75. évfolyam. 49. szám. Budapest, 1931 december 5.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, ISSEKUTZ BÉLA, GORKA SÁNDOR, BELÁK SÁNDOR
VÁMOSSY ZOLTÁN, POÓR FERENC, REUTER KAMILLÓ, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Neuber Ede: † Kenézy Gyula (1860—1931.) (1159. oldal.)
Angyal Lajos: A katatoniás és postencephalitises mozgási zavarokról. (1160—1164. oldal.)
Katz Traian: A residuum nélküli prostatások veseelégtelensége. (1164—1167. oldal.)
Szathmáry Zoltán: A Manoiloff-féle terhességi reactio értékéről. (1167—1169. oldal.)
Lőrincz Ernő: Az egypetéjü ikrek lepényében levő ú. n. harmadik vérkeringés jelentőségéről. (1169—1171. oldal.)
Mohos Ernő és Scholtz Andor: Vértejsav vizsgálatok Basedow-kórban. (1171—1172. oldal.)
Szarka Vilma: Adatok a Raynaud-kór tünettanához. (1172—1173. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (191—194. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. (1173—1175. oldal.)
Könyvismertetés: (1175—1176. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1176—1178. oldal.)
Huzella Tivadar: Az alsógödi biologiai kutatóállomás. (1178. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (A borítólap III. és IV. oldalán.)

KENÉZY GYULA

1860—1931.

Kenézy Gyulával az Alföld szívében hatalmas energia pusztult el; elvesztése mindenütt osztatlan gyászt és bánatot hagyott maga után. Hogy mit vesztett Kenézy Gyulával a Tisza István Tudományegyetem, az alföldi diákság, a magyar kultúra, tudomány és szenvedő emberek, azt csak mi tudhatjuk igazán, akik életét és munkásságát közvetlen közelből szemlélhettük. A Gondviselés arra szemelte ki, hogy az Alföld szívében, Debrecenben a Nagyerdő zúgó lombjai között a Tisza István Tudományegyetemet megalkossa, mely mindenkor büszkén fogja hirdetni nagy és áldozatkész teremtő szellemét.

Kenézy Gyula 1885-ben került az Alföldre. Rövid egymásutánban Debrecen tisztiorvosává, majd 1893-ban az új városi közkórház főorvosává, 1896-ban fáradhatatlan tárgyalásainak eredményeképpen létesült bábaképezde igazgató főorvosává nevezik ki, s a magyar kormány őt bízza meg a gyermekmenhely építésének irányításával, s igazgató főorvosi teendőivel.

Alkotóerejének zenitjén kapcsolódik be az egyetem felállításának hatalmas eszmekörébe. Debrecen törvényhatósági bizottsága 40 tagból álló bizottságot küld ki élén Kenézy Gyulával a felállítandó egyetem előkészítésére. Ezzel a súlyos munkával másfél év alatt elkészül; hírlapi cikkeket, memorandumokat ír, tájékoztatja az illetékes tényezőket, előadásokat tart, szabad iskolát szervez s ezt mind azért, hogy az Alföld tüneményes álmát, a debreceni tudományegyetemet megvalósíthassa.

Tervei valóra is váltak, s 1915 május hó 15-én a kultusminister őt bízza meg az építkezés vezetésével és irányításával. A világháború azonban munkáját megakasztotta. A hazája sorsát megértő Kenézy Gyulával a háború első napjaiban a katonakórházban találkozunk mint ezredorvossal, később mint főtörzsorvossal. De a háború befejezte után ismét alkotó munkájának szenteli magát és mint egyetemi tanár, majd az egyetem Rektora, az orvoskar dékánja, a klinikai bizottság s a Debreceni Orvosegyesület Elnöke szünetnélkül az egyetem érdekében dolgozik, szellemi és fizikai erejének minden megfeszítésével. Amikor pedig a a Tisza István Tudományegyetem elkészült s mintaszerűen felépített és berendezett intézetében boldogság lett volna számára a munka, már súlyos alattomos betegség hatalmasodott el rajta. Családjában halál és betegségek kedvét szegték; az utolsó 1—2 esztendőben teljes visszavonultságban már csak emlékeinek élt.

A kikerülhetetlen végzet ezt a színmagyar földben termett és utolsó erejéig érte dolgozó nagy férfiut is leterítette. Lehullott róla a földi salak, eltávozott az idők végtelenségébe, ahonnan nagyságának körvonalai mind élesebben bontakoznak ki. Nem halt az meg, ki milliókért élt. Ő, kit a sors már évek óta a néma hangtalanságra kárhoztatott, most mikor elköltözött az örök csend birodalmába, műveiben messze hangzó szóval beszél a férfias alkotó munka nagyszerűségéről, a magyar tudás, a magyar élet halhatatlanságáról!

Sirján lángbetük hirdetik nekünk, akik őt szerettük, és a jövő generatioknak: Non omnis moriar!

Neuber Ede dr.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A katatoniás és a postencephalitises mozgási zavarokról.

Irta: *Angyal Lajos* dr.

Minden, akár somaticus, akár psychés jelenség, legyen az physiologiás vagy pathologiás, valamely idegcentrum müködésére vezethető vissza: pathologiás jelenségek az illető centrum kórosan megváltozott hyper-, hypo- v. dysfunctiojában, illetve a többi központokkal való correlatio megbomlásában lelik magyarázatukat. Ebből természetszerűleg következnek az összen psychiatriai tünetcsoportok lokalizálhatósága is, aminek a gyakorlati kivitele azonban nagy nehézségekbe ütközik.

Naito, H. Josephy, Klarfeld, Fünfgeld, Miskolczy és más szerzők megegyező leletei alapján ma már kétségtelen, hogy schizophreniánál a nagyagykéreg III., V. és VI. rétegében gócos és diffus idegsejtkiesések találhatók, amelyek által *Fünfgeld* szerint a schizophren processus morphologiai képe alapjában biztosítva van, kérdés azonban, hogy ezen histológiai lelet a dementia praecoxnál mutatkozó összes alaptünet megmagyarázására elégséges-e? Ezen kérdésre nemmel kell válaszolnunk: mai tudásunk szerint ugyanis a nagyagykéreg a mozgási és érzékszervi érzetek és képzetek, a szerzett ismeretanyag tárháza, valamint az associatiós folyamatok lejátszódásának a színtere, schizophreniánál azonban az összlelkiműködés, az „Én" megváltozásával állunk szemben, már pedig, hogy az előbbi tényezők miképen kapcsolódnak össze egy harmonikus működésbeli egésszé, összefüződve az affectusokkal és az „Antrieb"-bel,* amely utóbbiak minden mozgási és gondolkodásbeli történés dynamikus tényezői, arról a localisatiós tan mai állása nem tud felvilágosítást adni.

Hogy az „Én" nem az összagykéreg működésbeli egyensúlya által tartatik fenn, emellett számos tapasztalati tény sorakoztatható fel. Igy pl. köztudomású, hogy egyszerű dementia képét mutató, psychésen hosszú időn át rendezett paralyticusok agykérgében szövettanilag súlyos kiesések találhatók; a remittált, majd intercurrens megbetegedésben elhalt paralysis esetek is az agykéregnek ugyancsak sulyos pusztulását tüntetik fel, tehát valami más terület gyakran reversibilis laesióját kell feltételeznünk, ami a psychosist okozta. Ismeretes, hogy a kéregkiesések által létrehozott organikus dementia az ismeretek quantitativ csökkenését jelenti, ezzel szemben a schizophreniás végállapotokban mutatkozó dementiánál az önmagukban véve gyakran megtartott ismeretek normális associatiós kapcsolatai lazultak vagy szüntek meg: meg van az anyag, de széthullott a rendszer, hiányzik a psychés individuum, amely mindent a saját egységes célkitűzése szerint alakít.

De a schizophreniás kéregkiesésben a katatoniás syndroma pathohistologiai substratumát sem találhatjuk meg, hiszen a katatoniás mozgási zavarok schizophrenián kívül a legkülönbözőbb aetiologia alapján előfordulhatnak, így pl. látjuk climacterialis, involutiós, epilepsiás psychosisoknál, agytumornál, fokozott agynyomás esetén, továbbá exogen psychosisoknál infectiósus, toxicus, autotoxicus okokból kifolyólag. Ismeretes pl. a *Kant* által leírt CO mérgezéshez társuló katatoniás kórkép. *Bostroem* paralysis progressivánál két évi anyagát átvizsgálva 7.5 %-ban talált katatoniás tüneteket.

Reichardt és *Berze* egymástól függetlenül már 1909-ben kétségbe vonták a cortex souverenitását, rámutatván az agytörzsnek a psychés működések terén való jelentőségére s az affectus és az Antrieb centrumait ide lokalizálták, theoriájukat azonban nem tudták positiv bizonyítékokkal megerősíteni. — Az 1917-i, majd az utána következő nagy influenza járványok kapcsán fellépő encephalitis epidemica esetek és az ezekhez társuló, motoros és psychés tüneteket együttesen felmutató utóképek uj perspektivákat nyitottak meg a kutatás számára. A széles mederben meginduló vizsgálatok egyrészt az agyalapi ducok szövettanának, normális és pathologiás működésének a tisztázásához vezettek, másrészt a nagy anyag kitünő alkalmat nyújtott a schizophren és a postencephalitises psychés és motoros zavarok összehasonlító klinikai tanulmányozására. Alábbiakban elsősorban a postencephalitises és katatoniás mozgási zavarokkal kívánunk foglalkozni. Az idevonatkozó irodalomból röviden a következőket kell kiemelnünk: *Kleist, Fränkel, Steiner, Homburger, Rosenfeld, Leone, Sommer, Kant, Lange* és *Guiraud* a katatoniás tünetcsoportot az agytörzs megbetegedéséből származtatják; *Bonhoeffer* és *Ewald* az ösztönt, az érzelmet és az akaratot az agytörzs működésének tekintik. *Ossipov* és *Bertolani* úgy vélik, hogy minden kataton jelenség az agykéreg és a törzsducok innervatiós kölcsönhatásának a zavarára vezethető vissza. *Bürger* és *Mayer—Gross*, valamint *Briese* postencephalitishez társuló chronikus psychosisokat közölnek, amelyek minden tekintetben sciozophreniának felelnek meg. Fenti szerzőkkel szemben *Bostroem* és *Stertz* a katatonia subcorticalis localisatiója ellen kifejezetten állást foglalnak, sőt *Schneider* szerint ezen mozgási zavarok neurologiailag egyáltalában nem is definiálhatók.

A histologusok közül többé-kevésbbé súlyos elváltozásokat írnak le katatoniánál a striatumban, pallidumban és a thalamusban *H. Josephy, Buscaino, Laignel—Lavastine, C. Trétiakoff et Nic. Jorgoulesco, Jakob, Wladiczko, Marcuse, Schuster, Mazzanti* és *Nagasaka*. *H. Josephy* szerint komolyan mérlegelni kell annak a lehetőségét, hogy a psychosis némely formájánál éspedig nem csupán a katatoniás mozgási zavaroknál, a kérgen kívül fekvő egyes centrumok megbetegedése is szerepet játszik. Velük szemben *Fünfgeld* átvizsgált öt esete alapján határozottan cfutasítja azon feltevést, hogy a schizophren psychosisok vagy a katatonia kialakulásában a törzsdúcok is szerepelhetnének.

Amint látható, a schizophrenia problemája még sem histologiai, sem klinikai tekintetben nem tekinthető megoldottnak. Mindenesetre fontosnak tartanánk több katatoniás eset szövettani feldolgozása mellett a vizsgálatok kiterjesztését katatoniás tünetcsoportot felmutató exogen psychosisokra is. Csak röviden akarom említeni, hogy *Gurevic* 6 kifejezett kataton tüneteket mutató paralysis esetében, amelyeket klinikailag a schizophreniától nagyon nehezen lehetett elkülöníteni, az agykéreg csekélyebb pusztulása mellett súlyos elváltozásokat talált a striatumban és a thalamusban. De az encephalitises és katatoniás mozgási és Antrieb-zavarok behatóbb tanulmányozása is alkalmasnak látszik a kérdéskomplexum megközelítésére. Alábbi két esetünk rövid közlését épen ezen utóbbi szempont indokolja.

1. *Cs. Margit*, 35 éves, izr. tanítónő. Családi terheltség nem állapítható meg. Gyermekkori betegségek: scarlatina, polyarthritis, endocarditis, majd 15 éves korában pleuro- pe-

* Antrieb-ösztönzés. Normális körülmények között minden felfogott ingerhez kellemes vagy kellemetlen érzés társul. Ezen érzelmi összetevőt, mint a motoros apparátust működésbe helyező, illetve a gondolkozási folyamatot megindító okot nevezzük Antrieb-nek, amely tehát az összes külső és belső akaratlagos cselekvések rugója. A fogalom maradéknélküli kifejezésére megfelelő magyar szavunk nincs.

ricarditis. Első menstruatio 15 éves korában, azóta mindig pontosan jelentkezik. Iskoláit kitünő eredménnyel végezte. Mindig túlérzékeny és könnyen befolyásolható természetü volt, hypochondriás félelmekre hajlott, Négy nappal felvétele előtt hirtelen izgatott lett, rendőröket, detektiveket látott, hangoztatta, hogy családját le akarják tartóztatni. Ugy vette észre, hogy a villamoson figyelik, megjegyzéseket tesznek reá. Felvétel a klinikára 1927. nov. 1-én.

Status paesens: astheniás alkatú, gyengén fejlett és táplált nőbeteg. Neurologiai, valamint belgyógyászati lelete bicuspidalis insufficientiájától eltekintve negativ. Vér- és vizeletvizsgálat eredménye negativ.

A beteg viselkedése zavart, nyugtalan, környezetét félreismeri. Állandóan ijesztő tartalmú, tömeges érzékcsalódásai vannak: anyját, testvéreit megölten, kiszurt szemmel, feldaraboltan látja: hangosan sikoltozik, haját borzolja, egész testében remeg. Összefüggéstelen, rendszerezetlen üldöztetéses és vonatkoztatásos téves eszméket hangoztat. Associatiója szétfoszló. — 1¾ éves klinikai tartózkodása alatt kezdetben a betegnél hallucinatorikus, nyugtalan, hangos és autisticus, depressiós szakaszok váltakoztak, később stuporossá, mutacisticussá vált, amely állapotából csak hallucinatioi és raptusai zökkentik ki egy időre.

1928. juliusában a betegnél sajátságos, az izomzat fokozott tonusos innervatiójától s az egész testben jelentkező durva hullámú tremortól kisért rohamok jelentkeznek: ilyenkor a beteg összeesik, törzse mérsékelten előrehajlik, szétterpesztett lábak, valamint a térd és könyökizületekben jelentkező kisfokú flexio mellett az egész testben synchron, durva hullámú tremor mutatkozik. Eszméletét nem veszti el. Roham alatt a test összes izmaiban kifejezett hypertonia észlelhető. Babinski negativ. A roham tartama néhány másodperctől egy perc. Rohamközti időben a beteg csaknem állandóan mutacisticus, struporos, néha raptusos kitörései vannak.

A rohamok változó sürüségben, de meglehetős gyakran voltak észlelhetők, néha hetenkint 2—3 ízben is megjelentek, máskor több hétre kimaradtak. Az utolsó rohamot 1929. március 17-én észleltük. Március 25-én a betegnél katatoniás tünetektől kísért nagyfokú nyugtalanság jelentkezik, lábait maga alá húzza. miközben kezeiben és jobb lábában tartós, durva hullámú, szabályos tremor jelentkezik. Hirtelen sikoltozva kiugrik az ágyából, teljes erejével birkózik, alig lehet visszafektetni, majd a legkülönbözőbb tonusos rendellenességek figyelhetők meg a betegnél, amelyek még 1.5 mgr. scopolamin után is ¼ órán át észlelhetők, amíg végre beáll a teljes bódulat. Igy: fogait görcsösen összeszorítja annyira, hogy a masseterek kőkemény csomók alakjában tapinthatók; karjai kifeszülnek, az ujjak hyperextensiós helyzetbe kerülnek, nyakizmai erősen összehúzódnak, feje félre csavarodik, stb. Ezen tonusos feszülések állandóan kaleidoskopszerüen változnak, egyik izomcsoportról a másikra terjednek, úgy az agonisták, mint az antagonisták maximálás feszültségi állapota által vannak feltételezve. Babinski nem észlelhető.

A további kórlefolyás hallucinatorikus és katatoniás izgalmi, valamint stuporos, negativisticus állapotok váltakozását mutatja. Több ízben volt még alkalmunk betegnél az izomzat tonusos innervatiójának legszélsőségesebb ingadozásait észlelni (katalepsia-teljes relaxatio), amelyek vagy diffuse az egész testben, vagy csak partialisan, egyes izomcsoportokra korlátozódva jelentek meg. Később a beteg izgalmi állapotai fokozatosan mind ritkábban fordultak elő, rövidebb ideig tartottak s intensitasuk csökkent, a közbeiktatott stuporos állapotok mindjobban előtérbe nyomultak s 1929. VIII. 9-én hozzátartozói relative nyugodt és csendes állapotban hazavitték.

2. *Gl. Klára.* 17 éves, izr. hajadon. Legidősebb fivére 10 év előtt klinikánkon állott kezelés alatt schizophrenia diagnosissal. Két hónap elteltével gyógyultan távozott, azóta egészséges, mint kereskedő munkakörét kifogástalanul ellátja. Egyéb családi terheltség a betegnél nem állapítható meg. A beteg születése, fejlődése rendes menetet mutat. Gyermekkori betegségei nem voltak. Négy elemit és két polgári iskolát végzett, közepes tanuló volt. Első menstruatio 13 éves korában, azóta mindig pontosan jelentkezik.

Mindig ideges, ingerlékeny természetü volt, másfél hét előtt tonsillektomia. Egy hét óta állandóan nyugtalan, félelmi érzések kínozzák. Éjszaka különösen izgatott, ágyából kiugrik, fel-alá szaladgál, a keze ügyébe eső tárgyakat összetöri. Halálsejtelmek gyötrik. Visioi vannak, amelyeknek a tárgyát azonban nem mondja el. Felvétele a klinikára 1929. január 3-án.

Status praesens: Közepesen fejlett, nagymértékben lesoványodott, astheniás typusú nőbeteg. Neurologiai és belgyógyászati lelete negativ. Vizelet és vérvizsgálat eredménye negativ.

A beteg viselkedését nagyfokú bizonytalanság és kötöttség jellemzi. Introvertált, autisticus, mindenkitől visszahuzódik, társaival nem érintkezik. Mozgásai, cselekedetei, valamint beszéde is megrekedéseket és megszakitásokat tüntetnek fel (logo-ergoschizis-. dialeipsis). A betegnél csaknem teljes mutacismus észlelhető, emiatt a részletes psychés status felvétele nem sikerül.

II. 10-től IV. 25-ig a beteg állandó stuporos, negativisticus, mozdulatlanul, merev arccal fekszik az ágyában, táplálkozási negativismusa miatt naponta kétszer szondán át mesterségesen etetjük, amely müvelettel szemben semmi ellenállást nem fejt ki. Erősen nyáladzik, az összegyült nyál a szája szélén kicsorog. Kissé csökkent izomtonus mellett a betegnél flexibilitas cerea észlelhető: a passive megadott testhelyzeteket hosszabb időn át megőrzi. Excretumait maga alá bocsájtja. A továbbiakra nézve álljanak itt a kórrajzbeli feljegyzések:

IV. 25. reggel felszólításra ágyából kiszállt, megmosakodott, székrényéből ruháit kikereste, felöltözködött, folyékony reggelijét elfogyasztotta. Mindezt azonban csak felszólításra teljesíti, parancs nélkül teljesen tanácstalan, önálló cselekvésre nem képes. A hozzá intézett szavakat érdeklődő arckifejezéssel hallgatja, de dacára annak, hogy egyebekben minden felszólításnak eleget tesz, nem szólal meg, noha láthatóan küzd a válaszadással, az igyekvést elárulják arcvonásai. IV. 28. Összes cselekvéseiből a *spontaneitás teljesen hiányzik*, azzel szemben *teljes parancsautomatismus* észlelhető. A felszólításoknak teljes mértékben eleget tesz, a mozgások, cselekvések kivitelében azonban esetlen, merev, lassú, gépszerü. Magától táplálkozik, azonban többször előfordul, hogy rágás közben, vagy pl. a táplálékot a szájához közelítve a cselekvés egy phasisában megreked, ezt hosszú időn át fixálja s a cselekvést csak újabb felszólításunkra fejezi be. Egyes megindított cselekvéseket magától nem hagy abba: midőn felszólítjuk, hogy sétáljon, szünet nélkül járkál a folyósón. Testtartása görnyedt, léptei merevek, rugalmasság nélküliek, járás közben a kisérő mozgások hiányoznak. Arca lárvaszerü, mozdulatlan; nyugodtan türi, hogy a nyál a szájából kicsorogjon. Beszélni nem tud, egy hangot sem tud kiejteni, azonban a feltett kérdésekre fejbólintással válaszol, de csak miután felszólítottuk, hogy a fejével intsen igent vagy nemet. Igy megtudjuk tőle, hogy a kérdéseket megérti, hogy akar beszélni, de nem tud, hogy mindenkit megismer a környezetében, stb. Papirt és ceruzát adunk a kezébe s felszólítjuk, hogy irásban válaszoljon a kérdéseinkre. Irás közben gyakoriak a megrekedések, ilyenkor újabb parancsra a cselekvés ismét megindul. Kérdéseinkre válaszolva leírja a nevét, születési adatait, testvérei nevét és életkorát, komplikáltabb feladat megoldására azonban nem képes. — V. 3. Minden látható ok nélkül rosszul lett, pár pillanatra elszédült, majd magához térve beszéde spontán megindult. Kérdéseinkre egy-egy szóval, láthatóan nehézséggel küzdve válaszol. — V. 5. Sokat jelenleg sem beszél a beteg, hangja halk, színtelen, de jól érthető. Viselkedésében bizonyos elfogódottság, félszegség, határozatlanság észlelhető. Kérdéseinkre elmondja, hogy betegsége alatt mindent látott és hallott, ami körülötte történt, minden szót megértett, „csak nem mindig hallgattam oda" — mondja. Bármennyire akart beszélni vagy megmozdulni, erre nem volt képes, e tekintetben azonban hallucinatiók hatása alatt nem állott. Tudta mindig, amikor az orvosi visit jött hozzá. Emlékszik arra, hogy a visitelő assistens a karját felemelte és ő nem volt képes letenni, a karja megmaradt a felvett helyzetben mindaddig, amíg az ápolónő nem tette le a takarójára. Tudta, hogy rendszeresen csövezték, emiatt nem haragudott, mert erre szüksége volt, hiszen enélkül éhenhalt volna. — Beszámol arról, hogy stuporos állapotában gyakran hallucinált. Pl. fejeket látott maga körül, többnyire ismerősökéit, atyjáét, testvéreiét. Visioi oly tiszták voltak, hogy arcvonásukat, sőt az arckifejezést is meg tudta különböztetni: „arcuk többnyire merev volt, de máskor nevettek rám" — mondja. Néha artikulálatlan, kutyaugatásra emlékeztető hangokat hallott. Több ízben érzett kellemes ibolyaillatot.

Betegnél részletes intelligentiavizsgálatokat végzünk: ismeretköre iskolai végzettségének megfelelő; közmondásokat, symbolikus mondásokat helyesen értelmez.

V. 22. Remissiója óta állandó súlyemelkedés (2.60 kg). Vidám, euphoriás, teljesen gyógyultnak érzi magát, panaszmentes. Beszéde és motilitása semmi gátlást nem mutat, mimikája normalis. Énzékcsalódások, téves eszmék jelen állapotában a leggondosabb utánkérdezéssel sem mutathatók ki. Hozzátartozói hazaviszik.

Az első esetnél tehát paranoidos-hallucinatorikus schizophreniához annak már előrehaladott stadiumában sajátságos *katatoniás rohamok* társultak, amelyek min-

díg ugyanazon alakban jelentek meg. A roham lefolyására jellemző volt az izomtonus fokozódása, a sajátságos testtartás, a diffuse, az egész testben fellépő szabályos, nagyhullámú remegés és a kóros reflexek hiánya. Öntudatlanság sohasem fordult elő. Ugyanezen betegünknél az utolsó rohamtól számított 8-ik napon súlyos katatoniás izgalmi állapot jelentkezik, amely rövid ideig tartó bevezető psychomotoros szakasz után tisztán motoros tünetekben nyilvánul: így észlelünk izomcsoportok szerint elrendeződő tremorokat, maximalis izomfeszüléseket és relaxatiókat. Ezen tünetek már a megjelenési formájukban is magukon viselik az organikusan feltételezettség jellegét, hiszen pl. a katalepsiás feszültség hullámzó megjelenése és megszünése, ráterjedése az egyik izomcsoportról a másikra, az ezáltal létrejött mozgások és testhelyzetek teljesen céltalan, gyakran nem is cselekvésszerű volta, valamint az extrapyramidalis tremort tökéletesen utánzó remegésnek az egyes végtagok közti válogatása még az itt elsősorban szóbajöhető centrumnak, a striatumnak a somatotopiás tagozódására is engednek következtetni. Rendkívül jellemző volt ezen mozgások észlelete scopolamin hatása alatt, amidőn a bizonyos mértékig mégis cselekvésszerű mozgások teljes kimaradása után a betegen még hosszú ideig jelentkeztek tremorok és tonusos zavarok nagy változatossággal ugrálva egyik izomcsoportról a másikra és csak a teljes bódulat beálltával szüntek meg.

Megemlítendőnek tartjuk, hogy ezen motoros zavarok fellépte arra az időre esik, amidőn a betegnél mind gyakoribbakká váltak a stuporos, mutacisticus állapotok, amidőn a beteg lelki életének mind kevesebb és kevesebb tanújelét adta s az elsivárosodás folytán a psychés izgalmi állapotok mindjobban háttérbe szorultak. A további észlelés folyamán a betegnél hasonló partialis katatoniás jelenségek mellett néha teljes katalepsiás feszültséget és relaxatiót is észleltünk.

A katatoniás roham kérdése már régóta foglalkoztatja a psychiátereket. Már *Kahlbaum* leírja, hogy a katatoniánál időnként a görcs általános charakterével biró tünetek jelentkeznek, amelyeket ő organikus eredetűeknek tart. *Wernicke, Kleist* és *Bleuler* is részletesen foglalkoznak a katatoniás rohammal, amelyet organikusan feltételezettnek tartanak, utóbbi kiemeli, hogy ezen rohamok a psychotikus folyamattól függetlenek és „auf Hirnstörungen beruhen, also zu den körperlichen Erscheinungen im engeren Sinne gehören." (Über Schizophrenie. 1911).

Rosenthal a katatoniás roham egy rendkívül érdekes esetét közli (Über Anfälle bei dementia präcox. 5. sz. eset), ahol egy 28 éves nőbetege katatoniás rohama kapcsán a negativisticus izomfeszüléseknek teljes rigiditásba való folyamatos átmenetét észlelte s arra a következtetésre jut, hogy a rigiditást a negativisticus izomfeszüléstől katatoniánál nem lehet élesen elválasztani. Véleménye szerint ezen zavarok localisatiójánál elsősorban az agyalapi ducok laesiója jön tekintetbe.

Mielőtt az első esetünkből levonható következtetéseket összegeznénk, röviden foglalkozzunk még a második betegünkkel: itt rövid bevezető szak után (psychés izgalmi tünetek, mozgásszegénység) egy csaknem három hónapig tartó typusos katatoniás, negativisticus állapot fejlődik ki flexibilitas cereával, tonusfokozódás nélkül. Az esetet érdekessé teszi a remissio bekövetkezésének sajátságos, szakaszos menete. Az „Antrieb" és az innervatio teljes csődjéből egyik reggel a beteg a postencephalitises antriebhiánnyal tökéletesen megegyező állapotban ébred, ami mellett még mint partialis innervatiós zavar teljes beszédképtelenség észlelhető néhány napon keresztül. Ez utóbbi teljesen megfelel az először *Schilder* és *Gerstmann*, majd *Vujic* és általunk is postencephalitiseseknél ismertetett, az időszakos mozgási képtelenség (Bewegungslücke) csoportjába tartozó beszédszünetek (Redelücke). Feltünő továbbá a *spontaneitas hiánya* és a *teljes parancsautomatismus:* minden cselekvést csupán felszólításra tud elvégezni a beteg, akitivitás, kezdeményezés teljesen hiányzik. Ez annál is figyelemre méltóbb, mert úgy *Hauptmann*, mint *Steiner* egyes postencephalitises betegeknél hasonló jelenségeket észlelt.

De a beteg állapotképe egyébként is minden tekintetben szinte hű photographiája a postencephalitises parkinnosizmusnak: a mozgások kivitele esetlen, lassú, gépszerű. Az ételt a szájához közelítve, vagy rágás közben a beteg a cselekvés egyes phasisaiban megreked s a megkezdett műveletet csak újabb felszólításunkra fejezi be. Ugyanilyen megrekedések észlelhetők írásközben is. Testtartása görnyedt, léptei gépszerűek, merevek, járásnál a kisérő mozgások teljesen hiányoznak. Arca lárvaszerű, mozdulatlan, nyála a szájából kicsorog. Emellett, kötöttségétől eltekintve a beteg psychésen teljesen intakt, képes önmagát megfigyelni s kérdéseinkre, bár egyelőre csak irásban, adaequat válaszokat ad. Természetesen ez az irás útján való érintkezés megrekedései miatt szintén nehézségekbe ütközik.

Nyolc nap mulva a betegnél néhány másodpercig tartó öntudatzavar után a beszéd spontán megindul. Antrieb-hiánya fokozatosan fejlődik vissza: beszéde eleinte még halk, színtelen, viselkedése elfogódott, félszeg, határozatlan, később azonban mindezen jelenségek fokról-fokra elhomályosulnak, a beteg határozottá, biztossá válik.

Mindkét esetünk érdekességét tehát a katatoniás tünetek adják meg, amelyek részben typusos, részben atypiás, részben totalis, részben partialis formában jelentkeztek. Minthogy a katatoniás mozgási zavarok általában psychoticus tünetek, mint hallicinatiók, téves eszmék, desorientatio és associatiós zavarok mellett szoktak megjelenni, rendkívül fontosnak tartjuk azon, bár ritkábban előforduló esetek észlelését, ahol a zavar vagy bizonyos pontosan körülhatárolt, szabályszerűen ismétlődő formában (rohamok), vagy pedig a lehetőség szerint isoláltan jelentkezik, ahol tehát a zavar lényege jobban előbomborodik s ennélfogva sokkal mélyebb bepillantást enged az egyes tünetek keletkezésének mechanismusába. Ezen követelményeknek eseteink meglehetős mértékben megfelelnek: az első esetnél ugyanis a leírt jelenségek részben rohamok voltak, amelyeket állandóan ugyanazon lefolyás jellemzett, részben a beteg stuporos állapotát ideiglenesen megszakító kataton izgalmak; második esetünknél pedig a katatoniás kép teljesen előtérben állott, lényegesebb psychés zavarok nem voltak, hiszen láttuk, hogy a beteg látszólag stupora tetőfokán is orientált volt, az ingereket felfogta s ezen idő alatt történtekre utólag egész jól visszaemlékezett.

Hogy a katatonia nem psychésen feltételezett, hanem primär, organikus laesio által kiváltott tünetcsoport, ebben ma már nem kételkedhetünk. Természetesen a katatoniás mozgási zavaroktól szigorúan külön kell itt választanunk a szűkebb értelemben vett psychomotoros mozgási zavarokat, vagyis azokat, amelyek a beteg positiv vagy negativ hangulatváltozásait kísérik vagy pedig érzékcsalódások, téves eszmék által váltatnak ki s amelyek mindig tisztán cselekvésszerűek. *A valódi katatoniás zavarok kriteriuma épen ezek elsődleges, a psychés zavaroktól független volta,* sőt gyakran ők képezhetik a kiindulási pontját bizonyos másodlagos, magyarázó tendentiáju téveseszméknek vagy téveseszmetöredékeknek. Meg kell itt említenünk, hogy gyakran a katatoniás mozgási zavarok tisztán organikus megjelenési képe elhomályosul, ugyanis ha a normális akaratlagos mozgató pálya nincs teljesen

kiiktatva, pl. a partialis kataton jelenségeknél, a beteg az akaratlagos mozgás egyidejű bekapcsolása által az egyes katatoniás mozgásjelenségeket átalakíthatja, bizonyos mértékig valamely cselekvés formájába öltöztetheti, mint ahogyan ez pl. az enyhébb chorea minor esetekben is megfigyelhető, illetőleg a katatoniás úton létrejött, a szándékolt akaratlagos mozgásnak megfelelő innervatios helyzetet az illető mozgás megvalósítására felhasználhatja. Természetesen az ilyenkor létrejövő mozgás ataxiás, valamint ugyancsak ataxiásak a katatoniás végtaggal felszólításra végzett aktiv mozgások.

Visszatérve eseteinkhez, betegeinknél különböző időszakokban a következő katatoniás tüneteket észleltük:

I. beteg: 1. katatoniás roham;
2. katatoniás hyperkinesis;
3. katalepsia;
4. teljes relaxatio.

II. beteg: 1. hypertonia nélküli flexibilitas cereát mutató katatoniás stupor
2. antriebhiány;
3. időszakos beszédképtelenség.

A két beteg tulajdonképen kétféle katatoniás typust állít elénk, amennyiben az elsőnél innervatios, a másodiknál antriebzavarok állanak előtérben. Igy a Cs. Margitnál észlelt rohamok, valamint az időközönként megjelenő katalepsiás feszültségi és relaxatiós állapotok kétségkívül tisztán a tonusos és statikai innervatio zavaraiként foghatók fel. Még leginkább az 1929. III. 25-én lejátszódó katatoniás izgalmi állapot innervatios, a megfelelő motoros középpontok izgalma által kiváltott voltában kételkedhetnek, azonban itt is eldönti a kérdést az adott scopolamin injectio, amely a kísérő psychés izgalmat csakhamar megszüntetvén az innervatios zavarok ezután még izoláltan húzamosabb időn át észlelhetők voltak. G. Klára esetünknél ezzel szemben az antriebzavarok domináltak, bár egyidejűleg innervatios rendellenességek is komplikálták a képet. Igy a hónapokon át fennálló katatoniás-negativistikus, flexibilitas cereát mutató állapot kétségkívül úgy a statikai innervatio, mint az antriebkör súlyos zavarait tünteti fel. Ezen állításunkat az is bizonyítja, hogy a remissio kezdetén az előbbiből izoláltan mutacismus, illetve időszakos beszédképtelenség, az utóbbiból pedig a postencephalitises állapotokból jól ismert antriebhiány maradt vissza.

Jelenleg nincs szándékunkban, hogy az összes ismert katatoniás tünetekkel részletesen foglalkozva azokat a fentiek értelmében csoportosítsuk, erre nagyobb anyagra támaszkodva más alkalommal szándékozunk visszatérni, itt csak azt akarjuk még felemlíteni, hogy az ú. n. hypermetamorphotikus állapot, valamint a juvenilis postencephalitisesek éjszakai nyugtalansága,mint az antriebhiánynyal ellentétes állapotok az antriebcentrum izgalmi tüneteként foghatók fel.

A postencephalitises antriebzavarokkal foglalkozván *Hauptmann* csoportosításából kiindulva úgy találtuk, hogy a „Starre"* mint tiszta antriebzavar és a rigor, mint tiszta innervatios zavar két különálló, localisatoricusan is elkülönítendő syndroma. Klinikailag a Starre-re különösen jellemző, a spontaneitás teljes hiánya mellett a külső ingerek által való izgathatóság relativ emelkedése, amely tünet az Antrieb teljes kimaradása esetében teljes parancs-automatismus formájában jelentkezik. Az encephalitises és katatoniás mozgási zavarok közt vonható analogia itt rendkívül szembetünő.

* Starre rigiditás nélkül fennálló mozgáslassúság és mimikaszegénység. A magyar merevség szó használata félreértéshez vezethetne.

Véleményünk szerint az összes katatoniás mozgási zavarok a fentebb már említett szűkebb értelemben vett psychomotoros zavarok különválasztása után eredetük szerint ugyancsak két csoportba sorozandók, és pedig:

1. antriebzavarok,
2. innervatios-zavarok,

amelyek azonban csak ritkán fordulnak elő izoláltan, tisztán, rendszerint egymással kombinálódnak. A két csoport közti különbség anatomiailag feltételezett.A két külön álló centrum laesiója által előidézett működészavar — a laesio kiterjedésétől függően — lehet partialis vagy totalis, megjelenhet továbbá bénulás, működéscsökkenés vagy izgalom formájában. Az egyes tünetek között ily módon éles határvonal nem vonható, ugyanis a bénulástól az izgalomig, vagyis klinikailag az Antrieb teljes szüneteléséttől az antriebhiányon keresztül a hypermetamorphotikus állapotig, ill. a teljes relaxatiótól a katalepsiáig fokozatos az átmenet. Ha az innervatiós centrum izgalma vagy bénulása hirtelen lép fel és szünik meg, ez klinikailag kataton roham képében jelentkezik. Az időszakos mozgási képtelenség különböző alakjai, valamint az izoláltan egyes izomcsoportokra vonatkozó feszülések az innervatio partialis zavarainak két végleteként foghatók fel.

Természetesen a laesio intensitásával, reversibilis vagy irreversibilis voltával a tünetkép szoros összefüggésben áll s úgy ez a körülmény, mint a katatoniás jelenségek mellett legtöbbször parallel jelenlevő súlyos psychosis a katatoniás és a postencephalitises zavarok közti rokonságot gyakran elhomályosítja, mindamellett lehetetlen egyes tünetek nagyfokú hasonlóságát, néha azonosságát fel nem ismerni. Igy pl. II. betegünknél a remissio kezdetén mutatkozó mutacismus teljesen azonosnak látszik a postencephalitises időszakos beszédképtelenséggel, továbbá a huzamosabb időn át fennálló, teljes parancsautomatismustól kísért antriebhiány is minden tekintetben megfelel a parkinson-betegeknél észlelt hasonló állapotnak.

Röviden ki kell még térnem a localisatio kérdésére. Véleményünk szerint a schizophrenia nem önálló betegegység, hanem egy betegségcsoport, amelynek egyes tagjai úgy aetiologiailag, mint tünettanilag és prognosticailag lényegesen különböznek egymástól. De még ennek az előrebocsájtása mellett is külön ki kell emelni a katatoniás tünetcsoportot, amely a schizoprenián kívül valószínűleg mint önálló kórkép is előfordulhat, továbbá más psychosisokhoz is csatlakozhatik s amelyet a legkülönbözőbb ártalmak kiválthatnak. Ugy látszik, hogy a katatoniás tünetcsoportot valamely olyan centrum laesiója okozza, amely főként exogen noxákkal szemben nagy affinitással bír. Semmi esetre sem tartjuk a katatoniás zavarokat az agykéregben schizophreniánál található laminaris kiesések által feltételezettnek. Véleményünk szerint a katatoniás antriebzavarok verosim. a thalamus, a katatoniás innervatiós zavarok pedig a strio-pallidaris systema megbetegedésére utalnak, amely utóbbinál az egyszerűbb bénulási és izgalmi tünetek mellett még a striatum és a pallidum dyssociált működése is figyelembe veendő a tünetek megmagyarázásánál.

A schizophrenia kapcsán jelentkező katatoniás tünetek eredetére már most kétféle lehetőség van:

1. lehetséges, hogy a laminaris kéregkieséseket okozó noxa esetenként a katatoniás centrumokat is megtámadja, amely esetben lényeges szerepet játszhatik a *Lange* által felvett bizonyos agyi centrumokra vonatkozó fejlődésbeli gyengeség is;

de 2. elképzelhető az is, hogy *Berze, Reichahrdt, Kleist* és *Küppers* véleménye értelmében a subcorticalis ganglionok megbetegedése az elsőleges, ami klinikailag az Antrieb, az affektus és az akarat zavaraiban nyilvánul

meg. Ezen utóbbi esetben a kétségkívül jellemző laminaris kéregkieséseket esetleg a subcortexből a kéreg számára érkező trophiás ingerek zavara okozná. Minthogy az agykéreg a központi idegrendszernek phylogenetikailag a legfiatalabb s egyúttal a legfinomabban differenciált szerve, felvehető, hogy a törzsducok tartósabb vagy gyakrabban megismétlődő reversibilis változásai a kéregben már irreversibilis elváltozásokat eredményezhetnek. Ezen kérdéscomplexum mindenesetre a psychiatria legérdekesebb kérdéseit öleli fel, amelyeknek a megválaszolása azonban a további kutatások feladata.

Irodalom: *Angyal L.:* Z. Neur. 122. (1921.) — *Bonhoeffer K.:* Dtsch. med. Wochenschr. 49. évf. 44. sz. — *Bostroem A.:* Arch. f. Psychiatr. 71. (1924). — *Bürger H.* u. *W. Mayer—Gross:* Z. Neur. 106. 1926.) — *Ewald G.:* Monatschr. f. Psych. u. Neurol. LV. (192.) — *Fränkel Fr.:* Z. Neur. 70. (1921.) — *Fünfgeld E.:* Z. Neur. 95. (1925). — *Gerstmann J.* u. *Schilder P.:* Z. Neur. 85. (1923). — *Gurevic M.:* Z. Neur. 92. (1924). — *Hauptmann:* Arch. f. Psychitr. 66. (1922). — *Homburger A.:* Z. Neur. 78. (1922). — *Jakob A.:* Z. Neur. 66. (1921). — *Josephy H.:* Z. Neur. 86. (1923.) — *Kant Fr.:* Arch. f. Psychiatr. 78. (1926). — *Kleist K.:* Monatschr. f. Psych. u. Neurol. LII. 1922. — *Küppers E.:* Z. Neurol. 78. (1922.) — *Lange J.:* Monatschr. f. Psych. u. Neurol. LIX. (1925.) — *Marcuse H.:* Z. Neur. 95. (1925.) — *Miskolczy D.:* Magyar Orvosi Archivum. 1929. 3. f. — *Ossipow W. P.:* Z. Neur. 112. (1928). — *Rosenthal St.:* Z. Neur. 59. (1920). — *Schneider C.:* Monatschr. f. Psych. u. Neur. LVIII. (1925.) — *Schuster Gy.:* Moravcsik Emlékkönyv. (Budapest, 1926). — *Sommer R.:* Z. Neur. 78. (1922). — *Steiner:* Z. Neur. 78. (1922.) — *Stertz G.:* Monatschr. f. Psych. u. Neurol. LIX. (1925.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem urologiai klinikájának közleménye. (Igazgató: Illyés Géza dr., egyet. ny. r. tanár.)

A residuum nélküli prostatások veseelégtelensége.

Irta: *Katz Traian* dr., Bukarest.

A jelenlegi felfogás szerint a prostatahypertrophiások retentiója mechanikus, illetve dynamikus okokra vezethető vissza. A hólyag, a dysuria és a növekvő akadály ellen izomzatának túltengésével küzd. A hólyag izomzatának hypertrophiája a betegség második szakában éri el tetőpontját; működése később elégtelen lesz, tonusa csökken. A hólyag nem képes többé egész tartalmát kiüríteni, residualis vizelet marad vissza. *O. Schwarz* ezen maradékvizelet fennállását mintegy kompenzáló szükségességnek tartja, miáltal a hólyag még ki tud ürülni. Szerinte szüksége van az insufficiens izomnak arra, hogy a hólyag bizonyos mennyiségű vizeletet kezdő töltés gyanánt tartalmazzon s így ezen residualis vizelet által feladatát teljesíteni képes. A chronikus complet vagy incomplet retentiónak, akár distensio nélküli az, akár distensióval jár, nagy befolyása van a vesék működésére, amennyiben a nagyobb intravesicalis nyomás, a magasabb húgyutakra is áttevődik s abban pangást s a veseszövet nyomásával, annak laesióját okozza. De mielőtt még a vesék ezen direkt nyomás következtében elváltozást szenvednének, működésük reflektorikus úton is megváltozik. *Phlaumer-, Seres-, Pico-, Boeminghaus,* — akik a vesico-renális reflex keletkezésére vonatkozólag kísérleteket végeztek —, észlelték, hogy telt hólyag mellett a vizelet kiválasztás csökken. *Seifert* szerint is, prostatásoknál maradék-vizelet mellett a vérben szilárd alkatrészek halmozódnak fel; a természet ilyenkor polyuriával igyekszik ezen káros alkatrészektől a szervezetet megszabadítani. *Vickers* és *Marschall* állatkísérletei igazolják, hogy vizelet alkatrészek a hólyagnyálhártya útján is felszívódhatnak, amit a prostata hypertrophiások nyálkahártyájának hurutos és kongestiv állapota jelentékenyen elősegít. A hólyagizomzat túltengése az ureterek intramuralis részét összenyomja és ezáltal vizeletlefolyást akadályozza. A lig. interuretericum is tulteng, az ureter intramurális része idővel kitágul, elasztikus szövetét részben kötőszövet helyettesíti, ezáltal a felső húgyutakban a nyomás fokozódik. Az akadályt először a vesemedence érzi meg és neuromuscularis rendszerével küzd a fokozódó nyomás ellen. Később a tultengő ureterben, a hypertrophiát atonia követi; az atoniás húgyvezér kitágul, megnyulik, kanyargós lesz.

Mindezen elváltozások fokozzák a vesemedencebeli nyomást, melynek következtében nem nagyon előrehaladott prostatás eseteknél a veseszövet szövettani vizsgálata a következő elváltozásokat mutatja: általában a gyűjtőcsatornácskák tágultak, a kanyarulatos csatornácskák összenyomottak s lumenük gyakran teljes mértékben hiányozhat is. Az összenyomott csatornácskákat felszaporodott kötőszövet veszi körül. A vizelet-retentio hosszasabb tartalma folyamán a laesiók fokozódnak — s ha fertőzés is társul a folyamathoz, a vese kóros elváltozásai is progrediálnak s az ismert gyulladásos jellegzetességekkel szövődnek.

A leírt szövettani képben két tünet említésre méltó: a veseparenchymában a sejtszövet-pusztulás nem egyöntetűen történik, hanem egymás mellett találhatók meg teljesen egészséges és kórosan elváltozott területek, — másrészt a hajszálerek nincsenek összeesve, hanem vérrel teltek. Ez a megfigyelés arra mutat, hogy a vesemedencebeli nyomás fokozatosan kisebbedik a vese szövetében és hogy ez a nyomás nincs nagy hatással a vesebeli vérkeringésre.

Ezek után hogyan magyarázzuk meg a vesemedencebeli nyomás hatását a veseparenchymára?

Erich Fabian, Ponfick, Kitany, Kornitzer, újabban *Hinmann* és *Morrisson* arra a megfigyelésre jutottak, hogy a vesemedencebeli nyomás a hylus nagy ereit összenyomja s lefutásuk irányát is megváltoztatja. A nagy venák megvékonyodtak, lumenük erősen megszükül, aminek következtében a vesében nagy vérbőség és venosus pangás keletkezik, amely az ütőereket is összenyomja. Ez a capillaris rendszerben fellépő fokozott stasis megnehezíti a veseparenchymasejtek táplálását, zavarja működésüket és a sejtek kisebb-nagyobb mérvű pusztulását okozza, amely arányos az idővel, a nyomással és a fertőzéssel. A folyamat kötőszövetszaporodással jár, ami a veseparanchymasejteknek a hajszálerek útján történő táplálását is megnehezíti. A veseparenchyma részleges pusztulása és a kötőszövetszaporodás tehát *neurovascularis elváltozások* következményei, amelyek a leírt venás hyperaemia s a vizelet-retentio által előidézett fokozott nyomás következtében jöttek létre.

Ez a magyarázata annak, hogy némely esetben az insufficiens vese, gyors és elég kielégítő javulást mutat cystostomia után. A műtéttel megszüntetett retentio folytán az inactiv vesehámsejtek, melyek a hiányos vérkeringés következtében működésképtelenek lettek, visszanyerik kiválasztóképességüket, a megjavult intrarenalis keringés folytán. Végeredményben a prostata-hypertropia alkotta akadály hólyagizomzat túltengést és a magasabb húgyutakban fokozott nyomást idéz elő. Ez a vizeletképződést részint közvetlenül, másrészt közvetve, neurovascularis zavarok útján befolyásolja s a vesék elégtelenségéhez vezet. A vese-összműködés nem felel meg többé a szervezet követelményeinek, a vizelet kiválasztásban megnyilvánuló lassú, de egyre fokozódó zavar következtében.

Ez volna a veseinsuffitientia mechanizmusa oly prostatásoknál, akiknél *reziduális vizelet* jelen van. Hogy magyarázzuk azonban a vese-insuffitientiát olyan prostatá-

soknál, kiknél reziduális vizelet egyáltalán nincs vagy csak minimális mértékű?

Az ilyen esetek nagyon ritkák. Egy nemrég az urologiai klinikán előfordult ilyen eset hívta fel *Illyés* prof. úr figyelmét erre az érdekes problémára, mely ennek, valamint két, az ő privátpraxisában előfordult esetnek kapcsán, a szóbanforgó kérdés tanulmányozására késztetett.

Röviden ismertetem a klinikai eset kórtörténetét és megpróbálom a szóbanforgó vese-elégtelenség magyarázatát adni.

D. L. 64 éves férfibeteg. 20 éves korában kankó. 24 éves korában primaer affectio, Wassermann reactio többször negativ. 1926-ban éjtszakai fájdalmas vizelési ingerek. 1930-ban vizelete hirtelen elakadt és csak csapolásra indult meg. Két hét mulva a komplett retentio megismétlődött. Orvosa ismét csapolta és prostatamassageokat alkalmazott. A vizelési inger és a fájdalom csökken. Ugyanezen év szeptemberében, az eddig tiszta vizelet zavarossá vált. 1930. november hó 4-én hólyagpanaszokkal keresi fel az urologiai klinikát. *St. pr.:* közepesen fejlett és táplált férfibeteg. Ép mellkasi hasi szervek. Vérnyomás: 150—100 RR. Vesetájak szabadok. Hólyagtáj nem érzékeny. *Vizelet:* zavaros; v. h.: savi, fs.: 1012, fehérje nyomokban. cukor negativ, genny positiv. Górcső alatt leucocyták, 5—6 hámsejt, bacteriumok.

Cystoscopia: Cap. norm., residum 40 gr., trabecularis hólyag, normális elődomborodású prostata. Ép ureterszájadékok.

P. r: nagy, széles prostata.

Vesefunctiós vizsgálatok: XI. 6. Higitás-koncent.: 1001-től 1009-ig. *Chromoskopia* (20 ccm. indigokarmin i. m.): 30 perc mulva halványzöld. Vér δ: 0.60 R. N.: 34.06%. Xanthoprotein: 35.

17 napig marad a klinikán, hol hólyagkezelésben és N.-szegény diaetában részesül. Residuum 5—10 grammra csökken, hólyagpanaszai javultak, de veseelégtelensége miatt radikalis mütétre nem való. A megfelelő diaetát folytatva decemberben ismét a klinikán jelentkezik, hol intravenás pyelographiát végeztünk. *I. kép (30 perc mulva):* jobboldalt a vesemedence és kelyhek tágultak, az ureter alsó harmada szintén tágult. *II. kép (egy óra múlva):* ugyanaz. *III. kép (hét óra mulva):* a vesemedence szabad. Baloldalt a kép ugyanaz, vesemedence tágult. *XII. 2-án* vér δ = 0.59. RN. = 24.61%. Xanthroprotein: = 24. Higitás-concentr. = 1001—1009.

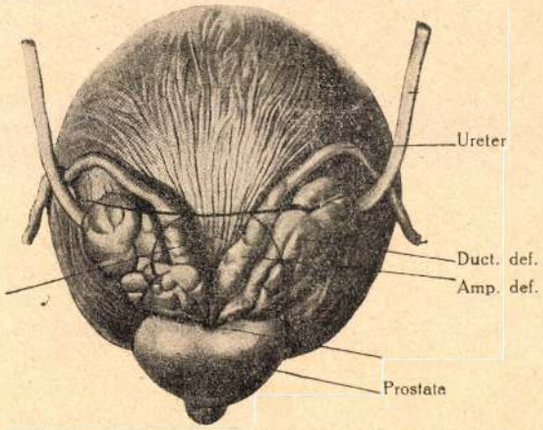
Chromoskopia: 15 perc mulva zöld, 20 perc mulva világoskék, 25 perc mulva kék, 30 perc mulva kék, de nem lesz intensiv.

1930. XII. 12-én mütét (Prof. *Illyés):* Magas hólyagmetszés. Nagy, széles prostata. Könnyü kihámozás, kevés vérzés, tomponálás, drainezés. 7 nap mulva felkel, január 5-én gyógyultan elhagyja a klinikát.

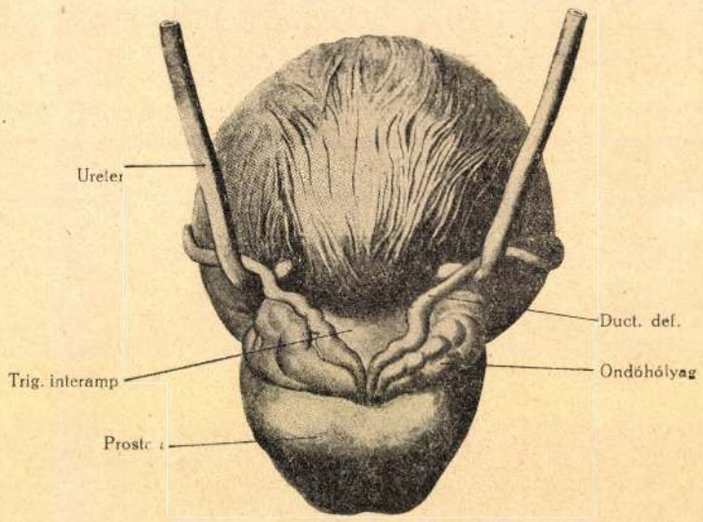
Az 5 hónap mulva elvégzett kontrollvizsgálatkor, a beteg jól táplált, súlyban gyarapodott, residualis vizelete nincs. A megismételt i. v. pyelographia: a vesemedencét és kelyheket még tágultnak mutatja, de az ureter alsó szakaszának tágulása visszafejlődött. Betegünknél tehát veseelégtelenség volt észlelhető anélkül, hogy residuuma jelentékeny lett volna, holott előbbit hosszasan fennálló komplett vagy inkomplett retentiónál szoktuk látni. Betegünk 4 éven át maradt a betegség első stadiumában, ki két ízben megismétlődő, acut retentio után fellépett hólyagpanaszai miatt jött a klinikára. Esetünkben tehát a rövid ideig tartó acut retentiót nem tekinthetjük a veseinsuffitientia okául, annál kevésbbé, mert a beteg egész idő alatt hólyagját jól ki tudta üríteni, residuuma mindössze 10—40 gr. volt. Chronicus ascendáló pyelitis tüneteit sem észleltük.

Hogy magyarázzuk tehát a veseelégtelenségét? A hypertrophizált prostata, elhelyezéséhez és nagyságához mérten megváltoztatja a hátsó húgycső topographiáját, különösen hátsó falát oly módon, hogy az ondóvezetékek, melyek normalis körülmények között az urethrában hegyesszögben nyilnak, jelen esetben derékszöget képeznek, azáltal, hogy ondóvezetékek az adenoma által a prostatatokban és a prostatán kívül is normalis helyzetüktől laterálfelé tolatnak el. A hólyag és prostata közt növekvő adenoma caudálfelé is nyomja a vas deferens prostatán kivüli részeit. Ennek következtében az uretereknek a ductus deferensekkel való kereszteződése közötti távolság megnövekszik. A vas deferens ezáltal megfeszül és megnyulása folytán az uretereknek összenyomatását és szögletbetörését idézi elő. *Az ureternek ez az enyhe kompressziója oka a vizelet lefolyásbeli akadályának,* mely az ureterben tágulást és a felső húgyutakban nyomásfokozódást okoz. A veseelégtelenséget tehát a leírt mechanismussal magyarázatjuk.

Az itt felsorolt észleletek két csoportba oszthatók, anatomiaira és klinikaira.



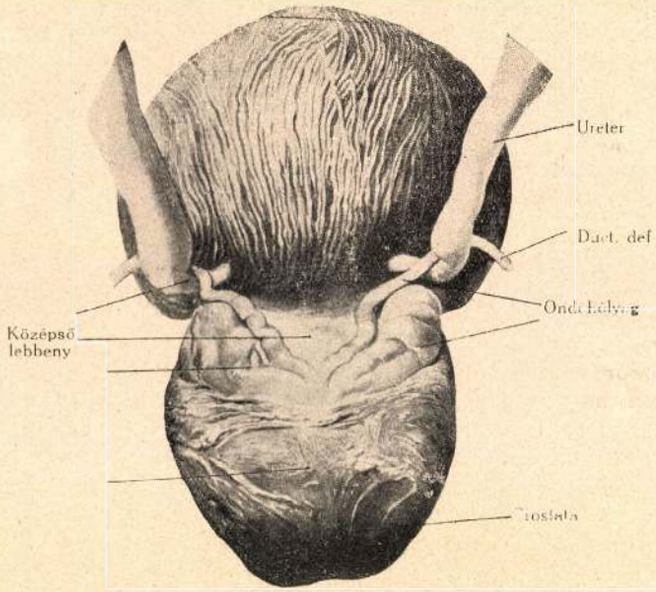
1. ábra. A hólyag hátsó falán elhelyezkedő képletek topographiai képe.



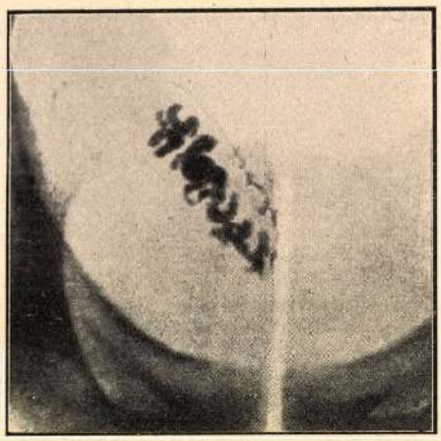
2. ábra. Ondóhólyag, vas deferens és ureterek elhelyezkedése prostatahypertrophia esetén.

Anatómiaiak: Az 1. számú ábrán a vas deferensekkel, az ondóhólyagok felett kereszteződő uretereket látjuk. A kereszteződés után az ureterek, a vas deferensekkel hátrafelé és lefelé nyitott szöget képeznek. Ebben a szögben található az ondóhólyag hátsó része. A 2. ábrán látható, hogy a hypertrophizált prostata közbeékelődése által, a vas deferensek egymástól a szélek felé széttolatnak, — ami az ureterek kompresszióját és szögletbetörését eredményezi. (*Tandler* és *Zuckerkendl* művében „Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie" a 74. old. egy ilyen eset anatomiai praeparátumát láthatjuk, melyet *Zuckerkandl* 1910-ben közölt.) — Ezen esetnek a mi 3. számú ábránk felel meg. Az ő esetében majdnem teljesen obliterált uretereket talált, melyeket a vas deferensek

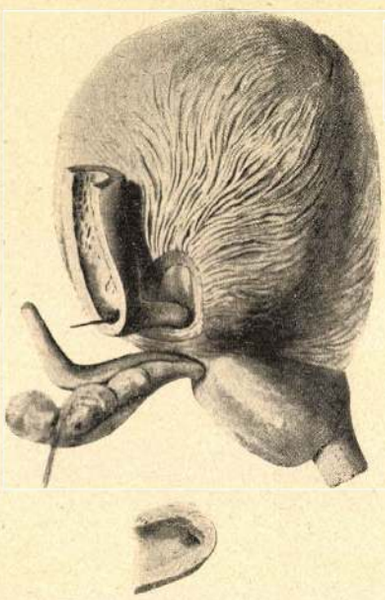
komprimáltak. A 3-ik ábrán az ureterek tágulása a hólyagfaltól 1—1½ cm. távolságra kezdődik. Nagy vizeletretentióval kapcsolatos prostatahypertrophia esetében a tágulás rendszerint közvetlenül a hólyagfalnál veszi kezdetét (4. sz. ábra.) Az 5. és 6. számú ábrákon az ondóhólyag és a vas deferens normalis röntgenképe látható. — A 7. számú ábra, a vas deferenseknek és ondóhólyagoknak, prostatásnál való lateralis és hátrafelé való széttolódását mutatja. Említésre méltó — mint ahogy azt a 7. sz. ábra mutatja, — hogy nem-prostatásoknál a vas deferens és az ondóhólyag közötti tér alsó harmada felfelé és kifelé nyiló szöget képez, mely mindenkor szabad, ezzel szemben a prostatahypertrophiában szenvedő betegeknél, kiknél a középső lebeny erősen fejlett, ez a szabad szöglet nem látható, hanem a vas deferens és az ondóhólyag alsó harmada összetapadtnak tünik fel.



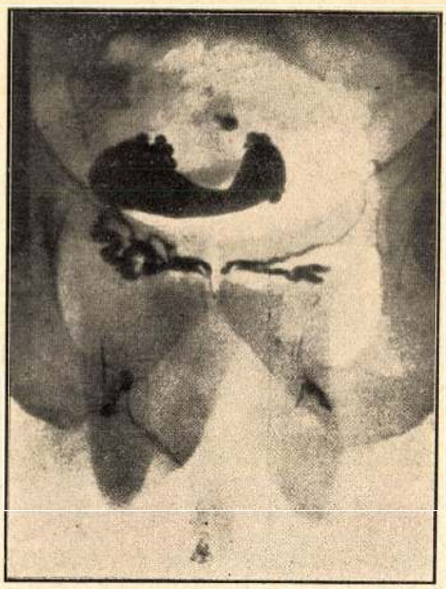
3. ábra. Az ureterek megtöretése az ondóvezetékeken.



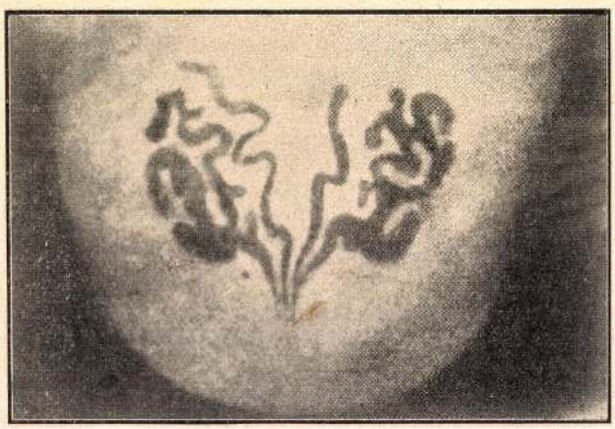
6. ábra. A normális ondóhólyag és vas deferens röntgenképe.



4. ábra. Kitágult extravesicalis ureternek a szük intramurális ureterbe való átmenete vizeletretentios prostatásnál.



7. ábra. Az ondóhólyagok röntgenképe prostatahypertrophiánál.



5. ábra. Normális ondóhólyag röntgenképe.

II. *Klinikaiak:*

1. Az uroselectannal végzett intravenás pyelographia, műtét előtt, a vesemedence és a vesekelyhek, továbbá az ureterek tágulását mutatja — azonban feltünő, hogy a jobb ureter erős tágulásával ellentétben a bal szinte teljesen normalis. Az ureter egyenlőtlen tágulása a nyomásnak az egyik oldalon való erősebb voltát látszik bizonyítani. Ez prostatásoknál igen ritkán fordul elő, ha a tágulást, telt hólyag okozza, mert hiszen ebben az esetben a telt hólyag okozta nyomásnak egyenletesnek kellene lennie.

2. A veseműködés javulása a műtét után a következőkben észlelhető:

Műtét előtt	Műtét után ($^1/_2$ évvel)
Higitás-concentr. vizsg.: 1009-től 1001-ig	1018-tól 1001-ig
Chromoskopia:	
10 perc után negativ	zöld
20 perc után világoskék	kék
25 perc után kék	sötétkék
30 perc után kék	sötétkék
Vér δ = 0,59 és RN. = 24,61%.	mint műtét előtt.

A vese koncentratiós képességének és az indigo-karmin kiválasztásának fenti javulása azt mutatják, hogy lefolyási akadály nem forogván többé fenn, a vizelet simábban távozik és a vesék aktivitásukat és kiválasztási képességüket visszanyerték.

3. Az utóbbi 10 év alatt az urologiai klinika beteganyagának ezerötszáz esete közt 30 olyan residuum nélküli vagy csekély residuummal észlelt prostatás beteget találtam, ahol a vesefunctiós vizsgálat ép veséket mutatott. Ez hasonló a *Léon Thevenot* és *P. Verriére* „Uraemia húgycsőstricturák esetében" kérdésről nemrég megjelent tanulmányában foglalt statisztikák eredményeivel; ezek szerint 22 eset közül 18-nál, melyeknél hólyagretentio állott fenn, azotenia volt észlelhető, 4 esetben, ahol hólyagretentio nem forgott fenn, a vérértékek normalisak voltak.

4. Nagyszámú intravenás pyelographiás felvétel és a hydronephrosis keletkezésére vonatkozó modern tanulmányok azt igazolják, hogy mily érzékeny a veseműködés az ureter laza összenövései és szöglettörések, továbbá az ureternek a pyelumba való abnormalis beszájadzása esetében. *Rumpel* állatkísérleteivel kimutatja, hogy az ureter selyemfonallal történő húzása hydronephrosist okoz nem csak az ureterlumen megszükülése, hanem az ureterperistaltika megváltozása következtében is. A felső húgyutak tágulásának keletkezése közölt esetünkben leginkább a hydroneprosisnak accessorikus ér által okozott létrejöttéhez hasonlítható.

Összefoglalás:

a) Az intravenás pyelographiára prostatahypertrophiásoknál nagyobb súlyt kellene fektetni.

b) Kevés residuum ne indikálja prostatásoknál a műtét elhalasztását.

c) Mindenkor súly fektetendő arra, hogy a functionalis vizsgálatokon kívül többszörös laboratóriumi vizsgálat is eszközöltessék, olyan betegeknél is, akik csak dysuriás vagy pollakysuriás panaszokkal fordulnak hozzánk.

d) A tapasztalat szerint néha a műtéti határon, illetve az alatt fekvő laboratoriumi értékek dacára a gyakorlott sebész oly támpontokat észlelhet a beteg általános állapotában és keringési rendszerében, melyek őt mégis műtét végrehajtására indíthatják.

e) Fenti esetünket egyrészt ritkasága miatt, másrészt azért ismertettük, hogy a figyelmet az ilyen keletkezési módoknak lehetőségére is felhivjuk.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női klinikájának közleménye. (Igazgató: Tóth István dr., egy. ny. r. tanár.)

A Manoiloff-féle terhességi reactió értékéről.

Irta: *Szathmáry Zoltán* dr., klinikai tanársegéd.

Mióta a szülészet külön szakágat képez, azóta a terhesség korai megállapítása a szülész-orvosoknak állandó kutatási tárgyát képezte. Habár e célt szolgáló laboratóriumi vizsgálatok egész sorát ismerjük, pontos eredményeket mégis csak az utóbbi évek biologiai vizsgálatai kapcsán nyertünk.

A régebbi eljárások amilyen számosak voltak, annyira megbízhatatlanoknak bizonyultak. Ez okból kifolyólag alig nyertek elterjedést s ma már az *Abderhalden, Roubitschek, Zangemeister, Rosenthal, Frank* és *Nothmann, Dienst, Lüttge* és *Mertz, Kamnitzer,* valamint *W. Schmidt*-féle terhességi reactiókat nagyrészt teljesen elhagyták. Az utóbbi években ugyan a *Zondek—Aschheim*-féle reactióban olyan eljárást ismertünk meg, mellyel közel 100%-os eredményt érhetünk el, azonban ez a vizsgálati eljárás is csak olyan intézetben végezhető, hol e célra megfelelő állatkísérleti laboratórium áll rendelkezésre. Hibája még e nagyértékű s valóban kora terhességi reactiónak az, hogy kiviteléhez hosszabb időre van szükségünk.

Tekintettel a felsorolt eljárások bizonytalan eredményeire és bonyolult voltára, a kutatók legnagyobb része arra törekedett, hogy lehetőleg egyszerű, az általános gyakorlatban is alkalmazható olyan eljárást állítsanak össze, mely egyszerűségénél és gyors kivitelénél, valamint megbízhatóságánál fogva minden orvos számára hozzáférhető legyen. E célból — *Zondek—Aschheim* gondolatmenetéből kiindulva — *Rodecurt* egész sereg vizsgálattal kísérelte meg a terhesség alatt fokozott mennyiségben kiválasztott hypophysis-hormont a vizeletből kimutatni. *Rodecurt* különböző színreactiókkal igyekezett a vizelet fokozott hormontartalmát feltüntetni. Eredményei azonban nem voltak kielégítőek.

E vizsgálatoknak, — mint az összes többi színreactiókon alapuló eljárásoknak — főhibája az, hogy az egyes színárnyalatokat nem lehet kellő pontossággal elkülöníteni s így értékesíteni.

A fentiek után nem régen jelent meg *Manoiloff*nak egy közleménye (Arch. f. Gyn. 140. köt. 138. o.), melyben olyan vérsavóval végzett színreactiót közölt, mellyel a vizsgált esetek 94%-ban positiv eredményt kapott. A közlemény méltán keltett feltünést, mert az ismertetett eljárás oly gyors- és egyszerű, hogy valóban mindenki részére hozzáférhetővé tette a terhesség sero-diagnostikus felismerését.

Manoiloff első közleményében leírt eljárás abból állt, hogy 5 csepp (0.3 cm^3) friss, tiszta, átlátszó vérsavóhoz 1 cm^3 2%-os vizes diuretin oldatot adott, majd felrázás után egy csepp 0.2%-os alkoholos niluskék oldatot cseppentett a keverékbe. A bekövetkező színváltozás és eredmény már néhány perc mulva leolvasható volt. *Manoiloff* leírása szerint a *terhes* vérrel végzett vizsgálatoknál a niluskék jellegzetes színe rövidesen sárgás, vagy sárgás-rózsaszínbe csapott át, míg a *nem terhes* savóval kapott színárnyalat alig tért el az eredeti kék színtől, legfeljebb kékes, vagy kékes-rózsaszínű árnyalatot öltött.

Manoiloff első ismertetésében 696, második közleményében 2238 esetről számolt be. Mindkét munka 94 %-ot, tehát aránylag nagyon jó eredményt tüntet fel, azonban egyik közleményben sem találjuk megemlítve, hogy a vizsgált esetek hány %-át képezte a koraterhességek száma. Már pedig minden terhességi reactiónak ez képezi a próbáját, használhatóságát. A III. hónapnál idősebb, előrehaladottabb terhességet mindig meg tudjuk állapítani belső vizsgálattal s ezért ilyen esetekben terhességi reactióra nincs szükség. *Manoiloff* eredményeinek fenti egyik hibája mellett arra sem találunk említést, hogy a nem terhes nőknél, vagy férfiaknál végzett reactiók közül hány esetben kapott positiv eredményt. A terhességi reactiónknak ugyanis második elengedhetetlen feltételük, hogy specificusak, fajlagosak legyenek.

Az említett két hibaforrás mellett lényeges eltérést okozhatnak még a kapott színárnyalatok. A színreactió-

kon, különböző finom színárnyalatokon alapuló vizsgáló eljárások hibaforrásai rendszerint oly széles határok között mozognak, hogy a kapott eredményeket nem tekinthetjük elfogadhatóknak.

A fenti okokból kifolyólag szükségesnek látszott a *Manoiloff*-reactio használhatóságának kipróbálása, mert az egyszerű és gyors eredmény még kisebb megbízhatóság mellett is sok nyereséget jelentett volna a terhességek korai felismerésében.

Saját vizsgálatainknál szigorúan betartottuk *Manoiloff* előírását. Hogy megfelelő összehasonlítást tehessünk s a színárnyalatok elkülönítésében kellő gyakorlatra tegyünk szert, a terhes vérsavók vizsgálata mellett nagy számmal végeztük el a reactiót nem terhes, belgyógyászati női és férfi betegek vérsavójával is.

Vizsgálataink kezdetén a csupán gyakorlati célból végzett közel 100 reactió eredményét nem jegyeztük fel. A későbbi vizsgálatok folyamán nemcsak diuretinnel, hanem ennek közeli rokonaival, *theophyllinnel, euphylinnel, barutinnal, urocitrattal* és *uropherinnel* is kísérleteztünk. A barutin és urocitrat dacára kettős só voltuknak oly rosszul oldódtak vízben, hogy a reactio elvégzéséhez nem használhatjuk e készítményeket. A theophylinnel és euphyllinnel végzett kísérleteknél a reactió elvégzése után rendszerint kevés csapadék ülepedett le a kémcső aljára. Legkönnyebben oldódott a fenti kettős sók közül az uropherin, mellyel az elért eredmények megközelítették a diuretines reactiókkal kapott számértékeket.

1930. XI. 15-től—1931. III. 15-ig *1013 Manoiloff*-féle vérsavó-vizsgálatot végeztünk. A vizsgálatokhoz szükséges anyagot a Wassermann-reactióhoz vett vér visszamaradó savójából nyertük. Az eredmények leolvasásánál a kapott színárnyalatokat két csoportba osztottuk. Ugy a positiv, mint a negativ eredményeknél három fokot állapítottunk meg s eszerint csoportosítottuk eseteinket. A rózsaszínű, vagy sárgás árnyalatú gyengén positiv és a tiszta okkersárga, erősen positiv esetek között még egy középső csoportot különböztettünk meg. Hasonlóképen három csoportba osztottuk a negativ eseteket is, hol a rózsaszínű-lilás gyengén negativ, valamint a lilás-kék vagy piszkoskék erősen negativ esetek között is felállítottunk még egy középső csoportot. A hetedik csoportot a negativ és positiv között levő határesetek képezték.

Az eredményeket rendszerint a reactio után ½—1 órával olvastuk le. A kapott színárnyalat szobahőmérsékleten átlagosan 6 óráig változatlan marad; ettől kezdve mindinkább lilás színű lesz a reactió, majd végül teljesen megzavarosodik a folyadék.

Diuretinnel és niluskékkel végzett vizsgálataink száma 673 savóra vonatkozik Ezek közül 405 esetben terhes és 268 alkalommal nem terhes savóját vizsgáltuk meg. Ha nem vesszük számításba a terhesség idejét, hanem az összes esetekre vonatkoztatjuk a kapott eredményeket, úgy a leolvasásra nem alkalmas, zavaros, piszkos színt adó 11 eset (2.9%) levonása után visszamaradó anyagból *positivnak bizonyult 309 = 76.2%, negativ volt 46 = 11.3% és eldöntetlen (kétséges) 39 =* 9.96%.

Positiv eseteink 78.2%-ot kitevő arányszáma tehát jóval kevesebb, mint *Manoiloff* által elért 94%-os eredmény. *Még nagyobb eltéréseket és tényállapotnak sokkal megfelelőbb értékeket kapunk, ha a positiv eseteket a terhesség egyes hónapjai szerint csoportosítjuk.* E számadatokat nem akarjuk külön részletezni, ezért az alábbi táblázatban foglaltuk össze:

	6 hetes	II	III	Összesen = %-ban	IV	V	VI	Összesen = %-ban	VII	VIII	IX	Összesen = %-ban	Az összes esetek száma és átlaga
Positiv	4	5	10	19 = 30, 1%	17	32	34	83 = 78, 3%	38	45	124	207=92, 4%	309=78, 2%
Eldöntetlen	2	4	12	18 = 28, 6%	5	3	2	10 = 9, 5%	2	2	7	11 = 4, 9%	39 = 9, 8%
Negativ	8	6	12	26 = 41, 3%	8	2	4	14 = 12, 2%	1	3	2	6 = 2, 7%	46=12, 0%
Összesen:	14	15	34	63	30	37	40	107	41	50	133	224	394
												leolvasásra nem alkalmas 11 eset	
												Összesen 405	

A táblázatot már úgy állítottuk össze, hogy a terhesség egész időtartalmát — 3 hónapot véve egy csoportba — három részre osztottuk.

Minden terhességi reactio értéke a korai esetek eldöntésénél tűnik ki legjobban, ezért a fenti három csoportra osztást is csupán e célból végeztük. Ha már most a három csoport egyes %-os eredményeit összehasonlítjuk, úgy azt látjuk, hogy a kora-terhességi időt magába foglaló *első három hónap számadatai között a positiv esetek száma alig tesz ki 30%-ot, szemben az utolsó csoport* (VII., VIII., IX. hónapos terhesek, szülőnők vagy friss gyermekágyasok) *92.4%-os számarányával.*

Fordítva áll a helyzet a biztos terhesség mellett kapott negativ eseteknél. *Idősebb terhességnél a gyengén negativ esetek száma mindössze 2.7% volt,* ami lehet vizsgálati hiba is *(szemben a kora terhességi csoport 41.3%-ot kitevő anyagával).*

A negativ esetek eltolódásához hasonló eltéréseket mutatnak az eldöntetlen esetek. Kora terhességnél sokkal több (28.6%) alkalommal nem tudtuk eldönteni a hovatartozandóságot, mint idősebb terhességnél 4.9%.

Visszatérve s még egy pillantást vetve az első három hónapot összesítő %-os eredményekre azt látjuk, hogy e csoportban a positiv esetek száma mindössze 30%-ot tesz ki, ami azt jelenti, hogy *a terhesség korai idejében, helyesebben első 3 hónapjában, a későbben elenőrzött, biztosan terhes nőktől származó savóknak alig ⅓-ában tudtuk csak a Manoiloff reactio positiv voltát kimutatni;* a reactio itt tehát 70%-ban hibás eredményhez vezetett, mert a 405 terhes közé csak azokat az asszonyokat vettük fel, hol előbb vagy utóbb a terhességet kétségtelenül megállapítottuk.

A *Manoiloff* reactió tehát éppen ott mondja fel a szolgálatot, hol a legfontosabb lenne. Igaz ugyan, hogy a positiv esetek száma később nagyobb lesz, sőt az utolsó három hónapban 92%-ot is elér, ebben az időben azonban nincs szükségünk már terhességi reactióra. Nekünk a terhesség első három hónapja fontos. Amint látjuk a vizsgálatok ez időben csak elenyésző kis számban tudtak az állapotnak valóban megfelelő positiv eredményt felmutatni.

Nézzük azonban az érem másik oldalát, a *nem terhes* eseteket. *A 268 nem terhes betegtől származó savónál valóban negativ eredményt kaptunk 169 esetben (63%). El nem dönthető volt a reactio hovatartozósága 39 esetben (14.6%) s positiv, vagyis téves eredményt kaptunk 42 betegnél (15.7%!).* A visszamaradó 18 esetben a savó zavarossága miatt az eredmény nem volt megállapítható (6.7%).

Ezek szerint tehát a kétségtelenül helyes eredmények száma nem terhes betegeknél mindössze 63%-ot tesz ki. A vizsgált anyagban 105 férfi savója közül 23-nál positiv eredményt kaptunk.

Fenti számadatok kétségtelenül igazolják, hogy úgy a kora terhes, mint a nem terhes esetekből kapott helyes adatok korántsem adnak oly kedvező eredményeket, mint Manoiloff 94%-os adatai, mert saját anyagunk szerint a positiv esetek száma a terhesség első III. hónapjában oly kicsiny, hogy ezekből nem lehet következtetést vonni az asszony terhes, vagy nem terhes voltára.

Tekintettel a diuretinnel végzett vizsgálatok gyenge eredményeire, megkíséreltük a reactiot a diuretinnel rokon készítményekkel is.

A *theophyllinnel* végzett vizsgálatok nem vezettek eredményre. Az 55 terhes és 59 nem terhes savóval végzett kísérletek eredményeit egyáltalán nem tudtuk felhasználni, mert a *reactio 5 eset kivételével minden alkalommal* majdnem teljesen egyforma égszínkék folyadékot eredményezett.

Hasonlóképen *használhatatlannak bizonyult az euphyllin is (114 eset).* Itt ugyan csapadék nem képződött s a bekövetkező színreactio valamivel zöldesebb árnyalatot mutatott, mégis a terhes és nem terhes savókkal kapott színkülönbségek között alig találtunk eltérést.

Az *uropherinnel* végzett vizsgálatok már több eredménnyel jártak, habár használhatóság szempontjából messze mögötte maradtak a diuretinnel kapott eredményeknek. Az eltérést először a rosszabb szín adja. Míg a diuretines vizsgálatokkal mindég tiszta, átlátszó, csapadékmentes reactiokat kaptunk, addig az uropherines reactio beállítása után az uropherin egy része ismét kicsapódva szürkésen elszínezte az előbbi kristálytiszta folyadékot s csak egy bizonyos idő mulva a csapadék leülepedése után, vált ismét tisztává a folyadék.

Uropherinnel végzett vizsgálataink száma 114 savóra szorítkozik. 55 biztosan terhes nőnél valóban *positiv eredményt kaptunk az esetek 59%-ban* (diuretinnél 76.2%), *negativ eredményt mutatott 24%*, (diuretinnél 11.3%), *el nem dönthető, kétes eredményt adott az esetek 17%-a* (diuretinnél 9.6%).

A terhesség három részre osztása mellett e számok olyképen változtak meg, hogy míg az első három hónapban a positiv esetek aránya csupán 18% volt, addig az utolsó három hónapban 100%-ot tett ki e szám.

A nem terhes betegektől származó 59 savó közül 42% a valóságnak megfelelően negatív, 37% positív (vagyis hibás) volt és 21%-nál nem lehetett eldönteni a hovatartozandóságot.

Az uropherinnel végzett reactio téves eredményei tehát még nagyobbak, mint a diuretines vizsgálatok hibái.

Vizsgálati anyagunkból külön ki kell emelnünk néhány méhenkívüli terhességet. (Ha a Manoiloff-reactio megbízható volna, úgy különösen itt lépne előtérbe nagy előnye). Összesen hat esetben vizsgáltuk meg méhenkívüli terhességnél a vér savóját s mind a hat alkalommal negativ eredményt kaptunk annak dacára, hogy később műtéti úton valamennyi esetben beigazolást nyert a klinikai vizsgálattal felállított kórisme helyessége.

II—VII. napos *gyermekágyasok vérsavójával* 82 vizsgálatot végeztünk s egy eset kivételével *valamennyi alkalommal positiv eredményt kaptunk,* ami azt bizonyítja, hogy ez időben a savónak positív reactiot létrehozó alkatrésze még változatlanul fennállott.

A rosszindulatú daganatoknál gyakran előforduló positív reactiót az esetek kis száma miatt nem ellenőrizhettük saját anyagunkon. *Dierks* és *Goldschmidt—Fürstner* vizsgálatai szerint a rákos és myomás betegek közel felénél a Manoiloff-reactió positív eredményt adott.

A III. sz. belklinikáról származó nem terhes anyagunkat különböző kórismék szerint összeállítva azt találtuk, hogy a reactio positív vagy negatív volta semmi összefüggésben sincs egyik vagy másik betegséggel.

A reactiók chemismusára vonatkozólag csak keveset tudunk. A reactióban szereplő anyagok vegyelemzése szerint a diuretin theobrominnatrium + natr. salicylicumból áll ($C_7H_8NO_4O_2$, 3—7 dimethylxanthin). A színreagensként szereplő niluskék egy aminonaphtolkék, mely p-nitroso-diaethyl-m-aminophenol-nak α-naphtylaminra gyakorolt hatásából keletkezik.

Amennyire gyors, mutatós és hatásos a reactio kivitele, olyannyira nehezen magyarázható a bekövetkező színreactio, valamint a reagensek és a terhes savó alkatrészei közötti összefüggés. *Goldschmidt—Fürstner* közleményében felveti az összes feltételezhető kiváltó okokat, az egyes theoriák magyarázatának eredményeképen azonban arra a következtetésre jut, hogy egyik „kapcsolat" sem biztos s mind csak „lehetséges."

Manoiloff a reactió chemismusát a terhes vér megszaporodott lúgos alakelemeivel magyarázza, emellett azonban nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy a bekövetkező színváltozást egy oxydatios anyag (enzym), vagy pedig a terhes vér savóinak egy még nem ismert fermentje okozza.

Ha áttekintünk a Manoiloff-reactióval foglalkozó eddig megjelent munkákon, úgy meglehetős széles eltérést találunk az egyes eredmények között. E különbségeket megmagyarázza egyrészt a vizsgálók subjectivitása, — mely minden colorimetriás eljárás leolvasásánál lényeges szerepet játszik, — másrészt a sokféle, nehezen elkülöníthető színárnyalat, mely a vizsgáló színérzékenységét erős próbára teszi. Ez alapon érthető, hogy míg *Manoiloff* 94%-os és *Moschkow* 92.6%-os positív eredményt kapott, addig *Kabisch, Rodecurt* és *Jernakoff* teljesen elvetendőnek tartja a reactiót. *Saját vizsgálataink szerint a Manoiloff-reactio a kora-terhesség megállapítására alkalmatlan eljárás.*

Irodalom: *Dierks:* Monats. f. Geb. u. Gyn. 1931. 285. o. — *Fretwurst* és *Otto:* Arch. f. Gyn. 1930. 143. k. 459. o. — — *Goldschmidt—Fürstner:* Zbl. f. Gyn. 1931. 586. o. — *Kabisch:* Arch. f. Gyn. 145. k. 548. o. — *Manoiloff:* Arch. f. Gyn. 140. k. 138. o. — *U. a.:* Arch. f. Gyn. 142. köt. 474. o. — *Moschkow:* Zbl. f. Gyn. 1931. 154. o. — *Pál G.:* O. H. 1931. 694. o. — *Rodecurt* és *Jernakoff:* Zbl. f. Gyn. 1930. 2830. o.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem szülészeti és nőgyógyászati klinikájának közleménye.

Az egypetéjü ikrek lepényében levő u. n. harmadik vérkeringés jelentőségéről.

Irta: *Lőrincz Ernő* dr., tanársegéd.

Az ikerterhesség, illetőleg egyáltalán a többes terhesség nem tartozik tulajdonképpen a szülészeti pathologia keretébe, de viszont egyszerre több magzatnak a fejlődése a méhüregében úgy az anyára, mint a magzatokra a viszonyok megváltozását, bizonyos tehertöbbletet jelent, mellyel számolni kell természetesen úgy a terhesség, valamint a szülés lefolyása szempontjából is. Találóan mondja *Bumm* a többes terhességről, hogy az az élettani és kóros terhesség határán fekszik. És ez érthető is, ha azokra az ismert szövődményekre gondolunk, melyek többes terhesség esetén olyan gyakran észlelhetők, mint pl. terhességi toxicosisok, terhességi vizenyő, súlyosabb természetű nephropathia gravidarum, eklampsia; továbbá hydramnion, szülés alatt a kb. 60%-ban előforduló fekvési rendellenességek, a gyakran keletkező atonia stb.

A többes terhesség jelentősége azonban nem merül ki csupán ezekben a jelzett szövődményekben, melyek elsősorban az anyai szervezetet terhelik meg, de kihatással bír a magzatok fejlődésére és sorsára is a megtermékenyítéstől kezdve a terhesség egész lefolyásának ideje alatt.

A magzatokon és a pete többi mellékrészein előforduló különböző fejlődési rendellenességekkel ikerterhességek eseteiben elég gyakran találkozunk. A tulajdonképpeni kettős torzszülöttek igen változatos megjelenési alakjainak (duplicitas superior, dupl. inf.) a felsorolása nem lehet feladat e helyen. Ezeknek a torzoknak a keletkezési időpontját az idevonatkozólag állati petéken tett megfigyelések abba az időpontba helyezik, amikor az egy petesejtből származó gastrulán két csirafolt keletkezik. Ezekben a kettős torzképződésekben mindkét magzat egyformán részt vesz. Ezek a torzok az esetek legnagyobb részében életképtelenek és valóban ritkaságszámba mentek azok az esetek, melyek hosszabb időn át életben maradtak.

Ha ikerterhesség esetén a megtermékenyített petében nem is jön létre a fejlődés egészen korai időszakában a két csiratelep összenövése (avagy létrejön az eredetileg egységes csiratelep kettéhasadása) és így a két magzat normális továbbfejlődésére és élő, érett magzattá való növekedésére az egészen fiatal petében a fejlődési feltételek adva is vannak, a terhesség további folyamán a fejlődésben levő magzatok sorsa mégis sokkal körülményesebb, sokkal bizonytalanabb, mint egyes terhesség esetében.

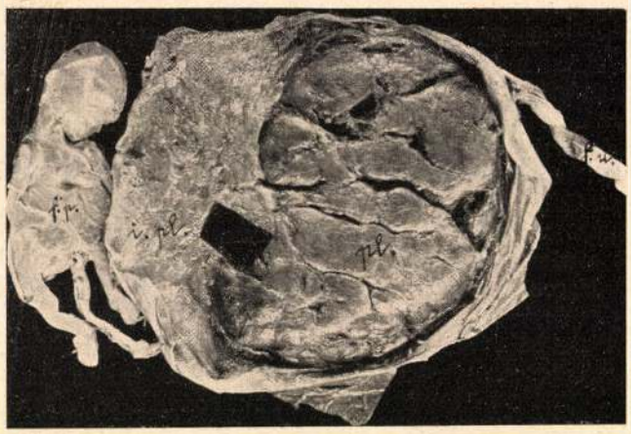
A tapasztalat már régen megmutatta, hogy két magzat egyszerre fejlődvén a méhüregében, azok egymás életkilátásait igen gyakran rontják. Ennek a ténynek a magyarázatánál bizonyos mechanikai hatásokkal is kellett számolni, de az a megfigyelés, hogy az egyik foetus elhalása háromszor olyan gyakran fordul elő egypetéjű ikreknél, mint kétpetéjűeknél, a figyelmet a közös lepényi keringés bonctana felé fordította.

Mielőtt ennek a kérdésnek a tárgyalását tovább folytatnók, egy esetünk rövid ismertetésére térek át. Az eset elsősorban nem ritkaságánál fogva tarthat számot az érdeklődésre, hiszen hasonlót a szülészeti gyakorlatban mindenki észlelhet, bár mi az intézetünkben az utóbbi néhány év alatt nem láttunk, mindenesetre alkalmasnak látszik arra, hogy ennek kapcsán felhívjuk a figyelmet az egy petéjű ikrek közös lepényében levő keringési viszonyokra, melyeknek tisztázásához a legutóbbi időben hazai szerző vizsgálódásai is értékes adatokat szolgáltattak *(Burg)* és amely keringési viszonyokat elsősorban egypetéjű ikerterhesség esetén előforduló némely rendellenesség értelmezésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni.

21 éves, I. P. intézeten kívül szült. A lepényt és a burkokat orvosa küldötte be hozzánk. Az asszony később felkeresett minket és elmondotta, hogy a szóbenforgó első terhessége volt. Férjhezmenetele után folyása, húgycsőhurutja volt, petefészekgyulladás miatt orvosi kezelésbe részesült. Családjában egy hármas terhesség szerepel.

A terhesség zavartalan lefolyású volt, magzatmozgást az ötödik hónapban érezte. A terhesség rendes végén, a várható időben indult meg a szülés. Délelőtt jósló fájások kezdődtek, estére jó erős szülőtevékenység indult meg, éjjel 3 órakor megrepedt a burok és reggel ¾5 órakor született meg az élő, érett fiú magzat fartartásban, enyhe asphyxiában, melyből könnyen volt felleszthető. A magzat a bemondás szerint az érett magzat rendes méreteit nem érhette el egészen, mert hossza 46 cm. volt. Egyéb mérést nem végeztek. A gyermekágy is állítólag sima lefolyású volt. A vizeletben utólag semmi kórosat nem találtunk. Az ugyancsak utólag elvégzett Wa. R. negativ eredménnyel járt.

A lepény és a burkok megtekintésénél a burkok között egy másik amnialis üregben egy kb. 4 hónaposnak megfelelő macerált, laposra nyomott másik magzatot taáltunk. (L. ábra.) A lepény megvizsgálásánál feltünt, hogy annak kb. ⅔ része a rendes lepénynek mindenben megfelel, ⅓ részében azonban a lepény szerkezete teljesen elmosódott. A lepénynek ez a része egészen vértelen, tömött, szürkés-fehér színü, rajta lebenyke rajzolat nem látható, magzati felszínén sem fedezhető fel érhálózat. A kórbonctani kép egy nagyobb kiterjedésü lepényi infarctusnak felelt meg. Az érett magzat köldökzsinórja a lepény széli részén tapadt. Az elhalt foetus vékony, zsinegszerü köldökzsinórja az infarctus széléhez volt követhető és úgy látszott, hogy ott insertio velamentosa-val szájadzott a lepénybe.



f. p. = foetus papyraceus.
i. pl. = infarctus a lepényben.
pl. = lepény.
f. u. = az érett magzat köldökzsinórja.

A kórszövettani vizsgálat (prof. **Orsós**) az ép lepényszövet részéről lényegesebb elváltozást nem talált. Feltünő volt az ép terület egyes részeiben a bolyhok vérbősége. Aránylag sok boholy volt egymással hyalin fibrinoid révén összetapasztva. Az infarctusos területben a bolyhok nagy része elhalt és fibrinnel, illetve fibrinoiddal egybeolvasztott. Az elhalt bolyhokban meszesedés volt észlelhető.

Nyilvánvaló volt, hogy ebben az esetben egy ikerterhességből származó lepényről volt szó, még pedig az anatómiai viszonyokat is tekintetbe véve egy egypetéjű ikerterhességből származó lepénnyel, mely esetben az egyik foetus a terhesség első felében elhalt, a másik tovább fejlődött s a terhesség rendes végén mint élő érett magzat született meg. Az elhalt magzat visszamaradt a méhüregben anélkül, hogy ennek jelei lettek volna és anélkül, hogy a terhesség lefolyását zavarta volna. Végül a terhesség rendes végén együtt született meg a lepénnyel és a burkokkal mint ú. n. foetus papyraceus seu compressus.

Ismeretes, hogy kétpetéjű ikerterhesség esetén két petesejt megtermékenyítése folytán két chorion és így két lepény, egypetéjű ikerterhességnél egy chorion és egy lepény fejlődik. Érthető, hogy kétpetéjű ikreknél a két magzat sorsa is sokkal függetlenebb egymástól. *Holzbach* esetében abortus miatt méhkaparást végeztek. A kaparás után két hónap mulva az asszony magzat mozgást érzett. Kétpetéjű ikerterhességről volt szó, ahol a méhkaparással az egyik petezsákot eltávolították, a másik épen maradt és továbbfejlődött.

Mások azonban a viszonyok egypetéjű ikerterhességnél, ahol a két magzatnak közös lepénye van. Az egypetéjű ikrek közös lepényében levő keringési viszonyok közelebbi megismeréséhez legelőször *Hyrtl* és *Schatz* vizsgálódásai vittek közelebb, melyeket ú. n. corrosios lepény praeparatumokon végeztek. Ezekből a vizsgálatokból megállapítást nyert, hogy a két magzat lepényi keringése között közvetlen összeköttetés van. *Schatz*nak a nevéhez fűződik az ú. n. harmadik vérkeringésnek a kiépítése, amely szerint a két magzat lepényi keringési pályájának a határán, vagyis ott, ahol az ikrek érterületei a közös lepényben összetalálkoznak, a szomszédos bolyhok vér-

edényei között érösszeköttetések állanak fenn és pedig igen változatos módon és mennyiségben. Összeköttetések állhatnak fenn oly módon hogy a vér az egyik magzat boholyarteriából capilláris érösszeköttetés útján a másik venáihoz jut és megfordítva (chorioangiopagusok). De nem csak a boholycapillarisok, de a hasonnevű erek között is állhat fenn összeköttetés a placenta felületén és ezek az összeköttetések különböző kaliberű véredények között hozhatnak létre közlekedést. Később *Vogt, Fraser,* újabban *Brindeau és Boussin* és mások is röntgenfelvételeken figyelték meg ezeket a bonyolult összeköttetéseket, melyeket befecskendezésekkel nem lehetett oly tökéletesen ellenőrizni. A legutóbbi években *Burg* vizsgálatai gazdagították e téren ismereteinket, amely vizsgálatok eredményeképpen megállapítást nyert, hogy a harmadik vagy intermedier vérkeringés egypetéjű ikrek lepényében minden esetben kimutatható, sőt kétpetéjű ikreknél is lehetséges abban az esetben, ha a lepények összenőttek.

Ezen harmadik vérkeringésnek ú. n. „áramszélessége" különböző nagyságú lehet. Rendszerint mérsékelt és az egyik magzat összkeringési áramszélességének 10—20-ad részét teszi ki, azonban nem ritkán az ötödrészét is eléri, sőt ennél nagyobb is lehet. *(Schatz.)*

Ha most már ezek az érösszeköttetések kölcsönösen egyenlőek, ami egyértelmű azzal, hogy a harmadik vérkeringés áramszélessége úgy oszlik meg, hogy a magzatok egymásnak egyenlő mennyiségű vért adnak át, úgy a harmadik vérkeringés arányosságáról (symmetriájáról) beszélünk. Abban az esetben pedig, ha az egyik magzattól a másikhoz vezető „transfusiós" pályák dúsabbak, vagy tágabbak mint amelyek a másodiktól az elsőhöz haladnak, úgy az intermediär keringésnek dinamikai aránytalansága (asymmetriája) keletkezik.

Ennek a dinamikai aránytalanságnak a következménye szükségképpen az ikrek egyenlőtlen vérellátása lesz s így az ikrek fejlődésében tetemes különbségek állhatnak elő. A keringés megváltozása folytán létrejöhet az egyik iker szívének a keringésből való kikapcsolása, atrophiaja és fokozatos eltűnése s az a fejlődési rendellenesség keletkezik, amit szívnélküli torznak, acardiacusnak nevezünk. Az egy petéjű ikreknél kifejlődő „egyoldali hydramnion" is legvalószínűbb magyarázatát a harmadik vérkeringés aránytalanságában találja meg, ami ilyen esetekben egyébként a polyamniotikus ikernek a másikkal szemben való aránytalan testi fejlettségében is kifejezésre jut.

A lepénybeli intermediär keringés aránytalansága folytán előállott kedvezőtlen keringési és táplálkozási viszonyok következtében azután elhalhat az egyik iker magzat, amint az a vázolt esetünkben is történhetett a terhesség első és második felének a határán, vagyis akkor, amikor a magzatok tudvalevően hirtelen erős növekedésnek indulnak. Az elhalt magzat tovább viseltetett, a magzatvíz felszívódása folytán mumifikálódott, a másik növekedő petezsák nyomása következtében pedig foetus papyracaeussá alakult át s mint ilyen született meg azután a terhesség végén, együtt a lepénnyel és a burkokkal. A lepényben levő kiterjedt infarctus az elhalt foetus vérkeringésének megszűnése folytán, ezen magzat egész lepényi keringési pályájának megfelelő területen keletkezett. Tehát az infarctus voltaképpen a magzat elhalásának a következménye volt, nem pedig a foetus halt el az infarctus következtében.

Egypetéjű ikerterhességről lévén szó, a superfoetatio és superfoecundatio lehetőségét természetesen kizárhatjuk.

Gyakorlati szempontból talán indokolt az eset kapcsán felhívni a figyelmet a lepény és a burkok pontos átvizsgálására s nagyobb kiterjedésű lepényi infarctus esetében hasonló ikerterhességi szövődmény lehetőségére. Annál is inkább, mivel a felázott burkokkal bíró elhalt foetus a méhüregében könnyen vissza maradván, erős vérzésnek lehet az okozója és fenntartója addig is amíg a méhtevékenység — amint az rendszerint történni szokott egyébként — kiküszöböli magából az efféle petemellékrészeket.

Az esetet, amint előbb is említettem azért tartottuk érdemesnek az ismertetésre, hogy főleg egypetéjű ikerterhesség esetében fejlődési rendellenességek, egyoldali hydramnion, főként a magzatok fejlődésbeli eltolódása, még inkább pedig az egyik magzat korai elhalása és a lepényben keletkezett nagyobb kiterjedésű, a lepény egyik felét elfoglaló infarctus magyarázatánál mindig gondoljunk a lepénybeli ú. n. harmadik vagy intermediär vérkeringés aránytalanságára is.

Irodalom: *Schatz:* Archiv. f. Gyn. 24. köt. — *Scipiades:* Orvosképzés XXI. évf. I. f. — *Halban—Seitz:* Biologie u. Pathol. d. Weibes. VII. I. rész. 346. oldal.

A Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc dr., egy. ny. r. tanár.)

Vértejsav vizsgálatok Basedow kórban.

Irták: *Mohos Ernő* dr. és *Scholtz Andor* dr.

Az ép és a kóros szervezet munkavégzés közbeni oxygen fogyasztásának meghatározásakor *Eppinger*[1] megállapította, hogy a basedowos szervezet oxygenszükséglete munkaközben ép oly mértékben növekszik, mint a vitiumos betegeké. Utóbbiaknál az oxygenszükséglet növekedtével párhuzamosan megnövekedettnek találta a vértejsavszintét is. *Eppinger* észlelete hivta fel figyelmünket Basedow kórosok nyugalmi vértejsavszintének és ennek munkavégzés közben való változásának vizsgálatára. A kérdéssel eddig *Bier*[2], *König*[3], *Dresel* és *Himmelwelt*[4] foglalkoztak.

A vértejsav meghatározásához *Fürth—Karnas* módszerét használtuk. A nyugalmi értékek meghatározása mindig éhgyomorra, több órai ágynyugalom után, a le nem szorított könyök venából nyert vérben történt. A fehérje mentesítés *Folin-Wu,* a cukormentesítés *Van Slyke* szerint történt. Az acetaldehyd átdestillálását szénsavatmospherában végeztük, hogy megakadályozzuk az acetaldehydnek a destillálás közben való tovább oxidálódását. A normál/100 jódoldattal való titrimetriás meghatározás *Clausen* előírása szerint történt.

Az ismertetett módszerrel egészséges egyénekben 10 vizsgált eset alapján az értékeket 6,1 mgr. % és 13,6 mgr. % között váltakozónak, átlagban 8,8 mgr. %-nak találtuk.

A Basedow kórosok nyugalmi vértejsavának meghatározásához olyan betegeket válogattunk, kiknél szív elégtelenségi tünetek nem voltak. 10 betegben határoztuk meg a nyugalmi vértejsavat és 10 eset alapján azt találtuk, hogy az értékek 7,7 mgr. % és 12,4 mgr. % között váltakoznak, s az *átlagérték 9,5 mgr. %.*

A vértejsavszint nyugalmi értékét Basedow-kórban tehát normalisnak találtuk, ellentétben *Bier* vizsgálataival, ki *Mendel—Goldscheider* colorimetriás módszerével a basedowosok nyugalmi vértejsavszintét emelkedettnek vagy legalább is a normális értékek felső határán mozgónak találta.

A vértejsavszint munkavégzés utáni ingadozásának vizsgálatára a betegekkel egy perc alatt kb. 600—700 kg. méternyi munkát végeztettünk oly módon, hogy lépcsőn járattuk. A munka végzése előtt a beteg teljesen nyuga-

lomban volt. A munka befejeztével közvetlenül történt az első vérvétel. A többi vérvétel 10, 15 és 30 perc mulva történt. A nyugalmi vértejsavértéket már előzőleg meghatároztuk. Négy esetben végeztük el a kísérleteket, melyek eredményei megerősítik *Bier* és *Dresel* hasonló irányú vizsgálatait. A munka végzése után közvetlenül egészséges egyénektől eltérőleg, a vérsejtsavszint nagy mértékben emelkedik, az emelkedés gyorsan történik. Igy 9.S mgr. %-ról 20,0 mgr. %-ra, 8,3 mgr. %-ról 21.1 mgr. %-ra, 8,8 mgr. %-ról 21.9 mgr. %-ra, 7,7 mgr. %-ról 19.4 mgr. %-ra való emelkedést észleltünk már a vizsgálat első percében, mely értékek több mint 100%-os emelkedésnek felelnek meg. A 10, illetve 15 perc mulva megejtett vizsgálatoknál a vértejsavszint már lényegesen alacsonyabb, azonban még nem érte el a kiindulási értéket.

Vizsgálatainkból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy nyugalmi helyzetben az elkerülhetetlen minimális izommüködés folytán glykogenbomlásból keletkező tejsavat, a basedowos szervezet a normalis szervezethez hasonlóan resynthetizalni, illetve oxydalni képes. Következtetésünk megerősítésére megvizsgáltuk nyugalmi állapotban lévő egészséges és basedowos egyének vértejsavszintének ingadozását natriumlactat intravenás befecskendezése után. A befecskendezéshez a Merck-féle syrup sűrűségű natriumlactatoldatból készítettünk 20%-os oldatot. Ebből 20 köbcentimétert adtunk, mely mennyiség 3,4 gr. tiszta tejsavnak felel meg. A befecskendezés előtt meghatároztuk a tejsavszint nyugalmi értékét, a következő értéket a befecskendezés után 10 perc mulva vett vérben, az utolsó értéket a befecskendezést követő 40 perccel vett vérben határoztuk meg. Összehasonlításul 5 egészséges és 5 basedowos egyénnél végeztük el a kísérletet.

Natriumlactat intravenás befecskendezés után a vértejsav szinte egészségeseknél való ingadozását a következő táblázat szemlélteti.

	Kiindulási érték mgr.%	10' mulva mgr.%	40' mulva mgr.%	%-osan kifejezett emelkedés a 10-ik percben
1.	4,1	5,1	4,6	24%
2.	6,0	8,4	6,5	40%
3.	7,9	9,6	8,1	21%
4.	4,2	5,0	4,6	19%
5.	7,7	11,5	9,9	47%

A befecskendezést követő 10 percben vett vérpróbában a tejsavszint 19—47%-kal emelkedett és 40 perc mulva is még valamivel magasabb volt a kiindulási értéknél.

A basedowosoknál végzett vizsgálatok adatait szemlélteti a következő táblázat:

	Kiindulási érték mgr.%	10' mulva mgr.%	40' mulva mgr.%	%-osan kifejezett emelkedés a 10-ik percben
1.	6,8	8,7	4,5	21%
2.	7,9	9,6	8,1	21%
3.	7,9	13,6	8,6	72%
4.	12,4	14,6	12,0	16%
5.	8,8	9,1	8,8	3%

A befecskendezést követő 10. percben vett vérpróbában a tejsavszint emelkedése 3—72% között ingadozik, az 5 eset közül 4 esetben 21%-on alul marad és csak egy esetben ér el szembetünően magasabb értéket. A százalékos emelkedés átlagértéke 26%, amely alacsonyabb, mint a nem basedowos táblázat adataiból kiszámítható megfelelő átlagérték. 40 perc mulva a basedowosoknál is valamivel a nyugalmi érték fölötti vértejsavszintet találtunk, egy esetben ennél alacsonyabbat.

A két kísérlet sorozat eredményei között lényeges eltérés nincs. Natriumlactat befecskendezésére a vértejsavszint basedowosoknál nagyjából ép olyan ingadozásokat mutat, mint hasonló körülmények között az egészségesek vértejsavszintje. A basedowos szervezet nyugalmi állapotban a mesterségesen vérkeringésbe juttatott tejsavtöbbletet ép olyan mértékben tudja oxidálni, illetve glykogenné resynthetizálni, mint az egészségesek szövetei. Tehát a tejsav oxydálásának, illetve resynthetizálásának elégtelensége csak izommunka végzése közben következik be, vagy azért, mert ilyenkor a basewovos izomsejt resynthetizáló képessége szenved, vagy pedig, mivel izommüködés közben, a sejtben lefolyó fokozott anyagcsere folyamatok részjelenségeként, fokozottabb mértékben bomlik el glykogen tejsavvá, mint az egészséges szervezet sejtjeiben és így fokozott mértékben jut tejsav a keringő vérbe.

Összefoglalás: Basedow kórosok nyugalmi vértejsavszintét nem találtuk emelkedettnek.

A vértejsavszintnek az egészséges emberéhez képest nagyobb emelkedése csak munkavégzése közben következik be. Az emelkedés nagy fokú és kb. fél óráig a munka befejezése után is eltart.

Natriumlactat intravenás befecskendezésével a basedowos beteg vértejsavszintje nem emelhető nagyobb mértékben, mint az egészségesé.

A nyugalmi állapotban lévő basedowos szervezet sejtjei a vérpályába juttatott tejsavtöbbletet ép oly mértékben oxydálják, illetve resynthetizálják, mint az egészséges szervezet sejtjei; a tejsav resynthezis, illetve oxydálás csak munkaközben válik elégtelenné.

Irodalom: *1. Eppinger:* Das Versagen des Kreislaufs. Berlin. 1927. — 2. *Bier:* Klin. Wochenschr. 1929. — 3. *König:* Klin. Wochenschr. 1929. — 4. *Dresel—Himmelwelt:* Klin. Wochenschr.

A székesfőváros közkórházai madarász-utcai csecsemő- és gyermekosztályának közleménye. (Vezető főorvos: Flesch Armin dr., egyet. magántanár.)

Adatok a Raynaud-kór tünettanához.*

Irta: *Szarka-Vilma* dr., segédorvos.

A *Raynaud*-féle symmetriás gangraena a fiatal gyermekkórban ritka ugyan, de előfordulását már a csecsemőkorban is több szerző leírása bizonyítja. *Friedel* 6, *Sidley* 8, *Nobel* 9 hónapos csecsemőnél látott a végtagokon symmetriás gangraenát kifejlődni. *Barmwater* közlése 9 napos újszülöttre vonatkozik. *Ulrich* esetében közvetlenül a szülés után az orr hegyén észlelt kicsiny hólyag már jelezte a később kifejlődő gangraenát.

