

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Kluge Endre: Nyomásfokozódás a hátsó koponyagödörben és az öreglik. Bradyteleokinesis (Schilder) és bradyteleophasia. (65—69. oldal.)

Kovács Ferenc: Az áttételes petefészek-rákról. (69—70. oldal.)

Váró Béla: Kielland-fogó alkalmazása a farra. (70—72. oldal.)

Klinikai előadás. Jancsó Miklós: A pellagráról. (72—76. old.)

Therápia. Ambrus József: Az A. Adam-félesavanyútej. (76—77. o.)

Lapszemle. Belorvostan. — Gyermekorvostan. — Urologia. (77—78. oldal.)

Könyvismertetés. (78—79. oldal.)

Bókay János: Semmelweis-serlegbeszéd a Budapesti Orvosi Kaszinó 1924 január hó 28-án tartott összejövetelén. (79. old.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 január 26-i ülése. (79—80. oldal.)

Heti krónika. (80—81. oldal.) Vegyes hírek. (81. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. m. Erzsébet-tudományegyetem ideg- és elmeklinikájának (igazgató: Reuter Kamillo egyet. nyilv. r. tanár) és a lipótmézai m. kir. áll. elmegyógyítóintézet közleménye.

Nyomásfokozódás a hátsó koponyagödörben és az öreglik. Bradyteleokinesis (Schilder) és bradyteleophasia.

Írta: Kluge Endre dr. egyet. m. tanár.

Th. Meynert egyik munkájában felhossa Platon nézetét, hogy t. i. az istenek az agyvelőt, mivel szerveztünknek ez az uralkodó és a legistenibb része, a legtökéletesebben helyezték el, és pedig akként, hogy a földgolyó mintájára a golyó formájába öltöztették. Platon úgy látszik tévedett; a koponyaüreg nem mondható valami hibátlan alkotásnak, hiszen a csontos koponyaüreg tökéletlenségei nem egyszer okoznak betegséget. Már pedig az agyvelő és a koponyacsontok, még inkább az agynyomás és a koponyacsontozat zavarai között a legszorosabb összefüggés van, mint azt már Tillmann is hangsúlyozta.

Nem valami régóta ismeretes azonban az, hogy a koponyaüreg nagysági viszonyai a hátsó koponyagödör megbetegedései közt is szerepet játszanak. Gierlich pl. a hátsó koponyagödör megbetegedéseinek tüneteiről és differentialdiagnosisáról szóló derék kis munkájában (1910) még semmit sem említ meg erről. Ugy látszik, Sommer volt az első, aki felismerte, hogy milyen jelentősége van a hátsó koponyagödörnek és az ezt alkotó csontfalaknak az epilepsia kérdésében, utána következtek Anton tanulmányai. Anton azt állítja, hogy a hátsó koponyagödörben bekövetkező subtentorialis nyomásfokozódás epilepsiás rohamokat tud okozni; elsősorban ugyan a kisagyvelő nagysági viszonyaira gondol, de fontos az is, minő állapotban van maga a hátsó koponyagödör, amit legjobban az bizonyít, hogy nem marad hatástalan az ú. n. subtentorialis nyomáscsökkentő műtét. (Anton-Voelcker.) Epilepsiásoknál a hátsó koponyagödör vagy tágult, vagy kisebb a kellenél és ezt már élőkön meg lehet állapítani röntgennel, miként azt Goldstein is megerősíti. (Ganter munkájáról írott referatumban.) Ganter azt találta, hogy a kisagyvelőnek magasabb súlymennyiségei epilepsiásoknál majdnem kétszer olyan gyakran találhatók, mint idiótáknál. Nálunk Török tanár közölt esetet, melyben füleredetű cysta arachnoidalisan ismétlődő meletelődése a subtentorialis nyomást fokozta és ezáltal epilepsiás rohamokat okozott. Rieger és Reichardt ismeretes vizsgálatai a koponyacapacitás mérésével foglalkoztak, de a hátsó koponyagödör nagysági viszonyaira nem terjeszked-

nek ki különösebben. Legújában Schüller intézetében Hoshiro Sho foglalkozott direkt a hátsó koponyagödör röntgenológiai és volumenometriás felmérésével. Táblákban sorolja fel a hátsó koponyagödörnek abszolút és relatív (viszonyítva az egész koponyaüreghez) kapacitására vonatkozó adatait, figyelembe veszi a nemi és faji különbségeket és három átmérőt választ ki: 1. a töröknnyereg kápája hátsó színétől az eminentia cruciata központjáig terjedő távolságot, 2. a sulcus transversusok felső partja közötti maximalis távolságot, 3. az öreglik hátsó peremének az előbbi hosszát mérőtől számított merőleges távolságát; megállapította, hogy a nőknél a hátsó koponyagödörnek úgy abszolút, mint relatív kapacitása többnyire nagyobb, hogy a relatív kapacitás fiataloknál nagyobb valamivel, az abszolút kapacitás ellenben az életkorral fokozódik.

Már pedig a hátsó koponyagödör térvizonyai szorosán összefüggenek az öreglik állapotával. 1921-ben két esetet közölhetünk, melyekben térszűkítő folyamatok (1. glioma cerebelli, 2. hydrocephalus) akként igyekeztek a hátsó koponyagödörbeli nyomásfokozódáson könnyíteni, hogy az öreglik körül különböző kítágulási jelenségek mutatkoztak. Rámutattunk, hogy térszűkítő folyamatok esetében, ha már egyszer a varratok tágulékonyasága megszűnt, a fontanellák lezáródtak és megszűlárdukt csontboltozat áll a nyomásnak ellene, a csontok elváltozása elkerülhetetlen. Abból, hogy angolkórosaknál az öreglik környéke süllyed és így a két foramen jugulare elzáródván, most kítágulhat a két foramen mastoideum, azt láttuk, hogy a belső nyomás fokozódása képes arra, hogy a koponyaüreg nyílásait jelentékenyen kítágítsa. Láttuk ott, hogy az egész koponyaüregnek legmélyebb pontja éppen az öreglik, hogy a nyomás legerősebben a koponyaalapra nehezedik és így a széllapuló clivus mentén az öreglikhez terelődik s ezért az öreglik körül található a koponyaalapnak legelvékonyodottabb részletei. Kítágul tehát az öreglik, de ez még nem elég. Az öregliknek elülső peremé 1.5 cm-rel magasabban áll a középső sagittalisban mint a hátsó pereme (Poirier), az elülső peremét egy hármass, sőt helyenként négyes rétegű szalagberendezés fűzi a gerincoszlophoz, a hátulsó peremét ellenben az egyetlen membrana atlantooccipitalis takarja. A kítágult öreglikon át lefelé ható nyomás mármint eltávolítja egymástól a nyakszirtcsontot és az atlant, betegeink tehát maximalisan előrehajtott, feszesen fixált fejtartással járnak; mivel pedig az oblongata a kítágult öreglikon át a gerincacsatornáknak felső, kítágult portiójába mintegy csapszerűen benyomul és a felette itt kifeszülő lágyrészek kívülről könnyen be-türemíthetők, ezeket a betegeket nemcsak az ott alkal-mazott brüszk fogások hozhatják életveszedelembe, hanem, mint közölt eseteinkben is történt, a feszes fejtartásnak

hirtelen abbahagyása folytán hirtelen halál állhat be. Eseteinkben a hirtelen halál az illetőnek hirtelen, elővigyázatlan fejmozdulatára következett be. Az akkori boncolási jegyzőkönyvekből kiemeljük a következőket:

1. Feltűnik a hátsó koponyagödör kitágult volta. A csontok itt elvékonyodtak, a clivus széles és meredeken lejt az öreglik felé. Az öreglik olyan tág, hogy három ujj hegyét könnyen magába fogadja. A lágyrészek a középvonaltól jobbra és balra a bőrrel együtt kívülről betűrhetők. 2. A koponyacsontok rendkívül elvékonyodtak, a hátsó koponyagödör feltűnően mély, a clivus ellapult, az öreglik pedig három ujj hegyét magába fogadja. Az öreglik alatti lágyrészek kifelé türemíthetők, a membrana atlantooccipitalis megnyúlt. A kisagyvelőnek egyes részei az oblongatával együtt letűzödtek és csap módjára nyúlnak bele a kitágult öreglikba és az utóbbi alatt kialakult lágyrésztölcserbe. (Bemutattam a készítményt a Budapesti Kir. Orvosegyesület ideg- és elmeszacosztályának 1923 június 11-én tartott ülésén.)

Az öreglik körül végbemenő kitágulási jelenségeknek tehát három phasisa van, melyek közt időbeli különbség néha nincs is. Az I. phasisban elvékonyodnak, ellapulnak a koponyacsontok, ezek között a clivus is. A II. phasisban kitágul az öreglik. A III. phasisban szétfeszítődik az atlas és az occipit., úgyhogy az öreglik alatt egy lágyrésztölcser alakul ki. E felfogásnak halvány körvonalai már Hoshio Shō munkájában is jelentkeznek (agytmor-eset, 10. oldal, III. tabella, 27.), aki a mi munkánkat ismeri és méltányolja.

Eseteink közlése után arra törekedtünk, hogy leteleinket a foramen magnumnak holttesten történő méréseivel igazoljuk. Egyfelől azonban a rendelkezésünkre álló elmekórházi tetemanyag között ritkán fordulnak elő térszűkítő folyamatok, másfelől a talált mérési eredmények is használhatatlanok, mert összehasonlításra alkalmatlanok voltak. Közölt esetünkben úgy találtuk, hogy az öreglik kör alakú és átmérője 3,7 cm. Mihalkovics könyve szerint azonban ovális alakú az öreglik és hossza 3–4, haránt-átmérője pedig 2,75–3,5 cm. Hasonló adatokat kapunk Spee-nél is, aki megjegyzi, hogy annál nagyobbak az öreglik méretei, mennél fejlettebb a nyakszirtcsont és hosszmeretül 38, harántátmérőül 32 mm-t jelöl meg, tehát lényegesen variáló értékeket. Mi azt láttuk, hogy az öregliknek alakja annyira különböző, hogy még csak a méretek fölvetelére alkalmas fix pontokat sem tudnánk megjelölni. Az átmérők hosszúsága pedig egyénenként annyira ingadozó, hogy illuzórikussá válik az a törekvésünk, hogy a kitágulást mérhetővé tegyük.

Ezek után figyelmünket arra fordítottuk, vajjon a klinikai megfigyelés és a boncolás másokat is juttatott-e hasonló észrevésekhez, vajjon találhatók-e valami rokon adat a klinikai közlemények között. Erdheim 1919-ben a fokozott agnyomásról öt kórrajzot és bontási jegyzőkönyvet közöl, beszél a koponyacsontok usuráiról és ezek következtében keletkező kisagyvelő-herniákról, az öregliket azonban nem említi. Bungart egy 13 hónapos vízfejű gyerekről ír, ahol — valószínűleg traumás, porencephaliás cystaképződés következtében — communicatio jött létre a harmadik agyvelőgyomor és a subarachnoideális üreg között és egy lumbalis punctio után ötödnapra retrahálódtak az egyébként tátony koponyavarratok és hirtelen exitus állott be. Önkéntelenül arra gondolunk, és ezzel bizony komolyan számolnunk kell, hogy ez a retractio itt annak a nyomási minusnak a jele, melyet a kitóduló ventriculus liquor által a hydrocephalus folytán lassanként már kitágult öreglik-tölcserbe besodort nyúlt- és kisagyvelőrézletek hátrahagytak; a hirtelen halálnak is ez volt az oka ebben az esetben. Bregmann a lumbalis punctio meghíúsulásának okai között megemlíti, hogy néha a koponyaüregbeli és a gerincsatornabeli subarachnoideális üregek közötti communicatiót elzárja a legfelső gerincvelőrézleteknek az öreglikba való beszorulása. Ugyanebből az évből származik Lewkovicz közleménye, aki leírja, hogy meningitis epidemica esetében communicatio-néhézségek keletkezhetnek az agyvelőgyomrok és a gerincsatorna között és kijelenti, hogy kezdetben itt az alsó és hátsó agyvelőrézletek az agyvelőoedema következtében belepréslődnek az öreglikba. A megfelelő részletek kitágulásáról, mint ahogyan azt mi ugyanabban az évben ismertettük, nem tesz említést. Ugyancsak mechanikus

öreglik-halálra kell gondolnunk, mikor azt olvassuk, hogy Fischer esetében egy kisagyvelő-gliomának Röntgen-be-sugárzása acut duzzadást és 14 óra múlva halált okozott. Leírt eseteinkkel, hol az öregliknek jellemző elváltozását kimutathattuk, klinikailag közeli rokonságban van Kononow esete, csak az a sajnálatos, hogy nála a csontok állapotáról semmit sem hallunk. Kisagyvelő-daganatot látott, amely társult hydrocephalussal, benyúlt a IV. agyvelőgyomor üregébe, a hidat és a nyúltagyvelőt oldalra szorította és a felvételt követő 6. napon hirtelen halállal kimúlt a beteg. Nem említve meg, hogy az erre vonatkozó anatómiai és kórtani viszonyokat mi már ismertettük, leír Sarbó is nemrégiben egy esetet, ahol szószerint ezt olvasuk: „A beteg a vizsgálat napjának délutánján meghalt. Boncolás (Baló dr.): Daganat a jobb homloklebenyben és a kergestestben, a kisagyvelő pedig a nyúltagyvelőre nyomódott és beleszorult az öreglikba.” Ez az eset azt bizonyítja, hogy az agyvelő-nyomásnak tovavezetődése is teremthet olyan viszonyokat a hátsó koponyagödörben, melyek öreglik-halálhoz vezetnek. Ez a jelentősége Korvin esetének is, akinek a betegének gliomája volt a jobb temporalis lebenyben, de ezt a tetembontás előtt a hátsó koponyagödör daganatának tartották, annál is inkább, mert a beteg hirtelen légzési bénulás következtében halt el. Magunk a legutóbbi időben, már idevonatkozó német közleményünk megjelenése alatt a következő újabb észleletet tettük, melynek közlésének megengedéseért nagy hálával tartozunk Török Béla egyetemi magántanár, fülész főorvos úrnak: 18 éves férfi, klinikailag minden jelével az oton meningitisnek. Lumbalis punctióra (ülő helyzetben) magas nyomás mellett ürül mintegy 8 cm³ liquor, ekkor azonban hirtelen elakad. A punctió kanülben rövid ideig még látni a liquor-oszlop oscilláló ingadozását (Götze dr.), ezután collapsus, légzési bénulás, cyanosis. Mesterséges légzésre felületes légzés folyik, amely azonban azonnal megszűnik, mihelyt a fejet mélyre- és hátrabillentjük. Kétórás mesterséges légzés után látjuk mi a beteget és az előzmények alapján a diagnoszt az oblongatának az öreglikba történt incarcerationiójára és mechanikus oblongat-laesióra tesszük. Összesen négy és félórás mesterséges légzés után bekövetkezik az exitus. A boncolásnál (Minich tanár) temporalis tályogot, pons-környéki vérzést találtak, a nyúltvelő felett pedig véresen beivódott körkörös befűződései barázda formájában látható az öreglik peremének lenyomata.

A ventriculographiának (Dandy) és encephalographiának (Bingel, Wideroe) bevezetése most egy csapásra megnövelte a hasonló észleletek számát. Gross beteget egy a lumbalis zsák felől történő levegőbefúvásra halt meg, a tetembontásnál azonban almanagságú daganatot találtak a jobb homlok-nyakszirtlebenyig terjedőleg. Az öreglik körüli viszonyokat azonban a tumornak és a vele kapcsolatos hydrocephalus internusnak a nyomása valószínűleg már régen előkészítette, mert azt olvassuk, hogy: a kisagyvelő jobbról csapszerűen bele van szorulva az öreglikba. Bingel cikkében több ilyen esetet említ meg, melyeket értékessé tesz az, hogy a boncolás eredménye is legtöbbször közölve van. Az ő esetei is megerősítik a mi észleletünk helyességét. Így idézi Wrede második esetét, ahol a beteg szerencsésen kiállotta a lumbalis insufflatiót, mikor azonban 14 nap múlva kergestest-szűrés útján (hydrocephalus) újabb levegőtöltésben részesült, erre 4 nap múlva hirtelen meghalt. Itt hiányoznak az öreglik térvizonyaira vonatkozó adatok. Denk 2. sz. esetében a halánték és homloklebenyre ráterjedő daganatról volt szó és az agnyomás annyira fokozott volt, hogy a kisagyvelő basalis felszínének egy csapszerű részlete belenyúlik az egyik igen kitágult oldalgymorba. Az öreglik autopsiás viszonyairól Bingel, aki ezt az esetet citálja, így ír: „Az öreglik kitágult és benne a kisagyvelő basalis részletének egy csapszerű részlete feküdt. Tudvalevőleg az agyvelő nyomásfokozódása a kisagyvelőt még erősebben préseli be az öreglikba.” A tudvalevőleg kifejezés alatt feltehetőleg a mi 1921-i dolgozatunkat érti Bingel. De még ha lett is volna kétségünk afelől, hogy Bingel ugyanarról beszél-e, mint amit mi leírtunk, egészen eltűnik az akkor, ha Bingel további eseteit olvassuk, úgyhogy mi ezekben

a mi állításainknak teljes megerősítését látjuk. Az, hogy agyvelődaganatok esetében hirtelen halál állhat be, nem volt új megfigyelés; az is érthető, ha hirtelen halált okoz valamilyen mozgatható tumor, pl. cysticercus vagy Herxheimer-reactio folytán megduzzadó gumma a nyúltvelőben (Spielhoff esete) vagy valamely centralis vérzés folytán nagyra telődő glioma. Most azonban arról van szó, hogy hirtelen halál esetében jellemző boncolási leletet, t. i. kitágulási és incarceratiós jelenségeket észlelünk az öreglik körül, úgy, mint ahogyan mi azt lerítük. Bingel O. H. nevű betege fél 4 órakor encephalographiát állott ki. „A következő nap reggel 6 órakor közérzése teljesen jó volt, félórával később pedig holtan találták ágyában. Autopsia: daganat a nyakszirti lebenyben.” Egy másik esetéről a következőket írja Bingel. „A beteg 19 éves. 3 óra 30' encephalographia. 5 óra 45'-kor pulszusa jó, fejfájása megszűnt, kissé somnolens, de a kérdésekre válaszol.” 6 óra 50'-kor *egész hirtelen beáll a halál.* Az autopsiánál (Prof. Schultze) egy a kisagyból kiinduló és az aqueductus Sylvii-t is elzáró gliomát találunk a negyedik agyvelőgyomor területén, elzáródási hydrocephalussal egyetemben. *A kisagyvelő csapszerűen belenyúl a öreglikba.* Tehát az encephalographia is, mint egyike az agyvelői nyomást fokozó folyamatoknak, okozhat öreglikhalált, de hogy semmi esetre sem csak ez okozhatja, azt bizonyítja Bingelnek egy másik esete, ahol „egy az encephalographia céljából a kórházba küldött beteg még a beavatkozás megkezdése előtt hirtelenül légzési bénulás tünetei között meghalt. Az autopsia (Prof. Schultze) erős hydrocephalust talált, a kisagy belenyomódott az öreglikba.” Ezekben az esetekben tehát mi a bizonyítékát látjuk annak, hogy a hátsó koponyagödörben beálló nyomásfokozódás agyvelőrészeket préselhet bele az öreglikba és így hirtelen halál következhetik be.

Arra vonatkozólag persze nem adnak választ ezek az észlelések, hogy az agyvelőrészeket incarcerálódása változatlan avagy kitágult öreglikon át történik-e. A csap-szerű képződmény mindenestre inkább amellet szól, hogy kitágulás és ez alatt lágyrésztőlcsér volt. Nagy segítségünkre lehetne e téren a röntgenológia, és az az érdeklődés, melyet neves röntgenológusok (pl. Schüller) témánk iránt tanúsítottak, azt mutatja, hogy e téren egyet-mást az ő feladatuknak tekintenek. Néhány röntgenológiai és anthropológiai munka (Bolk, Angiello, Harrower) foglalkozik az occipitalis csigolya kérdésével. Bartolotti három esetet közölt, hol a hátsó koponyagödör röntgennel megállapított megkisebbedése és atlaselváltozások kapcsán kisagyvelőtünetek voltak klinikailag megfigyelhetők. Az a fő nehézség azonban, miként ez Hirt munkájából is kiderül, hogy a hátsó koponyagödör, különösen pedig az öreglik alig hozható hűségesen a Röntgen-lemezre, a lik fekvése miatt az elrajzolódás alig kerülhető el (Kelen). Legfeljebb anthropológiaiailag megfelelő másik ember képével való összehasonlításból lennének számszerű adatok nyerhetők. Ha azonban az öreglik kitágulása, a II. phasis nehezen is férhető hozzá Röntgennel, a III. phasis, t. i. a csigolyának a nyakszirt-csonttól való eltávolodása oldalprojectioban inkább eredményt ígér, főként ha teljesen egyformán előreahajtott fejt, anthropológiai méretek szerint kiválasztott kontroll-egyénnel hasonlítják össze.

Látjuk tehát, hogy a kérdés tisztázásának két útja maradt tárva: a Röntgen-kép és az élőnek klinikai megfigyelése. Ezt mind a kettőt alkalmaztuk egy újabb esetünkben és ez indokolja meg közlését.

K. T. 20 éves, egészséges családból való, 7 testvére egészséges, el egy sem halt, anyja nem abortált. Jól fejlődött, géplakosságot tanult. Beteg nem volt. 1920 jan.-ban (17 éves korában) ijedség után lázas betegség fogta el, fejében szúrás érzett és három napig „öntudatlan” volt. Az upesti, a pestújhelyi kórházakba, május és októberben pedig a Szent István-kórházba került. 1920. XII. Összefüggéstelenül beszél, sír és nevet, éjjel mászkál s így áthelyezték az Új Szt. János-kórház elmeosztályára (Hudovernig). Ennek kórrajzából azt olvassuk, hogy: pupillái egyenlők, közep-tágak, szabályosak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, mindkét arcideg ép, kétoldali Chwostek, állkapocs jobbra elhúzó-dott, a jobboldali végtagokban spastikus hypertonia, cornea- és garatreflex gyengült, alak- és tárgylátás jó, hallása ép, pillarezgés, mechanikus izomingerlékenysége fokozott, beszéde nasalis,

idegkilépési pontjai fájdalmasak, feje fáj. Panaszokodik, hogy a görcs húzza a száját és nyelvét, fejével oldalmozgásokat végez. Psyche: tájékozott, sürgeti az orvost, hogy gyógyítsa meg őt, hysteriás benyomást kelt. 1920. II. 22. A serum Wa. ++, a liquor Wa. ++++, mire kenőkért és higanyalicilt kap. V. 27. A liquor ++, a serum —, a kúra azonban folytatódik. Sír, erősen demens, 1922. nov.-ben áthelyezik Lipótmézre. Leletünk lényegesen elüt az előbbtől, valószínűleg a bekövetkezett progressio miatt: Széles alapon áll, de így is majdnem elbukik, feje maximálisan előreahajtott és így fixált. Ajkai duzzadtak, a nyelv a szájnnyílásban, arca amimiás, szemmozgásai j. o. épek, a bal szemgolyó kifelé és kissé fölfelé áll, úgyhogy verticalis kancsalítás (Magendie-Hertwig) látható. A bal szemgolyó kifelémozgásai bizonytalanul szakadoztak, befelé lényegesen elmarad. Pupillái concentrikusak, középtágak, kissé szögletesek, direct és consensualisan fénymerevek, synergias reakciói szintén hiányzanak közönséges megvilágításnál. A jobb orr-ajakredő elsimult, a jobb szájszöglet észrevehetően elmarad, a homlok ráncolása sikerül. Spontan nystagmus nincs, Chwostek és pillarezgés élénk. Lágyzájpad egyformán magas, a nyelvben minimális deviatio balra és igen erős fibrillaris rángás. Élénk masseterreflexek. A végtagok izomtonusa mindkétoldalt, de jobboldalt erősebben fokozott, a jobb kéz szülésztartásban áll, a bal kar körfogata alig 1/2 cm-rel mülja felül a jobboldalt. A jobb lábon mérsékelt equinovarus tartás, járásnál ezt és egész jobb féltéstől vonsozolja maga után. J. o. a felvétel idejében Babinski nincs, de van Gordon-, Mendel-Bechterew- és Rosolino-tünet, melyek ittartózkodása alatt lassan eltűnnek. Sem a lábfejen, sem a térdkalácsban clonus nincs. Állásnál és elmozdulásnál tántorog és eldől, többnyire hátra és balra. Bal lábával jól köröz, jó a térd-sarok-próba is, jobboldalt ezt képtelen végbevenni. Új-orrhegy-próbánál jobboldalt intentiós tremor, baloldalt azonban nem. A hasfalreflexek mindennütt kiválthatók. A bal kéz mozgásai egyenletes gyorsasággal történnek, pl. gyorsan és ügyesen szalutál. A jobb kéz a mozgást nem bírja megkezdni, béna ez a keze, úgymond, de rábeszélés után a mozgás mégis csak megkezdődik, de csak lassan, szakadoztan, mintha fogaskerek lenne az ízületben. (Negro-féle tünet). Ha a jobb kezével akar szalutálni, a mozgás megindul, de mindig lassabb lesz és a fej érintése előtt néhány centiméterrel megáll a kéz és további útját csak bizonyos tétozás után folytatja. A jobb lábujjakban állandó mozgási nyugtalanság. A fölvételkor jobboldalt a supinatio folyamán kifejezett adiadochokinesis mutatkozik. Néhány nap múlva ez eltűnik s a beteg begyakorolja, hogy egymásután többször könyökhajlítást végezzen, de ez nem mindegyik nap sikerül. Néha vannak napjai, mikor járni is képtelen, máskor propulsziószerű szaladással rohan végig a folyosón a klotettra. Dysarthria nincs, de sajátos alakú beszédzavar mutatkozik, melyet később fogunk jellemezni. Sensibilitás a tapintás, fájdalom, hideg-melegérzés tekintetében ép. Psychésen változatlan. Ittartózkodása alatt kombinált intrasol-neosalvarsan-kezelésben részesül (12—135 g), amely azonban állapotát nem befolyásolta; a betegség természete miatt energikusabban nem merünk eljárni. 1923. V. Hallás jobboldalt ép, baloldalt csökkent, a vestibularis csak nagyobb mennyiségű 14°-os vízzel izgatható, mire minimális rotat. nystagmus jelenk meg. (Baloldali cochlearis paresis és kétoldali vestibularis kiesés. Götte dr.) Szemlelet ugyanakkor: Visus mindkétoldalt normalis, szemfenék ép, pangás nincs, opticuselváltozás nincs, accomodatio gyengült, a convergentia bénult. (Licskó dr.) Azonkívül már ekkor följegyeztük, hogy: a beteg erősen előrebillentve tartja a fejét, úgyhogy annak hátraahajlítása a heves feszítés miatt nem sikerül. Így is fekszik le, előreahajtott fejjel, fejét egy darabig a levegőben tartja s nagyon elővigyázatosan csak azután bocsátja le. A protub. occip. externa és a 7. nyakcsigolya tövisnyútványa közötti távolság 17 cm. A nyakszirtcsont ellapul, a koponya hátul szélesebb és megkopogtatásra diffuse érzékeny.

Összefoglalva, egy liquorjában is lueses fiatalember-nél a következőket láttuk: Jobboldali hypertoniás hemiparesis és motoros izgalmi tünetek, centralis jellegű facialis paresis és hypoglossus-affectio ugyanaz-oldalt és nuclearis jellegű oculomotoriuskiesés az ellenoldalon. A valószínűleg lueses góc tehát a bal pedunculus hátsó részében van, a sensibilitás pályáinak magasságáig ugyan föl nem ér, de eléri a nucleus rubert. (Weber-Benedikt.)

Ezenfelül azonban vannak tünetek, melyek a hátsó koponyagödörre utalnak. Így a felső és alsó végtagok kifejezett cerebellaris ataxiája, a féloldali intentiós remegés, az időnként mutatózó adiadochokinesis, a vestibularis kiesése. Az utóbbi nélkül gondolhatna valaki esetleg Sarbó rubralis ataxiájára is. De hiszen tudjuk, hogy még a homlok és a halántéklebeny gócai is okozhatnak egyúttal hátsó koponyagödri tüneteket és a vestibularis kétoldali kiesése itt is a hátsó koponyagödörre utal. Még

sokkal inkább erre utal azonban két másik tünet: a fejtartás leírt módja és a mozgások végének előbb jelzett ellassulása.

Ez a fejtartás azonnal emlékeztetünkbe idézte azokat az 1921-ben leírt betegeinket, kiknek foramen magnuma kitágult volt. A fej merev fixálása és ennek elővigyázatos betartása maximalisan előrebillentett fejtartásnál arra jó, hogy a III. phasis során keletkezett lágyrésztölcsért kifesztítve tartsa s így védelmezze a nyúltvelőt. Arra lörekedtünk, hogy ezt a fejtartást számszerűleg meghatározzuk és arra a protub. occip. ext. és a 7. nyakcsigolya tövisnyújtványa közötti távolságot választottuk. Ez a távolság betegünkönél 17,5 cm volt, testhosszúsága pedig 166 cm. E két számból egy *index* állapítható meg, és pedig $166/17,5 = 9$. Most azt kerestük, lehetne-e valamire használni ezt az indexszámot és hasonló méreteket vettünk föl 100 elmekórházi betegünkről. Maximalisan előrehajtott fejtartásnál megmértük az említett két pont közötti távolságot. A betegek, csupa férfi, kiválogatás nélkül kerültek mérésre. Azt az érdekes megállapítást tettük, hogy ez az indexszám ^(testhossz)_(nyakhossz) mindenütt 10 fölött van. Csupán háromnál a száz közül maradt ez a szám 10 alatt, egy idiótánál, egy öreg, rachitises schizopreniásnál és egy hysteriánál. Annak a fölvetelére, hogy a mi állandóan előrehajtott fejű emberünk éppen e 3% keretei közé esne, nincs okunk és így sokkal valószínűbb, hogy a tízen aluli indexszám nem más, mint előben leolvasható jele az öreglik körül végbemenő kitágulási jelenségeknek s így a hátsó koponyagödrbeli nyomásfokozódottságnak is.

Láttuk azt a sajátságos mozgási zavart is, amely főként a szalutálás elvégzésekor figyelhető meg. Ez abban áll, hogy a mozgás egyre lassúbb lesz, nem fejeződik be, hanem a cél előtt megáll és csak azután, nagynehezen, ataxiásan végződik be. Ez a tünet nem más, mint az, amit Schilder 1919-ben bradyteleokinesis néven új kisagyvelőtünet gyanánt leírt. Egyik esetében projectil volt a hátsó koponyagödrben, a kifejezett kisagyvelőtünetek (törzsataxia, intentiós remegés, adiadochokinesis, hypotonia) kissé visszafejlődtek, de megmaradt egy állapot, amely bizonyos tekintetben hasonlított a mi mostani esetünkhöz: katalepsiás merev tartás, amimia, lassú, skandáló beszéd. Esetének mozgási zavarát Schilder ekként írja le: „Jobb kezével helyesen orrához nyúl a beteg, bal keze azonban nem ér célhoz, a mutatóra emelt uj kb. 10 cm-rel célja előtt megáll, mintha üvegfalhoz ütdött volna. Csak azután, mintegy új impulsussal folytatódik a mozgás, egyúttal durva, ellökődő rángatózás kezdődik. Ha most megismételtetjük ugyanezt, megint csak jól látható a mozgásnak a cél előtt való félbeszakítása és látni, hogy a mozgás abbahagyását annak ellasúbbodása előzi meg. A láthatatlan üvegfallal a végcélig úgy kell oda-tapogatódzania. Ez a zavar nem lép fel, ha a könyök-izületet extrem módon kinyújtjuk, ez a természetes fékezés.” Schilder a jelenséget időelőtti mozgásfékezésnek nevezi és még három esetet sorol melléje. R. betegének carcinomametastasisa volt a bal kisagyvelőfélben és bradyteleokinesis volt mindkét karjában, baloldalt erősebben. M. betegnek — ez a legkevésbé meggyőző közülük — acut bulbaer paralyse volt kisagyvelő-tünetekkel és Rei. betegnél súlyos adiadochokinesis, kényszernevetést, bradyphasiát, féloldali cerebellaris hypotoniát lehetett észlelni. Schilder igyekezett a tünetet elhárítani. Semmi köze e tünetnek az intentiós tremorhoz, mert ez hiányzott az esetek közül kettőben, viszont sokszor megvan a tremor, de a bradyteleokinesis nincs meg. Az adiadochokinesis annyit jelent, hogy a mozgás ismétlésnél csödtől mond az innervatio. Ez pedig itt nem áll meg. Nem téveszthető össze az ataxiával, sem a sensibilitás zavarával. Babinski hypermetriája egészen mást jelent. A közönséges mozgásmeglassúbbodástól ez a tünet abban különbözik, hogy a mozgás kezdetén zavartalan. Schilder annak a subcorticalis apparatusnak zavarára vezeti vissza, amelynek az a feladata, hogy a mozgásbefejezés idejét szabályozza s amely kétségtelenül a kisagyvelővel van a legszorosabb viszonyban.

Schilder leírása ugyanazt mondja tehát, mint amit mi láttunk betegünkönél s így tekintve egyéb tüneteit is,

melyek a hátsó koponyagödrre utalnak, el kell fogadnunk a bradyteleokinesis mint a hátsó koponyagödrbeli megbetegedés tünetét. Erre a tünetre mi már különben is régebben figyelünk és nehányszor alkalmunk volt már kisagyvelő-affectiók esetében észrevenni, sőt demonstrálni is. Csak azt kell hozzátennünk, hogy ismerve azóta a kisagyvelőnek az extrapyramidalis rendszerekkel való kapcsolatát, a kisagyvelőnek a mozgásfolyás szabályozására gyakorolt befolyása előttünk már egyáltalában nem problematikus. Így pl. a berlini Schuster Pál által leírt kényszerfogás és utána fogás (Zwangsgreifen und Nachgreifen) tünete, ha a motilitás más területére vonatkozik is, a legnagyobb figyelmet érdemli. »

Régen tudjuk, hogy a testi és szellemi folyamatok között nagyfokú a parallelismus. Gondoljunk csak arra, hogy járás közben könnyebb a gondolkodás, hogy a stupor nemcsak mozgási, hanem gondolkodási gátlásból áll, hogy a psychoanalytikus kényelmesen ellazított testtel fekteti betegét, hogy a szabad asszociálás könnyebben menjen. Joggal mutatott azonban arra Steck, hogy ennek a parallelismusnak korlátai vannak, így pl. az encephalitis utáni beszédmeglassulással nem jár a gondolkodásnak vagy az affectivitásnak gátolt volta, hanem inkább a motilitás az, amely parallelje, tükröképe a beszédnek. Így Leyser bemutatott egy a beszédizmok ataxiájához társult hebegést, azután torsiós dystonia mellett anarthriát. már pedig itt a reflexek fokozottságának hiánya tanuszkodott a beszédzavar extrapyramidalis jellege mellett, bemutatta azután a postencephalitis rigort kísérő halk, gyorsan fáradó, pallidaris jellegű beszédzavart. Ismerjük a kisagyvelőbetegek bradylaliáját is, melyben az adiadochokinesis parallel jelenségét véljük. Azt gondoljuk azonban, hogy áll ez a parallelismus azoknak az apparátusoknak zavarára is, melyek a hátsó koponyagödrben a mozgásegymásután biztosítására vannak hivatva. Így ezeknek megbetegedését jelenti nemcsak a bradyteleokinesis, hanem bizonyos beszédzavar is. Esetünkben ugyanis a következő jellemző, hónapok óta fennálló beszédzavar mutatkozik. A beszéd — éppúgy, mint a mozgás — hibátlanul elkezdődik. A phonatio és articulatio kifogástalan; az első szótag keményen hangzik, a második lágyabban s így tovább szótagról-szótagra. Mielőtt most a szót vagy mondatot befejezi, a phonatio kimerül, a szótagok megnyúlnak és a beszéd elhalkul; ekkor pár pillanatra elhallgat, de csakhamar — éppúgy, mint a mozgás — új iramot vesz a végső ellassúbbodásig s így fejezi be mondanivalóját. Itt tehát a phonatióban és a szótagsorolásban mutatkozik az az időelőtti mozgásfékezés, amely ott a mozgásban mutatkozott. Bradyteleophasiának neveznénk ezt a tünetet és benne ezúttal a nyomásnak a hátsó koponyagödrben való fokozódása jelét látjuk, mert egyéb tünetek is már ezt tanusították. (Demonstratio a Budapesti kir. Orvosegyesület idegszakosztályában, 1923. VI. 11.)

Ezt a nyomásfokozódást azonban láthatóvá is lehet tenni. Az obductio előtt ezt csak a Röntgen-képtől remélhettük. A már említett nehézségeket megoldották Kelen magántanár és Molnár dr. úr, kiknek ezért meleg köszönetemet fejezem ki. A kérésre készült felvételek (demonstratio) megerősítették nézetemet, hogy a hátsó koponyagödrbeli nyomásfokozódás jeleként esetünkben táglási folyamatok játszódtak le az öreglik körül. A lemez az előrehajtott fej homlokára került s a fő sugárirány az öreglikat a nyak felől érte alulról s így az öreglik természetesen el van rajzolódva. Ha azonban ezt összehasonlítjuk egy anthropologiailag teljesen hasonló méretű és hasonló tartásban röntgenographált kontroll-egyen képével, azt látjuk, hogy betegünkönél az öreglik hosszában megnyúlt, különösen elől. Az oldalfelvetél még többet árul el. Itt az volt a fő, hogy a fejhajlítás ugyanolyan legyen, mint a betegünk erősen fixált fejtartása. Azt látjuk, hogy a kontroll-egyenél az atlas egészen az occiputra projiciálódik és legfeljebb 1 cm-rel alatta áll az epistropheus. Betegünkönél azonban mintegy 1/2 cm-re távozott a vastag atlasív az occiputól, alatta 1—1,5 cm.-nyi újabb rés választja el az epistropheust. Ha egymás mellé állítjuk a két lemezt, jól láthatjuk e különbséget és a nyomásfokozódás folytán keletkezett lágyrésztölcsér csontperemét.

Ezzel az öreglik körüli kitágulási folyamat III. phasisát sikerült röntgennel kimutatni.

A vizsgálódásnak három irányban: klinikailag mérve, röntgenologialag és kórbonctanilag kell tovább haladni. Azt is el kell még döntení, hogy előfordulhat-e az agyvelőnek az öreglikba való incarcerálódása az utóbbinak kitágulása nélkül is.

Irodalom: 1. *Angiello*: Dismorfia del basi occipitale. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 30. köt. 8—9. füz. — 2. *Anton*: Kopflöntgenbilder bei Entwicklungsstörungen Neurol. Zentralbl. 1910, 817. old. — 3. *Bertolotti M. G.*: Malformazioni cranio-vertebrali congenite della malattia Friedreich e nei credotassia cerebellare di Marie. Ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 1922, 30. köt. 1—2. füz. — 4. *A. Bingel*: Todesfälle nach Gasenblasungen. Med. Klinik 1923, 19. sz. — 5. *Bolk L.*: Über unvollständig assimilierte letzte Occipitalwirbel beim Menschen. Anat. Anz. 1922. Ref. Zentralblatt f. d. ges. N. u. P. 39. köt. 8. füz. — 6. *Bregmann E.*: Zur Technik der Lumbalpunktion. Przeg lekarski. 1921, 61. évf., 6. sz. — 7. *Bungart I.*: Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Beurteilung für Schädel- und Hirnverletzungen und deren Folgezustände. II. Mitteil. Bruns Beitr. z. klin. Chirurg. 1921, 124. köt. Ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 1921, 15. XI. — 8. *Denk*: Mitteilungen aus dem Grenzgebiete. 36. köt. — 9. *Erdheim*: Über die Folgen gesteigerten Hirndruckes. Jahrbücher f. Psych. u. Neur. 1919. — 10. *Fischer Oscar*: Beiträge zur Path. u. Ther. der Rückenmarkstumoren. Zeitschrift f. d. g. N. u. P. 1922, 76. köt., 1—2. füz. — 11. *Nic. Gierlich*: Symptomatologie u. Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Halle a. S. 1910. — 12. *Gross*: Sitzung des Vereins f. Psych. u. Neur. Wien, Sitzung vom 14. II. 1922. Klin. Wochenschrift 1922, I. évf., 20. sz. — 13. *Harrower Gordon*: Variations in the region of the Foramen magnum. Journal of Anatomy 1923, 57. köt., 2. sz. — 14. *Hauptmann*: Der Mangel an Antrieb — von innen gesehen. Archiv f. Psych. u. N. 66. köt. 5. füz. — 15. *Hirtz E. J.*: Radiographie de la base du crane. Ref. Zentralblatt f. d. ges. N. u. P. 1922, 30. köt., 8—9. füz. — 16. *Hoshiro Sho*: Über die Kapazität der hinteren Schädelgrube. Jahrbücher f. P. u. N. 41. köt. 3. füz. — 17. *Kluge*: Az öreglyuk kitágulása. Orvosi Hetilap 1921. Zeitschrift f. d. g. N. u. P. 73. köt. 4—5. füz. — 18. *Kononow E.*: Zur Frage der Lokalisation der Kleinhirnfunktionen. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 29. köt., 4. füz. — 19. *Korvin*: Sitzung der Gesellschaft für innere Med. u. Kinderhik. in Wien, Med. Klin. 1922, 13. sz. — 20. *Leyser*: Über Sprachstörungen bei organischen Nervenkrankheiten. Sitzung der Med. Gesellschaft Gießen. M. m. W. 1923, 10. sz. — 21. *Leikowicz Ksawery*: Le traitement spécifique de la méningite épidémique. Arch. d. méd. des enfants 24, 6. sz. Ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 28. köt. 4—5. füz. — 22. *Theodor Meynert*: Sammlung von pop. wissensch. Abhandlungen. Wien, 1892. — 23. *Negro*: Zahnradphänomen. Ref. Med. Klin. 1922, 25. sz. — 24. *Sarbó Artúr*: Hyptokinésis és rubralis ataxia. Orvosi Hetilap 1923, 19. sz. — 25. *Pau Schilder*: Ein neues Kleinhirnsymptom. Wiener klin. Wochenschrift 1919, 13. sz. — 26. *Paul Schuster*: Zwangsgreifen und Nachgreifen als posthemiplegische Störung. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 30. köt. 6—7. füz. — 27. *Sommer*: Atlasankylose und Epilepsie. Virchow's Archiv 119. — 28. *H. Steck*: Zur psychopathologischen und lokalisatorischen Bedeutung des Parallelismus der psychischen und motorischen Aktivität. Schweizer Archiv f. Neur. u. Psych. 1922, 11. köt. 2. füz., ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 32. köt. 4. füz. — 29. *Tillmann*: Schädelknochen und Gehirn. Arch. f. klin. Chirurg. 1921, 118. köt. Ref. Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 28. köt. 3. füz. — 30. *Fülér*: arachnoidealis cysta. Orvosi Hetilap 1923, 14. sz. — 31. *Voelcker*: M. m. W. 1923, 17. sz. — 32. *R. Ganter*: Über Schädelinhalt, Hirngewicht und Gross Kleinhirngewicht bei Epileptischen und Schwachsinnigen. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1922, 78. köt. 3—4. füz. — 33. *Leyser*: Die Zentralen Dysarthrien und ihre Pathogenese. Klin. Wochenschrift 1923, 47. sz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. ny. r. tanár).

Az áttételes petefészek-rákról.

Írta: Kovács Ferenc dr. tanársegéd.

Az áttételes petefészek-rákok, ha ma már tudjuk is, hogy valamivel gyakrabban fordulnak elő, mint azt régebben hitték, mégis a ritkább leletek közé tartoznak. A gyomor-bélcsatorna rákjának — és ide sorozandó a máj, epeutak és pankreas rákja is — a női nemzetszervekhez való bensőbb viszonyára O. Frankl világított rá alapos tanulmányában, aki a bécsi I. sz. női klinika tíz

évi anyagában összesen 12 olyan esetet talált, melyben a petefészek-ráknak a tápcsatornából eredő áttételes volta biztosan megállapítható volt. Az állata felkeltett érdeklődés nyomán újabban többen, így Lessing (4 eset kapcsán), Pribram (3 eset kapcsán) és mások is foglalkoztak a kérdéssel, hangsúlyozva azt, hogy kicsiny vagy tünetek, még alig okozó elsődleges daganat mellett a petefészek, a szöveti szerkezetében gyökerező különös hajamoságánál fogva, már hatalmas áttételes góc székhelye lehet s mint ilyen, első sorban válthat ki panaszokat s kerülhet orvosi észlelés alá.

Annak eldöntése, hogy adott esetben elsődleges vagy áttételes petefészek-rákról van-e szó, nyilvánvalóan úgy gyógyítási, mint prognosztikus szempontból igen nagy jelentőségű. Az áttételes rákoknál a méhizomzat különböző részeinek, a kürtöknek és a parametriumoknak nyirokereiben nagy számban található mikroszkopos vizsgálatnál rákos sejtcsoportok, áttételek, melyek következtében a méh — Frankl szerint — olyan consistentiabeli változást szenved (porckeményiségűvé válik, nagysági eltérés nélkül), hogy annak klinikai vizsgálata — solid, rosszindulatúságra gyanús petefészek-daganat mellett — az áttételes petefészek-rák diagnózisát nagy valószínűséggel lehetővé teszi.

Az utóbbi időben a klinikán az áttételes petefészek-rák két esetét észleltük, melyeket érdemesnek tartunk röviden ismertetni, hogy az ezek kapcsán szerzett tapasztalatunkat az imént említett Frankl-féle vizsgálatok eredményeivel párhuzamba állítsuk.

1. 35 éves nő, kinek felvétel előtt 4 hónappal gyomorrák miatt gyomor-resectiót végeztek. Felvételtkor ascites mellett a méh mindkét oldalán csecsemőfejnyi, illetve ökölnyi tömött, mozgatható, teljesen szabad, kocsányos daganat tapintható. A has megnyitásánál (Tóth prof.) latjuk, hogy mindkét daganat teljesen síma felszínű képlet; göbök, áttételek sehol sem láthatók. A daganatokat a menhel együtt eltávolítottuk. Mindkét képlet teljesen azonos szerkezetű, síma külső felszínű, vizenyes fellazulástól succulens, mindazonáltal szívós, rostos alapszerkezetű metszettel bír. Szövettanilag a daganatok a rostos rak szerkezetének felelnek meg. Egészen hasonló szöveti szerkezetet mutatott az előző gyomorműtét alkalmával eltávolított gyomorrák is. A parametriumok, méhizomzat és kürtök nyirokereit vizsgálva, mindenütt megtaláljuk az áttételes endolymphaticus rákfészkeket.*

2. 26 éves, rákosan terhelt családból származó nő, kinek előzőleg hosszabb ideig fennálló súlyos gyomorpanaszok mellett a has egyszerre elkezdett növekedni. A vizsgálat sok ascites mellett kéioidali, egy kisökönyi, illetve tojásnyi solid, megkötött petefészek-daganatot talal. Rosszindulatú kétoldali petefészek-daganat diagnózisával, bár a gyökerező kiirtás kevés reményével, hasmetszés (Tóth prof.). A peritoneum kiterjedten be van hintve kölesnyi daganatgöbcsékekkel és a gerincoszlop mentén több duzzadt mirigycsomót találunk; a két, elég jól felszabadítható daganatot eltávolítjuk, részben, hogy az ascites termelését lassítsuk, másrészt, hogy a későbbi sugaras kezelési feladatot megkönnyítsük. A kiirtott daganatok a legnagyobbodott petefészeknek felelnek meg, melyekben több solid s a metszlapról kissé kiemelkedő, a környező szövetnél lágyabb daganatgócot találunk. A daganatszövet a mikroszkopos vizsgálatnál típusos, pecsétgyűrűre emlékeztető alakú nyákos sejteket tartalmazó Krukenberg-féle ráknak felel meg.

Ezen utóbbi esetünkben a rák áttételes volta a petefészekben, bár a gyomor-bélcsatorna megbetegedésére csupán a klinikai panaszok utalnak, a daganat anatómiai jellege és a disseminációk alapján alig lehet kétséges. Cohn a Krukenberg-rákot mindig a tápcsatornából származó áttételnek tekinti a petefészekben; Frankenthal, aki ez irányban átkutatta az irodalmat, szintén ezen a véleményen van s mindössze két, látszólag kifogástalan elsődleges, petefészekben előforduló Krukenberg-rákot talált az irodalomban; egyiket maga Krukenberg, a másikat Schenk ismertette. Kaufmann szerint, még gyomorbél-tünetek teljes hiánya mellett is, a petefészek Krukenberg-daganata esetében a gondos boncolás legtöbbször rejtett gyomorrákot tud kimutatni.

* A makroszkopos és szövettani készítmények ábráinak közlésétől a reprodukciós költségek nagysága miatt el kellett tekintenünk.

Eseteink ismertetésének jogosultságot ad az a körülmény, hogy a Frankl-féle, gyakorlati következményeiben annyira fontos megállapításokat jórésben ezeknél is igazolva látjuk, mint ahogy igazolva látta Lessing 4. Pribram 3 hasonló között esetében s mivel a megállapítások aránylag kevés (összesen 12 áttételes petefészek-rák) eselből szűrődtek le, nem fölösleges a hasonló észlelésekről beszámolni. — Frankl-nak az összes petefészek-rákokra vonatkozó statisztikájából az tűrik ki, hogy, míg az elsődleges rákok általában az idősebb kor megbetegedései, addig az áttételes rákban szenvedők közepes életkora jóval fiatalabb. Erre a körülményre különben már Pfannenstiel, Schlegenhauer és Glockner is felhívta a figyelmet. A mi egyik esetünkben 26, a másikban 35 éves nőről van szó, tehát e tapasztalással teljes összhangban vannak. Hasonló eredménnyel jár az összehasonlítás a kétoldaliságot illetőleg is; mindkét esetünkben kétoldali kifejlődésű a daganat, mint ahogy azt a legtöbb szerző az elsődleges daganatokkal szemben az áttételes petefészek-rákokra vonatkozólag csaknem szabálynak tekinti (Ribbert, Frankl, Krukenberg, Cohn stb.). Megemlítendő még a daganat gyors növekvése, főleg az egyik esetünkben, amelyiknél a hozzánk való felvételt megelőzőleg 4 hóval gyomor-resectio történt. Nyilvánvaló, hogy ekkor még a petefészek daganatai egész kicsinyek lehettek, panaszt nem okoztak, különben a hasmetszésnél is feltűnt volna a kétoldali daganat a sebész előtt, mely 4 hó múlva már csecsemőfőnyű, illetve ökölnyire növekedett. — A másik esetben a klinikai képet hosszabb ideig teljesen a súlyos gyomorpanaszok uralták, melyekhez csak később csatlakoztak a hirtelen sok ascites képződéssel járó alhasi panaszok a petefészek-daganattal. E megfigyelések is teljes összhangban vannak Frankl azon tapasztalatával, hogy az áttételes petefészek-rákok gyorsabban nőnek, mint az elsődlegesek.

Mindkét esetünk, egybevetve Frankl, Lessing és Pribram hasonló között eseteivel, alkalmas arra, hogy felhívja az orvosi köztudatra talán még nem eléggé áttent azon körülményre a figyelmet, hogy egyrészt a gyomor-bélcsatorna rákra gyanús megbetegedéseinek csak a női nemiszervek, illetve a petefészek vizsgálati leletének egybevetésével állítható fel a műtét indicatio: másrészt rosszindulatúságra gyanús, solid petefészek-daganat esetében — még megfelelő gyomor-bélpanaszok esetleges hiánya mellett is — mindig az emésztőcsatorna alapos vizsgálata egészítse ki a gynaekologiai leletet.

Az egyik esetünkben eltávolított méh izomfalainak, a parametriumoknak és kürtöknek szöveti vizsgálata szépen igazolta az azok nyirokvezégeiben helyet foglaló Frankl-féle endolymphatikus rákfészkek jelenlétét, melyek, mint az elsődleges gócból, a gyomorból a nyirokpályákra tovaterjedő fertőzés, egyidejűleg árasztották el a petefészkekkel együtt a többi belső nemiszervet is. De míg a petefészkek, a megtelepedésre alkalmasabb talaj lévén, makroszkopos daganatok székhelyévé váltak, addig a szomszédos szervek szövetei a küzdelmet az invasióval szemben több-kevesebb ideig még állják. A méh nyirokereinek a beszűrődöttsége Frankl szerint oly erős lenne, hogy, mint már említettük, a méh ezáltal porckemény képletté válnék, anélkül, hogy nagyságában megváltoznék, úgyhogy e körülmény klinikai diagnosis céljaira is felhasználható lenne rosszindulatúságra gyanús petefészek-daganat esetében a rák áttételes voltának felismerhetősége szempontjából. Szöveti készítményeinket átnézve, azt találjuk, hogy olyan erős nyirokér-infiltrációról, mely a méh szövetében klinikai vizsgálattal is kimutatható consistentia-változást idézhetne elő, nem igen lehet szó. Ha kivételes esetekben ez talán elő is fordulhat, a diagnosis céljaira véleményünk szerint ezt a tünetet aligha lehet értékesíteni, annál is inkább, mert az erősebb beszűrődés nyirokpangást s így elsősorban megnagyobbodással járó oedeáms fellazulást, később pedig metritikus induratiót kellene, hogy előidézzen. Mindenese-re azonban ezen endolymphatikus gócból jelenléte az említett szövetekben még teljesen körülírt, síma, kocsányos, szabad petefészek-rák eseté-

ben is — mint amilyen a mi egyik esetünk — a minél kiterjesztettebb teljes méhkiirtást teszi szükségessé az adnexumokkal együtt, ha a radicalis gyógyulásnak csak némi reményével is akarunk operálni.

Irodalom: O. Frankl: Beiträge zur Pathologie u. Klinik des Ovarialcc. Arch. f. Gyn. 1920, 113. köt. 1. füz. — Über die Beziehungen des Magenkrebses zum inn. weibl. Genit. Med. Klin. 1922, 28. sz. — Lessing: Metastatisierung beim primären u. secundären Ovarialcc. Arch. f. Gyn. 1923, 116. köt., 3. füz. — Pribram: Zur Frage der Operabilität metast. Ovarialtumoren usw. Arch. f. Gyn. 1922, 116. köt., 2. füz. — Kaufmann: Spezielle pathologische Anatomie 8. kiad.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár).

Kielland-fogó alkalmazása a farra.¹

Irla: Váró Béla dr.

1. Eljárások medencevégű fekvésnél a szülés gyors befejezésére. Lábfekvésnél a szülés befejezése nem sokkal nehézséget okozni. Ha meg tudjuk ragadni a mellső lábat, ennél fogva a magzat extractióját a szokott módon befejezzük. Ha a hátsó lábnál fogva végezzük a műtétet, akkor a magzat rendszerint 180 fokos forgást végez a hossz tengelye körül, tehát a megragadott láb a symphysis alá kerül s a műtét további lefolyása úgy alakul, mintha az eredetileg mellső lábnál fogva extrahálnánk.

Egyszerű farfekvésnél azonban a szülésnek nincsen „fogantyúja”, amelynél fogva húzást gyakorolhatna a magzatra, tehát, ha a szülést gyorsan be akarja fejezni, először fogantyúról kell gondoskodnia. Ha a far még mozgatható vagy könnyen mozgathatóvá tehető, akkor az apró részeknek megfelelő kézzel felhatolva lesimítja a mellső lábat, tehát lábfekvést hoz létre s ennek megfelelően végzi tovább a műtétet. De ha a far már annyira be van ékelődve a medencébe, hogy azt kissé visszatolni, kimozdítani sem lehet a célból, hogy a lábat lehozhassuk, kényszerítve vagyunk megpróbálni a medencébe rögzített farnál fogva operálni. Ha a far mélyen van a medence kimenetében, akkor megkísérelhetjük a manualis extractiót, ami abban áll, hogy a magzat apró részeinek megfelelő kezünk (l. f. f.-nél a bal kéz) mutatóujját beakasztjuk mell felől a mellső csípőhajlatba, húzunk lefelé, míg a mellső csípő megtámaszkodik a symphysis alatt, majd emeljük a fart az anya hasa felé, míg a hátsó csípő megszületik, amit azután követnek a felcsapódott lábak. De ha a far még nincsen a medence kimenetében, akkor az extractiónak ez a módja alig keresztülvihető, különösen ha primipara rendes nagyságú vagy ennél nagyobb magzatról van szó, mert egy ujjunkkal nem tudunk elég erőt kifejteni, kettőt pedig a combcsont nyakának törése nélkül nem alkalmazhatunk. Más fogantyúról kell tehát gondoskodnunk. A fordítószalaggal való extractiót úgy végezzük, hogy szalagot húzunk (mellülről hátrafelé) a mellső csípőhajlatba s ennél fogva húzzuk a fart Kristeller-expressio támogatása mellett óvatosan lefelé. Magasan álló farra mind a két módszer veszélyes a magzat combcsontjára, utóbbi még a magzat lágyrészeire nézve is. De még több veszélyt rejt magában a tompa horoggal való extractio (még ha a külön erre a célra ajánlott Smellie- vagy Küstner-féle horoggal dolgozunk is). Ez az eszköz olyan kíméletlenül sérti a magzatot, hogy élő magzatnál nem is alkalmazzuk. A korábban konstruált farfogókat ma már senki sem használja, ezek nem alkalmasak a far megragadására, extractiójára és kiemelésére.

2. Naegele-fogó a farra. Amint látjuk, a magzat extractiója a farnál fogva, ha az még magasan van, egyike a legnehezebb szülési feladatoknak. Minthogy egyik említett eljárás sem alkalmas és célhozvezető, nem csoda, ha a szorultságban levő szülész instrumentariuma más eszközét is kipróbálja, mielőtt Braun-horoghoz nyúlna. Megkísérelték alkalmazni a Naegele-fogót s bár vannak esek, melyeknél az sikerrel járt (Gauss 7 esete), mások

¹ Maga Kielland a nevét „ie”-vel írja, nem „Kjelland”-nak.

(pl. Stoeckel) mégsem tartják alkalmas eszköznek mint farfogót. Nézzük kissé közelebbről, hogyan tudjuk applikálni farra a Naegele-fogót s milyen kilátással próbálhatjuk meg vele az extractiót.

A fogó úgy fogja jól a farrat lecsúszás ellen a legbiztosabban, ha csípőszélességben tesszük fel, tehát a magzat jobb és bal oldalára, így nemcsak symmetriás részeket fogunk, hanem olyan helyet ragadunk meg vele, hol a kanalaknak szilárd, csontos támaszpontja van. De a fogó csak akkor áll biztosan a farron, ha a crista ossis ilei is, a trochanter maior femoris is a fogó kanalai között vannak, amint azt már Gauss is hangsúlyozta. A megragadásnak ez a módja nem lehetséges, ha a magzat háta az anyának egyik vagy másik oldala felé tekint, mert a Naegele-fogót sohasem alkalmazhatjuk a medence egyenes átmérőjében. A magzat keresztcsontját és combjait ragadván meg a kanalakkal, a fogó kanalai vagy lecsúsznak, vagy törik a combcsontot. Kimenetben álló farra, mikor a hát oldalra tekint, ajánlottak ugyan a harántban úgy ragadni meg a farrat, hogy a fogó a III. positióban² legyen, tehát merőlegesen a magzat hossz tengelyére. De hát így húzást gyakorolni lehetetlen. Ebből látható, hogy ha a raphe perinei a harántban forgott, a Naegele-fogóval nem tudunk segíteni. Tehát csak azok az esetek lennének fogóra alkalmasak, hol a raphe az egyenesben van. De hogy ilyenkor is milyen nehéz a Naegele-fogóval extrahálni, mindjárt látni fogjuk.

Ha a keresztcsont az anya háta felé tekint, hogy a fenn leírt két pont (a crista ilei és a trochanter maior) a kanalak ablakában legyen, a fogónak a II. és III. positió között kell állani. Ha nem így áll, nem fog jól, lecsúszik. De ha így áll, akkor nem lehet magasan álló farra húzást gyakorolni, mert sokkal mélyebbre kellene a nyelét sülyeszteni, hogy a medence tengelyével párhuzamosan húzhassunk. Lehetnek esetek, mikor a műtő helyes érzékkel eltalálja azt a középutat, mikor a farrat is a fentebbi követelményeknek még megfelelően fogja s a húzást is a medence tengelyének irányában gyakorolhatja, de minél magasabban áll a far, annál nehezebb lesz középutat találni, mert vagy biztosan tart a fogója, de akkor nem húz a medence tengelyének irányába, vagy helyesen húz, de akkor fogója helyzete a csípőn megváltozik, nem fogja a két fentebb megjelölt ponton, tehát lecsúszik. Ha pedig a far még egészen magasan van, lehetetlenség mind a két követelménynek eleget tenni. Könnyebb az az eset, mikor a hát előrefordult, mert ilyenkor ragadva meg a farrat az említett két ponton, a fogó I. positióban áll, tehát úgy, amint magasan álló farra gyakorolt húzásnál szükséges. Ezen esetben a műtétnek azon időpontjában lesz alkalmatlan a fogónak ez a kényszerű helyzete, mikor a far a kimenetbe került, mikor tehát már a II., majd a III. positióban kellene a húzást folytatni, de nem lehet, mert a fogó lecsúszik, ha az I. positiót megváltoztatjuk. Ezen nehézségeket még növeli az is, hogy miután a fogóval nem tudjuk utánozni a természetes szülés mechanizmusát, a csípőszélességnek az egyenesbe való forgatását, a farrat egy természetellenes helyzetben, legnagyobb átmérőjével, csípőszélességével a harántban kényszerítjük keresztül (ha egyáltalában sikerül) a szülőcsatornán, még annak legalsó részén, a medencekimeneten is, melynek pedig legkövetkező átmérője éppen a haránt. Ha tehát a far a fogóra egyedül alkalmas helyzetben: a raphe perineivel az egyenes átmérőben (talán valamelyik ferdében) van, még akkor is vagy nagyon nehéz, vagy lehetetlen a műtétet a Naegele-fogóval végrehajtani. Nem csoda tehát, hogy a farfekvéses szülésnek ezt a befejezési módját a legtöbb szülész nem végzi, nem tanítja, nem is tanácsolja.

3. A Kielland-fogó eddig leírt előnyei. A Kielland-fogó medencegömbülete egészen kisfokú s ez a gömbület

is a fogó nyelének bajonettalakú megtörése következtében kiegyenlítődik. A medencegömbület mérsékelt volta a fogónak nemcsak a harántban és a ferde átmérőkben, de a medence egyenes átmérőjében való alkalmazását is megengedi. A fogó a fejet annak biparietalis átmérőjében fogja a legbiztosabban. Egyenesben vagy ferdében futó nyílvarratnál a Naegele-fogót is tudjuk ezen követelménynek megfelelően alkalmazni, de harántul futónál nem. Ha a fej még a bemenetben áll, akkor a medencegömbülettel bíró fogók csak a harántátmérőben applikálhatók, és pedig a fej állására való tekintet nélkül. Ezzel szemben a Kielland-fogó helyzetét mi sem korlátozza, azt mindig az adaptációs optimumban applikálhatjuk, mindig abban az átmérőben, amelyikben az a fejet biparietalisan fogja. Abból, hogy a medence bármelyik síkjában korlátlanul alkalmazható, következik, hogy:

a) Bemenetben, harántul futó nyílvarrat esetén a medence egyenes átmérőjében applikálhatjuk, mert így nemcsak a legbiztosabban fogja a fejet, de azt kedvezően is konfigurálja, mivel a medencebemenet legrövidebb átmérője irányában lapítja, míg a Naegele- és a Tarnier-féle fogók ellenkezően, ezen átmérőben megnyújtják a fej méretét. Ehhez járul még a mellő kanálnak az a szerepe, melyet Slinger a cipőhúzó hatásához hasonlónak mond, hogy a fej a medenceüregbe könnyebben, mintegy csúsztatótalpon jut le. Következőleg a fogó kisfokú medenceszűkületnél több sikerrel alkalmazható, mint a harántban applikált Naegele- vagy Tarnier-féle fogók.

b) Mint forgatóeszköz tökéletes, mert a műszert a medencének akármelyik síkjába forgathatjuk akadály nélkül, amint a fej szülési mechanizmusa megkívánja.

c) Arctartásnál a bemenetben is alkalmazható.

d) Üregi és mély harántállásnál (arc- és homlok-tartásnál i.) megfelelőbb eszköz a forgatásra és extractióra, mint a Naegele-féle, mert az egyenesben alkalmazva a fejet a legelőnyösebben fogja.

A fogó kanalainak az eredeti leírás szerint való alkalmazását (a mellő kanál directe felvezetését és átfordítását) legtöbbször mellőzik, a kanalakat vándoroltatással juttatják helyükre, mint ahogy a Naegele-fogót. A bemenet felett mozgatható fejre való alkalmazhatósága ellen szintén súlyos érvek szólnak, ezt a két újítást tehát ne említsük egysorban a fentebbi előnyeivel, melyek ma már több mint 1000 Kielland-fogós műtét után elvitázhatatlanul helyet biztosítanak ezen eszköznek a szülész instrumentariumában s haladást jelentenek a szülészeti műtét therapiában.

4. Kielland-fogó a farra. A Naegele-fogónak a farra való alkalmazását, különleges esetek kivételével, amint láttuk, lehetetlen teszt: a) a far helyzete, mert ez csak akkor vehető a fogó kanalai közé, ha a raphe az egyenesben, vagy legalább is ha egyik vagy másik ferdében fut; b) a Naegele-fogó medencegömbülete, mert ez az oka annak, hogy ha a kanalakat fel is tudtuk tenni s ha azok jól tartanak is, húzást gyakorolni vele mégsem tudunk a helyes irányban. Nem állanak azonban ezen akadályok a Kielland-fogó farra való applikálásának útjában, mert:

a) A Kielland-fogó a medence minden síkjában applikálható, tehát a farra is mindig az adaptációs optimumban, csípőszélességben.

b) Mivel a Kielland-fogó a medence bármelyik síkjában alkalmazható, akár hátrafelé tekintő medencegömbülettel is, farra tehát mindig úgy applikálhatjuk, hogy a két pont (crista ossis ilei és trochanter maior) diktálta positiója egybeesik a medence síkja által megszabott positióval. Igaz, hogy ha a farrat mélyebbre húzzuk, akkor a húzás iránya kedvéért a fogónak a farron való biztos tartását ezzel az eszközzel is fel kellene adnunk, már t. i. ha a fogó a harántban maradna. De itt erre nincsen szükség, mert a farrat most már csípőszélességével az egyenesbe forgathatjuk. Ezáltal nemcsak azt érjük el, hogy továbbra is helyes irányba, a medence tengelyének irányába tudjuk a farrat húzni, hanem azt is, hogy az elülső rész ilyen módon elvégzi a normalis szülés mechanizmusának megfelelő forgását.

² I. positió = a fogó nyele annyira mélyen sülyesztett, mint bemenetben álló fejre helyesen gyakorolt húzásnál (a medence-bemenet síkjára merőlegesen). — II. positió = a fogó úgy áll, mint üregben levő fejre gyakorolt húzásnál. — III. positió = fogó nyele az anya hasa felé emelve, mint a tipikus fogóműtét utolsó szakaszában.

Ezeket az irányelveket most már a magzat farának különböző helyzetéhez alkalmazva, a Kielland fogót a farra a következőképpen tehetjük fel:

a) Bemenetben rögzített farnál a fogót harántba alkalmazzuk vagy abba a ferdebe, melyben a csípőszélesség helyet foglal, akár előre tekint a hát, akár hátrafelé, de mindig a hát felé tekintő medencegömbülettel. A rotációnak a medence üregében úgy kell történnie, hogy annak befejezésével a hát oldalra tekintsen, és pedig I. farfekvésnél a bal, II-nál a jobb oldal felé, vagyis utánnozzuk a rendes farfekvéses szülés mechanizmusát. Az egyenesben fekvő fogóval a fart annyira mélyre húzzuk, amíg csak lehet s ekkor a fogót levéve, az apró részeknek megfelelő kezünk egy ujját a mellső csípőhajlatba akasztva a mellső lábat kifejtjük s extrahálunk. Vagy pedig a kimenetben a fogót az egyik ferdebe forgatjuk, úgy, hogy a hát kissé előrefelé kerüljön, a hasi oldal hátra s kifejtjük vele a fart, amint alábbi esetünkben tejük.

b) Üregben álló farnál, ha a hát egyenesen hátra vagy előrefelé tekint, vagy, ha a csípőszélesség egyik vagy másik ferdeben fut, ugyanúgy helyezzük fel a fogót, mint a bemenetben s a forgatást is ugyanúgy végezzük. Ha a hát oldalra tekint, akkor a fogó az egyenesbe alkalmazassék a hát felé tekintő medencegömbülettel s forgassunk 45 fokot vele, hogy a hát félig előre kerüljön s így extraháljunk.

c) Kimenetben álló farnál a fogót szintén csípőszélességben alkalmazzuk, a medencegömbülettel itt is mindig a hát felé s forgassuk, mint az üregben álló fart. Az 1922—23. tanév folyamán csak egyetlenegy esetben adódott alkalom klinikánkon a Kielland-fogót farra alkalmazni. Ezen eset rövid leírása:

1061/996—1923. K. L. 33 é. primipara. Utolsó menses: 1922 szeptember 15. Felvétel: 1923 jún. 8-án, 22 órakor, a következő statussal: Medenceméret: 24, 27, 19. Bemenet felett mozgatható far, fej a fundusban, méhszáj bőven ujjnyi, burok nem ép, magzatvíz ürül. Jó fájások.

Jún. 9. 7 ó. 30 p.: Tüdőfélben levő méhszáj, far a bemenetben rögzített. Jó fájások. A délelőtti folyamán a fájások mind ritkábban jelenkeznek, déltől teljesen megszűnnek. A magzati szívhangok jók.

14 ó.: Eltűnt méhszáj, far magasan az üregben, teljes fájáshiány. Ekkor chinint adunk per os fájáskeltés okából, mire 16 ó.: Gyenge fájások jelentkeznek.

18 ó.: A fájások megint majdnem teljesen kimaradnak. B. v.: far az üregben, raphe perinei a harántban, keresztcsont balra. Tekintettel arra, hogy a kitolás már kb. 8 órá s ilyen módon a szülés további elhúzódása nemcsak a magzatra, de az asszonyra is veszedelemmel járhatna (intézetten kívül elfolyt magzatvíz), a szülés befejezésére határoztuk el magunkat. Először megpróbáljuk bal kezünk egy ujját a mellső csípőhajlatba akasztva a fart lejjebb húzni, ez a kísérlet azonban eredménytelen marad. Ekkor narcosisban jobboldali episiotomia után a Kielland-fogót applikáljuk az egyenesben, és pedig medencegömbületével balra, a magzat keresztcsontja felé. A kanalak felvezetése vándoroltatással történt. Ezután egészen gyenge húzás kíséretében rotáltak a fart, úgy, hogy a fogó az egyenesből a bal ferdebe fordult, tehát a raphe perinei a harántból a jobb ferdebe. Ez a 45 fokos rotáció a legkisebb erőltetés nélkül, feltűnően könnyen ment végbe s közben a far jóformán húzás nélkül a kimenetbe került. Az volt az érzésem, hogy, mint egy csavart a csavarágában visszafelé (kifelé) csavarván, ha minden kifelé való húzást mellőzünk is, elegendő a csavarás, hogy azt kihúzhassuk, úgy itt is a rotatio minden húzás nélkül lejutatta a fart a kimenetbe. Ezután gyenge húzással megszületett a far s a fogó levétele után a mellső lábat lesimítva extraháltuk a leánygyermeket, mely megszületése után hangoosan sírt. Súly 3050 g, hossza 50 cm, fejkerülete 34 cm. A csípőkön a fogó semmi nyomot sem hagyott hátra. A bal tuber ossis ischii felett a magzat bőre hámfosztott a többszöri belső vizsgálat következtében. Az asszony episiotomiás sebeit bevarrtuk s a tizedik napon mindketten egészségesen hagyták el a klinikát.

A fentebbi theoretikus fontolgatásból és ezen egy eset feltűnően könnyű és szerencsés kimeneteléből lehetetlen végleges ítéletet alkotni a Kielland-fogónak a farra való alkalmazhatóságából. Ha a jövőben indikálnak látnánk ezt a műtet, újból meg fogjuk kísérni, addig is azonban kíváncsiak voltunk, ha más intézetek is adandó alkalommal megpróbálnák, hogy így nagyobb anyagon

bizonyosodjék be, vajjon a Kielland-fogó valóban alkalmas eszköz e mint farfogó. Ha tényleg használható ez az eljárás, akkor a farfekvéses szülés gyors befejezésének sokszor igen nehéz feladata vele lényegesen egyszerűsítettnek.

