

15

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:

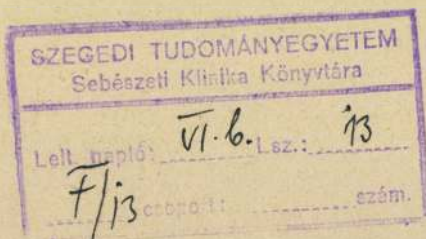
HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ:

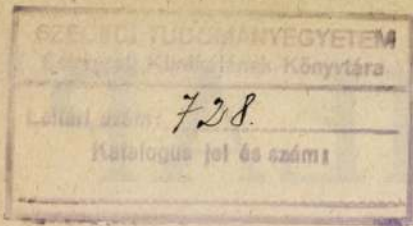
VÁMOSSY ZOLTÁN
EGYETEMI TANÁR

1924.

HATVANNYOLCADIK ÉVFOLYAM



BUDAPEST
MAGYAR TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK SAJTÓVÁLLALATA RT.
1924.



TARTALOM.

KLINIKAI ELŐADÁSOK.

Összefoglaló szemlék és egyebek.

	Oldal		Oldal		Oldal
Endemikus struma	55	Gerinevelő-burkok daganatai- ról	439, 460	Méhkürtbefúvásról	27
Eugenikáról és haemophiliáról ..	700	Gyomorfekélysebészet (20 év) ..	22, 37	Női genitális systema zavarai- tól kiváltott bőrbántalmak ..	542
Érzéstelenítés a fogorvos gya- korlatában	785	Haemophiliáról és eugenikáról ..	700	Pellagráról	72, 88
Fertőző betegségek therapiája ..	148, 161	Kürt- (méh-) befúvásról	27	Struma (endemikus)	55

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

	Oldal		Oldal		Oldal
Abderhalden (mikroreactio) ér- téke	872	Bakteriophag (d'Herelle-féle) alkalmazása	386	Cholelithiasis kórtana és dia- gnostikája	454
Abducens bénulás, izolált, fül- eredetű	932	Bakteriotherapia	245	Cholesterinbefecskendezések és epékóbetegség	706
Abscessus retropharyngealis traumaticus	476	Basedownál belsősecretiós zava- rok	175	Chorea infectiosa kezelése	642
Ádám-féle savanyútej	76	Basedow-kórban gázcserevizs- gálat	597	Cisterna cerebelli medullaris punctiójáról	911
Adenomák okozta vékonybél- invaginatio	863	Bayliss Wiliam	727	Coitus szerepe rendellenes bu- rokrepedésben	381
Adnexumok ac. gyulladásának gyógyítása	313	Báranyhimlős eredetű övsömör Bácker József †	544	Collargol kankós szembajoknál ..	26
Adrenalin helyi hatása	886	Belső elválasztás nőgyógyászati vonatkozásai	422	Colloidális fémkezelés, csecsemő- kori septikus pyelitiseknél ..	256
Adrenalin-hyperglykaemia teta- niánál	658	Belsősecretiós mirigyek Base- dow-nál	175	Colloidális fémek therapiás ha- tása	265
Agysérvekről	560	Bél és gyomor ütőerének el- meszesedése	622	Cukor- és gyümölcsnapok	406
Agytályog	383	Bélvérzés, kiütéses typhusnál ..	593	Cysticercus racemosum, agy- velői	795
Agytumor	613	Bélvérzés (újszülöttek occult-e) Bismuth (colloid) hatása a syphi- listherapiában	115	Császármeteszéről	433
Agyvelői cysticercus racemo- sumról	795	Bismuthkezelés bujakórnál	582	Császármetezés és sterilizálás ..	305
Aleukaemiás myelosisról	337	Bismuthkezelés bujakórnál	129	Csecsemők gyomortartalmának chlortartalma	513
Alkati típusok (női)	849	Bismuthkezelés bujakórnál	81	Csecsemőkori pyelitisek fém- kezelése	256
Alszáraz viszeres tárgulatainak műtéti eljárásai	925	Blastomycosis (Gilkriss-féle bőr-) pathogenesise és thera- piája	904	Csecsemőkori tbc, haemokli- nikus status	86
Alveolaris pyorrhoea bakterio- therapiájáról	245	Blastomycosis americana	217	Csigolyaelváltozások extrame- dullás daganatoknál	821
Amerikai levél	403	Bókay János jubileumára	733	Csont- és izületgümőkórnál sympathektomia periarterialis ..	829
Amerikai orvossszövetség nagy- gyűlése	603	Bőrblastomycosis (Gilkriss-féle) Bőrblastomycosis (Gilkriss-féle) pathogenesise és therapiája ..	217	Csontlágynak gátormirigy- beültetéssel gyógyított első esete	395
Amylasekiválasztás, angolkóros Anaemia perniciosa gyomorki- irtás után	430	Bőr- és nemibetegségeknél vér- cukortartalma	778	Csonttuberculosis röntgenolo- giája	612
Anaemia perniciosa megasigmá- val	935	Bradyteleokinesis (Schilder) ..	65	Csontvelő biológiai funkciója ..	531
Angolkóros amylasekiválasztás Anyatejjel táplált csecsemőnél avitaminosis	699	Bradyteleophasia	65	Csuklás megszüntetése	575
Angolkóros amylasekiválasztás Anyatejjel táplált csecsemőnél avitaminosis	430	Braun-féle splanchnicus-anaes- thesis	762	Daganatok és terhesség szövőd- ménye	451
Aortaperforatio, gümős eredetű Asthma bronchiale	322	Bruck-féle syphilisreactióról ..	808	Daganat (extramedullaris) he- lyének meghatározása	253
Asthma bronchiale	535	Bujakór kezelése bismuthal ..	129	Daktyloszkopia kivitelére, egy- szerű eljárás	90
Asthma bronchiale therapiája ..	58	Calciuminjectiók, intravenás, acut adnexitisnél	313	Dermatotyphia kivitelére, egy- szerű eljárás	90
Atoniás vérzésekről	691	Calciuminjectiók új javallata ..	624	Deutschländer-féle megbetege- dés aetiologiája	224
Atropinsulfatos gyomormotili- tás diagnostikai értéke	865	Caloriás vizsgálat után közép- fűlgulladás	746	Diaetás kezelés, essentialis hy- pertonia	8
Atöröklés és idegrendszer	734	Caronia-Sindoni-féle vörheny- védőoltásokról	277	Diagnostika (Röntgen-) és phy- sicalis vizsgálat	242
Atresia urethrae	683	Chininalló savólipasek psychi- atriai neurologicali vonatkozá- sokban	839		
Atropin hatása a gyomorra	591, 615	Chininkúra, Ochsner-féle	228		
Atropinsulfatos gyomormotili- tás	145	Chinin okozta látóidegsorvadás ..	254		
Avitaminosis anyatejjel táplált csecsemőnél	780				

	Oldal		Oldal		Oldal
Digiclarinról.....	481	Vesebetegségek diatás keze-		Gyomor nagygörbületén lokali-	
Digiclarin klinikai értékéről ..	641	lése: Só- és folyadékszegény		zált ulcus	576
Digitaliskészítmények saponin-		étrend	307	Gyomor és bél ütüreinek el-	
tartalmának és hatásértéke-		— Vesebetegségek diatás keze-		meszesedése	622
nek viszonya	747	lése: Fehérjeszegény vegeta-		Gyomor normalis helyzete	340
Diphtheria elleni activ immu-		bil étrend	346	Gyomor és nyombélfekélyek	
nizálás	938	— Vesebetegségek diatás keze-		proteinkezelése	577
Duodenalis izomsyndroma	289	lése: Fehérjebőjtnapok	367	Gyomorkiirtás után pernicio-	
Duodenalis pylorusreflexről ..	320	— Vesebetegségek diatás keze-		sus anaemia	935
Echinococcus felismerése com-		lése: Az acut nephritis ét-		Gyomorsarkoma	515
plementkötési módszerrel	572	rendje	443	Gyomortartalom chlortartalma	
Egészségesek extrarenalis víz-		— Vesebetegségek diatás keze-		csecsemőknél	513
anyagcsereje	279	lése: Cukor- és gyümölcs-		Haematokole retrouterina	205
Egyetemi klinikák válságos		napok	406	Haemoklinikus status csecse-	
helyzete	748	— Vesebetegségek diatás keze-		mőkori tuberculosisnál	86
Elektrocardiogramok, tüelek-		lése: Karell-kúra	424	Haemolysin-reactio és klinikai	
trodokkal készült —	255	— Vesebetegségek diatás keze-		jelentősége	538
Elektrokardiographiai vizsgá-		lése: Quantitative összeállí-		Hallóidegmegbetegedések vér-	
latok insulinhatásban	891	tott étrendek	483	húgsavmegszaporodásnál ..	575
Elliot-féle trepanatio hatás-		Fajlagos therapia az urologiá-		Hasfalplasztika	457
mechanismusa	643	ban	869	Hasmetszés útján öngyilkosság	
Elnöki megnyitó. Tuberkulosis-		Fagyás ellen petroleum	706	Helybeli érzéstelenítés urolo-	
Egyesület nagygyűlése	631	Fehérjebőjtnapok	367	giai sebészetben	164
Emésztőszervek betegségeinek		Fehérversejtek alimentaris in-		d'Herelle-féle bakteriophag al-	
diatás kezelése	726	gadozása	848	kalmazása	386
Emésztőszervek betegségeinek		Femorális reflex	41	Highmor-üregbe nőtt fog	239
diatás kezelése. Étrendek		Fertőző kórok elleni védekezés		Himlőoltás (intracutan) ..	595, 640
székvizsgálat előkészítésére ..	769	Fogó (Kielland) a farra	70	Hochenegg-ügy	540
Emésztőszervek betegségeinek		Főzélekek vitamintartalma	278	Homloküreg pyocelleje	889
diatás kezelése. Próbaétke-		Friss sebek gyógyulása és gyó-		Homokóragyomrok	53
zések	749	gyítása	176	Hyperemesis gravidarum hyp-	
Emésztőszervek betegségeinek		Füléredetű izolált abducens-bé-		nosissal gyógyított esete	846
diatás kezelése. Röntgen-pép		nulás	932	Hyperinosis malariánál	206
L. Emmett Holt	138	Fülészet a skandináv egyetme-		Hypertonia (essentialis) diatás	
Emlékbeszéd Horsley Victor-		ken	825	kezelése	8
ról	659, 679	Fülműtét technikájában két		Hypertoniáknál natrium nitro-	
Emlő plasztikus műtéteiről	633	módosítás	797	sum alkalmazása	505
Empyema. Highmor üregbe nőtt		Gastroduodenalis szondával vizs-		Hypoglykaemiás reactióról	191
fog által okozott	239	gálatok	417	Idegrendszer és átöröklés	734
Empyema. Hyghmor üregbe		Gastroenteroanastomosis után		Influenza tüdőgyulladások ke-	
nőtt fog által okozott	239	ulcus jejuni	306	zelése	563
Epefestenyartalom, vérsavó-		Gátormirigybeültetéssel gyógyí-		Insulin hatásáról	342
izommunka alatt	341	tott csontlágylás	395	Insulin hatásáról, szívre	891
Epekőbetegség és cholesterin-		Gázcserevizsgálat Basedow-kór-		Insulinkezelésről (Tapasztala-	
befecskendezések	706	ban	597	tok az —)	363
Epeutak kőnélküli chron. meg-		Genitalis fistula (női)	500	Intracutan himlőoltásról	640
betegedései	316	Gégetuberculosis pathológiája		Intracutan védhimlőoltásokról	
Európai nagy leprajárvány....	712	és terapiája	225	Invaginatio, adenomák okozta	
Extramedullaris daganat he-		Gégetuberculosisban — tracheo-		vékonybél	863
lyének meghatározása	253	tonia	173	Ischias és spina bifida occulta	
Extramedullás daganatoknál		Gilkrist-féle bőrblastomycosisról		Ischuria paradoxa gyermekágy-	
csigolyaelváltozások	821	Gilkrist-féle bőrblastomycosis		ban	85
Extrapleurális thoracoplastika		pathogenesis és terapiája	904	Izomsyndroma, duodenalis	289
Extrarenalis vízyangcsere	279	Glandula parathyreoideák bonc-		Izület- és csontgümőkór nálsym-	
Élettan és sebészet kapcsolata 659, 679		tana és sebészete	355, 378	pathektomia periarterialis ..	829
Érzéstelenítés (helybeli) urolo-		Gullstrand-réslámpa módosítása		Karell-kúra	424
giai sebészetben	164	Gümőkór (gyermekkori) körjel-		Karyonról	803
Érzésvizsgálási módszer daga-		zése	361	Kainon a dermatologiai thera-	
nat helyének meghat.	253	Gümőkór (csont és ízület-) sym-		piában	695
Észrevételek Genersich Antal		pathektomia periarteria-		Kainon pharmacologiai vizsgá-	
„A nyaki sympathicus-fonat		lis	829	lata	721
kiirtása“ c. cikkéhez	583	Gümőkóros fertőzés (gyerme-		Kankós mellékherelob okszerű	
Észrevételek Petényi dr. vita-		keké)	208	kezelése	398
minikísérleteihez	358	Gümőkórosok vérének megal-		Kankós szembajok gyógyítása	
Étrendi előírások a gyakorlat-		vadó képességéről	36	26	
ban	104	Gümős eredetű aortaperforatio		Kanyaróból lábadozók	87
Étrendi előírások: Diabetes mel-		Gyermekbénulás sebészi keze-		Kenőcsalapanyag, tojásolaj	
litus diatás kezelése 121, 137, 151,		lése	617	mint —	119
165, 179, 193, 209, 228		Gyermekek gümőkóros fertőzése		Kén- és proteintestbefecskende-	
— Emésztőszervek betegségei-		Gyermekek gümőkóros fertőzése		zések	718
nek diatás kezelése	726	Gyermekekben szülések .. 817,		Kielland-fogó a farra	70
— Emésztőszervek betegségei-		Gyermekekben szülések .. 817,		Királyfi Géza †	483
nek diatás kezelése. Étrendek		Gyermekekben szülések .. 817,		Kiütéses typhusban bélvérzés ..	593
székvizsgálat előkészíté-		Gyermekekben szülések .. 817,		Klinikák válságos helyzete	748
sére	769	Gyermekekben szülések .. 817,		Koponyaalapi agysérvekről ..	560
— Emésztőszervek betegségei-		Gyermekekben szülések .. 817,		Kötelező boncolásról	420
nek diatás kezelése. Próba-		Gyermekekben szülések .. 817,		Középfülgulladás caloriás vizs-	
étkezések	749	Gyermekekben szülések .. 817,		gálat után	746
— Emésztőszervek betegségei-		Gyermekekben szülések .. 817,		Krukenberg-féle kar	188
nek diatás kezelése. Rönt-		Gyermekekben szülések .. 817,		Lábadozók, kanyaróból	87
gen-pép	768	Gyermekekben szülések .. 817,		Látóidegsorvadás, chinin-okozta	
— Vesebetegségek diatás keze-		Gyermekekben szülések .. 817,		Levél a párizsi Hôpital Saint-	
lése	246	Gyermekekben szülések .. 817,		Louisból	581
— Vesebetegségek diatás keze-		Gyermekekben szülések .. 817,		Leprajárvány	712
lése: Egynapos kísérlet	257	Gyermekekben szülések .. 817,		Lélegzés, mint a szív működési	
— Vesebetegségek diatás keze-		Gyermekekben szülések .. 817,		képességének indicatora	662
lése: A diatás prophylaxis 251, 293		Gyermekekben szülések .. 817,			

Oldal	Oldal	Oldal
Lépesugárzás a Werlhof-kór terápiájában 191	Ochsner-féle chinin-kúra 228	Röntgen-sugarak fájdalomcsil- lapító hatásáról 787
Linser-féle kezelés mellékhatá- sai 682	Oidiomycosis 217	Rubner 70 éves 387
Jacques Loeb 139	Olcsó gyógyszerrendelés 323	Sachs-Georgi és Wassermann- reakciók a szülészetben 159
Lúgmérgezetek acetonuriája .. 801	Oldalkamrák punctiója csecse- mőknél 767	Salvarsanenkephalitis képében lefolyt meningitis tuberculosa 908
Lues és terhesség 97	Omnadin immunvaccinával tü- dőgyulladás kezelése 563	Salvarsan-therapia 682
Lymphogranulomatosisok perio- dikus visszatérő lázmenettel 400	Omphalokele cong. és thoraco- pagus parasiticus 117	Savanyútej, A. Adam-féle 76
Magzatűzés útján elkövetett bűnözés 335	Organotherapiában új irányel- vek és eredmények 404	Savólipasék (chininállók psy- chiatrai és neurológiai vo- natkozásban) 839
Magyar orvosok szerepe az or- vosi tudomány kiépítésében 477, 502	Orvosi intézmények ingyenes igénybevételeiről 868	Skleroderma polyglandularis és Raynaud-kór szövődött esete 906
Maláriánál észlelhető hyperino- sis 206	Orvosképzés a Sorbonne-on .. 621	Sebészet és élettan kapcsolata 659, 679
Malaria tertiana-kezelés para- lysis progressivánál 757	Orvosképzés Franciaországban Orvosképzésünk 706	Sebek (friss) gyógyulása és gyógyítása 176
Malum perforans pedis kezelé- séről 101	Otholithkészülék megbetegedé- sének tünettana 474	Semmelweis-serlegbeszéd 79
Maradék-N meghatározására egyszerű methodus 91	Ovarialis vérzés 205	Septikus pyelitisek fémkezelése 256
Markoló kéz 188	Öngyilkosság hasmetszés útján Öreglik és nyomásfokozódás .. 65	Sindoni-Caronia-féle vörheny- védőoltásokról 277
Maturin gyakorlati értéke és alkalmazása 132	Övsömör, bárányhimlős eredetű Pajzsmirigy betegségeiben gáz- cserevizsgálat 597	Specialista cím használata 911
Mayo-klinika 579	Paltauf Richárd † 293	Specifikus és nonspecifikus védőoltások 113
Májeirrhosis (gyermekkori) .. 558	Paralysis progressiva malaria tertianus kezelése 757	Spina bifida occulta és ischias 20
Mátéfy-próba értéke 361	Paranoia-imitálás 501	Spirochaeta-festés 204
Mátéfy-reactio értéke a nőgyó- gyászatban 436	Parathyreoideák bonetana és sebészete 355, 378	Splanchnicus-anesthesia 762
Mátéfy-reactio gyakorlati ér- téke 741	Párizsi levél 521	Sterilizálás és császármetés .. 305
Megjegyzések Schlosmann ta- nár cikkére 511	Pellagra kórkötana 866	Streptothrix okozta pyaemiáról 33
Megjegyzés Szabó Ince „A kankós herelob okszerű keze- lése” c. közleményére 481	Periarterialis sympathectomia Periarterialis sympathectomia csont- és ízületi gümőkóránál .. 829	Subcutan rekeszszakadástól 823
Melaena neonatorum pathoge- nesise 115	Pestisjárvány Vladivosztokban Petefészek működésének megtar- tása 775	Subcutis nyirokereinek kiraj- zolására 886
Mellékherelob (kankós) okszerű kezelése 398	Petefészekrákról (áttételes) 69	Sulfosalicylsav a terápiában 829
Meningismusok és meningitisek felismerése 471	Petróleum fagyás ellen 706	Süllyedési reactio nemibajok- ban 634
Meningitis tuberculosa vérké- péről 913	Physicalis vizsgálat és Röntgen- diagnostika 242	Süllyedési reactio (vörösvérsej- tek) szülészet és nőgyógyá- szatban 17
H. H. Meyer 518	Pneumopericardium (szokatlan megjelenésű) 573	Süllyedési sebesség mérése 269
Méhenkivüli terhességet utánzó ovarialis vérzés 205	Pneumoperitoneum alkalma- zása a nőgyógyászatban 807	Symphactomia periarterialis 881
Méhenkivüli terhességről 49	Ponndorf-oltás jelentősége 137	Symphactomia periarterialis csont- és ízületi gümőkóránál .. 829
Mikro-Abderhalden-reactio ér- téke 872	Próbaagglutinációs jelenségről 663	Symphactomiáról 101
Mikroprojectograph és rajzoló- készülék 909	Próbaátkezelések 749	Symphathicus-fonat kiirtása 535
Moravcsik Ernő Emil † 711	Prostitúáltak kötelező Wasser- mann-vizsgálata 571	Syphilitis vesevérzés nagy func- tiozavarral 380
Moro-féle szintej módosítása .. 557	Proteintest- és kénbefeckende- zések 718	Syphilitis-reactio, Bruck-féle ... 808
Művi abortusról 518	Prothetikai kérdésekről 188	Számárhögés bakteriologiája és klinikája 901, 928
Myalgia és neuralgia physi- kai gyógykezelése 498	Prowazek-testecskék jelentősé- géről 743	Számárhögés specifikus pro- phylaxisáról 237
Myelosisról, aleukaemiás 337	Prowazek-testecskék jelentősé- géről című cikkhez megjegy- zések 830	Szembajok (kankós) gyógyítása 26
Narkolepsia, terhesség alatt .. 203	Psychotechnika 170	Székvizsgálat előkészítésére ét- rendek 769
Natrium nitrosum intravenás alkalmazása 505	Punillareactiók (gyógyszeres) jelentősége 416	Szív functionális diagnostikája 723
Naunyn-féle cholangia 316	Pyaemiáról, streptothrix okozta 33	Socialis tényezők a tuberculosis mortalitásában 859, 883
Nemi- és bőrbetegségeknél vér- cukortartalma 778	Pyelitisek, csecsemőkori sep- tikus — fémkezelése 256	Szoptatott és mesterségesen táp- lált csecsemő fejlődése 522
Nonspecifikus terápiákról 494	Pyorrhoea alveolaris bakterio- therápiájáról 245	Szülések a gyermekkorban 817, 841
Nephritis acuta étrendje 443	Rachitis pathogenesis 531	Szülés idősebb korban 671
Neuralgiák és myalgia physi- kai gyógykezelése 498	Radio az amerikai közegészség- ügy szolgálatában 462	Tabes dorsalis magyarázata .. 134
Nérbetegségek elleni küzdelem 600	Raynaud-féle tünetcsoport nyaki bordánál 677	Tarkómerevség viselkedésének diagnostikus jelentősége 137
Nitrogen (maradék-) meghatá- rozására egyszerű methodus 91	Raynaud-kór és skleroderma polyglandularis szövődött esete 906	Tej, A. Adam-féle savanyú 76
Női alkati típusokról 849	Rák, áttételes petefészek 69	Terhes méh és függelékeinek daganatai 655
Női sentikus megbetegedések- ről és azok kezeléséről .. 94, 106	Rekeszszakadás, subcutan 823	Terhesség megszakitásáról 305
Nyaki borda 574	Réslámpa (Gullstrand) módosí- tása 360	Terhesség, méhenkivüli 49
Nyaki bordánál Raynaud-féle tünetcsoport 677	Rockefeller Foundation Ma- gyarország közegészségéért .. 910	Terhességet (méhenkivüli) után- zó ovarialis vérzés 205
Nyaki sympathicus-fonat kiir- tása 535	Röntgen-diagnostika és physi- kalis vizsgálat 242	Terhesség és daganatok szövöd- ménye 451
Nyelőcsőszűkületek átvilágítása és fotográfálása Röntgennel .. 245	Röntgen-diagnostika, ulcus duo- deni 6	Terhesség és lues 97
Nyirokerek kirajzolódása 886	Röntgen-pép 768	Terhesség fertőzőbetegségekkel való szövődése 765
Nyomásfokozódás a hátsó kono- nyarödrben 65		Testsúly napi ingadozása 723
Nyombél- és gyomorfelekéyek protein-kezelése 577		Tetania új tünete 41
Oculta bélvérzés (újszülöttek) .. 115		Tetaniánál adrenalin-hyperglyk- aemia 658

	Oldal		Oldal		Oldal
Tojásolaj, mint kenőcsalap- anyag	119	Ulcus a gyomor nagygörbüle- tén	576	Vérátömlesztéshez alkalmas vér megválasztása	576
Tonsillektomia indiciója	268	Ulcus duodeni Röntgen-diagno- stikája	6, 516	Vérkeringés gyorsaságára, ther- mikus hatások befolyása	782
Toxicoderma menstruale esete ..	201	Ulcus jejuni, gastroenteroana- stomosis után	306	Vérkép meningitis tuberculosá- nál	913
Tracheotomia kuratív hatása ..	173	Ultraviola sugarakkal befolyá- solt varicella	290	Vérkép tüdőgümőkóros állapo- tok megítélésénél	930
Trachoma Csonka-Magyaror- szágon	266	Ureter (kettévágott) összevar- rása	525	Vérsavó epefestenyitartalma izommunka alatt	341
Trachomaellenes védekezés	828	Urologia a gynækológiában ..	652	Vérsavók sejtlégzésre való ha- tása	806
Trachomások eloszlása	458	Üdvözljük híveinket	1	Vérvétel hatása	87
Trachoma kezelése	605	Ütőerek (gyomor és bél) elme- szesedése	622	Végbélfekélyek protein-kezelé- séről	799
Trachomások szaruhártyáján vizsgálatok	437	Varicella, ultraviola sugarakkal befolyásolt	290	Viszeres tárgulatok műtéti eljá- rásai	925
Trepanatíós párna áteresztőké- peségéről	643	Válasz Petényi ellenvetéseire ..	421	Vitaminkísérletek methodikája ..	222, 402, 459
Trichinosis-esetek (gyógyult ..)	418	Vesebetegségek diatétás kezelése ..	367	Vitaminek rectalis resorptiója ..	473
Trichinosis halálos esete ..	375, 396	Vesebetegségek diatétás kezelése Az acut nephritis étrendje ..	443	Vitamintartalom, főzélékek —a, ..	278
Trypsinbefeeskendezések tra- chománál	605	Cukor- és gyümölcsnapok	406	Vízbefulásos halálról	933
Tuberculin-bőrpróba lefolyása ..	208	Karell-kúra	424	Vízanyagcsere, extrarenalis ..	279
Tuberculosis, csecsemőkori	86	Quantitative összeállított ét- rendek	483	Vizsgálat, physikalis- és Rönt- gen-diagnostika	242
Tuberculosis kórisméje	763	Vesebajosok extrarenalis víz- anyagcsereje	279	Vörösvérsejtek süllyedési reac- tíója	269, 635
Tuberculosis-mortalitásban so- cialis tényezők	859, 883	Vesegumma	380	Vörösvérsejtek süllyedési reac- tíója a szüléset és nőgyógyá- szatban	17
Tuberculosis (gége-) patholo- giája és terapiája	225	Vesevérzés (syphilises) nagy functiozavarral	380	Vörhenyvédoltásokról, Caronia- Sindoni-féle	277
Tudományos kutatás irodalmi feldolgozása	384	Veszprémy Dezső †	463	Wassermann- és Sachs-Georgi- reakció a szülésetben	159
Tüdőgümőkór gyógyítása extra- pleuralis thoracoplastikával ..	802	Vetélésekről	725	Weil-Felix-reactio diagnostikai értékelése	291
Tüdőgümőkórnál vérkép jelen- tősége	930	Védoltások	113	Weir-Mitchel-féle kausalgiaórl ..	936
Tüdőgyulladások kezelése (in- fluenzás —)	563	Vékonybélinvaginatio esete ..	863	Werlhof-kór terapiája	191
Tüdőtuberculosis sebészi keze- lése	491	Vér cukortartalma bőr- és nemi- betegségeknél	778	Zuglifer nyári klímája	301
Tűelektródokkal készült elektro- cardiogrammok	255	Vér (gümőkóros) megalvadó- képesége	36		
Újszüültek, occult bélvérzése ..	115	Vér víztartalmának változása ..	675		

NÉVMUTATÓ.

Oidal	Oidal	Oidal	Oidal	Oidal
Adler-Rácz Antal 164, 869	Büben Iván 381	Frigyér László .. 597	Jacobovics Béla .. 277	ifj. Liebermann Leo 868
Ambrus József 76, 430, 471	Büchler Pál 839, 872, 906	Fritz Gusztáv 721, 747	Jancsó Miklós 72, 88	Linzenmeier György 269
Áldor Lajos 316	Csapody István .. 458	Frommer Imre .. 305	Jánossy Gyula 574, 911	Lovrich József .. 106
Bakay Lajos 176, 188	Csáki László 935	Gaizler Gyula 58, 801	Jócs Ilona 291	Löte József 384
Balogh Mihály .. 203	ifj. márialigeti	Gál Félix 27, 422, 849	Juba Adolf 600	Lukács József 361
Barabás Zoltán .. 208	Cseley József .. 341	Gálbory Ernő .. 938	Kaló Andor 515	Mandler Ottó 498
Baráth Jenő 416	Cserna István 706	Genersich Antal .. 535	Karczag László .. 483	Mansfeld Géza 518
Batisweiler János 33	Csipkay János 691	Gerlóczy Géza 206	Karoliny Lajos .. 908	Mansfeld Ottó 775
Bárkány Béla 26	Czeizl János 239	Germán Tibor 474, 575	Kassai Miklós ... 706	Markó Dezső 576, 612
Bársony János .. 335	Dávid Mihály 817, 841	Göbl Albin 322	Kelemen György 575	Markovits Imre 516, 787
Bársony Tivadar	Dér Ottó 695	Gönczy István 662, 723	Keller Kálmán .. 675	ifj. Matusovszky And- rás 97, 652
289, 320, 417, 591, 615	Dieballa Géza 375, 396	Göttsche Oszkár 557, 848	Kellner Dániel .. 513	Mesterházy Béla 683
Beck Rella 913	Duzár József 86, 256	Götze Árpád 932	Kern Tibor 622	Mérei Béla 706
Beck Soma 119	Donáth Gyula 583	Grósz Emil 644, 748, 828, 910, 911	Kluge Endre 65, 501	Mészáros Károly 462
Benedek László .. 677	Dollinger Béla .. 718	Guszman József .. 634	Komássy Mihály 655	Milkó Vilmos 101
vitész Berde Ká- roly 201, 580	Egan Ernő 417	Győry Tibor 94, 477, 502	Korányi Sándor báró 148, 161, 631, 670	Miskolezy Dezső 767
Bézi István 593	Elischer Ernő 53	Gyulay Elemér .. 933	Kovács Ferenc .. 65	Nagy Géza 191
Bochkor Ádám .. 599	Enders Frigyes .. 538	Haba Antal 807	Kovács János 925	Nagy György 779
Bodó Bertalan .. 436	Engel Károly 706	Hajós Károly 228, 400	Kovács Ferenc .. 763	Nádory Béla 457, 500, 525
Bókay János	Engel Rudolf 577	Haynal Imre 255, 891	Kovács Ödön 640	Neuber Ede 81, 217, 904
2, 79, 138, 511	Entz Béla 293	Hári Pál 387	Kőrösy Kornél .. 139	Novák Miklós 863
Bókay Zoltán 117, 522	Erdélyi József .. 821	Hedri Endre 823	Kramár Jenő 265, 901, 928	Nyirő Gyula 757, 846
Boross Ernő 481	Falta Béla 17	Heiner Lajos 129, 159	Kubányi Endre .. 556	Okolicsányi-Kuthy Dezső 803
Borszéky Károly	Farkas Géza 727	Herepey-Csákányi	Kuncz Andor 49	Ormós Pál 420
22, 37, 762, 881	Fárbás Jenő 433	Győző 175, 802	Kunszt János 637	Ótvös Ervin 145
Bosányi Andor	Fejér Árpád 936	Herzog Ferenc .. 460	Landgraf Jenő .. 454	bilkey Pap Lajos 782
358, 421, 531	Fekete Sándor ... 313	Hetényi Géza 55, 363	Lax Henrik 191	Paunz Alajos 573
Brana János 266, 830	Felletár József ... 671	Hofhauser István 935	Lévai Mihály 90, 886, 909	Paul B. Andor ... 658
Buday Kálmán	Friedrich József ... 605	Hortobágyi Béla 289, 320	Liebermann Tódor 268, 829	Pákozdy Károly 253
463, 795	Friedrich László 591, 615, 799	Horváth Béla 360, 437		Pándy Kálmán .. 134
Burger Károly 159, 451	Friedrich Vilmos 859, 883	Horváth Dezső .. 663		
		Huzly Imre .. 621, 624		
		Issekutz Béla 342		

Oldal	Oldal	Oldal	Oldal	Oldal
Petényi Géza 41, 191, 222, 278, 402, 459, 473, 780	Röth András 643, 743	Sombor József Antal 613	Szárász Elemér 518	Török Gábor 513
Péterfi Sándor .. 91	Rubin Jenő 582	Soós Aladár 8, 104, 121, 137, 151, 165, 179, 193, 209, 228, 246, 257, 269, 281, 293, 307, 346, 367, 406, 424, 443, 483, 726, 768	Szemző György .. 306	Tüdös Endre 476, 642
Polgár Emil 544	Safranek János 225, 560, 889	Stamberger Imre 173	Szentkirályi Zsigmond 571	Valkányi Rezső 355, 378
Pollermann Arthur 245	Schaffer Károly 711, 734	Stasiak Aranka 659, 679	Székely József 817, 841	Vas J. Jenő 137
Póór Ferenc 542	Schafer Sharpey Ed- ward 659, 679	Stief Sándor 757	Szikszay Elemér .. 418	Vámossy Zoltán 1, 323, 540
Raisz Dezső 115	Scharl Pál 491	Stranz Gyula 865	Szilárd Pál 337	Vándorfy József 434
Ratkóczy Nándor 6, 340	Schilling Árpád 404	Sulyok Dénes 558	Szilvási Gyula 204	Váró Béla 70
Rausch Zoltán 575, 699, 908	Schultheisz László 551	Surányi Lajos 386	Takáts Géza 403, 579, 603	Verebély Tibor .. 633
Rejtő Kálmán .. 808	Scipiadés Elemér 395, 765	Sülle József 481	Tél Ferenc 383	Waltner Károly 767, 848
Rejtő Sándor 825	Sebestyén Gyula 515, 829	Szabó Ince .. 224, 398	Thurzó Jenő 682	Went István 245
Rohrböck Ferenc 290	Simicska Gábor 20, 494	Szabó József 785	Tokai Lajos 641	Weszeckzy Oszkár 741
Rókay Zoltán 87, 237	Simkó Gyula 595	Szabó Zsigmond 563	Toldy Loránt 205	Wladáreczyk József 301
Rosenthal Jenő .. 242	Simon Sándor 721, 806	Szarvas András .. 866	Tomesik József .. 265	Zalka Ödön 322, 375, 396
Róth Miklós 279	Sirovicza Mihály 380		Torday Árpád 36, 240, 505, 930	Zemplényi Imre .. 725
Rothauser György 846			Torday Ferenc 113, 733	Zempléni V. Gyula 85
Röhlich Lajos .. 904			Tornay János 132	Zimányi Vidor 137, 746
			Török Béla 797	Zinner Nándor .. 617
				Zubriczky Aladár 712

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:

Vámossy Zoltán: Üdvözljük híveinket! (1. oldal.)

Bókay János: A bárányhimlős eredetű övsömör. (2—6. oldal.)

Ratkóczi Nándor: Az ulcus duodeni Röntgen-diagnostikája. (6—8. oldal.)

Soós Aladár: Az essentialis hypertonia diéta kezeléséről. (8—11. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 december 22-i tudományos ülése. (11—12. oldal.)

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály 1923 december 18-i ülése. (12. oldal.)

Lapszemle. Belorvosstan. — Stomatologia. — Gyermekorvosstan. (12—14. oldal.)

Heti krónika (14—15. oldal.) Vegyes hírek. (15. oldal.)

Üdvözljük híveinket!

Kik ma egy éve az Orvosi Hetilap hanyatló zászlóját megragadni és felemelni segítettek, kiknek száma azóta is lassan bár, de folyton szaporodott, s akik bizonyára éppoly büszkéek ez elmúlt küzdelmes, de eredményes évre, mint mi, akik a kormányruhába állottunk, de nélkülük tehetetlenek lettünk volna. Üdv a bölcs kormányférfiúnak, kultuszminiszterünknek, ki az orvostudomány fényességében bízva, egy kultúramentő mozdulattal egyenesbe állítva zászlónkat avval adta azt kezünkbe: „én vállalom és tartom amíg kell, de ti is ragadjátok meg és segítetek!”

És mi orvosok megragadtuk és visszük előre, fel a régi magaslatba, talán még azontúl is, — mert semmi sem él, ami nem halad. Lapunk terjedelmét eleinte a betűk sűrítésével, az utolsó negyedben pedig még ezen felül négy oldallal megnöveltük. Így elértük azt, hogy ez évfolyamban 177 eredeti cikket, 41 klinikai előadást, összefoglaló szemlét vagy közérdekű ismertetést, négy tudományos orvostársaság és több specialis szakosztály számos ülésének referatúmat, komoly kritikájú könyvismertetéseket nagy számát és a külföldi irodalom oly bőséges szemléjét tudtuk adni, amihez hasonlót egy társalapunk sem mutathat fel. Élénkíteni igyekeztünk még Hetilapunkat tőlünk telhetőleg az orvosokat érdeklő vegyes hírekkel, ülés-programmokkal és legutóbb kiváló munkatársunk, Herczeg Árpád „Heti krónikáival”, melyeknek nagy olvasottságot, sok történelmi tudást, kultúra és aktualitások iránti érzéket lehelő szellemével és élénkségével valóban mindnyájan meg lehetünk elégedve.

Amidőn lapunk szellemi becsét ilyképen növelni és olvasóink igényeivel összhangba hozni igyekeztünk, nem téveszthetjük szem elől az anyagiakat, az előfizetők számának növelését sem, amit sikerült egy év alatt megkétszerezni. Tulajdonképpen ez is erkölcsi és kulturális siker, mert míg egyfelől Hetilapunknak megizmosodását szolgálja a minden nyomdaterméket megfojtással fenyegető gazdasági viszonyokkal szemben, másfelől a kultúra és tudomány terjedését, rendünket egyre jobban átható erejét jelenti. Örvendek, hogy Hetilapunk a szomszéd államok magyar orvosaihoz is akadálytalanul és egyre fokozódó mérvben eljut s a tengereken túlra is elviszi honfitársainknak, csere-laptársainknak, s a nagy könyvtáraknak a magyar orvosi kultúra lüktető életének bizonyosságát.

Érezve Hetilapunk olvasottságának óriási jelentőségét, minden erőnk megfeszítésével arra fogunk törekedni — és ebben minden orvosi társulásnak, szövetségnek, minden magyar orvosnak segítő közreműködését kérjük —, hogy azt minél jobban kiszélesítsük, hogy rendünk minden ifjú vagy öreg tagja magára, magyar orvos voltára elengedhetetlennek találja azt, hogy híveink és támogatóink sorába lépjen.

Ilyen visszatekintés után, ilyen törekvések reményével, terveinkről nem sokat beszélve, hanem céltudatosan cselekedve, szellemi javakat szolgálva, az anyagiakat erre csak felhasználva, lépésről-lépésre tért hódítva akarjuk ez új évfolyamunkat kezdeni és Isten segédelmével végigvezetni.

Még csak néhány köszönő és hálás szót itt a nagy nyilvánosság előtt — egyszer legalább egy évben! — azoknak a fáradhatatlan és lelkes munkatársaknak, akik szerényen és név nélkül a referatúmok megválogatásának, átnézésének és azokkal a Hetilap bőséges ellátásának nagy munkáját, sőt a szakszerű könyvismertetéseket is vállalták és végzik. Hálásan írom le itt Bókay János, Herzog Ferenc, Verebély Tibor, Nékám Lajos, Grósz Emil, Tóth István tanártársaim nevét, hogy úgy nekik, mint dolgozó fiatal gárdájuknak megköszönjem e jelentős támogatást. De van a Hetilapnak még két névtelen hőse, kik megfejtői annak a rejtélynek, hogy miképp tudok én, a dékán-professor, a szerkesztői és kiadói feladatokkal oly sikeresen megbirkózni, s akiket e helyen nemcsak a szerkesztő, hanem az orvosi rend nevében is elismerés illet meg. Az egyik tanársegédem, Huzly Imre dr., ki a szerkesztői pennát forgatja mellettem, s a másik gyakornokom, Mészáros Gábor dr., kinek vállain az adminisztrációs gondok nyugszanak. Örömmre szolgál, hogy az egyetemközi sajtóbizottság megtalálta a módját annak, hogy velük szemben elismerését méltóképp kifejezésre juttassa. Az én köszönetem azonban az, hogy gyönyörködöm munkájukban és a közérdek iránt áldozatkész lelkesedésükben a magam ifjúságát látom megismétlődni.

Most pedig induljunk, mi szegény magyarok, egymást megértve, a tudomány és a magyar kultúra szeretetében egyesülve előre, neki az új évnak avval az erős óhajattal, sőt akarattal, hogy csak szebbet, jobbat hozzon reánk mint a ködbe veszett ó év.

Üdv a híveknek!

Budapest, 1924 január 1-én.

Vámossy Zoltán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A bárányhimlős eredetű övsömör.

(*Zoster varicellosus*.)

Akadémiai székfoglaló.

Előadta: *Bókay János* dr. egyet. tanár, a Magyar Tud. Akadémia levelező tagja.*

Midőn a Magyar Tudományos Akadémiában mint levelező tag székfoglalómat tartom, egy oly kérdéssel óhajtok foglalkozni, melynek megvilágítása, megfigyeléseim és közléseim alapján, a szakirodalomban nevemhez fűződik. Külföldi és belföldi kartársaim éveken át alig méltatták figyelemre idevonatkozó, 1892-ben és 1909-ben megjelent két közleményemet, míg végre 1918-ban közrebocsátott tanulmányom kellő visszhangra talált úgy a francia, mint az angol, amerikai és svájci, valamint hazai sajtóban s érdemes francia szaktársam, *Arnold Netter* 1920-ban a párizsi *Académie de Médecine* egyik szakülésén nyíltan megvédte a kétkedőkkel szemben következtetéseimet¹ s a rendelkezésére álló klinikai adatok alapján 1922-ben a *Société médicale des Hôpitaux*-ban a következőkép nyilatkozott: „Amikor először jutott tudomásomra Bókay észlelése, hitetlen voltam, de azóta, noha szigorú kritika szűrőjén bocsátottam át az észleléseket, azon meggyőződésre kellett jutnom, hogy az igaz néha hihetetlen.”²

1918 óta tanulmányom a külföldi sajtóban a közléseknek igazán tekintélyes sorozatát indította meg, melyek jórészt a *British med. Journ.*, *British Journ. of Dermatology*, *Lancet* s a *Bulletin de l'Académie de Médecine* hasábjain jelentek meg s így nyert végleg megállapítást azon kórkép, melyet én 1909-ben *zoster varicellosus* elnevezéssel iktattam be a pathológiába s az orvosi nomenclaturába.

1888-ban, tehát 35 év előtt láttam először, hogy egy családban, amelyben körülbelül *tíz nap előtt* a család egyik gyermektagján övsömör (z. thoracalis) támadt, egy másik gyermektagon típusos bányahimlő jelentkezett.

Ezen észlelet magában véve nem ragadta volna meg figyelmemet, de alig néhány héttel fenti észleletem után, ismét magányakorlatomban, *másodszor* is láttam a zoster és varicella egymásutáni jelentkezését, miáltal figyelmem directe fel lett hívva a két betegség közötti esetleges összefüggésre. Ezen utóbbi észleletemben az első betegség zoster abdominalis volt a család egyik kiskorú leánytagján s a család második növéndék-leánytagján körülbelül *tíz napra jelentkezett* a jellegzetes bárányhimlő, a szokottnál kissé erősebb kivirágzással.

Ezek voltak első, *fundamentális* észleleteim s ezen alapon folytattam tovább megfigyeléseimet s 1909-ben a Budapesten lezajlott *nemzetközi orvoscongressuson* összesen kilenc eset alapján már *határozott* formában felállítottam azt a tételt, hogy: *a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos, előttünk eddig ismeretlen körülmények folytán általános kivirágzás helyett typhusos örsömörben nyilvánulhat meg, mely örsömör, fertőzés útján, más egyénen bárányhimlőt hoz létre.* Természetes, hogy a bárányhimlős eredetet a zoster eseteknek csak bizonyos részére kívántam vonatkoztatni.

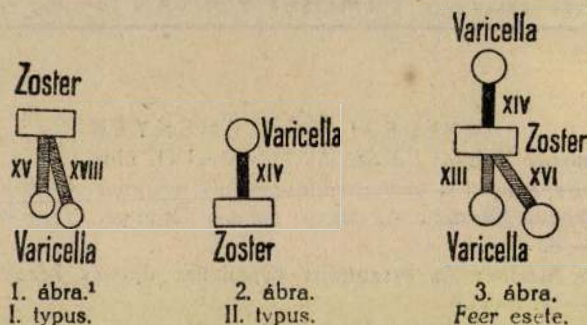
S az észleletek száma beteganyagomban az évek folyamán fokról-fokra bővült, így 1918-ban már 14-re emelkedett s éppen a 14-ik esetem, melyben az övsömör bárányhimlővel egyidőben jelentkezett s ezt követte 14 és 16 nap után, tehát megfelelőleg a bárányhimlő-incubatio hosszának, két más gyermeknél a varicella.

* Előadatott a Magy. Tud. Akadémia 1923. évi november 19-i ülésén.

¹ „L'identité d'origine de la varicelle et d'un certain nombre de zonas, que je défends après Bókay est ainsi nettement confirmée.“ — ² „Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.“

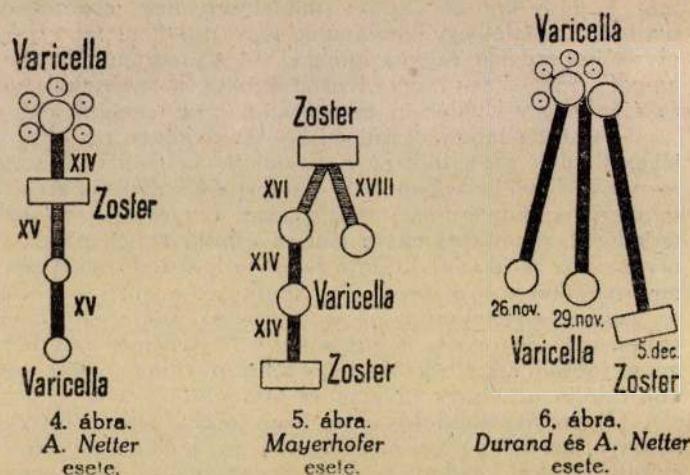
készítetett arra, hogy 1918-ban újból közzétegyem tapasztalataimat, mert ezen utolsó észleletem alapján kétségen felül bizonyítottnak láttam 1909-i következtetésem helyességét, vagyis kétséget kizárólag bebizonyítottanak véltem, tisztán klinikai megfigyelések alapján, hogy a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos körülmények között tiszta övsömör eruptióban is megnyilvánulhat s nagyon kérdésesnek tartottam, hogy a dermatologusok által észlelt zoster generalisatus-esetek egy része nem analog-e, aetiologice 14-ik esetemmel?

A kérdés historicuma 1918-ig röviden összefoglalva ez s ezen időtől kezdve a külföldi és belföldi szak-



társak egész sora szegődött munkatársammá ezen pathológiás szempontból *nem alárendelt fontosságú* megállapítás további tudományos kiépítéséhez s a világirodalomban lefektetett több mint 200 észlelés s több mint ötven cikk megengedi nekem ma a kérdés szélesebb alapon való tárgyalását.

Ha az irodalomból összegyűjtött eseteket és saját megfigyeléseimet csoportosítom, úgy azt látjuk, hogy az esetek zömében az *elsődleges megbetegedés* a család vagy környezet egyik gyermek- vagy felnőtt tagjánál *jellegzetes övsömör* volt, melyet 8—20 nap után (átlag két hétre), tehát a bárányhimlő lappangási időszakának megfelelő idő után, a család, illetőleg környezet egyik, esetleg több gyermektagján *jellegzetes bárány-*



himlő követett, oly körülmények között, hogy a fertőzésnek más forrását ki lehetett zárni. A bárányhimlőt mutató egyének egy-két kivétellel mind olyanok voltak, kik megelőzőleg a multban bárányhimlős fertőzésen még nem estek át, valamint az elsődleges övsömört mutató betegek is néhány kivétellel oly egyének voltak, kik bárányhimlőt még ki nem állottak, vagy — felnőtt egyénnél — a bárányhimlős megbetegedés a gyermekkorban zajlott le.

(Ez volna az övsömör és bányahimlő közötti összefüggés I-ső és gyakoribb typusa. (L. 1. ábra.) Henri Netter, ki 1921-i inaugural dissertációjában atyja adatait összesítette s a világirodalmi adatokat táblázato-

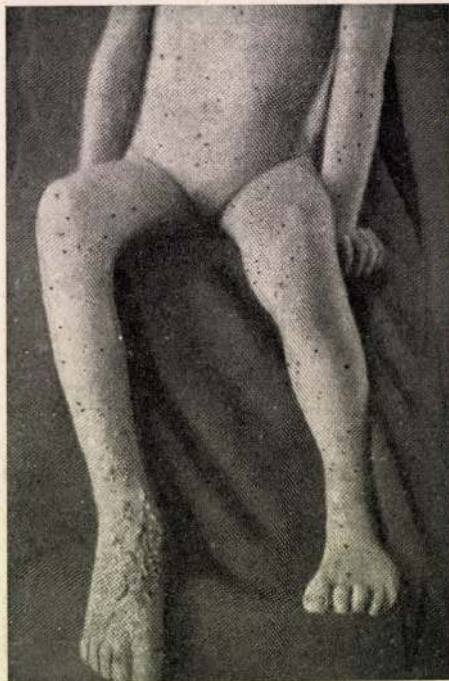
¹ A téglalak az övsömört jelzi, a körök pedig a bárányhimlőt. Az oszlopok a két betegség közötti időközt tünteték fel, római számmal pontosan jelezve a közti napokat.

Bókay János: A bányahimlős eredetű övsömör.

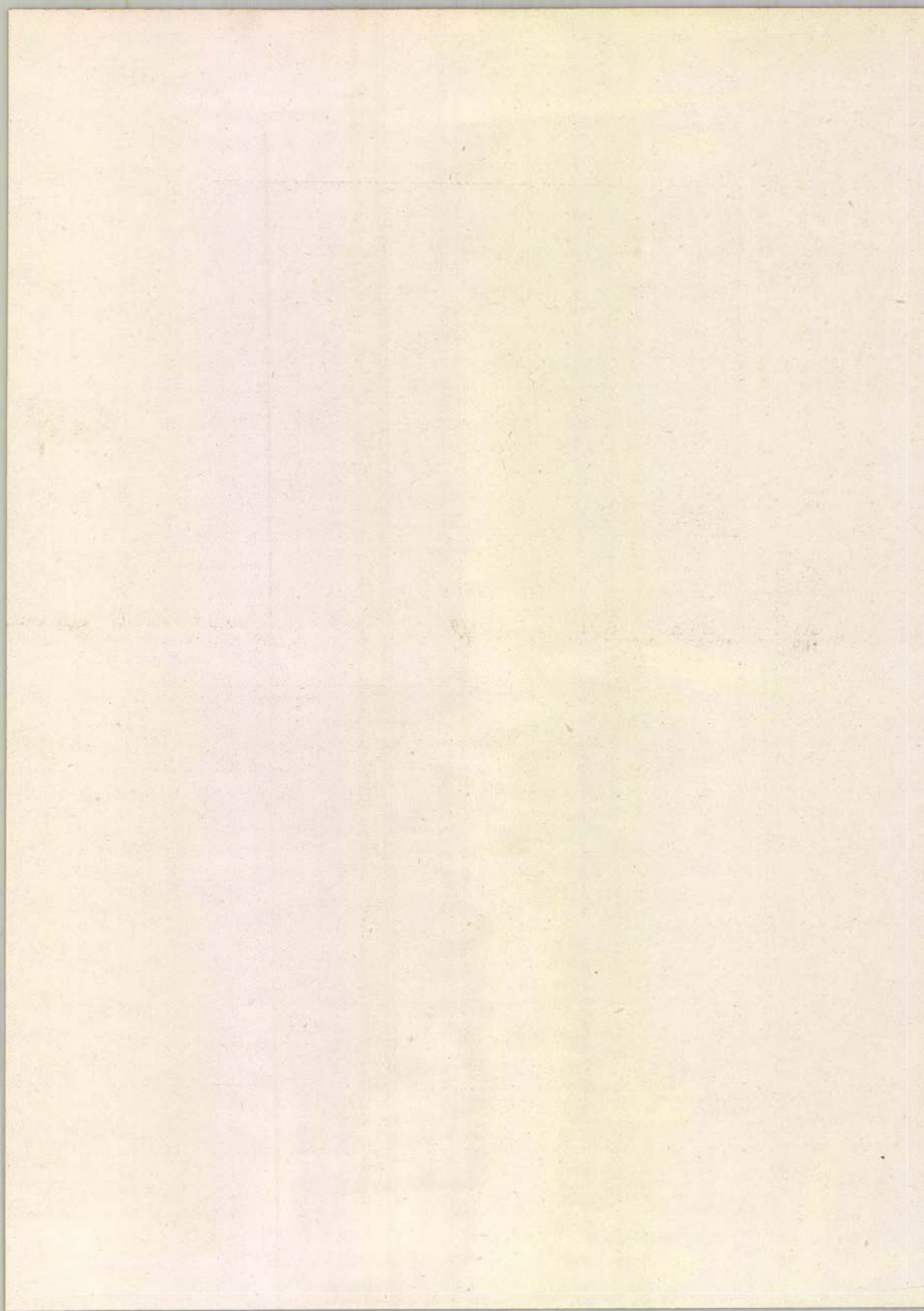
(Zoster varicellosus.)



11. ábra.
Parounagion és H. Goodman esete.



12. ábra.
Az én esetem.

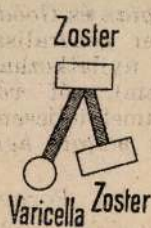


san összeállította, 87 ily esetet constatal, mely szám azonban ma már jóval nagyobb.

A II-ik típus, melyet sokkal ritkábban látunk, az, hol az elsődleges megbetegedés a bárányhimlő s ezt követi átlag két hétre a jellegzetes övsömör. (L. 2. ábra.) Nekem eddig csak egy ily észleletem volt, H. Netter összeállításában 1921-ig az esetek száma 15.

Ha a két típust a H. Netter-féle összeállítás alapján szembeállítjuk, úgy kitűnik, hogy az összesen 102 észlelés között az I-ső típus 85 $\frac{1}{2}$ %-kal, a II-ik típus pedig 14 $\frac{1}{2}$ %-kal szerepel és ezen százalékok a mai napig is körülbelül változatlanul érvényben vannak.

A fenti adatok az észlelések számának impozáns



7. ábra.



8. ábra.

Frei Magda esete.

nagyságánál fogva. már magukban véve is teljesen bizonyítják a kóroki összefüggést s kizárják a véletlen coincientiát; a kóroki azonosság további bizonyítására szolgálnak a következő érdekes és fontos megfigyelések:

a) Volt oly megfigyelés, hol bárányhimlő volt az első megbetegedés, ezt követte átlag két hétre egy más egyénnél az övsömör és ezt követőleg, ismét átlag két hétre, egy harmadik egyénnél bárányhimlő fejlődött. Ilyen volt Feer esete Zürichben 1920-ban¹ és A. Netter esete.² (Lásd 3. és 4. ábra.)

b) Volt viszont olyan megfigyelés is, hol övsömör volt az első megbetegedés, ezt követte átlag két hétre egy más egyénnél bárányhimlő s ezt követőleg, ismét átlag két hétre, egy harmadik egyénnél övsömör. Ilyen volt Mayerhofer esete 1923-ban,³ a bécsi Pirquet-féle klinikáról. (L. 5. ábra.)

c) Volt oly megfigyelés is, hol a bárányhimlőt, mint elsődleges megbetegedést követte átlag két hétre bárányhimlős és zosteres megbetegedés egy második és harmadik egyénnél. Ilyen volt Durand és A. Netter észlelete 1920-ban Párizsban,⁴ mely megfigyelés még értékesebbé válik azáltal, hogy az elsődleges bárányhimlőt átlag két hétre három megbetegedés követte, és pedig két varicella és egy zoster. (L. 6. ábra.)

d) Oly megfigyelés, hol az övsömört átlag két hétre két más egyénnél bárányhimlő és zoster követte volna (L. 7. ábra), eddig leírva nincsen,⁵ de ismerjük M. Frei észleletét a breslauer gyermekklinikáról,⁶ melynél zoster követett hét napra egy más gyermeknél zoster, s itt az övsömör mellett egyes elszórt hólyagsák voltak láthatók a különböző bőrfelületen s ezt követőleg 15, illetőleg 16 napra típusos bárányhimlő fejlődött két más gyermeknél. (L. 7–8. ábra.)

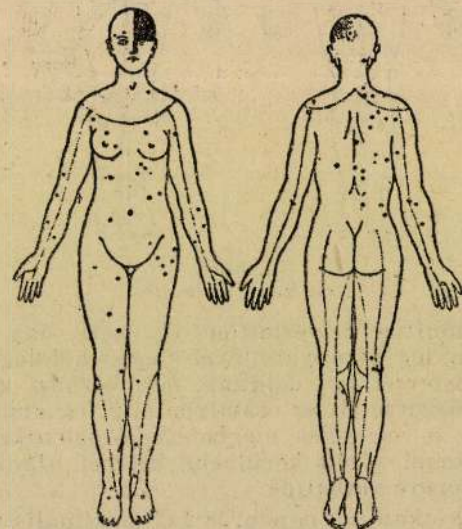
Kérdés, hogy a bárányhimlőre és övsömörre vonatkozó klinikai ismereteink aetiologiás és pathologiás következtetésem megerősítésére, vagy támogatására felhasználhatók-e?

Már rég feltűnt egyes észlelőknek, hogy bárányhimlőnél olykor a hólyagsák egyes bőrterületeken zosteres elrendeződést mutatnak. Így ír 1892-ben

Henoch s ugyanezt a megjegyzést teszi Thomas a Ziemssen-féle gyűjtőmunkában. Jennings a Keating-féle amerikai gyermekorvostani gyűjtőmunkában, továbbá Svoboda a Pfäundler-Schlossmann-féle Handbuchban s Jochmann ismert kézikönyvében. Ezen megfigyelés tehát nem újkeletű, csak a magyarázat volt téves, amennyiben általában bőrfeszülésnek, illetőleg a ruha vagy kötelék nyomásának tulajdonították a bárányhimlőhólyagoknak csoportos, vagy zosteres elrendeződését a bőrfelület egyes praedilectiós helyein.

Lássuk mármost az övsömörre vonatkozó azon ismereteinket, melyek a kérdés elbírálásánál figyelembe vehetők.

1893-ban Tenneson az övsömörnek egy addig nem ismert alakját ismertette, melynél típusos zoster-kivirágzás mellett, láz kapcsán, a bőrfelület legkülönbözőbb részein: a törzsön, végtagokon, fejen, sőt a szájüreg nyálkahártyáján is elszórtan, össze-vissza kis, víztiszta tartalmú hólyagsák jelentkeznek, egyidőben zosteres eruptióval. A hólyagsák csakhamar pörkösödnek s a pörkök leválása után nyom nélkül elenyésznek. Tenneson ezen hólyagsákat „*vésicules aberrantes*”-nak nevezte el. Molinié, Haslund, Beyer, Weidenfeld, Ehrmann, Kreibich, Ullmann és Fasal s legújabban (1923) Paroungian és Goodman (N. Y.) tettek hasonló közléseket s ezen esetek megjelölésére a dermatologok a „*herpes zoster generalisatus*” elnevezést használják. Nem tévesztendő össze ezen z. generalisatus azon övsömör-esetekkel, hol a zoster több egymástól távolos idegterületen jelentkezik (Colombini betege), mely eseteket a bőrgyógyászok *zona universalis*-nak nevezték el. Hogy mennyire nagy számmal jelentkezhetnek adott esetben eme úgynevezett „*eltévelyedett*” hólyagsák, különösen szépen mutatja Fasal,¹ valamint Paroungian és Goodman,² valamint Turtle³ esete. (L. 9., 10. és 11. ábra.)

9. ábra.
Fasal esete.

Hogy ezen ú. n. „*vésicules aberrantes*”-ok az esetek egy részében nem mások, mint bárányhimlő-hólyagok, erre legelőször én mutattam rá s 1918-ban, már említett esetemmel kézzelfoghatólag demonstráltam is.

Ezen, a bizonyítás szempontjából fontos esetem a következő volt:

V. G. nyolcéves fiút 1918 március 28-án vettem fel a Stefánia-gyermekkorház egyik húszágyas belorvosi osztályára. A fiú négy nap óta beteg s két nap óta látja az anyja a csoportos hólyagsák eruptióját a jobb lábán s a lábszáron s az elszórt hólyagsákat a törzsön és végtagokon. A gyermek a ragályos kórok közül csak vörhenyt állott ki.

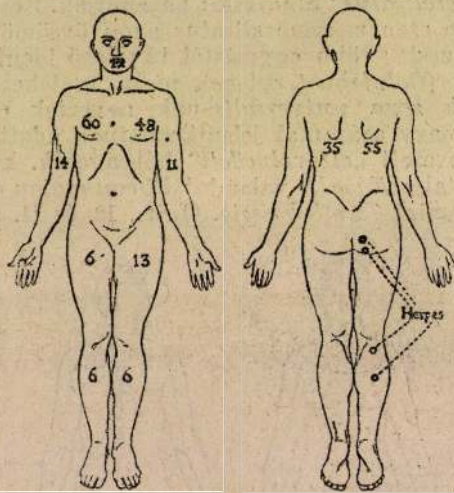
A fiú jól táplált és fejlett. Lázas, a hónalj hőmérséklete reggel a felvételkor 38.5 C°, kora este azonban 39.2 C°-ra

¹ Schweiz. med. Woch. 1920. 3. sz. — ² Académie de Médecine (Paris) 1920 június 29. — ³ Wiener medizinische Woch. 1923. 24. szám. — ⁴ H. Netter: Identité d'origine de zonas et la varicelle. Paris, 1921. — ⁵ Ciklem nyomása alatt jutott tudomásomra A. Bergeron egy ilyen esete, hol 17 nap után követte az elsődleges övsömört a zoster és varicella két más gyermeknél. (A. Netter utalása a Société de Pédiatrie de Parisban, 1922 novemberben, — ⁶ Jahrb. f. Kinderheilk. 1920. 92. köt.

¹ Arch. f. Dermat. u. Syph. 1909. 95. köt. — ² Arch. of. Dermat. and Syphilology. 7. köt. 4. szám, — ³ The Lancet, 1921. 200. köt.

száll fel. A jobb lábfőn, a lábszár alsó harmadától az ujjak hegyéig, kizárólag a dorsalis felszínen, jórészt borsómeckorosságú, egymáshoz igen közelálló, csoportos elrendeződésű, helyenként babnagyságúra összefolyt, víziszta tartalmú hólyagcsák láthatók, melyek a láb hátát, a IV. és V. ujjat s a láb hát jobb oldalát kivéve, úgyszólván teljesen beborítják. A környező bőrfelület lobos pirt csak csekély mérvben mutat. Az egyes hólyagcsák szabályos félgömbalakúak, köldökös behúzódnak nem mutatnak, az összefolyt nagyobb hólyagok inkább ovalisan megnyúltak, illetőleg rendetlen alakúak. Az egész testen, a hajás fejbőrt is beleértve, elszórtan kölesnyí, itt-ott lencsényi, jórészt satnya hólyagcsák láthatók, melyek egyike-másika már beszáradóban van. A végtagok feszítőoldalán a hólyagcsák száma kissé feltűnőbb. Az elszórtan jelentkezett hólyagcsák össz-száma körülbelül 100. Köldökös behúzódnak az elszórtan jelentkezett hólyagcsákra sem látható. A kötőhártyán és szájnyálkahártyán hólyagcsák nincsenek. A közérzet elég jó, bár a hólyagcsákkal sűrűn borított lábfő fájdalmas. (L. 12. ábra.)

Diagnózis: Zoster (Blaschko: „Zoster im vierten Lumbargebiet“); az elszórtan látható hólyagcsákat illetőleg, a felvételkor kétségekben voltam, hogy azokat aberrált zoster-hólyagcsáknak tartsam-e (zoster generalisatus), avagy satnya hólyagcsák eruptiót mutató bárányhimlőnek, melyhez a kép különösen hasonlított. Szándékosan tettem a fiút az egyik belorvosi osztályra s



10. ábra.
G. de Bec Turtle esete.

nem elkülönítve helyeztettem el, mert úgy véltem, hogyha tényleg bárányhimlővel s ezzel aetologice kapcsolatos zosterrel van dolgunk, más kórházi gyermeknek a fertőződése ott az osztályon alig fog elmaradni s ez esetben a varicellás megbetegedés jelentkezését az osztály betegek között körülbelül két hét utánra, tehát április közepére várhatjuk.

A következő két napon, 38.2 C° maximális végbélhő mellett, a lábfőn a hólyagcsák helyenként feltűnőbben összefolytak s a törzsön, végtagokon, valamint a hajzatos fejbőrön itt-ott még újabb hólyagcsák fejlődtek, mi mellett a felvételt látott hólyagcsák egy része már pörkösödni kezd. A közérzet jó, a lábfő és lábszár már alig fájdalmas.

31-ére az elszórt hólyagcsák már mind pörkösödtek s a láb hátán és lábszáron is száradni kezd a zosteres kivirágzás.

Április 10-ére a zosteres felületről a pörkök leváltak s helyükön halvány rózsaszín felhám látható. Az izoláltan jelentkezett hólyagcsák helye a pörk eltávolítása után úgyszólván csak sejtethető.

Április 11-én a szomszédos kórterem egyik ágyában a 8 éves H. Ilona leánykán, ki genu valgum rachit. miatt, osteotomia céljából vétetett föl, typhus bárányhimlő jelentkezik, közepes kivirágzással s április hó 13-án egy 8 éves, empyema thoracisban szenvedő operált leánybetegen látjuk ugyanezen kórteremben a teljesen jellegzetes varicella jelentkezését szintén közepes intenzitással. Megjegyezzük, hogy a két kórterem egymással szomszédos s csak a közös nappali szoba van

közbeekelve, melyben a fennjáró betegek tartózkodnak és étkeznek mindkét kórteremből s a két kórterem ajtaja állandóan tárva-nyitva van, hogy az ápolótestvér a két terem betegeit folyton szemmel tarthassa. Hangsúlyozni kívánom továbbá, hogy azon időtájt a kórházban varicellás beteg sehol egyebütt, a többi osztályon sem volt s hogy a kérdéses osztály betegek között, valamint a többi osztályon is, bárányhimlős kórházi fertőzés hónapok óta nem fordult elő. Hogy látogató importálta volna be az osztályra a varicellát, kizárhatjuk, mert mint már fent is említettük, a kórházi szabályok értelmében kiskorú látogatók belépése a kórtermekbe a legszigorúbban tiltva van.

Ezen esetem alapján nagyon kérdésesnek tartom, hogy a Fasal, valamint Parounagian és Goodman, valamint Turtle esete valóban zoster generalisatus volt-e (a többi irodalmi esetről nem nyilatkozhatom, mert azokat részleteiben nem ismerem), sőt valószínűnek tartom, hogy azok az én esetemmel teljesen analogok, tehát generalizált, bárányhimlőt mutató herpes zoster varicellusos-ok voltak.

Így, ha a Fasal-féle, valamint Parounagian és Goodman-féle, valamint Turtle esetére vonatkozó három ábrát a mi varicellás esetünk fotogramja mellé állítjuk (I. 9., 10., 11., 12. ábra), kétségtelenül nagy alaki hasonlatosságot találunk a négy eset között. Fasal esetének megítélésakor még inkább gondolkodóba ejt bennünket azon körülmény, hogy Fasal a következőképp jellemzi az „aberrált“ hólyagcsákat: „die Bläschen sind zum geringen Teil von wasserklarem Inhalt erfüllt, einige von einem roten Hof umgeben und sehen wie Varicellen aus.“ Hasonlóképp írja le az „aberrált“ hólyagcsákat Ehrmann és Brandweiner, valamint a három amerikai kartárs is. Távolság természetesen tölem a zoster generalisatus, illetőleg az „aberrált“ zoster-hólyagcsák létezését általában véve tagadásba venni, de hogy ezen esetek megítélésakor mindenesetre erős kritikára s óvatosságra van szükség, mutatja, hogy Riehl (Bécs) egy felnőtt esetében, hol egy dermatolog kartárs előző napon zoster generalisatust vett fel, kezdődő variola-eruptiót konstatait, egy helyen a fejlődő hólyagok zosteres elrendeződésével. Hogy a variola mily módon folyt le s hogy nem jöhetett-e szóba ezen esetben is, dacára, hogy a beteg felnőtt egyén volt, egy erősebb varicellás kivirágzás, arról nem nyerhettem tájékozódást, mert az eset részletes közlés tárgya nem volt. Riehl ugyanis ezen észleletéről csak néhány szóval emlékezett meg a Wiener dermatol. Gesellschaft 1909 április 28-i ülésén a Lipschitz zoster generalisatus esetének bemutatása kapcsán kifejlődött eszmecsereben.

Hogy a zoster olykor feltűnően sűrűn jelentkezik, azt a dermatologok már a múlt század hetvenes éveiben jelezték. Így Tilbury Fox ezt már 1871-ben hangsúlyozta s S. C. Chew a Baltimore clinical Societyben ugyancsak a hetvenes években szintén jelezte ezen időnkénti csoportos fellépést, mint mondja: „it seemed as if were in a wave (hullám) of zoster“. Tulajdonképeni zoster-járványokról csak 1889 óta van szó, mióta Kaposi, a magyar születésű bécsi dermatolog a Deutsche dermat. Gesellschaft évi ülésén „Über die jüngste Zoster-Epidemie u. zur Aetiologie des Zoster“ című előadását megtartotta, melyet a következő szavakkal vezetett be: „Wer hat von einer Zoster-Epidemie gehört, oder gelesen.“ Ezen előadás szerint az övsömör tömegesebb fellépése különösen március és április, továbbá október és november hónapokban látható s Kaposi úgy véli „dass der Zoster überhaupt, de norma vorwiegend in kleinen Epidemien auftritt“.

A fenti adatok ismerete késztetett arra, hogy tanulmányozzam a zoster fellépési gyakoriságát a fővárosban s összehasonlítsam a bárányhimlő járványgörbéjével, mely összehasonlításból azon fontos kérdésre véltem feleletet nyerhetni, hogy a zoster varicellusos az infectiosus eredetű övsömörnek tetemesebb számát teszi-e ki, avagy sem. E célból klinikai ambuláns beteganyagomból, mely biztos fokmérője a fővárosi járványoknak, tíz évre visszamenőleg hónap-

ról-hónapra összeállítottam a bárányhimlős megbetegedéseket s adataim alapján megkonstruáltam a bárányhimlő megbetegedési görbáját s e mellé állítottam a főváros övsömör-görbáját, ugyancsak tíz évre visszamenőleg, melyhez a számadatokat kis részben saját beteganyagom, jórészt pedig Nékám tanár klinikájának gazdag ambuláns-anyaga nyújtotta, mely tudvalevőleg eléggé koncentrálja a főváros bőrbeteg-anyagát. Ha már most a két görbe lefolyását s egymáshoz való viszonyát szemléljük, úgy azt látjuk, hogy míg 1913-tól 1918-ig a két görbe meglehetősen rendetlenül folyik le egymáshoz viszonyítva, addig 1919-től 1923-ig a *parallelizmus a két görbe között eléggé szembetűnő*. (L. 13. ábra.) Egyáltalán nem kívánok ezen tényből következtetést levonni, de mégis figyelemre méltatandónak tartom. Mindenesetre kíváncsi vagyok, hogy ily irányú tanulmányozást a jövőben is folytassunk s mások is folytassanak más nagy városok nagy beteganyagán, mert így a fenti kérdésre, hogy a zoster varicellus *mily százalékban* szerepel a zoster-esetek össz-számában, esetleg mégis kaphatunk felvilágosítást.

Azon érvek, melyeket eddig felsorakoztattam, a betegágnál tett tapasztalatokból, az ú. n. „*observation pure*”-ből szűrődtek le s ezen érvek, mint láttuk, a zoster varicellus létezését teljesen tisztázták is. Hogy azonban adott esetben, eltekintve mindentől, az előtűnk álló övsömört, még ha mellette „*véscules aberrantes*”-ok is vannak, mint zoster varicellusust ne csak sejtjük, de biztosan fel is ismerjük, szükséges, hogy beható összehasonlító *haematologiai* vizsgálatok s nagyobb számú *complement-kötési reakciók* végeztessenek. Kolmer, Dold és Langer vizsgálataiból ugyanis kitűnt, hogy varicella-pörkökből készült (phys. konyhasós és alkoholos) kivonatok varicellát kiállott egyének savójával *complement-kötést* adnak. A reactio mind a három szerző szerint specifikus és a complementet kötő antitestek mintegy hat héttel a betegség kezdete után tetemesen megfogynak, majd eltűnnek. Magda Frei¹ volt az első, ki e megfigyelések alapján rámutatott arra, hogy a *complement-kötési reactio* alkalmas lehet annak bizonyítására, hogy a zoster-esetek egy része a varicellával közös eredetű. Cornelia de Lange Amsterdamból² már eredményről is számol be, amennyiben észlelte, hogy egy varicellás megbetegedéseket okozott zosterből a 25-ik napon vett savó vizes varicella-antigennel erősen pozitív kötés adott s ugyanígy reagált az antigen varicella-savókkal, míg a controll-savóknál negatív volt a reactio.

A jóval Lange közlése előtt megkezdett vizsgálatunk eddigi eredményei a következők:

Zoster-hólyagokból készült antigen és varicella-reconvalens-serum között *complement-kötés* nem volt kimutatható.

Varicella-pörkökből készült antigen és zoster-savó között négy esetben végeztünk kötés kísérleteket.

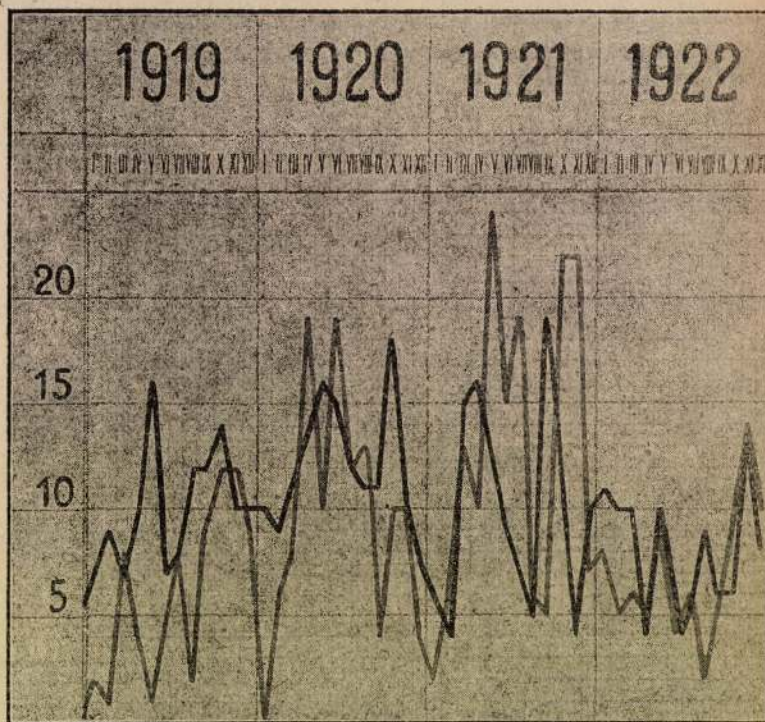
Activ savóval dolgozva egy ízben ++++ pos., két esetben pedig negatív volt az eredmény.

Inactiv savót használva egyszer ++++ pos., egyszer ++ és egyszer ++ pos. kötést kaptunk (1–1 esetben csak activ, ill. csak inactiv serummal történtek vizsgálatok). Ezenkívül nyolc esetben végeztünk *complement-kötést* varicella-antigen és varicella-serum között.

Az eddigi közlésekkel egyezően mi is azt állapíthattuk meg, hogy használható antigént leginkább a beszáradás elején levő pörkökből, kb. a 6.–8. napon lehet készíteni, hogy az antitestek csak az első héten túl, leginkább a 2.–3. hétben mutathatók ki és, hogy a negatív eredmények nem értékelhetők, mert egyes antigenek teljesen használhatatlanok azonos készítési mód ellenére, másfelől egyes varicella-savók jó antigennel is negative reagálnak.

Ellentétben azonban Langerrel, eddigelő nem sikerült alkoholos kivonatokkal pozitív eredményeket elérnünk s úgy találtuk, hogy az inaktivált savók alkalmasabbak, mert több ízben előfordult, hogy inactiv

serummal pozitív, activ serummal negatív volt az eredmény. Meg kell jegyeznünk továbbá, hogy már az eddigi, aránylag nem nagyszámú vizsgálat folyamán több ízben fordult elő, hogy egyes inactiv controll-savóknál is részleges, sőt egy esetben teljes *complement-kötés* állott be. Az illető savók nem voltak önkötők és az antigen sem gátolta a használt dosiban a haemolysist, de feltűnt, hogy csak egyes antigenek adtak ily kötések, mások pedig nem. Hogy vajjon az antigenben volt-e a hiba, vagy pedig a varicellát hosszabb idő előtt kiállott egyének savójában is jelen lehetnek még az illető antitestek, csak a további vizsgálatok dőnhetnek el. Ily vizsgálatoknál az optimalis kísérleti feltételek felismerésére kell törekednünk, mert hiszen minden *complement-kötési reactio* csak bizonyos optimalis quantitativ és qualitativ feltételek szabta határokon belül specifikus és értékesíthető. Az ily irányú vizsgál-



13. ábra.

Világos görbe = bárányhimlő. Sötét görbe = övsömör.

latokat azonban igen megnehezíti azon körülmény, hogy nagyobb mennyiségű antigen egyszerre való készítéséhez nagy beteganyagra volna szükség.

