiket, sem másikat nem befolyásolhatják. A tábla belsejében mikroorganismusok számára a carbol miatt kedvezőtlenek a feltételek. Egyedül a hő az, amelyik 34 C° fölött káros lehet a táblákra, azonban a rendes szobahőmérséklet semmi káros befolyást nem gyakorol.

Múzeumunkban ezen táblák úgy vannak elhelyezve, hogy erre szolgáló szekrényekben, mint könyvtárban a könyvek, élükre állítva fekszenek egymás mellett, illetőleg a múzeumban képek módjára vannak a falra felfüggesztve. (2., 3. sz. ábra.)

Tábláink előállítási technikája igen egyszerű és kevés anyagi áldozatot kíván; így pl. egy 14×28 cm

nagyságú táblához szükséges anyag 70—80 fillérbe kerül.

Összefoglalva tehát tábláinknak didaktikai, optikai és aesthetikai előnyeit, valamint gazdaságos és könnyen előállítható voltát, készítési technikáját, azon óhajjal adjuk közre, hogy minél előbb és minél szélesebb körben alkalmazva szolgálják majd a magyar orvosi tanítás és orvosképzés érdekeit.

Irodalom: *Talalajew:* Zur Technik der Anfertigung pathologisch-anatomischer Plattenpräparate. Centralblatt f. Allg. Path. XXXIV. köt., 11. sz. — *Burzynszky, Alfred:* Centralbl. f. Allg. Path. XII. köt. — *Jores:* Die Conservirung anatomischer Präparate in Blutfarbe mittels Formalin. Centralbl. f. Allg. Path. VII. köt. — *Kaiserling—Wirchows:* Arch. f. patholog. Anat. u. Physiol. 1897 147, 1922 237. — *Pick, L.:* Über die Methoden anatomische Präparate naturgetreu zu konservieren. Berl. klin. Wochenschr. 1900, 41—42. sz.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Ángyán János dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Natrium-tetrajodphenolphtalein okozta bilirubinaemia.

Írta: *Czike Antal dr.*

Az epehólyagnak a venába adott tetrajodphenolphtaleinnal való elterjedt vizsgálata számos mellékhatás megismerésére vezetett. Az eredményes Röntgenvizsgálathoz szükséges dosis után jelentkező kóros tünetek mutatják, hogy a venába adott tetrajodphenolphtalein nem közömbös a szervezetre. *Pribram* módszere szerint a beadás után létrejövő vagusizgalmat előzetesen adott atropin csökkentheti, azonban még így is — a legtöbb esetben — a második adag után szédülés, főfájás, émelygés, nyomási érzékenység az epigastriumban, és hányásinger jelentkezik. Ha az oldatot lassan fecskendezzük be (kb. 3 cm^3-t 1 perc alatt) és a befecskendezést két részletben végezzük, amelyek között félórai szünetet tartunk be, akkor súlyosabb mellékjelenségek: makacs, hosszú ideig tartó főfájás, tachykardia, vérnyomássüllyedés, hidegrázás, hőemelkedés, tetaniform görcsök, paraesthesia, az egész testre kiterjedő urticariaszerű kiütés, collapsus alig, vagy egyáltalán nem fordulnak elő.

Ostenberg és *Abramson* állatkísérleteiből tudjuk, hogy a tetrahalogenphenolphthalein mérgező hatású lehet. Nagyobb dosisban adva, nyúlban májnekrosis jön létre, már 20 cg-tól pro kg kisfokú májelváltozás mutatkozott; 30 cg-tól súlyos jelenségek: bénulás, hányás, cylinder és haemoglobinuria, és 5—8 óra mulva az állat elpusztul; 40 cg-tól az állat azonnal elpusztul és a rövid idő ellenére is sejtelfajulás mutatható ki a májban, melyet *Mauer* szerint a májba kiválasztásra jutó szabad halogensavak okoznak.

Cholelithiasisos betegek vérének bilirubintartalmát vizsgálva, föltűnt, hogy az a tetrajod injectiója után jelentékenyen emelkedik és a *Hijmans v. d. Bergh* qualitativ reactiója mindig az indirect bilirubin jelenlétére mutatott. Az erre vonatkozó irodalom áttanulmányozása után szükségesnek találtam e jelenség létrejöttét vizsgálat tárgyává tenni.

Bloom és *William* kutyán végzett kísérleteikben 5 mg-tól pro kg hyperbilirubinaemiát kaptak. Ugyancsak e szerzők észlelték először emberben azt, hogy 24 órával a tetrajod beadása után hyperbilirubinaemia jön létre, mely mindig indirect reactiót ad. Szerintük a tetrajod a máj epefestékkiválasztó berendezését károsítja, így a physiologiásan termelt epefesték felhalmozódik. *Katznelson* és *Reiman* a direct bilirubinmennyiségnek 2—6-szoros emelkedését észlelték tetrajod után, szerintük az indirect bilirubint a tetrajod directté alakítja.

40 esetben vizsgáltam a vér bilirubintartalmának viselkedését tetrajod után. Meghatározásaimat a Jendrassik- és Czike-módszer szerint citratplasmában végeztem. Minden egyes esetben *Hijmans v. d. Bergh* direct reactióját is végeztem.

A tetrajod beadása után 45—60 perccel a bilirubintartalom emelkedése a vérben már kimutatható, tetőfokát a beadás után 12—14 órával éri el. A vér bilirubin emelkedésének foka teljesen egyéni, az eredeti értékeknek 3—20-szorosát nyertem tetrajod után 14 órával.

A keletkezett bilirubint minden egyes esetben indirectnek találtam oly fokban, hogy a magas bilirubintartalom mellett *Hijmans v. d. Bergh* direct reactiója még 10—15 perc mulva sem adott rózsaszín árnyalatot.

40 eset közül csak kettőben nem jött létre bilirubinaemia.

A vér epefestéktartalma kb. 36—48 óra mulva az eredeti értékre visszatér. (L. 1 .táblázat.)

1. táblázat

Szám	Név	Bilirubintartalom tetrajod előtt	Bilirubintartalom tetrajod után 14 órával	Bilirubintartalom tetrajod után 48 órával
3	P. K. ..	0·35 mg %	3·96 mg %	0·32 mg %
34	B. I. ..	0·12 mg %	2·40 mg %	0·42 mg %

A legmagasabb bilirubinérték mellett sem volt a vizeletben epefesték kimutatható. Egy esetben pár óra alatt fejlődött ki az ikterus és a vér bilirubintartalma 10 mg százalékra emelkedett, azonban ezen magas érték mellett sem találtam a vizeletben epefestéket. Két esetben subikterosus lett a beteg; mindegyikben 8 mg százalék volt a vér bilirubintartalma, de a vizeletben epefesték nem jelent meg.

Azon esetekben, amelyekben a vér bilirubintartalma emelkedett, vérsejt-resistentiacsökkenést találtam; azokban, ahol alig, vagy nem emelkedett, a vérsejtresistentia nem változott. (L. 2. táblázat.)

2. táblázat.

Szám	Név	Készítmény	Tetrajod előtt		Tetrajod után	
			vérbilirubin mg %	resistentia % NaCl	vérbilirubin mg %	resistentia % NaCl
3	P.	Francia	0·35	0·40	3·96	0·45
4	Cs.	„	0·50	0·40	8·85	0·50
6	K.	„	1·75	0·40	10·00	0·50
7	Sch.	„	0·16	0·40	3·14	0·55
13	V.	Grübler	0·36	0·45	0·68	0·45
14	Gy.	„	0·22	0·40	0·72	0·40
17	K.	„	0·32	0·45	0·31	0·45
19	B.	„	0·24	0·45	1·65	0·50

A plasmában tetrajod után 30—60 perc mulva szabad szemmel észrevehető haemolysist látunk, ha a bilirubintartalom is erősen emelkedett, ha az emelkedés kisfokú, spectroskóppal az oxyhaemoglobinnak megfelelő elnyelési csíkokat látunk, azon esetben pedig, melyben a vér bilirubinszintje nem emelkedik, elnyelési csík nincsen. A plasma vörös színe, vagy az elnyelési csíkok 12—14 óra alatt eltűnnek és a plasma a keletkező bilirubin mennyiségével arányosan sárgaszínű.

Ezen eredmények alapján végeztem állatkísérletet azon célból, hogy a tetrajod injectiója vörösvérsejtszámesést vagy resistentiacsökkenést okoz-e.

Hét nyúlon végeztem kísérletet a francia (Les établissements Poulenc Fréres, Paris) és a Grübler-féle tetrajoddal. Különböző dosist adtam pro kg 5 cg-tól 25 cg-ig. Mindegyik esetben az injectio után 4—5 órára 1—2 millióval a vörösvérsejtek száma. Tetrajod beadása után 40—60 percre végzett vörösvérsejt-resistentiameghatározás is a resistentia nagyfokú csökkenését mutatta. (L. 3. táblázat.)

3. táblázat.

Nyúl	Készítmény dosis pro kg	Tetrajod előtt		Tetrajod után	
		vvsejtszám	resistentia	vvsejtszám	resistentia
I. 2·8 kg	Grübler 0·05 g	3,960.000	0.55 % NaCl	2,660.000	0·65 % NaCl
II. 2·0 „	Francia 0·10 g	5,320.000	0·45 % „	3,720.000	0·45 % „
III. 2·2 „	Francia 0·15 g	5,480.000	0·45 % „	4,460.000	0.65 % „
IV. 2·6 „	Francia 0·20 g	6,460.000	0·50 % „	5,280.000	0·70 % „
V.* 1·3 „	Grübler 0·20 g	5,860.000	0·45 % „	4,760.000	0·60 % „

In vitro végzett kísérletben vizsgáltam (Grübler-készítménnyel) azt, hogy isotoniás közegben a felvételhez szükséges dosis okoz-e haemolysist.

Phys. NaCl-oldatban emberi vérsejtsuspensiót tettem és hozzáadtam ugyancsak phys. NaCl-oldatban oldva annyi súlyrész tetrajodot, amennyit az epehólyagfelvételhez alkalmazunk (10 cm^3 suspensióra 5 mg). Háromórai állás után erős haemolysis kelekezett (már félórai állás után látszott a haemolysis), míg a controllcsőben a haemolysisnek nyoma sem volt. Hasonló módon viselkedik a tetrajóddal kezelt vérsejtek resistentiája és minél nagyobb dosis tetrajodot adunk hozzá, annál jobban csökken a resistentia. Pl.

1. Controllcső. 10 cm^3 suspensio .. 0·45% NaCl
2. 10 cm^3 suspensio + 5·0 mg tetrajod 0·65 „ „
3. 10 cm^3 suspensio + 10 mg tetrajod 0·75 „ „

Megállapítottam azt a legkisebb tetrajodmennyiséget, amely in vitro haemolyzál: ez a felvételre adott dosis $^1/_{10}$-része (10 cm^3 suspensióra 0·5 mg). A dosist fokozva a haemolysis erősebb; 12 mg-nál már csak a vérsejtek stromája marad meg 12 órai állás után.

Az epehólyag felvételeihez háromféle készítményt használtunk (a francia, a Grübler- és a Merck-gyár készítményét). A különböző készítmények hatása a haemolysis tekintetében különböző.

A francia (Poulenc Fréres) tetrajod után a vér bilirubintartalma minden egyes alkalommal minimalisan 8—10-szeresére emelkedett, a kellemetlen mellékhatások ezen készítmény használata után a leggyakoribbak. A Grübler- és Merck-féle tetrajod után kb. egyformán kisebb, a vér eredeti bilirubintartalmának két-ötszörösnyi emelkedését észleltem, ennek megfelelően a mellékjelenségek is sokkal ritkábban és egészen enyhén mutatkoznak. Ez vonatkozik különösen a Grübler-féle tetrajodra.

Azon meggondolásból, hogy a keletkezett bilirubin mindig indirect reactiót ad és nagy bilirubintartalom mellett sárgaság nem fordult elő (eddig egyet észleltem), hogy a vizeletben bilirubint kimutatni nem lehet; továbbá, hogy emberben és állatban a vérsejtresistentia csökken és a vérsejtek száma megfogy, valamint hogy közvetetlenül a tetrajod beadása után a vérben szabad haemoglobint lehet kimutatni, azt következtettem, hogy a bilirubinaemia haematogen eredetű és hasonló a toluylen-diamin és phenylhydrasin okozta bilirubinaemiához.

Graham, Cole, Copher szerint a tetrajodnak cholagog hatása van és a pathologiás májelváltozást a cholecystographiához szükséges dosisban nem okoz. *Ostenberg* és *Abramson* adatai csak nagy, mérgező dosisra vonatkoznak, mellyel májsérülést okozva, az epefesték képződésének uralkodó szervét kikapcsolják, mely pedig a haematogen eredetű bilirubinaemiánál oly nagyjelentőségű. A haemoglobinból, vagy a vérsejtek szétesésében a máj gyorsan készít epefestéket. Ha fokozott a vérsejtek szétesése, a máj a haemoglobinból képzett bilirubin mennyiségének egy részét a vérpályába visszalöki *(Rosenthal, Licht, Melchior).*

Összefoglalás.

Tetrajod intravenás beadása után a vér indirect reactiót adó bilirubintartalma emelkedik, a vérsejtresistentia csökken, a vérben haemolysis mutatható ki. A vörösvérsejtek számának csökkentése az álltkísérletben és resistentiacsökkenése in vitro az epehólyagfelvételhez alkalmazott dosis által okozott haemolysis bizonyítják, hogy a bilirubinaemia oka a vörösvérsejtek fokozott tönkremenése a tetrajod hatására.

A tetrajod ezen méreghatása legkifejezettebben jelentkezik a francia készítménnyel, kisebb mértékű Grübler- és Merck-féle készítményekkel.

Irodalom: *Blom, William:* Arch. of internal. med. 1924. 4. sz. — *Mauer:* Journ. of Americ. 1925. 84. kötet. — *Graham, Cole, Copher:* Journ. of the Americ. 1925. 1. sz. — *Ostenberg, Abramson:* Journ. Americ. med. assoc. 1925. 11. sz. — *Pribram:* Berliner medizinische Gesellschaft. 1925. VI. 24. ülés. — *Stegemann:* Münch. med. Wochenschr. 1925. 47. sz. — *Katznelson, Reimann:* Klin. Wochenschr. 1925. 29. sz. — *Rosenthal, Licht, Melchior:* Klin. Wochenschr. 1927. 44. sz. — *Jendrassik, Czike:* Orvosi Hetilap, 1928. 8. sz.

* A nyúl mindnégy végtagjára megbénult és 24 óra alatt exitált.

A Stefánia Gyermekkórházzal kapcsolatos budapesti Egyetemi Gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyetemi ny. r. tanár).

Lipoidok befolyása a diphtheria toxinhatásra. Állatkísérletes vizsgálatok.*

Írták: *König Gyula dr.* és *Gulácsy Zoltán dr.*

Azok a hullámhegyek, melyek a diphtheriajárványok görbéjén a morbiditás és mortalitás periodusos kiugrásait jelzik s melyekről a Kir. Orv. Egyesületnek *Bókay János* professor beszámolt, mindennél jobban és fenyegetően demonstrálják, hogy a diphtheriakérdés még korántsincs megoldva, pedig *Behring* korszakalkotó felfedezése óta is szakadatlanul folyik a munka e súlyos kórság leküzdésére. A magas antitoxintiterű savók, a diphtheria prophylaxisának kiépítése, a hajlamosság megállapítása mindmegannyi gyümölcsei az ernyedetlen kutatásnak és egyúttal kifejezői a fennálló szükségletnek. De míg az ú. n. specifikus eszközöknek ebben a küzdelemben minden joggal nagy szerepet juttatnak — úgy tűnik, mintha a modern therapia egy másik fontos módszerének, az ú. n. nem fajlagos eljárásoknak túlkevés figyelmet szentelnének, pedig, mint azt az egyéb fertőző kórok elleni küzdelemben elért eredmények is igazolják, ezek sokszor nem megvetendő támogatói lehetnek a fajlagos eljárásnak.

Azok e nem specifikus gyógyeljárások, melyek diphtheriánál eddig főként állatkísérletes vizsgálatok

* Előadták a Magyar Gyermekorvos Társaság 1928 május 14—15-i nagygyűlésén.

tárgyát alkották, két csoportra oszlanak. Az eljárások egyik része az ú. n. ingertherapia csoportjába sorolható. Igen elterjedt felfogás *(Bingel* és mások) szerint a gyógysavó fajidegen fehérjéje, a specifikus eljárásnál is fejt ki ilyen hatást, mely a szervezet védekező erejét fokozván, kedvező lenne. *Herzfeld, Mayer—Umhőfer, Beerer,* továbbá *Kolle, Friedberger, Schlossberger* és mások idevágó állatkísérletes vizsgálatai nem tudtak ennek a felfogásnak egyelőre kielégítő experimentalis alapot teremteni. Annál érdekesebb eredményeiről számolhat be az állatkísérlet a diphtheria-toxicosis nem specifikus antitoxikus — sit venia verbo — therapiáját illetőleg. Ennek az eljárásnak eszközei a lipoidok, specialisan a lecithin és cholesterin — és a velük kapcsolatos állatkísérletes vizsgálatok alkotják beszámolónk tárgyát.

A lipoidok — különösen a chemiailag közelebbről ismert lecithinek és a cholesterin — nagy élettani és kórélettani jelentősége az utóbbi idők kutatásai során mind nyilvánvalóbbá vált. *Pribrám, Stepp, Rubner* összefoglaló, *R. Stern, Gerlóczy, Surányi, Surányi* és *Járnó* kísérletes vizsgálatokkal kapcsolatos cikkei teljes tájékoztatót adnak jelentőségükről és az idevágó irodalomról. Itt csupán azzal a sajátosságokkal óhajtanánk foglalkozni, mely bár régebb idő óta ismeretes, egész a legújabb időkig újra feledésbe merült és pedig: a toxinhatás ellen védő képességükkel.