Összefoglalás: 1. Mivel a Kielland-fogó a medence minden síkjában alkalmazható, vele a farfekvéses magzat mindig az adaptációs optimumban, csípőszélességben ragadható meg.

2. Kielland-fogóval a farra mindig húzást tudunk gyakorolni, a medencének bármilyen magasságában van is az, anélkül, hogy a húzás iránya kedvéért a faron való legbiztosabb helyzetét (crista ossis ilei és trochanter maior a kanalak között) fel kellene adnunk. Segítségével a far természetes forgását is utánózni tudjuk.

Irodalom: Gauss: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 55., 502. — Kielland: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 43., 48. — Guggisberg: Geburtshilfliche Operationslehre. — Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe. — Nagel: Operative Geburtshilfe. — Döderlein: Geburtshilfliche Operationslehre. — Spitzer, Neumann, Berecz, Heidler közlései a Kielland fogóról.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A pellagráról.

Irla: Jancsó Miklós dr.

(Első közlemény.)

Egy 46 éves, szegénysorsú napszámost mutatok be, aki tavalyelőtt ősszel még egészséges volt, favágással kereste meg kenyerét, a múlt év januárjában azonban el kezdett gyengülni, étvágya elveszett, hasmenései léptek fel, és tavaszra olyan erőtlenné lett, hogy dolgozni nem tudott, csak a ház körül babrálgatott. Májusban, ahogy többet sütkérezett a napon, mindkét kezefélén és lábfeijén — mezítláb jár — a bőre megpirosodott, sajogni kezdett, majd e helyeken borsónyi-galambtojásnyi hólyagok keletkeztek alig zavaros bennéssel, ezek összefolytak, azután kipukkantak és bőre nagy csatokban lehámlott. Ehhez hasonló, de kevésbé kifejezett bőrgyulladás jelentkezett az orrán és arcán is. A bőrgyulladások sajgó fájdalom kíséretében augusztusig 4—5-ször megismétlődtek, nyár végén elmúltak, hasmenései is lassan elmaradtak, kissé megerősödött, de munkát vállalni a következő télen sem tudott.

Tavaszi felé azonban állapota megint rosszabbra fordult: étvágytalansága, hasmenései újra előállottak és alig kezdett ismét a napon üldögni, bőre előbb helyeken ismét megpirosodott, felhólyagzott, majd vedleni kezdett. Ez a folyamat ismét megismétlődött augusztusig vagy négy ízben, étvágytalansága és gyengesége a tavalyihoz képest még fokozottabban jelentkezett, alsó végtagjai megdagadtak.

Jelenleg a feltűnően megviselt, erősen vérszegény beteg bőre a kézháton és lábháton pergamentszerű, barnapirosan festenyzett s e területet barnapirosan elszínesedett bőr veszi körül, élesen elhatárolva az alkar alsó harmadánál ott, ahol már a ruha fedi. Alsó végtagjai vizenyősen duzzadtak. Mindkét lábfejének bőre szintén pergamentszerűen elvékonyodott, rugalmatlan, ezt rendes, de barnavörösen elszínesedett bőrrel veszi körül, a lábszár alsó harmadánál élesen elhatárolva ott, ahol már nadrágja fedi. A tenyéren és a talpon a bőr rendes.

Az orron és kétoldalt a járomcsontoknak megfelelően az arcon a bőr megvastagodott, barnapiros, tömött. Az orrszárnnyakon a faggyúmirigyekből pizkos-szürke, kemény csapok nyúlnak ki, melyek felületét ráspolyszerűvé teszik, az orrháton fillérnyi hámfosztott terület.

Az idegrendszer részéről nyomott hangulaton és gyöngeségen kívül semmi tünet. Szájhurutja van. Gyomorégésről panaszkodik. Sósashiány, a hasnyálmirigy csökkent fermentelválasztása, idült vastagbélhurutra mutató hasmenések egészítik ki a kórképet.

Betegünknel már második tavasszal jön létre a kéz és lábháton, a napnak kitett helyeken bőrlöb, nagy hólyagok képződésével, épígy az arc napsütésnek kitett részein a bőr gyulladása és vedlése. Betegünk ezen évek alatt legyöngült, vérszegény lett, alszárai vizenyősen megduzzadtak, szájgyulladás, emésztési zavarai lépnek fel sósavhiánnyal és hasmenéssel.

Ezen tünetek alapján és mert a beteg nélkülözések között él: kenyéren kívül tésztalevesből, kevés főzelékfélékből áll szegényes tápláléka, *pellagrára* tehetjük a kórismét.

Azt olvassuk amerikai orvosi lapokban, hogy az európai orvosi világ véleménye szerint a világháborút követően a pellagra eltűnt Európából. Íme: ez a beteg is bizonyítja, hogy ez nincs így. Itt Szegeden, hol eddig a pellagrát nem ismerték, már a harmadik pellagrás, akit látunk. Berlinben és Németországban több helyt, ahol eddig pellagra sohasem fordult elő, észlelnek pellagra-eseteket.

Éppen ez a körülmény, hogy eddig immunis helyeken tömegesebben is kezd jelentkezni a pellagra, teszi fontossá e bántalom ismeretét.

A pellagra évenként tavasszal súlyosbodó megbetegedés, amely kukoricatermelő vidékek szegény néposztályánál tájkórosan észlelhető. Gyomorbélzavarok, ideges tünetek és bőrelváltozások jellemzik, melyek főleg a kézháton, mezítláb járóknál a lábháton, az arcon és nyakon, a napsütésnek kitett helyeken jelennek meg. Idült lefolyást mutató bántalom, későbbi években az előbbi tünetekhez elmezavar társul, végül elbutulás és senyv fejlődik ki halálos kimenetellel.

A bántalom *lefolyásában* célszerű megkülönböztetni egy prodromalis szakot, egy bőrgyulladásos időszakot emésztési zavarokkal, melyben még a központi és környéki idegrendszeri és elmezavarok kifestőak; a harmadik időszakot főként idegrendszeri és elmezavarok jellemzik: melancholiás lehangoltság különböző alakjai, másfelől expansív psychosisok, ritkán a gerincagy systemás elfajulásos megbetegedései; végső időszakában elbutulás, hűdések és senyvedés következnek be, amelyek halálhoz vezetnek.

A pellagra *prodromalis tünetei* rendszeren a tél előhaladott időszakában kezdődnek. főként emésztési zavarokkal: gyomornyomás és -égés, étvágytalanság, hasmenések jelentkeznek, a beteg elgyengül, fülzúgásról és szédülésről panaszkodik.

Márciustól júniusig, szóval a tavaszi hónapokban keletkeznek a bőrön a pellagrára *jellemző bőrelváltozások*, amelyeknek úgy a *helye*, mint *klinikai tünetei* jellemzők. Ezeket már *Casal*, a pellagra első ismeretítője leírta. A kézfejen és a mezítláb járóknál a lábfejen, éles határral végződve az alkar, illetőleg lábszár felé ott, hol azt már a ruha fedi, a bőr piros, duzzadt és a beteg feszülésről, égésről panaszkodik. Enyhe esetekben a bőrgyulladás nem súlyosodik, ilyen állapotban marad heteken át, majd lehámlik s gyenge, festenyzett, elvékonyodó új bőr, vagy megvastagodott bőrtérlet mutatja barnapiros, festenyzet szegélyezettséggel a lefolyt bőrlöb helyét.

Súlyos esetekben a bőr beszűrődése kifejezettebb, úgyhogy az izületek körvonala ki sem vehető, mélyen berepedezik, különösen az ujjizületeknek meg-

felelően, mintegy átmenve a tenyéri felületbe. Az ujjak hajlítóoldalán és a tenyéren is kemény, repedezett a bőr, vastag cafatokban hámlik, egyes helyeken az írha csupaszon látszik, másutt vastag, szarukemény, pörkszerű hámtömegekkel fedett.

Legsúlyosabb esetekben borsónyi-galambojtásnyi, előbb tiszta, majd kissé megzavarodó, avagy kissé véres bennékű hólyagok támadnak a kézen és lábháton; ezek néha egyetlen nagy hólyaggá folynak össze, amely kipukkan és az írha most teljesen lecsupaszítva látható, körülveve barnapiros, repedezett, vagy hámló bőrral.

Az arc és orr bőre is meglobosodik: az orron, az orrszárnjakon, a járomcsontokon s innen a szemöldök-ívekre és homlokra reáterjedve, az állon, az ajkszéleken a szájug körül, a tarkón és körben a nyakon, a mellen és az inkivágásnak megfelelően, élesen határolva ott, hol a nyakat már ruha fedi, a bőr barnavörösen elszínesedett, kemény, érdes, helyenként felhólyagzott, vagy cafatokban hámlik. Az orrhegyen, orrcimpákon és a szomszédos arcbőrön sűrűn álló, a faggyúmirigyekből kinyúló, szürkessárga, kemény csapok e helyeknek ráspolyszerű tapintatot adnak. A bőrelváltozások rendszeren a napnak kitett helyeken jelentkeznek, azonban ilyen bőrelváltozások előfordulnak másutt is. Láttunk súlyos pellagrában szenvedő nőt, akinél a betegség tünetek első jelentkezésekor nemcsak a kézháton, hanem az alhason felfelé élesen határolva, a nagyajkakra és a combok belső felületére leterjedő ugyanilyen elváltozások: pír, beszűrődés, hámlás, repedések voltak láthatók és indifferens kezelésre, de a diaeta és hygienikus viszonyok rendezésére, a kézháton található eltérésekkel lépést tartva, gyógyultak meg. Épp így észlelt *Stefanovitz* is a genitáliákon pellagrás bőrgyulladást.

Ha a pellagrás a kórházban kezeltetik, a lobos területek vedlése és gyógyulása 3—4 hét alatt befejeződik, előbbi életviszonyai között azonban javulásokkal és rosszabbodásokkal július végéig—augusztusig eltart. A megtámadott területeken a bőr megvastagodott marad, vagy elvékonyodik, fénylő, mindig festenyzett, élesen határolt és a pellagrás gyulladásnak maradandó és a diagnózisnál értékes jelét képezi.

E hámlással járó lobosodás éveken át ismétlődik a tavaszi hónapokban, ha a beteg előbbi viszonyai közt marad.

Az *emésztő rendszer* részéről a prodromalis időszakban leírt tünetek a bőrgyulladással együtt súlyosbodnak. A száj gyulladása, nyálfolys rendes jelenségek. A betegek torokégésről, étvágytalanságról, gyomorégésről panaszkodnak. Nem ritkán a nyelv hossz- és harántirányába húzódó árkok által sakktáblaszerű mezőkre osztott. Ügyszólván rendes jelenségnek találjuk mi is, mások is a gyomornedv sósavhiányát és a hasnyálmirigy működésének alábbszállását; úgyhogy e jelenségeket a kórisme biztosításánál fel szoktuk használni. A hasmenések vastagbél-hurutra jellemzők, avagy emésztetlen ételrészleteket tartalmazók. A gyomorbélhuzam részéről észlelhető tünetek nyár végére rendszeren javulást mutatnak kórházban nem ápoltnál is. Ősszel és tél elején rendszeren össze is szedik nagukat a betegek, csakhogy következő tavasszal ismét jelentkeznek a tünetek s ez újra-jelentkezésükkor hovatovább mindinkább súlyosabb alakot öltenek.

A pellagra kezdetén, már a bőrruptiók alkalmával, az *idegrendszer részéről* enyhe kóros tünetek jelentkeznek: gyengeség, fülzúgás, szédülés, érzés-zavarok: a hő-, tapintó-, fájdalomérzés csökkenése. A térd-reflexek néha fokozottak, néha csökkentek, facialis reflex fokozódott. Különösen olyan vidékeken, ahol a

lakosság a tavaszi hónapokban szigorú böjtöt tart, így Oláhországban, Erdélyben, a pellagrás erputiók alkal-mával gyakran lépnek fel különböző látászavarok: hemeralopia, amblyopia, diplopia. Pupillazavarok gyakran észlelhetők pellagrásoknál, különösen mydriasis, máskor miosis és a pupillák renyhe reactiója.

De mindjárt az első eruptióknál jelentkezhetnek súlyos ideges tünetek is:

Typhus pellagrosus néven egy magas, rendetlen lázzal, lépmegnagyobbodással járó alakját ismerjük a pellagrának, amelynél a pellagra összes tünetei igen súlyos alakban jelentkeznek; emellett ködös öntudat, eszméletzavarok, deliriumok. Az ilyen beteg gyakran elpusztul decubitusok, pneumonia következtében. E typhusos állapot jelentkezhetik a pellagra első fellépésénél, vagy többszöri kiújulása után. Mi egy ilyen esetét láttuk a pellagrának a betegség első jelentkezésekor, ennél észleltük a kézhát bőrén a legsúlyosabb lobosodást, az alhas és nemiszervek pellagrás bőrelváltozását. A beteg meggyógyult.

Pellagra tetanica néven olasz klinikusok egy igen súlyos, heveny lefolyású alakját írják le a pellagrának, amelynél akár 41 C°-ig is felemelkedő hőmérsék mellett az izomzat tetanikus összehúzódásai, a sensorikus és gerincagyi reflexingerlékenység strychninmérgezéshez hasonló fokozódottságával jelentkeznek.

Ha a pellagrás tünetek évről-évre megismétlődnek, az idegrendszer részéről észlelhető tünetek súlyosabbak lesznek és az esetek nagy számánál — Olaszországban például egy évtized alatt az esetek negyedrészénél — elmebántalmak fejlődnek ki. A pellagránál kifejlődő elmekóralakok, a *psychosis pellagrosák*, nem különböznek más egyéb kórokok következtében keletkező elmebántalmaktól, úgyhogy azoknak pellagrás eredete csak a kórelőzményi adatok és a bőrelváltozások számbavételével lehetséges. Egyes vidékek szerint mutathatnak különböző jellemvonásokat és egyénileg is igen változatosak. Egyesek szerint a melanchóliás lehangoltságú alakok gyakoribbak, mások szerint az expansív elmekóralakok.

Olaszországban a pellagrás melanchólia a gyakori, az elpusztulás és megsemmisülés nihilistikus téveszméi uralják náluk inkább a gondolatmenetet, az önvádolás ritkább. Gyakoriak a bárzsing, a gyomor, a belek fonák érzetei. A heveny hallucinatorikus zavart, deliriumai tüzzésszel összefüggő érzékesalódásokban nyilvánulnak, sok öngyilkos lesz, többnyire vizbeugranak.

A maniakális alakok teljesen olyanok, mint más okból fellépők. Paviában a contracturák gyakoriak és a mutismus. Egyiptomban stupor lép előtérbe impulzív-tással.

Erdélyben gyakran hűdésekkel, kellemetlen tartalmú hallucinációkkal, félelmekkel járó, depressio felé hajló typust mutat a pellagrás elmezavar, rossz prognossissal.

Ha a megbetegedés előrehalad, elbutulás fejlődik hűdésekkel szövődve: elme hanyatlás mellett a terjedő hűdéses elmezavar hypochondriás alakjához hasonló panaszok, nyelv- és kézreszketés, általános reszketegség, néha társulva a gerincagy systemás, elfajulásos jellegű megbetegedésével: paralysis spinalis spasticával, amyotrophias lateralis sclerosissal, vagy e kettő combinációja, avagy az alsó végtagok felhűdése kombinálva a hátsó kötegek megbetegedésével. Olaszországban a gerincagyi hűdések az elmebetegek 2%-ánál találhatók.

Minden tavasszal kiújulnak a bőr és emésztőrendszer kóros tünetei s ugyanekkor az idegrendszeri

tünetek újólal rosszabbodnak, mindig nagyobb és nagyobb súlyossággal, míg az illető elbutul, elgyengül és teljesen munkaképtelen lesz. Végül a senyv előhaladása miatt, rendszeren hasmenések között bekövetkezik a vég.

Még kérdéses, hogy epilepsia és hűdéses elmezavar kifejlődik-e pellagrás alapon?

Az idegrendszeri zavarok néha gyorsan haladnak előre, úgyhogy 2—3 év alatt, ritkán pár hónap alatt már az illető kifejezett elmebántalomban szenved. Más-kor évek sora alatt is alig rosszabbodik a beteg elmebántalma, vagy csak kismértékű az elbutulás s az illető munkaképes marad.

A pellagrás megbetegedés az utódokra is jelentőséggel bír: pellagrások gyermekei gyakran infantilisak, vagy myxoedemás jelenségeket mutatnak.

Kórbonctani tünetek: A pellagránál a bőrgyulladás heveny időszakában éppen olyan, mint erythema solare-nál: jellemzi a cutis oedemája, sejtes beszűrődése, az erek tágultak, a szaruréteg fellazult. A heveny lobos tünetek lezajlása után hyper- és parakeratosis, kötőszövet-szaporodás és festenyzettség marad vissza, mint jellemző. Többször ismétlődő eruptio után a bőrnek minden rétege sorvadást és erős festenyzettséget mutat mérsékelt hyperkeratossissal.

Pellagrában elhaltakban boncolásnál rendszeren a zsírszövet erős megfogyatkozását, az izomzat sorvadását, zsíros elfajulását lehet találni. A belső szervek erősen vérszegények, a zsigeri szervek sorvadtak, leginkább a lép. (*Sergent.*)

Gyakori Erdélyben a tüdőlob, vagy tüdőüszök. Az agy és gerincagy lágyburka gyakran mutat megvastagodást, gyakori az idült agyvízkór, az agy állományának körülírt sorvadásai, az agy és agyhártyák vérbősége, vizenyössége.

A gerincagyban leggyakoribb a Goll-féle köteg és a pyramis-pályák elfajulása, mindig két oldalon, részarányosan. A gerinevelő központi csatornája rendszeren megszűnik. Gyakran mutatják a mellő és hátsó gerincagyi szarvak idült gyulladás jeleit, úgyszintén előfordulnak keményedéses göccok az agyban és gerincagyban, az agyban a nagy pyramisjelek rétegében a dűcsjelek chromatolysise, néhol a teljes eltűnésig.

A mellékvesék gyakran mutatnak eltérést: az esetek átlagában kisebb súlyúak, a sympathikus dűcokon plasmolysis, a hozzájuk tartozó idegrostokon sorvadás található a kéregszövet túltengése következtében. (*Roaf.*)

Rendes lelet a béluzam nyálkahártyájának vérbősége vagy sorvadása és a vastagbél kisebb-nagyobb kiterjedésű és néha igen súlyos diphtheritikus, alhalásos, fekélyesedő folyamata.

A halál vagy az agy és gerincagy megbetegedésének következtében elbutulás tünetei közt következik be, vagy gümőkór, vérhas, skorbut, tüdőgyulladás ve-teinek hiánya által az orbánétól mégis eltér.

Elkülönítő kórisme: A kezeken, lábakon és az arcon található bőrgyulladás heveny esetekben az erythema solarehoz hasonlít leginkább, avagy az orbá-nak bizonyos torpid, idült alakjaira emlékeztet; de míg súlyos heveny esetekben a bőr erős beszűrődé-e jóval túlhaladja az erythemánál láthatót, annak a környe-zetbe való viszonya, tapintata és az orbánc többi tuneteinek hiánya által az orbánétól mégis eltér.

Idült ekzematól megkülönbözteti a viszketés, a vakarási nyomok hiánya és a mélyreható bőrrepe-dések.

Jellegzőnek mondhatók a faggyúmirigyeknek az arcon s különösen az orron észlelhető elváltozásai.

A bőrön található elváltozásokat tehát sajátla-go-

saknak kell tartanunk. Emlékeztetnek ugyan egyik-másik tulajdonságaikban más ismert kóralakokhoz, de összességükben azoktól különböznek.

Idült esetekben a mindjobban előtérbe lépő vérszegénység, izomgyöngeség, a sósavhiány, az idegrendszer és elme részéről jelentkező elváltozások — amelyek egymagukban ugyan nem jellemzőek, de a bőrön levő elváltozásokkal együtt jól magadják az útmutatást — teszik lehetővé a pellagra felismerését.

A pellagra korjósata főképen attól függ, hogy a pellagrás betegsége elején mennyiben kerülhet megváltozott körülmények közé. Gyógyulás a megbetegedés elején elérhető még akkor is, ha már elmebetegség tünetei mutatkoznak.

Az első bőrperitio megfelelő kezelésre 3–4 hét alatt meggyógyul, rendszeren ennyi idő alatt gyógyulnak a pellagrasoríumok nem elmebajos betegek is. Azonban ha az illető megint visszakerül előbbi életviszonyai közé, a visszaesés bizonyos.

Mindenesetre vannak enyhe lefolyást mutató pellagrák, ahol éveken, sőt évtizedeken keresztül ismétlődnek tavasszal a bőreputiók, de csak mérsékeltek az emésztőrendszer részéről kifejlődő tünetek éppúgy, mint az idegrendszer megbetegedése. Az ilyen betegek megviseltsége mérsékelt, s kistokú elbutulással évek hosszú során át munkaképesek maradnak. Ellenben más esetekben mindjárt az első évben már súlyos tünetek mutatkoznak az idegrendszer részéről is s már az első években súlyos elmebántalom fejlődik ki. Az elmebántalmakba visszaesők prognosisa rossz, ezek rendszeren állandó lakói lesznek az elmeorvóintézeteknek. Általában az észlelhető, hogy az exacerbatióknál évről-évre súlyosbodik az elmebántalom és az exarbatio mindig hosszabb ideig tart el. Ezek folyamán kifejlődő elmebántalmak később rendszeres elbutulásba mennek át, a folyton fokozódó vérszegénység, senyv halálhoz vezet.

A pellagrás elmebajosokból sok pusztul el aránylag rövid idő alatt. Így a kolozsvári elmeorvóintézeti klinikán 1898-tól 1909-ig észlelt 27 pellagrás beteg közül 12 halt meg a behozatalától számított 4 hónapon belül. A halálok 8 esetben volt rostonyás, hurutos vagy üszkös tüdőgyulladás és a vastagbél többé-kevésbé súlyos megbetegedése.

A pellagra kóroktana még homályba van burkolva. Még azt sem sikerült minden kétséget kizáróan bebizonyítani, hogy táplálkozási bántalom-e, vagy pedig fertőző betegség, bár az utolsó évtizedekben sok érdekes magyarázattal kísérelték meg kóroktanát tisztázni.

Legáltalánosabb fölfogás szerint a kukorica termelésével és fogyasztásával van valahogyan összefüggésben a pellagra keletkezése. A fölfogást vallók a következőkre hivatkoznak: a pellagra ismeretlen volt Európában addig, amíg a kukoricát be nem hozták Amerikából a XVII. század végén. Azon vidékek betegsége, amelyeken nagyban termesztik s a lakosok fő tápláléka. A kukorica termelésének és emberi táplálkozásra használásának geographiája és történelme szoros összefügg a pellagra geographiájával és történelmével. A pellagra Európában először Spanyolországban lép föl, ahol először kezdik termelni nagyban a kukoricát, itt már 1730-ban leírja *Casal*. A XVIII. században Spanyolországból terjed el a pellagra Olaszország felső részében, a múlt század elején Franciaországban, Ausztria déli részén és a Balkánon: Szerbiában, Bulgáriában és Törökországban és 1810 körül Oláhországban. Oláhországból jutott Bukovinába és Oroszországba, de Oroszországnak csak azon részein

észlelhető, ahol kukoricát termelnek. A 70-es években Magyarországra az Alduna mellé és a Szilágyba jutott el és végül 1898-ban Erdélyben terjedt el.

Az újabb vizsgálatok szerint most már mindjobban terjed Afrikának a Földközi-tenger melletti vidékén, főleg Egyiptomban, de Kelet- és Dél-Afrikában is, éppígy Kis-Ázsiában, Kelet-Indiában és Dél-Amerikában. Mindezen helyeken a kukoricatermelést követőleg jelent meg a pellagra is.

Kukoricatermelő vidékeken nem észlelik a pellagrát olyan helyeken, ahol a kukoricát emberi táplálkozásra nem használják. Így van ez Magyarország legnagyobb részében, ahol a kukoricát csak disznóhízlásra és a majorság etetésére használják. Friaulban, súlyos pellagrás vidéken, egy falu teljesen mentes a pellagrától; lakói csupán hallal élnek. Oláhországban Szucsavában, mely pellagrás faluk között fekszik, pellagrás nincs; lakói orosz skopczok, kik kukoricát nem esznek. Éppígy a Bukarest melletti Jilava lakói mentesek a pellagrától; lakói kenyeret, sajtot, tejet esznek, kukoricát nem.

Az a kérdés azonban, hogy a kukoricával való táplálkozás miképen hozza létre a pellagrát, mai napig sincs megfejtve. Már *Maffei*nek feltűnt 1600-ban, hogy azok, akik úgyszólván kizárólag kukoricával táplálkoznak, rosszul néznek ki és gyengék, és mégis a mai napig hiába folytak a vizsgálatok: a kérdésre úgy megfelelni nem tudunk, hogy a pellagra epideológiája körül tett észleletek megnyugtatólag meg volnának fejthetők.

A vizsgálók tekintélyes csoportja azon a véleményen van, hogy az úgyszólván kizárólag kukoricával való táplálkozás inanitióhoz vezet, mert a kukorica, összehasonlítva más, általános táplálkozásra használt tápszerekkel, csekélyebb tápértékkel bír. Ez a *zeista elmélet*.

Azonban, hogy az inanitió magában nem vezet pellagrára, azt számos észlelet bizonyítja. Az inanitiónak, amely pellagrát okoz, egészen fajlagosnak kell lennie. *Funk* és *Sandwirth* hajlandók a pellagrát a beriberihez hasonló módon keletkező *avitaminosis*nak tartani. Szerintük az örölmód következtében: ha a kukoricát gőzmalomban őrlik, vagy a kukoricalisztból készülő ételek elkészítési módja következtében abból az egészség fenntartására fontos dolgok távolíttatnak el, vagy mennek tönkre és ez, mint hiányos táplálkozás, idézi elő a pellagrát; éppúgy, mint beriberinél a rizs koptatása.

Amerikai vizsgálók, élükön *Goldbergerrel*, *McCollummal* és *Wilsonnal* arra az eredményre jutnak, hogy nem vitaminhiány az oka a pellagrának, hanem a kukorica fehérjéjében bizonyos *aminosavak hiánya* hozza azt létre. Nézetük szerint növényi magvakkal és ezekből készült tápszerekkel nem lehet állatokat állandóan táplálni, mert a magvak fehérjei alacsonyabb biológiai értékűek, mintsem azokkal az állati élet állandóan fenntartható volna: nem tartalmazzák ugyanis kellő mennyiségben készen azokat az aminosavakat, melyek az állati élet fenntartására feltétlenül szükségesek, mert az állati szervezet ezeket az aminosavakat és különösen a ciklikus aminosavakat önmaga képezni nem tudja. *Hopkins* és *Wilcox* szerint kizárólag zein, a kukorica fehérjéjével azért nem lehet táplálni az embert, mert abból hiányzik a tryptophan és a lysin, két olyan aminosav, melynek az állati élet fenntartására okvetlenül szükségesek.

Goldbergernek ezt sikerült legújabbán kísérletileg is bizonyítani, amennyiben pellagrás betegeknél nem sikerült a tavaszi kiújulást megelőzni, ha azokat

változatos és vitamindús táplálékokkal táplálta is, de kellő mennyiségű állati fehérjéről nem gondoskodott ételükben; ellenben sikerült 18 esetben a kiújulást megakadályozni, ha a táplálékukban kellő mennyiségű állati fehérjéről, illetőleg aminosav-pótlásról gondoskodott.

A betegség keletkezését magyarázó hypothesis az, hogy az aminosavhiány a mellékvese s talán más belsősecretiós mirigyek csökkent működését, illetőleg megbetegedését hozza létre. Valószínű ugyanis, hogy az állati szervezetnek szüksége van a mellékvese hormonjának: az adrenalinnek képzéséhez tyrosinra, vagy az ehhez közelálló dioxyphenylalaninra (Bloch). Azon chemiai rokonság folytán ugyanis, amely a tyrosin és az adrenalin között fennáll, feltételezhető, hogy az adrenalin képzésére a szervezet a tyrosint használja fel. Az is valószínű Hopkins vizsgálatai alapján, hogy a szervezet bizonyos egymással közel rokon aminosavakat egymásba átalakítani képes. Az aminosavak között a tyrosin a tryptophantól igen távol áll — előbbi a para-oxyphenylaminopropionsav, utóbbi indolaminopropionsav —; de az a körülmény, hogy a festékképződésekben a kettő együtt szerepel, valami kapcsolatra enged következtetést a két aminosav között. És így feltételezhető, hogy a zeinnek tyrosin- és lysinhiánya nemcsak az adrenalin képzés hiányosságához, hanem a mellékvesék megbetegedéséhez is vezet.

A pellagra kóroktanának ilyen magyarázata megerősítést látszik nyerni nemcsak azzal, hogy a pellagrának vannak Addison-kórral rokon jelenségei, amelyek úgy foghatók fel, mint a sympathikus idegrendszer kóros működései a hiányos adrenalin-képzés következtében; hanem megerősítést látszanak nyerni azáltal is, hogy a pellagrások mellékveséin az Addison-kórral rokon elváltozások találhatók: a sympathikus ganglionok plasmolysise, a hozzájuk tartozó velőhüvelynélküli idegrostok sorvadásával, ami a kéregállomány túltengése által jött létre. Hasonló elváltozások ezek a koptatott rizsszel etetett, avitaminosisban szenvedő galambok mellékveséin észlelhetőkhöz.

Más amerikai vizsgálók, így Siler, Garrison, Mac Neal, Jobling, Arnold és mások, nem fogadták el a pellagra keletkezésének ezt a magyarázatát, mert láttak olyan pellagrás megbetegedéseket, amelyeknél az azt megelőző időkben a táplálék állati fehérjetartalma minden tekintetben kielégítő volt és sok epidemiológiai észleletet, hogy például Amerika egyesült államainak egy részében 7—8 évi periodusokban kétszer és fellépett és azután ismét megszűnt a pellagra, ezzel az elmélettel magyarázottnak nem találják, mert a lakosok táplálkozási módjában ez idő alatt radicalis változás nem történt.

Ezen inanitiós elmélettel szembenálló tapasztalat az, hogy Mexico földművelő népe, amely kizárólag kukoricakenyérrel és babbal él, nem pellagrás; holott a szomszédos Texasban és a többi déli államokban 15 év óta a pellagra tájkórosan előfordul, tízezrei pusztulnak ott el pellagrásoknak. Illinois államban megint, amely az Egyesült-Államoknak fő kukoricatermelő állama, nincs pellagra. Illinoisban Ormsby két éven át kutatott utána az Egyesült-Államok megbízásából, nagy segítséggel és pellagrát nem talált. Nem volt pellagra Erdélyben sem 1898-ig, pedig az erdélyi oláhságnak igen sok helyen úgyszólván kizárólagos tápláléka a kukoricakenyér és a kukoricaliszból készült puliszka. Ismeretes az is, hogy a kukoricához hasonló inferioris táplálékkal élők közt, pl. a felsőmagyarországi tótok, máramarosi rutének között pellagra nincsen.

(Folytatjuk.)

THERAPIA

A debreceni kir. m. Tisza István-tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Szontagh Félix dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Az A. Adam-féle savanyútej.¹

Írta: Ambrus József dr. tanársegéd.

Két terjedelmes közlemény jelent meg csaknem egyidőben a savanyú soványtej alkalmazásának módjáról. Az egyik Hainisstól (O. H. 1923, 24. sz.; Monatschr. f. Kinderheilk. 1923, XXVI. sz., 6. füzet), a másik A. Adamtól. Az első szerzőtől ajánlott és klinikai tapasztalás útján összeállított tejet elsősorban anyatej mellett rosszul fejlődő, de nem dyspepsiás csecsemőknek adjuk kis adagokban, étkezés előtt. Ezenkívül: súlyukban csökkenő csecsemőknek hozzátetés, súlyosabb esetben tisztán savanyútejjel való táplálásként; makacs tej- és liszt-ártalomnál; exsudatív diathesises gyermekeknek a csekély zsírtartalom miatt; jól fejlődő, vegyes táplálékban élő gyermekeknek egyszer napjában és atrophiasoknak, ahol a savanyú soványtejjel mint alapanyaggal egész menük állíthatók össze. Mint látható, az indikációk közül az acut dyspepsia hiányzik, megokolását egyik előző közleményében (Mschr. f. Kh. 1923, XXI. köt.) találjuk meg: dyspepsiás csecsemő hyperacid és újabb savbevittel csak fokozzuk ezt az állapotot és hányást váltunk ki. Az Adam-féle savanyútejet elsősorban dyspepsiánál és aliment. intoxicationál adjuk, valamivel kisebb körben a többi esetekben. Összetételét e két betegség pathogenesisének kutatása közben nyert megállapítások szabták meg és a másfél éves gyakorlat csak keveset módosított az első összetételen. Megállapítása szerint éhezéskor és hőpángánál az elválasztott bélnedv mennyisége nem elég ahhoz, hogy a Ph. 8-2 állandóan megmaradjon, illetve újra visszaálljon a periodusosan bekövetkező csökkenések után. Túletetésnél nagymennyiségű bélnedv termelődik, amelynek H.-concentrációja nagy állandósággal Ph. 7, csaknem ugyanezt az értéket kapjuk az előző két esethez képest. Ebben a milieuban a coli communeból az A.-E.-törzs burjánzik túl, melyre nézve a Ph. 7 a sajátlagos H.-érték. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1923, 101. sz., 51. köt., 5-6. füzet.) Egészséges állapotban a coli csak az emésztés idején szaporodik el achymusban. Kóros állapot esetén a fejlődési optimumot (Ph. 7) a nyálkahártya legfelszínesebb részén találja meg. Ezek szerint az alsó ileumkacsokból felfelé történő vándorlás elméletére nincs is szükség. Ha bekövetkezik a nyálkahártya felületén az elszaporodás, beáll a nyálkahártya gyulladása is; az elváltozások hasonlítanak kórbontanilag is a cholera bélglyulladáshoz (a régiék elnevezése találó). Adam szerint antibakterialis terapiát kell ennél fogva végezni. Nagyszámú anyaggal végezte kísérleteit és megállapította, hogy mely anyag jelenlétében következik be in vitro szaporodás és melyektől akad meg a fejlődés, illetve következik be elfajulás. Az A.-E.-törzsek alpusztulnak akkor, ha a táptalajhoz keményítőt, caseint, caseinátokat és calciumszappant keverünk. (L. részletesebben Jahrb. f. Kinderheilk. 1923, 101. sz., 51. köt., 5-6. füzet.) Ez a megállapítás igazolta a régóta alkalmazott liszt főzeteket és a fehérje-terapiát; megdöntötte azt az elméletet, mely szerint a rothadás fokozására kell törekednünk. Rothadás fokozásával az intoxicatiót is fokozzuk (Moro). Az elkészítése a savanyútejnek végtelenül egyszerű, nem egyéb, mint alkalmazása a degeneratiót előidéző anyagoknak. Keményítő helyett Soxhlet-cukrot adunk, gyakorlatilag ez alkalmasabbnak bizonyult. Centrifugált és teljes tejet egynélő mennyiségben keverünk össze, gyorsan felfőzzük és lehűtjük. (Ha nincs separator, akkor a tejszínt és még kb. 3 ujjnyi tejet kanalazunk át egy mérőhengernél, a zsíros rész felét leszedjük és a többit visszacsöntjük, vagy megvárjuk, amíg a tej megalvad, a tetejének közepén egy vonalat húzunk és az egyik oldalon a tejfelt leszedjük.)

A 25°-ra lehűtött tej 1 literéhez 2 evőkanálnyit egy napos aludtejet keverünk. 20—22°-on áll egy napig a tej (22 óra is elég), ennyi idő eltelte után literenként 2-5 g CaCO₃-ot keverünk el benne és 3—4 órára állni hagyjuk szobahőmérsékleten. Ha a felszínen hab képződik,

¹ A tejkészítményt A. Adam dr. személynél szívességből „Zur Praxis und Theorie der Dyspepsiebehandlung” c. közleményének megjelenése előtt (Monatschrift. Kh. XXVI. 5. füzet.) alkalmaztuk már.

néhányszor felkavarjuk. A beoltáshoz használt aludtejnek természetesen krétementsesnek kell lennie. Ezután asbestlap felett, igen gyors kavarás közben felfőzzük, azonban a 70%-ig való felmelegítés is teljesen elegendő. Szitán átöntjük. A jól elkészített tej 10 l-éből kb. 1 evőkanálnyi casein akad fenn a szitán, amit nem használunk fel. Kiosztás előtt hozzáöntjük a megfelelő tápkukoroldatot, melynek 2 köbcentimétere tartalmaz 1 g Soxhlet-cukrot.

Az ily módon elkészített tejben a zsír felére, a tejcukor egyharmadára csökkent. Caloriaértéke cukor nélkül 450. Titrációs aciditása $n/10$ NaOH-val szemben 60; Ph-értéke 5.5, tehát azon az értéken van, ami a normalis csecsemő gyomornedvének H.-concentrációjával azonos, ha az tehéntejet emészt. Ez a H.-concentráció a vékonybélben is hosszú ideig változatlan marad, mint-hogy bőségesen el van látva regulator- (puffer) anyagokkal; a tej a kóros baktériumflóra fejlődését pedig megakasztja, az ezekre nézve kedvezőtlen H.-concentrációja miatt.

A más módon elkészített savanyú soványtejeknél és az íróknál az aciditás tág határok között ingadozik, azonos biológiai hatású készítmény nem állítható elő nap-nap után. A titrimetriás eljárással megállapított savfok sem ad felvilágosítást az író actualis H.-concentrációjáról. Az Adam-féle tej zsírtartalma nem indul zsírsavas erjedésnek a bő Ca-tartalom miatt, hanem calciumszappanná alakul át — ezidőszent még nem egészen tisztázott módon — és kifejti hatását a dyspepsia colival szemben. Ezenkívül még a bél nyálkahártyájára valamelyes antiphlogistikus hatást is fejt ki valószínűleg.

A klinikán eddig 58 esetben alkalmaztuk és eddigi tapasztalataink a következőkben foglalhatók össze.

1. Rendkívüli állandósággal megtartja actualis H.-concentrációját. Eleinte mindennap, később 2–5-napos közzökkel vizsgáltuk a Michaelis-féle indicatoros methodussal. Mindig azt találtuk, hogy az azonos színnek a r-dinitrophenol-sorozat utolsó és a p-nitrophenol-sorozat tagjaival egyeznek. A titrációs aciditás eleinte ingadozott, majd ez is szűk határok között mozgott. Nagyobb értékeket a fűtés kezdetekor mértünk, mely a hőmérséklet szabályozása után újra normalisra szállt le. A biológiai fontos Ph.-számok alig változtak valamit.

1. 1923 szeptember 8-tól október 8-ig Ph. 5.3–5.5 között, a titrációs aciditás 61–67 között (csupán 2 nap 56–57 és 2 nap 72–77) változott; október 8-tól november 4-ig csaknem változatlanul Ph. 5.3, a titrációs aciditás 60–61; november 5-től november 13-ig Ph. átlag 5.5, titrációs aciditás 74.3, 97, 100, 70, 62 és 65.

Ezek a mérések bizonyítékai az állandó és megbízható aciditásnak.

2. A hordenzym teljesen megfelel, Soxhlet-féle tápkukrot pótolja.

3. Ha a dyspepsia tünetei hevesek voltak, célszerű egy-két napon keresztül egészen lefőlőzött tejjel készült tápszert adni, sőt még a cukor is elhagyható, a harmadik napon már bátran adhatjuk az előírás szerint készült tejet 2–3% hordenzimmal.

4. A csecsemők jórésze (kb. egyharmada) eleinte kilöki szájából vagy kihányja a tápszert. Türellemmel, kisebb adagokra elosztva adjuk ilyenkor, 1–2 nap múlva szívesen elfogyasztják azután. A saccharinnal nem kell nagyon takarékoskodnunk; többször láttuk, hogy a félbehagyott üveget végig kiszívta a csecsemő egy fél tableta saccharin hozzáadása után.

5. A leggyorsabb hatást a rövid idő óta tartó dyspepsiáknál észleltük. A fehéres sárgás, pasta consistenciájú úgynevezett „savanyútej-széklet” átlag a 2–3. napon jelenik meg, volt azonban olyan esetünk is, ahol másnap már megszűnt a zöldes széklet. A súlygyarapodás nem rohamos, a súlyemelkedés azonban állandó és csak kis ingadozások észlelhetők.

6. Anyatej mellett nem kielégítően fejlődő csecsemőknél, valamint dystrophiásoknál egy évéskor Adam-tejet adunk.

7. Az áttérést a rendes táplálásra azzal vezetjük be, hogy nem főlőztetjük le a tejet, és lisztet adunk hozzá, ezenkívül darával és kétszersülttel készült savanyútejes pépek is igen jól beváltak.

7. Kombináltuk a Schaps-féle eljárást a savanyútej-kezeléssel. Szontagh professzor figyelmeztetett bennünket arra, hogy E. Weil, Mann és A. Lumier előtt több évtizeddel rendelkeztek már halenyvet dyspepsiás csecsemőknek. Gyengén fejlett csecsemőknél, elhúzódó dyspepsiáknál, azaz oly esetekben, ahol nem szívesen

rendelünk el hosszabb éheztetést, az ételmegvonás napján 8–10 g gelatinát adunk leves alakjában, még akkor is, ha intoxicációs tünetek nincsenek. Meglepő, hogy még ilyen csekély mennyiségű gelatina is mennyire megváltoztatja a székletet. Híg, pépes, szürkessárga székletek váltják fel a zöldeseket. Másnap azonban már 5×30–50 g savanyútejet adunk és igyekezzünk elérni minél előbb a testsúlynak megfelelő mennyiséget.

8. Az Adam-tej 0.5%-os calcium lactat tartalmából mindig szabaddá válik annyi tejsav, amennyi a serkentő, szinte Reiztherapie-szerű hatás eléréséhez szükséges. Ennélfogva a régebben adott híg tejsavat elhagytuk, annyival is inkább, mert a tejsav kis adagjai is kiszámíthatatlan hatásúak. 0.05 g tejsav (az 5%-os oldat 1 cm³-e) tápszerhez keverve három esetben nyugtalansággal váltakozó sóport és szűk, fényre nem reagáló pupillát okozott, mely állapot két napig tartott, azután visszafejlődött. Máskor jóval nagyobb dosisok hatástalanok maradtak, valamennyi esetben dystrophiás csecsemőknek adtuk.

9. Vastagbél-affectióknál nagyon jó eredményeket láttunk. Csecsemőkön kívül 1–2½ éves és 6–7 éves gyermekeknek adtuk.

A savanyútej-széklet nagymennyiségű nyálkát köt meg, a székletek száma gyorsan csökken, a kínzó tenesmusok megszűnnek; egy bacillaris dysenteria kivételével, egy esetben sem kellett gyógyszerrel beavatkoznunk. Menhelyi gyermekeknél morbilli lezajlása után, a reconvalescentia szakában igen súlyos véres-nyálkás vastagbélhurutokat észleltünk, ezek kivétel nélkül megszűntek 4–5 napi savanyútej-diaeta után.

10. Tbc.-s csecsemők és gyermekek rohamosan gyarapodtak, majd újra veszítették súlyukból, éles ellentétben áll velük az igazán gyógyuló gyermekek szolid, állandó súlyemelkedése.

E készítményről végleges bírálatot mondani korai volna. Állandó, actualis savtartalma és egyszerűsége nagy előnyt biztosítanak. Eddigi észleleteink után azt mondhatjuk, hogy a savanyú tejszínből készített írótl sem láttunk jobb eredményeket, ezért tejszínből az utóbbi időben nem készítettünk írótl. A heidelbergi klinikán kívül Hess a mannheimi nagy csecsemőosztályon, Jacobson a karlsruhei kórház gyermekosztályán ért el jó eredményeket.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az encephalitis lethargica gyógykezelésének kísérleteiről. Hoff H. (Wiener klinische Wochenschrift 1923, 51. sz.)

Szerző a Wagner-Jauregg-klinikán az 1916–1923. években különböző módon kezelt encephalitis betegek gyógykezelésének eredményéről számol be, melyek máshol nyert tapasztalatokhoz hasonlóan negatívumokból állanak, amennyiben észrevehető javulás csakis az akut esetekben mutatható ki, míg az encephalitis következményes állapota, a parkinsonismus minden kezelés mellett változatlan marad. Összeállításában a következő gyógyeljárásokról számol be: urotropinra változás nem észlelhető; jód (50% natriumjodat vagy Pregl-oldat), vaccineurin, staphylococcus-, streptococcus- és typhus-törzsek előtt kulturáinak befecskendezésére csak a meningealis tüneteket mutató vagy akut esetekben volt változás észlelhető. Chronikus esetekben malaria beoltásával a parkinsonismus lényeges változása nem észlelhető, egyedül talán natrium-cacodylicum befecskendezésével (50%-os oldatból 0.5–2 cm³ intravenásan másodnaponként) sikerült kis javulást elérni. Cserna dr.

Az exanthemák prognosztikus jelentősége a később fellépő idegrendszeri luesre. Árpási A. (Wiener klinische Wochenschrift 1924, 1. sz.)

Szerző tapasztalatai alapján keresi a gyakorlati megítélését annak, hogy melyik lueses fertőzést követheti késői idegrendszeri lues megjelenése (tabes, dementia paralytica). A liquor cerebrospinalis rendszeresen végzett vizsgálata kapcsán derült ki, hogy a syphilis virusa már az elsődleges sclerosis idejében vagy a secundaer stadiumban eljut a gerincvelőbe és az agyvelőbe. Kyrle tapasztalatai szerint az exanthemákkal együtt az esetek legnagyobb részében a liquor-lelet is pozitívvá válik, sőt a bőrexanthemák egy részében csakis a liquor-lelet pozitív. Hogy a bőrtünetek (leukoderma, alopecia) megjelenésének oka az idegrendszerben lezajló folyamatok következménye, azt kísérleti vizsgálatok is igazolták. Ezeknek a tapasztalatoknak a segítségével — szerző szerint — a gyakorlat számára is lehetségesé válik az idegrendszeri bántalom megállapítása a liquor vizsgálata nélkül is: az exanthemák nem mind peri-

phériás okok következményei, amit azoknak symmetriás és segmentumos elrendeződése is igazol és így az ilyen módon elrendeződő recidivák a központi idegrendszer bántalmára engednek következtetni, ami egy későbbi idegrendszeri lues kifejlődését valószínűvé teszi. Az igen kifejezett és nem segmentumos bőrelváltozásokkal járt esetekben ritkán fejlődik ki idegrendszeri lues, aminek magyarázatát abban keresi, hogy a bőrelváltozások kíséretében könnyebben fejlődik ki immunosság az idegrendszerben; míg ahol nem voltak bőrelváltozások, ott a secundaer stadiumban nem jutottak spirochaeták az idegrendszerbe, az idegrendszer nem immunizálódott és így a resistensebb spirochaeták későbbi inváziójának áldozatává esik.

Cserna dr.

Gyermekorvostan.

A lues congenita korai diagnosisáról. Vulovič. (Klin. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

A congenitalis syphilis számos fontos kérdésére kaphatunk feleletet a diagnosis korai biztos megállapítása által. Különösen nagyjelentőségű ez luesben szenvedő szülőknek tünetmentesen született gyermekeire nézve, kiknél a kezelés szükségességének indicióját kell mielőbb felállítani.

Számtalan vizsgálat igazolta, hogy luessel fertőzött újszülött köldökzsinórjának vénás vérében a spirochaeta pallidát sötét látótérben ki lehet mutatni. A vizsgálatnak a szülés után rövid idővel kell történnie, és pedig a gyermek testéhez közelebb eső köldökzsinór-részből.

Kifogástalan vizsgálati eljárás mellett, negativ eredmény esetén a lueses fertőzés megtörténtét a legnagyobb valószínűséggel kizárhatjuk, míg a spirochaeta pallida jelenléte természetesen congenitalis syphilis mellett szól akkor is, ha a gyermek a luesnek semmi más tünetét nem találjuk.

Malatinszky Vilma dr.

Az alvás a gyermekkorban. H. Aron. (Monatschrift für Kinderheilk. 1923, III. füzet. Június.)

Experimentalis úton ki van mutatva, hogy a gyermek alvási periodusai alatt az elfogyasztott energiamentiség csökkenése arányában az elégekés is oly arányban csökkennek, hogy azok esetleg még az élet fenntartásra szükséges caloriamennyiséget sem igénylik. Különösen áll ez egész fiatal s a pubertás idejében levő gyermekekre. Sok esetben a rossz fejlődést és súlyban való visszamaradást egysezeriben meg lehet javítani az alvási idő kitolásával anélkül, hogy a táplálék minőségén vagy caloriatartalmán változtatnánk. Nem az alvási idő hosszát kell kinyújtani, hanem a gyermeknek módot adni, hogy nappal 1–2 órát allasson. Ideges, neuropathiás gyermekeknél minden izgalmat az ébrenlét óráiban kerülni kell. Lefekvés előtt langyos vízben lefürösztyjük és tíz percig ledörzsölve a gyermeknél előidéztet bőrhypaemia folytán agyvérzés-génység, fáradtság áll elő s az alvás jó is lesz utána. Csak testi kifáradás után áll be jó alvás, szellemi munka utáni kifáradás az alváshoz káros. Hogy mi fárasztja szellemileg már a gyermeket, az individualis, azt ki kell próbálni. A kétszázakasos alvást egészségesebbnek tartja, mint az egysezeriben való hosszabb alvást, mert az első álom mély és felüdítő hatása így kétszer ismétlődik 24 óra alatt.

Bókay Zoltán dr.

Urologia.

A glomerulusok és tubulusok szerepe a vizelet elválasztásában. Ferd. Lehr. (Urolog. Chirurgie 1923, 13. köt., 3–4. füz.)

Ludwig, Heidenheim és Metzner teoriájának fejtegetése után Cushnynak 1917-ben között felfogását fejtegeti. Utóbbi Metzner teoriájához áll legközelebb, tehát elfogadja a glomerulus-filtrációt, de a húgycsatornák epitheliájának nem secretorikus, hanem — bár activ sejtevékenység által feltételezett — resorptiós működést tulajdonít. Ez a resorptio függ a sejtek absorbeálóképességétől, a glomerulus-filtratio összetételéből s az időtől, melyen az áthalad a húgycsatornácskákon. Csak a szervezetre hasznos anyagok resorbeálódnak, elsősorban a konyhasó és a cukor. A glomerulus-filtratum nem tartalmaz colloidokat, mert ezek ellenállnak a filtrációnak. Számos régebbi és újabb, a kérdést megvilágító kísérletet közöl, melyeket kritikai kommentárral lát el.

Minder dr.

Az urologia fejlődésének történetéről. Thomas D. Moore. (The Journal of Urology. 1923, 10. füz., 2. sz.)

Az urologia története az ókorig nyúlik vissza, perinealis lythotomiát már a hindusok is végeztek. A középkorban az olasz Perugia híres volt kőmetszőiről, innen tanulták meg a franciák. A mai lythotriptor ősapja Civial, de már előtte Sanctorius is készített egy eszközt, sokkal primitívebb kivitelben, Nietze cystoskopjához az ideát egy Bruck nevű fogász ú. n. stomatoskopia adta, mely lényegileg egy galvánárammal izzásba hozott platinkacsból állott. Nietze először vízűtőkészüléket szerkesztett a platinkacsához, majd elektromos lámpával a primitív platinkacs-

világítás teljes elvetésével alkotta meg a modern cystoskopot. Az ureterkatheterizmust 1888-ban Brenner kísérte meg először nőnél s 1893-ban sikerül James Brownnak ugyanez férfinnál. Simon 1871-ben ujjával vezetett fel nőnél egy ureterkathetert olyformán, hogy mutatóujjával behatolt a hólyagba, kitapintotta így az ureternyílást s ujjja mellett vezette fel a cathetert. Rövid történeti áttekintést ad a vesefunkció meghatározásánál használatos szerek fejlődéséről s különösen ajánlja az Amerikában általánosan használt phenolsulphophthaleint. Utóbbi 1910-ben Rowubree és Geraghty fedezték fel azon kísérletek közben, melyet egy subcutan alkalmazható purgans előállítására céljából a phthalein-gyök összes derivatumain végeztek.

Minder dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Tizenkét előadás a belső betegségek diatetis kezeléséről. Benczúr Gyula egyetemi magántanár. (Budapest, 1924. Franklin-Társulat kiadása.)

A magyar orvosi irodalomban Hirschler és Terray diatetika-jának megjelenése óta 23 év telt el. Azóta főleg Bálint értékes munkássága tartotta felszínén a diatetika újabb kérdéseit és eredményeit, majd Benczúr magántanári előadásai tették lehetővé az ifjabb orvosgeneratio egyetemi kiképzésének a tökéletesítését ezirányban is. Nagy érdeklődéssel néztünk szerző most megjelent könyve elé, mert azt vártuk, hogy ő teszi meg az első lépést arra, hogy a táplálkozásban külföldön megállapított általános érvényű eredményeit magyaros vonatkozásban dolgozza fel. Elismerésemelől szaktudással megírt munkáján azonban erősen lehet érezni az utolsó öt évben hatalmas fejlődésnek indult német diatetikai irodalom hatását. Talán a diatetikát lehet a legkevésbé a nemzeti táplálkozási viszonyokhoz és szokásokhoz való alkalmazkodás nélkül valamely nyelvre átültetni. Szerző pedig e művében sokkal részletesebben tárgyalja a Németországban használatos táp- és élelmiszereket, mint a magyar konyha anyagait és készítményeit. 12 előadás közül háromba tömöríti az élelmiszerismeret és a konyhatechnika nagy anyagát és ezért ez a rész kissé hézagos, egyes kifejezése pedig félreértésekre adhat alkalmat. (Így pl. „kályhacsó”-nek nevezi a sütőt, „rostonyá”-nak a cellulost.) Ellenben élvezetesség és tanulságossá válik a könyv ott, ahol a nagytapasztalatú klinikus beszél a szerzőből. Sorra veszi a belső betegségek diatetis kezelésének a szabályait és betegségek szerint haladva ad tanácsokat a diatetára vonatkozólag. Szívesen olvastunk volna ezek között az újabb és már mindenütt bevezetett diatetákról, pl. Sippy-ulcuskúra, az amerikai szerzők diabetes-kezelése és Falta veteményliszt-napjéről is. Mintha az előző előadásokban csak lendületet akart volna venni, annyira kiemelkedik az utolsó előadás frissességével és újszerűségével a többi közül. A diatetis anaphylaxiáról, a tápszerhatásról és az avitaminosisokról szól ebben. Bizton hisszük, hogy B. könyve nagy elterjedtségnek fog örvendeni és ezáltal nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy a diatetis kezelése a gyakorlóorvos terápiájában elfoglalhassa méltó helyét. Az orvosstanhallgatók pedig vele értékes új magyarnyelvű tankönyvet nyertek.

Soós.

Neurosen von Prof. L. W. Weber. Unfallsneurosen von Prof. O. Naegeli. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer u. deren Verhütung. Prof. J. Schwalbe. 3. füzet. 2. kiadás, 80 lap. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1923.)

A füzet első, nagyobbik felében Weber a hysterián és neurasthenián kívül az összes functionalis idegbajok terén elkövethető hibákkal foglalkozik, sőt kiterjeszkedik azon organikus idegbajokra is, melyek az előbbiekkal differentialdiagnostikus szempontból kapcsolatban állanak.

A most megjelent második kiadásban, mely számos tanulságos példával gyarapodott, a legsikerültebb két fejezet az epilepsiával és más görcsös állapotokkal és a neurosisok terápiájával foglalkozó rész. Ezek, bár igen nagy anyagot comprímáltak tartalmaznak és mindenre kiterjednek, mégsem fárasztják az olvasót.

Két teljesen új részlete az enuresisról szóló fejezet, melyet a régebbi vasomotorikus-trophikus neurosisok fejezetébe sorozott, valamint az encephalitis epidemica érintő rész, mely a mozgászavarok közé került.

A füzet második felét Naegeli kiterjedelmű, de mégis a kérdés minden oldalával és különösen az elhatároló diagnostikával foglalkozó kitűnő munkája alkotja. Naegeli kifejezetten hangsúlyozza, hogy az esetek megítélésénél különös figyelemben kell részesíteni a vizsgálandók psychéjét, valamint azokat az adatokat, melyeket teljesen megbízható egyéneknek az illetők munkaképességére és életkörülményeire vonatkozóan nyertünk, mert csak ezek birtokában lehetséges tiszta képet alkotni. A patientek aggravaló, sőt simuláló hajlandósága miatt nagy súlyt helyez az ú. n. megbízhatósági próbákra, mint pl. dynamométeres kísérletekre és az agonisták és antagonisták vizsgálá-

lára. A balesetneurotikusok elintézésére — az összehasonlíthatatlanul jobb és maradandó therapiás eredményei miatt — sokkal helyesebbnek tartja az egy összegben való kielégítést, mint az évjáradékot.

Hetényi István dr.

Semmelweis-serlegbeszéd a Budapesti Orvosi Kaszinó 1924 január hó 28-án tartott összejeövetelén.

Tartotta: Bókay János dr. ny. r. tanár.

Tisztelt ünnepi Hallgatóság! Midőn tíz hosszú év után, melyből öt keserves éven át a sors szövőszéke nekünk magyaroknak is a gyász fátyolát szőtte, ezen serleg újból kikerül zára alól a napvilágra, hogy vele a nagy magyar tudós emlékének kegyelettel hódoljunk, őszinte köszönetemnek kell hogy kifejezést adjak, hogy a jelesek egész sora után a tisztelt kaszinó igénytelen személyemet méltóztatott kijelölni arra, hogy ezen ünnepi estén a serlegbeszédet megtartsam.

Én, a gyermekorvos, őt mint az anya- és újszülött-védelem nagy herosztát aposztrofálok elsősorban, mert ezen védelem igazi fundamentumát mindenestre Semmelweis rakta le s ezen szilárd alapon épült fel mindenütt s így nálunk is a nagy nemzetgazdasági jelentőségű anya- és újszülött-védelem. Mint gyermekorvos hálával adózom emlékének, mert Semmelweis tanai nemcsak a szülészetre és sebészetre voltak közvetlenül óriási kihatással, hanem lényegesen hozzájárultak ahhoz is, hogy tanainak figyelembevételével az újszülöttkor pathológiájának legbonyolultabb fejezete: az újszülöttek sepsises megbetegedéseinek egész sora tisztázódott s az a sűrű fátyol, mely ezen kórfolyamatok lényegét betakarta, szétfoszlott. De nemcsak kórképek tisztázódtak, de lassanként kialakult ezen kóralakok prophylaxisának a kérdése is, minek üdvös hatása a gyakorlatban csakhamar meg is nyilvánult, mert a sepsises megbetegedések, melyek annak idején a szülőházakban és lelencházakban, valamint a gyakorlatban is az újszülötteknek oly nagy, nem egyszer megdöbbentő mortalitását produkálták, mind ritkábbakká váltak, sőt egyes kóralakok, így az újszülöttek köldökgangraenája, úgyszólván teljesen el is tűntek az újszülöttek pathológiájából.

Semmelweis, mint tudjuk, 1852-ben, 32 éves korában kerül vissza a császárvárosból Pestre, keserűséggel szívében, de Bírly halála után, 1855-ben, már mint a szülészet rendes tanára lép a pesti egyetem katedrájára. 1861-ben, 43 éves korában, megünnvén a közlései dacára a gyermekági láz kór-
oktanában folyton ismétlődő „badar” nézeteket, megírja összes tapasztalatait összefoglaló, korszakot alkotó nagy munkáját: „Die Aetilogie, der Begriff und Prophylaxis des Kindbettfiebers”, mellyel a világ szakembereinek zömét valósággal magára zúdította. Nehai Markusovszky Lajos, midőn az Orvosi Hetilapban 1861-ben ismerteti, a következőképp jellemzi ezen epochalis munkát: „A görög bölcs joggal kiálthatta el a lelkesült heurékát, midőn matematikai fejleményét megoldania sikerült; mennyivel inkább tehette ezt Semmelweis, kinek főadata megoldásában a szív, becsület és ész egyaránt voltak érdekelve s ki, midőn a tudományt gyarapító, egyszersmind keblét is könnyebbülni érzi azon boldogító remény által, hogy ezentúl nem kényszerülend a rakásra haló betegetek télen és elcsüggedve nézni.” Ezen munkában, miként ismét Markusovszky, más alkalomból írja: „Semmelweis szigorú vizsgálatokra és alapos tényekre fektetett tanát a logika ellenállhatatlan fegyverével és a szakemberek részéről tapasztalt hanyagsághoz mért buzogányos szavakkal újra és tökéletesített alakban a világ elé hozta.” Mert Semmelweis nem húzott kesztyűt, midőn külföldi szaktársait, akik állításait lekicsinyelték, sorra aposztrofálta. Nem tekintve a címet, állást és hírnevet, „Silberschmidten kezdve föl egészen Skanzoni udvari tanácsosig és Dubois-ig, a francia császárné szülészéig, illogikus és őszinteség nélküli eljárásukért megfenyíttetnek és állításaik alaptalansága, egymással s a tapasztalat tényeivel való ellenkezése kimutattatik”. S ma igazán mosolyognunk kell ha olvassuk, hogy Späth szülészstanár, midőn

a bécsi orvosegyesületben 1864-ben, tehát három évvel Semmelweis nagy munkájának megjelenése után a bécsi szülőház harminc éven át tapasztalt halálozásának statisztikáját előadja s az okokat, melyek a nagy halandóságot előidézhették, vizsgálat alá veszi, Semmelweis tanait csak annyira értékelé, hogy „azok némi figyelmet csakugyan érdemelnek”. S midőn Markusovszky az Orvosi Hetilapban 1864-ben „Febris puerperalis rediviva” címmel Späth előadását ismerteti, mintegy jóslásként azon megjegyzést fűzi ismertetéséhez, hogy „szívesen üdvözljük azon időt, midőn a bécsi orvosi iskola büszke leendő egykori növendékének üdvös és zsenialis fölfedezésére”. S ezen jóslás, mint tudjuk, meg is valósult, mert hisz sokáig megvolt a tendencia arra, hogy Semmelweist, a magyar orvost a bécsi egyetem magának vindikálja s őt mint osztrák tudóst tüntesse fel. Fajdalom, a szenvedélyes és kíméletlen támadások, melyek a tudóst éveken át érték, idegeit végre is megőrölték s alig tízévi tanári működés után, miután igazán fejedelmi pazarsággal gazdagította a tudományt és hazájának dicsőséget szerzett, 47 éves korában, férfikora delén meghalt.

Horatius mondja:

„Egy célra tartunk mind; a sorsveder
Forgatja sorsunk: később vagy korábban
Kiugrik: és legott indulni kell
Örök száműzés gyászos csónakában”.

Semmelweis azonban nem az örök száműzés gyászos csónakában haladt a halottak útján a Léthe vizén, mert midőn meghalt, az égbolt nyílt meg és ő a halhatatlanság sorába lépett. Jóleső megnyugvás nekünk epigonoknak, hogy Semmelweis előre látta tanainak végleges diadalát, mert látnoki ihlet-séggel írja nem sokkal halála előtt: *solte es mir aber... nicht gegönnt sein, diese glückliche Zeit (in welcher in der ganzen Welt nur Fälle von Selbstinfektion vorkommen) mit eigenen Augen zu schauen, so wird die Überzeugung, dass diese Zeit früher oder später nach mir unaufhaltsam kommen muss, noch meine Todesstunde erheitern*. Őreá is illik mindenképen a költő azon mondása, hogy „nem hal meg az, ki milliókra költé dús élete kincsét... hanem lerázva mi benne földi, egy életet eszmévé finomul, mely fönnmarad s nőttön nő tiszta fénye, amint időben és térben távozik”.

Tisztelt Kartársak!

Titurel, a mesebeli francia király fia a Montalvat hegyén, a gót Spanyolország északi részében, a Pyreneusok tövében várat épített a szent Grál oltalmára. Titurel körül sereglett a Grál-lovagok testvéri szövetsége, a szentség védelmére és megőrzésére rendelt jeles vitézek és apródok. A szent kehelynek csodatevő ereje volt, mert aki reápillantott, a fölött nem volt többé hatalma a halálnak. Azt az illusztris kis társaságot, mely az 50-es és 70-es évek között hazai orvosi rendünk másik büszkesége: nehai Balassa János körül csoportosult és ezek közé tartozott Semmelweis is, ily Grál-lovagoknak látom én ma. Balassával, Semmelweisszel és Markusovszkyval élükön ők rakták le a magyar orvosi tudomány igazi és szilárd alapját s ez az a képzeleti serleg, melyet ők feltve őriztek s adták át drágakövekkel feldíszítve, örökség gyanánt nekünk utódoknak.

A Semmelweis-kehely ehhez hasonló serleg s annak mi vagyunk őrző lovagjai s symboluma: orvostársaink kölcsönös megbecsülése és orvosi rendünk megerősítése. Emelem e serleget „régí dicsőségünk”-re, nagy hazánkfianak, a halhatatlan és dicső Semmelweis Ignácnak emlékére.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 26-i ülése.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás:

1. Szemző György: *Ulcus jejuni* — 23 évvel gastroenteroanastomosis után. 49 éves férfibetegnél 1900-ban G. E.-t végeztek, mely után 7 évig panaszmentesség állt fenn. Ez időtől kezdve periodikusan visszatérő baloldali mesogastrialis fájdalmak jelentkeztek, melyek utóbbi években jóformán állandókká váltak. Objektív lelet: A

köldöktől balra két ujjnyira diónyi ulcuscumtor, hypersecretio, hyperaciditas, occult vérzés s radiologic (Bárony) az anastomosissal szemben a jejunumon kimutatható ulcusfolt. A diagnosztizált ulcus jejunit a műtét (Pólya) igazolta. A műtét a G. E. megszűntetésében, a fekély resectiójában s gastroduodenostomiában állt. Azóta a beteg panaszmentes.

Fontos az eset, mert a már valószínűleg 7 évvel az első műtét után fennálló ulcus jejunit, ellentétben az uralkodó felfogással, ez esetben periodicitást, tehát latens szakba való átmenetre, talán múlt gyógyulásra való hajlandóságot mutatott s csak huszonhárom év múlva került sor relaparotomiára.

Friedrich László: Az ulcus jejunit sokkal gyakoribb, mint ahogy a statisztikák mutatják. A kerületi betegséglelőző pénztár gyomor-osztályán 1923-ban az összes ulcusok száma 1.86% s az ulcus jejunit peptikumok száma 0.217% volt. Egy hasonló esetről számol be mint bemutató, amelynél a latentia szak 15 év volt. Tapasztalata szerint az ulcus jejunit belgyógyászati kezeléssel dacol s csak sebészileg távolítható el, de ekkor ajánlatos, hogy ne újabb gastroenteroanastomosis végeztesék, hanem lehetőleg nagy resectio, mint azt Finsterer ajánlotta. Általában a G. E.-t csak megszorított indicatio alapján szabadna végezni; az ulcus helyes sebészeti terapiája a resectio.

Szemző György: Az ulcus jejunit diagnózisa igen nehéz. Pontosan csak akkor diagnosztizálható, ha már penetrált, ilyenkor már csak műtét segít. A bemutatót eset a belgyógyászati therapia hatásossága mellett szól. Végleges válasz e kérdésre csak a diagnosztika kifinomulásától várható.

2. Hollaender Leó: Polycythaemia gangraenékkel. (Egész terjedelemben kerül közlésre.)

Előadás:

Bálint Rezső: A diabetes mellitus gyógyításának és kórtanának egyes kérdéseiről különös tekintettel az insulinra. A diabetes diatetikájának két kérdéséről szól, először a kalóriamegkorlátozásról és a fehérje-átlalomról. Kiemeli mindkettőnek nagy jelentőségét; ő azonban egyik kérdésben sem foglal el oly radicalis álláspontot, mint az amerikaiak. A fehérjeátlalom értelmezésére egy analógia-kísérletsorozatról számol be, melyet újabban végzett, s mely szerint a fehérjék és bomlástermékeik in vitro gátolják a glukosénak azt a hatását, amelyet utóbbi az acetecetsav elégésére gyakorol. Aztán beszámol insulinnal 16 betegben végzett kísérleteiről. Insulinhatás alatt a cukor és acetón eltűnik vagy megkevesbedik a vizeletben és pedig rendszeren az acetón hamarabb, mint a cukor. Egyes esetekben a hatás tovább tartott az insulin elhagyása után is, másokban nem. Beszél a dosirozás jelentőségéről és módjairól; szerinte kis dosissal kell kezdeni és tapogatódzva haladni felfelé a szükséges dosisig. A vércukor állandó megkevesbedését insulin után nem látja, de nem is tartja szükségesnek sem a közvetlen, sem az utóhatás szempontjából. Hypoglykaemiás tünetek óvatos alkalmazás mellett ritkán jelentkeznek, enyhék és könnyen leküzdhetők. A betegek testsúlya gyarapszik, közérzete javul; complicatiók simán folynak le. Bemutat egy comából kiépült beteget, ki azóta 14 kilót hizott. Az alkalmazott insulinok között voltak teljes értékű magyar készítmények is. Az insulin alkalmazásánál indikációi a következők: coma, coma veszélyével járó intercurrenta betegségek, műtétek abszolút indikációt képviselnek; igen jó azonkívül súlyos esetekben, amelyek nagy leomlással járnak, a beteg feltáplálása végett időnként insulin-periodusokat beiktatni; hasonlóképpen alkalmazhatók ilyen periodusok könnyebb esetekben is, ha a beteg közérzete, munkaképessége rossz, főleg ha az insulin-tolerantiajavulás látható. Az insulin alkalmazását diatetis gyógyításnak kell bevezetni és kísérni. Beállítás után a gyógymód otthon is folytatható.

Hetényi Géza: A III. sz. belklinika szerzett insulin-tapasztalatokról számol be. A praeparatumok állóképessége és kitiitralási módja még fogyatékos. A kezelést az eddig használt diatetikus eljárások alapul vételével végzik a bevitt szénhydrat- és fehérjemennyiség, illetve insulin-dosisok változtatásával. Indikálva van chronicus, súlyos, diatetikus nehezen befolyásolható esetekben. A hypoglykaemiás reactio jelentősége túlbecsült.

Kövesi Géza: Hat insulin-esetről számol be, melyek közül az egyiket nagy adag insulin (140 egység) bőr alá fecskendezésével és 150 g szőlőcukornak egyidejű intravenás és rectalis adagolásával súlyos diabe-

teses comából sikerült megmenteni. A beteg négyheti insulinkezelés után cukor- és acetónmentes vizeletet ürített. Egy másik beteg praecomás állapotban és pneumonia hepatitisatiós stadiumában került insulinkezelésre; jelenleg is megfigyelés alatt áll és 19 napi kezelés után vizelete cukrot és acetont nem tartalmaz. A harmadik esetet carbunculosa miatt praecomás állapotban operálták meg; insulinkezelésben részesült, melynek során a cukorkiürítés néhány nap alatt nyolcadára esett és a Fe Cl₃-próba negatívvá lett. A negyedik eset könnyebb (közép súlyos) diabetes volt. Uteruscarcinoma miatt operálták; műtét előtt és után insulinkezelésben részesült. Az ötödik eset csak rövid ideig állott kezelés alatt (10 nap), mely idő alatt a vizelet acetónmentessé lett. A hatodik eset furunculosisa miatt került felvételre, még most is kezelés alatt áll. Jelenleg cukormentes vizeletet ürít. Utal arra a fontos körülményre, hogy nagyobb insulinadagok erős vízretentiót idéznek elő, mely tény a diateta beállításánál figyelembe kell venni. Az insulin hatása az acidosisra tartósabb volt, mint a cukorkiürítésre. Hangsúlyozza a pontos diatetis beállítást az insulinkezelés alatt.

HETI KRÓNIKA

A múlt évszázad tudományos felfedezéseinek befejezése és mintegy koronázása a rádium felfedezése volt, amit 25 évvel ezelőtt Pierre Curie, a Sorbonne tanára (1859–1906), az Académie des Sciences ülésén jelentett be. Ennek az emlékezetes napnak megünneplésére a múlt év december 29-én a francia tudományos világ sokhelyütt ünnepélyeket rendezett.