Kíváncsiaknak tartjuk továbbá a *nyúl corneájára való átoltások* tanulmányozását is a célból, hogy meggyőződést nyerjünk arról, hogy az övsömör bizonyos eseteiben a hólyagok benné kéne átoltása a házinyúl corneájára idéző-e elő ott ugyanolyan kóros elváltozásokat, mint a bárányhimlő hólyagtartalmának inoculációja. (Lásd Luger és Lauda [1921] histologiai vizsgálatait.) Ily szaruhártyára történő átoltásokkal zoster-nél és bárányhimlőnél tudtommal Knöpfelmacher (Bécs) foglalkozik behatóan. Mindezek a vizsgálatok folynak úgy nálunk, mint másutt is, az adatok azonban eddig gyérek s így nem értékesíthetők kellőleg, úgy hogy a diagnostika egyelőre továbbra is csak az „*observation pure*”-re van utalva.

Itt említjük meg, hogy Balogh Ernő (1923² öt boncolt bárányhimlős esetén az intervertebrális ganglionok kötőszövetes tokjában lőtt apró vérzésekkel kísért, enyhe, de friss lobos jelenségeket s kórszövet-tani leletei s az ezekből levonható következtetések alapján a bárányhimlős bőrkiütéseket a bőr vasomotoros táplálkozási zavarainak véli minősíthetni s úgy véli,

¹ L. c. — ² Klin. Wochenschrift, II. évfolyam, 19. sz.

¹ Gesellsch. f. Inn. Med. u. Kinderh. Wien, 1921.

² Orvosi Hetilap 1923. 42. sz.

hogy az én klinikai megállapításomban jól bekapcsolhatja conclusióját, amely szerint akkor várhatnánk, hogy az övsömörnek megfelelő segmentális bőrzónában jelentkeznek a bárányhimlős eruptio, ha a varicella vírusa egyes gangliont, avagy annak körletét serkentő kóros functiókra, mely értelmezés az övsömör létrejöttét magyarázó Blaschko és Jadassohn-féle feltevessel teljesen congruál.

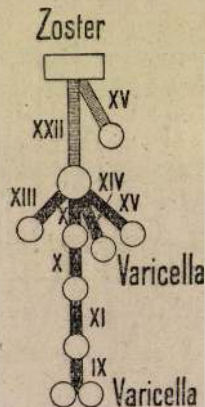
Lássuk ezek után azon ellenvetéseket, melyek az irodalomban következtetésemmel szemben felmerültek:

Cantor S. J. 1921-ben a *British. med. Journ.*-ban közli, hogy a Karácsony-sziget (*Christmas Island, Straits Settlements*) az utolsó húsz év alatt bárányhimlős fertőzéstől teljesen mentes volt, míg övsömör-esetek ott ezen időszak alatt elég sűrűn fordultak elő, mit *ellenargumentumnak* állít oda következtetésem meggyöngítésére. Tekintettel arra, hogy én az ú. n. infekciós eredetű övsömörnek csak egy, véleményem szerint mindenestre tekintélyesebb csoportjára vonatkoztattam a bárányhimlős eredetet, Cantor ellenvetése veszt súlyából s döntő érv nem lehet a kérdés mérlegelésénél.

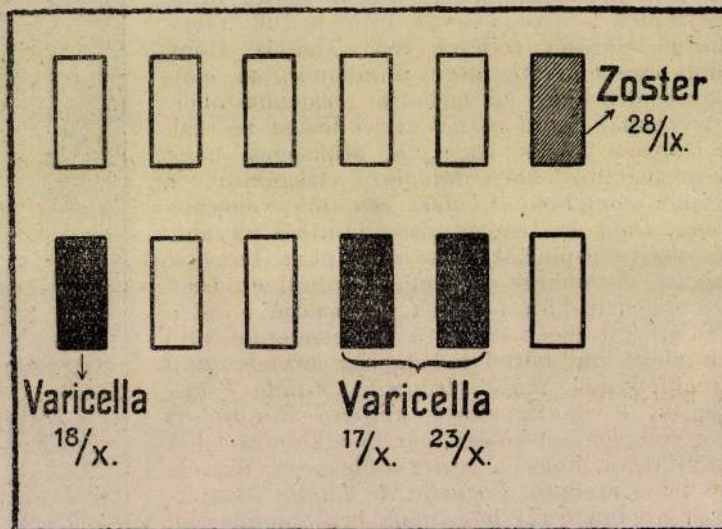
Barabás Z. felveti a kérdést (*Jahrb. f. Kinderh.*,

lyének kitéve bárányhimlőben megbetegedett. Ami 7. számú esetemet illeti, miután itt a varicella előző kiállásáról csak a szülő tesz említést, arra építeni nem igen lehet, annyival kevésbé, mert az eset leírásánál meg is említem, hogy a szülő bemondata „nem teljesen megbízható“.

A varicella-zoster kérdésnek megvan a maga praktikus jelentősége, mert közléseim alapján ma már minden övsömör-esetet gyanús szemmel kell néznünk a gyakorlatban, nehogy egy zoster varicellosus figyelmünket kikerülje, mert láttuk, hogy ily eset gyermek-kórházakban, internátusokban stb. esetleg tömeges bárányhimlős megbetegedéseket is produkálhat (l. 14., 15. ábra) s így találóan mondja Mayerhofer, hogy: „gerade für die Abhaltung überflüssiger Infektionen von einem Kinderspitale ist die Kenntniss jener erwähnten Infektionsquelle nicht unwichtig“. Dumoutet említi (1922),¹ hogy egy magaslati helyen, a Chavaniac-i gyermekgondozó intézetben, mely bárányhimlős fertőzéstől jó időn át teljesen mentes volt, egy zosteres megbetegedés a gyermekek között kisebb bárányhimlő-endemiát hozott létre.



14. ábra.
Övsömör után tíz
bárányhimlős megbetegedés.



15. ábra.
Klinikai észlelésem.
A három bárányhimlős-eseten kívül utólag még a varicella-fertőzésnek néhány esete fordult elő.

1923.), hogy övsömör kiállása mentesít-e a bárányhimlős fertőzés ellen és viszont s két észleletét közli, melyeknek egyikében (2 éves gyermek) bárányhimlő után nyolc hónappal övsömör fejlődött, míg a másik esetben (1½ éves gyermek) az övsömört követte kilenc hó után bárányhimlő s idézi 7. számú esetemet, hol a 6 éves, övsömörben megbetegedett gyermek, ki után 15 és 16 nap múlva két gyermeknél fejlődött ki bárányhimlő, a szülő bemondata szerint varicellát már kiállott három év előtt. Miután Barabás két esetét mindkét betegség alatt maga észlelte, az adatok helyességéhez szó nem fér, de ellenérv gyanánt nem használhatók fel, mert hisz én a varicellás eredetet a zoster-eseteknek csak egy csoportjára vonatkoztattam. Hogy ezen csoport esetében az övsömör kiállása tényleg mentesít bárányhimlős fertőzés ellen, az kivüláglik Kundratitznak övsömörhólyag tartalmával végzett oltásaiból s azok tapasztalataiból. (Bécs, 1923.)¹ Kundratitz tiszta herpes-hólyagok bennékelve három esetben cutan, egy esetben intracutan oltott. A cutan oltott esetenél 11 nap múlva az oltás-hely körül kölesnyi hólyagok támadtak, melyek 2–3 nap múlva beszáradtak, az intracutan oltott esetben negyednap pír és infiltratio lépett fel, mely több napon át fennállt, majd eltűnt. Előbbieket a varicellás gyermekek között tartotta, sőt velük egy ágyba fektette s ennek dacára infectio nem lépett fel. Utóbbi a fertőzés veszé-

Tek. Akadémia!

A herpes zoster varicellosus kórképének alapját 35 év előtt, pályám kezdetén raktam le s boldognak érzem magamat, hogy öreg koromban megvan az a megnyugvásom, hogy az idők folyamán általam kiépített kórképet a bel- és külföld szakemberei, az érvek mérlegelése mellett és súlya alatt elfogadták. Az általam leírt zoster varicellosus különben egyáltalában nem zavarja az övsömörről alkotott eddigi felfogásunkat (Jadassohn, stb.), mert hisz rég tudjuk, hogy az övsömör kóroktanilag nem egységes folyamat.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: br. Korányi Sándor dr.).

Az ulcus duodeni Röntgen-diagnostikája.*

Írta: Ratkóczi Nándor dr. egyetemi tanársegéd, a Röntgen-laboratorium vezetője.

Alig húsz évvel ezelőtt az ulcus duodeni helyes diagnosisa a ritkaságok közé tartozott s ugyancsak nagy meglepetést keltett Moynihannak 1910-ben megjelent közleménye, mely 400-nál több operált esetről számolt be. A tudományos világ figyelme egyszerre a kórképre irányul s a kórbonctani statisztikából hama-

¹ Arch. de Médecine des Enfants. Paris, 1922.

* A Kir. Magy. Orvosegyesületben 1923 november 3-án tartott előadás.

¹ Mitteilungen der Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde. Wien, 1922. 3. sz.

rosan kimutatják, hogy a duodenalis ulcus nem is olyan ritka megbetegedés. A régiebb összeállítások 0-4%-ról számolnak be, az újabbak azonban már 1%-ot mutatnak ki, ma pedig azt mondhatjuk, hogy az összes gyomor-megbetegedések legnagyobb százalékát a duodenalis ulcusok adják.

Bár Moynihannek azon tétele, hogy „az anamnesis minden, a fizikális vizsgálat úgyszólván semmi“, a fizikális vizsgálatokat egyidőre visszavetette, a röntgenológusok mégis fokozottabb figyelmet fordítottak a duodenum vizsgálatára. A bécsi iskola (G. Schwarz, Holzknecht, Haudek, Kreuzfuchs), a németek (Rieder, Kaestle, Bier), az angolok (Barclay, Perry, Shaw), az amerikai Cole, Lester Leonard, nálunk Bársony, Báron, Holitsch stb. úttörő munkát végeztek. A duodenum közvetlen vizsgálatának technikai nehézségei miatt figyelmük főleg a gyomorra irányult, melyen számos olyan elváltozást találtak, hogy a duod. ulcusra jellemző „indirect“ tünetek egész sorozatát állították fel, melyekből a diagnosist megadhatni vélték.

1914-ben Cole sorozatos felvételeit közli s ezzel felhívja a figyelmet a közvetlen vizsgálat szükségességére. Legalább 24, de esetleg 48, sőt 72 felvételt készít, s főleg ennek anyagi nehézségei miatt nem tud módszere Európában elterjedni.

Chaoul és Stierlin éppen az amerikai iskola hatása alatt követelik meg szintén a közvetlen vizsgálatot, 8–10 különböző helyzetben levő, álló, hason-, hanyatt-, oldalt-, féloldalt-fekvő betegről készült felvétellel elégedvén meg. Ma már általánosan elfogadott álláspont, hogy csak „direkt“ jelek kimutatása jogosít fel a duod. ulcus Röntgen-diagnosására s általában négyféle módszer használatos a duodenum közvetlen vizsgálatára.

1. Az amerikai, melyet Cole, Case, George, Gerber stb. fejlesztettek ki a fentebb említett sorozatos felvételekkel, melyek főleg sinistro-dextralis irányban készülnek. (Egy ép duodenum-képpel kizárják a kóros elváltozást.) Ez az eljárás a rendkívüli technikai felkészültség mellett oly költséges, hogy aligha fog nálunk valaha is követőre találni.

2. A bécsi iskola az átvilágítás egyedüli jogosultságát hirdeti. Az álló beteget suspensióval vizsgálják, oly módon, hogy a distinctorral feltöltött duodenumot a beteg kiskokú jobbra-balra forgatásával a gerincoszloptól igyekeznek elprojiciálni. A bulbus tényleg látható lesz, de a mögötte lefutó pars descendens árnyéka erősen zavar s az ily helyzetben készült felvételen gyakran egyenetlen a bulbus falának képe, éppen a mögötte levő pars desc.-ben levő kontrasztanyag miatt. A felvételekről olvasott diagnosist nem is ismerik el jogosnak.

3. A Chaoul-féle vizsgálat több-kevesebb módosítással a német klinikák legnagyobb részében használatos. A beteget féljobb-félhas fekvésben erősítik a Chaoul-féle radioskop-asztalra. A csőtartó tubusával comprimálják a gerincoszlopot s ezzel a flexura duod. jejuni-t, ily módon feszesre telődik a duodenum. Az asztal alatt elhelyezett átvilágító ernyőn, illetve a szembenálló tükrön történik a beállítás s 1–3 másodpernyi időközökben 2–4 felvétel készül. A lemezekről olvassák le a diagnosist. Eltekintve azon ellenvetéstől, hogy a compressio — különösen fekvő helyzetben — mesterséges viszonyokat teremt, elesik a duodenum pontos szemlélésének lehetősége az ernyőn, melynek fontosságát pedig nem lehet elvitatni.

4. A stockholmi iskola Ackerlund vezetésével félbalra forgatja az álló beteget (az átvilágító ernyőn való vizsgálat után), a flexura duod. jejuni-t luffaszivaccsal comprimálja s így készít külön e célra ötletesen megszerkesztett állványon 4–12 felvételt. A felvételek e helyzetből igen szépek, de az átvilágítási kép rosszul látható, mert a duodenum nagyjából a gerincoszlop árnyékába esik.

Azon vizsgálati módszerhez, melyet most ismertetni óhajtok, s melyet kb. egy év óta fejleszték klinikánk rendkívül nagy gyomoranyagán, az eddig felsoroltaktól eltérő sugárirányt választottam. A duodenum

közvetlen vizsgálatát a gyomor tüzetes vizsgálata előzi meg.

A beteg az átvilágító ernyő ellenőrzése alatt eszi meg a híg Ba.-pépet. A suspensiót lehetőleg teljesen el-ejtem, mert egyrészt ülepszik s akkor secretorikus viszonyokról már nem tájékozódhatunk, másrészt az ürülésre nem ad megbízható felvilágosítást. A híg pép éppen olyan jól tölti a duodenumot, amint azt felvételeimen lesz alkalmam bemutatni. Az ernyő előtt való etetést rendkívül fontosnak tartom, mert a telődést csak így láthatom, a kishajlat cardialis részét csak így lehet kifogástalanul figyelni (főleg a ptotikus gyomroknál), de a duodenum telődésének időpontját is csak így tudom megállapítani. A kishajlatot ezen étkezés közben vizsgálom végig, elkerülve így a később mögötte tett vékonybelek zavaró hatását. A pép második felét lent fogyasztja el a beteg, s nagy üzem mellett ezalatt a második beteg kerül az ernyő elé. A másodikkal hasonlóan végezvén, az első jön vissza, ki a pépet már teljesen elfogyasztotta. Aránylag rövid szemlélet a gyomor helyzetét, tonusát, peristalticáját, intermediaer rétegét, nagyhajlatának milyenségét állapítja meg és ezután következik a praepylorikus rész és duodenum vizsgálata. A szűkre fogott fényrés kb. 9×12-es képet ad az átvilágító ernyőn, melynek közepe alá esik a pylorikus nyílás. A bal kézben tartott hosszúkarú distinctort az antrumra helyezem s megfelelő nyomással töltöm a duodenumot. Jobb kezemmel fogom a beteget s felszólításommal egyidejűleg — Ackerlunddal szemben — jobbra forgatom. E forgatás olyannyira történik, hogy nemcsak a gerincoszlop árnyéka kerül a buslbustól balra, hanem a duod. genu sup.-nak és a pars descendensének árnyéka is balra vetítettessék. A distinctor ezalatt állandóan nyomogatja az antrumot, folyton tölti a duodenumot, mely ily módon teljes lefutásában látható. A bulbus külön áll, annak minden részlete élesen figyelhető, rajta a legkisebb egyenetlenség könnyen szembetűnik. A forgatás folytatódik most már kissé balra mindaddig, míg azt a pars descendens árnyéka megengedi, majd jobbra, míg a teljes jobbrafordításnál a kép eltűnik. Így a több síkból való vizsgálat fontos követelményének tehetek eleget. A distinctort ezalatt a duodenum telt állapotában kissé magasabbra csúsztatom, comprimálom a pars descendens alsó részét, ezzel huzamosabb időre töltve tartom a buslbust, egyúttal elnyomom a kishajlat odahajló részét. (Meg kell jegyezni, hogy a buslbust egyáltalán nem nyomom a distinctorral, vagyis nem hozok létre mesterségesen elváltoztatott képet, a nyomásnak mindig a bulbus árnyékán kívül kell történnie.) Ha a duodenumon állandó elváltozott látok, azt felvételen rögzíthetem, az e célra szerkesztett állványon. A kötenyt pótló ólom védőfalomon fel- és letolható, csuklóban forgatható s minden helyzetében rögzíthető, ólommal vert lapot szereltem fel, melynek közepén 9×12 cm-es nyílás van. E nyílás mögött átvilágító ernyő van elhelyezve oly módon, hogy annak elforgatása után helyébe lemeztartó helyezhető. Ez átvilágító ernyőn újra beállítom a duodenumot, a pars descendens most már maga a beteg komprimálja azáltal, hogy a distinctor helyére tett luffaszivaccsal nekidől a felvételi állványnak. A pontos beállítást egy próbafelvétel követi lemez nélkül, a kis átvilágító-ernyőre, annak helyére most gyorsan a lemeztartó jön, s a 13×18 cm-es filmre két felvétel kerül gyors egymásutánban, a filmnek nem exponált részét védvén az előtte levő ólomlemez.

Ha a duodenum nehezen telődik, a beteget néhány percre lefektetem jobb oldalára, félig hasra. Utána ismét állva vizsgálom s az esetek nagy részében sikerül most már a feltöltés. Ha ismételt oldalfektetés után sem tudom álló helyzetben tölteni a duodenumot, a trochoskopon vizsgálom tovább.

A sugárirány itt is ugyanaz lesz, majd nem dextrosinistralis. A beteg hanyatt fekszik, kissé jobb oldalára, a trochoskop csőve lehetőleg jobbra kerül alul. A beállítás a nagy átvilágító ernyővel való tájé-

kozódás után a fent említett állványról leszerelt, ólommal bélelt lap kis ernyőjén történik, a felvétel ugyanúgy. A duodenumot ily módon — a teljes pylorusstenosist kivéve — mindig szem elé tudom hozni (a felvételen legalább úgy, mint Chaoul vagy Ackerlund, az átvilágításnál jobban, mint bármelyike e felsorolt módszereknek), a duodenum-ulcust, ha az a duodenumon alaki elváltozást okoz, biztosan meg tudom állapítani. A felvételek két erősítő lap közé tett filmen készülnek, 80 MA. terheléssel (Müller „Media” cső), $\frac{1}{2}$ –1 másodperc alatt, a test vastagsága szerint.

Nem használható e módszer akkor, ha a gyomor és pylorus erősen balra helyezett, vagy ha a duodenum erősen hátra- és lecsavart; ilyen esetekben Ackerlund módszere kitűnő, mert a beteg balrafordításával a gerincoszlop árnyéka a duodenumtól jobbra kerül s a duodenum így kerül szabadon a szemünk elé.

A duodenum közvetlen Röntgen-vizsgálata mindenesetre nagy gyakorlatot igényel. Mégis azt kell mondanom, hogy ha a gyomor Röntgen-vizsgálatánál a duodenum közvetlen vizsgálatát nem végezzük, éppúgy fél munkát végzünk, mint ha a tüdő átvilágításánál csak a csücsöket vizsgáljuk a hilusok nélkül.

Az „indirekt” tünetek (hypertonia, hyperperistaltika, hypersecretio, dextropositio, duod. motilitás, állandó duodenum-telődés, fájdalompont, Bier-féle csap) ma már elvesztették nagy jelentőségüket s csak gyanújelekként szerepelhetnek.

Bizonyító erejük csak a *direkt jeleknek* van s ezek: 1. a *Cole-féle defectus* (akár Cole magyarázatával, hogy az ulcus körül duzzadt nyálkahártya okozza az árnyékhiányt, akár Ackerlund értelmezésében, hogy az csak spastikus behúzódnás, mellyel szemben kell az ulcust keresnünk), 2. a *bulbus állandó deformitása* és 3. az *ulcus-fészek*.

Az amerikai és német szerzőkkel szemben csatlakoznom kell Ackerlundhoz, hogy egy símaszélű duodenalis kép nem jelent ép duodenumot, mert kis elforgatás után más síkban való vizsgálatnál esetleg találhatunk elváltozást, az elváltozásnak azonban maradvónak kell lenni.

Végül nyomatékosan ki óhajtom emelni, hogy a vizsgálat *főszűlőjét az átvilágításra* helyezem s a felvételt csak a látottak rögzítésére s az egész finom részletek szemléltetése céljából tartom szükségesnek, de a felvételen talált olyan elváltozást, melyet előtte vagy az utána újra végzett átvilágításnál nem tudok észlelni, nem fogadom el bizonyítéknak. Ez átvilágítási módszer olyan látási viszonyokat ad, hogy a duodenum falán levő gombostűfejnyi kiemelkedést vagy hiányt feltétlenül látni kell, ha az huzamosabb ideig fennáll, tehát körjelző.

A normalis duodenum felvételi képe a peristaltika különböző fázisának és a telődés mértékének pillanatról-pillanatra történő változása miatt kiszámíthatatlanul sokféle lehet. A csak felvételtől leolvasott diagnosis hívei érzik is e sokféle kép megtévesztő hatását s egymásután közlik a lehető képek sorozatait. Meddő munka: a legtokéletesebb sorozatfelvétel sem fogja tartalmazni az összes lehetőségeket, de nekünk, kik az átvilágítás közben vizsgálunk, nincs is szükségünk rá. Az ép duodenumnak jellegzetessége a *simmetricitás* és a *síma szélek*. Az ismert fordított kártyaszív-, vagy paprika-alak lehet kissé megnyúlt s ekkor keskenyebb, vagy rövidebb s akkor szélesebb, de ezt a simmetrikus, símaszélű képet alul középtűt a pylorikus nyílással az átvilágítás közben — legalább rövid időre — meg kell kapnunk. Ha ez nem sikerül, akkor hiba van, vagy a technikában, vagy a duodenumban. Ha technikámat jónak tudom, a duodenum kóros elváltozását leszögezhetem.

Az essentialis hypertonia diatetis kezeléséről.

Írta: Soós Aladár dr., a Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának tanársegéde.

Az utolsó évek irodalmában fokozottabb mértékben fordult a tudományos világ érdeklődése a hypertonia és a vele összefüggő kérdések felé. A hypertonia kifejezést a fokozott vérnyomás jelölésére először *Pal* alkalmazta. A rendes vérnyomás a Riva-Rocci eszközzel mérve legfeljebb 130 hgmm súlyával egyenlő; kis vérnyomásemelkedésről beszélünk, ha az 150 mm-re, közepesről, ha 180 mm-re emelkedik és magas lesz a vérnyomás, ha az a 200 mm-t meghaladja.

Az állandó hypertoniák három típusát különböztetjük meg. Az első típusú hypertonia szív- és érrendszeri megbetegedések, elsősorban *arteriosclerosis* következménye. A második típusú ugyancsak edényrendszerbeli és vesebetegségek, főleg *nephrosclerosis* kísérő tünete. A harmadik csoportba sorozzuk azon eseteket, melyekben a vérnyomásemelkedésen kívül *semmi egyéb objektív* tünetet találni nem tudunk. Subjektive az ilyen betegek szorongó érzésről panaszkodnak a mellkasban, a szívtájon; nehéz a lélekzésük, gyorsan elfáradnak, szívdobogásuk van, rosszul alusznak és szívszorításra ébrednek fel, szédülnek, fejfájást, lüktetést és fájdalomt éreznek a nyaktájon, impotensek stb. Az ilyen hypertoniát nevezi Frank és Goldscheider „*essentialis*”. Munk *genuin* hypertoniának, Huchard ezt az állapotot a „*praesclerosis*” szóval jelöli.

Amíg az első két típusú hypertoniát a primaeren megbetegedett szerv állapota szerint a szokásos therapiái gyógytényezőkkel kezeljük, addig az essentialis hypertonia esetében megbetegedett szerv hiányában az egész szervezet életfunktioinak felügyeletében, azok szabályozásában és a káros hatások távoltartásában fog a kezelés állani. Kimutatható szervi elváltozás nélkül fellépő fokozott vérnyomást rendszeren oly közép- és magaskorú betegeknél találunk, akik jó módon éltek, feleslegesen ettek és ittak, testileg és szellemileg túleröltötték magukat, izgató és élvezeti szerek használatához hozzászoktak.

Első dolgunk lesz ezeknél az életmód megfelelő szabályozása, a munka és pihenés helyes beosztása, az ártalmas izgató hatások kirekesztése és főleg a táplálkozás rendezése. Az élvezeti szerektől eltekintve (alkohol, kávé, dohány) főleg a fehérje, a víz, a konyhasó mértéktelen fogyasztását ismerjük káros hatásának a vérnyomásra. Ez a három anyag a kiválasztandó vizeletalkatrészek javarészét teszi ki és így mértéken felüli fogyasztásuk a szervezetet hasznukkal arányban nem álló módon terheli meg. A hypertonia leszállítására vonatkozó diatetis utasításaink tehát főleg ezen anyagok szabályozására fognak irányulni.

Huchard figyelmeztetett először a *nitrogentartalmú anyagcseretermékek* vérnyomást fokozó hatására. Az általa ajánlott fehérjemegszorítást a vegetarianus-koszt formájában azóta sokan, köztük Rosin, Krehl, Stähelin és mások jó eredménnyel alkalmazták.

A *konyhasóbevitel* és a vérnyomás közötti összefüggésre Korányi S. és iskolájának munkája alapján H. Strauss mutatott rá először. Widal és Javal a konyhasónak a vesére káros hatását mutatták ki; Schütz a sószegény étrendtől a vérnyomás süllyedését látta; Singer is a sómegvonásra helyezi a főszűlőjét és a konyhasó helyett a brómsót ajánlja. Ugyancsak sószegény diatetis írnak elő hypertonia kezelésében Ambard és Beaujard, Fr. Kraus és Bayer.

Talán a legnagyobb munkát rója a három közül a szervezetre a víz kiválasztása. Az elfogyasztott folyadék kiválasztásáig a vér mennyiségét fokozza, ennélfogva egyideig a szívet, azután pedig a vesét terheli meg. A vízmegszorítással egyidejűleg a kiválasztandó molekulák számát táplálék megszorítással is csökkentenünk kell. Ez lehet az alapja a szomjaztató és éheztető kúrák jó hatásának (Karell-, Oertel-, Tuffner-, Schroth-kúrák) a fokozott vérnyomás leszállítására. Tobias a vízmegvonást és az izgatószeres kerülését emeli ki. Noorden és Dapper a napi vízfelvétel kb. 1 literre való redukálásától láttak jó eredményeket. Plesch a legtöbb hypertóniánál a vérmennyiség megszorítását látta és vérmennyiség meghatározó módszerével a nitrogen- és sószegény diéta vérmennyiség-leszállító hatását objektíve is ki tudta mutatni.

A fehérje-, víz- és sószegény diéta gyakorlati keresztülvitelére vonatkozó utasítások megadása az orvost sokszor nehezebb feladat elé állítja, mint az indicatio felállítását. A fehérjebevitelt egyszerűen korlátozhatjuk, ha a húsfogyasztást megszorítjuk és a táplálkozásba időnként húsmentes periodusokat iktatunk be. Az 1 literen aluli napi folyadékfelvétel betartása, főleg intelligens betegeknél, nem okoz nehézséget. Amíg fehérje- és vízmegszorítás az élelmiszerek fehérje- és víztartalmának ismeretén kívül különösebb konyhatechnikai szaktudást nem igényel, addig a konyhasó megvonása, főleg a tápfelvétel tekintetében, mélyreható változással fog járni. A sótlan étel íztelen, nem étvágyingerlő és azért, ha a sómegszorítást hosszabb időre tervezzük, olyan konyhatechnikai fogásokhoz kell fordulnunk, amelyekkel az ételek ízletlenségét elviselhetővé tudjuk tenni.

A napi konyhasósükséglet minimuma 2–2.5 g, ezenfelül a konyhasó csupán ízesítésre szolgál és emiatt naponta átlag 10–15 g-ot fogyasztunk belőle. A sómegvonás enyhe alakja napi 5–10 g, szigorúbb alakja napi 2.5–5 g között van és igen szigorú a sószegény diéta, ha kevesebb a konyhasóbevitel, mint 2.5 g. Technikai kivitele a sómegvonásnak három módon érhető el:

1. kizárjuk a táplálkozásból mindazon élelmiszereket, amelyeknek sótartalma magas; 2. az élelmiszereket ételekké oly eljárások segítségével készítjük, amelyekhez aránylag kevés sózás szükséges; 3. a sómegvonással járó izvesztést egyéb ízesítő anyagok, mint fűszerek és konyhasópótszerek felhasználásával pótoljuk.

Magas konyhasótartalmuk miatt kizárandók a táplálkozásból a füstölt, besózott, vagy pácolt élelmiszerek, tengeri halak és a sózott vaj. Az ételek közül különösen a húslevesek és a kenyérnek magasabb a sótartalma. A legtöbb leves-, hús- és tojásétel sótartalma meghaladja az 1%-ot; a főtt tésztát is aránylag erősen kell sózni. A konzervdobozokban kapható főzelékeket sós vízben főzik meg és tartják el, ezért felhasználásuknál az óvatosság helyénvaló.

Egyes ételek elkészítésük közben aránylag erősebb sózást igényelnek. A húsfajták közül legkevésbé kell sózni a galamb- és tyúkhúst, jobban a marhahúst, vadat, még erősebben a borjúhúst és legtöbb só szükséges a disznóhús, halak, liba, valamint a vese és velő elkészítéséhez. Sajtok közül ajánlatos az édes zsíros fajtákat, az úgynevezett Creme-sajtokat adni. Ezen élelmiszereken kívül a többiek sótartalma elhanyagolhatóan csekély és ételekké való elkészítésük közben megsózásuk mértéke a szokástól függ és teljesen egyéni. A napi sófogyasztást jelentékenyen lehet csökkenteni a kevésbé sózott ételek megkedveltetésével: többször sikerül például rászoktatni a beteget a sótlan tojásra, amit pedig a legtöbb ember erősen sóz.

Ki kell emelnünk, hogy a magukban véve sótlan élelmiszereket étellé készítésük közben ízesítésük érdekében sózzák. Jelentékenyen lehet tehát a sóbevitelt redukálni úgy, hogy ízesítésre fűszereket használunk. Igaz ugyan, hogy minden más fűszer drágább és alkalmazásuk gyakorlatot igényel. Ilyen fűszerek lehetnek ecet, torma, mustár, citrom, bors stb. Ezeknek nagy hátránya, hogy a sótlannal készített alapételeket nem járják jól át, és a koncentrációkülönbség a falat felülete és belseje között kellemetlenül érezhető. Részint tehát nincs meg a bevonóképességük, másrészt izgató hatásuk miatt sok megbetegedés diétájából ki kell azokat zárunk. Azonkívül pedig nem lehet a betegeket hosszú időn át csupán savanyú és édes ízű ételekkel táplálni: kétszeresen vágnak ilyenkor a sós íz után.

Már régóta használatos a sószegény diéták keresztülvitelére az az eljárás, hogy a sótlan élelmiszerek nem kedves ízét a beteg lemezt sémennyiséggel felületen sózás útján enyhíti. Ennek hátrányai nyilvánvalók: a falat felületére szórt sónak éppúgy nincs meg a kellő bevonó ereje, mint a fentemlített fűszereknek és az egyenetlen sós íz aligha fokozza a fogyasztás élvezetét. El lehet érni azonban ezt is egyszerű konyhatechnikai fogással akkor, hogyha az ételek, főleg a húskételek mellé zsíros mártásokat adunk, amelyek sótartalmát kb. 1%-ban tarthatjuk, mint amennyire általában az ételeket sózni szoktuk.

Ilyen zsíros mártások legegyszerűbbike az édes és savanyú tejfel és a yoghurt, amelyből a tejsavas mártások egész sorát lehet készíteni. A savanyú tejfel, vagy pedig a tojássárgájában lévő lecithin emulgeáló tulajdonságát kihasználva, tojássárgája és zsír keverékéből is készítenek zsíros mártásokat. Tojássárgája és olaj elkeveréséből készül a mayonnaise és tojássárgája és vajból a hollandaise. Ezen két alapanyagból a francia konyha, az egyéni ízlésnek és szaktudásnak megfelelően a mártások egész sorát képes előállítani. A zsíros mártások harmadik alapanyaga a magyaros konyha paprikás zsírja. A porrá tört paprika forró zsírban maradék nélkül oldódik és ez az oldat az egyetlen zsíros fűszer. Az iznek a tökéletesítésére szokásos még a zsírban apróra vagdalt hagymaszeleteket is pirítani, amikor is a hagymából ízes aromás pörzsanyagok képződnek, izgató hatású, könnyen illó aetherikus olajok eltávoztása mellett. Amíg a paprika és a hagyma erősen izgató hatású capsicint és apiolt tartalmaznak és ezért a diétetikában kerülendők, addig a hagymás-paprikás zsír távolról sem ítéhető meg ilyen szigorúan, mert a forró zsír 200°-ánál ezen fűszerek íze és hatása igen jelentékenyen enyhül. Még kevésbé lesz kifogásolható az ilyen fajtájú mártás, ha azt savanyú tejfelrel vagy aludtejtel, mint tejsavas paprikás mártást készítjük el.

E zsíros mártások a sószegény étrendben alapvető fontosságúak, mert a megengedett sémennyiséget kerve hozzájuk, a sómentesen elkészített húst, főzeléket, burgonyát, hüvelyest, tojást stb. leöntve velük, a beteg a sómegvonást az íze nézve alig fogja megérezni. Ez pedig a zsíros mártások bevonó tulajdonságán alapszik, ami nemcsak a falat felületére terjed ki, hanem egyidejűleg a száj nyálkahártyájára, az ott levő ízérző végződésekre is és a redőkben, a fogak között megmaradva, a sós íz a különben íztelen és sótlan falat lenyelése után is megmarad a szájban. Igen nagy előnye a zsíros mártásoknak még, hogy ízben, színben consistentiában, térfogatban és hőmérsékletben végtelen változatosakká tehetik az ételeket és így kíváncsisággá is.

Konyhatechnikailag legnehezebb feladat, amin a hosszabb sószegény diéta meg szokott hiúsulni: a főzeléknek sós szegény elkészítése. Nehezen lehet elkép-



zelni, hogy a sómentesen elkészített főzeléket a beteg utólagos sózással izesíteni tudja és azért a főzelék-fogyasztást legtöbbször az határozza meg, hogy mennyi só fordíthat erre a beteg.

Már pedig a nagyobb mennyiségű főzelék fogyasztása nemcsak a bélsárcépzés szempontjából fontos, hanem főleg olyan esetekben, ahol az állati fehérjét kerülnünk vagy megszorítanunk szükséges. Keresnünk kell tehát itt is azt a fogást, amellyel a főzelékeket kevesebb sóval készíthetjük el. Segítségünkre lehet itt az a tapasztalat, hogy míg nyers főzelékek sózás nélkül is fogyaszthatók, addig a vízben megfőzésük után íztelenné válnak és fogyasztásuk csak megfelelő sózással lesz élvezetes. Pl. a sárgarépa nyersen minden fűszerezés nélkül fogyasztható, a főtt sárgarépát ellenben erősen meg kell sózni. Ugyanígy vagyunk a kalarábéval, sóskával stb. A vízben főtt burgonya és friss tengeri pl. ehetetlenül íztelenek, tehát erős sózást igényelnek, míg ugyanezek sültve só nélkül is fogyaszthatók.

Helyes tehát a gondolat, hogy a vízben főzés útján a főzelékek izes anyagai kioldódnak. Nem történnék ez meg, hogyha a főzelékeket úgy lehetne felpuhítani, hogy eközben a forró víz oldó hatásától meg lennének védve. Lahmann hívta fel a figyelmet arra, hogy a főzelék-főzővízben igen értékes tápsók vannak oldva, amelyeket a főzővíz elöntésével mesterségesen vonnak el táplálékunkból. E veszteséget számokban határozta meg Ragnar Berg, kinek vizsgálatai szerint főzésnél a paraj szárazanyagtartalmának 20%-a, a kelbimbóé 24%-a, a kelpóspóztáé 34%-a, a fehérkáposztáé pedig 48%-a megy át a főzővízbe, s százalékokban a kálium- és nátrium-sótartalom kb. 90%, egyéb értékes tápanyagokon kívül. A főzésnél létrejövő szárazanyagtartalom-vesztés meggátlására a párolást ajánlotta. A forró gőz a száraz alkatrészeket megduzzasztja, tehát a felpuhulást éppúgy előidézi, mint a forró víz, csupán a hőközvetítéshez felhasznált víz mennyisége lesz oly esékély, hogy a szárazanyagtartalom nem oldódik ki. A másik hasonló célú eljárásunk a forró levegő hőközvetítésével történő sütés. Magas víztartalmú élelmiszereknél a felpuhulás a főzéshez hasonló módon jön létre: az élelmiszer saját levében fő meg.

Aránylag kevés azon főzelékek száma, amiket sütni szoktunk, leginkább főzés, illetőleg párolással készítjük azokat el. A párolással járó szárazanyagkímélés némely főzeléknél diätetikai hátrányokkal járhat. A zöldséges kerteket ugyanis sokszor emberi ürülékkel szokták trágyázni s ezért némely főzelékféle, különösen a káposztafélék metán, kénhidrogén és egyéb kellemetlen szagú és ízű anyagokat tartalmazhatnak, amiket a főzővíz kiold. Ezt a hátrányt a főzeléknek a párolás előtt való leforrázásával (blanchírozásával) lehet kiküszöbölni. A kellemetlen ízű és szagú anyagok a megmosott, feldarabolt és szitára helyezett főzelék leforrázásával könnyen eltávolíthatók.

A főzeléket lehet gőzüstben párolni, ha centrálisan fejlesztett gőz áll rendelkezésünkre; Lahmann ajánlata két egymásba illő fazékban történik ez, amelyek közül a belsőnek magassága tenyérnyivel kisebb a külsőnél, az alja pedig sűrűn átluggatott. Ebbe kerül a főzelék, a külső edénybe pedig vizet töltenek, amelyből fejlődött gőz a főzeléket puhára főzi, anélkül, hogy az a vízzel közvetlenül érintkezne. Magánháztartásokban a párolás a legegyszerűbben úgy vihető keresztül, hogy a főzelékre a fazékba csupán annyi vizet öntenek, amelyből annyi gőz fejlődik, amennyi a felpuhulás eléréséhez szükséges.

A párolt és megfőtt főzelék íze között a különbség

meglepő. Ha eltaláljuk azt az időtartamot, amely a felpuhuláshoz éppen szükséges, anélkül, hogy a főzelék szétfőtt és izes anyagai tönkrementek volna, úgy ize annyira tökéletes lesz, hogy nem is kell gondolnunk arra, hogy megsózzuk. Ez a körülmény világosan mutatja azt, hogy a főzelékek megsózása azok megfőzésének a következménye, mert konyhasóval igyekeznünk a kioldott izanyagokat és ásványi sókat pótolni. A konyhasónak a vízbevitelt szabályozó speciális hatásából pedig következik, hogy az ilyen, nem sózott, párolt főzelékek fogyasztása mellett sokkal kevesebb vízbevitel szükséges. A főzelékek leg többje 80–90% vizet tartalmaz és ásványi sótartalma úgy van összeállítva, hogy fogyasztásuk a szomjúságot inkább oltja, mint fokozza.

A párolt főzeléket különálló ételként zsírral gazdagítás után szokták feltálalni. Franciás elkészítési módnak nevezzük a főzeléknek zsírban való puhára párolását és angolos módra találjuk a főzeléket, ha annak párolása után öntjük le vajjal, vagy a vajjal külön adjuk fel mellé tetszés szerinti fogyasztásra. Nálunk a főzelékeket vagy körítésnek adják hús mellé, vagy pedig rántással készítik el. A sószegény diéta szempontjából ez utóbbi határozott hátrány: a zsíros liszt feleresztése után íztelen és éppúgy, mint a húsleves, erős megsózást igényel. Ami konyhasót tehát esetleg a főzelék párolásával megtakarítottunk, a rántáshoz kell hozzáadnunk. Sokkal ajánlatosabb a párolt főzeléknek tejfellel, aludtejjel, yoghurttal, esetleg tojással és vajjal való lekötése, amennyiben azt a nálunk szokásos módon akarjuk feltálalni.

Ezek után meg lehet érteni, hogyha nem akarjuk, hogy a beteg kosztjában a hosszabb ideig tartó fehérje-, konyhasó- és vízmegszorítás az élvezetesség rovására menjen, oly nagy gyakorlatra és az élelmiszerek oly dús választékára van szükségünk, hogy az a magánháztartásokban nehezen vihető keresztül. Tökéletesebb lehet az intézetekben, főleg sanatoriumokban, ahol már a napi alapdiéta összeállítása is szükséges szempontok szerint történik. Másfél évig volt alkalmam a Dresda melletti loschwitz sanatoriumban, amely Lahmann volt munkatársa, Weidner dr. vezetése alatt áll, a Lahmann-kúra gyakorlati kivitelét és annak hatását közvetlen közelről tanulmányozni. Mivel hazánkban a betegek száza keresik fel ezen sanatoriumokat, és orvosaink közül is sokan küldenek oda betegeket, nem tartom érdektelennek a Lahmann-kúra évtizedek óta bevált jó hatásának magyarázatát személyes tapasztalataim alapján megkísérelni.

Lahmann diätájának jó hatását annak tulajdonította, hogy a főzési processzussal veszendőbe ment ásványi sókat (Nährsalze) a szervezet számára megmenti. Ragnar Berg magyarázata szerint természetes táplálékainkban és az azokból Lahmann szerint készített ételeinkben a bázisképző ionok a savképző ionok számát meghaladják, amely viszony az anyagcsere-termékek helyes közömbösítésének és könnyű kiválasztásának teremtet kedvező előfeltételeket. A legtöbb orvos és laikus a Lahmann-kúrában lényegileg a vegetarianuskoszt egyik enyhe fajtáját látja. Ha azonban a Lahmann-kúra étrendösszeállítását figyelemmel vizsgáljuk meg, úgy rögtön meg lehet állapítani, hogy legszembeötlőbb tulajdonsága annak fehérje-, konyhasó- és vízszegénysége: tehát kedvező hatásának alapja elsősorban a fokozott vérnyomás diätás kezeléssel való leszállításában fog állni.

A Lahmann-rendszerű sanatoriumokban legelőbb is az tűnik fel, hogy az étteremben az asztalokról hiányzik a víz és a kenyér. Az új betegek az első napokban jelentékeny szomjúságról panaszkodnak, pár nap múlva

azonban már nem érzik a víz hiányát. A reggelijük tea, kávé, vagy cacaóból áll, néhány kétszersülttel, jame-mel vagy vajjal. Tíz órára gyümölcsöt vagy pedig tejepépet kapnak gyümölcsesszörppel. Az ebéd mindig hamis, legtöbbször puréelevelessel kezdődik, mely olyan consistentiájú, mint a mi rántott mártásaink. Előételül rendszeren valamely zsírban párolt idényfőzelék következik, amely a párolás következtében oly aromás és ízletes, hogy nem is lehet a sőtanságát észrevenni. A hús és a burgonya, valamint a főzelék teljesen sómentesen készül, de mindig találunk hozzá bőven pikáns ízű, igen finom *zsiros mártásokat*. A főzelékhez minden alkalommal friss salátát találunk, amely híg ecettel, citromos és cukros lével leöntve az esetleges szomjúságot kitűnően leplezi. Az ebéd végén a tésztákat, mint a német konyha általában, nem ismerik, hanem helyette erős víztartalmú édes italokat, tejes, tojásos folyadékokat adnak, legnagyobb részt gyümölcsökkel, gelée, crême, esetleg fagyalttá szilárdítva. Ozsonnára ugyanazt kapják, mint reggelire. A vacsora rendszeren húsmentes. Ugyanolyan sűrű levessel kezdődik, mint az ebéd, azután tészta- vagy tojásétel következik főzelékkel és burgonyával, amelyhez ugyancsak mártásokat szolgálnak fel. A zöld saláta ekkor is az asztalon áll. Édességgel, desszerttel vagy gyümölccsel fejezik be az ételsort. Vacsora után két órával egy-egy csésze gyógyfű-teát szolgálnak fel.

Jellemző lesz erre a diétaösszeállításra a fehérje-, víz- és sószegénység: hús csak egyszer van naponta, 3–4 tojás esik egy személyre s így az 50 g-ot alig éri el az állati fehérje mennyisége; a fehérjebevitel tehát a növényi fehérjével együtt kb. 70 g-ra tehető; folyadékot kb. 800–1000 g-ot tartalmaz; a fogyasztott konyhasó mennyisége pedig 4–6 g.

Figyelemmel kísérve a napi kiválasztásokat, feltűnő a vizelet napi mennyiségének alacsony volta. Nőknél 3–500 g, férfiaknál 6–800 g a napi átlag. A vizelet fajsúlya ennek megfelelően általában magas, a hosszabb idő óta ott tartózkodók átlagban 1020 körül van, amiből, a csekély napi mennyiséget tekintve, a kiválasztott molekulák aránylag kis mennyiségére lehet következtetni. Az új betegek vizeletének savi reakciója néhány nap alatt gyengül, majd lúgosba megy át. A konyhasókiválasztás az új betegeknek, dacára a sómegszorításnak, néhány napon át 10–15 g körül mozog, majd fokozatosan leszáll napi átlagos 3–5 g-ra és azon marad. A vizelet N-tartalma az egyes napok étrendje szerint 7–15 g között ingadozik. Az üledékben igen gyakoriak az oxalatkristályok. A diéta hatására a vízmegvonás következtében az első napokban a betegek fogyni szoktak, amit — ha szükség van rá — egyéb physikalis gyógytényezők is elősegítenek. A kórosan fokozott vérnyomás aránylag rövid idő alatt lényegesen leszáll.

Összefoglalva az elmondottakat, valamennyi betegünknek, kiknél csupán fokozott vérnyomást találunk, vagy panaszait erre vezethetjük vissza, egyéb orvosi tanácsaink mellett a táplálkozást is szabályozni kell, és pedig a következő irányelvek szerint: 1. *Ne egyék sokat*, inkább többször és keveset; a) táplálékának kaloriatartalma a minimum és optimum között legyen, b) a fehérjebevitel, főleg az állati, megszorítandó. 2. *Ne igyék sokat*, a) lehetőleg csak annyit, mennyi szomjának oltásához szükséges; kerülje a folyékony, híg ételeket és az italokat, az utóbbiakat is inkább alacsony hőmérséken igya; b) a szomjúság elkerülésére ne fogyasszon olyan élelmiszert, amelynek a sótartalma magas, és ételeit csak kevéssé sózza meg. 3. *Teljesen zárja ki életmódjából az élvezeti szereket* (dohány, alkohol, fekete-kávé stb.) és azon fűszereket, amelyeknek távolhatása a vérnyomásra fokozólag hat.

Szóval táplálkozása legyen túlnyomólag lacto-vegetabilis, fehérje-, folyadék-, só- és fűszerszegény.

A főzelékeknek párolással való elkészítése olyan konyhatechnikai fogás, amelyet a sószegény étrend gyakorlati kivitelében előnyösen fel lehet használni.

Irodalom: *Lewa:* Zur Praxis der kochsalzarmen Ernährung. Med. Kl. 1910. 20 sz. — *H. Strauss:* Praktische Winke zur chlorarmen Ernährung. Berlin, 1910. S. Karger. — *U. a.:* Diätbehandlung innerer Krankheiten. Berlin, 1922. S. Karger. — *Tischler:* Über die Technik der salzarmen Ernährung. Therap. Monatsh. 1906. ápr. — *Widal és Javal:* La cure de déchloruration. Paris, 1906. — *Stähelin:* Über vegetarische Diät. — *Huchard:* Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. Leipzig, 1909. — *Bayer:* Über den Einfluss des Kochsalzes auf die arterielle Hypertonie. — *Berg:* Die Nahrungs- und Genussmittel. Dresden, 1913. — *Schütz:* Über den Einfluss der Diät auf Blutdruck. Ztschr. f. diät. Therap. — *Munk:* Ergebnisse d. inn. Medizin. 1922. — *Tobias:* Med. Klinik 1922. 40. sz. — *Singer:* Med. Klinik 1923. 13. sz. — *Rosin:* Deutsche med. Wochenschr. 1921. 39–41. sz. — *Goldscheider:* Ztschr. f. diät. Therap. 1921. 1. f. — *Grober:* Med. Klinik 1922. — *Noorden Salomon:* Handbuch d. Ernährungslehre. Berlin, 1920.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 december 22-i tudományos ülése.

Elnök: Hutya Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Előadás:

1. **Irsay István:** *Klinikai cardiodynamikus vizsgálatok.* (Kézirat nem érkezett.)

2. **Fekete Sándor:** *Újszülöttek lázas állapotairól.* 1912-ben írták le először *Reuss* és *Heller* az ú. n. transitorikus vagy lelet nélküli lázat, de előttük már többen is tettek ilyen irányú megfigyeléseket. A szerzők egyrésze ezen jelenséget a csökkent folyadékfelvétel következtében beálló kiszáradásnak tulajdonítja; mások egy ki nem mutatható infectionnak (Eröss), rendellenes anyagesertermékeknek (*Reuss*) s az újszülöttek tökéletlen hőreguláló képességének, sőt a bél meconium-flórájának anyatejes bakteriumflórává való átalakulásának (*Jaschke*) tulajdonítanak jelentőséget.

A bábaképző-intézetben megfigyelt 820 újszülött közül 121-nek (14.7%) a hőmérséke emelkedett 37°C fölé, valamivel kisebb számban talált 38–39°C és sokkal kevesebb 39°C-on felüli hőmérsékletet. A lázas újszülöttek 66%-a elsőszülött volt. Arra lehet következtetni, hogy a szülésnek, mint mechanikai behatásnak is szerepe van a láz létrejövetelében. A láz és a felvett táplálékmenyiség között szintén látni összefüggést. A lázas újszülötteknek csaknem fele rendellenes burokrepedéssel született s 9000 szülésről összeállított statisztika 10 évre visszamenőleg bizonyítja, hogy a rendellenes burokrepedéssel született újszülöttek közül csaknem kétszerannyi lesz lázas, mint a normalis lefolyású szüléseknél. Ilyenkor megvan a lehetősége annak, hogy a fertőzött peteürből a magzat béltractusába is fertőző vagy pathológiás agens jusson, mely az újszülöttnél lázat, étvágytalanságot (csökkent táplálékfelvételt), néha hányást s gyakori átmeneti székeket okoz. Az ilyen lázak ricinusadagolásra a táplálékmenyiség fokozása nélkül megszűnnek s a súlygörcbe emelkedni kezd.

Az újszülötteknél fellépő lázak ezek szerint két csoportra oszthatók:

1. **Typikus transitorikus lázak**, melyeknek létrejövetelében úgy látszik három factor: a) a kiszáradás, b) a tökéletlen hőreguláló képesség és c) a szülés mint trauma látszanak szerepet játszani.

2. **Rendellenes burokrepedésnél és fertőzött szüléseknél fellépő lázak**, melyek fokozott folyadéknyújtásra nem szűnnek meg.

Az összes megfigyelt újszülöttek lázgörcbéjén az 5–9. nap között mutatkozó kis hullám valószínűleg a belek meconiumos bakteriumflórájának anyatejes flórává való átalakulása következtében jön létre.

Raisz Dezső: A transitoriasan lázas újszülötteknek háziterhes savót adott subcután, 2 cm³-nyi mennyiségben. Az így kezelték egyrésze véglegesen láztalanná vált, a másik részénél a láztalanodás után ismét hőemelkedés lépett fel. Ebből következteti, hogy a víz-

veszteség folytán az újszülött vérsavója bizonyos felszívódott anyagok megkötésére képtelenné vált. Csatlakozik előadónak azon nézetéhez, hogy ezen anyagok a bélből szívódnak fel. A ricinusnak lázt csökkentő hatását sokszor tapasztalta. Ha azonban a felszívódás már nagyobb mértékben ment végbe, a purgálásnak ez a hatása elmarad. Ilyenkor a vérsavó normalis sóconcentrációjának folyadékfelvétel által történő helyreállítása után vagy subcutan alkalmazott norm. ember-savó hatására a láztalanodás csakhamar bekövetkezik.

Bókay János: A ricinusadagolásra vonatkozóan további vizsgálatokat ajánl, nehogy a „post hoc, ergo propter hoc” téves következtetés hibájába essünk.

Sztehlo István: A bábaképző-intézetben 9 évalatt 7000 szülésből 827-nél (11.6%) volt rendellenes burok-repedés. Ők Stoeckel és Basettal együtt az időelőtti burok-repedést veszélyesnek tartják anyára, magzatra egyaránt, mert így kikapcsolódik a burok tágitó szerepe, húzódik a szülés, bővebb alkalma van a hüvelyben és cervixben mindig jelenlévő baktériumoknak a pete üregébe fölvándorolni és ott a magzatvízben mint kitűnő táptalajban elszaporodva, fertőzést okozni.

A fertőzött, lázas szülések után, sőt már azon szülések után is, ahol még a fertőzésnek klinikai tünetei (láz, bűzös magzatvíz) nem voltak jelen, csupán 100-on felüli pulzus jelezte a fertőzés jelenlétét, amikor a szülőnél a fertőzésnek még csak incubációs stadiumában volt, sok újszülött lett lázas.

Ezen megfigyelésük igazolni látszik előadó fel-fogását, amely szerint az újszülötteknél fellépő átmeneti láznak nagyrésze nem kiszáradás okozta láz, hanem fertőzéses vagy intoxiciációs láz. Az intrauterin létrejött enterális vagy parenteralis fertőzés tünete a láz. Felléphet a fertőzés nem csupán a nyelés által a béltractusba jutott baktériumok következtében, hanem tüdő- és köldökfertőzés révén is.

Heim Pál: Az újszülöttek első életnapjaiban fellépő lázat régen ismerjük. E téren Eröss vizsgálatai a legfontosabbak. Eleinte ezen lázat fertőzőkre, nevezetesen köldökfertőzőkre vezették vissza. Am csecsemőnél a hőszabályozó apparatus fejletlensége folytán olyan okokból is keletkezhetik láz, amely okok a későbbi korban ilyen befolyással nincsenek. Így ismerjük meg a szomszósági lázat és a solázt. Az első napokban fellépő, úgynevezett transitoriás lázat is a víz megvonásával, illetve a bevitt folyadék elégtelen mennyiségével magyarázhatjuk. Az előadás jelentősége, hogy figyelmeztet az enterális fertőzőkre, melyeknek szintén lehet szerepük. Elfogadhatónak tartja, hogy rendellenes szülés után, elegendő mennyiségben nyújtott folyadék mellett, enterális infectio képes jelentkező láznál ricinust adagoljunk. Amíg helyes táplálék be nem állítja az eddig steril bélesatornát a normalis minőségű és működésű baktérium-flórára, lejátszódhatnak a bélben oly bakteriális folyamatok, amelyek lázat okoznak. A gyakorlóorvosnak ezt a lehetőséget mérlegelnie kell, ha az első napokban lázat észlel.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály 1923 december 18-i ülése.

Elnök: Lénárt Zoltán.

Bemutatók:

1. **Lénárt Zoltán:** *Medialis állkapocs-resectióval operált garat- és nyelv-carcinoma.* Az 54 éves nőbeteg a bal szájjpadlásra, tonsillára és nyelvgyökre reáterjedő carcinomában szenvedett; a fejbiccentő-izom mentén mirigy-metastasisok. A vena jugularis mentén fekvő mirigyek kiirtása után alakította a carotis externát. Egy hét múlva végezte a Kocher által nagyon ajánlott medialis állkapocs-resectiót, és a nyelv izmai között haladva közelítette meg a mesopharynxot és a daganatot egyetemben a gl. submaxillaris és sublingualissal, részben thermokauterrel, részben késsel irtotta ki. A beteget három héttel a műtét után, mint gyógyultat mutatja be. A Kocher-műtét előnye, hogy a nyelési mechanizmus nem szenved utána nagyobb mértékben és így az utópneumonia veszélye kisebb, az arcon is alig okoz torzítást, azonban nem nyújt sokkal szabadabb utat a mesopharynxhoz a pofametszésnél, viszont a beavatkozás súlyosabb jellegű. Előadó a kevésbé kiterjedt garat-tumorkiirtására inkább a Langen-

beck-Bergmann-féle állkapocs-resectiót tartja a legalkalmasabb eljárásnak.

2. **Safranek János:** *Angina agranulocytotica esete.* Egy észlelt eset kapcsán felhívja a figyelmet a Friedemann tanár által először ismertetett kórképre, mely magas lázakkal járó, kezdetben súlyos diphtheriához hasonló, majd a megtámadott képletek progrediáló szétesésével kapcsolatosan angina necroticans képét mutató folyamat. Feltűnő e bajnál a neutrophil leukocyta hiánya, míg a többi esztendőelemek normalis számban vannak meg. Az eddig észlelt esetek néhány héten belül mind halálos kimenetelűek voltak. A sectio angina, laryngitis és tracheitis necroticanson kívül semmit sem mutatott. A betegség kóroktana homályos, diphtheriabacillusok, spirochaeták vagy spirillumok nem voltak kimutathatók. Therapiára nézve még semmi positiv nem mondható.

Hozzászólók: Némai József, Lénárt Zoltán, Kepes Pál.

3. **Tölvölgyi Elemér:** *Homloküreg-anomáliák.* Az egyik praeparatumon a homloküregeket elválasztó fal az egyik oldalra túlságosan elődomborodik. Két másik készítményen a homloküreg hátsó részében képződött rendellenes haránt válaszfal, mely mögött a sinus még elég mélyre terjed. Egy további készítményen a canalis nasofrontalis a középső kagyló előtt képződött, melyen keresztül a sondával könnyebben jutunk az agyüregbe, mint a sinusba. Ugyane koponyán a bal sinus alig borsónyi.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az általános Röntgen-rosszullát kezelése. Nevermann, Hamburg. (Klin. Wochenschrift 1923, 37—38. sz.)

300—1000 cm³ physiologiás NaCl-oldat végbélsőre alakjában, 5—10 g konyhasó oszlóban belsőleg, vagy 5—10 cm³ 5—10%-os, venába fecskendezett konyhasóoldat a Röntgen-be-sugárzás után fellépő panaszokat kedvezően befolyásolja vagy megszünteti. Ezen megfigyelésből kiindulva Sielmann és Schlagintweit vizsgálták a konyhasóanyagcserét s úgy találták, hogy Röntgen-be-sugárzás után a vészerű NaCl-tartalmu gyorsan csökken, másnapra azonban ismét eléri eredeti mennyiségét.

Szerző éppen úgy, mint konyhasóadagolással, egyenlő jó eredményt látott 20 cm³ konyak itatása után is, mely véleménye szerint a vegetatív idegrendszer izgatása útján hat. Több esetben aolaninjeccióra is megszűnt a Röntgen-kater. Ő is vizsgálta besugárzott betegekben a vér konyhasótartalmának változását s azt észlelte, hogy az lényegében megváltozva változik úgy NaCl-, konyak-, aolan-kezelés után, mint olyanoknál, kik semmiféle gyógyszerrel nem kaptak. A konyhasóanyagcsere változásának nem tulajdonít nagy szerepet a Röntgen-kater előidézésében.

Erdélyi József dr.

A sublimatnephrosis klinikája és gyógyítása. Stukowski. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

A decapsulatio eredményei nem kielégítőek. Az irodalomban közölt 21 eset közül csak kettő gyógyult meg, pedig egyesek az eredmények megjavítása céljából nemcsak decapsuláltak, hanem fel is vágta a vesét. A szerző ezzel szemben két saját észlelését közli, melyben tisztán conservativ kezelés mellett a legsúlyosabb tünetek is visszafejlődtek és a betegek meggyógyultak. Kezelésének lényege a 20%-os szőlőcukoroldat, melyet harmadnaponként intravenásan ad 250—300 cm³ mennyiségben, de 50%-os oldatot is adott 20 cm³-t egyes alkalmakkor. A hypertoniás oldat a vért és a benne keringő mérgeket felhígítja a szövetekből elvonott vízzel, fokozza a diuresist, a szívgyengeség és a vérnyomáscsökkenés kifejlődését hátráltatja és táplálja is a szervezetet. Ha ilyen módon sikerül a beteget egyideig életben tartani, ezáltal a veseepithel — amint kísérletes vizsgálatokból is látható — oly kiterjedten regenerálódhat, hogy a gyógyulás is bekövetkezhet.

Kiss József dr.

A sclerosis multiplex aetiologiája és therapiája. Fetscher. (Med. Klinik. 1923, 38. sz., 1292. o.)

Az újabb kutatások mind jobban és jobban bizonyítanak a betegség fertőzéses eredete mellett és mindinkább biztossá lesz a Kuhn és Steiner felfedezte spirochaeta argentinensis aetiologiai szerepe. Ismerteti az utóbbi években megjelent irodalmat és vizsgálati eredményeket és hangsúlyozza, hogy a negatív állatkísérletek nem bizonyítanak a betegség másfajta aetiologiája mellett. A fertőzés kapuja még nem ismeretes, Steiner szerint az infectio valószínűleg bizonyos rovarok csípése útján történik. A betegségnek diagnostikailag bizonyító serologiai reakciója még nincs, a Wassermann-próba úgyszólván mindig negatív. Említésre méltó az aranyosolreactio positiv volta, mely-

nek görbéje hasonló a lueses görbéhez. A kezelést illetőleg a chemotherapiái irányzat van előtérben; a neosalvarsannal, különösen pedig az ezüstsalvarsannal sok szerző kedvező tapasztalatokat tett. *Kalberlah* kisebb adag ezüstsalvarsan huzamosabb alkalmazását dicséri. A betegség sajátságos lefolyása és a remissióra való nagy hajlamoság nagyon megnehezíti a kezelés eredményességének megítélését. Szerző megpróbálandónak tartja a bismuth-therapiát is. *Pákozdy.*

Luminalmérgezés egy esete. *H. W. Nico ai.* (Klinische Wochenschrift 1923, 41. sz.)

Az eddig több-kevesebb részletességgel közölt mérgezési eseteket egy 21 éves epilepsiás férfi pontosan levezetett kórreljével egészíti ki a cikkíró. A beteg reggel 3 g luminalt vett be, amit azonban csak délből vettek észre: felvételkor olyan volt, mint egy súlyos alkoholmérgezett: kékesen sárga arc és bőr, cyanosis az ajkakon, fokozott izomtónus, végtagok elernyedtek. A bőr hűvös és nedves tapintatú. Inreflexek kiválthatók, de csökkentek. Babinszki negatív. Időnként az izomzat megfeszülése és a végtagok athetosisos mozgásai. Hő 36,2. A légzés hörgő, felületes, 10—15 percként. Pulzus lágy, kicsiny, néha 140-ig gyorsult. Pupillák mérsékelten tágultak, majd szűkültek, fényre nem reagálnak exacte, rotatorikus nystagmus. Gyomormosás nem sikerült. A szülők bementése szerint 14-órás anuriája lévén, csapolás után 360 g világos vizelet, mely sávi és albus, mentre kevés zavarodást mutat. Cukor és diazo negatív. A kezelés melegítésből és a szív működés stimulálásából állt. A beteg délután 5 órakor ébredt, de még alig orientálódott, a nyelési reflex zavara miatt táplálkozni még nem tudott, csak másnap reggel. Még két nap múlva is álmos és kábult, pupillák és reflexek nem változtak. E napon délután elmondja öngyilkossági kísérletének történetét. A tizenegyedik napon pozitív Romberg, nystagmus és erős dermatographismus tüneteivel távozott. A vizeletben luminal nem volt kimutatható.

A cikkíró megfigyelései szerint a mérgezés nemcsak a nagyagyra és a medulla oblongata centrumaira terjedt ki, hanem a kisagyra is és a mérgezés után a tizenegyedik napon újabb epilepsiás rohamot jegyez fel. *Pollerman dr.*

Stomatologia.

A stomatitis mercurialis megakadályozása. *Heermann.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 18. füzet.)

A higany kenőcs vagy más alakban való alkalmazása mellett könnyen támadó stomatitis megakadályozására első sorban a fogkefétől való eltávolítást tartja szükségesnek, mert a fogkefe okozta apró sérülések indítják meg a st. kifejlődését. A fogak tehát csak gyapotsal csavart ujjal törölnődök le. Napközben többször kell a száját kiöblíteni. Este a pofa átmeneti redői és a szájfénék a nyelv és fogak között laza gázzal töltendők ki. Ezáltal a higanyt tartalmazó nyál a tamponokba ivódik és nem macerálja a nyálkahártyát. Ez elővigyázati rendszabály alkalmazása mellett szerző 28 éve meg tudta akadályozni a st. kifejlődését. *Morelli dr.*

A dentalis eredésű hajhullás. *Marien.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 17. füzet.)

A hajhullás kóroktanában számos elmélet szerepel és ezek között egyike az újabbnak a dentalis okozat, mely szerint a hajhullás idült gingiva-dentalis izgalmaknak reflexorikus következménye. Gyakorlása az esetek 30%-át teszi ki. Rousseau-Decelle tanulmánya szerint a fájdalmas trigeminus-izgalmak okozzák. A hejas fejbőr és a fogak között szoros kölcsönhatás mutatható ki. E dentalis eredésű hajhullás úgy látszik nem súlyos természetű, mert sokszor már egyetlen fog kezelésére javul vagy gyógyul (fogszű, pyorrhoea, genyes gyökér eltávolítására). A helyi és általános kezelést egyidejűleg kell végezni; a fejbőr mosása és massage-a mellett tehát belsőleg arsen. glycerophosphat van javallva. *Morelli dr.*

A fogerosiók, fog- és állkapocsfejlődési rendellenességek viszonya az öröklött lueshez. *Guilly.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 17. füzet.)

Erosiók alatt a fogaknak intrafollicularis fejlődési idejéből származó és a fogak koronáit illető fejlődési rendellenességeit értjük. Leginkább a felső és alsó állandó fogakon fordulnak elő. Gyakorlása szerint az egyes fogak következő sorrendje állapítható meg: első molaris (hatodik évben), metszőfog, szemfog, kis zápfog. Az erosio általános bántalom következménye, amely a folliculust a fejlődés ideje alatt éri és úgy látszik, minden infectiosus folyamat, amely a fog elmeszesedési idejében támadja a szervezetet, lényeges szerepet játszik, pl. kiütéses láz, a lég- és táptutak fertőző bántalmai. Az öröklött lues okozza leggyakrabban a Hutchinsón-fogakat, az első molarisok és metszők erosióit, mert éppen ez a betegség manifestálódik leginkább az intrauterin élet utolsó havában és az első életévben, mikor a fogak fejlődnek. Ugyanígy jönnek létre a kisebb alakú fogak és csökevényes fogképzések. A középső felső metszők óriás növeése nem annyira öröklött lues, mint bizonyos idiotismus eseteivel szokott kapcsol-

lódni. Mindazonáltal a rendellenességek nem pathognomonikusak öröklött luesre, hanem inkább csak kísérő tünetei valamely kóros folyamatnak, mint pl. az interstitialis keratitis vagy a süketég. *Morelli dr.*

Beszámoló 266 elsődleges szájnálkahártya-rákról. *H. Küttner.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 17. f.)

155 nyelv-, 35 szájfénék-, 15 pofánálkahártya-, 12 szájpadi-, és 49 mandulák esetéről referál. Két mirigyhámrák kivételével a többi mind laphámrák. A betegek 81%-a férfi, 19%-a nő. A férfiak 45—50 éves, a nők 31—35 éves korúak voltak leginkább. A betegek 43%-a erős dohányos. 22%-ban (kizárólag férfiak) a rákon kívül leukoplakiájuk is volt. 25%-ban biztos lues volt megállapítható. Az esetek 33%-ában idült traumás ingerek voltak kimutathatók (éles cariosus fogak, prothesisek). A szájüreg legtöbbször igen el volt hanyagolva. A betegeknek több mint háromnegyedrészbe metastasisokkal került a klinikára.

A műtétek általában helyi érzéstelenítésben történtek. Amióta ez rendszerré vált, a halálozási arány, amely 1908-ig még 14%- volt, 44%-ra csökkent. Az operáltak közül három év után még 19%, öt éven túl 15%, nyolc éven túl 10%, tíz éven túl 38% és 14 év után 25% élt. Régebben midőn a daganattal együtt csak a tapintható mirigyek lettek eltávolítva, a mirigyrecidiva 39%-ra rugott, amióta a radicalis eltávolítást végzik, ez 11%-ra csökkent. A legtöbb recidiva az első évre esett, de egy ízben csak 14 év múlva a műtét után. A késői recidivák részben új daganatok a leukoplakiás talajon. *Morelli dr.*

A rágás hatása a gyomor motilitására kísérleti élet-tani vizsgálatok alapján. *L. Lührse.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 18. füzet.)

A kísérleteket duodenum-sipolyos kutyán végezte három hónapon át. A sipolyba benőtt kanülre egy csappal elzárható csövecskét helyezett, melyen keresztül a gyomorba sondán át beadott 200 cm³ methylenkék víznek a bélbe jutását tudta ellenőrizni. Először azt határozta meg, hogy mennyi idő alatt hagyja el a víz a gyomrot rágás nélkül és másodszor, ha a víz bevitel után az állat rág. Továbbá azt is meghatározta, hogy milyen a motilitás, ha csak a trigeminus facialis és hypoglossus, vagy ezeken kívül az olfactorius és glossopharyngeus is ingerelve van, vagyis ha az állat csak ízetlen ételt (kiszáritott húst), vagy ízes ételt rág (friss hús). 64 kísérlet közül 27 csak vízzel, 18 a víz mellett rágással és 19 friss hús-étellel történt. Mindhárom kísérleti sorozat azonos állageredményt adott 63, 61 és 63 perccel, ami azt bizonyítja, hogy a gyomor motorikus működését a rágás nem befolyásolja. Végeredmények: a gyomornak a sympathikus és parasympathikus idegrendszernek ingerlésén alapuló motilitását a rágás nem fokozza, tehát attól független. A trigeminus, glossopharyngeus és olfactorius ingerlése a rágás útján a gyomor vagusrostjainak csak secretorikus működésére hat, míg a vagus motorikus rostjaira hatással nincsen. A rágásnak hatása tehát egyedül a vagus secretorikus rostjainak ingerlésében áll. *Morelli dr.*

Bismuthstomatitis. *Azoulay.* (Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1923, 18. füzet.)

A Sazerac és Levaditi ajánlatára megindult bismuthkezelés lues ellen sokszor okoz stomatitis és Azoulay ennek klinikai lefolyásában két periodust állapít meg: 1. a nyálkahártya bismuthal impregnálódik. 20 cg bismuthos befecskendezése már másnap a foghús szélén keskeny szegély jelenik meg. Ezenkívül az ajak- és pofánálkahártyán, valamint a ductus stenoianus nyílása körül szürkés, szabálytalan alakú plaque-szerű foltok jelennek meg. Végül a bölcsességfogak mögött mutatkoznak szürkés pontok. A nyelv széle finom kékesen, függőlegesen csikolt vagy az egyenletesen rózsaszínű nyelv egészében egyenletesen kékes színű lesz. Ez állapot sokáig változatlan, vagy az utolsó befecskendezés után lassan el is tűnik. 2. Periodus a fekélyesedés. Ezt duzzadás és fájdalom jellemzi és csak az alapbántalom javulásával csökken. A stomatitis részleges, közepes vagy súlyos alakban jelenhet meg. Az első alak a leggyakoribb. Kórjósolat jó.

A kóroktan a többi stomatitisével megegyező. A Vincent-féle fusospirillumok mint kórokozók első helyen állanak. Háromféle theoria van, úgymint a toxikus, mechanikus és infectiosus, melyekre szerző kimerítően reámutat. Differentialis kórisma szempontjából csak a stomatitis mercurialis jön tekintetbe, de ez gyakoribb nőknél, mint férfiakon, specialis foetort, nyálfolysást okoz, hamarabb fekélyesedik és rossz közérzettel jár. A bismuth stomatitis foetorral, nyálfolysással nem jár és a közérzetet nem rontja.

A kezelés részben praevenitiv (szájhygiene, beteggyökerek eltávolítandók, többszöri fogkefézés naponta, öblítések), részben kuratív (a fekélyes helyek edzése luaggallal, 1% methylenkékkel, súlyos esetekben antiseptikus szájjavak). *Morelli dr.*

Gyermekorvostan.

A csecsemők thymushypertrophiája; tünetei és kezelése. Rowland G. Freeman. (Archives of Pediatrics 1923. 10.)
A thymushypertrophia fontosságának felismerése már régibb keletű. Morgagni 250 év előtt már összefüggést vett a thymushypertrophia és a hirtelen beálló halál között. Lee 1842-ben cikkezett a kérdéssel és a laryngospasmust és az aszmát is vele hozta kapcsolatba. Norris, Emerson és mások észleléseinek közlése után szerző röviden leírja a thymus szövettani szerkezetét és a maximális normalsúlyt 15 g-ban állapítja meg. Olkon állatkísérletek alapján állítja, hogy thymuskivonat befecskendése után görcsök, dyspnoe és néha halál állott be. Brown a meggyógyított thymushban egy érzékeny reakciót lát idegen fehérjékkel szemben. Liss egy newyorki gyermekkorházban 119 esetben készített Röntgen-felvételt közvetlenül a születés után: 50 esetben nagyobb, 34 esetben kisebb thymust látott. A thymus nagybodását kopogtatással vagy némely esetben a suprasternalis árokban tapintással is, de legjobban Röntgennel lehet megállapítani. Figyelmet érdemel a thymusárnyék nagyságának növekedése expiratóriában és kisebbedése inspiratóriában.

A thymushypertrophia sebészeti kezeléséről Parker adatait hozza, aki 1914-ben 40 thymectomiát csinált 17 halálozással. Szerző a Röntgen-kezelést biztosabbnak és megbízhatóbbnak tartja. Megfigyelt eseteit négy csoportba osztja, aszerint, hogy csak stridor vagy laryngospasmus, apnoe rohamok és öntudat-hiány is jellemezték azokat. Számos kórrajzkivonatot közöl, de egyikben sem részletezi a Röntgen-kezelés technikáját vagy tartamát. A cikket több Röntgen-felvétel kíséri. Pollermann dr.

Az Engel-féle fehérjetej módosított készítése. J. Ph. Jorno. (Med. Klinik 1923. 39. sz.)

A szerző tapasztalatai alapján az Engel-féle fehérjetejet ajánlja, mivel elkészítése egyszerűbb, mint a Finkelstein-féle fehérjetej. A tejet 95°-nál sterilizálja, lehűti 30°-ra és lehetőleg kismennyiségű oltót ad hozzá; félórát meleg helyen állni hagyja, ezután 42°-ra fölmelegíti, eközben a fehérjeanyagok finom részecskének kicsapódnak. A kicsapódás után negyedórát állni hagyja és ugyanolyan mennyiségű felforralt és lehűtött vízzel összekeveri, finom szitán átszűri, kb. két óráig hűvös helyen állni hagyja és ezután a felső réteget alkotó savóból annyit szív le, mint amennyi vizet öntött a tehez. Ezután üvegekbe adagolva 60–70°-on sterilizálja, sterilizálás után jól össze-rázza. Ezen fehérjetejet a Finkelstein-féle fehérjetejjel egyenértékűnek tartja.

E fehérjetejet separatorral zsírszegénnyé téve és megsavanyítva is használja. Simkó Gyula dr.

Phosphozym, mint a rachitis calciumtherapiáját támogató szer. Noorden. (Deutsche med. Wochenschrift 1923. 39. sz.)

Rachitisnél a Ca. hatását fokozza az egyidejűleg adagolt P., mely a felső bélrészletekben a felszívódást elősegíti és ugyanott savanyú reakciót idéz elő. A phosphozym, amely amylumphosphorsav, élesztőkivonat és tápelestszt keverékből áll, ennek a feladatnak teljesen megfelel és sok vitamint is tartalmaz. Hatása kitűnő s mivel a poralakú phosphozym kellemes ízű, a gyermekek is szívesen veszik. A Ca.-ot és phosphozymet nem egyidőben, hanem néhány óra közl adagoljuk. Tüdős dr.

A lues congenitánál jelentkező fogelváltozásról. Pflüger. (Klin. Wochenschrift 1923. 37–38. sz.)

Hutchinson szerint a veleszületett vérbajra csak a felső középső, maradandó fogak alakja jellegzetes. A fogak minden irányban elferdültek, torz, dugóhúzószerű alakelváltozást mutatnak s metszfelületük concav és symmetriás elhelyezéssel. A lefolyt infantilis stomatitis leginkább az első molaris fogakon jelentkezik. A lueses elváltozás a fog középső részletének csökkenő fejlődése folytán jön létre. A fogelváltozást némelyek a fogcsír lokális lueses, mások a belsőelválasztású mirigyek lueses megbetegedésének tartják. Szerző szerint a hynoplasia nem lueses eredetű s nem symmetriás. A lueses fogelváltozások nem állanak a mészanyagcserével semmiféle vonatkozásban. Szerző közöl egy esetet, amelynél a veleszületett vérbajnak jelét csak a fogakon látta. Az anya szintén typosus fogelváltozást mutat. Wa. R. mindkettőnél ++++. Ez az első ismert eset, melyben lues congenitánál a harmadik generációban is láthatók voltak a Hutchinson-fogak. Tüdős dr.

A jódnak golyvaellenes alkalmazásáról iskolákban. Lutz. (Münch. med. Wochenschrift 1923. 34–35. sz.)

Lakóhelyének (Wollmatingen a Bodeni-tónál) strumában gazdag környékén 1922 novemberétől 1923 márciusáig az iskolában a tanító által kéthetenként egy-egy golyócska díjodult (Riedel) adatott. Egy szem 0.003 g jódtartalmú volt, mely adag elegendő volt ahhoz, hogy a többnyire 12 éves gyermekeken 10 golyócska bevétele után a nyakkörfogat az utolsó vizsgálatnál átlag 2.34 cm-rel kisebbnek mutatkozott. Vas J. dr.

