

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: HUZYI IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Berde Károly: Toxicoderma menstruale esete erysipeloidszerű jelenségekkel. (201—203. oldal.)

Balogh Mihály: A terhesség alatt jelentkező narkolepsia. (203—204. oldal.)

Szilvási Gyula: Spirochaeta-festékemről. (204—205. oldal.)

Toldy Loránt: Méhen kívüli terhességet utánzó ovarialis vérzés (haematocele retrouterina). (205—206. oldal.)

Gerlóczy Géza: A latens inactiv malariánál észlelhető hyperinosis kórismei jelentősége. (206—208. oldal.)

Barabás Zoltán: Elhagyott gyermekek gümőkóros fertőzése és adatok a tuberculin-bőrpróba lefolyásához. (208—209. oldal.)

Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatetikus kezelése. 7. Quantitativ összeállított étrendek. (209—210. oldal.)

Lapszemle. Belorvosok. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. (211—213. o.) — Könyvismertetés. (213. o.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület márc. 29-i ülése. (213—214. o.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 március 27-én tartott X. tudományos ülése. (214—215. oldal.)

Heti krónika. (215—216. oldal.) — Vegyes hírek. (216. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Toxicoderma menstruale esete, erysipeloidszerű jelenségekkel.

Írta: Berde Károly dr. klinikai tanársegéd.

A havivérzéssel együtt időszakosan megjelenő, majd elmúló, valamint kimaradása esetén azt helyettesítően jelentkező bőrelváltozások már régebben is ismeretesek voltak. *Opel*nek összefoglaló tanulmánya (1908) számos alakját sorolja fel az idősebb *Hebra* óta észlelt ilyen bőrelváltozásoknak. Azóta újabb észlelők néhány más, általuk önálló betegségnek tartott, s a petefészek menstruális tevékenységével többé-kevésbé okozati összefüggésben álló bőrfolyamatot írtak le, mint a *Polland-Matzenauer*-féle dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica, a *Majocchi*-féle erythrodermia angioectatica circumscripta, s a *H. Cruschmann*-féle erythrocyanosis cutis symmetrica.

Esetem, melyről beszámolok, a fentemlített körképek közül az erysipeloidszerű kiütések közé sorolható, bár a tisztán orbáncszerű jelenségeken kívül másjellegű, időszakos bőrelváltozások is észlelhetők voltak nála.

Az esetet egyrészt ritkasága, másrészt azon körülmény folytán tartom közlésre érdemesnek, mert a petefészek belső elválasztásos működésének időleges felfüggesztése révén a bőrelváltozások megjelenését is képesek voltunk megszüntetni.

G. M.-né 33 éves asszonyt 1923 március 13-án vet-tük fel. Egészséges születéskől származott, erős gyermek volt. Havibaját 15 éves korában kapta meg, mely szabályosan jelentkezett, 2—3 napig tartott, kevés vérzéssel. 17 éves korában ment férjhez, kilenc évi házasság alatt három gyermeket szült, az utolsót 1916-ban. Azóta havivérzései rendes időközökben ismétlődnek ugyan, de 1922. év nyara óta alig egy napig tartanak, igen kevés, néha csak pecsételő vérzéssel. 1922. év júliusában általános rosszullét kíséretében homlokán és szemek körül arcának bőre megduzzadt és élénk pír borította el. Pár napi fennállás után e jelenségek megszűntek, csak a szemek körül maradt meg némi vörös elszíneződés, hogy néhány hét elteltével e tünetek újból eredeti heves-ségükkel jelentkezzenek, majd alábbhagynak. A szemek tájékán ezen általános tünetekkel kísért feldagadása és kivörösödése azóta gyakran megismétlődik, nyomukban a homlok, orrgyök és szemek tájékának állandó, elmosódó határú pírja maradt vissza, hogy azonban e baj kiújulásai havivérzésének jelentkezése-

vel függenének össze, azt nem figyelte meg. Utolsó havibaja három nap előtt, egy napig tartó, kevés vérzéssel.

A mérsékelt táplált, életkoránál idősebbnek lát-szó nő köztakaróján a következő elváltozásokat talál-tuk: A hajzat igen ritka, szálai vékonyak, rövidek. Az arcon és nyakon a hajas fejbőr széle, a fejbiceentő izmok vonalai s a fossa jugularis által körülhatárolt területen a bőr elmosódó határokkal élénken vörös, legélénkebb a pír az alsó szemhéjak és a nasolabialis redők között, itt a bőr vízenyősen duzzadt és tapintásra fájdalmas is. A törzsön és a nem-i részek körül egyenet-lenül elszórt, vagy csoportokban álló gyulladt szőr-tüszők, vérzéses udvarral. Mindkét felkar hajlító fel-színén egy-egy gyermektényérnyi területen éleshatárú, egyenetlenül színeződött barna folt, a beteg állítása szer-int e helyeken pár nappal azelőtt kékesvörös, viszkető kiütés állott fenn.

A látható nyálkahártyák közül a kemény- és lágy-szájpadoké elmosódó határokkal kékesvörös és duzzadt, a portio uterin sötétvörös, szemölcsös kimarodás ül.

Belső szervek épek, vizeletben fehérje és cukor nincs, testhőmérsék normalis, Wassermann-reactio negativ. A keringő vérből ültetve bacteriumok nem erednek meg. (*Jeney* dr.) A gynaecologiai vizsgálat hátrahajlott méhet talál szabad környezettel. A pete-fészek nem tapinthatók. (*Kuncz* A. dr.)