A Sorbonne dísztermében Millerand köztársasági elnök, a kormány, az egyetem rektora, az amerikai, belga, spanyol stb. tudományos világ számos képviselőjének jelenlétében folyt le a jelenlévő Mme Curie-nek ünneplése. Curie már nem érthette meg az országos ünnepségeket, mert 1906-ban utcai elgázolás áldozata lett. Mme Curie, aki a felfedezés munkájában igen nagy résszel bírt, a munkát férjének halála után erősen folytatta és a radioactiv bomlástermékekre (továbbá a thoriumra, urániumra stb.) kiterjesztette. E munkája közben bukkant egy új elemre, melyet hazájáról Poloniumnak nevezett el, — nem úgy, mint egy magyar kémikus, aki az általa felfedezett elemet nem Hungariumnak, de Hafniumnak nevezte el. Mme Curie néhány évvel ezelőtt Amerikában járt és ott rendkívüli kitüntetésben részesült. Ez alkalommal Amerika a coloradói rádiumbányák termékéből nemzeti ajándékkul 1 gramm tiszta fémrádiumot adott neki. Most a francia nemzet adományát, mely kettős volt, fogadhatta: a parlament évi 40.000 frank életjáradékot szavazott meg neki, továbbá szintén 1 gramm rádiummal ajándékozta meg, melyet Mme Curie a szenvedő emberiségnek ajánlott fel, míg az amerikai grammot a fizikai intézeteknek juttatta.

A rádium felfedezésének történetét maga Mme Curie vázolja alapvető könyvében. A kiindulás a magyar Lénárdnak felfedezéséből történt, aki a Crookes-csőekben először állította elő a kathod-sugarakat. Ezeknek tanulmányozása alkalmával fedezte fel 1895-ben a múlt év folyamán elhalt würtzburgi fizikus, Röntgen, a róla elnevezett sugarakat.

Mikor nem sokkal később a már elhalt híres francia fizikus és matematikus Henri Poincaré a Röntgen-sugaraknak magyarázatát akarta adni, abba a tévedésbe esett, hogy azoknak származását az üveg-lámpa fluoresszkálásával (amelyet a kathod-sugarak idéztek elő) magyarázta. E tévedés nyomán Henri A. Becquerel kísérleteket tudott végezni oly irányban, hogy a foszforeszkáló és fluoresszkáló anyagok is képesek-e az eltakart fényképezőlemezre a Röntgen-sugarakhoz hasonlóan hatni. A calciumsulfid és cinksulfid foszforeszkálásának vizsgálata Becquerelt az uránsókra vezette, amelyek csakugyan képesek voltak a fényre érzékeny lemezeknek ily befolyásolásra.

A Curie-házaspár mármint Becquerel vizsgálataiba kapcsolódott be. Kiderítették, hogy az uránerekek egy a tiszta uránnál sokkal radioactívabb anyagot rejtene. A Curie-ék fractionált lecsapásokkal izolálták és poloniumnak nevezték. Ez a már fentebb is említett polonium chemiai tekintetben annyira rokon a bismut-tal, hogy radioactiv bismutnak lehetne nevezni. Később kitűnt, hogy a polonium nem elem, hanem keverék. Ebből tovább izolálva a radioactiv részt, bariumsók maradtak, melyekből végre fractionált bekrisztályosí-

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Neuber Ede: A bismutkészítmények hatása a vérbajos szervezetre. (81—85. oldal.)

Zempléni V. Gyula: Ischuria paradoxa gyermekágyban. (85—86. o.)

Duzár József: Haemoklinikus status a csecsemőkori tuberculosissnál. (86—87. oldal.)

Rokay Zoltán: A vérvétel hatása a kanyaróból lábadozókra. (87—88. oldal.)

Klinikai előadás. Jancsó Miklós: A pellagráról. (88—90. old.)

Diagnostika. Lévai Mihály: Egyszerű eljárás a dermatotypia (Oppenheim) és a daktyloskopia kivételére. — Péterfi Sándor: Egyszerű methodus a vérsérum „maradék-N”-jének meghatározására. (91—92. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Bőr- és nemi kórtan. — Szemészet. (92—94. oldal.)

Könyvismertetés. (94—95. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 január 30-i ülése (95—96. old.)

Heti krónika (95—96. oldal.) Vegyes hírek. (97. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni kir. magy. Tisza István-tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye.

A bismutkészítmények hatása a vérbajos szervezetre.*

Írta: Neuber Ede dr. egyetemi tanár.

Az illetékes szakkörök az utóbbi két-három évtizedben lázasan dolgoztak a vérbajos szervezet sterilizálásán. A syphilis gyógyítása higanyal körülbelül egykorú a syphilisnek Európába való hurcolásával. Ennek az évszázadnak elején jóformán naponta láttak napvilágot új arsenkészítmények a syphilistherápiában, hatalmas harc indult meg az arsenkészítmények körül, azonban megegyezés nem tudott létrejönni.

Ebben az időben bombaszerűen csapott le Ehrlich dioxydiamidoarsenobensolja, mely orkászerűen söpörte el a többi arsenkészítményt.

1920-ban egy új syphilis elleni gyógyszer tűnt fel a horizonton, a bismut.

E munkámban a bismutvegyületekkel végzett kísérleteimről akarok beszámolni. Ezeket két csoportba oszthatom: egyrészt a bismutvegyületeknek a hatását tanulmányoztam különböző syphilises jelenségekre, másrészt különböző bismutsóknak hatását vizsgáltam a szervezet védőanyagaira.

Az előbbi kísérleteimhez syphilises emberanyagot használtam, az utóbbiakhoz nyulakat, és pedig részben egészséges, részben különböző baktériumokkal immunizált nyulak agglutinációs titerének és opsonin-indexének magatartását figyeltem meg a bismutvegyületek hatására; utóbbi kísérletekről azonban egy későbbi alkalommal kívánok beszámolni.

A bismutvegyületeket a pharmacologia már régen ismeri. Már a XVIII. században ismerték hánytató hatását. Régi közlemények egy halálos esetről és számos súlyos mérgezésről számolnak be, úgyhogy hosszú ideig csak félve nyúltak a bismutkészítményekhez. Igaz, hogy ezen szomorú tapasztalatok után a bismutvegyületeket mégsem lehetett teljesen elhanyagolni, így Kussmaul jó eredménnyel alkalmazta gyomorfekélynél, majd mások csontsípókat tömtek ki bismutvegyületekkel, Kocher fémbismutot hintőpornak használt, majd a gyomor- és bél-Röntgen-diagnostikában játszott nagy szerepet.

* A Debreceni Orvosegyesületben 1923 november hó 22-én tartott előadás nyomán.

A bismutnak ilyen alkalmazása mellett is előfordult számos súlyos mérgezési, sőt halálos eset is, mely részben helytelen adagolásra, részben abban az időben a higanynak egyéb fémekkel, így pl. antimonnal, arsennel, ólommal való szennyezettségére vezethető vissza. Pharmacologiai tapasztalataink már eleve is kizárják a bismutnak a jóddhoz vagy a higanyhoz hasonló adagolását per os. Nem szokott mérgezést okozni olyan betegeknek, akik egészséges gyomornedvvel bírnak, azonban gyomorsav-túltengés esetében az olthatatlan, basikus s teljesen ártalmatlan bismutsókból oldható, neutralis, majd savi vegyhatású, erősen mérgező bismutvegyületek keletkeznek még igen kicsiny adagolásban is. Bizonyos pathológiás körülmények között ugyan csak toxikus hatású tejsavas-bismut és chlór-bismut is képződhetik. Igaz, hogy az utóbbi években a higanynak per os való adagolása is mindinkább szűkebb határok közé szorul, azonban egyes esetekben nem lehet elkerülni külső körülmények következtében.

A syphilisnek gyógyítását bismuttal Balzer kísérlete meg legelőször egy amerikai praeparátummal, a bismut ammoncitrattal. Kísérleti állata (kutya) kívülfekvő körülmények következtében keratitist kapott és megvakult. Balzer ezt a keratitist a bismutkezelés súlyos melléktünete gyanánt fogta fel, kísérleteit beosztotta s az emberen egyáltalán nem merte többé a bismutot alkalmazni.

Sauton és Róbert 1916-ban újból felvették a fonat és a kaliumnatrium-bismuttartarátot tyúkspirillosis ellen sikerrel alkalmazták, míg végül Levaditi és Sase-rac 1920-ban a bismut kaliumnatrium tartaricummal trypanosomiasison és experimentalis nyúl-syphilisen, kevésbé utána az embersyphilisen kitűnő eredményt ért el.

Bismuttherapiás közleményekben nincs is hiány, sajnos, a közlemények számával majdnem parallel halad az újonnan forgalomba jövő bismutkészítmények száma is. Tagadhatatlan, hogy ez a természetes fejlődés egy kitűnően kidolgozott praeparatum felé, azonban egyelőre sok és nagy zavarra ad alkalmat, mert úgy szólván minden szerző más bismutkészítménnyel dolgozik és így különböző hatásról és mellékhatásról számol be, ami esetleg nem is a bismutra jellegzetes. A jó valutával rendelkező államok készítményei (trepol, neotrepol, bisan, nadisan, quinby, muthanol, etc.) állandó használatra megfizethetetlenek, azonban teljesen tudjuk őket nélkülözni — amint arra később kitérek —, mert a silányvalutájú országok bismutkészítményei közül egyik-másik minden tekintetben vetekedik az előbbiekk.

Aránylag rosszul reagáltak a másodlagos stadiumban a száraz, de főleg hyperkeratotikus eseteink. Két hyperkeratosis a talpon 12 bismutinectióra egyáltalában nem reagált, a bismutkúrát követő 8 salvarsaninfúzióra nyomtalanul eltűnt. Erős fejfájás 3 esetben, csontfájdalom 5 esetben 1–2 bismutinectio után elmúlt. Feltűnő jó hatása van a nyálkahártya-tünetekre, elsősorban a szájnálkahártyán előforduló papulák képletekre; ha e tekintetben nem is éri el a salvarsan hatását, de a higányét mindenestre túlszárnyalja. Nem tagadható el a bismutkezelésnek az az előnye sem a higannyal szemben, hogy a betegek nem, vagy alig fogynak, inkább híznak s teljesen egészséges, életerős egyén benyomását keltik.

Az általános adenopathiát a bismutkészítmények csak mérsékelten befolyásolják, energikusabb hatást tudtam feljegyezni a primaer affectus regionalis mirigyében.

A bismutkezelésről megjelent összes közlések foglalkoznak úgyszólván e készítményeknek a seroreactióra gyakorolt hatásával. Néhány szerzőtől eltekintve (*Tryb és Beutel, Voehl, Scherber*) a bismutkészítmények hatását a seroreactiókra a II. stadiumban nem találják elég energikusnak. Secundaer syphilis-eseteimben a seropositív reactio a kúra végéig majdnem 70%-ban maradt pozitív (40% teljes gátlás), amelyeknek nagyrésze azonban a kezelést követő 6–8. hétben negatívra vált. Feltűnő, hogy régi latens syphilisben szenvedő beteg +++ seropositív reactióját milyen nehéz bismutkészítményekkel a negatív phasisba vinni.

A bismutkezelésben a pozitív seroreactio eltűnése tehát semmi esetre sem halad parallel az objectív tünetek visszafejlődésével; a szervezet nedveiben lefolyó biológiai reactio lassabban folyik le, mint a salvarsan- és higany-kezelésben. Más helyen megjelenő kísérleti sorozataimból is kitűnik, majd, hogy a különböző immunanyag-productio is kisebbfokú bismutvegyületekre, mint higany- vagy salvarsan-kezelésre (phagocytosis, agglutinációs titer).

Tertiaer syphilisben szenvedő betegnek 13 esetben adtam bismutot. Ezek közül 2 nyelvi-, 1 lágyékszájpad-, 7 bőr- és 3 csontgumma szerepel. Bőrgummás esetekben kizárólag bismutkészítményt használtam, csont- és egyéb gummás esetekben kétszeresen kombinált kúrát (higany [kenés], bismut [injectio] és salvarsan [infusio]) adtam, hogy az esetleges áttörést és ronesolást megelőzzem.

A bismutvegyületek a harmadlagos syphilisre feltűnő jó hatást gyakoroltak. Már az első injectio után tisztult a fekély, az infiltratio a 2–3. injectio után kezdett oszlani, a kúra befejeztével a gummás fekély eltűnt, illetve a ki nem fekélyesedett gumma teljesen involválódott.

A kétszeresen kombinált kúrára a fentebb jelzett gummák még gyorsabban visszafejlődtek, igen természetes, hogy ebből a gyors gyógyulásból a bismutpraeparatum hatására nem igen lehet következtetni. Azt hiszem, hogy a salvarsannal együtt adagolt bismutkészítmények hatásának megítélésében igen óvatosnak kell lennünk; a salvarsan ma minden kétséget kizárólag a legheroikusabb antisiphiliticum, amely az objectív tünetekre, a seroreactióra és a spirohaetákra egyaránt valamennyi antilueticum között a legerélyesebben hat. *Milian* aktivitás tekintetében arányszámot állított fel, és pedig a salvarsan: 10, a bismut: 7, a higany: 4 arányban fejtené ki antiluetikus hatását. Azt hiszem, hogy *Milian* a salvarsannal igen mostohán bánt, amikor csak 3 ponttal helyezte a bismut fölé. A bismutvegyületek hatását a lehetőségig salvarsanhatás nélkül figyeltem meg; ma már mindenestre beigazolást nyert, hogy a szervezetben a salvarsan és bismut jól tűrik egymást, azonban az igen gyors és energikus salvarsanhatás miatt nehezen érvényesülhet vagy legalább is nehezen állapítható meg a plus bismuthatás. Ez természetesen nemcsak a tertiaer esetekre vonatkozik, hanem a syphilis összes objectív jelenségeire. Azok a közlések, amelyek kizárólag a bismutnak salvarsannal combi-

nált therapiájával foglalkoznak, nem adják hű képét a bismutkezelésnek (emlékezzünk a salvarsannal kombinált mirionkezelésre); ebből magyarázható, hogy az eredmények az irodalomban annyira eltérőek.

A 13 tertiaer eset közül 8 adott erősen pozitív seroreactiót. A 8 seropositív vér közül 7 a kúra végén a negatív phasisba ment át, tehát könnyebben volt befolyásolható, mint a másodlagos syphilis seropositív reactiói. Csekély számuk következtében azonban nem használhatók fel komolyan.

A bismutvegyületeknek objectív tabeses tünetekre alig láttam kedvező hatását. Az ataxia, a spastikus járás, a pupilladifferentia, a patellaris reflex, az incontinencia alvi et vesicae nem javultak, azonban a subjectív érzések, így elsősorban a lancináló fájdalmak, az övtáj-fájdalmak lényegesen enyhültek. *Zimmer* ezzel szemben a kezeletlen tabeses betegen néhány bismutinectióra a lancináló fájdalmak eltűnését és az ataxia visszafejlődését észlelte.

Összesen négy tabeses beteget kezeltem (mind a négy haladott stadiumban) +++ pozitív seroreactióval. A 8–12-ik bismutinectio után mind a négy vérpróba seropositív maradt.

Mariénak, Levaditínak, majd *Müllernek* sikerült bismutot a liquorban kimutatni, ami eminens fontosságúnak ígérkezik a metasiphilitikus megbetegedések therapiájában és prophylaxisában.

Schubert több betegének liquorja az összes liquorreactiókkal +++ pozitív reactiót adott; trepolkezelésre valamennyi átment a negatív phasisba, ami ha beigazolódást nyer, az idegsyphilis therapiájában szintén nagy reményekre jogosít.

Még két congenitalis syphilist vettem bismutkezelés alá, mind a kettő késői congenitalis syphilis képét mutatta, *Hutchinson-féle triassal*. Mindkettőnél a keratitis lényegesen javult, a seroreactio azonban mindkettőnél pozitív maradt. Ez az anyag túl kicsiny ahhoz, hogy következtetést lehetne vonni belőle.

Valamennyi esetünkben a quantitativ és qualitativ vérképet is vizsgáltuk. Feltűnt 2–3 injectio után a vörösvérsejtek számának a csökkenése, ugyancsak a vörösvérsejtek nagyságbeli és alakbeli változása (poikilo- és anisocytosis), rosszabb festhetősége. Ebben az időben, *Kyrle* és *Rosner* leleteihez hasonlóan, kifejezett leukocytosist állapíthattunk meg. A qualitativ vérkép alig tért el a normalistól, legalább is állandó eltéréssel nem találkoztunk az erősen kifejezett eosinophilián kívül, mely kivételes esetekben 18%-ig emelkedett. Úgy a quantitativ, mint a qualitativ kilengések a kúra végéig redukálódtak, rendszeren néhány héttel a kúra után ismét normalis vérképet találtunk.

A bismuttherapia melléktüneteit a következőkben foglalhatom össze: Igen röviden végezhetek velük, mert e tekintetben nem találok lényeges eltérést az irodalomban közöltéktől. Az injectiósi fájdalom jóval kisebb, mint az oldhatatlan higanysóknál. A három bismutkészítmény közül legerősebb a fájdalom a trepol-, lényegesen kisebb a bismoluol- s még talán kisebb a bismogenol-injectióknál. Fájdalmas szövetinfiltratió kivül egyéb helybeli complicatio nem mutatkozott.

Kifejezett lázat körülbelül 10%-ban kaptunk, rendszeren késői primaer vagy korai secundaer stadiumban (spirochaeta-láz). Ritkábban az első, jóval gyakrabban a második injectio után lépett fel ez a láz s nem az injectio napján, hanem egy-két nappal később. Rázóhideget sohasem észleltünk. A láz csak egy esetben kényszerített a kezelés megszakítására, különben a lázas betegnek rendszeren nem is volt tudomása változott temperaturájáról.

Súlyosabb tünetekkel kapcsolatos icterus egy esetben mutatkozott, amely körülbelül három hétig tartott, a kezelést azonban nem kellett felfüggeszteni.

A bismuttherapiának igen gyakori szövődménye a foghús és a szájnálkahártya impregnatiója bismuttal, már ritkább a bismutstomatitis. A szájnálkahártya, de főleg a metszőfogakat körülvevő foghús im-

pregnatióját az eseteknek legalább egyharmadában észleltük, körülírt stomatitist összesen hat esetben.

A bismutimpregnatio, de főleg a bismutstomatitis a helyes dosis és a megfelelő kezelési intervallumok betartásával a legtöbb esetben elkerülhető; továbbá igen fontos a szájüreg rendbehozatala a kezelés előtt, úgyszintén a száj ápolása a kezelés alatt.

Eseteinkben a bismutimpregnatio a foghúson mozaikszerű fekete pontok alakjában mutatkozott, csak a kúra második felében folytak össze szürkésbarna, majd feketésszínű diffus foltok alakjában, amelyet bismutszegély néven ismerünk.

Trepollal kezelt eseteinkben feltűnően intensívebb és gyakoribb a bismutimpregnatio és a stomatitis, ami mindenesetre a trepolnak (egyéb francia bismutkészítménynél is) nagyobb bismuttartalmára és kisebb kezelési időközreire vezethető vissza.

A bismutimpregnatio igen makacs, a rendszeren használt öblögetőfolyadékokra nem fejlődött vissza, a betegnek azonban kellemetlen tüneteket nem okoz s legtöbbször nem is tudnak róla; a bismutstomatitis igen rövid idő alatt gyógyul, mindenesetre sokkal jobban és gyorsabban, mint a higanystomatitis s praeventive is könnyebben leküzdhető.

Többen találtak albuminuriát, sőt vesehámsejteket, bismuttherapiára; így Richter 8%-ban albuminuriát, 3%-ban vesehámsejteket. Felke szintén talált vesehámsejteket, noha a vizeletben fehérje nem mutatkozott. Neuendorff 43 eset közül 4 súlyos veselaesiót látott, Gutman 44 beteg közül csak egyen talált vesetüneteket csekélyfokú albuminuria alakjában, Mühle 2 betegén ugyancsak vesecylindereket és fehérjevizelést.

Eseteinkben a bismutkezelés a vesére nem hatott károsan. Kezelés előtt és alatt, majd utána vizsgáltuk a vizeletet fehérjére, továbbá ülepítés után sejtes elemekre. Összesen négy esetben találtunk fehérjét nyomokban, úgyhogy a kezelést állandó ellenőrzés mellett a vese károsodása nélkül folytathattuk. A kezelés előtt két esetben észleltünk fehérjét, amely azonban bismutkezelésre 1–2 hét alatt eltűnt, mindenesetre syphilis okozta albuminuriával állottunk szemben.

Diarrhoeát többször, azonban súlyosabb enteritist csak két ízben tapasztaltunk, amikor a kezelést 1–2 hétre be kellett szüntetni.

Bőrerythemát vagy dermatitist nem láttunk.

Injectio után nausea, fejfájás, álmatlanság, étvágytalanság s egyéb idegtünet többször mutatkozott, azonban rövid ideig, órákig, vagy csak egy-két napig tartott. Voigt által leírt súlyos szívtüneteket, de főleg olyan mérvű disszociált szív működést, amely miatt a kezelést abba kellett hagyni, sohasem tapasztaltunk. Úgyszintén egyéb, de főleg belső bismutmellékhatással ezideig nem talákoztunk.

Legújabbban Fritz tanulmányozta behatóan a bismut méreghatását nyulakon; ő azt találta, hogy ha a bismut hirtelen nagy mennyiségben kerül felszívódásra, a központi idegrendszer motoros functióira kezdetben izgató (göresök), majd bénító (mozgászavarok, bénulás) hatással jár. A vasomotor és légzőcentrumok bénító mérge.

Ha az adag apránként és lassan jut felszívódásra, akkor a centralis tünetek háttérbe szorulnak és csak a vég felé fejlődik motoros bénulás, ellenben parenchym mérge volta bontakozik ki teljes mértékben, mely az őt kiválasztó szerveket támadja meg.

Pinkus egy betegén bismutkúra alatt bismutleheletet tapasztalt; magángyakorlatomban egy hasonló esettel talákoztam, s a beteg társadalmi állására való tekintettel kénytelen voltam a bismutkezelést megszünetni. A lehelet szaga feltűnően penetráns, kellemetlen, s nemcsak közvetlen közelből, hanem több lépéssnyire is lehet érezni.

A trepol, bismoluol és bismogenol hatása között lényeges különbséget nem tudok leszögezni. A trepol a két utóbbinál feltétlenül energikusabb, de ugyanannyival károsabb a szervezetre, több mellékünet kíséri az intensívebb hatást; ez mindenesetre a jóval

magasabb bismuttartalmára vezethető vissza. A bismogenolt és bismoluolt hatás tekintetében egyenlőnek minősíthetem.

A magyar Richter-féle bismoluol hatás tekintetében a legjobb külföldi készítményekkel is felveszi a versenyt, jóval olcsóbb; hátránya a bismogenollal szemben, hogy injectiója valamivel érzékenyebb.*

A bismoluolnál és bismogenolnál a gyógyító dosis a mérgező dosistól igen messze van; erre vonatkozólag Prater közleménye tanúskodik leginkább, mely szerint egy máshol kezelt beteg, aki két injectióban tizszeres adagot kapott, ennek ellenére, relative csekélyfokú mellékünetek elszenvedése után, teljesen meggyógyult.

Nagyobb számú bismutkészítmény hatásáról Müller H. számol be egy részletes gyűjtő munkában (Zentralblatt für H. u. G. K. 1923). Plaut és Mulzer 15 különböző bismutpraeparatum hatását vették vizsgálat alá nyúl-syphilisen. A különböző bismut-antilueticumok therapiás hatását összehasonlítva egymással, igen értékes adatokkal szolgáltak. A francia készítmények közül csak a trepol találják hatásosnak (nyúl-syphilisre), a neotropol gyengébben, a muthanol és quinby még sokkal rosszabbul hatottak; a német készítmények közül a bismogenoltól láttak igen jó spirochaetocid hatást, a milanoltól már sokkal gyengébbet. Egy újabb bismutkészítményt, Embial-t (m/8310) ajánlanak, amely gyorsan és biztosan hat úgy a spirochaetára, mint a pathologiás tünetekre, mellékhatás nélkül. Kísérleteik egyelőre csak a nyúl-syphilisre vonatkoznak.

Az elmondottakat összefoglalva, a bismutkészítményekben egy újabb fegyvert nyertünk a syphilis leküzdésében. Kétségtől az összes syphilises jelenségeket (a metaluestől eltekintve) elég gyorsan visszafejleszt; gyorsabban, vagy legalább is olyan gyorsan, mint a higany, de jóval lassabban és tökéletlenebbül, mint a salvarsan. Ugyanígy hat a spirochaetákra is. Abortiv kúrára nem alkalmas; a legenergikusabb bismutkúra ellenére is a 13 seronegativ primaer syphilis esetében a seroreactio valamennyiben a positiv phasisba ment át. Fournier és Levaditi közlésének a hatása alatt próbálkoztam meg az abortiv bismutkezeléssel, akik néhány seronegativ primaer esetben még 11 hó múlva is negativ seroreactiót találtak trepolkezelés után. (13 eset közül 6-ban trepolt használtam, a többiben bismogenolt.) Ez a 13 eset véleményem szerint teljesen elegendő ahhoz, hogy az abortiv bismutkezelésről végérvényesen lemondjunk s a teret a salvarsannak adjuk át.

A bismutnak a seroreactióra gyakorolt hatása kétségtől gyengébb a higanyénál és a salvarsannál.

A bismutkezelés mellékünetei tetemesen kisebbek s ártatlanabbak, mint a higanyé és salvarsané, sőt a bismutkezelés nemritkán roboráló hatással van a betegre (hasonlóan a salvarsanhoz, ellentétben a higanynyal). Ennélfogva vérszegény, lefogyott egyének jobban tűrik, mint a higanyt.

Salvarsannal igen jól kombinálható. Legelőnyösebben azokban a ritkábban előforduló esetekben használható, ahol a salvarsan és higany refractaer a syphilises jelenségekkel szemben; ilyenkor többnyire prompt

* A correctura beküldéséig foglalkoztam még a magyar Richter-gyár „bismosalvan“-készítményével kilenc esetben. Ez a jódechininbismut-készítmény (a francia „quinby“-nek felel meg) a vérbajos efflorescentiák eltüntetésében legalább is egyenrangú a fent ismertetett készítményekkel, sok esetben azonban intensívebb hatást fejt ki. Hatása a seroreactióra energikusabb, injectiók adagolása teljesen fájdalommentes, mellékhatás nem mutatkozott.

Kilenc esetből természetesen nem állapítható meg véglegesen a bismosalvan értéke, azonban igen valószínű, hogy benne egy igen jó antilueticumot nyertünk. Magyar készítmény, jóval olcsóbb a külföldiekénél, amely körülmény a mai valutáris viszonyok mellett nagyfontosságú.

hatást látunk. (Főleg 2 ilyen eset emlékezetes előttem: 1 csontgumma és 1 ulcerosus fekély a nyelven, melyek kombinált higany-salvarsan-kezelésre egyáltalában nem reagáltak s 4–5 bismut-injectióra prompt eltűntek.) *Megbecsülhetetlen a bismut még olyan esetekben is, ahol a szervezetnek idiosyncrasiája van az arsennel és higannyal szemben.*

Irodalom: Deselaers: Wismutinjectionen in der Syphilistherapie. — Felke: Wismut bei Syphilis (Trepol-Milanol). M. m. W. 1922, 39. és 52. sz. — Fournier und Levaditi: Derm. Wschr. 1923, 682. old. — Fritz: A bismut felszívódásának vizsgálása, tekintettel a bismutmérgezés tüneteire. Orvosi Hetilap 1923, 28. sz. — Guszman és Pogány: Kísérletek a syphilisnek bismutal való kezelésével. Orvosi Hetilap 1922, 44. és 45. sz. — Gutmann: Erfahrungen mit dem Wismutpräparat Nadisan, in Kombination mit Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis. Derm. Wochenschrift 1923, 28. és 29. sz. — Lehner und Radnai: Die Behandlung der Syphilis mit Trepol. Derm. Wochenschrift 75. köt., 42. sz. — Mraz: Über Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten. Wiener klin. Wochenschrift 1923, 8. sz. — Mühle: Über Bismogenol zur Luesbehandlung. Derm. Zeitschrift 1923, 38. köt., 5. füz. — H. Müller: Die Behandlung der Syphilis mit Wismut. M. m. W. 1922, 15. sz., 547. old. — U. a.: Wismutbehandlung der Syphilis. Zentralblatt für H. u. G. 1923, 290. old. — U. a.: Weitere Versuche der Syphilisbehandlung mit Wismut. M. m. W. 1922, 48. sz. — Neuendorf: Wismutbehandlung bei Syphilis (Bismogenol). Derm. W. 1923, 14. sz. — Patzschke: Zur Behandlung von primärer Syphilis mit Wismutpräparaten. D. m. W. 1923, 30. sz., 984. old. — Plaut und Mulzer: Über die Wirkung neuer Wismutpräparate bei der experimentellen Kaninchensyphilis. M. m. W. 1923, 16. sz., 487. old. — Pinkus: Über die Behandlung der Syphilis mit Wismut. M. Kl. 1923, 13. sz., 437. old. — Prater: Überdosierung mit Bismogenol. Derm. Wochenschrift 1923, 14. sz. — Richter: Über die Wismuttherapie. D. m. W. 1923, 28. sz., 912. old. — Rosner: Die Behandlung der Syphilis mit Trepol. W. kl. W. 1922, 17. sz. — Schubert: Syphilis und Wismut. Dermat. Wochenschrift 1923, 23. sz. — Strauss: Untersuchung über die Ausscheidung des Bismogenol. D. m. W. 1923, 19. sz. — Trub und Beutl: Trepol in der Syphilistherapie. Dermat. W. 1923, 23. szám., 831. old. — Voehl: Zur Therapie der Syphilis mit Wismutpräparaten. D. m. W. 1923, 7. sz. — Zimmermann: Erfahrungen mit Bismogenol in der Praxis. Dermat. Wochenschrift 1923, 21. szám.

A Debreceni Kerületi Munkásbiztosító Pénztár szülészeti poliklinikumának közleménye.

Ischuria paradoxa gyermekágyban.*

Írta: Zemléni V. Gyula nőorvos.

A nőbetegek tekintélyes része fordul tisztán urológiai panasszal gynaekologushoz. Ennek természetesen következménye, hogy a nőorvosoknak az urológia fejezeteivel foglalkozniuk kell.

Ennek példjaként a megzavart vizeletürítés egyik ritkább esetét kívánom e helyen ismertetni.

Februárius hó 26.-án jelenti a Kerületi Munkásbiztosító Pénztár egyik bábája, hogy egy 10 napos gyermekágyasnak állandóan vizszerű folyása van. A meglátogatott gyermekágyas előadja, hogy a szülés 10 nap előtt, orvosi beavatkozás nélkül folyt le. Elmondásából kivehető, hogy a kitolási időszak körülbelül 3 órán át tartott, a magzat fejvégével született. A gyermekágy második napjától kezdve érzé, hogy állandóan nedvességben fekszik. Kérdésemre, hogy „mikor vizelt?” meglepődeve ismeri be, hogy erre eddig nem gondolt, de a szülés óta tulajdonképpen nem vizelt.

A takarékos felemelésekor a bomlott vizelet ismert szúrós szaga ütötte meg orromat, a külső nemi részek részben odaszáradt, részben nemrég ürült vizelettel szennyezettek. Az anamnesis, valamint a talált elváltozások alapján fistulára kell gondolni. A hason azonban a köldökig érő, tojásalakú, feszes, fluctuáló hólyagot tapintani lehet. Bimanualis vaginalis vizsgálatnál a húgycsőnyílás és környéke normális, a mellő hüvelyfalán semmi rendellenesség, a hüvelyboltozat mélyen ledomborított, a köldökig

* Bemutatás a Debreceni Orvosegyesület 1923 március 17-i ülésén.

erő képlet a magzatfejnyi retro- és dextroponált méhhez együtt a medencét csaknem kitölti.

A gyermekágyas szülés óta vizeleti inger nem érzett. Az inger a hólyag nyomkodására sem jelentkezik, vizelni most sem tud. Enyhe nyomásra csak pár csepp ürül.

Csapoláskor a félkemény katheter akadály nélkül tudtam bevezetni, körülbelül 2300 cm³ vizeletet bocsátottam le. A gyermekágyas még négy napon át nem vizelt, utasításomra a bába naponként kétszer csapolta, de a 15. naptól kezdve a vizeletürítés rendes. A 21. napon bimanualisan vizsgálva kóros elváltozást nem találok, vizelete tiszta, cystitise nincs.

A leírt kórkép ischuria paradoxának felel meg.¹

Tudomásom szerint az ischuria paradoxa leggyakrabban hypertrophiás prostatájú férfiaknál észlelhető, valamint elég gyakran fordul elő a központi idegrendszer bizonyos megbetegedéseinél, a gerincvelő transversalis laesióinál stb. A hypertrophiás prostata vagy esetleg más hasonló elhelyezkedésű képlet (pl. a nőknél fibroma a cervix uteri-n) mint állandóan jelenlevő mechanikai akadály szerepel, mely a húgycsövet comprimálja. Ha a compressio nem teljes, a paradox ischuria jelentkezhetik. A gerincvelő megbetegedéseinél a húgyhólyagot a nagyagyvelővel összekötő pályák vezetése szakad meg.

Az ismertetett eset ilyen értelemben egyikkel sem analog.

A vizelet akarattalagos kiürítésének mechanizmusában két factor szerepel. Egyrészt a musc. detrusor vesicae, másrészt a belső húgycsőnyílás zárókészüléke, a sphincter vesicae. A hólyag fokozatos telődése, tágulása és végül feszülése reflex-úton váltja ki a kiürülést, a detrusor vesicae hosszanti és körkörös lefutású símaizom kötegei összehúzódnak és ennek a méh izomműködésével analog contractiónak centripetális ereje préseli ki a vizeletet. A kivetető útnak, a húgycsőnek nyílását a sphincter szerkezet² tartja elzárva, ennek kell elernyednie, hogy a belső húgycsőnyílás megnyíljon. A detrusor csak símaizmok alkotják, a zárókészülék izomszerkezetében harántcsíkolt izomkötegek is vannak. Ezeknek híján a kiürülés bizonyos fokú telődésnél mindig kiválódna reflex-úton, míg a harántcsíkolt izomkötegek segítségével a zárókészülék elernyedése a nagyagytól, illetve az akarattól függően működik. Müller mutatta ki, hogy a húgyhólyag kiürülési reflexeinek központjai a medence sympathikus dúcaiban, a ganglion mesenteriale inferiusban és a ganglion hypogastricumban fekszenek.

A hólyagérzéseket közvetítő pályák, melyek a szerzők véleménye szerint a gerincvelő hátsó kötegeiben futnak az agyvelőig, közlekedő ágak révén az említett sympathikus ganglionokkal állnak összeköttetésben. Az akarattalagos záróizmoknak a gerincvelő coccygealis nyúlványában, a conus medullarisban még külön reflexközpontjaik is vannak.

A mechanizmus mikéntjének recapitulálása után felvetődik a kérdés, miként áll elő a paradox vizeletretentio stadiuma. A központi idegrendszer bántalmainál a felet kézenfekvő. A hypertrophiás prostata pedig (mint mechanikai akadály a kiürülés útjában) előbb atóniássá, majd az állandó feszülés következtében hűdötté teszi a detrusort, később csatlakozik a zárókészülék részleges bénulása.

A referált esetet mint traumás eredetű hűdéses beidégzési zavart kell felfognunk.

A kitolási időszak alatt főleg fejevégű fekvéseknél gyakran észleljük, hogy a medencén lassan áthaladó fej comprimálja az urethrárt és a symphysis fölött hatalmasan elődomborodik a telt hólyag. Aki próbálta ilyen esetben a hüvelybe vezetett két ujjal a fejet kissé visszatolni és az ujjak védelme alatt bevezetett katheterrel a vizeletet lecsapolni, annak alkalmával lehetett a csapolás alatt jelentkezni a tolófájdalom rendkívüli erejét közvetlenül észlelni. A méhösszehúzódnak — esetleg a haspréssel együtt — oly erővel szorítja oda a bevezetett két ujjat az előlfekvő rész és a symphysis közé, hogy valósággal physikai fájdalom

¹ Ischuria = retentio urinae; ἰσχω = visszatartok.

² A női húgycső záróizma Kalischer, Stöckel és Zangemeister vizsgálatai szerint nem circularis izom, tehát nem „sphincter”. A σφιγγω-σφιγκτήρ igazi értelmét a „zusammenschnüren” német szó fedi.

mat okoz. Ebből következtetni lehet arra is, hogy a kitolás alatt az intraabdominalis nyomás foka, mint trauma, mennyire jelentékeny. Éri magát a detrusor felfogó végkészülékeit és éri a medencebeli sympathikus dűcokat, valamint az ingerület vezetékeit. A fentebb említett módon pedig éri a trauma a zárókészüléket.

A gyermekágy első napjaiban jelentkező vizeletretentio (ischuria) — incontinentia nélkül — gyakori jelenség. Hólyagatonia illetve hűdés nélkül azonban a gyermekágyas kínzó fájdalomról panaszkodik, gyötrő vizelet ingert érez, a bába vagy orvos panaszától megszabadítja. Más oldalról a teljes vagy részleges incontinentia — retentio nélkül — a gyermekágyban szintén gyakori.

A retentio és incontinentia szövődése adja a paradox ischuriát.

Az esetet ismertetésre érdemesnek tartottam ritkásága miatt. 11 év alatt azonos képet gyermekágyasnál nem láttam.

Irodalom. Frankl-Hochwart, Zuckerkandl: Die nervösen Erkrankungen der Blase. Wien, 1898. — Chrobak-Rosthorn: Die Erkrankungen d. weibl. Geschlechtsorgane. — Stoeckel: Therapie der Incontinentia urinae stb. Zbl. f. Gyn. 1921, 1.

A kir. m. Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. egyet. ny. r. tanár).

Haemoklinikus status a csecsemőkori tuberculosishál.

Írta: Duzár József dr. egyet. tanársegéd.

Activ-e a tuberculosis vagy sem, ez a legfontosabb kérdés a felnőttek megbetegedésénél. A csecsemő tuberculosis mindíg activ, hiszen az infectio bekövetkezésétől eltelt rövid idő alatt még meg nem gyógyulhatott.

A csecsemő védekezése a tuberculosis ellen nagyon kezdetleges, ezért gyors a folyamat, annál gyorsabb, minél fiatalabb a csecsemő. Ma is általános az a vélemény, hogy az első életév első felében inficiáltak 100%-ban elpusztulnak; akik infectiójukat a második félévben szerezték, azoknak prognosisa jobb, de még köztük is igen nagy a mortalitás (átlag 70%). A diagnózis korai felállítása, a progressivitás s vele a prognosist megítélése tehát azok a problémák, amelyek a csecsemőgyógyász érdeklődését elsősorban vonják magukra.

A korai diagnózis azonban a mai klinikai eljárások mellett is sok nehézségbe ütközik. A physikalikus vizsgálat a csecsemő specialis viszonyainak alapos ismerőjét is cserbenhagyhatja. A peribronchialis nyirokesomók acut, velős duzzanatát legtöbbször Röntgennel sem kapjuk meg. A tuberculinpróbák pedig már sok esetben felmondták a szolgálatot (positiv vagy negativ anergia, megbízhatatlan praeparatumok stb.).

A helyes prognosist még nehezebb. Czerny hangsúlyozza, hogy az alig megnagyobbodott hylusból sokszor váratlan gyorsasággal terjed a folyamat a tüdőszövetre vagy a többi szervekre és tönkre teszi a csecsemőt. Máskor a tüdőszövet kiterjedt megbetegedése mellett a csecsemő fejlődik és életben marad.

Ez a megfontolás vezetett akkor, amikor a felnőttek pathológiájában nagy jelentőségre szert tett újabb vérvizsgálatokat a csecsemő tuberculosishál megbetegedésére alkalmazni próbáltam (a vizsgálatok kizárólag hylus- és tüdőtuberculosisra vonatkoznak). Az idevágó vérvizsgálatok, ellentétben a régiekkel, a vér fehérjetestjeit teszik megfigyelés tárgyává és egyrészt a vér összfehérjetartalmának és egyes fehérjefraksióinak quantitativ ingadozásából, másrészt ezen kolloidtermészetű testek megváltozott viselkedéséből (labilitás) vonnak a kórfolyamatra következtetést.

Hasonló vizsgálatok eddig csecsemőknél alig történtek. Annak a nagy tuberculosishál anyagnak birtokában, amely klinikánkon évente megfordul, előbb sok esetben a Darányi-féle serumlabilitási reactiót¹ végeztem el, amely szerzője szerint a bacillus-toxinok által okozott szövetszétésésekről tájékoztat bennünket. A részleteket illetőleg az eredeti közleményre utalva

(lásd: Duzár²), az eredmények röviden a következők voltak: A serum labilitási reactio már a csecsemő enyhe tuberculosishál megbetegedésénél is (positiv Pirquet, jelentéktelen hőemelkedéssel, csekély vagy negativ physikalikus és Röntgen-lelettel) positiv eredményt ad. A positivitás erősbodik a középsúlyos eseteknél (kiterjedtebb physikalikus és Röntgen-lelet, nagy súlyingadozások, főleg lefelé). Legerősebb, igen durva, összeálló flokkusokat kapunk a súlyos eseteknél (kiterjedt tüdőlelet, állandó meredek súlyesés a teljes atrophia felé). Feltűnő volt azonban, hogy az egészen súlyos kachexiák több esetében, akiknél többször az azelőtt positiv Pirquet is negativvá lett, a Darányi-reactió, előzetes positivitás után, negativ eredményeket adott. Reinerrel ugyancsak a legsúlyosabb esetekben azt is sikerült kimutatnunk, hogy a szövetszétésnek megfelelően a csecsemő vizeletében is megjelennek olyan fehérjebomlási termékek, amelyek a negativ serumot positivvá tudják tenni. Az is kitűnt, hogy ezek a Bechold és Reiner által stalagmonoknak nevezett és Reiner által előállított felületactiv anyagok a negativ serumokban már minimális mennyiségben is positivitást okoznak.

A vérfehérjékre vonatkozó kutatásokat szélesebb mederben folytattuk *Rusznaykkal*,³ az általa ajánlott *nephelometriás*⁴ methodikával: Egyrészt a sinus punctióval vett és 5%-os natriumcitrat-oldattal 1:4 arányban kevert vérből nyert plasmának fehérjefraksióit határoztuk meg, másrészt több labilitási reactiót is beállítottunk a Darányival párhuzamosan. Így a vörösvérsejtsülyedési próbát Linzenmeier⁵ szerint, a Gerlóczy⁶ és Frisch-Starlinger⁷ reakciókat, melyek vizsgálataink szerint a fibrinogen-tartalomnak megfelelően viselkednek, míg a Darányi nagyjából a globulinokhoz igazodik.

A Darányi-reactio most is a fentieknek megfelelő eredményeket adott. A Gerlóczy- és Frisch-Starlinger-reactiók enyhe esetekben negativok vagy csak gyengén positivok. A folyamat súlyosbodásával fokozatosan erősebb és erősebb positivitást mutatnak. A vörösvérsejtek sülyedése a progressivitásnak megfelelően az átlagos 1 $\frac{1}{2}$ —2 órától 25—30 perces sülyedésig gyorsul. A fehérjefraksiók a már jelzett összefüggések szerint viselkednek. A plasma összfehérjetartalma megszapordott (6·10—7·20); annál inkább, minél előrehaladottabb a folyamat. (Ezen vizsgálataink kachexiás csecsemőkre nem vonatkoztak; ezeknél a fehérjetartalom lényegesen csökkenhet.) Minden esetben sok a globulin (3·23—2·92), értékét főleg acut rosszabbodások növelik. A fibrinogen-tartalom már könnyű esetekben is jelentékeny, a betegség súlyosbodásával azután mindinkább megszapordodik (0·20—0·62; további gyarapodását komplikáló enteritiseknél látjuk). Az albumin a globulin javára fogy meg és ezért az albumin-globulin-quotiens mindig alacsony (1·1—1·7).

Diagnostikailag vizsgálataink már eddig is eredményre vezettek akkor, amikor más eljárással eligazodni nem tudtunk; így tuberculosis javára döntöttünk két atrophias csecsemőnél, ellene egy bronchiektasia és egy chronikus pneumonia esetében. Előbbieknél az összfehérje, de különösen a globulin-tartalom állandóan magas volta, utóbbiaknál ugyanezeknek a legacutabb tünetek enyhülésével való hirtelen leesése engedte meg a fenti messzemenő következtetéseket.

Prognostikailag értékesíthetők lesznek ezek a vizsgálatok akkor, ha a csecsemő-tuberculosis legkülönbözőbb typusainál hosszú időn keresztül, sorozatosan végezzük el őket. Ilyen irányú vizsgálataink folyamatban vannak. Minden betegünkön a felvételkor és betegsége szerint rövidebb vagy hosszabb időközönként, de legalább kéthetenként az összes vizsgálatot elvégezzük. Az így nyert haemoklinikus statust kiegészítjük még a vérképnek (lymphocytaszám; eosinophylszám) felvételével, valamint azokkal a vizsgálatokkal, amelyek a legújabb tapasztalatok szerint prognostikailag szintén jól értékelhetők: a serum-lypase meghatározásával, amely csökken, és az urochromogen meghatározásával

a vizeletben Weiss^a szerint, amely növekedik, ha a folyamat rosszindulatú.

Az urochromogen-reakciónak megfelelő, de annál sokkal kevésbé érzékeny és megbízható diaszo-reactio már Czieszinszky^b gyermekeknél felvett haemoklinikus statusában is szerepel, kiegészítve a serum összfehérje tartalmának, a vérkép kvalitásának, a vizelet urobilinogen-tartalmának meghatározásával. A lypase-tartalomnak vizsgálata viszont abban a haemoklinikus statusban bír jelentőséggel, amelyet csak legújabbban a heidelbergi Moro-klinika¹⁰ publikált és amelyben a qualitativ vérképen és a serum összfehérje-tartalmán kívül már egy labilitási reakciónak, nevezetesen a vörösvérsejtek ülepedésének is hely jut.

Az említett haemoklinikus statusokban szereplő azon vizsgálati eljárásokat felhasználva, amelyek a felnőtt-tuberculosis prognostikájában is általános elismerést vívtak ki maguknak, a vérplasma fehérjefraksióinak a qualitativ vérképpel és a kolloidlabilitási reakciókkal egybekötött sorozatos vizsgálata jelentőségében lényegesen gyarapszik és reményt nyújt a csecsemő tuberculosisának helyes prognostikai megítélésére.

Irodalom: ¹ Darányi: Deutsche med. Wochenschr. 1922, 17. sz. — ² Duzár: Jahrb. f. Kinderh. 1923, 102. köt. — ³ Duzár és Rusznyák: Megjelenik: Monatschr. f. Kinderheilk. 1924. — ⁴ Rusznyák: Bioch. Zeitschr. 1923. — ⁵ Linzenmeier és Lilienthal: Zentralbl. f. Geburtsh. u. Gynaek. 1922, 1873. old. — ⁶ Gerlóczy: Klin. Wochenschr. 1922, 43. sz. — ⁷ Frisch-Starlinger: Med. Klin. 1922, 2. köt., 8. sz. — ⁸ Weiss: Klin. Wochenschr. 1922, 14. sz. — ⁹ Czieszinszky: Monatschr. f. Kinderheilk. XXII, 5. f. — ¹⁰ Asal und Falkenheim: Münch. med. Wochenschr. 1923, 10. sz.

A budapesti állami gyermekmenhely közleménye
(főorvos: Torday Ferenc egyet. tanár).

A vérvétel hatása kanyaróból lábadozóakra.

Írta: Rokay Zoltán dr. segédorvos.

A fertőző kórokat kiállott gyermekektől rendszeres vérvételek szokásosak, amióta a reconvalescens-savóban levő ellenanyagoktól részben gyógyító, részben védő hatást remélünk. A kísérletezők a főszólyt arra fektetik, hogy a vérét áldozóból a megóvandóba betegségek ne vitessenek át, hogy az emberi vérsavók úgy készüljenek, hogy a befecskendezésnek a megvédeni akart kárát ne lássa.

A lábadozó fertőző betegek érdeke kevesebb méltánylásra talált, mert az összes kísérletezők tapasztalatai szerint, hogyha nem sok vért vesznek a lábadozó fertőző betegről, ha a vérvételnél ügyesen és tisztán járnak el, úgy a vérüket adók ennek nem látják kárát.

Ezen tapasztalati tényekkel szemben tavalyi Semmelweis-előadásában Gerlóczy Zsigmond egyet. tanár felhívta a figyelmet arra, hogy a specifikus védelemnek a reconvalescens-savókra alapított továbbépítésénél a vérüket adó lábadozó fertőző betegek érdekeire is figyelemmel kell lenni.

Ezen gondolatmenet a fertőző kórokból lábadozó gyermekekre vonatkozólag annál is inkább indokolt, mert a gyermekek, Lehdorf szavai szerint, haemolabilsébbek.

A budapesti állami gyermekmenhelyen heveny fertőző kórok elleni védekezésnél gyermeki vérsavókkal sokat kísérleteztünk. Főnököm, Torday Ferenc egyetemi tanár megbízott, hogy a kanyaróból lábadozó gyermekeken tanulmányozzam a vérvételnek befolyását úgy egész szervezetükre, mint sorozatos vizsgálatokkal vérükre.

Ezek közlése előtt röviden ráutalok azokra az elváltozásokra, amiket eddigi ismereteink szerint a kanyaró a vérképben okoz: Az exanthema idején leukopenia, a neutrophilek relatív csökkenése, aneosinophilia és a monocyták felszaporodása jellegző. Ezen tipikus lelet a reconvalescencia idején eltűnik s rendszeren eosinophilia lép fel. Vizsgált eseteim egy részénél kismértékű

eosinophiliát, néhány esetben pedig a monocyták megszáporodását észleltem.

Nem tudok számszerű adatokról arra vonatkozólag, hogy a kanyaró a vörösvérsejtek számában, továbbá a haemoglobin-százalékban minő változásokat idéz elő. Az irodalmi adatokból csak arról értesültem, hogy a kanyaró ugyanolyan anaemizáló ártalmat képvisel, mint a többi fertőző megbetegedések.

A vérvesztés hatása egészséges szervezetekre a következőkben foglalható össze: Közvetlenül az akut vérvesztés után természetesen oligoemia jön létre. Csakhamar azonban a szövethedveknek a vérbe áramlása következtében a haemoglobin-százalék és a vörösvérsejtek száma a téregységben parallel csökkennek. A vérvesztés a vörös csontvelő izgalmi állapotát hozza létre, mire a sejtképződés erősebben megindul s esetleg fiatalabb sejtalakok is megjelennek a vérben. Nagyobb vérvesztésnél a rohamosan képződő vörösvérsejtek nem tökéletesen kifejlődött alakban, többnyire kisebb haemoglobin-tartalommal jutnak a vérpályába, azért a festődési index csökkenni szokott. A posthaemorrhagiás anaemiának képe másként alakul, ha a vérvesztéséget valamely más betegség előzi meg.

Összesen 10 kanyarós gyermek vérért vizsgáltam a reconvalescens-savó termelése céljából végzendő vérvétel előtt 2–3 napon át, a vérvétel után egy héten naponta, azután átlag 2 hónapig több napi időközökben. 5 gyermeknél sorozatosan a teljes vérképet, 5-nél pedig csak a haemoglobin-százalékot változását vizsgáltam. A haemoglobin-értékek vizsgálata Sahli szerint történt.

A hetednapja láztalan kanyarós gyermekektől vettük a vért, Degwitz előírása szerint. Az elsőnél szándékosan a szokottnál nagyobb mennyiségű vért vettünk.

A kórtörténetből kitűnik, hogy a 6 éves leánynál a vérvétel után másnapra a vérben úgy a haemoglobin-tartalom (79%-ról 60%-ra), mint a vörösvérsejtek száma (4,260.000-ről 3,410.000-re) erősen megesökkent. Erre a csontvelőben erős izgalmi állapot támadt, ami először a fiatalabb fehérvérsejt-alakoknak felszaporodásában, a Schilling szerinti qualitativ vérképnek balra eltolódásában, majd basophilen festődő vörösvérsejteknek a fellépésében nyilvánult meg. A polychromasia a vérvétel után kb. az 5–6. napon volt a legkifejezettebb. Ezen megfigyelésem szerint tehát a vörös csontvelőben erőlyes regeneratorikus munka indult meg, amely azonban nehezen tudta leküzdeni a nagyobb vérvesztésnek a gyermeki szervezetre gyakorolt káros hatását. A vörösvérsejtek száma és a haemoglobin-tartalom csak vonatottan emelkedett, a festődési index még sokáig alacsony értéken maradt.

Ezen vérelelletel párhuzamosan a gyermek előzetesen jó közérzete és megnyugtató általános állapota a vérvesztés után csak a hívősvölgyi fiókéntézetünkben való elhelyezés után javult lassan meg. Ezen kórtörténet eléggé világosan bizonyítja, hogy nagyobb mennyiségű, a testsúly 75-ödrészét kitevő vérmennyiséget kanyaróból lábadozó gyermekektől szervezetük komolyabb veszélyeztetése nélkül venni nem lehet.

Testvére, H. István, ugyanezen időben lett kanyaróssá és így módunkban volt hasonló körülmények között levő két testvér szervezetének viselkedését különböző mennyiségű vér vétele mellett összehasonlítani.

Ennél a gyermeknél a vérvétel után, amely a testsúlynak 128-adrészét tette ki, a vérképben semminemű mélyreható elváltozást nem állapítottunk meg s a vérvétel után 1 hónappal hozzávetőlegesen ugyanazt a vérképet találtuk, mint a vérvétel előtt.

A következő táblázatban összeállítottam, miképen befolyásolta a vérvétel a többi nyolc kanyarós gyermek vérének haemoglobin-tartalmát.

Ezen adatokból kitűnik, hogy a kanyaróból lábadozó gyermekeknél, ha a leboosátott vér mennyisége a testsúly $\frac{1}{100}$ - és $\frac{1}{170}$ -része között mozog, a vérvétel hatásaképp a vérnek haemoglobin-tartalma többnyire észrevehetőleg megfog, csakhamar azonban megindul a haemoglobin-tartalom emelkedése, úgyhogy ezen értékszámok mihamarább megközelítik a vérvétel

N é v	Hg.-% véré- vétel előtt	Vett vér mennyisége cm ³ -ekben	Lebocsátott vér a test- súly hányad- része?	Hg.-% a vérévétel után			
				egy nap	egy hét	egy hó- nap	két hó- nap
H. Antal ..	96	140	$\frac{1}{171}$	88	89	94	—
K. Miklós ..	77	140	$\frac{1}{121}$	69	73	78	—
N. István ..	85	90	$\frac{1}{150}$	76	78	84	83
B. Kálmán ..	75	90	$\frac{1}{108}$	74	77	75	76
M. István ..	62	100	$\frac{1}{265}$	61	64	86	83
Sch. Erzsé ..	70	40	$\frac{1}{281}$	73	73	82	81
H. Anna ..	71	50	$\frac{1}{170}$	68	61	67	72
B. János ..	85	40	$\frac{1}{250}$	82	86	—	—

előtt észlelték. Ugyanilyen befolyást gyakorol a vérévétel a táblázatban technikai okok miatt fel nem tűntetett vörösvérsejtek számára is. A vizsgált esetekben a kvalitatív vérkép jelentősebben nem változott.

Két gyermeknél (M. István, Sch. Erzsé), kiknél a testsúly $\frac{1}{250}$ -részénél kisebb vérmennyiséget bocsátottunk le, ezt követően a vér haemoglobin-tartalma egyáltalában nem csökkent, sőt csakhamar a eredeti értéket tetemesen meghaladta.

Ezen megfigyelésünkkel igazolhatjuk azon tapasztalatot, hogy kismennyiségű vér kibocsátása a vérképző szervekre sokszor serkentőleg hat (Grawitz), még olyankor is, mikor leromlott szervezetű gyermekek súlyos kanyarót állottak ki.

A vérévétel hatásának megállapításánál a lebocsátott vér mennyiségén kívül egyéb tényezőket is kell még tekintetbe vennünk, melyek között a kiállott kanyaró súlyossága és a vérképző szerveknek a reparatorikus képessége is fontos szerepet játszik.

Vizsgálataim eredményei és az előbb említett körülmények egybevetéséből azt a következtetést vonom le, hogy kanyaróból lábadozó gyermekektől a testsúly $\frac{1}{100}$ -részénél nagyobb mennyiségű vért semmiképpen sem célszerű venni. A testsúly $\frac{1}{100}$ -részének megfelelő mennyiségű vér vétele a kanyaróból lábadozó gyermeki szervezetnek érdemleges kárt nem okoz. Kisebb, a testsúly $\frac{1}{250}$ -részét meg nem haladó vérmennyiség lebocsátása még leromlott szervezetű, kanyaróból lábadozó gyermekeknek sem árt, sőt a vérképzés ösztökélése révén még hasznára is válhat.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A pellagráról.

Írta: Jancsó Miklós dr.

(Második befejező közlemény.)

Valószínűbbnek látszott mások előtt az, hogy nem a kukoricával való kizárólagos táplálkozás hozza létre a pellagrát, hanem talán a kicsirázott kukoricában termelődik valamely méreg, vagy a megromlott penészgombákkal, baktériumokkal ellepett kukorica által létrehozott *intoxicatio* okozza a pellagrát. Ez a *zeotoxikus elmélet*. Tényleg a kukorica nehezebben tartható el, azért tartják szellős kasokban, a lisztjéből készült puliszka is gyorsan megromlik. Olaszországban a tavasszal elvetett kukorica jól beéri, ezt azonban a sze-

gény néposztály táplálkozásra nem használja. E néposztály tápláléka abból a kukoricából telik ki, amelyet a kalászosok learatása után nyáron azok helyére vetnek el s ez igen gyakran nem érik be kellően s így könnyen megromlik és megpenészesedik.

Oláhországban a letört kukoricát nem kasokban tartják el, hanem sokkal primitívebb módon s így megromlásnak, penészesedésnek inkább ki van téve.

Habár Lombrosónak és tanítványainak az így megpenészedett kukoricával, vagy azon talált penészgombákkal és baktériumokkal végzett kísérletei nem meggyőző erejűek, van sok olyan tapasztalat, amely a zeotoxikus elméletet megerősíteni látszik. Így Takács szerint a Szilágyban akkor lépett fel először a pellagra (1877-ben), amikor előző évben elfagyott a kukorica s így éretlen és megromlott kukoricával voltak kénytelenek táplálkozni. Erdélyben akkor láttuk megjelenni és elterjedni a pellagrát (1898), mikor már három évi rossz gabonatermés után a termés 1897-ben teljesen tönkrement. Egész augusztus közepéig folyton esett — 25 év óta nem volt annyi eső nyáron — és hűvös volt, ekkor nagy meleg jött szárazsággal, amely a fejletlen kukoricát is, de az egész gabonatermést is tönkretette. A zöldséget pedig a korai fagy pusztította el. Gyümölcs sem termett. Mivel sertésvész miatt elpusztult a sertésállomány, ami a szegényebb néposztálynak egész évre szolgáltatja a zsírt és húst, a mételey miatt pedig elpusztult a juhállomány, úgyhogy nem volt tej, sajt; a szegény lakosság nagy nélkülözéseknek volt kitéve. Ekkor nagymennyiségű kukoricát hoztak be Erdélybe a Tisza mellékéről és Oláhországból, előbbi penészes volt. A lakosság saját termésű, éretlen, romlott kukoricáján és a boltból vett, gyakran penészes kukoricán élt. Ekkor egyszerre megjelent a pellagra Erdélyszerte, sok esetben igen súlyos, heveny alakban.

Raymond szerint a pellagra aetiologiája „*maies et misère*”. Ezek a körülmények Erdélyben 1898-ban bizonyára meg voltak adva. Neusser Ausztriában legtöbb pellagrát azon a vidéken talált, ahol a malária is leginkább honos. Erdélyben az 1894-ben újra jelentkező malaria-endemia tetőfokát 1897—98-ban érte el, és a pellagrások nagyobb számában volt kimutatható a malaria, mint praedisponáló körülmény.

Bizonyos újabb vizsgálatok a pellagrás bőrgyulladásoknak, illetőleg a pellagrának létrejöttét úgy magyarázzák, hogy a szervezetbe sensibilizáló anyagok jutnak be, azt túlérzékennyé teszik a napsugarak behatásával szemben, ami a bőrgyulladások keletkezésére adja meg az alkalmat. Ez a pellagra kórokának *photodynamikus elmélete*.

Az első útmutatást az adta meg, hogy ismerünk egy nagyon ritkán előforduló, rendesen veleszületett, constitutionális megbetegedést, amelyben szenvedők vizeletükkel és székletükkel állandóan haematoporphyrint ürítenek. Az ilyen haematoporphyrinaemiában szenvedők tulajdonképpen nem betegek, magas kort megérnek, csak hogy a napsütéssel szemben sajátos túlérzékenységet mutatnak: bőrük a napsütésnek kitett helyeken meglobosodik, piros és vizenyős lesz, akár súlyos fekélyképződést mutathat, éppígy meglobosodnak a szemek és akár meg is vakulnak a lobosodás következtében. E *hydroa aestiva* néven ismert bőrbántalom a haematoporphyrin photobiológiai sensibilizáló hatása következtében jön létre, kísérletileg is előidézhető: Meyer Bütz saját magát tette így haematoporphyrin befecskendezésével kísérletileg túlérzékennyé s kitűnt, hogy bár az 72 óra alatt kiürült, túlérzékenysége a napsütéssel szemben 6 héten át megmaradt.

Hasonló kórkép jöhet létre chronikus sulfonal- és trional-mérgezéseknél is.

Ismeretes másfelől háziállatainknál egy sajátságos megbetegedés: ha a juh és disznó, már ritkábban a szarvasmarha és a kecske, virágzó tataárkát — Polygonum fagopyrum (Polygonaceae) — akár szárítva, vagy a magját eszi és napsütésnek van kitéve, akkor ha az állat fehér, testszerte, ha fehérfoltos, akkor fehér foltjainak megfelelő helyeken bőrlöböt kap. Ez Schindler vizsgálatai szerint azáltal jön létre, hogy a tatárkában foglaltató fluoreskáló anyagok felszívódván, az állat bőrét sensibilizálják annyira, hogy az a napsütésre gyulladásal reagál. E fluoreskáló anyagok ugyanis folszívódván, a különben chemiailag hatástalan sárga és vörös fénysugarakat hatásosakká teszik, és mivel ezek a sugarak a növényi és állati szöveteken sokkal könnyebben hatolnak át, mint a chemiailag activ ibolyasugarak, mélyreható chemiai változásokat hoznak létre. A bőrelváltozások mellett ezeknél az állatoknál súlyosabb esetekben agyi tünetek, a nyálkahártyákon súlyos lobosodások is jelentkeznek s az állat 8—12 óra alatt elhullhat. E tünetek a tatárkafogyasztás után későre, akár 4 hét elteltével is felléphetnek, ha az állat csak akkor tétetik ki napsütésnek.

Ilyen tüneteket már embereken is észleltek, ha tatárkakását ettek.

Pekingben és környékén észlelték a köznépénél, hogy *Atriplex litorale* L. (Chenopodiaceae) élvezete után sajátságos megbetegedést kapnak, melyet *Matingnon atriplicismus*nak nevez. A spenót eme testvérének fiatal hajtásait használja Peking körül a köznép salátának, belesütik kenyérbe vagy rétesbe. Ha piros leveleit nem szedik le, akkor aki eszik belőle, annak a napsütésnek kitett bőrfelületein pirosodás, viszketés lép föl, hólyagok képződnek, és ez a folyamat eltart tíz napig is.

Győrffy tanár közölte velem, hogy már Dyonisius és Diokles leírják, hogy ennek a növénynek az élvezete szeplőt és pattanásos kiütést okoz s már Hippokrates és a nápolyi Lykos használják e növényt gyógyítási célra.

Ezek a tapasztalatok adtak gyanút arra, hogy valószínűleg a kukorica is azok közé a növények közé tartozik, amelyek fluoreskáló anyagokat termelnek, s ha huzamosabb időn keresztül nagy mennyiségben élvezi valaki, olyan mennyiségben jutnak be fluoreskáló anyagok az illetőbe, hogy a napsugarakkal szemben hyperszenibilizált bőrén napsütésre exanthemák jelentkeznek. Ennek experimentalis bizonyítása is sikerült: Gay és Mc. Iver alkoholban oldódó fluoreskáló és photodynamikus anyagokat izoláltak kukoricából, rozsából, tatárkából, búzából. Hausmann, Lode, Horbaczewski és Raubitscheknek sikerült a kukoricából nyert anyaggal egereken végzett kísérletekkel bebizonyítani, hogy a kukorica tartalmaz ilyen photodynamikus anyagot.

Ez a sensibilizáló lipoid a kukoricából préselt olajban is benne van, átmeleg alkoholos kivonatba is, így magyarázatukat lelnék azok az esetek, melyekben a pellagra fellépését olyanoknál észlelik, akik kukoricát egyáltalában nem fogyasztanak, de kukoricából készült pálinkát élveznek huzamosabb időn át.

A Lombroso és tanítványai által már régen felvetett zeotoxikus elmélet újabban megint támpontot nyert amerikai vizsgálók tapasztalatai által. Legújában James W. Jobling és Lloyd Arnoldnak (Észak-Amerika) jelent meg egy dolgozata, amelyben a pellagra létrejöttét tapasztalataik és kísérletes vizsgálataik alapján következőleg gondolják: nem a hiányos állati fehérje, hanem a *túlsok szénhidrát bekebelezése*,

ami a déli államokban rendes életmód, teremti meg az emésztőcsatornában a kedvező viszonyokat arra, hogy ott egy az *Aspergillus glaucus repens* csoportba tartozó penész előfordulhasson, amely pedig alkalmas táptalajon tenyésztve erősen fluoreskáló anyagot termel. Ezt az aspergillus-féleséget sikerült nekik több acut és chronikus pellagrás bébennékéből és bélsarából kitenyészteni. Ezzel a fluoreskáló anyaggal sikerült nekik egérkísérleteikben az egéren photodynamikus hatásokat elérni.

Szerintük tehát a zeista elmélet így kapcsolódna össze a zeotoxikus elmélettel: nem az állati fehérje kevés volta, hanem a szénhidrát túlbősége a fődolog, amely alkalmas táptalajt képez fluoreskáló anyagot képező penész megtelepedésére.

Ezen zeista, illetőleg zeotoxikus elméletekkel szemben ellenzői különösen arra hivatkoznak, hogy Amerikában több mint 300 éve használják táplálékkul a kukoricát: az egész Egyesült-Államokban gazdag, úgy, mint szegény, naponta háromszor is eszik valamely alakban kukoricát és Mexiko, Illinois népe kukorica-kenyéren és babon él, mégsem pellagrás. Az Egyesült-Államoknak azon államaiban, ahol észlelhető a pellagra, csak mintegy 15 éve lépett fel, pedig bizonyára e 300 év alatt nem egyszer volt már rossz kukorica-termés, éhínség, táplálkozottak romlott kukoricával a lakosok és mégsem kaptak pellagrát.

Parrish ennek a magyarázatát abban találja, hogy hogy nem ismerték fel a pellagrát; éppúgy, mint Sambon szerint ez a magyarázata annak, hogy Olaszországban is a kukorica behozatala után csak másfél század mulva látszik fellépni a pellagra.

Hogy ez a nagyon kényelmes magyarázat azonban nem állja meg a helyét, ezzel szemben arra hivatkozhatok, hogy Erdélyben 1891-ig tömegesebben semmi esetre sem lépett fel a pellagra, pedig ott a köznép, különösen oláhlakta vidékeken, éppúgy kukoricával táplálkozik és éppen olyan rossz hygienikus viszonyok között él, mint Oláhországban, vagy Olaszország északi részének lakói, tehát a „mais et misère“ teljes mértékben megtalálható. Ennek bizonyítására hivatkozom arra, hogy az 1898-ban általunk észlelt pellagrás betegeknek a klinikai kórkép minden esetben akkor keletkező pellagrának klinikai kórképe volt, a betegek mind tagadták, hogy valaha ilyen betegségük lett volna, vagy illet valaha láttak volna. Másrészt még nem feltételezhető, hogy Purjesz belgyógyász, Géber és Marschalkó bőrgyógyász, Genersich kórbonenok, Lechner elmeorvos tanároknak, ilyen nagytapasztalatú, széles látókörű klinikusoknak figyelmét elkerülhette volna a pellagra, ha előbb egyáltalában előfordult volna Erdélyben.

Ezek a körülmények éppen azok, amelyek gyanússá tették a pellagrát arra, hogy az *fertőző betegség*. Mindenesetre felöltő dolog az is, hogy fellépése után Erdélyben endemiásan megmaradt; tehát itt is, mint más helyeken, ahol egyszer fellépett, holott előbb nem volt észlelhető, pedig a fellépését előidézőni látszó körülmények állandóak nem maradtak. De több más körülmény is felhozható annak a hypothesisnek a támogatására, hogy a pellagra fertőző megbetegedés. Sambon a következőket hozta fel: kukoricát termelő államokban nagy területek találhatók, ahol pellagra nincsen. Elterjedésének határa ugyanaz maradt évtizedek, évszázadok óta. Olyanok is megbetegednek, akik kukoricával sohasem táplálkoznak, vagy akik kukoricán kívül bőven táplálkoznak egyéb tápszerekkel is. Egyenlő életmódban élő családok tagjai közül pellagraterület szélén

csak egyesek betegednek meg pellagránban. Pellagrás vidéken átmenetileg tartózkodók is megkapják e bántalmat, dacára az eltérő életmódjuknak és gyakran csak hazatérésük után tör ki náluk a pellagra. A pellagrás vidék jellemzője nem nagymértékű kukoricatermelés, hanem hegyes-erdős vidék, ahol hegyi patakok kák folynak és azok közelében dolgoznak az emberek. Eltűnik egyes helyekről a pellagra, hol az ilyen patakokba gyár szennyvizét bocsátják bele. A pellagra évi periodusos jelentkezési módja rovarok évi jelentkezésére és aktivitására enged következtetést. A pellagra évi recrudescenciája és az új megbetegedések fellépésének ideje között olyan teleologikus évszakos kapcsolatot ismerhetők fel, mint amilyen a malaria-recidivák és a szúnyogok rajzása között.

Ezen megfigyelések által vezettetve *Sambon* a pellagrát protozoon-megbetegedésnek tartja, amelyet ugyan még nem ismerünk, de előidézője egy *simulium-faj* kell hogy legyen.

Ezek a simuliumok gyorsvízű hegyipatakokban fejlődnek, mint rokonuk: a kolumbácsi légy. Álcáik farokrészükkel a kövekhez, növényekhez tapadva tartják fenn magukat a vízen, bábjaik is itt tapadva lelhetők meg. A szárnyas alakok a patak közelében bokron tanyáznak s az ott dolgozóknak arcát, kezefejét szállják meg s szúrják meg vérszívásuk alkalmával.

Sambonnal és *Chalmers*sal együtt utaztam be Erdélyt és ottani vizsgálataikat figyelemmel kísértem. E simuliumokat Erdélyben éppúgy mindenütt megtaláltuk, mint megelőzőleg ők Olaszország pellagrás vidékein megtalálták. Sok olyan eredményre bukkantunk e vizsgálatok közben, amelyek elméletüket megerősíteni látszanak. Így a kolozsvári pellagrás megbetegedéseket megmagyaráznák a Bükk-erdőből lecsobogó apró patakokkáiban nagy számmal található simuliumok. Dicsőszentmártonban több pellagrát észleltek, pedig ott ilyen hegyi patak nincs és simulium sincs. Ám kitűnt, hogy csak olyanok betegedtek meg pellagránban, kik előző években a Maros felső folyásánál végeztek hónapokig tartó erdőmunkákat stb.

Ekkor hivatkoztam előttem *Sambon* arra, hogy sikerült neki ugyanazon helységbe kiadott árva gyermekek egy részét tüllpólyázással megóvni a pellagrától, míg a kísérletkép nem védettek mind pellagrát kaptak.

*Harris*nak sikerült pellagrás hulla *Berkefeld-filtratum*ával két *Macacus rhesus* majmon typusos pellagrát előidézni. *Hunter* simuliumokkal sikerrel oltotta át a pellagrát majmokra. A pellagra simuliumok általi átoltásának ugyan ellene látszik szólni az az észlelet, hogy *Barbados*ban pellagra van, pedig ott simulium nincs, de gyanú van arra, hogy ott a *Stomoxys calcitrans*, vagy más légyfaj oltja át. (*Jennings és King*.) Mindezek a tapasztalatok elég meggyőzők arra, hogy pl. *Strümpell* a pellagrát a fertőző betegségek közé sorolja, valamint a pellagra tanulmányozására kiküldött amerikai bizottság is azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a pellagra fertőző megbetegedés. (*Thomson és Mc. Faden*. 1913.)

