

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÓGYES 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:

Heiner Lajos: További adatok a bujakórnak bismuttal való kezeléséhez (129—132. oldal.)

Tornay János: A „Maturin” gyakorlati értéke és alkalmazása. (132—134. oldal.)

Pándy Kálmán: A tabes dorsalis magyarázata. (134—136.)

Therapia. Zimányi Vidor: A Ponndorf-féle oltás jelentősége a felső légutak gümőkórjának gyógyításában. (137. oldal.)

Diagnostika. Vas J. Jenő: A tarkómerevség viselkedésének diagnosztikus jelentősége. (137. oldal.)

Soós Aladár: Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatétis kezelése. (137—138. oldal.)

L. Emmett Holt † (138. oldal.)

Jacques Loeb † (139. oldal.)

Lapszemle. Belorostan. — Sebészet. (140. oldal.)

Könyvismertetés. (141. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület febr. 23-i ülése. (141. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 február 21-én tartott VI. tudományos ülése. (142. oldal.)

Heti krónika (143—144. oldal.) — Vegyes hírek. (144. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem bőr- és nemibeteg-klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár).

További adatok a bujakórnak bismuttal való kezeléséhez.

Írta: Heiner Lajos dr. I. tanársegéd.

Alig mult el két év azóta, hogy *Levaditi* és *Sazrac* sikeres állatkísérletek alapján a bismutot a bujakór gyógyítására alkalmazni kezdték. Eme aránylag rövid idő alatt a bismutkérdésnek hatalmas irodalma támadt és a kisebb-nagyobb vegyi gyárak között erős verseny indult meg abból a célból, hogy minél hatásosabb és minél kevésbé mérgező bismutkészítményeket hozzanak forgalomba. A klinikák, nagy kórházi osztályok feladata, hogy ezeket a praeparatumokat kórházi, tehát a megfigyelésre alkalmasabb beteganyagon kipróbálják és csak beválásuk esetén adassanak át a gyakorlati orvos kezébe.

A bőr- és nemibetegklinikára fekvő és bejáró beteganyagán egy év előtt kezdtem használni a bismutot erre a célra. Kezdetben néhány csomag trepolt használtam, majd a jóval olcsóbb hazai gyártású „bismoluol”-ra tértem át, amelyet *Richter* Gedeon vegyészeti gyára készített Budapesten. A syphilis különböző szakában lévő 63 beteg kezelése közben szerzett tapasztalataimról a folyó év márciusában számoltam be. Ezeknél a betegeknek a bismuton kívül más, a bujakórt gyógyító szert nem használtunk, mert tisztán akartuk látni a bismut gyógyító és mérgező hatását. Azonkívül igyekeztünk megtalálni azt az adagot is és azt a módszert, amely mellett kúránk még hatásos, de amellyel élve, betegeinket a legkevesebb veszedelemnek tesszük ki. Később neosalvarsannal társítva adtuk a bismoluolt, hogy ilyenformán összehasonlítást tehessünk egyfelől a tiszta bismut, bismutsalvarsan, másfelől a Hg- és salvarsan-kúrák hatásossága között. Az utolsó hónapokban néhány betegen a bismutsalvarsant is kipróbáltuk.

Egy olyan idült és alattomos fertőző betegségnél, mint aminő a syphilis, az eddig észlelt betegek száma kicsiny, a megfigyelési idő még rövid ahhoz, hogy végleges következtetéseket vonhassunk le. De szükségesnek tartjuk, hogy minél többet és hamarabb előálljanak megfigyelésük eredményével, mert csak így módon válik lehetővé ennek az új gyógyszernek alapos megismerése. Magunk és mások tapasztalatai alapján min-

denesetre már most leszögezhetjük azt a tényt, hogy a bismut a syphilis gyógyítására alkalmas, mondhatni, ennek a betegségnek összes tüneteit képesek vagyunk vele kedvezően befolyásolni. Igen nagy előnye a higany felett az, hogy a friss, a fertőző virust nagy mennyiségben tartalmazó elsődleges és másodlagos kiütések használatára nagyon gyorsan visszafejlődnek és belőlük 1—2 befeeszkendezés után a kórokozók eltűnnek; majdnem olyan gyorsan, mint salvarsan adása után. Ez a tény járványtani szempontból különösen nagy jelentőségű a mai nehéz viszonyok között, mikor sok szegény ember a drága salvarsant megszerezni nem tudja és csak higanyos kezelésben részesülve sokáig fenyegetné fertőzéssel környezetét. Elég találó ezért az az elnevezés, amit a bismutnak adtunk, t. i. szegény ember salvarsanja.

A kombinált Hg- és salvarsankúrákkal szemben sokszor dacoló, túltengő papulákra való hatása a bismutnak egyenesen meglepő. Eppen ilyen gyors a regionalis nyirokmirigyek duzzanatának visszafejlődése. Nemcsak a bőr, hanem a nyálkahártyák másodlagos tünetei is épp ily gyorsan múlnak el. Mióta a bismutot használjuk, nem láttuk soha szükségét annak, hogy ezeket a kivirágzásokat helyileg is kezeljük. A Hg-salvarsan-kezelésnél ez pedig nem tartozik a ritkaságok közé.

A nagyobb szövettani elváltozásokkal járó harmadlagos tünetek visszafejlődése lassúbb ugyan, de kielégítő. A belső szervek késői lueses megbetegedéseinek ezzel a szerrel szemben való viselkedése még aránylag kevesebb adattal rendelkezünk. Egyesek pl. nagyon kiemelik az aortitis lueticára való jó hatását. *Laubry* szerint a baj kezdetén nemcsak a subjectív panaszok enyhülnek meg, hanem tárgyilagosan is javulás mutatkozó ki. Ez utóbbit ugyan nem láttam három ilyen betegünkönél, de a subjectív panaszok elmaradását én is megerősíthetem.

Az idegrendszer bujakóros bántalmainál szintén elég kedvezőek az észleletek. Egyes túljóhiszemű szerzők nagy jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy a bismut hamarosan és elég tetemes mennyiségben megjelenik a liquorban. Többen jelzik a tabes tünetek enyhülését, pl. a krízisek elmúlását, az ataxia csökkenését. *Benech* egy esetben a pupillamerevség és a Romberg-féle tünet elmaradását látta. Van ellenben olyan észlelet is, mely az ellenkezőről számol be. Magunk három esetében a lancináló fájdalmak kezdetben fokozódtak, majd csökkentek, s végül megszűntek és az ataxia is javult. Különösen tabes betegeknek sokszor tapasztaltuk, hogy erélyes higanykezelést nem jól tűrik,

vérszegények lesznek, leromlanak. Ezt bismutkezelésnél soha nem láttuk, ellenkezőleg az erőbeli állapot javulni szokott. Mindjárt itt említem meg, hogy sokszor szinte meglepő, hogy betegeink nagyrésze a bismutkúra befecskendezése után pár hétre milyen meghízva, megerősödvé kerül szemünk elé. Ezt a jelenséget más szerzők is említik.

Egészen kezdődő paralysis progressivánál *Evrard* remissiókat látott; a liquor elváltozásainak visszaféldését, így a fehérvérsejtek számának csökkenését, a Wassermann-reactio gyengülését, negatívvá válását többen is tapasztalták. A kezelt betegek csekély mennyisége miatt azonban ezekből a tünetekből egyik szerző sem von le további következtetéseket.

Veseszületett bujakóránál még aránylag kevesen alkalmazták a bismutkészítményeket. Legtöbb esetéről és nagyon kedvező eredményekről számol be *Török* a szegedi gyermekklinika anyagából. Kiemeli különösen azt, hogy bismut sohasem okoz olyan katasztrofális súlycsökkenést, mint aminőket a salvarsan.

Mi több esetben, a serdülő korban fellépő lues congenita tardánál alkalmaztuk a bismutot, főképp a parenchymás szaruhártyalobok kezelésére. E téren eredményeink semmivel sem állanak a higany-salvarsan-kezelés folytán elérték mögött. Úgy tudom, hogy a szemészeti klinikán hasonló megfigyeléseket tettek.

Újabban mind sűrűbben jelennek meg közlemények higannyal és salvarsannal szemben ellenálló syphilisbetegekről. Nekünk is volt az elmúlt évben 5 hasonló betegünk, 3 esetben folyton új kiütések léptek fel a Hg-salvarsan-kezelés közben, vagy közvetlen utána, másik két beteg bőr- és csontthártyagumái a kezelésre nem reagáltak. Mind az ötnél bismuolul adására a tünetek elmúltak és ezideig újak nem jelentek meg. Az egyik éppen a napokban értesített, hogy kilenc hó óta tünetmentes, makacs szájpapulái nem ismétlődtek, bár tanácsom ellenére két hó szünet elteltével nem kezdett új kúrát. Sajnos, ezt elég gyakran látjuk. Viszont van néhány adat az irodalomban oly betegekről, akik bismutállók. *Müller* egy, *Bordet* két esetet említ. Kétségtelen, hogy ezeknek száma növekedni fog.

Az eltelt két év tapasztalataiból azt is megtanultuk, hogy nagy valószínűséggel mikép kerülhetjük el a bismut mérgező tüneteit. Kiderült ugyanis, hogy a francia szerzők által kezdetben ajánlott adagolás igen túlságos. Az egyes adagok is magasak (0.2 g bismutsó) és a befecskendezések között levő idő is rövid. Ennek a körülménynek tulajdonítható az a sok ízben látott albuminuria és szájgyulladás (10–20%), amint ők közlik. A németek kezdetől fogva óvatosabban adagoltak, átlag 0.1 g bismutsót számítottak egy adagra és átlag négynaponként történtek a befecskendezések. A veseizgalmak, gyulladások elkerülése szempontjából nagy fontosságú *Felke*nek az az észlelete, hogy a fehérjevizelet epiteluria, hámsejteknek, esetleg hámhengereknek fellépése előzi meg. Ha ilyenkor nem viszünk be 10–12 napon át újabb bismutmennyiséget a szervezetbe, akkor nem lép fel fehérje a vizeletben és a veseizgalmat elkerüli betegünk. *Felke* szerint nem jelentkezik veseizgalom, ha hat hét alatt 1.0 g bismutnál többet nem adunk. Ez a mennyiség bismuolulra átszámítva 10×2 cm³-nek felel meg.

Az első időben, mikor háromnaponként adva 12×2 cm³ bismuolult vettünk egy kúrára, mi is több ízben láttunk epitel- és albuminuriát, sőt kétszer enyhe veseizgalmat is. Ezért lementünk 10 injectióra, négynaponként adjuk s azonkívül szintén *Felke* ajánlatára az 5–6. befecskendezés után 8–10 napos szünetet tartunk. *Felke* szerint ilyenformán bismutlökésekkel (Bismutstößen) dolgozunk és a bismut lassú kiválasztódása miatt a szünet alatt is elég bismut kerül a szervezetbe az izomközi depókból. Ezekből a depóktól tapasztalataink szerint nem kell félnünk. Kezdetben azt hittük, hogy depók nem is igen keletkeznek; később rájöttünk, hogy bizony a bismutemulsiók felszívódása nem mindig történik simán, aránylag gyorsan, hanem elég sokszor többé vagy kevésbé gyulladásos depók

fejlődnek ki a befecskendezések helyén. Ekkor félni kezdtünk attól, hogy vajjon nem lesznek-e betegeink annak a veszedelemnek kitéve, hogy az eltávolított bismut valamely okból egyszerre hirtelen nagy mennyiségben felszívódásra kerül és ilyenformán súlyos mérgezés keletkezik, amint ezt higanykúránál, különösen szürkeolaj-befecskendezések után több esetben észlelték. Ebben az irányban megnyugtatóan hat, hogy eddigelé ilyesmi nem fordult elő sok ezer bismutinjection után sem. Ezenkívül egy véletlen túladagolásból is láthatjuk, hogy a bismutemulsiók befecskendezése mégis veszélytelenebb, mint a higanyoké. *Prater* tudósít egy betegről, aki 3 nap alatt 2×10 cm³ bismogenolt kapott, tehát kétszer annyit, mint amennyit egy egész kúrára szokás adni és a beteg közepsúlyos szájgyulladás, kiskókú fehérjevizelet árán szabadult komolyabb következményektől. Hasonló adag higany-salicyl biztonnal súlyosabb, esetleges végzetes mérgezést okozott volna. Tehát nemcsak hogy nem kell félnünk a bismutdepók képződésétől, hanem a hatás tartóssága szempontjából még bizonyos mértékben kívánatosnak is tarthatjuk őket.

Említettem fentebb, hogy mi két betegnél láttuk a veseizgalmat fellépését. Mindkettőnél régi fertőzés volt. Egyiknél állkapocsperiostitis, másiknál agysyphilis volt a kórisménk. A bismut kihagyása után diéta kezelésre nem csökkent náluk a fehérje mennyisége és nem találva az üledékben vörösvértesteket, a lueses tünetek súlyossága miatt kis adagokkal kezdve neosalvarsant adtam. Mindkettő kifogástalanul elviselte; a fehérje egyiknél eltűnt a vizeletből, a másiknál alig kimutathatóvá vált. Felvetődött bennem az a gondolat, hogy vajjon nem volt-e ennél a két betegnél vese-syphilis és a fehérje megjelenését a vizeletben nem foghatjuk-e fel *Jarisch-Herxheimer*-féle tünetnek. Ezt a tünetet ugyanis a bőrön elég gyakran láthatjuk, ha nem is olyan kifejezett formában, mint a salvarsannál. Tabeles betegekknél is fokozódik kezdetben a lancináló fájdalmak, ami talán szintén ilyenformán könyvelhető el.

Még csak azt kívánom ennél a kérdésnél megjegyezni, hogy mikor a vizelet üledékében vesealak-elemek, hámsejtek után kutatunk, ne felejtjük el, hogy nagyon sok egyénnél találunk kankó nélkül is kiskókú húgycsőhurutot, ami aztán bőven okozhat az üledékben hámsejteket, melyeket vesehámnak foghat fel, aki nem rendelkezik elég gyakorlattal. Ezért, ha alapos gyanunk van epiteluriára, vegyük katheterrel a vizeletet, vagy előzetesen öblítsük ki a húgycsövet. Igaz ugyan, hogy e célra csak annak elülső részét tudjuk kimosni.

A bismutmérgezés tünetesportjához tartoznak azok a bőrijelenségek, amelyeket vörhenyszerű kivirágzás, csalánkiütés, pruritus alakjában egyes szerzők észleltek. Ritkán lépnek fel és sokkal jobbindulatúak, mint a salvarsan okozta exanthemák. Ilyen jelenségek fellépését mi sem észleltük ezideig.

A bismuolulnál is kevesebb helyi kellemetlenséget okoz a *bismosalvan*, amely jodchininbismuttartarát. Ezt a készítményt a közelmúltban méltatta *Guszman*. Mi is alkalmaztuk, igaz csak 12 betegnél ezideig, de máris az a benyomásunk, hogy ki fogja szorítani a bismuolult a használatból. Befecskendezése nem fájdalmas a legkisebb mértékben sem, épp oly hatásos és ezideig semmiféle mérgezési tünetet utána fellépni nem láttunk. Teljes mértékben csatlakozunk *Guszman* véleményéhez ezt a készítményt illetően.

Annak megállapítása után, hogy a különböző bismutkészítményekkel képesek vagyunk a bujakor majdnem minden megjelenési formáját kedvezően befolyásolni, felmerül az a kérdés, vajjon ez a hatás tartós-e.

Eddigi tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy a hatás tartóssága mindenesetre eléri a higany-salvarsankúránk hatásának tartósságát. Nem osztom ebben a kérdésben francia és spanyol szerzők optimizmusát és nem merném magamra vállalni azt a felelősséget, hogy betegeinket egyetlen bismutkúránál részesítem és várjak, amíg serológiai vagy klinikai recidiva nem jelentkezik. Ilyen irányú megfigyelésekre úgyis bőven akadnak hanyag, könnyelmű betegek, akik szót nem fogad-

nak, elmulasztják a további gyógyítást és új tünetekkel kerülnek szemünk elé. A rendelkezésemre álló irodalomban nem sok új adatot találtam a recidivákra vonatkozólag; Tryb és Beutel 152 trepollal kezelt betegünk-nél 8 hónapi megfigyelés alatt egy serologiai és 4 klinikai visszaesést láttak. Nagyon kis százalék ez, ha meg-gondoljuk, hogy a recidivák 4-6 hónapra szoktak jelent-kezni. Magunk is láttunk visszaeséseket, de nem gyak-rabban, mint Hg-salvarsan-kezelés után. Jellemző pél-dául 2 esetet hozok fel. Egyik 22 éves puella publica, aki friss lues II. miatt 12×2 cm³ bismoluolt kapott. A kúra végén a Wassermann-reactio negativ lett. 4 hét múlva újra beutaltatott nemi részén lévő papulákkal. Oly korai ez a recidiva, úgyhogy szinte azt lehetne mondani, hogy bismutálló esettel volt dolgunk, bár hatására a lueses tünetek szépen visszafejlődtek. A má-sik 34 éves férfi lues II. miatt hasonló kezelést kapott a kúra végén, valamint két hó szünet után Wasser-mann-reactio negativ. Ekkor újra 10×2 cm³ bismoluolt kapott: újabb két hónap után Wassermann-reactio negativ: reá a III. hasonló kúra következett és most három havi pausa után a Wassermann-reactio ++++.

moluol-, bismoluol-neosalvarsan-, higany-salicyl-neosalv-arsan-, intrasol-neosalvarsan-kúráink hatását. Előre kell bocsájtanom, hogy bismoluolból $10-12 \times 2$ cm³-t ad-tunk egy kúrára, neosalvarsanból 2.5-4.5 g összmenny-nységet 6-10 injectióra elosztva 5-7 napos időközben: higany-salicylból 0.8-1.0 g-ig 8-10 befecskendezés alak-jában. Az intrasolt, mely a Chinoin-gyár készítménye és amely egész jól pótolja a novasurolt, cyarsalt és em-barint, az ú. n. Mischspritzeben 8-16 cm³ összmennyiség-ben adtuk, 1-2 cm³-t véve egy-egy salvarsan-adaghoz. A különböző kúrák nagyjában egy időszakban, körül-belül ugyanazon életfeltételek között lévő betegeken végeztettek. Ezt azért hangsúlyozom, mert újabban töb-ben számolnak be a német szerzők közül arról, hogy a táplálkozás rosszabbodásával egyenes arányban gyen-gébb az antilueses kúrák hatása.

Seronegativ lues I. volt diagnosisunk 7 betegnél a tisztán bismoluollal kezelték közül. Kezelés közben rend-szeresen vizsgáltuk a Wassermann-reactio viselkedését és három ízben tapasztaltuk a pozitív irányú ingado-zást; egyik betegnél már a kezelés közepe felé. Nathan eseteinek nagyobb százalékában találta ezt, 79%-ban;

Kezelés módja	Seronegativ Lues I.			Seropositiv Lues I.			Lues II.			Lues latens			Lues III.		
Bismoluol	Wassermann-reactio a kezelés végén:														
	positiv	gyengült	negativ	positiv	gyengült	negativ	positiv	gyengült	negativ	positiv	gyengült	negativ	positiv	gyengült	negativ
	—	—	7	—	—	4	4	2	15	9	3	4	3	—	4
	—	—	100%	—	—	100%	19.5%	9.5%	71.5%	56 %	19%	25 %	41%	—	59%
Bismoluol	—	—	4	—	—	6	5	1	18	9	2	9	3	—	1
és Neosalvarsan	—	—	100%	—	—	100%	21 %	4 %	75 %	45 %	10%	45 %	75%	—	25%
Higanysalicyl	—	—	10	2	2	6	9	4	30	12	5	25	4	—	1
és Neosalvarsan	—	—	100%	20%	20%	60%	21 %	9.5%	69.5%	28.5%	12%	59.5%	80%	—	20%
Intrasol	—	—	6	—	—	2	4	3	10	3	10	21	—	—	—
és Neosalvarsan	—	—	100%	—	—	100%	22.5%	16.5%	61 %	9.5%	29%	61.5%	—	—	—

Nemesak friss, de régi fertőzéseknél is láttunk serolo-giai recidivákat.

A bismut antilueses hatásának megítéléséhez szükséges annak vizsgálata is, hogy milyen mértékben vagyunk képesek vele a syphilis serologiai reakcióit befolyásolni. Ezen a téren a különböző bismutkészít-mények és szerzők szerint sokkal nagyobb eltéréseket találunk, mint a klinikai hatás tekintetében. Maguk a francia szerzők gyengének tartják a trepol hatását a Wassermann-reactióra, bár hangsúlyozzák, hogy a negativba való átesapás sokszor a kúra után hetekkel lép fel. Guszman és Pogány szerint bismoluol-kúra után az esetek többségében positiv maradt a Wassermann-reactio. Viszont Poór és Bücher lues II.-nél 61%-ban negativ eredményt kapott a kezelés végén. Nathan és Martin bismogenolkezelés után friss II. luesesetek 81%-ában láttak negativ reakciót. Berhardt bismutcitrat-tal 83%-ban érte el ezt lues II.-nél; ugyancsak bismo-genollal Ritter 85%-ban. Lues latens és lues III. esetek-nél sokkal kisebb a hatás, de kombinált Hg-salvarsan-kezelésnél sincs ez másképpen. A legtöbb szerző eseteit nem csoportosítja a serologiai hatás leírásánál a lues különböző stadiumai szerint, ezért meglehetősen nehéz tiszta képet kapni a bismut ezirányú hatásáról. Nehezíti az objectív megítélést az is, hogy nem igen rendelke-zünk nagyobb statisztikai adatokkal arra vonatkozólag, hogy miképp viselkedik a Wassermann-reactio a higany-salvarsan-kúrák végén különböző idős fertőzéseknél. Ezért láttam jónak egy táblázatba összefoglalni ered-ményeinket, melynek alapján összehasonlíthatjuk a bis-

talán azért többen, mint mi, mert ő hetenként kétszer végzett vérvizsgálatot, mi pedig egyszer. Ilyen positiv irányú ingadozás az egyéb kezelési módoknál is elő-fordult, bár kisebb százalékban. A kezelés végén nega-tív volt mindenütt a Wassermann-reactio (7 bismoluol-, 4 bismoluol-neosalvarsan, 10 Hg-salicyl-neosalvarsan-, 6 intrasol-neosalvarsan-esetben). A nagyobb arányú posi-tív irányú ingadozás miatt hátrányban van a bismoluol-kezelés a többiekkel szemben és ha lehető, alkalmazzuk ezeket. Tőlem is kissé merész dolog volt ezeket a betege-ket csak bismutal kezelni, de a betegek viszonyai miatt nem adhattam nekik salvarsant. A 7 közül 3 részesült két kúrában, 5 egy kúrát abszolvált. Ezek közül egy került vissza másodlagos tünetekkel 4 hó után, 1-nél 8 hó után is negativ a Wassermann-reactio, 3 pedig el-kerülte észlelésemet. A kúrát végzetek közül egyiknél az első kúra után 4 héttel reinduratio lépett fel, amit higanykezelésnél nem igen láttak; az erőlyesen ható salvarsannál már többször. Kissé erőltetett magyarázata talán az, hogy a szervezetben a még nem erősen me-gtelepedett spirochaetákat gyógyszerünk elpusztította, de a primaer affectióban már nagyobb szöveti elváltozások előidézésére képes alakokat elpusztítani nem tudta. A második beteg jelenleg 5 hónappal van a II. kúra mögött, Wassermann-reactio nála állandóan negativ. Poór 5 sero-negativ esetén látta a kezelés végén is negativnak ma-radni a Wassermann-reactiót. Ritter 6 seronegativ lues I.-ben lévő betegnél végzett tiszta bismogenol-kezelést. Közleménye megírásakor mind a hat betegnél negativ a Wassermann-reactio. Leghosszabb észlelési idő 11 hó-

nap. *Fournier* szintén több esetről számol be, akiknél egyetlen trepolkúrával ezideig recidivamentes gyógyulást látott primaer syphilisnél. Legérdekesebb a 3 betegünk sorsa és a bismuttherapia szempontjából mostanáig egyetlen világirodalomban. Nála észleltük t. i. az első bújakóros *reinfectiót*, ami kétségtelen bizonyíték arra vonatkozólag, hogy lehetséges bismuttal abortíve meggyógyítani a syphilist. Esetünk fontossága miatt részletesen közlöm a teljes kór lefolyását.

B. B. 26 éves férfi 1923. év január hó 15-én jelentkezett ambulantiái rendelésünkön, azzal a panasszal, hogy penisén két hete seb van. Megvizsgálásakor a sulcus coronariusban lencsenagyságú, tömött alapú, barnás-vöröses színű, éles szélű, csillogó felületű erosiót találtunk, melynek ingersavójában bőven voltak spirochaeta pallidák. Baloldali lágyékmirigyek babnyiak, kemények, fájdalomtalanok. Wassermann-reactio negatív. Február 15-éig 12×2 cm³ bismuolt kapott; ezen idő alatt a Wassermann-reactio mindig negatív volt, valamint március 1-én, március 15-én, április 5-én is; április 7-én új kúrát kezdett és május 12-éig kapott 10×12 cm³ bismuolt. Wassermann-reactio április 19-én, április 26-án negatív és két hónappal a kúra után, július 13-án szintén; augusztus végén, szeptember elején több coitus ugyanazzal a nővel, egyik coitusnál frenuluma berepedt. Október 23-án jelentkezik ambulantiánkon azzal a panasszal, hogy penisén 4 hete seb van. A fernulum tapadási helyén tipikus kemény fekélyt találtunk, bő spirochaeta-tartalommal; baloldali lágyékmirigyek fájdalomtalanul duzzadtak. A mellkas két oldalán néhány apró, egyforma nagy roseola, Wassermann-reactio negatív. Esetünk megfelel a reinfectio megállapításánál felállított követelményeknek. A II. primaer affectio nem az első helyén lépett fel, a lágyékmirigyek jellemzően megduzzadtak, Wassermann-reactio pozitív és a bőrön korai alakot mutató másodlagos exanthema.

Seropositív lues I. volt 4 bismuollal kezelt betegünk. Mind a négyén negatív lett a kúra végén a Wassermann-reactio. A 4 közül egy hat héttel az első kúra után pozitív seroreactiót adott, egyénél még két kúrát végeztünk mindig negatív Wassermann-reactio mellett. Másik kettőnél 8, illetve 10 hó után is negatív a Wassermann-reactio. Ezért további kezelésre nem hajlandók. 100%-os negatívvá válását láttuk a Wassermann-reactiónak kombinált bismuol-salvarsan- és intrasol neosalvarsan-kezelésben részesült, a lues hasonló szakában levő betegeinknél. Higany-salicyl-neosalvarsan-kezelésben részesültek közül csak 60%-ban lett negatív az eredmény, 20%-ban gyengült és 20%-ban pozitív maradt a Wassermann-reactio.

Poór és Bäcker hat seropositív esete közül a kúra végén csak 3 betegnél lett a Wassermann-reactio negatív.

Lues II. diagnosis volt 21 bismuol-kezelésben részesült betegnél. Kúra végén negatív lett a Wassermann-reactio 71,5%-ban, gyengült 9,5%-nál, pozitív maradt 19,5%-ban.

Kombinált bismuol-neosalvarsan-kezelést kapott 23 hasonló betegünk. Kúra végén a Wassermann-reactio negatív 75%-ban, gyengült 4%-ban, pozitív 21%-ban.

Higany-salicyl-neosalvarsan-kúrák után a megfelelő számok: 69,5%—9,5%—21% 43 betegre számítva.

Intrasol-neosalvarsan-kúrák után pedig a százalékos arány 17 betegnél 61—16,5—22,5. Legnagyobb eredményt tehát a kombinált bismut-neosalvarsan-kúrák adták: a tiszta bismuolkezelés jobb százalékat ad, mint a kombinált Hg-salicyl és neosalvarsan. Leggyengébb az eredmény a Hg és neosalvarsan egyidejű alkalmazásánál és amint megfigyeléseink mutatják, a legkevésbé is tartós.

Lues latensnél ellenben a bismut hatása már jelentősen elmarad a Hg hatása mögött. Ugyanis bismuol-kúra után csak 25%-ban lett negatív a Wassermann-reactio, 19%-ban gyengült és változatlanul pozitív 56%-ban. A bismuolnak gyenge hatása erre a betegségzakra még a bismut-neosalvarsan-kúrák hatásán is meglátszik, mert százalékos számaink, 45%—

10%—45% jóval mögötte állanak a Hg-salicyl-neosalvarsan arányszámának (59,5—12%—28,5%), valamint az intrasol-neosalvarsannal elért számoknak is 61,5—29—9,5%. *Barrio de Medina* sajátos módon éppen lues latensben lévő betegeinél látta a Wassermann-reactiónak negatívvá válását még olyan esetekben is, mikor salvarsan-Hg-kúrák után az pozitív maradt. *Ritter* szintén mintegy 60%-ban ért el lues latensnél negatív eredményt. Az összes többi szerzők adatai azonban a mi eredményeinkkel egyeznek meg.

Harmadlagos, idegrendszeri és veleszületett buja-kórnál a Wassermann-reactio legtöbbször pozitív maradt mindanegyféle kezeléssel. Ilyen betegek kicsi száma miatt statisztikai adataink tiszta képet nem adhatnak.

Érdekes volt megfigyelni, hogy a Wassermann-reactio nem hirtelen lett negatívvá, hanem lassan fokozatosan csökkent títere a pozitív reactionnak. Neosalvarsan-, de még kifejezettebben ezüstsalvarsan-kúrák alatt pedig a titer erős ingadozásait látjuk, míg ellenben a sulfoxylatsalvarsan ebbeli hatása nagyon hasonlít a bismutéhoz. *Kolle* szerint a sulfoxylatsalvarsanból lassankint hasadnak le a spirochaeta fejlődését gátló vegyületek, míg az ezüst-salvarsan direct spirochaetaölő hatású. Egyesek a serologiai hatás lassú, de egyenletes kifejlődését a bismut javára írják, mert felveszik, hogy a végül elért negatív Wassermann-reactio soká negatív is marad. Ezzel szemben láttunk már elég korai serorecidivákat.

Hogy mily módon fejti ki a bismut antilueses hatását, ez a kérdés még nincs eldöntve. Csak kevesen, pl. *Bloch* foglalnak állást a spirillocida hatás mellett; az észlelők legnagyobb része a higanyéhoz hasonlóan gondolja, vagyis felveszi azt, hogy a depókból egyenletesen felszívódó bismut alkalmatlanná teszi a táptalajt a spirochaeta pallidák számára.

In vitro 1:10000 hígításban bismutot tartalmazó kémcsövekben a spirochaeta jól tenyészik heteken át, de ha a tenyészethez máj, lép vagy vese kivonatát adjuk, akkor jóval nagyobb bismuthígításban is elpusztulnak rövidesen. Tehát a bismuthatás kifejlődésében a szervezet sejtjeinek is kell valami szerepének lenni. Újabban mind sürűbben hallatszanak hangok, melyek a salvarsan hatását is indirektnek, az általa izgalomba hozott szöveti sejtek útján létrejövőnek tartják.

De a gyakorlat szempontjából nem is fontos, hogy miképpen hat a bismut. *Fontos az, hogy a syphilis terapiájában bevált, a Hg értékét friss esetekben felülmúlja, a salvarsanét meglehetősen megközelíti és salvarsannal kombinálva korai syphilisnél a mai kezelési eljárások között a legeredményesebb.*

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. nőiklinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egy. ny. r. tanár).

A „Maturin” gyakorlati értéke és alkalmazása.

Írta: Tornay János dr. klinikai gyakornok.

A terhes nőknél észlelt renalis glykosuria felhasználásával *Frank-Nothmann*, *Roubitschek*, majd *Kamnitzer-Joseph* különféle eljárásokat dolgoztak ki a terhesség korai felismerésére. Gyakorlati kivitel szempontjából legegyszerűbb a *Kamnitzer* és *Joseph* által kidolgozott phloridzin-eljárás. Könnyebb kezelés végett a Schering-gyár „Maturin” név alatt kész ampullákban hozza forgalomba, melyek 0,002 g phloridzint és 0,001 g β -eucaint tartalmaznak. A készítmény a nagy gyakorlatnak van szánva s ez indított minket arra, hogy használhatóságáról saját magunk is meggyőződést szerezzünk. Az eredeti előírás szerint 1 cm³ „Maturin” intramuscularis injectiója után 200 cm³ folyadékot itatunk a vizsgálandóval, ki előbb hólyagját kiürítette. Félóra múlva a katheterrel vett vizeletet Nylander-próbával cukorra vizsgáljuk s ismét 200 cm³ folyadékot itatunk.

1 és 1½ órára az injectio után ismét csapolás, vizelet-vizsgálat.

A phloridzin nevű glykosidát 0.02 g-os adagban a vese functionalis vizsgálatkor azelőtt is használtuk. A phloridzin a vesehám áteresztőképességét növeli (Noorden szerint filtratió kivül a vesehám secretorikus tevékenysége is szerepet játszik), hat a sympathikus idegrendszerre (Dünner) és a májat izgatja (Underhill, Grube stb.), a glykogen mobilizálja, bénítólag hat a pankreas fermentképző működésére (Schmiedeburg). A phloridzin 0.002 g-os adagban azonban nem-gravidáknál nem vált ki glykosuriát. Terhesség alatt a vesék fokozott érzékenységet mutatnak cukorral szemben, mit a spontán fellépő glykosuria is bizonyít. Ha ezen izgalomhoz a kismennyiségű phloridzin hatása is hozzájárul, glykosuria lép fel.

A terhességi glykosuriát sokféleképpen magyarázzák. Kamnitzer és Joseph szerint a syncytialis elemek veseizgalmat váltanak ki. H. Küstner szerint a cukorkiválasztás az ovarium megváltozott funkciójától függ, melyben a corpus luteumnak lehet fontos szerepe oly értelemben, hogy a vesét átjárhatóvá teszi. Menstruatio előtt 7–2 nappal is látott glykosuriát fellépni. Dünner szerint a veséknek cukorral szemben való fokozott érzékenysége a sympathikus fokozott behatásának van szerepe. Grote szerint a quantitativ cukorkiválasztás a pajzsmirigy funkciójától függ. A terhesség alatt tényleg látunk egyes belsősecretiós szervekben oly elváltozásokat, melyeknek a szénhidrát-anyagcserére nagy befolyásuk van. A hypophysis elülső lebenye hypertrophizál, a hyperpituitarismus csökkenti a szénhidrát-toleranciát (akromegáliánál 40% diabetes), csökkenti a pankreas hormonképző erejét, a chromaffin-rendszerre serkentőleg hat s mobilizálja a májglykogenet, mely glykosuria alakjában jelentkezik. A hyperthyreoidismus is serkenti a chromaffin-rendszert s gátlólag hat a pankreasra (thyreoidea adagolására glykosuria lép fel).

Jellemző tulajdonsága a terhességi glykosuriának, hogy a vesék már igen alacsony vércukorérték (0.14%) mellett cukrot választanak ki, holott egészségeseknél 0.19%, más alimentaris glykosuriánál még magasabb a határérték. A terhességi glykosuria az első három hónapban állandó, később csak 20–25%-ban van meg. Payer vizsgálatai szerint a hónapok számával csökken. Lembcke-Lindig szerint primiparánál kisebb-fokú, mint multiparánál. Egyéb alimentaris glykosuriától megkülönbözteti az, hogy az első félórán már fellép s két óránál tovább nem tart, cukormennyisége átlag 0.2–0.5%, egy részletben 1–2 g-nál nem több (Frank-Nothmann).

A terhesség alatt fellépő glykosuria diagnostikus célból való megítélésénél sok mellékkörülményt kell tekintetbe vennünk. A szénhidrátok assimilálóképessége egyes betegségeknek és pathologiás állapotoknak csökken; ilyenek: lázas infectiós betegségek, májbajok (carcinoma, lues, cyrrhosis, ikterus), thyreotoxiosis (Basedow), a centralis idegrendszer izgalmi állapotai, latens diabetes, neurasthenia, constitutionalis anomaliák (infantilismus). Ezeknél tulajdonképpen glykosuria ex hyperglykaemia szerepel, úgyhogy a pozitív eredmény csak vércukorvizsgálat után értékesíthető. Gottschalk és Stecker laevulose-kísérleteikkel kimutatták, hogy a gravidák egy része normalisan viselkedik a cukor felhasználását és retentióját illetőleg, más részénél a máj insufficiens működése vált ki glykosuriát (főleg az 5–9. hónapokban), másoknál pedig a vese fokozott áteresztőképessége folytán áll be glykosuria (főképp fiatal gravidáknál). Dietrich a terheseknél fellépő glykosuriát főképp a szénhidrát-anyagcsere zavarából magyarázza s a veséknek csak mellékes szerepet tulajdonít, míg Frank ezen „májfactort” nem tartja elégségesnek a glykosuria kiváltásához. A májfunctio zavarát a gravidáknál fellépő laevulosuria, urobilinuria (Gottschalk), pozitív Vidal-féle haemoklasziás krízis, szénhidrátmegvonás után könnyen fellépő acetonaemia (Novak, Porges), a vér csökkent szénsav- és

a vizelet nagyobb HN-tartalma eléggé bizonyítja. A kísérleteink közt is előforduló phloridzin-glykosuriát carcinoma inoperabilenél mindenestre ezen tények alapján magyarázzuk.

Szóba jöhet aztán az a kérdés, hogy mikor kezdődik a vesék túlérzékenysége a terhesség alatt s mily okok folytán múlik az ismét el. Fraenkel szerint ha a conceptio a menstruatio kimaradása előtti 10-ik nap körül jön létre, úgy már az első hetekben kiváltható a glykosuria. Az irodalomban tényleg találunk néhány esetet felemlítve, hol a reactio pár nappal a menstruatio elmaradása után már pozitív volt. Annak tanulmányozására, hogy a reactio mikor marad ki, legalkalmasabb az abortusok vizsgálása. Az imminens abortus viselkedésre nézve nem különböztethetjük a normalis graviditástól, azért ennek vizsgálatát elhanyagolhatjuk; egy esetünkben 34 órával a művi abortus megindítása után is pozitív volt a reactio. Abortus incompletusoknál Frank-Nothmann szerint a reactio mindaddig pozitív, míg nagyobb placenta-rész van összefüggésben a méh falával. Kísérleteinkben tényleg láttunk még 60 óra múlva is pozitív reactiót, hol a placenta nagyobb része nem távozott el. Seitz és Jess azon véleményen vannak, hogy abortusoknál a reactio mindaddig pozitív, míg a terhességi elváltozások vissza nem fejlődtek: így egy incomplet abortusnál, hol kürettel rosszul visszafejlődött deciduát lehetett kikaparni, a reactio pozitív volt; molánál is pozitív reactiót talált, melynek okát a toxikus terhességi elváltozásokban találja. Ezek szerint természetes az is, hogy a méhben régebb idő óta idegentestként szereplő missed abortion (kísérletünkben 1 eset) vagy régi extrauterin graviditás nem adhat pozitív reactiót. Fennálló vagy frissen megrepedt extrauterin graviditás pozitív reactiót ad (kísérletünkben 1 friss abortus tubarisanál pozitív reactio). Hat complet abortusnál különböző időben végzett vizsgálataink azt mutatják, hogy a méh kiürítése után kb. 24 óráig marad pozitív a reactio, 24 óra után bizonytalan vagy negatív reactiót kaptunk. Egy esetben fordult elő a már Lembcke-Lindig által tapasztalt jelenség, hogy egy III. hónapos gravidánál (uterus bicornis, egyik szarvban graviditás) a sértetlen graviditás alatt észlelt negatív próba az abortus befejeződése után 14 órával pozitívvá lett. Milyen diagnostikus értéke van tehát az abortusok vizsgálatának? Abortus incompletus és completus nem különíthető el egymástól. Zárt méhszáj mellett azonban nagy valószínűséggel elkülöníthető az abortus incipiens a completustól, mert utóbbi 24 óra eltelte után többnyire nem adja a reactiót, bár a reactio positivitása Küstner szerint 10 napig is megmaradhat, tulajdonképpen tehát ennek is csak ezen idő eltelte után van komolyabb értéke. Elkülöníthető némely esetben az abortusos vérzés más genitalis vérzésektől.

A vizeletben megjelenő cukrot Kamnitzer és Joseph szerint Nylander-reagenssel vizsgáljuk. Pozitívnek általában csak a rögtön beálló fekete elszíneződést szokták venni. Kísérleteinkben sokszor csak hosszas főzés után állott be a fekete, vagy csak bizonytalan szürke, barnás-fekete elszíneződés. Az ilyen eseteket külön jelöltük meg (+) s az összes esetek további sorát vizsgálva, arra a meggyőződésre jutottunk, hogy ezeket is pozitívnak vegyük, mert az első félóra után nyert vizeletben észlelt ily bizonytalan reactiók csaknem mindig a következő részletben beálló teljes redukciónak voltak előjelei. Klinikailag biztosan diagnostizált fiatal gravidáknál is sokszor találtunk mind a három rész vizeletben hasonló bizonytalan reactiót. Kevesebbet tévedhetünk tehát, ha az ilyen reactiókat pozitívnak vesszük. Ajánlatos ilyenkor még más cukorpróbát is elvégezni, mert Werner vizsgálataiból kitűnik, hogy a Nylander-reactio sokszor 1/4–1/2% cukor mellett is negatív vagy bizonytalan, mikor pl. a Fehling-próba pozitív.

Gyakorlati szempontból fontos az a megfigyelésünk, hogy a Kamnitzer és Joseph ajánlotta háromszori vizeletvizsgálat helyett elég a 1/2 és 1 órai vizele-

tet vizsgálnunk, mert 116 esetben egyszer sem fordult elő, hogy az első két részlet negatív volta mellett a harmadik pozitív lett volna. Leggyakoribb az 1 órás vizeletrész erős positivitása, az 1½ órás részletben a reactio többnyire gyengül vagy negatív lesz. *Dietrich* és *Nordmann* kísérleteiknél még a katheterezést is elhagyták. Ez az egyszerűsítés praktikus szempontból igen hasznos, mert a gyakori katheterezéssel könnyen cystitist okozhatunk s a vele járó kellemetlenségekkel a controll-vizsgálattól magunk is sok asszonyt riasztottunk vissza a legnagyobb kímélet és előzékenységgel ellenére is. Fontos azonban a vizelet megvizsgálása a kísérlet előtt fehérjére, genyre és a spontan glykosuria céljából cukorra. Fehérje és geny jelentékenyebb mennyiségben tudvalevőleg szintén redukálnak, azonkívül pedig nem tudhatjuk, hogy betegünk tudtukon kívül nem szedett-e valamilyen orvosságot, miktől a Nylander-reactio pozitívva lesz, milyenek pl. antipyrin, salicyl, chloral, Hg., rheum, chloroform, terpentín, senna, hypophysis- és mellékvese-kivonat, saccharin. Esetleges controll-kísérleteknél *Arnoldi* ajánlatára négy nap szünetet kell tartanunk. Mindig éhgyomorra vizsgálunk, hogy a cukor felszívódásának feltételei állandók legyenek.

Összesen 114 asszonyt vizsgáltunk. Ezek közül 60 normalis gravidát, kik közül 49+ (82%) és 11— (18%). Tekintettel arra, hogy 14 grávida klinikai controll-vizsgálatra nem jelentkezett, 46 grávida közül 38+ (83%) és 8— (17%). 35 fiatal grávida közül 32+ (91%) és 3— (9%). 11 idősebb grávida közül 6+ (55%) és 5— (45%). A controll-vizsgálatra nem jelentkezett gravidagyánúsak közül 11+ (79%) és 3— (21%) volt, melyből talán szabad némileg következtetnünk ezek későbbi sorsára. Extrauterin graviditás gyanúja miatt sokat vizsgáltunk, de kétségtelen extrauterin graviditást csak kétszer észleltünk: 1 friss esetben (3 hónapos tubaris abortus + reactio, 1 réginiél — reactio (50–50%). Nem-gravidát összesen 42-t vizsgáltunk. Ide tartoznak azon esetek, melyek a klinikai controll-vizsgálathoz nem bizonyultak graviditásnak, adnextumorok (2+, 5—), exsudatumok (2+, 4—), myoma (3+, 5—), carcinoma inop. (1+, 5—), cysta vagy pyosalpinx (0+, 6—), egy + echinococcus, egy — paratyphus B., valamint a gyermekágy első napján vizsgált egy eset — reactióval. Összegezve a gynaekologiai eseteket, 44 eset közül 12-ben (kb. 27%) kaptunk tehát a valóságnak nem megfelelő eredményt. A vizsgált incomplet és complet abortusok közül 7+ (70%) és 3— (30%).

Összefoglalás. A „Maturin“ a koraterhesség megállapítására 91%-ban megbízható diagnosticum, a IV. hónapon túl csak 55%-ban vált ki glykosuriát. Abortusoknál csak incipiens és complet (24 órán túl) megkülönböztetésére használható. Extrauterin graviditásnál csak sértetlen vagy frissen megszakadt terhesség esetén lép fel glykosuria, réginiél nem. A terhességnek adnextumoroktól, myomától és egyéb gynaekologiai megbetegedésektől való elkülönítése céljából végzett kísérleteinknél 27%-ban a valóságnak meg nem felelő eredményt láttunk. A reactio a kivitel egyszerűsége miatt a gyakorlatban is jól alkalmazható: éhgyomorra, előzetes katheterezés és a vizeletnek fehérjére, genyre és cukorra való vizsgálata után 1 cm³ „Maturin“ injekciója a combizomzatba, közvetlenül utána 1 pohár víz, félóra múlva vizeletvétel catheterrel (esetleg anélkül) és még egy pohár víz, ismét félóra múlva vizeletvétel s a két vizeletrészlet vizsgálata Nylander-reagenssel cukorra.

Irodalom: Kamnitzer-Joseph: Ther. d. Gegenw. 1921, IX., XII. — Med. Kl. 1922, 13. — Köstner: D. m. W. 1923, 6. — Nürnberger: D. m. W. 1921, 38. — Frank-Nothmann: D. m. W. 1920, 50. — Frank: Archiw. f. Path. u. Pharm. 1913, 72. — Seitz-Jess: Münch. m. W. 1922, 1. — Lembcke-Lindig: Monatschr. f. Gh. u. G. 1922, 56. — H. Küstner: Kl. W. 1922, 7. — Schilling: Kl. W. 1922, 18. — Hellmuth: Kl. W. 1922, 23. — Dietrich: Kl. W. 1922, 28. — Frank: Kl. W. 1922, 42. — Gottschalk: Kl. W. 1922, 50.

A tabes dorsalis magyarázata.

Írta: Pándy Kálmán dr. nyug. állami elmegyógyintézeti igazgató.

Topinard, Charcot és Pierret, Hoche, Fürstner, Raymond, Redlich és Obersteiner, Sibelius, Nageotte, Pierre Marie s mások vizsgálatai s végkövetkeztetései nyomán elintéztünk tekintettük, hogy a *tabes lényege: a gerincvelői hátulsó kötelek syphilitis megbetegedése*. Magam 1901-ben önálló szövettani kutatásokon alapuló munkámban,¹ amely a Magyar Tudományos Akadémiában is be lett mutatva, a tabes keletkezését fejtegetve, figyelmeztettem arra, hogy a tabesnek *Flechsigs-Trepinsky-féle* velőfejlődési magyarázata nem tartható. *Kaufmann* 1920-ban a budapesti agyanatomiai intézetben — úgy látszik semmit sem tudva az én dolgozatomról — ugyanerre az eredményre jutott.

Már 1901-ben az irodalmi adatokat is figyelembe véve következtettem azt, hogy a *tabes a gerincvelői hátulsó köteleinek a belépő rostok tájékán kezdődő, nem electiv s nem systemás, mégis lassú előrehaladásával ilyen folyamatokra emlékeztető betegsége*. Hivatkoztam arra, hogy a hátulsó köteleknek úgynevezett intermediaer zónája mindennemű táplálkozási zavar, így a lueses toxin iránt is különösen érzékeny, azért az általános táplálkozási zavaroknál a destructio itt kezdődik, innen a gerincvelő egész hosszában ismétlődve, a folyamat minden kiválogatás nélkül továbbterjed a szomszéd exo- és endogen rostokra, azoknak intra- és extramedullaris folytatására. Az intramedullaris továbbterjedés a gyökérleesiók szerint való degeneratio látszatát kelti, mert a degeneratio ott kezdődött, hol túlnyomó számban fellépő gyökérrostok vannak; az extramedullaris, a gangliumig haladó továbbterjedés pedig az intramedullaris régi elfajulással kapcsolatban azon benyomást kelti, mintha a degeneratio a gyökérből s nem a hátulsó kötélből indult volna ki.

A tabes dorsalis magyarázata egy ideig ennek a felfogásnak adott igazat. *P. Marie* és *Guillain* 1903-ban írják, hogy a tabes nem a hátulsó gyökerekből kiinduló betegség. Ők *Marchi-methodussal* diffus szétesést láttak a hátulsó kötelekben és 1914-ben *Hassin Bielschowsky-methodussal* a hátulsó köteleknek szintén diffus, folt-szerű megbetegedését találta.

Meglepően más, az eddig ismertettekkel ellenkező felfogásra jutott *Richter*, ki az én munkámat nem ismerve — s *Nageottenak, Redlichnek* beismeréseit, sőt saját egyes eseteit is figyelmen kívül hagyva —, ismét azon régi, *Nageotte és Redlich-Obersteiner*től magától is jórészt elhagyott felfogást teszi magáévá, hogy a tabes a hátulsó gyökerek extramedullarisán kezdődő megbetegedése. *Richter* elismerésreméltó szorgalommal készült munkájában azt állítja, hogy a *Nageotte-féle*, ettől a szerzőtől sem mindig talált hátulsó gyökérelváltozás tabesnél állandó — hogy ez syphilitis granulatio; néhány esetben *Richter* a syphilitis spirochaetákat is kimutatja; szerinte ez a granulatio pusztítja el az idegrostokat s így a tabes primaer gyökérmegbetegedés, melynek csak másodlagos következménye a gerincvelő-sorvadás.

Spielmayer volt az első, aki *Wohlwillnek* szintén kételkedésre valló referatuma után a *Richter-féle* tabes-magyarázat ellen szót emelt. *Spielmayer* 1923 tavaszán a müncheni orvosegyesületben tartott kijelentése szerint: „egész határozottan bebizonyítható, hogy a hátulsó kötelek elfajulása nem extramedullarisán kezdődik és

¹ Orvosi Hetilap 1901. — A tabes dorsalis keletkezése. Orvosi Hetilap 1902; Neurol. Cblatt 1901; Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1903.

nem ide localisált gyulladásos vagy specifikus ok hozza létre, hanem a gyökerek centralis részeinek primaer elfajulásáról van szó. Azóta megjelent dolgozatában *Spielmayer* lényegben arra a felfogásra jutott, amelyet én már 1901-ben bizonyítottam és amelyhez ma is ragaszkodom s melynek továbbkövetésével ma — azt hiszem — a tabes végleges magyarázatát is adhatom.

Előzetesen azonban még néhány tétellel kell a mondottakat kiegészítenem.

1. Senki sem bizonyította még eddig be, hogy a tabeses sorvadásnál a hátulsó kötelek rostelfajulása az extramedullaris gyökérostok esetleg meglevő elfajulásának — in continuitatem — folytonosságban való következtetése, hogy ez a gyökérben esetleg — a hátulsó kötélen feltétlenül — mert hátulsó-kötél-degeneratio nélkül nincsen tabes — meglevő degenerációval összefügg. *P. Mariet*ől ered a kifejezés: *incogruence des lésions radiculaires*, amelyen *P. Marie* a gyökér- és gerinevelő-elfajulás között levő aránytalanságot érti. *Redlich-Obersteiner*, *Nageotte*, a tabeses gyökértheóriáknak legfőbb képviselői elismerték, hogy nincs arány gyökér- és gerinevelő-hátulsókötélbeli elváltozás között. *Fürstner*, *Hoche*, *Raymond*, én s mások kimutattuk, hogy a hátulsó köteleknek lueses kifejezett megbetegedése esetén a hátulsó gyökerek alig elváltoztak, vagy épek lehetnek s megfordítva. *Pál*, *Preis* s az én saját vizsgálataimból látszik, hogy a hátulsó gyökerek súlyos elváltozása mellett épek lehetnek a hátulsó kötelek. *Richter* maga a gyökerek localis elfajulását írja le, melynek megfelelően a gerinevelő hátulsó kötéleben sem folytatódagos, sem — hogy így mondjam — par distance elfajulás nem volt. (*Richter*, 47–69. l. 6., 10. eset.)

Másrészt, éppen az elfajulás folytonosságának hiánya miatt, még ha volna is elfajulás a hátulsó kötélen s a gyökérben is, senki sem bizonyította még be, hogy ez a két degeneratio összetartozik. Sőt biztosan tudjuk, hogy egyes esetekben lueses hátulsókötélsorvadásoknál éppen úgy, mint agytumoroknál, degeneratio lehet a hátulsó kötelekben, amikor a hátulsó gyökerekben beteg rost nincsen; magam tabes acutissima e tekintetben is tanulságos esetét közöltem.

S még ha a gyökér- és velőelfajulás össze is függ — amely összefüggést követni rostról-rostra alig lehet —, a gyökérdegeneratio a gerinevelő elsődleges elfajulásához retrograd úton is csatlakozhatik; hogy ez nem rendes s nem szükségszerű, ezt éppen mondtam.

A rostok folytonosságban összefüggő elfajulását még a gerinevelőben is alig lehet követni, hiszen nem egyes rostok, de rostcsoportok betegesznek meg. A tabeses hátulsókötél-elfajulás — amint ezt már *Redlich* észrevette — segmentumról-segmentumra, illetve ettől függetlenül is rendkívül változik és nem summálódik rendszeresen, amint történnie kellene, hogyha secundaer degenerációról volna szó. *Nageotte* 1903-ban egy esetet említ, ahol a hátulsó kötelek minden magasságban a „bandettes externes” táján voltak elváltozva, de az elfajulás nem közeledett a septum posticum felé, úgy, amint ennek secundaer degeneratio esetén történnie kell.

Igaz, hogy a hátulsó kötelek nagyjából hátulsó gyökérostokból állanak, de amint ezt *Trepinsky* vizsgálataiból tudjuk, a hátulsó kötelek rostjai egymáson diffuze átfonódnak s bizonyos rend csak annyiban ismerhető fel, hogy az alulról jövő rostok a septum posticum felé kényszerülnek.

De senki sem tudja azt semmi módon bebizonyítani, hogy az egyes idegrost a hátulsó kötélen exogen-e avagy endogen s ha exogen, melyik számú — hányszor — gyökérből ered. A tabes gyökértheóriáját már

csak ezért sem lehet beigazolni. Csak annyi a bizonyos, s ezt úgy *Redlich*, mint *Nageotte* beismerték, s ez volt *Charcot-Pierret* felfogása is, hogy a tabes a hátulsó kötelek úgynevezett intermediár zónájában kezdődik. Itt túlnyomó számban exogen, de endogen rostok is vannak, — exogen-e azonban a tényleg degenerált rost vagy endogen, ezt felismerni és bizonyítani senki sem tudja. Hogy ugyanitt tabesnél az endogen rostok is tönkremennek, az bizonyos; előbb-e, később-e, mint a gyökérostok, erről eddig senki semmit nem mondhatott.

1893-ban *Jendrassik* osztályán (az akkori *Kétly*-klinikán) egy beteget észleltem, kinél súlyos tabeshez csigolyarék okozta gerinevelőösszenyomás csatlakozott. Az összenyomást lefelé és fölfelé haladó degenerációk követték, az igen előrehaladt tabeses folyamat a gerinevelő hátulsó köteleit csaknem teljesen elsorvasztotta és az összenyomás mégis a tabeses területen is diffusz rostszétesést okozott (*Marchi*-methodus); az összenyomásig tehát szétszórtan megtartott rostok voltak a hátulsó kötelek egész területén, amelyeket exogen vagy endogen eredés szerint megkülönböztetni természetesen nem lehetett.

*P. Marien*nak az az állítása, hogy tabesnél a hátulsó köteleknek exogen, pellagránál azoknak endogen rostjai betegesznek meg, teljesen önkényes s éppen úgy nem tartható, mint *Schaffer* azon feltevése, hogy tabesnél a hátulsó köteleknek rövid, taboparalysissnél pedig hosszú rostjai mennek tönkre. A tabeses és lueses folyamat nem válogat s nem is érthetjük, hogy hogyan válogasson.

Bizonyos azonban az — úgy amint én ezt már 22 év előtt kifejtettem —, hogy a gerinevelőnek egy bizonyos helye, amely a septum intermedium centralis vége felé esik, a hátulsó köteleknek különösen érzékeny, mindeféle anyagcserezavaránál más helyek előtt, ezeknél könnyebben elváltozható része; itt kezdődik a tabes, itt pusztulnak el az ittlelvő, akár endogen, akár exogen rostok, innen terjed a folyamat hátrafelé a gyökerekhez, oldalt, körül a többi rostokra, sőt a szürkeshártyákra is. Sem ennek a helynek, sem a gerinevelő hátulsó kötelei egyéb helyeinek körülírt systemás tagoltsága nincs, a rostok egymáson átfonódnak, a tagoltság látszatának úgy a velőfejlődésnél, mint a velőszétesésnél csak egy magyarázata van s ez a *vérellátás*. Más apró kiserek látják el az intermediális zónát — arteria interfunicularis —, más kiserek látják el a hátulsó külső és belső gyökérszónát. Az úgynevezett cornucomissuralis és cornuradicularis tájak, valamint az úgynevezett ovalis mező táplálkozását a szürkeállomány és a hátulsó sővény vér- és nyirkellátása javítja meg. Ezért marad sokszor ép tabesnél a zona cornucomissuralis, s ezért változik segmentumról-segmentumra a tabeses elfajulás képe.

A localis primaer degeneratio tabesnél válogatás nélkül megy át a szomszéd rostokra és általában területekre, a Lissauer-féle pályákra, az oldalkötélre, a cerebellaris és pyramis-pályákra s amint említettem, retrograd úton a gyökerekre is; de egyhelyben is maradhat, mintha csak lyukasztóvassal ütötték volna ki, sem le, sem fel, semerre nem terjed, másodlagos elfajulás nem követi. *Siemerling* 1891-ben a középponti idegrendszer syphilisének eseteit közölte, ahol érdekes ilyen helybenmaradt, a disseminált sclerosishoz hasonló elváltozások voltak; *Hoche* tuberculosis spinalisnál, *Richter* tabesnél látta ugyanezt, de különösen a *Spielmayer* megfigyelései és leírásai tanulságosak.

A gerinevelő hátulsó köteleinek tehát elfajulásra hajlamossága — *vulnerabilitása* — van egy bizonyos helyen, amely elfajulási hajlam syphilisnél, ergotismus-

nál, pellagránál, ólomnál, alkoholnál, arsennél, nicotinnál (*Strümpell, Pándy*), morphiumnál (*Alt*), tuberculosissnál (én), anaemiáknál, diabetes, cachexiáknál, sőt adrenalin-mérgezésnél is bebizonyult.

Mielőtt ezen vulnerabilitás okát magyarázni megkísérteném, a tabes és paralysis között állított különbségről akarok néhány szóval megemlékezni. A tabes elsősorban gerincevelőbetegség, a paralysis, helyesen lueses dementia, elsősorban agyvelőbetegség, de általános syphilis mind a kettő. Igaz, hogy a tabes rendszeren tízéveken át tart, sokszor stationær, a paralysis subacut vagy rohamosan folyik le, de van tabes acutissima a syphilises általános reactio minden histologiai jegyével és van stationær paralysis acut folyamatok klinikai és histologiai jele nélkül. A tabesek hátulsókötél-elfajulása és a paralytikusok hátulsókötél-elfajulása lényegben ugyanegy: *syphilises velőszétesés*. Az acut és chronikus esetek között itt is, ott is, átmenetek vannak, a mesterséges különbségeket fenntartani nem lehet, ezért a syphilises hátulsókötél-elfajulásra a paralytikusok gerincevelőjét éppen úgy lehet fölhasználni, mint a tabesekét, csak a vizsgálat módja s mértéke lényeges.

A tabes keletkezését klinikai tapasztalatok segítenek megérteni. Tudjuk, hogy a tabes tízévekig, sőt teljesen is megállhat, a gerincevelő vulnerabilitása tehát kiegyenlíthető, folytatólagosan nem érvényesült, ennek oka a vérkeringési zavar kiegyenlítése lehet.

Más ilyen meglepő különbség a *féloldali tabes*. Már *Althaus* éles megfigyelésekben gazdag könyvében (1884) írja, hogy a tabes tünetei: az ataxia és az anaesthesia néha féloldaliak s ritka esetekben úgy látszik, hogy a tabes így is marad. *Raymond*, ez a szintén igen gondos megfigyelő mondja, hogy az ataxia kivételesen a test féloldalán van s különösen meggyőző *Oppenheim* H.-nak egy 1910-ben bemutatott — ugyan nem luesesnek vélt — esete, midőn az ataxia az egyik oldali alsó végtagban kezdődött, majd a felsőben is megjelent s ugyanitt hiányzott az inreflexek is. Nem tudom ezeket az eseteket másként, mint az *arteria spinalis posterior* szűküléséből magyarázni.

Az erek elfajulását tabesnél különben már régóta ismerjük. *Ordonnez* már 1862-ben a tabest érelfajulással akarta magyarázni, majd *Adamkiewicz* a tabest érbajból magyarázta, de ő azt hitte, hogy az apró erek bősége okozza a tabest; mentől nagyobb szerinte az érbőség, annál több *causa morbi* juthat az idegekhez. A gerincevelő hátulsó gyökök ereinek feltűnő tágultságát *Redlich* és *Rosin* is leírták, ennek az oka is lehet az, hogy az idevezető főarteriák lumene szűkült, s így a vérnyomás csökkent. Tudjuk, hogy mily gyakoriak a már élőben kimutatható érelfajulási tünetek a tabesnél. (*Arythmia cordis*, arteriosclerosis, aneurysmák, *livedo racemosa*, hemiplegia fugax, hemianaesthesia, hemiparaesthesia, hemianopsia.)

Tudjuk azt is, hogy a syphilis általánosan megtámadja az ereket, ennek a vasculitis generalisnak az *arteriae spinales posteriores*re lokalizált kifejlődése okozza véleményem szerint az ezen verőerek által hiányosan táplált hátulsó köteleknek az elfajulását. A tabes tehát a hátulsó köteleknek az *arteriae spinales posteriores* szűkülése által okozott lueses sorvadása — *lueses nekrobiosis*.

Az említett két verőér lefelé mindjobban vékonyodik, úgy látszik collateralisok kielégítően nem erősítik, ellenben az *arteria spinalis anterior* lefelé mindig erősebb lesz, az *Adamkiewicz*-féle *arteria spinalis magna* hozzacsatlakozása miatt lent erősebb, mint fent. A gerincevelő hátulsó kötelei a lumbalis velőben vannak

legrosszabbul táplálva, illetve vérrel ellátva, ezért kezdődik itt a tabes, az oldalsó kötelek tápláltsága ellenben lefelé javul, ezért kezdődik a *spinalis primaer oldalkötéldegeneratio* a nyaki velőben s halad lefelé.

Ezt a *spinalis fő- — hosszú —* erek csökkent funkciójából eredő lassú atrophíát, nekrosist vagy nekrobiosist a syphilises multilocularis érelfajulás s a collateralis pótló vérkeringés természetesen módosíthatja, ezért irregularisan asegmentalis lehet a tabes, vagy asymmetriás, ha egy-egy kis ér a segmentumban külön is megbetegszik, de a tabes *pro toto* — egészben véve — az *arteria spinalis posterior* csökkent véráramlásában találhatja a magyarázatát.

Ez az egyik ok, a másik a lueses vírus; ezt eddig csak a luesesek anaemiájából, halványságából ismerjük, amelyet már *Martialis* megénekelt, de melyre mint a lues occulta subtilis jelére újabban *Graves* figyelmeztetett.

Annak idején, amikor módomban volt boncolni, s ezen vizsgálataimról 1907-ben be is számoltam, rendkívül gyakran láttam, hogy lueses dementiaiban (paralysis) elhaltak aortájában az intercostalisok eredése szűkül, sőt el is tömődik s eltűnik, s már akkor a bordák abnormis fragilitását ebből magyaráztam. Ugyancsak ilyen megfigyeléseket tett az erek torkolatánál való syphilises megszűkülésre *Straub* már előbb s *Benecke* később. Úgy látszik, hogy a lueses érelfajulás különösen a vérörvények helyén támad, teljes eltömülést ritkábban, de megszűkülést igen gyakran okoz. (Egy 1901-ben közölt esetben, ahol tabes acutissima során a gerincevelő hátulsó kötelei bouillonszerűleg ellágyultak, az *arteria basilaris* eltömült; milyenek voltak a *spinales posteriores*, nem vizsgáltuk.)¹

Évek előtt figyelmeztettem arra is, hogy azt a paralysis progressivánál már régóta ismeretes tényt, hogy az occipitalis lobusok feltűnően kevésbé sorvadtak, abból lehet magyarázni, hogy ezeket a vertebralisok és a carotis interna közösen látják el, míg a frontalis, parietalis és temporalis lobusok hiányos vérrelátása beteg carotis interna (a. cerebri ant. és media) esetén a vertebralis által nem pótoltatik. A paralysis tehát az *arteria carotis interna*, illetve az ebből eredő a. cerebri anterior és media szűkülésének lehet a következménye. (*Meyer* 1876-ban elmebajosoknál a carotis interna elváltozásait látta s *Müller* 1898-ban paralysisnál a basilaris erek elváltozását 29%-ban találta.)

Belátható időn belül s talán egyáltalán nincs módomban ezeket az adatokat utánvizsgálni, de sikerül talán egy eddig elhanyagolt s tabesnél meg sem vizsgált helyi betegségek okra felhívnom a figyelmet; azok, akiknek hivatásuk és alkalmuk a tudományos munka, ezt esetleg értékesíthetik.

Végül még a tabes és paralysis gyógyítását illetőleg tartom szükségesnek — amint ezt már 1907-ben tettem — újból hangsúlyozni, hogy mind a két betegség az erek állandó elfajulásához csatlakozik; multilocularis, általános érbetegség maga a syphilis, azért ne akarjuk sem a tabest, sem a paralysist ergotinnal, tonogennel s más, az ereket megrontó vegyszerekkel gyógyítani, hiszen ezek a mérgek maguk is hátulsókötél-elfajulást okoznak s szigorúan tiltsuk el az ilyen betegeket alkoholtól, nicotintól, amelyek szintén toxikus érelfajulással és esetleg hátulsókötél-sorvadással, minden esetben pedig toxaemiával és az idegrendszer súlyos táplálkozási zavaival járnak.

¹ Freund L. 1911-ben (N. Archiv) esetet közölt, melyben az *arteria basilaris*nak az art. cer. inf.-ig terjedő aneurysmáját és régi tabest találták.

THERAPIA

A Ponndorf-féle oltás jelentősége a felső légutak gümőkórjának gyógyításában.*

Írta: Zimányi Vidor dr.

A felső légutak tuberculosis-folyamatainak gyógyításában a legkülönbözőbb irányelvek érvényesülnek. Nem céloz az egyes methodusokat e helyütt tárgyalni; tágabb teret venne igénybe a legújabb kísérletek kritikai méltatása is, csupán ezek egyikével, a Ponndorf-féle szerrel elért eredményeimről, melyekhez a Zita-kórház nagy tuberculosisbeteg-állománya szolgáltatta jó részt a kísérleti anyagot, legyen szabad beszámolnom.

Mint a felső légutak tuberculosis-gyógyító eljárásainál általában, úgy a Ponndorf-féle oltásnál is therapiás eredmény szempontjából nem mellőzhetjük a gége-megbetegedéseknek, szintűgy az esetleg egyidőben jelenlévő tüdőfolyamatoknak stádiumok szerint való csoportosítását. A szakorvosok a gégefolyamatoknál is rendszerint három szakot különböztetnek meg: a hurutos symptomák leple alatt meghúzódó kezdeti állapotot, a beszűremkedés szakát és kifekélyesedés, illetve szétesés stádiumát. Az egyidejűleg jelenlévő, ugyancsak különböző állapotú tüdőfolyamat kombinálódhat ezen gégebéli elváltozásokkal.

38 ily esetben alkalmaztam eredeti szerrel, az előírt módon és időközökben a Ponndorf-eljárást.

A rendelkezésre álló hely szűk volta miatt a részleges kórlefolyások ismertetését mellőzöm s csupán ez elért eredményekről számolok be.

Azon 11 esetben, ahol súlyos gége- és tüdőfolyamattal állottunk egyidejűleg szemben, a Ponndorf-féle szerrel természetesen nem állíthattuk meg a roncsolást, viszont feltűnően nem siettettük a szerencsétlen betegek pusztulását sem. Hasonlóan nem tudtuk előnyösen befolyásolni azon 9 esetünkben sem az egybíránt enyhébb alakú (kezddő hurutos vagy infiltrált formájú) gégeelváltozásokat, amelyeknél egyidejű előment tüdőfolyamat volt jelen.

Ezzel szemben feltűnő javulást láttunk 4 oly betegünkben, akiknek diagnosztizált gége-, illetve garatbéli könnyebb gümös folyamata mellett a pulmok fölött semmi, vagy csak minimalis elváltozás volt kimutatható. Sajnos, egy ugyanilyen állapotban levő betegünkben a gégebéli folyamat ugyan nem változott, de rosszabbodott a tüdők állapota. Hasonlóan káros hatással volt a tüdőfolyamatra az oltás egy más betegünkben, egy idősebb kollegánál, akinél a gégebéli enyhébb folyamat majdnem teljesen visszafejlődött az első két oltásra, sőt a tüdőfolyamat is kedvezően befolyásolt, azonban a harmadik oltás után a tüdők állapota rohamosan romlott, míg a gégeben a status alig változott valamit egész az exitusig.

Két diffuse infiltrált, részben kifekélyesedett gége-garat-tuberculosis betegünkben, akik egybíránt subfebrilisek voltak, a harmadik, illetve a negyedik oltás után a fekélyes helyek kezdtek feltisztulni, a beszűremkedés visszafejlődni; sajnos, épp e két érdekes esetünkben a teljes gyógyulást nem konstatálhattuk, amennyiben velük a további összeköttetést fenntartani nem sikerült.

A többi 19 esetünk közül — akinél a gége- és a tüdőfolyamat a kezdeti stádiumon túl volt, de a gégeben még kifekélyesedést nem láthattunk — 4-nél tartós javulás mutatkozott, 6-nál úgy a gége-, mint a tüdőfolyamat rosszabbodott, 9-nél pedig lényegesebb elváltozás nem volt kimutatható.

Ki kell emelnem még, hogy felsorolt betegeinknél mindeddig rosszabbodást még nem észleltünk; a Ponndorf-szeren kívül egyéb specifikus gyógyeljárást a symptomás kezelésen kívül nem alkalmaztunk.

Összegezve tehát az elért eredményeket, meg kell állapítanunk, hogy súlyosabb folyamatoknál, ha egyidőben előment tüdőfolyamat is jelen volt, a Ponndorf-féle oltással eredményt elérni nem tudtunk, míg azon ritkább esetekben, mikor a tuberculosis folyamat súlyossága csak a felső légutak területére lokalizálódott, vagy a gége tuberculosis elváltozása is enyhébbnek volt mondható, legalább az esetek felében a kedvezően volt befolyásolható a betegség.

* A debreceni tuberculosis-kongresszuson 1923 szeptember 7-én megtartott referáló-előadás.

Hogy természetesen ily tuberculosis folyamatoknál, ahol a betegség hosszadalmas lefolyása alatt a javulás és rosszabbodás a legszabálytalanabb görbét szokta megrajzolni, mennyit írjunk biztossággal a Ponndorf-féle szer s mennyit a természet javára, azt roppant bajos volna ugyan eldönteni, mindazonáltal a kezdeti állapotban levő folyamatoknál elért aránylag kedvező eredmény feljogosít bennünket arra, hogy észert az arra alkalmas esetekben kellő óvatossággal a jövőben is alkalmazzuk.

DIAGNOSTIKA

A budapesti »Stefánia«-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

A tarkómerevség viselkedésének diagnosztikus jelentősége.

Írta: Vas J. Jenő dr., a »Stefánia«-gyermekkórház rendelő-őorvosa.

A gyermekorvosi gyakorlatban elég gyakran van alkalmunk olyan beteget vizsgálni, akinél már első megtekintésre a többé-kevésbé kifejezett tarkómerevség mint igen szembetűnő tünet uralja a kórképet. Typusos esetekben, a többi tünet figyelembevételével természetesen nem nehéz eldönteni, hogy a fennálló tarkómerevség agyi folyamatnak kísérő tünete-e (meningitis, meningismus stb.), avagy egy extracranialis lefolyó megbetegedésnek következménye (spondylitis cervicodorsalis, lymphadenitis colli stb.). Előfordulnak azonban olyan esetek, midőn ezt a kérdést különösen kezdeti stádiumban eldönteni nem mindig könnyű, amit az is bizonyít, hogy rendelésünkön nem egyszer jelentkeztek ilyen betegek, akiket kezelőorvosuk utalt be az elkülönítő kórisme megejtése céljából.

Megfigyeléseink, melyeket a tarkómerevség viselkedésénél a különböző megbetegedések vizsgálata alkalmával tettünk, talán hasznos útbaigazításul szolgálhatnak éppen az ilyen kétes esetek elbírálásánál.

Közismert dolog, hogy a tarkómerevség pl. *spondylitis cervicodorsalis*-nál, vagy fájdalmas *nyaki mirigylóbnál* csak *tehermentesítő és fájdalmat enyhítő posztio-foglalás*. Ha tehát a beteget *lefektetjük*, s kissé pihenni hagyjuk, úgy az ülésnél vagy állásnál fennálló *tarkómerevség azonnal megszűnik, amint a beteg a biztos támasztékot érzi a feje alatt*. Ezzel szemben *agyi folyamatoknál a tarkómerevség lefektetéskor nem igen csökken, sőt mintha még fokozódna*, ami azzal magyarázható, hogy ezen centralis beidézésű tarkómerevségnél, a beteg akaratától függetlenül hátraszegzett fej a lefektetés alkalmával — megszorított rúgóhoz hasonlóan — akadályba ütközvén, nagyobb nyomás alá kerül, amit mi fokozott tarkómerevségnek érzünk.

Kétes esetekben tehát a többi tünet figyelembevételével a *lefektetéskor csökkenő vagy múlt tarkómerevség extracranialis eredetre vall, míg a lefektetés alkalmával nem csökkenő avagy fokozódó tarkómerevség intracranialis folyamat* mellett szól. Természetesen intracranialisnak vesszük a meningismust is, mely súlyos pyelitis, centralis pneumonia stb. kapcsán lép fel.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diatás kezelése.

2. Főzeléknap.

Betegeink főzeléknapon a következő étrendet kapják:

Reggelire: egy csésze saccharinos tea, egy aerocacessel és vajjal.

Tízóra: szalonnás rántotta, egy tojásból és 50 g szalonnából készítve és egy aerocaces vajjal.

Ébédre: egy tányér üres húsleves, esetleg velővel, 300 g nyersen lemezt főzelék, kb. 20 g zsírral, 30 g szalonnával és egy tojás (mint tükör-, kemény-, buggyantott tojás vagy rántotta). Egy aerocaces vajjal, $\frac{1}{4}$ l bor és egy kis csésze feketekávé.

Uzsonnára: egy csésze saccharinos tea, aerocacessel és vajjal.

Vacsorára: 300 g főzelék, 20 g zsírral elkeverve és egy tojás. Egy aerocaces vajjal, $\frac{1}{4}$ l bor és feketekávé. Ez az étrend 170—180 g zsírt, 50 g fehérjét, kb.

40 g szénhidratot és kb. 2000 caloriát tartalmaz, amely meghatározás természetesen csak megközelítőleg lehet pontos, annyira ingadozik a felhasznált főzelékféle összetétele szerint.

Konyhatechnikai felhasználásuk tekintetében a főzelékek négy csoportját lehet megkülönböztetni: 1. *téli főzelékek*, amelyek eltartása csekély fáradsággal könnyen sikerül és így az egész téli évadban beszerezhetők: a káposztafélék, tök, paradicsom, sárgarépa, kalarábé, zöldbab. 2. az *idényfőzelékek*, amelyeket pár hónapi termési időnyük alatt frissen szoktunk fogyasztani és gyors romlandóságuk miatt csak körülményes eljárásokkal censerválthatók: paraj, zöldborsó, spárga, kelvirág, fejes saláta. 3. *fűszeres főzelékek*, amelyekkel külön ételnek nem készítünk, hanem inkább ízesítésre használjuk fel őket: a hagymafélék, retekfélék, sóska, torma, zeller, gombák, cékla, zöldpaprika, zöld-paradicsom, uborkafélék. 4. *lisztes főzelékek*, amelyek sok keményítőt, tehát szénhidratot tartalmaznak: a burgonyafélék és a hüvelyesek.

Főzeléknapon az utóbbiakat nem használhatjuk fel, a fűszeres főzelékeket pedig csak ízesítésre, vegyítésre és így főleg az első két csoportba tartozó főzelékfélékre vagyunk utalva. A legnehezebb változatosságot főzeléknapon adni a késő téli, vagy a kora tavaszi hónapokban, mert akkor leginkább csak a téli főzelékek kaphatók és némi változatosságot idényfőzelék-conservekkel érhetünk el. Nyáron, amikor friss és zöld idényfőzelék áll rendelkezésükre, már nyers fogyasztásra is alkalmas főzeléket is van módunkban adni. Így a *salátaféléket* ecettel, citrommal, olajjal, hideg zsíros mártással ízesítve, nyersen is adjuk betegeinknek.

A nyers fogyasztásra a főzelékek hosszabb időn át nem alkalmasak, részint azért, mert izükben nincs változatosság, másrészt, mert a cellulosevázuk feldolgozása a fogak és az emésztőszervek nagy munkájába kerül. Ezen a szakszerű konyhai elkészítéssel segíthetünk.

A főzelékek egy részét cellulosevázuk felpuhítására savanyú erjedésnek vetik alá, így *savanyítják* a káposztát és az uborkát. Sokkal gyorsabban és tökéletesebben lehet azonban felpuhítani a forró víz melegével, aminek hatására a resistens celluloserostok megduzzadnak és megrepednek, az összeálló váz tehát felazul, könnyen szétnyomhatóvá válik és fogyasztás után az emésztőnedvek a szabadabbá lett sejttartalomhoz jobban hozzáférhetnek. A *forró vízzel való felpuhítás* nagy hátránya, hogy a főzelék vízben oldható anyagai a főzővízbe kioldódnak. A legnagyobb veszteség éri az ásványi sókat, amelyekben a főzelékek általában igen gazdagok. De veszteséget szenved a felfőzött főzelék ízes, aromás anyagokban is, hosszabb főzésre pedig a szénhidratok nagyrésze a főzővízbe megy át, velük együtt még más fontos tápanyag és vitamin.

E hátrány elkerülésére a magas víztartalmú főzelékek elkészítéséhez teljesen elegendő, ha azokat pár percre forró vízzel *leforrázzuk*, *blanchierozzuk*. A forró víz oldó erejétől a főzeléket párolással kímélhetjük meg a legjobban. A párolt főzelék a főttel szemben sokkal ízelesebb és fogyasztása is élvezetesebb. Teljes ízű azonban a főzelék párolva sem lesz, mert aromás illó anyagai ekkor is tönkremennek. Pótlásul ízesítésükre a hús extraktívanyagait lehet felhasználni. Ízelesebb lesz a főzelék, ha bouillonban puhítjuk fel, vagy erősen ízes húsdarabokkal, mint füstölthús, szalonna- és sonkabőr, vagy sonkaconsonttal főzzük. Ugyanakkor az ízesítésre szolgál a zsírral való vegyítés is. *Angolosan* adjuk a párolt főzeléket, ha azt natívan találjuk és mellé vaját adunk, hogy abból a beteg tetszése szerint fogyasszon, *franciás módon készítve* pedig akkor, ha azt zsírral pároljuk puhára. Szinte meglepő, hogy mennyi zsírt képes a főtt főzelék felvenni anélkül, hogy a zsíros íz kellemetlen lenne. A magyaros konyha még a zsírt is ízesíti benne pirított hagymával és paprikával.

Amennyiben a cellulosevázat tökéletesen fel akarjuk bontani, vagy azokat a tápértékkel bíró részekből külön kell választanunk: a felpuhított főzelékből *purée-t* készítünk vagy passierozó-gépen való áthajtással, vagy szítán való áttöréssel. Az előbbi eljárásnál a cellulose felaprítva bennmarad az élelmiszerben, míg az utóbbinál a szita finom likacsai a celluloserostokat visszahagyják.

Az elkészítetlen főzelékpurée meglehetősen íztelen, anyaga nem homogén, hanem abban apró szemcsékkel és cellulose-töredékekkel lehet észrevenni, ezért azt fogyasztása előtt még tej, tejszín, tejföl, tojássárgája

vagy vaj bekeverésével „kötni” kell. A főzelékpurée-t mint alapanyagot igen sokféleképpen lehet elkészíteni. Megfelelően hígítva *főzelékpurée-leveseket*, sűrűbbre készítve *mártásokat* és *purée-ételeket* szolgáltatnak. Szilárd halmazállapotba is hozhatók akkor, ha tojáshabot keverünk belé és ezt a tojáshabvázzat hőbehatással megáztatva megszilárdítjuk. Ha vízfürdőn történik ez: *főzelék-puddingot*, ha pedig a sütő melegével: *főzelék-felfutjat*, *soufflét* nyerünk. Ha a purée-anyagot tojássárgájával kötjük, oly masszát keletkezik, amelyet a tésztákhoz hasonlóan, zsírban ki is lehet sütni. Híg anyagot vékony rétegben palacsintasütőre öntve *főzelék-omlettet*, tömörebb masszából formálva pedig *főzelék-szeleteket*, *croquetteket* és *rouladeokat* készíthetünk zsírban kirántva, esetleg kevés parmesansajt-reszeléssel panierozva. Ez utóbbiakat igen jól lehet főzelék-étellel felhasználni. Kényesebb betegeknek *aspique* vagy gelatine felhasználásával *ízletes főzelék-geléket* is készíthetünk. Kevés tejszínnel vagy tejföllel az íztelenségen sokat javíthatunk. *Noorden* betegeinek néhány mandulát,ogyorót vagy diót is megenged.