A köztakarónak fent leírt elváltozásai több mint három heti láztalan állapot mellett nagyrésztben vissza-fejlődtek, csupán a szemek és orrgyök tájékán maradt meg — bár lényegesen halványulva — az arc pírja. Április 7-én lát jelentkezik, mely két nap alatt lassam-kint 39 fok fölé emelkedik, miközben az arc kistokú viszketés kíséretében egész kiterjedésében kékesvörössé válik és megduzzad. Az elszíneződés és duzzanat határa az ép bőr felé elmosódik. A duzzanat annyira fokozó-dik, hogy április 9-én a beteg szeméit felnyitni már nem tudja. Ez az állapot három napig tart, mialatt a nyelv s a torokképletek duzzadtá válnak, vízenyősek és vörösek, a beteg 40 fokos láz mellett nyelni nem tud, légzése annyira akadályozott, hogy légzőmetszéshez készülünk. Emellett émelygős, kínzó hányási ingerek és göresös gyomortáji fájdalmak állanak fenn. Április 12-én a nyelvgyökön mogorónyi savós hólyag kelet-kezik, délután megjelenik a menses, kevés savós-véres váladékkal, mely másnapra meg is szűnik. Ettől kezdve a láz három nap alatt alászáll, az arc és szájúri elválto-zásai visszafejlődnek, csupán a szemek körül marad meg mintegy három harántujnyi szélességben a bőr mérsékelt oedemája és pírja, az előzőleg bántalmazott bőrterület pedig enyhén hámlik. Ellenben a lábszára-kon és felkaron szimmetrikus elrendeződésben számos lencsényi-tallérnyi urtica jelentkezik, melyek heves viszketés mellett néhány óra alatt vérzéses foltokká ala-kulnak, majd pár nap múlva festenyzett folt hátra-hagyásával felszívódnak s a patiens újból teljesen egészségesnek érzi magát.

Ezen súlyos általános és helyi jelenségeket ezután periodikusan észlelhetjük betegünkön május 14-én, június 16-án és július 29-én jelentkezett havivérzései alkalmával, amikor is a vérzést megelőző, s azt kísérő, fennebb leírt tünetek ugyanezen sorrendben és ugyanezen típust mutatva következtek egymást, mindössze az egyes tünetek hevességében és fokában észlelhetünk kisebb-nagyobb ingadozásokat. E rohamok alatt ismételtelen végzett bakteriologias vérvizsgálatok (Jeney dr., Kanyó B.), valamint a nyelv savós hólyagjából punctióval vett bennük vizsgálata negatív eredménnyel jártak. A májusi és júniusi havivérzéseket megelőző időben végzett glanduovín-injectio-sorozatok, s a néha nagy kiterjedést öltő vérzéses bőrtünetek miatt hosszú időn át adagolt gyűjtőeres optocail-befecskendezések nem voltak képesek a kórképen változtatni. Augusztus 11-én a hasfalak felől mindkét petefészék tájékára másfél H. E. D. Röntgen-besugárzást végzünk 11 Wehnelt-keményesű lámpával, 1 mm alumíniumszűrőn át. E beavatkozást egy hétig tartó subfebrilis állapot követte, s a hó végére várt menses, valamint vele együtt a már egy év óta rendszeresen megismétlődő erysipeloid jelenségek kimaradnak, ellenkezőleg az arcnak eddig fennálló píra mindinkább halványul s pusztán a szemhéjak tájékára húzódik vissza. Szeptember 25-én megismétlünk ugyanezen mértékű Röntgen-besugárzást, a hó végén újra kimarad úgy a menses, mint az általános és bőrijelenségek, s midőn a patiens 62 napos menopausa után október 2-án elhagyja a klinikát, köztakarója általában ép, csupán a szemek körül áll fenn mérsékelt pír, emellett a homlok, a két arcfél és az áll tájéka halványbarnán festenyzett. November folyamán levélben jelzi, hogy havibaja és az azt kísérő általános és bőrtünetek újból jelentkeztek.

A kórlefolyás adatai szerint nem fér kétség ahhoz, hogy betegünkön a köztakarónak és a szájúr nyálkahártyájának ezen sajátos elváltozásai mindig a menstruatio idején jelentkeznek. Az erysipeloid tünetek kifejlődése néhány nappal a havivérzés mutatkozása előtt veszi kezdetét, intenzitásuk lépcsőzetesen emelkedik a vérzés mutatkozásáig, mikor is tetőpontjukat elérve fokozatosan megszűnnek, hogy helyettük a végtagok symmetriás, vérzéssé alakuló csalánkiütései fejezzék be a tünetesoport periódusát. Egy-egy periódus lezajlása után a következőnek kezdetéig a tünetek egyike sincs jelen, csupán nyomai, mint erythema perstans faciei, s a bőrvérzések után maradó festenyzett foltok.