Az irodalmi adatok főként cholesterinre vonatkoznak. A cholesterin antitoxikus sajátságáról szóló legelső feljegyzéseket *Kemper* és *Schepilewskynél* találjuk 1898-ból. Ők in vitro a botilinus toxint neutralizálták cholesterinnel. Rövidesen az észleletek hosszú sora következik, melyek mind ezen lipoid-toxinkötő sajátságáról számolnak be. Így *Landsteiner* a tetanus és diphtheria-toxin, *Keys* és *Sachs* a kobraméreg, *Bashford* a solanin, *Gerard* és *Lemoine* a tuberkulin, *Füner* a varangyméreg, számosan így *Ranson, Belanovsky, Noguehi, Pribram, Eisler* különböző haemolytikus anyagok és toxinok (saponin, arachnolysin, bakteriolysinek általában, vibriohaematoxin staphylolysin) találják in vitro hatásosnak. Amint az első klinikailag használható cholesterinmeghatározások *(Windaus* 1910, *Grigaut* 1913, *Autenrieth—Funk* 1914, stb.) napvilágot látnak, sorra jelennek meg a klinikai munkák, melyek a vérsavó cholesterintartalmával foglalkoznak ép és kóros viszonyok között. *Chauffard* és tanítványai, *Henes, Klinkert, Sacchi, Weltmann, Beumer, Stepp,* újabban *Leupold* és *Bogendörfer, R. Stern, Gerlóczy, Szirmai* vizsgálatai mind megegyeznek abban, hogy acut infectióknál a lázas állapot alatt a vércholesterin csökken, viszont a reconvalescentiánál normalis, sőt azt túlhaladó értékeket ér el. Ezek mellé a figyelemreméltó észleletek mellé érdekes kórbonctani leletek is sorakoznak. Így *Wacker* és *Hueck* a mellékvesekéreg cholesterintartalmát infectióknál csökkentnek találják. *Dietrich,* továbbá *Dietrich* és *Kaufmann* infectióknál a mellékvesekéreg bántalmazottságát találják, mint legelső tünetet a parenchymás szervek részéről és experimentalis diphtheria toxicosisnál a kísérleti állatnál a mellékvesekéreg súlyos elváltozását észlelték, mint primaertünetet. Az oka ennek szerintük a mellékvesekéreg méregkötő képessége, ez viszont a kéreg cholesterin raktározó képességével függ össze. Így értelmezik *Hueck* és *Köhler* is kísérleteiket, melyekben macskák mellékvesekérgét saponin-injectiókkal cholesterinszegénnyé tették. Ennyi egybehangzó experimentalis eredmény után a cholesterin therapiás alkalmazásának klinikai kísérlete sem maradhatott el. Anthaemolytikus sajátsága miatt megkísérelték alkalmazását anaemia perniciosánál, schwarzwasserfieber-nél, antitoxikus hatása miatt pedig lyssánál, tetanusnál, strychninmérgezésnél *(Morgenrot* és *Reicher, Pribram, Cantieri, Lindblom, Grimm, Pringsheim, Werner, Fermi, Almagia* és *Mendes, Gerard* és *Lemoine)* változó eredménnyel. A gyakori eredménytelenségnek az oka valószínűleg az elégtelen adag *(R. Stern)* és az adagolás módja (rosszul felszívódó s. c. injectio, l. *Jankau, Sckoloff).* Az anaemia perniciosánál *Brugsch* lesujtó kritikája után mindinkább felhagynak alkalmazásával és ez a körülmény a kérdést hosszú időre visszaveti. Nagy jelentőségűek ezért *Leupold* és *Bogendörfer,* továbbá *Surányi* vizsgálatai. Előbbiek 3—4 hétig tartó cholesterinetetéssel tengerimalacok és nyulak vércholesterin niveauját emelték és azután ez állatoknál diphtheria, de más eredetű toxinokkal szemben is, fokozott resistentiát találtak. (1922.) Tetanusnál állatkísérletben hasonló észlelete van *Pribram*nak már 1914-ből. *(Surányi* nagy lipoid-tanulmányában (1927) utal többek között *Jarnó*val együtt végzett oly kísérletekre, melyekben diphtheria-, toxin- és cholesterin *együttes injectiója* mellett tengerimalacok a letalis dosis többszörösét is kibirták. A lecithin-toxinkérdésre vonatkozólag adatokat az irodalomban, az alább említendő magyar vizsgálatoktól eltekintve, nem találtunk.

Ezekből az alapokból indultunk ki, midőn súlyos diphtheria-járványok benyomása alatt, specialisabb célkitűzéssel, kísérleteinket mult év decemberében az Egyetemi Gyermekklinikán megkezdtük. Röviddel ezután jelentek meg *Surányi* és *Jarnó* hasonló irányú és methodikájú vizsgálatai. Minthogy eredményeink ha qualitative, nagyjából meg is egyeznek, quantitative bizonyos mértékben eltérnek *Surányi* és *Jarno* eredményeitől és mivel e mellett újabb észleletekről és részben eltérő technikáról is számolhatunk be, s végül a kérdés nagy fontosságát is tekintetbe véve, nem tartottuk feleslegesnek vizsgálatainkról referálni.

Kísérleteinket 2—300 g súlyú tengerimalacokon, a diphtheria-toxin ellen igen érzékeny állatokon végeztük, melyeknél a dosis laetalis minimát kilenc előkísérletben állapítottuk meg. Az általunk használt toxin (Di-toxin Behring No. 390—0·16, 1928.) 1:150 higításban subcutan oltva 24—48 átlag 43 óra alatt megölte az állatokat. A tulajdonképeni kísérletek két csoportra oszlanak: prophylaktikus és therapiás jellegűekre. Prophylaktikus kísérletnek az olyat neveztük, melyeknél a lipoidot az állat a toxin nyujtása előtt kapta, therapiásaknak pedig azokat, melyekben a lipoidot a toxin beadása után injiciáltuk. A lecithint mindig 2%-os vizes emulsio formájában adtuk subcutan egyszerre 1, ritkán 2 cm^3-t, a cholesterint 5%-os olajosoldat alakjában egy alkalommal 1—1 cm^3-t. Legutóbbi állatkísérleteinkhez sikerült 2%-os vizes cholesterinsolt szereznünk, úgy, hogy ezeknél a cholesterin injectiója intracardialisan történhetett. Ezekre a kísérletekre még alább visszatérünk. A prophylaktikus kísérletben a lipoid injectiója 1½ órára megelőzte, a therapiásban három órával követte a toxin befecskendezését. Therapiás kísérleteinkben a lecithin, illetve cholesterin injectiókat néhány esetben még a toxin beadását követő napon is megismételtük. A prophylaktikus kísérletekben a toxin befecskendezéséig eltelt 1½ órával a lipoid felszívódását óhajtottuk biztosítani. Tisztában vagyunk a lipoidok, elsősorban a cholesterin olajos oldatainak rossz felszívódásával *(Jankau, Sokoloff),* továbbá a tengerimalacok között ebből a szempontból fennálló individualis differentiával, minthogy azonban munkánk megkezdésekor még vizes, tehát intracardialisan is adagolható kellő concentratiójú, finom dispersitású cholesterinsol nem állott rendelkezésünkre, az összehasonlíthatóság

kedvéért megmaradtunk a subcutan adagolás mellett. Legutolsó kísérleteinkben már ezt a factort is sikerült kiküszöbölni. A therapiás kísérletben három óráig azért vártunk a lipoid injectiójával, mert tapasztalat szerint, ezen idő eltelte után a toxin kötődése a szervezetben annyira irreversibilis, hogy még a legerősebb antitoxikus specifikus therapia hatása is igen kérdéses.

Kísérletes vizsgálataink eredményét a következő tabella szemlélteti:

Az állatok élettartama a toxin injectiója után (órákban).

Toxin-controll.	Therapeutikus		Prophylaktikus	
	cholesterin	lecithin	cholesterin	lecithin
32 h	72 h	72 h	72 h	89 h
39 „	80 „	43 „	48 „	52 „
43 „	76 „	70 „	76 „	69 „
48 „	84 „	50 „	43 „	72 „
18 „	72 „	58 „	91 „	84 „
48 „	72 „	60 „	44 „	60 „
48 „	80 „	60 „	44 „	84 „
48 „			45 „	
48 „				
	k ö z é p é r t é k			
43 h	75 h	56 h	57 h	72 h

Amint a táblázatból kitűnik, úgy a lecithin, mint a cholesterin megnyujtják a mérgezett állat átlagos élettartamát. Az életnek ez a meghosszabbítása egyetlen egy esetben sem volt olyan nagyarányú, mint azt *Surányi* és *Jarnó* találták kísérleteikben. Megmentenünk az elpusztulástól egyetlen állatot sem sikerült. Viszont kétségtelen, hogy mi is oszthatjuk *Surányi* és *Jarno* ázon észlelését, hogy mind a két lipoid protectiv hatást fejt ki, s mint új tényt szeretnők leszögezni, hogy a prophylaktikus kísérletben ez a lecithinnél, a therapiásban a cholesterinnél kifejezettebb. Ez az eredmény némileg meglepő, hiszen az irodalmat áttekintve a lecithinről és cholesterinről általában, mint antagonistákról alkotott nézetekkel találkozunk. (Sejtpermeabilitás, idegrendszeri hatás, vérkép.) Egyedül *Surányi* és *Jarno* emlékeznek meg tudtunkkal a lecithin toxin ellen védő sajátságáról. Mi is kísérleteinkbe azért vittük be a lecithint, mert érdekesnek találtuk viselkedését, mint a cholesterinnek sok tekintetben antagonistájáét, a diphtheria toxicosisnál megfigyelni. A kapott eredmény várakozásunkkal nem egyezett és annak magyarázatát adni nem tudjuk. A cholesterin protectiv hatását illetőleg már *Landsteiner* in vitro kísérletei a közvetlen toxinkötés teszik legvalószínűbbé és a magunk részéről csatlakozunk *Leopold* és *Bogendorfer* megállapításaihoz, akik kereken kimondják, hogy a nem fajlagosan immunizált szervezet ellenállóképessége bakteriummérgekkel szemben függ 1. a méregmennyiségtől, mely az időegységben elárasztja a szervezetet és 2. a méregkötésben rendelkezésre álló cholesterintől.

Végül néhány szóval szeretnék megemlékezni legutolsó állatkísérleteinkről. Ezekben sikerült egy Merck-féle 2%-os vizes cholesterinsol intracardialis injectiójával a felszívódás szempontjából bizonytalan subcutan eljárást elkerülni. Az eredményeket melyek lényegileg a subcutan methodikájúakkal egyeznek, az alábbi táblázat szemlélteti:*

* Megjegyzendő, hogy e solokban a cholesterin egy gyári titkot képező védőcolloiddal stabilizáltatott. Valószínűleg ennek a körülménynek tudható be, hogy a malacoknak kb. 50%-a közvetlen az intracardialis cholesterin-injectiót követő 2—3 percen belül shockszerű tünetek között exitált. Az autopsia a szíven és a nagyerekben vérzést, vagy emboliát kimutatni nem tudott. Természetesen az így elhullott állatok a táblázatban nem szerepelnek.

Az állatok élettartama a toxin injectiója után (órákban).

Intracardialis cholesterin	
prophylaktikusan	therapeutikusan
48 h	84 h
60 „	86 „
92 „	82 „
66 „	90 „
60 „	82 „
60 „	
k ö z é p é r t é k	
64 h	85 h

Kísérleteinket összefoglalva, a következőket mondhatjuk:

Tengerimalacokon végzett kísérleteink alapján állíthatjuk, hogy mind a lecithin, mind a cholesterin toxinhatás ellen védő tulajdonsággal bírnak az élő szervezeten belül is. Adataink nagyjából az irodalmi adatokkal egyezők, azon eltéréssel, hogy parenteralis úton adagolva prophylaktikusan a lecithin, therapiásan a cholesterin bizonyult hatékonyabbnak.

A halálos dosissal oltott tengerimalac átlagos élettartamát (kísérleteinkben 43 óra) a prophylaktikusan subcutan adott 0·02 g lecithin átlag 29 órával (67·4%), az olajos oldatban alkalmazott 0·05 g cholesterin átlag 14 órával (32·5%), a vizes sol formájában intracardialisan injiciált 0·02 g cholesterin átlag 21 órával (48·4%), a therapiásan hasonló dosisban adagolt lecithin 13 órával (30%), az olajos subcutan adott cholesterin 32 órával (74·4%) az intracardialisan adott vizes cholesterin 42 órával (97·6%) nyujtja meg. A therapiás dosis megismétlése az élettartamra lényeges befolyással nem volt.

*

További kísérleteinknek célja annak megállapítása, hogy a specifikus serumtherapia milyen arányban helyettesíthető nemspecifikus lipoidtherapiával, — vagyis ha így szabad magunkat kifejezni, megkeresni a cholesterin és lecithin antitoxikus aequivalensét, egyenértékét. Ezeket a kísérleteket nyulakon fogjuk végezni, melyeknél az intravenás technika könnyebb és a vérvétel és a vér cholesterintartalmának folyamatos ellenőrzése símábban kivihető.

Irodalom: *Autenrieth—Funk:* M. m. Wo. 1914, 1234. oldal. — *Almagià* és *Mendès:* Pribram után idézve. — *Belanowsky:* Bio. Z. 1907, 5. kötet. — *Beumer:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1914, 77. kötet. Mo. f. Khlk. 1921, 15, 19. kötet. — *Brugsch:* Die pern. Anaemie. (Aus Hb. der im Med. Kraus Brugsch. 1908. — *Bingel:* Monographie über Diphtherieserumwirkung. Lipcse, 1918. (Bei Vogel.) — *Bókay:* O. H. 1928. 13. sz. — *Cautieri:* W. kl. Wo. 1913. 26. sz. — *Chauffard:* Rev. de med. 1911. — *Dietrich:* Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anatomie. — *Dietrich* és *Kaufmann:* Zeitschr. f. die gex. exp. Med. XIV. 20. — *Eisler:* W. kl. Wo. 1905. 721. o. — *Fermi:* Zbl. f. Bact. 45. sz. — *Friedberger:* B. kl. Wo. 1919. — *Führer:* Aurch. f. exp. Path. u. Phar. 63. kötet, 383. oldal. — *Gerard* és *Lemoine:* Bull. et. mem. soc. med. des hôp. Párizs, 1912, 281. sz. — *Gerlóczy:* O. H. 1928, 16. sz. — *Grigaut:* Le cycle de la cholesterinanaemie. Párizs, 1913. — *Herzfeld:* Mayer-Umhöfer, Beerer: D. M. Wo. 1926, 35. sz. — *Hueck* és *Köhler:* Arch. f. exp. Path. u. Ther. 1913, 71. kötet. — *Henes D.:* Arch. f. klm. Med. 1913, 111. sz. — *Jankau:* Arch. f. exp. Path. u. Ther. 29. kötet. — *Kemper* és *Schepilowsky:* Z. f. Hyg. u. Inf. 1928, 28. kötet. — *Keys* és *Sachs:* Berl. klin. Wo. 1903. — *Klinkert:* Pribram után. — *Kolle* és *Schlossberger:* M. kl. 1919. — *Landsteiner:* Zentralbl. f. Bact. 1900, 42. kötet. (Orig.) — *Leupold* és *Bogendorfer:* D. Arch. f. klin. med. 1922, 140. kötet. — *Lindblom:* Z. f. Klin. Med. 1913, 79. sz. — *Morgenroth* és *Reicher:* B. kl. Wo. 1908, 41. kötet. — *Noguchi:* Bio. Z. 1907, 5. kötet. — *Pribram:* Med. U. 1914, 1195. o. Hb. d. Microorg. 1906. — *Ranson:* D. med. Wochenschrift 1913, 13. sz. — *Rubner:* Kl. Wo. 1913. 13. sz. — *Rubner:* Kl.

Wo. 1925, 39. sz. — *Surányi:* M. O. A. 1927, 28. kötet. — *Surányi* és *Jarmo:* O. H. 1928, 8. sz. — *Sokoloff:* Virchows Archiv. 245. kötet. — *Stepp:* Mü. m. Wo. 1918, 781. o. — *Stern:* Bio. Z. 1924, 150. kötet. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1926, 112. köt. — *Szirmai:* O. H. 1925, 34. sz. — *Sacchi:* Idézve Pribramnál. — *Wacker* és *Hueck:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1913, 71., 1914, 74. kötet. M. m. Wo. 1913, 60. sz. — *Weltmann:* W. kl. Wo. 1913, 26. sz. — *Werner:* Pribram után. — *Windaus:* Z. f. Physiol. Chem. 1910, 65. kötet.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika gyermekosztályának közleménye.

A kanyaró egy új tünete: a haemorrhagiás praeenanthema.

Írta: *Petényi Géza dr.* egyetemi magántanár, főorvos.

A kanyaró symptomatologiája egyike a legjobban tanulmányozottaknak. A különböző kézikönyvekben csaknem ugyanazt a leírást találjuk. Alábbiakban egy olyan tünetről számolunk be, amely eddig elkerülte az észlelők figyelmét.

A prodromalis időszakban apró, pontszerű vérzések jelennek meg a szájnyálkahártyán. Localisatiójuk: a buccalis szájnyálkahártya, körülbelül ott, ahol a Koplik-foltok szoktak lenni s lágyszájpad. A vérzéses pontok száma a buccalis részben kevesebb (3—8), a lágy szájpadon valamivel több, egy esetben 20 is volt. A foltok a Koplik-foltok előtt 1—3 nappal jelennek meg, tartamuk 2—3 nap szokott lenni. Három esetben a praeexanthemával egy időben jöttek s azzal együtt is múltak el, még a Koplik-foltok előtt. Amikor a vérzések kezdődnek, a szájnyálkahártya még nem, vagy alig belövelt, úgy, hogy a pontszerű vérzések élesen elütnek a környezet színétől. Az utóbbi időben észlelésre került tizennégy olyan kanyaró-esetnél, ahol napról-napra való megfigyelés az incubatio korai stadiumától fogva lehetséges volt, hat esetben láttuk ezt a jelenséget, mindig a kanyarónak ugyanabban a stadiumában s ugyanazon klinikai megjelenési formában, úgy, hogy a jelenség accidentalis voltát ki lehet zárni s a kanyarós folyamathoz tartozónak kell venni.

Egyéb vérzéses jelenségek nem kísérték. Az észlelt esetek általában normalis lefolyásúak voltak, az exanthema egyetlen esetben sem volt haemorrhagiás s az exanthema utáni pigmentatio sem volt kifejezettebb a rendesnél. A postmorbillosus pigmentatio — ami a kanyaró normalis lefolyásához hozzátartozik — maga is bőrvérzések residuuma. Ismeretes, hogy az exanthemás stadiumban vannak vérzések. A Rumpel—Leede-tünet az esetek többségében kiváltható. A legfeltűnőbb azonban a vérzékenység a betegség végén, amikor az exanthema elhalványodik, számos esetben hirtelen kiterjedten vérzésessé válnak a korábban exanthemás területek. Ennek megfelelően azt kell mondanunk, hogy a kanyarós folyamatnál két ízben van „haemorrhagiás készség", az egyik a prodromalis időszakra esik, amikor nyálkahártyavérzéseket látunk, a másik az exanthemás stadiumban, főleg annak végén fejlődik ki s ekkor bőrvérzések észlelhetők.

Messzemenő diagnostikai következtetést nem lehet a tünetből levonni. Egyrészt a betegségnek nagyon korai idejében van meg, másrészt szájnyálkahártyavérzéseket sokféle folyamat hozza létre. Még a Koplik-foltok jelenléte sem ad teljes bizonyosságot, hogy kanyaró fog kifejlődni. Kétségtelen észlelések vannak, hogy — bár nagyon ritkán — más infectiosus folyamatoknál is (influenzánál *Asal—Falk*, exanthema subitumnál *Petényi*), észlelhető Koplik-folt.

A vérzések csak az esetek kisebb részében léptek fel. Hogy miért van meg az egyik esetben s miért hiányzik a másiknál, azt épp oly kevéssé lehet megmondani, mint hogy miért jelenik meg, vagy hiányzik az egyes esetekben a Koplik, vagy a praeexanthema. Az ilyenkor használatos kifejezéseknek, „haemorrhagiás diathesis", vagy „haemorrhagiás készség", igen kevés tartalma van. Nem sokkal mond többet, mint ha úgy írjuk körül a dolgot, hogy bizonyos — részünkre egyelőre ismeretlen — körülmények összetalálkozása esetén, nyálkahártyavérzések lépnek fel.

Tekintve, hogy szájnyálkahártyaelváltozásról van szó, amely a betegségnek igen ritka stadiumára esik, alkalmasnak látszik a jelenség megjelölésére a *„haemorrhagiás praeenanthema"* elnevezés.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú szemklinikájának közleménye (igazgató: Blaskovics László egy. ny. rendes tanár).

Ritka kimenetelű agyalapi törés és látóidegbántalom.

Írta: *Pelláthy Béla* dr. tanársegéd.

Agyalapi töréseknél, főleg melyek a szemüreg falát is érintették, a látóideg bántalmai gyakoriak, bár a súlyos általános tünetek mellett az esetek túlnyomó részében csak másodlagos jelentőségűek. Ritkán, de mégis előfordul, hogy a törés mérsékelt általános tüneteket okoz, s a látás csökkenése a beteg részéről az általános tünetekkel egyenrangú fontosságúvá válik, sőt előtérbe lép. Ilyen esetet észleltem végig klinikánkon ez év április havában.