HETI KRÓNIKA

Az államok csak a legutóbbi évtizedekben ébredtek annak tudatára, hogy a betegekkel és a szegényekkel, árvákkal, csecsemőkkel és az aggokkal szemben kötelességeik vannak. Hajdanában az emberi élet értéke olyan csekély volt, hogy annak megmentésére, fenntartására vagy szaporítására, általánosságban, bizony vajmi csekély súlyt helyeztek, legfeljebb azok, akik a többi emberben jobbágyot, értéktárgyat láttak és velük „gazdasági célokat” követtek, mint az a német fejedelem, aki rendszeresen árusította összefogdosott alattvalóit a hollandi és az angol koloniális hadseregek számára.

Hogy az emberi életet részvevő szeretettel, könyörülettel megértéssel, anyagi célok nélkül is fel kell karolni, az nem fért össze az ókorok mentalitásával. Végre mégis megteremtette a humanizmust az Egyház az a tanítása, hogy a földi élet csak előkészítője a túlvilágnak, hogy a rang, vagyon és hírnév csak káprázat, hogy minden ember egyenlően csekély és csak annyit ér, amennyi belső érdemet önmaga szerez magának.

Az ilyen tanítások következtében alakultak a basilianus, bencés, lazarista, hospitalarius stb. szerzetes és alapították a legelső menedékhelyeket, kórházakat, és árvaházakat. Ezeknek száma óriási lehetett. Egyedül leprosorium 2000 volt Franciaországban, 17000 Európában, Mattheus Páris szerint, a X. század végén.

Nálunk Magyarországon is ilyen szerzetes létesítettek, rendszerint meleg források közelében, az első xenodochiumokat és nosodochiumokat. Néhánynak (Esztergom, Füzitő, Buda, Podolin, Nagybánya stb.) emléke fennmaradt az Árpád-kori iratokban.

Mikor később a reformáció megzavarta a katolikus egyháznak domináló helyzetét, veszedelembe jutottak ezek a humanisztikus alapítások. Ahol, Keleten és Északon, a társadalom még nem volt eléggé művelt, ott be is következett a nagy visszaesés; Nyugaton ellenben a társadalom vette át, önként, fenntartásuk terhére. Az angol jótékony intézetek ma is homlokukon viselik a hálást, de önértékes felírást: Supported by voluntary contribution.

Itt a szétagazó kulturális ideálok persze a századok folyamán sokféle gyümölcsöt termeltek. Először hospitiumok keletkeztek az utasok, a betegek, végre az aggok és az árvák számára. Később, tovább differenciálódtak az intézmények. Az általános kórházak mellett külön helyek létesültek a speciális bajok, az első segélynyújtás, a gyógyíthatatlanok, a művelt szegények, nyomorék gyermekek, a bukkott nők stb. részére, sőt vannak Home for Dyingek a halálukat várók utolsó napjainak megkönnyítésére: viszont üdülőthonok, sőt hajókorházak is, amelyek a betegekkel mindig az enyhe vizeken uszkálnak.

Nem mindenütt volt azonban ilyen aldozatkész a társadalom. Sok helyütt tehát maguk a betegek szervezkedtek, betegsegélyző egyleteket, társulákat alapítva, vagy az államnak kellett, magánjótékonyok hiányában, coërcitív biztosító „pénztárakat” létesítenie. Az angol „Sick Club”-ok átmenetek a kettő között — az állam csak támogatja azokat, hogy kiterjeszthessék a kölcsönös segélyezés mérvét; Németországban és nálunk azonban már valóságos állami üzemek, egészen elhibázott intézmények keletkeztek, amelyekről jobb nem is beszélni.

Az ilyen államosításnak egyebek között az a hátránya is van, hogy elveszi a társadalomnak kedvét az adakozástól. Pedig, hogy mit jelent ez. Látjuk Anglia és Amerika példáján. Bármelyik számát vegyük is az angol orvosi lapoknak kezünkbe, az apró és nagy adományok egész tömegére fogunk hukkanni. Látnivaló, hogy az ilyen intézmények ott valóban a népek alkotásai és a társadalomnak minden rétegében népszerűek.

Igy a londoni Royal Northern Hospital 12.000 fontot (1.2 millió magyar korona) kapott, hogy kibővíthesse helyiségeit; a Nottingham General Hospital 40.000 fontot örökölt; Beck, swansazi polgár 100.000 fontot hagyományozott egy szemkórháznak; Mr. Johnson

¹ A Hôpital, Hostel, Spital szó is a hospitiumból származik és eredetileg nem kórház, hanem menedékhelyet jelentett; Angliában ma is több árvaház viseli a Christ Hospital nevet.

több ezer fontot gyermekjóléti intézményeknek; James Mackersie 7000 fontot megvakult katonáknak. A British Empire Cancer Company felhívására 55.000 font gyűlt össze; az adományozók fele anonyim volt, tehát nem a hiúság vezette őket. A királyi Kórházi Alapidei gyűjtése 1 millió fontot hozott. Ugyanígy, Amerikában, Mr. Steiner 500.000 dollárt hagyott egy „Cancer Clinic” létesítésére; Mr. Thomson 2 millió dollárt adott a newyorki Womens Hospitalnak és 400.000 dollárt egy másik kórháznak; Claremontban nem volt kórház; valaki felajánlott 90.000 dollárt, mire pár nap alatt összegyűlt a még szükséges 77.000 dollár is. Chicagóban a nyomorék gyermekek otthonának egy felhívása 500.000 dollárt hozott; az aggodalom helyének ügyét Mrs. Smithnek 1 millió dolláros adománya alapozta meg; egy Hershey nevű csokoládégyáros egyszerre 60 millió dollárt — 2 billió koronát — adott a harrisburgi iskoláknak és árvaházaknak. Mindez az utolsó hetek adománya. Smith, Beck, Thomson... egyszerű emberek, szintelen személyesítói a puritán polgárságnak!

De másutt is így van ez! A párisi kórházaknak Mme. Duez 1.5 millió frankot adományozott rádiumbeszerzés céljára; M. Duveen egy otologiai tanszéket létesített 800.000 frankkal; ugyanő a párisi főiskolai kórháznak 1.200.000 frankot juttatott; a monacoi herceg 1—1 millió frankot adott a párisi Académie des Sciences-nek és az orvosi fakultásnak. — Galliera hercegnő, Lady Wallace, Mme. Boucicaut száz- és százmilliókat adtak annakidején. A spanyol kórházak nagyrésze főúri alapítványokból létesült. A moszkvai egyetemnek csaknem minden klinikáját magánosok alapítványai emelték.

Hollandia, Svédország, Norvégia még nekünk is sokat juttatott. Még Ausztria is messze előttünk jár. Bécsben pár nap előtt két hírbéd néztem: Bosel és Castilion, óriási összegetek ajánlott fel az egyetemnek: tudják, hogy a kultúra fájának árnyékában kipuhtul a gyom és a hálás ember ökle kinyílik!

Es nálunk? Azt mondják, hogy nincs pénz, különösen amíg bevert fejek vannak. Ha csak 6 mázsa búzát számítunk 1 hold földre, az 1000 hold után 600 millió korona bevételt jelentett az idén. Sok száz embernek van nálunk 1000 holdja: soknak 10—20 ezerje, az egyik hercegnek közel félmilliója...! Az egyik börtönnek csak Danubius-részvénye 30.000 van! Másfél millióért vett egy villateltet magának. Egy szíveti klubban nem ritkák a százmilliók kártavaszteségei. A pazarlás soha így féktelenül nem tobzódott, mint ma! Emberek, ne kísértsetek az Istent!

A zsidóság már letehetőbb tesz a jótékonyaság terén: gyönyörű intézeteik vannak, melyeket nagy áldozatkészséggel tartanak fenn: leírhatóan egy zsidó gyáros maga 400 milliót adományozott egy ambulatórium létesítésére. Már a keresztény társadalom dús-gazdag vezérei azon a véleményen vannak, hogy díszelnökséggel is megválthatók kötelezettségeiket. Noblesse oblige? Noblesse oblige! Lehet akkor olyan kulturális fölényünk, hogy ez visszaszerezze területi integritásunkat? Szegény, szegény Magyarország!

Dr. Herczeg Árpád.

VEGYES HÍREK

Kitüntetés. Ifj. Liebermann Leó dr.-t, a szemészeti magántanárát a Kormányzó Úr Ó Főméltósága a Pázmány Péter egyetem orvosi karának előterjesztésére az egyetemi rendkívüli tanári címmel tüntette ki.

Halálozások. Ihrig Lajos, a Ferenc József kereskedelmi kórház nyugalmazott igazgató-főorvosa meghalt 59 éves korában. Egy derék és munkás élet fátyla aludt ki így korán, békét hozva a földi emberek között sokat szenvedett léleknek. — Julius Schütz bécsi magántanár, a kiváló balneologus és vese-specialista 48 éves korában elhunyt. Munkás élete sok theoretikus és praktikus jelentőségű tanulmányt s a „Grundzüge der Heilquellenlehre” című tankönyvet hagyta reánk. — Mohr Mihály dr. szemész-főorvos, szerkesztőársunkat tragikus halál érte: műtetre készülés közben szívészélhűdést kapott. Öszinte részvételünk kíséri őt utolsó útjára.

A Magyar Szemorvostársaság január 6-i ülésének programja (Állami Szemkórház): 1. Nórany Tibor: Hypophysis-gumma nagyfokú hypotoniával. 2. Kreiker Aladár: Felnőttkorban visszafejlődő membrana pupillaris pars. 3. Csapody István: Szemhéjszel-reconstructio. 4. Csapody István: Az atropin-mydriasis.

Új gyógyszerárszabást léptetett életbe a miniszter dec. 24-ével, ami az eddigi komplikált és a közönség előtt ellen-szenves drágasági percenteknek a recept végösszegéhez hozzácsapását megszünteti. Az új taksa viszonyainkhoz mért újabb drágulását is jelenti a gyógyszereknek, úgyhogy egyre jobban meg kell gondolnunk, kinek iruk receptet és milyet? Tájékoztatóul álljon itt néhány fontosabb gyógyszer patikai ára:

Ac. salicyl. 1 g 150; natr. salicyl. 1 g 210; ac. acetylsalicyl. 1 g 150; salol 1 g 240; antipyrin 1 g 450; antip. coff. citr. 1 g 600; phenacetin 1 g 390; antifebrin 1 g 100; chinin sulf. 1 g 2580; jódkáli 10 g 9800; jódnatrium 10 g 11.200; brómkáli v. natr. 10 g 530; na. hydrocarb. 10 g 100; camphor 10 g 2580; coffein citr. 1 g 840 — benzoat 930 — salicylat 950; theobrom. n. sal. 1 g 500; morphin 0.1 g 2180; codein 0.1 g 1960; aethyl-morph. 0.1 g 2520; cocain 0.1 g 1180; atropin 0.1 g 1200; pilocarpin 0.1 g 1500; physostigmin 0.1 g 4800; saccharum 10 g 270; spiritus conc. (95%) 100 g 5200; sulfur lot. 10 g 200; sulfonal 1 g 1230; trional 1 g 1740; chloral 1 g 150; aethylchlorid 15 g phiole 6300 — 50 g 12.000; ung. simpl. 100 g 6400; vaselin fl. 100 g 3000; adeps lanae 100 g 4000; rheum 10 g 2100; senna 10 g 340; senega 10 g 2800; secale 10 g 640; sublimat past. 1 g 420; ung. cinerei 10 g 1380.

A munkadíjak is a 6—700.000 K-ás segédi havi fizetésekhez alkalmazkodnak és 10 osztott por 1900 K, de osztatokban már 3360, főzet, forrázat, emulsió-készítés 300 g-ig 1900 K, egy solutis mixtura 960 K, kenőcs, tapasz, suspensio, electuarium 100 g-ig 1680 K, 50 pilula készítése 2760; öt végbélkúp 1900 K, egy sterilizés 200 g-ig 2500 K.

A kötszerek ára, hála a textiliparnak és a kötszergyárak karteljének, szinte megfizethetetlen, 500 g tiszta gyapot 50.000 K, 5 m 12 cm pólya 4400 K, 1 m hydroph. gaze 4800 K, jodoform-gaze 10.500 K, 1 m B.illroth-batizet (85 cm) 34.500 K, egy phiole varroselyem 10.000 K.

Az üvegedényekért csak betétet kell fizetni s a kiadott bonn ellenében az üvegeket tiszta állapotban ugyanezen árárt 14 napon belül visszavenni köteles a gyógyszerész. Érdekes, hogy e hasznos újítást a közönség alig használja fel s minden lakás tele van hányódó orvosságos üvegekkel és kenőcsöttegelyekkel. Pedig egy 600—1000 g-os szögletes zöldüvegért 2200 K-át fizet a gyógyszerész s a legkisebbéit is 500 K-át.

Bármily szomorúak is e viszonyok a mi szempontunkból és a betegeké, mégsem hibáztathatjuk a drágaságot a gyógyszerárakat, melyek a vegyszereket, drogokat aranyparitáson felül szerzik be, egész regiejüket a mindnyájunk által ismert tempójú drágaság szerint, a közterheket pedig a régi csillogó és aranyos mult alapján kivétel kell elviselniük. A kongó üres-ség patikák különben eléggé mutatják, hogy ma már nem jelent olyan sine curát a gyógyszerár, mint hajdan, mikor a boldog és tekintélyes tulajdonos még arra is ráért, hogy — tudóssá képezze magát.

Az bizonyos, hogy a beteget ma inkább mint valaha — a jó Istenre kell bízunk, aki sokszor segít is rajta orvos és patika nélkül is — és magához veszi.

Kérelem. Kérjük azon előfizetőinket, akiknek a címlapra és tartalomjegyzékre nincs szükségük, hogy azt visszaküldeni szíveskedjenek, mert korlátolt számban nyomattuk. Sz.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint dec. 23-tól dec. 29-ig előfordult hasihagymáz 9 (1), kanyaró 14 (0), vörheny 27 (0), szamárhurut 7 (0), ronszó torok- és gégelob 13 (0), influenza 2 (1), bárányhimlő 23 (0), járványos fültőmirigylob 1 (0), vérhas 6 (2). Gyermekági láz, trachoma, küteges hagymáz, hólyagos himlő, ázsiai kolera, járványos agygerincgyátrályalob, vesztettség, lépene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

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

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

TÁTRA - SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyetemesen modernül be-
rendezett fizikai-dietetikus sanatorium gyógyító tényezőivel.

Elsőrangú téli klíma. — Kiváló téli kúrák. — Elsőrangú diatetikus konyha,
fekvőcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forró-, lényfürdők, vizgyógyintézet, Zander,
quarz-, Sollux-, diathermia-, villamos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium.
Indicatók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus dyspepsia, diabetes, adipositas,
asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvales-
centia — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi nap-
pauzálár 50 Kc-től fölfele. — Fel. Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában,
Egész évben nyitva. — Világosítást nyújt, fűdőlátást szerez dr. Adorján László. Vigadó.

EHRlich-WASSERMANN ORVOSI LABORÁTORIUM
Vezető: Dr. STEINER SÁNDOR
VI. Teréz-kört 24. Telefon: 136-01
Vérfehérítő csővecskék vidékre szállítóképes dobozban.

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

Orvosi bőrgyógyászati és kozmetikai intézet
Dr. KESZLER-Dr. LANGFELDER, IV, VÁCI-UTCA 11/B,
Röntgen, quarz, diathermia, kozmetikai eljárások és műtétek.

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

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 ügyfélszolgálatban
szolgálat: MENETJEGYIRODA, Dr. ADORJÁN V, VIGADÓ.
129949/19.3. sz.

I. a.

Hirdetmény

a budapesti tisztviselői orvosi tanfolyam és ezt követő
vizsgálatok tárgyában.

A tisztviselői orvosi képesítést szabályozó 22925/1919. N. M. M.
sz. rendeletnek megfelelően 1924. évi március hó 10-től június
hó 10-éig Budapesten tisztviselői orvosi tanfolyam és ezt
követően tisztviselői orvosi vizsgálatok fognak tartatni.

Felhívom ennél fogva azokat az orvosokat, akik a fentem-
lítt tisztviselői orvosi vizsgára és az azt előkészítő tanfolyamra
jelentkezni kívánnak, hogy a hivatkozott rendelet 12. §-ban fog-
laltak szerint kellően felszerelt kérvényeiket, Dr. Fáy Aladár
államtitkár, a vizsgáló-bizottságok elnökének címére 1924. évi
február hó 10-éig (Népjóléti és Munkügyi m. kir. minisztérium
IV, Eskü-tér 1. sz.) küldjék be.

A kérvényhez csatolni kell:

a) a születési anyakönyvi kivonat (vagy annak hiteles
másolatát);

b) rövid életrajzot (curriculum vitae), amelyben a jelent-
kező különösen végzett tanulmányairól, ismereteiről és hivatás-
beli működéséről, — a vonatkozó okmányok csatolásával —
számol be;

c) a Magyarország területén érvényes egyetemes orvos-
doktori oklevelét vagy annak hiteles másolatát és hiteles iga-
zolását annak, hogy a jelentkező orvosi oklevelének elnyerése
után legalább egy évig egyetemi vagy kórházi szolgálatot folytatott.

Az egyévi önkéntes minőségben vagy a hadseregben, hon-
védségnél rendes orvosi szolgálatban eltöltött év abban az eset-
ben, ha az illető azt orvosi oklevelének elnyerése után szolgálta
le, egy kórházi szolgálati évvel egyenlő értékű.

A vizsgálati díjakra nézve később fogok intézkedni.

A tanfolyamra vonatkozólag közelebbi értesítést Dr. Mo-
zsonyi Sándor, a tisztviselői orvosi tanfolyam jegyzője teendőivel meg-
bizott miniszteri titkár (Népjóléti és Munkügyi minisztérium,
Eskü-tér 1. sz., II. em. 77. ajtó) nyújt.

Budapest, 1923 december hó 20-án.

Népjóléti és munkügyi miniszter.

NERVOPLAST
IDEOTONICUM SEDATIVUM
FERGLOBIN
SINE ET CUM ARSENO
GUAJAGLOBIN
TABLETTÁKÉNT 0,05 GR. GUAJACOL
TUBERCULOSIS STB.
ÖRKÉNY HUGÓ

CALOMEL EBAGA 30% zsírtalan kenőcs
láthatatlan külső
lueskezeléshez.

MERLUSAN TABLETTA bevált belső
antilueticum

Egybekötve a legideálisabb diszkrét lueskezelés.
Ingyen minták orvosok részére.

PURGO

ÚJ! Eredeti zacskóban 5 tabletta is kapható ÚJ!
Dr. BAYER és Társa vegyészeti gyár
Budapest IX, Rákos-utca 17. szám.

CHOCOLAT
DIABETIQUE
FLORIS

NAGY KÁROLY BUDAPEST, IV. APPONYI-TÉR 1
TEL: 6-86

Hexametin

eff. v. dr. BUDAI, afvalva: Cystitis, pvelitis és bakterinria.

Pasilli-Jodocaseini

minden esetben 0,30 indult tartalmú, mely két gőzöltes után kövte.

D'Buday Gyógybotok

Legjobb aszúval készült gyógybot-készítmények.

Készíti:

VAJNA JÓZSEF Városi gyógyszerháza
Budapest, IV., Váci-utca 34. szám.

Darmol. Legtökéletesebb hashajtó felnőtteknek
és gyermekeknek.

Digestol. Általánosan elismert emésztőpor.
Gyomorműködést javítja, bélműködést rendezi.

Liquor hypnobromid.
Kellemes ízű sedativum és hypnoticum.

Menfor. Gyors hatású antirheumaticum és anti-
neuralgicum.

Minden gyógyszerházban kapható.

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: HÜZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Falta Béla: A vörösvérsejtek sülyedési reakciójáról szülészeti és nőgyógyászati esetekben. (17—20. oldal.)

Simicska Gábor: Spina bifida occulta es ischias. (20—22. old.)

Klinikai előadás. Borszék Károly: Húsz év gyomorfekély-sebészete. (22—26. oldal.)

Therapia. Bárkány Béla: Kankós szembajok gyógyítása collar-gol-befecskendezéssel. (26—27. oldal.)

Gál Félix: A méhkürtbefúvásról. (27—28. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Szemészet. (28—30. oldal.)

Könyvismertetés. (30—31. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1923 december 13-i tudományos ülése. (31—32. oldal.)

Heti krónika. (32. oldal.)

Vegyes hírek. (32. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi kir. magy. Ferenc József-tudományegyetem női klinikájának közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. egyet. ny. r. tanár).

A vörösvérsejtek sülyedési reakciójáról szülészeti és nőgyógyászati esetekben.

Írta: Falta Béla dr. tanársegéd.

A diagnostikai segédeszközök szaporodása haladást jelent az orvosi tudományban, különösen ha általuk valamely betegség megállapítása könnyebbé vagy biztosabbá válik. Az utolsó években felmerült ilyen segédeszközök közül talán egyik felé sem fordul az érdeklődés olyan mértékben, mint a vörösvérsejtek sülyedési gyorsaságának mérése felé. Eredményeit a klinikai szakmák mindegyike igyekezett saját számára hasznosítani, így a szülészeti és nőgyógyászati is, ahol valóban tág tere nyílik alkalmazhatóságának.

Fahraeus 1918-ban hívta fel a figyelmet ama megfigyelésre, amelyet már a múlt század negyvenes éveiben Nasse is ismert, hogy a vörösvérsejtek sülyedése nem állandó. Ő főképen terheseknél tapasztalta a vér suspensio-stabilitásának csökkenését, bár más kóros állapotnál is megfigyelte ugyanezt. Okát keresve, azt találta, hogy a vörösvérsejtek sülyedési gyorsasága függ 1. a vörösvérsejtek agglutinációjának fokozott voltától, 2. ezek számbeli csökkenésétől. Az agglutinatio tulajdonképpen a sejtek pénztekercs-képződése a vérben s a gyors sülyedés eme normalis jelenségnek fokozódása. Ez a fokozott agglutinatio a plasma tulajdonságaitól függ, serum-albumin csak kis mértékben teszi csomóssá a vörösvérttesteket, globulinok erős agglutinációt okoznak s valamennyi között legerősebbet a fibrinogen. Azt hiszi Fahraeus, hogy a vér csökkent suspensio-stabilitása fontos szerepet játszik a thrombusképződésnél.

Abderhalden nemcsak a plasma tulajdonságát tartja fontosnak a vér sülyedési gyorsulására, hanem magukat a vörösvérsejteket is, ezért tanácsolja, hogy centrifugált erythrocytákat fajidegen plasmában vizsgáljanak, miáltal pontos megállapítások eszközölhetők a vörösvérttestekre nézve is az ilyen plasma agglutináló befolyására vonatkozólag.

Höber számos kísérleteiből azt következtette, hogy a vörösvérsejtek instabilitása fehérjeoldatokban mindig arra vezethető vissza, hogy a vörösvérsejtek negatív töltése megváltozik. Terhességnél például a globulinok az isoelektromos pontja a neutralis pont-

hoz közelebb van, mint az albuminnak, a globulinok a vérttestek negatív potenciálját jobban csökkentik, mint az albuminok. Ha a negatív töltés neutralizáltatik, akkor a vérttestek egymáshoz tapadnak. (Agglutinatio.)

Frisch és Starlinger szerint a sülyedési gyorsaság a vérplasma fibrinogen-tartalmától függ s a vörösvérsejtek szerepe ezzel szemben másodrangú. Ha a fehérjebomlás első foka a fibrinogen-képződés, akkor a plasma fibrinogen-tartalma a sejtbeli fehérje szétesésének fokmérője.

Ezzel a nézettel szemben Pewny a fibrin-tartalomnak nem tulajdonít semmi befolyást a sülyedési gyorsaságra. Szerinte a sülyedési gyorsaság oka az, hogy különböző physiologiai s pathologiai folyamatok által a vérben olyan colloidechemiai állapot idéztetik elő, amelynek a sülyedésgyorsaság fokozódása a következménye. A sülyedésgyorsulás létrejön a serumban is, amely fibrinogen-mentes. A vérttestek is szerepet játszanak a sülyedésgyorsulásnál, továbbá vannak betegségek, melyeknél nincs fibrinogen-megszaporodás, mégis gyorsult a sülyedés. Pewny sem tagadja, hogy magas fibrinogen-tartalom okozhat sülyedésgyorsulást, de nem ez a lényeges tényező, hanem a vörösvérttestek s a plasma colloidechemiai felépítése. A sülyedési idő nem párhuzamos a vér fibrinogen-tartalmával.

Sachs-Oettingen, Herold, Löhr azt tartják, hogy a sülyedést gyorsító ok a fehérje szétesése, mint a vérplasma fokozott labilitásának s a globulinok megszáporodásának jele. Szerintük feltűnő a parallelismus a plasmastabilitási reactio s a sülyedés közt, amennyiben fokozott plasmastabilitás megfelel lassú sülyedésnek, rendkívül labilis plasma pedig gyors sülyedésnek.

Linzenmeier, a sülyedési reactio egyik legalaposabb bűvája azt tartja, hogy a gyorsult sülyedést okozó haemagglutinatio pl. terhességnél úgy jön létre, hogy a vörösvérsejtek negatív elektromos töltésüket elvesztik a vérplasmában fellépő pozitív töltésű testek által. Ez a pozitív töltésű test a plasmából negatív adsorbentiák által el is távolítható, miáltal a vér régi suspensio-stabilitását s a vérttestek szokásos negatív elektromos töltésüket visszanyerik. Hő inaktiválásra úgy változik a plasma, hogy a sülyedési gyorsaság csökken. Viscosus anyagok pedig erősen gyorsítják a sülyedést.

Mindeme kísérleti adatok azt igazolják, hogy a sülyedésgyorsulás okát pontosan nem ismerjük, az ok legnagyobb valószínűséggel a plasmában van s a sülyedési gyorsulás főoka a fibrinogen s a plasma más, durva dispersitású tagjának mennyiségétől függ, mások ok pedig az, hogy gyorsan sülyedő vér vörösvér-

testei gyorsan agglutinálódnak, vagyis nagy csomókká tömörülve sülyednek alá.

Klinikai anyagon legkiterjedtebb sorozatos kísérleteket *Linzenmeier* végzett. Módszere: meghatározott átmérőjű s nagyságú csövekben a vörösvérsejtek bizonyos jelekig való sülyedési idejét figyelte meg. Hosszadalmas s állandó figyelést igénylő eljárás. Normalis viszonyok között ivarérett nőnél a meghatározott jelig a sülyedési idő e módszernél 5–6 óra. Egyszerűbb s gyorsabban keresztülvihető eljárás a *Westergreené*, melynek lényege az, hogy 2·5%-os natr. citrat-oldatot szívunk száraz 2 cm³-es Record-feesken-dőbe a 0·4 cm³ jelig s venaepunctio útján ehhez 1·6 cm³ vért. A kettőt ugyancsak száraz epruvettában össze-rázzuk s utána millimeterskálával ellátott 1 cm³-es pipettába szívjuk fel a citratos vért a 20 mm jelig, felül légmentesen elzárva a pipettát függőlegesen állványba állítjuk s egy óra múlva olvassuk le a mm-skálán, hogy a vörösvérsejtek milyen mélyre sülyedtek; ez adja az összehasonlítási értéket. Ezt az eljárást módosítva használták *Haselhorst* s *Geppert* is vizsgálataiknál. Ez az eljárás látszott előttünk is a gyakorlat részére legmegfelelőbbnek s azért ezt választottuk kísérleteinknél. Anyagul pedig a női klinika járó- s fekvő-betegeit használtuk fel: terheseket, szülőnőket, gyermekgyasakat s mindenfajta nőgyógyászati megbetegedésben szenvedőket. A kísérlet kivitelénél a többi szerzők által megállapított szabályokhoz szigorúan ragaszkodtunk, vagyis szobahőmérsék mellett, nem túl sokág leszorított korból vettük a vért, pontos arányban keverve citrátoldattal s légbuborék nélkül felszíva. Természetesen tekintetbe vettük mindig az egész szervezet állapotát s az erre vonatkozó minden járulékos tényezőt. Egészséges egyénnél a sülyedés 5–15 mm között ingadozott, gyorsultnak csak 20 mm-en felül vettük a sülyedést.

Vizsgáltunk *terhesekeket*, összesen 190 nőt *terhességük minden idejében*, legtöbbször több ízben. Más szerzők megállapításával egyezőleg az első három hónapban nem tapasztaltunk jelentékeny sülyedési gyorsulást, de a terhesség előrehaladtával fokozatosan mind nagyobb s nagyobb sülyedési értéket kaptunk. Így, bár igazolt a *terhességi fokozatos sülyedési gyorsulás*, mégis a *terhesség ugyanazon idejében levő egyének sülyedési gyorsasága eléggé nagy eltérést mutat*, természetesen járulékos bajoktól mentes eseteket véve, sőt egy esetben a terhesség utolsó idejében levő nőnél a sülyedés alig haladta meg a normalis értéket s kísérleti hiba kizárása végett több ízben történt nála vizsgálat, terhesség, szülés s gyermekágy alatt is s az eredmény állandóan csaknem ugyanaz maradt. Sülyedést gátló okot nem sikerült az asszonynál kideríteni. (Icterus, diabetes, vitium stb.) Háziterheseknél, hetenként történt vizsgálatnál a szülésig, megkíséreltük, hogy lehetne-e a szülés idejére nézve valamilyen következtetést vonni, esetleg a sülyedési gyorsaság fokozódásából a szülés idejét megállapítani, ez azonban éppen a fent említett egyéni ingadozások miatt nem jellemző, s ugyanazon egyénnél sem jellegzetesen fokozódó mindig, úgyhogy *törvényszerűség megállapítható nem volt*.

Szülőnők közül 51-et vizsgáltunk. A táulás, kitolás s lepény időszakában a sülyedési gyorsulás 50–120 mm között ingadozott, leggyakoribb érték 80 mm körül volt. *Legerősebb talán a lepényi szakban volt a sülyedés*. Még akkor is, ha a terhesség utolsó idejében már magas értéket kaptunk, a *szülés idejére ezeknél is gyorsult még a sülyedés*. Sok esetben azonban szüléskor sem kaptunk oly erős sülyedést, mint aminő egyes terhesnél már a VII.–VIII. hónapban mutatkozott. *Ikerterhesség esetén valamivel gyorsabb volt a sülyedés, mint ugyanazon idős egyesterhesnél*.

Gyermekegyást 94-et vizsgáltunk, a gyermekágy különböző napjain. Az első nyolc napon alig észlelhető lassúbbodás, majdnem ugyanazon értéken marad a sülyedés, mint szüléskor, csak lassan csökken a sülyedési gyorsulás s csak a *harmadik héten, sőt sok esetben*

még ennél is későbbén tér vissza normalis értékhez. Nagy szerepet játszik a gyermekágy lefolyása. A fenti megállapítás rendes gyermekágyra vonatkozik, pangott folyás, vérzés, per secundam gyűgyuló gátseb erősen kitolják a normalisra való visszatérés idejét. *Lázás gyermekágy*, lobos folyamatok a méhben vagy a környezetében, szóval minden puerperalis fertőzési folyamat még fokozza a sülyedési gyorsaságot. Hasonlóképpen *colloidalis ezüstkészítmények adagolása után hamarosan sülyedési gyorsulás tapasztalható*.

Vetélésnél 56 esetben végeztük a reactiót. A sülyedési gyorsaság csaknem eléri a szüléseknél talált értéket, sőt sokszor ezt meg is haladja, ami valószínűleg abban is lelheti magyarázatát, hogy ritka esetben van egészen steril esettel dolgunk. Azonban feltűnő sülyedési gyorsaságot észleltünk még kezdődő s fenyegető vetélésnél is, úgyhogy némileg differentialis diagnosis tekintetében is számba jöhet ez a jel más vérzésekkel szemben, mikor még a terhességi jelek nem kifejezetek s nem bizonyos a terhességgel való összefüggés. *Lázás vetéléseknél* s ezek után beállott szövődményeknél találjuk a *leggyorsabb sülyedést*. A terhesség korai szakában a *pete elhalása is gyorsult sülyedést okoz*, mint a következő eset mutatja:

863. sz. eset. S. L. 38 éves. VII. P. Grav. m. III–IV. Nehézségérzés az alhasban, hosszabb idő óta egy-egy kis, kávéaljszerű, pecsételő vérzés. Sülyedés 50 mm. Vizsgálat után két nappal spontan vetélés, egészen elfolyósodott, szétmállott pete.

Vetélés utáni endometritisnél 30 esetben vizsgáltuk a sülyedést, legtöbb esetben itt is *gyorsult értéket* kaptunk, ha vérzés, vagy visszamaradt peterész, esetleg lobos folyamat állott fenn. Néha teljesen complicatiómentes post abortum endometritiseknél is teljesen a normalis értéket megközelítő sülyedési gyorsaságot kaptunk.

Nőgyógyászati megbetegedések csaknem minden fajánál széles körben tettük vizsgálat tárgyává a sülyedési reactiót. Legnagyobb számban különböző *adnexum-megbetegedést* vizsgáltunk 138 egyénnél. E téren nyert eredményeink *Linzenmeier közlésével* (Zbl. f. Gyn. 1922, 14. sz.) egyezők. Sokszor teljesen láztalan állapot mellett az adnexum-tumorban még virulens fertőző csirák vannak s ezt sem a hőmérsék, sem a leukocyta szám nem mutatja; a *gyorsult sülyedés ilyen esetben az egyedüli jel*, mely felhívja a figyelmet, éppúgy, mint negatív genit. lelet esetén is ez figyelmeztethet esetleg a szervezet valamely rejtett gócéra, hol genyedő vagy lobos folyamat van.

79 esetben láztalan, lezajlott gyulladásból eredő, de még tapintásra kimutatható *adnexum-tumort vizsgáltunk*. Legtöbb esetben nem volt gyorsult a sülyedés, vagy alig haladta meg a normalis értéket. Műtét végeztett ezek közül több esetben s ez a diagnosit igazolta, régi összenövések s lenövések találtattak, virulens geny azonban nem.

54 esetben találtunk adnexum-betegségnél *gyorsult sülyedést*. Ezeknél az érzékenység vagy lobosodás megszűntével, conservativ kezelés után lassan csökkent a sülyedés gyorsasága, valószínűleg a toxinok s fertőző csirák elpusztulásával arányosan. Ezekben az esetekben *műteti indicatio felállítása előtt fontos a sülyedési reactio végzése*, mivel infectiósus állapotnál normalis leukocytaszám s hőmérsékemelkedés nélkül is gyorsult a sülyedés; ilyenkor a műteti beavatkozás kockázatos s így ez ellenjavallatot képez. *Normalis sülyedés mellett mindig nyugodtan operálhatunk*. *Geppert* szerint a reactio negatív kimenetele esetén biztonsággal határos valószínűséggel kizárhatók acut s subacut genyedő folyamatok. Több műtéttel ellenőrzött esetünk igazolja ezt a körülményt. Egyik esetünk különösen jellemző:

684. sz. eset. K. J. 44 éves. 0. P. Genit. lelet: méh mellett jobboldalt ökölnyi cystosus képlet, nem érzékeny. Hónapok óta láztalan. Sülyedés erősen gyorsult, több ízben vizsgálva 3–4 heti időközben. Érték 80–90 mm. Később nyomási tünetek miatt hüvely felől megnyitás. A tartalom híg, zavaros savó, telve genysejttel.

Linzenmeier szerint minden sejt- vagy fehérje-productumból eredő resorptiónál gyorsult süllyedés jelzi ezen folyamatot normalis hőmérsék mellett is. A reactio eme finomsága klinikai diagnost. tekintetben talán hátrányos is, mivel minden gyulladásnál, még náthánál is jelentkezik.

Douglas-tályognál 11 esetben vizsgáltuk a süllyedést, mikor is a később végzett kolpotomia a diagnosist mindig igazolta, amennyiben mindig igen gyors, 120 mm-ig menő értéket kaptunk. Kolpotomia után már a gyenges váladék megszűntével is gyorsult a süllyedés, csak 6–8 hét múlva csökken a gyorsulás s hónapok múlva is csak lassan közeledik a normalis értékhez teljes gyógyulás után.

Méh melletti izzadmány vagy lobos folyamat után fennmaradt tömegesebb tapintatú adnexum esetében 20 egyénnél vizsgáltunk süllyedést. Régi, nem érzékeny, tünetmentes esetekben normalis vagy alig gyorsult a süllyedés, láz s érzékenység eseteiben gyorsult értékeket kaptunk. Salpingitis acuta, parametritis pyosalpinx-nál igen gyors volt a süllyedés. *S. Joseph* s *M. Marcus* felhasználják a süllyedés reactiót differentialdiagnosira appendicitis s acut adnexum-gyulladás között. 30 óránál nem idősebb appendicitisnél a süllyedés normalis vagy egész kis mértékben gyorsult. Acut adnexum-gyulladásnál, még ha nem is régebb 30 óránál, akkor is középerős vagy erősen positiv a reactio. Magyarázatul az a körülmény szolgál, hogy appendicitisnél a pathologikus anatómiai elváltozás ideje teljesen egybeesik a symptomák jelentkezésével, acut adnexum-gyulladásnál pedig mindig van latens stadium, hol a pathologikus anatómiai elváltozás hosszabb ideje fennáll. Összehasonlító adatokkal appendicitisre vonatkozólag nem rendelkezünk, de *adnexum-gyulladásnál minden stadiumban bizonyos mértékben mi is gyorsult süllyedést találtunk.*

Méhenküüli terhességnél 12 esetben volt alkalmunk megfigyelni a süllyedés gyorsaságát. Kezdeti stadiumban alig gyorsult, vagy éppen nem, több rohammal s nagyobb belső vérzéssel járó esetben már észrevehetőleg gyorsult a süllyedés, fertőzött haematokele retrouter. eseteiben pedig igen erősen gyorsult értéket kaptunk (90–110 mm).

Linzenmeier differentialdiagnosira is alkalmasnak tartja a süllyedési reactiót, amennyiben ha friss adnexum-megbetegedés s hashártyalobosodás s acut extrauterin graviditás között kell különbséget tenni: lassú süllyedés méhenküüli terhesség mellett szól. *A mi tapasztalatunk* az, hogy adnexum-tumor és méhenküüli terhesség között differentialis diagnosira a süllyedési reactio nehezen alkalmazható, *legfeljebb mint kiegészítő vizsgálat* az anamnesis, hőmérsék, vérszámítás s a betegség lefolyásának pontos megfigyelésével kapcsolatosan.

Különböző retroflexiók s egyéb méhdeviatiók (prolapsus) 50 esetében a süllyedés negativ adnexum-lelet mellett legtöbbször normalis volt, érzékeny adnexumok esetén találtuk csak gyorsultnak.

Gonorrhoea acut eseteiben lobosodással járó tünetek mellett gyorsult a süllyedés, régi gonorrhoea esetén, tünetek nélkül, majdnem normalis értéket kaptunk. Rejtett gon. tehát nem mutatható ki általa. *Cystitiseknél* azonban minden esetben gyorsult süllyedést (25–40 mm) tapasztaltunk.

Ovarialis cystáknál síma esetekben normalis süllyedési értéket kaptunk, beszorult vagy csavarodott cystáknál, ahol lobosodás, hashártyaizgalom mutatkozott, gyorsult volt a süllyedés.

Myoma uterinél 17 esetben végeztünk vizsgálatot; nem kivérzett esetekben normalis volt a süllyedés gyorsasága.

Myoma körüli lobosodás, erős anaemia, vagy elágyult myomás góc eseteiben gyorsult süllyedést láttunk. Egy esetben feltűnő gyors süllyedést kaptunk (130 mm), ami szokatlan volt még myoma-ellágyulás s lobosodásoknál is. Az eset adatai a következők:

600-ik eset: K. N. 38 éves. II. P. Egy év előtt submucosus fibrom-göbök eltávolítása. Jelen állapot: erősen leromlott, kahexiás; genit. lelet: környezettől el nem különíthető, lenőtt, nagyobb, kemény uterus, hüvelyben kis ökönyi daganat megszületve, melynek felülete exulcerált s fekélyrel fedett. Radicalis műtét útján eltávolítva az uterust (laparotomia), a hystologiai vizsgálat sarkomás elfajulást állapított meg.

Carcinomáknál Giesecke azt találta, hogy kezdeti stadiumban negativ a reactio. Operált eseteknél a gyógyulással karöltve, lassacskán tér vissza a normalishoz a süllyedési gyorsulás. Műtét utáni recidiváknál korán, fokozott gyorsulás lép fel, mikor még tapintással nem mutatható ki semmi elváltozás.

30 vizsgált esetünkben legtöbbször jelentékeny süllyedésgyorsulást láttunk, néha azonban nem olyan nagy mértékben, hogy ilyen rosszindulatú daganat kifejezésre jutna általa. Sok esetben a carcinoma kiterjedésével lehetne összefüggésbe hozni a süllyedés gyorsulását, de nem mindig, mivel előfordul kisebb kiterjedés esetén is gyors süllyedés. Példa rá a 720. sz. eset: B. K. 38 éves. I. P. Carcinomás folyamat a portióra lokalizált. Jó erőbeli állapot. S. 70 mm.

O. Gragert a carcinoma diagnosira s mint a carcinoma-recidivamentesség megállapítására bizonyító eljárás módszer szempontjából végzett pontos s kimerítő vizsgálatokat. Eredményeiből azt következteti, hogy carcinománál a süllyedés mindig eltér a normalistól. 1. A süllyedési gyorsaság nem arányos a carcinoma kiterjedésével, inkább az általános leromlással. 2. Kétes esetben jó segítőeszköz a süllyedésgyorsulás mérése carcinoma megállapításánál is. 3. Műtét után több mint egy évre tér vissza a normalis értékhez a süllyedés. 4. Tapintással még ki nem mutatható recidiva esetén gyors süllyedés körjelző. Prognosis szempontjából a süllyedési reactio eredménye nem biztos, de a süllyedés lassulása javulást jelent az általános állapotra nézve is.

Ezen megállapításokat támogathatja pár jellemző esetiünk, melyeknek értékeit érdemesnek tartjuk közölni:

814. sz. eset. K. R. 41 éves. Cc. port. inop. (A carcinomás fekély a hüvelyfalra is ráterjed, a környezet a medencefalig infiltrált.) S. gy. 25 mm.

15. sz. eset. Cs. M. 58 éves. 0. P. Carcin. periton. Cc. ovarii. S. gy. 86 mm.

47. sz. eset. H. K. 54 éves. V. P. Carc. p. op. S. gy. 90 mm. Wertheim-Zweifel-műtét. Újrávizsgálva 4 hó múlva. S. gy. 80 mm.

43. sz. eset. M. B. 48 éves. III. P. Cc. cerv. op. 3 hóval műtét után. S. gy. 30 mm.

309. sz. eset. G. P. 46 éves. III. P. Cc. port. op. S. gy. 100 mm.

181. sz. eset. K. F. 51 éves. VIII. P. 4 hó előtt vag. tot. exstirp., tapintással is recidivamentes. S. gy. 12 mm.

506. sz. eset. K. I. 54 éves. III. P. Cc. port. inop. S. gy. 110 mm. Cachexia.

653. sz. eset. J. I. 51 éves. X. P. Cc. ut. inop., univ. cc. perit., erős cachexia. S. gy. 140 mm.

Aránylag kisszámú esetünk alapján is sok tekintetben megerősíthetjük *Gragert* adatait, csak törvényszerűséget nem tulajdonítunk az eljárásnak, mivel jó erőbeli állapotnál s csekély kiterjedésű carcinománál is erős gyorsulást kaptunk. Recidivamentességet jelző lassú süllyedés sokszor későn mutatkozik. 1–2 esetben pedig mi is, mint *Rumpf*, histologiailag igazolt carcinománál sem kaptunk pathologiaián gyorsult süllyedést. *Westergreen* eljárását használtuk mi is, mely talán nem oly finom, mint *Linzenmeier*é, de lényeges eltérés a két eljárás eredményeiben nem tapasztalható.

Általában tehát azt mondhatjuk, hogy a süllyedési gyorsaság mérésében értékes diagnostikai segédeszközzel rendelkezünk, az eljárás egyszerűsége miatt vált általánosan kedvelté, ezt az egyszerűséget azonban meglehetősen komplikálja az a körülmény, hogy az egész szervezet állapotát befolyásoló minden fontos tényezőt tekintetbe kell venni.

Következtetések:

1. A sülyedés gyorsulása *állandó terhességi jel a negyedik hónaptól kezdve.*

2. A terhesség előrehaladásával fokozódik a szüléskor éri el a legmagasabb értéket. Egyéni ingadozások miatt a szülés idejének pontos megjelölésére nem alkalmas.

3. Gyermekágyban a nyolcadik napig fennáll a szülési érték, ezután lassul, s három hét múlva tér vissza a normálhoz.

4. Kezdődő s fenyegető vetélésnél jellegzetesen gyors a sülyedés, éppúgy vérzéssel járó endromentitis p. abortumnál.

5. Lobos adnexum-tumoroknál jellegzetesen gyors a sülyedés. Ha virulens csírok már nincsenek: normalis.

6. Extrauterin graviditás és adnexum-tumor között csak minden mellékkörülmény figyelembevétele mellett alkalmas diff. diagnosis céljára.

7. Jóindulatú daganatoknál normalis, rosszindulatúaknál gyorsult a sülyedés.

8. Carcinoma kiterjedésével sok esetben arányosan gyorsult, de nem törvényszerűen. A recidívát korán jelzi.

Irodalom: *Abderhalden:* Münch. med. Wochenschr. 1921, 31. sz. — *U. a.:* Pflügers Archiv f. d. ges. Physiol. 1922, 193. köt., 236. old. — *Bürker:* Münch. med. Wochenschr. 1922, 17. szám. — *Fahreus:* Biochem. Zeitschrift 1918, 89. sz. — *Höber R. u. Rudolf M.:* Klin. Wochenschr. 1922, 1. évf., 2412. old. — *U. a.:* Münch. med. Wochenschr. 1922, 69. évf., 1647. old. — *Linzenmeier:* Zbl. f. Gyn. 1922, 46. köt., 535–542. old. — *U. a.:* Zbl. f. Gyn. 1920, 30. sz. — *U. a.:* Archiv f. Gyn. 1920, 13. sz. — *U. a.:* Zbl. f. Gyn. 1921, 10. sz. — *U. a.:* Zbl. f. Gyn. 1922, 14. sz. — *Geppert:* Berl. klin. Wochenschr. 1921, 226. old. — *Haselhorst:* Deutsche med. Wochenschr. 1922, 33. sz. — *Löhr:* Deutsche med. Wochenschr. 1922, 12. sz. — *U. a.:* Zbl. für Chirurgie 1921, 35. sz. — *Rumpf:* Zbl. f. Gyn. 1922, 30. sz. — *Nathan:* Berl. klin. Wochenschr. 1921, 24. sz. — *Oettingen:* Biochem. Zeitschr. 118. köt. — *Sachs-Oettingen:* Münch. med. Wochenschr. 1921, 12. sz. — *Plaut:* Münch. med. Wochenschr. 1920, 10. sz. — *Popper u. Wagener:* Med. Klin. 1920, 36. sz. — *Horváth A.:* Münch. med. Wochenschr. 1922, 69. évf. 1729. old. — *O. Gragert:* Zbl. f. Gyn. 1922, 46. köt., 1212. old. — *U. a.:* Archiv f. Gyn. 1923, 118. köt., 2. füz., 421. old. — *Schuhmacher:* u. *Vogel:* Archiv f. Gyn. 1923, 119. köt., 127. old. — *Oettingen:* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1922, 85. köt., 340. old. — *Opitz H. u. M. Frei:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1922, 100. köt. 55. old. — *Pewny W.:* Klin. Wochenschr. 1922, 35. évf., 903. old. — *U. a.:* Dermat. Wochenschr. 1922, 74. köt., 537–540. old. — *Pribram:* Med. Klin. 1923, 19. évf., 847. old. — *Westergreen:* Klin. Wochenschr. 1922, 1. köt., 1359. old. — *Kovács K.:* Orvosi Hetilap 1923, 27. sz. — *Moral:* D. m. W. 3. sz. — *Josefowitz:* Med. Klin. 1923, 10. sz. — *Molnár I.:* Orvosi Hetilap 1923, 4. sz. — *S. Joseph u. M. Marcus:* Mediz. Klinik. 1923, 18. sz.

A főv. Szt. Gellért-gyógyfürdő közleménye (vezető-főorvos: Benczúr Gyula dr. egyet. m. tanár).

Spina bifida occulta és ischias.

rtá: *Simicska Gábor dr.,* a főv. Szt. Gellért-gyógyfürdő osztályos orvosa.

A plexus lumbo-sacralis területén fellépő fájdalmak eddig nem ismert, illetőleg kellőképen nem méltatott oka gyanánt, az utóbbi években a gerincoszlop alsó szakaszának a rejtett hasadékképződése került szóba.

Gudzent kutatva egy makacs, minden terapiával dacoló, a genuin ischiashoz hasonló megbetegedés okát, az V. ágyéksigolyán röntgenologice nagy hasadékképződést konstatált. Nemsokára az elsőhöz hasonló esetben ugyancsak az V. ágyéksigolyán újból hasadékképződést észlelt. Ehhez a két észleléshez nemsokára *Kohler*-nek két hasonló észlelése járult. *Weskott* évek óta figyelve a spina bifida occulta és az ischias közötti összefüggésre, 260 ischias-esete között hatnál észlelt hasadékképződést ischiassal kapcsolatban. *Matzdorff* ugyan-

¹ *Matzdorff* cikkének sajnos, csak a referatutumát olvashattam.

csak hat, hasonló tüneteket mutató spina bifida occulta esetről tesz említést. Spina bifida occulta, mint fejlődési rendellenességek, deformitások és statikus megbetegedések oka, illetve kísérő jelensége, számtalan esetben képezte vizsgálat és műtéti beavatkozás tárgyát. A rejtett hasadékképződést kísérő tüneteket *Mattauschek* és *Fuchs* tanulmányozták behatóbban. Ezek közül legfontosabbak *Fuchs* szerint a sphincter-gyengeség (enuresis nocturna), syndactylia, sensibilitási zavarok (különösen a lábujjakon), a gerincoszlop alsó szakaszának a fejlődési zavarai (spina bifida, a hiatus sacralis pathologicus magasságáig, a 2–3. sacralis csigolyáig való terjedése), a lábtő deformitásai (pes planus, valgus, varus), párosulva peroneus-gyengeséggel, illetve néha a lábujjak tropikus-vasomotoros zavaival. *Fuchs* ezt a körképet „myelodisplasia” neve alá foglalta össze, melynek a spina bifida occ.-val való összefüggését azóta számos szerző igazolta.

A pathologiai-anatomiai kutatások és műtéti beavatkozások a gerincvelő, dura és bőr között összenövéseket derítettek fel, továbbá a bőr alatti kötőszövetből, az izomzat aponeurosisáiból kiinduló, a gerincoszlop üregébe húzódó inas kötegeket, a durán kívül-belül fekvő lipomákat és cystaszerű, legtöbbször jóindulatú daganatokat. Észlelték a cauda vesesületett rövidségét, assymetriáját és az idegrendszer más defektusait. *Katzenstein, Lichtenberg, Cramer, Bier* stb.) *Gudzent* nézete szerint az ilyen fejlődési rendellenességekhez járuló egyéb ártalmak a plexus lumbo-sacralisban fellépő fájdalomhoz vezetnek. *Weskott* úgy véli, hogy a sacralis gyökökre ható nyomás és a szövetek okozta vongálás volna a beteges elváltozások oka.

A fővárosi Szt. Gellért-gyógyfürdő elég nagyszámú ischiasanyagán (1919 óta 600 eset) hasadékképződést ischias kíséretében nem észleltem. Ennek oka bizonyára elsősorban az, hogy egy gyógyfürdő beteganyaga fölött az orvos nem rendelkezhetik oly szabadon, mint a kórház vagy klinika beteganyagán és nem hajthatja végre minden esetben mindazokat a vizsgálatokat, amelyek a diagnosis tisztázása szempontjából szükségesnek tartana. Mindazonáltal nem nagy azoknak az ischias-eseteknek a száma, amelyeknél éppen a baj makacssága által indítatva nem vettük volna fel a gerincoszlop lumbo-sacralis szakaszának Röntgen-képét. A legtöbb esetben ez megtörtént s ezen esetek egyikében sem észleltünk hasadékképződést. A közelmúltban azonban alkalmam volt észlelni egy spina bifida occ. esetet, amely tünettánánál fogva, gondolom, megérdemli a leközlést.

P. E.-né évek óta derékfájdalmakban szenved, melyeket orvosai köszvényes eredetűeknek tartottak. A fájdalmak különösen alacsony széken való üléskor jelentkeztek és oly kellemetlenek voltak, hogy alacsony helyen hosszabb ideig tartó ülés esetén kénytelen volt felkelni és járni, mikor is fájdalmai megszűntek.

Ez év májusának végén napfürdőzés alkalmával nedves, hideg homokon feküdt hosszabb ideig. Néhány nap múlva derékfájdalmi rendkívül hevesekké váltak s mindkét tomporába, a lágyékhajlatokba, illetve mindkét combjába, egészen a térdekig sugároztak le. Különösen a törzs előrehajlása (ágyban való felülés) és a lépcsőn való járás volt igen kínos s egy reggel mosdás közben elfoglalt előrehajlott helyzetéből nem tudott ki egyenesedni. A nagy heveséggel jelentkező fájdalmaknak az volt a sajátossága, hogy a fent jelzett mozdulatokra hirtelen, villámszerűen jelentkeztek hol az egyik, hol a másik végtagban. Háton való nyugodt fekvéskor fájdalmakat nem érzett, ellenben ilyenkor zsibbadás és elalvás érzése jelentkezett s néhány napon át nem érezte, hogy milyen helyzetben vannak végtagjai. Két napon át székelni-vizelni csak nehezen és erőltetés árán tudott. *Objective* a végtagok activ-passiv mozgatása teljesen normalis volt. Patellaris reflexeket és a bal Achilles-reflexet nem lehetett kiváltani. A hasfali reflexek jól voltak kiválthatók, a pupillák prompt reagáltak. Izomérzés, helyi érzés normalis. *Babinski-Romberg* negativ. *Lasègue* mindkét oldalon (a jobb oldalon erő-

sebben) positiv. Álló helyzetben a törzs kissé előre hajlott, a gerincoszlop lumbalis részének physiologikus lordosisa eltűnt a gerincoszlop ott kiegyenesedett, mozgása minden irányban erősen korlátozott. Az utolsó ágyék- és a felső keresztcsont-csigolyák, valamint az ágyéki és glutealis tájék izomzata mindkétoldalt nyomásra érzékenyeknek bizonyultak. Pes planus bilateralis.

Az objectív vizsgálat eredménye — noha más oldalról lumbagoval párosult ischias diagnózis állított fel — világossá tette előttem, hogy itt egy centralis bántalomról van szó, melynek oka vagy a gerinevelőben, illetve a hátulsó gyökökben, vagy a burkokban, vagy a csigolyákban keresendő. A kórisme tisztázása érdekében vér-, Röntgen-, és vizsgálatokat kiegészítő pontosabb idegvizsgálatot óhajtottam eszközölni, amit a beteg azzal, hogy az őt idegessé tenné, visszaütött. Egy, a későbbi időben eszközölt Röntgen-felvétel, melyet a beteg megijedve fájdalmai makacsságától, mégis eszközölt, az első keresztcsontcsigolya íveinek a hiányát, illetve a proc. spinosus fejletlen voltát derítette fel. Még a Röntgen-felvétel előtt alkalmam volt egyszer vizsgálni a beteget, mely alkalommal úgy a bal Achilles-, valamint a két patellaris ínreflex kiváltása könnyen sikerült. Feltűnőek voltak az esetnél tehát az anamnesisben szereplő, esztendőkre visszanyúló, therapeutice csak ideig-óráig befolyásolható, a pl. lumbo-sacralis nyújtásával összefüggésben álló, a heveny rosszabbodás idején lancináló jelleget mutató fájdalmak és a múlt természetű vizeleti, székelési és reflex-zavarok.

Ha mármost ezen eset észlelése és az irodalomból ismert, hasonló tüneteket mutató spina bifida occ. esetek alapján azok tünettannát közelebbről vesszük szemügyre, úgy a következőket látjuk:

Az anamnesisben kivétel nélkül ott találjuk a hónap, évek óta tartó fájdalmakat, melyek a lumbo-sacralis gyökökből eredő idegek nyújtására legtöbbször fókuszálnak. A fájdalmak hol csak az egyik, hol mindkét oldalra vannak korlátozva, néha állandóak, máskor csak mozgásnál lépnek fel s ilyenkor lancináló jelleget mutathatnak. *Reflex zavarok* (az Achilles- és a patellaris reflexek hiánya vagy gyengülése) elég gyakoriak. *Weskott* három esetben találta gyengültnek az Achilles-, illetve egyszer a patellaris reflexet az egyik oldalon, esetemben kétoldali múlt areflexia volt jelen. *Izom-atrophiát* és *scoliosist* többször észleltek. Kétoldali *Lasègue*-tünet szintén gyakori. A gerincoszlop alsó szakaszának *nyomási-kopogtatási érzékenysége* 11 eset közül 8-szor volt jelen. A betegek *életkora* 20—40 év között változott. A súlyosabb tüneteket mutató eseteknél a heveny rosszabbodást mindig külső ártalmak — meghülés, szülés, nehéz testi munka — előzték meg. A *myelodisplasia* tünetei közül *Gudzent* első esetében volt az alsó végtagokon helyenként fokozott tapintás és fájdalomérzés és enyhe karom-donga láb. *Weskott* kétszer észlelt lúdtalpat, esetemben a lúdtalp szintén kifejezett volt. Therapeutice az esetek legnagyobb része csak nehezen volt befolyásolható, a fájdalomnak végleges megszüntetése az eddigi észlelések alapján nem volt lehetséges.

Az ischias-szerű megbetegedéssel kombinált spina b. occ. *diagnosisa* a klinikai tünetek alapján nehéz. A genuin ischiastól való megkülönböztetés csak akkor lehetséges, ha a tipikus anamnesis mellett más, az ischiasnál elő nem forduló symptomákat találunk. Ilyenek: a fájdalmak kétoldali volta, lancináló jellege, kétoldali reflexzavarok és a kétoldali *Lasègue*-tünet,¹ vagy ha jelen van a myelodisplasiának valamely tünete. A genuin ischiason kívül természetesen ki kell zárni mindazokat a megbetegedéseket, amelyek a fent jelzett kórképhez hasonlóan idézhetnek elő. Ezeknek a száma igen nagy. Ilyenek elsősorban a burkok, csigolyák, a gerinevelő és gyökök, illetve a cauda equina különböző megbetegedései, a hasi és húgy-ivarszervek bajai, statikai megbetegedések és fertőző bántalmak stb., szóval

mindazok a bajok, amelyek a sacro-lumbalis gyökökre vagy a belőlük eredő idegekre mechanikai vagy fertőzőzés útján hatva, bennük a hasadékképződéshez társult kórképhez hasonlóan hoznak létre. A leggyorsabb felvilágosítást nyújtja a Röntgen-kép. Hogy azonban ez sem tükrözi vissza mindig a valóságot, mutatja *Gudzent* első esete, amelynél a Röntgen-kép az V. ágyékcsgigolya hasadékat ugyan híven mutatta, azonban a műtét még a IV. ágyékcsgigolyán is egy hasonló, vastag kötőszöveti réteg által fedett hasadékat fedezett fel, melynek a Röntgen-képen nyoma sem volt. Könnyen feltehető tehát, hogy az esetek egy részében a Röntgen-kép sem mutatja a hasadékat, annál is inkább, miután az elzáró lágyrészek a későbbi korban tökéletesen elcsontosodhatnak. Ilyenkor valóban csak a jelzett klinikai kép az, amely — más megbetegedések kizárását feltételezve — következtetni enged egy spina b. occ. fennállására. Lehet, hogy egyes „lumbago“-esetek, melyeknél a klinikai vizsgálat semmi okot nem tud felderíteni, szintén ebbe a kategóriába tartoznak.

A spina b. occ. esetek azonban még más szempontból is figyelmet érdemelnek. Nem tagadható ugyanis az a nagy hasonlóság, amely a genuin ischias és a spina b. occ. kíséretében fellépő tünetcomplexum között fennáll. Egyes esetekben a különbség csupán a hasadékképződés jelenlétében fellépő ischias therapeutikus befolyásolhatóságának a nehézségeiben nyilvánul, minek oka a megbetegedés természetéből önként adódik. A nagy hasonlóság azonban önkéntelenül felveti az ischias aetiologiájának a gondolatát. A spina b. occ. eseteknél kétségtelenül külső behatásokkal párosult veleszületett mechanikus ártalmak (az idegek nyomása, húzása) és az idegrendszer ezen részének veleszületett defektusai azok, amelyek a baj kifejlődésére vezetnek. Azonban nem minden spina b. occ.-ban szenvedő egyénnek kell megbetegedni a fent jelzett módon. Hiszen *Graessner* minden tizedik embernél talált rejtett hasadékképződést, az ehhez társuló fájdalmak pedig úgy *Weskott*, mint a mi ischias-anyagunk tanulsága szerint ritkák. Ennek oka nézetem szerint csak az lehet, hogy nem minden esetben vannak meg az idegrendszer megbetegedésének az anatómiai előfeltételei. Hiszen nem kell, hogy minden spina b. occ. esetben az ideggyökökre nyomást gyakorló daganatok legyenek a gerincoszlop üregében és összenövés a dura és a lágyrészek között, s az idegelemek is normalisan ki lehetnek fejlődve. Ezek az esetek éppen tünetmentességükben fogva sohasem kerültek sem a műtőasztalra, sem bonckés alá. A spina b. occ. esetén észlelt különböző megbetegedések pedig éppen a fejlődési zavar folytán támadt súlyosabb fokú és természetű elváltozások következményeképpen jöttek létre, úgyhogy az anatómiai elváltozások foka és a kifejlődött kórkép minősége és súlyossága között bizonyos kapcsolatnak kell lennie. Ezen gondolatmenetet követve, a genuin ischias kifejlődését hasonlóképpen kell elképzelnünk. Bizonyára azért nem kap minden nagyobb külső ártalomnak kitett egyén ischiast, mert hiányoznak ennek az anatómiai feltételei és azért betegszik meg ischiasban kisebb, fel sem tűnő ártalmaknak kitett egyén, mert ezek a feltételek megvannak. *Bardenhauer* nézetem szerint joggal utalt azokra az ártalmakra, amelyek a pl. lumbo-sacralis csontos tok részéről érik. Szerinte a csontos medence minden rázkódástát közli a pl. lumbo-sacralissal. A plexust alkotó idegfonalak a csigolyák közti és az elülső sacralis nyílásokhoz képest relative vastagok. Az idegek vöngálás és rázkódtatás okozta duzzadása a nyílások relative szűk volta s az ideghüvelynek a periosteummal való szorosabb összenövésai miatt csakhamar keringési zavarokat okoz, ami ischias kifejlődéséhez vezet. *Csiky* az ülőgumónak a hozzá közel futó, illetve a néha szinte rajta nyargaló n. ischiadicusra ülésnél gyakorolt nyomását okolja az ischias keletkezéséért.

Tény, hogy sokkal kisebb az erre vonatkozó pathologiai és műtési leletek száma, semhogy ezeket a nézeteket bebizonyítottaknak lehetne elfogadni. A felfogás helyessége mellett szól azonban az a ténykörülmeny, hogy

¹ Kétoldali *Lasègue*-tünet, ill. kétoldali primaer ischias ritka. Egyesek ugyan gyakrabban vélik észlelni, én még sohasem láttam.

ischias-eseteink $\frac{9}{10}$ részében az ischias közvetlen kiváltó okát kimutatni nem sikerült, az látszólag minden különösebb ok nélkül fejlődött ki nehezebb foglalkozást űzőknél éppúgy, mint kényelmes életet élőknél. Csak az esetek $\frac{1}{10}$ -ében lehetett közvetlen összefüggést felvenni a külső behatás (meghülés, trauma) és az ischias keletkezése között. Azonban ekkor sem lehetett a külső behatást az ischias egyedüli okának odaállítani, hiszen egyenlő ártalmaknak kitett egyének közül az egyik ischiasban betegszik meg, míg a másik egészséges maradt. A „belső ok” felvétele tehát jogos. Ilyen belső okot involvál különben a n. ischiadicus ezen megbetegedésnek a természete is. Hogy az ischias organikus megbetegedés, azt az esetek legnagyobb részénél klinice is könnyű kimutatni. Hogy semmi objectív tünetet nem mutató „neuralgiás” jellegű fájdalomnak organikus okai lehetnek, azt számos klinikai és pathologiai észlelés bizonyítja. Az is tapasztalati tény, hogy a neuralgiás karakterű ischiasoknál a megbetegedés későbbi folyamán neuritises tünetek léphetnek fel, úgyhogy semmi sem szól az ellen, hogy a neuralgiás jellegű mutató ischias is organikus megbetegedés. Mindamelllett ezen organikus megbetegedés jóindulatú, egy bizonyos fokon túl soha nem progrediál s noha a kórkép tünetana igen változatos — ami az ideg szerkezetéből különben önként érthető —, *lényegében véve* a genuin ischiasok lefolyása egy és ugyanaz. A megbetegedés hónapokig fennállhat, ám súlyosabb kiesési tüneteket sohasem látunk. A megbetegedés lefolyásának ez a neve azonban egy stabil ok mellett látszik szólni, amely egy bizonyos fokon túl nem képes fokozni a megbetegedés súlyosságát és éppen stabilitásánál fogva élesen megszabja azokat a kereteket, amelyek között a megbetegedés mozoghat. Hogy pedig fejlődési rendellenességek-ből eredő traumás behatások egy ilyen kórkép keletkezéséhez vezethetnek, azt a spina bifida occ. esetek eléggé bizonyítják.

KLINIKAI ELŐADÁS.

Húsz év gyomorfekélysebészete.*

Borszéký Károly dr. egyetemi rk. tanár, kórházi sebészfőorvos.

(Első közlemény.)

Lehetetlen a gyomor- és duodenum-fekélyek sebészeti kezeléséről és annak eredményeiről beszámolni anélkül, hogy a kóroktan kérdését ne érintsük. Hiszen a gyógyításra ajánlott módok közül nem egy az akkori pathogenetikus felfogás ismerete nélkül érthetetlen lenne.

A *pathogenesis* kérdése az elmúlt húsz év alatt állandóan napirenden volt, mert úgy a belgyógyászok, mint a sebészek tisztában voltak azzal, hogy a gyomor- és duodenum-fekélyek kezelése durva empyria marad mindaddig, amíg ez a kérdés tisztázva nincs. Hosszú sorozata a kórboncolástani kutatásoknak és állatkísérleteknek jelent meg, amelyek mindegyike a legkülönbözőbb felfogásból kiindulva akart e téren világosságot teremteni. Ha az elméleteket csoportosítani törekszünk, amelyek ezen vizsgálati és észlelési eredményekből kialakultak, akkor négy csoportba oszthatjuk azokat:

Az 1. csoportba tartozik az *öröklékenységi* elmélet; a 2.-ba azok az elméletek, amelyek a fekélyek okát a peptikus *önemésztésben* keresik; a 3.-ba azok, amelyek a *szövetáplálkozás localis csökkenésében*; a 4.-be azok, amelyek e két utóbbi kombinációjában látják a fekély okát.

Az *öröklékenység* kérdése sebészeti szempontból alárendelt fontosságú; több klinikus azon megfigyelése, hogy vannak ú. n. *ulcus-családok*, terelte ez irányban a

figyelmet és indította a vizsgálókat arra, hogy *ulcusos* betegek rokonságában kutasson az *ulcus* jelenléte után. Így pl. *Ohly* 60, biztosan megállapított *ulcus*ban szenvedő betege közül 22-nek az apja, 19-nek az anyja és 6-nak a testvére volt *ulcus*-beteg. Hogy azonban még ezen esetekben sem lehet szó olyan értelemben vett *öröklékenységről*, mint pl. azt a cc.-ról tételezzük fel, azt már *Stiller* hangsúlyozta, megállapítván, hogy fekélyre hajlamosító *constitutio* örökléséről lehet csak beszélni.

A *második* elmélet a fekély okául az *önemésztést* tartja. E mellett szól a fekély jellegzetes kórbonctani alakja, rossz gyógyhajlama és progressivitása, amik éppen megkülönböztetik a specifikus (tbc., lues) fekélyektől, traumás sérülésektől, illetve marásos defectusoktól. Az ide vonatkozó kutatások az *önemésztés* okait illetőleg egymástól nagyon eltérő utakon járnak. *Hunter* vitalistikus elmélete értelmében, hogy élő szövet az emésztésnek ellenáll, *önemésztés* csak ott lehet, ahol a gyomorral táplálkozásában zavar következett be. Ezen táplálkozási zavarnak pedig többféle oka lehet.

Egyike ezeknek, hogy a gyomornedv rendes mennyiségű sósavtartalma megnövekedvén, a nyálkahártyát edzi. Ismeretes, hogy a gyomorfekélyek egy részében *hyperchlorhydria* van jelen. *Günsburg*, *Pavy*, *Sammelsohn*, *Matthes* és *Riegel* ebben látják a fekély okát. Ez azonban egymagában már csak azért sem lehet az előidéző ok, mert egyrészt nem minden fekély esetében van a sósavtartalom megszorodva, másrészt nem minden *hyperchlorhydriánál* van fekély. A postoperatív *jejunalis ulcus*ok létrejötténél különösen nagy fontosságot tulajdonítottak a megszorodott sósavtartalomnak azon klinikai tapasztalatok alapján, hogy ilyen fekélyek csak *ulcus*ok miatt végzett gastroenterostomiák után észleltek, cc. miatt végzetteknel azonban nem. 1907-ben végzett ezirányú állatkísérleteimnél, amikor hónapokon keresztül állandóan növeltem a kísérleti kuttyák gyomrának sósavtartalmát, nem is sikerült a gyomorban fekélyt előidézni egyetlen esetben sem, a gastroenterostomizált állatoknak is csak igen kis részében a jejunumban. Egy második oka lehet a táplálkozási zavarnak a vérrel való ellátás megrosszabbodása vagy megszűnése: *Virchow* elmélete. E szerint a gyomornyálkahártyának elégtelen vérellátása az oka a fekélynek, illetve annak, hogy *önemésztés* következik be. Ez az elégtelen vérellátás vagy körülírt lehet, vagy az egész portalis rendszerre kiterjedő, vagy nyilvánulhat az edényszűkítők görcsében, illetve a tágitók bénulásában, vagy a nagy- és kiserek arteriosclerosisában, aneurysma képződésében, anaemiás vagy haemorrhagiás infarctusokban, vagy emboliákban. *Eiselsberg* a cseplesen végzett műtétek után, *Mercel* a hasüreget ért különböző traumák után keletkezett thrombosisok kapcsán írt le fekélyképződést. Kísérleti adatok hosszú sorozatában részint a gyomor ütőerének direkt lekötésével, részint azokba való befecskendezéssel iparkodtak a kísérletezők edényelzáródást és ezáltal táplálkozási zavar létrehozásával mesterséges fekélyt létrehozni. *Müller*, *Fenwich*, *Pavy*, *Roth* kísérletei beigazolták, hogy a gyomor arteriáinak lekötésével egyedül nem lehet fekélyt előidézni, mert az arteriák egymással sokszoros és sűrű közlekedésben vannak. Az edénybe történt dermatol-, tuss-, ólom-, illetve formalin-befecskendezéssel *Payrnek*, *Litten* és *Conheimnek* sikerült fekélyt előidézni. Más vizsgálók a gyomorizom rétegébe végeztek befecskendezéseket, amelyekkel egyrészt edényelzáródást, másrészt edényszűkületet idéztek elő. Így *Eschkernek* sikerült ismételt adrenalin-befecskendezéssel, nekem és *Báronnak* formalin-befecskendezéssel fekélyt előidézni.

* Kivonat a Közkórházi Orvostársulat 1923 december 19-én tartott Semmelweis-előadásából.

Egészen külön csoportba kellene sorozni a fekélykeletkezés *neurogen* elméleteit, ha a vizsgálók nagyrésze maga nem jutott volna arra a meggyőződésre, hogy az idegrendszerbeli elváltozások útján létrehozott fekélyek végeredményben mégis csak keringési zavaroknak következményei. Ezen elmélet mellett különösen újabban egész sora a pathologiai és klinikai megfigyeléseknek és kísérleti vizsgálatoknak jelent meg, de már *Lenhossék* is hangsúlyozta a fekély neurogen eredetét. *Bergmann*, valamint *Rössle* a peripheriás idegrendszerben vélik megtalálni a fekélyképződés okát; főként a vagus és a plexus coeliacus területén jelenlevő izgalmi állapotoknak tulajdonítanak fontos szerepet. Vagotonia, a gyomor spastikus dispositiója, labilis pylorusbeidegzés stb. elnevezéssel illetik azon kóros állapotokat, amelyeknél az idegizgalom tartós véredényösszehúzódást okozván, szöveti laesiót eredményez. Ezen idegizgalmat a hasi szervek bármelyikének lobosodása válthatja ki (cholecystitis, appendicitis, adnexitis) és az izgalom reflex úton jut a gyomor vagy duodenum izomrétegét beidegző idegpályákra. *Brüning* szerint a gyomorfekély trophikus fekély, amelyet a gyomor véredényeinek periarterialis sympathikus ideghálózatának izgalma okoz és tart fenn, éppen úgy, mint a végtagokon idegsérülések után fellépett trophikus fekélyeket. Nagyon eltérők azok a kísérleti eredmények, amelyeket a központi idegrendszer, a vagus és sympathikus dúcok sértésével értek el a vizsgálók. Egyrésztük (*Schiff*, *Ebstein*, *Albertoni*, *Dalla Vedova*, *Talma*) tudott fekélyt előidézni, mások (*Donati*, *Martini*, *Pincus*, *Lamansky*) nem. *Brüning* szerint a negatív eredmény abban leli magyarázatát, hogy a vizsgálók mindegyike sympathicus-resectióval akart fekélyt előidézni, pedig a végtag trophikus fekélyeinek periarterialis sympatektomiájával kezelt eseteiben szerzett tapasztalatok alapján éppen ellenkező úton: a sympathicus-rendszer izgalmanak fokozásával érhető el csak eredmény.

A harmadik csoportot a *traumás eredés* elméletei képezik. Hogy egyszerű erőművi sérülések okozta anyagihiányok gyógyulnak: az régen ismeretes; ilyen laesiókat előidéző egyszeri erőművi behatások tehát nem idézhetnek elő fekélyt, éppen úgy, mint hőbeli vagy vegyi ártalmak sem. Hogyha azonban ugyanezen ártalmak huzamosabb időn keresztül a gyomorugyanazon körülírt területére hatnak: a fekélyképződés lehetősége előállhat.

Ezen csoportba kell soroznom azt az összefüggést, amely az epigastriális sérvek és a gyomorfekélyek között látszik fennforogni. Már évekkel ezelőtt ugyanis feltűnt nekem, hogy több, gyomor- illetve duodenum-fekély miatt operált betegemnek egyidejűleg epigastriális sérve is van. Operatív anyagom, azonban túl kicsiny ahhoz, hogy ezen megfigyelésemből következtetéseket vonhatnék le, vagy hogy percentualis összefüggést állapíthattam volna meg. Valószínűnek tartottam azonban, hogy az epigastriális sérvtömlőben levő gyomor vagy cseplesz állandó vongáltatása egy olyan mechanikus insultust képez, amely a fekély keletkezését előmozdíthatja. Ezen összefüggés lehetőségére nagyobb anyagon szerzett tapasztalataim alapján újabban *Schmidt* hívja fel a figyelmet. *Guleke* jenai klinikáján ugyanis 44 epigastriális sérv esete közül 23-ban talált gyomor- illetve duodenum-fekélyt, ami 52,3%-nak felel meg.

A traumának újabban nem is annyira a fekély keletkezésében, mint annak localisatiójában tulajdonítanak nagy fontosságot. A gyomorba jutott étel útja (Magenstrasse, *Lenhossék* szerint gyomorpálya) ugyanis a kiscsőbületnek megfelelően halad a pylorus felé; ezen része a gyomornak tehát a leggyakrabban és

a leghuzamosabb ideig van kitéve az ételtovahaladás insultusának és ez volna a magyarázata annak, hogy a kiscsőbület és a pylorus a leggyakoribb helyei a fekélynek.

A negyedik csoportba a gyomorfekély *fertőzőes elméletei* volnának sorozhatók, amelyek felvételére a különböző fertőző betegségek (sepsis, endocarditis) kapcsán észlelt gyomorfekélyek felismerése vezetett. Hogy a fekély előidézésében valamilyen mikroorganizmus specifikus szerepet játszana, azt egy szerző sem meri állítani; ha van egyáltalában valami szerepük, akkor az legfeljebb a fertőzés okozta keringési zavarban vagy vérzéses beszűrődés előidézésében állhat.

Végül vannak, akik vérelváltozásokban (chlorosis, anaemia) vagy a gyomor-nyálkahártya különböző gyulladásában (gastritis parenchymatosa, ulcerosa) keresik az aetiológikus momentumot, anélkül, hogy az okot az okozattól határozottan elválasztani tudják.

Látjuk tehát, hogy az elmúlt húsz év fáradságos és sokoldalú kutatásai a pathogenesis kérdését nem tudták megoldani, de kilátás mindenestre van arra, hogy a kérdés nem jutott holtpontra. Az eddig ismert elméletek mindegyikében van valami, amit klinikai megfigyelések igazolnak, de eddig egy olyan kórokozó momentumot sem tudtunk megismerni, amelynek szerepe a fekélyek minden esetében biztosan megállapítható lenne, úgyhogy ezidőszert legvalószínűbbnek látszik, hogy nincs is a fekélynek csupán egyetlen előidéző oka, hanem több előidéző vagy talán hajlamosító ok együttes közreműködése mellett keletkezik fekély. Az kétségtelen, hogy a gyomor- vagy duodenum-fekély nem egy olyan önálló megbetegedése ezen szerveknek, mint pl. egy sérüléses vagy vegyi kimaródás okozta anyagihiány: tehát nemcsak egy localis megbetegedés, hanem a fekély egy alkati vagy functionalis zavar egyik tünete vagy eredménye.