Más kérdés azonban, hogy vajon ezen általános, lázas, néha hyperpyretikus mozgalmak, s a bőr és nyálkahártya sajátos elváltozásai valóban összefüggenek-e a szervezet menstruális tevékenységével, vagy attól függetlenül keletkeznek-e? A havivérzés alkalmával észlelhető bőrelváltozások nem egyikéről sikerült kimutatni annak artificialis eredetét. Betegünkön ezen lehetőség felvételére feljogosító momentumot nem találunk. Elmeállapota ép, hysteriás character nem mutatható ki nála, a betegség tünetei által érintett bőrtüneteken külső sérülés nyomai sohasem láthatók, egy-egy oedema fugax, vagy urticacsoport szemünk előtt fejlődik ki, alakul át és fejlődik vissza a magas lázzal, magatehetetlenül fekvő betegen, de nem is tudunk elképzelni olyan művi eljárást, mellyel a hyperpyrexiaival, erysipeloidszerű elváltozásokkal, oedema fugaxszal és haemorrhagiás urticákkal járó tünetesoport mestersegesen előidézhető volna.

A menstruatióval kapcsolatosan időszakosan felépő orbáncszerű jelenségeket első észlelőik — köztük Virchow és Besnier is — valódi erysipelas-eseteknek tartották („Erysipèle cataménial“). E felfogás a mai kóroktani ismereteink mellett Opel szerint csak azon magyarázattal állhatja meg helyét, ha feltételezzük, hogy a folyamat lezajlása után helyileg streptococcusok maradnak vissza, melyek számára a szervezet menstruationális állapota a talajt a fellángolásra alkalmassá teszi. Valószínűbbnek tartja azonban ő is W. H. Freund azon nézetét, mely szerint mindaddig, míg exact vizsgálattal ilyen esetekben a streptococcusok jelenlétét és azok kórokozó szerepét ki nem mutatják, helyesebb, ha erysipelas helyett súlyos, vérbőséggel és savós kiizzadással járó dermatitis menstrualisról beszélünk. Esetünkön sem a streptococcusokat, sem a Rosenbach-

féle erysipeloid kórokozóit, a sertésorbánc bacillusát nem tudtuk megtalálni, sem a beteg területen keletkező hólyag tartalmában, sem a patiens keringő vérében a tünetek fennállása idején. De ellene szól az orbáncnak a klinikai képben egyrészt azon körülmény, hogy a bőrvérzéssel és vizenyővel járó folyamat minden alkalommal két, egymástól távol fekvő gócból indult ki egyidejűleg, mint a szemek környéke és a nyelv háta, továbbá, hogy hiányzott a beteg területnek az orbáncnál jellegzetes, éles határa az ép felé; a környéki nyirokmirigyek megduzzadását nem észleltük; a gyulladás által már 10–12 ízben bántalmazott bőrterületen nem a szokványos orbáncot követni szokott merev pachydermia, hanem puha, kissé vizenyős erythema perstans alakult ki; a lázmenet csak lassankint, napok alatt érte el a hyperpyrexia fokát, s onnan rendszerint lysissel szállt alá, végül pedig, hogy minden erysipelasszerű bőrfolyamatot a végtagoknak vérzéssé alakuló csalánkiütései követték a havivérzés megszűnté után.

A kórkép megjelenését, egészét és egyes összetevőit vizsgálva, néhány rokonvonást találunk benne a Polland által leírt dermatitis dysmenorrhoeica symmetriával. A bőrelváltozások rohamonként jönnek, a rohamok periodikusan kísérik a havivérzést, melynek megnyilvánulása egyéb, alább részletezendő tünetekkel együtt a petefészkek belsőelválasztásos működés-zavarára enged következtetni, az elváltozások egy része határozottan symmetrikusan jelentkezik (a végtagok vérzéses csalánkiütései), más része follicularis és csoportos elhelyezkedést mutat (vérzéses folliculitisek a törzson és a genitale körül), az arc és nyelv erysipeloidszerű elváltozásának kifejlődésében pedig a Polland-féle betegségnek Pankhurst és Wiese által leírt nyolc stadiuma közül esetünkben észlelhető volt a viszketés-bizsergés, a pír, a vizenyő, a hólyagképződés, a kiizzadás és festenyződés. Mivel a savós kiizzadás csak a nyelven fokozódott hólyagképződésig és a hám lefoszlásáig, természetesen pörkkképződést nem észleltünk, vérzéseket is csak a már említett, csoportosan gyulladt szőrtüszőkben s igen nagy mérvben a végtagokon részarányosan megjelenő csalánkiütésekben. Elhaladásokat a megbetegedett bőrterületeken nem látunk, így azokat a karcolásokhoz (Ausschüfung) hasonló tüneteket sem, melyeket pedig Polland annyira kiemel.

Jóval kevesebb a hasonlósága esetünknek a H. Curschmann által leírt erythrocytosis cutis symmetricához, melynél korántsem találjuk ennyire előtérben a heveny gyulladási jelenségeket s amelynél a fano-sodás beálltával jelentkező kékesvörös, részarányos fekvésű foltok egyrészt hosszasan fennállanak, másrészt a havivérzés idején elhalványulhatnak s a petefészkek belsőelválasztásos működés-zavara által előidéztet egyszerű edénybeidegzési zavarnak foghatók fel.

Még kevésbé hasonlít esetünk a Majocchi-féle erythrodermia angioectatica circumscriptához, mely egyrészt nem jár ily határozottan karöltve a havivérzéssel, másrészt chronikus lefolyású, éveken át fennáll, heveny gyulladás tüneteit nem mutatja, végül kiterjedt, néha szigorúan féloldalas szorítókozó erythemás bőrterületeken teleangiectasiákkal és esetenként sötét festenyzett-séggel jár.