N. F. 29 éves postaaltisztnek 10—15 kg-os postacsomag zuhant homlokára. Sérülés után szédült, homlok- és halántéktájra kisugárzó fájdalmat érzett bal szemüregében és szemgolyójában. Szédülése az első segítségnyujtás után megszűnt, úgyhogy tovább folytatta munkáját, főfájásai azonban tovább tartottak, sőt 2 nap mulva még fokozódtak. Ugyanekkor látásélesség-csökkenést vett észre bal szemén, ekkor fordult orvoshoz. Sérülés után 7 nappal került klinikánkra (IV. 24.). Status: mérsékelt főfájás, egyéb általános tünet nincs. Jobb szem ép, visus 30/o, + 1·0 D = 60/o. Bal szemén a pupilla kissé tágabb, renyhén reagál, a bulbaris conjunctiván felül már felszívódóban lévő véraláfutás. Törőközegek épek, visus 0·5/o, üveg nem javít. Szemfenék: a papilla nervi optici szürkésvörös, kb. 1·5 D-nyira előemelkedik, határai elmosódottak, venák tágak, a legtöbb kanyargós lefutású. Látótér nem vehető fel. Röntgenfelvételen a bal szemgödör falának felső-belső részén a canalis opticusba terjedő, illetve ott végződő, kb. 1·5 cm hosszú repedés látható. Belgyógyászati vizsgálat negatív, orr- és melléküregvizsgálat: rhinitis chronica mucopurulenta. Négy nappal később a papilla 3·0 D-nyira emelkedik elő, egyébként a szemfenéki kép változatlan; IV. 30 án visus 2/o, papilla előemelkedése változatlan, látótér concentrikusan szűkült, színeket csak a szeme előtt ismeri fel. Később a visus fokozatosan javul, V. 5-én már 10/o, bár a papilla határai még mindig elmosódottak, előemelkedése változatlanul 3·0 D, látótér úgy fehérre, mint színekre concentrikusan szűkült. V. 10-re a papilla előemelkedettsége és határának elmosódottsága mérsékeltebb, visus 20/o. Távozik a klinikáról. V. 20 án visus 30/o, üveg nem javít, papilla nem emelkedik elő, környékén a retina kissé szürkébb, mint a másik oldalon, látótér minimalisan szűkült. VI. 8-án: visus 50/o + 0·75 D 60/o. A papilla minimalisan halványabb a rendesnél, határai kissé elmosódottak, venák rendes tágságúak, látótér úgy fehérre, mint színekre rendes, skotoma nincs. Jobb szemen az állapot ugyanaz, mint a klinikára felvételkor.

A fejet ért tompa erőhatások közül a homlokcsont, illetve orbitaszél ütődései azok, melyek a szemüreg falának törését leggyakrabban okozzák. A törések kedvenc iránya a foramen opticum, illetve canalis opticus. A sérüléssel egyidőben a látóideg teljesen vagy részben átszakadhat, csontszilánktól sérülhet, zúzódhat vagy összenyomódhat. Ilyen esetekben a látás nagy fokban szenved, teljes visszatérése nem várható. Összenyomódhat azonban a látóideg a hüvelyeibe történt vérzéstől is, ami vagy a hüvely szakadásától származik, vagy az agyalapról nyomódik oda. *Berlin* szerint a látóideg hüvelyeiben történő vérzések a látást illetőleg veszedelmesebbek, mint az agyalapéi, mert a nyomás concentrikusan és jobban érvényesül a hüvelyek rigiditása miatt, továbbá mert a felszívódás itt lassabban történik, mint a basison. Az opticus összenyomódásának a látás nagyfokú csökkenése lesz a következménye. Megtörténhet, bár csak kivételesen, hogy a látás egyoldali, sőt kétoldali amaurosis után is teljesen visszatér *(Meyer, Nettleship, Sealy* stb.), mégis rendszerint concentrikus látótérszűkület vagy színérzészavar marad vissza, máskor centralis skotomák. Közvetlenül a sérülés után a szemfenék vagy normalis, vagy csak mérsékelt változást mutat. *Wagenmann* egy fennjáró betegnél a sérülés napján a papilla hyperaemiáját látta, csekély circumpapillaris retinazavarodással és a papillán két kis vérzéssel. *Uhthoff*, továbbá *Willbrand-Saenger* szerint a pangás már az első nap folyamán jelentkezik, az esetek legtöbbjében előbb hyperaemia, majd többé-kevésbbé súlyos pangásos papilla alakul ki, az optikus-hüvelybe lévő nyomásfokozódás és a vérzés okozta circulatiós zavarok miatt, de néha valódi neuritist is észleltek, bár a látóideg gyulladása rendszerint meningitissel kapcsolatos. A szemfenéki változásoknak kimenetele rendszerint atrophia nervi opticus, vagy legalább is a papilla halványodása, ami rendszerint csak a 3. héten válik kifejezetté, bár már korábban, a második hét végén is észlelték *(Liebrecht)*, sőt *Hoffmann* már a hatodik napon.

Közölt esetünkben a szemüreg falának repedése a canalis opticust érintette, mivel pedig a dura szorosan összefügg a canalissal, annak szakadása kétségtelen. A vérzés főleg az opticus hüvelyeibe történt, de valószínű, hogy kis mértékben az orbitába is, emellett szól a bulbaris conjunctivának véraláfutása; az orbitából a vér a szemhéjemelő, illetve felső egyenes izom mentén terjedt le a szemtekekötőhártyáig. A papilla nervi optici előemelkedését és a szemfenék vérbőségét az opticus hüvelyeibe történt vérzés megmagyarázza, a kétségtelenül meglevő neuritis létrejötte azonban már nehezebben és azzal magyarázható, hogy a vérzés okozta összenyomás, esetleg vérbeivódás az opticus rostjait izgatta. Hogy a pangás csak 10 nappal a sérülés után vált kifejezetté, az is az opticus, illetve a hüvelyek izgalma, illetve duzzadása mellett szól, lehetséges, hogy anélkül a pangás el is maradt volna s tiszta neuritis képben zajlott volna le a folyamat. Mihelyt az izgalmat keltő vérzés felszívódott, az állapot gyorsan visszafejlődött s a látásélesség ismét teljessé vált. A sérülés óta 8 hét telt el, a betegnek nincs semmi panasza.

Hosszú volna felsorolni az irodalomban talált hasonló eseteket; ritka az olyan agyalapi törés, melynél az általános tünetek csaknem teljesen hiányoznak s ahol az opticus hüvelyeibe történő vérzés után neuritist észleltek, ami után csaknem teljes gyógyulás következett. Az esetet ritkasága miatt közlöm.

A Calmette-féle gümőkórellenes védőojtások kísérleti alapja.

Hutyra Ferenc dr. rendes tagsági székfoglaló előadása a Magyar Tudományos Akadémia osztályülésén 1929. január 14-én, rövid kivonatban.

Miután évtizedes tudományos kutatásokkal mindezideig nem sikerült a tuberculosis ellen a gyakorlat céljainak megfelelő védőojtási módszert fölfedezni, *Calmette* 1921-ben új eljárást hozott javaslatba, melyet azóta gyermekeken is alkalmaznak mindinkább növekvő arányokban, úgy, hogy eddig már több mint 150.000 újszülött gyermek részesült benne, túlnyomórészt a latinnyelvű országokban. Az ojtóanyag (BCG = Bacille Calmette-Guérin) bovin eredetű gümőbacillus, mely sok éven keresztül marhaepével átitatott burgonyán tenyésztetvén, *Calmette* szerint annyira gyöngült a virulentiájában, hogy a 230 nemzedéktől kezdve semmiféle állatban, még a tuberculosis iránt fölötte fogékony tengerimalacban sem idéz elő előrehaladó gümőkóros folyamatot, ellenben továbbra is megtartotta tuberkulint termelő és immunitást létesítő antigen hatását. Nagy adagok a bőr alá, vagy a hasüregbe fecskendezése után keletkeznek ugyan lényegileg gyulladásos jellegű kóros elváltozások, ezek azonban mindig jóindulatúak, bizonyos idő mulva gyógyulnak s nem vihetők át állatról-állatra. Az ojtóanyaggal kezelt állatok ellenálnak későbbi fertőzéseknek és az így létesített immunitás addig tart, míg a beojtott avirulens bacillusok ki nem üríttetnek a szervezetből.

Az előadó kísérletekről számolt be, melyeket közel három év óta folytat arra vonatkozólag, hogy mennyiben biztos és szilárd az előbbiekben röviden vázolt kísérleti alap, melyen a szóbanlevő gyakorlati védőojtás felépült. Kísérletei folyamán azt találta, hogy a vaccinából 10—20 mg tengerimalacok bőre alá, vagy hasüregébe ojtva, legtöbbször ártalmatlan ugyan, vagy csak helybeli és gyógyulásra hajlamos kóros folyamatokat létesít, kivételesen azonban súlyos, előrehaladó typusos tuberculosist idéz elő, amint ezt előzőleg már mások is észlelték. Ezenkívül több kísérleti sorozatban az így létesített kóros folyamatot úgy kóros szervekkel, mint ilyenekből előállított tiszta tenyészetekkel sorozatosan egészen a 7—11. nemzedékig sikerült állatról-állatra átojtani. Folytatólagos kísérletekben a passagetenyészetek 0·1 mg mennyiségben is öltek tengerimalacokat, virulentiájuk tehát a sorozatos átojtások közben erősen fokozódott.

Az utóbbi kísérleti eredmények merőben eltérnek úgy *Calmette*, mint a legtöbb más kutató hasonló kísérleteinek eredményeitől (csak *Watson* közöl kanadai laboratoriumából velük több tekintetben egyező tapasztalatokat). Az előadó aképen értelmezi őket, hogy a fiatal vaccinatenyészetek nagy adagjai toxikus hatásukkal erőszakosan letörik a fiatal tengerimalacoknak amúgy sem nagy ellenállását s ezzel a bacillusok szaporodása számára kedvezőbbekké alakulnak a feltételek, kiválogatódás útján pedig az életképesebb bacillusok és ezek utódai jutnak túlsúlyra s érvényesítik az epéstalajokon való tenyésztés folytán lefojtott, de bennük még mindig szunnyadó pathogen hatásukat. Eközben az állatok különös egyéni érzékenysége is játszik szerepet, amire az is utal, hogy a positiv eredmények csak a január és február hónapokban végzett kísérletekben mutatkoztak, amikor a tengerimalacok tapasztalat szerint más betegségekre (tüdőgyulladás, septikaemia) is hajlamosak.

Csekély számban végzett immunizálási kísérletek arra az eredményre vezettek, hogy a vaccinás kezelésen baj nélkül átesett állatok immunisak nem túlságosan erős virulens fertőzéssel szemben.

A kísérleti eredményekből csak fenntartással lehet a védőojtások gyakorlati értékére következtetni. A vaccina megállapított gyönge virulentiája inkább előnyére, mint hátrányára szolgál, mert eddigi ismereteink szerint csak olyan bakteriumoktól lehet immunizáló hatást várni, melyek a szervezetben specifikus reactiót kiváltani képesek. *Calmette* nem tartja ugyan szükségesnek ezt a reactiót az immunitás létesülésére, de csak további tapasztalatok fogják eldönteni, hogy mennyiben helytálló ez a felfogás.

A kísérleti eredmények egyébként nem szolgáltatnak kielégítő alapot arra a feltevésre, hogy a BCG-vaccina gyermekeket is megbetegíthetne, már csak azért sem, mert az újszülöttek sokkalta kisebb adagokat s ezeket is a szájon keresztül kapják, amikor a bacillusok jórésze az emésztőcsövön át kiürül a testből. Ugyanebből az okból azt a föltevést sem támogatják, hogy a beojtott bacillusok a gyermekek testében virulensekké válhatnának. Mindazonáltal óvatosságra intenek és arra figyelmeztetnek, hogy a beojtott gyermekeket ajánlatos jól gondozni és lehetőleg védeni olyan ártalmaktól, melyek természetes ellenállásukat tetemesen csökkenthetik.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Constitutionalis tényezők a vérnyomásemelkedés kórképében. *J. H. Barack.* (Journ. Amer. Med. Assoc., 91. kötet, 20. szám.)

A vérnyomásemelkedés keletkezésében fontos szerepet játszanak azok az alkati tényezők, amelyek öröklött jellegét évtizedeken át gondosan megfigyelt betegeinél 95%-ban ki tudta mutatni. Nőbetegeknél a tonsillák és a pajzsmirigy erősebb megnagyobbodása jellegzetes, dysthyreoidismus képében. Férfiaknál jellegzetes a neurocirculatorikus asthenia, gyakran kifejezett hyperthyreosis képével társulva. Ezen egyének könnyen kifáradnak, szívtáji nyomásérzésük van szívdobogással, nyugtalansággal, gyakran szédülésekkel. Infectiosus betegségek, főleg a tonsillák megbetegedése, typhus és diphtheria vezetik be gyakran e változásokat, majd az erek megbetegedéseit, amelyek alapján később a labilis hypertoniára való hajlam maradandó vérnyomásemelkedésbe megy át. Ezen jellegzetes elváltozásokat, amelyek szerző szerint a szervek veleszületett, kisebbértékűségén nyugodnak, a familiaris anamnesisben oly gyakran megtaláljuk, hogy a maradandó vérnyomásemelkedéssel való összefüggésük nyilvánvalónak látszik. *Baráth dr.*

A funicularis myelitisről. *J. Silbermann.* (Wien. klin. Wochenschr. 1928, 43. sz.)

Az utóbbi időben feltűnően megszaporodott anaemia perniciosa-esetek mellett funicularis myelitisek is sokkal gyakrabban észlelhetők. A két kórkép közötti összefüggés már régen ismeretes. Az anaemia perniciosa-esetek nagy százalékában megtalálhatók a funicularis myelitis kisebb-nagyobb jelei; viszont funicularis myelitisnél is rendszerint jelen van valamilyen anaemia perniciosára jellegzetes tünet (nyálkahártya-atrophia, anaciditás, vérképbeli elváltozás stb.). A szerző több anaemia perniciosának funicularis myelitissel párosult esetét közli. Egyeseknél a hátsó, másoknál az oldalsó kötegek elváltozásával járó idegrendszeri tünetek állottak előtérben; voltak olyanok is, amelyeknél mind a két rendszer meg volt támadva.

Szerző véleménye szerint az anaemia perniciosa és funicularis myelitis egy és ugyanazon chronikus ártalom (toxikosis) hatásának a szervezet különböző részeiben való megnyilvánulása. Az anaemia perniciosa gyógyítását célzó therapiás beavatkozások a funicularis myelitist szerző megfigyelései szerint nem befolyásolják. *Gaál dr.*

Szükséges-e a légmellkezeléshez intézetben való tartózkodás? *Poindecker.* (Wien. kl. Wochenschr., 1928, 50. szám.)

Az utóbbi időben többen tapasztalataikkal erősítik, hogy a tüdőtbc. légmellkezelését bejárólag is lehet végezni; sőt vannak, akik a gyógyintézetben való tartózkodást az exogen reinfectio veszélye miatt egyenesen károsnak tartják. Szerző tapasztalatai részben megegyezőek a fentebb említettekével, a teljesen ambulanter való kezelést mégsem tartja helyesnek. Az első töltésnél és azután, amíg a folyamat túl nincs a változás által okozott acut jelenségeken, a legnagyobb nyugalmat ajánlja főleg azért, mert a levegőköpeny által összenyomott tüdőből ekkor préselődik ki az esetleges fertőzőképes váladék. Az ilyenkor észlelhető metastasisok is éppen ez okból endogen eredetűek és nem exogen újrafertőzés következményei. A második, harmadik stb. utántöltéshez már nem tartja szükségesnek a gyógyintézetben való tartózkodást, noha a nyugalom és megfelelő életmódra otthon is éppen olyan szüksége van a betegnek. *Gaál dr.*

A vizelet fehérjéi nephritisnél. *W. H. Walker, E. Andrews* és *W. Thomas.* (Journ. Amer. Med. Assoc. 91. kötet, 20. szám.)

A praecipitin-reactio segélyével tanulmányozva a vizelet fehérjetartalmát, arra a megállapításra jutnak, hogy azok albuminból, pseudoglobulinból és euglobulinból állanak. Hypertóniás konyhasóoldattal előidézett kísérletes uraemiánál, valamint embernél és kutyánál aether által okozott nephritisnél a vizelet májfehérjét is tartalmaz. A vérfehérjék igen gyorsan megjelennek és mind nagyobb mennyiségben üríttetnek ki. Ha a vizelet-fehérjéket 25—100 percentes ammonium-sulfattelítéssel kicsapták, vízben oldották és collodiumzacskókban víz ellen dializálták, azt tapasztalták, hogy kis mennyiségben pepton megy át a destillált vízbe, amely vagy adsorbeálva volt a fehérjékhez, vagy chemiai kötésben volt jelen. Ezenkívül serumalbumin és pseudoglobulin is megy át; utóbbiak kutyában comát idéznek elő, exitussal. A kísérletek arra mutatnak, hogy nephritisnél a vizelet fehérjéihez adsorbeált, vagy azzal chemiai kötésben lévő fehérjelehasadási termékek vannak jelen (pepton); lehetséges, hogy a vérfehérjék megkötik ezt a fehérjebomlási terméket és a vesék ezután gyorsan kiürítik. A vérfehérjék tehát detoxifikáló szerepet játszanának a vesék gyulladásos megbetegedéseinél. *Baráth dr.*

Sebészet.

A sarjszövet elváltozása lapispálcikával való ételés következtében. *H. Hellner.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1928, VIII. 211. köt., 1—3. füzet.)

A sarjszövet felszínén a lapispálcikával való érintés pillanatában 0·2 mm vastag pörkösödés keletkezik. Ez a szövetnedvek és a vér finomszemcsés ezüstcsapadékából áll, melyben a sejtek elhalnak. Az óráról-órára előrehaladó zsugorodás közben durvaszemcsés-rostos, majd homogen csapadékzóna keletkezik, melyben végül már a zsugorodott sejtek magjait is alig lehet felfedezni. Ezt az elhalási réteget éles, tömött ezüstfehérjealvadékzóna határolja el az alatta fekvő és az első percekben semmi elváltozást nem mutató sarjszövetrétegtől. Ennek felső rétegében azonban már 10 perc mulva jelentkezik a reactio, amely hyperaemiából és perivascularis fehérvérsejtfelhalmozódásból áll. Később az említett határréteg mentén fehérvérsejtek halmozódnak fel (45 perc), majd vérzés keletkezik (2 óra), végül a szövet elfolyósodik (12 óra), azaz a pörk demarkálódik és utoljára le is lökődik (24—48 óra). Eltávolítása, vagy genyes elfolyósodás, vagy a kötszerre tapadás utján történik. 60 óra mulva a sarjszövet felszíne már miben sem különbözik az ételés előtti állapottól. A szürkés, beteg sarjszövet viselkedése az egészségesétől nem különbözik. *Valter dr.*

A hashártya mögötti tömeges vérzésekről. *Otto Ecarius.* (Deutsche Med. Wochenschr. 1928, 35. szám.)