Hogy ez az elmélet Amerikában sem képes a pellagra elterjedésére, jelentkezésére és megszűnésére vonatkozó epidemiológiai jelenségeket elfogadhatólag megmagyarázni, bizonyítják éppen Amerikában legújabbban megjelent közlemények, amelyek a pellagra keletkezését más okokra vezetik vissza.

A bemutatott, igen értelmes pellagrás betegnél azonban nagy nehézséggel állunk szemben, ha akár-melyik aetiológiai alapon is akarjuk megfejteti pellagrájának keletkezését. Elmondja ugyanis, hogy négy-

tagú családjával kukoricával egyáltalában nem élnek, csak kenyérrel, tésztalevessel és kevés főzelékkel. Tejet ritkán, húst úgyszólván sohasem esznek. De a kenyérük búza és rozsból „elegyes” és kukoricalisztet sohasem használnak. A háború alatt századszakiacs volt, majd orosz fogságban szénbányamunkára fogták, de ott sem evett kukoricából készült ételt soha. Kukoricából készült pálinkát sem foghatunk gyanúba pellagrájá előidézőjéül, mert holti pálinkát nem iszik, és csak hébe-korba, ha a gazdák megkínálják, jut hozzá; de Kiskúnmajsán mindenkinek saját gyümölcséből készült pálinkája van, nem is tudják, hogy kukoricából is lehet pálinkát csinálni.

Hegyipatakokban fejlődő simuliumok által sem fertőződhetett Kiskúnmajsán, ahol lakik, mert az a Kiskúnságon, sík földön van, a legközelebbi folyóvíztől: a Tiszától 37 kilométernyire s ott csak tavak vannak.

Mondja, hogy azon 9 hónap alatt, míg Oroszországban bányamunkán volt, árpakávét, hajdinát, sárgakását, rizst, lóhúst és tésztát kaptak enni. Lehetne tehát arra gondolni, hogy a beteg bőrgyulladásai a tatárka élvezése miatt jöttek létre, tehát fagopyrismusa van: csak hogy Oroszországból már három éve hazakerült, ott is 1916-ban volt, amikor ő tatárkát evett, azóta nem.

Győrffy tanár figyelmeztetett arra, hogy Erdélyben az oláhok az atriplex-fajokat használják rétestészta. Az Atriplex litorale ismeretes a Szeged melletti Fehértó mellől is, mint azt nekem meg is mutatta. Tehát atriplicismus esete itt is előfordulhatna. Azonban atriplicismusnál azok a súlyosabb gyomor-bélzavarok és senyv, mint betegünkénél, nem észlelhetők.

A legújabb időben Németországból különböző helyekről jelennek meg közlemények, amelyekben a bőrön levő elváltozások, a bélhuzam és idegrendszer részéről leírt tünetek, ha nem is felelnek meg teljességgel a pellagrának, mindenesetre ahhoz igen hasonlóak. A közlők véleménye szerint ezekben az esetekben ha nem is zárható ki teljes biztonsággal a kukoricával való táplálkozás, de valószínű, hogy nem szerepel. Ellenben igen egyhangú és nem kielégítő a táplálkozás. pl. hónapokon át csupán kenyér és margarin, vagy hús, zöldség, tej és tojás hiánya mellett túlnyomólag burgonyából állott.

Ezek az esetek azt a látszatot keltik, hogy a hiányos táplálkozás bizonyos módjai a pellagrához hasonló elváltozásokat tényleg hoznak létre a bőr, az emésztő- és idegrendszer részéről.

Az a véleményem, hogy a mi pellagrásunk is ebbe a csoportba sorolható.

DIAGNOSTIKA

A gróf Apponyi Albert-poliklinika belgyógyászati osztályának közleménye (vezető: Stern Samu dr. egyet. m. tanár).

Egyszerű eljárás a dermatotypia (Oppenheim) és a daktyloszkopia kivitelére.

Írta: Lévai Mihály dr.

Azon bőrelváltozások, melyeket betegségek és kísérletes beavatkozások idéznek elő, gyakran múltó természetűek és ha őket fixálni akarjuk, úgy rendszerint igen komplikált eljárásokhoz kell folyamodnunk. Ezen eljárások, amellet, hogy költségesek, nagy apparatust és speciális kézügyességet igényelnek — mint az egyszerű és a színes fényképezés, a mozgóképek, a rajzok, a festmények és a moulage-ok — és időt rabolnak; emiatt nagyobb klinikai munka mellett szinte kivihetetlenek. *Oppenheim* 1916-ban, midőn dermatotypiának

nevezett eljárását kidolgozta, ezen a hiányon akart segíteni. Oppenheim eljárásánál azt az elvet követte, melyet Galton a daktyloskopiára vonatkozólag már 1892-ben ismertetett.

Kelet-Ázsiában, főleg Kínában és Indiában már évezredekkel ezelőtt felismerték az ujj- és lábnyomatoknak az egyénre szigorúan jellemző voltát és okmányokat, adósleveleket analfabétákkal ujj-, illetve lábnyomokat révén signáltattak. Yung-Hwui (Kr. e. VII. század) ismerte már a személyazonosság megállapítására alkalmas ujjlenyomatokat és törvénykönyvében ezt az eljárást elő is írta analfabéták számára. Indiában ugyanezt a célt szolgálták a lábjelek már Açoka király idejében. A kéz- és ujj-jegyek kérdésére vonatkozó adatokat Sir William Herschel Indiában összegyűjtötte és Galton e munka alapján dolgozta ki a daktyloskopiát. A személyazonosság megállapítására szolgáló daktyloskopiát először Indiában fogadták el a hatóságok és ezzel az addig dívó komplikált Bertillon-féle anthropologias eljárást kiküszöbölték. Forgeot megkísérelte több-kevesebb sikerrel a meztelen láb és ujjak nyomait fán, üvegen, szőnyegekben 2%-os ezüst-oldattal, majd tintával, jódval, osmium- és fluorhydrogensavval kimutatni. Paul szép eredményeket ért el festékekkel, pl. kaliumhypermangan-porral. A daktyloskopiát India után Anglia, Ausztria-Magyarország, Szászország stb. fogadták el törvényes eljárásnak. Ma természetesen minden kultúrallam ezzel az eljárással dolgozik.

Oppenheim előírása szerint a dermatotypia kiviteléhez a következő felszerelés szükséges: 1. egy tubus nyomdafesték, 2. egy kb. 5 cm széles, 3 cm átmérőjű kaucsuk festékhenger, 3. egy kis üveg lenolajfirnisz (a nyomdafesték higításához), 4. egy keményfából készült lapátka, 5. kis deszkalap a nyomdafesték első átdolgozásához, 6. egy 20 cm² nagyságú, 1–2 mm vastag cinklemez, 7. egy tapper és esetleg 8. egy 20 cm hosszú és 5 mm vastag kaucsukrudacska.

Az eljárás kivitele oly komplikált, hogy legalkalmasabb Oppenheim munkájában utánaolvasni.

Oppenheim maga is érezte, hogy ez az eljárás klinikai célokra nem igen alkalmas és ezért egy egyszerűbb eljárást is ismertetett, mely a Niceforo által módosított egyszerű daktyloskopiával teljesen egyezik. Ez azonban csakis oly elváltozásoknak a felvételére alkalmas, melyek a tenyér, a talpon és az alkaron találhatók fel; az eljárás következőkben áll: A gondosan megtisztított területet vékonyan bevaselinezi, utána száraz kendővel letörli. Az így előkészített helyeket egy gyűretlen, fehér és tiszta papírra nyomtatja. Utána a papírlapot graphitporral behintí és az előtűnő képet spray-apparatus segítségével firnisszel fixálja.

Az ily eljárással nyert képek szépek és a célnak megfelelnek. Némely azonban sikerült ezt az egyszerű eljárást is olyképp módosítani, hogy a kép kiviteléhez szükséges időt megszoríthattam és a képeket a testfelület bármely részéről el tudtam állítani. A gondolatmenetem a következő volt:

A zsírok a papíron az érintkezési felületeknek vagy vonalaknak megfelelő nyomokat hagynak vissza. Oly anyagot kell alkalmaznom, mely a lehető legfinomabban emulgeálható és emulgensként egy oly másik anyagot, mely gyorsan elpárolog és illetéken az eljárást meggyorsíthatja. A 'sesamolaj', mint ismeretes, kitűnően emulgeálható, az aether pedig elsőrangú emulgens és a bőrrel érintkezve, úgyszólván az érintkezés pillanatában elpárolog. E két anyag tehát teljesen megfelelt a célnak és csak a keveredési optimumot kellett meghatároznom, mely rövid kísérletezés után 1:15 arányban mutatkozott. Ily összetételű emulsió alkalmazása után pillanatok alatt megkapom a zsírképet, melyet praktikus okokból negatívnak nevezhetünk. A negatív előhívásához szükséges anyagot a carbo animalisban találtam meg, melynek rendkívüli adsorptív képességeit a laboratoriumi vizsgálatokból és a terapiából jól ismerjük. Az állati szénnel behintve a zsírképet (negatívot) rögtön elénk rajzolódik a színek, a pozitív. Az ilyen képet nem kell fixálni, minthogy a szén oly sokáig tapad a papírhoz, míg a zsírnymok azon feltalálhatók. Ez pedig gyakorlati szempontból a végtelennel egyenlő.*

Daktyloskopiai felvételeknél így járok el: Mint-

* A daktyloskopiai képeket, tekintettel a rajzolat finom voltára helyes fixálni. Az egyéb képeket pedig tintával, színes írónnal lehet utánrajzolni.

hogy az aether minden szennyet eltávolít, azért a volamanus előzetes gondos megtisztítása felesleges. Az emulsiót néhányszor erőteljesen felrázva, az ujjakat egy ecset segélyével bekenem. Néhány másodperc múlva enyhe nyomással az előkészített papírra nyomatom a tenyér (elővigyázatosság szempontjából helyes egyszerre 2–3 nyomatot készíteni) és rögtön utána egy másik ecsettel végighúrom a papírost és az ecset kevés állati szénport víz magával. A pozitív abban a pillanatban előtűnik és a legfinomabb bőrrajzolatokat is feltűnteti. A felvételhez alkalmazott papíros cellulose-dús legyen, minthogy famentes papíron a zsírkép szétfolylék és így sem szép, sem pontos képet nem adhat. A papíros legyen gyűretlen és fehérszínű és alatta síma felszínű kemény tárgy foglaljon helyet. E célnak legjobban üveg, keményfa vagy márványlap felelnek meg. Az ecsetek tisztán kezelendők és sohasem cserélendők fel. Ha a kép készen van, semmi más kíméletet nem igényel, csak annyit, hogy zsírtartalmú anyagtól tartassák távol.

A v. Groër-Hecht-féle dermoreactiók regisztrálására a következő eljárást dolgoztam ki: A papulát egy finom ecsettel, mely az aetheres emulsióba volt mártva, kirajzoltam és itt a legnagyobb pontosságra törekedtem. Utána a hyperaemiás udvar szélét megvontam (ugyanazzal az ecsettel). Azután elővettem egy a fenti követelményeknek megfelelő, alkalmas alakú papírlapot, reáfektettem a felveendő bőrfelületre és egy ruganyos tapper segélyével enyhén reányomtam. A kapott zsírképet állati szénrel előhívtam. A pozitív nemcsak a papula nagyságát adta vissza hűen, hanem a tág folliculusokat is kitűnően érzékeltette, sőt a finom bőr-árkok és rajzolatok is láthatóvá váltak olyankor, ha a kísérleti egyén nem volt abszolút szárazbőrű. A szemnek kissé be kell gyakorolva lenni, a képek olvasására és kézi nagyítóüveg-gitt-ott jó szolgálatokat tehet. Kis gyakorlattal nemcsak két dimenzióban olvashatjuk a képeket, de a papula mélységére is következtetni tudunk, tehát három dimenzióban tudunk olvasni. Ehhez csak kevés gyakorlat szükséges. Fontos mindenesetre, hogy a tapper lenyomása egyenletes erővel történjék. Ily képeket az injectio után 5–15 perc, majd 4, 24 és esetleg 48, sőt 72 óra múlva készítettem magamnak és így gyönyörűen demonstrálható módon, képekben rögzítettem a vizsgált egyén különböző hajlandóságait. A bőrjelenségek nagysága és szélessége a képekben pontosan lemérhető és így számszerűleg jegyezhető.

Eljárásomnak az Oppenheim által ismertetett dermatotypia felett lényeges előnyei vannak. Gyorsan, kb. 1 perc alatt, olcsón, a testfelület bármely részétén végezhetjük felvételeinket. A képek pontosak és szépek, könnyen eltárolhatók és demonstrációs célokra igen alkalmasak. Véleményem szerint nemcsak a bőrgyógyász és a kísérleti-diagnostikus methodika veheti hasznát ez egyszerű eljárásnak, hanem a hivatásos daktyloskopia is.

Irodalom: Galton: Fingerprints London 1892. — Deipherement of blurred finger 1893. — Finger-print directories 1895. — Oppenheim: Dermatotypie Archiv für Dermatologie etc. 1916. 123. köt., 709. oldal.

Egyszerű methodus a vérsér „maradék-N”-jének meghatározására.

Írta: Péterfi Sándor dr. a berlini IV. sz. belklinikai v. volunteer-assistense, Békéscsaba.

Burghardt a M. m. W. 1923. évi 20. számában a müncheni Müller-klinikáról közli a „zöld benzaldehyd”-reactiót, mint a vér maradék-N-jének qualitativ és quantitativ meghatározási módját.

Burghardtól függetlenül, Barrenscheen és Weltmann cikke alapján (I. irod.) 1923 februárjában vizsgálatokat kezdtem Berlinben, a „Krankenhaus Moabit” kémiai és physiologiai intézetében, hogy a „zöld benzaldehyd”-reactio alapján a vér maradék-N-jének egyszerű quantitativ meghatározásához jussak, hogy ez a vese pathológiájában oly fontos tényező könnyen és minden laboratoriumi felszerelés nélkül az orvos rendelőjében elvégezhető legyen.

Barrenscheen és Weltmann sikerült kimutatni, hogy ha 20%-os trichloreccsavval fehérjéltetett serum szűredékének 1 cm³-éhez 2 csepp Ehrlich-féle benzaldehyd-reagenst adnak, egy sárgás-zöld reactio keletkezik, ha a vér maradék-N-je fokozott.

Összesen 50 serumot vizsgáltam Dr. K. Löwenthal-lal együtt, köztük egészségesekét és vírusosokét is a chron. nephritis és nephrosclerosis mellett. A controlt Jacoby prof. úr makro-kjeldahl-lal végeztette.

A vizsgálatok folyamán a legintenzívebb reakciót akkor kaptam, midőn a következő módon jártam el: 1.5 cm³ serumhoz ugyanannyi 20%-os trichloreccetsavat adtam, azt erősen felráztam és egy 6 cm átmérőjű filterpapirosra lehetőleg quantitative átszűrtem — mint ez utóbbit Barrenscheen és Weltmann tették — és a szűrékhez 5 csepp p.-dimethylamidobenzaldehid-et adtam. Így kevés vérral lehet dolgozni, amennyiben elegendő, ha a betegről reggel éhgyomorrra 10 cm³ vért veszünk.

30 mg maradék-N-ig a színreakció negatív, 40 mg maradék-N-től felfelé a színreakció intenzitása a serum maradék-N-jének emelkedésével arányosan fokozódik. Ennek megállapítása — mit Burghardt is talált — adta a kiindulópontot a quantitativ metho-dushoz.

Miután a gyakorlatban a diagnózis és a prognózis szempontjából főképp annak eldöntése bír szereppel, vajjon a maradék-N növekedett-e vagy nem, azonkívül eme növekedésnek megközelítő foka: három éles határ megállapításával a gyors tájékozódás lehetővé válik, és pedig:

I. halvány, sárgás-zöld, alig zöldbe játszó szín-reactio, mely maximalisan 40 mg maradék-N-nek felel meg és physiologiának veendő.

II. zöld színreactio, sárga tonussal, megfelel 40–60 mg maradék-N-nek, pathologiás.

III. levélzöld tonusú színreactio, megfelel 80 mg és ezen felüli maradék-N-nek, erősen megnövekedett maradék-N.

120 mg maradék-N-et tartalmazó serum volt a leg-magasabb titerű, amit vizsgálni módomban állott.

Burghardt Autenrieth-kolorimeterrel dolgozik, ami keveseknek áll ma rendelkezésére és koordináták-kal, ami az eljárást igen körülményessé teszi; míg a fenti eljárás kémcsövekben, kevés gyakorlattal 10 perc alatt elvégezhető.

Burghardt 1.5%-os uranylacetattal fehérjéltetés és így szerinte a reactio élesebb, de már 32–34 mg mara-dék-N-nél fellép és ő ezt már pathologiának veszi, holott a physiologiás határ 40 mg körül van. Trichlor-ecetsavval fehérjéltetve 30–40 mg maradék-N-tar-talmú serum olykor a reagens saját sárgás színreactió-ját adja.

Irodalom : 1. Barrenscheen u. Weltmann: Über eine Reaktion des Harnstoffs mit p.-Dimethylamidobenzal-dehyd. Biochem. Zeitschr. 131/5. — 2. U. a.: Über eine neue Harnstoffreaktion und ihre klinische Verwertbar-keit. Klin. Wochenschr. 1922, 22. sz. — 3. Weltmann und Teuschert: Über die Tagesschwankungen im Urobilino-gehalt des Harns stb. W. m. W. 1922, 18. sz. — 4. G. Burghardt: Über die grüne Benzaldehydreaktion als einfache Methode zur qualit. und quantit. Reststick-stoffbestimmung. Münch. m. Wochenschr. 1923, 20. sz. — 5. Meyer—Estorff Über die sog. grüne Benzaldehydreak-tion im Bilirubinhorn. Klin. Wochenschr. 1922, 11. sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az acut leukaemia terapiájáról. Karl Neidhart. (Strahlen-therapie 16. köt., 1. füz.)

Az acut leukaemiát, akár mint valami ismeretlen infec-tióra való sajátosság reactiót fogjuk is fel, akár pedig mint a chronikus leukaemia acut alakját, gyógyítani nem áll módunk-ban. Antiseptika, salvarsan, arsen egyformán hatástalanok. Időleges hatást láttak eddig: intercurrent fertőző betegségektől, Röntgen-besugárzástól, thoriumtól és a benzoltól. Azonban a mai alkalmazási mód mellett ezen tényezők egyike sem fejt ki állandó hatást. Röntgenre ugyan a fehérvérsejtek száma a legtöbbször hirtelen leesik, de a legtöbbször subjectiv javulás nélkül, sőt a vörös vérkép határozott rosszabbodásával. Közölt esetében az volt az impressiója, hogy a leukocyták számának túlságosan nagy leesése direct káros hatású volt (125000-ról 3600-ra). Mivel a benzolt veszélyesnek tartja a tuberkulin-kezelés eredménytelennek látszik, a Röntgen-besugárzással való próbálkozást ajánlja, melynek szerinte, megfelelő methodika kidolgozása után, a legjobb kilátásai vannak. Thorium adott esetben ugyancsak megkísérlendő. Tóth Kálmán dr.

Kísérleti vizsgálatok a szájon keresztül történő gümös fertőzésről. Dr. Alfred Puppe. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. 55. köt., 1. füz.)

A száját mint a gümös fertőzés behatolási kapuját ke-vesen tették eddig exact vizsgálat tárgyává. Ő kísérleteiben úgy járt el, hogy házinyulákat tracheotomizált és oesophagu-sukat lekötölte. Azután szájukba gümőkórbacillusokat, illetőleg gümös szerveket kent el. Több óra múlva vérükkel tengeri-malacokat oltott, de azokat ily módon fertőznie nem sikerült. Ellenben a nyulakat pár nap múlva levélve, azok submandibu-laris mirigyjeiben részben mikroszkopice, részben pedig malac-oltások által a gümőkórbacillusok ki voltak mutathatók. Mivel az inficiálásnál nyálkahártyasérülés nem fordulhatott elő, bi-zonyítottak veszi, hogy a gümőkórbacillusok ép nyálkahártyán keresztül is fertőzhetnek, nemcsak a táplálécsatorna alsóbb részén, hanem már a szájban is. Tóth Kálmán dr.

Az arsen — haemolytikus mérge. N. Schustroff és Ch. Vlados. (Folia Haematologica 19. köt., 2. füz.)

Az arsen hatása vérszegénységnél még mindig nem tisztázott. Vannak, akik a hatást a máj erythrolitikus képessége csökkenésének, mások a szövetek oxygenfeszültség-csökkenésé-nek tulajdonítják; egyesek hatástalannak tartják. Végül vannak, akik azt állítják, hogy az arsen hatása alatt sok vörösvértes-tecske elpusztul és az ekként támadt oxygenhiány hat inger gyanánt a csontvelőre. Ezen utóbbi feltevést a szerzők kísérleti-leg próbálták igazolni. Tekintve, hogy minden haemolytikus mérge kis adagban hyperglobuliához vezet, vizsgálták ezek hatását a vörösvérsejtek számára és resistenciájára. Ezen vizsgá-latokból kiderült, hogy a haemolytikus mérgek kis dosisai az első héten a vörösvértestcskék számának lényeges csökkenését idézik elő. A második héttől kezd megszokás kifejeződni: a számcsökkenés lassú szaporodásnak ad helyet. A resistentia az első naptól kezdve lényegesen fokozódik, egész a 10. ik napig, majd lassan csökkenni kezd s végül a normalis alá süllyed. A képződött fiatal vörösvértestcskék ugyanis bár mérgeállók, de osmotikus behatásokkal szemben kevésbé resistensek. Kísér-leik egy részét phenylhydrazinnal végezték, de a különböző arsensókkal végzett kísérletek teljesen hasonló eredményre ve-zettek. Tengerimalacokon csinálták kísérleteiket, de arsen-injectiókkal kezelt betegeken utána vizsgálták a kiderült, hogy az erythrocyták számának lényeges csökkenése s a kúra végén a resistentiacsökkenés itt is tipikusan jelen vannak. Tóth Kálmán dr.

Chronikus keringési zavar kezelése camphorral. Fahren-kamp. (Med. Klinik 1923. 50. sz., 1673. o.)

Évek óta foglalkozik a keringési zavarok camphortherapiájá-val. Megerősíti Groedel tapasztalatait, aki functiós és ideges keringési zavarokat kezelt eredményesen peroralis camphor-adagolással. Nagy nyereségnek tartja a caceholt is, mely azon-ban csak kisebbfokú chronikus keringési insufficiencia esetén használható teljes sikerrel, míg súlyosabb esetben, ahol gyors és erőles camphorhatás elérésére van szükség, az injectiós therapiát nem helyettesítheti. A hosszabb időn át tartó camphor-kezelés rendkívüli előnye az, hogy nagy megtakarítást tesz lehetővé a digitalis- és strophanthekészítményekben s így ered-ményesebbé is teszi ezek utóbbi szükségessé válható alkalmazását. Minthogy a hosszabb ideig tartó injectiós kezelés a gyakorlatban sokszor nehézségbe ütközik, nagy nyereségnek tartja a Vieth ajánlotta, camphorból és gelatinból álló és csak a bélben oldódó ú. n. camphorgelatinetnek alkalmazását. A gela-tinetek egyenként 0.10 g camphort tartalmaznak s miután a betegek napi 3×1–3 szemet heteken át szedhetnek a leg-kisebb mellékhatás nélkül, tökéletesen pótolják az injectiós adago-lást. Jó sikerrel alkalmazta őket rithmus-zavar nélküli billentyű-bajokban, az ingervezető-készülék betegségeiben, arteriosclero-sisosis szívizombajban s tapasztalása szerint jó hatásuk van a lélekző- és vasomotoros központra és a peripheriás erekre is, míg arithmia perpetua esetén a digitalis kezelés helyettesíthető velük időnként. A camphor-papaverin-gelatinetnek hosszabb ada-golásától angina pectorisban látott szép eredményt. Pákozdy.

A vitalisan festődő vörösvértestek számának jelentő-sége anaemiában, különösen vasas gyógymód mellett. Engel H. W. (Arch. f. i. Med. 1923. 7. köt., 1. füz.)

A kísérletsorozat, melyről szerző beszámol, Naegeli azon tapasztalatára támaszkodik, mely szerint vas adása kapcsán fokozott vörösvérsejtképzés indul meg, amelynek egyik jele az, hogy a vitalisan festődő vörösvértestek a keringő vérben a nagyobb számban jelennek meg. Egészséges embernek, valamint külön-böző okból anaemiás betegeknek vaskészítményt adott és eköz-ben vizsgálta a haemoglobint és a vörösvértestek mennyiségének ellenőrzése mellett a vitalisan festhető vörösvértestek százalékos mennyiségét. Ilyen methodika mellett azt tapasztalta, hogy a vörösvértestek és a haemoglobint mennyiségének növekedésével a vitalisan festhető vörösvértestek szaporodása együtt jár, de avval szoros és következetes összefüggésben nincsen: előfordul, hogy a haemoglobint és vörösvértestek száma növekszik a

vitalisan festődő vörösvértestek szaporodása nélkül; viszont ezen sejtek szaporulatát nem minden esetben követi valódi vörösvérregeneratio. A fiatal sejtek megjelenése egyébként sem jelenti a fokozott vörösvérképzést, csak a csontvelő olyan sajátosságára mutat, hogy az a fiatalabb sejtelemeket kevésbé tartja vissza, azokat fokozottabb mértékben bocsátja a keringő vérbe. A vitalisan festhető vörösvértesteknek a vérben nagyobb számban történő megjelenése a prognózis szempontjából jó jel. *Boros dr.*

Sebészet.

Leukaemiás lép spontán rupturája. *Hammesfahr.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 44. sz.)

Betege emelés után minden trauma nélkül rosszul lett. Meteorismus, a bal hasfélre szorító nyomási fájdalom, kisfokú izomdefense lépett fel. A bal vese táján tompulat volt kimutatható. Pulzus 84, temperatura norm. Három nappal később állapota hirtelen rosszabbodott, a beteg apathiában feküdt, lélegzése szapora volt, pulzus 110. Ezen tünetek óráról-órára súlyosbodtak. A hasüreg megnyitásánál a hasüregben kb. 3 1/2 liter vért talált. Az öklönagságú, közepén berepedt lépeltávolította. A beteg hat óra múlva exitált. A megnagyobbodott lép serosáján 11 cm hosszú és széles, 3 cm mély repedés. Szövettanilag a lép leukaemiásnak bizonyult. A vérzés eleinte a parenchymában kezdődött, növekedve felemelte, majd berepesztette a serosát. Ha a diagnosit idejében fel lehetett volna állítani, a korai műtét a beteg életét megmenthette volna.

Kovács J. dr.

A gyomor- és duodenum-fekélyek műtéti kezeléséről. *W. Burk.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 42. sz.)

A 145 gyomor- és duodenum-fekély miatt végzett műtéteiből és a gyógyulási eredményből azt a következtetést vonja le, hogy a művi eljárás a fekély helye és minősége szerint változik. Radicales műtét eredményei sokkal jobbak. *Ulcus callosus ventri.* és *duodeni* Billroth II. gyomorresectiót végez, Hofmeister módosításával. A 250 resectiója (cc.-t is beleszámítva) után *ulc. pep.* sohasem keletkezett. A nem resecálható *ulc. callosus duodeni* és az egyszerű pylorikus *ulcus*nál régen *Eiselsberg-féle* pyloruskirekesztést végezt. Jelenleg a pyloruskirekesztésen kívül a gyomor pylorikus részének resectióját végzi. *Gastroenteroan.-t* csak fiatal betegek *ulc. simplex*énél és magasban a kisgöbületen lévő, *callosus*, nem resecabilis fekélyeknél végez. A gyomorbél anastomosist rövid jejunalis kaccsal végzi. A vékonybélre fogót nem alkalmaz. Az anastomosist három harántújj nagyságú nyílást készít. A resectio mortalitása 3–4%, tehát nem nagyobb, mint g. e. a.-nál. A resecáltak közül sokkal jobban érezték magukat azok, akiknél nagyobb részt resecált a gyomorból. A pyloruskirekesztés + antrumresectio után az eredmények ugyanazok, mint pylorusresectiónál. *Ulcus ventriculinál* a pyloruskirekesztés és a g. e. a. eredményei rosszak. *Ulcus pept. jejuni*-nál a fekélyes bélrészt a gyomor megfelelő részével együtt resecálja.

Kovács J. dr.

Forró levegő műtéti előkészítés céljából. *K. Vogel.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 44. sz.)

A forró levegő (a kezek 100 C°-ot is kibírnak) hatására a bakteriumok a bőr mélyebb rétegeiből az izzadság útján a bőr felületére jutnak, ahonnan alkohollal vagy sublimálttal elpusztíthatók. A forró levegő azonban fontosabb a műtéti terület előkészítésére, különösen kérges munkáskezeken végzett plastikai műtéteknél, mert a meleg levegő hatására beállott izzadás miatt nemcsak a bakteriumok jutnak a bőr felszínére, hanem a bőrhegek is felpuhulnak. A hyperaemia következtében a bőr táplálkozása javul, úgyhogy a bőrlebenyek életképességüket jobban megtartják. A műtéti terület előkészítése céljából pár nappal a műtét előtt naponta egy óra hosszat a műtéti területre a Bier-féle forró lég-szekerény segítségével forró levegőt alkalmaz.

Kovács J. dr.

A flexura hepaticán képződött kettőscsővű stenosisról. *H. Marxer.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 45. sz.)

Ezen Payr által leírt szűkület leggyakrabban a flexura lienalison fordul elő, melynek oka szerinte a flexura magas hegyesszögű rögzítettsége. A parallel egymás mellett fekvő colon transversum és descendens összenövése következtében passage-zavar keletkezik. Sokkal ritkábban fordul elő a stenosis ezen formája a flexura hepaticán. Betegénél ileus lépett fel, jobboldalt meteorismus, nyomási érzékenység, csekély hasfali defense, norm. temp., stenotikus zörejek kíséretében. Műténél az erősen tágtult colon descendens 8 cm hosszúságban a colon transversummal lapszerint össze volt növe, úgyhogy a flexura U-alakot mutatott. Resectio ileocoecalis és oldalanastomosist végzett. Mindkét oldali szűkület keletkezésénél az appendicitis fontos szerepet játszik; a flexura hepaticán csak azért lép fel nagy ríknál, mert itt a szögletmegtörés kisebb. Fontos szerepe van a colon ascendensnek is, mert a colon ascendens mobile a szűkület keletkezését elősegíti. Ha tehát appendicitis miatt operált betegünkön tágtult colon ascendens találunk, gondoljunk ezen megbetegedésre is.

Kovács J. dr.

A Perthes-féle megbetegedésről. *K. Gaugele.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 45. sz.)

A kórfolyamat a kezdeti szakban a coxitis tbc.-től nem mindig különböztethető meg. Röntgen-képen a comb fejecsen tipikus, világosabb, tömörebb zónát látunk, mely csak a betegség kezdetétől számított több hónap múlva jelenik meg. A fejecse a roncsoló folyamat következtében golyóalakját elveszíti s gombaalakot vesz fel, mely az acetabulumba nem fér be. A végtag megrövidül, a beteg sántít. Betegeit úgy kezelte, mint a coxitis tbc.-ben szenvedő betegeket, extensiós járó gipszkötésben a végtagot állandóan thermentesítve.

Kovács J. dr.

Csonkképzés penisamputatiójánál. *E. Liek.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 45. sz.)

A penis egy részét, különösen ha a scrotum megnagyobbodott, a scrotum bőre takarja. Penisamputatiójánál azért, hogy elegendő hosszú csonkot kapjon, mely a vizeletnek a scrotum bőrére lecsurgását megakadályozza, úgy jár el, hogy a penis gyökén, az alsó felületen a scrotum bőrből háromszög alakú darabot távolít el. Az így keletkezett sebszélek egyesítése után a penis meghosszabbodik.

Kovács J. dr.

Urologia.

Csontsequester bevándorlása a hólyagba symphysis cariesénél. *F. Kroiss* urológiai osztályáról (Wien). *Leopold Löffler.* (Zeitschrift für urologische Chirurgie 1923, 13. kötet 5–6. füzet.)

Érdeemesnek talál leközölni egy esetet, melynél a symphysis ritkán előforduló tbc.-s affectiójánál csontsequester vándorolt be a hólyagba.

62 éves asszony, kinél egy év előtt a III. ágyékcsgolyó tbc.-s cariese lépett fel, mely hidegtályog és sipoly képződésére vezetett. Egy hónap óta dysuriás panaszok, pollakisuria. A cystoskop egy a hólyag elülső falán ülő, nem mozgékony, mogyóronyi, sárgás képletet mutatott, körülötte bullosus oedemával; a hólyag elülső fala a symphysishez fixált. Röntgen-diagnosis: caries symphysos; a hólyag perforálásával. Műtét suprasymphysaer median metszéssel; a cariosus részek kitakarítása, a hólyagba perforált és incrustált sequester eltávolítása, a hólyag-sipoly kimetszése. Gyógyulás.

Az irodalomban nem fordul elő ehhez hasonló eset, melynél a cariosus tbc.-s folyamat ráterjedt a hólyagra és sequester vándorolt bele. A folyamat geny- és tályogképződés nélkül haladt előre és a fascia transversa mögött terjedt rá a cavum, Retii-re és az elülső hólyagfalra, míg az irodalomban olvasható eseteknél a folyamat illetően ráterjedését a fascia transversa meggátolta.

Ehn Rudolf dr.

Tapasztalatok a hólyag epithelialis daganatai körül. (A berlini sebészeti klinika urológiai osztályáról.) *Prof. Eugen Joseph és Otto A. Schwarz.* (Zeitschrift f. Urologische Chirurgie 1923, 13. kötet, 5–6. füzet.)

A hólyagpapillomákat tárgyalva az endovesicalis kezelés felülkerekedésének jogosságát bizonyítják. Az igen elterjedt thermocoagulációs eljárás mellett főleg a chemocoagulációra hívják fel a figyelmet, melynek eszméje 1903-ból, Ernst R. W. Franktól származik, aki argentum nitricummal, subliminnal és trichloreccsavval igyekezett célt elérni. Szerzők 1920 óta nagy anyagon alkalmazták a chemocoagulációt különféle szerekkel: collargollal, salétromsavval, chromsavval és trichloreccsavval. Legjobban bevált a trichloreccsav, úgyhogy most kizárólag ezt a szert alkalmazzák. A chemocoagulatio a thermocoagulációval el nem érhető felületi hatást fejt ki és emellett a mélyre való hatása is jelentékeny. A savhajtás erőteljesebb, ha egy ülésben a thermo- és chemocoagulációt kombinálva alkalmazzuk, úgy, hogy előzőleg a tumort a thermocoagulációs sondával több helyen megfúrjuk és utána savval fecskendezzük be. Ezen eljárásnál a sav mélyen behatol a tumor szövetébe és gyors és kiterjedt nekrosishoz vezet a mélyebb tumorrészekben is. Az eljárás ellenzői azzal érvelnek, hogy a módszer alkalmazásánál a lecsurgó sav ép nyálkahártyát is ér és azt sérti. A sav lecsurgását némely esetben ugyan nem lehet meggátolni, de egy esetben sem tapasztalták még a nyálkahártya tartós sérülését. Fontos, hogy újabb ülés előtt a chemocoagulatio reakciójának lefolyását megvárjuk. A nekrotizált részek maguktól lökődnek le; a folyamatot hólyagöblítésekkel segítjük elő és időnként cystoskopos kontrollvizsgálattal tájékozódunk a nekrosis stadiumáról.

A chemocoagulációt uretercystoskop útján uraterkatheterrel kell végezni, melyen keresztül történik a tumornak trichloreccsavval való befecskendése. A rosszindulatú daganatokról szólva hangsúlyozzák a különféle sebészeti eljárások rossz eredményeit s ezért a malignus tumorok kezelésében is conservatív álláspontra helyezkednek és tapasztalataikat végeredményben a következőkben foglalják össze:

Jóindulatú hólyagdaganatok, egyes contraindicationoktól eltekintve, endovesicalisan kezelendők. Kis papillomákat thermo-

coagulálni kell, nagyokat, különösen vérzőket, thermocoagulatióval kívül erőlyes chemocoagulatióval ajánlatos elroncsolni. A chemocoagulatio a diathermiás eljárással együtt jó eredményeket ad oly tumoroknál is, melyek már kezdődő malignus elfajulásra gyanusak. Kifejezett hólyagcarcinománál igen jól hat genyedésre és vérzésre a trichloreccsav a tumorra való direct applicatio formájában és hólyaginstillatiók alakjában. Legtöbbször sikerül a tumort chemocoagulatióval feltisztítani és a kachexiát hosszú időre kitolni. Metastasisok és recidivák nem kerülhetők el, de az élet meghosszabbítása aránylag jó közérzet mellett elérhető. Ezen eljárással rosszindulatú daganat gyógyulása természetesen nem következhet be, mégis előnyben részesítendő ez a kezelési módszer az igen kedvezőtlen téves beavatkozásokkal szemben.

Ehn Rudolf dr.

Vesedaganatok diagnosizálásáról és sebészeti kezeléséről. Wil. Stevens. (The Journal of Urology 1923, 10. füzet, 2. sz.)

348 vesetumor kapcsán statisztikai adatokkal bizonyítja, hogy a pyelographia a tumorok diagnosizálásánál a legfontosabb segédeszköz. Úgy találta, hogy míg a fájdalom és haematuria az esetek 40–50%-ában, a tumor tapinthatósága 80–85%-ban található meg, a pyelographia által megállapított pyelumdeformitás vagy dislocálás az esetek 85%-ában áll fenn. Carcinománál különösen fontos a pyelographia, mert itt a deformitás minden esetben fennállott, viszont csak az esetek 18%-ában volt tapintható a tumor.

Minder dr.

Bőr- és nemikórtan.

A salvarsan okozta bőrgyulladás és egyes fémmergések gyógykezeléséről. Mc. Bridge és Dennie. (Arch. of Derm. and Syph. 1923, 1. sz.)

Kénvegyületek a fémeknek egész sorát, az As, Hg, Pb, Bi, Zn és Cu-t fixálják és így ártalmatlanná teszik. E célra a calciumsulfid, sulfit, különösképpen pedig a natriumthiosulfát használható. Míg az előbbiek rosszul oldódnak és mérgező hatásúak, addig a Na-thiosulfát jól oldható, intravenásan adott 2 g mennyiségig teljesen ártalmatlan és gyors hatású. A Sa-dermatitis főoka a Sa kiürülésének elégtelensége, ezért a kiválasztószerveket, különösen a májat megtámadó betegségek közreműködnek a bőrgyulladás kifejlődésében. Bencoláskor, jelentéktelen veseelváltozások mellett, a májban találták a leg súlyosabb degeneratív elváltozásokat egész az elhalásig. Bőrgyulladás közben a vizeletben néha fehérje jelenik meg, az üledékben hámcylianderek, vörösvérsejtek mutathatók ki. 5–25% eosinophilia mellett a fehérvérsejtek száma 12–18.000-re szaporodott, a vér carbamidjának mennyisége csökkent, a vércukor változatlan s a Wa. R. a beteg felgyógyulása után rendszerint negatívvá válik. A Sa-dermatitist kiválthatja: 1. acut infectio, 2. a májnak beteg volta (gumma, cirrhosis, icterus, hepatitis, perihepatitis), 3. súlyos vagy véres vérszegénység, 4. már évekkal azelőtt lezajlott megelőző Sa-dermatitis, 5. nagy Sa-dosisok ismételt, túlgyakran vagy túl hosszú időközökben való adása, 6. a Sa mérgező volta, amit okozhat: a) gyártási hiba, b) tökéletlen lezárás vagy a fiola sérülése miatti oxidatio, c) filtrálatlan oldat, s végül d) az oldószer toxikussága. Prodromalis az égő viszkető érzés a tenyér és talp bőrén, majd a legközelebbi injectio után rendszerint kitör a bőrgyulladás: a) rubelliform exanthema szemhéjvízenyő alakjában, b) test-súlycsökkenés mellett súlyos hasmenéssel, c) fehérje jelenhetik meg a vizeletben s d) a vér ureumájának mennyisége is csökken. Sa-dermatitiskor a steril, chemiailag tiszta Na-thiosulfát-oldatból első ízben intravenásan 0,30 g, a következő napon 0,45 g, majd 0,60–0,90–1,2 g, a nyolcadik napon 1,8 g adandó. Ez elégséges volna szerintük súlyosabb bőrgyulladás meggyógyítására. Már az első injectio után csökken a hyperaemia, oedema és exsudatio, a negyedik napon a száraz hámló szak következik be, s a máskülönb három-hat hónapon át tartó bőrgyulladás néhány hét alatt lezajlik.

Higanymérgezőskor még feltűnőbb a Na-thiosulfát jó hatása. Heves hasi fájdalommal, véres székkel, fehérjetartalmú vizelet ürítésével járó acut sublimátmérgezés esetében az első injectio után a hasfájdalmak megszűntek s a negyedik injectio után a beteg gyógyultnak volt mondható. Intravenás injectiók mellett ez esetben per os háromszor naponta 1 g-ot, összesen 15 g Na-thiosulfátot kapott a beteg. Hat súlyos esetük közül négy ízben neoparsphenamin, 1–1 esetben Fowler-oldat, illetve natriumcacodylat okozta a dermatitist. Hissem dr. közölte velük, hogy két olyan betegénél, kik megelőzőleg Sa-dermatitisen estek át, a kezelést egyidejű Na-thiosulfát adagolása mellett zavartalanul be tudta fejezni.

Melczér.

Ajak-sklerosisok. Parounagian és Goodman. (American Journal of Syphilis 1923, 7. füzet, 3. sz.)

Ajak-sklerosisok 14 esete van közölve; egy esetben a sklerosis az ajkon és penisen egyszerre fordult elő, egy másik mint carcinoma kezeltetett; a többi esetek a sklerosisok többé-kevésbé jellegzetes képét adták. Az extragenitalis fertőzések

leggyakrabban a száj nyálkahártyáján lépnek fel, elsősorban pedig az ajkakon. A fertőzés többnyire csókolás útján, de egyéb fertőzött tárgyak (evőeszközök, pohár, szivarszipkák, fűvös hangszerek stb.) közvetítésével is történhetik. A sklerosis 10–30 napon incubatio után szokott kifejlődni, majd ezt követően 1–2 héttel a megfelelő regio nyirokmirigyének fájdalommal duzzanata jelentkezik. Szerzők szerint nőknél az ajkak-sklerosis gyakrabban észlelhető, mint férfiaknál; az alsó ajkon kb. kétszer olyan gyakran, mint a felső ajkon. Hangsúlyozzák, hogy az ajak-sklerosis nem mindig jelentkezik jellegzetes félreismerhetetlen tünetekkel, sokszor csak szorgos megfigyelés és mikroszkopos vizsgálat által lehet a helyes diagnoszt megállapítani. Éppen ezért felhívják a figyelmet a mikroszkopos vizsgálat és esetleges későbbi vérvizsgálat fontosságára ajak-sklerosisok kétséges eseteiben.

Földvári.

Szemészet.

Szemtünetek encephalitis lethargicánál. William G. Cameron. (American Journal of Ophthalmology 1923, május.)

1919-ben és 1920-ban encephalitis lethargica-járvány pusztított egész Amerikában. Szerző tíz klinikai észlelt esetről számol be, amelyeknek pontos kórajzatát közli. Megfigyeléseinek összefoglalása: 1. Encephalitisnél bármely agyideg megbetegedhetik. 2. A betegség neve ideggyulladás vagy idegbénulás. 3. Legkorábban az oculomotorius betegedik meg. 4. Az alkalmazkodás gyengülése a legkiválóbban észlelhető szemtünet. 5. Az esetek felében neuroretinitis észlelhető.

Licskó dr.

A nők szürkehályogja és a petefészek működése között kimutatható-e valami összefüggés? Ascher. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1923, LXXI. 339. lap.)

Gallus kimutatta, hogy a nők jobban disponálnak szürkehályogra, mint a férfiak, s hogy a climacterium beállta elősegíti a cataracta kifejlődését. Két esetet említ, melyben ovariumpraeparatumok adagolására látásjavulást észlelt. Aschernek a prágai szemklinika anyagán végzett vizsgálataiból tényleg kiderül, hogy a nőknél az 50. életévig aránylag nagyobb számban fordul elő cataracta, mint ugyanilyenkorú férfiaknál. Annak eldöntésére, vajon a szürkehályog keletkezése tényleg összefüggésben van-e a petefészek működésének szünetelésével, Ascher a prágai női klinika beteganyagán végigvizsgálta azokat a nőket, kiknél valamilyen ok miatt kétoldali petefészekkiirtás történt, s azt tapasztalta, hogy 14 eset közül csak kettőnél voltak lencsehomályok kimutathatók. Ezek közül az egyiknek nagyfokú myopiája volt üvegtesti homályokkal, s az itt észlelt lencsehomályok bizonyára nem eshetnek ugyanolyan elbírálás alá, mint a másik 51 éves emmetrop nőnél észlelt cataracta-incipiens. A fiatalabbkorú hályogos nőbetegekhez intézett kérdésekből kiderül, hogy azok legnagyobb részénél a menstruatio rendellenessége, avagy annak szünetelése nem volt észlelhető. Így semmi ok sincs annak feltételezésére, hogy a fiatalabb korban kifejlődő szürkehályog a petefészek működésével összefüggésben áll.

Széács István dr.

Ptois hereditaria esete. Killian. (Klin. Wochenschrift 1923, 50. sz.)

Szerző ptoisosis családot észlelt, amelynek öt nemzedékében nyolc beteg tag volt. A ptois nem volt még bajokkal kombinálva, sohasem rosszabbodott. A törzsfáról készített táblázatnak sok érdekessége van. A család egyik régebbi generációjában az anya hozta be a ptoisist és örökölte. Az egészségesnek látszó egyik férfitagnak enyhe ptoisosis gyermeke született. A betegséget nemre való tekintet nélkül részben beteg tagok által, részben egészségesek révén örökölték az utódok. A fiatalabb generációkban kétoldali ptois is jelentkezett. Feltűnő a betegség súlyossága és gyakorisága a 3. számú családban, ahol az anyai ág egészséges volt és az atya baját az egészen enyhén terhelt anyjától örökölte. Szerző azt hiszi, hogy itt talán az anya is hozott valami hajlamot, vagy fel kell tenni, hogy az ilyen hiba, valahányszor egy tagban kifejlődik, bizonyos megerősödést is nyer.

Horay dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Megjegyzések Lovrich József dr.

„A női septikus megbetegedésekről és azok modern kezeléséről” című előadásához.

Írta: György Tibor dr.

A fenti címen Lovrich József tanár úr a Magyar Sebész-társaság az elmúlt év szeptemberében megtartott X. nagygyűlésén érdekes előadást tartott, melyben behatóan foglalkozik többek közt a gyermekágyi láz felfedezésének történetével.

Ehhez az előadáshoz, mely a „Magyar Sebész-társaság munkálatai”-ban közzétett referátumok közt (I. füzet) nemrég

hagyta el a sajtót, két olyan passus foglaltatik, melyhez néhány szóval magam is hozzá óhajtanék szólni.

Lovrich ugyanis említést tesz Hauch dr. kopenhágai orvosnak a múlt év augusztus havában tartott strassburgi congressuson elmondott referatúráról, „melyben a gyermekágyi láz egy újabb felfedezőjét jelenti be hitelesen”.

Hauch dr. szerint Cedersghjöld stockholmi orvos volt az, aki tíz évvel hamarabb mutatta ki a gyermekágyi láz fertőző voltát, mint Semmelweis — írja Lovrich.

En nem kívánom ridegen tagadásba venni Hauch dr. megállapítását, azonban addig amíg Cedersghjöld (kissé nehezen hozzáférhető, svéd nyelven írt) munkáját el nem olvastam, nem csak készpénznek nem veszem azt, amit egy referatuma róla írt, hanem a legnagyobb kételyekkel veszem a megállapítás helyességét. Ismét eszembe jutnak Hueppe Budapesti elmondott szavai, melyek szerint a Semmelweis ellen támasztott prioritásoknak nem lesz többé szerencsájuk és nem fognak babért hozni a prioritást megállapító fejére.

Semmelweis örökéletű tanítását sajnos csak igen-igen kevesen ismerik igazában a maguk teljes teredelmében és súlyában s több mint tíz év előtt a német természetbúvárok és orvosok egyik ülésén nem is egészen rövid előadást volt alkalmam tartani Semmelweis tanainak eltorzításáról a XX. században. Azóta is egy újabb előadásra való tévedés anyag gyűlt össze a kezeim közt. Elég sok küzdelembe kerül, hogy kellőképp kifejtssem és megértessem, még a szülészekkel is, hogy pl. Holmes egészen mást mondott, mint Semmelweis. Mert első tekintetre kettejük tanításai igen hasonlítanak egymáshoz. Közelebb szemügyre véve őket, meggyőződünk róla, hogy még csak nem is prioritásról van szó. Mert prioritás csak azt illetheti meg, aki ugyanazt mondta, mint a későbbi másik.

Kétséget nem szenvedhet, hogy Lovrich dr. töviről-hegyire ismeri Semmelweis tanításait. Ha tehát ő maga is elolvasta volna Cedersghjöld 1839-ben írt közleményét, minden zokszó nélkül elfojtanám magamban — az igazság nevében — Hauch dr.-nak azt a megállapítását, hogy a nevezett svéd orvos csakugyan mindenben megelőzte a legnagyobb magyar orvost. Hauch referatuma azonban ehhez nem elég. Olvassuk el előbb ketten, Lovrich és én Cedersghjöld munkáját s akkor, ha csakugyan beigazolódnék, hogy Hauch dr. megállapítása hiteles, de csakis akkor, ám ítéljük oda Cedersghjöldnek Semmelweis babérjait.

A másik megjegyzésem, helyesebben szólva kérdésem, a következő: Miért citált Lovrich egy tudományos fórum előtt — s tette közzé azt, ennek forrásszámba menő tekintélyes kiadványában — báró Bergernek egyébként is sokszor ízléstelen, s minden áron, még az igazság árán is, drámai hatásokat vadászó novellájából? Innen, Bergertől, veszi azt a — legalább reám visszatérítéssel ható — leírást is:

„1847. év március 20-án tér vissza Semmelweis Velencéből Bécsbe. Midőn a hullaházba megy, borzadva látja meg Koletschka¹ barátjának holttestét. Délelőttre tűzte ki a boncolást a világhírű Rokitsansky tanár. Semmelweis nem fér be a boncterembe. Ember ember hátán tolong. Rokitsansky dicélja a jegyzőkönyvet: Mindkétoldali pleuritis, pericarditis, meningitis, metastasis a bal szemben — és ebben a pillanatban fogant meg Semmelweis agyában az egész emberiségre üdvös gondolat... Mintha zene csengett volna fülébe, tagjait táncledv szállotta meg. (II) Az ajtóhoz kellett Semmelweisnek támaszkodnia, hogy el ne essék. Egy ismerőse kivezette és a hullakamra előtti padra ültette... Olykor megállt a szívverése, más-kor gutaütéstől felt² (II) stb. stb.

Node éppen elég ebből a Semmelweishoz méltatlan Bergeriádából, melyekből — a március 20-i dátumtól eltekintve — egy szó sem igaz. Igaz ezekkel ellentétben az, amit Semmelweis keresetlen szavakkal maga mond el:

„1847. március 2-án Velencébe utaztam... Ugyanezen év március 20-án néhány órával Bécsbe tértem után felfrissült erővel vettem át az első szülészeti klinika tanársegédi állását, de csakhamar az a szomorú hír ért, hogy az általam annyira becsült Koletschka tanár időközben meghalt.”² Tehát „időközben” és pedig pontosan: március 13-án³ halt meg Koletschka, s ezzel ipso facto megdőlt a Semmelweiser ráolvasott hysterikus jelenet.

Krankheiten des Blutes und der Drüsen mit innerer Sekretion von Prof. O. Naegeli. (Diagn. u. therap. Irrtümer etc. von Prof. Schwalbe. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1923, 68 oldal.) Ára 1'70 sv. frank.

A munka két részből áll. Az első rész (50 oldal) a vér-betegségeket tárgyalja. Az anaemiák fejezetében a chlorosisst, az anaemia perniciosával, a familiaris hereditaer és szerzett

haemolytikus icterussal, a gyermekkori anaemiákkal és a secunda anaemiákkal foglalkozik. Különösen nagyértékű a chlorosis fejezete, mely a szerző nagy tudását és gazdag tapasztalatait teljes egészében visszatükrözi. Az anaemiák fejezete után a leukaemiákat, a lymphogranulomatosis és lymphosarcomatosis, a lienalis pseudoleukaemiát, illetőleg megalospleniákat, a multiplex myelomát és a haemorrhagiás diathesiseket tárgyalja. Az előforduló diagnostikai és therapiatévedéseket Naegeli minden kortörő formában, nagy világossággal, élvezetes nyelven ismerteti, de rá kell mutatni arra, hogy a szerző felfogását nem mindenben tekinthetjük általánosan elfogadottnak. Így Naegeli nem ismeri el a Banti-féle kórkép különállását. A pseudoleukaemia kifejezést a szerző oly lépmegnagyobbodásokra tartja fenn, melyek a leukaemiákat valamiképen utánozhatják. Így Naegeli csak lienalis pseudoleukaemiát ismer és e fejezetbe sorozza a haemolytikus icterust, a Gaucher-féle léptumort, a léptuberculosist stb. stb. Felfogása szerint a myeloid és lymphoid szövet minden hyperplasiája leukaemia, tekintet nélkül arra, hogy a vérkép leukaemiás, subleukaemiás vagy aleukaemiás.

A füzet kisebbik része (17 oldal) endokrin megbetegedésekkel foglalkozik. A Basedow-kór, hypothyreosis, tetania, a hypophysis-betegségek, az ivarmirigy- és mellékvese-megbetegedések köréből között több megfigyelést, melyek azon differential-diagnostikai nehézségekre hívják fel a figyelmet, melyek itt előfordulhatnak.

Csepai.

Psychotherapie von Prof. J. H. Schultz. Irrtümer der allgemeinen Diagnostik (theoretisch) von R. Koch. Irrtümer der allgemeinen Diagnostik (klinisch) von Prof. H. Schlesinger. Irrtümer der allgemeinen chemisch-klinischen Diagnostik und deren Verhütung von Prof. Pincussen. (Irrtümer der allg. Diagnostik und Therapie. Prof. Schwalbe. 3. füzet, 181 oldal.)

E füzet három részre oszlik. Az elsőben H. Schultz nagy vonalakban vázolja psychotherapia lényegét. Részletesen foglalkozik a hypnossal és a psychoanalissal. Néhány példával demonstrálja azokat az eseteket, hol a psychotherapia hibás alkalmazása, erőszakoltsága folytán a helyes diagnoszt csak elkésve állapították meg, míg más esetekben a ma még gyakori bizalmatlanság evvel a therapiával szemben számos beteget gyógyulástól fosztott meg. Végül kissé részletesebben kitérjek Freud tanaira is. A második fejezet, mely az általános diagnostikai tévedéseket öleli fel, két részre oszlik. R. Koch a theoretikus részben a hibás célkitűzésből, a betegség fogalmának téves alkalmazásából vagy az észlelések hibás értelmezéséből származó tévedésekkel foglalkozik. A második részben H. Schlesinger tisztán klinikai szempontból csoportosítja egyes fejezetekben azokat a hibaforrásokat, melyek helytelen diagnoszt okozhatnak. Beszél a „Blickdiagnosis”-ról, a felületes észlelésről stb., könnyen élvezhető stílusban, úgyhogy Sch. e fejezete nemcsak élvezetes olvasmány, hanem felhívja az olvasó figyelmét számos hasznos dologra, melyek eddig összefoglalva nem voltak. A füzet harmadik részében Pincussen a klinikai chemiai diagnostikával és az e téren elkövethető tévedésekkel foglalkozik. A vizelet, széklet, vér gyakorlati vizsgálatait tárgyalva az itt szóba jövő hibaforrásokról beszél, majd az egyes betegség-csoportoknál (vesebaj, szívbaj stb.) előforduló vizelet-, vér- stb. elváltozásokat tárgyalja. Főleg a gyakorlóorvos nyerhet a füzet e részéből számos értékes útbaigazítást, bár azt hisszük, nem ártott volna egyes fejezeteket kissé részletesebben tárgyalni és inkább más, kevésbé fontosaknak (Abderhalden-reactio) kevesebb teret szentelni.

Weiss István dr.

A Közkórházi Orvostársulat 1924 január 30-i ülése.

Elnök: Haberern J. Pál.

Jegyző: Torday Árpád.

Bemutatók:

1. Lukács József: *Rhachischis partialis*. Hydrocephalus internussal kombinált gerinvelőprolapsus nélküli rhachischis partialis esetét mutatja be.

Singer Hugó: A jelenleg 42 cm körfogatú koponya nem támasztott-e nehézségeket a szülésnél? Utal legutóbbi hydrocephalus esetére, midőn 40 cm körfogat mellett élve, fogóval hozhatta világra a sub partu diagnostizált hydrocephalust. A gyermek él és eddig egészséges.

Lukács József: A hydrocephalus csupán a születés után érte el a bemutatáskor kimutatott extrem fokot s szülési akadályt nem képezett. A hydrocephalus intrauterin diagnoszt nem tartja kellő indicatiónak arra, hogy a gyermek életének megmentésére irányuló kísérleteinket felfüggeszük.

¹ Recte: Koletschka.

² Lásd Semmelweis összegyűjtött munkái. Budapest, M. Orv. Könyvkiadó Társ. 1906, 115. lap.

³ Lásd: A. Hirsch: Biograph. Lexicon der hervorragenden Ärzte. III. kötet, 528. lap.

2. Mócsy Márta: a) *Specifikus kezelésre gyógyult szemtuberculosis-esetek.* A Szent Rókus-szemosztály anyagából 1 keratitis profunda és iridochorioiditis the. eset bemutatásával kapcsolatban az injectió és kenőcsös tuberculinkezelés jó eredményeiről számolt be.

b) *Kosmetikus javítások a szem enucleatioja és az ezt helyettesítő műtétek körében.* Betegeket mutat be, akiknél az egyszerű enucleatio utáni állapot hátrányait (műszembesüppedés, csekély mozgása, felső szemhéjbarázda) a Tenon-tokba és a felső szemhéj alá történt zsíratültetéssel javították ki; egy betegnél Sondermann-féle műtetet végeztetett, melynek kosmetikus eredménye legszebb.

Liebermann Leó a tuberculin-kérdéshez a cutan-módszerek közül a Ponndorf-félével nem kísérletezett, az irodalmi adatok szerint nem lévén veszélytelen. Az ektébin további kipróbálását ajánlja, impressiója kedvező. b) Az enucleationál a kosmetikus szempont tekintetbevétele kötelesség. Újabban utólagos javítást is végez zsírbetöltéssel, az eredmény még évek eltelte után is tetemesen javítható.

3. Bátori István a) *Nagykiterjedésű vékonybél-invaginatio felnőttnél, gyógyulás resectióval.* H. H. 29 éves beteg 12 óra óta fennálló nagy hasfájdalmakkal jelentkezik a Szent István-kórház III. sebészosztályán. Teljes bélelzáródás tünetei. Köldök magasságában férfiökölnyi fájdalmas daganat. Műtétkor (Pólya főorvos) erős felkarvastagságú invaginatio, 218 cm vékonybél-resectio a csomók end to end egyesítésével. Műtét utáni második nap acut gyomordilatatio, mely gyomorkiürítésre rögtön megszűnik. Prima sebgyógyulás.

b) *Az egész alsó ajkat és a bal szájjúgot elfoglaló kiterjedt rák kiirtása nuomán támadt hiány pótlása.* K. J. 72 éves beteg recidiváló ajak rákjának kiirtása után az egész alsó ajak hosszára kiterjedő, bőven 2 ujj széles, a bal pofában gyermektenyérvnyi hiány támadt, melyet Pólya főorvos egy a bal pofából vett, az állszeglet táján nyelezett és az alsó szemhéjig terjedő négy-szegletes bőrlebennnyel pótol. Az ezáltal keletkezett nagy bőrdefectust az egész balpofa bőrének a defectus széléből kiinduló és a járomívig terjedő ívalakú metszéssel történő mobilizálása által fedi. Az ajakpírt előzőleg a jobb pofa nyálkahártyájából pótolja. Jó kosmetikus és functionalis eredmény.

Rézy István: Négyéves, egy év óta időnkint heves kolikákban szenvedő betegnél élete utolsó hetén diónyi borsosyos sötét-vörös képlet türemkedett ki a végbélnyíláson, gyakori tenesmus és véres-nyákos szék mellett. Sectionál a vastagbél alsó szakaszába betüremkedve találta a colon ascendenst. Az invaginatio alsó részében már összetapadások voltak. A végbélnyíláson előesett képlet sok nyálkasejtet tartalmazó polypus adenomatosisnak felelt meg, amely rákos elfajulást is mutatott. Valószínűnek tartja, hogy a bemutatott esetben is valamely daganat volt a betüremkedés oka.

5. Mansfeld Otto: a) *Klinikai tünetek nélküli méhnyálkahártya esete.* Climaxban levő nő nagy fájdalmakkal a megkötött méhben. Ez utóbibak miatti vizsgálat derítette ki az adnexcarcinomát, melyet radikálisan irtott ki. Utólag vallotta be a beteg körnévezte, hogy mint inoperabilis esetet, előzőleg egy klinikán ötször radiu-mozták.

b) *Súlyos hasúri vérzés makroszkopice alig elváltozott méhnyálkahártyával.* 26 éves beteg peritonaealis tünetekkel, nagy anaemiával. Douglas-nuncatio: vér. Has tele vérről, mindkét tuba makroszkopice én: jobb tuba vastagodott, Göresövileg itt ül a terhesség. Gyógyulás.

c) *Relatiós próba alanyán kezelt sensis esetei.* A Ruze-féle virulencia-próbát nevezi relatiósnak és az első használható módszernek tartja prognosztikus szempontjából. Ismertet eseteket, melyeknél kedvezőtlen relatív és állandó bakteriaemia mellett antistreptococcus-serum és intravenás rivanol nagy adagjaival gyógyulást látott.

d) *Metrorrhagia thrombopenica esetei.* Fiatalkori méhvérzéseknél feltétlenül thrombocytaszámolás végezendő. A thrombopenia gyakrabban oka a genitális vérzéseknél. Ilvenkor a lép besugárzása, ha ez sem használ, a lép kiirtása.

Singer Hugó: A kis bonctani elváltozás 2 litert kitevő hasúri vérzés mellett a helyhok antithrombin-tartalmán alapszik Fehling szerint.

Johan Béla: Az előadó állításaival szemben kórbonctani tapasztalatai szerint is van alapja a streptococcusok osztályozásának. A bakteriumok számlálása

tárgylemezen kikent lochiában vérsavóval való inoculálás előtt és után véleménye szerint nem adhat megbízható adatokat.

Mansfeld: Fenntartja, hogy klinikai prognosztikum-specifizálás alapján felállítani eddig nem sikerült. A relatív vizsgálat még talán kezdetleges, de szép reményekre jogosít.

6. Ilk Viktor: *Ileus esete.*

HETI KRÓNIKA

A betegség és baleset ellen való kötelező biztosításnak fokozatos kiterjesztése sok helyen okoz erős összeütközést az orvosok és a betegpénztárak között. Németországban kenyértörésre került a dolog; már folyik az önvédelmi harc, melyre Ausztriában még csak készül az orvosi rend. Angliában viszont, ahol az ellentét szintén igen erős, a küzdelem bíróság előtt, magas színvonalon, az ügyhöz méltó komolysággal folyt le. Az angol egészségügyi ministeriumban január elején gondos előkészület után ült össze a három bíróból álló választott bíróság, hogy meghallgassa a ministerium, a munkásság és az orvosi kar képviselőinek érvelését.

A ministerium és az orvosi kar nyomtatványban is kiadta álláspontjának indokolását, míg a munkásság megbízottai egyelőre nem játszottak aktív szerepet a tárgyaláson, sőt úgy látszott, hogy a munkásságnak nem tetszik a bíróság összetétele és eleinte még a tárgyaláson sem szándékozott résztvenni. Habozása folytán az ügy némi késedelmet szenvedett.

A tárgyalás contradictorikus volt. Az orvosi kar vezérszónokul Dr. Brackenbury-t küldte el; az első ülésen kivüle Dr. Cox, Prof. Bowley és a gyakorló orvosok egylete részéről Dr. Gordon szólalt fel; fejtegetéseikre a ministerium kiküldöttei válaszoltak.

Brackenbury gondolatmenete a következő volt: az orvosi működésnek megvan minden kelléke ahhoz, hogy a többi pályán elérhetőnél aránylag jobb dotatiót követelhesen; ennek dacára rosszabb helyzetben van a többinél: a pénztári orvosok specialisták, akiknek működését éppen úgy kell honorálni, mint a többi specialistáét, mert különben a jobb erők más szakmákra térnek át; a pénztári orvosokat a végzett munka, nem pedig valamely sablon szerint kell fizetni; a fizetés legyen akkora, hogy az orvos társadalmi állásának megfelelő alapot adjon; a pénztári működés ne csak a kezdő számára való pillanatnyi kisegítés, de valóságos élethivatás legyen. Az orvosi munkát nemcsak azért kell ma magasabban értékelni, mint 10–12 év előtt, mert az életviszonyok megdrágultak, hanem azért is, mert az orvostudomány fejlődése folytán ma sokkal több irányban kell a beteget megvizsgálni és körülményesebb a gyógykezelés is. Ha a minister a köztisztviselők fizetése arányában akarja megszabni a pénztári orvosok fizetését, akkor figyelembe kell vennie azt is, hogy a tisztviselőknek a fizetésen kívül nyugdíj, szabadság és sok egyéb kedvezmény is jár, amiben a pénztári orvos nem részesedik. továbbá, hogy az orvos jövedelmének nagy részét a regie-költség emészti fel.

Előadásának folyamán Brackenbury igyekezett a bírakat felvilágosítani, hogy mennvire téved a ministerium, amikor azt állítja, hogy ha a pénztári orvos 2000 tagot vállal, akkor ezzel munkaidejének csak felét áldozza a pénztári szolgálat számára, míg a másik fele magán-praxis részére fennmarad, tehát fizetése is csak félakkora legyen, mint a tisztviselőké. Ily számítás szerint Angliában csak 8000 orvosra volna szükség a 48 milliónyi lakosság részére, minthogy pedig tényleg körülbelül 35,000 orvos működik, azt az abszurdumot kellene állítani, hogy az angol orvosok $\frac{3}{4}$ -része felesleges az országban. A magánorvosok átlagos honoráriuma a lakáson adott orvosi tanácsért 3 sh. 6 d (25,000 K), a beteg meglátogatásáért 5 sh. (35,000 K). Kétféle vagy még több tagot (és annak családját!) a pénztári orvos már csak segédorvos támogatásával képes ellátni: ily segítség nélkül naponta átlag 25 beteget képes gyógykezeln.

Dr. Cox és Prof. Bowley statisztikai adatokat közöltek a bírakkal főleg annak bizonyítására, hogy az orvos üzemi és egyéb kiadásai 1920 óta nem csökkentek. Dr. Gordon a gyakorló orvosok egylete nevében szólalt fel és közölte a bírakkal, hogy a pénztári orvosnak magánygyakorlata alig jövedelmező.

A pénztári orvosoknak egyéres állásfoglalása dacára nehéz küzdelmet kellett megvívniok. A minis-

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Ifj. Matusovszky András: Lues és terhesség. (97—101. oldal.)

Milkó Vilmos: A malum perforans pedis kezeléséről és a sympathectomiáról. (101—104. oldal.)

Soós Aladár: Étrendi előírások a gyakorlatban. (104—105.)

Lapszemle. Belorvosn. — Sebész. (105—106. oldal.)

Könyvismertetés. (106—107. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület febr. 9-i ülése. (107—109. o.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1924 február 7-én tartott tudományos ülése. (109—110. o.)

A Magyar Szemorvostársaság V. tudományos ülése február 3-án, az Erzsébet-egyetemi szemklinikán. (110. oldal.)

A Charité Poliklinika február 6-i orvosi szakülésének jegyzőkönyve. (110. oldal.)

Heti krónika. (111. oldal.)

Vegyes hírek. (112. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár).

Lues és terhesség.

Írta: Ifj. Matusovszky András dr. tanársegéd.

A lues az emberi élet legnagyobb ellenségei közé tartozik, mely a fogamzástól kezdve a késő öregkorig végzi pusztításait. Franciaországban évente körülbelül 40.000 gyermeket öl meg a syphilis (*Leredde*) s Angliában meg Wales-ben 27.000 gyermek hal meg intrauterin és röviddel a szülés után (*Routh*). A bajnak a halálozása körülbelül 20%, mely szám, habár csak azokat foglalja magában, akiknél a halál okául a syphilis van felvéve s hiányoznak közülök azok, akiknek betegsége a lues következménye volt (pl. aortitis), még így is kétszer akkora, mint a typhusnak s a diphtheriának mortalitása együttvéve (*Nékám*). A lues halandóságában számottevő szerepe van a vírus erős fertőzőképességének, azonkívül elterjedtségének, mely az egyes világtájak szerint különböző. Például Németországban a lakosságnak kb. 10%-a ment át fertőzésen (*Scholtz*), Marokkó lakóinak pedig 80%-át tekintik fertőzöttnek (*Salla*).

A luesesek számáról jó képet nyújtanak az egyes szülõintézetek anyagából ismertett adatok. Amerikában *Williams* a fehérbőrű szülõnõk között 2.5%, a néger között 16.3%-nyi infectiót talált, *Sänger* a müncheni szülészeti klinikán 9%-ot. Másutt a háziterheseket vizsgálták, kiknek *Heynemann* (Halle) 10%-át, *Petrini* (Milano) 10.7%-át, *Wagner* (Prága) 8.8%-át találta lueseseknek. Mi 1920 január 1-étõl 1923 július 1-éig 1072 háziterhesünk között 121-nél mutattunk ki systematikus vérvizsgálattal luest (11.3%). Ezen gravidák közül 282 férjezett (28 lueses) s 790 hajadon volt (93 lueses). A hajadonok 11.8%-a, az asszonyok 9.9%-a inficiált volt, tehát a megbetegedés arányában a családi állapotot tekintve, kevés differentiát látunk. A hajadon luesesek nagy száma a férjezettekéhez képest (93:28) onnan van, hogy többnyire a családi életen kívül teherbe jutottak jelentkeznek háziterheseknek, mellyel szemben a járóbetegrendelésünkön (11.7%-nyi hajadon és 83.3% férjezett) tanácsainkat főleg a törvényes házasságok kérték ki.

A világháború — egyéb rombolásain kívül — a nemi betegségek elterjedéséhez is hozzájárult s *Pankow* szerint a háború óta az asszonyok 2.6%-os lueses aránya 4.6%-ra, a hajadonoké pedig 6.5%-ról 13%-ra

nőtt fel. *Loeser* adatai szintén erre mutatnak, mert míg 1913-ban a német klinikákon a gyermekek 1.5%-a született lueses jelekkel, addig 1917-ben 3.9% volt a syphilitikus újszülöttek száma. A lues jelentőségét legnagyobbira azon tulajdonsága emeli, hogy az utódokra is átszarmazhatik, miáltal több generációt veszélyeztet, s mint *Bársony* tanár mondja, „az emberiséget gyökereiben támadja meg”. Ezt fokozza az a körülmény, hogy egy lueses anya több magzatját is inficiálhatja, mint a *Kleeberg*tõl ismertetett luetica példája mutatja, ki az infectiója óta eltelt 18 év alatt tizenöt beteg gyermeket hozott a világra.