A kórházi osztályunkon észlelt esetünk több szempontból érdekes és ezért érdemesnek tartjuk közlését.

S. B. három éves leány-gyermeket 1930. január hó 4-én vettük fel osztályunkra. Szülei élnek, egészségesek, ez az első gyermek, a második is él, állitólag egészséges. Gümőkór, bujakór az anya szerint a családban nem fordult elő, az anyának abortusa nem volt. A gyermek egy év előtt vörhenyben betegedett meg, azóta veszik észre, hogy gyakori időközökben elkékül, kirázza a hideg, a végtagjai jéghidegek lesznek, a hidegrázás után pedig heves vizelési ingere van, de nem tud mindjárt vizelni, vagy ha vizel is, csak keveset. Vizelete is-

* Bemutatva a Közkórh. Orvostársulatban 1931. február 4-én.

mételten véres volt. Két hét óta a hidegrázás gyakrabban ismétlődik, vizelete állandaón véres. Kezelöorvosa hólyagkö gyanúja miatt küldi osztályunkra.

St. pr.: Közepesen fejlett, pastosus leány-gyermek dús zsírpárnával. Testsúlya 15 kg. A köztakaró nagyon halvány. A jobb fül mögött a bör kipirult, nedvező, a jobb hallójáratból genyes folyás. *A bal fülkagyló szélén fillérnyi lividen színezett, ékalakú vérzéses terület.* A nyakon mindkét oldalt borsónyi, babnyi mirigyek tapinthatók. Mérsékelt ágyéki lordosis és genua valga. Fogazat 10/9. Mellkasi szervek épek. A máj alsó széle a bordaív alatt másfél haránt ujjnyira tapintható, lépet nem tapintunk. Sensorium szabad, a gyermek értelmi fejlettsége korának megfelelő. Reflexek kiválthatók, kóros reflexek nincsenek. Hömérsék a felvételkor: 37.8°. Érverés szabályos, telt, percenként 110. Vérnyomás: 110/70 Hgmm. A vizelet napi mennyisége 450—700 cm³, fajsúlya 1026, színe sötét vörös, zavaros; kémhatása savi, fehérje, geny erösen positiv, cukor negativ. *A centrifugált üledékben csupán vörös vértestek láthatók, amelyek az egész látóteret fedik.* A nem ülepített vizelet górcsöi lelete: számos vörös vértest, kevés leukocyta, egy-egy polygonalis hámsejt. *Koch*-bacillust a vizeletben nem tudtunk kimutatni, az állatoltás is negativ eredménnyel járt. Vizelésnél a gyermek fájdalmat nem jelez. Sonda-vizsgálattal hólyagkő nem mutatható ki. Röntgenkép: a vesében, ureterben, hólyagban kö nem látható. A szemfenék ép, retinalis vérzések nem láthatók. Vérkép: Haemoglobin 70%, vörös vértest 3.900.000, fehérvérsejt 8200. Stab.: 6, segm.: 28, lymphocyta 61, monocyta 3, eosinophil: 2. Vérlemezke: 140.000. Pirquet-reactio: positiv.

A beteg további megfigyelése közben észleljük, hogy a láb és kézfökön, továbbá a fülkagylókon, az orrhegyen *időnként* múló jellegü sápadtság lép fel, olykor a sápadtságot cyanosis követi az említett testrészeken, miközben a gyermek fájdalmakról panaszkodik. A cyanosis kb. 5—20 percig tart, utána a hőmérsék 37.5—37.7°-ig emelkedik. Ezen enyhébb rohamok mellett észleltünk súlyosabb rohamot is, amikor a kéz és lábfők, a fülkagylók és az orr előzetes alhalványulása után erös hidegrázás kiséretében az említett testrészek cyanosisa egészen sötét, szilvakék elszíneződésig fokozódott, a cyanoticus terület a végtagokon a boka, illetőleg a kéztőízület fölött a többi börrészlettől élesen elhatárolódott, a hidegrázás megszüntével a hőmérsék 38.4°-ra emekedett. *A vizeletben eleinte állandóan, később időnként, a rohamokat követöleg vörös vértesteket találtunk egyéb kóros alakelemek nélkül.* A bal fülkagyló szélén lévő fillérnyi vérzéses terület lassanként necrotisal, a necroticus börrészlet lelökődik, a seb a kezelés folyamán behámosodik s a fülkagyló szélén látható kis behúzódás jelzi a helyét.

A klinikai észlelésünk alapján kétségtelen volt, hogy a kis leánynak *Raynaud*-kórja van, a véres vizelést, a fülkagyló kis necrosisat is erre vezetjük vissza. A kórjelzés helyességét megerősítette az is, hogy a rohamot provocalni is tudtuk. Ismerve, hogy a veleszületett bujakór nem ritkán szerepel a *Raynaud*-kór oktanában, Wassermann-reactiót végeztünk, amely ismételten erösen positiv (++++) eredményt adott. Ugyancsak erösen positivnak (++++) bizonyult az anyánál, továbbá gyengén positivnak (+ — — —) a gyermek testvérénél végzett Wassermann-reactio. Antilueses kezelést vezettünk ezért be, bismosalvannal kezdve a kezelést, amelyet a második bismuth-injectio után nyolc napra kénytelenek voltunk megszakitani, mivel a gyermeket varicella miatt a Szt. László kórházba áttettük.

Jun. 7-én ismét felvesszük a gyermeket. A jobb belboka alatt fél fillérnyi, lapos, vérzéses hólyagcsa látható reactiomentes alapon. Két oldali otitis med. supp. A vizeletben fehérje nyomokban, geny erösen positiv. Az üledékben sok genysejt és bacteriumok. Vörösvértestek nem láthatók. A felvétel után ½ órával a gyermek végtagjain és fülkagylóin panaszos sírás közben cyanosis jelentkezik; a cyanosis a negyedik és ötödik napon megismétlődik, ettől kezdve azonban *a kombinált neosalvarsan, bismosalvan kezelés mellett többé nem jelentkezik provocatióra sem.* A rohamok után a vizeletben ismét találtunk vörösvértesteket, de a rohamok elmultával a vörösvértestek is eltünnek a vizeletből. A Wassermann-reactio azonban positiv maradt. Igy minden más gyógyitási eljárás (pl. a szép eredményeket mutató hypertoniás konyhasóoldat alkalmazása *Herzog* szerint) feleslegessé vált.

Dec. 11-én újból felvesszük az osztályra, a szülök szerint semmiféle tünet nem jelentkezett; újabb sorozat neosalvarsan, bismosalvant alkalmazunk, de a Wassermann reactio még ez után is positiv.

Esetünk kétségtelenül typusos *Raynaud*-féle betegség, amelynek kezdeti stadiumára jellemző a görcsös fájdalmaktól, fájdalmas paraesthesiáktól kísért rohamokban jelentkező elhalványulás a kéz- és lábujjakon (localis syncope stadiuma) rákövetkező cyanoticus elszíneződéssel (localis asphyxia stadiuma). Mindezt esetünkben nagyon jól észlelhettük, sőt a harmadik stadiumot, a gangraenát is a fülkagyló kis részének elhalásában.

Esetünk kóroktanában kettőt kell szerepeltetnünk, a vörhenyt és a világrahozott bujakórt. Tudjuk, hogy a betegség kóroktanában az észlelők említik a különböző fertőző betegségeket (vörheny, kanyaró, typhus, váltóláz, stb.), de lényeges szerepet juttatnak *(Lederer, Armstrong, Durante, Bosányi)* a világrahozott bujakórnak is. Nálunk *Bosányi* közölt két esetet a Stefánia gyermekkórházból; mind a kettő lues ellen kezeltetett már előzetesen a kórházban és igy jelentkezett 1½, ill. 2 éves korukban a Rajnaud-kór, az egyiknél egyéb tünet nélkül, a másiknál condylomák mellett.

Esetünknek az kölcsönöz különös érdekességet, hogy sem a kórelőzményben nem volt szó bujakórról, az anya egyenesen tagadta, sem a gyermeken a legkisebb tünet, vagy jel alapján sem gondolhattunk bujakórra és csak a positiv Wassermann-reactio a betegnél, az anyánál és testvérénél bizonyította a bujakór fennforgását. Kétségtelen tehát, hogy a bujakór vezetett a *Raynaud*-kór kifejlődésében a peripheriás érgörcsökhöz és a vörheny csak kiváltotta. A bujakór oktani szerepét egyébként a therapia eredményessége is igazolta. Érdekességet kölcsönöz esetünknek továbbá, hogy *a roham rendszerint hidegrázás és láz kíséretében jelentkezett,* melyhez hasonlót a közlésekben általában nem találunk; csupán *Lederer* említi meg, hogy esetében a hőmérsék kissé emelkedett. Igy esetünk ebből a szempontból egyedül állana az irodalomban.

Kiemeljük a vizelet részéről talált elváltozást, melyben a felvételkor és a rohamok fellépése után is ismételten találtunk tömegesen vért, a górcső alatt ép vörös vértesteket. A szerzők általában ugyanis haemoglobinuriát írnak le, de vörös vértesteket az irodalmi közlések nem említenek. A vizelet időszakos vértartalmát minden bizonnyal a vesék ereinek görcse okozta, amely vérzéshez s a vérnek a vizeletben való megjelenéséhez vezetett.

Irodalom: *Friedel:* W. kl. W. 340, 1890. (ref.). — *Sidley:* Gaz. med. de Paris, 1855. — *Nobel:* W. m. W. 70, 38, 1920. — *Barmwater:* W. kl. W. 1925. — *Durando Durant:* La Médicine infantile, 1898. (ref.) — *Armstrong:* Brit. med. Journal 1914. (ref.) — *Bosányi:* Jahrb. f. Kinderhlk. 1913.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az aorta ascendens keresztmetszetének mérése. *Bickenbach.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 171. köt. 6. füz.)

A gasanalytikai módszer több hátránya mellett fontos az a tény is, hogy csak percvolumen mérésére alkalmas, míg az egy szívcontractióval kilökött vér mennyisége nem határozható meg vele. E módszerrel a percvolumen is csak egészséges embernél mérhető pontosan, míg keringési zavaroknál az eredmények oly eltérők, hogy ez csak methodikai hibák rovására irható. *Broemser* és *Ranke* a lökéstérfogatot haemodynamikus tényezőkből számítják ki. Míg a systole és diastole ideje, egy pulsusphasis tartama, a pulsushullám tovaterjedésének sebessége az aortában és a vérnyomásamplitudo vértelen úton is pontosan meghatározhat, addig az aorta keresztmetszetének mérése csak igen megközelítő eredményeket ad.

Szerző *Stumpf* által közölt kymographiás módszerrel az első ferdében vizsgálta az aorta ascendenst és meghatározta átmérőjét és keresztmetszetét. A kymographiás módszerrel a legtöbb esetben az aortának systoles és diastoles átmérője is meghatározható. A kymographiás ábrázolás úgy történik, hogy a beteg mögé, közvetlen a film elé egy ólomlemezt helyeznek, mely lemez 12 mm-es közökben 0.5 mm-es rések által van megszakítva. A röntgenmegvilágítás ideje alatt az ólomlemezt lassan sülyesztjük, miáltal a réseken keresztül a pulsáló aorta rajzolódik a filmre. A lemezen lemért systoles és diastoles átmeröje azonban nem felel meg az igazi érték-

nek az aortafalat tangentialisan érő sugarak divergentiája miatt. A valódi érték kiszámítására ismernünk kell az aorta és a röntgenlemez távolságát, amit *Stumpf* az ú. n. „vándorló röntgencsövel készült kymogramm" segítségével oldott meg a megvilágítás ideje alatt az ólomlemez súlyesztésével egyidejüleg a röntgencsövet az előbbin lévő résekkel párhuzamosan mozgatja el, miáltal eléri azt, hogy nem folytatólagos képet nyer, hanem lépcsőzetesen megszakítottat. Az egyes lépcsők a megvilágítás elején és végén résmagasságban fekvő pontok projektioeltolódásának felelnek meg, tehát természetesen annál nagyobbak, minél távolabb fekszik a lefényképezendő pont a filmtől. Az aorta valódi átmérője most már egyszerü képlet segítségével kiszámítható.

Tárgyalja a módszer pontosságát, valamint a vele elérhető lehetőségeket és esetleges hibás leolvasást. Az eddig elért eredmények azt mutatják. hogy igen nagy szerepe jut az individualis különbségeknek és nem szabad elfogadnunk a sectióknál lemért nagyságokból nyert átlagszámokat. 20 egészséges egyénnél a lökéstérfogatot 50—70 cm^3-nek, átlagban 64.5 cm^3-nek, testsúlykilogrammra számítva 0.97 ccm-nek, a percvolument 3.4—4.8 l-nek, középértékben 4.31 l-nek, testsúlykilagrammonként átlag 65 ccm-nek találta. Többszörös ismétlésnél csak + 10%, ill. + 4% különbségeket kapott. Figyelemre méltó, hogy míg ezen meghatározásoknál a haemodynamikai factorok igen változók, addig végeredményben alig találunk eltérést a lökéstérfogatban, ami a szervezet dynamikai correllatios lehetőségeinek igen praegnans kifejezője. *Molnár István dr.*

Vérjód-vizsgálatok vegetative stigmatizáltakon. *H. Neuerbergk és E. Widmann.* (Klin. Wochenschr. 1931. 37. sz.)

Bergmann állította fel a „vegetativ stigmatizáltság" kórképét. Ebbe a csoportba azokat az embereket sorolta, kiknek nincs ugyan kifejezettt hyperthyreosisuk, amennyiben az alapforgalmuk nem fokozott, de fénylő szemük, izzadásra és hasmenésre való hajlamuk, tremoruk elárulja. hogy pajzsmirigyfunctiójuk nem normalis. *Bergmann* kimutatta, hogy az ilyen ember vére nagyon gyakran positiv Reid—Hunt-reactiót ad, ami azt bizonyítja, hogy valóban a normalisnál több thyroxin jutott a keringésbe. Szerző ugyanezt akarta bizonyítani más úton, éspedig a vér jódtartalmának meghatározásával. Tudvalevő, hogy a Basedow-betegek vére lényegesen több jódot tartalmaz, mint az egészségeseké. Megvizsgálva 21 „vegetative stigmatizált" egyén vérét, azt találta, hogy ezeknek a vérében is több a jód a normálisnál, de kevesebb. mint a Basedowosokéban. Ebből azt következteti, hogy a „vegetative stigmatizáltak" pajzsmirigye valóban fokozottan secernál.

Czoniczer dr.

Latens icterus kimutatása hystamin segítségével. *O. Klein.* (Klin. Wochenschr. 1931. 44. sz.)

A bör alá, vagy intracután befecskendezett hystamin localisan tágítja a capillarisokat és növeli azok permeabilitását. Ilymódon egy urtica (Quaddel) képződik, melybe a serumban oldott fehérjék és egyébb colloidok is bediffundálnak. Ha icterusos betegnek injiciálunk intracután 0,1—0,2 ccm hystamint, úgy a keletkezett urtika, de főleg annak hyperaemiás udvara lényegesen sárgább színüvé lesz, mint a környező bőrterület . Ennek oka valószínüleg az, hogy a hyperaemiás udvarban az epefesték felhalmozódik. Ez a jelenség felhasználható a latens icterus kimutatására. amennyiben a sárga szín a hystamin-injectio környékén olyankor is észrevehetővé válik, mikor az ép bőrterületen még fel nem ismerhető, például, ha a vérben 0,8—1,0 mg% bilirubin van.

Czoniczer dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Óriási hydronephrosis gyors kifejlődése a terhesség V. hónapjában ileussal kapcsolatban. *H. Küstner dr.* (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 89. köt. 1931.)

31 éves nőbeteg, akinél 1927-ben emberfejnyi baloldali hydronephrosist állapítottak meg, de a beteg az ajánlott műtétbe nem egyezett bele, egy év mulva teljesen zavartalan terhességen és szülésen esett át. 1930-ban újra másállapotba került s e terhessége III. hónapjától haskörfogata igen gyorsan növekedni kezdett úgy, hogy 4 hét mulva súlyos hasi tünetekkel osztályukra szállítják. Igen erös obstipatio, hányás, gyomorémelygés, erösen feszes has uralták a kórképet. A rectum teljesen le volt szorítva. Az uterust vizsgálatnál tapintani nem lehetett, sondázáskor a sonda 11 cm után akadályba ütközött.Kocsánycsavarodott ovarialis tömlöre, extrauterin graviditas + hydramnion és graviditas + hydronephrosisra gondoltak. Tekintve az eset kétséges voltát és az asszony súlyos állapotát, laparatomiát végeztek. Hasmetszésnél az egész hasat kitöltő, kb. 20 font súlyú, baloldali hydronephrosist találtak. Az uterus nyaka annyira ki volt húzva, hogy az öt hónapos uterus fundusa a bordaív magasságában foglalt helyet. Az uterus teste a nyak felett 90 foknyira meg volt csavarodva, ezért nem sikerült a sondázás. A peritonealis ürt drainezték, a beteg nyilc hét mulva egészségesen távozott. Sajátságos, hogy az első terhesség teljesen zavartalan lefolyású volt, míg most aránylag rövid idő mulva a tartalomnak óriási megszaporodásához vezetett, aminek oka lehetett, hogy az ureter a gyors nagyobbodás kezdetén még átjárható volt s a vese egy része egészséges volt s e terhesség tette tönkre a vesét. *Ábrahám János dr.*

Szemészet.

Tapasztalatok az ignipunctióval az ideghártya leválásnál. *N. Blatt dr.* (Arch. F. Ophthalmologie. 127. köt. 137. old.)

Az ideghártya leválás az utóbbi időkig a legrosszabb prognosisú szembetegségek közé tartozott. Az ideghártya leválás pathologiájánál két ellentétes theoria van. Tulajdonképen nem két ellentétes theoriáról, hanem két fócsoportról van szó, melyekbe az összes retina leválások besorozhatók. Az exudativ chorioiditisek által okozott ideghártya leválás jobb indulatú, az eddigi műtéti beavatkozásra, conservativ kezelésre, esetleg spontán is meggyógyulhat. A retractiós theoria szerint előzetes praeretinitis következtében az ideghártyán repedés jön létre, melyen keresztül az elhigult üvegtest az ideghártya mögé folyik s azt leemeli. A retina repedés keletkezésében az esetek nagy részénél a retina degenerativ elváltozásainál is fontos szerep jut. Ezen utóbbiak az eddigi operativ beavatkozásokkal nem voltak befolyásolhatók. *Gonin* által bevezetett ignipunctiós műtétre ezek prognosisa lényegesen megjavult. A szerző az irodalomból összegyüjtött statisztikája szerint a Gonin-féle műtéttel 43%-ban gyógyulás volt elérhető. A szerzőnek nyolc eset közül három esetben sikerült teljes gyógyulást elérni, köztük egy oly esetnél is, mely 1 éve állott fenn. Lényegesnek tartja a cauternek hosszabb ideig (10—25 másodperc) való benntartását a szemben. Állatkísérletei szerint a cauternek fél percig való bentartása a szemben csak kisebb jelentőségü elváltozásokat okozott, s többszöri ignipunctiókat (8) a szem jól eltürt. *Fodor Géza dr.*

A berni szemklinika statisztikai eredményei a scrophulotikus szemgyulladásokról. *D. Rolett.* (Klin. Mon. f. Aug. 1931. okt.)

10 év anyagának megfigyeléseit közli. (1906—1910 és 1926—1930.) A gyermekek leggyakoribb szembaja; felnőtteknél sokkal ritkábban lép fel. A megbetegedettek közül több mint kétszer annyi a leány, mint a fiu. A scrophulotikus szemgyulladások az utóbbi években sokkal ritkábbak, mint régebben voltak, hasonlóképen ritkábban complicálódnak szarúhártyafekélyekkel. A recidiváló esetek száma a felére csökkent. A scrophulotikus gyermekek általános állapota az utóbbi években sokkal jobb mint 20 évvel ezelőtt. Ennek a feltünő javulásnak az oka az, hogy a scrophulosist kiváltó momentumok csökkentek. Jobbak a közegészségügyi viszonyok, több a napfényes szabadban való tartózkodás, fokozottabb a tisztaság, észszerübb a sport.

Weinstein Pál dr.

Az ulcus serpens kezelése. *Blaickner.* (Zeitschrft. f. Aug. 75. köt.)

Az ulcus serpens gyógyítása több módon lehetséges: 1. A cauterisatio. Ide sorozzuk a thermocauter mellett az úgynevezett superficialis égetést *Weecker* szerint, amidön a cauter izzóvégét a fekély felett egy-két mm-re ide-oda mozgatjuk, magát a fekélyt tehát nem érintjük, valamint a Wessely-féle gőzcautert. 2. a mellsöcsarnok megnyitása müvi úton. Ez által a szem feszülése csökken, a vérellátás javul. Senki sincs azonban, aki azt állitja, hogy a mellsöcsarnok megnyitásával egyedül sikerül az ulcust meggyógyítani. 3. A gyógyszeres kezelés. A zink-cseppek csak az esetek kis részében hatnak jól. Valamivel jobbak az eredmények a zinkiontophoresissel. A jódtincturával való érintés rendszerint teljesen hatástalan. Végül az optochin, melynek hatása vitán felül áll.

Szerző évek óta combinált kezelést alkalmaz az ulcusok gyógyitásában. Az esetleges gennyes könnytömlöt eltávolítja. Ha a fekély egészen kicsiny, akkor csak optochint cseppent, esetleg az optochint kenöcs alakban használja. Ha azonban az ulcusnak udvara van akkor, a szélét cauterisálja mérsékelten felhevített galvanocauterrel, utána pedig azonnal erélyes optochin kezelés következik, mely a következő módon történik: A megcauterisált ulcusra 20—40 másodpercig mindig frissen készült 1%-os optochin oldatot cseppent, és ezt sulyos esetekben óránként. egyébként 2 óránként ismétli. (Éjszaka is!) Különösen nagy ulcus esetében, amidön a hypo-

phyon a csarnok felét vagy ⅔részét kitölti, lánzsával pungálja a corneát és igyekszik a genyet eltávolítani. Ez után következik a cauterisatio és a fent leírt optochinos kezelés. Fontos, hogy a szemet ne kössük be (még cauterisatio után sem!), hanem a szem védelmére a Fuchs-féle rács szolgál. Az ágynyugalmat fontosnak tartja. A cauterek közül a thermocauter hatásosságát a Wessely-féle gőzcauter fölé helyezi, bár az utána képződő hegek valamivel nagyobbak.

11 év alatt 163 beteget észlelt és ezek közül 73-at kezelt a fent jelzett methodus szerin igen jó eredménnyel.

Székács István dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori empyema kezelés. *R. Nissen.* (Ergebnisse d. Inneren Med. u. Kinderheilk. 39. köt. 1931.)

Az empyema konservativ kezelése ma már általánosan elfogadott. A punctiós kezelés gyors bevezetését szükségessé tehetik a toxikus, vagy lázas tünetek illetőleg a mediastinalis szervek dislocatiója. Ez utóbbit nemcsak a felgyülemlett geny okozhatja, hanem az a fokozott negativ nyomás okozta erősebb szívóhatás is. amelyet az egészséges mellkasfél kifejt, midőn a comprimált beteg oldali tüdőfél helyett is functionálnia kell. Ez a nyomásdifferentia a beteg mellkasfél megnyitásánál az oda bejutott levegő okozta positiv nyomás folytán még fokozódhatik és akadályozhatja a gyengébb falu jobb szív telitődését és kiürülését. A metastatikus empyema hamarabb kiürítendő, mint a meta-v. parapneumoniás. A leginkább bevált punctiós kezelés esetleg naponta ismételhető optochin v. borsav-pepsin öblítéssel. Amennyiben ez elégtelen, a drainkezelés következik és csak ha a felgyülemlett fibrincafatok a draincsövet mindig újra elzárják indikált egy keskeny bordarész resectiója. Apró letokolt empyemáknál mindig resectiót végez. Az apróbb visszamaradt mellkasfalmenti empyematasakok, amelyek a tüdő elégtelen tágulása folytán jönnek létre könnyen betörhetnek a tüdőszövetbe és abscessusokat okozhatnak. Az interlobaris, epiphrenalis, mediastinalis ampyemák punctiója ellenjavalt, mert a szurtcsatorna útján másodlagos fertőzések jöhetnek létre. Ugy kezelendők, mint a tüdőtályogok, extrapleurális paraffinplomba behelyezésével, amidőn a genny a plombába tör be és könnyüszerrel lebocsátható. Tbc.-s empyema conservative kezelendő, de caverna áttörés utáni pleuraphlegmone széles bordaresectióval és tamponálással kezelendő. A postempyemás üreg eltüntetésére fontosak a rendszeres fuvógyakorlatok, vagy ha ez célhoz nem vezet a paravertebralis thoracoplastica, amely a jó eredmények ellenére a gyermeknél scoliotikus gerincoszlopgörbületeket okozhat.

Lederer Emil dr.

Koraszülöttek hormonalis therapiája. *E. Edelstein.* (Zeitschrift f. Kinherh. 51. k. 646. o.)

Koraszülötteknél sokan hormonalis elégtelenséget vesznek fel és hormonkezelést (hypophysis elülső lebeny, ovarium) alkalmaznak. Terhesek vére 2 cm^3-ként átlagban 20 egység elülső lebeny (hypophysis) és egy egéregység ovarium hormont tartalmaz. Ilyen meggondolások alapján adott a szerző koraszülötteknek 2—3 naponként 21 esetben 1—5 cm^3 terhesvért. Sem a súlygyarapodás, sem a fertőzésekkel szembeni resistentia nem volt jobb a 21 kezeltnél, mint 14 nem kezelt kontrollnál.

König dr.

Csecsemők éhezési hypoglycaemiája. *Herbert Schönfeld.* (Jahrb. f. Kinderhelk. 133. k. 5—6 f.)

Egészséges csecsemőknél több mint 4 órai koplalás után az intermediaer szénhydratanyagcsere zavara mutatható ki, mely már 5 órai koplalásnál a vércukorérték egy sokkal magasabb kiugrásában, további 12—16 órai koplalásnál a vércukorérték erős csökkenésében nyilvánul, peroralisan testsúlykg.-ként 1.5 gr-os dextrose megterhelés mellett.

Ez a koplalási hypoglycaemia nem vezethető vissza fokozott insulinhatásra.

A Traugott—Staub-effectus egészséges csecsemőknél kimarad, söt a vércukor-görbe azzal ellentétesen viselkedik.

Wollek Béla dr.

Urologia.

Pyelographia jelentősége. *Casper.* Berlin. (Zeitschrft. für Urol. 25. köt. 10. füz. 1931.)

Hangsulyozza, hogy a transvesicalis pyelographia merev pillanatfelvétel a vesékről és ha abból következtetéseket akarunk vonni, tekintetbe kell venni az ureter és pyelum physiologiás contractióját, az uretercatheterrel való müvi beavatkozást, a töltés mennyiségét, az árnyékot adó anyag contractiókra izgató hatását.

Még inkább óvatosnak kell lenni az intravenás pyelographia értékelésével, amelynél az alaki eltérésen kívül a vesemüködésről is kapunk felvilágositást. Igen fontos diagnosticai segédeszköz a vesetuberculosisnál, a korcsképződéseknél és mindazon esetekben, ahol a transvesicalis pyelographia nem vihető ki. Az intravenás pyelographiánál a vesekelyhek izommüködésével kell számolni. Tehát itt sem lehet az alakból, nagyságból biztos következtetéseket vonni, miután a medence vagy kelyhek systoleja és diastoleja alkalmával nagyobb, szabályosabb és sötétebb, majd kisebb, szabálytalan és világosabb árnyékot kapunk. Ha még hozzávesszük, hogy a jodpraeparatum izgatja is a medencét contractióra s igy annak elfolyását gátolja, a következtetés még bizonytalanabbá válik. Vigyázni kell az árnyék intensitásából a vesefunctióra való következtetésnél is. Mert ha az urologiai tractus valamely részén ismeretlen okból retentio áll be, úgy az intravenás pyelographia intensiv árnyékot ad, ami jó vesefunctióra jellemző, mialatt a vese valóságban erősen ledált lehet.

Hátránya a transvesicalis pyelographiával szemben az árnyék halványsága. Ezt kiküszöbölendő, ajánlották *(Ziegler)* az ureterek leszorítását levegőcompress segítségével, hogy ezáltal a transvesicalis pyelogrammhoz hasonló képet kapjanak. Valóban sötétebb is az árnyék, de az alaki eltérés természetellenes. A szerző *Ziegler* után két felvételt ajánl compressorral. A másodikat akkor, miután öt percig leszorítás történt. Ezalatt az idő alatt a contractiók a pyelumban lezajlottak s igy a természetellenesség a miniumra redukálódott, másrészt a contrastanyagot sokáig visszatartjuk és ezáltal az óhajtott árnyékmélységet is megkapjuk.

Babics Antal dr.

Intravesicalis hólyagnyálkahártya varrat kérdéséhez. *Kiika.* Prága. (Zeitschrft. f. Urol. 25. köt, 10. füz. 1931.)

A szerző szerint hólyagtumorok exstirpatióinál nem tanácsos a nyálkahártyavarratokat sorsukra hagyni, mert incrustálódnak. Ezért a fonalat csomózás után nem vágja le, hanem azokat a hasfalon hagyott kis sipolyon át kivezeti a külvilágba.

Kérdés, hogy a fonalak könnyü eltávolítása céljából, milyen anyagot használjunk a varrásra?

A selyemfonalat nem tartja alkalmasnak, mert nem jól macerálódik és a kihuzásnál emiatt szakit, ha pedig vérző arteriát ölt alá, utóvérzéseket okozhat az eltávolításkor.

Vékony catgut könnyen eltávolítható, nem tép, de veszélye az, hogy a hasfali sipolynyilásban is felázik, megvékonyodik és a kihúzásnál itt szakad le. A szerző tehát vastag catgutot használ. A fonalak egyik szárát a csomózások fölött 1—2 cm-re levágja, a hosszúra hagyott szárakat pedig kivezeti a hasi sipolyon át. Tapasztalatai szerint 4—5 nap alatt a vastag catgut annyira felduzzad, hogy a csomók meglazulnak és enyhe húzásra könnyen kioldódnak. Vérzés vagy fájdalom a kihuzásnál nincs. A sipolynyilás 3—4 nap alatt begyógyul.

Babics Antal dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Schleimhaut des Verdauungskanals im Röntgenbild. *Chaol* u. *Adam.* (Urban és Schwarzenberg, Berlin. 1931. Ára: 22.50 M.)

A 229 oldalas könyv méltó bizonyitéka annak a fontos szerepnek, melyet a röntgenesek az utóbbi években a nyálkahártyavizsgálatnak juttattak. Szerzők a gyomorbélrendszer nyálkahártyájának röntgenanatomiáját foglalják össze bőven tárgyalva úgy a normális, mint a kóros jelenségeket. A könyv jó tulajdonságai közül ki kell emelnem a minden fejezetén észlelhető sebész és röntgenologus között fennállott szoros együttműködést, mely nem egy nézetünk biztosabb megalapozásához, ismereteink bővitéséhez vezetett. A nyálkahártyaredőzet sajátságait a functionalis befolyások szigorú figyelembevételével tárgyalják, minek előnye, hogy főképen a bélfalon rendkívül gyakori és complicalt functionalis szabálytalanságokat ismerve, óvatosak leszünk a reliefkép értelmezésében.

A nyálkahártyavizsgálat első tudatos müvelője *Elischer Gyula* volt. Amit a röntgentudomány az ő 1912-ben megjelent dolgozata óta e téren fejlődött mind megtalálni *Chaoul* és *Adam* könyvében. Részletesen tárgyalják a gyomor-, oesophagus-, vastagbélnyálkahártya-vizsgálat methodikáját, ismertetik a célszerüen használható contrastanyagokat s a vizsgálatot megkönnyitő segédeszközöket. Kimerítően foglalkoznak a normalis tápcsatorna minden részének nyálkahártya-redőzetével és rendkívül gazdag anyagon demonstrálják a gyomor-bél-rendszer valamennyi megbetegedését is. Külön fejezetek szólnak az operált gyomor megváltozott nyálkahártya-redőzetéről s az ulcus pepticum jejuniról, melynek megállapításánál a reliefvizsgálatnak fokozott jelentősége van. Ki-

emelendő értéke a könyvnek a 219 ábra, melyeknek átnézése a hozzájuk írt magyarázó szöveggel szinte egymagában is tájékoztat a nyálkahártyavizsgálat mai állásáról.

A könyv könnyen áttekinthető, mit a világos beosztáson kívül az is elömozdít, hogy a szöveg kiemelendő részeit ritkított betükkel szedték. Minden szakembernek melegen ajánlom. *Erdélyi József.*

Die Befreiung der menschlichen Stimme. Von *Paul Paschen.* (Hippokrates Verlag, Stuttgart und Leipzig. 304 oldal. Ára: 5.50 M. Kötve: 8 M.)

A könyv sokkal többet tartalmaz, mint a címéből következtetni lehet. Optimista könyv, amely praktikus életbölcsességre akar nevelni. Kiindulási pontja a foglalkozásból eredő hangzavarok által okozott anyagi és erkölcsi pusztítások megakadályozása. Szemléltetően rajzolja le azt a kálváriát, amelyet a tanár, tanító, énekes vagy katonatiszt kénytelen végig járni, ha a hangja előadás (tisztnél vezénylés) közben felmondja a szolgálatot. A szerző szerint erre a bajra eddig nem ismertek orvosságot, következésképen akik ebben szenvedtek, elveszett embernek számítottak. (A phonastheniát,rhesoastheniát minden foniatriával foglalkozó orvos feltétlenül meg tud gyógyítni. A referens).

Szoros kapcsolat áll fenn az emberi beszéd és az érzelmi állapot között. A könyv szerzője a beszédet (indokolás nélkül) a „hanggal" azonosítja. Ezen az alapon a beszédhibák tulajdonképen *hanghibák. A dadogás is.* (A szerző nézete.)

Felfogása szerint kivétel nélkül minden ember hanghibában szenved. Csak a gyermekek hangja egészséges. (Komoly adatok alapján: a gyermekek majdnem a fele — rekedt. A ref.) Nevelési hibák megbontják a gyermeki lélek egyensulyát és belső bizonytalanság érzését keltik. A bizonytalanság érzése megzavarja a lélegzés rendes nyugodt menetét, ami a hangképzés tisztaságát bontja meg. A szervezet azzal próbál védekezni, hogy a garat alsó harmadában az izmok szükítésével akadályt próbál állítani, a kórosan fokozott levegő nyomás elé.

A szerző szerint a gyógyítás úgy lehetséges, hogy a hangos levegő irányát az orrba vezeti, mert a levegő útjának megváltoztatása minden hangzavarnak univerzális gyógyszere.

Fejezeteken keresztül foglalkozik az emberi kultura és civilisatio fejlödésével, majd pedig gyermeknevelés problémájával. Ezek a könyv legsikerültebb fejezetei. Elfogulatlanul nyugodt és tiszta szemmel beszél olyan hibákról, amelyeket minden szülő elkövet.

A könyv olvasását zavarja, hogy irója ellentmondást nem türő sententiákat jelent ki, a tudományos irodalomról a legnagyobb lenézés hangján beszél, pedig némi szakirodalom ismerettel nem történhetett volna meg az, hogy amilyen jó a kulturtörténelmi rész, annyira hibával és tévedéssel zsúfolt a fonetikai áttekintés.

Jellemzésül egy pár kiragadott példa:

a) megáliapítja, hogy az ajakhangzók — orrhangzók;

b) a fáradság nélküli beszéd csak *orron keresztül* lehetséges;

c) a „fejhang" nem más, mint — orrhang;

d) éneklés közben egy légvételhez elég 1/16-os tactus;

e) „beim staccato Gesang gibt es so viel Atemzüge wie Tonen, stb.

A könyvre jellemző az egyenetlenség, amely még fejezetenként is változik, kitünően megírt részt teljesen zavaros kijelentések követnek.

A mű kiállítása: szép; méltó a kiadóhoz.

Dénes László dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület nov. 28-i ülése.

Bemutatások:

1. **Seenger Gy. C.:** *Cornu cutaneum* gyorsan fejlödött s óriási nagyságot elért esetét mutatja be.

2. **Schranz D.:** *Törvényszéki orvostani moulageok.* A Poller-féle eljárással készített moulageok egyéb eljárással készült mintákkal szemben tökéletesebb rajzolatuk miatt közelitik meg legjobban a valóságot. Minthogy fényképekkel, rajzokkal, leírással nehéz a különféle elváltozásokat érzékeltetni, a folyadékban eltett vagy száraz készitményeknek alakja és színe megváltozik, ezért tulajdonképen csak adott esetek demonstrálása felelne meg a tanítás céljaira. Utóbbiaknak csekély száma miatt moulageokat is felhasználhatunk. Az eljárást gipsz, paraffin és gyantából álló keverék felhasználásával lényegesen olcsóbbá tehetjük. A bpesti törvényszéki orvostani intézetnek 50 drb-ot meghaladó gyüjteményéből 16-ot eredetiben mutat be. A minták mellé a változást elöidéző eszközt is felerősítette, hogy a szemlélő az eseteről könnyen tájékozódhassék. Külföldön ilyen gyüjtemény még nincs. Ily módon olyan eseteket is meg lehet örökíteni, amelyek boncolásra nem kerülnek s igy a tudomány számára kárba vesznének. A gyüjteményt a vidéki intézetek részére sokszorosíthatjuk.

Előadás:

Lobmayer G.: *Electrochirurgia.* (Filmbemutatással.) Kifejti az electrochirurgia definitióját, nomenclaturáját és történetét. A physikai alapfogalmak tárgyalása után rátér a készülék szerkezetének és használatának ismertetésére, a magas frequentiájú áram hatására a szövetekre és azok elváltozására. A klinikai részben vázolja az electrochirurgia legfőbb alkalmazási területét, a rosszindulatú operabilis és késsel inoperabilis daganatok mütevését. Ismerteti saját 10 operált betegénél a mütét lefolyását. Majd áttér az egyéb sebészi alkalmazási lehetőségekre. Végül bemutatja *Keysser, Lexer* és *Heymann* electrochirurgiás mütéteiről készült mozgófénykép felvételeket.

Cholnoky T.: Referál az I. sebészeti klinikán 15 hónap óta végzett több mint 1400 diathermiás és elektrothermiás kezelés eredményeiről. Hálás a postoperativ fájdalmas friss letapadások és hegek, továbbá fagyások, üszkösödés, neuralgiák diathermiás kezelése. Lumbago, ischias, arthritis deformans diathermiára gyógyulnak, vagy legalább javulást mutatnak, mütét alatt a test föleg a has felmelegítésére jól alkalmazható. A magas frequentiás áramok sebészi alkalmazása szóba jön szemölcsök, anyajegyek, fibromák kiirtásánál, genyedések, anthrax, kelések kezelésére. Végül referál a klinikán daganatoknál végzett 25 elektrocoagulatio eredményeiről, ezek nagyon kedvezőek.

Magyary G.: A II. sebészeti klinika megbizásából nagyszámú állatkisérletet végzett a diathermia és elektrocoagulatio útján ejtett sebek gyógyulásának tanulmányozására. Arra az eredményre jutott, hogy a hőhatással ejtett sebzés lassabban gyógyul, mint a késsel vágott seb, fertőzésre hajlamosabb. Mikrofotografiai felvételeket mutat be különböző szervek sebeinek gyógyulásáról.

Manninger V.: Hálás az előadónak, hogy idehozta a kérdést, amely azon törekvések betetőzése, amelyeken már 25 éve dolgozik. Teljesen mindegy, hogy milyen készülékkel dolgozunk, a hatás igniexcisio. Ugyanaz, mint a paquelin hatása. Óriási azonban a különbség hatékonyság szempontjából. E készülékkel oly tumorok mütétét lehet keresztülvinni, amelyeket eddig nem lehetett kezelni. Azonban vannak az igniexcisiónak oly előnyei, amelyeket a nagy apparatura nem nyújt. Azt állítják, hogy e készüléknek semmiféle farados hatása nincs és izomrángást nem vált ki. Evvel szemben tény, ha az ideget másfél cm-re megközelítjük, rángást kapunk. Az elektromos kés gyors vezetésénél, vagy ha nagyon felhajtjuk a frequentiát, coagulatiót nem kapunk, a véredények sem záródnak el. Coagulatiónál, a szövetek szétfőzésénél pedig vakban dolgozik a mütő. Bár aetherrel való dolgozásnál nem kapott robbanást, kerülni fogja az aethert és chloraethylt. Rámutat azokra a bajokra, amelyeket az indifferens elektrod okozhat. *Keysser* egy esetében átégett az arteria femoralis és a lábat amputálni kellett. Feltünő az eljárás folyamán észlelt számos embolia, a nyaki tumormütéteknél beállott vagushalálesetek. Mindezen hátrányok dacára kijelenti, hogy tumoroknál az elektrochirurgia eredményei oly kiválóak, hogy messze elhagyják a kés és a radium segélyével elért hatásokat.

Révész M.: Tapasztalata szerint a ráktherapiában az az elektrocoagulatio nem bizonyult elegendőnek, hanem álláspontja szerint az elektrocoagulatio mellett, illetőleg után a carcinoma még radiumtherapiában részesítendő. Ugyanez a tapasztalata és álláspontja a berlini Stoeckel klinikának is, mert azokban az esetekben, ahol nem sikerült elektrocoagulatióval a daganatsejteket elpusztítani, azok egy ingert kapnak az elektrocoagulatióval és utána intensivebb szaporodásnak indulnak.

Krepuska I.: *Verebélÿ* professor klinikáján torok- és gége elváltozásoknál is végeztek elektrochirurgiás beavatkozásokat. Megfigyeléseik szerint nincs célja olyan esetekben forszirozni az elektrochirurgiás eljárást, ahol a késsel történő beavatkozás a célnak jobban megfelel. Igy mandulakiirtásnál, a beteg szájnyálkahártyáját összeégethetik a nyálcseppeken történő kisülések. Orrüregben történő beavatkozásoknál is korlátolt az alkalmazhatósága, legfeljebb utólagos vérzés csillapításnál jöhet szóba. Ellenben a gége rosszindulatú operabilis és inoperabilis daganatainál nagy szolgálatokat tehet a mütőnek. Igy egy teljes gégekiirtásnál és két hemilaryngektomiánál, úgy a mütét tartama alatt, mint az utólagos gyógyulásnál igen jó eredményt látunk az elektrochirurgiától.

Czukor I.: 17 esetről számol be. Az apparaturával jó eredményeket ért el. Aethernarcosist alkalmazott ombredannal, csak ha a fej közelében dolgozik távolíttatja el az aethert. Referál a coagulatiós, gyomor- és bél-diathermiás műtéti tapasztalatairól. Cc. recti elektrochirurgikus műtéténél tapasztalata szerint sokkal kevesebb a váladék.

Lobmayer G.: Köszöni *Manningernek*, hogy kiemelte mindazon előnyöket és veszélyeket, melyek az eljárás kapcsán keletkezhetnek, melyekre előadó az idő rövidsége miatt nem térhetett ki, de amelyekben mindenben egyetért *Manningerrel*. A gyakoribb emboliák magyarázatára említi *Bauer* vizsgálatait, melyek szerint a villanyáram leginkább támadja az érben levő véroszlopot, azután az intimát és legkevésbbé az adventitiákat. *Magyary* vizsgálatait *Walkhoff* vizsgálatainak folytatásának és kiegészítésének tekinti. *Révésznek* felhivja figyelmét, hogy az irodalomban *Hofwendahl*, valamint *Bordier* ismertettek elektrochirurgiai úton végzett tonsillektomiákat. Ha *Czukor* eddig nem is látott még robbanást az aether használata alkalmával, mégis respektálni kell ezen veszély lehetőségét. Az elektrochirurgiát főleg inoperabilis rosszindulatú daganatok reductiójánál tartja létjogosultnak.

A Magyar Urológiai Társaság október 26-i ülése.

Előadások:

1. **Borza J.**: *Cardiális insuffitientia urologiai műtétek után.* Röviden ismerteti a szívfunctio megítélésére használatos eljárásokat, amelyek segélyével igyekeznek a lappangó elégtelenséget kimutatni. Megállapitja, hogy megbizható, mindenre kiterjedő, főleg individuálisan alkalmazható olyan szívfunctiós eljárás, melynek segélyével az urologiai műtétekkel kapcsolatosan fellépő cardialis insuffitientiát biztosan elkerülhetjük, nincs. Saját tapasztalatai alapján ismerteti az urologiai klinikán és kórházi osztályán kialakult eljárást, amelynek segítségével igyekeznek elkerülni a műtéttel kapcsolatos szívzavarokat. Kiemeli, hogy mindig tekintetbe kell venni azt az idegrendszerbeli megterhelést, ami speciálisan a műtéttel kapcsolatban egyénileg a beteg constitutiójától függőleg éri a szervezetet. Hangsulyozza, hogy mindig tekintetbe kell venni az összbenyomást és főleg azt, hogy mikép viselkedett a szív künn az eletben a mindennapi munkával szemben.

Farkas I.: Műtét előtt elektrocardiographiás vizsgálatokat végeztetett. Mivel az E. K. G. csak momentán szivállapotról ad képet és a néhány nap mulva megismételt vizsgálat már más eredményeket adhat, az eljárás sokat veszit megbizhatóságából. Voltak esetei, hol az E. K. G. szerint a szivizom bántalmazott volt és a beteg a műtétet jól kiállotta. A higitásos-concentratiós próba a szív erejéről is ad felvilágositást. Ahol a concentrálas jó, a higitás azonban rossz, de coffein-strychnin adagolással jobb eredményeket kapunk, ott lehet operálni. Előkeszitésül csak coffein-strychnint ajánl, a digitálist ő is ellenzi.

2. **Sas L.**: *Haemorrhagiás cystitis kezelése a bakteriumtartalom megváltoztatásával.* Miután régebbi vizsgálatai szerint a coli és coccus eredetü cystitisek nemcsak a bakteriologai lelet, de kórtani és klinikai viselkedésüket tekintve s a kezelés szempontjából is különbözőképen viselkednek oly értelemben, hogy előbbiek enyhe, körülirt és kezeléssel könnyen befolyásolható elváltozásnak bizonyultak, megkisérelte azt, hogy *minden localis kezeléssel dacoló* chr. haemorrh- cystitisnél a folyamatot a bakteriumtartalom megváltoztatásával, (azaz a coccusfertözésnek colifertőzéssé való átalakitásával) a kezelés számára jobban hozzáférhetövé tegye. Négy beteg közül háromnak minden eddigi kezeléssel dacoló chr., egynek acut haemorrh. cystitise volt. A részletes klinikai és bakteriologiai vizsgálatokat és eredményt abban összegezheti, hogy a *bakteriumtartalom átalakitása tökéletesen keresztül vihető.* Betegei közül kettő úgy bakteriologiai, mint klinikai értelemben gyógyult, további kettőnél csupán lényeges javulás s a panaszok teljes megszünését lehetett elérni. Bakteriologiai vizsgálattal cystitis és pyelitis egyidejü fennállása esetén arra is következtethetünk, hogy a fertőzés lehágó-e vagy felhágó. Colifertőzés esetén descendáló folyamattal, coccusfertőzésnél ascendáló fertőzéssel állunk szemben.

Radó B.: A haemorrhagiás cystitist nem tartja egységes kórképnek, egyrészt a purpura vesicae, másrészt közönséges cystitis felé átmenetek vannak. Az elölt bakteriumokkal végzett therapia sikertelensége miatt vezették be az élő bakteriumokkal való kezelést, melyet aggályosnak tart; a bemutatott négy esetet kevésnek tartja a kezelés hatásosságának megítélésére. A cystitis haemorrhagica therapiájában minden mechanikus ártalomnak, tehát a hólyagmosásnak is szigorú mellőzését tartja szükségesnek.

Picker R.: 30 évi tapasztalatai azt mutatták, hogy a levezető húgyutak coccus-, ill. pálcika-okozta megbetegedései, ha nem a genitalis adnexek müvi úton történt direct és primaer infectiójára vezethetők vissza, metastatikus úton jönnek létre. Ezen infectiók primaer húgyszervi megtelepülései a vesék, genitalis megtelepülései a herék, vagy a nagy nemi mirigyek. A coccusfertőzések kiindulási pontjai tapasztalása szerint a fogak, a tonsillák vagy az orr és fül csontos melléküregei, a pálcika fertőzéseké az appendix vagy az epehólyag. *Sas* eredményeihez nem szólhat hozzá, mert a módszert nem próbálta ki. A közölt esetek száma kicsi ahhoz, hogy belőlük megállapitásokat lehessen levonni.

Sas L.: A bakteriumok közötti antagonizmus felhasználása therapiás célból *Metschnikofftól* származik (fertözéses bélbántalmak kezelése b. burgaricus és streptococcus ac. lacticival). Azóta az eljárás fertözések kezelésében széleskörü alkalmazást nyert. Az urologiában *Rovsing* említette elsőnek, hogy tapasztalata szerint kérdéses, nem volna-e kivánatos cystitisnél a coccus fertözésben coli fertőzéssé való átalakitása. Az eljárás kisérleteben *teljesen veszélytelennek* bizonyult: kezelés folyamán legcsekélyebb hőemelkedés sem jelentkezett. A chr. haemorrh. cystitis — *Radó* dr. állitásával ellentétben — *igen ritkán* kerül észlelésre; ez magyarázza, hogy hosszú időn keresztül csak ily kevés esetet figyelhetett meg. Mint előadásában, úgy most is nyomatékosan hangsúlyozza, hogy három betegénél hónapokon át rendszeresen folytatott mindennemü localis kezeléssel dacoló (söt rosszabbadó) chr. haemorrh. cystitis állott fenn. Az általa végzett eljárás s az eredmény *ilyen* esetekre vonatkozik. Nagyszámú parallel végzett klinikai és bakteriologiai vizsgálatai szerint a hólyagelváltozás és a kórokozó minősége között szoros kapcsolat áll fenn s a kezelésnek ehhez alkalmazkodnia kell.

Bemutatások:

1. **Schmidt A.**: *Magas lumbálérzéstelenités a vesesebészetben.* Az I. sz. sebészeti klinikán 26 vesemütétet végeztek magas gerincvelőérzéstelenitésben az új *„Spinocain"* néven forgalomba került oldattal. Az eljárás igen egyszerü, mert az egész mütéti területet egy beszurással érzéstelenîti és ez a betegnek is kellemesebb, mint a vezeteses és helyi érzéstelenités, melynél számos szúrást érez és melynek kivitele hosszabb időt vesz igénybe. Az eljárás előnyei, hogy az egész hasfalizomzat elernyed, a belek összeesnek és az izomzat átvágása után az a kép tárul elénk, mint boncolásnál. A vese sokkal könnyebben hozzáférhető, mint bármely más eljárásnál. Idősebb, magas vérnyomású egyénnél is alkalmazhatjuk, mert az érzéstelenités kapcsán fellépő vérnyomáscsökkenés csak jótékonyan hat. Kellemetlen utóhatást, hányingert, erös fejfájást csak egy esetben tapasztalt. Az új érzéstelenitő eljárás különösen vesemütétnél vált be jól. Ismerteti még *Kirschner* új gerincvelőérzéstelenitési eljárását.

Illyés G.: A lumbalis anaesthesiát régebben alkalmazta és annak eredményeiről már 1906-ban beszámolt, a kedvezőtlen tapasztalatok hatására azonban az eljárást elhagyták. A bemutatott eljárásban új az anaestheticum (régebben főként tropacocaint használtak). Lehet, hogy ez magában kevésbbé veszélyes, azok a kellemetlenségek azonban, melyek már az egyszerü lumbálpunctióval kapcsolatosak, mint liquoregyensúly megbontása, a liquornak a szurcsatornán való kiszivárgása, esetleg infectio, a makacs, hosszantartó fejfájások megmaradtak. A paravertebrális érzéstelenités, megfelelő gyakorlat esetén kiváló eredményeket ad és azok a fájdalmak, melyektől az előadó megemlékezett, a vese vongálásakor is a minimumra redukálhatók. Az eddigi eljárással tökéletesen meg van elégedve, úgy hogy az újabb metódusokat experimentális jelentőségünek tartja.

Mező B.: Csatlakozik *Illyés* véleményéhez. Az urologiai sebészet azon eljárásainál, melyek levegő vagy oxygen töltéssel dolgoznak, még a legnagyobb óvatosság mellett is előfordulhat légembolia. A lumbálpunctio alkalmával véredények sérülhetnek meg és azért nem merne levegöbefuvást alkalmazni.

Rihmer B.: Osztályáról *Noszkay* ismertette az intercostalis és splanchnicus anaesthesiát, amellyel a vesesebészetben tökéletes anaesthesiát lehet elérni, ugyanezt a hólyagsebészetben a parasacrallal minden veszély nélkül. A lumbalis érzéstelenités az urologiai sebészetben nélkülözhető.

2. **Hornyák G.**: *Phimosis új műtéte.* A praeputium belső lemezén jobb és bal oldalon hosszanti metszést ejt és a sulcus coronariuson rögzíti a praeputiumot, miután a két sebet, mely a harántirányú feszülés miatt szintén harántirányú lett, csomós öltésekkel zárta és frenulotomiát végzett. Plasztikailag és kozmetikailag tökéletes eredmény érhető el az eljárással, főleg serdülő fiúknál és gyermekeknél.

Picker R.: Lobosan el nem fajult esetekben különösen meglepőek az eredmények, de régi, lobos vagy heges esetekben is minden tekintetben kielégítők az osztályán végzett műtétek eredményei.

Az alsógödi biologiai kutatóállomás.*

Irta: *Huzella Tivadar* dr.

Az elmult nyár folyamán egyszerű eszközökkel létesített, szerény tudományos munkahely nyilt meg a biologiai kutatás számára. Alsógödi, a Duna mellett fekvő, néhány holdas kertem forrásvízből táplálkozó tavai, patakjai kertészettel, pisztráng és baromfi tenyésztéssel és méhészettel foglalkozó kis gazdasága, természetes szárazföldi és vizi növény- és állatvilláganak gazdagsága, botanikai, zoologiai, biologiai vizsgálatok számára igen változatos és bőséges anyagot nyujt. A természeti szépségekben gazdag környezet a tudományos alkotás művészi elemét juttatja érvényre és a tudományos elmélyedés nyugalmát és hangulatát biztosítja.



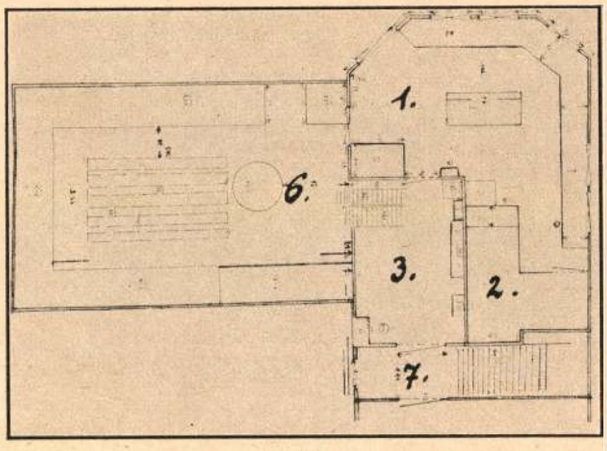
1. ábra.

A laboratóriumot a domboldalon fekvő telek egyik oldalán földszintes, a másikon emeletes gazdasági épület végébe, annak függelékeképen helyeztem el (1. ábra). A laboratórium oldalához épített üvegház víztartójából — mely az épület esővíz csatornáiból és vízvezetékéből táplálkozik — a felesleges víz mesterséges, kis patakon keresztül, japán stilusú kőkert keretében épített vízi növények és állatok tenyésztésére szolgáló kis vízmedencébe folyik. Kövek és virágok között ösvény vezet le a laboratórium növényekkel benőtt, elkerített kis virágos kertjébe.

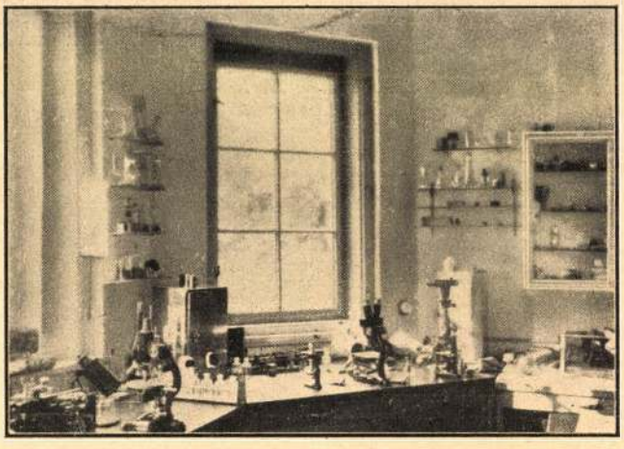
A laboratórium helységei 7 x 5 m. területet foglalnak el. A dolgozó helyiségben (2. ábra 1. sz.) a középen elhelyezett vegyi asztal körül az ablakok mentén 8 m. hosszúságban, a sarok ablak előtt szögletben megtörve, dolgozó asztalok állanak vastag, pácolt tölgyfalappal, fölöttük a falakon gázcsapokkal, villanykonnektorokkal és polcokkal.

* A Kir. Magy. Természettudományi Társulat mikrobiologiai szakosztályának folyó év október 16-i ülésén tartott előadás nyomán. A laboratorium felszerelése a Széchenyi Tudományos Társaság támogatásával létesült.

A bejárat melletti kettős ablak előtt van a laboratórium „szövettani osztálya" (3. ábra) microscopos dolgozáshoz, festéshez és impregnáláshoz szükséges összes kellékekkel és vegyszerekkel. A másik oldalon a „kísérleti és fejlődéstani osztály" (4. ábra) könnyen fertőtleníthető márvány-



2. ábra.



3. ábra.

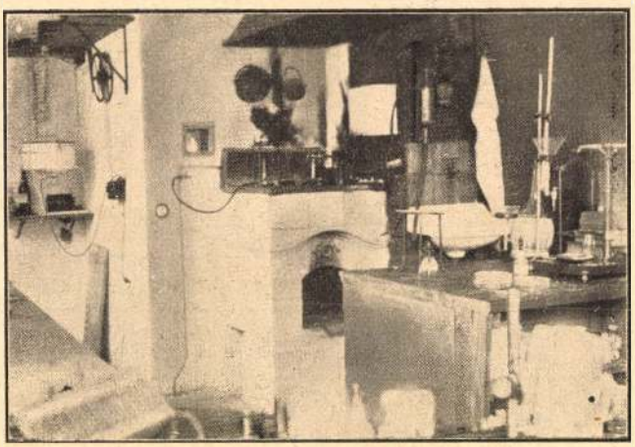


4. ábra.

lappal fedett dolgozó asztala felett a falon függő műszerszekrényben műtétekhez, szövetttenyésztéshez és fejlődésmechanikai kísérletekhez szükséges különleges műszerek állanak. A polcon, a középső asztal szekrényében és fiókjaiban úgy a Carrel, mint a Borrel-féle szövettenyésztő módszerekhez szükséges, teljes felszerelés van elhelyezve.

A következő kettős ablaknál áll a Chambers-féle mikromanipulator és a mikrokinematografiai felvevőkészülék, a praeparáló lupe és a megfelelő világító készülékek. A két osztály között az északra néző, napsütés mentes, sarokablaknál levő munkahely (3. ábra) optikai berendezése a legmesszebbmenő igényeket is kielégíti. Egy nagy Leitz-féle microscop binokuláris, opakilluminatoros, sötétlátóteres és polarizációs berendezésekkel, melegíthető tárgyasztallal, Lieberkühn tükörrel, különböző lupékkal, kondensorokkal, mikrofotografáló készülékkel és egy praeparáló asztallal ellátható, nagy stereoskopos mikroskop.

A laboratóriumból sötétkamra nyilik 2. ábra, 2. sz.) a lemezek és mozgófényképfilmek előhívására, másolására és nagyítására. Itt van a még felállított, szakaszos mikrokinematografiai felvételekre szolgáló berendezés helye is. A laboratórium helyiségben a sötétkamra ajtaja fölötti polcon a filmvetítő készülék, pontfénylámpa és a ritkábban használt eszközök állanak. A sarokban 3500 fordulatszámú villamos centrifuga függ. A sötétkamra és a kémény közötti sarkot tűzhely foglalja el (5. ábra), amelynek alsó ürege faraktár, középrésze kandalló,



5. ábra.

felső része vaslapokkal elzárható szabad tűzhely. A tűzhelyen főzéshez, hevítéshez, lepárláshoz szükséges tárgyak és fuvóláng pisztoly állanak, utóbbi a gázcsappal és a szomszédos mosdó vízvezetékével kapcsolatos szívó-nyomó szivattyúval áll összeköttetésben. A tűzhely fölé égéstermékek felszívására szolgáló capella borul. A laboratórium hátsó ajtaja az előkészítő és mosogató helyiségbe (2. ábra 3. sz.) nyílik, amelyben — részben a falra szerelve — mosogató, magasnyomású, gőzsterilizáló, hőlégsterilizáló, vízdestilláló készülék, villamos paraffinkályha-termostat állanak. A mélyebben fekvő, 10 x 5 méteres üvegházba, (2. ábra 6. sz.) lejebb az egyszerűbb asztalos, lakatos és kovácsmunkákra berendezett műhelybe, ahol az üvegház melegvízfűtésének kazánja is van, vaslépcső vezet. A szomszédos helyiségben tömegesebb szövettenyészetek thermostatja gyanánt is felhasznált csirkekeltetőgépek állanak. Itt vannak a kisebb állatok, daganatos egerek, patkányok is elhelyezve.

Az épület hátulsó fala mentén a szabadban vannak a cseppfolyós gázkészülék és bekerített kifutókkal a nyul, tengerimalac és csirkeólak elhelyezve.

A padláson, amelynek nagyobbik elrekesztett fele szénapadlásul szolgál, van a kitünően szigetelő „Heraklit" lapokból épített, virágos erkélyre nyiló kis manzardszoba asszisztensi lakás céljára.

Az építkezésben és a laboratórium berendezésben érvényesülő legnagyobbfokú takarékosság és egyszerűség nem volt a minőség, célszerűség és tetszetősség rovására. Az épület főfalai jól szigetelő, üreges salakbeton kockákból, a válaszfalak lapszerint rakott téglából épültek. Az ajtók és ablakok ócskavasból házilag készültek, a csőhálózat, az autoklav, a fűtőkazán, a bútorok részint a gazdaság lomtárából kerültek elő, részint alkalmi, olcsó vételből származtak, mint pl. az asszistensi szoba vasúti hálókocsiból kiselejtezett eredeti bútorzata. A vegyszerek háztartásban felgyült közönséges üvegekben állanak. A falak egyszerűen meszeltettek. A padló sárga színű sima beton.

A laboratóriumban használt optikai felszerelés és az értékes műszerek, az évek során a kutató alap, az amerikai Ella Sachs-Plotz Foundation és főleg a Széchenyi Tudományos Társaság támogatásával szereztettek be, az egyetemi intézettől függetlenül külön leltárban tartatnak nyilván. A laboratórium üzemének téli szünete idején, a könnyen szállítható tárgyak, finom műszerek jelenleg a debreceni egyetem anatomiai-biologiai intézetében használtatnak. Becsomagolásuk és szállításuk nehézséget és számbajövő költséget nem okoz. Ekként a szünidő miatt megszakított vizsgálatok szinte egyik napról a másikra zavartalanul folytathatók, a munka kényszerű abbahagyásának kára nélkül.

Az alsógödi laboratórium berendezésében és megszervezésében *Lengyel Julia* dr., tanársegéd volt értékes segítségemre.

A laboratórium első három hónapos működésének tapasztlatai alapján kitünt, hogy kicsisége, rendkívül egyszerű és igénytelen berendezése dacára kifogástalanul alkalmas nagyobb, átfogó, biologiai problémáknak, cytologiai, histologiai, bacteriologiai módszerekre szoruló vizsgálatra. Sőt a berendezésnek a hely szűk volta miatti sajátos rendszere a vizsgálatok menetének célszerű sorrendjében biztosítják, hogy minden, ami szükséges kéznél van és semmi felesleges útban nincsen.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december hó 5-iki ülésének napirendje. Előadások: 1. *Bókay Zoltán:* A meningitis tuberculosa gyógyulásának lehetősége röntgen mély besugárzás segítségével. 2. *Benedek László:* Uj módszer a koponyapercussio kórjelzéstani értékének fokozására. (Hangosfilm bemutatással.)

A Közkórházi Orvostársulat december 9-iki ülése. Bemutatások *Kramer Pál:* A szénhydratanyagforgalom vizsgálata Basedow-kórnál. *Nagy András:* Hevenyen fellépő Basedow esetek. *Breyer Gyula:* Arachnodaktylia esete. *Várady János:* Talma mütét után hosszú ideig tünetmentes cirrhosis hepatis esete. *Szilágyi Géza:* Ascaris által kiváltott asthma bronchiale esete. *Plesch Lajos:* Heveny fertőző betegségek kapcsán fellépő haemorrhagiás diathesis esetek. *Torday Árpád:* Diabetes mellitus renális componenssel.

„Dyphtheria". Ujabban sokszor találkozunk ezen írásmóddal a magyar orvosi szaklapok hasábjain. Nyilván az illető szerzők a „dysenteria", stb. mintájára, de tévesen használják az y-t. A „diphtheritis" (diphthérite ou inflammation pelliculaire) megjelölést *P. Bretonneau* a görög „διφθερα" pellis, exuvium, vestis coriacea, ill. a „διφθερόω" -corio obtego igéből alkotta, később *Trousseau* a rövidebb „diphthérie"-t ajánlotta. Kétségtelen, hogy az idegen szavak írása korántsem oly fontos, mint a helyes magyarság, érthető, ha vannak, akik az idegen szavakat következetesen a magyar hangzásnak megfelelően írják, lefordíthatnók a „diphtheria"-t „börös" vagy „álhártyás" betegségre, használhatjuk a hivatalos, de nem túlszerencsés „roncsoló torok és gégelob" megjelölést, ha azonban a „diphtheria" elnevezés mellett kitartunk, ne torzítsuk azt el az y-nal, ne hagyjuk el a „th"-t sem, mert az nem a régebben divó német „th"-t, hanem a görök thetát helyettesíti.

Szirmai Frigyes dr., gyerm. klin. tanársegéd.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen november hó 28-án: *Bálint Kálmán, Hunvald György, Kiss Károly, Pintér László, Róna Endre, Török Pál* és *Huszár Zoltán.* — A pécsi Erzsébet Tudományegyetemen *Zámbolt Kálmán.* Üdvözöljük az új kartársakat!

Hofmann Oszkár dr. San Remoban ismét rendel.

Az Orvosi Évkönyv 1932. évi 42. évfolyamának *kérdőívei* már mind szétküldettek. Felhivjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőívet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy példányt adataik pontos beiktatása érdekében levelezőlap vagy telefon útján mielőbb bekérjenek. *„Magyarország Orvosainak Évkönyve" szerkesztősége*, Budapest, VII., Kertész-u. 16. Telefon: József 406—47.

Budapest székesfőváros közegészségügyi állapota 1931. év november első felében.

Hasi hagymáz	21	2	Gyermekágyi láz	1	2
Küteges „	—	—	Bárányhimlő	246	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	25	—
Kanyaró	326	5	Vérhas	8	2
Vörheny	348	1	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamárhurut	52	6	Trachoma	24	—
Roncsoló torok és gégelob	171	7	Scabies	—	—
Influenza	3	1	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	9	3

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

Soós Aladár: Étrendi előirások. III. bővitett kiad. sajtó alatt

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal műmelléklettel . . . 7.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P.)

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámítjuk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Acitophosan*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

Jelen számunkhoz Panacea gyógyszervegyészeti rt. Budapest, *Genoscopolamin*-ról szóló mellékletét csatoltuk.

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1.
kórházi főorvos — Telefon: Aut. 846—37.

SZT. LUKÁCS FÜRDŐ és gyógyszálló
a reumás betegek évszázados gyógyhelye.
Telefon: 560—80.

Erősebben baktericid, nem hamisitható, gyártásban ellenőrzött, nem mérges, bőrnek s műszernek nem ártalmas ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül **LYSOFORM**
Szab. szám 93189.

METALIX-FÉM röntgenlámpák röntgengépek
BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRUT 37. Telefon: Aut. 840—97

Állami forrás
Nieder-Selters
A természetes Selters-víz
régóta ismert és bevált gyógyvíz influenza, a légzőszervek és a torok megbetegedései ellen. Tüdőbetegségeknél csillapitólag hat.
Kapható gyógyszertárakban, drogeriákban, fűszer- és csemegekereskedésekben, valamint a vezérképviseletnél
Édeskuty L. Ásványviz Kereskedelmi Rt. Budapest, V. Erzsébet-tér 8.
Telefon: 814—28.
A forrás kimeritő ismertetését a Nieder-Selters központi irodája, Berlin W8, Wilhelmstrasse 55, bármikor ingyenesen rendelkezésre bocsátja.
A Nieder-Selters állami forrás Hessen-Nassauban az egyetlen gyógyvíz Selters néven, amely csakis eredeti állapotban kerül töltésre és szétküldésre.

Több, mint **10** *éve már, hogy az*
Agomensin „Ciba"
nevű készítményt amenorrhoea, oligomenorrhoea, hypoplásia és a menopausa kiesési tünetei esetén igen jó eredménnyel rendelik

Tabletták
Üvegek à 20 tabletta
Kórházi csomagolások à 100 tabl.

Ampullák
5 vagy 20 ampullát tartalmazó dobozok

*

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel.
Magyarorsz. képo.: Jakitsch János, Budapest VI. Lehel ucca 33

PÁLYÁZAT

Hódmezővásárhely th. város közkórházánál a szemészeti osztályon 1931. év december 31-ével megüresedő alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A betöltendő állás javadalma az állami rendszerü XI-ik fizetése olytály 3-ik fokozatának megfelelően megállapitott havi fizetés, továbbá egy bentlakásra alkalmas külön szobából álló lakás, fütés, világitás és első osztályú élelmezés. Az élelmezés önköltségének 50%-a havonként előre a javadalomból levonatik. Az állás ideiglenes, a pályázók közül az alorvost 2 évi időtartamra Főispán úr nevezi ki, s ezen idő elteltével a kórházigazgató javaslatára a kinevezés Főispán úr által egy évre meghosszabbitható. Az alorvos köteles a kórházban lakni és magángyakorlatot nem folytathat.

Felhivom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket, valamint eddigi működésüket és a kommun alatti maguktartását igazoló okmányokkal felszerelt s a város főispánjához címzett 2 pengő értékü okmánybélyeggel ellátott pályázati kérelmüket a polgármesteri hivatalban f. évi december hó 19-ik napjának délelőtti 12 órájáig nyújtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezőváráshely, 1931. november hó 24.

3855—1921. eln. sz. dr. *Soós István* polgármester.

TETANUS MARHA-SZÉRUM
Prophylacticus célra.
Az anaphylaxia és a szervezet lószérummal való sensibilizálásának elkerülésére
Dr. PÁPAY-féle oltóintézet és szérumtermelő rt.
Budapest, IX., Lónyay-u. 12. :: Telefon 855-63.

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 50. szám. Budapest, 1931 december 12.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Duzár József: A modern csecsemőgyógyászat és Heim Pál. (1179—1183. oldal.)
Gerlóczy Géza és Szőke Károly: A reticulo-endothel szerepe a vér megalvadásában. (1183—1185. oldal.)
Hallay Imre: Vérkatalase és vörösvérsejttérfogat. (1185—1187. oldal.)
Ormos Pál: Adat az extrauterin graviditás létrejöttéhez. (1188—1189. oldal.)
Péteri Ignác: A pertussis vaccinakezelése. (1189—1190. oldal.)
Pilau Gusztáv: Lymphadenitis gummosa esete. (1190—1192. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (195—198. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. (1192—1194. oldal.)
Könyvismertetés: (1194. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1194—1198. oldal.)
Vegyes hírek: (1198. oldal és a borítólap III. oldalán.)

A modern csecsemőgyógyászat és Heim Pál.*

(Klinikai előadás.)

Irta: *Duzár József* dr., egyetemi nyilv. rk. tanár.

Tisztelt Hallgatóság!

Mély meghatottsággal, gyenge erőm tudatában és a feladat nagyszerűsége előtt megtorpanva lépek ahhoz az előadói asztalhoz, amelyről kiváló mesteremnek és elődömnek annyi bölcs tanítását hallottuk és amely *Heim Pál* életének legboldogabb működési tere volt.

Ugy érzem, tanítványi hálámnak, megszentelt emlékéhez való örök hűségemnek teszek eleget, ha mai szerény székfoglaló-előadásomat egészen az ő tudományos értéke emlékének szentelem. Tehetem ezt annál is inkább, mert *Heim Pál* működése annyira szorosan fonódott össze a modern csecsemő- és gyermekgyógyászat kialakulásával és annak annyira fontos tényezője volt, hogy az ő nevének sűrű emlegetését e témakör ismertetésénél nem kerülheti el a külföldi szakember sem, ha igazán objektiv akar lenni.

Tisztelt Hallgatóság! Pár évtizeddel ezelőtt a budapesti egyetemi gyermekklinika foliansai és régi kórtörténetei között egy karcsú, rendkívül ambiciozus fiatalember lapozgatott. És míg elgyönyörködött a *Schöpf—Mérey Ádám*, az idősebb és ifjabb *Bókay János* klasszikus kórleírásaiban, fülét a gyermekgyógyászati literaturában új hang ütötte meg, a fiatal breslaui gyermekgyógyászprofesszor: *Czerny Albert* hangja, aki ebben az időben a modern csecsemő- és gyermekgyógyászatnak új alapelveit fektette le. *Heim Pálnak* hamar feltűnik, hogy egy egészen új csecsemőgyógyászat nélkülözhetetlen alapismeretei: új csecsemőkori anyagcsere-physiologia és — pathologia kiépítése van folyamatban, ami hosszú időre rá fogja nyomni bélyegét az egész gyermekorvostan fejlődésére. Csakhamar *Czerny*-nél találjuk őt, ahol részese lesz annak a nagy lendületű és nagy perspectiváju, alapvető munkának, amellyel *Czerny* és munkatársai a tudományos úttörők szerepét vállalták a csecsemő- és gyermekgyógyászatban.

Hiszen a gyermekgyógyászat már megelőzően is a belgyógyászattól elkülönült tudomány volt. Ismert dolog volt már, hogy a gyermek nem miniatür felnőtt, hogy neki külön testi és szellemi igényei vannak, ha egyenletes fejlődését biztosítani akarjuk A passiv táplálkozás, a fokozott ápolás szükségessége, a speciális immunitástani helyzet, a gyermek közvetett anamnesise, mind-mind külön helyet jelöltek ki a beteg gyermeknek a belorvosi pathologiában. És külön helyet kivánt a gyermekorvostan (egy és ugyanazon betegség sokféle támadasi pontja mellett is) gyakorlatilag universális jellege miatt.

A mai gyermekgyógyászat speciális helyzetét azonban a modern csecsemőgyógyászat új irányai szabták meg. A múlt század közepétől a gyáripar gyors fejlődése európaszerte, a mesterséges táplálás elterjedése a munkás-anyák közt, a törvénytelen és elhagyott csecsemők felszaporodása: gondozást vagy gyógykezelést igénylő csecsemők százaival tömték tele egyszerre az intézetek más rendeltetésű osztályait és állították sohasem sejtett feladatok elé a még csakugyan csecsemőpapucsokat érdemlő csecsemőgyógyászatot. A legkitűnőbb csecsemőgyógyászok: a francia *Parrot*, a német *Henoch* kb. 80% kórházi halálozással dolgoznak. Kevésbbé jó erőktől vezetett intézetekben 100%-os halálozások is vannak. Lebontásra megérett oroszlánbarlangok a csecsemőosztályok, amelyek csak befelévezető nyomokat mutatnak. Joggal irja *Jakobi*: „Alles dies bewies immer nur die oft gemachte Erfahrung, dass mann Säuglinge nicht in Anstalten halten und lebend erhalten kann" *Henoch* utódjának *Heubner*-nek azt ajánlja, hogy ne tartson a berlini gyermekklinikán csecsemőosztályokat. Hamar feltünik, hogy az évi csecsemőhalandóságnak grafikonja két magas kiugrást mutat. Egyet a felső légutak kora tavaszi hurutos infectiói idején és egy másodikat a nyári nagy melegekkel kapcsolatos bélhurutok, vagy táplálkozási zavarok miatt. Miután a táplálkozási zavarok nemcsak a mortalitásnak, de a morbiditásnak is legnagyobb zömét adták és eredményes kezelésük nélkül a csecsemők ú. n. parenterális megbetegedései sem voltak megközelíthetők, a modern csecsemőgyógyászat előharcosai érdeklődésük minden energiáját a csecsemőkori táplálkozási zavarok, főleg a nyári gyomorbélhurutok: alimentáris toxicosisok megfejtésére és leküzdésére fordítják. Keresik mi az oka annak, hogy a csecsemő

* Tanszékfoglaló előadás; 1931. szeptember 22-én, Pécsett.

látszólag jelentéktelen gyomorbélzavar mellett testsulyának jelentékeny részét: pár kg-ból akár 1 kg-ot, vagy még többet is elveszíthet pár nap alatt; miközben általános mérgezettség, a diabetesek comájára emlékeztető súlyos anyagcserezavar fejlődik ki nála.

A gyermekorvostan e nagy kérdésének gondját a modern pathologiai kutatás jóformán minden iránya a homlokán hordja:

A kórbonctani irány csakhamar kénytelen megállapítani, hogy nincs arány a toxicosisban elhalt csecsemő makroskopos vagy mikroskopos sectiós lelete és a klinikai kép letális súlyossága között,

A bacteriologiai kutatás kideríti, hogy ezek a megbetegedések nem vezethetők vissza egy és ugyanazon kórokozóra, amely minden esetben kitenyészthető volna a csecsemőből. Megállapítja, hogy a bomlott táplálék nem egyformán betegíti meg ugyanazon csecsemőosztály csecsemőit. Lesznek akiknél, a táplálék bomlási termékei egyáltalán semmi táplálkozási zavart nem okoznak, ugyanakkor, amikor másokat pár nap alatt toxikus tünetek között megölnek. Viszont bacteriologiailag teljesen kifogástalan táplálék is károsíthatja a csecsemőt, ha a táplálék componenseinek correlatiója, vagy a csecsemőnek bizonyos öröklött, vagy szerzett gyengeségei arra őt praedestinálják.

Igy fordul a csecsemőgyógyászat mindinkább a pathologiai kutatás harmadik és legújabb irányához: az *anyagcsere*-vizsgálatokhoz. Már a klinikai megfigyelések még pedig úgy physiologiás, mint pathologiás körülmények között számos olyan adatot juttatnak a nyitott szemű gyermekorvos birtokába, amelyek a csecsemőkori táplálkozási zavarok létrejöttében a csecsemő egészen különleges anyagcseréjének jelentőségére, individuális különbségeire, bizonyos praedisponáltságaira hívják fel a figyelmet.

A csecsemő csak bizonyos mennyiségű táplálékot és csak bizonyos meghatározott pausák után tolerál. Ez a táplálék mindenkor csak bizonyos meghatározott összetételű lehet és mindig aránylag sok folyadékot kell tartalmaznia. Az összetevő tápanyagok valamelyikének concentrátiója csakis úgy emelhető, ha ugyanakkor a többi componensek mennyisége is arányosan emeltetik. Ezenkívül a táplálék minden legkisebb gyomorbélhatása, tehát a gyomorbéltraktus emésztő-, felszívó- és székképző-functioira való hatása: az egész anyegcserére gyakorolt hatás is. Ha pld. a csecsemő táplálékának szénhydrát-concentrátióját érintetlenül hagyva a szénhydrát minőségét megváltoztatjuk: egy szénhydrát helyett két szénhydrátot alkalmazunk, sokszor a szék megváltozik és a tartósan alacsony súlygörbe hirtelen emelkedést mutat. Ugyanez következik be máskor egy kávéskanál darának vagy egy harmadkávéskanál caseinkészítménynek a hozzáetetésére a rendes tejhigításhoz, még pedig oly arányban, amely a tápláléktöbbletet messze túlhaladja stb.

Mind ehhez még sokkal több támpontot és még szembetűnőbb alimentaris reaktiókat ad a pathologia. Anyagcsere — és nem egyszerű bélhatás, amikor a szappanszékű, tejártalmas csecsemő egyszerű tejhígítás helyett ugyanolyan caloria-értékben malátalevest kap és erre a súlygörbéje, tartós állás után, rohamos emelkedésnek indul, a székek egyidejű fellazulása mellett. Itt látjuk azt is, hogy a szék legkisebb elromlása: hasmenés fellépése milyen rohamos (a hiányosnak látszó emésztéssel, a gyakori székek okozta nagyobb folyadékveszteséggel arányban nem álló) súlyfogyáshoz vezethet. A sulyosabb akut bélhurut pedig az anyagcsere végleges összeomlásának lehet bevezetője, stb.

A csecsemő anyagcseréjének ezen szinte pillanatszerű függése a gyomorbéltractus functiótól, szükségessé teszi, a táplálkozási zavarok megfejtése és gyógyítása céljából, a csecsemő-anyagcsere physiologiájának és pathologiájának pontos ismeretét. Miután azonban az anyagcseretudományok összes segédtudományaikat is kénytelenek igénybe venni, hogy csak megközelítőleg is betekintést nyerjenek a felnőtt emberi szervezet mechanismusába; a csecsemőanyagcsere problémáinak megoldásához is előbb a segédtudományok ismereteire és általuk számos új eddig ismeretlen törvényszerűség felderítésére van szükség.

Igy kerül a csecsemőgyógyászat az élére azon orvostudományi iránynak, amely a chemia és a physikalischemia vívmányait akarja felhasználni az emberi anyagcsere kifürkészésére. Ezen vezető szerepre nemcsak az praedistinálja, hogy subjektiv adatok hiányában csakis a laboratoriumon keresztül közelíthetjük meg a csecsemőt; hanem az a tény is, hogy a csecsemő anyagcseréje távolról sem áll azon a fejlettségi fokon, mint a felnőtté; és ez a relative primitivebb, labilisabb anyagcsere, amikor sok analógiát mutat a fiatal növényi, vagy állati organismus anyagcseréjével, ugyanakkor alapvető igazságokat tár fel a felnőtt pathologia részére is.

Ha az újszülött mellé hírtelen leütünk, akkor annak végtagjai a majmok kuszó-mozgásaira emlékeztető sajátságos átkaroló reflex-merevségbe jönnek. Ez a régebben atavismusnak tartott jelenség kézzelfoghatólag demonstrálja, hogy a csecsemőnek nemcsak az agykérge fejletlen, hanem a középagynak azon szürke ducai is (striatum), amelyek felnőtt-korban döntő befolyással bírnak, a végtagok tonusát, de az anyagcserét is szabályozó alacsonyabb központokra. (Extrapyramidalis ducok). De az az újszülött-kor klinikája is számos bizonyítékot ad kezünkbe: a táplálkozásnak, a hőszabályozásnak, a légzésnek, a vérkeringésnek és a folyadékszabályozásnak bizonyos zavarait ezen magasabb reguláló gócok fejletlenségére kell visszavezetnünk.

A csecsemő anyagcseréjét tehát mindenekelőtt bizonyos idegrendszeri befolyásoktól való függetlenség, vagy inkább magárahagyottság, az anyagcsere peripherias szerveinek, sejtjeinek relative fokozottabb jelentősége, autonomiája jellemzi. De a peripheriás szervek sem a felnőttekéhez hasonló elosztásban vesznek részt az anyagcserefunktiokban. Az izmok fejletlensége miatt a májnak jut itt a legnagyobb szerep amit nemcsak ezen szerv nagysága árul el (a felnőtt mája a testsúly 1/40-ed, az újszülötté 1/18-ad, az 5 hónapos pheotusé ½-e része), hanem az a tény is, hogy ez a szerv a csecsemő legnagyobb glykogen- és „N"-depotja és amint legújabb vizsgálataink mutatják, a folyadékkötésnek is egyik legfontosabb regulatora.

Az anyagcserének peripheriás autonomiája és inkább a májra való leegyszerűsítése azonban csak egyik jellemvonása a csecsemő-anyagcserének. Másik, talán még pregnánsabb vonása: az állandó, rohamos gyarapodási képesség, vagy más szóval az anyagcserének állandó positivitása. Ez a positivitás az organikus és anorganikus építőanyagokra egyformán vonatkozik. Mégis a fehérje-anyagcsere az, amely e positivitáshoz a legszilárdabban ragaszkodik: a „N"-egyensúly még a legtöbb súlyos táplálkozási zavarnál is positiv marad. A fehérje tehát kétségtelenül a legfontosabb: az alap-építőanyag, amely magasabb specifikus dynamikus hatása révén az anyagcsere és vele a fejlődés gyorsaságának is egyik fontos szabályozója. Az intrauterin életben az anyai vér, az extrauterinben az anyai tej gondoskodik a fejlődés tempójának megfelelő fehérje-mennyiség beviteléről. A születési súly megduplázásához szükséges idő, amely a tengeri malacnál 6 nap, borjúnál 47 nap, az emberi csecsemőnél pedig 5 és ½ hónap, egyszersmint a megfelelő anyatejek fehérjetartalmának arányszámát is kifejezi. Vagyis nagy általánosságban

a szoptató állat tejének fehérjetartalma annál nagyobb, minél rohamosabb fejlődési tendentiát hozott csecsemője a világra.

A fejlődés gyorsaságának másik szabályozója és egyáltalán minden fejlődés egyik fő feltétele, a szövetek bőséges vízkötő-képessége. Gyors fejlődés csak élénk anyagcsere mellett; élénk anyagcsere csak bőséges víz jelenlétében jöhet létre. A csecsemőnek a felnőtténél cca 50%-kal élénkebb anyagcseréjét tehát a szövetek rendkívüli bő víztartalma biztosítja.

A természetben mindenütt azt látjuk, hogy a fiatal szervezetek rohamos fejlődését a legoptimálisabb folyadékkötés teszi lehetővé. A növény, az állat, az ember szervezete egyaránt akkor mutatja a legnagyobb folyadéktartalmat, amikor a legrohamosabb fejlődésben van. Az öregedéssel csökken a szövetek folyadékfelvevőképessége (hysteresis) és a fokozatos kiszáradással lassúbbodik a növekedés is. Igy lesz a nagy víztartalmú növényi csirából fejlődésében megállapodott szilárd-vázú növény (fa) és így lesz a 96% folyadékot tartalmazó emberi embrioból 75% folyadékot tartalmazó és már tartással és szöveti turgorral bíró csecsemő, illetve cca 60% vízből álló, szilárd-vázú felnőtt.

Az emberi csecsemő rohamos fejlődését a vízanyagcsere nagyszerű berendezése biztosítja. Egyrészt az anyán keresztül ellátja a csecsemőt egy olyan physiologias táplálékkal, amelynek fő alkotó része a víz (egy négy kg. sulyú csecsemő napi 7 deci tejfogyasztása egy 70 kg-os felnőttnél a napi kaloriaszükséglet 13 liter folyékony táplálék alakjában való fedezésének felelene meg). Az emberi önálló élet kezdetén tehát a fejlődés igényeit épúgy a folyadékbevitel elégíti ki legjobban, mint ahogy ahhoz is csak vízre van szükség, hogy a növényi magból az első csiralevél és az első gyökérszálacska kihajtson *(Czerny)*.

Másrészt azonban a csecsemő egész anyagcseréje ezen felvett víz realis megkötésének szolgálatában áll. A vízkötést látszanak szolgálni maguk a fehérjék is, amelyek mint kolloidális, több fázisú felületsystemak messzemenő adsorbtios- és duzzadóképeséget mutatnak. De ezt szolgálják a többi organikus és anorganikus anyagok is, amelyek között talán első helyen állanak és ma már a legtöbb betekintést engedik meg: a szénhydratok.

A cukorbaj elleni küzdelemben az insulin- aera tanított meg bennünket a hasnyál-mirigy termelte insulinnak szénhydrat- és folyadékanyagcserét reguláló hatására: elsősorban a vízkötéssel járó insulinos glykogenappositiora. A glykogenhez való ragaszkodás olyan határozottsággal vonul végig az állati és emberi szervezet fejlődésén, mint ahogy a vele chemiailag aequivalens keményítőnek birtokáért küzd minden növény. A phoetalis kor elején az anyai placenta bolyhai vannak tele glykogenhalmokkal; de csakhamar Langerhans-szigetek fejlődnek a magzat hasnyálmirigyében, amelyek a szénhydrat- és a víz-anyagcserét akkor is egyensúlyban tudják tartani, ha az anyaállat hasnyálmirigyét kiirtjuk, vagy ha az anya cukorbetegséget kap A csecsemőkorban mi sem bizonyítja jobban ezen insulinszerv fejlettségét, minthogy a csecsemő diabetest nem kap; a glykogen-appositiot pedig még éhezésnél is és még az egyébként csecsemőnél is konstans vércukornívó rovására is biztosítja ez a szerv.

Az ép szénhydrat-anyagcsere a positiv fehérje-egyensulynak is nélkülözhetetlen feltétele. A csecsemő is a minimum törvényének engedelmeskedik. A bevitt fehérjéből csak annyit tud beépíteni, amennyit az anyagcsere folyamán a szénhydratok segítségével megtakarít.

Az organikus anyagok közül tehát a fehérje és a szénhydrat egyensulya a legfontosabb biztosítéka a realis folyadékkötésnek és egyenletes szövetépítésnek. Ujabban úgy látszik, hogy a zsíroknak is nem jelentéktelen szerep jut ebben. Még pedig nemcsak indirekte, mint azelőtt hittük, (lehűlés stb.) hanem direkte is, fokozva a szövetek biologiai immunitását (Coefficient lipocitique).

Végül nagy szerepet játszanak a folyadékkötésben az anorganikus tényezők: a sók. Minden növényi és állati nedv sóoldat lévén, chemiai és physikalis-chemiai jelentőségük ma még szinte beláthatatlan. Az ő „Puffer"-oldataik biztosítják a szövetnedvek vízkötőképességét, valamint állandóan kissé lugos rectioját, amely lugosságnak relativ megcsökkenése is a folyadékkötés és vele a növekedés katasztrófális zavaraihoz vezethet. A fejlődő növényi és állati szervezet egyaránt csak a táplálékfelvétel kapcsán mutat eltérést a szöveteiben egyébként uralkodó H.-cc-tól. A növények gyökérbimbói a környező talaj H.-ccjához alkalmazkodnak: az állati szervezet gyomor- és béltraktusa az emésztés phasisai szerint mutat változott reactiot.

A sejtek, a protoplasma-alkatrészek felület-complexumain lejátszódó chemiai és physikális-chemiai folyamatok a fejlődő organismusban az anyagcsere élénksége miatt csak még nagyobb jelentőséget adnak a sóknak, mint a felnőttnél.

Érdekes azonban kiragadnunk az anorganikus világból sót: a phosphort és a vasat, amelyeknek jelenléte úgylátszik múlhatatlanul szükséges a sejtek életéhez és amelyekhez épen ezért a fejlődő növényi és állati organismus egyforma szívóssággal ragaszkodik.

A phosphor-anyagcsere a szénhydrat-anyagcsere szempontjából is szorosan érdekel bennünket. A szénhydratból való energia-nyerésnek csak egyik módja annak elégetése, a másik módja a phosphorral kötött hexosemolekula (hexosediphosphorester) hasítása tejsavra és phosphorsavra. Ugylátszik ezen tejsavas hasítás nélkül nincs növekedés. A gyorsan fejlődő növényi sejtek (élesztő), az állati daganat-sejtek, valamint az embrio sejtjei is főleg tejsavas hasítással használják fel a szénhydratot. Körülbelül ugyanez áll részben a csecsemőre is, mint arról vérének magas tejsavtartalma is tanúskodni látszik.

A fejlődő növényi és állati organismusokban csakugyan messzemenő ragaszkodást látunk a phosphorhoz. Tavasszal a fák, növények phosphortartalma a rügyekbe tolul, hogy azok élénk fejlődését elősegítse. Ősszel a levelek lehullása előtt a fák, növények maradandó váza visszaszívja a lombtól ismét a phosphort, hogy abból semmit el ne veszítsen. Állatkísérletek hosszú sorából ismerjük a phosphornak az állat növekedésére gyakorolt hatását. Az emberi magzat az intrauterin élet utolsó két hónapjában, valamint az extrauterin élet elején, a colostrumban kapja meg a fejlődéséhez szükséges phosphort. Ehhez a phosphorhoz, mint azt az angolkórra vonatkozó gazdag irodalomból látjuk, nagy szívóssággal ragaszkodik a csecsemő. Ha pedig a fejlődő szövetek részére a phosphort a táplálék nem biztosítja, akkor akárcsak a növény, szilárduló vázához folyamodik: phosphorszükségletét a csontjaiból fedezi.

Hasonló viszonyokat találunk a vasra vonatkozólag is, amelynek állandó jelenléte a sejtekben lezajló oxydativ folyamatokhoz feltétlenül szükséges. Az intrauterin élet utolsó szakában kapott vassal tehát a csecsemő takarékosan gazdálkodik; de ha a vastartalmú tápanyagok hozzáetetése későn indul meg, vagy koraszülöttség miatti tul kicsi vasdepotja hamarabb kimerül, még a vérképzőszervek vastartalmának rovására is biztosítja a szaporodó sejtek vasigényét.

Amint ezen néhány példából is látjuk a csecsemőanyagcsere nem miniatür felnőtt-anyagcsere, hanem az a még fiatal rohamos fejlődésben levő organismusokéra emlékeztet. Ez az alacsonyabb fokon álló anyagcsere, szinte magasabb idegrendszeri befolyások irányítása né-

kül, kétségtelenül sokkal labilisabb, egyensulyi állapota szigorúbb feltételekhez kötött, mint a felnőtté. Azonban azt is láttuk, hogy ezen feltételek biztosiásáról bőséges gondoskodás történt. A positiv anyagcsere-egyensúlynak legfőbb faktorát: a nagy növekedési hajlamot igen élénk fehérje-anyagcsere és rendkívül fínoman szabályozott vízkötés biztosítja. Az optimális fejlődési viszonyokra szabott physiologiás táplálékot az anya melle szolgáltatja. Az így is gyöngeségekkel küzködő csecsemőnek szüksége van még szeretetteljes ápolásra: ezt az anyai szív nyújtja. Igy hidalja át a csecsemő-anyagcsere azt a nagy nivódifferentiát, amely a differentiálatlan petesejt és a szilárd vázzal, elkülönült szervekkel, az anyagcserét is uraló idegrendszerrel bíró homo sapiens között tátong.

A fenőtténél sokkal labilisabb csecsemőanyagcsere tehát, amint az elmondottakból könnyen érthető, csakugyan szinte pillanatnyi függvénye a felnőtténél sokkal sérülékenyebb gyomorbéltractusának. A gyomorbéltractus normális működése viszont: a bél- és a bélfüggelékek (mirigyek), a bélbennék és a bélbacteriumflóra szinte synbiotikus egyensúlyi állapotának eredménye. Könnyű károsítás esetén csak ez az egyensúlyi állapot billenik meg, reparabálisan; még pedig akár azért, mert a bélbennék, vagy a bél bacteriumflórája, akár pedig mert maga a bélfal vagy függelékei vesznek fel kóros functiót. Súlyos esetben azonban a károsítás tulcsap a bél nyálkahártyáján, illetve függelékein (májon) és az egész anyagcserét ledálja. Mint az éppen elmondottakból könnyen érthető a csecsemőanyagcsere intermedier károsodásának primum movense a folyadékkötés folytonosságának megzavarása, esetleg a folyadékveszteség: az exsiccatio lesz, amely toxikus bomlási termékek jelenlétében irreparabilis anyagcserekatasztrófához vezethet. Orvosirodalmi tény, hogy az exsiccatio dominálo jelentőségét a csecsemőanyagcsere táplálkozási zavarok okozta katasztrófális összeomlásában *Heim Pál* hangsúlyozta először.

Egészen speciális csecsemőkori physiologiának, főleg anyagcserephysiologiának megismerésére volt tehát szükség, hogy a modern gyermekgyógyászat a számos csecsemőkori táplálkozási zavar és az egyéb velük kapcsolatos megbetegedések pathogenetikai levezetését megadhassa. De ez volt az alapja annak is, hogy a modern prophylaxisnak és therapiának az a számos védőövből álló hatalmas szervezete kiépülhetett, amely nemcsak a mesterségesen táplált csecsemők türhetetlen magas halálozási percentjét szállította le, helyenkint a szülési károsítások és a veleszületett megbetegések arányát megközelítő lényegtelen százalékszámra, hanem az addig csak bizonytalanul tapogatódzó csecsemőgyógyászatnak nyugodt basist adott és azt, helyes indicatiók feltételezése mellett, biztosan eredményes allimentáris gyógybeavatkozások birtokába juttatta.

Prophylaktikusan a női tejes táplálás propagálása, a higított és helyesbbített correlatiójú gyógytápszerek készítése, a kifogástalan tehéntejnek, mint alaptápláléknak megkövetelése, a jelentéktelennek látszó táplálkozási zavarok korai értékelése, a modern tejkonyhák, napközi otthonok, bölcsődék és kórházi csecsemőosztályok felállítása, egyszóval az egész modern csecsemővédelem megszervezése volt egy-egy állomása ennek a munkának.

Therapiásan a négy évtizedes systematicus, tudományos és szervező munka legfőbb eredménye az individualizált alimentaris gyógykezelés, még pedig az egész világon elterjedt új rendszerű csecsemőosztályokon, amelyek a kis betegek százait gyógyítják egy épületben anélkül, hogy azok egymást fertőznék, vagy a családi szeretet melegében ápolt kicsinyekkel szemben bármilyen hátrányát mutatnák a tömegkezelésnek tápláltság, fejlődés és ellenállóképesség szempontjából.

A tudományosan előképzett gyermekorvos munkájának gondos végrehajtója, a legkomolyabb támasza: a csecsemőgyógyászati irányelvek őre lett: a gyermekgondozónő. Az új idők gondozónője, kétéves elméleti és gyakorlati kiképzés után, letéteményese az úgynevezett „individualis ápolásnak", amelyre először *Czerny* hívta fel a figyelmet s amely nélkül, mint *Pfaundler*, a müncheni professzor mondja: „szellemi éhinségbe kerül a csecsemő". Nem foglalkoztatás, kényeztetés kell a csecsemőnek, hanem az, hogy az odaadó, fokozott tudással párosult, gondozónői szeretet pótolja az ösztönös anyai szeretetet. A kis csecsemő táplálása, fürösztése, tisztábatevése ne sablon szerint történjék, hanem a kis törékeny szervezet ellesett óhajaihoz alkalmazkodjék. A nagyobb csecsemőnél egy-egy ügyesen alkalmazott szó, egy kis játékszer kézbeadása, egy óhajtott ülő vagy álló helyzet elősegítése (amely új benyomások egész tág perspectiváját nyitja meg a csecsemő részére) elég ahhoz, hogy a kis lény kapcsolatait a környezettel gyarapítsa s szellemi életének testi fejlődésén kívüli szükséges inditékait megadja.

Hátra van még a csecsemőkor másik nagy keresztjének: a légutak hurutos infectióinak leküzdése. Az 1917. év óta ismétlődő influenza-járványok itt is rendkívül sok tanulságra adtak alkalmat. A fertőzés módjaira, a pneumococcus törzsek többféleségére, a gyógysavók készítésére vonatkozó próbálkozások s magának a tüdőgyulladásnak új szempontokból való osztályozása mind-mind lehetővé tették, hogy a csecsemőkori hurutus infectiókat is ma már sokkal magasabb szempontból és prophilacticusan, therapiásan egyaránt eredményesebben itélhetjük meg mint régebben. A következő évtizedek lendületes munkásságára lesz szükség, hogy e téren is hasonló eredményeket mutathassunk fel, mint a táplálkozási zavarok leküzdésében.

De az eredmények itt is csak a csecsemő új eszközökkel feltárt, régebben ismeretlen physiologiájának alaptörvényein épülhetnek fel. S ezek a kutatások megint azt fogják mutatni, amit a táplálkozási zavarok leküzdésének sikereiből láthattunk, hogy t. i. a csecsemőgyógyászat nem miniatur belgyógyászat és a csecsemő nem miniatur gyermek, hanem ellenkezőleg a kisgyermek tekinthető idősebb csecsemőnek. Jó gyermekorvos csakis az lehet, aki birtokában van a csecsemőanyagcsere eddigi ismereteinek, aki a kisgyermekkor acetonaemiás hányását, tetaniáját, angolkórját, stb. a csecsemőanyagcsere tanulságain keresztül próbálja levezetni és gyógyítani.

Ennek a modern gyermekorvostannak volt egyik leghivatottabb vezére: *Heim Pál*. Mikor *Czerny*től visszatért, akinek, mint sokszor mondotta, varázslatos hatásától soha sem tudott többé szabadulni, csakhamar az Irgalmas-kórház főorvosa lett és végtelen ambitióval vetette bele magát a modern csecsemőgyógyászat úttörő problémáiba. Csakhamar elnyerte a pozsonyi gyermekgyógyászati kathedrát. Mikor pedig elveszítette azt, amelyre épp úgy egyhangú meghívással került, mint később a budapestire, a Fehérkereszt-gyermekkórház ajánlotta fel neki *Berend Miklós* tragikus halála után megüresedett belgyógyászati osztályát. A háború utáni gazdasági összeomlás legkétségbeejtőbb nyomorában vezette ezt a belgyógyászati osztályt, minden szegénység és elesettség mellett is annyi reményt és fanatikus hitet öntve az egész kórházba, hogy csakhamar annak egész jövőjét körülötte láttuk kikristályosodni. Varázslatos izgalmat váltott ki mindannyiszor mindegyikünkből, ahányszor csak e kórházban megjelent; nem volt sem éjjele sem nappala, amíg a kórház legelveszettebb esetét is biztonságban nem tudta és ihletett izgalommal diktálta a legmodernebb csecsemőgyógyászati és gyermekgyógyászati tudományos munka tempóját akkor is, amikor jóformán

a kórházat fűteni se tudtuk és nem volt matrac és kelengye a csecsemők részére.

Ekkor alapította meg a mai nap is virágzó Heim-nővériskolát is, amely az Escherich-nővérekkel vette fel a versenyt teljes eredménnyel.

De százszoros és ezerszeres elfoglaltsága mellett is hasonló lelkesedéssel dolgozott később a pécsi gyermekklinikán, amelyet a pozsonyi helyébe kellett megszerveznie.

Rövid élete legnagyobb tragikuma, hogy a szinte át sem tekinthető rengeteg kapcsolatnak, szálnak, amelyet évtizedes szorgalommal gyűjtögetett egy új lendületű gyermekorvosi irány és egy modern csecsemő-, gyermek- és ifjúságvédelem hálózatainak kiépítésére, egyetlen eredőre való összemarkolása közben, a leghathatósabb positio elfoglalása idején roppan össze törékeny fizikuma, hogy megsemmisítse élete végső kibontakozásának gazdag aranykorát.

Nagy életének nemes példaadása azt hiszem rendkívüli feladatot róna bárkire is, aki az ő örökét méltón akarná betölteni. Különösen nehéz e szerep nekem, szerény tanítványának, akinek alkalmam volt teljes egészében megismerni nemcsak azt, amit *Heim Pál* alkotott, hanem azt is, amit alkotni terve volt. De ez bizonyos fokig meg is könnyíti az én nagy feladatomat. És talán könnyebbé teszi az is, hogy az ő tanszékére azzal a szilárd elhatározással jöttem, hogy minden ami ezen a klinikán, az ő klinikáján történni fog, mindenkor az ő nevében, az ő megszentelt emlékére fog történni. E klinika vezetője nemcsak utóda *Heim Pál*nak, de továbbra is hűséges tanítványa, aki mindent az ő elgondolása szerint óhajt tenni úgy, mint akkor, ha ő is közöttünk élne.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. bel. klinikájának közleménye. (Igazgató: báró Kétly László dr., egyet. ny. r. tanár.)

A reticulo-endothel szerepe a vér megalvadásában.

Irták: *Gerlóczy Géza* dr. és *Szőke Károly* dr.

Amióta *Nolf, Hekma, Herzfeld* és *Klinger* megalapozták, *Stuber* és *Lang* pedig experimentálisan is kiépítették a vér megalvadásának tisztán physico-chemiai tanát, a folyamat mechanismusának sokat vitatott kérdése ismét aktuális; ezt az aktualitást csak fokozza az a körülmény, hogy egyre több oly adattal találkozunk, amely a thrombosis problemáját is a közönséges vérmegalvadással hozza kapcsolatba.

A régi ferment-theoria sarkpontja a *thrombin;* e theoria szerint az áramló vérben nem lehet aktiv thrombin, mert az egyértelmű volna az intravasalis, élőben való vérmegalvadással. A ferment-tant akkor érte a legérzékenyebb támadás, amikor *Kuhn*-nak sikerült kimutatnia, hogy nyúl áramló vérében tömegesen található hatékony thrombin. Az elméletek zürzavarába *Stuber* és *Lang* közelmultban megjelent mélyreható tanulmánya hozott oly kísérleti bizonyítékokat, amelyek alkalmasak arra, hogy a vérmegalvadás folyamatát teljesen új alapokra fektethessük.

E kísérletek kiindulási pontja *Bürger* azon régebbi tapasztalata, hogy a vérhez adott alvadásgátló anyagok felfüggesztik a vérben a glykolysist. E kísérletekhez csatlakozva, fentiek kimutatták, hogy viszont a *glykolysis fokozódása a vérmegalvadás gyorsulását vonja maga után.*

A glykolysis a vér corpuscularis elemeiből kikerülő ferment hatására következik be, tehát a vérsejtek minden sérülése tömegesebb fermentet bocsájt szabadon, másszóval gyorsult véralvadással jár. Ép vérsejtek mellett nincs szabad ferment s a minimális glykolysis termékeit maga az áramló vér takarítja el. A glykolysis szolgáltatta tejsavtermelést, mint *chemiai folyamatot,* nyomon követi a fibrinogen labilizálódása, ami ha bekövetkezett, szükségszerüen zajlik le a vér megalvadásának második fázisa: a *physico-chemiai folyamat.* Felületi-aktiv anyagok támogatják a glykolysist; így hat a thrombokinase is. Legkifejezettebben támogatják azonban a savi anyagok, ezek között is főleg a *széndioxyd,* aminek hatására állatnál ligaturált érben intravitalisan vérmegalvadás volt létrehozható.

E gondolatmenet alapján mindenekelőtt azt vizsgáltuk, hogy miként változik embernél CO_2 inhalálására a vér alvadási sebessége és a vérfehérjék stabilitása.

Kellő gondossággal vért vettünk a karvenából és paraffinozott óraüvegben a vérmegalvadás időpontjául azt vettük amidőn az óraüveg enyhe mozgatása mellett a vér folyósága már nem volt többé felismerhető. Közvetlen a vérmegalvadás megállapítása után CO_2-t tartalmazó ballonból orron át inhalált a beteg, amíg a typusos *mély légzés* be nem következett. Technikai okokból e biologiai indikátort használtuk mértékegységül. A többnyire nehány szippantás után már jelentkező *első mély légvétel pillanatában* vettük a második vérpróbát, hogy a hyperventilatio esetleges kiegyenlítését megelőzzük; a véralvadás idejének meghatározása a fentemlített módon történt. Az egyes vérpróbákban a colloidlabilitás meghatározására beállítottuk az egyikünk* által bevezetett ismert plasma-labilitási reactiót.

	Véralvadás CO_2		Colloidlabilitas CO_2	
	előtt	után	előtt	után
	p.	p.		
P. J. 60 éves	22	2	++	+++
K. B. 36 éves	20	2	+	++
K. B. 39 éves	18	1·5	+	++

A CO_2 belélegeztetés subjektiv kellemetlenségei miatt a további kísérleteket egereken állítottuk be, annyival is inkább, mert egérnél a CO_2-adagolás pontos mennyiségi lehetősége adva volt.

Az állatot üvegbura alá helyeztük, amelyben a CO_2 20% térfogatot tett ki. 20 perc múlva kivettük s egyrészt azonnali, másrészt különböző időpontokban eszközölt decapitatióval kibocsájtott vérben a már közölt módszerrel meghatároztuk az alvadási időt. (Átlagos alvadási idő egérnél normális viszonyok között: 7—14 p.)

CO_2	Vér-vétel	Vér-alvadás	Hány esetben
	p.	p.	
20%-os 20 percig	rögtön	1—2	8
20%-os 20 percig	4	1—3	4
20%-os 20 percig	20	4—5	3
20%-os 20 percig	42	8	1

A CO_2 belélegeztetése tehát embernél és egérnél egyaránt *jelentékenyen rövidebb* alvadási időt eredményez, amely az eredeti alvadási időnek olykor alig 1/10-e. A CO_2-vel való közvetlen összefüggést demonstrálják az egérkísérletek, amelyből kitünik, hogy a széndioxyd belélegeztetése után az atmosphaerás levegőn hosszabb vagy rövidebb ideig való tartózkodás rövidesen kiegyenlíti a különbözetet. Embernél emellett a plasmafehérjék stabilitásának kisebb csökkenése is kimutatható volt.