Kevésbé lehet változatos az étrend, ha fehérje-érzékeny esetekben a *főzeléknapon szigorú alakját* rendeljük el, amikor az állati fehérjét teljesen kiküszöbölve, csupán az éheznapon felsorolt élelmiszerek t adjuk, 600 g főzelékkel és megfelelő mennyiségű zsírral kiegészítve.

A főzeléknapon adható egyéb élelmiszerek közül még a *levegőkenyeret* kell megemlítenünk. *Noorden* ajánlatára Németországban mára háború előtt is gyártottak kelesztett búzasikérből kenyérsurrogatumokat. Nálunk hasonló készítmény eddig nem volt kapható és ezért háziüzemben készítettünk levegőkenyeret keményre vert és minimalis liszttel elkevert tojáshab megsütésével. Amióta „*Aero-cuces*” néven, igen jól felhasználható és utasításaim szerint gyártott levegőkenyér nálunk is kapható, a tojáshabkenyereket készítését elhagytuk. Egy-egy kétszersült 5 g súlyú, mintegy 1-8 g növényi fehérjét és ugyanannyi szénhidratot tartalmaz, sokáig eláll és jól adagolható. Főzeléknapon 3-5 darabot adunk egy betegnek.

Az említetteken kívül rendelhető húsleves, tea, feketekávé, alkoholos és szénsavas italok készítése és felhasználása az éheznapon leírtakkal egyezik.

Soós Aladár dr.

L. EMMETT HOLT

Szül. 1855., megh. 1924 jan. 15.

Az amerikai gyermekorvostannak nagy gyásza van, mert kidőlt sorából a szakma mai legkiválóbb képviselője az Egyesült-Államokban. Abr. Jacobinak, aki 1919-ben halt el, s aki az amerikai paediatría megalapítója volt, *Emmett Holt* lett mintegy szellemi örököse, s azt a nagy tekintélyt, mely Jacobit környezte, sikerült neki is megszereznie jelentőséges tudományos munkásságával, melyel a külföld elismerését is megnyerte. Szakbeli működését a *New York Policlinic Hospitalban* kezdte meg s 1901 óta a *College of Physicians and Surgeonsban* fejtette ki hathatós működését, mint a paediatría tanára. Alapítója volt a *newyorki Babies Hospitalnak*, mely csakhamar egyike lett az Egyesült-Államok egyik legnevezetesebb gyermekvédelmi intézményének, melyre *E. Holt* méltán büszke lehetett. Kézikönyve: *The diseases of infancy and childhood* a kiadások egész sorozatát érte el s a világirodalomban tekintélyes helyet foglal el. Nem csekély érdeme továbbá *Holtnak*, hogy jórészt az ő hathatós befolyása folytán al. pitotta *Rockefeller sen.* 1901-ben a nagy, tudományos jelentőségű *Rockefeller Foundationt*, melynek hathatós támogatását a mi egyetemi orvostudományi intézményeink is élvezik. Az *International Health Board* a múlt évben felkérte *Holtot*, hogy Pekingben előadásokat tartson. Kora ősszel indult útjára és csak Honoluluban való késleltetése mentette meg, hogy elkerülje a borzadalmas japáni földrengést. Alig Pekingbe való megérkezése után megkezdte előadásait, melyet csak halála előtt néhány nappal fejezett be.

Elhunytát a magyar gyermekorvosi kar is mélyen gyászolja, halásan emlékezvén meg azon tudományos szoros összeköttetésről, melyet az elhunyt a magyar gyermekorvosi iskolával éveken át fenntartott.

Bókay János.

* Készíti Steiner József és fia kétszersült-gyára, Vámház-körút 9.

JACQUES LOEB

1859—1923.

A kísérleti biológia egyik megalapítóját és legeredetibb munkását vesztette el a múlt héten elhunyt Jacques Loebben. Halálhíre váratlanul jött, hiszen csak hatvanötödik évében volt és utolsó dolgozatai, levelei változatlanul frissek voltak, az öregségnek, betegségnek nyomát sem sejtették.

Ha Loeb praegnans tudományos egyéniségét jellemezni akarjuk, elsősorban azt kell kiemelni, hogy az exakt természettudományok: a physika és chemia alapján és azok mintájára tanulmányozta az életjelenségeket. A célszerűséget nem fogadta el valamely életjelenség magyarázatául; ezért volt ellensége a darwinismusk, mely lényegében leplezett teleologia, bár természetesen az evolutio tanának alapján állott. A kvalitatív megfigyelés nem elégítette ki, mindent igyekezett megmérni, kvantitatív alapra fektetni. A legkifejezettebb experimentalis szellem volt: amint eszébe jutott valami, rögtön megpróbálta, ha primitív eszközökkel is. Hypothesisai mindig egyszerűek, kézzelfoghatók voltak és csak arra szolgáltak, hogy alapjukon rögtön újabb kísérletet végezzen.

Eredményeit elsősorban elfogulatlanságának köszönhetjük; csak az alapvető kérdéseket látta és azokat a lehetőség szerint egyszerűsítette. Bizonyos alaptörvények teljesen vérvé váltak: ha például valamely physicalis, chemiai, biológiai kérdésről volt szó, a második szava biztosan az Avogadro, a tömeghatás, Bunsen-Roscoe photochemiai törvénye stb. volt. Hihetetlen könnyedén, örömmel dolgozott, ez magyarázza meg publicatióinak nagy számát. Vacatíója alatt Woods Hole-ban reggeltől estig munkálkodott a számára épített kis tengeri laboratóriumban.

A személyes érintkezésben éppoly közvetlen volt, mint írásaiban. Az emberiség erkölcsi és tudásbeli haladása lelkesítették; minden igazságtalanság mód nélkül felizgatta. Legnagyobb öröme volt, ha valakinek dolgozataiban önállóságot látott, az üres szalmát cséplőkre pedig haragudott. Igyekezett mindenkinek kezére járni, aki megértelmelte. A háború rettenetesen lesújtotta, fokozott munkában keresett érte vigaszt. Ritka jóindulatú természete ellenére nem tartozott a könnyen kezelhető emberek közé: rendkívül érzékeny volt és ezért inkább visszahúzódtott az emberektől. Igaz, hogy érvényesülésének nehéz útja elegendő magyarázatul szolgál e jellemvonásának. Gondoljuk el például, hogy a mesterséges parthenogenesisre vonatkozó korszakalkotó kísérleteit éveken át agyonhallgatták, ellenben a nápolyi állomás értesítője rendszeresen ismertette minden eredményeit támadó dolgozatot, míg azután végül mégis beigazolódott észleleteinek helyessége.

Loeb a rajnavidéki Mayenben született 1859-ben. Assistens korában Fick, Goltz és Zuntz mellett dolgozott néhány évig, majd huzamosabban a nápolyi állomáson, hol alkalma nyílt az alacsonyrendű állatokkal foglalkozni. Mindig nézegette az aquarium állatait és így választotta ki, nem könyvből, a céljának legjobban megfelelőt. Még Európában ismerkedett meg feleségével, egy angol arisztokrata származású bostoni család leányával. Mikor azután látta, hogy az akkori német egyetemi körök reakciós szelleme sem az ő személyének, sem az általa képviselt, akkor forradalmár jellegű experimentalis biológiának nem nyújt lehetőséget az érvegyesülésre. 1891-ben elfogadta a Bryn Mawr College meghívását, mely főiskola a kitűnő Miss M. C. Thomas vezetésével, mely főiskola a kitűnő Miss M. C. Thomas állomása. Onnét a chicagói, majd a berkeleyi (California) egyetemre került, hol már mind többen keresték fel laboratóriumát Európából is, így v. Knafl-Lenz, Kupelwieser, Wo. Ostwald stb. Ezen egyetem távoli fekvése miatt azonban elkívánczolt onnét és — kis híja volt, hogy nem került Budapestre. Komoly tárgyalások folytak vele, hogy megnyerjék őt a számára létesítendő általános biológiai laboratórium vezetésére. Mikor 1909-ben itt járt az orvoskongresszuson, nagyon megtetszettek neki az itteni viszonyok; de a terv mégsem valósult meg, egyrészt a Rockefeller-intézet által történt meghívása, másrészt másnemű felmerült akadályok folytán. A Rockefeller-intézet nagyszerű milieu-

jében azután a legserényebb és eredményekben gazdag munkában tölthette el életének utolsó másfél évtizedét.

Legelső munkái az állati tropismusok kérdésével foglalkoznak és ez maradt talán legjelentékenyebb dolgozói iránya egész életén át. Ő előtte az állatok viselkedését célszerű ösztönökkel magyarázták, tehát anthropomorph módon, egy az emberi tudatalatti lelki életből vett fogalommal. Az ő felfogása evvel szemben az volt, hogy az állatok egyrészt testük, elsősorban idegrendszerük megadott szerkezete folytán, másrészt a külvilági ágenssek behatása alatt viselkednek úgy, ahogy viselkednek és e felfogását azután átvitte az emberi viselkedés magyarázatára. Alapvető megállapítása az volt, hogy az állatok a fény, nehézség stb.-vel szemben való viselkedésükben (photo-, geotropismus stb.) ugyanazokat a törvényszerűségeket mutatják, mint a növények. Az utóbbi években rendkívül sokan támadták tropismus-elméletét, de sajátos módon ellenfeleinek nagy része nem veszi észre, hogy lényegében teljesen Loeb alapján áll.

Munkáinak második része a regeneratio kérdésével foglalkozik, mely munkái által az állati kísérleti morphologia egyik megalapítójává vált. Itt is azt vizsgálta, hogy eltávolított testrész újraképződésénél (regeneratio), illetve régi helyett más testrész képződésénél (heteromorphosis) mennyiben szerepelnek az állat megadott szerkezeti sajátosságai, mennyiben a külvilág ágenssei.

Kísérletei közül legismertebbek a mesterséges parthenogenesisre vonatkozóak. Megállapította, hogy a tengeri sün petéi bizonyos chemiai ágenssek hatására fejlődésnek indulnak és elérik ugyanazt a fejlődési fokot, mint a kémesőben megtermékenyítettek. Javított módszerével a peték 100%-a indul ily fejlődésnek, oly eredmény, mely az exakt természettudományok biztonságával vetekedik.

Legkiterjedtebb munkaköre a physicalis chemiának általános biológiai problémákra való alkalmazása volt. Azt találta, hogy két vagy több ion, melyek egyenként, egyedül mérgezően hatnak, egyidejűleg hatva egymás mérgező hatását ellensúlyozzák: antagonista ionhatás. Ennek alapján állították össze a physiologiás sóoldatot helyettesítő aequilibrált sóoldatokat: Locke-, Ringer-, Tyrode-oldatok. Ez irányú vizsgálatainak orvossággyakorlati eredménye pedig a mind jobban terjedő Ca-therapia.

Utolsó éveiben egy új, a biológia határain túleső területen dolgozott: a colloidechemia terén. Vizsgálatai szerint, melyek kétségtelenül új irányt fognak szabni a colloidechemia fejlődésének, a fehérje oldatában teljesen crystalloidok módjára viselkedik. vegyületei nem adsorptió, hanem stoechiometriai jellegűek.

Az említett fő munkakörök mellett az azokból kiágazó kérdéseknek egész sorával foglalkozott, amilyenek az agvéletlan, fejlődésmechanika, kísérleti öröklés, izomduzzadás, bioelektromos áramok, alkalmazkodás, táplálkozás, oxydatio stb.

Loeb munkásságának hatását az általános élettan fejlődésére alig lehet megbecsülni, hiszen az korszakalkotó volt az összes említett területeken. Amerikai leveleimben annak idején leírtam, mennyire rányomta bélyegét az amerikai kísérleti biológiai kutatásra: évente százezrekre jelennek meg a dolgozatok, részben az általa megindított Journal of gen. Physiol.-ban, melyek vizsgálatainak hatása alatt készültek. Nemesak környezetére hatott valóságos suggetív módon, hanem írással által a távolba is. (Ha csak magamra gondolok, felejthetetlen marad számomra az a hatás, melyet első dolgozatának olvasása — az ionhatásról szóló —, majd a „Dynamik der Lebenserscheinungen“ áttanulmányozása rám gyakorolt: mintha új világ nyílt volna meg előttem, látva, hogy ily egyszerű módon is lehet kérdéseket feltenni és megoldani.) Egy ily kiváló egyéniség jelentőségét a maga egészében természetesen csak bizonyos történelmi távlatból lehet majd megítélni; de biztosra vehetjük, hogy alakja az idők folyamán mindig csak nagyobbra nő.

Kőrösy Kornél.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az angina pectoris műtéti kezeléséről. *M. Kappis.* (Med. Klin. 1923, 51—52. sz.)

Bár sem a fájdalomak keletkezésének okáról, sem helyéről, sem továbbvezetéséről nincs biztos tudásunk, mégis az újabban végzett operatív beavatkozások eredménye nagyon biztató. Eddig ötféle műtétet végeztek angina pectoris ellen, melyek mind a vezetés megszakítását célozzák. Leginkább a nyaki sympathicus részben vagy egészben való (Jonnesen, Tuffier, Brünnig, Kappis stb.), ritkábban a nervus depressor vagi (Eppinger és Hofer, v. ö. O. H. 1923, 575. lap), esetleg mindkettőnek (Borchard) eltávolítását, illetve átvágását végezték. A fájdalomak majdnem minden esetben elmúltak, egy-két esetben csak enyhültek, kivéve saját esetét, amelyből kitűnt, hogy az egész nyaki sympathicus féloldali kiirtása sem szünteti meg biztosan a fájdalomakat. A műtét nem jár különösebb veszéllyel. A hatás magyarázata még nem kielégítő. Legvalószínűbb, hogy a fájdalom elsősorban az alsó nyaki és felső háti sympathicus-ganglionon át vezetődik. Hogy a depressor-átmetszés is eredményesnek bizonyult, többféleképpen magyarázza: a depressor talán eredetileg sympathicus-ideg, mely a vagustörzsön és a ganglion nodosumon át a felső nyaki sympathicus-ganglionhoz húzódik; vagy talán úgy a sympathicusban, mint a vagusban centrifugális rostok futnak, amelyek a fájdalomakat kiváltó elváltozásokat közvetítik; lehetnek végül a fájdalomak reflexes eredetűek is és a reflexív úgy a sympathicuson, mint a vaguson át vezet. Akármint van is a dolog, az eddigi eredmények alapján az operatio jogosult a belgyógyászati kezelés eredménytelensége esetén, feltéve persze, hogy a szív állapota a beavatkozást megengedi. Hogy az életet fenyegető hevesebb rohamoknál mindjárt operáljunk-e, avagy előbb belső kezeléssel kísérletezzünk, még eldöntetlen. Az ilyen rohamot esetleg sikerülhet eljárásával coupírozni; 30—40 cm³ novocain-suprarenin-oldatot fecsen-dezünk be az alsó nyaki csigolyák mellé, hogy az itt futó sympathicus és vagusrostok vezetését felfüggesztjük. A vasmotoros zavarokon alapuló anginában legjobb mindjárt operálni, éppígy a nervosus alakokban (nem hy., vagy N!) is.

Arady dr.

A szívbetegek kezeléséről. *N. Jagić.* (Med. Klin. 1923, 44. sz.)

A keringés leggyakoribb lueses megbetegedése a mesaortitis. Kezelésében mindinkább terjed az anti-lueses kezelés. Jagić is elvégzi minden esetben, ha nincs kontraindikálva, de eredmény csak ott várható, ahol súlyosabb anatómiai elváltozások még nincsenek, mert a kezelés csak a subjectív panaszokat és az általános állapotot javítja. Ezért fontos az aortitis incipiens felismerése: retrosternalis fájdalom, aortalgia, Schmidt-féle nyomáspont a bal plexusra a kulcscsont felett, alig szélesebb aortaárnyék, esetleg systolés zúrój, egyébként ép szív. Ha már decompensatio fejlődött ki, előbb kompenzálni kell, éppígy ellenjavallt a kezelés stenokardiában is. Ezért fontos az aortalgia (neurális fájás, Schmidt) elkülönítése a valódi stenokardiától (ott antineuralgicumok, itt intravenás papaverin hat jól). Legjobb a kombinált Hg-salvarsan-kezelés. Jód magában szerinte is kétes hatású. Kardialis pangás esetén ágynyugalom, könnyű étrend és digitalis-diuretin-kezelés alkalmas. A purinderivatumokat inkább rövidebb ideig és nagyobb adagban (3—5 g naponta) adja. Ha mindez nem használ, mint legerősebb diureticumot (!), a Jagić-Salamon módosította Karel-kórárt ajánlja: három napig csak napi 1 kg sótlan főtt burgonyát, vagy másfél kg almából készült, bőven cukrozott compotot ehet és 1 liter vizet ihat a beteg. Ha ez is hatástalan marad, rossz a prognózis. Ilyenkor kísérletet tehetünk még az erőyes hatású Hg-készítményekkel, elsősorban novasurollal. Tartós digitaliskúrúra legjobb a levelek pora s csak ennek hatástalansága esetén adjuk a specialitásokat: gyors szükség esetén venába; egyébként a praxis számára leginkább ajánlja az intraglutaalis alkalmazást, még pedig a szokásosnál jóval nagyobb adaggal. A másodnaponta ad 3—5 cm³-t, összesen 3—5 injectiót. Ilyen adagolásban kerül forgalomba ajánlatára a digaton (Chemosan A.-G.).

Arady dr.

Sebészet.

Az olommunkások alsóvégtag-üszkösödéséről. *Franz Karda.* (Wien klin. Wochenschrift 1923, 39. sz.)

A bécsi Hochenegg-klinikán az utolsó 20 évben észlelésre került 103 alsóvégtag-üszkösödés közül mindössze három esetben (3%-ban) lehetett a kórelőzményi adatokból a szervezetbe jutott ólom kóroktani hatására következtetni. A foglalkozásnak s az ezzel járó megerőltetésnek lényeges szerepét mutatja, hogy az olommunkások közül csak betűszedőknél, és pedig a jobb lábon fordul elő, mely a végzett munka természeténél fogva erősebben vetelik igénybe. A klinikai kép teljesen azonos az arteriosclerotikus üszkösödésével, sőt kórbonctanilag is a véredényelmeszesedés, thrombosis és emboliaképződés állanak előtérben. Két esetben alszárcsonkolás után elsődleges, egy esetben pedig az üszkös öregujj lelködése után sarjadzással érték el gyógyulást.

Paunz.

A gégetuberculosis sebészi kezeléséről. *Hutter.* (Wiener medizinische Wochenschrift 1923, 49—50. sz.)

A gégetuberculosis sebészi kezelésére a beteg szövet eltávolítását ajánlja, mégpedig vagy élesen a Landgraf-Krause-féle curette-tel, vagy galvanocauterrel. Újabban a galvanocautikus eljárást gyakrabban alkalmazzák. Az autoskopia és a Killian-féle függő tükrözés régebben nem is sejtett lehetőségeket nyitottak az endolaryngealis kiirtásra. Egyesek ezen technikai eljárások mellett is előtétellel mondják ki a kórjólaltat. Sokan félnek a lemeztéstől a vérzés miatt, mások a cauterezéstől a glottis-oedema miatt. Szerző ilyeneket nem látott, különösen, ha az éles eljárás után a cautert is alkalmazta. Ezt a kombinált eljárást alkalmazza újabban a nervus laryngealis superior vezetési érzéstelenítésével, mellyel jobb eredményeket látott, mint a 20%-os cocain-beecseteléssel. Sem tüdőtuberculosis, sem kisebb láb nem ellenjavallat. A radicalis kiirtás lehetősége boncolással is bizonyítható, főként kezdődő esetekben; de súlyosabb esetekben is jogosult a beavatkozás. Röviden ismerteti a Röntgen- nap-, kvarz- és ívnykezelés irodalmát s azt következteti, hogy ma a helyi (sebészi), vegyi (krysolgan) és fénykezelés kombinálva a legjobb. Az intézeti elhelyezés nehézségei is emelik a sebészi kezelés jogosultságát. A kezelés sikerére példákat hoz fel.

Berencsy Gábor dr.

Az egyszerű golyva műtétének halálózása. *F. de Quervain.* Berne. (La Presse Medicale 1924 jan. 23. XXXII. évf. 7. szám.)

Átvizsgálta a halálózás szempontjából 2200 oly műtétjét, melyek sem rosszindulatú, sem gyulladásos, sem Basedow-ter-mészetű, hanem egyszerű golyva miatt lettek végezve. Ezen 2200 műtétjénél csupán 0'86%-a halálózása volt. A halálózás feltűnő összefüggést mutat a betegke korával. A 40 éven aluli 1682 egyén közül csupán 1 halt meg, légszűrőműlet miatt végzett légszűrő-műtét utáni tüdőgyulladásban. Ennélfogva 40 éven aluli egyé-neknél a halálózás 0'06%, vagyis gyakorlatilag nulla. 40—50 év közötti 316 operált beteg közül 3 halt meg, itt a halálózás 1%. 50—60 év közötti 145 beteg közül 6 halt meg a műtét folytán, a halálózás 4'1%. A 7-ik évtizedbe 46 operált beteg esett, ezek közül 7. kb. 20% halt meg. A 8-ik és 9-ik évtized 8 betege közül 2, vagyis 25% halt meg. Ezen 40 éven felüli 18 haláleset közül 8 műtét shock következtében lépett fel, vagyis szívhalál volt, minden bizonnyal érlelmeszesedéssel összefüggésben. Ezen statisztikából következik, hogy idősebb egyéneknél a golyvaműtétet lehetőleg kerüljük, ha pedig mégis arra határozzuk magunkat pl. légszűrőműlet miatt, úgy lehetőleg kis beavatkozást, egy-oldali műtétet végezzünk. Végeztül szerző egyéb aseptikus mű-tétek halálózásának a korral való összefüggésére utal röviden. A golyvaműtétet kívül leginkább a ki nem záródott sérv mű-tétéje mutatja a halálózásnak a korral való összefüggését, csak hogy itt az nem szívhalál, műtét shock folytán, hanem embolia vagy tüdőgyulladás következtében lép fel, amelyek szintén a korral járó alkati elváltozások eredményei.

Valkányi dr.

Ujjcsontok csontvégében levő sérülések hámtömlő, mint balesetkövetkezmény. *Sonntag.* (Münch. med. Wochenschrift 1923, 32. sz.)

Huszonnyé év előtt balesetnél a bal gyűrűsujj harmadik percének hegyét elvesztette. Jelenleg szűró fájdalmi vannak csontjában. Röntgen-képen a harmadik perc hegyében élesszerű világos árnyék látható, mely szövettani vizsgálatkor hámtömlő-nek bizonyult. A tömlő alapján és szomszédságában óriássejtek láthatók, melyek mint idegentest-óriássejtek foghatók fel. A hámrészlet a balesetkor vagy az azt követő műtétkor ágyazódott be. Feltűnő a sérülés óta eltelt hosszú idő. Ritka a hámtömlő csont-ban és nőnél. Érdekes az eset balesetbiztosítás szempontjából.

Scheitz.

Golyva és gümőkór. *Hoffmann H.* (Münch. med. Woch. 1923, 45. sz.)

Száz éves tapasztalat utal a golyva és gümőkór közti összefüggésre. Szembetűnő, hogy a pajzsmirigy gümőkórja ritka, könnyű és kezdődő gümőkórnaál a golyvák gyakoriak, hosszú

idő óta golyvás egyéneknek a gümőkór ritka, cachexia strumiprivásoknál a gümőkór viszont gyakori. Ez utóbbit állatkísérletek is bizonyítják. Emellett a pajzsmirigy mész- és magnesiumanyagcsereje és a gümőkór között határozott összefüggés van. Több, utolsó öt évből származó kórtörténettel bizonyítja, hogy a golyvaműtét után gyakori a tüdőgümőkór. Oka lehet ennek a műtéttel járó legyengülés és az utolsó évek rossz egészségügyi viszonyai. Valószínűbbnek tartja azonban, hogy a golyva a szervezet védekezésének jelensége a gümőkór ellen. Szerinte golyvánál altuberculin-oltások végzendők, sebészi kezelés csak végszükség esetén javallt. Scheitz dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Fogorvosi Röntgen-diagnostika. Írta: Simon Béla dr., a budapesti egyetemi stomatológiai klinika I. tanársegédje. Átnézte és előszóval ellátta: Kelen Béla dr. egyetemi rk. tanár. Budapest, 1923. May Henrik és Fia kiadása. Ára: 57.500 korona.

A szerző, ki a budapesti stomatológiai klinika Röntgenlaboratóriumának vezetője, könyvét fogorvosok és röntgenológusok számára írta. A 235 oldal terjedelmű könyv a két specialista ezirányú igényeit tartva szem előtt, mindegyik szakmájából annyit tárgyal, amennyire a másiknak szüksége van, hogy együttműködésük kellőképpen biztosítható. A könyv első részében a Röntgenteknikát tárgyalja olyan tömören és olyan mértékben, amely mértékben egy a röntgenológiában nem járatos fogorvosnak arra szüksége van, hogy a Röntgen-képet megérthesse és helyesen értelmezhesse. De elég kimerítő a technikai rész ahhoz is, hogy annak alapján szükség esetén a fogorvos maga is megcsinálhassa Röntgen-képet. A könyv második része a részletes diagnosztikát tartalmazza, és pedig olyan irányban, hogy annak már nemcsak a fogorvos, hanem a hivatásos röntgenológus is jó hasznát veheti. A diagnostika esete kapcsán szigorú patológiai rendszerben tárgyalja azon stomatológiai megbetegedéseket, melyeknél a fogorvos a röntgenológus segítségére szorul. Az egész anyag beosztásának újszerűsége és annak tárgyalása arról tanuskodik, hogy a mű szerzője mindkét szakmának nemcsak theoretikus ismereteit uralja teljesen, hanem számos évi klinikai és laboratóriumi működése alatt oly tapasztalatokra tett szert, melyek alapján egy még a külföldi irodalomban is hézagpótló művel gyarapította a magyar orvosi irodalmat. A világos nyelvezettel és mindvégig könnyű áttekinthetőséggel megírt könyv értékét és az abban tárgyalt anyag megértését nagyban előmozdítja a 230 ábra, melyekből a Röntgen-felvételek az eddigi általános szokástól eltérőleg nem pozitív, hanem negatív alakban vannak reprodukálva, ami a képelemzés megkönnyítését lényegesen megkönnyíti. Walheim dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület február 23-i ülése.

Elnök: Bókay János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Bemutatás:

1. Toldy Loránt: *Haematokela retrouterinát okozó ovarialis vérzés.* (Egész terjedelemben kerül közlésre.)

Bereneszy Gábor: Az I. számú kórbonctani intézetben egy 25 éves leány műtétet eltávolított ovariumát és tubáját vizsgálta. A leány táncolás közben méhen kívüli terhesség tünetei között hirtelen rosszul lett. Az ovariumban levő kisdiónyi üreget lutein-sejtek bélelték, ezen belül pedig alvadt vér volt. A tuba megvastagodott falában gömbsejtes beszűrődés gonorrhoeára utalt. Terhesség szövettani jeleit sehol sem találták. Buday professor a gonorrhoeával összefüggő cysta haemorrhagica trauma okozta megrepedéséből származtatja a súlyos vérzést. Verebely professor eddig három hasonló esetet operált. Az egyik beteg virgo volt. Az ovariumot és tubát szövettanilag megvizsgálva, azt találta, hogy a theca follicularis vaszkos, érduis sarj-szövetű alakult át, melynek repedése okozott nagy vérzést. Gonorrhoeát vagy terhességet nem talált. Tehát, bár ritkán, virgónál is történhetnek súlyos vérzésekre vezető folliculus-cysta-repedések (gonorrhoea és terhesség nélkül is).

Toldy Loránt: Az ovariumból eredő hasüri vérzésnél mindig kell gondolnunk egy ovarialis terhességre s szükség esetén sorozatos metszetekkel kell azt kizárnunk.

2. Schuster Gyula: *Ökölnyi agyi dermoid.* A 32 éves betegnek nem volt pangásos papillája, egyáltalán agynyomás és tumortünetei sem voltak. Jackson-rohamok is csak akkor fejlődtek ki, mikor hosszabb vasúti utazás után a Weber-féle tumor transport-reactiója eredményeként a rázódás kiváltotta a súlyos, eszmélet-

vesztéssel és rángásokkal járó görcsrohamokat. Legfeljebb volt a betegnél a roham után keletkező németnyelvű paraphasia és a rohamot megelőző csámcsogás, rágás, melyet a Vogt C. és O.-féle Area 6-8-9 izgalmának tartott, ez a homloki tumor diagnózisát biztosította. Az encephalographia a tumort jól ábrázolja, azt is, hogy az oldalkamrákkal nem kommunikál. A beteg az első műtét után 8 hónapig jól érezte magát s nem voltak rohamai, míg hirtelen 1 hónap alatt 3 éjjeli roham után másodszeri műtétnek vetette magát alá. Ekkor az első alkalommal benthagyott cystafalat Unger tanár (Berlin) eltávolítani akarván, a falhozott arteria carotis interna, mely elvékonyodott volt, megszakadt. Tamponálás. Jobboldali hemiplegia. 1 hét alatt agynyomás tünetek közt exitus.

Előadás:

1. Manninger Rezső (mint vendég): *A paratyphusos megbetegedések aetiológiájának mai állása.* A bacillus paratyphi A-n kívül a többi paratyphus-bacillusok, melyek biochemiai szempontból egyformán viselkednek, serológiai úton, nevezetesen jól definiált bakteriumtörzsek segítségével előállított agglutináló savakkal, különösen a Castellani-féle kísérlettel több élesen elkülönülő csoportba oszthatók. Ezek közül a bacillus paratyphi B Schottmüller csak emberben fordul elő, a bacillus paratyphi abortus equi csak lóban. A többi csoportba tartozó bakteriumok, nevezetesen a bacillus enteritidis Breslau (bacillus Aertryck, bacillus Flüge-Kaensch), a bacillus enteritidis Gaertner és a bacillus suiptifer (bacillus Erzindjan, bacillus paratyphi β) úgy emberben, mint állatokban okozhatnak megbetegedéseket. Ebből következik, hogy a bacillus paratyphi B Schottmüller terjesztésében, akárcsak a typhusnál, az embernek van a főszerepe, állatok húsa csak akkor terjeszti, ha postmortálsan, feldolgozása és kezelése közben beteg vagy bacillushordozó ember ürülékével vagy váladékaival fertőződik. Ez utóbbi esetben tehát nem valódi húsmérgezésről, hanem egyszerű élelmiszer-mérgezésről van szó. Ezzel szemben a bacillus enteritidis Breslau, a bacillus enteritidis Gaertner és a bacillus suiptifer terjesztésében a paratyphusos megbetegedésben szenvedő állatok húsa a fertőzés főforrása, itt tehát valódi húsmérgezésről van szó és azért a húshygiene feladata annak megakadályozása, hogy a nevezett bakteriumok hatására megbetegedett állatok húsa fogyasztásra kerüljön. Az előadó következtetéseit 60 ismert eredetű paratyphusbacillustörzs összehasonlító tanulmányozása közben szerzett tapasztalataiból vonta le.

Vas Bernát szerint húsmérgezések állandóan fordulnak elő, csak nem kerülnek a hatóság tudomására. A typhus alakjában jelentkező paratyphus azonban ritkább betegség, mert az 1923-i statisztika szerint, melyet Gerlóczyval dolgoz most fel, 795 typhus-eset között volt paratyphus A 4 esetben (0.49%), paratyphus B 17 esetben (2.1%). A hatósági intézkedések szempontjából igen fontos előadónak az a megállapítás, hogy paratyphus B állatban sohasem fordul elő, ilyen lelet esetén tehát a hatóság bacilluszgázk és külső szennyeződés után fog kutatni.

Balogh Ernő: A paratyphusos fertőzések kórköztanát humanpathológiai szempontból érintő közleményére utalva (O. H. 1922.) kifejti, hogy ezt a kérdést tisztán a bakteriologia nem oldhatja meg. Lázás, de biztosan nem paratyphusos betegek vérében is találtak már paratyphus-bacillusokat (vörheny, kanyaró, tuberculosis miliaris eseteiben). Saját kórbonctani vizsgálataira is támaszkodó, hasonló tapasztalásai indították arra, hogy a dispositiót teremtő tényezők után is kutasson. Ezek közé sorozható az úgynevezett „toxikus” esetekben a paratyphus-bacillusok élelmiszereken is képződhető úgynevezett ektotoxinjainak a behatása, az emberi suiptifer fertőzések számos esetében az észlelt protozoonos praefectiók stb. Több humanpathologus már megállapította, hogy a bacillus breslaviensis húsmérgezésekben a főszerepet játssza (Schittenhelm, Trautmann stb.). De utóbbiak kapcsán is ismertettek már nemcsak bacillus breslaviensist, hanem pl. bacillus suiptifer (Bernhardt 1913. stb.). Az előadó vizsgálatai, mint Vas Bernát előtte kifejtette, humanpathológiai vonatkozásban különösen epidemiológiai szempontból fontosak. Az epidemiológiai kérdés sem fejthető meg mindig egykönnyen. Így pl. a kisázsiai, törökországi suiptifer esetekben, mivel a lakosság ott sertéshúst nem fogyaszt, a fertőzést erre nem is lehetett visszavezetni. A lengyeli suiptifer-esetekből való 7 törzs

összehasonlított 1 *Voldagsen*, 1 supestifer *Kadar-kuthy*, 1 paratyphus *C Uhlenhuth*, *Weil E.*-féle woldhyniai és albániai 3, s *Neukirch-féle* 1 kisázsiai törzszel s ezekkel serologice azonosan, tenyésztésben pedig velük együtt paratyphus *B Schottmüller*-nek megfelelően viselkedtek. Ez a 14 törzs élesen elkülöníthető volt 37 más paratyphus-törzstől a *Castellani-kísérlettel* kiegészített agglutinálópróákkal.

Hutya Ferenc: Kiemeli és hangsúlyozza az ismertetett vizsgálati eredmények jelentőségét a húsvizsgálat szempontjából és kíváncsún jelzi, hogy, miként külföldön, úgy Magyarországon is a közbiztonság és a húsvizsgáló állomások bakteriologiai laboratóriumokkal szereltesse fel, melyek a bakteriologia új vívmányainak értékesítésével egyaránt megvédenek úgy a közegészség, mint a közgazdaság érdekében.

Berger Iván: 1916-ban az Augusztá-barakkórházban észlelt paratyphus *B* epidémiát. Ebben az esetben borjúhúst tartottak a fertőzés forrásának. Mind a betegből ugyanaz a bacillus volt kitenyészthető és mégis az esetek egy részében súlyos gastroenteritis, másik részében pedig typhus-körkép fejlődött ki.

Manninger Rezső: Lehetségesnek tartja, hogy az ember sertéshús fogyasztása útján fertőződik supestifer bacillusokkal és hangsúlyozza, hogy a bacillus supestifer és a bacillus supestifer *Voldagsen* biochemiai szempontból egymástól különböző bakteriumok, melyek azonban serologiai tekintetben egyformán viselkednek.

A Debreceni Orvosegyesület 1924 február 21-én tartott VI. tudományos ülése.

Elnök: Tüdős Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Neuber Ede: *Blastomycosis cutis*. Megjelenik egész terjedelmében.

Csikó József: A belklinikán észlelt gyomordagantról referál, melyet tévesen gyomorrák diagnosissal küldtek műtetre. Ellene szolt ennek a kórismének a próbaregeli eredménye, mely hyperchlorhydriát mutatott. A műtét alkalmával eltávolított nagy daganat blastomycosisnak bizonyult. Felfogása szerint a belső szervek blastomycosisa nem primaer, hanem valószínűleg elsődleges bőrblastomycosis metastasisa. Az említett esetet be fogják mutatni az Orvosegyesületnek, ha a szövettani vizsgálatok befejeződtek.

Preininger Tamás: *A vörösvérsejtek sülyedési sebességének diagnostikai jelentősége a dermatológiában.* Fahraeus eredeti módszerével végzett kísérleteiből kitűnik, hogy a vörösvérsejtek sülyedési sebessége egyáltalában nem specifikus, némi diagnostikai jelentőséget csak pozitív reakciónak tulajdoníthatunk, de csak a legszűkebb keretek között. A már meglévő és kiválóan bizonyult sero- és liquor-reakciókkal korántsem tudja a versenyt fölvenni; kiemelendő továbbá, hogy ennek a reakciónak a nagysága nem is annyira a kórfolyamat minőségétől függ, mint inkább valamilyen dermatologiai megbetegedés könnyebb vagy súlyosabb voltától.

Markó Dezső: *Malignus ulcus ventriculi csontáttételekkel.* K. F. 35 éves férfit mutatja be, akit két éve fennálló típusos ulcuspanaszokkal 1921 decemberében vettek fel a sebészeti klinikára. Epigastrium nyomásra érzékeny. Weber negatív, próbaregeli eredménye akkor 19–34 volt, s a Röntgen a pylorus előtt két ujnyi kiterjedésű circularis árnyékkiesést mutatott. Röntgen-diagnosis: Praepylorusos carcinoma (esetleg perigastritis szövődményes ulcus callosus praepylori). Műtétnél babnyi callosus fekély, két ujjal a pylorus előtt. Ekcepció. A kimetszett fekély szövettanilag benignusnak látszott. Műtét után panaszai szűnnek, de csakhamar újra jelentkeznek. Röntgen-vizsgálat szerint a gyomor motilitása csökkent s az aciditás megnőtt: 38–50. 1½ év után újra megoperálják s gastroenterostomiát végeznek. Malignitásnak nincs semmi jele. Műtét után egy hónappal tarkótáji fájdalommal a belklinikára kerül a beteg. Nyaki és háti gerincoszlop kopogtatásra igen fájdalmas. Fejtetőre gyakorolt nyomásnál a fájdalom a III. nyaki csigolyára lokalizálódik. Cachexia. Véréképe 62% neutrophil leukocyta, 3% monocyta, 35% lymphocyta. Magvas vörösvérsejtek, myelocyta nem volt látható. Vizeletben Bence-Jones-testek nem találhatók. A nyaki és háti gerincoszlopról készült Röntgen-vizsgálat e gerincrészeket

felett és a bordák vertebralis végénél számos disseminált, borsónyi-lencsényi, elég éles határu ritkulásos gócsárnyékat mutatott csekély circularis és foltos csontújráképződéssel. Az elváltozás multiplicitása, csonttruncsoló és csontképző formája haematogen tumormetastasisra jellemző. A differentialediagnostikailag még számbajöhető multiplex myelomát a csontképző folyamat kizárta. A primaer gócot a kivágott fekélyben kellett keresni. A boncolás minimális helyi elváltozást derített ki a gyomor felett és igen nagy kiterjedésű osteoplastikus és osteoclastikus csontmetastasis. Demonstrálja az előről és a hullának csontpraeparátumairól készült Röntgen-képeket, melyeken a csonttruncsolódás mellett jól megfigyelhető az újonnan képzett csontlamellák kuszált, vattaszerű elrendezettsége és az az intenzív árnyék, melyet azok okoznak.

Hüttl Tivadar: Az első műtét alkalmával kimetszett fekély az újabb szövettani metszetekben kétséget kizárólag rákos elfajulást mutatott. Adott esetben nem egy kimetszett jóindulatú fekély későbbi rákos áttételeiről van szó. Az eset élénken bizonyítja azokat a nehézségeket, melyek a kerek fekélyek rákos elfajulásának megítélése körül felmerülnek, érthetővé teszi a statisztikai adatok eltérő voltát a kerek fekély rákos elfajulásának gyakoriságát illetőleg és megerősíti azt a szabályt, hogy a kerek fekélyt, ha csak lehet, ki kell metszeni.

Orsós Ferenc: Az intézetemben boncolt és Markó által bemutatott eset sok szempontból érdekes casusa a *v. Recklinghausen-féle* osteoplastikus ráknak. A primaer góc kétségkívül a pylorus rákja volt. Jelenleg a makroszkopice csak a pylorus helyén ülő hegben voltak rákos góccok kimutathatók; innen kiindulólág a rákos beszűrődés a környéki hasi nyirokesomókba, a mellékvesékbe, a rekesz hasi oldalának nyirokutaira és a tüdőhilus nyirokesomókba terjedt. A csontváznak minden egyes része megszámlálhatatlan, egymással nagyrészt össze is olvadt osteoplastikus góccokat tartalmazott. A bordák egész hosszúságukban elvesztették szivacsos szerkezetüket, meg is voltak vastagodva. Hajlítási kísérletnél nagy merevségük dacára is könnyen törtek. A gerincoszlop végig át volt hatva az összeolvadó fehéres rákos góccoktól, úgyhogy a csigolyák teste, sőt a nyúlványok nagyrésze is homogen, finoman szemesezett, homokkőszerű, igen kemény, csontszerű szövetből állott. A vörös csontvelő csak elvétve, alig észrevehető parányi nyomokban volt feltalálható. Aránylag legkevésbé súlyos volt az elváltozás a nyaki gerincoszlopon. Itt a 3-ik nyaki csigolya volt a legszabadabb a rákos beszűrődéstől, azonban előrefelé fokozódó compressiót mutatott (valószínű, hogy az ide lokalizált fájdalom éppen a compressio tünete volt). Elöl a 3-ik csigolyatest csak 7 mm magas volt és zúzódott, körömmel is könnyen szétmorzsolható, sorvadott csontszövetből állott. A 3-ik csigolyának ez a szokatlan összenyomtatása bizonyára a fej erős előrehajlása, vagy a fej felpolcolása folytán keletkezett. Lehetséges, hogy e localis porosis a mészsoznak a rákos helyekre való metastasisa folytán bekövetkezett mészfelszívódásnak következménye. A rákosan infiltrált csontokban az eredeti csontstructura elmosódott, sőt mélyrehatóan át is alakult. Tudjuk, hogy az osteoplastikus ráknak rendszert az osteoplastok különös szerepe nélkül a rákfészeknek kötőszövetes stromája közvetlenül alakul át csontszöveté. E rákoknak tehát mondhatnók csontos stromája van. Érdekes, hogy a nyirokesomókban a ráksejtfészkek körül a reticularis szövet nagysejtes burjánzása és nem indifferens kötőszövetes stroma mutatkozik. A spongiosus csontrendszer rákos infiltrációja folytán az elpusztult csontvelőt a lép és a máj myeloid átalakulása és a hosszú csontok megmaradt velőszigeteinek vörös átalakulása pótolta.

Az a tény, hogy az egész csontváz rákos infiltrációja mellett a nyirokesomókban és a mellékvesén kívül alig találhatók még egyéb rákos metastasisok, a daganatkérdés fontos problémáit veti fel. Vagy az ilyen ráknak sejtjei bírnak különös affinitással a csontszövethez, vagy pedig a vörös csontvelő mutat a többi szervhez képest szokatlan fokú dispositiót a ráksejtek megtelepedésére. E kérdésre az eset teljes feldolgozása után még ki fogunk térni.

Markó Dezső: Zárószavában kiemeli, hogy ez az eset is bebizonyítja, hogy a kórszövettani vizsgálat mennyire subjectiv ulcus malignum esetén. Ez magyarázza azt a nagy percentes eltérést, melyet az irodalom ulcus carcinoma statisztikája felmutat.

HETI KRÓNIKA

Külföldön a tuberculosis leküzdésére tevékeny munka folyik. Ugy az állam, mint a társadalom megteszi kötelességét, amelynek azután meg is van az eredménye. Hajdan a klimatikus és a sanatoriumi irányzat divott. *Graefenberg, Újtátrafüred, Arco, Orotava* stb. voltak ennek az iránynak képviselői; később a vacinációs aera (*tuberculin, Beranek, Spengler, Much, Spahlinger* stb.) uralkodott. 1900-ban *Calmette* diszpenzsaíreket tette át a súlypontot. Ezek nagy számban működnek jelenleg is; fenntartásukra a francia költségvetés 1923-ban 7 millió frankot vet fel, az egész tuberculosis elleni védekezésre pedig 14 millió frankot; 1922-ben az egyes departementok és városok még további 48 millió frankot fordítottak erre a célra. Ezekon kívül még a Rockefeller Foundation is óriási összegeket, 2,5 millió dollárt adott Franciaországnak a tuberculosis leküzdésére.

Mint azt nemrégiben Theobald Smith (Rockefeller Foundation) is kifejtette egy Edinburghban tartott előadásában, a tuberculosis elleni védekezést a gyermekkorban kell kezdeni. Franciaországban ezért szokássá vált, hogy az állam kiveszi a 3–13 éves gyermekeket családjuk köréből, ha ők ott tuberculositikus fertőzésnek lennének kitéve. A kitűnő eredmények által indítatva, most kiterjesztették a korhatárt és a 3 évesnél fiatalabb gyermekeket is meg fogják menteni a családi fertőzés lehetőségétől. A szabadban való iskolai oktatás is a küzdelemnek egy részét képezi. Különösen Angliában és Franciaországban szaporodnak a nap-, illetőleg szabadlevegő-iskolák. Az első École du Soleil-t Leysin közelében Rollier alapította 1910-ben. A Freiluftschule-k, Waldschule-k Németországban is elszaporodtak, amennyire az északi klíma megengedte.

Egy másik nagy társadalmi jelentőségű kérdés a gyógyuló egyének utókezeléséről és megélhetéséről való gondoskodás. Deacon szerint New-Yorkban a tuberculositikus betegeknek fele munkaképtelen; ezek évi 6 millió dollárjába kerülnek a városnak. A másik fele azonban, mely nem igényel intézeti ápolást, bizonyos munkakört betölthetne. Ilyen alkalmazottakkal azonban egészséges személyek nem szívesen dolgoznak együtt, mert azok csökkent munkaképességüknél fogva nem tudnak beleilleszkedni a munkarendszerbe, mert az egészségesek a megfertőzés veszélyétől tartanak és gyakran más eredetű tuberculositikus fertőzést ilyen inactív tuberculositikus munkatársuknak tulajdonítanak és végül, mert ezek kiméletesebb bánásmódban részesülnek az előjárók részéről. Ezért ezeknek megfelelő könyvebb munkaalkalmat kell szerezni, amint azt — mint már egyszer említettük — az *United Hebrew Charities* tette New-Yorkban. Újabbban a Laura Spelmann Rockefeller-alapítványt használják fel ily irányú tanulmányok céljára. A newyorki tuberculosis-egyesület még ezen kívül 300.000 dollárt igényel a gyógyuló állapotban levő gümőkóros egyének elhelyezésének keresztülvitelére; remélik, hogy ezt az ottani áldozatkészség mellett könnyűszerrel elő fogják teremteni.

A *gümőkóros halandóság* a viszonyok szerint nagyon változó. 1900-ban az Egyesült-Államokban a halálozási arány 1-95 ezrelék volt, 1910-ben már csak 1-65, 1920-ban pedig 1-12. Dr. Dublin számítása szerint 1930-ban fogják az Egyesült-Államok az újjélandi kedvező halálozási arányt elérni, ahol ez jelenleg csupán 0-5 ezrelék, vagyis 100.000 lakos közül évenként csak 50 hal meg tuberculosisban. Hazánk az elmúlt évben 24.200 embert vesztett el tuberculosis miatt; ha tehát felbirtunk volna emelkedni az újjélandi viszonyokig, egyedül ennél a bajnál 20.636 életet menthettünk volna meg fajunk számára!

Persze, az Egyesült-Államokban sem mindenütt egyforma a javulás. A legnagyobb halandóság látszólag Coloradóban volt; itt van ugyanis a legtöbb tuberculosis-„sanitarium”, ide gyűjtötték a betegeket; itt 1-726 ezrelék volt a halálozás. Nebraska érte el 0-36 ezreléssel a legkedvezőbb rekordot; Indiana államban az előző évekhez képest a felére, Pennsylvániában, ahol még 10 évvel ezelőtt a gümőkór volt a leggyakoribb haláloz, a céltudatos intézkedések miatt a halandóság 0-99 ezrelékre esett le.

Komplikálja az amerikai viszonyokat a lakosság-nak fajok szerint való erős megoszlása. Mint ismert, a faji különbségek nagy befolyással vannak a tuberculosis iránti fogékonyságra. Amerikában a színesbőrűek között van a legnagyobb hajlamosság, a szere-

cseneknél (Mississippi, Florida) 1-715 ezrelék volt a halandóság; a legkisebb hajlamosságot mutatták az amerikai oroszok, zsidók és olaszok.*

A kiszípolyozott Németországban persze a gümőkórosok mortalitása a múlt évben emelkedett: 1922 első felében 1-90 ezrelékről 1923-ban 2-7 ezrelékre. Németország azonban felismerte a bajt és egy hasznos egészségügyi törvényben elrendelte nemcsak a tuberculosis-haláleseteknek, hanem a megbetegedéseknek bejelentését is. Az új törvény tuberculosis esetében is elrendeli a kötelező fertőtlenítést.

Egy ízben megemlékeztünk már a *Spahlinger-féle kezelésről*. Spahlinger abból indult ki vacinjeinek előállításánál, hogy a Koch-féle bacillus különböző hőmérsékleten és különböző környezetben különböző endo-és exotoxinokat termel. Ezeket lovakba fecskendezi és így kb. 20-féle serumot készít a prophylaxis, a könynyű, közepes, súlyos és egyéb szövődményes tuberculosis-esetek gyógykezelésére. A vacinek készítése 9–10 hónapot vesz igénybe: a serumokat az esetek szerint még keveri is, a keverés négy évet vesz igénybe. Ezért késik Spahlinger eredményeinek teljes közlése és ezért nehéz az eljárást másutt kipróbálni és kritikát mondani. Az intézetet meglátogató szakorvosok azonban mind nagy elismeréssel nyilatkoztak, aminek hatására az angol Vörös Kereszt Egyesület 30.000 fontot szavazott meg az eljárás támogatására.

A tuberculosis elleni küzdelem fontosságára tekintettel vannak az *orvosi kiképzés* terén is: Kanadában külön kötelező tárgy a tüdő-tuberculosis kór- és gyógytana, sőt a *valesi egyetem* külön doktori oklevelet ad ki tuberculosis-szakorvosok részére, úgy, mint néhol a fogászatból, vagy a közegészségtanból.

Ily intenzív és előrelátó munka mellett remélhetjük, hogy a kultúra és a jólét emelkedésével a tuberculosisnak is az lesz a sorsa, ami a lepraé volt, hogy a művelt államokból lassankint kiszorul és a rettegett népbetegség érdekes történelmi emlékké zsugorodik.

A lepra ugyanis főleg az arabok betörése következtében a X., sőt még a későbbi századokig is nagyon el volt terjedve Európában. A XV. században 200 leprakórház volt Angliában és 19.000 egész Európában. Még a mi felvidéki városaink számadási könyveiben is maradtak nyomok az ottan működött leposoriumokról így — mint Nékám közölte — Bátfán 1539-ben még bört vettek a leprások részére és a Buda Statutumai is részletesen foglalkoztak a „Mieselsucht”-tal: sőt Segesvárt ma is áll egy templom, melynek, minthogy a leprás betegeket nem bocsátották a templom belsejébe, az udvar felől nyíló külön szomszéka volt azok részére.

Később a lepra jóformán feledésbe merült és csak itt-ott a tengerpartokon, Norvégiában, Bretagneban és Európa déli részeiben maradtak meg elszórt nyomai. A legújabbban azonban megint mutatkozik, így Memelben, a schweizi Rhône-völgyben, Párisban, Boszniában, Romániában, Dél-Oroszországban stb. rábukantak egyes rejtőző góccokra, a kérdés tehát megint aktuálissá vált. Már a háború előtt is tartottak nemzetközi lepra-kongresszusokat; egy „Lepra” című nemzetközi folyóirat is megjelent a küzdelem propagálására. A franciák pedig tavaly egy újabb külön kongresszust rendeztek Strassburgban, hogy a jelenlegi teendőket megbeszéljék.

Roger a leprások számát a föld kerekén kb. 3 millióra becsüli: ebből Európában kb. 7000, Afrikában 525.000. Ázsiában 1.800.000, Braziliában 7000 található; Cubában a lakosság 2000:1 arányban fertőzött; sok van egyéb amerikai államban és a Csendes-óceáni szigeteken is. Norvégiában és Izlandban csökkenőben van a lepra, Dániában újabb időben kihalt. Dél-Amerikában azonban, különösen a *Braziliat Egyesült-Államok Amazonas államában terjedőben van*: Buenos-Airesben 5000 leprás beteg van: az itteni leprosorium az egyetlen egész Dél-Amerikában és ez is csak 200 beteget tud befogadni. Újabbban a Parana-partvidéken, egy szigeten lepra-kolóniát akarnak létesíteni. Az északamerikai *Carville* városban (Louisiana) is kicsinynek bizonyult a leprás betegek kórháza, ezért az ottani törvényhozás 650.000 dollárt szavazott meg annak kibővítésére.

Némelyek szerint a lepra-bacillusnak különböző race-ai vannak. Deycke azt hitte, hogy a lepra-bacillus symbiosisban él egyéb parasitákkal: ezekből állította elő Nastin nevű oltóanyagot, amelynek azonban nem volt valami nagyvobb gyógyító hatása. Stefanszky fedezte fel a *patkány-leprát*, amellyel főleg Marchoux foglalkozott. Ennek előidézője a Hansen-féle bacillus-

hoz hasonló Mycobacterium pulviforme. Párisban állítólag a csatornák patkányai közül 0.6%-nak van leprája, amelyet döngölve talált patkányok 5%-ánál lehetett kimutatni. Reenstierna az emberi leprát a kecskékről származtatja, állítólag majmokra is átvittotta.

A lepra terapiájában hajdan a higanyt, újabban a salvarsant is alkalmazták; Oppenheimer colloid antimonnal, egy oscol-stibium nevű készítménnyel ért el jó eredményeket. Japánban 45 C°-os kénes fürdőkkel kezelik a leprát egy Kusatsu nevű fürdőhelyen. Mind-ezen kezelések által elért eredményeket felülmúlja a Taraktogenos Kurzii Warburg nevű fa terméséből készített Chaulmoogra-olaj és ennek származékai. Muir szerint ilyen olajat nemcsak az említett fából, hanem különböző Gynocardia- és Hydnocarpus-fajokból is lehet nyerni. Szerinte a lepra tulajdonképpen egy jóindulatú betegség, melynél a spontán gyógyulás igen gyakori, minthogy azonban az ilyen betegek elhanyagolják magukat, rendszerint intercurrens, vagy secundær folyamatokban pusztulnak el.

A lepra terjesztésében a moszkítóknak alig van nagyobb szerepük, ellenben a poloskáknak és a scabies-atkáknak esetleg fontosabb szerep jut. Kétségtelen, hogy a tisztaság, a népfelvilágosítás nagy fontossággal bír; ezt célozza egyebek között a Pro Leprosi nevű egyesület is, mely mostanában alakult Rómában V. Amato, a dermatologia magántanárának kezdeményezésére.

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.

Kérjük régi előfizetőinket, kik közül még sokan nem újítták meg az évre előfizetésüket, hogy minél előbb tegyék meg azt. Nemkülönben sokan tartoznak még a múlt év utolsó negyedével 8000 koronával, bár az évre már előfizettek. Elképzelhető, hogy mily nagy anyagi veszteségei származnak az „Orvosi Hetilap”-nak az ily elmulasztás és csak fél év múlva befolyó előfizetések miatt! Kérünk, hogy akiknek nem esik nehezére, valorizálja a régi tartozásait tehetsége szerint.

Ha valaha, úgy most kell kérnünk orvostársainkat kitarásra és áldozathozatalra: ne hagyjanak bennünket cserben e nehéz napokban, melyek a legderekabb vállalkozást is próbára teszik. Szinte azt érezzük: nehezebb most valamit fenntartani, mint megindítani! Pedig mennyi ambícióval, mennyi jóakarattal dolgozunk.

Vámossy.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 1-i ülésének programja: Bemutatás: 1. Weisz Ármán: Hólyagdiverticulomok Röntgen-képei. 2. Pekarovich István: Mesterséges légmell útján elérhető tartós eredmények. Előadás: 1. Rusznyák István: Vizsgálatok az oedema kezeléséről. (Múlt ülésről elmaradt előadás.) 2. Miskolczy Dezső: Szöveti adatok az ideggeneratio kérdéséhez.

A Magyar Orvosi Archivumba ezentúl beküldendő cikkek kivétel nélkül „összefoglalással” látandók el, amit az utolsó oldalon hibátlan német, francia vagy angol nyelven is meg kell írni, mert az Archivum az internationalis könyvcsereviszonylatokba belekerülve, kötelező van tartalmának a nagy világnyelveken való közlésére. Ez az összefoglalás 3/4 gépirott oldalnál több nem lehet.

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint febr. 17-től febr. 23-ig előfordult hasihasvámáz 9 (4), küteges hasvámáz, 2 (0), kanyaró 25 (0), vörheny 58 (5), aszmarhurut 11 (1), ronszoló torok- és gégele 28 (3), influenza 77 (18), bárányhimlő 23 (0), járványos fültőmirigylob 6 (0), vérhas 5 (0), járványos agygerincagyhártyalob 2 (0), lépene 2 (0), nátheláz 44 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekágyi láz, trachoma, vesztettség, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGYÖKELETESSEB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

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

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézete

Budapest VIII, Vas-utca 17. Ideg-, belbetegek és üdülő gyógyhelye. Diétás kúrák diabetes stb. anyagcsere zavaro knál.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúra. Pneumothorax.

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

DAJKA-INTÉZET, VI. Sziv-u. 69. — Wassermann vizsgált szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

PÁLYÁZATOK.

A nemesvidi körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körhöz Nemesdéd, Miháld, Pat. Sand és Vede községek tartoznak. Az állás javadalmazása a IX. fizetési osztály harmadik fokozatának megfelelő illetmény és lakásbér. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokat hozzáam legkésőbb folyó évi március hó 13-ik napjának délelőtt 12 órájáig annál is inkább adják be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem vehetem. A választás napját később fogom kitűzni.

Marcali, 1924 február 12-én.

Dr. Sipos főszolgabíró.

A Szeremle községben üresedésben lévő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása: a IX. fizetési osztálynak megfelelő illetmények és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak. Felhívom a pályázni akaró orvosokat, hogy az 1908: XXXVIII. tc. 7. §-ában megkivánt képesítést, eddigi működésüket és a kommunizmus alatti magastartásukat igazoló hiteles okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi március hó 20-ig nyújtsák be. A választás megtartása iránt később fogok intézkedni.

Kalocsa 1924. évi február hó 22.

921/1924. kig. sz.

Dr. Markó Jenő s. k. főszolgabíró.

ELADÓ külföldre költözés miatt, igen jutányosan, teljesen új, használatlan: Löwenstein-vizsgáló-műtőasztal párnázva, zsámmollyal komplet; egy irrigátorállvány felszerelve; egy nagy műszerasztal gallérral; egy mosdóállvány 2 lavoírral; egy komplett reflektorállvány; egy nagy műszerszekrény fából.

Eötvös-utca 32. II.

Új! Most jelent meg Új!
A DIAETÁS KONYHA TECHNIKÁJA

Irta:

Dr. Soós Aladár

egyetemi tanársegéd.

Előszóval ellátta:

Báró Korányi Sándor dr.

egyetemi ny. r. tanár, a III. sz. belklinika igazgatója.

Ára 39.600 K.

Raktárról azonnal szállítja a „Petőfi” Irodalmi Vállalat könyv- osztálya, Budapest VII, Kertész-utca 16.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Ötvös Ervin: Újabb adatok az atropinsulfatos gyomormotilitáshoz, különös tekintettel a gastroenterostomiára. (145—148. o.)
 Klinikai előadás. Bárány Sándor: Bévétel a fertőző betegségek therapiájába. (148—151. oldal.)
 Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatézis kezelése. 3. Petrényéle zsíros főzeléknep. (151—152. oldal.)
 Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. (152—153. old.)

Könyvismertetés. (154. oldal.)

- A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 1-i ülése. (154. oldal.)
 A Közkórházi Orvostársulat 1924 február 27-i ülése (155. old.)
 A Debreceni Orvosegyesület 1924 február 28-án tartott VII. tudományos ülése. (155—156. oldal.)
 Heti krónika. (156—157. oldal.)
 Vegyes hírek. (157. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem IV. számú belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. ny. r. tanár).

Újabb adatok az atropinsulfatos gyomormotilitáshoz, különös tekintettel a gastroenterostomiára.

Írta: Ötvös Ervin dr. egyetemi tanársegéd.

Előző dolgozataimban¹ kimutattam, hogy az atropinsulfátnak *subscutan* adott $\frac{1}{2}$ —1 mg-nyi mennyisége a motilitást a gyomor és duodenum bizonyos megbetegedéseiben jelentékenyen lassítja. A négyórás maradék a pylorus atropin okozta szűkítésére vezethető vissza, annál is inkább, mivel a tonusnak és peristaltikának csökkenése általában nem volt észrevehető. A feltételezett atropinos pylorus-szűkület okául az Auerbach-plexus valamely körülírt csoportjának fokozott izmalmát jelöltem meg. Támpontot erre részben a kísérleti gyógyszerrel, részben saját észlelésem szolgáltattott. Az atropinpróba főképp a gyomor és duodenum mélyreterjedő és idősült fekélyének eseteiben volt pozitív. E körülményt — a többi klinikai tünet egybevetésével — úgy a fekély diagnosztikájában, mint az adhaesiós epehólyaggyulladás differentiaidiagnosztikájában értékesíthetőnek minősítettem.

Érthető, hogy e megállapításaimat egyesek nem fogadták el teljes egészében. Így pl. Lasch² a Bergmann-klinikán végzett vizsgálatai alapján elismeri ugyan, hogy az intravenásan adott atropinsulfat a gyomormotilitást bizonyos esetekben valóban csökkenti és igazolja, hogy az atropin a pylorus spasmusát az ő eseteiben sem szüntette meg, azonban ő ezt nem a pylorus záródásával, hanem a peristole és peristaltika csökkenésével magyarázza. Hogy ennek az eltérő felfogásnak mi lehet az alapja, azt más helyen³ röviden kifejtettem. Itt említem meg, hogy szervi pylorus-szűkület két esetében magam is észleltem subcutan atropin-injectio után a tonus és a peristaltika másodlagos csökkenését. Ezen esetekben ugyanis a meglevő és kompenzált szervi szűkülethez egy atropin okozta működési (functiós) szűkület társult, mely a fáradt gyomor-izomzatra akkora munkatöbbletet rótt, hogy ennek következtében a gyomor kitágult és múltó decompensatio állott elő.

Hogy a négyórás maradék — esetleg jó kezdeti ürülés ellenére is — a pylorus-szűkülés eredménye, amellyel az atropinhatásban előálló egyéb spasmusos

tünetek szólnak. Így három esetben a gyomor nagy-görbületén állandó behúzódnak jelentkezett, mely miatt a gyomor homokóra-alakúvá vált. Hasonlót észlelt Eisler és Lenk⁴ macska gyomrán. Ritkán cascade-szerűvé lett a gyomor. A fekélyes bulbos duodeni atropin-hatásban elég gyakran torzult, nagygörbületi kontúrja nyeregyszerűen behúzódnak volt (Cole-hiány) olyankor is, amikor atropin nélkül e jelenség hiányzott. Fontosnak tartom ez utóbbi körülményt, mivel ez amellyel szól, hogy az atropinnal az ulcus duodeni egy úgynevezett „direct” tünete is provokálható. Functiós szűkülethez fogható fel a pépnek a duodenum valamely részében történő megakadása (többnyire a flexura duodeno-jejunalisnál vagy a pars verticalis és horizontalis inferior határán). Ilyenkor az előlötti telődés a duodenumnak valóságos öntvényét adja, melyen elég gyakran élénk peristaltika figyelhető meg. A pylorus atropinos szűkülete ritkán hányást is okozhat. Ez néha atropinkúra kapcsán áll elő, mely miatt az atropint ki kell hagynunk. Ezen atropin-idiosyncrasiának vélt jelenség igazi oka tehát többnyire ulcusos alapon létrejövő pylorusgörcs. Mindezen tünetek fekély esetében atropin nélkül is, önként előállhat, úgyhogy az atropin provokáló szerként fogható fel. Érdekes, hogy e spasmusos jelenségek főként a betegség fájdalommal járó periódusában, leginkább a hideg évszakban észlelhetők.

Ezen tüneteket nem-operált gyomron láttuk. Érdekes ezek után, hogy miképpen viselkedik atropinhatásban az operált gyomor?

Schüller⁵ a gastroenterostomiás gyomor kiürülését a következőképpen írja le: A gyomor és a bél helyi izomtonusa a gyomor és bél közti művi összeköttetést rendszeren zárva tartja. A gyomortartalomnak a nehézségi erő következtében bizonyos nyomással kell bírnia, hogy az anastomosis megnyíljon és a táplálék a bélbe jusson. Ilyenkor sem folytonos azonban a gyomortartalom ürülése, csaknem mindig megszakítják a bél peristaltikai hullámai. E peristaltika különböző egyénekben, sőt ugyanazon egyénben is időnként változik. E helyi, elzáró bélösszehúzódnakokat az intraventricularis nyomás fokozódása (lélekzés, massage stb.) legyőzi és így a gyomortartalom pulzálva a bélbe jut. Dagew⁶ a gyomor egyes részeinek kiürítő szerepét kutya tanulmányozta és azt találta, hogy, ha a gyomor egész pylorusos részét eltávolítja, a kiürülés feltűnően lassul. Ennek szerinte az a magyarázata, hogy a fundusrész 8 cm-nyi vízoszlopnak megfelelő nyomása (Moritz) nem képes pótolni az eltávolított antrum pylori 50 cm-nyi vízoszlop nyomásának megfelelő kihajtóerejét.

Feltehető ezek szerint, hogy a reszekált pylorusú emberi gyomor motilitását is a gyomortartalom súlya, a műteti nyílás tágassága és elhelyezése, a beszájadzó bélkacs összehúzódása, a hasúri nyomás változása inkább szabályozza, mint a megmaradt gyomororrész viszonylagosan csekély kihajtóereje. Számba jöhet még az ürülés állandóan csökkent volta esetében a benyíló bélkacs szöglettörése vagy összenyomása, időszakosan csökkent volta esetében a gyomor-bélszájadék görse (Löning?). A szerzők közül többen — különösen Stierlin⁸ — állandóan feltűnő gyors ürülést találtak, ami a gyomorcsomok esetlegesen fokozódott belső nyomásából semmiképp sem magyarázható. Ezen esetekben a gyors ürülés okát elsősorban a tág anastomosis-nyílásban és a gyomortartalom súlyában kell keresnünk.

Ezen irodalmi adatok tehát általában amellett szólnak, hogy kirekesztett pylorus esetén a gastroenterostomiás gyomor motilitásában éppen azon két faktor, melyet az atropin béníthat — vagyis a peristaltika és a tonus —, mellérendelt jelentőségű. Így, ha atropinhatásban csökkenne is a tonus és peristaltika, ez az előbbiektől szerint csupán két nem számottevő kihajtóerő hiányát jelentené és így az ürülésre nem volna hatással. Más szóval: ha a pylorus ki van rekesztve s a jól készített műteti nyíláson át a motilitás gyors, még atropinhatásban lassult, úgy ez — különösen megtartott tonus és peristaltika esetében — a beszájadási hely szűkületét jelenti. Ezen izomcontractio okát elsősorban vagushatásban, másodsorban az intramuralis idegrendszerre való hatásban kell keresnünk. Mint-hogy egyrészt a gyomorvagus bénulásának tüneteit nem észleltük, a vaguszigalom ellen pedig a tachykardia stb. szólnak, ezenkívül másrészt Klee⁹ vizsgálatai szerint a pylorus zárását centralisan a sympathicus, a gyomor egyéb részeinek mozgását pedig a vagus idegzi be, következésképpen, ha a nem-operált ulcusos gyomor pylorusa és a gastroenterostomiás nyílás atropin hatására egyaránt szűkül, úgy e két, különböző beidegzésű hely szűkületének okát nem lehet tisztán vagushatással magyarázni. A kiürülési helyek szűkületét valószínűleg az intramuralis idegelemek fokozott ingerülete okozza, melyekre — mint azt állatkísérletek igazolják¹⁰ — az atropinsulfat izgatón hat és amelyek létrehozhatják a pylorusnak és a gyomor más helyén levő mesterséges nyílásnak szűkületét.

Az előrebocsátottak alapján az operált gyomor kiürülésének késése azonos súlyú gyomortartalom és egyenlő tágasságú, jól vezető anastomosis esetén attól függ, hogy mily mértékű az Auerbach-plexus valamely dúcejesztőportjának ingerülete, milyen e csoport reflexkapcsolata a műteti nyílással és esetleg hogy mennyire fejlett ezen intramuralis idegrendszer automatiája.

Mondanunk sem kell ennél fogva, hogy a gastroenterostomiás gyomor atropinpróbájához még inkább szükséges egy előző, összehasonlító vizsgálat, mellyel az előrement műtét, a kiürülési viszonyok, esetleges szöglettörés, összenyomódás stb. megállapíthatók.

Összesen 24 gastroenterostomiás esetben végeztünk atropinpróbát. Ezek közül kettőt atropin nélkül előzetesen nem vizsgálhattam, egy esetben pedig az ürülés atropin nélkül is, atropinhatásban is oly gyors volt, hogy a gyomor viszonyait megállapítani nem lehetett. A műtétjavallat és általában a műtét előtti gyomorvizsgálat (két esettől eltekintve) nem klinikánkon történt. A műtét oka — egy carcinomát kivéve — ulcus volt. A műtétet csillapíthatatlan fájdalom, pylorusszűkület és egy esetben átfúródás indokolta. Az operált egyének gyomorpanaszai évekre (2—18 év) nyúlnak vissza. A műtét és a vizsgálat közti idő 1 hónap és 11 év között változott.

Az első — atropinpróba előtti — gyomorvizsgálattal megállapítottuk a gyomor viszonyait és azt találtuk, hogy a gyomortonus valamennyinél jó, illetve némelykor fokozott, a gyomor pedig ennek megfelelően zsák-, horog-, illetve kürt- vagy tülök- (szarv-) alakú volt, legmélyebb helye általában a cristavonal magas-

ságában vagy e fölött állott, de három ujjnyinál mélyebbre ez alá nem terjedt. A peristaltika középélénkségű, néhány gyomron kifejezetten sekély volt. Valamennyi gyomor jól ürült, hat esetben feltűnően bőségesen, hét esetben kissé gyengébben. A kiürülés átlag $\frac{1}{2}$ —1 óra, három esetben néhány perc alatt történt. Jelentékenyebb négy órás maradék egy esetben sem volt, mindössze négy esetben láttunk a beszájadástól distalisán fekvő, jelentőség nélküli (mogorónyi—kisdionyi) retentiót. A műteti nyílás többnyire a legmélyebb helyre esett. A további vizsgálat alatt megfigyeltük a kezdeti ürülést. Az átvilágítás időbeli egymásutánja attól függött, hogy mily bőségesnek látszott a kezdeti ürülés. Így egyes esetben a beteget már 5—10 perc múlva újból átvilágítottuk, más esetben 1—2, esetleg csak 3—4 óra múlva, mely időpontokat a vizsgálat atropinos megismétlésekor szigorúan betartottuk.

Az atropinpróbát a következő napon ugyancsak éhomra végeztük. 1 mg atropinsulfat subcutan injekciója után bevártuk valamely atropintűnet jelentkezé-

A gastroenterostomiás gyomor viselkedése atropinhatásban:

G y o m o r		Positiv A. P. (15 eset)	Negativ A. P. (6 eset)
Tonus	változatlan	12	6
	csökkent	0	0
	fokozott	3	0
Distalis polus	változatlan	13	5
	süllyedt	1	0
	emelkedett	1	1
Alak	változatlan	12	5
	homokóraalak	1	0
	tülök- vagy kürt- (szarv-) alak	2	1
Peristaltika	változatlan	9	6
	csökkent	1	0
	fokozott	5	0
Ürítés	változatlan	1	4
	csökkent	14	1
	fokozott	0	(1)

sét és csak ekkor etettük a szokásos Rieder-ételt. A vizsgálat menete egyébként hasonló volt az előző vizsgálathoz. A próba eredményét pozitívnak mondjuk, ha a gyomorban jelentékeny maradék van azon időpontban, amelyben azt az első, atropin nélkül történt vizsgálatkor üresnek találtuk.

A vizsgálat 24 eset közül 12-nek klinikai diagnosisa ulcus postoperativum volt (a Weber-próbát minden esetben többé-kevésbé tartósan és erősen pozitívnak találtuk). Ezek közül az atropinpróba (A. P.) — tétovgő anastomosis — 1 esetben negatív, a többi 11 esetben pozitív eredményt adott. Még pedig gyengén pozitív (+) 1, erősebben pozitív (++) 4, még erősebben pozitív 6 eset volt. 7 kérdéses esetben a klinikai tünetek nem voltak jellemzőek, occult vérzést sem lehetett kimutatni és ezért ezen esetek külön csoportba tartoznak. E kérdéses esetek A. P.-ja negatív volt 2 esetben, gyengén pozitív 1, erősebben pozitív 4 esetben. Az előbbi csoport és a nem-operált fekélyes gyomor atropinpróbájának több száz esetben látott eredményei alapján feltehető, hogy a 4 erősebben pozitív eset panaszait — negatív Weber-próba ellenére — fekély okozta. Érdekes, hogy 5 klinikailag gyógyult és panasz nélküli gastroenterostomiás egyén atropinpróbája mind az öt esetben negatív volt.

A fenti táblázat a gyomor viszonyait tüneti fel atropinhatás alatt. E táblázatból kirekesztettem

azon 2 esetet, melyet atropin nélkül nem vizsgálhattam és azon 1 esetet, melyben az ürülés gyorsasága mindkét vizsgálat alkalmával oly tetemes volt, hogy a gyomor viszonyait nem sikerült megállapítanom (az „ürülés” rovatba azonban ezen esetet is felvettem).

Ezen összeállításból látható, hogy az *A. P. positiv* volta nem a tonus és peristaltika csökkenéséhez kötött. A tonus változatlan marad, sőt némelykor inkább fokozódik. Egyértelmű ezzel a gyomor alakjának és helyzetének viselkedése. A peristaltika többnyire ugyan-csak változatlan, ritkán sekélyebb, néha mérsékelten fokozott és a hullámoknak inkább csak terjedési sebes-

1. ábra.



Evés után rögtön

2 h. p. c.

4 h. p. c.

H. M. 55 é. Gastroenterostomia.
1 mg atropinsulfat subcutan hatásában.

sege csökken anélkül, hogy egyúttal sekélyekké válnának. A kezdeti ürülés pozitív próba esetén majdnem mindig csökken, ritkán változatlan; negatív esetekben többnyire változatlan, de lehet mérsékelten csökkent vagy fokozott. Egy esetben spasmosus homokóraalak állott elő. Mindez független a gyomortartalom vegyhatásától és a jelentkező tachykardia, torokszárazság stb. intenzitásától.

A mellékelt ábrák (melyek átvilágítás közben, ernyőrajzról készültek) különösen intenzív *A. P.* eseteit mutatják. Mindkét eset vérző ulcus postoperativum.

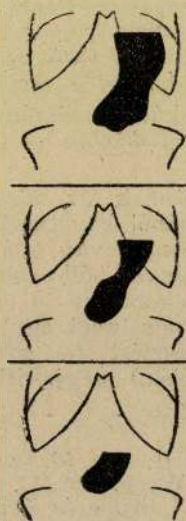
Az 1. ábra H. M. 55 éves férfibetegre vonatkozik. A jelen vizsgálat előtt 10 évvel gastroenterostomiát végeztek. Utána néhány évig jól volt. Két évvel ezelőtt mind hevesebb éhségfájdalma támadt. Felvételkor próbareggelije 20 perc múlva kivéve jól emésztett, kissé epés, szabad HCl 38, Ö. A. 60, Weber a székekben: + volt. Röntgen-vizsgálat 1920 július 3-án: A gastroenteroanastomosis a jó tonusú gyomor legmélyebb pontján, 3–4 ujjal a cristavonal alatt van, melyen keresztül a pép bőven ürül. A gyomor kontúrája éles, a peristaltikája közepmély. A pylorustájék jobbra-felfelé rögzített. Ürülés a duodenum felé nincs. Nyomásérzékenység az anastomosis helyén van. 2 h. p. c.: a gyomorban csekély maradék. 4 h. p. c.: a gyomor üres. 24 h. p. c.: a vékonybél kiürült, a bariumpép eleje a c. transversum középső harmadáig hatolt előre, a flexura hepatica coli tájéka a pylorus környékéhez fixált. Atropin-próba július 4-én 1 mg atropinsulfat hatásában (pulzus atropin előtt 62, atropinhatásban 88 percenként, pupillák tágabbak, csekély szédülés): a jó tonusú gyomor legmélyebb pontja 3–4 ujjal a cristavonal alatt van. A pylorus jobbra-felfelé dislokált. A peristaltika az antrumon mély, csaknem lefűző. Az elvezető bélkaes egyáltalában nem látható. 2 h. p. c.: a gyomorban teljes maradék. 4 h. p. c.: csaknem teljes maradék: a vékonybélben jelentéktelen telődés. *A. P.*: +++++.

A második eset Sch. L. 24 éves férfibeteg. Ugyan-csak ulcus postoperativum gyanúja miatt került a klinikára. A gastroenterostomiát a jelen vizsgálat előtt

két évvel, ulcus duodeni miatt végeztek. A beteg előadja, hogy az utóbbi hónapokban evés után 2–3 óra múlva heves gyomor-fájdalmakat érez. Probareggeli: szabad HCl 10, Ö. A. 17. Széke szuokszerű, benne Weber: +. Atropin nélküli vizsgálatkor a jó tonusú gyomor legmélyebb helyéről induló anastomosis bőven vezet, úgyhogy félóra múlva a gyomorban csak meggyoronyi maradék látható és egy óra múlva a gyomor teljesen kiürült. A következő nap végzett atropin-próba eredményét a 2. ábra mutatja be. Az *A. P.* ez esetben is +++++-esnek minősíthető.

Még egy — más szempontból is tanulságos — eset rövid leírásával egészítem ki az eddigieket. Ezen eset ugyanis egyike volt azon betegeknek, akiket műtét előtt és után is, úgy klinikai, mint Röntgen-vizsgálattal személyesen figyelhettem meg. T. J. 28 éves férfi évek óta szenved rendkívül heves éhségfájdalomban, mely 2–3 órával evés után újra előáll. A fájdalom néha oly kínzó, hogy a beteg ujját garatjába dugva hányással igyekszik állapotán könnyíteni. Hányadék a bő, elväsítja fogát, hányás után kissé megkönnyebbül. Probareggeli: szabad HCl: 58, Ö. A. 81, Weber a székekben: negatív. Has nyomásra nem érzékeny. A Röntgen-vizsgálat horogalakú, jó tonusú gyomrot mutatott, közepmély peristaltikával, jelentékenyebb közti réteggel és éles körvonallal, közepesen telődő bulbus duodeni-val, nyomásérzékenység nélkül. A gyomor négy óra alatt kiürül. A hypersecretiós panaszok miatt kezdett atropinsulfat-kúrát, $\frac{1}{2}$ mg-nyi mennyiség egy-kétszeri injectiója után abba kellett hagyni. Ugyanis a beteg minden injectio után erős szédülés kíséretében órák hosszat hányt. A hasonló mennyiségű szer hatásában végzett atropinvizsgálat kiderítette ezen „atropin-indioszinkrasiának” vélt állapot okát, amennyiben az atropin nélkül jól kiürülő gyomorban négy óra múlva még teljes, 24 óra múlva pedig $\frac{3}{4}$ -nyi, élénk peristaltikát mutató maradékot találtunk és a duodenum bulbust erős kéznyomással sem lehetett kitölteni. A maximalisnak mondható motilitás-zavar és a hányás okául az $\frac{1}{2}$ mg atropinsulfat-injectióra előálló pylorospasmust kellett tekintenünk. Műtét: Kérges fekély a duodenum bulbusában. Pylorus jól átjárható. Gastroenterostomia. Pyloruskirekesztés. A beteg műtét után 6–8 hónapig jól érezte magát, majd időnként hasában görcsöt érzett és vért hányt. Felvételkor próbareggelije: Szabad HCl: 30, Ö. A.: 50. Weber székekben negatív. Az epigastrium körülírtan nyomásérzékeny. A Röntgen-vizsgálat jó tonusú, horogalakú gyomrot mutat, melynek leg-

2. ábra.



Evés után rögtön

1 h. p. c.

4 h. p. c.

Sch. L. 24 é. Gastroenterostomia.
1 mg atropinsulfat subcutan hatásában.

mélyebb pontja a cristavonal magasságában van, kontúrája éles, peristaltikája közepmély. A legmélyebb helyről elágazó és jól vezető bélkaes beszájadásának helye nyomásra érzékeny. 2 h. p. c.: 1 ujjnyi maradék. 4 h. p. c.: a gyomor kiürült. Atropin-próba 2 mg atropinsulfat hatásában (pulzus atropinhatásban 72-ről 92-re emelkedik percenként, minden kellemetlen melléktünet nélkül) az előbbi vizsgálatkor horogalakúnak látott gyomor most tölcsér-, kürt- (vagy szarv-) alakhoz hason-

litható, distalis polusa és peristaltikája tekintetében az előbbi lelettől nem tér el, ellenben motilitása feltűnően gyengült, az elvezető bélkacs csak kéznymással tölthető. 2 h. p. c.: $\frac{1}{2}$ -nyi maradék. 4 h. p. c.: $\frac{1}{3}$ -nyi maradék. A. P.: ++. A beteg atropinkúrát kezd, melyet jól tűr, majd gyógyultán távozik.

Ezen esetben érdekes 1. a műtét előtti periodus: a fekély biztos tünetét (ú. n. „direct” tünetét) nem mutató, larvált ulcus duodeni, melynek azonban A. P.-ja erősen pozitív volt. 2. Különösen érdekes az atropinos hányás, mely műtét után megszűnt. E körülmény egyúttal csaknem kísérleti bizonyíték arra nézve, hogy a hányás oka ezen esetben nem valamely alkati gyengeségből származó atropin-iniosynkrasia, hanem az atropin által provokált pylorospasmus volt. 3. A műtét utáni vérhányásból, az anastomosis helyének nyomásérzékenységeiből és ugyancsak a műtét utáni pozitív A. P.-ból ulcus postoperativumra lehet következtetni, melyet a diatával stb. kapcsolatos atropinkúra meggyógyított.