Felfogásunk szerint esetünkben egy, a petefészkek belsőelválasztásos működés-zavara által kiváltott tünetesoporttal állunk szemben, mely működés-zavar a közelgő, bár korai climaxszal áll összefüggésben. A közelgő climax jelenségeit véljük látni e 33 éves asszonynak korához képest jóval idősebbnek látszó külsejében, a hajzat és fanszőrzet ritkulásában, a menstruális időszak tartamának ingadozásában, s végül azon bizonyos fokú frigiditásban, melynek egy idő óta való fennállását betegünk bevallja.

Hogy esetünkben a petefészkeknek nem hypofunctiója áll fenn, azt bizonyítottan látjuk azon észleletből, hogy a therapiásan alkalmazott petefészkek kivonatnak betegünkön semmi hatását nem látnak, ellenben az ovariumok működésének Röntgen-besugárzás által előidéztet ideiglenes megszüntetése a havivérzéssel együtt az erysipeloidszerű és urticás jelenségek megszüntését is

maga után vont. Hofbauernek csaknem teljesen azonos klinikai jelenségeket mutató esete ovariumkivonat adagolására gyógyult meg, a mienk ellenkezőleg az ovariumok hormontermelésének felfüggesztésére reagált javulással.

Meggyőződésünk szerint ezen esetben az ovariumok korai klimakterikus dysfunctiója következtében oly anyagok kerülnek havivérzés alkalmával a keringő vérbe, melyek egyrészt a szervezet részéről súlyos általános reakciókat váltanak ki (magas láz, elesettség, gyomortünetek, hányás), másrészt a bőrben és bizonyos nyálkahártyákon idéznek elő vérbőséggel, vizenyővel, helyenkint hólyagképződéssel, másutt kiterjedt bőrvérzésekkel járó, körülírt, heveny gyulladásokat. A Röntgen-therapia időleges sikere pedig feljogosít annak felvételére, hogy a petefészek tevékenységének akár élet-tani kialvása, akár mesterséges megszüntetése a beteget az őt eltorzító, kínzó, de életét is veszélyeztető betegségtől meg fogja szabadítani.

Irodalom: Opel: Über Menstrualexantheme. Dermat. Zeitschr. XV. köt., 2. füz. — Matzenauer und Poland: Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica. Arch. f. Derm. u. S. III. köt. — Poland: Zur Klinik und Aetiologie der Dermatitis dysmenorrhoeica. Arch. f. Derm. u. S. CXXIV. köt. — U. a.: Dermat. dysmen. symmetr. Arch. f. Derm. u. S. CXVIII. köt. — U. a.: Dermat. dysmen. symmetr., eine selbständige Krankheit. Derm. Zeitschr. XXXVIII. köt., 2—3. füz. — Bolte: Erythrocytosis cutis symm. Klin. Wochenschr. 1. évf., 12. sz. — Majocchi: Sopra un caso di eritrodermia circoscritta. Giorn. ital. de malatt. vener. 63. köt. — Michelson: Dermatitis dysmenorrhoeica? Arch. of. Dermat. and Syph. 3. köt., 4. sz. — Pulay: Erythema Majocchi. Monatsh. f. Geburtsh. u. Gyn. 61. köt. — Arnett: Extensive teleangiectasia and pigmentation. Arch. of. Derm. and Syph., 7. köt., 3. sz. — Hofbauer: Ovarialtherapie klimakt. Toxicoderm. Zentralbl. f. Gyn. 46. évf., 14. szám.

Az Új Szent János-kórház belgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Gyurmán Emil dr., egészségügyi főtanácsos).

A terhesség alatt jelentkező narkolepsia.

Irta: Balogh Mihály dr. orvos.

A narkolepsiát mint külön kórképet Westphal és Gelineau írta le először (1880). Jellemző ezen kórképre: a nap folyamán többször jelentkező legyőzhetetlen álmoságérzés után beálló alvási állapot. Az alvási állapot a rendes alvásnak megfelelő, legtöbbször rövid ideig tartó (10—20 perc), máskor azonban hosszabb ideig tart el (1/2—1 óra) és néha álmokképek kísérik. A beteget napi foglalkozása közben is meglepi (házi vagy egyéb munka, olvasás, evés, járás), olyan körülmények azonban, melyek a rendes alvást is elősegítik (nyugalom, fekvés, egyeseknél utazás) a narkolepsiás állapotok beállását is segítik. Az alvási állapotból a beteg érintésre, zökkenésre felébred, tudja hogy aludt, tájékozott és előbbi munkáját tovább folytatja. Öntudatlansággal, rángatózással járó állapotok narkolepsiás betegnél soha nem fordulnak elő. Egyesek (Henneberg, Loewenfeld) jellemzőnek tartják még a némely esetben jelentkező izomelernyedésszerű állapotokat (motorische Hemmungszustände), melyeket az alvási állapotokkal összefüggésben levőnek tartanak. Az izomelernyedésszerű állapotok a narkolepsiás beteg központi idegrendszerének abnormis dispositiója következtében állanak elő (Henneberg); vagy pedig a narkolepsiás alvási állapotnak abortív alakjai (Singer). Ezen elernyedésszerű állapot a leírt esetek nagy részében főképp nevetésnél jelentkezett (Oppenheim Lachschlagne nevezi): a beteget nagy gyengeség fogja el, alig bír lábain állani, feje előre esik, álla leesik. Az állapot pár percig tart el. Több esetben azonban nem nevetésnél, hanem más körülmények között — mérgeződésnél, bizonyos személyek látásánál stb. — jelentkezett ezen gyengeségi állapot.