Legutóbb *Jancsó* a berlini *Robert Koch*-intézetből, igen érdekes kísérletsorozatról számol be, amelyből kiderül, hogy a reticulo-endothel sejtek felraktározó munkája *(Speicherung)* és a véralvadás folyamata között sok hasonló vonás ismerhető fel.

Egér és patkány-plasmával kevert aranyat, ezüstöt és tussot; a colloid a plasmában kicsapódott. Ha a vizsgálatot serumban végezte a kicsapódás nem következett be. Ezek alapján felveszi, hogy a praecipitatum: colloid + fibrin. Bizonyos vizsgálati előfeltételek mellett ez a kicsapódás élő állatnál

* *Gerlóczy:* Klin. Wochenschr. 1922. 43.

is bekövetkezik: ha egérnek 0.5 mg. collargolt vagy colloidalis aranyat adott i. v. s az állatot 30 perc mulva elölte, már 10 perccel a halál után számos, többnyire mobilis, barna vagy cseresznyepiros csomócskát észlelhetett a mesenterialis és intercostalis erekben. Az intravenásan alkalmazott alvadásgátló anyagok (heparin, novirudin, germanin) előzetes befecskendezésével megakadályozható, hogy ily praecipitatum keletkezzék, viszont ilyenkor az állat szervezetébe juttatott fémcolloid felraktározása a RE-ben sem következik be.

Mindezekből önként következik, hogy különböző élet- és kórtani körülmények között a plasma szerkezetének a megváltoztatása a RE-felraktározás folyamatát is befolyásolja.

Saját kísérleteinkben egereknek változó mennyiségben tussot, illetve cuprocollargolt (Cuprocollargol „Heyden", 0.05% Cu, 0.05% Ag) fecskendeztünk be intravenásan, amely utóbbi anyagról *Jancsó* histologiai képek és exakt functiós vizsgálat alapján kimutatta, hogy a reticulo-endothel sejteket elektive támadja, sőt meg is semmisítheti. A vér megalvadásának ellenőrzéséhez a vért az állat decapitatióval való elvéreztetésével nyertük. Minden kísérletet legalább két esetben végeztünk el.

I. v. injectio	Vérvétel hány perc mulva	Alvadás
	p.	p.
Tuss 0.2 kcm, 1:1 hig.	2	2—3
Tuss 0.2 kcm, 1:1 hig.	17	8—9
Tuss 0.05 kcm, 1:1 hig.	2	27
Cuprocollargol 0.4 kcm	5	55
Cuprocollargol 0.2 kcm	5	40
Cuprocollargol 0.2 kcm	20	30

E kísérletből mindenekelőtt kiderül, hogy *úgy a tuss, mint a colloidális-fém, a véralvadás időbeli lefolyásában igen nagymérvű eltolódást hoz létre,* bizonyos esetekben serkent, más esetekben gátol. Több tuss meggyorsítja, kevés megnyújtja a véralvadás idejét; a különbség azonban már 15—20 perc alatt kezd kiegyenlítődni. Cuprocollargol befecskendezésére az alvadási idő rendkívül megnyúlik, úgylátszik annál inkább, minél több a befecskendezett anyag. 20 perc múlva a kiegyenlítődés már megindul.

A RE és a véralvadás között tehát elvitathatatlanul valamely kapcsolatnak kell lennie. Mint a legtöbb RE-kísérletben, úgy itt is olykor az észlelt jelenségnek éppen a fordítottja következett be aszerint, amint a befecskendezett anyag több vagy kevesebb. Ha *Jancsó* gondolotmenetét követjük, fel kell vennünk, hogy a RE-ben a tuss is colloid + fibrin formájában raktározódik fel. Miután régi tapasztalati tény, hogy concentráltabb tuss-oldatok gyakran okoznak a tüdőben tussembolust, feltételezhető, hogy a tömeges tussal kezelt egereknél a túltelített reticulo-endothel már nem volt képes a fölös tömeget mind átvenni, az a plasmában kicsapódva az érpályában maradt s az instabil szerkezet mellett a vér gyorsan megalvadt. Kevesebb tuss, magával ragadva a plasma fibrinogen tartalmának jelentős részét, fennakad a reticulo-endothelen, s az ekként fibrinogen-szegénnyé vált plasma mellett a vér alvadási ideje megnyúlik.

Talán ily módon volnának értelmezhetők *Natali* kísérletei is, amelyekből kiderül, hogy haemolytikus serummal, illetve colloidális ezüsttel kezelt nyulaknál az alvadási idő rendkívül hosszú, valamint a „*Schauer*-tünet" neve alatt ismert azon érdekes jelenség, hogy ismételt tartós colloid befecskendezéseket követő histiocythaemiánál a vér alvadékonysága megnyúlik. *Bibionva* — akit *Jancsó* citál dolgozatában — a nagy felraktározó hasiszervek lekötése után alkalmazott i. v. tuss-befecskendezést, ami az erekben kicsapódott és azokat embolizálta. *Pély* a debreceni belklinikáról csak nemrég közölte, hogy typhusos thrombopeniánál i. v. adagolt 10 cm^3 1%-os kongovörös befecskendezésekre a thrombocytaszám szaporodása mellett az alvadási idő is jelentékenyen gyorsul. Akárhogy álljon is a dolog, az kétségtelennek látszik, hogy a vérmegalvadás időbeli lefolyását RE-anyagok fel- vagy lefelé egyaránt módosíthatják, amiben nemcsak az anyag természete, hanem *mennyisége* is változatos lehetőségeket teremt.

A cuprocallargolt követő rendkívül megnyúlt alvadásra alább még rátérünk.

A továbbiakban érdekesnek látszott a tuss és cuprocollargol befecskendezéseket a véralvadás folyamatára oly döntő befolyású CO_2 inhalálásokkal párhuzamosan eszközölni.

A vizsgálatokat ugyancsak egereken végeztük. A tuss mennyiségét, a befecskendezés és belélegeztetés sorrendjét, valamint a vérvétel időpontját többszörösen variáltuk. (E vizsgálatokban *Deutsch* tanársegéd úr is szíves volt közreműködni).

Előbb	Utána röglön	Vérvétel a tusshoz képest	Vér-alvadás
CO_2 20 p-ig 20%	tuss i. v. 0, 2 kcm.	röglön	3·5 p.
„ „	„ „	25 p.	2,5 „
„ „	„ 0, 05 „	röglön	17 „
„ „	i. v. cuprocollargol 0,1	5 p.	30 „
tuss i. v. 0, 2 kcm.	CO_2 20% 20 p-ig	20 „	18 „
„ „	„ „	35 „	19 „
„ 0,05	„ „	20 „	4 „
„ „	„ „	40 „	16 „
cuprocollargol 0, 2 kcm.	„ „	25 „	11 „

A tuss-kísérletek eredményei itt is különböznek aszerint, amint a befecskendezett mennyiség sok volt, vagy kevés. *Nagymennyiségű tussra* megelőző *széndioxyd után* jelentékenyen *gyorsult* véralvadás volt konstatálható, kifejezettebb mértékben, mint a külön-külön alkalmazott CO_2 vagy tuss hatására, mert még a 25 perc múlva lebocsátott vér is már 2 és fél perc alatt megalvadt. Ha *kevés* (0,05 cm^3) *tussot* fecskendeztünk be, a véralvadás gyorsasága *a normális felsőhatárát kissé meghaladta,* tehát elhúzódottnak volt vehető. Ez a kép *megfordul, ha az állatot megelőzőleg kezeljük tussal s csak azután kerül a 20%-os CO_2 környezetbe.* Tömegesebb tuss befecskendezése ilyenkor a véralvadást megnyújtja, kismennyiségű viszont jelentékenyen megrövidíti. Utóbbi kb. 20 perc múlva már kiegyenlítődik. *Cuprocollargol befecskendezésére a viszonyok kb. úgy alakulnak, mint kis tussadagra:* Co_2 után megnyújtja, Co_2 előtt gyorsítja az alvadási időt.

E jelenségek magyarázata nem könnyű. Tekintve, hogy úgy a CO_2, mint a nagyobb mennyiségű tuss bevitele maga részéről külön-külön is alvadást serkentő hatású, a fentebb már ismertetett elméleti megitélés a combinált kísérletre is érvényesnek vehető mindaddig, amíg az eredmény: gyorsult véralvadás. A CO_2 + tuss-kezelést követő alvadásgyorsulás ennyiben érthető volna. Nehezebb a tuss + CO_2-kísérletben észlelt elhúzódó véralvadás megfejtése. Itt arra kell gondolnunk, hogy a 20 perces CO_2 belélegeztetés aránylag hosszú időtartama megteremtette a lehetőségét annak, hogy a bámulatos gyorsan alkalmazkodó RE a vérben felhalmazott összes tuss + fibrincomplexumokat lekapcsolja. E feltevést támogatná a *kikent májkészítmény mikroskopos lelete,* amiből kétségtelenül megállapítható volt, hogy *megnyúlt alvadási idő mellett jelentékenyen több a lerakódott tuss,* mint azon készítményekben amelyeket gyors alvadási idő kapcsán vizsgáltunk.

A CO_2-nek azonban valamely *specialis hatása* is érvényesülhetett, mert — mint megelőző kísérletsorozatunk mutatja — CO_2 nélkül hasonló mennyiségü tussoldat után 17 perccel az alvadási idő mindössze 8—9 perc.

Kisebb tussmennyiségre az eredmény fordított. Itt a legfeltünőbb az, hogy a befecskendezést követő 20 perces inhaláltatás után a véralvadás jelentékenyen meggyorsult. Ugylátszik, ily kis mennyiségre a fibronogen quantitativ eltolódásai még nem oly mérvűek, hogy a CO_2 labilizáló hatása ne érvényesülhetne.

Hátra van még a *cuprocollargol* kísérletek eredményének a méltatása. A cuprocollargol, mint említettük, elektive támadja a RE-sejteket. Ebben *Jancsó* értékes vizsgálatai után nem lehet kétség. Van azonban egy momentum, ami a véralvadást szempontjából e körülménynél nagyobb jelentőségűnek látszik, s ez az, hogy vizsgálataink szerint a cuprocollargol *energikus alvadásgátló.*

In vitro kísérlet. Ember karvenájából két rész (2 cm^3) cuprocollargolhoz nyolc rész vért bocsájtottunk, míg a controllcsőbe két rész phys. NaCl + nyolc rész vér került. E vizsgálat kapcsán kiderült, hogy a *cuprocollargol + vér keveréke még 180 perc múlva is folyékony.*

A cuprocollargolt tehát a véralvadás szempontjából nem lehetett a tuss-befecskendezésekkel azonos elbírálás alá vennünk, mert azzal mint alvadásgátlóval is számolnunk kellett. Ily viszonyok között a széndioxyd cuprocollargolos-alvadást serkentő hatása nem egyéb, mint a cuprocollargol által felfüggesztett glykolytikus folyamat aktiválása.

Összefoglalás: 1. Ember és egérvér megalvadása CO_2 belélegeztetés mellett nagymértékben gyorsul. Embernél ugyanekkor a plasma colloidlabilitása is kissé fokozódik.

2. Egérvér i. v. nagytömegű tuss bevitelére a normálisnál gyorsabban, kisemennyiségű tussra a normálisnál lassabban alvad. Cuprocollargol i. v. az egérvér alvadási idejét feltünően megnyújtja.

3. Combinált kísérletben a befecskendezés és belélegeztetés sorrendje és a befecskendezett tuss mennyisége szerint az eredmények egymásnak éppen fordítottjai. Ha a CO_2 belélegeztetés megelőzi a nagymennyiségű tuss bevitelét: a vér alvadási sebessége gyorsul, ha követi: elhúzódik. Kevés tussra a kép megfordul.

4. Cuprocollargol in vitro kísérletben energikus alvadásgátló. A vér + cuprocollargol keverék még 180 perc múlva is folyékony.

Irodalom: *Bürger:* Zeitschrft. f. d. ges. exp. Med. 1923, 31. — *Jancsó:* Klin. Wochenschr. 1931. 12. — *Natali:* Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1925. 47. — *Pély:* O. H. 1931. 15. *Stuber és Lang:* Die Physiol. u. Pathol. d. Blutgerinnung. Berlin, 1930.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár.)

Vérkatalase és vörösvérsejttérfogat.

Irta: *Hallay Imre* dr.

A vérkatalase viselkedését klinikai szempontból először *Jolles* és *Oppenheim* vizsgálták. Az egyes megbetegedéseknél azonban olyan különböző értékeket találtak, hogy abból biztos következtetéseket levonni nem tudtak. *Van Thienen* volt az első, akinek feltünt, hogy a vérkatalaseszám és a vörösvérsejtszám között határozott összefüggés van; ha ugyanis több a vörösvérsejtszám, akkor az magasabb, ha kevesebb, akkor alacsonyabb. A vérkatalase klinikai vizsgálatánál tehát nem elégséges meghatározni csupán a katalaseszámot, hanem egyidejűleg meg kell nézni a vörösvérsejtszámot is, mely a katalaseértéket leginkább befolyásolja. *Van Thienen* ajánlatára ezért a kettőt aránybaállítva a katalaseértéket a katalaseindexxel fejezzük ki, melyet úgy nyerünk, hogy ha a katalaseszámot osztjuk a vörösvérsejtszámmal, a milliókat véve egész számúl.

A vér egyéb alakelemei közül a myeloid eredetű granulált fehérvérsejtek és thrombocyták, mint azt *Iglauer* és *Weber* quantitativ vizsgálataiból ismerjük, ugyancsak tartalmaznak katalaset, ennek mennyisége azonban, tekintve a fehérvérsejtek és thrombocyták aránylag csekély számát a vörösvérsejtekhez képest, oly kevés, hogy a teljes vér katalaseértékét számbavehetően nem befolyásolja. A serumnak peroxydbontó-képessége egyáltalán nincs, vagy alig mérhető *(Kurokava, Iglauer, Weber).* Ennélfogva gyakorlati szempontból a teljes vér katalase értéke főképen a vörösvérsejtektől, illetőleg azok számától függ. Azon klinikai vizsgálatokból tehát, ahol katalaseszám meghatározás történt indexmeghatározás nélkül nem lehet következtetést vonni valamely betegségre, annyira befolyásolja a katalaseértéket a vörösvérsejtszám.

A katalase physiologiai szerepe még ma sincs tisztázva; a H_2O_2 bontáson kívül egyéb reactióját nem ismerjük; ez annyira specifikus, hogy egyéb peroxydokat, legyenek azok akár organikusak, akár anorganikusak, nem hasít. Minthogy a katalase úgyszólván minden aerob állati és növényi szervezetben feltalálható, míg az anaerobokban tagadják annak létezését, önként vetődött fel az a gondolat, hogy a katalasenak fontos szerepe lehet az oxydatios folyamatok láncolatában. Ebből kiindulva a belső secretiós mirigyek experimentalis dysfunctiójánál vizsgálták főleg a vérkatalase viselkedését. *Castagna* fehér egereken végzett kísérleteiben azt találta, hogy a vérkatalase castratio után a kiindulási érték 18—33%-ára — thyreoidectomizált állatoknál pedig 63—67%-ára — esett. A katalaseérték süllyedését a csökkent oxydatios folyamatokra gondolja visszavezetni. *Magat* pajzsmirigy kiirtás után ugyancsak a vérkatalase csökkenését észlelte, míg a parathyreoideák izolált kiirtása annak csekélyfokú emelkedését okozta. *Becht* szerint az ovariumok kiirtása után ugyancsak csökken a katalaseérték. A fentiekből kiindulva a vérkatalase viselkedését ezért belső secretios megbetegedésekben tettem vizsgálat tárgyává és pedig főleg Basedow-kórban és myxoedémában, mert az állatkísérletek alapján itt volt leginkább eltérés várható.

Meghatározásaimat *Bach* és *Zubkova* módszerével végeztem.

Két Erlenmeyer lombikot 7—7 cm^3 destillált vízzel töltünk meg, majd 1 cm^3 destillált vízzel 1:1000 arányban hígitott, haemolyzált véroldatot mérünk azokba. Az egyik lombikban a fermentoldatot főzés által inaktiváljuk, majd mindkét véroldathoz 2 cm^3 1%-os H_2O_2 oldatot adunk. A vérpróbákat fél órán át 17°-on állni hagyva, 3 cm^3 10%-os kénsavat töltünk azokhoz, majd n/10 kaliumpermanganatoldattal megtitráljuk. A két vérpróba titrálása közötti különbség H_2O_2-re átszámítva jelenti azt a H_2O_2 mennyiséget, melyet az aktiv véroldat 17°-on elbontott. A katalaseszám tehát a fenti feltételek mellett 0.001 cm^3 vér által elbontott H_2O_2 mennyiség milligrammokban kifejezve. (Tekintettel a H_2O_2 oldat bomlékonyságára a frissen készült 1%-os H_2O_2 oldatot minden alkalommal n/10 kaliumpermanganat oldattal kontrolláltam.)

Fenti eljárással először 10 egészséges egyén vérkataláseszámát, illetőleg indexét határoztam meg, ügyelve arra úgy ezen, mint az alább következő vizsgálatokban, hogy a katalasemeghatározás és a vörösvérsejtszámolás lehetőleg egyazon csepp vérből történjék. A vérvétel a reggeli étkezés után 3—4 órával történt.

Vizsgálataimból kitűnik (l. I. sz. táblázatot) ,hogy a katalase absolut értéke egészséges embereken is bizonyos fokú ingadozást mutat a vörösvérsejtszámnak megfelelően; az általunk észlelt legalacsonyabb érték 10·4 a leg-

magasabb pedig 16.6 volt, míg a katalaseindex 2.3 és 3.1 között váltakozott.

I. sz. táblázat.

Vörösvérsejt-szám mill.	Katalase-szám	Volumen μ^3	Katalase index
4.500	10.4	87	2.3
4.700	11.5	87	2.4
4.890	14.7	93	3.0
4.980	15.3	96	3.1
5.510	16.6	95	3.0
5.180	15.6	94	3.0
5.090	14.0	90	2.8
5.320	15.1	93	2.8
5.050	15.1	92	3.0
5.030	11.5	89	2.3

Index középértéke: 2.7.

A következő táblázatban nyolc Basedowos, két myxoedemás, egy ovariumhypofunctioban és egy Addison-kórban szenvedő betegnél talált értékeimet foglaltam össze (l. II. sz. táblázat).

II. sz. táblázat.

Diagnosis	Vörösvérsejt-szám mill.	Katalase-szám	Volumen μ^3	Alapanyagcsere %	Katalase index
Basedow	4.450	13.4	91	+110	3.0
„	4.930	12.5	86	+66	2.5
„	4.580	12.5	87	+66	2.7
„	4.120	12.9	96	+95	3.1
„	3.300	7.2	80	+40	2.2
„	4.400	11.5	90	+62	2.6
„	4.610	11.9	91	+40	2.6
„	4.700	11.5	87	+55	2.4
Myxoedema	4.700	14.1	91	—18	3.0
„	3.800	10.2	88	—15	2.6
Addison	4.580	12.5	—	+12	2.7
Ovarium hypofunctio	4.330	12.2	—		2.8

A Basedow-betegek indexértékének közép értéke: 2.6.

Összehasonlítva a Basedowosoknál talált indexértékeket egészséges emberek indexeivel, kitűnik, hogy az itt is ugyanazon határok között mozog, s a nyolc Basedowos beteg katalaseindexének középértéke (2.6) kb. megegyezik az egészséges emberek indexének középértékével (2.7). A két myxoedemás s a másik két beteg katalaseindexe is az általam normalisnak észlelt értékek között mozog. Különbséget tehát a katalasehatásban sem a fokozott, sem a csökkent alapanyagforgalommal járó betegségekben nem találtam.

Vizsgálataimat alátámasztják *Stern*nek észleletei is; ha ugyanis felvesszük, hogy a szervezetben lefolyó oxydatios folyamatok kapcsán H_2O_2 is keletkezik és az ott azonnal el is bomlik, azon állatfajoknak és azon szöveteknek kell a legnagyobb katalasehatást mutatniok, melyekben legélénkebbek az oxydatios folyamatok. Az idevonatkozó vizsgálatok azonban a kettő között semmiféle összefüggést nem mutattak, mert pl. a kutya izmának katalasetartalma nagyon csekély, annak ellenére, hogy az nagy oxydatios energiával rendelkezik. *A katalasehatás tehát a fentiek értelmében nem arányos az oxydatios folyamatok intenzitásával és a fentemlített állatkísérletek után várható eltéréseket a klinikai vizsgálatok nem mutatták.*

Ha azonban a fenti két táblázatot vizsgálva a katalaseindexértékeket és a vörösvérsejtvolument összehasonlítjuk, feltűnik, hogy a kisebb volument mutató esetekhez kisebb, a nagyobb volument mutatókhoz pedig általában nagyobb index tartozik annak ellenére, hogy a volumenértékek aránylag csekély határok között mozognak. Ez a megfigyelés adta azt a gondolatot, hogy a vörösvérsejtszámon kívül nincs-e befolyással a vérkatalasértékre a vörösvérsejtnagyság is. Ebben a feltevésemben megerősített *Van Thienen* észlelete is, aki anaemia perniciosa eseteiben magasabb indexértékeket talált, mely betegségben tudvalevőleg a sejtek túlnyomó része a normalisnál nagyobb s ő a magasabb indexnek diagnostikus jelentőséget is tulajdonított. Feltevésem igazolására ezért pontos volumenmérésekkel egybekötve figyeltem a katalaseindex viselkedését kifejezett mikrocytosissal járó megbetegedéseknél (chloranaemia), a kisebb volumennel járó secundaer anaemiáknál, továbbá vizsgálat tárgyává tettem anaemia perniciosában a vörösvérsejtvolumennek és a katalaseindexnek egymáshoz való viszonyát. Követtem a katalaseindex ingadozását egyes esetekben is, ahol a volumen a betegség folyamán nagyobbfokú változásokat mutatott.

Alábbi táblázatokban eseteimet nem a betegség neme, hanem a vörösvérsejtvolumen szempontjából osztályoztam egy csoportba foglalva a 70—85, 85—100, 100—115, a 115 μ^3 és annál nagyobb térfogatú vörösvérsejteket (l. III., IV., V., VI. sz. táblázatokat).

III. sz. táblázat. 70—85 μ^3.

Diagnosis	Vörösvérsejt-szám mill.	Katalase-szám	Volumen μ^3	Katalase index
Chloranaemia	3.750	7.9	76	2.1
„	4.350	9.0	70	2.1
„	3.160	5.7	73	1.8
Cc. ventric.	2.690	5.1	76	1.9
„	2.290	5.1	78	2.3
Lues	2.820	3.7	73	1.3
Ulcus ventr.	2.525	6.4	76	2.5
Endocard. simpl.	2.660	3.9	77	1.5
Basedow	3.630	7.9	80	2.2

Index középérték: 1.9.

IV. sz. táblázat. 85—100 μ^3

Diagnosis	Vörösvérsejt-szám mill.	Katalase-szám	Volumen μ^3	Katalase index
Kezelt anaemia perm.	4.190	13.2	91	3.1
Kezelt Chloranaemia	3.830	12.4	92	3.2
„	4.320	12.4	86	2.8
„	3.940	9.0	92	2.3
Basedow	4.450	13.4	91	3.0
„	4.930	12.5	86	2.5
„	4.580	12.5	87	2.7
Colitis	4.310	9.8	87	2.3
Bronchiectasia	4.700	11.5	87	2.4
Cirrhosis hepatis	3.810	11.2	94	29.

Index középérték: 2.7

V. sz. táblázat. 100—115 μ^3.

Diagnosis	Vörösvérsejtszám mill	Katalaseszám	Volumen μ^3	Katalase index
Anaemia perniciasa	2.440	8.7	106	3.6
„	1.120	3.7	106	3.4
„	3.970	14.7	104	3.7
„	3.990	15.3	105	3.9
„	2.960	9.7	103	33.
„	1.440	5.9	107	4.2
„	1.920	7.3	104	3.8
„	2.230	7.8	115	3.5
A perniciosa+myoxoedema	2.900	9.2	108	32

Index középérték: 3.6.

VI. sz. táblázat. 115—136μ^3.

Diagnosis	Vörösvérsejtszám mill.	Katalaseszám	Volumen μ^3	Katalase index
Anaemia pernic.	1.700	6.4	136	3.7
„	2.400	10.0	130	4.1
„	3.970	17.5	125	4.4
„	3.090	14.9	117	4.9
„	0.825	3.9	125	4.8
A. perniciosat myxoedema	3.810	15.3	118	4.0

Indexközépérték: 4.3.

A táblázatok áttekintésekor kitűnik, hogy az I. csoport indexének középértéke 1.9, a II.-é 2.7, a III.-é 3.6, a IV.-é 4.3, tehát az index a volumen növekedésével párhúzamosan nő. Az indexnek és a volumennek a betegség folyamán való változását figyelemmel kísértem egy chloranaemiában s egy anaemia perniciosában szenvedő betegnél, kiket hosszabb időn keresztül alkalmam volt észlelni. Előbbi esetben a volumen vasadagolásra 73μ^3-ról fokozatosan 92-re emelkedett s ezzel párhuzamosan a katalaseindex is 1.8-ról 3.2-re nőtt. A perniciosás betegnél pedig transfusio után és májkészítmények adagolására 125μ^3-ról 116, majd 103-ra esett és ezzel kapcsolatban a katalaseindex is 4.7-ről 3.5-re, majd 3.2-re csökkent. *A fentiek alapján tehát bizonyos, hogy a katalaseindex és volumen között határozott összefüggés van s a katalaseszámot a vörösvérsejtszámon kívül az erythrocyták térfogata is befolyásolja.*

Emellett szólnának egyébként *Bernstejn* vizsgálatai is, aki nyúlakat phenylhydrazin injiciálásával anaemizált s ezen nyúlak vérkatalaseindexe a normalisak katalaseindexéhez viszonyítva ugyancsak nagyobb volt, amit ő szintén a phenylhydrazin anaemiával járó makrocytosissal gondol magyarázni. Véleményem szerint az anaemia perniciosánál található magasabb index nem is annyira a perniciosa, hanem az azzal járó makrocytosis tüneteként fogható fel, mint ahogy eseteimben a kisebb index sem a chloranaemia, cc. ventriculi, vagy lues, hanem a betegséggel járó mikrocytosis következményének tekintendő. A vérkatalase viselkedésére vonatkozó további klinikai vizsgálatoknál pedig tekintettel kell lennünk nemcsak a vörösvérsejtszámra, hanem főleg anaemiával járó esetekben a vörösvérsejtnagyságra is.

Vizsgálataim folyamán három ízben tapasztaltam, hogy a katalaseindex nem volt arányos a volumennel. Egy perniciosás beteg vére öt órával az exitus előtt 680 ezer vörösvérsejtszámmal és 110μ^3 volumennel katalasehatást egyáltalában nem mutatott. Egy másik esetemben a vörösvrsejtszám 3 hét alatt máj injectiók ellenére 2,400.000-ről 1,400.000-re esett, a volumen pedig 106μ^3-ról 122-re emelkedett; a volumen emelkedését azonban nem követte a katalaseindex emelkedése, ellenkezőleg az 3.6-ról 1.3-ra csökkent. Harmadik esetemben egy súlyos állapotban levő perniciosásnál 110μ^3 volumen mellett 1.8 indexet találtam, mely azonban a vérstatus s a beteg általános állapotának javulása mellett később a vörösvértesttérfogattal arányossá vált. Tekintettel ily irányú észleleteim csekély számára, abból a prognozisra vonatkozó általános érvényű következtetést levonni nem akarok.

További kérdés az, hogy a katalasehatás a stromához, vagy a vörösvérsejtnek a stromából vízzel kioldható részéhez van-e kötve. Ennek eldöntésére a következőképen jártam el: a szokásos módon egyazon betegtől 20—20 mm^3 vért vettem, azt 20—20 cm^3 destillált vízben oldottam. Az egyik véroldat 1 cm^3-ében meghatározva a katalaset 12.2-es értéket kaptam. A másik véroldatból a stromát kicentrifugáltam s a fölötte levő oldatban határoztam meg a katalaseszámot, mely ez esetben 12.0-t mutatott. A különbség tehát minimális és úgyszólván a kísérleti hiba határokon belül van. A stromákat tartalmazó centrifugátumot pedig 20 cm^3 destillált vízben suspendáltam s annak 1 cm^3-ében és a fentmaradó többi részben is (19 cm^3) meghatároztam a katalaseszámot. Az előbbi egyáltalán nem bontott, az utóbbi pedig, melyben nem egy, hanem 19 cm^3 véroldatnak megfelelő stroma volt 0.17 katalaseszámot mutatott. Ha meggondoljuk, hogy a centrifugatum fehérvérsejteket és thrombocytákat is tartalmaz, melyek ugyancsak rendelkeznek katalaseval, azt mondhatjuk, hogy a katalasehatás nem a stromához, hanem inkább a sejt többi alkatrészéhez van kötve. Ugylátszik tehát, hogy a katalase a vörösvérsejtekből a haemoglobinnal együtt kioldódik; kérdés azonban, hogy maga a haemoglobin fejti-e ki a katalasehatást, amire gondolni lehet azért is, mert hiszen a haemoglobin mennyisége a vörösvértestek volumenével általában arányos. *Wu* szerint a haemoglobin s annak vastartalmú származékai is bontják a H_2O_2-t, míg a vasmentes származékok, mint a haematoporphyrin, nem rendelkeznek ezzel a sajátsággal. *Rigoni* vizsgálatai alapján viszont arra a következtetésre jut, hogy a haemoglobinszármazékok eme hatása adsorbeált fermentnyomokra vezethető vissza.

Összefoglalás:

1. A katalasehatás nem arányos az oxydatios folyamatok intenzitásával.

2. A katalaseszámra a vörösvérsejtszámon kívül azok térfogata is befolyással van; a katalaseindex kevés kivétellel a volumennel arányosan nő, vagy csökken.

3. A katalase főleg a stromából kioldható sejtalkatrészekhez van kötve.

Irodalom: *J. van Thienen:* Dtsch. Arch. f. klin. Med. 131. köt. — *Iglauer:* Magy Orv. Arch. 1931. — *Iglauer* és *Weber:* Magy. Orv. Arch. 1931. — *Castagnca:* Arch. Farmacol. sper. 45. Ref. Kongr. Zbl. LII. 809. 1. — *Magat:* Ztschr. exp. Med. XLII. — *Bach* u. *Zubkowa:* Bioch. Zschr. 125. — *Stern:* Bioch. Ztschr. 182. — *Bernstejn:* Z. eksper. Biol. i. med. 11. Ref. Kongr. Ztbl. LVII. 412. — *Rigoni:* Biochimica e Ter. sper. 16. Ref. Kongr. Ztbl. LVII. 39. — *Tögel* u. *Ceranke:* Wien. Arch. f. inn. Med. IX.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet" közkórház laboratóriumának közleménye. (Igazgató: Genersich Antal dr., egyet. m. tanár.)

Adat az extrauterin graviditás létrejöttéhez.

Irta: *Ormos Pál* dr., kórházi főorvos.

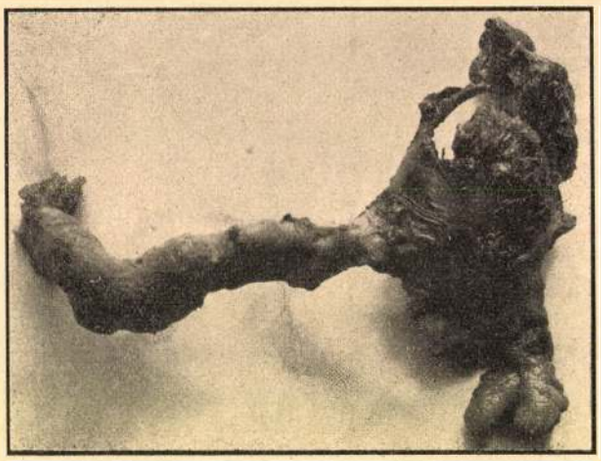
Általában az a vélemény, hogy az utóbbi években, főleg a háború utáni időkben, az extrauterin graviditások megszaporodtak. Ezt sokan hozták összefüggésbe azzal, hogy a háború alatt a gonorrhoea nagy mértékben elszaporodott s elsősorban a gonorrhoeás salpingitisek okozói a méhenkívüli terhességnek. Ez a felfogás még mindig meglehetősen tartja magát, pedig az utóbbi években szakemberek tollából mind több és több közlemény jelenik meg, amelyek azt igyekeznek bizonyítani, hogy ez a felfogás téves. A gonorrhoeás salpingitis nem okoz extrauterin graviditást, hanem inkább teljes elzáródást. Egyáltalában a gyulladásnak kevés köze van az extrauterin graviditás létrejöttéhez. A gyulladások általában és különösen a gonorrhoea, inkább teljes obliterációt s így meddőséget okoz, de olyan fokú szűkületet, mely a megtermékenyített petét útjában megállítja, nem szokott okozni. *Meyer, Hoehne, Pankow* a nevesebb szerzők, kik e nézetet vallják s habár egy-másik közülük meg is engedi, hogy kis részben a gyulladásnak is lehet szerepe a tuba szűkületének létrehozásában, főleg a tuba megtöretésében, mégis legfőbb oka a tuba szöveti alkatában rejlik. Ez utóbbi — természetesen kóros — elváltozás vagy veleszületett, vagy később kifejlődött. Kétféle szöveti eltérés játszik szerepet: egyrészt a nyálkahártyadiverticulumok, másrészt az adenomák, adenofibrosis és adenomyosis.

Kórházi anyagunkban elég sok extrauterin graviditás van. Azt hiszem, most sincs sokkal több, mint régebben, csak gyakrabban diagnostizálják. Más betegségeknél is tapasztalhatjuk ugyanezt. A diagnostika hatalmas fejlődése, karöltve a sebészet óriási haladásával sok olyan betegséget tett mindennapivá, amely azelőtt a ritkaságok közé tartozott. A sebészeten kiirtott anyagok a laboratóriumba kerülnek, ahol mindent feldolgozunk szövettanilag, mert még a legegyszerűbbnek látszó és kétségtelen diagnosisú műtéti eredmény is hozhat szövettani vizsgálat után nem várt meglepetést. Ily módon a méhenkívüli terhesség alkalmával kioperált tubák is megvizsgáltattak s ezen vizsgálatok támogatják azoknak a nézetét akik az extrauterin graviditás létrejöttében tagadják a gyulladás szerepét s annak okául a tuba nemgyulladásos kóros eltérését adják. Erre a felfogásomra egy, szövettanilag részletesen átvizsgált s szövettani eredménye alapját élénken bizonyító esetünket óhajtom az alábbiakban ismertetni:

34 éves asszony, extrauterin graviditas tüneteivel azonnali műtét végett kerül kórházunkba. Typusos klinikai kép. A hasüreg megnyitásakor nagy mennyiségü, részben alvadt, részben folyékony vér látható. A megrepedt pete a méh jobb sarkában van. Jókora mogyorónyi, felső repedt részen cafatos, véralvadékból és peterészletekből áll. A műtő (Genersich dr.) a hozztartozó tubával együtt ék alakban kimetszette, úgy hogy közben akaratlanul a méh üregе is megnyilt, amennyiben a kimetszett ék csucsát a méh nyálkahártyája alkotta. Szövettani vizsgálatra került (1. ábra). E célból három helyről vágtam ki részleteket: az ampullaris részből, az interstitiális részből s a peterészletből, utóbbiból úgy, hogy a metszés a méh falán keresztül a méh nyálkahártyája felé tartott. A két elöbbiből sorozatos metszeteket készítettem, úgy, hogy rekonstruálni lehetett ezeken a helyeken a tuba szerkezetét.

A pete-méhfal részlet semmi különösebb szövettani eredményt sem mutatott. A pete meglehetősen messzire behatolt a méh izomzatába a kürt felől, de elég felületesen kúszott az izomrostok között s a méh nyálkahártyáját nem érte el.

Az interstitiális részlet (2. ábra) feldolgozása érdekesebb eredménnyel járt. A tuba fala nagy mértékben megvastagodott s a szűk lument kiterjedt adenofibrosis veszi körül. Ezt a kórszövettani képet részletesen először *Recklinghausen* írta le „Tubenwinkeladenom" név alatt s a régebbi salpingitis isthmica nodosa helyét lassanként teljesen elfoglalta az adenomyosis, adenofibrosis elnevezés. Nevében rejlik, hogy sem a gyulladással, sem a daganattal nem áll összefüggésben. Kóros fejlődés okozza. Az adenomyosis első alapvető leírása *Chiari*tól ered 1887-ből, bár már régebbi szerzők *(Rokitansky, Klebsm, Simpson)* is említették, a pars intramuralis és pars



1. ábra. A kiirtott tuba és petezsák.

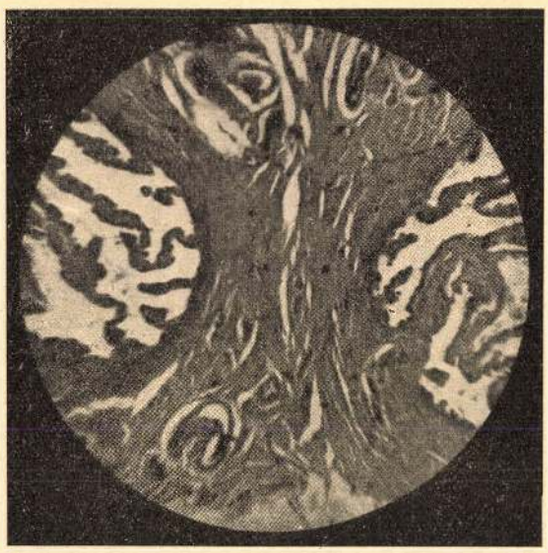


2. ábra. A tubasarokban levő adenomyosis.

isthmica megvastogodását. *Chiari* után írta le *Schauta* salpingitis isthmica nodosa név alatt a tuba ezen megvastagodását s mindketten gyulladásos eredetűnek tartották, főleg gonorrhoeásnak.1889-ben *Blanche* és 1894-ben *Pilliet* írták le ismét e betegséget. 1896-ban *Recklinghausen* részletesen írta meg szövettani képét és a fejlődését a Wolff-féle vezetékből igyekezett megmagyarázni. Később *Lockstaedt, Franqué, Opitz, Kehrer, Kundrat* s mások a mirigyjáratoknak a tuba nyálkahártyájával való összefüggését igyekeztek bizonyítani. 1903-ban *Robert Meyer* vizsgálataiból azt a következtetést vonta le hogy különböző gyulladások képesek salpingitis follicularist s mély adenomaszerű nyálkahártyaburjánzásokat létrehozni. Ujabban *Lahm, Rosenberger, Schönholz* és *Schridde* is vizs-

gálták. *Pankow* pedig határozottan tagadja a gyulladásos eredetet és szövetfejlődési zavarokra vezeti vissza e képződmények letrejöttét. Az adenomyosis és adenofibrosis elnevezés is mely *Franke*tól származik, s melyet azután *Lahm* és *Robert Meyer* is elfogadtak, épp azt akarják kifejezni, hogy a betegség nem gyulladásos, nem is daganat, hanem egyéb még nem teljesen határozott kóralak. Mindenesetre heterotop képződmény s alaki és oki képződése tekintetében sem gyulladással sem daganattal nincs összefüggésben.

A mi esetünkben a közepén elhelyezkedett tuba meglehetősen megszükült. Hámrétege henger-, helyenként köbhám s endometroid képződése következtében inkább a méh nyálkahártyájához hasonlít. A körülötte levő hatalmasan megvastagodott részben kissé laza, helyenként részben tömöttebb kötőszöveti rostok tömegében egy-egy kevés sima izomrost is található. Az egészben pedig kiterjedten nagyon sok mirigylumen látható, melyek alakja és nagysága nagy különbséget mutat. Kör, hosszúkás, ágas-bogas, fürtszerű alakok váltakoznak. Hámrétegük is henger-, köb-, vagy laphámból áll. A szűkebbek inkább henger-, a tágabbak laphámsejtekből állanak. Sokban egy-



3. ábra. Jobb o. a tuba lumen részlete, bal o. a diverticulum részlete, középen a kettőt elválasztó fal.

nemű vagy szemcsés amorph anyag tölti ki a mirigy lumenét. A mirigyek általában egymástól függetleneknek látszanak, de egyik-másik metszetben sikerült olyan helyzetet találni, ahol egyes mirigyek egymással, sőt a tuba lumenével is összefüggenek. Nem lehetetlen hogy ezek a mirigyek a tuba nyálkahártyájából származnak s eredetileg vele összefüggésben is voltak. Mindenesetre kétségtelen, hogy készítményünkben egyik-másik mirigylumen a tuba üregével összefüggésben van s annak mintegy diverticulumát alkotja.

Sorozatos metszeteket készítettem a tuba ampulláris részéből is. Itt, mint a mellékelt 3. ábrán is látható, két teljesen kiképződött lumen van kötőszöveti sövénnyel elválasztva. A sorozatos metszetek után rekonstruálva azonban nyilvánvaló, hogy ezen kettős lumen nem halad végig, hanem csak a tuba lumenének egy kb. 3—4 mm. hosszú kiöblösödése, diverticuluma. Nyálkahártyája mindenben a tubáéhoz hasonló, kóros eltérést nem mutat, redőzete is rendesen kifejlődött. Sehol sem látható a redőzetek összenövése kereksejtes beszűrődés, gyulladás nyoma. A diverticulum végénél egy darabig a kötőszövet megvastagodott, maga a diverticulum pedig mind jobban szélesedik, a két lumen között levő kötőszöveti fal ennek megfelelően mindinkább keskeny lesz, míg végre a két lumen egybeolvad s ettől kezdve a tuba lumene is szélesebb.

Ezen elváltozások alapján esetünkben kétféle kóros eltérést állapíthatunk meg. Az egyik az interstitiális részben levő adenofibrosis, a másik a tuba ampullájában talált diverticulum. Véleményem szerint mind a kettőnek fontos szerepe lehet az extrauterin graviditás létrejöttében. Az ampullában levő diverticulumba jutó pete természetesen nem juthat tovább s a diverticulum vak végződésébe befészkelve magát, ampulláris gravidást hozhat létre. Esetünkben ez nem következett be. A megtermékenyített petének sikerült a diverticulumot elkerülni, de már megakadt az interstitiális részben levő adenofibrosisban. Itt megakadhat a pete a nagy mértékben megszűkített lumenben is, mert lehetséges, hogy a már szaporodó alakban levő pete akkora nagyságot ér el, hogy a megszűkült tubán keresztül haladni nem tud s itt fészkeli be magát De tekintettel arra hogy az adenofibrosis lumenei közül egyik-másik összeköttetésben van a tuba lumenével, egy ilyen diverticulumszerű mirigyjáratba is bekerülhet s itt megakadva, hozza létre az interstitiális graviditást.

A mi esetünkben bizonyára ily módon jött létre. Ezt azért merem hangsulyozni mert a pete meglehetősen messze elkerült a tuba lumenétől s felületes elhelyezkedése s általában az uterushoz való viszonya azt mutatta, hogy a tuba lumenével párhuzamosan kúszva került aránylag olyan messze az uterus fundusa felé. A pete helye miatt eleinte azt is hittük, hogy peritoneális graviditással állunk szemben de a további vizsgálat meggyőzött arról, hogy tulajdonképpen interstitiális a graviditás

Esetünkben gyulladásnak sehol sem volt nyoma. Kétségtelen hogy ebben az esetben nem is szerepelt előidéző ok gyanánt; még másodlagos szerepe sem volt. Természetesen ez egyáltalában nem jelenti azt, hogy egyéb esetekben a gyulladásnak segítő szerepe ne lehetne. Esetünk szövettani vizsgálata alapján és a fenntebbiek szerint neves szerzők véleményeire is támaszkodva, minden valószínűséggel úgy áll a helyzet hogy az extrauterin graviditás létrejöttében egyedül a gyulladásnak vajmi kevés szerepe van s legnagyobbrészt a mienkhez hasonló diverticulumok, vagy adenofibrosisos elváltozások hozzák létre.

Irodalom: 1. *Halban—Seitz:* Biologie und Path. des Weibes. — 2. *Pankow:* Die Extrauteringravidität. Eulenburgs Realencyklopedie.

Az Uj Szt. János közkorház gyermekbeteg osztályának közleménye. (Vezető főorvos: Péteri Ignác dr, egyetemi magántanár.)

A pertussis vaccinakezelése.

Irta: *Péteri Ignác* dr., egyet. magántanár.

Már alig van kétség az iránt, hogy a szamárhurut kórokozójának a Bordet—Gengou bacillus tekinthető és ez a körülmény a pertussis gyógyításának és megelőzésének methodikáját nagy mértékben megváltoztatta, vagyis az eddigi gyógyszeres, quarz, röntgen, reconvalescens vér, klimatikus stb. gyógykezelés helyébe a specifikus therapia lépett, úgy mint ahogy ezt a körülményt az utóbbi évek folyamán minden fertőző betegség therapiájának historikumában tapasztalhatjuk. A Bordet—Gengou bacillus felfedezése óta tehát megindult a specifikus vaccinák készítésének korszaka, úgy, hogy ma már mindenütt mindenféle pertussis vaccinákkal kísérleteznek és pedig egészen különböző természetű eredményekről számolván be, mely

körülménynek oka egyrészt a vaccina elkészítésének módjában, másrészt az 1 cm^3-ben foglalt csirák számában, de véleményünk szerint leginkább a vaccina alkalmazásának időpontjában, valamint a lefolyás és fertőzés természetének minőségében keresendő.

Arra való tekintettel, hogy a pertussis sulyosabb formájának okozója nem csupán a Bordet—Gengou bacillus, hanem e mellett többnyire másféle pathogen csirák (pneumococcus, influenza bacillus, streptococcus, micrococcus cath. stb.) is jelentékeny szerepet játszanak, a vaccina készítmények általában kétfélék, olyanok, melyek csupán a Bordet—Gengou bacillus elölt culturáit tartalmazzák és olyanok, melyek e mellett még a bacillus influenzaet, staphylococcus aureus és albust, streptococcust,pneumococcust és micrococcus catharrhalist is tartalmazzák. A pertussis t. i. egyes kutatók állítása szerint bacteriologice egyáltalában nem egységes megbetegedés, vagyis a vaccina speciese annyira fontos szerepet játszik, hogy ha pl. egy intézetben egy pertussis eset lép fel, akkor csupán ennek az első esetnek autovaccinájával volnának a prophylactikus oltások eredményesen végezhetők. Más szerzők szerint a Bordet—Gengou baccillusnak is négy törzse van, melyek mind különböző immunitási reactiót mutatnak fel. Az is ki van mutatva gondos vizsgálatok alapján, hogy egyes vidékeknek megfelelően egységesség van a kórokozók közt. *Kramsztyk* mindezekkel szemben a vaccina therapiát nem specifikus fehérjetherapiának tartja és azt állítja, hogy a pertussis vaccinával teljesen egyértékű therapiás hatás érhető el egy pl. staphylococcus vaccinával is. *Kramsztyk* különben a *Besredka*-féle eljárásnak megfelelően pertussis bacillus kulturák filtratumával kísérletezett, melyhez a betegek torok- és garatváladékából eredő kisérőbacteriumokat is felhasználta. A filtratumot spray alakjában juttatta a garatba, mely eljárással jó eredményeket ért el és annál jobbak voltak ezek, mennél polyvalensebb volt a készítmény.

Mi eseteinknél a Bayer Meister—Lucius—Behringwerke „Keuchhusten—Impfstoff" nevű készítményével kísérleteztünk, mely vaccina három ampullát tartalmazó dobozban kerül forgalomba és minden ampulla egy-egy cm^3 tartalmában 4000, 6000 és 8000 millió elölt Bordet—Gengou bacillus foglaltatik. Az oltóanyagot intramuscularisan (intraglutealisan) injiciáltuk és pedig harmad naponként. Összesen 22 typusos pertussis eset került vaccinálásra, melyek közül 5 volt csecsemő, 12 volt 1—6 év közötti, 4 volt 6—10 év közötti és 1 volt 10 éven felüli gyermek. A betegeket gondosan megválogattuk, egyrészt tekintettel voltunk arra, hogy a diagnosis szempontjából semmiféle kétség ne forogjon fenn, másrészt pedig arra, hogy ambulans anyagról lévén szó, a vaccina hatására vonatkozó megfigyelések ú. m. a köhögési-rohamok száma, azok természete és jellege, étvágy, továbbá localis és általános reactio stb. irányában helyesek legyenek, vagyis, hogy ezen jelenségek megbizható registrálása szempontjából a beteg környezete a szükséges intelligentiával rendelkezzék.

Minden esetben 4000, 6000, 8000 millió csirát injiciáltunk, csupán az 5 csecsemőnél alkalmaztunk fél adagot, dacára annak, hogy pl. *Rietschel* csecsemőnél is teljes dosist ajánl, olyan megindokolással, hogy csecsemő minden vaccinára alig reagál.

Az oltásokkal kapcsolatban localis reactio kisebb-nagyobb mértékben minden esetben mutatkozott, ha egyéb nem, akkor mérsékelt fájdalmasság az oltás helyén, mozgásnál, járásnál. Lázas állapotot, a 22 eset közül csupán nyolc esetben észleltünk, ezeknél a temperatura 38 és 40 C° körül ingadozott, de mindössze 12—24, ritkán 48 órán át tartott. A localis reactióra, de főleg a lázas reactióra a beteg, illetve hozzátartozója minden esetben előre figyelmeztetendő, ezen temperaturáknak azonban, tekintve más oltóanyagok hasonló tulajdonságát, különösebb jelentőséget nem kell tulajdonítani. Általában az a tapasztalat alakult ki, hogy a gyermekek annál enyhébben reagálnak a vaccinára, mennél fiatalabb korban vannak.

A vaccinatiónak a betegség lefolyására való hatását a következőkben ismertetjük: teljes eredményt 10 esetben, jelentékeny javulást nyolc esetben és változatlan állapotot négy esetben észlelhettünk. A vaccinatiónak legszembeötlőbb hatása a hányásra vonatkozik, amennyiben az négy esetünk kivételével legkésőbb a 3-ik oltás után még nagy fokban neuropathiás gyermekeknél is, kimaradt, de nem volt kivételes dolog az se, hogy már az első injectió után egyetlen egy hányással járó köhögés se jelentkezett többé. A hányás megszünését a gyermek, de főleg a csecsemő erőbeli állapotának megkímélése szempontjából rendkívül fontosnak tartjuk és lehet mondani a vaccina hatásának értékelésében mint döntő tényező registrálható.

Egy másik kedvező jelenség a köhögési rohamok spasmusos jellegének megváltozása, mely körülmény főleg a 2-ik oltás után észlelhető, a kivörösödéssel, elkéküléssel és hangos sípoló inspiriumokkal járó rohamokat könnyebb, lazább és nem annyira kinzó köhögési typus váltja fel.

A köhögési rohamok száma jelentékenyen megkevesbbedik, egy esetünkben pl. napi 20—25 rohammal szemben a 3-ik oltás után még csupán éjjel jelentkezett 1—2 roham. Azt a jelenséget, melyet egyes szerzők írnak le, hogy az első oltás után fokozódik a rohamok száma és mely jelenséget az oltással járó izgalmaknak tulajdonítanak, egyetlen esetben sem észleltük.

Nagy jelentőségű az éjjeli rohamoknak úgy számban, mint erősségben való megcsökkenése, valamint az étvágy megtartottsága, mert mindezek a hiábavaló energiapocsékolástól kimélik meg a gyermeket, másrészt lehetővé teszik a rendes táplálás zavartalan folytatását, ami a vaccinálás előtti időkben mindig nagy gondokat okozott úgy a hozzátartozóknak, mint az orvosnak.

Talán ugyancsak a vaccinatio javára írandó a szövődmények kimaradása, 22 esetünk közül három ízben ugyan észlelhettünk bronchitist, de ezek már az oltás előtt is megvoltak, más szövődménnyel pedig egyáltalában nem volt dolgunk.

Ha eredményeinket tekintjük, azt kell mondani, hogy a pertussis vaccinában egy olyan szer birtokába jutottunk, melynek magas therapiás értéke van és kísérleteink folyamán azt tapasztalhattuk, hogy minél előbb alkalmaztuk, annál intenzivebb és kedvezőbb volt a hatás. Hogy specifikus hatásról vagy csupán nem specifikus protein hatásról lehet-e beszélni, az még eldöntetlen, kétségtelen azonban, hogy nem specifikus protein therapia segítségével ennyire intenziv ingert kiváltani nem sikerült.

A Szent István közkórház bőr- és nemibeteg osztályának közleménye. (Főorvos: Guszman József dr. egyetemi c. rk. tanár.)

Lymphadenitis gummosa esete.

Irta: *Pilau Gusztáv* dr., segédorvos.

A syphilis első és második stádiumában a nyirokcsomók megbetegedése megszokott és ismert kép. A nyirokcsomók harmadlagos elváltozása azonban csak igen kivételes esetekben fordul elő. *Fournier* 3429 harmadlagos elváltozást felölelő statistikájában egy esetet sem említ. *Gold* 533 hasonló esetből egy nyirokcsomó megbetegedést talált. A bántalom ritkasága dacára fontos azonban a tüneteinek ismerete, mivel elvétve igen súlyos esetleg halá-

los elváltozásokat is okozhat. Ilyen például *Verneul* esete: 53 éves férfi bal lábán chronikus folyamat következtében a calcaneus egy része sequestrálódott, ezt sebészileg eltávolították, majd később az alsó végtagot térd alatt amputálták. Ezen két sebészi beavatkozás után gummosus mirigyduzzanat keletkezett a bal lágyékhajlatban, ami az arteria femorális arrosiója révén halálos vérzéshez vezetett.

A gummás nyirokmirigymegbetegedés legtöbbször 30—40 éves embereken fordul elő. Több hónapig, esetleg évekig tart. Leírtak 14 éven át fennálló esetet is *(Rivington)*. Egy nyirokcsomó aránylag ritkán betegszik meg, legtöbbször egyes *tájéki nyirokcsomók csoportos* megbetegedéséről van szó. Még aránylag leggyakoribb az inguinális nyirokmirigyek megbetegedése valószínűleg azért, mert a legtöbb primaeraffectio az inguinális mirigyek közelségében, a nemi szerveken fordul elő. Másodsorban a submaxillaris és a clavicula körüli, majd sorrendben a cervicális mirigyek megbetegedése következik. Az eddig leírt cervicális nyirokcsomómegbetegedések száma 20 körül jár. Esetünkben is ezek betegedtek meg. Leírták azonban a test legkülönbözőbb helyein levő mirigyek (axillaris, cubitális, femorális stb.) gummás megbetegedését, sőt még a testüregekben levő mirigyekét is *(Buday Kálmán)*. Ezek a testüregi mirigyek megbetegedhetnek önállóan, vagy egy szerv syphilises megbetegedésének kísérőjeképen. A mirigyek lassan nőnek meg mogyoró, galambtojás nagyságra, sőt kivételes esetekben gyermekfejnyiek is lehetnek. *(Clark)*. Jelentkezhet néha tompa, vagy húzó fájdalom is, de heves fájdalmat csak *Langenbeck* észlelt. A folyamat legtöbbször túlterjed a nyirokcsomó határain, infiltrálja a környezetet, hozzászövődik a bőrhöz. A bőr élénk vörös lesz, elvékonyodik, majd megnyilik a mirigy felett és a nyíláson át sárgás, nyúlós, mézgaszerű anyag ürül. Ily módon alakul ki a fekélyes gumma képe. Ebben az állapotban vagy megnyugszik a folyamat, vagy a szélek további beolvadása folytán mindnagyobb területen elpusztítja a bőrt. Távolabbi hatása a folyamatnak ritkán van, legtöbbször csak a nagysága által okoz panaszokat. (Oedema, varix.)

A diagnosis felállítása a kifekélyesedés előtt nem a legkönnyebb feladat, mert a mirigyek igen különböző folyamatok következtében betegedhetnek meg. Ezek közül legfontosabb, különösen a nyaki nyirokmirigyek megbetegedésénél a *tuberculosis*, mert leginkább ezzel szokták összetéveszteni, mint esetünkben is. Ugyanis a positiv Wassermannal járó latens syphilis és a tuberculosis colliquativa olyan gyakori, hogy könnyen feltételezhető, hogy a betegnek a latens syphilise mellett még tuberculosisa is van. Ez az összetévesztés pedig igen káros lehet a betegre, mert egy esetleges műtéti beavatkozás az eddig lappangó syphilises folyamatot könnyen activálhatja. *(Verneul* esete). A nyaki nyirokcsomók tuberculosisánál pedig tudjuk, hogy gyakran kerül sor műtéti beavatkozásra; mikor vagy az egész nyirokcsomót kiírtják, vagy ha ez a környéki beszűrődés miatt lehetetlen az esetleges genyet kiürítik.

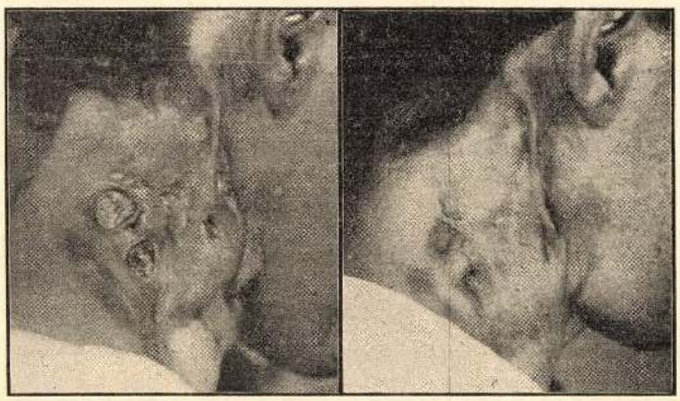
Nagyobbak lehetnek a nyirokcsomók systemás megbetegedések következtében. (Leucaemia, pseudoleucaemia, lymphogranulomatosis, stb.) Azonban számos az irodalomban közölt lágyéki lymphogranulomatosis esetben a Wa. r. positiv volt és jódkezelésre az állapot javult *(Wril, Bertoye, Bernheim, Ravaut, stb.)*, nem lehetetlen tehát, hogy a folyamat ezekben az esetekben is gummás volt.

A daganatos megbetegedések közül az első és másodlagos sarcoma és carcinoma jöhet számításba.

Könnyebb a diagnosis, mikor a bőrön már fekélyek vannak. A vérképző rendszer megbetegedései úgyszólván sohasem fekélyesednek ki. A daganatos mirigyek is ritkán fekélyesek s ha igen, akkor infiltrálják a környezetet is. A fekély, mint ismeretes, kráterszerű, a széle vaskos, felhányt; a mikroskopikus vizsgálat pontos diagnosist ad. Egyenes, meredek szél, szalonnás alap a syphilis jellegzetes tünete. Ha a szélek vékonyak, alávájtak, a fekély a környezettel sipolyok útján összefügg belőle bőven ürül sárgás-zöldes geny, a sarjak pedig vizenyősek: tuberculosisra kell gondolnunk. Szövettanilag a lues és a tuberculosis nem mindíg differenciálható el teljesen. Spirochaetát egyedül *Wile* talált egy csak hat hónapos syphilises fertőzés esetében. A Wa. r. rendesen positiv, lehet azonban negativ is, főleg ha a fertőzés congenitális eredetű. A negativ Wa. r. miatt nem egyszer tuberculosisnak tartják a congenitális lueses eredetű fekélyesedést. Igen fontos ezeknek az esetekben a luetin r., mert, ha a folyamat gummás, a luetin r. csaknem 100%-ban positiv. (Osztályunkon *Sulyák* vizsgálatai).

A biztos diagnosist mindenkor a kezelésünk sikere adja. (Diagnosis ex juvantibus). Gumma esetén teljes gyógyulást érünk el kéneső, bismuth és salvarsan adagolásra. Nem teljes a gyógyulás, de erős a javulás combinált megbetegedés esetén, mikor syphilis és tuberculosis szövődött egymással. *(Mauriac)*. Jódkálira a syphilises megbetegedésen kívül még a gombás megbetegedések is (pl. sporotrichosis) szépen gyógyulnak.

1930. őszén osztályunkon is észleltük egy esetben a cervicalis mirigyek gummosus folyamatát, melynek kezelés előtti és utáni képét mellékelten közöljük.



Limphadenitis gummosa kezelés előtt és kezelés után.

M. M. 37 éves napszámosnő elmondja, hogy anyja 63 éves korában, egy testvére 42 éves korában tuberculosisban halt meg. Egyszer szült, gyermeke 15 hónapos korában 15 év előtt meghalt, állítólag bélhurutban. Nemi betegségről, kiütésekről nem tud. Antilueses kurát nem végzett. A syphilises fertőzés időpontjára semmi adatot nem sikerült nyernünk. Jelen baján kívül semmiféle megbetegedése nem volt.

1929 tavaszán nyakának jobb oldalán levő mirigyei megnagyobbodtak, két hónapi fennállás után ellágyultak és orvosa tuberculosisra gondolva felvágta (sebészi beavatkozás!), majd kenőcsös kötésekkel hat hónap alatt begyógyította. A következő év tavaszán ismét csomók keletkeztek és a nyár folyamán újra kisebesedtek. Igy került osztályunkra.

Gyengén fejlett és táplált nőbeteg, ki testsúlyából betegsége alatt semmit sem veszített. A bőr színe világos barna, a látható nyálkahártyák halványak. Csont és izomrendszer ép. A nyak jobb oldalán a processus mastoideustól lefelé a kulcscsontig a sternocleidomastoideus előtt és mögött babnyi, mogyorónyi megfeszített izomtapintatú mirigyek, melyek felett a bőr hegesen zsugorodott és az alapjához rögzített. Máshol fillérnyi éles, infiltrált szélű, szalonnás alapú fekélyek. A fekélyek alján helyenkint a szétesett mirigy állomány látható. Egyébként az egész terület diffuse beszűrődött. A többi nyirokcsomók kóros elváltozást nem mutatnak. A mellkas lapos. hosszú. Bal oldalt VII. nyaki borda. Costa decima fluctuans. A tüdőcsúcsok felett rövidültség, diffuse hangosabb légzés. Szörtyzörejek nincsenek. Rekeszek jól mozognak. A szív balra a medioclavicularis vonalig ér. Az összes szájadék fe-

lett systolés zörej, mely legkifejezettebb az *Erb*-ponton. Az aorta második hangja csengő. Vérnyomás 160—190 vízcm. A máj széle két újjal a bordaív alá ér. A lép nem tapintható. A hasban nyomásérzékenység nincsen. A vizeletben semmi kóros. A bal pupilla tágabb, mint a jobb, de mindkettő fényre és alkalmazkodásra jól reagál. Faciális, hypoglossus rendben. Patella reflex élénk. Achilles reflex rendes. Brach—Romberg nincsen. Ulnaris és peroneális érzés csökkent. A perimamillaris érzés rendben. Szemfenék ép. VérWa.: ++++; LiquorWa.: negativ. Aranysol r. normális. Nonne-Apelt, Pándy negativ. A luotest .: erősen positiv.

A beteg két hónapig feküdt osztályunkon, mialatt fekélyeire kéneső kenőcsöt kapott, azonkívül 16-szor 2 ccm. neobismosalvant és 1.35 gr. neosalvarsant. Ezen idő alatt a nyakán levő összes fekély behámosodott és a nyirokcsomók is erősen visszafejlődtek. A beszűrődés mindenütt felszívódott. A beteg 3 kg-ot hízott.

Esetünkben a diagnosist valószínűvé tette a positiv luotest és Wa. r., bebizonyította pedig az antilueses kúra gyors és tökéletes hatása. (Ex juvantibus).

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az anaemia perniciosa kezelése nyers disznógyomorral. *Wiechmann* és *Heuss*. (Th. d. Gw. 1931. okt. sz.)

Az anaemia perniciósában szenvedő betegeket nyers disznógyomorral etették. Az eredmény éppen olyan jó, mint a friss máj, májkivonat, vagy gyomorkivonat etetésénél. A tünetek, még a funicularis degeneratiós tünetek is, az achylia gastricát kivéve, igen gyorsan javultak. Előnye fenti szerekkel szemben rendkívüli olcsósága; undorérzés pedig a legritkábban fordult elő, mivel a különféle konyhatechnikai fogásokkal ízletessé lehet tenni a nyers disznónyomrot. Különösen ajánlja e kezelést a szegény-praxisban.

Egedy Elemér dr.

Typhusbacillusgazdák kezelésének új módszere. *Onodera, Murakawa, Liu.* (Dtsch. Arch. Klin. Med. 171. köt. 5. füz.)

A typhusbacillusgazdák kezelésére ezideig használt módszerek (bacteriophagok, desinficiensek, cholagogok, vaccina, festékkezelés, stb.) egyáltalán nem mondhatók megbízhatóknak. Ismeretes,, hogy a halogenek igen csekély concentratióban a typhus-bacillusra erősen desinficiáló hatást fejtenek ki. Másirányú tapasztalat azt mutatja, hogy intratrachealis lipjodol alkalmazásánál a contrastanyagot tartalmazó tüdőrész röntgenbesugárzása után felszabadult jód gyorsabban jelenik meg a vérben és vizeletben. Fent elmondottak tudatában alkalmazták az intravenásan adott jódtetragnostot és az ezt követő epehólyagbesugárzást typhusbacillusgazdák kezelésére. Megelőzőleg laboratoriumban vizsgálták a jódtetragnost desinfitiáló hatását, a röntgenbesugárzás esetleges befolyását a desinfitiáló hatásra és a jódtetragnosttal elölt bacillusok immunserologiai viselkedését. A vizsgálatok eredménye: Ad 1. 3—6%-os tetragnost 24—3 óra alatt öli meg a táptalajban tenyésző typhusbacillust. Ad 2. 2%-os concentratióban a jódtetragnost meggátolja a typhusbacillus fejlődését, 1.0%-os, ill. 0.5%-os concentratióban csak néhány napig tart e gátló hatás, míg 0.1%-os oldat a növekedést egyáltalán nem befolyásolja. A táptalajok röntgenbesugárzásától növekedéstgátló hatást nem láttak. Az 3. Jódtetragnosttal elölt typhusbacillus állatnál magastiterű immunserum termelésére képes.

Klinikájukon hét esetet kezeltek fent ismertetett módszer alapján s ezek közül három bacillusürítése megszünt (epe és bélsár), kettő egy hónapig maradt steril, míg kettőnél a kezelés nem vezetett eredményre. Felhivandó azonban a figyelem arra, hogy a tetrajodphenolphtaleinnatrium-injectiót és az ezt követő röntgenbesugárzást 5 nap múlva megismételték, az epe és szék mindig bacillusmentessé vált, de néha csak átmenetileg. Közlésük óta újabb hét esetről bírnak tudomással, melyek közül négy csiramentessé vált, három továbbra is bacillusgazda maradt, habár egynél az excretumok csiraszegényebbé váltak.

Molnár István dr.

Sebészet.

Lábon végzett műtétek és a tetanusos megbetegedés. *Edelmann*, Hannover. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 38.)

A tapasztalat azt mutatja, hogy bizonyos sebek — különösen az ú. n. kis sérülések — igen alkalmasak a tetanusos fertözésre. Fontosak a sebviszonyok, az infectio forrása, a sérült környezete, stb. A legismertebb infectiós források a szántóföld, állatok excretumai és az emberi bélsár. *Wohlgemut* három hasi műtét kapcsán észlelt tetanust, amikor a belet meg kellett nyitni. — A legnagyobb veszélynek vannak kitéve azok, akik állatokkal, ill. azok hulladékaival foglalkoznak. Tehát minden sérülés, ahol a fedő bőr is sérült, elővigyázatot igényel; akkor is, ha a fedő bőr nem sérült, gondolni kell arra, hogy az illető egyén tetanusban megbetegedhetik, ha operative kell bármi oknál fogva beavatkozni. A vastag, elszarúsodott bőr csirtalanítása a tapasztalat szerint csak kis fokban lehetséges. Tehát a lábon végzett műtétek reconvalescentiájában mindig el lehetünk készülve meglepetésekre a tetanust illetőleg. *Edelmann* 48 éves földmives betegnél supramalleoralis fractura miatt drótextensiót végzett a calcaneuson át. Betegénél a 12-ik napon tetanus lépett fel. Valószínüleg a local anaesthesia avagy a drótextensio következtében a láb bőrében elrejtett csirok mobilizáltattak. Az extensio feltevése előtt odáig megy a prophylaxisban, hogy tetanus, ill. anaerob serumot ad a betegnek, melyet a nyolcadik napon megismétel. Inkább megküzd a serumbetegség kellemetlenségeivel, mint a sokszor halálos tetanussal.

Guszich Aurél dr.

Acut sósavmérgezés után fellépett pancreas necrosis. *Jamandi* és *Pop*, Kolozsvár. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 38.)

Öngyilkossági szándékból sósavat ivott 20 éves lány heves epigastrialis fájdalmak miatt került sebészeti osztályukra. Epigastrium deszkakemény volt, a nyomásérzékenység punctum maximuma a köldök felett. Hőmérsék: 37,9. Pulsus: 110. Vizeletben sok fehérje; diastase 64 E., vércukor 190 mg. %. Gyomorperforatióra gyanakodván, laparatomiát végeztek, amikor a nagy csepleszen zsirnecrosist találtak és a duodenum környékén kiterjedt véraláfutást. A gyomor és a mesocolon felemelése után kitünt, hogy a pancreas tokja egészen elemelödött, állománya lágy és kékeszöld színü. Mintegy 8 cm-nyire felhasítva a tokot, gummidrain és jodoform csík bevezetése után zárták a hasat. Három napig kritikus volt a beteg állapota, végül mégis meggyógyult. Jelen esetben a gyomorba jutott sósav a duodenumba kerülvén, ott stagnált; mivel nem volt elegendő az alkali annak közömbösítésére, bélparalysist hozott létre, egyúttal a ductus Wirsungianus záróizmának a bénulását is. Ez tette lehetővé a sósavnak a pancreas nedvvel való érintkezését, ahol a ferment activálása okozta a majdnem katasztrófálissá váló megbetegedést.

Guszich Aurél dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A fehérvérsejtkép jelentősége a női nemiszervek gonorrhoeájának diagnostikájában. *Einbeck*. (Arch. f. Gyn. 146/78. 1931.)

18 acut és 32 chronicus gonorrhoea-esetben a vérkép viselkedését vizsgálva, a következő eredményhez jutott: úgy acut, mint chronicus esetekben kifejezett lymphocytosis található. Gyakran van eosinophilia is, bár ez nem állandó tünet, a basophilsejtek száma viszont normalis. A fehérvérsejtszám s a lymphocytosis között acut gonorrhoeanál az az összefüggés található, hogy viszonylagosan alacsony fehérvérsejtszám mellett magas lymphocyta-értékek vannak, chronicus esetekben ez a törvényszerüség nincsen meg. A vörösvérsejtek sülyedési idejét a fehérvérsejtkép állapota nem befolyásolja.

Biró István dr.

Tapasztalatok pernoctonnal a szülészetben. *Bode*. (Arch. für Gynaek. 146. 129. 1931.)

A greifswaldi női klinika az elsök egyike volt azon szülőintézetek között, melyek a pernoctont a szülési fájdalmak csökkentésére alkalmazták. Az első eredményekről már 1928-ban beszámolt, most a további tapasztalatokat akarja ismertetni. Az alkalmazás módja a szokásos volt: 1 ccm. pernocton, 12.5 kgr. testsúlyra, az injectiót nagyon lassan végezték. Mély álom csaknem kivétel nélkül már a befecskendezés alatt bekövetkezett, ennek a hatásnak az elérésére 5—6 ccm. pernocton, sokszor még kevesebb is elegendő volt. A szülőfájásokat általában nem csökkentette, bár egyes esetekben a fájások megritkultak, sőt ki is maradtak. Mihelyt azonban a pernocton hatása alább hagyott — ami rendesen másfél-két óra mulva szokott bekövetkezni — a fájások száma ismét emelkedett. Atoniát vagy szülés utáni vérzést nem láttak pernoctonnal kezelt esetekben sem nagyobb számban. A magzati szívhangokra sincsen káros hatással s fokozott aluszékonyságot vagy asphyxiát nem észleltek. A kitolási szakban nem alkalmas, mivel nyugtalanságot okoz, úgy, hogy nehéz a vajúdót az ágyban tartani, dobálja magát, kezeivel a genitálékhoz kapkod, így az asepsist veszélyezteti s a hasprés akaratlagos működtetése sem kielégítő. Annál alkalmasabb a tágulási szakban, amikor is a nyugtalanság sokkal kisebbfokú, a vajúdó a fájásokat nem érzi s mire a kitolásra kerül a sor, a pernocton hatása már mulóban van. Ha a va-

júdót a fájdalmaktól ilyenkor is meg akarják kímélni, célszerü a nervus pudendusok vezetési anaestesiáját eszközölni. Ha a szülés elhúzódik, úgy, hogy a tágulási szak még tart, mikor a pernocton hatása már alábbhagy, ajánlatos 0.015 gr. morphint adni. Nagyon jótékony hatású az amnesia, mely azokban az esetekben is jelen van, ahol nem kívánatos mellékhatások lépnek fel. Előnyösen alkalmazható a pernocton az eklampsia kezelésében is. Nem hallgatható el, hogy egyes esetekben ismeretlen okokból a pernocton hatástalan marad. Noha a pernocton alkalmazása csak a klinikai szülészetben lehetséges, mégis hátrányai és kellemetlen melléktünetei dacára is értékes szer a szülési fájdalmak csökkentésére.

Biró István dr.

Szemészet.

Ekthyma gangraenosum cachecticorumhoz társult nem lueses keratitis parenchymatosa. *A. Jess. Giessen.* (Archiv f. Augenheilk. 105. köt. 1. füz.)

E ritka börbetegséghez a szem részéről társuló kötőhártyahurutot, a limbusban levő szarú beszüremkedést s fekélyt irtak le ezideig. Szerző egy esetről számol be, amelynél a két éves, hörghurut után legyengült, nem lueses gyermeknél, negativ pyocyaneus és positiv strepto és staphylococcus lelettel, tipusos, gyors lefolyású keratitis parenchymatosa fejlödött ki. A kerat. parenchym.-t csaknem 100%-ban veleszületett luesben szenvedő gyermekeknél látjuk. Tbc. alapon egészen elenyésző számban. Azonban leirtak néhány esetet, amikor különböző fertőző megbetegedéseknél, igy pl. influenza, meningitis epidemica, parotitis epidemica, malaria, álomkór, lepra, továbbá scorbutnál kerat. parench. lépett fel. Szerző úgy véli, hogy esetében a rossz táplálkozás s a streptococcaemia együttesen voltak a kiváltó okok. Mindkét cornea a kezdetben kiállott streptococcus infectio által sensibilisalódott s a börfekélyekből a véráramba jutott streptococcusok a fajidegen fehérje beoltásával tipusos mélyen ülő szaruhártya beszüremkedést okoztak. Az egyidejü fellépése s azonos gyors lefolyása az itt megfigyelt kerat. parenchym.-nak valószinüvé teszi, hogy ezt jelen esetben anaphylaxiás tünetnek fogjuk fel, aminthogy Takahashi az ekthymanál fellépő gyors szövet szétesést, ugyanigy magyarázza.

Bendenritter Ferenc.

Közellátóság a gyermekkorban. *A Brückner* és *A. Franceschetti.* Basel. (Archiv f. Augenheilk. 105. köt. 1. füz.)

Szerzők a myopyának három alakját különböztetik meg: A növekedéssel megállapodó ú. n. Schulmyopiát, a nagyfokú degenerativ elváltozásokkal járó myopyát, s a myopyának egy valószinüleg veleszületett alakját, amire a sötét macula a jellemző s amit infantilis myopiának neveznek. Szerzők ezen legutóbbi myopia tünettanát irják le. Régóta ismeretes volt előttük, hogy a nagyobb fokban közelálló gyermekek maculája feltünő sötéten festenyzett s a fénytörési hiábájuk alig javítható kielégitően. Három év alatt 25 esetet vizsgáltak. (17 fiu és 8 leány). A gyermekek kora 6—15 év között, a myopia foka pedig 3—25 D. között váltakozott, amihez túlnyomórészben astigmia is társult. A papilla nem mutat különös elváltozást a legfeljebb ½ papillányi átmérőjü temporalis conuson kivül. A festékes hám általában, de különösen a papilla és macula között, festékben szegény, úgy hogy a szemfenék albinoéra emlékeztet. A macula jellemző: papillányi terjedelemben élénk sötét, vagy közép barna foltként tünik elő a világos környezetből. A közepe néha kissé vörös, máskor paracentralis pigmentfelhalmozódás is látható. A papilla és a festenyzett macularis terület nasalis széle közötti távolság nem jellemző. A retinalis reflexek többnyire csak sejthetők. Az erek vékonyak, kanyargósak. Kifejezett kórkép esetében a retinalis erek a maculához feltünő közel haladnak s néha a foveat is elérik. A látásélesség a fénytörési hiba kijavitása után is csökkent, a normalisnak legfeljebb fele. Látóterek szabadok, színlátás jó, adaptatiós görbe megközelitőleg normalis. Szövődmény három esetben volt. A vizsgált gyermekek testileg fejletlenek voltak. Több évi ellenörzés után az esetek egy része 1—10 D.-ig terjedő progressiót mutatott, másik része változatlan maradt; örökléstanilag semmi biztosat sem sikerült megállapitani. Szerzők szerint a myopia ezen alakja tengelymyopia. A pigment epithelnek a maculan kivüli hiányos fejlettsége nem tágulásos sorvadási jelenség. A macula kifejezett erősebb festenyzettségét jellemzőnek tartják a kórképre, ami minden valószinüség szerint veleszületett örökléses alapon keletkezett kóros elváltozás. Tekintettel a nemek 2:1 arányára, nemekhez kötött recessiv öröklödés valószinü. Tény az, hogy az infantilis myopiánál csakis endogen tényezők birnak szereppel. Exogen tényezők, mint pl. a közeli munka, nem birnak fotossággal.

Bendenritter Ferenc.

Gyermekorvostan.

A vérsejtsülyedés, mint a pertussis korai diagnosisának eszköze. *Helmchen.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 51. köt. 4—5.)

Szerző 70 pertussis gyanús esetben végzett vérsejtsülyedést *Langer—Schmidt* mikromethodikája szerint hat hetes korú gyermekektől hat éves korig, legtöbbször éhgyomorra. 71%-ban találta a vérsejtsülyedés meglassúbbodását 10 esetben a vérsülyedés az izgatott köhögés dacára gyorsult volt, ezek később pneumonia, illetve tuberculosisnak bizonyultak azaz ezzel combinált pertussis esetek voltak Nem typusos köhögésnél a vérsejtsülyedés vizsgálata megkönnyiti a korai diagnosis felállitását és további infectiók könnyebben megátolhatók.

Sándor Klára dr.

A scarlatexanthemaról és a kioltási tünet mechanismusáról. *Bosmann* és *Eisner.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 51. köt. 4—5.)

Az anaphylaxia-hypothesis mellett felsorakoztatott scarlat symptomák szerző szerint nem mértékadók, mert általánosak és nem segitenek a problema megoldásánál, sőt oly áthidalhatatlan nehézségeket teremtenek, hogy kutatási alapul nem vehetők. A scarlat-exanthema a scarlat streptococcus ektotoxinhatásának következménye. A scarlat ezanthema problémáját leginkább megközeliti az a feltevés, miszerint a scarlat-toxin a bör szövetében kötődik (fixatiós theoria), erre a börben megindul az antitoxin képzés és ez (secretios theoria) a toxin mérgező hatása által létrejött hyperaemia adja az exanthemát, mely eltünik, ha a toxinkötés az antitoxin által feloldatik. A scarlat exanthema klinikai más erythemákhoz is hasonlit igy tehát egy specifikus kórfolyamat, nem specifikusan jelentkező kifejezése. A kioltási phänomen az által jön létre, hogy a börben kész antitoxin depot-t létesitünk és ezen a munka hyperaemia (secretios theoria) és a méreghatás nem érvényesül.

Sándor Klára dr.

Klinikai és röntgenvizsgálatok morbillis gyermekeknél. *Viethen.* (Kl. Wochenschrift 45. f. 2068. oldal.)

Szerző 57 1—10 éves morbilis gyermeket vizsgált. A gyermekekről sorozatos röntgenfelvételeket készitett. 13 esetben tüdőinfiltrátiót, 11 esetben semmi elváltozást, a többi esetben bronchitist, gyakran perihiláris és paravertebrális mirigynagyobbodást talált.

A stadium catarrhale előtt röngennel semmi elváltozás nem volt. A lázzal egyidejüleg kezd a hilusrajzolat nagyobbodni, majd egy bizonyos tüdöterület árnyékolt lesz. Ezt az infiltratiót valószinüleg a morbilli virus idézi elő. A klinikai lelet nem áll összhangban a röntgenképpel, gyakran olyan kevés, hogy észre sem veszik az infiltratiót. Az árnyék gyorsan fejlödik ki, a láz leesése után már nem keletkezik és lassan oldódik. Ez az infiltrátum alkalmas a tuberkulosis diagnosis téves felállitására.

Megkülönböztetendő ettől a „secundaer" morbillis pneumonia, mely a gyógyulási szakban kezdödik re- vagy intermittáló lázzal, pneumoniás tünetekkel.

Veszelszky dr.

Urologia.

Mikrobák nélküli pyuriák. *J. Fisch.* (Journal d'Urologie Tome XXXII. 2. szám. 1931. augusztus.)

Szerző a látszólag mikroorganizmusok nélkül lefolyó pyuriáknak két fajtáját különbözteti meg. Az egyik fajtánál systematikus és beható vizsgálat által Koch bacillus mutatható ki. Ennél a vizelet halvány a leukocyták átlátszatlanok, magvuk alig látszik, olyanok mintha meg volnának főzve. A másik typusnál a genysejtek száma nem bőséges és nem mutatják az imént leirt elváltozásokat. Ez esetekben a bakteriumok hiánya csak időleges és nem is absolut. Egyes ritka példányok találhatók, melyeknek virulentiája csökkent és ezért nem sikerül tenyésztésük. Összefoglalva tehát a mikrobák nélkül lefolyó pyuria vagy csak látszólagos, vagy időleges. Még olyan esetekben is ahol a gyulladást eredetileg valamely chemiai maró inger okozta, utólag a beálló secundär fertőzés következtében mikroorganizmusok jelennek meg a vizeletben.

Török Sándor dr.

Urologiai vizsgálatok intravenás pyelographiával. *P. Constantinesco.* (Journal d'Urologie Tome XXXII. 2. sz.)

Szerző összevetve a különböző autorok nézetét az uroselektannal eszközölt pyelographiákról, véleményét a következőkben állapitja meg. Az uroselektán sem röntgenologiailag sem a vesefunkciót illetőleg nem pótolja az eddigi vizsgálati methodusokat. diagnostikai értéke ezeken jóval alul marad, de sok esetben hathatósan kiegészíti öket. Mint egyedüli diagnostikus eszköz nem használható, mert kis läsiókat, funkcióbeli differentiákat nem mutat ki és mert igazán jó képeket csak bizonyos fokú vizeletstasis esetén ad. Alkal-

mazására különösen a gyermek urologiában nyilik alkalom, ahol a cystosopos vizsgálat nehézsége sokszor teljes kivihetetlensége mellett az intravénásan adott uroselektán, vagy a rectálisan adott abrodil döntő diagnostikai eszközzé válhatik.

Török Sándor dr.

A chromocystoscopia egyszerűsítése steril indogocarminoldat alkalmazásával. *Pau Hunold* dr. (Aus der urol. Abteilung des Dormunder Sanatorims von dr. *Schram.* (Zeitschrft. f. Urologie. 25. köt. 10. füz. 1931.)

Az indigocarmin használatáról különbözők a vélemények. Használják intravenásan és intramuscularisan. Különböző concentratiókban házilag készitik. Az oldatok készitése nem kiván szakismeretet, mégis sok hibája van az ilyen oldatnak.

1. A sterilitas nem megbizható.
2. Sok időt vesz igénybe a készités.
3. A dosirozás pontatlan, mert a főzölombikban visszamaradó rész töményebb és az ilyen oldat más kiválasztást ad. Kell tehát egy biztos csiramentes, állandó, könnyen kezelhető oldat. Ilyen a Bayer-féle indigocarmin oldat steril ampullákban. (I. v. 0.02 gr. indigo, 5 ccm. vízben és i. m. 0.08 gr. 20 ccm. vízben oldva.) A dosirozás exact, a concentratio állandó. A hibaforrások, amik a főzés, lehütés, átöntés által jönnek létre, kizártak. Időnyerés, mert ampullázva van.

Babics Antal dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Das Magengeschwür. Dr. *Karl Mattisson.* (Urban és Schwarzenberg, 1931. Ára 9.— M.)

Kalk ulcus monographiája és a svédországi sanatoriumfőorvos: *Mattisson* több mint 300 oldalas fenti müve csaknem egyidőben látott ugyanazon kiadónál napvilágot. A két mű azonban külön-külön célt szolgál,amennyiben *Kalk* könyve összefoglaló munka, míg *Mattisson* müve 1631 ulcusos beteg adatainak statisztikai feldolgozása azon vezérelv szemmeltartásával, hogy a belső gyógykezelés mily befolyást gyakorol az ulcus lefolyására; evégből a betegek 94%-ánál éveken át ismételt utánvizsgálatokat végzett s igy a betegmegfigyelést hosszú évekre biztositotta. Ez a körülmény a mü erőssége, mert egy oly chronicus lefolyású kórképnél, aminő az ulcus, közel másfélezer eset rendszeres, évekre kiterjedő ellenőrzése, *mint munka nem lekicsinyelhető és mint tapasztalati eredmény messzemenő klinikai értékü.* Az esetek kb. felét városi *(Malmö)*, másik felét falusi lakosság *(Lund)* tette ki, ami bizonyos kérdések szempontjából az eredmények összehasonlitását tette lehetővé. A statisztikai számitások (melyek ú. n. mathematikai-statisztikai módszerek szerint történtek) számos érdekes következtetést engedtek meg, melyeket a szerző széleskörü irodalmi tájékozottságával, lebilincselően érdekes gondolatmenet keretében tár elénk. Ha a túlnyomóan klinikai adatokra támaszkodó statisztikák hibaforrásai számosak is, el kell ismerni, hogy *Mattisson* e másfél évtizedre visszatekintő munkájában mindent elkövetett, hogy e hibák lehetőségeit a minimumra redukálja. Rá kell azonban mutatnunk, hogy az adatok jórésze — sajnos — még oly időből származik, amikor az ulcus diagnostikája még nem érte el mai fejlettségét s igy e régi évek számadatai csak bizonyos korlátok között hasznosithatók. Ennek dacára a kérdések nagy többségénél igen értékes tájékozódást nyerhetünk. A statisztikai feldolgozás kiterjedt az ulcus egész klinikumára, az öröklési viszonyokra, a kórkép megoszlására, aetiologiás faktorok szerepére, stb. éppúgy, mint a panaszok és tünetek gyakoriságára és főleg a belső therapia értékére, mindenütt táblázatokkal és grafikonokal téve szemléltetővé az adatokat.

Gerlóczy G.

Lehrbuch der physiologischen Chemie in Vorlesungen. Prof. *Emil Abderhalden.* (Urban és Schwarzenberg. Berlin, Wien, 1931. VI. kiadás. 850 old. Ára 40 M.)

A jól ismert, kitünő tankönyv teljesen átdolgozott új kiadásban jelent meg s ezen alakjában a kiegészitő részét teszi a kiváló szerző élettani tankönyvének, bár attól teljesen független. Nagy érdeme a munkának, hogy nemcsak ezen a téren való ismereteinket foglalja össze, hanem mesterileg fel tudja kelteni az érdeklődést és lelkesedést ezen tudományágak iránt s mindenhol érdekesen tudja a haladás útjait kijelölni s igy a kutatónak is megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz. E tekintetben nagyon hasznos a fejezetek végén összeállitott irodalmi átekintés, mely a fontos kérdések történeti kifejlődésének megértését is lehetővé teszi. Nagyon világos összefoglalásokat nyújt a forrongásban levő nagyjelentőségü kérdésekről, amelyek egyetlen más ilyen terjedelmü tankönyvben sem találhatók meg. Ilyenek pl. újabb ismereteink a fermentumokról, előállításukról, hatásuk módjáról, szerepük a sejt oxydatiós rendszerében. A vitaminkérdés, az újabb vitamin csoportok jelentősége, összefüggés a hormonok és vitaminok mechnizmusa között, a vérfesték-chemiára vonatkozó újabb felfedezések s azok fontossága. Rendkivül tanulságos és mesterileg vázolt az anyagforgalom kérdéseit tárgyaló négy előadás, amelyek e nehéz fejezet áttekintését mindenkinek lehetővé teszik. Részletesen foglalkozik az anyagforgalommal kapcsolatban az újabban nagy gyakorlati jelentőségre emelkedett munkaélettani vizsgálatokkal s azok eredményeivel. Messze vezetne, ha a könyv gazdag anyagával behatóbban foglalkoznánk, igy csak úgy a tanulók, mint a szakemberek figyelmét felhivjuk e kitünő munkára, melyet bizonyára mindenki nélkülözhetetlennek fog találni, ha egyszer kezébe vette.

Farkas Géza prof.

Arzneitherapie des praktischen Arztes. VI. *Bachem.* (Urban és Schwarzenber. 1931. Ára kötve 7.20 M.)

A szerző közismert és közkézen forgó munkájának VI. kiadása 200 új gyógyszerkészitmény és 50 új vényformulával ad többet az előző kiadásnál. A könyv értékét főleg könnyü áttekinthetőségében szigorú kritikájában és a körültekintően megszerkesztett vényformulákban találjuk. A praktikus orvosnak jó szolgálatokat tesz.

Fritz dr.

Budapesti Kir. Orvosegyesület december 5-i ülése

Előadások:

Bókay Z.: *A meningitis tuberculosa gyógyulásának lehetősége röntgen mélybesugárzás segitségével.* Előadásában emliti, hogy a meningitis tuberculosánál az eddig gyógyult esetek száma elenyészően csekély. Kisérleti sorozatából öt olyan biztos meningitis tuberculosa eset gyógyulásáról számol be, akiknél úgy a bacteriologiai, mint az állatkisérlet alapján a kórisme helyességéhez szó sem férhet. A gyógyulást energikusan adott röntgenmélybesugárzás segélyével érte el. Naponta, esetleg másodnaponként 150—250 r. sugárdosist adott különböző ölelkező mezőket sugározva be váltakozva. 17 meningitis közül öt eset gyógyult meg. A röntgenbesugárzástól erősebb reactiót nem láttak. Két esetüknél ellenben a hajzat teljes kihullását észlelték, de a hajzat ujra kinőtt. Az eljárást, amely ennél az eddig absolut halálosnak ismert megbetegedésnél segithet, melegen ajánlja orvostársai figyelmébe.

Bókay J.: A nagyjelentőségü kérdéssel 1914-ben három gyógyult esete kapcsán egy tanulmányában behatóan foglalkozott. A gyógyulást ezen esetekben azonban csak a természet gyógyitó erejének tulajdoníthatta, mert a systemás lumbalpunctiókon kivül egyéb érdemleges therapiás beavatkozás nem történt. Cikkében, esetével együtt, a világirodalom 34 gyógyult esetéről tett közlést, de kifejezte azt a gyanúját, hogy a gyakorlatban kétségtelenül több gyógyulás fordul elö s azon nézetben van ma is, hogy az c. *Durré*-féle „meningismus" esetek egy része „abortiv" meningitis tuberculosa. Előadó ma új therapiás utat jelölt meg és kétségtelenül bizonyitott öt gyógyult esete alapján a gyógyitás lehetősége immár előtérbe került.

Hainiss E.: A meningitis tuberculosa újabban kezdet, kifejlődés és tempó tekintetében olyan változatos képet mutat, hogy mind ritkábban látni a könyvekben leirt klasszikus alakját. A korai vagy gyanújelek közt legmegbizhatóbbnak és legkorábban jelentkezőnek tartja a *Hainiss Géza* által 1912-ben ismertetett „combtünetet", mely a legenyhébb meningealis affectinónál is kiváltható. Az irodalomban közölt gyógyult meningitis tuberculosa esetek jelentékeny része nem állja a kritikát s csak kevés olyan van, amelyet el lehet ismerni. Sajnos nem volt szerencséje meningitis tuberculosából gyógyulást látni, bár a legkülönbözőbb eljárásokkal kisérletezett. Az előadó által ismertetett esetek a pontos klinikai megfigyelés és bacteriologiai igazolás nyomán nem támaszthattak kételyt az esetek tuberculoticus jellegét illetőleg s ha a röntgenbesugárzás 17 közül ötnél sikeres volt, ez az eddigi sikertelen próbálkozásokkal szemben oly eredmény, amelyre fel kell figyelni. S ha az előadóval egyértelmüleg nem is táplál tulzott reményeket az ismertetett gyógymód absolut értéke felől, mégis nagy nyereségnek tartaná, ha az ismertetett esetek további sorsának megfigyelése után és nagyobbszámú gyógyult esetek kapcsán beigazolódik, hogy a röntgenbesugárzás gümös agyhártyalob eseteiben olykor reményt ébreszthet a rendszerint letalis folyamat esetleges gyógyulására.

Bosányi A.: Három hó óta megfigyelés alatt álló esetét, melynél közvetlen poliomyelitis után meningitis tuberculosa fejlődött, ismerteti. Klinikai tüneteken kivül a liquorban positiv fehérje-reactiók, a magas sejtszám (400), a cukor teljes eltünése és a két izben kimutatott Koch bacillus a diagnosist kétségtelenné teszik. Hat hét alatt spontán teljesen gyógyult. Most tünetmentes, liquorának lelete — a cukorérték is —

normális. Nem tartja lehetetlennek, hogy a poliomyelitis ellen extraduralisan alkalmazott reconvalescens vérsavó és liquor, mint aspecifícus ingertherapia szerepet játszott. Két évtized előtt a gümös meningitisek lefolyása szabályszerű volt, úgyszólván mnidig, míg 6—8 év óta az atypusos, elhúzódó lefolyások erősen megszaporodtak. Kérdi, hogy előadó eseteinek és saját esetének gyógyulásánál nem szerepelhet-e a tuberculosis charakterének világszerte észlelhető változása is?

Rorhböck F.: Abban a szerencsés helyzetben van, hogy egy meningitis tuberculosa gyógyulását konstatálhatta. Kívánatosnak tartja a sikertelenül kezelt eseteknél a röntgenkép és a bonctani elváltozások meghatározását, hogy ebből következtetéseket lehessen vonni a therapiára.

Bókay Z.: Kéri azokat, akik nagyobb anyag felett rendelkeznek, hogy próbálják meg az eljárást. Ő eddig kezelt eseteit természetesen tovább fogja észlelni, a sikertelenül végzett esetekben a kórbonctani elváltozásokat, valamint a röntgenképet különös figyelemmel kíséri.

Benedek L.: *Uj módszer a koponya-percussio kórjelzéstani értékének fokozására.* A percussiós zörejt meg kell szabadítani a vizsgálatot végző egyén várakozási készenléte által felidézett psychophysicai jelenségektől. A kopogtatási eljárást exacttá kell tenni és optimalis viszonyokat kell teremteni az auscultatióra. Összehasonlító munkaeredményekre csak az eljárás és instrumentarium állandósága mellett lehet számítani. 1923-ban általa bevezetett kopogtatási módszerből kiindulva a zörej-productiót az általa tervezett automaticusan működő, óraművel vagy motorral hajtott kopogtatási készülékkel végzi. A kopogtatás ereje, az esés- magasság és az ütések intervalluma szabályozó mellékkészülékekkel beállíthatók. Az auscultatiót egy hangdobozmikrophon-előerősítőrendszer eszközli. Az electroncsöves erősítő-rendszer a kopogtatási zörejt hangosabbá teszi, volumenjét növeli, mert olyan partialhangokat is kiemel, amelyek gyengeségüknél fogva a differentiálásra nézve elvesztek. Normális koponyákon végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a kopogtatási zörej teljessége és hangossága, sőt kis mértékben annak magassága a vastagság szerint ingadozik. Ezért ez utóbbiak topografiai eloszlását és a zörej termelésre való befolyását is vizsgálta. Egy általa szerkesztett koponya vastagságmérő-készülékkel eszközölt és 70 cadaveren nyert méreteket a koponya-boltozat különböző pontjaira nézve biometriásan feldolgozta. Bemutatja az osztályvariatiókat, az osztályhatárokat, a variansok frequentiáját, azoknak százalékos eloszlását, az idealis binomialis görbéhez való viszonyt, a szélső értékeket, a variatio-szélességét középértékeket, a standard-eltérést és a közép-hibákat. A középértékek alapján megadott vastagsági eloszlás szerint a koponyaboltozatot areákra osztotta. A koponyán létrejövő rezgések registrálását electromos úton is megkísérelte. A rezgésdiagrammokat a Budapesti Müegyetemen összeállított oscillograph-rendszerrel, a Ganz-féle (*Halász* főmérnök segítségével) vibrograph- és a Ferenczy-féle vibroindicatorral vette fel. Az oscillogrammokban a temporalis pontról felvett rezgések nagyobb és meredekebb elongatiókkal tüntek ki. Az egész rezgéslefolyás és a csillapodás valószínüleg dysharmoniás formánsok hatása alatt szabálytalan volt. Arachnoidealis cystában szenvedő betegnél a cysta feletti koponyarészről felvett graphicon a rezgés-excursiók amplitudojának, a rezgés időtartalmának és a rezgésszámnak csökkenését mutatta ki. A Ganz-féle condensator-mikrophonnal felvett oscillogramm az előbbi typustól eltér. Az első erőteljes és meredek kilengést még nyolc kisebb amplitudójú, szabályszerű sinus-mozgásra emlékeztető hullám követi. Számos görbének összehasonlítása arra az eredményre vezetett, hogy a koponya kopogtatási zörejének magasabb formánsai azért esnek áldozatul a renyheségnek, mert gyenge felhangok. A hangvillával való összehasonlítások a hangmagasságot az egyvonásos fisz és d között állapíthatták meg. A levegőbefuvásban a koponya kopogtatási eljárás nagyobb terjedelemben válik hasznosíthatóvá. „Küszöbérték-percussio"-val még a subarachnoidealis üreg légtartalmának csökkenését is meg lehet állapítani. Számos esetre hivatkozik, amelyeknél a röntgenkép, az encephalogrammok, az operatio, vagy sectio a kopogtatási leleteket igazolta. Bemutatja a kopogtatási leleteket, az encephalogrammokat, a mütétről készült fényképeket, a sectiós leleteket és az osteographicus röntgenképeket.

Közkórházi Orvostársulat november 11-i ülése.

Demjanovich E. elnök kegyeletes szavakban emlékezik meg *Rajnai Béla* tagtárs elhunytáról.

Bárdossy I.: *Transpleurálisan operált májechinococcus.* 1931. VII. 29-én az egyik belosztályra felvett nőbetegnél, akinek panaszai három héttel a jobb bordaíven és alatta keletkező és állandóan fokozódó, szuró. feszülő fájdalmakból és később nehéz légzésből állottak, a máj egész terjedelmében hatalmasan megnagyobbodott. Először tumorra, majd a negativ rtg után Kahn +++ miatt májluesre gondoltak, annál is inkább, mert az echinococcus complement negativ volt. Antilueses kúra dacára állapota rosszabbodott, próbapunctio, echinococcus tartalmat mutatott. Echinococcus tömlő eltávolítása transpleurálisan a IX. borda resectiójával.

Rosenák I.: *Üszkös Meckel-diverticulum esete.* 1. B. P. 28 éves férfibeteg. Egy év óta ismételten gyomorgörcsök. Három nappal behozatala előtt újólag görcsroham a hasi katasztrófa összes tüneteivel. Felvételkor: hő 37.2° C, érverés 78, defense az epigastriumban és a Mc. Burnay pont táján. *Lanz,Blumbtrg,Rovsing* tünet negativ.Ileocoecalis laparatomia: vörhenyes zavaros exsudatum, appendix ép. A coecomtól medialisan lúdtojásnyi coli tályog, mely a mesenterium lemezén fekvő 12 cm hosszú, csúcsán gangraenás *Meckel* diverticulumból veszi kezdetét. A gangraenás részlet felett heges szükület. Resectio, tamponade. Műtét után a hasi tünetek visszafejlődtek. Exitus három héttel a műtét után szövődményes gangraena pulmonumban. — 2. L. L. 54 éves férfibeteg. 24 órával az appendicularisnak vélt roham után jelentkezett. Ileocoecális laparatomia. Appendix ép. Félhüvelyknyi mekkoraságú lobos, csúcsán gangraenás. M. d., mely a bél convexitásáról ered s önálló mesenteriummal nem rendelkezik. Resectio. Gyógyulás p. p. i. — Előbbi esetben az epigastrialis fájdalom a lobos diverticulumnak a mesenteriumhoz való viszonyával magyarázható, ezért hiányzott az utóbbi esetben.

Scheitz L.: *A harmadik cseplesz torsiója.* 27 éves férfibetegnél, ki heveny féregnyújtványlob kórismejével került mütétre, férfitenyérnyi mekkoraságú, 2 cm kocsányon lógó, a nagy csepleszen függő, megcsavarodott, járulékos csepleszt találtak, mely a féregnyujtvánnyal lapszerint össze volt növe. Mivel a féregnyújtvány megcsavarodást nem mutatott, a csepleszcsavarodásnak az összenövés előtt kellett megtörténnie. Járulékos csepleszek a kis és nagy csepleszen egyaránt előfordulhatnak, bár az utóbbiak ritkábbak. A kiscsepleszből kiinduló harmadik cseplesz torsióját elsőnek *Klimkó* ismertette. Mivel a harmadik cseplesz elnevezés nem határozza meg, hogy a kis vagy a nagy csepleszfejlődési rendellenességéről van szó, ajánlja tehát a „járulékos kis cseplesz", illetve „járulékos nagy cseplesz" elnevezést.

Brezovszky E.—Gaál A.: *Carcinomás metastasisok a bőrön.* 64 éves, férjezett nőbeteg, akinél a nőgyógyászati lelet szerint a portio majdnem egy niveauban van a boltozatra terjedő folyamattal. A portio helyén egy kb. diónyi mállékony, vérzékeny álképlet. Tubák, ovariumok külön nem tapinthatók. Utolsó menses 50 éves korában.Partus:1. Abort. O.: Carcinoma portionis uteri et ovarii inoperabile. Egy évvel ezelőtt a lábai, majd a hasa megdagadt, oedémás lett. Két hónap előtt a comb belső oldalán, a has bőrén a bőr színe fölé emelkedő borsónyi, mogyorónyi, kissé vöröses fénylő csomócskák jelentkeztek. A lágyékmirigyei két éve megnagyobbodtak.St. pr.: Mindkét alszár duzzadt, oedemás, ujjbtnyomást megtartja. Az oedema a combra, hasra is ráterjed, míg a kötözés felett a bőr normalis tapintatú. Mindkét combon a feszítő és belső oldalon, a glutaeus tájon, a hason gombostűfejnyi, lencsényi, borsónyi, a nivaeuból kiemelkedő éles határú kemény tömött tapintatú, barnás-vörös, részben kékesen elszíneződött, részben viaszosan fénylő daganatok. Kifekélyesedés sehol sem látható. Szív, idegrendszer normális. Vérkép normális.

Gaál A.: Az eset szövettani készítményeit demonstrálja.

Pauncz M.: *Érdekesebb lues II. esetek.* Az 1-sö 21 éves nőbeteg, ki egy évvel ezelőtt I. antilueses kúrát végzett. Két hete kiütései keletkeztek, erősen szédült, borzongott. Jelenleg a törzsön, felső végtagokon, follicularisan elhelyeződött apró hámsapkával borított papulákból álló kiütés látható. Összetéveszthető volna a lichen scrophulosorummal, azonban ellene szól a papulák színe, elhelyezkedése, alakja. A papulákra jellemző csoportos, helyenként csokorszerü vagy gránátszilánkszerű elrendeződés. A II. beteg törzsén és mindkét végtagján főleg papulás kiütés látható, helyenkint kiftjezett Biett gallérral. A kezelés folyamán az eredetileg pustulosus folyamat visszafejlődött, melynek nyomát az apró crustával fedett papulák jelzik.

Előadás:

Mansfeld O.: *A nőgyógyászati hormontherapia mai állása.* Ismerteti a ma már ismeretes azon hormonokat, melyeknek a nemi szervek működésére döntő befolyásuk van. A különböző „test"-ek útján ma már eldönthető, hogy egy készítmény tartalmazza-e valóban a mirigy hormonját. A hormonzavarokon alapuló megbetegedések lehetnek poly, vagy oligohormonalisak ugyanazon klinikai tünetek (pl. vérzés vagy vérzéshiány) mellett, miért is a hormontherapia előfeltétele

a hormontermelés kivizsgálása legalább is pajzsmirigy, petefészek, hypophysis szempontjából. A hormontherapia állhat: 1. *hormonok beviteléből a)* petefészek átültetéssel; *b)* gyógyszerekkel. 2. *hormontermelés fokozásából* ingerlő röntgensugarak, vérbőséget előidéző helyi kezelések, 3. *hormontermelés csökkentéséből* temporär castrálás, féloldalas műtéti vagy sugaras castrálás, ovariumresectiók, teljes castrálás (osteomalatiánál). Mérlegeli az egyes módszerek értékét.

A Magyar Szemorvostársaság október 30-i ülése.

Liebermann L. elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg *Barlay János* elhalálozásáról. Majd jelenti, hogy a Nagygyülés anyagáról *Szily* és *Meller* professorok igen meleg elismeréssel nyilatkoztak.

Bemutatások:

1. **Majoros J.**: *Traumás iriscysta kikristályosodott tartalommal.* 15 éve fennálló iriscystában szabályos oktaeder kristályok láthatók réseslámpával. Tekintettel arra, hogy beteg szövetben kóros anyagforgalmú helyen képződtek a kristályok és hogy ezek élei és szögletei kissé ledomborítottak és hogy a kristályok nem egyforma nagyságúak, Charcot—Leyden-kristályoknak tartja azokat.

2. **Dallos J.**:*Spontán aphakia esete.* 20 éves férfi bal szemén, amelyet sérülés nem ért és sohasem operálták, a lencse hiányzik; helyén csak felgönygyölödött üvegszerü hártya: tokrészlet látható. A veleszületett aphakia embryonalis aplastikus formája kizárható. Előzetes luxatióra semmi nem utal. A legvalószinübb az, hogy a lencse elszürkült, azután cataracta Morgagniana módjára elfolyósodott és végül az ugyancsak degenerálódó tok spontán rupturája kapcsán, vagy akár sértetlen tok mellett is felszívódásnak indult. Emellett szól a jobb szem mütéténél talált cataracta fluida is. Öregkori hályogok spontán resorptiója elég gyakori; ifjúkori hályogoknál azonban annál ritkább, eddig mindössze négy hasonló eset ismeretes.

Petress J.: A spontán aphakia létrejöttében szerepe van a tok és a zonula állapotának is. A zonula spontán sorvadásával néha együttjár chorioiditis, valószínüleg a chorioiditis által okozott táplálkozási zavar az elsődleges és a zonulá sorvadása a másodlagos. Utal egy régebben bemutatott esetére, ahol a beteg 15 évig viselte a mellső csarnokba luxált lencsét. Itt, a chorioiditis volt az elsődleges. *Dallos* betegének is chorioiditise van.

Dallos J.: A betegnél kiterjedtebb aequatortáji chorioiditis, amellyel a zonula sorvadása és következményes lencseluxatio kapcsolatba hozható, nincs jelen. De a spontan lencseluxatio, ha kivételesen nem is okozott súlyos komplikációkat, spontan resorptióhoz még hosszú idö után sem vezet, aminek *Petres* esete is bizonyítékul szolgálhat.

3. **Vajda G.**: *Totalis keratoplastika esete.* — 43 éves férfi, vastag központi leukomája miatt totalis keratoplastikát végzett 5 mm-es trepánnal. Ugyanolyan vércsoportú 75 éves aszszonynak a szemgolyóra kapaszkodott alsó szemhéjrákját kellett eltávolítani és az épen maradt corneából vette az átültetéshez a lebenyt. A jól megtapadt lebeny két hónap mulva is még átlátszó, bár ereződés mutatkozik, a látásélesség funduselváltozások miatt csak 3—4 m. ujjolvasás.

4. **Brana J.**: *a) Uretralis eredetü retrobulbaris gyulladás gyógyult esete.* — 56 éves Basedowos betegnek néhány nap óta a szokottnál jobban kidülledt a jobb szeme, szemhéjoedema; látásélesség: j. sz: 1 m ujjolvasás, b. sz. 6/12. Neuritis optici oc. d. A betegnek többször kiújuló gonorrhoeája volt. Bellelet: vizeletben: geny, gonococcus, különben negativ. Therapia: Janetmosások, prostata-massage. chinin-urotropin és diaeta. Gonococcusok a vizeletből eltüntek, a papilla gyulladása viszszafejlödött, exophthalmus tetemesen csökkent. Visus: 6/24-re javult. A szemtüneteket a gonococcusok távoli toxinhatásával magyarázza.

b) Dentalis eredetü uveitis. — 38 éves férfibeteg bal szemén izzadmány az üvegtestben, 6/60 visussal. Bellelet negativ. A bal felsö hármas foggyökér csúcsa arrodált, ettöl distalisan fillérnyi csontritkulás, abscessus periapicularis. Extractio és a góc excochleatiója, valamint subconjunctivalis Na Cl-injectiók után a látásélesség 6/6-ra javult. Az ugyanazonoldali uveitist fogeredetünek tartja.