Hogy a gastroenterostomiás gyomor pozitív vagy negatív A. P.-ja a fekély szempontjából diagnostikailag minő biztonsággal értékesíthető, azt egyelőre nehéz eldönteni. A pozitív A. P. ténye maga érdekes és vele kapcsolatban talán magyarázni lehet az atropin fájdalomcsillapító, sőt fekélyt gyógyító hatását is.

Az elmondottak alapján azt látjuk, hogy a gastroenterostomiás gyomor hasonlóan viselkedik atropinsulfattal szemben, mint a nem-operált, noha a kiürülés helyének központi beidegzése a műtét következtében megváltozott. E körülmény az intramuralis idegrendszer jelentőségét domborítja ki.

Láttuk ezenkívül, hogy az atropinos hányás peripheriás okból — pyloruspáros következtében — is létrejöhet. Egyébként, ha atropinkúra folyamán görcsről vagy hányásról panaszodik a beteg, *gondoljunk ulcusra*.

Ezzel kapcsolatban rámutatnék az atropinkúrának eddig ugyancsak sehol meg nem említett *contraindicációjára*, mely az elmondottakból szinte önként következik. Ugyanis kezdődő heges pylorus-szűkület esetében végzett atropinkezelés a szűkületet fokozhatja és így a decompensatiót gyorsíthatja, amennyiben a meglevő szervi stenosishoz egy az atropin által okozott functiós szűkület adódik hozzá, mely a beteg táplálkozásának és a gyomor tonusának fokozott romlására vezet. A későbbi műtét eredményének szempontjából ez nem közömbös. Eszerint *kezdődő szervi pylorus-szűkület esetében az atropinkezelés meggondolandó*.

Egyébként az atropinkúra eredménye — a pyloruson ülő fekély eseteitől eltekintve — látszólag független az A. P. fokától.

Ugyancsak az atropinnak az ulcusos gyomor motilitását csökkentő hatásából következik, hogy azon esetekben, melyekben a beteg soványodását a gyors motilitásra és a következményes bélhurutra lehet visszavezetni, még subaciditas esetében is megkísérélhető a rendszeres, esetleg sósavpepsinnel együttes atropinkúra, mely a gyomoremésztést (a gyomortartalom hosszabb időzése következtében) megjavíthatja, feltéve, hogy az A. P. pozitív.

Irodalom: ¹ Ötvös: O. H. 1920, 52. sz.; Klin. Woch. 1922, 8. sz. — ² Lasch: Klin. Woch. 1922, 17. sz. — ³ Ötvös: Klin. Woch. 1922, 24. sz. — ⁴ Eisler és Lenk: M. m. W. 1913, 37. sz. — ⁵ Schüller: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1911, XXII. k. 5. f. — ⁶ Dagew: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XXVI. k., 1. füz. — ⁷ Löning: A Hamburgi Orvosegyesület ülése 1922 febr. 24-én. — ⁸ Stierlein: Klin. Röntgendiagnostik d. Verdauungskanales 1916. — ⁹ Klee: D. Arch. f. klin. Med. 1919, 128—129. és 133. k. — ¹⁰ H. H. Meyer: Die exp. Pharmakologie, III. kiad. 1908.

KLINIKAI ELŐADÁS.

(Első közlemény.)

Bevezetés a fertőző betegségek therapiájába.

Tartotta: Bárány Korányi Sándor ny. r. tanár.

(1923 október 11-én és 12-én.)

A therapia általában két különböző terv szerint járhat el. Támogathatja, szabályozhatja a természetes gyógyulás folyamatait, vagy a betegség lefolyásába beavatkozásaival olyan tényezőket visz bele, amilyenekkel a magára hagyott természet nem dolgozik soha.

Fertőző betegségek gyógyulása a szervezet győzelmét jelenti a kórokozó fölött. Ha ezt a győzelmet a természetes eszközökre gyakorolt befolyásunkkal igyekszünk elősegíteni, lépten-nyomon reábukkanunk ismereteink hézagaira, amelyeknek kitöltése nélkül a spontán gyógyulás menete felől tiszta képünk nem lehet. A megoldatlan problémák közé tartozik sokszor a győzelemnek végső phasisa is. Az elgondolható lehetőségek közt legegyszerűbbnek látszanék az élő kórokozó elpusztítása. De egymagában ebből a gyógyulást egészében megmagyarázni sokszor nem lehet. Igaz, hogy a typhus bacillusa a defervescencia után nem kering a vérben, de igen sokszor ott marad az epehólyagban, a bélben, esetleg a szervezeten belül, pl. periostitis góciókban. A gyógyult diphtheriás, pneumoniás beteg nyálkahártyafelületein ott maradhatnak a kórokozók, ahonnan a betegség megindulása vette kezdetét. A gyakorlati szempontból gyógyultnak mondható tuberculosos beteg szervezetének eltolt góciában virulens állapotban élhet a tuberculosis bacillusa és így tovább. E tények azt mutatják, hogy a gyógyulásban a mikrobák elpusztításán kívül más tényezőknek is fontos szerepük lehet, amelyek közé tartozik meggátolása annak, hogy a kórokozók a szervezetben szabadon mozogjanak és abban a betegség képéhez tartozó helyi vagy általános hatásokat legyenek képesek létrehozni. A változás, amely ezt okozza, nevezhető-e immunitásnak a szó igazi értelmében? Wright csakugyan azt hiszi, hogy a fertőző betegség gyógyulásának útja az immunizálódás és vaccinaló therapiájával ezt igyekszik gyorsabbá és erősebbé tenni. Sok példa hozható fel azonban mint érv e feltevés ellen. Az immunitás tanának vannak indirect módszerei az immunitás kimutatására és mérésére: specifikus serumreakciók, melyeknek intenzitásával az *egészséges* egyén védettségének kifejlődése látszólag nagyjában csakugyan összefügg. De hogy a védettség kifejlődésének az a módja és foka, amely serumreakciókban konstatalható, a *beteg* egyén gyógyulásával *egyszerű* viszonyban nem áll, az kétségtelen. A typhus vagy más fertőző betegség meggyógyulhat akkor is, ha a specifikus serumreakciók intenzitása csekély, a gyógyulás igen nagy intenzitású serumreakciók mellett is elmaradhat és intensív reakciók recidivákat nem zárnak ki. E reakciónál biztosabb, exactabb, mert közvetlenebb bizonyíték a immunitásnak a betegség elmaradása olyan körülmények között, amelyek között az nélküle bekövetkezik. Ha pedig azt látjuk, hogy a lefolyt typhus után recidiva következik, hogy a recursus első lázas időszakát néhány nap mulva relapsus követi, hogy a malaria, a syphilis, rövidebb vagy hosszabb lappangás után újra manifestté válik és hogy a syphilises meg éppen csak addig nem reinficiálható, amíg — akár manifest, akár lappangó formában — beteg, akkor ezen és más hasonló tapasztalatokból csak az a következtetés vonható le, hogy úgy a tüneti, mint

a teljes, a végleges gyógyulás lehetősége fennáll igazi immunizálódás nélkül is, éppen úgy, mint ahogy az bekövetkezik akkor is, ha az élő kórokozók ott élnek tovább, ahonnan a betegséget megindították.

Igaz, hogy a felsorolt néhány példán szerzett tapasztalatokat általánosítani nem szabad, de ez fontosságukból nem von le semmit. Ezek azt bizonyítják, hogy a vis mediatrix naturae-nak vannak módjai, amelyek felől sejtelmünk is alig van ma még és ha tudásunk e hézaga egyrészt talán lehangoló, másrészt az, hogy reámutassunk, annál fontosabb, mert a biztatásra, amely abban rejlik, hogy a jövőtől új elvek megismerésére és eredményes felhasználására számíthatunk a therapiában, annál nagyobb szükségünk van, minél több csalódás ért, mikor a már ismert elvek alapján elért egy-egy siker optimismusunkat azzal az eddig meg nem valósult reménnyel töltötte el, hogy a fertőző betegségek therapiája általános érvényességű princípiumainak birtokában vagyunk.

Ilyen elv az élő kórokozók elpusztítása a beteg szervezetben gyógyszerekkel közvetlenül, vagy a szervezet funkciójában létrehozott változások közvetítésével. Megvalósításának lehetőségét bebizonyította az empiria, mikor a syphilis ellen a kénesőt, a malaria ellen a chinakérget találta meg. A *tervszerű* munka ezen a téren a desinficiáló vegyületek kipróbálásával vette kezdetét. Azonban csakhamar kitűnt, hogy a probléma nem olyan egyszerű, mint amilyennek a bakteriologia fejlődésének első korszakában látszhatott. A desinficiens-ek protoplasmamérgek, amelyek a megtámadott szervezetet éppen úgy, vagy jobban veszélyeztetik, mint a támadó kórokozókat. Nekünk nem ilyenekre, hanem olyan mérgekre van szükségünk, amelyek *bizonyos* sejtekre nézve mérgezők, másokkal szemben többé-kevésbé ártalmatlanok. Csak egy lépést kell tovább tennünk ebben a gondolatmenetben, hogy a követendő célt éppen csak *egyes* kórokozókra vagy csoportokra ható vegyületek megtalálásában ismerjük fel és akkor, bár tudásunknak egész más tartalmat adva, egész más technika birtokában, arra az útra jutunk, amelyet elődeink tartottak a siker útjának, amikor betegségek ellen *specifikus* gyógyszereket kerestek. A „specifikus” szóval sokszor visszaélnek. E visszaélés kiindulása talán a gyógyszeripar reklámja volt, amely előszeretettel nevezi termékeit specifikus gyógyszereknek. A sokszor ismételt hibás kifejezési mód ragad és ma már nemcsak hirdetésekben, hanem orvosok nyelvszokásában is sokszor elhomályosul a specifikus szónak igazi jelentősége. Ezt igen világosan fogta fel és fejezte ki az öreg *Sydenham*, és tudományos nyelvünk tisztasága érdekében kívánatos, hogy e kérdésben oda térjünk vissza, ahol ő állott. Szerinte a specifikus gyógyszer és a betegség között szoros, exclusiv viszonynak kell fennállania, amelynél fogva a betegséget éppen specificitásától fosztja meg és ezáltal a természetnek általános és a kórokozó minőségétől független gyógyító erőt szabadítja fel. A salvarsan által specificitásától megfosztott syphilitikus fekély úgy gyógyul, mint bármely más folytonossághiány. Régebben specificumokat az orvosnak csak az empiria ajándékozott. Az a tudós, akivel e téren új, sokat ígérő korszak vette kezdetét, *Ehrlich* volt, akinek chemotherapiás módszere a *tervszerű* keresés számára teremtetten meg a lehetőséget azáltal, hogy megmutatta, mi módon lehet bizonyos chemiai testeket olyan alakba hozni, amelyben bizonyos sejtekre sokszorta erősebb hatásúak, mint másokra. A salvarsan fölfedezése óriási nagy jelentőségű dolog, de még nagyobb, hogy az út, amelyen járva *Ehrlich* a salvarsan molekuláját céltudatosan

építette fel, beláthatatlan sikerek reményét kelti más téren is. Az elért eredmények azonban bármily fontosak is, egyelőre csak kevés betegség gyógyszerét adták kezünkbe. Alkalmazásuknak egyik speciális módja az, amely nem várja meg a betegség manifestté válását, hanem mint praeventiv therapia az infectiót követve, azt a manifestté válás előtt győzi le. Ilyen a malaria chinin-prophylaxisa, amelyhez, ha csakugyan beválik, mint kimondhatatlanul nagyjelentőségű dolog fog csatlakozni *Fournieu* stovarzolja, amely *Levaditi* és *Fournier* tapasztalatai szerint a beoltott syphilis kitörését előzi meg.

A specifikus gyógyszerek sora bővül, ha fogalmukat kiterjesztjük azokra az anyagokra is, amelyeket nem a vegyész, hanem az inficiált szervezet maga produkál az infectióval belejutott antigenek ellen. E *természetes specificumok* készítésének két módja van. Az élő kórokozót, vagy mérges produktumát, az „antigen“-t, a kezelendő egyén szervezetébe hozva, azt magát bírjuk arra, hogy az ellenanyagokat produkálja. Ez a mód az „*activ immunizálás*” módszere. A másikat követve az antigent ép állatokba oltjuk és az általuk készített antitesteket serumokkal visszük be a kezelendő szervezetbe, azt a „*passiv immunizálás*” útján igyekezve védeni vagy gyógyítani. Elvileg ezzel azonos a reconvalescens-serumoknak használata. Az alkalmazás idejét tekintve e módszerek háromféleképp használhatók: mint prophylaktikus immunizálások az infectio veszélyében élő, de még nem inficiáltak megvédésére, mint a praeventivnek mondható therapia eszközei az infectio bekövetkezése után, de még a betegség manifestté válása előtt és mint a szó közönséges értelmében vett gyógyszerek a betegség manifestté válása után. A prophylaktikus oltás *Jenner* himlőoltása óta az az ideális eljárás, amelynek minél tágabb alkalmazási körére törekszik az orvosi tudomány és talán bebizonyítottan tekinthető, hogy typhus, dysenteria, tetanus, diphtheria, kanyaró és talán még egy-két emberi betegség ellen több-kevesebb sikerrel lehet hol *activ*, hol *passiv* immunizálásra törekedve, oltani. A már inficiált ember praeventiv therapiájának klasszikus példája *Pasteur* veszettség elleni oltása, amelyhez az infectio után, de a betegség kitörése előtt adott tetanusserum, talán a diphtheria-serum és a kanyaró-reconvalescens serumának hatása is csatlakozik. Kevésbé megbízható, de többé-kevésbé beválik a betegség manifestté válása után a serumtherapia alkalmazása diphtheria, talán a meningitis cerebrospinalis, a tetanus és a dysenteria ellen. Még kevésbé megbízhatók azok az eredmények, amelyeket nem kész antitestek bevitelével érünk el serumokkal, hanem magának az előlt kórokozónak vagy belőle készített antigeneknek kis mennyiségbeni befecskendezésével igyekszünk kieroszakolni azáltal, hogy a beteg szervezetét intensivebb antitestképzésre serkentjük, mint ahogy az pl. a tuberculin-, vagy a *Wright* által a betegségek hosszú sorában megkísérelt vaccinatherapia keresztülvitelekor történik.

Az *activ* és a *passiv* immunizálás, a vaccinálás és a serumtherapia módszerei szigorúan specifikusak és azok az anyagok, amelyekből alkalmazásaikban a gyógyító hatást várjuk, a specifikus antigen ingerére bekövetkező reakciók termékei. Alkalmazásuk abból a gondolatból indul ki, hogy az inficiált szervezet spontan reakciójának termékeihez mesterségesen adva bizonyos mennyiséget a serumtherapiában, vagy pedig a betegséget okozó antigen ingerét mesterséges antigen-bevitellel fokozva a vaccináló therapiában, a támadás és a védekezés közötti viszonyt az utóbbi javára toljuk

el a beteg érdekében. A vaccináló therapia kis dosisokkal dolgozik. Óvatosságának alapos okai vannak. *Wright* mutatott arra rá, hogy a vaccináknak betegségek között jól kimutatható hatása lehet a specifikus antitestek ideiglenes megfogyása. Ha a vaccinálás e „negatív phasisban” ismételtetik, vagy a negatív phasis súlyosabb, akkor a védekezés megtörésére vezethet. E tényben a nagyon általános érvényű *Arndt-Schulz*-féle törvényre ismerünk rá, amely szerint ingerek, ha intenzitásuk bizonyos határon túl emelkedik, bénító hatásúak. E tény tekinteten kívül hagyása volt a tuberculin-therapia korai katastrófiájának okozója. De a specifikus vaccina nemcsak védekezést kiváltó ingert visz a beteg szervezetbe, hanem olyan mérgeket is, amelyek a már fennálló infectiónak a betegséget magát okozó mérgei. Ez a therapia tehát nemcsak a védekezést, de a betegséget is fokozza és a betegébb, kevésbé ellenálló organismus reactióiban az *Arndt-Schulz*-féle átesapás ingerületből bénulásba alacsonyabb ingerdosistól következik már be, mint különben. Azért az ilyen therapiát kétélűvé teszi az a körülmény, hogy a kedvező hatású ingerdosis ismeretlen felső határát maga az inger szintén ismeretlen mértékben szállíthatja le. A kis dosisokkal dolgozó vaccináló therapia, ha egyáltalában hatásos, eredményét lassan érleli, a nagyokkal dolgozás pedig a céllal ellentétben álló eredményt érhet el. Erélytelensége az első és jelzett veszélyei a második esetben teszik alkalmasítását annyira kétes értékűvé, a betegségek gyógyításában, hogy helyét a therapiában csak nehezen állja meg. Nagyobb eredmény csak erélyesebb és veszélytelenebb beavatkozástól volna várható. E két követelmény egymással ellentétesnek látszik ugyan, de talán mégis kiegyeztethető. Az elsőre helyezte a súlyt *Ichikawa*, a másodikkal nem törődve és merész kísérlete bámulatos hatásának bizonyult. Typhusban szenvedők venáiba előlt typhusbacillusokat fecskendezett. E beavatkozás eredményeképpen hidegrázással járó nagyobb, sokszor aggasztó hőemelkedés, utána gyors hőesés észlelhető normalis alatti hőfokig és a typhus krisissel végződik, akárcsak a pneumonia crouposa. E nagyszerű hatás nem jár okvetlenül a bacillusok előlérésével, de az immunitás hirtelen nagy fokra hágásával sem, mint ahogy nem jár a spontán lassú gyógyulás, mert úgy, mint ez után, a mesterséges gyógyulás után is csak hamar recidiva következhetik. A beavatkozás tehát azt a homályos valamit hozza actióba, ami a spontán gyógyulásnak valószínűleg legfőbb eszköze és amit ma még nem ismerünk igazán. De bármily meglepő ezen therapia eredménye, a praxisban meghonosodni nem tudott, mert két veszélye van. Megtörténhetik, hogy a nagy reactio leküzdhetetlen collapsusban folytatódva, halálössé válik és megtörténhetik, hogy a reactio elégtelen marad. Ekkor sokszor az látható, hogy múlt hőesés után a beteg láza újra felemelkedik, de nem éri el a beavatkozás előtti fokát. Mélyebben, az eddiginél nagyobb remissiókkal húzódik szokatlanul hosszú időn át tovább, a beteg pulzusa szaporább, rosszabb marad, status typhosus súlyosabb és bajának hosszú, astheniás lefolyása, gyakran kedvezőtlen vége mutatja, hogy az ostorcsapás, amely a gyógyítás folyamatait csak elégtelenül tudta élénkíteni, a védekezési képességből helyrehozhatatlanul elvett valamit, aminek elvesztése rontott a beteg helyzetén. *Ichikawa* módszere tehát nagyon hatásos, de nem elég óvatos. Óvatosabb *Besredkái*, aki, mint már *Rumpf* 30 év előtt, a typhusbacillust a beteg bőre alá fecskendezte be. Veszélyei kisebbek, de sokkal kisebb a hatásossága is és kíváncsúnak látszik a cél elérése más, hatásosabb és nem veszélyesebb úton. Az, hogy ezt mi módon lehetne elérni, elméletben

megformulázható. A typhusgyógyító reactio olyan ingerre volna szükség, amely typhusmérget nem visz bele a szervezetbe és amelynek dosisa úgy határozható meg, hogy az *Arndt-Schulz*-féle átesapás fokozott reactióból bénulásba elkerülhető legyen. A typhusmérget a védekezés ingerétől azonban a typhusbacillusból származó vegyületekben egymástól elválasztani lehetetlen. De van a sejteknek egy tulajdonsága, amelyet *Leube* tenacitásnak nevez. Ha azok valamikor nagy benyomást szenvedtek el és bizonyos irányú reactióra kényszerültek, később az eredetétől igen távol álló ingerekre is ugyanolyan reactióval válaszolhatnak. E tulajdonságnak nem magyarázata, de azt talán jobban világítja meg a következő hasonlat: Valamely nagyhatású élmény emléke idővel elhalványulhat, de nagyságának következményeképpen tőle igen távolálló benyomások hatása alatt is minduntalan újraéled, jelentkezésével megmutatva azt, hogy a súlyos élmény hatása bennünk maradandó, cselekvéseinket sokszor tőle távolosó téren is befolyásoló nyomot hagyott. Ehhez hasonlítható sejtemlékezet-féle hozza magával azt, hogy pl. typhus elszenvedése után hosszabb idővel, mikor a specifikus antitestek az ember serumából régen eltűntek, azok újra megjelenhetnek igen forró fürdő, mértéktelen étkezés, valamilyen újabb, az eredetétől különböző fertőzés és más nemspecifikus ingerek hatása alatt. Nem volna-e lehetséges az, hogy már magának a betegségnek lefolyása alatt a sejtek tenacitása azt eredményezi, hogy nonspecifikus ingerek a kórokozó antigen által megszabott specifikus irányú reactiókat váltanak ki? Ha igen, módunkban állna az, hogy a gyógyulás folyamatait olyan anyagokkal élénkítsük, amelyekből magának a betegségnek specifikus mérge hiányzik. Ez jelentékeny haladást jelentene. Lehetőségét már *Ichikawa* első tapasztalatai megmutatták. Typhusbacillusokkal paratyphust is meggyógyított. Azután mások typhust gyógyítottak colival, pyocyaneussal, gonococcussal és így tovább. Tehát a gyógyításnak az inger specificitására szüksége nincs, de hozzá még bakteriumok sem kellenek. Példával maga a természet jár elől. A pneumonia crouposa tömeges exsudatumának fehérjéjét a betegség első hetének vége felé az azt átjáró fehérvérsejtek szétesésekor kiszabaduló fermentum megemésztí. A vérben ekkor albumose mutatható ki. Ezzel együtt a perturbatio critica hőemelkedése után a betegség krisissel gyógyul, akárcsak a typhus *Ichikawa* kísérletében. A pneumonia crouposában működő fehérjebomlási termékek a beteg saját fehérvéréből erednek. *Widal* azt találta, hogy az eredmény elérésére már a vér fehérvérének az a megváltozása is elég, amely akkor megy végbe, mikor a vérből serum válik ki. A beteg saját vérenek seruma intravenásan éppen olyan kritikus végét okozhatja a typhusnak, mint *Ichikawa* intravenás bakteriotherapiája. A bakteriotherapia idegen fehérvét juttat a szervezetbe. Parenterális megemésztődésének termékei hathatnak úgy, mint a pneumoniás beteg vérenek elárasztása albumoseval. *Lüdke* magával az albumoseval tett kísérletet. Ha azt a typhusos vérébe fecskendezte, a typhus krisissel végződik, mint a pneumonia, amelyben az albumoset a vérbe maga a kóros folyamat juttatja be. De *Lüdke* eljárása is veszedelmes. Az *Arndt-Schulz*-féle törvény itt is megnyilatkozik. Túlzott albumoset dosist collapsus, esetleg halál követ gyógyulás helyett és a kielégítő, de nem veszélyes dosis egyénenként, az egyén reagálóképességének nagysága szerint változik, még pedig előre meg nem ítéltető módon. Veszélytelenebb eljárásnak bizonyult idegen fehérje befecskendezése a bőr alá, a szervezetre bízva azt, hogy elbontását és ennek révén a hatóanyagok kiszabadítását maga

végezze el. Így született meg a heteroprotein-therapia, amely különböző idegen fehérjékkel ért el több betegség ellen eredményeket. Úgy látszik, a typhus therapiájában nem értéktelen. *Bingel* óta valószínű, hogy a diphtheriaserum gyógyító hatása részben a lóserum fehérjéjének tulajdonítandó. A tejfehérje, serumfehérje jól hat gonorrhoeás és más athritisek ellen és így tovább és bár ma e gyógyeljárás kritika nélküli alkalmazása a gyakorlatban minden elképzelhető határon túlhaladt, bátran kimondhatjuk azt, hogy az új irány nem eredménytelenül fejlődik tovább, lemondva a hatásosság megdöbbentő nagy fokáról, kerülve veszélyeit és áthidalva az őrült a specifikus és a nonspecifikus therapia között. Hatásának lényegét nem világítja meg *Weichhardt* szava, amely azt „protoplasma-aktiválás”-nak mondja, de az kétségtelen, hogy egy actiót élénkít, amely gyógyít a szó igazi értelmében vett immunizálás nélkül. Ezt az actiót az élő anyag homályos tulajdonsága teszi lehetővé, amely az egyén erőbeli állapotával jól felismerhető összefüggésben áll. Ugyanaz az aktiváló befolyás, amely a typhus első napjaiban a jó állapotban lévő beteget egy csapásra meggyógyítja, a gyöngét, vagy a typhus hosszabb fennállása óta megviseltet megzavarja, de nem gyógyítja meg, vagy ha állapota még rosszabb, romlásba viszi. Az aktiváló therapia legjobb eredményeit azokban az esetekben észleljük, amelyekben a prognózis legjobb a magára hagyott lefolyásban is. Ez valószínűvé teszi azt, hogy az aktiváló therapia a gyógyulás folyamatába nem visz be új principiumot, hanem a spontán gyógyulásra vezető actiókat élénkíti meg. Ezek élénkségét több körülmény szabja meg: maga az élet intenzitása az egyik, a másik pedig az azokat kiváltó inger. Úgy látszik, hogy az aktiválás az inger és a reactio közti viszonyt változtatja meg. Azért hathat jól, de rosszul is azáltal, hogy a védekezés képességéből nagyon mélyen merítve eszközeit, azt kimerítheti. Ha kevésbé szembetűnő eredményeket hozhat is létre, de kiméletesebbnek látszik az a therapia, amely az inger és a reactio közti viszonyt mesterségesen nem módosítja, de az actio forrását, magát az életet erősíti meg, amely tehát nem a meglevő képességet használja ki kíméletlenül, hanem a képességet fokozva, kihasználásának mértékét a természetre bízta.

A mesterséges és a természetes eszközökkel dolgozó specifikus therapia a gyakorlatban alkalmazott orvosi tudománynak legtökéletesebb alkotása; annak sokszor értékes kiegészítője az aktiváló therapia, amely nonspecifikus eszközökkel hoz létre specifikus reactiókat, de mindkettő egyelőre csak kevés betegség gyógyítására használható. Amíg pedig az így gyógyítható betegségeknek száma kicsiny marad, az orvos betegeknek nagy többségét más elvek szerint kénytelen kezelni. Abból, hogy ilyenkor eljárásai nem specifikusak, következik, hogy azok nem változnak úgy a betegségek szerint, mint a specifikus gyógyszerek. *Sydenham* szerint a természet ugyanazon törvényeket követve hozza létre a betegségeket, amelyek szerint különböző állapotokat és növényeket teremt. E gondolat, amelynek igazságát a mikrobiologia bizonyította be, folytatható. A természet nem teremti egyenként az állatoknak és növényeknek szinte végtelen sorát, hanem az élő anyagot. Az nagy, általános érvényességű törvényeknek engedelmeskedve, a reá ható különböző körülmények között, és különböző multja szerint, amelyen át a generációk hosszú egymásutánjában jelenét elérte, ezer meg ezerféleképpen változó structurában és ezzel összefüggő functiókban él és nyilatkozik meg előttünk. E különbségek szerint az élő anyag különböző formái sokszor ugyanazon befolyások-

kal szemben különböző módon viselkednek és éppen e különböző reactiókban nyilvánul meg specificitásuk. De vannak befolyások, amelyeknek hatása az élő anyag általános törvényeibe kapcsolódik bele és amelyekkel szemben tanúsított viselkedés az élő anyag eredeti egységét véghetetlen változatos formáiban is kifejezésre juttatja. A fertőző betegségeknek is megvannak általános érvényességű törvényeik, amelyek azokat a pathológiának nagy egységévé foglalják össze és mikor ezeknek betegségenként változó folyamánaira specifikusan hatni nem tudunk, therapiánk többé-kevésbé általános törvényszerűségeikbe kapcsolódhatnak bele. Ennek az eljárásnak módszereivel a fertőző betegségek általános therapiájának tana foglalkozik.

(Folytatjuk.)

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diaetás kezelése.

3. Petrén-féle zsíros főzeléknap.

A háborús táplálkozásnak a diabetikus acidosisra való jó hatását *Petrén* főleg a *fehérjemegszorításnak* tulajdonítja és ezért a főzeléknap étrendet úgy módosította, hogy súlyos acidosisban szenvedő betegeknek egyidejű fehérje- és szénhidrátmegvonás mellett napi 200–250 g zsírfogyasztást ír elő, amely nagy zsírmennyiség bevitelére az eddig szokásosnál is több főzeléket használ fel. A fehérjéket veszélytelenül lehet, szerinte, igen erősen csökkenteni, mert vizsgálataiból az derül ki, hogy a súlyosan beteg diabetikus szervezet fehérjemínimuma annyira leszállott, hogy nitrogénegyensúlyt napi mintegy 20 g fehérjével is el lehet érni.

Étrendi előírása a következő:

Reggelire: egy csésze tea vagy híg feketekávé saccharinnal és egy tojássárgája cognac-kal.

Tízóra: főzelék 50 g zsírral és szalonnával.

Ébédre: erőleves, utána főzelék 100 g zsírral készítve, rettek, fejessaláta vagy uborka hozzá hidegen salátának és áfonya-compote.

Uzsonnára: egy csésze saccharinos tea vagy híg feketekávé és 2 tojássárgája cognac-kal.

Vacsorára: főzelék 100 g zsírral vagy szalonnával készítve és áfonya-compote.

Egész napra: 1–3 aero-caces és félliter bor. A zsír egy része vajjal vagy sűrű tejjel helyettesíthető.

A főzelék mennyisége itt nincs előírva, annyit adunk, amennyit a beteg maximalisan elfogyasztani képes, naponta átlag 800–1000 g-ig. Ily nagy tömegű főzeléknek napokon keresztül való változatos elkészítése konyhatechnikai szempontból nem könnyű feladat. Nálunk a főzeléket, különösen a férfiak, általában nem igen szeretik. Célszerű ezért a környezetet figyelmeztetnünk, hogy csakis kifogástalan minőségű és friss főzeléket használjon fel; állott, fonnyadt, romlott, fás vagy férgecs főzelék hosszú időre képes elrontani a beteg étvágyát. Fontos ezenkívül a főzelékek gondos megtisztítása és izléses feldarabolása, valamint hogy a megmosáshoz és főzéshez használt víz jó és friss legyen.

Korlátozza a változatosságot az a körülmény, hogy zsíros főzeléknapon csupán a nitrogénszegény (5–7%-os) főzelékfajtákat adhatjuk, így édes és savanyított fehér káposztát, vörös káposztát, kelkáposztát, zímós kelt, parajt, kelvirágot, spárgát, különféle fajtájú zöldbabot, zöldborsót, igen tejcs kukoricát és uborkát. Tekintettel arra, hogy a Petrén-napokon a főzelék főleg a zsír bevitelére szolgál, azon konyhatechnikai eljárásokat fogjuk előnyben részesíteni, amelyeknél a főzelék sok zsírt vesz fel magába. Ilyen elkészítési módok: a forró zsírban való párolás (franciásan: *sautierozás*) és a zsírban való kisütés (*panierozás* és *gratinierozás*). Ügyeljünk arra, hogy az ételek kellő hőmérséklen kerüljenek az asztalra, esetleg előre melegített tányérokra vagy ételmelegítőkről kell gondoskodnunk, mert a kihűlt zsíros főzeléknek már a látása is könnyen undort kelthet. A felmelegítés nem rontja a főzelékétét. A változatosság érdekében főzelék-conserveket is felhasználhatunk; ha megbízható házi készítmények nem állanak rendelkezésre, úgy kizárólag elsőrendű árut kell a betegeknek ajánlanunk, mert az olcsó gyártmányok között sok lehet a romlott és ártalmas. A főzelék ízesítésére vonatkozó-

lag a rendes főzeléknapon elmondottak lehetnek irányadók.

Petrén-napokon az előírt *nagymennyiségű* zsírt nem lehet huzamosabban kizárólag főzelékek bejuttatni anélkül, hogy undort ne váltson ki a betegnél. Ezért azt a zsírmennyiséget, melyet főzelékek bevitelével nem sikerül, zsíros élelmiszerek formájában adjuk. Így adhatunk szalonnát, sonkaszírt (az izomszövetből gondosan megtisztítva), marhacsontvelőt, sűrű tejszínt és tojássárgáját akár nativan, akár elkészítve, illetve izesítve. izesítéssel készül például a vajból a *champignon-vaj*, a *rák-vaj*, a *sardella-vaj*, piritással a *barnavaj-mártás*; tojássárgájával elkeverve pedig a *sauce hollandaise*; vaj, tojássárgája és tejfőből a *sauce gratin*. Tojássárgája és szeszparlatok keverékéből készülnek a *tojáslikőrök*, jelen esetben természetesen sacharinnal cukor helyett. A disznózsír jól izesíthető pecsenymártással, a jus-vel vagy a magyaros konyhában annyira kedvelt paprikával és piritott hagymával.

Régi empirikus tapasztalat szerint erősen zsíros ételre a csömör megelőzésére *alkoholos italt* kell inni. Ezért az étkezéshez bort szoktunk adni, és pedig miután a zsírdús étrend gyakran okoz hasmenést, célszerű, ha vörösbort fogyasztatunk. Hasonló okból ír elő *Petrén* áfonyacompote-t naponta kétszer.

Az eredeti előírás szerint zsíros főzeléknapokat csak *igen súlyos esetekben* alkalmazunk és addig folytatjuk, esetleg hetekig, amíg a beteg cukor- és acetontmentes lesz. Tapasztalataink szerint ily hosszúra nyújtott diéta kezelés nagyon nehezen vihető keresztül, mert a betegek legtöbbször gyomor- és bélpanaszokat vált ki, amiken némileg segíthetünk azáltal, ha éheznapokat iktatunk közbe, vagy pedig olyanokat, amelyekben *Petrén* ajánlatát követve, a beteg egész napi tápláléka 100–300 g sűrű tejfel vagy tejszínből áll.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Gyógyszeres szívtherapiáról. C. Lewin. (Med. Klin. 1923, 51–52. sz.)

Azon esetekkel foglalkozik, ahol a digitális hatástan maradt. Ez különösen gyakran fordul elő egyes szívbetegségeknél, így aortainsufficiencia, biuspidalisstenosis, emphysema és kyphoskoliosis okozta szívdecompensatióban. Ily esetekben kiváló gyógyszer Mendel szerint a scilla, mert a digitalissal ellentétben nemcsak a systolét, de a diastolét is fokozza. Ezért a systole zavarában digitalis, a diastolés tágulásképeség elégtelensége esetén mindig scilla indikált. Lewin megerősíti Mendel tapasztalatait, de a drog helyett szívesebben adja készítményét, a scillikardint, mert a bulbus scillával ellentétben nem izgatja a gyomrot. Különösen jó eredményt látott a diuresis romlásával jelentkező szívzavarokban, így renalis hydropsban, portapangásban stb. Alkalmazása mint a digitalisé: általában 3-szor 15–20 csepp scillikardin naponta; chronikus scillakúra 3-szor 5 cseppet vagy 1-szer 10 cseppet ad. Ha a szívpanaszok a szív oly functiós gyengeségén alapulnak, melyek oka nem általános ideggyengeség (Hy., N., ahol bróm és valeriana adandó), hanem veleszületett astheniás hypofunctio (cseppszív, F. Kraus), vagy a szívizom táplálkozási zavarának (chlorosis, anaemia) következménye, nem digitalis vagy scilla adandó, hanem az adonis vernalis vagy convallaria majalis. Tapasztalatai szerint a cardiotonin, mely a convallaria hatóanyagán kívül kevés coffeint is tartalmaz, huzamosabb ideig napi 3-szor 15 csepp adagolásban igen jó hatású minden functiós szívgyengeségi állapotban (labilis pulzus, szívdobogás, szorongásérzés stb. tünetekkel), mikor a szer vérnyomásfokozó és pulzusritkító hatása igen jól befolyásolja a subjectív és objectív állapotot.

Arady dr.

A vénás vérnyomás méréséről és a keringés-sufficiencia Weiss-féle vizsgálásáról, továbbá a hypertoniások fokozott vénás vérnyomásának okáról. H. Rotky és O. Klein. (Med. Klin. 1923, 47., 48. sz.)

Ötvennyolc esetükben vizsgálták, mennyiben felelnek meg a vénás vérnyomás Moritz és Tabora szerinti és a keringés-sufficiencia Weiss-féle vizsgálása (a capillaris keringés mikroszkopos megfigyelése) egymásnak és klinikai képnek. A tiszta szívinsufficienciák középsúlyos és súlyos esetében mindkét eljárás nagy

eltérést mutat a normalistól, de míg a vénás vérnyomás arányos az insufficiencia fokával, a Weiss-eljárás gyakran nem ad megfelelő nagyságú kilengést. Hypertoniások szívinsufficienciájában a capillaris keringés gyakran nagy eltérést mutat, sokszor azonban alig vagy éppen semmit. Az előbbi eset az anatómiai elváltozásokon alapuló permanens hypertoniásokon, az utóbbi pedig az inkább functiós, labilis hypertoniákban (praesclerosis) fordul elő. Oka a peripherias factorok eltérő viselkedése. Hypertoniában, bármily eredetű is az, gyakran találunk fokozott vénás vérnyomást oly esetekben is, mikor a szívinsufficiencia teljes biztonsággal kizárható. Oka még nem tisztázott, de lehetséges, hogy a vasomotoroközpont mintájára a venulák tonusát is egy agyi központ szabályozza és hypertoniában amint a vasomotoroközpont fokozott ingerlékenységére gondolnak, éppúgy lehetséges az is, hogy a venatonus központjának is fokozódott, vagy legalábbis megváltozott az ingerlékenysége. Hogy e fokozott vénás vérnyomásnak van-e szervezet megváltozott haemodynamias regulálásában valami szerepe, még eldöntetlen, de lehetséges, hogy a szükséges diastolés telődés biztosításának szolgálatában áll.

Arady dr.

Kísérleti bizonyíték a fájdalomnak bélkólikánál a sympathicus-pályákon keresztül történő vezetésére. (Prof. F. Brünig és E. Gohrbandt. (Zeitschrift f. d. ges. Exp. Medizin 1923, 36. kötet, 1–3. füzet.)

Hogy fájdalomérzés a sympathicus-pályákon vezetődik, azt már M. Buch régen leírta. A bélkólikánál jelentkező fájdalomra a legújabb időkig azt vették fel, hogy a spinalis pályákon vezetődik a fájdalom ingert a mesenterium vöngálása kelti. A szerzők a ganglion coeliacumot infiltrálták gyenge nicotinoldattal s ekkor a belek chlorbariummal kiváltott heves kólikájánál a kísérleti állatok nem jeleztek fájdalmat, illetőleg a fájdalom az utólagos nicotin-infiltrációra megszűnt. A mesenterium vöngálása azonban a kísérleteknél tovább is fájdalmas maradt. Tehát szerintük bélkólikánál is a sympathicus-pályák vezetik a fájdalmat s ez a mesenterium részvétele nélkül is létrejöhet.

Schlemmer dr.

Különböző körülmények között keletkező activáló hasadási termékek. Weichardt és Scholz. (Klin. Woch. 1923, 51. sz.)

Weichardt régebbi kísérletei alapján az izommunka és a proteintherapia hatását a szervezetre párhuzamba állítja; mindkét esetben a szervezet sejtjeiből hasadási termékek keletkeznek, melyek a szervezetet nagyobb munka végzésére képesítik, aktiválják. A két szerző — a fenti párhuzamot kísérletileg is bebizonyítandó — elfárasztott tengerimalacok májának és izomzatának nitrogéntartalmát vizsgálta és úgy találta, hogy a máj és izomzat főzéssel ki nem esapható anyagjainak nitrogéntartalma az állat elfárasztása után mindig jóval nagyobb. Ugyanezen anyagok megszaporodását találták neves szerzők a májban és izomzatban, ha a kísérleti állatot parenteralisan adott fehérjével kezelték. A két kísérlet között csak az a különbség, hogy a nitrogéntartalom a parenteralisan adott fehérje után még napokig nő, Weichardt kísérleteiben pedig a nitrogéntartalom az elfárasztás után a legnagyobb.

Sarvay dr.

Sebészet.

Az arteria iliaca externa körkörös varratának esete. Vallée és Le Grand. (Journal de Chirurgie 1923, XII. kötet, 5. sz.)

Szerzők szerint az arteria iliaca externának mindössze öt oldalsó és egy körkörös varrata lett eddig közzéve az irodalomban. Szerzők esetében 27 éves férfial gümős mellékhere- és ondóvezeték, valamint herekiirtás kapcsán az erős összenövések miatt megsérült az arteria iliaca externa, ezért a sérülés helye alatt és felett gyorsan kettős lekötést végeztek az éren. Mivel a herekiirtás elvégzése után a végtag hideg és kékes volta aggályokat keltett, kiirtották a lekötött, körülbelül 5 cm hosszú ér-részletet és a megmaradó csomókat sikerült Carrel szerinti érvarrattal egyesíteni. Ennek megtörténtével a végtag ismét piros és meleg lett, rajta az érlökés visszatért. Azonban a műtétet követő napokban az érlökés ismét eltűnt, de a végtag meleg és piros maradt. Egy hónappal a műtét után kétségtelenné vált, hogy az érvarrat ellenére is érelzáródás jött létre, az elzáró érrögökből leszakadt apró embolusokra vezethetők vissza az időnként az alszárizmokban fellépő fájdalmas nyilallások. Az ilyen érvarrat utáni érelzáródás azonban elég lassan képződik ki, ezért a végtag üszkösödése rendszerint nem következik be.

Valkányi dr.

A parotis-rákot kísérő bénulásos tünetcsoport. Collet és Bonnet. (Journal de Chirurgie 1923, XII. kötet, 5. szám.)

A parotis rosszindulatú daganatainak jellemző tünete az arcidegbénulás. Azonban a parotis scirrhusánál, rostos rákjánál, mely kezdetben térfogatnagyságban nem okoz, gyakran látjuk, hogy az arcidegen kívül a spatium retroparotideumban futó glossopharyngeus, vagus, accessorius, hypoglossus és sympathicus is bénul. Ennek az a magyarázata, hogy a IX., X., XII. agyideget és a sympathicust nyomja a rákos parotis garati nyúlványa, míg az accessoriust — gyakran annak csak külső ágát — a daganatos nyaki nyirokcsomók nyomása bénítja. Ezen idegek bénulása rendszerint nem egyszerre, hanem egymás után lép fel különböző sorrendben, többnyire először az arcideg, azután a többiek, de szerzők egy esetében a fordított sorrend is előfordult. Szerzők ezen idegbénulásos tünetcsoportnak nagy kórismei jelentőséget tulajdonítanak a rák kezdő időszakában.

Valkányi dr.

A regenerációról, különös tekintettel az egymással szemben elsikló szervekre. Payr. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 44. és 45. szám.)

A regeneratio lényegéből kiindulva, körülírja ennek fogalmát, amely szerint a regeneratio nemcsak elpusztult szövetek (szervek) újraképzésében áll, hanem hozzátartozik még az elpusztult szövetnek a pusztulás helyéről való eltávolítása is. Az izületekre (és az egymással szemben elsikló szervekre: szív-burok, mellhártya stb.) vonatkoztatva, a regeneratio az élettani meglevő hézagoknak, réseknek visszaállítása. A regeneratio okairól szólva azt hangsúlyozza, hogy különbséget kell tenni külső behatások okozta elősegítő vagy gátló feltételek és végső, belső okok között. A regeneratiót kiváltó okokat „inger”-nek nevezzük; ezek vagy belső, ösztönös, vagy külső kémiai, mechanikai vagy fizikai okok lehetnek. Hosszasabban szól a „működési inger”-ről és ismételten felhívja a figyelmet arra a tényre, hogy minél hamarabb veszi fel a szövet vagy szerv valamely beavatkozás vagy pusztulás folytán megszűnt működését, annál könnyebben bírja el a szervezet a szenvedett behatást, annál könnyebben alkalmazkodik hozzá és győzi azt le. A Bier által hangsúlyozott, a valódi regeneratio fogalmát meghatározó követelményeket még néhánnyal bővítve, Bierrel ellentétben azt állítja, hogy valódi regeneratio létezik az emberi pathológiában is, elsősorban az izületeken, csontokon, részben a pajzsmirigyben, májban, lépben. Vázolja egy izület elpusztulásának pathogenesist és ebből visszafelé levezeti az izület regenerációjához szükséges folyamatok sorát. Végső következtetése: „az egymással szemben elsikló szervek (szövetek) regenerációját az elsiklást okozó erőnek a rugalmasság elvesztése és a heg-szövet zsugorodása ellen vívott győzelmes harcának eredménye, az elsiklást lehetővé tevő szöveti differenciáltságok újraképződésével, amelyek a határfelzárkók eredeti bevonásával vagy teljesen egyenlő vagy használható pótlást alkothatnak”. Ha az egymással szemben elsikló szervfelzárkók oly súlyos elváltozást szenvedtek, hogy a képződött akadályt a szervezet nem képes legyőzni, a mi beavatkozásunk végezheti el a regeneratio első felét: az akadály eltávolítását (arthroplastika).

A minden tekintetben nagyon érdekes cikk rövid referálására alkalmatlan.

Czirer.

A Meckel-diverticulum betüremkedése. Fuchsig. (Wiener klin. Wochenschrift 1923, 41. szám, 730. oldal.)

A Meckel-diverticulum elváltozása közül legritkább a betüremkedés, mely a vékonybelet is maga után vonja. Három saját esetet közöl. A betüremkedés oka még maig sem egészen tisztázott. Drummondal szemben, aki gyulladást vesz fel okul, a szerzőnek az a felfogása, hogy a nem gyulladt diverticulum a bélbeli negatív nyomás következtében beszívódik és beboltosul, de szerepe van a bélizomzatnak is. Kedvező esetben a bélben gangraenássá vált és lelködött diverticulum a végbél-nyíláson kilöködhetik, de erre számítani műhiba volna. A 24 órában belül, tehát korán műtött esetek kórjólata jó. A kórisme főleg kezdetben könnyű: hengeres terimenagyságban, véres szék.

Demjanovich K.

Urologia.

A dűlmirigy-túltengésről. M. Jacoby. (Zeitschrift für Urologie 1923, 17. kötet, 8. füzet.)

A prostata minden részéből és a prostataágyból készített mikroszkopiai praeparatumok alapján megállapítja, hogy:

1. a prostata-hypertrophia nem a mirigy diffúz hypertrophiáján, hanem annak egyes részeiből kiinduló göbök megnagyobbodásán alapul;
2. ezek a göbök főleg mirigyelemkből állanak, csak elvétve vannak fibromyomatosis esetek;
3. a húgycső pars prostatikájában levő mirigyeket felosztja mucosus, submucosus és urethralis prostata-mirigyekre, utóbbi gyakran összefolyik a tulajdonképeni prostatával;
4. a hypertrophia ezekből az urethralis mirigyekből indul ki, miközben a prostata összenyomatván, tokká alakul át;

5. recidivák a prostataágyból is indulhatnak ki;

6. a ductus ejaculatoriust legjobban a suprapubaeer műtét védi;

7. aetiologiáját illetőleg a dűlmirigy-túltengés daganatszerű képződmény, de nem igazi daganat.

Minder dr.

A dűlmirigy-túltengés. Fr. Liebig. (Zeitschrift für Urologie 1923, 17. kötet, 10—11. füzet.)

Összefoglaló közlemény a legutóbbi tíz év eredményei alapján. A diagnosis, therapia és műtétek megvitatása, illetve az egyes szerzők idevonatkozó véleményeinek felemlítése után táblázatszerűen foglalja össze az egyes sebészek műtéli statisztikáját. Perinealis műtétet végzett 20 sebész 1038 esetben átlag 4'9% mortalitással, suprapubaeer műtétet 65 sebész 5337 esetben átlag 8'1% mortalitással. Kétszakasos suprapubaeer műtétnél 15 sebész 783 esetben 6'3% átlagos mortalitást ért el. A prostata-irodalomnak igen terjedelmes (25 oldal) felsorolása.

Minder dr.

Nehézségek a sebészi veseelégtelenség megítélésében. Prof. Eugen Joseph. (Zeitschrift für Urologie 1923, 17. kötet, 9. füzet.)

Az egyoldali vesemegbetegedéseket könnyen megítélhetjük, a kétoldaliakat azonban annál nehezebben abból a szempontból, hogy a valóban inoperabilis eseteket elkülöníthessük azoktól, melyeknél egy kisebb vagy nagyobb műtét elvégezhetünk anélkül, hogy a beteget az uraemia veszélyének tennők ki. A kétoldali megbetegedéseknél szerinte a legjobb szolgálatot teszi mindkét vesének a pyelographiája, amely felvilágosítást ad arról, hogy anatómiailag milyenfokú elváltozások vannak a vesékben.

Azt tapasztalta továbbá, hogy olyan idősebb betegeknek, különösen prostatahypertrophiásoknak, akiknek véredényelmeszedésük és magas vérnyomásuk van, az ágyban való fekvés az ezzel járó kevés mozgás a veseműködés rosszabbodását fokozza. Ilyeneknél a szokásos vizsgálatokat hosszabb ideig tartó ágybanfekvés után tanácsos elvégezni, hogy a meglepetéseket elkerüljük.

Borza Jenő dr.

Az idiopathikus sphincter-hypertonia, mint a chronikus vizeletrekedés oka. Prof. H. Rubritius. (Zeitschrift für Urologie 1923, 17. kötet, 9. füzet.)

Sphincter-hypertonia előfordul a tabes legkezdetibb időszakában, gerincvelőmegbetegedések és traumák után, myelodisplasiás esetekben spina bifida occulta következtében és mint idiopathikus sphincter-hypertonia. Ha a fizikai akadályok — úgymint: strictura, prostata-hypertrophia, rendellenes redő vagy billentyűképződések, hólyagnyak-contracturák stb. — amelyek rendszerint okai az idült vizeletrekedésnek, kizárhatók, úgy sphincter-hypertoniával van dolgunk. Cystoskopos vizsgálatnál az orificium internumot reactionmentesnek találjuk, az átmeneti redő síma, a hólyag erősen trabecularis szerkezetű. Ha incomplet vagy complet retentio hosszabb időn át kátheterkezelésre nem javul, indikált a műtét. Természetesen ha a vesék működése a felszálló infectio következtében szenvedett, úgy a már prostatahypertrophiásoknál szokásos és bevált előkezelés után operál. Sectio altával megnyitja a hólyagot és az orificium internum hátsó commissurájából egy megfelelő éket vág ki úgy, hogy az előzőleg kisujjat sem befogadó orificium most már azt kényelmesen befogadja. Hogy a műtét után a hegesezés esetenként szűkületet ne okozzon, időnként vastag fémszondával tágtitja az orificiumot. Nyolc esetet operált ilyenformán az utóbbi időben, jó eredménnyel.

Borza Jenő dr.

A sublatnephrosis klinikájához és terapiájához. J. Stukowski. (Deutsche med. Wochenschrift 49. sz.)

Harrison és Edebohl ajánlása óta sublatnephrozezésnél a vese-decapsulációt, újabban a hozzacsatolt nephrotomiát végzik. Az eredmények nem nagyon jók. Pedig állatkísérletek alapján V. Hoffmann kimutatta, hogy az operált vese kisebbfokú elváltozást mutat, mint a nem operált. Az eddigi belgyógyászati therapia eredményei még hiányosabbak. Stukowski két esetet közöl: az egyiknél suicidium céljából per os vett be a beteg sublatot, a másik esetben a beteg anticonceptiós célokból sublatpastillákat helyezett a vaginába. Mindkét esetben súlyos mérgezés, nephrosis és anuria támadt. A betegeket harmadnaponként alkalmazott 20—50%-os intravenás szőlőcukoroldatok alkalmazásával sikerült megmenteni. A betegek az oldatokat jól, minden kellemetlenség nélkül tűrték. A sublatmérgezés okozta veseelváltozás kórbontani képének taglalásával kimutatja, hogy a tubulusepithel nekrosiséval együtt nagyfokú regeneratio mutatkozik, ez az újonnan képződött hám azonban qualitative hiányosan működik. Úgy véli, hogy a szőlőcukoroldat-infúsiók által a vér hígabb lesz és ezáltal a vesék munkáját megkönnyítjük és a mérgek kiválasztása is javul, miáltal a szervezet a mérgek hatása alól gyorsabban megszabadul. Eseteiben a súlyos anuriát a glykose-oldat hatására nagy polyuria váltotta fel.

Radó Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A gyermekkor betegségei. Írta: W. Birk dr. tanár (Tübingen). A II. javított kiadás után fordították: Göttche O. dr. és Waltner K. dr., az Erzsébet-egyetem gyermekklinikájának orvosai. Franklin-Társulat kiadása, Budapest.

E második kötet Birk „A gyermekgyógyászat vezérfonala” című munkájának magyar fordítása befejezést nyert. Fordított könyveket elsősorban két szempontból kell elbírálnunk: az eredeti munka abszolút értéke és a fordítás minősége szerint. Az első illetőleg már az első kötet fordításának megjelenésekor (1922 június) elismertük, hogy Birk munkájának kiválasztása sikerült és szerencsés volt, mert a vezérfonal a maga nemében kétségtelenül egyike a világirodalom legjobbainak. Szabatos és tömör stílusa tökéletesnek mondható s valóban minden sorából szerzőjének érdekes egyénisége tükröződik vissza; gondosan megválogatott tartalma nagy gyakorlati érzékre vall. A „*primum vivere, dein philosophare*” elvét tankönyvben ritkán láthatjuk szebben érvényesülni. Mellette úgyszólván minden egyéb szempont háttérbe szorul, a szerző a pathológiai anatómiát, aetiológiát is jórészt mellőzi a tünettan és terapia kedvéért. Ez az irány adja meg a könyv karakterét, de ennek is köszönhető, hogy a mindig tiszta és világos szöveget a tanuló számára nehezebb és gyakorlati szempontból kevésbé értékes elméleti fejtegetések sehol sem zavarják. A therapiai működés kritikai tárgyalásánál örömdetesen tárgyilagos és józan s talán ép ezért merőben csodálatosnak kell tartanunk, hogy a tuberculosis specifikus kezelésének ismertetésénél azt írja, hogy noha a különféle tuberculinok hatása kétes és gyógyító erejük bizonytalan, használatuk mégis ajánlható, de voltaképp csak: *ut aliquid fieri videtur*, mert hisz a szülők rendszerint valami kezelést ohajtanak látni! Az egyébként határozott és gerinces Birk, aki pl. a dysenteria serumkezelését egyenesen elveti, helyütt — egyebet nem mondhatunk — saját magával jut ellentétbe. A másik bírálati szempontot illetőleg sajnálattal állapítjuk meg, hogy a fordítás munkája távolról sem oly gondos és hű, mint az első kötetnél. A meglehetősen sok és gyakran bántó germanismust kárhoztatunk kell, ezenkívül néhány tévedés is elkerülte a correctorok figyelmét. Ezek közül a következőket emlíjük meg. A vakbélgyulladás fejezeténél ezt olvashatjuk: „Gyermekeknél nagyon ritka. Azonban már a csecsemőkorban is előfordul.” Az eredeti szöveg szerint: „... Kommt schon im Säuglingsalter vor, jedoch nur selten, häufiger ist sie im späteren Alter.” Ez pedig egész mást jelent! A két éves gyermek diéta-schemájából kimaradt a főzelék! Tudjuk, hogy véletlenül, de tankönyvnek szánt munkában ilyen hibák nem fordulhatnak elő. Reméljük, hogy a második kiadásnál a magyarosabb szövegben nem fogják szépséghibák csökkenteni a munka értékét. Bosányi dr

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 1-i ülése.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás:

1. Weisz Ármán: *Hólyagdiverticulumok Röntgenképei*. A hólyag radiológiai vizsgálására két eljárás szolgál, úgymint a cystoradiografálás és a cystoradioscopia eljárás. (Az első Lichtenberg és Völker vezeték be a radiológiába és az általuk ajánlott technikát Lilienfeld és Sgalitzer más irányból (lateralis és axialis) készített felvételekkel egészítették ki. A cystoradioscopia eljárást Eisler vezette be az urogenitalis rendszer Röntgenvizsgálatába.) A hólyagvizsgálatnál, különösen a diverticulum kimutatására jobb és célravezetőbb az átvilágítás, csak a diagnózis megállapítása után a kép megörökítésére szükséges a felvétel. A vizsgálatot a beteg fekvő helyzetében trochoskopon végzi és a bélbeöntés mintájára hólyagbeöntést végez. A hólyagba vezetett kathertert irrigator, vagy egy nagyobb fecskendő csővével köti össze és állandó átvilágítási kontroll mellett tölti meg a hólyagot a contrastfolyadékkal, olyan mértékben, amely mellett az elváltozás legjobban látható. A trochoskopon a beteg minden irányban könnyen elfordítható, sőt ülőhelyzetben axialis irányban is történhet átvilágítás. A hólyagot kiürítés közben is vizsgálhatjuk. Különböző hólyagdiverticulumokat mutat, amelyek között vannak egyes és többes diverticulumok a hólyagtetőn, a hólyag oldalsó falán, úgynevezett ureterdiverticulumok. Felvételt mutat, amelyen hólyagtumor mellett többszörös diverticulum látható a hólyagnyak körül.

2. Pekanovich István: *Mesterséges légmell útján elérhető tartós eredményekről*. A vezetése alatt álló

tüdőosztályon 140 esetben végzett pneumothorax-kezelést. 4 beteget mutat be, akiken demonstrálhatja, hogy a francia felfogással ellentétben pneumothorax segítségével szép és tartós eredmények érhetők el. Betegei teljesen munkaképesek és maguk keresik meg kenyerüket. Az eredmények tartósságát biztosítják: 1. a helyesen felállított indicatiók, amelyek nem zárják ki a légmellkezelésből kétoldali vagy pleuralis összenövésekkel komplikált tüdőgümőkór-eseteket sem. 2. A megfelelő eszközökkel, helyes technikával végzett utántöltések, amelyek segítségével a kezelés folyamán oly gyakran fellépő szövődmények (izzadmányok, empyemák) a minimumra redukálhatók. 3. A beteg intelligenciája. A légmell fenntartásának az időtartamát illetőleg az a véleménye, hogy addig tartandó fenn a pneumothorax-kezelés, míg a beteg egészen meg nem gyógyul, ami egyénenként bírálandó el. A pneumothorax-kezelés nagy előnye, hogy a beteg aránylag rövid idő múlva visszanyeri munkaképességét, amit a kezelés végéig meg is tart.

Duzár József: A gyermekkori tuberculosishoz igen fontos a pneumothorax-kezelés indiciójának korai felállítása. Csecsemőknél még így sem kapunk kedvező eredményeket. Gyermekeknél 2 év lefolyása alatt 24 eset közül 18-nál tapasztalt jó eredményt. Felhívja a gyakorló orvosok figyelmét az egyoldalú folyamatok korai diagnosizására és pneumothorax-kezelésére.

Előadás:

1. Rusznay István: *Vizsgálatok az oedema keletkezéséről*. Oedemás vesebetegek vérplasmájában erős globulin- és igen nagy fibrinogenszaporodást lehet találni. Mivel a fibrinogen isoelektromos pontja kb. a vér hydrogen-ionconcentrációjánál van és a fehérjék osmosisnyomása az isoelektromos pontnál a legkisebb, várható volt, hogy az ilyen betegek plasmafehérjéinek vízszívó ereje kisebb, mint a normalis. Vizsgálatai kimutatták, hogy ez tényleg így van. Nephrosisos betegek plasmájának vízszívó ereje az eredeti érték $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{5}$ -ére csökkenhet. A csökkent vízszívó erő teszi lehetővé azt, hogy a vérnyomás filtrációs hatása vizet szorítson ki a capillaris falon át a szövethézagokba. Az oedemaképzés oka tehát a fibrinogen-szaporodás. A nephrosisos betegeknek észlelhető vérnyomáscsökkenés tulajdonképpen compensatorius jelenség. Ha a vérnyomáscsökkenés elég nagy, akkor fibrinogenszaporodás — az oedemaképzés — dacára is az oedema keletkezése elmaradhat.

Korányi Sándor: A vizretentio okát oldott molekulákban találta meg, ezek között a konyhasó jelentőségének a felismerése Strauss érdeme. Azt hiszi, hogy a vér fehérjéinek physikai megváltozása retinált anyagok hatásának eredménye. Ha ezt sikerülni fog bebizonyítani, akkor a vesebajos vízkór retentiós teoriája teljessé fog válni.

2. Miskolczy Dezső: *Szöveti adatok az ideg-regeneratio kérdéséhez*. A háborús idegsérüléseknél lejáró regenerációs jelenségek szöveti vizsgálata a következő eredményekhez vezetett: A megszakított tengelyfonál oldalágakat bocsát ki magából, amelyek teljesen önállóan nyomulnak előre. Míg a kötőszövetbe tévedt új sarjak idővel elpusztulnak, addig a Schwann-féle elemekben elhelyezkedő fonalakból működésre képes vezeték jó létre. Az új tengelyfonál és a Schwann-sejtek között szoros correlatio van: az új rost megérkezése ezen sejteket láncszerű elhelyezkedésre és velőburkolat képzésére serkenti. Nem előzi meg tehát a Schwann-sejtek láncolatba szedődése a tengelyfonalak kinövekedését. A Perroncito-féle spirális rostfelcsavarodások jelenléte is a centrogen felfogás helyességét bizonyítja s az autogen elmélettel meg sem magyarázható. Az autogen regeneratio tana még Bethe azon újabb módosításában sem fogadható el, mely szerint az autogen úton meginduló regeneratio a központ hatására lesz teljes. A regenerációs jelenségek csak egy kisebb csoportját jelentik a neuron endogen vagy exogen bántalmazására fellépő hasonló oldalági kisarjadzásoknak. Schaffer szerint az exogen vagy endogen izgalmakra az idegsejt duzzadással és sarjtermeléssel reagál; ezen jelenségek tehát vitalis reactio eredményei. Regeneratio csak akkor jön létre, ha a vitalis reactio termékei: a kisarjadzások, a Schwann-sejtek segítségével révén működésre képes, anatómiailag kiépített vezetéké válnak.

Kluge Endre: A degenerációs folyamatoknál is mechanikus akadály váltja ki a végbunkók és a spirálisok kialakulását?

A Közkórházi Orvostársulat 1924 február hó 27-i ülése.

Elnök: Boytha József.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatók:

1. **Sirovicza Mihály:** a) *Lutikus alapon fennálló vesevérzés nagy functionalis kieséssel.* Egész terjedelmében közlésre kerül.

b) *Pyonephrosis tuberculosa occlusa.* 39 éves nőnek 6 hó óta kólikás fájdalmai vannak bal oldalon. Vizele és vizelete normalis. Cystoskopia: trabecularis hólyag, baloldalt a vese teljesen elzáródott. Szervezetében másutt tuberculosus góc nem találtatott. Diagnostikus tuberculin-injectióra reactio mines. Az eltávolított bal vese (*Rihmer*) tuberculosus pyonephrotikus elváltozásokat mutatott ureterelzáródással. Epikrisis: negatív vizeleti panasz és vizelet-lelet mellett is előfordulhat sebészi beavatkozási igényű vesemegbetegedés.

Göbl Albin: Egy 56 éves férfibeteg esetét említi, baloldalt vesetáji resistencia negatív vizelet-lelet és láz-talanság mellett. Cystoskopia: bal ureter teljes elzáródása. Műtét: tuberculosus alapon létrejött ureterobliteratio okozta tuberculosus és hydronephrosis. Nephrektomia. Gyógyulás per primam.

Rihmer Béla: A mondottak megerősítésére röviden kifejti a gümös infectio és spontán gyógyulás kérdését. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a vesegümőkór túlnyomólag hólyagtünetekkel kezdődik és minden rationalis kezeléssel dacoló cystitis tuberculosisra gyanus. Hangoztatja, hogy a spontán gyógyulás manifest vesetuberculosis esetében nincs. Az észlelt gyógyulások ureter-obliterációval járó autonephrektomiák; a lezárt vesében az esetek túlnyomó többségében még activ góccok vannak.

2. **Horváth Árpád:** a) *Hernia funiculi umbilicalis vékonybélresectióval operált esete.* Egész terjedelmében közlésre kerül.

b) *Másodfokban szűk medence bemenetében alkalmazott Kiehl-fogó.* 39 éves ötödször szülő nő, kinél a negyedik szülésnél másodfokban szűk medence, három halott magzat miatt sectio caesareát végeztek. Medenceméret: D. sp. 25, D. cr. 27, C. ext. 19, C. diag. 10-4 cm. 2 órája eltűnt méhszáj, 1½ órája tartó tolófájások, fenyegető magzati asphyxia, valamint az anamnesis miatt *Kiehl*-fogóját applikálja a bemenet felett elmozgatható koponyára, mellyel 52 cm hosszú, 36 cm fejkörületű és 3450 g súlyú élő fmagzatot hoz a világra. A bemeneten ezt a koponyát másfajta fogóval nem sikerült volna áthozni. Gracilis, a biparietalis átmérőre alkalmazható és így a térránytalanságot az egyenes átmérőben nem fokozza.

Nyomárkay József: A *Kiehl*-fogót 3 primiparánál és 1 multiparánál alkalmazták, mindig a bemenet felett kimozdítható fejnél. A bemenet felett levő fejnél csak kísérletképpen lehet alkalmazni, mely ha 1-2 húzással nem sikerül, perforálni kell. Egyedüli veszélye a nagy lágyrész sérülések, ezért csakis intézetekben kivithető műtétnak tartja.

Nádory Béla: A *hernia umbilicalis* kapcsán fel-említi, hogy a vékonybélresectio hossza nem közömbös. *Shumm* és *Papendick* szerint 370 cm vékonybélresectio után a bevitt N 2/3 része, a zsírnak 1/3 része kihasználatalanul távozik. A bemutatott eset bizonyítja, hogy újszülöttnél eredményesen végezhető a legsúlyosabb műtét is. Ad b). *Kiehl*-fogós eset bizonyítja, hogy medence-szűkületnél bemenetben mozgó fejre is teljes eredménnyel alkalmazható és elkerülhető vele a rossz eredményeket adó *Tarnier*-fogó, a sectio caesarea, avagy a magzat perforációja. A műszert a legnehezebb körülmények között is meg kell kísérni.

3. **Göbl Albin:** a) *Cocuminvaginatio esete.* 28 éves földműves felvétele előtt 3 hóval a jobb hasfélbe lokalizált időszakosan jelentkező hasgörcsökkel betegedett meg. Nem hány, véres széke és láza nincs. Felvételtkor a colon transversumban invaginációs tumor volt kimutatható, mely a műtét előtt spontán oldódott, desinvaginálódott. Műtéténél (*Winternitz*) az appendix invaginált volt a coecumba, úgyisintén a *Bauhin*-billentyű is. A colon ascendens serosája fibrines lepedékekkel fedett, jelölül annak, hogy bele volt invaginálva a transversumba. Resectio ileocecalis.

b) *Colitis ulcerosa minden kezeléssel dacoló esete.* 34 éves mindenes, 9 év óta szenved colitis ulcerosában. Wassermann +++, liquor —. Tabes gyomorkrizisekkel.

Dys., tbc., go. —. Naponta 8-15-ször van széke, mindazonáltal jár-ke. Utolsó refugiumként appendokostomiát fog megkísérlni. Rectoromanoskopia, demonstratio.

Elischer Ernő: A betegség súlyosságát emeli ki, mely még ismételt végzett műtétek (colostomia *Quenu* szerint) ellenére is folyton kiújul és sok esetben gyógyíthatatlan. 6 esetben, bár éveken át álltak a betegek gyógykezelés alatt, semmi tartós javulás nem volt elérhető.

Előadás:

4. **Hasenfeld Artúr:** *A paroxysmalis tachycardia gyógyítása, különös tekintettel az intravenás chinin-injectiókra.* Tapasztalatai alapján ezen eljárás kedvező hatásáról számol be. Az intravenásan adott chininum hydrochloricum feltétlenül alkalmas a rohamok biztos coupírozására. A megkívánt dosis 0.5 g. 2 cm³ vízben oldva. Kívánatos mindjárt a roham elején adni. Hét esetben ezen chinin-injectiók pompásan beváltak.

A Debreceni Orvosegyesület 1924 február 28-án tartott VII. tudományos ülése.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatók:

1. **Petheő János:** *Súlyos poliomyelitis anterior acuta teljesen gyógyult esete.* Sporadikusan jelentkezett két poliomyelitis esetről számol be, amelyek közül az egyik vehemens lefolyású Landry-paralysis képében zajlott le és exaltált. A kórszövettani lelet teljesen megfelelt a poliomyelitis képének. A másik, amelynél a felső és az alsó végtagok izmai, továbbá a nyaki, háti és hasizmok bénultak, félévi megfelelő kezeléssel (salicyl, phytin, lumbal punctio, majd massage, fürdők és villanyozás) után teljesen gyógyult.

2. **Petheő János:** *Erythema infectiosum járvány.* Nyolc típusos esetről számol be. Ezek közül 3 egy családban 3 gyermekben zajlott le, az első megbetegedés után 10 napi incubációs idővel. A többi a klinikán észlelte. A lefolyásukban különösebb eltérések nem voltak. A kiütések a végtagok feszítő oldalán jelentek meg, élénkpiros, körkörös vagy guirlandszerű alakban, néhol egymással összefolyva. Két betegnek a hátán is jelentkezett egy-két körkörös kiütés. Az areon a típusos lepkéforma fejlődött ki, amely már másodnapra lividen elszíneződött. A betegség, amelyet láz nem kísért, csak pár napig tartott. Utóbetegségként kettőnél enyhe bronchitis jelentkezett.

3. **Ambrus Matild:** *Kanyaró a csecsemőosztályon.* A csecsemőosztályon két 3 hónapos, anyatejen táplált csecsemő typhusos kanyarót észlelt. Velük egyidőben egy hathetes és egy hathónapos csecsemő is megbetegedett. Lázmenetük a kanyarós lázmenetnek teljesen megfelelt, vizeletükben a diazo-reactio positiv volt. A hathetesnél 10 nap múlva otitis media purulenta jelentkezett. Ezek alapján a két utóbbi esetet exanthema nélküli kanyarónak tekinti. A csecsemőosztályon lévő idősebb csecsemők kivétel nélkül megbetegedtek kanyaróban.

Ambrus József: Az exanthema nélküli kanyaró a legritkábban előforduló kórképek egyike és a diagnoszt *Fcer* szerint csak a *Koplik*-foltok megjelenése esetén fogadhatjuk el. A lázmenet és a szövődményként megjelent otitisnél bizonyítóbb erejűnek tekinti azt, hogy e két esetben is az aranyosol-reactióval ugyanolyan kieséseket kapott, mint exanthemás morbillinél, míg a kontrollként használt liquorok a megszokott görbét mutatták (normalis és juvenilis pp.-s).

4. **Bäcker István:** Beszél általában a csecsemőkön végzendő műtétek inditációiról és a mortalitás okairól. Bemutat egy 6 hónapos paedatrophias gyermeket, akit a második 24 órában operált meg sikerrel sérvkizárádás miatt. A kizárádás oka bélsárrög volt, melyet enterotomia útján távolított el. Sebgyógyulás per primam intentionem.

Előadás:

Ambrus József: *Praerachitises elváltozások.* A rachitis manifest tünetei előtti időben már alig van szerv-, mely elváltozást ne szenvedne. A klinikailag észlelhetők főleg idegrendszeri elváltozások (*Czerny*); az izomrendszer atoniája nemcsak beidegzési zavar, hanem regressiv elfajulásos folyamatokon alapszik.

A vér Ca-tartalmának, az ingadozásoktól eltekintve, állandó volta, az anorganikus és lipoid phosphortartalom felére csökkenése s a nagyfokú pankreasamylase-kiválasztás: a chemiailag ellenőrizhető jellemző elváltozások. Az osteocyták működése szabályozza a vérpálya colloidalis Ca-ának ionizálását és a sejtközi állományba való kivándorlását, ahol rhythmikusán kicsapódik. Rachitissnél a folyamat megfordul. Vitaminadagoláskor és rövid hullámhosszúságú sugarakkal való besugárzáskor megállapodik a folyamat és megindul újra a normalis irányú Ca-ion-vándorlás, miközben az anyagcsere alkalotikussá válik. Az „A“-faktoron kívül a csukamájolajban más tényezőknek is kell lenni, tiszta „A“-faktor (tej, vaj) adása után az emberi rachitissnél nem következik be javulás.

HETI KRÓNIKA

A mai Amerika olyan, mint egy dűsgazdag parvenu: dűskál a kincsekben, hiányzik azonban nála az ősi származás, az előkelő nevelés. Az angolok a multnak, a tradíciónak hiányával szokták csipkedni amerikai barátait. Az oxfordi Balliol College ősi parkjában gyönyörű gyepek díszeltek. Egy ott sétáló amerikai megkérdezte a gereblyező kertészt, hogy mitől olyan szép ez a pázsit? Ez észrevette kiejtését, hogy amerikaival beszél és így maliciózusan azt felelte: „néha-néha megkaszáljuk, azután békén hagyjuk 3—400 esztendeig”.

Az amerikai népben a jólét meghozta a nemzeti öntudatot és most már történelmi multra, hagyományokra, emlékekre is vágyik. Ennek az óhajának tulajdonítható, hogy újabban még a célszerűnek rovására is az antikvált, az ősi stílusokat keresi: korinthusi oszlopok és címerek díszítik az épületeket; a legújabbban pedig a chicagói Northwestern University alapításánál, szakítottak a modern nézetekkel és nem pavilonokból álló, napos, szellős, loggiás telepet építettek, hanem egy 16 emeletes, kathedráliszerű, donjonokkal és gótikus tornyokkal koronázott, várszerűen kimagasló masszívumot, mely körül elszórva, mint a hajdani feudális kastélyok árnyában a jobbágyság kunyhói, csoportosulnak a stílszerű kicsiny melléképületek: ez lesz szerintük a rio-de-janeirói után a világ legszebb egyetemi épülete. Amerika már nem tudja, hogy mire fordítsa a pénzét. Az idén leszállították a jövedelmi adót 25 százalékkal.

A roppant bőség persze sokféle új alkotást eredményezett: ezek közül némelyik az egész világnak kulturális életére serkentő, sőt hovatovább irányító befolyású lesz.

A legfontosabb ilyen intézmények közé tartozik a Rockefeller Foundation, mely a napokban adta ki első 10 évére visszapillantó jelentését. 1913 május 14-én vette meg az alapját John Rockefeller „petróleumkirály” 100 millió dolláros adományával, melyet azóta még 827 millióval szaporított. Az alapítvány, melyet egy 9. újabban már 16 tagú testület kormányoz, három részre oszlik: az egyik az orvosi kiképzéssel, a másik a nemzetközi egészségügygel, a harmadik a kínai orvosi főiskolákkal foglalkozik.

Az elsőnek jelentéséből értesülünk, hogy ezidőszent az egész világon 445 orvosi főiskola működik; persze ezeknek egy része csekély értékű lehet, hiszen Chinában 24, Indiában 18, Mexikóban 11 szerepel. A Foundation tavaly 23 államban 237 orvosnak adott utaztatási segélyt, 216 könyvtárnak járatott folyóiratokat. Azután óriási segélyekben részesített egyes egyetemeket, így különösen az amerikaiakat, a canadaiakat: egy-egy millió dollárt juttatott a montreali és torontói, 1/2—1/2 milliót a winniepei és halifaxi egyetemnek, 25 millió dollárt Japánnak, 4—5 milliót a londoni egyetemnek. Mint ismeretes, a Foundation nekünk is adott eddig összesen 35.000 dollár laboratóriumi segélyt, azonkívül békeáron szállított angol folyóiratokat.

A China Medical Board maga tartja fenn a pekingi és hongkongi orvosi fakultást, továbbá segélyez még 3 kínai orvosi fő- és 6 előkészítő iskolát és 19 kórházat, ezenkívül jelenleg még Siamban a bangkoki egyetemet is szervezi.

Az International Health Board 27 államban 39 kirendeltséget tart fenn. A háborúban 225 millió dollárt költött az entente államok egészségügyi viszonyainak javítására és 12 milliót az európai gyermekek élelmezésére és az Amerikai Vöröskereszt támogatására. Jelenleg 163 amerikai megyében szervezi az egészségügyi közigazgatást, Mexikóban és Panamában a sárgaláz leküzdését, 10 országban pedig, köztük Itáliában is, a malaria elleni védekezést irányítja.

Az anchylostomia elleni mozgalmat, melyet ma is élő hazánk fia, dr. vértesi Tóth Imre selmecbányai főorvos indított meg a 60-as években, az egész világra kiterjesztette a Foundation és jelenleg a 22 legfenyegetettebb országban szervezi. Az előleges tájékozódás megdöbbentő adatokat eredményezett: az em-

beriségnek több mint a fele, 900 millió ember, él veszélyeztetett vidéken; a madrasi kormányzásának 40 millió lakosa közül 36 millió van megfertőzve; jellemző, hogy az ottani orvosi fakultásnak 298, magát egészségesnek tartó hallgatója közül 241 bizonyult inficiáltnak. A gyógykezelés leghatásosabb módja a tetra-chlormethan belső alkalmazásában áll. Ez a testület ezenkívül még tömérdek más téren is működik. Egy-egy millió dollárt fordított a Palisades Interstate Park és a Wild Life Refuge nevű védett területek létesítésére, melyekben az állatok és a növények bántatlanul fejlődhetnek. Egy American Academy-t is alapított Rómában; egészségügyi mintafalukat létesített a járványok leküzdése érdekében Csehszlovákiában, Canadában és Közép-Amerikában. A Népszövetségnek öt évre módot adott egy epidemiológiai akció megindítására; hat államnak (Brazília, Csehszlovákia, Anglia, Lengyelország, Egyesült-Államok és Philippinák) több egészségügyi tisztviselőjét gyakorlat céljából Amerikában utaztatta; harminc másik államból pedig egy-egy kiküldöttet hathónapos vándortanfolyamra hívott meg; néhol nagy egészségügyi központokat szervezett, más államokban egyes kiváló tudósokat, vagy újonnan alakuló egyetemek tanári karát (Strassburg, Belgrád, Tokio) meghívta egy háromhónapos tanulmányútra Angliába és Amerikába. Mint látható, roppant sokat tesz és valóban nagy érdemeket szerez a világ egészségügyének előmozdításában.

Amerikában azonban nemcsak az orvostudománynak fejlesztésén fáradoznak. Külön nagy intézmények (Carnegie, Smithsonian) alakultak a tudomány és művészet minden ágának fejlesztésére és továbbvitelére. A magánadakozások óriási méreteik; minden héten beszámolnak a lapok néhány 100.000, sőt millió dolláros adománnyról. Mily más, mily nyomasztó a mi szegényes helyzetünk! Csak a mesékben fordul elő, hogy egy nép koldus és mégis művelt, erkölcsös és tiszta lehessen. Az elszegényedett nép a züllés lejtőjén kélhetetlenül lecsúszik. Egy ideig még talán megőrzi a korábbi jólét látszatát, talán ivadékaiban is felcsillan itt-ott a Mendel-féle törvény értelmében a hajdani műveltségnek egy-egy emléke, de kiterjedt ismereteket, nyugodt munkát, haladásra törekvést, lelki és testi egyensúlyt éhez és ide-oda hanyórázó embertől várni nem lehet.

A Tudományt Mentő Bizottság szomorú jelentéseiből jut ez eszünkbe. Apponyi, Berzeviczy, Lukács, Teleky, Földes és hazai kultúránk sok más jelese fáradozik, hogy a magyar tudomány súlydó hóját megmentsse. Rimánkodva kéri a társadalmat, hogy ébredjen fel végre-valahára lethargiájából és vetkezze le a goiszmusát. Franciaországban a gyógyszergyárosok, Famel, Astier, Leprince stb. nagy adományokat tettek az orvosképzés érdekében: a mi gyárosainknak ilyesmi nem jutna eszükbe. A kereskedőkhöz és a gazdákhöz is hiába fordult a Tudományt Mentő Bizottság; ezek kifogásokkal tesznek, bizottságok kiküldésével elhúzzák az időt. Valóságos szegény, amit Pest-Pilis-Solt-Kiskün vármegye tett: a magyar tudomány megmentésére hamincezer koronát (!) szavazott meg.

Meg is vet minket Amerika, amit azzal mutat ki, hogy aránytalanul leszállította a bevándorlási kvótáit. Amíg ugyanis a németekre vonatkozóan a bevándorlók maximális évi számát 67.607-ről 51.227-re, az angoloknál pláne 77.342-ről 62.452-re, tehát mintegy 20%-kal csökkentették csupán, addig a mi arányszámunk 5638-ról 474-re, vagyis mintegy 92%-kal redukáltatott. Ez a sértő bánásmód annál rosszabbul esik, mert az Egyesült-Államok lakossága tudvalevőleg évtizedeken keresztül főleg a világ minden tájáról menekülő kalandorokból, a büntetés elől bujkáló gonosztevőkből és összetört egzisztenciákból gyűlt össze, a mi kivándorlóink pedig éppen a szegény és szerencsétlen, de munkabíró, élelmes és elszánt egyének voltak, akiket lenézni a yankeeknek nem állott jogukban.

Az éremnek ugyanis két oldala van. A fák Amerikában sem nőnek az égbe, az emberek ott is époly gyastra lények, mint minálunk, sőt az ottani különös viszonyok még inkább elősegítették bizonyos bűnök elszaporodását. Az amerikai közviszonyokra ijesztő világot vet néha egy-egy világra szóló botrány, amilyen a Tammany Hall, a chicagói Armour-féle konzervgyár volt, vagy a múlt hetekben kipattant petróleumpanama, melyben kitűnt, hogy Fall miniszter és Denby államtitkár még az amerikai haditengerészet számára szükséges petróleumforrásokat is spekulánsok kezére játszották és, hogy ezt meglehessék, 6 köteleességtudó admiralt elítéloltattak helyükről. A spekulánsok ügyvédje, Mac Adoo, veje volt Wilson elnöknek és ezért 250.000 dollár fizetést kapott. Az ügybe a minap meghalt Harding elnök, Wilson utóda is „beolajosodott”, amikor az ő „Marion Star” nevű jelentéktelen vidéki újságját a spekulánsok 600.000 dollárral fizették.

Egy másik ilyen botrány az alkoholtilalom kapcsán pattant ki, amikor a New-York Herald megírta, hogy az alkoholt csempészet miatt elfogott 14.263 vádlott közül mindössze 658-at ítélték el, mert a megfizetett rendőrség ellensúlyozta a terhelő tanúk vallomását.