Habár a lues régóta ismert betegség, örökölhetőségét leírói közül elsõnek csak 1529-ben említ *Paracelsus*. Elõdeinknek azonban az anya és a gyermek luesének egymáshoz való viszonyáról a mai diagnostikai segédeszközök hiányában igen fogyatékos ismereteik voltak, s ha tünetek nem mutatkoztak, nem tudták megállapítani, vajjon az anya, illetõleg gyermeke fertõzöttnek tekinthetõ-e, vagy sem. A kórokozó felfedezésével s a serologiai vizsgálati módszerekkel a veleszületett lues problémáját is tisztábban látjuk, a diagnostikai segédeszközök tökéletesedésével pedig az infectio átvitelében néha kérdésesnek látszó változatok is mindinkább világosabbakká váltak. Legtöbbet a *Wassermann*-reakciónak köszönhetünk, melyet szülõnõknél legelsõbb *Opitz* használt föl, s e célra a retroplacentaris vér vizsgálatát ajánlotta, egyrészt mivel a vérvételnek ezen módja igen kíméletes eljárás, másrészt pedig mivel észrevétlenül lévén végezhetõ, a szülõnõt nem tesszük ki felesleges izgalmakká. Csakhamar kiderült azonban, hogy a retroplacentaris vér vizsgálata nem megbízható, mert nem egyezik a karvenából vett vér vizsgálatának az eredményével, másrészt igen nagy hátránya, hogy csak a szülés pillanatában fedezhetõ fel vele a betegség. Sok szerzõ a karvena vérenek a vizsgálatát sem tartja a graviditas alatt feltétlen irányadónak, s ama seropositív terheseket, kiknek infectiója mellett egyéb támpontot felhozni nem tudnak, nem is tekintik lueseseknek. Terheseknél elsõnek *Opitz* vetette fel a *Wassermann*-reactio specificitásának kérdését, majd *Bunzel* írt le 8 egészséges terhest, kiknél a lues ki volt zárható s a vizsgálatnál mégis teljes complementkötést adtak. Midõn ezeknél a gyermekágy 8. napján megismételték a reactiót, az eredmény megváltozott s teljes lett a haemolysis. Mint-hogy ezen asszonyok közül három scarlatinát s variolát, egy pedig több lázas betegséget állott ki, azt hiszi szerzõ, hogy ezen positív eseteknél a kóros fehérjeszétések idézik elõ a reactiót s nem tartja lehetetlennek, hogy a gravidák véreben is az anyagesere megválto-

zása folytán oly anyagok jelennek meg, amelyek a leírt betegségekhez hasonlóan complementkötést eredményeznek. *Bruck* is felveszi, hogy a graviditas folyamán, különösen a toxicosisoknál abnormis fehérje- és lipoidanyagok jutnak be a vérbe.

Tekintve a kérdés fontosságát, több szerző behatóbb vizsgálatot végzett annak a kiderítésére, vajjon a Wassermann-reactio eredményeiben megbízhatunk-e a luesesnek tekinthetünk-e minden seropositív anyát. *Stühmer* és *Dreyer* az egészséges terheseknek csak 93-95%-ában találtak negatív reakciót, míg a többiek aspecifikusan pozitíve reagáltak. *Esch* és *Vielckhn* a terhesség alatt 8-23%-nyi, a szülés alatt 6-78%-nyi, a gyermekágy 1-3. napján 6-63%-nyi aspecifikus reactio mutatkozott, míg a gyermekágy 7. napjától kezdődőleg hasonló esemény nem fordult elő. Velük ellentétben *Heynemann* a gyermekágy 8. napja után is pozitív reakciót kapott azon seropositív asszonyoknál, akik egyéb támpontot nem nyújtottak a lues felvételére, ezért ő a terhesek serumreactióját teljesen megbízhatónak tartja. Ugyanezen conclusióra jutottak *Handorn* és *Georgi* is. *Steinert* és *Flusser* 11 asszonynál szerzett megfigyelése szintén e nézőpontot támogatja, mert a gyermekágyban negatívvá vált Wassermann-reactio ellenére lueses jelek voltak náluk kimutathatók. A klinikánkon vizsgált asszonyok között mi is találtunk 2 oly egészségesnek látszó gravidát, kiknek pozitív Wassermannja a gyermekágyban negatívvá vált, de hogy a pozitív reactio aspecifikusnak nevezhető-e, nem dönthetjük el a megfigyelések csekély száma s a bizonyítékok hiánya miatt, azért egyelőre inkább technikai hibának tulajdonítjuk az ilyen vizsgálatok eredményét. Ismeretes ugyanis, hogy a terhesség alatt a serum chemiai összetételében, alkalicitásában, só- és lipoidtartalmában változások állanak be, azonkívül a vérfehérjék is labilisabbak, amely körülmények a vizsgálatnál is nagyobb figyelmet kívánnak, másrészt az alkohol- s lipoidtartalmú antigenek maguk is gyengén ható fehérjekicsapó szerek lévén, a reactio kivételénél becsúszott hibák könnyebben vezetnek nonspecifikus eredményre. A reactio megbízhatósága tehát nagyrészt a vizsgáló megbízhatóságától függ. Jól illusztrálja ezt *Handorn* azon közlése, mely szerint ugyanazon serumoknak három laboratóriumban végzett vizsgálata alkalmával két vizsgáló helyen 72 serumnál teljesen megegyezően negatív eredményt kaptak, míg a harmadiknál egyszer gyengén pozitív, ötször pedig kérdéses pozitív reakciót mutattak ki.

A negatív ingadozásokon kívül a serumreactiónak a pozitívba való átesapását is ismerjük. Ilyet *Müller* ír le egy a terhesség alatt secundaer tüneteket mutató asszonynál, kinek negatív Wassermannja az első gyermekágyi napokban pozitív lett, mit *Landsteiner* a lysesnek a gyermekágyban való megszorodására vezet vissza. *Klaften* és *Kálmán* a gyermekágy első napjaiban gyengén reagáló, később erős kötést adó Wassermann-reactióról számol be. A pozitív ingadozás egy alakjának vehetjük fel azt, midőn két gravidánk savója, kiknél a negatív Wassermann-reactio ellenére egyéb adatokra támaszkodva luest vettünk fel, az antiluetikus kúra végeztével a savójuk erősen pozitív Wassermann-reactiót adott. Véleményünk szerint itt a pozitívvá vált reactio magyarázatára a terhesség előhaladásának s a kezelésnek provokáló hatása vehető fel. Fogyatékosága még a Wassermann-reactiónak, hogy nem minden luest mutat ki s a negatív eredmény nem zárja ki az asszonyok luesét. Láttuk ezt azoknál, kiknél a tünetek hiánya s a negatív Wassermann-reactio miatt nem fogtunk gyanút luesre s mégis syphilitikus gyermekek születtek. A reactio ezen hibájának a pótlására s minden lues kiderítésére egyesek a Wassermann-reactiót igyekeztek érzékenyebbé tenni, mások meg új módszereket dolgoztak ki.

Az újabb methodusok közül mi a *Sachs* és *Georgi* által ajánlott módszert használtuk fel. Szerzők eljárásukkal a complementkötésnél végbemenő, de láthatatlan kicsapódási folyamatot óhajtották láthatóvá tenni

s ezért az antigenül használt szervkivonatot cholesterinnel erősítették meg. Minthogy ez sikerült nekik, a complementkötés kimutatására szolgáló haemolytikus systemát feleslegessé tették. A *Sachs-Georgi-reactiónál* tehát ép úgy, mint a Wassermann-reactiónál kicsapódásról van szó, csak hogy míg itt ez durva pelyhek alakjában teljesen megtörténik, addig a Wassermann-reactiónál ezen kicsapódásnak csak az első phasisát látjuk (*Dold*), melynek eredményeképpen a complementkötés beáll, vagy kimarad. A *Sachs-Georgi-reactio* tehát mintegy folytatását képezi a Wassermann-reactiónak. A két módszerrel párhuzamosan végzett vizsgálatok *Baumgaertner*nek gyűjtő statisztikája szerint 91-43%-ban egyező, míg a többiekben eltérő eredménnyel jártak. A differentiak egyrészénél a Wassermann-reactio positivitása mellett a *Sachs-Georgi-reactio* negatív volt, azaz a *Sachs-Georgi-reactio* a luest nem derítette ki, másik részénél csupán a *Sachs-Georgi-reactio* mutatott kicsapódást. Ezen utóbbiak eredetének tanulmányozása után kiderült, hogy a kezelt luesesek Wassermann-negatív vére *Sachs-Georgi* szerint még hosszabb ideig pozitíve reagálhat, *Schröder* a kezeletlen primaer luesesek között talál ilyeneket, többen pedig latens lueseseknél a serologiai recidiva idején láttak hasonló eredményeket. Vannak tehát lueses fertőzések, amelyeket csupán a kicsapódási reactio segítségével sikerül felfedni, minek jelentősége éppen a szülészetben nyilvánul meg, mert mint látni fogjuk, az anyának idejekorán fogantatosított kezelése révén sok újszülött óvható meg a luestől s a sikert éppen a korai diagnosis biztosítja.

Vizsgálatainknál 61 olyan asszonyt találtunk, kiknek a Wassermann-reactiója negatív volt, a *Sachs-Georgi-reactio* pedig csapadékot adott. Ezek közül 13 lueses, 18 pedig macerált magzatot hozott a világra és 14 szülő nő kivételével mindeniknél találtunk a pozitív *Sachs-Georgi-reactión* kívül egyéb támpontot is a lues felvételére. Mintán provocatívál *Váronak* több esetben az ilyenkor negatív Wassermann is pozitívvá sikerült tennie, a *Sachs-Georgi-reactiót* egy olyan methodusnak tekinthetjük a lues felismerésében, mely mint a Wassermann-reactio kiegészítője nélkülözhetetlennek nevezhető. *Stühmer* még a Wassermann-reactiónál is megbízhatóbbnak tartja, mert ritkábban aspecifikusak az eredményei, *Hohn* és *Gummelt* pedig a retroplacentaris vér vizsgálatánál sem talált hamis eredményeket. A látszólag igen egyszerű *Sachs-Georgi-reactiónál* a pontos technika betartása ép oly fontos, mint a Wassermann-reactiónál s miután a legkisebb eltérés az előírástól hibákra vezet, a gyakorló orvosok kezébe a methodus nem adható. A jó eredményekhez különösen az antigen készítése nagyfontosságú, mert *Blumenthal* szerint a cholesterintartalom növekedésével a nonspecifikus pozitív esetek száma nő. A módszer hátránya, hogy az eredmény leolvasása nehezebb és nagyobb gyakorlatot igényel, mint a Wassermann-reactio. Az eljárás értékét nem csökkentik azon megfigyelések, hogy némely betegségnél (pl. *ulcus molleni*) átmenetileg pozitív reakciót ad. (*Cohen*, *Kleeberg*, *Münster*.)

A két vizsgáló módszer együttes használata ellenére találkoztunk olyan asszonyokkal is, akiknek, noha syphilitikus gyermekeket hoztak a világra, sem klinikailag, sem serologiailag nem sikerült luest kimutatnunk. Négy magzatnál a lueses tünetek, négyénél pedig az időközben elhalt gyermek sectiója mutatott syphilitikus infectióra s csupán két anya anamnesisében találtunk a különben luesre negatív anamnesis mellett előző terhességük folyamán luesre gyanus halott magzatot és abortust. Habár az ilyen jelenség ritka, mégis a lues átvitelében megismert törvényszerűség ellen látszanak szólani s az anyák infectiomentességét bizonyíthatnák. Véleményünk szerint azonban előfordulásuk nem dönti meg a lueses gyermekek lueses anyától való származásának általános érvényét, hanem csupán a lues kimutatására felhasznált diagnostikai módszernek tökéletlenségére mutatnak rá, mely esetekben nem az egyik, hanem mindkét reactio mondotta fel a szolgál-

latot. Egyébként a tény megerősíti azon nézetet, hogy a negatív serumreactio nem zárja ki a lueses infectiót.

1920 január 1-étől 1923 július 1-éig vérsavvizsgálattal 241 asszonynál állapítottunk meg lueses fertőzést (3·2%). Az arány nem mutatja ki a luesnek gyakoriságát, mivel nem minden anyán végeztük el a reactiót, hanem a házi terheseken kívül csak a luesre gyanusokon. A járóbeteg-rendelésen ez idő alatt 95 fertőzött asszonyt találtunk. A 336 lueses asszony adatai a syphilisnek a generatív működésre való hatásáról értékes adatokat szolgáltatnak. A luesnek nemzetszűtő hatása már a termékenység csökkenésével kezdődik. Fullerton a sterilitás okai közül 10%-ban talált luest. Nálunk 3 olyan asszony fordult elő, kiknél a sterilitás oka a lueses cachexia volt. Ha conceptio mégis bekövetkezik, úgy a terhesség alatt Winckel szerint 60%-ban, Reischig szerint 91%-ban elhal a pete. A terhesség megszakadása több körülménytől függ, mint pl. az anyai infectio acquirálásának s a foetusra áttérjedésének időpontjától s a magzatra való hatásától; ezek azonban nem határozott szabályok szerint következnek be. Állatkísérletek szerint (Uhlenhut) a hereemulsióval intravenásan beoltott terhes tengerimalacok foetusai néhány perccel az injectio után már lueseseknek bizonyultak, a spirochaeták tehát igen rövid idő alatt átjutottak a placentán. Ugyanazon szerzőnél más alkalommal a terhesség közepe táján a hasonlóan kezelt tengerimalacoktól látszólag egészségesen születő fiatal állatok csak két hó múlva mutattak lueses tüneteket. Az emberi pete infectióját illetőleg hasonló különbségeket látunk, amennyiben egyrésztük intrauterin elpusztul úgyzólván spirochaeta-sepsisben, másrésztük mint kihordott élő magzatok jönnek a világra, de oly egészséges újszülöttek is akadnak, kik az anya luese ellenére sem betegednek meg s éveken át tovább figyelve őket, egészségesek maradnak. Az infectio módját illetőleg manapság csaknem bizonyosnak veszik azt, hogy a magzatot az anya fertőzi a placentán keresztül. A kérdés azonban ma is vitás és végleges eldöntésről nincs szó.

A terhesség megszakadása a pete elhalása folytán minden időponthoz bekövetkezhetik s így abortusra és koraszülésekre vezethet. Luessel fertőzött szülőnőinknek csupán 40%-ánál volt a terhesség normalis időtartamú, míg 60%-ánál korábban megszakadt. Vizsgálataink az abortusok 20·8%-ában állapítottak meg syphilist, tehát az első pár hónapos terhességek elveté-
lése között nem oly gyakori a lueses. Heynemann az abortusok 25%-át vezeti vissza a lueses fertőzésre. Ha annak a 156 asszonynak a serologiai vizsgálatát nézzük, akiknek anamnesise szerint vetélések mentek előre, 60 pozitív reactiót találunk (51%). Busse meg Thaler a többszörös vetéléseknek csak 20%-át tartja lueses eredetűnek. A 119 koraszülöttnél anyja közül 50-nek, azaz 42%-nak volt luese. Kehrer a koraszülöttek 12%-ánál, Heynemann 60%-ánál, Ruge 80%-ánál, Seitz 91%-ánál mutatott ki anyai lueses fertőzést. Az eltérések onnan származhatnak, hogy nem az összes koraszülöttnél anyját vizsgálták meg, hanem csak a gyanusakét. Az összes koraszülötteikről készített Baum-féle statisztika 12·6%-ra teszi a luesesek arányát. Mi azon asszonyok serumreactiója alapján, kiknek anamnesisében koraszülések szerepeltek, a lues gyakoriságát 61·6%-kal jelezhetjük (99-ből 61 pozitív). Azon asszonyok közül, akiknek anamnesisében abortus és koraszülés együttesen szerepelt, 52·8%-nál láttunk infectiót.

A lueses asszonyok foetusai, ha intrauterin elhalnak, nagyobbbrészt nem azonnal, hanem csak később születnek meg s közben maceratió mennek keresztül. A 117 maceráltan világra jött foetus 70%-ának (82) az anyja luessel volt fertőzött. Macerált magzatoknál a lues szerepét Kehrer 41·3%-ra, Heynemann 60%-ra, Baisch 84%-ra, Saenger 88·9%-ra teszi. Praktikus szempontból tehát a serumreactio elvégzéséig minden macerált gyermek luesesnek tekinthető, a koraszülött gyermekek pedig lueses eredetre keltenek gyanút, külön-

sen akkor, ha a koraszülések többször egymás után fordulnak elő az anya anamnesisében.

Osztályunkon a jelzett 3½ év alatt 173 oly lueses anya szült, ki a betegsége ellen sohasem részesült kezelésben. Ezek közül csak 63 szült (36·4%) tünetmentes élő magzatot (40 érett, 23 kora). Az első héten elpusztultak leszámítása után kiderült, hogy a lueses szülőknek csupán 26%-a hagyta el egészségesnek látszó élő csecsemővel a klinikát (35 érett = 20·2%, 10 kora = 5·8%), míg a többi 116 asszony vagy lueses gyermeket szült (27 = 15·6%), vagy halott (11 = 6·3%) és macerált (61 = 35·2%) magzatot hozott a világra, 6-nak foetusa pedig az extrauterin életre képtelen, azaz éretlen volt. Az újszülötteknek tehát 52%-a jött élve a világra (90 gyermek), és pedig 27 lueses jelekkel (30%), 63 tünetmentesen (70%). Az egészségesnek látszó gyermekek közül 40 érett, 23 koraszülött, a luesesek közül pedig 5 érett és 22 koraszülött volt, tehát a viszony éppen fordítottja az előbbinek. Az infectio jeleit nem mutató gyermekek 30%-a, a lueseseknek pedig 80%-a halt meg a születésre következő első héten belül.

Mint az összeállításból látható, syphilises anyáknál élő s egészséges gyermekekre nem számíthatunk, mert a magzatok nagyrésze inficiáltan születik vagy a betegség áldozata lesz. A tapasztalatok szerint úgy az anya friss luesénél, mint a régen szerzett infectiónál a betegség minden stadiumában lueses magzatok jöhetnek a világra. Ezért Marcus véleményének csak általánosságban tulajdoníthatunk jelentőséget, mely szerint minél régebb a syphilis, annál kevésbé veszélyes a magzatra s annál nagyobb remény van arra, hogy a gyermek elkerüli az infectiót, ámbár nem tagadható, hogy az anya luesét illetőleg e tekintetben mégis vannak különbségek, mely például abban áll, hogy a terhesség alatt szerzett syphilisnél a magzat kilitásai nem oly rózsásak, mint pl. egy tertiaer lueses anyánál, kiknek magzatai közül csak kevesebb hányad betegszik meg (Steinert és Flusser szerint 5 tertiaer lueses közül 1).

Hogy az újszülötteket a lueses fertőzéstől megóvhassuk, elsősorban az anya luesének a kigyógyítására kell törekednünk. A lues kórokozójának a felfedezése előtt az akkori ismereteknek megfelelően egyszer az anyát, máskor pedig az apai infectiónak a felvétele alapján az apát kezelték s az az anyáknál csak akkor fogantatosítottak antiluetikus kúrát, ha tüneteket láttak náluk. Minthogy mai tudásunk szerint egészséges anya nem szülhet lueses gyermeket s minden syphilises gyermek anyját inficiálnak tartjuk, manapság az anya kezelésére fektetjük a főszólyt. Amidőn a syphilist csupán higanyval s jóddal befolyásolták, a kezelés eredménye nem volt nagy. Mewis (1879) szerint pl. a kezeltnek 59%-a, a nemkezeltnek 60%-a szült lueses gyermeket. Fournier, Fornberg már a magzati halálozás csökkenését is tapasztalta a higanykezelés után, Sauvagenak egy később ismertetett összeállításából pedig jóval értékesebbnek látjuk a kezelésmódot, amennyiben a terhesség alatt kezelt 163 asszony 80%-a szült élő gyermeket (66%-ban lueses tünettől mentest), míg a terhesség előtt és alatt kezelt 128 anya 88%-a hozott egészséges magzatot a világra. A jó eredmények elérésére Trinchese főként azt hangsúlyozza, hogy az energikus kúrát mindjárt a terhesség elején kezdjük el, mert a gyenge s későn végzett kúrák céltalanok. A higany csekélyebb therapiás értékének okát abban kereshetjük, hogy a spirochaetákat nem pusztítja el (Lesser), hanem csak a tüneteket szünteti meg, s hatása sem lévén tartós, a következő terhességre nem terjed ki.

Nagy haladást jelentett a lues therapiájában a salvarsan bevezetése. A szert terheseknél eleinte ugyan Ehrlich nem ajánlotta, mert attól tartott, hogy a lueses magzatban csak úgy nyüzsgő spirochaeták nagyszámban elpusztulva, a felszabaduló toxinok majd megölik a foetust. A kórokozónak gyors elpusztulásában nem is csalatkozott Ehrlich, mert Herxheimer és Reinecke egy ilyen injectio után három nappal sectio alá került foetus szervei közül csupán a tüdőben találták fel a

spirochaetákat coagulált halmazok alakjában, a foetusra vonatkozó aggályai azonban alaptalanoknak bizonyultak s az egyetlen esetben, melyet Glück irt le, a foetus halála csupán a véletlen folytán eshetett össze az injectióval. Mintán a salvarsan bevezetésének első évében Henek és Jaffe 12 terhest a graviditas minden zavara nélkül eredményesen kezelték, a szer alkalmazása általánossá vált. A kezelések eredményében az alkalmazott gyógyszerek hatásán kívül még annak megfelelően is különbségek vannak, amint az anyát a terhesség előtt vagy alatt kezelték. Ezt Boas (Kopenhága) összehasonlító táblázata igen szemléltetően mutatja ki, amely szerint született:

	lueses	egészséges gyermek
kezeletlen anyáknál	157	1
a graviditas előtt higannyal kezeltéknél	78	9
" alatt	80	31
" előtt salvarsannal	12	3
" alatt	70	19
" alatt és előtt salv.-nal	1	6

E szerint jobb eredmény érhető el, ha a terhesség előtt és alatt is salvarsant adagolunk. Legjobb hatás jelentkezik, ha az anyát kombináltan, azaz higannyal és salvarsannal kezeljük. Meier a terhesség alatt ily módon gyógyított 37 betege közül 97,4%-nál ért el élő gyermeket. A kombinált kúra eredményei tehát felülmúlják a kizárólagos higanykúráét, a terhesség alatt végzetek pedig a terhesség előttiéket, mely utóbbiaknak elégtelenségét Kleeberg mutatja be, kinek esetében a kezelés után tartósan negatívá vált Wassermann-reactio ellenére az asszony még 15-ször halott gyermeket szült.

Mi az utóbbi 3½ év alatt 75 lueses asszonyt vetünk terhességük folyamán kezelés alá s 68-nak a szüléséről be is számolhatunk (7 terhes nő a kúra befejezése után többé nem jelentkezett). A 68 asszony közül 7 gravida már a terhesség előtt is kezelés alatt állott, 24 nő a terhesség alatt legalább egy teljes kúrát végzett (1 g Hg-salicyl és 4–5 g neosalv.); 26-nál a kezelést ugyan nem fejeztük be, de azért kb. 0,5–1 g Hg-salicylt és 2–3 g neosalvarsant kaptak, 12-nél pedig a gyógyszer mennyisége nem volt elegendő, részint az idő rövidsége, részint egyéb okokból kifolyólag. Eredményeink szerint a teljes kúrát végzett 24 seropositív anya közül 22 egészségesnek látszó élő érett, 1 kora lueses (egy hét múlva meghalt), 1 pedig halott macerált magzatot szült. A végig nem kezelt 26 közül 23 élő érett, 1 kora élő tünetmentes, s 2 lueses élő gyermeket hozott a világra, 1 pedig a hatodik hónapban abortált. Az elégtelenül kezelt 12 gravidánál 5 magzat élő érett (1 meghalt), 5 kora élő, 1 lueses érett s 1 halott macerált volt. A terhesség előtt és alatt kezelt 6 asszony közül 5 élő érett lues nélküli s 1 lueses élő gyermeket szült. A kezeltéknél tehát összesen 60 (88%) élő egészséges gyermeket (54 érett, 6 kora) 5 lueses (7,5%), 1 érletlen (ab. m. VI.) s 2 macerált (3%) magzatot kaptunk. Szembeállítva a kezelt és nemkezelt lueticákat, kitűnik, hogy az antiluetikus kúra után 88% élő egészséges, 7,3% lueses s 3% halott és macerált, a nemkezeltékből 36,4% élő egészséges, 15,6% lueses s 41,7% halott s macerált magzat jött a világra. Ha az első héten belül elpusztult gyermekeket az élők közül leszámítjuk, úgy látjuk, hogy a nemkezelt lueses anyák közül csupán 26%-nak gyermeke hagyta el élve, tünetek nélkül a klinikát, a kezelték 87%-ával szemben.

Úgy a saját tapasztalatunk, mint az irodalomban megjelent közlések amellel szólnak, hogy az antiluetikus kúra a terhesség alatt elvégezhető, de tekintettel azon munkatöbbletre, melyet a terhesség már egymagában is az anya szervezetére, különösen a vesékre ró, a kezelést fokozottabb figyelemmel kell végeznünk. A higanyt a terhesek elég jól bírják s kellő szájjápolás mellett a stomatitis is elkerülhető. Mindazonáltal 12 gravidánál enyhe stomatitis miatt egy időre abba kellett hagynunk a kezelést, a két súlyosabb szájjgyulladásnál pedig, kik közül az egyiknél az már az első Hg-adag után lépett fel, huzamosabb ideig szü-

neteltettük az injectiókat. A foghús kb. a betegek felénél a kezelés folyamán különböző fokú érzékenységet mutatott. A vesék ellenőrzése alkalmával 10 asszonynál mutattunk ki nyomokban fehérjét a vizeletben, 1-nél pedig a 70 eg-yi Hg-salicyl után a fehérje-reactio erősbödött s a göréző szemcsés cylindereket fedezett fel az üledékben. Két asszonynál enteritis miatt szakítottuk félbe egyelőre a kezelést. A higany tehát a kúránként szokásos 1 grammnyi hydrargyrum salicylicum 10 eg-os dosisaival (vagy ennek megfelelően egyéb készítmény) 5–8 naponként a vesék állandó ellenőrzése mellett nyugodtan adagolható s elérhető vele az a cél, hogy állandóan higany circuláljon a terhes nedvkeringésében (*Trinchese*).

A salvarsan alkalmazásánál még óvatosabbnak kell lennünk. Terheseknél ugyan Ehrlich a már említett okokból, Alvarez és Sainz de Aja (Madrid) az injectiók után fellépő láz miatt kontraindikálnak tartotta alkalmazását, de éppúgy, mint arteriosclerosis-nál, agybetegségek-nél s myocarditist-nél, a graviditas alatt is elkerülhetők a végzetes következmények, különösen amióta a kisebb mérgező hatású neosalvarsannal dolgozunk. A neosalvarsan injectióját követő halálokat Meironszky összeállításából ismerjük, ki mint a kölni salvarsan-bizottság referense gyűjtötte össze azokat, s amelyekből kitűnik, hogy a 0,60-as dosist túlhaladó injectiók 54-szer olyan veszélyesek, mint a kis adagok, hogy a nők és férfiak egyformán szerepelnek benne s leggyakrabban a második és harmadik injectio után lép fel a halál, tehát éppen az első adagok veszélyeztetik leginkább a betegeket. Munkája alapján a bizottság férfiaknál a 0,60, nőknél a 0,45 maximalis dosist ajánlja. A terhesség alatt bekövetkezett salvarsan utáni halálos kimeneteleket Wechselmann gyűjtötte össze s tanulmányozta. Megfigyelése szerint a salvarsan-halál nem azoknál lépett fel, akiknél az említett complicatio valamelyike óvatosságra intett, hanem oly egyének-nél, akiknél csak utólag derült ki, hogy a látzólagos egészség mellett súlyos insufficienciák állottak fenn, mint amilyenek a status thymico-lymphaticus, latens meningitis tuberculosa s májelégtelenségek. Az ebből levont consequentiák alapján terheseknél különös óvatosságra int Wechselmann a halálos complicatiók elkerülésére, s a vese lényeges insufficienciájánál a salvarsan-kezelést kontraindikálnak tartja; egyúttal a legnagyobb figyelmet ajánlja a salvarsannal kezelt terhesekkel szemben, különösen a graviditas utolsó idejében s a kicsiny dosisok alkalmazását javasolja. Úgy a salvarsan, mint neosalvarsan kis adagjának azonban nagy hátrányai vannak s Kolle állatkísérletekkel igazolta be azt, amit már Ehrlich megmondott, hogy a nagyon kis dosisokkal a kívánttal éppen ellenkező hatást érhetünk el, amennyiben a spirochaeták nem pusztulnak el, hanem a salvarsan izgató hatása folytán még jobban szaporodnak. Ezért Zumbusch 4,5–6 grammnyi neosalvarsant ajánl 0,45 g-os adagokban 5 naponként, midőn is egy napra 0,10 eg-yi neosalvarsan jut. Irányelvnek azonban nem az injectiók számának szaporítását, hanem inkább a dosisok emelését ajánlja. A neosalvarsan mérgező hatására vonatkozólag, megfelelő óvatossággal végezve a kezelést, a szer injectiója után észlelhető fejfájást, borzongást, hidegrázást s lázat a terheseknél sem látjuk többször fellépni, mint más egyének-nél s a halálos kimenetel ritka esemény lesz.

A salvarsannak a foetusra gyakorolt hatásmódja felől eltérők a vélemények s míg egyesek kétségbe vonják, hogy a placenta átengedi az arsent s a köldökzsinórban sem találtak arsent, Marenka, Ladis s mások részint a foetusban, részint a köldökzsinórban kimutatták azt. Meyer kísérleti alapon igyekezett tisztázni a kérdést s megállapította, hogy a placenta arsentartalma megfelel a placentában keringő anyai vér arsentartalmának, azonkívül, hogy az egészséges placenta nem engedi át a salvarsant, csak a beteg lepény, azaz a lueses. Ez alapon az eredmények valószínűleg az anyai lues javulásának tudhatók be, a hatás tehát a

magzatra vonatkozólag prophylaktikus jellegű, vagyis a placenta megbetegedését illetőleg gátló.

Az anya kezelése a gyermekágyban is jó hatás-sal lehet a csecsemőre, mint azt *Dubot* és *Taege* egy észlelete muttja, mely szerint 0.3–0.5 g salvarsan hatására nemcsak az anya, de a gyermek tünetei is elmúltak. Minthogy a tejben arsenit kimutatni nem sikerült, azért felveszik, hogy a tejen keresztül anti-testek mentek a magzatba. Valószínűbb azonban itt is az arsenhatás, melyet *Scholtz*nak egy ilyen alkalom-mal mégis sikerült kimutatni az anyatejben. *Chrzelitz*er pedig egészséges dajkának adagolt salvarsan útján gyógyította a gyermek luesét.

A szülők luesét illetőleg a petefüggelékek is szolgálhatnak adatokkal s *Matzenauer* meg *Mracek* a lueses szülések 50%-ánál, *Trinchese* 25%-nál talált a lepény részéről elváltozásokat. Az ismert súly-, szín-s consistentiabeli elváltozások azonban csak mint való-színűségi jelek használhatók fel, mert a pete egyéb ok-ból bekövetkezett elhalálzásánál s nephritisnél is elő-fordulhatnak, tehát nem karakteristikusabbak a syphilisre. Még a spirochaeta kimutatása sem absolut megbízható módja a lues diagnózisának, amennyi-ben legtöbb szerzőnek a köldökzsinór s placenta csak bizonyos hányadában sikerült spirochaetákat kimu-tatni. Leginkább felhasználhatjuk még a lueses pla-centa leggyakoribb jelét, a nagyságbeli növekedést, melynek következtében nemcsak a lepénynek kb. 500 g-nyi súlya, hanem a normalis körülmények közt a magzat súlyához viszonyított ötöd- vagy hatodrésnyi aránya is megváltozik. Feljegyzéseink lueseseknél a le-pénynek 370 g-tól 1650 g-ig terjedő súlyából kora gyer-mekeknél 620 g-os, érett gyermekeknél 900 g-os átlagot tüntetnek fel. A magzat és a placenta súlya közti vi-szonyt illetőleg *Frankel* 1000 g-os placéntát ír le 2660 g-os magzathoz, *Hitschmann* és *Volk* 2500 g-ost 2600 g-os újszülöttnél, *Mohn* pedig 580–880-as arányról tesz említést. Lueses szülőknek adataiból mi egy 1650–2600-as, egy 1000–1900-as és egy 820–1369-es lepény-magzati súlyviszonyról, mint jellegzetesről számol-hatunk be, a luesesek placéntájának 10%-ában pedig szabad szemmel is felismerhető, zsírosan degenerált góccokat láttunk.

A syphilitikus infectio nemcsak az újszülöttre je-lent veszélyt, hanem az anya állapotát illetőleg is mint complicatio szerepel. annak ellenállóképességét csökkentve a szülés normalis menetét rosszul befolyá-salja és az infectio s gyermekágyi láz veszélyét növeli. A kora és macerált gyermekek miatt a partus praeci-pitatusra is több a kihatás, a vagina lueses tumorai, syphilitikus eredetű stricturái szülési akadályok lehet-nek, de a cervix heges szűkületét is észlelték (*Rille*, *Magelhaes*), mely hegek meg is repedhetnek (*Martin*, *Doleris*). A hüvelygátrépedések is könnyebben be-következhetnek, különösen a condylomákkal borított részleten. Ilyen repedéseket mi is több alkalommal figyeltünk meg, melyek közül legfeltűnőbb volt, midőn egy kora macerált magzat spontan szülése után a rup-tura egész a boltozatig felterjedt, egy más alkalommal pedig a húgycső, clitoris, kis- és nagyvajak a hátsó hüvelyfallyal együtt repedt össze-vissza. *Dorsette* a vég-bélbe is betérjedő rupturából kiindulólal halálos ki-meneteli sepsist írt le. *Boas* és *Gammeltoft* gyakran észleltek lueseseknél abnormis fekvéseket. *Thaler* sze-rint ezeknél az a tonia gyakoribb, s *Magelhaes* a lueses anyákat még csekélyebb vérzés után is félti a kimerü-léses haláltól. Lueses szülőknek 4-szer korai burok-repedést, 5-ször hydramiont, 2-szer fájásgvengeséget, 1-szer partus praecipitatus, 8-szor partialis, 5-ször totalis chorionretentiót, 3-szor placenta praeviát, 1-szer cotyledontentíót, 2-szer atoniát s 3-szor idő előtt levált placéntát jégveztünk fel. A legveszélyesebb complica-tiók a gyermekágyban léphetnek fel, és pedig az in-fectio tekintetében, különösen ha a genitalis tractus-ban fekélyek vannak. *Thaler* a lueses gyermekágyasok morbiditását 20%-ra, *Jaeger* 43%-ra teszi (1 halállal), mi pedig 25 aszonynál (10%) láttunk 38 fölé emelkedő

lázat a puerperium folyamán, kik közül egy sepsisben elpusztult.

A luesnek fentiekben kimutatott rombolásai a betegség elleni védekezésre készítetnek. A cél egészséges újszülött produkálása lévén, a betegség elleni harcban a szülésznek részt kell vennie. Az eszközök adva vannak, a kezelésben elért eredmények alapján pedig a küzdelem sikerében nem kételkedhetünk. Ha minden terhelességgel kapcsolatos luest kikutatunk s az anyát kigyógyítjuk, azzal a magzatot is megoltalmaztuk a fertőzéstől.

IRODALOM: *Routh*: Dermat. Wochenschr. 1918, 598. old. — *Nékám*: Orvosképzés, 916. 1. — *Váró*: Orvosi Hetilap 1922, 5. — *Trinchese*: Beitrage z. Geb. u. Gynäk. 18. kötet. — *Boas*: Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrankh. 1923, 384. old. — *Wagner*: Med. Klin. 1923, 1. — *Opitz*: U. o. 1908, 30. — *Schröder*: U. o. 1919, 21. — *Uhlenhuth*: U. o. 1922, 38–40. — *Langes*: U. o. 1911, 20. — *Hohn* és *Gummelt*: Münch. med. Wochenschr. 1923, 36. — *Esch* és *Vieloch*: U. o. 1922, 25. — *Baumgartner*: U. o. 1920, 15. — *Münster*: U. o. 1919, 19. — *Lesser*: U. o. 1919, 254. old. — *Hauck*: U. o. 1919, 49. — *Boas* és *Gammeltoft*: U. o. 1923, 280. old. — *Dubot*: U. o. 1910, 35. — *Jäger*: U. o. 1910, 35. — *Meirowszki*: U. o. 1920, 17. — *Wechselmann*: U. o. 1917, 11. — *Zumbusch*: U. o. 1916, 750. old. — *Thaler*: Wiener klin. Wochenschr. 1923, 16. — *Bunzel*: U. o. 1909, 36. — *Pankow*: Zblatt f. Gyn. 1923, 1031. old. — *Loeser*: U. o. 1920, 1253. old. — *Handon* és *Georgi*: U. o. 1923, 23. — *Fullerton*: U. o. 1917, 344. old. — *Kehrer*: U. o. 1923, 6. — *Baum*: U. o. 1923, 42. — *Handon*: U. o. 1923, 34. — *Senger*: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 46, 5. — *Klee* és *Hoffmann*: U. o. 62. 1. — *Baisch*: U. o. 34. kötet. — *Hüffel*: U. o. 34. kötet, 220. old. — *Krukenberg*: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 74 kötet. — *Stühmer* és *Dreyer*: U. o. 84. 2. — *Heinemann*: U. o. 69. kötet. — *Klaften* és *Kölmán*: U. o. 86 kötet. — *Meuer*: U. o. 77 kötet. — *Lahn*: Archiv f. Gyn. 112. kötet. — *Kolle*: Deutsche med. Wochenschr. 1918. — *Steinert* és *Flusser*: Archiv. f. Kinderheilk. 65. kötet.

A Németvölgyi úti m. kir. Tüdőbeteg-egyházintézet közle-ménye (igazgató-főorvos: *Genersich Andor dr.*).

A malum perforans pedis kezeléséről és a sympathektomiáról.*

Írta: *Milkó Vilmos dr.* operateur, a sebészeti osztály főorvosa.

A malum perforans pedis neve alatt ismert trophikus fekélyek kezelése nem tartozik a sebészet hálás feladatai közé. Ismerjük ezen fekélyeknek spontán gyógyulásra való képtelenségét, a legtöbb gyógyítói eljárással szemben tanúsított makacs ellenállását és recidivára való hajlamosságát, amiből magyarázható a kezelésre ajánlott módszerek nagy száma és sokfélesége. Utóbbi időben a trophikus fekélyek kezelésének problémája nagyobb gyakorlati jelentőséget nyert, mintán kapcsolathat a sok háborús idegsérüléssel ezen fekélyek száma is lényegesen megnövekedett, másrészt azért, mert a trophoneurosisok kérdése ma általában a kutatás és érdeklődés előterében áll. Az ezen irányban folytatott vizsgálódások máris szép eredménnyel jártak, amennyiben sikerült nemcsak a pathogenesis kérdését új és érdekes megvilágításba helyezni, hanem oly műtéti eljárásoknak is birtokába jutni, melyekkel az eddigiek-nél gyorsabb és biztosabb gyógyulási eredmények érhetők el.

Közleményem célja, rövid áttekintést adni a kérdés mai állásáról, mellyel kapcsolatban ismertetni kívánom az újabb kutatások eredményeit és saját szerény tapasztalataimat.

Az eddig használatos terapiás beavatkozásokat általában két csoportra oszthatjuk: conservatív és mű-téti eljárásokra. Az előbbiekről nem sok a mondánivaló. Használtak ezen fekélyek kezelésére belsőleg jódkáliumot, lokálisan kvarzfényt, Röntgen-beugrázást, forrólevegő-kezelést, állandó, indukált és magas frequen-tiájú villanvámot, paraffinbefecskendést és még sok más eljárást, melyek közül azonban egyik sem tudott nagyobb népszerűsége szert tenni. Közös hibája vala-mennyi eljárásának az, hogy nem gyökerében támad-ják meg a bajt, hanem csupán a lokális folyamat meg-gyógyítására törekednek. Talán ez az oka annak, hogy ámbár mindegyik eljárással sikerült egyes esetekben gyógyulást elérni, biztos eredmény egyiktől sem vár-ható sem a közvetlen gyógyulás, sem a recidiva szem-pontjából.

* Előadatot a Magyar Sebészarság nagygyűlésén.

Ugyanez állítható a lokális sebkezelési eljárásokról, a fekélyek excochleatiójáról, azoknak teljes vagy részleges kimetszéséről és a különböző plastikai eljárásokról is, melyeket váltakozó sikerrel számosan alkalmaztak.

Most áttérek azon műtéti eljárások ismertetésére, melyek nem symptomaticae, lokális beavatkozásokkal, hanem aetiologice, a kórokozó momentumok kiküszöbölésével iparkodnak a gyógyítás problémáját megvalósítani. Ha eltekintünk az esetek egy kisebb részétől, melyekben — mint *Lévai* exact szövettani vizsgálataival kimutatta — a mal perforant eredete elsődleges érelváltozásokra vezethető vissza, úgy mai ismereteink alapján legvalószínűbbnek a fekélyek neurogen származását kell tartanunk. Ez már csak azért is valószínű, mert a mal perforant-esetek túlnyomó nagy részében (*Stytschinski* nagy statisztikájában 172 eset közül 125-ben) valamely centralis vagy peripheriás idegbántalom jelenlétét lehet kimutatni.

Ennek megfelelőleg a fent jelzett műtéti eljárások is a neurogen-elméletből indulnak ki. Itt elsősorban meg kell emlékeznem egy régebbi eljárásról, az idegnyújtásról, melyet *Chipault* már 1895-ben ajánlott trophikus fekélyek gyógyítására. Ezen eljárással sikerült az esetek nagy részében eredményeket elérni, miért is ahhoz egy ideig nagy reményeket fűztek, később azonban a műtét, éppen az eredmények bizonytalansága miatt, feledésbe merült.

Az újabb műtéti eljárások két egymással ellentétes felfogás körül csoportosíthatók. Az egyiket főképen *Kappis* képviseli, aki azt mondja, hogy a malum perforans lényegében decubitalis fekély, mely anaesthesiás bőrterületen azáltal jön létre, hogy az ilyen területek nyomásnak vagy egyéb (mechanikai, thermikai stb.) szövetlaesiónak jobban ki vannak téve. A gyógyulás egyik akadályja a szöveteknek az idegműködés kiesése által okozott érzéstelensége, hiányos táplálkozása és regenerációja, a másik az, hogy a fekély legtöbbször a szomszédos izülettel kommunikál. E szerint a therapiának is kettős feladatot kell megoldani. Elsősorban helyre kell állítani az idegvezetést (idegsérüléseknél idegvarrat vagy neurolysis útján), azután pedig megszüntetni az izületi fistulát. Ez utóbbi rendszerint könnyen sikerül, ha a fekélyvel közlekedő izületet resécáljuk. *Kappis*nak tényleg sikerült ilyen eljárással a lábujjak és bűtykök felett képződött malum perforans valamennyi esetében gyógyulást elérni, még akkor is, ha magát a fekélyt érintetlenül hagyva, tisztán az izületi csontvégek eltávolítására szorítkozott. Oly esetekben azonban, ahol nincs izületi sipoly, mint éppen a legnehezebben gyógyuló sarokfekélyeknél, ezen eljárás természetesen nem alkalmazható.

Ebbe a csoportba sorolható *Nordmann* műtéti eljárása is, melynek alapgondolata ugyancsak az, hogy a mal perforant érzéstelen területen fejlődött trophikus fekély, mely tehát meggyógyul, ha a fekélyes, érzéstelen területet idegátültetés által újra neurotizáljuk és érzővé tesszük. Az eljárás lényege az, hogy kiproeparálva valamely a fekélyhez közel eső érző ideget, pl. alszáron a n. saphenust, azt bőralatti áthelyezés által a fekély közvetlen szomszédságába transzplantáljuk. Az eljárás igen tetszetős, azonban az így operált esetek száma még túlságosan csekély ahhoz, hogy a műtét értékéről véglegesen nyilatkozhattunk.

Az imént körvonalazott, *Kappis-Nordmann* által képviselt felfogással szemben áll a *Leriche-Brüning*-féle theoria, mely szerint a malum perforans és egyéb trophoneurosisok oka nem az idegfunkció kiesése, hanem éppen ellenkezőleg, idegtúlműködés, mely a sympathicus tonusfokozódásában nyilvánul. E fokozott sympathicus-tonus zavarólag hat a capillaris véredénybeidegzésre s ez okozná a trophikus szöveti elváltozásokat.

Ezen elméletet két érdekes műtéti tapasztalat támogatja. Az egyik az, hogy ha a végtag főütőerén a finom sympathikus hálózatot magában foglaló adventitia-réteget kiirtjuk, akkor még a legmakaesabb trophikus fekélyek is sokszor bámulatos gyorsasággal meg-

gyógyulnak. Ugyanez történik akkor is, ha idegsérülések után a heges idegszövetet vagy a centralis csonton fejlődött neuromát irtjuk ki, illetve ha azt *Läwen* eljárása szerint chloraethyllel megfagyasztjuk. E tény *Leriche-Brüning* szerint úgy magyarázható, hogy az ideg neuromás-heges részéből állandó pathológiás inger-reflex indul ki, mely a centralis idegcsontból a gerinegyi dúcokon át körzeti idegpályákra tevődik s ezen útjában legalább részben az érkörüli sympathikus pályákon halad át. Ha mármost a reflexívet valahol megszakítjuk, akár a neuroma eltávolításával, akár sympathektomia periarterialis által, akkor a kórosan fokozott sympathicus-tonus csökken s a trophikus fekély gyógyulása lehetővé válik.

Nem célom itt annak fejtegetésébe bocsátkozni, vajjon a *Leriche-Brüning*-féle hypothesis kiállja-e minden tekintetben a szigorú tudományos kritikát. Ennek megállapítása még további exact kutatások feladata lesz. Tény az, hogy itt még a kérdések egész sora vár eldöntésre, nevezetesen vitás még a neuroma szerepe, valamint az a kérdés is, hogy a sympathektomia gyógyító hatása edényzsűkítő vagy edénytágító hatásában rejlik-e. Annyi azonban bizonyos, hogy a gyakorlati eredmények határozottan biztatóak. Kedvező tapasztalatokról számolnak be különösen *Leriche*, *Brüning*, *Kümmel*, *Küttner*, *Borchardt*, *Makai*, *Enderlen* stb. Az eddig végzett sympathektomiák száma jóval meghaladja a 300-at s bár recidivák nem tartoznak a ritkaságok közé, viszont egyesek, mint *Leriche* és *Brüning*, már évekre terjedő végleges gyógyeredményeket is közölnek.

A műtét technikájában *Brüning* szerint a következőkre kell ügyelni. Az adventitiát a végtag főütőerének lehetőleg magasan fekvő részletéről finom olló és csípő segítségével körkörösén és kb. 8–12 cm kiterjedésben le kell hámozni a mediáról, amíg csak a gyöngyházfényben áttűnő muscularis teljesen szabadon nem fekszik. A műtét közvetlen hatásaképpen az ütőér operált részletén görcsös összehúzódás figyelhető meg, mely néha annyira fokozódik, hogy a vérnyomás a végtag peripheriás részében nullára süllyed. Ezen edénygörcs rövidebb-hosszabb ideig tartó fennállás után edénytágulásba megy át, mely azután állandó is marad és a szövetek bővebb vérrellátását eredményezi.

Nagyon fontos, bár eddig kellő figyelemre nem méltatott kérdés az, hogy minő hatással van a sympathektomia az ütőérrel táplálkozására. E kérdés annál jogosultabb, mert, amint tudjuk, az arteriák tápláló-erecskéi, a vasa vasorum, az adventitiában futnak s így féltő, hogy annak teljes eltávolítása után érelhalás lép föl. Úgy látszik, legalább az eddigi közlések szerint, hogy ez a veszély nem éppen nagy s ezt megerősíteni látszanak *Petroff* vizsgálatai, kinek sikerült vitalis festéssel kimutatnia, hogy az ütőerek muscularisa és intimája nemesak az adventitia, hanem a keringő vér felől is elegendő táplálékot kap. Magam is végeztem idevágó állatkísérleteket, melyek eredményéről más helyen fogok beszámolni. Itt csak annyit, hogy kutya carotisán a normalis technikával végzett sympathektomiák után 10–12 nap múlva érfalnekrosist sem makro-, sem mikroszkopikus vizsgálattal kimutatni nem sikerült. Hangsúlyozni kívánom azonban, hogy az utólagosan resécált ütőér histologiai vizsgálata minden esetben azt mutatta, hogy dacára a Brüning-féle technika pontos betartásának, az érfalon még sok helyen adventitiarészletek maradtak, jól látható hajszálerecskéikkel. Ezen állatkísérletek alapján igen valószínűnek tartom, hogy az adventitiának, legalább mikroszkopos értelemben való teljes kiirtása embernél nem sikerül mindig s talán ez az oka annak, hogy sympathektomia után oly ritka az érfal táplálkozási zavarból eredő nekrosisa. Mindennek dacára mégis vannak esetek, hol a sympathektomia után az érfalon súlyos táplálkozási zavar és körülírt elhalás fejlődik ki, annak végzetes következményeivel. Ilyen eset az irodalomban eddig csak kettő közöltetett (az egyik jóval a jelen előadás megtartása után). Egy harmadik ily esetet magam észleltem, melyre később még visszatérek.

Ami mármint a malum perforans kezelése körül tett saját tapasztalataimat illeti, azokat a következőkben batorokodom ismertetni.

Észlelésem tárgyát összesen 11 eset képezte. Ezek közül 3 esetben peripheriás idegsérülés, 1-ben a cauda equina sérülése, 3 esetben tabes, 1-ben lues, 3-ban közlebről nem kórismézhető centralis idegbántalom volt a malum perforans oka.

Tisztán conservativ kezeléssel teljes eredményt egy esetben sem sikerült elérnem, dacára annak, hogy a legkülönbözőbb eljárásokkal próbálkoztam. Hasonlóképpen sikertelen maradt a fekélyek kikaparása, kiégetése, azoknak teljes vagy részleges excisiója és a plastikai eljárások is.

Egyes esetekben sikerült ugyan elérni annyit, hogy a renyhén sarjadzó, torpid fekélyek megtisztultak, élénkebb sarjadzásnak indultak és a szélek felől hámosodni kezdtek, a végeredmény azonban mindig az volt, hogy a javulás egy bizonyos ponton makacsul megakadt és azontúl nem haladt tovább előre.

Két tabeses esetben, hol a fekélyesedés a lábujjak talpi bütkeire lokalizálódott és a metacarpo-phalangealis ízülettel kommunikáló sipoly állott fenn, az ízület resectióját, egy harmadik esetben pedig, hol az ulceratio magára a lábujjra is kiterjedt, az egész ujjnak a középesont egy részével való eltávolítását végeztem. Mindezen esetekben a fekélyek 8–10 héten belül teljesen gyógyultak és nem recidiváltak.

A neuroma kiirtását és idegvarratot végeztem három peripheriás idegsérülési esetben. Mind a három esetben a n. ischiadicus lövésből származó totalis bénulása állott fenn, nagy kiterjedésű, bűzös sarki fekélyekkel. Az észlelési idő alatt két esetünkben a sarokcsontból nagy sequesterek lökődtek le. Dacára ennek és számos therapiás kísérletnek, a fekélyek gyógyulása nem haladt előre. A neuroma kiirtását azonban mind a három esetben gyors és fényes siker koronázta. A 2–3 év óta fennálló fekélyek már műtét után néhány nappal rohamos gyógyulásnak indultak és 3–5 hét alatt teljesen begyógyultak. A gyógyulási folyamat minden esetben typososan úgy folyt le, hogy már néhány nappal a műtét után az előbb renyhe, vizenyős sarjakkal borított, lepedékes alapú fekélyek teljesen feltisztultak, az előbb híg, véressavós váladék helyett sűrűbb, jóindulatú genyedés jelentkezett, a fekély sárneszerű, callusos szélei lelapultak és azokról friss hámréteg húzódtott gyorsan a centrum felé.

Megszűntek a műtét előtt fennállott és a sarokba kisugárzó heves fájdalmak is. A fekélyek, dacára hogy a műtét óta már minden esetben több mint egy év telt el, nem újultak ki.

Ezen kedvező tapasztalatok megerősítik a Brüning-féle hypothesis, mely a neuromának a malum perforans aetiologiájában oly nagy jelentőséget tulajdonít. A gyógyulást nem lehet egyszerűen az idegvezetés helyreállításával magyarázni, mert a regeneratio ily rövid idő alatt semmi esetre sem jöhet létre.

Sympathektomia periarterialist malum perforans miatt eddig csak egy esetben végeztem. Egyéb okból végzett sympathectomiám eredményei kedvezők voltak, ezekre azonban itt nem térhetek ki. Jól tudom, hogy egy esetből nem lehet messzemenő következtetéseket levonni, miután azonban ennek lefolyásában több figyelemre-méltó momentum merült fel, bátor leszek azt részletesebben ismertetni.

A betegnek gránátlövés következtében (1915) cauda equinája is megsérült. Sérülése után négy évvel nagy-kiterjedésű, mély trophikus fekélyek képződtek a jobb sarok talpán és a jobb fartájékon, s azóta változatlanul fennállanak.

A sympathectomia azért volt indikált, mert a fekélyek a legkülönbözőbb gyógyeljárásra sem mutattak semmi gyógyhajlamot, azonkívül a betegnek állandóan a keresztájról a combra kisugárzó fájdalmak voltak. Az egész jobb alsó végtag atrophias, térd- és bokaizület-

ben merev, úgyhogy már-már az amputatio kérdése is szóba került.

A műtétet pontosan Leriche-Brüning szerint az art. femoralis felső harmadában úgy végeztem, hogy az adventitiát az ütőér faláról 7 cm-nyi kiterjedésben körkörösén lefejtettem és kiirtottam. Feltűnő volt az ütőér erős hypoplasziája, mely alig volt vastagabb egy jól fejlett branchialisnál.

Ezen műtét után négy nappal a kötést eltávolítva, meglepetéssel láttam, hogy a jó gyermektenyérynai glutaealis fekély eredeti nagyságának legalább a felére húzódtott össze s az előbb halvány, vizenyős sarjak helyét szép piros, egészséges sarjszövet foglalta el.

A sarki fekély szintén teljesen feltisztult és szélei felől élénk hámosodás indult meg.

A beteg fájdalmai a műtét óta teljesen megszűntek.

Sajnos, ez a szép javulás nem bizonyult állandónak. A harmadik héttől kezdve a gyógyulás megakadt, sőt később a sarki fekély ismét lepedékessé vált és terjedési tendenciát mutatott.

Abban a feltevésben, hogy talán az első műtét alkalmával nem távolítottam el elég adventitiát s a recidiva a sympathicus-rostok regeneratiója vagy talán a Brüning által leírt cerebrospinalis anastomosisok útján következett be, a műtét megismétlésére határoztam el magamat. Ez alkalommal még centralisabban, közvetlenül a Poupart-szalag alatt praeparáltam ki a femoralist, melynek faláról újabb 6 cm hosszúságban exstirpáltam az adventitiát. Technikai hiba a műtétnél nem történt.

Az eredmény most még az előbinnél is szembe-szökőbb volt és szinte a kísérlet biztonságával mutatta a sympathectomia hatását.

Műtét után negyednapra a glutaealis fekély már csaknem teljesen kigyógyult, a sarok fekélye pedig ismét teljesen feltisztult és szépen hámosodott. A következő napokban a gyógyulás rohamosan haladt előre. Tizednapra a glutaealis fekély teljesen gyógyult, a sarki fekély pedig babnyira kisebbedett. A teljes gyógyulás előtt azonban egy súlyos complicatio állott be. Már a kötészáltás alkalmával feltűnt, hogy az egyébként primára gyógyult műtési seb felső harmada kissé duzzadt s hogy a felső sebzugból kevés híg, de igen bűzös savós váladék szivárog, anélkül, hogy a seb körül lobos reactio mutatkozott volna. A következő napon kötészáltás alkalmával a kötés mélyebb rétegeit friss vérrel átvívva találtam, de magából a sebből még nyomásra sem vérzett. A nap folyamán a vérzés még kétszer megismétlődött, a harmadik nap reggelén pedig oly profus vérzés indult meg, hogy a kötést sürgősen el kellett távolítani. Ekkor kitűnt, hogy a műtési seb felső része, vér-alvadékkal kitöltött, melynek eltávolítása után hatalmas ütőeres vérzés indult meg.

Miután most már kétségtelen volt, hogy azt art. femoralis nekrosisából eredő vérzéssel állunk szemben, érvarratra pedig a szövetek nagyfokú szakadékonysága és a beteg kivérzett állapota miatt gondolni nem lehetett, nem maradt más hátra, mint azonnal lekötöni az art. iliaca externát, ezután pedig, miután a végtag teljesen hideg, cyanotikus volt s így megtartása a biztos gangreana veszélyével járt volna, magas comb-amputatiót végezni. Erre annál könnyebben határoztam el magamat, mert, amint már említettem, egy amúgy is csaknem teljesen hasznavehetetlen végtagról volt szó. Sajnos, az arrodált femoralist közelebről nem vizsgálhattuk meg, miután az átfúródás helye oly magasan feküdt, hogy a csonkítást alatta kellett végezni, azonkívül a beteg súlyos állapota a műtétnél semmiféle meghosszabbítását nem engedte meg. A beteg azután további complicatio nélkül meggyógyult.

Ezen esetből két tanulságot merítettem. Az egyik az, hogy a sympathectomiának kétségtelenül nagy befolyása van a trophikus fekélyek gyógyulására, még pedig nemcsak a peripheriás, hanem a műtét helyétől centralisan eső fekélyekre is. Teljes eredmény azonban, mint az én esetem is bizonyítja, csak akkor várható, ha az adventitiát megfelelő nagyság, tehát legalább 10–12 cm kiterjedésben távolítjuk el.

A második tanulság az, hogy a sympathectomiát az ütőér nem mindig bírja el táplálkozási zavar nélkül. Mint előbb már említettem, saját eseten kívül a nekem hozzáférhető irodalomban eddig két hasonló

esetről szerezttem tudomást. Az egyikben, melyet egy spanyol szerző, *Matons* közölt, a beteg az art. iliaca externán végzett sympathektomia után tíz nappal meghalt s a boncolat az ütőér átfuródásából származó elgenyedt haematomát mutatott ki a fossa iliaca-ban. Nem zárható ki teljesen az a lehetőség, hogy ebben az esetben az átfuródást nem a sympathektomia által okozott táplálkozási zavar, hanem fertőzés okozta. A másik, szintén letalisan végződött esetről *Kreuter* számolt be nemrég. Szabályszerűen végzett sympathektomia után tíznapra az erősen sklerotikus combtőér körülírt elhalásból származó átfuródása lépett fel. Infectio kizárható volt. Valószínűnek tartom, hogy ezekkel nincs kimerítve a kedvezőtlen lefolyású esetek száma, miután tudjuk, hogy a műtéti balsikereket nem mindig szokták közölni.

Hogy miért bírja el az érfal a sympathektomiát legtöbb esetben baj nélkül, bizonyos esetekben pedig nem azt nem könnyű eldönteni. Úgy látszik, különös óvatosságot igényelnek az erősen elmeszesedett artériák, továbbá azon esetek, melyekben, mint az enyém-ben is, hosszú idő óta fennálló idegbénulás folytán a szövetek általános táplálkozási állapota különösen rossz, ahol az ütőér erősen hypoplasziás, ami talán a vasa vasorumra is kiterjed.

Az én esetemben a nekrosist még elősegíthette a kétszeri műtét, illetve az a körülmény, hogy a második műtét után a femoralist már csak hiányosan lehetett rosszul táplált, heges lágyrészekkel borítani. A külső rétegétől megfosztott, gyengült edényfal így talán a véroszlop belső nyomásának nem tudott hosszabb ideig ellenállni.

Mindezek után a malum perforans kezelésének alapelveit a következőkben vélem összefoglalni:

1. Minden esetben először conservatív kezelést kell megkísérteni. Kivételt csak azok az esetek képeznek, hol a fekély izülettel közlekedik, mert ezeknél az izület resectiója után a gyógyulás bizton remélhető.

2. A conservatív kezelés sikertelensége esetén idegsérüléseknél elsősorban a neuroma kiirtása és idegvarrat indikált, csak ha ez kivihetetlen volna, pl. ha az idegsérülés hozzá nem férhető helyen fekszik, vagy nem járna eredménnyel, akkor ajánlatos a sympathektomia.

3. A nem idegsérülések esetében sympathektomia végzendő, akkor, ha már minden egyéb conservatív és műtéti kezelés sikertelen maradt.

4. A sympathektomia nem teljesen veszélytelen eljárás és sikerrel csak akkor kecsegtet, ha az adventitiát legalább 10–12 cm kiterjedésben távolítjuk el. Rosszul táplált sorvadt végtagon, erősen hypoplasziás és sklerotikus ütőereken a sympathektomia a nekrosis veszélye miatt nagy óvatosságot igényel. Sikertelen sympathektomia esetén a műtét megismétlése ugyan-ezen okból nem ajánlható.

IRODALOM. 1. *Adrian*: Zentralblatt f. Grenzgebiete 1904, 7. — 2. *Borszék*: X. Sebésznapgyűlés 1923. — 3. *Brüning*: Arch. f. klin. Chir. 117. Kl. Wochenschrift 1922, 15., 1923, 2., 17., 20., 33. Med. Klinik 1923, 20. Zentralblatt f. Chir. 1920, 48. 1921, 23. — 4. *Brüning-Stahl*: Kl. Wochenschr. 1922, 28. — 5. *Hoffmann*: Ergebn. d. Chir. u. Orth. 1914. — 6. *Kappis*: Kl. Wochenschrift 1922, 52. — 7. *Kleinschmidt*: D. med. Wochenschr. 1921, 21. — 8. *Kreuter*: Zentralblatt f. Chir. 1923, 46. — 9. *Kümmet jun.*: Zentralblatt f. Chir. 1923, 38. — 10. *Lüwen*: M. med. Wochenschr. 1922, 11. — 11. *Lerich*: Presse méd. 28. évfolyam, 78. sz. C. O. 12. Presse méd. 1921, C. O. 15. Lyon chir. 18. 1921, C. O. 12. — 12. *Lehmann*: Zentrabl. f. Chir. 1921, 9. — 13. *Lévai*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1898 és 1906. — 14. *Lévai*: Bruns Beitr. 1910, 70. — 15. *Matons*: La semana medica. 1922, 1487. sz. — 16. *Nordmann*: D. med. Wochenschr. 1921, 21. — 17. *Makai*: Zentralblatt f. Chir. 1923, 25. — 18. *Petroff*: Brüning után idézte Med. Kl. 1923, 20. — 19. *Stytschinski*: C. O. 14. — 20. *Takó*: Orvosképzés 1923, III–IV.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK A GYAKORLATBAN*

A diätetika az utolsó 5 évben a legjelentősebb haladást abban az irányban tette, hogy a táplálkozás tanában az izlelo-érzékszervnek az évezeti faktorát is figyelembe veszi a hasznossági faktor mellett. Az ember nemcsak azért eszik, mert az elete fenntartásához szükséges, hanem azért is, mert a táplálkozás élvezettel jár. A tápláléknak a hasznossági szabályozója az *éhség*, amely a telveendő tapmennységet natarozza meg, az élvezeti faktoré pedig az *étvágy*, amely viszont a táplálék minőségére, összetételére irányad.

Amíg az egészséges ember táplálékvétele és tápláléksége között állandóan megvan a helyes arány, addig a betegségek leggyakoribb kísérő-tünete az, hogy a beteg a táplálékait önként megszorítja. Az éhséget, mint a táplálékra ösztönző inger igen hamar eltűnik, az étvágy pedig szeszélyessé, nenezen kielégíthetővé válik. Az eredményes diätetika kezelése előzetese, hogy a beteg a neki rendelt ételeket el is fogyassza, tehát az étrendi előírásnak alkalmazkodnia kell a megváltozott étvágyhoz, az egyéni kívánságokat is lehetőleg tekintetbe kell vennie; na pedig megszűnt az étvágy, úgy felel kell keltetnie, mert különben a beteg a táplálékát teljesen megtagadja.

A csökkent étvágyat fokozni, a hiányzó pedig felkelteni csupán a táplálék *ízletessége* és feltalálásának *ízletessége* képes. Ehhez fog még járulni a *változatosság* az ételekkel ízben, színben, szagban, halmazállapotban, hőmérsékben, volumenben stb.

A diätetika mint tudományág ezen körülményt a legutóbbi évekig teljesen kikapcsolta, mivel az volt az uralkodó felfogás, hogy a táplálékot annyit kell befolyásolhatni, hogy szinte lehetetlen az étrendösszeállításnál ezekre mind tekintettel lenni. Ennélfogva a beteg a leggyorsabb összehozott és megformázott étrendi előírást kapta, reá és a diätetika elkészítő személyre bízva, hogy azt egyéni ízlelésnek megfelelően izesítse és kedve mója szerint elkészítve fogyassza el.

Ha mármint az eddigi, csupán a hasznossági faktorra vonatkozó étrendi előírásainkat az egyéni kezelés és táplálék érdekeiben még az élvezeti faktort is szabályozó rendelkezésekkel kell kiegészítenünk, tudnunk kell, hogy ez a két tényező a táplálkozás mely részében játszik szerepet, milyen az egymáshoz való viszonyuk és hol kapcsolódik a működési területük egymással össze.

A tápcsatorna, mint tudjuk, izomgyűrűk által szakaszokra van felosztva, amely záróizmoknak az a rendeltetésük, hogy a jegyszédő szerepéhez hasonlóan, az egyes segmentumok bejáratán csak olyan anyagokat engedjenek keresztül haladni, amelyek odaválók és az előző szakaszban bizonyos előkészítési folyamaton mentek át. Ilyen záróizmok tekinthetők: a *cardia*, a *pylorus* és a *Bauhin*-billentyű és némileg az *anus*, amelyek élettani szerepe külön tisztázva van. Nem ment azonban megfelfejtethetetlen módon az *ajaköv* és a *garatöv* feladata a közfudatba át, pedig működésük az előbbiekével nagyjában megegyezik. Az ajak, mint a tápcsatorna kezdete, táplálékra csak akkor nyílik meg, ha az élénk tett étel a látás és szaglás útján már előre bizonyos garanciát nyújt a jószágáról. Megvizsgáljuk tehát, hogy nincs-e romlott színe vagy szaga, nem tartalmaz-e undorító anyagokat vagy olyanokat, amelyek hatása a tápcsatornára káros lehetne? Mivel sok ártalmas anyag a rossz íze által árulja el magát, következik ezután az íznek a vizsgálata, egyelőre az étel csak kis részével: a *kóstolás*. Ha ez mind megfelelő és a falat élvezeti ígérete is elég nagy, kerül a szájba, amely üreg működésénél és berendezésénél fogva mint *előgyomor* fogható fel. Az ajakövön, mint száj-cardián átjutott étel ebben egészen hasonló módon készíttetik elő, mint a gyomortartalom a bélemészésre. A falatot a fogak felaprítják, az izommunka révén egyenletesen elkeveredik, szilárd és emészthetetlen részeitől megszabadul, kellő hőmérsékre hűl le, a nyálsecreit elpépesíti, chemiaillag izgató tulajdonságait közömbösíti, a ptyalin megkezd az emésztést. Ugyanakkor, ha semmi zavaró körülmény nincsen, a nyelven, az inyeiken és a légcsőszájpadon elszórt idegvégződések révén a központi idegrendszerbe azon ingerületek jutnak el, amelyeknek

* Mai számunkban a fenti cím alatt oly cikksorozatnak a közlését kezdjük meg, amelynek az a feladata, hogy az orvosnak a diätetika és különleges diätetika kúrák gyakorlati keresztülvitelénél praktikus tanácsokkal és útmutatásokkal szolgáljon. (Szerk.)

az összehatása az élvezet. Ez lesz a kiváltó faktora a garat megnyílásának, a nyelés reflexének, ami után az élvezet megszűnik és a falat a cardián áthaladva, a gyomorba kerül. Meg kell még jegyeznünk, hogy a káros vagy oda nem való, az undortkeltő vagy rosszízű anyagok eltávolítására mindkét izomgyűrűnek anti-peristaltikus, ellenétes irányú izommunkát kiváltó tulajdonsága is van.

Az ajaköv kulcsa tehát általában az izlésesség, a garatövé pedig az izletesség, a fogyasztással járó élvezet.

Ezek szerint szükséges, hogy az orvos diatás rendelkezéseinél a felhasználandó és felhasználható élelmiszerek meghatározása mellett, azok elkészítésére és izeztetésére is adjon megfelelő utasítást, ha csak nem akarja, hogy a beteg diatás kúrában olyan kellemetlen orvosi rendszabályt lásson, amely őt az étkezéssel járó élvezettől is megfosztja.

A következőkben az általánosan ismert és használatos étrendi előírásokat kíséreljük meg magyaros vonatkozásokban a gyakorlat számára feldolgozni. Betegségek szerint haladva tárgyaljuk majd a diatás kúrákat, és pedig: 1. az azok összedállításánál fontos irányelveket, 2. a gyakorlati kivételre vonatkozó útmutatásokat, a változtatásra és helyettesítésre, szóval az individualizálásra szolgáló konyhatechnikai fogásokat és eljárásokat és 3. a szóbanforgó diatás kezelés javallatait.

Főleg azokat a diatákat és elkészítési módokat fogjuk részletesebben tárgyalni, amelyek a III. számú belklinikai diatás konyháján használatosak és amelyeknek hatásait a klinika tudományos felszerelésének segítségével megfigyelni alkalmunk volt. Ez a diatás konyha jelenleg 60 beteg diatás kezelését látja el és előírásai között mintegy 25 különféle diatá szerepel.

Mivel a diatás kezelésre utalt betegek legnagyobb csoportját a klinikán a diabetikusok alkotják és a gyakorlat számára is ennek a tárgyalására látszik a legfontosabbnak: rövid közleményeink sorát a cukorbetegség étrendi előírásaival fogjuk megkezdeni.

Sóós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Újabb vizsgálatok a hő- és fény sugaraknak a szervezetre való hatásáról. Hermann v. Schrötter. (Strahlentherapie XVI. kötet, 1. füzet.)

A látható hő sugarakat a bőr nagyobb mennyiségben nyeli el, mint a vörösfényű sugarakat. Míg az ultravörös sugarak a bőr legfelületesebb rétegeit melegítik fel, addig a belső vörös (látható) sugarak inkább a bőr mélyebb rétegeiben hatnak. Az európai ember teste ugyan normális körülmények között csak kis felületen van a nap sugárzásának kitéve, de adott körülmények között nagy lehet a felvett caloriamennyiség. Pl. a mi szélességi fokunk alatt nyáron déljában a napon fekvő ember első testfelülete által óránként felvett hőmennyiség kb. 540 Cal.⁹ Ezek alapján valószínű, hogy a fény hatása nemcsak a vegyileg hatásos ultrabolyasugarak javára irandó. A bőr mélyebb rétegeiben a vér az, ami a látható hő sugarak nagyobb részét elnyeli és részlegesen egész 45 fokig felmelegszik. Ezen hőfok mellett az ultrabolyasugarak is sokkal erősebben fejthetik ki hatásukat. Az egész test a hőszabályozás jó működése folytán normális körülmények között nem melegszik lényegesen fel. Insolatióra vonatkozó kísérletekből kiderült, hogy patkányok, nyulak stb. 40–42 fokos insolatióknak kitéve száraz melegben 20–30 perc alatt elpusztultak. Később azonban megszokás jön létre, sőt az akkomodálódott állatok vérevel másik állatban activ immunitást lehet létrehozni; passiv nem sikerül. A hőgútt az anaphylaxiás jelenségekhez tartja nagyon hasonlóan, melynél coffein és camphor jó hatásúak, aether, morphin, adrenalin hatástalan.

Tóth Kálmán dr.

Az éhség oedemák pathogenesiséhez. E. J. Kavewskaja, (Zeitschrift f. die ges. exp. Medizin 1923, 36. kötet, 1–3. füzet.)

Krawkow laboratóriumában észlelték 1918–20. években, mikor a kísérleti állatok sokat éheztek, hogy az árammoltatott izolált fűlek a kísérlet folyamán rövidesen oedemások lettek. Nem éhező állatok ezt nem mutatták. Több kísérlettel igazolták, hogy $\frac{1}{2}$ –1 óra alatt az árammoltatott fűlek kétszeres nagyságra nőttek. A szerző nézete szerint ezt az erek primaer megbetegedése okozza. Az éhezési oedemát embernél a szív s vese ereinek megbetegedése még fokozhatja. Tapasztalták továbbá,

hogy érszűkítő mérgek, adrenalin átárammoltatásánál ezek hatása sokkal kisebb, mint nem éhező állatoknál. Ezzel szemben értágítókra jó reakciót láttak, sokszor a normalisnál is nagyobbat.

Schlemmer dr.

A chronikus malaria kezelése. Priv.-Doz. F. Bardachzi. (Wiener Archiv f. Inn. Med. 7. kötet, 1. füzet.)