Ami az intraperitonealis vérzésnél a Douglas-üreg, ugyanaz a retroperitonealis vérzésnél a vese körötti kötő-

szövet. Az ide történő traumás vérzések nem ritkák, viszont sokkal érdekesebbek a spontanvérzések, melyek száma az utóbbi időben mintha emelkedett volna. Az eddig közölt 50 esethez kettővel csatlakozik. Első esetében hypernephromából, másodikban pedig az ágyéki aorta abdominalis aneurysmájának megrepedéséből történt a vérzés. *Coenen* beosztása szerint mindkét esetük a másodlagos vérzések csoportjába tartozik. Klinikai képük jellemző volt: 1. hirtelen fellépő vesetáji fájdalom, 2. egyre fokozódó belsővérzés, 3. ennek megfelelően resistentia növekszik a vesetájékon, 4. esetleg pleuralis tompulat is megjelenhet, 5. esetleg felszívódásos láz, 6. nyomási fájdalom a resistentiának megfelelően, 7. peritonealis tünetek, melyek hiányozhatnak, 8. biztos, de igen veszélyes a próbapunctio. Differentialdiagnosis szempontjából a következők jöhetnek főleg szóba: 1. gyomorfekélyátfúródás, 2. empyema vesicae felleae, 3. epityphlitis, 4. apoplexia pankreatis, 5. graviditas extrauterina. A műtéti eredmény attól függ, hogy elég korán állíttatott-e fel a kórisme, hogy onnan vérzik és végül, hogy csillapítható-e eléggé. Leghelyesebb a vese felől behatolni.

Horváth György dr.

A cardia és a többi záróizom-„spasmus" gyógyításának alapja. *W. Rieder.* (Klinische Wochenschrift 1928, 38. szám.)

Végig tekintve a valódi cardiaspasmus ellen használatos gyógyeljárásokat, ezeknek ellentétes voltából arra a következtetésre jut, hogy a „spasmus" valódi természete még nem eléggé ismert. A cardia állandó záródásának oka lehet fokozott, vagy gyöngült beidegzés. Ha betegeknél átvágjuk a vagust, az állapotuk rosszabbodik, ha tehát vagotonia okozná, a vagusátmetszésre meg kellene szűnnie. Kísérleti eredmények alapján megállapítandónak véli, hogy cardiaspasmusnál a cardia izomzata éppoly nyugalmi állapotban van, mint az egészséges embernél és teljesen elzárja a bárzsingot a gyomor felé. Cardiospasmusnál ellenben hiányzik a nyelésnél élettanilag bekövetkező nyitóreflex, a cardia izomzata állandóan, körkörösen nyugalmi állapotban van. Ha tehát oki gyógykezelést akarunk alkalmazni, nem gyengíteni, hanem erősíteni kellene a cardia beidegzését. Ezt a célt szolgálnák a villamos-sondák és bougiek, amelyek azonban nem terjedtek el a gyakorlatban. A Heller-féle extramucosus cardiotomia az az eljárás, amellyel nem szüntetjük ugyan meg az okot, vagyis a reflexhiány megmarad, de a betegek mégis legtöbbnyire tünetmentesekké válnak. A cardiaizomzatnak Röntgen-ellenőrzés alatt való szétrepesztése *(Stark)* veszedelmes, mert halálos mediastinitishez vezethet. A többi sphincterspasmus közül a húgyhólyagé és az anusé bekövetkezik akkor, ha a nyitásreflex megzavart. Állandó, valódi spasmusok hosszú ideig való fennállása már csak azért sem valószínű, mert az energiafelhasználás a nyugalmi állapotban levő záróizmokban nem mutatható ki.

Czirer dr.

A gyulladásos hashártya felszívóképességének kérdéséről. *G. Magnus.* (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1928, 210. kötet, 5—6. füzet.)

A szerző kísérletei eredményeképen kijelenti, hogy a hydrogenhyperoxid a legalkalmasabb a nyirokutak vizsgálására. A hashártyáról a felszívódás a nyirokutakon történik, melyek nyitott összeköttetésben állanak a hasüreggel. A hashártya felszívóképessége a fertőzés után öt órával kezd fokozódni, fertőzés után 10 órával a legnagyobb és a fertőzés után 24 órával ismét eredeti felszívóképességére csökken vissza. A fali hashártya, mely rendes viszonyok között nem szív fel, gyulladás esetén az is részt vesz a felszívásban.

Szenthe dr.

Fermentvizsgálatok a vérben a hasnyálmirigy megbetegedéseinél, különös tekintettel a hasnyálmirigybe behatoló gyomor-nyombélfekélyekre. *Grassberger A.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1928, 210. köt., 5—6. f.)

A hasnyálmirigynek diastase és lipase értékeit vizsgálva a vérben, arra az eredményre jutott, hogy ezek az értékek oly esetekben, amelyekben a hasnyálmirigybe penetráló fekély hosszabb ideje áll fenn, a rendestől nem különböznek, tehát abban az irányban, hogy a fekély behatol-e a hasnyálmirigybe, következtetések nem vonhatók le. Mindkét fermentum a pankreas heveny megbetegedéseinél megszaporodik a vérben és pedig a diastase megszaporodása több héten át, a lipaseé több hónapon át kimutatható. Ha a hasnyálmirigy már előzőleg idülten beteg volt és így éri valamely hevenymegbetegedés, a vérben csak a lipase szaporodik meg, a diastase nem. Hevenymegbetegedés lezajlása után, vagy, ha ez idült időszakban megy át, az emésztőnedvértékek ismét leszállnak rendesre, vagy még ez alá is. Végül a vérben talált rendes értékekből azt a következtetést levonni, hogy a pankreas ép, ezidőszerint téves lenne, mert szerinte lehetséges, hogy nagyobb anyag átvizsgálásakor súlyosan megbetegedett pankreas mellett is rendes értékeket találunk csak.

Czirer dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A combcsont fixált adductiós állásánál előforduló szülésekről. *A. Mayer:* Zbl. f. Gyn. 1928. 51. sz. 3250.

A combcsont fixált lehet coxitisek, a medencét ért traumák, továbbá gyermekkori spinalis bénulások után. Szülészeti jelentősége abban van, hogy vagy a medencebemenet ferdén szűk, vagy pedig a medence szűkülete nélkül a medencekimenet megközelíthetősége csökkent azáltal, hogy a lábak szétterpesztésének lehetősége nehezített. A medencebemenet ferde szűkülete tapasztalás szerint nem nagyfokú s ezért a szülésmechanismus szempontjából nem nagyjelentőségű. Szerző 3 esetét közli, amelyeknél a combcsont feje trauma következtében a medence lumene felé tört át és mégis jól fejlett magzatok születtek spontan. Az első esetében a nyilvarrat a hosszabb ferdében volt, az occipitalis rész pedig a tágabb medencefélben („weitständige Stellung"). A szülés az egyaránt szűk és a lapos medence kombinált mechanismusa szerint folyt le. A második esetében a nyilvarrat már a rövidebb ferdébe került s az occipitalis rész a tágabb medencefélbe, de hátra került. A harmadik esetében a nyilvarrat a rövidebb ferdében volt, a tarkói rész elől a szűkebb medencefélben. 3600 g-os magzat született spontan. Szerző véleménye szerint a szülés lefolyását illetőleg egész nagy jelentősége van annak, hogy a koponya maximalisan hajlott, azaz a kiskutacs mélyen legyen. Szerző és *Weibel* eddig összesen 7 szülést észleltek spontan lefolyással, amiből az következik, hogy még nagyobbfokú ferdén szűk medence esetében sem jogosult a primaer császármetszés. Szerző azután két esetét ismerteti a combok fixált adductiójával. Az első esetében oldalfekvéses szüléssel spontan fejlett magzat született. A második esetben egyik oldali csípőizületi ankylosis mellett elhúzódó kitolás miatt mély harántállásnál Kiellandfogót alkalmazott sikerrel (3150 g-os magzat). Kiemeli a Kielland-fogó értékét a régi fogóval szemben, mert ez utóbbit az oldalról vándoroltatás miatt nem lehetett volna alkalmazni s ezért arra a következtetésre jut, hogy a lábak fixált adductiója esetén a Kielland-fogó az indikált mert a régi fogót a lábak csökkent szétterpeszthetősége miatt alkalmazni nem lehet. (A Kielland-fogó felvezetését nem ismerteti. Ref.)

Bud dr.

A centralis gátrepedések keletkezéséről. *A. Mandelstamm:* Zbl. f. Gyn. 1928. 51. sz. 3272 old.

A centralis gátrepedések keletkezését illetőleg a vélemények eltérők. Aetiologiailag szóbajönnek: magas rigid gát, a vulvagyűrű csökkent tágulékonysága, hypoplasia stb.; a medence részéről meredek, szűk arcus pubis, egész tág medencekimenet stb. A legtöbb szerző a rohamos szülésnek is jelentőséget tulajdonít, ezzel szemben *Sachs* az esetek egy részében elhúzódó szülésekről számol be. Szerző három esetét ismerteti, mind a három eset lapos medencés és kis medencedőléses szülés; ez utóbbi következtében a vulva előbbre helyezett. Ha a medence kimenetében a hüvely hátrafelé öblös, akkor a koponya nem a vulva felé, hanem a gát felé irányított s ha a fájások erősek s különösen, ha a fej lapos medence esetén hirtelen áthaladva a bemeneten, a medence mélyére kerül, a centralis gátrepedés létrejöhet. Centralis gát-

repedésre *Hagen* szerint a primiparák sokkal disponáltabbak a multiparáknál. Szerző még egyszer felhívja a figyelmet a *medencedőlés* fokának jelentőségére centralis gátrepedések keletkezésénél és ajánlja az általa construált medencedőlés-mérőt. *Bud dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Új könyvek.

Magyar nyelven.

A női nemzőszervek működése és hatása a szervezetre. Fekete Sándor dr. Dick Manó, Budapest.

Német nyelven.

Entwicklungsgeschichte des Menschen. Weissenberg—Michaelis. Georg Thieme, Lipcse. Ára 10·70 *M.* — **Grundzüge der Hygiene:** Max Eugling. (Urban és Schwarzenberg, Berlin—Bécs, 1929.) Ára 14 *M.* — **Die Lichterkrankungen der Haut:** W. Hausmann—H. Haxthausen. (Urban és Schwarzenberg, Berlin—Bécs, 1929.) Ára 12 *M.* — **Ergebnisse der gesamten Medizin.** XII. Bd. 1—2. Th. Brugsch. (Urban és Schwarzenberg, Berlin—Bécs, 1928.) Ára 30 *M.* — **Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.** *Lif 282.* Belastungsproben der Atmung, u. Belastungsproben des Kreislaufer. Ára 10 *M.* *Lif 280.* Gewinnung von Gallenblaseninhalt. Methoden der künstlichen Ernährung. Die Technik der Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals. Methodik der Untersuchungen des Wiederkäuermagens. Ára 6 *M.* (Urban és Schwarzenberg, Berlin—Bécs, 1928.) — **Die Zuckerkrankheit.** A. Sopp. (Curt Kabitzsch. Lipcse, 1929.) Ára 3·60 *M.*

Diagnostik mit freiem Auge. Ektoskopie. Dr. L. Schmiedt közreműködésével írta: *Dr. Edward Weisz* (Pistyan). Urban és Schwarzenberg, 1928, harmadik bővített kiadás. Ára fűzve 10, kötve 11·80 *M.*

Bár a beteg alapos megszemlélése a betegvizsgálat mindenkor nélkülözhetetlen kelléke, jelentéktelennek tetsző külsőségek felett könnyen elsiklik a vizsgáló szem. *Weisz dr.* a megtalálható jelenségek egész sorára hívja fel a figyelmet s ektoskopiás módszereivel (lélegeztetés, szippantás, beszélgetés stb.) az inspectio kórismei értékét nagy mérvben emeli. Sajnos, egyelőre nélkülözzük munkájának tételes felülbírálását, ami pedig annyival is inkább indokolt lenne, mert az az érzésünk, hogy az egyébként gyakorlati szempontból igen nagyértékű mű nem ment minden túlzástól, s hogy az észlelt tünemények értelmezésében olykor physikai törvényekbe ütközünk. Így pl. nem csatlakozhatunk szerző azon lelkesült megállapításához, amely különböző eredetű szomszédos tompulatok elhatárolását (mellkasi folyadékgyülem *alsó* határa, pleurakötegek közé tokolt izzadmány, stb.) kizárólag ektoskopiás lehetőségnek tartja, mert a régen bevált „percussiós auscultatio" ily irányú diagnostikai alkalmazása teljesen preciz eredményeket ad. A rekeszállás megállapításában is szó férhet *Weisz dr.*, illetve az ektoskopia prioritásához (v. ö. „Litten-f. rekesztünet").

Néhány tetszetős casuistikai közlésből nyilvánvaló, hogy a mellkas szempontjából a legjelentősebb ektoskopiás megfigyelés a folyékony mediumnak megfelelő vetületen phonáláskor észlelhető bordaközi rezgés, amíg a szilárd közegek, pl. pleuramegvastagodások jelenlétekor a mellkas mozdulatlan marad. A jelenséghez fűzött physicalis okfejtés kritikáját e helyütt mellőznünk kell s részünkről csak a „pectoralphremitus" és „bronchophomia" ismert jelenségei kapcsán kialakult felfogásra utalnak.

A has ektoskopiája a mű legerősebb része. Itt a szerző valóban jelentős sikereket ér el és újat hoz. Ezzel szemben az idegrendszeri rész — főleg theoretikus részleteiben — olykor a fogalomzavar útvesztőjébe vezet. Távol áll tőlünk a szándék *Weisz* munkáját értéken alul bírálni, sőt ismét hangsúlyozzuk annak nagy praktikus és didaktikus jelentőségét, ám azt a benyomást nyertük, hogy szerző a „bénulás" fogalmát egyrészt s a „spasmus contractura" fogalmát, másrészt ismételten szembeállítja egymással, illetőleg egymástól elkülönített folyamatoknak tekinti. Hogy a bénulás kiesési, a spasmus izgalmi tünet volna, e helyen vita tárgyát nem képezheti.

Mindezektől eltekintve *Weisz* könyvét jelentősebbnek kell minősítenünk, semhogy e szűk keretek között érdeméhez mérten méltathatnók. *Prof. Krausz, Leschke*, stb. *Weisz dr.* studiumai számára klinikáikat bocsátották rendelkezésre s az ektoskopiának elismeréssel adóznak. Berlinben az ektoskopiás megfigyeléseket jelenleg mozgóképekben rögzítik. Nagynevű tudósok támogatása és 30 év tapasztalata önmagukban is ajánlólevelek az ektoskopia mellett. Ha nem is valljuk, hogy *Weisz* módszere eddig meg nem közelített „non possumus" regiókba vezet, el kell ismernünk, hogy a módszer, egyszerűségéhez képest igen jelentős diagnostikai lehetőségeket biztosít.

Gerlóczy G. dr.

A Kir. Orvosegyesület január 19-i ülése.

Bemutatás:

1. **Duzár József:** *Gyógykezelt tüdőtuberculotikus csecsemők.* Négy kisgyermeket mutat be, akiket koracsecsemőkorban szerzett, általános atrophiához, két esetben moribund állapothoz vezető, súlyos subprimaer és secundaer tüdőtuberculosisuk miatt a csecsemőkor végén vett kezelésbe. A szokásos physikalis-diaetás kezelésen kívül (a legjobb hygienikus viszonyok mellett) intraperitonealis vérátömlesztést alkalmazott citratvérrel, mind a négy esetben, amely vérátömlesztés nemcsak pillanatnyilag volt életmentő hatású, hanem (megismételve) a tüdőfolyamat teljes gyógyulásához is vezetett. A csecsemőkori tüdőtuberculosis mai, még mindig igen magas (cca 70—75%) mortalitását lényegesen javíthatjuk, ha a lesorvadt csecsemő általános ellenállóképességét és reparatiós képességét minden eszközzel fokozzuk. Ezen eszközök között vezetőhelyet fog a jövőben betölteni a substitutiós vérátömlesztés, amely a physikalis diaetás, általános kezelés mellett nemcsak a csecsemő életét menti meg, de sokszor igen előrehaladt tüdőfolyamatok tökéletes gyógyulásához is vezet.

Bókay Zoltán: A csecsemő tuberculosisa általában rosszindulatú. Ezért kutatunk újabb módszerek után, amelyek segélyével ez a végzetesnek mondható fertőzés megállapítható lehessen. 1928-ban 33 gyermek esetéről számolt be, kiknél a Röntgen-mélybesugárzástól szép eredményeket látott. Azóta eseteink száma 100-on felülire emelkedett, általában nemcsak kielégítő, de jó eredményekről számolhatott be. Felbátorítva e jó eredményektől, kiterjesztette az indicatio felállítását a csecsemőkorra is s bár ezen kísérletek még lezárva nincsenek, kilenc esetről kívánt most beszámolni. Ezeknek kora négy hónaptól 12 hónapig terjed. Kilenc eset közül kettőnél, kiknél súlyos disseminált tüdőtuberculosist mutatott úgy a Röntgen, mint később az autopsia is, az alkalmazott mélybesugárzás nem mutatott eredményt, a folyamat feltartózhatatlanul haladt előre. A besugárzás után azonban nem tapasztalta a folyamat rosszabbodását. A megmaradt hét eset közül háromnál, négy, illetve három és három besugárzás után teljes gyógyulás, szép súlynövekedés következett be, s már az első besugárzás után egy héttel a láz teljesen megszűnt. Két eset kezelés alatt áll, kielégítő súlygörbével és monothermiával. Két eset elmaradt a kezelésről. A besugárzásokat mindig négyhetes időközökben kb. 30% erythemadosissal végezi a contraindicatióképen csak az igen kiterjedt, vagy disseminált tüdőfolyamatokat említi fel.

Lobmayer Géza: A csecsemők egyoldali gümős tüdőfolyamata activ sebészi gyógykezelésnek is hozzáférhető. Referált egy hathónapos csecsemőről, kinek súlyos egyoldali tüdőfolyamata phrenicus exairesisre meggyógyult.

Duzár József: Az intraperitonealis citrátos vérátömlesztés — bizonyos kautelák mellett — teljesen veszélytelen. Nagy előnye, hogy sebészi beavatkozás nélkül a legfiatalabb és legleromlottabb csecsemők mindegyikénél alkalmazható. A nyaki tuberculotikus lymphomáknak igen eredményes Röntgen-kezelése kecsegtető igéret a hilus tuberculosos mirigy megnagyobbodásainak Röntgen-kezelésére is. Sajnos, itt a hatást megítélni igen nehéz, nem nagyon leromlott, idősebb csecsemők egyoldali tüdőtuberculotikus folyamatainál *Eliasberg* szerint alkalmazza a pneumothoraxot. Rossz állapotban levő, leromlott fiatal tüdőtuberculotikus csecsemőknél azonban úgy a Röntgen, mint mindenféle activ (sebészi) kezelést contraindicáltnak tart.

Előadás:

1. **Schuster Gyula:** *A sklerosis multiplexről.* Az előadónak a sklerosis polyinsularis pathogenesisére vonatkozó vizsgálatai két csoportra oszthatók: 1. A lues-es sklerosis polyinsularisos betege agyában először si-

került a spirochaeta pallidát az agykéregben, a velőállományban és a capillarisok falában, valamint a capillarisok körül kimutatni. Ezen vizsgálatokat *Kufs* igazolta. 2. A sklerosis polyinsularisban szenvedő betegek agyában a velőállományban az erek körül, s azoktól távol, spirochaeta-törmelékeket talált, melyek a spirochaeta pallidához hasonlóak, mégis nagyságukban különböznek. Ezen vizsgálatokból kitűnik, hogy a sklerosis polyinsularis infectiosus betegség, egy olyan enkephalitis, amelyet ezen esetekben spirochaeta-fajta okozott. A sklerosis polyinsularis nem egységes kórkép. Májban, lépben, szívizomban hasonló kórokozókat előadó nem tudott kimutatni.