Mint Conmoly* írja, több bűntény történik egy amerikai városban, mint egy európai államban. Anglia a bűr háborúban mindössze 22.000 embert vesztett sebesülés és betegségek miatt, ugyanakkor az Egyesült-Államokban 31.000 gyilkosság történt. 1903-ban az 50 millió Németországban 322 gyilkosság fordult elő, a 80 millió Egyesült-Államokban pedig 9000; amíg azonban a németek a gyilkosok 95%-át megbüntették, addig az Egyesült-Államok alig 1%-ot! 1885-ben az amerikai bíróságok az emberöléssel vádoltak közül még minden 17.-et elítélték; ez az arány 1920-ban a hihetetlenül hangzó 680:1 arányig csökkent. Így azután nem csodálkozhatunk, hogy 1912–1918. terjedő időszakban 59.000 gyilkosság történt ott és hogy a nép valószínűleg sokkal többet szenvedett a bűntől, mint a börtönökbe, kiráncigálva onnan főleg a szerencsétlen néger vádlottakat és összekötözve bedobja azokat előzetesen felgyújtott házaikba. New-Yorkban ötször annyi a gyilkosság, mint Londonban, Chicagóban pedig (1916) hússzor annyi, mint a 16-szor népesebb Angliában. A betörések rablások száma New-Yorkban nyolcszor annyi, mint Londonban; Washingtonban pedig, melynek csupán 450.000 lakosa van, a rablások száma négyszer annyi volt, mint a 75 millió lakosú Londonban. A legszebb azonban, hogy Los-Angeles, melynek lakossága mindössze 575.000-re rúg, 126-szor annyi betörést és lopást produkált, mint Anglia, Skócia és Wales együttvéve.

A korrumpált erkölcsi viszonyokba stilszerűen beleillik a hamisított orvosi diplomák nagy száma. A minap megemlékezünk a connecticuti diplomagyár botrányáról. Akkor 25%-ra becsülték a hamis diplomával praktizáló orvosok számát, akik ellen a tisztességes társadalom folytonos erőfeszítése sem képes sokat elérni. A csaisá ma is folyik. A Pester Lloyd március 2-i száma már másodszor közli valamely Professor Duffort dr. hirdetését, mely szerint általa egy amerikai, államilag elismert egyetemen „in absentia”, levelezés útján doktori diplomát lehet szerezni. Ignos favit, notis est derisui. Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

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

Kérjük régi előfizetőinket, kik közül még sokan nem újították meg ez évre előfizetésüket, hogy minél előbb tegyék meg azt. Nemkülönbön sokan tartoznak még a múlt év utolsó negyedével 8000 koronával, bár ez évre már előfizettek. Elképzelhető, hogy mily nagy anyagi veszteségei származnak az „Orvosi Hetilap”-nak az ily elfelejtett és csak félév múlva befolyó előfizetések miatt! Kérünk kell, hogy akinek nem esik nehezére, valorizálja a régi tartozásait tehetsége szerint.

Ha valaha, úgy most kell kérünk orvosainkat kitarásra és áldozathozatalra: ne hagyjanak bennünket cserben e nehéz napokban, melyek a legdelebbi vállalkozást is próbára teszik. Szinte azt érezzük: nehezebb most valamit fenntartani, mint megindítani! Pedig mennyi ambícióval, mennyi jóakarattal dolgozunk.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület márc. 8-i ülés-programja: Bemutatások: 1. Sebestyén Gyula: Perforált gyomorsarcoma. 2. Bakay Lajos: 1. Nyelöcsőképzés. 2. Krukenberg-csonkplastika. Előadások: 1. Zinner Nándor: A gyermekbénulás sebészeti kezelése. 2. Fekete Sándor: Az acut adnexgyulladás gyógyítása intravenás calcium-injectiókkal.

Közkórházi Orvostársulat március 12-i ülésének tárgyszorozata: 1. Hasenfeld Artur: A határközeg kiirtásának következményei. 2. Gálóczy Jenő: Insulinnal kezelt diabetes esetek. 3. Csutorás Sándor: Plasztikai műtétek. 4. Szarvas Jenő: Malaria tropica érdekes esete. Előadás: 5. Szecey Jenő: Megjegyzések a perforált ulcusok terapiájához.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete felhívja a kebelébe tartozó c. rendkívüli és magántanár urakat, hogy a német orvosok mensája javára jótékony adományait minél előbb juttassák el a dékán kezéhez. Bis dat, qui cito dat!

Tudományt Mentő Bizottság. A Tudományt Mentő Bizottság, melynek feladata a főiskolák tudományos munkájának biztosítása, március hó 2-án gróf Apponyi Albert elnöklésével ülést tartott. Az ülésen részt vettek: Berzeviczy Albert, gróf Teleki Pál, Lukács György, Földes Béla, Tóth Lajos, Rákosi Jenő, Milos György, Tauffer Vilmos, báró Korányi Sándor, Nékám Lajos, Gorka Sándor s az ügyvezető alelnök: Grósz Emil. Megalakitották a gazdasági bizottságot, melynek feladata, hogy a társadalom érdeklődését a tudomány pártolására felkeltse. A Gyáriparosok Országos Szövetsége, a Takarékpénztárak és Bankok Egyesülete már kiküldötte képviselőit, az Országos

Magyar Gazdasági Egyesület részéről Szilassy Zoltán jelentette be az Országos támogatását, a Hangya nevében pedig Balogh Elemér sürgős segélyképet öt millió koronát utalványozott. Az Országos Kereskedelmi Egyesülés részéről Sándor Pál kilátásba helyezte támogatását, a Kereskedelmi és Iparkamara részletes átiratban közölte készségét.

Az egyetemi pályadíjak kiegészítésére összesen hárommillió koronát szavaztak meg, úgyhogy a nyolc főiskolán a néhány száz koronás jutalomdíjak körülbelül százezer koronára lesznek felemelhetők.

A Bölcsészettanhallgatók Segítő Egyesülete könyvtára számára, a Segítő Egyesület ötvenéves jubileuma alkalmából s különösen azon tudományos törekvésnek támogatására melyeket Gulyás Béla egyesületi elnök fejtett ki, egymillió koronát.

A Felső Oktatásügyi Egyesület szakosztályainak javaslatára az egyetemi tanszékeknek könyvekre s a nyolc főiskola tanszéki segédzsemlézetének tudományos munkásságának támogatására tizenegymillió koronát, továbbá a négy egyetem, a műegyetem, a közgazdasági facultás, a soproni bányász- és erdőmérnöki és az állatorvosi főiskolának könyvtára számára összesen nyolcmillió koronát: a bizottság tehát ezúttal huszonhatmillió koronát osztott szét.

Végül elhatározták, hogy a tudományos bűvárkodás előmozdítására, úgy mint az az orvosi tudományok terén egy magát megnevezni nem akaró tudománypártól részéről 1923 júniusi értékű tizenkétfélmillió korona adományozásával történt, a technika és a szellemi tudományok művelői számára tíz, egyenként egymillió koronás pályadíjat fognak kifizetni. A bizottság azt is elhatározta, hogy a jövőben az egyetemi pályadíjakat nem pénzzel, hanem könyvek adományozásával fogja kiegészíteni.

Kielland vagy Kjelland? Vettük az alábbi levelet:

I. T. Szerkesztő Úr!

Váró Béla dr. „Kielland-fogó alkalmazása a farra” című cikkében (O. H. 1924. 5. sz.), amely új javallatot állít fel ezen különben áldásos műszer alkalmazására, a fogó feltalálójának nevét illetőleg azt jegyzi meg, hogy „maga Kielland a nevét „ie”-vel írja, nem „Kjelland”-nak. Minthogy a műszer zseniális feltalálójának (Christian Kielland), aki Krisztániában mint nőorvos működik, s akihez valószínűleg ez év folyamán Budapestre lesz szerencsénk, a nevét most sűrűn idézik, talán érdeklí szaktársaimat, hogy ő, mint ezt tőle magától tudom, tényleg Kiellandnak írja a nevét, de ő is „Kjelland”-nak ejti ki.

A modern dán-norvég nyelvben ugyan tudtommal nem ismerik már a „kie” szógyököt írásban sem, hanem azt minden vonatkozásban „kje”-vel írják és ugyanígy ejtik ki, csakhogy a „Kielland” írásmód „igen régi s a család azt három évszázad óta megtartotta”.

Temesváry Rezső.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint febr. 24-től márc. 1-ig előfordult hasihasgymáz 8 (3), küteges hagymáz, 0 (1), kanyaró 18 (0), vörheny 64 (6), számarhurut 22 (0), roncsoló torok- és gégegyulladás 19 (3), influenza 38 (25), bárányhimlő 31 (0), járványos fültőmirigygyulladás 6 (0), vérhas 12 (2), trachoma 14 (0), nátház 40 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekágyi láz, járványos agygerincgyógyhártyalob, vesztettség, lépfene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

Kéziratokat fél ív papiros csupán egyik oldalára 15 cm sorszámszámban, 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

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

* Az alábbi adatokat Matignonnak a Paris Médical-ban megjelent (1924 február 23) dolgozatából vettem.

TÁTRA-SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslatti klímának előnye egyesítve modernül berendezett fizikai-dietetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

Elsőrangú tavaszi klíma. — Kiváló tavaszi kúrák. — Elsőrangú diétáskönyv, fekvőcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forró-, fenyőfürdők, vízgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pousidár 50 K-tól fölfele. — Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában. Egész évben nyitva. — Felvilágosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

PÁLYÁZATOK.

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

1. Az V. kerület Dráva-utca, Dunapart, Zsilip-utca és Váci-út által határolt területre évi 1600 K alapilletményel.

2. A VI. kerület Andrássy-út, Szív-utca, Izabella-utca és Podmaniczky-utca által határolt területre évi 1600 K alapilletményel.

3. A VI. kerület Babér-utcai telep és a Váci-út 160-203-ig terjedő részre évi 2000 K alapilletményel.

4. A VIII. kerület Fecske-utca, Népszínház-utca, Homok-utca, Nagyfuvaros-utca, Mátyás-tér, Tavaszmező-utca, Szűz-utca és Tancsics-utca által határolt területre évi 2400 K alapilletményel.

5. A VIII. kerület Nagytemplom-utca, Üllői-út, József-körút, Baross-utca, Mária Terézia-tér és Kistemplom-utca által határolt területre évi 2400 K alapilletményel.

6. A IX. kerület Mester-utca, Vágóhid-utca (a Vásár-tér területével) Soroksári-út és Dandár-utca közötti részre évi 2000 K alapilletményel.

7. A X. kerület Újlóverseny-tér, Tenyészállattelep, Augusztas-telep és az ettől keletre fekvő rétek Kőbányáig; a Pongrác-úti telep és a Kerepesi-út páros számú oldalára évi 1600 K alapilletményel.

8. Újpesten a Rákóczi-út, Baross-utca és a Fóti-út által határolt területre, továbbá a megyeri uradalom területére évi 2000 K alapilletményel.

9. Kispesten az Eszterházy-utca, Rákóczi-utca és a szemétszállító vasútvonal által határolt területre évi 2400 K alapilletményel.

10. Monor községben évi 2800 K alapilletményel.

11. Soroksár községben évi 2000 K alapilletményel.

12. Pestszentlőrinc községben évi 2000 K alapilletményel.

13. Cinkota, a Kossuth Lajos-utca bal oldala és az attól balra eső cinkotai terület Caprerával és Ilona-teleppel, Anna- és Árpád-telepre évi 1200 K alapilletményel.

A felsorolt illetmények a nyugdíjbeszámítás alapját képezik és ezekhez ezidőszent 1000-szeres, a közel jövőben még 1000 százalékos drágasági pótlék jár.

A pályázati kérvények, melyek curriculum vitae, oklevél-másolat, születési bizonyítvány és az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal szerelendők fel, 1924. évi március hó 21-ig ezen Pénztár elnöki osztályához (VIII, Fiumei-út, [Köztemető-út] 19/b. I. em. 34. sz.) nyújtandók be.

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

Budapest, 1924 február hó 23-án.

Dr. Angyal s. k.

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

1924. évi eln. 18/4.

Hajdunánás rt. városnál üresedésben álló városi t. orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, lakáspénz és az összes pótlékok. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, a forradalmak és ellenséges megszállások alatt tanúsított magatartásukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Hajdunánás rt. város képviselőtestületéhez címezve hozzám leg-

később 1924. évi március 8-ig annnyival is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni. A megüresedett állás a városi képviselőtestületnek általam ki-tűzendő ülésén eszközözendő választás útján fog betölteni. Debrecen, 1924 február 14. Pákozdy s. k. alispán.



STOMACHIN

Naponta háromszor
étkezés előtt 20-30 csepp
A LEGJOBB
STOMACHICUM

BALLA SÁNDOR ÉS TÁRSA
gyógyszerészeti laboratórium
BUDAPEST, VII.



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



BEHRINGWERKE A. G.
MARBURG a. d. LAHN

Yatren

mint Schwellenreizmittel

Yatren-oldat 50/0

Kartonok 6 ampullával a 1, 5, 10 cm³.
Ampullák 20 cm³-rel.

Yatren-pillulák a 0.25 gr.

Dobozok 30 és 40 darabjával.

Yatren-casein

gyenge és erős

Kartonok 6 ampullával a 1, 5, 10 cm³.
Ampullák a 20 cm³

mint antisepticum

Yatren-puriss.

Eredeti csomagolások a 5, 10, 25,
50, 100 gr.

Yatren-puder 1:9

Eredeti csomagolások
a 25, 50, 100 gr.

Yatren-sebpor 9:1

Eredeti csomagolások a 5, 10, 25,
50, 100 gr.

Staphylo-Yatren

a staphylococcus-megbetegedések
(különösen furunculosis, folliculitis és acne)
specifikus-nemspecifikus terapiája számára.

Eredeti A-karton, tartalmaz 3 ampullát a 2 1/2 cm³, 1-3. erősség.
Eredeti B-karton, tartalmaz 3 ampullát a 2 1/2 cm³, 4-6. erősség.
Eredeti C-karton, tartalmaz 6 ampullát a 2 1/2 cm³, 4-6. erősség.

Klinikai csomagolás: Üvegcsek a 25 cm³, 1-6. erősség,
10-10, 3 1/2 cm³-es egyes adagra elegendő.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Burger Károly: A Wassermann- és Sachs-Georgi-reactiók értékelése a szülészetben. (159—161. oldal.)

Klinikai előadás. Bárány Korányi Sándor: Bevezetés a fertőző-betegségek therapiájába. (161—164. oldal.)

Therapia. Adler-Rácz Antal: A helybeli érzéstelenítés az urológiai sebészetben. (164—165. oldal.)

Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatétis kezelése. 4. Zabliszt nap. (165—166. oldal.)

Lapszemle. Belorvosok. — Sebészet. — Orthopaedia. — Gyermekegyorvosok. (166—168. oldal.)

Könyvismertetés. (168. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 8-i ülése. (169. oldal.)

Heti krónika. (169—170. oldal.)

Psychotechnika. (170—171. oldal.)

Vegyes hírek. (171. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem női klinikájának (igazgató: Kubinyi Pál dr. ny. r. tanár) és bőr- és nemibetegklinikájának (igazgató: Poór Ferenc dr. ny. r. tanár) közleménye.

A Wassermann- és Sachs-Georgi-reactiók értékelése a szülészetben.

Írták: Burger Károly dr. tanársegéd és Heiner Lajos dr. tanársegéd.

Mióta megbízható serológiai eljárásokkal rendelkezünk a latens lues-esetek felismerésére, azóta elég gyakran találunk olyan egyéneket is syphilissel fertőzötteknek, akiknek betegségükről sejtelmük sincs. Az ilyen occult syphilis-esetek aránytalanul nagyobb számban fordulnak elő a nőknél, mint a férfiaknál. A női nemiszervek rejtettségénél fogva ez természetes is. Ha eredményesen fel akarjuk venni a harcot a világháború alatt és után nagymértékben elterjedt bujakór ellen, akkor figyelmünket az occult lueseseknek sem szabad elkerülni, mert ezek sokszor válnak a fertőzés forrásává, éppen abból az okból, mert betegségükről nem tudván, nem gyógyíttatják magukat, és embertársaikkal való érintkezésben is elmulasztják azokat az óvintézkedéseket, amelyekre a gyógyítás alatt lévők figyelmét a kezelő orvos fel szokta hívni. A lues latens felismerésére az első pillanatban kedvező alkalomnak látszik a vérsavónak a szülés kapcsán való vizsgálata, már csak azért is, mert a közönség lassanként felismeri azt, hogy előnyösebb a szülőintézetekben való szülés, és azért mind nagyobb számmal keresik fel ezeket a szülés előtt álló nők. Ilyenformán egy város szülőintézeteiben a város női lakosságának tekintélyes része megfordul és ha születek alkalmával rendszeresen végeznek a serológiai lues-reactiókat, előreláthatólag igen sok lues latens volna felfedezhető. Ezáltal egyfelől a bujakóros anyákat lehetne hamarosan a szülés után kezelés alá venni, másfelől nagyon sok latens lues congenitában szenvedő csecsemőt is gyógyításba vennénk, mielőtt még más klinikai tünetek elárulnák a betegség jelenlétét. Egyes szülőintézetekben már évek óta üzik a rendszeres vérsavó-vizsgálatokat és ezek alapján sokkal gyakoribbnak bizonyultak a lues latens-esetek szülőnők között, mint azt azelőtt gondoltuk. Mert pl. Winckel 11.377 szülőnőből savóvizsgálat nélkül csak 2.2%-ot talált lues latensben lévőnek, addig a Wassermann-reactio alapján Heynemann 10%-ot (Halleban), Petrini Milanoban 10.7%-ot, Sanger Münchenben 9%-ot, Wag-

ner Prágában 5136 esetből 6.6%-ot. Ezek is magas számok és még jobban megnöttek, mikor nemcsak a karvena vérét, hanem a köldök és retroplacentaris vért is felhasználták a reactiók megejtéséhez. Csábító a két utóbbi helyről származó savónak felhasználása, mert egyfelől vételük nem kíván semmi különös gyakorlatot, a szülésznő is elvégezheti, másfelől a szülőnő figyelme nincs felhíva a vizsgálatra, esetleges aggodalmaktól mentesítjük, meg azután az orvos nincs kitéve annak a szemrehányásnak a szülőnő részéről, hogy miképpen gondolhat ő nála bujakórra. Az orvosi gyakorlatban elég sokszor előfordul, hogy a beteg orvosára megneheztesse a vérvizsgálat proponálása miatt. A nagy százalékban talált pozitív eredmények hamarosan felkeltették a gyanút, hogy vajon ez az időpont alkalmas-e a lues felismerésére, vajon a pozitív Wassermann-reactio szülőnőknél syphilisre mutat-e mindig. Opitz, aki már 1908-ban ajánlotta a terhesek és szülőnők rendszeres vizsgálatát ebben az irányban, úgy vélekedett, hogy a terheseknél, szülőnőknél olyan anyagok keringenek a vérsavóban, amelyek syphilis nélkül is pozitív Wassermann-reactiót adnak. Az utolsó 2—3 év alatt mások is hasonló véleményre jutottak és úgy szólván egyedül áll Pankov azzal a felfogással, hogy a szülés éppen kedvező időpont a syphilis felismerésére. Nemspecifikus kötést különösen a köldök és retroplacentaris vér adott gyakran. Újabb vizsgálatok arra is kiterjeszkedtek, hogy az úgynevezett Ausflockungsreactiók adnak-e kedvezőbb, megbízhatóbb eredményt, vagy a Wassermann-reactio. Így Esch a Meinicke-reactiót hasonlítja össze a Wassermann-reactióval és azt megbízhatóbbnak találja, de csak a gyermekágy VII. napján túl. Szerinte a köldök és a retroplacentaris vérsavó nem ad megbízható eredményt. Ez utóbbi véleményhez csatlakoznak Stühmer, Dreyer és Willenbücher; Brünner szerint is csak elővigyázattal értékesíthető a Wassermann-reactio a gyermekágyban. Handorn és Georgi megfelelő technika mellett a terhesség, szülés alatt és gyermekágyban is megbízhatóbbnak tartják a serológiai reactiókat; nálunk Váró pedig a Sachs-Georgi-reactio mellett foglal állást, mert gyakrabban ad szerinte lues latensben lévő szülőnőknél pozitív eredményt, mint a Wassermann-reactio.

Hogy ebben a kérdésben a magunk véleményét megalkothassuk, 107 szülőnőnél végeztünk rendszeres vizsgálatot. Mindezeknél a szülőnőknél vizsgáltuk 1. a karvenából vett vért, sok esetben, mikor lehetséges volt, a terhesség utolsó idejében is, 2. a köldökvena vérét, 3. a retroplacentaris haematomát, 4. a karvena vérét a gyermekágy III. és VIII. napján. Összesen 567

Wassermann-reactiót és ugyanannyi Sachs-Georgi-reactiót végeztünk.

Ami a technikánkat illeti, a vérvételre vonatkozólag csak a lepénymögötti vérről kapcsolatban jegyeztük meg azt, hogy a lepényi szakban a genitale letisztogatása után a szivárgó vért steril kémcsőben fogtuk fel; ha így nem volt elegendő, akkor a lepény megszületésekor a burkokban még folyékony állapotban lévő vért fogtuk fel.

A Wassermann-reactiót nagyon csekély eltéréssel az eredeti eljárással végeztük egy lueses alkoholos és egy cholesterines alkoholos marhaszív-antigennel. Mindkét antigen több száz más savóval tett vizsgálat alapján érzékenynek és specifikusnak bizonyult. A Sachs-Georgi-reactióhoz használt saját készítésű antigen is közel ezer vérsavóban 91%-ban a Wassermann-reactióval egyező eredményt adott. Az eredmény leolvasása a Wassermann-reactiónál két ízben történt, először az összes tanusavókban létrejött teljes oldáskor, másodszor huszonnégyórás jégsezekrényben állás után. Sachs-Georgi-reactio 24 óráig állt 37 fok mellett a hősezekrényben, 24 óráig jégsezekrényben; ezután olvastuk le az eredményt. A vizsgálatokat hetenként két ízben végeztük; a savókat feldolgozásig jégsezekrényben tartottuk, hogy a bacteriumos bomlást, rothadást elkerüljük: különösen a lepény mögüli ürülék vértől volt ez fontos. A köldökvérben gyakori jelenség volt hogy nem alvadt meg, hanem a vörösvérsejtek egyszerűen lesüllyedtek mint azt a citratos vérről láthatjuk. A retroplacentaris vérsavó pedig nem egyszer volt sárgás-zöldes színű és nyálkaszerűen nyúlós. A reactiók leolvasásánál erősen pozitív (++++) , pozitív (+++), gyengén pozitív (++), kétes (+) és negatív (0) jelzést használtunk.

Eredményeinket könnyebb áttekintés céljából táblázatba összefoglalva adjuk:

Vizsgált savók sz.	Honnan vett savó	Wassermann-reactio				Sachs-Georgi-reactio			
		++++	+++	++	+	++++	+++	++	+
27	Terhesség alatt karvena	1	—	—	—	1	—	—	—
107	Szülés alatt karvena	7	—	1	—	7	4	6	1
107	Köldökvena	4	—	6	1	4	1	11	6
107	Retroplacentaris haematoma ...	7	2	10	1	6	7	16	8
107	Gyermekegy 3. napja karvena ...	6	—	1	—	9	3	13	3
107	Gyermekegy 8. napja karvena ...	5	1	—	—	4	7	3	—

Ha a Wassermann-reactio és a Sachs-Georgi-reactio eredményét összehasonlítjuk, az első pillantásra feltűnik, hogy az utóbbival sokkal többször kaptunk pozitív eredményeket. Pedig amint fentebb említettük, más savóknál csak 9%-ban volt eltérés a két eljárás között. *Bathe* szerint a Sachs-Georginál sem gyakoribb a nonspecifikus reactio, mint Wassermannnál. A Wassermann-reactio sokkal egységesebb eredményt adott. Ez alatt az értendő, hogy kifejezetten pozitív Wassermann-reactio esetén a köldökvena is, a lepény mögötti haematoma vére is pozitív volt, sőt a legtöbb esetben még a gyermekegy VIII. napján is pozitív volt a reactio. Voltak azonban olyan eredményeink is, melyeknél az eddig pozitív Wassermann-reactio a gyermekegy III., de még inkább a VIII. napján negatívvá vált. Ez a jelenség megfelel *Esch* és más szerzők (*Richter*) ama tapasztalatának, hogy csak a gyermekegy VII. napján túl lesznek megbízhatók a serologiai eljárások eredményei. Seronegativ anyáknál a köldökvena vérből mi *Eschtől* eltérőleg kaptunk pozitív eredményt, Wassermann-reactiónál két ízben gyengén pozitívet, egyszer kétest, de már Sachs-Georgi-reactiót 8 esetben és 6-szor kétest, vagyis *nem mondhatjuk, hogy a pozitív köldökvérsvó esetén bizonyos a lues* (*Klee és Hoffmann*). Azt azonban mi is tapasztaltuk, hogy bár a karvena erősen pozitív reactiót adott, a köldökvena vérsavója teljesen negatívot mutatott. Tehát *negatív köldökvena-lelet még nem zárja*

ki az anya luesét. Érdekes volt az az esetünk, amely-nél a terhesség utolsóelőtti hetében, a szülés alatt negatív Wassermann-reactiót és Sachs-Georgi-reactiót kaptunk, de a gyermekegy III. és VIII. napban már pozitív volt mindkét reactio és a szülés után 4 hétre is az maradt. Az illető nő lueses fertőzésről nem tud, de férjénél lues latenst találtunk. Itt azt kell gondolnunk, hogy seronegativ lues latensben szenvedő egyénél terhesség és szülés kiválthat specifikus pozitív reactiót, mint aminőt salvarsan- vagy tejinjectióval is sikerül provokálni. Táblázatunkra tekintve az is egyszerre szembetűnik, hogy mindkét eljárással, de különösen a Sachs-Georgi-félével nagyon gyakran kaptunk gyengén pozitív vagy kétes reactiókat a köldök- és a retroplacentaris vérsavóval, jóval ritkábban már a gyermekegy III. napján vett karvena vérről. Ezek alapján a köldök- és retroplacentaris vért a lueses savóvizsgálat megejtésére alkalmatlannak tartjuk.

Táblázatunk azt is demonstrálja, hogy a Sachs-Georgi-reactio a karvenából vett vérről is többször adott a szülés és a gyermekegy alatt pozitív reactiót, mint a Wassermann-féle. Vajjon ezek a pozitív eredmények a vizsgált egyének lueses voltát jelentik-e? Ezt a kérdést úgy véltük tisztázhatónak, hogy a szülés után 6–8 héttel, amikor feltehető volt, hogy a szervezet egyensúlya már ismét helyreállott, utóvizsgálatra berendeltük betegeink közül azokat, akiknél pozitív eredményeket kaptunk. Sajnos, csak egyrésztük jelentkezett, de így is megállapítható volt: 1. amely esetben a Wassermann-reactio mindvégig pozitív eredményt adott, a reactio a szülés után is pozitív volt, 2. azoknál, akiknél a reactio csak a III. napig volt pozitív, 6–8 hét múlva negatív eredményeket kaptunk, 3. a Sachs-Georgi-reactio szerint a VIII. napon is pozitívnek talált vérsavók 6–8 hét után negatív eredményt adtak.

Utóvizsgálataink alapján azok véleményével szemben, kik a Sachs-Georgi-reactiónak a terhesség és szülés alatt gyakrabban észlelt pozitív voltát, tehát fokozott érzékenységet ennek az eljárásnak javára írnak, kénytelenek vagyunk megállapítani, hogy ez a fokozott érzékenység nem előnye, hanem hátránya a Sachs-Georgi-reactiónak. Ugyancsak ezt bizonyítják terhesen tett tapasztalataink is. A 27 terhes nő közül egy adott pozitív Sachs-Georgi- és Wassermann-reactiót (amely mindvégig pozitív is maradt), de a szülés alatt és gyermekegyben közülük még 7 esetben vált, ha gyengén is, pozitívvá a Sachs-Georgi-reactio, míg a Wassermann-reactio negatív maradt. Ha a Sachs-Georgi-reactio fokozott érzékenysége specifikus volna, akkor ennek az érzékenységnak már a terhesség alatt is, a gyermekegy után is érvényesülni kellene. Miután ez azonban eseteinkben nem volt így, azt véljük, hogy a szülés alatt fellépő gyakoribb pozitív reactio oka a vér összetételének a szülés alatt történő megváltozásában keresendő.

A Wassermann-reactiót megbízhatónak találtuk és ebben egyezik véleményünk *Handornéval*. A mi tapasztalataink is amellett szólnak azonban, hogy a gyermekegy VIII. napjáig várjunk a vérvétellel, ha ezt a terhesség alatt nem ejthetjük meg, mert ez a rövid idővesztés nem áll arányban a Wassermann-reactiónak ezen időn túl való fokozott megbízhatóságával, mert úgy látszik, a vérnek a szüléssel kapcsolatos megváltozása az első hét után megszűnik. Ezt mutatják *Bauer*, *Lehndorff*, *Heynemann* vizsgálatai is. Nevezett szerzőknek feltűnő gyakran sikerült terhesek, vajudók és gyermekegyasok inaktivált vérsavójával a kobra-haemolysist activálni, de csak a gyermekegy VI. napján belül. *Sachs és Öttingen* terhesek serumának destillált vízzel való hígításánál *Klausner* értelmében zavarodást találtak.

A vér ezen, a terhességgel, szüléssel kapcsolatos elváltozásának okát többféleképpen magyarázzák. Így *Neumann* és *Herrmann* lipidaemiában, *Sachs-Öttingen* a globulinok labilitásában, *Esch* a globulinok felszaporodásában találják az okot. *Hohn és Gummert* a nonspecifikus kötések okát a Wassermann-reactiónál a fehérjehasadási termékekben vélik megtalálni.

Mi is kerestük a nemspecifikus reakciók okát. Vizsgálat alá vettük, hogy nem függenek-e össze a szülés időtartamával. Azonban kiderült, hogy ebben a tekintetben nem volt törvényszerűség. Találtunk ugyanis hosszú, 30–40 órás vajadás után is negatív reakciót és igen rövid szülés után is pozitívet. Gondoltunk arra is, hogy különösen a Sachs-Georgi-reakció túlérzékenysége esetleges terhességi albuminuriával áll összefüggésben: azonban itt sem találtunk állandó összefüggést, mert 25 albuminuriás közül 15 pozitív, 10 negatív reakciót adott.

Egyesek szerint (*Dannay, Krukenberg*) eklampsiánál gyakoribb a pozitív reakció. Erre vonatkozólag nem alkothatunk magunknak véleményt, minthogy a vizsgált szülés-sorozatban csak egy eklampsiás esetünk volt. Ez a gyermekágy III. napján adott gyengén pozitív Sachs-Georgi-reakciót.

Összefoglalás:

1. A bujakor serológiai felismerésére a szülőágy-nál a Wassermann-reakciót alkalmasabbnak tartjuk a Sachs-Georgi-reakciónál, amely gyakrabban ad nemspecifikus pozitív eredményt. Ezt a terhesség alatt és a szülés után 6–8 héttel nyert tapasztalataink kétségen kívül bizonyítják.

2. Sem a köldök-, sem a retroplacentaris vér nem ad megbízható eredményt.

3. A szülés tartamának, a terhességi albuminuriának, úgy látszik, nincs befolyása.

4. Szegeden és vidékén az intézetben szülönők közül 6%-ban találtunk lues latenst.

IRODALOM: Esch: Über die Wertigkeit etc. Arch. f. Gyn. CXVII. köt., 147. oldal. — Esch és Wietoch: Münch. Med. Woch. 1922/25. — Esch: Zentralbl. f. Gyn. 18. szám. — Stühmer és Dreyer: Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. LXXXIV. 2. füz. — Váró: Orvosi Hetilap 1922, 5. sz. Zentralbl. 1923, 30. sz. — Brünner: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. LVII. köt., 1–2. füzet. — Dannay: Párisi gyn. társ. ülése 1911. márc. 16. Ref. Zentralbl. 1912, 7. sz. — Haudorn Georgi: Zentralbl. f. Gyn. 1923, 23. sz. — Haudorn: 1923, 34. szám. Zentralbl. f. Gyn. — Pankow: Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. XVIII. köt. Tagung. Ref. Zentralbl. 1923, 26. sz. — Opitz: Med. Klinik. 1908, 30. sz. — Willenbücher: Arch. f. Gyn. 1923, CXVI. köt. — Klee és Hofmann: Monatschrift. 1923, LXII. köt. — Hohn és Gummert: Münch. Med. Woch. 1923, 26. sz. — Wagner: Med. Klinik. 1923, 1. sz. — Richter: Gyn. Ges. Dresden Zentralbl. 1923, 35. sz.

KLINIKAI ELŐADÁS.

(Második, befejező közlemény.)

Bevezetés a fertőző betegségek therapiájába.

Tartotta: Bárány Korányi Sándor ny. r. tanár.

(1923 október 11-én és 12-én.)

Bichat definitiója szerint az élet a halálnak ellenálló erők összessége. A philosophus e definitiót ugyan kifogásolhatja, de az orvos bizonyos szempontból mindennapi tapasztalatának kifejezését látja benne és ha azt elfogadja, a halálnak ellenálló erők egyénekenként változó nagyságát a vitalitásnak nagyjában megbecsülhető mértékeként tekintheti. A vitalitás ősforrása az öröklés. Ennek legvilágosabb bizonyítéka az, hogy a hosszú életre való képesség nagyon sokszor éppen úgy családi tulajdonság, mint az időelőtti meghalás. De az öröklött vitalitás intra- és extrauterinalis befolyások hatása alatt változhatik. Köztük egyike a legfontosabbnak a kor. Sok egyéb tapasztalat közt igazolja ezt a typhus halálozási statisztikája is. Ez a 15. életévtől a 60. föltt 6.6%-ról 52.6%-ra nő. E tény nagyon világosan rámutat arra is, hogy a fertőző betegségek prognózisában a vitalitásnak mekkora jelentősége van és mekkora jelentősége lehet annak, ha az orvos nemspecifikus therapiájával betege vitalitásának fokozására sikerrel törekszik. Ezt megteheti, mert a vitalitásnak öröklött és a korrall összefüggő nagyságán kívül vannak olyan tényezők is, amelyek befolyásolhatók. Ezek

közé tartozik mindenekelőtt a tápláltság foka. Jelenőségét megdöbbentő számokban juttatta kifejezésre a világháború alatt a központi hatalmak kiéheztetése. E számok közül különösen azoknak beszéde világos, melyek kisebb, ellenőrizhető viszonyok között élő embercsoportokra vonatkoznak. Ilyeneket szolgáltatott pl. Richter statisztikája. Németország elmekórházaiban az ápoltak életmódja a háború alatt csak egy tekintetben változott: táplálékuk átlagos caloriatartalma, amely 1913-ban 2695-re rúgott, 1917-ig fokozatosan 1987-re szállott alá. Eközben mortalitásuk 0.047%-ról 0.124%-ra emelkedett. A vitalitás ama csökkenése az elégtelen táplálkozás következtében, amely e számokban mutatkozik, különösen a fertőző betegségekkel szemben tanúsított ellenállást szállítja le. Hogy ez így van, azt régen megmutatta a mindennapi tapasztalat és jól demonstrálható az állatkísérletekben is. A galamb a pustula maligna-val szemben rendesen immunisnak bizonyul, de immunitását Canalis és Morprugo megtörték éheztetéssel. Hogy ilyenkor a táplálás therapeutikus jelentősége mekkora, azt kísérleteikből nagyon feltűnően lehet felismerni. A hatnapi éheztetés után beoltott galamb még megmenthető, ha az oltás napján ismét táplálékhoz jut. Mihelyt azonban a fertőzés után elmúlt 48 óra, betegségét a táplálás újrakezdése ugyan megnyújthatja, de halálos végét nem hátrítja el.

A specifikus therapia módjai betegségenként változók. Tőlük e szempontból legtávolabb áll, mert egészen általánosan alkalmazható, az a methodika, amely a célt a beteg vitalitásának megóvásával, ha lehet fokozásával, igyekszik elérni. Eszközei között kétségtelenül a leghatásosabb a táplálkozás céltudatos szabályozása. A feladat nehéz. A lázas fertőző betegségben szenvedőnek étvágya nincs, emésztőnedvei gyéren választódnak el. Táplálékának kihasználását ronthatja — mint pl. a typhusban — a hasmenés, és az, amit megemészt, ami táplálécsatornájából felszívódásra jut, a normalistól eltérő módon értékesített. A fertőző bajoknak nagyon általános tulajdonságai közé tartozik a fokozott fehérjeszételés. A fertőzött organismusba jutott mikroorganizmusokat a védekezés folyamatai felbontják. Az emésztés és felszívódás szerveinek megkerülésével a szervezetbe jutott fajidegen fehérje magasabbrendű bomlási termékei pedig, Weichhardt kifejezésével élve, protoplasmaaktiválók. Hatásuk alatt a mirigysejtek elválásztása, a contractilisoknak contractilitása stb. nő és talán nem tévedünk, ha azt hisszük, hogy az ilyen protoplasmaaktiválás körébe tartozik a fehérjeanyagcsere élénkülése is. Emellett szól, többek között, hogy a lázas fehérjebomlás nagyobb mértékű erőteljes, fiatal, jó állapotban lévő embereknél, mint elgyengült, megtört öregeknél. A kórokozó mikrobák proteinjének felbontásakor kiszabaduló aktiváló anyagoknak, úgy látszik, speciális tulajdonsága az, hogy hatékonyságuk sokszorta nagyobb, mint más, pl. a tejfehérjéből származó és — amint az talán legfeltűnőbbben a tuberculinhatás észleléséből ismerhető fel — úgy látszik, hogy a szervezet különösen azon mikroba-fehérje bomlási termékei iránt tanúsít fokozott érzékenységet, amely azt beteggá tette. Vajjon az akut fertőző betegségek fokozott fehérjebomlása csakugyan tisztán ilyen protoplasmaaktiválás eredménye-e, vagy pedig létrejöttében a mikrobákból kiszabaduló anyagok „toxikus” hatásának is van ebben része, amely esetben az legalább részben passiv folyamatnak volna tekintendő, az ma még tisztán nem látható. De ha eredete felől nincsenek is egészen világos fogalmaink, következményeit ismerjük. Azok részben károsak, mert a pathologikus fokozott fehérjebomlás kevesbíti a szervezet élő anyagát, de másrészt hasznosak. Valószínű, hogy összefüggésben áll-

nak az antitestképzéssel. Így *Marenghi* azt találta, hogy a diphtheriaantitoxin nyerésének föltételei közé tartozik a diphtheriatoxin befecskendezését követő fokozott fehérjebontás. Lehet, hogy annak más jelentősége is van. *Liebermann* selectiós immunitástheóriája szerint a fertőzés hatása alatt a protoplasmának az antigen iránt érzékeny része bomlik és ezzel a szervezetnek általa megtámadható anyaga kevesbedik. Hasonló nézetre jutott *Roux* is. Ebbe a folyamatba kell a diatetikának beavatkoznia. Valószínű, hogy a toxikus fehérjebontás korlátozására képtelen, viszont azonban az aktivált protoplasma nagyobb fehérjeszükségletét megfelelő mennyiségű fehérje és fehérjekímélő tápanyagok bejuttatásával kielégítheti annyira, hogy az a szervezet fehérjeállományát minél kisebb mértékben támadja meg. Különösen a német iskolának vizsgálataiból tudjuk azt, hogy ez a cél megközelíthető és megközelítésével a diatetis therapia kétségtelenül hozzájárul ahhoz, hogy a beteg vitalitását védje.

A mikrobabontás termékeinek aktiváló befolyása alatt áll a hőszabályozás rendszere is. Alatta reakciói túlzottakká válnak és a hőszabályozás úgy működik, mintha a külső és belső hőmérséklet közti különbség nagyobb volna a valódinál. Ha pedig az e különbségből származó lehüléssel szemben a szervezet védekezése túllő a célon, a test hőmérséke fölemelkedik. A fertőző bajok nagyon általános folyamata a fokozott fehérjebomlás mellett csakugyan a lázas hőemelkedés. Ennek is két ellentétes hatása lehet, akárcsak a fokozott fehérjeszétésnek: hasznos és káros, és e két hatás eredője az, amely a beteg sorsára befolyását gyakorolja. Hasznosságát bizonyos körülmények között mi sem bizonyítja jobban, mint a paralysis progressiva láztherapiája, amelyet először nucleinbefecskendezéssel *Donáth* alkalmazott és amelyet *Wagner-Jauregg* tökéletesített, paralysis progressivában szenvedőket malariával vagy recurréssal oltva be. A láz hasznos vagy káros voltának kérdése a nagyon bonyolultak közé tartozik. A hőmérséklet emelkedése bizonyos határon alul a biológiai folyamatokat élénkíti. Valószínű, hogy e folyamatok sorába tartoznak azok is, amelyekkel a szervezet a kórokozókkal szemben védekezik. De a lázas hőmérséklet a szervezet hőoptimumánál magasabb és azért valószínű, hogy annak vitalitását csökkenti. Az actio élénkítése pedig az actio képesség csökkenése mellett kimerülésre vezethet. Alacsonyabbrendű állatokon *Loeb* gyönyörű kísérletekben bizonyította be, hogy a hőmérséklet emelkedésével jobban gyorsulnak ama folyamatok, amelyek az életet természetes vége felé viszik, mint azok, amelyek fenntartják. Ezen egyenlőtlen hatás eredményeképpen magasabb hőmérséklet az élet lefolyását gyorsítja, tartamát rövidebbé teszi. Ha *Loeb* tapasztalatai magasabbrendű szervezetekre is átvihetők, akkor azt jelentené, hogy a lázban töltött nap az egyén életében egy normális napnál többet számít. Azonban nem szabad elfelejteni azt sem, hogy a láz egyszerre két egymással küzdő organismusra, a betegre és a kórokozóra hat és mindkettőre, valamint a köztük folyó küzdelem lényegét képező kölcsönös hatásokra is kettős: elősegítő és gátló befolyású lehet és hogy a hőemelkedésnek a biológiai folyamatokat gyorsító hatása bizonyos határon túl bénítóba csap át. Ha pedig mindezt tekintetbe vesszük, megértjük azt, miért olyan ellentétesek a nézetek afelől, vajjon a láz a betegségnek hasznos, vagy káros jelensége-e. Valószínű, hogy e kérdésre minden esetre illő válasz nincsen is. Ha látjuk azt, hogy különböző emberek milyen különböző mértékben szenvednek a láz alatt, hogy egy és ugyanazon embert is milyen különböző mértékben viseli meg ugyanolyan fokú hőemelkedés a betegség minőségének és stadiumának különböző volta

szerint, akkor be kell látnunk azt, hogy a hőmérséklet gyógyszeres befolyásolásának célszerűsége, fölösleges vagy káros volta fölött csak az esetről-esetre végrehajtott próba eredményének elfogulatlan észlelése dönthet és egyformán helytelen az antipyresis alkalmazása vagy annak mellőzése minden esetben, theoretikus okoskodásoknak, „elvnek” alapján. Abban, hogy jól ellenőrzött, az eset individualis sajátosságaihoz alkalmazkodó antipyretikus therapiának sokszor igen nagy haszna van, kételkedni nem tudok.

Az anyageserének és a hőmérsékletnek szigorúan individualizáló szabályozása mellett a lázas fertőző betegségek általános therapiájának sok más körülményre is ki kell terjeszkednie. Ezek közé tartozik a beteg nyugalma. A francia iskola már régen hangoztatta a „surmenage” jelentőségét a betegségek lefolyására. Ezt állatkísérletekben szépen demonstrálta *Charlin* és *Roger*. Állatokat vízszintes tengely körül forgó hengerekbe zárva futásra kényszerítettek és kitűnt, hogy kifárasztásuk ellenállásukat fertőzésekkel szemben nagymértékben lecsökkenti. A fáradtság hatását beteg emberre jól illusztrálja az a hőemelkedés, amelyet tuberculosisban szenvedőknél minden testi és lelki megterhelés vagy kedélyizgalom létrehozhat és a tartósan fokozott munka, a testi túlterhelés ellenálláscsökkentő hatását jól megmutatta a háború alatt az otthon maradt nők nagyobb tuberculosishalálózása falun, ahol úgy laktak, úgy ettek, mint azelőtt, de emellett hadbavonult férjeik munkáját kellett átvenniük. (Fáy.) Nagyon szembeötlő különbség mutatkozott azon katonák typhusa között is, akiknek betegsége kint a fronton, vagy a nyugalmasabb segédszolgálatban vette kezdetét. A nyugalomnak, amelyre a betegnek szüksége van, nemcsak testinek, hanem kedélyinek is kell lennie. E szempontból nagyon fontos a betegszoba csendje, a szenvedések enyhítése, amihez az antipyresis is lényegesen hozzájárulhat, az éjjeli alvás biztosítása, ha kell, altató gyógyszerekkel és mindaz, ami a jó betegápoláshoz hozzátartozik. Említésre méltó a világosság hatása is. Legalább egy betegségre, a tuberculosisra nézve a heliotherapia ezt a gyakorlatban is kétségtelenül megmutatta és hatásának megértésére az első igazi lépést *Karczag* tette meg, mikor állatkísérletekkel mutatta ki, hogy a világosság az allergiát fokozza, a sötétség csökkenti és hogy a fény hatása az allergiára a sugarak hullámhosszával összefüggésben is kimutatható módon változik.

A jó ápolás, a jó táplálás, a helyesen keresztülvitt antipyresis a lázas fertőző betegségek therapiájának ama módszerei, amelyek a beteg szervezet vitalitásának megkímélése útján nagyon hathatósan hozzájárulnak a prognózis megjavításához. De ezen eljárások hatása igazán csak általános és addig, amíg keretüket át nem lépjük, az egyén specialis gyöngé oldalaival nem foglalkozunk. Pedig a lánc leggyöngébb szemén szakad meg és az egyén vitalitása szervei vitalitásából adódva össze, azt egészében veszélyezteti, ha ezek egyikének vagy másikának teherbíróképesége akár a beteg constitutiójánál, akár megelőző betegségeinél, akár pedig a jelenben leküzdendőnek localis hatásánál fogva különösen nagy mértékben szenvedett. Természetes, hogy az ilyen localis okból származó veszély jelentősége azzal a jelentőséggel nő, amellyel az illető szerv az egész organismus életének fenntartása szempontjából bír. Azért teljesen megokolt az a kiválóan nagy figyelem, amelyben az orvosok az akut fertőző betegségek alatt a szívet szokták részesíteni. De bármennyire megokolt, nem tagadható, hogy a mindennapi gyakorlat methodikája, amellyel a szív működési képességét fenntartani vagy

javítani igyekezik, nem egyszer elhibázott. Egyik tévedése abból áll, hogy a szívnek hypertrophiák által compensált billentyűhibáinál elégtelenné vált működését helyreállító eljárásokra vonatkozó tapasztalatait egyszerűen átviszi a szív ama gyöngeségeinek kezelésére, amelyek nem szívbetegségek, hanem az infectiónak következményei. Amikor ezt említem, elsősorban a digitalisra gondolok. Előadásomban csak a therapia általános elveivel akarok foglalkozni. Eszközeinek részletes tárgyalásába nagyobb haszonnal bocsátkozhatunk bele, ha a sémás terv, amelybe a részletek az eset egyéni tulajdonságainak megfelelő módon illesztendők bele, fővonásaiban világosan áll előttünk. A digitaliskérdésre fontosságánál fogva mégis ki kell térnem. Alkalmazását a pneumonia-therapiában Traube vezette be, még pedig sajátos tévedés alapján. Ő attól a hőfok mérséklését várta. És bár tévedése világossá lett, antipyresis céljából pedig az ő ideje óta egészen megbízható szereket használhatunk, a szokás más, elérhetőnek vált célra törekedve, a gyakorlatban megmaradt. Ha a pneumonia, az influenzás, a typhusos vagy más lázas fertőző bajban szenvedőnek pulzusszáma nő, kvalitása rosszabbodik, digitalist kap, vagy digitalist kap előre, a szívgyöngeség megelőzésére is. Pedig aki betegeit elfogulatlanul figyeli meg, mindennap meggyőződhetik afelől, hogy mihelyt az ilyen szívgyöngeségnek imponáló állapotok megjelennek, a digitalis hatástalan marad. Az hat a kimerülő hypertrophiás szívre, talán hat akkor is, ha hypertrophia nélkül a vér eloszlása a kis és a nagy vérkör, az arteriák és vénák közt a szív elégtelen propulsiója folytán megváltozik — de az, amit a pneumoniában vagy a typhusban szívgyöngeségnek nevez az orvos, az esetek nagy többségében egészen más természetű dolog. Ilyenkor a vénák megtelődésének nincs semmi nyoma, a pulmonalis második hangja nem ékeződik, még a szív kitágulásának jelei is hiányzanak — és az elfogulatlan észlelés azt mutatja, hogy a digitalis hatástalan. A vér rendellenes eloszlásának ezen állapotokban két típusa van: a kis vérkörben a hypostasis és a nagyban a hasi szervek ereinek túltelődése. Mindkettőnek oka az értonus csökkenése, és a szív azért nem továbbit elég vért ilyenkor, mert azt a vérmennyiséget, amely belőle távozik, nem kapja vissza. Ha ez az állapot hirtelen fejlődik ki, a klasszikus collapsus képéhez tartozik. De van lassú collapsus is, amelyet oly sokszor láttunk kifejlődni az alatt a rettenetes influenzajárvány alatt, amelyet spanyol-betegségnek neveztek. A hőmérsék tizedfokokkal napról-napra csökken, leszállása azonban nem nagyon feltűnő, nem is éppen állandó. Ellenben feltűnő és állandó a pulzusszámnak napról-napra észlelhető mérsékelt szaporodása, amellyel karöltve kvalitása romlik és a beteg ereje napról-napra fogy. Ilyenkor a digitalis semmit sem változtat a helyzeten. Természeténél fogva ezzel teljesen egyenlő az, amit a legtöbb nem éppen nagyon könnyű typhusban szenvedő betegen észlelünk, mikor a kezdeti bradykardia talán a harmadik hét körül fokonyként mérsékelt tachykardiába megy át, a hőmérsék állandóságából veszít és a beteg fokozatosan mélyebben merül bele a status typhosusába. Mi ez az állapot? Benne a szív működés menete a legfeltűnőbb, mert a pulzuson ellenőrizhető — de nem ez a cardinalis elváltozás, de még csak nem is a keringési zavar lényege. Ez, amint említettem, az erek állapotában keresendő és maga is csak része annak a nagyon kiterjedt, az egész szervezetre kiható állapotnak, amelynek igazi természetébe csak újabban tekinthetünk bele.

A mikrobaproteinek nemcsak toxikus hatásúak, hanem protoplasmaaktiválók is. Mint a sejtműködések általános ingerei az Arndt-Schulz-féle törvény alá esnek, amely szerint ingerek bénítókká válnak, ha intenzitá-

suk túllép bizonyos határon. Friedberger az anaphylaxia jelenségeinek igen nagy fontosságot tulajdonít a fertőző bajokban. Szerinte a megbontott mikroorganizmusok proteinjéből az „anaphylatoxin” válik szabaddá, amely mérsékelt mennyiségben lázat okoz, a fehérjebontást fokozza, nagyban hőmérsékesést, a fehérjebomlásban csökkenést, collapsust hoz létre. Friedberger felfogása, különösen részleteiben, kétségtelenül nagyon egyoldalú, de az, ami kísérleteiből kitűnik, nagyon fontos dolog: a mikrobaszétesés termékeinek aktiváló befolyása bizonyos határig, bénító hatása azon felül. E bénító hatás könnyen észlelhető részjelensége az, amit a gyakorlat szívgyöngeségnek nevez és egész más szívgyöngeségekkel tévesen azonosít. Ellene a dolog lényegébe vágót tenni, ha nagy fokban áll előttünk, alig tudunk. Symptomatikusságának eszközei pedig nem a digitalis, hanem az érszerek: a coffein, a kámfor, a strychnin, az adrenalin, vagy a szív töltésének fokozása hypodermoklyssal, még jobban intravenás infúziókkal és így tovább. De nem akarok részletekbe merülni. A fertőző bajok általános terapiájának alapelveivel foglalkozunk. E kitérőt a részletekbe az indokolja, hogy olyan állapot figyelembevételére szolgáltatott alkalmat, amely az általános therapia szempontjából igen nagy fontosságú dolog.

Nemcsak a szív, nemcsak a keringés, hanem minden életfontosságú szerv és szervrendszer leköti az orvos figyelmét, mikor ez az általános therapia foglalkoztatja őt. Azért érdemli meg az „expectativ”, szokszor lekicsinyelt jelzőt, mert csakugyan várja a beavatkozás szükségének pillanatát, mielőtt egyebet is tesz, mint ápol, táplál és szenvedéseket enyhít. De megérdemli-e azt a kicsinylést, amellyel ez a therapia az orvosok ítéletében oly sokszor találkozunk? Kétségtelen, hogy *nem*, mert legalább ma még több életet tart meg, mint minden specifikus therapia összevéve és ha a nagy sebészi beavatkozások utáni halálozás ma oly bámulatraméltó módon csökkent, abban igen nagy része van annak, hogy a sebész ezen expectativ, symptomatikus és hozzátéhetjük, functionalis terapiát éppen olyan tökéletesen átdolgozta saját beteganyagára, mint amilyen tökéletessé sebészi technikáját tette. Mert ez a therapia *lényegében a vitalitás kímélése*, amelyre éppen úgy szüksége van a súlyos műtéten átesett betegnek, mint annak, akinek vitalitását nem a műtėti trauma, hanem infectio támadta meg.

Ennek a vitalitást óvó terapiának technikai kifejlesztése a múlt század második felének a műve és azóta az acut fertőző betegségek halálozási százaléka világszerte mélyebbre szállott. De annak, hogy pl. a typhus halálozási százaléka 1840-től 1880-ig 25–30%-ról 10% alá esett, nem lehetne-e más oka is, így az emberek jobb általános erőbeli állapota, a jobb átlagos tápláltság, jobb lakás stb. folytán? A kérdés eldönthető. Activ terapiáknak, mint amilyenek a serumtherapia, a specifikus therapia, hatásosságát több módon lehet bizonyítani. Ezek egyike abból áll, hogy a beteganyagot aszerint csoportosítjuk, hogy az activ therapia a betegség hányadik napján vette kezdetét. Annak hatása általában nagyobb, ha korábban alkalmaztatik és azért az így csoportosított beteganyag halálozási százaléka az igazán hatásos gyógyító eljárás későbbi alkalmazásával nő. Ennek a statisztikai próbának vetettem alá klinikánk typhusbeteganyagát és 523 eset összeállításából kitűnt, hogy abban a halálozási százalék mindössze 5.6, ha a klinikai ápolás a betegség első négy napjában vette kezdetét 7.3, ha később, a hetedik napig, azontúl pedig 9.6%. Ebből felismerhető, hogy a *vitalitást kímélő therapia a hatásosak sorába tartozik*.

Az elmondottakból egyelőre mit tanulhatunk? Néhány betegségnek van specifikus gyógyszeres terapiája, néhányat természetes immunitásos reakciók specifikus termékeivel is befolyásolhatunk. A szervezet spontan reakcióinak fokozására is megvan a lehetőség. E lehetőséggel azonban nagyon óvatosan szabad csak élni. A vele való élés methodikája ma még kidolgozva nincs és róla csak mint a jövőben kiépítésre váró terapiáról szólhatunk és míg ezt el nem érjük, a gyakorlatban terapiáknak többnyire a réginek kell maradnia. Ha áttekintjük azt, ami fölött benne rendelkezünk és összevetjük egymással azon módszerek értékét, amelyeknek forrása az exakt tudományos kutatás, azokéval, amelyeket az empiriának köszönünk, akkor, higgadt objectivitással ítélve, azt kell mondanunk, hogy teljes értékű terapiánk csak a módszerek e két kategóriájának teljes kihasználásával lehet, de közülük ma még az empiriának köszönhető módszerek értéke az általánosabb, igazat adva *Baglivinek*, aki szerint „in medicina majorem vim fecit experientia, quam ratio”. Az átalakulás korában élünk. A „rationalis” terapia, amely exact tudományos módszerek eredményeire építi fel eljárásait, csak nemrég jutott odáig, hogy a gyakorlatban sikerekre hivatkozik. A „ratio”-nak, amelyből kiindul, az „experientia” tűzpróbáján keresztül kell a gyakorlatot áthatnia. Nem tesz jó szolgálatot betegnek, tudományának, aki e folyamatot türelmetlenül igyekszik siettetni.

THERAPIA

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza dr. egy. ny. r. tanár).

A helybeli érzéstelenítés az urológiai sebészetben.

Irta: Adler-Rácz Antal dr. egyetemi tanársegéd.

Az utóbbi időben az urológiai sebészetben — épp úgy, mint az általános chirurgiában — a narcosis a helybeli érzéstelenítéssel szemben mindinkább háttérbe szorult. A helybeli érzéstelenítés alkalmazása az urológiai sebészetben különösen fontos azért is, mert az általános narcosis előidéző szerek a vesékre károsan hatnak, pedig itt nagyrészt éppen ezen szerv egyikének vagy mindkettőnek megbetegedéséről lévén szó, azoknak kímélése különösen jelentőségteljes; az urológiai műtétek másik csoportjánál pedig öreg emberekről lévén szó (prostatahypertrophia), a narcosis a szív, illetve tüdő szempontjából nem kívánatos. Ha a külföldi közleményeket olvassuk, vagy más országok urológiai-sebészeti intézeteit megjárt kártársak közléseit halljuk, azt tapasztaljuk, hogy kevés helyen végzik a műtéteket helybeli érzéstelenítésben, és vagy mindjárt általános narcosist alkalmaznak, vagy a műtét egyes szakaszait végzik narcosisban vagy bódulatban. A budapesti urológiai klinikán a lefolyt három év alatt a vese-, hólyag-, prostata-, here- és húgyveseműtéteket legtöbbször helybeli érzéstelenítés mellett végeztük több száz esetben, s talán nem lesz érdektelen, ha közöljük azt az eljárást, mely nálunk olyan jól bevált.

Az urológiai sebészetben előforduló műtéteket helybeli érzéstelenítés szempontjából általában három csoportra oszthatjuk:

a vesén és ureteren,
a hólyagon, prostatán, húgycsövön, gáton
és a herén, annak burkain és ondózsínóron végzett műtétek.

Az első csoport érzéstelenítési módszere a paravertebralis, a másodiké a sacralis, a harmadiké pedig a sérvműtétnél szokásos eljárás.

Minden esetben a Hoechst-féle novocain-suprarenin. A tablettáknak (novocain 0.125 suprarenin 0.000125 pro tabl.) 1%-os oldatát alkalmazzuk, melyet a műtét előtt frissen készítünk isotoniás sóoldattal (Natr. chlor. 3.0, Natr. sulf. 4.0, Aqu. dest. 1000.0), sósav hozzáadása nélkül.

A paravertebralis érzéstelenítés keresztülviteléhez a beteget a műtőasztalra ültetjük, karjait elől combjai közé összefektetve felszólítjuk, hogy hátát domborítsa és így a gerincoszlopot jól megfeszítve tartsa. Az intracutan injectiók helyei, vagyis azon pontok, ahol a tűt a mélyben való érzéstelenítés céljából be fogjuk szúrni, ahol tehát előbb a bőrt érzéktelentítjük, a következők: a csigolyák tövisnyúlványától 2–2½ harántujjnyira a VIII–XII. bordák alsó széle; ezen vonal folytatásában a XII. borda és a crista ilei távolságának közepe; a spina iliaca posterior superior; a XI. borda az első hónaljvonalban és a spina iliaca anterior superior és bordaív távolságának közepe. Az így érzéstelenített bőrön át a tűt felülről kezdve először tájékoztatásul a bordára szúrjuk, majd kissé visszahúzza, a borda alsó széle alá hatolva, a bordának megfelelő mélységben lassan feeskendünk be 3–5 cm³ érzéstelenítő folyadékot. Utána a tűt a bőralatti kötőszövetbe visszahúzza, kb. 60 fokos szög alatt ugyancsak a borda alatt a gerincoszlopig vezetjük, azt elérve kissé visszahúzzuk és újból ugyanily mennyiségű novocain-oldatot feeskendünk be. Az alsó öt intercostalis ideg és a megfelelő segmentumok sympathicus-idegrendszerbeli eredésű rami communicanteseknek ily módon való kikapcsolása után az alattuk fekvő beszűrésből a gerincoszloppal párhuzamosan az izomzat minden rétegét infiltrálva az ágyékfonat kikapcsolását célozzuk (15–20 cm³ oldat.). A XI. bordára vezetett tűvel a bordát magát és a környező szöveteket feeskendezzük körül, miután azt a vese feltárásakor itt fekvő lapoc erős vongalásnak és esetleg sérülésnek teszi ki (5 cm³). A spina iliaca posterior superior feletti beszűrésből a vese alá és mögé kerülünk és a crista ileivel párhuzamosan a mélybe alkalmazott infiltrációval a lumbalis idegek ismételt kikapcsolását eredményezzük (15 cm³). Kiegészítésül még a négy alsó beszűrésből, melyek a műteti területet rhombus alakjában veszik körül, a beteg bőralatti zsírpárnájától függő mennyiségű érzéstelenítő folyadékkal infiltráljuk a bőralatti kötőszövetet és a műtét közben átvágásra kerülő izomzatot (20–40 cm³). Az érzéstelenítés tehát mindössze 100–130 cm³ oldatot igényel, ami tapasztalatunk szerint semmiféle káros hatást nem fejt ki. A betegnek a műtőasztalon való végleges elhelyezése és a műteti terület izolálása (8–12 perc) elég idő az érzéstelenség beállásához.

Az így érzéstelenített betegek a végrehajtott vese-műtét két phasisánál jelezhetnek kellemetlen, de eltűrhető érzést: a peritoneum letolásakor (enyhe hascsikarszerű érzés) és a vesekocsiány összeszorításánál, illetve lekötésénél, amely miatt azonban egy esetben sem kellett más érzéstelenítő eljárást is igénybe venni.

A sacralis anaesthesiát mindazon esetekben alkalmazzuk, amikor a hólyagot bármilyen oknál fogva magas hólyagmetszéssel megnyitjuk, alkalmazzuk továbbá a prostata-műtéteknél, a gáton és a húgycső bármely részén szükségessé vált beavatkozásoknál: külső húgy-csőmetszés, komplikált húgyvesőlipolyok és szűkületek megoldása. Igen jó eredményeket láttunk az eljárástól kis befogadóképességű és fájdalmas hólyagnál végzendő cystoskopiánál és ureterkatheterizésnél. Míg a hólyagmetszésnél a hasfal felettes helybeli érzéstelenítése is szükséges, addig a többi felsorolt beavatkozásnál a kivitelében oly egyszerű és teljesen veszélytelen sacralis érzéstelenítés minden esetben elégséges volt és éppen ez a módszer az, mely érthetetlenül sehol sem talál kellő méltánylásra és amelynél igen sok balsikerrel számol be az irodalom, holott a nagy számban végzett és legkülönbözőbb műtéteinknél minden esetben beváltotta a hozzáfűzött reményeket. Meg kell jegyeznem, hogy a scrotum érzéstelensége nem minden esetben, a heréké pedig sohasem következett be ezen eljárásnál, úgyhogy az ezekre is reáérhető, megemlíthető localisatiójú folyamatoknál kiegészítő érzéstelenítésre is van szükség (a húgycső pars scrotalisán végzett műtétek, enucleatio penis, emasculatio).

A sacralis érzéstelenítés keresztülviteléhez a beteget előregörbített felsőtesttel és a hashoz húzott térdekkel jobb oldalára fektetjük, a sacrumot végigtapintva megkeressük a két cornu sacralet, melyek között a hiatus sacralis fekszik. A két cornu összekötő egyenes alatt 1 cm-nyire beszűrve érzéstelenítjük a bőrt és bőralatti kötőszövetet; utána üres, hosszú, középvastagságú érzéstelenítő tűvel a megjelölt helyen behatolva, a tűt kissé a keresztcsont tengelyétől felfelé emelve jutunk be a sacralis csatornába, amelyben a tűt 4–7 cm mélységig toljuk előre. Ha közben esontba ütköznénk, úgy a tű sülyesztése vagy emelése segítségével igyekezzünk a

kívánt mélységet elérni. Az így bevezetett és csontot nem érő türe, miután megfigyeltük, hogy rajta keresztül vér nem ürül (amely esetben helyzetét változtatnunk kell), fecskendőt illesztünk és lassú, egyenletes nyomás alatt 25 cm³ 1%-os novocain-suprarenin-oldatot fecskendünk be. Az irodalomban leírt keresztcsontrendellenességekkel, amelyek a bejutást lehetetlenné tehetik, a keresztült vitt néhány száz sacralis injectio kapcsán nem találkozunk és rövidebb-hosszabb kísérletezés után minden esetben sikerült a behatolás, amit a minden esetben beállott érzéstelenítés bizonyít a legjobban. Kővér egyéneknél természetesen az oldalfekvés okozta aszimmetriát tekintetbe kell venni, de ha a mindig kitapintható cornua sacraliához tartjuk magunkat, a látszólagos nehézségeket könnyen leküzdhetjük.

A magas hólyagmetszésnél a hasfalon való áthatoláshoz az eljárás nem kielégítő és itt még a hasfal helybeli érzéstelenítése válik szükségessé. E célból a köldök és symphysis közötti területen nyole intracutan befecskendést eszközölünk (melyek egyúttal a fehérnemű rögzítéséhez szükséges csipők alkalmazásához használhatók fel), még pedig egyet-egyét a középvonalban a symphysis felett és a köldök alatt a műtési sebhez megkívánt távolságban, 3–3 beszúrást pedig ezektől kétoldalt, a középvonaltól két harántujnyira, úgyhogy a nyole beszúrás szabályos téglány alakját mutassa. A beszúrási helyekről egyenletesen elosztva a bőrt, bőr-alatti kötőszövetet és az izomzatot infiltráljuk, majd végül a symphysis felett merőlegesen beszúrva a rectusok tapadását és a praevesicalis ürt érzéstelenítjük (5–10 cm³). Az így felhasznált érzéstelenítő folyadék kb. 40–60 cm³. Az ily módon érzéstelenített betegeknek bármilyen hólyagműtétet, továbbá a prostatektomiát teljes érzéstelenségben hajthatjuk végre és a több szerző által leírt és szükségesnek mutatkozott rövid bódítás a prostata kihámozásánál betegeinknél sohasem vált szükségessé.

A herén, mellékherén, hereburkokon és az ondószínóron végzendő műtéteknél a herniánál előírt vezetési és helybeli érzéstelenítést végezzük, melynek részletezését, mint közismert és mindenütt teljes sikerrel alkalmazott módszert, mellőzhetjük. Csak a hydrocele műtéténél térünk el annyiban a megszokott eljárástól, hogy azt scrotalis metszésből végezvén, megelégszünk a műtési sebzésnek megfelelő felületes rétegek infiltrációjával (10–15 cm³); a folyadékgyülem kibocsátása után a herét óvatosan, lehetőleg nem vongálva emeljük ki, amikor is legfeljebb kisfokú, a here összeszorítására emlékeztető érzést váltunk ki; a kifordítás és egyesítés (Winkelmann szerint) fájdalommal nem jár. Érzékeny egyéneknél, vagy ott, ahol a tunica vaginalis rescecálni kell, az említett csekély kellemetlenséget is kikerülhetjük a funicularis körülírt fecskendezésével.

A betegek előkészítése a rendes, más nagyobb beavatkozásoknál megszokott módon történik. A beteg nyugodt magatartása biztosítására a műtét megelőző este és a műtét napjának reggelén 0.5–0.5 g veronált, közvetlenül a műtét előtt pedig 0.01–0.02 g morphiumpot kap, utóbbit bórálatti befecskendés alakjában. Kísérletképpen néhány esetben az említett narcoticumokat kihagytuk, ami a műtét, illetve érzéstelenség lefolyására hatást nem gyakorolt ugyan, de mégis célszerűbbnek bizonyult a műtét előtti nyugodt éjszaka biztosítására és a műtési utófájdalmak enyhítésére a jótékony és túlságosan nem leromlott szervezetre nem kártékony szerek további adagolása.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diatás kezelése.

4. Zabliszt nap.

Noorden a zablisztnek mint kizárólagos tápláléknak a jó hatására diabetesnél véletlenül jött rá. Feltevés volt azon körülmény, hogy diabetesben szenvedő dyspepsiás betegeinél zabnyákleves rendelésére a glykosuria a nagymennyiségű szénhidrátbevitel dacára sok esetben csökkent, sőt néha meg is szűnt. Ezen tapasztalati tény tudományos kidolgozása után a zabliszt nap egyike lett a legfontosabb diabetesdiatáknak.

Étrendi előírásunk zabliszt napokon Noorden újabb előírásának megfelelően a következő: 150–250 g zablisztet lassú tűzön kb. ugyanannyi súlyú, vagy kevesebb vajjal legalább egy–másfél órán át főzünk

és az egész mennyiséget 5–7 adagra elosztva, tetszés szerint ízesítve levesnek vagy pépnek adjuk. A fehérjetartalom növelésére néhány tojást adhatunk hozzá, egyébként semmi más táplálékot nem kap a beteg az egész napon át. Itt az éhezónapon említettek engedhetők meg.

A gyakorlati kivitelre nézve ki kell emelnünk, hogy 1. a húsfehérje az étkezésből zabliszt napon teljesen kizárható, tojást is csak 1–2 darabot adunk naponta, 2. csak olyan zabkészítményeket használjunk fel, amelyek a gabonaszem összes alkatrészeit tartalmaznak, mert a jó hatás a zab kémiaiilag meghatározható alkatrészei közül egyiknek sem tulajdonítható, 3. az elkészítési módok közül a vajjal vagy zsírral együtt való hosszas főzés bizonyult a legjobbnak.

Amilyen egyszerűnek látszik az előírás, olyan nehéz a zablisztet úgy elkészíteni, hogy azt a betegek szívesen fogyasszák. Amíg Amerikában, Angliában és Németországban a zabfőzetek igen kedveltek és porridge néven általánosan ismertek, nálunk a zabot emberi táplálkozásra egyáltalában nem használják és betegek az izét sem szeretik. Hozzájárul még ehhez, hogy a zabliszt készítmények nagy zsírtartalmuk következtében hamar megavasodnak. Igyekeznünk kell tehát a zabliszt amúgy is csekély élvezeti értékét az elkészítésnél növelni.

A cereáliák vizes főzeteinek a készítésére vagy a szemes gabonát, vagy pedig azok őrleményeit használhatjuk fel.

Ha a gabonaszemeket hosszabb időn át addig főzzük, amíg celluloseburkaik megduzzadnak és felrepednek, a keményítőszemcsék megduzzadás után elcsirizednek és a celluloserostokat összetartó növényi nyák a főzővízben kioldódik: szítán való áttörés után purée-alapanyagot nyerünk, amelyből készülnek kötés, ízesítés és feleresztés után a nyáklevesek. A zabnyákleves tehát úgy készül, hogy szemes zabot hideg vízbe áztatunk, amíg megduzzad és azután lassú tűzön fokozatosan forrásig hevítjük és másfél órán át főzzük. Majd szórítán áttörjük és vajjal, tojássárgájával és kevés savanyú tejfellel elkeverjük és vízzel vagy húslevesrel a kívánt sűrűsége hígítjuk fel.

A szemes zab helyett sokkal inkább a zabkészítményeket alkalmazzuk zabliszt napokon. A zabot feloldozása előtt előkészítő eljárásoknak vetik alá. Gözőléssel felpuhítják, azután fémkéfékkel a pelyváját és külső burkait lesűrolják, majd enyhe hőfokon kiszárítva csomagolják. Az amerikai készítményeket, amelyeket Quaker Oats néven ismerünk, nem gözőlik, hanem a hántolás után közvetlenül pörkölik. Apró, ovalis korongocskákka elhengerelt zabszemekből készül a zabpehely (Haferflocken), ha pedig géperővel apró darabokra vagdalják fel, a zabdercét (Hafergrütze) nyerik. A dereából a celluloseszegény, csaknem tisztán keményítőszemeséből álló belső lisztmágtörlemékeket ki szokták szitálni és így a zabdarát (Hafergries) különítik el belőle. A kereskedésekben kapható zabliszt fajták legtöbbjét zabdercéből őrlik, a zabdarából pedig a mesterségesen felbontott keményítőjű gyermektápliszteket gyártják.

Konyhatechnikai szempontból különbséget kell tennünk az őrlemények vizes főzeteinél szemes őrlemények és a lisztek elkészítési módjai között. Az előbbiekből készülnek a pépek vagy kásák, az utóbbiakból pedig a hamis-levesek.

A pépkészítés igen egyszerű. A lemezt őrleményt lassanként forró vízbe engedjük óvatosan, folytonos keverés közben, nehogy összezsomósodjék és lassú tűzön forraljuk letakarva egy–másfél órán át. A főzés közben belekeverhetjük a vajat és időnként pótoljuk az elfőtt vizet. A nyert pép teljesen ízelen, tehát tállása előtt ízesítenünk kell. Ízesebb lesz az, ha víz helyett húslevesben főzzük meg. A tejfehérje és tejcukor káros hatása miatt zabliszt napon tejbefőzött zabpépet ne adjunk. A vizes főzeteket sóval vagy saccharinnal ízesíthetjük. A sacharint előbb híg natrium hydrocarbonatos vízben feloldjuk és csak közvetlenül a fogyasztás előtt keverjük bele, mert a hosszú hőhatást nem bírja el. Némelyek citrommal vagy ecettel szeretik a zabpépet. Egyéb fűszerrel a zab íze nehezen javítható, még leginkább a fahéjas kakaóport említhetjük meg behintésre.

Hamislevest a lisztekkel vagy habarással, vagy rántással lehet készíteni. A habart levest úgy főzik, mint a pépeket: a lisztet előbb kevés vízzel egyenletesen elhabarjuk és lassanként folytonos keverés közben forró vízbe öntjük, majd vajat adva hozzá,

az előírt időig főzzük. Hátránya ennek a készítési módnak, hogy a vaj nem keveredik el egyenletesen a levesben, hanem a felszínen úszva marad. Egyenletes keveredést érhetünk el ellenben akkor, ha a hamislevest rántással készítjük. A rántás úgy készül, hogy zsírba annyi lisztet teszünk, amennyit felvenni képes és addig tartjuk a tűzön, amíg barnászörökre nem pirult meg, akkor hideg vízzel vagy húslevessel folytonos keverés közben adagonként felhígítjuk, feleresztjük. Ezután a főzés és az ízesítés következik. Emulgensként szerepelnek itt a liszt pörkölődésénél keletkezett *pörzsanyagok*, a caramel és a dextrin, másrészt pedig a forrpontig hevített zsír elbomlásakor lehasadt és szabadabbá vált *zsírsavak*.

A német diätetikai szakkönyvek a zablisztleves készítésére mind a habarást írják elő, holott a rántással készültnek az előnye nyilvánvalóak. Rántásnál a zsír a lisztrel teljesen elkeveredik, míg a habarásnál a felszínen úszik és így annak a követelménynek, hogy a zabliszt zsírral együtt főzessék meg, nem felel meg. Azután a pörzsanyagok a levest kellemes ízűvé és étvágyingerlő szagúvá teszik és élettani hatásuk a hús extraktívanyagainhoz hasonlóan gyomorsavhajtó és excitans. A rántással készült ételek némely, főleg a hyperaciditásban szenvedő betegnél gyomorpanaszokat okozhatnak, aminek az oka a szabadabbá vált zsírsavak hatásában keresendő. A zsírt a rántáshoz azonban nem kell magas hőfokra hevíteni, ha a *diätés rántást* készítjük úgy, hogy a lisztet előbb a sütő melegében szárazon a kívánt fokig pirítjuk és azután feleresztjük, majd az előírt ideig főzzük és utólag adjuk hozzá a zsírt vagy a vajat.

A kész levesek tálalás előtt még kötni és ízesíteni kell. A zablisztleveket leginkább tojássárgájával és savanyú tejjel szoktuk kötni. A tojássárgájával és vajjal kötött levesnek *velouté* a neve. Sűrű tejjel készül a *crème-leves*. Ízesítésre pedig fűszerek és édesítő szerek elhagyásával, főleg konyhasót használunk. Ügyeljünk azonban arra, hogy a zablisztnapon a beteg ne kapjon 5 g sónál többet, mert a túlságos konyhasó-élvezetel hozzájárul az összefüggésbe a ritkább esetekben fellépő *zabödemát*. A magyaros ízlésnek különben igen megfelel, ha a rántásban hagymát is pirítunk, esetleg kevés paprikát is tehetünk bele.

A zablisztnapok egyhangú étlendjét klinikánkon jelenleg a következő eljárásom szerint próbáljuk változatosabbá tenni: zabörleményből hosszas főzéssel pépet vagy rántást készítünk és az így nyert alapanyagból vízfürdőn tojásdobot keverve bele *zab-pudingot*, a sütőben a *zab-kochot* zsírban kisütve *zab-fánkot* készítünk. Ugyanezt az alapanyagot kevés zablisztaléval készíthetjük zsírban mint *zab-lángost* süthetjük ki, de mint *szeletet* és *croquette*-et ki is lehet rántani. Ha aránylag higan palacsintásütőben hevített forró zsírra öntjük, *zab-palacsinta* készíthet belőle. Kísérleteink ez irányban még nincsenek lezárva.

Az ezelőtti szokásos glidin vagy roborat adását már *Noorden* is teljesen elhagyta. Egyes esetekben frissítőül ecetes fejlessalátát, uborkát vagy nyers paradicsomot is meg lehet engedni. Ásványvizeket és natrium bicarbonátot zablisztnapon a főlősleges sóbevitel elkerülése céljából ne adjunk.

Klinikánkon a „Nutricia” tápszergyár által gyártott zabpelyhet és zablisztet használunk és azokat eddigi tapasztalataink alapján a külföldi készítményekkel egyenrangúnak tartjuk. *Soós Aladár dr.*

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Pylorusstenosis és fészekképződés a gyomorban lymphogranulomatosis következtében. *P. Kaznelson.* (Wiener Archiv für Inn. Med. VII. köt., 1. füzet.)

A fészekképződés sokáig mint az ulcus ventriculi biztos jele szerepelt. Ma már a legtöbb röntgenológus óv a fészek jelenlétéből annak aetiologiájára következtetni, mert pl. a kiscsőbület ulcusfészke mögött, jöllehet az másoktól semmiben sem különbözik, néha mégis egy carcinoma stb. húzódhatik meg. Szerző egy eddig még nem észlelt aetiologiával bíró esetet ír le, ahol a fészekképződésnek oka a pylorus lymphogranulomatosisa volt. Az ulcusos panaszokkal bíró betegnek lázai és hasmenései voltak; a Röntgen a pylorus kiscsőbületi részén ulcusfészket mutatott, a betegnek kifejezett és rosszul kompenzált pylorusstenosisa volt. A 8 nap múlva megejtett újabb Röntgen-vizsgálat a fészek megnagyobbodását mutatta, ami már gyanús volt. A beteg állapota romolva, műtetre került, ami után 24 órával meghalt. A sectio a gyomorban, a pylorusban, a duodenumban és a belekben több fekélyt mutatott, azonkívül diffúz megvastagodások is voltak kimutathatók ugyanezen helyeken. A mesenterialis, aortamelléti stb. nyirokcsomók egész diányira megnagyobbodtak. A szövettani vizsgálat a fekélyekben és a megvastagodásokban granulomatosis, a nyirokcsomókban tuberculosist mutatott.

A Röntgen-lelet nem állandó volta, a fészek szélesbedése és ellapulása (a szétesésnek megfelelően), azonkívül a belek állapota, hasmenések, láz és a cachexia veendő hasonló esetekben főként figyelembe, a gyomor-bélhuzam tuberculosisa azonban teljesen hasonló képet nyújtva, a biztos diagnosis csak körbonctani lelet.

Sümegei dr.
A monocytareactióról. *Fritz Kohn.* (Wiener Archiv, VII. 1.)

A monocyták a reticuloendothelialis apparatusból származnak. Ennek defensiv jellegű burjánzásánál makrophag histiocyták is átléphetnek a vérbe. A monocyták functiója ismeretlen, pusztuláshelyük ugyan csak a reticuloendothel, a histiocyták pedig a tüdő, illetve a peripheriás capillarisok. Schilling szerint a mono- és a histiocyták egy sejtféleséget képviselnek, különböző működési állapotban. Monocytareactio alatt a lymphaticus és myeloid reactióhoz hasonlóan oly extrem fokú monocytosisokat értünk, melyek a monocytaleukaemiához hasonló súlyos kórképet hozhatnak létre, ettől azonban egyrészt gyógyulási tendenciájukkal, másrészt átmeneti jellegükkel különböznek. Ide tartoznak bizonyos atypusos sepsis-alakok 60–70% monocytával, a granulocyták eltűnésével, a máj és a lép reticuloendothelének burjánzásával. A súlyos, necrotizáló, máj- és léptumorrall járó monocytanginák, valamint némely endocarditis ulcerosa eset szintén ide tartozik. Szerző egy esetét közli, ahol egy lues secundaria miatt adott salvarsaninjeció után fellépő súlyos lázas állapot keretében 74%-os monocytareactiót észlelt. A salvarsan káros hatása az endothelsejtekre ismeretes (encephalitis!). Valószínű, hogy ez esetben a salvarsan a reticuloendothelre is oly hatást gyakorolt, hogy az burjánozni kezdett, és monocytákat lökött ki a vérpályába. A láz megszűntével a monocyták száma is a normálisra szállt alá; teinjeció utáni lázra később a beteg nem mono-, hanem leukocytosissal reagált. A specifikus infectiók, illetve toxinok által kiváltott monocytareactio ismerete fontos, nehogy jelenléténél hibásan a monocytaleukaemia infaust prognosist állítsuk fel.

Sümegei dr.

Sebészet.

Az os lunatum különleges megbetegedése. (Lunatum-malacia.) *Prof. Sonntag.* (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 40. szám.)