Klein M.: Az iritisek aetiologiájában a therapia eredményességéből nem lehet következtetni. A pécsi szemklinikán az egyik fogeredetü iridocyclitisnél a granulomás gyökér eltávolítása után a tensio 45 Hgmm-re emelkedett, majd pár nap mulva a gyulladásos tünetek elmultával a tensio is leszállt. A tensio viselkedése ebben az esetben a feltételezett góc mellett szól. Muló javulást akkor is észleltek fogeltávolítás után, amikor biztosan nem fogeredetü volt az iridocyclitis.

Rötth A.: Az európai felfogás a dentalis eredetü uveitisről meglehetösen tartózkodó. Pécsi anyagukban az iridocyclitisek 3.5%-a volt ilyen. Bemutatóval egyetértésben a toxin szerepét hangsulyozza. Bacterium áttétele után fejlödött iritis vagy metastatikus ophthalmia sokkal súlyosabb kórforma. Ilyet észlelt iristályog formájában, az ebből kitenyésztett staphylococcus aureust a foggyökér tályogjából is tiszta tenyészetben nyerte.

5. **Grósz E.**: *Ideghártyaleválás Gonin módszerével gyógyult esete.* — 52 éves nőbetegnél junius közepén ablatio retinae miatt ignipunctiót végzett. Látásélesség mütét előtt: tárgylátás nincs, mütét után 4 és fél hónappal látása 5/7. a látótér szabad. A levált retina teljesen visszafeküdt. Az I. sz. szemklinikán az utolsó egy évben 40 izben végezték az ignipunctiót váltakozó eredménnyel. A lefolyt idő még nem elég, hogy az indicatiókat formulázhassa. Ajánlja, hogy a Magyar Szemorvostársaság 1932-ben vitassa meg az ideghártyaleválás gyógyítását, hogy az 1933-iki Nemzetközi Szemész Congressuson *Vogt, Arruga* és *Ovio* referatumaihoz kellő számú adattal szólhassunk hozzá. A mütét hatásmódja még nincsen tisztázva, a mütét technikájában is van még sok vitatnivaló.

Horváth B.: Két a II. sz. szemklinikán észlelt betegről referál: az egyiknél repedés nem volt látható, punctio után a retina teljesen visszafeküdt, kb. 12 nap mulva recidiva, de az azon az oldalon való fektetés után másnapra a leválás eltünt. Pár nap mulva pigmentált góc körül repedés támadt. — Másik esetben Arruga-szöggel lokalizálva a repedés helyét, azt kauterizálják, pár nap mulva az Arruga-szög helyén levő repedés újabb leválás forrása. Ujabb 3—4 nap mulva forradás és a leválás megszünik. — Mindkét eset azt látszik bizonyítani. hogy nem a repedés az oka a leválásnak. Ugy látszik az üvegtest felöl jövő húzó hatás az, amely a retinaleválást létrehozza és oka a repedésnek, amelyet állandó vongálással nyitva tart, úgy hogy az spontán csak ritkán gyógyul.

Blaskovics L.: Csak annyit jegyez meg, hogy a két év előtt bemutatott öt Gonin-mütét teljes sikere csak rövid megfigyelési időre vonatkozott. Már akkor megjegyezte, hogy ebből végleges vélemény nem alkotható.

Csapody I.: Öt Gonin-mütétje közül egy 15 hónapja gyógyult, egy 10 hét után is gyógyult még, egynél másfél éve fennálló ablatiónak teljes visszafekvését érte el, de három hét mulva újabb leválás, egy esetben kis lapos ablatio maradt vissza, egy esetben a szakadás meglelése nélkül kauterezett eredmény nélkül. Ezzel szemben van három olyan esete, melyekben egyszerü sclera-punctio évekre szóló gyógyulást eredményezett.

Liebermann L.: Említi egy kb. fél éves ablatio esetét, a fél ideghártya leválásával, üvegtesti zavarosság miatt rést meglátni nem is lehetett s amely egyetlen ignipuncturára (az ablatio közepe táján) meggyógyult 5/10 látásig s 2 év után is gyógyult amaradt. A rés eltalálása tehát nem lehet conditio sine qua non. Ilyen ignipuncturákat a rés megcélozása nélkül már jóval *Gonin* előtt is végeztünk. A benzinkautert, mint igen durva eszközt, teljesen elveti, csak galvanokautert használ, azt is Graefe-késsel ejtett sebbe vezeti be, csak azután zárja az áramot.

Grósz E.: Nem tartja a hegyes thermocauterrel való közvetlen ignipuncturát brutalisnak, sőt az előzetes sebkészités után bevezetett vaskos thermokauter még nagyobb roncsolást végez. A galvanocauter hatékonysága pedig nem mérközik a thermokauteréval.

6. **Fejér Gy.**: *Cholesterin-jegecek a mellső csarnokban.* 44 éves férfibetegnek uveitis chronicában megvakult szemének mellső csarnoka nagy tömegben eziistös színü cholesterinjegeceket tartalmaz. A beteg vérének 174 mg cholesterintartalma van, tehát a normalis érték felső határánál is több. Ezen nagyfokú degeneratiós elváltozás ritka jelenség.

Rötth A.: Az elülső csarnokban nagyszámú kristálykát mutató, csontkelyhet rejtő szem stereoképét mutatja be. Súlyos gyulladáson átesett szemben másodlagos, a különben ép szemben pedig elsődleges scintillatióról beszélünk.

Előadás:

Oláh E.: *A szemcseppek és szemkenőcsök használatának rationalis módja.* — Vizsgálva az alsó áthajlásba cseppentett folyadék útját, fordítójával kifordította a felső szemhéjat és a felső és alsó áthajlásba fehér szürő papircsikot helyezett el. Az alsó áthajlásba cseppentett chinai tus vagy eosin csak egészen kivételesen jut el a felső áthajlásba is, akkor is az oldat a százszorosára higul fel. Gyakorlatilag tehát fontos volna és azt ajánlja, hogy a felső szemhéj külső harmada alá juttassuk a cseppeket, akkor mindenhová eljut. A kenőcsöket

is ide kell bevinnünk. Azt, hogy a cseppek a felső szemhéj széle alatt nem jutnak át, azzal magyarázza, hogy a pillacsapás első szakaszában a felső szemhéj széle annyira reáfeszül a corneára, hogy a reátapadt mikroszkopi réteget letörli ugyan, de ezalatt a cseppek nem juthatnak a szemhéj alá. Viszont a pillacsapás második szakaszában és a pillák nyugalmi helyzetében a hajszálcsövességnél fogva átjuthat már valami, de akkor már a szemcseppek a könnytócsába jutottak.

Klein M.: Ismeretes, hogy a szemcseppek hatása fokozható, ha a szemcseppel átitatott vattadarabkát az áthajlásba helyezzük. A kenőcsös kezeléssel kapcsolatban utal arra, hogy vízben oldható gyógyszereknél gyorsabb felszívódás várható olajvíz rendszerű kenőcsöknél. A szemészetben használt alkaloidákkal most folyó kísérletei ezt látszanak igazolni.

Dömsödy P.: A capillaris edények fizikai törvénye szerint nem is várható, hogy a szemrésbe kerülő csepp a felső áthajlásba is eljusson, mert a szemhéj és szemgolyó közti capillaris rés már a becseppentés előtt könnyel ki van töltve. Egy nehezebb fajsúlyú szemcsepp a capillaris résből a könnyet spontán, a szem és szemhéj mozgásai nélkül kiszorítani nem képes. Az alsó áthajlásban a nehezebb fajsúlyú szemcseppet a gravitatio a szintén jelenlévő capillaris könnyrés alá segíti.

Tóth Z.: A szem becsukásakor a szemgolyó felfelé fordul és ez elősegítheti a folyadéknak az áthajlásba való jutását. Előnyös a szemcseppek alkalmazásánál a felső szemhéjat kifordítani és arra rácseppenteni. Érzéstelenítésnél elegendő a beszurás helyét cocainozott vattával érinteni.

Linksz A.: A pislogás csukási phasisában a könnytócsa tartalma (*Fazakas* vizsgálatai szerint) a könnyzacskó szívó hatása folytán az utóbbiba kerül. Ez is amellett szól, hogy a szokás szerint a belső szemzugba cseppentett szerek nem igen juthatnak a felső szemhéj alá. Antiglaukomás iridektomiánál a felső limbust odaszorított cocainos vattával érzéstelenîti *Axenfeld* szerint, mert a becseppentés nem elégséges.

Oláh E.: A gravitatióval egyedül nem lehet a kérdést megmagyarázni, mert egy esetében fejlődési rendellenességgel volt dolga és itt a felső áthajlásban lévő szürőpapir megfestődött, rendes fejtartás mellett is. A szemhéj egyszerű becsukásának ugyanaz a hatása, mint a pislogásnak. Minél sürübb a pislogás, annál kevésbbé jutnak el a cseppek a felső áthajlásba.

A Kir. Magy. Természettudományi Társulat Élet- és Kórtani Szakosztályának november 3-i ülése.

Az ülés első program-pontja új tisztikar választása volt. A szakosztály egyhangulag elnökké választotta *Farkas Géza* egyetemi tanárt, alelnökké *Veress Elemér* és *Deseő Dezső* egyetemi tanárokat, jegyzőkké *Mosonyi János* és *Went István* egyetemi magántanárokat. Az új tisztikar megválasztása után tudományos előadások következtek:

Went I. és **Lissák K.**: *Viscosimetriai tanulmányok sensibilisált vörösvérsejt-suspensiókon. (Adatok az immunagglutinatio mechanismusához).* A végzett mérések a következő tényekre hívják fel a figyelmet: 1. Agglutinaló immunserum jelenlétében a mosott vörösvérsejt-suspensiók viscositása kifejezetten emelkedik. 2. A viscositás ezen fokozódása annál kifejezettebb, minél nagyobb a vörösvérsejt-suspensiókhoz adott immunserum mennyisége. 3. Minél concentráltabb a vérsejt-suspensió annál gyorsabban emelkedik a rendszerek viscositása az immunanyag hozzáadása után. 4. Hasonló elváltozások normalis, azaz nem agglutinaló serummal kezelt vérsejt-suspensiókon nem észlelhetők. Miután a vérsejt-suspensiók viscositásának, illetve belső surlódásának a megváltozásai egyedül és kizárólag a sejtközti cohaerentia megváltozására vezethetők vissza, azért az ismertetett mérések nyomán arra lehet következtetni, hogy az agglutinaló serumoknak a vérsejtekre kifejtett hatása a sejtközti cohaerentia fokozásában nyilvánul meg. Az immunserumnak tehát a Northrop és De Kruif által supponált protectiv szerepen kívül a fontosabbik és az agglutinatió szempontjából mindenesetre a jelentősebbik hatása a cohaesiv erő fokozásában nyilvánul meg, mely ilyenképen a taszító erők felett túlsulyra jutva a részecskék flocculatióját, illetve a sejtek agglutinatióját vonja maga után.

Went I. és **Goreczky L.**: *A serum-phosphatidák és cholesterin eloszlása nagypórusú collodium-szürők segélyével nyert serum-ultrafiltratumokban.* A serum-ultrafiltratumok lipoid tartalma általában azok fehérje tartalmától függ. Míg azonban csökkenő mennyiségü serum-fehérjét tartalmazó filtratumokban a cholesterin concentratiója a fehérje tartalommal arányosan és azzal együttesen csökken, addig a phosphatidák concentratiója két egymástól eléggé élesen elhatárolt zónára oszlik, mely zónáknak a határa összeesik azzal a ponttal ahol az euglobulin a szürletekből eltünik. A fehérjementes szürletek tetemes mennyiségü aetherben oldódó phosphort tartalmaznak, cholesterint ellenben egyálalában nem. E megfigyelések arra mutatnak, hogy serum-phosphatidák és sterinek által képezett fehérje-combinatiók egymástól eltérő természetüek. Feltehető, hogy a serum-sterinek a dispersitás legkülönbözőbb fokán álló serumfehérjékkel egyaránt combinálódnak ezzel szemben a serum-phosphatidáknak egyik része a nagyobb moleculáju serum-fehérjékkel — valószínüleg az euglubulinnal — szorosabb összeköttetésbe lép, míg egy másik rész a kisebb moleculájú serum-fehérjékkel lazább complexumokat képez, mely complexumok az ultrafiltrálás folyamán részben fel is bomolhatnak, minek következtében az aetherben oldódó phosphor egy kisebb része azokban az ultrafiltratumokban is megjelenik, amelyek coagulálható fehérjét már nem tartalmaznak.

A szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának október 22-i ülése.

Előadás:

1. **Ehrenfeld H.** (Budapest).: *A szépítő sebészet problemái és lehetőségei.* (Vetített képek bemutatásával.)

2. **Erdélyi J.**: *Tapasztalatok 1600 tonsillectomia nyomán.* A tonsillák élettani szerepének rövid ismertetése után a tonsillectomia (ta.) technikájáról és indicatiójával foglalkozik részletesen. A ta.-t a sebészet általános szabályának szigorú betartása mellett kell végrehajtani, akkor nincs utóvérzés s nem szükségesek mindazok az eljárások, melyeket az egyes szerzők alkalmaznak. Összesen hét utóvérzés volt, nem több, söt kevesebb tehát, mint bármely más mütétnél, azok is jelentéktelenek, helybeli érlekötésre megszüntek. Exact, gondosan, óvatosan időrekordra való törekvés nélkül a szomszédos szövetek legnagyobb kimélete mellett végrehajtott ta.-nál a szövődmények minden esetben elkerülhetők.

Az indicatio felállításánál a legnagyobb körültekintést és óvatosságot követeli meg, különösen szövődmények esetén, melyeknél recidiva teljesen kiirtott tonsillák után a szervezet valamely más rejtett gócából ismét felléphet. Kiemeli a chron. tonsilitisekkel kapcsolatban a focalis fertözéseknél, kryptogen megbetegedéseknél a mütéti indicatio felállításának nehézségeit, mindenkor a belgyógyász, illetőleg gyermekorvos bevonását ajánlja, hogy így a felelősséget megossza. Figyelmeztet az énekesekkel, színészekkel szemben követendő fokozott óvatosságra, reversalis kikérésére, hogy esetleg utólagos kártérítéséi pöröktől megóvjuk magunkat. Végül az ellenindicatiók felsorolása után a ta. előnyeit és helyét jelöli meg a többi tonsillán végzett mütétek és eljárások között.

Kassay D.: Uj mandulaoperatiós eszközről tesz említést, melyet később részletesen fog ismertetni.

Rusznyák I.: Nagy statisztikai anyag alapján kétségtelenül megállapítható, hogy a tonsillák eltávolításának praeventive nagy jelentősége van. A tonsillitis kapcsán már kifejlödött szív, izületi vagy veseelváltozások esetén a tonsillectomia sem az elváltozások javulása, sem esetleges kiujulások megelőzése szempontjából nem bir oly nagy jelentőséggel.

Október 29-i ülés.

Előadás:

1. **Baló J.**: *A filtrálható virusokról való ismereteink fejlödése.*

2. **Molnár J.**: *A modern radiumtherapia.* (Beszámoló külföldi tanulmányútról). Három hónapos külföldi tanulmányútjáról számol be, mely időt a stockholmi, a párisi és a hamburgi radium intézetek technikájának és eredményeinek tanulmányozásával töltött. Ismerteti a párisi iskola radiumtechnikájában döntő szerepet játszó felfogást, hogy kicsiny radiummennyiségekkel hosszú ideig (2—3 hétig) kell besugározni.

A svéd iskóla ezzel teljesen ellentétes álláspontot foglal el; a nagy dosisnak rövid ideig való alkalmazását tartja helyesnek és óvakodik a kezelés elhúzásától.

Hamburgban úgy a svéd, mint a francia iskola szellemének megfelelő technikát látott.

A radium-therapia nagy haladást tett egyes localisatiójú carcinomák gyógyitásában, mint a szájüreg, a bör, a cervix carcinomái; vannak azonban olyan localisatiójú carcinomák, mint a gyomor-, az oesophagus-, a rectum-rák, ahol az eredmény minden fáradozás dacára is csaknem a nullával egyenlő,

A debreceni Orvosegyesület október 29-i ülése.

Bemutatás:

Bodnár T.: *Spina bifida* szövődményes esetéről számol be. A hat éves betegnek zárt cystomeningomyeloceleje volt. A tömlő fedőböre fillérnyi hámhorzsoláson át fertőződött, orbánc és genyes agyhártyagyulladás fejlődött ki, mely két nap alatt halálosan végződött.

Ökrös S.: A spina bifida occulta cystica törvényszéki orvosi szempontból is jelentőséggel bir, amennyiben a hasadékot fedő börrészleten létrejött jelentéktelen erőmüvi sérülések is már enyhébb fokú fertőződés mellett könnyen a lágyburok gyulladásához és ezáltal halálos kimenetelhez vezethetnek, míg a test más részén okoztatván ily esetben is néhány napon belül gyógyulhattak volna.

Jáki Gy.: *Elephantiasis cruris.* 28 éves nő beteg. 20 év óta vastagodik bal lábszára. A lábszár börén időnként sebek keletkeztek, melyek hosszú genyedés után spontán gyógyultak. A nagyfokban deformált, alaktalan tömeggé változott lábszár börén széles, lapos börhegek, pyodermás elváltozások, s szennyes alapú fekélyek voltak láthatók. Amputatio a femur alsó harmadában. Az amputált lábszár 32 kg. sulyú volt. Szövettani vizsgálat az elephantiasis ismert kórszövettani képét s a fekélyeknek megfelelően a subcutisban ülő reticularis gümőket mutatott. Az elephantiasis kifejlődésének okát esetében a gyermekkorban lezajlott a lábszár nyirokérrendszerének hegesedésével, sklerosisával gyógyult nyirokérgyulladásban látja.

Előadás:

Árvay S.: *Az ovarialis hormon hatása a gázcserére.* Vizsgálta a szervezetbe juttatott petefészekhormon hatását az alapanyagcserére, a hatás mechanismusát s azt, hogy a sexualis hormonnak a szervezetben lejátszódó physiologiás quantitativ változásai okoznak-e a gázcserében kimutatható elváltozásokat. Kisérleteinek első felét állatokon, a másodikat egészséges nőkön végezte. A gázcsere meghatározások a módositott Altvater—Benedict apparatussal történtek. A használt ovarialis hormon praeparátumok a következők voltak: menformon „Degewop", a kristályos menformon, theelin, progynon, sistomensin, agomensin, glanduovin és a glandubolin. Kisérletei folyamán azt találta, hogy mindazon készitmények adagolása után, amelyek a vaginális váladék jellegzetes elváltozásait idézik elő, az anyagcserében is, nőstény állatoknál 15-30%-os emelkedés konstatálható. A hatás mechanismust vizsgálva kitünt, hogy a petefészekhormon nem a thyreoideán keresztül hat, mert a pajzsmirigy nélküli állatoknál is épp úgy fellép az ovarialishormon készitmények adagolása után az állandó oestrus képe és épp úgy emelkedik a gázcsere is, mint normális nőstény álatoknál, hanem a belső női genitáliáknál a petefészekhormon készitmények adagolása után konstatálható s alakilag is kimutatható elváltozásai, esetleg az uterus hormonalis müködése az, amely a hatást kiváltja. Végül kimutatta azt, hogy a sexualis hormonnak a nő szervezetében lejátszódó physiologiás quantitativ változásai az anyagcserében is kimutatható elváltozásokat idéznek elő. Bizonyitotta ezt a menstruatios cyklussal párhuzamosan végzett kisérleteivel, a terhesség folyamán s a gyermekágyban történt meghatározásokkal.

Probstner A.: Már régebben feltünt egyes vizsgálóknak, hogy a nő különböző életmüködéseiben bizonyos hullámzatosság van. A vérnyomás, a hömérsék, a vér cukortartalma, az idegrendszer érzékenysége, az anyagcsere, a belső elválasztó szervek müködése változik e vizsgálók szerint többé-kevésbbé szabályosan és ezek a változások a petefészek müködésével látszanak összefüggni. *Árvay* vizsgálatai azért érdekesek, mert nagyszámú kisérletben igen pontos és megbizható módszerrel kimutatta az alapanyagcsere ingadozásait a petefészek-hormon mennyiségével kapcsolatban.

November 5-i ülés.

Bemutatás.

Ökrös S.: *Az arteria subclavia sinistra igazi aneurysmája.* Gyomorrák folytán elhalt nő boncolása alkalmával mellékes leletként az arteria subclavia sinistra kezdeti részén dió nagyságú, sima belfelületü, üres aneurysmát észlelt, melynek falát hyalinosan elfajult és foltonként elmeszesedett kötőszövet alkotta. Az aneurysma észlelése klinikailag nem volt lehetséges, minthogy az az ér mellüreg felé néző részén helyezkedve el, pulzálásával nem vonhatja magára a figyelmet, illetve nem vált tapinthatóvá. Az aneurysma az érfal e helyére szorítkozó, körülirt fejlődési zavar folytán spontán keletkezett. Erőmüvi sérülésre utaló jel, vagy valamilyen érbetegség, mely létrejöttét más módon magyarázhatná, nem volt megállapitható.

Tardy S.: Az art. subclavia aneurysma mütéti megoldását és gyógyulási statisztikáját ismerteti.

Széky A.: *Centralis izomatrophia.* 42 éves nőbeteget mutat be, akinél capsularis typusú hemiplegia áll fenn. A bénult oldalon nagyfokú izom és csontsorvadás lépett fel a felső végtagon a centralis laesio kapcsán. A sorvadt izomzatban az electromos ingerlékenység nagyfokban csökkent. A bénult oldalon fellépő spontán fájdalmak a thalamus bántalmazottságára mutatnak. Tekintettel a centralis laesio kapcsán fellépő izomsorvadásokhoz csatlakozó vasomotoros és trophicus zavarokra, feltételezi, hogy a szóbanforgó végtagrészek vegetativ beidegzése függő viszonyban van a thalamus, hypothalamus és corpus Louysi épségével és ez talán a végtag trophicitás beidegzésére is kiterjed.

Előadás:

Kreiker A.: *A látóélesség néhány problemájáról.* A látóélesség vizsgálat nem egyszerü mérés, hanem egy biologiai funkció vizsgálata. Ha mégis mérni akarjuk a tényezőket, amelyektől függ, két csoportba kell osztani. Az egyik csoportba a tárgy és tulajdonságai kerülnek, a másikba az összes többiek. A tárgy változásával változik a látóélesség. Ennek a változásnak a mikéntjét kell ismernünk. A tárgy fizikai tulajdonságai: nagysága (látószöge), alakja, megvilágitása és a változás módja (progressiója). A nagyságot a látószöggel mérjük. Ezzel feleslegessé tesszük az egységnyi látóélesség definiálhatatlan fogalmát. A mérés egysége igy a szög mértékegysége, a perc, illetve fok. Ezt behelyettesitve a $V = 1/\alpha$ egyenletbe a visust is kifejezhetjük közvetlenül, bár utóbbit tulajdonképen nem mértük, csupán a tárgyat. — A tárgy alakját a felismerés lefolyási módja határozza meg. Tekintve, hogy ez a relativ felismerés alsó határa, a tárgynak négy tulajdonsággal kell rendelkeznie. 1. Jól mérhető látószoge legyen. 2. Ingerértékét meg nem változtató variabilis tulajdonsággal birjon. 3. Egyszerü jelentőséggel rendelkezzék. 4. Felismerese 1 percnél következik be. Mindezen tulajdonságokat csupán a *Landolt*-gyürüben találjuk meg. Az értékek progressiója csak akkor helyes, ha sem nem geometriai, sem nem arithmetikai, hanem reciprok-symmetrikus. Ezen görbék közelebbi analysise azt mutatja, hogy 1 perc és 10 perc között legalább 11 értékre van szükség.

VEGYES HÍREK

Bálint Nagy István

hirtelen tragikus haláláról mély szomorúsággal adunk hírt olvasóinknak és kartársi tiszteletadással hajtjuk meg az elismerés gyásszal bevont zászlóját a makói kórház fiatal főorvosa, az orvostörténelem szegedi egyetemi magántanára, Hetilapunk hü munkatársa előtt, ki egy gégecarcinomás betegén végzett életmentő tracheotomia közben szerzett súlyos orbánc áldozata lett. — Még mint medikus küzdötte végig a világháborút s alig néhány éve vezette a makói közkórház gégészeti rendelését. — Orvostörténelmi tanulmányai komolyak és értékesek voltak, egy évig a bécsi Collegium Hungaricum ösztöndijasa is volt és jelenleg jobb keze *Győry Tibor*nak a budapesti Pázmány Péter egyetem 300 éves története megirásában. — A kötelesség és hivatalos teljesités harcterén elesett munkatársunk emlékét szeretettel őrizzük. *(Sz.)*

Személyi hirek. A Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologia meghivta *Benedek László* dr., egyet. ny. r. tanárt, hogy az egyesület tudományos ülésén az általa leirt koponyakopogtatás módszerről előadást tartson. Az előadás febr. 9-én lesz.

Budapesti Kir. Orvosegyesület december 12-i tudományos ülésének napirendje: Bemutatás: *Némai József:* Gége nélküli beszéd. Előadások: 1. *Kiss Pál:* Az elektrocardiographia használhatósága a diphtheria prognosisának felállitásában. (November 28-i ülésről elmaradt előadás). 2. *Puhr Lajos:* A vese Grawitz-féle daganatáról.

A Közkórházi Orvostársulat december 16-án, az Orvosegyesület Semmelweis-termében megtartandó ülésének tárgysorozata. *Gaál Aurélia:* Adatok a sublimat vese kórbonctanához. *Balázs Gyula:* A sublimat anuria therapiája, különös tekintettel a decapsulatióra. *Dózsa Jenő:* A sublimat vese decapsulatiója sebészi szempontból.

75. évfolyam. 51. szám. Budapest, 1931 december 19.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:
ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:
HERZOG FERENC, VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, POÓR FERENC, GORKA SÁNDOR, REUTER KAMILLÓ, BELÁK SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR
SEGÉDSZERKESZTŐ: FRITZ ERNŐ

TARTALOM:

Schaffer Károly: A homloklebeny működési jelentőségéről. (1199—1202. oldal.)
Kolb Endre: A hydroa gestationisról. (1202—1205. oldal.)
Geber Ödön: Pneumokephalus intracerebralissal szövődött és spontán gyógyult többszörös koponyaalapi és koponyaboltozati törés. (1205—1207. oldal.)
Varga Aladár: A d'Amato-féle haemoklasiás-reactio és a Gonin-féle leukocyta-reactio syphilisnél. (1207—1209. oldal.)
Vágó János: Ujabb adatok a noma faciei kezeléséhez. (1209—1210. oldal.)
Dusóczky Andor: Tapasztalatok a triamid-dal, egy új magyar antipyreticummal. (1210—1211. oldal.)
Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (199—202. oldal.)
Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Urologia. 1211—1213. oldal.)
Könyvismertetés: (1213—1214. oldal.)
Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1214—1217. oldal.)
† **Bálint Nagy István:** Az első cholerajárvány története és gyógymódja. (1217—1218. oldal és a borítólap III. oldalán.)
Vegyes hírek: (a borítólap IV. oldalán.)

A homloklebeny működési jelentőségéről.

(Klinikai előadás.)

Irta: *Schaffer Károly* dr., egyet. tanár.

A homloklebeny működési jelentősége tekintetében még a mai napig sem alakult ki olyan határozott felfogás, mint pl. a központi mellső tekervény mozgató, vagy a nyakszirti lebeny csúcsának látó működéséről. Mégis a szerzők nagy része azt a felfogást vallja, hogy az elvont gondolkodás tehát az értelemnek lényegi része a homloki agyvelőtől függ. Erre utalnak: 1. a homloklebeny phylogenetikai viszonyai, melyeknél fogva az embernél éri el a homloklebeny területi kifejlődésének tetőfokát; 2. különös rétegződési és velőfejlődéstani szerkezete, mely neki magában álló jelentőséget látszik juttatni; 3. a *Bianchi* által majmokon végzett homlokagycsonkító kísérletek, melyek szerint a csonkított velejű majom emlékezete csökken, percipiál, de nem appercipiál, nincs ítélete; végül 4. a helyesen megválasztott agykórtani tapasztalatok ill. megfigyelések. A homloklebeny működési értékére vonatkozó nézeteltérések egyedüli magyarázata, hogy az emberi kórtan esetei adott esetlegességek oly értelemben, hogy az egyik esetben daganatképződés, a másikban nagyobb lágyulás, illetve traumás roncsolás, a harmadikban a *Pick*-féle lebenyes sorvadás tételezi fel a homloklebeny roncsolását — olyan módjai ezek a természet emberkísérletes roncsolásainak, melyek értéke nagyon különböző. A daganatképződés esetén az ú. n. távolhatás, illetőleg a diffusio tényezőjével is kell számolnunk, vagyis a kórtünetek nem kizárólag a homloklebeny bántódásából valók. A nagyobb területű agylágyulás, illetve trauma csupán az egyik oldali homloklebenyre különböző terjedelemben vonatkozván, csakis egyoldalú kisebb vagy nagyobbfokú bántalom szerepel, a másik oldali homloklebeny épségben maradásával. A *Pick*-féle lebenyes sorvadás nézetünk szerint a bántalmazottságnak az a formája, mely vagy kizárólagos vagy túlnyomó homloklebenyi mindkét oldalra való kiterjedésénél, valamint az idegsejtekre szorítkozó tehát elektiv bántalmánál fogva a homloklebeny *tiszta* működési bántalmazottságának *egyedüli* módja. Ennek egy esetét közöltem a Természettudományi Közlöny 1916-os évfolyamában (részletesen *Richter Hugó* foglalkozott vele 1917-ben német szakfolyóiratban) és róla a következőket jegyeztem fel.

Kórházi osztályomon hat éven át észleltem egy nőt, aki halálakor 50 éves volt. Kezdetben csakis alkoholista és tubákos hajlamaival tünt fel, de ekker még igen szép kézimunkát készített, szépen írt és általában igen illedelmes, szófogadó és magára sokat adó nő volt, aki rendes, pergő beszédével és gyors felfogásával igen megnyerő egyéniség benyomását keltette. Halála előtt mintegy 6—7 évvel azzal tünt fel, hogy szófukarrá vált, kérdésekre az eddig gyorsan és odavágóan felelő nő csakis hosszabb gondolkodás után dadogva adott rövid válaszokat, majd később minden felelete célszerűtlenül alkalmazott „igen" és „nem"-ből állott. Ebben az időben arckifejezése még figyelőnek mutatkozott és elég értelmi fokot árult el, jóllehet már ekkor a hozzá intézett beszédet nem értette meg; így midőn egyszerű cselekedetek végzésére szólították fel, (pl. vegyen valamit a kezébe, menjen az ablakhoz), azokat olykor bizonyos habozás után még helyesen vitte véghez, de már összetettebb műveletek végrehajtására (pl. egy másik egyéntől valamit elkérni és azt egy harmadik személynek átadni) képtelen volt. Az előtte elmondott szavakat ismételni nem tudta. A beszélőtehetség fokozatos eltűnésével együtt írása is megváltozott, pedig 6 évvel ezelőtt igen tiszta írású leveleket küldött gyermekeinek és ismerőseinek. Az írás romlása halála előtt négy évvel indult meg olyképen, hogy eleinte csak a szavak kezdőbetűit írta, végül az írás érthetetlen ákombákom, többnyire körszerű vonalakból álló irka-firka lett, mely mint ilyen is végül megszünt; életének utolsó három évében semmiképen sem írt. Betegségének végső szakasza felé arckifejezése az előre haladó butulást tükrözte vissza; üres és bamba tekintettel hoszasan bámult az előtte álló orvosra. Kéziügyessége az utolsó évben rohamosan hanyatlott, kézimunkája hasznavehetetlenné vált, a legegyszerűbb varrást hibásan csinálta, a fehérneműt szétfejtette javítás helyett és a vászonból értelmetlen módon csíkokat vágott ki. Életének utolsó eszendeje a rohamos butulás jegyében folyt le. Az egykoron tevékeny, ügyes és csinra sokat adó nő a legnagyobb fokban tisztátalanná

SZEGEDI EGYETEMI TUDOMÁNYEGYETEM BEBESZETI KLINIKA

vált, ételébe ujjaival belenyult, karjaival céltalan hadonászó mozdulatokat végzett, avagy ezzel ellentétben óraszámra hangtalanul és mozdulatlanul ült. Viszont ezt a mozdulatlanságot olykor hirtelen félbeszakította azzal, hogy szaladgálni kezdett, ruháit fejtegetni próbálta, minek megakadályozására az ápolónő egy rongyot tett a kezébe, mellyel azután oktalanul elbabrálgatott. Éjjeleit nyugtalanul töltötte, ágyát széjjelszedni igyekezett, ágyneműjével céltalanul foglalkozott. Éjjeli nyugtalankodásával ellentétben, nappal gyakran aludt. Halála előtt félévvel még maga fésülködött és evett, utóbb azonban nem szeretett tisztálkodni, ellentétben az előző években tanusított csinoskodó hajlamával. Semmi iránt sem érdeklődött; míg 2—3 évvel ezelőtt gyermekei küldeményeinek örvendett, addig az utolsó évben már ezeknek sem volt hatásuk és legvégül tubákos szenvedélyét is elhagyta. Sulyos elbutulás és az ehhez társult testi sinylődés közepette végre meghalt. Agyveleje 932 grammot nyomott 10%-os formalinban való keményítés után; ez a suly a kifejlett nőnek 1245 grammnyi sulyához képest mintegy 300 gramm hiányt tüntet fel. Utóbbinak oka a mindkét agyféltekének homloklebenyeire és a halántéki lebenyek csúcsi részére kiterjedő nagyfokú sorvadás volt, minek következtében az agyvelőnek a mellső központi barázdától előre fekvő része, vagyis a szorosan vett homloki agyvelő tekervényei feltűnően megvékonyodtak és ezáltal a mellső központi barázdától hátrafelé fekvő többi féltekei résznek duzzadó, széles tekervényeitől feltűnően különböztek. A tekervények sorvadása tátongó barázdákat létesített. Megjegyzem, hogy a két homloki lebeny nem egyformán beteg, mert míg a baloldali legnagyobb fokban sorvadt, addig ettől eltérően a jobboldali mintegy átmenet az ép állapot felé. E különbség kifejezésre jut a két félteke súlykülömbözetében, mely 82 grammot tesz ki a bal félteke hátrányára. Kiemelem még, hogy az agyvelőhártyák lazán, ráncosan feküdtek a sorvadt homlokagyvelőn, melyről feltűnően könnyen lehetett lehúzni; az agyvelőburkok egyébként rendes színűek voltak és így már szabad szemmel is meglehetett állapítani, hogy a homlokagyvelő sorvadása nem az agyhártyákból indult ki. Ezt a leletet a szövettani vizsgálat is beigazolta. A mikroszkópi vizsgálatokból kiderült, hogy a sorvadt tekervények szürke állományában feltűnő számban pusztultak el az idegsejtek; egy-egy mikroszkópi látótérben csupán egy-két sejtpéldány, vagy még ennyi sem volt látható. Az agykéreg szövettani elemei: az idegsejtek, az idegrostok, az ezeket támasztó glia és végül a kötőszövetet hordó vérerek közül egyedül az idegműködést kifejtő dúcsejtek és idegrostok pusztultak el s így a szövettani kép alapján megállapíthattuk, hogy ebben az esetben az idegelemeket kizárólagosan érő elsődleges és választékos sorvadási folyamat érte a homloklebenyeket, baloldalon jóformán teljes mértékben, jobboldalon kevésbbé. Utalnunk kell továbbá arra a körülményre, hogy a baloldali alsó homloktekervényben lévő mozgató beszédközpont teljesen sorvadt volt s így a betegnél a fentiekben leírt beszédhiányt anatomiailag is megmagyarázhatjuk. Ezzel ellentétben a nem sorvadt agykéregben, pl. a sorvadt homloktekervényekkel tőszomszédos mozgató agykéregben, egészségtől duzzadó óriási pyramissejtek voltak láthatók; a beteg motilitasa valójában kifogástalan volt.

A fentiekben közölt eset tanulságait a következőkben összegezem: egy 43 éves nőn, aki alkoholista és tubákos hajlamait nem tekintve, egyébként ügyes, értelmes és tiszta nő volt, olyan előrehaladó kórfolyamatot észlelhettünk, mely lényegében a tagolt beszédre való képesség romlásában, az értelemnek minden irányában való fokozatos csökkenésében, végül némaságban és tökéletes elbutulásban állott. Fontos és érdekes az elbutulásnak fokozatossága. A beteg értelme szinte észrevétlenül fogyatkozott meg, ami az észlelő orvosra nézve is csak a nagyobb időközökben megejtett vizsgálatok alkalmával volt feltűnő. A butulás fokozatossága a homlokagyvelőnek lassan előrehaladó sorvadásában leli magyarázatát. Időbeli sorrendben a következő képességek romlottak: elsősorban a beszéd, másodsorban az írás, kézimunkaképesség, melylyel egyidőben a megértés tehetsége tünedezett, végül a rohamos elbutulás következtében az egyén elvesztette mindazokat a vonásokat, melyek azelőtt egyéniségének jellemző tulajdonságai voltak, úgyhogy végül az értelmes nőből csupán vegetáló lény lett. Röviden tehát akképpen jellemezhetjük a kórfolyamatot,hogy általa a beteg „én"-je veszett el fokozatosan és előrehaladóan, mellyel kapcsolatban figyelem és felfogás dolgában egyre növekedő hiány jelentkezett. *Végeredményben eltünt az, ami minden céltudatosan megnyilvánuló emberre jellemző: az értelmes akarat és az ezt visszatükröző helyes cselekvés.*

Minthogy ezen legsulyosabb értelmi elváltozásoknak anyagi alapja gyanánt mindkét homloklebeny sorvadásán kívül még a két halántéki lebeny csúcsi részei is elsorvadtak, kérdés, hogy az agyvelő körülírt halántéki sorvadása mennyiben járult hozzá a kórállapot létesítéséhez. Egy másik kórházi betegemnél a baloldali halántéki lebeny csúcsának teljes elpusztulása esetében a fentiekben ismertetett kórállapotot nem észleltem és így joggal állíthatom, hogy a halántékra szorítkozó, körülírt és aránylag kisfokú bántalom a jelen esetben latba nem esik, illetőleg az értelmi hiány magyarázatában szerepe nem lehet. Azt kell mondanom, hogy a céltudatos, értelmes cselekmények végzése kizárólag a homloklebenytől függ, sőt megfigyeléseim szerint a homlokagyvelőnek egyoldali teljes pusztulása már sulyos elváltozásokra vezet. Nem hinném ezek után, hogy bármelyik homloklebeny önmagában nélkülözhető lenne; mindenesetre több mint valószínű, hogy a bal homloklebenynek működési túlsulya van, mely körülmény egyezik azzal az általános élettani tapasztalattal, hogy a bal agyvelőfélteke működése tekintetében értékesebb, fontosabb a jobbnál.

A klinika casuisticaval dolgozván, megfigyeléseiben nem lehet válogatós, ami mellett azonban magától értetődik, hogy a roncsolás módjával és annak fogyatékosságaival számolni fog. Ily értelemben szólok jelen klinikai esetemről, mely *a homloklebeny daganatképződésének felel meg* és amelynek adatai a következők:

Sz. I. 50 éves gazdálkodó. Felv. 1931. okt. 24. Előzmény: családi terheltség nem ismeretes. Fejlődése rendesen folyt le. Ifjúkori betegségről, lueses fertőzésről hozzátartozói nem tudnak, első izben 24 éves korában nősült, ebből a házasságából egy gyermeke halva született (trepanatio). Másodszor 29 éves korában nősült, ez a házassága gyermektelen volt. Jelen betegsége 1 hónappal ezelőtt kezdődött, mindinkább fokozódó fejfájásról panaszkodott, 5 nappal felvétele előtt „öntudatát is elvesztette", azonfelül éjszaka hozzátartozói jobb kezében és lábában görcsöket észleltek. Az időnként mutatkozó tisztább pillanataiban szokták etetni, az ételt legtöbbnyire kihányja, egyedül járni nem tud, szédül, elesik. Régebben rendszeresen ivott bort, kb. 1½ l. napi mennyiségben. Jelen állapot: közepesen fejlett és táplált. Pupillái kp. tágak, a jobb alig valamivel tágabb a balnál, a bal kissé szabálytalan alakú, fényre- és összetérítésre prompt és kellő kitéréssel reagálnak. A jobb facialis felső ajki ága innerválásakor kissé visszamarad, mellkasi- és hasi szervek épek. Wassermann-reactio vérben és liquorban negativ, a colloidalis benzoe-reactio a 6—10 csőben mutat kiesést (meningitises görbe). Mozgató kör: Állása, járása kissé bizonytalan, Romberg tünet negativ. Behunyt szemmel járatva határozottan jobbra devial. Bénulásos jelenségek, rendellenes mozgások, nem mutathatók ki. A reflexek körében az in- és csonthártya reflexek jól kiválthatók, a hasreflexek közül csak a bal alsó mutatkozik. Érzőkör: Szemészeti lelet: Mindkét papillán két dioptriányi előemelkedés. Fülészeti lelet: Hypaesthesia nervi acustici et vestibularis l. d. Az érzőkörben egyéb feltűnőbb rendellenesség nem észlelhető, finomabb vizsgálat jelen állapotára való tekintettel

nem eszközölhető. Szaglása mindkét orrlikon át teljesen egyforma. Psychés állapotát bizonyos fokú ködös állapot mellett nagyfokban csökkent reprodukáló képesség, majdnem teljesen hiányzó megjegyzőképesség, továbbá tér- és időbeli tájékozatlanság jellemzi. Régebbi ismereteiből egyes dolgok reprodukálhatók, a jelenleg közölteket megjegyezni nem tudja, megértő képesége igen nagy fokban beszűkült, spontaneitása hiányzik, beszéde alaki eltéréseket nem mutat, tartalmilag beszédben mutatkozó hézagokat confabulatios elemekkel nem tölti ki.

A mindössze öt hétre visszanyuló előzmény és a jelen állapot leglényegesebb adatai: a hozzátartozók által észlelt jobboldali görcsös tünetek, az egyre erősbödő fejfájás, a két dioptriás pangásos papilla mindkét szemen, csukott szemmel járás alkalmával állandó jobbra térés mint *neuropathologiás tünetek,* melyek mellett mint *psychopathologiás tünetek* szerepelnek a beteg egyre kifejezettebb szótlansága és részvétlensége; a friss emléknyomok rögzítési képtelensége vagyis a megjegyző képességnek 80—100%-os romlása, mi mellett igen figyelemreméltó a betegnek igen lassú „magáraeszmélése", ami abból tünt ki, hogy igen nyomatékosan és hangosan kellett szavainkat hozzája intéznünk, hogy illő feleleteket kapjunk. Végezetül a beteg meghagyásainkat neki kijelölt cselekvés dolgában nem tudta követni, mert több jelenetből álló cselekvéssorozatból vagy csak egyet, az utolsót hajtotta végre, vagy pedig egészen tanácstalanul nézett reánk. Az egyszeregyet hibátlanul mondja el, 100 pengő 3 évi 5%-a 15 pengő, helyben-időben tájékozódik, psychomotoros tekintetben hajlik a teljes tétlenségre, aminek jeléül képes egész napon át az ágyban falnak fordultan feküdni, tehát a legkifejezetebb akinesis jelensége mutatkozik. Beszéde kifogástalan; írása miveltségéhez mért, de fennakadó, vagyis csupán a mondat első szavát írja le. Szaglása mindkét oldalon ép. Érzékcsalódások, téveseszmék teljesen hiányoznak.

Összegezve, a betegünkön észlelt kórtüneteket három csoportba sorolhatjuk, ezek: 1. az általános agynyomás fokozódásának tünetei; 2. neurologiai tünet gyanánt a jobbratérülés; 3. psychés tünetek, melyek lényege a figyelemnek nehéz összpontosíthatósága, a megjegyzőképesség majdnem teljes hiánya, a szellemi spontaneitás negativ volta, az akaratszegénység (abulia) és mozgásszegénység (akinesis). Ugy a neurologiai, valamint a psychés tünetek határozottan a homloki agyvelő bántalmazottságára utalnak. Mert a jobbratérést annyival inkább mint az ataxia frontalis tünetét kellett tekintenünk, hiszen a betegen múlóan jelentkezett jobboldali testfél görcsei a bal homloki lebeny bántalmát árulták el, ez pedig a homlok-híd-kisagyi keresztezett összeköttetés — tractus fronto-ponto-cerebellaris — alapján tételezi fel bal homlokagyi bántalom esetén a jobbra térést. A psychés tünetek a maguk összeségükben is egyenesen a homloklebenyre utaltak. Ezek után hátra volt a bal homloklebeny bántalmazottságának közelebbi helyét kijelölni, ami a sebészi beavatkozás szempontjából kívánatos. Ha már most tekintettel vagyunk arra, hogy 1. szaglási zavar baloldali hemianosmia formájában nincsen, úgy kizártuk a bal homloki lebeny alapi részében való bántalmazottságot; 2. semmi beszédzavar sincs, tehát a Broca-tekervény (III. homloktekervény) ép; 3. semmi bénulási tünet jobb mono-hemiplegia formájában sincs s így kizártuk a bal homloklebeny domborulati részében a leghátsóbb, a mellső központi tekervénnyel határos részében való megtámadtatást; 4. semmi hiba a szemtekék forgatásában nincs, ami bizonyítja a második homloki tekervény leghátsóbb, a mellső kp. mozgató tekervénnyel határos részében való bántatlanságát (frontalis szemforgató központ): úgy mindezekből megállapítható, hogy a *bal homloki lebenynek szorosan vett praefrontalis része vagyis a homloklebeny csúcsa a megtámadtatás székhelye.* Vajjon az agyhártyákból kiinduló és a homloki lebenyre nyomást kifejtő daganat (pl. fibrosarcoma) avagy magában a homloklebeny fehér állományának legmellsőbb részében székelő glioma-képződés szerepel-e, ezt a sebészi biopsia fogja eldönteni.

A betegre vonatkozó megfigyelésünket azzal fejezném be, hogy egy suboccipitalis punctio lényeges javulást hozott. Az ataxia frontalis eltünt; a szópáros vizsgálat két nappal a punctio után csupán 30%-os kiesést mutat; a beteg összetett meghagyásokat hibátlanul, bárha bizonyos lassúsággal visz véghez; a közelmult vizsgálatokra emlékezik, arckifejezése elevenebb és bárha paraszti „tempozással" hibátlanul beszél, de sokkal élénkebben, mint az előző napokon, szóval a vele való „contactus" helyreállott és nincs a megnehezített felfogásnak az a képe, amelyet a meglassult „magára eszmélés" formájában fentebb említettünk. Irása helyre állott; míg öt nap előtt e mondatból: „most nagyon jól érzem magamat" csupán az első „most" szót volt képes leírni, mely után fennakadt, a punctio után gördülékenyen írja le az egész mondatot egy kis hibával, amennyiben „jól" helyett „lol"-t ír, amit elolvastatva nem vesz észre de midőn rámutatunk a hibás szóra, azt spontán kiigazítja. A psychés állapot egész vonalán végigvonuló ezt a javulást a punctio nyomástcsökkentő hatásának kell betudnunk, mely persze a kórfolyamat lényegén nem változtat; valójában a szemtükri vizsgálat továbbra is 2 d. pangásos papillát mutat ki a punctio után.

Lássuk befejezésül a homloklebeny sértésére bekövetkező összes zavarokat összefoglalóan; ezek kétfélék.

I. *Neuropathologiás zavarok.* 1. *A járásnál mutatkozó zavar* vagyis a beteg a kóros oldallal keresztezett oldalra tér el illetve irányt téveszt, továbbá félremutat szintén a keresztezett oldal felé felemelt karjával, végül a keresztezettt labyrinthus túlingerlékenysége (esetünkben a fülészi lelet szerint hypoaesthesia) áll fenn. Mindezek a tünetek magyarázatukat a homloki lebenynek a kisaggyal való keresztezett kapcsolatában lelik és azt a látszatot keltik, mintha a kisagy maga lenne bántalmazva. De e kórtüneteknek közvetlen agyi, jelesen homloklebenyi származását bizonyítják az operatio miatt lemeztelenített homloklebenyen lehűtéssel vagy villamárammal végzett izgatási eredmények, melyek értelmében pl. félremutatást lehetett kiváltani a keresztezett oldal felé *(Szász* és *Podmaniczky).* Ehhez tudnunk kell azt, hogy minden kisagyi félteke az azonos oldali testfél törzs- és végtagmozgásait szabályozza; ebbe a kisagyi működésbe a homloklebeny épúgy belejátszik, mint bizonyos környéki ingerek, nevezetesen a kisagyvelőt érő spinalis és vestibularis ingerek. Hogyha tehát a vestibularis ingerek rendesek, úgy ezek önmagukban az ú. n. újjmutató kísérlet rendes lefolyását biztosítják; ámde, hogy a vestibularison kívül mennyire játszik belé ebbe a kísérletbe a homloki lebeny keresztezett irányban, azt bizonyítják a homloklebenyi bántalom esetén a góccal keresztezett irányeltérés és a félremutatás, aminthogy egy oldali homloklebenysértés esetén a keresztezett labyrinthus caloricus túlingerlékenysége is szerepel, kizárólag a homloklebeny izgalma következtében. A közvetítő pálya a fentemlített tractus fronto-ponto-cerebellaris. 2. A *tekintésnél mutatkozó zavar,* mely abban áll, hogy a psychés okokból való beállíása a szemtekéknek hiányzó vagy gátolt, vagyis a szemtekéknek mindenirányú hibátlan mozgatásával szemben a tekintet irányítása, a fejnek oldalra forgatása meg van zavarva, valamint a törzsnek bizonytalansága állásnál, ülésnél, járásnál. Nyomatékkal mondjuk, hogy a jelzett izomterületekben semmi bénulás nincsen, ellenben ezeknek psychés alapon történő felhasználása hiányos. Ennek megértéséhez tudnunk kell azt, hogy az első és második homloktekervény leghátsóbb felében a szem, a fej és a törzsfor-

gató központ van, melynek kísérletileg feltételezett izgatása, illetve emberen történő (pl. lágyulás útján való) izgatása a szemek és a nyaknak ellenoldalra szóló eltérését eredményezi. 3. *Motoros aphasia, agraphia, amimia* a Broca-tekervény és az ezzel szomszédos operculum, mint az arc-, nyelv-, nyeldeklő-, gégeizomzat központjának sértésére. 4. A homloklebeny alapi részének sértésére a nervus olfactorius bántalma alapján azonos oldali *anosmia* áll elő. 5. *Hypo-akinesis,* mi alatt az értendő, hogy a beteg mozgásaiban a normalis spontaneitast nem tanúsítja, nehezen vehető rá mozgásra és beszédre. Ennek psychés háttere van ugyan, de nem szabad megfeledkeznünk az agyalapi ducok automatismusának kieséséről sem vagyis a tractus thalamo-frontalis megszakításáról sem, mely pálya az akaratlagos mozgások szabályozását, könnyű és sima elpergését tételezi fel. Ennek az automatismusnak kiesése nyomán jár részben az akaratos mozgások megnehezített és lassúbb lefolyása: a hypo- illetve akinesis.

II. *Psychopathologiás zavarok.* Háborús megfigyelések alapján *Ranschburg* úgy véli, hogy homloklebenyi sértésekre muló kedélyi, beszéd- és emlékezési zavarok után csupán könnyebb emlékezési gyengeség marad fenn, melynek alapján a tudat belső terjedelme és egyidejű befogadó képessége csökkent. Szerinte a homloklebenyek olyan tartalékközpontok lennének, melyek a különböző agyvelői területek működési energiáját resonantia útján támogatják és így működnek közre az értelmi fok megteremtésében. Az elfogulatlan klinikai észlelés a következő zavarokat deríti ki az ember baloldali homloklebenyének sértésére: 1. A betegek *figyelmetlenek* és könnyen eltéríthetők; 2. nincs meg a lényeg iránti érzék, tehát a *megkülönböztető-ítélőképesség;* 3. *emlékezetcsökkenés* mutatkozik; 4. *hangulattalanok*nak látszhatnak (aphoria), viszont a lelki fék hiányában kitörésre hajlamosak; 5. *spontaneitashiány, akaratszegénység* (abuliásak); 6. megítélőképességük hiányosságánál fogva részben illetlen *élces megjegyzésekre* hajlanak (ez a „moria"), részben ethikai fogyatkozást is mutathatnak. Mindezen psychopathologiás zavarok a homloklebeny körülírt csúcsi részének, a regio praefrontalisnak, vagy az *Economo*-féle mellső, homloki értelemközpontnak bántalmából erednek, amint ezt fentebb közölt kóresetünkben javarészt láttuk is. De ez az esetünk mint a tiszta praefrontalis bántalmazottság esete még azt is bizonyítja, hogy az ataxia frontalist közvetítő homlokhíd-kisagyi pályának a homloklebeny eme centralis, illetve polaris részéből kell erednie, mert épen utóbbi helynek elszigetelt bántalma alapján jelentkezik.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Poór Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár.)

A hydroa gestationisról.

Irta: *Kolb Endre* dr., klinikai tanársegéd.

A hydroa vagy herpes gastationis nem tartozik a gyakoribb bőrbetegségek közé. Bár ez a bőrbetegség szoros kapcsolatban van a terhességgel, magának a bőrnek az elváltozásai a terhességre nem jellegzetesek. A bántalom morphologiai képe tökéletesen egyezik a Duhring-féle dermatitis herpetiformiséval, csupán az aetiologia elütő volta biztosít számára önálló helyet a bőrszerv kórfolyamatai között. Az irodalom kevés oly esetet ismertet, ahol a beteg úgyszólván egész terhessége alatt s annak lezajlása után is egy ideig klinikai észlelés alatt állott volna. Mi abban a helyzetben voltunk, hogy hosszú hónapokon át szemmel tarthattuk betegünket s betegségével kapcsolatos megfigyeléseinkről az alábbiakban számolunk be.

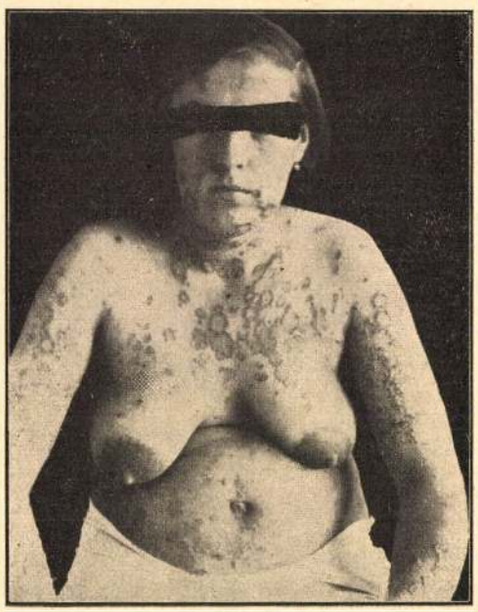
1930. októberében 21 éves terhes nő kereste fel klinikánkat kinek hólyagos kiütés borította el a köztakaróját. Előadja, hogy 1928-ban szült először. Ez a terhessége normális lefolyású volt. Sem a terhessége alatt, sem a gyermekágyban bőrén semmi kóros elváltozás nem mutatkozott. 1929-ben szült másodszor. Második terhességének hatodik hónapjától kezdve kiütések lepték el bőrét, amiktől csak a szülés után hat hét mulva tisztult meg. Terhessége egy hónappal korábban szakadt meg és terhességéből egészséges, bőrkiütésektől mentes gyermeke született. Kiütéseit alkalmunk volt észlelni, mert szülés után két héttel felkereste klinikánkat, ahol négy hét mulva gyógyulása bekövetkezett. 1930-ban harmadszor esik másállapotba. E terhességének ötödik hónapjában ismét kiütései támadtak. Ezek megjelenése után három héttel klinikánkon újbóli felvétel céljából jelentkezett.

Az egész köztakarón szeszélyesen elterjedt, generalizált, polymorph felépítésű exanthema mutatkozik. Ez jelen van a végtagokon, a törzsön, az arcon. a hajas fejbőrön, tenyereken és talpakon. Különböző kiterjedésü, változatos alakú, elmosódott szélü élénk piros foltokon, amik többé-kevésbbé vizenyősök, sőt helyenként szinte urticás jellegüek, gombostűfejnyi-borsónyi,mogyorónyi nagyságú víztiszta tartalmú, vékony fedelü hólyagcsák mutatkoznak. A hólyagcsák részint izoláltak, részint szabálytalanul csoportosultak, helyenként a herpesre jellemző csoportokban, másutt körkörös alakzatban, ismét másutt serpiginosus, guirlandszerü vonalas elhelyezkedésben mutatkoznak. A víztiszta tartalmú hólyagcsák mellett megzavarosodott tartalmúak is láthatók. Egyes foltokban, melyeknek oedemás komponense eltünt, hyperaemiája enyhült, laza, mézsárga pörkös felrakódások találhatók, pörkök alatti erosiókkal. Ismét másutt már pörköktől megtisztult erythema foltok láthatók, amelyek lassanként halvány sárgásbarna. majd sötétebb barna pigmentfoltokká alakulnak át. Itt-ott a pigment foltok ismét hyperaemiásokká válnak, lassú savós beivódás folytán megduzzadnak s rajtok ismét képződnek víztiszta bennékü hólyagcsák. Az erythema foltokat, víztiszta bennékü és zavarosodott tartalmú hólyagcsákat, a pörköket, a pigment foltokat, az urticákat a legváltozatosabb egymásmellettiségben lelhetjük fel. A látható nyálkahártyák épek. Az összszervezet részéről sem fizikálisan, sem biochemiailag, sem röntgenologiailag semmi kóros elváltozás nem mutatható ki. Fogsorai teli vannak cariosus, széttöredezett fogakkal és gyökerekkel. Vizeletben kóros alkatrész nem mutatható ki. Haematologiai vizsgálat: Vvt: 3.800.000, Fv. 13900, Hgb. 76%. qualitativ vérkép: Eo. 11%, F. 4%, S. 35%, P. 32%, Ly. 11%, Mo%, Myc. 1%, durva eosinophyl granulatio, basikus átütéssel. Wa. R. negativ.

Histologiai vizsgálat. A hámrétegnél feltünő a hámléceknek mélybe nyomulása. A mélybenyomuló hámlécek karcsúbbak, vagy tömegesebbek, egyik-másikuk keztyűujjszerű elágazódásokat mutat. Az akanthosis oka részben a str. spinosum sejtjeinek, részben pedig a str. granulosum sejtjeinek egyaránt való felszaporodásában rejlik. A str. granulosum akárhány helyt 6—8 sejtsorral van képviselve. Az akanthotikus hámban különböző nagyságú hólyagok mutatkoznak. A hólyagok szigorúan epitheliálisok, amennyiben a str. spinosum rétegei közt helyezkednek el. Az ezek falát képező néhány soros hámsejt-gyűrű sejtjeinek határai elmosódottak, a sejtek halványan festődöttek, úgyszintén magvaik is. Ezen hólyagokban kevés fibrint, pár levált hámsejtet s kevés leukocytát,illetve eosinophil sejtet látunk.Alatta levő rétegekben sok mitosis.A hólyagok eredetét elárulja az a néhány kicsiny hólyagcsa, ami a str. psinosum legfelső soraiban helyezkedik el, s a degenerált hámsejtek vacuoláinak összeolvadásából támad. Metszeteink egyúttal elárulják a hólyagcsák sorsát is: ezek ugyanis beszáradnak és lelökődnek. Látunk ugyanis úgy közvetlenül a str. corneum alatt, mint a str. corneum parakeratotikussá vált lemezei között összetöpörödött, már nem feszes falú hólyagokat is, amiket homogenizált massa tölt ki, melyben egy-egy piknotikus sejtmag, s pigment-rögök ismerhetők csak fel. Egyes metszetekben ez a massa tetejét képező parakeratotikus szarulemezeket is elvesztette s így szabadon ül az alatta levő szarúréte-

gen. Egyébként a szarúréteg mindenütt megtartott, helyenként felrostozódott, a hámréteg helyenkint oedemás, sejtsorai között leukocytákkal, s a vacuolás degeneratiós sejtek közelében amitosisos oszlások is megfigyelhetők a következményes óriás sejtekkel. A papillák kötőszöveti váza oedemás, a benne lévő vér és nyirokerek tágultak, papillákban leukocyta kivándorlás. A subpapillaris réteg tág vér és nyirokerek mellett csaknem diffus sejtes infiltratiót mutat, ennek elemei kereksejtekből, leukocytákból, kevés plasmasejtből, szöveti és véreredetű eosinophylsejtekből állanak. Ez az infiltratio a kötőszövet mélyebb rétegeiben inkább csak az erek körül s a verejtékmirigy körül helyezkedik el. Az itt levő erek is tágultak, különösen a kötőszövet és subcutan zsírszövet határain fellelhető nagyobb erek.

Kórlefolyás. A beteg csekély fokú viszketésről panaszkodik. Okt. 22-től nov. 22-ig láztalan. Ezen idő alatt a naponkinti hypermanganos fürdő és borvaselin kötésen kivül 4 x saját vért, 4 x physiologiás konyhasó-infusiót adunk, amik mellett spirocidot szed. Rendbehozatjuk fogazatát. Nov. 22-től jan. 30-ig állandó remittáló lázai vannak, amelyek három ízben néhány napos intermittáló lázba mennek át. Lázai lassú



1. ábra.

lysissel szünnek meg, s elbocsájtása napjáig, febr. 24-ig láztalan. Nov. 22-től dec. 16-ig több ízben adunk egészséges terhes vérsavót. Dec. 16-tól jan. 6-ig több ízben kap nagymennyiségü Ringer-oldatot, amit ovarium készitménnyel, glanduovinnal kombinálunk. Ezen idö alatt több ízben végeztünk bakteriologiai vizsgálatot. A víztiszta bennékü hólyagcsák tartalma mindig sterilnek bizonyult. A már elgenyedt hólyagokból staphylococcus pyogenes aureus tenyészett ki. A bakteriologiai vérvizsgálat több ízben, az intermittáló lázak alatti rázóhideg idején is negativ eredménnyel járt. Jan. 7-én spontán szül. A magzat VII. hó vége VIII. hó elején levö koraszülött, 900 gr. testsúllyal,rajta semminemü bőrkiütés nem mutatkozik. Az újszülöttet a gyermekklinika veszi gondozásába, ahol sikerül életben tartani. Szülés után három hétig bőrének állapota változatlan. Ennek leteltével új laesio nem mutatkozik, a régiek beszáradnak s nyomukban lassankint pigmentatio lép fel. Még egy hónapig áll ezután észlelésünk alatt, de már mint teljesen gyógyult.

A kórképet tisztán morphologiailag a Duhring-féle dermatitis herpetiformistól elkülöniteni nem lehet. Az elkülönítés csakis a kórlefolyás alapján történhetik. Az a körülmény, hogy betegünkön két ízben megnyilvánult kórkép mindkét esetben a terhességhez volt kötve s elmulása a szülés után rövidesen bekövetkezett, a dermatosisnak a terhességgel való oki összefüggését nyivánvalóvá tette. Hogy a bőrfolyamat mindig víztiszta bennékü hólyagcsákkal kezdődött, támpontul szolgált az impetigo herpetiformistól való elkülönítésre.



2. ábra.

Az utolsó 20 esztendő rendelkezésemre álló irodalmát áttekintve csak kevés közleményt találtam a hydroa gestationisról. Ez azért feltünő, mert annál több szó esik egy másik betegségről, a Hebra-féle impetigo herpetiformisról, ami szintén a terhes nők bőrmegbetegedése. Ennek a betegségnek *Kaposi* valamilyen ismeretlen infectióban kereste kórokát. *Poór Ferenc* azt tartja, hogy a betegség haematogen sepsis s a kórformát 1922-ben megjelent tankönyvében a pyaemiás bőrbetegségek között tárgyalja. Az újabb kutatók más irány felé orientálódtak s az endokrin systemában keresik a kórfolyamat aetiologiai megoldását. Mivel a hydroa gestationis aetiologiájában is endokrin okokat keresünk, a kutatások a két betegséget az endokrinologia égisze alatt hozták össze. Az impetigo herpetiformisra irányuló kutatások talán az esetek jóval



3. ábra.

nagyobb száma miatt több észlelést tettek lehetővé, mint az a hydroa gestationisnál lehetséges lett volna. A két kórkép közös aetiologiai nevezőre hozatala folytán bizonyos tekintetben az impetigo herpetiformisnál elért ered-

mények alkalmasnak látszanak a hydroa gestationis közelebbi aetiologiájába való bepillantásra.

Mivel mindkét megbetegedés csaknem kizárólag terhes nőkön fordul elő, érthető, hogy a kutatók a terhességben, a terhesség folytán megváltozott egyensúlyi állapotban igyekeznek megtalálni a betegség okát. S mivel a belső sekretiós mirigyek a terhességnél szembetünő functionalis elváltozásokat szenvednek, így irányult rá a kutatók figyelme a belső sekretiós apparatusra.

A szervezet a terhesség alatt fokozott munkát végez. Ennek következménye az, hogy az endokrin szervek működése is fokozódik. A pajzsmirigy, az epithel testek, mellékvesék, különösen pedig a hypophysis functiói fokozódnak. A functiofokozódások következményei részben szabad szemmel is láthatók, amennyiben a pigmentatiók, chloasmák a mellékvesékre, az akromegaliás elváltozások, amik sok terhes arcvonásain nyilvánulnak, a hypophysisre utalnak. Másrészt a functio fokozódások biochemiai megváltozásokkal járnak. *Berblinger* és *Zondeck* vizsgálataiból tudjuk, hogy a terhesek vérsavójában hatásos mennyiségben van jelen a női sexualis hormon és a hypophysis elülső lebenyének hormonja. Az ovarium hormonja szerepel már a tüsző érésnél, a méh nyálkahártya praegraviditásos átalakulásánál és a méh növekedésénél. Mindezen folyamatok megindításához az ovarium hormonja nem elégséges. Ezen folyamatokhoz az impulzust a hypophysis adja, melynek elülső lebeny hormonja a megtermékenyítés után a terhes nő szervezetét elárasztja s mintegy „motorjává" válik a terhességi folyamatoknak.

Ziemann volt az első, aki 1916-ban az impetigo herpetiformist a belső sekretio zavarával hozta oki összefüggésbe. Támpontjául eme nézetének az szolgált, hogy betegénél az impetigo herpetiformis mellett az epitheltestek insufficientiája volt észlelhető. Utána *Schardorn, Kyrle, Pulvermacher, Walter szintén az epitheltestek kiesésével* szövődött impetigo herpetiformisról számoltak be. Viszont *Tryb, Wechselmann,* a hypophysis megnagyobbodását, *Migge* az ovarium hypofunctióját, *Buschke* egy esetében az ovarium functio zavarát, egy másik esetében thymus, illetve thyreoidea affectiót talált. *Leszczinsky* szintén a thyreoideával való összefüggésre mutatott rá. Ezzel szemben, ha átnézzük a hydroa gestationis irodalmát, kezdve *Sylvia Levigne* 1913-ban megjelent dissertatióján, *Balzer* és *Belloni* közleményén, majd *Bittmann, Tomassi, Blasi, Frühwald, Meisel, Whitehouse* beszámolójáig, sehol sem találnuk említést valamely belső sekretiós szervvel való concrét kapcsolatról. *Poór Ferenc* is általánosságban céloz ilyen összefüggésre, amikor 1922-ben „a terhességnél termelt hormonoknak megváltozott arányokban és minőségekben a nedvkeringésbe való keveredésének" juttat szerepet.

Dacára az említett szerzők sikerrel járt kutatásainak — akik bizonyos belső secretiós szervek functio zavarait a megfelelő kísérő tünetek segítségével szerencsések voltak kimutatni — igazat kell adnunk *Werthernak,* aki azt állítja, hogy az endokrin okok tisztázása nem egyszerű dolog, mivel igen sokszor nem egy endokrin szerv beteg, hanem az egész endokrin systemában áll fenn a zavar. Minthogy az egyes szervek egymással correlatióban állanak synergista, illetve antagonista hatásuk révén, ugyanazon tünetet különböző mirigyek functio zavarai is előidézhetik. *Leszczinsky* az antagonista és synergista hatáson kívül a genetikai rokonságra is súlyt helyez, amidőn azt állítja, hogy genetikusan rokon mirigyek megbetegedése vagy csökkentértékűsége pathogenetikusan rokon kórképek kialakulására vezethet.

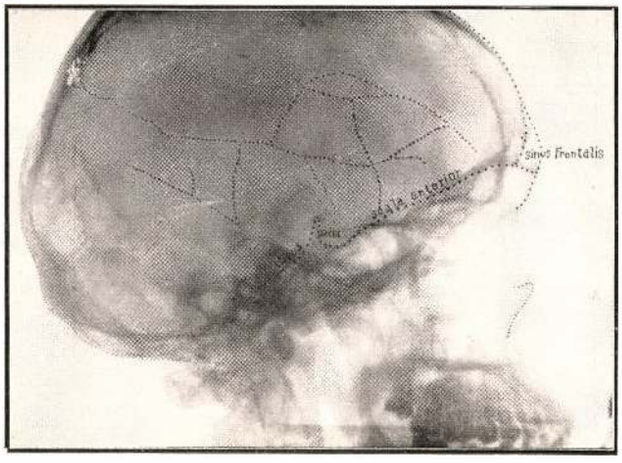
A terhességi bőrbetegségek az endokrin mirigyek dysfunctiójával hozhatók összefüggésbe. Az irodalomban kialakult nézet az, hogy veleszületetten vagy szerzett okok folytán valamely endokrin szerv csökkentértékű, s így a terhesség alatti fokozott követelményeknek nem tud megfelelni. A terhesség alatt bizonyos endokrin mirigyek különös fontosságúak, mivel a szervezetben keletkezett mérgeket és ezek hatását ártalmatlanná tudják tenni. Igy ezek megbetegedése folytán az endokrin systemában beállott egyensúlyzavar autointoxicatióra vezet, ami a terhességi dermatosisban nyilvánul meg. Kérdés marad azonban, hogy a mirigy functio milyen biochemiai folyamat révén közvetítődik a bőrre. A szülés után közvetlenül történő megszünése a bőrbetegsgnek úgy áll be — amint *Walter* kifejti — hogy a szervezet normalis munkájába visszatér, helyreáll az endokrin systema egyensúlya, eltünnek a desintoxicálandó terhességi mérgező anyagcsere-produktumok s a beteg visszanyeri teljes egészségét. Ha azonban az endokrin systema oly fokú elváltozásokat szenvedett, hogy a visszatérés a physiologiás egyensúlyi állapotba már nem lehetséges, az esetben a dermatosis kedvezőtlen lefolyású lesz.

A gynekologusok már régóta szerepeltetnek egy terhességi toxicosist. Ennek lényege az hogy a terhesség alatt mérgező szétesési termékek keletkeznek. Valószínűnek látszott, hogy a méreganyagokat a vérben keressék, s nem hiányoztak kísérleteik, hogy a méreganyagokat a vérből ki is mutassák. A kisérletek elméleti értékű megismerésekhez vezettek. Felfedezték, hogy a vérsavó antitryptikus indexe, haemolytikus ereje a terhesség alatt fokozódik, hogy a terhes savónak a placentaris-pepton oldatot meg kell tudnia bontani. A terhességi toxicosis felvételének gyakorlati oldala az volt, hogy magyarázni tudták vele a hyperemesist, a terhességi nephritist és hepatitist, az eklampsiát. Ezt a theoriát átvették a dermatologusok. *Linser* volt az első, aki ennek hangot ad, amikor a terhességi dermatosisok aetiologiáját a vérnek a terhesség hatására történő megváltozásában keresi s 1910-ben beszámol arról, hogy a terhességi dermatosisokat egészséges terhesek vérsavójával meg tudja gyógyítani. Ebből arra következtettek, hogy a vérből hiányzik valami s ép ez a hiány tehető felelőssé a bőrfolyamat kifejlődéséért.

Azóta eltelt két évtized. Kialakult egy új tan az endokrin systemáról és hormonjairól, miknek idevonatkozó megismeréseit fennebb vázoltam. De ha a dolgok mélyére tekintünk, be kell vallanunk, hogy a terhességi bőrbetegségek problémáit az endokrinologia nem oldotta meg.

A helyzet az, hogy ma is két tényezőt veszünk fel: a terhességi toxicosist és a vérnek a terhesség hatására történt megváltozását. A terhességi toxicosisra vonatkozó fogalmaink nem bővültek, mert ma sem tudjuk meghatározni, mik azok a méreganyagok, amik a toxicosist előidézik. A vér megváltozásáról azonban *Linsernél* már többet tudunk. Tudjuk, hogy a terhesség alatt megváltozik a serum ionegyensulya, megváltozik a H-ion concentratiója, tudjuk, hogy a vérpálya az ahol a endokrinsystema hormonalis élete lezajlik. Felteszik, hogy valamilyen hormon hiányzik a vérből s emiatt marad el a terhességi toxinok méregtelenítése.

De mélyebbre tudunk a szervezet mechanizmusába is bepillantani. Tudjuk azt a belső kapcsolatot, amelyben az endokrin systema a vegetativ systemával áll, hogy kölcsönösen impulzusokat küldenek egymáshoz. E két systema kiváló fontosságát szépen jelöli meg *Werther,* amikorkifejti: hogy egészségünk a következménye a két systema harmonikus összeműködésének, míg a kettőjük közti zavarok betegségi készségeket, illetve betegségeket idéznek elő. Ismeretes a vegetativ systema kapcsolata az anyagcserével. De ismeretessé vált az endokrin systema kapcsolata is az anyagcserével, különösen a terhes szer-

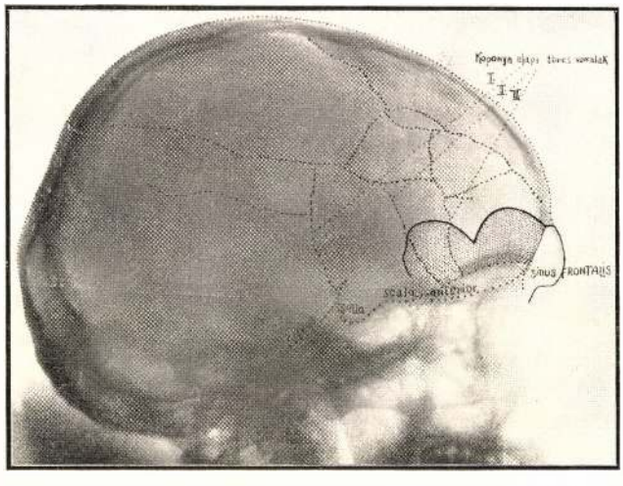


1. ábra. A sérülés után néhány nappal készített röntgenkép (a lörés vonalakon kívül egyebet nem látunk).

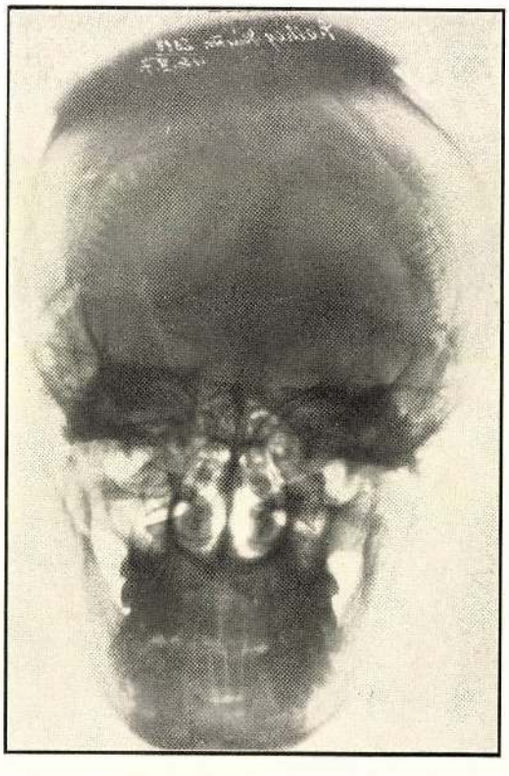


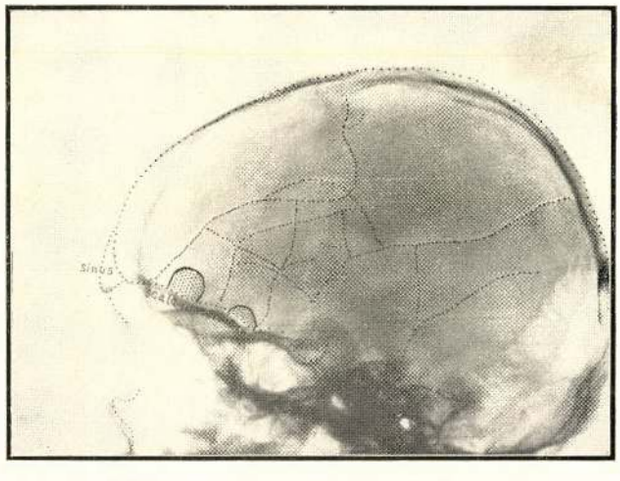
2. ábra. A sérülés után 15 nappal készített felvétel, a mütéti seb jól látszik.





3. ábra. A sérülés után 38 nappal készített röntgenképen az egymással kommunikáló légtartalmú üregek jól láthatók (liquorcsurgás nagyfokú).





4. ábra. A sérülés után 66 nappal készült röntgenképen a légtartalmú üregek megkisebbedése látható (liquorcsorgás kisfokú).

5—6. ábra. A sérülés után 4 hónappal készült képeken a lövésvonalakon kívül egyebet nem látunk (liquorcsorgás megszünt).

vezet anyagcseréjével. Tudjuk, hogy terhesség alatt a szervezet Ca-ban szegényebb lesz, a vér serumban a Ca-ion tükör sülyed. Mivel a kationok egymással synergista, illetve antagonista viszonyban állanak — a Ca antagonistája a K-nak, s minimalis értékben a Na-nak is — változás áll be a serum ion-egyensúlyban. A Ca anyagcsere correlatióban áll nemcsak az epithel testekkel, mint kezdetben gondolták, hanem a thymussal, a mellékvesével, az ovariummal, a pajzsmiriggyel és hypophysissel is. Ezen és más vizsgálatok vezettek arra, hogy ismeretessé váljon az endokrin systema kapcsolata az anyagcserével, a serum ion-egyensúllyal, a H-ion concentratióval.

Vannak szerzők, akik a terhességi dermatosisok aetiologiáját máskép látják. Vannak, akik a megváltozott anyagcserében, vannak, mint pl. *Samberger,* akik a vegetativ systema tonus anomaliájában keresik az okot. A többség által elfogadott vélemény azonban az, hogy a terhességi dermatosisok az endokrin systema egyensúly zavarán alakuló autointoxicatiók. Ha meggondoljuk, hogy az egyes systemák correlatiói szinte mily beláthatatlanok, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy nem ragadhatunk ki egy systemát hozzákötve megoldandó kérdéseinket még akkor sem, ha bizonyos esetekben ez a systema alkalmasnak látszana problemáink megoldására. Éppen a számtalan kapcsolat miatt hiányzik egy systema functióinak az a standard volta, amin biztos következtetések felépülhetnek. Oly komplex okokra visszavezethető folyamatnál, mint egy terhességi dermatosis, egy systema, illetve annak valamely tagjának sorsdöntő szerepe mellett pálcát törni nem szabad.

Linser óta új relatiókkal ismerkedtünk meg. De amint az ő idejében elhamarkodott dolog lett volna pl. a serum fokozott haemolytikus erejével magyarázni a terhességi dermatosist, ép úgy ma is hiba volna új ismeretek birtokában ismereteinket alkalmasaknak tartani a kérdés végérvényes elintézéséhez. Ehhez eddigi ismereteink nem elegendőek.

Be kell ismernünk, hogy vannak okok, amik a szervezet mechanizmusa felett állanak. Vannak kérdések, amiket csak a mechanizmussal megválaszolni nem tudunk. Terhességi dermatosisoknál még nyilt a kérdés, miért nem fejlődik ki minden terhesnél toxicosis, s akiknél kifejlődik, miért nyilvánul egyeseknél pl. hyperemesisben, másoknál dermatosisban? Miért van az, hogy egyeseknél csak banalis pruritus, prurigok támadnak, míg másoknál az életet veszélyeztető hydroa gastationis vagy impetigo herpestiformis? Az endokrin systemát is belevonva miért mutatkozik egyeseken pl. epithel testek megbetegedésénél tetania, másokon osteomalacia, ismét másokon impetigo herpetiformis? E kérdéseket mechanizmussal magyarázni nem tudjuk. Ide egész más feleletek kellenek, amiket a konstitutio tantól várunk.

A hydroa gestationis kérdésében a következő álláspontot foglaljuk el:

1. A histologiai kép alapján a hydroa gestationis primaer epithel megbetegedés. Emellett szól a hólycsák epitheliális képződése és elhelyezkedése. A hólyagcsák epitheliális képződését az epithel sejtek vázolt degenerativ elváltozásai világosan mutatják. De a leírt többi jelenségek: az epithel burjánzása, a szabályellenes elszarúsodás is emellett szólnak. Ily eredmények csak ott láthatók, ahol a noxa támadási pontja az epithelre irányul. A noxa intensivitasát jól jellemzig az irha reactiv gyulladásos jelenségei; amik tetemes diffus sejtes infiltratiónak mintegy védgátszerű kialakulásához vezettek. Az érfalak átjárhatósága a savó számára jóval kisebb fokú, mint a sejtes elemek számára és a kiáramlás inkább a hám fölé történik.

2. Az a tény, hogy a megbetegedés a terhesség egy bizonyos szakában kezdődik, fennáll az egész terhesség alatt s a terhesség megszüntével a lactatio idejében spontán meggyógyul; kétségtelennéé teszi a dermatosisnak a terhességgel való oki összefüggését.

3. A megbetegedést terhességi toxicosisnak tartjuk.

4. A hosszú megfigyelési idő alatt semmi olyan symptoma nem mutatkozott ami az endokrin systema szerepére hívta volna fel figyelmünket. Substitutiós therapiánk sikertelensége — Linser oltások, ovarium hormonok — ezen systemának ha nem is részvétlensége, de legalább is befolyásolhatatlansága mellett szól. Egyéb therapiánk sikertelensége azt mutatja, hogy a kórkép előidézésében és fenntartásában olyan komplex okok állanak fenn, amiknek befolyásolása, illetve megszüntetése legalább is jelenleg hatáskörünkön kívül esik. De nem mutatkozott oly tünet sem, ami valamilyen más systema szerepére utalhatott volna.

5. Mivel a kórkép összefüggése a terhességgel nyilvánvaló, mivel a graviditás, lactatio alatt az endokrin systema hatásos közreműködése kétségtelen, bár megfigyelésekkel megerősíteni nem tudjuk, mégis felvesszük az endokrin systema közreműködését, ha nem is abban a szerepkörben, amit a desintoxicatióban juttatnak számára. Mert amikor a májban, a lépben ismerünk méregtelenítő szerveket, amikor a reticulo-apparatusban ismerünk méregtelenítő systemát, nem tudjuk elgondolni, hogy — amíg kísérletekkel kellően megerősítve nincsen — a méregtelenítő tulajdonsággal szintén rendelkező endokrin systema miért végezné csak egymaga a desintoxicatio munkáját. Tehát részünkről az endokrin systema szerepét úgy módosítjuk, hogy *ennek dysfunctiója* is közreműködik a dermatosis kialakulásánál és lefolyásánál.

6. Hangsúlyozzuk, hogy a dermatosis, mint a terhességi toxicosis következménye csak bizonyos constitutionalis adottság mellett következhetik be.

7. Az a megfigyelésünk, hogy a II. dermatosis gyorsabb ütemet mutat; a graviditas koraibb szakában kezdődik, a graviditas hamarabb szűnik meg koraszüléssel, a kórfolyamat a szülés után hamarabb meggyógyul, azt mutatja, hogy a toxicus tényező a szervezet reactio-képességét megváltoztatja.

A magyar kir. I. sz. honvéd és közrendészeti kórház sebészeti osztályának közleménye. (Igazgató: Frank Richard dr., I. oszt. főtörzsorvos. Osztályorvos főnök: Lippay Arthur dr., orvos.)

Pneumokephalus intracerebralissal szövődött és spontán gyógyult többszörös koponyaalapi és koponyaboltozati törés.

Irta: *Geber Ödön* dr.

A koponyaalapi töréseknek egyik jellemző tünete a liquorcsorgásnak az a formája, mely a törés egyéb tüneteivel együtt azonnal mutatkozik. Sokkal ritkább az amikor a liquorrhea később, néha csak hetek mulva jelentkezik. Ez al iquorrhea rendesen pneumokephalussal szövődik. Oka ugyanaz a trauma, mely a törést is létre hozta, mert a törés révén a koponyaürbe levegő juthat akár közvetlenül, akár közvetve a homlok-, dobüreg, az iköböl, vagy rostasejteken keresztül. A levegő extra-, intracerebralisan, illetve ventricularisan helyezkedhetik el *(Krogius). Bullock* hasonlóan osztályozza az eseteket. Az agyvelőn kívüli léggyülemek keletkezési módját magyaráznunk nem kell: a léggyülem sub-, illetve extradu-

ralisan és subrachnoidealisan helyezkedhetik el. A kettő megkülönböztető kórismeje röntgen kép alapján lehetséges. Az intracerebralis léggyülemnek keletkezését különféleképen magyarázzák az egyes szerzők. *Demmer* szerint egy, a trauma folytán az agyvelőbe került lamina vitrea szilánk körül agyvelőgyulladás indulna meg, ennek következménye volna a lágyulás, majd cystaképződés, esetleg kamraátfúródás. A liquor helyébe később levegő jut a külvilágból a csontos koponyatok folytonosság hiányán keresztül. *Winterstein* egy észlelt esete kapcsán hasonlóképen magyarázza a pneumokephalus létrejöttét: esetében a kamra átfúródása is bekövetkezett, az agykamrák levegővel teltek meg. *Duken* és *v. Wodarz* szerint a trauma révén közvetlenül roncsolt agyrészek helyére a lágyulás és felszívódás után keletkezett üregbe később levegő jut. Eddig többször említettük a levegő bejutását a koponyaürbe, de annak pontos mechanismusáról nem szóltunk. Ismert physiologiai tény az, hogy a koponyaüri nyomás a fej előrehajlásánál növekszik, mivel a nyaki viszerek felé a burkok és az agyvelő viszereinek kiürülése akadályozott. Igy a trauma révén a koponyába bejutott levegő könnyen kipréselődik, viszont tüsszentésnél és köhögésnél az orr- és garatüregben a levegő nyomása nő: a nagyobb nyomású levegő kitérni csak a homloküreg, iköből, vagy a fülkürtön át a dobüreg felé, illetve a törésen keresztül a koponyaüreg felé tud. Ha a koponyaalapi törésnél ilyenek a viszonyok, pneumokephalus nem keletkezik. A pneumokephalusok néhány operált, illetve boncolt esetében mindig ugyanazt az előidéző okot találták: *Duken* egy, a repedés elé került vitrea lemezkét, *Dandy—E. Walter* egy kis duralebenyt, *Wolff* ugyancsak egy kis szelepszerűen működő csontszilánkot talált, mint a pneumokephalus okát. A szelep működése olyan volt, hogy levegő csak bejuthatott a koponyaürbe, de onnan nem távozhatott. Igen érdekes betege volt. *v. Wodarz*nak, aki fejlövést szenvedett el. Egy hónapi sima gyógyulás után előrehajlásnál sajátos zörejt, búgást hallott a fejében. Az eddig elmondottak alapján ezt a jelenséget azzal magyarázhatjuk, hogy a koponyában lévő levegő kiáramlásának útjában valami akadály lehetett, ez az akadály azonban nem zárhatta el teljesen a nyilást, így támadt a zörej.

A pnoumokephalus keletkezéséhez idő szükséges: rendesen 2—4 hét. Az ilyenkor minden előzmény nélkül meginduló liquorrhea tereli rá a figyelmet. A levegő gyülemek ugyanis agynyomási tüneteket rendesen nem okoznak, mert elpusztult s kiürült szövetek helyét foglalják el. Ezt a saját esetünkben is tapasztaltuk: a homloklebenyben lévő eléggé jelentékeny nagyságú léggyülem agynyomásos tüneteket sohasem okozott.

E helyen szeretnék röviden saját esetünk tárgyalására kitérni:

1930. VI. 11-én, reggel 10 órakor *Sz. J. 22 éves gyalogost* egy robogó személyautó elütötte. Eszméletlen állapotban, igen súlyos, egész testre kiterjedő görcsökkel hozták be osztályunkra. A részletes vizsgálatnál a koponyán, a homlok jobb felén, a szemgödri szél fölött, valamint ugyanazon oldali halántéktáj elülső felén impressiót és a csontok rendellenes mozgathatóságát találtuk jelentéktelen bőrsérülés mellett. A jobboldali alsó és felső szemhéj kékes-vörösen elszíneződött: kisfokú jobboldali exophthalmus és strabismus divergens. Mint két orrnyilást véralvadék tömeszelte el, liquorcsorgást nem észleltünk. Pulsus percenkint 56 ritmusos, mely negyedóra alatt 46-ra csökkent, miért is azonnal műtétet végeztünk *(Geber dr.)* Lebenyes metszéssel a jobb homlokpikkely és halánték elülső felét szabaddá tettük. A feltárás után láttuk a homlokcsonton a szemgödri széltől hátra-felfelé haladó, a sinus frontalis elülső falát megnyitó törésvonalat, mely lefelé a szemgödör tetején, hátrafelé a sinus frontalis hátsó-felső falát képező scala ant.-on futott tovább. Oldalrahaladva a törési vonal a homlok és halántékpikkelyen szétágazódott és több, környezetével csak csonthártya révén összefüggő, kissé az agyvelő felé benyomott csontlemezt határolt el. A kemény agyburkon a homloköböl hátsó falán végigfutó törési vonalnak megfelelően 3 cm hosszú folytonosság megszakítás volt, melyen keresztül a homloklebeny csúcsának mogyorónyi zúzott része véres pép formájában ürült. A kemény agyburok sebét meghosszabbítva az agyállományba behatolt több lamina vitrea szilánkot újjal eltávolítva a sebet per primam zártuk. A műtét után a pulsus 82. Öt napig a beteg igen nyugtalan és eszméletlen volt. Másodnaponkint, összesen háromszor lumbalpunctiót végeztünk: a liquor kissé véres és zavaros volt, de nem ürült nagy nyomással. A morphin-scopolamin injectiókra csak rövid időre nyugodott meg a beteg, táplálása csak per rectum történhetett. Naponta kapott öt napon keresztül glucovent i. v. (20 cm^3). Az ötödik napon hirtelen változás és gyors javulás állt be a beteg állapotában: a beteg megnyugodott, öntudatát visszanyerte. A műtéti seb p. p. gyógyult (VI. 20.), a sérülés után 14 nappal már fennjárt. A műtét után 33 nap mulva (VII. 13.) minden előzmény nélkül teljesen panaszmentes állapotban előrehajlásnál, fennjárásnál és jobb oldalra való fekvésnél a jobb orrnyilásból kezdetben sürübb, egy-két óra mulva ritkább cseppekben, a laboratórium által liquornak minősített kristálytiszta folyadék ürült. Fejfájás, szédülés és hányás sohasem előzte meg ezeket a liquorcsurgásos állapotokat, melyeket gyógyszeresen egyáltalában nem, fektetéssel is csak kis mértékben lehetett befolyásolni. A legnagyobb felfogott napi mennyiség 50 cm volt. (Eddig észlelt legnagyobb napi mennyiség 200 cm^3 volt) *(Manninger—C. William)*. További öt hét alatt fokozatosan csökkent a napi liquor mennyiség, míg végül a liquorcsorgás teljesen megszünt. (VIII. 25). Agynyomásos tünetek most sem jelentkeztek. Három nap mulva a liquorcsorgás újból megindult, de most már jóval kisebb intensitásban: a napi maximalis liquor mennyiség 2—3 cm^3 volt. X. hó 28-án a liquorcsorgás újból kimaradt és mai napig sem lépett fel újra. A beteg jelenleg panasz- és tünetmentes.

Peiper és *Laroyenne* szerint, ha koponyaalapi törésnél igen nagyfokú nyugtalanság és eszméletlenség jelentkezik és koponyaüri vérzés kizárható, — a mi esetünkben vérzést — a műtétnél nem találtunk, — akkor az utóbbi tüneteknek oka heveny traumás agyoedema, agyrázódás és agyzúzódás lehet. A mi esetünkben az agyburkok feszesek voltak a heveny agyvizenyőtől, emellett jelentékeny agyroncsolást is találtunk. *Jackson* ajánlotta ilyen esetekben az agynak erélyes dehydrálását 50%-os cukoroldatnak nagy mennyiségben (50—100 cm^3) való i. v.-ás alkalmazását duraincisio mellett *Maclaire—Aaron—Scott* ugyancsak duraincisiót végeznek, de dehydrálásra tömény $MgSO^4$ oldatot használnak per os és per rectum. Sok amerikai szerző csak lumbálpunctiót ajánl a koponyaüri nyomás csökkentésére. *(Munro, Macdonald, Moorhead, J. John Ruvertini, Francisco)*. A therapiánkban mi az amerikai szerzők előírását követtük.

Az irodalomban található esetek közül *Th. Eggerst* esete feltűnően hasonlatos a mienkével. Betege a jobb homlok és halánték depressios törését, a jobb homloköböl hátsó falát és a jobb oldali rostasejteket megnyitó koponyaalapi törést szenvedett el. Öt napig eszméletlen volt; 23 nap mulva liquorcsorgás a jobb orrlikból, ami 3 hét mulva megszünt, röntgen a homloklebenyben és az oldalsó kamrában levegőt mutatott. Igen nevezetes *Krogius Ali* esete, kinek betege jobb oldali homlok traumát szenvedett el. Két hónappal a sérülés után — teljesen tünetmentes időszak után — hirtelen erős fejfájás és láz kíséretében a jobb orrnyílásból liquorrhea indult meg. Röntgen a homloklebenyben két nagy ovális levegővel telt üreget mutatott. Műtétnél a homloklebenyben lágyulásos gócot, valamint mindkét oldalkamrával közlekedő levegőgyülemet és a rostacsonton végigfutó koponyaalapi törést talált. *Winterstein* esete nagy vonásokban hasonló. *Schloffer* betegének baloldali depressios homlokcsont törése volt, egyébként ugyanaz vonatkozik rá, mint ez eddig felsoroltakra. *Dandy—E. Walter* betegének jobboldali depressioshomlokcsonttörés után kifejlődött pneumokéle lobi frontalis külvilággal közlekedő nyílását műtét alkalmával megtalálták a homloköböl hátsó falának törésvonalában lévő dura sebben. Egy másik nyilása is volt a léggyülemnek, mely az azonos oldali oldalsókamra elülső szarvával közlekedett. *Siegmund, Duken* és *Wolff* esetei érdemelnek még említést hasonlóságuk miatt.

Ennek a ritka kórképnek tünettana meglehetősen szegény: a legjellemzőbb tünete a koponyatörés után

mindig hosszabb idő után fellépő liquorrhea, melynek ilyen módon való jelentkezése esetén *Winterstein* szerint pneumokephalusra kell gondolnunk. *Dandy* és *Walter* szerint minden koponyaalapi törés után fellépő, nem azonnal jelentkező és helyzetváltozástól függő liquorrhea pneumokephalusra gyanús. Másik nevezetes tünete a röntgenképen mutatkozó igen jellemző elváltozás. A pneumokephalus extracerebralis extraduralis röntgenen jól felismerhető, ugyanígy a subarachnoidealis formája is. Az első esetben ülő helyzetben végzett felvételen a koponyaboltozat alatt fogunk a levegőgyülem nagyságának megfelelő, igen világos foltot találni, mely helyzet változásnál, pl. hátrafekvésnél a homlok mögött fog mutatkozni. A subarachnoidealis pneumokephalus röntgen-felvételen finom világos vonalak szövedéke alakjában jelentkezik, mely a fej helyzetváltozását lassabban követi. Az intracerebralis léggyülemek legtöbbször a homlok-, halánték-, ritkábban a nyakszirt lebenyben fordulnak elő és mint tojás alakú, éles, határú világos képletek mutatkoznak. Ha a léggyülem az agykamrába is átfúródott, akkor a ventriculographiában jól ismert képeket kapjuk. A mi betegünknél a sérülés után néhány nappal végzett röntgen-felvételen kiterjedt koponyaboltozati és többszörös koponyaalapi törésen kívül egyebet nem láttunk. A liquorrhea megindulásakor végzett bitemporalis felvételen a homloklebenyben két tojás alakú, egymással közlekedő, éles határú világos foltot találtunk (lásd a Röntgen képet), melyek a liquorrhea csökkenésére megkisebbedtek és végül teljes megszűnésével többé nem voltak láthatók. A harmadik tünet a koponya megfelelő részének tympanikus kopogtatási hangja, amely azonban csak az extraduralis léggyülemeknél van meg.

A betegség kórjóslata változó. Az esetek egyharmada minden beavatkozás nélkül gyógyul. Ide főleg azok az esetek tartoznak, melyek nem szövődtek liquorrheával. A levegősipoly sarjszövettel elzáródik ilyen esetekben, a levegő pedig felszívódik *(Vogt)*. A liquorcsorgásos eseteknél a felhágó fertőzés révén az agyburkok gyulladásának veszedelme fenyeget. A szerzők itt különböző mortalitást állapítottak meg: *Winterstein* 25—40%, *Dandy* és *Walter* 90%-ot.

A gyógykezelés elsősorban conservativ: ágynyugalom, hogy a felüléssel és a fej előrehajtásával járó koponyaüri nyomásemelkedést elkerüljük. Láttuk a mi esetünkben is az ágynyugalomnak a liquorrheára gyakorolt jótékony befolyásoló képességét. Ha a liquorrhea nem csökkenne, akkor szóba jöhet a tulajdonképeni oki és radicalis gyógymód: a műtét, mely a liquorsipoly felkeresésében és annak megszüntetésében áll. Ezt egyszer a szelepszerűen működő vitrea szilánk eltávolításával, máskor kemény agyburki plasticaval érjük el. Nagy léggyülem esetében zsírpłombát is végeztek már *(Siegmund)*.

Az irodalomban 1929 végéig közölt pneumokephalusok száma 60, ebből 33 esik az extraduralis és subarachnoidealis léggyülemekre: ezek bennünket most nem érdekelnek. 27 a száma az intracerebralis pneumokéléknek, melyből 7 lejön az agykamrákba betört pneumokélék számára. Esetünk a műtét és röntgenkép tanúsága szerint pneumokéle intracerebralis (lobi frontalis), a 28-ik a világirodalomban. Közlésre érdemesnek találtuk azért is, mivel többszörös koponyaalapi és kiterjedt boltozati törésnél kis beavatkozással aránylag rövid idő alatt restitutio ad integrumot értünk el.

Irodalom: *V. Anton Wodarz:* Münch. M. W. 1915. 28. sz. 968 old. — *Krogius Ali:* Finska lakaresallskapets handlingar. 57 köt. 7 sz. 621—633 old. ref. — Zentralorgan. f. d. Chir. u. ire Grenzgebiete. 32 köt. 15. füz. 752 old. — *Krogius Ali:* Ref. Zbl. f. Chir. 53 évf. 12. sz. 1926. — *Krogius Ali:* Acta chir. Scandinavica. LX. évf. 5. 1926. — *H. Schloffer:* Archiv f. klin. Chir. CXXVII köt. 731—744 old. Festschrift f. W. Körte. 1923. ref. Zbl. f. Chir. 1924. 34. sz. — *Winterstein Oscar:* Archiv der klin. Chir. 159 köt. 3 füz. 1930. jun. — *Theodor Eggers:* Archiv f. klink Chir. 1927. 120 old. — *E. Wolff:* Arztlicherverein in Frankfurt a. Main. Ausserord. Sitzung. Von 9. März. 1924. Münch. M. W. Jg. 1924. 16. sz. 899. old. — *J. Duken:* Münch. M. W. 1915. 17. sz. 598. old. — *Dandy—E. Walter:* Archiv of surg. Baltimore. 12. köt. 5. sz. 949—982. old. 1926. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXV. köt. 10 füz. 486 old. — *Vogt:* Fortschritte auf dem Gebiete für röntgenstrahlen. XXXV. 3 füz. ref. Zbl. f. Chir. 1927. 34. sz. — *Fritz Demmer:* Zbl. f. Chir. 1928. 23. sz. — *Bethe—Bergmann:* Spez. Physiologie des Zentralnervensystems der Wirbeltiere. — *Plaut:* Normale u. path. Physiologie des liquor cerebrospinals. 1206 — 1222. old. — *Klessens J. J. H. M.:* Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk. 70 évf. 20 sz. 2998—2003. old. 1926. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXVI. köt. 6 füz. — *Peiper:* Zbl. f. Chir. 1929. 43. sz. — *Siegmund E.:* Deutsche Zeitscrft. f. Chir. 198. köt. 3—4 füz. 259—269 old. 1926. — *Macklaire—Aaron—Scott:* Ann. of surg. 83 köt. 6 sz. 731—759. 1926. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXV. köt. 10 füz. 486 old. — *Munro—Macdonald:* Boston med ass. surg. journ. 193 köt. 26 sz. 1187—1189. 1925. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXIV. 12 füz. — *Moorhead—John J.:* Newyork state journ. of. med. 25 köt. 7 sz. 313—319 old. 1925. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXII. köt. 7 füz. — *Connors—John Foz:* Ann of.surg. 81 köt. 5 sz. 901—905 old. 1925. ref. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXII. köt. 7 füz. — *Ruvertini—Francisco:* Annales de la fac. de med. Montevideo. 9 köt. 10 sz. 955—970 old. 1924. Zentralorg. f. d. g. Chir. XXXII. köt. 3 füz. — *Manninger—William C.:* Journ. of nerv. a. ment. dis. 60 köt. 2 sz. 144—160 old. 1924. ref. Zentralorg. f. d. g. XXX. köt. 6. füz. 1925. — *Naffziger—Howard C.:* Journ. of. the Americ. med. assoc. 82 köt. 22. sz. 1751—1752 old. 1924. ref. Zentralorg. f. d. g. XXX. köt.6 füz.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye. (Igazgató:: Poór Ferenc dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

A d'Amato-féle haemoklasiás-reactió és a Gouin-féle leukocyta-reactió syphilisnél.

Irta: *Varga Aladár* dr., klinikai gyakornok.

Míg *Widal* az általa haemoklasiás-krisisnek nevezett reactiót (H. R.) a májbetegségek diagnosticájában kívánta értékesíteni, addig elsőnek *Simon*, majd *Seidl, Ruasche, Pitinada, Matusovszky* és mások, a carcinoma felismerésében tulajdonítottak neki több-kevesebb fontosságot. A lues és latens lues kimutatására *L. d'Amato* ajánlotta elsőnek s számos szerző, mint a lues egyik érzékeny kórjelzőjéről emlékezik meg róla. Mások hasonlóképen specificusnak tartják a *Gouin* és társai által elnevezett leukocyta-reactiót ugyancsak a lues kórjelzésében.

Mindkét reactiónak számos dicsérője, de ellenzője is akadt. Igy *Fanton* a haemoklasiás-reactiót igen értékes eljárásnak tartja, amely antilueticus anyagok alkalmazásánál specificusan nyilvánul meg — amint az ő congenitalis luesben szenvedő betegeinél észlelte — s azon nehány esetnél, amelyet nem tudott ezek közé besorozni — vagyis a H. R. nemlueticusoknál is positiv eredményt adott — endogén dysfunctiót tételezett fel. *Laczka* 122 vizsgált terhes és gyermekágyas nőnél s habitualis abortusoknál serologiai negativitás mellett gyakran észlel positiv H. R.-ót, ami miatt ő érzékenyebb jelnek tekinti a W. R.-ónál. *Bossia* 27 vizsgált esetében (15 lueses, 12 nemlueses, de más betegségben szenvedő egyénnél) 1-szer negativ H. R.-ót észlel biztosan lueticus egyénnél és háromszor positiv eredményt nemluesesnél, bár ezek mindhárman májbetegségben szenvedők, s ő a H. R.-ót egy elég jól értékesíthető, de nem specificus jelnek minősíti. Hasonlóan nyilatkozik *Pisicane* is, aki nem egyszer florid syphilisnél sem észlelt H.-krisist s az ismeretes serodiagnosticai reactióknak jóval mögéje helyezi. *Mucci, Lanteri* vizsgálatai-

nál a H. R. a legnagyobb százalékban a biztosan nemlueses egyéneknél volt positiv, amely miatt ezen szerzők e próbát, mint a lues kórjelző eljárását, határozottan visszautasítják s tőle minden specificitást megtagadnak.

Gouin, Bienvenue, Daoulas, Peres rájöttek, hogy ha egészséges embernek intramuscularisan egészséges idegen, vagy sajátvért injiciálnak, az erre 2 óra mulva mindig leukopéniával válaszol, míg a lueticus hyperleukocytosist mutat mindig, függetlenül hogy idegen lueticus, saját (lueticus), vagy idegen, egészséges vért injiciáltak. Szerzők szerint ez az általuk „leukocytareactiónak" nevezett jel (L. R.) törvényszerű és a vérsejteken és nem a serumon alapul. Antilueticumok alkalmazásánál hasonló értékeket kaptak, mint a föntemlített vérrel próbált esetekben. Vizsgálataiknál a L. R. a W. R.-val haladt parallel, csakhogy már seronegativ primaeraffectiónál is positivnak bizonyult s olyan lues III. és lues latens eseteknél is, ahol a W. R. negativnak bizonyult, ez positiv volt. Bőresetek s három bőrtuberculosis is normalisan (leukopeniával) reagáltak. *Gouin* és társai 13 congenitalis luesnél, ahol sem a serumreactiók, sem a klinikai lelet támpontot a lues fennállására nem adott — positiv leukocytareactiót észleltek, miért is ők ezt a serodiagnosticai eljárásoknál jóval tökéletesebbnek tartják.

Ugyancsak ők észlelték, hogy a symphathicus röntgenbesugárzása, után két órával egészséges egyén részben hyper-, részben hypoleukocytosissal válaszol. Ugyanezt látjuk lueticusoknál is. Ha egészséges egyénnek besugárzott egészséges egyén vérét injiciáljuk, akkor az hasonlóan reagál hyper, illetve hypoleukocytosissal, aszerint, hogy a vértadó hyper-, vagy hypoleukocytosist mutatott. Ezzel szemben lueticusoknál saját, vagy idegen vérre, gyógyszeres injectiókra állandóan hyperleukocytosist észlelünk. Később *Gouin* és társai a L. R.-ót icterus catarrhalis hat esetében figyelték meg. Congenitalis vagy szerzett lues jelei kimutathatók nem voltak, W. r. az összesnél negativ. A hat eset közül kettőnél a L. R. és Meinicke negativ, a többieknél mindkét reactio positiv volt. Az icterus elmulása után a L. R.-ót megismételték két esetben, egyiknél negativ, másiknál positiv eredménnyel. Hogy ezt a positiv eredményt az icterus catarrhalisra vagy luesre vezethetjük-e vissza, szerzők ennek az eldöntését a további kísérletekre bízzák.

Blasio vizsgálataiban a két reactiót együttesen figyeli meg s összehasonlítva őket a következő eredményre jutott: „A d'Amato-f. haemoklasiás reactio és a *Gouin* és társai-f. leukocytareactio két, időben különböző fázisai ugyan a phenomaennek: a haemoklasiás shocknak". A leukopeniát fél órával az inj. után állandóbbnak észleli, mint a két óra multán bekövetkezett leukocytosist s ezért a d'Amato-f. r.-ót a Gouin-é fölé helyezi.

Vizsgálataimban a két reactiót akartam megfigyelni s azt: vajjon mi az oka, hogy ezen reactiókról a különböző szerzők olyan különbözően vélekednek s vajjon a syphilis diagnosisában tulajdoníthatunk nekik akkora szerepet, mint ahogyan azt egyesek állítják.

Vizsgálataimat az előírás szerint: reggel, még aznap nem étkezett betegeknél végeztem s egy fehérvérsejtszámolás után 0.15 esetleg 0.30 gr. neosalvarsant injiciáltam, majd 10, 20, 30 perc múlva és 2 órával az injectió beadása után ujólag fehérvérsejteket számoltam Buerker-rendszerű számlálókamrában. A reactiók positivitásának megállapításánál én is azt az elfogadott elvet követtem, hogy a vérsejtszámolásnál pár száz eltérés nem mérvadó, mivel ennyi mint technikai tévedés is előfordulhat s a leolvasásnál a következő mértéket tartottam szemelőtt: 6—800 gyengén positiv, kétes. 1000 positiv. 2000 erősen positiv. 3000, vagy azon felül igen erősen positiv.