Természetesnek kell tartanunk mindezek után, hogy ezen betegség *gyógyítása* ma sem nevezhető egyébnek, mint empyrikusnak vagy tünetinek, amely a fekély egyik vagy másik legkimagaslóbb tünetének vagy a fekély okozta szövödményeknek megszüntetése útján gyógyítja is a fekélyt, vagy legalább tünetmentessé teszi. A ma gyakorolt gyógyítási módok értékének megítélésénél ezért a skepsis nagyon jogosult; t. i. régen ismeretes, hogy hosszú ideig tartó olyan periodusok következhetnek be, amely idő alatt a betegek teljesen tünetmentesek, ami azonban nem minden esetben egyértelmű a gyógyulással. A Röntgen-vizsgáló eljárásoknak nagyfokú tökéletesedésével ma már direkt ellenőrizni tudjuk a fekély gyógyulási folyamatának előhaladását és ezen vizsgálatok nem egyszer azt mutatják, hogy a tünetileg gyógyult beteg gyomrában a fekély változatlanul megvan. Sőt még a leg-tökéletesebb vizsgálatok sem nyújtanak abszolút biztosítékot. Nemcsak a belsőleg kezelt esetekre nézve áll ez, hanem az operáltakra is, sőt még inkább: a műtéti gyógyulás nem azonos a fekély meggyógyulásával. Mai ismereteink alapján csak a kezelt vagy operált betegeknek huzamos, évekre terjedő állandó megfigyelése és ellenőrzése alapján állapíthatjuk meg a gyógyulást. Ezért olyan nehéz helyes véleményt alkotni egy-egy ajánlott gyógymód valódi értéke felől és megállapítani különböző kezeléssel elért eredményeket.

Objective vizsgálva az eltelt húsz év klinikai tapasztalatit: meg kell állapítani, hogy jogosulatlan a sebészek egy töredékének az a törekvése, amely a gyomor- és duodenum-fekélyek kezelését kizárólag a maga számára vindikálta és a belgyógyászati ténykedést a fekély kórisméjének megállapításával befejezettnek tartotta. Nem lehet ugyan célokom a belgyógyászati keze-

léssel elért eredmények ismertetése, de annyit mégis meg kell állapítani, hogy a fekély biztos és korai felismerésével és a localisatio lehetőségével a húsz év előtti eredmények lényegesen megjavultak, annyira, hogy a korai műtét jogosultságát olyan értelemben, mint az appendicitisnél, nem lehet elfogadni. Minden gyomor- és duodenum-fekély belsőleg kezelendő és a sebészeti kezelés javallatai csak akkor merülnek fel, ha az előbbi hatástalannak bizonyult vagy ha a belső kezeléssel nem befolyásolható szövődmények léptek fel.

A sebészeti kezelés a belgyógyászok legnagyobb része által elfogadott ezen általános javallataival szemben a sebészek álláspontja az utolsó húsz év alatt lényeges átalakuláson ment át. Egy jó ideig a sebészeti kezelés kizárólag a fekélyátfúródásokra és a fekély begyógyulása utáni heges szűkületekre szorítkozott. Ezen indiciók alapján végzett műtétek kedvező eredményei indították azután a sebészeket arra, hogy efajta szövődmények megelőzésére végezzenek műtéteket, tehát prophylaktikus célból. Később már egyenesen terapeutikussá változtak át az indiciók és a fekélyek radicalisnak elnevezett kimetszésével, nagykiterjedésű resectiókkal nemcsak a fekély okozta mindenféle szövődmények és későbbi rákos degenerációjának vélték elejét venni, hanem a sósavat kiválasztó felület eltávolításával vagy a gyomortartalom útjának más irányba való terelésével ezen betegséget véglegesen tökéletesen kigyógyítani is vélték. Minthogy pedig természetesen legelőször az ilyen súlyos beavatkozások műtéti mortalitása annál nagyobb, minél előrehaladottabb, összenövésekkel és a fekély penetrálásával szövődött esetek kerülnek a sebészek kése alá — a műtéti eredmények javulását még ezen szövődmények bekövetkezése előtt, tehát lehetőleg korán végzett műtéttől várták. Ámbar ezen álláspontnak még ma is vannak képviselői, a sebészek legnagyobb része a fekély belgyógyászati kezelésének jogosultságát elismerve, a *műtétet abszolút és relativ indiciók* alapján tartja szükségesnek. Abszolút indicióját képezi a műtétnek a fekély átfúródása és a fekély begyógyulása utáni heges szűkület.

Nincs belgyógyász, aki a műtét jogosultságát kétségbevonná, ha a fekély a *szabad hasüregbe átfúródott*, mert ilyenkor csak a sebész képes a beteg életét megmenteni. Valamennyi sebész tapasztalata meggyezik abban, hogy a műtéti eredmények annál kedvezőbbek, minél hamarabb lett az átfúródás bekövetkezése után a műtét végrehajtva. Csak Gross 237 operált esetre vonatkozó nagy gyűjtőstatisztikáját említem meg, amely szerint az átfúródás bekövetkezése után 12 órán belül megoperált esetek mortalitása 15%, míg a 36 órán túl operáltaké 95%. Czukornak Hütl osztyáról összeállított 34, Ilknek Haberern osztyáról 45, Nováknak Kuzmik klinikájáról 20 esetre vonatkozó statisztikája ugyancsak ezt bizonyítja; a 48 órán túl megoperáltak közül az eseteknek csak elenyésző kis töredékét sikerül megmenteni. Ezért azt kell mondani, hogy a kérdés súlypontja nem is annyira a műtét technikájában van, hanem az átfúródás korai felismerésében. A műtét maga az átfúródás helyének elzárásában áll; a használatos elzárási módok közül annak kell előnyt adni, amellyel ezt a célt a legegyszerűbben és leggyorsabban lehet elérni és ez az egyszerű varrat. A varrat biztosítására, valamint a szájon keresztül való táplálkozás lehetővé tételére többféle eljárást ajánlottak: az egyik a jejunostomia, a másik a gastroenterostomia. Az elsővel, amelyet Eiselsberg ajánlott, a gyomor teljes function kívül helyezését és ezzel a varrat legtökéletesebb biztosítását lehet elérni, még pedig úgy, hogy e mellett a jejunostomiás nyíláson keresztül a beteget táplálni is lehet. A gastroenterostomia szintén hozzá-

járul a varrott rész nyugalomba helyezéséhez, ha nem is oly tökéletesen, mint a jejunostomia, és fölöslegessé teszi a második műtétet; még jobban lehet növelni a gastroenterostomia hatását, ha vele egyidejűleg még a pylorust is kirekesztjük. A jejunostomiának is, de még inkább a gastroenterostomiának közös hátránya, hogy megnyújtják a műtét időtartamát és az elvégzésükhöz szükséges manipulációk a belek között megbolygathatják az esetleges összetapadásokat és ezáltal a fertőző anyagnak továbbhurcolását a hasüregben elősegíthetik. Ezért a sebészek egyrésze direkt perhorreskálja ezek elvégzését és tekintet nélkül a beteg állapotára és a hasüreg fertőzöttségének fokára: principiaiter csak a perforatiós nyílás elzárására szorítkozik és az esetleg létrejövő szűkület megszüntetését később, egy második műtéttel végzik. Hogy hosszabb idő előtt bekövetkezett átfúródás és kiterjedtebb hashártyagyulladás esetében ez az álláspont az egyedül jogosult, sőt az egyedül rationalis, azt senki sem tagadhatja. Azonban egészen friss átfúródásoknál, jó szív működés mellett mégis csak megengedhetőnek és előnyösnek tartom. Gyakorlatomból két olyan esetről számolhatok be, akiknél az átfúródott pylorikus illetve duodenalis fekély varrattal való elzárásával egyidejűleg sikerrel végeztem gastroenterostomiát, sőt az egyiknél még Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztést is. Mindkettő egészen friss átfúródás volt; az egyik duodenalis fekélye miatt sanatoriumi kezelés alatt állott és az átfúródás a gyomormosás alatt következett be; ez a beteg nem egészen 2 óra múlva került műtét alá, a másik háromórás átfúródás volt. Ilyen esetekben minden kockázat nélkül el lehet még a gastroenterostomiát is végezni. De ennél tovább menni és akár az egész fekélyt kimetszeni, mint azt Noetzel ajánlotta, akár kiterjedtebb gyomor-resectiót végezni, mint azt Haberer, Arber, Blüth, Massari és Bircher ajánlották: nem tartható követendő eljárásnak fertőzött, lobos hashártya mellett.

Saját eredményeim az átfúródás miatt operált esetekben nem jók; 1914 szeptember óta összesen 23 esetben kellett magamnak, illetve segédeknek átfúródás miatt operálni; ezen esetek közül 4 magángyakorlatomból való. 15 esetben a duodenumban, 8 esetben a gyomorban volt az átfúródás helye, 13 esetben a pyloruson, 5 esetben a kiscsatornában. A legfrissebb átfúródás kétórás, a legrégebb körülbelül háromnapos volt. A 23 operált eset közül összesen gyógyult 5 (21.7%), meghalt 18 (78.3%). Az elhaltak mindegyike igen súlyos általános hashártyalobbal került műtetre. Közülük kettőt rekesz alatti tályogban, illetve genyes pleuritisben a műtét utáni negyedik, illetve hatodik héten vesztettem el, tehát olyan időben, amikor jogosan remélhettem a perforatiós nyílás begyógyulását és az általános hashártyalob meggyógyulását. Ezen szövődemény gyakorisága, felismerésének sokszor nagy nehézsége, egy újabb műtéti beavatkozás szükségessége arra indítottak, hogy általános hashártyagyulladások esetében a subphrenikus tájék alapos kitörlésére különösen nagy gondot fordítsak és a tályog későbbi kifejlődésének megakadályozására ezen tájékat szélesen tamponáljam. Nemrégiben így operált két esetünk meg is gyógyult.

A legutóbbi időkben a fekélyátfúródások száma feltűnően növekszik; minthogy ismereteink az átfúródás okait illetően általában nagyon hézagosak, az átfúródás gyakoribbá válásának sem tudjuk az okát; a fekély föl nem ismerésében és a célszerűtlen táplálkozásban aligha lehet az okot megtalálni. A fekély felismerése céljából végzett Röntgen-vizsgálat mindennaposá lett; ezen vizsgálat exactsága nagyobb mennyiségű contrast-anyagnak a gyomorba vitelét teszi szükségessé, a beteg különféle fektetésével és epigastrialis

tájékanak nyomkodásával: önkéntelenül is fölmerül a Röntgen-vizsgálat és a fekélyátfúródás közötti összefüggés gondolata. A contrast-anyag súlya és a vizsgálattal járó erősebb nyomkodás könnyen leválaszthatja a rögzített fekélyt alapjáról, vagy megszakíthatja a védő cseplest vagy más odanövéseket, különösen a kiscsőrületi fekélyeknél, ahol a gyomor mintegy föl van függesztve; ez a körülmény óvatosságra kell hogy intse a Röntgen-vizsgálókat.

A második abszolút indiciója a műtétnek a *heges szűkület*. Minthogy ezek sebészeti gyógyítása annál jobb eredménnyel jár, mennél hamarabb végeztetik a műtét: itt is nagy fontossággal bír a kórisme lehető korai felállítása és a korai, jobban mondva idejekorán végzett műtét. Hogy annak a belgyógyásznak nem lesznek jó tapasztalatai a műtétrel, aki csak akkor állítja fel a műtét indicióját, mikor a beteg már mindent kihány, amikor heteken át fibrolysin-injectiókat adott már eredménytelenül: az csak természetes. A kitágult gyomor csak akkor nyerheti ismét vissza rendes vagy azt megközelítő tónusát és motorikus képességét, a pangó gyomorbennék okozta gyomorrhurut is csak akkor fejlődhet vissza a kiürülési akadály megszűnte után, ha a gyomor izomzata és nyálkahártyája nem szenvedett még irreparabilis elváltozásokat.

A műtėti beavatkozás ilyen esetekben vagy a szűkület tompa, illetve plastikus tágitásában, vagy a szűkült résznek kirekesztésében, vagy annak kimetszésében áll.

A *tompá tágitás*, hatásmódjában kiszámíthatatlan, durva eljárás lévén, teljesen idejét múlta. A *plastikus* úton való tágitás a Heinecke-Mikulicz-féle műtétrel történik. A műtét hátránya, hogy nagy számmal észleltek utána recidivákat.

A *kirekesztő műtétek* közül cardia-szűkületnél a gyomorsipoly-készítés, homokóra-gyomornál a cardia és pylorikus gyomorrészlet közötti anastomosis, a pylorus és duodenum-szűkületnél a gastroenterostomia a használatos műtét. A *gea.*, dacára annak, hogy a vele elért eredmények heges szűkületek esetében mondhatni valamennyi sebész egybehangzó tapasztalatai alapján kifogástalanul jók, az élettani követelményeknek nem felel meg, mert a gyomortartalom nem a duodenumon keresztül jut a jejunumba és mert a gyomorba ömlő epe a normalis emésztést zavarja; maga az anastomosis-nyílás lehetővé teszi ugyan a gyomorbennék bejutását a jejunumba, de a gyomor kiürülése még sem olyan, mint ha a pylorus átjárható. Pylorus-szűkületek esetében a *gea.* ezen hátrányait a gastroduodenostomia és a Finney-féle műtét volnának hivatva legalább részben csökkenteni. Általános elterjedésüknek, alkalmazási lehetőségüknek szűk köre a legnagyobb akadály. A jó technikával végzett *gea.* után a betegek hányása egyszerre megszűnik, a gyomruk jól emészt, megnövekedik a vizelet napi mennyisége és rövidesen testsúlyukban is gyarapodnak: szóval a szervezet minden tekintetben alkalmazkodni tud a megváltozott kiürülési és emésztési viszonyokhoz. Mindezekhez hozzátehetjük, hogy maga a műtét ma már veszélytelennek mondható. A mortalitás inkább a betegek erőbeli állapotában leli magyarázatát, mint magában a beavatkozásban; az azelőtt gyakran észlelt, sokszor végzetes circulus vitiosus ma már az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacs lehető rövidre szabásával (a Mayo-féle technika szerint) biztosan el tudjuk kerülni.

A *heges rész kimetszése* csak a homokóra-gyomornál, a pylorus- illetve duodenum-szűkületnél nyer alkalmazást. Ezen eljárást hívei azért tartják ajánla-

tosnak, mert gyakori tapasztalat, hogy a heges rész közvetlen szomszédságában vagy magán a hegen apró erosiók vannak, amelyekből különösen hyperchlorhydria mellett könnyen fejlődnek friss fekélyek; ezenkívül ezen műtétrel a kirekesztő műtétekkel szemben az élettani viszonyoknak megfelelőeket lehet teremteni és végül, hogy a hegből esetleg fejlődő carcinomának elejét lehet venni.

Heges szűkület miatt osztályomon 60 esetben végeztetett műtét; ehhez véve még 15 esetet magángyakorlatomból, összesen 75 eset jön szóba. Ezek közül pylorus-szűkület volt 70, homokóra-gyomor 5. A végzett műtét 74 esetben *gea.* volt, 1 esetben gyomorsectio (homokóra-gyomor + pylorus-szűkület). A *gea.* közül gyógyult 71, meghalt 3 (pneumonia 1, peritonitis 2), ami 4% mortalitásnak felel meg; a resecált eset gyógyult.

A műtėti beavatkozás *relativ* indicióját a fekély okozta vérzés és a fekély callosus alakjai, az ú. n. ulcus-tumor képezik.

A *fekély okozta vérzés* a manifest, és pedig erős hányással járó olyan vérzések esetében képezheti sebészeti beavatkozás tárgyát, melyek a beteg életét direkte veszélyeztetik. Hogy ilyen erős, rövidesen elvérzéshez vezető foudroyans ulcus-vérzések előfordulnak, az általánosan ismert. Gyakoriságuk a különböző észlelők szerint 3–8%-ot tesz ki. *Finsterer* négy nagy bécsi kórház sectiós anyagát képező 50.000 boncolás közül 191 olyan esetet talált, amelyben a halál oka ulcusból származó arrosiós vérzés volt. Ezen hirtelenül fellépő erős vérzésekkel szemben azonban a sebészi kezelés éppoly kilátástalan, mint a belső. A vérzés forrásának feltalálása és ellátása hosszú időt vesz igénybe és a legtöbb-ször körülményes, úgyhogy a műtét mortalitása ilyen foudroyans vérzéseknél 50% körül van még olyan nagy gyakorlattal bíró sebészeknél is, mint *Moynihan* vagy *Tuffier*. Ezért az ilyen fokú vérzéseknél nem tartom indokoltnak a műtétet veszélyességénél és kockázatos voltánál fogva; hiszen ismeretesek olyan esetek, ahol még a boncolásnál is csak igen szorgos kutatóssal lehetett megtalálni az arrodált edényt. Az ilyen foudroyans vérzések esetében azt a körülményt sem szabad szem elől tévesztetni, hogy elég gyakran a vérzés többé nem ismétlődik meg és az ulcus a vérzés után végleg meggyógyul. Másként áll a dolog a gyakran megismétlődő súlyosabb manifest vérzésekkel, ahol ha egy-egy vérzés nem is ér el oly fokot, hogy a beteg életét veszélyeztetné, de gyakran ismétlődően, előbb-utóbb egy súlyos vérszegénységi állapotot eredményez.

Kétségtelen hogy ezen esetek egy nagy része rendszeres belső kezelésre meggyógyul: tehát még ezeknél sem lehet egy-két vérzés bekövetkezése alapján a műtétet abszolút szükségesnek vagy kikerülhetetlennek tartani. Azonban vannak olyan esetek, melyekben a belső kezelés eredménytelen és akkor válik a sebészeti kezelés indokolttá. A legnagyobb nehézség azonban éppen abban van, hogy mikor tartuk a belső kezelést eredménytelennek, azaz, hogy mikor érkezett el az ideje annak, hogy a sebészi kezeléshez forduljunk? Határozott pontos időt megállapítani nem lehet; a vörösvérsejtek számát, a vérnyomás nagyságát vagy az egyszerre kihányt vérmennyiséget mértékül felállítani, mint ahogy azt ajánlották, nem lehet helyesnek tartani. Döntőnek a vérzés gyakoriságát és a beteg erőbeli állapotát tarthatjuk és azt, hogy van-e jelen a belső kezeléssel dacoló más szövődménye is a fekélynek egyidejűleg a vérhanyáson kívül, mint pl. pylorus-szűkület vagy perigastrikus odanövések. Részemről csak ezeket tartom a sebészi beavatkozás indiciójának mértékéül és nem értek egyet azon sebészekkel,

akik a vérhányás második, legfeljebb harmadik felélése után operálnak. Belső kezeléssel, a szigorúan alkalmazott Leube- vagy Lenhartz-féle kúrával a legtöbb esetben sikerül a vérzést csillapítani. *Rosenthal* kimutatja pl., hogy vérzés miatt megoperált betegek megegyeszer oly nagy számmal haltak meg, mint akik nem lettek megoperálva.

A vérző fekély sebészeti kezelésének módjai is nagy átalakuláson mentek át az utóbbi húsz év alatt. A használatos eljárások három csoportba oszthatók: direkt, indirekt vérzéscsillapítókra és resectiós eljárásokra.

A direkt vérzéscsillapító eljárásoknál a vérző fekély a gyomor vagy duodenum lumenének megnyitása után belülről vagy körül lesz öltve, vagy thermocauterrel érintve, vagy kedvező esetben az arrodtalt edény lumene lefogva és lekötve; ha ez lehetetlen, a vérző hely tamponade-jához folyamodunk, amit különösen duodenalis fekélynél ajánlott *Finsterer*; a tamponade-ot *Bidwell* a duodenum mellső falának invaginációjával csinálja. Én egy duodenum-fekély okozta profus vérzés esetében úgy jártam el, hogy a rectushüvelyből vett, két harántujnyi fasciacsíkot vezettem mandsettásként a fekély helyén a bél körül és azt jó szorosan meghúzáva, összevarrtam; ily módon a vérző fekély széles darabon erős nyomás alá került. A vérzés meg is szűnt, a beteg meggyógyult.

Az indirekt vérzéscsillapító eljárások vagy a fekélyhez odavezető ütőér folytonosságban való lekötésében, vagy a fekélyt nyugalomba helyező — kirekesztő — eljárásokban állanak. Vannak ugyan esetek közölve, amelyeknél az art. coronariák, a lienalis, a gastroduodenalis egy-egy ágának a lekötésére megszűnt a vérzés (*Mikulicz, Roux, Tuffier, Witzel*), de azon sokszoros anastomosis folytán, amely ezen erek között fennáll, nem nagy kilátással kecsegtet ez az eljárás. Olyan esetekben, amikor a vérzés forrása nem található meg: a gastroenterostomia vagy a jejunostomia nyer alkalmazást.

A resectiós eljárásoknál vagy csak maga a vérző fekély, vagy vele együtt egy nagyobb kiterjedésű gyomor-resectió végeztetik. Ezen eljárást újabban *Finsterer* ajánlja és eredményeivel annyira meg van elégedve, hogy minden vérzés esetében a korai műtétet követeli. A vérzéscsillapítás megbízhatósága szempontjából a resectio kétségtelenül előnyt érdemel a többiek felett, de hátránya, hogy legyengült, kivérzett betegen súlyos, hosszú ideig tartó beavatkozást jelent. Ezért sokszor kényszerűségből a fekély nyugalomba helyezését célzó gea.-t vagy jejunostomiát kell alkalmazni. Ezen műtétek értékét illetőleg nagyon eltérők a tapasztalatok; vannak, akik a gea.-sal jó eredményeket értek el, de a sebészek nagyobb része hatástalannak tartja. Így pl. *Krecke* 5 beteget a gea. dacára elvérzett. Úgy látszik, hogy az eredmények különbözősége az esetek különbözőségében leli magyarázatát; azon állatkísérletek ugyanis, amelyeket a gea. vérzéscsillapító értékének megállapítása céljából 1907-ben végeztem, azt mutatták, hogy ezen hatás csak akkor mutatkozik, ha a gyomor szabad kiürítése akadályozott, ha tehát a vérző fekély mellett a pylorus is szűkült; valószínű, hogy a gyomorban meggyülemelő vér fokozottab összehúzódásra ingerli a gyomrot, ez viszont a vérző edény thrombussal való elzáródását nehezíti meg. Ugyanezen okra vezethetők vissza azon kedvező eredmények is, amelyeket néha a gyomornak egyszerű megnyitásával és a vérárvadék kiürítésével értek el (gastrotomie evacuatrice *Lambotte*), anélkül, hogy a vérzés csillapítása céljából történt volna valami.

Magamnak acut vérzés miatt 5 esetben kellett operálnom; 3 esetben gea.-t végeztem, 2 esetben egyidejű pylorus-kirekesztéssel *Eiselsberg* szerint, 1 esetben fascia-csíkkal való leszorítással, 2 esetben pedig egy már előbb végzett gea. dacára fellépett erős vérzés miatt csak pylorus-kirekesztést végeztem. Operáltjaim közül három gyógyult, kettő meghalt (az egyiknél a vérzés nem szűnt meg, a másik a műtét után néhány óra múlva collapsusban).

(Folytatjuk.)

THERAPIA

Kankós szembajok gyógyítása collargol-befecskendezéssel.

Írta: Bárkány Béla dr. v. egyetemi tanársegéd, Szolnok.

Ámbár a protein-gyógymód irodalma már szinte áttekinthetetlen s nem csupán intézetekben alkalmazzák, hanem a gyakorlatba is átment, nemcsak hatásmódjának mechanizmusa ismeretlen, de vitás még az is, vajjon kinek köszönheti ezen kiterjedten használt gyógyítómód az eredetét. Bárkié lesz is a jövőben a prioritás, nem lehet kétséges az, hogy már protein-gyógymódot folytattak mindazok, akik a Credé jóvoltából 1895-ben a therapiába bevezetett collargol vivőeres befecskendezésével igyekeztek egyes fertőző betegségeket leküzdeni, még ha nem is sejtették, hogy ezen gyógyító eljárással nem csupán a kórokozókat támadják, hanem omniscellulaer kezelést folytatnak s az egész szervezetet fokozott védekezésre serkentik.

A protein-gyógymód lényegét tudniillik a legtöbb szerző, köztük Weichardt is, protoplasma-activálásnak, azaz valamennyi sejt tevékenysége fokozásának véli. Noha ez a hatásmód ma még nincs minden részletében tisztázva és inkább csak elméleti fellelésekre szorulunk, akár közvetelt, akár közvetlen ez a hatás, tagadhatatlan, hogy annak a collargolnak vivőeres befecskendezésével, melyet tulajdonképpen baktericid chemoterapiás szernek szántak, többé-kevésbé analog reactiót — nem csupán a klinikai tüneteket véve tekintve, hanem a vérképbéli változásokat is — lehet felidézni, mint a parenteralisan nyújtott fehérjével, amint azt Citron is megállapította.

Ezek megfontolása után alkalmaztam volt ez év februárjában első ízben tejinectio helyett collargolt egy 25 éves ophtalmoblenorrhoeás férfibetegemen, aki rendelőmenen történt jelentkezése előtt kankós húgycsőfolyamat okozta mellékherelob miatt két egymást követő napon ismeretlen mennyiségű tejet kapott izom közé. Jelentkezésekor a szemmegbetegedés immár két napos. Szemhéjai duzzadtak, ödémásak voltak, erős vérágasság és chemosis mellett mindkét szemrészből bőven ürült hűslészerű váladék, melyet Gram szerint is megfestve, górcső alatt minden látóterben szinte nyüzsgöttek a gonococcusok. A szaru még mindkét szemén ép volt.

Mivel tartottam és kellett is tartanom attól, hogy a tejinectio megismétlésével esetleg súlyos anaphylaxiás jelenségeknek válhatok okozójává, egyéb proteinkészítmény pedig nem állott hamarjában rendelkezésemre, 10 cm³, azaz 0.4 gr Heyden-féle collargol vivőeres befecskendezésre szántam el magamat. Természetesen a megszokott helyi orvoslástól nem volt bátorságom eltekinteni.

A hatás nem sokáig váratott magára. Alig egy órával a befecskedés után erős rázóhideg kíséretében a beteg hőmérséke 40.8 C°-ra emelkedett általános rosszullét közepett. A befecskedés után hat órával a hőmérsék még mindig 40.1 C°-ot mutatott a hónaljban. Másnapra a közérzet javult, a hőmérsék 37—38 C° között ingadozott. A váladékban a gonococcusok száma feltűnően megcsappant, látóterenként alig 1—2 volt látható. A megbetegedés negyedik napján a collargol-befecskendést megismételve, az előbbihez minden tekintetben hasonló lázas mozgalommal reagált a beteg. Hatodik nap a váladékban a legszorgosabb keresés dacára sem sikerült gonococcust találnom. A chemosis megszűnt, a szemhéjak duzzadtsá-

gával egyetemben s még két egymást követő napon végzett lapis-ecsetelés után a váladék teljesen elapadt.

Két hétig sem kellett várakoznom, hogy ismét próbát tehessek a szerrel, mely az előbb ismertetett esetben teljes mértékben beváltotta a hozzáfűzött reményeket. S. J. 31 éves férfit, kinek idült kankós húgycsőmegbetegedése immár közel négy éve tartott s ezen idő alatt két ízben már térdizületi gyulladása is volt, minden bizonnyal gonorrhoeájának következményeképpen iritiszes tünetek között megbetegedett s rendelkezésemre jelentkezett. Az anamnesis tuberculosisra és luesre teljesen negatív. A később elvégzett Wassermann-reactio szintén negatív.

A megbetegedés negyedik napján 10 cm³ collargolt adtam intravénásan. Három óra múltán rázóhideg kíséretében a hőmérsék 40,2 C°-ra emelkedett s a fent leírtakhoz minden tekintetben hasonló lázas mozgalmak követték, mely körülbelül 36 órán át tartott. A befecskendést követő második napon az izgalmi tünetek szinte máról-holnapra megnyihültek; a pupilla, mely eddig minden mydriaticummal dacolt, ad maximum kitágult, a ciliaris vérágasság engedett, a csarnokvíz felszívult. A megbetegedés tizenkettedik napján a beteget gyógyultán bocsátottam el.

Azóta még csupán három esetben kínálkozott alkalom az előbb ismertetett kedvező tapasztalatokra támaszkodva kísérletet tennem. Ez utóbbi három eset részletezésére nem terjeszkedhetem ki, mert az előbb tárgyalt két esettel együtt is oly kis beteganyagot szolgáltat, melynek kapcsán az ismertetett eljárásról végleges ítéletet nem mondhatunk.

Csupán azt említem még meg, hogy a részletesen nem ismertetett eseteimben három felnőtt ophthalmoblennorrhoeájával sikerült átlag 6—7 nap leforgása alatt ilyen módon a szaru teljes megóvásával, a helyi kezeléssel sem feledkezve meg, megküzdenni, amit, nehogy elfogultság vádjá érhessem, nem csupán a collargol javára könyvelek el, hanem annak is tulajdonítom, hogy mindegyikük még idejekorán, a betegség ki örésétől számított 2—3 napon belül került gyógykezelés alá.

A vivőeres collargol-befecskendezéssel szerzett kedvező tapasztalataim magyarázatául, valamint azon állításon igazolásul, hogy a collargol nem csupán chemotherapeuticum, hanem protoplasma-activálásra is alkalmas, csak azt hozhatom fel, hogy a collargol 75%-nyi ezüsttartalmán kívül 25%-nyi fehérjét is tartalmaz, mely utóbbi az ezüst colloidalis állapotának megóvása és állandósítása végett kerül a vegyületbe. És, hogy a collargol befecskendése után jelentkező reactio sokszor hevesebb, mint a legjobban bevált protein készítmény, a tehéntej okozta, talán abban leli magyarázatát, hogy a collargolban colloidalisan elosztott ezüst „anorganikus fermentum” módjára a szervezetben lefolyó fajtidegen fehérje bevitelét okozta kémiai folyamatokra katalitikus, serkentő hatást gyakorol.

Összefoglalás. A collargol szerfelett alkalmas még a proteintherapiában legjobban bevált tehéntej pótlására is, nem is szólva a gyógyszeripar vadhajításait képező mitigáló hatású protein-készítményekről, melyek manapság gyakori kritikákkal alkalmazásuk idején gombamódra szaporodnak. Kiváló szolgálatokat tehet oly esetekben, amikor anaphylaxia veszélye miatt a tejkezelés mellőzendő és az utóbbinak kitűnő gyógyító hatását nem nélkülözhetjük. Úgyisint oly esetekben, amikor megbízható, befecskendésre feltétlenül alkalmas tej nem áll rendelkezésünkre.

Hátránya csupán drága volta, ami a mai nehéz gazdasági viszonyok közepette jelentős mértékben akadályozhatja alkalmazhatóságát, továbbá az, hogy bátorsággal csak oly erőteljes, fiatal egyéneknek adható, akiknél nem kell attól tartani, hogy a befecskendést követő sokszor igen heves tünetekkel járó lázas mozgalmak módfelett igénybe veszi a szív munkáját. Kerülendő lesz még alkalmazása latens tuberculotikus folyamatok jelenlétében, nehogy e kissé erőteljesen ható szer alkalmazásával már megbékélt gócfolyamatokat ismét lánggra lobbantsunk.

A méhkürtbefúvásról.

(Összefoglaló szemle.)

Írta: Gál Félix dr., a II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinika tanársegéde.

Sterilitás miatt végzett műtétek előtt fontos tudni, vajjon a méhkürtök átjárhatók-e vagy nem; erre a célra Rubin (amerikai) eszközt szerkesztett, melynek segítségével a méhen és a kürtökön keresztül szénsav- vagy oxigengázt présel a hasüregbe és így meghatározza a kürtök átjárhatóságát. Graff (Wiener klin. Wochenschrift 1922. 35. sz.) részletesen ismerteti az eszközt, mely meglehetősen bonyolult. Főalkatrészei: egy gázbomba, mely szénsavat, illetőleg oxygent szolgáltat, az elhasznált gáz mennyiségének és feszülésének mérésére szolgál egy Gärtner-féle tonometer és egy volumeter, ez utóbbiból gummicső vezet egy fémkatheterhez, melyet a méhürbe kell feltolni. Nürnbergi szerint (Deutsche med. Wochenschrift 1923. 13. és 14. sz.) kürt-elzáródás igen gyakran fordul elő és sterilitáshoz vezet. A sterilitás gyakori oka: adhaesiók a tuba körül, a petefészkek cystikus degenerációja vagy haematomája, tubaelzáródás salpingitis miatt, elhárjasodás. Mielőtt valamilyen műtétet vagy más kezelést fognánk, szükségesnek tartja a kürtök átjárhatóságának meghatározását. A sterilitás megszüntetésére szóba jönnek a következő eljárások: 1. Méhnyaktágítás. 2. Helyzetjavító műtétek. 3. Myomaenucleatio, gátvarrás. 4. Tubamegnyitás. 5. Gyógyszeres kezelés: alkalikus öblítések, organoterapia. 6. Physicalis therapia: fürdők, diathermia, elektromassage. 7. Mesterséges termékenyítés.

Az eredeti Rubin-féle eljárás bonyolultsága miatt a legtöbb vizsgáló azon igyekezett, hogy a technikát egyszerűsítse és több, az eredetinel egyszerűbb eszközt írjon le, melynek legfőbbjénél a szénsavat, illetőleg oxygent levegővel helyettesítik, miáltal a bonyolult gasometereket kiküszöbölik. Csak Graff (Monatschrift f. Gyn. 1923. 62. köt.) marad az eredeti eljárás mellett, mivel a szénsav gyorsabban szívódik fel a hasüregből és ezért szerinte kevesebb az eljárással kapcsolatos kellemetlenség. Jellemzőnek írja le a gáznak a hasüregbe jutása alkalmával a vállakban fellépő fájdalmat, továbbá a májtompulatnak magasabbra szállását. A kürtök átjárhatóságának meghatározásához elegendő, ha 50—100 cm³ gáz jut a hasüregbe.

Guthmann (Monatschr. f. Gyn. 1923. 64. köt., 1—2. füzet) szintén szénsavat használ az átfúváshoz, mivel szerinte ezzel elkerüli a vállfájdalmakat. 21 esetben végezte a kürtök átfúását, 14 esetben anatómiai elvártatás nélküli sterilitáshoz, 7 esetben megvastagodott méhfüggelékkel, az előbbi hét eset közül ötnél átjárhatónak találta a tubákat. Eljárása egyszerűbb az eredeti Rubin-féle eljárásnál, még jobban egyszerűsította azt Ottó (Zentralbl. f. Gyn. 1923. 46—47. szám), ki atmosphaerikus levegőt használ és gépezetét általánosan használt egyszerű eszközökből állítja össze. Kell hozzá egy dupla gummiballon-fújtató, manometer, a levegő megtisztítására egy Wouff-féle palack, egy Stoeckel-féle stativra szerelt Braun-fecskendő. A befúvásoknál nem tapasztalt semmi kellemetlenséget. A gyakran fellépő vállfájdalomnak nem tulajdonít jelentőséget, mivel az hamarosan elmúlik, a subdiaphragmatikus phrenicus-végződés izgalma vezeti vissza. Még jobban egyszerűsította a technikát Engelmann (Zentralbl. f. Gyn. 1923. 46—47. sz.), ki szintén levegőt használ az átfúvásnál, melyet vattával töltött üvegcsővön, majd vékony méhkatheteren keresztül vezet a méhbe, a nyomást Riva-Rocci-féle vérnyomásmérő manometerjével méri. Szerinte nem mindig elegendő a manometer megfigyelése a kürtök átjárhatóságának meghatározásához. A levegőnek a hasüregbe való jutása megállapítható a májtompulatnak eltolódásából és abból a jellemző zajból, mely beáramlásakor keletkezik és mely stethoskop segítségével a has fölött jól hallható. Jellemzőnek tartja a vállakban fellépő fájdalmat is. A kürtök átjárhatósága esetén átlagban 150 hgmm maximális nyomást észlelt. Ennél magasabb nyomás alkalmazását nem ajánlja, mivel egy esetben 190 hgmm nyomásnál légemboliát kapott a beteg (meggyógyult).

Igen behatóan foglalkozik az eljárással Sellheim (Zentralbl. f. Gyn. 1923. 37. sz.) és igen egyszerű egyszerűsítéseket ajánl (Archiv f. Gyn. 120. kötet). Az eredeti Rubin-féle készülék és a Guthmann-féle módosítás szerinte túlságosan bonyolult, egész kémiai laboratórium. Kicsiny gázmenyiség alkalmazásánál nem fon-

tos a hasba jutott gáz minősége, még ha valamivel nehezebben is szívódik fel, hiszen laparotomiák után is marad elég levegő a hasüregben és nem okoz bajt. 150 cm³-es üvegfecskendő használ, melyet gummicső köt össze gummidugóval ellátott fémcsövecskével, a kettő közé kis manometer van iktatva. Bal kezével a golyófogóval lehúzott portióhoz nyomja a gummidugót, másik kezével a fecskendőt nyomja. Bizonyos gyakorlat mellett a manometer is majdnem fölösleges, mivel a fecskendőre gyakorolt nyomással szemben fennálló ellenállásból is megbecsülhető a kürtök átjárhatóságának foka. A végbélbe vezetett ujj érzi a levegő beáramlását. Azáltal, hogy a fecskendő meghatározott köbtartalmú, csak bizonyos mennyiségű levegő vihető be a hasüregbe, miáltal elkerül kellemetlen utóhatásokat. Az eljárás által sok fölösleges, sterilitás miatt végzett műtét kerülhető el, másrészt kontrollálható a salpingostomia eredménye. Az eljárást mindenesetre hasi műtétnek kell minősíteni és ezért óvatosság és asepsis szempontjából ennek megfelelően kell eljárni. A kürt átjárhatóságának mértékéül szolgál az átfújtatott levegő mennyiség, az átfújtatáskor észlelt manometerállás és a művelethez szükséges idő. A manometerállás 25 és 250 hgmm közt ingadozik, a szükséges idő néhány másodperc usque egy perc. A kürtök átjárhatósága igen különböző, egyben függ a menstruációs cyclustól is. A levegő beáramlását a symphysis felett elhelyezett stethoskopon át hallhatjuk. Kellemelen melléktünet az esetek nagy részében fellépő vállfájdalom, mely azonban hamarosan elmúlik. Ez mindennemű gáz használatánál felléphet, igaz, hogy a szénsav és oxygen felszívódása gyorsabban történik. Ez a fájdalom is elkerülhető, ha csak 50 cm³ gázt fújtatunk be, sőt még kevesebb elegendő, ha a levegőbeáramlás meghatározására az auscultatiót is felhasználjuk. Néha csak igen nehezen, 200–250 hgmm-nyomás mellett lehetséges az átfúvás. Lehetséges, hogy ez az eljárás therapeutice is értékesíthető, lehet, hogy a kürtök kisebb összetapadását, nyálkafelhalmozódást ki tudja küszöbölni; erre akkor gondol az ember, mikor eleinte nagy ellenállást kell leküzdeni, aztán hirtelen esik a manometer. A menstruatio körüli időben a kürtök nehezebben járhatók át. Ajánlja salpingostomia után néhányszor a kürtök átfúását. Műtét alkalmával eltávolított praeparatumokon megállapította, hogy elzárt tuba kb 300 hgmm-nyomásnál megreped, tehát az elzárt tuba excessiv nyomással nem tehető átjárhatóvá, hanem inkább megreped. Az infectio szempontjából az eljárás veszélytelen.

Igen egyszerű eszközt ajánl Mandelstamm is (Zentralbl. f. Gyn. 1923. 46–47. sz.), mely gummfúvató, Riva-Rocci-féle manometer és fémkatheterből áll. A levegőt 5%-os hyrogenhyperoxydon át filtrálja. Ha a kürtök könnyen átjárhatók, elegendő 60 hgmm-nyomás; 160 fölé nem megy; ha ilyenkor a ballon nem esik lassan össze, a kürt átjárhatatlannak minősíthető. Nulliparáknál 120–150, multiparáknál 60–80 volt az átlagos szükséges nyomás. Két ízben feltett kézzel is érezhető volt a levegő beáramlása. Ellenjavallat: terhesség, menstruatio, vérzések, genyes folyás. A beteget a művelet után egy napig meg kell figyelni; kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt. 22 esetben alkalmazta az eljárást, öt ízben ambulanter végezte, a többi esetekben műtét előtt, több ízben nyitott has mellett figyelte a levegő beáramlását.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Millon-reactio vizsgálata vizeletben mint májfunkciós próba. Lepehne és Bandisch. (Klin. Wochenschrift 1923, 51. sz.)

A máj működését többféle úton próbáljuk ellenőrizni; egyik módot az adja meg, hogy májbetegségekkel kapcsolatosan a vizelet aminosav-tartalma állítólag megnövekszik. Ilyenkor a vizelet Eppinger szerint adja a Millon-próbát, még pedig az aminosavak mennyiségétől függően sötétvörös, vörös, rózsaszínű, narancssárga vagy sárgás-fehéres csepdek alakjában. A szerzők 57 májbetegét vizsgáltak meg és csak 16 esetben találtak sötétvörös vagy vörös színeződést (rózsaszínű elszíneződést már nem tekintenek ugyanis specifikusnak). Igen súlyos májelváltozás mellett is negatív maradt a próba, viszont kilenc esetben pozitív lett, ámbar a betegek mája klinice egészséges volt. Megpróbálták a szerzők alimenteris megterheléssel fokozni a vizelet aminosav-tartalmát. Pepton, gelatina és plasmon adagolása után tényleg kifejezetten pozitív lett egyes esetekben a Millon-reactio.

Kiss József dr.

Chronioseptikaemia és tuberculosis. Loewenhardt. (Klin. Wochenschrift 1923, 50. sz.)

(Chronioseptikaemia alatt a szerző lassan, lappangva fejlődő általános fertőzést, sepsist ért.) A chronioseptikaemiában szenvedő beteg megbetegedésének elején bágyságról, álmatlanságról, étvágytalanságról, éjjeli izzadásról panaszkodik; nagyon gyakori, hogy az ilyen beteget a hűvös időben száraz, makacs köhögés kínozza. A láz a címben jelzett két betegségben nagyon egyforma lehet: subfebrilitás, mozgás után nagyobb emelkedéssel. Így nem csodálható, ha a lappangva fejlődő sepsist a kezdődő tuberculosis is gyakran összetévesztik. Pár heti klinikai észlelés alatt azonban a körjelzés biztosan megállapítható. A septicæmiás anamnesisben igen gyakran fogunk hallani gyakori tonsillitisről, nátháról, influenzáról, bronchopneumoniáról stb. A vérből a sepsis okozóját mindig ki lehet tenyésztetni, ha ezt többször megpróbálják. A bakteriologiai vizsgálat nélkül is biztosítja a körjelzést a sepsises, puha lépmeagnagyobbodás, mely első objectív tünete a chronioseptikaemiának és mindig megtalálható. Nagyon sepsis mellett szőlő leukocytosis a vérkép balratolódásával. A sepsis gyógyítását illetően az a szerző megjegyzése, hogy az ezüstkészítmények intravenás alkalmazását okvetlen meg kell próbálni; igen ajánlja erre a célra a Jodkollargol-Heyden készítményt.

Sarvay dr.

Adat a hasi aorta aneurysma klinikájához és annak radioskopiai felismeréséhez. Eskuchen. (Klin. Wochenschrift 1923, 48. sz.)

A hasi aorta-aneurysmájának diagnosisa a biztos aneurysma-tünetek kifejlődése előtt is felállítható Röntgen-vizsgálat segítségével. Ki nem derített neuralgiás panaszok ágyékon, hátán, keresztcsonton mindenkor a felső ágyékcsigolyák pontos átvizsgálását teszik szükségessé. Szerző eseteiben a hasi aneurysma a csigolyatestek árnyékán okozott ívalakú felvilágosodást, vagy a két alsó borda ízesülési végén és a I. ágyékcsigolya harántnyújtványán árnyékkiesést. A n. obturatorius és genitofemoralis területére lokalizált fájdalmak az alsó háti és felső ágyéki csigolyák magasságában, az aorta hátsó falán ülő aneurysmára utalnak. Bizonytalan, intermittáló, ólomkólikaszerű panaszok, subfebriles hőmérsék, positiv Wassermann esetén az aorta mellő falán lévő a. után kutassunk. E célra bélfelfúvással, esetleg pneumoperitoneummal egybekötött Röntgen-átvilágítást ajánl.

Erdélyi József dr.

Tapasztalatok a lépkiirtás javallatáról és hatásáról. Kaznelson. (Wiener Arch. f. i. Med. 1923, 7. köt., 1. füzet.)

A splenektomia teljesen eredménytelen az aleukia haemorrhagicában éppen úgy, mint idősült endocarditisben. Az idősült thrombopeniás purpurában hasznos, mert a vérlemezkéket legjobban pusztító szövet a splenektomia által kiirtottuk. Typusos haemolysises icterus egy esetében a beteg a splenektomia után súlyos haemolysises krízis következtében pusztult el. Thrombophlebitises léptumor esetében a lépkiirtás nem javasolható, mert két esetben a folyamat műtéves dacára tovább folytatódott. A lépkiirtás minden betegségben csak álltal lehet hatásos, hogy a lépnek haemolyzáló — illetőleg vérlemezképusztító — működését kiküszöböljük, de a műtét után olyan jelenség sohasem észlelhető amely a lép belső secretiójának kiesésével volna összefüggésbe hozható. Ezt bizonyítja az is, hogy anaemia perniciososa (haemolytica) lépkiirtással csak időlegesen javítható.

Boros dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A pyelitis terapiájáról. H. Hollweg. (Münchner med. Wochenschrift 1923, 42. sz.)

A pyelitis gyógyulásáról akkor beszélhetünk csupán, hogyha a vizelet bakteriummentessé lesz. Tünetmentesség, de fennálló bakteriuria mellett a pyelitis recidivál. A terapiában tulajdonképpen csak oly eljárás jelent haladást, amely a kórokozatra hat. Ilyen szempontból nézve nem jelenthet sokat a vesék és a húgyutak bő folyadékfelvétellel történő átöblítése, sem a vizeletdesinficiensek. A Haas-féle diéta sem elégíthet ki, mert hátrányait is tapasztalta, bár az eseteknek majdnem egyharmadában bakteriologiai értelemben vett gyógyulást talált. Az utolsó években neosalvarsannal, urotropin- és argoflavin-injectiókkal több esetben meglepő eredményeket látott. A szerző 8–9 napon át naponta 0.5%-os argoflavin-oldatból 20 cm³-t fecskendez be intravenásan. E kezelésre eseteinek több mint egyharmada bakteriologiai értelemben meggyógyult. A fennmaradó esetek csak localis kezelésre gyógyultak. Teljes és gyors gyógyulást ezidő szerint vesemedence-mosásokkal párhuzamosan adott parenteralis injectiók adnak, ami az általános tünetekre is kedvező hatással van.

Schürger dr.

Szülés alatti lég- és gázembolia kérdéséről. W. Koerting. (Zentralblatt f. Gynäkologie 1923, 43. sz.)

Állatkísérletekből tudjuk, hogy lég- és gázemboliánál a halált a tüdőerek és a jobb szívfél levegővel való telődöttsége okozza. A légembolia klinikai lefolyása nem egységes, általában egy heve-

nyebb és egy elhúzódo formáját lehet megkülönböztetni. Az utóbbi tüneteiben hasonlít a gázt képző mikroorganizmusok okozta fertőzéshez (elnyomható, szapora pulzus, izzadás, cyanosis, disпноэ, nyugtalanság, görcsök). Tudjuk, hogy a gázt képző a véráramba is belejuthatnak, mindazonáltal a gázképzést agonalis és hullajelenségnek tartjuk, ami a halál bekövetkezése után a szívből legkésőbbben 1 óra múlva veszi kezdetét, a szervek és erek vérében valamivel későbbben. A szerző az utolsó években közölt egyes és összefoglaló munkák lég- és gázemboliáit teszi tüzetesen vizsgálat tárgyává és arra a meggyőződésre jut, hogy sok közülük a szigorúbb kritikát nem állja: ezek nem emboliák, hanem a folyamat gaze-infectio okozta gázsepsis volt. A gázt képző kórokozók infectióinál nincsen tisztázva még a gázemboliák és az állaluk okozott exitus lehetősége. Nézete szerint azon esetek, amelyek nem rögtön a halál után kerültek boncasztalra, anaërobok mellett, gázt tartalmazó vérlet dacára sem bizonyítanak gázembolia mellett. Légembolia mellett is csak a halál után azonnal megjelölt boncolási lelet bizonyíthat, ha egyéb légforrásokat kizárhatunk, s a boncolás a kellő elővigyázatossággal folyt le. Anaërobok után felétlenül kutatni kell. Schürger dr.

Nem implantálható sérült ureterek ellátása. W. Stoeckel. (Zentralblatt für Gynäkologie 1923, 41. sz.)

Nem implantálható uretersérülésnél annak mesterséges megtöréssel való ellátása a legjobb. Több ajánlott, mesterségesen létesített megtörés között lelkiismeretesen végzett állatkísérleteken is jól bevált a valódi köldökcsínórcsomóhoz hasonló uretersomózás. Nagy előnye, hogy minden fonállekötést minden káros következményeivel mellőz. Teoretikusan felhozott ellenvetések nem állották meg helyüket. A prágai Wagner-klinika hat esetben próbálta ki, melyből azonban csak egy eset keltett meglepetést. A szerző ezen esetek revisiójakor mellékkörülményekben látja a kudarcot. Az esetek mind igen súlyos inop; cc.-k voltak, ahol egyrészt fertőzött volt a műtéli terület, másrészt a csomózott rész vizeletet tartalmazott, a csomót késsel vagy öltéssel megsértették. Miután ureterfal-sértés igen hamar okoz sipolyt, praeparálása igen óvatosan történni, fala túlvél át nem öltendő és az ureter lehetőleg magasabban, a műtéli területen kívül erősen csomózandó. Az infectio távoltartása igen kényes feltétel, mivel akár primaer, akár secundaer módon kerül az elzárt ureterbe ez nagyon nehezen birkózik meg vele. Schürger dr.

Sebési beavatkozások retroversio uteri-nál. R. Proust, Paris. (Gynécologie et Obstetrique 1923, aug. 2.)

Sebési kezelés keretében tartoznak úgy a mobilis, mint a fixált retrodeviatiók, ha fájdalommal járnak. A mobilis retrodeviatiók egyik alfaja az, melynél a mozgékonyosság excessiv, ilyenkor az úgynevezett essentialis ligamentaris insufficienciával állunk szemben. A szerzett mobilis retrodeviatiók rendszeren postpuerperalisak. A különböző fixálási módok közül némelyek a hysteropexia indirectát, mások a directát végzik. Az excessiv uteromobilis eseteiben feltűnő az igen mély Douglas. Tehát az első teendő a Douglas-úr valamimódon való kitöltése, melyet legcélszerűbb Marion szerint végezni. Miután az uterus kiemeltük a Douglas-ból, azt oly módon szűkítjük, hogy egy körkörös varrattal összehúzzuk a vagina hátsó falának, valamint a rectum mellső részletének megfelelő és az oldalsó Douglas-redőket. Concentrikusan, de magasabban még két varratréteget helyezünk el úgy, hogy az uterus hátsó fala a rectum mellső felszínéhez rögzítődik. Ez a Marion ajánlotta módszer, olykor a ligamentopexiával kombinálva, rendkívül jónak bizonyult. A postpuerperalis keletkezett retroflexiónál legjobb az általánosan ismert Doleris-féle eljárás. Az uterus néha nagyobb subinvolutió, ilyenkor a fixálás előtt jó azt kikaparni. Retroflexio fixálás, ha az adnexák resectiója válik szükségessé, úgy a legáltalánosabban az uterus a mellső hasfalhoz varrják (Terrier). Az uterusnak antelexiós helyzetében való megtartására igen szellemes mód kínálkozik abban, hogy a lig. rotundumokat kacs alakban a méh hátsó felszínéhez rögzítjük. Bud György dr.

Művi méhátfúrások. H. Wildegand. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 42. sz.)

Gyakori uterus perforatiók vészes következményei miatt sürgetik a szakkörök, hogy a méhátfúrás jelei általánosan ismeretek legyenek, hogy ha már megtörtént, legalább a melléksértések veszélyes complicatiók elkerülhetők legyenek. A perforatiók rendszeren műszerrel, ritkán ujjal történnek. A legkülönbözőbb műszerek játszanak itt szerepet. Gyakori oka a nem kellő tágaságú méhszáj mellett való manipulatio, az alkalmazható erő, a méh állásának nemismerése, a méhfal abnormis vékony vagy petyhüdt volta. Leggyakoribb helye a hátulsó fal alsó részlete és a fundus. A legkiterjedtebb sérüléseket járattanok kezében a fogó kanalai okozhatják. A penetráló sérülés általában lehet egyes vagy többszörös, pontoszerű alakból a szakításos tág nyílásig igen változatos alakú. A veszélyek elvérzésből, fertőzésből, melléksértésből és késői complicatiókból állanak. A vérzés igen profus lehet, ha az uterina ágait, belfodor ereit éri, vagy a még tapadó lepenyén hatol át. A vérzés történhet kifelé, befelé avagy a parametriumba haematomaként. A fertőzött méhürből a hasúr

a perforatiókor, vagy később szennyeződhet. Úgy ez esetben, mint üregek sértesekor legtöbbször diffúz peritonitis áll elő. Késői complicatiók a környezeti gyulladások, béllenővések, esetleg bélelzáródás, a követő graviditás alatt esetleg beálló uterusruptura. A méhátfúrás olykor menthető, azonban a méhfalzat abnormis petyhüdsége, daganatok, mola mellett is helyes kezeléssel ritkaságszámba megy. Ezért vesszünk el minden éles eszközt, tágituk ki kellően a nyakcsatornát, határozzuk meg mindig a méhállást, ne alkalmazzunk nagy erőt, főleg ujjal hatoljunk fel abortusnál s csak a végén használjunk műszert. Ha mégis megtörtént, fontos, hogy azonnal felismerjük, hagyjunk abba minden további manipulációt, ne öblítsünk. Kezelése várákózó és műteti. Várákózó csak melléksértés nélküli, sterilisnek vehető esetekben lehet. Minden egyéb intézeti kezelést igényel, ahol souverain eljárás a laparotomia, mellyel egyedül tekinthető át a sérülés terjedelme, csillapítható a vérzés, láthatók el az üregek szervek, tisztítható meg a hasúr. A méh állapota dönti el főleg a megteráthatóságát. Simaszélű, kisterjedelmű sérülések eléggé kedvezők a varratra, amit peritoneummal és cseplesszel is kell fedni. A varrás előtt esetleg a méh tartalma a hason át kiüríthető, a seb felfrissítendő. (Hét eset közül ötnél az uterus kár nélkül lett megtartva.) Az első hónapban sokszor megtartható a méh. Kiterjedt sérülésnél és infectio gyanújánál amputatio a szerző szerint elegendő, totalexstirpációra csupán akkor kerül a sor, hogyha a cervix is sérült, vagy hogyha a parametrium fertőzöttségétől tartunk. A következő terhességek lefolyása a méh conserválásánál rendszeren zavartalan, azonban a ruptura veszélye miatt gondosan megfigyelendő. Schürger dr.

Gyermekorvostan.

Az asthmának tuberkulinnal való kezeléséről. Cahn. (Jahrb. f. Kinderheilkunde 53. köt., 3. sz.)

Asthma bronchiale és tuberkulinérzékenység között bizonyos összefüggés van. Asthmabetegek 89%-ában positiv tuberkulinreactiót találtak. Nagy subcutan tuberkulinadagok bizonyos egyéneknek asthmarohamokat képesek kiváltani. Ezen összefüggést iparkodtak többen felnőtteknél, szerző gyermekeknél, gyógyító célra felhasználni. Anyagát 10 gyermek képezte, mind 10–12 éves, középsúlyos és súlyos asthma-rohamokkal, akiknél az eddigi szokásos gyógymód eredménytelen volt. A kezelés ambulanter történt, hogy a milieuváltozás az eredmény értékelésénél zavarólag ne hasson. A 10 gyermek közül hétnél positiv Pirquet volt, háromnál negativ. Adag helenként 1 cm³. A. T. 1:100.000. A hét Pirquet-positiv gyermeknél, főleg azonban háromnál az eredmény igen jelentős volt, amennyiben egynél háromhavi kezelés alatt roham nem mutatkozott, kettőnél egy-egy igen gyenge roham jelentkezett, négyénél bár kis fokban, de némi eredmény mégis észleltetett. A hasonló módon kezelt három Pirquet-negativ gyermek közül egynél határozott javulás állott be, kettőnél az eredmény negativ volt. Vas J. dr.

A thymus-mirigy belső secretiójáról. Birk. (Münchner med. Wochenschrift 1923, 50. sz.)

Nemigen lehet reá pontosan válaszolni, mert minden módon, ahogy e kérdést megközelíteni lehetett, egy vagy más okból nem volt teljesen hibaérkülínek mondható. Egy tény azonban leszögezhető s ez az, hogy a thymus-involutio akkor következik be, amikor a nemiszervek evolutiója beáll, vagyis a pubertas idején.

Thymus-kiirtásnál a kísérleti állat csontrendszere rachitises elváltozásokat szenved, ideges tünetek, tetaniás jelenségek lépnek fel, az állat a növekedésben visszamarad. Mindezen tünetek azonban nemcsak mint tisztán thymuskiezési tünetek foghatók fel, hanem esetleg az összes belsősecretiók mirigyek közti egyensúly-helyzet eltolódásaként is magyarázhatók.

A túlfunctióból levont kísérleti következtetések is többfelé. Ilyenkor erősebb a növekedés. A status thymico lymphaticusnak megfelelőleg az egész nyirokapparatus túlteng. A thymus-halál magyarázata részben a szívizomzatban való elváltozások folytán, mechanikai nyomás (fulladás) következtében, a mellékesek elváltozása folyamánaként jöhet létre.

A thymus-mirigy functiójaként feljegyezhetjük, hogy minden esetben, amikor a thymus megnagyobbodott, úgy a vérben, mint a szövetekben hyperlymphocytosis lép fel, amit a szív húsaiban előforduló lymphocytás infiltratiók is jeleznek. Az ovarium és thymus egymással ebben a tekintetben antagonisták: ha a thymust vesszük ki, a lymphocyták száma kevesbedik, ha az ovariumot irtjuk ki, hyperlymphocytosist észlelünk. Mindkét postoperatív állapotot normalisra hozhatjuk, ha a kiirtott szervből készült extractumot fecskendjük be a kísérleti állatba.

Mindenesetre megjegyzi, hogy a thymus-hyper- vagy hypofunctiók tüneteket nem szabad monoglandularis tüneteknek fel-fognunk, hanem az egész endocrin-systema zavarát okozza a tüneteket, csak a thymus-tünetek jobban előtérben vannak.

Bókay Zoltán dr.

A csecsemőkori orrdiphtheria kérdéséhez. P. Schugt. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 19. sz.)

A szerző a csecsemők orrfolyásának aetiologiájában a *Di. bacillus* szerepét túlbecsültnek tartja. Egyes szerzők igen magas (85–75%) értékeivel szemben ő 82 orrfolyásos csecsemő orrváladékának átvizsgálásakor egy esetben sem talált valódi *Di. bac.-t*. Tapasztalásai ugyancsak ellentmondanak annak a feltevésnek is, hogy újszülötteknél az anya vaginalis váladéka rejtené magában a *Di.-fertőzés* veszedelmét. Az említett magas megbetegedési százalékot endemiás jellegűnek fogja fel, mely *endemia bacillusgázdáktól* indul ki.

Az orrfolyásos újszülöttek váladékában legnagyobb százelektben pseudodí- és streptococcusokat talált. Mindkettő sokszor teljesen hűen utánozza a valódi diphtheriás fertőzés klinikai képét; lefolyása mindig kedvező. Különböző éppily jó prognózisú a valódi orrdiphtheria is az újszülötteknél, aminek oka az anyától kapott antitestekben keresendő. Végül beszámol arról, hogy újabban a nemspecifikus esetekben rivanol 10/00-es oldatából cseppent napjában többször egy cseppet az ornyílásokba. A kezelés eddig elég eredményes, de végleges véleményt még nem mond róla.

Farnos Ilona dr.

A gyógyszereknek perlingualis alkalmazásáról csecsemőknek. Dreyer. (Klin. Wochenschrift 1923, 37–38. sz.)

Hányásra hajlamos csecsemőknél alkalmazhatjuk ezt az eljárást, mert elsősorban sokkal kisebb mennyiségű gyógyszerrel érünk célt, másrészt a gyógyszert pontosabban tudjuk adagolni, jobban mondva a szervezetbe kerülő gyógyszer mennyiségét pontosan ismerjük. Csak lipoidokban oldódó gyógyszerek alkalmazását kísérelték meg. Eddigi eredményeik igen biztatók, úgy az atropin 1%-os, valamint a medinal 2%-os oldatával. Úgy találták, hogy az 5%-os medinal öt cseppje perlingualis alkalmazásban egyenlő hatású 0.50 g urethan hatásával. Az 1%-os atropin 2–3 cseppje perlingualis adva már jó hatással bír.

Az eljárásnál cseppentőüveggel visszük a nyelvre a kívánt mennyiséget s azt vagy kis személetesi üvegspatulával, vagy a kanál convex részével enyhén bedörzsöljük. Soort, nyálkahártya-laesiót nem láttak vele kapcsolatban kifejlődni. Inkább klinikán ajánlják alkalmazását, a nyálkahártyák esetleges sérüléseinek elkerülése szempontjából.

Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

A látóideg gyulladása myelitis acutánál. Jendrasszki. (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1923, 71. kötet.)

Az öt mikroszkopi képpel illusztrált cikkben két eset van közölve, amely feltűnik a látóideg-gyulladás rohamos lezajlása és a betegség gyors letális kimenetele által. Egyik eset: 28 éves nő paranephritikus tályog-operatio után két hónapra bal szemén megvakult; pupilla fénymerev, tág; fundus normalis. Következő nap megvakult jobb szeme: prolrusio bulbi, neuritis optici; retinalis vérzések. Négy nap múlva paraphlegia, retensio urinae et alvi. Ekkor a szemlelet: papilla kiemelkedő, vénák tágak, kanyargósak. Bal szem: neuritis optica. Lumbalpunkciónál fehéres, kissé sűrűn folyó liquor ürül. Egy hét múlva exitus, letális légzésbénulásban. Sectiónál gerincvelő: megvastagodott, ellágyult, genyes. Mikroszkopice a bal opticus intracanalicularis részében éles határú gyulladáshoz góccok, kereksejtes infiltratio az ideg közepében, ahol az idegrostkötegek és septumok nem ismerhetők fel. Az erősen megvastagodott jobb opticus egész retrobulbaris részében az egyenletes genyes infiltratio miatt az idegrostok felismerhetetlensége; centralis edények thrombotizáltak, megvastagodott faluk kereksejtes beszűrődéssel körülvett; retinalis vérzések. A gerincvelő mikroszkopi képében hasonló elváltozások. Tehát a genyes myelitisrel kapcsolatban az opticusban egy septikus-thrombotikus gyulladás támadt.

Második eset: 33 éves, azelőtt tuberculotikus férfi lázas lett; két hét múlva mindkét szem amaurosis, elváltozások nélkül. Olykor hidegrázás, alig kiváltható reflexek, retensio urinae. Liquor-nyomás 250 mm, Pandy pozitív. Négy nap múlva végtagok bénulása, ki nem váltható reflexek, szemfenéken elmosódott határú papillák és telt vénák. Következő nap exitál. A gerincvelő histológiai képe meningomyelitist mutat. Az intracanalicularis látóidegben a pia és septumok infiltrációja látszik, ez a bulbus felé mindinkább szembeötlőbbé válik, ahol a septumok erei megvastagodottak és sűrű kereksejtes burkolatban vannak. Közvetlenül a bulbus mögött pedig még vérextavasatuk is található. A látóideg gyulladása megegyezik a gerincvelő gyulladásával. A gyulladást okozó bántalom haematogen úton jutott az opticus septumaiba, amelyek secunda módon (nyomással) bántalmazták az idegrostokat.

Becker dr.

Trachoma gyógyítása napfénnel. John Wesley Wright. (American Journal of Ophthalmology 1923, április.)

Szerző szerint a trachoma Ohio állam egyes részeiben rendkívül elharcódott. A számtalan kezelési methodus alkalmazása közben azon tapasztalatot tette, hogy a trachoma vírusa külső behatásokkal szemben sokkal érzékenyebb, mint másfajta

kötőhártya-bántalmak. Azon tényből indul ki, miszerint a hő, szárazság és világosság a leghatalmasabb bakteriumölő tényezők. A helybeli esetleges szövödmények: szaru, fekély, pannus kezelésén kívül a napfényt, vagy ha éppen nem süt a nap, akkor villanyfényt használ a trachoma gyógyítására. Hatékonyabbnak tartja napsugarakat, amelyeket convex 10–12 D.-ás lencse segítségével gyűjt össze és a betegség minden fajtájánál alkalmazza, előzőleg a saját kezén kipróbálva, hogy kimerje azon időt, amíg tulságos hőhatás nem mutatkozik. A fényt alkalmazza a szaruhártyán fekélynél, a tarsalis kötőhártyán és az áthajlási redőben, a trachomás szemcsék ellen. Nézete szerint a napsugarak hatása egyrészt a meleg által, másrészt a kötőhártyamirigyek működésének fokozódásával hat; a gyógyulás állítólag gyorsan, hegek nélkül megy végbe. Hetenként kétszer végzi a besugárzásokat, a fekély állítólag három, a folliculusok hat besugárzásra gyógyulnak.

Licskó dr.

Luetikus eredetű látóidegsorvadás gyógyítása. Sanford R. Gifford. (The British Journal of Ophthalmology 1923, november.)

Szerző a cerebrospinalis syphilis gyógy módjait ismerteti, különös figyelemmel a tabeses látóidegsorvadásra, így szól az intravenás és intraspinalis salvarsan- és higanygyógymódokról, direct higanyinjección a látóideg körül, a malaria parasitái inoculációjáról stb. Végül felemlíti a Schönberg, Wageforth és Suter által ajánlott intracranialis sublimat-kezelést, amelyet öt esetben alkalmazott. Az injección (1/50 gran. sublimat) rendszeren három héten 10 napos időközökben, a mellő agygyomrocba adja. A megfigyelt öt esetben egy kivételével a látás javulását tapasztalta, noha a megfigyelési idő (leghosszabb 2 1/2 év) nem elég-séges annak megállapítására, hogy a javulás állandó-e. Összefoglalás: 1. Intracranialis sublimat-injecciónokkal jobb eredményt lehetett elérni, mint bármely más módszerrel. Wa. R. tartósan negatívvá vált.

2. A módszer relative egyszerű és veszélytelen.

3. A látás javulása az első injecciónok után nyilvánvalóan activ infiltratív processusra mutat.

4. Legjobb eredmény korai kezelés esetén várható, relative jó látású (legalább az egyik) szemeknél.

5. Eredmény nem várható késői esetben, előrehaladott bénulásoknál. Előrehaladottabb általános idegrendszerbeli elváltozások esetén kevesebb remény van arra, hogy a folyamat megállítható.

Licskó dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Diagnostische Technik für die ärztliche Praxis. Prof. Julius Schwalbe. (Georg Thieme kiadása, Leipzig 1923.)

A 70 éves Schwalbe életének utolsó munkájául sok kiváló tankönyve és tanulmánya mögé, az általa kiadott „Therapeutische Technik” pártját és kiegészítőjét, a „Diagnostische Technik” c. kézikönyvet sorakoztatta. A hatalmas 851 oldalas mű átfogja az orvostudomány minden ágát. Íródott az általános praxis és a tudományos munka orvosának egyaránt, tankönyvvül szolgálva a növendéknek is. Az előkelő gárda, melynek tollából az egyes fejezetek kikerültek, a hangsúlyt olyan technicizmusokra tette, melyek elsősorban a gyakorlóorvos diagnostikai feladataiban bírnak jelentőséggel. Mégis az intézeti munka, laboratoriumi megfigyelés súlyosabb és bonyolultabb technikai feladatköre megfelelő méltánylást nyert, minthogy éppen ezek a methodusok döntő érvényűek a diagnosis biztosításában. Fontos ez azért, mert ha képtelen is a gyakorlóorvos idő, felszerelés és rutin híján e finomságait a diagnostikának követni, lényegük ismerete számára elengedhetetlen, ha nem akar — mint Schwalbe mondja — kontárrá vagy a véletlenre bízott próbálkozóvá sülyedni. Viszont e cél szellemében a tisztán klinikai kutató munka methodusait el kellett hagyni, vagy csak szükség-szerűen érinteni, hogy a könyv gyakorlati használhatósága ennyivel is szembeszökőbb legyen. Ebben az értelemben elmaradtak a történeti és elméleti fejtegetések is, irodalmi adatok sem teszik nehezkessé a szöveget, csupán a források vannak megjelölve az egyes fejezetek mögött. Ellenben ábrák tömege, számszerint 380 van a szöveg közé iktatva és ez szemléltető és világos kifejezője a tárgyalatnak. A könyv két részre oszlik: egy általános és egy specialis részre. Az első kitölti a vizsgálat menetét (anamnesis, inspectio, palpatio, percussio, auscultatio, hőmérés és próbapunctio), a test fejlettségének és tápláltságának vizsgálata, a Röntgen-sugarakkal, pathológiai histológiai, bakteriologiai és immunologiai eszközökkel történő vizsgálatok technika; a másodikat a belgyógyászat ágainak (vér, vérmirigyek, tüdő, szív, edények, emésztőszervek, anyagcsere, vese, nemi functiók és idegrendszer), a sebészet, nőgyógyászat, szülészet, szem, fül, orr, légzőutak, fogak, bőr, venerikus betegségek, acut fertőző betegségek, chronikus tuberculosis, mérgezések, és a gyermekek vizsgálatának technikája. A könyv viszonylagosan jó papírja, kellemes betűformái, áttekinthető elrendezése kiegészítik a tartalmi értékeit.

Huzly.

Der Verdauungsvorgang bei natürlicher u. künstlicher Ernährung des Säuglings Freudenberg, Marburg. Würzburger abhandl. (Neue Folge B. I. H. 3.)

A 16 oldal terjedelmű kis füzetben igen tetszelősen vannak azon különbségek szembeállítva, amelyek mesterséges és természetes táplálás mellett, a csecsemők gyomor- és bélemesztésénél fennforognak.

Főleg a legújabb nézőpontokból ítéli ezeket meg a szerző s különösen a kémiai s anyagcsere-szempontra helyezi a súlyt. Kimutatja, hogy az újabb vizsgálatok kapcsán be van bizonyítva, hogy a gyomornak mesterséges táplálás esetén sokkal több emésztőnedvet kell elválasztania — tehát több munkát kell végeznie, mint természetes táplálkozásnál, hogy a táplálék tovább maradjon a gyomorban, hogy a bélemesztés több bélnedvet vesz igénybe s tovább tart. Továbbá kimutatja, hogy természetes táplálás mellett a bélhámsejtek légzése sokkal jobb, és a Ca felszívódása is kedvezőbb, mint a mesterséges táplálásnál. Reámutat arra, hogy a mesterségesen táplált csecsemő hamarabb válik acidosisossá, mint a természetesen táplált.

Bókay Zoltán dr.

Die Homosexualität (Sexuelle Inversion), Havelock Ellis. (Autorisierte Übersetzung nach der 3. englischen Original-Auflage besorgt von Dr. Helmut Müller. Zweite vollständig umgearbeitete Auflage. 1924. Leipzig. Verlag von Curt Kabitsch. 8-rét, 469 lap.)

A szerző „Sexual Inversion” címen jelentette meg könyvét, amivel kifejezésre öhajtotta juttatni azt, hogy a homoszexualitásnál a veleszületett dispositióra fekteti a súlyt. A fordító az általánosságban használt és tágabb körű „homoszexualitás”-t helyezte előtérbe. Havelock Ellis bár behatóan ismerteti úgy a régieket, mint az újabbakat egész halmazzá gyűlt ide vonatkozó irodalmat s nem mulasztja el a szakembereknek részint retrospectíven, részint közvetlen észlelések alapján szerzett tapasztalataikból merített felfogását kritikai alapon méltatni, elsősorban a saját hatáskörében összegyűjtött adatokat közli részletesen és vonja le az anatomia, biológia, psychologia és psychopathologia szempontjából értékesíthető következtetéseket. Kiterjeszkedik a sexualis inversio megnyilvánulásának idejére, formáira, és pedig úgy a férfira mint a nőneműre, a fajbeli, öröklési, testi és szellemi sajátosságokra, a sexualis ingerek ébredése és fokozódása közben a kielégítésre alkalmas vagy nem alkalmas talajnak, a suggestiónak, az élnék álomképeknek befolyására, az invertált nemi érzés kielégítésének alakjaira s megkülönbözteti a pseudosexualis hajlam ama formáját, melyben az egyén csak képzeletében szerepelteti a más iránt való nemi vonzalmát masturbálás közben. Kritikai alapon ismerteti a nemi inversio lényegére vonatkozó elméleteket s arra a végeredményre jut, hogy az invertáltak átlag közepes egészségtűk, de ascendentiajukban és családjukban gyakori a neuropathias dispositio s rendszeren a veleszületett rendellenes hajlam teszi lehetővé vagy nehezíti meg a másik nemhez való vonzódást, érzéseit saját neme felé irányítja, akár spontán, akár valami accidentalis ok következtében tér a cselekvésre. Radicalis gyógyulásra nincs kilátás. Az ajánlott és megkísérlett castratio nem vezet el és nem vezetett eredményre, mert ez az abnormitás nem a nemi szervekre lokalizálódik, hanem az egész lelki egyéniségből csirázik ki. A psychotherapia (hypnosis, psychoanalysis) csak kevésbé kifejezett s nem is mélyen gyökerezett inversio eseteiben javíthat, általában pedig inkább csak megnyugvást és tartózkodást eredményez. A munka végül foglalkozik a homoszexualitás társadalmi, büntetőjogi jelentőségével s ismerteti a különféle államok részint egyező, részint eltérő felfogását is, mely kodifikált alapon sújtja általában, vagy csak bizonyos feltételek mellett az ilyen talajból eredő cselekedeteket.

—o—

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1923 december 13-i tudományos ülése.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Germán Tibor.

Bemutatók:

1. Draskovich Aurél: *Hallójárat-sarcoma műtétét gyógyult esetét* mutatja be. 38 éves nőnek mogorónagyságú hallójárat-sarcomája és a környéki nyirok-mirigyek reszektáltak. Per primam gyógyult és fél év óta recidivamentes.

2. Draskovich Aurél: *A lány hallójárat méreteinek feltűnő megnagyobbodása fültáji daganat révén.* 45 éves rachitikus törpe koponyája bal felén sapkaszerűen elhelyezkedő, puha tapintatú, fájdalomtalan képlet, mely alatt a csonton dehiscencia, felette pulsatio észlelhető. Ez a képlet a lány hallójáratot 6½ cm.-nyire

kivongálta és az összefekvő lágy hallójáratredők hallás-zavart okoztak, mely a fülkagyló kihúzásával megszüntethető. A képlet elzáródott meningokele vagy Recklinghausen-féle neurofibromatosis, másodlagos csontelváltozással.

3. Bárczi Gusztáv: *Sigmatismus nasalis érdekes esete.* 23 éves nőbetegnél a vomer, palatum durum, palatum molle csökevényes, műtetre nem szoruló fejlődési rendellenességet mutat. Következménye: az összes (főleg a sziszego) beszédhangok levegője az orron át távozik s így a beszéd érthetatlenné válik. Háromheti szakszerű kezelés után a beszéd majdnem teljesen korrigálódott. Esetét tiszta logopaediai esetnek tartja, melynél egy esetleges műtét csupán eredményre nem vezető kísérlet lett volna.

Előadások:

1. Bárczi Gusztáv: *Magyar fonetikus írás.* Előadó ismerteti az általa összeállított hangjeleket, melyek a szájon az egyes hangok kimondásakor keletkeznek, az egyes hangokra karakterisztikusak. Ismerteti a jelek gyakorlati fontosságát úgy a nagyothallóknál, mint a hibásbeszédűek terapiájában.

Liebermann Tódor: Különösen vidéki betegek kezelésében fog az újítás áldásos volta megnyilvánulni, mert a pesti tartózkodás idejének megrövidítését eredményezheti.

2. Török Béla: *Egy-két módosítás a radicalis műtét technikájában.*

Egész terjedelmében közöltetik.

Fleischmann László: Az éles kanállal való operálás a kevésbé gyakorlottnak a technika megkönnyítését jelenti, de gyakorlott kéz jobban tudja dosirozni a véső működését. A kanál csontrepesztő hatása kevésbé kiszámítható. A lágyszövetek módosítása biztosítja a jó kozmetikus eredményt, de a régi bőrmetszés is kifogástalan eredményeket adott.

Krepuska Géza: Osztályán már évek óta hasonló, ezen célra készített ovális kanalat használják, amelynek constructioja az, hogy a nyél vastag, a kanál nyél nélkül egy egészet képez. A csontkanál mint frais és mint emeltyű szerepel. Vésőt csak ott használ, ahol ez el nem kerülhető (vastag, eburneált csont). Nemcsak a teljes felvétel, de a koponyáreg feltárásnál is a kanál kíméletesebb és biztosabb eszköz, mint a véső.

Török Béla (zárszó): Kritikát gyakorolni csak oly módon lehet egy technikai eljárásról, ha valaki kipróbálja és összehasonlítja. A plasztikát illetően ilyen helyen kozmetikailag a legjobbra kell törekedni. Örömmel üdvözlö, hogy ezen másutt nem kultivált eljárást Krepuska tanár is előnyösnek tartja és osztályán alkalmazza.