Igen súlyos, comatosus, cachectikus betegein nyert háborús tapasztalatai alapján, a chronikus chininresistens malaria kezelésében a Nocht-schema szerint nyújtott nagy (25–3 g) chininadagoknak 0.60–0.90 g neosalvarsannal egyidőben való nyújtását ajánlja. A salvarsan egy heti időközökben 2–3-szor megismétlődő, Cománál kezdetben nagy (6 g) urotropinadagoktól látott jó eredményt. Haemoglobinuria nál eleinte kisebb, majd lassanként nagyobb adag salvarsant, ha a tünetek szűnnek, óvatos chininadagolást ajánl. Jelenleg, bekezdőben a triss eseteknél keiségkivül elegendő a régi Nocht-kúra kis adagokkal, ha azonban súlyos, chininresistens malaria kerülne kezelésünk alá, nem szabad keselkedni és rohantat várni, vagy ilyet provokálni, hanem azonnal ereiyes, nagy adagokkal való chinin- és ezzel kombinált neosalvarsan-kezeléshez kell fogni.

Sümegei dr.

A melanotikus pigmentekről. Priv.-Doz. Adler. (Wiener Archiv für Inn. Med. 7. kötet, 1. füzet.)

Melanomas betegeknél bizonyos körülmények között a tumormelanin melaninsavva alakulhat át. Ez képezi a betegeknek az anyagcserezavar alapját. A melaninsavnak egyrészt mérgező hatása van az állati szervezetre, másrészt a véraivadást gátolja. Szerzőnek sikerült úgy a mestersegesen, mint a linta-halak sepiájából előállított melaninsavakból melaninsavanhydrideket előállítani, melyek a természetes melaninnal tökéletesen megfeleltek. Ezen syntheikus melaninekből, épp úgy mint a tumormelaninból, erős alkali hatására újra előállíthatók a megfelelő melaninsavak. Mennel inkább gyarapodnak ismereteink a melanotikus pigmentek eredetere vonatkozó g, annál könnyebb lesz a melanomas betegek anyagcserezavarába betekintést nyerni.

Sümegei dr.

A thyreoidin kezelésről. Curschmann. (Med. Klinik 1924, 1. sz. 1. o.)

A specifikus substitúciós hatás elérése céljából belsőleg adagolt nagyszámú organo-therapias készítmény közül egyedül a pajzsmirigy kivonatának van megbízható hatása. Az organo-therapias készítmények nemelyikének, különösen parenterális adagoláskor nemspecifikus hatása is van, ilyen az adrenalin és hypophysin hatása a vegetatív idegrendszerre, s ilyen ugyan-ezeknek protoplasmaacutató hatása is. Nemely készítménnyel fermenthatás is elérhető (pankreon stb.). Kutató eredményeivel jár a pajzsmirigykivonat tartós adagolása az öregkori valódi myxoedema esetén, de jól belőlyasolja a gyermekkori, valamint posinfectuós myxoedemat, thyreoapiasiat és hypopiasiat, sőt a muteti és Köntgen-eredetű hypop- és athyreosist és különösen a hypothyreoidismus jóindulatú inkomplet alakjait is. Endemiás kreinismusban hatása nem ilyen megbízható, mert a betegség inkább általános constitutios dysplasia következménye. Szerző viszonylag kis adagban adja, 4 × 0.15 g-nal ritkán ad többet, s a kezdeti adagot később lassan csökkenti. Fontos a beteg jó táplálása és ügyelni kell a hyperthyreoidismus esetleges tüneteire. Csaknem monosymptomás hypothyreosisnak tartja nemely beteg habituális obstipatioját, mely minden kezelelssel dacol, pajzsmirigykivonattal azonban teljesen meggyógyítható. Jó hatású a szer a thyreogen elhízás ellen is, azonban a constitutios elhízás csak az esetek kisebb részében pajzsmirigyeredetű. Plurigliandularis megbetegedés tünete csak neha, s többnyire nem tartósan javulnak a pajzsmirigy szedésére, míg diuretikus hatást az Eppingeréhez hasonló eseteinek egyikeben sem látott. A legkülönbözőbb idegbajok (epilepsia, eklampsia, dystrophiák, Parkinson, schizoprenia stb.) ellen is adagolták, a kellő kritika azonban itt hatástalannak minősíti.

Pákozdy dr.

Sebészet.

A háborús csontlágylás okáról. Wilhelm Loll. (Wiener klin. Wochenschrift 1923, 42. sz.)

Vegyí vizsgálatainak eredményéről számol be, mely szerint a háborús csontlágylás klinikailag jól jellemzett körképének létrehozásában a táplálék phosphorsav-hiányának jut a főszerep. Ezt bizonyítják Noerden gyógyszeres eredményei is, aki phosphorsavas sók adagolásával kielégítő gyógyulási eredményt ért el.

Paunz.

A bursa subdeltoidea gümös hygromája. L. Bérard és Ch. Dunst. (Revue de Chirurgie 1923, 3. sz. Paris.)

Szerzők az Aldo Avoni által összegyűjtött harminc hasonló esethez csatolják saját észleléseiket. Harminckilenc éves nőbeteg körülbelül egy év óta fennálló válltáji fájdalmakról panaszkodik, melyek főképen a bal kar hátrafelé mozgásakor jelentkeznek. Felvételkor a bal vállcsúcson almányi, hullámozó, alapjával össze nem kapaszkodott terimenagyobbodás található, mely nyomásra fájdalmatlan s felette a bőr elmozgatható. Röntgen-

élet negatív. Próba punctio véres-savós folyadékot eredményez. Műtét alkalmával szerzők a m. deltoideus rostjainak óvatos szét-kampozása után a bursa subdeltoideának megfelelő elhelyezkedésű, gyermekökön, rugalmas tömlőt találának, amelyet egészében kihajmoznak. A kiirtott tömlő sűrű, savós folyadékot tartalmaz, körülbelül 3–4 mm vastagságú falának belsejét pedig felrakódott fibrin-foszlányok és gombosütlejny göböcskék borítják. Utóbbiak a górcsövi vizsgálat alkalmával lymphoblastokból, óriási- és epitheloidsejtekből álló s az elsajtosodásnak korai és késői szakában levő — Koch-bacillus okozta — gümőkórnak bizonyulnak. Beteg gyógyultan távozik s négy év elmúltával sem tesz említést semmiféle fájdalomról. Szerzők az esetet a savóshartay tuberculosus megbetegedései közé sorozzák s *hydrops tuberculosus subdeltoideus*-nak nevezik. Szerintük az ekkor megbetegedett s ki nem irtott tömlő bursitis lungosává alakulhat, avagy áttörhet a bőr felé. Elvetik a lenykezelést és a jódbefecskendezést, egyedül a sebészi beavatkozást tartják a legmegbízhatóbb gyógyeljárásnak.

Hellebranth dr.

Kísérletek aseptikus bélvarrat alkalmazására. H. Burckhardt. (Zentralblatt für Chirurgie 1923, 45. sz.)

Műteti eljárása a következő: A resecandó bélrészről a mesenteriumot leválasztja, a bél tartalmát kipréseli és ezután az átmetszés helyének megfelelően 1 cm távolságban egymástól a belet zúzóval harántul zúzza. A zúzási barazdában a belet az eltávolítandó bélrész selyemmel, a visszamaradó részen catgutallal köti le. A catgutlekötést úgy végzi, hogy a bélvarrat behelyezése után a catgutfonal kihúzható legyen. Ennek elérésére csak fél, hurokszerű csomót helyez a bélre. A fonal egyik végét levágja, a másik, hurokszerű részt egészében meghagyja. Ezután az egyesítendő bélvegeken a lekötés helyeitől pár centiméternyire a beletgyesítés helyét köröskörül megjelöli úgy, hogy a serosát és a muscularist átvágja. A bél nagyobb ereit utóverzés elkerülése végett lekötli, s ezután négy irányvarratot helyez be, melyek között comós varratokkal a belcsomókat egyesíti. A comós varratok között a két belcsomó lekötési fonala kiölg. A comós varratok fölül köröskörösen tovafojtott varratot alkalmaz. Amikor az egyesítést befejezte, a belcsomókat lekötő fonalakat meghúzza, majd enyhe massage-zsal a két belcsomó lumenét kinyitja. A műtét eljárás egyszerű, s nem igényel több időt, mint az oldal-anasztomosis. Hátránya csak az, hogy csak vastagbélben végezhető.

Kovács J. dr.

A pylorus és antrum palliatív resectiója a gyomor cardialis részén és a duodenumon levő nem resecálható fekélynél. H. Flörcken. (Zentralblatt für Chirurgie 1923, 45. sz.)

A gyomor hátsó falán, a cardia közelében levő, a pankreas felé penetráló ulcus jelenlétében a betegnél, mivel a gyomor resectióját a fekélyel együtt nem végezhetné, a pylorust és az antrumot távolította el. A fekély zavartalanul meggyógyult. Ily módon húsz beteget operált nagyon jó eredménnyel. Hasonló esetben ezen Madlener-fele eljárást melegen ajánlja. Azt azonban, hogy ezen kedvező eredmények oka a pylorus vagy az antrum eltávolításában van-e, megállapítani nehéz. A pylorus eltávolításánál rendszeren az antrum egy részét is eltávolítjuk ami a gyomor-secretio szempontjából fontos. Úgy a kiscsörbüeten mint a duodenumon levő nem resecálható ulcusnál nem elegendő a g. e. anast., hanem a pylorus és az antrum resectióját kell végeznünk, melynek mortalitása az előbbinél semmivel sem rosszabb.

Kovács J. dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Válasz Győry Tibor dr.-nak „A női septikus megbetegedésekről és azok modern kezeléséről” című hozzászólásához.

Írta: Lovrich József dr.

Kénytelen vagyok bevallani, hogy nem szívesen vitatkozom Semmelweis névvel kapcsolatosan sem Győry Tiborral, sem senkivel a magyar orvosi világ előtt. Nem szívesen teszem főleg azért, mert hiszen Semmelweis élete és doktrínái vezettek közel harminc évi szülészeti foglalkozásomban s egyedül az ő lángeszének hódolok a Magyar Sebésztársaság 10-ik nagygyűlésén 1923 szeptember 14-én is. Ezt a mély tisztelőmet nem óhajtottam vitatkozásokkal megzavarni. Referáló előadásomat nem is képzeltem el másképen, mintha az egész kérdést a Semmelweis előtti és az ő utána való időkre osztom be. Semmelweis tanai lépésről-lépésre fejlődtek ki a hypokratesi időktől kezdve, egész Semmelweisig. A legnagyobb tisztelője Semmelweis tanainak mindig a magyar orvosok kara volt. Ennek kifejezéséként bízták meg Győry Tibort a Semmelweis összegyűjtött munkáinak sajtó alá való ren-

dezésével, melyről mellékesen említettem meg, hogy megjelenése után én ismerttettem az Orvosi Hetiújságon. Mint dolgozatomban is említem, Győry Tibor alapította meg minden időkre a Semmelweis prioritását 1903-ban. Harminc évi szülészeti működésem alatt és ebből 10 éve a Bábaképző-Intézetben tartott előadásaimban egyebet nem tettem, mint ismerttettem, dicsértem s az örök hála elismerésével tanítottam Semmelweis tanait. Most, midőn a Sebésztársaság avval a nagy feladattal bízott meg, hogy „A női septikus megbetegedésekről szakszerű modern kezeléséről” referáló előadást tartsak, úgy éreztem, hogy dolgozatomban nem lehet teljes, ha az a közel tíz éve nélkülözött francia irodalmat is nem öleli fel. Megkönnyítette helyzetemet az, hogy 1923 augusztus 2-án Strassburgban, Pasteur 100 éves évfordulójának megünneplése alkalmával kongresszust tartottak a gyermekágyi lázról. Erintkezésbe lépve volt tanárommal, Bar párisi professzorral, ő a legnagyobb előzékenységgel bocsátotta rendelkezésemre Couvelaire párisi, Brouha liegei, Hauch kopenhágai és Alfieri páviai professzorok referáló előadásait: a gyermekágyi láz diagnostikájáról és prophylaxisáról. Referáló előadásában Hauch a kopenhágai professzor hivatkozik Semmelweis halhatatlan érdemeire s ugyanekkor felhívja a figyelmet Cederschiöld dolgozatára a „Quinnans Slägtlif” könyvére: Lehrbuch des Geschlechtslebens des Weibes, melynek 1839-ben Stockholmban megjelent 3-ik kötetében, a 39. oldalon írja Cederschiöld, hogy a contagiumot a bábák és ápolónők viszik át más egészséges szülőnőkre azáltal, hogy ugyanazon szivacsot vagy törölt több asszonynál használják. O már 1826-ban teljesen külön szolgálatot szervezett (40. oldal) a rendes szolgálaton kívül és chlorvizes mosásokat alkalmaz a szülőasszonyoknál. Minden asszonynak külön szivacs és törleje van, napi látogatásait a gyermekágyi lázasoknál fejezi be. Ezen rendelkezésekkel a gyermekágyi láz 10 év alatt sohasem öltött epidemiai alakot még akkor sem, ha időről-időre hevesebb formában tört is az ki. Hauch felhívja a figyelmet, hogy Cederschiöld 10 évvel Semmelweis előtt, a gyermekágyi lázat fertőző betegségnek tekintette és az izolálás, továbbá chlorvíz alkalmazása által sikerrel küzdött a betegség ellen. Azonban miután ideája csak svéd nyelven jelent meg, így hazája határára túl nem terjedtek el azok.

Miként látható maga Hauch sem óhajtotta ezen kijelentésével Semmelweis prioritását megdönteni, hisz ő maga jelenti ki, hogy Semmelweis „halhatatlan érdeme” volt az, hogy kimutatta a gyermekágyi láz fertőzősét és egyben hathatós ellenszerét talalta meg a chlorvizes mosásban. Cederschiöldről megemlékezik még Fasbender is a „Geschichte der Geburtshilfe” című munkájában (1906 Jena). Sinclair, ki a legnagyobb tisztelője és kutatója volt Semmelweisnek, az előfutárok között (Forerunners) említi, nemcsak Cederschiöldöt, hanem a többi nemzet előfutárait is. Úgy gondolom, hogy amidőn avval a megtisztelő feladattal bízták meg, hogy a gyermekágyi láz modern kezeléséről referáljak, Hauch kopenhágai professzornak ezen új felfedezését tudatosan elhallgatva, a referátum ösztönöségében ingathatta volna meg az utánam dolgozók hitét. A Hauch professzor szavahihetőségében kétkednem mindaddig, amíg az ellenkezője be nem bizonyosodik, sem okom, sem jogom nincs. Egy olyan előkelő testület, mint amilyen a francia gynaekologusok és szülészek egyesülete, mely az összes francia és franciabarát nemzetek tudományos képviselőit foglalja magában Bar professzor elnöksége alatt, falsumokat szó nélkül nem hagyhat.

Miután a Hauch referátuma a Gynaekologie et Obstétrique 1923. év augusztus havában megjelent s így a világirodalomnak lett rendelkezésére bocsátva, az ott megjelent közleményeket kötelessége minden referensnek felemlíteni.

Győry felszólalásában kifogásolja és súlyos kritikával illeti báró dr. Berger közleményét. Ez a cikk 1903-ban a bécsi Neue Freie Presse novemberi és decemberi számaiban jelent meg. (A Gynaekologia 1904. évi 1. és 2. számában dr. Temesváry fordította le magyarra.) Báró Berger Semmelweis élettörténetét óhajtott elmondani a mai nemzedéknek. Evvel a közleményével népszerűsíteni akarta a Semmelweis ideát s tárgyát általános emberi szempontból iparkodott felfogni és előadni. Báró Berger közleményét húsz éve senki emberfia meg nem cáfolta, állításait nem gyengítette, vagy éppen nem tagadta. Báró Berger Semmelweisről írt, evvel szemben Semmelweis műveiben felfe-

dezéséről és nem saját személyéről. Nem írta Semmelweis közleményében azt, hogy ő benne milyen érzelmeket váltott ki a felfedezés feletti öröme, nem írta le subjectív érzéseit, hisz ő mindig fölfedezéséről, nem pedig érzelmeiről beszélt. Ő az Igazság szent meggyőződésével. Ezzel szemben báró Berger *poetikus*an óhajtott lefesteni azt a psychikus hatást, amelyet Semmelweisben felfedezése okozott. Semmelweis fiatal ember korában, alig harminc évvel tette meg világra szóló felfedezését s így semmi képtelenség sem lehet abban, ha báró Berger Semmelweiset örülni látja nagy felfedezése tudatában.

Az, hogy a dátumok 1–2 nappal eltolódnak — hisz Kolletschka tanár március 13-án halt meg s így minden valószínűség szerint holttestét nem aznap boncolták fel — nem bizonyítja azt, hogy báró Berger előadásából „egy szó sem igaz!”

En pedig, midőn a „bergeriádákat” olvasom, talán sehol jobban, kifejezettebben leírva nem látom a Semmelweis diadalmas felfedezését, mint abban az egy tényben, hogy a Rokitansky meggyőződéstől, igazságtól teljes hangja, diagnosisa adta meg a felfedezés lehetőségét Semmelweisnek. Semmelweis nem fedezhette volna fel világraszóló igazságát, ha nem pathológiai alapon látja meg azt. Az akkori világhírű bécsi iskola legmarkánsabb vezére Rokitansky volt. Rokitansky tekintélyének súlya, Semmelweis tudásának pathológiai alapja adhatta meg a Semmelweis felfedezésének a legkedvezőbb talajt és a legerősebb támaszt és midőn dolgozatomban ismerttettem a gyermekágyi láz bonctani viszonyait, elsősorban ezt a momentumot akartam kiemelni. A „bergeriáda” költői lelke ezt a mozzanatot domborítja ki oly szépen, akkor, amikor, igaz vagy nem igaz közléseivel adja meg Semmelweis felfedezésének a kulcsát. A rengeteg Semmelweis-irodalomban báró Berger közleménye csak egy porszem, de ez a porszem elüthetett az utolsó anya szívéhez is és abban is fel tudta kelteni a Semmelweis iránti örök hálát. Bár nekünk is akadna egynéhány ilyen „bergeriádánk” s akkor hinném, hogy nemcsak az orvosok ismernék meg műveiből örök nagyságát, hanem jóval több anya és gyermeke tudná azt, hogy ki is volt Semmelweis, mit is köszönhet ő és gyermeke az ő lángeszének, midőn szobra előtt könnyösen elhalad.

Lexikon der gesamten Therapie. W. Marle. (II. Auflage. Urban & Schwarzenberg. Lief. 8—10.)

A jeles gviűmunka a *Nahrungsmittel* befejezésével folytatódik az 1109-ik lappal és ezúttal II. kötete nver befejezést a *Schwiifzkuren* címszóval. Előnyeit már két ízben kiemeltük: most, mikor már túlnvómó részét átnézhetjük, különösen ki kell emelnünk azt a jó tulajdonságát, hogy óriási anyagát pompás egyenletességgel tárgyalja, semilyen irányban sem terjedős, nincsenek kedvenc, monographiákra kiszélesedő címszavai — bár a „Röntgenbehandlung”, „Säuglingsernährung”, „Scharlach” és hozzájuk hasonlók több oldalt is igénybe vesznek —, de mindig arányos marad és a művelt gyakorlati orvos általános tudásvágyához mért Illustrációi bőségesek és szépek, ami nem csoda olyan elsőrangú papíron. Szerk.

Érettségiző fiamnak a nemi életéről és életfeladatairól. Írta: Juba Adolf. 1924. Mai Henrik.

Bármily hatalmas ösztön a nemi ösztön, megfelelő neveléssel és egvéb kedvező körülmények között mégis kellő korlátok közé lehet szorítani és így a nemibetegségeket, ha nem is mindenkinél, de legalább is sok fiatalembernél megelőzni. Ezt a célt szolgálja Juba könyve is, amely több évtizedes tanulmány és iskolaorvosi és gyermekorvosi tapasztalatot alapszik.

A kis mű egyaránt szól a szülőkhöz, mint fiaikhoz. Hiszen gvakran a szülők sincsenek tisztában a nemi élet, a nemibetegségek és azoknak nagy társadalmi jelentősége tekintetében. A könyvnek első részében a nemibetegségekről ad meg minden felvilágosítást, amire egy serdülő ifjúnak szüksége van. Nemcsak theoretizálás ez a rész, hanem gvakorlatilag érvényesíthető tanácsokat is tartalmaz: miként lehet nemeg szórakozással, zenével, énekkel, sporttal és a tanulmányoknak élve a nemi vágyakat „mellékvágányra terelni”; és ha már megbetegedett egy ifjú, mi a teendője, hol keressen tanácsot.

A mű második része paedagogiai és társadalmi kérdésekkel kapcsolva tárgyal különböző, az ifjúságot érdeklő kérdéseket. Jó orvosi tanácsokat ad a pálvaválasztás szempontjából: hogy a gvengébb, ideges, a kevésbé állhatatos, a pénzzel kevésbé bánni tudó, az érzékszervi hibákban szenvedő és a nemileg ingerlékenyebb ifjú milyen életpálvát kerüjön és milyen felé törekedjék. Egy külön fejezetben a főiskolai hallgató tanulási és életmódjára vonatkozólag ad felvilágosítást: miként ossza be napját, hogy egészítse ki az egyetemen szerzett ismereteit, mily fontos a társas és külföldi érintkezés és mily veszélyes

kerítő a szesz. A házasságra is kiterjeszkedik Juba egy fejezetben. Az utolsó fejezetben pedig a haza iránti és a közéleti teendőkre és kötelességekre figyelmezteti az ifjúságot, akinek testi-lelki jólétét sok szeretettel és megértéssel igyekszik előmozdítani. Herczeg dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 9-i ülése.

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

Előadás:

a) Wolff Károly: *Az úgynevezett atrophia hepatis flava aetiologiájáról.* A heveny sárga májsorvadás aetiologiáját illetően nem egységes a felfogás. A syphilit, ismeretlen spirochaetákat, a salvarsant, egyesek ismeretlen toxinokat, ptomainokat, autolysineket okolnak a betegség létrejöttéért. Utóbbi esetben is valamilyen oknak kellett megindítania azt a bizonyos toxinos, autolysines avagy más folyamatot, így vagy egy traumának, méregnek, vagy valamely mikroorganizmusnak.

Mikroorganizmusokat heveny sárga májsorvadásban elhalt emberek májából már számosan tenyésztettek ki, a heveny sárga májsorvadáshoz azonban csak némileg is hasonló elváltozásokat sem sikerült idáig ilyen mikroorganizmusokkal kísérletileg előidézni.

Előadó három heveny sárga májsorvadásban elhaltat boncolt. Mind a három egyén anamnesisében romlott húsneműek elfogyasztása szerepelt, kettőnél lues. Mind a három egyén májában ugyanazokat a vékony Gram-negatív pálcikaalakú bacteriumokat sikerült kitenyészteni. Ezeket a bacteriumokat Erős Gedeon igyekezett identifikálni. Ezeket a bacillusokat előadó emulsió alakjában fecskendezte be tengerimalacoknak és kutyáknak részint egyenesen a májába, részint a mesenterialis vénákba, részint a bal szív-kamrába; ez utóbbi módon a tussoldattal végzett kontrollkísérletek szerint a bacillusoknak, illetve bármely finomam suspendált corpuscularis elemeknek legtömegesebb része a májba és a lépbe jut, a többi szervekbe csak elenyészően kevés. Ezzel az eljárással sikerült mindazon degeneratív jellegű elváltozásokat előidézni a májban, amelyeket a heveny sárga májsorvadásos esetekben szoktak találni. Ezek a kísérletileg létrehozott elváltozások: a lebenyék centrumában kezdődő és a periphéria felé progrediáló elzsírosodás, a májgerendák szétesése kicsiny sejtláncokká, a májsejtek sorvadása és a magfestés eltűnése, a sejterendák közötti vérerek következményes erős kitágulásával, a sejtek összefolyása következtében létrejött nagy kiterjedésű synplasmaképződések, a májlebenyek centrumaiból kiinduló, nagy kiterjedésű elhalások, az elhalt területekben eperögök és vérfestéktörmelések, a lebenyek körüli és az erek körüli kötőszövet burjánzása enyhe gömbseites beszűrődéssel. A Riess-Fresich által leírt „Exsudationsschicht”-et is sikerült létrehozni. Az így megbetegített máj makroszkoposan is hasonlít a heveny sárga májsorvadásban elhalt egyének májához.

A kísérletek igazolják, hogy az atrophia flava acuta hepatitis 3 esetéből kitenyészített azonos mikroba-törzsekkel, akár közvetlenül a májba, akár a szívbe, vagy a mesenterialis ereken át történik a fertőzés, mindazon degeneratív elváltozásokat elő lehet idézni, mint heveny sárga májsorvadásnál. A kísérleti állatok a fertőzés következtében igen hamar elpusztulnak, s emiatt csak egészen acut elváltozásokat sikerül mesterségesen létrehozni. Hogy valóságos heveny sárga májsorvadást mesterségesen sikerül-e létrehozni, azt a későbbi kísérletek fogják eldönteni. Meglepő, hogy a három esetből kitenyészített mikroba-törzs az állatokban teljesen egybevágó elváltozásokat okoz. Ezeket az elváltozásokat elő lehetett idézni olyan mikrobákkal is, melyeket egy gangraenás bél bomló béltartalmából tenyésztettek ki. Előadó kísérleteinek végkövetkeztetése az, hogy a heveny sárga májsorvadást a bélből a májba jutott mikroorganizmusok idézik elő, aminek bekövetkezésére csak az szükséges, hogy a bélfal ereinek endothelján laesio jöjjön létre s az endothel a mikrobákat átboccassa.

b) Erős Gedeon: Három atrophia hepatitis acuta flavában elhalt egyén májából végzett oltásokat. Mindhárom eset anamnesisében romlott kolbász élvezete,

kettőben pedig lues és salvarsan-kezelés is szerepel. Mindhárom májból ugyanazon bacteriumtörzset sikerült kitenyésztenie, amely törzs morfológiailag és kulturalisan a coli-esoportba tartozónak bizonyult, azonban átmenetet mutatott a typhus- és paratyphus-esoportokhoz is. Agglutinálni eddig még nem sikerült. Ugyanezen törzset tenyésztette ki — igen virulens alakban — az ezzel inficiált és elhullott állatok májából is. Véleménye szerint ezen, a béltractusban állandóan jelenlevő, eredetileg apathogen coli-törzsek bizonyos behatásokra (salvarsan, gyomorröntás, tömény alkohol ivása, megerőltető menetelések stb.) pathogenekké válhatnak, s a májba felvándorolva, azt megbetegítik. Talán bélbacteriumok behatására vezethető vissza a salvarsanicterus, gyomorröntásos icterus s az icterus neonatorum is. A heveny sárga májsorvadás infectious aetiologiája mellett szól a kórkép lefolyása is bizonyos typusos esetekben, valamint az újabb rávonatkozó irodalmi adatok. A három esetéből kitenyészített bacteriumtörzsszel végzett állatkísérletek eredményeire vonatkozólag Wolff Károly előadására utal.

Bársony János: A szülészeket is közelről érdekli az atrophia hepatitis flava acuta. A szülészeti pathologia egyik fejezetét az úgynevezett toxicosisok alkotják. Ezek közé tartozik a vomitus perniciosus gravidarum egynémely alakja. Ilyen halálos vomitus után a sectiókor feltűnő gyakran található ez a májbetegség. A sectiókép teljesen olyan, mint a heveny phosphormérgezések sectióképé. A terhes ápolásban mindig nagy súlyt helyez az asszonvokban általánosan renvhe bél-működés rendezésére. Tudniillik obstipatiók alkalmából szintén mérgek jutnak fel a belekből a szervezethez. Az ismeretlen terhességi toxin a bélből származókkal mintegy megfejezve, még hamarabb válthat ki mérges tüneteket. Pár év előtt a strassburgi *Opitz* professor a terhességi toxicosisokat főként ilyen enterális eredetűeknek volt hajlandó beszámítani. Az előadó traumatikuss, infectious és toxikus atrophia hepatitis acuta flavát különböztetett meg. A graviditas elején keletkező betegség csak a két utóbbi alapon fejlődhetik. Az előadásból az a kérdés merül fel, hogy ezek a veszélyes vomitussal társult májdegeneratiók legalább részben nem-e szintén infectiók a stagnáló béltartalom felől?

Scipiadés Elemér: A szülészek már régen gyanították, hogy e betegségnek a fertőzésnek is van szerepe, csak az volt érthetetlen, hogy sepsiseknél, melyeknek előidézésében a coliesoport is szerepel, miért oly ritka akkor a májsorvadás. Ezért tértek rá, más analógiák alapján arra a nézetre, hogy a betegséget terhességi toxicosis okozza. Viszont ezzel a máj histologiai képe nem vágott össze. Ezért hiszik ma, hogy az alapokot a májnak a terhességi nagyobb feladatokra való elégtelensége adja, mely utóbbi a belső elválasztásos egyensúlynak a fogamzás révén való felborulása, a magzatnak mint fejlődésben levő belső elválasztásos apparátusnak az anyai szervezethez való bekapcsolódása és a lepény fermentatív működése idézi elő. Ha ezen egyensúlyi zavart a szervezet kiegyenlíteni nem tudja, májbetegségek keletkeznek, melyeknek enyhébb foka a mindig gyógyuló icterus gravidarum essentialis, súlyosabb foka az atrophia hepatitis flava. Utóbbi felidézésében mér melléktényezők úgy mint hússal, anorganikus anyagokkal, narcoticumokkal vagy septikus anyagokkal való mérgeződés is belejátszanak. Itt lehet szerepe az előadó által feltételezett bacteriumnak, és pedig a terheseknél gyakori bélpangás révén. Tekintettel arra, hogy egyrészt e májbetegségek kapcsán a terhesség szinte kivétel nélkül félbeszakad, másrészt, hogy az atrophia hepatitis flava meg mindig halálos, ezért ajánlja, hogy minden a terhességben aetiologiás ok és anatómiai magyarázat nélkül fennálló makacsodó sárgaság mellett idejében szakíttassék meg a terhesség, mert *Videscu* szerint ezzel a májatrophiát meg lehet előzni. *Huzella* szövettani vizsgálatai is amellet szólnak, hogy a májnak még atrophia hepatitis flava mellett is van a gyógyulást célzó bizonyos reparatív képessége.

Hutya Ferenc: Kérdezi az előadótól, történt-e agglutinációs kísérletek paratyphus-Breslau- és bacillus suipestifer-serumokkal, tekintve, hogy az ismertett esetekben romlott kolbászk fogyasztása szerepel az anamnesisben? Különben felvetődik a kérdés, vajjon nem a bacteriumoknak agonalis vagy postmortalis bevándorlásáról volt-e szó?

Johan Béla: Többször voltak olyan sepsis-esetei, amikor szabad szemmel nem tudta megállapítani biztosan, hogy atrophia hepatitis acuta flavával áll-e szem-

ben. Bár a makroszkopos kép ezt valószínűvé tette, a górcsővi kép sepsisre jellegzetes elváltozásokat derített ki. Sepsis kapcsán felléphetnek súlyos degenerációk, elhalások a májban. Hozzászóló szerint az előadó nem fektetett elég súlyt a zsíros degenerációra. A praeparatumán látható durva cseppez zsír nem az a megjelenési alak, ahogy a zsírt a sárga heveny májsorvadás esetén látni szoktuk. Felveti a kérdést, hogy a talált elváltozások nem tekinthetők-e csak septikus elváltozásoknak.

Balogh Ernő: Emberi paratyphus-fertőzések kapcsán heveny sárga májsorvadást még nem észlelt. Kísérleti pathologusok többen észlelték paratyphus-bakteriumok („B” és „A”) hatására állatokban szívetes májszövetnecrosisokat és májtályogokat (*Wagner* és *Emmerich*, *Fraenkel* E.). Az előadók törzseinek serológiai identifikálásának továbbfolytatásakor ajánlja az agar-lemezen nőtt kolóniákat egyenként és külön-külön különböző paratyphus-savókkal kipróbálni.

Entz Béla: A vizsgálatoknak két eredménye van: 1. három atrophia flava-esetből azonos mikrobákat sikerült kitenyészteni. 2. E mikrobákkal olyan elváltozásokat lehetett előidézni, mint az atrophia flava hepatitis. *Johan* kérdése, hogy nem sepsis-e, nem lehet eldönteni, mert az atrophia flava hepatitis lehet sepsises eredetű betegség is, hiszen éppen azt a kérdést vetették fel, vajjon az atrophia flava hepatitis toxinos vagy infectiós eredetű-e? Ezek a vizsgálatok infectio mellett szólnak.

Wolff Károly: Feltevéseinek erős támasztékát látja abban, hogy a klinikai megfigyelések is a fertőzéses aetiológiát valószínűsítik. Sepsissel kapcsolatban azért nem fordul elő heveny sárga májsorvadás, mert a coccusok a májba jutva ott elsősorban tályogokat idéznek elő. Általában a lefolytatott kísérletek arra engednek következtetést vonni, hogy a heveny sárga májsorvadást sokféle mikroorganizmus-mérge idézheti elő. Lehetséges, hogy a mérgek csak úgy hatnak, hogy megbetegítik az erek endotheljét a bélben, s a beteg ereken át másodlagosan felvándorló mikroorganizmusok, s nem pedig maga a mérge pusztítja el a májat. Az előidézett megbetegedés még nem valószínűsíti heveny sárga májsorvadás ugyan, de szövettanilag tökéletesen megegyezik azzal. Hangsúlyozza még, hogy az elzáródás mindig centralisan kezdődött, s a betegség kezdeti szakában egészen kicsiny zsírszemcsék jelentek meg a sejtekben, melyek csak később folytak össze nagyobbakká. Az elváltozások a kísérlet alkalmával bizonyosan nem a paratyphus kórokozójával idéztettek elő, amint az *Erős* előadásából is kiténik, s így nem hasonlíthatók össze a paratyphus-bacillus által okozott, tengerimalacnál talált elváltozásokkal (körülírt necrosisok).

Erős Gedeon: Az agglutinációt eddig typhus, paratyphus A és B enteridis *Gaertner*, foecalis alcaligenes és suipestifer-serumokkal kísérletezte meg, negatív eredménnyel. Az agglutinációs és általában az indentificációs vizsgálatok még folyamatban vannak.

Bemutató:

1. Pollerman Artúr: Újabb eljárások a nyelöcső szűkületeinek átvilágítására és fotografálására Röntgennel, főleg gyermekeknél. A nyelöcsőnek, főleg szűkületeinek láthatóvá tételére eddig a bismut bevitelét alkalmazták, de gyermekeknél a renitentia révén ez sok akadályba ütközött. Az újabb eljárás lényege egy gummieső, mely vakon végződik, különböző átmérőben készült és vékony falában, tehát a gummiban, ólom van. Ezt szonda segítségével vezeti le a nyelöcsőbe és befújja. A nyelöcső oldalához odasimuló gummieső falának olomtartalmanál fogva hűen adja a nyelöcső képét, végig, nemcsak az első, hanem az összes szűkületeket, azoknak deformációját, hosszát stb. Főleg gyermekeknél az eljárás igen könnyen és kényelmesen alkalmazható. Igen nagyfokú szűkületeknél. *Veli* gyermekklinikai orvos eszméje alapján a bismutot nem vízben, hanem mixtura oleoso-gummosában suspendáltan adja be, ami a legszűkebb lumenű stricturákat is élesen mutatja. Az eljárásról több fényképfelvételt mutat be.

2. Buday Kálmán: *Cysticercus racemosus* az agyban. A *cysticercus racemosus* több egymással fürtszerűen összefüggő hólyagból áll, utólag az egyes hólyagok le is fűződhetnek. Az agyalapi lágyburok közt fejlődik és az agyi erek mentén messze elterjed, néha az agyállományba is benyúl. Hatása egyrészt mechanikai: a szomszédságra gyakorolt nyomás alakjában, másrészt irritációs; ennek eredményei elhúzódó agyalapi meningitis, ependymitis, hydrocephalus. Egy 38 éves nőnél

féloldali sajátos érzési zavarok, fejfájás és agynyomás tünetei állottak fenn, boncoláskor a megvastagodott agyalapi burkok között egy összezsugorodott cysticerus-hólyag, mellette két folyadékkal telt kis hólyag mutatkozott, a thalamus opticus hátsó részében pedig egy jó diónyi rekeszes tömlő, amely oldalról a corpus quadrigeminumot nyomta; ezenkívül erős hydrocephalus, ependymitis. Bemutat fényképfelvételeket ezen esetre és egy *Herzog* tanár által rendelkezésére bocsátott korábbi esetre vonatkozó agymetszetekről és szöveti készítményekről, ismerteti ennek kapcsán a cysticercushártyának és az azt körülvevő agyburkoknak jellegzetes szöveti tulajdonságait.

Kiss József: A bemutatott eset legkorábbi és legállandóbb tünete — a pangásos papillán kívül — az egész jobb test- és arcfélre kiterjedő disszociált hő- és fájdalomérzési kiesés volt; a többi érzésfajok és a mozgás jól maradtak. A pangásos papillát és az átmeneti jellegű nyúltvelői tüneteket hydrocephalus jelének fogták fel, ami syringobulbiához társult.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1924 február hó 7-én tartott tudományos ülése.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Germán Tibor.

1. **Germán Tibor:** *Labyrinthkiesés szokatlan tünetcsoporttal.* Hurutos középfüllobbal, szédüléssel, hányással, járási képtelenségig menő ataxiával kezdődő megbetegedés, rotatorikus nystagmus balra, esési hajlandóság balra — tehát a gyors componens irányában — és hátrafelé. Három hét alatt a beteg meggyógyult; míg azonban a jobb labyrinth funktiójában teljes kiesés állott be, addig a baloldalt kezdetben fennállott, mérsékelt ideg eredetű hallás- és csengéscsökkenés meggyógyult. Bár a tünetek hasonlítottak egy jobboldalt lezajlott labyrinthitishez és bár voltak jelek, melyek egy functionális megbetegedésre engedtek következtetni, mégis egy az acusticus-magvak területén lezajló folyamatot — encephalitist — kell feltételezni, mellyel az összes tünetek magyarázatot nyernek.

Neubauer Adolf: A tünetek alapján csak hypothesisekre vannak utalva, de ama tény, hogy ugyanazon idő alatt a jobboldali hallóképesség teljesen tönkrement, míg a baloldali teljesen megjavult, a magmegbetegedés ellen és inkább a serosus labyrinthitis mellett szól.

Germán Tibor: A kórfolyamatot a jobb oldalra laterizálja, baloldalt csupán egy ezzel járó környi oedemat supponált, mely megszűnt. Lehet, hogy a folyamat még nem zajlott le teljesen és így a jobboldali labyrinth funktiójában is javulás fog bekövetkezni.

2. **Kepes Pál:** *Heveny otitis, sinusphlebitis és halánték-lebény-encephalitis műtéttel gyógyult esete.* Mastoiditis miatt csecsenyülvány-feltárás, melynek kapcsán a sinust, a középső koponyagödör duráját szabaddá teszi. Három nap múlva, minthogy a hőmérsék emelkedése sinusfolyamat mellett szól, jugularis alákötés, sinus-feltárás: thrombus nincs. Agypunctio negativ, három nap múlva bemetszésre felpuhult, törmelékes agyállomány ürül, később prolapsus fejlődik. Intracranialis nyomási tünetek, heteken át magas láz, liquorban — többszöri lumbal punctio — streptococcus longus. Négy hét alatt gyógyulás. Az encephalitis thrombophlebitis útján terjedt az agyállományba, a thrombotizált, durán áthaladó venát műtét közben megtalálta.

Neubauer Adolf: Sinusphlebitis mellett meningismus gyakori. Egy betegénél angina kapcsán otitis lépett fel spontán perforációval. A genyedés másnapra megszűnt, 37-es hőmérsék mellett meningealis tünetek jelentkeztek, mire a csecsenyülvány-üregek, középső koponyagödör és sinus sigmoideus széles feltárását végzi. Minthogy sinuspunctióra vér nem ürül, jugularis alákötése után a sinus feltárja, thrombusokat (streptococcus) eltávolítja. A meningealis tünetek visszafeloldnak, de a 16-ik napon jobboldali hemiplegia és teljes aphasia lép fel, ami a Broca-centrum megbetegedésére mutatott. Jobboldali sinus ismételt feltárására úgy a hemiplegia, mint az aphasia 24 óra után megszűnt, ami inkább a jobb sinusból kiinduló nyomás folytán a bal halánték-lebényben fellépett oedemára mutat.

Szenes Zsigmond: Három esetben látott postoperatív aphasiát. Ezeknél retentiót supponálva, a műtét terület helyét nedves kötással látva el, másnapra

az aphasia elmúlt. Ezek alapján az aphasiát nem jelzi túlságosan aggasztó complicationnak.

Neubauer Adolf: Nem tudja elképzelni, hogy a jobb oldalon alkalmazott nedves kötés mi úton befolyásolhatta az aphasiát.

Kepes Pál: Betegénél sem aphasiát, sem egyéb centralis kiesési tünetet nem észlelt.

3. **Szekér Jenő:** *Labyrinth-lues-esetek.* I. Féléves lues kapcsán hallását két hét alatt teljesen elveszíti. Antilueses kezelésre hallása baloldalt feljavul. A magas hangokat jól hallja, a mélyekkel szemben. A vestibularis vizsgálat, mely első ízben teljes kiesést mutatott, annyiban változott, hogy a forgási utónystagmus mindkét oldalt csökkent (7 mp.) mértékben megjelent, caloriás reactiót csak jobboldalt lehetett kiváltani.

II. Évek óta rossz hallás. Jobb fülén sűgőbeszéd 40 cm, baloldalt hangos beszéd ad concham. Caloriás reactio nincs, forgatási utónystagmus jobbfelé 3 mp, balfelé 0. Egyébként a kezdetben negativ, csak később háromkeresztes Wassermann-reactión kívül luesre klinice semmi támpont. A lues diagnózisára csak a vestibularis lelet hívta fel a figyelmet.

III. Idült baloldali sarjadzó középfülgenyedés kapcsán forgási szédülés, hányás. Ezen a fülön hangos beszédet nem hall, caloriás reactio nincs, forgási utónystagmus balfelé 2 mp., jobbfelé 5 mp., jobb fülén teljesen jól hall. Wassermann-reactio negativ. Hosszas utánjárásra lueses anamnesis derül ki. A baloldali vestibularis kiesést luetikus eredetűnek tartja, melyet a műtétilelet, a hajás fejbőr alopeciája, a hónalj és inguinális mirigyek megnagyobbodása támogat.

Rejtő Sándor: Minthogy a hangvillák egyenlő megütése igen nehéz, elegendő a megrövidülés számadatait feltüntetni. Megerősíti bemutatónak azt az észlelést, hogy lueses belsőfül-megbetegedéseknél gyakori a beszédhallás nagyfokú csökkenése mellett a hangvillák hallásának kisfokú rosszabbodása. Az érdekes eredmények teoretikus magyarázatát szeretne volna hallani.

Müller Imre: Ajánlja a belsőfül lueses bántalmainál a forgatásnak mind a három síkban való keresztülvitelét. Ilyenkör azután igen gyakran találunk az ivjáratok egy részénél partialis ideghámdegenerációra visszavezethető izgalmi kiesést. Ami az atypikus hangvillaleletet illeti, ennek talán az a magyarázata, hogy a csigában a hangok localisatiója nem a hangskáának megfelelő. Végül ajánlja a cochlea izolált luetikus megbetegedését „hypoesthesia acustica specifica” névvel illetni.

Szekér Jenő: A hangvillát pendítéssel vagy megütéssel hozza rezgésbe, méri az időt, ameddig a beteg hallja és utána ameddig a normalis fülű vizsgáló hallja. A functionális vizsgálatok eredményeinek teoretikus magyarázására bemutatás keretében nem óhajtott kitérni.

4. **Szász Tibor:** a) *Dobhártya-cholesteatoma.* Egy év előtti genyes középfülgyulladást kiállott beteg egyébként ép dobhártyájának hátsó-felső negyedében három, kölesnyi, gyöngyhöz hasonló, egymás mellett szorogó, kemény képletecske, melyeknek felületes mivoltát és csak a hámréteggel való összefüggését az bizonyítja leginkább, hogy az egyhavi megfigyelés alatt változtatták helyüket és kettőjük így eljutott már a hátsó-felső hallójáratfalra, a hámréteg ismeretes vándorlásának megfelelően. Bemutató eddig csak egy hasonló dobhártya-cholesteatoma-esetet látott. — b) *A hypophysis és a hangvezető készülék egyidejű megbetegedése.* Vanak adatok, melyek az „otosklerosisnak” és a normalistól eltérő belsősecretiós egyensúlynak egymással való összefüggését látszanak bizonyítani és a calcium-anyagcsere megzavarát volta jellemző tünete e megbetegedésnek. A bemutatott férfi, akit a III. sz. belklinikán észlelt akromegáliában szenved és a beteg hypophysis hatalmas arányait a Röntgen-kép mutatja. Az első tünetekkel együtt jelentkezett a kétoldali fokozódó hallás-zavar, melynek közvetlen oka a kengyel megmozdíthatatlansága. A fülkürt ép. A vér mésztartalma 12 mg, de phosphatokra leszáll 10-8-re. A hypophysis Röntgennel történt kezelése után kb. öt héttel sok egyéb panasz megszűnésével együtt lényegesen megjavult a hallás is, főleg az egyik fülön. Az eset sok jogot ad arra, hogy összefüggést lássunk a hypophysis, a calcium-anyagcsere és a jellemző hallószervi megbetegedés között.

Rejtő Sándor: Bemutató esetében az összefüggés világos és az otosklerosis diagnózis mikroszkop nélkül is biztosan felállítható.

Wein Zoltán: Az otosklerosis diagnosisa tekintetében, szemben Rejtő határozottságával, bizonyos rezerváltságot ajánl, mert az otosklerosis constitutionalis megbetegedés lévén, a localis támpontok mellett a habitus jellegzetessége és a családi megjelenés (hereditas) is figyelembe veendő. Bemutató esetében ez a constitutionalis vonás hiányzik.

Fleischmann László: Ha az otosklerosis cardinalis tünetei: ép dobhártya, átjárható fülkürt, hangvilla vizsgálatnál súlyos hangvezetési akadály képe van jelen és a mechanikus kezelés eredménytelen, akkor az otosklerosis diagnosisa joggal állítható fel.

Szász Tibor: Elegetdöntőnek tartja, ha a bemutatott esetet mint a hypophysis-elváltozásokkal összefüggésben álló hallószervi megbetegedést fogják fel. Bár minden tünete megvolt a stapes ankylosisnak, mégsem mondhatja ki szövettani vizsgálat nélkül, hogy a vezetési akadály „otosklerotikus” góce, lehet, hogy valamely más, akromegaliás esontelváltozásról van szó.

A Magyar Szemorvostársaság V. tudományos ülése február 3-án, az Erzsébet-egyetem szemklinikán.

Elnök: Ifj. Imre József.

Referens: Csapody István.

Előadások:

1. Horay Gusztáv: *Múlt feszülésemelkedés szaruhártya-bántalmaknál.* Különböző gyulladások és maradások esetében észlelt tensio-ingadozásokat. Mivel a szivárványhártyán és a csarnokzúgban különösebb elváltozás nem volt tapasztalható, a feszülésemelkedések értelmezésére a szaruhártya és kötőhártya kórosan akadályozott nedvkeringésével számolt.

Ifj. Imre József: A mérsérléssel kapcsolatos tensioemelkedés gyakori, az ulcus serpens gyógyulását szablonos, erős atropinózis ugyanily okból hátráltatja. Valószínűbb, hogy a csarnok megszorodott fehérjetartalma és az osmosisviszonyok megváltozása okozza ezeket a feszülésemelkedéseket.

2. Horváth Béla: *Megfigyelések réses lámpával trachomás szaruhártyákon.* Az állami szemkórház betegin Huber dr. fölkérésére végzett vizsgálatai szerint trachomás szaruhártyájában majdnem mindig található folliculusképződés és különben épnek látszó corneákban is súlyos elváltozások lelhetők. Ez legjobban fluoresceinnal festve tanulmányozható. A fészekszerű beszűrődések a benövő erekkel szoros összefüggésben vannak. Pannusban egymás hátán csupa beszűrődés és tömefelen pontszerű hámdefectus található. Utóbbiaknak a vírus behatolása és a pannus keletkezése szempontjából lehet jelentősége.

Huber Rezső: A trachomás szaruhártyája a kötőhártyával azonos folyamat színhelye (trachoma corneae). Foglalkozik az acut trachoma kérdésével is.

3. Brooser Béla: *Újabb adatok a glaukomás pigmentvándorláshoz.* A pigmentvándorlás (pupillaszéli defectus és mellette felszínes göböcskék), valamint a csarnokzúgi pigmentinfiltratio nemcsak glaukomás szemben található meg s glaukoma nélkül is előfordul. Nézte szerint a pigmentvándorlásban a szivárvány a pigmentet nem átbocsátja testén (Koepe), hanem magába szívja és a szemből elvezeti. Diabetesben erős pigmentinfiltratiót találhatunk hypotoniával; úgyhogy a pigmentvándorlás valószínűen endokrinhatások alatt jön létre és a csarnokzúg-elzáródás teóriájával nem egyeztethető össze.

Ifj. Imre József: A pigmentvándorlás zavart egyensúlyt jelent s különböző endokrin-eredetű bajokban megfigyelhető. A pigmentcsészéződés hol megelőzi, hol megköveteli a tensioemelkedést. A kettőnek oka közös. A primaer glaukomára anatómiai magyarázatot találni nem fogunk, elvezetési akadály nem okozza.

Klinikai közlés:

Dúró Emma: *Érdekes kötő-szaruhártya-megbetegedés nőgyógyászati bajjal kapcsolatban.* Ophthalmia kötőhártyagranulomokkal és szaruhártyafekélyekkel puerperalis sepsis egyén bal szemén. Helyi kezelésnek ellentállt, a gyermekágyi lázzal lépést tartva zajlott le.

Bemutatók:

Csapody István: *Csonka hemianopsia cuneus-elváltozásból.* Agyvelőkészítmény a látótérből diagnosztizált helyen vérzéses lágyulással.

A Charité Poliklinika február 6-i orvosi szakülésének jegyzőkönyve.

Elnök: Körmöczy Emil.

Jegyző: Szemző György.

Bemutatók:

1. Sellei József dr.: *Urticaria pigmentosa seu xanthelasmaidea esete.* 10 hónapos csecsemőnél ez a betegség 3 hónapos kora óta áll fenn. Eddig még ismeretlen, a nedvkeringésbe kerülő toxikus anyag okozza. A körkép nem sorolható naevusok körébe. Az urticaria pigmentosa esetei bizonyítják, hogy a vegetatív idegrendszer (közvetlenül, vagy közvetve) is pigment-szaporító lehet.

2. Lieber Ernő: *Valoral-exanthema esete.* 59 éves nőbeteg 6 napig szedett ideges szívpanaszai ellen valoralt, a hatodik napon a mellen, a háton, a combok és karok hajlító oldalán szétszórt kölesnyi-borsónyi skarlátvörös, a bőr-niveauából kiemelkedő, helyenként confláló efflorescentiák keletkeztek. A symmetriás elrendeződés, az általános tünetek hiánya, a hirtelen fellépés gyógyszer-exanthemára utaltak. A gyógyszer-exanthemák nagy sorát áttekintve, bemutató a tünetek sokféleségét magyarázó pathológiai és aetiológiai felfogásokat ismerteti. A nemfehérje-anyagok iránti anaphylaxia passiv átvitelének lehetősége az anaphylaxia és idiosyncrasia közt azelőtt felállított éles differentiát megszünteti.

3. Bokor György. *Oesophagus-diverticulum esete.* Acut gyomorpanaszokkal megbetegedett fiatal egyénnél a Röntgen-vizsgálat specifikus tüdőlelet és ulcus duodeni mellett a nyelőcső közepén előre és bal-felé irányuló kis diónyi diverticulumot mutatott ki. Az oesophagus pulsio és tractio diverticulumainál észlelt Röntgen-leletek áttekintése után bemutató ismerteti azokat a körülményeket, melyek a jelen esetben a diverticulum jellegének megítélésénél számításba jönnek s felhívja a figyelmet arra, hogy ajánlatos minden gyomor-átvilágítással kapcsolatban oesophagus-átvilágítást is végezni.

Haller Ödön: A lúgmérgezés után keletkező oesophagus-diverticulumokra hívja fel a figyelmet s azoknak az oesophagusplastika után való viselkedését ismerteti.

Bokor György: Zárszó.

4. Polgár Ferenc: *Genyedő sipolyok Röntgen-diagnosztikája.* Sipolyjáratok contrast-anyaggal való kitöltését és Röntgen-vizsgálatát általában nagyon elhanyagolják, holott az így nyerhető felvilágosítások sokszor igen értékesek és más módon nem diagnosztizálhatók. Gümös eredetű csontsipolyok néhány esetén demonstrálják a módszer használhatóságát. Egy esetben, melynél a Röntgen-vizsgálat lumbalis fistula mellett csigolyaelváltozást nem tudott kimutatni, a járat contrast-töltése kiderítette, hogy a genyedés eredete a csigolya ívének cariesére vezethető vissza, amit a műtét igazolt is. Egy másik esetben a nyaki fistulának a hátsó mediastinumban elhelyezett súlydekes tályoggal és ezen át a bal főbronchussal való kommunikálását sikerült kimutatni.

Bárony Tivadar: Bár a contrast-töltéssel való vizsgálat a diagnózis számára sokszor igen értékes felvilágosításokat ad, hátránya, hogy nem mindig egészen közömbös beavatkozás. Ha a sipolyjárat egy helyén homokoraszzerű szűkület van, megtörténhetik, hogy a bevitt contrast-anyag nem tud kiürülni, aminek következtében retentiós láz jöhet létre. Viszont azonban gyakori eset, hogy egy ily pasztatöltés után a fistula meggyógyul.

5. Haller Ödön: *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum esete.* A betegség mindkét lábfejen symmetrikusan kb. 8 héttel ezelőtt kezdődött. Egy próba-exciszióval nyert részlet kórszövettani készítményén igen sejtdús szövet látható, melynek főtömegét különböző irányokban haladó nyalábokba elhelyeződött orsósejtek alkotják; feltűnő a daganatszövet sok vékonyfalú capillaris ere, amelyek szomszédságában gömbsejtek és plasmasejtek találhatók elég nagy számmal.

Sellei József: Hangsúlyozza a sarcoma multiplex pigmentosum fertőzőes granuloma természetét szöveti és klinikai szempontból.

Bárony Tivadar: Egy esete kezdetben bothriomycosisnak látszott, egy év múlva azonban kiderült, hogy sarcoma volt.

HETI KRÓNIKA

Valamint a hosszú izgató munkát végző ember csak utólag érzi fáradtságát, úgy mi is a háború kínos borzalmait után csak most, az ú. n. béke éveiben látjuk, hogy milyen sanyarú helyzetben vagyunk. A győztes külföldnek konstruktív életére vonatkozó híreink olyanok, mint az aranykornak lágyan zsongó melódiái.

Persze generációk jönnek és mennek ott is. Kiváló tudósok kidőlnek és mások lépnek nyomukba, a munka azonban már a productio, a haladás, a megelégedés és a kölcsönös megbeesülés jelében folyik. Az elmúlt hetekben több hírneves kartársunk halt meg: de Beurmank párisi bőrgyógyász, akinek neve főleg a sporotrichia tanulmányai miatt vált ismertté; Oudin, akinek az electrotherapia terén vannak nagy érdemei; Rosenbach az ú. n. erysipeloiddal, az aspergillusok és chladothrixok, a sertésorvanc stb. által okozott erythémákkal foglalkozott; Bataille, roueni sebész, annak idején a balanoposthitis és némely spirochaetosisok tanulmányozásával tűnt ki. A napokban halt meg továbbá Schweninger is, Bismarck orvosa, különösen rendkívül suggestív erejű belgyógyász, aki többször összeütközésbe került a berlini egyetemmel, ahol először bőrgyógyászati, majd orvostörténelmi tanszékre nevezték ki, de akinek a német nép megbocsátotta autoritativ önzéseit, mert a nagy Bismarcknak becses életét hűségesen gondozta nemzete számára. A világ-hírű berlini Museum für Völkerkunde is a közelmúltban veszítette el megalapítóját, Felix von Luschan-t.

Az elmúlásnak, a 70 évnek szomorú jubileumát ülte meg a párisi Pasteur-intézetnek nálunk is igen jól ismert, kiváló igazgatója Roux, akinek lebilincselő kedves egyénisége iránt számos magyar tanítványa is hálát érez. A röntgenezők carcinomájának egy újabb áldozata dr. Soret, a havrei radiológus, aki először jobb mutatóujját, most pedig jobb karját veszítette el.

Más kartársaink megérdemelt kitüntetésben részesültek; hazánkfiát Schick Bélát, a diphtheria dispozições reactiójának feltalálóját a New-York állambeli Mount Sinai-kórház főorvosává választotta és diplomájának nosztrifikálását is elengedte. Finger bécsi bőrgyógyász tanárt az osztrák legfőbb közegészségügyi tanács elnökévé választották. Gruber emeritált müncheni hygienikus tanár, aki azelőtt Bécsben működött és főleg az eugenetika terén volt úttörő, a legnagyobb bajorországi kitüntetést: az összes bajor tudományos gúnytemények főigazgatójának állását kapta, melyet régebben szintén egy hygienikus tanár, Pettenkofer viselt előtte. Hideyo Noguchi, a veszettségnek tanulmányozója, a sárga-láznak és a Weil-féle betegség spirochaetájának úttörő felfedezője a japán császári akadémia tagja lett. A strassburgi egyetem tiszteletbeli doktori címet adott Flexner, Loeb, Perroncito, Ramon y Cajal, Welch, Ehlers és Bordet tanároknak. Végre a párisi Académie des Sciences a Breant-díjat Sazeracnak és Levaditinek ítélte oda a syphilisnek bismuth-therapiájára vonatkozó dolgozatukért.

Említettük legutóbbi krónikánkban, hogy az orvosok összetartása milyen sikerekhez vezetett a betegpénztárak kizsákmányoló szándékával szemben. Az ilyen összetartás csak ott fejlődhet ki, ahol a kollégialitást folytonos és gondos törekvések ápolják. Szép jele ennek a kegyeletes megemlékezés a háborúban elesettekről, Országok és testületek siettek külföldön ebbeli adójukat leróni. Nemcsak gazdag városok emeltek pompás emlékeket, hanem még a kicsi tiroli falvakban is felállítottak egy-egy obeliszket vagy keresztet a hősi halált szenvedett honfiaknak. Párisban az Ecole de Médecine-ben most leplezték le egy díszes márvány-domborművet a háborúban elesett 1800 orvos és medikus emlékére. Nálunk ez is döcögösen megy: Nékám tanár 1921-ben indítványozta már egy ily emlékműnek felállítását, melyet azonban máig sem lehetett megvalósítani.

Érdekesekek azok a törekvések, amelyek az orvosi rend műveltségét, befolyását és vagyonosodását célozzák a külföldön. Egy új francia szépirodalmi folyóirat alakul, a Dimanche Médical, melynek célja lesz a felőlő munka után a szépirodalom üde légkörébe kísérni az orvost és tájékoztatni őt a világirodalom és művészet újabb gyöngyeiről.

A British Medical Association egy Parliament Fund-ot alapított, amely a parlamentbe törekvő orvosoknak megválasztását segíti elő, akár a konzervatív,

liberális, vagy munkáspárthoz tartozzanak is azok, mert a rend érdekében állónak tartja, ha a parlamentbe minél több orvos jut be; sikerült a Fund-nek 10 orvosképviselőt meg is választatni; ez ott, ahol az egészségügyi miniszter hivatására nézve köszönbánymunkás volt, kétszeresen indokolt.

Bruxellesben maguk az orvosok alapítottak egy életbiztosító-társaságot, melynek adminisztrációját is maguk intézik és költségeit megtakarítják. Az életrevalóságnak Csimborasszója azonban az, amit a canadai orvosok kezdenek üzni, hogy mellékfoglalkozásként ezüstrókatényésszel töltik idejüket és a rókaprémért drága pénzért árúsítják.

Az orvosi rendben általában expansiv hajlamot észlelhetünk: az American Medical Association, melynek mintegy 80.000 tagja van, elhatározta, hogy véget vet az egészségügy, az orvosi oktatás, a kórházügy, az orvosi praxis és kuruzslás terén mutatkozó bajoknak. Egy-egy bizottságot küldött ki a kérdések tanulmányozására és vezetésére; e bizottságok oly hatalmasak lettek, hogy az utóbbi években pl. sorra bezáratták a „zügyetemeket“ és a közvélemény nyomása alatt megvonatták a diploma-kiadásnak jogát.

Sajnos, e kollégialitást csak befelé értelmezik és az pl. reánk legyőzött nemzetekre alig vonatkozik. Az American Medical Association hatalmas lapja pl., mely hetenként valóságos kötetet ad ki, hátul a hirdetési rovatokban orvosi vonatkozású érteket is szokott közölni; ebben a kifigurázó rovatban citálja már most egy elöttünk ismeretlen budapesti orvosnak tört angol nyelven írt levelét, melyben az illető felajánlja, hogy a lap számára budapesti orvosi és egészségügyi referátumokat óhajd beküldeni. Hogy miért pellengérezzi ki e lap az illető kartársat, azt nehéz megérteni; a vállalkozás nem lett volna jogosulatlan, mert e 80.000 példányban megjelenő lap többnyire „Románia“ címmel közli budapesti híreit, tájékozottsága tehát nem lehet elsőrangú. Több elismerést érdemel az American Medical Association-nak küzdelme a kuruzslók ellen. Egyes államokban (Connecticut, Missouri, Massachusetts) valóságos kuruzslóiskolák vannak, amelyekben elbontó fogásokra, nagyképszerűsítésre és az elismert orvosi tekintélyek és elvek kifigurázására oktatják ki a szélhámosokat. Connecticut Hartford városában a detektívek éjjel lepte meg egy ilyen kuruzslóiskolát a Blumer College of Naturopathy-t, amely gyári munkásokat éjjeli kurzusokon alakított át doktorokká. A kórbontan tanára egy biztosító-társulati hivatalnok volt; a doktorjelöltek között voltak téglahordók, ácsok, táviratkihordók, órás és ablaktisztító. A diplomák darabjának ára 25 dollár volt; sürgősség esetében több. Egy újságíró beugratott egy ilyen diplomagyártó bandát: 3000 dollár lefizetése és 2 óra 22 pernyi intenzív tanulás után megkapta az orvosi oklevelet, az utólsót, amelyet ez a gyár kiadott, mert az újságíró feljelentésére az egész bandát még azon éjjel lefogták.

Az ilyen kuruzslók hírneve és befolyása hihetetlen. A múlt hetekben valami „Dr. Abrams“ halt meg, aki hazudozásait olyan tudományos mezbe tudta öltöztetni, hogy bombasztikus cikkei komoly folyóiratok is kiadták. Egy oscilloclast és egy sphygmometer nevű készüléket szerkesztett, amelyek szerinte olyan rendkívül érzékenyen regisztrálták a szervek működését, hogy nemcsak a fennálló kórfolyamatokat mutatták ki, de még azokat a bajokat is, amelyekben az illető betegnek ősei szenvedtek, sőt még arra is képes volt a készülék, hogy az illetőnek vallását kimutassa. Külön oscillatiókat mutatott a methodisták, nonconformisták, a presbyteriánusok megértesésénél és persze seismographi érzékenységgel jelezte az illetőben esetleg keringő semita nyomokat. Persze az ilyen üzelmek reactiókat váltanak ki és most némely állam büntetésből körözötteti a diplomacsálók arc képeit. Minthogy azonban állítólag nagyon sok a gyanús diplomájú Amerikában, a politikai lapok azt kívánják, hogy a betegek, mielőtt orvosi tanácsot kérnének, megtekintessék a doktornak diplomáját.

Ugyanilyen bajok vannak Oroszországban is, ahol a szentpétervári orvosegyesület elhatározta, hogy időről-időre nyilvánosságra hozza a megbízható tagjainak névsorát, akikért garanciát vállal.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

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

Arra kérjük hűveinket, ha elhatározták táborunkban maradásukat, ne hanyagolják el az előfizetési díj beküldését, hogy tiszta képünk lehessen az új évről, mely felé annyi bizalommal és fejlődésünkbe vetett nagy hittel indultunk. Kérjük azonban azokat is, kik előfizetői többé nem kívánnak leonatorum pathogenesiséről. (Múlt ülésről elmaradt előadás.) 2. Simicska Gábor: A nemspecifikus terapiáról, különös tekintettel az izületi megbetegedésekre. (Múlt ülésről elmaradt előadás.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 február 16-i ülésprogramja: Bemutatók: 1. Safranek János: Homloküregi pyokele esete. 2. Mutschenbacher Tivadar: Gyermekkori acut vakbélgyulladás kapcsán kocsánycsavarodott petefészektoimlő esete. Előadások: 1. Raisz Dezső: A melaena neonatorum pathogenesiséről. (Múlt ülésről elmaradt előadás.) 2. Simicska Gábor: A nemspecifikus terapiáról, különös tekintettel az izületi megbetegedésekre. (Múlt ülésről elmaradt előadás.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 február 23-i ülésprogramja: Bemutatók: 1. Toldy Loránt: Haematocele retrouterinát okozó ovarialis vérzés. 2. Schuster Gyula: Ökölnyi agyi dermoid. Előadások: 1. Manninger Rezső (mint vendég): A paratyphusos megbetegedések aetiologiájának mai állása. 2. Rusznayk István: Vizsgálatok az oedema keletkezéséről.

Biztosító Intézetek Orvosai Egyesülete február 20-án 1/27 órakor az Orvosi Kaszinóban (VII., Erzsébet-körút 49, Royal-épület, II. em.) közgyűlést tart. Napirend előtt Vajda Károly dr. a „Syphilis és életbiztosítás”-ról tart előadást.

Récentes publications medicales françaises 1920–1923. Szerkesztőségünk olvasóasztalára kitettük a legújabb francia orvosi szakkönyvek katalógusát. Tartalmi ismertetések, a kiadó és az ár megjelölése mellett teszik kényelmessé ezt a jegyzéket. Érdeklődők bármikor 9–2 óra között megtekinthetik, elvinni azonban nem engedhetjük, éppen azért, hogy mindenkinek hozzáférhetővé tegyük. Figyelmeztetünk ezúttal is arra, hogy a párizsi Masson & Cie cég, Valkányi Dezső dr. közvetítése révén, előzekényen 20% kedvezményt biztosít a magyar megrendelőknek.

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

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

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Pajor Sanatorium

Budapest VIII, Vas-utca 17.

Sebészet, szülészet, urologia, orthopádia és Zander-osztályok.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő, hízó, nap- és légkúrák. Pneumothorax.

Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 45.— cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevélügyben szolgál: MENETJEGYIRODA, Dr. ADORJÁN V. VIGADÓ.

PÁLYÁZATOK.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel pályázatot hirdet a következő kezelőorvosi állásokra:

1. A VII. kerület Zugló területén az Egressy-út, Hajtsár-út, Rákosszentmihályi határ és a Kalocsai-út által határolt területre, félévi 240.000 K illetménnyel, melyből évi 2400 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

2. Erzsébetfalván a Klapka-utca, Lázár-utca, a Klapka-utcától Soroksár felé eső részre, egész Klapka-utca a Jutagárdtól az Alsóhatárútig, az egész Soroksári-út közötti részre, félévi 196.000 K illetménnyel, melyből évi 3000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

3. Csillaghegy-Kissingtelep és az óbudai téglagyárak területére félévi 100.000 K illetménnyel, melyből évi 1000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

4. Rákosszabab közseg területére félévi 130.000 K illetménnyel és félévi 20.000 K fuvarátalánnyal, melyből évi 1200 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

5. Bicske község területére félévi 76.000 K illetménnyel, melyből évi 800 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

6. Isaszeg község területére félévi 43.200 K illetménnyel, melyből évi 600 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

7. Cegléd község területére félévi 89.500 K illetmény, melyből évi 800 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

8. Örkény, Alsóhernád és Tatárszentgyörgy községek területére félévi 120.000 K illetménnyel, melyből évi 1000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

9. Pilismarót, Dömös és Pilisszentlélek községek területére félévi 130.000 K illetménnyel, melyből évi 1200 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

10. Dunakömlöd község területére félévi 74.000 K illetménnyel, melyből évi 800 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

11. Tápiószéle község területére félévi 64.000 K illetmény, melyből évi 600 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

12. Tápióbicske község területére félévi 34.000 K illetmény, melyből évi 600 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

13. Bicske, Csapdi és Máty községek területére félévi 76.000 K illetménnyel, melyből évi 1000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

A felsorolt illetményeken felül a Pénztár által időről-időre megállapított — ezidőszert 800%-os — pótlék jár.

A pályázati kérvények, melyek curriculum vitae, oklevélmásolat, születési bizonyítvány és az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal szerelendők fel, folyó évi február hó 28-ig ezen pénztár elnöki osztályához (VIII. Fiumei-út 19/b. I. emelet 34. sz.) juttatandók.

A megválasztott orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia és az állás az alkalmazást követőleg nyomban elfoglalandó.

Budapest, 1924 január hó 30-án.

Dr. Angyal s. k.

1924. évi eln. 18/2.

a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter által a pénztár vezetésével megbízott miniszteri tanácsos.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének elnöksége pályázatot hirdet, a X. ker. Rákosszentmihályi dűlőben fekvő és tulajdonát képező Erdei üdülőtelep főorvosi állására. Belorvostannal, illetőleg tuberkulózissal speciálisan foglalkozó és pályázni óhajtó orvosdoktorok kellően felszerelt kérvényeiket fentnevezett egyesület elnökségénél (Budakeszi, Erzsébet Királyné Sanatorium) február hó 20-áig nyújtsák be.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA RT.
BUDAPEST IV, CALVIN-TÉR 3. félemelet

Fióküzletek: VII, Rákóczi-út 78 és IV, Várház-körút 8

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkeken. Művétaggyártás és műszerjavítás.

Telefon: József 19-24

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: H'ZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Torday Ferenc: A gyermekkori heveny-fertőző kórok elleni védekezés intézetekben specifikus és nonspecifikus védoltásokkal. (113—115. oldal.)

Raisz Dezső: Újszülöttek occult bélvérzése a melaena neonatorum pathogenesisében. (115—117. oldal.)

Bókay Zoltán: Thoracopagus parasiticus s omphalocele congenita műtét által gyógyult esete (117—119. oldal.)

Therapia. Beck Soma: Tojásolaj mint kenőcsalapanyag. (119—121. oldal.)

Soós Aladár: Étrendi előírások a gyakorlatban. A diabetes mellitus diatás kezelése (121—122. oldal.)

Lapszemle. Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. (122—123. oldal.) — **Könyvismertetés.** (124. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület febr. 16-i ülése. (124—125. o.)

A Magyar Röntgen-Társaság II. (1923 december 10-i) és III. (1924 február 4-i) tudományos ülése. (125—126. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület laryngológiai szakosztályának 1924 február 12-én tartott tudományos ülése. (126—127. o.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 február 13-i ülése (127. old.)
Heti krónika (127—128. oldal.) — **Vegyes hírek.** (128. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti m. kir. állami gyermekmenhely közleménye.

A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezés intézetekben specifikus és nonspecifikus védoltásokkal.*

Írta: Torday Ferenc dr. egyetemi tanár, főorvos.

A csecsemők és gyermekek részére létesített különböző intézetek tulajdonképpen csak azóta felelnek meg hivatásuknak, amióta rendszeres védekezéssel némileg le tudják küzdeni az azelőtt feltartóztathatlan házi járványokat. A csecsemő- és gyermekkorházak valóban csak azóta gyógyító intézmények, amióta ezekbe is beköltözött *Semmelweis* szelleme, melynek alap gondolata az, hogy megakadályozni igyekszik azt, hogy a szervezetbe fertőzést közvetítő, káros hatányok kívülről bekerüljenek. Egyes védekezési rendszerek a betegek közötti levegőáramlás lehető megakadályozásával igyekeznek őket a fertőző kórokban megbetegedéstől megóvni, illetve megakadályozni azt, hogy az ő betegségük másokra át ne hurcoltassék. A magas, de azért felül nyitott, teljesen zárt boxokkal feltétlenül meg lehet óvni a gyermekkorházakba felvetteket a vörhenytől és a minimumra lehet korlátozni a diphtheriával, kanyaróval, bárányhimlővel, szamárköhögéssel való fertőződést.