A lunatummalacia az os lunatumnak önálló, nem nagyon ritka megbetegedése, amelynek típusos klinikai és röntgenológiai jele, különleges prognosisa és gyógykezelési módja van. Az irodalomban eddig mintegy hetven eset ismeretes. Gyakoribb férfiaknál, mint nőknél; rendszerint a 17–35 év között jelentkezik, többször a jobb, mint a bal oldalon és főleg oly egyéneket támad meg a betegség, akik többé-kevésbé megerőltető kézimunkával (napszámos, lakatos, asztalos, kőműves, mezőgazdasági munkás) foglalkoznak. A körbonctani elváltozások között legszembetűnőbb az os lunatumnak proximalis-distalis irányban való szabálytalan összenyomódása, esetleg részekre válása. Görcsövíleg sohasem láthatók sem gyulladás, sem tuberculosis vagy lues nyomai. A betegség lényegét illetőleg gyulladás (tuberculosis, lues) kizárható; összenyomódás törés az esetek igen kis hányadában szerepelhet csak, olyanokban, ahol erőművi behatás előzte meg közvetlenül a betegség jelentkezését. Az esetek egy részében tehát semmiféle kimutatható okot nem találunk; másik csoportjában erőművi behatásnak mégis szerepe jut oly értelemben, hogy egyszeri nagyobb behatás a csontban bizonyos táplálkozási zavarok okozta elváltozást hoz létre. Ezek az úgynevezett „posttraumatikus” esetek. A harmadik csoportban többször, az egyén foglalkozásából kifolyólag mondhatni, állandó apró traumák szerepelnek. Ezek az úgynevezett „hivatási” (professziós) esetek. A betegség klinikai lefolyásában három szakot lehet megkülönböztetni: az izület izgalmi szakja: a ránduláshoz és zúzódáshoz hasonló tünetekkel. Ez néhány napig — hétig tart. A második szakban a beteg

viszonylagosan jól érzi magát (néhány hét — hónap). A harmadik a tulajdonképeni betegség szaka. E szaknak jellemző főbb tünetei: fájdalom, erősebb activ és passiv mozgathatóság. Körülírt nyomási érzékenység az os lunatum tájékán, főleg a háti oldalán. E terület lágyrészeinek megduzzadása szintén főleg a háti felszínen; mozgási korlátozottság, főleg tenyérnyi- háti irányban. Friss esetekben a Röntgen-képen alig látható elváltozás. Kifejlődött betegségnél főleg a csont proximalis részének rajzolata elmosódott, a csont összelapított, néha több darabra vált; a proximalis széle egyenellen, zezgúgos vonalú. A betegség prognosisa a gyógyulást és működést illetően nem jó; rendszerint hosszú ideig vagy állandóan tartó panaszok: fájdalom, mozgásgátlás, gyengeség maradnak fenn. Gyógyítása csak az esetben sebészi (a csont eltávolítása), ha minden más kezelés eredménytelen. Friss esetekben sínben való rögzítés, borogatás, meleg behatása, massage, idült esetekben meleg alkalmazása jöhetnek szóba.

Czirer,

A bőr alatti paraffinbefecskendezés. Gersuny R. (Wiener klinische Wochenschrift 1923, 41. sz. 726. oldal).

A bőr alá fecskendezett fehér vaselin, az unguentum paraffini, melynek olvadáspontja 35—40 fok, nem szívódik fel, hanem kötőszövetből átnőve lipomaszerű képletet alkot. Nyeregornál az előre felszabadított bőr alá fecskendez paraffint, lötyögő könyökizületnél pedig az izület körülötti kötőszövetbe. Sarokcsontsarkantyúnál a talp bőnyéje alá képez paraffinnal természetes betétet. Végbéllelősesnél az ampulla és kereszt-csont közé a középre fecskendezi be a paraffint. Ezen esetekben teljes gyógyulást ért el. Az arcon oleum olivarummal keveri. A járomcsont alatt és feletti gödrök kitöltésére sorvadások után 1:4 arányban keveri, a zsírtalan pofa gömbölyítésére pedig 1:8 arányban. Tisztán a paraffint az arcon csak a szemfog-gödör kitöltésére használja. A nők vizeletsorgásánál a záróizomba történt befecskendezéssel ért el jó eredményt.

Troján dr.

Orthopaedia.

A genu recurvatum. Stracker. (Zeitschrift für orth. Chir. 43. kötet, 3. füzet.)

A különböző supra- és percondylar osteotomiák a hátrahajló térdizület műtéti gyógykezelésében nem a baj kútforrásánál, az izületnél s a rögzítőszalagoknál igyekezzenek az elváltozásokat kiküszöbölni s ezért nem ideálisan tartós értékű a javulás. A térdizületnek merevítése igaz, hogy radicalisan megszünteti a hátrahajlást, de éppen ez a radicalis beavatkozás okoz kényelmetlenségeket pl. ülésnél, járásnál. Ezért új műtéti eljárás alapját igyekszik megvetni hullakísérletekkel. Ezen kísérleteknél kiderült, hogy a térdizület hátrahajlását az izom- és csontakadályokon kívül a belső condylus körüli rostos tok-szalag, a belső oldalszalag hátulsó részlete s különösen a ligamentum cruciatum anterius gátolja. Ha tehát ezen ellazult szalagokat sikerül activ izomműködéssel állandó feszülésben tartani, úgy a bajt a kútforrásnál ragadjuk meg. Az izomerőt legjobban a musculus biceps femoris adja. Az oldalszalagok a megfeszítésre gyengék, azonban annál alkalmasabb a lig. cruc. ant. A térdárok külső részében vezetett bõrmetszéssel a tibialis és peroneus-idegek között előrehatolunk a külső condylus belső részéig. Itt megtaláljuk a lig. cruc. ant. hátsó részét, még pedig az izület megnyitása nélkül. Ezen bõrmetszésből a biceps inát is könnyen leválaszthatjuk a szárcapocsfecskéről s a lig. cruc. ant.-hoz varrjuk. Négy esetben a műtéti eredmény két év eltelté után is kitűnőnek mondható.

Horváth dr.

A működésmechanikai igénybevétel befolyása a csontok hosszúnövekedésére. Müller. (Münchener med. Wochenschrift 1923, 39. sz.)

Az elmúlt évtizedekben még azt tanították, hogy a csontok hosszúnövekedésének ingere az epiphysisporcnak megterhelése s a fiatal gyermekek feltűnő növést éppen a szaladgálás okozta fokozott ingerrel magyarázták. A fiatalkori amputált csontok erősebb hosszúnövekedésének, valamint igen korai gyermekkorban kifacamadott és helyre nem tett orsócsont fejecstűlnövéseinek megismerése ellene szólnak ezen felfogásnak. Az ellentmondást megerősítik azon állatkísérletek, melyek egy végtagnak fokozott növekedését mutatták ki olyankor, amikor azt hosszabb időre a has bőre alá varrva, teljesen mentesítették a megterheléstől. Az új felfogás tehát azt mondja, hogy a hosszúnövekedés rendes lefolyásához nincs szükség működési ingerre, sőt a nyomás és megterhelés ennek mindig gátló tényezője.

Horváth dr.

A nagyfokú angolkóros alszárelgöbbsülések műtéti kezeléséről Springer-féle segmentosteotomiával. Bartenwerner. (Zeitschrift für orth. Chirurgie 43. kötet, 3. füzet.)

Igen erős alszárelgöbbsüléseket rendszerint többszörös osteotomiával vagy érkivéssel szoktak kiegyenlíteni. Springer közleménye alapján 13 esetben megpróbálta az új eljárást és kitűnő eredményt kapott. A műtét menete a következő: Vértel-

lenségben lebeszerező bõrmetszés, mely a görbület határain 2—2 cm-rel túlér. A csonthátyát hosszanti metszéssel átvágva, a csontról köröskörül leemeli. A sípcsontnak elgöbbsült részletét véso vagy Gigli-fűrész segítségével egészben kiveszi s 1 cm-es lemezekre szétfűrészeli. A szárcapocs ferde átvésése után úgy helyezi vissza a csontlemezeket a periostcsőbe, hogy azok a különböző vastagságukat kiegyenlítsék. A görbület tetőpontjának megfelelő, erősen ékalakú csontsegmentum elhagyása nem okoz zavart. A műtétet azonban csak akkor végezhetjük, ha az angolkór lefolyása után a csontnak jellegzetes eburnificatioja már bekövetkezett s akkor is csak a sípcsonton, mert a többi angolkóros csontnak periosteumja nem elég erős arra, hogy a csontlemezeket új helyzetükben rögzítse.

Horváth dr.

Gyermekeorvostan.

A syphilis bismutkezelése. Biberstein: (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 50. sz.)

227 esetéről számol be. Általában combinált bismut-salvarsan-kezelést alkalmaz s a tiszta bismutkezelést a higany-salvarsannal szemben ellenálló esetek számára tartja. Főképen bismogenolt használ emelkedő (0'2—1'0) adagban heti két injectióban; egy kúra 10—15 injectio. A bismutkezelésre a klinikai tünetek gyorsan visszafelődnek és 34 esetben a WR. is negatívvá vált. Mellékhatások egészen jelentéktelenek. Állatkísérleteiben egérnaganánál nem vált be. A bismutkezelés a salvarsant nem pótolja s a további észlelések fogják eldönteni, mennyiben helyettesítheti a higanyt; a salvarsan-higany-kezeléssel dacoló esetekben azonban értékes eszköz.

Paunz,

A keratomalacia gyakoribb előfordulása. Galka. (Monatschrift für Kinderheilk. 1923, III. füzet, Jünius.)

A breslauer gyermekklinika anyagának statisztikai kimutatásai szerint a keratomalaciában megbetegedett csecsemők száma 1922-ben ötszörakkora volt (30 eset), mint az előbbi 10 év alatt együtt (6 eset).

A csecsemők kb. felerészt a nagyváros, felerészt a vidék lakosságából valók voltak, majdnem mind a szegény osztály gyermekeiből kerültek ki.

A vizsgálatok azt mutatták, hogy a legtöbb eset májusban jelentkezett (11) s leginkább a harmadik hónapban levő csecsemőknél fordult elő. Nemcsak mesterségesen táplált csecsemőknél, nemcsak lisztártalomban szenvedőknél látták kifejlődni, hanem oly szoptatott csecsemőknél is előfordult, kiknek anyja nem kifogástalanul táplálkozott. Sui generis megbetegedésnek tartja, mely úgy jön létre, hogy a táplálékban a zsírszabó oldódó vitamin hiányzik. Ezért látjuk azt is, hogy már a foetus is megbetegedhet s keratomalaciával születik, ha az anyja A-vitaminban szegény diétán élt. A gyógyítás első feladata oly táplálék elrendelése, mely A-vitamint tartalmaz, s prophylaxisa elsősorban az, hogy a terhes nő ily vitaminokat kapjon a táplálékában, másodsorban, hogy a csecsemő is ily vitaminokban gazdag táplálékot, esetleg már korán csukamájolajat kapjon. A betegség kifejlődésében azonban individualis momentumokat sem lehet kizárni.

Bókay Zoltán dr.

A narancs mint póttáplálék súlyban visszamaradt gyermekeknél. Margaret S. Chaney: (American Journal of diseases of children. 1923, október.)

Tavasszal és télen, külön-külön csoportokban történtek 8—8 héten át megfigyelések lehetőleg ugyanolyan vagyoni viszonyok között élő iskolásgyermekeknél a kizárólag tejnek, a tejnek és narancslének együttes és csakis narancslének fogyasztása mellett történt súlygyarapodásokról, természetesen megfelelő kontrollal. A fentiek nyújtása tízórai alakjában történt. Télen 1'4 kg, tavasszal 1'2 kg maximalis súlygyarapodást narancscsal történt délelőtti táplálás útján értek el a nyolc hét alatt, sorrendben utána a narancslé, majd a tej következett, télen az utóbbi kettő közé a grafikonban a tejjel és narancscsal történt vegyes táplálás került. Az amerikai viszonyokra szabott, egyéb részletes táblázatokkal is ellátott cikk a narancsot annak könnyű kezelése, illetve könnyű adagolása miatt is elébe helyezi a tejnek, de az előny főokát persze a narancs antiscorbutikus vitamintartalmában látja, ami a tejben nincs meg. Összefoglalásában külön kiemeli a könnyen eltehető narancslének súlyt növelő hatását.

Pollerman dr.

A stomatitis aphthosa, aphthoso-ulcerosa és a herpes labialis kóroktana és kezelése. H. J. Gerstenberger. (American Journal of diseases of children. 1923, október.)

A számos kórrajzzal ellátott cikknek már az elején megdönteni igyekszik a szerző a fenti betegségeknek eddig vallott aetiologiai momentumokat, mint a toxikus absorptiókat, direct bakteriumhatást, rossz egészségügyi viszonyokat stb. és mindezeket secundaereknek tartja a táplálkozás útján szóba kerülő faktorokkal szemben. Szerinte a vízben oldódó B-vitamin az, aminek nyújtása jelentős javulást hoz nemcsak a fenti három betegség esetén, hanem a Vincent-anginánál és a monónál is. A vázolt esetekben a lokális kezeléssel szemben mindig jobb

eredményt tudott elérni a fenti vitamin adagolásával. A 13 gyermeknél és egy felnőttél észlelt és kezelt esetekből azt a következtetést vonja le, hogy a vízben oldódó B. vitamin alkalmazása mindig gyorsabb eredményt hoz és hogy a fenti betegségek oka tulajdonképpen diszproporcio a szervezetnek vízben oldódó B. vitaminszükséglete és annak nyújtása illetve felhasználódása között. A nevezett vitamint lehet narancslé formájában adni, de a legcélszerűbb és leggazdaságosabb befőtt paradicsomnak adagolásával.

Pollerman dr.

Atresia oesophagi egy esete trachealis fistulával. R. H. Mc. Clellan és Th. J. Elterich. (American Journal of diseases of children. 1923, október).

A fényképekkel és rajzokkal kísért cikk a Hirsch és Brenne-mann által közölt 151 hasonló esetről emlékezik meg bevezetésében. Ezen esetnek részletesen vázolt kórrajza szerint egy öt-napos fiúgyermekről van szó, aki időre született, 3402 g súllyal. Feltűnő volt az orr és a garat nagyobbokú váladék-elválasztása, ami időnként fulladási rohamokat okozott. A szopás kielégítő volt, de annak tartama alatt is voltak fulladási rohamok, sőt hányások is, bár utóbbiak néha elmaradtak. Születésétől 907 g-ot veszített súlyából, a végbélhő alig volt valamivel a normális alatt. A physikalikus vizsgálatnál csak az volt feltűnő, hogy a nyelv lenyomásánál nagyobb mennyiségű sárgás nyál nyomult fel a garatúrhoz. Gastrostomia után a gyomron át és rectalisán is táplálták anyatejjel, de hirtelen fellépett cyanosis után hétnapos korában exaltált. Az oesophagus két részből állt: a felső rész alsó vége a bifurcatio helye felett vakon, kiszélesedve végződött, tehát az alsó résszel nem függött össze. Az alsó résznek felső vége ellenben egy fistula útján a tracheába torkollott. A trachea többi része, valamint az alsó oesophagus-darabnak a gyomorba haladó részlete normalisak voltak.

Pollerman dr

KÖNYVISMERTETÉS

Irrtümer der Diagnostik und Therapie und deren Verhütung von J. Schwalbe. (Első füzet.) — **Der Einfluss experimentell-pharmakologischer Forschung auf die Erkennung und Verhütung pharmakotherapeutischer Irrtümer von Prof. E. Starckenstein.** — **Immundiagnostik und Immuntherapie von Prof. H. Selter.** (Verlag G. Thieme, Leipzig, 1923.)

A pharmakotherapie minden gyakorlóorvost a legközelebből érdekli, — hiszen ez a mindennapi fegyvere a gyógyítás terén. Mégis szomorúsággal tapasztalható, hogy az orvos érdeklődése, önképzési vágya az orvostudomány minden más ágazata felé szívesebben fordul, sőt e „mindennapi kenyér” hovatovább nagyon is alárendelt jelentőségű lesz. Igaz, hogy sok gyógyszer a háziszerek sokaságából, a javasasszonyok patikájából vándorolt be a mi gyógyszerelésünkbe; az is való, hogy túlnyomó részük nem radicalisan, hanem csak palliative, csak tünetszüntetően hat, de azért a legmerevebb neolog sem nélkülözheti a pharmakoterapiát, rászorítja arra az élet, a közönség maga, aki legalább receptet követel az orvosától (ha már gyógyulást nem kaphat, — de ezt ne áruljuk el). Ha pedig ennire rászorulunk a gyógyszerekre, hogy még a modern sebész is — ez a legfogósebb orvosfajta — vuzin, meg eucupin, meg rivanol után nyúl, hogy az végezze el helyette, amit ő nem tud, akkor illő, hogy e szereket valódi értékük szerint ismerjük és alkalmazásukat kritikával kísérjük. Ma inkább mint valaha van erre szükség, mert orvosaink gyengesége és hanyagsága és a gyógyszerészipar élelmessége vállelve dolgoztak azon, hogy az orvos egyéni gyógyszerrendelése megszűnjön, sőt hogy azt se tudja már, hogy mit rendel, — csak egy nevet ír fel, amit a kérdéses bajjal kapcsolatban a reklám állandóan a fülébe zsong; — és rábízta a gyárra, hogy az gondolkozzék helyette pharmakologice.

E bevezető helyzetfestésre, amiben sokan a maguk helyzetére fognak ismerni, szükség volt, hogy Starckenstein könyvének célját és értékét jellemezhesük. Sokat, nagyon sokat köszönhetnek neki orvosaink, akik pharmakotherapeutikai kérdések iránt érdeklődnek és van már annyi gyógyszer-tani alapismeretük, hogy kritikájukat ez érdekes, sőt lebilincselő fejezetekkel tovább fejleszthetik. Starckenstein stílusa bár néhol terjengős, mindenütt világos és könnyen érthető, a maga igazát jól megvilágító és ez fontos, mert állandóan vitában áll megszokott konvenciókkal, tévtanokkal és felületességekkel, a sablonszerű általánosításokkal. Figyelme még a gyógyszerrendeléssel összefüggő gazdasági kérdésekre is kiterjed, tárgyalja, milyen az elegáns, milyen az olcsó gyógyszerrendelés, sajnos csak érinti a specialitások özönének kártevését, de e pár oldalon lesújtó kritikát mond a fel-lendült gyógyszeripar emez orvosokat megcségyenítő, tévútra vezető és a közönséget kizsákmányoló productiója fölött.

Rövid általános része (3 fejezet) után a részletes részt két nagy csoportra osztva tárgyalja: a szerint, amint a leküzdenő

tünetek nem egy szerv önálló megbetegedésének következményei (pl. álmatlanság), vagy pedig ellenkezőleg: a tünetek egy bizonyos szerv functióváltozásának eredményei (pl. inkompenzált szív). Mindenütt az áttekinthetőség kedvéért kortani, majd megfelelő pharmakotherapeutikai bevezető vagy feltűnő táblázatokat is közöl, pl. az álmatlanság tünetének számos oki lehetőségéről, amiből világos lesz, hogy sok esetben nem „altatószerrel”, hanem pl. digitalissal kell azt leküzdeni; — viszont a másik táblázat már azt mutatja, hogy az „altatószerek” indicatiója is változik a támadáspontjuk és hatás módjuk szerint.

Részletekbe nem bocsájtkozhatunk, de meggyőződésünk, hogy aki e füzetet (164 old.) kezébe veszi, az mohón fogja végigolvasni, sok helyt örömmel ismerve rá a maga állásfoglalásának, eljárásának tudományos igazolására, több helyt talán pironkodva, okulva és nézeteit megváltoztatva.

A füzet végén 40 oldalon kisebb, de nem kevésbé értékes a königsbergi hygienikus, Selter prof. összefoglalása. Ne tévedjünk: ez nem tanít meg senkit a bakteriologia és serologia morphologiájára, technikájára, reactioninak kivételére sem. De tájékoztat és felvilágosít minden felől, amit a művelt gyakorló-orvosnak e tudománykörből tudnia kell, ami működésével összefüggő érdeklődésének körébe kell hogy essék. — Az agglutinatio lényegének, jelentőségének, felhasználhatóságának magyarázatától a nem-specifikus ingertherapiáig minden diagnostikai és therapeutikai eredményről tudomást szerez az olvasó az általános részben, mihez még egy betegségek szerinti részletes rész is csatlakozik, — talán már kissé értékrontó rövidséggel. — Erdeme a szerzőnek, hogy mondanivalóját ily rövidre tudta fogni, kellő megítélésével annak, hogy gyakorlóorvosainknak mégis csak nincs elég idejük arra, hogy perfect bakteriologusokká és serologusokká képezzék ki magukat.

Vámosy.

A diatétis konyha technikája. Írta: Soós Aladár dr. a budapesti III. sz. belklinika tanársegéde; Korányi Sándor báró előszavával, (1924, Novák R. és társa, Budapest.)

Ha valamilyen foglalkozási ágban szükségünk van szakács-művészeti ismeretekre, úgy az az orvos. A jó orvosnak nemcsak azt kell tudnia, hogy mik a betegének igényei, szükségletei, elkerülendő étrendi ártalmak, hanem arra nézve is tanácsot, utasítást kell adnia, hogy miként és hogyan elégíthetők ki e szükségletek és kerülhetők el az ártalmak úgy, hogy a beteg táplálkozása e mellett tűrhető, sőt változatos, izléses és psychice is kielégítő legyen. Nagy hiba, ha az orvos csak tudós és tanácsai csak odáig terjednek, hogy „kerülni kell a szénhidrátot” vagy „egyéb könnyű ételeket” és nem ad bővebb tájékoztatást, hogy miként kerüljük azokat a szénhidrátokat vagy mik is azok a könnyű ételek. Hányszor fordulnak a beteg és hozzátartozói az orvoshoz avval a reájuk oly fontos kérdéssel, hogy szabad-e ezt, vagy azt enni a betegnek? Mit válaszol ilyenkor az a kartárs, aki maga sincs tisztában a különböző ételek anyagaival, értékével, készítési módjával? — rendesen a maguk hajlamát szokták követni, s amit szeretnek, azt megengedik, amit nem, azt eltiltják. Vagy az az elv vezet, hogy amire a beteg rávág, az nem árt. —

Ebből a ferde helyzetből, amit a gyakorlatban sokan érezhetnek, kivezető vezérfonal Soós Aladár könyve, ami nem diatetika, nem is szakácskönyv, ami főzni tanít meg, hanem tartalmazza élvezetes, összefoglaló formában, amit az orvosnak — de talán mondhatnók: egy művelt háziasszonynak is — az ételek anyagáról, tápértékéről, készítési módjáról, s az ezekkel összefüggő diatetikai jelentőségéről tudni kell. Roppant ügyesnek találjuk benne azt a törekvést, hogy a bő és könnyű táplálkozás szempontjából oly fontos francia konyhát a magyar ízléssel igyekszik összeházasítani a gyomor veszedelme nélkül, de a kíváncsiság, az izletesség nagy előnyére.

Fejezetei, már a rövidség okából is, de meg mert művelt olvasót tételez fel, általánosságokban mozognak, s úgy szólván csak recept-typusokat tartalmaznak, de ilyeneket elég szép számmal.

A könyvvel — ami a kórházi, sanatoriumi és a komoly orvosnál a magánpraxisban hézagpótló — nagy szolgálatot tett Soós Aladár dr. orvostársainak. Munkáját most lapunk hasábjain folytatja a szorosan vett diatetika gyakorlati kivitele terén. Hogy ez utóbbit értékelnél tudjuk, arra nagyon jó előtanulmány ez az általános orvos-szakácsi ismereteket nyújtó könyv. Melegen ajánljuk orvostársaink figyelmébe. Szerk.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 8-i ülése.

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

Bemutatók:

1. Sebestyén Gyula (mint vendég): Perforált gyomorsarcoma operált esete. 41 éves nőbeteg a klinikai felvételt megelőző napon gyomorröntgenvizsgálatot végeztek. Gyomorátfúródás gyanúja miatt műtétre került. Férfiököl nagyságú daganatot gyomorsectióval távolítottak el; a gyomorfallal fillérnyi elvékonyodott részleten egy gombos szondát befogadó perforációs nyílás volt található. A daganat kifehélyesedett polymorphcellularis sarcomának bizonyult, mely a submucosából kiindulva a gyomrot körkörös infiltrálta. Említésre méltó, hogy a hatalmas gyomordaganat jóformán klinikai symptoma nélkül fejlődött s hogy a gyomorröntgenvizsgálat s a perforatio között okozati összefüggés áll fenn. A beteg öt hónapon keresztül teljesen jól érezte magát, a legutóbbi hetekben fokozódó gyomorzarvak és icterus jelentkeztek.

2. Bakay Lajos: a) Nyelőcsőképzés. 1917-ben három beteget mutatott be az O. E-nek, akiket teljes nyelőcsőpótlást végzett. Azóta sem tért el alapjában a Roux-Lexer-Bircher-féle kombinált műtétől, csak a technikája tökéletesedett. A Magyar Sebésztsárságnak két év előtti nagygyűlésén referált az állandó eredményekről, amelyek minden tekintetben kielégítőek voltak. Egy hiányosságát a műtétnek, a záróizom hiányát, még nem sikerült megszüntetni, nem tudja megakadályozni a gyomortartalomnak az újonnan készített nyelőcsőbe való visszaömlését. Két beteget mutat be, kiknél a nyelőcső lúgos szűkülete miatt történt a műtét. Az elsőnél a plastika teljesen befejezett s a beteg zavartalanul táplálkozik az új nyelőcsővel, a másodiknál a műtét utolsó részlete hiányzik még. A vékonybélrészlet ki van vezetve és varrva a bimbók fölé, a nyelőcső is ki van szájaztatva a nyakra, hiányzik még az összekötő bőrcső.

b) Krukenberg-féle csontplastika. Bemutat egy mindkét alkarján amputált katonát, akinek egyik karján 1918-ban Krukenberg-féle műtétet végzett. Egy év előtt a beteg kérte, hogy a másik karján is végezzék el a műtétet. A kétoldali Krukenberg-csont teljesen függetleníti őt a környezetétől. Összesen négy hasonló műtétet végzett s három esetben volt alkalma a késői eredményeket megfigyelni; az operáltak teljesítőképessége teljesen kielégítő volt. Kiemeli az élő fogó nagy előnyét, melyet a tapintó-, helyi és izomérzés megmaradásában lát.

Ilk Viktor: Bemutat Haberern osztályáról egy négy év előtt Krukenberg szerint operált esetet, melynél az alkar villái rövidebbek, de a functionalis eredmény kielégítő, kb. 40°-ig távolítja a szírtakat, szorítóereje jó.

Báron Sándor: A Krukenberg-csont egyedüli hátránya a bőr megfagyása. A Krukenberg-műtét ellenkezőjét, két eredetileg szétválasztott alszárt egyesítését egy fejlődési rendellenesség kapcsán nemrég végezte hozzászóló.

Ranschburg Pál: Megvizsgálta sebtében a beteg csontjait, azok finom tapintást jeleznek, a hajtű két hegyét kb. 5–6 mm.-ről már többnyire kettőnek jelzi. Emlékeztet Dollinger s Verebely prof. által demonstrált esetre. Az illető mindkét alkar pusztá csontjával a legfinomabb kéz- ill. ujjmozgásokat pótolta. A bámulatos ügyesség oka hozzászóló szerint a rendkívülív fejlesztett érzőképeség volt. Az alkar csont Weber-küszöbe 1 1/2–2 1/2 mm volt, vagyis a normalis egyén ujjpárnabőrének megfelelő. Az egyén u. i. kb. 12 éves korában veszítette el kezeit s szakadatlan kényszerű gyakorlattal a meglévő bőrideg-vegek központi érzőképeségét oly fokúvá fejlesztette, hogy hiányzó kezeit szinte pótolta. Felnőtt korban ez már nem lehetséges.

Bakay Lajos: Báron hozzászólására megjegyzi, hogy minden csontkoltnál, nemcsak a Krukenberg-félénél, nagyon kell vigyázni a hideg behatására. Ranschburg megfigyelése egyezik az övével. Kezdetben a csontot borító bőr érzéketlen, két-három hónap múlva már észlelhető volt a bőrrézés megjövedele, azóta ez mindig tökéletesedett. Tapasztalatai szerint a kora fiatalságban csontoltak vagy veleszületett kézhiányban szenvedők bámulatos ügyességre tettek szert minden prothesis nélkül is, de sajnos, általában nem így volt ez a kétoldalt amputált rokkantjainknál.

Előadás:

Zinner Nándor: A gyermekbénulás sebészeti kezelése. A gyakorlat szempontjából teszi vizsgálat tárgyává a kérdést. Az arthrodosis, tenodesis (izületi merevítések) és az inátültetés eredményeit mutatja be. A gyermekbénulás sebészeti kezelésének célja a békák talpraállítása és munkaképessé tétele támasztókészülékek nélkül. Gyakorlatilag bevált műtétek a felső végtagon: a vállizület arthrodosis útján való merevítése (Vulpis); inátültetések, melyekkel a könyök hajlítása, a kéz supinatioja és fogásra való használhatósága biztosítható. Két betegnek jobb karja e műtétek előtt teljesen használhatatlanul lógott, most évés-

nél, öltözködéskor, írásnál jól tudja használni a kezüket. Alsó végtagbénulásnál akkor gépmentesíthető a beteg, ha legalább egyik oldali gluteusok vagy quadriceps működésképesek. A műtét terv felállításánál számolni kell az összes izületek staticai helyzetével. Bevált műtétek (az eselleges contracturák előzetes kiegyenlítése után): a láb, részleges bénulásnál: inátültetések és a bokaizület mechanizmusának leegyszerűsítése (Spitz, White-mann); teljes bénulásnál: alsó ugróizületi és Chopart-izületi arthrodosis és a talocruralis-izület tenodesis útján való stabilizálása kisfokú equinus-állásban. A térden: quadricepsplastika a m. sartoriusból vagy m. tensor fasciae latae-ból, szükség esetén a flexorokból. A csípőn: a Lange és Wulstein ajánlotta gluteusplastikák eredménye még kérdéses. A gluteus medius-bénulásnál bevált a m. tensor f. l. transplantatioja (Báron). Kiváló eredményeket ad a csípőarthrodosis, különösen kétoldali békák egyik csípőjén végezve. Ülésnél egyáltalában nem akadályoz. Tíz betegén a bénulás a két alsó végtag hat nagy izületéből, 1, 2, 3, 4, 5 izület izmaira terjed ki. Ezeket demonstrálja a fenti műtétek eredményeit, különös súlyt helyezve a súlyos, kétoldali békák gépnélküli járóképességére. Öt csípőarthrodosisesnél demonstrálja, hogy ez ülésnél nem akadály. Műtét előtti statusokat fényképeken mutatja be. Másfél év alatt 270 operált esetén tett megfigyelései szerint szeretne hozzájárulni ama fel fogásnak a köztudatba való átviteléhez, hogy a bénulás okozta nyomorúság sebészeti úton — legelőször — gyógyítható.

Kopits Jenő: A gyermekbénulás következményeit javító műtéteket három csoportba sorozza: 1. a deformitás korrigálását elősegítő, 2. a bénulás által megzavart functiót korrigáló, 3. a békák végtag belső megtámasztását célzó műtétek. Az első csoportba tartozók (tenolomia, inmeghosszabbítás, aponeuro- és fasciotomia) a deformitást nem szüntetik meg, csak lehetővé teszik a deformitás redressálását. A bénulásból eredő deformitást korrigálása szükséges, a végtag helyes staticai megterhelésének a visszaállítása végett. A functiót korrigáló műtétek csak részleges bénulásnál vehetők igénybe s a működőképes izmok inainak az átültetésével végeztetnek. Az inátültetés célja: 1. a békát megszabadítani támasztókészülékétől; 2. a megszüntetett deformitás visszatérésétől megóvni a végtagot; 3. a békák izomcsoport működési kiesését activ izomműködéssel pótolni. E műtethez pontos functionalis vizsgálaton alapuló tervvel kell hozzáfogni, s megelőzően a deformitást teljesen korrigálni kell. Az átültetett in a körülvevő szövetekhez hozzá ne nőjön, mert különben hatását nem tudja kifejteni. Az invég megerősítését periostatitan végzi. Nagy súlyt helyez az utókezelésre. A harmadik csoportba tartozó műtétek (arthrodosis, tenodesis) teljes bénulásnál, lityegő izületeknél végzendők. A felső végtagon a vállizület megmerevítése kitűnő eredményt ad. A merev alsó végtag hátrányos. Miután az arthrodosis ép izület destructiójával jár, gyermekkorban óvatosan végzendő. Bokaizületnél a tenodesis alkalmazza, mellyel nem lesz az izület minden irányban merev.

Horváth Mihály: Hangoztatja, hogy a különféle bénulásoknál a műtét indiciójára és tervére vonatkozólag bizonyos egyöntetű vélemény kialakulására kell törekedni. Előadó ugyanazon elveket valósítja meg a gyakorlatban, melyeket szóló eddig is hangoztatott és hogy ezek dacára nem absolut tökéletesek az eredmények, annak az a magyarázata, hogy a műtét az erő helyesebb elosztását s nem kiegészítését célozza, másrészt merevítésnél egy kóros állapotot egy másikkal helyettesít.

Báron Sándor: Saját tapasztalataival megerősítheti az előadó által elmondottakat. További haladás szempontjából a következő kérdések tisztázása volna fontos: lehet-e a gyermekhűdés acut és subacut szakában proteintherapiával vagy hasonló kezeléssel eredményt elérni, lehet-e műtét eljárással a lábat a plantarflexio és dorsalflexio irányában kellően stabilizálni és lehet-e a megfelelő esetben az átültetendő izomerejét a hozzászóló által kigondolt izomkettőzéssel fokozni.

Zinner Nándor: A hozzászólók egymásnak a választ megadták, köszöni a hozzászólásokat, amelyekkel súlyt adtak előadásának.

HETI KRÓNIKA

Ovidius „Quattuor Aetates”-ében gyönyörűen megírja, hogy milyen boldog, szemlélődő életet élt hajdan, az aranykorban az emberiség. A Philemonok és Baucisok ideje azonban lejárt; csaldóság, fáradalom és bänkódás a modern ember osztályrésze: csoda-e tehát, ha az olyan, aki nem javíthat a sorsán, néha menekülni akar előle, öngyilkos lesz, vagy legalább időről-időre felkeresi az álmok országát.

A monda szerint Dionysius egykor egy szép kis repkényt talált az úton. Hogy hazavihesse, előbb egy veréb szárnyába takarta, majd, amint a növény nőtt a kezében, egy oroszlánnak, végre egy ökörnek fejébe tette. A repkény a szőlő volt, mely-

nek bora először madárkönyűvé, majd oroszlánerejűvé teszi az embert, végre olyan tompa könyűvé, mint a szarvasmarha.

A búfelejtés eszköze, az igazi Lethe vize Dél-Európában mindenütt a bor volt; zamatos oenanthyl-aether tartalma messze túlmutatott azt az északi népeknek gabonából, tejből vagy mézből erjesztett kábitó sörre. Az arabok a cannabis levelekből készített hasis-t, a kelet-ázsiai népek az opiumot szívják; Dél-Amerikában a cocaleveleket rágiák, vagy az agavéből készült pulquet isszák. E jóformán természetes anyagokhoz az emberi találékonyság később erősebb, ipari készítményeket csatolt. Így keletkeztek a pálinkák, a whisky, wodka, kvasz, rum, az utálatos absynth, mindenekfelett pedig bizonyos erős mérgek, mint a morphin, heroin, aether stb.

Ismeretes, hogy az ilyen szerek lassankint súlyos elváltozásokat okoznak a szervezetben. A testi degenerációk és a lelki összeütközések végzetlenül változatai lépnak föl, amelyeket a vidám bordalok, a Falstaffok vagy Corelli, Poe, Dosztojevszki stb. regényei mélységes változatokban tárnak elénk.

Az ilyen behatásoknak azonban nagy társadalmi következményeik vannak. Az alkoholisták, a „Drug Addictok” jelleme megváltozik; vágyaik zabolátlanok, önfegyelmezésük korlátolt, munkarejük és használhatóságuk csökkent lesz. Előbb-utóbb a bűnözők sorába kerülnek. Az államok tehát védekeznek ellenük; eleinte még az egyszerű stimuláns szereket, a teát, kávé, dohányt is üldözték; utóbb a figyelem a narcotikus szerek romboló veszedelmessége felé irányult.

Csakhamar kitűnt azonban, hogy a tiltó rendeletek mit sem érnek ellenük. Miként a clandestin prostitutó, úgy a narcoticumok is átfertőzték lassankint a társadalmat. Különösen ott történt ez nagy mértékben, ahol, mint Amerikában, a nép nagyon kevert, a lakosság selejtes elemekben gazdag, gyarmatai révén ki van téve a kínai és japán szokásoknak; a sok kuruzslo kihasználhatja a szenvedélyeket, végre, ahol még a hig szeszitalok (sör, bor) fogyasztását is eltiltván, valósággal ráterelték a népet a mégsebb szerek használatára. Amikor tehát Amerikában a Volstead Act-tal pár év előtt teljesen betiltották az alkoholtartalmú italok élvezetét, egyidejűleg egy másik törvénnyel (Harrison Narcotic Law) a narcoticumok forgalmát is korlátozták, annyira, hogy még az orvosoknak is — külön adó ellenében — külön engedélyre van szükségük, ha ilyeneket akarnak alkalmazni. Ez a rendelet a praxisban csődöt mondott. Az orvosokat ugyan üldözik és gyakran előfordul, hogy egyeseket közülük a Harrison Law áthágásáért több évi fogságra vagy súlyos pénzbírságra ítélik; azonban elszaporodtak a titkos opiumbarlangok, már bonbonok alakjában is árusítják a heroint és morphint. 1923-ban 530.000 font opiumot importáltak és ennek az évek utolsó negyedében félmillió dollár értékű drogueot foglaltak le a csempészeknél. Harrison-féle adó révén különben csupán 12 millió dollár folyt be a bírságokból és az ellenőrzés költségei ennek $\frac{2}{3}$ részét is felemésztették.

Wallis szerint egy-egy lakosra Olaszországban 1, Németországban 2, Angliában 3, Franciaországban 4, az Egyesült Államokban pedig 40 grain (1 grain = 6 cg) opiumfogyasztás jut évenként. Szerinte az amerikai felnőttek 4%-a áldoz valamely narcoticum (morphium, cocain, heroin, aether, chloroform, opium stb.) fogyasztása szenvedélyének.

Előre látható volt, hogy a narcoticumok sok bajt fognak Angliában is okozni. Itt még az a specialis nehézség is fennforog, hogy a világ legnagyobb opiumtermelő országa, India, Angliának érdekkörébe tartozik. Anglia képes volt azt a kulturális geztettet elkövetni, hogy amikor a XIX. század elején China el akarta vonni az opiumszívás szokását és betiltotta az opiumnak importálását, ezért megtámadta Chinát, az 1839—1842-ig tartott opium-háborúban legyőzte és rákényszerítette, hogy az indiai opiumnak behozatalát megint megengedje. A kulturális érdeknek a Mammon alá való rendelése most megboszosztta magát és a narcotikus szerek használata magában az anyaországban is erősen lábrakapott. A baj leküzdésére az angolok 1920-ban egy „Dangerous Drugs Act”-ot hoztak, mellyel az opium, cocain, morphin, heroin stb. használatát igen erősen korlátozták, viszont azonban, hogy a népszennyvedély valahol mégis kielégülést nyerhessen és hogy az ottani sör- és whisky-gyárosok sem panaszkodhassanak, semmiképen sem korlátozta az alkoholfogyasztást. Nem is látni sehol annyi részeg asszonyt az utcákon, mint Angliában; az utcai szerenésatlanságok és gyilkosságok száma ott szombatn 20-szor olyan nagy, mint hétfőn.

Bölcsebben járt el Norvégia, amely a narcoticumok használatát szintén tiltotta, a szeszitalok limitált használatát azonban csupán a hig borokra és sörökre vonatkozóan megengedte. A visszaélésnek ugyan így is megvan a lehetősége, az intézkedés azonban mégis a minimumra szorította le a veszedelmet. Mindezt abból az alkalomból mondtuk el, mert a pénzügyminiszter a múlt héten ígerte meg a gazdáknak, hogy újra megengedi a kisüstön való pálinkafőzést... ad majorem regni gloriam!

Herczeg Árpád dr.

PSYCHOTECHNIKA.

A tudományos kutatásokkal foglalkozó tudósok munkakörét, a tudományok mai állása mellett többnyire egy-egy szűkebb térré kell szorítani, hogy a már feldolgozott és még feldolgozandó témák tömegével megbirkózhassék. Az egyes kérdések complexuma mégsem tömöríthető szigorú határok közé és a határvonalakon az egyik kutató a másik munkájára vagy már elért eredményeire van utalva. Így van ez a főbb ágakon, az orvosi, a mérnöki, a philosophiai tudományokon belül, de előfordulhat az az eset, mikor a mérnöki tudományos kutatás az orvosi tudománnyal foglalkozók érdeklődését is felkeltheti. Erre az esetre példa az, miről az orvosi társadalmat tájékoztatni óhajtjuk.

A mérnöki tudomány, mely az elmúlt évszázadban óriási munkát végzett és kutatásainak eredményeként, a természet nyerserejének kihasználásával, a nyersanyagok kitermelésével és feldolgozásával az emberiség civilizációját nagy mértékben szolgálta, legújabbban a természet legértékesebb elemével és a technika legnélkülözhetetlenebb energiaforrásával, az emberrel kezdett behatóan és tudományosan foglalkozni. A mérnöki munka ezirányú tevékenységének eredménye, a jövőre vonatkozó célkitűzése, már nemcsak a mérnököt mint szervezőt, hanem specialisan az orvost mint pszichiátert is érdeklik. Sőt, egyrészt a mérnök segítségül hívja az orvost, hogy a már rendelkezésre álló, orvosi szempontból gyűjtött tapasztalatait rendelkezésére bocsájtja, másrészt az orvoskutatónak egész halmazt adat, megfigyelés, tapasztalat kerül birtokába, melyet a mérnök oly körülmények között gyűjthetett, mely körülmények között, a mindennapi élet forgatagában, az orvos az embert egyáltalán nem figyelheti meg.

Az utolsó évtizedek alatt alapjában megváltozott gazdasági és társadalmi viszonyok azok, melyek az effektív termeléssel elfoglalt mérnököt arra kényszerítették, hogy nemcsak gépeit szerkessze meg a célszerűség és gazdaságosság szempontjainak szem előtt tartásával, hanem legtökéletesebb segítőjével, az emberrel is behatóan és systematikusan foglalkozzék. A modern üzemi vezetés minden, sokszor még jelentéktelennek látszó kérdésben is, beható vizsgálat tárgyává kell hogy tegye a lehető legjobb eshetőség kérdését. Ennek során el kell jutni ahhoz, hogy éppúgy, ahogy megállapítható, hogy valamely anyag megmunkálásához melyik a legjobb szerszám, megállapítható legyen az is, hogy valamely munkahely betöltésére melyik a legjobban megfelelő ember, mely pszichikai tulajdonságokkal kell ennek bírnia, mely módon állapíthatók meg ezen tulajdonságok, ezeknek foka, esetleg teljes hiánya.

A mérnök, ki mindeztideig a pozitív tudományok, a számok, a physikai tulajdonságok felhasználásának terrenumán mozgott, fenti kérdésnek felmerülésekor az emberi psyche rejtelmeibe vált kénytelen behatolni. A mérnöki tudomány ezen feladatának derekasan meg is felelt és ma Németországban sok laboratorium működik már, melyekben *psychotechnikával*, ahogy az új irányú kutató munkát elnevezték, foglalkoznak. Kísérletek egész sorozatát állapították már meg az emberi éleslátás, hallás, tapintás, apperceptiálóképesség és ezek fokának megfigyelésére. Kísérletek másik sorával pedig adatokat gyűjtöttek arra nézve, hogy a vizsgálható tulajdonságok melyikével és mily fokban kell rendelkeznie annak, kinek munkája a finom méretek megállapítása (acélgolyók szortírozása), vagy valamely komplikált gép kiszolgálása (mozdony- vagy villamosvezetés), vagy akinek biztos térérzékre van szüksége (daruvezető) és így tovább. Ezen laboratoriumok ma már nem a kezdet stadiumában vannak és Németországnak sok gyára van már, mely nem vesz fel munkát laboratoriumának véleménye nélkül. A német vasutak mozdonyvezetői mind szigorú vizsgálaton mennek át és az e téren laikus publikumot talán legjobban a vasutak balesetstatisztikája kapja meg, mely számszerűleg bizonyítja a balesetek számának csökkenésével a psychotechnikai vizsgálatok létjogosultságát.

Csonka-Magyarország ipari köreinek érdeklődését a németországi eredmények szintén fölkelítették már és egyik nagy iparvállalatunk évek óta folytat psychotechnikai vizsgálatokat, melyeknek eredményei már is szembetűnők.

Hazai nagyiparunk elhatározta, hogy a psychotechnika nyilvánvaló eredményeinek idehaza is mentől szélesebb körben való ismertetésére meghívja a charlottenburgi egyetem psychotechnikai laboratoriumának

vezetőjét, Prof. Dr. Walter Moedet egy ismertető előadás megtartására. Prof. Moede a meghívást örömmel fogadta és előadását március hónap folyamán fogja megtartani, mikor is főként a munkája jelenlegi állásának és jövő fejlődésének irányait fogja ismertetni. Különösen a jövő fejlődés lehetőségei kell hogy orvosi társadalmunkat érdekeljék, felhívjuk tehát olvasóink figyelmét ezen igen érdekesnek ígérkező előadásra, melynek pontos idejére és helyére nézve e helyen szolgálunk majd annak idején felvilágosítással.

Szerkesztőség.

VEGYES HÍREK

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

Kérjük régi előfizetőinket, kik közül még sokan nem újították meg ez évre előfizetésüket, hogy minél előbb tegyék meg azt. Nemkülönböztetve sokan tartoznak még a múlt év utolsó negyedével 8000 koronával, bár ez évre már előfizettek. Elképzelhető, hogy mily nagy anyagi veszteségei származnak az „Orvosi Hetilap”-nak az ily elfelejtett és csak félév múlva befolyó előfizetések miatt! Kérünk, hogy akinek nem esik nehezére, valorizálja a régi tartozásait teljességgel szerint.

Ha valaha, úgy most kell kérnünk orvostársainkat kitarásra és áldozathozatalra: ne hagyjanak bennünket cserben e nehéz napokban, melyek a legderekabb vállalkozást is próbára teszik. Szinte azt érezzük: nehezebb most valamit fenntartani, mint megindítani! Pedig mennyi ambícióval, mennyi jóakarattal dolgozunk.

Vámossy.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 15-i ülésprogramja. Bemutató: Zavilla Aurél: Eljárás a térdizületi zsugorodás kiegyenlítésére a subluxatio elkerülésével. 2. Budai István: Tizenegy gyógyult trichinosis-eset. Előadás: 1. Fekete Sándor: Az akut adnexgyulladás gyógyítása intravenas calcium-injectiókkal (a múlt üléstől elmaradt előadás). 2. Rejtő Sándor: Újabb elvek a fülgyógyászati diagnostikában.

A „Charité Poliklinika” f. é. márc. hó 17-én, hétfőn d. u. 1/2 7 órakor orvosi szakulást tart. Targyisorozat: Előadás: 1. Selley József és Fenyő János: Az iontophoresis a dermatológiában. 2. Bársony Tivadar: A gyomor- és duodenalis fekélyről.

A Magyar Röntgentársaság f. hó 24-én este 7 órakor tartja ülését az Orvosegyesület kistermében. Bemutatók: 1. Haas Lajos: a) Anatómiai variációk a kéz, láb és a törzs csontvázán. b) Mészlerakódás köszvényénél. 2. Weisz Armin: Oesophagusperforációk következményei. a) Pneumopericardium. b) Mediastinalis tályog és tüdőtaályog. Előadás: Bársony Tivadar: a) A duodenalis pylorusreflex. b) A duodenalis motilitás. Vendégeket szívesen látnak.

Nemzetek Szövetségének Közegészségügyi Bizottsága. A nemzetek szövetségének közegészségügyi bizottsága 16 tagból áll, ezek Rajchmann Ludwig dr. (a nemzetközi közegészségügyi hivatal elnöke), Madsen dr. (Dánia), Prof. Bernard (Franciaország), Prof. Ottolengi (Olaszország), Jitta dr. (Hollandia), Pittaluga dr. (Spanyolország), Chagas dr. (Brazília), Hugh dr. (Egyesült-Államok), Raynauld dr. (Franciaország), Sir Buchanan (Nagy-Británia), Lutrario dr. (Olaszország), Carrière dr. (Svájc), Granville Pacha dr. (Egyiptom), Jorge dr. (Spanyolország), Mimola dr. (Portugália), ezenkívül Nocht dr. (Németország), M. Chodsko dr. (Lengyelország).

Orvosok továbbképzése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága június hóban Budapesten és a vidéki egyetemi városokban ez évben is kéthetes továbbképző tanfolyamokat rendez. A tanfolyamok programja április hóban jelenik meg. A bizottság irodája: VIII. Mária-utca 39. (I. sz. egyetemi szemklinikai) készségesen ad felvilágosítást.

Magyar Elmevédelmi Liga. A magyar elme- és ideg-orvosok egy oly társadalmi ligát óhajtanak szervezni, amelynek célja az, hogy egyrészt az elme és idegbajokra hajlamosítottak vagy ilyen hajlamosításra gyanúsak megvédelmeztessenek az elmebajt kiváltó alkalmi külső behatásoktól (elmehygiene tanítása), másfelől pedig az, hogy a fejlődő elmebaj tüneteit mutató egyén idejekorán kerüljön elme- és ideg-orvosi, illetve intézeti kezelés alá, amikor még lehet rajta segíteni anélkül, hogy ezzel a tébolydavisselség bélyege lenne reásütve.

Ilyen elmevédelmi ligák az Amerikai Egyesült-Államokban olyan eredményeket értek el, hogy az elmeegógyintézetek kezdnek kiürülni. Amerika példáján a nyugateurópai államokban is sorra kárháztatják az elmeegógyintézeteket és dispensaikkal látják el, amelyekben az elmehygiene körébe vágó kérdésekben

stb. tanácsot és útbaigazítást adnak arra hivatott szakorvosok magának a betegnek vagy azok hozzátartozóinak. Ebbe a nagy mozgalomba óhajtanak most egy nemzeti magyar Ligának megalkotásával a magyar elmeorvosok is bekapcsolódni.

A liga alakuló közgyűlése az Országház delegációs termében (VII. sz. kapu) f. hó 17-én hétfőn délután 1/2 7 órakor lesz. A megnyitó beszédet Vass József dr. miniszter úr fogja tartani, utána pedig Oláh Gusztáv miniszteri tanácsos, a Magyar Elmeorvosok Egyesületének elnöke fogja a kitűzött célt és az első teendőket ismertetni. A közgyűlés nyilvános, azon minden érdeklődő részt vehet.

A tudományos dolgozatok terjedelmének korlátozása Németországban. A német tudományos folyóiratok kiadói és szerkesztői a munkatársakhoz azon kéréssel fordultak, hogy a cikkek terjedelmét csökkentsék s az ábrák számát is a leg-szükségesebbre korlátozzák. E rendszabályt a nyomdai árak folytonos emelkedésével indokolják. Az intézetek, könyvtárak s egyesek ide s tova nem tudják a nagy mértékben emelkedő előfizetési árakat megfizetni. De a jó valutájú külföldi előfizetők is panaszkodnak, hogy a német közlemények terjedelme túlságosan nagy. Ezen most úgy akarnak segíteni, hogy az egyes folyóiratok megjelölik a módot, miképp lehetne a közléseket rövidíteni. Különösen azt javasolják, hogy kimerítő bevezetések és irodalmi felsorolások maradjanak el, körleírások, anatómiai leletek, kísérleti jegyzőkönyvek a lehető legrövidebbek legyenek. Ismétléseket kerülni kell. Idézéseket mellőzni kell, az irodalmi hivatkozásokot a leggyyszerűbben s csillag alatt kell adni s a cikk végén mellőzni kell az egész irodalom felsorolását. A kéziratokat gépirással kérik s nyomtatásra alkalmas szövegezésben, a correcturában csak a nyomdai hibákat szabad javítani. Ritkított betűkkel való szedés csak egyes szavakra legfeljebb egy mondatra való. Az ábrákat egyszerűsíteni kell, a grafikónokat egyes példákra korlátozzák s az ábrák zinkographiára alkalmasak legyenek.

Grósz Emil dr.

Mindezt Hetilapunk is nagyon kíváncsnak találja és kéri munkatársait, hogy e követendő példát lehetőleg tartsák szem előtt.

A Nemzetek Szövetsége által alakított közegészségügyi bizottság 1924-ben tisztiorvosok számára három tanfolyamot rendez. Az első február 1-től április 12-ig Nagy-Britanniában, a második április 24-től július 14-ig Hollandiában és Dániában, ezenkívül a tuberculosis-specialisták számára február 6-tól április 30-ig tartó tanulmányutat, s iskolaorvosok számára ugyan-ezen időben. A tuberculosis-specialisták Ausztriát, Csehszágot, Magyarországot, Franciaországot, Belgiumot, Nagy-Britanniát, Hollandiát és Svájcot látogatják meg. A magyarországi programot a népjóléti ministerium megbízásából György Tibor dr. egyetemi tanár, ministeri tanácsos állapította meg, ennek keretében Fáy Aladár államtitkár és báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár tartottak előadásokat, meglátogatták a tuberculosis-sanatoriumokat, a tuberculosis-dispenseireket s kirándultak Debrecenbe.

Az „Orvosképzés” külön számát, mely a budapesti egyetemen a múlt év őszén id. Liebermann Leó dr. egyetemi tanár által a „Hygiene köréből” tartott előadásokat tartalmazza, minden múlt évi előfizető, valamint az ez évi új előfizetők megkapják. Az ez évi első és második szám, mely március végén jelen meg, a következő cikkeket fogja tartalmazni: Bálint Rezső dr. egyetemi tanár: A diabetes mellitus gyógyításának és pathológiájának egyes kérdéseiről, különös tekintettel az insulinra. Bakay Lajos dr. egyetemi tanár: A nyelvcső pótlásáról. Bársony János dr. egyetemi tanár: A tuberculosisról. Friedrich Vilmos dr. egyetemi magántanár, főorvos: Trauma és tuberculosis. Gáli Géza dr. igazgató-főorvos: Constitutio és tuberculosis. Molnár Elek László dr. egyetemi tanársegéd, magántanár: A vérzéses diathesisek differentiaaldiagnostikája. Friedrich László dr. A pankreas-megbetegedések diagnostikájának és terápiájának mai állása. Szabó Ince dr. egyetemi tanársegéd: A makacs hólyaghurutok sebészeti kezeléséről. Ifj. Matusovszky András dr. egyetemi tanársegéd: A húgyhólyag varixairól. Haba Antal dr. egyetemi tanársegéd: A saját vér visszaömlésztetésének eredményei. Ifj. Liebermann Leó dr. egyetemi tanár, főorvos: A könytömlőgyulladás gyógyítása. Csapody István dr. egyetemi magántanár, főorvos: A szemmozgások hibáiról. H. Fischer dr. egyetemi magántanár és Thurzó Jenő dr. egyetemi tanársegéd: Az epilepsia tanának és terápiájának mai klinikai állásáról. Rejtő Sándor dr. egyetemi magántanár: A hallószerv újabb élettani felosztása. Zimányi Vidor dr.: Orrvérzés a gyakorlatban. Hainiss Géza dr. egyetemi magántanár, főorvos: 1. A csecsemőtáplálás irányelvei. 2. A csecsemőtáplálkozási zavarok táplálási és gyógyítási módjai. Kubinyi Pál dr. egyetemi tanár: Hozzászólás a babaképzés reformjához.

Az „Orvosképzés” szerkesztősége és kiadóhivatala: VIII. Mária-utca 39, a budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú szemklinikáján van. Előfizetni lehet

vagy az „Orvosi Hetilap”-pal egyidejűleg (VIII., Üllői-út 26. II. emelet), vagy közvetlenül az Orvostudományi kiadóhivatalánál (VIII., Mária-utca 39). Az előfizetési díj félévre 2 arany korona (szorzószám ezidőszereint 10.000. azaz ezidőszereint 20.000 korona).
A szerkesztők.

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 2-től március 8-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	5	(1)	Gyermekágyi láz.....	—	(—)
Küteges hagymáz.....	—	(—)	Báranyhimlő.....	25	(—)
Hólyagos (ál-)himlő.....	—	(—)	Járv. fültőmirigylob.....	9	(—)
Kanyaró.....	22	(1)	Vérhas.....	9	(—)
Vörheny.....	47	(6)	Járv. agygerincagyhártyalob.....	3	(—)
Számárhurut.....	22	(5)	Trachoma.....	4	(—)
Roncs. torok-ésgégelob.....	15	(3)	Veszétség.....	—	(—)
Influenza.....	36	(14)	Lépfene.....	—	(—)
Ázsiai kolera.....	—	(—)	Nátház.....	6	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

MEGJELENT!

Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címtára

34. évfolyam 1924. évre.

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

BOLTI ÁRA 80.000 KORONA.

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT

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

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

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 útlevevényben szolgál: MENETJEGYIRODA, Dr. ADORJÁN V, VIGADÓ

Dr. Pajor Sanatorium

Budapest VIII, Vas-utca 17.

Sebészet, szülészeti, urológia, orthopädia és Zander-osztályok.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE

Kórházi főorvos

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

PÁLYÁZATOK.

A Sátoraljauhely Rt városnál nyugdíjazás folytán megüresedett s az állami rendszerű VIII. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő illetményekkel javadalmazott **városi főorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet. Pályázók az 1912. évi LVIII. t.-c. 22. §-ának rendelkezéseihez képest magyar állam-

polgárságukat. az 1883. évi I. t.-c.-ben meghatározott elméleti képzettségüket, valamint a tisztai orvosi vizsgálat sikeres letételét igazoló okmányait bemutatni tartoznak. A megválasztandó megbízatása a legközelebbi általános tisztújításig tart. A kellően felszerelt pályázati kérvények hozzám címezve, Zemplén vármegye alispáni iktatóhivatalánál 1924. évi április hó 30-ig bezárólag adandók be. Később érkezett kérvények nem vétetnek figyelembe. A választási határnap kitűzése iránt a pályázat lejártá után intézkedem.

Sátoraljauhely, 1924. évi március 4.

1277/1924.

Bernáth Aladár s. k. alispán.

Dr. RAJNIK gyógyintézete (eddig DR. HAJÓS) CIGALE LUSSINPICCOLO

Délvidéki klíma. Tropicus vegetatio. Kiterjedt fenyves. Elsőrangú ellátás. Mérsékelt árak. Kényelmes közvetlen összeköttetés.

Felvilágosítással szolgál Dr. RAJNIK PÁL
Budapest, VII. kerület, Vilma királynő-út 11. sz. — Telefon: József 14-51.

Művelt, középkorú

ORVOS ELHELYEZKEDÉST KERES:

intézetben, vagy helyettesként (vidéken is); gyermekek mellé mint nevelő (modern nyelveket is tanítana); betegkísérőnek külföldre is stb. Amerikába is elmenne.

Szíves megkereséseket a „Petőfi” Irodalmi Vállalat VII, Kertész-utca 16 továbbít.

THEOSAN DRAGÉE Dr. WANDER
DIGI THEOSAN DRAGÉE Dr. WANDER
JOD THEOSAN DRAGÉE Dr. WANDER
PAPAVERIN THEOSAN DRAGÉE

CLASSICUS DIURETICUMOK

A SZIV.-VESE-CAPIILLARISOK ÉS VÉREDÉNYEK MEGBETEGEDÉSEINEK SOUVERAIN GYÓGYSZEREI

ADAGOLÁSUK EGYSZERŰ. ÍZÜK KELLEMES

Dr. WANDER GYÓGYSZER ÉS TÁP-SZERGYÁR R. T. BUDAPEST.

DIGITAL GOLAZ

FOLIA DIGITALIS
DIALYSATA GOLAZ

A FRISZ DIGITALIS ÖSSZES HATÓANYAGAIT
TARTALMAZZA

ÖSSZETÉTELÉBEN VÁLTOZATLAN, ÁRTALMATLAN, KUMULÁLÓ HATÁSA NINCSE.

**ABSOLUT MEGBIZHATÓ,
PONTOSAN ÉS JÓL
ADAGOLHATÓ**

„ZYMA” VEGYÉSZETI GYÁR NYON / SVÁJC /
MAGYARORSZÁG RÉSZÉRE: Dr. WANDER R. T. BUDAPEST.

A m. kir. népjóléti miniszter úr 98933/923. sz. r. alapján az országos betegápolási alap terhére rendelhető.

FŐORVOS



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisch-dietetikus
magaslati gyógyhely, 1040 m magas

SEMMERING

Különlegesség: hízó, diéta nap-,
levegő- és Lahmann-kúrák.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Stamberger Imre: A tracheotomia kuratív hatásáról gégetuberculosisban. (173—175. oldal.)

Herepey-Csákányi Győző: A belsősecretiós mirigyek zavara Basedow-kórban. (175—176. oldal.)

Klinikai előadás. Bakay Lajos: Friss sebek gyógyulása és gyógyítása. (176—179. oldal.)

Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatézis kezelése. 5. Faltaféle vegyes lisztnap. (179—180. oldal.)

Lapszemle. Belorvosok. — Sebészet. — Urologia. — Szülészeti és nőgyógyászat. (180—182. oldal.)

Könyvismertetés. (182. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 15-i ülése. (183. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 március 12-i ülése (183—184. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 március 13-án tartott VIII. ülése. (184. oldal.)

Heti krónika. (184—185. old.) — Vegyes hírek. (185—186. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A székesfővárosi Zita-kórház orr-gégeteg-osztályának közleménye (főorvos: Safranek János dr. egyetemi m. tanár).

A tracheotomia kuratív hatásáról gégetuberculosisban.

Írta: Stamberger Imre dr. közkórházi orvosgyakornok.

Gégetuberculosis eseteiben vitalis indicatio alapján, asphyxiás állapotokban a tracheotomiát már régebbi idők óta fogva alkalmazták, míg *curativ* célból Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) 1887-ben ajánlotta, bár előtte már 1868-ban Bryant is proponálta a műtétet, a gége nyugalomba helyezése céljából. Ugyanazon gondolat vezette őket, mint a sebészeket, kik a sebészi gümőkör egyes alakjait az illető szerv nyugalomba helyezésével gyógyították, mely eljárást újabban a tüdőtuberculosis gyógyításában is átvették (mesterséges pneumothorax).

Schmidt ajánlata óta a tracheotomia *curativ* hatása élénk vita tárgyát képezte és e kérdésben egyetemes felfogás máig sem alakult ki. M. Schmidt, aki a tracheotomiától olykor valósággal „varázslatos” hatást látott, a folyamatnak minden egyéb kezelés nélkül megszűnését, a műtét indicatiót a következőkben állapította meg: 1. stenosisal járó gégetuberculosis minden esete és ilyenkor a műtét minél előbb végeztesék; 2. súlyos gégebeli folyamat stenosis nélkül is, jó tüdőállapot mellett; 3. rohamosan súlyosbodó gégefolyamatok, mely esetekben a tracheotomia ugyancsak még a dyspnoe beállta előtt végeztesék és végül 4. egyidejű dysphagia esetei.

Újabban az esetek megválasztása szűkebb körre szorult, s az utóbbi évek szerzői egyetértének abban, hogy *gyógyulás* csakis jó általános és tüdőállapot mellett és a gége felületes beszűrődése és fekélyesedése esetén várható. A *curativ* tracheotomiának újabban különösen Gluck² a szószólója, aki főleg a gége belsejére és felületes szövetrétegeire lokalizált esetekben (nyálkahártya-infiltrációk és ulcerációk esetén) ajánlja, amelyek megfelelő általános és endolaryngealis kezelésre nem javultak, amikor is a műtét után a duzzanat lelohadását, a fekélyek feltisztulását és elhegesedését látta. Gluck az eseteket gondosan megválasztja és nagy súlyt helyez a jó általános és tüdőállapotra; ami az előbbi illeti, a szervezet bizonyos mértékű ellentámasztási képessége elengedhetetlen kelléke valamennyi gégetuberculosisban *curativ* célból végzendő sebészi beavatkozásnak;

nagyon legyöngült, lesoványodott egyének magas lázakkal, bélszövődményekkel, *curativ* műtétekre nem alkalmasak; a tüdőfolyamat pedig Gluck feltételei szerint ne legyen nagyon kiterjedt, inkább csak *circumscribed* góccokra szorítkozó és ne mutasson acut progrediáló jellegét. Igen jó eredményeket ért el újabban Landwehrmann, Henrici³ és Hinsberg⁴ is, kik szorgosan megválasztott esetekben végezték a *curativ* tracheotomiát; így Henrici (Körner klinikáján) 4 esetben teljes gyógyulást látott, valamennyi esete 10—13 éves gyermekekre vonatkozik, kiknek tüdeje jó állapotban volt; Hinsberg ugyancsak 4 *gyógyult* esetéről számolt be.

Nagy számmal vannak azután azok a szerzők, akik a tracheotomiától a *gégebeli folyamat határozottan kedvező befolyásolását látták*; így az ismertebbek közül H. Mackensie, Seifert, Hopmann, Sedziak, Kraus, Castex,⁵ továbbá Körner,⁶ Kuttner,⁷ Chiari⁸ és Hajek,⁹ ki a gégegümőkör gyógyításában nagy súlyt fektet a gége nyugalomba helyezésére, amit legideálisabban tracheotomiával vél elérhetőnek. Nálunk jó eredményeket látott a tracheotomiától Navratil,¹⁰ Lénárt és Safranek.¹¹ Így Safraneknek évekkel ezelőtt a gégeklinikán oly esete volt, melyben egy 30 év körüli nőbetegnek histológice is tuberculosisnak bizonyult, hatalmas infiltrátuma volt gégeje hátsó falán, az ezt kísérő nagyfokú oedema miatt tracheotomia vált szükségessé; a beteg elbocsátása után három év múlva jelentkezett újból, amikor minden egyéb *therapia* nélkül teljes gyógyulás következett be és a kanül el volt távolítható.

Másrésről a tracheotomiának — mint *curativ* beavatkozásnak — heves *ellenzői* is vannak; sőt egyesek — az asphyxiás állapotoktól eltekintve — még stenosis eseteiben sem szívesen alkalmazzák. Az ellenvetések a következők: 1. A műtétnek a tüdőállapotot súlyosbító hatásáról félnek, főleg az expectoratióknak a kanülnél keresztül való megnehezített volta miatt; 2. tracheotomia fertőzésétől tartanak és végül 3. még azért is ellenzik a műtétet, mert a kanülnél hosszú időn át hordása nagy alkalmatlansággal és bizonyos veszélyekkel is jár és mindezek dacára gyógyulást mégsem garantál. A kanülhordás veszélyeire vonatkozóan különösen azt emelik ki, hogy elesvén a felsőbb légutaknak a belégett levegőt megfiltráló, megnevesítő, felmelegítő szerepe, a kanült hordozók állandóan tracheobronchitis és pneumonia veszélyeinek vannak kitéve. A tracheotomia *ellenzői* közül egyesek statisztikákra is hivatkoznak melyekben a gégetuberculosis miatt tracheotomizált összes eseteket gyűjtötték össze és e statisztikákban a műtét után rövidebb-hosszabb idő múltán elhaltak száma valóban igen nagy, míg a gyógyult eseteké igen csekély.

A tracheotomia *curativ* hatását azonban ez alapon nem lehet elbírálni, hisz az összegyűjtött esetek túlnyomó többségében a műtét a legsúlyosabb folyamatokban, *vitalis indicatióból*, asphyxiás állapotokban végeztetett, s nyilván igaza van *Chiarinak*, amikor azt mondja, hogy e betegek javarésze azért halt meg rövid idővel a műtét után, mert túlkésőn operáltattak, avagy szervezetük túlságosan le volt már romolva, úgyhogy életük semmiképen sem volt már megmenthető.

Ami a tracheotomia ellenzőinek jelzett *ellenvetéseit* illeti, ha nem is lehet elzárkózni az ellenvetéseknek bizonyos mértékig jogosult volta felől, viszont egészen el sem fogadhatók. Hogy teljesen nem állják meg helyüket és nem általánosíthatók, ezt bőséges irodalmi adatok és saját tapasztalataink* is igazolják.

1. Tagadhatatlan, hogy számos szerző a tracheotomia után a tüdőállapotnak feltűnő rosszabbodását észlelte, ámde ez esetekben már a műtét előtt igen súlyos és kiterjedt volt a tüdőfolyamat. Eltekintve attól, hogy a szorosabb értelemben vett *curativ* tracheotomiának, miként azt újabban valamennyi szószólója hangsúlyozza, fontos feltétele a jó általános és tüdőállapot, számos észlelet igazolja, hogy a tüdőállapotnak műtét utáni rosszabbodása nem általánosítható. Sőt számos észlelet bizonyítja és nekünk is vannak ily eseteink, melyekben a tracheotomia nemcsak hogy nem súlyosbította a tüdőállapotot, hanem ellenkezőleg a légsere és ennek következtében a vér oxydatiójának megjavításával kedvezően befolyásolta azt. Ami különösen a kanülön keresztül való expectoratiót illeti, e tekintetben azt találtuk, hogy oly esetekben, melyekben a folyamat a gégeben *mélyre* leterjedt, az expectoratio a kanülön keresztül könnyebb volt, mint műtét előtt.

2. A tracheostoma a kóros gégevel érintkezésbe nem kerül, a tüdő felőli infectiója pedig nagy ritkaságszámba megy, hiszen a tracheában éles metszés által készítünk nyílást, melynek szélei símák, nincsenek öblei, elmélyedő zugai, melyekben a tüdők seeretuma könnyen megtapadna, továbbá a tracheaseb csakhamar be is granulál, ami hathatós oltalmat szolgáltat a bacillustartalmú sputum ellen. Célszerű a tracheanyílást jól elzáró kanült választani és az utóbbit *Gluck* ajánlata szerint lehetőleg a külső seb begyógyulásáig nem cserélni, addig csupán a kanül belső csövét tisztogatva.

3. Kétségtelen, hogy a kanülnek hosszú időn át való hordása a betegre nagy alkalmatlansággal és bizonyos kockázattal is (tracheobronchitis stb. esélye) jár, ez utóbbi egyébként kellő óvatossággal és gondossággal csökkenthető, ámde az alapbaj jelentőségét tekintve, ezt az alkalmatlanságot és kockázatot viselni lehet, mert ha nem is *garantálja* a tracheotomia a gyógyulást — amint semmiféle más eljárás sem *garantálja* —, alkalmas esetekben, a jelzett indicatiók alapján és feltételek mellett végzett *curativ* tracheotomiára a gégebeli folyamat *meggyógyulhat*, amint azt különösen *Gluck*, *Henrici* és *Hinsberg* esetei mutatják; mint jeleztük, ez esetekben is csak akkor jöhet számításba a külső sebészi beavatkozás, ha megfelelő általános és endolaryngealis kezeléssel javulás nem mutatkozott.

*Safranek*nek igen jelentékeny anyagon végzett megfigyelései szerint ¹² a tracheotomia a gégebeli folyamatra igen kedvező befolyással van, ami főleg arra vezethető vissza, hogy a gége a műtét után nyugalomba kerül, mentesül újabb infectióktól és általában mindazon mechanikai, chemiai és thermalis insultusoktól, melyek a légzési actus alatt a géget érik. Azonban a gégebeli folyamat befolyásolásának mértéke változó és ezen szempontból, vagyis a műtétől várható eredmény szempontjából, az esetek több kategóriába oszlanak:

1. A műtét eredményének optimuma a gégetuberculosis teljes gyógyulása az eddigi tapasztalatok szerint — ritka kivételektől eltekintve — csupán azokban az esetekben várható, amelyekben a strictebb értelemben vett

curativ tracheotomia feltételei minden tekintetben megvannak, vagyis a gége belsejére és felületes szövetrétegeire lokalizált gümös elváltozások, nem kiterjedt és nem akut, progrediáló jellegű mutató tüdőfolyamat és jó általános állapot.

2. Az igen előrehaladott gégebeli folyamatok (nagyonyon kiterjedt és mélyreterjedő fekélyesedések következtébeni jelentékeny destructiók, genyes perichondritisek, porcnekrosisek) eseteiben, amelyekben a tüdőfolyamat és az általános állapot igen súlyos, a műtétől általánosságban csupán *palliativ* hatás várható, bár olykor még a legsúlyosabb esetekben is nem csupán a subjectiv tünetek megszűnését eredményezi a tracheotomia, hanem *bizonyos fokú objectiv javulással*, vagy legalább a folyamatnak *hosszabb időre megállapodásával is jár*. E súlyos esetekre vonatkozólag idézzük *Chiari* szavait, amelyekhez mindenben csatlakozhatunk: „Ich habe öfters sehr schwere, anscheinend dem Tode nahe Patienten mit schwerer Tuberkulose des Kehlkopfes und der Lungen, aber ohne direkte Erstickungsgefahr durch die Tracheotomie noch lange am Leben erhalten können.“

3. A két előbbi kategóriába tartozó esetek között az *átmeneti alakok* egész sora foglal helyet, a gége, tüdő és általános állapot tekintetében a legváltozatosabb combinációkban, amely esetekben e combinációk mikéntje van lényeges kihatással a *műtétől várható hatás mértékére*.

Gyakorlati szempontból úgy áll a dolog, hogy a relative egyébként is ritkább első kategóriabeli esetekben a subjectiv tünetek csekély volta miatt a betegek vajmi ritkán szánják rá magukat külső sebészi beavatkozásra, kivéve ha a gümös elváltozás localisatiójánál fogva már magában véve, vagy a kísérő oedema következtében a gége lumenét megsűkíti. *Részünkről a tracheotomiát minden stenosisal járó gégetuberculosis esetében ajánljuk*, tartozzék az egyébként a jelzett kategóriák bármelyikébe; a stenosisos tünetek megszűntetésén kívül a műtétől várható hatás mértékére nézve a fentiekre utalunk. *Ajánljuk továbbá, hogy a stenosisal járó esetekben ne késlekedjünk a tracheotomiával, ne várjuk be a súlyos stenosis kifejlődését!* Tapasztalásaink szerint ezek a stenosisos esetek azok, melyekben a tracheotomia a tüdőbeli és az általános állapotot is igen kedvezően befolyásolja: az expectoratio könnyebbé válik, a tüdők ventilációja jobb, tehermentesül a szív és sokszor a gégebeli folyamatnak *meglepető visszafejlődését* észlelhetjük; ily esetekben a tracheotomia utáni eredmények *functionalis tekintetben* is kitűnőek. Így a cricoarytaenoidealis ízület fixációjával és stenosisal járó infiltratiók visszafejlődése után a hangrés ismét működésképpé válik.

A tracheotomiának ily *feltűnő curativ hatásáról* számolhatunk be az utóbbi kategóriába tartozó következő esetünkben:

I. Abelné 39 éves nőbetegét május 8-án vettük át kórházunk gümőkóros osztályáról, ahol mintegy két hónapja ápolatott (tuberculosis pulmonum, Koch-positív köpet, 38.9°-ig láz). A jobb gégefél diffuse, göbösen erősen infiltrált, leginkább az álhangszalag területén, úgyhogy annak vastag kötege a valódi hangszalagot elfedi. A duzzanat mélyre, a hangszalagok alá is leterjed, ahol oedemás jellegű; a jobb gégefél teljesen mozdulatlan; a gége hátsó falán a nyálkahártya ugyan csak jelentékenyen duzzadt, míg a gége bal fele kevésbé van infiltrálva, de a duzzanat itt is leterjed a subchordalis tájékra. A beteget nehéz légzése miatt helyezték át s rajta *Safranek* főorvos azonnal tracheotomia superiorit végzett.

A beteg állapota hamar megjavult és jelenlegi állapota a műtét előttihez viszonyítva szembeszökően jó; 20 kg-ot hízott (!), kitűnően érzi magát, teljesen láztalan és objective is a folyamat meglepető javulása konstatalható: az infiltratumot kísérő oedemának semmi nyoma, de a göbös infiltratum is lelohadt, ellapult és elsimult s jól látható most már a jobb valódi hangszalag is, melyet a beszűrődött álhangszalag elfedett és a jobb gégefél — mely mozdulatlan volt — jól mozog; a beteg elzárt kanül mellett is könnyen lélegzik. Tüdejének jelenlegi Röntgen-lelete: mindkét tüdőcsücsöt egyenmő

* Osztályunkon 1919 december 1-étől, mely időtől az osztály *Safranek* főorvos vezetése alatt áll, 15 esetben végeztünk tracheotomiát gégegümőkóros betegeken. Eseteink részletezésére helyszűke miatt nem térhetünk ki, úgyhogy csak a vonatkozó tapasztalatokat összegezzük.

fátyol fedi, kifejezettebben a jobb esücsot; hilusárnyékok intenzívebbek, a jobb rekesz alig végez kilengéseket, a tüdőmezőkben légtelen góc árnyéka nem látszik.

Ez esetben a műtét, mint jeleztük, tulajdonképpen nem a curativ tracheotomia indicatiója alapján, hanem nehéz légzés miatt történt; a hatás pedig annyira feltűnő, hogy gondolkodóba ejt, mert kétségtelen, hogy az eredmény csak a tracheotomia javára írható. Nem sorozható esetünk a jó természetű, olykor spontan gyógyulásra is hajlamos esetek közé, mert hiszen a beteg osztályunkra áttétele előtt két hónapig a tüdőbeteg-osztályon általános gyógyításban és e mellett részünkről conservativ, localis kezelésben is részesült, s állapota nem javult, sőt mindinkább súlyosbodott; néhány héttel a tracheotomia után pedig határozott javulást mutatott nemcsak a gége-, hanem a tüdő- és az általános állapot is, s a javulás több mint félévvel a műtét után tartós, s a localis tünetek visszafejlődésén kívül mi sem jellemzi jobban, mint a beteg testsúlyának hatalmas gyarapodása és immár hónapok óta láztalan volta, bár ugyanolyan külső körülmények között van, mint két hónapig a műtét előtt.

Ha túlmesszemenő következtetéseket levonni nem is lehet, esetünk mindenesetre ékesen szóló bizonyítéka a tracheotomia olykor valóban bámulatos curativ hatásának.

Irodalom: ¹ M. Schmidt: Deutsche med. Wochenschrift, 1887 és Krankheiten d. oberen Luftwege, 1903. — ² Gluck: Zeitschr. f. Laryngologie, I. köt.; Gluck-Sorensen: Zeitschr. f. Laryng., IV. köt. — ³ Henrici: Arch. f. Laryng., 18. köt. — ⁴ Hinsberg: Med. Klinik, 1908. — ⁵ Schech: Heymans Handb. d. Laryngologie, 1898. — ⁶ Körner: Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 58. köt. — ⁷ Kuttner: Berl. klin. Wochenschr., 1891. — ⁸ Chiari: Erfahrungen aus dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten, Wien, 1887 és Chirurgie des Kehlkopfes, 1916. — ⁹ Hajek: Med. Klinik 1912 és Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Wien, 1913. — ¹⁰ Navratil: Centralbl. f. Laryngologie 1903. — ¹¹ Orvosegyesület orr-gége szakosztályának 1923. nov. 20-i ülése. — ¹² Safranek: Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Wien, 1913.

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

A belsősecretiós mirigyek zavara Basedow-kórnál.

Irta: Herepey-Csákányi Győző dr. egyetemi tanársegéd.

Az Orvosi Hetilap múlt évi 49. számában Basedow-kórral kapcsolatos ovarialis hypofunctio egy esetét ismerteti Kellner Dániel dr., amelynél vikariáló vérzések fordultak elő. Ennek kapcsán ismertetjük alábbi esetünket, amely rokonvonásai mellett sok eltérést mutat s egyben rávilágít a Basedow-kór aetiologiájában szereplő egyik felvetésre: a dysthyreodismusra. A körleírásból azokat a momentumokat fogom kidomborítani, amelyek az amenorrhoea, a vikariáló vérzések és a beteg által először észlelt Basedow-tünetek közti correlációt világítják meg.

Sz. M. 24 éves hajadon, gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Havibaját 17 éves korában kapta meg először; 4 hetenként 3 napig tartott. 1922 júliusban meneses hirtelen kimaradt. Ezt megelőzőleg 1922 áprilisában orrvérzései kezdődtek, amelyek 2–3 hetenként, sőt olykor naponként, tehát szabálytalan időközökben léptek fel és a mai napig is fennállanak. Legutóbbi orrvérzése december 16-án volt, amelyet laza tamponáddal könnyen sikerült csillapítani. Az utóbbi időben ezen orrvérzés nagyobb időközökben jelentkezik. 1922 november elején influenzája miatt ágyba került, ahonnan december elején kelt fel. Ettől fogva vette észre, hogy nyaka duzzad, állandóan gyengének, fáradtnak érezte magát, főfájásai léptek fel és erősen izzadt. Állapota ezután fokozatosan súlyosbodott. Ez év márcinstól szeptemberig az előbbi tünetekhez nagyfokú hasmenés

társult. Ez év szeptembere óta hasmenése megszűnt, azóta étvágya is jó. Legrosszabbul május–júniusban érezte magát, azóta kissé javult és változatlan az állapota. Egy hónapig kórházban kezelték (brom, arsen, hypophysis, natrium phosphoricum) eredménytelenül. Betegsége alatt körülbelül 10 kg-ot fogyott.

A klinikára 1923 december 7-én vettük fel. *Status praesens:* A középtermetű, közepesen fejlett nőbeteg zsírpárnái megtartottak. Virginalis emlők, szőrzet mindenütt normalisan fejlett. A bőr általában verejtékkal borított. Mellkasi és hasi szerveken eltérést nem találtunk. Arc kifejezése élénk. Kifejezett exophthalmus. Graefe, Stellwag positiv. A nyak két oldalán gyermek-ökölnyi struma, felette surranás hallható. Beszédhang tiszta. Reszketés a kéz szétterpesztett ujjain. Fokozott reflexek. Dermographia. Genitalis vizsgálat: Vulva normalisan fejlett, intact circularis hymen, rectumot át retroflektált, kb. rendes nagyságú méhtest tapintható.

December 8. Vérvizsgálat: vörösvértest 5,400.000, fehérvérsejt 7400, neutrophil 71%, eosinophil 1%, basophil 0, mononuclearis 1%, lymphocyt 24%.

December 11. Valódi adrenalin-érzékenység vizsgálata Csépai szerint (0.01 mg adrenalin intravenásan) 60 mm vérnyomásemelkedést ad, amely az első 45 másodpercben érte el maximumát (Jacquet-f. sphygmotonométerrel mérve) és az 5. percben a normalisra tér vissza. Pulsus-szám ezalatt 120-ról 150-re emelkedett, majd a vérnyomás leszállása után ez is rendszerre tért vissza. Naponta 3-szor 0.25 chininum hydrobromicum adagolásával és fekvéssel kíséreljük meg a vérnyomás csökkentését (Kleinschmidt). Vérvnyomásmérés után rövid idővel az egész alkaron (egészen a vérnyomásmérő manchetájáig) apró, pontszerű vérzések, melyek másnapra elhalványodnak, harmadnapra teljesen eltűnnek.