3. Götze Árpád: *A hallójárat-plastikával kombinált acut felvétel műtétéről* az Új Szent János-kórház fülosztályán 56 eset kapcsán szerzett tapasztalatokról számol be. Minden beteg teljesen gyógyult. Osztályukon két év óta fenti eljárás a heveny csecsnylványlob típusos műtete. A Schwartze-műtét három hiányosságát: a gödörképződéssel járó rossz kozmetikai eredményt, a recidiváláslehetőségét és a fülmögötti sipolyal való gyógyulást csak ez zárja ki teljesen. A műtétet egyes, prima bevarrásra alkalmas esettől eltekintve két fázisban végzik. A secundaer bevarrás kellemetlenségeért bőven kárpótolja a beteget a tökéletes és végleges gyógyulás.

Szász Tibor beszámol a Török-féle ballonos kezelésnél nyert jó tapasztalatairól. Az eljárást radicalis műtétek után alkalmazza.

Wein Zoltán kérde, mily mértékben történik a hallójárat hátsó csontos falának eltávolítása.

Götze Árpád (zárszó): A hátsó csontos hallójáratfal annyira vésendő le, amennyire ezt a facialis és az aditus lateralisan meghagyott vékony hídacska megengedi.

4. Wein Zoltán: *Fogás az Eustach-kürt átjárhatóságának fokozására katheterezéssel.* Az Eustach-katheterezést csaknem mindig előzetes érzéstelenítéssel végzi, a catheter útján a nyálkahártyát 5%-os cocain- + suprarénin-oldattal beecsetelve, különösen a fülkürt beszájadásánál. Ily módon a beteget megkíméli a katheterezéssel járó kellemetlenségektől, a garat zavaró reflexeit kikapcsolja és a fülkürt-szájadék nyálkahártyáját zsugorítván, annak átjárhatóságát fokozza. Ennek dacára főleg ideges egyénekkel előfordul, hogy a catheteren át befújt levegőből semmi sem jut a dobüregbe, dacára az ilyenkor használatos, ismert fogások alkalmazásának (nyeletés, ismételt cocainozás, bou-

girozás stb.). Ilyen esetekben folyamodik eredetileg a térdreflex kiváltásának megkönnyítésére Jendrassik által ajánlott kézfogáshoz, amely nyilván a beteg figyelmének elterelése révén fejt ki az addig göresösen zárt fülkütre ellazító hatását (eltérőleg a térdreflex-kiváltáskor szereplő izomtónus-fokozástól).

Szász Tibor: A tubakathetert ritkán alkalmazza és a fülkürt rendes átjárhatóságát a megbetegedés megfelelő szakában a garati nyílás gyógyszeres kezelésével igyekszik helyreállítani. Cocainhoz ritkán nyúl, a bevezetést megnehezítő garatgöres kis várákosásra legtöbbször magától oldódik. A figyelem kiapcsolása segítségünkre lehet, de a most ismertetett methodus lényegében rejlik, hogy a göresöt fokozhatja is.

Fleischmann László: A cocain alkalmazását katheterezésnél teljesen feleslegesnek tartja és nem engedhető meg felesleges módon ilyen mérgező rendszeres használata.

Liebermann Tódor: A fenyegető cocainizmus veszélyére hívja fel a figyelmet. A műfogás helyett az átitást használta.

Wein Zoltán (zárszó): Betegei, kik az érzéstelenítést megpróbálták, anélkül meg sem engedik a catheter bevezetését. Cocain-megszokás egy esetében sem következett be. A Jendrassik-féle fogást nem gondolja a göresösen összeszorult tuba ellazítása egyetlen módjának, csak a már meglévők gyarapítására kívánta annak alkalmazását adott esetben ajánlani.

HETI KRÓNIKA

Az orvost mindig sok nexus fűzte a társadalomhoz. Hivatásánál fogva a népnek különböző rétegeivel jut érintkezésbe, tőlük őszinte és közvetlen benyomásokat kap, rájuk viszont nagy befolyást gyakorol és így akaratlanul is belesodródik a társadalmi mozgalmakba. Régebben, mikor az orvosok még polyhistorok lehettek, ez a kiváltságos helyzet a legkülönbözőbb tereken megnyilvánult. Némely orvos kiváló művész, bölcsesség volt, vagy politikus, államférfi, avagy katona lett. Napjainkban azonban már olyan erős elmélyedést kíván az orvosi pálya, hogy tagjai csak itt-ott, inkább mint működve élők érvényesülhetnek az idegen területeken.

A visszavonulásból nagy hátrány származott a rendre nézve. Az utóbbi évtizedek egészségügyi alkotásain nagyon meglátni a hozzáértő, az életet ismerő tervezők és bírálók hiányát. Egészségi és népjóléti törvényeink néha a tintával öntözött és teoriákkal trágyázott zöldasztalok spekulatív kivirágzásai, máskor a meg nem emésztett szocializmusnak maszlagos jelszavakon nyargaló, népszerűséget hajhászó fattyai.

Maga a rendünk is szerteszaggatott; talán nincs is miniszterium, amely alá ne tartoznék egy-egy része, ahol az a kisebb vagy nagyobb zsarnokoknak labdarúgójátéka. Külföldön régen észrevettük az orvosok ezt és érvényesítik a humanizmus, az ország és a rend érdekében politikai befolyásukat. A legtöbb országban egészségügyi miniszteriumot vívtak ki; a parlamentekbe tekintélyes orvos-fractiókat juttattak be. Ezeknek befolyására vall, hogy pl. a francia kormányoknak rendszerint van egy vagy két orvos tagjuk, sőt néha maga a miniszterelnök is közülök kerül ki (Combes, Clémenceau), vagy egyéb vezető állásokba jutottak az orvosok. (Augagneur tonkini kormányzó; az amerikai hadsereg egykori vezérkari főnöke.)

Még gyakrabban találkozunk orvosokkal a művészek, írók és bölcsészek között. Külföldön már régen alakultak festő-orvos társulatok, orvosi kamarazene-egyesületek, orvosi irodalmi körök stb.; és ezek között néha olyan kiválóságok tűntek fel, hogy eredményeik átvonták őket az orvosi pályáról a művészetre. Így mondott búcsút a gyógyításnak Claustra Perrault, a Louvre építész, Conan Doyle, a hírneves regényíró, Brodsky Sándor festő, Bugát Pál akadémikus stb. Mások, így Richet, Cabanéz, Martin, Holländer, Fuchs a művészet történelmével, Moechen numizmatikával foglalkoztak és alkottak kiváló munkákat.

Ez a szép, üdítő mellékfoglalkozás nálunk is sok követőre talált; Hőgyes Ferenc mint medaillieur, Fekety Sándor, Forbát Sándor mint költő, Gerster Árpád mint rézmetsző, Lenhossék, Bálint, Milkó, Axmann és mások mint zenészek a legnagyobb elismerést érdemlik meg a rend részéről.

Párisban, ahol az orvosoknak ez a művészet ber-

keibe való elkalandozása már Rabelais óta népszerű, újabban orvosi műtárlat alakult ki, melynek kiállítói kizárólag orvosok és gyógyszerészek és családtagjaik lehetnek. Az első ilyen Salon des Médecins-t 1909-ben rendezték; az idén májusban már a negyedik fog megnyílni.

Külföldön általában törekszenek az orvosi rendet érzelmi és gazdasági alapon is egységesíteni. Már megemlékeztünk egyszer a Maison du Médecin-ről, az elagott orvosok menedékhelyéről; most angol és belga mintára egy Foyer National des Médecins-t óhajtanak létesíteni, egy orvosi székházat, melyben a Párisba felránduló vidéki orvosok otthon találjanak, ami főleg a továbbképző kurzusok és a kongresszusok szempontjából nagyon fontos. Ezt az eszmét már 1845-ben felvetették és 1867-ben Latour már adományokat is gyűjtött, most azonban Roger párisi dékán részvénytársasági alapon szervezi meg, valószínűleg sikerrel az ügyet.

Kopenhágában már 1922 végén megnyílt a Domus Medica; magába foglalja az orvos-egyesületet, orvosszövetséget, könyvtárt, ezenkívül azonban sok lakószobát, klubhelyiséget és éttermet az átvonuló orvosok számára. New Yorkban egy 11 emeletes Medical Office Building-et építettek; több száz orvos kaphat itt rendelőhelyiséget. Az ottani divatnak megfelelőleg rendelési csoportokról is gondoskodtak (group-medicine); különböző specialisták állanak össze és a bármelyikükhöz érkező beteget, ha szükséges, társaikkal is végigvizsgáltatják, a honoráriumot kölcsönösen megosztják egymással. E szokás etikai oldala élénk vita tárgyát képezi.

A kollegialitás ápolására Angliában még orvosi sportegyesületek és golf-clubok is alakultak. Ilyen harmonikus szervezkedés elvitázhatatlannul előnyös a rendre nézve: a román orvosok nagy adókedvezményt vívtak ki maguknak, a párisiak különleges elbánást a lakásigényük tekintetében, a dán orvosok automobiljának ismertetője van, amely mentesíti azt az általános forgalmi rendeletektől; az angol orvosok végre összetartásukkal megfékeztek a betegpénztárazakat, a Friendly Society-ket és kényszerítették a minisztert, hogy velük mint egyenrangú féllel tárgyaljon. Összetartás révén a magyar orvosi kar is ki tudta vívni legalább azt, hogy az orvosi gyakorlat szempontjából fontos telefon díjszabása tekintetében méltánylásban részesül.

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.

T. Előfizetőink elnézését kérjük „Tek.” címszalagjainkért. Kívánságunk ellenére, a szedő hibájából és a nyomdáéból, mely correclurát nem mutatott be, került ez oda s már is intézkedünk törléséről. Addig is azonban, míg az új, mindenféle fölösleges cím nélküli szalagok elkészülnek, türelmet kérünk, mert addig ezeket leszünk kénytelenek használni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 jan. 12-i ülésének programja: Bemutatások: 1. Duzár József: Septikus pyelitisek colloidalis fémtherapiája csecsemőknél. 2. Göbl Albin és Zalka Ödön: Gümös alapon létrejött aortaperforatio. **Előadások:** 1. Heim Pál: A vitaminok jelentősége a gyermekorvosban. 2. Went István: Az immunitástani rendszer újabb megvilágításban s ennek jelentősége a gyakorlat és theoria terén.

A tisztiorvosi tanfolyam március 10-én kezdődik és június 10-éig tart, mikor a vizsgák kezdődnek meg. A tanfolyamra és vizsgára jelentkezők február 10-éig adják be kérvényeiket **Fáy Aladár dr.** államtitkár címére (Eskü-út 1.). Csatolandók: 1. születési kivonat; 2. életrajz, a vonatkozó okmányok csatolásával; 3. oklevél vagy hiteles másolat és hiteles igazolása legalább egyévi klinikai vagy kórházi praxisnak; az egyévi önkéntesi katonai szolgálat oklevél birtokában a kórházi évvel egyenértékű. A vizsgálati díjak felől később intézkednek. Felvilágosít Mozsonyi Sándor dr. min. titkár, Eskü-út 1. II. em. 77.

Balneológiai kongresszus. Az Országos Balneológiai Egyesület 1924. évi április 5-én közgyűléssel kapcsolatban XXIX-ik kongresszusát rendezi. Előadások már most bejelentetők a főtitkár címén (Dalmady Zoltán dr., VIII., Főherceg Sándor-utca 26. Telefon: József 26—71.), ki egyúttal mindenféle felvilágosítással is szívesen szolgál.

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: HUZY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Batisweiler János: A streptothrix okozta pyaemiáról. (33–36. o.)

Torday Árpád: A gümőkórosok vérének megvalvado képességéről. (36–37. oldal.)

Klinikai előadás. Borszék Károly: Húsz év gyomorfekély-sebészete. (37–41. oldal.)

Diagnostika. Petényi Géza: A femoralis reflexről, a tetania egy új tünetéről. (41–42. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Urologia. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Sebészet. (42–46. oldal.)
Könyvismertetés. (46–47. oldal.)

Jegyzőkönyv a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 jan. 12-i üléséről. (47. oldal.)

A Magyar Szemorvostársaság IV. tudományos ülése jan. 6-án, az állami szemkórházban. (47–48. oldal.)

Heti krónika. (48. oldal.) Vegyes hírek. (49. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A streptothrix okozta pyaemiáról.*

Írta: Batisweiler János.

A fonálgombák *Petruschky* felosztása szerint a hyphomyceták családjába tartoznak, melynek másik tagját a penészgombák alkotják. A fonálgombák között *Petruschky* a streptothrix- és aktinomyces-csoportot különbözteti meg. *Verebély* a hyphomycetáknak más csoportosítást ad. Szerinte a szervezetbe jutó fonálgombák hasonló vegetatív formák mellett hasonló klinikai kórképeket idéznek elő, aminek alapján a hyphomycosisokat négy csoportba osztja, aszerint, amint a hyphomyceták a szervezetben telepek, szemcsék, fonalak vagy sejtek alakjában tenyésznek. A telepek hyphomycosisok közé tartoznak a különböző dermatomycosisok, az otomycosis, a keratomycosis, a mucomycosis és a pneumomycosis. A szemcsés hyphomycosisok a szervezetben jól elhatárolt csomók alakjában jelentkeznek (aktinomycosis, mycetoma). A fonalas hyphomycosisok csoportja a legkisebb, legkevésbé ismert. Ide tartoznak a streptotrichosisok. A sejtes hyphomycosisok közé sorolja a sporotrichosist és a blastomycosist.

A streptothrix-féleségek a természetben sokféle változatban csaknem mindenütt megtalálhatók: kimutathatók a levegőben, a szennyezett ivóvízben, nedves lakások falain, növények levelein és gyümölcsein stb. Bármily gyakori legyen azonban előfordulásuk, az állati és emberi szervezetre nézve csak nagyon ritkán válnak kórokozókká (facultative pathogenek), amikor bizonyos kedvező körülmények révén behatolnak oda és a legváltozatosabb alakban hoznak létre túlnyomórészt ártalmatlan s csak ritkán súlyos természetű elváltozásokat. Az előidézett megbetegedések felismerése néha nagy nehézségekbe ütközik, mert lefolyásukban és kórboncolástani megnyilvánulásukban nagyon hasonlítanak idősebb fertőző bajokhoz, így elsősorban a tuberculosishoz és chronikus genyvedésekhez, úgyhogy az összetévesztés ezen megbetegedésekkel könnyen lehetséges. Viszont máskor oly rohamos lefolyásúak lehetnek, hogy éppen a rövid időtartama a betegségnek tereli a figyelmet más irányba. Ez az oka annak, hogy a betegség aetiologiáját sok esetben a műtétrel vagy a boncolással kapcsolatban végzett bakteriologiai vizsgálat tudja csak kideríteni. A jelen közlemény tárgyát

képező eset aetiologiája sem tisztázódott előben. Annál meglepőbb volt a boncolás, a bakteriologiai és szövettani vizsgálat eredménye, amely a közvetlenül halált okozó pneumoniának és pyaemiának előidézője gyanánt egy igen ritka, hazánkban még nem ismertetett fonálgombát mutatott ki. Meg kell azonban jegyezni, hogy *Buday* professornak még Kolozsvarott sikerült egy agytályog genyében streptothrixet kimutatnia (bakteriologiai vizsgálat nem történt); *Johan* tanár pedig a háború alatt boncolt egy esetet (harctéri sérülés következtében keletkezett agytályogot), melynek okozója szintén streptothrix-gomba volt; a kimutatás a genyből és szövettanilag sikerült, a tenyésztés negatív volt.

A kórtörténeti adatokból a következőket óhajtom röviden kiemelni: egy 53 éves férfibetegről van szó, aki 1921 szeptember 2-án vétette fel magát az I. sz. belgyógyászati klinikára, ahol előadta, hogy 17 éves korában sankera, 25 éves korában izületi gyulladása, 45 éves korában pedig vesebaja volt. 50 éves kora óta mindkét szemére vak (glaukoma). Jelen baja két hónappal ezelőtt kezdődött, nagyfokú fáradékonysággal és elesettséggel, mely már a legkisebbfokú mozgás után is jelentkezett. Két hét óta nagy légzési nehézségekkel küzd, főleg mozgásnál. A légzési nehézségek éjjel is meglepik, amikor ötperces időközökben dyspnoés rohamok jelentkeznek. Ot nap óta naponta 3–4-szer van vizeleti ingere, amikor is alig ürül pár cm³ vizelet. Egy hét óta fokozatosan dagad a lába. Az objectív vizsgálatkor a beteg alsó végtagjain a penis, scrotum és has bőréen vizenyőt lehet találni. A légzés dyspnoés. A légzésben a jobb mellkasfél kissé visszamarad. A légvételek száma percenként: 26. A szívtempo pulat minden irányban mérsékeltén megnagyobbodott, a szívhangok tompák, az aorta második hangja ékelt. A szív működés szapora, pulzus-szám: 104. Mindkét tüdő felett dobos színezetű kopogtatási hang, a bázisok felett bűgás és középhólyagú nedves szörtyzörejek. Vizeletben kismennyiségű fehérje és geny. A vizelet üledékében genysejtek, vörösvérsejtek s hyalinos és szemcsés cylinderek. A vér Wassermann-reactiója háromkeresztesen pozitív. A patellaris reflex még Jendrassik-féle műfogással sem váltható ki. A hőmérséklet a felvételkor normalis. Az 50 napig tartó klinikai észlelés folyamán a beteg állapota fokozatosan romlott. A jobb tüdő bázisa felett Röntgen-átvilágítással gyulladáshoz infiltrációnak, az aortaíven pedig aneurysmának megfelelő árnyékot lehetett kimutatni. Kezdetben a vérnyomás Recklinghausen szerint mérve 130/190 mm volt, ami az észlelés 34. napján 167/100 mm-re esett le. A Carell- és antilueses kúra közben a jobb tüdő felső lebenyében lobaris pneumonia fejlődött ki. A kezdeti subfebrilis hőmérséklet septikus jellegűvé vált. A köpetben gümöbacillusokat nem sikerült kimutatni. Egyre fokozódó lemorlás és a sensorium zavartsága mellett az észlelés 46. napján vérzé-

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 okt. 17-i ülésén tartott előadás.

sek és gombostüfejnői tályogok jelentkeztek a bőrön, míg végül az 50. napon bekövetkezett az exitus. *Tabes dorsalis, myodegeneratio cordis és pneumonia l. d.* diagnossal került az I. számú kórbonctani intézetben boncolásra 1921 okt. 24-én.

A boncolási jegyzőkönyvből a következőket óhajtom kiemelni:

A comb és alszár bőrén lencsényi vérzések vannak, közepükön mákszemnyi fehéres-sárga göböcskékkel. Az ileum serosáján elszórtan kisebb csoportokba rendeződött, szürkésfehér, gombostüfejnői, egész kölesnyi, tömött tapintatú göbök vannak, gyulladásos udvar nélkül. A jobb tüdő pleuralemezei egész kiterjedésükben lapszerűt összeöntöttek. A szív minden irányban megnagyobbodott, súlya 700 g. A bal kamrában a szívcsúcs közelében közel diónyi, sárgásfehér, fibrindús, belsejében genyes rög foglal helyet. A tapadás helyén a kamra izomzata körülírtan elvékonyodott, kb. 4–5 mm vastag, míg egyebütt vastagsága eléri a 2 cm-t is. Mindkét szívfél izomzatában elszórtan gombostüfejnői, sárgásfehér, tömött göböcskék találhatók, különösen nagy számban a jobb kamrának arteria pulmonalis alatti részében. Itt az említett göbök babnyi tömeggé folytak össze, melynek metszsalajjáról sűrű genyes massa kaparható le. Az izomzatban azonkívül jól láthatók inszerű fehéres csíkok s az endocardiumhoz közel tigrisbőrre emlékeztető rajzolat. A szív billentyűi vékonyak, hártásak. Az aorta íve mérsékeltén kitágult, belfelülete heges behúzódaásoktól és véralvadékkal borított atheromás fekélyektől egyenetlen. A coronariák lumene szűkült, belfelületükön kiterjedt hyalinos megvastagodások vannak. A jobb tüdő felső lebenye a kivételkor megtartja alakját, pleurája vastag, kérges. Metszsalajjának középső részében egy kisalmányi, szakadozott falú, elmosódott határu, törmeléken, genyes tartalommal bíró üreg tűnik fel, melynek környékében borsónyi, egész mogyorónyi, sűrű, tejfalszerű gennyel kitöltött részek vannak. Ezek mindig kisebbedve, a pleura felé megszűnnek. A közöttük levő tüdőszövet májtapintatú, szürkésvörös színű, légtelen. A jobb tüdő alsó lebenye a rendesnél jóval kisebb, szívós izomtapintatú, szintén légtelen. A jobb főhörg nyálkahártyája duzzadt s vastag, törmeléken, cafatos, sárgásfehér genyes lepedékkel borított. A kisebb hörgőágakból sűrű geny nyomható ki. A bal tüdő a kivételkor összeesik, tapintata egyenetlenül göbös. A göbök változó nagyságúak, hol kölesnyiek, hol pedig borsónyiak, tömöttek, metszsalajjukon sárgás genyes kaparékat adnak. A göbök közötti tüdőszövet közepes légtartalmú, lőszórpárnatapintatú. A bal tüdő csúcsi részében szürkésfehér heges kötegek s azok között sajtos gümők ismerhetők fel. A tracheát körülvevő heges szövetben szintén sajtos, részben pedig genyes tartalmú nyirokeszmók ülnek. A lép jóval nagyobb a rendesnél, petyhüdt, metszsalajja sötétvörös, pulpája kibuggyan, tokja alatt nagyobb számban vannak fehéres, duzzadt Malpighi-tüszőkre emlékeztető göböcskék. A vesék a közepesnél nagyobbak, tokjuk elég könnyen levonható, a felszínén elszórtan sárgás-fehér színű, itt-ott vérzések szegéllyel övezett, kölesnyi, félgömbösrűen kiemelkedő, helyenként csoportosan elrendezett, elég tömött tapintatú göbök vannak, melyek a metszsalajon leginkább a kéregállományban foglalnak helyet. Nyomásra ezen göbökből csak nehezen buggyan elő kevés genyes tartalom. A vese kéregállománya egyébként szederjes színű, kissé zavaros rajzolatú, a pyramisok szederjes csíkolatokat tüntetnek fel. A gerincevel hátsó kötegei az ágyéki és alsó háti segmentumban szürkék, áttetszők.

Boncolási diagnoss: Bronchopneumonia catarrhalis confluens partim abscedens lobi superioris pulmonis dextri et bronchopneumonia disseminata pulmonis sinistri totius. Bronchitis diphtherica et peribronchitis phlegmonosa. Lymphadenitis suppurativa. Abscessus permulti myocardii, renum, lienis, peritonei et cutis. Pyaemia. Splenitis acuta hyperplastica. Degeneratio adiposa striata myocardii et parenchymatosa renum. Degeneratio grisea funicularum posteriorum medullae spinalis. Aortitis syphilitica cum ectasia arcus aortae. Arteriosclerosis arteriarum periphericarum et coronariarum cordis. Aneurysma ventriculi cordis sinistri et thrombosis parietalis ibidem.

Amikor a boncolás az ismertett súlyos elváltozásokat, főleg pedig a makroszkoposan sok tekintetben tuberculumokhoz hasonló pyaemiás metastasisokat sze-

münk elé tárta, az a kérdés merült fel, vajjon milyen kórokozó szerepelt a pneumonia és pyaemia előidézésében. Már a makroszkopos megtekintés alapján közel fekvő volt az a feltevés, hogy a pyaemia kiindulási helye gyanánt a tüdőgyulladást kell tekintenünk, ahonnan a genyedés a vérpályába tört. Ezért a három leginkább alterált szerv: tüdő, szívizom és vesék tályogjainak genyét felkent készítményekben vizsgáltuk. Az eredmény meglepő volt. A genyes jellegű váladékokban ugyanis Gram-positív, segmentált festődésű, hosszú, hajlott lefutású, egyenletesen vékony, többszörösen elágazódó, itt-ott az elágazódások végén körteszerűen megvastagodott gombafonalak találhatók, melyek alakilag és festődésileg az aktinomyces fonalaihoz hasonlítanak, azzal a különbséggel, hogy nincsenek körülírt csoportokba elrendezve és a fonalak végén valódi spórák (conidiumok) ülnek, melyek ugyanolyan festődési reakcióval bírnak, mint maga a fonál, tehát nem degenerációs termékek, mint az aktinomyces bunkói. A további vizsgálatok során azután igyekeztünk a gombát izoláltan kitenyészteni, ami sikerült is. Már 24 órai thermostatban való állás után *neutralis agar*on, aerob módon, tűszúrásnyi-gombostüfejnői, csipkés szélű, hófehér, a táptalajhoz erősen tapadó coloniák fejlődtek, melyek mikroszkop alatt a genyben talált gombafonalakkal alakjuk és festődésük szerint teljesen megegyeztek. A *bouillon* felszínén hasonlóképpen hófehér telepek nőttek, maga a húsleves mindvégig tiszta maradt, csak idővel gyűlt meg az üveg alján vattagomolyaghoz hasonló üledék. A *burgonyán* szintén fehérszínű coloniák képződtek, melyek azonban hosszabb fennállás után megsárgultak. A *fehérjetartalmú és glycerines táptalajokon* (agar, bouillon) eleinte krétafehér, később halványsárga és narancs-sárga telepek fejlődtek, melyek néhány hét múlva összefolyva az aktinomyces kultúrájához hasonlókká váltak. A kitenyészített törzs a *szőlőcukros agar* felszínén és belsejében elég jól nő, azonban gázt nem fejleszt; a *gelatinát* elfolyósítja; a *lakmusos táptalaj* színét nem befolyásolja. Jellemző tulajdonsága még *intensív, penészhez hasonló szaga*. A korai tenyészetekben mikroszkop alatt túlnyomórészt gombafonalakat találtunk, minél idősebb kultúrákat vizsgáltunk azonban, annál kevesebb fonalat találtunk a készítményben, mert azt úgy szőlván teljesen elfedik apró, bacillusokhoz hasonló képletek, amelyek gondos megtekintéskor különböző hosszúságúaknak látszanak, helyenként tojásdad alakúak, megnyúlt coccusokra emlékeztetnek, s Gram szerint intenzíven festődnek. Ezek egyrésze széttöredezett fonál, más részük pedig spórának felel meg.

A szöveti vizsgálat a boncolási és bakteriologiai leletet igazolta.

A jobb tüdő felső lebenyéből készített metszeteken croupus pneumoniaának megfelelő képet látunk. A lebeny központjában, a szétesés helyén, a tüdő szövetében elhalt, részben pedig genyesen beolvadt. A Gram szerint festett metszeteken a fibrines gyulladás területén bakteriumok egyáltalában nincsenek, a tályogok belsejében azonban, de különösen a széli részekben nagy számban láthatók a *leukocyták között streptothrix-fonalak*, melyek alaki és festődési tulajdonságaikban a genyben talált fonalakkal teljesen megegyeznek. A bal tüdő apró gócai hasonló képet adnak. A jobb főhörg nyálkahártyája felszínesen elhalt, a submucosa erei erősen kitágultak, vérrel teltek, a kötőszövet leukocytáiban infiltrált s gombafonalakban bővelkedik. A szívizom kötőszöve általában felszaporodott, helyenként hyalinos degenerált. A jobb kamra falából készült metszeteken az apró tályogok, valamint egy genyes thrombus belsejében szintén megtalálhatók a gombafonalak. A lép gyérszámú és igen apró tályogjai, továbbá a vesék kisebb és nagyobb tályogjai egyaránt tartalmaznak streptothrix-fonalakat.

Az állati pathogenitás szempontjából három állatfajt vizsgáltunk: nyulat, egeret és tengerimalacot. A nyúl és az eger bőre alatt az oltás helyének megfelelően kis tályog fejlődött, de az állatok tovább éltek, általános fertőzést nem kaptak. A tengerimalacot közvetlenül a szívbe oltottuk. A malac az oltás utáni negyedik napon görcsök és nagyfokú elesettség közben elhullott.

A boncoláskor *miliaris tuberculumokhoz* hasonló apró tályogokat találtunk az összes belső szervekben, különösen nagy számban a szívben, vesékben és az agyban. A beoltott agar- és bouillon-táptalajokon a streptothrix minden biológiai tulajdonságával bíró gomba tenyésztett ki. Szövettanilag a göbök *pseudotuberculomokra* emlékeztetnek: a központilag elhalt szövet szélén epitheloid sejtekhez hasonló, változó nagyságú, töredezett és zsugorodott magvú sejtek vannak s azon túl leukocyták következnek, melyek az ép szövet felé élesen elhatárolt területet foglalnak el. A csaknem mindegyik szervből készült *Gram-festéses praeparatumokon* a tályogok belsejében *streptothrix-fonalak* találhatók.

Amint az ismertetett vizsgálatokból kiderül, a pyaemia előidézője gyanánt sikerült egy streptothrix-törzset izolálni, amely biológiai tulajdonságaiban a Scheele és Petruschky által leírt törzshöz (*streptothrix gedanensis*) áll legközelebb. (Lásd táblázat.)

De nemcsak a kórokozó mutat analogiát fenti szerzők esetével, hanem hasonlatosság van a folyamat kezdetére s terjedésére vonatkozólag is. *Scheele és Petruschky* esetében ugyanis idősült tüdőfolyamat mellett bőrálatti tályogok léptek fel, melyekből már élőben meg lehetett állapítani a streptotrichosis diagnózisát. A boncolás csak megerősítette az élőben tett megállapításokat: az egyik tüdőben ugyanis kiterjedt infiltratio volt nekrosissal, genyeddéssal. A genyedő folyamat a mediastinumba és a pleurára is áttért s végül a bőr alatt tályogokat hozott létre, melyekből szövettanilag is sikerült a gombák kimutatni. *Sabrazés és Riviere* szintén élőben állították fel a fonálgombabetegség diagnózisát. Esetükben a chronikus tüdőbajos beteg köpetében és bőrálatti tályogjaiban fonálgombák voltak, melyek nagyon hasonlítottak az aktinomyceshez, azonban telepeket nem alkottak. Az állatokra pathogen hatást csak tejsav hozzáadására fejtettek ki, amikor is pseudotuberculosis fejlődött a kísérleti állaton. *Löhlein* esetében röviddel a halál előtt keletkezett a tüdőgyulladás s tályogok léptek fel a bőr alatt. *Löhlein* a boncoláskor genyes meningitis mellett tályogokat talált az agyban, a mell és has izmaiban, pericarditis mellett a szívizomban s pleuritis mellett bronchopneumoniát és tályogokat a tüdőkben, azonkívül több tályogot az oesophagusban, pajzsmirigyben, bél falában, májban és vesékben. A kitenyésztett gomba sok tekintetben a streptothrix gedanensishez hasonlított. *Silberschmidt* esetében a tüdőben s a bőr alatt voltak tályogok, melyekből szintén a streptothrix gedanensist sikerült izolálni. *Fraenkel* esetében a tüdőkben és vesékben voltak tályogok, melyekből, továbbá az agy ereiből a streptothrix gedanensis nőtt ki. A kísérleti állatok *miliaris tuberculosis*hoz hasonló pyaemiában pusztultak el. *Engelhardt és Löhlein* esetében confluáló bronchopneumonia mellett tályogok voltak a tüdőkön kívül a szívben és a lépben, továbbá gangraenás gócek a májban s vérzések és tályogok az agyban. Az agy tályogjaiban s egyebütt is ugyanazon streptothrix-törzset találták. *Conti és Boni* lassú lefolyású pyaemiáról számolnak be, amelynél az agyban, májban és lépben streptothrix-tartalmú miliaris tályogok voltak. *Loghem* egy fiatal asszonynak szülés utáni pyaemiáját észlelte s azt tuberculosishoz és aktinomycosishoz hasonlónak találta. A bőrtályogok genyjéből streptothrix tenyésztett, mellyel nyúlakon chronikus bőrálatti genyedet, a belső szervekben pedig pseudotuberculosis-t idézett elő.

A fent elsorolt eseteket a rendelkezésemre állott terjedelmes irodalomból nemcsak annak illusztrálására közlöm, hogy milyen ritkán fordulnak elő streptothrix okozta pyaemiák — bár a streptotrichosisok éppen ritkaságuknál fogva kedvenc tárgyai a kutatóknak s így gyakran jelennek meg erre vonatkozó közlemények —, hanem azért is, hogy röviden ismertethessem a pyaemiás folyamat genesisét.

Az ismertetett nyolc s a jelen közleményben tárgyalt kilencedik eset kétségtelenül igazolja, hogy a streptothrix általános fertőzés és haldt okozó megbetegedés aetiologiai tényezője lehet. A megbetegedés

Streptothrix gedanensis.

	Scheele és Petruschky	Batisweiler
Mikroszkopos tulajdonságok:	Hosszú, vékony, valódi elágazódásokkal bíró fonalak, a szövetekben erősebb, culturákban enyhébb hajlatokkal. Idősebb culturákban a fonalak részben megduzzadnak, részben pálcikaszerű fragmentumokra esnek szét; conidiumok és conidiumlancok képződnek.	Ugyanazok.
Biológiai tulajdonságok:	Gyorsan és buján nő thermostalban, lassabban szobahőmérsékleten. Nem mozog.	U. a. Aerob.
Gelatina:	Krétafehér, csillagalakú, bársonyos felszínű telepek; lassú elfolyósodás.	Renyhe növekedés, lassú elfolyósodás.
Agar:	Krétafehér, csillagalakú, száraz telepek, melyek a táptalajhoz erősen tapadnak s intenzív penészszagot árasztanak.	Ugyanazok.
Glycerines agar:	Nedves, ráncos hártya. Enyhe penészszag.	Összefolyó, fehér lepedék, mely idővel sárga, ráncos hártya alkott. A lepedék szélén keskeny fehér sáv fejlődik, mintha fehér porral volna körülvéve. Penészszag.
Serumos agar:		Fehér, de rövidesen sárgaszínű telepek, melyek idővel összefolyanak. Penészszag.
Bouillon:	Felszínen kis, fehér, bársonyos, kerekded telepek. Az üveg alján golyószerű, átlátszó gomolyagok.	Felszínen fehér, korongalakú telepek, az üveg alján fonalas gomolyagok.
Glycerines bouillon:		Felszínen összefolyó, ráncos, sárga hártya, az üveg alján sárga gomolyagok.
Burgonya:	Fehér, bársonyos lepedék, a burgonya színe nem változik.	A lepedék idővel kissé megsárgul, a burgonya színe nem változik.
Állattalás:	Nyúlón bőrálatti tályog.	Nyúlón, egészen bőrálatti tályog. Tengerimalacon pseudotuberculosis képeben lezajló pyaemia.

leggyakoribb kiindulási helye a hörgők nyálkahártyája és a tüdők parenchymája, ahová a légutakon keresztül jut (a kilenc eset közül hétszer a tüdő megbetegedése volt a pyaemia kiinduló helye). A betegség lehet akut és chronikus. A korán fellépő genyedés és szétesés folytán hamar keletkeznek metastasisok az agyban és egyéb belső szervekben. Az agyi áttételek különösen bronchiectasiák mellett gyakoriak, ahol a streptothrix sok esetben mint ártatlan saprophyta mutatható ki.

Amint régi megfigyelések bizonyítják, a fertőzésre s különösen a súlyosabb áttételekkel járó folyamatokra legyengült szervezetű egyének hajlamosak, amint esetünkben is egy leromlott szervezetű beteget ért a fertőzés.

Felismerése a köpetből s esetleges bőralatti tályogokból történhet, amikor nagy szolgálatot tehetnek a Gram-festés és a könnyen végezhető bakteriologiai vizsgálatok: kimutatásához ugyanis semmiféle különleges táptalajra nincsen szükség, azonkívül elég jól tenyészik szobahőmérsékleten is.

Jelentősége a terapia szempontjából nem közömbös, mert megbízható gyógyszere a jó s amint Petruschky vizsgálatai mutatják, a tuberculinhoz hasonlóan előállított ú. n. streptotrichinnel több esetben lehetett gyógyulást elérni.

Irodalom: 1. Petruschky: Kolle-Wassermann. 1913. 5. köt. „Die pathogene Trichomyeten und Trichobakterien.“ — 2. Engelhardt és Löhlein: Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 75. köt. — 3. Fraenkel: Centralblatt f. Bakteriologie, 55. köt., ered. — 4. Huntmüller: Ziegler's Beiträge, 69. köt. — 5. Loghem: Centralblatt f. Bakteriologie, 40. köt., ered. — 6. Löhlein: Zeitschrift f. Hygiene, 63. köt. — 7. Verebely: A fonálgombák jelentősége a mai pathológiában. Orvosi Hetilap 1914, 442. oldal.

A budapesti Szent László-kórház közleménye.

A gümőkórosok vérenek megalvadó képességéről.

Írta: Torday Árpád dr. egy. magántanár, kórh. főorvos.

Előadta a Magyar Tuberculosis-Egyesület 1923 szeptember 7-én tartott ülésén.

A gümőkórosok vérenek ilyen irányú vizsgálatára azon megfigyelés vezetett, hogy némely esetben indokolatlan vérzéssel találkozunk. Így egy betegem, ki florid gümőkórban szenvedett, bélvérzésnek látszó tünetek között hirtelen halt meg. A sectionál azonban kiderült, hogy egy arrodált gyomorvéredényből történt a vérzés, jöllehet azon a helyen sem lobos tünet nem volt, sem tuberculumot nem lehetett a közelében látni. A sebészek régóta ismerik a gümőkórosoknak vérzésre való hajlamosságát, pl. tonsillektomia esetén és vesegümőkórban. Ezen megfigyelések kapcsán azon következtetésre jutottam, hogy bizonyos körülmények között a gümőkórban szenvedők vérzékenyekké válnak s lehet, hogy a gümőkór bizonyos alakjai azzal járnak. Ezen körülmények felderítése céljából az osztályomra került súlyosabb tüdőbetegek vérenek megalvadóképességét vizsgálat tárgyává tettem. Frank szerint Petri csészécskével befedett óraüvegben végezve a vizsgálatot, a vérmegalvadás kezdete 7—14 perc, az alvadás befejezése pedig 15—25 perc múlva szokott bekövetkezni. Stephan vizsgálatainál azt találta, hogy a vér valamivel hosszabb idő múlva, azaz 28—32 perc alatt alvad meg. Klinger és Hirschfeld a vért paraffinált üvegcsészécskében fogják fel s azt paraffinum liquidum és solidum keverékével vonják be. A csészécskét egy nagyobb fedett falú edénybe helyezik, amelyet megnedvesített itatóspapírral nedveskamrává alakítanak át. Az alvadás kezdete ezen módszer szerint 30—40 perc, a befejezés ideje 1—3 óra. Üvegcsészécskében a vérmegalvadás tetemesen rövidebb idő alatt történik, 10—60 perc alatt.

Amint látható, a szerző adatai egymástól eltérők, ami abban leli magyarázatát, hogy e vizsgálati eljárásnak eddig egységes klinikai módszere nincs.

A régebbi szerzők adatai szerint a vér sokkal rövidebb idő alatt alvad meg. Így Vierordt szerint 9—28 perc alatt, Nasse szerint férfiaknál 9'5 perc alatt, nőknél 7'4 perc alatt. Brody és Russel szerint a vér megalvadási ideje 20 C°-nál 7'5 perc, ellenben 30 C°-nál már 3—4 perc alatt alvad meg. Eseteimnél úgy jártam el, hogy a karvénából vett 1 cm³-nyi vérmennyiséget alkohollal és aetherrel megtisztított Petri-csészébe helyeztem és időnként beléje mártott lőszőr segítségével megállapítottam a vér megalvadási idejét és a teljes megalvadásig eltelt időt, amikor a csészécskét derékszögbe fel lehetett állítani anélkül, hogy a lepény levált volna. Megfigyeltem, vajjon a serum levál-e? Később a csészécskét üveglappal leföldtem s csak a teljes vérmegalvadás befejezését állapítottam meg. Minden egyes esetben megfigyeltem a vérzési időt, megszámláltam a vörösvérsejteket és néhányszor a haemoglobin mennyiségét is. A vérlemezkék számát Fonio módszere szerint számláltam meg. A véredények viselkedését a Rumpel-Leede-féle módszer szerint figyeltem meg. Vizsgálataimnál általában azt találtam, hogy a vérmegalvadás ideje átlag 15 perc. Hogyha azonban ettől eltértek és a Frank által megállapított időt veszem mértékadóul, akkor vizsgált eseteim közül csak egy esetben tartott a vér alvadás feltűnő sokáig, 25 percig. Az illető miliaris gümőkórban szenvedett. Egy heti betegeskedés után került a Szt.-László-kórházba magas lázzal, orrszárnny-légzéssel és szívjáji fájdalommal. Ez a fájdalom annyira heves volt, hogy eleinte mediastinalis daganatra is gondoltunk. A felvétel alkalmával a bal alsó lebenyben apró, finomhólyagú szőröcsölést lehetett hallani; a folyamat utóbb a másik oldalra is áttért. A többi eseteimet csak azért említem meg, mert vizsgálataimat a meleg nyári hónapokban végezvén, minthogy a hőmérséklet a vér alvadási időt megrövidíti, ezért a kissé hosszabb ideig tartó alvadás is már figyelmet érdemel. Ezek közül ismét egy miliaris gümőkór esete említendő fel, melynél azonfelül egy nem-specifikus pericarditis is fennállt. A sectio alkalmával is feltűnt a vér folyékony volta. Ezen beteg vére 26 perc alatt alvad meg. Nyilvánvalóan a gyulladásos folyamat befolyása alatt hosszabbodott meg a vér megalvadási ideje. Még két idült lefolyású esetet kell megemlítenem. Mindkettőnél a folyamat progressív volt, phthisises lázmenettel. Közülük az egyiknél a vérmegalvadás ideje 29 perc volt, a másiknál 30 perc.

Összes eseteimnél a vérzési idő normális volt. 35 esetben végeztem a vizsgálatot. A thrombocyták száma csak két esetben fogyott meg egy kissé, amennyiben 100.000 alatt volt. Ezek közül az egyik a már fent említett progressív folyamatok közé tartozott, kissé megnyúlt alvadási idővel, míg a másiknál a vér rendes időn belül alvad meg. Utóbbi esetről a sectio caseosus folyamatot talált a csücsokban s disseminált gócot az endometriumban, a májon és az adnexákban. Morawitz szerint a vérzési idő és a vér megalvadóképessége egymással párhuzamosan halad, úgy, hogy általában csak akkor érdemes a vérmegalvadást külön vizsgálni, ha a vérzési idő feltűnően hosszú. Bár a tétel helyességét általában el lehet fogadni, mégis eseteim azt mutatják, hogy nemcsak haemophilánál fordulhat elő ilyen eltérés, hanem egyéb körülmények között is. A vér alvadásnál szereplő tényezők közül tekintetbe kell venni a fibrinogent, a thrombint, a thrombokinaset, a calcium-sókat és a vérmegalvadást gátló anyagokat. Eseteimnél thrombopeniáról nem lehetett szó és ez a vér alvadását hátráltató tényezők között nem szerepel. A sebzés után a vérzési idő 1—1½ percig tartott. A vér alvadását, lepényleválást serumképződés kísérte. A fibrinhiány semmiesetre sem szerepel, mert gümőkórosok activ folyamatainál a fibrinogen mennyisége megszorodik, úgyszintén a globulin is. Természetesen a cachexiás stadiumban a vér fehérjemennyisége a hydraemia folytán felhígulhat, ami a vérmegalvadását hátráltatja. A fermentek hiányáról nem lehet szó, legfeljebb arról, hogy a pathologiás szervek vagy indifferensen viselkednek, vagy az alvadását hátráltatják. (Magnus Alsleben.) Az alvadását a calciumszegénység is gátolhatja.

A colloidchemiai ma uralkodó felfogás szerint a vér alvadásához szintén fibrinogen, thrombogen és thrombokinasé szükségesek, amelyek egymással labilis egyensúly-

ban vannak. A véralvadás ezen egyensúly megzavarása-
kor következik be. A fibrinogen a fehérjehasadási ter-
mékek miatt tartatik oldatban. Ha ezen termékek NaCl
helyett CaCl_2 -összekötöttségbe jutnak pl. a thrombin foly-
tán, akkor jön létre az alvadás. (Herzfeld és Klinger.)
A thrombokinaset lipoidjellegű anyagnak tartják, amely
a felület-alvadás útján hat optimalisan közömbös vagy
gyengén savanyú oldatban. A calcium szerepét illetőleg
régábban a véralvadás kezdetén, a thrombinképződésnél
tartották nélkülözhetetlennek Arthus és Paget kísérletei
alapján. Azonban kiderült, hogy az oxalsav fölöslege da-
cára is megalvadhat a vér. Ezért a colloidchemia nem
tulajdonít olyan fontos szerepet a calciumnak a vér meg-
alvadásánál, sőt Schulze és Umber azt állítják, hogy
a calcium a vér alvadásánál semmi befolyást nem gya-
korol. (Cit. Neumann Zeitschr. f. Tbc. 1917.) A másik nézet
szerint calcium hatására a fibrinogen compactabb lesz;
a mész a véredényfalakat tömíti, meggátolja a transsudatiót,
az exsudatiót és a gyulladást. Voorhave szerint gümőkór-
nál a calcium negatív egyensúlyban van, aminek egyik
tünete a sympathikus izgathatósága, a véredények könny-
nyebb átjárhatósága és gyulladásra való hajlamossága,
amely okok miatt a gümőkórosok vérzésre hajlamosakká
válnak.

Mint hogy gümőkórnál a vér fibrinogen-mennyisége
inkább megsaporodott mint megfogyott, a ferment-theo-
riát elfogadva, semmi okunk sincs ennek hiányát feltéte-
lezni, inkább arra gondolok, hogy azon csekélyszámú
esetekben, amelyeknél a véralvadás a rendesnél hosz-
szabb ideig tartott, talán a véralvadást gátló anyagok sze-
repelehetnek. Azonfelül a szervezetbe jutott toxinok a capil-
larisokra toxi-infectiosus hatást fejthettek ki, ami a vér-
edények kitágulásához, a véráram lassúbbodásához és
a véredényeket bélelő endothel fellazulásához vezethet.
A toxinok az idegrendszer útján is hathatnak a capilla-
risokra. Bár gümőkórnál Stephan vizsgálatai szerint az
endothel-tünet negatív (inkább scrophulosisnál találkozunk
a véredények ilyen gyengeségével) sőt sokszor éppen a
thrombus-képződésre való hajlamosság gátolja. Arróla
véredények dacára a vérzés súlyos propagatív folyama-
toknál, ennek dacára mégis feltételezhető, hogy bizonyos
körülmények összejárása folytán a véredényfal endo-
thelje fellazulhat, a capillaris fal kitágulhat és ennek foly-
tán a vérzékenységére való hajlamosság bekövetkezhetik.
Dolgozatom elején említett esetet is olyannak fogom fel,
amelynél a toxinhatás a véredényfalra érvényesült. Ter-
mészetesen a betegség következtében szerzett hajlamosság
mellett a régebben fennállott dispositio is tekintetbe jöhet,
amely a változott viszonyok folytán a betegség bizonyos
állapotában kifejezésre juthat.

Még csak fel akarom említeni azon körülményt, hogy
a betegek vérésejtjeinek számlálásakor csak egy esetben
volt számuk kisebb 2 milliónál, hatszor 3 milliónál és az
esetek többségében a normalis számot megközelítette.
Ezen lelet részben a vérnek a vízvesztés miatt való
besűrűsödésében leli magyarázatát, részben attól eredhet,
hogy a légzőfelület kisebbéde miatt bekövetkezett oxygen-
hiány a csontvelőre izgató hatást gyakorol. Ezen fokozott
tevékenység a mikrociták képződésében nyer kifejezést.
A vérsűrűsödés meghatározásával kapcsolatban a plasma
mennyiségére is tekintettel voltam. Ez a módszer azonban
nem ad exact eredményt, mert az ülepedési gyorsulás és
a vörösvérsejtek agglutinálóképessége is hozzájárul az
üledék tömött vagy laza voltához. Ezért csak felemlítem,
hogy míg a súlyos cachexiás hydraemiához hajló esetek-
nél a szilárd alkatrészek mennyisége csak 20–25 percen-
tet tett ki, addig számos esetben a plazma mennyisége
a normalist megközelítette.

Gümőkórosoknál a vér megalvadóképessége általá-
ban normalis és csak kivételesen fordul elő olyan eset,
amelynél ez a rendesnél hosszabb. Egy esetben miliaris
gümőkórál talákoztam vele. Természetesen complicatió-
val járó eseteknél a véralvadás ezen okok miatt hosszabb
lehet. A vérmegalvadás késlekedését valószínűleg a vér-
megalvadást gátló anyagok felszaporodásának lehet tulaj-
donítani, azonban nem zárható ki a capillaris falakra
ható toxinhatás sem.

KLINIKAI ELŐADÁS.

Húsz év gyomorfekélysebészete.*

Borszék Károly dr. egyetemi rk. tanár, kórházi sebészfőorvos.

(Második, befejező közlemény.)

A relativ műtéti javallatok második csoportjába tar-
toznak a *callosus fekélyek*, amelyeknek kórbonctani sa-
játsága a kötőszövet lobos burjánzása, a serosa nagyki-
terjedésű kérges megvastagodása, ereinek belővelt-
ségével, a mélység felé való terjedés és a környezettel
való összekapaszkodás. A Röntgen-diagnostika nagy
víványa, hogy ma már az ilyen fekélyek nemcsak
korán felismerhetők, hanem pontosan lokalizálhatók
is. Ezen vizsgálóeljárások ismerete előtt a felismert
callosus fekélyek legnagyobb része műtéti beavatkozás
tárgyát képezte: egyrészt a tapintható tumornak cc.-ra
gyanús volta miatt és a fekély okozta motorikus zava-
rok miatt, másrészt mert az akkor dívó felfogás és
kezelési módok mellett a belső kezelés eredményei nem
voltak kielégítőek; el is nevezték ezért őket „rebel-
liche Form des Magengeschwürs“-nek (Petersen-
Machol). Az utóbbi 8–10 év alatt azonban mind be-
hatóbban kezdtek foglalkozni a belgyógyászok a *cal-
losus fekély* sebészeti kezelésének javallatával. A töké-
letesedett vizsgálóeljárások lehetővé tették nemcsak a
*callosus fekélyek*nél észlelhető motorikus zavarok okai-
nak tisztázását, a spasmus jelentőségét, az általuk oko-
zott functionalis elváltozásokat, a hypersecretio be-
folyásolhatóságát, hanem lehetővé tették a különböző
kezelési módok gyógyító hatásának majdnem lépésről-
lépésre való megállapítását a Röntgen-ernyő előtt, a
belső és a gyomornedv vizsgálatával. Mindezek követ-
kezménye volt a régi eljárások mellett a lehetőleg
aetiologikus alapon álló új gyógyszerek (papaverin,
troparin) és kezelési módok (Röntgen-besugárzás, pro-
teintest) alkalmazása és ezekkel együtt a belső keze-
lés eredményeinek megjavulása. Minden jel arra mu-
tat, hogy ezen utóbbiban a Bier segédje, Pribram által
bevezetett proteinkezelésnek jelentős szerep jut. Ezen
kezelési módnál novoprotein intravenás befecskende-
zése útján eltalanos szöveti ingert sikerül előidézni,
amely inger különösen az iránta fogékony kóros góc-
pontra hat és a gyulladás fokozása által a gyógyhaj-
lamot megjavítja, úgy, amint az inger helybeli alkal-
mazására ez a külső fekélyeknél történik. Kétszáznál
több gyomorfekély ily módon való kezelésével elért
eredmények Pribram szerint annyira kedvezők (és
ebben Grote, valamint Hampel tapasztalatai is hason-
lók), hogy az eddigi diatás és gyógyszeres kezelési
eljárások feleslegessé váltak. Hogy a Pribram által
körülírt műtéti javallatok, amelyek gyakran megis-
mélődő vérzésekre és a jejunalis fekélyekre vonatkoz-
nak, meg fognak-e maradni és nem fognak-e kibővílni:
a jövő tapasztalatai vannak hivatva eldönteni.

A belső kezelés eredményeinek megjavulása magával
hozta a sebészileg kezelt esetek revisióját, illetve a műtét
eredményének és hatásának ellenőrzését. Ezek kiderítet-
ték, hogy a műtét előtti fekély nem mindig gyógyult meg,
vagy új fekély keletkezett, vagy hogy a műtét követ-
keztében a gyomoremésztés súlyos zavarokat szenved-
ett. Ezen megállapítások eredménye az lett, hogy a
sebészek a műtétnek nyilvánvaló hátrányait kiküszö-
bölni törekedtek: a régebbi conservatív műtéti módok
helyett több neves sebész a radicalisnak mondottakat
alkalmazta, mint egyedül biztos módját a gyógyu-
lásnak.

* Kivonat a Közkórházi Orvostársulat 1923 december 19-én
tartott Semmelweis-előadásából.

Ezidőszereint a belgyógyászok legtöbbszörének az az álláspontja, hogy a callusos fekély kezelését illetően a többi fekélyekkel szemben különbséget tenni nem indokolt; a belső kezeléssel elérhető eredmények jobbakként a sebészi kezeléshöz, azok belsőleg kezelendők; a műtét csakis azon esetekben lehet javallt, amelyekben olyan szövődmények léptek fel, amelyek belső kezeléssel nem befolyásolhatók (vérzés, motorikus zavarok), valamint a cc. gyanúja. Nagyjában véve a sebészek legnagyobb része is elfogadja az indikációk ilyen körülírását, különbség csupán a műtét eredményeit illetően van és annak megítélésében, hogy mikor lehet vagy kell a belső kezelést eredménytelennek tartani: hogy milyen időpontban kell tehát operálni. A kétféle kezelési mód között nemcsak a kockázatot illetően van különbség, hanem a végleges eredményt és az alkalmazási lehetőséget illetően is. Úgy a pathologus, mint a sebész ismernek olyan fekélyeket, amelyek nem gyógyulhatnak meg; ha pl. egy koronári fekély alapját heges pancreas képezi, amelyhez a fekély nagyobb terjedelemben hegesen rögzítve van, a szélek felől való kitérés vagy a heges zsugorodás az anyaghiány széleinél rögzített volta miatt éppen úgy lehetetlen, mint akár egy heges szomszédságú rögzített lábszárfekélynél. Az ilyen fekélyek kimetszés útján, csak sebésziileg gyógyíthatók, mert ezeknél a belső kezelés csak tünetmentességet tudhat elérni, de a fekély anatómiailag változatlanul marad, a gyomor rögzítettségével együtt. Természetesen nem minden fekélynél van ez így: hogy a callusos fekélyek anatómiai értelemben véve is tökéletesen meggyógyulhatnak belső kezelésre vagy anélkül is, az bizonyos. De a nagy óvatosság feltétlenül szükséges a gyógyulás megállapításánál. Akármilyen szépen demonstrálja is pl. *Rosenthal* a *Bálint*-klinika nagy anyagán Röntgen-felvételeivel fokról-fokra a gyógyulás előhaladását belsőleg kezelt kiscsőbületi fekélyeinél és mutatja ki a teljes gyógyulást a fekélyárnyék eltűnésével: a végleges gyógyulást csak nagy skepsissel lehet elfogadni; a Röntgen-vizsgálatnál, még ha egy és ugyanazon, még oly gyakorlott kéz végzi is azt, annyi a hibaforrás, oly subtilis elváltozásokról van szó, hogy döntő bizonyítéknak tekinteni nem lehet. Csak egy példát hozok fel saját tapasztalatomból, amelyhez hasonló azt hiszem más sebész is szerzett:

Egy fiatalembernek Röntgen-vizsgálattal pontosan lokalizált kiscsőbületi fekélye volt; a Röntgen-vizsgálat egy fillérnyi fekélyfészket mutatott ki. Négy hónapi belső kezelés után, amely idő alatt a beteg teljesen jól érezte magát, többször megismétlődő vérhányás lépett fel. A most ugyanazon vizsgáló által készített Röntgen-felvételkor a régebbi ulcusárnyék nem volt átható. Minthogy a vérzés és fájdalom nem akartak megszűnni, műtétre került a sor; egy, a májba penetráló kiscsőbületi fekélyt resectáltam. A fillérnél nagyobb callusos fekély ürege organizált, részben friss vérrelvadékkal volt teljesen kitöltve.

Ezért a tünetmentesség és a Röntgen-bizonyíték mellett még az észlelési idő hosszabb tartamát is megkívánjuk a gyógyulás constataciójához.

A belsőleg kezelt callusos fekélyek gyógyulása hegesedés útján történik. Ha a fekély nem volt penetráló és a pylorustól távoli volt a keletkezett heg, ha még úgy zsugorodik is, sem a gyomor rögzítettségét nem okozza, sem passage-zavart nem eredményez. A a pyloruson, vagy a gyomor mellső vagy hátsó falán elhelyezett, vagy penetráló fekélyek gyógyulása utáni heg azonban a gyomornak oly fokú rögzítettségéhez, vagy a pylorus beszűküléséhez, vagy homokóra-gyomor képződéséhez vezethet, hogy az anatómiai gyógyulás dacára újabb olyan működési zavarok állhatnak elő, amelyek belső kezeléssel nem befolyásolhatók.

A sebészeti kezeléssel szemben a fekélyes bete-

gek tapasztalat szerint éppen úgy viselkednek, mint a belső kezeléssel; vannak, akik, ha úgy szabad mondani, jól reagálnak a műtétre, és vannak, akiknél semmiféle műtéttel sem vagyunk képesek segíteni, még a legradicalisabbal sem. Ismeretesek esetek, akiknél 3-4-szeri műtét után kiújlva a fekély, majd nem teljes gyomorkiirtást végeztek. Hogyha azonban számításba vesszük azt, hogy műtétre talán kivétel nélkül csak azok a betegek kerülnek, akiknél a belső kezeléssel eredményt elérni nem lehetett, akkor a sebészeti kezeléssel elért eredményeket egyszerűen szembeállítani a belső kezelés eredményeivel nem jogosult. A tényleges viszonyoknak megfelelő ilyen összehasonlítás csak akkor volna lehetséges, ha egy bizonyos számú fekélyeseknek a fele minden válogatás nélkül kerülne műtétre.

A *callosus fekély sebészeti kezelésének módjai* vagy az úgynevezett conservatív, vagy az úgynevezett radicalis műtétek.

A *conservatív eljárásoknál* a fekély maga érintetlenül marad, de begyógyulására kedvező viszonyok lesznek műtétilag teremtve azáltal, hogy a gyomortartalom elvezetéséről gondoskodva, a fekély a mechanikai és chemiai insultusok alól mentesítettik.

A *radicalisnak* nevezett eljárások mindegyike a fekélyt eltávolítja; ezzel a fekély minden esetleges későbbi szövődményének eleje van véve, a fekély helyén egy vonalas heg marad vissza, amely a conservatív kezelés mellett gyógyult vaskos, csillagos, rosszul edényezett heggel szemben recidivák, illetve új fekély keletkezésére nem hajlamos, cc.-ás degenerációja nem gyakori és szabadon mozgatható lévén, a gyomor motorikus működését sem befolyásolja károsan. Ezen előnyeivel szemben áll a műtét súlyos volta, tehát nagyobb mortalitása és az a körülmény, hogy több-kevesebb ép gyomorresztet feláldozásával jár. Ha még ehhez hozzávesszük, hogy még a legkiterjedtebb resectio sem nyújt abszolút biztosítékot egy új fekély keletkezése ellen és hogy a conservatív műtéti módokkal kezelt esetek közül nagy számmal ismeretesek végleges gyógyulások: érteni fogjuk, hogy napjainkban is állandó vita folyik afelett, hogy a conservatív vagy a radicalis műtét helyesebb-e?

A conservatív műtéti módok közül a *gastrostomia* ritka cardialis fekélyek esetében, a *jejunostomia* pedig az egész gyomorra kiterjedő olyan fekélyeknél nyer alkalmazást, ahol a gyomornak még egy gégvégzéséhez szükséges ép darabja sincs.

A *gastroenterostomia* nem vitatott alkalmazási terrenuma a pylorus- vagy duodenum-fekélyek, de a fekély bármilyen localisatioja mellett is végezhető. Az ily módon operált betegek egy részénél a műtét után azonnal megszűnnek az addigi kínzó tünetek és ezeknek megint egy részénél (különböző sebészek szerint az operáltaknak 30-80%-ánál) a kedvező eredmény végleges is marad; pontos functionalis és Röntgen-vizsgálatok igazolják, hogy a fekély tényleg meggyógyult. Fájdalom, nem minden esetben van a műtétnek ilyen jó eredménye.

A kezdeti kedvező eredmények megrosszabbodása vagy az anastomosis-nyílás beszűkülésének, vagy a gyomorba ömlő epe stb. a gyomoremésztést zavaró hatásának, vagy az anastomosis-hoz felhasznált jejunalis kacsban fekélyképződésnek lehet az eredménye. A gyomor-bél-szájadék beszűkülésének a veszedelme vagy túlságosan kicsiny nyílás esetében fenyeget, vagy ha a kezdetben a fekély által mechanikusan vagy spastikusan megsűkülött pylorus ismét átjárhatóvá válik. A nyílás kicsinységére tekintettel az egyidőben nagyon

elterjedt Murphy-gombot ma már nem használjuk és a nyílást jó tágasra készítjük.

A készített sipolynylás záróképesége és a rajta keresztül a gyomorba jutott epe, pankreas- és duodenalis nedvnek a gyomor emésztésére gyakorolt hatása újabban sokat foglalkoztatta a vizsgálókat. *Löning* pl. megállapította, hogy a mesterséges nyílást környező gyomor- és bélizomzat sokkal kevésbé pontosan szabályozza a gyomor részletenkénti kiürülését, mint a rendes pylorus-mechanismus; gyakori eset, hogy a gyomor kiürülése túl gyors. *Methling* szerint az epe magában véve is károsan befolyásolja a gyomor működését és végeredményben egy idült anacid gastritis keletkezik. *Enderlen*, *Freudenberg* és *Redwitz* állatkísérletek útján akarták a kérdést tisztázni és beható tanulmány tárgyává tették a gyomornedv savi viszonyait nemcsak az összaciditás, hanem a ható, az úgynevezett actualis savmennyiség szempontjából; vizsgálataikból kiderül, hogy *gea.* után a gyomor activ aciditása csökkent, de a közömbös pont nem lesz elérve, és hogy mindenféle emésztés a rendesnél rosszabb. Ezen kísérletek azonban normalis gyomornedv mellett végeztettek és ezért nem is lehet nekik döntő fontosságot tulajdonítani. Annyi kétségtelen, hogy a gyomorba jutott epe különösen kezdetben sok kellemetlenség oka lehet, de a mindennapi tapasztalat azt is bizonyítja, hogy ezen kellemetlenségek nem szoktak állandósulni és hogy a megváltozott viszonyok dacára az emésztés kielégítő, amit a betegek subjectiv jóérzése és a jelentékeny súlygyarapodás bizonyít.

A *gea.* ezen ki nem elégitó eredményeinek megjavítása egy hosszú sorát eredményezte a különböző műtéti módosítások ajánlásának. A tisztán technikai módosításoktól eltekintve, elvi fontosságúak azok az eljárások, amelyek a *gea.* hatásának fokozására a fekélykimetszés egyidejű elvégzését is ajánlották típusos műtétként; én kiscsörgőbületi fekélyek esetében a fekély kimetszése helyett a *gea.-sal* egyidejűleg a fekélyt *Balfour* előírása szerint megpaquelinezem, a környező gyomorrészlettel együtt és az így keletkezett anyaghianyát varratokkal úgy egyesítem, hogy a kiscsörgőbület se megrövidítést, se szögletbetörést ne szenvedjen. A Röntgennel utánvizsgált esetekben a műtét előtti ulcusárnyék megszűnt és a gyomor szembetűnő alakja elváltoztat sem szenvedett. A sebészek egy része a gyomor gyors kiürülésének lehetővé tételére helyezvén a fűsúlyt, a chemismuson semmit sem akar változtatni és a gyomortartalmat úgy vezeti le, hogy duodenum-nedv egyáltalában nem jut bele (*Roux-féle* anastomosis és módosításai); ezzel ellentétben *Schmilnsky* a duodenum-nedvet teljesen a gyomorba ajánlja bevezetni (innere Apotheke). Legnagyobb jelentősége van a *gea.* hatásának fokozásában a pylorus-kirekesztésnek. Ezt a műtétet *Eiselsberg* ki nem irtható pylorus-carcinománál ajánlotta, a *gea.* hatásának fokozására, azon felvételtől indulva ki, hogy a gyomor kettémetszésével és a csonkok vakon való elzárásával a pyloruson levő cc. gyorsabb szétesését és az ezzel összefüggő vérzést meg lehet szüntetni. Amikor a klinikai tapasztalatok feltevését igazolták, pylorikus elhelyeződésű fekélyeknél is kezdték eljárását alkalmazni. Ugyanis még a Röntgen-vizsgálóeljárások elterjedése előtt a *gea.* hatásának magyarázására 1907-ben végzett állatkísérleteimnél ki tudtam mutatni, hogy a gyomortartalom nemcsak a *gea.-nyíláson* keresztül jut a bélbe, hanem a pyloruson keresztül is, még akkor is, ha a pylorus szűkült. Ha tehát egy fekély akár mechanikus, akár spastikus úton nem teszi teljesen átjárhatatlanná a pylorust, akkor a *gea.-nak* csak a chemismusra való hatása teljes, míg a mechanikus insultus

ellen nem védi meg teljesen a fekélyt: a nyugalombahelyezés tehát nem tökéletes. Könnyen megérthető ezek alapján, hogy callosus pylorus- vagy duodenum-fekélyek eseteiben végzett *gea.* jóhatása sok esetben csak múló; ha az a callosus fekély t. i. teljesen elzárja a pylorust, akkor a gyomorbennék csak a *gea.-nyíláson* át távozhatván a gyomorból, a fekély nyugalombahelyezése tökéletes lévén: a kínzó tünetek a műtetre megszűnnek, amint azonban a *gea.* hatására akár a fekély gyógyulása folytán, akár a pylorospasmus megszűnése folytán a pylorus ismét részben vagy teljesen átjárható lesz, a gyomorbennéknek eleintén kisebb, később nagyobb része ismét a rendes úton távozik a gyomorból; ennek pedig a fekély tüneteinek kiújulása lesz az eredménye. Mindezeknek elejét lehet venni a pylorus kirekesztésével, amikor a gyomorbennék kiürülése csak a *gea.-nyíláson* át lehetséges. Különösen bizonyítók a pylorus-kirekesztés hatásosságát illetőleg azok a tapasztalatok, amelyeket a duodenum-fekély miatt végzett *gea.-nál* szerezhettünk. Magamnak két olyan esetet volt alkalmam észlelni, ahol a *gea.* elvégzése után 2, illetve 14 hónap múlva, amely idő alatt a betegek jól érezték magukat, az újra fellépett vérzés és nagy fájdalmak egy második műtetre kényszerítettek; a most végzett *Eiselsberg-féle* pylorus-kirekesztés 7, illetve 5½ év óta constátált végleges gyógyulásra vezetett. A pylorus-kirekesztésnek a *gea.* gyógyító hatását fokozó képességét vitatni nem lehet, azonban oly hátránya is van, amely miatt a legtöbb sebész elhagyta, sőt alkalmazását egyenesen hibának tekinti. A pylorus-kirekesztéssel operált betegek nagy számában észleltek ugyanis jejunalis fekélyt. Jóindulatú gyomorbetegségek miatt végzett *gea.-ok* után elvéve már régebben észlelték fellépésüket; nálunk először *Dollinger* és *Imrédy* írtak le ilyent; gyakoriságát a *gea.* után 1–5%-ra becsülik. Pathogenesisének, de különösen prophylaxisuknak kérdése újra aktuálissá vált, amikor a pylorus-kirekesztések után egyszerre nagyobb számmal észlelték fellépését; különösen *Haberer* hívta fel ez irányban a sebészek figyelmét, de mások is észleltek már akkor fekélyeket a pylorus-kirekesztés után, anélkül, hogy ezen észlelésnek valami különös jelentőséget tulajdonítottak volna; én már 1913-ban mutattam be az Orvosegyletben a Réczey-klinikáról egy esetet *Eiselsberg-féle* kirekesztés után. Amikor azonban *Haberer* 268 egyszerű *gea.-sal* operált ulcusos betege közül 3 esetben észlelt jejunalis fekély esetével szemben 71 pylorus-kirekesztett esetében 14-szer észlelte annak kifejlődését: a figyelem egyszerre a pylorus-kirekesztés felé fordult. *Keppich*, valamint *Popielsky* állatkísérletek útján meg is állapították az okozati összefüggést, úgyhogy olyan tekintélyek, mint *Haberer*, sőt maga *Eiselsberg* is a jejunalis ulcus veszedelmére való tekintettel a pylorus-kirekesztést elhagyandónak tartják; hasonló eredményre jutott a *Kuzmik-klinika* anyagán végzett utánvizsgálatok alapján legújában *Novák* is. A kérdést azonban véleményem szerint véglegesen elintézettnék ma még nem lehet tartani, mert állatkísérletek és egyoldalú klinikai tapasztalatok erre nem nyújtanak elég biztos alapot. Hogy a kirekesztett pylorus egyedüli oka lenne a jejunalis ulcusnak, azt megcáfolja az a tapasztalat, hogy egyszerű *gea.-ok* után éppen úgy felléphet, mint pylorus-resectio után és hogy cc. miatt végzett pylorus-kirekesztés után még eddig senki sem észlelte keletkezését. *Finsterer* legújabb összeállítása szerint pl. 35 jejunalis fekély esetében hiányzott a pylorus. Viszont a pylorus-kirekesztéseknek mégis csak nagyobb százalékában nem fejlődik jejunalis ulcus. Mindenesetre további vizsgálatokra és megfigyelésekre van még szükség, hogy a pylorus-kirekesztés

tés szerepe végleg tisztázódjon; addig is azonban, amíg ez bekövetkezik, tanácsosabb nem alkalmazni.

Ami a jejunalis fekélynek a kezelését illeti, az, tekintettel az általa előidézett passage-zavarokra, súlyos összenövésekre és az átfúródás állandó veszedelmére, csak sebészeti lehet és vagy a keringésből való kiiktatásban, vagy a resectióban áll.

Magamnak 6 esetet volt alkalmam mostanáig operálni; 2 esetben a fekély egyszerű gea. után, 3 esetben *Eiselsberg*-féle, 1 esetben *Wilms*-féle kirekesztés után keletkezett. Ezek közül 4-nél kirekesztő műtétet végeztem (megh. 1), 2-nél radicalis kimetszést *Clairmont* szerint. Ezek közül az egyik, akinél a gyomor, jejunum és colon transv. resectióját kellett végezni, meghalt, a másik gyógyult.

A callosus fekély miatt végzett gea.-sal elért állandó eredményeket illetőleg az egyes sebészek nagyobb számú operált esetei alapján összeállított kimutatásokban nagy eltérések vannak. Így *Garré*, *Kümmel*, *Petren*, *Hochenegg*, *Kocher*, *Angerer* és *Bier* 52–80%-ot kitevő végleges gyógyulásaival szemben az újabb időben megjelent közlemények legtöbbször határozottan kedvezőtlen eredményekről számol be. Ha ezen eltérő eredmények okait kutatjuk, akkor az alkalmazott technikán kívül, amelynek fontosságát nem lehet letagadni, a műtött esetek különbözőségében találhatjuk azt meg. Annak a sebésznek, aki a gea.-t válogatás nélkül, minden fekély-esetében alkalmazza, sokkal jobbak lesznek az állandó eredményei, mint azé a sebészé, aki a gea.-t *Verlegenheitsoperation*-nak tekintvén, csak olyan esetekben alkalmazza, ahol a resectio kivihetetlen. Erősen befolyásolja az állandó eredményeket a fekély fennállásának ideje és az általa okozott anatómiai elváltozások, nemcsak a gyomor kiürülését, rögzítettségét illetőleg, hanem a gyomornyálkahártya állapotát illetőleg is. Hogy a végleges eredmények különbözősége nincs-e a fekély elhelyeződésével vagy a gyomor chemismusával összefüggésben: arra vonatkozólag sem ismerünk még olyan nagyszámú esetre támaszkodó adatokat, amelyek alapján a kérdést el lehetne dönteni. Saját tapasztalataim, amelyeket 52 callosus gyomorfekély miatt végzett gea. alapján szereztem, arra indítottak engem is, hogy ma már ezen műtétet ritkábban alkalmazzam, mint régebben. Ha a beteg erőbeli állapota miatt a resectiót kockázatosnak tartom, a fekély bármilyen elhelyeződése mellett is alkalmazom; ha azonban ezirányú aggodalmam nincs, akkor a pylorikus fekélyeket resecálom, a kiscöbületi fekélyeknél gea.-t végzek a fekély cauterizálásával. A resectióval szemben a gea.-nak adok előnyt akkor is, ha a pylorikus elhelyeződésű vagy homokóra-gyomrot előidézett fekély a pankreasba oly nagy kiterjedésben és oly mélyen penetrált, hogy a resectio technikailag nehéz és előreláthatólag a pankreas súlyosabb sérülése elkerülhetetlennek látszik. 94.5%-ot kitevő műtéti gyógyulás mellett a végleges gyógyulás százalékát megállapítani nem áll módomban; dacára ugyanis az ezirányú szigorú utasításoknak, az operált betegeknek csakis igen kis töredéke jelentkezik olyan hosszú idő múltán, amely a végleges gyógyulás szempontjából számításba jöhet; pontos vizsgálat nélkül pedig az eredmény megbízhatatlan. Operáltjaim között van olyan nagy kiterjedésű többszörös callosus fekélyes beteg, akinél csak nagy nehézségek között tudtam elvégezni a gea.-t, két nagy penetráló pylorus-fekély, akik közül egynél még cholecystektomiát is kellett végezni, továbbá két kiscöbületi fekély, akiknél 6, illetve 8 évvel a műtét után joggal végleges gyógyulást vehetek fel. Egy homokóra-gyomor miatt végzett gea. után három év múlva a panaszok

változatlan fennállása miatt resectiót kellett végezni, kettőnél a műtét előtti panaszok, habár enyhébb formában, de még mindig megvannak.

Az hiszem, hogy a gea. valódi értékének elbírálása csak akkor lesz lehetséges, ha az operált eseteknek a műtét után 3–4 évvel eszközölt pontos vizsgálata alapján meg lesz állapítható, hogy a gyomor chemismus és kiürülése miként változott meg a fekély localisatioja és a gyomor műtét előtti savtartalmát illetőleg ugyanazon technikával végzett műtét után. Annyi azonban már most is megállapítható, hogy az az abszolút elutasító álláspont, amelyet a gea.-sal szemben újabban mind többen és többen a sebészek közül elfoglálnak, nem jogosult. Azt hiszem, nem csalogodom, ha azt állítom, hogy a gea. nem fog *Verlegenheitsoperation* maradni, hanem a fekélyek sebészeti gyógyításának egyik állandó és nélkülözhetetlen módja lesz.

A conservativ műtéti módok közé tartozik még a *Sattler*-féle „*Absteppungsmethode*“ és a *Roth*-féle eljárás, amely utóbbi a fekélyt a szembenfekvő vagy szomszédos gyomorfalrészleteknek ráncokba szedése útján tamponálja és ezzel egyidejűleg obliterálni igyekszik; a gyomortartalom levezetéséről a gea. gondoskodik. *Bier* klinikáján 25 esetben alkalmazták ezt az eljárást; 1½–2½ év múlva eszközölt utánvizsgálatok kimutatták, hogy a ráncolt gyomorrészt ismét kitágult és szabadon átjárható lett, a műtét kedvező eredménye tehát csakis a gea.-nak tudható be.

A callosus fekélyek sebészeti kezelésének egy második módja a *radicalis műtétek* csoportja; hogy a radicalis nevet nem jogosan viselik, azt már említettem. Minden sebészre nézve tagadhatatlanul van valami csábító abban, hogy egy rossz gyógyhajlammal bíró fekélyt a gyomorból kivágjon és ilymódon érjen el gyógyulást. A kérdés súlypontja azonban nem a resectio seb gyógyulásában van, hanem abban, hogy lehet-e ilyen módon a beteget a fekélyt okozó betegségből is kigyógyítani és egy újabb fekély keletkezésétől végleg mentesíteni. És ez a törekvés nyomul előtérbe az utóbbi években. Azok a resectio eljárások ugyanis, amelyek csupán magát a fekélyt, annak közvetlen szomszédságával távolították el: a hozzájuk fűzött vérmes reményeket nem váltották be, mert kiderült, hogy a műtét után a gyomor secretio viszonyai nem változtak meg. Ezen hátrányon olymódon iparkodtak segíteni, hogy principiaiter minden resectio után a gea.-t is végeztek a hyperchlorhydria csökkentésére és a gyomortartalom kiürülésének biztosítására. Minthogy azonban ilyenkor a peptikus jejunalis fekély veszedelme fenyeget és a gyomor kiürülése nem a physiologikus úton történik és az emésztés is zavarokat szenved: a sebészek egy másik része a resectio technikáját iparkodott olyképen módosítani, hogy a gyomor ne szenvedjen olyan alaki elváltozást, amely a szabad kiürülés akadályául szolgálhat, vagy egy új fekély keletkezésére alkalmas mechanikai viszonyokat vagy praedisponáló helyet teremti.

A gyomorpálya jelentősége és a fekélyek keletkezésére praedisponáló voltának előtérbe nyomulása az *Aschoff*-féle elmélet értelmében a kiscöbületen végzett resectióknak olyan módosításához vezetett, amelyek a kiscöbület meghosszabbítását eredményezték: ilyenek a *Goetze*, *Kaiser*, *Ostermeier* és *Roth* által ajánlott hosszirányú, illetve sarlóalakú resectiók. A legmesszebbre ment a „*Magenstrasse*“ fontosságának értékelésében *Schmieden*, az ő nyereg alakú gyomor resectiójának ajánlásával. Nagyon rövid idő telt még csak el azóta, hogy *Schmieden* eljárását mint causalis terapiáját a gyomorfekélynek ajánlotta, úgyhogy az ily módon operált betegek további sorsáról még nem lehet

tudomásunk, de hogy eljárása tényleg causalis lenne, ahhoz már most is sok szó fér. Így Ketsch és Friedrich, valamint Beer vizsgálatai szerint az étel útja nem végig azonos a kiscsőbülettel a cardiától a pylorusig, hanem annak körülbelül csak feléig, a középen levő szögletbe törésig. Kirschner szerint a gyomorpálya csak anatómiai fogalom, de nem functionalis. De tekintet nélkül arra, hogy megvan-e tényleg a gyomorpálya vagy nincs: nagyon valószínűtlennek kell tartani, hogy a gyomor a Schmieden által készített alakját meg is tartja; Borchers ezirányú vizsgálatai is kétségesé teszik azt, úgyhogy a Schmieden-féle műtéttel állandó eredményeket aligha lesz lehetséges elérni.