2. **Szél Tivadar:** *A csecsemőkori halálokok statistikája.* A haláloki statistika húsz főcsoportja közül, hazánkban és egész Európában, „a fejlődési hiányok és betegségek" csoportjába tartozó csecsemőhalálozások a leggyakoriabbak. Ez hazánkban az összes csecsemőhalottak 40—42%-a; ami ezer élveszülöttre évről-évre 66·7—81·7 ily bajokban elhalt csecsemőt jelent. Norvégiában az összes csecsemőkori haláleseteknek 34—38%-a esik ide, de ez ezer élveszülöttre csak 15·6—17·8 csecsemőhalottat jelent. Hasonlóképen kisebb e csecsemőkori haláloki csoport jelentősége a többi nyugateurópai államokban is. Budapesten is kisebb e csoport jelentősége, mint az országos statistikában. E csoport legfontosabb kórismeje „a veleszületett gyengeség;" hazánkban az e csoportbeli halálesetek 93—95%-ában ez a halálok. A koraszülés csak 4—5%, még kisebb a többi fejlődési hiányok, a tüdőlégtelenség, a hasadt gerinc, a farkastorok, a kékkór, stb. jelentősége. Ezután az emésztő s a légzőszervek és az idegrendszer betegségeinek csoportja következik. E négy csoport együtt az összes csecsemőkori haláleseteknek hazánkban évről-évre 37%-át teszi ki. Csak ezután jön, csak az 5-ik helyen, a járványos, fertőző bajok csoportja, amely — pedig mint tudjuk — az összhalálozásban és a gyermekhalálozásnál első helyen áll. Ennek két oka lehet; az egyik, hogy a csecsemők a nap legnagyobb részében otthon ápoltatnak, s így a fertőzésre kevesebb alkalmuk van; a másik, hogy a legtöbb gyermek fertőző betegséggel szemben veleszületett, legalább is partialis, immunitásuk van. Az emésztőszervek betegségei közül, melyek az összes csecsemőkori haláleseteknek hazánkban mintegy $^1/_5$ részét képezik a „nem fertőző bélhurut" a leggyakoribb. Ide tartozik az e csoportbeli egy éven alul lévő elhalálozások 76%-a. A többi gyermekaszály, gyomor- és bélhurut a gyermekek hasmenése címen lesz bejelentve. A légzőszervi betegségekben elhalt csecsemők az összes csecsemőkori halottak $^1/_7$ részét teszik. Ebből 80% esik a tüdőgyulladásra, 12%-a hörögburut. A negyedik helyen álló idegrendszerbeli bajok csoportja az összes csecsemőkori haláleseteknek majdnem $^1/_8$ részét teszi. Gyakori a „görcsök és rángások" diagnosis. E miatt alig lehet kihámozni a valót, hogy az agyhártyagyulladás esetei valószínüleg nagyobb arányban szerepelhetnek, mint amilyen mérvben azokat saját nevük alatt jelentik. De görcsök címen lesz elkönyvelve sok más halálok is, pl. hangrésgörcs)laryngospasmus) dermedés, álgörcs és egyéb a belekből kiinduló görcsökkel járt halálesetek is. A gümős agyhártyalob nem ide, hanem a fertőző bajok csoportjában van sorozva. Oda tartozik a járványos meningitis is. A csecsemőkori fertőző bajok közül a gümős agyhártyalob, a szamárhurut, a congenitalis bujakór, olykor a kanyaró, az influensa, s a vörheny szerepelnek gyakrabban. A csecsemőkori halálokok statistikájának nem szerint való megoszlása azt igazolja, hogy a fiúcsecsemők nagyobb halandóságát a leányokénál bonyolultabb fejlődésük magyarázza. A két nembeli csecsemők elhalálozási aránya között ugyanis sem a fertőző bajoknál, sem a bélhurutnál, sem az egyéb szervek hurutos és gyulladásos bajainál nincs állandó irányú eltérés. Csak egy haláloki csoport van, „a fejlődési hiányok és betegségeké" s ebben is különösen a veleszületett gyengeség az, amelyben a fiúcsecsemők elhalálozása állandóan sűrűbb, mint a leányoké. A két nem halandósága között e haláloki csoportnál lévő különbség pedig éppen akkora, amekkora a két nem csecsemőhalandósága között általában van.

Flesch Ármin: Előadó adatai nem fedik a gyermekorvosok tapasztalatait és adatgyüjtési eredményeit. A veleszületett gyengeségben elhaltak számaránya távolról sem olyan nagy, mint azt a statistika mutatja. Bizonyos, hogy ezen gyüjtőfogalom alá igen sok más betegségben elhaltat is soroltak. Az előadó statistikájában, továbbá az emésztő- és légzőszervek betegségeiben együttesen sem halnak el annyian, mint veleszületett gyengeség folytán, holott a valóságban éppen ez a kettő determinálja elsősorban a csecsemőkori halálozás nagyságát Az idegrendszer betegségeiben elhaltak száma is statistika szerint, feltűnően nagy. Bizonyos, hogy a hiba az adatgyüjtés módjában rejlik. Mindezek miatt nem tartja elfogadhatóknak előadó adatait további kutatások alapjául.

Tüdős Endre: A veleszületett gyengeségnek, mint haláloknak feltűnő nagy száma igazolja, hogy a „halálokok" beosztása feltétlenül revisióra szorul. A halottkémek hiányos képzettségének a következménye, hogy úgy ebbe a rovatba, mint a koraszülöttek rovatába, sok olyan haláleset vétetik fel, amelyeknek kellő ellenőrzés után más név alatt kellene szerepelni. Az utolsó években az emésztő szervek megbetegedései folytán beállott halálesetek száma jelentékenyen csökkent, ami elsősorban a csecsemők táplálási terén elért haladással magyarázható. A légzőszervek megbetegedése következtében beállott halálesetek száma pedig emelkedett és ennek következtében ma több csecsemő pusztul el, mint az emésztőszervek megbetegedéseiben. Hozzájárulnak ehhez talán bizonyos mértékben az utóbbi években gyakrabban tapasztalt ú. n. influensa-járványok. Ezt a változást úgy a külföldi statistikák, mint a budapesti Állami Gyermekmenhely adatai is bizonyítják.

Szél Tivadar: Az a körülmény, hogy a csecsemőkori halálokok közül egyeseknél, mint pl. elsősorban „a veleszületett gyengeségnél" az országos statisztikában kétségkívül szerepe van annak is, hogy az ilynemű halálozások egy részénél az illető kórisme csak „takaródiagnosis" s hogy némely esetben a halál oka más lehetett, semmiképen sem az adatokat feldolgozó statisztika, hanem csak a bejelentéseket eszközlő halottkémek hibája. A Statisztikai Hivatal csak passiv szolgája annak, amit az orvosok jelentenek. Statisztikai feldolgozásbeli hiba abban nincs, hogy a közölt 1926—27. évi adatokban a fejlődési hibák és betegségek a legfontosabb csecsemőkori haláloki csoportnak jelentkeznek, hiszen ez 1919—27-ig minden évben egyformán így van. Ugyanígy mindig ez a legfontosabb Budapest csecsemőhaláloki statisztikájában is, melynek hivatala pedig egészen külön dolgozik az Országos Statisztikai Hivataltól, mely jelen feldolgozást végeztette. Külállamokban is mindenütt ez a legfontosabb csecsemőkori haláloki csoport, melynek közvetett bizonyítékait előadtam. Persze a népességhez, vagy az élveszülöttek országos számához viszonyítva a nyugateurópai arányok a hazaiaknál alacsonyabbak, mert egész csecsemőhalandóságuk is kisebb mérvű. A csecsemőhalottak között azonban ott is ez, a veleszületett gyengeség, illetve az összes fejlődési hiányok és betegségek maradnak a legnagyobb arányt képviselők. A nyugateurópai arányok e bajcsoportra vonatkozólag a megfelelő hazaiaknál azonban némikép azért is kisebbek lehetnek, mert az élveszületések bejelentésére ott többnapos határidő van adva, olyképen, hogy az azon belül elhaltakat halvaszülöttként lehet bejelenteni. Emiatt Nyugat-Európában éppen a legrövidebb ideig élt csecsemők egy része, melyek között pedig leggyakoribb a debilitas congenitában elhalt, halvaszülöttként vétetik számba. A magyarországi csecsemőkori bejelentések mindezek szerint nem lehetnek annyira hibásak, hogy a veleszületett gyengeség csak a mi halottkémeink hibás diagnózisai miatt jelentkezne hibás statisztikánkban a leggyakoribb, legfontosabb csecsemőkori haláloknak, — amint azt *Flesch* hiszi. A hazai haláloki bejelentéseknél a nemorvos-halottkémek szerepe ma is ugyan kb. 20% — igen magas —, de így is a haláleseteknek több mint ¾ része orvosoktól jön s ezek jelentik latinul a „debilitas congenitát" legfontosabb csecsemőkori haláloknak. Az, hogy úgy *Flesch*, mint *Tüdős* gyermekkórházi tapasztalatai szerint, úgy a légző-, mint az emésztőszervi csecsemőkori halálozások gyakoriabbak a fejlődési hibáknál és betegségeknél, természetes, mert a veleszületett gyengeségben elhaltak nem kerülnek a csecsemő- és gyermekklinikákra, hozzájuk, hanem még a szülész- és nőgyógyász kórházakban halnak el. Az én munkáspénztári praxisomban is van évente három és félezer beteg s abban is bronchitis és dyspepsia a leggyakoribb csecsemőkori betegség. Azt, hogy a fejlődési hiányokban és betegségekben tényleg a legfiatalabb — egy hónapon, de még inkább egy héten alul lévő korban elhalt — csecsemők képviselnek a legnagyobb arányt, említettem, amikor a nem szerint való különbséget magyaráztam. *Petényi*vel tartok abban, hogy haláloki statisztikánk pontosságának emelésére

kétségtelen jó hatásúak volnának az orvosok enquetei, de — sajnos — a takaródiagnosisok hibáit éppen nem a szakorvosok s a közügyekkel törődő, lelkiismeretes, ilyen megbeszéléseken résztvevő kartársak követik el, hanem olyanok, akik ilyenekről bizonyára távolmaradnak és nemorvos-halottkémek. Magas csecsemőhalandóságunk leküzdésére legfontosabb eszköznek a nép műveltségének emelése látszik; tanító előadások, felvilágosítások, népszerű közlemények igen hatásosak. Az orvosok számának emelése s a nemorvos-halottkémek mellőzése pedig nemcsak az egész csecsemőhalandóságot, hanem a veleszületett gyengeségben elhaltaknak a statisztikában szereplő számát is csökkentené, mert a haláloki diagnosisok pontosabbakká válnának.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának jan. 18-i ülése.

Bodon György (mint vendég): *Erdheim-féle daganat esete.* Hypophysis nyélből kiinduló daganata az agyalapon az interpeduncularis tájon székelő diónyi papillás cysta. A daganat részben a harmadik agykamrába is betört. Hypophysisben kóros elváltozás nem volt kimutatható. Szövettanilag a daganat jóindulatú, többrétegű hámmal bélelt, helyenkint szemölcsös szerkezetű cysta. A többrétegű laphám elszarusodás jelét nem mutatja.

Vitéz Hegedüs Lajos: A bemutatott eset klinikai adatai: 35 éves férfi sérülés nélküli baleset (hanyattvágódás) után még három és fél hónapig dolgozott, bár heves fejfájásai és szédülései voltak, látása romlott. Felvételkor: neurologiailag rendben. Bradycardia (pulzusszám 54). Bitemporalis hemianopsia. Sella turcica normalis. Vér, liquor Wassermann negativ. Leukoplakia buccalis alapján kenőkúra. További látásromlás, pár hó után thalamustünetek, múló areflexia, alsó végtagok paresise, dysaesthesiás érzészavarokkal. Hyptokinesis kiváltható a térdek hátranyomásával. A tumor valószínű kiinduló pontja a chiasma mellső része, ahonnan a dienkephalonon ás a thalamusokat nyomja vagy ei is éri. A jobb szemen kifejlődő teljes vakság miatt műtét *(Pólya)*, amelynél a daganatot nem találták meg, az agyalapról sok liquor ürült, az agy oedemás volt. Műtét után látás javult, fejfájás megszűnt, dysaesthesia változatlan. Pár hét mulva merantikus állapot fejlődött ki, az art femoralis thrombosisa miatt amputatio vált szükségessé, néhány hét mulva halál. A boncolás igazolta a tumor localisatióját.

Sarbó Artur: Az eset tanulságai: a daganat növekedése valószínűleg az elszenvedett baleset következtében indult meg. A hemianopsia eleinte csak egy szemre vonatkozott, ami szokatlan és eleinte a szemészt is félrevezette. A hirtelen beálló rosszabbodás tünetei: teljes állási és járási képtelenség, a mély reflexek eltűnése. Az alsó végtagokon talált dysaesthesiát thalamustünetként értelmezte. A hypotoniával járó tüneteket a vörösmaggal hozta összefüggésbe, diaschisisses jellegük abból tűnt ki, hogy néhány nap mulva vissza tért a járási képesség és a mély reflexek kiválthatósága. Megmaradt a dysaesthesia, mint thalamustünet és a hyptokinesis, mint vörösmag bántalmazottságának tünete. Hypophysistünetnek egyedül a halál előtti hetekben talált testi leromlás tekinthető (hypophysis cahexia), egyéb kiesési tünet hiánya arra utal, hogy a hypophysis váladéka az infundibularis daganat dacára is eljutott a dienkephalonba.

Minich Károly: Az eset ritkasága miatt és azért is figyelemre méltó, mert a beteg a baleset elszenvedéséig teljesen munkaképes volt, három és fél hónappal utóbb pedig a baleset óta jelentkezett fejfájásai munkaképtelenné tették s ez arra utal, hogy a balesetnél szenvedett zúzódás adta meg a lökést a már előzőleg fennállott tömlős daganat növekedéséhez. A Duret-féle kísérletekhez hasonlóan egy tömlős daganatban lévő folyadék rezgése a tömlő falában kiválthat olyan sérüléseket, amelyek utólagosan burjánzásra vezetnek. Minthogy szövettanilag a bemutatott esetben rosszindulatú elfajulásra gyanut keltő papillosus burjánzás észlelhető, valószínű, hogy a tömlős daganat növekedése a traumával kapcsolatos. Olykor próbakimetszés is elegendő, hogy nyugvó állapotban lévő daganat rosszindulatú jellege kifejlődésre jusson.

Zalka Ödön: A trauma és a kórkép közti összefüggést lehetségesnek tartja, bár hámeredetű burjánzások ismételt külső behatásra indulnak meg. A trauma után hirtelen kifejlődő tünetek a már jelenlevő daganat helyzetváltozásával hozhatók összefüggésbe. A cysta ürege felé beemelkedő, kötőszöveti tengellyel bíró papillák jelenléte esetleg rosszindulatú burjánzásra utal, viszont a hámsejtek szövettani képe nem szól fokozottabb burjánzás mellett. Az eset szövettanilag nem minősíthető rosszindulatúnak.

Schuster Gyula: *A sklerosis polyinsularisról.* A sklerosis polyinsularis pathogenesisére vonatkozó vizsgálatai két csoportra oszthatók: 1. A lueses sklerosis polyinsularisban szenvedők agyában először sikerült a spirochaeta pallidát az agykéregben, a velőállományban, capillarisok falában és ezek körül kimutatni. 2. Sklerosis polyinsularisban az agyvelő velőállományában az erek körül s azoktól távol spirochaeta törmelékeket talált, amelyek a spirochaeta pallidákhoz hasonlók, de nagyságukban különböznek tőlük. Vizsgálatai alapján a sklerosis polyinsularis infectiosus betegség. Hasonló kórokozókat májban, lépben, szívizomban nem talált.

Klauber Ferenc: Miképen magyarázható az a tény, hogy míg a spirochaeta pallida az összes szöveteket megtámadja, addig ez esetben csak a központi idegrendszer megtámadottsága szerepel? Továbbá az összes spirochaeta fajok mindig tömegekben láthatók, míg a bemutatott készítményeken izoláltan állnak.

Schuster Gyula: *Újabb vizsgálatok a dementia praecox kórszövettanát illetőleg.* Florid tuberculosisban elhalt dementia praecox beteg agykérgében capillarisok mentén az adventitialis üreben és az agyállományban rövid, pálcika alakú képleteket talált. Az art. cerebri anterior középvastag ágai a velőállományban hyalin thrombusokkal voltak kitöltve.

A Közkórházi Orvostársulat január 16-i közgyűlése.

Sarbó Artur elnöki megnyitójában beszámol kétévi működéséről. Kiemeli, hogy elődje, *Gerlóczy Zsigmond* által megmunkált talajon az aratást ő volt olyan szerencsés, hogy elvégezhette. Felemlíti az újításokat: azt, hogy ünnepi üléseinket a *Semmelweis* teremben tartjuk, hogy az elmult esztendőkben a szemészeti és gégészeti egyesülettel közös üléseink voltak; beszereztek egy igen hasznavehető vetítőkészüléket, az összeroppanás óta újból kiadhatták a társulat évkönyvét. Megemlékezik a lúgmérgezés elleni küzdelemről, melynek sikerre jutását a Közkórházi Orvostársulat a maga javára könyvelheti el, miért is hálával és köszönettel vették tudomásul ezirányú tevékenységükért kapott magas miniszteri elismerést. A tudományos munka serkentéseül a fiatal orvosnemzedék részére jutalomdíjakat tűzött ki az igazgatótanács, melyeket ma oszt ki először az elnökség. Hálás köszönettel jelenti, hogy *Szily* főorvos egy harmadik, évente kiszolgáltatandó jutalomdíjat tűzött ki. Tudatja, hogy a társulat működését a külfölddel *Alföldy Béla* dr. szerkesztésében megjelenő német tudósító fogja ismertetni.

Végül megköszönve az eddigi bizalmat, utódaiban *Borszéky Károly* és *Guszmann József* tanár urakban látja a társulat jövő felvirágzásának biztosítékát. A jegyzőkönyv hitelesítésére *Lénárt Zoltánt* és *Hasenfeld Arturt* kéri fel.