A narkolepsia az eddig észlelt esetekben főleg felnőtt embereken, nagyobb számban férfiaknál jelent-

kezett; általában hosszú ideig tart és nehezen befolyásolható (hydrotherapiás eljárások, excitantiák, suggestio hatástalanok). Differential-diagnostikai tekintetben külön kell választani az epilepsiás és hysteriás állapotoktól. A narkolepsia diagnózisát biztosan csak akkor állíthatjuk fel, ha a betegnél sem öntudatlansággal, görcsökkel járó állapot, sem pedig petit malnak megfelelő állapot sohasem jelentkezett és a beteg karakterében változást nem észleltünk. Hysteriás állapotoktól elkülöníthetjük, ha a beteg egyéniségében és constitúciójában hysteriás jeleket nem találunk. Ki kell zárunk továbbá azon kóralakokat is, melyeknél hasonló alvási állapotok előfordulhatnak: encephalitis lethargica, súlyos neurasthenia, kimerülés, intoxicációs állapot, organikus agybántalom (arteriosclerosis, vascularis lues cerebri), követség, diabetes, chorea, álomkór.

A betegség kóroktana még vitás. Loewenfeld, Henneberg, Mendel, Singer és Redlich neurosisnak tartják; Mendel és Sommer az endokrin mirigy-systema — különösen a hypophysis — működés-zavarának tulajdonítják a betegséget. A narkolepsiás alvási állapotok keletkezésének magyarázata szintén különböző. Egyesek a vasomotoros alvási központ túlingerlékenysége folytán előállott corticalis anaemiával (Loewenfeld); Gelineau az idegközpontok oxigenellátásának zavarával magyarázza. Friedmann a kéregműködés alábbhagyását, vagy pedig vasomotoros, illetőleg gátlási központok izgalmaát gondolja az alvási állapotok keletkezése okának, s az agyi fáradékony-ság tüneteinek tartja. Singer szerint elméletileg a megszaporo-dott bomlási termékek is tekintetbe jöhetnének, mint-hogy egyes esetekben kifáradás után az alvási állapotok gyakoribbak voltak. Mendel, Henneberg, Redlich végeredményben a narkolepsiás állapotoknál a rendes alvás előttünk még ismeretlen folyamatának zavarát veszik fel, melynek kiváltó oka eddig még ismeretlen.

Esetünkben a terhesség alatt jelentkeztek az alvási állapotok és a terhesség megszűntével elmúltak. A terhességgel kapcsolatban jelentkező narkolepsiáról Nevermann közöl egy esetet, egy másik esetet pedig Kollewijn irt le (az eredeti közlemény helyett csak a Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. XXXI. kötet 7—8. füzetben megjelent referatumban állott rendelkezésünkre). Nevermann esetében az alvási állapotok a terhesség VII. hónapjában jelentkeztek és a VIII. hónapban megszűntek. Kollewijn esetében pedig a IV. hónapban jelentkeztek, a betegség tartamáról azonban a referatumban nincsen említés téve. Nevermann azon körülményből, hogy az alvási állapotok a terhesség VII. hónapjában jelentkeztek és a VIII.-ban megszűntek — tehát még a szülés előtt —, a narkolepsiás állapotok keletkezését olyképen magyarázza, hogy ezeket — hasonlóan a hyperemesis gravidarum és más terhességi jelenségekhez — a terhességgel kapcsolatban elő-álló anyagcsereváltozás és az endokrin mirigyek működésében beálló functio-változás okozná. Ezen zavar azután a terhesség későbbi szakában megszűnne, és ezzel együtt megszűnnék az alvási állapotok is.

Esetünk a következő: T. Ö.-né 26 éves nőbeteg, aki VII. hónapban terhes, nagyfokú bágyadtsággal, álmos-sággal és gyakori elalvás panaszával kereste fel osztályunkat 1921 február 9-én. Egészséges szülőktől származik; 12 testvére meghalt, 3 testvére él és egészséges. Ideg-beteg a családban nem volt. Fiatal leánykorában beteg nem volt, 24 éves korában ment férjhez; spanyol influen-zája nem volt. Abortusa nem volt. A terhesség VII. hó-napjáig jól érezte magát, ekkor nagy bágyadtság, ál-mosság vett rajta erőt olyannyira, hogy nappal több-ször elaludt. Sokszor munka közben, például főzésnél is elaludt. Új foglalkozásnál: varrás, olvasásnál, vagy villamoson utazva is gyakran elaludt és ezért villamo-son egyedül alig mert utazni. Ezen alvási állapotok állítása szerint kb. 20—60 percig tartanak, zajra vagy zökkenésre felébred, tudja, hogy aludt, kipihentnek azonban nem érzi magát. Éjjel nyugodtan alszik. Esz-méletlenség, görcsök sohasem lepték meg.

Jelen állapot: Közepes termet, jó fejlettség. Duz-

zadt emlők. Mellkasi szervek különben eltérést nem mutatnak. Méh fundusa a processus xyphoides alatt tapintható. A hasizervek részéről egyéb eltérés nincsen. Degeneratív stigmák nincsenek. Középtág, egyenlő, fényre renyhén reagáló pupillák. Szemmozgások szabadok. Fejidegek részéről eltérések nincsenek. A patella- és Achilles-inreflexek élénkek. Kóros reflex nincsen. A mozgási és érzési körben eltérés nincsen. Romberg-tünet nincsen. A vizeletvizsgálat eredménye negatív. Wassermann-reactio a vérsavóban negatív. Szemfenék ép. Koponya-alapi Röntgen-felvétel negatív.