A fekélykezelés chemiai elméletét tartva szem előtt, Harberer és Finsterer a gyomor sósavat termelő részének principialis eltávolítását ajánlották, tekintet nélkül a fekély elhelyeződésére. Ezért a sósavat termelő felület teljes eltávolítása céljából Finsterer egy olyan kiterjedt gyomorresectiót ajánl, hogy annak legfeljebb $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -része maradjon meg. Hogy ilyen nagy kiterjedésű gyomorresectio után a hyperchlorhydria megszűnik, az könnyen érthető, de hogy abból a betegnek haszna is van, ahhoz szó fér. A kísérleti eredményeknek és Finsterer tapasztalatainak Kelling eredményei határozottan ellentmondanak. Ő ugyanis 6 olyan esetet közöl, amelynél a műtét előtti hyperchlorhydria, dacára az antrum és gyomor felénél kiterjedtebb resectiójának, mégis megmaradt, vagy rövidesen újra fellépett. Ámbár Haberernak, Schnitzlernek és Finsterernek műtési statisztikája fényes, és állandó eredményeik kitűnők, a sebészek egy jelentékeny részét és magamat is nem tudtak meggyőzni arról, hogy eljárásuk tényleg az egyetlen helyes útja a fekély sebészeti gyógyításának. Teljesen igazat adok Biernek, amikor azt mondja: „Bei der Beurteilung aller dieser Vorschläge muss man bedenken, dass sie alle noch theoretischer Natur sind und sie die praktische Probe noch nicht bestanden haben. Ihre Urheber nehmen für ihre Verfahren in Anspruch, dass sie „kausal“ und „physiologisch“ seien. Das tut aber heute jeder, mag er machen, was er will.“

En 34 esetben végeztem callosus gyomorfekély miatt resectiót, 9% műtési mortalitással. A resectiók között egyetlen Finsterer-féle nagy kiterjedésű nem volt; végleges eredményeim — amennyire azt megítélhettem — nem mondhatók lényegesen jobbaknak, mint a gea.-sal elért eredmények. En különben bármilyen módon operált betegemnek szigorúan a lelkére kötöm, hogy az előírt belső kezelést a műtét után legalább is 2 éven keresztül pontosan megtartsa még akkor is, ha teljesen jól érzi magát.

Külön kell még megemlíteni a duodenum fekélyeit. A legújabb időkig u. i. gyógyításukra jóformán kivétel nélkül a gea.-t alkalmazták, amelyet később a pylorus kirekesztésével iparkodtunk hatásosabbá tenni. Az ily módon operált esetekből szerzett tapasztalatok alapján — különösen a jejunalis fekélyek feléptére való tekintettel — azonban itt is felszínre került a resectio. Ennek technikai keresztülvitele a pylorus közvetlen közelében levő fekélyeknél különös nehézségeket nem okoz, de a pylorustól távolabb, a Vater-féle papilla közelében ülőknél a csont zárásának nagy nehézségein kívül a ductus choledochus és pancreaticus sérülésének a veszedelme is fenyeget. Ámbár a Harberer és Clairmont által inaugurált eljárás még sokszor ilyen esetekben is lehetségesé teszi a resectio keresztülvételét, de ez még magánál Haberernél is 8-7% közvetlen műtési mortalitással jár. Ezért a legtöbb sebész a papilla közelében elhelyezett fekélyeket nem tartja a resectióra alkalmasnak; ezeknél a sebészek legnagyobb

része a régi gea.-t tartja ma is a legcélszerűbb műtétnek. Finsterer és követői (Hofmeister, Zaaier) azonban a nem resecálható duodenum-fekélyeknél éppoly kevéssé tartják elegendőnek az egyszerű gea.-t, mint a gyomorfekélyeknél és principialisan a gyomor nagy kiterjedésű resectiójának elvégzését ajánlják a gyomorsav csökkentése és a jejunalis fekély keletkezése szempontjából.

Ámbár Finsterer csak 1.6% közvetlen műtési mortalitásról és 94% végleges kedvező eredményről számol be legutolsó közleményében, eljárása aligha fog a duodenum-fekély kezelésében tért hódítani, mert elméleti megindokolása nem mondható vitán felül állónak.

En műtét alá kerülő 22 duodenalis fekély közül mindössze 7 esetben végeztem a fekély resectióját a pylorussal együtt, a többi 15 esetben gea.-t végeztem, 6 esetben pylorus-kirekesztéssel együtt; a fekély esetleges átfúródásának elkerülésére ezen esetekben a duodenum falzatát Moynihan szerint redőkbé szedtem. A resectiót csakis a pylorus közelében ülő oly fekélyek esetében tartom indikáltnak, amelyek a duodenum falzatán nem okoztak nagy kiterjedésű lobos beszűrődést és a környezettel sincsenek erősen összekapaszkodva. A Finsterer-féle nagy kiterjedésű gyomorresectiót túlságnak tartom és nem követem.

Ha ezek után most végigtekintjük azt az utat, amelyet a gyomorfekély-chirurgia az utolsó húsz év alatt megtett, megállapíthatjuk, hogy a sebészeti ténykedés az aetiológikus momentumok szerint váltakozott, és hogyha ma még nem minden esetben tud végleges jó eredményeket felmutatni, az nem a sebészeknek múlik. A technika tökéletesedésével az eredmények állandóan javulnak ugyan, de végleges megoldást csak a pathogenesis kérdésének megfejtése hozhat. Amíg ez az idő elérkezik, a műtési eredmények megjavulását és a jó eredmények állandósulását nem kereshetjük másban, mint operált betegeinknek további állandó megfigyelés alatt való tartásában és a műtét után is további belgyógyászati kezelésében. Véleményem szerint a gyomorfekélyek kezelésében a műtét csak egy közbeeső állomás, amelyet a belső kezelésnek kell megelőzni és követni. A belgyógyász és sebész együttműködése az orvostudományt nem egy téren vitte már előre és remélhető, hogy ez a rendszeres együttműködés ezen a téren is mihamarább meg fogja teremni gyümölcseit.

DIAGNOSTIKA

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

A femoralis reflexről, a tetania egy új tünetéről.

Írta: Petényi Géza dr. egyetemi magántanár.

A tetania tünettana az újabb időben több új adattal bővült ki, így a peroneus- és radialis reflexszel. Abban a kedvező helyzetben vagyunk a tetaniánál, hogy vannak specifikus tünetek, amelyek semmiféle más megbetegedésnél nem fordulnak elő s magukban véve is biztosítják a diagnoszt. Ilyenek: az Erb-, a Trousseau-tünet s a carpopedalspasmus. Ezekből egy is elégséges a tetania diagnosishoz. A csecsemőkörben ezeken kívül még a specifikus tünetekhez számíthatjuk a laryngospasmust és a Chvostek-tünetet. Az ember azt hihetné, hogy ennyi biztos tünet mellett a tetania diagnosztisa igen könnyű. Ezzel szemben a tapasztalás azt mutatja, hogy vannak esetek, nem is olyan ritkán, ahol bizonytalan — legalább egy ideig —

a diagnózis. Az oka ennek az, hogy a *fentemlített tünetek specifikusak ugyan, de nem constansak*. A tetania chronikus megbetegedés, mely gyógyszerekkel s diaetával befolyásolható, magára hagyva azonban igen hosszú ideig — hónapokig, évekig — állhat fenn, nagy spontán ingadozásokat mutat s acut exacerbatiók váltakoznak tünetmentességgel vagy „latens tetaniával”. Ha hosszú ideig megfigyelünk egy-egy beteget, akkor igen változó klinikai képeket látunk; vannak időszakok, amikor egyetlen „specifikus” tünet sincs, vagy csak néhány napra jelenik meg egy, azután eltűnik, jelölve annak, hogy a tetaniára jellemző anyagcserezavar fennáll, csak nem hoz létre állandóan klinikailag megfigyelhető tüneteket. Vannak azután súlyos acut tetaniás rohamok, pl. eklampsia vagy laryngospasmus, ahol ezenkívül nincs más tünet, vagy csak egy-kettő a fentemlítettek közül. Ezek ugyan a kivételhez tartoznak, mert ilyenkor rendszeren többezt szoktunk találni a klasszikus tünetek közül, tény azonban, hogy vannak ilyen esetek s ezért számolni kell velük. Az általánosan elfogadott nézet szerint a tetaniánál a peripherikus idegrendszernek fokozott ingerlékenysége van jelen bizonyos mechanikus és villamos ingerekkel szemben. Ez igaz; nem lehet azonban megmagyarázni mai ismereteink mellett ezen túlingerlékenység localisatióját. Nehéz megérteni, hogy a hosszú chronikus lefolyás alatt miért váltakoznak a tünetek, hol az egyik, hol a másik jelenik meg, hogy néhány nap múlva helyt adjon egy harmadiknak, minden kimutatható ok nélkül. A helyzet mindenestre az, hogy ezen utóbbi esetek igen nagy számmal észlelhetők s diagnosztikai szempontból ezért szükséges, hogy minél több megbízható klinikai tünetünk legyen, minél több pontról lehessen vizsgálni az idegek túlingerlékenységét. Ezért jelenített nagy előhaladást az a megismerés, hogy a csecsemőkorban a tetaniás tünetek közé számíthatjuk a peroneusreflexet, mert egyike a leggyakrabban előforduló s legmegbízhatóbb tetaniás tüneteknek. Ebben a pontban megerősíthetjük *Lust* adatait, ha nem is találtuk olyan nagy percentszámban, mint ő.

Az alábbiakban egy új tetaniás tünetről számolok be. Megfigyeléseim szerint tetaniás gyermekeknél az eseteknek nagy számában ki lehet váltani a következő reflexet: ha *kalapáccsal rákopogtatunk a comb elülső felszínén a felső és középső harmad közötti területre, akkor összehúzódik a m. quadriceps s az alszár előrelelendül, úgy, mint a patellareflex kiváltásánál*. Magát a patellareflexet rendszeren a patella alatti ínérészletről váltjuk ki; fokozott ínreflexeknél nem ritkán lehetséges a patella feletti ínérészletről is kiváltani. Igen egyszerűen lehet demonstrálni, hogy a fent leírt tetaniás reflexnél más körülmények szerepelnek. Ha fokozott ínreflexek esetében nagyobb területről váltható ki a patellareflex s egy ilyen esetben fokozatosan fölfelé haladva kopogtatunk a comb elülső felszínén, akkor összehúzódik a m. quadriceps nem lehet már kiváltani, még tovább haladva tetaniás gyermekeknél a felső harmadnál újból kiváltható lesz a m. quadriceps összehúzódása. A patellareflex egy ínreflex, itt pedig csak az izmot érzük. Az a feltűnő körülmény, hogy a felső és középső harmad között lehet a legjobban kiváltani a reflexet s sok esetben csak innen, további útmutatást ad a reflex mibenlétéről. Ellene szól ez annak, hogy izomreflexről lenne szó. Theoretikusan elképzelhető, hogy fokozott izomingerlékenység van s a megkopogtatott izomnyaláb összehúzódik, azonban ebben az esetben az egész m. quadriceps területéről kellene kiválthatónak lenni, ez pedig egyetlen esetben sem volt észlelhető. Sokkal valószínűbb, hogy itt egy közvetlen idegreflexről van szó. A m. quadriceps a n. femoralis idegzi be, s az izomágak a comb felső és középső harmada táján hatolnak be az izomba, azon a helyen, ahol a reflexet ki lehet váltani. A Chvostek-, peroneus- és radialis tünettől analógiában felvehető, hogy itt ezen idegágak fokozott ingerlékenységéről van szó s ezek alapján a jelenséget *femoralis tünetnek* lehetne nevezni.

Három év lefolyása alatt 37 tetaniás eseten volt

alkalmam megfigyeléseket tenni. Könnyebb áttekinthetőség végett %-ban adom meg az értékeket. 68%-ban volt kiváltható a femoralis reflex, 32%-ban negatív. Ugyanezen esetekben a Trousseau-tünet pozitív volt 79%, a peroneusreflex 73%, a radialis reflex 54%, a Chvostek-tünet 46%-ban, laryngospasmust lehetett konstatálni 29%, eklampsiát 8%, carpopedelspasmust 8%-ban. Az Erb-tünet (az anodikus túlingerlékenységet is számítva) csak 70%-ban volt kimutatható. Amint láthatjuk, a femoralis tünet gyakorisága megközelíti a Trousseau-, Erb- és peroneustünetet, csak kevéssel marad el mögöttük s érzékenyebb a Chvostek- s radialis reflexnél.

Nemcsak az adja meg ezen tünet jelentőségét, hogy ilyen nagy percentszámban mutatható ki, hanem az is, hogy egyszerű és fájdalommentes a vizsgálata, éppúgy, mint a peroneusreflexé.

Voltak eseteink, ahol a femoralis tünet jelenléte döntötte el a diagnózist, pl.: egy 6 hónapos, addig elég jól fejlődő, mesterségesen táplált gyermeknél hirtelen eklampsia jelentkezett tonikus-klonikus görcsökkel. Egy órával az eklampsia után vizsgálva — a gyermek még eszméletlen állapotban volt —, az összes tetaniás tünetek hiányoztak, kivéve a femoralist; a galvános árammal szemben való érzékenységét nem vizsgálhattuk, mert nem klinikai eset volt. Annál feltűnőbb volt ennél az esetnél a femoralis tünet, mert egyidejűleg hiányzott a patellareflex, ami megfigyeléseim szerint nem tartozik a túlságosan ritka jelenségek közé tetaniás rohamoknál. A következő napon kiváltható volt e betegnél a peroneus- s Chvostek-tünet, amelyek CaCl_2 és csukamájolaj-adagolásra elég gyorsan eltűntek.

Egy további kérdés: *specifikus-e a femoralis tünet* abban az értelemben, hogy csak tetaniánál fordul elő, vagy megtaláljuk-e egészségeseknél, esetleg más kóros állapotoknál is? 240, részben egészséges, részben a legkülönbözőbb megbetegedéssel a klinikára felvett csecsemőt vizsgáltam át ebből a szempontból, akiknél semmiféle tetaniás tünet nem volt. Ezek közül háromnál találtam pozitív femoralis tünetet. Az egyik egy 1½ éves gyermek volt, diplegia spasticával s imbecilitással, a másik két 6 és 8 hónapos csecsemőnél csak chronikus táplálkozási zavar volt s ezeknél több heti megfigyelés mellett sem tudtam más tetaniás tünetet találni. Ez azt mutatja, hogy a femoralis tünet magában véve, ha az összes többi tetaniás tünet hiányzik, nem jogosít fel a tetania diagnózisára, nem specifikus tehát úgy, mint a Trousseau-, Erb- tünet s a laryngospasmus, amelyek magukban véve is elégségesek a diagnózishoz. A femoralistünet ebből a szempontból egy vonalra helyezendő a peroneus- s radialis reflexszel, amelyeknek előfordulása nem-tetaniás betegeknek kivételesen szintén előfordul.

A femoralis tünet korhoz van kötve, csak az első három évben észlelhető, idősebb gyermekeknél s felnőtteknél nem. Két és fél éves volt a legidősebb gyermek, akinél megvolt a femoralis tünet; egy 8, egy 12 éves és három felnőtt tetaniás beteget megvizsgálva, egyiknél sem volt kiváltható. Analog módon viselkedik tehát ebből a szempontból is a peroneustünettel, amely szintén csak a gyermektetaniánál észlelhető az első három évben.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Leukaemiának tartott rákbeteg. Schenk. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 50. sz.)

A szerző hat hónapon keresztül 45 éves férfibetegét észlelt, akinek a lépe tetemesen nagyobb volt, a lágyék és hólyag nyirokcsomói duzzadtak voltak és fehérvértsejtjei állandóan 140.000 és 55.000 között ingadoztak. A vérképben 16, sőt 20% myelocytát is találtak. A lép többszöri besugárzására és arsenkezelésre a beteg közérzete megjavult, munkaképes lett, anélkül, hogy a vérképben valami változás állott volna be. A jó közérzet azonban csak három hónapig tartott; a beteg nyaki nyirokcsomói baloldalt megnagyobbodtak és állandó

gyengülés közepette exilus következett be. A boncolásnál kiderült, hogy a betegnek nem leukaemiája, hanem gyomorrákja volt, nyirokcsoma-metastasisokkal. Csontmetastasis nem volt. A szerzőnek feltűnt, hogy ebben az esetben, mint Naegelinek egy egészen hasonló tevédesében, kevés volt a basophil és az eosinophil leukocytá (0,5—2%, illetőleg $\frac{1}{2}$ —1%), holott leukaemiásoknál, különösen besugárzás után, ez a szám 5—15% között szokott mozogni. A lép megnagyobbodását a benne talált két infarctus és a carcinosis következményének tartja.

Sarvay dr.

Leukaemiaszerű állapot extrem leukopenia vérképével. Bantz. (Med. Klinik 1923, 51—52. sz., 1705. o.)

Két betege pusztult el néhány hét alatt continua typusú nagy láz, súlyos toroknekrosis, haemorrhagias diathesis és mérsékelt lépmeagnagyobbodás tünetei között. A vérben mérsékelt anaemia mellett extrem leukopeniát talált (900, illetve 1000-ig) igen nagyfokú relativ lymphocytosissal; a granulocyták csaknem teljesen eltűntek. Kóros alakú fehérvérsejt nem volt, főltűnő az egyik beteg thrombocytáinak nagy száma (924.000). Egyik esetben megejtett boncolásnál sem leukaemias, sem sepsis eszélyezőseket nem találtak. Az ismeretlen aetiológiájú betegség a csontvelő leukopoëtikus részét támadja tehát meg, szerző „acute lymphatic leukaemia” nevezne. Hasonló eseteket legutóbb Friedemann ismertetett.

Pakozdy.

A kiütéses láz (exanthematicus) elleni immunosság tartama. Breinl. (Med. Klinik 1923, 50. sz., 1677. o.)

Pietnewnek és Wiglnak legutóbbi megfigyelései szerint a kiütéses lázon átesett ember immunossága nem szól mindig az egész életre; mindegyikük több kétségielen reinfectiót észlelt. Weil és szerző észlelései szerint a tengerimalac immunossága három hónappal az első fertőzés után csökkenni kezd, 12 hónappal az infectio után pedig annyira csökken, hogy ha az állatot újból oltják, az mintegy láztalan inapparens második fertőzésen megy át, amely a vérben újból védőanyagok képződésére vezet. A másodszori megbetegedés lehetőségének experimentális támogatója szerzőnek az a kísérlete, melyben 20 hónap után újból oltott és láztalanul maradt tengerimalac agyvelejét tovább oltva, kétségielen exanthematicust tudott előidézni. Valószínűnek tartja, hogy a vírussal szemben az ember is hasonlóan viselkedik s a vírus nagyobb mennyisége is előfordulhat láztalan emberben, ami epidemiológiai szempontból igen nagy fontosságú.

Pakozdy.

A fájdalomérzésről. Strümpell. (Pflügers Archiv 1923, 201. köt., 1—2. füzet.)

A fájdalom különleges érzéssaj. Physiologiás körülmények közt — a születést eltekintve — nem szükségszerű velejárója az emberi életnek, szemben a tapintással s. b. A fájdalomérző-képesség hiánya azonban már kóros állapot és további káros következményeket hoz magával. A fájdalom keletkezésének módjai közül legtöbbször abnormis izomösszehúzódások, gyulladások és traumák szerepelnek. Az első csoportban nemcsak sima izmok görcsei jönnek számba (kólika, érgörcs), hanem harántcsikolt izmok is az ú. n. ikragörcs révén. Erről közöl néhány érdekes megfigyelést. Ezt az állapotot legtöbbször az izom igen erős összehúzódásával magyarázzák, azonban akaratlan mozgásánál vagy Jackson-rohamnál sokkal erősebb az izom megrövidülése és megkeményedése, anélkül, hogy fájdalom jelentkezne. Ikragörcs esetén az izom további akaratlan ingereknek jól hozzáférhető és ezekre összehúzódással reagál, nem vehetjük fel tehát a fájdalom okául a túlerős összehúzódást. Tetanusnál és tetaniánál van hasonlóan fájdalmas összehúzódás, továbbá leginkább sima izmokon, melyeknek vegetatív beidegzése van. Az ikragörcs tehát bizonyos fokig a harántcsikolt izmok vegetatív beidegzésének irányába hivatja föl a figyelmet. A zsigerek fájdalomérző beidegzése sympathikus eredetű és nincs ok felténni, hogy a bőr más lenne. Tekintettel a fájdalomérzés jelentőségére a szervezet saját üzemének szabályozásában, amit másrésztől voltaképpen a vegetatív idegrendszer végez el, a vegetatív és fájdalomérző funkciók rokonsága ezen szempontból is lehetségesnek válik. A fájdalom az éhséghez és a szomszédághoz hasonló érzés és ezeknek keletkezésében szintén a vegetatív idegrendszernek van főszerepe,

Kiss József dr.

Urologia.

Echinococcus-tömlő által okozott teljes vizeletelzárásról. Clyde Deming. (The Journal of Urology 1923, VII.)

Az angol irodalomban nyolc hasonló esetet talált. A franciák közül L'huillier és Jendy 1912-ben és 1913-ban 56 medence-echinococust közölték le, melyekből 24 járt complet elzárással.

Földrajzilag a jéges-égöv az a territorium, hol ez a betegség leggyakrabban látható; itt a lakosság egyhatoda szenved benne. Ezután Szilézia, Ausztrália, Argentina és a dél-európai államok következnek, míg Észak-Amerikában ritka.

Thoma 1900 és Dévény 2727 összegyűjtött esetéből a medenceszervekben egytellen eset se fordul elő.

Jendy 2729 esetéről szóló cikkében 105 volt medencei eredetű, melyek közül 48 okozott vizeleti akadályt. Az 1914 óta ismeretes medencebeli echinococcusok közül kilenc okozott complet retentiót.

Szerző esete egy 31 éves sziciliáról szól, akinek tíz hónap óta fennálló vizeleti és székelési nehézségei complet retentióhoz vezettek.

Az alhasban egy resistentia tapintható, mely három ujjal a symphysis fölé ér. Per rectum egy, a medencét kitöltő, a rectum falát bedomborító, sima felületű képlet tapintható, mely felülről ráfekszik a prostatára és az ondóhólyagokra. Consistentiája leginkább egy vastagfalú zsákénak felel meg, melyre való rányomás attevődik a symphysis fölé.

Gombos bougieval a prostatás húgycsőben ellenállásra talált. A hólyagba csak bicoudé-katheterrel sikerült bejutni, melyen át azt thoriumnitráttal töltötte meg. A cystogramon a hólyag árnyékát a tumor bedomborítja. (A gát felől punctióval 250 cm³ sűrű sarga genyrt talált. Az ezután végzett rect. vizsgálatlalt az összeesett cystafal jól volt tapintható.) A lebecsátolt folyadék helyébe thoriumnitrátot injiciálva. Röntgen-felvételt készítettek, mely jól mutatta a rectum és hólyag közt elhelyezkedett tömlő árnyékát. A genyben colibacillust találtak.

Bismuthkasával történt bélvizsgálatnál a contrastanyag a cysta szintjénél nem jutott tovább.

Diagnosisként echinococcus-tömlőt vettek fel, melyet a gáton keresztül tártak fel s curetaget végeztek. A kaparekban nagyszámú echinococcus-horog volt található. A beteg a nyolcadik napon meghalt.

Sectionál: általános purulens peritonitis; echinococcus-tömlő a májban, tüdőben és medencében.

Ezután 48 kórtörténetet ismertet, melyekben a medencebeli echinococcus vizeletretentiót okozott.

Ezek közül 25 eset 20—40 év között fordult elő. 41 férfinél, 7 nőnél. Retrovesicalis volt 13; a rectum és uterus között 3. intravesicalis 1, ovarialis 1.

A műteti eljárást illetőleg suprapubicalis úton (punctióval, incisióval, extirpációval, a tömlő falának kivarrásával a hasfalhoz) gyógyítottak 23, a rectum felől 8, perinealis incisióval 6, colpotomiával 2 esetet; egynél spontán áttörés következett be a hólyagba, egynél a rectumba; hétnél nem történt műteti beavatkozás.

A 48 eset közül gyógyult 25, meghalt 20, incontiens lett 2, javult 1.

A gyógyulási tartam 3—10 hét egynél 10 hónap. Kórbonctanilag először Charcot írta le a medence-echinococust 1852-ben, ki, miután eseteinek legnagyobb részében a májban is megtalálta, secundaernek mondotta.

Ugyanígy nyilatkozott Albarran is.

Sok szerző, így Dolbeau, Davaine, Tuffier, más nézetek vannak. Szerintük a retroperitonealis kötőszövetben, a hólyag és rectum között vagy a medenceszervekben fejlődő echinococcus-tömlők primaer úton jönnek létre.

Abban a legelső szerző megegyezik, hogy a kórokozó a gyomorbelcsatornából haematogen úton jut a medencébe s ott a hólyagnyak compressiója és a prostatás húgycső torsiója révén idézi elő az akadályt.

A diff. diagnosis szempontjából a sarcoma, nagy prostata- és ondóhólyag-tályogok, hólyag- és végbéldiverticulumok jönnek szóba; nőknél uterusfibromák, ovarium-daganatok és cysták. Máj tumor mellett medencetumor mindig suspect echinococcusra.

Fontos a complementkötés.

Dózsa dr.

A hydronephrosisról. W. M. C. Quinby. (The Journal of Urology 1923, VII.)

Cikkében olyan esetekről ír, hol az anomaliás veseedények az uretert a vesemedencéből való kilépése helyén keresztezve hozták létre hydronephrosist.

Előfordulásukat gyakoriaknak tartja.

A különböző edénytípusok és a vese kórbonctani elváltozásainak leírása után eseteinek kórtörténeteit közli le.

Két esetében a vese mindkét polusához egy-egy önálló arteria húzódott; a hilushoz nem ment edény. Az erősen distendált vesemedencéből egyiknél 230 cm³, másiknál 500 cm³ folyadékot bocsátott le. Az elsőnél a pyelumot plastikai műtéttel kibébitve, nephropexiát végezett. Az egy év múlva készített pyelogram a vesemedencét 25 cm³ ürtealmúnak mutatta. A másodiknál (hol a kétoldali folyamat miatt szintén conservativ kellett eljárnia) az uretert körkörös kimetszve, a pyelum legmélyebb részébe varrta.

Ugyancsak ureterimplantatiót végzett hasonló módon még más két esetében.

Két esetben, melyeknél az alsó polushoz ment anomaliás edény az elsorvadt veseparenchyma miatt, (másik old. ép vese mellett) nephrectomiát végzett.

Jellemző tünetek: a fájdalom az angulus costovertebralisra lokalizálódik, nem sugárzik ki, rohamokban jelentkezik.

A rohamok után a betegek bizonyos mozgásokat kerülnék s fekvéskor bizonyos helyzetet vesznek fel.

Acut rohamok alatt a vese jól tapintható. A beteg láztalan. A vizeletben kóros elemek nem találhatók.

A therapiát illetően a következő műtétek végezhetők:

1. Nephrectomia helye ott van, hol a vese mint kiválasztó szerv már nem jön szóba.

2. Az anomaliás edény lekötése ott végezhető, hol a vese táplálása szempontjából nem fontos s más edények is vannak.

3. Legideálisabb műtét a plastikai, mely jól functionáló vesénél az anomaliás edény megtartása mellett gondoskodik a vizelet lefolyásáról.

Dózsa dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Egyszerűsített eljárás a tubák légátjárhatóságának vizsgálatára. A. Mandelstamm, Petrograd. (Zentralblatt f. Gyn. 46—47. sz.)

A tubák átfúvását Rubin alkalmazta először pneumoabdomen létrehozására. Azóta ezen eljárást már önállóan a tubák átjárhatóságának vizsgálatára használják. Hiszen sterilitásnál igen fontos tudnunk azt, hogy nem a tubák átjárhatóságában van-e a conceptio akadály; már pedig ennek vizsgálatára eddig megfelelő eljárásunk nem volt. Rubin, majd Guttman methodusa azonban igen komplikált, ezért fenti szerző egyszerűbb apparátust s egyszerűen levegő befúvását ajánlja. Fémkatheter, Riva-Rocci-féle manometer és egy kettős gummiballonból áll az apparatus, közbe lehet egy desinicienssel telt edényt iktatni, melyen az átfúvandó levegőt szűrjük át. Kellő sterilitás mellett az előző Hegarral tágitott nyakcsatornán át a katheret a méh ürébe vezetve, működésbe hozzuk a gummiballont: a higanyoszlop bizonyos magasságig emelkedik, majd a tubák átjárhatóságánál süllyedni kezd. Ha folytonos pumpálás mellett sem emelkedik a nyomás, ez abszolút bizonyíték a tubák átjárhatósága mellett. Eljárást 22 esetben alkalmazta, 15 esetben pozitív, hatzor negatív, egy esetben kérdéses eredménnyel. Hat ízben a közvetlenül utána végzett laparotomia igazolta az előző eredményeket. Vegeredményben azt mondja, hogy sterilitás esetén művi beavatkozást csak előzetes tubaátfúvás után szabad végezni. Kevés (50—100 cm³) levegő elegendő ehhez s legfeljebb 150—160 mm nyomás alkalmazandó. Fenti műszerrel könnyen kivihető. Kontraindikálja az eljárást terhesség, gyermekégy, menses, gyes fluor s általában gyorsult vérsüllyedési reactio (latens gyulladásos folyamat a környezetben). Óvatosságra int egy esete, ahol dyspnoé és szapora pulzus mellett a bal parametrium s a bóraltali kötőszövet emphysemája lépett fel s csak egy hét múlva tűnt el.

Fellettár dr.

Egyszerű berendezés a tubák légátjárhatóságának bizonyítására. F. Engelmann, Dortmund. (Zentralblatt f. Gyn. 46—47. sz.)

Ugyancsak egyszerűsíti a tubák átfúvására szolgáló apparátust. Az általa szerkesztett s ajánlott nagyjában az előbbieken leírt műszernek felel meg, ő is levegőt fúvat be. Azonban a tubák átjárhatóságának bizonyítására nem elégzik meg a manometer észlelésével, hanem a levegő átáramlását a tubákon stethoskoppal is hallgatja. A levegő áthatolása ugyanis jellemző zörejt okoz s külön-külön mindkétoldalt észlelhető. A levegő esetleges visszaáramlását a méhnyakon át úgy ellenőrzi, hogy a medencét magasra helyezve a hüvelyt vízzel tölti meg. 20 esetben alkalmazta műszerét, maximalisan 150 mm nyomás mellett. Therapeutikus jelentőséget is tulajdonít ezen eljárásnak, amennyiben enyhébb összetapadás által elzáródott tubaszájadékok megnyitását észlelte levegő átfúvásánál. Egy esetben 190 mm nyomás mellett az átfúvás közben hirtelen collapsus lépett fel dyspnoé, cyanosis s kihagyó pulzussal. A szív felett szabálytalan, hangos rotyogásszerű zörejt volt hallható. A beteg 15 perc múlva lassan kezd magához térni ezen valószínűleg légembolia okozta súlyos állapotból. Ezért szerinte ezen eljárás még csak intézetek számára, kellő assistentia mellett ajánlható.

Fellettár dr.

A tubaátfúvás methodikája. B. Ottow, Dorpat. (Zentralblatt f. Gyn. 46—47. sz.)

Fenti szerző is saját maga készítette apparátust ajánl, mely nagyjában megfelel az előző kettőnek, azonban állványra van szerelve úgy a bevezetendő cső, mint a portiót rögzítő golyófogó is, úgyhogy a műtő keze szabadok maradnak. A levegő visszaáramlását a méhnyakon át gummidugó akadályozza s ezt a hüvely vízzel való megtöltése révén ellenőrizhetjük is. A tubák átjárhatóságát a nyomáscsökkenés jelzi, de a levegő átáramlását hallgathatjuk stethoskoppal a hasfalán át, valamint észlelhetjük rectalis auscultációval is. Erre a célra egy phonedoskopszerű hallócsövet ajánl, mely a rectumba vezetve az elülső falra illesztendő. Szerkezetének nagy előnye szerinte, hogy automatikus, a nyomás pontosan ellenőrizhető s a levegő jól dosírozható. Káros következményeket nem észlelt. Egy esetben II. hónapos graviditásnál művi abortus előtt a tubák átfúvásánál átjárhatónak bizonyultak; az abortus azonban nem

indult meg. Csak szakorvos kezébe való eljárásnak tartja s szigorúan ügyelni kell arra, hogy contraindicatio esetén ne alkalmazzuk, mert így jóvá nem tehető károkat okozhatunk.

Fellettár dr.

A női kismencede szerveinek radiogeographiája pneumoperitoneum segítségével. M. Jung. (Gynécologie et Obstetrique 1923. 2. sz.)

A pneumoperitoneum alkalmazását Franciaországba Ribadeau-Dumas és Mallet vezették be 1919 ben. Már régen próbálkoztak azzal, hogy a méhürbe collargolt vagy baryumot fecskendezve, annak radiographiai képét kapják, azonban sikertelenül. Nőnél levegőt két úton vihetünk a hasürbe: méhürbe és a kürtökhöz át, avagy a hasfali punctio révén. Az előbbi melhódust az amerikai Rubin ajánlotta először, ezt azonban a cervicalis váladék szigorú bakteriologiai vizsgálata után végezhetjük. Különben is célja inkább therapiás, sterilitás esetén. Szerző azért legtöbb esetben a hasfalán át ömlesztett, még pedig szénsavat a hasürbe, azért, mert a szénsav igen gyorsan szívódik fel, nem nagyon izgat. Caliez szerint gázemboliát nem okoz. A műtét előtt pantopon-scopolamint adunk a betegnek, korának megfelelő dosisban. Rendesen b. o. köldök alatt két ujjal szúrjuk be a mandrinos trocar-t s megfelelő készülékből a nyomást higanymanométerrel ellenőrizve bocsátjuk a szénsavat a peritonealis ürbe, kb. 1—2 liternyi mennyiségben. Az eljárás nem fájdalmas, csupán a jobb lapocka táján éreznek nyomást a betegek, ez is csökkenthető a Trendelenburg-helyeztetel. Albuminuriát vizsgálat után sohasem észlelték, annak dacára, hogy Gessner szerint ez pneumoperitoneum után igen gyakori. A beteg ezután hasával a lemezre fektetjük Trendelenburg-helyzetben. Kérdés, milyen praktikus értéke van ezen eljárásnak? Mayer szerint a pneumoperitoneum segítségével pontosan felismerhetünk összenövéseket, differentialdiagnosztis végezhetünk peritonitis-chronica adhaesiva és egyszerű intestinalis atonia között. Szerző szerint igen könnyű elkülöníteni az egyszerű follicularis cystákat ovarialis daganatoktól, pl. dermoid cystától. A sterilitás okának felfedezésében is jó szolgálatot tehet a pneumoperitoneum. Ha lemezen nem tudjuk elkülöníteni a kismencede szerveit, ennek oka az, hogy az összenövések miatt nem tudott közéjük hatolni a szénsav. Ez a megállapítás fontos régi gonorrhoeás és tbc.-s salpingitisek operatívájának prognosisában. S végül sok psychopathiás beteg kerüli el a műtétet, ha a pneumoperitoneum vizsgálat a feltételezett összenövéseket nem mutatja ki.

Bud György dr.

Gyermekeorvostan.

A gyermekkori féregűző kúrák veszélyeiről és azok megállításáról. H. Brünig. (Deutsche med. Wochenschrift 1923. 45. sz.)

Reámutat azokra a veszélyekre, melyek minden féregűző szer alkalmazásánál előállhatnak, különösen azonban az Oleum Chenopodii anthelmintici adagolásánál előforduló súlyos mérgezésekre hívja fel a figyelmet. Ot súlyos, köztük négy halálosan végződő ily mérgezési esetet ismertet, olyanoknál, akiknél a féreg jelenléte klinikailag nem is volt konstatálható s csak sejtették a féreg jelenlétét.

Szerinte anthelmintikus kúrát alkalmazni csak akkor szabad, ha a féreg jelenléte klinikailag kimutatható. A kúrát ezen cautea szemmel tartása mellett is csak akkor szabad végrehajtani, ha más akut, a helmintiasissal össze nem függő betegségi tünetek nem komplikálják a klinikai képet. Az elhajtás alatt minden más gyógyszerelést ki kell hagyni. A szerkesztésnél megállapításánál a gyermek korát szigorúan tekintetbe kell venni s a dosist inkább túlszorúan tartjuk be, semhogy liberálisan kezeljük. Végül azt kívánja, hogy Németországban az Oleum Chenopodii anthelminticit a szabadon kiadható szerek csoportjából a keresztes szerek csoportjába osszák be.

Bókay Zoltán dr.

Trichophthiasis a csecsemőkorban. Langer és Rosenbaum. (Deutsche med. Wochenschrift 1923. 33. sz.)

Szerzők a háború alatt lezajlott nagy trichophyton-járványok tanulsága szerint, másokkal egyetértve, a gombás megbetegedések főként a rossz lakásviszonyokban és a hiányos higiénia miatt látják. Feltűnő, hogy a csecsemőknek és kisgyermeknek milyen ritka a trichophthiasis. Megfigyelésük szerint 220 eset közül csecsemőre négy, kétéves gyermekkorra 10, háromévesre 17 esett. A betegség három formában jelentkezhet: 1. a kórképe egészen az ekzema marginatum képét utánozza, csak a localisatio nem felel meg, ugyanis inkább a háton lép fel; 2. alak a herpes tonsuranshoz hasonló; 3. alak az egyszerű seborrhoea siccahoz hasonló. Ezen utóbbi észleletet már több oldalról megerősítették, ezért szükségesnek tartják, hogy minden ilyen esetben a mikroszkopos vizsgálat elvégeztesse. A ragályozás a szerzők szerint főképpen a ruházat által történik. Therapiára vonatkozólag a jódtinctura- és kálicszappan-kezelés mellett igen hasznosnak tartják a híg KOH-oldattal való felpuhítását a telepeknek, mert ilyen módon a felületes hámrétegek hamar le-
lökődnek, emi a kezelést igen megkönnyíti.

Balogh dr.

A hexal és neohehexal alkalmazása gyermekkorban. M. Hirsch. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 52. sz.)

A Riedel-féle hexal, mely hexamethylentetraminnak és sulfosalicylsavnak összetétele, valamint a neohehexal, amelynek két molekula hexamethylentetramint kapcsol egy molekula sulfosalicylsav, sokkal hatékonyabbak szerző szerint, mint a régi készítmények s úgy szolgálva nincsen mellékhatásuk. 68 gyermeket kezelt e szerekekkel 1914 óta, kéthónapos kortól 14 éves korig s azt tapasztalta, hogy különösen a coli-pyelocystitiseknél és egyéb nem tbc.-s eredetű húgyvisszérvi bajoknál gyors és végleges gyógyulás áll be alkalmazásukra. A szer a lázas mozgalmakat is jól befolyásolta.

Adagja csecsemők számára 0'50—1'0 g, 1—6 éves gyermekeknek 2'0 g, 6 éves koron túl 3'0 g pro die, vízben vagy tejben oldva. Bókay Zoltán dr.

Egységes nomenclatura a gyermekkori tüdő-röntgenogramok leírásában. Klare, (Klin. Wochenschrift 1923, 51. sz.)

A gyermekkori tüdő Röntgen-leletének leírásából ki kell tűnni, hogy hol van az elsődleges góc s milyen nagy; a környéki bronchial-mirigyek állapota és a hilusárnyék alakja, intenzitása, massív vagy inkább foltos, csikolt voltának. A tracheobronchial- és -pulmonal mirigyek mellett különös figyelem fordítandó a paratrachealis mirigyekre. Grau az abnormis árnyéknak három alapegységét különbözteti meg, úgymint: egy nagyobb terület fátyolozottsága vagy kiterjedt árnyékoltsága; körülírt árnyékolt (góc) és árnyékcsoportok, mint hosszú, keskeny árnyékot adó képletek kifejezőjét. Ezen három alapegységet kiterjedése, elhatárolottsága és az árnyék milyensége szerint kell leírni a gyermeki tüdő Röntgen-leletében. Tüdős dr.

Szoptatás és vitaminszegénység. Eckstein és Szily. (Klinische Wochenschrift 1924, 1. sz.)

A nőitejnek vegyileg kimutatható lényeges elváltozását a háború okozta rosszabb táplálkozás következményeként észlelni nem igen lehetett. A vitaminok jelentőségének felismerésével azonban tudatára jöttünk annak, hogy az anya tápláléka mégsem lehet közömbös a szopós csecsemőre. Szerzők laktáló fehér patkányoknak olyan táplálékot nyújtottak, mely A-vitamin-, zsír-, phosphorszegény volt s az eredmény az volt, hogy a szopós állatoknál súlyos fejlődési, növekedési zavarok mutatkoztak. Legfeltűnőbb volt a lencsén található elváltozás, mely sok esetben typosus cataracta zonularis képét mutatta. A iencsében szövettanilag és mikrokémiaiilag Ca-ot lehetett kimutatni. Ugyanezen táplálékkal 6—7 hónapos, tehát idősebb patkányoknál rachitist sikerült fejleszteni, úgyhogy a szerveknek bizonyos „kordispositióját” veszik fel. Qualitative kielégítő, quantitative azonban nem elégséges táplálék mellett a laktáló állatok növekedési zavart nem mutattak, hasonlóképpen akkor sem, ha az anyának qualitative ki nem elégítő tápláléka mellett kevesebb állatot kellett szoptatni, mert akkor az anya vitamin-készlete pótolni tudta a hiányt. Vas J. dr.

Sebészet.

Interileo-abdominalis kiizsítástról. Loeffler. (Zeitschrift f. orthop. Chir. 1923, 43. köt., 3. füz., 444. old.)

11 éves fiúnál osteosarcoma miatt a bal medencefél legnagyobb részét eltávolította a végtaggal együtt. A statisztikában 25 operált közül 6 élte túl e műtétet, ezeknek a további sorsáról azonban feljegyzés nincs. Betege 15 hónap múlva is recidivánsan maradt és jelenleg, 5 évvel a műtét után, teljesen jól érzi magát s mint zenész keresetképes. Műtéténél fontos a spina il. ant. sup. és a tuber ischii megtartása a prothesis szempontjából, valamint az os pubis alsó és felső szárának legalább részleges megtartása az izomtapadások miatt (egyenes hasizmok, levator ani). Állítása szerint ez az első kifogástalanul gyógyult ilyen eset. Szombati.

A m. gluteus medius és minimus működéséről coxa vara és valgánál. Bragard. (Zeitschrift f. orthop. Chir. 1923, 33. köt., 3. füz., 401. old.)

Mechanikai kísérletekkel bebizonyította, hogy coxa valgánál a gluteusok lefutási iránya kedvezőtlenebb, azért, mert a függőlegeshez közelednek, minél fogva az izomvégpontok eltávolodása miatt az erő csökkenése akkora lehet, hogy a nagyobb izomfeszülés dacára elégtelenség keletkezik positiv Trendelenburg-tünettel. Coxa varánál pedig azáltal, hogy az izomrostok futása a horizontálishoz közeledik, az abducáló erő nagyobb ugyan, de ez a nyereség eltűnik, azért, mert az izomvégpontok egymáshoz közeledvén, az izomfeszülés elvész. Tehát hogy coxa varánál a sántítást eltüntessük, nem kell a combnyakat osteotómiával kiegyenesítenünk, hanem a gluteusok működését normalissá tehetjük azáltal is, hogy a troch. maiort az izomtapadással együtt levessük és lejjebb helyezzük. Ezt a műtétet először Langa alkalmazta s újabban Lexer ajánlja. Szombati.

Az asepsis terén észlelt néhány hibáról. E. Payr. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 43. sz.)

Műteteinknél az asepsis hibája nem a műszereink, hanem a kezek desinficiálásánál fordulhat elő, mivel a baktériumok a bőr mélyebb rétegeiből a műtét sebébe juthatnak. Éppígy a levegőből is bejuthatnak kórokozók. Egészséges szervezet ezen fertőzést leküzdí. Mivel a sebész kezének teljes csirtalanítása lehetetlen, a kezek fertőzésének elkerüléséről prophylactikusan kell gondoskodnunk. Erre szolgálnak a gummikesztyűk, genyes területen műszerekkel s nem szabad kézzel való dolgozás. Tekintettel arra, hogy genyes sebfelületől 20—30 cm távolságban is a bőr rengeteg sok fertőző csirt tartalmaz, mivel a legpontosabban felhelyezett kötés is elcsúszik s a sebváladék a bőrt fertőzi, azért gummikesztyű nélkül a seb környékét sem szabad érinteni. Betegeinket csak műtét után szabad kötőznünk. A műtetre előkészítendő betegnél műtét előtt este a fürdőben, borotváláson kívül fontosnak tartja az aether-alkoholos lemosását a műtét területnek s aseptikus védőkötés alkalmazását. A vizsgálatra szolgáló műszereink (mérőszalag, stetoskop stb.) kifőzhetőek legyenek. A fasznek a genyes váladékot magukba szívják, azért aseptikus műteteink után már használt fasint ne alkalmazzunk. Az Esmarch-pólya kifőzendő vagy pedig sublimat-lysol-oldatban lemosandó. Éppígy a Bier-féle gummipólya és a Roth-Dräger-készülék kóroka is. Laparotómiánál a köldököt — mivel nehezen sterilizálható — benzinle mosás után mastisolal bekeni s steril bolus alzával behint. Hasi műtéteknél (epeutak, gyomor, bél) a hasfali tályog elkerülése céljából a hasfal zárásánál külön műszereket és varróangyagot használ.

Kovács J. dr.

Gyomormymomáról. E. Weber. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 42. sz.)

Nem carcinomás természetű, súlyos vérzéssel járó gyomordaganat ritkán fordul elő. Betegénél a vizsgálat alkalmával csekély nyomási fájdalom és a nagyfokú anaemián kívül egyebet nem talált. Röntgen-átvilágításnál a gyomor corpusán gyűrűalakú behúzódnást s a kisgömbületen feltűnő kettős körvonalat látott, melyből a gyomor mellő vagy hátsó falának hegedésére következtetett. A gyomor kiürülése normális volt. Műtéténél fekély helyett a kisgömbületen billiárdgolyó nagyságú, puha tapintatú, a lig. hepato-gastr.-ban fekvő, serosával borított, széles alappal bíró, erősen vascularizált daganatot talált, melyet gyomorresectióval távolított el. Betege meggyógyult. A gyomorba betüremkedett daganatrészen lencsényi perforációs nyílást talált, melyből a vérzés származott. A daganat szövettanilag leiomyomának bizonyult. Rajta kívül Simond írt le gyomormymomát, Ringel pedig myosarcomát. Azonban Virchow már 1862-ben említést tesz myoma ventriculiról. Tüneteket legkorábban a pyloruson ülő myomák okoznak a gyomor kiürülési akadályai miatt. A gyomor üregébe beboltoosuló, vagy a lig. gastrocol.-ban, vagy az omentumban lévő subserosus daganatok csak akkor okoznak kellemetlenséget, ha tetemesebb nagyságot értek el. A kocsányos myomák a pyloruson át a duodenumba juthatnak pylorusspasmust előidézve. A legtöbb gyomormymománál a vérzés az egyedüli tünet. A széles alappal bíró myomáknál gyomorresectiót, a kocsányosnál egyszerűen a daganat kimetszését végezzük.

Kovács J. dr.

Újabb eljárás a gastroskopiával járó veszélyek elkerülésére. W. Sternberg. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 42. sz.)

A gastroszkop bevezetésénél az előzetes érzéstelenítést nemcsak nem tartja szükségesnek, hanem veszélyes is a gastroskopiával járó kellemetlenségek elkerülésére, mert a reflex érzékenysége szükségünk van. A műszer sikamlóssá tételére szolgáló anyag kellemes ízű legyen, mert a kellemetlen íz undort, félelmet, rosszullétet, nauseát okoz. A complicatiók elkerülhetők megfelelő gastroszkop és megfelelő technikai készség mellett. Az általa konstruált gastroszkop segítségével a vizsgálatot mo., atropin, cocain és assistens nélkül, ambulansan végzi. Oránként 12—15 vizsgálatot képes végezni a műszer egyszerűsége és tökéletessége folytán. Betegeit baloldallal fektetve vizsgálja. A gastroszkopot a szem ellenőrzése mellett vezeti be.

Kovács J. dr.

A Pirogoff-féle amputatio és a prothesis. M. Werth. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 43. sz.)

A 100 esetben végzett Pirogoff-műtét után 42 esetben a functionalis eredmény jó, 45 esetben tűrhető és 13 esetben rossz volt. Ha a művégtagra lábrészt nem alkalmaztak, a betegnek panaszai járásközben nem voltak, míg a lábrész hordása legfőbb ször fájdalmakat idézett elő. Tökéletesen hordékes csontok nyerni a legpontosabb műtét technika dacára sem lehet. A calcaneus-csonoknak a tibiához szögezése nem ajánlatos, mert necrosist, nehezen gyógyuló fekélyeket, fájdalmas hegeket okoz. Fontosnak tartja, hogy a calcaneus-csontot, melyben előzőleg egy üreget véstünk, mint sapkát helyezzük a tibia csontjára. Ezáltal a calcaneus elmozdulását elkerüljük. Már 4—5 hét múlva a beteggel gipsz-prothesist hordat. Az elastikus filz és gummiláb alumíniummal és összefűzhető bőr lábszártokkal

combinálva jobb a háború alatt készült fa-művétagoknak. A legtöbb csont még ezen művétagokkal sem hordképes. Legjobb azok művétagok, melyeknél a támasztófelület nemcsak a csonton, hanem a térd alatt a tibia fejcén is van.

Kovács J. dr.

Vérátömlesztés Percy szerint. Nather K. és Oschner A. (Wiener klin. Wochenschrift 1923, 39. sz.)

A Moss-féle agglutinációs próbával a véradókat négy csoportba osztották és szükség esetén a megfelelő csoport egy emberét használják fel. 600 cm³ ürtartalmú üveghengernek egyik vége nyitott, másik vége vékonyodó és meghajlított. Ezt sterilizálják, belsejét kiparaffinozzák. Miután a hengerbe kevés paraffint öntöttek, hegyes végét beledöntik az adó egyén vérébe s a vér magától benyomul a hengerbe. Szükség esetén a henger másik végén levő gumicsővel szívják fel. Ezután a hengert a beteg vérébe beleillesztve, a vért befolyatják. Az eljárás egyszerű és veszélytelen.

Scheitz.

Az arcon lévő, tovaaterjedő pyogen folyamatoknak saját vérrel való kezeléséről. Nourney. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 44. sz.)

Az egész tarkóra kiterjedt s tovaaterjedő carbunculussal bíró betegénél a carbunculust bemetszette s ezután a carbunculus szélén a beszűrődött területet köröskörül a beteg vért fecskendezte. A folyamat tovaaterjedése hirtelen megszűnt s a nekrotikus szövetek elfolyósodtak. Azt hiszi, hogy a beteg életét a körülírt fecskendezés mentette meg. A fertőzéssel küzdő sejtek vitalis erejét a saját vér által kiváltott activ immunitási folyamat erősítette.

Kovács J. dr.

A Whitehead-féle haemorrhoidalis műtétről. Dzialiszinski. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 44. sz.)

A Whitehead szerint operált 20 betege teljesen panaszmentesen gyógyult, csak egyenél léptek fel stenotikus tünetek, melyek maguktól megszűntek. Ezen eredmény ellentétben áll az amerikai és angol sebészet utolsó néhány évi tapasztalataival. A műtét hátránya: 1. strictura, 2. nyálkahártya-ektropium, 3. incontinentia. Kilenc esetben a műtétet circularisan, 11 esetben nyálkahártya-híd meghagyásával végezte. Az utóbbiak műtét eredménye sokkal jobb. Circularisan végzett műtétnél, ha a műtét technika teljesen jó volt, a vérzést tökéletesen csillapíthatjuk, a nyálkahártya, bőrvarrat tökéletes s primára gyógyult, strictura sohasem léphet fel. A nyálkahártya-ektropium jó technika mellett szintén elkerülhető. Összes betegek még flatulok tekintetében is continensek voltak. Incontinentia az idegek és a sphincter sérülése következtében szokott fellépni. A Langenbeck-féle műtéttel szemben, a Whitehead-féle műtétnél recidiva nincsen.

Kovács J. dr.

Egyszerű eljárás a műtét utáni hányás elkerülésére. Bohne. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 44. sz.)

A hányás fellépte független a narcoticum minőségétől. Oka lenyelt narcoticum. A hányás megakadályozására a műtét után végzett gyomormosás nem elégséges, mert a gyomormosás dacára is gyakran lép fel hányás. A hányás elkerülésére a narcoticumot a tüdőkből igyekszik eltávolítani, úgy, hogy a még alvó betegnek physiologias honyhasós Spray-t adat. A különböző műtétek (g. e. a., cholecystektomia stb.) miatt 25 esetben altatott betegénél csak egy esetben látott hányást fellépni.

Kovács J. dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Handbuch der Tuberkulose. Herausg. von L. Brauer, G. Schröder, F. Blumenfeld. (II. köt. 132 ábrával, 8 fekete és 2 színes táblával. Alapár 30. III. köt. 124, részben színes ábrával és 14 színes táblával. Alapár 30. 1923, J. A. Barth Leipzig.)

E nagyszabású munka második kötete a tuberculosis gyógyításával, a hörgők és tüdők más betegségeinek a gümőkörhöz való vonatkozásaival, a mellhártyagyulladás és a spontán pneumothoraxal foglalkozik. Nagy tér jut az általános gyógyításnak, a klimás és diatézis kezelésnek, miről G. Schröder ír. A sugaras kezelésről szóló fejezetet A. Lorey írta, ismeretlenné ennek különféle fajtáit, részletesen foglalkozik a Röntgen-terápia javallatával, kiemeli annak sokszor nagyon hasznos voltát a hashártya-, a gégegümőkörhöz, sőt az ileocecalis tuberculosisban is. A vesegümőkörhöz is megkísérlelendőnek tartja ezt a kezelést olyan esetben, ha általános gyógyításra a beteg állapota javult. O. Thilenius írta a balneoterápia, E. Aron a pneumatoterápia és az inhalációs gyógyítás fejezetét. Egyes tüneteknek kezeléséről I. Sörgo és Chr. Saugmann írnak, C. Bachem a pharmakoterapiát, H. Schlossberger a chemoterapiát, J. Ritter és A. Gehrke pedig a specifikus gyógyítást tárgyalja. L. Brauer és Z. Spengler igen behatóan tárgyalják a tüdőgümőkör műtétét. A mellhártya sebészetről A. Gehrke, a thoracoskopia segítségével végzett műtétekről H. Chr. Jakobaeus ír. Az idült vegyes fertőzésekkel L. Brauer és E. Peters, G. Schröder pedig a tüdőtuberculosis viszonyával a légzőszervek más betegségeihez, a mellhártyagyulladással és légmellel foglalkozik.

A munka harmadik kötete a felső légutak, a szem, a fül, a bőr, az idegrendszer, a hasúri s a nemi szervek és az ízületek gümőkörjait öleli fel s ezenkívül külön fejezeteket tartalmaz a gümőkör és terhességről, továbbá az endokrin-mirigyeknek, az anyagcserebajoknak és a vérkeringési szerveknek vonatkozásairól a tuberculosishoz. A felső légutak nagy fejezetét Blumenfeld írta meg. A gégegümőkör — melyben némelykor családi dispositio mutatkozik — szerinte azért fejlődik ki a hangszalagon és a plica interarytenoideán, mert e helyek alkalmasak a másodlagos gégegümőkör kifejlődésére azért, mivel külön-külön zárt nyirokrendszerük van s így e helyeken lassúbb a nyirokkeringés, ami mellett az is szól, hogy e helyek megbetegedésében a környéki nyirokcsomók alig vesznek részt. Ha az elváltozás túlterjed az említett részekben, rendszerint a továbbterjedést, rosszabbodást nem lehet többé megállítani. A gégegümőkör keletkezése és lefolyása tehát szorosan összefügg a gége nyirokrendszerének berendezésével. A tuberkulint nem ajánlja az elkülönítő körjelzésre. Ezután részletesen foglalkozik a gyógyítással, a helyi és a sebészeti kezeléssel. C. v. Hess ír a szem tuberculosisáról, a fajlagos kezelést hasznát kétségesnek tartja. O. Körner és K. Grünberg a fül és halántékcsontról, O. Seifert a bőrnek gümőkörjait tárgyalja, O. Hezel pedig a gümőkör és a psychosizisok s neurosisok vonatkozásaival, a gümőkörös betegek psychikai zavaraiival s azoknak gyógyításával foglalkozik és a környéki idegek gümös betegségeit ismerteti. A Bostroem ír a központi idegrendszer tuberculosisáról. A gümös agyhártyagyulladás szerinte részben azért látszik ritkának öreg emberben, mert ebben a korban gyakran hiányzik a betegség jellemző tünetei, csak zavartság, nyugtalanság jelentkezik, majd pedig bénulás-szerű tünetek nyomadnak. Ehhez járul még az is, hogy az aggkori gümös agyhártyalob sokszor szembeéltő anatómiai eltávást sem okoz, csak ha keressük, találunk lobos elváltozást, gümöket. E baj felismerése tehát mindenképpen nehéz, és ezért a szerző igazat ad Jaquetnak, aki azt mondja, hogy ez a betegség az öregkorban nem olyan ritka, mint általában gondolják. Külön foglalkozik ezután a helyi meningoencephalitis tuberculosisával, melyben az agyhártyalob tünetei hiányoznak vagy egészen háttérbe szorulnak a göcötünetek mellett; majd az agytuberculum s a gerincvelő gümös betegségeit tárgyalja. O. Porges röviden vázolja a cukorbetegség, az obesitas és a köszvény viszonyát a gümőkörhöz, J. Müller pedig behatóan tárgyalja a gyomor-bél gümőkörjait, a gümőkörös betegek dyspepsiáját és ezeknek gyógyítását, a hashártya, a mesenterialis nyirokcsomók, a lép és a máj tuberculosisáról. K. Bohland ír a vérről, a vérkeringési szervekről és nyirokrendszeréről, H. Kümmel a vese- és hólyag-tuberculosisról. Szerinte a genitalis tuberculosis független a vese- és hólyag-tuberculosisától s az utóbbi mindig következménye a vesegümőkörnek. Behatóan foglalkozik a vesetuberculosis tünettanával, körjelzésével és az utóbbi célra ajánlja a bőr alá fecskendezett tuberkulint, mely biztosan vált ki reakciót a gümös vesén és amelynek alkalmazásától kárt nem látott. E. R. W. Frank ír a férfi-nemiszervek, O. Pankow a női genitális gümőkörjairől és a terhességről s tuberculosisról. E. Kisch tanulmánya az izületi tuberculosis körjelzéséről és gyógyításáról számos jó ábrával van ellátva. Befejezésül H. L. Kowitz foglalkozik röviden az endokrin-szervek vonatkozásával a tuberculosishoz.

H. F.

A férfi impotentiája és annak gyógyítása. (Psychoanalytikai tanulmány. Írta: Feldmann Sándor dr. ideggyógyorvos. Budapest 1923. Mai Henrik és fia.)

Szerző a psychoanalytikus irodalomban sűrűn tárgyalt psychikus impotentia megnyilvánulási formáit s azok analitikai magyarázatait foglalja össze. Újat nem találunk a könyvben, inkább csak a már kialakult psychoanalytikai felfogásokat igyekszik saját anyagából vett esetekkel magyarázni, illetőleg bizonyítani. Lényeg az, hogy a férfi psychikus impotenciája neurosis vagy neurosisnak részlettünete, amely neurosis a gyermekkorban átélt, a tudattalanba süllyesztett sexualis élmények és a tudat konfliktusának, avagy a sexualis ösztönnek a fejlődés valamelyik korábbi fázisához való visszatérésének következménye. Analysis útján az elfojtott sexualis képzet a tudatba kerül, a fejlődés korábbi fázisához kötött libido felszabadul s így az impotentia gyógyul. Ezen felfogás, ha tetszetős is, mindenestre egyoldalú s az olvasó nem képes szabadulni azon gondolatától, mikor az analysiseket és állommagyarázásokat olvassa, hogy az analitikusnál mindig előre megvan a theoria, ezután kianalizálja azokat a tüneteket, amelyekre szüksége van a theoriához. A magyarázata pedig a kianalizált képzeteknek rendkívül önkényes, így jöhet létre azután szerzőnek azon állítása, hogy minden álom tulajdonképpen onania, vagy az éjjeli bevezetés coitusnak, pollutionnak számít. Ami a szerző jó terapeutai eredményeit illeti, arra vonatkozóan semmi statisztikai adatot nem szolgáltat. Igen szépen hangzik, hogy az analysis az elfojtott képzet és a tudat konfliktusát megszüntette, az impotentia gyógyult. Ha nem gyógyult, úgy a beteg a hibás, mert nem volt türelme vagy anyagi ereje, hogy a nemegyszer évekig tartó

analysis eredményét kívárja. Kétségtelen, hogy az analysis alatt vannak gyógyulások, de ezeket talán mégsem lehet mind az analysis számlájára elkönyvelni. Hiszen vannak időszakos impotenciák, amelyek nem az analysisre, hanem az orvos suggestiv hatására múltak el. Nem is szólok arról, hogy, véleményem szerint, az impotenciáknak legalább is jó része nem a szerző, ill. az analytikusok felfogása alapján keletkezik. A „művelt laikusok”-nál, kiknek szerző az orvosokon kívül munkáját szánta, nagyobb hatást fog elérni, mint szakkörökben. Hogy ez a hatás főleg a serdülőkorúaknál nem lesz üdvös, az kétségtelen.

Somogyi dr.

Sugemed vigaste laste kohta eestis. Les enfants infirmes en Esthonie. Aadu Lüüs' (Bureau central de statistique de l'Esthonie. Tallin, 1923, 152 old.)

Észtország első ilyen irányú munkájának ismertetése e vaskos füzet, mely Aadu Lüüs' szerkesztésében jelent meg és nagy, de rendezett számtömegekben részletezi Észtország nyomorék gyermekeinek egyes csoportjait. Érdekes a szerző ama megjegyzése a mű elején, hogy ugyanilyen munkát a statisztikai hivatal központja már megkezdett és be is fejezett, de az nem volt kielégítő, mert orvosok bevonása nélkül történt és csak másodízben, orvosokkal történt együttműködés után sikerült megfelelően. Az egyes vidéki kerületekben az összeírás nehezebben ment, mint a városokban, de így is részletesen kidolgozott kérdőívekkel 1242 esetet tudtak feldolgozni, és pedig német mintát, Konrad Biesalskynak művét véve alapul.

Négy főcsoportra történt a felosztás: kórházi ápolásra szoruló gyógyíthatatlan és gyógyíthatókra, dispensairek útján kezelhetőkre és végül különösebb gondozást nem igénylőkre. Igen pontosan körülírt az orvosi rész, illetve a betegségek szerinti felosztás: a csont- és izületi tuberculosis, a rachitis, a bénulások, az atrophia stb. mind külön-külön szélesen részletezett alosztályokra oszlanak. A sok érdekes szám közül említésre méltó, hogy az összes nyomorék gyermekek 38%-a csont- vagy izületi tuberculosisban szenved, ezek közül 22% az alsó végtagokon és 14% a háti csigolyákban. A bénulások az összes esetek 19%-át teszik, melyből 12% poliomyelitises eredetű. A rachitis 6,44%-kal szerepel. A munka kitér majdnem minden kérdésre, a szociális viszonyokra, korra, nemre is. Szegénysorsú 69%, kevéssébbé jómódú 26% és csak 15% a vagyonos; 61% a fiú, 39% a leány, 64% iskolázott, 35% nem látogatott iskolát, míg 84% normalis és csak 7% abnormalis felfogású. A szülők 91%, a rokonok 5%, az állam 2%, a községek 3% és a jótékony egyesületek 1%-ban szerepelnek eltartóként. A kórházak 30%-ot, a dispensairek 39%-ot látnak el, az összes gyermekek 98%-a belföldi illetőségű, a többi idegen. A gondos munkát több grafikus ábra és táblázat illusztrálja.

Pollerman dr.

Jegyzőkönyv a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 január 12-i üléséről.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatók:

1. Duzár József: Septikus pyelitisnek colloidalis fémtherapiája csecsemőknél.

Több mint 20 eset kapcsán a fiatal csecsemő legsúlyosabb pyelitis-typusának, a septikus pyelitisnek argochromkezeléséről számol be. Az általános sepsis okozta hányás, hasmenés, bénult circulatio mellett urotropin, salol adagolása eredménytelen volt. Ezért nagy anyagon szerzett, abszolút biztos technika mellett a sinus longitudinalisba fecskendezett argochromot, előbb külön, tiszta tüvel hatolva be, ami minden esetben frappáns eredménnyel járt. A csecsemő leláztalanodott, öntudata feltisztult, egyéb septikus tünetei is eltűntek. Az acut életveszedelem elhárítása után a pyuria a szokásos kezelésre szűnt meg. Ajánlja a methodust teljesen biztos technika mellett életveszedelembe lévő septikus pyelitis-eseteknél, kombinálva előzetes 8–15 cm³ vér elengedésével és utána bőséges sóinfusio befecskendezésével. Adagolás fiatal csecsemőnek 1/2 cm³, idősebbnek 1 cm³ pro dosi, ami esetleg egyszer, legfeljebb kétszer megismételhető. Egy adag átlag három nap alatt ürül ki a vesén és a bélnyálkahártyán káros hatások sohasem jelentkeztek. (2 eset megfigyelése 1 1/2 éven keresztül.)

2. Göbl Albin és Zalka Ödön: Gümős eredetű aortaperforatio. (Egész terjedelemben kerül közlésre.)

Előadás:

1. Heim Pál: A vitaminok jelentősége a gyermekorvos-tanban.

A vitaminok feltétlenül szükségesek az állat és ember táplálására, s mert a szervezet nem tudja őket maga produkálni,

ebben a szükségletében a növényvilágra utalt. A vitaminok nemcsak építőkövek a szervezet háztartásában, hanem munkások is, amelyek a beépítésben segítkeznek. Fontos téglák egyrészt és a szervek normalis működésének egyik feltétele, hogy vitaminok is építessenek beléjük, de kívülről bevitt hormonok is, melyek az anyagcserében, a növekedés és vérképzés folyamataiban activ szerepet játszanak. A mi viszonyaink között a felnőtt ember és a nagyobb gyermekek pathológiájában az avitaminosisoknak nincs nagy jelentőségük. Ellenben a csecsemőkban, ahol a táplálék monoton és ha hibás vagy egyoldalú, az egyik nap vagy periodus hibáját illetve hiányát nem javítja ki a másik nap vagy periodus complettáló tápláléka, amely korban a nagy növekedés fokozott vitaminszükséglettel jár, nálunk is nagy jelentőségű kérdés. A csecsemőkban van két betegség, a Barlow-kór és xerophthalmia, amelyek kétségtelen avitaminosis, de kérdés, nincsenek-e olyan állapotok, amelyekben ha nem is beszélhetünk avitaminosissról, de amelyeket hypovitaminosisoknak hívhatunk. Ilyen állapot a tejátlalom. Ederer és Kramár vizsgálatai amellel szólnak, hogy itt a vitaminok a bélben károsodnak. Az erős rothadás redukálja őket, és így a tejátlalom endogen hypovitaminosis. Az atrophias csecsemők reparatíós stádiumában észlelhető főzelékreactio is vitaminhiány. Petényi Géza atrophias csecsemőknek a végbélbe 10 g burgonyapurét adott, mire megindult a súlygyarapodás és a fejlődés. Súlyos parenteralis infekciók által okozott makacs, a kezeléssel dacoló hasmenéseket is jól befolyásolta az ilyen kis mennyiségben a végbélbe adott főzelék. A bélfa a vitaminhatásra visszanyerte bakteriumszabályzó képességét, éppúgy, mint a bőrfurunculosis is jól befolyásolja az élesztő. A csecsemőkban ezeknek a hypovitaminosisoknak nagy jelentőségük van és a céltudatos vitamintherapiával jól befolyásolhatók. Az ilyen hypovitaminosisoknak egyik klinikai jele az absolut lymphopenia, amely vitaminhatásra a javulás alatt normalis lymphocytaértékeknek ad helyet.

2. Went István: Az immunitástani rendszer újabb megvilágításában és ennek jelentősége a gyakorlat és theoria terén.

Két évi vizsgálatait összefoglalva, elhibázottnak tartja azon felfogást, mely a különböző mikrobaellenes serumhatásokat különböző serumanyagok hatására vezeti vissza. Két megfigyelést jelöl meg, amelyeken a mikrobaellenes serumanyagok különbözőségének az elve felépült: az egyik az, hogy a különböző serumanyagoknak különböző serumhatások felelnek meg, melyek intenzitás tekintetében ugyanazon savónál sem haladnak párhuzamban egymással; a másik pedig, hogy az előbbieknél némelyek csak complement jelenlétében hatnak, míg másoknak a complettáló anyag szerepére szükségük nincsen. A különböző serumhatások tényére vonatkozólag kifejti, hogy ezek jellegét esetenként egyrészt a serum ugyanazon anyagának mennyiségi viszonyai, másrészt a homolog antigen (mikrobafaj) sajátos tulajdonságai szabják meg. Nincs különbség az immunanyagok között constitutio szempontjából sem. Az az anyag, amelynek a jelenléte minden immunhatásnak elengedhetetlen feltétele, nem tüntet fel szerkezetileg olyan különbségeket, amelyek miatt öt különböző csoportokra kellene felosztani. A különbség maguknál a különböző serumhatásoknál nyilvánul meg oly értelemben, hogy a különböző jellegű jelenségeknél különböző complementmennyiségnek kell a hatóanyag munkáját támogatnia. A complement ezen szerepe viszont a hatóanyag mennyiségi viszonyai által szabályoztatik. Előadó azután ezen rendszer gyakorlati jelentőségét tárgyalva kifejti, hogy ebben a vonatkozásban a rendszer alapját képező, immunbiológiai indexnek nevezett formulának jut szerep, amelyben ennek segítségével megismerhetők azokat az elveket, amelyeknek a szemmel tartásával a vaccina-kezelések lényeges és hasznos correctioja lehetővé vált. Ezen elvek részletes ismertetése után az egységesítő immunitástani rendszer elméleti jelentőségének az ismertetésére tér át. A Koch-féle specificitási törvény mellé áll s felhívja a figyelmet a serumokban uralkodó ama törvényszerűségekre, melyek a különböző serumhatások egymással való szoros correlációjában nyilvánulnak meg.

A Magyar Szemorvostársaság IV. tudományos ülése január 6-án, az állami szemkórházban.

Elnök: Blaskovics László.

Titkár: Csapody István.

Bemutatók:

1. Béla Pál: Iris-melanoma. A bal pupilla felső-belső szélén három, kis, barna, kocsányos növedék látható. Jóindulatú képződménynek tartja.

Csapody István: A festékesréteg szembogárszéli taraját flocculus néven írták le, tulajdonképp hyperplasia.

2. Nónay Tibor: Hypophysigumma a szemfeszültség

nagyfokú csökkenésével. Kétoldali neuritiszes látóidegsorvadás, centrumig szűkült látótérrel. Mindkét szem igen puha (8 Hgmm). Ovariumhypoplasia, kis pajzsmirigy, hatalmasan tágult sella juvenilis tabes tünetei. W. R. +. A 10. bismoluol-injectióra a bal szem látása $\frac{5}{20}$ -ról $\frac{7}{7}$ -re javul, a bal látótér hatszorosa tágul s a jobb szemén is van javulás.

Zimányi Vidor (vendég): Kiemeli a labyrinth-vizsgálat fontosságát lues esetében.

Huber Rezső: Szükség esetén provocativ salvarsan-injectiót ajánl.

Nónay Tibor: Hangsúlyozza a szemfeszültség mérésének diagnosztikus jelentőségét belsősecretiók bajok gyanújában.

Klinikai közlések:

1. Vajda Géza: Iritis papulosa rheumatica. Gombostűfejnyi, éreződés nélküli göböske a sphinctertájón iritiszes szemén. W. R. állandóan negativ. Súlyos izületi folyamat. Rheumaelenes kezelésre sorvadásos folt hagyásával gyógyul.

Albrich Konrád: Plasmasejtes beszűrődésnek bizonyuló göböskeket észlelt békés szemén. Iritis papulosa syphilitica esetében a W. R. úgyszólván mindig pozitív.

2. Kreiker Aladár: Felnőttkorban visszafejlődő membrana pupillaris perseverans. 22 éves korban a membrana levált a lencsetokról s visszafejlődött. Vázolja a repressiv folyamat mechanizmusát. Az adatok hiányosak a szükséges megfigyelési idő hosszúsága miatt.

Brooser Béla: Szintén észlel réslámpával visszafejlődésnek látszó esetet.

Előadások:

1. Csapody István: Pillasorpoztás. A fül előtti hajás fejbőr egy csikját nyelesen 180°-os átfordítással ültette át csonka szemhéjszélre. Jó pótpillák nőttek.

2. Csapody István: Az atropin-mydriasis és a szem folyadékcsereje. A csarnokvízkicserélésben nagyérzékenységre atropin-kimutatási eljárást talált, amivel pozitív eredményt kapni subcutan és intravenás injectióval létrehozott mydriasisok is. A haematogen atropin-mydriasis rövid. Az irisen az első hatás szűkítés, ezt kellő koncentrációnál szakaszos, szemmel látható tágulás követi. A pupilla tágulása nincs arányban a csarnok atropin-tartalmával. Az atropin ép szemén a tágulás kezdetén a pupilla tágulása okoz, a folyadéktermelést tartósan nem csökkenti. A csarnokvízben becsöppentés után még a harmadnaponként végzett harmadik csapoláskor is kimutatható, sőt teljesen szemben tehát még hosszabban megmarad. Csarnokátmosások után a pupilla újra kitágul. Ha van is állandó folyadékcsere a szemben, a becsöppentéses mydriasis tartós voltából következtetve is csak rendkívül lassú lehet, de a pupillatágulás megmaradásának csak egyik oka a csarnok atropin-tartalma, másik oka, hogy a bennült idegvégződés működése később áll helyre, mint az atropin eltűnik a csarnokvízből.

Albrich Konrád: Gondolni lehet arra is, hogy az üvegtestből punctio után atropin szívárog a csarnokba.

Csapody István: Kísérletekkel ez is eldönthető volna.

Braná János bemutatja szabályozható iris-csípőjét. A szarak távolságát csavarral lehet beállítani.

HETI KRÓNIKA

Az orvosi pályát általában a szabad pályák közé sorozzák, pedig az orvos működését lelkiismeretének szaván kívül már ösidők óta egyrészt a törvényhozások, másrészt a rendi szabályok és a népszokások szigorú korlátok közé szorították.

Visszaélésekkel kapcsolatban mindig felmerül az orvosi kamara eszméje, amelyet közmegegyezésre és általánosságban mindmáig sem tudtak sehol keresztülvinni. Az orvos működését törvény útján szabályozó legrégibb emlék a Hammurabi-féle babylonai kódex, amely ékírással agyagba van égetve és a Kr. e. 2250. évből való. Ez a törvény nagy honorariumokat ír elő az orvosnak, különösen ha a nemesi osztályba tartozó embert sikerül meggyógyítania, de ha műhibát követ el, akkor nagy büntetést kellett fizetnie, sőt, ha a pácienst a nemesi kasztból való volt és meghalt, akkor esetleg életével fizette meg azt az orvos.

A Hammurabi-féle törvény rendelkezésétől eltekintve a legmaradandóbb a hippokratesi iskolának esküje és törvénye, amely az előbbi kegyetlen intézkedéssel szemben az etikát választja alapul. Még az az eskü is, melyet felavatásunkkor mindnyájan letettünk, tulajdonképpen a korunkhoz viszonyított és megrövidített hippokratesi eskü. A montpellier-i orvosi fakultáson az esküt a jelölt még ma is Hippokrates szobra előtt, reá hivatkozva teszi le. (A prágai egyetemen nem régen még a templomban, nem az aulában történt a felavatás.)

A középkorból az első fontosabb „törvényes intézkedés” az orvosi rendre vonatkozólag a Theodorich (VI. sz. Kr. u.) a keleti görög királya „Formula comitis archiatrorum”-ja; de a későbbi középkorban is voltak törvényes intézkedések, illetőleg királyi rendeletek, amelyek az orvos kötelességét és jogait körvonalazták. A legismertebb a II. Frigyes császár és király (1212—1250) edictuma. Eszerint az orvosjelölt vesse magát a salernoi mesterek vizsgálatának alá; a logikát három évig tanulja, belgyógyászatot és sebészetet ötig és egy évig gyakornokoskodjék egy jónevű sebész mellett. A szegényeket ingyen kezelje; kétszer nappal és egyszer éjjel látogassa meg a súlyos betegeket. Az orvosi honorarium, melyet az edictum megszab, fejedelmi volt. A kornak megfelelően a bűvös italokról és aphrodisiacumokról is intézkedett az edictum.

Az orvosi etikával kapcsolatban a portugál Amatus Lusitanus-nak (szül. 1511-ben) esküjéről sem feledkezhetünk meg, amely a Hippokratesével állítható párhuzamba.

Sir Thomas Browne „Religio Medici”-je (1643) az orvos-ethikai és lelkiismereti kérdések fejlődésében jelentős munka; mégis mint önálló disciplinát, az orvosi etikát csak a Manchestertben (1740—1804) működött Thomas Percival fejlesztette ki. Az 1803-ban megjelent Medical Ethics című alapvető munkáján kívül arról is ismeretes, hogy a gyári munkások egészségügye és a gyermekeknek a gyári munkától való eltiltása érdekében dolgozott.