Tordai Árpád első titkár a társulat mult évi működéséről számol be. 15 tudományos ülést tartottak, amely alatt 42 bemutatás és 23 előadás lett megtartva. Ezeket 37 bemutató és 23 előadó adta elő. Az egyes bemutatások közül belgyógyászati volt 12, sebészeti 6, szülészeti 4, gégészeti 5, urologia és bőrgyógyászat körébe tartozott 8, ideggyógyászati volt 1, gyermekgyógyászati 2 és a kórbonctan körébe tartozott 4 bemutatás. Az előadások közül belgyógyászati volt 9, sebészeti 3, szülészeti 2, gégészeti 2, urologiai és bőrgyógyászati 4, a serologia körébe tartozott 1, fülgyógyászatba 1 és a kórbonctan körébe 1 előadás. *Szily Jenő* főorvos, tekintettel arra, hogy relative kevés szülészeti és nőgyógyászati szerepelt a tárgysorozaton, a fiatal orvosi kart munkára akarja serkenteni és e célból évenként 200 pengőt ajánlott a fővárosi közkórházak szülészeti és nőgyógyászati osztályai egyikéről kikerülő legjobb bemutatás vagy előadás jutalmazására. Az igazgatótanács ez évben a 200 pengős *Donogány Zakariás*-féle jutalomdíjat *Stamberger Imre* közkórházi adjunctusnak, az ugyancsak 200 pengős *báró Herczel*-féle jutalomdíjat pedig *Sipos Imre* közkórházi adjunctusnak ítélte oda. Kinevezés folytán az igazgatótanács tagjaivá lettek: *Bézi István, Dax Albert, Fischer Ernő, Flesch Armin, Gergő Imre, Kiss Gyula, Keller Kálmán, Kluge Endre, Lénárd Dezső, Szily Sándor* és

Stein Adolf. Az év folyamán elhaltak: *Farkas Dániel* és *Farkas Elemér*, *Gyulai Elemér*, *Hudovernig Károly*, *Juba Adolf Kubinyi Pál*, *Kóros Lajos*, *Purjesz Ignác*, *Rosenberg Jenő* és *Tornay József*. Egyetemi rendes tanárrá történt kinevezése folytán az igazgatótanács sorából kivált *Baló József*. Egy tag kilépett. Új tag gyanánt 66 an kérték felvételüket, akikkel együtt a tagok száma 520. Titkári jelentése befejeztével köszönetét nyilvánítja *Sarbó* elnöknek, akinek körültekintő elnöki működése, valamint a főorvosok támogatása lehetővé tette számára a változatos tárgysorozat összeállítását. Ennek köszönhető az, hogy az ülések mindvégig érdekesek és ennek folytán eléggé látogatottak is voltak.

Hohenburger Emil pénztáros a társulat vagyoni állapotáról tesz jelentést. Mult évi maradék 2860 pengő, készpénz 75 p. Budapest székesfőváros segélye 1500 p. Tagdíjakból befolyt 938 p., postatakarékpénztári kamat 62 p. Összesen 5435 p. Ezekkel szemben a kiadások összege: 2355 p, úgy hogy jelenlegi vagyon: 3080 p., amelyet azonban még a nyomdai költségek és az évkönyv előállításának költsége terhel.

Ezután a tisztikar megválasztása következett. Az igazgatótanács határozata alapján elnök lett *Borszéky Károly*, másodelnök: *Guszmann József*, első titkár: *Torday Árpád*. A tisztikar többi részét a közgyűlés választotta meg, amelynek eredménye a következő: Üléselnökök: *Zsigmondy Zoltán* és *Baumhorn Ármin*. Másodtitkár: *Elischer Ernő*. Pénztáros: *Hochenburger Emil*. Ellenőr: *Göbl Albin*. Jegyzők: *Cséby Zoltán* és *Konrád Jenő*. A pénztárvizsgáló bizottság tagjai: *Halka Lajos*, *Vámos Gyula* és *Vermes Mór*. A 66 jelentkező új tagot a közgyűlés felolvasás után egyhangúlag megválasztottnak jelentette ki.

Ezután az ünnepi *Semmelweis-előadás* következett, amelyet *Lénárt Zoltán* tartott meg: *a gége heges szűkületeiről*. A heges gégeszűkületek aetiologiájának, kórbonctanának és diagnosisának tárgyalása után ismerteti a szűkületek kezelésében általa követett eljárásokat, ezeknek indicatióit és az elért eredményeket. Anyaga 57 esetet foglal magában. A szűkület oka 10 esetben diphtheria, 6 esetben syphilis, 3-szor typhus, 5-ször perichondritis, 14 esetben skleroma, 1-szer laryngitis hypoglottica, 5 ször lövési sérülés, 3-szor metszett seb, 7 ízben lúgmérgezés, 3 szor sebészi beavatkozás volt. A betegek közül 51 canült viselt, 6 beteg nem volt tracheotomizálva. Azon elv szerint járt el, hogy a könnyebben leküzdhető szűkületeket *dilatatiós kezelésnek* vetette alá. Ebbe a kategoriába 23 beteg tartozott, akik közül 6 nem volt tracheotomizálva, 17 canült hordott; 9 betegnél a dilatatiók elősegítésére endolaryngeális beavatkozásokat végzett. A kezelés eredménye gyanánt a canült el lehetett 15 betegnél távolítani, bedugaszolt canüllel légzik 6, egynél a kezelés abbamaradt, 1 pedig meghalt.

A kiterjedt hegesedéseknél és összenövéseknél, a tumorszerű megvastagodásoknál és a fixatiós stenosisoknál az *operatiót* tartja indikáltnak. Betegei közül 29-nél végzett műtétet és pedig: 6 betegnél *laryngofissiót a subchordalis megvastagodások kiirtásával;* a canült mind a 6 betegnél el lehetett távolítani. *Laryngofissiót* és *Thiersch-féle transplantatiót* 16 betegnél hajtott végre; ezek közül utólagos dilatatio nélküli gyógyulás 6 esetben következett be; utólagos dilatatióra 9 betegnél volt szükség, akik közül 6 meggyógyult, 1 bedugaszolt canüllel légzik, 1 kezelés alatt van, 1 elmaradt 1 pneumoniában meghalt. *Laryngofissiót submucosus hegkiirtással*, amely alkalmas esetekben pótolhatja a Thiersch-féle transplantatiót, 2 betegnél végzett, mind a két esetben gyógyulást ért el. *Laryngostomiát* 5 esetben csinált, 2 gyógyulással, 2 beteg kezelés alatt áll, 1 beteg pneumoniában meghalt.

Eredményeiből megerősítve látja azon tényt, hogy az újabb operativ irányzat által a heges gégeszűkületek azelőtt tisztán dilatatiós therapiája eredményesebb lett, a gyógyulás lehetőségei kibővültek és a kezelési idő megrövidült. Ez a haladás a sebészet fellendülésének köszönhető és *Semmelweis* örökbecsű munkájához fűződik.

Sarbó elnök hálás köszönetet mond előadónak szép és tartalmas előadásáért, amely nemcsak arról tesz tanubizonyságot, hogy kiváló sebész és laryngologus, hanem psychologus és emberismerő voltát is nyilvánvalóvá teszi. Elismerő szavak és köszönetnyilvánítása mellett nyujtja át előadónak a *Semmelweis*-féle emlékérmet.

Lénárt Zoltán: Hálás köszönettel veszi át a plaquettet s azon felemelő érzéssel, amelyet neki a jól végzett munka erkölcsi haszna szerzett.

Hutyra Ferenc 40 éves tanári jubileuma.

Az Állatorvosi Főiskola dísztermében január 20-án, vasárnap délelőtt megható ünnepség folyt le. *Hutyra Ferenc* állott meghatva, de szokott derűs tekintetével az ünneplés központjában, mintegy megadva magát azoknak a köszöntéseknek és magasztalásoknak, amik elől kitérni nem lehetett, de nem is szabad, mert az országnak, s tanítványoknak lelkiszükséglet az, hogy nagyjaik iránt hálájukat leróhassák és az ifjúságnak, a küzdő kezdőknek, kiket a siker reménye óv meg a csüggedéstől, szüksége van arra, hogy lássák, miként becsüli meg állam, társadalom és tudományos világ az igazi érdemet. Nem érezzük szükségét annak, hogy magyarázzuk, ki az a *Hutyra Ferenc*. Minden orvos tudja tudománya révén, kathedráink története révén és országának, gazdaközönségének jóléte, műveltsége révén, amihez *Hutyra* és az általa oly magas színvonalra emelt Állatorvosi Főiskola hatalmas alapkövekkel járult. De jól esett látnunk és jól esik róla számot adnunk, hogy ez egyszer a tudós és organizátor, a Haza csendes, de kitartó munkása ünneplésében mindenki kivette részét az államfőtől kezdve a tanítványokig és mindnyájunknak, kik e lélekemelő ünnepen részt vettünk, az volt az érzésünk, hogy itt most igazán egy ország ünnepel.

Az ünnepi ülésen *Aujeszky Aladár* főisk. prorector és *Köves János*, az Állatorvosegyesület elnöke presideáltak. *Aujeszky* rövid megnyitója után négyes küldöttség vezette az ünnepeltet a terembe zúgó taps között. Az ünnepi beszédet *Manninger Rezső*, *Hutyra* legjelesebb tanítványa, főiskolai tanár tartotta, előkelő és mégis meleg modorával, melytől távol állott minden tömjénezés, megteremtvén azt a hangulatot, ami mindvégig úr maradt a közönség lelkületén. A hű tanítványok ünnepi kötetbe foglalt dolgozatait adta át végül az ünnepeltnek, mint mesterhez és tanítványokhoz legméltóbb ajándékot. Ezután *Mayer János* földmívelésügyi miniszter őszinte elismeréstől ékes szép beszéde következett, melynek végeztével a Kormányzó Úr magas kitüntetését, a II. osztályú érdemkeresztet adta át az ünnepeltnek. Majd *Scholtz Kornél* államtitkár üdvözölte őt a népjóléti miniszter úr és a Kir. Orvosegyesület nevében, kiemelve *Hutyra* azon érdemeit, hogy tudományának kapcsolatát az orvostudománnyal, s egészségügyünkkel mindig fenntartani és ápolni igyekezett. *Nagy Árpád* helyettes államtitkár a kultuszminiszter nevében annak üdvözlő levelét adta át; *Köves János* gazd. főtanácsos pedig az Állatorvosegyesület nevében tartott üdvözlő beszédet.

Élénk tetszést aratott *Buzáth Ferenc* alpolgármester lelkes beszéde, ki *Hutyrá*ban a legnemesebb értelemben vett polgári ideált látta és szolgálataiért úgy a közegészség- és állategészségügy, mint főként a közélelmezés terén a főváros közönsége nevében hálás köszönetet mondott. Bensőséges húrokat pendített meg *Preisz Hugó* tanár, az Akadémia, az Orvosi Kar és a Természettud. Társ. szónoka, emlékezvén arról, hogyan került *Scheuthauer* prof. assistense az Állatorvosi Akadémiára, magával vivén oda kovászként a mesterétől tanultakat. *Szily Kálmán* rektor a Műegyetem, *Entz Béla* a pécsi egyetem nevében beszélt, melynek otthont adott az Állatorvosi Főiskola Pozsonyból való kiüzettetése után. Majd *Doby Géza* a közgazdasági egyetem, *Taufer Vilmos* a közegészségi tanács, *Beliczay Géza* az Orsz. Magy. Gazdasági Egyesület, *Koós Mihály* a Mezőgazdasági Kamara, *Krompecher Szilárd* az Állategészségügyi Tanács, *Farkas Géza* a magyaróvári Gazdasági Akadémia és végül *Nusser László* az állatorvostanhallgatók nevében üdvözölte az ünnepeltet.

Hutyra Ferenc meghatott köszönő válaszával ért véget a komoly ünnepély, mihez érdekes emlékezéseket fűzött a Főiskola multjából, saját küzdelmeiből és élményeiből.

Beszámolónk íme rövid és száraz; nem adja vissza azt az elismerést és melegséget, amit az Orvosi Hetilap érez egy ilyen igazi érdemünnepen régi, hű munkatársa iránt. De aki a sorok között olvas, az kiérzi e szürke be-

tűkből is azt, hogy mi milyen meleg szeretettel és a tudósnak, a Haza hasznos fiának kijáró tisztelettel gondolunk *Hutyra Ferenc*re érdemdús tanársága 40 éves jubileumán. *V.*

VEGYES HÍREK

A Kir. Orvosegyesület január 26-i tudományos ülésének napirendje: Előadás: 1. *Klimkó Dezső:* Avertinnarkosis. 2. *Kubányi Endre:* Callusképződés és savbasisegyensúly. 3. *Bakay Lajos:* A duodenum helyzetváltoztatásának jelentősége.

Személyi hírek. *Otto Steurer* tübingiai rendkívüli professort a rostoki egyetem orr-, fül- és gégeklinika tanszékére hívták meg. — *Wilhelm Brünings* jenai professor a müncheni egyetem fülgyógyászati klinika tanszékére kapott meghívást.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulat február 6-án d. u. ½7 órakor tartandó ülésének programmja: *Bemutatás.* 1. *Engel Sándor:* Deformitások a lumbalis és sacralis gerincoszlopon. 2. *Böhm István:* A nem terhességi eredetű belső genitalis vérzésekről. *Előadás:* 1. *Weidlinger Imre:* Thromboangiitis obliterans. 2. *Róna Andor:* A méhenkívüli terhesség differentialdiagnosisa.

A törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság elnöke közzéteszi, hogy a 16.379/1894. I. M. számú rendelet 3. §-a alapján, folyó évben április és október hónapokban tartatnak törvényszéki orvosi vizsgálatok.

A szabályszerű módon felszerelt kérvényeket folyó évi március, illetőleg szeptember hó 15-ig kell a m. kir. igazságügyminisztérium iktatóhivatalában benyujtani.

A Magyar Röntgentársaság folyó hó 28-án tartja tudományos ülését az Orvosegyesület kistermében. Tárgysorozat: 1. *Weil Emil:* Idegentestek az oesophagusban. 2. *Schönwald Gyula:* Psoastályog Röntgen-képe. 3. *Leopold Margit:* Myelographiás esetek. 4. *Weisz Ármin:* Érdekesebb esetek a csontpathologiából (osteochondritis dissecans, csontosodási zavarok stb.). 5. *Gondos Béla:* Szokatlan alakú és nagyságú ureterkő vándorlása.

A Magyar Urologiai Társaság január hó 21-i tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatások:* 1. *Mező Béla: a)* Hydronephrosisos distopiás vese. *b)* Nephrektomia súlyos kypho-scoliosis esetében. 2. *Schmidt Albin:* Rendkívüli nagyságú ureterkő esete. 3. *Rihmer Béla:* Vesegümőkór miatt végzett nephrektomia egy új érzéstelenítési methodussal. 4. *Adler-Rácz Antal:* Nagykiterjedésű hólyagresectio carcinoma miatt. 5. *Illyés Géza:* Érdekes pyelographia. 6. *Dozsa Jenő:* Idegentest körül képződött húgykő. *Előadás: Noszkay Aurél:* A veseágy gáztöltésének diagnostikai értéke. Pneumoradiographia.

A Közkórházi Orvostársulat folyó hó 30-i ülésének tárgysorozata: 1. *Mandula Sándor:* Súlyos sepsis gyógyult esete. 2. *Bodon György:* Stetrothrix agytályog esete. Előadások: 3. *Papp Gusztáv:* Gyermekkori sepsisről. 4. *Klein Miklós:* A gyümölcskúrák és a nyersgyümölcsétrend.

Az „Orvosképzés" 1929. évi első-második dupla száma január hó 25-én a következő tartalommal jelenik meg:

Berzeviczy Albert b. t. t. A magyar Tudományos Akadémia elnöke: „Báró Korányi Frigyes emlékezete". *Bókay János dr.* egyetemi tanár: „Megemlékezés Korányi Frigyesről". *Bálint Dezső dr.* egyetemi tanár: „Emlékezés Korányi Frigyesre". *Bókay János dr.* egyetemi tanár: „A Heine—Medin-kórról". *Jankovich László dr.* egyetemi tanár: „A vércsoportok jelentősége a törvényszéki orvostanban". *Jeney Endre dr.* egyetemi tanár: „A lép élet- és kórtana". *Sarbó Arthur dr.* egyetemi tanár: „Központi idegrendszer syphilisének gyógyítása". *Bence Gyula dr.* egyetemi tanár: „A rheumatismus gyógykezeléséről". *Engel Károly dr.* egyetemi magántanár: „A diabetes mellitus gyógyításáról". *Erdélyi Pál dr.* egyetemi magántanár: „A diabeteses comáról". *Fekete Sándor dr.* egyetemi magántanár: „Laparotomia explorativa". *Büben Iván dr.* egyetemi tanársegéd: „A vulvarák radiumgyógyítása". *Vágó Árpád dr.:* „A szülés művi megindításáról". *Szarka Sándor dr.* „A vitaminok szerepe a szaporodás folyamatával kapcsolatban és nőgyógyászati vonatkozásaik". *Tomcsik József dr.* osztályvezető: „A diphtheria elleni védekezés mai állása". *Bochkor Ádám dr.* adjunctus: „A lúgmérgezésről". *Wietrich Antal dr.* egyetemi tanársegéd: „Változtathatja-e a sértett helyzetét és testtartását a fegyver elsütése és a golyó megérkezése közé eső időben?"

Előfizetni lehet az *„Orvosi Hetilap"* kiadóhivatalánál (VIII., Üllői-út 26. II. em.), valamint 22.968. sz. postatakarékpénztári csekkszámláján.

Az Országos Társadalombiztosító Intézet pénztárorvosképző I. tanfolyamát 1928. évi december hó 20-án fejezte be. A befejezett vizsgálaton képesítést nyertek a következő orvosok: *Bartha László, Ferencz Pál, Hesz Jenő, Babó Tivadar, Balogh György, Beretvás Béla, Daday András, Gaskó Dezső, Gyurócsik Emil, Hornyánszky Lajos, Höffler Jenő, Takó Károly, Teitler Gyula, Kuszing Miklós, Kaczander Károly, Kovács Sándor, Lévay Miklós, Lőrinczy Aladár, Major Ferenc, Molnár Kálmán, Nagy Árpád, Nógrády István, Opra Gábor, Sárközy Ferenc, Strausz Tibor, Szerényi Tibor, Szondy László, Szudy Béla, Tobola Nándor, Zala Ármin, Czehmeister Kálmán, Zufall Sándor.*

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti egyetemen 1929. évi január hó 19-én: *Babics Antal, Benedek Andor József, Bekkert János, Fényi Károly, Lányik István László, Simon Pál, Takács János, Halász Ignác András, Ila Tóth Mihály, Nógrády László.* Üdvözöljük az új kartársakat.

Billroth-centenarium. A bécsi egyetem, a Tudományos Akadémia és az Orvosegyesület bizottságot alakítottak *Billroth* születése 100. évfordulójának megünneplésére. *Billroth* a sebészet, az orvostudomány, az oktatás, a közegészségügy olyan kimagasló képviselője volt, hogy az ünneplés kétségtelenül az egész tudományos világ érdeklődését felkelti.

A budapesti orvosi karra a II. félévre összesen 23 folyamodó vétetett fel, csupa felsőbb féléves, mert az orvosi tanfolyamot a kar határozata szerint a II. félévben nem lehet megkezdeni. Tandíjmentességért folyamodott 734 orvoshallgató és 21 gyógyszerészhallgató. Ezévi tandíjmentességet kapott 349 orvos, hét gyógyszerész, féltandíjmentességet kapott 181 orvos- és négy gyógyszerészhallgató. Ezenfelül köztisztviselői kedvezményt (50%) is megkapta 96 féltandíjmentes és 161 nem tandíjmentes.