December 16. Orrvérzés, amely laza tamponáddal könnyen szűnik.

December 17. Könnyebben érzi magát. Vérvnyomás változatlan, pulusszám azonban 10-zel csökkent. Műtétre vár.

Esetünkben tehát a humoralis interrelatio a pajzsmirigy és ovarium közt kétségtelen, bár az ovarium hypofunctiója több mint 4 hónappal előzte meg a pajzsmirigy tünetet okozó hyperfunctióját, sőt az ennek előzményeként két hónappal az amenorrhoea előtt jelentkező orrvérzések már a vikariáló vérzések benyomását tették. Ez esetben beszélhetnénk tehát ovarigen Basedowról. Egyben feltűnő azonban a belsősecretionális mirigyek közti correlatio szabálytalansága. Az antagonista mirigy kiesésének hatástalansága, amely szintén előfordulhat, sőt Eiselsberg közlései nyomán tudjuk, hogy állatokon végzett thyroidectomia után a nemi szervek atrophizálhatnak is, ugyanígy látjuk azt is, hogy a pajzsmirigy hypofunctiója nem vonja maga után szükségképpen az ovarium hyperfunctióját. De még akkor is, hogyha az ovarium hypofunctiója következtében a pajzsmirigynek egy hyperplasiájával találkozunk, kérdéses, hogy a mirigy belsősecretiós működése fokozott-e csupán, vagy maga a secretum összetételében változott-e meg? Látjuk továbbá esetünkben, hogy a petefészek hypofunctiós állapotában hosszú ideig nem váltott ki hyperplasiát egyik antagonistájánál, a pajzsmirigynél. Mindazonáltal a pajzsmirigy már ekkor fokozottabb hormonleadást teljesíthetett. Hogy a mellévesére, corpus luteumra és hypophysisre gyakorolt-e hatást az ovarialis hypofunctio, azt sem az anamnesisből, sem pedig mérések útján megállapítani nem lehet. Míg tehát ilyen irányú pontos méréseket végezni nem tudunk, addig megint csak feltevésekhez kell visszatérnünk. Ez a hypothesis, amelyet esetünkkel is vonatkozásba hozhatnánk, a dysthyreodismus. Ezen dysfunctio magyarázatára Gley felveszi, hogy a mirigysejtek bizonyos külső vagy belső toxinhatásnak lehetnek kitéve, ami azok degenerációjával, atrophizációjával jár. Ilyenkor tehát a belsősecretiós termékek mellett ezek a sztesó fehérjeanyagok is belekerülnek a véráramba és okozzák a humoralis interrelatio zavarait. Esetünkben erre a feltételre meg is van a támpont. Betegünk az ő amenorrhoeás állapot mellett egészen jól érzi magát (egytemre jár, colloquál) mindaddig, amíg november hónapban egy influenza ágynak nem dönti. Influenzájának lezajlása után decemberben vette észre, hogy nyaka duz-

zadni kezd és innen kezdődnek többi Basedow-panaszai is. Felvehetjük tehát, hogy a Basedowra mintegy előkészített szervezetre a dysthyreoidismust ez az intercurrens megbetegedés a maga toxinjaival indította meg és nyitotta meg a kapuját a Basedow-kór kifejlődésének. A pajzsmirigy — a petefészek gátló működésének megszűnte után — vilószínűleg már az amenorrhoea ideje alatt is vikariáló hyperfunctióban volt, de egy magában nem tudta a kórfolyamatot megindítani, mint ahogy tényleg mi sem vagyunk képesek arra, hogy a Basedowot pajzsmirigy-kivonat befecskendezésével állítsuk elő. A „vikariáló” vérzésekből a beteg állapotára, illetve a kórfolyamat előrehaladottságára következtetni esetünkben már csak azért sem lehet, mert ezek a vérzések magát a Basedow-kór kifejlődését több mint fél-évvél előzték meg, amely idő alatt a beteg egyébként teljesen panaszmentes volt.

Összefoglalás:

1. Valamely belsősecretiós mirigy gátló hatásának kiesése nem okozza szükségképen az antagonistáinak kimutatható zavarát, illetve az egész belső secretáló rendszer egyensúlyának felborulását.

2. Felbonthatja azonban ezt az egyensúlyt valamely külső vagy belső toxinhatás, amely a gátját vesztett, hyperfunctionáló mirigynek dysfunctiót okozhat, s minek kapcsán a kórkép kifejlődik.

3. A vérzések gyakorisága és bősége nincs összefüggésben a kórfolyamat súlyosságával.

KLINIKAI ELŐADÁS.

Friss sebek gyógyulása és gyógyítása.

Tartotta: Bakay Lajos dr. egyet. tanár.

(1924 február 6-án.)

Ha a sebgyógyulást megfigyeljük, ha azon életnyilvánulást megkíséröljük követni, amelyet a szervezet kifejt, hogy helyrehozza a kárt, pótolja a beállott hiányt s visszanyerje előbbi épségét, akkor belátjuk a friss sebekkel való bánásmód ismeretének a nagy fontosságát, amellyel törekszünk minden olyan káros befolyást elhárítani, amely a szervezetet ebben a nagy-szerű munkájában megzavarhatja. Ha a testet borító bőrt bárhol áthatoló sérülés éri, akkor a vérzés és a fájdalom az, amely a sérülés foka szerint uralja az első időt. A vérzés csillapodása után a szövetek közt keletkezett résnek a tágsága és mélysége szerint változik a szervezetre gyakorolt inger nagysága s a reactio, amellyel a szervezet erre felel.

Kis seb keletkeztekor a vérzés elmúltával csakhamar megállapíthatjuk, hogy a kiszivárgó folyadék elveszti vörös kinézését, sárgásabbá válik. Egypár perc vagy esetleg óra múlva a két sebszél közt már megnyugodott sárgás anyagot találunk, amely 1—2 nap leforgása alatt megkevesbedik, mintha egymáshoz húzná a sebszéleket s azután eltűnik, csak egy vörös vonal marad a nyomán. Ez a külsőleg igen egyszerűnek látszó folyamat sokkal bonyolódottabbnak tűnik fel, ha a szövetek tekintünk. A kísérleti pathologia megtanított bennünket arra, hogy a legegyszerűbb sérülés is sejtes szövetroncsolással jár, amely körülmény a szervezetben reactió és reparációs mozgalmat indít meg. A reactio hasonló ahhoz, amely gyulladáshoz viszonyok közt támad (Ziegler): kitágulnak a környék hajszálerei, meglassúbbodik a keringés, az érfalhoz sorakoznak a fehérvérsejtek, megindul az átvándorlás és a vérplasma átszivárgása. A szövetek közé kijutó fibrinogen- és globulin-tartalmú folyadék összekeveredik a megsérült hajszálerek és nyirokesatornák kiömlő tartalmával és az abban úszó sejtroncsokkal, amely találkozásnak az eredménye a fibrin kicsapódása. A fibrin kitölti a seb-

üreg minden zegét-zugát s ha a sebtátongás nem nagy, akkor áthidalja a szakadékot s ideiglenesen elzárja a külvilágtól (Marchand). Az így készülő fibrinrecc sűrűsége fokozódik, mert a sérülés után 4—24 órával megindul a sejttevékenység is. A szövethiány chemotaktikus módon (Marchand) vonzóerőt gyakorol a környi sejtes elemekre, melyek közül elsősorban az átvándorolt leukocyták indulnak a hiány felé s akadnak fenn a fibrinhálózatban, növelve annak a sűrűségét. Nem sokkal ezután a fiatal kötőszöveti sejtekből eredő szövetphagocyták vagy makrophagok is megjelennek (Brunner), melyek a fentiekkel együtt az eltakarítás munkáját végzik s körülkölyva, bekebelezik a szövettörmelék-et. A harmadik féleség a mozgékonyvá vált kerek, orsóalakú vagy csillagformájú kötőszöveti sejtek fajtája, amelyek ugyanakkor, amikor a fibrintartalmú folyadék előnti a sebet, a felduzzasztott sebszélekből elindulnak, hogy mind nagyobb és nagyobb számban tölt-sék ki a fibrinreccet; ezeket fibroblastoknak hívjuk. A sejtekkel megtelt ragasztóanyag fibrinszálaival rövidesen zsugorodni kezdenek, miáltal a sebszélek közelebb jutnak egymáshoz. Sűrűn egymás mellé kerülnek a fibroblastok is; vándorlásuk megszűnik, orsóalakúlag kihúzódnak, kötegekbe rendeződnek, plasmájuk megfog, nyújtványaik megerősödnek s letagozódásuk vezet az új kötőszöveti rostozat képzéséhez (Ziegler). Már az ötödik naptól kezdve megjelenik a fiatal sejttömegben az első érbimbó (Fischer), mely a hajszálerek endothel-jének a sebrés felé való burjánzásából áll. Ha ilyen érbimbó találkozik a túloldalról kiindulóval, egymás felé nőnek, tömör endothelcsapjuk a közepén elfolyó-sodik és megindul bennük a vérkeringés. Ugyanekkor, amikor a fiatal szövet keringéshez jut, a hámboríték is elkészül, amennyiben a mélyebb rétegben fekvő hám-sejtek, valamint az izzadság- és faggyúmirigyek ki-vezető csöveinek hámja részéről erős sejtoszlás indul meg s a fiatal hámréteg befedi a hiányt. Kezdetben ezen a hámrétegen áttűnik az alatta levő s az érbimbók soka-sága miatt vörös fiatal kötőszövet színe. Ez azonban nem tart sokáig, mert a kötőszövet csakhamar „éret-tebbé” válik, a rostos elem megszorodik, a sejtes elem pedig megfog, a szövet nedvtartalma kevesebb lesz, térfogata megkisebbedik, zsugorodik, ami által a haj-szálerek nyomás alá kerülnek, ürterük megkisebbedik; sok fel is szívódik közülük, ami a szövet színének fehér-ségét s tapintásának keménységét okozza. Így keletke-zik a hegyszövet, melynek képzésében tehát a mesoderma származékainak jut a főszerep.

Hasonlóan az előbb leírtakhoz indul meg a na-gyobb sebüreggel járó sérülés gyógyulása is, csak hogy a szervezet részéről sokkal nagyobb reactióval jár. Az elpusztult sejtek és szövetek mennyisége nagyobb, ennél-fogva az eltakarítás munkája: a sebüregből való elimi-nálás és a felszívódás sokkal nagyobb méretű, aminek a következménye a sebüreg növekedése, amely csak bő-vebb szövetburjánzással pótolható. Az első lépés a seb-gyógyuláshoz itt is a vérplasma kiválása és megalva-dása. A szétroncsolt szövetek sejtjei, a vérsejtek és vér-lemezkek bőven szolgáltatják a thrombokinaset, amely azután a vérzés csillapodtával megalvasztja a friss seb-váladékot. Az így keletkezett fibrinhálózat nem képes kitölteni a nagy szövetrést, hanem csak annak egy részét. A fokozott mértékű gyulladáshoz reactio folytán itt sokkal nagyobb az izzadmányképződés. A nagy-mennyiségű folyadék felduzzasztja a sebszéleket, amiért is 2×24 óra múlva már a sebszél friss rétegzettsége eltűnik s a szövetek benne fel nem ismerhetők. A seb fenekén meggyűlő váladék vöröses-sárgává s az elkülö-nülő és kifolyó sebnedv mindig tisztábbá és folyéko-nyabbá válik. Ha a seb fenekéről néhány nap múlva

letörüljük a váladékot, akkor ott félgömb alakú, vörös sarjakat fogunk találni, amelyek a pótló szövet első nyomait képezik. Egy-egy ilyen sarj közepén érkaes foglalt helyet, amely körül sorakoznak a fiatal kötőszöveti sejtek, leukocyták és makrophagok. Ez utóbbiak bekebelező sajátosságuknál fogva magukba olvasztják az idegen anyagokat és a sejtörmeléket. Emellett a szét-eső leukocytá testéből fermentum válik ki, amely a szövetek ronsolása nyomán visszamaradt fehérje oldására hivatott. Megindul a szövetegyesítésből és a keringésből kirekesztett részek nekrolýsise is. Ezek az auto- és heterolytikus folyamatok uralják a helyzetet (*Gaza*) s végső termékeik vagy kifolynak a sebüregből vagy felszívódnak, miáltal a szervezetre gyakorolnak hatást. Ha a szétesett és elfolyósodott anyag nem tudja elhagyni a sebüreget, akkor ez a körülmény hátráltatja a gyógyulást is, mert a sebszélek összefekvésését megakadályozza s a granulatiót elnyomja. Az ilyen retentiók és holtüregek ismerete fontos a sebbezelés szempontjából. Nagy elkülönítő tevékenységet vált ki az is a szervezet részéről, ha idegen test kerül a sebbe (sár, homok, kavics, utcapiszok, faszilánk, ruhacafat). Ha minden elhalt szövetrészt eltakarítása megtörtént, ha a váladék kimosta az idegen testet a sebből vagy a sarjak körül vették és bezárták azt, akkor a sarjszövet teljesen kitölti a szövetrést s megindul az átformálódás. Erezetése megfog, sejtes elemei megkevesbednek, a kötőszöveti kötegek megszorodnak s létrejön a hegyszövet.

Az a sebváladék, amely kevésbé a sérülés keletkezése után megjelenik s összetapasztja a sebszéleket, jó táptalaj a bakteriumok részére. Tulajdonsága, hogy bőven tartalmaz fibrinogént és globulint. Az a sebváladék, amelyik később a szövetrésekben meggyűlik, már más összetételű, ennek sajátossága, hogy nem hajlamos a megalvadásra, talán azért, mert alvadékony alkotórésze a seb felületén részén már úgyis kicsapódott (*Marchand*). A vegyi vizsgálat szerint fibrinogént nem tartalmaz vagy csak igen keveset, fehérjetartalma megfogyott, mindössze az albumose csoportba tartozó fehérje mutatható ki benne, nitrogéntartalma kevesebb, mint a vérplasmáé (*Lieblein*). Úgy látszik, hogy nem alkalmas a mikroorganizmusnak állandó megtelepedésére (*Anschütz*).

Amit eddig vázlatosan iparkodtam megrajzolni, az a szervezet célszerű berendezkedésének a képe; így megy végbe a sebgyógyulás, ha egészséges szervezettel van dolgunk. Ha azonban a szervezet beteg, súlyos keringési zavar, anaemia, hydraemia, syphilis, tuberculosus, *Bright*-kór, diabetes, haemophilia, scorbut, súlyos inanitio, intoxicatiók, idült alkoholosság támadta meg, akkor a seb gyógyulási folyamata nem mutatja az előbbi szabályosságot, hanem a fennforgó betegség neme szerint különféle elváltozást szenved, melyre vonatkozólag csak annyit jegyzek meg, hogy a sebgyógyulás mikéntjének a megfigyelése, a képződött sarjaknak a kinézése az orvost sokszor addig nem sejtett általános szervezeti megbetegedés megismerésére vezet.

Gyakrabban változtatja meg a sebgyógyulás képét a sebfertőzés, a mikroorganizmusok megjelenése a sebben. A véletlenül támadt friss seb sorsa legtöbbször a fertőződés. A genyedet okozó bakteriumok mindenütt jelen vannak s az emberi szervezet fogékonysága a genyesztő csirok iránt tudvalevőleg sokkal nagyobb, mint a kísérleti célokra használt állatok bármelyikének a fogékonysága (*Hermann*). A véletlenül támadt sebek bakteriumtartalmának a vizsgálata azt mutatja, hogy leggyakrabban a *staphylococcus pyogenes albus* fordul elő. Már ritkábban a *staphylococcus pyogenes aureus* és *citreus*, továbbá a *streptococcus pyogenes*, *micrococcus tetragenus*, b. *pyocyaneus* és b. *tetani*. Legtöbbször a

sebet okozó eszékötől, a seb környékét fedő bőrtől, a testrészt fedő ruhától vagy a sebbel összefüggő testüregből (száj, végbél, bél, stb.) kerülnek a sebbe genyesztő csirok. Közvetlen érintkezés útján kerül tehát leggyakrabban a bakterium a friss sebbe (*contactinfectio*). Ritkábban fordul elő a levegő és még ritkábban a vér útján való (*haematogen*) fertőzés.

A bakteriumoknak a friss sebben való jelenléte nem jelent minden esetben fertőzést, mert jelen lehetnek ott anélkül, hogy továbbfejlődésre képesek volnának, egyszerű jelenlétük, *contaminatio*juk (*Tavel*) nem elegendő arra, hogy sebgennyedet okozzon. Gyakran közvetlenül a sebesülés után már sok mikroorganizmus mutatható ki a sebben, melyek nemcsak egy fajhoz tartozók (*monoinfectio*), hanem többfélék (*polyinfectio*) s az is megtörténik, hogy nem egyidőben kerülnek a sebbe, hanem az egyik faj később jut oda (*secundaer infectio*). A test felszínének némely helye különösen sok csirt visel magán s a rajta esett seb is bővelkedik ezekben. Így tudjuk pl., hogy a hajas fejbőrön, a hónaljban s a végbél környékén keletkezett sebben sok a bakterium.

A friss sebbe bejutó bakteriumok szaporodási képességének az intenzitása és a mérgehatás foka adja a virulentiát (*Brunner*). Némely esetben a bejutott bakteriumok pár óra alatt elérik a teljes virulentiájukat. Bár a genyet okozókkal szemben, mint már említettük, az emberi szervezet meglehetősen fogékonysággal viselkedik, mégis némely egyénben a szokott mértéken felüli egyéni fogékonyság (*dispositio*) tagadhatatlan.

A sebbe került bakteriumokkal szemben a szervezetnek megvan a védekező berendezése. Különösen az egyszerű seb, melyben kisfokú a szövetronsolás és nem került belé idegen anyag, veszi fel sikeresen a harcot. A leukocyták és makrophagok tevékenysége már röviddel a sérülés után megindul (*phagocytosis Metschnikoff*). A kiömlő vérnek és a defibrinált vérnek is megvan a képessége arra, hogy a bakteriumokat ártalmatlanná tegye (*Fodor 1887*). Az *activ serum* csiraölő anyaga az *alexin* (*Buchner*). Némelyek szerint az *alexin* öli meg a bakteriumokat, melyeket csak azután falnak fel a falósejtek. A serumban kimutatott *opsonin* (*Wright*) a falósejtek munkáját segíti elő azáltal, hogy a bakteriumokat előkészíti a bekebelezéshez. Az *agglutinatio* (*Gruber és Durhan*) a bakteriumok összeapadásához, mozgékonyságuk megszűnéséhez vezet. Ezenkívül megvan a serumnak az a tulajdonsága, hogy idegen organismust vagy sejtet felold, amely folyamatot a haemolysin és a bakteriolysin végzi. Megindul továbbá a bakteriumok mérge ellen az ellenmérge, antitoxin képzése is a szervezet részéről. Ha a nagyobb szövetronsolással járó sérüléskor megindul a bakteriumok munkája, a seb kinézése lényegesen megváltozik. A seb üregét kitöltő fibrin szennyes-szürkévé válik, a sebből kifolyó váladék zavarossá, sűrűvé „genyessé” lesz. A seb látható része lepedékes, falán nekrotikus részek figyelhetők meg, melyek a bakteriumok toxin-hatásának az eredményei. A váladék sűrűségét főleg a genysejtek adják. A bakteriumok hatására ugyanis fokozódnak a gyulladás tünetei: a hajszálerek kitágulása, a keringés meglassúbbodása, a sejtes és folyékony véralkatrészek átvándorlása. A bakteriumok azonban szintén bekerülhetnek az érfalon át a véráramba vagy toxinjuk juthat oda be, amely körülmény a vér megalvadásához, ez utóbbi pedig a véráram újabb meglassúbbodásához vezethet. Ez a körülmény a sebtérlet táplálkozási zavarát okozza, sőt a vérnek a toxinhatásra történő fokozódó megalvadása a hajszálerekben, a keringés megállásával fenyeget s létrejön az az állapot, amit *praestasis*nak (*Ricker*) nevezünk. Más oldalról viszont az élénk anyagsere

folytán a bakteriumok és toxinjaik felszívódása miatt az egész szervezet a sebfertőzés hatása alá kerül.

A mikroorganizmusok bekerülése a sebbe nem jelenti még egyszersmind azt, hogy ezeknek káros tevékenysége ott mindjárt megkezdődik. A vizsgálatok egész sorozata bizonyítja azt, hogy a külvilág csirájának először alkalmazkodnia kell az új környezethez (*Henle*), hogy virulenciája kifejlődjék. Így tehát időnk van, bár csak órákról van is szó, hogy védekezzünk. A friss sebbe jutott bakteriumok eltávolítása vagy ártalmatlanná tévése tudományunknak állandó törekvése.

A mai felfogásunk kialakulására kétségtelenül legnagyobb befolyása *Fridrich* kísérleteinek volt. Egek izomsebének bacillus oedematis malignit tartalmazó kerti földdel fertőzte s azután bevarrta. Vizsgálatai szerint 6 óra volt szükséges ahhoz, hogy a bakteriumok virulenciája kifejlődjék, amely idő leforgása után a csirok a mélyebb szövetrétegbe és a nyirokutakba hatoltak be. Az így megfertőzött állatok megdöglöttek a fertőzés nyomán kifejlődő általános sepsis következtében. Biztosan megmenekültek azonban, ha 6 óráig a sebet kinyitotta, felfrissítette, azaz 1–2 mm mélyen vezetett metszéssel éles késsel a felületes sebréteget eltávolította. Néha még 8 óra múlva is meg lehetett menteni az állatot a fenti módon. Hasonlóképpen vélekedik *Fridrich* a genyedet okozó coccusokról is. *Fridrich* alapvető kísérletei ellen a kifogás a háború előtt az volt, hogy kísérleti célokra olyan fertőzést választott ki, amely emberben ritkán fordul elő és hogy az állatkísérlet eredménye nem vihető bizonyító értékkel emberre át. Sajnos, a háború meghozta a kísérletezőnek az elégtételt, mert a földfertőzés a leggyakrabbi sebfertőzések egyikévé vált és számtalan alkalom nyílt a leghivatottabbak részéről, hogy *Fridrich* állatkísérleteinek tanulságát emberen próbálják értékesíteni. Az eredmény egyezett s a 6–8 órán belül felfrissített nagy sebek bevarrva fertőződés nélkül gyógyultak. Régibb vizsgálatokból is tudtuk azonban már, hogy a sebek a feltárása, zugainak, üregeinek megnyitása, a ronsolt részleteknek kivágása, szóval a durva mechanikus tisztogatás, valamint a seb nyitvahagyása lényegesen hozzájárul a fertőzés megakadályozásához és leküzdéséhez.

A vegyi desinfectio kérdésének évtizedek szerint változó felfogását az accidentális sebre vonatkozólag végeredményképpen a következőleg magyarázhatjuk. Bizonyos az, hogy a nagy fokban sérült és ronsolt szövetrészek közé antisepticumot öntve s a sebet kimosva, nem vagyunk képesek a bakteriumokat mindenütt elérni, marad tehát ott több mint elég arra, hogy kicsirázzék. A desinfectio folyadékba mártott gazeesík azonban a sebüregekben tartósan alkalmazva akadályozhatja a bakteriumok szaporodását. Az izületekben, ahol a fertőzés mechanikus megelőzéséről *Fridrich* értelmében szó sem lehet, a 6–8 órán belüli desinfectiálás perubalsammal, jódtincturával, *Chlumszky*-oldattal (acid. carb. puriss. 30·0, camph. tritae 60·0, alcohol. absol. 10·0) eredménnyel járhat (*Dreyer*); vagy megakadályozza vagy meggyengíti a fertőzést. A sebüregek irrigálása desinfectio folyadékokkal nem sokat ér, mert a vegyi agens sokkal rövidebb ideig érintkezik a bakteriumokkal, semhogy azoknak komolyan árthatna, többet ér ennél az állandó öblítés (*Dakin*, hypochlorit oldat).

Más oldalról azonban tudjuk azt, hogy az antisepticumok nemesak azáltal hatnak bakteriumellenesen, hogy azokat direkt megölik, hanem azáltal is, hogy a természetes gyógyfolyamatot élénkítik, azaz a phagocytosist fokozák s a szövetsejteket aktívabb tevékenységre ösztönzik (jód, jodoform, jódtinctura, perubalsam). A jódnak pl. vérbőséget okozó és ezáltal a seb-

ben a gyulladás tüneteit fokozó tulajdonsága is van, amely fokozott izzadmányképzéssel és anyagcserével van összekötve, de egyúttal az erős lógbát kifejlődésével is jár.

Kevés olyan sebész van, aki a háború után is kitart a tisztán aseptikus elvek mellett a sebbekezelésben s aki megtagadna minden jelentőséget az antiseptikus kezeléstől. A nyitott sebbekezelés mellett igaz az, hogy a steril mullesik sok bakteriumot kivezet a sebfeszínre, ami által ártalmatlanná teszi azt, de (az antiseptikus anyaggal impregnált gaze-k közül) a jodoformgaze sokkal jobbnak bizonyult. Kísérleti adatok mutatják, hogy a súlyosan fertőzött accidentális sebek bakteriumainak virulenciája jodoform jelenlétében nem fejlődik ki oly fokban, mint nélküle s bizonyos, hogy legtöbb pótszerénél is jóval hatékonyabb (*Gonzenbach*).

A sérülés megtörténte után megállapítható bakteriumféleség más fajtával is szaporodhat a környező bőrfelületről, ezért ennek kellő időben való csirátlanítása feltétlenül fontos teendő. Régen a környéket szappannal és vízzel mosták meg. A szappanos víz a bakteriummal megszorodva a sebbe juthat; így ma az az álláspontunk, hogy a bőrfelületen tenyésző vagy oda jutott bakterium továbbra is otthagyanod, de rögzítendő, hogy a sebbe ne kerüljön bele. Ez az eljárás a bakteriumrögzítés, arretálás (jódtinctura *Grossich*, mas-tisól *Oettingen*).

Az idegen test bennmaradása a sebben kedvezőtlenül befolyásolja a gyógyulást, mert felületén egész sereg bakterium él, amely a szövetek közt a szabályos idő múlva eléri a virulenciáját. A szervezetnek az a törekvése, hogy kivesse magából az idegen anyagot, hosszadalmas genyesztő folyamatra, esetleg sipolyképződésre vezet. A sebbe tört tű, mint síma felszínű tárgy, kevésbé alkalmas arra, hogy bakteriumok tapadjanak meg rajta, ha azonban faszilánk, csontszálka vagy gránátforgács marad benn a sebüregekben, ez sokkal veszélyesebb, még inkább, ha a faszilánk kerti földből, a csont rothadó állati testből való. Az idegen test minden körülmények közt eltávolítandó, ha csak annak anatómiai akadályai nincsenek. Ha nem találjuk meg, akkor nyitva kell hagynunk a kitágított sebet s abba az irányba, ahol azt a lágyrészek közt sejtjük, 5% jódkoholt vagy perubalsamot önthetünk. Természetesen nem szólunk itt azokról az idegen testekről, melyek a test életfontos szerveibe (tüdő, agyvelő, máj stb.) kerülnek, ez ugyanis más lapra tartozik. A legjobb, ha a friss sebbe került idegen testet úgy tekintjük, mint a fertőzés fokát növelő tényezőt. Ez áll a lövési sérülésre is, amikor a proiectil marad benn a sebben, melynek tehát az eltávolítása, ha hozzáférhető helyen van és kellő időben kerül a kezeink közé a sérült, szintén kívánatos. Kutatni a löcsatornán keresztül sondával nem szabad. A löcsatorna mindig nyitva hagyandó. A behatolási nyílás körüli bőrrészt jódtincturával jól bekenendő s a sebre jodoformgaze teendő, amely a kifolyó vért és szövetnedvet felszívja és desinfectálja.

A metszett, zúzott, vágott, sőt még a ronsolt szélű sebek egy részénél is az a törekvésünk, hogy a sérülés után a sebet megvarrjuk, mert ilyen módon a gyógyulást megrövidítjük, az egyént hamarabb munkaképesé tesszük és sok felesleges fájdalomtól megkíméljük. A friss seb összevarrására megvan a lehetőség, ha 6–8 órán belül kapjuk kézhez. Eljárásunk: körülvágás, felfrissítés, gondos vérzéscsillapítás és varrat. Ha azonban ez időhatáron kívül kapjuk, akkor mérlegelni kell a külső körülményeket. Bizonyos körülmények közt, ha a fertőzés eshetősége csekélyebb, esetleg jó eredményhez juthatunk a bevarráskor, de a felelősséget csak az vál-

lalhatja, akinek a beteg állandóan szeme előtt van és a fertőződés gyanúja miatt rögtön varratot nyithat. Ha a körülmények amellett szólnak, hogy a seb fertőződése valószínű, akkor inkább nyitott kezelést folytatunk.

Vázlatosan foglaltam össze mai nézeteinket a friss sebek gyógyulásáról és gyógyításáról, megítélhetjük belőle, hogy milyen célszerű a szervezet berendezkedése, amellyel a hiányt pótolni képes s hogy milyen egyszerű eszközökkel segíthetjük elő a szervezet munkáját, ha kellő időben, észszerűen végezzük feladatunkat.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diéta kezelése.

5. Falta-féle vegyes liszt nap.

A zabliszt nap acidosis-csökkentő hatását sokan azal magyarázták, hogy a szervezet jobban használja ki és égeti el a szénhidrátokat, ha egész napon át kizárólag egyfajta és egyféle szénhidrátot kell feldolgoznia, mint ha ugyanazt a mennyiséget vegyes eredetű szénhidrátban kapja. Ilyen megfontolás vetette meg az alapját az *egynemű szénhidrát napoknak*, amelyekben a kellemetlen ízű zabliszt helyett Noorden a banánt, Donkin a tejet, Blum a búzalisztet, Düring a rizst, Mossé pedig a burgonyát vezette be.

Falta a fenti felfogással ellentétben a szénhidrát napok kedvező hatását a fehérjemegszorításban és főleg az állati fehérje teljes kikapcsolásában látja. Szerinte, ha az állati származású fehérjét a táplálkozásból kizárjuk, nem fontos, hogy csupán egynemű szénhidrátot adjunk, sőt a változatosság érdekében különféle liszteket vegyesen is adhatunk. Étrendi előírására jellemző 1. az állati fehérje (hús-, zsigér-, tojás- és tejfehérje) teljes hiánya; 2. hogy a legkülönbözőbb gabonafélék, szemes örlemények és lisztek, valamint a lisztes főzelékek egy napon vegyesen adhatók; 3. hogy az étrendben szereplő szénhidrátok csak keményítőfélék lehetnek, mono- vagy disaccharidok kizárandók és végül 4. hogy a hatás tekintetében teljesen mindegy, hogy az ételmi szereket milyen módon készítjük el.

A vegyes liszt napon a beteg hét adag különféle származású keményítőféléket kap különbözőképpen elkészítve, megfelelő mennyiségű zsírral, levegőkenyérrel (ill. aero-caces-szel) és az éheznapon felsorolt italokkal. Egy-egy adag amylaceának számít 30–30 g szárazon lemezt búzaliszt, búzadara, rozsliszt, árpadara, árpagyöngy, árpakása, kukoricakása, kukoricaliszt, burgonyaliszt, zabörlemény, rizskása, köles, sago, tapióka, bab, babliszt, borsó, borsóliszt, lencse, lencseliszt, makkaroni, tarhonya, száraz gyúrt-tészta, valamint a kenyérből 50 g, a burgonyából pedig 100 g.

Ezen egyszerű alapétrend a különféle elkészítési módok és bővítések szerint négyféle változatban adható. Az A) jelzésű a *leveskoszt*, amelyen a beteg egész napi tápláléka hétféle lisztlevesből, illetőleg rántott levesből áll, a B) kosztforma ettől abban különbözik, hogy a hét adag amylaceából háromat levesnek, négyet pedig vagy purée-nek vagy tésztának készítünk el. Ezen két étrendformát a zabliszt naphoz hasonlóan, főzeléknapi napok között csupán pár napig rendeljük, azonkívül akkor, ha az emésztőszerveket kímélni akarjuk. C)-vel jelzi Falta azt az étrendet, amelyben az előírt hét adag amylaceából kettőt 300–300 g főzelékkel cserélünk fel, a D) előírás szerint ugyanez kevés tejszínnel és gyümölcssei bővül. (Falta könyvében a diabetes-diétákat hat csoportban tárgyalja, amelyek közül a vegyes liszt nap sorrendben az ötödik és ezért klinikánkban is a vegyes liszt nap főzelékkel bővített alakját Falta V/C. jelöléssel rendeljük.)

Betegeink ilyen napokon a következő étrendet kapják:

Reggelire: egy csésze saccharinos tea, 25 g kenyérral és vajjal.

Tízóraira: egy tányér leves, 30 g száraz bab, borsó vagy lencséből, 10 g liszt és 20 g zsírból készített rántással berántva.

Ebédre: egy csésze erőleves, 300 g főzelék, 10 g liszt és 20 g zsírral készített rántással berántva, 30 g rizs vagy tészta és fekete kávé.

Uzsonnára: egy csésze saccharinos tea vagy híg fekete kávé és 25 g kenyér vajjal.

Vacsorára: egy tányér rántott leves, 10 g liszt és 20 g zsírból készített rántásból, 300 g főzelék 20 g zsírral vagy szalonnával és 100 g burgonya.

Egész napra: 4–6 aero-caces és vaj tetszés szerint. Azonkívül italok, mint az éheznapon.

Falta eredeti előírásától ez az étrend főleg a rántás alkalmazásában tér el, de a magyaros ízlésnek így megfelelőbb; egyébként azzal a felhasznált amylaceákkal és főzelékek mennyisége tekintetében teljesen azonos.

Az amylaceák konyhatechnikai szempontból lisztes főzelékekre, szemes örleményekre és lisztekre osztathatók fel. Liszt elnevezés alatt tisztán tisztán keményítőszemesből álló keményítőliszteket, részint sikkertartalmú kenyérliszteket értünk. Az utóbbiak közül a legfontosabb a búzaliszt, amelyet vagy zsírban megpirítva rántásnak, vagy vízzel elkeverve tésztának szoktunk felhasználni.

Aszerint, hogy a zsírban milyen mértékben pirítjuk meg a lisztet, különbséget teszünk világos és barna rántás, roux, között. Ha a rántást valamilyen folyadékkal olyan sűrűségűre eresztjük fel, hogy a belemártott kanálra kiemelése után is rajta tapad az anyag egy része: a hamis-mártást nyerjük. A világos rántásból készült *saucé velouté* és a barnából készült *saucé espagnole* a francia konyha két fontos alpmártása, amelyeket különféleképpen ízesítve igen változatosan készíthetünk el. Ha a rántást hígá ereszítjük fel: a hamis levesek készülnek belőle, amelyeket különböző levesbevalókkal igen sokféle levessé lehet változtatni. A *leguminose-levesek* pl. úgy készülnek, hogy a lemezt mennyiségű száraz babot, borsót vagy lencsét előbb hideg vízben beáztatják, amíg felduzzadnak, azután lassan forrásig hevítve addig forraljuk, amíg teljesen felpuhultak. Ekkor vagy belekeverik az előbb külön elkészített rántást, vagy pedig a forró rántást a főzővízzel feleeresztik és utólag adják hozzá a felpuhított leguminosokat akár szemesen, akár szitán áttörve, mint purée-t. A berántás után a levest lassú tűzön még egy ideig főzik tálalásig. Rántással készülnek végül a magyaros konyhában annyira kedvelt rántott főzelékek.

Ha búzalisztet annyi vízzel hozunk össze, amennyit az megkötni képes, nyúlós, ragadós, a liszt és víz aránya szerint különböző szilárdságú masszát nyerünk, amelynek tészta a neve. A tésztákat vagy gyúrással, vagy keveréssel állítjuk elő és megfelelő kezelésű vagy lazítás után vagy a forró víz, vagy a forró levegő vagy a forró zsír hőjével készítjük el. Vegyes liszt napon csak olyan tésztákat adhatunk, amelyek nem készülnek tojással és cukorral. Ennek a követelménynek leginkább a főtt gyúrt-tészták és a szárított gyári tészták, mint a makkaroni, tarhonya stb. felelnek meg. Megfelelő konyhatechnikai készséggel meg lehet kísérelni élesztős sült és a zsírbansült tészták közül a bukta, csempimasz, palaesinta, rétes készítését is. Ízesítésre szintén nem lehet állati fehérjét tartalmazó élelmiszert használni: tölteni lehet esetleg káposztával vagy gombával, meghinteni pedig mákkal, dióval, mandulával és kakaóporral. Csak arra kell ügyelnünk, hogy a felhasznált liszt, bármely formában készítjük is el, ne legyen több 30 g-nál.

Kenyernek akár fehér-, akár közönséges pékenyeret adhatunk. Változatosságot az apró péksütemények közül is választhatunk, tudnunk kell azonban, hogy a vizes zsemlyében átlag 36–40 g, egy sóskifliben vagy császárszsemlyében 25–28 g a liszt tartalom.

A szemes amylaceák közül a rizs a legfontosabb. Könnyen készíthető el, aránylag olcsó és igen ízletes terméket szolgáltat. Vizes főzetéből rizspépet lehet készíteni, kakaóporral ízesítve, vegyes liszt napon leginkább körítésnek adjuk. Ilyenkor ügyelnünk kell arra, hogy a forró vízzel felpuhított rizsszemek ne főljenek szét és ne ragadjanak össze. Ezt úgy lehet elérni, ha a rizst előzőleg forró zsírban egyideig pároljuk és mikor zsírral teljesen átívódtak, sőt meg is pörkölődtek, kevés vízzel felöntjük és felpuhulásig főzzük. Ekkor a rizsszemek egészben maradnak és formába való nyomás után újból átsüti, ízletesen formálható. Így készül pl. a rizskör körítésnek, ha csupán rizst használunk fel hozzá és a risotto, ha gombát vagy zöldborsót keverünk belé és a tetejére igen kevés parmesan-sajtot hintünk. A többi szemes örleményt, darát és kását nem igen szoktuk Falta napon az étrendbe iktatni, mert vizes főzeteik tojás és tejtermékek nélkül igen ízletlenek, bár az egyéni ízlésnek megfelelően a változatosság növelésére adhatunk közülük egy-egy adagot pépnek, galuskának vagy gombócoknak készítve.

Igen változatosan lehet a 100 g burgonya-adagot

is elkészíteni. Egészben sütvé, mint *sült burgonyát* adhatjuk vajjal. Nagyobb darabokra vágva főzéssel vagy gőzöléssel puhíthatjuk fel, azután vajban, zsírban megforgatva, petrezselyemzöldjével meghintve tálalhatjuk. Szeletekre vágva vagy gyalulva hidegen, ecetesen a *burgonya-salátát* készíthetjük a főtt burgonyából. A nyers burgonyaszeleteket kevés liszttel zsírban párolva a *pommes de terre sautés* nyerjük, zsírban kisütve pedig a *pommes frittes (Rohscheiben)*. Különleges gyalun vékony rudacsökká gyalulva és ugyancsak zsírban kisütve a szalmaburgonyát (Strohkartoffeln, *pommes de terre Chip*) lehet készíteni. A főtt burgonyát passzírozógépen purée-vé lehet törni, amelyet azután vajjal szokás kötni, esetleg kis kuglófformába nyomva és sütőben megpirítva, szilárdítani is lehet.

Ami a *főzelékek* elkészítését illeti, vegyes lisztnapon azokat leginkább *angolosan* vagy *franciásan* tálaljuk. A kaloriaérték és a jó íz növelésére lehet szalonnát is adni hozzá. A magyaros konyhában a főzelékeket legnagyobbbrészt *berántva* szokták elkészíteni, ezáltal voluminosabbá, nagyobb telítődéértékűvé és ize-sebbé válnak. A főzelékeket háromféleképpen lehet berántani: 1. a főzeléket előbb megfőzzük vagy gőzöljük és végül a külön elkészített rántással keverjük; 2. a főzeléket a feleresztett rántásban főzzük meg, vagy 3. a főzeléket zsírban való párolása, sautierozása közben liszttel meghintjük. Olyan főzelékteleket, amelyekhez tojást kell felhasználni, természetesen nem adhatunk.

A Falta V/C-nap a legváltozatosabban összeállítható és legizetesebben elkészíthető étrendi előírások egyike. A betegek heteken át szívesen veszik és ezért a mindennapi gyakorlatban az acidosisall járó közep-súlyos és súlyos esetekben fokozottabb figyelmet érdemel.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A rák prognosisa és kezelése. Prof. Fritz König. (M. m. W. 1923, 50. sz.)

Hibáztatja azt a felfogást, mely a carcinoma kezelésében a sebészeti eljárás mellé mint egyenértékű beavatkozást a Röntgen-beugárást állítja. Hangsúlyozza, hogy a korán felismert, tehát localis stadiumban lévő, operálható rák műtét útján jól gyógyítható. Ilyenkor — leszámítva a bőr rákakat és néhány egészen kivételes esetet — nem szabad Röntgen-beugárással próbálkozni.

Erdélyi József dr.

Psychés befolyások a gyomor és bél mozgására; adat a gastroparosis kérdéshez. Heyer. (Klin. Wochenschrift 1923, 50. szám)

Részben negatív lelettel, részben szervi elváltozással bíró olyan nőket vizsgált, akiknél az anamnesis alapján feltehető volt, hogy a panaszok előidézésében a psychének is jelentékeny része van. Arra a következtetésre jut, hogy a gyomor-bélműszernek nemcsak elválasztó működése, de a mozgása is psychés behatások alatt áll. Sorozatos Röntgen-képeken mutatja be, hogy az étvágyának suggestio útján való helyreállítása, az általános hangulatnak emelése, lelki traumák, konfliktusok megoldása útján súlyos obstipációk szüntethetők meg időlegesen. Mely hypnózisban kifejezetten ptosisos gyomor rendes helyzetűvé változott. Tapasztalata szerint az ilyen javulás azonban jelentékeny ptosisnál igen ritka.

Erdélyi József dr.

Tapasztalatok a gyomor- és bélbetegségek területén. Citron. Berlin. (D. m. W. 1924, 2. sz.)

A heves, állandó gyomorfájdalom, mely étkezésre fokozódik s függ az étel minőségétől, gyomorfekélyre utal. Az ú. n. éhségfájdalom nem jellemző ulcus duodenire, ideges gyomorbajnál is megtalálható. Az éjszakai nyugalmat zavaró fájdalomnak csaknem mindig szervi elváltozás az oka. Kiseb-nagyobb időközökben főleg nőknél jelentkező, gyakran hányással egybekötött, a háta kisugárzó fájdalomnak epekölikára gondoljunk. Hirtelen keletkező s éppen oly gyorsan elmúló, nagyon heves fájdalom, mely bőséges gyomornedv-hányással jár együtt, tabeszes krízis gyanúját kelti. Ideges gyomorbajnál felülnő gyakran találta a baloldali hasreflexet élénkebbnek a jobboldalánál. Az étvágy fekélynél — fájdalommentes időszakban — leg többnyire jó, chronikus gyomorhurutnál, carcinománál rossz.

Erdélyi József dr.

Egységes elnevezés a gyermektüdő röntgenogrammjának leírásánál. Klare. (Klin. Wochenschrift 19 3, 51. sz.)

Főleg a hilusárnyék leírásánál tartja fontosnak az egységes elnevezést. Az általánosan használt kifejezések: „megnagyobbodott, megszapordított hilusmirigyek, terjedelmes hilus, durvább hilusrajolat”, nem adnak felvilágosítást a betegség kiterjedéséről.

Meg kell jelölnünk az egyes árnyékok configurációját, a tömörség fokát, hogy a foltos árnyékoltság tömör-e vagy inkább rostos rajolatú, éles vagy elmosódott határú. A tracheobronchialis és tracheopulmonalis mirigyek mellett figyelem fordítandó a megnagyobbodott paratrachealis mirigyekre, melyek mint félholdalakú árnyékok láthatók a középpárnyék mellett. Kevésbé fontosak a „peribronchusos kötegek”, melyeknek eredete nem teljesen tisztázott s túlnyomó részben edényrajolatnak felelnek meg. A „márványozottság” és a „gazdagabb rajolat” nem egy-jelentőségűek. Az első alatt infiltrációs folyamatot értünk, az utóbbit chronikus bronchitisnél látjuk. A Grau által megjelölt három kóros árnyékféleség a gyermektüdő elváltozásainak leírására is alkalmazható: levegőszegénység vagy kiterjedt árnyékoltság egy nagyobb területen, foltos árnyék körülírt góccal jelölésére, árnyéksávok, árnyékcíkok a hosszabb keskeny képződmények leírására.

Erdélyi József dr.

A vitaminok hatásáról. Hess. (D. m. W. 1924, 6. szám.)

A szerzőnek sikerült kéksav megfelelő mennyiségű adagolásával állatokon a beriberihez egészen hasonló állapotot előidézni. Tudjuk, hogy a kéksav a szervezet normalis oxydáló katalysatorait bénítja, a mesterséges kéksav-beriberi tehát azon feltevést igazolja, hogy a vitaminok is katalysator természetű és jelentőségű anyagok az élő szervezetben.

Kiss József dr.

Vérzés a tüdőben és az agyban insulinkezelés után.

Ehrmann és Jacoby. (D. m. W. 1924, 5. sz.)

Két esetet közölnek, melyet coma miatt nagy adag insulinnal kezeltek; az egyik néhány óra alatt 55+20+25 egység Lilly-insulint kapott, a másik ugyancsak néhány óra alatt 50+30+50 Brand-féle készítményt. Átmeneti javulás után mindkét beteg meghalt és a boncolásnál mindkét esetben kiterjedt parenchymás vérzéseket találtak a pleurán és a tüdőben, továbbá az egyiknél nagyobb subduralis vérömlenyt és az egész agyvelő hyperaemiáját.

Kiss József dr.

Sebészet.

Chronikus empyemák fenntartó okai és kezelése. Carl A. Hebdorn. (Journ. of Am. Med. Ass. 1923, 12. sz.)

Ha az elhúzódó gyulladás minden lehető okát felismerhetnők és az acut stadiumban megelőzhetnők, nem volna chronicus empyema. Sokszor ez igen nehéz, mégis az esetek többségében lehetséges és hálás feladat; hiszen aránytalanul kevesebb fáradsággal szüntethetjük meg az elhúzódó gyulladás okait az acut stadiumban, mint amennyit jelent a chronikus empyema kezelése. A chronikus állapotok intelligens és rationalis gyógyítása is csak a fenntartó ok helyes értelmezésén alapulhat. A tanulmány a Mayo klinikán legutóbbi öt év alatt kezelt 310 esetben feldolgozása. A chronicitás okai voltak: 1. késői drénezés (105); 2. elégtelen drénezés (150); 3. a pleura állandó reinfeciója (90); 4. bronchialis fistula (80); 5. pleuritis tuberculosa (37); 6. idegen testek (35); 7. a tüdők massiv collapsusa; 8. a tüdők fibrosisa. Ezek az okok természetesen egymás mellett többesével is előfordulhatnak.

A bronchialis fistulák gyakrabban szerepelnek, mint azt általában felismerik. Létrehozójuk legtöbbször a fel nem ismert empyemák áttörése a bronchusba. A bronchusepihel burjánzása folytán létrejövő belés akadályozza meg az üreg kisebbedését. Kauteres kezelésük igen szép eredményeket mutat. A pleuritis tuberculosa gyakran felismerhető a geny bacteriumtartalmáról vagy a kimetszett pleurarészlet mikroszkopiai vizsgálatából. Idegentestként szerepelhetnek elhalt csontdarabok, melyek a bordaresectionál periosteumtól feleslegesen megfosztott bordarészletek elhalása folytán az üregbe esnek, dréncsövek, stb.

A kezelésnél megfontolandó, hogy nincsen két egyforma eset; tehát a gyógyító eljárásnak mindig az adott viszonyokhoz kell alkalmazkodnia. Kezelési eljárások: 1. Előzetes punctio, nagybárra diagnostikus célból. 2. Egyszerű nyílt drénezés; 3. Az üreg öblítése sóoldattal vagy antisepticumokkal; ezek közül a natrium hypochlorat (csak megvastagodott falú üregeknél, tuberculosissal contraindikált) és nem izgató festékkoldatok használata-sak és igen jó eredményeket mutatnak, amennyiben az üreg rendszerint megkisebbedik, sőt zárulhat, emellett practikusán steril állapotokat teremtenek esetleges műtetre. 4. Decorticatio; sebészi vagy chemiai (2% gentiana-ibolya) ott, ahol a többi eljárások célhoz nem vezetnek és ahol a tüdő expansiv képessége még honorálhatja az eljárást. 5. Plastikussal; tuberculotikus esetekben, ha a pleura nagymértékben megvastagodott, a parietalis, esetleg a visceralis lemez kimetszése jobb eredményt adott, mint a bőr-izomplastika. 6. Extrapleurális plastika (bordaresectio) nagy steril üregeknél, melyek egyszerű aspiratióra nem kisebbednek. Ezen eljárásokat gyakran kombinálva kell alkalmazni.

A Mayo-klinika 310 esete közül a vázolt kezelési eljárások eredményeként 226 esetben sikerült tökéletes gyógyulást vagy legalább is munkaképes állapotot létrehozni. Az operatív mortalitás 16% volt.

Mészáros Károly dr.

Urologia.

A húgyanykiválasztás Ambard-féle törvényeiről. R. Bauer és W. Nyiri. (Zeitschrift für Urologie 1923. 17. kötet, 5. füzet.)

Lublin nemrég megjelent dolgozatában az Ambard-féle törvények érvényességét és az Ambard-féle constans használatosságát tagadja. Ezzel szemben Bauer és Nyiri, Lublin tabellái és saját vizsgálatai eredményei alapján ki akarja mutatni, hogy ha tekintetbe vesszük a különböző kémiai methodusok okozta különbségeket (a vér és a vizelet carbamid-tartalmán k meghatározásánál), az Ambard-féle I. és II. törvény valóban fennáll. Az Ambard-féle III. törvény az I. és II. törvény matematikai összevonásából áll elő. Az első két törvény érvényességéből tehát matematikailag a harmadik és vele az Ambard-féle constans érvényessége következik. Azonban azok a szerzők tévednek, akik a constansnak absolut fix értéket tulajdonítanak. Miként normalis testsúlyról, magasságról stb. is csak bizonyos fenntartással beszélhetünk és tulajdonképpen csak szélső értékek közötti ingadozásról van szó, úgy az Ambard-féle constans is bizonyos ingadozást mutat.

Ezeket a szempontokat figyelembe véve az Ambard-féle constanst, mint a vesefunctio praktikus célokra jól használható mértékét, ajánlja. Radó Béla dr.

Physio-pathológiás tapasztalatok kettős ureterrel bíró vesénél. J. Guyot és G. Jeanneney. (Journ. d'uról. XV., 1923, 81. oldal.)

Egy esetük kapcsán a kettős ureterrel bíró vesének, mint mindegyik ureternek megfelelően önálló működéssel bíró szervnek működési viszonyaival foglalkoznak. A betegnél vesicovaginalis sipoly következtében roncolt hólyag és fellépett felszálló fertőzés szükségessé tette a kettős ureterrel bíró jobb vese feltárását és az ureterek kivarrását. Miután egy idő múlva a tönkrement bal vesét el kellett távolítani, a jobb vese kivarrt uretercsontjai közül az egyik szintén teljes veseműködés-kiesést mutatott, míg a másiknak megfelelő veserész az életre elegendő funkcióját megtartotta. Az ugyanegy vese különböző részeinek ilyenfokú működési különbsége fejlődéstanilag magyarázható meg, amennyiben az uretek kiboltosulásaihoz csatlakozó mesodermialis eredetű parenchyma és érrendszer (utóbbi mint végarteriák összessége) teljesen különváltan teljesítheti funkcióját. Ily módon az egyes veserészek különböző aetiológiájú megbetegedésénél a beteg veserész eltávolítása lehetővé válik, mint ahogy egyes szerzőknek sikerült is ilyenirányú műtétek végrehajtása. Nehéz a rendelkezés megállapítása ott, ahol a hólyagban a két ureternek megfelelően csak egy szájadék van, tehát az osztás magasabban történik. Adler-Rácz dr.

A súlyos tünetekkel járó terhességi pyelonephritis kezelése. J. Martin. (Journal d'uról. XV., 1923, 455. oldal.)

A rendszerint belgyógyászai kezelésre gyógyuló, könnyű természetű terhességi pyelonephritis olykor súlyossá, életveszélyessé válhatik, amikor is sebészi beavatkozásra van szükség. Az ureterkatheterismus a legtöbb esetben célravezető, mert segítségével a vesemedencében pangó vizelet lefolyása biztosítható. Azon esetekben, ahol a catheter bármilyen oknál fogva a pyelumba nem vezethető fel, vagy a felvezetés dacára sem áll be javulás, két beavatkozás jön számba: a nephrotomia vagy a művi abortus. A művi abortus keresztülvitele után, az idevonatkozó irodalom tanúsága szerint, gyors javulás és a legtöbb esetben végleges gyógyulás állott be, kivéve azokat, ahol a veseelváltozás már a terhességet megelőzőleg is fennállt és ennek következtében vált súlyossá. A terhességi pyelonephritisek miatt végzett nephrotomia az irodalmi esetek egy részében teljes gyógyulást és rendes időre történt szülést eredményezett, némelyiknél azonban (itt közölt esél) utólag elvetélés állott be, másoknál viszont újbóli műtéti beavatkozás (secundaer nephrectomia) vált szükségessé. Utóbbiaknál előzőleg is fennállott vesebeli folyamat vehető fel. A közölt esetek csekély száma nem dönti el véglegesen a súlyos és ureterkatheterrel meg nem oldható terhességi pyelonephritiseknél alkalmazandó műtéti beavatkozások inditóját. Adler-Rácz dr.

A vér-húgysavtartalom megnövekedésének okai. E. Jeanbrau, P. Cristol, S. Nikolitch. (Journal d'uról. XV., 1923, 248. oldal.)

A szerzők a vér húgysavtartalmát Grigaut colorimetriás eljárásával határozták meg. Egészséges szervezetnél az átlagos húgysavtartalom 0.03—0.5 g/100. A vér húgysavtartalma négy okból kifolyólag emelkedhetik. A veseeredetű emelkedés a vér húgysavtartalmával párhuzamosan a vese átocsátóképesség csökkenését mutatja (nephritis chron). A növekedés 0.22—0.26 g/100-et (egy esetben 0.46 g/100-et) érhet el. Alimentaris uton többet csak részben csökkent átocsátóképességű vesénél érhető el. A húgysavtartalom emelkedése, mint a veseműködés csökkenésének érzékenyebb jelzője, legelőször megelőzi a húgyanyét. A vérkeringési zavarok okozta többlet compensált szívbajoknál nem mutatkozik, hogy a decompensatio első jeleként megjelenjék, mint a vérnyomáscsökkenés és vele kapcsolatos oliguria

következménye. Az idült vesemegbetegedéseknél a magas vérnyomás compensálójaként hat a kiválasztás csökkenésével szemben és így a várható húgysavtartalom-emelkedés kimarad. A hólyagretentióban szenvedő prostatások és húgycsőszűkülettel bíróknál a szintén első jelként mutató húgysavtartalom-emelkedésnek a vizelet pangás következtében fellépő hólyag- és magasabb húgyúti nyomásnövekedés, mint mechanikus akadály az oka, melynek megszüntetése után teljes restitutio állhat be. Negyedik oka a szervezet szöveteinek széteséséből eredő endogen ok, amely cachexiával járó daganatoknál és súlyos fertőzőbetegségeknél jelentkezik. Diagnostikai célokra a sebészi vesemegbetegedéseknél igen fontos a vér húgysavtartalmának meghatározása, mert megnövekedése a kétoldali folyamat okozta veseelégtelenséget jelenti. Adler-Rácz dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az anya mastitise okozta csecsemőfertőzések. H. Runge (Kiel). (Zentralblatt für Geb. u. Gyn. 1923, 46—47. szám.)

Kezdődő emlőgyulladásnál az emlő alapos kiürítése igen fontos s mivel ez a legkíméletesebben és legalapossabban a szoptás útján történik, mastitisnél a szoptást tovább folytatjuk annál is inkább, mivel a legtöbb szerző a csecsemőre nézve ezt teljesen veszélytelennek tartja. A kieli klinika 344 mastitises anyja által táplált csecsemője közül csak öt betegedett meg súlyosabban, négy közülük elhalt. A sectio lelete szerint a fertőzés itt elsősorban a bélnyálkahártyát támadta meg, majd ezen áthalolva, a nyirokutak mentén jutott a szervezetbe. Két esetben a csecsemőkorban különben ritka genyes peritonitist talált. Mind az öt esetben streptococcus volt a kórokozó s az anyának interstitialis pseudoerysipelaszerű mastitise volt.

Ezek szerint ők is mastitis mellett a továbbszoptatást ajánlják. E négy exitus specialisan súlyos, nagy virulenciájú bakteriumok okozta fertőzésre mutat. Ahol ilyen streptococcus okozta mastitissel van dolgunk, talán ott ajánlatos volna a szoptatás abbahagyása. Felletár dr.

Gázbacillus okozta sepsis. E. Schulze (Wiesbaden). (Zentralblatt für Geb. u. Gyn. 1924, 4. szám.)

Az anaërob Fraenkel-féle bacillus phlegmonis emphysematosae ritkábban bár, de jellegzetes tünetek közt lefolyó puerperalis sepsist okozhat. Két ilyen, alaposan feldolgozott esetét írja le s a következőkben foglalja össze észleléseinek eredményeit. Elsősorban egyedül a Fraenkel-féle bacillus okozhat az emberi méhben gázphlegmonét és sepsist. Jellemző ezen sepsisre a foudroyans lefolyás. Mindkét esetben a magzatelhajtási kísérletek után rövidesen már súlyos beteg benyomását keltette a szülő nő s a halál már másnap beállott. A hőmérsék nem túlságosan magas. A beteg majdnem az exitus beálltáig eszméletlen van. Különösen jellegzetes a gáz-sepsisre az arc és főleg a száj körüli tájék cyanotikus színe, melyhez még kevés haemolytikus eredetű icterus is járul. További tünet a méh falának sercegése tapintáskor. Természetesen ez csak akkor jelentkezik, ha a folyamat a méh falában is már gázképződéshez vezetett. Fraenkel ezt a megbetegedési formát nevezi physometránnak, míg ha csak a méh ürében halmozódnak fel a gázbuborékok, azt tympania uterine nevezzi. Természetesen, ha a méh üréből gáz távozik a magzatvízzel együtt, nem kell még szükségképpen gáz-sepsisnek is jelen lenni. Amint azonban a méh fala is részvesz a megbetegedésben, akkor a méhből távozó gázok már komoly jelentőségűek. Az exitus különben a mindinkább fokozódó oxygenhiány tünetei közt áll be. Ritkábban jelentkező hirtelen beálló halál gázemboliára figyelmeztet bennünket; a lehetősége ennek fennáll, hiszen a gázképződés a szövetekben már intra vitam megindul. A gáz-sepsissel szemben teljesen tehetetlenek vagyunk. Fraenkel a hoechsti gyár Fraenkel-serumát ajánlja. Újabban a súlyosan megtámadott méhnek kiirtásával sikerült Brüttnek egy esetben megmenteni az anyát. Mindkét therapeutikus beavatkozás akkor biztat sikerrel, ha a betegség elég korán ismerjük fel. Felletár dr.

Eklampsia és időjárás. A. Hoenhorst. (Kiel). (Zentralblatt für Geb. u. Gyn. 1924, 4. szám.)

Már régóta ismert tény, hogy az eklampsia egyes évszakokban gyakori, csoportosan jelentkezik, míg máskor alig találkozunk vele. Hogy az eklampsia fellépésére az évszak, illetve az időjárás befolyással van, több szerző, köztük Zangemeister, Schlichting, Linzenmayer fejtegették, a szerző azonban kimerítő statisztikával igyekszik igazolni. 340 eklampsiás esetben az időjárás viszonyokat a legpontosabban feljegyezve a következő eredményre jutott: Az időjárás és az eklampsia gyakorisága között határozott összefüggés ismerhető fel. Az esős, felhős, hűvösebb napok azok, amidőn a leggyakoribb az eklampsia, továbbá azok a napok, amikor a levegő relatív vízpáratartalma a legnagyobb. Az időjárás hatása úgy képzendő el, hogy a szervezet kiválasztó szerveit az időjárás károsan befolyásolja:

egyrészt a vesékre hat (meghülés stb.), másrészt a légkör nagyfokú telítettsége az izzadást, kipárogást akadályozza. Így a szervezetben szükségképpen felhalmozódnak azok a káros mérgező anyagok, amelyek az eklampsia kitörését okozzák.

Felletár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. Eduard R. v. Hofmann. (Zehnte Auflage. Vollst. umgearb. v. Dr. Albin Haberdar o. ö. Prof. d. gerichtl. Med. in Wien. Mit neuer Bearb. des psychiatrischen Teiles v. Dr. Julius v. Wagner-Jauregg o. ö. Prof. der Psych. in Wien. I. Teil mit 127 Textabbildungen, II. Teil mit 88 Abbildungen im Text.)

A német nyelvtérületen E. v. Hofmann neve szorososan összeforrt a törvényszéki orvostan fogalmával. Hofmann nevének említése a beavatottak előtt egyértelmű a törvényszéki orvostannak említésével s az utóbbiról való megemlékezés az elhalt bécsi tanár szellemét idézi. Ő neki jut a tudományos jelzőt megérdemlő törvényszéki orvostan kifejlesztésének legfőbb érdeme nemcsak saját anyanyelve területének határai között, hanem azokon túl is, s ez a tudományosan megalapozott törvényszéki orvostan tette az ő nevét örökéletűvé.

A kölcsönhatás kedvező kialakulására persze jelentős befolyása volt a körülmények kedvező alakulásának is. Ausztriában aránylag korán felismerték a törvényszéki orvostan nagy jelentőségét, aránylag korán megadták neki a többi orvostudományi szakmák között a fejlődhetést biztosító teljes függetlenséget s ezt a függetlenséget gyümölcsöztette fényesen a fiatal tanárnak nagy tehetsége, szorgalma és lelkesedése. Prágai, innsbrucki, majd bécsi — és mind a három helyen az illetékes törvényszék orvosszakértői teendőinek állandó ellátásával kapcsolatos — egyetemi szolgáltatás alatt összeforrt az igazságszolgáltatással, részese volt a bíró mindennapi munkájának, lelkeben maga is bírónak lett, aki saját szakmája terén kereste az igazságot, hogy azzal az igazságot szolgálja. A szakértői működés terén szerzett gazdag tapasztalatoknak értékesítésével írta meg egyetemi szolgálata tizenhetedik esztendejében „Törvényszéki orvostan” című tankönyvét, 1878-ban megjelent első kiadását. Könyve a gyakorlati élelől fakadt és a gyakorlati életnek szolt. Abban vizsgálat alá vette az egyes orvostudományi szakmák tételeinek bizonyító értékét, igyekezett megtanítani a törvényszéki orvosokat, hogy mit lehet, mit szabad, mit kell tudniok, de arra is, amit nem szabad tudniok. Feltárta a szakértői bizonyítás nehézségeit s a szigorú tárgyilagosság követelése mellett példát adott arra, hogy tisztázatlan kérdéseket tudományos vizsgálatokkal, kísérletekkel kell tisztázni. Törekvései csakhamar meg is kaptak a megérdemelt elismerést. Annak dacára, hogy a törvényszéki orvostan mint törvényekből táplálkozó, tehát nemzeti tudomány, lefordításra nem alkalmas, könyvét nagy-nagy kortársa P. Brouardel párizsi tanár saját anyanyelvére átültette s az, bárha osztrák és német törvényeken építette fel, rövid idő alatt megfelelő átdolgozással legalább is nyolc idegen állam nyelvében jelent meg. Maga Hofmann 19 esztendő alatt könyvét fokozatosan bővülő nyolc kiadásban adhatta ki. Halála után 21 esztendő alatt az még egyszer megjelent közvetlen utódjának Kolisko tanárnak átdolgozásával, akit a bécsi facultás bölcsesége Hofmann örökébe ültetett. Legújabbban Hofmann könyvét tanítványa és méltó utódja, Haberdar tanár, a bécsi tanács jelenlegi képviselője adta ki. Első kötete 1919-ben, a második most jelent meg. Elődjének könyvét az utód a jogtudomány és orvostudomány terén bekövetkezett haladás felhasználásával teljesen átdolgozta, de a beosztást és formát megtartva, elődje szellemének hagyományát is megőrizte. Harminc évi törvényszéki orvosi gyakorlat tapasztalatai alapján az újabb jogtudomány abbéli törekvésének értékesítésével, hogy az anyagi igazságot minden egyének elébe kell helyezni, Haberdar tanár a tárgyilagosságot bizonyítás követelésében elődjénél is szigorúbb, mikor kimondja például, hogy újszülött gyermek holttestének megvizsgálásakor az elveszületést bizonyító próbákat a halálokokkal kell ellenőrizni, kimondja, hogy törvényszéki orvos előtt fulladásos halál nem létezik, amíg annak okát határozatlan meg nem tudja jelölni. Az engedményeket nem ismerő szigorú tárgyilagosság követelésével tesz nagy szolgálatot a szerző az igazságnak, mert sajnos még ma is kísértene még a törvényszéki orvostan területén is az igazságot komolyan veszélyeztető kísérletek, még ma is fel-felüti fejét az a mese, hogy arsen- és sublimálmérgezés a holttestet vagy annak belső részeit konzerválja, még ma sem lehetett eléggé érvényt szerezni annak a tanításnak, hogy fulladásos jelenségek egymagukban nem bizonyítják a látványgyakkkal való szándékos letakarást, mérgegek a holttestben való feltalálása még egymagában nem bizonyítja a mérge beadásával kapcsolatos gyilkosságot.

Különösen nagy érdeme az újonnan megjelent tankönyvnek az is, hogy részben szövegében, részben külön jegyzetek-

ben az újabb irodalom közleményeit részletesen felsorolja, s ezzel utat mutat azoknak, akik akár felmerült esetek elintézése alkalmával, akár tudományos törekvések által hajtván, olyan kérdésekkel akarnak foglalkozni, amelyeket egy tankönyv részletesen nem tárgyalhat. Tisztázandó kérdése a törvényszéki orvostannak még végtelen sok van, s a törvényszéki orvos gyakorlatában előforduló esetek nagy változatossága mellett mindig végtelen sok lesz. Ma már a törvényszéki orvostan területe végtelenül megnőtt s azt csak az uralhatja, aki teljesen annak szenteli magát. Ezt az álláspontot érvényesíti szerző, amikor könyvében az elmekörtani részt másra bízta, s akkor is, amikor könyvében kimondja azokkal szemben, akik socialis orvostan hangoztatásával a törvényszéki orvostanon kívül álló területeken akarnak kalózkodni, hogy a baleseti sérülések vizsgálata az egyes orvostudományi szakmák különlegesen képzett képviselőire tartozik.

Haberdar tanár hosszú szolgálati idején éppúgy, mint elődje, szorosán összeforrt az igazságszolgáltatással egy bizonyos mértékben jogásszá lett, aki nemcsak a törvény betűjét nézi, hanem annak szellemét is látja és élenként érzi az igazság követeléseit. Könyvében szembeállítva az államnak és az egyének érdekeit, eltiltja a szakértőt olyan vizsgálatok végzésétől, amelyek a megvizsgáltat károsíthatnák, még akkor is, ha olyan egyén vizsgálándó, akit a büntény elkövetésével alaposan lehet gyanúsítani. Orvosi tudással párosult jogi tudással szembeállítja a német és osztrák törvényeket, figyelemmel kíséri az osztrák legfelső bíróságnak és a német Reichsgerichtnek határozatait, azoknak a szakértői bizonyításra gyakorolt befolyását és mindezek alapján igyekszik a szakértőknak megadni azt az utasítást, amelynek segélyével úgy az egyszerű mindennapos, mint a különleges eseteket jól elintézhetik. Könyve a német nyelvtérületen megjelent hasonló tárgyú könyvek között a legjobb, annak orvosi anyaga minden más tankönyvben méltó helyet foglalhat el. Egyetlen kívánság — de nem kifogás —, amelyet a legújabb törvényszéki orvostannal szemben támaszthatunk, egyes fejezeteknek tulságos szűkre szabása. Ilyen fejezetek például: a helyszíni szemlékre, a bűnlejek laboratoriumi vizsgálatára, a fényképezésre, rajzolásra és más segédeszközök igénybevételeire vonatkozóak. Bárha mindezek ma még elsősorban a rendőrség, a bíróság tisztviselőinek hatáskörébe tartoznak és kriminológiai munkákban tárgyaltnak, a reájuk vonatkozó fejezetek meg rövidítése sajnálatos egyrészt azért, mert mindezek a vizsgálatok — minthogy sikerességük előfeltétele az alapos orvostermészettudományi képzés — egyenesen az orvosszakértők kezébe kívánnak, másrészt sajnálatos azért, mert a szerző a maga nagy tudását és tapasztalatát ezen a téren is nagy haszonnal értékesíthette volna. Bizonyára ezt meg is tette volna, ha a világ változásával kapcsolatos nehézségek azt megengedik. Így is Hofmann könyve legújabb kiadásában 72 sűrűn nyomtatott ívre terjedő, 215 kifogástalan ábrával diszitelt hatalmas nagy műve fejlődött és a legnagyobb elismerés illeti a kiadócéget, hogy ezt a háborús, nehézségek dacára ilyen terjedelemben és ilyen fényes kiállítással jelentette meg.

Sajnos a háborús következmények a tudományos munkálkodás terén még mindig, és kivált a leliport országokban még mindenütt éreztetik bénító hatásukat, s magam is nagy nehézségekkel küzdöttem, mikor az Universitas könyvkiadó cég kiadásában megjelent könyvemben, melynek első kötete már nyomtatás alatt áll és a legközelebbi hónapokban meg is jelenik, a törvényszéki orvostan nagy anyagát két kötetbe voltam kénytelen besorozni, akkor, amikor 1909-ben megjelent háromkötetes könyvem kiadásakor abban reménykedtem, hogy a következő kiadás még ennél is terjedelmesebb lehet.

Kenyeres.

Die Röntgenbehandlung des Uteruskarzinoms. Prof. H. Wintz. (G. Thieme kiadása. Leipzig).

Az uteruscarcinomák sebészi terapiájának eredményei sajnos, igen sok kívánnivalót hagynak hátra. Nem csoda tehát, ha a figyelem a Röntgentherapia felé fordul, mely ha nem is mindenféle localisatiójú carcinománál egyformán eredményes, de főként az uteruscarcinománál nemcsak palliatív hatású, hanem még teljesen inoperabilis esetekben is sokszor tökéletes gyógyulásról képes beszámolni. Az eredmények legnagyobb részben a helyesen alkalmazott technikától függenek. Helytelen kezeléssel nem használunk, sőt árthatunk. A röntgenteknikai jártasság elsajátítása azonban igen nehéz és sok fizikai s egyéb, a szorosan vett orvostudományoktól távolabb eső ismereteket követel. Örömmel üdvözljük tehát Wintz munkáját, mely teljesen gyakorlati oldalról tárgyalja a kérdést. Wintz nagy elméleti és gyakorlati tudásával e téren az úttörők közé tartozik. A munka az „erlangen-i iskola” technikai eljárásának rövid, de tüzetes összefoglalását tartalmazza. 30 szövegoldalon minden lényeges kérdést tömör, de könnyen érthető tárgyalásban világít meg. Sorba veszi a beteg előkészítését, beállítását, a besugárzás menetét és az utókezelést. A mellékelt 50 fénynyomású kép technikailag tökéletes és a szövegben mondottakat teljesen megvilágítja. — Ára köve 30 svájci frank.

B.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 15-i ülése.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás:

1. **Zavilla Aurél:** *Eljárás a térdizületi zsugorodás kiegyenlítésére a subluxatio elkerülésével.* (Kézirat nem érkezett be.)

2. **Budai István:** *Tizenegy gyógyult trichinosis-eset.* 3 év előtt a Szt. László-kórházban 12 trichinás beteget észlelt, kiket hastyphus gyanúja szállítottak be. A trichinosis diagnózisát a vérkép alapján (13–28.000 leukocytá, 7–42% eosinophil sejt) már akkor felvették, a *Staubli* módszerével nyert vércentrifugátumokban trichinellákat nem találtak, a próbaexcisiót csak most ejthették meg (*Bakay*). Az excisumban trichinát találtak (*Johan*). Anamnesisben szemhéjvizenyők. A betegek egyike-másikánál roseolákat, relativ bradycardiát, agy-nyomási tüneteket (gerine-csapolásra prompt javulás) észlelt, továbbá Westphal-tünetet, albuminuria és cylindruria mellett asymmetrikus alsóvégtagödemákat, egy 44 éves férfinál pedig az 5. hét végén göcös, ponra lokalizálható encephalitist (*Eisenmann*). Complicatiók: myocarditis toxica, combvizsértőműlés, bronchopneumonia, haemorrhagiás és serosus pleuritis, decubitusból kiinduló sepsis. Valamennyi beteg meggyógyult, 9 nyomtalanul, 3 pedig defectussal.

Zalka Ödön: Trichinosis-esetet boncolt, amelynél göcös myocarditist, súlyos parenchymás vesedegenerációt és zsírmájat talált. Minden harántesíktól izomban sok felgöngyölt izomtrichina volt diffus interstitialis gyulladás mellett. Hozzávetőleges számítás szerint a harántesíktól izomzatban kb. 60 millió izomtrichina lehetett. Utal arra, hogy újabb időben több trichinosis megbetegedés került észlelésre. Ismerteti a Németországban szokásos sertéshúsvizsgálatot, amely nálunk nincs előírva.

Előadás:

1. **Fekete Sándor:** *Az acut adnexgyulladás gyógyítása intravenás calciuminjekciókkal.* Az adnexgyulladás sorsa az acut stadiumban dől el. A gyógyítás feladata az egyes gyulladásos jelenségek optimális beállítása; a túlkevés vagy túlsok egyformán káros. Az acut tüneteket mutató lob legtöbbször tompításra szorul. Főleg az exsudatú túlzásai károsak, ennek csökkentésére való a calcium alkalmazása. 28 acut esetet kezelt, másodnaponként intravenás calciumchlorid- (afenil-) injekciókkal. Az injekciónak káros hatása nincs, s az acut tüneteket igen kedvezően tompítja. A fájdalom és a láz már az első héten alábbhagy, a helyi lelet a második héten meglepő javulást mutat; ökölnyi adnextumorok hét hét alatt kis tojásnyira fejlődnek vissza. Sokszor sikerül a folyamat átterjedését is megakadályozni. Már az első hét végén alkalmazza az injekciókat, 4–5 hétnél régebbi gyulladásnál a gyógyító hatás kevésbé szembetűnő. Átlag 17 nap alatt a munkaképességet visszanyerték betegek. Calciuminjekciók után a chronikus szak is meglepően jóindulatú lefolyást nyer. A cervicalis váladékban levő gonococcusok nem pusztulnak el, ez csak későbbi helyi kezeléssel érhető el.

Singer Hugó: Örömmel fogadja, ha előadó megkísérli a Ca-terápiával az acut és subacut függeléklobosodásokat a régi antiphlogosissal szemben fájdalommentessé tenni és a latentia stadiumába hozni; bonctani gyulladás rövid időn belül alig várható. Az ápolási napok csökkentése nemzetgazdasági értéket képvisel, a közepes tály asszonyainál az acut adnexlobosodás helyrehozatlan catastropha, a munkás nő nem várhatja be a folyamat megcsendesülését, mert betegpénzéből megélni nem tud. A kórházak szűke a sok adnextbeteg felvételére; az elsielt adnext-műtétek csonkexsudatúkat producálnak. A kérdés megoldása nálunk és külföldön is égető. *Jaschke* szerint a háború előtt a klinikákon alig volt adnextumor, ma majdnem egész osztályuk evvel van megtöltve. A jövő kérdése, hogy a calcium-gyógymód többet és jobbat tud-e nyújtani, mint az aspecifikus ingerterápia (terpichin, caseosan). Szeretné tudni, hogyan képzeli előadó a Ca adnextlobosodást gyógyító hatását. a) Van-e a calciumnak itt is a lobos oedemára specifikus hatása, mint urticariánál és exsudatív bőrbajoknál? b) Tisztára aspecifikus ingerterápia-e, mert a terpichin használata után az acut adnextumorok néha gyorsan zsugorodnak és lesznek

fájdalommentesek. c) A sympathicus idegrendszer révén óhajtjuk-e befolyásolni a lobos függelékek vér- és nyiroktartalmát? Ha jobb eredményt az intravenás calciumterápiával tudnánk elérni, előnyt adna neki a proteintherápia fölött, ez utóbbit az adagolás tapogatózó és anaphylaxia veszélye fenyegethet.

Mutschenbacher Tivadar és Lobmayer Géza: Kézirat nem érkezett be.

Boros Ernő: A férfi-húgyszervek heveny lázas szövödményeinél a tej- és serumfehérje-készítményektől a várt eredményeket nem érték el, azért egy év óta intravenás calciumkezelésre tértek át. 100-on felüli heveny mellékherelobnál és prostatitisnél 3 napi időközben adtak 5–10 cm³ 10% chlorecalciumoldatot intravenásan. Tapasztalatuk a következő: 1. az injectio pillanatában a hőhullám maximumát a betegek a megbetegedett szervekben jelezték; 2. az injectio után 3–4 órával a láz 1–1½ fokkal lecsökkent; 3. a fájdalmak némileg enyhültek; 4. a húgyesőváladékban görcsös alatt gonococcus és geny nem változott. Véleménye szerint úgy a calcium-, mint a heteroproteintherápiának baktericid hatása nincsen; toxicológiás valami csekély, lázakat csökkent, a lobos szervek vérbőségének csökkentésével a fájdalmakat szünteti.

Mansfeld Ottó: A heveny adnextumorok kezelésében gyógyszerekre legkevésbé van szükség, mert azok ágynyugalomra legtöbbször hamarosan megnyugszanak. Terápiára szükség van az infectio azon szakában, melyben a függelékekig a vírus még nem jutott el, a puerperalis és gonorrhoeás infectiók kezdeti stadiumában, majd újra akkor, mikor a heveny állapot megszűnt, hogy a védelem céljából keletkezett anatómiai elváltozások visszafejlődése elősegíthessék. Ebben az idült stadiumban a terpichin diathermiával kombinálva adja a legjobb eredményeket. Előadónak eredményeit az látszik bizonyítani, hogy a bimanualis lelet más post, mint ante therapiam. Nem dönthető el ily módon, hogy a lelet a kezeléstől független más körülmények folytán nem változott-e, mert prae- és postmenstrualisan más és más a hydrosalpinxok és ovariumok nagysága. Döntő bizonyíték az lenne, ha a calciummal kezelt esetek vérsüllyedési ideje úgy változnék meg, hogy ebből a heveny állapot megszűnésére lehetne következtetni. Előadó által alkalmazott hőlégfűtés ártalmatlan eltűrése nem bizonyító. A főkérdések, vajon 1. a heveny állapot ezen gyógy móddal megrövidíthető-e? 2. a recidivák száma kisebb lesz-e? csak nagyobb anyagon, több éves észlelés után dönthetők el.

Liebermann Tódor: Felhívja a figyelmet a calciumtherápia veszélyeire. 10%-os calcium chloratum injectiója okozott már több halálesetet is. Ő maga tud egy hirtelen halálesetről 10%-os calcium adagolása után. Ajánlja, hogy egészen lassan injiciáljunk és maradjunk az 5%-os oldatnál. Egy esetben a calcium két alkalommal tipikus influenza képét idézte elő 3–4 napra, lázzal, subjectiv tünetekkel. Ez az aktiválási terapia mellett volna talán értékesíthető.

Fekete Sándor: Zárszó.

A Közkórházi Orvostársulat március 12-i ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatások:

1. **Hasenfeld Artur:** *A határköteg kiirtásának következményei.* Asthma bronchiale súlyos, 17 év óta fennálló esetét mutatja be, kinél *Winternitz* bemutató kérdésére a *Kümmel* ajánlotta műtetet: a nyaki határkötegnek és dúcainak kiirtását végezte. A rohamok, melyek évek óta fennállanak és minden gyógykezelésnek dacoltak, ezen műtét óta is változatlanul ismétlődtek. Kedvező eredményei ezen eseten nem nyertek beigazolást. Demonstrálja a műtét okozta *Horner-triast* és egyéb, a nyaki határköteg kiirtását igazoló tüneteket. *Kümmel* magyarázatát ezek után physiologiailag eléggé megalapozatlannak nem találja és a műtetet nem ajánlja.

Donáth Gyula: Már 27 év előtt nálunk először végeztette *Hütl* által a nyaki sympathicus mindkét oldali resectióját, és pedig a g. sup. és med. valamint az ezeket összekötő köteg kiirtásával három genuin epilepsia és egy homlokagytmor esetében, mely genuin epilepsia képében lépett fel és egy morbus Basedowi esetében. A műtét epilepsziánál teljesen eredménytelen volt, a Basedow-betegnél pedig a pajzsmirigy zsugorodását és megkeményedését eredményezte. Bemutató betegénél a várt siker elmaradása miatt a másik oldali sympathicus resectióját nem ajánlja, mert attól semmi siker sem várható. Mindkét oldali

nyaki sympathicus eltávolítását az ember jól tűri. Minthogy az asthma bronchiale lelki behatások által könnyen kiváltható, suggestiv is befolyásolható. Egy súlyos esetben a hypnosit alkalmazta és általa a későbbi rohamokat ritkította és enyhítette. Természetesen teljes gyógyulást tőle nem várhatunk. Az azelőtti divott orrkagylókiirtások eredményessége is suggestivnek tekintendő.

Hozzászól még Sarbó Artur.

2. Galgóczy Jenő: Insulinnal kezelt diabetes-esetek. Két igen súlyos, diatával alig befolyásolható esetet kezelt insulinnal. A magyar készítmény jó terapeutai effectussal dolgozott; hátránya, hogy még nem stabil hatású. Hosszabb időre kiterjedő toleranciajavulást, a hyperglykaemia és glykosuria stabil leszállását, az acetonevélés tartós megszűnését azonban nem sikerült elérni. Vitalis, abszolút és relativ indicatio alapján alkalmazhatjuk az insulint. Vércukormeghatározást csak a kombinált kezelés megindításakor tartja szükségesnek a renalis diabetes kizárása céljából. A hypoglykaemia könnyen megszüntethető kórképe ne tartson vissza a helyes dosis megválasztásától. A vizeletcukor kellően értékelt ellenőrzése is megóv a túldosistól.