Ezóta az orvosethikai kérdések a rend legfontosabb problémái közé tartoznak. Néhány hét előtt Mainzban Gruber tartott előadást az orvosi művészet és orvosi etika címén. Panaszkodott, hogy Németországban az orvosokat a törvény az ipari osztályba sorozta be, pedig nemcsak hogy igazi tudomány az orvostan, hanem az orvosi gyakorlat is igazi művészet. A jelenlegi kommunista izü viszonyok közepette különösen fontos a „Standes-ehre” fogalmának fenntartása. A rendi becsület megőrzésére alakult kamarák jogosultságát még némely „szociáldemokrata” is elismeri és annak védelmezését szükségesnek tartja, bár a berlin-brandenburgi orvosi kamarának ülésén sokan elleneztek az oklétjogosságát, mert az szerintük, privilégiumok öre lévén, nem egyeztethető össze a demokratikus egyenjogúsággal.

Franciaországban az ottani „affaire des coupons”-al kapcsolatban szintén heves vita volt az orvos-kamarák kérdése. Franciaországban a hadirokkantoknak ingyenes orvosi kezelésre van joguk; az állam szelvény-blokkokat ad nekik; az ilyen szelvényekkel fizeti a rokkant az orvost, aki azokat pénzbe beváltja. A rokkantak már most feleségeik és gyermekeik részére is felhasználják a szelvényeket, sőt eladogatták azokat. E visszaélésekben egyes előkelő politikus orvosok is résztvettek; ezeket az orvosi syndikatus feljelentette és a törvényszék el is ítélte. Ez a botrány a kamara javaslatot ellenzők véleménye szerint bizonyított, hogy nincsen szükség orvosi kamarákra, mert ezek nélkül is meg lehetett volna védeni a közérdeket.

Aversenq dr. mégis kamarák megalkotását ajánlja, mert attól tart, hogy az ilyen botrányok hatására a laikus törvényhozás különben egy, az orvosokat sértő törvényt fog hozni. Szerinte a kamarák, Ordres de Médecins, vezetőit maguk az orvosok választják, a Párisban székelő központi tanácsban azonban hivatásos bírák is legyenek. Ez a javaslat nem népszerű; mások a már létező orvosi szövetségeknek (syndikatus) kívánnak felelősi, ítélkező és büntető jogot adni.

Ausztriában tudvalevőleg már évtizedek óta működnek orvosi kamarák. Ezek azonban nem a rendi érdekeket védik, hanem a rendre kényszerített béklyók; politikai küzdelmek színhelyei; autonómiájuk nincsen, tekintélyük is kevés. Ha valamit el akarnak érni a miniszternél, megkérlik a szövetség elnökét, hogy vegyen részt a deputációban, mert különben szóba sem állanak velük. Ezért folytonosan javítgatják is őket: Jelenleg is készül egy törvényjavaslat az orvosi rendről, becsületbíráóságok felállításáról stb. Ennek tenorjáról elég tesz annyit mondanunk, hogy a javaslat szerint az egyes tartományi bizottságok felett áll a Landeshauptmann, azután a Bécsben székelő „Disziplinärober-commission für Ärzte”, melynek elnöke egy bíró, tagjai két bíró, négy orvos és két adminisztratív egészségügyi hivatalnok; az orvosok tehát a saját ügyükben is kisebbségben lesznek. Sapientia! Elgondolhatjuk, ha nálunk, mint azt már szokás, megint osztrák mintára állítanának fel orvosi kamarákat, akkor mit várhatunk a mi erőszakos, centralizáló és pöfetes közgazgatásunk mellett, Quod Deus avertat!

Az orvosi munka honorálására vonatkozólag a berlini orvosi kamara új, az aranyértéken és a háború előtti díjszabáson alapuló tarifát állított fel: egy egyszerű rendelés 2—5 aranymárka, egy beteglátogatás 3—10 aranymárka. A honorarium mindig azonnal, látogatásonként fizetendő, a háziorvosé pedig hetenként.

Herceg Árpád dr.

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:

Kuncz Andor: A méhenkívüli terhességről. (49—53. oldal.)

Elischer Ernő: Lenövés és lefűződés által okozott homokóragyomrok. (53—55. oldal.)

Hetényi Géza: Az endemikus strumára vonatkozó újabb vizsgálatok. (55—58. oldal.)

Therapia. Gaizler Gyula: Adatok az asthma bronchiale terápiájához. (58—59. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. — Gyermekorvostan. — Fülgyógyászat. (59—62. oldal.)

Könyvismertetés. (62—63. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 január 19-i ülése. (63—65. oldal.)

Heti krónika (65. oldal.)

Vegyes hírek. (65—66. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem női klinika közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. egyet. ny. r. tanár).

A méhenkívüli terhességről.¹

Írta: Kuncz Andor dr. klinikai tanársegéd.

A méhenkívüli terhesség aetiologiájára diagnózisára és therapiájára vonatkozó ismereteink meg ma sincsenek véglegesen megállapítva és az egyes kutatók vizsgálataik és tapasztalataik alapján különböző álláspontot foglalnak el.

125 esetünket² érdemesnek tartottuk a feldolgozásra és ezen eseteknél nyert tapasztalataink alapján kialakult észleléseinket foglaljuk össze.

Könnyebb áttekinthetőség végett a következő csoportokra osztjuk eseteinket: Operáltatott: 105. Conservative kezeltetett: 20.

Az operált esetekből *tubaris ruptura* volt 31 esetben, a műtét hasmetszéssel történt. 12 esetben a betegség hirtelen köszöntött be, genitalis vérzés, kínzó alhasi görcsök, ájulás, szédülés kíséretében; acut anaemia, belső vérzés kifejezett tünetei. Vitalis indicatio áll fenn a műtéti beavatkozásra. 19 esetben hetek óta fennálló panaszok, vérzés, alhasi görcsök, amelyek közben rohamszerűek, ájulás, szédülés kíséretében. Az életet fenyegető anaemia tünetei, melyek észlelésünk alatt lévő újabb roham alatt jelentkeznek, követelik az azonnali műtétet.

Három esetben észleltünk *ruptura mellett kifejlődött haematomát*, mely a vérzést megállította.

Ebből a csoportból (*ruptura*) elvesztettünk 5 beteget. Jellemzőképpen az esetek súlyos voltára, kiemeltük történetükből a következőket:

1. eset. 2/909. F. J.-né. A betegnél több ízben abortus, köztük művi abortus, legutóbb is a belgyógyász indicatioja alapján végeztek nála művi abortust curage útján. Rendkívül súlyos eset, *pulzus alig érezhető, typosos belső vérzés, mellette magas láz*. Azonnali műtét felületes aetherbódulat mellett, *localanæsthesiában*. *Lázás állapot* (hőmérsék 39.5 C°), hidegrázás is ment előre, miért is Douglas-drainage is végeztetett nála. *Műtét életmentési kísérlet volt.*

2. eset. Sz. 1914. J. G.-né. *Súlyos általános anaemia,*

¹ Előadta a kir. m. F. J. tudományegyetem bárátaí egyesületének orvos-természettud. szakosztályi ülésén.

² Klinikai eseteinkhez hozzávettük a budapesti poliklinika nőgyógyászati osztályának anyagát is Kubinyi prof. vezetése alatti időből.

radialis pulzus alig érezhető. Szabad hasüri vérzés, rendesen jól nagyobb antepónált uterus, Douglasban puha resistentia, kezdődő haematokele. Minthogy a beteg állapota nagyon kedvezőtlen, a kifejlődő haematokele némi reményt nyújt arra, hogy a vérzés megáll. Egyelőre szorgos megfigyelés alá helyezzük a beteget, de közben készülünk a műtetre. Lassan, de állandóan rosszabbodó állapot. *Életmentési kísérlet.* Laparotomia. Baloldali tubaris ruptura, tuba hátsó felületén forintnyi repedéssel, melyen át a placenta tolt ki.

3. eset. 179/1909. B. L.-né. 1½ hónapos amenorrhoea. Beszállítás napján has bal oldalán görcsös fájdalmak, melyek állandóan fokozódnak, erősebb vérzés. A vizsgálatot egyik assistens végzi, ki korai abortus diagnossal curage végzését tartja indikálnak. Curage-nél csak deciduaszerű cafatok távoznak a méhürből. Curage után 4 óra múlva a beteg hirtelen rosszul lesz, általános anaemia. Azonnal értesítik Kubinyi professort, ki belső vérzést állapít meg. Diagn.: Grav. extraut. Rupt. tubae. Laparotomia. Baloldalt tubaris ruptura. Műtét után a beteg állapota javul, anaemia elleni kezelés. Hat óra múlva hirtelen szívgyengeség lép fel, alig tapintható pulzus, hányás, excitantiákra némi javulás. Másnap állapota egyformán rossz, hidegrázás, hányás, pulzus estefelé rosszabbodik. Tekintettel a magasabb hőemelkedésre, drainezés céljából hasseb alsó részének feltárása, gummidrain behelyezése. Vizelet mennyisége mind kevesebb. Második napon anuria. Reggelre exitus. — Sectio. Hydronephrosis bilat. maj. grad., atrophia renum (alig van kéregállomány). Dilatatio ureterum. Tabes dorsalis. Arteriosclerosis incipiens. Régi lues.) Anaemia universalis. Dysenteria flexurae sigm. Oedema pulmonum.

4. (1917. M. F.-né. Sz.) és 5. (1918. B. B.-né Sz.) esetünknel szintén csak életmentési kísérletről volt szó, mikor is a teljesen kivérzett állapotban beszállított beteg műtét után pár órával exitált acut anaemia tünetei között.

Az acut anaemia következtében elveszített esetek azok közé tartoznak, ahol azzal a nehéz kérdéssel állunk szemben: operáljunk-e még, avagy már nem, azaz bízzuk-e a beteget sorsára? A legnehezebb kérdések egyike a gyakorlatban! Bizonyos fokon túl ugyanaz lesz a beteg sorsa. Ha a haemoglobin annyira csökkent, hogy elégtelen az oxygen közvetítésére, ami légszomjúságban nyilvánul, a beteg egyaránt elpusztul, akár operáljuk, akár nem. Ugyanez a tapasztalatunk a szülészeti vérzéseknél. Ezen újabban a reinfúzióval vagy transfúzióval próbálunk segíteni, s ahol ennek feltételei megvannak, ott szinte varázsütésre visszaadhatjuk a beteget az életnek. Viszont egyénenként rendkívül különböző a vérvesztés iránti tolerancia s nem egy pulzus nélküli állapotban operált esetre hivatkozhatunk, ahol a vérzés megállítása a zsílip elzáró hatásaként működött s az edényrendszer alkalmazkodása azonnal ked-

vezővé tette a helyzetet a szívsvivattyú működése számára. Azon azután soká lehetne a meddő vitát folytatni, hogy műtét nélkül is nem szűnt volna-e meg a vérzés a vérnyomás minimumra való leszállása által. Ezt csak ugyanazon az egyénen lehetne bizonyítani. Nagyobb ütőerőből ezt nem várhatjuk, s ki biztosít az utóvérzés ellen, mely megadhatja a halálos döfést. A vérzés definitív ellátása mindenesetre előnye a beavatkozásnak és biztosítéka a betegnek, a sebész megtette a kötelességét és nem mulasztott, s aki vár, sokszor kiejti a kezéből az ütőkártyát és joggal teheti fel magának a kérdést, vajjon nem cselekedett volna-e helyesebben, ha operál.

Az ismét újabb kérdés, vajjon *várjunk-e az első shok-hatás elmúltáig* s csak azután operáljunk-e. A várakozás álláspontját képviseli nálunk Bäcker (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. 1922, 58. köt., 3-4. füz., 154. old.). Ez ismert előnye mellett kétségtelenül a várakozás bizonytalanságának kockázatával jár. Viszont számos tapasztalatunk bizonyítja *Fritsch* nézetének igazságát, aki azt mondja, hogy a shokot jelentékeny részben a hasürbe jutott idegentest, a vér okozza és tartja fenn, a hashártya izgatása által bénítva a szív működést, vagyis alapjában véve nem más, mint Goltz-féle shok, amely a vér kibocsátásával, sőt már a feszülés csökkenésével is szűnik, ami a műtétnél az érlökés feltűnő javulásában nyer kifejezést. Ezt magunk is aláírjuk. Éppúgy igaz az az állítás is, hogy a vér, ha inficiált, valóságos puskaoroshordó s ha nagy mennyiségben van a hasüregben, kész a peritonitis. Ilyen esetben csak a nagy tömeg vér eltávolítása és a hasür drainézése segíthet a betegben. *A fertőzést jelző hidegrázás és láz tehát kényszerítő ok a beavatkozásra.* A vérzésen kívül ez is szerepelt a műteti javallat felállításánál 1. számú esetünkben.

Az kétségtelen, hogy *ha a várakozás mellett rosszabbodik az állapot, avagy újabb vérzéses roham jelentkezik, operálnunk kell.*

Második csoportba tartoznak a tubaris abortusok kifejlődött haematokélekkel. Összesen 69 eset. Aseptikus volt 63, septikus, magas lázakkal, hidegrázásokkal 6. Összes esetünkben észleltük betegeinket és csak 8 esetben vált szükségessé újbóli belső vérzés miatt azonnali műtét. 35 esetben kifejezett haematokéle retrout, 23-ban haematok. peritub. volt jelen. Septikus esetünkben inficiált haematomákkal álltunk szemben; hol per laparotomiam azért operáltunk, mert az utóvérzés esélyének nem lehetett kitenni betegeinket, tekintve a rövid időt, ami az utolsó rohamtól számítva eltelt. Két esetben kétoldali pyosalpinx is volt jelen.

Harmadik csoportba oszthatjuk négy inficiált haemotekéle esetünket, hol hosszas lázas állapot után kerültek betegeink észlelés alá s ahol kolpotomia posterior végeztünk. Utóvérzést egy esetben észleltünk. Ezen esetünk több szempontból érdekes, miért is érdemesnek tartjuk ismertetni.

23 éves II. P. Egy abortus másfél évvel ezelőtt intézetén kívül (artificialis), utána septikus gyermekágy, hashártyagyulladás. Felvétel 1923 május 9-én. 1923 márc. 6-án, miután ő úgy érezte, hogy terhes, vetélés céljából egy hegyes csontból készült eszközzel felszúrta méhébe, erre megkapta a vérzését, de erős alhasi görcsök is léptek fel láz kíséretében, úgyhogy orvosi kezelés alatt három hétig fektünie kellett. Majd felkelt, két nap múlva újból rosszul lett, hányás, hányinger, szédülés, erős alhasi görcsök jelentkeznek. Orvosa akkor próbapunktiót végzett a hüvelyen át s a beteg bemondása szerint sötét vért húzott ki a fecskendővel a Douglasból. Utána újból lázas lett, több ízben kirázta a hideg. Hányingere, alhasi fájdalmak azóta megvannak. Sokat fogott. — Lelet: Uterus anteponálva s eleválva, vele szorosan összefügg a Douglast kitöltő, hátsó hüvelyboltozatot bedomborító, fluctuáló képlet, melynek felső határa a köldök alá két ujjnyira ér. — Diagnózis: Extrauterin grav., haematokéle retrout, in stadio absced. Állandó magas lázak, két ízben hidegrázás, vitalis indicatio a beinficiált haematoma kiűritésére. Tekintettel a lázas állapotra, kolpotomia post., széles feltárás, véralvadékok kiűritése, a gyermekfejnyi

haematomazsák kitamponálása. Beteg láztalanra lesz, két hétig teljesen jól van, majd a kolpotomias nyíláson keresztül bő mennyiségben véralvadékok távoznak, ugyanakkor a jobb alhasfélben kínzó görcsök, melyek sokszor csak morfiumra enyhülnek. Subfebrilis lesz, vérzések, görcsök megismétlődnek, miért is fel kell tételeznünk, hogy a chorionbolyhok arrosiós működése hozza létre a meg-megismétlődő vérzéseket. Ezért laparotomiát végzünk. Lelet: Jobboldalt be nem fejeződött tubaris abortus, mola carnea, petezsák alsó pólusán kölesnyi nyílás, melyen keresztül vér szivárog. Adnexotomia l. d. baloldalt átjárható tuba, ép ovarium, visszahagyjuk. H₂O-vel alapos kimosás, drainézése a műteti terrenumnak a régi kolpotomias nyíláson keresztül. Műtét után pár napig peritonealis izgalmi tünetek, majd állapota javul, meggyógyult.

Ismétlődő méhen kívüli terhességet találtunk négy esetben. Egyik esetben 1, másodikban 2, harmadikban 4, negyedik esetben 6 év előtt operálták. Három esetben a beteg állapota újbóli műtétet javallt, egy esetben conservativ therapia mellett állott be a gyógyulás.

Conservative kezeltünk 20 esetet. Legtöbbször megnyugodott a folyamat, nagyobb részt láztalanok, bár voltak közben subfebrilis hetek, napok, kisebb haematokélek, melyeknek felszívódása 3-8 hét alatt rendszerint bekövetkezett. Nagyobb haematomáknál mérlegelés tárgyává tettük a műtétet 1. a hosszú, esetleg hónapokig elhúzódó gyógytartam miatt, 2. a nagymennyiségű vér fertőzésének veszélye miatt a bél felől. Különben is sokszor maradnak vissza az organizálódó vérömlenyből invalidus állapotot fenntartó adhaesiók és fixatiók. Voltak betegeink között olyanok, kik az uterus és adnexumok fixatioja miatt később sokáig állottak palliativ kezelés alatt s egyik-másik sokszor emlegette, hogy mennyire sajnálja, hogy annak idején nem engedte magát megoperáltatni. Négy esetben csak javult állapotban távozott a beteg, mert a felajánlott műteti gyógyításba nem egyezett bele.

A terhesség második feléből egy esetet észleltünk. Érdemesnek tartjuk részletesen ismertetni:

31 éves, 11 éve férjnél, O. P. Felvétel 1918 ápr. 15-én. Utolsó havibaj 1917 június 13-án, november 3-án magzatmozgást érez, orvosa terhességet állapít meg nála. December végén erős alhasi görcsök lépnek fel, egy-két napig tart. 1918 febr. 12-én vérzés jelentkezik a genitáliákból, 4-5 napig tart. Haza azóta kisebbedik. Áprilisban újból vérzés. Orvosa méhen kívüli terhesség diagnózisával klinikára utalja. — Lelet: A végsőig leromlott, állandóan lázaskodó nőbeteg. A hasban inkább a jobb hasfél elfoglaló, gyermekfejnyi tumor, mely jól mozgatható; magzatrészek nem tapinthatók, magzati szívhang nem hallható. Uterus a tumortól nem különíthető el. — Diagnózis: Anamnesis alapján grav. extraut., mely a terhesség hetedik hónapjában a magzat halálával végződött, azóta a tumor zsugorodott. A lázas állapot a petezsák elgenyesedése vall. A műtét elől kitérni nem tudunk, mert a septikus állapotban levő beteg megmentése csak ilyen módon remélhető. Műtét 1918 május 1-én. Laparotomia, tekintettel a beteg leromlott voltára, paravertebralis érzéstelenítésben. A has megnyitása után előtűnik a cseplesz, mely alatt közvetlenül ropogó magzatcsontokat érzünk. Felemelve a csepleszt, felrepedett a zöldes-barnás adhaesiós alhártya, mely alatt bélsárral kevert lében fekszenek a már teljesen elrothadt magzat csontjai, melyek zöldes-barnák; a csontváz részei külön vannak válva, a koponyacsontok szétesve, úgyhogy a koponyacsontokat külön-külön kellett kiszedni, vagyis az úgynevezett skeletisatio állapota van előttünk, fertőzéssel szövődve. Az alattuk fekvő vékonybélkacsok közül az egyik három, a másik egy helyen perforálva. Egészben véve közös krateret alkotnak s valószínű, hogy a bélnedvek elősegítették a magzat lágyszerveinek felemésztését, mert ebből nem maradt meg semmi, csupán a kemény agyburkok laza és szakadékonyságai, mely azonban teljesen üres, agyállomány nincs benne. Az egész penetrans rothadási bűzt terjeszt. Belsőresectio egyik helyen 5, másik helyen 26 cm hosszúságú. Felkeresve az uterust, kiderül, hogy jobboldali ampullaris graviditás volt, a magzat tub. ab.-al a hasürbe megszületett, egy ideig tovább fejlődött, majd elhalt, a belet perforálta; a bélnedvek a magzatot megemésztették. A placenta részben felszívódott. Jobboldali adnexumok eltávolítása, a has-

ürnek felfelé Mikulicz szerint való s lefelé a hüvelyboltozaton át eszközölt drainézése. Műtét után harmadik napra a beteg peritonitisben meghalt. — Infaut eset, hol a peritoneum fertőzését lehetetlen volt kikerülni, mert a hasfal szintjénél sokkal mélyebben feküdt az eves tályog, amelynek feltárásakor nyomban szennyeződött a hashártya.

A méhen kívüli terhesség aetiologiai momentumai közül eseteink nagy számában találtunk az anamnesisben gyulladással járó folyamatokat, régi gonorrhoeát, szüléssel, abortussal összefüggő lázas állapotokat. 125 esetből 43-nál évekkkel, hónapokkal azelőtt lefolyt hosszas lázas megbetegedésekről számoltak be betegeink. Műtétjeinknek kb. 30%-ában találtuk a makroszkopice ép túlsóoldali adnexák szalagos és lapszerűen lenövését. 15 esetben a másik oldali beteg tubát is el kellett távolítanunk, 4 esetben kifejezett salpingitis isthmica nodosa volt jelen és ezek közül két esetben a kített tubát az uterinalis vég felől sondázva atresiásnak találtuk. Kétségtelen, hogy ezen mechanikai okok szerepeltek akadályként a petének a méhürbe való bejutásánál. Egy esetben tojáshéj fibromgóc nyomta a tuba sarkát, mely körülmény szintén szerepelhetett mint oki tényező.

Engelmann a Mediz. Klinik 1923. évi 16. számában megjelent közleményében említi, hogy az utóbbi években feltűnően megsaporodtak a méhen kívüli terhességi esetek, úgyhogy kb. háromszor annyi szerepel a statisztikájukban, mint a háború előtti időkben. Ő a gonorrhoeás fertőzésnek nagyobb gyakoriságán kívül az artificialis abortust említi mint fő aetiologiai momentumot. Mindenesetre mi is tapasztaljuk, hogy a közelmúlt éveiben gyakrabban kerül észlelésünk alá méhen kívüli terhesség, nagyobb számbeli emelkedést azonban nem észleltünk, legalább is olyan arányú állandó emelkedést nem, amilyent Habbes Hamburgból közöl, ki az 1911-től 1921-ig terjedő évek anyagában 5-től 50 esetig menő hirtelen emelkedést mutat ki.

A méhen kívüli terhesség diagnózisát illetőleg eseteink alapján a következő megjegyzéseink vannak: **Korai terhesség** és **ép petezsák jelenlétében** már a terhesség diagnózis is bizonyos nehézséggel jár és a valószínűség és a gyanújelek lesznek azok, melyek alapján a terhességet felismerhetjük. A korai terhesség diagnózisára újabban ajánlott Abderhalden- és phloridzinreakciók éppen korai terhességnél volnának szerzőik szerint specifikusak, de a saját és sok más utánvizsgálat alapján állíthatjuk, hogy nem minden esetben adnak pozitív eredményt.

Ha a korai, 1–2 hónapos terhesség diagnózisát fel is tudjuk állítani, azt azonban, hogy az a pete extrauterin tapadt-e meg, legtöbbször a legszorgosabb, narcosisban végzett vizsgálat sem tudja kideríteni. Hogy a méh mellett érezhető galambtojásnyi vagy még annál is kisebb képlet, mely puhább tapintatú, esetleg fluctuál, méhen kívül fejlődött petezsák-e, legtöbbször csak gyaníthatjuk, és ha ez alapon akarnánk a beteg sorsára nézve nem közömbös műtéti beavatkozást végezni, igen sokszor túllőnénk a célon. A későbbi, 3–4. hónapokban az ép petezsák már könnyebben kitapintható és ha a graviditás diagnózis mellett el is határoznók magunkat a képlet kiirtására, ha az tubaris vagy ovarialis tumornak bizonyul is, a beteg aránylag könnyű műtét árán és jobb viszonyok között szabadul meg betegségétől. Négy esetben állottunk ilyen helyzet előtt, mikor alternative grav. + tumor és grav. ectopia diagnózisát állítottunk fel, azonban mind a négy esetben ovarialis tumornak bizonyult a terhes méh mellett érezhető tumor. Ritkán lesz még a szakorvos is abban a helyzetben, hogy a terhesség legelején grav. ectopiát ép petezsák mellett felismerjen. Mindenesetre ha betegünket előzőleg vizsgáltuk s a méh környezete szabad volt, a növekvő tumor a méh mellett a terhesség beköszönésekor lesz tapinthatóvá, nagyobb valószínűséggel vehetünk fel méhen kívüli terhességet.

Sokkal könnyebb a helyzete az orvosnak, mikor már a terhesség megszakadása, tuba-ruptura, tub. abortus folytán létrejött tüneteket észleli a betegnél, mint ahogy a gyakorlatban többnyire is az abdominalis katastrophá alkalmával kerül a méhen kívüli terhesség

az orvos szeme elé. A petezsák megrepedésénél vagy tub. abortusnál létrejött belső hasüri vérzésnek olyan jellemző tünetei vannak, hogy aki egyszer látott életében ilyen beteget, az hamarosan tájékozódni tud. Más-kép áll a helyzet, mikor a betegnél megjelenő vérzés és alhasi görcsök jelzik csak a terhesség kezdődő megszakadását. Ilyenkor kerül sokszor a gyakorlóorvos, vagy még a szakember is abba a helyzetbe, hogy korai abortusosként kezelje a beteget, esetleg meg is cürettézi.

Hogy ilyen esetben a tévedés milyen súlyos következményeket vonhat maga után, bizonyítja négy eset, ahol minden esetben nyomon követte a méhüri beavatkozást az abdominalis katastrophá. Ezek közül két esetben a méhüri beavatkozás egyszersmind infectiót is vont maga után, úgyhogy a beszállított betegek a kiverzett állapot mellett inficiált vérgyülemmel, magas lázzal kerültek az intézetbe s a septikus állapot mellett csak életmentési kísérletről lehetett szó. A harmadik esetben nem annyira az infectio, hanem egy mellékkörülmény döntötte el a beteg sorsát, még pedig az anuria, amelynek magyarázatát a boncolásnál a kétoldali hydronephrosis folytán teljesen tönkrement vese adta meg. Mindkét vesének alig volt parenchymája, úgyiszlóván csak egy zsákot alkottak. A betegnek azonkívül lues és tabes dorsalis is volt. A negyedik ide tartozó eset símán gyógyult.

Differentialdiagnosis szempontjából intrauterin abortus és extrauterin graviditás között a következő különbségekre hívjuk fel a figyelmet. Már a vérzés typusa is más intrauterin abortusnál és más extrauterin graviditásnál. A decidualis vérzés rendszerint törmelék, sötétpiros vagy rozsdabarna a régi vérfestenyőtől, lekvárszerű, kevesebb, sokszor hetekig pecsételő; abortusnál rendszerint a vérzés felléptekor hirtelen nagyobb mennyiségű alvadékos vér távozik. A görcsök lokalizálása is legtöbbször útbaigazítást adhat, bár ennek megállapítása sok tekintetben függ a beteg intelligenciájától is. A méhből esetleg kiürült cafatok pontos megvizsgálásával sokszor már makroszkopos úton is megkülönböztethetjük, különösen ha víz alatt nézzük, hogy decidua vagy peterész-e az eltávozott részlet. Mikroszkopos vizsgálat pedig egész bizonyos felvilágosítást ad erre nézve.

A bimanualis vizsgálatnál: ha teljesen szabad a környezet, abortussal állunk szemben; ha a környezetben resistentia tapintható, ez még nem bizonyítja a méhen kívüli terhességet, mert adnextumor is lehet jelen abortus mellett. A tumor fájdalommassága, láz, leukocytosis is csak bizonyos mértékben értékesíthetők mint diagnostikus jelek. Újabban a vörösvértestekcsökkenés gyorsaságát alkalmasnak találtuk a lobos adnextumorról szemben való elkülönítésre. Szóba jöhet az Abderhalden-féle reactio s a terhességi glycosuria vizsgálata phloridzinnel is. Acut esetekben, abdominalis katastrophánál differentialdiagnosis szempontjából szóba jöhet appendicitis, megrepedt pyosalpinx, csavarodott cysta, gyomor-bél-fekély átfúródása, epehólyag átfúródása stb. Mindezen körképeknél hirtelen lépnek fel a tünetek és sokszor kerül a szakorvos is abba a helyzetbe, hogy anamnestikai adatok birtokában s a legpontosabb vizsgálat dacára is nehéz helyzet előtt áll, bár ilyenkor is sok esetben a próbapunctio, akár a Douglason, akár a hasfalon át, közelebb hozhat bennünket a helyes diagnózishoz, mutatván a hasüri vérzés jelenlétét. Igaz, hogy a hasüri vérzés jelenléténél az esetek nagy részében méhen kívüli terhesség szerepel mint ok, de írtak le corpus luteumból, az art. ov. aneurismájából eredő halálos vérzéseket is. Egy esetünkben (922/350. flsz.), pl. hol typusos abdominalis katastrophá, belső vérzés miatt vitalis indiciából végeztük a műtétet, sem makroszkopice, sem mikroszkopice nem találtunk terhességi elváltozást a tubán és ovariumon. Mindkét oldali tuba teljesen ép, egyik ovariumban borsónyi haematoma, erősen tapadó véralvadékkal fedve. A vérzés forrása csak a corpus luteum lehetett. Kifejlődött haematokélek eseteiben, kétes esetekben az

adnextumoroktól, illetőleg tubaris vagy ovarialis tumoroktól az elkülönítés csak laparotomia útján érhető el. Ha a Douglasshoz közel van a tumor, próbapunctio sok esetben felvilágosítást adhat. Kilenc esetben végeztünk oly műtétet, ahol diagnosisunk alternatív volt: extrauterin graviditás vagy adnextumor. Bár az anamnesisben találtunk extrauterin graviditásra gyanús adatokat, csak a műtétnél derült ki, hogy tényleg méhenkívüli terhesség van jelen.

Ami a próbapunctio kérdését illeti, *gyakorlóorvosnak kevésbé ajánlatos*, kivált a hüvelyen át, mert utóvérzés és főként a fertőzés veszélye fenyeget. A próbapunctiót mi *csakis olyan esetekben végezzük*, ahol a műtét szempontjából *irányításra van szükségünk*, mert pl. teljesen ellenkező eljárást kell követnünk *akkor, ha a Douglas-beli gyűlem nem vér, hanem geny*, azaz egy Douglas-tályoggal van dolgunk, amidőn a laparotomia egyenesen kerülendő, hanem kolpotomia post. lesz belőle.

A terhesség második felében rendszerint könnyebben sikerül a méhenkívüli terhesség diagnosisa. Az anamnesisből legtöbbször kiderül egy esetleg hónapokkal előbb lefolyt ruptura vagy tubaris abortus s ha él a magzat, a terhesség bizonyos jelei vannak jelen. Annak az eldöntése, hogy intra- vagy extrauterin helyezkedik-e el a magzat, legtöbbször sikerül; az uterus az esetek nagy részében jól elkülöníthető s már nagyságánál fogva sem felel meg a terhesség idejének és mellette tapintható a magzatot magába foglaló petezsák. Ha a lig. rotundum a petezsáktól medialisán érezhető: extrauterin, Ha lateralisán: intrauterin, esetleg interstitialis terhességről lehet szó, bár az esetek bizonyos részében, vastag, hájas vagy feszes hasfal esetén nehéz a kitapintás. *Egyik esetünkben csakis exploratív laparotomia útján tudtunk biztos diagnosishoz jutni:*

24 éves I. P. Utolsó menses 1921 június 25-én. Aug. 22-én erősebb alhasi fájdalmak, görcsök közt vérzés indul meg. Klinikánkra felvétel, itt abortus incompl. diagnosissal vérzés miatt kiűrtették ujjal az uterust. Láztalan gy. á., egészségesen távozik; kibocsátáskor az uterustól balra kis körtényi, keményebb képlet. (Fibroma? Adnextumor?)

Újbóli felvételkor (nov. 18-án, két hóval később) elmondja, hogy két hét óta a hasában levő daganat egyre növekszik és magzatmozgást érez.

Lelet: $\frac{1}{2}$ ujjnyival a köldök fölé érő, fluctuáló tumor. Cervix nem különíthető el, baloldali hüvelyboltozaton át egy kemény, göbyszerű resistencia, mely dislokált uterus-corpusnak felel meg. Ballotement, magzatrészek homályosan tapinthatók.

Míthogy a méhenkívüli terhességet nem tudtuk kizárni, laparotomia explorativa.

Műtét: Kis hasmetszéssel át gravid uterusnak imponáló képletet találunk. Jobboldalt sikerül meglátnunk az adnexumokat és a lig. rotundumot. Baloldalt csak a metszés meghosszabbítása után sikerül a mélyben kitapintani a citromnagyságú másik szarvat és a kicsiny hypoplasziás ovariumot. Diagnosis: Uterus bicornis, jobboldali szarvban terhesség, a VI. hónapban. Miután a gravid szarv izomzata elég erősnek látszik ahhoz, hogy a terhesség és szülés alatt ráháruló feladatnak megfeleljen, zárjuk a hasat. Per primam gyógyult. Három hónap múlva bár elhúzódó, de normalis szülés, élő, életképes magzat. A terhesség 3. hónapjában beálló vérzést vagy egy abortus a baloldali szarvból, vagy a decidua eltávolítása okozta.

Therapia:

A méhenkívüli terhesség therapiájában általánosan elfogadott eljárás az operatio, legfeljebb arról folyik még vita, hogy különösen haematokelek jelenlétében igyekezzünk-e a vérömleny felszívódása útján elérni a beteg meggyógyulását.

Véleményünk szerint sablon szerint nem járhatunk el és a beteg pontos észlelése fogja megadni az útbaigazítást. Először is meg kell jegyeznünk: a méhenkívüli terhességnél *intézeti internálást feltétlenül szükségesnek tartunk*, mert kiszámítani a sorsát sohasem lehet s leghelyesebb, ha a gyakorlóorvos igyekszik a nagy felelősséggel járó esetet egy kórháznak vagy

klinikának átadni, ahol állandó az észlelés és megfelelő beavatkozásra mindig készen állanak.

Acut anaemia, belső vérzés esetén legtöbbször vitalis indicatio áll fenn és itt természetesen a vérzés megállítására kell hogy legfőbb gondunk legyen, tehát operáljunk lehetőleg korán és gyorsan. Azt a kérdést, hogy shokban operálhatunk-e vagy nem, már fentebb tárgyaltuk. Ha bizonyos a belső vérzés diagnosisa és haematokele kifejlődésére nincs tendentia, azonnal operálunk.

Másképp áll a helyzet, ha haematokele-képződés jeleit észleljük, vagy már kifejlődött haematokele van jelen. Ilyenkor rendszerint várunk s bizonyos ideig észleljük a beteget s ha kisebb haematokelevel állunk szemben, bevárjuk felszívódását s csak ha túlságos nagy a haematokele, vagy esetleg növekszik, vagy görcsök ismétlődnek és új roham áll be, végzünk műtétet.

Fontos a beteg pontos észlelése, és különösen figyelmeztetnünk kell arra, hogy ha görcsei jelentkeznek, azonnal értesítsen bennünket, mert sokszor még többhetes haematokelenél is látunk újbóli vérzést, amit a tumor növekedése és a betegnek sokszor igen erős alhasi görcsei jeleznek. Hogy él-e a pete vagy nem s így újbóli vérzés veszedelem fennáll-e vagy nem, biztosan nem dönthető el s bár fontos *diagnostikai jel a pete halálára a decidua távozása, nem mindig bizonyító*, mire példát láttunk mi is három esetben, hol dacára annak, hogy napokkal előbb eltávozott a decidua, a tumor növekedése és az újbóli vérzés miatt azonnali műtétet kellett végezni és életfriss magzatokat találtunk.

Kisebb haematokelek sokszor gyorsan, 2–3 hét alatt felszívódnak s ha elkerültünk egy hasmetszést, mindenesetre jobb a betegre nézve. Igaz viszont, hogy legtöbbször hosszadalmasabb a kezelés, igénybe veszi a beteg türelmét.

Septikus eseteknél, kivált haematokeleknel, lehetőleg a hüvely felől nyitjuk meg a vérömlényt, ha már feltételezhető, hogy utóvérzés nem fog előállni.

Ami *műtéti technikánkat* illeti, az esetek nagy részében hasmetszést végeztünk, hüvely felől csak inficiált haematokele retrout-nál operáltunk.

Műtétjeinknél a petefészek belső secretiójának megtartása végett lehetőleg conservative operáltunk, s ahol elegendő volt, csak a beteg tubát távolítottuk el, de ha vérzéscsillapítás szükségessé tette, esetleg az az oldali ovariumot is. Természetesen ha a túloldali adnexumok is betegek voltak, azokat is eltávolítottuk, de ez aránylag kevés esetben vált szükségessé. Két inficiált esetben, ahol pyosalpinx is volt jelen, amputatio supravaginalist, Faure-drainaget kellett végznünk.

Míg az acut esetekben végzett laparotomiák a legkönnyebb műtétek közé tartozhatnak — 10–15 perc alatt elvégezhetők —, addig régi eseteknél, kifejlődött szervült haematokeleknel, a vastag- és vékonybelekkel, omentummal, hasfali, hólyagperitoneummal létrejött összenövések miatt sokszor a legnehezebb feladat hárul a műtőre az eset megoldásánál. Szabad hasüri vérzésnél a hasürben levő összes vér eltávolítása véleményünk szerint nem szükséges és különösen súlyos esetekben nem is szabad ezzel töltönnünk az időt és a műtét, narcosis, elnyújtása folytán a beteget fokozottabb veszedelemnek kitenni. Ha bizonyos mennyiségű steril vér vissza is maradt a hasürben, ennek káros következményét nem láttuk, csak az alvadékokat kell kiszedni.

Minden olyan esetben, mikor a beteg lázas állapota miatt fel volt tételezhető, hogy infectio van jelen, vagy *parenchymás* vérzést kellett csillapítanunk, illetőleg sebváladékot levezetnünk, H₂O₂-val kimostuk a műtéti területet, a Douglast pedig a hüvely felé jodiformgaze-csikkel draineztük. A haematokelek álhártyáit, ha szívósan tapadnak, nem bántjuk, könnyen bélsérülés, vérzés keletkezik, amiket sokszor csak nagy nehezen tudunk ellátni.

Az anaemia veszélyének elhárítására újabban a reinfusiót és a transfusiót hozták javaslatba. Sok esetben igen jó a hatása, de mind több és több szerző hívja fel a figyelmet arra, hogy a vörösvértestek ha kiürültek a vérrendszerből, a hasüregben éppenséggel nem maradnak épen, hanem gyors szétesésük következményeként reinfusio után erős mérgezést okozhatnak, mely halálos kimenetelű is lehet. Bizonyos, hogy csakis egészen friss vért szabad reinfundálni s ezt esetleg négyszeres gaze-rétegen át megsűrűve s Locke-oldattal keverve subcutan is reinfundálhatjuk. Tapasztalataink jók. Ha azonban infekcióra kell gondolnunk, akkor legfeljebb a végbelen keresztül, Katzenstein-féle protoklysis alakjában alkalmazhatjuk.

Gyógyulási eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

125 esetből 105, azaz 83.1%-ot operáltunk és 20-at, azaz 16.9%-ot conservative kezeltünk.

Az operált esetekből gyógyult 99, meghalt 6. Az összes esetek mortalitása tehát 4.8%, ami az operáltakra vonatkoztatva 5.7%-ot tesz ki.

A 6 elhalt esetből azonban levonhatnánk 4 esetet. Ezek a következők: hármát súlyosan inficiált állapotban kellett operálnunk s csak életmentési kísérletről lehetett szó; ezek közül két esetben acut vérzés kényszerített mütétre, a harmadik eset volt a VII. hónapban elevesedetett petezsák. A negyedik a kétoldali hydronephrosis és anuria folytán elhalt lueses és tabeszes beteg, ahol a halálok teljesen a mütéten kívül álló s lefeljebb annyit mondhatunk, hogy a méhen kívüli terhesség siettetette a küszöbön álló anuria bekövetkeztét azáltal, hogy a belső vérzés minimumra csökkentette a vérnyomást, aminek folytán egyszerre megakadt a vesék szűrőképesége.

Maradna tehát a 105-höz viszonyítva 2 eset = 1.9% és ezek is olyan esetek voltak, ahol az acut anaemia idézte elő a halálos kimenetelt, egyik esetben közvetlenül a mütét után, a másikonál 6 órával a mütét után. Ma ezeket reinfusióval talán megmenthettük volna (régebbi esetek). Egészen véve tehát kijelenthetjük, hogy a méhen kívüli terhesség esetében a mütéti eljárás, ha az kellő időben történik, aránylag csekély kockázattal megmenti a beteg életét.

Következtetések:

Eseteink alapján nyert tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A méhen kívüli terhesség aetiologiájában főszerepet kell tulajdonítanunk a gyulladásos genitalis megbetegedéseknek, különösen a gonorrhoea, szülés, abortus, főként művi abortussal összefüggő adnexgyulladásoknak.

2. A diagnosist igyekezzünk lehetőleg minden eszköz igénybevételével (vizsgálat narkosisban stb.) korán felállítani, mert a korai diagnózis és a korai mütét sokszor döntő jelentőségű a beteg további sorsára nézve.

3. A méhen kívüli terhesség intézeti kezelést és megfigyelést igényel.

4. Acut esetekben, szabad hasüri vérzésnél idejében operáljunk. Haematokeleknél is jobban jár a beteg, ha megoperáljuk, mert az esetleges complicatiók (láz, elgennyedés, utóvérzés), amelyek a várakozás közben felléphetnek, csak súlyosbítják a prognosist.

5. Inficiált haematomát lehetőleg a hüvelyen keresztül ürítsünk ki.

6. Egészen kicsiny (citromnyi-ökönyi) haematokelek, ha hosszabb megfigyelés után sem jön újabb roham és a beteg láztalan, a természetes gyógyulásra bízhatók.

A Szent Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Hüttl Hümér dr. egyet. ny. rk. tanár).

Lenövés és lefűződés által okozott homokóragyomrok.

Írta: Elischer Ernő dr. kórházi adjunctus.

A Szent Rókus-kórház Hüttl professor vezetése alatt álló I. sz. sebészeti osztályán három eset került észlelés és mütét alá, melyeknél lefűződés vagy lenövés okozott homokóragyomor-alakot. A három eset kórtörténete röviden a következő:

1. 38 éves asszony, 13 év óta gyomorbeteg. Étkezés után 1/2—1 órával nagy fájdalmak jelentkeznek, savanyú felbőgéseik vannak, gyakran hány. Felvételtkor (1923 jún. 13.) a belek igen le van soványodva, epigastriális tájéka nyomásra érzékeny. A próbareggeli savértékei: 32—40. A Röntgen-vizsgálat lelete: Tágult gyomor, alsó határa a bal csipőtányérban, cardialis felhágó ága keskeny, ennek a nagy-curvatura felé eső részén kis cseresznyéni kitüremkedés. A pylorus hiányosan telődik, a duodenum alig. Intenzív peristaltika, 6 órán belül kiürült. A röntgenologus véleménye volt: A betegnek ulcus pylorici van, a nagygörbületen lévő kitüremkedés spastikus. A median laparotomia alkalmával ulcust vagy hegesedést nem találtunk, de a gyomornak körülbelül a közepén a nagygörbületől a kiscseplesz felé egy tollszár vastagságú álszalagos köteg húzódtott, amely a gyomrot két részre — egy tágult cardialis és egy rendes nagyságú pylorikus részre — osztotta. A szalagot átvágtuk. A beteg a mütét után meghízott, gyomorpanaszai megszűntek. Véleményünk szerint a betegnek perigastritisről járó ulcusa lehetett és ennek nyomán keletkezett az erős, a gyomrot lefűző szalag. Érdekes, hogy a röntgenologus által spastikusnak tartott behúződás organikus volt és fekélynél sehol semmi nyoma nem volt.

2. 22 éves nő. Két év óta vannak fájdalmas görcsei. A gyomorsavértékek magasak, Röntgen-vizsgálat szerint: Ptoikus gyomor, melynek közepén behúződás észlelhető, lassult kiürülés, érzékeny pylorustájék. A mütétnél a nagygörbületről a gyomron át keresztben húzódnak, a nagycsepleszből kiinduló álszalagos köteget találtunk, mely a colon transversumot is vongálta és felül a máj alatt volt lenöve; a szalagot átmetsztük. Feltűnő volt még a vékonybelek anaemiája és nagyobb mesenterialis mirigyek, melyek miatt tbc.-s eredetre kellett gondolnunk. A beteg panaszai a mütét után csak fokozatosan szűntek és a has még hosszú ideig puffadt volt.

3. 63 éves férfi, akit ulcus miatt 1908-ban operáltak (gastroenteroanastomosis retrocolica). 10 évig jól érezte magát, míg 1919-ben erős gyomorvérzése nem támadt. Az I. sz. belklinikáról, mütét céljából került hozzánk. Felvételtkor (1923 okt. 10.) igen lesoványodott beteg. Az epigastrium nyomásérzékeny. Próbareggeli-vizsgálat fennálló vérzés miatt nem végeztetett. A Röntgen-vizsgálat lelete: Rieder-typusú, köldökig érő gyomor, amelyen anastomosis ismételt vizsgálatra nem lehetett látni. A nagygörbület középső és felső harmadának határán tojásnyi, a gyomorral összefüggő és vele egyidőben telődő tasak. Ulcusárnyék vagy telődési hiány nem mutatható ki. A peristaltika végighaladó. 4 1/2 óra múlva egy ujjnyi maradék. Mütéti lelet: Közepén, a hátulsó fal lenövése által fixált homokóragyomor, melynek közepén lévő hegesedése a mellő falra is ráterjed. Ulcus sehol nem tapintható. A szűkült hely szüntetésére gastroplastikát végzünk a Heinecke-Mikulicz-féle pylorusplastika módjára, vagyis a gyomrot hosszirányban felnyitva harántirányban kétfélegesen egyesítjük. A gastroenteroanastomosis teljesen beszűkült, a pylorus szabad. Mütét után a beteg állapota javult.

A homokóragyomor megjelölés morphologiai és nem pathologiai. Minthogy nemcsak két-, hanem többrekeszű is lehet, a gyomornak ezen rendellenes alakját Wölfler „segmentált gyomor”-nak nevezte. Klinikai tüneteket akkor találunk, ha a szűkület mellett a gyomor kiürülése és emésztése szenved, hasonlóan a pylorus-stenosisához. A Röntgen-diagnostika tökéletesítése óta gyakoribb a homokóragyomor diagnózis is. Régebben a homokóragyomrot minden esetben veleszületettnek gondolták (Morgagni), Hirsch és Terret 20 esetet állított össze veleszületett gyomorszűkülettel. Meckel is veleszületettnek tartja a dispoziíót. Ihrig az állatvilágban (kérődző, pl. egér vagy hörcsög) előforduló gyomoralakokat az emberi homokóragyomrral összehasonlítva, atavistikus embryologiai okot keres. Az angol és francia szerzők nem helyeselik ezen felfogást (Veyrassat, Moynihan, Montprofit). Ezért Spannaus csak intra- és extrauterin szerzett homokóragyomrokról beszél. Környező szervek, pl. máj, vese, rendellenes hát-

gerinc (lordosis) nyomása oka lehet a gyomor homokóraszerű alakjának. Rasmussen a bal bordaív nyomása következtében támadt behúzóddással magyarázza ezen alakot és ezt a nyomásnak kitett helyet fekélyképződésre különösen alkalmasnak tartja. Rieder Röntgen-utánvizsgálatai Rasmussen nézetét nem erősítették meg. Manginelli a valóságos homokóragyomrokat anatómiaiakra és spastikusokra osztja. Utóbbiak viszont functionális és organikus alapon keletkezhetnek. A tisztán functionálisak a spasmus helyének változtatása és intenzitásának különbözősége által vannak jelezve, a behúzóddás simaszélű és megszűnik atropinra vagy papaverinre. Organikus spastikus az a homokóragyomor, melyet reflex útján gyomor- vagy duodonalis fekély, esetleg összenövés okoznak, ilyenkor a spasmus tartós és egy helyre localizált. Manginelli szerint a gyomorfalnak bármely betegsége vagy közvetlenül, vagy reflectorice előidézhethet homokóragyomor-alakot. Fekélynél meglevő tartós spasmus egyesek szerint szintén előidéző momentum lehet (Moynihan és Büdinger).

A szerzett homokóragyomrok aetiologiájában a következő tényezők szerepelnek:

1. *Fekélyek*, rendszeren nagy kiterjedésű callosus ulcusok infiltrált környezettel vagy utána visszamaradó hegeselek. E csoportba sorolhatjuk a marómergek után támadt homokóragyomrokat is.

2. *Álkepletek*, jó- vagy rosszindulatúak, esetleg idült lobos tumorok (tbc., lues).

3. *Szalaglefűződések vagy lenövés*.

Gyomorfekéllyel gyakran jár perigastritis, különösen ha a fekély a gyomorfalat perforálni készül vagy perforálta. Ezen perigastritis folyamán a cseplesz vagy annak egy része odatapadhat a veszélyeztetett helyhez, esetleg álszalagok keletkeznek és szívósan lenőnek. Ezen álszalagok arra alkalmas helyen a lobosodás megszüntével zsugorodnak, rövidülnek, ami által a leszorítás és vongálás még teljesebb lesz és létrehozhatja a homokóragyomor-alakot. Ez a lefűződés egyes izolált szalagok által a nagy ritkaságok közé tartozik. Rövidebb szalagok, kisebb lenövés tünetek nélkül is fennállhatnak. Lényeges különbséget okoz kétségtelenül az, vajon a szalag honnan indul ki és hová tapad le. A kisgörbületnél való letapadásnál a gyomor kiürülése a kis-curvatura vongálása miatt csak kissé akadályozott, mert az étel a nagygörbület mentén a súlyviszonyoknál fogva is szabadon lemehet. Ha azonban a nagygörbületnél történik a lefűződés — mint két leírt esetünkben —, akkor a gyomor alsó része két félholdhoz lesz hasonlóvá, a két rész közötti közlekedőnyílás magasan fekszik, miáltal az ételek továbbhaladása már lényegesen akadályozott. A lefűződés a gyomort két egyenlő vagy különböző nagyságú részre osztja. Többnyire a cardialis rész lesz a nagyobb, mert a szűkület fölött a gyomor idővel ektatikussá válik, de tágult lehet a lefűződés által reflectorice okozott tartós pylorus-görccs folytán a pylorikus gyomorrész is. Ilyen lefűződés a Röntgen-vizsgálatnál a spastikus behúzóddáshoz hasonlít, a gyomor kettős tölcseralakjának összekötő része keskeny, nem hosszú, mint pl. callosus fekélynél.

Első esetünkben a leszorító szalag szívós, kemény köteg volt, jelöl a hosszas fennállásnak; a nagygörbületről indult ki és a gyomrot teljesen két részre osztotta. Hasonló volt a helyzet második esetünkben, avval a különbséggel, hogy itt a nagy csepleszből alakult ki a gyomrot lefűző szalag. Harmadik esetünkben a gastroenteroanastomosis folytán idővel peptikus ulcus keletkezhetett és ennek heges gyógyulása folyamán nőtt le a gyomor homokóramódra. Kérdéses, vajon a szűkület kifejlődésében tartós reflectorikus spasmusnak volt-e szerepe.

A homokóragyomor tünetei sokban a pylorus-stenosis tüneteihez hasonlítanak: dyspepsia, étvágytalanság, rosszullét, rossz szájíz, savanyú felbőgös és hányás. A dyspepsiát egyrészt a gyomor lassú kiürülése okozza, másrészt a kísérő hurut, amely még a homokóragyomor műtéti megszüntetése után is egy ideig fennállhat. A fájdalom rendszeren nem nagy, bár érzékenység jelen szokott lenni. Ezt az érzékenységet és a gyakran heves görcsöket a lefűződés illetve lenövés által rögzített gyomor peristal-

tikája okozza. A hányás, éppúgy, mint pylorus-stenosisnál, a szűkület átjárhatóságától és a gyomor motilitásától függ. A hiányos táplálkozás és az a körülmény, hogy víz és folyadékok a gyomorból normalis viszonyok között sem szívódnak fel, továbbjutásuk a bélbe pedig akadályozott, okozza a betegek lesóványodását és kiszáradását. A fennálló hurut az emésztésre hátrányos és a pangó tartalomban beálló rothadás és erjedés bomlástermékei a szervezetet mérgezik.

A homokóragyomor diagnózisát kopogtatási és hallgatódzási úton is sokszor megejthetjük. (Moynihan 9 diagnostikai jelet illetve vizsgálati eljárást állított össze, mint pl. gyomorfelfűzés sondán át és chemiai úton, átvilágítás, loccsanási tünet stb.) Az ismételt Röntgen-vizsgálat még a műtét előtt is kétségtelenné teszi a diagnózist.

A műtéti eljárásokat, amelyek a homokóragyomor gyógyítását célozzák, Spannaus három csoportba osztotta: 1. palliatív műtétek: a) gastro-gastrostomia, b) gastropластика, c) gastroenteroanastomosis; 2. radicalis műtétek: a) harántresectio, b) resectio Billroth II. szerint; 3. kombinált eljárások, pl. resectio és gastroenteroanastomosis (ha pylorikus szűkület is fennáll).

Az összes idáig használatos műtéti eljárások egymás után felsorolva a következők volnának:

1. Kötegszerű lefűződés esetében — egyébként ép gyomorfalak mellett — a lefűző szalag átmetszése, illetve kiirtása.

2. Lenövéses, valamint fekélyes gyomornál harántresectio (Querresektion) és ék alakú csonkolás (Keilresektion). Mind a kettő igen célravezető, de nagy beavatkozás.

3. Gastropластика, melynek legegyszerűbb fajtája talán a leírt harmadik esetünkben alkalmazott Heinecke-Mikulicz-féle pylorusplastika módjára végzett műtét (megnyitás hosszszelvényben és harántirányú bevarrás). A gastroplastikák műtétekhez kell sorolnunk a Büdinger-féle curvatura-plastikát és a Hüttl professor úr által először 1900-ban végzett és leközölt (Orvosi Hetilap 1900, 5. sz.), 1902-ben Finney által leírt és utána elnevezett patkó- vagy U-alakú plastikát, amely adott esetben kitűnő eredményt ad és széles communicatiót létesít a gyomor részei között.

4. Gastro-gastroanastomosis, amely hasonló az előbbi műtétéhez; ott csináljuk, ahol erre legalkalmasabb hely kínálkozik, készülhet közvetlenül a szűkület melletti részekben (Wölfler) és a szűkülettől távol. Utóbbi esetben a gyomrot vongálásnak tesszük ki, ami ismét szűkülethez vezethet.

5. Gastroenteroanastomosis a szűkület fölött. Ezt először Doyen alkalmazta. Készíthetjük a gyomrot mindkét részén, többnyire antecolicát vagy Y-t (Monprofit, Clement).

6. A gastroenteroanastomosison kívül Roth néhány esetben igen legyengült betegeknek a Rovsing-féle felvarrási módszerhez hasonlóan ráncokat varrt a gyomron az ulcusos rész fölött és evvel a „Faltungstamponade“-val állítólag sikerült a gyomor beleg részét kirekeszteni. Véleményünk szerint nehezen képzelhető el, miképpen hathat a nyálkahártyának ezen ráncolása gyógyítólag a fekélyre.

7. Haránt átmetszés és a cardialis részbe gastrojejunostomia a szokott módszerek egyikén: a) Krönlein-Mikulicz, b) Reichel, c) Wilms, d) Sasse, e) Hofmeister-Finsterer.

8. A gyomor leszorítása a szűkület fölött selyemmel vagy fascia-szalaggal és gastroenteroanastomosis (Baum).

Lefűződés által keletkezett homokóragyomor kétségtelenül a nagy ritkaságok közé tartozik, mert hasonló esetekről még Spannaus kimerítő dolgozata sem tesz említést. Ezért eseteink közlését indokoltnak gondoltam.

Az összefoglaló irodalom 1911-ig: Spannaus munkájában: Der Sanduhrmagen. Ergebnisse d. Chir. u. Orth. 1911, III. köt. található meg. — E munkában fel nem sorolt, ill. azóta megjelent fontosabb munkák: Hüttl Hümér: Orvosi Hetilap 1900, 730. — A homokóragyomor kór- és gyógytanának jelen állása. Gyógyászat 1917, 552. old. — Homokóragyomor műtéttel gyógyított esete: H. J. Paterson: Hourglass-stomach Practitioner. 1911, 87. köt., 5. sz. — A. Baron u. Th. Bársony: Spast. Sanduhrmagen bei duod. Affectionen. Wiener klin. Wochenschrift 1912, 31. sz. — Tuffier et Roux Berger: L'estomac biloculaire. Presse méd. 1913, 37. sz. — A. Fischer: Ein Fall von Sanduhrm. infolge tbc

adhäsiver Peritonitis. Korrespblatt f. Schweizer Ärzte 1913, 20. sz. — Konrad Bädinger: Die Kurvaturplastik bei Sanduhrmagen. V. Langenbecks Archiv 102. köt., 3. füz. — A. Wagner: Zur operativen Behandlung des Sanduhrmagens. Zentralbl. f. Chir. 1914, 1067. old. — Alfred Pers: Über die operative Behandlung d. Sanduhrmagens. Deutsche med. Wochenschrift 1914, 32. sz. — Roth (Lübeck): Eine einfache Operation des schweren Sanduhr-Magens. Archiv f. klin. Chir. 1918, 249. old. — Manginelli (Roma): Lo stomaco a clessidra. Rivista ospedal. 1920, 10. köt., 5. sz. — Th. Thomas: Observations on 50 cases of hourglassstomach subjected to operation. Brit. Journ. of Surgery 1921, 9. köt., 33. sz.

Az endemikus strumára vonatkozó újabb vizsgálatok.

(Összefoglaló szemle.)

Irtá: Hetényi Géza dr. a III. sz. belklinika tanársegédje.

Az endemikus struma a legrégibb időktől fogva foglalkoztatta az orvosokat. Saint-Lager 1868-ban már 378 szerző 42 különféle nézetét említi fel a golyva genesiséről. Jóformán alig van magyarázati lehetőség, melyet nem tárgyaltak volna. A legkülönbözőbb okokra próbálták a strumaképződést visszavezetni. Közülük azonban csak három teoria volt az, amely a strumakérdésnek, főleg elterjedése sajátosságának okát tudta volna adni és tulajdonkép úgy áll a dolog, hogy a mai literatura is ezen teoriák alapján áll.

Az első és legrégibb teoria az úgynevezett *talaj-theoria*. Természetes, mert az endemikus struma legszembeötlőbb characteristicuma éppen endemiás volta. H. Bircher volt az első, ki a múlt század kilencvenes éveiben pontos közettani térképek alapján kimutatta, hogy a struma csak bizonyos geológiai formációk feletti talajon lép fel, még pedig — összefoglalólag azt mondhatjuk — tengeri sedimentumokon, míg a föld belsejéből feljutott és a felületen megmeredt eruptív képződmények felett nem. Újabb, pontos vizsgálatok e teoriát mégis megdöntötték és az újabb irodalomban tulajdonkép csak Pighini, egy olasz szerző az, ki a közettani viszonyoknak jelentős, bár nem kizárólagos szerepet tulajdonít. A formációk, melyeken golyva elterjedését konstataálta, a Bircher által leírtakkal megegyezők. A talajtheoria jelentősége bukkan fel Klose közleményében is. Ő felhívja a figyelmet arra, hogy a golyvák milyensége geographikus különbségeket mutat és e geographikus formáknak nagyon, gyakran egy bizonyos klinikai lefolyás felel meg. Ilyen típusok szerinte a *Hochlandschilddrüse* hypothyreoidismusra való hajlamossággal, a *Tieflandschilddrüse* inkább hyperthyreoidismus kíséretében és a *Maingauer Kropf* (Frankfurt környékén), mely a kettő között áll és igen nagy basedowificatiós hajlammal bír. Szerinte az anamnesishez tartozik hozzá annak megkérdezése, hogy a beteg milyen vidékről származik, sőt a sebész eljárása is ehhez igazodik.

A másik teoria, amely különben az elsővel is kapcsolatba hozható, az *ivóvíztheoria*. Mi sem bizonyítja az ivóvíznek az endemikus strumához való közét, mint azok a számtalanszor megismételt kísérletek, melyek az úgynevezett Kropfwasser itatásával állatokon és embereken golyvát idéztek elő. Az ivóvíz szerepét régente mineralogikus és geológikus szempontból értékelték, de már kezdettől fogva voltak olyanok, kik a vízben valamilyen infectiosus agens gyanítottak. A leletek a golyvák vidékek ivóvizében a legkülönbözőbb infusoriumokat, diatomeákat, bakteriumokat vélték kimutatni, anélkül azonban, hogy ezek kórokozó szerepét kétséget kizáró módon tudták volna bizonyí-

tani. Érdekes módon a modern bakteriologia e kérdés-sel egyáltalában nem foglalkozik.¹

Az ivóvíztheoria fertőzéses felfogásával egy úton halad az a felfogás, mely a golyva okozóját ugyancsak egy contagium vivumban látja, ennek jelenlétét azonban nem köti az ivóvízhez. Ennek a *contact- vagy infectiós-theoriának* ma is nagy számmal vannak hívei. Messerli vizsgálatai a szennyezett víz útján való inficiálás mellett szólnak, emellett azonban közvetlen contactátvitel, pl. élelmiszerek útján való fertőzés lehetőségét is elismeri. Az intestinalis béldesinfectionnak általa sokra becsült jó eredményei szerinte amellet szólnak, hogy a golyva a bélflóra toxikus produktumai által keletkezik, melyek hatásosságát a golyvások feltűnően nagy százalékában fellelhető obstipatio is támogatja. A struma eszerint a pajzsmirigy neutralizációs hypertrophiája volna.

Ugyancsak az infectiósus alapon áll *Vas* is, ki a golyvákban a budapesti pubertaskorabeli leányoknál a háborút követő években való erős felszaporodását észlelte és azt a háborús átvonulásoknak és letelepüléseknek hajlandó tulajdonítani.

A harmadik teoria az eddig felsoroltakkal szemben tulajdonképen egy negativumban véli a struma okát. Ez a negativum a *jódhiány*. Ily módon az endemikus struma is azon betegségek közé sorolattik, melyeket Funk a „deficiency diseases” név alatt foglal össze, amelyek tehát azon alapulnak, hogy a szervezet valamely közelebbiről nem ismert, vagy jól definiálható anyagban hiányt szenved. Az ilyen betegségek prototypusai az úgynevezett avitaminosisok. A struma okát a táplálék jódhiányában keresni nem újkeletű felfogás: főleg a forrásvíz jódszegénységében látták a golyva-keletkezés okát s így összeköttetésbe hozták a víztheoriával. Észleletek azonban, melyek a strumák jódgazdagságát és a golyvás vidékek ivóvizének is helyenkénti bő jód tartalmát mutatták ki s aminők pl. Virchowtól is származnak, mihamar e magyarázat elejtésére vezettek. Pedig ma már tudjuk, hogy a strumák jódgazdagságát a thyreoidea jódmobilizáló képességének hiányos volta is okozhatja s mellette a szervezet egyéb szervei és szövetei jódban hiányt szenvedhetnek. Az ivóvizek jód tartalmának vizsgálata is elvesztette jelentőségét, amióta a jódhiányt a táplálékban, nevezetesen a konyhasóban vélték felfedezni.

A svájci Hunziker volt az első, ki arra az összefüggésre rámutatott, amely az endemikus struma előfordulása és Sváje egyes kantonjainak sóellátása között fennállani látszik. Mindazon kantonok, amelyek a rajnai salinákban kapják a sót, golyvás vidékek. Ezzel szemben Waadt kanton, mely a sót a bexi salinából nyeri, teljesen golyvamentes. A kétféle só közt az a különbség, hogy a bexi sóforrás magas jód tartalmú, míg a rajnai salinák jódban szegények. E különbséget még fokozza az előállítás különbözősége is. Míg ugyanis a bexi só raffinálása közben a jódnak csak igen kis része megy át az anyalúgba, addig a rajnai salinák jódja a gyártás közben csaknem quantitative az anyalúgba maradt vissza. Ennek az a következménye, hogy míg a rajnai só csak nyomokban tartalmaz jódot vagy teljesen jódmentes, addig a bexi sóforrás sója kilogrammonként kb. $\frac{1}{100}$ g jódmagnesiumot tartalmaz. Az egyetlen kivétel a genfi kanton, mely — jóllehet rajnai sót kap — golyvában szegény. Ennek okát abban látják, hogy a bexi salina anyalúgját, melynek literje $\frac{1}{6}$ g

¹ Kolle a svájci golyvabizottsággal csak arra az eredményre jutott, hogy a golyvás vidékek ivóvize kb. tízszer annyi mikroorganizmust tartalmaz, mint a nem golyvásoké.

jódmagnesiumot tartalmaz, a Rhone-ba öntik, melynek útján az a Genfi-tóba jut, melyből Genf ivóvízszükségletét fedezi.

Hunziker vizsgálatait számos szerző vizsgálta felül, így a nevesebbek közül *Bayard* és *Eggensberger*. Állításainak helyességét mindannyian elismerik. *Miesbach* a németországi golyvaelterjedést is a sóforrások különböző jódtartalmára vezeti vissza; Dél-Bajorország sóforrásai, de ivóvíze és növényzete is jódban legszegényebb. A dolgot magasabb szempontból tekinti *Bleyer* közleménye, mely a jódnak a természetben való — Bókay Árpád által ismertetett — körforgására figyelmeztet. A jód a természetben mindenütt fellelhető, ámbar igen csekély mennyiségben. Előfordulási alakjai túlnyomólag jodidok és jodatok. Ezek vízben könnyen oldódó, könnyen diffundáló vegyületek, melynek vándorlási képessége tehát igen jelentékeny. Eme tulajdonságaik teszik lehetővé — éppúgy, mint a chloridokét — a jód circuliációját a természetben. A magas fekvésű vidékek talajából az esőzések és a hegyi patakok által kimosott jód a mélyebb fekvésű helyek felé veszi útját és végül is a tengerbe kerül, melyben az idők folyamán nagy jódmennyiségek halmozódtak fel. A jódcconcentratio tehát a hegységek felől a tenger felé folytonosan emelkedik.

Ugyanezt a jelenséget látjuk, ha az endemikus struma elterjedésének viszonyait vesszük szemügyre. Mennél mélyebbre szállunk a szárazföldön és mennél közelebb érünk a tengerhez, annál inkább csökken a struma gyakorisága és végül a kimondott lapályokon majnem teljesen eltűnik, sőt basedowoid dispositionnak ad helyet, ami golyvás vidékeken tudvalevőleg a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Hozzájárul a magasan fekvő vidékek jódszegénységéhez az a körülmény is, hogy a különböző talajok jódmegkötő képessége korántsem egyforma. A mélyebben fekvő vidékek mély talaja kétségkívül több jódot képes absorbeálni, mint a hegyi vidékek csekély talajrétege. A jódvándorlásnak és a jódcconcentratio fokozódásának kifejezője a növényi hamu jódtartalma is. A partvidékek növényzete lényegesen több jódot tartalmaz, mint a kifejezetten szárazföldi növények s a parti és tengeri növények hamuja a jódgyártásnak technikai forrása.²

A jódhánytheoriát ki nem elégítőnek tartja *Boitel*. Hasonlóképp nem adja magyarázatát a *Cemach* által leírt, Bécsben, menekült galíciaiak között észlelt járválynak sem.

Áttérek most a golyva prophylaxisának kérdésére: arra a kérdésre, melynek ma legnagyobb az aktualitása és a praktikus fontossága. Mint azt oly sokszor látjuk, az empiria itt is messze megelőzte a tudomány menetét. Az endemikus struma prophylaxisa ma egy szóban foglalható össze: jód.

A tengeri szivacs, a spongia usta, melynek meglehetősen jelentékeny a jódtartalma, régóta nagy szerepet játszik a nép körében. Kis zacskókat porított szivaccsal töltve még ma is sok helyen viselnek Svájcban amulett gyanánt.³ De a tudományos orvostanba is hamar bejutott a jód. Nyolc évvel a jód felfedezése után vezette be 1819-ben *Coindet* Genfben és kenőcs

meg tinctura alakjában ajánlotta a golyva elmulasztására. Hogy milyen eredménnyel, azt mutatja az a tény, hogy egy lausannei gyógyszerész akkoriban egy év alatt 12 font jódtincturát adott el (*Eswald*).

A jódpophylaxis tehát — tudva vagy öntudatlanul — nem újkeletű. Az utolsó esztendőök vívmányai nem is a jód bevezetésében állanak, hanem egyfelől azokban a tömegkísérletekben, melyek a jódnak specifikus hatását a golyvára kétségtelenül bebizonyították, másfelől abban a nagyarányú és valóban imponáló szervezésben, amellyel e kísérletek alapján az endemikus struma prophylaxisát általánosították.

Tömegvizsgálatok Svájcban *Hunziker* és *Wyss*-től és *Klingert*-től, Amerikában *Marine* és *Kimball*-tól származnak. Az első beszámolót *Hunziker* adta 1920-ban. Ő oly módon járt el, hogy az internátus bentlakóit két csoportra osztotta. Az egyik csoport gyermek oly főzeléket kapott táplálékában, amely jódkáliummal trágyázott földből származott, míg a másik csoport jódnélküli trágyával kezelt főzelékekkel kapta táplálékát. Jóllehet az első csoport napi jódbevitel nem haladta meg az $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg-ot, a három éven keresztül végzett pontos pajzsmirigymérések a nyaktérfogat jelentős megkisebbedését mutatták ki a másik csoport változatlan vagy megnagyobbodott nyaktérfogatával szemben. Hasonló eredményekről számol be *Hunziker* *Wyss*-szel az adliswüli iskolásgyermekeknek. A gyermekek egyik fele heti 1 mg jódkálit, egy év leforgása alatt tehát összesen kb. 4 cg-ot kapott, míg a másik fele kezeletlen maradt. Az eredmény: a kezelték pajzsmirigye általában 50%-kal megkisebbedett, a nem kezeltéké nőtt. *Klinger* a zürichi kanton több iskolájában végzett kísérleteket. Itten a gyermekek minden hétfőn a tanítás megkezdése előtt a tanító szemeláltára egy jodostarintabellát (jódtartalma 3 cg) fogyasztottak el. E medicatiót a gyermekek a szünetek kivételével 15 hónapon keresztül folytatták. Az eredmény azoknál a gyermekeknek, kiknél ezt keresztülvittek: a pajzsmirigyterfogat nagyfokú lecsökkenése, a golyvasok számának 90%-ról 28%-ra való esése volt. Ugyanezen eredmények még kisebb dosisokkal (napi 1 cg) is elérhetők voltak. E gyermekek növekedése is gyorsult: a nem kezeltéké évi 3.5—4.3 cm-es átlagával szemben évi átlaguk 5.4—6.15 cm volt.

Amerikában *Marine* és *Kimball* végeztek hasonló eredménnyel igen bő anyagon vizsgálatokat. Az ő eljárásuk a következő volt: Négy és félezer 10 és 20 év közötti fiatallemnél évente kétszer (tavasszal és ősszel) 20—20 g jódnatriumot adagoltak. Az adagolás módja: sirupban, napi dosis 20 cg volt. Az eredmény: 2190 kezelt egyénből ötven kaptak strumát, 2305 kezeletlenből 495. E kísérletek tehát igen nagy anyagon bizonyították szépen a jódpophylaxis jogosultságát.

Az itt ismertetett és kisebb terjedelemben még számos helyen keresztül vitt vizsgálatok alapján senki sem kételkedik már ma a jódpophylaxis hatásos voltában. Ez eredmények praktikus hasznát ugyancsak Svájcban aknázták ki először. Az egyetemi orvostanárókból, bakteriologusokból, chemikusokból és praktikus orvosokból álló „Kropfkommision“ véleményezése alapján ma már Svájcban csaknem valamennyi kantonjában hatóságilag megszervezett golyvaprophylaxis folyik. Eltérések csupán a jódppraeparatum megválasztása, annak a szervezetbe való juttatása és dosisa tekintetében mutatkoznak. A praeparatum megválasztásánál a főszempontok a következők: 1. a jód íze lehetőleg fedve legyen; 2. a gyomor-bélesatorna jól tűrje a készítményt; 3. a szer jódtartalma ne legyen túl magas. Az anorganikus jódevyületek közül a natrium-, kálium-,

² Érdekes még *Bayard* nézete, ki a strumát a pajzsmirigy korai öregedésének tartja, melyet a táplálék jódszegénysége hoz létre.

³ *Grasel* szerint a nép Bajorországban cserfakérges meleg borogatásokat, belsőleg pedig csukamájolajat használ a golyva ellen. Ez tulajdonképp szintén jódpophylaxisnak és therapiának tekinthető. A jód hordozója a csukamájolaj, a meleg borogatások pedig a jód lerakódását segítenék a golyvában elő.

ammonium-, calcium- és magnesiumsók válnak be, az organikusak közül pedig a jodipin, jodostarin, jodival, lipojodin, sajodin, diiodyl és allival említhetők fel. Azokat az előnyöket, melyeket régebben az organikus készítményeknek tulajdonítottak, ma már nem ismerjük el: pontos vizsgálatok szerint sem a bélben való lassúbb hasadás, sem a jodismus veszélyének kisebb volta nem tekinthető az organikus praeparatumok kizárólagos tulajdonságául. Ami a bevitel módját illeti, arra nézve is különböző eljárásokat alkalmaznak. A legrégibb módszer, mely, mint említettem, a népszokásban gyökerezik, kis zacskóknak, vagy fából készült kapsuláknak hordása, melyek néhány jódkristályt tartalmaznak. Itt a jódteljesítés révén jut a szervezetbe. Korall- és borostyánkőláncok jódtartalmuknál fogva ugyancsak hasznosnak mutatkoztak. *Th. Kocher* és *Roux* perforált fedéllel ellátott, jódot tartalmazó dobozoknak lakószobákban és iskolatermekben való felállítását tartják a legcélszerűbbnek. *Silberschmidt*, *Klinger*, *De Quervain* és *Lauener* a per os való bevitelt ajánlják, főleg a Roche-féle jodostarinokoládétabletták vagy maláta-pasztillák formájában. *Hunziker*, *Bayard*, *Fritzsche* a háztartási konyhasóhoz kevernek jódkálit (5 kg-hoz 2–10 cg-ot). Ez az eljárás számlál jelenleg legtöbb hívet, különösen a lakosság indolenciája miatt, amely miatt igazán általános prophylaxis másképp keresztül nem vihető. A svájci golyvabizottság szintén eme módszer mellett nyilatkozott és az állami monopóliumot képező konyhasónak jódnatriummal való automatikus elegyítését ajánlotta. A jódteljesítés a nyers sóban jelen volt jódteljesítésének felel meg, napi dosisa $\frac{1}{10}$ mg legyen. Ha fejenként 7 kg-ra tesszük az évi sófogyasztást, ez évi 4 cg natriumjodidnak felel meg. Ugyanerre a nézetre jutott Amerikában *Hayhurst*. Ő a belföld lakóinak tengeri só használatát ajánlja, mely, mint látuk, jódban gazdag.

A dosis tekintetében nagyobb a különböző szerzők között az egyetértés. Valamennyien megegyeznek abban, hogy az említett egészen minimális jódteljesítések elégségesek a golyva prophylaxisára.

Svájcon kívül, hol az endemikus struma prophylaxisa valóban nagy arányokban és a kellő hozzáértéssel vitetett keresztül, Amerikában és újabban Bajorországban, továbbá Ausztriában kezd e kérdés megérni. Bajorországban *Kräuter*, egy müncheni iskolaorvosnő volt az első, ki a golyvának Münchenben való gyakoriságára és szaporodására (1840 gyermekből 973 = 56%) felhíván a figyelmet, a jódteljesítés bevezetését ajánlja. Utána *Fürst* és *Bleyer* erősítették meg észleleteit és csatlakoztak álláspontjához. Persze a viszonyok Bajorországban mások: egyfelől a struma elterjedtsége kisebb, másfelől sóellátása bonyolódottabb. Az első lépések azonban itt is megtörténtek. Német-Ausztriában *Wagner-Jauregg* volt a kezdeményező e téren.

A jódteljesítés tehát Svájcban máris gyönyörű eredményeket ért el. S ha attól, amit egy lelkes szerző nemrégiben jelentett — hogy t. i. Svájc golyvamentes — bizonyára még távol állunk, az eddig elért eredmények alapján valóban hihetünk elkövetkeztében, *Hedinger* szentül megvan győződve arról, hogy eljő az az idő, amikor a ma oly gyakran megjelenő, a golyvaműtétek ezreiről beszámoló statisztikák nem a mai sebészet különös fejlettségének, hanem a közegészségügy csődjének lesznek tanubizonyosságai.

Ami mármint a struma gyógyítását illeti, e tekintetben ma már egész más álláspontot foglalunk el, mint azelőtt. A sebészi gyógyítás, mely a struma kezelését 1771 óta, mikor *Vogel* először végzett strumaműtétet, teljesen uralta, egészen háttérbe szorult s ma már

az újabb összeállítások szerint az endemikus strumák 90%-a a belgyógyászati kezelés alá esik. Ez utóbbit természetesen a jódteljesítés, főleg a *Bircher* által forgalomba hozott *strumaval*-tabletták örövendenek e tekintetben jó hírnévnek. E tabletták jódot, chinint, calciumot és silíciumot tartalmaznak. Hasonló összetételű tablettákat *Krecke* Münchenben *euthyreol* név alatt hozott forgalomba. Klinikánk járóbetegrendelésén 5%-os jódkáli-oldat napi 1 cseppjével ugyancsak kitűnő eredményeket értünk el.