A Keresetképtelen Orvosokat Segélyző Egyesületnek 1928 június 1.—december 31. közt *alapító tagja* lett *Szilas Jenő dr.* Adományokat kapott az egyesület *koszorúmegváltás címén Fuchs Dávid dr.*-tól 50 p.-t, *Róna Gyula dr.*-tól 10 p.-t, *el nem fogadott biztosítási szakértői díj* címén *Rosenthal Jenő dr.*-tól négy tételben 50 p.-t, *consultált kartárs által el nem fogadott honorárium* címén *Moskovitz Ignác dr.*-tól 20 p.-t, egyéb címeken *Bíró Gyula dr.*-tól két tételben 152.20 p.-t, a *Chinoin* R.-T.-tól *(Vas Frigyes dr.* útján) 75 p.-t, *Davidovics Izidor dr.*-tól 5 p.-t, *Dobák Ferenc dr.*-tól 4 p.-t, *Fischl Ármintól* 4 p.-t, a *Keleti* és *Murányi* R.-T.-tól *(Mansfeld Ottó dr.*-né úrnő útján) 25 p.-t, a *Krausz—Moskovitz* R.-T.-tól *(Steiner József dr.* útján) 100 p.-t, *Kelen Béla dr.*-tól 2 p.-t, *Krepuska Géza dr.*-tól 8 p.-t, a *Panacea* R.-T.-tól 5 p.-t, *Péchy Lászlóné* úrnőtől (Rottmann Elemér dr. útján) ismételten 50 p.-t, a *Phylaxia* R.-T.-tól 50 p.-t, a *Phönix biztosító intézettől* 15 p.-t *Révész Vilmos dr.*-tól 10 p.-t, a *Rózsavölgyi*-gyógyszertártól 5 p.-t, a *Richter Gedeon* R.-T.-tól *(Vermes Mór dr.* útján) 75 p.-t, *Safranek János dr.*-tól 10 p.-t, a *Szent István-tápszermüvek* R.-T.-tól *(dr. Hasenfeld Arturné* úrnő útján) 20 p.-t, a *Wander* R.-T.-tól *(dr. Bence Gyuláné* úrnő útján) 50 p.-t, *Wiesinger Frigyes dr.*-tól 5 p.-t, *Budapest székesfőváros IX. ügyosztálya* karácsonyi gyorssegélyként való elosztásra 500 p.-t bocsátott az egyesület rendelkezésére. — Az *Özvegy- és árvaselyző osztálynak* folytatólagosan *örökítőtagjai lettek: dr. Csordás Elemérné, dr. Fischer Aladárné, dr. Geber Jánosné, báró*

Korányi Erzsébet, dr. Lendvai Sándorné, dr. Pólya Jenőné dr. Rosenthal Jenőné és *dr. Szlávik Ferencné* úrnők. *Adományokat kapott* az osztály *Berend Béláné* úrnőtől (*Rosenak Miksa dr.* útján) 10 p.-t, *dr. Boros Ernőné* úrnőtől 2 p.-t, a *Chinoin* R.-T.-tól (*Vas Frigyes dr.* útján) 75 p.-t, a *Foncière* biztosító társaságtól (*dr. Rosenak Miksáné* és *dr. Sarbó Arturné* úrnők útján) 150 p.-t, *dr. Imhof Dezsőné* úrnő gyüjtéséből 16 p.-t, *dr. Hasenfeld Arturné* úrnő gyüjtéséből 295 p.-t, a *Keleti* és *Murányi* R.-T.-tól (*dr. Mansfeld Ottóné* úrnő útján) 25 p.-t, a *Magyar Általános Kőszénbánya* R.-T.-tól (*dr. Sarbó Arturné úrnő* útján) 240 p.-t, a *Panacea* R.-T.-tól 5 p.-t, a *Phylaxia* R.-T.-tól 50 p.-t, a *Richter Gedeon* R.-T.-tól (*Vermes Mór dr.* útján) 75 p.-t, a *Rózsavölgyi-gyógyszertártól* 5 p.-t, *dr. Sarbó Arturné* úrnő gyüjtéséből 835 p.-t, a *Takarékpénztárak és Bankok Egyesületétől* 400 p.-t, a *Szent István-tápszerművek* R.-T.-tól (*dr. Hasenfeld Arturné* úrnő útján) 20 p.-t, a *Wander* R.-T.-tól (*dr .Bence Gyuláné* úrnő útján) 50 p.-t. *Budapest székesfőváros IX. ügyosztálya* karácsonyi gyorssegélyként való elosztásra az özvegy- és árvasegélyző osztálynak is rendelkezésre bocsátott 500 pengőt. Az özvegy- és árvasegélyző osztály a rendszeres segélyezést szabályai értelmében alakulása (1928 március 6.) évfordulója után kezdi meg; addig is ernyedetlenül folyik a tőke- és taggyüjtés.

A „MONE" Orvosi Műszerüzem és Kórházberendező R.-T. központi irodáit, áruraktárait s részben ipartelepeit is VIII. ker. Hunyadi-u. 14. sz. alá helyezte át. Telefon: J. 365—67, J. 334—78. Maga az Üllői-út 1. sz. alatti detailüzlet továbbra is fenntartatik, sőt ezzel kapcsolatban a gyár által előállított tárgyakból s egyéb, a szakmába vágó egészségügyi cikkekből állandóan nagy mintaraktárt tart fenn. Kívánatos, hogy a levélbeli megkeresések, vagy a vállalattal állandóan összeköttetésben lévő intézmények nagybecsű megrendeléseiket időmegtakarítás szempontjából egyenesen VIII. Hunyadi-u. 14. sz. alatti telepre irányítsák, miután úgy az áru szétküldése, valamint egyéb administratiós teendők kizárólag ott lesznek lebonyolítva.

Miután az Orvosi Évkönyv 1929. évfolyama rövidesen lezárul, felkérjük mindazon orvos urakat, kiknél az évkönyvbeli adatok (lakás, telefonszám, stb., stb.) megváltoztak, hogy ezt velünk a már több ízben szétküldött kérdőivek útján *sürgősen* közöljék, nehogy *téves adatok* szerepeljenek nevük mellett. Kérdőiveket kívánatra küldünk. „Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára" szerkesztőség: Budapest VII. Kertész-u. 16. Telefon: J. 406—47.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint január 6—12-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	2	Gyermekágyi láz	1	—
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	64	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	6	—
Kanyaró	32	1	Vérhas	7	—
Vörheny	25	—	Járv. agygerincagyhártyalob	—	1
Szamárhurut	6	—	Trachoma	25	—
Roncs. torok-, gégelob	61	4	Veszettség	—	—
Influenza	53	2	Lépfene	1	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	1	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1-ig tartja.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Lapunk mai számához a „Chinoin" gyógyszervegyészeti gyár r.-t. Ujpest, *Transpulmin—Neomagnol—Solvochin—Digiclarin*-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Egy új hordozható Röntgen-apparátusról, a Philips—Metalix-röntgengépről. Régi szükségletet oldott meg ezzel a világhírű Philips rádió- és villamossági gyár rt. Lapunk mai számához mellékeljük a gyár prospektusát, amelyből kitűnik, hogy a *hordozható* Röntgen-apparatus előállításánál a gyár a legkülönbözőbb szempontokat vette figyelembe, hogy az apparatus valódi, tényleges céljának megfeleljen. A gép kezelése igen egyszerű és teljesen veszélytelen, úgy, hogy elektrotechnikailag nem képzett orvos is *mindjárt használhatja*. Tehát a géphez semminemű különös előképzettség nem kell. *A gép arra szolgál, hogy a betegágyhoz hívott gyakorlóorvos* a Röntgenvizsgálatot is segítségül vigye olyan betegekhez, kiket a betegség az ágyhoz köt (törések, acut lázas megbetegedések, tüdőgyulladás, stb.).

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

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

RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA
BARTA ÉS SZÉKELY
BUDAPEST IV. MUZEUM KÖRÚT 37. SZAM
TELEFON: J 425—32.

COTTAGE-SZANATÓRIUM
operativ betegek részére. Telefon: Aut. 226-66 és Aut. 224-61 (kizárólag orvosi beszélgetésre).

Röntgen-Diathermia és
az összes villamos gyógyászati felszerelések, quarzlámpák legjutányosabban
Lüders és Kanis Röntgen és Elektromedikai Műszaki vállalat Budapest VII. kerület, Miksa-utca 5. szám.
Telefon: József 430—26. Sürgönycím: Röntgen Budapest.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYAZATOK.

A Maglód székhellyel megüresedett *pályaorvosi állásra* pályázatot hirdetünk.

Felhívjuk a pályázni szándékozókat, hogy pályázati kérvényüket 1929. évi február hó 4-én (hétfőn) déli 12 óráig a budapesti Üzletvezetőségnek, VIII. Kerepesi-út 3. sz., I. em. 124. sz. alatti helyiségében adják be, ahol a pályázati feltételek is megtudhatók.

1279/929. I. szám. *Budapesti Üzletvezetőség.*

A nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr által 137.331/II. 1928. szám alatt engedélyezett, a X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő javadalmazással járó *Röntgen-főorvosi állásra* folyó évi február hó 28-án déli 12 órakor lejáró határidővel ezennel pályázatot hirdetek.

A közkórház Röntgen-laboratoriuma újonnan épült, külön pavillonban van elhelyezve, felszerelése a legmodernebb.

A kinevezendő főorvos rendes javadalmazásán kívül a Röntgen-felvételek, kezelések és átvilágításokért fizető betegektől beháruló jövedelem reá eső hányadát kapja.

Csakis Röntgen-szakorvosi képesítéssel bírók pályázhatnak. Irodalmi működés igazolandó.

A szabályszerűen felbélyegzett, kellő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket őméltósága *bisztrai Balku Gyula*, Baja és Bács-Bodrog vármegye főispánjához címzetten a jelzett határidőig Baja város közkórháza igazgatóságához címzetten nyujtandók be.

Baja, 1929 január 12.

Dr. Vojnics Ferenc s. k.
polgármester.

KURHAUS DR. RAJNIK
LUSSIN - CIGALE
Az Adria legenyhébb klimatikus gyógyhelye.
Hízó-, diaetás- és fevőkúrák.
Igen olcsó árak.
Budapesti iroda: V, Nádor-utca 24. Telefon: Automata 141—93.

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929. Budapest VIII. Múzeum-körút 6. — (Dr. Czakó Elemér.)

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. m. tanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. m. tanár, kórházi főorvos.

A hibás petefészekműködés therapiájáról.

A működési hiba állhat abban, hogy a petefészek legkifejezettebb functiója — a rendszeres *ovulatio* — hiányzik, vagy ritkán következik be. Ilyenkor consecutiv *amenorrheáról* vagy *oligomenorrheáról* beszélünk és elsősorban az ovarium *hypofunctióját* tételezzük fel. Ugyancsak erre kell gondolnunk akkor, ha úgy a nemiszervek, mint az egész alkat gyermekded fokon látszottak maradni, azaz *infantilis* typusúak. Utóbbi jelenségnél azonban pluriglandularis eltérések is állhatnak fenn, még pedig elsősorban a *hypophysis*, az ivarmirigyek „motor"-ja és a *pajzsmirigy* működése figyelendők.

A ovarium működésének hosszabb elmaradása szülések és szoptatások után, avagy relative fiatalkorban, a 40-es évek elején, ugyancsak a *hypofunctiót* tételezik fel.

Ezen *hypofunctiók* gyógyításánál az ovariumot igyekezünk újra — vagy fokozottabb működésre serkenteni. Csak a legutóbbi évek vizsgálatai alapján van egy biztos vizsgálati mértékünk arra nézve, hogy egy bizonyos gyógyszer, vagy gyógyeljárás valóban vált-e ki ovulatiót (castrált egereken *hatékony* gyógyszer typikus mensesnek megfelelő elváltozásokat provokál). Ezen vizsgálati módszer kimutatta, hogy az addig adagolt ovariumkészítmények jóformán értéktelenek.

Elsősorban a *Graaf-féle tüsző* (folliculus) nedve tartalmazza azt a hormont, mely képes a méh vérbőségét is a méhnyákhártya cyclusos elváltozását előidézni és valószínűleg ez az anyag az, mely a vérpályába jutva, fejti ki hatását a vegetativ idegrendszer útján az egész szervezetre.

Ezért az újabb ovariumkészítmények ilyen folliculus nedvéből készülnek — (*„Folliculin-Menformon"* sec. Degewoop, *„Glandofolin"* sec. *Richter*, *„Progynon-Steinach"*).

Más eljárások a csökkent petefészekműködés fokozására, a *vérbőség* előidézése.

Ilyen elsősorban a helyesen alkalmazott *diathermia*, mely a két elektrod közé vett petefészekben képes 39—40°-os hőt előidézni. Ilyenek továbbá a mór-iszapsósfürdők.

A harmadik mód a hypofunctio gyógyítására a *petefészektransplantálás*. (Ez lehet *homoio-* vagy *autotransplantálás*. A homoiotransplantálások (más nőből vett petefészkekkel) csak ritkán alkalmazhatók, mert egyrészt nehéz egészséges petefészekrészeket találni, másrészt azok eltávolítása és másra való átültetése ethikai és jogi akadályokba ütközik. Annál kevésbbé fog ezen eljárás általánosan elterjedni, mert hatása csak *átmeneti*.

A transplantatumból felszívódó anyagok a saját, addig ki nem elégítő módon működő petefészkeket fokozottabb működésre serkentenék, de eddig sok positiv eredmény nem vált ismeretessé. Ha már a *más nőből* vett anyag ily hamar elpusztul, világos, hogy állatból (majomból, vagy kecskéből) vett transplantatum kilátásai nem lehetnek számottevők. Több kilátással alkalmazható még az *autoplastica*. A saját petefészekből vett és átültetett darabka évekig functioképes marad és a helyén hagyott ovariumot serkenti, amint arról ismételten meggyőződtünk.

Legújabb kísérletek oda irányulnak, hogy a petefészekhez vezető sympathicus idegeket műtét alkalmával híg carbololdattal edzik meg és ilymódon idéznek elő hyperaemiát.

A hypofunctio egyes eseteiben szóba jöhet a petefészkeknek, kis, ú. n. *ingerlő Röntgen-adagokkal való besugárzása*. Bár bizonyos kockázatokkal jár (végleges amenorrhea veszélye!), néha frappáns eredményeket láttunk ezen eljárástól, különösen egyébként csillapíthatatlan méhvérzéseknél, valamint évekig fennálló ovarialis eredetű magtalanságoknál.

A *klimax*-ban jelentkező zavarok, melyek szintén az ovarium kiesésére volnának visszavezethetők, a petefészek-kivonatokra kevésbbé javulnak, mint azt gondolni lehetne. Az ovariumkészítmény kombinálása *brommal*, *calciummal*, *theobrominnal*, *papaverinnel* az *„ovakliman"* és *„klimasan"* nevű készítményekben jobb eredményeket ad.

Míg a *hypofunctio ovarii* létezése kétségtelen, sokkal nehezebb határozottan állítani, hogy *hyperfunctio ovarii* is létezik. *Hyperfunctio tüneteit adó dysfunctio* — a valószínűbb.

Ez nem szavakkal való játszás, hanem fontos a therapia szempontjából. Hyperfunctióra szokás gondolni, ha egy méh fokozottan, erősen, túlgyakran vérzik. Rendszerint ez nem hyper-, hanem dysfunctio oly értelemben, hogy gyakran, de *tökéletlenül* érnek a folliculusok és nem képződnek kellő értékű sárgatestek. Itt elsősorban a sárgatest váladékát: *luteolipoidokat* fogunk adagolni.

Néha a rendszertelen ovulatiók folytán a petefészkek számos kisebb-nagyobb tüszővel telve, valóban abnormisan nagyok és rendetlen impulzusokat továbbítanak.

Ilyenkor szóba jöhet az egyik petefészek kikapcsolása *féloldali* — egyik ovariumra irányzott — Röntgensugarakkal, amint azt 1918-ban először ajánlottam; ahol pedig ez sem vezetne célhoz és a vérzések nagyon fenyegető jellegűek, vagy egyéb okokból úgy is műtét indikált, az egyik ovarium kiirtása, vagy mindkettő tömlősen elfajult részeinek resecálása jöhet szóba.

A méhvérzéseken kívül a hibás petefészekműködés megnyilvánulhat más módon is. Legsúlyosabb nyilvánulása a magtalanságnak némely erre visszavezethető formája, az ú. n. *ovarialis sterilitás*. A fluoroknak egyrésze — és pedig éppen a legnehezebben befolyásolható esetek — ugyancsak erre vezethetők vissza. A nemi élet és érzés zavarai szintén nem egyszer ovarialis dysfunctio következményei. Mindezek kezelésénél elsősorban az or-

ganotherapia jön szóba. A néhány év óta rendelkezésünkre álló, a hormont valóban tartalmazó készítmények jó kilátással adhatók. Nehézség már csak a dosirozás körül van, amely még nincs egészen tisztázva és abban, hogy ezen készítmények még nagyon költségesek.

Mansfeld Ottó dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A hypophysis megbetegedések korai felismeréséről.

A hypophysis megbetegedését leggyakrabban daganatos elváltozások okozzák, melyeknek roncsoló és nyomó hatása egyrészt a hypophysisen magán, másrészt a környezeten hoz létre elváltozásokat; ritkábbak a fejlődési anomaliák, a gyulladásos, elkérgesedéshez vezető folyamatok tumorhatás nélkül (hypoplasia, lues, tbc., apró vérzések, lágyulások). A tünetek két irányban mutatkozhatnak: egyrészt a hypophysis specialis működésének megváltozását és ennek következményeit, másrészt a koponyaürben lejátszódó folyamatok általános tüneteit észlelhetjük, természetesen sok esetben e kettőnek szövődését. Általánosan jellemző a hypophysismegbetegedések tüneteire, hogy rendszerint lassan fejlődnek ki, sokszor évek telnek el, amíg a kifejezett kórkép biztosan felismerhető.

Az elkérgesedéssel járó hypophysis-sorvadás kórképe ritka, főtünete a gyorsan progrediáló, az elképzelhető legnagyobb mértékig fokozódó lesoványodás, a hypophysaer cachexia. A csont-bőrré aszott beteg marasmusos külemü, fogai, szőrzete kihullanak, nemi functiói megszűnnek, alapanyagcseréje igen alacsony. Diagnosisa főleg kizárásos alapon állapítható meg. A koponya Röntgen-felvétele rendszerint nem mutat semmi jellemzőt.

A daganatos elváltozások általános tünetei közt az agytumorok közös jeleit (fejfájás, hányás, bradycardia, pangásos papilla) nem mindig, vagy csak részben találjuk. Fejfájást hamar és nagy fokban okoz a hypophysisdaganat, sokszor fokozott agynyomás nélkül is, hányást, pangásos papillát, bradycardiát kevésbbé. A nyomásos szemtünetek legfontosabbja a látópálya jellemző sérülése: a chiasma laesiója folytán fellépő bitemporalis hemianopsia, amely azonban ritkán teljes, legtöbbször részleges látótérkiesést, vagy beszűkülést kapunk. A csontdestructio — ha egyáltalán van — legkifejezettebb a sella turcicán. A daganat nagysága és elhelyezkedése szerint a sella Röntgen-képe vagy nem mutat elváltozást, vagy kitágul, kimélyül, környezetében erős csontritkulás látszik. Fontos, hogy igen sokszor negativ a Röntgen-kép, mert a daganat nem oly nagy, hogy csontdestructiót okozzon.

A hypophysiskörnyéki agyvelőrészek nyomás következtében való sérülésének kell tulajdonítanunk azokat a tüneteket, amelyek ugyan leggyakrabban hypophysismegbetegedés kapcsán jönnek létre, de nem biztosan hypophysisfunctio megváltozása miatt. Ilyenek: a diabetes insipidus, a glykosuria, az ízlés és szaglás zavarai, a dystrophia adiposogenitalis. Aszerint, hogy a betegség kifejlődése a pubertas előtti, vagy utáni időre esik, a primaer és secundaer nemi jelek vagy ki sem alakulnak, vagy tetemesen visszafejlődnek. Potentia, menstruatio, libido eltűnnek, a zsírfelhalmozódás testszerte, de főleg a nőkön praedilectiós helyeken (mammák, nates, mons veneris) történik, úgyhogy a beteg testalkata általában feminin charakterű lesz. Néha a hossznövés nem csökkent, sőt elég erős, ilyenkor azonban eunuchoid jellegű (gracilis csontrendszer, a testhossz középpontja a symphysis alá esik).