A beteg kórházi tartózkodása alatt észlelhettük az alvási állapotokat. Agya mellett ülte szemhéjai kezdtek lecsukódni, feje előre vagy oldalra dült s ülte aludt. Máskor azonban ágyba feküdt és úgy aludt. Többször olvasás közben, néhány alkalommal pedig evés közben aludt el. Az alvás 15–60 percig tartott, érintésre (a pupillák alvásközbeni vizsgálatának kísérleténél), költésre a beteg felébredt, tudja, hogy aludt, tájékozott és abbahagyott munkáját folytatja. Ezen alvási állapotok a nap folyamán 4–10-szer jelentkeztek. Éjjel a beteg mélyen, nyugodtan aludt. Bennléte alatt epilepsziás rohamai, vagy ezen rohamokat helyettesítő állapotai nem voltak.

A betegnél terhesség alatt jelentkező narkolepsiát vettünk fel diagnosissnak. Állapotában hydrotherapiás eljárások és excitantiák (fekete kávé, coffein-por) javulást nem hoztak létre. 1921 március hó 24-én egészséges fiúgyermeket szült. Szülés után a bágyadtság, álomság érzése, valamint az alvási állapotok elmúltak; csak tic-szerű rángások mutatkoztak a bal arcfélen és a bal felső végtagon. A beteg gyermekével április hó 12-én hazament; gyermekét maga táplálta.

1922 áprilisban ismét jelentkezett osztályunkon és elmondta, hogy otthon jól érezte magát, a házi munkát nagyobb fáradtság érzése nélkül tudta elvégezni. Két hónap óta terhes. Ezen idő óta ismét bágyadt, álmos és az első terhessége alatt jelentkezett alvási állapotok újból jelentkeznek. A nap folyamán 4–5-ször alszik el s az alvás 10–30 percig tart el. Különböző helyzetekben szokott most is elaludni (ülve, fekve), olyan körülmények között azonban, melyek a rendes alvást is elősegítik (csend, utazás) biztosan elalszik. A beteg a kórházban csak pár napig maradhatott. Ezen idő alatt alkalmunk volt ismét észlelni az alvási állapotokat, melyek az első kórházi tartózkodása alatt észlelt állapotokkal azonosak voltak, csak ritkábban jelentkeztek a nap folyamán (4–5-ször), és rövidebb ideig tartottak (10–30 perc).

1922 szeptemberben jelentkezett ismét a beteg, előadva, hogy az alvási állapotok augusztusig jelentkeztek, akkor ismeretlen ok folytán terhessége spontán abortus útján megszakadt; az abortus után az alvási állapotok elmaradtak s állapotát általában megjavult.

A beteg 1923 májusában jelent meg újra s arról panaszkodott, hogy két alkalommal otthon munkaközben hirtelen nagy gyengeségérzés lepte meg, alig bírt állva maradni, feje előre esett és alsó álla leesett. Ezen állapot pár percig tartott, eszméletét nem veszítette el s úgy az ő, mint hozzátartozói bemondása szerint nem rángatózott.

Esetünkben tehát az alvási állapotok első alkalommal a terhesség VII. hónapjában jelentkeztek és a szülés után szűntek meg; a második alkalommal pedig a terhesség II. hónapjától III. hónapig — az abortus bekövetkezéséig — tartottak.

A betegség aetiologiáját illetőleg azt gondoljuk, hogy a terhesség alatt jelentkező narkolepsziás állapotoknál az endokrin mirigyek működési zavarának a felvétele a közzelfekvő. Ezt bizonyítaná esetünkben az a tény, hogy egy különben egészséges nő két alkalommal csak a terhesség alatt jelentkeztek az alvási állapotok s a terhesség megszűntével elmúltak.

A narkolepsiánál — hasonlóan a postencephalitises állapotokhoz — talán egy zavar áll fenn az alvási központ működésében, melyet az jellemez, hogy a központ elvesztette alkalmazkodó képességét az alváshoz tartozó, illetőleg azt megelőző és kiváltó somatikus és pszichikus folyamatokhoz (Rütimeyer). Ezen zavart a postencephalitises állapotban a központban lefolyt encephalitises folyamat, a terhességi narkolepsziás állapotban pedig a feltételezett endokrin mirigy működési zavara okozná.

Irodalom: Loewenfeld: M. m. W. 1902, 25. sz. — Bonhoeffer: B. kl. W. 1911, 27. sz. — Henneberg: Neur. Zentralblatt 1916, 282. oldal. — Mendel: Neur. Zentralblatt 1916, 359. oldal. — Redlich: Monatschr. f. Psych. 37; Jahrb. f. Psych. 37., 68. old.; W. m. W. 1919, 13. sz. — Jolly: D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 55., 236. old. — Oppenheim: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten, 1913. — Stöcker: Zschr. f. d. ges. Neurol. 18, 217. old. — Singer: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. 36, 278. oldal. — Sommer: W. kl. W. 1921, 12. sz. — Kohler: Zentralbl. f. ges. Neurol. u. Psych. 27. kötet, 7. füzet. — Rütimeyer: (Ref.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 25. kötet, 6. füzet. — Kollewijn: (Ref.) Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 31. kötet, 7–8. füzet. — Nevermann: D. m. W. 1921, 39. sz.