Sorszám	Diagnosis	H. R.	L. R.	W. R.
	Luesesek			
1.	Lues I.	+	+	+
2.		+	+	+
3.	Lues II.	+	—	+
4.		—	+	+
5.	Lues III.	+	+	+
6.		+	+	+
7.		+	+	+
8.		+	+	+
9.	Lues latens.	—	—	—
10.		—	+	+
11.		+	—	+
12.		—	+	—
13.		—	+	—
14.		—	+	—
15.		—	±	±
16.	Lues sanata	—	+	—
	Lues-mentesek:			
17.	Tbc. papulonecrotica.	±	—	—
18.	Lupus vulgaris.	—	—	—
19.		—	+	—
20.		—	+	—
21.	Seborrhoea oleosa	—	+	—
22.	Psoriasis vulgaris	+	—	—
23.		—	+	—
24.	Ulcus molle.	—	—	—
25.	Gonorrhoea.	+	+	—

Betümagyarázat: H. R. = Haemoklasiás-reactio.
L. R. = Leukocyta-reactio.
W. R. = Wassermann-reactio.

A haemoklasiás-reactió és a leukocyta-reactió általánosságban parhuzamosan halad a Wassermann-reactióval. Teljesen megegyező positiv eredményt mutatnak a lues I. két, a lues III. négy esetében. Teljesen megegyező negativ eredményt mutatnak lues latens 2, tbc. papulonecrotica 1, lupus vulgaris 1, ulcus molle 1 esetében. Lues sanata 1 esetében a leukocyta-reactio erősen positiv volt akkor, amikor a W. R. évek óta úgy a vérben, mint a liquorban negativ eredményt adott s hasonlóképen positiv a leukocyta reactio lues latens 3 esetében, amikor a W. R. és H. R. negativok maradtak. Lues II. két és lues latens 2 esetében 1—1-szer a H. R., máskor a L. R. positiv, illetve negativ, amikor a W. R.-ók positivak voltak.

Nem egyezik a kapott eredmény lupus vulgaris 2, seborrhoea oleose 1, psoriasis vulgaris 2 esetében, amikor is negativ lueses anamnesis, klinikai lelet és W. R. mellett hol a H. R., hol a L. R. adott positiv eredményt. Vizsgált 1 gonorrhoea esetnél (puella publicanál), ahol a lues latenst supponáltuk, mindkét reactio positiv értéket mutatott, bár a W. R. erélyes provocatio után is negativ maradt.

Ha most már a két reactio közötti elsőséget, illetve a reactióknak a lues kórisméjében való használhatóbb voltát tekintjük, az esetek a következőképen oszlanak meg:

Positiv eredményt adott a H. R. lues 8 esetében akkor, amikor a W. R. is positiv volt, míg negativ W. R. mellett negativ volt a H. R. is lues latens és nem luesesek 13 esetében. Lues II. egy és lues latens 1 esetében negativ volt a W. R. positivitása mellett, míg psoriasis vulgaris és gonorrhoea 1—1 eseteiben positiv eredményt adott, amikor a W. R. ismételten negativ volt. Összegezve: a H. R. parallel haladt a W. R.-val, vagy annál érzékenyebb volt az esetek 84%-ában, míg 16%-ban azzal meg nem egyező eredményeket adott.

Positiv volt a L. R. lues 8 esetében, amikor a W. R. is positiv eredményeket adott és positiv volt lues latens

3 lues sanata 1 esetében, amikor a W. R. negativ volt, míg negativ W. R. mellett negativ volt a L. R. is lues latens és nem-luesesek 6 esetében. Lues II. egy, lues latens esetében negativ volt a W. R. positivitása mellett, míg lupus vulgaris 2, seborrhoea faciei 1, psoriasis vulgaris 1 és gonorrhoea 1 esetében positiv eredményeket adott, amikor a W. R.-ók negativak voltak. Összegezve: az L. R. parallel haladt a W. R.-val, vagy annál érzékenyebb volt az esetek 72%-ában, de nem megegyező, sőt hibás eredményeket adott 28%-ban.

A haemoklasiás-krisis (reactio) lényege — *Widal* szerint — az, hogy az egészséges máj a felvett fehérjeproduktumokat ártalmatlanná teszi, míg az insufficiens máj azokat átengedi. Az egészségesnél található vérnyomás emelkedés,fehérvérsejt megszaporodás és refractometricus emelkedéssel szemben, itt csökkenés következik be. *Widal* e jelenség okát a vér colloidalis egyensulyzavarában keresi, s a fvs. szám csökkenésén kívül — májbantalomnál — a véralvadás fokozódását látja.

Mások *(Berliner)* a reactiot a vegetativ idegrendszere állapotával s ennek a peptonokkal szembeni túlérzékenységével magyarázzák, az anaphylaxiás shocknál májvénagörcs jelenlétét tételezik fel, s ez okozná a fvsejtek egyenlőtlen elosztódását. *(Jagitz* u. *Spengler:* Klinik u. Therapie der Blutkrankheiten.) Ugyanezt előidézik diabetesnél 2—20 gr. cukor, idiosynkrasiánál minden, azt kiváltó anyag (fehérje, gyógyszer), vagotoniánál bőrizgalom vagy akár dermographismus is.

Schilling a reactiót az elosztódási leukocytosisokhoz sorolja, amint amely a fvs.-szám csökkenésének vagy szaporodásának csak látszatát kelti, akárcsak a myogén leukocytosis *(Grawitz)* kevés izommozgás után, az emésztési, állásnál és fekvésnél való ingadozásokkal együtt. Ezen physiologiás leukocytosisok a peripheriás és belső véredények közti megváltozott elosztódással magyarázhatók a vegetativ idegrendszer shock-hatása következtében. Hogy a luesnél mi a hämoklasiás reactio oka, erre *L. d'Amato* sem ad felvilágosítást, bár ő reactiot számos vizsgálatai alapján specificusnak tartja.

Összefoglalás:

1. A két reactio értéke a lues kórismézében a W. R. értékétől, éppen nem-specifitása miatt, távolál.

2. Nem fogadhatjuk el *d' Amato* s *Fanton* nézetét, akik a H. R.-ót luesnél specificusnak tartják, sem *Laczka* feltevését, mely szerint a H. R. a W. R.-nál érzékenyebb volna, de nem csatlakozunk azoknak a véleményéhez sem *(Mucci, Lanteri* stb.), akik a H. R.-ót a lues kórismézének felállításában teljesen visszautasítják.

3. Hasonlóképen nem egyeznek meg eredményeink *Gouin* és társai eredményeivel, akik viszont a L. R.-ót tartják tökéletesebbnek a serodiagnosticai eljárásoknál, de

4. megerősítjük *Blasio* nézetét, aki a H. R.-ót a L. R.-nál állandóbbnak tartja és jobban értékesíthető jelnek tekinti.

5. *A d' Amato-féle haemoklasiás* és a *Gouin-féle leukocyta-reactiók* értékéről határozott véleményt mondani ezen statisztika jó eredményei dacára sem lehetséges, amire számosabb és más irányú utánvizsgálatok szükségesek. Azonban azt látjuk, hogy az anamnesis és a klinikai tünetek pontos szemmeltartása mellett mint elég jó diagnosticai jelt tudjuk értékesíteni addig is, míg a serologiai reactiókat elvégezhetjük — amire épen egyszerű és könnyű kivitele miatt kiválóan alkalmas.

Irodalom: *D'Amato:* Rif. Med. 1927. 22. — *Renato de Blasio:* Anales de Derm. et Syphil. 1930. I. kt. 1015 o. — *Boccia:* Zentralbl. 33. kötet 393. o. — *Fanton:* La Clinica Pediatrica, 1928. 10. sz. — *J. Gouin, A. Bienvenue, P. Daoulas, M. Peres:* Bul. Soc. franc. de derm. et de syph. 1929. 1230. — *Gouin, Bienvenue et Daoulas:* Annales de derm et syph. 1930. 2. sz. — *Laczka:* Orvosképzés 1928. Kubinyi f. — *Lanteri:* Archiv. Ital. Derm. e. Sifil. 1929. 4. kt. 6. sz. — *Matusowszky:* Orvosképzés, 1927. Frigyesi f. — *Mucci:* Giorn. Ital. di Derm. e. Sifil. 1928. 3. sz. — *Pisicane:* Zentrbl. 34. 742. o. — *Widal, Abrami et Brissaud:* Presse Medicale 1920. et 1921.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye. (Igazgató: Bókay Zoltán dr., egy. ny. r. tanár.)

Ujabb adatok a noma faciei kezeléséhez.

Irta: *Vágó János* dr.

Az Orvosi Hetilap 1930. évi 26-ik számában már beszámoltam egy 6 éves kis leányról, akinél „noma" typhus abdominalis után lépett föl és aki spirocid és salvarsan kezelés után gyógyultan hagyta el klinikánkat. Röviden ismertetve az irodalmi adatokat a következőkben foglalhatom össze.

Egyes szerzők a noma keletkezésével kapcsolatban megemlítik *(Pfaundler)*, hogy pl. *Németország, Belgium, Norvégia* és általában az északi államok egyes vidékein igen gyakran látják e betegséget föllépni, amit az ottani vidék rendkívül ködös klimájával és nagyfokú levegő nedvességével magyaráznak. Ma már azonban tudjuk, hogy ez az elgondolás nem valószínű és a fönnebb említett momentumok nem is lényegesek, mivel újabb szerzők és véleményünk szerint is mindig van egy előrement, lezajlott akár heveny, vagy más fertőző megbetegedés, ami a kórelőzményből mindig és feltétlenül kimutatható. Tapasztalatunk szerint leggyakoribb a kanyaró, typhus abdominalis és ritkábban más fertőző betegségek után, amelyeknek kiállása következtében a szervezet annyira romlik, hogy a szájüregben lévő és normalis körülmények között nem pathogen bakterium és protozoon-flóra az amúgy is jelenlévő stomatitissel kapcsolatban a sérülékeny nyálkahártyán mint locus minoris resistentiaen a szövetek mélyébe hatolva pathogenné válik, virulentiájuk fokozódik, az elgyengült szervezet pedig ellenálló képességének hiányában védekezni nem tud, így súlyos pusztításokat, destructiókat hozva létre, produkálja a noma rendkívül ijjesztő, borzalmasnak mondható kórképét. Ritkán, de mint *Szontagh* is közli, endemiásan is föllép. Sőt veleszületett nomát is közöltek *(Benedict.)*. Érdekes megemlíteni még azt is, hogy egyes szerzők e megbetegedést leánygyermekeknél gyakrabban látják, mint fiúknál és ezt a megfigyelésüket statistikai adatokkal is igazolják, de okát nem magyarázzák meg.

Ami a betegség kezelését illeti, erre vonatkozólag az irodalmi adatokban igen nagy a változatosság. Kezdve a röntgen, a sebészi és a legváltozatosabb chemiai antisepticumokig mindent megkíséreltek. *Melzer* insulinnal kezelt és gyógyított meg nomát; a diabeteses gangrenáknál észlelhető jó eredmények alapján gondolt alkalmazására.

A mi esetünk egy négy éves kis fiúra vonatkozik, akinek rövid anamnesiséből kitűnik, hogy felvétele előtt három héttel tüdőgyulladása volt, majd utána kb. egy és fél hét mulva a bal arcfele dagadni kezdett, amely daganat behozataláig is állandóan növekszik s rendkívül fájdalmas. Állapota behozatalakor röviden a következő:

A rendkivül elesett betegnél, aki egyébként közepes fejlettségű volt, mindjárt szembetünik a bal arcfelének a duzzadtsága, valamint az ugyanazon oldali szemhéjjaké is, amelynek következtében a beteg bal szemét alig tudja kinyitni. A duzzadt arcfél bőre feszes, fénylő, tömött s meleg tapintatú, kékeslilásan áttünő. Az alsó és felsö ajkai szintén duzzadtak. A szájüreg megtekintésekor azt látjuk, hogy a nomás folyamat máris sulyos pusztításokat végzett, amennyiben a

felső fogsor a b.oldalon egészen a j.oldali felső szemfogig hiányzik, a fogmeder nyúlványok csonthártyájuktól megfosztva üresen tátonganak, szennyes-barnásan elszíneződöttek. A baloldali pofanyálkahártya és az alatti izom és zsírszövet piszkos-barnás színű, elhalt, cafatos szövettömeget képez, amely rendkívül mállékony és igen büzös. Az egyébként is súlyos beteg állapotát még inkább tetőzi a bal tüdő alsó lebenye fölött található bronchopneumoniás szövődménye, ezekhez társul kétoldali genyes otitis media. A máj kb. két és fél harántújjal ér a jobb bordaív alá. Lépe megnagyobbodott, jól tapintható. Szívhangok tompák, pulsusa igen szapora, könnyen elnyomható, percenként 160. A szájüregből vett mikroskopiai lelet a következő: igen sok vastagabb-vékonyabb fusiformis bacillus, vékony, kevés csavarulattal bíró spirochaeták, fonalas gombák, strepto és staphylococcusok nagymennyiségben.



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

Felvétele alkalmával rögtön megkezdjük a spirocid adagolást és pedig 7 napon keresztül naponta egy 0.25 grammos tablettát adunk per os, majd kétszer egy napi közzel 0.15 gramm! neosalvarsan injectiót kap intravenásan, azonkívül glyceribe oldunk spirocidot és salvarsat és ezzel ecseteljük a szájüreget. (A spirocid lugos közegben oldódik.) A kezelés második napján már látjuk, hogy a folyamat per longum nem terjed, illetve csak kifelé a bőralatti kötőszövet és bőr felé. A felvétele utáni ötödik napon a bal arcfélen a baloldali szájzug fölött kb. egy és fél cm-re az arc bőre két filléresnyi nagyságú területen elvékonyodik, sötét barnássá válik, majd a következő napon ugyanezen a helyen a folyamat át is tör. Naponta 3%-os H_2O_2 oldattal végezve a szájüreg kifecskendezését, az elhalt és fellazult szövet-cafatokat ollóval eltávolítva, a csupasz csonthártyától megfosztott baloldali maxilla processus zygomaticusát látjuk előtünni. A 9-ik napon a szájüreg teljesen tiszta, elhalt lágyrészektől mentes és helyenként már a pofa belső felületén friss sarjadzás indul meg annyira, hogy a perforált nyílás gyorsan szükül és a hegszövet képződés következtében tölcsérszerüen behúzódik. Pár nap mulva a fellazult és elhalt csontrészeket, nevezetesen a maxilla processus alveolarisát könnyen eltávolítjuk, (sequestrotomia), az eltávolított csont alatt élénk sarjadzást látunk és a két maradandó metszőfogbimbója a sarjszövetbe beágyazva tünik elő. A beteg láztalan, súlya gyarapszik, a folyamatot gyakorlatilag gyógyultnak mondhatjuk.

Therapiánkat és észleletünket a következőkben foglalhatjuk össze s ez már egyizben említett felfogásunkat csak megerősíteni látszik. Ugyanis a spirocid hatását mint „arsen" hatást fogjuk fel. Tudjuk, hogy a bőr nem különben a bőralatti kötőszövetben az arsen igen nagy mennyiségben halmozódik föl, különösen pedig az ép és kóros szövet határán s mint ilyen specificus mérge a nomát létrehozó protozoonoknak, azoknak szaporodását, szövetkárosító hatását megakadályozni — ellensúlyzni képes. Azonkívül ismeretes, hogy az arsen a legyengült szervezet roborálására is jó hatással van. Tehát a spirocid megokolásunk alapján nomás és egyéb hasonló gangrenás folyamatoknál, ahol a kórokozók fajtája azonos, amint második esetünkből is látjuk, eredménnyel használható.

Irodalom: *Benedict:* H. Archiv. f. Kh. 91. 105—108. 1930. — *Szontagh:* Monatschrift f. Kh. 23. köt. 1923. — *Melzer:* Deutsche Med. Wochenschrift 1929. — *Vágó:* Orvosi Hetilap 1930. 26. sz.

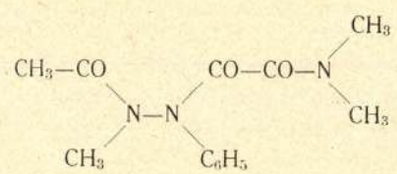
A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Kétly László dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Tapasztalatok a triamid-dal, egy új magyar antipyreticummal.

Irta: *Dusóczky Andor* dr., egyetemi gyakornok.

Nemrégiben a *Richter* gyár triamid néven oly új pyrazolon származékot hozott forgalomba, amely feleslegessé teszi a hasonló külföldi antipyreticus szerek használatát.

A pyramidon maga is rendszeres és tudatos hatásjavítási kísérletek eredménye. Előállítása annak a törekvésnek köszönhető, hogy phenyldimethylpyrazolon pharmakologiás tulajdonságai egy dimethylamino csoport behelyettesítésével fokoztassanak. További hatásfokozást jelentett az alapvegyület vízben való aránylag gyenge oldhatóságának növelése, amit hydroxyl-gyökök substituálása útján értek el. Két hydroxyl gyöknek az eredeti vegyülethez való additionálásával keletkezik a Triamid, melynek szerkezeti képlete a következő:



tehát lényegileg: α — acetyl — α — methyl — δ — dimethyloxamid — δ — phenil hydrazin.

E vegyület 0,25 g-os, 0.10 g-os tabletták formájában, valamint por alakjában kerül forgalomba. Vízben aránylag jól oldódik; 100 g. 37 C°-on telített oldat 32,56 g. triamidot tartalmaz, tehát oldhatósága lényegesen felülmulja a pyramidonét. Ép erre való tekintettel előre várható volt, hogy amennyiben a vegyület pharmakologiás jó tulajdonságait ily átalakítás után is megtartja, hatása gyorsabb felszívódása miatt hamarább és nagyobbfokban jelentkezik, mint a vízben aránylag kevésbé oldódó hasonló szereké. Toxicus hatása elhanyagolható, ártalmatlanságát állatkísérleteink igazolják. Négy kutyának testsúlykilogrammonként 0.5 g-ot adagolva, semmiféle mérgezési tünetet nem okozott. Ha ez adagokat az emberi testsúlyra átszámítjuk, oly nagy adagokat kapunk, amelyeknek therepiás alkalmazására még intenzív adagolásnál sem kerül sor (35—40 g. = 70—80, 0.5 g-os tabletta).

A triamid tabletták tapasztalatunk szerint gyomorpanaszokat nem okoznak, még akkor sem, ha azokat étkezéstől teljesen függetlenül pl. két óránként rendszere-

sen szedettük. Ize nem kellemetlen, ami bevételét megkönnyíti. Ha a tabblettákat szétrágjuk, gyengén keserny ízűek, egészben lenyelve ízük egyáltalán nem érezhető. Izzasztó hatása, ellentétben a salicylszármazékokkal, aránylag csekély.

Betegeinknél a triamid *fájdalomcsillapító* és *lázcsillapító* hatását tettük bírálat tárgyává.

A legkülönbözőbb eredetű fájdalmak 50 esetében közel 600 darab triamid tablettát használtunk fel. Egy adagra átlag 1—2 (o. 25 g-os) tablettát adagoltunk, szükség szerint az adagot két óránként megismételtük. A szer fájdalomcsillapító hatása igen kifejezett, rendszerint a bevétel után 20—30 perc mulva kezdődik s kb. 2—3 óra hosszat tart; ízületi fájdalmakat, izomfájdalmakat, különösen, ha azok influenzás eredetűek voltak, fejfájás, homloküreg gyulladásból származó fájdalmakat, foghúzás utáni fájdalmakat egyaránt jól szüntet. Kb. 30 neuralgiás esetnél is kipróbáltuk (főkép ischiasnál), összehasonlítva a klinikán használatos acitophosan tabl., kevert por (aspirin + phenacetin + amidopyrin aa 0.30 g.), kalmopyrin + melubrin stb. használatos analgeticumokkal és ennek kapcsán az eddig használatos fájdalomcsillapító szerekkel hatásbelileg egyenértékűnek, sokszor promptabb hatásúnak találtuk. Egyéb antipyretikumokkal vagy más gyógyszerekkel indifferens voltánál fogva változás nélkül keverhető. Fájdalomcsillapító hatásának erőssége valamivel felülmúlja a pyramidonét, ez úgy látszik vízben való nagyobb oldhatóságával függ össze, legalább is arra lehet következtetni abból, hogy azok a betegek, akiket pyramidonnal és triamiddal felváltva kezeltünk, rendszerint szívesebben vették a triamidot, mert szerintük a szer fájdalomcsillapító hatása *gyorsabban* jelentkezik. Megemlítésre méltó az az észlelésünk is, hogy ezen csoportba tartozó gyógyszerek hatásához hasonlóan a triamid is sajátságos kellemes megnyugvást, néha kifejezett euphoriát hoz létre. Ezen tulajdonsága folytán különösen alkalmas megnyugtató szerekkel, brommal és esetleg altatókkal együtt való rendelésre.

Lázcsillapító hatását főleg a gümőkór lázas szakaiban, valamint a typhus abdominális eseteknél tettük bírálat tárgyává. A typhusos pyramidon kurákra (37.5 C° felett két óránként 0.25 g. triamid) igen alkalmasnak bizonyult. Helyszűke miatt 1—2 typikus esetet csak röviden kívánok ismertetni:

Sz. F. 17 éves szabósegéd 1931. VIII. hó 11-én két hete tartó continuával került klinikai felvételre. A szék- és vizeletből ty-bacterium volt kitenyészhető. Ezelőtt két héttel állandó magas 39.7 C°-t meghaladó lázak, hígabb pépes széklet, testén elszórtan lencsényi pirosas kiütések (roseolák). A láz napi maximuma 39.5 C°. pyramidon kúrára (2 óránként 0.30 g.-ot adva) a hőmenet csökkentése csak 1°-nyira sikerül; ezzel szemben triamid kúrára (0.25 g.) a lázcsillapító hatás 1.5 C°, sőt olykor majdnem 2° sülyedést ér el. Emellett az izzadás a triamid alkalmazásánál kisebb mérvü, mint a pyramidonnál. A betegség negyedik hetében, a defervescaló hőmenet stádiumában a 38 C°-ot alig meghaladó hőmenetnél már 0.10 g. triamid is olymértékben hat, hogy a hőmenet csak subfebrilis. A három hetes lázas szak alatt, állandó adagolás dacára sem észleltünk zavaró mellékhatásokat.

F. S. 28 éves földmíves, előrehaladt kétoldali tüdőtbc-vel, 38.8 C°-ig emelkedő lázakkal állt észlelésünkben. Az eleinte bevezetett pyramidon kúrával szemben a triamid kúra annyiban látszott hatásosabbnak, hogy gyorsabban beálló és hosszabban tartó lázcsökkentést észleltünk. A lázgörbe sülyedése átlag 1.5 C°-nyi volt két óránkénti adagolás mellett.

Sch. F. 40 éves nyomdai segédmunkás, Endocarditis lenta kórképével 39 C° feletti intermittáló hőmenettel került felvételre. Két hét óta rázó-hidegekkel párosult lázas állapot, munka dyspnoe, szívdobogás, panaszokkal; állandó triamid kúra még a rázóhidegek utáni magas hőmérséklet emelkedéseknél, valamint az álandó magas lázaknál is jóhatásúnak bizonyult, amennyiben egész subfebrilitásig sikerült 0.25 g-os triamid adagolással kellő hőcsökkentést elérni.

Mint a fenti néhány eset mutatja, 0.25 g. triamid adagolására a hőmérséklet alászállása átlag 2°-ot tesz ki. Normális hőmérséket még aránylag nagy adagokban (8—10 tabletta) sem befolyásolja. Hatásmódja teljesen megfelel az antipyrin csoportba tartozó gyógyszerek hatásának. A lázcsillapítást aránylag csak kisfokú izzadás kíséri. Igazi indicatios területe éppen ezért a gümőkór lázas időszakai s általában minden oly megbetegedés, ahol nagyobbfokú izzadás nem kívánatos. Általában a lázcsillapodás sokkal kellemesebb módon érhető el, mint a salicyl származékokkal. A 0.25 g-os triamid tabletták lázcsilapító hatásának erőssége kb. aznoos a 0.30 g-os pyramidon tabletták hatásának erősségével.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Mi az oka az angina pectorisnak? *Kutschera.* (Wien, klin. Woch. 1931. 40. sz.)

Praktikusan két formáját lehet az angina pectorisnak megkülönböztetni. Az egyik a vérnyomás hirtelen emelkedésére bekövetkező és csökkenésére megszünő ú. n. ambulatoricus angina pectoris. A másik a megsemmisülés és halálfélelem érzésével járó nyugalmi állapotban is jelentkező roham ú. n. status anginosus. Kérdés, mi az oka az egyiknek és mi a másiknak? Az előbbi oka a hirtelen fellépő vérnyomásemelkedés, az aorta kezdeti részének merevsége következtében az ú. n. „Windkesselfunction" kiesése, illetve az a. coronaria kezdeti részének szükülete. A fájdalmat a szükült érterületeknek a hirtelen fellépő vérnyomásemelkedésre bekövetkező feszülése okozza. Hogy a hirtelen fellépő vérnyomásemelkedésnek milyen nagy szerepe van az a. p. roham kiváltásában, azt mutatja *Levine* ismert adrenalin kisérlete. Az adrenalin a vérnyomást a periferiás érrendszer szükítése által hirtelen emeli és így a. p. rohamot vált ki, jóllehet egyidejüleg az a. coronariákat tágítja. Tehát nem a spasmus, hanem az a. coronaria kezdeti részének túlfeszítése jöhet szóba, mint a roham kiváltó oka. A tartós formák ú. n. status anginosisok oka az a. coronariák elzáródása, melynek következménye kettős: egyik a megfelelő izomterület anaemiája következtében beálló szívizominsufficientia, másik az elzáródás feletti érrészlet pangásos feszülése okozta érfájdalom. Tehát végeredményben az a. p. rohamot, illetve az azzal járó intenziv fájdalmat az aorta vagy az a. coronaria kezdeti részének feszülése okozza.

Egedy Elemér dr.

Hämokalkulator. Számolóléc vérvizsgálatokhoz. *Nolte.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 171. köt. 6. f.)

Általa szerkesztett számolóléc részletes használati utasítását közli, mellyel a vérvizsgálatnál előforduló számítások gyorsan és pontosan végezhetők. A hämokalkulator nem más, mint egy logarithmusléc, a szükséges szorzás és osztás tehát logarithmusok összeadása, ill. kivonása által történik. A hämokalkulator még extrem esetekben (100.000-nél több fehér vérsejt, 500.000-nél kevesebb vörös vérsejt, 10% Hgb.) is használható. Kiszámolható vele a korrigalt Hgb. érték, a festési index és a fehérvérsejtek absolut száma.

Molnár István dr.

A vér összmennyiségének megszaporodása szívbajokban. *Nordmeyer.* (Dtsch. Arch. klin. Med. 171. köt. 5. f.)

Szívbajokban a keringő vér mennyisége megszaporodik. Szerző decompensalt szívbajban exitaltak összes vér mennyiségét tette vizsgálat tárgyává s e célból a szervek vastartalmát határozta meg. Feldolgozásra került a máj, lép, vese és izom. Decompensalt szívbajban meghalt egyének pangásos májában, ill. lépében a vastartalom 50—60%-al csökkent a normalis alá, sőt átlag nagyobb súly dacára e pangásos szervek összvastartalma is csökkent. Kisebb mértékben, de szintén csökken a vesék és izom százalékos vastartalma, de nagyfokú súlygyarapodás folytán előbbi szerv összvastartalma nem változik. Ha még hozzászámítjuk a szívben található vérmennyiséget is, úgy ennek kétszeresére való megszaporodását állapíthatjuk meg. Eseteinek felében a vörös csontvelő mennyisége szintén megnövekedett. Nem decompensalt szívbajban a szervek vastartalmát egy izben határozta meg: eltérést a normalistól nem talált. Míg egészséges májban és lépben a szervezetben thesaurált 1 gr. vas egy része mikroskop alatt mindig megtalálható, addig a cardialis decompensatio folytán pangásossá vált szervekben ezt sohasem sikerült kimutatnia. E tényből arra következtet, hogy ezen esetekben a vas Hgb.-képzésre lett felhasználva és decompensalt vitiu-

mokban nemcsak a keringő vér, hanem az összes vér mennyisége is megszaporodik. Az összes vér mennyiségének pontos meghatározása a szerző által követett módszerrel azonban nem sikerült. *Molnár István dr.*

Sebészet.

Sülyesszük-e az appendix csonkot appendectomiánál vagy nem? Prof. *Hortolomei.* Bukarest. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 38.)

Hivatkozik a francia *Martel* három esetére, akiknél a gyulladt és fellazult coecumfal perforatiója, ill. a varratok elégtelensége folytán a beteg peritonitisben elpusztult. 1921-ig ők is sülyesztették a csonkot minden appendectomiánál; mióta egy esetükben az elsülyesztett csonk helyén támadt abscessus következtében fellépett peritonitisben majdnem meghalt a beteg, — a csonk sülyesztését elvetették. Műtétkor úgy járnak el, hogy az appendixet közvetlenül a coecum szomszédságában előzetes zűzás után lekötik és a felett még egy ligaturát applikálnak és az appendixet cauterrel távolítják el. A nyálkahártya hamarosan egészen visszahúzódik a coecumba és a csonk serosa lemezei gyorsan összetapadnak, tehát baj nem származhatik. Különösen ajánlja ezt a módszert a subacut és acut casusoknál, ahol a serosa varrását illetőleg még rosszabbak a viszonyok. Más okból reoperálva a betegeket, azt találta, hogy azon esetekben, ahol nem sülyesztette a csonkot egy esetben sem talált összenövéseket, szemben a sülyesztett csonkú esetekkel, ahol egyiknél a coecumnak a falhoz tapadása és egy vékonybélkacs fixatiója okozott ileust. *Hortolomei* szerint semmi értelme sincs annak, hogy appendectomiából coecum műtétet csináljunk. Ajánlja a csonk sülyesztésének a mellőzését, mivel a műtétet egyszerűbbé, gyorsabbá teszi és megakadályozza a tályogképződést.

Guszich Aurél dr.

Szívechinococcus. *Vara—Lopez.* (Burgos. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 38.)

Fiatal, 21 éves nő került osztályára, aki négy hónap óta köhög és sternum mögötti fájdalmakról panaszkodik. Kopogtatáskor j. o elül az I—IV. bordaközben, hátul a IV—V-ik bordaközben tompulat, vérben erős eosinophilia. A rtg. felvételen a jobb mellkas félben a tüdőcsúcshoz közel homogén, éles szélű árnyékot talált; a szívárnyék, különösen a jobb pitvaré deformált, hasonlóképen kiszélesedett a bal kamráé is. Műtétkor — melyet két szakaszban végzett — a jobb felső tüdőlebenyben jól érezhető volt az echinococcus tömlő, mivel kiemelni nem tudta, catguttal kivarrta és drainálta. A beteg 24 óra mulva fokozódó légszomj és szívgyengeség tünetei közt meghalt. Sectiókor j. o. a mediastinum superiusban alma nagyságú echinococcus cystát találtak, mely a jobb felső tüdőlebennyel volt összefüggésben. A pericardiumon, a jobb és bal kamrában, aorta ascendensben is számos, több rekeszü cysta volt; az art. pulmonalisban és a jobb pitvarban 1—1 cysta, utóbbinak megnyilása okozta a beteg halálát.

Guszich Aurél dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az elektrohysterogramm. *Bode:* (Arch. f. Gyn., 146. 123. 1931.)

A vajudó méh actiós áramának registrálására az Edelmann-féle húros galvanometert használta. Az áramot két tün vezette, melyeket valamivel a köldöksík felett subcutan szúrt a börbe. Nem lehet elkerülni a szív actiós áramának egyidejü registrálását, ez azonban nem zavar, sőt ellenkezőleg azt bizonyitja, hogy a készülék hibátlanul müködik. A kisérleteket rendesen a tágulási szakban végezte ,mivel a kitolási szakban a vajudó nyugtalansága zavarólag hat. A felrajzolt actiós áram absolut értékét a fájás erősségével kapcsolatba hozni nem szabad, hasonlóképen nem hozható ezzel összefüggésbe a görbe magassága sem, mivel a húr kitérése egyéb körülménytől, így elsősorban a feszülés fokától is függ. A görbe a következő képet mutatja: lassú emelkedés után bizonyos — a fenti tényezőktől függő — magasságot ér el, azután egy darabig vizszintesen fut, majd lassan visszatér a kiindulási vonalhoz. Reméli, hogy a tehchnika javulásával a normalis és kóros méhösszehúzódások különböző finomabb részleteit is sikerül majd feltüntetni.

Bíró István dr.

A hat szakaszos mikrosedimentatio jelentősége a nőgyógyászatban. *Eufinger.* (Arch. f. Gynaek. 146. 261. 1931.)

A vörösvérsejtek sülyedését 100 mm-es pipettában 15 percenkint registrálta s a kapott értékeket görbével ábrázolta. Normalis esetekben a görbén csúcs látható, mely a sülyedés 5. szakaszára esik, a csúcs magassága 3 mm-nél nem nagyobb, a görbe csúcsának szöge kb. 140 fok. Ez a három tényező különböző körülmények között egymástól függetlenül változhat meg pl. terhesség alatt a csúcs a terhesség előrehaladtával emelkedik, mindinkább balra tolódik s a szög kisebb lesz. Igy a különböző normalis (terhesség, mestruatio) és kóros (gyulladás, rák) állapotoknál a vér kolloidstabilitásának megitélése sokkal pontosabb, mint az eddig szokásos sülyedési metodusokkal, ezért mint diagnosticus és prognosticus jel is sokkal használhatóbb.

Biró István dr.

Szemészet.

Normalis terhesek retinalis érrendszerében a terhesség utolsó hónapjaiban észlelhető functionalis elváltozásokról. *W. Kyrieleis* és *C. Schroeder,* Würzburg. (Archiv f. Augenheilk. 105. köt. 1. füz.)

A zsugorvese és eklampsia klinikai képében néhány hasonló vonás ismerhető fel, igy a retinán észlelhető elváltozásokban is. Zsugorveséjü beteg szemtükrözésekor, ha szövődményként nincs arteriosclerosis, a szemfenéken többékevésbbé kifejezetten egyformán szükült arteriákat találunk, amely állapot, ha változik, úgy rendszerint csak rosszabbodik. Eklampsiánál az arteria centralis ágai majd görcsösen összeszükülnek, majd peristalticus mozgást végezni látszanak, néha gyöngyfüzér vagy olvasószerü alakot vesznek fel, míg végül tetaniás állapotban úgyszólván megmerevednek. Amennyiben a terhességhez vesebaj nem társul, e tünetek a szülés után visszafejlődnek. A terhességgel való összefüggés tehát nyilvánvaló. Fenti elváltozások eklampsiánál szinte szabályszerü kisérőjelenségek. Szerzők 200 esetet vizsgáltak arra, hogy a retinalis ereken a terhesség utolsó idejében megfigyelhetők-e olyan elváltozások, amelyekből a szervezet functionalis zavaraira következtetni lehet, s ezek alakján az élettani folyamatok fokozódásából fejlődhetnek-e a kórossal határos, vagy éppen kóros állapotok. Az esetek 35%-ban azt találták, hogy a retinalis arteriák kisebb-nagyobb fokú tonicus megszükülése jelen van, ami az a. centr. ágain leginkább mindkét szemen észlelhető volt, néhány esetben csak az egyiken, sőt csak egyes érágakon volt kifejezett. Preeklamsia néhány esetében hasonló leletet találtak. Izzadmány, vérzés, látásromlás nem jelentkezett. A szemfenéki tünet vérnyomás emelkedéssel, a hydrops gravidarum következtében beálló súlygyarapodással, vagy mindkét tünettel együttesen jelentkezett, a szülés után rövid idővel visszafejlődött. Szerzők felvetik a kérdést, hogy ezen az úton követhetők volnának-e az átmenetek a csak abnormalistól a biztosan beteges reactióig a preeklampsiáig s kapcsolatosan az eklampsiáig, ahol az érrendszer viselkedésének fontos szerepe van. Szerintük a tanulmányozást a normalis esetekből kiindulólag kellene kezdeni, mert ezeknél a klinikai tünetek tömege a tisztán látást még nem zavarja.

Bendenritter Ferenc.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori postvaccinatiós encephalitisről. *V. Niederwieser* (Insbruck). (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 133. köt. 5—6. f.)

Szerző himlőoltás után fellépő két encephalitises gyermek liquorával végzett a vaccinavirus kimutatására irányuló vizsgálatokat.

Nyulak corneáját beoltotta higitott himlőnyirokkal, a betegek liquorával és phis. NaCl oldattal. Az első nyulaknál makro- és mikroscopice is positiv elvátozást kapott. A két utóbbi esetben is kapott makroscopice hasonló elváltozásokat, de ezeknél a histologiai vizsgálat csak Guarnieroid-testeket mutatott ki. Ezek a negativ eredmények azonban nem indokolják azt, hogy a postvaccinatiós encephalitis specificus voltának lehetőségeit tagadják.

Wollek Béla dr.

A gyermekkori postprimär tüdőtuberculosis klinikai alakjai. *J. Duken.* (Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde. 39. kötet 1931.)

Szerző 233 oldalas gondosan kidolgozott értékes munkájában a gyermekkori tüdőtuberculosis diagnostikai felosztásának és therapiájának tömör, a tudomány mai állásának megfelelő képét adja. Bevezetésében a primär infectio után fellépő és a szervezetet védő Pirquet-féle allergiás állapotot, majd a tüdő izolált primär tuberculosisát ismerteti. A primär góc legtöbb esetben a tüdőkben található és ott vagy gyógyul, vagy beolvad — cavernát képez — a környéki nyirokmirigyeket is bevonja és a vérpálya útján generalisálódhat. A primär tbc.-infectio diagnosisa igen nehéz, mert legtöbbször jellemző tünet nélkül zajlik le. A diagnosist elősegíti a tuberculin próba, a bőr tbc.-s elváltozásai (acut haemorrhagiás tbc. papulonecroticus-, kis papulás beszürődés, scrophuloderma, erythema indurativum Bazin, erythema nodosum stb.)

a vérkép vizsgálata, vérsejtsülyedés, köpetvizsgálat és főként a röntgen. A postprimär tüdőtbc. alakjai: 1. acut sajtos pneumonia, amely kezdetben a lobaris pneumoniához hasonló, de az alveolusokat destruáló és legfeljebb kötőszövetesen gyógyuló folyamat; 2. az acut általános miliaris tbc. megkülönböztetendő a Landouzy-féle typhobacillosistól ill. typhotuberculosistól, amely ennek egy enyhébb gyógyulási tendentiával bíró alakja; 3. a chron. miliaris tbc. az előbbihez hasonló, de lappangva kezdődő és csak hónapok alatt kifejlődő kórkép. Diagnosisa nehéz, gyakori complicatioja a mirigy, fül, csont, savós hártya tbc.; 4. a tüdő infiltratumok nem elsajtosodó alakjai és a perifocalis gyulladások, diagnosisuknál fontos a röntgenkép; 5. a tbc. s bronhitisek, amidőn a tüdő specif. folyamata ráterjed a bronchus nyálkahártyájára. Ide tartozik a sokkal súlyosabb bronchiolitis tbc. is; 6. a korai infiltratumok jellemző localisatios helye egy röntgennel ellenőrizhető kerek árnyék a kulcscsont alatt, amely hajlamos a cavernaképződésre; 7. a subprimaer gócos chron. tüdőtbc. amely a primär fertőzéses gócból fejlődik, közvetlenül, tehát oly időben, midőn még a szervezet nincs allergiás állapotban. 8. a chron. progrediáló cavernás tbc. inkább idősebb gyermekeknél található.

A therapiás részben az ottani, anyai ápolás mellett tör lándzsát az intézetivel szemben, különösen kisebb gyermekeknél, természetesen a socialis viszonyok figyelembe vételével. Éjjel-nappali szabadban való fektetés, bőséges sószegény étrend. Fénykezelés: Nap és quarzfény utóbbi csak latens és lázmentes stadiumban. Röntgen besugárzást nem ajánlja. A reconvalescens savó és saját vér kezelés hatása kétséges, jobb a transfusioé. Pneumothorax úgy diagnosticai (csúcscavernák, mint therapiai célból fontosak és ha nem járnak kellő hatással phrenicotomia, plastica ajánlatos. Tuberculin kezelés *Bessau* szerint jó eredménnyel kecsegtet, *Bier* a jód adagolást tartja fontosnak a tbc-s gócok szétesésének megátlására.

Lederer Emil dr.

Urologia.

A veseeredetű hidegtályogok diagnostikája. *A. Bekkermann.* (Journal d' Urologie Tome, XXXII. 1. sz.)

Szerző egy perforált tuberculotikus pyonophrisis által keletkezett hideg tályog esete kapcsán áttekintve az erre vonatkozó irodalmon a következő konkluzióra jut. A pyonephrosis tuberculosa rupturája következtében fellépő süllyedéses tályog a ritka szövődmények közé tartozik. Valamennyi medencetáji hideg tályog esetében elengedhetetlen a pontos röntgenfelvételek készítése. A therapia minden esetben sebészi. Tekintetbevéve az ilyen tályogok topographiáját, a közelfekvő fontos szerveket és az infectiót, a prognosist nem tekinthetjük biztatónak. *Török Sándor dr.*

Radicalis hólyagkiirtás technikája hólyagrák esetén. *B. Fey et H. Bompert.* (Journal d' Urologie Tome XXXII. 2. sz.)

Szerző hivatkozva *Beer* (New-York) igen kielégítő műtéti statisztikájára, hólyagrák esetében a teljes radicalis hólyagkiirtás mellett foglal állást. Bár a mütét után bekövetkező állandó vizeletcsurgás ellen ő sem tud hathatós eszközt, mégis alaptalannak tartja a sebészeknek e műtéttel való idegenkedését. Különösen ha az alábbiakban leírt műtéti eljárással a mbtéti mortalitást lényegesen csökkentjük. Nagy előnye e redicalis mütétnek, hogy a többi műtéttel szemben a recidiva veszélye sokkal kevésbbé fenyeget, előfeltétele azonban, hogy lehetőleg korai stadiumban hajtassék végre, még mielőtt ascendáló infectio fejlődhetett volna ki, azaz lehetőleg teljesen ép uretereket kell kivarrni, hogy a későbbi ascendáló pyelonefritist elkerülhessük.

Szerző a mütétet két ülésben hajtja végre. Első szak az ureterek kivarrása a hasfal két oldalára kb. a spina ant. sup. ok magasságában. A hólyagkiirást néhány héttel később eszközli, mihelyt az ureterszájadékok teljesen összenöttek a bőrrel. A bőrmetszés két harántujjal a symphysis felett történik és a két spina ant. felé divergál. A rectusok és a fascia harántirányú átmetszése után a hólyag leválasztásához fog. Ha nincs pericystitis és a tumor nem infiltrál a peritoneum felé, úgy az exstirpatio extraperitonealisan történhetik, ami az ideálisabb eset. Ilyenkor a hólyagot a peritoneumról lépésről-lépésre tompán választjuk le, anélkül, hogy a hashártyát megnyitnánk, egészen addig, amig a kismedencebeli extraperitonealisan fekvő hólyagrészre nem jutunk. Ha ez a mód a nagy összenövések miatt lehetetlen, úgy még mielőtt a hólyaghoz nyulnánk, megnyitjuk a peritoneumot és annak adhaerens részét a hólyagon hagyva a tapadó részt körül metszük, majd a keletkező hashártyasebet tovafutó varattal egyesítjük. Az igy teljesen extraperitonizált hólyagnak először a hátsó falát a prostatáig, majd az oldalsó falakat és végül a hólyag előrehúzása mellett az elülső falát választjuk le a kismedencéről, az urethrát elöl a prsotata alatt a p. membranaceán átvágva. A falak leválasztásánál természetesen a hólyaghoz futó ereket lekötjük és a hólyagot fixáló szalagokat élesen vágjuk át. A keletkező nagy üreg tamponálása után, a hasfalat a tampon mellett rétegesen zárjuk.

Török Sándor dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Vokalstudien. *V. Engelhardt* und *E. Gehrcka.* Eine akustisch-psychologische Experimentaluntersuchung über Vokale Worte und Sätze. (Verlag: Joh. Amb. Barth, Leipzig. Ára 4 M.)

Két kiváló kutató egy füzetbe gyüjtötte össze négy különböző helyen megjelent, akusztikai problémákat tárgyaló munkáját.

A következő problémákat vizsgálták:

I. Hangszóelmélet és mondatképzés.

Egy korong szélén kivágták a vizsgálandó hangok görbéit. A korongot gyors forgásba hozták és a szélét egy keskeny fénynyalábbal megvilágították. A korong csipkézett széle megszakította a fényt útjában és intenzitásában, amely ezen az úton egy *selen cellára* világított. Ha több fény érte a cellát, az több elektromos áramot bocsátott keresztül, kevesebb fényre, kevesebb áramot.

II. A combinálási képességet vizsgálták, a hangzók és összefüggő szöveg hallásakor.

III. Mennyiben függenek a hangzók az absolut hangmagasságtól.

E két utóbbi probléma vizsgálatára speciális hanglemezeket használtak.

IV. Egyszerü hangok vokális jellege.

Erre a célra egy leadóállomás szolgált, amelynek rezgései egy hangszóró útján váltak hallhatóvá.

Kutatásaink alapján a szerzők a következő alapvető eredményekre jutottak.

1. Öntudatunk a vokálisokat három lelki faktor útján fogja fel:

a) a részhangok abszolut hangmagasságainak,

b) a részhangok egymáshoz való relativ viszonya és a

c) hallott hangzók és a szöveg *összekombinálása* útján.

A legbiztosabban úgy fogjuk fel a vokálisokat, ha mindhárom tényező egyidejüleg hat, de akkor is megkülönböztetünk vokálist, ha csak *egyik* szerepel.

Az eredmények alapján a szerzők az eddigi vokál theóriákat megdöntöttnek tartják.

Nagyon érdekesek azok az eredmények, amelyeket az összehasonlító phonetica számára nyertek.

Emlősállatok hangját lemezre vették fel és igy gondosan megvizsgálták. Arra a meglepő eredményre jutottak, hogy ezek az „öshangok" nagy mennyiségü vokalist tartalmaztak, vagyis megkülönböztethetők voltak az emberi hangra jellemző *részhangok,* bár nem abban az absolut magasságban mint az embernél.

Az éneklő madarak lemezén ellenben nem találtak vokális jelleget; teljesen tiszta hangokat hallottak, legfeljebb ezek által összetett vokálishoz hasonló effectusra juottak.

A két kiváló tudós munkájának eredménye a legdicséröbb jelzönél is többet érdemel.

Dénes László dr.

Kochbuch für Tuberkulöse. *M.* és *A. Hermannsdorfer.* (4. bővített kiad. 154. old. I. A. Barth Leipzig, 1931. Ára: 6.75 márka.)

A *Hermannsdorfer* házaspár eddig három kiadást megért kis füzete: „Gyakorlati útmutatás tuberkulotikusok sómentes táplálására" immár „szakácskönyvvé" bövült. A 310 ételreceptből álló gyüjtemény közlése az S. H. G. étrenddel foglalkozó konyhavezetőkre határozott haszon, bár meggyőződésem, hogy a jóizü sózatlan koszt elkészitését könyvből megtanulni nem lehet. Az új kiadás legfontosabb tulajdonsága azonban nem az oldalszám emelkedése, hanem szerzők azon törekvése, hogy étrendösszeállításuk különállását a „Gerson-diaeta" néven ismert előirástól nyomatékosan hangsúlyozzák. A sószegénység, a vitaminok és az ásványi sók fokozott bevitele mindkettőnél közös, de amíg *Gerson* ma az állati fehérjéket eltörli, növényi nyerskosztot ád és főzelék meg gyümölcsnedveket böven itat, addig szerzők a folyadékfelvételt lehetőleg megszorítják és a hússal szemben eleinte tanúsított tartózkodásukat feladták. Étrendjük sózatlan, vegyes származású

táplálék, amelyben a fehérje-, zsír- és szénhydrattartalom úgy aránylik egymáshoz, mint 1.5:2.7:4.0. A phosphoros csukamájolaj és a mineralogen adása továbbra is megmarad.

Soós Aladár dr.

Budapesti Kir. Orvosegyesület december 12-i ülése.

Bemutatás:

Némai J.: *Gége nélküli beszéd.* 60 éves férfi; gégekiirtás carcinoma miatt *(Verebélyi* prof.) A sebgyógyulás után bemutató módszeres gyakorlással fejlesztette ki az álbeszédet, mely elég hangos és jól megérthető. A hangot a gyomor levegője szolgáltatja, melyet az illető előbb lenyel, a gyomorban némileg tartalékolja és aztán apró robbanások alakjában (mintegy ructusokat) felnyomja. Ezáltal a bárzsing felső szájadékában idővel álhangrés fejlődött ki: egy elülső és egy hátsó ajakkal, mely tükrözéssel látható durva rezgésekre alkalmas. E rezgések adják a hangot, helyesebben zörejt, melyből a szájüreg a beszédelemeket formálja. Hangsulyozza, hogy a mai technikával a gégekiirtás gyógyulás tekintetében kitünő eredményeket ér el. míg 30—40 év előtt igen rosszak voltak az eredmények.

Dénes L.: Az orr-gége-klinikán operált 34 gégekiirtás esetekből mutat be kettőt, egyet pedig *Pollatschek* tanár anyagából. A klinika eseteit *Lénárt* tanár operálta, mütét után a klinika fonetikai laboratóriumában kezelték azokat.Minden esetben tökéletes hang és beszédbeli eredményt értek el. Fontos tudni azt,, hogy a betegek nem nyelik a levegőt, hanem a légző mozgásoktól függetlenül beszívják azt. Legjobb eredményt az ú. n. pharynxhang adja. Ennél a pharynxban képződnek a pseudohangszalagok és a levegő reservoir az oesophagusban van. A beszéd hangos, szoba, sőt terem távolságra jól érthető. Három beteget bemutat. A betegek hangjukat modulálni is tudják, még telefonon is jól érthetők. Foglalkozásukat mindegyik tovább folytatja.

Némai J.: A hozzászólás ugyanazt a célt szolgálja, mint az ő bemutatása, népszerüvé és ismertté tenni a mütétet. Akár a bárzsing, akár a gyomor levegőjét használja a beteg hangképzésre, a levegő mindig a tápcsatornából jön és nem a légutakból. Rámutat arra a tényre, hogy ha az operált nem képes a hangképzést evvel a módszerrel elsajátítani, az rossz prognosisra vall, mert rendesen már infiltrált a tápcsatorna is.

Előadások:

1. **Kiss P.:** *Az electrocardiographia használhatósága a diphtheria prognosisának felállításánál.* 250 diphtheriás betegnél végzett vizsgálatok alapján tapasztalata, hogy a diphtheriás betegek prognosisa főleg attól függ, hogy a diphtheria-toxin mennyire károsította a szívet. A diphtheriás betegnél kétirányú prognosist kell felállítani: 1. a betegség közvetlen kimeneteléről kell véleményt adni, 2. meg kell ítélni azt, hogy a diphtheria-toxin károsította-e egyáltalán a szívet s a beteg mennyire tud majd a mindennapi élet követelményeinek eleget tenni anélkül, hogy a napi munka károsított szívre végzetes terhet ne róna; vagyis prognosist kell mondani a késői szívzavarok fellépésének lehetőségéről. Rámutat, hogy az electrocardiographia diphtheria eseteiben hogyan használható fel a betegség közvetlen kimenetelére vonatkozó prognosis felállításánál. Az electrocardiographiás felvételből csak akkor tudunk következtetni, amikor a szíven már igen nagy elváltozások vannak. Legtöbbször sorozatos felvételekre van szükség.

A diphtheriás betegek az electrocardiographiás prognosis szempontjából 4 csoportba oszthatók: 1. A klinikailag kedvezőtlen prognosist megerősíti az electrocardiographiás felvétel, 2. teljesen jó klinikai prognosissal ellentétesen az electrocardiographiás prognosis absolut kedvezőtlen. 3. A kedvezőtlen klinikai prognosis dacára az electrocardiographia alapján bizhatunk a beteg meggyógyulásában, 4. a klinikai és az electrocardiographiás prognosis kedvező. A második csoportnál az ép szívrészek rezervereje klinikailag compenzálja a betegrészek hiányos müködését és így a fennálló *„cachirozott dysfunctiót"*, ami a prognosis szempontjából döntő jelentőségü, csak az electrocardiographiás vizsgálat deríti fel. A harmadik csoportnál az electrocardiogramm rámutat arra, hogy a *Marfan* által „syndrom secondaire de la diphtérie maligne" néven összefoglalt klinikai tünetcomplexumot az ezen csoportba tartozó betegeknél nem a szív anatomiai elváltozásai okozzák, hanem azok oka talán az idegrendszer, a vegetativ beidegzés, a vasomotor rendszer anatomiai elváltozás nélküli functionalis zavarában keresendő, vagy ezen tünetek csak előjelei a kezdődő serumbetegségnek. Malignus diphtheria minden esetében a prognosis felállítása előtt fontosnak tartja az electrocardiographiás vizsgálat.

vitéz Gönczy I.: Beszámol azon elektrocardiographiai vizsgálat eredményéről, amelyeket régebben a III. sz. belklinikán *Györgyi Gézával* együtt diphtheriát kiállott 60 gyermeken végzett. Ezek közül nyolcnál, vagyis az esetek több mint 13%-ában mutatott ki moycardialis laesiót. Rámutat szívfunctionális vizsgálatok végzésének a szükségességére olyan gyermekeknél, akiknél fertőző betegségek után kóros elektrokardiogrammot kapunk. Ezeknek alapján indokolt lehet az ilyen egyének életmódjába, esetleg pályválasztásába beleavatkozni a manifest szív decompensatio idejének maximalis kitolása és az egyén munkaképességének lehető megóvása céljából.

Szirmay F.: 4 éves fiú esetéről referál, aki a betegség harmadik napján kapott nagy adag serumot. Két hét után fenyegető klinikai tünetek, ezek leküzdésére nagy dosis coffein és camfor. Má, lép duzzadt, hányás. Kérdéses volt, vajjon szívizomelfajulás, vagy serumbetegség van-e jelen, amit a vasomotoros és klinikai tünetekből nem lehetett eldönteni. Az elektrokardiogramm csak a 3. levezetésben mutatott csekély elváltozást. A betegség harmadik hetében ily lelet mellett a turbulens tünetek serumbetegség mellett szólnak, megfelelő therapia mellett javult és 8 nap mulva elhagyhatta a kórházat. Tapasztalat szerint a szívizgató szerek diphtheriánál nem befolyásolják mindig kedvezően a keringést, ép ezért serumbetegségnél epheritet és szőlőcukorinfusiót használnak.

Kiss P.: Diphtheriát kiállott gyermekek electrocardiographiás vizsgálatának különösen sportorvosi szempontból van nagy jelentősége. Az olyanoknál, akik diphtherián már keresztülestek s az electrocardiogrammjuk a normálistól eltérést mutat, a versenyszerü sportolást addig nem engedélyezné, amíg ez az eltérés megvan. Ha már egyszer megvolt, de közben talán eltünt electrocardiographiás eltérések a sportolás hatására megint megjelennek, egyszersmindenkorra eltiltandó a versenyszerű sportolás. A diphtheriás betegek nemspecifikus kezelésével sok visszaélés történik. Electrocardiogramm nélkül nehéz az egyes gyógyszerek közül a legmegfelelőbbet kiválasztani, de éppen ezért nem tanácsos coffeint, tonogent, cardiazolt, camphor készítményeket injiciálni a betegeknek előzetes electrocardiographiás vizsgálat nélkül. Ezen tachycardiásnak tetsző betegeknél a tachycardia oka igen sok esetben a szív hyperexcitabilitása, illetőleg a szív ereinek a diphtheria toxin okozta dilatatiója. Egy pár szerencsés esetből úgy látszik, hogy az intravenásan adott kis adagú digalennek dextrose oldattal való combinálása egyes esetekben jó eredményt adhat.

2. **Puhr L.:** *A vese Grawitz-féle daganatáról.* E daganat elkülönítése, definitiója még bizonytalan morphologiája, biologiája, histologenesise nem tisztázott, elnevezése helytelen (hypernephroma); besorozása mindezideig nem volt keresztülvihető. Makroskoposan a daganatot két csoportba osztja: 1. kénsárga fajtára, amely cavernosus haemangiomára emlékeztető részekkel sürün teleszórt és 2. göbös-acinosus, sárgásszürke alakra, melynek jellemző a porosus felépítése. A mikroskopos szerkezet egységes: üreges. Ez a szerkezet módosulhat. Egyrészt az üregek megtelve szaporodó, papillárisan buránzó, részben mobillá vált, desquamált daganatsejtekkel, solid képlet benyomását nyerjük, másrészt az üregek tágulnak s így angiomát utánzó képződmények jönnek létre. A solid és cystikus alak lényegében azonos. Vérzés szemben az eddigi felfogással, nincsen; a vér mindig az edényrendszerrel közeli vonatkozásban álló üregekben foglal helyet és utóbbiak élettani járulékát képezi. A daganatot biologiailag jellemzi a határtalan raktározó képesség. Ez három irányban nyilvánulhat: a sejt: 1. zsíranyagokat, 2. glykogent raktározhat és 3. haemoglobin metabolias tevékenységet fejthet ki. A zsíranyag (lipoid) glycogen és pigmenttartalom ugyanazon sejtben egyidejüleg is megfigyelhető. Ezt a nagyfokú biologiai activitást egyetlen szövetrendszer mondhatja csak magáénak: a reticuloendothel. *A Grawitz-daganatot a reticuloendothel blastomás megnyilvánulásaihoz sorozza.* Ezt bizonyítja a daganat morphologiáa (rés-, üregképzés, mobilisatio: histiocyták, a sejtek viszonya az érfalhoz, stb.) és biologiája. Foglalkozik a histogenesisre vonatkozó elméletek tarthatatlanságával. Utal arra, hogy a Grawitz-daganat feltünő megegyezést mutat a reticuloendothelnek előadó által ez év máus 2-án tartott előadásában ismertetett daganattypusaival. A daganat neve tkp. „reticuloendothelioma lipomatodes renis" volna; kegyeletből a *„Grawitz*-féle daganat" elnevezés megtartását ajánlja.

Zalka Ö.: A hypernephromákat nem tartja reticuloendothelialis eredetü daganatoknak, a morphologiai kép szerint egyes daganatok vagy daganatrészletek a mellékvese kéregállományának szövetéhez hasonlítanak, mások ismét csöves felépítésüek és helyenként emlékeztetnek a vese szöveti szerkezetére. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az adott daganat a mellékvese vagy vese szövetéből származna. A szöveti vizsgálat azonban egyáltalában nem értékesíthető a reticulo-

endothelialis eredet mellett, mert a vérrel telt daganatos csövek, valamint azon szöveti elváltozások, amelyeket az előadó felfogásának magyarázására ismertetett, a daganatos csövekbe történt vérzések és a daganatsejt nekrosisok eredménye gyanánt foghatók fel. Óriássejtek jelenléte nem bizonyít a reticuloendothelialis eredet mellett, mert pl. igen polymorph rákokban is találhatunk daganatos óriássejteket. A demonstrált óriássejtek nagy része különben is a stromában található idegentest óriássejteknek felelt meg. A biologiai érvek sem értékesíthetők szükségszerűen a reticuloendothelialis theoria mellett, mert raktározó képessége nemcsak a reticuloendothelialis sejteknek, de minden sejtnek van vagy legalább is lehet. Daganatsejtek raktározó képessége más daganatokban is észlelhető. A sarcomával való társulása a hypernephromának sem szól a reticuloendothelialis eredet mellett, különösen elszórt csirokból vagy szöveti fejlődési zavarok alapján, fejlődő daganatok, amilyen minden valószínűség mellett a hypernephroma is, nem ritkán mutatják a carcinosarcoma jól ismert szöveti képét. Az előadottak nem tudták meggyőzni, hogy a hypernephroma reticuloendothelialis eredetü daganat.

Puhr L.: *Zalka* hozzászólására megjegyzi, hogy a solidnak látszó daganatrészletek igen kiterjedtek lehetnek, de az üreges szerkezet mindig kimutatható. Az epulishoz hasonló cavernosus részek nem lehetnek secundear lágyulás, szétesés eredményei, mert ennek jeleit seholsem látjuk. Ahol tényleg lágyulásos üreg van jelen, ott viszont nincsen daganatsejtszegély, ill. valódi lumen. A vértömegek nem vérzések, mert mindig éles határúak, praeformált üregekben fekszenek s szétesés jeleit nem mutatják. A pigmentet activ sejttevékenység vonja ki a vérből (reticuloendothel-functio). A zsir a sejtekben fokozott activitás és nem necrobiosis jele. A mellékvesecsirszórási elmélet ellen elég a csöves csontok velőállományában leirt typusos Grawitz-daganatokra utalni. A hólyagos, vacuolás, habos sejtek, excentrikus maggal, nem specifikumai a mellékvesekéregnek, ezek a mindenütt jelen lehető lipoid-anyagokat raktározó reticuloendothel-sejtek (cholesterinphagocyták) általános typusai.

Közkórházi Orvostársulat november 25-i ülése.

Ehrlich O.: *A magzat sulyos égési sérülése, intézeten kivül, állitólag partus praecipitatus kapcsán.* A sérülés állitólag forró vizzel telt mosdóba történt szülés kapcsán jött létre, 27 éves primipara, 52 cm. hosszú, 3420 gr. sulyú, 36.5 cm. fejkerületü fiú magzatán. A III. fokú égési sebek az újszülött arcán, hátán és végtagjain keletkeztek. Ismerteti a rohamos szülést, melynek oka a normálisnál erősebb tolófájásokban és a lágy szülőutak csökkent ellentállásában keresendő. Megemliti a rohamos szülés kapcsán előálló komplikatiókat (collapsus, cervix-repedés, gát-, kisajksérülés, vérzés, koponyasérülés, köldökzsinórszakadás stb.). Röviden rámutat az eset törvényszéki jelentőségére és arra. hogy a klinikai észlelés milyen határig, illetőleg milyen mértékben áll a törvényszéki vizsgálat rendelkezésére.

Farkas K.: *Intraligamentáris myoma és méhenkivüli terhesség mütéti esete.* Sulyos belső vérzés tüneteivel a Szt. Margit közkórház nőgyógyászati osztályára haldokolva szállított, 33 éves, IV-szer terhes nő belső vizsgálatánál méhenkivüli terhesség mellett a Douglasban kemény resistentia tapintható, mely mütétnél retroflectált méh mellett, intraligamentáris myomának bizonyult. A myomagóc a méh cervicalis és corporális részében fejlődött és bedomborodva a méh üregébe, azt elborította és a tuba nyálkahártyáján talált chronikus gyulladással együtt oka lehetett a méhenkivüli terhesség létrejöttének. Tanulságos az eset klinikai és anatomiai szempontból, de főképen a terhességi ellenőrzés szempontjából, mert ha a beteg vérzésének kimaradásakor vizsgálatra jelentkezik, retroflectált méhe és az intraligamentarisan fejlődő myomagóca miatt mütétre kerül és evvel együtt természetesen a méhenkivüli terhesség is megoldatott volna.

Ormos É.: *Burkok és köldökzsinór ritkább rendellenességei.* Az ú. n. petemellékrészek sajátságos anatomiai elváltozásai, fejlődési rendellenességei és topographiai elhelyeződése az anyát és a magzatot is veszélyeztethetik. Négy esetet ismertet. Az elsőben a szülés alatt a placentáról körköresen leszakad a burok és ezzel együtt születik meg koponyafekvésben a magzat. Második esetében a rövid 38 cm-es centralis elhelyezkedésü köldökzsinórral szemben fekvő cotylédó rész szakad le, de már jóval a szülés előtt, mert a betapintás útján eltávolított cotylédóval összefüggő véralvadék szervülése állapitható meg. Mindkét esetben anya és magzat egészségesen távoztak. Harmadik esetében placenta praevia partialis mellett a rövidebb, 44 cm. hosszú köldökzsinór a placentának praeviás szélén tapad, ezáltal hosszúra és elölfekvővé lesz, a magzati koponya ezt comprimálva a magzat önmagát elöli. Negyedik esetében a szükmedence mellett a 110 cm. hosszú köldökzsinór elölfekvővé lesz, majd elöesik és a magzat elhal. Ha a vajudó előbb jelentkezik, magzata megmenthető lett volna. Hangsúlyozza a terhességi ellenőrzés jelentőségét.

Bud Gy.: *Ventrofixatio kapcsán eltávolitott carcinoidos appendix.* 24 éves nőbeteg, mobilis retroflexio uteri okozta panaszok miatt ventrofixatio céljából mütétre kerül. A féregnyujtvány végén bunkószerüen megvastagodott, serosája belövelt, eltávolítja. Az appendix belfelszínén, annak végén kisebb babnyi, a nyálkahártyán s szélesen ülő metszéslapján sárgás-szürke szinü és tejszerü kaparékot adó képet ül. Histologiai vizsgálatnál carcinoidnak bizonyul, fészkes elrendeződésü, köb és kerek alakú, kerek sejtmagvú, magoszlást és atypicitast nem mutató sejtekből áll. A féregnyujtvány-carcinoidok néha áttételi hajlamot mutatnak, azért nem tekinthetők teljesen közömbös megbetegedéseknek. A nőgyógyászati hasmütétek alkalmával mindig számolni kell más hasüri szervek, különösen a bélrendszer megbetegedéseivel és mütéti ellátásával, másrészt a mütétanyag feldolgozása gyakorlatilag is mindig jelentősnek bizonyul.

Bud Gy.: *A terhesség rendszeres ellenőrzésének értékéről.* A terhesgondozásnak már régebben kipróbált intézményei ismeretesek külföldön és itthon is. A szülőintézetek azonban csak az újabb időben vállalják magukra a terhes ellenőrzés nagy munkát igénylő, de az anyai és magzati halálozás lényeges csökkenését célzó feladatát. A terhes ellenőrzés nehéz feladat, hiszen ez úton tulajdonképen részben felelősséget vállalunk a szülés, illetőleg gyermekágyban történendőkért. Saját esetei kapcsán tárgyalja a kóros esetek intézethez kötött ellenőrzésének értékét, mert az ellenőrzés alatt feljegyzett megfigyelések és kezelések felhasználhatók a szülés alkalmával is. Az ellenőrzés ideje a terhesség elejétől a gyermekágyig tart. Meggyőző esetekkel támasztja alá a terhesség elején történő ellenőrzés horderejét a tüneteket nem okozó megbetegedések és rendellenességek felfedezése és kezelése révén (pl. fejlődési rendellenességek, daganatok, lues). Az ellenőrzés állandó (anamnesis) kevésbé változó (csontrendszer) és folyton változó (egész szervezet, genitáliák és pete, különböző megbetegedések) factorokból tevődik össze. Ezek összhangba hozatala a terhességi ellenőrzés alapja. Beszél a vizsgálatok számáról, azok kivitelének praktikus módjáról és minden reménye megvan, hogy az eddigi tapasztalatok szerint kielégítő eredményü 3.5 ezrelékes és 3.3 százalék érett magzatokra vonatkoztatott osztályos összhalálozását az ellenőrzés útján még javitani fogja, annál inkább, mert ennek túlnyomó többsége kint elhanyagolt (elhalt magzatú) esetekből származik. Kiemeli az ellenőrzés társadalmi jelentőségét, az orvos önvédelme szempontjából annak felvilágositó erejét. A régi classikus szüléskedés és a modern terhességi ellenőrzés elválaszthatatlanul összekapcsolt új szülészetté lesz, anélkül, hogy a szülészet alapelvét a várni tudás és kellő időben beavatkozni tudás elvét feladnánk. A bünös vetélések és a contraceptio idején legnagyobb feladatunk ezekkel szembeállítani egy új, terhességi ellenőrzéssel egybekapcsolt szülészetet.

Mansfeld O.: Osztályán is végzik a terhesek rendszeres ellenőrzését. A terhes nők többnyire a graviditas megállapítása céljából keresik fel az intézeteket, ezért velük az eredményt nem közlik, hanem csak akkor, amikor már a graviditást nem akadályozhatják meg. *Bud* statistikája szerint is a nők a graviditással kapcsolatos további sorsuk iránt nagy érdeklődést nem mutatnak, mert a harmadszor és negyedszer controllra jelentkezők száma csekély. A terhesség alatt fellépő sulyos fogból kiinduló sepsis esetét ismerteti áttételekkel a lépben és a vesékben. Attól tart, hogy az újabb rendelet, amelynek alapján csak a szegénységi bizonyítvánnyal vehetők fel ingyenes ápoltnak a szülőnők, mert a biztosító intézet terhére beutalás nélkül nem vehető fel, az óhajtott qualitásos szülések számát csökkenteni fogja.

Salacz P.: A jelen előadás is azt bizonyítja, hogy az eredményes anya- és csecsemővédelemnek nem a szülőágynál, hanem már a terhesség alatt kell kezdődnie. E tárgyról összefoglaló előadásban *Tóth* prof. számolt be mult év június 18-án tartott továbbképző előadásában. Az ő rendelkezésére a II. sz. női klinikán 1931. febr. 1. óta terhesek részére külön rendelést állitottak fel 1 év alatt 1324 terhes nő csaknem 4000 alkalommal jelentkezett. Ennek fontossága elvitathatatlan. A társadalomnak, szülőházaknak, államnak, orvosoknak össze kell fogniok, hogy a terhesvédelmet teljesen kiépítsék.

Bud Gy.: A terhességi ellenőrzés alatt a szervezet minden megbetegedésére tekintettel vagyunk. A szülészeti elméleti kutatások egyelőre még gyakorlatilag alig, vagy csak kis mértékben használhatók ki, úgy látszik azonban, a terhesek ellenőrzése a külföldi példák, de saját ta-

pasztalatai szerint is igen jelentős eredményre vezet az anyai, magzati halálozás és megbetegedés csökkentése révén. A régi terhes vizsgálatot nem lehet és nem szabad a mai terhes ellenőrzéssel összehasonlítani. Alig hiszi, hogy a külföldi, de a hazai intézetek terhes ellenőrzése a művi vetélések számát növelné.

Az Apponyi Poliklinika Orvosi karának október 28-i ülése.

Előadások:

Kemény E.: *A Read-féle formula gyakorlati használhatósága. Read* formulája, melynek segítségével a pulsusszámból (Psz) és a pulsusnyomásból (Pny) az alapanyagcsere értékére következtettetünk, a következő: (Psz 0.9 Pny. 0.683— 71.5 — alapanyagcsere %. 200 eset utánvizsgálása alapján megállapítható, hogy kb. 20% hibahatárérték mellett használható a formula. A Read-f. képlet bizonyos esetek kivételével (igen magas vérnyomás. szívdecompensatio) a gyakorlatban bevált. Segítségével a gyakran kivitetlen alapanyagcsere vizsgálatok helyett a diagnosist alátámaszthatjuk. Alapanyagcsere vizsgálattal párhuzamosan kiszámítva alkalmas a Read szám arra, hogy a meghatározás eredményét *a)* kiegészítse, *b)* alátámassza, *c)* esetleg hibáira figyelmeztessen. A Basedow-kór jódtherapiája alatt a lefolyás észlelésében pontos alapanyagcsere meghatározást pótolhatja, vagy ezek szüneteiben az észlelést pontosabbá teszi.

Weidlinger I.: *A gyomornedvintracután oltása után bekövetkezett reactióiról.* 170 betegnél történt, a sterilen éhgyomorral vett saját gyomornedv intracután beoltása. Controll oltásként elsősorban normalis állati májkivonat Bussonféle organlutein szerepeltek. Megfigyelés alapjául 24 órás késői reactiók szolgáltak. 65 biztosan lueses fertőzésen átesett egyén közül 49 (75.3%) erősen positiv, 55 nem lueses közül 48, (87.2%) negativ reactiót adott. Positiv luetin reactio minden esetében a gyomornedv reactio is positiv volt. Hasonlóképen positiv reactiót mutattak egyes chronicus fertőző megbetegedéseken (malária, dysenteria) átesett betegek. Különböző stadium tuberculosisban szenvedő negativan reagáltak. A reactio létrejöttében valószínüleg lipoid- és fehérje antitestek játszanak szerepet. 20 hyperacid jellegű gyomorpanaszokban szenvedő betegnél feltünően tartós, hónapokra terjedő és ismételt oltásra újból bekövetkező javulás mutatkozott minden gyógyszeres vagy diaetás kezelés nélkül. A vizsgálatok tovább folynak.

Bemutatások:

Zsingor B.: *Ritkább sebészi esetek.* 1. 24 órás appendicitisnél a féregnyulványban oxyurisokat és tenia mediocanellata proglottisokat találtak. 2. 40 órás appendicitis, peritonitis. A mütétnél a féregnyulvány vékonybél vastagságú phlegmonosus, perforálva nincs. Ürében mogyorónyi bélsárkő. A hasürben rozsdavörös izzadmány. Drainage, Douglas tályoggal gyógyult. 3. 70 éves férfi betegnél 1 hó óta fennálló icterus és nagyfokú lesoványodás. Diagnosis: choledohus elzáródás a papilla Vateri malignus daganat következtében. Mütétnél a pap. Vateri heges elzáródását találták. Négy nap után exitus. Sectio a duct. choledohus carcinomás polypusát mutatta ki. 4. 74 éves betegnél ileus miatt anus praeternaturalis iliacus. 10 óra mulva exitus. Sectio. Az elzáródást a vékonybél alsó szakaszában lévő diónyi kifekélyesedett lipoma okozta. 5. 44 éves nőbetegnél kétoldali Bassini. Mütétnél mindkét lig. rotumdum. daganatát találták. A j. o. tumort eltávolítva és szövettanilag megvizsgálva abban fibromás, myomás, adenomyomás részek voltak.

2. **Egyedi D. és Frankl S.:** *A Schramm (cystoskopiai) tünet diagnostikai értékelése ideggyógyászati szempontból.* (Kézirat nem érékezett).

Az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesület Orvosi Szakosztályának november 9-i ülése.

Bemutatás:

Orosz D.: *Tüdőtályog 9 éves gyermekben.* Bemutat egy 9 éves fiút tüdőtályoggal. A folyamat hidegrázással kapcsolatos intermittáló lázmenettel kezdődött, mely energikus antiseptikus kezelésre átmenetileg javult, majd újra fellobbant; kb. 4 heti betegeskedés után hirtelen megduzzadtak jobboldalt a paratrachealis mirigyek, majd a jobb felső tüdőlebenynek megfelelően napról-napra növekvő infiltratio lépett fel, mely nehány nap alatt ellágyult s ökölnyi üregnek adott helyet. A beteg rendkívül büzös, genyes, rubiginozus, szövettörmelékeket s vegyes bakteriumflórát tartalmazó köpete, az általános septikus-toxikus tünetek, valamint a rohamos terjedés a folyamat gangraenás jellegére, rosszindulatúságára utaltak. A beteg jelenleg a gyógyulás útján van, ami a tályog friss állapotában foganatosított mütéti beavatkozásnak (operálta: *Neuber* prof.) köszönhető.

Bokrétás A.: *Filariasis esete.* Nőbetegéről referál, aki lymphoid leukaemiában szenvedett. A vérképben azonban mikrofiláriákat is talált. A mikrofiláriák valószínüleg erős zsugorodás következtében az ismert mikrofilárianál rövidebbek. Egyébként az ismert mikrofiláriák közül a perstanshoz vagy az Ozzardihoz hasonlítanak leginkább. A filáriáknak a lymphoid rendszerrel való kapcsolatára mutat rá, amelynek következtében lehetséges, hogy esetében ez szerepet játszott a lymphoid leukaemia kifejlödésében is.

Entz B.: Véleménye szerint a bemutatott eset valóságos tropusi filariasis volt. Minthogy bizonyos vérparasitákat bizonyos szúnyogok terjesztenek, nem tartja valószínünek, hogy a nálunk előforduló culex pipiens volna a szóbanforgó mikrofiláriák átoltója. Lehet, hogy tartós déli szél, különösen erős sirokkó idesodor egyes szúnyogcsapatokat, ezek közül 1—2 inficiálhat. Tömegesebb megbetegedés nem fordul elö, mert az idesodródott szunyogok hamarosan elpusztulnak ,a tenyészésüknek meg nem felelő klimaviszonyok miatt. Nem zárható ki azonban, hogy a nálunk madarakban gyakori filáriasis esetleg emberre is pathogen lehet, bár az a körülmény, hogy a madarak hömérséke jóval magasabb, mint az emberé nem teszi valószínüvé, hogy ez lehetséges, mert a magas hömérséken élö filáriák esetleg alacsonyabb hömérséken nem élnek meg. Össze kellene hasonlítani a talált filáriákat a madarak mikrofiláriasisával és igy talán az azonosság megállapítható. Utal arra, hogy boldogult *Thanhoffer* észlelte Magyarországon az első filariasist, amennyiben egyik altisztjének vérében talált állítólag filáriákat. Állításainak igazolására *Fülleborn, Manson és Koch* észleleteire hivatkozik.

Előadás:

Jobst P.: *A bizol oligodynamiás hatásáról.* A bizol klinikájának rövid ismertetése után előadó röntgenképeken demonstrálja a bismuthdepot felszívódását, amely szerinte 4—5 hét alatt következik be. Majd a bismuthnak a vizeletben való kimutatására tér át és megállapítja, hogy abban ugyancsak négy hétig mutatható ki. Bakteriologiai és állatoltási kísérleteiből kitünik, hogy úgy a bizol, mint annak hatóanyaga gátolja, illetőleg elöli a bakteriumok fejlödését. Ezen képességet előadó a bismuth oligodynamiás hatásával magyarázza.

Vitéz Berde K.: Utal arra, hogy punctio útján végzett vizsgálatai szerint az olajban oldott, vagy suspendált bismuthsók felszívódása az izomszövet közül csak lassan, hosszú hetek alatt és steril, pseudoabscessusoknak tekinthető, reactio, gyulladásos termékek produkciója kíséretében történik meg. E reactio lázzal, vagy különösebb fájdalmassággal nem jár. Az újabb irodalom az injectiok után több évvel fellépő abscessusképződésekről is tesz említést.

A debreceni Orvosegyesület november 12-i ülése.

Bemutatás:

Markovits Gy.: *Kojewnikow-féle epilepsia.* 11 éves nőbeteget mutat be, akinél két hónap óta főleg baloldalra localisált, állandó, ticszerü, szabálytalan myocloniás rángások észlelhetök, melyek álomban sem szünetelnek. Főleg éjjel, vagy hajnalban Jackson jellegü epilepsiás rohamokat lehetett megfigyelni a betegnél, amelyek ketogen diaeta és sevenalett szedésére nem javultak. A *Benedek—Thurzó* által ajánlott levegöbe fúvást végezve úgy a myocloniás mozgások, mint az epilepsiás rohamok feltünö javulását, illetve teljes kimaradását lehetett észlelni.

Bakó S.: *Két agy echinococcus-tömlő* esetet mutat be. 1. Két éves leánygyermeknél a boncolás alkalmával a nagyagy baloldali haemispheriumában egy férfiökölnyi és egy diónyi elgenyedt echinococcus cystát észlelt. A cystatartalomban horgok már nem voltak kimutathatók, csupán a genyesen ellágyult membrana volt felismerhető. — 2. Középkorú egyén nagyagyának jobboldali féltekéjében férfiökölnél nagyobb tömlő találtatott, melyben sárga színü folyadékon kívül kisebb-nagyobb leányhólyagok feküdtek. A nagyobb leányhólyagokban feltünően sok scolex és horog foglalt helyet. Az esetek érdekességét az adja meg, hogy az agyban a tömlök kivételesen ilyen nagyra növekedtek meg.

Rencz A.: 82 éves beteg röntgenkezeléséről számol be. emlőben nőiökölnyi primaer daganat, mely úgy a bőrrel, mint az alappal összekapaszkodott, valamint kiterjedt clavicularis és axillaris metastasisok voltak. A betegnél a bemutató *Markó* szerinti erythematitrálást végzett, melyből kitünt, hogy a beteg erythemadosisa mintegy 900—1000 német R. egységnek felel meg. A betegnek másfél év alatt az emlőre, a clavicularis árkokra, valamint a hónaljra összesen 11550 R. egységet adagolt. A kiterjedt metastasisok 9 hónap mulva teljesen eltüntek és az emlődaganat is egyötödére zsugorodott. Jelenleg egy éve teljesen tünetmentes. Bemutatásával kapcsolatban a törtdosisok adagolása mellett foglal állást, nagyságát az individualis sugárérzékenységtől teszi függővé, melynek megállapítására kiválóan alkalmas a Markó-féle erythematitráló.

Udvardy L.: Bemutató eredményét nagyon szépnek találja, sajnos ugyanezt nem mondhatja el a belgyógyászati röntgen therapiás körben elért eredményeiről. A belgyógyászat körében carcinomás besugárzás nagyon ritkán fordul elő, leggyakoriabbak a lymphogranulomatosis, lymphosarcomatosis therapiás besugárzásai, itt azonban a legtöbb belgyógyászati röntgen therapiával foglalkozó szerzővel együtt az a tapasztalata, hogy az esetek legnagyobb részében végleges jó eredményeket igen ritkán látunk, legfeljebb hosszabb remissiókról lehet szó, végül is a legtöbb ilyen tumor a besugárzással szemben refracterré válik. Feltünő nagynak találja a bemutató által alkalmazott dosisok nagyságát és hangsúlyozza, hogy a modern therapiás eljárások különösen a francia iskola *(Goutarde)* az egészen kicsi, de sokszoros dosisok híve, amellett még a másodlagos sugárzást elősegítő anyagokat is alkalmaz (különböző szőlőcukoroldatok, nehéz fémsók, wismuthdiasporál.)

Ökrös S.: Jóllehet a gyógyult emlőrák klinikailag megállapított diagnosisához kétség alig férhet, mégis kivánatos volna a diagnosist kórszövettani vizsgálattal is megerősíteni; továbbá a gyógyulás időtartama alatt időközönként vett próbaexcindatumokat kórszövettanilag megvizsgálni a gyógyulás egyes fázisainak tudományos szempontból való tanulmányozása, illetve ellenőrzés végett.

Előadás:

Láng A.: *Gyógyitási törekvések rosszindulatú daganatoknál radiummal, különösen radium-sebészeti módszerekkel és azok eredményei.* Ismerteti a különböző szervek rákjánál követett radium-sebészeti eljárásait. Számsorba összefoglalva eredményei a következők: bőrrák 52 esetből 38 tünetmentes, epibulbaris-rák 3 esetből mind a három tünetmentes, egy könnytömlő-rák tünetmentes, orrüregi tumor 4 esetből 3 tünetmentes, ajak-rák 11 esetből 7 tünetmentes, felső állcsont 5-ből 0 tünetmentes, állkapocs-rák 3 esetből 2 tünetmentes, nyelvrák 32 esetből 15 tünetmentes, szájfenék 10 esetből 7 tünetmentes, pofarák, ha még a bőrre nem terjedt 12 esetből 5 tünetmentes, ellenben, ha már a bőrre is átterjedt 4 esetből 0 tünetmentes. Lágy szájpad-rák 5 esetből 3 tünetmentes, szájüregi rák nyaki mirigy metastasissal 10 esetből 2 tünetmentes, epypharinx-rák 2 esetből 0 tünetmentes, manduló-rák 5 esetéből 3 tünetmentes, parotis-rák 5 esetéből 2 tünetmentes, gége-rák 8 esetéből 2 tünetmentes, pajzsmirigy-rák 3 esetéből egy sincs tünetmentes, nyaki mirigy metastasis 12 esetből 1 tünetmentes, végbél 20 esetéből 1 tünetmentes, pénisrák 2 esetéből 1 tünetmentes és 12 vulva-rák közül 2 tünetmentes.

Az első cholerajárvány története és gyógymódja.

Irta: † *Bálint Nagy István dr.*

A járvány centennáriumára.
1831. jun. 2.—1931. jun. 2.

I. Az első cholerajárvány történeti áttekintése.

Az első cholerajárvány hirtelen lepte meg nemcsak Magyarországot, hanem az egész Európát. Valóságos „szellemi forradalmat" idézet elő az orvosok között, mint *Rigler*[1] professor, a cholerajárványok legalaposabb kutatója és ismerője írja. Az orvostudományt váratlanul találta a teljesen ismeretlen, egy pár Indiában járt orvos által zavarosan leírt betegség és érdekes figyelemmel kísérni, hogy az egész Európa, természetesen Magyarországot sem kivéve, miként hódol be a rendeleteken alapuló gyógymódnak és az idő rövidsége mennyire elhomályosítja a megfigyelésen, tapasztalatokon alapuló therapiát s mennyire rabja marad a magára hagyatott orvos a felburjánzó kuruzslók szereinek és a dicsőségre, hírnévre törekvő sarlatánok tanácsainak. Az első országos cholerajárvány gyógymódjának megértéséhez szükséges, hogy röviden a járvány lefolyásával is tisztában legyünk.

Magyarországon 1831-ben volt először cholerajárvány,[2], de Európának sem régóta vendége, ahol 1830 előtt még teljesen ismeretlen volt. Hazája Kelet-India azon mocsaras vidéke, melyen át a Ganges és Brahmaputra a tengerbe ömlésük előtt átfolynak. Innen terjedt el India majdnem minden vidékére és Ázsia különböző részeire, ahonnan 1823-ban pár hétre európai területre lépett át.[3] 1831-ben az egész Európán járványszerűen vonult végig. Kezdődöt 1830 nyarán Nyugat-Oroszországban, majd a lengyelek leigázása után az orosz hadsereg nyomán Galiciában lépett fel, ahonnan átterjedt Finnországba, Németországba, különösen nagy pusztításokat vitt végbe Szilézia, Ausztria, Magyarország, Törökország és Anglia lakosai között.

Magyarországba 1831-ben, a galiciai határszélen sószállító rutének hurcolták be Orosz-Lengyelországból,[4] ahol már 1830-ban megjelent. Más szerzők viszont beregmegyei oláh tutajosokat gyanusítanak meg a betegség terjesztésével,[5] a helytartótanács hivatalos jelentése szerint pedig máramarosi csajkások és szálasok (tutajosok) voltak a cholera behurcolói.[6]

---

[1] *Rigler Gusztáv:* A magyar orvosok véleménye és gyógyitásmódja az 1831-i (első) cholera alkalmával. O. H. 1911. évf..

[2] A cholera elnevezés igen régi, a görög *chole*-től származik, mely epét jelent. *Hippokrates* az ókor leghíresebb görög orvosa (Kr. e. 460) és *Celsus* (Aulus Cornelius) római orvos (Kr. u. 1. sz.) is használták már e kifejezést olyan kórkép megnevezésére, melynek jellegzetes tünete hasmenés, hányás, végtagok hidegsége és görcse volt. Nálunk is szokásos a nyári nasmeneses beteget kólikásnak, cholerásnak nevezni. A Kelet-Indiai cholerát *Bont Péter* hollandi orvos ismertette először De Medicina Indorum c. értekezésében (1631), majd utana *Lind Jakab* (1760) és *Klark John* (1773) angol orvosok, akik az indiai gyarmatokon tartózkodásuk alatt szereztek tapasztalataikat. *(Schuszter János:* A keletindiai cholera. *Bugát—Schedel:* Orvosi Tár. Pest. 1831. I. évf. *Haeser:* Lehrbuch der Geschichte der Medizin. Jena 1868. II. k. 793—864. l.)

[3] *Macpherson* szerint már 1817-ben volt Európában cholerajárvany. *(Macpherson—Velten:* Cholera in ihrer Heimat. Erlangen 1867. 18. l.. *Romberg* 1823 es 1829-iki rovid lejaratu europai jarvanyokról tesz emlitest. *Mering:* Belgy. tankonyve. 1. kotet.)

[4] *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan, II.

[5] *Keizner János:* Szeged története. III. k. 180. l.

[6] *Országos Levéltár:* (Choleralia). Helytartótanács 18161. Presidiales palatini 910., 929., 953., 957. ex 1831. Ezek szerint a cholera „az aeralis sószállító máramarosi cameralis csajkásoktól és szálasoktól ütött lakosainkra." Borsodvármegye felterjesztést tesz Ő felségéhez, hogy a „a máramarosi hibásokat büntesse meg és az egesz dolgot szorosan nyomoztassa ki." (Borsod vármegye leveltára 656/1831), amit a máramarosi Karok és Rendek igen zokon vesznek és Borsod vármegyéhez intézett „most már azon éppen nem atyafiságos és barátságos pennával irt" levelükben e tévedést eloszlatni igyekeznek, jóllehet sikertelenül, mert többszöri levélváltás után a borsodiak leszögezik, hogy „hogy Őfelségéhez intézett kérésük nem volt alaptalan, bizonyitja az epekórságban sürün hullott máramarosi cameralis csajkások és szálasoknak a Tisza partjain az országban legelől felhányott sirdombjai." Csanád vármegye lt. 2095/1831. fasc. XI., Borsod vármegye lt. 9229/1831. *Linzbauer:* Codex sanitario medicinalis Hungariae. Tom. III. Sect. IV. pag. 1—4.

A helytartótanács szerint az első cholerás beteget június 2-án Heves megyében észlelték, amelyet csakhamar követtek a többi vármegyék tömeges esetei, úgyhogy augusztus 5-én, tehát a járvány kitörésétől egy hónapra már 333 községből 11,987 megbetegedést jelentenek, amelyek közül 4876 halálos volt.[7] A nyolcmilliós lakosú országban nagyobb pusztítást vitt végbe a cholera, mint bármelyik háború. *Nyolc hónap alatt 536.517 ember kapta meg az új betegséget, akik közül 237.614, tehát a megbetegedettek 60 százaléka elpusztult.*[8] Átlagosan számítva a napi 2235 betegből ezer meghalt. A nyári hónapokban voltak olyan napok, hogy 5—6 ezer közül 3000—3500 elpusztult.[9]

A helytartótanács, melynek hatáskörébe tartozott az országos közegészségügy is,[10] mindent megtett, ámbár nem sok sikerrel, csakhogy az epemirigy[11] behurcolását megakadályozza. Már 1830. dec. 21-én „felsőbb parancsra, a birodalom minden divatos nyelvén" kiadja *Instruction*-ját, amely tulajdonképen a XVI—XVII. századbeli pestis rendeleteknek átírása,[12] amelyben ismerteti[13] a járványoknál szokásos óvintézkedéseket, a cholera behurcolásának megakadályozását, annak tüneteit, gyógymódját és kiegészíti az Oroszországba és Galiciába kiküldött járványorvosok tapasztalataival.[14].

A helytartótanács mindenkit ellát jótanácsokkal. Az egykori rendeletek óva intik a lakosságot a meghüléstől, a zárt levegőjű, nedves lakástól, testi és elmebeli megerőltetéstől, rossz eledeltől, mértékletlenségtől, a kedv elhomályosodástól, hiányos ruházattól, éretlen, nyers gyümölcs, dinnye, szőlő, uborka, zöld kukorica, kövér ételek, sózott halak, savanyú és szeszes italok mértéktelen fogyasztásától. Nyár ellenére lelkükre kötik a melegen való öltözködést,ajánlatos flanell ruhát hordani, legalábbis posztóköteléket kötni a hasra, este pedig az egész testet ecetbe mártott meleg, flanel ruhával bedörzsölni, írják az egykori rendeletek.

Az egészségügyi személyzetet: orvosokat, sebészeket, bábákat, borbélyokat és lelkészeket[15] a legnagyobb óvatosságra intik. Lehetőleg éhgyomorra ne dolgozzanak és ha már más nincs, úgy füszerszámot rágjanak, mint kálmust, gyömbért, violagyökeret, babért, fenyőmagot, narancshéjat, fehérborsót, kömént vagy ánist.[16] Mielőtt a beteg szobájába bemennének, ecettel mossák meg kezüket. A beteg leheletétől tartózkodjanak, mindenki tartson magánál egy kis palackocskában feloszlatott chlormeszet, vagy erős, habár füszeres ecetet, áztassák meg evvel orruk tájékát, vagy sűrűn szagoltassák ezt, szájukat pedig öblítsék ki gyakran higabbá tett ecettel, otkolonnal, vagy más akármi füszerezett vízzel, nehogy magukkal hurcolják e vészes kórt. Mielőtt ismét vészmentes házakba mennének, ruháikat, fehérneműjüket, fő- és lábbelieket is ideértvén, változtassák meg magukat ecettel, vagy mészanyzöldletvízzel (aqua chlorati calcis[17]) mossák le, levetett ruháikat füstöljék meg. Ugyanezen intézkedések vonatkoznak a lelkipásztorokra is, kiknek hasznos befolyására számot lehetne tartani, hogy az isteni gondviselésbe vetett bizalom gerjesztése által a lakosok szivét megnyugosztalják és erősítsék, mondja az egykori rendelet.

Fertőzött területekről a törvényhatóság határát csak 20—40 napi veszteglés után szabad átlépni, mely időt az utasok barmaikkal, portékájukkal együtt a veszteglő házakban (rastellum) töltik el. Megalakítják az „Egészségre ügyelő állandó kiküldöttség"-et, melynek feladata a rendeletek betartásának ellenőrzése, a helytartótanácsnak a betegség állapotáról való állandó informálása. Ahol orvos nincs, oda járványorvost küldenek, a gyógyszertárakat felszerelik a szükséges gyógyszerekkel, füvekkel, de különösen chlorménsszel, ahol pedig gyógyszerárus nincs, ott az orvost látják el medicamentumokkal. A galiciai határt

---

[7] A helytartótanács minden 4—5 napban, később másnaponként hivatalos jelentést adott ki a járvány országos állapotáról „Summarius Conspectus Jurisdictionum et Locorum, in quibus contagiosus Morbus erupit, cum numerica eo correptorum, ez hisque resanatorum, mortuorum vel sub cura manentium designatione, de dato... 1831." címmel, amelyeket úgy az *Országos Levéltár*, mint az egyes vármegyék levéltárai, valamint *Linzbauer* említett művében (Tom. III. Sect. IV—V.) összegyüjtöttek.

[8] Helytartótanács. Generalis Conspectus. 1832. szept. 4. *Linzbauer* i. m. Tom. III. Sect. IV. pag. 489.

[9] *Oláh Gyula:* Tanulmány a cholera gyógyitására vonatkozólag. Budapest, 1913. 5. l.

[10] *Rigler* az Orvosi Hetilap idézett évfolyamában közli a Commissio politico cameralis-militaris mixta személyzetét, melynek élén *József* főherceg és gróf *Pálffy Károly* kir. kincstárnok állottak. Az országos főorvos, helytartósági tanácsnok *Lenhossék Mihály* volt.

[11] Egykori okiratok és orvosi munkák különbözőképen nevezik a cholerát: *latinul* cholera morbus, ch. contagiosa, ch. orinetallis, ch. asiatica, ch. epidemica, ch. indica, ch. nostras seu europaea, ch. sporadica. *Németül:* Brechruhr. Morgenländische Brächruhr, die epidemische Brechruhr, Brechdurfall, Gallensucht, Brechkolik, die einheimische Cholera, Gallenruhr, Gallenfluss, ostindische Brechruhr, orientalische Brechruhr. *Magyarul:* epemirigy, kéklő bélgörcs, gyilkoló dögletesség, napkeleti ragadós epekórság, pestises cholera, keleti hányszékelés, görtsmirigy, stb. Hazájában Indiában *Macpherson* szerint „visutschika", „mordechin" a neve.

[12] *Saltzmann János,* előbb nagyszebeni, később Ferdinánd főherceg háziorvosa az 1510-ben lezajlott pestisjárvány alkalmával dolgozta ki az első „Infections-Ordnung"-ot. Ein nutzliche ordnung und regiment wider die Pestilenz (Wien, 1521), mely alapja az összes azóta megjelent járványrendeleteknek, így az 1552-es I. Ferdinánd, 1553-as bécsi orvosi kar, 1562-iki „Ordo Pestis"-nek, mely utóbbi már sokkal teljesebb.

[13] Ezen rendeleteket magyarul, németül közli *Linzbauer* i. m. Tom. III. Sect. III. pag. 435—507.

[14] Az oroszországi cholera tanulmányozására a helytartótanács 1830. november havában Bécsből kiküldi *Spausta Ferenc* törvényszéki, *Olexik Pál* kórházi és *Zhuber Antal* segédorvosokat, akiknek megfigyeléseiről és tapasztalatairól *Bugát Pál* számol be „A cholera Oroszországban hivatalos tudósítások szerint" c. Orvosi Tár. II. k. 1831. A pesti egyetem *Cziegler József* és *Verzár Emánuel* „dirigens orvosokat" küldi ki.

[15] A lelkészek még ebben az időben is rendszeresen foglalkoztak gyógyitással. L. *Bálint Nagy:* Kolerajárványok Csanád vármegyében. Budapest, 1928. 16., 46., 47., stb. l.

[16] Az oroszországi cholera tanulmányozására kiküldött dr. *Zhuber Antal* irja naplójában: „Védelmem a betegség ellen igen egyszerű volt: amennyire csak lehetett mértékletesen éltem, ámbár ez a körülmények által sokszor megzavartatik, torkig soha sem laktam jól, a' helyett inkább többször evém napjában éh gyomorral a beteghez vagy halotthoz soha sem mentem, ollykor 20, 30 csepp füszeres, keserű borlét kenyérre cseppegtetve vettem, mellyre belseimet mindenkor kellemesen felhevülni éreztem, gyakorta meleg füvespor ázatot (infusum theatum) egy kalánnyi borral ittam és melegen öltözködtem, orcámat és kezeimet mészanyzöldletes olvadékkal mosogattam, ezt többször szagolgattam, sőt gözét többször be is leheltem, halottbontás előtt kezeimet faolajjal dörgöltem be, s ekként fölfegyverkezve minden félelem és íjedség nélkül mentem, magokat a' legiszonyúbb dolgokat is hidegvérrel néztem. *(Bugát Pál:* A' cholera Oroszországban hivatalos tudósítások szerint. *Bugát—Schedel:* Orvosi Tár. II. k. Pest, 1931.)

[17] Ezek a bugáti kifejezések *Bugát Pál* (1793—1865) egyetemi tanártól származnak, aki az akadémia biztatására elhatározta, hogy kiírt nyelvünkből minden idegen származású szót. Mikor 1831-ben *Schedel (Toldy) Ferenc*cel megalapitotta az *Orvosi Tár*-t, szótárt kellett mellé szerkeszteni, hogy a latin és német szöveghez szokott orvosok megértsék az összefaragcsált magyar szöveget. *Bugát* az első cholerajárvány alatt királyi biztos volt *(Magyary-Kossa:* Bugát és a magyar orvosi nyelv. Orvosi Hetilap. 71. évf. *Bálint Nagy:* i. m. 17. l., *Bugát—Schedel:* Orvosi szókönyv, Pest, 1833., *Högyes:* Emlékkönyv. Budapest, 1896. 161. l.)

katonai kordonnal zárják el.[18] Az ország területére királyi biztost neveznek ki, akik miután elfoglalják székhelyüket, megalakítják a vármegyék cholerabizottságát, kinevezik a politikus biztosokat, beosztják az orvosokat, az országutakon, a főbb utak mentén felállítják a strázsákat, a városokban és falvakban veszteglőházakat, kolerakórházakat rendeznek be. Raktározzák a chlormeszet és a füstölésre való szereket.[19] Az egész ország a chlormész gőzében úszik, melyet felsőbb helyen a cholera legjobb ellenszerének tartanak. Minden ember zsebe tele van különféle óvszerekkel, amelyek közül a chlórmeszet és camphort sokan bűvszer gyanánt nyakukban hordozzák.[20] A szobákat, ruhákat, leveleket füstölgetik, az ércpénzt ecettel mosogatják, orvosoktól, kuruzslóktól ajánlott gyógyszereket, füveket, erős italokat, tincturákat, cseppeket halmoznak fel, hogy veszély esetén azokkal magukon segítsenek. A helytartótanács járványorvosnak alkalmaz mindenkit, aki az orvostudománynak legcsekélyebb ismeretével rendelkezik, mert az orvosoknak, mint járvány idején rendesen, szükében voltak.

Kordonnal zárják el a vármegyéket egymástól, amely már az ország határánál sikertelennek bizonyul. *Pulszky* és *Frankenberg*[21] gunyosan írják naplójukban, hogy a vesztegzárat a legnevetségesebb formában tartják be. Tilos az utazás és fuvarozás, egyik vármegyéből a másikba közlekedés.

Megbénítják a hirszolgálatot, feltartóztatják a postát, ha hivatalos levél érkezik a zárvonalhoz, a küldönc fogóval nyújtja át a vesztegzári parasztőrségnek, amely szintén fogóval adja át a cholerabiztosnak, aki árral keresztül lyukgatja, megfüstöli, sárgára pörköli, sokszor tenyérnyi darabokat kiéget belőle. Ezen procedura alatt a küldönc a földre terített szűrön együtt pipázgat az őrségi parasztokkal, de a sokszor olvashatatlanná pörkölt, illetőleg fertőtlenített levelet ismét fogóval veszi át a biztostól. Minden vármegye, minden hatóság másképen hajtja végre a rendeleteket, sőt akad nem egy, amely egyáltalán nem alkalmazkodik az utasításokhoz, sőt sok helyen a szolgabírák és járványorvosok elhagyják helyeiket, nem veszélyeztetik a saját és családjuk épségét.

A rémület napról-napra nő. Nappal a harangokat verik félre, este sötét alakok fekete, szurkos koporsókkal a temetőbe lopódznak, hogy szertartás nélkül titokban eltemessék a kórházban meghaltakat. Lázadások hire érkezik erről is, arról is. Fellázad a pórnép, az urakat, zsidókat, orvosokat gyanusítják a kutak megmérgezésével és a betegség terjesztésével.[22] Sok helyen véres zendülések törnek ki, mint Zemplén, Sáros, Szepes, Gömör vármegyékben. Pesten az egyetemi hallgatók lázonganak. Kassán az egyik túlbuzgó orvos bismuth porokat ad az egészségesnek is, ezzel óhajtja megelőzni a kolera kitörését. Természetesen ezek az emberek éppen úgy megkapják a betegséget. A tudatlan tótok, abban a hiszemben, hogy a kísérletező orvos szántszándékkal mérgezi meg a lakosságot, nyilt utcán agyonverik. Ehhez hasonló zendülések napirenden vannak. Sok orvos, szolgabíró, házaló zsidó, akiket az országúton ért a nép haragja, esnek áldozatul a nép tudatlanságának és haragjának.

Az ezideig ismeretlen cholera gyors elterjedése nagy zavart keltett a szegényes egészségügyi bernedezésű országban, amelyet még fokozott az, hogy *az orvosok sem voltak tisztában az idegen járvány tüneteivel és gyógykezelésével.* Eddig nagyobbrészt a pestis tizedelte az ország lakosságát, meg a kisebb járványos betegségektől eltekintve, mint a patéts, toroklob, stb. a morbus hungaricus.[23] A helytartótanács orvosi kara, amelynek élén a Lenhossék-dinastia őse, *Lenhossék Mihály* állott, a jó pár száz éves angol irodalomra és az orosz-lengyelországi rendeletekre, valamint a kiküldött, úgynevezett „dirigens orvosok" tapasztalataira volt utalva. Ezen járványorvosoknak nagy kalváriát kellett végigjárni, amíg valamihez hozzájuthattak, mert az orvosi közvéleményt egypár igen alacsony képzettségű, Galiciában működő orvos lelkiismeretlen és reklámszerű megfigyelésén alapuló therapiája irányította és fertőzte meg, az elhaltak boncolását pedig a lakosság a legtöbb helyen, ha kellett még erőszakkal is, megakadályozta. A helytartótanács sem tudta magát mentesíteni ezektől a bátran orvoskuruzslóknak nevezhető s csak hirnév után futkosó sarlatánoktól és már a járvány első napjaiban gyógymódjuk hasábos ismertetésével látta el az orvosokat, akik azután részben tájékozatlanságból, részben kényelemszeretetből az egész járvány alatt ehhez ragaszkodtak. Azt írja egyik megyei physicus a helytartótanácshoz beküldött *Relatio*-jában, „ahol a betegeket semmivel sem gyógyították, éppen oly arányban pusztultak, sőt kevésbbé, mint az ajánlott gyógymóddal kezeltek."[24] *Lenhossék* országos főorvos ugyanis 1831. márciusában rendeletet adott ki, mely szerint minden orvos köteles megfigyelését záros határidőn belül a helytartótanáccsal közölni, melyből a pesti egyetem orvosi kara a lezajlott járvány történetét fogja majd elkészíttetni. Az *Országos Levéltár*-ban össze vannak gyűjtve ezek a *Relatio*-k, melyeknek tudományos értékét elmosta ugyan az idő, ellenben orvostörténelmi, járványtani, művelődéstörténeti szempontból annál nagyobb értékkel bírnak. Ezekből a *Relatio*-kból bő áttekintést nyerhetünk az első országos cholerajárvány gyógymódjáról, arról a sok tévelygésről, szomszéd vármegyéktől kölcsönkért receptekről, papok és kuruzslók csodaszereiről, amelyekkel a beteget gyógyítani igyekeztek.

(Folytatjuk.)

---

[18] Valósággal strategiailag szállták meg a határokat. Pl. az árvai vonal mentére a Sándor cár gyalogezred, a Vág vonalára a Gyulay-ezred, a besztercebányai-barsi vonalon Bakonyi ezrede és a Wallmoden-tüzérség s innét le egészen a Dunáig a Nádor huszárok rendeltettek ki. V. ö. *Jurkovich Emil:* Besztercebánya egészségügye a multban. Népegészségügy. VIII. évf.

[19] A füstölés a fertőtlenítést pótolta. A leveleket a fiókstrázsa csiptetőfával, — mielőtt sokszor az olvashatatlanságig árral jól összelyukgatta —, sárgára füstölte, „pirította" s azután kézbesítették. Füstölésre különböző szereket használtak, népszerű volt fenyőfa-galyból, vagy ha ez nem volt kéznél, csontokból, marhakörmökből, szarvakból, börhulladékokból füstölőt előállítani, ezen állati hulladékok carbol tartalmú füstje jó desinficiens. *(Magyary-Kossa:* Közegészségügy a régi magyaroknál. Népegészségügy. II. évf.). Használták még a borókát, vagy ennek hiányában a fürészport, szurok, löpor, kén, dohány, tölgy, fenyö és egyéb fák zöld galyainak füstjét. Hivatalosan, a helytartótanács rendeletére. (Utasítás a ragadós pestises nyavalyáknál előforduló tisztítás módja felöl. D. 14, 151/183.) „a levegőég tisztítására gyenge melegség mellett elgőzölgetett borecetet" használtak, vagy ásványi füstölőket, mint a salétromsavas göz, sósavanygöz, chlorgöz, mészanyzöldletvíz göze (vapor chlorati calcis), „melynek tisztítják minden ártalmas összvegyüléstől a levegőt és elrontanak minden a beteg emberektől s állatoktól származó kigőzölgéseket, melyek ragadó métely foglalnak magukban." Ajánlja még füstölésre a helytartótanács (34092/1831) a következőt: „2 uncia (4 lat) konyhasó, fél uncia vasfényfoszlányoxyd és egy uncia víz, mely felkeverve meleg homokra öntendő." *Magyari-Kossa* szerint ez a Guiton—Morveau-féle füstölés (fumigatio chlori), amelynél konyhasó, conc. kénsav és manganhyperoxydatum összeöntéséből chlor fejlödik. *(Hager:* Handbuch der pharmazeutischen Praxis. Berlin. 1886. I. k. 878. l.)

[20] *G. Kátay:* Was müssen wier thun um die Calamität der Cholera zu mildern? Pest, 1866.

[21] *Pulszky Ferenc:* Életem és korom. Budapest, 1884. I. köt., *Frankenburg Adolf:* Emlékiratok. Budapest, 1868. I.

[22] *Balásházy János:* Az 1831-ik esztendő felsömagyarországi zendülések történeti leírása. Pest, 1832. *Lauschmann Gyula:* Adatok a magyarországi járványok történetéhez. Székesfehérvár, 1898.

[23] *Györy Tibor:* Morbus Hungaricus. Magyar Orvosi Archivum, VII. évf.

[24] „Sehol sem voltak olyan veszedelmesek az úgynevezett heroicus kurák, mint épen a choleránál, akik gyógyszerrel nem éltek, csak hideg vizet ittak, hamarább gyógyultak." *Rechnitz József:* A keleti cholera. *Bugát—Flór:* Orvosi Tár. Pest, 1848. 199. l.

VEGYES HÍREK

Előfizetőinket értesítjük, hogy a **legközelebbi 52 számunk** a karácsonyi ünnepekre való tekintettel csak **december 31-én** jelenik meg.

A pécsi orvosi kar hallgatóinak létszámát múlt számunkban tévesen közöltük, mert tévesen kaptuk. A dékán úr helyreigazítása szerint a rendes hallgatók létszáma 341, a rendkivülieké 2, az első éveseké 72.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december hó 19-én közgyülést tart. Ezt követően *Aujeszky Aladár:* Högyes Endre emlékezete címen az Igazgatótanács felkérésére tart előadást.

A gróf Apponyi Albert Poliklinika orvosai tudományos társulása dec. hó 23-án, d. u. ½7 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: Bemutatások: 1. *Szigeti Károly:* Magas lázzal járól gyógyult oralis sepsis. 2. *Hollós Lajos:* Bang infectio. 3. *Gózon J. Lajos:* Meningitissel társult enterococcus sepsis. Előadás. *Gózon J. Lajos:* Az emberi vér bacteriologiája.

Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége első tudományos ülését december hó 19-én, este ½9 órakor a Társadalmi Muzeum (VI., Eötvös -utca 3.) előadó termében tartja a következő napirenddel: Elnöki megnyitó: *Scholtz Kornél.* Előadás. *Borszéky Károly:* Időszerü kórházi problémák.

Az „Orvosképzés" hatodik rendes füzete megjelent, mely füzettel együtt az előfizetők két mellékletet kapnak: *„A felkarcsont törvényszéki orvostani jelentősége, különösen a személyazonosság megállapitása szempontjából* és *Szövettani adatok a gyomor sebészi megbetegedéseihez"* címen.

Az „Orvosképzés"-re 1932. január hó 1-től kizárólagosan a Királyi Magyar Egyetemi Nyomdánál, Budapest, VIII. Múzeum-körút 6—8. szám alatt, vagy a 37.473 számú postatakarékpénztári csekkszámla OK. jelzésü befizetési lapján lehet előfizetni.

A születések száma az utóbbi években a legkülönbözőbb államokban visszaesést mutat. Ugyanigy a távol keleten is. Erre utal Kaschmir maharadzsájának legújabb intézkedése, melynek értelmében minden újszölött gyermek apja 1 hektár földet kap jutalmul. A maharadzsa hirdetésekben figyelmezteti a lakósságot a gyermekhiány veszélyes következményeire.

A berlini orvostörténelmi intézetet ez év novemberében nyitották meg. Az intézet vezetője és alapitója prof. *Diepgen.*

Olaszországban a legujabb statisztika szerint a születések száma csökkent. Az élveszületettek száma 1000 lakosra számitva 7.2%-ról 6.9%-ra csökkent. Ezzel szemben a halálozások száma növekedett.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen december hó 12-én: *Golcer Jenö Gyula, Szabó Fesenc, Szántó Géza István, Tamáskó Gyula.* — Üdvözöljük az új Kartársakat!

Az Orvosi Évkönyv 1932. évi 42. évfolyamának *kérdőivei* már mind szétküldettek. Felhivjuk mindazon t. orvos urakat, kik kérdőivet bármely oknál fogva nem kaptak, vagy elvesztették, hogy egy példányt adataik pontos beiktatása érdekében levelezőlap vagy telefon útján mielőbb bekérjenek. *„Magyarország Orvosainak Évkönyve" szerkesztősége,* Budapest, VII., Kertész-u. 16. Telefon: József 406—47.

Magyarország fürdőinek, ásványvizeinek, üdülőhelyeinek ismertetése megjelent. Kapható a kiadóhivatalban átvéve 50 fillérért, postán küldve 65 fillérért, melyet postabélyegben is elfogadunk.

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

Soós Aladár: Étrendi előirások. III. bővitett kiad. sajtó alatt

Horváth Boldizsár: A gyakorló orvos orthopaediája 230 oldal, 110 ábra és 16 oldal mümelléklettel . . . 7.— P

Kunszt János: A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei, 215 oldal . . . . . 6.50 P helyett 5.50 P
Vászonba kötve (8 P h. 7.— P.)

Orsós Ferenc: Kórboncolás vezérfonala 86 oldal . . . . . 2.50 P helyett 2.— P

Az orvosi tudomány magyar mesterei. Kiadja a Markusovszky Társaság. 196 oldal . . . . . 4.— P helyett 3.50 P

A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvéttel való rendelésnél a portóköltséget is felszámitjuk.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Veropyron*-ról szóló prospektusát csatoltuk.

Sistomensin „Ciba"

Dysmenorrhoea és profus vérzések esetén legtöbbször 1-2 injekció elegendő néhány nappal a várt menstruáció előtt, hogy ez rendessé váljék

Ampullák 5 és 20 darabot tartalmazó dobozok · Tabletták Üvegek à 40 darab Kórházi csomagolás à 200 b.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel.
Magyarorsz. képv.: Jakitsch János, Budapest VI. Lehel utca 35

PÁLYÁZAT

A sziráki járás főszolgabirájától.
3990—1931. szám.

A kállói körorvosi állás betöltésére vonatkozó 3641—1931. sz. alatt f. évi november hó 26-án kiadott pályázati hirdetményemben a kérvények benyujtására 1931. évi december 15-ének déli 12 órájában megállapitott határidőt, 1931. évi december 31-ének déli 12 órájáig meghosszabbitom.

Szirák, 1931. évi december hó 8.

Főszolgabiró.

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1.
kórházi főorvos Telefon: Aut. 846—37.

Erősebben baktericid, nem hamisitható, gyártásban ellenőrzött, nem LYSOFORM műszernek nem mérges, bőrnek s ártalmas s ezért ideális antisepticum, az új szabadalom szerint készül.
Szab. szám 93189.

METALIX-FÉM röntgenlámpák röntgengépek
BARTA ÉS SZÉKELY R.-T., MÚZEUM-KÖRÚT 37. Telefon: Aut. 840—97

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

75. évfolyam. 52. szám. Budapest, 1931 december 31.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY AGOSTON

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC · ISSEKUTZ BÉLA · GORKA SÁNDOR · BELÁK SÁNDOR
VÁMOSSY ZOLTÁN · POÓR FERENC · REUTER KAMILLÓ · HÜTTL TIVADAR

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

A SEGÉDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKÁJÁNAK KÖNYVTÁRA

TARTALOM:

Guszman József: A világrahozott syphilis fogstigmái. (1219—1222. oldal.)

Szarvas András: A meteorologiai, lakás-, talajviszonyok és a tbc. az Alföldön. (1222—1224. oldal.)

Sipos Károly: A lupuscarcinoma okairól. (1224—1226. oldal.)

Dallos József: A szem melanosisáról két eset kapcsán. (1226—1227. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (203—206 oldal.)

Lapszemle: Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Fülgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Urologia. (1227—1229. oldal.)

Könyvismertetés: (1229—1230. oldal.)

Egyesületek ülésjegyzőkönyvei: (1230—1232. oldal.)

† **Bálint Nagy István:** Az első cholerajárvány története és gyógymódja. (1233—1235. oldal.)

Zemplényi Imre: Hozzászólás az 1931. évi Heine—Medin járvány kérdéséhez. (1235—1237. oldal.)

Horvát Mihály: Válasz Zemplényi Imre dr. kartárs úrnak. (1237—1238. oldal.)

Vegyes hírek: (1238. oldal és a borítólap III. oldalán.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Szent István közkórház bőrosztályának közleménye. (Főorvos: Guszman József dr., egyet. c. rk. tanár.)

A világrahozott syphilis fogstigmái.*

Irta: *Guszman József* dr.

A következőkben azokról az észlelésekről kívánok röviden beszámolni, melyeket a congenitalis syphilis folyamán létrejött fogstigmákon tehettem. Észleléseimet, melyek eddig 95 biztosan *congenitalis lueses egyénre vonatkoznak*, a mellékelt táblán 30 eredeti fölvétellel kívánom demonstrálni. Kiemelem, hogy e rövid közlés keretén belül csak a második fogzás metszőfogaira fogok főként kiterjeszkedni, mert ezeken a képleteken észlelhetők leginkább és legmeggyőzőbben az egyes jellemző elváltozások, amelyeknek persze különböző a diagnosticus jelentősége és értéke.

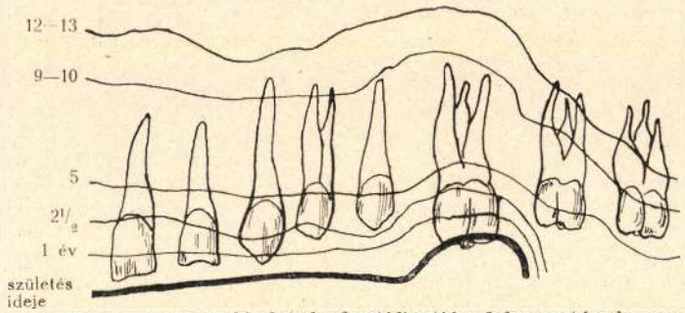
Ezt az aránylag igen nagy anyagomat 10 év óta gyűjtöm s hogy most az abból leszűrt tapasztalásomat közlöm, teszem azért, mert a kifejezett cong. lueses fogstigmák egyre ritkábbá válnak — hála a lueses gravidák erélyesebb és gyakoribb antisyphilises kezelésének — s így azok hova-tovább egyre kevésbbé lesznek ismertek az orvosok nagyrésze előtt. Pedig *valódi stigmáról*, tehát maradó bélyegzettségről van itt szó, ami más cong. lueses természetű elváltozástól, mely esetleg teljesen elmulhat (pl. keratitis parenchym.) lényegesen különbözik. De másfelől azért is tartom szükségesnek, hogy szóba hozzam és mérlegelés tárgyává tegyem a syphilises fogstigmák jelentőségét, mert általában szinte hihetetlen tájékozatlanság és zürzavar uralkodik a világrahozott lues folyamán található dystrophiás fogak megítélésében.

A második fogazatnak elég nagyszámú abnormitását, *dystrophiáját* tekintik a cong. syphilisre nézve *gyanújelnek, illetőleg jellemzőnek*. Ezek a dystrophiák természetesen az egyes szerzők szemében különböző jelentőségűek. Én a következő csoportosításban rendezem azokat: 1. A II. *fogzás elkésve* következik be. 2. *Mikrodontismus*. 3. Bizonyos fogcsoportok, főként az *oldalsó metszőfogak hiánya*. 4. *Dystrophiás fogkoronák*. Ide tartoznak elsősorban az ú. n. *fogerosiók* (hibás elnevezés; helyesebben *hypoplasiák*) fölötte nagyszámú variatiói (csúcs-laperosiók, apró kerek erosiók, „lépcsős-fog", „szegfűszeg-fog", stb.), melyek mind *systemásan*, az egyes fogcsoportoknak megfelelő dentificatiós időpontja szerint mutatkoznak. 5. A fogak *rágó fölszínének atrophiája*, ami elsősorban az I. zápfogra áll. Ezt az utóbbi tünetet számos szerző több mint gyanújelnek tekinti. Meg kell azonban jegyeznem, hogy pl. *Buschke* és *Langer* is a molaris fogakon levő elváltozásokat, mint a cong. luesre jellemző stigmákat elveti. 6. *Hibás állású fogazat*, így ferde tengelyű (egymással pl. convergáló metszőfogtengelyek) és csavarosan elhelyezett fogak. 7. Az ú. n. *amorph-fogak*, pl. az ú. n. „halfog" (háromszögletű, hegyes, mint a cápáé). Végül 8. az ú. n. *Hutchinson-fog*, melynek egyik alakja az *A. és E. Fournier-féle csavarhúzó-fog*. (L. a műmelléklet ábráit.)

Tudjuk, hogy a fog csak a dentificatiós folyamat, a mészlerakodás ténye által válik igazi foggá. Már most *mindezek az említett difformitások és dystrophiák a hibás vagy hiányos dentificatio eredményei*. Az ok mindenkor a fognak ezidőben súlyos táplálkozási zavara. Persze nem valamennyi, sőt a legtöbb fogdystrophia nem jellemző egyedül congen. luesre s így csak *gyanújelnek* tekinthető. A hibás dentificatio addig tart, ameddig s súlyos zavar fenn áll. Tekintve, hogy a dentificatio, vagyis a meszesedés folyamata az egyes fogcsoportokon bizonyos chronologicus sorrendben megy végbe, nyilvánvaló, hogy a difformitás helyéből, kiterjedéséből (rágófelszín, avagy a koronalapjának egész vagy csak bizonyos része) és a fogcsoport minőségéből megállapítható, hogy a súlyos zavar, mely időben támadta meg a csecsemőkorban a képződő állandó fogakot. Hiszen eléggé ismerjük az egyes fogcsoportok dentificatiójának megindulási és végbemeneteli idejét, bár ki kell emelnünk, hogy az időbeli adatok az egyes szerzők szerint még eltérők. *Befejezett dentificatio után az általános táplálkozási zavarok dystrophiá-*

* Előadatott az 1931.-i I. Magyar Orvosi Nagyhét keretén belül a Magyar Dermatologiai Társulat Nagygyülésén. (1931. VI. 8-án.)

kat már nem okozhatnak a fogakon, azokra már ki nem hatnak. Ugyancsak nem hatnak ki a súlyos táplálkozási zavarok azoknak a fogaknak az alakjára sem, melyeknek dentificatiós folyamata még meg sem kezdődött. A hibás dentificatio nemcsak alakilag, de structuralisan is mutatkozik és pedig rendszerint úgy a zománcban, mint a dentinállományban. *Kranz* vizsgálatai azt mutatják, hogy a dentinben levő meszesedési zavarok néha együtt járhatnak ép zománc viszonyokkal. Ezzel szemben nem látott e szerző zománc-zavarokat anélkül, hogy ugyanakkor a dentinben is ne lettek volna meszesedési zavarok.

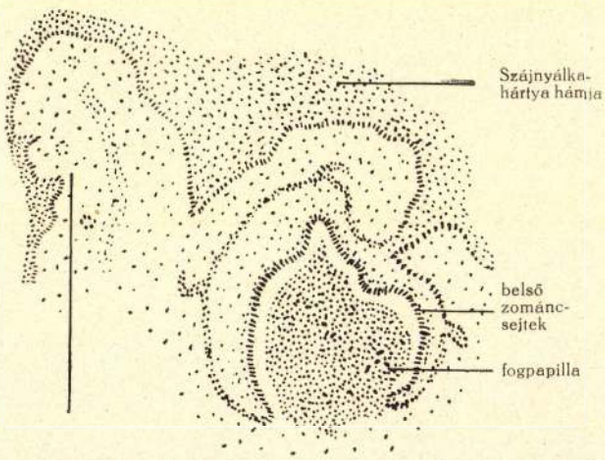


1. ábra. A maradó fogak dentificatiós folyamatának semás feltüntetése.

Ismeretes, hogy a dentificatio törvényszerűen mindenkor a fogcsúcson kezdődik s onnan terjed fokozatosan a gyökér felé. Ezek után a systemás fogdystrophiák létrejöttének jobb megértése céljából felhivom a figyelmet az állandó fogak egyes csoportjainak dentificatiós menetére. (1. sz. ábra).

Mielőtt azonban a részletekre térek, szükséges, hogy legtöbb vonásaiban ismertessem a fogfejlődést.

A fog részben hám (zománc), részben kötőszövet (fogpapilla, dentin) eredetü. Az ember fogazatának fejlődése korán, kb. a 8-ik embryonalis hétben indul meg. A későbbi állcsontoknak megfelelő helyén a szájüreg hámjából lécalakú burjánzás keletkezik, mely befelé a kötőszövetbe nyúlik („foglécˮ). A fejlődő tejfogak számának megfelelően a felső és alsó foglécből hámbunkok türemkednek ki, mely alkalommal



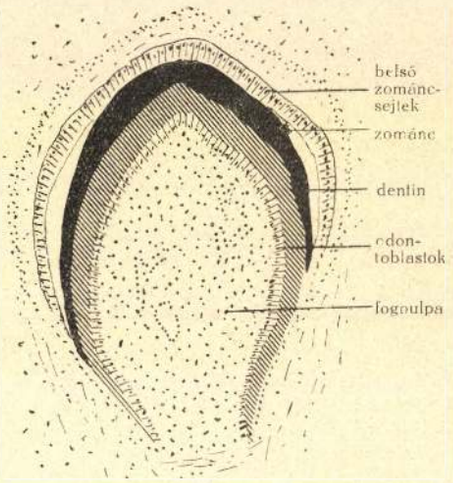
2. ábra. Fogcsira harántmetszete. (4½ hónapos emberi ébrény).

minden bunkószerű hámszaporulattal szemben a kötőszövet is apró góccá sürüsödik („fogpapillaˮ). Minden ilyen gócra egy-egy hámbunkó kalapszerűen reáfekszik. Ezt a reáfekvő hámszaporulatot *„zománcszervnek"* nevezzük. A zománcszervek az alattuk levő papillával együtt fokozatosan lefüződnek a foglécről (2. ábra). További növekvés közben a zománcszerv sejtjei differentiálódnak. A belső magas hengersejtek *belső zománcsejtekké* lesznek (1. 3. ábra). Ezeknek a koronát befedő belső része, *a zománchártya* termeli az elmeszesedő anyagot, a *zománcot* és pedig olyképpen, hogy minden zománcsejtnek megfelelően egy-egy zománcprisma fejlödik.

Még mielőtt a zománc képződik, kialakul a fogcsont — dentin — is (5. foetalis hó végén). A fogpapilla külső sejtjei nyulánk odontoblastokká válnak (3. ábra), melyek a fokozatosan elmeszesedő fogcsontot termelik. Persze a dolog nem oly egyszerü, az odontoblastok ugyanis nyújtványokat bocsátanak, melyek egyetlen homogen tömeggé folynak össze: *membrana praeformativa.* Ennek fokozatos megvastagodása a dentin előfutárja, a *praedentin.* Ennek későbbi calcificatiója alkotja a *dentint (Szabó J.).* Az odontoblastokon belüli részből a fogpulpa lesz.

Hasonló módon, mint a tejfogak, fejlödnek az *állandó fogak is.* Kb. a 6. foet. hó végén a foglécből újabb hámcsapok nőnek, melyek ismét — az állandó fogak számának megfelelő — zománcszervekké válnak. Ezek ugyancsak kalapszerüen körülfognak ugyanannyi fogpapillát. Az állandó fogak csak utóbb kapnak külön alveolusokat. A 3—3 utolsó fog persze a tejfogaktól függetlenül fejlödik, külön alveolusokban. Az állandó fogak csirái utóbb ugyanolyan átalakulásnak indulnak, mint a tejfogak.

A meszesedésnek, tehát a végleges foggá való alakulásnak menetét az 1. ábrán követhetjük figyelemmel. Látnivaló ebből, hogy a dentificatio a II. fogazatban az első molaris fogban indul meg (az állkapocsban valamivel előbb, mint a f. állcsontban). Sorrendben következik azután a med., majd a later. metszőfog és csaknem ugyanakkor a caninus.



3. ábra. Vázlatos rajz a zománc és dentin kialakulásáról.

Kétségtelen, hogy a *legtöbb diagnostikai és pathognomonikus értékkel a Hutchinson fog bír.* E kérdésben igen nehéz az eligazodás az irodalom alapján és annak csak hosszabb tanulmányozása után látunk világosabban. A véleményeltérések onnan erednek, hogy a szerzők egy része más-más leírás alapján alakítja ki magának a *Hutchinson-fogtypus fogalmát.* Tudnivaló, hogy maga *Hutchinson* évtizedek folyamán (1856—1887) több ízben és nem mindíg egyformán írta le a cong. lues kapcsán előforduló metszőfogdystrophiákat. Vannak, akik erősen kiterjesztik a *Hutchinson-fog* fogalmát, így pl. *H. Dawidsohn.* Csak így érthető, hogy e szerző 6—8 éven felüli cong. lueses betegek 48%-ában (!) talált *Hutchinson* fogakat (50:24). Igaz, hogy saját megállapítása szerint is valóban typusos *H.*-fogat csak három ízben talált.

Kranz, aki, mint sok más szerző is (pl. *Hochsinger, R. Fischl)* a *Hutschinson*-fogat csak feltételesen tartja lueses eredetűnek és egyáltalán nem tekinti pathognomonikus jelentőségűnek, 60 bizonyosan cong. lueses egyén közül 14 gyanús és csak egy typusos *H.*-fogat talált. E szerző egyébként 36 állítólag bizonyosan (?) luesmentes patiens közül hat gyanús és ugyacsak 1 typusos *H.*-fogat állapított meg.

Az igazi Hutchinson fog még bizonyosan lueses egyének között sem állaptíható meg gyakran. Ezért természetes, hogy tömeges alkalmi vizsgálatok esetén csak elvétve

találkozunk vele. *Heymann* pl. 5162 gyermeket vizsgálva azt találta, hogy a gyanús foganomaliák száma 45 (0.7%) volt. Ezek közül typusos *H.*-fog csak hat ízben volt felismerhető. *Neuber* 1909 vizsgált elemista gyermek generális vizsgálatáról beszámolva, typusos *H.*-fogról nem tesz külön említést. Persze e tekintetben a gyermekek kora a döntő. Itt kell megemlítenem, hogy *Hutchinson* első nyilatkozataiban inkább a semilunaris excavatiót domborította ki. Későbbi leírásában ezt az élen levő vájulatot variabilisnak tartotta s főként a fog egész alakjára figyelmeztetett, mely kisebb, alaktalanabb, olykor mintha lefűrészelt csövek volnának.

A két *Fournier* — atya és fiú a valódi *Hutchinson*-fogat voltaképpen ketté választja s leír egyfelől egy *hordóalakú*, vagyis distalisan keskenyedő, legömbölyített szélű „*csavarhuzó*"-fogat, másfelől a metszőélen mutatkozó *félholdalakú* vájulatot, melyet *Hutchinson*-féle félholdalakú vájulatnak nevezett. *Pedig bizonyos, hogy a typusos H.-fog elsősorban hordóalakú vagy mondjuk csavarhuzószerű, amelynek egyik fontos tulajdonsága azonban a félholdalakú vájulat. Nem szükséges, de fokozza a a typust, ha fog hitvány növésű, apró, csonkszerű, esetleg olyan mintha lefürészelték volna.*

A typusos H-fogat a szerzők egy része a congen. syphilisre nézve pathognomonikusnak tartja *(M. Joseph, Oberwarth, Lesser, Neumann J., Dawidsohn) Kraupa* szerint egyetlen *H.*-typusú fog is már cong. lues mellett bizonyít. *Heim Pál* ugyancsak pathognomonikusnak tartja e fogdystrophiát a cong. luesre nézve, szintúgy *Sklarz* is, továbbá *Poór F.*, aki a *Hutchinson*-fog kérdését beható tanulmány tárgyává tette. (1902.)

Saját hosszú tapasztalásomból merítve azt állíthatom, hogy valóban typusos *Hutchinson*-fogat mindenkor csakis cong. lueses egyénen találtam.

A pathognomonitás ellen a legsúlyosabb szavú a nagytapasztalású *Hochsinger*, bár ő is állítja, hogy a *H.*-foganomália a legtöbb esetben lueses egyéneken fordul elő.

Tapasztalásom szerint a különböző fogdystrophiák, amelyeket az előbb említettem, valamennyien kisebb-nagyobb fokban *gyanújelei* a cong. luesnek, *melyek azonban egymagukban soha sem lehetnek pathognomonikusak.* Szükséges tehát, hogy más tünet — legyen az klinikai, serologiai, avagy allergiás — erősítse a gyanút. Tekintve, hogy az itt szóba kerülő, csupán csak *kisebb-nagyobb gyanút keltő foganomaliák* valódi stigmák, mert esetleg az egész életen át fennállanak, fontos, hogy *gondoljunk és figyeljünk reájuk*, mert felismerve őket, további vizsgálatokkal az esetleg rejtett cong. lues felismerhetővé válik. Ilymódon az utóbbi időben is több érdekes esetben, melyet más osztályokról kaptam kivizsgálás és véleményadás végett, ki lehetett deríteni a régi cong. latens luest, éppen olyan gyanújelek alapján, melyek figyelmemet felhívták. De ismétlem, a legtöbb felsorolt és a műmellékleten ábrázolt számos foganomalia csakis a *figyelem felhivására alkalmas, melyre egyedül építeni nem lehet és nem szabad! Kivétel tehát egyedül a H.-fog, melyet teljes kiformáltságában csakis lues folyamán észleltem a második fogzás metsző fogain* (l. a műmelléklet 20—22.).

Ujabban a *Wa. r.* birtokában a *H.*-fog jelentősége némely szerző részéről újra kétségesebbé tétetett. Elég gyakran ugyanis (20—40%) a *H.*-fog, mint *stigma* és *nem muló tünet* a hosszú latens időn át negativ *W. r.*-val járhat. Negativitás mellett és egyéb lueses tünet hiányában pedig a szerzők egyrésze *(Kranz, Hochsinger* is.) könnyen felveszi a luesmentességet, főként akkor, ha a patienst előzetesen antilueses kúrákkal nem kezelték. Meggyőződésem szerint ez nagy hiba, mert saját tapasztalásból tudom, hogy bizonyosan megállapított cong. lues eseteiben is (késői tünetek, positiv anamnesis, stb.) a későbbi években (6—8 éven túl, a latens periodusban) akárhányszor cserbe hagy a serologiai vizsgálat. (Luetinreactio kevébbé).

Sajátságos, hogy *Paschkis* szerint a *Hutchinson*-fog cong. lues kapcsán ritkábban fordul elő, mint scrophulosis és rachitis folyamán. De hiszen még a *Hutchinson-trias* specificitásával szemben is vannak kétkedők *(Goldreich, Busch, Henoch, Hochsinger)*, akik még ennek az absolut bizonyos syphilis-jelnek sem tulajdonítanak biztos diagnostikai jelentőséget.

Tudjuk, hogy a macerált cong. lueses magzatok fogcsírájában spirochaeták olykor kimutathatók. *Cavallaro, Pasini* ily leleteit *Köhler* is verificálja. Nem szabad azonban megfeledkeznünk, hogy ily magzatok *spirochaeta sepsisben* pusztultak el s így nem csoda, ha néha a fogcsírában is találni spiroch. pallidát. Ezzel szemben *Kranz* 20 congen. lueses magzatot, illet. gyermeket (5 évig) boncolt és vetett vizsgálat alá s egyetlen fogcsirában, illet. fogban sem tudott spir. pall.-t kimutatni.

Anatomiailag a *H.*-fog létrejövetelét *Christ* tanulmányai alapján *Kranz* olyképpen magyarázza, hogy a metszőfogakat alkotó három komponensből a középső ki nem fejlődött. E középső komponens hiánya folytán szükségképpen előáll a *H.*-fog. Másfelől *Christ* szerint előfordul, hogy a metszőfog két szélső komponense marad vissza fejlődésében, amikor azután a „csapos"-fog, illetőleg az egyik amorphfogfajta, az ú. n. „halfog" alakul ki.

Érdekesen magyarázza a *Hutchinson*-fog félholdalakú vájulatának kifejlődését. *E. Fournier* s ezt a magyarázatot néhány saját észlelésem is megerősíti. Arról van szó, hogy kezdetben, a fog kibujásakor, még nem látszik azonnal a fogszélen a félholdszerű vájulat. Ennek helyét azonban egy atrophiás, hibás szövetű foganyag (zománc, dentin) tölti ki (l. műmelléklet 23. sz. ábr.), mely a gyermekkorban elpusztul s helyében kimélyül a vájulat. A serdülő és fiatal korban tehát jelen van már a félholdszerű excavatio. Később a hosszas rágási működés következtében kopik a fog éle s lassankint eltűnik a vájulat. *E. Fournier* ezért azt állítja, hogy a 30. éven túl *Hutschinson* fog már nem létezik. Ugy látom, hogy ezt vallja *Poór* is. E nézetnek azonban ellent kell mondanom, hiszen a *H.*-fog mint már említettem, a vájulat nélkül is *H.*-fog marad, mert a fő jellemző tulajdonsága: a hordó, illet. csavarhúzó alakja továbbra is megmarad, ami mellett egyébként még dystrophiás lehet a fog és mikrodontismus is állhat fenn.

Az aetiologia és pathogenesis szempontjából kétségtelen, hogy a felsorolt és ábrázolt dystrophiák, de még inkább a *H.*-fogak leginkább cong. lueses egyének fogain fordulnak elő. Más kérdés azonban, hogy miképpen hat a syphilis a fogak dystrophiás kialakulására. Itt két lehetőség merül fel: 1. A cong. syphilis kapcsán észlelt systemás dystrophiák *localis eredetű károsodások* eredményeképen kerülnek észlelésre. 2. *Általános*, talán *hormonalis hatások* játszanak közre, melyek a fogakat a dentificatio — a meszesedési folyamat — idején hibás táplálkozasi viszonyok megteremtésével károsan befolyásolják. *A localis (fogcsirabeli) bántalmazottság fontosságát a cong. lueses egyének különböző fogdystrophiájának pathogenesisében* — dacára a *Cavallaro* és *Pasini* positiv spirochaeta-leleteinek — *ma már nem lehet fenntartani.* A fogaknak systemás, meghatározott fogcsoportokra vonatkozó egyforma dystrophiáit mindenesetre nem lehet localis, a szinte véletlenül a fogcsírokba került spirochaeták által keltett folyamatokkal magyarázni. *Hiszen mindenkor azokat a fogakat és azoknak azt a részét éri a károsodás, a hibás meszesedés, amelyeknek dentificatiós időszaka is azonos.* Marad tehát az általános táplálási zava-

pathogenetikai szerepének fölvétele, mely nagy valószínűséggel *inkretorikus* jellegű, mint ahogy azt *Kranz* már két évtized előtt felvette (továbbá *Nobl G.* és *Remenovsky* is). Persze úgy *Kranz*, mint a többi szerző, élén *Hochsinger*-rel, elsősorban a *rachitist* tartja a fogdystrophiák okának. *Hochsinger* szerint igaz, hogy a *Hutchinson*-fogú egyének legtöbbször luesesek, de a foganomalia mindenkor *rachitisen* keresztül jönne létre, mely éppen a cong. lueses csecsemőkön már a legkoraibb időben, akár az első negyed-, vagy félévben jelentkezik. Ezt *A. Fournier* nem vette tekintetbe, mert az ő idejében a rachitis fennállását az első életévben, tehát az állandó metszőfogak identificatiójának megindulása idejében nem vették fel, ill. tagadták. Az endokrin zavarok létrejöttében a szerzők leginkább a thyreoideát, a parathyreoideát, a thymust és mellékvesét okolják.

Részemről a *rachitis* közreműködésére nem térek ki, de elfogadom *Hochsinger* azon állítását, hogy a congenitalis syphilissel szinte természetszerűen velejár a rachitis. Én mindenesetre *csakis a bizonyosan congenitalisan lueses egyéneken felismerhető foganomaliákra* terjesztettem ki vizsgálataimat.

Befejezésül csak újra felhivom a figyelmet a maradó fogak különböző dystrophiáira, mert vagy egyedül (*Hutchinson*-fog), vagy más vizsgálati eljárás által megerősítve fontos útbaigazítást, illetve lehetőséget adhatunk az egyébként rejtve maradt cong. syphilis felismerésére.

Irodalom: *Audry Ch.:* Annal. de Dermat. 9. 1928, 737—741. — *Bogrow:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1910. — *Buschke* u. *Langer:* Münch. med. Wochenschr. 1925, 29. — *Cavallaro:* L'odontologie. Vol. 40. II. 15. 1909. (*Kranz* nyomán). — *Davidsohn:* Deutsch. med. Woch. 1920. 11. sz. — *Davidsohn H.* u. *E. Davidsohn:* Deutsch. med. Woch. 1921, 36.sz. — *H. Davidsohn:* Kongenit. Syph. (l. *Meirowsky—Pinkus* „Die Syphilis" c. könyve). Berlin, 1923. — *A. Fournier:* La syphilis héréditaire tardive, 1886. — *A. Fournier:* Syph. héréd.tardive; Dents syphilit. Annal. de dermat. et de syph. 1883. — *Edm. Fournier:* Syph. heredit. tarda, Leipzig, 1908. — *Heymann:* Arch. f. Derm. u. Syph. 135, k. 1921. — *Hochsinger:* Wien. med. Woch. 1924, 10 sz. — *Hutchinson:* Lancet 1856és 1863.; Syph. London, 1887. — *Köhler* L. Deutsch. Mon. f. Zahrheilk. 1903. 1913. — *P. Kranz:* Deutsch. med. Woch. 1920. 28. sz. — *P. Kranz:* Handb. d. Haut. u. Gerehlechtskrank. 19. k.—*Kraupa:* Derm. Woch. 1921. 73 k. — *Langer* u. *Wassmund:* Berl. Derm. Gesellsch. Sitz. V. 11. XI. 1924. Zentrbl. f. Haut. u. Gesch.-kr. 15 k. — *Ledo:* Zentr. f. Haut. u. G.-kr. 27. k. — *Pfaundler* u. *Schlossmann:* Handbuch.— *Pasini:* Giorn. ital. d. malatt. ren. 1905. — *Pautrier:* Presse med. 4. sz. 1907. — *Petzel W.:* Deutsch. med. Woch. 1922 — *Poór F.:* Dermatol. Zeitschr. 1902. — *Preiswerk:* Stomatologia. Orv. Könyv. Társ. — *A. Rauber:* Lehrb. d. Anatomie d. Menschen I. k. — *Szabó J.:* Gyakorlati fogászat. 1925.

A meteorologiai, lakás-, talajviszonyok és a tbc. az Alföldön.

Irta: *Szarvas András* dr., főorvos, Kecskemét.

A magyar tbc. kérdés egyik legalaposabb ismerője, *Okolicsányi Kuthy Dezső* „Rónáink és a tbc." című tanulmányában, miután összehasonlítja a népsűrűségre, lakásviszonyokra, foglalkozásra stb. vonatkozó adatokat, így folytatja: „általában ama tényezők között, amelyeket eddigelé átvizsgálhattam, hazánk gümőkor halálozásának irányításában a legjelentősebbnek a földfelszín alakulását és a vele összefüggő éghajlatot, klimát, tanultam meg felismerni." „Minél inkább előtérbe lép egy-egy megyecsoportban a hegyvidék, annál enyhébb és minél inkább tért foglal az alföldi éghajlat, annál sulyosabb a gümőkórhalandóság."

A klimatikus viszonyok nemcsak az emberre, hanem a tbc. bacilusra is biologiai hatással vannak. A bioklimatikus hatás adja meg a klimának fontosságát a tbc. kérdésben azáltal, hogy a szervezet immunbiológiai állapotát befolyásolja. A bioklimatikus hatás lehet direkt és indirekt. A sugárzás, a légnyomás és a levegő elektromossága állapotának változásai direkt hatást fejtenek ki, míg a csapadék, a felhőzet stb. indirekt hatással vannak.

Természetes dolog, hogy az ember, aki iparkodik az elemeken is uralkodni, a klima különböző káros hatásaival szemben is felveszi a harcot és iparkodik a lakás, a ruházat, a fűtés, stb. segítségével privát klimát teremteni magának. Ez a privát klima nemcsak hogy megvédi őt a meteorológiai tényezők káros hatásaival szemben, hanem segíti arra, hogy kihasználja azokat az elemeket, amelyek egészségére előnyösek.

Ha iyen szempontból nézzük a mi alföldi, főként tanyai népünk életmódját, szokásait, akkor azt kell mondanunk, hogy ezek nagyon kevéssé felelnek meg a fent említett célnak. Én, aki ismerem az egész Alföldet s bejártam a tanyavidékeket, állítom, hogy főként a tanyákon a tbc. elterjedésében a jó privát klima hiánya elsőrendű szerepet játszik. A tanyai nép a klima minden ránézve káros megnyilvánulását végzetszerűen, megadással tűri és csak annyit védekezik ellene, mint ősei több emberöltővel azelőtt. Pedig épen itt az Alföldön, ahol annyira szélsőségesek a klimatikus viszonyok kellene a jó privát klimára törekedni és kell, hogy ez a kérdés fontos programmpontja legyen a hazai tbc. elleni küzdelemnek.

Knud Fáber (Koppenhága) a VI. római internacionális tbc. kongressuson beszámolt arról, hogy Dániában a tanyákon a tbc. halandóság jóval kisebb, mint a városban. Kopenhágában 1926-ban. 8.04 (10.000-re), míg a tanyán 5.05. Azonban vannak helyek Jyland tanyavidékén, ahol a halálozás 12.3 (10.000.-re), tehát nagyobb, mint a fővárosban. Ez a megállapítás minket leginkább azért érdekel, mivel Dániában él leginkább a nép a mi tanyarendszerünkhöz hasonlóan, azzal a különbséggel, hogy ott a gazda a tanyai élet és a gazdálkodás minden előnyét ismeri és kihasználja és élvezi, míg nálunk annak gazdaságilag és egészségügyileg csak a kárát látja. Amíg ott a tanyák úgy szerepelnek tökéletes hygiénikus berendezésükkel, a privát klima megteremtésével, mint a tbc. elleni küzdelem fellegvárai, addig nálunk a tanyák a tbc.-nek főfészkei. A Jylandban való magas halálozás oka után kérdezősködvén olyan felvilágosítást kaptam, hogy az ottani egészségügyi állapotok igen hasonlítanak a mi alföldi tanyai állapotainkhoz.

A dán példa adja meg tehát nekünk azt az útmutatást, hogy a mi tanyáinkat is miként állítsuk be a tbc. elleni küzdelembe és ehhez az alapot az alföldi meteorológiai, lakás és talajviszonyok alapos ismerete szolgáltatja.

A napfénynek a szervezet immunbiológiai állapotára gyakorolt hatása: részint direkt fénybesugárzás, részint az idegrendszeren keresztül a kedélyállapotra gyakorolt hatás, részint a vérképzőszervek életműködésének befolyásolása. Ezenkívül számításba jön a napfénynek bakteriocid hatása is. A fénysugarakkal párhúzamosan fejtik ki hatásukat a hősugarak is. Tagadhatatlan, hogy a hősugaraknak a bőrre, mint a szervezet immunbiológiai egyensúlyozásában lényeges szerepet játszó testrészünkre, fontos hatásuk van aktiv hyperaemia keltése által, azonban nem kell elfelejtenünk azon káros hatásokat sem, amelyekben az Alföld szélsőséges klimájához hozzájárulnak. A nyáron gyakori plus 35° C hőmérséklet sokszor lehetetlenné teszi a szabadban levő tartózkodást és nagyban hozzájárul a porképződéshez. A napfény gyógyító hatását a tbc.-re ezuttal felesleges tárgyalnom, régen bebizonyított dolog.

Az Alföldön a napsütési tartamra vonatkozó adatok szerint a viszonyok elég kedvezőek; a napfénytartam 1800—2000 órát ér el évente. Ez jobb, mint a Dunántul,

Erdélyben, vagy a Tátrában (*Réthly Antal* adatai). Természetesen mögötte marad a tengerpartnak. Az Alföldön a napfény nélküli napok száma évente 80 körül van. Az Alföldön a legnapfényesebb óra a déli 11 és 12 óra között van, a legszegényebb, a talajmenti ködök miatt a napkelte. Napfényben leggazdagabb hónap a július és az augusztus, a legszegényebb december és január. Ezen adatokból kitűnik, hogy az Alföld insolációs viszonyai igen előnyösek. Sajnok aznoban, hogy minőségileg rosszak a viszonyok, azaz az Alföld fotóklimája szegény, mert épen a legértékesebb sugarakat, a rövidhullámú, gyógyító és baktericid sugarakat elnyeli a pára és a por.

A porképződés nemcsak a már fent említett szélsőséges hőmérséklettől függ, hanem a talajviszonyoktól is. Az Alföldön a Duna—Tisza közén a homokos talaj, a Tiszántul a fás területek hiánya, a forró nyári hónapokban (de igen sokszor télen is) a csapadékban való szegénység, az állandó szelek, a kövezetlen országutakon száguldozó autók mind igen kedveznek a porképződésnek és így közvetve nagy szerepet játszanak a nap gyógyító sugarainak az elnyelésében. Nincs semmi, ami feltartóztassa a porfellegeket ,nincsenek erdőségek, nincsenek szélfogók, nincs más hátra, minthogy ember s állat bezárkózik előle az egészségtelen házakba. Ez a rettenetes por az oka, hogy itt az Alföldön nem lehet keresztülvinni a légkúrákat, amelyeket más klimákon, mint fontos gyógytényezőket alkalmaznak. Az itt uralkodó szelek hibája nemcsak az, hogy sok port vernek fel, hanem az is, hogy egyenetlenek, lökésszerűen jönnek, szárazak és hurutos állapotokat idéznek elő. Ehhez járul még, hogy az Alföldön a telitettségi deficit aránytalanul nagy. Ez azért fontos élettani szempontból, mert nagy szárító hatásánál fogva az általános hurutos állapotok fenntartását segíti elő. Télen viszont az Alföldön a nedves hideg miatt igen kellemetlen a szabadban való tartózkodás.

Ezek előrebocsájtása után nézzük vajjon alföldi népünk kihasználja-e a természetes alföldi klima sok előnyét és mit tesz meg mesterséges berendezéseivel, hogy olyan privát klimát teremtsen magának, amely a tbc. elleni védekezésben, illetve gyógyításban segítse.

Sajnos itt kevés jót tudunk mondani, mert nálunk, a már fentebb említett Dániával szemben, a tanyákon, ahol van levegő, napfény, ahol meg van a lehetősége annak, hogy a táplálkozás a városihoz képest sokkal jobb legyen, épen olyan sok a tbc. mint a városokban.

Nézzük, hogy vajjon az aránylag kedvező insolációs viszonyokat kihasználja-e az alföldi nép. Erre a válasz a leghatározottabban: nem.

Nem pedig elsősorban azért, mert a lakóházak, dacára annak, hogy a tulajdonos a legtöbbször nincs kötve a városi sorházak szabályaihoz, elegendő területtel is rendelkezik, tehát szabadon választhatja meg házának beosztását, az ablakoknak az elhelyezését, mégsem teszi az ablakait délre, vagy délkeletre: részint, mert nem tudja ennek a fontosságát, részint, mert régi szokás szerint kellemesebbnek tartja azt a lakást, amelyikbe nem süt be a nap. Az ablakokat igen kicsinyre építik, úgy, hogy az a szoba alapjának alig teszi ki 1/20-ad részét. A tetőzet rendszerint oly mélyen lenyúlik, hogy a felső, legmerőlegesebben eső, sugarakat elfogja. Ablakot a falusi tanyai ember nagyon ritkán és csak rövid időre nyit, tehát a szobába csak üvegen szűrt, biológialig sokkal kevésbé értékes fényt, napot kap. Ehhez járul még, hogy az ablakait sokszor vastag, több generációt kiszolgált szövet függönyökkel sötétiti el. A szobákban tehát fényhatás szempontjából a viszonyok nagyon kedvezőtlenek. A tanyai népnek viszont legnagyobbrésze ősztől tavaszig úgyszólván egész napját a szobában tölti. Különösen vonatkozik ez a gyermekekre, kiknek sem megfelelő meleg ruhájuk, sem cipőjük nincsen a szabadban való tartózkodásra, de a szülők nem is tartják azt fontosnak. A szobában bent főznek, mosnak, tehát a levegő igen párás, ehhez járul, hogy a szobákat legtöbb helyen túlfütik és a párás meleg a fülledtségig fokozódik. A falak a talajnedvességtől izolálva nincsenek, nedvesek, a padozat legtöbbször puszta föld; a nedves falaknak és padozatnak gőzölgése még fokozza a szoba páratartalmát. A falakon a nedvességben gombatelepek, penésztelepek fejlődnek.

Nyáron, amikor az Alföld épen olyan gazdag fénysugarakban, mint a tengerpart, a nagy forróság, a megerőltető munka, a nyári rossz táplálkozás, az alig pár órai alvás, amelynek üdítő hatását erősen elrontja az, hogy a forró alföldi napokon a kicsiny relativ nedvesség miatt úgyszólván semmi éjszakai lehűlés nincs, mind olyan tényezők, amelyek mellett a napsugárzás jótékony hatása eltörpül.

A betegeket sem igen tudjuk napoztatni, mivel a nagy meleg miatt (42—45° C-ig is felszáll a hőmérő az árnyékban) és a kevés csapadék miatt a telitettségi deficit igen nagy. Tehát a szabadban való tartózkodás főként a napon, igen sokszor kellemetlen, sőt úgyszólván elviselhetetlenné válik, ellentétben a tengerparttal, illetve a magaslati helyekkel. Ugy, hogy itt az Alföldön csakis a kora reggeli órákban és a napnyugta előtti órákban napoztathatjuk a nyári hónapokban a betegeinket. Ezt az időpontot a városokban s a falvakban nem igen lehet kihasználni; a tanyákon, a kórházakban és a szanatóriumokban szintén kevéssé használhatjuk ki, mert a tikkasztó hőség miatt a legtöbb beteg csak ezekben az órákban tud aludni.

Vannak hónapok, amelyeket tönkre tesz a szélsőségesen sok csapadék. Ilyenkor hétszámra alig látunk napot, mert vidékünkön az átlagos nyolcvan napsütés nélküli nap alig három-négy hónapra oszlik szét.

Most pedig nézzük azokat a berendezéseket, amelyekkel alföldi népünk a levegő hőmérsékletét és mozgását befolyásolni iparkodik. Mennyire felelnek meg ezek a tbc. kérdése szempontjából.

Miután az ember fiziologiás hőszabályozása aránylag szűk határok közt mozog, nem tud zavartalanul alkalmazkodni a klima szélsőségeihez. Azt a légkört, amelyben teljesen jól érezzük magunkat, amely tehát fontos biológiai feltétel, ruházatunkkal, lakásunkkal, fűtéssel, stb. érjük el. Biológiai szempontból nem a levegő hőmérséklete a legfontosabb (bizonyos határokon belül), hanem a levegő páratartalma is. Pld. nedves időben a magasabb hőmérsékeletet is hidegnek érezzük és nehezebben tűrjük, mint az erős száraz hideget.

Ha az alföldi nép ruházkodását nézzük, akkor azt látjuk, hogy nem nagyon felel meg az időjárás elleni védelemnek. A nép, főkép a tanyákon nem a hőmérő szerint öltözködik, hanem a naptár szerint. Ha bejön az első hideg, magára veszi a téli ruháit és nem veti le májusig. A téli öltözködést viszont úgy kell érteni, hogy egy embernek a felöltözködése, illetve levetkezése legalább is egy-egy félórát vesz igénybe. Általánosan használják az ú. n. jäger trikó alsóruhákat, amelyeket különösen a szegényebbek legfeljebb egyszer mossák ki öt—hat téli hónap alatt. Ugyan úgy vannak felöltözve a túlfűtött szobában, mint kint a szabadban. Hogy, ha bemegy a szobába egy pár réteg ruhát levegyen magáról, azt haszontalan munkának tartja. A szűr és a suba, amely az alföldi lakosságnak a szabadban való tartózkodásakor a nedvesség ellen olyan jól védő eszköze volt, kezd annyira kimenni a divatból, hogy a földműves lakosság alig egynegyed részénél találjuk ma már meg. A nedvesség ellen tehát a szabadban nem védekezik és ez nemcsak meghűlésekre vezet, hanem a ruhájából elpárolgó nedvesség a túlfütött szobában olyan fülledt légkört teremt, amely nagyon távol áll

Rubner azon megállapításától, hogy az ember akkor érzi jól magát „ha testét 33 fok C meleg és 30% nedvességű légkör borítja." De nemcsak a téli ruházkodás nem alkalmazkodik a klimatikus viszonyokhoz, hanem a nyári sem. A nyári nagy melegben is aránylag igen sok rétegű a ruha rajtuk, még munkaközben is.

A lakás nagy szerepét a tbc. keletkezésében, elterjedésében és prophylaxisában a szerzők egész sora tárgyalja. *(Korányi, Kovacsics, Surányi, Dalmady, Aujeszky).* Ezúttal két idézettel kezdem a lakás tárgyalását. *Dalmady* rózsahegyi referátumában ezt olvassuk: „Sokkal mélyebbre ható változást jelent a lakás, a szoba. Bár csaknem kizáróan a hőmérsékleti tényezők hatásának parirozására szolgál, az éghajlatnak csaknem minden elemét módosítja, úgy hogy csaknem teljesen joggal beszélhetünk önálló szoba-klimáról, mely az ember mesterséges alkotása, mely a széles földkerekségén mindenütt azonos. A lakás, a szoba ezerféle fokban módosíthatja az éghajlatot." *Aujeszky László* pedig a szegedi tbc. nagygyűlésen tartott előadását így fejezi be: „Az alföldi lakások klimája a legfontosabb meteorológiai tényezők tekintetében kedvezőtlenebb, mint az Alföld természetes klimája, azért jogos itt, hogy a tbc. lakásbetegség."

Az Alföld, főként Kecskemét városának és 155.000 katasztrális hold területének tbc. mortalitása és morbiditási viszonyainak tanulmányozásakor behatóan vizsgáltam azt is, hogy vajjon az egyes vidékeken mért van több tbc. mint máshol, jól lehet ugyanakkorák a szobák, ép olyan kicsinyek az ablakok, ép olyan vert, vagy vályogfalból vannak építve a lakások, a padló ép olyan földből van és ép úgy el vannak terjedve az egyik helyen a rossz szokások, mint a másikon, ugyanolyan rosszak az utak, a munkaidő és kultúrális viszonyok és mindazok a tényezők, amelyekről a szerzők megemlékeznek. Amikor Kecskemét határának tbc-és térképét megszerkesztettük, azt találtuk, hogy azokon a helyeken, ahol fekete föld van, ahol a talajvíz a felületesen fekvő agyagréteg miatt magas, ott rosszabbak a viszonyok, dacára annak, ami pedig tbc-nél igen lényeges, hogy ott jobbmódú emberek laknak. Ekkor tanulmányoztam a homokon és a fekete földön épült lakások viszonyait és azt láttam, hogy a legfontosabb szerepet a lakás problémájánál a talajviszonyokban kell keresni. Ha jó, egészséges, száraz talajon épült a ház, a tanya, akkor úgyszólván mindegy, hogy vertfal, vagy vályog, a fala nem nedves, nem dohos, penészes még télen sem, mert itt olyan mélyen van a talajvíz, hogy nem tud felszívódni a falakba, dacára annak, hogy nincs bennük szigetelő réteg. Ellenben a fekete földön, ott, ahol magasan van a talajvíz, még a téglából épült házak is nedvesek. Erről a tanulmányomról beszámoltam az 1926-iki közegészségügyi értekezleten és a kecskeméti tbc nagygyűlésen tartott referátumomban is. Én ennek a kérdésnek elsőrendű fontosságot tulajdonítok. A szigetelés kérdését tökéletesen s minden épületnél, még az istállóknál is meg kell követelni. Sajnos az eddig alkalmazott kátránypapír szigetelést nem tarthatjuk elegendőnek, mivel azt látjuk, hogy tíz-tizenkét év mulva a nedvességet áteresztí. Feltétlenül jobb szigetelő anyagokat kellene államilag árúsítani, aszfalt vagy üvegtéglák formájában, olyan olcsón, ahogyan csak lehetne.

Ugyancsak azt találtuk, hogy ezeken a fekete földes helyeken az istállóviszonyok is rosszabbak és sokkal több a gyöngykóros tehén.

Ugyanilyen viszonyokat találtunk a talaj és tbc. összefüggése szempontjából a város különböző részeiben is. S minél nedvesebbek a lakások, annál több a tbc. Sajnos az építkezésnél a talajviszonyokra nincsenek kellő tekintettel, ezt annál fontosabb dolognak tartom, mivel *Kovács Alajos* szerint (Magyar Statisztikai Szemle) a házak csak 1.09%-ban vannak teljesen alápincézve, 14.04%-ban csak részben, 87.77%-ban pedig egyáltalában nem. A Duna—Tiszaközén, ahova Budapestet is számítjuk 81.01% az alápincézetlen ház, jóllehet a pesti házaknak csak 21.09%-a nincs alápincézve. Legrosszabbak a viszonyok a Tisza és a Maros szögében. E helyeken a legtöbb a tuberkulózis is.

A legtöbb helyen az Alföldön, főként a tanyavidékeken a lakást közvetlenül ráépítik a talajra (75%). Szigetelés nincs, padló nincs. Az ország lakóinak több mint a fele földes szobákban éli le életét. Főként a nedves fekete földeken bír ez igen nagy jelentőséggel.

Többször említettem, különben is közismert dolog, hogy az alföldi falusi és tanyai házakon az ablakok száma igen kevés és azok igen kicsinyek. Ha keressük ennek az okát egy kulturhistóriailag igen érdekes adatra bukkanunk. Kutatások és idős emberekkel való tárgyalások révén sikerült megtudnom, hogy a tbc. rohamos elterjedése a Bach-korszakban indult meg. Ekkor ugyanis az adót az ablakok nagysága és száma után vetették ki. Természetes dolog, hogy mindenki igyekezett, nem ösmervén a napfény és a szellőztetés életbevágó fontosságát, minél kisebb és kevesebb ablakot csináltatni a házára. A nép ezt megszokta hátrányait nem ösmerte fel, csak az előnyeit látta (kevés adó, kevesebb tűzrevaló) s így meg is maradt ennél a rossz szokásnál.

A sárból készült, nedves, alacsony alföldi házak sokszor igen egészségtelen talajon épülnek. Legjobb példa erre, ha nézzük egy alföldi község vagy város fejlődését. Ha megalakul valahol egy falu, az minden felsőbb irányítás nélkül történik, a közigazgatásnak nincs rá gondja, legfeljebb később, mikor már a lélek száma növekszik, szól bele a fejlődésébe, az orvosnak pedig, ha van a községben, nincs rá semmi hatalma, hogy beleszóljon. Az építkezések miatt, hogy agyagot kapjanak felássák a falu egész közvetlen határát. Az ilyen módon keletkező gödrökbe hordja a lakosság a szemetet, természetesen a szemétben rothadó, korhadó szerves anyagokat is. Lassacskán a gödrök kitelődnek, tetejük begyepesedik. Ha a község terjeszkedni kénytelen az új házak ezekre az erősen fertőzött helyekre kerülnek. Ezeknek az új házaknak az anyaga ismét a legközelebbi területekről kerül ki, amely területek ismét szemétlerakodó terepül szolgálnak. Így épül fel lassacskán egy egész nagy község, esetleg város fertőzött talajon. Érdekes példája volt ennek Kecskemét egy városszéli kerületében „Muszájban", amikor egyes házakban a talajból felszálló gyulékony gázak öngyulladás következtében meggyulladtak, a falakból apró lángok csaptak ki, máskor viszont csak megmozgatták a falon levő könnyű tárgyakat, edényeket, képeket, stb. Hónapokig, mint muszáji csodáról beszéltek róla az emberek.

A szegedi Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Poór Ferenc dr., egyet. ny. r. tanár.)

A lupuscarcinoma okairól.

Irta: *Sipos Károly* dr.

A lupus és a carcinoma találkozása semmiesetre sem minősíthető véletlennek. A carcinoma a lupus esetek oly jelentős számához csatlakozik, mely feltétlen mutatja, hogy a lupusos terület — eddig közelebbről nem ismert okok folytán — a carcinomának jó talaja. Nagy fontossággal bír azon körülmények ismerete, aminek következtében a határozottan jó indulatú lupus egyszerre malignussá, a beteg életét veszélyeztető, a társadalomból kiközösítő folyamattá válik. Vajjon maga a lupus, az ő ál-

landó sejtoszlásával, szövetburjánzásával, vagy a lupusos terület gyengébb ellenállása folytán a külső ártalmak, avagy esetleg a kezelésükkel járó ingerek segítik elő kifejlődését? E kérdésekre felelni, habár a lupuscarcinomával összefüggő kutatások legnagyobbrészt ez irányban történtek, sok tekintetben még ma sem tudunk. Vannak oly adataink, melyek azt mutatják, hogy maga a lupus az ok, más észleleteink szerint az okot a külső ingerekben is kell keresnünk.

Tény az, hogy a lupus megbontja a hám és kötőszövet közti egyensúlyt. Szöveti képéhez tartozik a lupusgöb szomszédságában levő hám túlfejlődése, a hámlécek megnövekedése és az irha mélyébe való burjánzása. Sok esetben azonban e kóros hámburjánzás oly erélyes, hogy mélybe hatoló, felbomlott sejtsoraival egész daganatszerű képpé válik. *Miyahara* két lupusból próba kimetszést végzett, ezek közül ötnél talált szövetileg ily atypiás hámburjánzást. Felteszi, hogy e hám elváltozás előfutárja a carcinomának. Különben osztja *Silberstein* és *Orth* nézetét, akik szerint ez egyedül még ok nem lehet, hiszen ezt a lupus esetek jórészénél megtaláljuk, s ehhez viszonyítva a lupuscarcinomák száma mégis csekély. Ide kell még tehát valami eddig ismeretlen körülménynek társulni, mely ezen, a már amúgy is hajlamos bőrön a carcinoma képződését kiváltja.

Carcinoma kiváltó szerepet tulajdonítanak azoknak az ingereknek is, melyek a lupus fennállása alatt a beteg területet érik. Ilyenekként említhetjük az időjárás és a foglalkozási ártalmak változatos fajait. A bántalom hosszú fennállása alatt az ellenálló képesség csökkent volta miatt ily kóros behatás szinte mindennap érheti és ezeknek behatolását a sokszor hiányzó hámosodás nagyban megkönnyíti. Természetesen ezek az ártalmak a fedetlen testfelületeken érvényesülnek leginkább. Ez az oka annak, hogy a lupus-carcinoma viszonyítva a lupushoz, jóval nagyobb százalékben van az arcon, mint az egyéb testrészeken. Ezzel magyarázták azt a jelenséget is, hogy a férfiak, kik jobban ki vannak téve ártalmaknak foglalkozásuk révén, gyakrabban betegszenek meg lupuscarcinomában, habár a nőknél a lupus gyakoribb. Ujabb adatok azonban nem mutatják ezt a különbséget, férfi és nő kb. egyforma százalékban betegszik meg.

Kiváltó szerepet tulajdonítanak a lupust a kezelés által érő chemiai és fizikai ingereknek is. Itt számba jön a lupus kezelés bármelyik hosszú ideig tartó, ismétlődő formája, de gyakorlatilag legfontosabb a röntgen szerepe. Erre mindenesetre gondolnunk kell, a röntgen carcinomát okozhat. Ugyanígy más fény is okozhat carcinomát, mint pl. finsen (3 eset), mesothorium (1 eset), magaslati napfény (1 eset). Különösképen a kezelés után hamarosan, viszonylag fiatal korban fellépő carcinomák azok, melyek a röntgen szerepe mellett szólnak. *Mendes da Costa, Jesionek, Riehl, Sequeria* szerint a röntgen kezelés bevezetése óta a lupuscarcinomák száma megszaporodott. A besugárzás határozott készséget ad carcinomás elfajulásra. Ez *Mendes da Costa* szerint abban áll, hogy röntgenhatás folytán a szöveti reactiók főleg a tuberculosistól legyengített bőrön jönnek létre. *Thieme* pedig az embrionalis szövetekre való nagyobb hatásával magyarázza, még pedig úgy, hogy a lupus jóval több embrionalis szövete elpusztulván, megbomlik a hám és kötőszövet közti egyensúly, ami azután carcinomás elfajulásra ad alkalmat. Végeredményben tehát szerintük is csak a röntgen által legyengített, károsított bőrön lép fel a carcinoma. Azok a szerzők *(Mrongovius, Silberstein,Orth)*, akik nem ismerik el a röntgenkezelés bevezetése utáni szaporulatot, nem ismerik el a röntgen rák okozó hatását sem és hivatkoznak a röntgencarcinoma ritkaságára, dacára a röntgennel kezelt lupus esetek óriási számának és az épen nem ritka röntgen ártalomnak. *Mrongovius* összegyűjtött 85 lupuscarcinomájából csak 23 volt röntgenezve, *Zweig* 12 esete nem volt röntgenezve. Okként nem ismerik el a röntgent, csak az aziránt érzékenyeknél, de ott is csak mint nem specifikus, más ingerekkel teljesen egyenértékű ingerként fogják fel. Szerintük a röntgenbesugárzás hatása tehát csak esetleges és csak akkor jöhet számba, ha jelen van az az ismeretlen tényező, amit fel kell venniök, hogy a röntgensugárzás által kissé ingerelt bőrön a carcinoma fellépését magyarázni tudják. Mértékes, okos adagolás tehát carcinoma oka alig lehet, tuladagolás vagy gyakori alkalmazása a gyenge, nem szürt sugaraknak azok, mik a carcinomát kiválthatják.

Ezek előrebocsájtása után röviden közlöm klinikánk lupuscarcinoma eseteit, különös tekintettel az előidéző okokra:

1. Özv. P. I.-né, 50 éves, házi foglalkozásban levő nő. 25 év óta van arcán lupus vulgaris. Ismételten járt vele kórházban, hol minden esetben csak kenőcsös kezelésben részesült. Egy év óta jobb arcfelén carcinoma van, mely már tenyérnyire nőtt, szélei meredekek, porcképenyek, közepe szétesett, genyes lepedékkel borított.

2. Özv. K. A.-né, 78 éves. Arcán 35 év óta lupus vulgaris, melyre kizárólag kenőcsös kezelést kapott. Évekkel ezelőtt jobb arcfelén carcinoma lépett fel, amit mütétileg távolítottak el. Azóta nem ujult ki.

3. Sz. A. 46 éves, napszámos. 29 év óta van arcán lupus, melyet csak kezdetben néhány évig kezeltetett. Kenőcsös kezelést és számos röntgenbesugárzást kapott. Lupusa tovább terjedt. Három hónapja lépett fel carcinoma, mely rohamosan terjedt a felső ajakra és az orra, hol most gyermektenyérnyi, felhányt szélű, porckemény tapintatú, karfiolszerű elváltozást látunk, barna pörkkel fedve.

4. Sz. F.-né. 37 éves, földmíves neje. 8 éve van lupus vulgaris mindkét arcfelén és orrán. Pár hó óta orrhegyén ujjbegynyi, elevált, felhányt szélű, porckemény, egyenetlen felszínű, helyenként kifekélyesedett elváltozás. Lupusát nem kezeltette!

5. J. V. 42 éves, napszámos. 13 éves kora óta lupus vulgaris van arcán, melyet eltekintve néhány hétig tartó folyadékkal való kezeléstől, nem kezeltetett. Két éve a bántalmazott területen carcinoma lépett fel. Jelenleg az egész arcon lupus, melynek területében kb. tenyérnyi, sáncszerű, meredek szélű, tömött, karfiolszerű elváltozás, mely az orr porcos részét teljesen elpusztította, a bal szemüregbe is beterjedt.

6. F. L. 34 éves, épitőmunkás. Nyolc éves korában mindkét arcfelén lupus vulgaris lépett fel, melyet kórházban égetéssel, mütétileg, később maratá kenőcsökkel gyógyitottak. 17 éves korában egy röntgenbesugárzást kapott, miután semmi kellemetlenséget nem vett észre. Azóta is rendszeres orvosi kezelésben részesült. 1926-ban jelentkezett klinikánkon, legnagyobbrészt pyrogallus kenőccsel marattuk, egyes helyeken thermocauterral égettük és kétszeri röntgenbesugárzást kapott (8 × a szájra és környékére, 5 × az arcra, mindkétszer 2 mm. szürővel). Egy éve jobb arcfélen carcinoma lépett fel, mely kb. tenyérnyi, meredek szélü, tömött, középen kifekélyesedett, büzös lepedékkel fedett.

7. S. P.-né 47 éves, hivatalnok neje. 20 év óta van arcán lupus vulg. mivel állandó orvosi kezelés alatt állott. Ismételten volt nála maratás, égetés, mütét, ezenkivül számos röntgenbesugárzást is kapott. Két év előtt jobb arcfelén röntgenégést szenvedett. Jelenleg az egész arcon lupus, a jobb arcfélen röntgenégés nyomai, atrophia, teleangiectasiák pigment foltok. Jelentkezése után három hónappal a röntgenégés helyéből borsónyi, szemölcsös újképlet nő ki, mi szövetileg carcinomának bizonyul. Sebészileg eltávolitatjuk.

8. Cs. P. 51 éves, földmives. 30 év óta a bal alkaron és kézfejen, valamint a nyak egész körfogatán, a szomszédos arcrészletekre is ráterjedőleg lupus vulgaris. Állandó orvosi kezelés alatt állott, de mindig csak kenőcsös kezelésben részesült. Két hó óta a balkézháton gyorsan növekvő fekély. Jelen állapot: a bal kézfej eltorzult, az ujjak rövid, alaktalan csonkok (lupus mutilans). A kézháton tenyérnyi, felhányt szélü, tömött, helyenkint mélyre terjedő, büzös detritussal borított fekély.

9. E. J. 9 éves, leány gyermek. Kb 4 év óta bal arcfelén lupus vulgaris, mely kb. 1½—2 év óta kifekélyesedett. Jelenleg bal arcfelén pengönyi, infiltrált, felhányt szélü fekély. Szöveti lelet: granulatiós szövet lymphcytákkal, epitheloid sejtekkel, igen sok Langhans tipusú óriás sejttel, elsajtosodott te-

rületekkel, tág és vérbő erekkel. Széli részeken az irha mélyébe nyomuló egymással elágazódások útján összefüggő hatalmas hámtömbök az atypia minden jelével. Dg: carcinoma keratodes planocellulare incipiens in lupo vulgare (*Kolb dr.*).

E most leírt esetek klinikánkon 10 év alatt megfordult 216 lupus vulgaris esetből adódtak. Ha tisztán csak e számot tekintjük lupuscarcinomáink száma elég jelentékeny, 4.16%. Az egyes kimutatások 1—5%-ig számolnak be. *Stühmer* 5%, *Darier* 4%, *Asta* 3.09%, *Richter* 2%, *Sequeira* 1.5%, *Mrongovius* 1%. Ellenben, ha tekintetbe vesszük azt a körülményt, hogy a klinikánkon kezelt lupus esetek közül csupán 1 vált carcinomává, oly jelentéktelen számot kapunk (0.46%), mely kellően bizonyítja, hogy kezelésünknek a carcinoma kiváltásában szerepe nem volt.

Nézzük most közelebbről eseteinket, illetőleg vizsgáljuk meg, hogy a fennebb leírt tényezők közül melyik, milyen mértékben érvényesülhetett a carcinoma kiváltásában. Három lupuscarcinománk teljesen kezeletlen lupusból indult ki. Itt tehát csak két tényező szerepelhetett: a lupus maga, mint olyan, vagy a fennebb leírt általános, mindennapi ingerek, melyek a lupustól legyengített területen carcinoma kiváltók lehettek. A IV. és VIII. számú eseteink, hol a lupus hosszú évtizedekig állt fenn és még hozzá olyan testrészen, mely fedetlenségénél fogva legjobban van kitéve külső ártalmaknak, megengedik azt a következtetést, hogy a közvetlen kiváltó okot a *már meglévő, lupustól feltételezett ismeretlen hajlam* mellett ezekben az ártalmakban is keressük.. Nem így áll az eset a IX. számú esetünknél, itt a beteg fiatal kora (9 év), a lupus fennállásának rövid ideje, e külső ártalmak behatásának még a valószínűségét is kizárja. Ez esetben tehát egyedüli ok csak maga a lupus lehetett.

A másik sokat emlegetett carcinoma kiváltó tényezőnek a röntgennek sem volt carcinomáinknál nagy szerepe. Három előzőleg röntgenezett esetről tudunk beszámolni, azonban ezek közül is csak egy az, amelyik klinikánkon kapta a röntgenbesugárzásokat, dacára annak, hogy lupusosaink tekintélyes részét röntgeneztük. Ez esetben is kérdés, hogy mennyiben volt okozó a röntgen. Hiszen régi, gyógyulásra semmiféle hajlamot nem mutató lupussal álltunk szemben. A lupus gyógyítás minden faját alkalmaztuk nála, csupán kétszeri mérsékelt adagú besugárzást kapott, kemény sugarakkal. Röntgenártalom sem volt nála. Valószínűnek látszik tehát, hogy a röntgen egyedül kiváltó tényező nem lehetett, sőt még az is kétséges, hogy a kiváltásban jelentékenyebb szerepe lett volna. Másik betegünk bemondása szerint, kb. 40 besugárzást kapott. Közelebbit a besugárzás milyenségéről nem tudunk, de már az a tény, hogy röntgenkárosodás nem volt nála és hogy az utolsó besugárzás után kb. 25 év mulva jelentkezett a carcinoma, valószínűtlenné teszi a röntgen szerepét a carcinoma kiváltásában. Egy esetünkben a röntgenégés hegéből indult ki a carcinoma, még pedig annak elszenvedése után rövidesen (2 év mulva). Itt a röntgensérülés szerepe vitán felül áll. Lehetséges, hogy a lupus és a röntgensérülés együttes hatása játszott közre a carcinoma kialakulásában.

Az így taglalt eseteink eredményét összegezve a főszerepet a carcinoma létrehozásában magának a lupusnak, illetőleg az annál észlelhető szöveti átalakulásoknak kell tulajdonítanunk. A külső behatások bizonyos, eziránt érzékeny esetekben részt vehetnek a carcinoma kiváltásában, azonban hangsúlyoznunk kell, hogy a *lupus önállóan, e külső behatások nélkül is képes carcinomát létrehozni.* Magát a kezelést, értve alatta annak gyakran ismételt, huzamos ideig tartó formáit, sem tarthatjuk rákra különösebben hajlamosító tényezőnek. Talán egyes rák iránt hajlamos esetekben nem közömbösek, de hatásuk semmiesetre sem több, mint egyéb lupust érő ingereké. Ugyanezt mondhatjuk a röntgen kezelésről is: a röntgensugár mérsékelt óvatos adagolása nem lehet rák okozó, túladagolás, vagy gyakori alkalmazása a lágy nem szürt sugaraknak az, ami veszéllyel jár. A lupus maga hajlamos az ő állandó szövetzavaraival, hámburjánzásaival. Magát az elváltozást annak jellegét tartjuk főoknak. *A mélybe nyomuló hámcsapjaival felkészült hámon a rák ismeretlen oka könnyebben érvényesül* és megindítja annak végnélküli burjánzását. A külső behatások, a kezelés és röntgen is csak abban az esetben lehetnek hatásosak, ha ez az ismeretlen tényező jelen van.

Eseteinkből világosan kitünik továbbá az is, hogy lupusnál a carcinoma veszélye minden körülmények között fennáll. Elhanyagolt, nem kezelt esetek éppoly veszélyesek, mint a pontos rendszeres kezelésben levők. Ahol már lupus van, ott fenyeget a carcinoma is. Éppen ezért ezen szempontból is óriási fontossággal bír a lupus gyors és alapos gyógyítása. Kezdődő lupus eseteket sebészi megbetegedéseknek kell tekintenünk és csak ha már műtéti megoldás nem lehetséges, akkor kell rátérnünk az egyéb chronicus kezelési formákra, melyek bármelyike, beleértve a helyesen adagolt röntgen kezelést is, a carcinoma kiváltás veszélye nélkül bátran alkalmazható.

Irodalom: *Ashihara:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1901, 47. köt. — *Zweig:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1910, 120. köt. — *Silberstein:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1915, 121 köt. — *Wichmann:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1921, 132 köt. — *Székely:* Börgyógy. Urol. Vener. szemle. 1923—24, 9—10 sz. — *Thieme:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1924, 145 köt. — *Beretvás:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1929, 757 köt. — *Mrongovius:* Ann. de Derm. et de S. 1929, 10 köt. — *Jadassohn:* Handb. der Haut u. Geschlechtskr. 1929. V. 2. — *Jordán:* Derm. Zeitschr. 1930. 58 köt. — *Jadassohn,* Handb. der Haut u. Geschlechtskr. 1931. X. 1. Asta v. Mallinckrodt—Haupt. Derm. Zeitschr. 1931, 60 köt.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. szemklinikájának közleménye. (Igazgató: Grósz Emil dr., egyet. ny. r. tanár.)

A szem melanosisáról két eset kapcsán.

Irta: *Dallos József dr.*

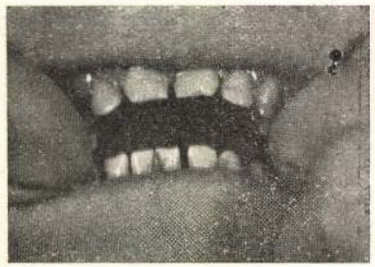
A szem physiologiás körülmények közt is a pigmentben leggazdagabb szervünk. Kétféle pigmentje is van: a retinalis, ectodermaeredetű fuscin és az uvealis, mesodermaeredetű melanin. Ezek egymástól színük, chemismusuk, anatomiai structurájuk és élettani szerepük szempontjából is különböznek. A melanin a bőr pigmentjével azonos, mennyisége általában a bőr és a szőrzet pigmentatiójával halad párhuzamosan. A sötétebb bőrű, erősebben pigmentált emberfajoknál nagyobb, a világosabb bőrűeknél kisebb a melanin mennyisége; emellett egyazon faj keretében is egyénenként igen változó, sőt az egyes embernél sem állandó, amennyiben a pigmentatio a születés után előrehalad, előbb gyorsabb ütemben, később lassabban, de előrehaladó tendentiáját mindvégig megtartja.

A szem festenyzettsége szempontjából három embertypust különböztethetünk meg: a legerősebben pigmentált negroid, továbbá a mongoloid és az európai typust. Mindháromnál a törőközegek, tehát a cornea, a lencse, az üvegtest, valamint a retina (nem számítva a pigmenthámot) teljesen festékmentes. Ugyancsak festékmentes a sclera is; mindössze a perforáló mellső ciliaris edények körül látható néha félkör- vagy gyürüalaku pigmentinfiltratio.

A conjunctivában a negroid typusnál aránylag erős pigmentatiót találunk a bulbaris conjunctiván, főleg a limbus körül és a szemrés területében, de másutt is; a festék



1. ábra. 25 éves. Mikrodontismus. A belső f. metsző helyén kis csapos fog. Ezenkívül kerat. parenchym. és labyrinthsüketség



2. ábra. 19 éves. Mikrodontismus; kisfokú dystrophia a felső belső metszőkön. Keratitis parenchym. és gummák a b. lábszáron.



3. ábra. Felső külső metszők hiánya, belső metszők között nagy hiatus. Wa. r. ++++



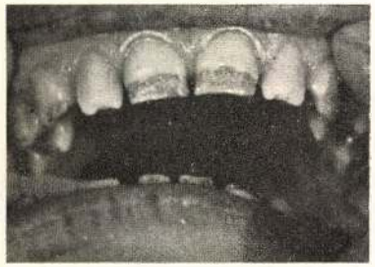
4. ábra. 16 éves. A két felső külső metszőfog hiánya.



5. ábra. 12 éves. Két felső külső metsző hiánya. Wa. r. +++, Luetin r. +++



6. ábra. Nagy hiatusok. Egyébként perfor. pal. duri és labyrith-süketség.



7. ábra Erosio a felső belső metszők koronájának distalis részén. A táplálkozási zavar a dentificatio legelején állott fenn.



8. ábra. Erosio a felső belső metszők koronájának proximalis részén. A táplálkozási zavar a dentificatio későbbi szakában állott fenn.



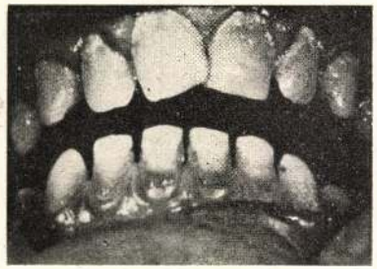
9. ábra. Systemás erosiók az alsó meltsző- és szemfogakon. A dentificatio megindulása az egyes fogcsoportokon különböző idejű lévén, a táplálkozási zavar azokon különböző terjedelmü erosiót létesített.



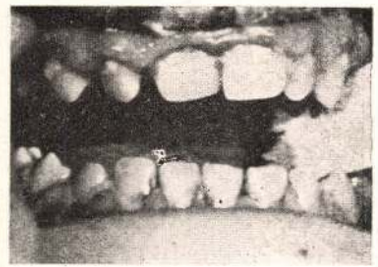
10. ábra. Systemás fogerosiók; ú. n. lépcsös fogak.



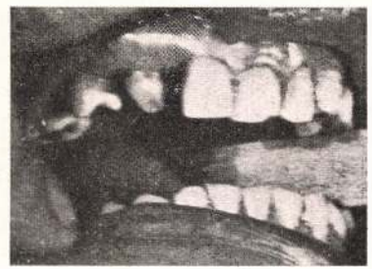
11. ábra. Systemás fogerosiók. Az alsó caninusok rágófelszínének „atrophiája." Wa. r. +++. Luetin r. +.



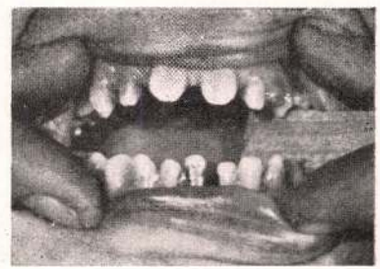
12. ábra. Szabálytalan fogállás; felső belső metszők convergáló tengelyüek. Luetin r. pos.



13. ábra. Szabálytalan fogállás. Ezenkívül gumma exul. nasi. Wa. r. ++++.



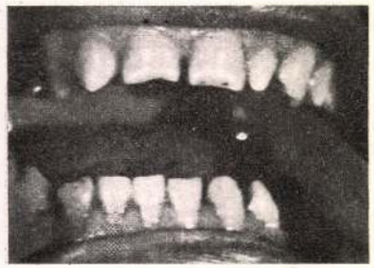
14. ábra. Csavart tengelyü fog.



15. ábra. U. n. „halfogak" (felső belső metszők); mikrodontismus.



16. ábra. „Csúcsos fog" (felső bal külső metszö); részleges mikrodontismus.



17. Csúcsos felső külső metszö fogak.



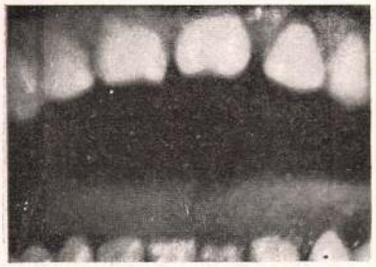
18. ábra. „Csapos fog" (felső bal külső metszö fog) Wa. r. ++++, Luetin r. +++



19. ábra. Alsó metszökön félholdalakú vájulat, de azért *nem Hutchinson*-fogak



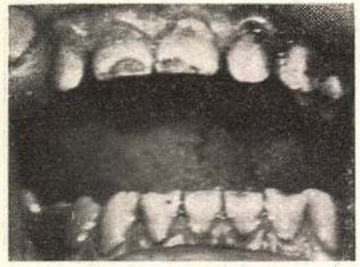
20. ábra. Typusos *Hutchinson*-fogak, föként felső j. b. metszö. Alsó metszökön félholdalakú vájulat. Wa. r. ++++.



21. ábra. Typusos Hutchinson-fogak (két felső belső metszö).



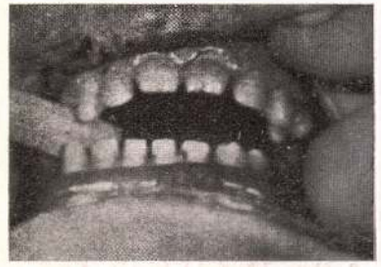
22. ábra. Typusos Hutchinson fogak (két felső belső metszö).



23. ábra.Félholdalakú „erosiós" foganyag (f. b. metszökön), melynek utólagos kieséséből *E. Fournier* a *H.* vájulatot magyarázza.



24. ábra. Csökevényes Hutchinson fogak, nem typusosak.



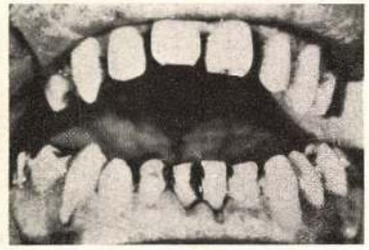
25. ábra. Csökevényes *Hutschinson* fogak. Nem typusosak.



26. ábra. Csökevényes Hutchinson fogak. Nem typusosak.



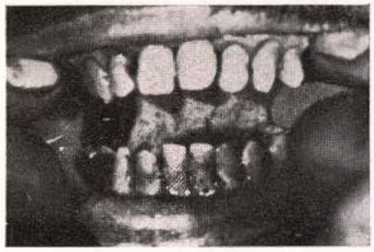
27. ábra. Csökevényes Hutchinson fogak. Csak felhivják a figyelmet.



28. ábra. Csökevényes Hutchinson-fogak. Csak gyanút keltök.



29. ábra. A felső belső metszökön a középső komponens hjánya (adat, mely *Kranz* sz. a félhold alakú vájulat létrejöttét magyarázza.)



30. ábra. 35 éves. Hosszú „amorph"-fogak. Ezenkivül erös nyeregorr. Wa. r. +++.

főként a hámban van, kevesebb a subepithelialis kötőszövetben. A mongoloid typusnál szabad szemmel alig észrevehető a pigmentatio, de a hám basalis rétege elég gazdag pigmentben. Európaiaknál csak a limbus körül és a szemrés területében látható néha erős nagyítás mellett finom felhőszerű sárgás-barnás foltos pigmentatio.

Minden olyan festenyződést, amely az itt körvonalazott határokat meghaladja, kórosnak kell minősítenünk. Ez a hyperpigmentatio lehet körülírt folt vagy csomó, amely a conjunctivában, irisben, vagy a chorioideában ül, ezek a bőr naevusaival szövettanilag és kórtanilag is sokban megegyező *naevusok*. De lehet a hyperpigmentatio kiterjedt, lapszerű is, észrevehető daganatképződés nélkül. Ilyenkor szólhatunk *melanosisról*.

Első esetünk a melanosis bulbi typicus képét mutatja. Barnabőrű, feketehajú asszony, akinek a bal szemén csecsemőkorában vették észre, hogy a szeme fehére szürkés. Amióta emlékszik, állapota változatlan. A pigmentatio ugyanis nem mindíg congenitalis, gyakran csak a hajlam veleszületett és a melanosis később, leginkább az első életévben fejlődik ki.

Az alsó szemhéjon és a halántéktájon egészen a hajas fejbőrig terjedő ólomszűrke folt van. Ilyen és hasonló bőrnaevusok néha az egész arcfelet ellepik annyira, hogy hemimelanosis faciei néven írták le a kórképet. Esetünkben még a bőr és conjunctiva határán, az alsó könnypont mellett is látható hosszúkás, füstszerű folt.

A bulbuson főleg alul és felül térképszerű, a limbus körül összefolyó, peripheriásan zegzugos foltok láthatók; közelebbről szemügyre véve kétféleségüket különböztethetjük meg: a sclerában mélyen ülő diffus, kékesen áttünő, palaszűrke, a szélein ibolyába játszó nagy foltokat, a conjunctivában pedig conglomerált kávébarna szemcsék által alkotott, felszínesebb és mélyebb, barna-fekete, szabálytalan, kisebb foltokat. Ez typusos. Enucleált szemeken kitünik, hogy a sclera pigmentatiója olykor egészen a hátsó polusig terjedhet. Szövettanilag a sclera felszines rétegeiben húzódó csíkos lemezes pigmentsejtvonulatokból áll.

Betegünk jobb szemén az iris barna. Bal szemén is barna, de egészen sötét gesztenyebarna és annyira megrakodott pigmenttel, hogy ez már rajzolata élességének rovására megy, feltünő a heterochromia. Leírtak eseteket, amelyekben olyan sötét fekete volt az iris a melanotikus szemen, hogy első látásra aniridia benyomását keltette. Gyakori az, hogy az iris apró pigmentszemölcsökkel van teleszórva. A szemfenék sötétebben pigmentált, a papilla körül temporalisan fekete pigmentsarló látható, de maga a papilla nem pigmentált. Betegünk visusa mindkét szemén 5/5, közel emmetrop, accommodatiója korának megfelelő, adaptatiója kifogástalan.

A *másik betegünk* 65 esztendős asszony; előadja, hogy jobb szemén kb. 13 év előtt lépett fel a feketedés, azóta alig terjedt. Cukorbeteg. Mindkét szemén szürkéskék az iris, a kevéssé pigmentált funduson nagyfokú myopiájával járó elváltozások láthatók; amelyek miatt visusa jobboldalt igen rossz (mindössze ½ mou ünj.)

A jobb szem conjunctivája a bulbuson a belső sector kivételével eléggé egyenletesen barnán pigmentált. A limbus körül és az alsó áthajlásban a pigmentatio még erősebb. A festenyződés azután átterjed egyrészt a tarsalis kötőhártyára egészen a szemhéjszélig egymással hálózatosan összefüggő pigmentfoltok alakjában másrészt köteges vonulatokban a corneára, amelynek centruma felé látszólag csakhamar elenyészik. Réslámpával azonban jól látható, hogy a hám legmélyebb rétegeiben ülő, színükben a sötétbarnától halvány sárgáig minden átmenetet mutató kerekded pigmentpettyek a corneának csaknem egész felszínét ellepik, a szélén sűrűn, a közepe felé egyre távolabban elszórva csupán alul-belül van sectorszerű egészen festékmentes mező. A conjunctivában is főleg a hámban van a festék, de egyes foltak a subconjunctivában is láthatók változó mélységben, többnyire egészen felszínesen. Egyéb kóros pigmentatio a szemen nem található. A conjunctiva egyébként mindenütt heges, az alsó áthajlásban rövidült, a felső tarsuson helyenként a tejszerű hegeken a barna pigment kékes árnyalatban tűnik át.

Ez a pigmentatio kardinalisan különbözik az előbbenitől. Amaz veleszületett, mély, emez szerzett, epithelialis melanosis. A kötőhártya többé-kevésbbé kiterjedt hyperpigmentatióját sokszor leírták. A szaruhártyában azonban rosszindulatú melanoticus daganatok esetein kívül. *(Albrich, Hochheim)* ilyenkor bizonyára a szertevándorló festékes daganatsejtek, vagy az újdonképződött festékkel megrakodott phagocyták hordták szét a festéket a cornea lemezei közé és elé (csupán Addison-kórnál; *Meesmann, Uhthoff)* és legújabban adrenelinos szemcsepp éveken át történt használata után láttak fellépni *(Löwenstein)*. A cornea veleszületett melanosisa, amely szintén igen ritka, csaknem mindíg az endothelben, tehát a szarú hátsó felszínén ül; a corneához előre tapadt, irisszövetet képviselő membrana pupillaris festéktermelésével magyarázzák a keletkezését *(Krukenberg, Weinkauff, Stock)*; csupán *Kraemer* látott egy veleszületett pigmentfoltot, amely a cornea hámjában ült. *Steiner* két trachomás jávai bennszülöttnél figyelt meg felszínes barna festenyződést a szarún, kérdés, van-e oki összefüggés a kettő között. Az olyan spontan corneoconjunctivalis melanosis, mint amilyen a betegünknél leírt, mindenesetre a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *(Westhoff, Ziemssen, Spasskij)*.

Tekintettel arra, hogy jóindulatú melanoticus képződmények különböző ártalmakra, így mindenek előtt sérülések után, hegesedés kapcsán könnyen rosszindulatúakká válhatnak, az érdekes szövettani készítményt igérő próbaexcisiótól elállottunk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Adat a gastrointestinalis zavarok kezeléséhez. *Geithner.* (Therapie d. Gegenw. 1931. nov. sz.)

Lehmann mutatta ki, hogy a fokhagymaolaj a b. proteus növekedését még ötvenezerszeres higításban is gátolja s általában gátol minden rothadásos folyamatot. Az ő vizsgálatai alapján alkalmazták therapiás célból jó eredménnyel a fokhagymát, illetve annak íztelen és szagtalan formában előállított kivonatát, az ú. n. allisatin-t, rothadásos bélfolyamatoknál, klimacteriális eredetü gyomor-bélzavaroknál, oxyuriasisnál. A colitisek foghagymafőzetes-beöntése therápiáját a szerző édesapja kezdeményezte. Szerző tüdötuberculosisban szenvedő betegek gyomor-bélpanaszait, klimactericus eredetü gyomor-bélpanaszokat, bélrák kisérő tüneteit, valamint meteoristicus állapotokat szüntetett meg allisatin adagolásával. Ami e szer hatásmechanismusát illeti úgy gondolja, hogy az főként a gyomor-béltractus bacteriális és fermentativ folyamatainak megváltoztatásában áll.

Egedy Elemér dr.

További vizsgálatok az insulinról és gyomorsecretióról. *Dobreff.* (Boas Archiv. 50. kötet 3—4. füzet.)

Az insulin hatás első szakában a gyomorsecretio gátlása, második szakában pedig annak fokozása figyelhető meg. Az első szak 60, legfeljebb 90 percig tart. Kisérleteit embereken és gyomorfistulás kutyákon végezte. Atropin adására a második szak 1—1½ órát késik, de feltétlenül bekövetkezik és 5—6 óra hosszat tart. Annak eldöntésére, hogy a secretio fokozódását a vércukor süllyedése idézi-e elő dextrose infusióval megakadályozta a vércukorsüllyedését, a secretio fokozódás pedig változatlanul bekövetkezett. Feltételezi, hogy az insulin secretiót fokozó hatása az idegrendszer (vagus) izgatása útján jön létre. Kisérletei alapján azt állítja, hogy az insulin a coffeinnél sokkal erősebb secretiót előidéző szer.

Egedy Elemér dr.

Nikotin-okozta múló hemiplegiák. Prof. *F. Külbs.* (Klin. Wschr. 1931. 47. sz.)

A szerző négy betegről referál, kiknél nikotin-abusos következtében múló hemiplegia, illetőleg beszédzavar lépett fel. A betegek közül 3 férfi és 1 nő volt, mind a négy negyven évnél fiatalabb. Mindegyik esetben paresthesiák, főfájás, szédülés vezették be a tulajdonképpeni bénulásos tüneteket. Hogy a múló bénulások valóban nikotin-abusus következtében léptek fel, arra mutat az a körülmény, hogy a dohányzás eltiltásával mindegyik esetben csakhamar gyógyulás állott be és hogy a dohány-abusus egyéb tünetei (fokozott alapforgalom, lymphocytosis, vasomotoros ingerlékenység) is kimutathatók voltak. Szerző a bénulásokat a nikotin kiváltotta agyi angiospasmusra vezeti vissza. *Czoniczer dr.*

Dijodtyrosin hatása a mesterséges hyperthyreosisra. Prof. *I. Abelin.* (Klni. Wschr. 1931. 48. sz.)

Haringtón és *Randall* fedezték fel, hogy a pajzsmirigy az ismert hatóanyagon, a thyroxinon kívül még egy jódtartalmú anyagot tartalmaz, a dijodtyrosint. Szerző arra vonatkozólag végzett vizsgálatokat, hogy vajjon milyen szerepe van ennek a dijodtyrosinnak. E célból patkányoknak egyrészt csak pajzsmirigykivonatot, másrészt pajzsmirigykivonat mellett dijodtyrosint is adagolt. Kiderült, hogy azoknál az állatoknál, melyek dijodtyrosint is kaptak, a pajzsmirigyhatás elmaradt, vagy lényegesen gyengébben fejlődött ki. Ebből a szerző azt következteti, hogy a dijodtyrosin szerepe a thyroxin hatásának szabályozása. *Czoniczer dr.*

Sebészet.

Perforált ulcus duodeni spontán gyógyulása. *Breitkopf.* Berlin. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 46.)

A szomszédos szervekkel való előzetes összetapadás nélküli ú. n. szabad duodenum perforatiót észlelt. 60 éves, évek óta gyomorbeteg ember étkezés után három órával, munkaközben hirtelen heves fájdalmat érzett a gyomor tájon, erős izzadás és ájulás érzés kíséretében. A beteget megvizsgálva, az epigastrumban bizonytalan nyomási érzékenység mellett kifejezett defensét talált. A beteg kórházról hallani sem akart. Állapota a következő napon azonban rosszabbodott, az az érzése volt mintha zsigerei elszabadultak volna; nem hányt. Az epigastriumban kifejezett resistentiát lehetett tapintani. Perforatio gyanúja miatt kórházba szállították, ahol a rtg. felvételen a máj és rekesz, valamint a gyomorhólyag és rekesz közt levegő felhalmozódást lehetett látni, tehát a betegnek spontán támadt pneumoperitoneuma volt. A beteg most sem egyezett bele a műtétbe; csak hosszas conservativ kezelésre gyógyult meg. A passage vizsgálatkor kiderült, hogy a betegnek ulcus duodenije van, a pép azonban nem ürül a szabad hasürbe.

Guszich Aurél dr.

Subcután bélperforatio eredményes késői műtétei. *Molnár, Léva.* (Ztrbl. f. Chir. 1931. 46.)

A perforált bélsérülések prognosisa azok műtéti ellátásának helyes időpontjától függ. 12 órán belül rendszerint megmaradnak a betegek, 24 óra mulva végzett műtétek eredménytelennek mondhatók. Mégis vannak esetek, ahol a késői műtét dacára is sikerült megmenteni a betegeket. 35, 48 és 17 éves földmüvesekről van szó, akiknél lórugás következtében vékonybél-ileum-perforatio történt, melyek 41, 26 és 40 óra múlva kerültek műtétre. A perforatiós nyilás elvarrása után rivanollal kiöblítette a hasüreget; a betegek átlag 6 hét alatt gyógyultak. Mindhárom esetben a perforatio környékének a szomszédsággal való szerencsés letokolódásnak javára írandó a késői műtéttel elért kedvező eredmény.

Guszich Aurél dr.

Sajátságos haláleset strumectomia totalis után. *Breitfeld,* Berlin. (Ztrbl. f. Chir. 1931. 46.)

Struma maligna miatt 39 éves férfi betegnél strumectomiát akart végezni. Az avertin narcosist követő 12-ik percben légzési zavarok léptek fel, melyek asphyxiába mentek át. Mesterséges légzés, tracheotomia, lobelin, stb. elvégzése után a beteg állapota annyira javult, hogy a mütétet elvégezhette. Már a műtét alatt a jobb facialis területében tic-hez hasonló rángások támadtak. Feltünő volt minden második percben fellépő erőltetett belégzés, később protrusio bulbi, majd rángások a végtagokban és az egész testben. A beteg az egész műtét alatt eszméletlen volt, a műtétet követő 36 órán belül exitált tüdőoedema tünetek közt. Kétségtelen, hogy a műtét elején fellépett asphyxia az avertin rovására irandó, dacára az óvatos adagolásnak (0.09 pro. kgr.). Feltehető az is, hogy a tumor következtében a pajzsmirigy thyroxin produkáló sajátságos működése sérült. A thyroxin serkenti a glukuronsav képződést, ennek csökkenése az avertin mérgező hatásának növekedésével egyértelmű. Az exitus oka valószínüleg a narcosis alatt kifejlődött latens *tetania* volt. Ez a latens tetaniás postoperativ reactió összefüggésbe hozható a tracheotomia és mesterséges légzés által teremtett hyperventillatiós állapottal is.

Guszich Aurél dr.

Szemészet.

Adatok a glaucoma tanához. *C. Hamburger.* (Klin. Monats. f. Aug. 1931. nov.)

Az üvegtest jelentőségét tette vizsgálat tárgyává a glaucoma szempontjából. Az üvegtest gel állapotban lévő colloid, mely vizet tud felvenni és leadni, ennek következtében a tensiót szabályozhatja. Enucleatióra kerülő bulbusokat tonometrizált enucleátio előtt és után (retrobulbaris novocain inj. nélkül); azt találta, hogy azokon a szemeken, melyek nem glaucoma miatt lettek enucleálva (daganat, chron. uveitis stb.) a tensio az enucleátio után nullára sülyedt. Glaucomás szemeken (abs. glauc.) azonban enucleatio után is magas volt a tensio, az eredeti értéknek mintegy 16—603-éka. Ezt úgy magyarázza, hogy enucleatio után megcsökken a bulbus vértartalma és ezért sülyed a tensio, glaucomás szemeken azonban úgy látszik, hogy az üvegtest duzzadó állapotban van és ezért marad meg enucleatio után is a tensio. Acut cyclitisek után megpuhul a szem, mert a fokozott véráramlás az üvegtestre vízelvonólag hat, ugyanez volna a hatásmechanismusa glaucománál a hyperemizáló anyagoknak: eserin, histamin, glaukosan.

Weinstein Pál dr.

A vezelet és vele rokon vérnyomáscsökkentő anyagok parenterális alkalmazásának a szemre gyakorolt hatásáról. *G. B. Bietti.* (Klin. Monatsbl. f. Aug. 1931. nov.)

Házinyulaknak intravenásan injiciált vizeletet, (részben nyúlvizeletet, részben emberi vizeletet), továbbá a vizeletből előállított vérnyomáscsökkentő anyagokat ú. m. kallicreint és prolant. Mindezen anyagok a szemen ugyanazon histologiai változásokat idézték elő és pedig a corpus ciliare nyulványainak nagymértékü oedémáját, vérrel való telődését, az uvea ereiben a fehér vérsejtek felszaporodását, különösen a leucocytákét. Az erek faláb jellegzetes sejtek tüntek fel, hasonlóak a monocytákhoz, chromatindús maggal és széles protoplasmával. A ciliáris nyulványok oedémája nehány órával az injectio után érte el maximumát. Ezen anyagok viselkedése tulajdonképen az ú. n. ingerhatás mechanismusához hasonlitanak, amelyet az uveával kapcsolatosan *Szily* vizsgálatai tisztáztak.

Weinstein Pál dr.

Fülgyógyászat.

Cukorbetegek fülbajainak gyógyítása. *Hirsch.* (Zeitschr. f. HalsNasen- und Ohrenheik. 29. köt. 1931.)

Cukorbajjal kapcsolatos hallójáratfurunculus és középfülgyulladás komoly szövődményeknek tekintendők. Szerző emiatt diabeticusok minden fülmegbetegedésénél előre ad insulint és megfelelő diaetát ir elő, hogy a betegek mihamarabb cukormentesekké váljanak. Minthogy könnyü diabetes esetek is sulyosakká válhatnak mütéti beavatkozások után, az insulinadagolást egészen enyhe esetekben is szükségesnek tartja. Ha a djabeteses beteg középfülgyulladása nem gyógyul gyorsan, a műtéti indicatiót előbb kell felállítani, mint egyéb esetekben. Az insulinnal kezelt cukorbeteg antrotomiája sokkal kevesebb veszélyt rejt magában, mint fennálló mastoiditis esetén a mütét halogatása.

Germán Tibor dlr.

Idült középfülgyulladások bakteriologiája. *Hesse.* (Zeitschr. f. Hals- Nasen- und Ohrenheilk. 29. köt. 1931.)

Szerző adatai 150 idült középfülgyulladásos esetre vonatkoznak, a bakteriologiai vizsgálatokat úgy aerob, mint anaerob bakteriumokra végezte. Különös súlyt helyezett a szövődményes esetekre. Ellentétben a heveny esetekkel a legtöbb esetben többféle mikroorganismust talált. Valószínünek tartja, hogy az idült középfüllob lefolyása, főleg pedig a szövődmények fellépése egyebek mellett a fertőzés minőségétől is függ. A szövődményes esetek legtöbbjében streptococcus haemolyticust talált, a szövődmény jelentkezését igen gyakran a folyamat exacerbatiója előzte meg. Gyakori lelet volt a szövődményeknél a proteus vulgaris. Staphylococcusok és pseudodiphtheria bacillusok előfordultak úgy szövődményes, mint szövődménymentes esetekben, mint ritka leletek pneumococcusok, Friedlaender bacillusok és colibacillusok szerepeltek.

Germán Tibor dr.

Füleredetü agyhártyagyulladás therápiája. *Ruttin.* (Msch. Ohrenheilk. 65. köt. 1931.)

A rendkívül gyökeres fülmütét után többszörös lumbalpunctiót végez, a kibocsátott liquor helyébe 10 ccm élettani konyhasó oldatban 0.01 solganalt juttat intralumbalisan a szervezetbe. Ezt az eljárást másodnaponként ismétli, a közbeeső napokon 5 ccm-t ad intravenásan. Megfigyelései 4 esetre vonatkoznak, az elsőben idült középfülgyulladás és lappangó genyes labyrintgyulladással kapcsolatosan lépett fel a meningitis, a liquor steril volt. A második esetben az agyhártyalob heveny középfülgyulladásnál fellépett latens genyes labyrinthgyulladáshoz társult, a punctatumban diplostreptococcusok voltak. Ez az első két eset meggyógyult. Exsitussal végződött a harmadik eset, mely ugyancsak heveny középfülgyulladásnál diffus, manifest labyrithgyulladáshoz csatlakozott, a liquorban bacteriumok nem voltak kimutathatók, igaz, hogy a folyamat foudroyans módon zajlott le. A negyedik esetben heveny genyes középfülgyulladás, sepsis és agyhártyagyulladás volt jelen, a liquorban streptococcus haemolyticus volt nagy számban kimutatható, a gyógyulás hetek mulva következett be. Hangsúlyozza a gyökeres és korai mütét szükségességét, genyes labyrinthitis esetén a labyrinthmütét gyors elvégzését az agygödrök széles feltárásával kapcsolatosan. Ezt sikeresen támaszthatja alá a gyakori lumbalpunctio solganal-cylotropin akalmazásával kombinálva. *Germán Tibor dr.*

Gyermekorvostan.

A táplálék hőmérsékletének befolyása a csecsemőre. *M. Herrmann.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 51. köt. 1. f.)

A táplálék hőmérséklete mesterségesen tápláltaknál általában 32° és 42 C° között váltakozik. Szerző azt vizsgálta, hogy ezen határokon belül változtatva a táplálék hőmérsékletét, van-e eltérés a csecsemő viselkedésében, súlygyarapodásában, a székletek számában? A kísérleti eredmények szerint semmiféle károsodás nem volt észlelhető a csecsemőkön.

Egy másik kisérlet-sorozatban a táplálék hőmérséklete 22 C° és 28 C° között volt és azt tapasztalta, hogy a csecsemők étvágya romlott, gyakran lépett fel dyspepsia, sőt sulyos táplálkozási zavar is.

Szerző szerint, akut táplálkozási zavarnál, a szokott kezelés mellett a táplálék hőmérsékletének is fontossága lehet, erre nézve további megfigyelések szükségesek.

Sonnauer dr.

Pustulosis vacciniformis acuta. *Freund.* (Monatschrift f. Kinderheilkunde 51. k. 1.)

Exsudativ diathesisnél ritka esetekben acut dermatitisek léphetnek fel. Ezeknek egyik megjelenési formája az erysipelas,vagy phlegmoneszerü dermatitis,a másik a pustulosis acuta simplex, amelyet számos infiltrált alapu gombostűfejnyi, borsónyi pustula jellemez. A pustulák úgy az eccemás területeken, mint a szomszédos ép börterületeken is felléphetnek.

A másik hasonló, halálos kimenetelü, de ritkább complicatio exsudativ diathesisnél a pustulosis vaccinaformis acuta. Hasonlít a pustulosis acuta simplexhez, de az egyes pustulák nagyobbak, szürkés-sárga színüek, hamar látunk rajtuk köldökszerü behúzódást és centralis pörkképződést. A betegség nincs összefüggésben a vaccinatióval.

Sonnauer dr.

Rachitis befolyásolhatósága besugárzott ergosterin-präparátumok nélkül. *Bleyer és Fischer.* (Deutsche Med. Wochenschrift. 41. sz. 1931.)

Az utóbbi évek vizsgálata óta kétségtelen, hogy a rachitis folyamán megzavart Ca és P. anyagcsere besugárzott ergosterinpraeparatumokkal aránylag gyorsan a helyes útra terelhető. Szerzők azt a kérdést teszik fel, vajjon ez e a reparatio egyetlen útja?

Az inosit már physiologiásan a szervezetnek egyik alkotó része és szerzők az inosit phosphorsavas calcium sójával próbálkoztak ásványi anyagokat behozni a szervezetbe. Vitophos nevü praeparátummal a következő eredményekről számolnak be: *Mac Collum* rachitis diaetával károsított állatoknál meghatározták az összcsontváz súlyveszteségét izzításnál, a calcium arányát a phosphorsavhoz, valamint az öszcsontváz arányát a testsúlyhoz. A controll állatokkal összehasonlítva az izzitási veszteségből a csontban levő ásványoknak abnormis összetételére lehet következtetni, az összcsontváz-testsúlyarány csökkenéséből pedig az összásványtartalom vesztesége derül ki, a calcium és phosphorsav quotiens megváltozásából a csontok transmineralisatiójára lehet következtetni.

Mindezen, rachitisre jellegzetes elváltozások 3—7% vitophos hozzátáplálására kiegyenlítődtek.

Ezek mind állatkísérletek, de annyit mindenesetre jelentenek, hogy vitophossal ásványi appositiót el lehet érni. Ezt a nézetet támogatják klinikai tapasztalatok is, pl. lassan gyógyuló fracturáknál a callus képződést elősegíti a vitophos, támogatja továbbá ezt *Freud, Urbanitzky* és mások klinikai eredményei rachitisnél. *Feltóthy Magda dr.*

Urologia.

Tuberkulozis infectio adenomás prostatában. *Patch* és *Foulds.* (Brit. Journ. of Urology, 1931. 3. sz. III. k.)

Két esetükről számolnak be, midőn a mütéttel eltávolított prostatában a benignus adenoma mellett tuberkulozist találtak. A szervezetben egyebütt aktiv tbc.-s folyamat nem volt kimutatható. Mindkét beteg a prostatectomia után gyógyult. Érdekességük ritkasáukban rejlik, mivel a tuberkulozis hasonló előfordulásban 14 esetben ismeretes az irodalomban.

Szold Endre dr.

Műtéti javallatok vese és uréterkőnél. *F. Legueu.* (Journ. d'Urol. XXXII. köt. 3. sz.)

A javallatok és a mütét minősége szempontjából a vese állapota irányadó. 1. *Fertözött, genyes vesénél,* ha *ureterkö* van jelen úgy minél előbb operálnunk kell. Ha a vese megtarthatónak látszik *ureterolithotomiát* végzünk. Ha sulyos tünetek dominálnak *nephrektomia,* igen súlyos esetben pedig *nephrostomia* végzendő. Ha a kő a *genyes vesében* foglal helyet, akkor vagy *nephrektomiát* vagy *nephrostomiát* végzünk. Utóbbi főleg súlyos, leromlott, lázas betegeknél vagy kétoldali megbetegedés esetén jön szóba; ha lehet később secundär nephrektomia történjék subcapsularisan. Ha fertözött vese mellett a tágulás nem nagy (pyelonephritis), úgy csak a követ távolítjuk el, de gyakran itt is secundär nephrektomia szükséges a sipolyképződés miatt. Szerző — ha ellenkező oldali vese állapota megengedi — erös tágulás és elvékonyodott parenchyma mellett mindjárt nephrektomiát végez. Jó parenchyma és kezdeti fertözésnél a követ távolítja el.

2. *Kissé* vagy *alig változott* vesénél, ha a kő a vesében van, a mütét sokkal kevésbé sürgös, mint ureterkőnél. A tünetek is sokkal enyhébbek, tünetmentesség is előfordul. főleg nagy köveknél. Sulyos tünetek esetén operálni kell, de csak akkor, ha a beteg kora, általános állapota és főleg a másik vese állapota ezt nem ellenjavallják. Ilyen esetben belgyógyászati kezelés és hydrotherapia jön szóba. A mütét minőségét illetőleg: nagy voluminozus vagy korallköveknél *nephrektomia* javallt. Pyelotomia kivitele ilyenkor igen nehéz, a nephrotomia pedig a vérzés miatt veszedelmes. Középnagy vagy kis köveknél csak *pyelotomia* vagy *nephrotomia* vagy a kettő kombinációja (pyélotomie élargie) jöhet szóba. Ha a kő az ureterben ül, a mütéti indikáció előbb állitandó fel, mint vesekőnél, bár aránylag nagy kövek is eltávozhatnak spontán s ezért jvókúra megkísérelhető. Ennek sikertelensége esetén, ha a kő az alsó szakaszban ül, az uterszájadékot diathermiával átégetjük vagy állandó ureterkathetert alkalmazunk és olaj vagy glycerin befecskendést végzünk. Vese és ureterkő együttes jelenléte — a vese kettös laesioja folytán — feltétlenül sürgös beavatkozást indikál. A mütétet egy ülésben akkor végezzük, ha a két kő egymáshoz közel fekszik. Ha távol vannak, úgy kétüléses mütét célszerü, vagy együlésben is végezhető, de külön metszéssel. Ha kétüléses mütétet határozunk s a vesekő valószínüleg pyelotomiával eltávolítható, úgy *előbb az ureterkő* távolítandó el. Viszont ha nephrektomia szükséges, akkor ezt végezzük el.

3. *Solitär köves vesénél* természetesen csak konservativ mütét jöhet szóba. Ha a veseállomány bemetszése szükséges a mütét elektromos késsel történjék.

4. *Patkóvesére* fennti javallatok érvényesek, tehát szükség szerint pyelotomia vagy nephrektomia végzendő.

Sas Lóránt dr.

KÖNYVISMERTETÉS

IV. Jelentés az Orsz. Közegészségügyi Int. 1930. évi müködéséről. *Johan Béla.* (Bpest, 1931. Pátria nyomda.)

A 117 oldalas könyv, melyhez a mezökövesdi mintajárás 1925—30. évi népmozgalmi adatait mellékelték, a Közegészségügyi Intézet érdemes vezetőjének egyéniségét tükrözi vissza. Minden sallang és kitérő nélküli, puritán egyszerüségü, lakonikus sorokban számol be arról az alapvető közegészségügyi gyakorlati munkáról, melyet a vezetése alatt álló intézet a tanítás, laboratóriumi, vidéki fiók, külső és kutató munkák terén végzett. A könyv végén 4½ oldalas német és angol kivonat ismerteti az anyagot.

A könyv azt mutatja, hogy míg az 1876: XIV. tc. elméleti alapot adott közegészségügyünknek, addig az Orsz. Közegészs. Intézet a gyakorlati kivitelét kezdte meg, munkája tehát korszakalkotó jelentőségű közegészségügyünk történetében. A munka gerince a falu egészségügyének kiemelése a szégyenletes és nyomorúságos elmaradottságból, mely a nemzet létének, jövőjének szempontjából a legnagyobb fontossággal bír.

Mikor a kiváló szerző munkáját megkezdte, még nem sejthette azt, hogy a „takarékosság" hóhérbárdjának, laikus kezelői az országos közegészségügyet, az Intézet fejlődő intézményeit is le akarják mészárolni.