Az intézeti védekezésnek ez a módja nagyon költséges, az egyes betegeknek sok helyet juttat és ezzel csökkenti a kórházban elhelyezhető betegek számát; nagyon jól kitanított, szakszerűen kiképezett személyzetet, gondos, lelkiismeretes ellenőrzést igényel. Mindezek folytán nem rendezkedhettek így be a nagyobb ágyszámú, élénk forgalmú, változó létszámú intézetek. Az egyéni védekezés eszközei, főleg az intézeti járványok leküzdéséhez, a védőoltások lettek. A diphtheria-ellenes passiv immunisatio különösen a kanyarós osztályokat veszélyeztető diphtheriás fertőzés biztos elhárítása révén vált értékké. *Degkwitz* előírása szerint termelt reconvalescens-savóval, ha azt a megfelelő időben és kellő mennyiségben fecskendezük be, biztosan meg lehet az azon alkalmankori fertőzéstől óvni a kanyaró-fertőzés veszélyének kitett és ezért egyébként minden valószínűséggel kanyaróssá

váló gyermekeket. A kanyaró-kérdés tehát meg volna oldva, ha a kanyaróellenes savó mindenkor, mindenhol, kellő időben és kellő mennyiségben állhatna rendelkezésre. Ezen követelménynek leküzdhetetlen nehézségek állanak az útjában. Ezért többen, már maga *Degkwitz*, *Rietschel*, *Barabás*, *Petényi*, *Salamon* és mások specifikusnak alig tekinthető oltóanyagokkal (normál emberi vérrel, illetve vérsavóval, női tejjel) kísérleteztek. *Schilling* utal a fajidegen fehérjékkel való kísérletezés célszerűségére.

A kísérleti kutatások elméletileg indokolták és állatkísérletekkel igazolták azt, hogy különböző, főleg protein-anyagokkal sokszor sikerül már megtörtént fertőzés után is a szervezetnek természetes, tehát nonspecifikus ellenállóképességét annyira fokozni, hogy ennek folytán a szervezet képes megküzdeni bekövetkezett, de még nagyobb hatást ki nem fejtett, tehát lapangásban levő fertőzéssel. Nonspecifikus anyagokkal sikerült a kísérleti úton fertőzött állatokat meggyógyítani, az állatokat nonspecifikus úton immunizálni.

Nonspecifikus védőoltásokkal nagy méretekben azért kísérleteztem, hogy a gyermeki szervezetnek ellenállóképességének mesterséges felfokozásával ellensúlyozzam az állami gyermekmenhelyi menhelyi osztályainak évek óta rossz egészségügyi viszonyai által teremtett ártalmak káros hatását és ezen az úton javítsak a sokszor kétségbeesetten veszedelmesnek és anyagi eszközök híján leküzdhetetlennek bizonyult rossz állapotokon.

A nem korlátozható új főlvételekkel újra és újra behurcoltattak a fertőző betegségek, minek következtében a menhelyi osztályokon időközönként úgyszólván állandósultak a házi járványok, gyakoriak lettek a vegyes fertőzések, súlyosak a megbetegedések, úgyhogy az egészségesen állami gondozásba vett gyermekek közül az 1921. évben 9.5%, az 1922. évben 11.3% a menhelyi szállóházakban fertőző kórokban megbetegedett, közülük sok többnyire a székesfővárosi fertőző kórházban elhalt. Kivált nagy volt, 49.3—53.5% a kanyarós betegek halálozási arányszáma. Ezen adatokhoz kellő értékeléshez utalnom kell azon tényre, mely szerint a kanyarójárványok általánosan kicsi (1.5—7%) halálozási arányszámával szemben a csecsemő- és gyermekkorházak, gyermekmenhelyek, csecsemő-otthonok, bölcsődék, árvaházak házi járványainak óriási kanyaró-halálozási arányszáma áll.

Nonspecifikus védőoltási kísérleteim félelmi (1923 január 1-étől 1923 július 1-éig) időtartama alatt minden egyes egészségesen felvett gyermek lehetőleg a felvétel napján, de legkésőbb másnap valamely állati vérsavó-

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1923 december 15-én és a német gyermekorvosok 1923. évi gyűlésén Göttingenben.

val, néhány esetben emberi vérsavóval, illetve női tej-
jel 5-0-10-0 cm³ egyes adagban védőoltást kapott. Ki-
vételt csak az anyjokkal felvett, öt hónapnál fiatalabb
csecsemők és a kanyarót felvételük előtt rövidesen ki-
állott gyermekek képeztek. Hat hónap alatt ilyen nem-
specifikus védőoltást összesen 959 esetben végeztünk.
(64 0—I. év, 197 I—III. év, 252 III—VI. év, 446 VI—XII. év
közötti gyermek.)

A nemspecifikus proteinanyag-befecskendezésekre
a beoltott gyermekek a legritkább esetekben reagáltak.
Több ízben az oltást követő, egy-két napig eltartó lázat
észleltünk, anaphylaxia aránytalanul ritkán, összesen 54
esetben következett be. Súlyosabb, shockszerű tünetek-
kel járt anaphylaxiát egy esetben közvetlenül a beoltás
utáni percekben láttunk. A védőoltásokat a legszigor-
úbb aseptikus cautelák között végeztük, minek követ-
keztében a végzett 959 nemspecifikus védőoltás után
tályog egy esetben sem támadt.

Elméletileg megindokolt, a szükség parancsolta
körülmények között az egyetlen lehetőségnek tartott
védekezési kísérleteink *nemspecifikus védőoltásokkal
teljesen sikertelenek voltak*. Ezen beavatkozással nem
tudtuk megjavítani a menhelyi osztályok rossz egész-
ségügyi viszonyait, nem tudtuk megakadályozni sem
a fertőző kórok behurcolását, sem a ragályozások elter-
jedését. Kedvező megfigyelésként csak azt jegyezhet-
tük fel, hogy a fertőző betegségek a beoltottak között
az első három héten belül ritkábbak lettek. A gyakori-
sági arányszám 8-6-9-0%-ról 3-5%-ra esett le. A be-
fecskendezést követő három hét eltelté után a heveny
fertőző kórok nemcsak hogy ritkábbak nem lettek, sőt
ellenkezőleg, időközönként gyakoribbakká váltak. Az
előbb említett 8-6-9-0% gyakorisági arányszám fel-
emelkedett 10-3%-ra, csak a kanyaróesetek lettek gyé-
rebbek. A megbetegedési százalékuk 5-6-4-9%-ról 4-0%-ra
szállott alá. A betegedési arányszámok (a morbiditás)
a nemspecifikus védőoltások után a menhelyi osztályo-
kon valószínűleg azért rosszabbodtak, mert a létszám
úgyiszólván kizárólag csak új fölvételekkel változott meg,
másképp azért, mert ezen új fölvételekkel járványos
fültőmirigylob, szamárköhögés, vérhas, influenza hur-
coltatott be, amit a nemspecifikus védőoltások sem
megakadályozni, sem továbbterjedésükben korlátozni nem
voltak képesek. A halálozási arányszámok csak a ka-
nyarónál javultak meg. A magas, 53-5-49-4% halálozási
arányszám 18-4%-ra szállott alá. A megkísérelt külön-
böző proteinanyagok egyike sem bizonyult számot-
tevően hatásosabbnak.

Ezen kísérleti adataink mérlegelése után azt kell
mondanom, hogy ezen kísérletekkel újból beigazolódott
azon jól megindokolt nézet, hogy míg a specifikus védő-
oltás vagy már kész ellenanyagot visz be a testbe, vagy
a szervezetet ellenanyagok termelésére készíti, addig a
nemspecifikus izgalom csak a már folyamatban levő
természetes immunizálódást képes felfokozni, azonban
nem képes a nyugvó állapotot aktiválni. Mindezek meg-
erősítik a specifikus védőoltások fölényét a nemspecifikus
védekezés felett.

A nemspecifikus védőoltások sikertelenségével
szemben a specifikus védőoltások sok sikeréről tudok
beszámolni. Nehezen tudom azonban azt eldönteni,
hogy azon kanyaróellenes védőoltásokat, melyeknél
a kanyarót régen kiállott gyermekek és felnőttek véré-
t, illetve vérsavóját, régen kanyarozott anyák tejét fecs-
kendeztük be, hova soroljam. *Degkwitz* elméleti okos-
kodását, azon feltevést, hogy a kanyaróból lábadozó
egyénektől vett vérsavó hatásossága kötött az ellen-
anyagok mennyiségéhez, mondjuk töménységéhez, iga-
zolja például az a tapasztalatunk is, hogy egy ízben fel-
tűnően 16%-ban eredménytelenek voltak a védőoltások,
utólag kiderítettem, azért, mert a savótermelő fővárosi
bakteriologiai intézet nem értesített bennünket arról,
hogy nem keveréksavót küldött és így nem fecskendez-
tünk be belőle nagyobb adagot. Ily észleletei másoknak
is vannak.

Kanyarót kiállott anyák lehetőleg aseptikusan le-
fejt, pasteurizált, összeöntött tejével 10 csoportban ösz-

szesen 115 esetben végeztünk kanyarófertőzésnek kitet-
tek között védőoltási kísérleteket. A farpofa izomzatába
esetenként 10-0-20-0 cm³-t fecskendeztünk be. Ezen tej-
oltások a veszélyeztetettek 82-7%-ban megvédték. Ez-
zel szemben feltűnően, 21-3%-ban eredménytelenek vol-
tak a kanyaróellenes védőoltások azoknál, kiket kanya-
rót évekkal előbb kiállott nagyobb gyermekek össze-
öntött vérsavójával (10-0-20-0 cm³ egyes adag) véd-
oltottunk. Az okot a kiállott kanyaró által termelt
kanyaróellenanyagok gyorsan lecsökkent hatásosságá-
ban kerestük. Ezért megkíséreltük azt, hogy egyébként
egészséges (Wassermann-reactio —), teljes virágzásban
levő kanyarós gyermekektől vett friss vér befecskende-
zésével a kanyarót kiállott gyermekszervezeteket na-
gyobb, illetve hatásosabb kanyaróellenanyag termelé-
sére ösztökéljük. Az elméletileg jól indokolt eljárás nem
járt nagyobb eredménnyel. A mobilizáltnak elneve-
zett kanyaróreconvalescens-vérsavóval végzett oltások
közül 19-5% eredménytelen volt. *Hermann* tanácsát:
hatásosabb reconvalescens-savó nyeréséhez kanyarósok
orrváladékával való újrafertőzést kanyarót régen ki-
állott egyéneknek, nem kíséreltük meg.

Kanyarót kiállott egészséges (Wassermann-
reactio —) felnőtt egyének és nagyobb gyermekek véré-
t, ahogy azt *Barabás*, *Rietschel* tanácsolták és mások is
megkísérelték, kanyaróellenes védőoltásokhoz 125 eset-
ben fecskendeztük be. Ezek a véroltások 88-8%-ban meg-
védték a kanyarófertőzésnek kitett gyermekeket,
11-2%-ban megbetegedtek. Egyéb proteinanyagokkal
(állati vérsavók) végzett kanyaróellenes nemspecifikus
védőoltások csak 77-0%-ban voltak eredményteljesek,
23%-ban hatástalanok voltak.

Degkwitz módszere szerint termelt kanyarórecon-
valescens-savóval végzett védőoltások 96%-ban a kitű-
zött célt eredményesen szolgálták, alig 4%-ban beteged-
tek meg kanyaróban az így védoltottak. Ezek is mind
vagy elkészen, vagy kisebb adaggal oltattak.

Megerősítem azok nézetét, kik azt állítják, hogy a
szakszerűen termelt *kanyaróreconvalescens-vérsavó a
kanyarófertőzést biztosan elhárítja*. Ezért feltétlenül
szükséges az, hogy a kanyaróreconvalescens-savót ki-
zárólag a fertőző kórházakkal, illetve osztályokkal kap-
csolatos, ezen célra berendezett hatósági intézetek állan-
dóan termeljék, mindenkor kellő mennyiségben hasz-
nálható, kifogástalan állapotban készletben tartsák.
Ezen kanyaróellenes vérsavó kizárólag azon életvesze-
delmes, működést gátló kanyaróragályozások leküzdé-
sére használtassék fel, melyek a csecsemő- és gyermek-
kórházakat, gyermekmenhelyeket, óvodákat és hasonló
intézményeket veszélyeztetik. Hatósági kanyaróellenes
savót a termelő intézetek kizárólag csak ezen intézetek-
nek szolgáltatassanak ki, a magángyakorlat részére tagad-
ják meg.

A mindennapi életben, a magángyakorlatban,
minden olyan esetben, hol komolyan latba veendő okok
(fiatal kor, testi gyengeség, betegség, súlyosan lábba-
dozó állapot, tuberculosis stb.) szükségessé teszik azt,
hogy a fenyegető kanyaróveszély elháríttassék, ilyenkor
nem biztosan specifikus (semispecifikus) anyagokkal
kell védőtani. Erre a célra egyaránt alkalmas kanya-
rót kiállott vagy ki nem állott anyák lehetőleg asepti-
kusan lefejt, esetleg pasteurizált friss tejének 20 cm³-es
egyes adagja, ezek vagy más egészséges egyéneknek
karviszeréből steril fecskendővel kiszívott 10-0-20-0 cm³
vérenek befecskendezése a megvédeni szándékozott far-
pofájába. Az ilyen nemspecifikus védőoltásokkal egy-
részt 70-0-80-0% valószínűséggel meg lehet a kanyaró-
fertőzéstől óvni a veszélyeztetetteket, másrészt több-
nyire enyhíteni lehet, abortív alakúvá lehet tenni a
kanyaró lefolyását. Minthogy kanyaróban gyermekek
közül úgyiszólván csak a fiatalabbak, a súlyos angol-
kórral küzdők és tüdőgümőkörben szenvedők halnak
meg, ezért nagyjelentőségű az, ha a kanyaróban meg-
betegedést ilyen korban és ilyen betegségben levőknél
el lehet hárítani a magángyakorlatban is könnyen
végezhető, könnyen beszerezhető nemspecifikus védő-
oltásokkal. Valószínű az, hogy ezen védőoltások követ-

keztében abortívan lefolyt kanyaróesetek közül többen előbb vagy utóbb kanyaróban esetleg újból meg fog-nak betegedni.

Azon tapasztalatot, mely szerint a kanyarófertő-zés lehetőségét *Degkwitz* előírása szerint termelt kanyaróreconvalescens-savó 96·0–98·0% biztossággal elhárítja, de ugyanezt elérhetjük kisebb, de még mindig számottevő, 70·0–80·0% valószínűséggel kanyarót régeb-ben kiállott egyének vérének, vérsavójának vagy tejé-nek befecskendezésével is, vagy úgy kell magyaráznunk, hogy feltételezzük azt, hogy ezen testnedvekben még eléggé hatásos kanyaróellenanyag kering, vagy azt kell hinnünk, hogy a gyermeki szervezet, bár a legfogéko-nyabb, hogy úgy mondjam, a legvédtlenebb a kanyarós fertőzéssel szemben, mégis a kanyarós fertőzést sokszor könnyen le tudja küzdeni, ha a szervezetének természe-tes ellenállóképességét izgató anyagokkal felfokozzuk.

A kanyaró elleni védekezés egy könnyebben jár-ható útra terelődnek, ha *Caronia* által felfedezett mikro-organizmussal a védekezési kísérletek valóban ered-ményre vezetnének és beigazolódnék azon tapasztalata, hogy inaktívált vagy legyengített culturából oltott gyermekek morbillivel és minden complicatiójával szemben immunisak lesznek.

A *bárányhimlő* elleni activ védoltás a himlő-hólyagok bennéekének átoltásával mások és magam tapasztalatai szerint nem mindig (11·0–100·0% között) fogamzik meg. Ezen okból, továbbá azért is, mert ele-gendő oltóanyag rendszeren nem szerezhető be, nagyobb ágyszámú, élénkebb forgalmú intézetekben a bárány-himlő-oltásoknak nincs nagy gyakorlati haszna, mint-hogy az eredmény csak a himlőjárványok gyorsabb és enyhébb alakban való lefolyását biztósítja. A varicella-reconvalescens-serummal való védoltással biztató eredményre már többen kísérleteznek. Intézetünkben *Barabás* ért el eredményeket reconvalescensek vérének az injectiójával.

A *szamárköhögés* elleni intézeti védekezés nehéz-ségei a kanyaróval vetekszenek. Még boxberendezke-déssel sem eredményes mindig az elkülönítés, lehetet-len nagyobb forgalmú intézetekben. A specifikus véde-kezést szamárköhögésből lábadozók vérsavójával töb-ben, s mi is megkíséreltük. Nagyon kevés eredménnyel járt. Több sikerrel biztat a vaccinás védoltás auto-vaccinával. Ezen kísérleteinkről munkatársam, *Rokay* Zoltán alorvos külön számol be. Tapasztalataink lényege az, hogy a szamárköhögés kórismézéséhez célszerű a bakteriologiai vizsgálatokat is segítségül venni és a reáköhögéssel beoltott specifikus (*A. Meyer-Chiewitz-féle* vérborgonyagár) táptalajon kitenyésző bacillu-sokból készült vaccinával két-kétnapi időközben össze-sen négyszer a még hurutos, tehát legragályozóbb idő-szakban levő szamárköhögős egyén közelében levőket védoltani.

A *diphtheria* elleni védekezésben úgy a magán-gyakorlatban, mint az intézeti életben is egyenlő jelen-tőségű a veszélyeztetettek passiv védoltásával a diph-theriaragályozást terjesztő diphtheriabacillushordozók elkülönítése és lehető hamar ártalmatlanná tévése.

Vörheny elleni védoltásokat streptococcusvacci-nával kétszer kíséreltünk meg. Nem a balsiker miatt, hanem mert a védoltások által elérhető immunitás nem áll be rögtön, ezért nem tartom a védekezés ezen módját semmiképen sem célszerűnek. A scarlatina-streptococcus-serumnál jobban megfelel az immunolo-giai elveknek a scarlatinareconvalescens-serum alkal-mazása, mely azonban már közölt tapasztalataim sze-rint nem nyújt a vörheny-ragályozással szemben oly biztos védelmet, mint a kanyaróreconvalescens-serum a kanyarófertőzéssel szemben.

A heveny fertőző kórok elleni specifikus küzdelem legnagyobb feladata is meg volna oldva, ha gyakorlati-lag értékesíthetőnek bizonyulna *Caronia* felfedezése, mely szerint a *Cristiani* által izolált és leírt és most *Caronia* által tárgyalt mikroorganizmus a scarlatiná-nak valóban specifikus kórokozója volna, melynek cul-turájával scarlatina ellen védekezni lehetne.

A specifikus védoltások nemcsak megállították az egyes behurcolt fertőző betegségek által okozható házi járványokat, hanem a vázolt rossz, általános hygienikus viszonyok mellett is megjavították ezen fer-tőző kórok egyébként nagy halálozási arányszámát.

Mielőtt a tapasztalataimból levonható követke-zetéseket megfogalmaznám, előbb megemlékezem *Leiner* merész kísérletéről. A bécsi Mauthner-gyermekkorház-ban egy épületben, egy folyosón levő helyiségekbe helyezte el a kanyarós és diphtheriás betegeket. A diph-theria-osztályon kanyaró ellen, a kanyaró-osztályon diphtheria ellen, mindkét helyen teljes sikerrel véd-oltott. *Caronia* római egyetemi gyermekklinikáján vör-heny ellen oltott kanyarós betegeket és kanyaró ellen oltott vörhenybetegeket minden kár nélkül egy szobába egymás mellé fektetett. Ez a körülmény, hogy minden veszély nélkül egy pavillonba lehetett elhelyezni a diph-theriás és kanyarós betegeket, hogy egymás mellé lehet fektetni kanyarós és vörhenyes betegeket, meggyőzően igazolja a specifikus védoltások nagy értékét és még jobban megérlelte bennem azt a meggyőződést, hogy:

Csecsemő- és gyermekintézetekben mindenütt, hol nincs boxrendszer, még ezeknél is kanyaró behur-colása esetén, de főképen nagyobb létszámú, közös kór-termű, zsúfoltsággal küzdő, élénk forgalmú intézetekben, mindig és rendszeresen védekezni kell a heveny fertőző kórokkal szemben a legjobbnak tudott vagy annak híján a legjobban alkalmazható specifikus védoltással, mert így többnyire meg lehet akadályozni, hogy az egyes esetek eddig feltartóztatlanok tudott házi járványo-kat ne okozzanak. Rendszeres specifikus védekezéssel kevesebb lesz az intézetekben a fertőző betegek száma, többnyire enyhébbé válik a fertőző betegségek lefolyása, zavartalanabban halnak el s mindezek folytán az intézetek zavartalanabban élhetnek hivatásuknak.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár).

Újszülöttek occult bélvérzése a melaena neonatorum pathogenesisében.*

Írta: Raisz Dezső dr. klinikai tanársegéd.

Az újszülöttkor egészen specialis pathológiájának egyik oly fejezete a melaena neonatorum, amelynek genesisébe a klinikai megfigyeléseknek, laboratoriumi vizsgálatoknak mindezideig kellően bevilágítani még nem sikerült. Annak ellenére, hogy már a legrégibb időkben is tanulmány tárgyát képezte, az eredete után való kutatás mégis csak azon szerény, lényegében mit sem mondó eredményt mutathatja föl, hogy az álmelaenát s a tüneti melaenát elkülöníti a valódi melaenától. A régebbi tankönyvek még két nagy csoportra osztják a melaenát, aszerint, hogy össze van-e kötve helyi elvál-tozásokkal, erosiókkal, fekélyekkel a gyomor-béltractus nyálkahártyáján vagy sem. Ez az osztályozás nem állja a kritikát, t. i. a fekélyek a következményei a vér-zéseknek, nem pedig megfordítva. Ilyenformán elesik mindaz a különféle, többnyire igen erőltetett theoria (*Landau, Franque* stb.), amely a fekélyek keletkezésé-nek igyekszik magyarázatát adni. Amíg az egyes fel-tételezett pathogenetikuss tényezők az esetek egy részé-ben valóban föltalálhatók voltak, az esetek másik része minden magyarázat nélkül maradt s így tulajdonképen az történt, hogy, amint a luest, a sepsist, a haemophi-liát a melaena kóroktanába vonták, bővült a symptomás melaena köre, de még mindig maradt egy kisebb rész, amely kívül esett ezen a körön, amelyre sem ez, sem az a magyarázat nem illett.

Vassmer 1909-ben az irodalomból 67 esetet gyű-jtött össze s a 22 elhalt újszülött kórbonetani leletéből igyekszik következtetni a melaena eredetére. A gondó-san összeállított statisztika nem hozta meg a szorgos

* Előadás a Budapesti Orvosegyesület 1924. évi február hó 16-i ülésén.

munka várt eredményét; a szív fejlődési anomáliájából származó pangásos vérbőség, duodenumstenosis, oesophagus-, duodenumfekélyek ileus, lues s végül minden elváltozás nélküli mucosa tesztek változatossága a bonc-jegyzőkönyveket anélkül, hogy valami egészséges eredetre csak gondolni is lehetne. Így alakul ki mindinkább az a felfogás, hogy a melaena nem egységes kórkép, csak közös, az újszülöttkor vérzékenységére jellemző tünete sokféle, egymástól eltérő betegségnek.

Amerikai szerzők a melaenát az extravasalis vér alvadékonyságának csökkenéséből magyarázzák. Reuss már ezen alapon csoportosítja súlyosabb és enyhébb lefolyású alakra, mert úgy találta, hogy a véralvadékonyság különböző foka teljesen fedte a betegség klinikai lefolyását. Bernheim és Karrer vizsgálatai rámutattak azonban arra, hogy újszülötteknél a véralvadékonyság egyik s másik irányban is nagyobb eltéréseket mutathat a normalistól, anélkül, hogy a vérzést befolyásolná. Olyan eseteket is észleltek, ahol a vérzés megszűnt után az alvadási idő még hosszabb volt, mint a vérzés megindulásakor. A vérlemezkék vizsgálata sem derített több fényt a kérdésre.

Már Trousseau is utal az anyai sepsis s a melaena közötti összefüggésre s Scanzoninak is feltűnt a melaenának olykor endemiás fellépése. De, amíg itt, az anti-septikus aera előtti időből származó megfigyelések értékelésénél, az újszülöttek haemorrhagiás sepsisének lehetősége bizonyos megfontolásra int, nagyobb megfontolást kíván a grazi klinikának 1912-ből származó közlése, amelyben egy angina-epidemiával kapcsolatosan a melaena-esetek halmozódásáról értesítenek, valamint a zürichi klinika észlelése, nevezetesen az, hogy 1920 március 25-től március 29-ig hat melaena került megfigyelés alá. Habár itt a fertőző forrás kimutatása nem volt lehetséges, a melaena csoportos fellépése nagyon is kifejezett ahhoz, hogy egy infektív noxát tagadni lehetne. Ezen alapon áll ma a szakemberek legnagyobb része s ha nem is a rendes kórokozók által előidézett sepsisnek, de a béltractus normalis bakterium-előzőnlsével kapcsolatosan fellépő enterális infectio eredményének tartják a melaenát.

Hasonló tapasztalatok híján mi a melaenának septikus genesisét megerősíteni nem tudjuk. 1917-től napjainkig összesen 15 melaenás újszülöttünk volt, egy évben azonban legfeljebb 4 s ezek is nagyobb időközökben. Az egyik melaenás gyermek anyja ugyan (1918-ban) spanyol influenzában betegedett meg, de a gyermeknél a vérzés csak egy napig tartott s súlyában gyarapodva került ki a klinikáról. De különben is az a körülmény, hogy 15 melaenásból 11, tehát 73·3% meggyógyult, kizárja ennek septikus eredetét, mert hisz ez utóbbi a zsenge újszülöttkorban csaknem 100%-os mortalitással jár. Luest csak két esetben tudtunk kimutatni, a szülés mindegyiknél a physiologiás határokon belül folyt le, egy gyermek volt csak asphyxiás, familiaris terheltiséget az anamnesisben nem találtunk. A boncolás egy-nél pylorustáji ulcst s bronchopneumoniát, egynél az agyconvexitáson nagyobb vérömlenyt derített ki, kettőnél a bél mucosájának hyperaemiáján kívül negatív volt a lelet. Az egységes kóreredit utáni kutatás ily értelemben tehát nálunk is eredménytelen volt.

Azon tapasztalatot okulva, hogy — amint azt 1921-ben közzé is tettük — érett magzatoknál spontan szülés után is a boncolásra került esetek 33·3%-ában koponyaüri vérzést találtunk, s hogy scleralis vérzéssel csaknem naponként találkozunk, az összes újszülötteknél, nemcsak a melaenásoknál különös bélvérzékenységet supponálva, kutatni kezdtem az irányban, vajjon nincs-e occult vérzés minden újszülött normalisnak látszó székletében. Anélkül, hogy a prioritási kérdést felvetni kívánnám, legyen szabad megjegyezni, hogy ily irányú vizsgálatokkal már mult év májusa óta foglalkozom, mint oly tárgygyal, melyre vonatkozó adatokat sehol az irodalomban nem találtam. Megfigyeléseim közben júliusban került a kezembe a Jahrbuch für Kinderheilkunde 101. kötete, amelyben Ratuoﬀ közli, hogy 16 ioterikus újszülöttnél 75%-ban, nemioterikusoknál

18·8%-ban occult bélvérzést talált s ebből az ieterus neonatorum eredetére vonván le következtetéseit, a melaenát szóvá sem teszi. En Ratuoﬀtól teljesen függetlenül jutottam ugyanerre az eddig ismeretlen jelenségre s közleményemben csak a saját észleléseim pontos és helyes voltának megerősítését látom.

A vizsgálat menetére vonatkozólag meg kell jegyezni a következőket. Háromnaposnál fiatalabb magzatok székletét nem vizsgáltam, háromnaposét is csak akkor, ha már a meconium teljesen kiürült. Ezzel elkerültem azt, hogy a szülés alatt netán a gyomorba került véres nyák adja a positiv reactiót. A vizsgált újszülöttek anyjának emlőbimbóit naponta a legnagyobb gonddal megvizsgáltam s ha azon sérülést találtam, a magzatot a vizsgálatból kizártam. Külön sorozatban csak lefejt tejjel etetett magzatok székletén végeztem a reactiót. Ezen esetekben az adagolt tej vérmentességéről minden alkalommal meggyőződtem. Ilyen cautelák mellett eleinte a Weber-, a benzidin- s a Schlesinger-féle próbákkal kísérleteztem, később a Boas-féle tablettákra tértem át, mert ezekkel a quantitativ megbecsülés egyszerűbb és megbízhatóbb. Az első sorozatban 21 újszülött közül 13-nál kaptam positiv reactiót (61·9%), a második csoportban 32 közül 21-nél (65·6%). Az összes vizsgáltaknak tehát 64·1%-a adta a vérpróbát. A harmadik Boas szerint vizsgált újszülött közül a harmadik naptól számítva 1, 2, 3 napig tartott az occult vérzés 5—5-nél, 4, 5 napig 2—2 újszülöttnél. Tehát még a hatodik, sőt a nyolcadik napon is találtunk vért a székletében. A negyedik napon kezdődött a vérzés háromnál. Mennyiségi szerint a Boas-féle beosztás alapján 7-nél +, 9-nél ++, 3-nál +++ volt a reactio. (A Boas-féle tabletták a vért 51.000 hígításban még kimutatják.) 6 újszülöttnél a harmadik naptól fokozódott a vér mennyisége. A burok repedése s a szülés között eltelt idő hossza nincs befolyással a vérzésre. Három újszülöttnél meconiumos volt a magzatvize, ezeknél naponta erősödött a reactio. Ezzel szemben egy algid asphyxiában szülöttnél naponként csökkenő vérzést mutatott. Egy eklampsiás anya gyermekénél a IV. napon találtunk csak igen csekély vérzést. Mind a hat lefejt tejjel táplált gyermek széklete positiv reactiót adott. Külön ki kell emelnem két császármetszéssel született gyermek székletének positiv vizsgálati eredményét. Mindkét anyánál a műtét ép burok mellett, kétujjnyi méhszájzárt történt. Egyik gyermek sem volt asphyxiás. Az első 12 órában csak teát kaptak, azután két napig kizárólag csak lefejt tejet. A tejben a vérpróba negatív volt. A harmadik napon megejtett székletvizsgálatnál az egyik igen erős (+++), a másik közepes fokú (++) occult vérzést mutatott. E két eset minden kétséget eloszlat afelől, hogy a reactióval kimutatott vér magzati eredetű. Hogy pedig itt vérzésről s nemcsak a fokozott vörösvérsejt-szétesés következtében nagyobb mennyiségben szabaddá lett haemoglobin átszívargásáról van szó, azt eldöntötte a mikroszkop, amely alatt a positiv Boas-reactiót adó székletében egy-egy gyengén festődő, vagy kilugozott vörösvérsejtet találtunk (Gyulay dr.).

Az újszülöttek nagyobb részénél tehát occult bélvérzés van. Ezek miben sem különböznek más, teljesen egészséges újszülöttektől, székletük is tökéletesen normális. E vérzés tehát bizonyos értelemben physiologiásnak mondható s az újszülöttek ú. n. átmeneti catarrhusával látszik összefüggésben lenni. E catarrhusról tudjuk, hogy rendszeren a harmadik nap körül lép fel, amikor a colostrum tejjé kezd átalakulni, s a bélben letelepszik a definitív tejflora, ami könnyű izgalmi állapotba hozza a nyálkahártyát. A bélhám rendkívül finom volta érthetővé teszi, hogy két oly intensív insultusra, mint aminő a legelső, majd rövid idő múlva bekövetkező második végleges bélflora-letelepedés, hyperaemiával s ezen alapuló apró vérzésekkel reagál.

Ezen tények ismeretével nézve most már a melaena neonatorumot, önként kínálkozik a gondolat, hogy az újszülöttek ezen occult bélvérzése s a melaena között csak fokozati a különbség. A pathogenesisben közös tényező az előbbi. Ha ehhez akár valami endogen ok,

familiaris hajlam, alvadékonyság-csökkenés, a szív fejlődési rendellenességén alapuló keringési zavar az átmeneti katarrhus fokozottabb volta, stb., vagy exogen ok: lues, sepsis, szülési trauma járulnak az occult vérzés manifestté válik. Az újszülötthez jellemző vérzékenység alapján különböző pathogen behatások közös tüneteként jelentkeznek a vérzés, *feltűnő alakban pedig legjobban ott, ahol már normalis viszonyok mellett is occult vérzés van.* A rejtett vérzésnek a melaenához viszonyított aránytalanul gyakoribb volta valószínűvé teszi, hogy nem is egy, de a felsorolt tényezők bizonyos kombinált behatása szükséges ehhez. A kiváltó vagy manifestáló ok tehát többféle lehet. Ezért történt az, hogy az újszülöttek occult bélvérzésének ismerete nélkül a melaena genesisé eltagolódott s a spuria, symptomatica, s vera erőltetett felosztásra kényszerültünk.

Kundrat, Schatz, Czigler és Kurrer is a nyálkahártya hyperaemiájával magyarázzák a melaenát, de ők nemcsak alimentaris befolyásnak, hanem a szülés által előidézett circulations eltéréseknek is szerepet tulajdonítanak a vérbőség előidézésében. Hogy ez mennyire nem szükséges, bizonyítja a két császármetszéssel született magzat esete.

Ezek után a melaena felosztásában a következő változtatás látszik jogosultnak. A melaena spuria, mint egyáltalában nem a kórképhez tartozó, elhagyandó. A melaena symptomatica és vera elnevezés helyett található volna a melaena occulta és manifesta. Ez utóbbi a kiváltó ok szerint feloszlik melaena manifesta ex infectione, ex lue, ex constitutione stb.-re.

Végeredményben tehát az újszülöttek occult bélvérzésének megismerésével a melaena kóroktanáról alkotott felfogásunkban, most már positiv kísérleteken nyugvó alapon visszatértünk oda, ahonnan 1880-ban Kundrat még csak speculativ következtetéssel elindult: a melaena a béltractus alimentaris alapon beálló hyperaemiájának valamely endogen vagy exogen tényező létesítette fokozottabb vérzésben megnyilvánuló alakja.

A budapesti „Stefánia”-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

Thoracopagus parasiticus s omphalokele congenita műtét által gyógyult esete.*

Írta: Bókay Zoltán dr. egyet. magántanár, adjunctus.

A „Stefánia”-gyermekkorház nagy beteganyagából egy unicumszamba sorolható esetet ismertettünk. *Thoracopagus parasiticus* és *omphalokele congenita* volt egy csecsemőbetegünknel egyidejűleg jelen s mindkét fejlődési rendellenességet műtétilag *egyidejűleg* sikerült rendbe hoznunk s a gyermek a legjobb egészségi állapotnak örvendett s teljesen normalisnak volt mondható a műtét után. Esetünk kórtörténete a következő:

M. Pál 1922 március 27-én született, második gyermek, normalis terhesség és szülés után. Anyai ágon nagyanyjánál kétszer ikerszülés. Lueses anamnesis nincs. Szülés után atyja azonnal kórházba hozta, mert almányi köldökzsinórsérve mellett, a bal mellkasából eredő, gyengébb medencéjű második pár alsó végtagja volt. (Lásd 1. ábra.)

Jelen állapot. Jól fejlett, 50 cm hosszú, 35 cm fej-, 33 cm mellkörfoggal bíró, 3160 g-os fiú újszülött. Bőre halvány rózsaszínű, szép piros, élénk színű nyálkahártyák. Teljes érettség jelei, jól fejlett herék a herezacskóban, körmök az ujjhegyeket elérik. Fejlett zsírpárna. A köldök helyén almanagyságú, 17 cm körfogatú, gyermektenyérynai, nagyalapú köldökzsinórsér, melynek szélére 1½ cm távolságig a has bőre reá húzódik, innen kezdve az amnialis burok fedi az omphalokelet. A sérv felett jobboldalt az 5 cm hosszú lekötött köldökzsinór-csonk, mely kisujnyi vastag. Az amnion burkon át a sérvtömlőt kitöltő belek és a felső jobb oldalon a máj sötétvörös

* Minden jog fenntartva.

színe tűnnek keresztül. A köldökzsinórból a középvonal felé egy fehéresen áttűnő köteg húzódik jól láthatóan az omphalokele burka alatt.

Az újszülöttel kocsányosan függ össze a kores ikermagzat, melynek rövid kocsánya az omphalokele felett egy 1 cm-re balra ered és a kores hasi oldalán a csípőtányér magasságában megy át belé. Az újszülött bőre megszakítás nélkül folytatódik a kores bőrébe, s a kores épp oly meleg tapintatú, azonos bőrszínű az újszülöttel. A kores hasi oldalával fekszik az újszülött bal oldalához, úgy, hogy elül a bal, hátul a jobb alsó végtag látható. A koresnek nincsen feje, nyaka, törzse, felső végtagjai is hiányoznak, van medencéje és a két alsó végtagja. Az újszülött alhasának jobb oldalán egy körülbelül diónyi, zsírdaganat tapintatú képlet van, amely felett egy kis appendix cutanea foglal helyet. A koresot a magzattal összekötő ujjnyi vastag kocsány egyrészt egy porcos, az utolsó borda porcával összefüggő, másrészt az omphalokele felé vezető kötegből áll. A kores genitalis táján borsónyi erectilis, kissé ráncos



1. ábra.

bőrrel fedett képlet látható, amelyen sem nyílás, sem behúzódnak ki nem mutatható, neme meg nem határozható. A farpofák közti barázda és analis nyílás nincs kiképződve. A combok a csípőízületben jól mozgathatók. A térdben derékszögben behajlított alszárok kinyújtása nem lehetséges, mérsékelt behajlítás keresztülvihető. Patellát baloldalt homályosan, jobboldalt nem tapintunk. A lábfők mozgása a bokaízületben szabad. Mindkét lábfőn öt jól fejlett, körömmel ellátott ujj van. A kores fejletlenebb a magzatnál, asymmetriás, jobb oldala a bal oldalnál valamivel satnyább. A koreson reflexek ki nem válthatók. Akaratlagos mozgást nem végez.

Méretetek:

Az újszülött végtaghossza	20,5 cm		
A kores		{j. o. 17 "	{b. o. 18,5 "
Újszülött combhossza	9 cm	kores combhossza	{j. o. 8 cm
			{b. o. 9 "
alszár ..	8,5 "	alszár ..	{j. o. 7 "
			{b. o. 7,5 "
talp ..	9 "	talp ..	{j. o. 6 "
			{b. o. 6,5 "
combkörfog	14 "	combkörfog	{j. o. 11 "
			{b. o. 12 "
alszár ..	11 "	alszár ..	{j. o. 5,5 "
			{b. o. 6 "

Az újszülött feje jól fejlett, fulesontok kissé a nyakszirtesontra tolódtak, nagy kutacsa rendes, ébrényi kutacsok nem tapinthatók. Tüdő, szív részéről eltérések ki nem mutathatók. Genitáliák jól fejlettek, máj megnagyobbodottnak tapintható és a sérv felé húzódó

alsó szabad szélét a nem érzékeny, nem feszes hasfalón át jól tapintjuk. Jó turgor, jó tonus. Vizelet és meconium normalisan ürül. Közérzet jó, hőmérsék 36 C°.

Műtét. Hét órával a szülés után, enyhe chloroformbódulatban (Kóós Aurél dr. magántanár). A sérvtömlő körkörös bemetszése után a burkot eltávolítva, a következő kép fekszik előttünk: Az alsó segmentumban vékony- és vastagbelek tömege — az újszülöttéi — fekszenek. A felső félben egy feltűnő nagy májrészletet látunk, amelynek bal felében egy lapos, mogyorónagyságú bemélyedés van, melyben és felett egy vékony- és vastagbél-conglomeratum található. E belek a többivel nem függnek össze, vak tasakban végződnek, így könnyen kiirthatók, kétségtelenül a korcs-iker fejletlen bélsystemájának fejletlen helyzékei. A máj bal fele akkora, mint a jobb fél, rajta két sajátságos barázdát látunk harántul lefutni. Az első, a jobboldali megfelel a magzati máj felfüggesztő szalagjának, a magzat kis epehólyagja pontosan alatta fekszik. A máj baloldali részletén a bél-conglomeratum mellett még egy kb. 1–2 mm széles felfüggesztő szalagnak és talán különös lefutású vena portaenak megfelelő, érrel ellátott köteget találunk, mely az ikerkorcs kocánya felé halad. Ennek alakötése-



2. ábra.

kor az ikerpár alsó végtagjai azonnal cyanosisossá lettek és elhidegedtek. Vérzéscsillapítás után nagy nehézségek után a megnagyobbodott májat az aránylag szűk hasüregbe reponálva, sűrű réteges csomós varratokkal egyesítjük a peritoneumot, fasciát, izmokat és bőrt. Ezek után az ikerkorcs kb. kisujjnyi kocányát körülmetszve, a kocány két vérerét alakötjük (a véretek 1,5–2 mm átmérőjűek voltak). A porcós részletet, mely az utolsó borda porcához húzódik, átmetszszük és vérzéscsillapítás után a sebzés helye felett a bőrt egyesítjük.

Az újszülött az aránylag hosszas beavatkozást jól tűrte, másnapig csak teát nyújtottunk neki.

Március 28-án teljesen láztalan, lefejt dajkatejet adunk, de röviddel a táplálás után azonnal mindent kihány. Súly 2650 g, közérzete eléggé jó. A táplálást óránként 1 kávéskanálny lefejt anyatejjel (24 kávéskanálnyit pro die) kíséreljük meg.

Március 29. Mivel minden szopás után hány. 3 óránként per rectum 30 g lefejt anyatejet rendelünk el. Közérzet jó, meconium, vizelet ürül. Óránként 1 kávéskanálny anyatejet továbbra is adunk.

Március 30-án kevesebbet hány, spontán egy sárgás színű tejszéklet, teljes jó közérzet, seb szépen együtt maradt, 2530 g testsúly. Erre áttérünk 2 kávéskanál óránként lefejt anyatej-adagra, mely mellett 3 óránként 40 g lefejt anyatejet is adunk rectalisan.

Március 31. Csaknem megszűnt hányás mellett emeljük az anyatejnek per os adott mennyiségét 3 kávéskanálnyira óránként. A rectalisan adott tej mennyiség megmarad. Közérzet jó.

Fokozatos javulás, a gyermeket pár nap múlva már kiadósabban lehet táplálni és április 10 óta, anyja a kórházba kerülve, a csecsemőt mellre helyezzük, azóta rendszeren szopik s gyarapodása kielégítő.

A tizedik napon teljes, per primam gyógyulás. Elboesájtjuk.

A csecsemő egész június végéig, tehát négy hónapig, igen jól fejlődött, július végén megbetegszik s intoxicatio alimentaris tünetei között 24 óra alatt exitál.

Boncleleténél a következőket találtuk (Johan Béla dr. egyetemi magántanár):

A belek a hasüreg falához vannak növe, épp így a máj elülső felszíne is. A processus xiphoideus igen hosszú, porcós, és alsó vége beleterjed a műteti seb által okozott bórdudorba. A mellkas megnyitáskor a bal tüdőnek három, a jobb tüdőnek négy lebenye van. Jobboldalt az alsó lebeny levált, felső része alkotja a negyedik lebenyt. A szíven semmi rendellenesség nincsen. Thymus és a lép közepesnél kissé nagyobb, tüszői alig látszanak. Vesék és mellékvesék a rendesnél szintén nagyobbak. A vese kéregállománya igen halvány, agyagszerű, szürkés színű. A jobb vese kissé nagyobb a balnál. A máj bal lebenye igen nagy. Jobb lebenye alig nagyobb végeredményben a balnál, bár harántirányban a jobb hosszabb, magassági irányban azonban a bal nagyobb. A ligamentum falciforme hepatis környékén igen erős összenövések vannak, ugyanígy a belek között is alig szétválasztható összenövések. A bél hossza 3½ m. Ebből a vastagbéltre fél méter esik. A vékonybél általában szűk, kivéve a kezdeti, kb. 120 cm-nyi részét, mely a hüvelykujjnál tágabb. Az epehólyag a máj alsó felszínén harántirányban fekszik s mintegy 5 cm hosszú.

A kórbonctani és kórszövettani leírása a korcsnak, valamint a hasüri szerveknek (I. kórbonctani intézet. Budai professor) a következő:

Leoperált epigastricus parasiticus (lásd 2. ábra). Formalinban keményítve kaptuk vizsgálatra a parasitát, mely két jól fejlett alsó végtagból áll, amelyek a medencének megfelelően találkoznak egymással. A medencétől felfelé csak egy nagyobb diónyi, gömbölyded képlet van, melynek baloldalán kb. ½ cm hosszú, közepén cérvanékonyoságúra elvékonyodó nyélen, főt-borsónyi, szemölcszerű képlet ül. Jobboldalt alul pedig a leoperálási helynek megfelelően csomk látszik, melynek átmérője mintegy 1 cm. A csomk bórrel van fedve, mely alatt laza kötőszövet van és ennek belsejében ovális, 3×4 mm átmérőjű porcós képlet található, mely a gömbölyded dudorba folytatódik. A parazita felszíne a talp és a lábát kivételével igen finom, átlag ½ cm hosszú lanugóval van borítva. A keményített készítményen a csontokat áttapintani igen nehéz, mindamellett annyit konstatálhatunk, hogy a medencének megfelelő rész, amelynek két oldalán spináknak megfelelő képleteket lehet érezni, igen szűk. A két spinának egymástól való távolsága 35 mm. Végbélnyílás nincs. A két farpofa között crena ani sincs. Ez az egész terület domború és rajta csak a közepén, kb. a végbélnyílás helyének megfelelően kölest befogadó besüppedés látszik. A két comb közötti hajlatban hosszúkás, 17 mm hosszú s átlag 4 mm vastag, oldalról összenyomott borékszerű képlet van, mely mintegy 10 mm-re emelkedik el a hajlat bőréből. E képlet harántirányú ráncai emlékeztetnek a borék bőrére.

A leírt, a medence felett elhelyezkedő puha képletet sagittális irányban a medencével együtt feleztük. Ekkor kiderül, hogy a tapintható medence-csontnak megfelelő csont harántirányban elhelyezkedő, belsejében vörös csontvelőt tartalmazó csontból, részben pedig porcból áll, melynek közepén lencsényi nyílás van. A haránt csontlemez oldalt folytatódik egy darabon. Előtte lent a kismedence van, mely mintegy ¼ datolyamagot befogadó gödör képében mutatkozik.

A kívülről leírt, medence felett elhelyezkedő dudor zsírszövetből áll. Zsírszövet tölti ki a medence-csont előtt levő területet is. Az előbb említett félgömbölyű képlet belsejében egy 2½ cm hosszú, porcból álló, lécszerű alakulat van, amelynek felső végén előugró, a capitulum humerit utánzó poredudor foglal helyet. Alsó vége a műtét helye felől látható és fentebb leírt ovális átmetszetű porcrész. Hosszmetszeten e képlet két részből tevődik össze, a felső rész 18 mm-nyi, az alsó mintegy 15 mm-es. A kettő között izületszerű rés látszik. A műteti területen keresztül erek lépnek be a zsírszövetbe, még pedig két vastagfalú, mintegy ceruzabél vastagságú ér közel egymás mellett, amelyek a középvonalban

a kismencede felett anastomizálnak és innen tovább ágakat adnak, melyek a combok zsírszövetében vesznek el. A középen a kettő között venászerű, puhafalú lapos ér van. A medenceporctól a felső porcig számos kötőszövetes szalag húzódik. A felvágott comb bőre alatt vastag zsírréteget látunk. Ettől színbelileg kissé eltér egy réteg, amely a zsírszövettől fasciával van elválasztva, a formalinos készítményen is kissé rózsaszínűbb, de szintén főleg zsír- és kötőszövetből áll csupán. A felvágott femur distalis epiphysisében csontmag nincs. A felvágott alszár bőre alatt a csontig csak zsírszövet látszik.

Az ugyancsak vizsgálatra kapott bélconvolutum a következő részekből áll: egy mesenteriumon lógó, erősen kanyargós lefutású, mintegy 10 cm hosszú bélrészletből, amely egyik végén vakon végződik, másik végén valamivel vastagabb (előbbi lúdtollnyi, utóbbi ennél valamivel több) bélrészletbe megy át, amelynek kezdetén mintegy 10 mm hosszú appendixszerű képlet ül. Ezen bélrészletnek ugyancsak erősen kanyargós, kb. 12 cm hosszú kezdeti része elég hosszú mesenteriummal bír, a vége felé ez a mesenterium igen rövid lesz és különösen rövid e bélnek a következő, 3 cm hosszú, majdnem kisujnyi darabján. Ez a bélrészlet is vakon végződik, miután előbb egy spargavastagságú, kb. 1½–2 cm-es részletbe ment át. Ennek szomszédságában két kölesnél nagyobb, egy lencsényi és egy ennél még nagyobb ovalis képletet látunk. A belekben fehéres, sűrű massa van.

Fentebbi leírásból kiviláglik, hogy esetünk egy *omphalokelével* párosult *thoracopagus parasiticus* eset volt a régi nomenclatura szerint. Mai ismereteink és nomenclaturánk értelmében az esetet *nem thoracopagus*-nak, hanem *epigastrius*-nak kell neveznünk, mert a mai elnevezési módon *thoracopagus*-nak csak oly torzképződményt nevezünk, amelynek *feje és szíve* is van. Mienknél mindkettő hiányzott.

Az *epigastrius*ok azon csoportjába illeszthető az eset, amely a *Schwalbe*-féle beosztás II. csoportjába tartozik. A *Schwalbe*-féle beosztás I. csoportjába tartoznak azok, amelyeknél az autosita és a parasita a köldökzsinórral vannak összekötve. A II. csoportba azok, ahol az autosita és a parasita között közvetlen összeköttetés van és a parasita testrészek jól felismerhetők. A III. csoportba tartoznak a daganatszerű, különböző szövetekből összerótt parasiták, szorosan vett teratomák és végül a IV. csoportba tartoznak azok, hol a gazdag egyénbe a kóros voltaképpen belénőtt daganat (*Mischgeschwulst*) képében van jelen. A mi esetünk a rendes *epigastrius* esetének felel meg és nem a ritkább fajtának, amennyiben a köldök felett tapadt. Az állatoknál inkább a köldök alatti tapadást látjuk, ez azonban embernél vajmi ritkán lehetséges, ilyenkor *dipigus parasiticus*-ról (*duplicitas asymmetros ventralis infraumbilicalis*-ről) szólunk.

Arra a kérdésre, hogy egy, avagy két petéből fejlődött-e a torz, feleletet adni nem tudunk, mert ezt a kérdést csak a placenta megvizsgálása után dönthetnénk el a placentát, sajnos, nem láthattuk.

Esetünk két okból érdekes:

1. ritkaságánál fogva,
2. mert műtétileg az élet számára meg volt menthető.

THERAPIA

Tojásolaj mint kenőcsalapanyag.

Irta: Beck Soma dr.

A bőrbetegségek gyógyítására való törekvésünkben ma is túlnyomóan a tapasztalatra vagyunk utalva. Amikor vegyszerekkel sikerül a bőrön lefolyó patológiai folyamatokat befolyásolni és meggyógyítani, voltaképpen csak nagyon homályos fogalmaink vannak arról, hogy micsoda kölcsönhatások, micsoda fizikai, kémiai és biológiai erők játszanak közre, amelyek a kóros elváltozásokat a normalis physiologiai állapotba vezetik vissza. Gyulladásellenes kezeléssel, a felszívódást elősegítő kezeléssel, adstringensek alkalmazásáról, fekélyes folyamatoknál a sarjadást élénkítő, hámosodást megindító kezeléssel stb. beszélünk, anélkül,

hogy mindez többet jelentene, mint a gyakorlatban bevált, alkalmazni szokott anyagok klinikailag észlelhető eredményeinek konstatálását. De hogy miféle mechanizmus vagy miféle chemismus útján hatnak szereink, e rejtélynek megoldásától ma még távol vagyunk s tekintve a bőrbeli folyamatoknak s az alkalmazott vegyi anyagok egymásrahatásának rendkívül komplikált voltát, a kérdés minden részletének megoldására egyelőre nem lehet sok reményünk. Történtek ugyan kísérletek különböző gyógyszereknek a bőrre gyakorolt kémiai és biológiai hatásainak felderítésére, amelyek jelentős eredményekre is vezettek, de távolról sem mértették ki a vizsgált anyagok hatásmódjának egész complexumát. Amit e téren megtudtunk, azt úgyszólván kizárólag *Unna* úttörő munkásságának és tanítványainak köszönhetjük. Általa tudtuk meg, hogy a gyógyszerek egy csoportja, és pedig a legfontosabb anyagokat felölelő, a bőr oxygenjének elvonása által, mint redukáló anyagok hatnak, mások oxydatív folyamatokat indítanak meg s hogy úgy a reductio, mint az oxydatio a sejteknek más és más elemeihez vannak kötve. Ezek a hatások bizonyára csak egy részét alkotják a redukáló, illetőleg oxydáló anyagok befolyásának. Emellett a bőrre alkalmazott gyógyszerek hatásának feltételei egy csomó lényegtelennek látszó körülménytől is függenek, amelyek megismerésére megint csak a tapasztalat tanított meg. Ezek a körülmények az alkalmazás módjára vonatkoznak. A legtöbb esetben fontosabb az, hogy *hogyan* alkalmazunk egy szert, mint az, hogy a rendelkezésünkre álló hasonló hatású szerek közül melyiket alkalmazzuk. Nagy különbség van aközött, hogy ugyanazt a szert hasonló koncentrációban vizes, olajos, vagy alkoholos oldatban, emulsióban, kenőcsben, pastában vagy hintőpor alakjában visszük-e a gyógyítandó bőrfelületre. Sőt még tovább kell mennünk a részletezésben, mert még a hasonló összeállítás, pl. kenőcsös alapanyag minősége is lényegesen befolyásolhatja a terapia sikerét. A különböző zsíros anyagokból összetett kenőcsök közül igen soknak megvan a maga általános, sőt adott esetben *egyéni* indicatioja. Hogy csak egy-két példával illusztráljam a mondottakat, elég arra utalnom, hogy például az arcon és a csecsemők bőrén nem célszerű az ásványi zsíradékoknak, a vaselinnek alkalmazása, mert izgathat; vagy pl. a száraz, ichthyosisra hajló bőrre legjobb vívőanyagok az állati zsírok: disznózsír, eucerin, lanolin, faggyú vagy ezek keverékei, de különösen az eucerin.

Az évtizedek során felmerült és még mindig szaporodó alap- és vívőanyagoknak nagy száma leginkább bizonyítja, hogy még mindig törekszünk hatószereinknek minél alkalmasabb közvetítő mediumot találni.

Folyékony, olajos consistentiájú állati eredetű zsíradék — a csukamájolajat kivéve — a dermatoterapiában eddig egyáltalában nem szerepelt. Pedig ennek előnyei az általánosan használt növényi olajokkal szemben könnyen elgondolhatók. Bizonyos, hogy az állati sejt által termelt, vagy assimilált olaj nem képvisel annyira fajidegen anyagot az emberi szervezettel szemben, mint a növényi olajok s ez a származásbeli rokonság az állati zsíradékoknak kiváltságos helyzet biztosít a bőrgyógyászatban. A gyakorlatban bizonyítja ezt azon körülmény, hogy a legkényesebb bőrre számtalan kozmetikai szerekek főalkotórésze úrvszólván kivétel nélkül a cetaceum, az ugyanezen célokra szintén alkalmas egyéb állati zsírokat, disznózsírt, faggyút és csukamájolajat részint könnyebb avasodó képességénél, részint kellemetlen és nehezen fedhető szagánál fogva nem alkalmazzák. De a szorosan vett bőrgyógyászat is akárhány példáját szolgáltatja az állati zsíroknak bizonyos esetekben való fölszárnyát a növényi vagy ásványiakkal szemben. Egyszerű gyulladásos, vagy ismételt gyulladásokra hajló bőrfelületeken pl. a jó minőségű tiszta csukamájolaj sohasem fogja a bőrizgalom legesekélyebb jelét sem kiváltani, míg a növényi olajokról nem állíthatjuk ugyanezt, sőt tudjuk, hogy egyikét-másikat gyulladásos területeken csak a legnagyobb elővigyázat mellett alkalmazhatjuk. A kukoricaolaj, a napraforgóolaj, amelyeknek használatára a nálunk nem honos növényekből készült olajoknak (olivabogyó, sesammag) a háború alatt és azóta is megnehezített behozatala miatt voltunk utalva, igazán csak kényszerű pótszereknek bizonyultak. Külső alkalmazásuknál igen gyakran gyulladást okozó vagy fokozó bőrizgalmat okoztak, befecskendezések alakjában pedig, mint pl. az oldhatatlan Hg-sók vívőanyaga, olyan fájdalmas beszűrődéseket hoztak létre, amit a beteg napokig megsínylelt. A koz-

metikában, ahol pedig az olajoknak jelentős szerep jut, teljesen hasznavehetetlenek.

A fentiekben bizonyára sokak által tapasztalatból ismert, de — úgy vélem — nem fölöslegesen összefoglalt tényeket soroltam föl, abból a célból, hogy egy eddig kiterjedtebben még alig használt állati olajjal, a tojásolajjal való kísérletezést, illetőleg ennek a bőrheterapiába való bevezetését megindokoljam.

A tojásolajat, mint a gyárilag előállított, az utóbbi években nagyon elterjedt *tojasliqueur* készítésénél fennmaradó mellékterményt kaptam kézhez. Nagy reményekkel láttam hozzá a vele való kísérletezéshez; s ha ezek nem is minden téren valósultak meg, ma több mint kétévi, bár időnként megszakított munka után bebizonyosodott, hogy a tojásolajban egy, a dermatoterapiában kitűnően felhasználható anyaggal rendelkezünk.

A tojásolaj, ahogy én kézhez kaptam, sötétbarna színű, sűrűn folyó, frissen teljesen átlátszó, amelyből pár napos állás közben egy fehér csapadékyszerű tömeg válik ki. Emelyletően fűszeres szagáról ítélve, a kapott olaj nagy mennyiségben tartalmazza azokat a szagosításra és ízesítésre használt illó olajokat, amelyeket a liqueur-gyártáshoz használnak; van benne ezenkívül elég nagymennyiségű alkohol is. Az olaj közelebbi vegyi vizsgálatát dr. Grooh Gyula főiskolai ny. r. tanár és dr. pharm. et med. *Andriska* egyetemi magántanár urak voltak szívesek vállalni, akiknek ezért e helyütt is köszönetet mondok.

A tojásolajról a Biochemisches Handlexikon (*Abderhalden*) III. kötetében a következő fontosabb adatok olvashatók: a tojásolaj a tojás sárgájában fordul elő. A keményre főtt tyúktojás sárgájából sajtolás vagy oldóanyagokkal való kivonás útján nyerhető. A tojás sárgája mintegy 20% olajat tartalmaz, de az irodalmi adatok szerint magasabb értékek is előfordulhatnak (25–30%). A tojásolaj sárga színű, állás közben kristályok válnak ki belőle. Közösleges hőmérséknel vajszerű consistenciájú.

A tojásolaj állandói a Biochemisches Handlexikon szerint: fajsúly (15–20° C) 0.9144–0.9156, jódszám: 68.5–81.6.

Grooh a neki vizsgálatra átadott anyagban a fajsúlyt 0.9181-nek, a jódszámot 76.0-nak találta.

Andriska vizsgálatai szerint egy másik próba adatai a következők:

fajsúly: 0.914 (15° C);
olvadási pont: 20.0° C;
fagyáspont: 9.0° C;
refractio 40° 68.5 (Zeiss-féle vajrefractometer);
szappanszám: 180.0;
Reichert-Meissl-szám: 0.45;
jódszám: 74.0.

E fizikai és kémiai állandók szerint a tojásolaj legközelebb áll bizonyos fajta csukamájolajhoz (*Andriska*).

A vizsgált anyagban lecithin (phospor) nem volt kimutatható s a benne levő csapadék mikroszkopos vizsgálata nem mutatott kristályos szerkezetet (*Grooh*).

A rendelkezésemre bocsátott olaj alkalmazhatóságának előfeltétele a szagtalanítás volt. Az *Andriska* által végzett nagyszámú kísérlet, melyeket itt részletesen ismertetni fölösleges volna, ez irányban teljes eredményre nem vezetett, de sikerült mégis annyira csökkenteni és fedni az olaj émelyítő aromás szagát, hogy ez most már állandó használatnál sem válik kellemetlenné. A benne foglalt alkoholtól pedig vízfürdön való melegítés segítségével könnyen megszabadítható, ugyanezzel azonban a szagot csökkenteni egyáltalában nem sikerült.

Első kísérleteim arra irányultak, hogy megállapítsam, van-e a tojásolajnak az egészséges és beteg bőrre olyan akár kedvező, akár kedvezőtlen hatása, amiből alkalmazásának indiciója, illetőleg korlátai megállapíthatók. E célból hosszú időn át vízfürdön kezelt olajat normalis, majd különböző acut és chronikus gyulladásos bőrtünetekre felkenettem (acut erythemák, ekzema acut eruptiós szakában, salvarsandermatitis). Az ép bőrön soha sem subjective, sem objective oly elváltozást nem okozott, amit bárcsak a legesekélyebb fokú izgalmi tünetnek lehetett volna magyarázni. E tekintetben a legérzékenyebb pigmentanyagú női arc- és kézbőr épp úgy viselkedett, mint a kevésbé reakcióképes sötétebb bőr. Kis mennyiségei a bőr felszínén könnyen eldörzsölhetők, a felületet szaruréteg könnyen felveszi és behatása alatt a bőr felszíne lágy, simulékony, síma tapintatúvá válik. A lobos bőrre felkent olaj hasonlóan indifferens hatásának bizonyult, amennyiben a gyulladásos tünetek

fokozódása klinice észlelhető sohasem volt. Hogy még pontosabban megállapíthassam a szövetekre való hatását, néhány egyének intramuscularisan és subcutan adtam 1–3 g-nyi mennyiséget. Az injectio helyén semmi olyan elváltozás nem lépett fel, amely valamilyen helyi reactio kifejlődésére engedett volna következtetni, pir vagy duzzanat, beszűrődésre valló tömörség legkisebb foka sem volt észlelhető. Fájdalmat egyáltalán nem okozott. Ilyen körülmények között bátran használhattam föl a tojásolajat kenőcsök készítésére. A megbízott gyógyszerészt kétféle tojásolajos kenőcs készítésére kértem meg. Az egyik a hivatalos unguentum emollientis mintájára készült s az *ovounguentum* neve alatt kenőcs-alapanyag gyanánt használható mindazon esetekben, amelyekben az unguentum emollientis rendeljük. A másikat úgy állítottam össze, hogy lehetőleg nagy mennyiségű folyadék felvételére is alkalmas legyen. Mivel pedig a tojásolaj magában vizet egyáltalán nem vesz fel, bizonyos arányban eucerinum anhydricummal kevertettem, amelyhez kb. 25% vizet, illetőleg 5%-os bórsav-, vagy más oldatot adtam. Ez az *ovounguentum refrigerans*. Mind a kétféle kenőcsöt nagyszámú, többé-kevésbé kiterjedt gyulladásos bőrbajokban szenvedő betegnél kipróbáltam, minden tekintetben kielégítő eredménnyel. Az *ovounguentum* alkalmazásának próbaköve azok az egyszerű erythemák és gyulladásos folyamatok, dermatitisek voltak, amelyek tapasztalataink szerint a zsíros kenőcsöket egyáltalán nem jól tűrik, mert felkenésükre subjective erősebb fájdalom vagy égés érzése, objective az enyhe gyulladásos tüneteknek az exsudatióig való fokozódása szokott fellépni. Igaz, hogy e tekintetben az eddig használatos zsíros kenőcsanyagok sem viselkednek egyformán. Láttunk papulás dermatitiseket felélénkíteni és nedvedzővé válni igen jó minőségű bőrvaselin alkalmazására s midőn ezt viaszos-paraffinos kenőccsel cseréltük fel, a felélénkült gyulladás ismét csökkent. Hisz éppen erre vonatkozik az alapanyagok helyes megválasztásának bevezető soraimban említett fontossága.

Az *ovounguentum*nak acut hyperaemiás vagy akár nedvedzésig fokozódott lobos bőrtüneteken való alkalmazása az esetek túlnyomó többségében a folyamatos enyhüléséhez vezet.

Helyikimelés szempontjából el kell tekintenem részletes kórtünetek közlésétől. Ezt annál könnyebben tehetem, mert az eredmények majdnem egybehangozón kedvezők voltak, de mégsem hagyhatom megemlíteni nélkül, hogy kifejezett nedvedzéssel járó, az ekzematizációig fokozódott salvarsandermatitis több esetében az *ovounguentum refrigerans*sal (aqua plumbicéval) különösen jó eredményeket értem el. Akinek alkalma volt salvarsandermatitist kezelni, tudja, hogy milyen nehéz ezt az universalis ekzémához hasonló elváltozást kedvezően befolyásolni s főleg hogy hetekig tartó időszakok alatt az ilyen beteg bőre kenőcsös kezelést nem tűr. Az *ovounguentum* e tekintetben kivétel, ezt nemcsak subjective jól tűri a beteg, de szemmel láthatóan kedvezően is befolyásolja a makacs gyulladást. Megtörtént azonban, hogy a bőr gyulladásos tüneteinek kezdeti gyors javulása után a *ovounguentum* használatával mellett néhány nap múlva stagnatio, sőt esetleg a bőrpirosságának fokozódása következett be. Vannak olyan egyének, akiknek bőre általában vagy időszakonként, pl. bőreruptiók idején a normalisnak látszó bőrtüneteken is a zsírokat rosszul tűri. Olyan egyéneknél történt ez, akiknek — ha szabad ezt a kifejezést használnom — *zsírérzékeny* bőrük van. Ezeknél egyszerűen félbe kell szakítanunk minden kenőcsös kezelést és borogatásokra vagy rázókeverékek alkalmazására kell áttérnünk s ezt folytatnunk mindaddig, amíg a zsírerzékenység meg nem szűnik, ami az acutabb tünetek lezajlása után igen gyakran be szokott következni. Ez időpontban óvatosan ráterhetünk a kenőcsös kezelésre.

Ez a zsírerzékenység az *ovounguentum*mal szemben úgy látszik kisebb fokban van meg és csak több 8–10–14 napi alkalmazás után lép föl, de sohasem annyira, hogy a bőr gyulladása nedvedzésig fokozódott volna.

Az *ovounguentum* tehát, mely az összes használni szokott hatóanyagokkal keverhető, alapanyag gyanánt használható mindazon esetekben, ahol súlyt helyezünk lehető enyhe, igazán indifferens vivőanyag alkalmazására. Hogy pedig egy, a tojásolajból készült, bőrápolásra alkalmas, puhító és védő kenőcs mint kész praeparatum álljon rendelkezésre, célszerűnek látszott ezt 5% bórsavval keverve *ovounguentum cosmeticum* néven forgalomba hozni. Mindazon esetekben pedig, amelyek-

ben nagyobb víztartalmú hűsítő kenőcsöket tartunk helyénvalónak, az *ovounguentum refrigerans* tesz kitűnő szolgálatot. Az utóbbi rendelésénél csak azt kell megjelölnünk, hogy bórsavoldatot, ólomvizet, Burow-oldatot stb. óhajtunk-e a kenőcsbe incorporálni (Rp. Ovounguent. c. aqua borie. 3%, vagy c. aqua plumbi, vagy c. liquor. alum. acet.).*

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK A GYAKORLATBAN

A diabetes mellitus diatézis kezelése.

A klinikánkra újonnan felvett diabetikus beteget rendszerint az első két napon vegyes diatézisre állítjuk, vagyis változtatás nélkül azt kapja enni, amit a többi, diatézis kezelésre nem utalt beteg és eközben pontosan gyűjtjük a vizeletét. A második nap reggel éhgyomorral vért veszünk a vércukormeghatározáshoz és ugyanakkor vizeletet vizsgálunk a 24 órás vizeletmennyiségből.

A vércukor meghatározása azért fontos, mert a glykosuria nem mindig a hyperglykaemia következménye, hanem *renalis* eredetű is lehet és ilyen esetben a diatézis kezelés elrendelése vagy folytatása céltalan. Viszont csekély cukorkiválasztás mellett is lehet a hyperglykaemia nagyfokú, amikor is étrendi előírásunk sokkal szigorúbb lesz, mint azt a glykosuria mértéke indokolta tenné.

A vizeletvizsgálati leletből tájékozódunk: 1. a glykosuriáról: milyen cukorfeleség okozza, mennyi a napi cukorkiválasztás; 2. az acidosisról: fokozott-e a vizelet ammoniatartalma, van-e és mennyi acetone, kimutatható-e acetecetsav is és 3. van-e benne egyéb káros alkatrész is, amelyek közül a diatézis szempontjából főleg a fehérje érdekli.

A vizelet- és vörizsgálat után az első feladatunk az lesz, hogy az esetleges acidosis eltüntessük, ha pedig nincs acidosis vagy már megszűnt, a hyperglykaemiát szállítsuk le normalisra és tegyük ezáltal a beteget lehetőleg cukorkommentessé. Ezután következik a tolerancia meghatározása a quantitativ diatézis segítségével és ennek eredményéhez képest olyan étrend előírása, amellyel a beteget hosszú időn át az elérhető optimumon tarthatjuk.

A klinikánkon alkalmazott diabetes-diatézist a következőképpen lehet csoportosítani:

Qualitativ diatézis.

I. Az acidosis csökkentő hatásúak, azáltal, hogy

1. a ketontestek alkatelemeit nélkülözik: az éhezónapok;
2. sok szénhidrátot juttatnak a szervezetbe: zablisztnap, veteménylisztnap (Falta), és egyéb szénhidrát napok.

II. A hyperglykaemiát leszállító és a toleranciát javító hatásúak:

1. éhezónapok;
2. szénhidratmentes napok;
3. főzeléknapok (enyhe és szigorú alakja):
a) főzelék — sok zsír (Petrén),
b) főzelék — zabliszt (Naunyn).

Quantitativ diatézis.

III. A tolerancia meghatározására és egyéni, optimalis diatézis összeállítására:

1. a szénhidrátfelvétel szabályozása;
2. a fehérjefelvétel szabályozása;
3. a testsúlyhoz viszonyított optimalis fehérje, szénhidrát és zsírból álló diatézis összeállítása (amerikai diatézis).

1. Éhezónap.

Az acidosis csökkenthetjük akkor, ha a táplálkozásból kizárjuk mindazon tápanyagokat, amelyek a ketontestek képződéséhez szükséges alkatelemeket tartalmaznak. Ilyenek mai tudásunk szerint: a zsírok és a fehérjék, illetőleg az aminosavak. A háborús táplálkozásnak az acidosisra való jó hatását ezen tápanyagok hiányának lehet tulajdonítani, a caloriamegszorítás mellett. Ezen alapszik a diabetesis terápiájában az éhezónapok rendelese, mely felé főleg az utóbbi években fordult ismét az érdeklődés.

* A kenőcsöket adott előírásaim alapján a Hunnia-gyógyszertár VII. Erzsébet-körút 56. készíti.

Az éhezónap szabályos előírása szerint a beteg az egyik nap ebéde után és a következő egész napon át harmadik nap reggelig, sőt délig, táplálékot nem vesz magához, ami 36 órás, esetleg 48 órás éhezésnek felel meg.

Az emberi szervezet aránylag hosszú ideig képes éhezni, ha szomját közben korlátlanul csillapíthatja. Az első 12–14 órában igen kínzó éhségérzet lép fel, ami heves fájdalomig fokozódhat, majd 6–8 óra múlva lassanként csökken. Ha táplálék nem juthat a gyomorba, a fájdalmat csillapítani lehet forró italokkal, meleg borogatással, tartós nyomással a gyomortájjra, pl. hasonfekvéssel, dohányzással stb. A gyógyszer közül az ópium és kokainnak van jó hatása. Az éhezést jobban lehet elviselni ágyban fekvő, ezért éhezónapon a betegnek ágynyugalmat rendelünk és a fájdalom első perióduson luminal vagy veronallal segítjük át.

A heves éhségfájdalom megszűnésével fáradtságérzés, levertség jelentkezik, amely egészen az apathiaig fokozódhat, további feladatunk lesz tehát ezen kellemetlen közérzet enyhítése. Erre legjobban azon anyagok felelnek meg, amelyeknek fáradtságérzés-csökkentő távolhatásuk van. Ilyenek a *hús extractiv anyagai*, az *alkaloidokat* tartalmazó *élvezeti szerek* és az *alkoholos italok*.