A soproni Erzsébet-kórház bőr- és nemiosztályának közleménye (igazgató: Király Jenő dr. egészségügyi főtanácsos).

Spirochaeta-festékekről.

Írta: Szilvási Gyula dr., a soproni Erzsébet-kórház bőr- és nemiosztályának főorvosa.

Schaudin és Hoffmann felfedezése óta még mindig kutatás tárgya a spirochaeták egyszerű festésének, illetve kimutatásának kérdése. A gyakorlatban súlyos csalódás éri a vizsgálat, ha spirochaeták kimutatására vállalkozik, mert az eddig ismert festési (Giemsa), kicsapódási (Fontana, Löffler stb.) és negatív (tus, collargol, cianochin) eljárások a gyakorlat céljaira nem alkalmasak. Maradna a sötét látótérben való vizsgálati eljárás. Vidéken azonban sok helyen nincs villany, nincs olyan világító szerkezet, amivel a sötét látótérben való vizsgálat végrehajtható volna. Munkámban egyszerű, olcsó eljárást kerestem, amellyel a spirochaeta pallida könnyen kimutatható legyen.

Sikerült is egy triphenylmethanfestéket összeállítanom, melyet már a müncheni dermatologiai kongresszuson, a szegedi Ferenc József-egyetem szakülésén, a debreceni Tisza István-egyetem orvosi szakülésén stb. is ismerttettem. Ezen festék „Spirsil” név alatt a wien Waldheim Chemisches Laboratorium útján most kerül forgalomba. A festék savanyú vegyhatású, sötét borvörös színű és azon tulajdonsággal bír, hogy a lugos fehérjét pácolja.

Ezen festéket csak én próbáltam ki, én használtam, én ismerem azt legjobban. Megbocsájtható nekem az a szokatlan eljárás, hogy megelőzve mások véleményét, magam számolok be festékeim használhatóságáról.

A syphilis-spirochaetát Schaudin és Hoffmann nagyon finom, halványan festődő, 8–10–20 egyenletes spirális csavarulattal bíró fonálnak írják le. Giemsa-val festett spirochaeták tényleg így festődnek. A kicsapódási eljárásnál (Fontana, Löffler stb.), hol a vegyi anyagok ráakódnak a spirochaeták felületére, a spirochaeták vastagabbak lesznek. Tus, collargol-készítményekben, hol negatív képet kapunk, nem jellegzetes a spirochaeták vékonysága. Negatív képek éppen azért nem alkalmasak diagnostikai célokra, mert a spirochaeta pallida és a mellette gyakran található spirochaeta re-fringens közötti különbség megítélése némelykor nehézségekbe ütközik. Schaudin és Hoffmann meghatározása a spirochaeták valódi alakjára vonatkozóan helytálló; az, hogy a spirochaeta pallidák egyes esetekben vékonyak, máskor vastagabbak és erősebben festődöttek, az a festő folyadék töménységére és kémiai összetételére vezethető vissza. Festékeim (Spirsil) töménységét úgy állítottam össze, hogy a Schaudin és Hoffmann meghatározásának megfelelő spirochaeta-alakokat kapjak. Ha töményebben használnom a festékeimet, úgy a spirochaeták igen erősen festődnek és vastagabbak lesznek.

A festési eljárás igen egyszerű: Frissen vett, jól szétterített praeparatumot 2–3 percig koncentrált alkohollal fixálunk, azután leöblítés céljából bemártjuk a praeparatumot vezetéki vízbe. Anélkül, hogy megszáritanók, ráöntjük a festéket, melyet 4–5 percig rajta hagyunk a praeparatumon. Ezután vízvezetéki vízbe mártva, lemosuk a festéket, utána pedig levegőn megszáritjuk. Régen vett (2–3 napos) praeparatumok fixálása koncentrált alkohollal egészen fölösleges; elég ha a festéket ráönt-

jük a praeparatumra, 2–3 percig rajta hagyjuk és azután leöblítés végett bemártjuk azt vezetéki vízbe; miután levegőn megszáradt, mikroszkop alatt megtekint-hetjük. Régi és friss praeparatumok között vannak bizonyos különbségek, melyekre egy másik cikkemben vissza fogok térni.

Hogy a leírt módon jó eredményt kapjunk, fontos a kikent készítmény helyes előállítás. Ez épp olyan fontos, mint a sötét látótérben vizsgálatkor. Zsíros, piszkos, rosszul szétterített készítményen sem festéssel, sem sötét látótérben való vizsgálatkor nem fogunk megfelelő praeparatumot nyerni. Sötét látótérben való vizsgálatkor is előfordul, hogy számos praeparatumban nem kapunk spirochaetákat. Ugyanez előfordulhat a festési eljárásnál is, ha a praeparatumot nem megfelelő módon vettük. Ilyenkor bőrvizes, vagy physiologiás konyhasós borogatást tétetek a vizsgálandó testrésze és a következő napokban újra veszek anyagot. A spirochaeta-vizsgálathoz 3–5 praeparatumot szoktam készíteni, mert előfordulhat, hogy egyik tárgylemez nem tiszta. Ha spirochaeta egyáltalán van a kóros folyamatban, úgy három-öt lemez átvizsgálásakor a vizsgáló figyelmét ez nem kerülheti el. Mivel különösen gyakorlatlanok kezében a szétterítés gyakran nem sikerül egyenletesen, a praeparatumban lesznek erősebben és gyengébben (világosabban) festett részek. A spirochaetákat, ha egyáltalán vannak jelen, a világosabb mezőkben fogjuk megtalálni. Frissen vett, levegőn alig száradt praeparatumokban a spirochaeták száma valamivel kevesebb; úgy látszik, hogy a praeparatum kezelésekor a spirochaeták egy része leválik; egy-két napon át levegőn száradt praeparatumokban a kezelés dacára a spirochaeták mind ott maradnak, úgy látszik erősebben odatapadtak. Parallel vizsgálataim, amelyeket sötét látótérrel, továbbá Giemsa-, collargol-, Fontana- és saját „Spirsil“-festékemmel végeztem, azt mutatták, hogy a „Spirsil“-l az eredmények a spirochaeták száma tekintetében messze felülmúlják a Giemsa-, Fontana-, tus- és collargolos eljárásokat és azt a spirochaeta-számot adják, melyet sötét látótérben találunk.