Torday Árpád: Ismerteti azon kísérletek egy részét, amelyekkel az in-ulin hatásmódját magyarázni igyekeztek. Az eredmények nem egyöntetűek. Az insulin a máj diastatikusan fermentjére hatástalan, tehát nem a májon keresztül okozza a vércukortartalmának csökkenését; *Manne* és *Magath* is ezt találták, amikor az insulin okozta hypoglykaemiát a májkiirtás által nyerhetővel összehasonlították. Insulin alkalmazására állatkísérleteknél nemcsak a vér lesz hypoglykaemiás, hanem a szervezetből is jóformán eltűnik és kis része glykogenné synthetizálódik. A szőlőcukor oxydatiója insulin után háromszor gyorsabban megy végbe, mint normalis állatnál. A glykogensynthesis a cukor oxydatiójával párhuzamosan jár, vele egybekapcsolódó folyamat. Pankreasától megfosztott békamájnál az adrenalin csak úgy emeli a cukorkiválasztást, akár adnak hozzá insulint, akár nem. *Bissinger*, *Leser* és *Zimpf* kísérletei szerint az insulin az adrenalin antagonistájának nem tekinthető.

Galgóczy Jenő: Az insulin- és adrenalin-antagonizmust vérnyomásmeghatározásokkal próbálta kimutatni. Egy 250—105 Hg-mm-es vérnyomású hypertoniás betegnél azonban *Klemperer* vizsgálataival szemben a legminimalisabb vérnyomáscsökkenést sem találta.

3. Szarvas Jenő: *Malaria tropica* érdekes esete. Halálos kimenetelű malaria tropica esetéről számol be, 33 éves egyénél, kinél malariás anamnesis nem volt kimutatható. Nagy anemiával és cachexiával, subfebrilitásokkal utaltatott tuberculosis diagnossal kórházba, *Hirsensfeld* osztályára. Lépduzzanata nem volt. Vérben igen sok tropica-gyűrű és számos félhold. Az alkalmazott intravenás chinin, már nem tudta a coma kifejlődését megakadályozni. A sectio a *Dürck*-féle malariás agyvelváltozásokat mutatta.

Göbl, Albin: Honi fertőzőesű gyógyult malaria tropica esetét említi, 21 éves férfinál, ki katona nem volt. Hangsúlyozza, hogy minden betegnél quantitativ és qualitativ vérkép készítésék principiálisan. (*Schilling*.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 március 13-án tartott VIII. ülése.

Elnök: Szontagh Felix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatás:

1. Orsós Jenő: *Ulcus tuberculosum pylori* sikeresen operált esetét mutatja be. A 38 éves nőbetegnek 5 hónap óta ulcus ventriculira jellemző panaszai voltak, 27 kg-ot fogyott. Műtét: az elváltozás tbc-s volta mindjárt felismerhető; Billroth II., pylorusresectio, gastroenteroanastomosis retrocolica post., utána prima gyógyulás. Azóta (7 hónap) a beteg jól van, teljesen munkaképes, 14.5 kg-ot hízott. A kiirtott pars pyloricán ülő 4—5 cm. magas, teljesen körülfutó fekély, a gümös fekély képét mutatja. A gümös elváltozás kórszövettanilag kimutatható. Az eset klinikai szempontból tanulságos, mert a gyomor-tbc-nak tüneteiben és következményeiben súlyos és valószínűleg elsődleges fellépésű esete. Hogy a beteg súlyos állapota csakugyan a fekély által feltételeztetett, azt eléggé bizonyítja a műtét frappáns sikere. Kórszövettanilag tuberculumok csak a fekély legfrissebb széli részén, de ott is csak gyéren találtak, többnyire a fejlődés kezdeti szakában. A fekély többi része tbc-s sarjszövetből már teljesen mentes. Középen pedig már a nyálkahártya regenerálódása indult meg. A fekély tehát egész megjelenésében és megállapítható lefolyásában a bőr lupusára emlékeztet.

Orsós Ferenc: 20 évi prosectori működése alatt négy esetben észlelt gyomortuberculosist. Három esetben a fekély az előadó által bemutatotthoz hasonló fel-

színes kiterjedést mutatott. Egy esetben az ulcus férfikézfélénél is nagyobb volt és az egész antrum pyloricumot elfoglalta. Itt is a sarjszövetesen átszótt tuberculumoktól mentes submucosa alkotta a fekély alapját és csakis a fekély szélében volt hosszabb keresés után több tuberculum található. A nyálkahártyának a centrumban való regenerálódása nem jelentkezett, lehet, hogy az egyén kimerült állapota folytán, mert ez esetben ugyanis a gyomortuberculosison kívül általános disseminált tuberculosis is állott fenn.

A gyomortuberculosisnak ez a felületes alakja valószínűleg akkor jön létre, amikor a folyamat akár haematogen uton, akár gastrogen fertőzés útján a nyálkahártyából indul ki és így a specifikus sarjszövet — mint előadó jelezte — csakhamar ki van téve a gyomornedv hatásának. Ellenben, ha a folyamat mélyebb rétegekben kezdődik, akkor zavartalanabban halmozódhat fel a tuberculosus szövet és kifejlődik a pseudotumoros és perigastrikus formája a gyomortuberculosisnak.

2. Melis Lajos: Betegét mutat be, aki nagyfokú üvegtesti vérzés, apoplexia retinae következtében hirtelen és egyidőben mindkét oldalon szemeztette el a szemvilágát. A betegség alapja arteriosclerotikusnak bizonyult. Energikus kezelésre — konyhasó-injectiók, punctiók, üvegtesti leszippantások — a látást 1.5% és 0.25%-ra sikerült javítani.

3. Zemlényi V. Gyula: Kétszer hurkolt valódi köldökzsínórcsomót mutat be. Az egész köldökzsínór hossza 71 cm, ebből a csomóra esik 20 cm. A valódi csomók keletkezésére általánosan elfogadott felfogás, hogy az intrauterin élet első felében bujik át véletlenül a magzat a rendesen hosszabb köldökzsínór által alkotott hurkon. A hurok feszülés révén csomóvá szűkül. Ha a feszülés olyan erős, hogy a keringés megszűnik, a magzat asphyxiáját vagy elhalását okozza. Az adott esetben multiparának a kitolási időszakban rohamosan romlottak a magzati szívhangok, a szülést a magzat érdekében intravenás glanduitrin-injectióval, episiotomiával és expressióval fejezte be. A livid asphyxiában született magzat felélesztése könnyen sikerült. Az egyszer hurkolt valódi csomó sem gyakori, a kétszer hurkolt igen ritka. A bemutatott köldökzsínór után készült schemás rajzon, valamint fantomon demonstrálja, milyen különös utat kellett a magzatnak megtennie, amíg a kétszer hurkolt csomó létrejött.

4. Richter László idült nephrosisos beteget mutat be, akinél a legkülönbözőbb diureticumokkal sem sikerült diuresist elérni. Ekkor a beteg pneumoniát kapott, amely diuresisre oly jó hatással volt, hogy az utána következő hat láztalan nap alatt összesen 20 literre szaporodott a vizelete. Vizeletében az albumen 12/100-ról úgy megfogyott, hogy csak nyoma mutatható ki. Az eredményt a pneumoniás exsudatio felszívódása következtében létrejött autoprotein hatásnak tulajdonítja s ezért ilyen esetekben a parenterális fehérjebevitelt ajánlja.

Előadás:

5. Bézy Elemér: *A Payr-féle Pregl-pepsinoldat orvosgyakorlati alkalmazása.* (Referátum nem érkezett be.)

Schmidt Lajos: Pregl-oldattal a sebészeti klinikán húsz esetet kezeltek: meleg tályogok, posttyphusos lágyrészenyvedések, egy sérülés utáni térdizületi empyema-punctióra és ismételt befeszkendezésekre műtét nélkül gyógyultak, két talpi phlegmone mély infiltratio után Pregl-kezeléssel szintén műtét nélkül gyógyult. Általános gyakorlatot folytató orvosnak mégsem ajánlja az eljárást, mert alkalmazása súlyosabb esetekben, különösen progrediáló fertőzéseknél, nagy sebészi tapasztalatot igényel.

HETI KRÓNIKA

Ahol ma a végtelen mongol fennsíkok kopár tundrái vagy Mezopotámiaának forró homoksvatagai elterülnek, ott néhány évezred előtt magas kultúra virult. Ha a szél a homokdombokat egy időre elhordja, naegyszerű városok romjai bukkannak fel, amelyekben néha művészi edényeket, bronzokat és színes emailal égetett ékírástos téglákat találunk a pásztorok. Művelt és gazdag népek laktak e mai pusztaságokon, amelyekkel akkor önlöző csatornákkal és védőgátakkal kánaáni kertekké és paradicsomi ligetekké varázsoztak. E népek azonban a jólétben elpuhultak és amikor barbár szomszédok törtek rájuk, elveszték. A jövővének viszont nem értették a kultúra fenntartásához, az ország tehát elpusztult, mire a nomádok tovább vándoroltak nyugat felé, új népeket leigázni, új hazát keresni. Így özönlöttek

be Európába a kelták, a vandálok, gótok, germánok, hunok, normannok, szlávok, avarok, magyarok, besenyők, kúnok, kazárok, bulgárok, tatárok, törökök... A későbbben jövők a korábbiakat mind tovább szorították nyugatra, ahol végre annyira összehordódott a tömeg, hogy egyes népek még az angol szigetekre, Hispániába, sőt Afrikába is átszorultak.

Amikor azután a megvert tatár és török hordák visszatartak Ázsiába, a lakosság eloszlása Európában nagyon egyenlőtlen lett: nyugaton túltömött, keleten gyéren laktak és ez a helyzet azóta sem változott. Anglia 1 □ km-en 270, Belgium 253, Hollandia 211 lakossal bír, Németország már csak 134, a jelenlegi Csehszlovákia 94, hazánk 79, Ausztria 74, Lengyelország 38, Oroszország 7, Afganisztán 8, Perzsia és Tibet 6 lakossal. Vannak azonban még ennél is gyérebben lakott, noha kincsekkel megáldott gazdag országok: Brazília, Ausztrália és Kanada külön-külön kb. akkora, mint az egész Európa; Brazíliában azonban 1 □ km-re csak 3, Ausztráliában és Kanadában pláne csupán 0,7 lakos jut.

Igy azután a földnek egyes részein óriási erdők és rónák lakatlanok, míg másutt az összeszorult nép alig bír megélni; lihegő fáradtsággal keresi kenyerét, bányák és gyárak porában robotol; járványok, forradalmak és háborúk áldozata lesz, elégtelenségét forrongásokban és utopisztikus mozgalmakban töri ki... de azért folyton tovább szaporodik.

Malthus Robert Tamás (1766—1834) azt állította, hogy az emberiség mértani, a megélhetésnek lehetősége azonban csupán számtani arányokban szaporodik. Ő tehát a késői házassulást és a nemi életnek szándékos redukálását ajánlotta. A nemiség azonban az életnek tengelye; Malthusnak tanai vagy Tolsztojnak asketizmusa tehát ellentétben áll a természetnek sarkalatos törvényeivel. Az ilyen tanokat legfeljebb az olyan nép követhette volna, amely csupán idealistákból áll. E helyett az történt, hogy a vagyonos osztályok és a kiváló szellemi nagyságok terméketlenek lettek, amazok kényelemből és érdekből, ezek, mert hivatásuk elvonta őket a szexuális szférától. Amerikában valamikor közmondásos volt a „baker's dozen”, a kis polgárok tucatnyi gyermeke... Ma az ottani nők termékenysége már csak 80%-ig van kihasználva. Franciaország elnéptelenedik, holott a francia race, mely Kanadában más viszonyok között él, ma is rendkívül szaporá maradt. Luther nem tördöött vele, ha a nő bele is hal a szülésbe, kötelessége alól még sem lehet őt feloldani.¹ A methodista papok a bibliára hivatkozva (Fájdalommal szüld gyermekeket!) még azt is tiltják, hogy a szülő nők kincsei csillapíttassanak.

Ha hozzávesszük ehhez a mind nyomasztóbbá vált gazdasági viszonyokat, érthetjük, hogy lassankint kifejlődött a házasságok mesterséges terméketlenítése, amely Shaw szerint a XIX. század legforradalmibb találmánya volt: sajnos, hogy éppen a derék, értékes elemeket sujtotta leginkább. Ott ugyanis, ahol a szegénységnek, tudatlanságnak és gonoszságnak keserves háromsága uralkodik, misem gátolja a népnek túlszaporodását. Így azután a lezültek, alkoholisták, a degeneráltak a legszaporábbak. Tredgold szerint 150 degenerálnak családjában az élveszületett gyermekek átlagos száma 7,3 volt, Holmes pedig 15 olyan családnál, ahol a szülők egyike imbecillis, a másik epilepsziás volt, 55 utódot látott, akik közül 28 megint epilepsziás, 26 gyengeelméjű, 1 pedig kifejezetten elmebeteg lett: Malthusnak az ideális morálra való felhívása tehát nem járt eredménnyel.

A neomalthusianisták azért elejtették az önmegtartóztatás kívánságát; megengedték a korlátlan nemi életet, de azt ajánlják, hogy a fogamzás gátló eljárások alkalmazása útján korlátoztassék. Amerikában egy Birth Control League működik, mely a publikumot kioktatja a fogamzásnak miként való megakadályozására. Ez a liga Chicagóban egy tanintézetet is akart létesíteni, de ezt a hatóságok már még sem engedték meg. Londonban is működik egy ú. n. Malthusian League, amely újabban a New Generation League for Human Welfare through Birth Control hosszú nevet vette fel.

Nagy port vert Londonban Dr. phil. Marie Stopes-nak intézete is, amelyben a nőket a fogamzás megakadályozására kioktatja; ez két „Contraception” és „Wise Parenthood” című könyvet is írt, egyesületet (Society for Constructive Birth Control) alapított és egy Birth Control News című szaklapot ad ki.

A neomalthusianizmus sem vezetett azonban célhoz, mert szintén az egyéni felelősségérzetem alapszik. Ezért mások legálább a bűnözők és elmebajosok szaporodását akarják megakadályozni; ebben a tekintetben Amerika ment a legmesszebb, mert bizonyos esetekben, az Asexualisation Bill alapján, még az emberek sterilizálását is végrehajtja. Ezt Európában sehol sem követelték: egy ilyen törvény hozatalát Svédországban éppen az ottani eugenetikai intézetnek elnöke, Lundborg akadályozta meg.

Mint hogy tehát a praeventív módszer nem vezetett ered-

ményhez, a legtöbb helyen kétségbeesett eszközök nyúltak a túlszaporodás megakadályozására. Ismeretes, hogy Spártában az Apothetái szakadékból, Rómában a Tiberisbe dobták a satnya gyermekeket. Másutt a nyíltan ugyan tiltott, titokban azonban sűrűn üzött abortusokhoz folyamodtak. Baselben 1919 májusában a Lex Welti a felek beleegyezése esetén megengedte a 3 hónapnál nem idősebb terhesség megszakítását, a baseli orvosok azonban annyira ellenezték ezt a törvényt, hogy az nem is lépett életbe. Ugyanezt indítványozta Csecho-Szlovákiában a Landova-Stychova-féle törvényjavaslat, mely szintén megbukott. Ausztriában a szocialista körök és az orvosoknak egy része is agítált ilyen irányban. Bécsben a New-York Medical Journal² szerint majdnem minden sebész vagy nőgyógyász végez abortusokat. Neuirth indítványozta, hogy egy, orvosokból, jogászokból, férfiakból és nőkből álló állami bizottság szocialis vagy eugenetikus okokból megengedhesse a művi abortus elvégzését; mások ezt állami gyógyintézetekre (ahol a nyerészkedési érdek nem jöhet szóba) bízták volna. Fischer azzal agítált, hogy az állam vagy lássa el lakással és munkaalkalommal a lakosságot, vagy ne ellenezze, ha az nem akar szaporodni.

Ilyenfélet indítványozott Londonban Dr. Vercoe is, hogy orvosi bizottság döntsön a művi abortus indiciójáról; ő a javaslatba a szegénységet is belevette volna az okok közé, míg a mi Közegészségi Tanácsunk, nagyon helyesen, az egyetlen megengedhető indiciót az anya életének a terhesség, illetőleg a szülés által való veszélyeztetésében látta. Kuriozum, amit egy svéd orvos, Anton Nyström javasolt: ő még az orvosi tanfolyamba is belevetelné az anticonceptiók eljárások tanítását, sőt állami aborteur diploma kiadását is kívánja. Mily szépen is hangzanék: M. kir. aborteur!

Vannak azonban, mint említettem, néptelen országok is, ahol még szaporítani kívánják a lakosságot, Németországnak becsületére válik, hogy dacára a □ kilométerenkint 134-et kivevő lakosságnak, még népesebb akar lenni. Gruber családonként legalább 4 gyermeket kívánt meg és javasolta, hogy az ennél kevesebb számú gyermeknél a hiányzóakra eső örökséget az állam foglalja le a több, egészséges gyermekek nevelő családok erős támogatására, Franciaországban az anticonceptiók szereket a törvény üldözi, a nőtlen férfiakra adót vet, a sokgyermekes családoknak viszont jutalmakat és kedvezményeket ad. Törökországban a kötelező házasság rendszerével kísérleteztek. A tudományos eugenetikai elveket Angliában az Eugenic Education Society, Németországban több Rassenhygienischer Verein, Hollandiában a Mendel Társaság és ennek „Hereditas” című folyóirata terjeszti. A németországi fajegészségügyi egyesületek követelik, hogy a felsőbb népiskolákban a fajegészségtant tanítsák. Svédországban egy állami intézet foglalkozik a fajegészségtan és az öröklés kérdéseivel; ott minden polgárról születésétől kezdve egészségügyi törzslapot vezetnek, amit nálunk is megtesz — de az adófelügyelőség.

Mennyi sok baj és szenvedés van elrejtve az előadottakban! Mily helytelen irányban kezelik e kérdést az emberiség sorsának intézői, a külföldi hatalmas államok! Noha tudjuk, hogy a kultúrát nem a milliók, hanem az egyesek viszik előre, ma a fáklavivők keletkezése a véletlentől függ, mert az utódok kiválóságát senki sem irányítja; sem a kvalitást, sem a kvantitást nem biztosítjuk... Földünkön még sok millió hektár pusztaság van olyan, melyen azelőtt virágzó élet lüktetett. Mily szép volna azon versengünk, hogy ezeket a területeket megint megnyissuk a kultúrának és gyarmatosító mozgalmak útján átvigyük oda a túltömött helyeken feleslegessé vált lakosságot. Mily kényelmes elhelyezkedés, mennyi munkaalkalom nyílnék, mily sok küzdelemnek vétenék eleje, mennyi boldogságot lehetne megalapítani! Az emberiség aranykorát lehetne visszaidézni ily módon... ez azonban sokkal egyszerűbb és természetesebb, semhogy azt valaha megvalósítsák. 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.

Kérjük régi előfizetőinket, kik közül még sokan nem újították meg az évre előfizetésüket, hogy minél előbb tegyék meg azt. Nemkülönbben sokan tartoznak még a múlt év utolsó negyedével 8000 koronával, bár ez évre már előfizettek. Elképzelhető, hogy mily nagy anyagi veszteségei származnak az „Orvosi Hetilap”-nak az ily elefejtett és csak félv mulva befolyó előfizetések miatt! Kérnünk kell, hogy akinek nem esik nehezére, valorizálja a régi tartozásait tehetsége szerint.

¹ Arthur Meyers-nek a Journal of Social Hygiene-ben 1923. IX. 528. l. a. megjelent tartalmas cikkéből (Neomalthusianism).

² New-York Medical Journal 1923. CXVII. k. 502. o.

Ha valaha, úgy most kell kérnünk orvosainkat kitar-
tásra és áldozathozatalra: ne hagyjanak bennünket cserben e
nehéz napokban, melyek a legderekabb vállalkozást is próbára
teszik. Szinte azt érezzük: nehezebb most valamit fenntartani,
mint megindítani! Pedig mennyi ambícióval, mennyi jóakarattal
dolgozunk.

A Közkórházi Orvostársulat március 26-án tartandó
ülésén **Safranek János**: A gégetuberculosis pathológiájának és
terápiájának mai állásáról tart előadást az intéző bizottság
felkérésére.

A német orvosok mensájára a budapesti orvosi kar
rendes, rendkívüli és magántanári adományait március utolsó
hetében juttassák el a dékáni hivatalba (Dunay tanácsos azonnal
nyugtázza), mert április 1-én az egybegyűlt összeg átutalandó
lesz a német consulat utján.

Az orvostanhallgatók száma a Pázmány-egyetemen.
Beiratkozott: I. éves 813, II. éves 451, III. éves 498, IV. éves
512, V. éves 660, összesen 2434+181 II. éves gyógyszerész-
hallgató, együtt az orvosi karnak 2615 hallgatója van.

Az ipari psychotechnika kérdéseiről előadást tart D. W.
Moede prof. 21-én pénteken és 22-én szombaton délután 6 óra-
kor a műegyetem I. electrotechnikai tanszék előadótermében.
A magyar munkaadók központjának felkérésére tartandó előadás-
ról már előzetes jelentést adtunk, sajnos a meghívót későn vet-
tük, így csak a II. előadást jelenthetjük idején, mely éppen az
alkalmasságvizsgálatokról fog szólni, mik az emberoconomia
nagy gazdasági problémáját igyekeznek megoldani. Az érdek-
lődőket szívesen látják.

A szellemi együttműködés bizottsága. A szellemi együtt-
működés bizottsága, melyet a nemzetek szövetsége alakított, mult
év december havában Párizsban ülésezett. 16 állam volt képví-
selve. Magyarország részéről, mint a Magyar Tudományos Aka-
démia által megalakított bizottság képviselője **Pauler Ákos dr.**
egyetemi tanár volt jelen. A bizottság behatárolta foglalkozott a
könyv és folyóiratcserével s az 1886-ik évi bruxellesi conventio
kiterjesztésére és fejlesztésére az előkészítő lépéseket megtette.
A nemzeti bizottságok-t felszólították, hogy legsürgősebb szük-
ségleteiket jelentsék be, hogy azok az egyetemi közli iroda közle-
ményeiben publikálhatók legyenek. Az egyetemi hallgatók cse-
réjét azáltal könnyíti meg, hogy a rossz valutájú országok érde-
mes hallgatóinak ösztöndíjakat óhajt biztosítani. Ugyancsak elő-
segíti a tanácsot, e célból az egyetemi közli bizottság közlemé-
nyei tartalmazni fogják az ajánlatokat és kívánságokat.

Nagyon fontos intézmény az egyetemi közli hivatal, mely-
nek létesítését a nemzetek szövetségének tanácsa elhatározta.

A japán földrengés pusztulásainak pótlására a bizottság
könyvek s folyóiratok küldését kéri a japán követségek útján.

A bizottság **Dopsch Ausztria** képviselőjének panasza
alapján foglalkozott a culturalis intézmények létszámreduktio-
jával s **Pauler Ákos dr.** javaslatára elfogadta azon óhaj kifeje-
zését, hogy a létszámreduktio ne vonatkozzék az egyetemekre
s a culturalis intézményekre. Ezen reánk nézve is nagyfontos-
ságú állásfoglalást azonban a nemzetek szövetsége által kiadott
havi értesítő nem tartalmazza (Resumé Mensuel des travaux de
Société des Nations).

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal
kimutatása szerint március 9-től március 15-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	6 (3)	Gyermekágyi láz.....	— (1)
Küteges hagymáz....	10 (2)	Báránymimlő.....	27 (—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	— (—)	Járv. fül-tükriglob ..	10 (—)
Kanyaró.....	12 (—)	Vérhas.....	3 (1)
Vörheny.....	55 (3)	Járv. agygerincagyhártyalob.	2 (1)
Szamarhurut.....	20 (1)	Trachoma.....	1 (—)
Roncs, torok-és gégelob	17 (2)	Veszétség.....	— (1)
Influenza.....	31 (3)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	7 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

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

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

TÁTRA-SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül be-
rendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

Elsőrangú tavaszi klíma. — Kiváló tavaszi kúrák. — Elsőrangú diaetáskönyha.
lékvöcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forró-, fenyőfürdők, vizgyógyintézet, Zander,
quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos 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 elmebajosok kizárva. Sanatoriumi napi
pauzálár 50 Kc-161 felfelé. — Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában,
Egész évben nyitva. — Fel. Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában,
világosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán
megüresedett 2 (kettő) **segédorvosi állásra** pályázatot
hirdetek. A segédorvos javadalmazása az állami rendszerű fi-
zetési osztályokba tartozó tisztviselők részére megállapított X. fi-
zetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, ezenfelül lakás és az
önköltségi ár fele összegének megtérítése ellenében I. osztályú
élelmezés. A kinevezés egy évre szól. Távozás négy héttel előbb
bejelentendő. Más pályázók hiányában szigorló orvosok is meg-
választhatók, ha legalább két gyakorlati szigorlatuk van. Ok-
mányokkal kellőleg felszerelt pályázati kérvények hozzám 1924.
évi április hó 1-én déli 12 óráig adandók be. Elkészve érkezett
pályázatok figyelembe nem vétetnek. Az állások a választás me-
gjtése után azonnal elfoglalandók.

Gyöngyös, 1924 március hó 12-én.

Dr. Frindt
igazgató-főorvos.

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SANATORIUMA

felnőttek és gyermekek számára

ABBAZIÁBAN (ITÁLIA)

Ujramegnyitás március
hó végén.

Erősítő-, edző-, diaetás és hizlalókúrák.

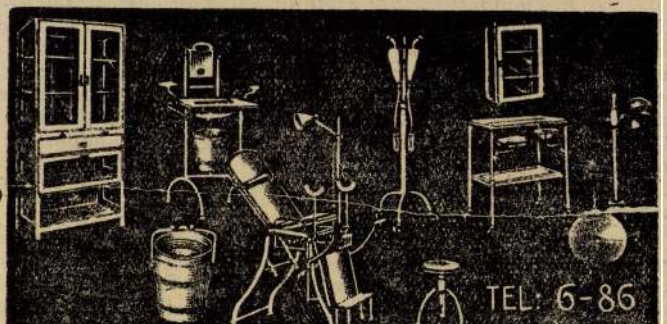
Az összes physicalis gyógytényezők.

Gyermekek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek.

PROSPEKTUS!

Átadó orvosi praxis vidéken

36 mm. búza javadalmazás és havi 2 $\frac{1}{2}$ —3 millió a
praxisból. A cím megtudható: „Petőfi” irod. vállalat-
nál Budapest VII, Kertész-utca 16.



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

RÖNTGEN

LILIENFELD-COOLIDGE-BERENDEZÉSEK,
LÁMPÁK ÉS HASZNÁLATI CÍKKEK,
KVARGLÁMPÁK, DIATHERMIÁS ÉS EGYÉB KÉSZÜ-
LÉK BÁRMILYEN ÁRAMRA ÜZEMBEN MEG-
TEKINTHETŐK ÉS AZONNAL SZÁLLITHATÓK.

ERICSSON M. VILL. RT. RÖNTGEN-OSZTÁLYA

ÉS KIÁLLÍTÁSI TERMEI Budapest VI, Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09 és József 98-52.

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **HUZLY IMRE.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Előfizetési felhívás. (187. oldal.)

Bakay Lajos: Prothetikai kérdésekről. (188—191. oldal.)

Diagnostika. Lax Henrik és Petényi Géza: A hypoglykaemiás reactióról. (191. oldal.)

Therapia. Nagy Géza: Nagydosisú lépbesugárzás a Werlhof-kór terapiájában. (191—193. oldal.)

Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatétis kezelése. 6. Szén-hydratszegény étrend. (193—194. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Bőr- és nemikórtan. (194—195. old.)

Könyvismertetés. (196. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 22-i ülése. (196—197. oldal.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1924 március 6-án és folytatólagosan március 13-án tartott ülése. (197—198. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 március 20-án tartott IX. tudományos ülése. (198—199. oldal.)

Heti krónika. (199—20. oldal.) — Vegyes hírek. (20—201. old.)

Felhívás előfizetésre.

Az Orvosi Hetilap a legválságosabb idejét éli. Míg mi és lelkes munkatársaink azon fáradozunk, hogy a lap szellemi értékét és tartalmasságát fejlesszük, a gyakorlati szükségletek minden igényét kielégítsük és e tekintetben eredményre is hivatkozhatunk: addig szomorú gazdasági viszonyaink megingatják azt a szilárd anyagi bázist, amire önzetlen munkánk épületét helyeztük, amin a Hetilap színvonalát fenntartani, továbbfejleszteni remélhetnők. Ahelyett, hogy erkölcsi sikerünk természetes következményeként anyagi izmosodásnak, előfizetőink szaporodásának örvendhetnénk, lehangoltan tapasztaljuk, hogy a kérlelhetetlen gazdasági viszonyok megállást, sőt lemondást, megszorítást parancsolnak, megingatva híveink áldozatkészségét, Hetilapunkat elterjedtségében is veszélyeztetik. Pedig ennek ápolásában hivatásunkat ismerve fel, mindent elkövettünk, hogy ne csak a régieket tartsuk meg, hanem új barátokat is szerezzünk. Az év elején bemutatkoztunk minden itthon és külföldön lakó magyar orvosnak mutatóvényszámokkal és külön kéréselekkel: az eredmény alig tíz százalék; alig egyensúlyozza azt a veszteséget, ami lapunkat régi előfizetők szomorú lemondó levele útján érte.

Pedig a „Hetilap“-nak, az „Orvosképzés“-nek és a „Magyar Orvosi Archivum“-nak ott kellene lenni minden magyar orvos asztalán, ... evvel a hittel, evvel az álommal indultunk új utunkra 1923 januárjában. Saját tudományunk, saját bűváraink, saját orvosi kultúránk megbecsülése és szeretete kívánja ezt és lehetetlen, hogy el ne következzen ez az idő!

Szorongatásunkban is — minek talán egyszer mégis vége szakad — evvel a meg nem ingó bizalommal fordulunk orvostársainkhoz, kérve őket, hogy hassa át lelküket a rendi kultúra védelmének és a rendi összetartásnak kötelező kapcsolata, és ne vonják meg tőlünk azt a támogatást, amit egy vacsora, egy-két színházi est árán egy negyedévig, nagy célokat mozdítva elő, gyakorolhatnak. Sőt többet kérünk! — legyenek ne csak előfizetőink, hanem igazán barátaink, küzdőtársaink. Propagálják folyóiratainkat kartársai körében, egyesületeik, szövetségeik útján, követeljék Hetilapunkat az általuk látogatott klubokban és kávéházakban; jelentsék ide be, kiknek küldjünk mutatóvényszámokat ... e lelkes támogatásuknak bizonyára több eredménye lesz, mint a súlyos milliókba kerülő mutatóvényszámoknak. Különösen szól e kérés felhívásunk külföldi előfizetőinkhez, kiknek országában még nehezebb magyar kartársainkat címek hiányában felkeresnünk, pedig a magyar orvosi kultúra kapcsolatát velük minden áldozat árán is óhajtanók megteremteni. A mi lelkesedésünket szeretnénk minden olvasónkba, minden előfizetőnkbe átplántálni, — mert a közömbösség minden szép és igaz ügynek is biztos halála.

Mai számunkhoz cheque-lapot mellékelünk belföldi előfizetőink számára. Kérjük kartársainkat, hogy ne késlekedjenek a II. negyedévi előfizetések feladásával, mert különben sok gondjuk mellett feledésbe merül az. A gyors megújítást honorálandók: szorzószámunkat sem emeltük (15,000), noha már régen mélyen alatta maradtunk az arany koronának; de az április 6-iki számban már új szorzószámot kell közölnünk és a szerint kell kérnünk az előfizetési díjakat.

Március 30-tól április 6-ig tehát a „Hetilap“ II. negyedére 37,500 K-val, az „Orvosképzés“ I. félévére (két füzet) 30,000 K-val, a „Magyar Orvosi Archivum“ I. félévére (3 füzet) 18,000 K-val lehet előfizetni.

Reménylünk és tovább küzdünk!

A „Magyar Orvosi Archivum“-nak volna még egy szerény könyörszáva a magyar orvosokhoz. E két füzetek érzik, hogy nincs kapcsolatuk a gyakorló orvossal, tudják, hogy nem olvassák el őket, de büszkéek arra, hogy az ő általuk hirdetett munkásság köréből támadnak a nagy megmozdulások, a haladás első lépései. Nem kötelesség-e hát, hogy elméleti bűvárainknak megteremtjük a lehetőséget, hogy felderített igazságait egymással közölhessék; hogy a tiszta tudomány magyar kincse egy folyóiratban összegyűjtve örök büszkeségünk maradjon? Ne feledkezzenek meg erről azok, a kik csak várható hasznuk mértéke szerint akartak „áldozatot“ hozni.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Prothetikai kérdésekről.

Krukenberg-féle kar. — Markoló kéz.

Írta: Bakay Lajos dr. egyetemi tanár.

Sok remény nem vált valóra, amit a háború rokkantjainak, főleg kézamputáltjainak a művétaggal való ellátásához és munkaképességéhez fűztünk. Aki még emlékszik azokra a biztató kijelentésekre, amelyeket tudományunk nem egy kiváló tekintélytől hallottunk a háború első évében, az be fogja látni, hogy a csalódás sok tekintetben nagy. Egyike voltam azoknak, akik a kezdeti eredményei nem tudtak túlságosan lelkesíteni. A végleges eredmény mindig nagy kérdőjelként lebegett előttem még akkor is, amikor a klinikámmal kapcsolatos nagy művétagműhelyt és kórházat a legtökéletesebb berendezéssel s a szakmunkások nagy számával tudtam ellátni, úgyhogy minden téren a legjobbat tudtuk adni. Mikor Horion első közlése megjelent, amely statisztikai adatokkal felfegyverkezve bizonyította azt, amit sokan sejtettünk, hogy tudniillik az elhamarkodott remények ideje lejárt, akkor még úgy gondolkodtak sokan, hogy a Horion-féle statisztika lesújtó eredménye az első időkben alkalmazott régi típusú művétagok használatának a következménye s igazán úgy is volt, hogy az akkori időben jónak tartott típusok még nem állották ki a próbaidőt. Azóta természetesen e tekintetben is megszorodtak tapasztalataink, jóllehet azt a pontos megfigyelést, amelyre szükségünk lett volna, nem tudtuk elvégezni a politikai viszonyok alakulása folytán, amelyek a betegekkel való érintkezést nagyon megnehezítették; mégis sikerült annyi megfigyelést gyűjteni, amelyből a megfelelő következtetéseket levonhatjuk. Mostani értekezésemben két olyan kérdésre óhajtok kitérni, ahol az utólagos vizsgálatok azt mutatták, hogy sikerült határozott eredményeket felmutatni, melyek arra intenek bennünket, hogy a békesebbészetben is tekintettel legyünk rájuk.

1917-ben közölte H. Krukenberg dolgozatát: „Über plastische Umwerlung von Armamputationstümpfen“. Krukenberg eszmemenete, hogy a szokásos munkaprothesisek helyett a fogókart magából az élő csonkból készítse el, s ezáltal megadja annak azt, ami a munkaprothesisekből hiányzik: a bőr-, izom- és helyi érzést, igen rokonszenvesnek tűnt fel, jóllehet szinte kétkedve fogadtuk azoknak a kezdeti eredményeknek sorozatát, amelyet a szerző dolgozatában leír és ábrázol, annyira nem physiologiásnak tűnt fel az egész funkció, amelyet az egymástól elválasztott radiussal és ulnával végeztünk a körük csoportosított izmok segítségével. Az izmok nagyrésze megváltoztatta működése irányát; hogy egyebet ne kelljen említenem, a biceps nemcsak hajlítja, hanem addukálja is az orsócsontot, a pronator teres nemcsak pronál, hanem addukál is stb. A szerzőnek magának is aggályai voltak, és pedig az ily módon kiképzett csonk rút kinézése miatt, mert ha a csonk működését úgy magyarázhatta is, hogy az hasonlít működését illetőleg az öregujj és a mutatóujj viszonyához, amikor az öregujj szerepét a radius, a mutatóujját az ulna játssza, kinézését illetőleg inkább hasonlított az valamely nagy madár tátozó csőréhez.

Mindjárt a Krukenberg-féle közlés után megkíséreltük a műtétet, és pedig négy esetben végeztük különböző hosszúságú alkar-csonkokon. A műtét kivitele olyan volt, mint amelyet Krukenberg mint legjobb eljárást ír le, azzal a különbséggel, hogy iparkodtunk a radius vagy ulna végére egy kis tenyérhez hasonló, kipárnázott lebenyt illeszteni, ami által könnyebb és pontosabb fogást tudtunk elérni. Az U-alakú bőrmetszést mindig úgy készítettük, hogy a tenyéri oldalon inkább az ulnaris irányban haladtunk, hogy ezáltal a radius fedésére elegendő bőrt kapjunk, mert az ulna nagy részét könnyen tudtuk úgyis a mellkasról vett bőrbennel burkolni, legfeljebb többet vettünk a mellkas bőréből, ha a radiusra többet használtunk fel a kar bőréből. A hiányzó bőrtakarónak ilyen módon való pótlása mindig nagyon könnyen volt keresztül-

vihető s 14–15 nappal a műtét után már meg is szakíthattuk a lebeny alapjával való összeköttetést, úgy, ahogy azt Krukenberg előírta. Különös gondot fordítottunk arra, hogy az ulna és radius szétválasztásakor túlságosan ne haladjunk felfelé proximalis irányban, mert első esetünkben ez a körülmény késleltette a gyógyulást, illetve a munkaképesség bekövetkezését. A túlságosan magas szétválasztás alkalmával ugyanis vagy megsérül a m. pronator teres és flexor carpi radialis, vagy a zsugorodó bőrheg nyomása alá kerül, ami által a radius pronatioja és adductioja szenvedhet. Az izmok csoportosítását úgy végeztük, mint azt Krukenberg előírja és mint ahogy az természetesen adódik is. Az egyes és négyes esetünkben az izmok csoportosítása amiatt okozott némi nehézséget, mert az izomzat nagy mértékben sorvadt, sőt heges volt. Itt is iparkodtunk azonban az extensor dig. comm.-t lehetőleg két egyforma pamatra bontani s az egyiket a radiushoz, a másikat az ulnához osztani. Az extensor carpi ulnaris, amely az ulnaris oldalon marad, valamint az extensor carpi radialis longus, amely a radius oldalára jut, a fenti két esetben oly sorvadt és testnélküli volt, hogy kikeresésük sok időt vett igénybe. Operáltjainkon általában mind a négy esetben az izomzat olyan fokú atrophijával volt dolgunk, hogy az abductor pollicis longusnak és brevisnek a Krukenberg által előírt eltávolítását, valamint az extensor pollicis longusnak, továbbá a flexor digitorum profundusnak és flexor pollicis longusnak eltávolítását nem is végeztük, hanem meghagytuk ezeket, hogy ezzel is elősegítsük a csonkok kipárnázását.

Krukenberg a műtét előtt bizonyos mértékben előkészítette az alkar-csonk izomzatát; szerinte legjobban alkalmazható erre a célra a *le Duc*-féle megszakitóval szaggatott galvánáram. mert ez nem vált ki kellemetlen érzést és hatása az izomzatra igen hamar bekövetkezik. Nekünk nem állott abban az időben a *le Duc*-féle szakító a rendelkezésünkre, így gyenge farados árammal és massage-zsal készítettük elő a műtétre a betegeket. Összintén bevallhatom, hogy ennek az előkészítésnek nem sok jelentőséget tulajdonítottam, már csak azért sem, mert azidőtájt úgy az orvosi, mint ápolószemélyzetem túlterhelve a munkától kevés időt fordíthatott erre az előkészítő műveletre. Ennek dacára egypár napi eltéréssel minden esetünkben megindult a működés, szóval sikerült Krukenberg értelmében a radiust külön mozgószervvé alakítani, mely ezáltal képes volt elhagyni az ulnát 5–10 cm-nyire s emellett pronálható és supinálható is volt. Hosszabb vagy rövidebb idő alatt megtanulta mindenik azokat az egyszerű fogóműveleteket elvégezni, amelyek a mindennapi életéhez szükségesek. Operáltjaink közül az első és utolsó kétoldali alkar-amputált volt, kettő pedig egyik alkarján csonkolt. Hosszú alkar-csonkja volt háromnak, középhosszú volt egynek; mindkét féloldali amputáltak a jobb keze hiányzott. Az új csonkjukkal mindannyian megtanultak enni, kabátjukat felvenni, nadrágjukat begombolni, orrukat kifűjni, pipát tömni stb. Egyik analfabéta volt és már a Krukenberg-féle csonkkal tanult meg írni.

Megjegyzendőnek tartom, hogy egyik esetben sem volt a mozgás a két csonk között egyszerű ollószerű nyitás és zárás, hanem mindvégig megmaradt a radiusnak az a törekvése, hogy a zárásakor a pronatio irányában, nyitáskor a supinatio irányában tért ki, ez a körülmény azonban nem rontott az eredményen. Az olló nyomóereje a gyakorlat folyamán meglehetősen gyorsasággal érte el a legmagasabb fokot, amelyen aztán meg is maradt. Ha a közrefogott tárgy kicsiny volt, átmérője nem haladta meg az 1 cm-t, akkor ez nem nagy erő kifejtésével kihúzható volt a száraz közül; ha azonban az átmérő közel 2 cm-nyi vagy annál nagyobb volt, akkor mindenik esetünkben oly erővel volt képes az illető tartani, hogy annak kivétele nagy erőt igényelt.

A fenti állapotban voltak sérültjeink, amikor a klinikánkat elhagyták. A két mindkétoldali amputáltunk reménykedett, hogy most már képes lesz rokkant-állásban elhelyezkedni s megélni; a másik kettő úgy érezte, hogy régi foglalkozását folytatni tudja: az egyik asztalos-

segéd, a másik földműves volt. A szerencsés véletlen hozta magával, hogy az elmúlt két esztendő alatt meggyőződhattunk a fentiek közül háromnak az állapotáról, és pedig az egyik kétoldali operáltunkról és a két egyoldali. Kétoldali amputáltunk közül az egyik a rokkant-hajlékba került s egy évvel ezelőtt jelentkezett nálunk, hogy végezzük el a műtétet a másik alkar-csonkján is, mert a jobb kezén nagyon jó hasznát tudja venni. Az 1818-ban operált jobb alkar, illetve fogócsont más képen néz ki, mint ahogy azt a műtét utáni hónapokban felvett fénykép mutatja: a karok karcsúbbá, ha lehet úgy mondani, formásabbakká váltak. A szorítóerő megnövekedett, de ennél is nagyobb a haladás a finomabb mozdulatok végzésekor. Legmeglepőbb, hogy képes egy gyufaszálat is rendesen megfogni, megszorítani és meggyújtani. Kérésére elvégeztük a másik alkaron is a műtétet, még pedig minden különösebb előkészítés nélkül. A műtét eredmény jó volt (l. 1. ábra), csakhamar használni is tudta, annak ellenére, hogy az izomzat nagyfokú sorvadást mutatott. A legutóbbi alkalommal megfigyeltük a sérültet mint utcai újságárust, amint a karján levő újságcsomóból kivette a kért példányt, átadta a vevőnek, elvette az érte adott pénzt s vissza is adott belőle olyan gyorsan, mint más újságárus és úgy, ahogy azt az utca gyors forgalma megkívánta.

A féloldali amputáltak közül az első, aki asztalos-segéd volt, folytatja a foglalkozását, s amikor legutoljára láttam két év előtt, dicsekedett, hogy mindennemű munka elvégzésére képes s a gyalulás is egész könnyen megy neki. Földműves rokkantunk maga művel meg három hold földjét s mindenféle földművesmunkát el tud végezni.

Ha a Krukenberg-féle csonk és a szokásos munkaprothesisek közt párhuzamot vonunk, feltétlenül előnyt kell adnunk az előbbinek. Az így operált független minden eszköztől, függesztőkészüléktől, nem kell azok javításával, újabb és újabb adaptációjával törődni. Oriási előnye, mint ahogy már kezdetben utaltam rá, hogy a beteg állandóan tájékozódott végtagja helyzetéről, még ha nem is néz oda; ez a körülmény nagy mértékben megkönnyíti a munkát, fölöslegessé teszi a műszer állandó szemmel tartását, tehát a sötétben is jól működik, míg tudvalevőleg munkaprothesiseink csak a szem állandó ellenőrzése mellett használhatók. Az élő olló az akarat befolyására pillanatszerűleg változtatja helyét, támadópontját, a száraz közti szög nagyságát, a fogásra használt erő intenzitását. Meggyőződünk eseteinkben arról, hogy idők múltával a Krukenberg-csonk tökéletesedett, a bőrfelület tapintása finomodott, a fogóképeség különösen a kis tárgyak iránt fokozódott s az állandó foglalkozás folytán izomereje is lényegesen növekedett. Ezzel szemben a sok gondos tanulmányozás után készült különleges munkaprothesiseink, melyek mindig a sérült kívánságának a meghallgatásával (asztalos, esztergályos, cipész, festő stb. számára) készültek s melyek kezdetben úgy tűntek fel, hogy használhatók, velük amputáltjaink a műhelyeinkben elég jól munkálkodtak, künn az életben kevésbé váltak be, legalább is kérdőíveinkre többször kaptuk azt a választ, hogy elhagyták a munkakezet és a szakmunkát és invalidus állásba helyeződtek el, vagy pedig, ha a foglalkozás megengedte, egykezüisekké váltak. Sok foglalkozás van, ahol a megmaradt kéz lassankint megtanulja a másikat pótolni, különösen ha a másik oldali csonk is felhasználható segítségül.

Sokkal szomorúbbak a viszonyok a kétalkar-amputáltnál; ezt már intézeteinkben akkor láttuk, mikor összegyűjtve iparkodtunk begyakorolt személyzet segítségével a mindennapi élet legprimitívebb követelményeinek az elvégzésére megtanítani őket. A legegyszerűbb művégtag felvételéhez is szükséges a másik kéz segítsége, de sokszor nemcsak a felcsatolás, hanem munkaközben a betétek helyzetének megváltoztatása, ki- vagy becsavarása szintén a másik kéz segítségét kívánja. Nem akarok erre a kérdésre bővebben kitérni, a fentiek felsorolására azonban szükség volt, hogy feltüntethessem annak az állandó eredménynek a fontosságát, amelyet a Krukenberg szerint operált kétoldali amputáltunknál láttunk, akit ez a kétoldali fogócsont teljesen függetlenül a környezetétől, sőt

keresőképesse is tesz. Sauerbruch szerint tőlünk és másoktól operált és ápolásunk alá került kétoldali amputáltakon megközelítő eredményt sem kaptunk. A Carnes-féle kéztől és utánzataitól sokat vártunk, pedig magukban hordozták a bonyolódott és költséges gépezetek minden hibáját; eltekintve azonban ettől, megfigyeltünk két mindkétoldali amputáltat, akik ilyen géppel voltak ellátva és nem tudták használható módon megtanulni a mozdulatokat vele.

Rá kell térnünk a Krukenberg-féle kéz egy állítólagos hátrányára, amely magának Krukenbergnek is gondot okozott, aki két feladatot tűz a prothesis elé, és pedig: hogy a hiányzó végtag idomát pótolja és hogy a működését ellássa. Tagadhatatlan, hogy a Krukenberg-csonk megtekintése nem vált ki belőlünk az első pillanatban kellemes érzést. Maguk a rokkantak is csodálkozva nézték eleinte, de sohasem panaszkodtak emiatt, sőt mihelyt fogni tudtak vele, mindjárt megbecsülték. Krukenberg első közlésében már közread egy vázlatos rajzot, melyből kitűnik a gondolatmenet, ahogy ő a kérdést megoldani kívánná s azt a reményét fejezi ki, hogy az a sokoldalú mozgékony, amelyet a Krukenberg-csonk kifejt, a műkéz szerkezetének a tökéletesítését vonja maga után. Nem részletezhetem ennek a kéznek a szerkezetét, csak utalok Krukenberg megállapítására, aki szerint ez annyiban különbözik más műkéztől, hogy „minden mozgás részére két erőforrás áll rendelkezésre, hogy nem a gépezet elasztikus erői képezik az antagonistákat, hanem hogy minden mozgást: az ujjak közelítését, távolítását, pronációját, supinációját, hajlítását és fesztését akaratlagosan uralt izomerek végzik, tehát az erő pontos lemerése lehetséges”. Mindjárt az első plasztika befejezése után megkíséreltük Krukenberg ezen ajánlata szerint megoldani a kérdést, annál is inkább, mert egész sora a szakembereknek állott még rendelkezésünkre, akik különösen be voltak gyakorolva a művégtagok szerkesztésébe. A kezdetben könnyűnek tetsző kérdés megoldhatatlanná vált s a kísérletezések egész sora után nem tudunk a Krukenberg-féle ajánlat szerint használható kezet készíteni. Más irányban kellett tehát kísérletezni. Legalkalmasabbnak gondoltam, ha a radiusnak a pronáló- és supinálóképességét használom fel úgy, hogy ezáltal egy olyanféle szerkezetű műkezet mozgathatók, mint amilyeneket több típus szerint az időben a rotálható alkar-csonkokra készítettünk. Meg is kezdjük az ilyenekkel a kísérletezést: egyszer az ulnára, mint nyugvó tengelyre alapoztuk a kezet, egyszer pedig a radiusra. Az eredmény nem volt kielégítő. Kezdetben ugyan annyit elérlünk vele, hogy a csonkolt megfogja a poharat, a tollat, sőt valahogy irt is vele, de csakhamar letette, mert a kéz viselése bizonytalan volt, nem állt szilárdan, az izomerő erősebb igénybevételekor elmozdult.

Bizonyos elégtételül szolgált, amikor Schlesingernek, a charlottenburgi vizsgálóhely igazgatójának a véleményét olvastam erről a problémáról, amely a következőképp foglalható össze: A műkéznek elsősorban szilárd támasztékra van szüksége: ez a csonk és a csonkot körülzáró bandage. Ha ez a függesztőkészülék nem elmozdíthatatlan, akkor nem tudunk használhatóbb szerkezetű végtagot szerezni. Ez az alaptétel a Krukenberg-féle csonknál nagyon nehezen oldható meg, mert az ulna és radius keskeny vége nehezen foglalható be a tokba úgy, hogy el ne mozduljon, a két csonknak az egymástól való eltolódása az egész csonk olyan megmozdulásával jár, mely a rögzítést illuzóriussá teszi. Szerinte a Krukenberg-féle csonkra a kimenő kéz csak úgy alkalmazható, ha az ulna és radius csonkját összeszorítva mint közös csonkot közös hüvelybe zárjuk és teljesen elállunk a Krukenberg-csonk funkciójától. Használható műkéz a Krukenberg-féle műtéttel szabaddá tett erők igénybevételevel még sok ideig fog a megvalósításra várni, ha ez egyáltalán lehetséges. Biesalski a német orthopaed-társaságnak 1921-i kongresszusán referált egy Krukenberg-től magától operált esetről, ahol a csonkot az ismert Fischer-féle prothesisel látta el, amelyet úgy alkalmazott, hogy az ulnát egészen tokba foglalta, két oldalán sínzette s a síneket izülettel ellátva továbbvezette a felkarra, ahol

erősen lebandagirozta őket. A radius is kapott egy tokot, amelyen a Fischer-féle kéz lánc volt megerősítve, mely az ujjakat mozgatta. A lánc meghúzására zárultak az ujjak, tehát a Krukenberg-féle csont nyitására. Ez Biesalski szerint jelentőség nélküli, mert hiszen maga a csont nyitása is aphysiologiás művelet. Ezt a kezet azonban úgy látszik, szintén csak vasárnapi kéznek használja az, akinek készült, mert előadása egy másik részében azt mondja, hogy egy kétoldalt Krukenberg szerint operált sérültje gazdaságában jól dolgozik a csontjaival s vasárnap Fischer-féle kezet hord; valószínű tehát, hogy ez a prothesis sem alkalmas a munkára.

Scheel szintén szerkesztett prothesist a Krukenberg-csontokra. Az ő principiuma, hogy ugyanazok az izomcsoportok, amelyek a karok zárását eszközlik, zárják a műkezet is ökolbe. Ő szintén az ulnára alapozza a prothesist s a szabadon mozgó radius egy kengyelre gyakorolt nyomással emelő segélyével zárja a markot. A kengyel meglehetősen széles, úgyhogy a radius oldalkitérését is végezhet benne, amely mozgás áttétel útján a kézfejet pronálja és supinálja. Scheel sokat vár ettől a prothesistól, végleges eredményről nem referált még tudtommal.

Legutóbb Fraenkeltől olvastunk egy Krukenberg-féle prothesist, amelyről ő azt állítja, hogy „az első gyakorlati megoldás, mely Krukenberg jogos igényeinek legnagyobb részét megfelel”. Fraenkel a radiusra erősíti a tokot, ez a nyugvó tengely, amellyel szemben az ulna közelíthető és távolítható. Ez az elrendezés azért volt szükséges, hogy a forgó kéz principiuma kihasználható legyen. Az alkalmazott Sauerbruch-kéz ujjai záródnak a karok zárásakor és kinyílnak a csontkarok nyitásakor.

A forgó kéz principiuma képezte az én kísérleteimnek az alapját is és a kivitelben sem találok nagy különbséget Fraenkelé és az enyém között. Egész őszintén kijelentem, hogy tapasztalataim alapján a problémát nem tartom megoldottnak a mi szerkesztésünk alapján. Lehet, hogy a Fraenkel-féle talán többet nyújt, de munkára nem látszik alkalmasnak, mint ahogy olvashatjuk, Fraenkel patiente „mint kereskedő representatív állást tölt be, s a műkézzel teljesen meg van elégedve”. Tud jól írni vele. Ha házi körébe megtér, levetette a műkezt, ahogy Fraenkel írja, és használja a csontját sokoldalú módon. Ez a megjegyzés azt jelenti, hogy igazán csak akkor tudja használni a csontját, ha leveli a műkezt. Mindazonáltal a Fraenkel-féle esetben azzal a kivételes helyzettel állunk szemben, hogy az illető representatív állásánál fogva bizonyos körülírt funkciókra tudja használni a prothesist. A mi sérültjeink munkásemberek voltak, akiknél nem tudtunk megfelelő állandó munkára való kezet készíteni, s a problémát e szempontból sem tartom megoldottnak sem a Scheel-, sem a Fraenkel-féle, sem a Biesalski által alkalmazott Fischer-féle kézzel.

Állítom azonban, hogy csontkoltnak nem ajánlhatunk jobb módszert arra, hogy az önmagával tehetetlen helyzetből megmeneküljön s némi tekintetben munkaképességét visszanyerje, mint Krukenberg módszerét. Osztot tehát Scheelnek a véleményét, aki „minden kétoldalt amputáltak, aki elegendő alkarcsontokkal rendelkezik, a Krukenberg-féle műtétet ajánlja, mint egyedül indikált műtétet, melyet a legjobb prothesis sem közelíthet meg”. Fraenkelnek ugyanaz a véleménye, hogy Krukenberg szellemes módszere a béke igényeivel szemben is teljesen megállja a helyét. Biesalski embere egész héten földjét műveli vele s maga kérte, hogy a műtétet végezzék el rajta, éppúgy, mint az én rokkantam, aki maga óhajtott, hogy a másik karján is végezzük el a műtétet. Saját tapasztalataink alapján, amely megegyezik az irodalomban közölt adatokkal, állíthatjuk tehát, hogy a Krukenberg-féle műtéttel maradandó becsű s állandó eredményt adó módszer birtokába jutottunk, melyet a békesébszetben is alkalmaznunk kell.

Napjainkban láthatjuk a kézsérültek egész seregét, akiknek a kezét nem kellett amputálni a háborús sérülések után, mert megmaradt valahogyan, de munkára nem képes. Hányan keresték fel a sebészeti inté-

zeteket, hogy később amputáltassák ezeket a rossz keríngésű, fájdalmas csontokat, mert nemcsak hogy nem voltak használhatók, de még inkább akadályozták a munkában. Ezek a kezek voltak a konzervatív kezelés diadalai. Ha az érzés és a vérkeringés viszonyai nem voltak ilyen rosszak, akkor még volt mód arra, hogy bizonyos irányban hasznavehetővé tegyük az ilyen kezeket. Mi már 1915-ben sokat foglalkoztunk ezzel a kérdéssel, talán nem végzünk felesleges munkát, ha akkori tapasztalatainkra utalunk. Egyik leggyakoribb oka volt a kéz és az ujjak hasznavehetetlenségének az ischaemiás contractura, amely következményes körkép ha egyszer kifejlődött, akkor semmiféle medicomechanikai vagy más kezelésmód nem volt képes a szomorú állapotot segíteni. A kifejlődött ischaemia oka volt: az alkarizom contractilis elemének pusztulása, a lősérülés vagy a csonttörés folytán bekövetkezett vérkeringési és beidegzési zavar miatt és a helytelen rögzítő kezelés. Tehát sok olyan kézzel volt és van is még dolgunk, ahol az ujjak teljesen merevek, vagy több ujj hiányzik, vagy a kézfejek egy része esett áldozatul, vagy többszöri törést állottak ki a közézcsonkok vagy a kézöcsontok. Hasonló eredménnyel gyógyuló kézsérülteket ma is látunk nap-nap mellett az ipari és a mezőgazdasági balesetek után; ez indít részben arra, hogy beszámoljak azokról az eredményekről, amelyeket a mi „markoló-kézünk”-kel elértünk, amelynek első modelljeit 1916-ban mutattam be a Budapesti Királyi Orvosegyesületben. A markoló-kéz rendszerét ugyanis az idők folyamán teljesen kiépítettük és a vele ellátott sérültjeinket figyelemmel kísértük. Feltűnő volt, hogy közülük azok, akiknek az évek folyamán a készülékük elkopott, sűrűn fordultak hozzánk s fordulnak még ma is, hogy ismét segítségük hozzájuttatni őket. Jellemző továbbá, hogy egész idegen, ipari balesetet szenvedők is kérik a készülékkel való ellátásukat. Kérdőíveket küldtünk ki, tehát több ízben meggyőződünk róla, hogy a sérülés utáni években milyen mértékben használják még ezt a segédeszközt s az eredmény meglepő: ugyanis 71 közül használja 49; kezének érzékenysége miatt nem használja 11 és azért, mert invalidus állásba jutott és nincs szüksége rá, nem használja, szintén 11. A 49 közül aki használja, több írja, hogy az eszköz nélkül nem tudna megélni; van olyan, aki válaszában kéri, hogy csináltassunk neki többet, mert ha munkájában megsérül, mindjárt pótolni akarja. Ez az eredmény a másik ok, amiért ismertetem ezeket a kis segédeszközöket, illetve közülük azokat, amelyek beváltak.

Abban az esetben, ha az ujjak teljesen merevek, de az orsó-kézízületben megvan a mozgathatóság tenyér-kézhati irányban, akkor az egyszerű markoló-készülék (2. ábra) alkalmazzuk, mely egy az alkarra fűzhető bőrmannettából áll s annak tenyéri felszínére erősített acélvillából. Az egész gipszminta után készült s a villa ágai pontosan a merev ujjak közé illeszkednek be. A fogás úgy történik vele, hogy a kéz hátí irányban felemelkedik, a nyél vagy a megfogandó tárgy, a tenyér s az eszköz karja közé kerül s a kézfej hozzászorítja a rovátkolt fémlaphoz, az ujjak közé nyúló villa ágai pedig nem engedik kicsúszni (3. és 4. ábra).

A másik elterjedt típus a mozgóágú markoló (5. ábra), amely az előbbiétől annyiban különbözik, hogy a villa ágai a fémlap végén elmozdíthatók, ami által a kézfej mozgását jobbra és balra kísérhetik (6. ábra). Természetesen ezek csak ott használhatók, ahol ez a mozgás az orsó-kézízületben keresztlátható. Ez használható az ujjhiánynál is (7., 8., 9. és 10. ábra).

A harmadik féleség a csavaros markoló, melyet olyan kezekre alkalmaztunk, ahol a mozgathatóság a kézízületben is megszűnt. Ennek a lényege, hogy a fémlap tenyéri részébe egy csavarjáratot szerkesztettünk, amelynek segítségével a villát tartó rész közelíthető és távolítható (11. ábra), ami által a sérült a tárgyat a másik keze segítségével az eszköz és a tenyér közé tudja szorítani és ott rögzíteni (12. ábra a, b). Ennél látszólag tökéletesebb eszközt is szerkesztettem, mely a könyökízület mozgásával nyitotta és zárta a markoló karmát, továbbá olyant, amely egy tolószervezettel a fel-

karal működött együtt; de várakozásunk ellenére a csavaros markoló maradt meg használatban.

A fenti markoló segítségével a roncsoltkezű mezőgazdasági munkás hamar megtanult bánni az ásóval, kapával, kaszával stb., sőt képes azokkal kitarítón dolgozni. Az ipari foglalkozások egy részénél is jól beválik, mert asztalos, lakatos, kovács, szobafestő stb. szintén használhatja.

Abban az esetben, ha a kézfej vagy az ujjak nagyon érzékenyek, megfelelő kesztyűt készítettünk a sérültnek, amely az érzékeny helyen ki van párnázva. Télen különben is nagyon védeni kell különösen a rosszabb keringésű ujjakat a hideg ellen, ilyenkor a markoló vaskarját is posztóval vonatjuk be.

Sokan azért igyekeztek kihasználni az ilyen roncsolt kéz munkaképességét, hogy a kezét tokba foglalták s ennek a végére egy horgot vagy fémkarikát alkalmaztak; ez természetesen igen tökéletlen módszer, mert éppen azt hanyagoljuk el, amit kihasználnunk a leglényegesebb: a roncsolt kézben kisebb-nagyobb mértékben megmaradt érző-, tapintóképességet és helyi érzést.

Hasonló principium alapján készítette Walcher később az ő alkar-csonkjához az ellenlapot. 1917-ben Bauer közöl Spitzky intézetéből egy némileg a mi egyszerű markolónkhoz hasonló eszközt, s a Lange-féle orthopaediai tankönyv 1922-i kiadásában találunk egy a miénkhez szintén hasonló eszközt, mint a müncheni intézet modelljét. Csak a legutóbbi napokban találtam egy régi Mathieu-féle ábrára, ahol szintén hasonló elven alapuló segédeszköz látható.

Irodalom. Horion: Über den Gebrauch der Prothesen. Zeitschrift für Krüppelfürsorge. 1916, IX. kötet, 11. füzet. — H. Krukenberg: Über plastische Umwertung von Armamputationsstümpfen. Enke. Stuttgart, 1917. — Schlesinger: Der mechanische Aufbau der künstlichen Glieder, Ersatzglieder und Arbeitshilfen. Berlin, Springer, 1919. — Biesalski: Die Versorgung der Ohnhänder mit individuellen Armprothesen. Verhandl. der deutschen orthop. Gesellschaft. 1921, 502. lap. — Scheel P. F.: Krukenbergsche Stumpplastik und Prothese. Zeitschrift für orthop. Chirurgie 1920, 39. kötet, Ref. Zentralblatt für die ges. Chirurgie 1920, VIII. kötet 7. füzet, 492. lap. — Fraenkel J.: Der Krukenbergarm. Zentralblatt für Chirurgie 1922, 48. sz. 1793. lap. — Bauer F.: Münch. med. Wochenschrift 1917, 45. szám.

DIAGNOSTIKA

A hypoglykaemiás reakcióról.

Írta: Lax Henrik dr. és Petényi Géza dr. egyet. m. tanár.

Az insulin felfedezése számos új physiologiai s pathologiai összefüggés megismerésére vezetett. Ezek egy része szorosan összefügg a diabetes terapiájával, más része azonban ettől függetlenül megérdemli a vele való foglalkozást. Az egyik ilyen fontos megfigyelés a hypoglykaemiás reactio fellépése insulinadagolás után. Insulin adására a vércukorérték csökken; a hypoglykaemia kisebb vagy nagyobb fokának megfelelően enyhébb vagy súlyosabb toxikus tünetek lépnek fel: halványság, nagy gyöngeségérzés, izgalmi tünetek, szédülés, incoordinatio, beszédzavarok, collapsus stb. A toxikus jelenségek magyarázására általánosan azt veszik fel, hogy a vér cukortartalmának a csökkenése okozza. Tekintve, hogy dextrosénak intravenás, sőt per os adagolására s adrenalin injectióra is percek alatt javul a helyzet, tényleg nehéz elutasítani ezt a felvételt. Ennek dacára, régebben az adrenalinhypoglykaemiánál tett tapasztalataink alapján* azt hisszük, hogy bizonyos korlátozások szükségesek ezen tétel általánosításánál, mert sok esetben észleltünk extrém hypoglykaemiás értéket, mindenféle úgynevezett hypoglykaemiás reactio nélkül. Ezen kísérleteinkben kimutattuk, hogy az adrenalinnak a vércukorra való hatása nemcsak annak emelkedésében, hyperglykaemiában nyilvánul, hanem szabályszerűen következik egy második hypoglykaemiás phasis is. A hypoglykaemia egészséges felnőtteknél s gyermekeknél nem nagyfokú, 19–27%. Várat-

lan eredményeket kaptunk, amikor tetaniásoknál is vizsgáltuk az adrenalinglykaemia lefolyását. Tetaniásoknál az adrenalinglykaemia, kevés kivételtől eltekintve, jóval kisebb, a hypoglykaemia pedig jóval nagyobb s elnyúltabb lefolyású volt, mint normalisoknál. Találtunk eseteket, ahol adrenalin adása után egyáltalán nem fejlődött ki hyperglykaemia, ennek dacára a nagyfokú hypoglykaemia éppúgy bekövetkezett, mint a töbinél. Összesen 29 esetben észleltünk hypoglykaemiás értéket. A vércukorérték 16 esetben volt 0.06–0.07, 7 esetben 0.05–0.06, 3 esetben 0.03–0.04% között és egy esetben egy felnőttél 0.028%. Mindezeknél egyetlen esetben sem láttunk toxikus tüneteket. Az insulinhatásnál is leírják, hogy individualis különbségek vannak a hypoglykaemia iránti érzékenységekben, azonban itt olyan nagy számokról van szó (29 eset), hogy nem lehet felvenni, hogy mindegyik épp abba a csoportba tartozott, amelyik nem érzékeny a hypoglykaemiával szemben. Megállapíthatjuk tehát, hogy igen alacsony vércukorértékek fejlődhetnek ki (0.028%) toxikus tünetek nélkül. Hozzá kell még tennünk, hogy két olyan momentum van, ami lényeges különbséget ad az insulin-hypoglykaemiával szemben; az egyik, hogy tetaniás egyénekről van szó (az extrém hypoglykaemiáknál) a másik, hogy adrenalininjectio mentelőre. Elképzelhető, hogy ezek olyan feltételeket hoznak létre, hogy a hypoglykaemiának nincs toxikus hatása. Más megfigyelések is erre utalnak. Parnas és Wagner közölték egy jól megfigyelt esetet, egy komplikált belső secretiós megbetegedést, ahol normalisan nagyfokú hypoglykaemia volt, sőt ismételtén egyáltalán nem tudtak cukrot kimutatni a vérben. Ismeretes továbbá, hogy dystrophia adiposogenitalisnál és myxoedémánál nem tartoznak a ritkaságok közé a 0.06%-os vércukorértékek. Összefoglalólag megállapíthatjuk, hogy a „hypoglykaemiás reactio“, a hypoglykaemiás intoxicatio csak insulinhypoglykaemiánál jön létre, más körülmények között (tetania, adrenalinhypoglykaemia, egyes belsősecretiós elváltozások) a hypoglykaemia magában véve nem vezet intoxicatiohoz.

További kísérleti vizsgálatok folyamatban vannak annak eldöntésére, hogy miért hiányzik a toxikus tünetcsoport az adrenalinhypoglykaemiánál és miért van jelen az insulinhypoglykaemiánál.

THERAPIA

A debreceni egyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Nagydosisú lépbesugárzás a Werlhof-kór terapiájában.

Írta: Nagy Géza dr. egyet. tanársegéd.

A Werlhof-kór gyógyításában az első komoly aetiologiai kísérlet a Kaznelson által ajánlott „splenektomia“ volt, melynek elméleti megalapozásául az az analogia kínálkozott, mely Eppinger vizsgálataira támaszkodva, haemolysissal járó anaemiáknál szintén a pathogen lép kiirtásában rezultálódott.

A primaer lépártalom megmagyarázására két feltevés áll szemben egymással: az Eppingeré és a Hirschfeldé. A primaer „hypersplenia“-s haemolysises és a primaer dyshormoniás „myelotoxiciosis“-os. A Werlhof-kór Franknak a közleményei révén került a vita előterébe, aki továbbfejlesztette a Hirschfeld és Klemperer által lefektetett tanokat, a lép belső secretiós úton a csontvelőt reguláló-bénító-mérgező hatásáról. Frank „leukosplenineket“ supponál, s primaer „leuko-myelotoxiciosis“-ról ír, melynek következménye lenne az „aleukia“, s későbbi „panmyelophthisis“. Ez az álláspont tükröződik vissza az „essentialis thrombopenia“ elnevezésben is.

A Frank-féle theoria nagyon sok rokonságot mutat a Banti tanaival, s ismereteseke a Banti lép ki-

* G. Petényi u. „H. Lax“ Biochemische Zeitschrift 125.

irtásának kedvező kilátásai. A splenektomia tehát *Frank* felfogása szerint is jó eredményekkel kecsegtet.

Az első kísérletek a várt eredménnyel jártak a thrombocytaszám pár óra alatt százezrekkel emelkedett, s a diathesis engedett némileg, de a kezdeti entusiasmusnak lassan ugyanaz a csapódás lépett a helyébe, mint az anaemia perniciosánál végzett splenektomiáknál. A thrombocytaszám ismét a régi értékre süllyedt, a haemorrhagiák visszajöttek s ha talán intenzitásában csökkent mértékben is, a régi klinikai és haematologiai kép tért vissza. Ma általában ugyanaz az álláspont, mint anaemia perniciosánál: a lépkiirtás hatalmas ingere a csontvelőnek s pár hétig tartó remissiót idéz elő a betegségben, a recidiva azonban feltartóztatlanul bekövetkezik. Ezt a csekély eredményt pedig az operatio rizikója nem éri meg.

Néhány értékes tanulsága azonban mégis maradt a műtétnek, melyeket a kivett lépek, s néhány sectióra került eset csontvelőjének szövettani vizsgálata nyújtott. *Kaznelson*, *Trembur*, *Foerster*, *Sternberg* stb. ugyanis a csontvelőből készített kenetben teljesen épnek látszó, s inkább regeneratóra, mint pusztulásra mutató számú megakariocytaikat, a lépnek sinusaiban és pulpájában pedig halmazokban fekvő, rengeteg thrombocytát találtak. Ezen leletek *Frank*nak a felfogását teljesen theoretikus értékűvé teszik s arra mutatnak, hogy valóban a thrombocyta fokozott pusztulásáról van szó, „thrombolysis“-ről, amely kórlényeg a *Kaznelson* által ajánlott „thrombolytikus purpura“ elnevezésben is megnyilvánul.

Kaznelson a thrombolysis centrumát a reticulo-endothelialis apparátusban, főleg pedig ennek reprezentáló tagjában, a lépben látja, dacára annak, hogy egyébként a kórképben semmi olyan tünet nem fordul elő, melyből fokozott lépfunctióra lehetne következtetni, s a splenomegalia sem tartozik a chronikus Werlhof-hoz. Mi — másutt kifejtett gondolatmenetünk eredményeképpen — ellentétben az „essentialis“ thrombopenia“ fogalmával, s a thrombolysis centralis (splenogen) elképzelésével — a kórkép lényegét illetőleg ahhoz az állásponthoz csatlakozunk, mely a diathesis alapját a capillarisok megbetegedésében, az endothelhártya szakadékonyságában keresi, s a thrombopeniát tisztán secundaer jellegűnek tartjuk. Az endothelfal szakadékonysága, fragilitása minden valószínűség szerint gyermekkorban kiállott fertőző betegségek utókövetkezménye (exanthemás scarlatina, morbilli, variola, rubeola, typhus stb.), mely disponált szervezetekben, esetleg fokozott vasodilatatoros hormonhatásokra, neuroparalytikus ingerekre (vagotonia, ovarium-krízisek, menstruáció) spontán jelentkező purpura-eruptióban nyilvánul, egyébként azonban, vagy csekélyebb mérvű laesio esetén évekig, sőt egy életen keresztül is latens maradhat, s csak a pozitív *Rumpell-Laede*-tünetben, kisebb traumákra is szélesen mutakozó ecchimosisokban manifestálódik. Ismerjük a vérelemezkek nagy jelentőségét a capillaris-vérzés csillapítása szempontjából. A néha a láthatóság határáig nem is emelkedő vérzések, a beteg endothelhártya mellett állandónak mondható extravasatiós hajlam, a számtalan miniatűr trauma folytonos, izolált thrombocyta-pusztuláshoz vezetnek, mely, ha a csontvelő gyöngye regenerációja miatt nem tud többé kompenzálódni, secundaer thrombopeniához vezet, éppen úgy, mint egy állandóan vérző ulcus ventriculi secundaer anaemiát okoz. A keletkezett állandósuló thrombopenia circulus vitiosus teremt, amennyiben a vérzések terjedelmesebbek lesznek, aminek viszont fokozottabb thrombocyta-szétesés a következménye.

Dacára annak, hogy mi tehát a lép fokozott működésének, pusztán mint előkészítő és elősegítő momentumnak tulajdonítunk jelentőséget, a splenektomiának, mint hatásos symptomás gyógy módnak tanulságait elfogadtuk, eredményeit értékeltük, s megkíséreltük a lépfunctio kikapcsolását — a véres műtét veszélye nélkül nagydosisú lépbesugárással elérni.

A lépbesugárást, mint haemostaticumot *Stephan* vezette be a terápiába, s azóta hatásmechanizmusa s

gyógyító értéke körül széleskörű vita fejlődött ki. *Stephan* szerint a lép, mint centralis „Koagulationsorgan“ hormonalis úton befolyásolja a capillaris-fal tonusát, dysfunctiója az endothel sérülékenységét, permeabilitásának fokozódását idézi elő, mely klinikailag a pozitív E. S. (endothel-symptoma), s a vérzési idő megnyúlásában nyilvánul. Kisdosisú lépbesugárással ($\frac{1}{3}$ ED. 25 cm F) a reticulum-sejtek fokozott működését kívánta elérni, ezen sejtek lennének ugyanis az endokrin befolyás termelői, mely mellett, mint a „thrombozym“ anyasejtjei az alvadás chemismusában is szerepet játszanak. *Stephan*nak ezen magyarázatát a legtöbb szerző nem fogadta el, hanem a besugárzás folytán előállott nagyfokú sejtszéteséssel keres okozati kapcsolatokat. Így *Szenes* (Münch. med. Wochenschr. 1920.) kimutatta, hogy más mirigyes szerv besugárzása folytán is megrövidül a véralvadás ideje in vitro. A sejtdestruictió exact módon először *Heinecke* mutatta ki, aki már 1904-ben tanulmányozta kutyákon a lépbesugárzás hatását (Münchener med. Wochenschr.), s már fél óra múlva a folliculusok nagymérvű pusztulását észlelte, mely 12 óra múlva érte el maximumát. Haemophiliasoknál végzett lépbesugárzás hatása gyanánt klinikailag a vér alvadási idejének némi megrövidülését észlelték, mely azonban akkor is jelentkezik, ha a vért in vitro, vagy pedig a lekötött vena jugularisban sugározzuk be. *Wölisch* például a lép eltávolítása után semmiféle zavart a vér alvadásképeességében nem látott, s a viszonyokat jellemzi, hogy splenektomizáltaknál végzett léptáji besugárzások az irodalmi adatok szerint, hol az alvadási idő jelentékeny megrövidülését eredményezték, hol pedig minden effectus nélkül maradtak.

Mi, midőn a lépbesugárást a Werlhof-kór terápiájában alkalmazni kezdtük, nem a lépfunctio fokozását kívántuk elérni, sem pedig a sejtszétesés folytán előálló megrövidülését a coagulatiós időnek, hanem ellenkezőleg a lépfunctio kikapcsolását, bénítását céloztuk, s így *Stephan* kis adagjaival ellentétben $\frac{1}{4}$, sőt teljes erythema-dosist alkalmaztunk. Ösztönzésül szolgáltak azok a kedvező eredmények, melyeket *Caronna* és *Denning* Banti-lépek besugárzásával elértek. A besugárást 4 hét, néha 6 hét múlva is megismételtük.

Első betegünk egy hat hét óta tartó, kiterjedt, purpurás exanthemával, bő haemoptoeval, szurokszerű széklettel, melaenával és nagyfokú thrombopeniával járó acut Werlhof volt, melyet két hétig hiába kezeltünk intravenás calcium-injectiókkal. Egyetlen nagydosisu besugárással vérzékenysége teljesen megszűnt. A harmadik napra E. S.-percussiók tünet negatív, öt nap múlva megjelentek a vérben az első thrombocyta, két hét múlva számuk 70.000, s négy hét múlva bekövetkezik a restitutio ad integrum. Dacára ennek újabb besugárást kap, s azóta körülbelül 1 év óta semmiféle haemorrhagiás symptomát nem észlelt, s a nyolc hó előtt megejtett vérvizsgálat teljesen normalis viszonyokat mutatott.

Két másik, acut thrombopeniás purpura exanthemánk, egyik luessel, másik súlyos, lövés sérüléssel kapcsolatos, egyetlen besugárással teljesen meggyógyult.

A chronikus, constitutionalis purpuráknál ilyen maradék nélküli gyógyulást, sajnos, a betegség természeténél fogva elérni nem sikerült, de mindenesetre olyan állapotba hozhatók, amilyenben — saját bevallásuk szerint — évek óta nem voltak.

Egyik nőbetegünk, akinél 15 éves korban, súlyos virginalis metrorrhagiákkal kezdődött a purpura, s azóta évente 2–3-szor recidivál, makacs orr- és ínyvérzésekkel, petechiákkal, jelenleg, ismételt, nagydosisú lépbesugárást követően: 16 hónap óta nem vérzik, 9 kilót hízott, menstruációja 3–4 napig tart, s a vérben normalis számban, jól koagulálódó thrombocyta mutatathatók ki. Úgy az E.-S., mint a percussiók kísérlet negatív, s csak a kissé duzzadt ínyhús, mely fogkefe-használatnál még mindig könnyen sebződik, emlékeztet a súlyos diathesisre. Ez az egyetlen esetünk, hol a lépfunctio részleges kiesésnek jeleképpen, a vérkenetben néhány Jolly-testet tartalmazó erythrocytát sikerült felfedezni.

Másik, constitutionalis Werlhofunk, hol az eruptióknak ovarium-krízisekkel való szembetűnő össze-

függése még szorosabb volt, az első besugárzás után 8 kilót hízott, vérzései, anaemiája megszűnt. Az előbb pozitív E.-S.-percussiók tünet negatívvá változott, s a vérkenetben három hét múlva a thrombocyták száma jelentékenyen megsaporodott, s köztük 7–8 mikron nagyságú, szerintünk regenerációra mutató alakot lehetett találni. Vérzései: 8–10 napig tartó profus menstruációk, s ezzel kapcsolatos kiterjedt purpura foltok, orr- és nyálkahártyavérzések azóta nem jelentkeztek. Négy hét múlva megkapta a második dosist, s jelenleg három napig tartó, s minimális vérvesztéssel járó havibaj után egyedül kissé laza inyhása utal a szunyádó haemorrhagiás diathesisre, mely miatt fogkefét használni nem tud. Ennél a betegnél a kissé duzzadt nyak, fényes szem, szapora pulsus, s a besugárzást követő 12%-os eosinophilia multiglandularis affectióra utal.

Figyelemreméltó volt a *vérzési idő* viselkedése a klinikai gyógyulás folyamán: a besugárzást követő 3–5. napon, midőn az E.-S. és percussiók tünet már teljesen negatívvá vált, a vérzési idő, ha nem is érte el eredeti értékét, de mégis a normalisnak többszörösére, 10–15–20 percre nyúlt ki. Rendszerint csak a 3., 4. héten, midőn már a thrombocytaszám a normalis niveau körül mozgott, találkoztunk 3–6–8 perces vérzési idővel, s míg acut esetekben a javulás rövidesen a rendes 2½–3 perces időtartamig folytatódott, addig idősült formáknál az eredeti állapot hónapok múlva sem tért vissza teljesen, jelölül annak, hogy ez a tünet kombinációja a thrombocyta-szegénységnek és a constitutionalis capillarisfragilitásnak.

Első kísérleteinkben kizárólag a lép functionalis bénítása volt a célunk, de azon észleletek, melyeket a gyógyító hatás kifejlődésénél tettünk, arról győzték meg, hogy figyelembe kell vennünk a sugárnyaláb irányába eső *mellékvesének* szerepét is. Mint ismeretes, az általános biológiai alaptörvény, az *Arndt-Schultz*-szabály a Röntgen-sugarakra is érvényre bír, s ennek a szabálynak engedelmeskednek a belső secretiók mirigyek is, kis inger fokozott elválasztást, nagy inger esőkként működést eredményez. Az a sugárnyaláb, mely a lép endokrin phasisára bénítólag hat, a jelentékenyen mélyebben fekvő mellékvesére s a lágyrészekkel vastagított szűrőn keresztül irritáló hatást fejthet ki. A mellékvese velőállománya, mint tudjuk, adrenalin termel, mely sympathicotoniás hatása révén közvetlenül befolyásolja az endothelfal tonusos állapotát, melynek eredménye a capillarisok contractibilitásának fokozódása, az endothel-secretio, s a permeabilitas csökkenése. Ezt a felfogást támogatja az az észlelet, hogy az intramuscularis adrenalin-injekciókkal néha kedvezően, habár csak átmenetileg, befolyásolni lehet a haemorrhagiás diathesist, továbbá az a véletlen tapasztalat, hogy lépbesugárzások nyomán évek óta fennálló bronchialis asthmával kombinált esetekben hónapokig tartó tünetmentesség következett be.