Ma ez az egyszerű beszámolónak készült könyv kiáltó vádirat azok ellen, akik a mult tékozlásait a jövő eladásával próbálnák „kiegyenlíteni". A könyvet elsősorban azoknak kellene olvasni, sőt megérteni, akiknek a közügyek intézésébe beleszólásuk van.

Zemplényi Imre dr.

Bevezetés az individual-psychologiába. Irta: *Kulcsár István* dr. (Kiadta a Magyar Individualpsychologiai Egyesület. Budapesten. 1932.)

Szerző a 112 oldalra terjedő könyvében az Adler-féle individualpsychologiai iskola tanait foglalja össze. 15 fejezetben igyekszik az individualpsychologia lényegét, célját, módszerét megismertetni, „értelmét megvilágítani". Teszi ezt határozott formakészséggel, jó magyarsággal és szerencsés érzékkel a tekintetben, hogy mikor és mennyit mondjon, hogy érthető is legyen és hosszadalmas se legyen. Bevezetésnek szánta művét a szerző s a könyv e célnak jól megfelel.

Kétségtelen, hogy a psychotherapiás módszerek a psychoanalysissel, az individualpsychologiával jelentős nyereséghez jutottak. Talán még többet nyertünk velük a neurosisok genesisének megismerése tekintetében. Azonban mindkét irány ugyanabban az alapvető hibában szenved; abban t. i., hogy mindkettő hallatlanul egyodalú. A psychoanalysis minden neurosis, sőt functionalis elmebaj okát a sexualis ösztön zavarára vezeti vissza, az individualpsychologia pedig mindezeknek okát a „fogyatékosság-érzés"-ből vezeti le. Mindkettő a constitutiót csak úgy mellékesen említi meg, mint olyat, amelyet teljesen kikapcsolni egyik sem tud és mer.

Az emberi idegrendszer és az emberi psyche annyira differentiált és complicált működésű, hogy a legkülönfélébb behatásokra az egyéni constitutiónak megfelelőleg a legkülönfélébb reactiókra képes. Vannak neurosisok, amelyek a megfelelő dispositio alapján a Freud-i értelemben s vannak, amelyek az Adler-i értelemben keletkeznek s vannak, amelyek megint más és más úton-módon jönnek létre. Ami pedig a psychosisok genesisét illeti, akár az analytikus, akár az individualpsychologiai értelmezést nézzük is, azt kell mondanunk, hogy ezek teljesen önkényes minden tárgyi bizonyítékot nélkülöző, apodictikus kijelentések.

A jó neurologus minden neurosis esetét individualisan mérlegeli s a betegség és az egyéniség, valamint a még számbajövő körülmények minősége szerint fog majd suggestiv eljárásokat vagy persuasiot, esetleg analysist, vagy individualpsychologiai módszert stb. alkalmazni, de sohasem fog mindent egy kaptafára húzni sminden neurosist csak az egyik vagy a másik eljárással kezelni.

Somogyi dr.

Klinikai zsebkönyv 1932. évre. Szerkeszti *Alföldi Béla dr.* (Petőfi irodalmi vállalat kiadása. Budapest, 1932. Ára 9.50 P.)

Örömmel üdvözöljük az évek óta megjelenő s immáron közkedveltségnek örvendő zsebkönyv újabb kiadását. A kiváló szakemberek tollából származó a mindennapi orvosi gyakorlatra fontos utasításokat összegyűjtő könyvecske nagyon jó szolgálatot tesz a gyakorló orvosnak úgy a therapia, betegellátás, mint a sürgős orvosi beavatkozások tekintetében. A most megjelent kiadás megtartotta az előzők összeállítását, természetesen újabb értékes közlésekkel kibővítve. A finom biblia papiron nyomott, könnyen áttekinthető tetszetős kiállítású „repetitoriumot" minden kartársnak figyelmébe ajánljuk.

Budapesti Kir. Orvosegyesület december 19-i közgyülése és ülése.

1. **Tóth I.** elnök: Mélyen Tisztelt Közgyülés! Amivel megnyitottam októberi első ülésünket, most is csak azt ismételhetem: „Rossz időket élünk, rossz csillagok járnak, Isten óvja minden bajtól mi magyar hazánkat! A véres világháború, az azt követő felfordulás, forradalom, az emberi szabadságot eltipró bolsevizmus után reménykedni kezdtünk jobb jövőben, aminek a nyár elején évzáró közgyülésünkön kifejezést is adtam s alig telt el pár hét, most meg a gazdasági krizis, mint világcsapás zúdult reánk. Miben reménykedjünk?

A munkaerejét vesztett öregedő családapa gyermekeiben, unokáiban látja, véli megtalálni a szebb jövőt. Mi, az ifjúságnak tanítói a padokban szorongó fiatalságban keressük s leljük fel lelkünk bizalmát a jövőben s aki azon szerencsések közé tartozik, mint magam is, hogy 25—30 fiatal ember társaságában, e második családomban a klinika falai között élhetem át e nehéz időket, igazán csak az ő fiatalságuk, az ő fáradhatatlan buzgóságuk ad reményt a jobb jövőre. E fiatal orvosoknak egyötöde kap csak valamelyes, csekély fizetést, a többi négyötöde minden anyagi ellenszolgáltatás nélkül szolgálja az államot s áll ott éjjel-nappal a szülőágy mellett és nyújt segítséget immáron évenkint több mint 2700 szülőnőnek, amikor ezek a nemzetet egy-egy új tagjával ajándékozzák meg. Nem lehet e munkát elismerés nélkül nézni s ez a fiatalság a szebb és jobb jövő reménye.

De nekem azon megtiszteltetés is jutott, hogy még egy nagyobb családom is van, amelyiknek én jelenleg pater familiasa vagyok s ez a mi egyesületünk, amelyik a mostoha anyagi viszonyok között is dolgozik, eredményeket mutat fel s az öregebbek mellett a fiatalság igazán sikeresen kiveszi a maga részét: kiáll az előadói dobogóra, idehozza szorgalmának, tehetségének gyümölcseit s a fiatalsággal megtelt terem hallgatja az egyesület tudományos ülését. Amint a főtitkár úr beszámolójából mindjárt hallani fogják, az orvosegyesület kitűzte pályadíjaknak nagy részét éppen a fiatalság nagy elismerést aratott munkái nyerték el. És a mai közgyüléshez ez a fiatalság azon kéréssel fordul, hogy egyesületünk tudományos üléseit szombatról péntekre tegyük át, hogy a mai e forrongó világban a hét végét testi és lelki pihenésre szentelhessék, hogy sporttal a természet ölén erősítsék a küzdelemre testüket, lelküket. Bár mi öregek a tradiciókhoz ragaszkodva, az első percekben nem könnyen hajoltunk meg az ifjúságnak e kérése előtt, de az igazgató-tanács tárgyalása alatt egyik legérdemesebb, az ottlevőknek seniorja, örökifjú tiszteletbeli tagtársunk felszólalása az ifjúság oldalára térítette az igazgatóságot s így az indítványt pártolólag terjeszti a közgyülés elé, amelynek döntésétől függ, megmaradunk-e a régi tradiciók meleltt, avagy legalább is megkíséreljük az ifjúság e kívánságának teljesítését.

Bocsánatot kérek, hogy elnöki megnyitómban köznapi kérdésekkel is foglalkoznom kell, de éppen egyik kiváló, régi tagtársunk vetette fel a témát a választmány előtt, t. i., hogy kérjük meg tagjainkat, tartsák magukat az előadások, bemutatások és hozzászólások alapszabályszabta idejéhez és másrészről senki se vegye személyes sérelemnek, ha az üléselnökök erre mindenkor figyelmeztetni fogják az előadókat, hozzászólókat, mert csak így lehet kimerítő vitákkal a bejelentett, készen álló előadásokat lebonyolítanunk. Erre kérem a tisztelt Tagtársak segítségét.

Ugyancsak az igazgatóság gyülésén hangzott el a panasz, hogy az Orvosegyesület gyüléseit nem egyesületi tagok is felkeresik, sőt nem orvosok, hanem medikusok, sőt még teljesen laikusok is, egyik-másik előadás-bemutatás alatt tömegesen jelennek meg. Az előcsarnokban ki van írva, hogy az egyesület tudományos üléseit csak tagok látogathatják, avagy valamelyik tag által bevezetett s az elnöknek esetről-esetre bejelentett vendégek. Az utóbbi időben annyi viszaélés történt e téren, hogy e helyről kell felkérnem az egyesület tagjait, legyenek segítségünkre az ellenőrzésben, nehogy alkalmatlanságot kelljen szereznünk minden belépő igazoltatásával, amit a könyvtár használatban már eddig is foganatosítottunk. Nem szükkeblüség az, hogy idegeneket, akik talán kíváncsiak is, talán tudományos érdeklődésből is az egyesület tudományos tárgyalásaira — kizárunk e teremből, bár erre is nyujtanak módot, de megköveteli a rend, a tudományos tárgyalás biztosítása s az orvosegyesület érdeke, hogy az ezirányú szabályok megtartassanak. Egyelőre ennek biztosítása érdekében minden ülés elnöke az ülés kezdetén felszólítást fog intézni a jelenlevőkhöz a szabályok megtartására.

Amikor ez évzáró közgyülést megnyitom, üdvözlöm egyesületünk tagjait s az eljövendő ünnepekre s az új évre boldogabb, szebb jövőt kívánok mindannyiuknak.

2. **Zalka Ö.** főtitkár jelentést tesz a beérkezett pályamunkák bírálatáról és jutalmazásukról. Az Egyesület a következő pályamunkákat részesítette jutalomban: a Balassa jutalomdíját *Marek Józsefnek*, az Orvosi Hetilap jutalomdíját *Takács Lászlónak*, a Mészáros Károly jutalomdíjat *Szél Tivadarnak*, a Budapest—Józsefvárosi Orvostársaság Bókay János jutalomdíját *Szirmai Frigyesnek*, a Szenger Ede pályadíjat *Szathmáry Zoltánnak* és *Schranz Dénesnek*, a Friedrich Vilmos jutalomdíjat *Vidakovits Lajosnak*, a Widder Ignác juta-

lomdíjat *Sandelhausen Miklós*nak, a báró Herczel Manó jutalomdíjat *Winternitz Arnold*nak, a Tauszk Ferenc jutalomdíjat *Neuber Edé*nek adta az Egyesület.

3. Felvétetett 13 új tag.

4. A közgyülés elfogadta Ratkóczi Nándornak és 266 tagnak azon indítványát, hogy a tudományos ülések 1932. januártól szombat helyett pénteken 6 órakor tartassanak meg.

A közgyülés után következő tudományos ülésen *Aujeszky Aladár:* Hőgyes Endre emlékezete címen tartott előadást.

Közkórházi Orvostársulat december 9-i ülése.

Greyer Gy.: *Arachnodactylia esete.* A bpesti állami gyermekmenhelyben észlelt arachnodactylia esetét mutatja be. A kórkép legkimagaslóbb tünete a csöves csontok, főleg azok distalis végeinek a kéz- és lábtőcsontok, valamint az újjpercek csontjainak szembetünően hosszabb és vékonyabb volta. Utóbbi mintegy 15—20%-al nagyobb a rendesnél. Az izomzat, a böralatti kötő- és zsírszövet főleg a végtagokon elégtelenül fejlett. A fülkagylók nagyok, a két elődomborodó anthelin által jellemző rajzolatnak, kézujjak között kisfokú hártyaképződés, lumbalisan kyphoscoliosis staticai és szellemi functiók a deformitáshoz viszonyítva elég jók. Utóbbiak auxanin B adására aránylag rövid időn belül feltünő módon javultak. Bizonyosnak látszik, hogy a betegség veleszületett. Hogy az ébrényi szövetek zavaránál szerepet játszik-e az endokrin befolyás kiderítve nincs. Mindenesetre valószínünek látszik, hogy itt az ellenkező hatások érvényesülnek, mint micromeliánál.

Keller K.: A gyermeken észlelt fejlődési rendellenességek halmozódása mellett feltünik a mozgászavarnak egy nem mindennapi formája: A gyermek főleg lábujjait sajátos hajlítás és feszítés közben egymás mellett elcsavarja. Ez a hyperkinesis, mely sem nem choreás, sem athetosisos, azonos a csecsemők korai, physiologiásnak tekintendő mozgásaival, melyet a striatumnak a csecsemőkorban való gyenge fejlettségével kell összefüggésbe hoznunk. Ebben az esetben a három éves gyermeken a csecsemőkori hyperkinesist még mindig megfigyelhetjük, ez is a striatum gyenge fejlettségét bizonyítja.

Rötth A.: A beteget 1½ év előtt a Szemorvostársaságban mutatta be függőlegesen ovalis hártyája miatt, amit arachnodactyliánál még nem észleltek.

Réffy F.: *Fagyásként kezelt és több ízben amputált Raynaud-féle betegség.* 39 éves férfi, akinek lábujjai 1917-ben bizseregni, majd fájni kezdtek, időnként elhalványodtak, majd kékes-szederjés színüvé változtak s ilyenkor igen fájdalmas görcsök léptek fel. Gangraenás elváltozás miatt 1926-ban a jobb öregujjat sebészileg eltávolították, később a bal láb ujjait, majd a bal lábfejet, 1930-ban pedig a bal alszár alsó kétharmadát amputálták. Állapota azonban nem javult, úgyhogy ez évben *Leriche*-féle periarteriális sympathectomiát végeztek nála s azóta nagyfokú javulást észlelnek. A fájdalmak enyhültek, a paraesthesiák csökkentek, a trophiás zavarok megszüntek s a kékesvörös elszineződés sem jelentkezett azóta. A WaR. negativ. Tapintás, hő-, fájdalomérzés normális.

Fischer E.: 80 éves férfit kezelt a nyár folyamán alszártöréssel, amelynek gyógyulása kissé elhúzódó volt az alszár vérkeringési zavarai miatt. Az utóbbi hónapokban ezen utóbbiakhoz senilis atrophián alapuló viszketés is társult, amely az ismert módszerekkel nem volt befolyásolható. Ezért a betegen *Doppler*-féle mütétet végeztetett (az art spermatica ecsetelése és periarteriális infiltratiója phenol oldattal). A mütétnek kitünő és promt hatása volt.

Kramer P.: *A szénhydratanyagforgalom vizsgálata Basedow-kórnál.* A szénhydratanyagforgalom vizsgálata tekintetében ismerteti a Basedow-kórosoknál insulin injektio, cukormegterhelés után nyert vércukorgörbéket. Parallel vércukormeghatározások történtek a capillaris és vénás vérben s az eredmények azt mutatják, hogy a capillaris vénás differentia kisebb, mint normális egyéneknél. Ebből arra következtet, hogy a cukorfelvétel a szövetekben gátolt.

Nagy A.: *Hevenyen fellépő Basedow esetek.* Két hevenyen lefolyó esetről számol be. Mindketten a Telepi-utcai belosztályon feküdtek ez év nyarán, Basedow-kór tüneteivel. Az esetek érdekessége az acut kezdet és a gyors lefolyás. A gastrointestinalis tünetek, csillapithatatlan hányás, hasmenés és psychomotoros zavarok uralták a képet. Heveny psychosis fejlődött ki látási és hallási hallucinatiókkal, nagy motoros nyugtalansággal és az ezek következtében beállott inanitio mindkét betegnél pár hét alatt exitushoz vezetett.

Torday Á.: Az egyik betegnél feltünő volt a nagyfokú izomgyengeség, amely miatt ágyában fel sem tudott ülni és a rágás is nehezére esett. A gyors lefogyás, a gyakori hányás rákgyanúját keltette kezdetben; a tünetek pontos észlelése alapján ezt ki lehetett zárni, amit a sectio is igazolt.

Walkó: Heveny fertöző betegségek, kivált typhus és scarlatina után észlelt — valószínüleg a pajzsmirigy bakteriális vagy toxicus fertőzése alapján — hevenytünetekkel járó Basedow és threotoxicus eseteket. *Patterson* tonsillektomia után egy hét mulva, *Pribram* úszás után hirtelen kifejlödő hevenyeseteket irt le. A halált lázas állapot szokta megelőzni és a legtöbbször status thymico lymphaticus is megállapitható.

Szilágyi G.: *Ascaris által kiváltott asthma bronchiale esete.* 28 éves férfi disznóbélgilisztákkal horgászott, a gilisztáka érintése után rövidesen megdagadt az újja, szemhéjja, majd fuladási rohamokat kapott. A csepelszigeti halászok között nagy számban talált hasonló módon megbetegedetteket. A legtöbbnél urticariák előzték meg a rohamokat.

Torday A.: A zoologusok már régóta tudják, hogy a szétépett orsóférgek egyeseknél kellemetlen tüneteket vált ki, minők, conjunctivitis, könnycsurgás, tüsszentés, émelygés, hányinger, fülzúgás, erös garathurut, élénk pir urticaria prusitus a nyakon, a homlokon és némely esetben szabályosan visszatérő asthmás rohamok. *Goldschmidt* 20 esetről emlékezik meg. Némely egyénnél a gilisztaféreggel való kontaktus miatt a kéz megduzzad és fájdalmakat éreznek az újjhegyben. A nyálkahártyaizgalmakon kívül fellépő dyspnoes és asthmaszerü rohamok a vasodilatatiós idegek izgalma miatt keletkeznek, mint sympathicusneurosis. *Flury* vizsgálatai szerint főleg illo zsírsavak okozzák e tüneteket (hangyasav, vajsav, propionsav, főleg acrylsav, acrolein), — *Jadassohn* is három esetet emlit, amelyekben a bélféreg bomlási termékei náthát, conjunctitivist és sulyos asthmát váltottak ki eosinophiliával. — *Fülleborn* a féreg iránt érzékenység kimutatására is végzett allergiás reactiót, a féreg száraz anyagával; a reactio esetéről a vélemények eltérőek *(Brünning, Heglin.)*

Kotlán: Az előadó által vázolt tünetek valóban egyeznek azokkal a tünetekkel, melyek az ú. n. ascariás érzékeny egyéneknél észlelhetők akkor, ha azok orsóférgekkel, illetve azoknak testnedveivel érintezésbe jutnak. Egyes egyéneknek ez az érzékenysége régen ismert jelenség. Az érzékenység foka azonban egyénileg változó s e szerint változók azok a tünetek is, melyek ilyen egyéneknél az orsóféreg sajátos hatóanyagai által kiváltatnak. E tünetek a nyálkahártyáknak kisebb-nagyobb izgalmától, hurútjától és annak következményeitől kezdve a pruritus, urticaria, oedema, láz, asthma, általános gyengeség sőt comatosus állapot kifejlődéséig különböző mérvben és tartamban jelentkezhetnek. Különösnek tartja azonban az előadó által észlelt eseteknek nagy számát. Ez a körülmény mindenesetre ajánlatossá teszi azoknak aetiologiai irányban való további vizsgálatát.

Hajós K.: Az előadó által ismertetett tömeges ascaris érzékenységet a szervezet primaer túlérzékenységére kell visszavezetni, mert ezen ascarisok nem váltanak ki minden szervezetben kóros tüneteket. Ilyen idiosyncrasiák, idiopathiák az irodalomból eléggé ismertek, különösen pókok, hernyók, rákok és kagylós állatok okoztak tömeges idiopathiás mérgezéseket. A bemutatott két asthma esetében az ascaris méregnek csak egészen mellékes szerepe van, mert a betegek már hosszú idő óta nem érintkeznek az ascaris méreggel és mégis sulyosan asthmások. Az asthma lérejöttében mindig két tényző szerepel, az egyik a belső ok, az a bizonyos konstitutio vagy dispositio, melynek ma már sok jelét ismerjük, a másik a kivülről jövő kiváltó okok tömege. Az előadó ismertetései kiindulását fogják képezni további kutatásoknak, talán a túlérzékenységi próbákkal sikerülni fog a csepeli endémia okát közelebbről megmagyarázni.

Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának november 5-i ülése.

Tóth I. elnök az ülést megnyitja s felkéri a szakosztály tagjait az ülések minél gyakoribb látogatására. Bejelenti *Brósz Sándor* elhunytát, mire a megjelent tagok felállással fejezik ki részvétüket. Ezután az elnök az amerikai nőorvosok és hasi sebészek Tanácsának átíratát olvassa fel. Az internationalis gynaekologus-kongresszus tervezett idejét a szak-

osztály alkalmasnak tartja s helyéül — *Frigyesi* és id. *Temesváry* hozzászólása után — Bécset ajánlja. Az elnök ajánlatára *Kovács Ferenc* debreceni kineveztetése folytán megüresedett jegyzői tisztségre *Szathmáry Zoltán* választják meg.

Bemutatások:

Gál Ö.: *Anuriával járó súlyos sepsis eset. Fränkel—Welch* bacillus által okozott, criminalis abortushoz csatlakozó, foudroyans sepsis esetet ismertet, melyben a tünetek előterében az anuria állott. Ennek oka a vesecsatornácskák haemoglobinszármazékokkal való eltömeszelése volt. A characteristicus symptoma trias, icterus, cyanoticus bőr, a vizelet és serum burgundi-vörös színe alapján az eset a haemocultura eredményének ismerete előtt már *Fränken—Welch* sepsisnek volt diagnostisálható.

Bőhm I.: *Szülési shock esetei.* a) 37 é. I. P. felvétele előtt három nappal súlyos lelki megrázkódtatás éri. Lázas szülés; elhalt magzat. A lepényi szak után hidegrázás, majd súlyos collapsus: eszméletlenség, filiformis pulsus, légszomj. Méhüri mosás, Calorose-infusio, coffein. strychnin, ephedrin alkalmazására 8 óra mulva javulás. A gyermekágy láztalan. A magzat elhalására sem a WaR.. sem a magzat boncolása nem adott támpontot. Gondolni kell a psychés trauma hatására. — b) 37 é. I. P. fejtetőtartás, elhúzódó szülés és a szülőnő kimerültsége miatt üregi Kiellandfogó: élő magzat. Néhány perces aethernarcosis alatt collapsusszerű állapot fejlődik ki, amely a fenti therapiára javul. A gyermekágy 2. napján icterus lép fel, amely a 10. napig fokozódik. Belgyógyászati diagnosis: intoxicatiós parenchymás májzavar. — Meggyógyult.

Mindkét esetben autointoxicatiónak tulajdonítja a súlyos rosszullétet. A szülési sebfelületről felszívódó histaminszerű fehérje-bomlástermékek hozták létre a szülési shockot, amely lényegében más, sebfelületekről felszívódó mérgek előidézte állapotokhoz hasonló. A hatásmechanismus lényege a toxikus anyagoknak a splanchnikus érrendszer capillarisaira kifejtett bénító hatása, következményes szív- és nyúltagyi zavar. A therapia megegyezik a collapsus gyógymódjával. Prognosis jó. A pathogenesis alapján kifejezőbbnek tartja a toxikus collapsus elnevezést.

Burger K.: A szülési shocknak ismertetett okai mellett említi *Phillips*nek magyarázatát oly esetekre vonatkozólag, amidőn látható szülési sérülés nincs. A shock előidézésében szereplő histaminszerű anyagok könnyebben szívódnak fel, ha a sérült szövetek a külvilággal csak kis nyíláson át közlekednek. Ennek analogiájára *Phillips* a subcutan levatorsérüléseknek tulajdonít szerepet a szülési shock némely esetében. Hozzászóló lázas szülésnél és halott magzatnál episiotomiai helyett a szülés perforatióval való befejezését tartja célszerűbbnek.

Mansfeld O.: A szülés alatti shock és halál nincs a szülészeti tankönyvekben eléggé tárgyalva. Ismertet egy esetet, hol oralis sepsis idézte elő a szülés alatti halált.

Fekete S.: Az első esetben a perforatio nem jöhetett szóba, mert nem volt teljesen biztos, hogy halott-e a magzat. A shock subcutan izomrepedésből való magyarázata erőltetett. Helyesebb azt mondani, hogy arra hajlamos constitutio mellett már a normalis szülési trauma is elegendő a shock kiváltására.

Frigyesi J.: Az ismertetett szülési shock-esetek között is több van olyan, melyekkel ha részletesebben foglalkozunk kiderül, hogy tulajdonképen nem szülési shock-esetek voltak. Ez a körülmény okozza a kérdés tudományos megbeszélésének fontosságát. Igy az előadó maga is mondja egyik esetéről, hogy tulajdonképen septicus infectio és nem shock volt. Ugyancsak nem shock, hanem infectio *Mansfeld* hozzászólásában említett oralis sepsis is. Könnyen a shock-esetek közé sorozzák a paroxismalis tachycardiát és az acut anaemiát is.

Jelenleg is áll észlelése alatt olyan szülőnő, aki klinikájára való behozatal idején már a kocsiról való leemeléskor collabált. Mivel szívbaja nincsen, nyilvánvaló, hogy beteg szívizomzattal állunk szemben. Előreláthatólag bármilyen könnyű módját választjuk is majd a szülés lefolyásának, sulyos collapsusra számíthatunk, amit ugyancsak könnyen szülési shocknak nézhetne az ember. Elmondottak alapján úgy véli, hogy a szülési shockra vonatkozó ma még nem egyöntetű álláspont csak akkor fog tisztázódni, ha az egyes eseteket — ha máskép nem, úgy kizárás útján — elkülönítjük. A szülési shock gyógykezelésénél hypertoniás szőlőcukoroldatnak viszérbe ömlesztése jár jó eredménnyel.

Tóth I.: Bemutató egyik esete nem tartozik a szülési shockok közé. A shock — amint azt *Eppinger* kifejtette — a vér elosztódásának megváltozásából származik, amikor a tartalékolt vérmennyiségnek szükséges részét a szív nem bírja a keringésbe átvinni. Erre szülés alatt, úgy a szülőfájások hatása alatt, de különösen a méh kiürülése után megvan az alkalom. A legveszélyesebb formájában láthatjuk ezt a vitiumokban szenvedők szülése alkalmával.

3. **Batisweiler J.:** *Életveszélyes vérzés a méhnyak varixából szülés kapcsán.* A méhnyak belsejében képződött varixnak megrepedéséből postpartalisan életveszélyes vérzés keletkezett. A vérzés forrásának felismerését elősegítette az a megállapítás, hogy a hüvelyben és a méhszáj körül vérző sérülés nem volt, a méh teste viszont erélyesen összehúzódott s mégis erősen vérzett a méhszájból: a vérzés tehát csak a méhnyak belsejéből eredhetett. Feltárta a méhnyakat, mire láthatóvá vált a cervix belsejében futó varix repedése, melyet körülöltött, mire a vérzés megszünt. Eddig két műtéttel gyógyult hasonló esetet írtak le, a legtöbb ismételt tamponálás után csak a boncasztalon tisztázódott.

Előadás:

Palik F.: *A méhizomdaganatokban fellépő szövetelhalásokról.* Ismerteti a méhizomdaganatban fellépő szövetelhalások okait, jelentőségét és klinikai tüneteit. Az I. sz. női klinikán végzett vizsgálatok alapján arra hívja fel a figyelmet, hogy a méhizomdaganatnál rendesen szövetnecrosis mellett szól, ha normalis fehérvérsejtszám mellett a vörösvérsejtek sülyedése gyorsult.

Földes L.: Megemlékezik egy 61 éves betegről, kinél 18 évi menopausa után kisebb vérzések léptek fel s a véralvadékokban egy kölesnyi szövetdarabot talált. A szövettani vizsgálat necrotisalt myomagócra mutatott.

Salacz P.: 10 év alatt operált 986 (712 laparotomia + 274 vag. tot.) myomás betegből 100-nál (10.1%) találtak szövetelhalást. A műtét előtti kórismézés úgyszólván lehetetlen. Gyakran az elhalás panaszt, jellemző tünetet egyáltalában nem ad. Anyagukban oly tünetek, melyek kizárólag szövetelhalásnál, vagy legalább minden szövetelhalásnál jelen lett volna, nem találtak. Gondolhatunk rá akkor, ha a tünetek jelentkezése terhességgel, szüléssel, gyermekággyal időrendi kapcsolatba hozható, a fájdalmak görcsös jellegüek, rohamokban jelentkeznek, hőemelkedések vannak, melyeknek egyéb okát nem találjuk, ascites van, a daganat myomásra érzékeny s a vörös vérsejtek sülyedése gyorsult. A kórisme korai felállítása különösen terhesség alatt volna fontos. Hét ilyen esetet észleltünk, melyből háromnál csak a gócot sikerült enucleálnunk s a terhességet megtartanunk. Különösen felhívja a figyelmet az eltávolított daganat szövettani vizsgálatára. 9%-ban ugyanis az elhalást a daganat rosszindulatú elfajulása okozta. Végezzünk tehát minden esetben szövettani vizsgálatot, mert csak így kerülhetjük el a betegre nézve végzetessé válható diagnosticus tévedést.

Frigyesi J.: Ismeretes, hogy a vörösvérsejtsülyedésnek vizsgálata az általános diagnosisban nem bír nagy jelentőséggel. Ezzel ellentétben a nőgyógyászatban ma is határozottan igen jó segítő eszköz. Évek hosszú sora óta végezteti intézetében a vörösvérsejtsülyedés meghatározását. Ugy találta, hogy sokszor nagyon jó és pontos diagnosticus jel az a körülmény, hogy a vörös vérsejtsülyedés gyorsasága nem jár együtt leuyocytosissal. Ezt a myomák ú. n. asepticus necrosisának túlnyomó többségében így találta. Napokban operált beteget, hol a gyorsan növekedő és fájdalmat okozó myománál necrobiosisra gondoltak, azonban leukocytosis nem volt és a vörösvérsejtsülyedés itt is normalis volt. Műtét után kiderült, hogy a daganat gyors növekedését és a fájdalmakat nem necrobiosis, hanem a myoma sarcomás volta okozta. Ez az egy eset is mutatja, hogy az általa ajánlott diagnosticus jelből még további és az előbbinél talán még fontosabb következtetést is lehet néha levonni.

Fekete S.: A vörös-vérselyt sülyedésnek gynaekologiai szempontból nagy jelentőséget tulajdonít. Az eljárásnak nem hátránya az, hogy nincs mindig összhangzásban a leukocytosissal. A vörös vérsejtsülyedés sebessége később fejlődik ki, mint a leukocytosis, de sokkal tovább tart. Emiatt az éppen szokásos gynaekologiai kérdésekre ha nem is absolut döntő, de mégis igen értékes választ ad. Minden esetben elvégezteti ezt a vizsgálatot.

Tóth I.: Az elmondottakból nem csak bebizonyosodva, hanem teljesen megerősítve látja azt az évekkel ezelőtt tett kijelentését, hogy a myoma nem olyan ártatlan megbetegedés, amint azt régebben gondolták. A folyamat nagyon sokszor szükségessé teszi a radicalis beavatkozást.

Az első cholerajárvány története és gyógymódja.

írta: † *Bálint Nagy István dr.*

(Folytatás.)

II.

Az ismeretlen cholera nagy zavart keltett nemcsak a hazai, hanem a külföldi egészségügyi hatóságok és orvosok között. Irodalma alig volt, a therapiára vonatkozólag pedig egységes, kialakult és tapasztalatokon alapuló módszer nem állott sem a hatóságok, sem az orvosok rendelkezésére. Az ősminta az egész Európa számára — Anglia kivételével — az orosz állami gyógymód (die russische Staatstherapie) volt, amely 1823-ban jelent meg.[25] Ez szolgált alapul egész Európának, Anglia pedig a már említett *Lind* és *Klark* angol orvosoknak az indiai gyarmatokon szerzett tapasztalataira, valamint *Piso Willem* (1611—1678) leydeni orvosnak szanszkritből fordított munkájában feljegyzett gyógymódjára támaszkodott.[26] *Lenhossék* országos főorvos magyarul, németül, latinul és olaszul megjelent könyvének, valamint a helytartótanács instructióinak gyógymódja is az orosz állami-therapián és az orosz és galiciai népszokásokon alapult.

A járvány kitörésekor hivatalosan közölték a városok egészségre ügyelő tisztviselőivel és a járványorvosokkal a különböző népies gyógymódokat, így a boszniai, wiesnicai zsidók gyógyszerét, amely pálinkából, borecetből, mustármagból, lisztből és fokhagymából állott. Szintén népies eljárásnak nevezhető a galiciai *Leo*, az egyik varsói katonai kórházi orvosának bismuth-therapiája, valamint *Bernstein* szintén varsói orvos érvágáson, piócázáson és belsőleg egyedül melegvíz itatásból álló eljárása. Országos hírre tett szert sikeres kuruzslásával *Morvai János* tiszabábolnai pap, akinek gyógymódját még az orvosok is átvették. Nem is csoda, hiszen négy oldalas gyógymód-leírását a helytartótanács nemcsak a hivatalos személyzettel, hanem még a papokkal is közölte, hogy a szószékről hirdessék a népnek, valamint a faluk jegyzőinek is megküldte kidoboltatás végett. Ez is orosz eredetű, maga a szerző mondja, hogy „egy muszkaországból attyafiaihoz irt németországi orvos levelének fordítása, melyet az újságban olvasott." A gyógyításmódja ez volt:

„A beteget meleg ágyba lefektetem, dunyhákkal, bundákkal bétakartatom, hogy legkisebb mértékben se jusson hozzá külső levegö, egyedül az orra marad takartalan, a' fejére is ruhát tétetek. Egyszers'mind a' beteg a' mint lefekszik, kötést készíttetik, fodormentát (herba mentae crispae), (Krausemünze), Istenfát (herba abrotani), (Beifuss, eine Art wilder Wermuth), bozsikát (herba saturea), (Saturey), zsályát (herba salviae), (Salbey), uton termö mályvát (Malven), öszve vagdaltatva megforráztatom vízzel, vagy két ruha közzé tétetem az öszve vagdaltt füveket, és egyik oldalát forró borral locsoltatom meg, és jó melegen a' beteg' gyomrára köttetem, frissen, és jól betakartatom ismét. Italt is mindjárt készíttetek, fodormentát, vagy bodzavirágot (flores sambuci), (Krausemünze oder holler), vagy székfü virágot (flores chamomillae vulgaris), (Chamillen-Thee), forráztatok, és ezt gyakran melegen adatom a' betegnek. Minekutánna a' fodormenta elfogyott, fodormenta helyett használtatom a' tsombor füvet (herba pulegii); (Poley), melly a' réteken bövségesen találtatik. Ha szomjóhozni kezd a' beteg, árpát főzetek, és ennek levét melegen adatom neki; ha éhezik, meleg levest főzetek, és adatok, de italul erre is árpa levet. Midön a' beteg a' nyavalyát elkergető forróságon keresztül esik, ámbár forróságban marad a' takarók alatt, még is tsendes türréssel szenvedi; ezt többeken, mellettek lévén, tapasztaltam. Izzadás közben száraz tiszta ruhát adatok a' betegre. — Ha jobban kezd is lenni a beteg, a' kötést nem engedem letétetni, söt újjíttatom melegen, és két lepedővel takartatom egész nyakig, hogy hirtelen ált'változás ne történjen; ha a' lepedö alatt is folyvást izzad a' beteg, igen jó jel. Azután engedem felkelni; de téli módon öltöztetem; ekkor ha meleg levest eszik, engedek egy kevés bort inni. E' mód szerint sok betegem, ha rosszúl lett reggel, estve már feljárt a' házban.

A' mi engem illet: eleinte 4 zacskóban Chlort hordoztam; de utóbb elvetettem; most néha kezemet eczettel megmosom, a' kendőmbe szoktam leginkább tölteni. Ez előtt, míg a' nyavalya nem uralkodott, fölöstökömözni nem igen szoktam; de most el nem mulasztom. Gyakran izzadásba hozom magam reggelenként az ágyban, csak mértékletesen. Ha nappal izzadok, fehér ruhámat változtatni el nem mulasztom: néha fördök, mértékletesen eszem, és iszom. Leginkább a' gyomor álthütéstől, és az izzadtságnak a' testbe visszamenésétől örzöm magamat. Egyéb semmi praeservativummal sem éltem ekkoráig.[27]

Morvai állítólagos sikeres gyógyításának csakhamar országos hire lett és annyi betege akadt, hogy segítségül két köböl búzáért asszonyokat fogadott fel, akik ezen felül minden beteg után nyolc garast is kaptak, szóval jól jövedelmezett a Morvai-féle gyógymód. Képzelhetjük,hogy mennyire függött a gyógyszertől a gyógyulás, ha tapasztalatlan parasztasszonyok is el tudták végezni. Kecskemét városa *Szokolay Hártó János* asztalost 25 váltóforint jutalomban részesíti eredményes gyógyításáért, pedig saját bevallása szerint nem tett egyebet, mint *Morvai* gyógymódját alkalmazta.[28]

Különösen az egyházi férfiak, akik pedig a kolerajárvány leküzdésében tevékenyen vettek részt, karolták fel *Morvai* gyógymódját, de az Országos Levéltár vármegyei *Relatio*-iban, a megyei „rendszerénti főorvosok" gyógymódjaiban is mindenhol feltalálható. Nagyobb nyomot hagyott ennek a kuruzslónak gyógymódja, mint az országos főorvos, *Lenhossék* tudományos leírásokon (de nem megfigyeléseken) alapuló *Animadversatio*-ja. *Lenhossék* még a járványt megelőzőleg, 1830. dec. 23-án összehívja a pesti egyetem tanárait, akik már ekkor megállapították a cholera *contagiosus* voltát, holott a bécsi egyetem tanári kara még a járvány dulása alatt is arról vitatkozott, hogy a cholera ragadós betegség-e, Oroszországba kiküldött járványorvosaik, *Spausta Ferenc* törvényszéki orvos, *Zhuber Antal* és *Olexik Pál* kórházi orvosok boncolásokon és helyszíni megfigyeléseken alapuló jelentései is rendelkezésükre állottak ekkor már, mert ezek még 1830. november havában kiküldettek, holott a magyarok *Verzár Emánuel* és *Cziegler József* a helytartótanács akadékoskodása miatt csak 1831. tavaszán utazhattak Galiciába a cholera tanulmányozására.[29]

Nemcsak az orvosok, de a lakósság nagy része is összetéveszti a cholerát a pestissel. Az erdélyi románok *csumá*-nak nevezik, ami a pestisnek népies neve, melyet *Magyary—Kossa* a pestises csomóval hoz összefüggésbe. A gyógyszereken kívül érvágás, piócázás a legterjedtebb gyógymód, ami szintén a pestises időkből maradt reánk. A pióca olyan kereseti cikk, hogy a franciákat kapzsi vásárlásaiktól helytartótanácsi rendelet tiltja el, akik az

---

[25] Anweisung zur Heilung der Cholera morbus, vom kaiserlichen Medizinalrath in St. Petersburg verfasst. 1823. In: *Georg Sticker:* Abhandlungen aus der Seuchengeschichte und Seuchenlehre. II. B. Die Cholera. Giessen, 1912, 491. l. — Prof. *G. Sticker* (Würzburg) most foglalkozik a magyarországi cholerajárványok történetével, mely rövidesen megjelenik. Szomorú, hogy külföldi professor, külföldi pénzen magyar orvostörténelmi tárggyal foglalkozik, ami ismét bizonysága orvostörténelmi érzéketlenségünknek és a tárgykör európai szempontból való fontosságának.

[26] *Piso Willem:* De Indiae utriusque re naturali et medica. Amsterdam, 1658.

[27] *Országos Levéltár,* Choleralia, Resol. Palat. 1864, 2074. ex. 1831. *Linzbauer—Codex,* Tom, 3. Sect. IV. No. 2777.

[28] *Szokolay Hártó János:* Szabadalmas Kecskemét történeti ismertetése. Kecskemét, 1846, 131. l. *Pataki Dániel,* A Cholera Kolozsvártt, 1831 c. könyvének 14. l. szóról-szóra közli *Morvai* eljárását anélkül, hogy a szerzőt említené.

[29] *Országos Levéltár.* Htt. 19.298. 1831. júli 12.

e célra készített hordókban, melyekbe 5—6000 ezer nadály fért bele, hetenként, különösen hűs, nedves időkben, öthat kocsival is elindítottak. A csanádmegyei zsidók a pióca métermázsáját 250 forintért adták el *Batt* franciaországi kereskedőnek, akit a helytartótanács az országból kitiltott, mert féltették a piócákat a kipusztulástól, sőt rendeletet hoztak, amely a piócák nevelésére, tartására és fogására vonatkozó utasításokat tartalmazta.[30]

Érdekes az *Orvosi Tár* 1831-es évfolyamában közölt, *Schordan Zsigmond*, a pesti egyetem élettani professorától beküldött hirecske:

„Tekintetet érdemel azon tapasztalás, mely Pesten a' cholerajárvány' idejében a' nadályoknál tétetett. *Lichtel* úrnak nagy nadálykádjaiban a' járvány' kezdetekor a' nadályok annyira elbújtak, hogy mikor eladás végett szükség volt reájuk, lehetetlen volt csak néhányat is kifogdosni. September hónapja' elején ismét meg kezdtek jelenni. Hasonló eltűnése minden nadályoknak vétetett észre Sopronban is, hasonlókép *Lichter* úr' kádjaiban. Ez a' tünemény valljon nem mutat-e, úgy mint sok egyéb, levegönk' járványos elrendezésére? Dr. *Schordann.*"[31]

Lenhossék Mihály országos főorvos *Animadversationes* c. utasításában, amely magyarul és az összes nemzetiségek nyelvén is megjelent, tiltakozik a túlzásba vitt piócázás és érvágás ellen, „főképpen kell pedig őrizkedni attúl, hogy tapasztalt orvos' tanácsa nélkül soha se ér ne vágattasson", ennek ellenére a hires varsói *Bernstein* az érvágás, a piócázás és meleg vízen kívül semmi más gyógyszert nem használtat és ez nagyobb nyomot hagy az orvosok körében, mint *Lenhossék* józanságán alapuló tilalma. A varsói *Leo* veszedelmesnek tartja az érvágást, de a bismuth életveszélyes, mérgező adagait nem. *Zaják Márton*, Szatmár vármegye főorvosa ezt írja *Relatio*-jában:„ A felsőbb helyekrül érkezett utasítások mellett az epe mirigy ellen ezen ns. megyében legsikeresebbnek tapasztaltatott lenni az ér vágás, nem tekintvén a' betegnek öregségét, avagy testnek gyenge állapottyát (!). A magisterium bismuthival is tétetett próba, de nem sok sikerrel". Ung vármegye rendei „minden orvosi szerek felett leginkább a gondos érvágást és magisterium bismuthit ajánlják. *Hoffmann Károly*, csanádmegyei főorvos a cholerakórház számára olyan „tensor"-t keres, aki „hirudines applicare et venae sectionem institutere sciat", azaz a piócákat fel tudja rakni és eret tud vágni. *Cziegler József* Galiciába kiküldött orvos Relatio-jában[32] szintén állást foglal a piócázás és érvágás érdekében, mint a cholera nélkülözhetetlen gyógymódja mellett. *Markó János* csongrádi seborvos egyetlen gyógymódja az érvágás, amely az „édesdeden szenderítő haláltól" is megment. Értelmes választ ad Relatió-jában *Trombitás Sámuel*, Zemplén vm. főorvosa: „az orvosságba nem követtem kizárólagosan sem egy, sem más ajánlatát, hanem a józan ész tnaácsát és tapasztalásom után menvén a betegséghez használtam jobbára minden gyógymódból valamit."[33] Az országban dühöngő marhavész gyógyításában szintén nagy szerepet játszott az érvágás, ami az állatgyógyászatban is igen elterjedt gyógymód volt.[34]

Nagy szerepet játszottak még és igen elterjedtségnek örvendettek a papok és rendházak csoda- és choleracseppjei, amelyek hatóanyagairól ma már nem sokat tudunk, mert feltalálóik a titkot magukkal vitték a sírba. Híres volt az Alföldön a szegedi piarista atya *Gruber József* csodacseppje, amelyről a szegedi levéltár egykorú iratai és tanácsülési jegyzőkönyvei azt mondják, hogy közönséges citromfűből (melissa officinalis) készült *spiritus aromaticus*, mely a régi idők igen kedvelt és minden baj ellen használt gyógyszere volt. Szeged városa két métermázsa melissát kér a helytartótanácstól, de *Lenhossék* válasza szerint ennyit az egész Pesten sem lehet találni és így nem is küldhetnek. Ebből is látszik, hogy milyen keresett choleracsepp lehetett Szeged környékén *Gruber* atya orvossága.[35] Ugyancsak nagy volt a keletje *Cseresznyés Sándor* horgosi orvos csodacseppjeinek is, amelytől a horgosiak úgy meg gyógyultak, hogy *Reizner* szerint a faluban a cholerának egyetlen áldozata sem volt.[36]

Mindezek csak sarlatánságon, babonás hiedelmeken alapuló gyógymódok voltak, vajjon a komoly egyetemi tanárok és orvosok mit tartottak jónak a cholera leküzdésére és gyógyítására? A helytartótanács előszedte a régi pestis rendeleteket és átírta a „pestis" szót „cholerára", a gyógymódot illetőleg pedig kétségben hagyta az orvosokat, az egész országot. Európaszerte így volt ez, hiszen egy teljesen ismeretlen betegséggel állottak szemben. Német klinikusok, mint *Hufeland* és *Schubert*, jóllehet még nem láttak cholerás beteget, de kifogásolták a „hivatalos gyógymódot." *Lenhossék Mihály* országos főorvos elfogadta azt, de mit is tehetett volna egyebet.[37] Ajánlja az orvos megérkezéséig: „1. a test hamar felmelegíttessen, 2. a bőrnek megszünt kipárolgása ismét helyrehozattasson, 3. a gyomor és belek, melyekre főképp hat e nyavalya, megkönnyebbíttesen és 4. az ereknek és érző inaknak, elcsüggedt munkássága neveltessen, s a görcsös jelenések elháríttassanak. Ezért a beteget rögtön ágyba kell fektetni, egész testét melegített ruhákkal dörzsölni. Utána borecetes melegvízzel lemosni, majd só és ecettel vegyített meleg fürdőbe ültetni." Ajánlatos a gőzfürdő és az izzasztás, melynek újabb módját előírja: „mezítelenül ültettesen a beteg egy üres és víznélkül való fürdőkádba, helyeztettessen lábai közé egy borszesszel töltött findzsaallya; meggyújtatik e borszesz, a beteg pedig nyakig betakartatik egy széjjel terpesztett lepedővel. A kád elzárt körének meggátlott levegője tüstént felhevül, mely által három minuták alatt a leghathatósabb izzadás üt ki."[38]

Ajánlja *Lenhossék* a melissát, fodormentát és orvosi székfüvet infusumban, óvatosan az érvágást „azonban a meglett korúaknál 12 uncia vérnél 15-ig kevesebb ne eresztessen ki. Ha az ér megnyitásakor a vér csak csekélyül buzogna ki, szükséges a test és tagok felső színét melegített ruhadarabokkal dörzsölni és bétakarni, s akkor osztán folytatni a vér levonását." A helytartótanács szerint a kieresztendő vér mennyiségére nézve „az esztendőrész, az éghajlat, a járvány tulajdona, a véralkat és a betegnek testalkotása legyenek sinórmértékül".[39] Érvágás után calomel és ópium különböző adagait írja elő *Lenhossék*. A szív tájékát pálinkával, szappannal, kámforszesszel és salmiák-szesszel kell dörzsölni. Belsőleg elaléltságnál borsosmenta-olajat szedjen a beteg, utókúra gyanánt pedig rebarbara tincturát. A megyei egészségügyi bizottság kötelezte a „rendszerénti orvosokat", hogy ezt az „állami therapiát" betartsák, mint pl. Győrben, ahol az orvosok vonakodtak elfogadni. *Hoffmann Károly* csanádmegyei physicus a következőképpen állítja össze azon

---

[30] *Országos Levéltár.* Choleraria. Htt. 5688/1831. *Bálint Nagy:* i. m. 80. l.

[31] *Bugát—Schedel:* Orvosi Tár. III. k. 191. l., 1831, Pest.

[32] E. Relatione Doctoris medicinae Josephi Cziegler causa observandae Cholera orientalis Leopolim ezmissi dto 3.10 Julii 1831. Htt. nyomtatott körlevele. *Országos Levéltár.* Choleralia.

[33] Szemelvények az *Országos Levéltár* gyüjteményében levő, nagyobbára kézirásos, igen terjedelmes és bő *Relatio*-kból.

[34] Dr. *László Ferenc:* Állatorvosi Lapok, 1930. 21. sz.

[35] *Szeged városi levéltár.* Tanácsülési jegyzőkönyv. 1650—1831.

[36] *Reizner:* Szeged története. II. k. 181. és 183. l.

[37] Országos Levéltár. Choleraria. Htt. 19.293/1931.

[38] Dr. *Valló István:* Az 1831. évi kolera története Győrött. Győr, 1930.

[39] Országos Levéltár. Choleraria. 34.092/1931.

gyógyszerek jegyzékét, melyek a fenyegető cholerajárvány alatt szükségesek:

Specificatio medicamentorum, quae in usus Inc. Cottus Csanadiensis appropiquante nunc epidemia Cholera Orientalis necessaria sunt.

	Nomina medicamentorum	Libras*
1	Chloratis Calcis, in quo plenarium fere defectum patimur (amelyből csaknem teljesen kifogytunk)	300
2	Champhoreae	10
3	Opii puri	5
4	Herbae Melissae	50
5	Herbae Menthae Crispae	20
6	Nitri puri	30
7	Radicis Angelicae	20
8	Radicis Ipecauanhae	2
9	Radicis Colombo	3
10	Salis Ammoniaci depurati	20
11	Farinae seminum	30
12	Radicis rhei moscovitici	4
13	Arcani duplicati	4

* Libra = 1 font = 12 uncia; uncia = 1/12 font.

A sematicus gyógyszerektől való írtózat teremtette meg a *Hahnemann*-féle homeopatha kúrát és a *Hahn*-féle vízkúrát, mely utóbbi „Victoria! Kaltwasser hat die cholera besiegt" hangzatos jelszavának nálunk nem mutatkozott hatása, ellenben annál inkább az elsőnek, különösen jobb körökben. *Bakody József*[41] győri tiszeletbeli városi orvos telepítette meg hazánkban olyan sikerrel, hogy még a helytartótanács[42] is ajánlotta a *Hahnemann* hasonszenvi gyógyszerét, mint egyetlen megmentőt, de nem írja le a laikus közönség számára, hanem aki meg akarja óvni magát e nyavályától, forduljon bizalommal ns. *Prégárdt Imre* Nagy Kristóf című pesti patikájához. Veratrum album, chamomilla, phosphor, arsen és cuprum olyan kis adagaiból állott gyógyszerek, hogy mérgező hatást nem fejtettek ki, mint az allopathiásoknak sokszor mérgező bismuth adagai. Valóban, aki az első cholerajárvány alatt nem pusztult el a járványtól, belehalt a gyógyszerek mérgező adagaiban.

Tanulságos az első cholera járványtani szempontból. Mennyi tévelygés, mennyi kapkodás és viszont a helytartótanács és orvosok részéről mennyi jó indulat. De mit ért mindez, amidőn a járvány kórokozóját nem ismerték és a legfőbb járványegészségügyi törvénnyel, az elkülönítés fontosságával nem voltak tisztában és azt olyan komikusan hajtották végre, mint *Pulszky, Jókai, Frankenburg* és gróf *Vay* leírásaikban gúnyos szavakkal ostorozzák.

Irodalom: *Bálint Nagy István* dr.: Kolerajárványok Csanád vármegyében. Bp. 1929. — *Josef v. Bakody:* Homeopathische Heilung der Cholera zu Raab in Ungarn im Jahre 1831. Stein am Anger. — *Balásházi János:* Az 1931-dik esztendöi felső magyarországi zendüléseknek történeti leírása. Pest, 1832. — Zágoni Ajtai *Barra István:* Epekórság (cholera morbus). Pest, 1831. — *Berecz Károly:* Hölgyfutár. Pest, 1855. 610. l. — *Bugát Pál:* A' cholera Oroszországban hivatalos tudósítások szerint. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. II. k. Pest, 1831. — *Cserszky Antal:* A' cholera Beregh vármegyében. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. VI. k. Pest, 1831. — *Csorba József:* Rövid észrevétel a choleráról. M. Kir. Akadémia. Ivrét 1. — deési *Daday András:* Az 1831.-i cholera története Pest vármegyében. Therapia. 1931. évf. — *Eckstein Friderik:* A' járványos cholera okai, különös tekintettel annak eredetére. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. III. k. Pest, 1831. — *Lugosi Fodor András:* Leírása azon járvány cholera nyavalyának, a' melly tek. ns. Hunyad vármegyében 1831. esztendő Julius 27-én ütött ki. Pest, 1832. — *Győry Tibor:* Magyarország orvosi bibliographiája 1472—1899. Budapest, 1900. — *Grósz Lipót:* Az 1872/3. évben uralgott cholerajárvány keletkezése, terjedése s lefolyása ... Budapest, 1874. — *Hanák Mihály:* Heves vármegyében helyeztetett cholera. 1831. — *Honderü,* 1847, 480—499. l. — *Carolus Hoffmann:* Methodus secundum quam exorta in loco aliquo Inc. Cottus Csanadiensis Cholera contagiosa procedendum esset. 1831. in: *Bálint Nagy* i. m. — *Jacz Aloysius:* Dissertatio inaug. medica de Cholera. Budae, 1931. — *Jurkovich Emil:* Besztercebánya egészségügye a múltban. Népegészségügy. VIII. évf. — *Ludovicus Kapu:* Dissertatio inaug. med. de Cholera. Pestini, 1832. — *G. Kátay:* Wass müssen wir thun um die Calamität der Cholera zu mildern? Pest, 1866. — *Lauschmann Gyula:* Adatok a magyarországi járványok történetéhez. Székesfehérvár, 1898. — *Michael Lenhossék:* Kurzer Unterrilht, wie man sich gegen die morgenländische Brechruhr zu verwahren, und was man bei dem ersten Anfalle dieser Krankheit bis zur Ankunft eines Arztes zu thun habe. Pest, 1831.; Animadversiones circa curandam Cholera Orientalem et alios epidemicos morbos in regno Hungariae nunc vigentes ... Budae, 1831. — *l. dr. Liebermann Leó:* A choleráról. Orvosképzés, 1911. évf. — *Dr. Franciscus Xav. Linzbauer:* Codex sanitario-medicinalis Hungariae. Tomus III. Sectio III. —V. Budae, 1853. — *Macpherson—Velten:* Cholera in ihrer Heimath ... Erlangen, 1867. — *Magyary-Kossa Gyula:* Magyar Orvosi Emlékek. I. k. 301. l. 69 évf.; Bugát és a magyar orvosi nyelv. Orvosi Hetilap. 71. évf.; Magyar, idegen, vegyes irások a' choleráról. 1831.; in Bugát—Schedel: Orvosi Tár. 1831. Pest Resultate. Wien, 1832. — *Nagy József:* A cholera Nyitra megyében 1831-től 1874-ig. Nyitra, 1876. — *Névtelen szerző:* A' cholera mint járvány indiában, és most Európában, azaz: mikép eredett e' mostani járvány, hogyan terjedett, mi jelekből ismerhető a' betegség, mi módon távoztatható és gyógyítható? Pest, 1831.; Még egy pár szó a' choleráról. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. I. k. Pest, 1831. — *Oláh Gyula:* Tanulmány a kolera gyógyítására vonatkozólag. Budapest, 1913. — *Pataki Dániel:* A' cholera Kolósvárt. 1831. — *Petz Lajos:* A győri kolera-járvány 1831-ben. Budapest, 1887. — *Pesti Napló* 1855. évf. júl. 4. sz. — *Pólya József:* A' choleraragály ügyében. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. V. k. Pest, 1831. — *Dr. Plosz:* Közlés a choleráról. Bugát—Flór: Orvosi Tár. IV. évf. Pest, 1848. — *Pulszky Ferenc:* Életem és korom. Budapest, 1884. — *Rechnitz János:* A keleti cholera. Bugát—Flór: Orvosi Tár. IV. évf. Pest, 1848. — *Rigler Gusztáv:* Közegészségtan és fertőző betegségek. Budapest, 1910. — *Rupp János:* Iktatási értekezése a' cholera' nem ragadványos voltáról, Pest, 1831. — *Staincz Ferenc:* A' cholera általjában, különösen pedig annak zabolcsi járványa. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. IV. k. Pest, 1831. — *Szaplonczay Manó:* Az 1831. évi kolerajárvány és az ellene való védekezés Somogyvármegyében. Kaposvár, 1911. — *Schordann Zsigmond:* Észrevételek a' magyarországi cholerajárványról. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. III. k. Pest 1831. — *Schuster János:* A' keletindiai cholera. Bugát—Schedel: Orvosi Tár. I. köt. Pest, 1831. — *Valló István:* Az 1831. évi kolera története Győrött. 1930.

[40] Csanád vármegye levéltára 1060/1831. fasc. VII.)

[41] *Dr. Joseph v. Bakody:* Homeopathische Heilung der Cholera zu Raab in Ungarn im Jahre 1831.

[42] *Országos Levéltár.* Choleraria. Htt. 19.300/1831.

Hozzászólás az 1931. évi Heine—Medin járvány kérdéséhez.*

Az a körülmény, hogy a Heine—Medin kór klinikai, bakteriologiai és serologiai diagnosisa egyaránt nélkülözi a szükséges exactságot, arra vezet, hogy a könnyű megbetegedések és bacillusgazdák ismeretlenek maradnak, a biztos diagnosist pedig szinte kivétel nélkül csupán a bénulások kifejlődésekor állíthatjuk fel. A betegség kitörésének és terjedésének megelőzése tehát ezideig megoldat-

* Bár sem a cikk hangjával, sem a „rendeleti felvilágosítások"-ból fakadó prestige-sérelem emlegetésével, sem az orvosi hivatás anyagi feltételeinek túlzott hangoztatásával nem értünk egyet, — mégis közöljük a cikket egyenesen Horváth professor kívánságára, ki azt az ügy érdemére értékesnek tartja s tévedéseire pedig válaszát óhajtotta megadni.

lan feladat. Maga a gyógyítás sem kielégítő, miután az egyetlen célszerű eljárás, a lábbadozók savójával való oltás, az idő, távolság, felszerelési és technikai viszonyok folytán az általános gyakorlatban kivihetetlen. Hasonlóképen lehetetlen a betegeknek a lappangási idő elején való intézeti összpontosítása is, ahol a savókezelés különben kivihető volna, (a fent említett diagnostikai nehézségek miatt).

Ezért a Heine—Medin-kór minden fertőző jellege mellett is *orthopaediai problema marad. Horváth* az O. H. 1931. 46. számában szept. 30-áig 765 esetről számol be. A félhavi népszövetségi fertőző beteg-jelentés az ország területén: 1931. IX. 16—IX. 30-áig 148 új esetről, 26 halálesetről, 1931. X. 1—X. 15-éig 109 új esetről, 8 halálesetről, az O. H. 40. száma Budapest kivételével X. 16—X. 31-éig 94 új esetről, 3 halálesetről, 48. száma XI. 1—XI. 15-éig 44 új esetről, 4 halálesetről számol be. Ez összesen 1160 megbetegedést jelent a főváros egy havi jelentésén kívül, nov. 15-éig bezárólag. És bár a járvány erősen csökkenő irányzatot mutat, az újabb fellobbanást kizárni nem lehet, annál kevésbbé, mert a téli félév a lakások túlzsúfoltsága, a mezőgazdasági munkaszünet és az ipari munkanélküliség, általános nyomor és rossz táplálkozási viszonyok miatt fokozott fertőzési lehetőséget és csökkent ellenállóképességet jelent.

Horváth említett cikkében a következőket írja: „Szomorúsággal kell megállapítanom, hogy mindezideig a Heine—Medin megbetegedés orvosi ellátása nagyon sok kívánni valót hagyott hátra. Orvosaink nincsenek eléggé tudatában annak, hogy milyen sokat tehetnének a következményes elváltozások megelőzése és elkerülése érdekében."

Ezen illetékes helyről jövő megállapítás ellen leghatározottabban tiltakozunk. Esősorban azért, mert nem áll helyt. A bénulások kezelése bármilyen eredetűek is azok, egyforma: strychnin, hydro- és physicotherapia, gyakorlás ½—1½ éven át. Ezt azok a vidéki gyakorlóorvosok is igen jól tudják, akik az orthopaediát nem hallgathatták, sem továbbképző kurzusokon nem foglalkozhattak vele. A belgyógyász, sebész, gyermekorvos egyaránt lát és kezel ideg-eseteket, tehát bénulásokat (amelyeknek aetiologiája különböző, de kezelési technikája egyforma). Minden therapiás útmutatóban is benne foglaltatnak.

Másodsorban azért tiltakozunk, mert a hatóság a szerzőnek hitelt adva, a gyakorlóorvosi kar rendeleti felvilágosítása útján fogja a kérdést véglegesen megoldhatónak tartani, ami az orvosi prestige-re és az ügy érdekére egyaránt nagyon sérelmes, *Bajusz Mihály* keceli körorvos kartársunk igen találóan jellemzi a szakértelem nélküli bürokrata munka eredményét, midőn a hivatalos nyomorékkataszterrel szemben kimutatja, hogy a testi fogyatékosok száma közel kétszeres. Pedig ezért a népszámlálási munkáért, ha elvben is, de fizettek. Akik ezt a munkát végezték, ráértek. (Míg ha valamit az orvosokra rónak, időt nem adnak annak elvégzésére és honorálásról nem is álmodnak.)

Eleve tiltakozunk tehát a súlyosnak ígérkező Heine—Medin ügy ránk kenése, elbürokratizálása és mellékvágányra terelése ellen. Már most a leghatározottabban követelnünk kell a megoldás anyagi feltételeinek előzetes biztosítását és a munka részletekbe menő reális alapon álló megszervezését. Az alábbiakban tehát ezen követelményekkel kívánunk foglalkozni.

A legfontosabb dolog az esetek száma. Miután a diagnosist többnyire csak a bénulásokból állítják fel, a spontán gyógyulás pedig kb. 10%, a halálozás szintén, az esetek 80%-a bénulás hátrahagyásával gyógyul, tehát ennek megfelelő számú bénulás vár 6—18 havi kezelésre. A kezelés legalább az első 3 hónapon keresztül másodnaponkinti orvosi beavatkozást (injectio, villanyozás, massage) igényel. Miután pedig az izomsorvadás és fejlődésbeli visszamaradás a leggondosabb, intenziv és kitartó gyógykezelés révén sem kerülhető el mindig, a gyermekek orthopaediai szakkezelést is — műtétet vagy készüléket — (legalább 50%-ban) igényelnek.

Ezen beavatkozások elvégzése megkívánja, hogy a beteget az orvoshoz hordják, miután lakáson mindez kivihetetlen. A szállítás azonban időt, pénzt és kisérőt igényel. Miután a betegek zöme a szegény és tudatlan, indolens néprétegekből kerül ki, a betegnek az orvoshoz hordása nagyobb távolságról rossz út és időviszonyok mellett nagyon nehéz, az orvosnak a beteghez kijárása teljesen kizárt. Ami a dolog anyagi oldalát illeti, a beteg hozzátartozói a magánorvosi gyógykezelés költségeit csak ritkaságként bírják meg. A különböző intézmények (államkincstár, betegségi biztosító intézetek) ezeket a terheket a betegellátás jelenlegi szervezete mellett szintén nem bírják meg, illetve orvosaiknak nem fizetik meg és nem adnak erre időt. Mikor pedig az orthopaed készülékek beszerzésére kerül sor, újra nagy nehézségek támadnak, mert az O. T. I. alapszabályai 30 pengőn felüli összeget csak túlmenő segélyként folyósítanak, aminek a mai és közeljövőbeli deficites világban az a következménye, hogy a drágább készülékek megrendelése elmarad. Hasonlóképen sok nehézséggel és költséggel jár a betegeknek az orthopaed szakrendelésekre való utaztatása, a gépekhez való mértékvétel és próba, a gépek igazítása és javítása, ami ugyancsak a szakemberek által elérhetőnek tartott eredmény elmaradására vezet.

Mindezek alapján tehát bizonyítottnak látjuk azt a kiindulási tételünket, hogy a Heine—Medin ügy a gyakorló orvosok leckéztetésével és az orthopaediai oktatás egyébként kétségtelenül szükséges és hasznos, kötelezővé tételével meg nem oldható. Az othapaed képzettség csupán a szakrendelések tehermentesítését biztosíthatja tehát olcsóbb és intenzívebb kezelést tesz lehetségessé, de nem oldja meg a kérdés egyébb, összegben és arányban sulyosabb technikai s anyagi részleteit.

Rátérve tehát arra a konkrét javaslatra, amely a kérdés minden tekintetben kielégítő megoldására alkalmas, ezt a következőkben formulázzuk:

1. A Heine—Medin betegek ápolási költségeit fedezze az állam.

2. Létesítsen részükre szakkórházat.

3. A betegek kórházi kezelését tegye kötelezővé.

4. Az orthopaed készülékeket központilag gyártsa a hadirokkantak ellátásának módjára, a megfelelő üzem útján.

5. A késői kezelést szervezze meg a vidéki közkórházak sebészeti osztályainak orthopaed sebészekkel való ellátása útján.

6. A kórházat helyezze el a mátrai szanatoriumban, melyet járványmentes időben sebészi (csont és ízületi) gümőkórosaknak tartson fenn, kizárólag gyermekek számára.

Az első pontra vonatkozóan azt kell mondanunk, hogy a Heine—Medin-kór jelenlegi elhanyagolása a késői költségek, illetve veszteségek megsokszorozódására fog vezetni, a nyomorék-ügyet fogja súlyosbítani, ami a társadalom mai szegénysége mellett teljes egészében közterhet jelent. Ezt tehát rendeletekkel megspórolni nem lehet. A szakkórház a kezelés eredménye és gazdaságossága érdekében szükséges. A központi készülékgyártás hasonló okból nem mellőzhető. A decentralizált késői kezelés, útiköltség és munkamulasztás megtakarítása miatt előnyös.

6. A mátrai szanatórium még üres, azonnal üzembeállítható (350 ágy), elegendő nagyságú, gyermekek részére olcsóbban berendezhető. Klimatikus viszonyainál

fogva sebészi tbc. kezelésére kiválóan alkalmas, állandó teljes üzeme hézagpótló voltánál fogva biztosítható, ugyanakkor, amikor mint tüdőszanatórium, nyilván üresen állana, mert a többi szanatóriumok is konganak, sőt a gazdasági helyzet megjavulásáig kongani is fognak.

Jól tudjuk, újabb közterhek vállalására most van a legkevesebb kilátás. Sajnos azonban a Heine—Medin-kór épen a mai válságos időkre esett, terhei józan ésszel nem utalhatók át a jövőre. De a politikusokban ébredező belátás és lelkiismeret talajt ígér a kérdés megoldása érdekében megindítandó propaganda számára. Kétségtelen, hogy kellő hatósági fellépésre az egész napisajtó megindítaná a céltudatos munkát. Ami annál is inkább számot tarthat a sikerre a közönség körében, mert „gyermekparalizis" név alatt a Heine—Medin-kórnak már romániai terjedése idején nagy reklámot csináltak és a közönséget kellően elrémítették.

Államháztartási költségtöbblet tehát csupán a mátrai szanatórium fentartása volna, ami a 14 millió pengős építkezési költség mellett igazán olyan elenyésző csekélység, mely sok száz gyermek munkaképességének biztos megmentésével nincs is arányban. Ebbe a munkába szívesen és önzetlenül belekapcsolódik az orvosi kar, mert célját és értelmét látja.

Zemplényi Imre dr., bányaorvos.

Válasz Zemplényi Imre dr. kartárs úrnak.

Az O. H. 46. számában az idei Heine—Medin járvánnyal kapcsolatosan cikket közöltem, mely szervesen összefügg azzal a munkálkodásommal, mely a testileg fogyatékos gyermekek szociális védelmének megvalósítását célozza. Ennek egyik legfontosabb, sorrendben legelső feladata a *„megelőzés"*. 1000 gyermek jövőjéről lévén szó, fontosnak tartottam, hogy a „megelőzés" érdekében rámutassak az *orthopaediás* gyógyítás azon módjaira és eszközeire, amelyek a bénulás súlyos következményeinek elhárítására alkalmasak.

Ez a közlemény — az én nagy örömömre — nem maradt viszhang nélkül, sőt *Zemplényi* dr. úr tovább ment még egy lépéssel, mint én, s 6 pontban konkrét javaslatot is tesz, amely a járvány által sujtott gyermekek gondozását biztosítaná.

Javaslatának figyelmes átolvasása bizonyára mindenkiben azt a benyomást fogja kelteni, hogy egy oly valaki szólott hozzá a kérdéshez, aki ismeri a szükségleteket, ismeri az elhanyagolás veszedelmeit, de ezen kívül helyes érzékkel meg is tudja határozni a tennivalókat.

Rövid közleményemnek — tekintve a sürgősséget és kivihetőséget — egyedül az volt a célja, hogy frontba állítsam a védekezés sikere érdekében a járvány sujtotta vidékeken tevékenykedő kartársaimat. A védekezésre szolgáló intézmények szükségességét nem is hangoztattam, mert tudtam, hogy „közterhek ellátására most van a legkevesebb kilátás". De meg nem is akartam önmagamat ismételni. Elég, ha ez alkalommal csak rámutatok nyolc év óta tartó szakadatlan fáradozásomra, amely a testileg fogyatékos s ezek között éppen a bénulás miatt azzá vált gyermekek sociális védelmének tervszerű megszervezését célozta. Ez elég nagy nyilvánosság előtt történt (140 városban tartott előadás, Salgótarjánban, 1926. márc. 21-én, parlament, kormány, genfi, hágai világkonferentia, újságcikkek, memorandumok, radio, stb.) s éppen ezért talán nagyon sokan kartársaim közül tudnak is róla.

Zemplényi dr. úr 6 pontját — bizonyos korlátozásokkal magamévá teszem s talán nem fogja visszautasítani kérésemet, hogy akkor, amikor eljön a megvalósításra alkalmas idő, az ő javaslatát az ő engedelmével elő is vegyük. Tovább megyek; az ő értékes közreműködését nem csak, hogy kérem, hanem arra feltétlenül számítok is.

Amily örömmel olvastam azonban közleményének a dolog lényegével foglalkozó részét, annyira megdöbbentett annak háborgó, ellenséges hangja miatt.

Zemplényi dr. úr tiltakozik, (sőt az összes gyakorló orvosok nevében, többes számban mondja: „tiltakozunk") azon megállapításom ellen, hogy a H.—M. megbetegedés orvosi ellátása (közleményem címe szerint az *orthopaediás* ellátásról lehet csak szó), nagyon sok kívánni valót hagy hátra. Orvosaink nincsenek eléggé tudatában annak, hogy milyen sokat tehetnének a következményes elváltozások megelőzése érdekében." Amennyire az ily általánosságban tartott kijelentésem nem lehet sértő egyesekre, különösen nem azokra, akik magukat hibásnak nem érezhetik, (7500 magyar orvos közül én is ismerek sokakat, kik elismerésre méltó módon érvényesítik az orthopaedia elveit), éppen annyira nem ismerem el egyes embernek a jogát arra, hogy a kritikára jogosító betekintés lehetősége nélkül az összes orvosok nevében tegyen kijelentéseket.

Nagyon kérem *Zemplényi* dr. urat, hogy nyugodjon bele az én fenti megállapításom igazságába, amely fedi az összes hazai és külföldi szakorvosok véleményét, annyira fedi, hogy még Németországban is, bár ott sok egyetemen rendes és rk. tanárok adják elő az orthopaediát s a klinikákon és kórházakon kívül 80 nagy intézmény, 11000 ágygyal vesz részt az orthopaedia tanításában, ahol a testileg fogyatékosok socialis védelmét 1920 óta törvény mondja ki, — még ott is az a panasz hangzik el kongresszusokon és a szakirodalomban, hogy a gyakorló orvosok nem érdeklődnek eléggé az orthopaedia iránt s nem veszik ki eléggé részüket az elferdülések megelőzésére irányuló munkában.

Az orthopaediának világszerte észlelt elhanyagolása miatt az 1929-iki genfi és az ezidei hágai világkonferencia indíttatva érezte magát arra, hogy a nemzetek kormányaihoz forduljon, mert az orvosoknak az orthopaediában intenzivebb kiképzését sociális érdekből is elengedhetetlennek tartja. S hogy Magyarországon ennek következtében mily mulasztásokat s ezeknek mily súlyos s az illetők existentiáját, socialis elhelyezkedését veszélyeztető következményeit észlelem én már 40 éve (s bizonyára összes szakorvostársaim), azt megszámlálhatatlan eset bizonyítja. Tisztelje meg *Zemplényi* dr. úr egyszer, az ország *egyetlen* nyilvános jellegű orthopaed-osztályát s akkor be fogja látni, hogy mennyire nem légből kapott vádaskodás volt az én megállapításom. Hogy ez az elhanyagolás nem mindég az orvosok számlájára írandó, azt legutolsó közleményemen kívül 140 előadásomban is állandóan hangoztattam.

Különben is kifogásolt megállapításom nem egyesekre vonatkozott; legkevésbbé éppen *Zemplényi* kartársra, s ezt készséggel állapítom meg az általa annyira lebecsült népszámlálási-statisztikával kapcsolatban.

A testileg fogyatékosok összeírását a statisztikai hivatal *önkéntes* bevallás alapján (népszámlálási egyéni lap 27-ik pontja), végezte, tehát bárki elhallgathatta testi fogyatékosságát vagy testi fogyatékosait s ez az oka, hogy a valóságban közel kétszeres a számuk; — ez alapon töltötte ki a részletes kérdőívek személyi adatait s így küldötte ezeket a járási orvosoknak, akik hivatalból gondoskodtak a körorvosok és községi orvosok útján az orvosi vonatkozású kérdőpontok *„szakszerű"* kitöltéséről. A statisztikai hivatal az ő technikai („bürokratikus") munkáját a lehető legnagyobb pontossággal végezte,

amiért csak köszönet illeti. A *szakorvosi* munkát már orvosok végezték, akik tőlük telhető lelkiismeretességgel igyekeztek elvégezni a rájuk rótt munkát. Hogy ez nem volt, de nem is lehetett tökéletes orvosaink mai orthopaediai kiképzése mellett, ezért őket nem érheti vád, csak orvosképzésünket és éppen ezek a kérdőivek bizonyítják a legjobbon, hogy az orthopaedia mennyire nem hódít kartársaim között. Igazságtalan lennék, ha elhallgatnám, hogy sok igazán szakértelemmel megadott választ is találtam a kérdőíveken (26 ezret néztem át!) s ezek között a legpontosabb és legjobban értékesíthetőket éppen *Zemplényi* dr. úrnak köszönhettem.

Kérdem azonban, ha *Zemplényi* dr. úr nem érezhette magát találva az én megállapításom által, akkor milyen indulat s szinte ellenségesnek tetsző felháborodás késztette őt arra a felsőbbséges ítéletre, mely nekem oly szándékot tulajdonít cikkem megírásával, amelyet én egyáltalában nem ismerek? *Leckéztetés* nem fordul elő az én szótáramban, sem az én 40 éves orvosi multamban.

Ha *Zemplényi* dr. úr feljogosítva érezte magát arra, hogy tiltakozzon az én általánosságban tartott (s a Heine-Medinen kívül az összes orthopaediás kezelésre szoruló bántalmakra is érvényes) megállapításom ellen akkor én is élek evvel a joggal s viszautasítom a nekem tulajdonított szándékot. Arra, hogy másokat felvilágosítsak (de sohasem leckéztessek), s meggyőzzek (ez az én egyedüli fegyverem) s az orthopaedia iránt nagyobb érdeklődést keltsek fel kartársaimban, erre engem 40 éves szakorvosi működésem és tapasztalatom képesít. Azt a jogot, hogy tanítsak, nem csak jognak, hanem mint egyetemi rk. tanár, kötelességemnek is tekintem. Hogy pedig a betegek érdekében álló igazságot még az ide oktalanul belemagyarázott rendi érdek ellenére sem szabad elhallgatni — az „suprema lex". Ez indított engem cikkem megírására is.

Készségesen elismerem — s ezt nem először hangoztatom, hogy vannak a magyar orvosi karban sokan, akik — bár nem orthopaedek, értékes munkát végeztek volna a megelőzés értelmében az én felhivásom nélkül is. Ezekre a kartársaimra éppen a jelenlegi járvány alkalmából nagy bizalommal gondolok. De azt bárki tiltakozásával szemben is fenntartom, hogy a járvány kis áldozatainak jövője a mai tanulmányi rend hiányossága s az orthopaediás elvek elégtelen érvényesülése miatt nincs kellőkép biztosítva.

Aki engem ismer, az azt is természetesnek fogja találni tőlem, hogy mindezek után még is arra kérjem *Zemplényi* dr. urat, hogy ne bontsa meg képzelt sérelem hangoztatásával azt az egységes frontot, amelyet a járvány által testi épségükben sújtott gyermekek védelme érdekében kívántam megszervezni. Az ő „megértő" támogatását s éppen úgy összes kartársaim érdeklődését nem csak a létükben veszélyeztetett gyermekek, hanem én sem szeretném nélkülözni.

Horváth Mihály dr. egy. cz. rk. tanár.
közkórházi főorvos.

VEGYES HÍREK

Kérjük előfizetőinket ne hagyják cserben a 75 esztendős Orvosi Hetilapot épen e legnehezebb időkben. Azt hisszük mindnyájunknak fájna, ha ezt a régi folyóiratunkat, a gyakorlatra oly fontos klinikai orvostudomány haladásának hű letéteményesét a mai szűkös viszonyok mellett baj érné, avagy ha csak korlátozni kellene is terjedelmét. Hiszen ma, midőn idegen folyóiratokat valutaris viszonyaink miatt nem járathatunk, még fokozott pártolásban is kellene részesülnünk. A hozzánk érkező lemondó levelek némelyike egyenesen döbbenetes. Olyan helyről jön, ahol az „anyagi helyzet" parancsoló szavát nem tudjuk elhinni már a betöltött állásnál és ismert névnél fogva sem. Hová jutunk Uraim, ha még Önök sem nyújtanak segítő kezet egy olyan hagyományos kulturérték fenntartására, mint az Orvosi Hetilap?! — Keressük a megértés és az összetartozandóságot biztosító érdekkapcsolat útját, mint a multban, úgy a jövőben is és lehetetlen, hogy e téren Előfizetőink elismeréssel ne legyenek irántunk. Támogassanak tehát és legyenek hivek Hetilapunkhoz, még ha az némi áldozattal is járna. Hiszen egyetlen cipő árán egy éven át szolgálja hetenként legbensőbb szükségleteiket, szaktudásukat, életérdekeiket az Orvosi Hetilap.

Kérjük a mai számhoz mellékelt chequen az előfizetés beküldését, hogy *„Orvoskari Naptár"*-unkat azonnal megküldhessük és minél előbb bizalmat meríthessünk jövőnket illetőleg. *Vámossy.*

Személyi hírek. id. *Somogyi Zoltánt* a debreceni orvostársadalom kitünő tagját a budapesti Pázmány Péter tudományegyetem tanácsa ötvenéves orvosi jubileuma alkalmából aranydiplomával tüntette ki. Az aranydiplomát az orvosszövetség debreceni fiókja december 22-én nyújtotta át ünnepség kiséretében. Ugyancsak meleg ünneplésben részesítette a lévai orvostársadalom *Karaffiáth Marius* főorvost 50 éves orvosi jubileuma alkalmából. — A népjóléti miniszter *Dalmady Zoltán* dr. egy. c. rk. tanárt és *Weber Dezső* gyógyszerészt az Országos Közegészségügyi Tanács rendkívüli tagjává nevezte ki. — *Veil Wolfgang Heinrich* prof. a jenai belklinika igazgatóját és *Schilling Viktor* prof. a berlini I. sz. belklinika főorvosát az Erzsébet Egyetem Tudományos Egyesületének Orvosi Szakosztálya tiszteletbeli tagjává választotta.

A Magyar Országos Orvos Szövetség Igazgató-Tanácsa dr. *Csilléry András* elnöklete alatt folyó évi december hó 19-én tartotta ülését melyen *Gerlóczy Zsigmond* dr. felkérte az elnökséget, hogy minden erejével hasson oda, hogy a népjóléti miniszterium tervbevett megszüntetése meg ne történhessek. *Gellért Elemér* dr. ismertette a decemben 19-én *Scholtz Kornél* dr. államtitkár elnöklete alatt megtartott értekezlet lefolyását, melyen a betegségi biztosító intézetek orvosi ellátásának kérdését tárgyalták.

Ezzel kapcsolatban tudomásul vette az Igazgató-Tanács az OTI szerződéses orvosainak központi orvosi tanácsa által december hó 16-án az Intézetnek kiküldött körlevelének tárgyában hozott határozatát, mely szerint a pénztári orvosok, eme körlevél megjelenése nélkül sem tagadták volna meg a pénztári betegek gyógykezelését s ezt 1932. január 1-én túlmenőleg is teljesítik, mert egyéni szerződésüket a maguk részéről nem mondották fel.

A Központi Orvosi Tanács azonban sürgősen szükségesnek tartja, hogy a gyógyító orvosi működés módját szabályozó kollektiv megállapodás kérdésében az Intézet és a Magyar Országos Orvos Szövetség között minél előbb létre jöjjön a megegyezés.

A kollektiv szerződés kérdésében az Intézet és a Magyar Országos Orvos Szövetség között már hónapokkal ezelőtt megtörtént a tárgyalások felvétele, mégis az Intézet körlevelével megkerülte úgy a Központi Orvosi Tanácsot, mint a Magyar Országos Orvos Szövetséget, amely eljárás a magyar orvosi karra nézve a legnagyobb mértékben nyugtalanítólag hatott. Éppen ezért a Központi Orvosi Tanács kijelenti, hogy a MOOSz-nek a kollektiv szerződés megkötésére adott megbizását fenntartja, sőt ahhoz feltétlenül és minden körülmények között ragaszkodik. Az Igazgató-Tanács megállapította, hogy az Intézet eljárása a jelenleg még érvényben lévő szerződéssel ellentétben áll és a biztosító intézet tagjainak egészségügyi ellátására és közvetve az ország egészségügyére csak káros befolyással lehet. Elhatározta az Igazgató-Tanács, hogy január 10-re országos orvos kongresszust hív össze a betegségi biztosító intézetek orvosi ellátásának tárgyában.

Fötitkár ismertette a tisztiorvosi szakosztály állásfoglalását a 6490—1931. számú miniszterelnöki rendelet tárgyában, mely szerint a járási tiszti orvosi állásokat tiszteletbeli állásokká kívánnák átszervezni. Ezzel kapcsolatban határozatilag kimondták, hogy az orvosi állások redukciójára vonatkozólag kiadott rendeletek visszavonása érdekében az elnökség felterjesztéssel fordul az illetékes miniszteriumokhoz.

A Magyar Nőorvosok Társasága IV. nagygyülését *Lovrich József* egyetemi tanár elnöklete alatt 1932 évi június második hetében, a Magyar Orvosi Nagyhét keretén belül, tartja meg. Vitakérdés: *„A septicus megbetegedések kezelés."* A vitakérdés a Magyar Sebésztársasággal és a Magyar Belorvosok Társaságával együtt tartandó ülésen kerül tárgyalásra. Referensek: *Scipiades Elemér, Gerlóczy Géza* és *Klimkó Dezső*. Előadások, bemutatások, új tagok a Magyar Nőorvosok Társasága titkárának, *Lehoczky-Semmelweis Kálmánnak* (I., Győri-út 17. Vöröskereszt kórház) *1932. április hó 20*-ig jelentendők be.

A pécsi egyetem hallgatóinak létszáma az 1931—32. tanév első felében: az orvostudományi karon 341 rendes és 2 rendkívüli ezekből I. éves 72, a jog- és államtudományi karon 866 rendes és 6 rendkívüli, a bölcsészettudományi karon 177 rendes és 2 rendkívüli, a hittudományi karon 109 rendes és 1 rendkívüli. Összesen: 1493 rendes és 11 rendkívülj. Az 50-ik számunkban megjelent adatok az újonnan iktatottakra vonatkoztak.

Olaszországban az utóbbi években az egyetemi tanárokat esküvel kötelezték a fascista kormányzat iránti engedelmességre. Ujabban ezen eskübe felvették, hogy a hallgatóságot a fascismus szellemében neveljék. Ennek következtében számos professzor megtagadta az esküt s nyugdijaztatását kérte.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1931. évi kiadványai mind megjelentek. Ezek a következők: *Illyés:* Urologia; *Magyary—Kossa:* Orvostörténelmi emlékek III. (befejező) kötete; *Baló:* Láthatatlan kórokozók; filtrálható virusok. *Verebélj:* Sebészet II. kötete. A könyvek akadálytalan szétküldhetősége céljából a Társulat arra kéri tagjait és előfizetőit, hogy akik még hátralékban vannak, azok szíveskedjenek az előfizetési díjat (36 P, bekötési és portódíjjal együtt) *Pajor Sándor* dr., pénztáros címére beküldeni (VIII., Vas-u. 17.) póstacsekk szám 8883. A könyvek szétküldéséről az Eggenberger cég, főbizományos gondoskodik.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudomány Egyetemen 1931. évi december hó 19-én: *Czier Ferenc Béla, Fodor Pál. Frauenhoffer János, Gyöngyösi Mátyás, Haiszler Károly, Hidassy Dezső, Hollósi Károly, Juhász József, Penyigey—Manczur Viktor, Pleyer Árpád, Rechnitz Kurt, Semeráth Oszkár, Schäffer László, Szeles György, Wallner Emil, Weisz Rezső, Kosits Ernő, Mojzes Lajos, Schuch Manó.* — A Pécsi Egyetemen december 16-án: *Varga Rozália, Pánics Mária, Herskovics Valéria, Óváry János. Zsigmond István, Ertner Károly, Höltner Lajos, Ernyey Gyula.* — december 21-én: *Kerényi János és Klein Rezső.* — Üdvözöljük az új Kartársakat. — Gyógyszerészdoktorrá: *Halmai János.*

Az „Orvosképzés"-re 1932. január hó 1-től kizárólagosan a Királyi Magyar Egyetemi Nyomdánál, Budapest, VIII. Múzeum-körút 6—8. szám alatt, vagy a 37.473 számú postatakarékpénztári csekkszámla OK. jelzésű befizetési lapján lehet előfizetni.

Hofmann Oszkár dr. San Remoban ismét rendel.

Fertőző betegségek állása Magyarországon. Budapest kivételével). A zárójelben levő számok a mult év ugyanezen periodusának adatai.

Typhus abdominalis	237	(308)
Dysenteria	19	(58)
Diphtheria	1006	(1184)
Scarlatina	477	(382)
Pertussis	257	(174)
Morbilla	1206	(1925)
Varicella	406	(204)
Poliomyelitis	22	(1)

A mult félhónaphoz képest *csökkent* a typhus, pertussis és varicella, *emelkedett* a diphtheria, scarlatina és morbilli, *változatlan* a dysenteria és poliomyelitis megbetegedések száma. A legtöbb diphtheria megbetegedés Baranya, Békés, Pest, Somogy, Tolna és Vas megyékben fordult elő.

A KIADASERT FELELÖS VAMOSSY ZOLTAN

Lapunk mai számához Richter Gedeon vegyészeti gyár rt. Budapest, *Hyperol*-ról szóló prospektusát mellékeltük.

A Hamburg Amerika Linie, mint minden évben, most is megrendezi Földközi-tengeri és keleti utazásait, melyek február 4-e és május 7-e közötti időben kerülnek lebonyolításra.

Az utazások mind vagy Genuában vagy Velencében kezdődnek, vagy ott végződnek és változatos programmjuk olyan, hogy mindenki megtalálhatja közöttük azt, amelyik az indulási időpont, vagy az útirány szerint neki a legmegfelelőbb. A főbb állomások: Görögország, Konstantinápoly, Palestina, Egyiptom, Málta, Tunis, Algir, Marocco, Funchal (Madeira) az Azori szigetek, Spanyolország, Palma di Mallorca, Villefranche (Nizza), Sicilia. Az utazások tartama 2—4 hét között, az árak 600—1200 pengő között váltakoznak és mindegyik utat a változatos szárazföldi kirándulások nagy száma teszi még élvezetesebbé.

Az utakat az „Oceana" luxus-gőzös bonyolítja le, az egyetlen gőzös, melynek csak I. osztálya van és amely kizárólag erre a célra szolgál. Amit kényelem, kitünő ellátás, szórakozás és minden igényt kielégitő kiszolgálás tekintetében elkényeztetett utas egyáltalán megkivánhat, azt az „Oceana" nyújtani képes.

A mai időkben nagy előnye ezeknek az utazásoknak, hogy valutára egyáltalán nincs szükség, mert az összes költségek, még a szárazföldi kirándulások is beleértve, *Budapesten pengőben fizetendők.*

Budapesten a HAPAG luxusutazásait a Magyar Légiforgalmi Rt. IV., Váczi-utca 1. képviseli.

NYILTTÉR.

Ezen rovatban megjelent közleményekért ugy a szerkesztőség mint a kiadóhivatal felelősséget nem vállal.

Nyilatkozat.

A „Gyógyárú Hirlap" cim alatt bizonytalan időközökben megjelenő időszaki sajtótermek hónapok óta támadja vállalatunkat.

Minthogy cáfolatainknak közlését a sajtótörvény paragragfusai között bujkálva elhúzni igyekszik, addig is, míg a teljes terjedelmü helyreigazitás közlesére a bíróság fogja kötelezni, csak röviden, a valótlanságok közül csupán azokat ragadjuk ki, amelyek tekintetében a szakköröket egy percig sem hagyhatjuk kétségben:

1. A Chinoin évek hosszú sora óta pankreasokból, mint kiindulási nyersanyagból, saját eljárása szerint maga állitja elő az Insulint; valótlan az, hogy a honi gyártmány cégére alatt külföldről importált és belföldön felhigított insulinport hoz forgalomba.

A magyar orvosi kar többszázezer fiola Insulin felhasználásával adta tanujelét annak, hogy tapasztalata szerint a Chinoin gyártmánya bármely legkiválóbb külföldi gyártmánynyal szemben is tartja a színvonalat.

2. A Chinoin által synthetikus úton, saját eljárása szerint előállított Papaverin a tudomány megállapitása szerint teljesen egyenértékü fizikai, chemiai és gyógyhatás tekintetében a természetes Papaverinnel. Valótlan az, hogy e tekintetben a Chinoin gyártmány rovására bármiféle különbség állana fenn. Ellenkezőleg. A Chinoin gyár, amely a világon elsőnek állitott elő iparilag synthetikus papaverint és Perparin néven egy, a Papaverin csoportba tartozó, de fokozott hatású új készitményt, amely a legjobb spasmolyticumok egyike, ezzel oly tudományos és technikai teljesitményt produkált, amely az opium alkaloidák ipari történetében egyedül áll.

3. Arra a kérdésre, hogy miért változtatott frontot a fentemlített szaklap, mely azelőtt közleményeiben gyárunk iránt a legteljesebb reverenciát igyekezett tanusitani, a választ nem mi vagyunk hivatva megadni; de feltünő az, hogy ugyanakkor a dán Leo Insulin hirdetései a lapban megnőnek, a szövegben pedig az említett külföldi készitmény érdekében leplezetlen hangulatkeltés áradozik. Ugyanazon *külföldi* Insulin érdekében, amely még röviddel ezelőtt nem átallott nemzetiszinü köntösben megjelenni, s amely külföldi készitmény csak a honi gyárak jóakaratú elnézésének köszönheti, hogy ezen megtévesztő magatartása jogkövetkezmények nélkül maradt.

E rejtélyt maga a felelős szerkesztő úr lesz majd kénytelen azon bünvádi eljárás során megoldani, amelyet sajtó útján elkövetett rágalmazás és célzatos kárt kozó valótlanság közlésének vétsége miatt ellene folyamatba tettünk.

Ujpest, 1931, december 21.

CHINOIN
gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r. t

DR. JUSTUS bőrgyógyító és kozmetikai intézete
kórházi főorvos
BUDAPEST IX., ÜLLŐI ÚT 1.
Telefon: Aut. 846—37.



Influenzajárványnál, tonsillitisnél stb. bevált profilacticum a **CHININ.** Az ideális adagolási forma a
CHININ-PULVER-PILLEN „ORIGINAL",
amelyet Ön már ismer. Fogyasztói ára a mostani viszonyokhoz alkalmazkodik.
Minden fiola 50x0.05 gr. Chinin sulphuricumot tartalmaz.
AMSTERDAMSCHE CHININE-FABRIEK
Vezérképv. GÁBOR ANDOR és TÁRSA, Budapest. V., Korall-u. 15. Tel. Aut. 935—32. Irodalom és minták az Orvos Uraknak rendelkezésre áll.

DEMALGON-CHINOIN

erélyes hatásu,
nem bóditó,
nem mérgező

fájdalom- és lázcsillapitó!

FEALON-CHINOIN

köszvény,
influenza,
rheumatismus

kitünően tolerálható specificuma!

PERPARIN-CHINOIN

a legerősebb,
a legtartósabb,
a legártalmatlanabb

hatásu myotrop görcsoldó alkaloida!

ALIN-CHINOIN

az egyetlen
teljesen iztelen,
dyspepsiát nem okozó

acetylsalicylsavszármazék!

Centrum Kiadóvállalat Rt. Budapest, IX., Köztelek-utca 1. Igazgató: Bornemisza Gábor.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Röntgentherapia alkalmazása az ideggyógyászatban.

Kísérletes vizsgálatok azt mutatják, hogy békaporontyok besugárzása után a ganglion sejtekben mélyreható elváltozások jönnek létre. Felnőtt individiuumokban ezeket az elváltozásokat nem észleljük ugyan, azonban trypankékkel végzett vitalis festések után egereknél azt látjuk, hogy míg az idegrendszer ektodermalis elemeiben besugárzás után elváltozások nem lépnek fel, ezzel szemben a mesodermalis elemekben 4—21 nap mulva histiocyták jelentkeznek megrakodva festékgöröngyökkei. Ugyancsak az érfalak endotheljében is trypannal festett cseppek mutathatók ki. Röntgensugarak therapiai alkalmazása tekintetében nagy súllyal esett még latba az a felismerés is, hogy a röntgensugarak az idegrendszerben lejátszódó gyulladásos folyamatokat is kedvezően befolyásolják, emellett pedig a rosszindulatú sejteket vagy gliomás szaporulatokat pusztítani és felszívódásra serkenteni képesek.

A röntgentherapia indicatiós területének meghatározásánál a következő szempontok vezetnek. Röntgensugarakkal a következő folyamatok befolyásolhatók: 1. az idegrendszer periferiás és részben központi gyulladásos folyamatai, 2. vasomotoros-trophiás és vegetativ idegrendszeri zavarok, 3. blastosus és hyperplasticus folyamatok, 4. azok a belsősecretiós megbetegedések, melyek a mirigyek hyperfunctiójával járnak együtt. Lássuk az egyes csoportokat külön-külön.

A gyulladásos folyamatok közül első helyen állanak a neuritisek és neuralgiák. A neuralgiák besugárzása azon alapszik, hogy a röntgensugárnak diagnostikus felhasználása kapcsán a röntgenologusok arra a tapasztalatra jutottak, hogy a röntgensugárnak eminens fájdalomcsillapító hatása van. A besugárzás eredménye nagyon különböző. Különböző statisztikák áttekintése után az esetek mintegy ⅓-ad részében teljes gyógyulást, ⅓-ad részében több-kevesebb javulást, míg a visszamaradó harmadban a besugárzásnak teljes fiaskóját várhatjuk. Ezen a területen az antineuralgiás kezeléssel dacoló ischiasok, trigeminus és intercostalis, brachialis, occipitalis neuralgiák röntgentherapiáját indikálhatjuk. A lueses radicularis neuritisen alapuló lancináló fájdalmak és gastricus krisisek esetén is megkísérelhetjük a besugárzást, néhány esetben frappáns eredmény érhető el. Miután a röntgentherapia eredménye kétes, ne mulasszuk el acut szakban az antineuralgiás kezelést, mely időben a legtöbb eredményt várhatjuk; csupán ha ez nem vezet célhoz, akkor jöhet szóba a sugárkezelés, melyet legcélszerűbben lázthérapiával combinálhatunk. A besugárzás idejének, a dosisnak megválasztását, a besugárzások időközének megállapítását szakemberre kell bíznunk. Trigeminus neuralgia esetén a besugárzás ne csak a periferiás ágakra, hanem a Gasser dúura is vonatkozzék. Brachialis neuralgia esetén a besugárzás helye a fossa supraclavicularisban a plexus brachialis. A fertőzésen alapuló betegségek közül a multiplex sclerosis lassan lefolyó, stationaer eseteiben néha frappáns eredménnyel végeztethetjük a cervicalis és lumbalis duzzanat váltott besugárzását. Az eredmény javítható, ha a betegnek a besugárzás tartama alatt nagyobb mennyiségben adunk arsent. Magamnak néhány tartós remissiót mutató idevágó esetem volt. Természetesen a sclerosis esetek legnagyobb többsége röntgentherapiával szemben is teljesen refraktaer. Megkísérelték poliomyelitis eseteiben is a besugárzást és azt tapasztalták, hogy a hyperaesthesia, keringési és trophiás zavarok jól befolyásolhatók, ellenben a bénulásokra a sugarak semminemű hatást nem gyakoroltak. Ugyanilyen negativ eredményt könyvelt el számos szerző encephalitis epidemica kapcsán is.

A második csoportot therapiás befolyásolhatóság szempontjából a legnagyobb bizonytalanság jellemzi. Kétségtelen, hogy vannak esetek, melyekben a besugárzásnak frappáns hatása van, azonban az esetek legnagyobb részében semminemű therapiai hatás nem mutatható ki. Azon hydrocephalusok esetében, melyek a plexus chorioideus hypersecretiója folytán keletkeznek, nem egyszer kedvező hatása van a röntgensugaraknak. Tumorok által előidézett compressiós és obturatiós hydrokephalusok egyes esetei is jól reagálnak, de veleszületett hydrocephalus a sugár-therapiával szemben teljesen refraktaer viselkedést tanusít. A kephalalgiák kraniostatikus, tehát korai csontosodás folytán keletkező és meningealis izgalmakhoz csatlakozó — meningitis serosa — alakjai *Marburg* nagy tapasztalatai alapján röntgensugárral jól befolyásolhatók. Míg az epilepsiásoknél végzett besugárzások rendesen a görcsök szaporodását idézik elő, addig petit mal-nál állítólag teljes gyógyulás bekövetkezését is látták. Ugyancsak enuresisnél is beszámolnak egyes szerzők a betegség gyógyulásáról; saját tapasztalatunk szerint a therapia hatástalan. Itt említem, hogy elmebetegségekben tett kísérletek is eredménytelenül végződtek. Ezen csoportban beszámoltak therapiai eredményekről hyperhydrosis, sclerodermia, neurodermatitis, pruritus, Raynaud-kór, dysbasia angiosclerotica és pseudoparaplegia inferior angiosclerotica eseteiben, azonban ezeket azeredményeket skepsissel kell fogadnunk.

A blastosus és hyperplasiás csoportban az idegrendszer tumorai szerepelnek első helyen. Endomedullaris tumoroknál a besugárzásnak akkor van helye, ha a daganat inoperabilis, vagy a laminektomia alkalmával derül ki, hogy nem irtható ki. A csontokból kiinduló sarcomás elváltozások röntgenre jól reagálnak. A gliosissal járó syringomyelia is gyakran képezi besugárzás tárgyát, de az eredmény megítélését megnehezíti az a körülmény, hogy a folyamat progressiója lassú és spontan remissiókra hajlamos. Kétségtelen, hogy részben a gliomatosus szövet pusztulásával, részben pedig a sejtes elemeknek a nyomás alól való felszabadításával eredményt érhetünk el, ez azonban leginkább a fájdalom szűnésében és a trophicus zavaroknak bizonyos mértékben való visszafejlődésében nyilvánul. Vannak esetek, melyekben motoros és érzőköri elváltozások visszafejlődéséről számolnak be. Az esetek többségében a therapiás hatás valószínűtlen. Agydaganatok esetében legjobb az eredmény gliomás vagy a csontokból kiinduló sarcomás elváltozások esetében. Sok esetben, ha teljes gyógyulás nem is következik be, a folyamat stationaer marad. Legjobb kilátásokat a hypophysis tumorai adják és azok a daganatok, melyek az infundibulum táján helyeződnek el. Nem egy esetben még meglevő fényérzés mellett a besugárzás a látóképességnek teljes helyreállását eredményezte. Míg az eredmények akromegalia esetén eléggé jók, addig a dystrophia adiposo-genitalissal együtt járó tumorok nem befolyásolhatók röntgennel. Hypohysis daganatok esetében ma a legtöbb szerző a műtét előtt eszközlendő besugárzást ajánlja. Besugárzást végzünk agyi tumorok esetében, ha a daganat inoperabilis, nem localisalható, ha a beteg a műtétbe nem

egyezik bele, végül teljesen vagy részlegesen kiirtott daganatok esetében, mint utóbesugárzást az operatio eredményének biztosítása céljából. Az agyüri nyomás erős fokozódása nem contraindicatió. A koponyacsontból kiinduló daganatok esetén kis adagok gyakrabban való alkalmazása a szokásos.

Belsősecretiós területen a hypophysisről megemlékeztünk, marad, mint legfontosabb a Basedow-kór. Ebben a csoportban mintegy 30%-ban gyógyulást, további 30%-ban lényeges javulást érhetünk el. A besugárzás alatt szűnnek már a nervosus panaszok, fáradtság érzése, reszketés, alvási zavarok, a parenchymás struma kisebbedik, vagy el is tünik és nem egy esetben a kezelés alatt súlygyarapodás következik be. Könnyebb esetekben a röntgenkezelés a műtétet feleslegessé teheti. Besugárzásra kell magunkat elhatározni, ha a beteg állapota a műtétet contraindikálja, ha a beteg műtétbe nem egyezik, ha a besugárzással a beteget oly állapotba akarjuk hozni, hogy a műtétet jobban viselje. Néha súlyos esetben is megszűnik a tachycardia, az elerőtlenedés, hasmenések. Az a hiedelem, hogy besugárzás folytán nagykiterjedésű összenövések keletkeznek, melyek a műtétet komplikálják, nem bizonyultak helytállóknak. Ügyelni kell, hogy túladagolás ne történjék, mert ilyenkor myxoedema tünetei léphetnek fel. Megemlítjük, hogy Basedow esetén a thymus besugárzásával is jó eredményeket értek el. Klimakterialis betegségekben az ovarium, dysmenorrheákkal kapcsolatos bántalmaknál esetenként a hypophysis besugárzásával egyes szerzők jó eredményeket véltek elérhetni.

Az idült és gyógyíthatatlan idegbetegségek nagy tömege néha parancsolólag követeli, hogy már a beteg megnyugtatása érdekében is tegyünk valamit, ami még nem történt meg. Ilyenkor pusztán psychés megnyugtatás céljából is meg fogjuk kísérelni a besugároztatást, a gyógyulás minden reménye nélkül. Ettől eltekintve, tisztában kell lennünk, hogy még szigorú indicatio mellett is az esetek többségében nem fogjuk a várt therapiás eredményt észlelni. De ha több-kevesebb skepsissel is tekintünk a therapiás eredményekre, kétségtelen, hogy lesznek eseteink, melyek az eredménytelen esetek felett érzett lehangoltságunkat gyors és kétségtelen eredményeikkel letompítják vagy elfeledtetik.

Büchler Pál dr., egyet. tanársegéd.

A psoriasis therapiája.

A kezelés feladata a kórképek szerint különböző. A megszokott, erősebb gyulladás, illetőleg exudatio nélküli formáknál a gyulladásos infiltratiók visszafejlesztése és a parakeratosisos felrakódások képződésének megakadályozása a cél. Erős exsudatióval járó laesióknál a gyulladásos jelenségek visszaszorítása és esetleg a viszketéscsillapítás is feladatunk tárgya lehet.

A kezelést mindíg a pikkelyek eltávolítása vezeti be. Ezt többféle módon lehet elérni. A legkönnyebben prolongált meleg fürdőkkel és egyidejű káliszappanos lemosásokkal. A prolongált fürdők nemcsak leáztatják a pikkelyeket, hanem gyógyítólag is hatnak. Legtöbbször azonban csak előkészítői a gyógyszeres eljárásoknak. Az enyhe hatású kéntől az energikus hatású chrysarobinig az antipsoriaticumoknak egész sora ismeretes. Közülük a legenyhébb hatású kén és készítményei az erősen gyulladásos, gyorsan fejlődő és kevés szarúfelrakódással járú acut formáknál jönnek szóba. Kezdetben alacsony (3—5%), majd a gyógyulás előhaladtával 10—15%-os kenőcsökben szokták rendelni. Jó szolgálatokat tesznek a colloidális praeparatumai, a sulfoform, a sulfidal, stb. is.

A közönséges, nem nagyon gyulladásos psoriasisoknál a kátránykészítmények, az erősen redukáló pyrogallol és chrysarobin, valamint az utóbbihoz közelálló cignolin rendelése célszerű. A kátránykészítmények hatása a gyulladáscsökkentésben, a sejtes infiltratiók felszívódásának siettetésében és a viszketéscsillapításban nyilvánul meg. Éppen ezen kedvező pharmakodynamiás hatásaik révén kedvelt szerek voltak az energikusan ható redukáló anyagok használata előtt. Ma már inkább csak adjuvansként szerepelnek. Még leginkább az ol. cadinit és az ol. ruscit szokták rendelni. Ez utóbbi a chrysarobinnal combinálva az ú. n. *Dreuw* kenőcsben (Rp. Acid. salicyl. gr. 10, chrysarobini, Ol. rusci aa gr. 20, Sapon. virid., Adip. lanae aa gr. 25) szerepel, melyben hatásukat igen kedvezően támogatja a keratolytikus salicyl is. Erélyes hatása miatt azonban csak körülírt, kis terjedelmű, erősen infiltrált és vastag szarúréteggel fedett gócokra alkalmazzák. Ugyancsak ilyen természetű, nehezen gyógyuló plaque-okra szokták applikálni az *Eichhoff*-féle tincturát is. (Rp. Acid. salicyl., β naphtol., Ol. rusci aa gr. 5, Sapo. virid., Ichthyol. aa gr. 10, Spir. vini ad gr. 100). Továbbá a *Schäffer*-féle keveréket (Rp. Ol. rusci gr. 10, Sulfur. pp. gr. 20, Sapo. virid. gr. 30, Vaselin. flav. amer. gr. 40).

Az összes antipsoriaticumok közül legjobban a chrysarobin és a pyrogallol vált be. Főként az előbbi, melyet csaknem souverain szernek szokás tekinteni. 1—10%-os concentratióban és leggyakrabban kenőcsökben rendelik. A hatást fokozni lehet a fürdők után alkalmazott 3—5%-os salicyl-vaselin lekenésekkel is. A pikkelyek leválása után veszi kezdetét a chrysarobin-kúra, melynek idején hetenként csak egy-két fürdést engedünk meg. Ha dermatitis mutatkozik, a chrysarobint elhagyjuk s Lassar pasztával vagy rázókeverékkel küzdünk a gyulladás ellen, mely ha megszünt, a kúrát tovább folytatjuk. A hatás nincs arányban a gyógyulás töménységével. A Sachs-féle pastában csupán 0,1—1,0%-nyi mennyiségben szerepel, mégis ugyanazon idő alatt meghozza a kivánt eredményt, mint nagyobb concentratiókban, aminek az a nagy előnye, hogy kellemetlen mellékhatásaitól, mint dermatitis nephritis stb. nem kell félni. A beteg gyakrabban is fürödhet, ami egyébként még 5—10%-os kenőcsök alkalmazása esetén sem tanácsos (a szarúréteg fellazulása következtében fokozott resorptio miatt). A fehérneműt még ilyen csekély töménységben is lilára festi.

Hatásának fokozására salicylt, ichthyolt és ol. ruscit szoktak hozzá keverni. Erősen gyulladást okozó volta miatt e formában azonban csak körülírt, vastag szarufelrakódással fedett, makacs gócokra célszerű rendelni. Ilyenkor igen kényelmesen alkalmazható traumaticinban, collodiumban vagy chloroformban, 10%-os töménységben. Öreg, kicsiny, isolált gócoknál jó eredményeket ad a chrysarobinpálca is, mely 30% chrysarobin, 20% cera flava és 50% adeps lanaeból áll.

Hátránya a chrysarobinnak dermatitist és *conjunctivitist* okozó volta és kellemetlen festő tulajdonsága. (A körmöket barnás-vörösre, a hajzatot zöldesre festi és a fehérneműben kimoshatatlan lila foltot hagy.) Éppen ezért némelyek a *Kromayertól* ajánlott lenirobinnal szokták helyettesíteni, melyet 1—20%-os acetonos oldatban rendelnek. Ez azonban nem ad olyan jó eredményeket, mint amaz.

A pyrogallolt hasonló módon szokták rendelni, mint a chrysarobint. Célszerűbb azonban az utóbbival felváltva alkalmazni. A resorptio veszélye miatt inkább csak isolált gócokra alkalmas. A hajzatos fejbőrre nem tanácsos rendelni, különösen világos hajzatra nem, mert barnás-vörösre festi. Kellemetlen barnító tulajdonsága miatt helyette a *Herxheimer* által ajánlott psorigallolt részesítik

előnyben, mely a pyrogallolnak lithanthrollol való combinatiója.