Ezen élelmiszerekre az a jellemző, hogy jóformán semmi tápértékük nincsen, az élvezeti értékük viszont aránylag nagy. Az éhezéssel járó kellemetlen közérzetet leginkább az étkezéssel járó élvezet képes csökkenteni és ezért éhezónapon minden törekvésünk oda irányuljon, hogy a fogyasztandó italok élvezeti értékét lehetőleg fokozzuk.

Az élvezeti értéket 1. változatossággal lehet növelni; italoknál ezt a legegyszerűbben hőmérsékletváltoztatással érhetjük el. Különbséget teszünk forró, meleg, hideg, jégbehűtött és fagyasztott italok között. Minden italnak meghatározott optimalis hőmérsékete van, amelynek fogyasztása aránylag a legnagyobb élvezettel jár; a legtöbb ital különböző hőmérséketen adva különböző anyagnak tetszik. Színből és szagban változatosságot festőanyagban gazdag és aromás fűszerekkel, mint vanília, fahéj, gyömbér, székfűszeg stb. érhetünk el. Az aromás festőanyagok közül a citrom- és narancshéjat, gyümölcskivonatokat, vagy mesterséges likőraethereket lehet felhasználni. Consistentiában változatosságot az italoknál fagyasztással, fagyalttá való készítéssel érhetünk el.

Az élvezeti érték növelésére szolgál 2. az ízesítés. Az éhező leginkább a savanyú íz után vágyik, amit rendszerint citromlével, ritkábban aromás boreccetel szoktunk kielégíteni. Saccharinnal édesített citromléből limonade-ot készíthetünk, amit vagy forrón, vagy hidegen adhatunk. Mivel a célunk főleg az élvezet időtartamának a meghosszabbítása, ajánlatos az édes aromás, hideg italokat kortyonként vagy szalmaszálakon át fogyasztani, mert így kevesebb anyaggal tovább tartó élvezetet szerezhetünk. A limonade-ot megfagyaszttva nyerjük a citromfagyaltot. A citrom vagy narancs levéhez hasonlóan használhatunk fel olyan gyümölcsleveket, amelyeket vagy éretlen, kevés cukortartalmú gyümölcsből nyertünk vagy pedig a cukortartalomtól erjesztéssel megfosztottunk.

Édes ízű italokat diabetikusok számára leginkább saccharinnal készíthetünk, amely apró tablettákba préselve vagy mint kristályos por kerül forgalomba. Az előbbi 110-szer, az utóbbi 450-szer édesebb a cukornál. Igen jó cukorpótszer a krystallose is.

A sós íz utáni vágyat hús-extractivanyagok nyújtásával elégíthetjük ki a legjobban, gondoskodva ezzel egyúttal a szervezet konyhasósüszékletéről is. A heves éhségfájdalom megszüntetésére igen jó hatású egy tányér forró húseles, amelynek magas hőmérsékete a fájdalmat csillapítani, volumene pedig az üres gyomrot egy időre telíteni képes. Erősebb és gyorsabb hatást érhetünk el erőlevessel, consomméval, igen töményen juttathatjuk be az extractivanyagokat, ha a húsból palackbouillont vagy beeftea-t készítünk. Az előbit csészében találjuk, az utóbbiakat pedig kávéskanálanként fogyasztják.

A bouillon fontossága éhezónapnál nemcsak az élvezeti érték nagyságán alapszik, hanem fáradtságérzés-szünetítő, élénkítő és üdítő távolhatásán is. Hasonló célra az *alkaloida-tartalmú élvezeti szerek*, mint a kávé és a tea, is felhasználhatók. A megpörkölt és porrá őrölt kávébab hatóanyagai vagy infusum vagy decoctum formájában vonhatók ki; az előbbi

készítési mód főleg Németországban használatos, nálunk a töményebb decoctumot kis csészében fogyasztják, rendszeren forrón. Éhezőnapnál többször adhatunk belőle naponta, készítésénél pedig ügyelnünk kell arra, hogy pótkávé ne kerüljön belé, mert az szénhidrátot tartalmaz. Excitans hatását lehet cognac-kal vagy rummal fokozni.

Tea-forrázatot is különböző töménységben készíthetünk. Az egyszerű tea csészénként 5 g tealevél 5–8 percig tartó extrahálásával készül, ennél hígabb a szamovártéa, erősebb az orosz-tea. Ízesíteni a teát saccharinnal, citromlével vagy rummal szoktuk. Bár leginkább forrón fogyasztják: igen kedvelt hűsítő ital, főleg nyáron, hidegen, jégbehűtve, sőt fagyalttá szilárdítva is.

Külön csoportot képviselnek az éhezőnap táplálkozásánál az *alkoholos italok*, amelyek az alkohol kitűnő excitans, éhségcsillapító és közérzetjavító hatása következtében a diabetes diatézis terápiájában különben is nagy szerepet játszanak. A legnagyobb változatosságot ezek közül a borokkal lehet kifejezni, már aszerint is, hogy fehér- vagy vörösbort, nehezet vagy könnyűt, asztali vagy palackbort használunk fel. Éhezőnapon annyi bort adhatunk, amennyit a beteg kíván, rendszeren fél és egy liter között naponta. Inkább az alacsony alkoholtartalmú, de nagy aromájú, bouquet-jú borokat adjuk, a nehezebbeket hígítva. A betegek a bort éhezőnapon nem szívesen fogyasztják natívan, hanem inkább valami módon elkészítve, pl. igen kedvelt elkészítési móddal készül a fűszerekkel és saccharinnal ízesített forralt bor. A jégbehűtött boritalok között a bowle és a borsortet említhető meg.

Szeszpárlatokat általában nem szoktunk rendelni, hanem teába, kávéba, boritalokba ízesítésre használjuk fel. Hígított szeszpárlattal készült forró italként adhatunk esetleg grogot vagy punchot.

Intenzívebb és gyorsabb alkoholhatást érhetünk el, ha az alkoholos italba szénsavat keverünk, mert az alkohol a gyomorból szénsav jelenlétében gyorsabban szívódik fel. A *szénsavas italok* élvezeti értéke is nagyobb, mert fogyasztásuk közben a száj nyálkahártyájára rakódott és ott szétpattant szénsavhólyagocskák erős fűszerekhez hasonló, kellemesen izgató hatást fejtenek ki. Ezért már a közönséges vízhez adott szénsav mint ízesítő fogható fel és ezen alapszik a szódavíz vagy a szénsavval telített ásványvizek üdítő, frissítő hatása. Bort vagy gyümölcslevet szoktak velük hígítani és erősen lehűtve fogyasztják.

Mint az elmondottakból látjuk, az éhezőnapot *ivónapnak* lehet felfogni és ezért összeállításához étkezési idők szerint beosztott étrendi előírást nem is lehet tulajdonképpen adni, annyira függ az a beteg állapotától és kívánságaitól. Az éhezőnapot általában jól tűrik, különösen a könnyebb és intelligensebb betegek, nervosus, türelmetlen és kényes egyéneket pedig gyakran kell szóval buzdítani kitartásra. Míg amerikai szerzők, mint főleg *Allen*, egy-két hétig is éhezettnek, mi nem szoktuk az éhezést két, legfeljebb három napnál tovább egyfolytában rendelni.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Sebészet.

Gonorrhoeás eredetű ostitis cystica a lábtőben. *M. J. Fiolle* (Marseille). (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 1923. 49. köt. 26. sz.)

Negyvenhároméves asszony, négy gyermek anyja, hirtelen heves fájdalmakat kapott a jobb bokáján. A háziorvos, kikérdezve a férjet, meg tudja, hogy annak friss gonorrhoeája van. A fájdalmak 38° körüli lázzal makacsul fennállanak, tizenötöszi vaccinációra sem enyhülnek. A betegség negyvenegyedik napján készített Röntgen-felvétel nyilvánvaló ostitist, csonttritkulást mutat a harmadik cunei ormében, a harmadik medialis lábközepcsont proximalis végében és a sarkcsont elülső felszínében. Az ötvenedik napon végzett szúrásapólas kevés véres folyadékot eredményez. Ennek vizsgálata: sok vörösvértest, igen kevés gény, elszórt lymphocyták, fertőző mikroorganizmusok hiánya. Szerző mégis gonorrhoeás ízületgyulladásról beszél, mert véges fertőzésre gondol és műtétet végez a betegség ötvenharmadik napján. Lábháti metszés a lábtő fölött, a lecsupaszított, törekeny, likacsos csontrészek kikaparása, a szilványi üreg részleges kitöltése nyeles izomlebbennel. Bár ez csak az üreg felét tölti ki, a sebet elsődlegesen zárja filiformis drainnel. Ezt kiveszi a harmadik napon, varratkiszedés a tizedik napon, per primam

gyógyulás, a tizenharmadik napon beteg sáját lábán távozik. A kikapart csont szövettani vizsgálata ostitis rarificans cystica képét mutatja, sarkomára utaló jel nem volt.

Valkányi dr.

Duodenumból műtétilag eltávolított idegentest két esete. *Coville* (Orleans). (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 1923. 49. köt. 26. sz.)

Nyolcéves fiú tompahegyű szegét nyelt. A háromszor megismételt Röntgen-átvilágítás szerint a szeg az ágvéki gerincoszlop jobb oldalán volt rögzítve. Ezért két héttel a baleset után műtét, median laparotomia, melynek alkalmával a szeg a duodenum harmadik részletében, igen mélyen tapintható. A mesocolon transversum alatt a peritoneumot bemetszve, nagynehezen sikerül a mindig elugró szegét a bélfalam át ércsípőbe fogni és a szomszédságban a bélben 2–3 mm-nyi kis nyílást készítenie, azon át kihúzni. A nyílás elvarrása két rétegben, a fali peritoneum zárása. A hasfal teljes bevarrása két rétegben, per primam gyógyulás.

Tizenhároméves leány nagy, üvegfejű tűt nyelt. Többszöri átvilágítás a tűt ferdén a gerincoszlop előtt mutatja. A fokozódó hasi fájdalmak miatt két nappal a baleset után műtét. A cseplesz és a haránt vastagbél felemelése után a bélfordor gyökerénél a hashártyán piros terület tűnik fel, ennek közepéből a tű, melynek feje a duodenumban bennakadt, szabadon mered a vékonybélkacsok közé. A tűt, mely éppen a flexura duodenojejunalisnál, már hashártyától borított alsó végénél fúrta át a duodenumot, kis mészest eljuttatva a bélben, a nyíláson kihúzza. A bél zárása dohányszacskóvarrattal, felette serosa-varrat. Drainage nélküli hasfalzárás, sima gyógyulás. — Az első esetben az szolgált műtéti javallattal, hogy a túlhoszú szeg két hét alatt sem tudott magától áthaladni a flexura duodenojejunalison. Itt a műtét a terület mélysége és a tompa test folytonos elcsúszása miatt nehéz volt. A második, hegyes idegentest eltávolításánál természetesen sürögő volt a műtéti javallat, a műtét kivitele pedig igen könnyű.

Valkányi dr.

A Schridde-féle rákos haj-, ill. szőrszájakról. *H. Friedrich*. (Münch. med. Wochenschrift 43. sz. 1321. o.)

Schridde szerint rákos megbetegedéseknél a halántékon, szemöldökön, bajuszban, szakállban (tehát a napfénynek kitett, haj-, ill. szőrzet borította területen) a betegség foka szerint több-kevesebb merev, a többi haj-, ill. szőrszájaknál vastagabb, matt-fekete, serteszerű szájakat találunk. E haj-, ill. szőrszájak jelenléte szinte feltétlenül bizonyító rákra.

Strümpell azt állítja, hogy gyomorrákosok később őszülnek, hajuk öreg korukban is vagy megtartja eredeti színét, vagy még sötétebb lesz, csak helyenként jelentkeznek őszes területek.

Friedrich száz rákosbeteget s néhány száz egészségesen szerzett tapasztalata alapján mindkét véleményt tévesnek mondja. Vizsgálata szerint a Schridde-féle rákos haj ill. szőrszájak egészségeseknél is ugyanolyan arányban jelentkeznek s jelenlétük oka nem a rákban, hanem az illető területet ért különböző izgalomban keresendő.

Pernyész dr.

Urologia.

Általános tapasztalatok ötven insulinnal kezelt diabeteseset kapcsán. *Prof. C. v. Noorden* és *Prof. S. Isaac*. (Klinische Wochenschrift 1923. október 22.)

Ötven, már előzetesen hosszabb-rövidebb ideig diatézis módon kezelt betegeknél 20–30, súlyosabb esetekben 60–90 egységnyi insulint adagoltak. Az individualisan keresztyült diatézis kezeléssel kapcsolatban a főtételezések előtt adagolt insulinnal sikerült a vizelet és vér cukortartalmát kedvezően befolyásolni még olyan betegeknél is, akik előzőleg nehezen voltak egy bizonyos elviselhető állapotban tarthatók. Pár esetben a kezdődő comát is sikerült visszafejleszteni.

Borza Jenő dr.

Vizeletvizsgálatok purinszegény táplálkozásnál, különös tekintettel a köszvényproblémára. *Prof. P. H. Steudel*. (Klinische Wochenschrift 1923. szept. 3.)

Két egészséges fiatalember vizeletét vizsgálta purinszegény táplálkozás után s azt találta, hogy a bél baktériumflorájának és az ezzel kapcsolatos erjedésnek nagy szerepe van a köszvényes megbetegedésekben. A belekben a nucleinbázisok vagy bőséges purintartalmú táplálkozás esetén, vagy pedig purinszegény táplálék élvezete után, az emésztőnedvek útján halmozódnak fel. A bekerült nucleinbázisokat a belekben végrehemő erjedés megbontja és azok kikerülnek. Ha ez a bontás nem történik meg, úgy felszívódás útján, mint húgysavképző anyagok elárasztják a szervezetet. Ha ez a felszívódás hosszabb ideig tart, úgy táplálkozási alapon kifejlődik a köszvény. A bél baktériumflorája az oka annak, hogy ugyanolyan táplálkozás mellett az egyik szervezet megbetegszik köszvényben, a másik nem. A karlsbadi életmód is a baktérium-flóra megváltoztatásával a belekben végrehemő nucleinbázisok bontását segíti elő stb. A fentiekből következik, hogy a húgysavas dia-

thesisnél és köszvényénél nem a húgysavoldószerek használata, hanem a nucleinbasisok nagyobb mértékű felszívódásának megakadályozása, illetőleg elkerülése — azoknak az emésztőcsalatornában való felbontása által — a fontos.

Borza Jenő dr.

A pars prostatica nemgümőkóros természetű szűkületei. G. Pretorius. (Zeitschrift für Urologie 1923. 3. 129. oldal.)

A pars prostaticában kifejlődött szűkületek többnyire bizonyítottan nemgümőkóros eredetűeknek. Két megjelenési alakját különbözteti meg: az egyik tályogok következtében, a másik tisztán beszűrődéssel és hegesedéssel fejlődik ki. Egész közel feküdvén a hólyag záróizomzatához, igen kifejezett tüneteket okoznak, noha 22—25 Charr.-nél nem szűkebbek. Mindkét változatnál a kórismét az urethroskop segítségével állapítja meg. A tályogból származóknál a megoldás külső húgycsőmetszés segítségével történik, hogyha az egész pars prostatica nincs túlságosan átszöve tályogokkal és hegekkel, amikor is a rendszeres tágitás helyénvaló. A másik formánál az urethroskop gyűrűszerűen kiemelkedő körkörös heget mutat és súlyos retentiók léphetnek fel. A megoldás csakis műtéti lehet és hasonlóképpen a külső húgycsőmetszés mutatkozott a legcélszerűbbnek, ahonnan a heget a legjobban és legbiztosabban tudta minden esetben átmetszeni és így a legkedvezőbb eredményeket elérni.

Adler-Rácz dr.

Idegentestek a hólyagban. I. P. zum Busch. (Zeitschrift für Urologie 1923. 3. 150. oldal.)

Négy esetet közöl, melyeknél onania céljából bevezetett idegen testeket távolított el gátmetszéssel a hólyagból. Mind a négy beteg férfi volt és az idegentest két esetben ceruzának, egy esetben 23 cm hosszú fűszálnak és egyben 13 cm hosszú búzakaralásznak bizonyult.

Adler-Rácz dr.

A vese egyensúlyozottságáról. (Renal counterbalance.) Frank Hinman. (The Journal of Urology 1923. 4. sz.)

A vese, működő elemeinek pusztulásakor meglevő rezerverejével pótolja egy ideig a veszteséget. Ha ez már nem elég, úgy compensatorikus hypertrophia fejlődik. A rezerváló potenciális erő, lassú igénybevételnél többet bír ki, mint hirtelen. Szerző kísérleteit 400 patkányon végezte. Egyoldali ureterligatura után a másik oldalon compensatorikus hypertrophiát talált. A nem operált vese átlag 20—30 nap múlva érte el növekedésének maximumát, ami a normalis nagyságnak körülbelül húsz százalékát tette ki. Az inaktivitási atrophia fellépését ureterocystoneostomia- és ureteroduodenostomia-műtétekkel tanulmányozza. A két vese normalis működése periodikusan változó, de hosszabb ideig figyelve, összmunkájuk egyforma. Megkülönbözteti a functionalis compensatiót az anatómiaiától, utóbbi lassan fejlődik ki s néha csak évek múlva lesz teljes. Complet compensatio alatt érti, ha az egyik vese képes kettőnek munkáját elvégezni, ha ez nincs meg, úgy partialis compensatiót tételez fel. Utóbbinak oka az lehet, hogy a compensatorikus hypertrophia kifejlődése késik vagy nincs rá szükség, mert a másik vese is eleget dolgozik. Vesedecompensatio forog fenn, ha a compensatorikus állapotok elégtelenek ahhoz, hogy a vese úgy működjön, mint működőképessége tetőfokán. Klinikai következtetései: egyoldali vesebetegségnél ajánlatosabb a beavatkozás még abban a stádiumban, mikor az anatómiai compensatio még nem teljes. Kétoldali, illetve kétszakaszos veseműtéteknél a második műtéttel nem kell túlsóka késlekedni, mert nem operált oldalon inaktivitási atrophia léphet fel.

Minder.

A funiculus spermaticus torziója. Keyes-Collings-Campbell. (Journal of Urology 1923. 6. sz.)

Ritkán látott kórkép. főleg azért, mert nehéz a diagnosisa. A tünetek többnyire heregyulladás vagy trauma kórképét mutatják. Hét esete kapcsán a baj okát a hereleszállás tökéletlenségében vagy a here fokozott motilitásában találta. Többnyire 15—23 év közt jelentkeznek. A hőmérséklet nem oly magas, mint epididymitisnél. A fájdalom eleinte nem nagyon heves (többnyire hirtelen mozgás után lép fel), de néhány óra múlva fokozódik, illetve eltűnik, ha fellépett a heregangraena. Utóbbi — amit kutyáknál kísérletileg is bizonyított — 48 óra múlva már fellépett. Ezért csak korai diagnosisa és korai műtét vezet eredményhez. Műtétül a torsio megoldása után a herének a scrotumhoz való levárást ajánlja.

Minder.

Színes szűrő alkalmazása cystoskopiánál. (Zeitschrift für Urologie 1923. 17. kötet, 7. füzet.)

Egy kék gelatineoldat felkenésével elkészített üvegfiltert ajánl, melynél a normalis hólyagnyálkahártya halványzöld, az erek feketéknek látszanak. A rendes cystoskopiánál már tovább nem differenciálható, egymásbafolyó színárnyalatok, megkülönböztethetőkkelé válnak, így diffus hyperaemiát mutató területek érezettségé láthatóvá lesz, tumorok a gyulladásos elváltozásoktól jól elkülöníthetők sőt, az ureterszájadékot figyelve, a vizelet zavarossága is előbb tűnik szembe, mint a filter nélküli cystoskopiánál. Indigo-carminos próbánál a kék vizelet megjelenését sárga filleren figyeli meg.

Minder.

Szülészet és nőgyógyászat.

A placenta-anyagokról és a méh motorikus működéséről. Theodor Franz. (Monatschrift für Geb. u. Gyn. 1923. LXIV. kötet, 1—2. füzet.)

A méhlepény élettani szerepével foglalkozó újabb irodalmat áttekintve megállapítja a szerző, hogy a kialakult felfogás szerint a lepeny nemcsak az anyagszere közvetítője az anya és a magzat közt, de az a terhesség alatt átveszi a petefészkek működését is, anyagszere-termékei az emlők és a nemiszervek erősebb fejlődését idézik elő s nagy szerepük van a szülés megindításában. Placenta-kivonattal végzett saját kísérletei kapcsán, melyeket részletesen ismertet, megerősíti, hogy a lepeny lipoidjai a méh fejlődését tényleg előmozdítják; azonban a méh motorikus működésére lényeges befolyást nem gyakorolnak, úgyhogy a szülés megindításánál ezen lipoidok felszaporodásának tulajdonított döntő szerep nem igazolható. Hasonlóképpen egyéb lepeny-kivonatanyagok, mint az aminek, sem működnek ily értelemben. A terhesség megszakadásával egyidejűleg a méhben lejátszódó motorikus folyamatok kiváltásában ezen anyagok mellett valószínűleg anorganikus ionok is közreműködnek, esetleg egyéb mirigytermékek (hypophysis, mellékvese, stb.) mellett.

Kovács dr.

A yohimbin mint galactogogum. Hugo Nölle. (Zentralblatt für Gyn. 1923. 45. sz.)

A szerző az állatorvosi gyakorlatban ilyen célból már alkalmazott yohimbint. Kipróbálta az olyan esetek egész sorában, amelyekben az összes tejelválasztást fokozó eljárások — gyakoribb szoptatás, massage, diathermia, az emlők kiszívása, sajáttej-injectiók, hypophysis-kivonat injectiója — csődöt mondtak. Egy eset kivételével összes eseteiben (statisztikai adatokat nem közöl) kitűnő eredményeket ért el. A kezelést a szülés utáni második hét végén kezdte (amikor már a hypogalactia kétségtelenné vált), az első napon 0.005 g yohimbin-hydrochlor. (Spiegel) subcutan injectiójával s a következő napot kezdve 0.01 g-mal folytatta 4—7 injectióig. Kellemetlen mellékhatásokat nem tapasztalt. Eredményei alapján a szer alkalmazását melegen ajánlja.

Kovács dr.

Gyermekegyi megbetegedések szülés előtt kezdett és szülés előtt nem kezdett trichomonas-colpitisek eseteiben. O. Gragert. (Monatschrift für Geb. u. Gyn. 1923. LXIV. kötet, 1—2. füzet.)

A trichomonas vaginalis nem olyan ártalmatlan parasitája a hüvelynek, mint sokan vélik, mert jelenléte a hüvely genyes váladékában a vele symbiosisban élő bakterium-flora virulentiájának emelésével közvetve a genitális csatorna súlyosabb megbetegedéseit okozhatja. A gyermekegyi morbiditás genyes trichomonas-fiúor fennállásánál sokkal nagyobb, mint egyébként (több mint kétszerese a normalisnak); még sokkal inkább növekszik e szám az ily esetekben végzett belső vizsgálatoknál s műtéti beavatkozásoknál. A megfelelő kezelés útján, mely a hüvely többször ismételt 1%-os sublimat-fürdőjéből s utána 10%-os borax-glycerinnek a hüvelybe való befecskendezéséből áll s amely kezelés a graviditás alatt semmiféle káros következménnyel nem járt, sikerült az ilyen esetekben is a gyermekegyi megbetegedések számát a normalisra leszállítani.

Kovács dr.

A leucocytosisnak és a vörösvérsejt-süllyedés gyorsaságának diagnosztikus jelentősége méhenkívüli terhességnél. O. Gragert. (Zentralblatt für Gyn. 1923. 45. sz.)

A greifswaldi klinika anyagán végzett erre vonatkozó vizsgálatok eredményei a következőkben foglalhatók össze: Véréssel nem járó méhenkívüli terhességeknél — ha nincs lobos complicatio — a fehérvérsejt-szám normalis; belső vérzés eseteiben néha — de nem következetesen — posthaemorrhagiás leucocytosis lép fel. Tubaris abortusnál, de még inkább tubarupturánál nő a vörösvérsejtek ülepedési gyorsasága, és pedig a vérzés nagyságával körülbelül arányos mértékben. Tubaris abortusok differentialis felismerése lobos, subcutan vagy acut adnex-tumorokkal szemben, az esetek egy részében lehetségessé válik a fehérvérsejt-szám és a vörösvérsejt-ülepedés gyorsaságának megállapítása által: tubaris abortusnál ugyanis a hyperleucocytosis hiányzik (bár a néha itt is fellépő posthaemorrhagiás leucocytosis tévedést okozhat), az ülepedés gyorsulása mindkét esetben megvan. Mindenesetre az ülepedés erős gyorsulása élettani fehérvérsejt-szám mellett lobos folyamatok, perforatiós peritonitis stb. ellen és tubaruptura mellett szól és így e két tényező meghatározása kellő kritikával jól értékesíthető a méhenkívüli terhesség diagnosizálásánál.

Kovács dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A narcosis és a műtéli előkészületek kézikönyve.
Kühl Walter. (Fordította: Bugyi István. 343 oldal. Budapest, 1923. Franklin-Társulat kiadása.)

Két főreszre tagolva az elsőben a fájdalomcsillapítási módszereket tárgyalja, a másodikban a műtőhelyiség és műszerek előkészítését, valamint a műtőnéne munkakörét írja le. A fájdalomcsillapításnak két módját: a belehelési és befecskendezési érzéstelenítést különbözteti meg. Az előbbire, az altatásra használatos szereknek és használatuk javallatainak, illetve ellenjavallatainak ismertetése után az altatás veszélyeit veszi sorra, részletesen tárgyalva az ellenük irányuló óvrendszabályokat, a betegnek altatás előtti megvizsgálását s előkészítését. A narcosis ezen főkérdéseit rövid pontokba tömörítve, túságosan széttagolva tárgyalja, ami az egység szempontjából nem válik a mű előnyére. Többek közt érthetetlen, miért kerül az agyhártyagyulladás és hashártyagyulladás prophylaxisa az altatás néhány szövödményének óvrendszabálya közé. Az altatás gyakorlati kivitelének ismertetését az egyes szerekre külön-külön adja, részletesen tárgyalva az altatás szövödményeit. Az asphyxia leküzdésére melegen ajánlja az általa ismertetett fogást, melyet magyarul, elterőden a fordító kifejezéseitől, ellentétben az állatörvösökkel, állatfordításnak lehetne nevezni.

Ezután a befecskendezési érzéstelenítésre tér át. A helyi érzéstelenítésre használatos szerek tulajdonságait, veszélyeit, a szükséges oldatok előállítását, a műtőhelyiség és műszerek előkészítését írja le. Az érzéstelenítési technikáját egyes gyakoribb példák mutatják be; amelyek közt ismét helyi érzéstelenítést és kábítást különböztet meg.

A harmadik fejezetet a narcotikus szerek befecskendezésével előidézett kábítóműtési ismertetése foglalja el, különös tekintettel a scopolamin-bódításra. Az érzéstelenítés ezen általános fejezeteit a szülészeti érzéstelenítés különleges javallatainak és technikájának ismertetése egészíti ki.

A második részben a műszerek csirtalanításával foglalkozik és gyakorlati útmutatást ad különféle műtétekhez használni szokott eszközök összeállítására. A továbbiakban a varrótűket, a fehérnemű csirtalanítását, a kéz és műtői terület fertőtlenítését tárgyalja, végül ismertet a műtéli előkészületekhez szükséges szereket és ezeknek beszerzési forrásait.

A könyvben a műtői lelkénységben résztvevők mindegyike megtalálja a maga ismereteinek szintjéhez mért értékes útbaigazítást és így nem a szerző egyéni, hanem a kitűzött cél túlzott méreteinek hibája a sokszor népies hangnem; mert lehetetlen különböző igényeket kielégítő tárgyalási módokat egyetlen könyvben összeegyeztetni. Bizonytal e törekvésének eredménye pl. a helyi érzéstelenítés fogalmának alábbi meghatározása: „A helyi érzéstelenítés az öntudat megőrzése mellett bizonyos gyógyszerekkel, kiváltképpen a novocainnak — a cocain egyik pótszerének — bőr alá vagy véredénybe fecskendezése útján előidézett helyi érzéstelenség”. Nagyon gyakran bocsátkozik ismétlésekbe, pontokat félbeszakít, majd ezekre később néhány szóval megint visszatér. A javallatok és ellenjavallatok felállításánál néhol kissé bizonytalan véleményei olykor határozatlanul subjektívek. Értékes fejezetei a munkának azok, amelyekben a varrótűket, eszközök csirtalanítását tárgyalja, noha itt is túlságosan terjengősen foglalkozik minden lehető módszerrel ahelyett, hogy bizonyos meghatározott és bevált módszert megemlítve, ezek lényegére helyezné a fősúlyt, annál is inkább, mert mind-ezen módszerek lényegétől eltekintve azok kiviteli módja intézetenként úgyis más és más.

Feltétlen elismerés illeti a fordítót azért, hogy került az idegen szavakat a magyarosságra törekedett. Ha a német orvosi irodalom valamely magasabb színvonalú ilyen irányú művét fordítja le, fáradságos munkáját kétségkívül teljes siker koronázta volna.

Szombati.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 16-i ülése.

Elnök: Hutya Ferenc.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás:

1. Adler-Rácz Antal: Mélyreható fekélyes húgycső-folyamat műtéttel gyógyult esete. 29 éves férfibetegnél 4 hónap óta fennálló, a húgycső nyálkahártyáján a külső húgycsőnyílástól hátrafelé kúszó és húgycső körüli beszűrődésekkel járó, erősen fájdalmas folyamat, mely minden kezeléssel dacol. A renyhe sarjakkal és lepedékkel borított, roncsolt elülső húgycsőnek kikaparására és az ugyanilyen elváltozásokat mutatót scrotalis rész feltárására, időleges urethrostomia perinealis alkalmazása mellett, majd a húgycső secundaer összevarrására gyógyult.

2. Safranek János: Homloküregi pyokele esete. 57 éves földmunkásnak több éve bal belső szemzugában folyton növekedő daganata keletkezett, mely szemét eltolta helyéről s látási zavarokat okoz; 15 év előtt egy ökör szarvával orrtövére dőtte. A bal belső-felső szemzugban diónyi, ép bőrrel fedett, fluctuáló térfogatnagyságú volt látható, mely a sin. front. orbitalis fala felől indul ki, nyomásra megkisebbithető, de teljesen el nem tűnethető. A bal szemgolyó előesve, lefelé és laterális irányban dislocálva van. Endonasalis lelet: baloldalt a középső orrjárat felett az orrüreg laterális fala kissé előredomborodik; a ductus nasofrontalisba sondával bejutni nem lehet, genyes váladék az orrban nincs. Röntgen-lelet: a bal orbita sötétebb, mint a jobb s a bal rostralabyrinthus és sin. front. helyén kisalmányi összefolyó homály. Szemészeti lelet: baloldalt diplopia, szemfenék ép, látótér szabad. A térfogatnagyságát megpungálva, sűrű, zöldes-sárga, zsírszemcséket mutató genyes váladékot nyert, mely avirulensnek bizonyult. A túa hiányzó orbitalis fal helyén át a homloküregbe jut. Diagnózis: a homloküreg alsó falát usurált pyokele sin. front. Az extranasalis radicalis műtétnél a Killián-féle ívmetszésből kiindulva, közvetlenül a fedő lágyrészek alatt a felső-belső szemzugban jókora diómekkoraságú, vaskos tömlő domborodott elő, mely az orbita lágyrésztartalmával szívosan összenőtt, míg fölfelé a margo supraorbitalis és elvékonyodott széle alatt közvetlenül a homloküregbe ment át, laterális irányban az incis. supraorb.-on túl 2 cm-nyire, medialis irányban a középvonalig terjedt. Kiparaparálás közben a tömlő beszakadt és belőle mintegy 5 evőkanálnyi szagtalan genyes váladék ürült. Tovább kifejtve a tömlőt, kiderült, hogy az egyenes folytatása a homloküregbe kibélelő, duzzadt, megvastagodott nyálkahártyának, melyet excochleál. A homloküreg maga igen nagy kiterjedésű, cerebralis falán, a középvonalhoz közel, ujhegyet befogadó, kerek, éles-szélű hiány van, mely helyen a dura szabadon fekszik. A homloküregben tetemes genygyűlem volt, melyet az üregt kibélelő nyálkahártya tömlőszerűen burkolt be s mely a homloküregt nagy mértékben kitágítva s ennek orbitalis falát teljesen elpusztítva, usurálta a rostacsont papírmézet is, elnyomva a rostasejteket. Az elzárt ductus nasofrontalist átbökve s az orr felé széles communicatiót létesítve, a kitakarított üregt jodoformgáz-zel tamponálta, a borsebet egyesíti. A gyógyulás simán haladt, a bulbus dislocatiója és a látási zavarok megszűntek. E kóralak igen ritka. Az irodalom mindössze 181 esetről tesz említést.

3. Mutschenbacher Tivadar: Gyermekkori akut vakbélgyulladás kapcsán kocsánysavardott petefészek-tömlő operált esete. A 12 éves, még nem menstruáló, egyébként maturitas praecoxot mutató leányon a második vakbélgyulladásos roham harmadik napján hirtelen súlyos peritonealis tünetek léptek fel a Douglas teljes ledomborításával, melyek miatt azonnali műtét vált szükségessé. Typusos Mac-Burney-féle rostélymet-széssel történt behatolás után a hasüregből bűzös, zavaros savó ürül, az injeciát, erigált processus vermiformis a resectio után az empyema képét mutatta. A kismencedéct teljesen kitöltötte egy beékelt, a jobb ovariumból kiinduló, kocsánya körül 3-szor dugóhúzószzerűen megcsavarodott cysta, mely vérrrel volt tele és fala kezdődő nekrosist mutatott. A cysta kiluxálása után szabályos ovariotomia. A hasüregt rivanollal kimosva, a Douglas-üregbe drain helyeztetett. A torsio mechanizmusának magyarázatára ennél az esetben a Sellheim-féle rotatiós theoria nem alkalmazható. A csavarodást megindíthatta a Payr-féle haemodynamikus theoria értelmében a kocsány vizsereiben keletkezett pangás és thrombosis, de a cysta elhalásához és kismencedébe való beékeléséhez szolgáló erőt a Küstner-féle elmélet értelmében az appendicitis kapcsán fellépett kólikák és a kifejlődött meteorismus adta. Bemutató hangszíjlozza, hogy a műtét úgy ennél az esetben, mint más súlyos szövödményes vakbélgyulladásos esetben kivétel nélkül az izomzat átvárása nélkül végezhető, ami nagy előnyt biztosít a későbbi hasfali sérvkeletkezése ellen.

Lohstein Leó: 14 éves leánynál appendicitis tünete miatt (defense, 38.5 láz, hányás) a roham 48-ik órájában laparotomiát végzett. Has megnyitása után kékesen áttűnő, kétalkölnyi terimenagyságú domborodást talált, mely a kismencedéből kiemelkedett. Kiluxálás után kocsány-csavarodott cystának bizonyult. Az appendicet felkerve, ez retrocecalis fekvésű, erigált, belővelt, fibrin lepedékkel fedett volt, tehát appendicitis kombinálódott ovarialis cystatorsióval. Valószínűnek tartja, hogy

az appendicitis a roham elején fellépő fokozott peristaltikával aetiologiai momentum gyanánt szerepelt a torsio létrejötténél.

Előadás:

1. Raisz Dezső: *A melaena neonatorum pathogenesiséről.* Egész terjedelmében kerül közlésre.

2. Simicska Gábor: *A nemspecifikus therapiáról. különös tekintettel az ízületi megbetegedésekre.* Azon sokoldalú hatás közül, amelyet a parenteralisan bevitt fehérje a szervezetre gyakorol, legfeltűnőbb a fehérjeanyagcsere befolyásolása. Fehérjeinjektio hatására az állandó fehérjekiválasztásra beállított szervezetben fokozott, a bevitt N-mennyiséget felülmúló fehérjekiválasztás indul meg, ami csakis a szervezet saját fehérjéjének, saját sejttálmányának a bontásával magyarázható. A fehérjebontás középpontjában, legalább az egészséges szervezetnél a máj áll, kisebb mértékben az izomzat. Ezekben fokozott fermentatív folyamatok indulnak meg, melyek a sejttálmány bontásához vezetnek. A vörsejtek quantitativ viszonyainak a megváltozását szintén a máj megváltozott funkciójával hozzák összefüggésbe. A legkülönbözőbb sejtsystemák működésének a fokozódása, az autonóm idegrendszerben előálló tonusingadozások, a szervezetnek a mérgekkel szemben való reakcióképességének a megváltozása, a diuresis fokozódása, a vérnyomás csökkenése, a véralvadás fokozódása, a parenteralisan bevitt fehérje további hatásaihoz tartoznak. Valószínű, hogy a fehérjeinjektio hatására a megbetegedett góccokban ugyanazon folyamatok zajlanak le, mint egészséges organismusnál a májban és az izomzatban. Az egyes ízületi megbetegedéseknél a főcél olyan optimális ingerek alkalmazása, melyek a pathologikusan beállított egyensúlyi helyzetet megváltoztatják. Azon mélyreható elváltozás által, amelyet a parenteralisan bevitt fehérje, a sejt chemismusának a megváltoztatásával a szervezetre gyakorol, ez néha lehetséges. Feltűnő volt az arthritis chronicáknál az ízületek gyors mobilizálása. A hatás azonban physikalis faktorok alkalmazása nélkül működött. A különbség a csak physikalis faktorokkal és a kizárólagosan nemspecifikus injectiókkal kezelt esetek között az volt, hogy első esetben a javulást lassan, néha többször megismételt kúrálással érte el, de ez tartós volt, míg az utóbbi kezeléssel az egyes eseteknél ugyan gyorsabban jelentkezett, tartama azonban physikalis kezelés nélkül nem volt hosszú életű. Acut polyarthritist rheumaticákat nemspecifikus szerekekkel nem kezelt. Ha acut polyarthritist kapcsán a folyamat valamely ízületben mackacsul tartotta magát, az injectiók-kezelést csak az acut jelenségek teljes lezajlása után néhány héttel kezdte meg. A korán adott injectio a szunnyadó lobos folyamatot újból lánggra lobbantja. Idült arthritiseknél a dosirozásnál óvatossággal van helyén. „Irritabilis” arthritiseknél kicsiny, tapogatózó dosisok. Kifejezett általános és gócreactio után egy-két hetes pausa. Gyógyulni nem akaró eseteknél egy-két erőteljes általános reactio kiváltása (megfelelő erőteljes gócreactio mellett) különösen a fertőzőes eredetű reactióképes arthritiseknél jótékonyan hatott, míg az aseptikus eredetűeknél enyhe általános és gócreactio bizonyult optimálisnak. Kizárandók a nemspecifikus therapiából mindazon esetek, amelyeknél a szervezetben olyan idült lobos, megnyugodott góc van, melynek activálása a szervezetre veszedelmessé válhatna.

Gerlóczy Géza: Beszámol röviden a II. belklinikai beteganyagán tett tapasztalatairól. Előadóval szemben az erősebb általános reactio káros hatását vallja. Az alkalmazandó szer megválasztásában irányelv gyanánt éppen az erőteljes gócreactio mellett a minél csekélyebb általános reactio szolgáljon. Felemlíti, hogy a klinikán jelenleg kísérletek folynak egy dyskrasilitnek nevezett, lithium-natriocitricumból összetett kettős sóval, amelyet a kezelt közt lévő orvosi értesítések szerint eddig már számos ízületi betegségben szenvedő feltűnő sikerrel használt. Vizsgálatai szerint e só per os ugyanazt hozza létre, mint az egyéb ingeranyagok befecskendései, vagyis mint nemfajlagos sejtinger hat. A szert egyéb bántalmaknál — mint diabetesnél is a cukormentesítés siettetésére — állítólag eredményesen alkalmazták.

Reich Lajos: A dr. Szirmay vegyész által előállított só: Lithium carbon. 500, Acid. citric. cryst. 1 kg, Natr. hydroxyd. 500 g, továbbá 4 l alcob. abs. és 1 kg aetherből készült; egy betege hét hónapja használja teljesen eredménytelenül. Sőt mondhatnánk, folytonos rosszabbodás állott be. Most a nyolcadik hó után megkezdte nála a caseosan-injectiókat.

Bálint Rezső: Ő is hallott egy ilyen készítményről, amelyet Gerlóczy felemlített, amelynek neve tudtával liticit, s amelyet a diabetes gyógyszereként emlegetnek a privát praxisban. Ő ezt a klinikán kipróbálta, de semmi eredményt nem látott adagolásától.

Benczúr Gyula: Előadó azon mondását, hogy ízületi loboknál a nemspecifikus kezelés néha szemmel láthatóbb eredményt ad, mint a physikalis kezelés, de viszont az előbbivel elért eredmények állandóbbak, megerősíti. Őva int heveny ízületi loboknál az injectiók-kezeléstől, hogy a szokott módnál sokkal nagyobb mértékben kell ügyelni nemspecifikus injectiók therapia esetén az ellenjavallatokra, mert a reactio nemcsak ott áll be, ahol az orvos akarná, hanem ahol a szervezetben egy locus minoris resistentiae van. Látott appendicitist, Highmore-üreg-lobot, endocarditist, foggyenedést stb. fellobbanni nemspecifikus kezelés után; hát még hány beteg tuberculosus góc válhatik acuttá ily kezelés után! — de ezeket az eseteket nem közlik az orvosi lapok.

A Magyar Röntgen-Társaság II. és III. tudományos ülése a Budapesti Királyi Orvosegyesület kistermében.

1923 december 10.

Elnök: Gergő Imre.

Jegyző: Révész Vidor.

Bemutatás:

1. Polgár Ferenc: *Diagnostikus határesetek a törzs csontváznak röntgenológiájából.* I. Nyaki borda, mely az első bordával ízesül. II. Arthritis deformans esetei a felső bordák és háti csigolyák közti ízületek (artic. costotransversaria) területén, melyeknél az ízületi rés mellett létrejövő exostosisok a tüdőcsúcs vetületébe esnek és a tüdőbeli góccokkal téveszthetők össze. III. Cruvelhier-féle bordaösszecsontosodás a gerincoszlop mellett. IV. Ágyéki borda Strümpell-Bechterew-kór esetében, melynél az egyik oldali rudimentaer borda a csigolyával összenőtt harántnyúlványhoz hasonló, míg a másik oldali szabadon áll. V. Synostosis az V. ágyéki csigolya harántnyúlványai és a két csipőtaraj közt, mely arthritis def. talaján jött létre. Az elváltozás a ligam. ileolumbale eddig nem észlelt kétoldali elmeszesedésének felel meg. Egy második esetben ugyanezen elváltozást demonstrálja féldoldali megjelenésében.

Révész: Felemlíti azt a feltűnő tény, amit Alexander tanár fejlődéstani Röntgen-vizsgálatai idejében észlelt, hogy t. i. az abortus után világra jött embriókon aránytalanul nagy számban találta nyaki bordát, aminek a magyarázatát nem tudták. Az I. ágyéki csigolyánál sokkal gyakrabban lehet rudimentaer bordát találni, mint az ember gondolná, csak figyelmesen kell vizsgálni a vesefelvételeket. Bemutat három a bemutatéhoz hasonló bordafejlődési rendellenességet, melyek egyike tüdőcsúcsinfiltratum téves diagnózisára adott alkalmat.

2. Fischer Ernő: *Lueses oesophagus-strictura és diverticulum.* 40 éves igen lesoványodott férfi esete, ki évek óta étvágytalan, néhány hónap előtt heteken át fekete (véres) székletébe volt, amely miatt ulcus-kúrát tartott, fájdalmai nincsenek. Az oesophagus erősen tágult, mégpedig olyanformán, hogy alsó negyedében egy kb. ökölnyi tágulat látható, felső háromnegyed részlete pedig egyenletesen gyermekkarvastagságúra tágult és ezen részletben a falzatra egyenetlen foltokban tapad meg a bariumpép, a foltok szilvamagnyi nagyságúak és nagyobbak, a tracheabifurcatio nivójában datolyanagyságú. A cardián csak vékony sugárban és igen lassan nyomul át a bariumpép és csak 3 óra elteltével tölti meg a kicsiny, magasan az epigastriumban elhelyezett kampóalakú gyomrot, amely kissé lassú (4 1/2 órában) kiürülésen kívül egyéb elváltozásokat nem mutat. — Az oesophagusnak jelzett képe órák hosszat fennállott, még a tágult részlet kiürülése után is látható volt több apró recessus az oesophagus-falzathoz. Papaverines kontroll változtatlanul az előző leletet adta.

A betegnek lueses volt, a szájbán néhány plaque; a Wassermann-reactio két laboratoriumban végezve, egyformán erősen positiv volt; ezért az észlelt elváltozást lueses eredetűnek tartja.

Holitsch: Nem látja bebizonyítottak az elváltozások lueses eredetét.

Bárony: Ugyanazon a véleményen van és az elváltozást cardiospasmussal komplikált idiopathikus dilatationak tartja.

Előadás:

Weisz Armin: *A hólyagdiverticulumok Röntgen-diagnostikája.* A hólyag fejlődési rendellenességeinek legnagyobb csoportját a hólyagdiverticulumok alkotják. Két csoportra oszlanak: igazi és áldiverticulumokra. Igazi alatt értjük azokat az üregeket, melyek a hólyag ürével keskeny nyakon át közlekednek, ezek a hólyagfal egy részének kitágulása folytán jöttek létre és annak minden rétegét tartalmazzák. Az igazi diverticulumok fejlődési rendellenességek, melyek a hólyagfal egy bizonyos részének izomgyengesége folytán akár az intrauterin, akár a extrauterin életben jöttek létre, de az izomfal gyengesége, mint anatómiai praedispositio mindig veleszületett. A Röntgen-vizsgálat felvilágosítást ad a diverticulum helyéről, nagyságáról, alakjáról, számáról, a hólyaghoz s a környezethez való viszonyáról és ezenkívül útbaigazítást ad a therapiára és az esetleges műtéti beavatkozás módjairól. Ismerteti és kritikailag tárgyalja azokat a módokat és kontrasztanyagokat, amelyekkel a diverticulumokat vizsgálni szokták. Ő maga a 20%-os bromnatrium-oldatot használja és nagyon fontosnak tartja a cystoradioskopiát, vagyis az átvilágítással való vizsgálatot, amikor is a hólyagot úgy telődés, mint kiürülés közben vizsgálja. Az eljárást hólyagbeöntésnek nevezi. Felvételt csak az átvilágítás után csinál, amikor már megállapította, hogy milyen telődési foknál és milyen fekvésben kaphatjuk a legjobb tájékozódást. Szokott csinálni a ventro-dorsalis felvételeken kívül axialis felvételeket Sgalitzer szerint és frontális felvételeket is Lilienfeld szerint.

A diverticulumok sokszor borsónyiak, néha nagyobbak, mint maga a hólyag. Számuk is különböző, alakjuk is változó, sokszor kiöblösödő. Leggyakrabban a hólyagtetőn az urachus benyílási helyén vagy az ureter benyílásánál, az oldalsó falon vannak. Ritkábbak a mellső fal diverticulumai.

Felvételeket mutat be, egyes és többes diverticulumokról a hólyagtetőn és oldalsó falon, valamint úgynevezett ureter-diverticulumokról.

Felhívja a figyelmet a hólyagfalnak s a diverticulum falának pontos vizsgálatára; míg a hólyagfalon igen erős trabecularis rajzolat látható, addig a diverticulum fala egyes esetekben egészen simának és vékonynak látszik, miből arra következtet, hogy itt az izomréteg vékonyabb, mint a hólyagban, ami a veleszületett anatómiai praedispositio mellett a diverticulumnak az extrauterin életben való kifejlődésére utal, míg a vastagfalú, erős trabecularis szerkezetű mutató diverticulumok inkább intrauterin életben való keletkezésére vallanak és így a Röntgen-vizsgálattól a pathogenesisre is következtet.

Rothbart: Két felvételt mutat be egy 40 év körüli férfinak saját szerűen kétágra osztott hólyagáról. A ventro-dorsalis felvételen a hólyag harántul megnyúlt, szivaralakú, erősen jobbra nyúlik. Az axialis felvételen jól látható az egész hólyag két részre osztottsága egy ventralis és egy dorsalis fél, azonkívül a jobb oldali harmad bélkaesszerű hurkot képez, melynek convexitása hátrafelé tekint. Révész és Bíró hólyagdiverticulumokról készült felvételeket mutatnak be.

1924 február 4.

Elnök: Gergő Imre.

Jegyző: Révész Vidor.

Bemutató:

Engel Sándor: *Tyúktojásnyi meszes epekő.* 58 éves nőbeteg, 20 év gyomorbajosa. Icterus, kólikái sohasem voltak. Egy év előtt mellrák miatt megoperálták. A hasban tapintható igen mobilis, tyúktojásnyi, a jobb csípőtáji felett fekvő kemény tumor röntgenológiai solid, széli részletén igen tömött, centrumában kevésbé intenzív árnyékot adott. Ezen árnyék egy tojásnyi epekőnek felelt meg, az epehólyaghoz úgy a pylorus, mint a colon transversum fixált volt. A kő igen nagy volta magyarázza úgy az icterus, mint a kólikák hiányát. A beteg 1/4 év előtt máj- és vesecarcinómában elhalt. Sectio nem történt. Bemutató az epekővek felvételi technikájában a puha csövekkel történő, igen rövid idejű expozíciókat, továbbá a beteg hasfekvésben dorsoventralis sugárirányban való felvételét hangsúlyozza.

Előadás:

2. Schiffer Ernő: *Egy gyakrabban előforduló pleuritisforma radiológiai tüneteiről.* A szabad mellkasüregben előforduló pleuritis folyadékgyülemek, meglehetősen variabilis Röntgenképeket nyújtanak. Egyes

szerveknek, mint Assmannnak és Rachnak, feltűnt, hogy a folyadék néha a mellkasfal mellett igen vékony rétegben helyeződik el, magásra terjed fel és hogy az ily exsudatum-typus mellett néha (ha t. i. jobboldali esetről van szó), a felső és középső lebeny között úgynevezett interlobaris köteget észleltek. Bemutató 25 észlelt hasonló esettel beszámol ezen pleuritis-typusnak pontosabb radiológiai tüneteiről és igyekszik magyarázatát adni. Feltűnt, hogy ezen keskeny szalagszerű árnyékoknak, melyek feltűnően transparensnek és a mellkasfal mellett magásra húzódnak fel, éles és igen meredek határvonala van a légtartó tüdőmezők felé. Ezen határvonal erős légzési kitérést mutat, nevezetesen mély belégzéskor jóval megkeskenyedik, míg kilégzéskor szélesebb lesz. Mivel minden esetben, úgy jobboldalt, mint baloldalt interlobaris sávok voltak kimutathatók, melyek a mellkasi, illetve diaphragmalis felszín felé gyakran ék alakúan kiszélesednek. Felvehető, hogy a szabad pleuraüreg folyadékja az interlobaris rés folyadékjával kommunikál. Mély belégzéskor a folyadék a szabad mellkasüregből az interlobaris rés felé préselődhet és ez magyarázná az exsudatumárnyéknak belégzéskor való megkeskenyedését; illetve a folyadék visszaáramlása a kilégzéskor az exsudatumárnyék megnagyobbodását. Ezt látszik igazolni egyik esete, ahol a felső és középső lebeny között levő interlobaris sáv belégzéskor körülbelül 2–3 mm széles, míg kilégzéskor egy kis ék alakú széli résztől eltekintve, teljesen eltűnik. A szabad pleuraüregben levő karakterisztikus és az egyes esetekben egymással megegyező exsudatumalak azzal magyarázható, hogy a folyadék mintegy körülveszi az egyes tüdőlebenyeket, azokat egyenletesen comprimalja és így a folyadék elhelyeződése a tüdőlebenyek körül és között meglehetősen egyenletes rétegekben történik. A folyadékra alakmeghatározólag a rendelkezésre álló üreg és a folyadék súlya vannak befolyással, míg az egyes tüdőlebenyeknek különböző retractibilitása, a folyadék specialis elhelyeződésénél fogva, háttérbe szorul.

A betegség előrehaladtával az exsudatumárnyék intenzívebb lesz, főleg alsóbb részében szélesedik ki és ilyenkor a megszokott pleuritisárnyékok képét adja. A betegség folyamán a respiratorikus alakváltozása az exsudatumnak megszűnhet (ami valószínűleg az interlobaris résekkel való communicationnak elzáródására utal). Ezen pleuritisforma a későbbiekben átmehet eltolott, interlobaris exsudatumokba, vagy legalább is a viszonyokat, azoknak keletkezésére alkalmassá teszi. A gyógyult eseteknél a radiológiai tünetek nyom nélkül eltűnhetnek, esetleg a rekeszen apróbb egyenetlenségeket hagyva hátra. Néha azonban a folyadék helyén úgy a szabad pleuraüregben, mint az interlobaris résben pleuramegyvastagodások maradnak vissza.

121 pleuritis-eset közül 21 ily pleuritis-forma volt észlelhető. Ez esetek túlnyomó része fiataloké egyénekre vonatkozik; jobboldalt valamivel gyakrabban fordul elő, mint baloldalt; fiúknál gyakrabban, mint leányoknál. Ezen betegnek többnyire kimutatható tüdő-tuberculosis is volt.

Hozzászól: Polgár, Holitsch.

Technikai bemutatás:

3. Házás János a legújabb *Reiniger-Veifa*-féle Röntgenátvilágító-állványt mutatja be.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület laryngológiai szakosztályának 1924 február hó 12-én tartott tudományos ülése.

Elnök: Lénárt Zoltán.

Jegyző: Dörner Dezső.

1. Brill József: *A Haslinger-féle direktoskop.* A műszer elve az, hogy a gerincoszlopot használja fel támasz gyanánt, hogy a nyelvet és gégefödőt előrenyomhassa s így a gégebe és légcsőbe bele lehessen látni. Úgy üll, mint fekvő betegnél alkalmazható. Nagy előnye, hogy a műszer automatikusan fixálja önmagát s az operateur mind a két kezét szabadon használhatja. Egyetlen hátránya, mint minden direct vizsgáló műszernek, hogy a mellső commissurát nem sikerül teljesen beállítani. Néha azonban sikerül ezt a hátrányt kiküszöbölni, ha kívülről ellenőrzést gyakorlunk a gége.

2. Lénárt Zoltán: *Bronchusban székelő szemölcsdaganat operált esete.* A beteg tizenöt év óta folyton recidiváló gége- és légcsőpapillómában szenved, amely miatt sokszor operálták. Múlt év decemberében tracheotómiát végeztek rajta. A beteg a canüle dacára nehezen lélegzik. A gége lumene laryngitis hypoglottica következtében teljesen eltűnt. A bronchoszkópia inferior-

nál kiderül, hogy a bal főbronchust möggyorónál nagyobb papillomatömeg zárja el. Ennek kiirtása után a légzés szabad lett. A canule azonban valószerűleg csak a subglottikus kötegek kiirtása után lesz eltávolítható, mert a géget nem egyszerű duzzadás, hanem kötőszöveti hyperplasiával járó nyálkahártya-megvastagodás zárja el. A beveget — amint előadja — az utolsó években a gyors recidivák miatt minden 6—8 héten bronchoskoppal operálni kellett. A cső gyakori bevezetésével járó irritatio végre a nyálkahártya reactiv megvastagodására vezetett. Felhívja a figyelmet arra, hogy olyan esetekben, ahol a bronchoskop igen gyakori bevezetése elkerülhetetlen, praeventiv tracheotomia végeztessek s ennek segélyével a légcsőben szükséges operációk bronchoskopia inferior útján eszközöltesse.

Pauncz Márkus: Gyermekknél gyakran kell papilloma laryngis miatt tracheotomiát végezni s a canule vége körül papillomák fejlődnek a trachea falán a surlódás következtében. Felhívja a figyelmet arra, hogy olyan esetekben, ahol a bronchoskop igen gyakori bevezetése elkerülhetetlen, praeventiv tracheotomia végeztessek s ennek segélyével a légcsőben szükséges operációk bronchoskopia inferior útján eszközöltesse.

Pollatschek Elemér: A bemutatott eset nagyon jellegző a papilloma contagiosus infectiójára, amely a jelen esetben a legsúlyosabbak közül való. A subglottikus elváltozás létrejöttére nézve osztja bemutató nézetét, hogy az a gyakori direct vizsgálat által keletkezett. Csecsemőknél már egy direct vizsgálat után is előfordul hosszabb ideig fennálló subglottikus duzzanat.

Lénárt Zoltán: Bemutatásának súlypontja nem az általános ismert subglottikus lobos duzzanatokon van, amelyek bronchoskopia után, különösen gyermekeknél, gyakoriak, hanem arra, hogy a gyakori izgatás chronikus gyulladást idézhet elő a kötőszövet túltengésével, amilyen perichondritisek kapcsán szokott a gégeben kifejlődni. Ezzel számolni kell, s ilyen esetekre nézve szükséges, hogy az operációt nem a gégen keresztül, hanem a tracheotomiás sipolyon át végezzük.

3. Kalocsai Géza: Óriássejtű rostacsont-sarcoma esete. 7 éves kisleány bal orrfelét dudoros felületű daganat tölti ki, amely az epipharynxba is betérjed. A bal szemem nagyfokú protrusio bulbi látható. Visus normalis, szemfenék ép. A szövettani vizsgálat (Prof. Entz) óriássejtű sarcomát állapított meg, amely a Röntgen-vizsgálat szerint a rostacsontból indul ki. Az inoperabilis tumor egy Röntgen-besugárzásra lényegesen megkisebbedett. Az irodalomban csak két eset található, ahol a sarcoma óriássejtű volt.

Tóvölgyi Elemér: Ez esettel kapcsolatban egy esetről emlékezik meg, amelyben a szemhéj oedemája és felső orbita-szél elődudorodása arra engedett következtetni, hogy egy frontális empyema van jelen, holott a műtétnél kiderült, hogy a könymirigy izolált tuberculosisa okozta a tüneteket.

Réthy Aurél: Két inoperabilisnek látszó sarcománál sikerült, igaz nagy áldozatokkal, minden kórosat elhávolítani.

Lénárt Zoltán: Sarcomáknál a Röntgen-besugárzástól csodálatos eredményeket látunk; inoperabilis daganatok nyom nélkül eltűnnek. Ezeknél különösen nem indokoltak a túlságosan beható műtétek, amelyekből nem remélhető a radicalis kiirtás. Ilven esetekben a Röntgen-kezelést kell alkalmazni.

Kalocsai Géza: A nagy kiterjedésű tumorok kétséges kimenetelű operációja ellen van. Csatlakozik Lénárt véleményéhez a Röntgen-therapia gyakran csodás hatását illetőleg inoperabilis sarcomáknál.

4. Krakovits Miklós: 32 éves nőt mutat be, akinél lueses eredetű gégeszűkület miatt tracheotomiát kellett végezni. Az antilueses kezelés és rendszeres gégetágításokra Schrötter-féle dilatátorokkal, a gége szabad lett s a canulet el lehetett távolítani.

Tóvölgyi Elemér: Egy általa szerkesztett tracheakést mutat be, mi lehetővé teszi a tracheában székelő hegek könnyű eltávolítását.

5. Némái József: A gége szerkezetéről és működéséről. (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

dések arra utalnak, hogy a mézslarakódás legalább is súlyosan beteg izomrostokba történt. A harmadik esetben az aorta belfelülete luesének boncolásoknál ritkán észlelhető kezdeti stadiumában levő elváltozásokat mutatja.

Bézi István: Aneurysmális balszív kamra a fejlett collateralisok heveny thrombosisa folytán megrepedt. A 60 éves középfokú arteriosclerosisos férfi két napig érzett szűró fájdalmat mellében, szív tamponade folytán halt meg.

2. Dieballa Géza és Zalka Ödön: Trichinosis halálos esete kórbonctani készítmények bemutatásával. 23 éves nőbeteg betegségének negyedik hetében vétezt fel egész izomzatra kiterjedő nagy fájdalommal, könyökizületek contracturájával, hiányzó patella és inreflexekkel szemhéjak duzzadtságával, kiterjedt vizenyőkkel, remittáló lázakkal, szívgyengeséggel. Harmadik napon megejtett vérvizsgálat leukocytosist és 28% eosinophiliát mutat; negyedik napon abortus, utána a fenti tüneteknek súlyosbodása mellett nagy erőhanyatlás, bő izzadás, álmatlanság, nyelési nehézségek és a megfigyelés harmadik hetének végén exitus. Az eosinophil-sejtek száma fokozatosan csökkent és a praeagonalis szakban 0.3%-ra szállott alá. A trichinosis diagnoszt a polyomyelitissal szemben az élőben megejtett biceps-excisiónak mikroszkopos lelete igazolta. Sectio és histológiai lelet: gócos heveny myocarditis, zsírmáj, vesedegeneratio. Minden izomban óriási mennyiségű felcsavarodott izom-trichina, általános myositis. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

3. Szikszay Elemér: Gyógyult trichinosis-esetek. Négy gyógyult esetről számol be. Egy család, kik közül a férfi az előbbi esettel egy időben fektült Dieballa osztályán. A trichinosisnak semmi klinikai tünete nem volt, inkább paratyphusra jellegzetes tünetek. Míg az excisio nem igazolta az esetet, addig csak az eosinophilia (22—41%) szólt egyedül trichinosis mellett. A másik három eset Cs. S.-nek felesége és két fia (5 és 8 éves). A gyermekek egyáltalában nem voltak betegek, míg az asszonynál úgy a gastrointestinalis, mint az izomtünetek megvoltak. Ezen utóbbi háromnál excisio nem történt, azonban még 3—4 hónap után is 12, 2—14, 3—19, 5% hypereosinophiliát talált, ami az egész család fertőzöttségét igazolja. (Megjelenik.)

Budai István: A Szt. László-kórházban tizenegy trichinosis-gyanús esetet észlelt leukocytosissal (28.000) és eosinophiliával (42.000); valamennyi meggyógyult. Próbaexcisiót nem végezhetett és így csak paratyphus gyanújával könyvelhették el az eseteket. A próbaexcisiót minden gyanús (vérképpel indokolt) esetben a beteg megkérdezése vagy akarata ellenére is közegészségi szempontból kiviendőnek tartja.

HETI KRÓNIKA

Valamely ország egészségügyi konszolidációjának legjobb ismérve közé tartozik a halálozási arány és a fertőző betegségek elleni védekezés fejlettsége. Ma már tudjuk, hogy ezt az utóbbit nem spekulációkkal, nem kapkodó rendeletekkel kell megalapozni, hanem az átgondolt intézkedéseknek a viszonyokhoz alkalmazott rendszerével.

Ott, ahol a néppel az ilyen intézkedéseknek szükséges és hasznos voltát meg lehet érteni, ott még a párisi béke sem volt képes a kultúrát és az egészségügyet teljesen tönkretenni. Így láttuk január 27-i leve-lünkben, hogy Németországban a halálozási arány 1920-ban 15, 1921-ben pedig csak 13.9% volt, ellentétben a mi 19.7% (1923-ban) halálozási arányunkkal. Külföldön a kérdés horderejét a legteljesebb mértékben átér-zik és lélekemelő dolog látni, hogy minő mérnöki pont-tossággal törekszenek rekonstruálni az egészségügynek szétágazó komplikált épületét.

A fertőző betegségek elleni küzdelem végigvonul az egész művelt világon. Ez alkalommal csupán egy részéről fogok megemlékezni, míg a tuberculosissal, a nemi bajokkal és egyéb fertőző betegségekkel majd egy más alkalommal fogok foglalkozni.

1922-ben az angliai himlőjárvánnyal egyidejűleg Németországban is volt egy kisebb epidemia, amely az év első felében 199 megbetegedést okozott. A nyomban foganatosított széleskörű intézkedésekre azonban az esetek száma 1923 azonos időszakában 9-re süllyedt. Ugyanígy az 1922 első félévi 328 typhusmegbetegedéssel

A Közkórházi Orvostársulat 1924 február hó 13-i ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Torday Árpád.

Bemutatások.

1. Wolff Károly: Szívaneurysmák. A szív falának körülírt megvékonyodásait az izom pusztulása után bekövetkező hegesedése okozza. Az első esetben a hegesedést a koszorús ér elülső leágazó ágának rögzösödése, a másodikban atheromatosis következtében beállott lumenszűkülés által okozott táplálkozási zavar, a harmadikban diffúz lueses myocarditis (Buschke és Fischer) idézte elő. A második esetben ezenkívül az aneurysmális rész környékén mézszemcsék voltak elég nagy tömegekben felhalmozódva. A kiterjedt hegesedések

szemben, tavaly az első 6 hónapban 22 megbetegedésre zsugorodott a typhus-esetek száma.¹

Az anthrax Németországban 1910–1921-ig 1575 megbetegedést okozott 249 halálozással.² A vágóhídi és állatkezeléssel foglalkozók körében 747 eset, 83 halálozással; a tímárok között pedig 430 megbetegedés és 56 haláleset fordult elő.

Az ilyen járvány a mai világforgalom mellett könnyen áthurcolódik más országba. Így váratlanul behurcoltatott a Philippini szigetcsoportha tartozó Luzonba, ahol a bivalyok közül mintegy 1000 pusztult el, amíg a járványt az Egyesült-Államok szigorú katonai erővel, vesztéggárral és modern védojtásokkal el nem fojtották.

Ausztráliába a járványt a Japánban készült borotválópamacsok hurcolták be. 33 eset közül 31 borotválkozó férfi arcán, a többi 2 eset pedig az alkarokon fordult elő. A hatóság felismerte a baj forrását, betiltotta a japán pamacsoknak behozatalát és csak akkor engedte meg újra, amikor Japán állami garanciát vállalt a pamacsok előzetes fertőtlenítéséért. Azóta nem észleltek újabb fertőzést.

Roppant kárt okoz Angliában a száj- és körömfájás, mely tudvalegőleg hasadtcsülkü állatoknál fordul elő, de kivételesen a velük foglalkozó emberek is megfertőződhetnek. A hatóság roppant erővel nekilátott a baj lokalizálásának, több mint 68.000 marhát, 25.000 birkát, 33.000 sertést és rengeteg kecskét pusztított el a járvány terjedésének megakadályozására. Ugyanakkor azonban a legszélesebbkörű tanulmányokat végeztek e rejtélyes baj felismerésére. A vizsgálatok megerősítették, hogy a fertőzés oka egy filtrálható vírus, amely patkányokra és tengerimalacokra is átöröszölhető és így a kísérleti vizsgálatok céljaira ezentúl jobban hozzáférhető lesz.

A járvány kitérősekor Írország, a délafrikai gyarmatok és Ausztrália határázart rendelt el, ami az állatfajok nemesítésével foglalkozó angol telepeket katasztrofálisan érintette volna. Az angol földművelésügyi minisztérium tehát 60.000 font sterlinget irányozott elő a betegség tanulmányozására, lord Erule pedig 50.000 font (10 milliárd magyar korona) jutalmat tűzött ki a betegség kórokozójának felfedezőjének.

Mint hogy mindinkább nyilvánvaló lesz, hogy a járványokat arthropodák, különösen szúnyogfélék és bolhafélék terjesztik, viszont a kórokozók ideiglenes gazdái között a patkányoknak igen nagy szerepük van, Angliában egy Vermin Repression Society and College of Pestology nevű társulat alakult, melynek első sikere az, hogy elnöke, lord Aberconway segítségével egy antirats bill-t, a patkányveszedelem leküzdésére szolgáló törvényt fogadtatott el a Parlamenttel. E társaság nagy propagandát űz, röpiratokat terjeszt, filmekkel illusztrált előadásokat tart és oly érdeklődést keltett, hogy Francia-, Lengyel-, Görögország, Amerika, Új-Zealand, Egyptom és a Gold-Coast-ban is mozgalmat indítottak. Ez az érdeklődés érthető lesz, ha elgondoljuk, hogy egyedül Angliának a patkányok, egerek és kártékony rágcsálók évenként mintegy 40 millió font sterlingnyi kárt okoznak és főleg, hogy a pestis, melynek főterjesztője a patkány, Indiában 1910–1920-ig 3.5 millió embert ragadott el. Ugyanakkor ott himlőben 1 millió, kolerában 4 millió ember halt meg. Ez megint energikus intézkedéseket váltott ki a hatóságok részéről: Bombayban rájöttek, hogy a járvány terjesztője a víz; a vizet tehát chlormésszel deszinficiálták, mire a cholera-epidemia megszűnt.

Sok bajt okoz végre Amerikának a diphtheria is, dacára annak, hogy a halálozási arányt a legmodernebb serum-kezelés útján az utóbbi években 22-ről 15-re (100.000 lakosra) sikerült lenyomni.³ Most tehát a Schick-féle próba segítségével az iskolákban vizsgálják a gyermekeknek diphtheria iránt való fogékonyságát, a nép azonban még további intézkedéseket sürget. A legnagyobb életbiztosító társaság, a Metropolitan Life Insurance Company biztosítottjai körében bevezette a prophylaktikus diphtheria ellenes savóoltásokat, amit

ebben az évben 100.000 iskolás és 20.000 még kisebb gyermeknél is keresztül fognak vinni.

A scarlat iránti fogékonyság megállapítására pár hét előtt George és Gladys Dick közölték, hogy egy reactiót fedeztek fel. Egy haemolytikus streptococcus-cultúrából vonták ki Berkefeld-szűrőn át ojtóanyagukat, amellyel a végzett intracutan ojtás olyan egyéneknek, akik scarlaton estek át, minden esetben negatív eredményt (az ojtás helye reactionmentes maradt) adott, míg akiknek anamnesisében nem szerepelt scarlat, azoknál 41-6%-ban volt pozitív eredmény (az ojtás helyén erős lobosodás).

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

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

Kinevezések a népjóléti ministeriumban. A kormányzó úr a népjóléti- és munkaügyi miniszter előterjesztésére Preisz Kornél dr. és Barabás József dr. miniszteri osztálytanácsosokat miniszteri tanácsosokká, Pollermann Artur dr. miniszteri titkárt, Grosch Károly dr., Báthory Aladár dr. budapesti gyakorlóorvosokat és Dávid Mihály dr. ideiglenesen alkalmazott orvostisztviselőt, miniszteri osztálytanácsosokká nevezte ki; Braun Gyula dr. miniszteri osztálytanácsosnak a miniszteri tanácsosi, Mozsonyi Sándor dr. és Dessewffy Aladár dr. miniszteri titkároknak a miniszteri osztálytanácsosi címet adományozta.

A Közkórházi Orvostársulat február 27-én szerdán megtartandó ülésének tárgysorozata: 1. Sirovicza Mihály: Luetikus alapon fennálló vesevérzés nagy functionális kieséssel. Hydro-nephrosis tuberculosa. 2. Horváth Árpád: Hernia funiculis umbilicalis vékonybélreseccióval operált esete. Másodfokban szűk medence bemenetében alkalmazott Kjeland-fogó. (Mult üléstől lemaradtak.) 3. Hasenföld Artur: A határköteg kiirtásának következménye. 4. Göbl Albin: Coecum-invaginatio esete. Colitis ulcerosa minden kezeléssel dacoló esete. 5. Előadás. Hasenföld Arthur: A paroxysmalis tachycardia gyógyítása, különös tekintettel az intravenás chinininjectiókra.

A chininsóknak aspirinnel való összehatolatlanságára figyelmeztet a *Pharmakologische Monatschriften* 23. száma (a The med. record nyomán). Egy paciens idiosyncrasia jelei nélkül háromszor napjában vett chinint aspirinnel 0,25, mire mérgezés tünetei (tachycardia adynamia) mutatkoztak.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint febr. 10-től febr. 16-ig előfordult hasihasnyomáz 21 (1), köteges hagymáz, 2 (1), kanyaró 8 (0), vörheny 52 (0), szamárhurut 15 (1), ronsoló torok- és gégeleob 20 (0), influenza 72 (2), bárányhimlő 28 (1), járványos fültőmirigylob 10 (0), vérhas 6 (0), lépene 1 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekágyi láz, járványos agygerincagyhártyalob, trachoma, vesztettség, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Orvostanhallgatók fogorvosi rendelőben assistensi állást vállal.

A szerkesztő fogadóórát kedden és pénteken 11–12-ig tartja.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

¹ Magyarországon typhus-haláleset 1922-ben 1265, 1923-ban ugyanennyi volt.

² Magyarországon egy évben (1923) 103 anthrax-haláleset volt.

³ Magyarországon a ronsoló toroklob ehhez képest csak 586 emberéletet ragadott el 1923-ban, 1922-ben pedig 846-ot.

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