A gyógyító-hatás tehát kétphasizú, első: a *capillarisfal állapotának, tónusának, szakadékonyságának feljavítása*, melyet *Stephan* reticuloendothelialis elemek ingerlése, mi a mellékvese velőállományának túlproductióra serkentése által kívánunk elérni, a másik a *csontvelő felszabadítása, s a thrombocyta-regeneratio megindulása*, melyet részben a lépbefolyás gyengülése, részben pedig a vérzések megszűntével a csontvelő tehermentesítése segít elő.

Irodalom: *Frank*: Essentielle Thrombopenie-Aleukia haemorrhagica. Berl. klin. Woch. 1915, 18–19. sz. — *Frank*: Über haemorrhagische Diath. etc. — *Brugsch*: Ergebnisse. 1922, III. köt. — *Stephan*: Blutung etc. Münch. med. Wochenschrift 1920, 11. sz., 1921, 22. szám. — *Julius Rother*: Röntgentherapie. — *Krass-Brugsch-Neuffer*: Über Milzbestrahlung etc. Münch. m. Woch. 1921, 2. sz. — *A. T. Jurasz*: Zur Frage etc. Blutstill. Zentralblatt f. Chirurg. 1920, 27. sz. — *Seitz und Wintz*: Strahlentherapie, 1920, Sonderb. 1. sz. — *L. Drey und H. Lossen*: Strahlentherapie, X. köt., 2. füz. — *Wöhlich*: Untersuch. bei Splenektomierten. Münch. med. Woch. 1921, 8. sz.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diatétis kezelése.

6. Szénhydratszegény étrend.

A diabetes könnyű alakjainál és az öregkori *glykosuriáknál* aránylag igen hamar tűnik el a cukor a vizeletből, ha a táplálkozásból kizárjuk a szénhydrátokat. Azonkívül olyan esetekben, amidőn a glykosuria nélküli vagy minimális glykosuria mellett fenálló tüneteket, mint pruritus, gangraena, furunculosis, ekzémák stb. a vér megsaporodott cukortartalmára, a *hyperglykaemiára* lehet visszavezetni, igen jó eredményeket érhetünk el szénhydratszegény étrend alkalmazásával.

A szénhydratbevitel egyszerű megszorítása konyhatechnikai szempontból nem nehéz: megtiltjuk vagy korlátozzuk az étrendben a cerealiák, az amylaceák és a cukortartalmú élelmiszerek fogyasztását. A szénhydratmegvonás szigorú keresztülvitelénél a konyhatechnikai feladatunk 1. az lesz, hogy *kiválogassuk a szénhydratszegény élelmiszerfajtákat és azokat esetlegesen szénhydrattartalmuktól részben vagy teljesen megfosszuk*; 2. a *szénhydratdús élelmiszereket*, amelyeket a táplálkozásnál nem szívesen nélkülözünk, *pótanyagokkal helyettesítsük* és végül 3. az ételeket csak olyan konyhatechnikai eljárásokkal készítsük el, amelyekhez *nem kell szénhydrattartalmú tápszereket felhasználnunk*.

A teljesen szénhydratmentes élelmiszerek közül a legváltozatosabban a *hús* készíthető el. Nálunk túlnyomórészt marha-, borjú- és sertéshúst fogyasztanak. Sajátságos mellékizük miatt csak kevesen szeretik az ürü- és bárányhúst. Lóhúst nálunk csak a szegényebb néposztály vásárol. Ritkábban kerülnek asztalra, magassabb piaci árak miatt, a szárnyasok, vadak, vadszárnyasok és halfélék. A *zsigerek* közül a nyelv, szív, vese, tüdő, agyvelő, csontvelő és a mirigyek, az izomszövethez hasonlóan, szénhydratmentesek; a májból azonban sokat fogyasztani ne engedjünk, mert a hízott libamáj kivételével, több-kevesebb glykogenet tartalmazhatnak.

A húst forró vízben *megfőzni* egész darabban szoktuk. Ilyenkor két terméket nyerünk: a húslevest és a leveshúst; mindkettőnek az értéke az extractivanyagtartalomtól függ. Nagyobb darabban a húst *megsütni* a sütő forró levegőjében, nyárson vagy rostoson lehet, szeletekre vágva vagy elverve pedig akár naturelle, akár tojáspanade-ban forró zsírban *kirántják*. A sütés és főzés előnyeit egyesíti a *párolás*, amely eljárásnál a húsdarabot előbb felületesen megfuttatjuk (saisierozzuk), majd az izletes pörzsanyagok képződése után vízzel feleresztve a vizes zsírban megpuhulásig főzzük tovább (santierozzuk). A magyaros konyhában a saisierezés, a *pörkölés*, olyan forró zsíron történik, amelyben előbb vagdalt hagymát pirítottunk és a hús betevése előtt paprikával meghintettünk; így készülnek az annyira jellegzetes pörköltök, paprikások, gulyás, halászlé, tokány stb.

A *hentesárúk* közül a füstölt húsok, a sonka és téli-szalámi szerepelhet a szénhydratmentes étrendben. A kolbászfélék, virstlik, hurkák és pástétomok közül csak azok, amelyek készítésénél nem használtak fel kenyeret, burgonyát, lisztet vagy rizst.

A húsból kivont extractivanyagok a diabetes-konyhában természetesen egészen kizsírítják a levesek, mártások és főzelékek elkészítésénél a rántást. A hamislevesek helyett kizárólag húsleveset adhatunk, és pedig vagy egyszerű húslevesnek, vagy erőlevesnek, consomménak vagy barnalevesnek találva, tojás-, hús- vagy főzelékből álló levesbevalóval.

A szénhydratmentes ú. n. valódi mártások egyik alapanyaga a peccsenyemártás, a *jus*, amely alatt azt a zsíros levet értjük, amit a húsdarab sütése közben magából kiizzad és amely a serpenyő alján összegyűlik. Tejfellet elkeverve készül ebből a vadas-sauce. Valódi mártások továbbá a tojássárgája és olajból készített sauce mayonnaise és a tojássárgája és vajból kevert sauce hollandaise, valamint a magyaros konyha zsírban pirított hagymás, paprikás és tejfellet feleresztett mártása, a *sauce hongroise*.

Nagy szerepet játszanak még a húskivonatok közül az *aspique* és a *gelée*. Ha collagen-gazdag húsrészeket, mint borjúfejet, borjúlábat és csontot, lassú tűzön órákig főzünk, olyan húslevet nyerünk, amely kihűléskor

megszilárdul. Ezt a tulajdonságát egyéb élelmiszerek formába való szilárdítására lehet kihasználni: szoktak beletenni tojást, hűspurée-t, főzelék- és húsragdálékot. Gelée-nek azon ételeket nevezzük, amelyeket 3–4%, táblákban kapható gelatinnal vagy vizahólyaggal dermesztettünk meg. Amíg az aspique hússal együtt főzéssel készül, tehát sós ízű, addig a gelée-alapanyag indifferens ízű és ezért rendszerint édesítik.

Szénhydratmentes élelmiszer továbbá a *tojás* is, amelyet héjában megfőzve, leggyakrabban mint lágy-tojást vagy keménytojást készítünk el. Ha a tojás tartalmát héjából kieresztve úgy akarjuk elkészíteni, hogy a fehérje és a sárgája külön-külön alvadjon meg: a forráshoz közelálló hőfokú ecetes vízbe eresztve a buggyantott- vagy bevert-tojást, az *œuf poché*-t nyerjük; kis porcelláncsészébe ültve és abban a megalvadásig vízfürdőn hevítve készül az *œuf en cocotte*. A süto melegével süthető meg a tojásfészkek, forró zsírba eresztve pedig a tükörtojás. Ha a tojás fehérjét és sárgáját összehabbarva tesszük ki hőbehatásnak, úgy ezen alapanyagból vízfürdőn való melegítéssel a tojáslepény, az *estouffade* forró vízbe csurgatva a csurgatott tojás és zsírban kisütve a rántotta készíthető. Egyéb élelmiszerekkel zsírban együtt süttött tojásételek közül a sonkás tojás, a *ham and eggs*, a szalonnás tojás, *bacon and eggs* és a sajtos tojás közkedveltek. Tojáshabbal kevert habart-tojásból palacsintasütőbe tett forró zsírban *omeletteket* süthetünk ki. Habbá vert egész tojásból készülnek, minimális liszt hozzáadásával, a tojáshabkenyerek.

A tejeukor iránt a diabetikus szervezet toleranciája általában csekély és ezért *tejet* szénhydratszegény napon nativan ne adjunk, hanem csak olyan tejkészítményt vagy tejterméket, amely tejeukrot nem tartalmaz. Ilyenek többek közt a magas zsirtartalmú, habnak való tejszín és az édes vagy savanyú tejföl, valamint a sajtok. A *sajtok* közül lehetőleg ne adjunk íróból készült sajtot, hanem lágy, zsíros vagy kemény, sovány fajtát; az előbbi típusa a crême-sajt, pl. az Imperial, az utóbbi a Parmesan, Roquefort és Camembert-féle éret magyar sajtok, pl. a pálpusztai és a pusztadőri. A parmesan-típusú kemény sajtokat reszelni is lehet és az ilyen reszeléket igen jól lehet zsemlyemorzsa helyett panierozáshoz és gratinierozáshoz felhasználni. Túrót is adhatunk minden elkészítési formában, ha előzőleg vízben esetleg bennmaradt tejeukrából jól kimostuk.

A *vajjal* fedezzük a caloriaszükséglet legnagyobb részét, részint nyersen vagy különféle ízes anyagokkal ízesítve, részint az ételekbe belekeverve vagy azokkal együtt felhevítve. Egyéb zsírfajták közül a disznózsíron kívül változatosságnak sokaságot, csontvelőt, füstölt vagy paprikás szalonnát, libazsirt, adhatunk. Nálunk sem margarint, sem étolajat általánosan nem használnak. Az utóbbit még leginkább salátához, vagy az olajos sardiniával fogyasztják.

Igen változatossá lehet tenni az étrendet a *salátá-félékkel* is, amelyeket citrommal, ecettel, sóval és olajjal vagy mayonnaise-zel ízesíthetünk, esetleg tojást, szalonnát, mustárt vagy tejfölt is felhasználva.

A *főzelékek* közül csak a szénhydratszegény fajtákat adhatjuk sós vízben vagy húslevesben megfőzve vagy gőzölve akár angolosan, akár franciásan tálalhatjuk. Ízesítésre füstölthúst, kolbászfélét vagy szalonnabőrt adhatunk hozzá, kötésre pedig tejfölt használunk fel. Némely főzelékfélét tölteni is lehet, és pedig vagy úgy, hogy az anyagába üreget vájunk és azt farce-szal, töltelekkel kitöltjük, vagy pl. leveles főzelékeknél a tölteleket a levélbe begöngyöljük. Tölteni lehet különböző húsragdálékkal, tojást, gombát, petrezselyemzöldjét, borsot és paprikát keverve belé. A töltött főzelékeket gyakran szokták vaj, tojás és tejfelből álló *sauce graine*-nel leöntve és sajtreszelékekkel meghintve sütőben újra átsütöni: gratinierozni. Purée-vé törve a főzeléket, oly alapanyagot nyerünk, amelyet tejfellet és tojással kötve vagy mint purée-ételt, vagy egyéb már említett formában szilárdítva tálalhatunk.

Noorden felhívja a figyelmet arra, hogy bár az élelmiszertáblázatokban a főzelékek szénhydrattartalma aránylag magasanak látszik (3–10%), ebben az értékben a hemicellulose, a pentosók és pentosanok is bennfoglaltnak, amelyek részint nem igazi cukorképző anyagok, részint már a bélben elerjednek és így a cukoranyag-cserében nem játszanak szerepet. Hosszú főzéssel csaknem teljesen meg lehet szabadítani a főzeléket szénhydrattól, de ez nem mondható nagy előnynek avval a nagy hátránnyal szemben, hogy velük együtt értékes ásványi sók, ízes anyagok és vitaminok is kiöntenek

a főzővízzel és nem marad vissza más, csak az ízetlen celluloseváz. Elegetdőnek tartja tehát a főzelékek 1–2 perces leforrázását, blanchierzását.

Amikor a szénhydratokat szigorúan kell kerülnünk, természetesen *gyümölcsöt* nem adhatunk, legfeljebb fiatal rhebarbara-szárat, éretlen egrest és áfonyát megfőzve és saccharinnal édesítve compote-nak. A gyümölcslevek elerjesztésében szénhydratmentessé tehetők. A *maggyümölcsök* közül ízesítésre fel lehet használni néhány diót, mogyorót, mandulát vagy kevés mákot.

A cukorbetegnek édes íz utáni vágyát saccharinnal vagy krystallose-val édesített szénhydratmentes ételekkel elégíthetjük ki, amelyek közül a legtöbbnek a *crême* az alapanyaga. Crême többféle van. A tejszínhab-crême keményre vert édesített tejszínhab. A vajcrême cacaoporrall vagy kávéval ízesített édes vaj. A tejcrême vízfürdőn folytonos keverés közben tejszínnel sűrűre kevert tojássárgája. Ha ebbe az alapanyagba gelatint keverünk, a crême-gelée-eket nyerjük, amibe viszont ha tojásabot adunk, habcrême-gelée lesz belőle. Úgy a tejcrême-t, mint az elerjesztett és saccharinnal ízesített gyümölcsleveket fagylaltgépben *fagylalttá* szilárdíthatjuk. Az előbbivel a cacao-, vanília-, kávé-fagylaltot készítik, az utóbbiak közül a citromfagylaltot lehet megemlíteni. Kemény habbá vert és édesített tojásabot az *édes soufflé*-k alapanyaga, amelyet a megengedett ízesítővel változtatatosan lehet ízesíteni: pl. citrom-, narancs-, rum-, kávé-, cacao-, mandula-, bor- és habköch. Mozsárban megtört maggyümölcsökből pépet készíthetünk, amelyből kis szénhydratszegény édes-sütemények süthetők.

Ezen ételeken kívül adhatjuk mindazon italokat, amelyeket éheznapon felsoroltunk. Mint kenyérpótlékot jobb a szénhydratszegény étrendben tojásabkenyeret adni, mint pl. az aero-caces-eket.

Szigorú szénhydratszegény napon az étrendet a következő példa szerint lehetne összeállítani:

Reggelire: egy csésze saccarinos tea vagy kávé tejszínnel, egy lágytojás és vaj.

Tízórára: 50 g sonka és egy tojásból készült rántotta vagy ham and eggs. Sardinia és vaj.

Ebédre: erőleves egy tojással; vajban párolt karfiol, spárga vagy paraj; 120 g hús vagy hal főzelékkel; cukormentes édesség.

Uzsonnára: kávé vagy tea tejszínnel és vajjal.

Vacsorára: 80 g hús főzelékkel és salátával, 50 g sajt rettekkel és vajjal.

Éjszaka napra: egy tojásabkenyér, fél liter bor, feketekávé stb.

Ki kell emelnünk, hogy ezen étrendi előírás aránylag igen sok (120–160 g) fehérjét, és pedig túlnyomóan állati fehérjét tartalmaz. Amióta az állati fehérjék általános hatásait a glykosuriára megismertük, a szénhydratszegény étrend a többi diabetes-diaetákkal szemben jelentőségében egyre jobban kezd veszíteni.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

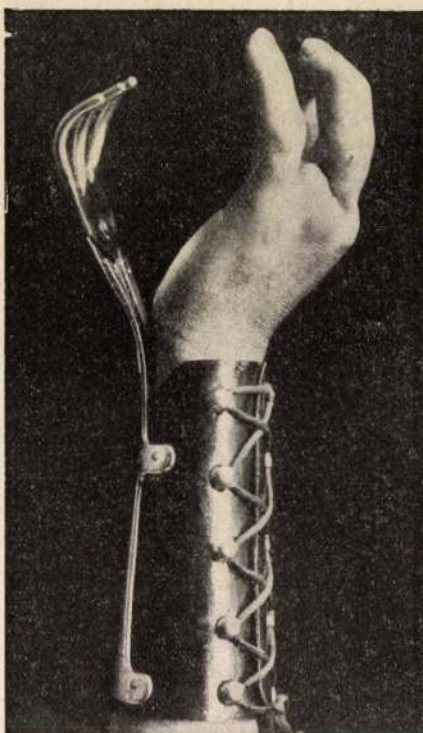
Belorvostan.

Experimentalis encephalitis-tanulmányok. Silberstein. (Wiener klin. Wochenschrift 1924, 2. sz.)

Szerző vizsgálatait Fuchs észleléseiből indulnak ki, aki azt a — már Pawlow és Nencki által is megállapított — jelenséget vizsgálta, hogy Eck-sipolyos kutyák egy része hústáplálásra klinikailag és szövettanilag az encephalitishez teljesen hasonló kórképet mutat. Fuchs a kórképet guanidin-mérgezőként fogta fel és sikerült is neki guanidin-mérgezéssel beteggő tett macskából vett agyvelőpéppel egészséges állatokra továbbvinni a betegséget. Szerző Eck-sipolyos kutyát hússal táplálva az encephalitis kórkép kifejlődését észlelte, a betegség négy nap alatt az állat elpusztulásához vezetett; a továbboltáshoz a kutya aseptikusan kivett agyvelőjét használta, agyvelőpéppel, bakteriumszűrőn át nyert filtratummal és glicerinnel konzervált agyvelővel dolgozva. Mindezekkel az anyagokkal subduralis oltással sikerült továbbvinni a betegséget, jelölő annak, hogy a kórképet egy szaporodó és filtrálható vírus okozza. A vírus jelenleg már a nyolcadik passage-ban van. A második passage-ból nyulakat is, részben subduralisan, részben cornealisan fertőzött, a fertőzött állatok típusos módon betegedtek meg és belőlük is több passage-on vitték már keresztül a vírust. Ezzel szemben olyan



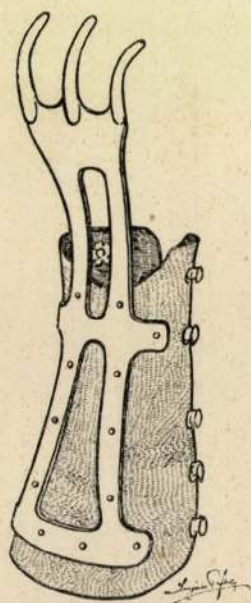
1. ábra.



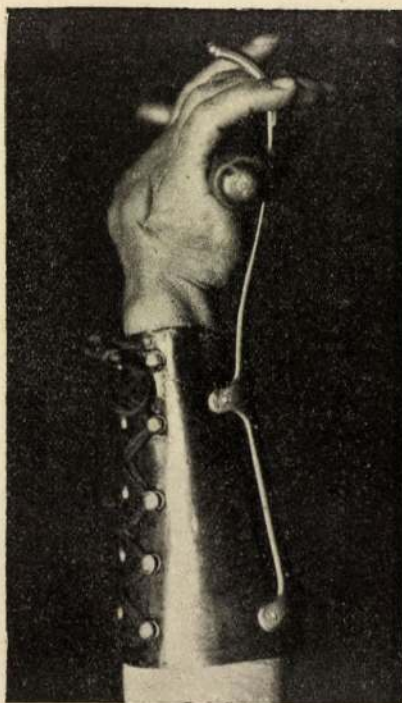
3. ábra.



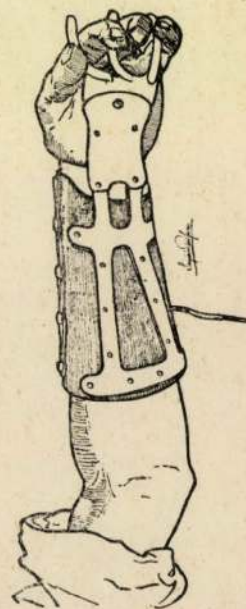
6. ábra.



2. ábra.



4. ábra.



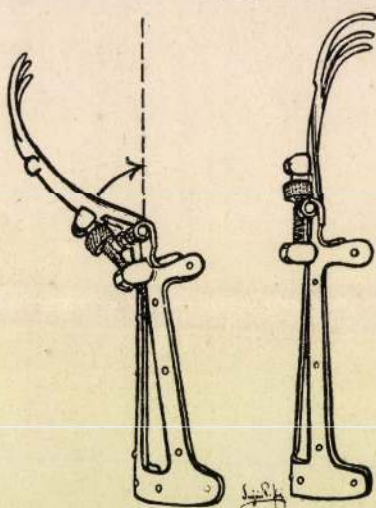
5. ábra.



7. ábra.



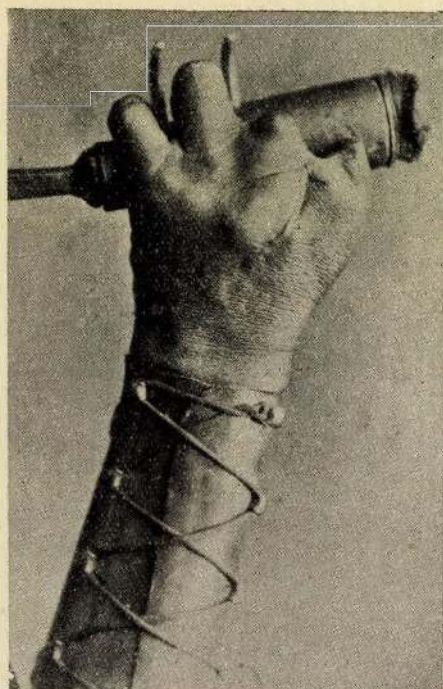
8. ábra.



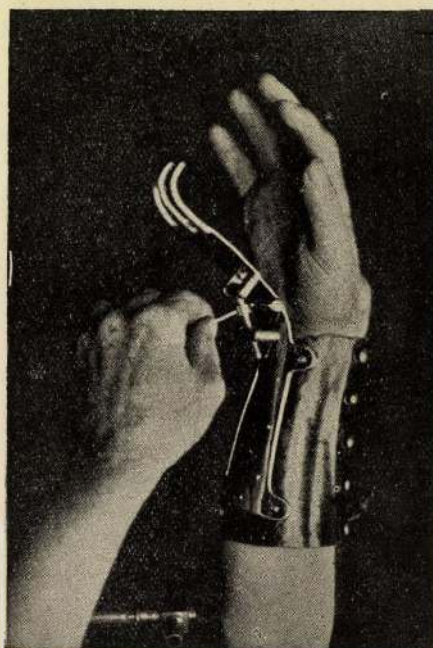
11. ábra.



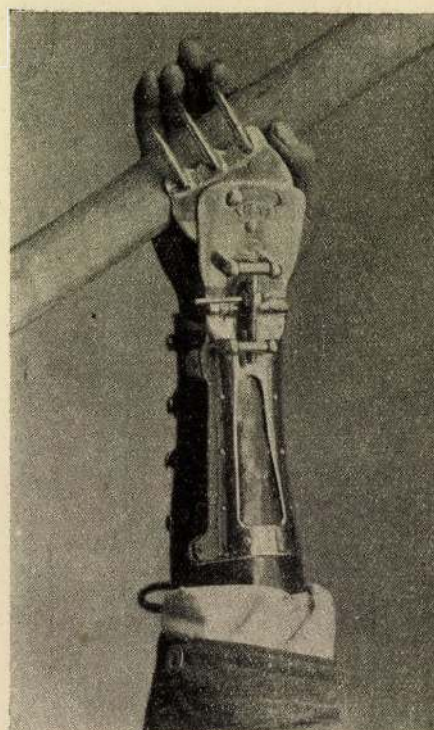
9. ábra.



10. ábra.



12a. ábra.



12b. ábra.

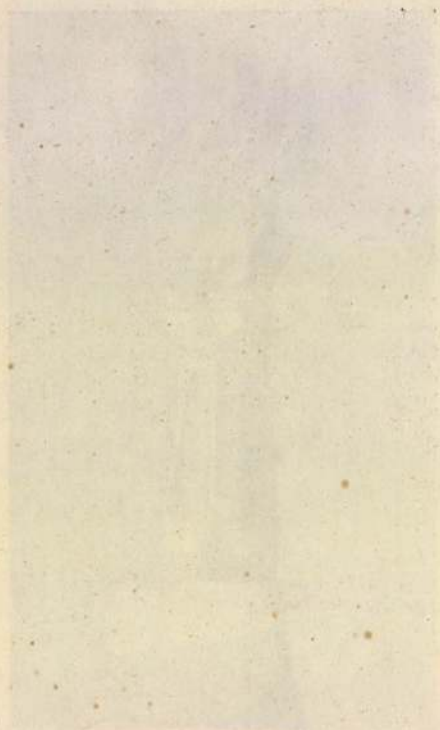
MELIKET
AZ ORVOSI HETILAP
1934. ÉVI 13. SZÁMA



Ábra. 1.



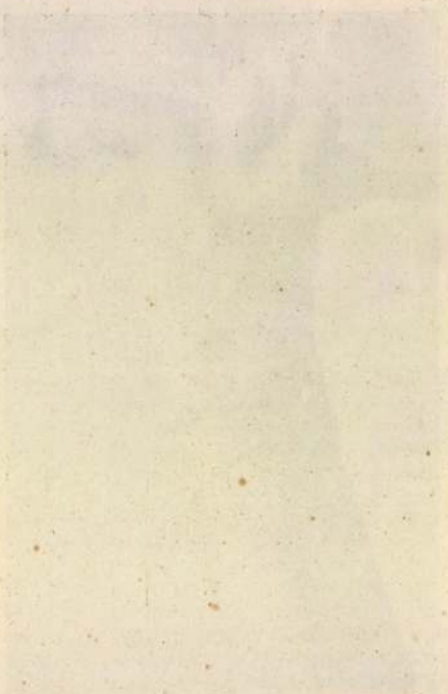
Ábra. 2.



Ábra. 3.



Ábra. 4.



Ábra. 5.

Eck-sipolyos kutyákban, melyek hústáplálás dacára sem kapták meg a betegséget, átoltás után sem tudtak vírust kimutatni. Minthogy az összes állatok kapják meg a máj kikapcsolása után a betegséget, arra gondoltak hogy a kórképet egy különben saprophyta kórokozó okozhatja és a májkirekesztés után megváltozó intermediaer anyagcseretermékek változtathatják meg úgy az erek és meninxek átjárhatóságát, hogy a vírus kórokozóvá válik, amit az is valószínűvé tesz, hogy nem az összes Eck-sipolyos állatok betegednek meg. Ennek kimutatására kutyák orrüregébe elhelyezett és 24 óráig benyújtott gaze-tupferek tartalmát szűrtek bakteriumok számára át nem járható filtereken és a nyert szűréddel egyes esetekben sikerült is intralumbalis vagy cornealis beoltással előidézni a kórformát.

A vírus nyulakat subduralis beoltással egész biztosan elpusztít, evvel szemben intravenás, intraperitonealis, subcutan és intracutan beoltásnál ártalmatlan. Ilyen módon hosszabb ideig immunizálva nyulakat, sikerült is meglehetősen virulens savót előállítani, mely a vírussal együtt adva megbetegedéshez nem vezetett, míg a kontrollkísérletek mindig letalisan végződtek.

Kísérleteik alapján valószínűnek tartják, hogy az encephalitis egy különben saprophyta vírus okozza, mely az intermediaer anyagcsere következtében a központi idegrendszer védekezőképességében beálló változás révén válik kórokozóvá, amit Dörr és Schnabelnek (referálva O. H. 1923, 8. sz., 94. o.) az encephalitis- és herpesvirus identitását igazoló kísérletei is hasonló értelemben igazolnak.

Cserna dr.

A cholecystitis typhosáról. Eugen Fraenkel. Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. 1923, 36. köt., 2—3. füzet.)

Typhus abdominalisban igen nagy számban távoznak el typhusbacillusok a bélsárban. Az epehólyagból nemcsak a betegség folyamata alatt, hanem azután is hosszú ideig, néha évekig állandóan ürülhet a bélbe typhusbacillus, mely az epeutakon át a májból jut az epehólyagba. A typhusbacillus, ha jelen van, sem okoz feltétlenül hurutot az epehólyag nyálkahártyáján; bár gyakran enyhe, makroszkoposan alig észrevehető gyulladást idéz elő, mely idővel teljesen meggyógyul. Sülyos, nekrozissal járó gyulladás igen ritka s csaknem kizárólag epekövek jelenlétében jelentkezik. Olyan stadiumokra osztható folyamat, mint amely a bélben zajlik le, mindezideig nem észleltetett. Az eddigi tapasztalatok alapján bacilluszgázok epehólyagjának kiirtása egyéb ok hiján nem javalható, mert egyrészt nem veszélytelen beavatkozás, másrészt mert a legjobb esetben is kétséges eredménnyel jár és a legtöbb esetben teljesen meddő lesz.

Vitéz Csik László dr.

Bőr- és nemikórtan.

A „sulfobadin“-ról. Stümpke. (Münch. med. Woch. 1923, 40. sz.)

Szerző kénes fürdő céljaira szolgáló és sulfobadin név alatt forgalomban levő praeparatúmról közli, hogy az újabb a régi folyékony formától eltérőleg, már szárított alakban is beszerezhető. Előbbi ugyan vízben könnyebben és tökéletesebben oldható, utóbbi azonban könnyebben szállítható és így egyszerűbb az alkalmazása. Nagy előnye a praeparatumnak, hogy nincsen meg a többi kén-paeparatúra jellemző penetrans bűze, a kádat nem piszkítja és kellemes subjectív érzést okoz. A sulfobadin nagyobb részben organikus kénnek dús kénartalmú olajos keveréke, melynek az a kiválósága, hogy a resorptio után colloidalis kén választ le, miért igen alkalmas tartósabb és mélyebb hatás kifejtésére. Felnőtteknél 3-szor, gyermekeknél 2-szer kell alkalmazni hetenként a sulfobadint. Szerző különösen jó eredményt látott a következő bőrbetegségeknél: parasitaer, constitutionális és scabies utáni eczema, impetigo kiterjedt acné, pruritus, prurigo, psoriasis, lichen ruber, dermatitis herpetiformis, pemphigus, diffus furunculosis, ulcera cruris, urticaria.

Doros.

Oldható higany sók a syphilis kezelésnél. Ries (Stuttgart). (Münch. med. Wochenschrift 1923, 40. sz.)

Az utóbbi időben forgalomba kerülő Hg-só-paeparatumok között legtöbb figyelmet érdemel a novasurol (Bayer), az oxymercurochlorphenoloxylsav Na

és a diaetanyl-malonylcarbomid kettős sója, mely relatíve magas adagot, mintegy 33·9% Hg-t tartalmaz. Mint oldható só depót nem hoz létre, hanem könnyen kiválasztódik a szervezetből. Így hatása nem olyan tartós ugyan, mint az oldhatatlan sóké és recidiva hamarabb bekövetkezik, de nagy előnye, hogy gyorsan hat, fájdalomtalan és mellékhatások, így stomatitis, albuminuria kevésbé könnyen keletkezik, mint oldhatatlan sók adagolása után. Különösen ajánlják érzékeny embereknek, úgyhogy mint mellékkúra oldhatatlan Hg-sóval végzett két kúra közé legyen közbeiktatva.

A novasurol előnyösen pótolja a Linser által bevezetett intravenás salvarsan-Hg kombinált injectióknál a sublimat hátránya ugyanis, hogy a salvarsanoldatot kicsapódása által sötétíti és átlátszatlanná teszi, s így az intravenás injectiális technikáját megnehezíti. Ezzel szemben a novasurol-salvarsan áttetsző, zöldes színű oldat, az aspirált vér benne jól észlelhető, a vénát nem arrodálja. Kezdő adag 0·45 g neosalvarsan + 1 cm³ novasurol, az egész kúrában nyújtott mennyiség 4·5 g neosalvarsan és 0·5 g Hg.

A syphilises tünetek gyorsan eltűnnek, mellékhatások általában nem zavarják a kezelést és egy kúrán belül a seroreactio is kevés kivétellel negatívvá válik.

Doros.

Saválló, kórokozó actinomyces (Nocardia) vizsgálata. D. J. Davis és Onfre Garcia. (Arch. of Derm. and Syph. 1923, 1. sz.)

55 éves nőnek, főképen a végtagjait megtámadó bőrtályogjaiban, amelyek a beteg szerint rózsas- és kaktuszszöveggel való sérülések helyén keletkeztek, egy a streptothrix-csoportba tartozó gombát találtak. A beteg egy hétig feküdt a kórházban, hol helybelileg bőrsavas borogatásokat, belsőleg pedig jódkáliumot kapott. Már kórházi tartózkodása alatt javult, távozása után pedig teljesen meggyógyult. 37·5 C°-on, szobahőmérsékleten, a legkülönbözőbb folyékony és szilárd táptalajon a gomba kifejezetten aerob módon, szilárd táptalajon szívósan a felülethez tapadva, jellemző földszagú hártya alakjában gyorsan és bőségesen kitenyészett. Cukros agaron 4—8 C° hőmérsékleten 5 héten át jégsekélyben tartott gomba csak lassan növekedett, s átójva csak néhány csőben tenyésztett ismét tovább. 50 C° 30 perc alatt 15 napos tenyészetet nem ölte el, a gomba 5 napon át, ilyen hőmérsékleten való tartása után is megtartotta átójthatóságát. 65 C° sokszor már 10 perc alatt, 30 perc alatt pedig biztosan megölte a parasitát. Fiatal tenyészetekben elágazódó fonalakat, egy hetes vagy öregebb tenyészetekben pedig nagy duzzadt fonalakat vagy pálcikaszerű bunkókat találtak, melyek olykor rosettaszerűen rendeződtek el, később segmentálódtak és kerek vagy hosszúkás spóraszerű testek alakjában leváltak a myceliumról. Ismét máskor conidiumszerű képződmények alakultak ki. A mycelium sohasem segmentálódott. A gombából kikent készítményben a gomba tökéletesen sav-alkoholálló és Gram-positív volt. Amíg carbolfuchsinnal festett fiatal tenyészetek sav-alkohol-kezelésre elszíntelédtek, addig öregebb tenyészetek teljesen sav-alkoholállóknak bizonyultak. A savállóság foka egyenesen arányos volt a tenyészet korával. Antiformin, akár saválló volt a tenyészet, akár nem, feloldotta a parasitát, úgyhogy szerzők szerint ezen eljárás, ha streptotrichiás fertőzésre irányul a gyanú, nem alkalmazható a parasita elkülönítésére. Szerzők megerősítik Benian és mások nézetét, hogy a savállóság a bakteriumok zsír- és lipoidanyagaihoz kötött. Két kémilöcsőnyi tenyészetet 3 órán át 80 C°-ra hevített, 95%-os alkohollal kivonták, majd melegen szűrtek. Lehűléskor szürkés-fehér pelyhes csapadék vált ki, mely 24—48 óra múlva teljesen leülepedett. Az aetherben való oldással, majd elporlasztással tisztított kivonathoz végül egynemű vöröses-sárga színű zsírnemű anyagot sikerült elkülöníteniök. Míg a forró alkohollal kezelt gomba elvesztette Gram szerinti festhetőségét és savállóságát, addig a kivont lipoid saválló festődésének bizonyult. Legtöbb kísérleti állatba ojtva, a gomba pathogennek bizonyult. Az élettani sóoldattal kémlőcsőben üvegpaléikával suspendált tenyészet venába ojtva különös előszeretettel a tüdő szövetében telepedett meg, hol sugárgombaszerű telepeket alkotott. A mozsárban eldörzsölt tenyészet ellenben a capillarisokban akadt meg s főként a hasüregi szervekben okozott a miliaris gümöhöz hasonló csomókat. Hasüregbe ojtás után 2—4 hét múlva a szervek, különösen pedig a máj felületén szürkés-fehér tuberculumok voltak nagy számban láthatók, de a gümös fertőzéssel ellentétben

a hasüregi savót inkább csökkentenek találták. Bőr alá ojtás után keletkező tályogok gennyében kicsiny sárga, a sugárgombatelepeket utánzó részeket sikerült kimutatniok. Tengerimalacok tályogfalának vakarékjában pedig conidiánszerű képződmények, gömbölyű, vagy orsószzerű testek voltak jelen. A tuberculumokat a parasita körül felhalmozódó mononuclearis és epitheloid-sejtek alkották olykor óriássejtekkel keverten. A kórokozó rendszertani meghatározása szerzőknek nagy nehézséget okozott, mivel ismeretesek olyan emberi sugárgomba-fertőzések, amikor genyben nem voltak kimutathatók a jellemző kén-sárga actinomyces-szemcsék, az esetükben kitenyészített parasita állatba ojtás után, bár leggyakrabban fonalas elágazódó szerkezetű volt, sokszor az actinomycesnek teljesen megfelelő sugaras elrendeződést mutatott. Szerzők hivatkoznak *Babes* és *Levaditi* kísérletére, amit később *Foulerton* is megerősített, t. i. hogy tuberculosibacillusok házinyúl gerinc-számájába ojtva sugárgombaszerű szerkezetet vehetnek fel. Ezen észlelet, továbbá *Abbot*nak és *Gildersteeve*nek a szénabacillusra vonatkozó, *Lubarschnak*, *Mac Callumnak*, *Nakayamanak* pedig a legkülönbözőbb saválló bakteriumra vonatkozó hasonló eredménnyel zárult vizsgálatait alapján szerzők szerint a sugárgomba elnevezést helyesebb volna mint gyűjtőnevet alkalmazni a saválló csoport jelzésére, amint azt az amerikai bakteriologusok osztályozásra kiküldött bizottsága is ajánlja. Szerzők szerint az általuk kitenyészített gombafajta megegyezik a savállóságban és pathogenitásban az *Eppinger* által leírt fajtával, de különbözik ettől jellegzetes földszaga és jelentéktlenebb kulturális sajátosságai révén. Gombájuk minden valószínűség szerint a *Foulerton* „A”- vagy „I”-csoportba sorolható.

Melczér.

KÖNYVISMERTETÉS

Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Kraus-Brugsch. Berlin, Wien. Urban und Schwarzenberg, 1924. 381—399. füzet.

A befejezéséhez gyors léptekben közeledő szép gyűjtőmunkából ismét 19 füzet hagyta el a sajtót az utóbbi hónapokban. A 381—387. füzetben *Gudzent* tanár befejezi a radiumról szóló tanulmányát, *Rother* pedig a Röntgen-therapiát ismerteti igazán a gyakorlat igényeinek megfelelő, az okvetlenül szükségesre szorító, de ezt világosan adó előadásban, kb. tíz ív terjedelemben. Ezt követi *Blaschko* érdekes dolgozata a bőr betegségeiről, különös tekintettel a belorvostanhoz való vonatkozásaikra; a nemrég elhunyt dermatologus e dolgozata a legnagyobb érdeklődésre tarthat számot. *Fr. Munk* tanár cikke az izületi idősült betegségeiről szintén nagyon figyelemreméltó alaposága, s az idetartozó kérdéseknek különösen röntgenológiai szempontból végzett érdekes feldolgozása miatt. — A 388—389. füzet *de Crinis* gráci docens epilepsia-cikkének befejezésével kezdődik; ezt követi *A. Kutzinski* dolgozata a kényszerállapotokról, *R. Freund* dolgozata az eklampsiáról és a gestatiós toxicosis (gestosis) többi tünetéről, *P. Schröder greifswaldi* tanár pedig megkezdi tanulmányát az idősült toxicosisokról (alkohol, morphiüm). — A 390—394. füzet a központi idegrendszer betegségeinek köréből hoz fejezeteket: *F. H. Lewy* a diffus sclerosist, *R. Henneberg* a központi idegrendszer állati parasitáit, *H. G. Creutzfeldt* a syringomyeliát és gliosist, továbbá a conus terminalis és cauda equina betegségeit, *B. Klarfeld* a hid, a nyúltvelő és a kisagyvelő betegségeit, *E. Kramer* az amyotrophiás lateralsclerosist, *F. Wohlwill* és *E. Strauss* a hőgutát, *F. Wohlwill* a központi idegrendszer nem genyes gyulladásaiknak kórbonctanát, pathogenesisét és aetiologiáját ismerteti. Ez utóbbi dolgozat befejezését a 395—399. füzet tartalmazza s ugyanebben kezd meg *E. Strauss* a központi idegrendszer nem genyes gyulladásaiknak klinikáját tárgyalni.

A munkából most már 13 kötet teljesen készen áll, a hátralévő 5 kötetnek nagyobb része szintén már kikerült a sajtó alól, úgyhogy a kiadó számítása szerint még kb. 22 füzet fog megjelenni, amelyekkel teljessé válik a munka.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 22-i ülése.

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

Bemutatás:

1. **Karoliny Lajos:** *Septikus mellékveseelváltozások.* A mellékvesék sepsisnél rendszeresen megbetegednek. Az elváltozásoknak négy főalakja van: az oedemátos átívódás, a lobos infiltrátumok, vérzés és thrombosis, a legsúlyosabb a haemorrhagiás infarcizozódás a sejtek necrosisával. A lipoidok minden esetben mozgósíthatnak a kéregből. A velőállománynak activ szerepe alig van. A bemutatott esetek a haemorrhagiás infarcizozódás sorába tartoznak, bacteriumembolusokat és lobos infiltrátumokat mutatnak. A lipoidok mozgósítása aránylag lassú és bizonyos morphológiai képekhez kötött, általában 3 alakban észlelhetők: feldarabolódás, vacuolaképződés és a sejtek teljes destructiója. A zona glomerulosa mindkét esetben elhalt; úgy látszik nem áll, hogy ez volna az ultimó moriens a mellékvese kérgében. A lipoidok mozgósítása activ működés és a toxinek megkötését célozza.

2. **Gerlóczy Géza:** *Diabetes insipidus tüneteinek új eljárással való eredményes befolyásolása.* 3 éve felnőtt, idiopathiás, valódi diabetes insipidus napi 15 litert is meghaladó vizeletmennyiséget rendszeresen adagolt 3×0.5 g *Urotropin* per os 27 nap alatt $1\frac{1}{2}$ literre szállította alá. Az addig 1001—1003 vizeletfajsúly 1024-re emelkedett. A szert 14 napja kihagyta, s a diuresis és concentratio ennek dacára normalis határok között maradt. Tekintve, hogy az urotropin a liquor cerebrospinalisba is kiválasztódik, a hatás elméleti megítélésére számos alkalmas magyarázat kínálkozik.

Előadás:

1. **Rejtő Sándor:** *Újabb elvek a fülgyógyászati diagnostikában.* Az utolsó 10 évben az otológiai diagnostika alig haladt előre a nehezebben hozzáférhető részek, az ablakok és labyrinthus nem genyes gyulladásaik kórismézésben. Ennek okát két körülményben találja. Az első a hangvillavizsgálatok eredményeinek hibás értékelése. Előadó 1920-ban közölte nézetét az amerikai *The Laryngoskope* hasábjain, ahol azt állapítja meg, hogy az ablakok megbetegedéseinek tüneteit gyakran úgy magyarázzuk, mint a hangfelfogó rész megbetegedéseinek jeleit, és ezen hibás alaptól indul ki therapiánk. A második hibaforrás a ma használatos „életlani felosztás”-ban van, amelynek alapján a fül betegségeit a „hangvezető” vagy a „hangfelfogó” apparátusba igyekezzünk beosztani. Ez alapon vegyes megbetegedést diagnostizálunk, ami nem felel meg a klinikai képnek. Előadó nézetének támogatására felsorolja a londoni otológusok véleményeit. A felosztásnak különös hibája, hogy nem veszi tekintetbe a hallás életlani folyamatát, mert életlaniilag a labyrinthus nem felfogó rész, hanem csak vezető és átalakító apparatus. Előadó az életlani felosztás helyett a következő felosztást ajánlja: I. *A hangvezető-apparátus*, amely áll: A) A physikai ingereket vezető részből. B) Az életlani ingereket vezetőből. Az első csoport anatómiai részei: 1. a külső és középfül, 2. az ablakok, 3. a labyrinthus folyadékrendszere. A második rész anatómiai csoportjai: 1. az életlani ingerek kelezési helye, a Corti-szerv, 2. a n. cochlearis és agyi pályái. II. *A hangfelfogó apparátus* a két cortex hallási középpontjából áll. Előadó az otológiai diagnostika új elveit kitérve három követeléssel lép fel: 1. a hangvizsgálatok eredményeinek helyes értékelését sürgeti, 2. a mai életlani felosztás helyett szabatosabb felosztást, 3. logikus, előítéletektől mentes gondolkodást tart szükségesnek.

Germán Tibor: *Alexander* új anatómiai felosztását említi, mely a belső fület két részre osztja: cochleára és a tulajdonképpeni labyrinthra, s az ideg eloszlása ennek megfelelően: ramus cochlearis és ramus labyrinthicus, mely utóbbi r. vestibularis és r. ampullarisra oszlik. A belső fül diagnostikájának haladását a pathológiai ismeretek fejlődésétől várja. Amennyiben az új felosztás és az új elnevezések is hozzá fognak járulni a diagnostikai zavarok kiküszöböléséhez: öröme üdvözli azokat.

2. **Tóth Sándor** (mint vendég): *Fehérje-fractiovizsgálatok nőorvosi célokra.* A nőorvos működési körébe eső septikus megbetegedéseknél végzett neph-

lometriás fehérjefraccio-vizsgálatairól számol be. Megállapítja eredményei alapján, hogy a vérplasma kolloid szerkezetét vizsgálni septikus esetekben fontos, mert az nemcsak a betegségre általában, hanem annak egyes szakaszaira úgy kedvező, mint kedvezőtlen kimenetelű alakjaira is jellemző képet ad. E vizsgálatokból, ha azoknak további rendszeres kiépítése megtörténik, elméleti fontosságukon kívül nagy gyakorlati jelentőséget is vár. A vizsgálatok szolgáltatott adatok birtokában a betegségnek már olyan szakában következtethetünk annak kimenetelére, amikor az az eddig rendelkezésre álló módszerek alapján még lehetetlen volt. Ezen vizsgálatokkal a fertőzés ellen védekező szervezet ténykedésébe nyerünk az eddiginél mélyebb bepillantást, mely a szervezeti védekezés eredményes vagy eredménytelen voltáról világosít fel bennünket a betegségnek már korai időszakában; olyan módszer jut birtokunkba, mellyel a kezelés eredményes vagy eredménytelen voltát is ellenőrizhetjük, sőt talán a kezelést a szervezeti védekezés támogatására céltudatosan fogjuk tudni irányítani. Az eddig használatos labilitási reakciók közül a vörösvérsejtsülyedés idejének egyoldalú meghatározását mai formájában nem tartja alkalmasnak arra, hogy belőle a septikus betegség prognózisára biztos következtetést vonjunk. A *Frisch-Starlinger*- és a *Gerlóczy*-féle reakciók pozitívításuk erősebbé válásával a betegség súlyosbodását jelzik, pozitívításuk csökkenése annak jobbrafordulását mutatja. A *Darányi*-reakció olyankor, mikor az előbbi két reakció pozitívítása csökken, pozitívításának erősebbé válásával kedvező prognostikai jelnek tekintendő.

Rusznayk István: A vér plazmafehérjéinek vizsgálata különösen két szempontból fontos. Egyrészt a prognoszt bizonyos esetekben az eddiginél exaktabb alapokra fekteti, másrészt egyes betegségek pathológiájában lehet nagyjelentőségű. Remélhető, hogy e vizsgálatok közelebb fognak juttatni a fertőző betegségek spontán gyógyulásának megértéséhez is.

3. Epstein Pál: *Szívbj és terhesség.* (Kézirat nem érkezett be.)

Tornay József: Ezekben a kérdésekben a szívhiba megállapításakor fontos annak a megállapítása, hogy milyen fokú a defektus és anatómiai szempontból milyen állapotban és milyen erőben van a vérkeringés.

Hasenföld Artur: Belorvosi szempontból szól a szívbj és terhesség komplikációjának klinikai jelentőségéről. Hangsúlyozza a különböző statisztikák ellentmondó adatait. Súlyos esetek összeállítása pesszimizmus felé terel, a szülészeti intézetek statisztikája is sötétebben fest, mert ott természetesen főként a komplikált esetek keresnek segítséget. A belorvos statisztikája sokkal kedvezőbb. Individualizálni kell: a compensált, a compensatio határán lévő és az incompensált, terhességgel szövődött esetek különféleképpen bírálnak el a terhesség jelentőségének és annak megszakításának szempontjából. Különösen a bal viszeres szűkületű szűkület esetén kell a szív erejét belorvosi szempontból gondosan elbírálni. A terhesség alatt észlelt szívzörégek gyakran nem jelentenek szervi szívbjt és ezen zörégek sokszor nehezen különböztethetők meg a billentyűbjt jelentőktől.

Fischl Ármin (kézirat nem érkezett be).

Scipiades Elemér: E határkérdésben anyaga adataiból levont conclusiókkal a belgyógyászokkal teljes egyetértésre sikerült jutniok. Eltérés felfogása és a *Hasenföld*-között csak ott van, hogy utóbbi azon esetekben, melyeknél már a terhesség kezdetén incompensatio mutatkozik, szülővel ellentétben, nem tartja célszerűnek a belgyógyászati kezeléssel való kísérletezést. Szóla azt ajánlja, mert többszörösen meggyőződött arról, hogy a komoly belgyógyászoktól ilyenkor művi vetélésre küldött esetek közül akárhányban, szakorvosi kezelésre, az állapot úgy rendeződött, hogy azok terhességeket kiviselhették és baj nélkül szülhettek. Csodálkozik *Fischl* érvein, melyekkel szívbjajos terheseknél a mesterséges vetélés gyakrabban való végzésének szükségességét indokolja. Nem a szülés felelős a szívbjajos terhes sorsáért az abortus lehető idejében, hanem a belgyógyász. A szülésznek a döntő szó a mesterséges koraszülés javolatának felmerülésekor jut, ekkor azonban éppen azért, hogy a belgyógyászt a betegre veszélyes beavatkozás kívánásától visszatartsa. Hogy milyennek látta *Fischl* magángyakorlatában betegeinek gyermekágy utáni sorsát, az

nem számít. A magánorvos egyéni impresszióinál fontosabbak azok a statisztikus eredmények, melyek, mint az előadói is, utánvizsgálások révén szereztek meggyőződést a betegek ezen időbeli sorsáról. Ezek semmiképp sem szólnak amellett, hogy a művi vetélések indicióinak körét ez alapon kiterjesszük.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1924 március 6-án és folytatólagosan 13-án tartott ülése.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Germán Tibor.

Bemutatók:

1. Zimányi Vidor: *Szokatlan praeauricularis duzzanat heveny otitisnek kapcsán.* Két férfibetegnél heveny otitis mellett hidegrázás, hirtelen hőemelkedés kíséretében megduzzad az egyiknél a processus zygomaticus, a másiknál a rágoízület tájéka. A duzzanat lehúzódott a mandibula szára mentén egész az áll közepéig. A Röntgen-kép a ramus mandibularis kontúrjait elmosódottaknak mutatta. Incisióra erős vérzés, geny nincs. 1–2 nap múlva a duzzanat visszafejlődik, hőmérsék normalis lesz. A folyamatot a mandibula periostitiséből előállott collaterális oedemának tartja, melyet a bemetszés által előidézett vérelvonás előnyösen befolyásol.

Szász Tibor: A rossz hallás súlyos középfülmegbetegedés mellett szól, és az egész lefolyás arra enged következtetni, hogy a streptococcus mucosus okozta középfülmegbetegedés szövődménye a fül előtti elváltozás és ilyenkor a teljes restitutio szempontjából a fellevét tartja szükségesnek.

Török Béla: Másfél év előtt ismertetett egy esetet, melyben otitis kapcsán fülelőtti oedema jelentkezett, s ennek alapján egy otogen izolált temporalis periostitis volt. Ez egy önálló ritka kórkép, mely nálunk kevésbé ismeretes, főleg a francia irodalomban foglalkoznak vele. *Szászszal* együtt úgy véli, hogy a most bemutatott esetek más lapra tartoznak és inkább egyidejű parotitis benyomását teszik, ami mellett szól a localisation kívül az is, hogy rövid időn belül egy helyről jövő betegeken észleltetett.

Révész Béla: Miután az anamnesisben influenza szerepel és influenzánál parotitisnek elég gyakoriak, nem lehetetlen, hogy a praeauricularis duzzanat influenzás parotitis volt, függetlenül az otitistól.

Zimányi Vidor: Dacára a praeauricularis folyamat és a heveny otitis egyidejűségének, az okozati összefüggést minden kétséget kizáróan megállapítani nem lehet. A duzzanat alakja és terjedése azonban nem felelt meg a közösleges parotitis képének.

2. Krepuska Géza: a) *Hadisérüléses kisagytyályog műtéttel gyógyult esete.* 1918 június havában kézigranát-robbanástól fején sérült. Eszméletlenség, liquorfolyás, jobb oldali teljes megsüketülés, szédülés, majd hőemelkedés. Felvételkor az észlelés alatt: hőemelkedés, fejfájás, pozitív Romberg, jobb oldali testfél hypotoniája, nystagmus jobbfelé, adiadochokinesis, kezdődő pangásos papilla. Műtétnél, melynél labyrinthektomia is végeztetett, jobb agyacsfél alsó mellő polusában nagy abscessus. Síma és gyors gyógyulás, melynek kapcsán érdekes, hogy jobboldalt a csontvezetés erősödött. Bemutató a tályog lappangási időszakát legalább öt évre teszi.

b) *Idült középfülgyulladás kapcsán keletkezett halántéklebenyi agytyályog műtéttel gyógyult esete.* Baloldali, gyermekkor óta tartó középfülgyulladás, mely semmi panaszra nem adott okot. Két hete lázas, fejfájás, szédülés, hányás, hőemelkedés 40-3-ig. Bal Shrapnell-hártya helyén sarj, dobhártya látható része lobos. Positív Kernig, dermatographia, retardált pulzus (58), pangásos papilla, némi jelei az amnesiás aphasiának. Műtétnél ép dura és szürkeállomány mellett a bal halántéklebenyben almanagyságú melléktaşakkal bíró, bűzös geny tartalmazó tályogüreg, pyogen hártával. Síma és gyors gyógyulás, a szellemi működés teljes visszaállításával. Bemutató a tályog keletkezését a gyermekkorra, a bal otitis kezdetére teszi. Ez esetben tehát a lappangási szak legalább 15 évre tehető.

Schaffer Károly (vendég): 17 év előtt észlelt egy beteg agytyályogot (temporalis lebenyben), mely a bemutató által kidomborított szótalálási zavart és ásitást (előbbi sokkal kifejezettebben) mutatta. Feltárást után bő genyürülés: műtét után a szótalálás zavara fokozatosan megszűnt. Hét év előtt a beteg időszakosan fel-

lépő, epilepsiaszerű rohamok panaszával jelentkezett. A beteg további sorsáról a hozzászóló nem tud.

Rejtő Sándor: Kérdi, miként magyarázza előadó azt, hogy első betegénél kisagyi típusú nystagmus nem volt. Az első műtét után fejlődtek ki az agyacstályog klinikai tünetei, ezért felteszi a kérdést, nem lehetséges-e, hogy a tályog a sérülés által előkészített viszonyok alapján az első műtét után fejlődött.

Krepuska Géza: Schaffer hozzászólására: Agytályogoknál az amnesiás aphasia tünetei a legkisebb zavartól a legnagyobb fokig észlelhetők. Bemutató éppen azon esetekre hívja fel a figyelmet, melyeknél az amnesiás aphasia kezdődő töredekes tünetei még nem értékesíthetők. — Rejtő hozzászólására megjegyzi, hogy úgy a csonton talált kóros elváltozásokból (labirinth csontos tokjának arrosiója), mint az agyacstályog jellegéből biztosan megállapítható, hogy ez a tályog nem fejlődhetett az első és a második műtét között eltelt 8 nap alatt, hanem minden valószínűség szerint a harctéri sérülés idejében kezdődött. Az agyacstályog manifestálódó tünetei, így a jellegzetes nystagmus is azon időszakokra esik, amidőn a latens szak átment a manifestálódó szakba. Úgy látszik, a tályog nagybodásával összefüggő jelenség ez, mert csak így érthető az egyes tünetek sorozatos fellépése. Különben sincs semmi ok annak felvételére, hogy az agyacstályog az első műtét következtében fejlődött volna.

3. Wein Zoltán: Fülkagyló-függelék esete: fejlődési rendellenesség. A bemutatott nőbeteg jobb fülkagylóján három különálló borsónyi, porcoss vázzal bíró, baloldalt jókora babnyi, vízszintesen előfelé hajló veleszületett függelék látható.

Krepuska Géza: A fülgyógyászati tanszéken észlelt hasonló esetek fényképfelvételeit mutatja be. A függelékek gyakran a nyakra is ráterjednek.

Kepes Pál: Egy betegét említi, kinek valószínűleg dupla tragusa volt és olyan elhelyeződésű, hogy a hallójárat bemenetét erősen szűkítette és ez a fennálló otitis kezelését nehezítette.

Előadások:

Müller Imre: *A labirinth működésére vonatkozó irodalmi adatok összefoglaló ismertetése.* Az ívjáratok és az utriculosacculus apparatus élettanának irodalmát ismerteti, majd az izgalmi és bénulási tüneteket tárgyalja. Önálló vizsgálatként beszámol a labirinth izgalmanak vérnyomásra gyakorolt hatásáról és a félremutatás klinikai értékeléséről.

Pogány Ödön: Vízszintesen mozgó lapon hason fekve, behúnyt szemmel egy bizonyos előre és lefelé való fejtartás mellett megszűnik a mozgás érzése, azaz úgy érzi, hogy a lap, melyen fekszik, egyhelyben áll. Valószínű, hogy a helyzet az otolitapparatus vakfoltjának felel meg.

Kepes Pál: *Purkinje* foglalkozott ugyan a szédüléssel és a nystagmussal, de fogalma sem volt arról, hogy ezek a vestibularis készülékkel összefüggnek. Vele egyidőben *Flourens* galambok ívjáratának átvágása után bizonyos fejmozgásokat észlelt, viszont nem gondolta, hogy a galambok esetleg szédülnek. *Breuer* volt az első, aki ezen észleleteket igazán értékelni tudta.

Rejtő Sándor: Elismerés illeti az előadót, hogy ebbe a nagy munkába bele mert kezdeni, csak azt kifogásolja, hogy nem talált egy nézőpontot, ahonnan az egészét áttekintette volna. A magyar szakirodalomnak, különösen *Hőgyes* úttörő munkáinak tüzetesebb ismertetését várta volna.

Müller Imre: A hazai szerzők munkásságát, amennyire ezek irodalmához hozzá tudott férni, igyekezett kellőképpen méltatni.

2. Pogány Ödön: *A conservativ therapia jogosultsága és határai idült genyes középfülgyulladásnál.* A radicalis fülműtéten és részletein folytonosan változtatni, javítani akarnak. Ennek oka az, hogy a radicalis műtét nem vezet mindig teljes gyógyulásra, legtöbbször a helytelen indicatio alapján végzett műtétnek. Az idült középfüllobok nagy része helyesen végzett conservativ kezelésre (polypeltávolítás, sarjszövet edzése, cariosus hallócsonteltávolítás, atticus-öblítés, lateralis atticusfal levétele) meggyógyul jó functio mellett, ami radicalis műtét után sokszor hiányzik. A *fülfunctio* sebészete el van hanyagolva, pedig a fülbeteg nemcsak a genyedtől akar megszabadulni, de hallását is szeretné javítani. Remélhetőleg a jövő ezen úgynevezett intratympanalis sebészeti területen a functio szempont-

jából sok értékeset fog teremteni. Természetes, hogy indikált esetben a radicalis műtét az egyedüli jogos beavatkozás.

Rejtő Sándor: Bár kétségtelen, hogy idült genyes középfülgyulladások gondos kezelésére az ambulantiák nem olyan alkalmasak, mint a magánrendelések, mégis az ambulantiákra szoruló szegény betegeket épp úgy el kell látni, mint a magánrendelések betegeit.

Wein Zoltán: Tubaris genyedés nem operálandó. A csonteredetű genyedések, ha a radicalis műtét kapcsán minden beteg csont eltávolított, ki kell hogy gyógyuljanak. Az endotympanalis műtétek nem nyújtanak kellő áttekintést és nem teljesen veszélytelenek.

Szász Tibor: A radicalis műtét elnevezést tartja szerencsétlennek, mert a műtét nem mindig jelenthet gyógyulást olyan értelemben, ahogy előadó kívánja. Az előadó által kisebbnek jelzett műtétek nagyobb technikai készséget követelnek, mint a széles feltárás.

Germán Tibor: A hosszas, minutiosus kezeléssel szemben refractaer esetek operálásával sohasem követnek el hibát. A fülgyógyászati tanszéken nem elégszenek meg a radicalis üreg kiképzésével, hanem a dobüreg falainak elváltozásai is műtéti megoldást nyernek.

Kepes Pál: Egy a bécsi Neumann-klinikáról megjelent munkát (*Popper*) említi, mely szerint idült nyálkahártyagenyedésekhez csatlakozó akut exacerbatiók esetében csupán antrotomiát végeznek.

Krepuska Géza: Az intratympanalis „per vias naturales” végzett műtétek indicatioi nagyon korlátozottak. Az úgynevezett „total-radical” műtétet nem helyettesítheti, sőt mint a sötétben való bizonytalan beavatkozás, a sebészeti alapelvekkel ellentétben álló, mellőzendő.

Pogány G.: Germán hozzászólásához azt jegyzi meg, hogy elismeri a socialis indicatio jogosságát, de csak ha minden egyéb indikálja a radicalis műtétet. Szásznak azt jegyzi meg, hogy a „gyakorlatlan kéz” nemcsak az intratympanalis beavatkozásoknál, de mindenütt bajt csinálhat. Krepuska professornak köszönetét fejezi ki, hogy nagy és értékes tapasztalatai alapján meggyőzte az előadót egyes intratympanalis beavatkozás hibás és veszélyes voltáról.

A Debreceni Orvosegyesület IX. tudományos ülése 1924 március 20-án.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatás:

Fazekas Sándor: *Szemizombénulás néhány érdekesebb esete, diagnostikai megjegyzésekkel.* 1. Ajakráktól származó agyalapi áttéti góctól előidéztet ophthalmoplegia totalist mutat be, a betegnek ezenkívül ugyanezen oldalon trigeminus-hypæsthesiája, továbbá facialisbénulása és nehéz hallása volt. 2. Másik esetében rheumás alapon hosszabb ideig tartó trigeminus-neuralgia után ptosisal kezdődő és lassan az összes szemmozgató idegekre kiterjedő bénulás fejlődött ki, amely folyamatot unilateralisan 4 agyidegre kiterjedő agyidegpolyneuritisnek kellett felfogni. Ezután áttér az eredetileg *Marqueztól* származó, de legújabbban *Blaskovits* tanár által tökéletesített séma ismertetésére, amely minden eddigit egyszerűség és áttekinthetőség szempontjából felülmúl. A forgási és forgatási momentumokat, melyekkel az egyes komponensek összehatnak, grafikalag ábrázolva: a kettős képek és kóros fejtartás analysise körül eddigi nehézségek egy csapásra megszűnnek, csak egyetlen szabály csatlakozik hozzá és pedig az, hogy úgy a kóros kettőskép, mint a kóros fejtartás olyan helyzetet vesz fel, mint amerre a bénult izom a szemet mozgatja.

Aszalós Imre: *A szemklinikán végzett kancsalsági műtétek eredményéről* számol be. 34 esetben végeztek *Blaskovits*-féle műtétet 30 convergáló és 4 divergáló kancsalság esetében. A convergens strabismusok esetében, a végleges eredményt tekintve, 60%-ban eltérés nem maradt vissza, 20%-ban 5° vagy kisebb, 20%-ban pedig 6–10° közti convergentia maradt. Átlagban 26° volt a kancsalság, melyből 7%, vagyis 2° volt a műtét után kimutatható. A stereoskopos látás operatio után 45%-ban állt helyre. Divergentiás eseteinek kevés száma miatt ezekből következtetést nem vonhat le.

Előadás:

Nagy Géza: *Thrombopenia és essentialis thrombopenia.* A Werlhofos vérzések oka a capillarisok szakadékonyságában keresendő, nem pedig a thrombocyták megfogyatkozásában. A thrombopenia secundaer módon jön létre, amennyiben a thrombocyták élettani szerepükhöz képest belepustulnak a szétroncsolt capillaris rendszerbe. Positiv Rumpell-Laede esetében lekötött korból vett vérben követni lehet a thrombocyták számának fokozatos megkevesbedését. Az essentialis thrombopenia elnevezés tehát hibás, a betegség nem vérbetegség, s a vérben kimutatható elváltozások az apró capillaris vérzéseknek s az ezáltal létrejött thrombopeniának a következményei. Szigorúan elválasztandó egymástól az acut Werlhof, mely valószínűleg az infectiosus exanthemához hasonló anaphylaxiás jelenség, s a chronikus Werlhof, mely belső secretiós anomáliának, elsősorban ovarium-dyshormoniának látszik. Az acut Werlhof lefolyását megrövidíti a léptájék nagydózisú besugárzása (valószínűleg a mellékvese útján), mely chronikus formánál csak symptomás értékű. Itt a gyógyítás támadási pontja az endokrin-egyensúly helyreállítására kell hogy irányuljon. Kísérletezések folynak temporaer castratióval, thyreoidea és corpus luteum adagolásával. Symptomásan jó hatású az intramuscularis tonogen (vérzési periódus alatt a vérnyomás mindig alacsony 100 Hg-mm körül van).

Erdélyi Pál: Az „essentialis thrombopeniának” az anaemia aplasticához való szoros viszonyát hangsúlyozta. Szerinte a thrombopenia jelentékeny tényező a betegségekben. A hormonalis eredet valószínű. Utal a vitaminokra, mint az incrementum építő köveinek szerepére.

Szontagh Félix: A vérzéseknek keletkezésében szintén a capillarisoknak tulajdonítja a jelentősebb szerepet. Nagyon sok purpura-féleség anaphylaxiás jelenségnek látszik.

Markó Dezső: Röntgenbesugárzás hatásmechanizmusát nem a mellékvesék izgalmaiban, sem a kép bénításában látja, hanem egy autoprotein hatást tételez fel. Az autoprotein a lymphoid és myeloid sejtek szétesésénél keletkezik. E szétesés bekövetkezik, ha más szervezet, vagy a vért sugározzuk be és a therapiás hatás bizonyára ilyenkor is ki lesz mutatható. Az izgató hatásban nem hisz.

Zempléni V. Gyula: *Halban* a pubertas-korbeli bővérzések egy részének okát essentialis thrombopeniában keresi; kívánja a thrombocyták megszámlálását és a Frank-féle pangás-reactio elvégzését. A méhvérzések gyógykezelésénél nemcsak a méhhez és az endometriummal kell törődni. A léphesugárzás vérzésesillapító hatásának mibenléte még tisztázásra szorul. Ha olyan tekintély, mint *Holzkecht* tagadja a „Reiz-Dosis” létezését, azt kell hinni, hogy a Röntgen-sugár kivétel az Arndt-Schultz-féle törvény alól.

Nagy Géza: Elismeri egyes Werlhofos esetek anaemia aplasticás végkimenetelét, mely azonban éppen úgy bekövetkezik egy állandóan vérző ulcus ventriculi után is.

HETI KRÓNIKA

Valamint a parányi korallók, évezredek alatt, nagy szigeteket és hegységeket alkothatnak, a kis bakteriális munkájából pedig roppant biológiai következmények származnak, úgy az emberiség története is tulajdonképpen egyes eszmék lassú érlelődéséből, általános elterjedéséből és az ezzel járó küzdelemből áll. Ez a fejlődés azonban nem csendes és nem folytonos; néha egyes személyekhez kapcsolódik és akkor az ő életükben beállott események vezetnek mélyreható világtörténelmi változásokra. A zökkenés szemmel látható, mikor valakinek erőszakos eltávolításához kapcsolódott: kevésbé feltűnő és ismert, ha egyesek megbetegedésének volt a következménye.

E kérdésekről érdekes tanulmányokat írtak *Moll*¹ és *Mac Laurin*,² amelyekből egyet s mást felhasználunk az alábbi ismertetésben.

Már a Pharaó is csak akkor engedte meg, hogy a zsidók elhagyják egyiptomi fogságukat, amikor súlyos

betegségek, hólyagos fekélyek, tetvek, döghalál és poklosság látogatta meg Egyiptomot.

Athén örök dicsőséget szerzett magának a salamis győzelemmel és a világ legszebb épületének, a Parthenonnak megalkotásával, de elbukott Spártával szemben, amikor Perikles (493–429) váratlanul a pestisjárvány áldozata lett; utána csak a tudomány terén bírt még egy kis ideig nagyokat alkotni. (Sokrates [470–399]; Plato [427–347]; Aristoteles [384–322].)

Ki tudja, hogy milyen fordulatot vett volna a világtörténelem, ha Nagy Sándor (356–323), aki a nyugati és keleti civilizációt akarta egyesíteni, 33 éves korában Babylon mocsarai között hirtelen meg nem hal egy acut gyomorhurut következtében. Vézerei egymás ellen fordultak és az óriási birodalom összeomlott.

Mikor Hannibal átjutott az Alpokon (247–183), kezében tartotta Róma sorsát: azonban szemgyulladást kapott, seregeit a malária megtizedelte és a végén menekülnie kellett Olaszországból.

A malária még kétszer megmentette Itáliát az elpusztulás elől: amikor Attila (453) már Róma faláig hatolt és amikor Barbarossa Frigyes (1152–1190) a Campagnaig jutott, ahol azonban serege a mocsarak között elpusztult.

VIII. Károly francia királyt viszont a syphilis űzte ki Olaszországból, noha 1494–95-ben Nápolyt is elfoglalta. Seregét azonban a syphilisen kívül a himlő és a malleus pusztította, úgyhogy a vercellói béke idejében 30.000 zsoldosából már csak 8000-e volt.

Ki tudja mi lett volna a nyugati kultúrából, ha Muhammed (571–632) éppen akkor nem halt volna meg, tíz napos betegség után, amikor erejének teljességében nagy hadjáratra készült vallásának elterjesztése céljából.

A normannok sohase hatolhattak volna Franciaországba, ha Vastag Károly (839–884) nem lett volna epileptikus és kínzó fejfájásai nem akadályozták volna meg az intézkedésekben.

A keresztes háborúk főleg azért voltak eredménytelenek, mert a vízhiány miatt elharapózott fertőző betegségek megtizedelték a forró klímához nem szokott seregeket. Szent Lajos francia király (1215–1270) is a dysenteria áldozata lett Tuniszban.

Mikor 1348-ban a pestisjárvány Európa lakosságának felét, állítólag 25 millió embert, elpusztított, mindenütt a legkülönbözőbb lelki megrendülések következtek be: ekkor lépett fel a flagellatio járványa, az első antiszemitaizmus, az angol parasztháború, az egyházellenes mozgalmak első nyomai stb.

Ha VI. Károly francia király (1368–1422) váratlanul nem lett volna elmebajossá, úgy ellenfele V. Henrik angol király (1387–1422) nem győzte volna le és a troyesi békében (1420) nem erőszakolhatta volna ki, hogy őt Franciaország kormányzójává és trónörökösévé válasszák. Két év múlva azonban megint fordult a sors és Henrik 35 éves korában hirtelen meghalt. Ha sikerült volna neki dinasztiai alapítania, Anglia és Franciaország ma talán közös birodalmat alkotna.

IV. Henrik castiliai király (1423–1474) impotens volt, ennek következtében utána váratlanul mostoha nővére, Izabella (1451–1504) jutott a trónra. Columbus Kristóf (1444–1506) évekig hiába kért a legkülönbözőbb uralkodóktól támogatást felfedező útjához, míg végre ez az Izabella adott neki hajókat, amelyekkel 1492-ben Amerikát csakugyan felfedezhette.

Az anglikán egyház Mac Laurin szerint a syphilisnek köszönheti megalapítását. VIII. Henrik angol király (1491–1547) ugyanis eredetileg a nála 6 évvel idősebb aragoniai Katalint (1485–1536) vette el, aki, miután négyszer abortált, azután pedig egy heredsyphilises leányt, a későbbi Mária királynőt szülte, megint számos abortus után korai klimakteriumba esett és végleg sterillé vált. VIII. Henrik azonban okvetlenül fiúörökös akart és minthogy szeretője, Boleyn Anna (1507–1536) ugyanakkor gravid lett és az asztrológusok fiúivadékat jósoltak neki, Henrik azt kívánta VII. Kelemen pápától (uralkodott 1523–1534), hogy válassza el őt törvényes nejétől. A pápa erre sem volt hajlandó, mire VIII. Henrik 1531-ben kimondta az angol egyház függetlenségét, Cranmer canterburvi érsek által 1536-ban elválasztatta magát Katalintól; elvette Boleyn Annát, aki azonban szintén csak leányt, a későbbi Erzsébet királynőt szülte meg, amiért később le is nyakaztatott.

Véletlennek következménye volt az is, hogy Loyola Ignác lovag (1491–1556), aki Pamplona ostromában 1621-ben súlyosan megsebesült, búcsút mondott

¹ *Moll*: The Influence of Disease on History. New-York. Med. J. 1923, 693. old.

² Mac Laurin tanulmánya ismertetve az Urologic and Cut. Review 1921. évfolyamában, a 177. oldalon.

a világi életnek és 1534-ben megalapította a Jézus Társaságot, amely, mint az ellenreformáció keresztülvívője, a protestantizmus elterjedésének, főleg a déli országokban gátat vetett.

A német-francia vetélkedés V. Károly német császárnak köszvényére vezethető vissza. Amikor ugyanis 1552-ben V. Károly Olaszországban volt elfoglalva, II. Henrik francia király hirtelen rácsapott és elfoglalta a németektől a metzi, verduni és toulai püspökségeket; az idő előtt megöregedett és köszvény által gyötört V. Károly csak nagynehezen volt képes ez ellen védekezni, úgyhogy a franciák megtarthatták zsákmányukat, melyhez XIV. Lajos később még új részeket ragadtott el, amelyeket viszont a németek 1870/71-ben visszazereztek, de a mostani világháborúban megint elvesztettek. A metzi ostromban működött Ambroise Paré is (1517–1590-ig), aki először tanúsított hadifoglyokkal szemben mai értelemben vett humanizmust.

Ha V. Károly császárnak fia, II. Fülöp spanyol király (1527–1598) nem lett volna olyan melancholikus, psychotikus és köszvényes, talán ma is közös uralkodó alá tartoznék Portugália és Spanyolország.

Anglia a legnagyobb veszedelemben volt, amikor II. Fülöp részben a Hollandiában Farnesio vezetésével álló hadseregével, részben óriási hajóhadával, az Invincible Armadával 1588-ban meg akarta támadni. Az Armadának vezére Don Alvaro de Bazan, a XVI. század legkitünőbb tengerésze volt. Ez az elindulás előtt pár nappal hirtelen megbetegedett és vezérletet az ügyetlen Medinasidonia herceg vette át, akinek parancsnoksága alatt elpusztult a hajóhad, melynek roncsai a rajtuk levő rengeteg kincessel ma is ott fekszenek Anglia sekélyvizű partjain.

A 30 éves háború sokkal korábban véget ért volna, ha a győzelmes Torstensens svéd tábornokot Bécs kapuja előtt a pestis hirtelen fel nem tartóztatja.

II. Frigyes (1712–1786), a porosz birodalom megalapítója nyomorúságosan elbukott volna a „három asszony szövetség”-gel szemben (Mária Terézia, Erzsébet cárnő, Pompadour), ha a cseresnyepalinka mértéktelen ivása miatt a cárnő el nem pusztul és ha az oroszországi forrongások miatt fel nem bomlik ez a szövetség.

Ha VI. Károly spanyol király (†1740-ben), az ottani Habsburg-ág utolsó sarja nem lett volna gyengeelméjű, nem tört volna ki a véres spanyol örökösödési háború.

Az Amerikai Egyesült-Államok talán ma is Angliához tartoznának, ha a köszvényes Pitt Vilmos hathatósabban támadhatta volna az angol parlamentben a kormánynak ügyetlen és erőszakos intézkedéseit.

I. Napoleon (1769–1821) pályafutásában is sok szerepe van a betegség által okozott véletlennek. Mindenekelőtt jóformán csupa gyengeelméjű uralkodó ült az európai trónokon, akiket Napoleonnak véres rohamai eleinte könnyűszerrel legyőztek. A francia sereg azonban rengeteg embert veszített; egyedül a spanyol hadjáratban sebek miatt 90.000, betegség folytán 3–400.000 ember pusztult el. Mégis győzött volna a viktóriai csatában is Napoleon, ha az angol orvosok Wellington sebesültjeit a várhatónál gyorsabban meg nem gyógyítják. Így Wellington 5000 katonával megérősödött, akikkel sikerült is Napoleont megvernie. Az orosz visszavonulás alkalmával a franciákat nem a golyó, hanem a fagy, dysenteria és a kiütéses typhus ölte meg. A császári sást a tetük ették meg. A lipesei csatában Napoleonnak olyan súlyos görcsei voltak, hogy már mérgezésre gondoltak. Waterloonál nem volt képes seregét kellőleg irányítani, mert haemorrhoidális csomói miatt lóra nem ülhetett, a kocsiiban pedig sommolens lett és csata közben elaludt: a lignyi győzelem kihasználását elmulasztotta, a döntő st. Jean hegyi rohamot hajnal helyett csak 11 órakor indította meg, ez alatt az eső feláztatta a földet, meghiúsította a gárdisták rohamát, másrészt Blücher időt nyert a megérkezésére és Napoleont hátba támadhatta.

Napoleon fia, a reichstadti herceg és római király (1811–1832) fiatalon tuberculosishalált meg; ha életben marad és később ő, nem pedig III. Napoleon jut a trónra, akkor Ausztria és Franciaország valószínűleg szövetkeznek, Németország nem emelkedhetett volna ki és sem az olaszországi hadjáratra, sem a német-francia háborúra és így a világháborúra sem került volna sor.

A jelenlegi angol király, aki az esküvője előtt scarlatinában meghalt, bátyja Clarence herceg helyett jutott a trónra, már csak folytatta atyja politikáját; ha azonban II. Miklós cár helyett tüdőgyulladásban meghalt bátyja jut az orosz trónra, valószínűleg nem

került volna sor az orosz-japán háborúra és francia-orosz szövötközésre.

Az Egyesült-Államok és Anglia között 1861-ben már-már kitörőben volt egy háború, melyet azonban Viktória királyné férje, Albert Prince Consort nagynehezen elsimított; pár nappal később meghalt.

II. Frigyes német császár (1831–1888) feleségének, aki Viktória angol királynőnek leánya volt, behatása alatt angol szimpátiát táplált; ha ő, pár hetes uralkodás után gégerákban nem hal meg, bizonyára angol-német entente keletkezett volna; így azonban fia, II. Vilmos jutott a trónra, aki a tapasztalt Bismarckot félretolta és a bekövetkezett tragikus eseményeknek egyik főoka lett. Mégis talán az utolsó pillanatban megállt volna a katasztrófa, ha a legkiválóbb német diplomata, báró Marschall von Bieberstein, akinek Angliában igen nagy befolyása volt, appendicitisben hirtelen meg nem hal.

A török-görög fejleményeket egy veszett majom harapására lehet visszavezetni, aminek következtében Sándor görög király meghalt, utána megint atyja, Constantin foglalta el a trónt, aki az angolok segítségével megindította a kisázsiai háborút, amely azonban tudvalevőleg nemcsak a török birodalom felülkerekedésével végződött, hanem a görög dinasztiát is megbuktatta, és az ármánykodó Lloyd George-ot is elsőörte.

Annak a tüdőgyulladásnak a befolyása a történelemre, — amely a sajnálatos végű IV. Károly királyt váratlanul elragadta az élők sorából, — csak a későbbi korokban lesz elbírálni.

A betegségeknek tehát mérhetetlen horderejük van az emberiség történelmében. A sárgaláz miatt vesztette el Spanyolország gyarmatait és emiatt hiúsult meg a franciák kísérlete a Panama-csatorna átvágására. Az álomkór, a kala azar és dengue-láz néptechnikák el Afrikának mérhetetlen nagy, termékeny országait. Talán a németek zsenialitása, a „Bayer 205” meg fogja nyitni ezt a földrészt is a civilizációnak, mely nem terjedhet el ott, ahol a nép nem képes megélni. A kultúrának, az államnak ereje az emberben rejlik, a boldogulásnak és haladásnak első kelléke tehát az ember életének és egészségének biztosítása.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

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

Kérjük régi előfizetőinket, kik közül még sokan nem újítták meg ez évre előfizetésüket, hogy minél előbb tegyék meg azt. Nemkülönbön sokan tartoznak már a múlt év utolsó negyedével 8000 koronával, bár ez évre már előfizettek. Elképzelhető, hogy mily nagy anyagi veszteségei származnak az „Orvosi Hetilap”-nak az ily elfelejtett és csak félv mulva befolyó előfizetések miatt! Kérünk kell, hogy akinek nem esik nehezére, valorizálja a régi tartozásait tehetsége szerint.

Ha valaha, úgy most kell kérnünk orvostársainkat kitarásra és áldozathozatalra: ne hagyjanak bennünket cserben e nehéz napokban, melyek a legderekabb vállalkozást is próbára teszik. Szinte azt érezzük: nehezebb most valamit fenntartani, mint megindítani! Pedig mennyi ambícióval, mennyi jóakarattal dolgozunk.

Vámosy.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 március 29-i ülésprogramja: Bemutatás. Szondi Lipót: a) Addison-kór esete; b) Akrocephalosyndactylia. Előadások. 1. Preis Hugó: A bakteriophagiáról. 2. Benedek László (mint vendég): Az alkoholismus hatása az idegrendszerre. 3. Kubányi Endre: Vértransfúziós tapasztalatok.

A Közkórházi Orvostársulat április hó 2-i ülésének tárgyszorozata: 1. Csutorás Sándor: Plasztikai műtétek. Pankreas-necrosis után keletkezett pankreascysta. 2. Torday Árpád: Natrium nitrosum intravenás alkalmazása angina pectoris és asthma bronchiale megelőzésére. Előadások. 3. Lukács József: A Mátéfy-próba értéke a gyermekkori gümőkór körjelzésében. 4. Göbl Albin: Az intravenás gyógyszertherapiáról.

Az Országos Balneológiai Egyesület XXIX. kongresszusát és 1924. évi rendes közgyűlését a Budapesti Királyi Orvosegyesület Semmelweis-termében (Budapest. VIII., Szentkirályi-utca 21) tartja meg a következő napirendel: A kongresszus I. ülése április 4-én, pénteken, délután 1/26 órakor. Vámosy Zoltán: Elnöki megnyitó. Tausz Béla: Magyarország klimatológiája és klimatoterápiája. Vladarczik József: A Zugliget nyári