Kedvelt antipsoriaticum a chrysarobinhoz közel álló cignolin is. Hatása az előzőénél még erősebb. ½—1,0!%-os kenőcsben rendelhető. Előnye, hogy kevésbbé fest és a hajat nem támadja meg.

A redukáló anyagokhoz sorolt salicyl sokkal kevésbbé jó. Inkább csak mint adjuvanst célszerű alkalmazni, 5—10%-ban olyankor, ha erősen tapadó vastag pikkellyel fedett gócok kezeléséről van szó. Hydrarg. pp. albummal a fejbőr és az arc psoriasánál 0,5—1,0%-os töménységben (Rp. Hydrarg. pp. albi gr. 3—5, Acid. salic. gr. 0,5, Ungu. simpl. ad gr. 50.) kedvelt szer. Az intravenásan adott salicyl injectiók, bár egyes esetekben kedvező eredményeket adtak, veszedelmesek, mert könnyen súlyos thrombosist okozhatnak.

A hajzatos fejbőr arc és genitaliák psoriasisára hatásos és nem izgató volta miatt előszeretettel használják a Hydrarg. p. album.-ot. 2—10%-ban rendelik. Előnye, hogy szintelen, nem fest és gyakori arcmosást tesz lehetővé. Kátrányokkal is rendelhető. Pl. a következő formában: Rp. Liquor. carb. deterg. gr. 3—5, Hydrarg. pp. alb. gr. 3, Adip. lan. gr. 50,0 Ol. oliv. gr. 20, Aquae dest. ad gr. 100.

Az utóbbi időben sokszor alkalmazzák a Doramadot, mely kenőcs és alkoholos ecsetelő formájában jön forgalomba. Thorium X-et tartalmaz. Mindig frissen kell készíttetni, mert bomlékony. Már az 5. napon csaknem felére száll le aktivitása. Ugy alkalmazzák, hogy a pikkelyek eltávolítása után a bőrt aetherrel lemossák és a kártyalapra vastagon felkent kenőcsöt impermeabilis réteggel fedik be. A kenőcsöt, mely 1000 elektrostatikus egységet tartalmaz, minden 24 órában váltani kell. A kezelés 8—10 nap alatt fejeződik be. Ha propylalkoholban rendeljük 4—6 napon át 24 óránként egyszer kell beecsetelni és mastisollal, több réteget készítve bekenni. Arcra vigyázat, mert pigmentatiót hagy maga után!

A localis eljárásokkal szemben a belső szerekkel való kezelések nagyon háttérbe szorulnak. Ugyan egy—egy esetben nagy dosisban adott jodkáli után gyógyulást láttak és az intravenás Kainon injectiók is többször teljes eredményre vezettek, mégis a jódtherapiának ma még nincs meg a kellő létalapja, mert az eredmény igen bizonytalan és a Kainon könnyen thrombosist okozhat.

Sokkal nagyobb tere van az arsennek, mely a jodkezelésnél gyakrabban ad kielégítő eredményt localis kezelés nélkül is. Különösen a psor. punct. és numull. első eruptiójánál. Az eredmény azonban ennél sem biztos, egyéb formáknál pedig igen kétes. Kiterjedt, összefolyó, figurált régi gócokra vagy recidivákra teljesen hatástalan. Hátránya az is, hogy már mérsékelt arsen-mennyiségek is korán és erős pigmentatiót okozhatnak s éppen a nagy és gyorsan emelkedő dosisok, amelyektől hatás volna várható súlyos universalis dermatitist idézhetnek elő. Használható a szokásos arsenpraeparatumokon kívül a salvarsan is. Különösebb therapiás értéke azonban ennek sincs. Hatása ennek is bizonytalan s ha 3—4 injectio után javulás nem mutatkozik, legcélszerűbb abbahagyni. Acut psoriasis-eruptiora nem tanácsos arsent rendelni. Ilyenkor legjobb 3%-os salicylvaselinnel, melyhez esetleg 1—2% tumenolt is tétethetünk.

A physicalis eljárások közül a röntgen jut fontosabb szerephez. A quarzbesugárzások is eredményt hozhatnak, de ez is bizonytalan. Sokkal gyorsabb és biztosabb eredmény várható, ha trypaflavinnal kombináljuk oly módon, hogy ez utóbbinak 1%-os oldatából 5—10 ccm-nyi intravenásan adott injectiók után néhány óra mulva a laesiókat besugarazzuk.

A diaetás kezelés nincs kellőképpen megalapozva. Ép ilyen bizonytalanok az organotherapiás eljárások is. A thyreoidea-készítmények legfeljebb jódtartalmuknál fogva használnak. Insulinra többen szép eredményeket láttak. Főleg a psoriasis arthriticánál voltak kedvezőek a hatások. Az insulin-kurával főleg normális vércukortükör esetén óvatosnak kell lenni, mert könnyen intoxicatiós jelenségek mutatkozhatnak. Ezeket cukros táplálékkal lehet megelőzni.

Bármelyik kezelést alkalmazzuk is, mindig tisztában kell lenni azzal, hogy csak symptomas kezelést végzünk és egyik eljárásunk sem alkalmas arra, hogy a recidivát megakadályozzuk. Igen tanácsos erre a beteg figyelmét már a kezelés elején felhivni, nehogy az orvosba vetett bizalma megrendüljön.

Szathmáry Sebestyén dr. egyet. magántanár.

Csecsemők bronchopneumoniájának kezelése az általános gyakorlatban.

A csecsemőkori bronchopneumonia gyógykezelésében a nem egységes kórokozó miatt bizonytalan értékű specifikus kezeléssel szemben a gyakorlatban az általános és tüneti kezelésre kell a legnagyobb súlyt helyeznünk. A gyógykezelés célja a gyulladásos folyamat továbbterjedésének meggátlásában, a felszívódás siettetésében és végül a szív izomerejének kimélésében foglalható össze. A helyes, individualizáló gyógykezelésnek igazodni kell a bronchopneumonia klinikai képéhez, amelyben a gyógykezelés és a kórjóslat szempontjából gyakorlatilag két csoport elkülönítése látszik célszerűnek. Az egyik csoport a lokalizált bronchopneumonia, amelyben viszonylag jó általános állapot mellett a tüdőfolyamat a szervezet megbetegedésének egyetlen megnyilvánulása. A másik csoportban a septikus és toxikus alapon fennálló bronchopneumonia az egész szervezet általános megbetegedésének egyik jellegzetes tünetcsoportját képezi, amelynek kórjóslata és gyógykezelése is elsősorban ahhoz igazodik, hogy a septikus és toxikus alapon létrejött tünetcsoportban, mely szervek mily mértékben vesznek részt.

A bronchopneumonia kezelésének két főelve a nyugalom biztosítása és a szabad levegő. A csecsemő megnyugtatását, légvételeinek intenzivebbé tételét részben a helyes fektetéssel érjük el. A fejnek kisfokú hátrasüllyesztésével a mellkast magasra helyezzük a lapockák alá illesztett párna vagy összegöngyölt ruhadarab segítségével, tehát mérsékelt opisthotonust idézünk elő. Szabad levegőn, napos széltől védett erkélyen, vagy ennek hiányában nyitott ablakok mellett napos betegszobába fektetjük a csecsemőt. A szabadlevegő-kezelés annyira fontos követelmény, hogy a hüvös évszakban, sőt még télen sem nélkülözhető, amikor is melegvizes palackokkal pólyázva naponta több ízben rövid időre kivitetjük a csecsemőt a szabad levegőre és ha nem nagyon nyugtalan, karon hordoztatjuk. A csecsemő kimélése, köhögésének és légszomjának enyhítése végett sedativák rendelése célszerű: naponta 2—3 ízben 0,01—0,04 gr. luminal 0,25—0.30 gr. urethannal porban, vagy napi 1—2 urethan-csőrével (a csecsemő kora szerint 0,5—0,75—1,0 gr. urethan 10 gr. vízben), vagy brómkészítményekkel kombinált urethannal (natr. brom. 2,0—5,0 gr., urethan 6—10 gr. aq. dest. 100 gr. naponta 2—4 kk.) biztosíthatjuk a csecsemő nyugalmát és ezáltal a szív izomerejét is sokkal jobban kiméljük, mintha az általánosan izgató voltuk miatt célszerűtlen coffeint, camphort alkalmazzuk, melyeknek csupán cardiovascularis gyengeség esetében adjunk előnyt. Az izgató szerekkel szemben biztosítandó nyugalom mellett a hydrotherapiás eljárások ma már mellőzhetők annál is inkább, mert a szabadlevegőkezeléssel egyidejűleg kevesebb alkalom is kínálko-

zik azok alkalmazására. Teljesen szükségtelen a gyakorlatban még használatos borogatások rendelése, mert gátolja a légzőmozgásokat és hőpangást okozhat. Ha a brochopneumonia lefolyását cardiovascularis tünetcsoport jelentkezése súlyosbítja — melynek ismertetőjele a bőr színének megváltozása (cyanosis, súlyosabb esetben haivány, sápadt bőrszín), amely mellett sensoriumzavar lép fel, úgy forró fürdőt rendelhetünk (35 C-ról 40—41 C-ra melegítjük a fürdőt 5—10 perc alatt, miközben állott vizes leöblítéseket alkalmazunk a mellkasra). A forró fürdőt, esetleg mustárfürdőt vagy mustárborogatást magas hőmérsék és apróhólyagú zörejek esetén célszerű naponta többször megismételni. Súlyos dyspnoe és cyanosis, asphyxiás rohamok esetében oxygen-belélegeztetések rendelése ajánlatos. Antipyretikumok közül elegendő, ha 1—2%-os pyramidon-, vagy kalmopyrin-oldatot rendelünk 2 óránként 1 kk-al, melyet az oldási szakban célszerű enyhe köptetőkkel kombinálni (pyramidon 1%, liqu. ammon. anis.-tinct. ipecac., aa 1,5%-os oldatból két óránkint 1 kk.)

A csecsemőkori bronchopneumonia súlyos formáinak gyógykezelésében nagy jelentőségűeknek kell tartanunk az intramuscularis szőlőcukor-befecskendezéseket 15—20%-os oldatból 40—60 ccm. i. glut. a betegség egész tartama alatt). Technikai könnyebbség végett a gyakorlatban ajánlatos a „Glucoven B" ampullák alkalmazása, amelyeket aa ⅔ rész mennyiségben steril dest. vízzel a kívánt concentratióra higíthatunk. A szőlőcukor közvetlenül a szívizomzatot táplálja, ezért a bronchopneumonia cardiovascularis gyengeséggel járó alakjainál jó szolgálatot tehet különösen akkor, ha a peripheriás érrendszer bénulásos állapotát (sápadt bőrszín) naponta megismételt adrenalin-injectiókkal igyekszünk leküzdeni (⅓—½ mgr. subcutan). Az adrenalinnal combinált hypertoniás dextroseoldat gyakran a toxicus állapotot is megszünteti. Calciumkészítmények rendelése ajánlható minden olyan súlyos esetben, ahol nagyfokú nyugtalanság, az izomzat hypertoniája vagy görcsös állapota van jelen. A per os adható calciumkészítmények között leghatásosabb a calcium chlorat. cryst. (15—20 gr.: aq. dest. 100 gr. 2 óránkint 1 kk.), de előnyösebb olyan calciumkészítmények alkalmazása, amelyekkel befecskendezések formájában relative nagymennyiséget birhatunk a szervezetben felszívódásra (calcium Sandoz). — A chemotherapia szerei közül a csecsemőkorban legjobban bevált a chininkezelés, amely naponta megismételt solvochin (0,5—1,0 ccm), vagy a forgalomba kerülő 10%-os chinin. bisulf. ampullák (0,5—1,0—1,5 ccm) i. musc. befecskendezésével végezhető. Nehány év óta kedvelt gyógyszer a chinin-urethan combinatiója (chinin. hydrochlor. 1,0 gr., urethan 0,5 gr., aq. dest. ad gr. 10,0. Felmelegített oldat használandó i. musc. naponta 1—2 ccm. mennyiségben.) Septicus-toxicus branchopneumoniánál intramuscularis anyavér-befecskendezésektől eredmény várható. A csecsemő kora szerint másodnaponkint 8—15—20 ccm anyavér fecskendezhető be intragluteálisan.

A bronchopneumoniában szenvedő csecsemők táplálása különösebb caloriamegszorítást nem igényel, a legtöbb esetben felesleges, sőt az első negyedévben károsnak mondható. Parenteralis dyspepsia esetében fehérjetej vagy larosan, caphosein használandó. Súlyos anyagcserezavarok jelentkezése esetén (súlyzuhanás, toxicus külem, hasmenés, hányás) cukornapok beiktatása ajánlatos (pl. az 1—2 napon 200—300 gr., a 3—4 napon 100—200 gr. 15—17%-os hordenzym-oldat, amelyet fokozatosan valamely concentrált táplálékkal egészítünk ki). Súlyzuhanás esetén bőséges folyadékbevitelről kell gondoskodni.

Csőke László dr., közkórházi alorvos.

A portio erosio okai és kezelése.

A portio erosio keletkezését nem lehet egységes okra visszavezetni. Az általános alkati megbetegedéseken, a méhszáj repedései következtében keletkező ektropiumon kívül elsősorban a méh nyálkahártyájának gyulladásainál gyakori az erosio. Megjelenési formája szerint több csoportba oszthatjuk: lehet az erosio felszíne sima, erosio simplex; ha sok rajta a mirigy és a sürünfekvő nyilásokat apró szálak választják el egymástól akkor, erosio papillarisnak hívjuk. Nem egyszer látjuk, hogy a cervix mirigycsövei a portio erosioja alatt kékesen áttűnő folliculusok alakjában jelennek meg, ilyenkor erosio follicularisról beszélünk. A felsorolt erosiokon kívül néha igazi felmaródásokat, hámtól fosztott vérzékeny területeket találunk és ilyenkor a kép kezdődő carcinomára enged következtetni. Megkülönböztetjük a portio erosionak még egy formáját, amelyet a pubertás korban észlelünk. Az erosionak ez a fajtája fejlődési rendellenesség következménye, amely a méhszáj ektropiuma következtében keletkezik és erosio congenitának hívjuk.

A differentiáldiagnozis nem mindig könnyű. A legnagyobb nehézségeket a tuberculosis, lues és a kezdődő carcinoma differentiáldiagnosisa okozza. Ezeket legtöbbször csak bakteriologiai, illetve korszövettani vizsgálat útján tudjuk egymástól elkülöníteni.

Ajánlják újabban, hogy jód ecseteléssel győződjünk meg az erosio természetéről, kezdődő ráknál a jód nem színezi a sebet, míg jóindulatú elváltozásnál a seb barna lesz.

A portio erosio kezelését a betegséget előidéző okok szabják meg. Legtöbb esetben ugyanazok a kezelési szabályok jutnak érvényre, amelyeket a méhnyak nyálkahártya gyulladásainál szoktunk használni. Általában a kezelés két nagy részre oszlik: az egyik a nedves, a másik a száraz kezelés. A nedves kezelés történhetik hüvely öblítésekkel és a méhszáj edzésével. Szárazkezelésre pedig különféle bolus készítményeket használunk. *Schauta* 2%-os lapis oldatot, *Hofmayer* concentráltabb ezüst oldatot, *Köhler* jodtinkturát és formalint ajánlott a portio edzésére Használják a 20%-os salicyl alcohol edzést is. A bolus készítményeket Nassauer hozta javaslatba és használta jó eredménnyel. A vérző carcinomára gyanús erosioknál próba kimetszést végzünk és a kimetszett darabot kórszövettanilag vizsgáltatjuk meg. Carcinomára gyanús az az erosio, amely érintésre, irrigálás vagy vizsgálat közben vérzik! Helyesen jár el a gyakorló orvos, ha ezeket a könnyen vérző erosiokat intézetbe utalja, ahol a portioból egy darabot kimetszve a górcsövi lelet alapján, kezelik az erosiot, illetve távolítják el a méhet.

Ha az erosio oka a méhszáj ektropiuma, akkor teljes gyógyulást csak az ektropium megszüntetése után remélhetünk. Az ektropiumot *Emmet* szerint operáljuk. A méhnyak nyálkahártyájának hurutos megbetegedéseinél mi évtizedek óta a *Nassauer* által ajánlott száraz kezelést használjuk. Bolus albahoz 1—2%-os lapist, tannint, ichtyolt, carbolt vagy tejsavat szoktunk felváltva adni. A hüvelyt tükörrel feltárva a portio letörlése után fonalas tampont mártunk az említett porba és azt helyezzük a méhszáj elé. A tampon 16—18 óráig marad a hüvelyben, eltávolítása után gyenge adstringens oldattal végeztetünk hüvelyöblítést. Tapasztalásunk szerint az erosiok és ezzel a méhnyak hurutok akkor gyógyulnak gyorsan, ha a bolus készítményeket hétről-hétre változtatjuk. Ha az erosio erre a kezelésre nem gyógyul, akkor először éles kanállal lekaparjuk és utána paquelinnal égetjük. Égetés után a seb 1—2, hét alatt feltisztul és a portio erosio helyén kékesen áttűnő sima nyálkahártya fejlődik.

Sztehlo István dr., bábaképezdei tanársegéd.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

A typhus abdominalis serodiagnostikája.

A hastyphus serologiai úton való felismerésének legismertebb módszere a *Gruber—Widal*-féle reactio, mely leggyakrabban a betegség 7—10. napján válik positivvá és a reconvalescentia kezdetén a legkifejezettebb; innen kezdve a serum agglutinin tartalma rohamosa esik vissza. A jelenleg általánosan elfogadott felfogás szerint positiv *Gruber—Widalról* akkor beszélhetünk, ha a beteg seruma a typhus bacillusokat legalább 100-szoros higításig agglutinálja.

A G. W.-féle reactio klinikai értékelhetősége — éppúgy, mint a többi serum-diagnostikai eljárásoké — több tekintetben korlátozott. Mindenekelőtt fontos tudni, hogy a negativ G. W. — a betegség bármely szakaszában végezzük is azt — nem zárja ki a typhusos megbetegedést. Számos szerzőnek, közöttük magának *Widal*nak a vizsgálatai bizonyítják, hogy a positiv G. W. klinikailag teljesen kifejezett, sőt bacteriologiailag is megállapított typhus esetek teljes lefolyása alatt hiányozhat.

Ugyancsak tetemes nehézséget okoz a G. W. reactio értékelhetősége szempontjából az a körülmény, hogy a világháború alatt és az azóta kitört typhus járványok folyamán rendkívül elterjedten alkalmazták a typhus ellenes védőoltásokat. A tapasztalatok már most azt mutatják, hogy a védőoltások kapcsán termelődött immunagglutininek évekig megmaradhatnak a vérben. Igy *Hage* szerint 44 védoltott katona közül 22-nek a seruma 3 év után, 15-é pedig még 4 év után is tartalmazott agglutináló immunanyagokat. A typhus-védoltott egyéneken végzett G. W.-féle reactio megítélésére vonatkozólag egyesek bizonyos szabályokat állítanak fel, amelyek — bár általános érvényűeknek aligha tekinthetők — mégis célszerűvé teszik a reactiónak oly egyéneken való elvégzését is, akik megelőzőleg mesterségesen immunisáltattak a typhus bacillusaival. *Levy* szerint védoltott egyéneknél az 1: 300-nál magasabb serumtiter typhusos megbetegedésre vall még akkor is, ha az oltás 3 hónapnál rövidebb idővel megelőzőleg történt. Hosszabb idő elteltével már az 1: 300 alatti serumtiter is typhus mellett szól, feltéve, ha ugyanekkor a paratyphusokkal való fokozottabb csoport-agglutinatio hiányzik. *Baker* szerint 6 hónappal az oltás után legalább 1: 250 higitásban kell a beteg serumának agglutinálnia ahoz, hogy a reactiót positivnak mondhassuk.

Nem mindig könnyű a typhusos fertőzésnek a klinikailag is hasonló lefolyású paratyphusos fertőzésektől való serologiai elkülönítése. A vélemények ebben a tekintetben nem egybehangzóak ugyan, a szerzők többségének az észleletei azonban azt mutatják, hogy a bacteriologiailag is diagnostizált és épen ezért biztosnak tekinthető paratyphusos megbetegedések esetén a betegek seruma gyakorta igen magas higításig agglutinálja a typhus bacillusokat is. Ugyancsak sokszor fordul elő ennek a megfordítottja is, sőt ismerünk olyan eseteket, ahol biztos typhus-infectio mellett a beteg seruma a paratyphus bacillusokat magasabb hígításig agglutinálta, mint magát a megbetegedést előidéző bacteriumot. Legutóbb pl. *Oster* arról számol be, hogy az általa vizsgált 444 typhusos serum közül 40 magasabb higitásig agglutinálta a paratyphus B bacillusokat, mint a typhus bacillusokat.

Csoport-agglutinatio esetében a tényleges kórokozó megállapítására a *Castellani-féle* kimerítési módszer szolgálhat, melyet *Fornet* sikerrel alkalmazott úgy a betegek serumaiban, mint a művileg készített állati immunserumokban levő fő- és mellékagglutininek elkülönítésére. *Fornet* azonban arra figyelmeztet, hogy e műveletnél lehetőleg magasabb serum hígitásokat kell igen nagy bacterium mennyiséggel ismételten kezelni. A kimerítési módszer ily arányú alkalmazása ellen több olyan adat szól, melyek szerint az immunserumok mellékagglutinin-tartalma a homolog bacteriumokkal való kezelés után egyáltalában nem csökken, hanem igen gyakran növekszik. Az ilyen és ehez hasonló észleletek azonban *Fornet* szerint abban lelik a magyarázatukat, hogy a typhus-paratyphusos tényleges vegyes fertőzések eléggé gyakran fordulnak elő.

A G. W.-féle reactio diagnostikai értékének a megítélésénél tehát a következő irányelveket kell szem előtt tartanunk: 1. Negativ G. W. egymagában véve a typhusos megbetegedést nem zárja ki. 2. Positiv G. W. esetén — hacsak észleletünket az esetleges bacteriologiai vizsgálat, vagy legalább is a klinikai symptomák meg nem erősítik — véleményünket a széltében alkalmazott typhus ellenes védőoltásokra és az eléggé gyakori csoport agglutinatióra gondolva kell megfogalmaznunk. 3. Typhus bacillusokkal oltott egyéneknél a positiv G. W.-nak diagnostikai jelentőséget csak akkor tulajdoníthatunk, ha a védőoltás legalább 3 hónappal megelőzőleg történt, a serum pedig magas (több 100-szoros) higitásban agglutinálja a typhusbacillusokat.

Teljesség kedvéért megemlíthetjük, hogy G. W.-féle reactio helyett egyesek más módszereket ajánlanak a typhus serologiai diagnostizálására. *Bordet* és *Gay* vizsgálatai nyomán *Streng* ugyanis megállapította, hogy sensibilizált bacteriumok inactiv marhaserum és complement jelenlétében agglutinatiót szenvednek s igy szerinte az ilyen rendszerek segélyével megállapítható volna az is, hogy valamely beteg seruma tartalmaz-e a typhus bacillusokkal szemben homolog conglutinineket. *Streng* conglutinatiós módszere azonban sok bizalmat aligha érdemel, egyrészt azért, mert eljárását az említett szerző csak egészen korlátozott beteganyagon próbálta ki, másrészt pedig, mert a conglutinatio jelensége — miként azt a budapesti egyetemi bacteriologiai intézetben végzett vizsgálatok mutatják — egészen más mechanismus szerint megy végbe, mint az *Streng* leírta.

Diacono a G. W.-féle reactió helyett a typhus-vizelet reactiót ajánlja. Ez abból áll, hogy a typhusos betegek 24

órán át gyüjtött vizeletéhez 8 g. konyhasót teszünk pro liter; ezen vizelet egyenlő mennyiségeihez csökkenő mennyiségű 1: 10.000 titerű typhus immunserumot adunk és a keveréket thermostatba helyezzük. Néhány óra mulva a typhusos vizeletben csapadék képződik, míg a controllképen használt normális vizeletekben hasonló elváltozások nem mutatkoznak. A reactio előnye *Diacono* szerint az volna, hogy a betegség korábbi szakaszában válik positivvá, mint a G. W. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az eljárás kellőképen kipróbálva még nincsen s így annak alkalmazása a gyakorlatban nem ajánlatos.

Went István dr. egyet. magántanár.

A szem égési sérülései.

A szem égési sérülése alatt nemcsak azokat a sérüléseket kell érteni, melyeket forró, vagy tüzes anyagok, eszközök hoznak létre, hanem azokat is, melyek savak, vagy lúgok hatására keletkeztek a szemen. Ez ártalmak által okozott sérülések formában, lefolyásban, következményeikben annyira megegyeznek, hogy őket külön csoportba sorozni felesleges.

A szemen égési sérülést hozhatnak létre forró víz, zsíros anyagok, olvasztott ércek, felcsapódó láng, tűzes fémrészek, erősen lúgos, vagy savas anyagok, illetve tömény lúgok és savak. A sérülés mineműsége attól függ, hogy egyrészt milyen forró, illetve tömény volt az a szer, mely a szemmel érintkezésbe került, másrészt, hogy a szemmel való érintkezése mennyi ideig tartott. Természetesen ha még amellett mechanikai erő is szerepel a sérülésnél, ez még komplikálhatja a helyzetet. Ezen anyagok hatására coagulatio, illetve colliquatio támad azokban a szövetrészekben, melyeket a káros anyagok érintettek. Ezt azután körülírt szövetelhalás, később szövetzsugorodás kíséri, melynek következtében a szem átlátszó szövetében, a szaruhártyában felületes sérülésnél homály, mélyebbnél a szaruhártya részleges, vagy teljes elpusztulása, szivárványhártya benövéssel, vagy anélkül, a szemhéjakon s a kötőhártyákon pedig összenövések keletkezhetnek, melyeknek további káros következményei lehetnek. A kötőhártyán keletkezett felületes égésnek, ha két átellenes kötőhártya rész hámfosztott lett, symblepharon, (az átellenes kötőhártya részek összenövése) lesz a következménye. Ez lehet olyan, hogy a szallagos összenövés mellett az áthajlási redő épen megmaradt: symblepharon anter., ami következményeiben aránylag a legkevésbbé zavaró. Ha az égetés a kötőhártya nagyobb terjedelmére vonatkozott, akkor az összenövés rendszerint az áthajlási redőt is magábafoglalja s ezt symbl. posteriusnak nevezzük, ilyenkor nagyon gyakran symbl. totale fejlődik ki úgy, hogy rendszerint az alsó, de sokszor a felső szemhéj-szél is a szaru-szélhez forrad, s mozdulatlanná válik. Ha a szaruhártya is megsérült, ami ilyen esetben majdnem szabálynak mondható, akkor a szemhéjszélek a szaruhártya fölött egymással, esetleg a szaruhártyával is összenőnek, amikor ankyloblepharonról beszélünk. Ezek az összenövések, hacsak kisfokúak is, a szemmozgásokat akadályozhatják, ezáltal kettős képeket, másrészt könnycsurgást hozhatnak létre. Ha a szaruhártyát is magukbafoglalják, vagy nagy terjedelműek, vakságig menő látásromlást, az utóbbi esetben lagophthalmusból kifolyólag, hozhatnak létre amellett, hogy a szem teljesen el is pusztulhat. Ha mély égés támadt a szemhéjon, a szemhéj részben, vagy egészben elpusztulhat s utána kisebb-nagyobb fokú szemhéjállási rendellenesség következik, melyen sokszor csak plastikai műtéttel segíthetünk. A szaruhártya égési sérüléseinél tekintetbe kell vennünk, hogy a szaruhártya átlátszó szövete nem regenerálódik átlátszóan, hanem, ha az égés a saját szövetet érte, akkor még aránylag kisfokú égési sérülés után is homály marad a szaruhártyában, mely különösen helyzete, nagysága, tömörsége szerint többé-kevésbé súlyos látásromlás okozója lesz. A szaruhártya égetés gyakran történik égő cigarettavég, vagy hajsütővassal. Az ilyen sérülés majdnem mindíg egészen felületes, csak a hámra vonatkozik, mert a hirtelen bekövetkezett nagy fájdalom miatt a sérült elkapja a fejét úgy, hogy az égetés mélyebbre nem hatolhat. Az ilyen sérülés bármily csunyának is látszik, rendszerint másnapra, minden nyom nélkül meggyógyul. Már a bepattanó égő gyufafej súlyosabb égést hoz létre, mely után rendszerint homály marad a szaruhártyán. Legsúlyosabb égéseket a lugok és savak és ezek származékai, közöttük leggyakrabban az égetett mész hoznak létre a szemen. Ezek ugyanis bekerülve a kötőhártyazsákba sokáig és nagy felületen érintkeznek a szemmel, így a létrehozott változások is egyrészt nagy kiterjedésűek, másrészt mélyrehatolók. Ha a szaruhártyát érte ilyen maró anyag, az érintés helyének megfelelően a szaruhártya részben vagy egészben, felületesen vagy mélyre terjedőleg elhomályosodik, ez utóbbi esetben egészen bőrszerűvé változik, amikor bizonyos, hogy a szaruhártya az égés következtében a maga teljes egészében el fog pusztulni. A betegség olymódon folyik le, hogy a betegnek még különösebb fájdalmai sincsenek, sőt az első hét végén tisztulni is látszik a szaruhártya, a beteg látása némileg javul, csak a szaruhártya felülete nem lesz többé csillogó, megmarad bőrszerűnek s a szakember tudja, hogy a javulás csak látszólagos, mert három-négy hét után, egyik napról a másikra, kikopik a szaruhártya felülete s egy-két nap alatt az egész szaruhártya felület fekéllyé változik s további egy-két nap alatt a szaruhártya egész szövete mintegy beleolvad a fekélybe és a maga teljes egészében elpusztul, a szivárványhártya előesik és a szem lassan összezsugorodik. Megtörténik az is, hogy ilyenkor fertőződik a szem belseje és panophthalmitis keletkezik, ami sok fájdalom után szintén a szem zsugorodására vezet. Fentiekből következik, hogy a szem égési sérüléseinek prognozisával óvatosaknak kell lennünk, mert sokszor súlyosnak nem látszó égési sérülés egy-két hét multán rosszindulatúságot mutat s a szaruhártyát részben vagy egészben elroncsolja. A sclera égési sérülése, — ha csak nem nagyon mélyrehatoló — nem szokott különösebb bajt jelenteni s beletartozik a kötőhártya sérülésbe. Kivétel a leginkább tüzesvas által okozott perforáló sérülés, ami súlyos következményekkel járhat. A mélyebb részek égési sérülése ritkaságszámba megy s nem igényel külön tárgyalást, mert

ilyenkor a felületes részek olyan erősen sérülnek, hogy ezek sérülése következtében a szem rendszerint úgyis tönkremegy.

A szem égési sérüléseinek gyógykezelésénél egyik legfontosabb feladat, hogy az összenövések keletkezését megakadályozzuk. Ezek keletkezését megakadályozni ugyanis rendszerint könnyebb, mint a keletkezett összenövéseket megszüntetni. E célból közvetlen a sérülés után olajbecsöppentéssel, zsírok alkalmazásával igyekszünk a hámfosztott területeket bevonni, esetleg prothesist helyezünk be a kötőhártyazsákba. A keletkezett összenövéseket naponta többször elszakgatjuk olymódon, hogy kenőcsös üvegpálcikával az áthajlási redőket körüljárjuk. Nagyon jó, ha a beteget megtanítjuk és utasítjuk arra, hogy naponta sokszor húzza el a szemhéját a szemgolyótól, melylyel a keletkezett összenövéseket megszünteti. Ha lúg, vagy sav, vagy más maró, vagy olyan égető anyaggal történt a sérülés, melynek részei a kötőhártyazsákban bennmaradtak, azokat onnan a legrövidebb idő alatt el kell távolítani, mert minél hosszabb ideig maradnak a kötőhártyazsákban, a marás annál inkább mélyreható lesz. A darabos anyagot csipesszel, a folyékonyat bő öblítéssel fogjuk eltávolítani. Lugoknál erősen higított citromleves vízzel, savaknál szódabicarbona oldattal igyekszünk a bejutott marószert közömbösíteni és eltávolítani. Szokásos a tejjel való bő öblítés is. Mészsérülésnél a mészdarabok eltávolítása és bő kiöblítés után tömény cukoroldatot csepegtetünk a kötőhártyazsákba, hogy a még ottmaradt mészrészeket nem maró mészcukorrá alakítsuk át. Mészsérülés után a szaruhártyában mészincrustatio folytán homály támadhat, ennek eltávolítása nem mindig sikerül, néha eredményt ad, ha 10% ammoniumtartarát oldatot csepegtetünk hosszú időn át a kötőhártyazsákba, mely a lerakódott oldhatatlan mészrészeket oldható vegyületté alakítja át. Abban az esetben, ha az égési sérülés következtében összenövés támadt, a további teendő attól függ, hogy mi az összenövés következménye. Kis kötőhártya összenövés esetleg semmi zavart nem okoz. Ilyenkor nem szükséges beavatkozni. Ha azonban functio zavar van a szemen, azt az összenövés megszüntetésével műtétileg corrigálni kell. Ez azonban biztosan csak kisfokú összenövés esetében sikerül, míg ha az nagyobb terjedelmű, a recidivára nagy a hajlamosság. Ha hátsó, vagy teljes symblepharonon kell segíteni, az csak nyálkahártya beültetéssel és sokszor csak időlegesen sikerül, mert itt is nagy a tendentia a későbbi zsugorodásra s a recidivára. Ezért mondottuk már előbb azt, hogy minden erőnkkel az összenövések bekövetkezésének megakadályozására kell törekedni, mert az rendszerint könnyebben sikerül, mint a bekövetkezett összenövések megszüntetése. Ha mélyreható égés támadt a szaruhártyán, a zsíros bevonó anyagokon kívül pupillatágítót is cseppentünk a bekövetkező iris izgalom leküzdése céljából, ugyancsak ilyenkor kötés alá helyezzük a szemet. A szem nyomását is figyelnünk kell állandóan, mert elég gyakran nyomásfokozódás is társul az égési sérüléshez. Abban az esetben pedig, ha a szaruhártya részleges sérülése miatt látásromlás támadt, vagy a homály a pupilla területét foglalja el, a tisztánmaradt szaruhártyarész mögött, az összes izgalmi tünetek lezajlása után látásjavítást célzó, úgynevezett optikai iridectomiát fogunk végezni.

Horváth Béla dr., egyet. magántanár.

Hólyagvérzések elkülönítő kórisméje.

A hólyageredetű vérzések felismerésénél, de még inkább azok elkülönítésénél a cystoskopia ma már nélkülözhetetlen és pótolhatatlan vizsgálati eljárás. Vannak azonban esetek, midőn annak keresztülvitele egyéb okok miatt halasztást szenved, vagy egyáltalán nem történhet meg. A vérzés okát ilyenkor a pontos kórelőzmény és a beteg subjectiv panaszai alapján döntjük el. Elsősorban vese eredetű vérzéseket kell kizárnunk. Ez nem mindig könnyű, mert vannak vesevérzések, ahol a vesetáji fájdalmak teljesen hiányoznak s a hólyagban fekvő véralvadékok pedig dysuriás panaszokat idéznek elő. Hólyagpanaszok jelenléte tehát nem minden esetben szól a hólyagvérzés mellett. Általában mondhatjuk, hogy nagyobb fokú, a hólyagot is elődomborító profus vérzéseknél gondoljunk mindig daganatos megbetegedésekre. Ha idősebb férfiről van szó, úgy végezzünk rectalis vizsgálatot. Prostata megnagyobbodás esetén majdnem biztosra vehetjük, hogy a vérzés onnan indul ki, ellenkező esetben, — ha tehát a prostata normális — legvalószínűbb, hogy a vérzést hólyag, vagy vesedaganat okozza. Előbbi esetben az anamnesisben rendesen kimutathatók vizelési panaszok, melyek már a vérzés előtt is fennállottak, utóbbinál végezzünk gondos vesetáji tapintást. A véralvadékok jelenléte egyéb tünetek hijján a vérzés helyének megítélését általában megnehezíti, kivételt képeznek a finom hosszúkás véralvadékok, melyek többnyire az ureterből származnak.

Az elkülönítés szempontjából valamivel könnyebb a helyzetünk a véralvadék nélküli vérzéseknél. Friss vérzéseknél ilyenkor a színből is némi következtetéseket vonhatunk le; veseeredetű vérzés sohasem szokott olyan élénk vörös lenni, mint egy friss hólyagvérzés. A szín alapján való elkülönítést azonban megnehezíti azon körülmény, hogy hólyageredetű vérzés is ha a vizelet sokáig időzik a hólyagban sötétebb színűvé válik. Valamivel többet tudunk meg, ha a beteget 2—3 porcióban vizeltetjük, vagy pedig hólyagöblítést végzünk. Hólyagvérzésnél az egyes porciók egymással összehasonlítva intensitásbeli különbségeket mutatnak. Az utolsó porció rendesen véresebb, mint az első, vagy pedig a duffuse véres vizelet a végéné még nehány vércseppel keverődik. Ilyenkor kétségtelen, hogy a vérzés helye a hólyag vagy sphincter környékén van. Vérzés alatti öblítéseknél, ha a mosófolyadék már egy-két mosásra feltisztul, úgy az a vesevérzés mellett szól, mert hólyageredetű vérzéseknél a mosófolyadék csak nehezen s akkor is csak rövid időre tisztul fel. Véralvadékok jelenlténél azonban úgy a porciós próba, mint az öblítéses próba megbízhatóságukból veszítenek, mert pl. véralvadékos vesevérzéseknél is előfordulhat, hogy a mosófolyadék csak hosszas mosásra tisztul fel.

Ha már most a vérzésnek hólyageredetét valószínűnek tartjuk, úgy annak további elkülönítése csakis egyéb subjectiv és objectiv tünetek alapján történhet meg. Ha a vérzés fellépte mozgással összefügg, úgy az kő jelenléte mellett szól. A rendszertelenül minden észrevehető ok nélkül fellépett vérzéseknél két csoportot különíthetünk el, ú. m. egyéb tünetek nélküli és egyéb tünetek kíséretében fellépett vérzéseket. Az előbbi csoport legnagyobb részét daganatos elváltozások, az utóbbiét főleg hurutos, fekélyes jelenségek alkotják.

A daganatos elváltozások további elkülönítése csakis cystoskopia útján lehetséges, kivéve, ha a kachektikus állapot vagy a bimanualis tapintás a daganat malignitását kétségtelenné teszi. Az utóbbi jelek hiányában a vérzés nagysága nem mérvadó, mert papillomák is okozhatnak nagyobbfokú vérzéseket.

Melléktünet nélküli vérzésekhez tartoznak a meglehetősen ritkán előforduló varixos vérzések, főleg terhes asszonyoknál kell rá gondolnunk. Traumás eredetű vérzések, ha a melléksérülések nem nagyok, szintén lehetnek fájdalommentesek, eredetüket a kórelőzmény rendesen tisztázza.

A dysuriás panaszokkal járó vérzéseknél kétségtelen, hogy infectio vagy pedig vizelési akadály van jelen. Egyszerű, banális hólyaghurut csak ritkán okoz nagyobb, a vizeletet diffuse vörösre festő vérzéseket, az ilyen vérzések többnyire csak terminalis jellegűek, nagyobb véralvadékok képződésére is hiányzik az alkalom, mert a hurutnál a hólyagcapacitás csökken s így a vér nem tud sokáig a hólyagban tartózkodni.

Dysuriás vérzéseknél elsősorban súlyos gümős és rákos folyamatokra kell gondolnunk, előbbi esetben többnyire egyéb gümős megbetegedésre utaló tünetet is találunk.

A hólyagvérzések elkülönítése tehát cystoskopia nélkül csakis valószínűségi alapon lehetséges és biztos és pontos felismerésükhöz a cystoskopia elengedhetetlen követelmény, annak elmulasztása a tumoroknak korai kórismézését lehetetlenné teszi. A cystoskopia keresztülvitelének idejére nézve érvényes a haematuriáknál fennálló általános elv, hogy lehetőleg a vérzés alatt végezzük azt el, mert igen gyakran a vérzés megszüntével annak eredete már nem állapítható meg. Kivételt csakis kifejezetten cystitises vérzések alkotnak, melyeknél természetesen az eszközös vizsgálatot kikerülni, vagy elhalasztani igyekszünk. Ennek eldöntése azonban már a szakorvos hatáskörébe tartozik.

Minder Gyula dr. egyet. magántanár.

A csecsemőkori köldöksérvek conservativ gyógyításának módosítása.

A gyermekkori sérvek között leggyakrabban fordul elő a csecsemők és kis gyermekek köldöksérve. Nagy anyagon végzett megfigyeléseim szerint minden 7—8-ik csecsemőn megtalálhatjuk a köldökgyürűnek kisebb-nagyobb fokú kitágulását, amely bizonyos körülmények között sérvképződésre vezethet. A köldökzsinór leesése és a köldökerek elzáródása után szűkül csak össze és záródik el a köldökgyürű. Az első hónapban csaknem minden csecsemőn az újjhegyet befogadja a köldökgyürű, mert a végleges és teljes elzáródás csak hónapok mulva következik be. A végleges elzáródásnál legfőbb szerepe van a bőralatti zsírszövet lerakódásnak, amely körkörösen rakódik le a köldökgyürű körül is. A köldökgyürű helye csekély ellenállású, a hashártya és cseplesz könnyen előtódulhat rajta. Sírás, erőlködés, a hasprés erősebb nyomása, megerőltető köhögés, az izomzat, a bőralatti zsír- és kötőszövet megfogyása, az izomzat sorvadása és az izomtonus csökkenése mind hozzájárul a köldöksérv kifejlődéséhez. A nagyobb köldöksérv azonnal szembetűnik, mert a köldök megnagyobbodásának látszik, a kisebb köldöksérv csak akkor látható, ha a köldököt borító harántirányú bőrredőt félrehúzzuk. Az elvékonyodott bőrön kékesen áttűnik a sérv tartalma, amely fascia transversalis, hashártya, vékonybélrészlet, vagy cseplesz darabka. A sérv tartalma rendesen könnyen visszahelyezhető, ezért a csecsemőkori sérvek kizáródása igen ritka. A visszahelyezés után ugyanolyan könnyen ismét kinyomódik a sérv. Ezek a sérvek bizonyos körülmények között maguktól is annyira megkisebbedhetnek, hogy spontán gyógyulás is lehetséges. A köldöksérv néha csak kozmetikus jelentőségű, némely esetben azonban, főleg leánygyermekeknél később a terhesség alatt, vagy után maradandó nagyobb sérv képződésre vezethet.

A csecsemőkori köldöksérvek gyógyítása rendesen conservativ, műtéti kezelés csak az igen ritka kizáródás esetében indokolt. Nem tartoznak ide természetesen a köldökzsinórsérvek, amelyek a születés után azonnali műtétet igényelnek. A köldöksérvek műtéti kezelése csak az eredménytelen conservativ kezelés után indokolt, lehetőleg a betöltött két éves kor után. A conservativ kezelésnek több módja ismeretes, ma azonban leggyakrabban a jól tapadó ragtapasz csíkokat használják. Ruganyos pólya, különböző beiktatott fém, vagy másféle pelottákkal, úgyszintén paraffin befecskendezés ma már divatját multa. Már régen tapasztaltam azt a körülményt, amire *R. Lederer* hivta fel a figyelmet (Wiener Klin. Wochenschrift 1931. 31-es szám), hogy e conservativ kezelés sokszor eredménytelen, mert az újj segítségével visszahelyezett sérv tartalom a ragtapasz csíkoknak a bőrre való helyezése után csakhamar kicsuszik, illetve a visszahelyezés nem sikerül. A conservativ kezelés eredményességének főfeltétele, hogy a visszahelyezett sérv a helyén, a köldökgyürűn belül maradjon. A visszahelyezést ne újj segítségével végezzük, mert az újj hegye sokszor kisebb, mint a sérvkapu. *Lederer* e célra *Hegar*-féle tágítót használ, ezzel helyezi vissza a sérvet és azután ragasztja le a szokott módon a köldököt. Az eddigieknél jobb eredményről számol be. Hasonló gondolat vezet engem is, csakhogy nem egyenes műszert használok erre a célra, hanem csekély görbülettel bíró női fém katétert, mert ezzel nemcsak a visszahelyezés tökéletesebb, hanem a visszahelyezett sérvtartalmat rögzíteni lehet mindaddig, a míg a művelet befejeződik. Megfelel ennek a célnak hasonló görbületű más merev fémműszer is.

Eljárásom a következő:

A has bőrét gondosan benzinnel letisztítjuk és megvárjuk míg ez teljesen elpárolgott (nehogy a tapasz alatt a bőrt izgassa).

A köldöksérv tartalmát az említett fémkatéterrel visszahelyezzük és a műszert jobb kezünkkel rögzítjük, a bal kéz mutató- és hüvelykújjával két párhuzamosan haladó hosszirányú bőrredőt húzunk, ezeket a középvonalig közelítjük, illetve a míg a műszert fedik. Segédünk, — anya vagy gondozónő — az előre elkészített 10—12 cm. hosszú és 3 cm. széles leukoplastot, vagy eggoplastot harántul a köldök bőrére helyezi. Ha a feszülés nem nagy, elegendő egy ilyen tapasz csík, ha a feszülés nagy, két vízszintes egymás mellé helyezett csíkot használunk. Ha a tapaszcsík a helyén van, ha jól zár, a műszert a görbületének megfelelően eltávolítjuk. Az egyenes műszer (Hegar tágító) csak a sérv visszahelyezését segíti elő, a görbülettel bíró a has hossztengelyével párhúzamosan használva itinerarium gyanánt használható, addig a pillanatig, míg a rögzítés megtörtént, amikor már a sérv nem csúszhat vissza. A kezelés így is hónapokig tart, de ha lecsúszik, a tapasz, vagy ha hetenként újra cseréljük, meggyőződhetünk arról, hogy a visszahelyezett sérv még a helyén maradt. A kezelést a 3—6-ik hónap között kell kezdeni, így 6—8 hét alatt eredményt érhetnük el. Ha egy éves koron túl kezdjük a kezelést, sok eredményt nem várhatunk.

Aleírt eljárás az eddigi technikának csekély módosítása, a vele elérhető eredmény azonban sokkal jobb, kipróbálás végett ajánlhatom mindenkinek, aki ezzel foglalkozik, mert egyszerű eszközzel jelentős, a későbbi életkorra is kiható eredményt lehet elérni.

Fritz Sándor dr., gyermekorvos.

* Bemutatás a budapesti kir. Orvosegyesület f. évi október 24-i III. rendes tud. ülésén.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Az asthma bronchiale tüneti kezelése.

A nehéz légzésben szenvedő beteg orvosától elsősorban kínzó állapotának megszüntetését kívánja. Csak ha a pillanatnyi fulladás, köhögési inger, nehéz légzési roham elmulik, gondolhatunk a további kezelésre. A nehéz légzési rohamok megszüntetésének feltétele természetesen a helyes diagnosis. Adott esetben el kell különítenünk a bronchialis asthmát a cardialis vagy uraemiás asthmától vagy egy hysteriás tachypnoétól.

A tüneti kezelés szolgálatában álló gyógyszerek száma napról-napra bővül úgy, hogy helyesnek látszott ismét szemlét tartani felettük.

Az utolsó évek leghatásosabb gyógymódja a coffeinszármazékok és az adrenalin pótszereinek bevezetése a therapiába. Minden újabb és hatásos gyógyszer-combinationak ezek valamelyike képezi fontos kiegészítő részét, a régebben is használt és bevált componensek mellett.

Befecskendezésre szolgáló készítmények sorozatának élén a tonogen, asthmolysin, dyspnolysin, lysasthmin állanak. Hatóanyaguk, a tonogen, az adrenalin, a hypophysis hátsó lebenyének egyik kivonata és a papaverin. Az adrenalinhoz hasonló hatást fejtenek ki, de sokkal enyhébb formában, az ephedrin és az ephetonin, egyedül befecskendezve nem pótolják az adrenalint, hatásuk lassúbb, nem olyan prompt, ezzel szemben azonban valamivel tartósabb. Az adrenalin és ephedrin hatásgyorsaságában és tartósságában fennálló különbséget használjuk ki, mikor ezek combinatióit rendeljük. Ma már ezen combinatiók egész sora kapható, minden laboratórium hoz forgalomba valamilyen összeállítást. Hazai gyáraink epherit, ephetonogen nevű készítményei elég jók, jó, de szintén lassú hatású a rephrin. Sajnos súlyos esetekben ezek is felmondják néha a szolgálatot. Az asthmás szervezet ezeket is megszokja és hatásuk vagy nem kielégítő vagy az ephedrin komponens dacára is muló. Valamivel jobbak azon összetételek, melyek még az említetteken kívül atropint is tartalmaznak. Miután az atropin egyedül is jól hat, azonban az esetlegesen fellépő torokszárazság éppen asthmás betegeinknél nagyon kínzó, önmagában kevéssé alkalmazzuk. Az atropint egyéb hatóanyagokkal kombinálva kisebb mennyiségben lehet adni és így a kellemetlen mellékhatásokat elkerüljük. Nagyon jól bevált a *Vladár* által ajánlott összetétel, mely tonogen és ephedrin mellett kevés atropint is tartalmaz (ephetonogen forte). Ez az összetétel számos olyan esetben is hatásos volt, amikor az egyes komponensek már egyáltalában nem befolyásolták az asthmás rohamokat és nagyobb adag atropinnal szemben érzékenység állott fenn. Az eddig említett gyógyszereket természetesen a bőr alá fecskendezzük, fölösleges asthmás betegnél az említett szerek bármelyikét is intravenásan adni, mert még kisebb adagban is kellemetlen, collapsushoz hasonló állapothoz vezethetnek. Megemlítendő még a morphium és pótszereinek alkalmazása, melyeket amennyire csak lehet kerüljük asthmás betegeink gyógytárában, tiszta asthma bronchiálénál amúgy is fölösleges és csak a megszokás és morphinismus veszélyének tesszük ki betegeinket. Évtizedek óta fennálló, nagy emphysemával, szívtágulással és már cardialis asthmával kombinálódó súlyos eseteinkben nyuljunk csak a morphiumhoz, pótszereihez vagy azok atropinos, scopolaminos combinatióihoz.

Asthmás betegeknél minden intravenás injectio veszélyes, erre már sokan figyelmeztettek, *Storm van Leeuwen* is kiemeli, hogy minden allergiás manifestatióban szenvedő betegnél kerülendő az intravenás injectió, mert nem lehet előre tudni milyen súlyos tünetekkel fog a túlérzékeny szervezet reagálni. Ezzel máris állást foglaltunk a problematikus hatású intravenásan adott hypertoniás konyhasó, dextrose oldatokkal szemben, ugyancsak ilyen elbirálás alá esnek a sokszor jó hatású calciumoldatok is. Az intravenás calcium injectio néha momentán hat, azonban teljesen nélkülözhető, különösen annak, aki csak egyszer is végigélte azon kellemetlenségeket, melyek egy ilyen injectio következményei lehetnek. Én évek óta nem adtam calcium-injectiót intravenásan, izomba fecskendezve pedig olyan kis mennyiségű calcium jut a szervezetbe, hogy az asthma therapiájában szóba sem jön. A már említett coffeinszármazékok közül ajánlottam a diuretint és euphyllint intravenásan, mind a kettő bámulatos gyorsan szünteti meg a legsulyosabb, adrenalin refraktaer rohamot is. Azonban az euphyllin akármilyen lassan és óvatosan adjuk is, intravenásan elég gyakran olyan kellemetlen érzést, sőt collapsust vált ki, hogy az intravenás alkalmazás helyett csakis az izomba való fecskendezést ajánljuk.

Az adrenalint kivéve az összes említett gyógyszereket belsőleg (vagy rectalisan) is rendelhetjük. Hatásuk csak akkor kielégítő, ha nem egy hirtelen, súlyos roham megszüntetéséről, hanem a status asthmaticus befolyásolásáról van szó. Ilyenkor különösen a coffeinszármazékok, diuretin, theophyllin és azok combinatiói atropinnal, papaverinnel, amidopyrinnel, stb. adhatók. Jól bevált az asthmamid és az asthmatrop nevű összetétel, a külföldiek közül az iminol, a felsol. Ilyen kombinatiók rendelésénél tekintettel kell lenni az asthmásoknál gyakori aspirin és pyramidon érzékenységre is.

Ajánlatos szélesebb körben használni a belégzőszereket, porlasztókat és füstölőket. Ezek is megszüntetik a nagy rohamokat, a status asthmaticus kezelésében pedig nélkülözhetetlenek. A belégzőtherapiának előnye, hogy egyébként a szervezetre semmi következménnyel nem jár, a hatóanyagokból nagyon kis mennyiség jut be, az egész hatás a nyálkahártyákon localisan zajlik le.

A *füstölők* száma légió, hatóanyaguk általában belladonna, strammonium, benzoe, salétrom, eucalyptus. (Astmol-por és cigeretta, Schiffmann-por, reichenhalli, wieni füstölő és cigaretta, stb.) Változtatjuk, amint a beteg egyiket vagy másikat megszokja. A *porlasztásra* szánt gyógyszerek fő hatóanyaga az adrenalin, belladonna, cocain, jód, stb. Általában asthmolysint, glycerinánt, a Tucker-féle szert, bronchovydrint, jerrofánt rendelünk. Ezek mind külföldi és drága készítmények. Megfelelő jó spray-vel alkalmazva ép olyan hatásos az Eden-féle összeállítás mely áll: Atropini sulfur. gm. 0.03—0.05. Cocaini hydrochlor. Kal. sulfur. aa. gm. 0.30—0.50. Glycerini pur. gm. 3.0. Tonogeni 1:1000 ad gm. 25.0. S. belégzésben, sprayben. A cocain helyett rendelhetünk 1.0 gm. novocaint az *Eden*-f. oldatban.

Ujabb kísérletek azt mutatják, hogy a szervezet megsavanyításának jó hatása van az asthmás statusra, ezért megkísérelhetjük a szénsavas belégzést is. *Tiefensee* nyolc százalékos széndioxyd-oxygen vagy levegő keveréket ajánlott az asthma rohamok megszüntetésére.

Hajós Károly dr. egyetemi magántanár.

A febris undulans kórképei.

Az unduláló lázat a *Bruce* által 1887-ben felfedezett máltaláz és kórokozója: *a micrococcus melitensis* és a *Bang* által 1896-ban kimutatott *intracellularis micrococcus* idézik elő. A máltaláz nemcsak Málta-szigetén és a Középtenger vidékén, hanem más helyeken is előfordul, így Dél-Franciaországban, Egyptomban, Közép-Afrikában, Dél-Afrikában, Indiában, Chinában és Amerikában is. A micrococcus melitensis porban, fénytől óvott helyeken hetekig, tejben 20 napig, vízben 5 napig is elél. Különösen a maltai kecske terjeszti e bajt, azonban néhányszor tehenek, a szamár és a birka tejében is kimutatták, sőt a kecske istállóban tartózkodó tengeri malacok vérében is. A micrococcusok a tej és a vizelet útján választatnak ki. Főleg a fertőzött tej élvezete útján terjed: a vaj és a sajt útján is, ha a sajt 4 hétnél rövidebb idő alatt ért meg.

Az incubatio tartalma 2—3 hét. A máltalázra a sajátságosan remittáló hosszantartó láz jellegző, amely hónapokig, sőt évekig eltarthat. (Innen vette a nevét is.) Kezdetben a láz naponta magasra emelkedik 2—3 héten át s azután lépcsőzetesen esik, hogy hasonló módon újból emelkedjék. Néha a láz a typhus görbéjéhez hasonlít.

A betegség főbb tünetei a vérszegénység, a szapora, néha szabálytalan és kihagyó érverés, szívgyengeség, különböző tüdőelváltozások, neuralgiák, ízületi fájdalom és erős izzadások. Gyakori a gingivitis és a szájbűz. Az étvágy rendszerint jó, sőt a betegek néha éhségi fajdalomról is panaszkodnak. Periodikusan visszatérő gyomortáji fájdalmakat és reggeli hányást is észleltek egyes esetekben, amelyek a beteget kimeríthetik. Gyakori a makacs székrekedés, míg az esetek 10%-ában inkább hasmenések mutatkoznak neuralgiák és kolikák kíséretében, amikor is a vastagbelet összehúzódott köteg gyanánt lehet tapintani. A lép sokszor megnagyobbodik és nyomásra érzékeny. A lázas állapotot albuminuria szokta kisérni. A komplikációk közül az endocarditis említhető meg, amely után szervi szívbaj fejlődhet ki; továbbá szívizomelfajulás, azután az orchitis, amely néha atrophiába megy át vagy a herék elgennyedhetnek. A lázperiodusok végén gyakran jelentkeznek ízületi fájdalmak és neuralgiák, amelyek a későbbi időben is megjelenhetnek. Ha a betegség sokáig elhuzódik, a betegek lesoványodnak és vérszegények lesznek. A máj és a lép is megnagyobbodik és szívgyengeség tünetei mellett kachexia fejlődik ki. A reconvalescentia még az enyhe esetekben is hónapokig eltart. A halál szívgyengeség, csillapíthatatlan hányás vagy makacs hasmenés tünetei között következik be.

A betegség könnyű, ambulans alakban is megjelenhet, amely azért lehet veszedelmes, mert az ilyen egyének esetleg másokat is fertőzhetnek, ámbár eddig még nincs bebizonyítva az, hogy az ember ürüléke vagy váladéka terjesztené a betegséget. A visszaesés évek mulva is bekövetkezhetik. Felismerése azért nehéz, mert atypusos typhussal, malariával vagy ankylostomiásissal össze lehet téveszteni, a baj ezekkel együtt is megjelenhet. Az ú. n. gastricus láz is hasonlít hozzá, azonban a láz unduláló jellege tekintetében különbözik tőle. Influenza, ízületi rheumatismus, tüdőgümőkór, tüdőtályog is összetéveszthető a máltalázzal. Kétes esetekben a vérben agglutinatiós próba végzendő és meg kell kísérleni a typhus bacillusok kitenyésztését vagy a malariaplasmodiumok kimutatását. A máltalázban szenvedők vérsavója a micrococcus melitensist legkorábban a harmadik napon agglutinálja. A székvizsgálatot enterozoákra sem szabad elmulasztani.

A prognosis megelőzése céljából a fertőzött kecske vagy tehén tejét forralás által kell ártalmatlanná tenni. Az állatok beteg voltát agglutinatiós próbával lehet megállapítani. A kecskékkel és juhokkal foglalkozók is ki vannak téve a fertőzésnek. Még nincs kiderítve, hogy menynyire terjed a beteg állatoktól származó vaj és sajt útján. A kezelés általában tüneti, chinint szoktak adni nagy adagokban, továbbá methylenkéket. Ujabban a m. melitensisből készített vaccinakezelést ajánlják, amely által a betegség tartalmát meg lehet rövidíteni. Az üdülési szakban a betegeket ajánlatos Európa északi országaiba küldeni.

A *Bang*-féle betegség azért érdekel bennünket, mert 1927. óta aránylag sokan betegedtek meg benne Észak-Amerikában, Dániában, Németországban és Ausztriában. Hazánkban *Berkessi L.* és *Herman* közöltek egy esetet; bakteriologiai szempontból pedig *Manninger* és *Vas* foglalkoztak vele.

A betegséget a Bang-féle intracellularis micrococcus okozza, amelynek ellentálló képessége csekély; már 65° Cnál elpusztul. Tenyésztés tekintetében alig különbözik a *Bruce*-féle micrococcus melitensistől. A szarvasmarhák, kisebb részben a kecskék és a hal útján történhet a fertőzés, de a disznó és birka is terjesztheti, továbbá a tejszármazékok, mint tejföl, tejszín és a vaj után is történhet fertőzés. Leggyakoribb módja a fertőzött tej élvezete. A fertőzött állat körül foglalatoskodó egyének, továbbá a tehenek lázas abortusát befejező állatorvosok is megkaphatják e bajt. Ezért érthető, hogy férfiak gyakrabban betegszenek meg benne. Dacára annak, hogy leginkább a fertőzött tej útján terjed, 10 éven aluli gyermekek ritkábban betegszenek meg benne, talán az immunitás védi őket. Előrement megbetegedés a bántalom fellépését elősegítheti. Valószínűleg a fertőzés közös forrásából lehet magyarázni a betegség előfordulását egyes családokban, mint Herman esetében.

A tünetek a kimutatható fertőzés után három hét mulva szoktak mutatkozni hirtelen kezdődő magas lázzal, csontfájásokkal, rheumás fájdalmakkal, neuralgiákkal, főfájással és bágyadtsággal. A láz remittáló typusú; a betegek reggel rendszerint láztalanok, délben hirtelen felszökik 39° C-ra és éjfélkor a láz 38° C alá sülyed. Olykor 40° C-ra is felszökik, úgyhogy a napi hőingadozás két fokot is kitehet. A leláztalanodást profus izzadás kíséri. A lázas állapot rendszerint jó közérzet mellett hetekig, sőt hónapokig eltarthat; majd rövidebb-hosszabb ideig tartó láztalan szak után recidiva következik be, amely 2—3-szor is megismétlődhet. A láz unduláló typusa azonban nem mindenkor észlelhető, mert lehet folytonos is, mint typhus abdominálisnál, míg máskor a hőmenet sepsishez vagy gümőkórhoz hasonlít. A láz olykor rázó hideggel kezdődik, többnyire azonban a betegek a láz emelkedésekor csak borzongást éreznek. Complicatiók, endocarditis, orchitis a mérsékelt lázat újra felszüktethetik. Vannak abortiv esetek is, amelyekben a néhány napig tartó lázas állapot csakhamar elmulik. Ezekben csupán a vérsavó agglutinatiós vizsgálatával állapítható meg a fertőzés kiállása. A Bang-kór lázas hörghurut képe alatt is lefolyhat. A hosszantartó lázakat a betegek rendszerint jól türik s csak a magas láz tartama alatt panaszkodnak főfájásról, tagfájásról és gyengeség érzetéről. Minthogy a közérzet nem zavart és a tápfelvétel is kielégítő, ezért e betegségben szenvedők nem szoktak le soványodni. Az ütérlökés lassú, csak a magas láz tartama alatt válik szaporává. A betegség alatt a lép is mérsékelten megnagyobbodik egyes esetekben igen nagy mértékben. A betegség complicatiói küzül a már említetteken kívül bélvérzés, a csigolyák osteomyelitise, thrombosis, dermatitis és pyodermia említhetők. Amerikai szerzők két ízben abortáló nők vérével positiv complementkötést kaptak, azonban még nincs bebizonyítva az, hogy a fertőzés a graviditást képes volna megszüntetni. Előfordulhat az, hogy a ré-

gebbi fertőzés latens marad és valamelyik intercurrens bántalom a recidivát kiváltja. A vizelet rendesen normális, olykor albuminuria keletkezik hyalin és szemcséscylinderekkel. A diazo reactio is gyakran positiv. A láz tetőfokán leukocytosist észleltek, egyébként a leukopenia a gyakoribb hypeosinophiliával, erős lymphocytosissal és monocytosissal, a magdegeneratio jeleivel.

Elkülönítő kórisme szempontjából typhus, paratyphus, influenza, sepsis, malaria, lues, tbc. lymphogranulomatosis, Spengler, kolbászmérgezés jöhetnek szóba. A vérkép typhusához, a hőmenet paratyphushoz hasonlíthat. Ilyen esetekben az anamnesis és a foglalkozás figyelembe veendő. Az elkülönítő kórisme felállításakor számbavehető körülményekre a máltaláz ismertetésekor már rámutattunk.

Tekintettel arra, hogy a klinikai tünetek alapján a kórjelzés a legtöbbször nem állítható fel a serologiai és bakteriologiai vizsgálatokat nem nélkülözhetjük. Ezért minden typhus és paratyphusra gyanús esetben ajánlatos az agglutinatiót a Bang-bacillussal is elvégeztetni. Positiv a reactio, ha a titer legalább 1:200 erősségű, amely az észlelés folyamán 1:500-re is felemelkedhet. Az agglutinatio erőssége a betegség 2—3 hetében szokta elérni a tetőfokát és a klinikai tünetek lezajlása után még 2—3 hónapig positiv szokott lenni. A Bang mellett a micrococcus melitensissel is positiv szokott lenni a reactio. A másik reactio a complemenkötés. A vérből való kitenyésztés ritkán sikerül; e célból a vért előbb tengeri malacba oltják.

A prognosis általában véve kedvező. A halál komplicatio miatt bekövetkezhet vagy ha e betegség valamely régebben fennálló szervi bajhoz csatlakozik.

A kezelés általában tüneti. Az ajánlott szerek közül megemlíthetők az omnadin, trypaflavin, dispargen, argochrom, supersan, transpulmin, salvarsan, solganol, neosalvarsan, staphylococcus vaccina. A Bang bacillus tenyészetéből készített vaccinával is próbálják az elhuzódó eseteket kezelni. Az autovaccinakezelés látszólag megrövidíti a láz tartamát, azonban a láz typusát nem változtatja meg.

Torday Árpád egyet. c. rk. tanár.

A peritonitis tuberculosa sebészi kezelése.

A hashártya gümőkórja önállóan csak igen kivételesen fordul elő; rendesen más szervek gümős megbetegedésével együtt szokott fellépni. Az ide vonatkozó statisztikák adatai szerint majdnem mindig tüdőgümőkór, az eseteknek felében pedig béltuberculosis is kimutatható a gümös hashártyalobban megbetegedett egyéneknél. Ebből azután az következik, hogy gümős hashártyagyulladásnál soha sem elegendő kizárólagosan magát a hashártyát gyógykezelni, hanem itt is, mint minden más gümős megbetegedésnél, a szervezet általános roborálására, hygienás-diaetás kezelésére kell a fősúlyt helyezni, lehetőleg specialis intézeti elhelyezés mellett.

Önként felvetődik ezáltal a kérdés, vajjon nem volna-e teljesen elegendő, ha a peritonitis tuberculosisát kizárólag conservative, minden sebészi beavatkozás nélkül kezelnők annál is inkább, mivel igen tekintélyes szakemberek orvostörténelmi tévedésnek mondják a hasmetszés gyógyító hatását, sőt *Krőnig* ezen felül még károsnak is tartja a a laparatomiát, amennyiben a műtét után miliaris tuberculosis léphet fel, a tüdőkben meglévő specificus folyamat rosszabbodhatik, a műtéti hegben akár hónapok mulva is gümős sipolyok léphetnek fel — elég gyakori eset ez — a hasűri szervek, főleg a belek a szétvált műtéti seben át előeshetnek, sőt nem ritkán a műtéti sebhez odatapadó bélen bélsársipoly keletkezhetik anélkül is, hogy a belet a legcsekélyebb mértékben megsértettük volna.

Súlyos ellenérvek, amelyeket figyelmen kívül hagyni semmi esetre sem szabad s éppen ezért az egyszerű laparatomiánál is a legnagyobb óvatossággal kell eljárni gondosan elkerülve a bélserosának legcsekélyebb megsértését is. Nem csoda tehát ilyen körülmények között, amikor a sebészeknek egy része is ellene van a műtétnek, hogy a belgyógyászoknak igen nagy száma a biztosan kórismézett gümős hashártyagyulladásnál nem hajlandó betegét a sebész kése alá engedni és akárhányszor meg is gyógyítja előbb vagy utóbb a sokféle conservativ kezelés valamelyikével. A gyakorlat azonban azt bizonyítja, hogy nem lehet ilyen ridegen elutasítani a sebészi beavatkozást, mert magam is gyakran láttam azt, hogy ott, ahol a conservativ eljárásokkal nem tudnak célt érni, az egyszerű hasmetszés mégis csak meghozta a gyógyulást. A gondos belgyógyászati kezelés mellett is állandóan lázas, a kimerüléshez közeledő beteg a műtét után gyors gyógyulásnak indult. A *Krőnig* által felsorolt ellenérvek is veszítenek jelentőségükből, ha tudomásul vesszük azt, hogy a hasmetszéshez csatlakozó szövődmények, még maga a bélsársipoly is, türelmesen és következetesen végzett conservativ kezelésre, óvakodva minden nagyobb beavatkozástól, rendesen gyógyulni szoktak.

Mindettől eltekintve a belgyógyász a peritonitis tuberculosának többnyire csak egy bizonyos fajtáját szokta kórismézni, még pedig azt, amelyik kifejezett hasűri izzadmánnyel jár, a többi alakja nem egyszer más betegséggel téveszthető össze: duodenalis fekéllyel, epekővel, idült vakbéllobbal, gyomorsüllyedéssel (egy betegemet másfél évig kezelték gyomor panaszai miatt ptosis diagnosisával), idült vastagbélhuruttal, májcirrhosissal (az icterust a choledochust összenyomó mirigyek idézik elő); heveny esetekben typhus abdominalissal, pneumococcus peritonitissel, acut appendicitissel, stb. Viszont vannak olyan betegségek, amelyek a gümős hashártyagyulladást utánozzák, így a polyserositis, májcirrhosis, idegentest izzadmány, daganatok, mesenterialis mirigygümősödés, így tehát már a helyes diagnosis felállítása céljából is sokszor szükséges a hasmetszés, akár tulajdonítunk neki gyógyító hatást, akár nem.

A gümős hashártyagyulladás különbözőképpen szokott jelentkezni és alakjai szerint különbözőképen szokták osztályozni. Rendesen három csoportját különböztetik meg és pedig az izzadmányos, azaz serosus alakot sok exsudatummal, kevés összetapadással; az összenövéses, azaz fibrinosus úgy nevezett száraz alakot kevés exsudatummal, sok összenövéssel és zsugorodással; végül a genyes, fekélyes, sajtosodó alakot. Mind a három alak lehet a hashártya körülírt vagy általános megbetegedése.

A három alak közül a serosus az, amelyiknél a hasmetszést általánosságban gyógyító céllal szokták végezni és pedig elsősorban azért, hogy a nagy tömegű exsudatum (10—12 liter is lehet) lebocsátása által a fenyegető szívkimerülést megakadályozzuk, továbbá, hogy a vérkeringési viszonyokat a hasüregben rendbe hozzuk, a mi viszont a hashártya felszívóképességét fogja erősen fokozni. Igaz ugyan, hogy erre a célra a punctio is elegendő lehetne, azonban ezzel a gümős izzadmányt kellőképen lebocsátani nem tudjuk, mert bizonyos fokú laza összetapadások mindig vannak, amelyek között az izzadmány helyenként letokolódik; másrészt soha sem tudhatjuk, nincs-e valamelyik bélkacs a hasfal közelében rögzítve, amikor is a szúrcsappal a belet megsérthetjük. Kiemelendő még, hogy a szúrcsapolás sem véd meg a gümős fekély képződésétől a hasfalban.

A második alaknál, ahol csak igen kevés az exsudatum, vagy teljesen hiányzik, a legtöbb szerző nem tartja

jogosultnak a laparatomiát, pedig mint azt saját tapasztalataim is bizonyítják, a hasmetszést itt is gyógyulás követheti és ebből arra következtethetünk, hogy a gyógyulást a vérbőség idézi elő, mely a hasmetszést követi. Ez a vérbőség kezdetben arteriosus, később venosus s így mintegy Bier-féle pangásba kerül a hashártya, a mi a tuberculumok elhegesedéséhez, azaz gyógyulásához vezet; ezt bizonyítják a relaparatomiák, mikor később más okokból megnyitva a hasüreget szinte megdöbbenve látjuk a teljes restitutio ad integrumot, a tuberculumok, sőt esetleg összetapadások eltűnését is.

A harmadik alaknál a laparotomiától nem sokat várhatunk. Ez a hashártyának igen rossz indulatú megbetegedése és különösen ezekben az esetekben szokott laparatomia után hasfali szövődmény: gümős fekély, sipoly, főleg bélsársipoly fellépni.

Szokásban van az is, hogy a hasmetszés alkalmával különböző izgató szereket juttatnak a hasüregbe és pedig elsősorban jodoformport és jodoform glycerint, továbbá camphorolajat, aethert, alkoholt, sőt jód szénsavas gőzöknek beáramoltatását is ajánlották. Csak az izgatószerek teljesen feleslegesek, sőt a jodoform mérgezési tüneteket is idézhet elő. Teljesen elegendő az a mechanikai insultus, melyet maga a laperatomia idéz elő és mondjuk a napfény behatása vagy más mesterséges fényé, hiszen az éjjel végzett műtét is ugyanolyan hatású; a magam részéről 2—3 percig quarcz lámpával szoktam besugároztatni a megnyitott hasüreget s így igen szép gyógyulást értem el olyan esetben is, amikor a belekben erős beszűrődéssel járó gümős fekélyek voltak észlelhetők a peritonitis tuberculosa mellett.

Minden gümős peritonitis miatt végzett laparatomiát követnie kell belgyógyászi kezelésnek, ha el akarjuk kerülni a recidivákat. Exsudatumos alaknál a honyhasómentes diaeta és a hasfalaknak folyékony kaliszappannal való naponkénti erélyes bedörzsölése a műtét után megakadályozza az exsudatum újraképződését. Az angolok kaliszappan helyett szürke kenőcs bedörzsölését ajánlják, továbbá a jódos kenőcsöt, jodoformolojat. Arsenes injectiós utókezelésről sem szabad megfeledkezni. Előnyös az utókezelésben a különböző fénykezelés különösen akkor, ha a laparatomiás hegben gümős sipolyok, fekélyek keletkeznek. A legjobb hatást a természetes napfény fejti ki, mindjárt után következik a Finsenfény.

Fáykiss Ferenc dr., közkórházi főorvos.

Gyakori tévedések a tüdőbetegségek röntgenvizsgálatában.

A mellkasi röntgendiagnosztika tévedéseinek nagyobb része pozitiv irányban történik: kóros elváltozások feltételezése ott, ahol csupán a normális mellkasi röntgenkép bonyolult árnyékfotjai láthatók. Nemcsak a hilus tarka képe ad alkalmat erre, melyben oly gyakran vélnek kóros foltokat és „kötegeket" felfedezni, hanem a normális anatomiai kép számos varietása is. Utóbbiak között nem ritka a bordák közti csontos híd vagy ízesülő nyújtvány, ezeket az *átvilágításnál* szinte szabályszerűen kóros gócoknak tekintik.

A felvétel elmulasztása egyébként ma is még a tévedések leggyakoribb forrása. A *sorozatos átvilágítás* jó eljárás, ha a mesterséges légmellkezelés folyamán a bevitt levegő elhelyezkedését és felszívódását akarjuk ellenőrizni, de tuberkulotikus elváltozások lefolyásának röntgenologiai megfigyelése csak *sorozatos felvételek* készítése útján történhetik.

A tüdő tuberkulotikus elváltozásainak röntgenvizsgálatánál még két kérdésre kell főleg ügyelnünk, melyek tévedést okozhatnak. Ezek: az aetiologiai kórisme és a kavernák kimutatása. A primaer komplexumtól eltekintve — alig van oly röntgenképe a tüdőtuberkulosisnak, mely más eredetű kórfolyamatnál elő nem fordulhatna. A kulcsalatti kezdeti beszűrődés, a kaverna, a mirigyelváltozások és a miliaris tüdőtuberkulosis röntgenképeit a csalódásig utánozhatják nem specifikus eredetű árnyékfoltok. Különösen áll ez a gyermekkori tuberkulosis tarka képére. Utóbbinál a mirigymegnagyobbodások kimutatására kell nagy sulyt helyezni, miért is sose mulasszuk el a bifurcatio tájának tüzetes vizsgálatát az I. ferde átmérőben. Nagy óvatosság szükséges a negativ lelet megítélésénél, mert velősen duzzadt (és nem meszes) mirigyek csak bizonyos nagyságtól felfelé és csak kifogástalan felvételen láthatók, míg az átvilágításnál rejtve maradhatnak. A kaverna kórisméje ma már a tüdőtuberkulosis egész therápiájának punctum saliense, ezért röntgenologiai kimutatása sokszor döntő jelentőségű. A röntgenvizsgálat tartozik felvilágosítást adni nemcsak a kaverna nagyságáról, hanem annak pontos fekvéséről is. Mélységi lokalizálása csak kétirányú felvétellel határozható meg. Az aetiologiai tévedés kaverna-kórisme esetében is fenyeget, mert még a legjellegzetesebbnek vélt kaverna is lehet nemtuberkulotikus eredetű. Igy nemrégen ismertettem oly izolált, kulcsalatti fekvésű kaverna esetét, mely influenzás bronchopneumonia széteséséből keletkezett és három hét alatt spontán meggyógyult. Minden felvételt külön át kell tanulmányozni a kavernagyanú szempontjából, mert az üregek nagy száma nem ad rögtön szembetűnő, pregnáns leletet. Pl.: a bal hilus medialis részének magasságában hátul elhelyezkedő, izolált kaverna a felvételen csaknem teljesen a szívárnyék mögé vetítődött, azon túlérő része pedig összeolvadt a hilus képleteivel s így fel nem ismertetett.

A röntgenvizsgálat szerepe egyéb gyakori tüdőbetegségek közül az elsődleges tüdőrák kórisméje terén igen nagy, sokszor döntő jelentőségű. Tévedések nem ritkák, mert biztos kórjelző értékű röntgentünettel alig rendelkezünk. Legfontosabb e téren is a elggyakoribb alak ismerete és ez a hilustájon ülő bronchuscarcinoma. A hilustáji hörgőrák egyik legértékesebb tünete ú. n. indirekt tünet, amennyiben a rendszerint korán fellépő hörgőszükület váltja ki. E tünet a középárnyék inspiratorikus eltolódása a kóros oldal felé, az ú. n. *Holzknecht—Jacobson*-féle jelenség. Bár a tünet — ritkán — más megbetegedésnél is előfordul, mégis azt mondhatjuk, hogy a hilustáji beszürődés leletével *együtt* oly tünetcsoportot ad, mely jellegzetes a hörgőrákra. E megbetegedésnél ezek szerint tévedések leginkább úgy kerülhetők el, ha a felvételi leletet, bármennyire tumorgyanús árnyékot mutat is, beható átvilágítási vizsgálattal egészítjük ki. A jellegzetes hörgőszükület közvetlen kimutatása bronchographia segítségével, bár körülményesebb, de sokszor döntő jelentőségű lehet.

Egyéb mellkasi röntgenelváltozások közül a nagy, izolált, *kerek* árnyék az, amely gyakran válik tévedések forrásává. Általában nagy a hajlam arra, hogy minden ily képlet mögött ecchinococcus-tömlőt tételezzenek fel. Ezért nem felesleges rámutatni arra, hogy kerek, többékevésbbé homogen árnyékot a mellkasban sok egyéb elváltozás is adhat: dermoidtömlő, tályog, tüdősarcoma, sőt carcinoma is, neurofibroma, eltokolt izzadmány, másodlagos daganat, valamint a bordákból kiinduló gumma. Egy ízben a bordaporcból fejlődött, jóindulatú chondromát derített ki a felvétel a betegnél, aki ecchinococcus átvilágítási leletével jelentkezett ellenőrző vizsgálatra. Az elkülönítő kórismében értékes tünetként szerepelhet az ecchinococcus-tömlő megkeskenyedése belégzés vagy erőltetett köhögés közben.

Polgár Ferenc dr., röntgenszakorvos.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

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

Jód és Basedow-kór.

A közelmúltban rövid egymásutánban két idős férfibeteg került jód-Basedowkórral észlelésembe. Az egyik 72 é. betegnél néhány hó alatti jelentékeny lefogyás (21 kg.) hasmenések, idegesség és nem kielégítő vérellátásra való panaszok állottak előtérben. Struma, exophthalmus nem volt; tachycardiája volt ugyan, jelentősége azonban érthető okokból nem volt könnyen elbírálható s így a kórképet uraló hasmenések tünete csak a fokozott alapanyagforgalom leletével vált helyesen értelmezhetővé. A másik 64 éves, leromlott, nagy fokú psychés nyugtalanság benyomását keltő betegnél is csak mérsékelt tachycardia volt a klasszikus tünetek közül észlelhető, ám a fokozott alapanyagforgalom lelete itt is a helyes irányba terelte a diagnosist. Mindkét beteg megelőzően tartósan jódkezelésben részesült. Ez esetek részemről aktuálissá teszik a jód és Basedow-kór közötti összefüggés régi themáját, amire vonatkozó ismereteink újabban nehány adattal bővültek.

A pajzsmirigy az emberi szervezet legnagyobb jóddepot-ja. Kb. ezerszer annyi jódot tartalmaz, mint az izomzat. Az arteriás vérrel érkező jódot a pajzsmirigy jódfehérjévé (thyreoglobulin) synthetizálja s ebből hasad és hasítható le a pajzsmirigyhormon: a *thyroxin*, ami ma már vegyileg is előállítható (tyrosin + 4 atom jód). Thyroxinon kívül a pajzsmirigyben más, igen nagy hatású jódvegyületnek is kell lennie, mert az összes organikus pajzsmirigy-jód kb. 15 mg, amiből thyroxin formájában alig 2½ mg. található. Basedow-kórnál a pajzsmirigy kolloidtartalma csökkenésével párhuzamosan hanyatlik a mirigy jódtartalma is. Hogy miért tűnik el a jódmennyiség, biztosan el nem dönthető, egy azonban kétségtelen s ez az, hogy a pajzsmirigy csökkent jódtartalmával a vér fokozott jódtartalma áll ilyenkor szemben. Ez a fokozott vérjód mennyiség *(hyperjodämia)* is még oly kis szám, amit csak a gramm milliomodrészeiben (γ) fejezünk ki; ép embernél a vér jódtartalma 12.5 γ %, tehát félmilliószor kevesebb, mint a vér fehérjetömege, ötvenezerszer kisebb a vér konyhasó-tartalmánál és tizezredrésze a vér cukortartalmának; érthető tehát, hogy az emberi vért hosszú időn keresztül jódmentesnek tartották. Fokozott bevitel mellett a vér jódtartalma átmenetileg már ép viszonyok között is akár a százszorosára emelkedhet, e különbözetet azonban a gyors kiválasztás többnyire egy napon belül kiegyenlíti. *Basedow-kórnál hiányzik ez a helyes kiegyenlítés* s a szervezet nem tudja többé a vér jódtartalmát egyenletes nívón tartani. Valami távoli analogia kínálkozik a diabetes mellitus kórkép, illetve a vércukor és pankreasfunctio szempontjából, amennyiben Basedownál is nyilván éppen úgy hormonalis zavar a hyperjodämia kútforrása, mint diabetesnél a hyperglykämiáé, bár mai felfogásunk szerint a Basedow-kórnál nem a hormon csökkent, hanem éppen ellenkezőleg: fokozott kiáramlása és termelése az ok.

Akárhogy álljon is a helyzet, az elvitathatlan tehát, hogy a Basedow-kór a vér nagyobb jódtartalmával jár együtt. Különösen szemléltetően nyilvánul meg a párhuzam a Basedow-tünetek *időszakos exacerbatióiban*, ahol a vér jódtartalma magas kilengéseket enged felismerni. Itt a Basedow-kóron kívül álló tényezőkkel is számolnunk kell, mert *normálisan is megváltozik a vér jódtartalma az évszakok szerint;* őszszel 30%-kal csökken, tavasszal csúcspontját éri el. A Basedow-kór májusi rosszabbodásai is itt kapcsolódnak a kérdésbe, mert a venás vér nagyobb jódtartalmával nyilván a pajzsmirigy csökkent jódkészlete jár együtt. Hogy azért fogy-e meg a jód, mert a tömegesebben kiáramló hormon több jódot is ragad magával, vagy fordítva: a jódfelraktározás zavara vonja ki magával a tömeges jódfehérjét és ezzel a hormont, ma még biztosan el nem bírálható.

A Basedow-kór előszeretettel indul meg a női és férfi-climax idején, tehát az *öregedő korban*. Ez teszi a jód-therápia kérdését éppen idős egyéneknél oly fontossá. Egyrészt komoly tudósok vallották, hogy az öregedés nem egyéb, mint a tökéletlen pajzsmirigymunka következménye, másrészt éppen az öregkor számos jelenségéről, tudjuk, mily előnyösen befolyásolható jóddal s ezért könnyen és szívesen határozzuk el magunkat a jód-therapiára. A jód-érzékenység azonban nem mindenkinél egyenlő. Ugyanaz a mennyiség, amit az egyik szervezet még könnyen elvisel, a másiknál már thyreotoxikus tüneteket válthat ki. Más szóval: ahol a pajzsmirigy jód- és ezzel párhuzamosan: hormonforgalmat-szabályozó berendezése laza (akár a dispositió, akár exogen okok vagy pl. az öregedés folytán), ott az egyensúly könnyen a Basedow-kór irányába billen ki.

Amíg azonban a jód-bevitel egyrészt Basedow-kórt okozhat, másrészt viszont nem kétséges, hogy éppen a thyreotoxicosis legsúlyosabb állapotaiban egyenesen életmentő lehet. A *Plummer—Boothby* által ajánlott jód-előkezelés óta a műtéti statisztikák mortalitási arányai jelentékenyen megjavultak. Mindennapos tapasztalat, hogy az a Basedow-beteg, akinél jód-kezelést kezdünk, rohamosan javul s — különösen a friss esetekben — szinte napok alatt több kg-ot is meghízik, psychéje megnyugszik s a súlyos tünetek — hasmenés, szívpanaszok stb. — úgyszólván eltünnek. Ezzel párhúzamosan kisebb lesz a struma és csökken az exophthalmus is. A pajzsmirigynek tehát ilyenkor valahogyan szüksége van a jód-pótlékra. Hosszas vagy célszerűtlen mennyiségű jód-bevitelnél bizonyos határon túl azonban a kínálat meghaladja szükségletet s a javulásnak indult állapot rohamosan rosszabbodásba csap át. Nem ismerjük a határt ameddig a jódkezeléssel elmehetünk. Tapasztalás szerint 10—12 g. lugol-oldatot (átlag napi 1 g.) általában minden Basedowos még jól elbír, ám erre sincs még kétségkivüli bizonyíték. E veszélyek jogossá teszik, ha a Basedow-kór jódtherapiáját csak intézeti ellenőrzés mellett engedélyezzük s itt is csak akkor, ha műtétre szántuk el magunkat.

Ilyenkor, mihelyt az alapanyagforgalom csökken s a tünetek javulnak, a műtétet azonnal el kell végeztetnünk, mert tapasztalás szerint a jód-kúrát gyakran komolyabb visszaesés követi. Csak mellékesen jegyezzük meg, hogy elméleti megfontolás alapján a narcosissal szemben oly feltűnően érzékeny Basedow-kórnál még leginkább az *avertin*-narcosis a legveszélytelenebb, mert ez az altató anyagcsere-gátló hatású.

Visszatérve arra, hogy a Basedow-kór egyébként meglehetősen bizonytalan aetiologiás tényezői között a jód szerepe bizonyítottnak vehető (ismeretes, hogy némely esetben már úgyszólván minimális jód-mennyiség pl. a mandulák jóddal való ecsetelése is Basedow-kórt válthat ki), a főleg idősebb embereknél sokszor nem kellő kritikával bevezetett jód-medicatio e komoly következményével mindenkor számolni kell s a testsúly, pulzusszám, általános állapot stb. szorgos ellenőrzése mellett volna csak szabad a jód-kúrát lefolytatni. Kivétel e szempontból csak a syphilises egyén; syphilisnél a vér euglobulinja ugyanis jelentékeny jód-mennyiséget képes megkötni s ezzel útját állja bizonyos, a szervezetet és elsősorban a pajzsmirigyet-érő jód-túlterhelésnek.

Gerlóczy G. dr., egyet. rk. tanár.

A myomás-terhes méh szövődményei és ezek kezelése.

A myoma szövődménye a terhességgel korántsem oly ritka, mint azt régebben gondolták. Míg a régebbi időkben alig ½%-ra becsülték a myomával szövődött terhességek számát, addig a jelenlegi fejlettebb diagnostikai eljárások folytán e százalékos arány megkétszereződött. Pontosabb vizsgálataink dacára e szám aránylag mégis alacsony, amit megmagyaráz egyrészt az, hogy a myomás terhesek nagyrésze az idősebb, már ritkábban fogamzó asszonyok csoportjából kerül ki, másrészt tapasztalati tény, hogy myomás méhben a fogamzás jóval ritkább, mint egészséges nemzőszervek mellett.

Gyakorlati szempontból a myoma és terhesség kérdését két irányból kell megvilágítani: 1. mily hatással van a terhesség a myomára (helyzet, növekedés, tápláltatás, fellazulás, elhalás), 2. mily szerepet játszhat a myoma a bekövetkezett terhességre, szülésre és gyermekágyra?

Az első kérdésre a következőkben válaszolhatunk: a myomgócok *elhelyezkedése* (subserosus, intramuralis és submucosus) nagy szerepet játszik a terhesség kiviselésében és a szülés lefolyásában. *Míg a méhtestben ülő nagyobb subserosus vagy kisebb intramurális gócok nem bírnak nagyobb jelentőséggel a terhesség kiviselésében, addig a submucosus gócok mellett a terhesség rendszerint már az első hónapokban megszakad.* A gócok fenti elhelyezkedési lehetősége mellett szülészeti szempontból talán még nagyobb szerepet játszik a myomák *kiindulási helye*. Míg a méhfenékből, méhtestből kiinduló gócok nem okoznak lényegesebb szülési akadályt, addig a passiv szakaszban helyetfoglaló daganatok sokszor igen súlyos szövődményeket vonhatnak maguk után. Hogy e veszedelem nem következik gyakrabban be, annak magyarázata az, hogy *a nyakcsatorna felső részében lévő felpuhult gócok a terhesség, vagy a szülés folyamán sokszor kiemelkednek a kismedencéből* s így a továbbiakban már nem képeznek szülési akadályt.

Tudjuk jól, hogy myomák a terhesség alatt megnövekednek, savósan átivódnak, felpuhulnak, míg szülés után a gócok rendszerint rohamosan megkisebbednek. A gyors növekedést a terhes méh vérbősége magyarázza, ennélfogva a gócok táplálkozási zavara, elhalása, szétesése aránylag ritkábban következik be. Ha azonban a terhes méh növekedése s a myoma esetleges nyomása folytán mégis elhalás lépne fel, úgy — ritka kivételtől eltekintve — a terhes méh gyors eltávolítása szükséges. *A gócok táplálkozási zavara leginkább a gyermekágyban következik be, mert az összehúzódó méhizomzat a gócot tápláló erek lefutását megtöri s így könnyen szövetelhalást, szétesést okozhat.*

A táplálkozási zavarok mellett nagy szerepet játszanak a méhüri fertőzések. A daganatgócokba került fertőző csirok könnyen széteséshez vezethetnek s ha a gócok nem fekszenek közel a méh üréhez s nem lökődnek ki spantán, úgy csak a méh hüvelyi kiirtása mentheti meg a gyermekágyas életét.

A myomás-terhes méh szövődményei közül a daganatgóc kocsánycsavarodása, vagy az egész daganatos méh cervix-torsiója épp oly ritkán fordul elő, mint a medencébe beékelt gócok elmeszesedése, elzsirosodása vagy genyes szétesése.

A terhesség lefolyását zavaró myoma szerepe főleg akkor lép előtérbe, ha a góc submucosusan helyezkedik el. A méh üregébe bedomborodó góc s a felette lévő elvékonyodott, esetleg már sorvadt nyálkahártya a pete fejlődésére rossz táptalajt képez s így csak idő kérdése, mikor következik be a várható vetélés. Másik veszedelem *a myomás-terhes méhnek a korai incarcerálódása*, mely ugyanolyan tünetekkel és következményekkel bír, mint a hátrahajlott terhes méh beékelődése. Tekintve, hogy a kiemelést a daganat sokszor teljesen lehetetlenné teszi, sőt a méh kiürítése, a terhesség megszakítása is nem egyszer kivihetetlen, ezért ez esetekben legtöbbször a méh eltávolítására, hüvelyi kiirtására vagyunk kényszerítve.

Szerepet játszhat a myoma a rendellenes petebeágyazódás terén is. Tubasarki myomák *méhenkivüli terhességhez*, multiplex intramuralis vagy submucosus gócok *mélyenfekvő lepényhez, placenta praeviához* vezethetnek.

A méh alsó szakaszában helyetfoglaló nagyobb gócok kitéríthetik az elölfekvő magzatrészt. A rendellenes beilleszkedések miatt a fekvési rendellenességek, végtag- és köldökzsinórelőesések száma is jóval nagyobb. A far-, ferde- és harántfekvések aránya a rendes szülésnél talált értékek 3—4-szeresét teszik ki. Farfekvésnél a méh alsó szakaszában, vagy a nyakcsatornában ülő myoma akadályozhatja az utoljára jövő fej extractióját. A mélyebben ülő góc ferde- vagy harántfekvésnél nem egyszer a lábrafordítást is kivihetetlenné teszi. E ritka esetek kezelésénél a terhesség végén természetesen császármetszés jöhet csak szóba, a solitär góc eltávolításával vagy nagyobb számú myoma esetén a méh egyidejű amputatiójával.

Szerencsére ez esetek ritkák s gyakorlati szempontból inkább az alábbi két szövődmény veszedelmére kell ügyelnünk.

Tudjuk jól, hogy a cervicalis gócok nagyrésze a terhesség előrehaladásával vagy a szülés folyamán kiemelkedhetik a kismedencéből, az esetek kisebb részében azonban a kiemelkedés nem következik be s így az elölfekvő góc szülési akadályt képezhet. Régebben ez eseteket olymódon oldották meg, hogy a méhet már a terhesség kezdetén amputálták, vagy kedvező esetben a terhesség végén császármetszést végezve, kiirtották.

A műtéti technika haladásával *fenti eljárásokat ma már nem tartjuk minden tekintetben helyesnek.* Ugy klinikánk nagy anyaga, mint mások eredményei alapján *a solitär gócok kiméletes korai enucleatiója után a betegek terhességüket rendszerint minden zavar nélkül kiviselik*

s a szülések is az esetek nagy többségében spontan folynak le.

Az újabb idők ezen conservativ műtéte nagy haladást jelent a régebbi eljárásokkal szemben, mert *megtartja a fogamzás lehetőségét továbbra is.* Tekintve, hogy a szóbakerülő myomás betegek nagyrésze a conceptio akadályozottsága miatt rendszerint idős először szülő, kettős gonddal kell ügyelnünk ezen asszonyok fogamzóképességének megtartására (amit régebben a méh korai csonkolásával vagy kiirtásával megakadályoztak).

A myomával társult terhesség leggyakoribb s a gyakorló orvosra nézve legfontosabb szövődménye a méhizomzat renyhe működése s az ebből származó következmények.

Régi tapasztalat, hogy a daganatgócokkal átszőtt méh összehúzódóképessége csökkent s az esetek nagy részében *fájásgyengeséghez, atoniához, majd a gyermekágyban subinvolutióhoz vezethet.* Növeli e hatást az asszonyok rendszerint idősebb kora, mely szintén szerepet játszik e kérdésben.

A myomás terhes méh kórjóslata a terhesség kiviselését és a szülést illetőleg — dacára az előbb vázolt szövődményeknek — *kedvező.* Az említett súlyos complikatiók ugyanis ritkán fordulnak elő, mert az azokat előidéző nagyobb myomagócok mellett csak elenyésző kis számban következik be fogamzás.

A kezelés szempontjából a régi activ irányzat, a terhes-myomás méh eltávolítása vagy supravaginalis amputatiója, esetleg a terhesség mesterséges megszakítása mai nézetünk alapján már nem állja meg helyét. *Feltétlenül a conservativ, várakozó álláspontra kell helyezkednünk s ettől csak akkor térhetünk el, ha az előbb vázolt súlyos szövődmények egyike a beavatkozást feltétlenül szükségessé teszi.* Ezek az esetek azonban szülőintézetbe valók. Ugyancsak intézetbe szállítandók azok az asszonyok, kiknél a gócok elhelyezkedése vagy nagysága szülési akadályt képezne. *Nagyobb cervicalis elhelyezkedésű subserosus, vagy intramuralis gócok conservative operálandók; ha lehet, enucleáljuk a daganatokat.* Ugy klinikánknak erre vonatkozó szép anyaga, mint mások tapasztalatai is azt bizonyítják, hogy az esetek nagyrészében *a terhesség megtartható. Az enucleatiót azonban lehetőleg a terhesség első hónapjaiban végezzük,* mikor a góc még könnyen hozzáférhető. A terhesség második felében az elvékonyodott méhizomzat miatt a méhür megnyitásának lehetősége, veszélye fokozódik s a feszülő méhfal a sebgyógyulás kilátásait is megnehezíti. *Nagyobb, kiemelkedő gócok kihámozásánál mindig széles, körkörös manchettát készítsünk s a seb ágyát több rétegben varrjuk el. Erős feszülésnél a legkülső réteget selyemmel egyesítsük.*

Multiplex myomáknál várjuk meg a terhesség végét s a szülés megindulása után császármetszést végezve amputáljuk a méhet.

A szülés vezetésében szintén a várakozó, conservativ álláspontra helyezkedünk. Erőszakos beavatkozások, mint a magzat expressiója, a lepény kinyomása, a subserosus daganatgóc leszakításának veszélyét hordozhatják magukban.

Szülés közben felismert, szülési akadályt képező gócoknál a vajudó feltétlenül intézetbe szállítandó. Ily esetekben mielőbbi császármetszést s a góc enucleatióját, vagy szükség esetén a méh amputatióját tartjuk javaltnak. Fenti esetekben végzett *erőszakos fogó-, vagy fordítási kísérleteket nem tartjuk célravezetőnek.*

A gyakori fájásgyengeséget a szokásos fájáskeltőkkel ellensúlyozzuk. *A lepényi szakban tartózkodjunk az activ beavatkozástól.* A lepény kiürülése után adjunk prophylactikusan hypophysis- és secale-készítményeket. Lepény retentio esetén többen a méh azonnali amputatióját ajánlják, mert véleményük szerint a leválasztás utáni vérzés miatt az asszony könnyen elpusztulhat. Magunk nem valljuk teljesen e nézetet, mert szerintünk nem egyszer fordulhat elő az a lehetőség, hogy a levált lepény kiürülését csak egy mélyebben fekvő s a leválás után kissé erősebben bedomborodó daganatgóc akadályozza. Erős, csillapíthatatlan vérzésnél a méh mielőbbi, gyors eltávolítása szükséges.

Különös gonddal ügyeljünk a gyermekágyas időre. Myomás asszonyoknál gyakrabban fordul elő súlyosabb gyermekágyi *utóvérzés* és főleg *fertőzés.* Utóbbi miatt a daganatgóc szétesése, elhalása nem egyszer késztethet műtéti beavatkozásra. E fertőzött esetekben természetesen csak a méh teljes hüvelyi kiirtása jöhet szóba.

A myomás-terhes méh sugaras kezelését mindenképen elítélendőnek tartjuk. Ezen eljárással csak árthatunk. Eltekintve a fellazult, savósan átivódott, vagy már táplálkozásában is szenvedett góc nagy necrosishajlamosságától, újabb időkben kétségtelenül beigazolást nyert, hogy a terhesség korai hónapjaiban végzett erősebb sugárhatásra csirasérülések jönnek létre s az ilyen sugaras kezelésen átesett magzatok ha a születéskor nem is észrevehető, de a későbbi években kifejezett s nem egyszer mélyreható defektusokat szenvedtek.

Szathmáry Zoltán dr., tanársegéd.

A friss sérülések ellátásáról.

Még a kisebb sebészei műtétekre berendezett gyakorlóorvos is, ha egy friss sérült kerül a kezelése alá, a seb szabályszerű ellátását azzal véli teljesíteni, hogy a seb környékét megborotválja, benzinnel megtisztítja, a sebből a durvább szennyeződést kitörli, vagy kiöblíti és egy steril kötéssel befedi.

Ujabban azonban a friss sebeknek — ha bizonyos feltételeknek megfelelnek — egy modernebb ellátása válik lassanként általánossá, amellyel a gyógyulást lényegesen meg lehet rövidíteni és tökéletesebb functionális, valamint kozmetikus eredményt lehet elérni. Ez az eljárás, a friss seb excisiója és teljes bevarrása, vagy a mély desinficiens hatást kifejtő rivanollal való körülfecskendezése, esetleg combinálva sebexcisióval és varrattal.

A sebexcisio és teljes sebvarratnak gyakorlati alapja azon tapasztalat, hogy kb. 6 órára van szükségük a pathogen bacteriumoknak, míg elszaporodva a szövetek mélyébe hatolnak, ahol felületesen alkalmazott desinficiensekkel már el nem érhetők. Ha hat órán belül a zúzott és fertőzött seb széleit és a sebtasakokat tisztán és gondosan lenyirbáljuk és kimetsszük, nagyjában steril sebet kapunk, melyet ha bevarrunk, az esetek túlnyomó többségében per primam intentionem fog gyógyulni, $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{5}$-ére megrövidítve a gyógytartamot.

Az éles eszközökkel — késsel, üveggel — ejtett hat órán belüli friss metszett sebek, ha feltünően nem szennyeztettek be utólag, excisio nélkül is összevarrhatók, mert az ilyen nem zúzott regeneratióképes és a vérzés által kiöblített sebek, a bennük visszamaradó kevés infectiózus anyaggal megbírkóznánk, p. p. gyógyulnak.

Mély tasakos vágott sebekre ez nem áll, ezek excisio, vagy drainezés nélkül nem varrhatók be. Hasonlóképen műhiba volna egy mélyebb szúrt sebet is egyszerűen bevarrni, mert egy zárt ismeretlen mélységű sebcsatornában felgyülemlő vér és sebváladék az infectio melegágya és

súlyos complicatiókra vezethet. Ezek vagy nyitva kezelendők, vagy kellően feltárva és ellátva varrhatók csak be.

A sérültnek ilyetén való ellátása mellett, természetesen tekintettel kell lennünk a felületesen sérült lágyrészeken kívül, az esetleges egyéb, mélyebben fekvő szervek sérüléseire is. A parenchymás vérzés pontosan csillapítandó, a nagyobb vérző erek lekötendők a bevarrás előtt. Átmetszett inak vagy idegek gondosan és szabályszerűen összevarrandók. Nyilt izületi sérülést excindálva bevarrjuk és az izületbe karbolkámfort, vagy rivanolt fecskendezünk. A végtagok nyilt csonttöréseinél a lágyrészsebet excindáljuk, a csontvégeket, ha szennyezve nincsenek, reponáljuk, ha erősen szennyezettek letakarítjuk, esetleg végeiket resecáljuk, ezután a sebet gondosan bevarrjuk, szükség esetén egy kis biztonsági draint helyezve egyik sebzugba, végül rögzítjük.

Nyilt koponyahorpadásnál a lágyrészeket szintén körülmetsszük, a csontszilánkokat kiemeljük, a dura sértetlensége esetén, azokat megtakarítva a sebet teljesen bevarrjuk. A fenti complikált sérülések kezelése azonban már nagy tapasztalatot, szakismeretet, speciális felszerelést és segítséget igényel és ezért nem a gyakorlóorvos kezébe való. Ezeknél egy steril fedőkötést és rögzítést alkalmazva csupán arról gondoskodunk, hogy azok mielőbb — lehetőleg hat órán belül — megfelelő kórházba jussanak.

A modern sebellátás másik módja az ú. n. mély antisepsis. Ilyenkor a sebkörüli szövetekbe 1:1000 higítású rivanol oldatot fecskendezünk be, a fájdalom enyhítésére rendszerint ½%-os novocain oldatban. A befecskendezést, illetve a szövetek átitatását a seben kívül történt beszúrásokból eszközöljük, hogy az infectiózus anyagot a szövetekbe ne hurcoljuk be.

E módszer alkalmazható hat órán belüli sérüléseknél, sebexcisióval és varattal combinálva, ha a seb nagyon szennyezett, vagy feltűnően és kiterjedten zúzott. Másrészt akkor, ha a seb excisiója a körülmények folytán nem végezhető el teljes exactsággal.

A sebellátás és varrat után, steril száraz kötést alkalmazunk és a végtagot nehány napra absolut nyugalomba helyezzük, szükség esetén sínen rögzítjük. E nyugalom rendkívül elősegíti a seb reactiómentes gyógyulását, gyakran még akkor is, ha nem teljesen steril.

A kötést és a végtag nyugalmát az első napokban ne bolygassuk. A sebgyógyulás szabályszerű, ha fájdalmatlanul és láztalanul folyik le. Ha a beteg, lüktető nyilalló fájdalomról panaszkodik és lázas is, akkor a seb revisióra szorul.. Ha a gyulladás nagyfokú, a varratokat meg kell lazítani, ritkítani, vagy esetleg teljesen eltávolítani és a sebet továbbra nyitva kezelni.

Ezen eljárásokkal, célszerűen végrehajtva azokat, lényegesen megrövidíthetjük a sebgyógyulást, tökéletesebb functiós és kozmetikus eredményt érhetünk el.

A gyakorlóorvos aki kisebb sebészeti esetek aseptikus ellátására be van rendezve és némi tapasztalattal és gyakorlattal is rendelkezik, a friss sebeknek a fenti szabályok szerinti ellátásával igen nagy szolgálatot tehet a betegeinek. Ha erre nem vállalkozhat, gondoskodjék legalább arról, hogy a seb babrálása nélkül, steril fedőkötéssel, esetleg rögzítéssel ellátva, a beteg minél előbb — lehetőleg hat órán belül — megfelelő kórházba kerüljön, ahol a fentiek szerint elláttassék.

Jung Géza dr., kórh. főorvos (Gyula).

A tüdő-tbc diagnosisához.

Koch negativ köpetvizsgálattal ne elégedjünk meg, hanem tbc gyanujánál vizsgáljuk meg a széket is saválló bacillusokra. Igen sok esetben, még a legszorgalmasabb keresés és a leggondosabban végrehajtott érlelő módszerek mellett is huzamosan negativ eredményt kapunk, dacára annak, hogy a beteg de facto ürít ki Koch bacillusokat. Erről tüdő osztályunkon számtalan esetben meggyőződtünk, amidőn Koch-positiv köpetű betegek székében 100%-ban, Koch-negativ köpettel rendelkező betegek aránylag igen nagy hányadában a székben aránylag könnyen feltaláltuk a saválló bacillust. *(Krajcsovics,* Gyógyászat, 1931. 28. sz.)

E vizsgálatok meggyőző eredménye óta negativ köpetü betegeknél az ilyen irányú vizsgálatot kivétel nélkül elvégezzük. Sokkal több hasznát láttuk, mint a köpettel végzett antiforminos vagy más hasonló jellegű vizsgálatnak, sokkal egyszerűbb, olcsóbb s gyorsabb, mint az állatoltás, vagy a tenyésztés. Gyermekeknél pedig, továbbá olyanoknál, akik a köpetet felköhögni nem tudják, ez a módszer úgyszólván az egyetlen gyakorlatilag használható. Mindezekért üdvösnek vélnénk, ha e módszer átmenne a köztudatba és a gyakorló orvos is tudomást szerezne használhatóságáról, mert maga az eljárás annyira egyszerű, hogy bármelyik diagnostikus célra berendezett laboratórium könnyű szerrel elvégzi.

Mi a *Szüle* által módosított eljárást alkalmazzuk, ami röviden a következő: „Diónyi bélsarat 5%-os konyhasó oldattal eldörzsölünk, 2—3-szoros gase-rétegen átszürjük, a szüredéket ugyanannyi benzinnel kirázzuk, majd erősen centrifugáljuk. A legfelső benzinréteg alatt korong alakban pépes massza ülepszik meg, amelyet több tárgylemezre kikenve fixálunk és Ziehl—Neelsen szerint festünk.

Elővigyázatosságra van szükség az eredmények értékelésénél, bizonyos székben előforduló másfajta saválló bacillusok miatt, azonban ezek durva alakjukról gyakorlattal kitünően felismerhetők és a Koch bacillustól elkülöníthetők.

Az előbb leírt eljárással annyira előnyös tapasztalatokat szereztünk, hogy azóta a köpet antiforminos kezelését a legtöbb esetben mellőzzük, viszont a székvizsgálatot az összes kérdéses esetekben segítségül vesszük.

Purjesz Béla dr., kórházi főorvos, Gyula.

KÉRDÉS — FELELET.

Kérdés: 46 éves nőbeteg azon panasszal keresett fel, hogy dió, mandula, mák, csokoládé élvezete után — legyen az bár minimális mennyiségben, pl. tésztában — arca kivörösödik, heves köhögés, tüsszentés, könnyezés s általános rosszullét lepi meg. Előző orvosa kagylótúltengést állapított meg és orrkenőcsöt rendelt — eredmény nélkül. Minthogy itt minden valószínüség szerint idiosynkrasiáról van szó, kérdem, hogy mivel végezzem el a desinsibilzálást?

Felelet: Az említett nőbetegnél tényleg egy primaer idiosynkrasiára kell gondolni. Legjobb volna a beteg által károsnak tartott anyagokkal még egyszer étkezési próbákat végezni, hogy tényleg ezek váltják-e ki a kóros tüneteket. Amennyiben ez beigazolást nyerne, akkor a legegyszerűbb ezen anyagokat a táplálkozásból egyszer s mindenkorra kiküszöbölni. Ha desensibilizálni akarjuk az ilyen beteget, akkor a legkönnyebben keresztülvihető mód azt peroralisan végezni úgy, hogy a szóbajövő tápanyagok élvezetére, igen kis mennyiséggel kezdve, lassan emelkedve, rászoktatjuk a beteget. Injectióra nem lesz szükség. *Hajós* dr.