Biztosan specialis hypophysisfunctio megváltozása következményének kell tartanunk a növekedési zavarokat. Ha a hypophysis működését a daganat fokozza, úgy a növekedési zavar a hypertrophia irányában mutatkozik, akromegalia, vagy óriási növés formájában. Ha a daganat bénítja a hypophysis működését, úgy a hypophysaer törpeség fejlődik ki. Az akromegalia kórképe jól ismert. A hypophysaer óriásnövés jellemző sajátságai szemben az eunuchoid óriásnövéssel: a genitaliák rendes, néha fokozott kifejlődése (sokszor csökkent functio kíséretében), a csontrendszer durva alkata és sokszor akromegaloid jelek; a testhossz közepe a symphysis felett van. A hypophysaer törpenövésnek biztos jelei nincsenek, részben kizárásos alapon, részben a kísérő tünetekből állítjuk fel a diagnosist. A növekedésnek teljes, vagy majdnem teljes megszűnése, az epyphysis porcok el nem tűnése, csontmagvak késése, a nemi szervek hiányos fejlettsége, a legtöbbször soványság a legfeltűnőbb külső jelek. Sokszor szövődik a törpeség a dystrophia adiposogenitalissal. Az alapanyagcsere az akromegaliás és óriásnövéses esetekben néha fokozott, a törpékben csökkent; ezzel bizonyos fokig analog a vér eosinophylia viselkedése is.

Hypophysis megbetegedésre kell tehát gondolnunk minden olyan esetben, ahol növekedési zavart, a nemi szervek hiányos functiójától kísért abnormis kövérséget és zsíreloszlást, állandó fejfájást, látási vagy vízforgalmi zavarokat észlelünk. A kórisme felállítására feltétlenül szükségesek: a koponya Röntgenfelvétele, a szemészeti vizsgálat, az ízlés, szaglás, víz-, só-, cukorforgalom és alapanyagcsere vizsgálata; a legtöbbször csak mindezen adatok gondos mérlegelése és hosszas megfigyelés vezetnek eredményre, gyors és könnyű tájékozódás egyedül az akromegaliás esetekben lehetséges.

Rutich Jenő dr. egyetemi magántanár, Pécs.

A syphilises bőrkiütésekről.

I.

Constitutionalisan nem syphilises egyén bőrén e betegség igen sokszor lencsényi vagy nagyobb, ovalis vagy szabálytalan alakú, hámfosztott terület alakjában jelentkezik. A megtapadás helyén a spirochaeták granulatiós szövetből álló ú. n. primaer affectust hoznak létre. Széleivel a bőr szintjében fekvő, barnavörös, lakkfényű, erősen beszűrődött (porckemény), fájdalmatlan, nem alávájt, fehéres szélű, legtöbbször egymagában fellépő elváltozás a kemény chancre. Ha a beszűrődés csekély, lencsényi, „initialis papula“ jelentkezhetik, mely nem erodálódik, felszínén hámlik, majd besüpped és pigmentfolt hátrahagyásával visszafejlődik. Férfiaknál a glanson, nőknél a kisajkak belfelületén észlelhető élesen körülírt barnás-vörös, a papillaris rétegnek csak a felső részéig terjedő beszűrődés alakjában a pergament chancre. Syphilis + spirochaeta refringens és bacillus fusiformis fertőzés összetalálkozásából szürkéskékes-fekete, bűzös, gyorsan szétesö, elhalt szövettömeggel fedett phagedaeniás fekély származik. Az ulcus molle és a syphilis kórokozójának együttes behatolási helyén a vegyes (mixt) fekély keletkezik, melyen a klinikai kép a kemény chancre kifejlődéséig csupán a lágyfekélynek megfelelő lehet. Az orificium urethrae chancrejánál a húgycsőnyílás duzzadt, tátongó, porckemény tapintatú, sárgás lepedékkel borított, sötétvörös udvarú, erodált felszínű, belőle serosus vagy véres, kissé zavaros váladék préselhető ki. Az ajakfekélyek részint erős duzzanattal és beszűrődéssel bíró, éleshatárú erosio, ré-

szint mélybe terjedő, vérzékeny, mérsékelten beszűrődő repedések (rhagasok) alakjában találhatók. Az emlőbimbók kemény chancre-ja tányér- vagy köpőcsészealakú, kissé kiemelkedő szélű, egyenetlen felszínű. Az ujjakon sokszor panaritium vagy paronychia, a szakállban leginkább impetigo vagy furunculus, esetleg carcinoma, ritkábban egyéb granulatiós folyamat képét utánozhatja.

II.

A spirochaeta pallida virulentiájától és a megbetegedett szövet dispositiójától függően haematogen úton jönnek létre a macula (roseola), papula és pustula. A fertőzéstől számított 9. héten részarányosan legtöbbször a mellen, a törzsön, később az egész testen, alsó és felső végtagon, ritkábban az arcon és a fejen kerek vagy ovalis, lencsényi-fillérnyi, rózsaszínű vagy barnás-szürkés-rózsaszínű, a bőr szintjéből ki nem emelkedő, ujjnyomásra eltűnő foltok láthatók (s. maculosa). A bőr lehűlésekor, quarzfényben és az első injectiók után jobban láthatóvá válik. Nyálkahártyákon (torok, hüvely, húgycső) éleshatárú hyperaemiás foltok alakjában észlelhető. Ha a szokottnál tömegesebb beszűrődéses köpeny veszi körül a foltot, akkor a helynek megfelelőleg a bőr szintjéből kiemelkedő elváltozást észlelhetünk (roseole granulée). Ez mintegy átmeneti alak a macula és a papula között.

A papillaris réteg syphilises beszűrődése a bőr szintjéből kiemelkedő papulában jelentkezik. Leggyakrabban lencsényi (lenticularis), élénkvörös, részarányosan elrendeződött, később a visszafejlődés folyamán hámló, fénylő, lakkozott külsejű, szélein hámgallérral bíró, sonka- és rézvörös árnyalati átmenetekkel bíró elváltozás. Ha a hámlás, pikkelyképződés kifejezett, s. papulo-squamosáról szólunk. Seborrhoeásoknál az állon, az orr- és ajakredőben, a homlokon lapos, zsírosfényű, szürkésbarna elváltozás látható, a homlokon összefolyás esetén a corona veneris áll elő. A vastag szaruréteg miatt a tenyéren és talpon sárgásbarna papulák léphetnek fel s ugyancsak itt tyúkszem és bőrszarvhoz hasonló elváltozások és vaskos hámlás kíséretében sokszor fájdalmas berepedések (rhagades). A hajas fejbőrön vakaródzás vagy fésülés miatt savós, pörkös, varas felrakódások is keletkeznek (s. papulopustulosa). Izzadó lábú embereknél a macerált bőrű lábujjak között egy-két papula sokszor elkerülheti a figyelmet. A papulák olykor kígyózó alakot írnak le, s. serpiginosa, gyrata. Központi gyógyulás s a széli papulák összefolyása folytán annularis alakok fejlődnek ki. Elszórva leginkább a könyök, térdhajlatban és a homlokon pár mm-től 2—3 cm átmérővel bíró barnásvörös beszűrődött korongok alakjában észlelhető a nagy papulás (nummularis) syphilis. A szőrtüszőkben vagy annak közvetlen környékén helyezkedik el a gombostűfejnyi, kölesnyi, igen kemény, polygonalis, szürkésbarnásan fénylő, igen erős pigmentatióval gyógyuló csoportos papulákkal, rendszerint lymphatikus egyének hátán, keresztjén, ágyékán, ritkábban a végtagokon a s. follicularis (lichenoid). Ha a középső, visszafejlődésben levő papulát, ép zóna kihagyásával, apró papulák övezik, málnaszerű vagy virágcsokorhoz hasonló s. corymbosa áll elő. A pustulás alak varicellát, variolát, ekthymát, impetigot utánozhat. Ritkább fajtája a framboesiaszerű, kúpalakú pörkkel fedett, ezalatt málnához hasonló, vagy fungosus granulatióval bíró széles papula. Ha a hyperaemiás környékű papulák egy része szétesik, a támadt fekély tetején vér, geny és detritusból pajzsszerűleg elhelyezkedő vartömeg képződik, mely a fekély mélyülésével, további concentrikus vartömegekkel rétegeződve osztriga héjára emlékeztető elváltozást, rupia syphiliticát idéz elő. Ehhez hasonló elváltozások kísérik a syphilis maligna kórképét. Összefekvő bőrterületeken (hímvessző, herezacskó, combhajlat, nagyajak, végbél, has, köldök, ujjak köze, emlők, hónaljak, ritkábban az arc, fül, nyelvhát, kövéreknél bárhol a bőrráncokban) széles infiltrált alapú, nedvező, burjánzó, szürkés lepedékkel borított, émelygősen bűzös papulákat láthatunk (condyloma latum). A száj nyálkahártyáján lencsényi-fillérnyi, olykor kiemelkedő szegélyű, macerált hámja miatt szürkésfehér, opaleskáló plaqueokat (plaques muqueuses) észlelhetünk. A nyelvháton olykor lencse-fillérnyi, vörös, sima, száraz (mintha leberetválták volna), meglehetősen makacs papulák jelenhetnek meg. Hosszabb hajat viselő egyéneknél gyakran fel sem tűnik a hajas fejbőrön jelentkező macula és kis papula s csak az utánajövő szabálytalan alakú, erdőirtáshoz hasonló alopecia jelzi.

A körmökön sokszor észlelhető az onychia sicca és paronychia. Az előbbinél a köröm fényevesztett, töredezett, repedezett, majd subungualis hyperkeratosis lép fel s a köröm lassankint le is válhatik (onychoschisis). Olykor a körömlemez barázdált, szaruszerűen megvastagodott (pachyonychia). A körömsáncra, sőt a körömpercre is ráterjedő folyamat a paronychia, melynek száraz hyperkeratotikus, papulás, fájdalmatlan és erősen duzzadt, beszűrődött, kifekélyesedett, bűzös lepedékkel bíró kétféle alakja jellegzetes.

III.

A fertőzéstől számított 3 év után fellépő roseola a recidiv roseolától eltérést nem mutat. A tuberosus syphilis merev, kisebb-nagyobb, barnás-szürkésvörös, éleshatárú göbökből áll, kígyózó, girlandszerű formákat képez, sokszor pikkelyes hámlással, tenyéren és talpon erősen kifejezett hyperkeratosissal. A bőrben vagy a bőr alatti kötőszövetben legtöbbször csontok (alszár-, homlok-, szegy-, kulcscsont stb.) felett fejlődik solitaeren vagy disseminálton az előbb tapintható, mint látható, lassan növő, eleinte nem fájdalmas, mogyoró-diónyi, vagy nagyobb, normalis, majd kékesvörös bőrrel fedett, később ellágyuló, beszűrődéses csomó alakjában a gumma. Ellágyulás után egy vagy több nyíláson átörve, előbb gumiszerű anyagot ürít, majd a duzzadt környékű, infiltrált, meredek szélű, szalonnás, helyenkint granulatiós alapú, kerek, ovalis, vese, patkó, fülkagyló alakú fekély keletkezik, mely hosszantartó pigmentatiós heggel gyógyul. A nyelven körülírt gummás vagy diffus sklerotikus elváltozás észlelhető s ez utóbbi miatt a nyelv alig fér a szájüregben. A lágy szájpad- és garatban hasonló folyamatokat láthatunk. Legtöbbször syphilises alapon áll fenn a fogak záródási vonalának megfelelően vagy a nyelven, ajkakon, genitaliákon elhelyezkedő, körülírt vagy diffus, szürkésfehér, atlasfényű hyperkeratotikus plaqueok alakjában jelentkező leukoplakia. Syphilises hegben a helybeli immunitás következtében kiújulás nem található.

IV.

Congenitalis syphiliseseken a fentebb említett tüneteken kívül főleg a végtagokon, ritkábban az arcon, a szerzett syphilisnél csak rendkívül ritkán észlelhető pemphigushoz hasonló, infiltrált környékű hólyagos elváltozás és leginkább a tenyéren, talpon diffus, fénylő, rézvörös, feszes, hámló bőrbeszűrődés jelentkezik. A nyeregorr, az ívelt, boltozatos kemény szájpad, az alszárcsontelváltozások, a testnyílások körüli sugaras hegek syphilisre hívják fel a gyanút.

Dóczy Gedeon dr., egyet. tanársegéd, Debrecen.

Az asthma bronchiale tünettana és therapiája.

A betegség lényegét a hirtelen fellépő dyspnoës rohamok képezik. A rohamok keletkezéséhez a ma elfogadott álláspont alapján három tényező jelenléte szükséges és pedig a kis hörgök spasmusa, a bronchusok nyálkahártyájának oedemája és egy szívós, tapadós secretio fellépte.

A bronchusgörcs közvetlen kísérő tünete az acut tüdőtágulás, mely a betegség korai stadiumában múló és csak gyakran ismétlődő rohamok után válik állandóvá. Később az idült tüdőtágulás és a bronchitis uralják az egész kórképet, az egyes rohamok is összefolynak egymással és bekövetkezik az az állapot, mely alig különbözik egyéb emphysemáktól. Ezen stadiumban a betegség okának megkeresése csak annyiban bír jelentőséggel, hogy bizonyos fokig elejét vehetjük az általános állapot rosszabbodásának. Ilyenkor természetesen a specifikus asthma-therapiának csak másodlagos jelentősége van és inkább a tüdőtágulás és bronchitis kezelésének általános elvei alapján járunk el.

A mindennapi gyakorlatban szükséges, különösen, ha nem ismerjük a beteget, az egyéb eredetű dyspnoës rohamoktól való gyors elkülönítés. Így elsősorban szóba jön az asthma-cardialés rohamoktól való megkülönböztetés, mely azonban a beteg objectiv vizsgálata, a szív állapota, a sputum és a tüdő felett hallható zörejek minőssége alapján, nem okoz nagyobb nehézséget. Különösen kiemelem, hogy a cardialis asthmánál nedves szörtyzörejeket hallunk, leginkább a tüdő bázisán, míg a bronchialis asthma zörejei szárazak, a búgás és sípolás az egész tüdő felett hallható. A köpet minősége és színe is lényeges különbséget mutat.

A véreosinophilia az összes allergiás, tehát az asthma bronchialeban szenvedő betegeknek is közös jellemvonása.

A hysteriás tachypnoë már ritkábban vezet összetévesztésekhez. Az uraemiás és más toxikus állapotok kapcsán fellépő nehéz légzést a kísérő egyéb tünetek figyelembe vétele mellett könnyű a valódi asthmától elkülöníteni.

Az újabb idők kutatásai nem is annyira a betegség tünettanára, mint inkább a kóroktanra és kezelésre vonatkozólag hoztak fontos adatokat. A tünettanra vonatkozó legfontosabb megállapítás az anaphylaxiás rohammal való hasonlatosság. A helyes kezeléshez szükséges az újabb kutatások fontosabb eredményeit ismernünk, erre vonatkozólag egy, ezen rovatban megjelent régebbi közleményemre utalok.

A kezelés módszerei két főcsoportba oszthatók, megkülönböztetünk egy oki kezelést és a rohamoknak pillanatnyi megszüntetésére irányuló beavatkozásokat. Az oki kezelést akkor végezzük, mikor a beteg aránylag jobb állapotban van és elég idő áll rendelkezésünkre hosszabb ideig tartó kúrákat folytatni.

A rohamok megszüntetésében legnagyobb szerep jut a mellékvese-kivonatokat tartalmazó injectiós oldatoknak. Az atropin tapasztalat szerint nem oly gyors hatású, nem is olyan biztos, mint az adrenalin. Az újabb időkben ajánlott ephetonin és ephedrin igen sok esetben cserben hagytak. Az ópiumalkalodiáknak és a morphiumnak alkalmazásával nem lehetünk elég óvatosak, nehogy ok nélkül morphinistákat neveljünk.

Az intravenásan adott calcium-injectiók távolról sem olyan biztos hatásúak, mint azt sokan hiszik, azonkívül *éppen az asthmások elég gyakran súlyos collapsusokkal reagálnak bármilyen intravenás injectióra, amiért is helyes volna ezen injectiók adását a mindennapi gyakorlatban csak nagyon óvatosan alkalmazni.*

A theobromin származékok nagyon jól szüntetik az asthmás rohamokat, ezen készítmények közül különösen az euphyllin intramuscularis adását, mint igen jól bevált szert ajánlom.

A rohammentes időben különböző kezelési módok állanak rendelkezésünkre, amelyek közül néhány fontosabb módszert ismertetek.

A bőrpróbákkal megállapított kórt okozó anyagokat távol tartjuk, illetőleg amennyiben lehetséges, eltávolítjuk a beteg környezetéből, különösen azon esetekben, mikor tápszerfehérje, vagy a beteg foglalkozásával összefüggő chemiai anyag iránti túlérzékenységet találtunk. Ezen csoportba tartoznak azon betegek, kik a levegőben úszkáló ártalmas anyagokra (klimaallergen) kapják rohamaikat. Ha ezen anyagok távoltartása gyakorlatilag keresztülvihető nem volna, akkor valamely desensibilizálási eljáráshoz folyamodunk.

A specifikus desensibilizálás valamely ismert kórokozóval történik, a nemspecifikus desensibilizálást olyankor végezzük, amikor az asthma okát megállapítani nem sikerült. A nemspecifikus desensibilizálás különböző fehérjékkel, pl. tejjel, aolannal, caseosannal, serumokkal, saját és idegen vérrel történhetik. Különösen nagyobb jelentőségre tett szert a pepton-kezelés, akár injectiók alakjában, akár peroralisan adagolva.

Ide tartoznak a különböző bakterium- és vaccinakezelések és a tuberkulin-therapia is. A Röntgen-besugárzás egyes módjait is ide sorolhatjuk, mert végeredményben ez is egy fajidegen (a besugárzás hatására megváltozott saját) fehérjehatás.

A rohammentes időszakban alkalmazott gyógyszerek egyrészt a bronchitis és emphysema tüneteit befolyásolják, másrészt a vegetativ idegrendszer parasympathikus részének ingerlékenységét csökkentik (pl. hosszabb ideig tartó belladonna-kúrák), vagy a sympathikus rész tonusát növelik (ephetonin-, ephedrin-tabletták).

A belsősecretiós rendszer egyensúlyzavarára visszavezethető esetek kezelésében természetesen a megfelelő mirigykivonatok hozhatnak javulást (ovarium, thyreoidea, stb.).

Egyéb kezelési módok közül megemlítem még a légzési gyakorlatok alkalmazását, a Singer-féle számolási kezelést, a Hofbauer-féle zümmögést, éneklési gyakorlatokat a belégzés és helyes kilégzés szabályozására. A pneumatikus kamrák, porlasztott gyógyszerek csak rövid ideig tartó átmeneti eredményekhez vezetnek. Az egyes belégző szereknek csaki a rohamok kupirozásában, vagy azoknak pillanatnyi megelőzésében van nagyobb szerepük.

A többek által ajánlott különböző psychotherapiás módszerek jótékony hatása csak egyes esetekre vonatkozik, mikor bizonyos psychikus tényezők is közrejátszhatnak a rohamok kiváltásában. Hiba volna azonban azt hinni, hogy bármilyen psychotherapiás kezelési mód is egyes, egészen specialis eseteket kivéve, tartós eredményhez vezethet.

Röviden megemlíthetem, hogy különböző sebészi beavatkozásokat is ajánlottak, melyeket a vegetativ idegeken és ganglionokon végeztek, azonban az irodalmi adatok objectiv megítélése és saját csekély számú eseteink alapján ezen műtéteket gyógymódjaink közül teljesen elhagyhatjuk.

Hajós Károly dr. egyetemi tanársegéd.