A jódteljesítés applicációját ma már, amióta bebizonyosodott, hogy a bőrön át való felszívódása sokkalta rosszabb, mint a gyomor-bélesatornából való resorptiója, orvosi rendeletre alig alkalmazzák. Ellenben a jódnak a struma parenchymájába való fecskendezése, melyet, mintán *Velpeau* 1842-ben cystikus strumáknál ért el vele kedvező eredményeket, *Sköldberg* alkalmazott 1855-ben először, újabb pártfogóra akadt *Krebs* személyében, ki jódtinctura befecskendezésével 80%-os gyógyulást ért el. Ez az eljárás azonban egyfelől irracionális volta, másfelől veszélyessége (thrombosis, tályogképződés) és az általa okozott kellemetlenségek (fájdalmasság, lesóványodás) miatt lehetőleg teljesen kiküszöbölendő volna.

A Röntgen-kezelést az endemikus struma gyógyításában a legtöbb szerző, így *Barker*, *Simpson*, *Holmes* stb. elvetik.

A sebészi terapiát főleg még amerikai szerzők kultiválják. Európában különös indiciók nélkül (nagyfokú növekedés, nyomási tünetek) már alig van talaja. A kedvenc műtét a *Hotz* és *Enderlen* által ajánlott, mely a *De Quervain*-féle ligaturának és a *Mikulicz* szerinti kétoldali resectiónak kombinációja. Ily módszerrel végzett seriesek eredményeiről számolnak be *Klose* és *Hellwig* a frankfurti klinikáról, *Fritzsche* Svájból és *Bircher* is a Mayo-klinika eljárásának ismertetésében. Sajnos, a műtét sem mindenható eszköz. Egyfelől a tetania veszélye, másfelől a recidiva fenyeget. Míg az előbbinek réme ma már igen kis térre szorítható, addig a recidiva tekintetében a statisztikák kevés biztatást nyújtanak. Egyedül *Hildebrand* az, aki ritkának tartja, pedig csak hemistruktómiát végez. *Klose* és *Hellwig* 40%, *Fritzsche* 45% recidiváról számol be, *Hitzler* a heidelbergi klinika 18 éves anyagában 29%-ról, *Roux* tanítványa *Germanier* 25 év utáni recidivát ír le, maga *Roux* szerint pedig „a beteg a recidivával száll le a műtőasztalról”. Helyénvaló tehát *Fritzsche* ajánlata, ki strumaműtétet után prophylaktikus jódteljesítést folytat.

Kérdés mármint, miként hat a jódteljesítés? Erre a kérdésre, melyre azelőtt csak bizonytalan hypothesisek igyekeztek feleletet szolgáltatni, ma már kissé több bizottsággal válaszolhatunk, mióta a thyreoidea physiologiájáról és pathologikus physiologiájáról is van némi ismeretünk. Tudjuk, hogy a thyreoidea functiója több tényezőtől tevődik össze. Első és legfontosabb feladata hormonjának készítése. Ezt *Kendall*nak 1914-ben sikerült a thyroxin alakjában izolálni. A thyroxin előállításának, szerkezetének ismertetése nem tartozik ez összefoglalás keretébe. Róla csak annyit, hogy körülbelül a *Baumann*, majd *Oswald* által előállított thyreoglobulinak felel meg. A pajzsmirigy másik feladata secretumának felraktározása, harmadik functiója pedig ennek a szervezet szükségletéhez alkalmazottan a szövetekbe való juttatása. A felraktározás oly módon válik lehetségessé, hogy a secretum bizonyos anyagoknak, talán az *Oswald* által izolált thyreoneukleoproteidnak befolyása alatt (*Kocher*) besűrűsödik, oldhatósága, diffundibilitása csökken. A thyreoidea eme functiói között egyrésztől, másrésztől eme functiók és a test

szövetei között egy bizonyos egyensúlyi állapot áll fenn, amely pathologikus körülmények közt, de bizonyos alkalmaknál már physiologikusan is megbomlik. Ez utóbbi jellegű egyensúlyzavar következménye pl. a struma adolescentium, tehát a pubertásbeli, ilyen továbbá a graviditásban kifejlődő struma. Pathologikus eltolódás jön létre például a Basedow-féle betegségnél. De megbomlik az egyensúly az endemikus struma legtöbb esetében is. Hogy ez mimódon jön létre, az teljesen tisztázva még nincsen. Az a körülmény azonban, hogy az endemikus struma kórbonctani képe leglőbbször a diffus colloidstruma képének felel meg, jódtartalma a normalisénál magasabb, arra utal, hogy az endemikus struma távolról sem azonosítható a hypothyreosis fogalmával, amely elnevezés alatt a thyreoidea elválasztóképeségének csökkenését szokták érteni. Ellenkezőleg, a dolog úgy látszik, hogy a mobilisatioja szenved a thyroxinnak. Ezt látszik a jódteljes dosisa elősegíteni. A felhalmozódott colloid resorptiójával párhuzamosan csökken a golyva nagysága is.

Az utolsó éveknek az endemikus strumára vonatkozó vizsgálataiból a következő benyomást meríthetjük: A therapia ideálja, a prophylaktikus therapia, az endemikus struma kérdésében, úgy látszik, a megvalósulás stádiumába jutott. Ezen az alapon a thyreoidea physiologiaja és pathologiaja is jelentős lökessel indult el immár megalapozott kiépítése felé.

THERAPIA

A nyiregyházi Erzsébet-kórház közleménye (igazgató főorvos: Klekner Károly dr.)

Adatok

az asthma bronchiale terapiájához.

Írta: Gaizler Gyula dr. kórházi főorvos.

Az asthma bronchiale gyógyításában az amerikaiak és az angolok már évek óta sikerrel végzik azon protein-vizsgálatokat, amelyek alapján meg tudják határozni, hogy az illető betegnél melyik fehérjeféleséggel szemben áll fenn túlérzékenység és ennek a fehérjének a beteg táplálékából vagy környezetéből való eltávolítása után számos esetben értek el teljes gyógyulást.

Vizsgálataink tárgyát a görcsös dyspnoe az az alakja képezi, amelynek fő jellemvonása az expiratorikus dyspnoe.

Kísérletekre csak azon eseteket használhatjuk fel, amelyekben pontos klinikai megfigyelésekkel minden más aetiologiai faktort ki tudunk zárni, mert ellenkező esetben igen sok negatív eredményt kapnánk.

Ismeretes, hogy hirtelen dyspnoe okozhat elsősorban a felső légzőtraktusban levő akadály, akár infectiosus, akár mechanikus eredetű; továbbá szívbaj és nephritis is, sőt gyakran bronchitis esetében is kapunk hasonló dyspnoe. Azonban ezen tévesen asthmaknak nevezett rohamokat nem szabad az „essentialis” asthma-val összevetni, mert ezeknél az aetiologiai factort meg tudjuk állapítani, bár tagadhatatlan, hogy a diagnosis néha igen nehéz lehet. Ezek tehát nem tartoznak vizsgálataink körébe.

Észleléseimet különböző növényi és állati fehérjékkel végeztem, természetesen csakis olyan anyagokkal, amelyek az illető táplálkozásában szerepeltek (tojás, tej, disznóhús, marhahús, borjúhús, rizs, bab, burgonya, borsó, spenót, kelkáposzta, lencse, dara és búzaliszt). A vizsgálati anyagokat — amelyeket szárított por alakjában alkalmaztam — részben magam készítettem, részben a Chinoin gyár bocsájtotta rendelkezésemre.

Kivétel: Az alkohollal megtisztított felkarbőr megfeszített külső felszínére oltófüvel vagy szikével annyi 5–5 mm-es vágást teszünk, ahány fehérjeféleséggel szemben vizsgálunk. A scarificatiót oly mélyre ejtjük, hogy egy igen kicsiny vércsepp is látható legyen, mert tapasztalás szerint így a reactio határozottabban és gyorsabban jelentkezik, mint ha csak egy kevés savó szivárog elő. Azután egy gummiballonnal ellátott pipettával minden egyes vágásra egy-egy csepp 0.4%-os kalium- vagy natrium hydroxid-oldatot teszünk (kihúzott üvegcsővel is használhatunk). Majd egy kis üvegspatulával a szövet protein szemernyi mennyiségét a lúggal lecseppentett vágásba dörzsöljük, minden egyes proteinre külön-külön spatulát használva. A

kis üvegspatulákat a neosalvarsan-phiolákhoz mellékeltem kis üvegpalcákból készítettem, izzó, olvadó végüket egy lapos-végű csipesszel hirtelen széljénnyomván. Ezeket lehűlés után alkoholban lemostam és egy steril Petri-csészébe tettem el. A protein bedörzsölése után a palcákat vízzel, majd alkohollal letisztogatjuk, egy napig alkoholban hagyjuk s használat előtt lángban áthúzza újra sterilizáljuk.

Az injectiós methodust — amellyel eleinte vizsgálataimat végeztem — teljesen elhagytam, nemcsak a komplikáltabb kivétel miatt, hanem a gyakori genyedések miatt is. Főleg a zöldsfélknél kaptam igen gyakran genyedet a legszigorúbb aseptikus cautelák megtartása mellett is és több esetben vesztettem el a beteget az érdekesnek ígérkező kísérlet alól, mert a genyedés miatt nem merté tovább vizsgálatnak alávetni. A scarificatiós methodus mellett genyedet egy ízben sem észleltem, az apró vágások a kísérlet után nyomtalanul eltűntek.

Ha positiv a reactio, akkor már 2–3 perc múlva, de legkésőbb 15 percen belül egy kis hólyag keletkezik a vágás mentén, melyet egy halvány anaemiás udvar vesz körül. A hólyag átmérője legalább 6 mm nagyságú legyen. A reactio a teljes kifejlődés után gyakran már 10–15 perc múlva kezd lelohadni, egyéni eltérések vannak. A hólyag nagyságából néha az érzékenység fokára is következtethetünk.

Előfordul, hogy a bedörzsölt területen egészen kicsiny, csak 2–3 mm átmérőjű, a bőr felszíne fölé emelkedő hólyagszerű elváltozást észlelünk, ami azonban nem tekinthető positiv reactionnak. Ezeknél a „hamis” reactionnál a hólyag széle nem oly határozott és átmérőjében csak igen ritkán éri el a 4–5 mm-t.

Az amerikaiak bakteriumos eredetű bronchialis asthmát is írtak le. Ezeket olyan esetekben találták, amelyeknél a különböző proteinekre negativ eredményt kaptak és ahol a bronchialis asthma határozott okát kimutatni nem tudták. En bakteriumokkal egyetlen egy positiv reactiót sem találtam.

Mikor a positiv reactióval meghatároztuk, hogy melyik fehérjeféleséggel szemben mutat a beteg túlérzékenységet, akkor azt a fehérjét a beteg táplálékából elhagytuk, amire rendszeren a symptomák enyhültek, illetve megszűntek.

A javulást elősegíthetjük az illető fehérje különböző hígítású oldatainak injectiós adagolásával is, az úgynevezett „desensibilizáló” oltásokkal. Ezeknek az oltásoknak az az előnyük van, hogy nem vagyunk kénytelenek a beteg étrendjéből végleg törölni sokszor olyan proteint, amelyik — mint pl. a tojás is — a legtöbb étel elkészítéséhez szükséges, hanem szervezetét mindegy „áthangolva”, képessé tesszük a fokozott antitesttermelésre és így az antigen megkölésére, méregtelenítésére. Az injectióknak oly hatásúknak kell lenniök, hogy a localis reactio mellett az általános reactio küszöbértékét is megközelítsék, de ezt semmi esetre se éri el. Az egyes injectiók közötti időt legjobb úgy megválasztani, hogy amint a localis reactio lezajlott, rögtön adjuk a következőt; ez az idő tapasztalás szerint leglőbbször 2–4 nap között váltakozik.

Az egyes adagokat folyton emelni kell. Általánosságban a következő hígítások adagolása vált be: 1:20000, 1:1000, 1:100, 1:10, 1:5. Kifejezett általános reactiót nem szabad kapnunk, ez rendszerint akkor szokott bekövetkezni, ha nagy intervallum múlt el az egyes injectiók között vagy ha a megengedettnél nagyobb dosist használtunk.

Eddig 15 betegnél volt alkalmam vizsgálatot végezni, ezek közül a legszebb eredményt a következő eset mutatta:

B. B. 19 éves, gyermekkor óta szenved asthma-rohamokban, családjában senkinek sem volt hasonló betegsége. Az asthmaja folytan kifejlődött emphysemán kívül más szervi elváltozás nem található nála. Az asthmaellenes kezeléseket eredménytelenül próbálta végig. Már gyermekkor óta a tojást nem szereti, magában nem is tudja elfogyasztani, csupán a tojással készült ételeket eszi meg, de ezektől is kiütéseket kap.

A cutanpróba határozott tojásérzékenységet mutat (10 mm átmérőjű hólyag), a többi proteinnel szemben negativ.

A tojást megvonva a betegől, rohamai teljesen megszűntek és mai napig sem jelentkeztek, holott azelőtt hetenkint háromszor is volt roham.

A cutanpróba előtti vérvizsgálat 7% eosinophil-sejtel mutatott egyébként normalis vérkép mellett, míg a javulás időszakában csak 2% volt található.

Néhány hónap múlva megpróbáltam a beteggel ismét tojásos ételt etetni s egyidejűleg nagy hígítású tojásoldattal injectiókat is adtam neki, szervezetét immunizálni, fokozott antitestképzésre igérni óhajtva az újólag a vérkeringésbe került antigennel szemben.

Az injectiókhoz szükséges fehérjehígításokat következőképen készítettem: egy tojás fehérjét és sárgáját steril Erlenmeyer-lombikban 100 cm³ 0.85%-os natriumchlorid steril oldattal összekevertem és három óráig hűvös helyen, többször felrázva, állni hagytam. Annak megállapítására, hogy az extractumban elegendő fehérje van-e már jelen, időnkint 2 cm³-nyi mennyiséget leszívam egy steril pipettával és egy kis eprou-

vettába öntve erősen összeráztam. Ha a kivonat lépípettázott kis részlete kémlelőcsőben összerázva eközben maradandóan habos lett, akkor az extractum hasznavehető volt.

Mivel a fehérje mennyiségét pontossággal megállapítani nem volt módomban, azon gyakorlatilag bevált meghatározáshoz folyamodtam, amelyet praecipitációs reakciónál a biológiában többször is használunk; 1%-os oldatból akarván kiindulni, az extractumot először is ily fehérjetartalmúvá kellett hígítani. 1 cm³ kivonatot kis eprouvettában felfőzve és egy csepp salétromsavval megsavanyítva megfigyeltem, milyen reactio keletkezett. Ha erős zavarodás lépett fel, amely rögtön leülepedett, az extractumot nem használhattam. Addig kellett tehát a hígításokat és a kémlelést ismételnem, míg azt a pontot el nem értem, hogy a HNO₃ hozzáátételére egyenletes opalescáló zavarodás keletkezett, mely egy perc alatt az eprouvetta fenekére süllyedt. Ebben a hígításban ellenőrizve az extractumot, Esbach szerint 1%-nyi fehérjetartalmat tudtam kimutatni. Természetesen ott, ahol finomabb eszközök — pl. refractometer — állnak rendelkezésre, célszerűbb azzal dolgozni. De még az általam leírt, körülményesnek látszó methodussal is néhány perc alatt elkészülünk a beállításával s ezt minden gyakorlóorvos könnyen elvégezheti különösebb felszerelés nélkül.

A tojásoldatot, illetve extractumot, valamint a hígításokat minden alkalommal frissen készítettem.

Ezen 1%-os oldatból a betegnek a felkar feszítőoldalába harmadnaponként megismételt subcutaninjectiókat a következő schema szerint adtam:

- I. inj.: az 1%-os oldatot 0.1%-osra hígítva 0.1 cm³-t = 0.0001 g feh.
 II. injectio; 1%-os oldatból 0.1 cm³-t = 0.001 g fehérje.
 III. " 1%-os " 0.5 " = 0.005 g "
 IV. " 1%-os " 1.0 " = 0.01 g "
 V. " 1%-os " 2.0 " = 0.02 g "

Eközben a beteg baj nélkül fogyasztotta a tojásos ételeket. Tojást egymagában most sem tud enni, mert annyira undorodik attól, hogy rosszul lesz ha látja.

A localis reaction kívül a beteg egy ízben — a III-ik injectio után — egész minimalis bágyságról panaszkodott, de egyéb kellemetlensége nem volt. Rohamai teljesen megszűntek, mindamellett, hogy állandóan tojásos ételeket eszik, jól érzi magát, csupán következményes emphysemája okoz időnkint kellemetlenséget, amit, sajnos, nem áll módunkban meggyógyítani.

Ami a dolog lényegét illeti, a legtöbb szerző az illető szervezet túlérzékenységét veszi fel magyarázatul egy bizonyos proteinnel mint antigennel szemben. (Caulfield, Frugoni, Roth stb.) Feltehető, hogy ezen egyéneknek az a bizonyos protein valamilyen oknál fogva, talán a máj tökéletlen functiója folytán (emellett szólnak Röth és Hetényi vizsgálatai is), nem képes teljesen elbontani az intermediaer anyagcserében ezek a nem teljesen elbontott productumok felgyülemlekednek és mintegy explosíószerűen görcsös dyspnoét idéznek elő s ha valamilyen úton-módon a szervezetből eltűnnek — akár kiürülés, akár a szervezet részéről történt méregtelenítés folytán —, a rohamok megszűnnek.

A rohamok megszűnéséhez különben elegendő, hogy a toxinok mennyisége egy bizonyos küszöbérték alá csökkenjen. A latensen a szervezetben visszamaradt toxinmennyiség azonban újabb toxincumulatio magvát képezheti, ha az a bizonyos protein újból a szervezetbe kerül és hiányos elbomlása folytán a mérgező productumok a küszöbértéket túllépve, újabb rohamot tudnak előidézni.

Lényegében tehát az asthmás rohamok anaphylaxiás shoknak tarthatók, a védekezés vele szemben az anaphylaxiához hasonló. A cutanpróbák segítségével a rohamok kifejlődését a szervezetre káros protein távoltartásával megakadályozhatjuk vagy pedig védekezhünk a fentebb leírt immunizáló oltásokkal is, amelyekkel a szervezetet a fokozott antitestképzéssel desensibilizálhatjuk anélkül, hogy az illető proteint a beteg étrendjéből elhagynánk.

A „protein-immunotherapia” főcélja az, hogy a protein-túlérzékenység ellen megfelelő antigént tartalmazó oldattal a legradicalisabb immunizálást érjük el, vagyis, hogy az ilyen „protein-túlérzékeny” egyén szervezetében reactiv folyamatokat tudjunk kiváltani. Ezen bevitt specifikus anyagok hatására tehát a szervezet active képez védelmező anyagokat, antitesteket (antiproteint) termel, vagy a már meglevő, de igen lassú antitestképződés fokozódik.

Ezzel a specifikus protein-immunotherapiával főleg a csecsemőknek kifejlődött különböző alimentaris ártalmaknál lehetne talán a javulást gyorsítani és fokozott antitesttermelésre bírni a szervezetet.

Rátérhetek a vagotonia kérdésre is. Imeretes, hogy úgy az asthma, mint sok más egyéb megbetegedés, mint az ekzema, urticaria, rhinitis vasomotorica stb. (Walker, Caulfield stb.) szintén a vagotonia tárgykörébe tartozik. Ezek diaetetikusan úton jól befolyásolhatók, ami azt a feltevésünket támogatja, hogy ezeknél

szintén az intermediaer anyagcserében történt valamelyes zavar, a proteinnek tökéletlen elbomlása folytán. Hogy már most melyik a primaer ok: a vagotonia-e és ez vonná maga után a fehérjék tökéletlen elbontódását, avagy megfordítva a nem teljes proteinbomlás idézi-e elő a vagotoniát, olyan kérdés, amelyre nehéz biztos választ adni. Valószínűbb, hogy elsődleges a fehérjeanyagcsere-zavar és a felszaporodott mérgező productumok idézik elő a vagotoniát; mármint, hogy ez miért manifestálódik — az egyiknél asthma, a másiknál ekzema stb. alakjában —, azt biztosan eldönteni a jövő feladata.

Érdekes lenne mindenesetre megpróbálni, hogy más e csoportba tartozó vagotoniás betegségeknél is a cutanpróba segítségével megtalált specifikus protein parenteralis adagolásával lehet-e befolyásolni az egyes betegségek kimenetelét.

Irodalom: Caulfield: The Journal of the American Medical Association 1921. — Milton B. Cohen: U. o. 1921. — Röth: Orvoscézés 1923. I. — Röth-Hetényi: Klin. Wochenschrift 1922. — Müller: Technik der Serodiagnostischen Methoden. — Much: Pathologische Biologie 1922, IV. és V. kiadás. — Pfeiffer: Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. XIII. Teil 2. — Dold: Ugyanott. — J. Bauer: Konstitutionelle Disposition 1921. II. kiadás. — Referatumok: The Journal of the American Medical Association 1921. és 1922. évfolyamából.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az élő emberek arteriáinak és vénáinak röntgenographiás ábrázolása. Berberich és Hirsch. (Klin. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

Szerzők a végtag ereinek leszorítása után 5–10 cm³ 10–20%-os strontium-bromatumoldatot fecskendeztek az ér-pályába. Ily módon sikerült az azonnal készített Röntgen-felvételen az illető érterületet láthatóvá tenni. A tűdő ereinek ábrázolása céljából jód- és brómolaj-injectiókkal kísérleteznek.

Erdélyi József dr.

A kámfor Hexeton nevű, vízben oldható és injiciálható izomer alakjáról. Gottlieb-Schulemann-Krehl és Franz. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 51. sz.)

A kámfor nehezen oldódik; lassan szívódik fel és hamar párosul glykuronsavval úgy, hogy hatást csak rövid ideig fejt ki a szervezetben. Ez az oka a vele elérhető eredmény gyakran kétséges voltának. Egy synthetikus előállítható, a kámforral izomer anyag, a Hexeton, nélkülözi eme hátrányokat és ezért minőségileg a kámforral egyező, azonban annál sokkal gyorsabb és intenzívebb hatást tud kifejteni. A Hexeton vizisztia folyadék, jellemző szaggal és keserű ízzel. Vízben nehezen oldódik, natriumsalicilat-oldatban azonban könnyen feloldódik, így eltartható és intravenásan is adható. A Hexeton 2–4-szer erősebben hat, mint a kámfor. Hatásos adagja: intravenásan 1 cm³ az 1%-os natriumsalicilat oldatból, izom közé 1½–2 cm³ 10%-os oldat adandó. Izgalmat a szövetekben nem okoz. Nyúlom már kismennyiségű Hexeton a morfinnak a légzőcentrumot bénító hatását sikerrel tudja ellensúlyozni. Béka- és tengerimalacszen chloroform, chloralhydrat stb. hatását meg tudja szüntetni, sőt a már megállt kamarát újra működésre bírja az accelerans izgatása révén. A belek és az erek síma izomzatának görcsét is sokkal jobban szünteti, mint a kámfor. A hatás már néhány perc múlva jelentkezik és soká tart. A szert emberen is kipróbálták a heidelbergi belklinikán különböző eredetű colapsusok esetén, midőn a kámfor indikált volt. Adagja emberen is intravenásan 0.01 g, intramuscularisan és per os 0.2 g. Venába adva a hatás azonnal beáll, 2–15 perc alatt eléri maximumát, azután valamivel gyengül. Izom közé vagy per os adva csak 3–10 perc múlva jelentkezik a hatás, de eltart 2–3 óráig. Per os alkalmazva valamivel gyengébb a hatás. Az intravenás alkalmazás alig jobb az intramuscularisnál. A pulzus teltebb, erőteljesebb és a legtöbb esetben valamivel szaporább lesz. A vérnyomás változatlan vagy kissé feljebb megy. Az arhythmia perpetuát a szer nem befolyásolja, azonban keringési zaverból származó sinusarhythmia és extrasystolia határozottan javul. A légzés mélyebb és szabályosabbá válik Hexeton után. A morfin okozta légzési zavar emberen is jól befolyásolható. Az idegrendszer is felélénkül, a betegek beszédesebbek és vidámabbak lesznek az injectio után. A gyógyszer adagolása egész napon át folytatható 1½–2 órák időközökben, káros hatás nem mutatkozik. (A szer az elberfeldi Fr. Bayer és Társa laboratoriumában készül.)

Kiss József dr.

Szív punctio mint therapiás beavatkozás. M. Gang. (Med. Klin. 1923, 47. sz.)

Pericardialis folyadékgyülem gyanúja miatt, miután a Röntgen-vizsgálat sem volt bizonyító és a szokott helyen megkísérelt próbapunctio is eredménytelen maradt, két esetben

a tompulat jobb szélénél a jobb 3—4-ik bordaközben bepungálva, véletlenül az erősen kitágult jobb pitvarba jutottak és kb. 10 cm³ vénás vért szívta ki. A beavatkozás nem járt káros következményekkel, sőt utána fellünő javulást észleltek: az oppressio órákra enyhült és mindkét beteg fellünő gyorsan szedte össze magát és a digitalis-diuretin-kezelés is csak a szivpunctio után vált eredményessé a pangásos tünetek visszafejlődésével. A keringésre gyakorolt ezen jó hatást a ballonszerűen tágult, majdnem benuult pitvar hirtelen való tehermentesítésében látja, amihez még a mechanikus trauma mint stimuláló körülmény is csatlakozhatott. A beavatkozást még a pangás folytán rosszul táplált szívműködés is minden káros következmény nélkül kibírja, úgyhogy esetei alapján úgy therapiás célból a pitvarnyomás csökkentésére, mint diagnostikai szempontból, pl vércultúrák nyerése végett (endocarditis, sepsis) elvégezhetőnek tartja.

Arady dr.

A gyomor ulcuscarcinómáiról. H Finsterer. (Med. Klin. 1923, 43. sz.)

A duodenumfekély rosszindulatú elfajulása ritka. Szerző 380 operált esete között egyet sem talált. A gyomorfelekély alapján azonban — véleménye szerint — gyakran fejlődik rák. 82 resectio között, melyeknél úgy a klinikai, mint a műtéti lelet fekély mellett szólt, a szövettani vizsgálat 20 esetben fedezett fel rákos elfajulást. Az ulcuscarcinomák prognosisa tapasztalata szerint rosszabb, mint az elsődleges carcinomáké. Dacára a kiterjedt resectiónak, áttételek következtében pusztultak el olyan betegek is, kiknél csak a szövettani vizsgálat találta meg a rákot, tehát akik a lekorábbi stadiumban kerültek műtetre. A chronikus gyomorfelekély resectióját a carcinoma megelőzése céljából is jogosultnak tartja.

Erdélyi József dr.

A Basedow-kórosak gyomorsecrétójiáról. Herzfeld. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 46. sz.)

23 esetet vizsgált. Azt tapasztalta, hogy a Ba.-betegek rendszerint hyp- vagy anacidok, ritkábban hyperacidok. A gyomorduodenumelválasztás rendellenességének oka a vagus és sympathicus egyensúlyzavara. Aszerint, hogy a pajzsmirigyhormon egyiket vagy másikat ingerli erősebben, a beteg an- vagy hypacid (sympathicus) illetőleg hyperacid (vagus). A hypochlorhydria gyakoribb előfordulását magyarázta — úgy, mint az astheniáknál — a gyomormirigyek secretiógyengesége is. Ugyanis asthenia és Basedow együttes előfordulása szerző megfigyelése szerint nem ritka.

Erdélyi József dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A rákbesugárzás kérdéséhez. Opitz. (Klin. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

Azon tényekből, hogy: 1. kis adaggal besugárzott carcinomák jobb késői eredményt adnak, mint teljes adaggal besugárzottak; 2. ott, hol carcinomák túlságosan erősen sugaraztatnak be, nagy kötőszöveti necrosisokban, burjánzó carcinomafészeket találtak; 3. egyenlő adagokkal besugárzott carcinomákon elért eredmények igen különbözőek, különösképpen rosszak a kötőszövetben szegény szövetek rákjain elérték; emlőrák műtét utáni prophylactikus besugárzása nagy adagokkal rosszabb eredményt ad, mint csak operatio; kis, elapózott adagokkal ellenben jó eredmény érhető el; 4. izolált ráksejtek a carcinomados sokszorosával sem ölhetők meg biztonsággal; 5. Hofbauernek sikerült agybesugárzással genitális carcinománál ugyanolyan histológiai visszafejlődést észlelni, mint direct besugárzással; 6. állatkísérletek azt mutatták, hogy tisztán csak a carcinoma besugárzása rossz eredményt ad, míg a környező szövetek egyidejű besugárzásával jó eredmény érhető el, — arra következtet, hogy nem a carcinomasejt, csakis a besugárzás okozta főzvetlen bántalmazottsága az, ami a sugárzással elért eredményeket adja. A sugárzás valószínűleg cellularis és vegyi reactiót indít meg úgy a daganat helyén, mint máshol is a szervezetben, mely reactiók kedvező esetben a carcinomát visszafejlődésre bírják. Igazi gyógyuláshoz nehéz beszélni, mert 6—7 és több év után is még látható recidiva olyanoknál, kiknél a régebben megejtett próbaexcisio már carcinoma-mentességet állapított meg. A sugárzás érte terület reactiója erősebb, egyes esetekben egymagában elegendő a carcinoma elpusztítására, ugyanott a képződött reactioanyagok sűrűsége is nagyobb. Ha a carcinoma sugárzásokor letakartatik, úgy a vérpálya útján a carcinoma-fészekhez csak más testrészekből, kisebb sűrűségű reactioanyag jut, mely egymagában már nem elegendő a carcinoma visszafejlődésére. A sugárhatás kifejtette reactio minéműsége a vagusigalom illetőleg cholinhatás képében foglatható össze természetesen a belsősecretós mirigyek s a közep-egy vegetatív centrumainak közreműködésével. Ezen reactio következménye a betegségszervek megváltozása: a kötőszövet duzzadása és sejtszaporodása, valamint capillarisirűgyek és burjánzások beletörése a carcinomába. Mindkét hatás a szövetek ideges és vegyi ingerlésének következményeként fogható fel. A carcinoma növekedését előidéző ingerlőanyag létezéséről a hasz-

nálatos adagolás mellett meggyőződni nem tudott, emellett azonban a sugárzásnak normalis szövetekre gyakorolt ingerlő hatása nem zárható ki. Ezen kérdés elbírálásánál egyébként szigorúan különválasztandó a functionalis ingerlőhatás és a burjánzásra való ingerlés. A therapia számára fontos, hogy sok olyan esetben érhető el kis adaggal eredmény, amelyben a használatos nagyobb adagolás biztosan csődöt mondott volna, valószínűleg azért, mert a sugárzás okozta carcinomavisszafejlődés is immunitási folyamatokat, szöveti széteséseket indít meg a szervezetben, melyek nagy adag alkalmazásánál oly gyorsak, hogy a szervezet halálos bánta mazolságát hozhatják létre, míg ha lassabban mennek végbe, úgy gyógyítanak. Mindenesre ma már annyira haladunk, hogy csak kivételesen találkozunk olyan esettel, melyben legalább a kezdetben sugárzással jó eredményt elérni ne tudnánk.

Liebmann dr.

A veleszületett syphilis korai diagnózisáról spirochaeta kimutatással a köldökzsinórban. Vulović. (Klin. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

1024 újszülött köldökzsinórját vizsgálta sötétmező- (Dunkelfeld) eljárással spirochaetára. A vizsgálatokat lehetőleg rövid idővel a köldökellátás után, a köldökzsinórban a magzathoz közelebbi részéből, a köldökvenából vett véres bennének végezte. Ajánlja ezen eljárást a veleszületett lues korai diagnózisaként, amennyiben a negatív lelet, helyes methodika mellett, legnagyobb valószínűséggel lues ellen szól, míg a pozitív lues mellett bizonyít kezdetben látszólag egészséges gyermeknél is. Bár theoretikusan lehetséges pozitív lelet luetikus anyak egészséges gyermekeinél is (csirahordozók), praktikusán ez bizonyítva nincs.

Liebmann dr.

A lepény visszatartatásának kóroka és gyógy módja, különös tekintettel a kóros lepénytápadásra. Dietrich. (Klinische Wochenschrift 1923, 31. sz.)

A lepény visszatartatásának formái: 1. A leváltlepény visszatartatása a méhben, a placenta incarcerata. Oka a méh túl korai nyomkodása és dörzsölgetése, nagy adag secale a lepény távozása előtt, ami a belső méhszáj összehúzódsát s így a lepény visszatartatását okozza. Okozhatja ezt ritkábban a méh túlságosan előre- vagy oldalra hajlása, daganatok, telt hólyag, bár utóbbi inkább a méh összehúzódsái zavarát idézi elő. 2. A le nem vált vagy csak részlegesen levált lepény rendellenes tapadása makro- illetőleg mikroszkoposan kimutatható ok nélkül, a placenta adhaerens. Oka lehet túl nagy, vékony lepény, járulékos lepények, a lepénynek az egyik tubusarokban vagy nagyrészt a külből való tapadása, amikor is a méh fala ezen a helyen nagyon elvékonyodik; okozhatja továbbá a méh részleges vagy teljes összehúzódsái gyengesége. 3. A lepény rendellenes összenövése a méhfalal, a placenta accreta, amikor a méhnyálkahártya elsődleges vagy másodlagos sorvadása kapcsán a bolyhok a méhfalba burjánzanak be. A sorvadás oka lehet a méhnyálkahártya kaparás okozta bántalmazottsága, főképpen szülés után, gyakori vapisatio, ismételt kézzel történt leválasztás, többszörszülők nyálkahártyájának kimerülése, subserosus myoma. A spongiosus réteg hiánya esetén a spontán leválás elmarad. Ami a gyógymódot, illetőleg megelőzést illeti: elsősorban türelmes várakozás a magzat megszületése után, semminemű korai dörzsölés vagy nyomkodás, sem korai Credé, sem secale injectio. Általában 2—3 órát lehet várakozni, bár tapasztaltak három, sőt kilenc nap után is spontán kilökést, azonban ez kivétel s általában 2—3 órai várakozás után spontán megszületést várni nem lehet. Vértés esetén természetesen korábban kell beavatkozni. Ha még tapadó lepény mellett vértés kezdődik, úgy dörzsölgetés s massage által lehet méhösszehúzódsát előidézni, ami csökkenti a vérvesztést annyira, hogy közben a spontán leválás előrehaladása megvárható. Továbbá leszorítható az aorta a köldök magasságában ököllel vagy compressorral, az ezáltal előidézett vérszegénység is ingere a méhösszehúzódsának, szintűgy a méh ütögetése (diaplessia) is erős méhösszehúzódsái inger. Ha ez nem segítene, 1 cm³ pituitrin adandó intravenásan, ehhez csatlakozik a Credé-féle műfogás üres hólyag és összehúzódsott méh mellett. Ha a Credé nem sikerül, narcosisban megismétlendő, amikor legtöbbszor sikerrel jár. Csak ha mindez sikertelen, lehet szó kézzel való leválasztásról — szintén aethernarcosisban. Ezen beavatkozást igen jól meg kell fontolni, mert egyrészt igen nagy az infectio veszélye, másrészt nem szabad várakozni addig, amíg az asszony túlsok vért veszített. Mindezen eljárásokkal sikerül a placenta adhaerens eltávolítani s a vértést szüntetni, más-képen áll azonban placenta accretanál, amelynek felismerése éppen az összes eljárások sikertelensége által történik. Még a kézzel való leválasztás sem vezet nehéz esetben célhoz, mivel a leválasztó kéz nem a spongiosába, hanem a bolyhokba vagy az izomzatba jutva, nem tudja kihámozni a lepényt. Ilyenkor az izomzat beszakadása folytán rendszeren nagy vértés lép fel, amikor azonnal tamponálni kell s az asszonyt méhkiirtás céljából intézetbe szállítani, mivel csak így menthető meg. Ha placenta adhaerensnél nem nagy a vértés, meg lehet kísérelni a

Gabaston-féle eljárást: 300 cm³ physiol. konyhasóoldat befecskendezése a lepény ereibe; az erek megduzzadása által a leválás könnyebben megy. A gyakorlati eredmények nem felelnek meg teljesen az elméleti feltevéseknek s így nagy vérzés esetén nem célszerű ezen eljárással kísérletezni. Placenta incarceratánál az akadály megszüntetése után könnyű a lepény kinyomása. A belső méhszáj összehúzódása morphium, narcosis s ujjal való tágitás által szüntethető meg; semmi esetre sem adandók méhösszehúzó szerek. Várázó lepényi-szak-vezetésnél ezen visszatartási forma alig fordul elő. Ha a rendellenesen tapadó lepény valamely eljárással eltávolított, úgy gondosan megvizsgálándó, nem maradt-e vissza lepényrészt, mivel ez a gyermekágyban életveszélyes vérzést okozhat. A megtekintésen kívül egyesek szerint a lepény ereinek tejjel való megtöltése adhat ezirányban felvilágosítást. Kétséges esetben be kell tapintani; ez közvetlenül a szülés után nem oly veszélyes, mint a gyermekágyban; természetesen a legmesszebbmenő asepsis betartásával. A lepénytápadás rendellenességei helyes kezelés mellett jó prognózisúak, kivéve a placenta accretát, amelynek igen nagy a mortalitása; ez utóbbinak idejében való felismerése azonban — műtét beavatkozása segítségével — sok anyát menthet meg.

Liebmann dr.

Bőr- és nemikórtan.

Különböző ekzema-formák Röntgen-therapiai indicatíói. Herbert Fuhs. (Derm. Wochenschrift 1923, 45—46. sz.)

F. a bécsi Riehl-féle dermatológiai klinikán szerzett tapasztalatai alapján csak a más kezeléssel dacoló, recidiváló ekzémánál javasolja a Röntgen-kezelést, úgy a gyermekeknél, mint a felnőtteknél. Az ilyen makacs esetek nagyon szépen befolyásolhatók a Röntgen-kezeléssel. Különösen jól reagálnak az Unna-féle ú. n. ekzema seborrhoicum esetek, még azok is, amelyek a szokásos kénes kenőcsös kezelésnek ellenállottak.

Nem vezetett sikerre a status varicosuson alapuló alszárlobok és a tenyér és talp kérges rhagadiform ekzémáinak Röntgen-sugaras kezelése. A tenyér és talp ilyen ekzémáinál előzetes ultraviolett-sugaras (Kromayer-lámpa) kezelés a keletkező activ hyperaemia folytán a beteg területeket Röntgen-sugarak iránt fogékonyá tette. (Ezzel szemben a budapesti bőrkórtani klinika Röntgen-laboratóriumában kitűnő eredményeket értünk el ilyen ekzema-alakoknál ultraviolett sugarak nélkül is. Ref.)

Tapasztalata szerint legjobb csak kemény sugarakkal hatni a területre, 0.5—1 mm vastag alumíniumszűrőn át, gyenge dosisokban (0.3—3 H), hosszú időközökben (2—4 hét), összesen 4—6-szor megismételve.

Herczeg.

Nikkelezőmunkások foglalkozási bőrbaja. Girard-Thévenard. (Soc. Med. des Hôpit. 1923, 34. sz.)

A nikkelezés többnyire nickelammoniumsulfát-oldatból való galvanizatio útján történik. Ilyenkor a munkás karjain és kezén dermatitis léphet fel, melyet pyodermák komplikálhatnak és amely pigmentatio és felületes hegekkel szokott gyógyulni. Ezt a bőrelváltozást a francia munkások „gâle du nickel”, nikkel-rühességnek nevezik, a „gâle des épiciers” (a fűszeresek rühe) analógiájára, bár e folyamatot sem rühességgel, sem általában parasitákkal nem hozhatjuk összefüggésbe. Az alkoholismus különösen fogékonyá teszi a nikkel-oldatokkal dolgozó munkásokat a foglalkozási bőrbajra. Meg kell különböztetnünk ezt a folyamatot a szándékosan létrehozott bőrgyulladásoktól, amit betegségleyezésre jogosult munkások elő szoktak idézni.

Herczeg.

A neosalvarsannal kevert serummal való intralumbalis kezeléssel. (Marinesco-féle eljárás, „Rachiserumsalvarsan-therapie.”) Paulian és Bistriceano. (Paris Médical 1923, 45. sz.)

Szerzők a Marinesco-féle eljárással tett hároméves tapasztalataikról számolnak be. A legnagyobb asepsissel végzett eljárás lényege a következő: A syphilises beteg általános erőbeli állapotának megfelelően 45—75 cg neosalvarsant kap intravenásan, 1—34 óra múlva venepunctio útján 40—45 cm³ vért kell venni a betegtől, ezt 54 órán át jégén tartani, a vérsavát leszívni és félórán át 56°-on inaktiválni. Ebből a serumból tabesnél 5, paralysisnél 10 cm³-t lehet a subarachnoidealis üregbe fecskendezni, ugyanannyi liquornak lebecsátása után. Hogy az így beadott, salvarsannal előkezelt serum az agy magasabb helyeihez is eljusson, a beteget legalább 24 óráig vízszintes helyzetben kell fektetni. Másnap ismételt lehet az intravenás neosalvarsan-infúzió. Szerzők 85 esetben alkalmazták Marinesco eljárását, mintegy 500 injectiót adva. Egy-egy betegnél átlag hat injectio vezet lényeges javuláshoz (a fájdalmak megszűnése és enyhülése, a szellemi teljesítőképesség tetemes fokozódása stb.), sőt gyógyuláshoz. A kedvező eredményeket szerzők nemcsak a serumba került neosalvarsan spirillocid hatásának tulajdonítják, hanem felveszik, hogy valószínűleg specifikus antitestek is képződnek.

Steiger-Kazal.

A szervezet védekező mechanizmusa a syphilisnél. Ferdinand Herb. (Urological Review 1923, 27. füz., 9. sz.)

A treponema teste lipoidot tartalmaz. Ez teszi a Wassermann pozitívá, sőt nemcsak a complement, de a praecipitációs reakciók is ezen alapszanak. A természet zsírmészítő szervezettel védekezik. A zsír emésztése mindig intracellularisan, a proteinek extracellularisan történik. A lipasetartalmú phagocyták (lymphocyták, plasmasejtek, endothelsejtek) treponemaölők, a polynuclearis leukocyták nem. A fermentumok lassan elhagyva a sejtet, a vérserumban jelennek meg (digestiv fermentumok). A fermentet még complementnek kell activálni, de még így sem eléggé sterilizáló; ha elég volna, nem kerülne a dolog a secundaer stadiumra. Ha a természetes complementet ismerők, gyógyítani is tudók a syphilist. Az arsen és a higany mesterséges complementnek tekinthetők. A treponema állandóan complementet fogyaszt a környező folyadékból, a későbbi stadiumokat ezért egy állandó complementfogyás jellemzi. A complement kimerülésekor mérgezés, sejtthál áll be.

Az immunitást egyenlet alakjában képzelhetjük el. Mérgek + elégséges complement + fermentum = tünetmentesség. Ha a complement elfogy, tünetek lépnek fel a treponema-mérgezés által. A Herxheimer-reactiót az adott complement által történt emésztődés folytán fellépő kiszabaduló intermediaer anyagszertermékek idéznék elő.

A treponemák elfogytával nem minden fermentre jut treponema és a ferment mint specifikus, antisiphilitikus ferment megjelenik a vérben. Ilyenkor a luetin-reactio is pozitívá válik.

György.

Arsenpigmentatio a száj nyálkahártyáján. Ralph Stockman. (Brit. med. Journ. 1923, nov. 10.)

Ismeretes, hogy az arsennek belső alkalmazása folyamán a bőrön pigmentatio léphet fel, amely különböző lehet: pettyezett vagy összefüggő, lokalizált vagy az egész testre kiterjedő. Az Addison-kóránál fellépő pigmentatio ellenben legtöbbször barnaszínű és általános. Mindamellett gyakran nehéz a differentialis. Eddigél Nielsennek klasszikus leírása alapján azt vették fel, hogy a döntő különbség a pigmentatio szempontjából az, hogy arsenpigmentatio a nyálkahártyákon sohasem fordul elő. Ezzel szemben S. újabban két esetet is észlelt, amelyeknél a száj nyálkahártyája is pigmentált volt, Addison-kórtól függetlenül, a belsőleg alkalmazott arsen folytán. Az egyik beteg hat éven keresztül szedte a Fowler-oldatot (összesen 193 g arsen trioxiddal megfelelő mennyiségben); e betegnél a tenyér és talp bőrének keratosisán és a bőr pigmentatióján kívül a száj nyálkahártyája sötétkekes színt vett fel. A második eset egy anaemia perniciosában szenvedő férfibeteg volt, akinél a Fowler-oldat (14 g As₂O₃) négyheti használata után a bőrön sötétbarnás, hat hét múlva pedig a szájban kékes foltok léptek fel. Ha nyomással e területeket anaemiássá tette, a kék szín világosbarnává változott. Az arsen kihagyása után a pigmentatio úgy a bőrrel, mint a szájból hamarosan eltűnt.

A chorea, anaemia perniciosus, lymphadenoma, psoriasis stb. esetében alkalmazott arsenkúra folyamán némely embernél inkább, másnál kevésbé a bőrön pigmentatio lép fel, de eltérőleg az Addison-kórtól, a bőr a normalisnál erősebb is lesz a pigmentatiók fentebb említett különbözőségén kívül; e pigmentatio nem kísérő jele a folyamat súlyosbodásának. Herczeg.

Gyermekorvostan.

Ophthalmia metastatica járványos agyhártyagyulladásnál. Zweig. (Klin. Wochenschrift 1923, 46. sz.)

Szerző két esetben látott meningitis epidemica lefolyása alatt ophthalmiát fellépni. Az első esetben a genyes iridocyclitis irányította a figyelmet az agyhártyák megbetegedésére. A gyermek meggyógyult és csak kisfokú irisatrophia kiterjedt összenövésekkel maradt vissza. A második esetben: pericornealis injectio, szürkés-vörösen elszíneződött iris, exsudatum a pupilla szélén, középtág, renyhén reagáló pupilla. A gyermek életben maradt. Szemlelete: phthisis oculi l. d. atrophía iridis, exsudatum az üvegtestben.

Az ophthalmia enyhe lefolyása jellemző a meningitissel kapcsolatban fellépőkre s arra is, hogy könnyű meningitis-epidemicával kapcsolatban szokott fellépni. Ebből visszamenőleg a meningitis lefolyására is következtetést vonhatunk. A metastasis valószínűleg a vér útján jön létre, de vitatják többen a nyirokutakon való direct tovaterjedés lehetőségét is. Tüdős dr.

A fehérvérsejtszám és vérkép differentialdiagnostikus értékéről kanyarónál és vörhenynél. Winterfeld és Hahne. (Klin. Wochenschrift 1923, 43. sz.)

A kanyaró eruptiós szakában 28 esetből 21.7%-ban leukopeniát, 64.4%-ban normalis értéket, 14%-ban leukocytosist találtak. 25 eset alapján 20%-ban lymphopeniát, 28%-ban normalis értéket s 52%-ban lymphocytosist; eosinopenia volt 24%-ban, normalis érték 56%-ban s eosinophilia 20%-ban. Leukocytosis kanyaró ellen szól, lymphocytosis mellette.

Vörhenynél leukocytosis van lymphopeniával s eosino-

philiával, amely a reconvalescentia idejében is megtalálható. A fehérvérsejtek tehát sok olyan esetben, amelyekben a kanyaró típusos tünetei nem kifejezettek, a helyes diagnózis felállításához segíthet. Ugyancsak a vérkép alapján különíthetjük el a kanyarót anaphylaxiás és gyógyszerexanthemától is. Tüdős dr.

Tetania és alcalosis. Adelsberg és Porges. (Klin. Wochenschrift 1923, 44. sz.)

Szerzők a savanyú foszfatok per os és intravenás adagolása után fellépő ellentétes hatás magyarázására végeztek kísérleteket. Eredményeik azt mutatják, hogy a foszfat-ion tetaniát fokozó, a sav-ion pedig tetaniát javító hatású. Savanyú ammoniumphosphat intravenás alkalmazásánál a foszfat-hatás lép előtérbe, mert az acidosis hamar compenzálódik. Viszont peroralis alkalmazásánál a phosphor amily gyorsan felszívódik, éppoly gyorsan kiválasztódik, viszont az acidotikus hatás intenzívebb. Beck Rella dr.

Vesevena-thrombosis újszülötteknél. Petermann. (Klin. Wochenschrift 1923, 49. sz.)

Ezen ritka és tünettanára kevésbé kidolgozott kórkép két esetét közli a szerző. Első esetében nyolcnapos csecsemőnél súlyos intoxicatio képét mutató táplálkozási zavar fejlődött ki. Mindkét vese tömött tumor alakjában volt tapintható, vizeletében sok vörösvérsejt jelentkezett. Kétnapi észlelés után súlyos görcsök és dyspnoé mellett beállt az exitus és a sectio kétoldali vesevena-thrombosis-t mutatott. A második esetben kétnapos csecsemőn tonusos-clonusos görcsök és véresen tingált vizelet lépett fel és mindkét vese tapintható volt. Lumbalpunkciónál liquor nem ürül fokozott nyomással, de erősen fehérjetartalmú. Később strabismus és hyperaesthesia lépett fel, majd 14 nap alatt gyógyult az eset.

Míg az első eset a vesevena-thrombosis klasszikus képét mutatja, addig a második esetben főleg a gyors visszafejződés egy esetleges ureter megtörésre is enged következtetni.

Beck Rella dr.

Diathermia mint gyógyítótényező az acut gyermekbénulásnál. H. Picard. (Klin. Wochenschrift 1923, 2. köt., 45. sz.)

A poliomyelitis acuta által okozott kórbontani elváltozások lényegét szem előtt tartva alkalmazta a szerző a diathermiás gyógykezelést, amely tudvalevőleg a gyulladásos izzadmányok gyors felszívódására vezet, és pedig mint korai kezelést, mikor még gyógyíthatatlan elváltozások nem léptek fel a gerincvelőben.

Mivel a főáramot a gócon kell átvezetni, kétféle alkalmazási módot használ. Ha lokalizált a poliomyelitis, akkor a transversalist, mikor is az elektrodokat a gyanus góc magasságában a mellre és hátra — még pedig a differenszt alkalmazza a hátra —, ha diffus a folyamat, az egyik electrodot a nyakra, a másikat a keresztcsont felé helyezi.

Módszerét 10 esetben próbálta ki és pedig hétben 3—4 héttel, kettőben 7 héttel és egyben 4½ hóval a betegség kezdete után. Bár esetei oly időben kerültek kezelés alá, mikor spontán gyógyulás még nem volt kizárható, a mégis feltűnő, alig 1—2 ülés utáni gyors javulást kezelésének tulajdoníthatja.

A besugárzást négy héten át folytatta, naponta átlag 150-ig. Kellemetlensége egyszer sem volt, figyelmeztet azonban a túlmelegedésnél az égési sebek keletkezésének veszélyére.

Farnos Ilona dr.

Fülgyógyászat.

Mellékvesekivonat hatása a szédülésre. Barbazan. (Journ. des Praticiens 1923, 21. füzet.)

Oly szédülések esetében, melyeknél sympathikus eredetű vasomotorikus zavar ki volt mutatható, jó eredménnyel adagolta szerző a mellékvesekivonatot; evés előtt illetve után rendelte per os; minden más gyógyszert eltiltott. Siker csak nagy adaggal (napi 15—25 csepp) érhető el. Zimányi dr.

Idült genyes középfülgyulladás kezelése a gyakorlatban. E. Schlittler. (Schweizer med. Wochenschrift 1923, 16. füzet.)

A Schönemann által indítványozott ú. n. szárazkezelés (xeroform- vagy vioform-befúvás a fülkürtön keresztül, hallójárat száraz kitörlése) gyakorlati jelentőségével foglalkozik szerző és hangsúlyozza, hogy ezen módszer még nincs klinikailag teljesen kipróbálva s épp ezért a gyakorlatban nem helyettesítheti a jól bevált hallójáratkiöblítést és bórsavpor-applikálást.

Zimányi dr.

Halálos végű fülfűrés. M. Gioseffi. (Rif. Med. 1923, 9. sz.) Kéthónapos csecsemőnek fülcimpáját anyja keresztül fúrta; a fűrés helyén gangraena keletkezett, mely a kagyló teljes széteséséhez vezetett és halállal végződött. Az anyát gondatlanságból okozott emberölés miatt elítélték. Zimányi dr.

Gasser-dúc-műtét utáni középfülgyulladás. H. Lyons. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1923, 3. füzet.)

Több esetet említ fel szerző, amikor előzőleg Gasser-dúc-operálás, illetve alkoholbefecskendezés után heveny serosus középfülgyulladás keletkezett a műtét oldalán. Rendszerint

szaruhártya-kifekélyesedés is komplikálta az esetet. Trophikus zavarokra vezethető vissza a jelenség, hasonlóan az otikus herpes zosterhez. Zimányi dr.

A trypaflavin csík használhatósága a fülgyógyászatban. Fr. Lehmann. (Arch. f. Ohren- etc. 1923, 4. füzet.)

Régi tapasztalat, hogy a 2%-os trypaflavin-oldattal végzett ecsetelés után a sebfelületen túlélénk sarjadzás indul meg. A frankfurti fülklinikán trypaflavinnal impregnált gaze-zel kísérleteztek. Azt tapasztalták, hogy az operált heveny esetekben nagy fájdalmat és feltűnően bő váladékképződést idéz elő; emiatt acut eseteknél mellőzik. Viszont az idült genyes fülfolyamatoknál elég jó eredményt értek el vele. Zimányi dr.

Myxoedemás nagyothallás. H. Schatz. (Laryngoscope 1923, 11. füzet.)

Testileg és szellemileg típusos myxoedemában szenvedő nőbetegnek nagy fokban csökkent a hallóképessége. Feltűnő volt a betegnek hyperthyreoidismusa — a legtöbb myxoedemásnál tapasztalható hypothyreoidismussal szemben. Thyreoida-kivonat adagolására javult az általános állapot a hallóképességgel együtt. Később azonban soványodni és gyengülni kezdett a beteg; ekkor az extractum helyett strychnint rendelték tablettában. Az eset tanulsága: a thyreoida-kivonat alkalmazásakor nagy elővigyázatra van szükség, különösen menstruáláskor; hátfájás, idegesség, erős lesóványodás az adagolás folytatását contraindikálja. Zimányi dr.

Csecsnülvány-műtétek utáni nyálsipolyok. Natanson. (Zeitschrift f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 5. köt., 176. o. 1923.)

A csecsnülvány felvésekor valószínűleg gyakrabban sérül a fültömörig, mint az idevágó közlemlények gyér voltából látszik. A nyálfolyás azonban a gyógyulás folyamán rejtett is maradhat, mert kötés alatt a nyál a sebvaladékhoz keveredik. Amire a seb teljesen behegedt, elállott már a nyáleválasztás is. Ritka esetekben sipoly is marad hátra, mely néha a hegen tör keresztül. A gyógyítás pokolko vagy chromsavas gyöngyvel történt, néha kimetszést végeztek. Prophylactice vigyázni kell arra, hogy a metszést mindig a csecsnülvány közepén vezessük át és sohase hosszabbítsuk meg a nyálvány, illetőleg a fejbiccentőnek előlő szélé elé. Kelemen György dr.

Autovaccinatio az oto-rhino-laryngológiában. Worms. (Revue de laryngol., d'otol. et rhinol. 1923, 8. sz.)

Szerző ajánlja az autovaccinációt a különféle bántalmaknál. Szerinte otitis externa furunculosisnál, azonkívül az orrbejárat furunculosisánál, amikor staphylococcus-fertőzés van jelen, a legbiztosabb és a leggyorsabb módszer. A befecskendezéseket a teljes gyógyulás után még néhány hétig folytatni kell, nehogy recidivák lépjenek fel. Ezzel ellentétben a nyálkahártyák infectiójánál túlnyomó részben streptococcus-infectiók fordulnak elő (középfül, orrgarat-üreg stb.). A vaccina készítésénél tekintettel kell lenni arra, hogy az első generációból vegyük a bakteriumokat, tehát 24 óra múlva rögtön. Rendszerint hat injectiót adunk; hogyha nem használ, még egy seriát. A hatás néhány nap múlva jelentkezik a fájdalmak enyhülésével. Fialowski Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Irrtümer der allg. Diagnostik und Therapie. Prof. Dr. J. Schwalbe. Második füzet. (Allgemeine Ernährungstherapie von Dr. H. Strauss; Ernährungstherapie der Kinder von Dr. A. Schlossmann; Elektrodiagnostik und Elektrotherapie (einschl. Diathermie) von Dr. L. Mann; Hydro- und Thermo-therapie von Dr. A. Strasser; Orthopädie, Massage und Heilgymnastik von Dr. Hohmann; Balneotherapie von Dr. K. Zörkendörfer; Klimatherapie von Dr. M. van Oordt.)

Több mint 300 oldalas füzet, mely a diagnostika és therapia hét fejezetére terjeszkedik ki, kiemelve azon részleteket, melyek leggyakrabban adnak alkalmat diagnostikai és terapeutai tévedésekre. A felnőtt és a gyermek helyes táplálkozását, valamint diéta és gyógykezelését vázolja Prof. Dr. H. Strauss és Prof. Dr. A. Schlossmann, szembeállítva ezzel a legmegszokottabb hibákat. Prof. L. Mann az elektrodiagnostika és elektrotherapia fontosságáról győző meg rövid áttekintésével, melyben különösen a gyakorlóorvos által is keresztülvihető eljárásokat ismerteti és azokat a veszélyeket, melyek vigyázatlanság és kellő ismeretek hiánya miatt a beteget és az orvost egyaránt fenyegetik. Prof. Dr. A. Schlosser a víz- és meleggyógyomról, Priv. Doz. Dr. G. Hohmann az orthopaedia, massage és gyógytorna eredményeivel és eszközeivel foglalkozik a gyakorlóorvos igényeinek szemmel tartásával. A füzetnek talán legérdekesebb fejezetei a balneologia (Doz. Dr. K. Zörkendörfer) és klimatherapia (Dr. M. van Oordt), melyek ha nem is ölelik fel az anyagot teljes részletességgel, számos értékes adatot tartalmaznak és megismertetnek ezen sok tekintetben még a kezdet nehézségeivel küzdő studiumok modern alapelveivel.

Az egész füzet általános érdeklődésre tarthat számot, első sorban a gyakorlóorvosok részéről és alkalmas arra, hogy nagyobb orvosi körök figyelmét terelje az itt röviden tárgyalt szakmák részletesebb irodalmára.

Fornet Béla dr.

Infektionskrankheiten. M. Matthes. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. Herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. 9. füz., 2. kiad., 156 old. Georg Thieme, Leipzig, 1923.)

A fertőző betegségeket tárgyaló műnek nagy előnyére válik a szerző kiterjedt egyéni tapasztalata, mely a laboratoriumi (bakteriológiai, serológiai stb.) vizsgálatok mellett a klinikai megfigyelések fontosságára is rámutat. Gyakorlati használhatóságát nagyban emeli a beosztás módja, mely sorban tárgyalja a csupán általános tüneteket mutató, az exanthemával járó, a főleg egyes szervekre mutató tünetekkel bíró és a sebfertőzésből kiinduló betegségeket. A tankönyvszerű alapismeretekre inkább csak utal és első sorban a differentialediagnosztikát és az okszerű terápiát tárgyalja. A tárgyalás sohasem száraz, a szöveget másoknak és leggyakrabban a szerzőnek odavágó esetei tarkítják. Előnyére szolgál a műnek, hogy nagyon kevés az irodalmi idézet, noha a legújabb vizsgálatok eredményét is felhasználja. Az új kiadás többletét első sorban az encephalitis adja. A mű tiszta logikája, gondolatmenete megbízható vezetője az orvosnak a diagnosztika útvesztőjében.

Schill Imre dr.

Psychiatrie von Geh.-Med. Rat Prof. Dr. E. Meyer. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. Herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. Második füz., nagy 8-rét, 119 lap.)

A Schwalbe által szerkesztett gyűjteménye pszichiatria részét Meyer írta meg, amelyből a tapasztalatokban gazdag szakember élelészlete és a gyakorlat számára jól értékesíthető irányítása domborodik ki. A kis füzet használatára, bár már előre feltételez elmekórtani ismereteket, az elmekórtalmaknak sokszor bonyolult tünetei között való eligazodást a nagy orvosi közönség részére elősegíti. A szerző mindjárt a simulálás és dissimulálás tárgyalásával kezdi a munkát. Részletesen közölt bűneset kapcsán ismerteti ama módszereket és eljárásokat, melyek segítségével támpontokat és bizonyítékokat nyerhetünk annak eldöntésére, vajjon a talált tünetek pathológiásk-e, avagy a bűntett következményeitől menekülni törekvő célszerű productiói-e. Méltatja az elmebajosok kóros tünetek elrejtésére (dissimulálására) való hajlamának okait és sajátosságait. Behatóan foglalkozik azokkal a testi, főleg motoros és pszichés sajátosságokkal, amelyek az elmebajok diagnosztikájában súlyos értékesíthetők. Rövid áttekintést nyújt az elmebetegségek okairól és a követendő terápiás eljárásokról. Elesen kidomborítja az általánosabban elismert és gyakoribb kórfarmák jellemző vonásait és mindenütt utal az esetleg bekövetkező diagnosztikai és therapiái tévedésekre. Tágabb tért enged a dementia praecox (schizophrenia) számára, amelynek kezdetben és a későbbi lefolyásban változatos tünetei sokszor más kórfarmák felé terelik a figyelmet s végül mégis az elbutulás közös talaján találkoznak. További fejezetek a paranoia, a manias depressiós elmezavar, a neurasthenia, hysteria, a psychopathiás alkati különféle alakjai, a sokszor nehezen értékelhető imbecillitás, mint a veleszületett vagy igen korán szerzett elmeegyeség kifejezője. A mérgező szerek okozta psychosikok közül az alkoholos, morfinos és cocainos emeli ki. Szól a testi és főleg fertőző betegségekhez csatlakozó elmebajokról, a traumás, agyvelőbajos psychosikokról s végül tárgyalja a seniummal és arteriosclerosisral kapcsolatos elmebeli zavarokat. A többi kórfarmák (mint pl. a paralysis progressiva) tüneteit ott sorolja fel röviden, ahol ezek a differentialis diagnózis szempontjából lépnek előtérbe. Általában a szerző törekvése oda irányul, hogy a kis füzet a gyakorlatban inkább előforduló esetekben nyújtson tájékoztatást a diagnózisról és terapiáról.

—o—

A Budapesti Királyi Orvosegyesület január 19-i ülése.

Elnök: Hutya Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Bemutató:

1. Polgár Ferenc: Adatok az interlobaris exsudatum Röntgen-diagnosztikához. Az interlobaris exsudatum gyakoribb, mint ahányszor felismerjük; bizonyítja ezt a sectióknál és röntgennél gyakran látható, sokszor exsudatióból származó interlob. callus, másrészt a kisszámú casuistika. Sok analogia fűzi a tüdőabscessushoz; mindkettőnél általános és localis (topographiai) diagnosztikát kell csinálni. A Röntgen-vizsgálattal ki kell mutatni, hogy az exsudatum-árnyék intenzív, homogén, hogy alakja nagyjából biconvex és hogy az interlobaris rés lefutásának megfelelően helyezkedik.

Bemutató esetében a szokásos dorsoventralis irányú felvételen az exsudatum korántsem adott charakteristikus árnyékot, ellenben az összes jellemző tulajdonságokat mutatta maximalis lordosisban készült felvételen. Ezen módszert ajánlja a nagy ferde hasadéban elhelyezett folyadék kimutatására: hasfekvésben, alátámasztott áll és számlóra fektetett térdek mellett, nagyfokú homorításban, felülről lefelé irányuló sugarakkal fotografál. Jól sikerül az exsud. kimutatása a frontalis, illetőleg ferdeirányú átvilágításnál is. Esetében az exsud. 10 nap alatt felszívódott, csak egy keskeny, interlob. callus maradt vissza, mely a dorsoventralis átvilágításnál nem, ellenben az első ferdeben jól volt kimutatható, amint azt ferde irányú felvételen demonstrálják.

Schiffer Ernő: Már hosszabb idő óta foglalkozik az interlobaris folyamatok radiológiai vizsgálatával. Legalább két optimalis, egymásra lehetőleg merőleges irányban vizsgál, hogy a vizsgálandó képletről térbelileg kellő tájékozódást nyerjen. A nagy ferde interlobaris rések vizsgálatakor ugyancsak a beteg felsőtestének 45°-os hátrahajlásával is vizsgál s az így kapott képek tanulságosak. Baloldalt a vizsgálati viszonyok gyakran kedvezőbbek, mivel itt a transparenss gyomorlégőlyag részben az interlobaris képlet vetületére projiciálódhat. Vonszerű interlobaris képleteknél ajánlatos a karok lefelé rotálásával a scapulát lateral felé helyezni, mivel ellenkezőleg a spina scapulae vonalasan vetítődhet a ferde rés projectiójának helyére. Felvételkészítéskor a ferde rés lefutását a megelőző transversalis átvilágításnál a bőrön megjelöli. A bordák lefutásához alkalmazkodni nem lehet, mivel ezek egyéni különbségeket mutatnak. A has-könyökhelyzetben eszközölt felvételkor ez a vonal merőlegesen haladjon — a beteg alá vízszintesen elhelyezett — photographiai lemezre.

(Két eset röntgenogrammainak vetítése.)

Polgár Ferenc: A szükséges fokú hátrahajlítást szintén előzetes átvilágítással határozza meg, az átvilágítás minden esetben többet eredményez, mint a felvétel.

2. Pándy Kálmán: a) Két tabes kisgyerek.

A gyermekkori tabes ritka betegség, s általában a tabes 10—15 évvel követi a lueses fertőzést, illetve a fogamzást. Kivételiesen fiatalabb (2 éves, 3½ éves) tabeses gyermekeket is láttak. Bemutató betegei közül az egyik 5, a másik 4 éves, egyiknek sincs térdreflexo, mind a kettőnél az alsó végtagok hypotoniásak és hiányzik az izületi érzés. Mind a két gyermek imbecilis s az egyik vére Wassermann szerint +++. Ez a gyermek születése óta syphilis ellen lett gyógyítva, pupillái merevek, a másikéi is rosszul reagáltak; mind a kettőnek irregularis a szívmozgódése.

A gyermekek apja 34 éves, 18 év előtt syphilis ellen rendszeresen kezelték, typusos tabese van, vére W. sz. +++, 5 hét előtt súlyos cerebrales tünetek kezdődtek nála; a gyermekek anyja 4—5 év óta sápadt, 1918-ban syphilis ellen kezelték, minden valószínűség szerint kezdődő tabese van.

b) **Tabes praecox.** 10—12 esztendőnél hamarabb követi a fertőzést. Ilyen lueses dementiák (paralysisek) is vannak. A tabes néha a syphilis activ időszakában kezdődik, néha 6 héttel, két hónappal, bemutató régebbi esetében 7 hónappal a fertőzés után kezdődött. A lueses fertőzést hirtelen követő paralysiseket is leírtak s egy esetben bemutató a syphilis általános tüneteinek megjelenését követő 2 hónap múlva, kifogástalan szakorvosi kezelés ellenére is klasszikus lues dementiát (paralysis) észlelt.

Bemutatót beteg 6 év előtt szerezte a syphilist, vére W. sz. negatív, térdreflexeit csak műfogással lehet kiváltani, pupillái differensek és alig reagálnak. Az eset érdekes, mert fertőzése óta 95 Hg.-injectiót s 51 salvarsan-befecskendezést kapott s a tabese mégis kifejlődött. A syphilis gyógyulásában tehát nagyon ne bízunk s túlsokat a betegnek se ígérjünk. Demonstrálja a tabes magyarázatát. A gerincevel hátulsó felét két hosszú verőér (a. spin. post.) látja el, valószínűleg ezen erek szűkülése okozza akár a lassan, akár a hirtelen kifejlődő tabest.

Előadás:

1 Krompecher Ödön: A petefészek granulosejt-daganatiról. A petefészek kevésbé differenciált hámdaganatait Werdt a tüszőképződésnél fel nem használt és paragon heverő granulosejt-halmazokból származtatja és granulosejt-daganatoknak nevezi.

Ezen, a hengersejtes daganatoknál jóval ritkább tumorkisebb része jóindulatú adenomának, nagyobb hányada ráknak felel meg. Míg az adenomák nagyjában azonos szöveti szerkezetűek, addig a carcinomák szöveti képe rendkívül változatos. A granulosa-sejt-daganat elnevezés gyűjtőnév és a körébe tartozó daganatok egy része közel áll a basalsejtű daganatokhoz. Klinikai, kórbontani és kórszöveti vizsgálataik szerint előnyösen háromféle granulosa-sejt-daganat különböztethető meg, és pedig 1. a ritka *oophoroma folliculare* (Brenner), mely idősebb nőknél átlag tyúktojásnyi tömlős daganatot alkot s véletlen boncolási leletet képez. A túlnyomóan mikroszkopos tömlőcskék feltűnően utánozzák a Graaf-féle tüszők szerkezetét. Mivel itt-ott még a theka folliculira emlékeztető kötőszövetes burrok is kifejlődik, e daganatok a petefészek valóságos torzképződményeinek tekinthetnek meg. Az előadó által észlelt két esetben együtt az eddig ismertetett oophoromák száma 9-re emelkedik. 2. Valamivel gyakoribbak az *adenocarcinomák*, melyek ismét a *folliculoid* és a *gyriform* carcinomák alcsoportjaira oszlanak. A folliculoid rák, illetve *folliculoma* elnevezés e rákokban található azon képletekből ered, melyek feltűnő módon emlékeztetnek elsődleges folliculusokra, őspetékre. Míg Aschner 1922-ben e sokat vitatott képleteket ma is valóságos őspetéknek minősíti, addig a kutatók túlnyomó része Robert Meyer nézetét vallja és e képleteket csak őspetékre emlékeztető termékeknek tartja. Előadó, ki két ilyen esetet észlelt, a szerzők ezen utóbbi csoportjához csatlakozik és hangoztatja, hogy ilyen folliculoid képletek az úgynevezett rosetták alakjában más szervek (emlő, nyálmirigy, bőr) adenoid basalsejtű rákjainál is észlelhetők. Az adenocarcinoma jellegű granulosa-sejt-rákok csoportjába tartozik a *gyriform carcinoma* is, melyből előadó 3 esetet ismert. Végre ide tartozik az ugyancsak ritka, 2 esettel képviselt *intracanalicularis adenocarcinoma*. A granulosa-sejt-daganatok 3-ik, leggyakoribb csoportját alkotják a *solid, medullaris carcinoma*, melyeket előadó 6 eset kapcsán ismert s melyek közül különösen egy 12 éves leánykánál észlelt eset kelti fel az érdeklődést.

2. Richter Hugó: *A migraine kórtana és az epilepsiához való viszonya*. A migraine pathogenesiseben két kérdés vár tisztázásra: 1. milyen patológiai mechanizmus váltja ki e betegség tipikus tünetesorozatát, 2. minő oki feltételek alapján jut az említett patológiai mechanizmus megnyilvánulásra. Ez utóbbit újabban mindinkább a constitutio és a belsőelvasztási mirigyek pathológiájának körébe vonják be; e problémák még kialakulásuk kezdetében vannak. A migrainet okozó patológiai mechanizmus kérdésében leginkább elfogadott az érgörsetheoria, mely szerint az agyvelő ereiben paroxysmusok alakjában fellépő görcsös összehúzó és az ezáltal előidézett localis vérszegénység okozná közvetlenül hamierania összes tüneteit. Megerősítették a feltevést Pat kutatásai, aki az érkrízisek pathológiai jelentőségét számos, tisztázatlan klinikai körképben bebizonyította. Kimutatta, hogy szűkebb érterületre korlátozott görcsös paroxysmusok — mint sympathicotoniás megnyilvánulások — típusos klinikai körképeket idéznek elő; az intermittáló sántítás (érfalelváltozások nélkül) veseérkrízisek, sőt az ólomkólikánál és uraemiánál fellépő agyi tünetek legnagyobb részét ilyen érkrízisek következményei. Nincs még tisztázva, hogy ez az érgörös, amely a hamierania tipikus tüneteit, főfájást, hányást, látási zavarokat és kieséseket — szemizom- és egyéb agyideghüvelyeket — idézi elő, az agyvelő legfontosabb és legérzékenyebb működését, az öntudatot miért hagyja szabadon és ha féloldali mozgási kieséseket néha elő is szokott idézni, azok mindig a motoros kéreg izgalmi jelenségei — tonusos-clonusos görcsök — nélkül szoktak fellépni. E kérdés tisztázása azért is fontos, mert az eszméletzavar és tonus-clonusos görcsök az epileptikus roham legnevezetesebb tényezői; viszont az epilepsia és migraine közt fennálló szoros pathológiai kapcsolatot számos körülmény igazolja. Az epileptikus rohamot magyarázó teoriák közt is szerepel az érgörös, illetve az ezáltal előidézett agyvérszegénység; e magyarázat erős támasza talált Fischer kísérleteiben, amelyek a mellékvese hatóanyagának, az éresszehúzó adrenalinnak a görcsös állapotokat előmozdító képességét igazolták. Benedek epileptikusoknál adrenalin-befecskendezéssel görcsrohamot tudott produkálni.

Ha mind a két betegséget az agyvelő érkrízisek megbetegedésének tartjuk, a klinikai tünetekben mutat-

kozó nagy különbséget csak úgy magyarázhatjuk meg, hogy a migrainenél az agyvelő érrendszerének egy más érszakasza jut görcsös paroxysmusba, mint az epilepsiánál. Előadó főleg azokat a kiesési jelenségeket tanulmányozta, amelyek az agyban pontosan lokalizálhatók és azt találta, hogy az összes hemieraniás tünetek az agyvelő azon részeiben idézhetők elő, amelyek az art. vertebralis illetve basilaris oldalsó és végágai (art. cerebri post.) által láttnak el. Eseteiben a III—V., VI—VII. agyidegek laesióját, továbbá öntudatvesztést és görcsök nélkül fellépő hemiparesist és aphasiát talált. Ez utóbbi székhelyét a híd vagy pedunculusba, az agyidegek laesiójának helyét kétségtelenül a hídba kell helyezni; az egyik esetben észlelt hemiplegia alternans facialis kizár másféle lokalizációt. Ha tekintetbe vesszük, hogy a látási izgalmi jelenségek és kiesések (hemianopsia scotomák) legnagyobb részét az agyszirti kéreg functionalis zavaraira vezethetők vissza, amelyet szintén az art. basilaris végága, az art. cerebri post. lát el, akkor az érgörös-theoria támaszként meg tudjuk jelölni azt az egységes érszakaszt, amelynek görcsös összehúzódása a hamierania összes tüneteit magyarázná. Együttal magyarázatot találunk arra a lényeges különbségre, amely a migraine és epilepsia között a rohamok klinikai képében mutatkozik. Az epileptikus roham az agyvelő másik érszakaszának, az art. carotis interna ágainak görcsös paroxysmusaira vezethető vissza, amely az agykéreg legnagyobb részét (a nyakszirti látókéreg kivételével), elsősorban a homloklebenyt, mint az öntudat legfontosabb kérgi központját látja el. Innen van, hogy az epileptikus roham két főtünete: a tonus-clonusos görcsök és az eszméletlenség, míg a migraines rohamnál ezek hiányozni szoktak. Hogy az agyvelőnek e két külön érszakaszát a sympathicus külön-külön idegzi be, azt bizonyítja az anatómiai kutatás is, mely szerint az art. carotis internát kísérő plexus caroticus a nyaki határköteg legfelső dúcából (gangl. cervic. supremum) indul ki, míg az art. vertebralist és basilarist kísérő plex. vertebralis az alsó nyaki dúcából.

Donáth Gyula: A migraine és epilepsia közti viszonyban különösen két pont hívja fel az érdeklődést és ez a két betegség egymással való vikariálása, valamint az úgynevezett „genuin” epilepsiánál található histológiai elváltozások. Hogy az epileptikus rohamok ép agy mellett is kiválthatók, bizonyítja — eltekintve az állatkísérletektől — az uraemikus és a gravidák eklamptikus rohamai, melyek a vérben keringő anyagcserehulladékok vagy placentaris eredetű mérgek vagy egyéb kártékony hatások által kiválthatnak, bizonyítják ezt az exogen mérgek: alkohol, cocain, ólom epileptogen hatása. A tény, hogy migrainenél még histológiai elváltozások sem találhatók, szintén amellett szól, hogy epilepsiánál nem a histológiai elváltozások váltják ki direkt a rohamokat, hanem miután itt mechanikai, villamos vagy thermikus ingerekről nem lehet szó, csak chemiai hatások szerepelhetnek. Mint hozzászóló kimutatta, itt tekintetbe jönnek ammoniak és mint ammoniakderivátumok: alkaloidok, különösen cholin, neurin, kreatinin, guanidin, melyek, mint az állatkísérletekben is, epileptiform görcsöket váltanak ki. Ezen rendes anyagcsere-termékekre, csekély mennyiségűknél fogva, az egészséges idegrendszer nem reagál, de a csökkent értékű idegrendszer, legyen az veszületett vagy szerzett, leszállított ingerküszöbénél fogva, ezekre görcsökkel reagál. Az epilepsiánál előforduló agyszöveti elváltozások nem lephetnek meg, ha csak arra gondolunk, hogy a roham alatt erősen fokozott vérnyomás a bőr, conjunctiva alá, a belső szervekben és különösen az agyban capillaris vérzéseket idézhet elő, melyek az okozott táplálkozási zavarok által az idegelemek elpusztulásához vezethetnek. Viszont a reactiv gliaburjánzás maga is okozhat rohamokat, miáltal egy circulus vitiosus áll elő.

Józsa Jenő: A migraine és genuin epilepsia összefüggésével már régi szerzők foglalkoztak az előadó által ismertett tünethoz alapján. E tünethozhoz azzal az adattal kíván járulni, hogy amint a genuin epilepsiánál, ugyanúgy a migrainenél, főleg súlyos migraine-rohamoknál, bőséges conjunctivális vérzések észlelhetők. A hamierania s egy klinikailag Jackson-típusú féloldali epilepsia magyarázatára rögtön kínálkozó az edénykrízisek felfogás; amde a bilaterális klinikai tünetes csoporttal fellépő és lezajló genuin epilepsia értelmezésére első perben nehezebbnek látszik Richternek kétségtelenül igen szellemes elmélete.