A mikroszkópos kép az ajánlott festési eljárással igen szép, de nem szabad sem túlfesteni, sem túl gyöngén festeni a praeparatumokat. Túlfestett praeparatumban a kép mindig sötét lesz, a spirochaeták halványab-bak. Legtöbbször minden készítményben fogunk találni olyan részeket, hol a mikroszkopos kép tökéletes, vagy legalább elfogadható lesz. A spirochaeta pallidák intenzíven festődnek, úgyhogy a pallida elnevezés nem is illeti meg őket. A spirochaeta refringensek még intenzívebben festődnek és alakjuk olyan jellegzetes, hogy a spirochaeta pallida és a spirochaeta refringens közötti különbség könnyen megítélhető. Friss készítményben alig vehető észre, de régebbi, állott készítményben jól szembeötlő, hogy a spirochaeták élesen határolt, halvány tokszerű ürben fekszenek. Aminek az a magyarázata, hogy a folyékony alapanyag (serum) megszilárduláskor a szilárdabb testek mellől (spirochaetáktól és minden bakteriumtól) elhúzódik. Azért találjuk ezeket a hyalin üroket mindig a régebbi megszáradt készítményekben.

Az idők folyamán a spirochaeta-festékekre vonatkozólag az a követelmény alakult ki, hogy a jó spirochaeta-festék olyan legyen, amely egyrészt gyorsan és tökéletesen fessen, másrészt a vele nyert készítményekben a spirochaeták száma megközelítőleg olyan nagy legyen, mint a sötét látótérben.

Festékem, a „Spirsil“, ezen követelményeknek megfelel. A festés kivitele a legegyszerűbb és pár perc alatt készen van. A „Spirsil“ megfelel azon követelménynek is, hogy a praeparatumokban a spirochaeták száma olyan nagy legyen, mint sötét látótérben, sőt előnyben is részesítem e tekintetben a festett praeparatumot az utóbbi eljárással szemben. Sötét látótérben való vizsgálatkor csak kis terület áll a vizsgáló rendelkezésére, a tárgylemeznek csak egy része, míg a festett készítmény-nél csaknem ötször akkora terület, akár az egész lemez.

Ilyen nagy területű praeparatumot gondosan átvizsgálva, sokszor akkor is találunk spirochaetákat, amikor a „sötét látótér“-eljárással nem találtunk. Így tehát a „Spirsil“-t azok figyelmébe ajánlom, akik súlyt helyeznek arra, hogy egyszerű eszközökkel, rövid idő alatt szép és megbízható spirochaeta-készítményeket kapjanak.

A m. kir. budapesti I. számú honvéd- és közrendészeti kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályának közleménye (igazgató: Bartha László dr. főtanácsnok-orvos).

Méhenkivüli terhességet utánzó ovarialis vérzés (haematocele retrouterina).

Írta: Toldy Loránt dr.

A haematocele retrouterina okát illetőleg nem volt mindig egyöntetű a felfogás. Régen a méhet, tubát, ovariumot, kismedence lobos peritoneumát vették leginkább a vérzés forrásának. Szerepelt ezek mellett a méhenkivüli terhesség is, de sokkal kisebb jelentőséggel. A német irodalomban bőven ismertetett régi téves felfogásokra nem akarok a helyszűke miatt kiterjeszkedni. A mai általános elfogadott és helyes álláspont, hogy a haematocele retrouterina egyenlő méhenkivüli terhességgel, mégis igen ritka esetben kétségtelenül bebizonyított egyéb okai is lehetnek a haematocelének és ezen okok között szerepelnek az ovarialis vérzések is. Mint ismeretes, kisebb ovarialis vérzések igen gyakoriak, de mint Pfannenstiel is megjegyzi, nincs nagy jelentőségűk, a gynaeologus csak véletlenül fedezi fel más okból végzett műtéteknél. Runge vizsgálatai is igazolták, hogy az ovarialis vérzések főleg a még menstruáló nőknél lépnek fel és pedig a parenchymarétegben (folliculusapparatus). Kóros körülmények elősegítik a vérzés létrejöttét, Pfannenstiel szerint a nagy ovarialis vérzések soha sem a normalis folliculusban vagy corpus luteumban lépnek fel, hanem a cystikusan degenerált folliculusban vagy corpus luteumban. A genitális hyperaemia nagy szerepet játszik az ovarialis vérzések létrejötténél. Weinbrenner szerint minden állapot, mi hosszabb ideig tartó vérbőséggel jár a genitáliákban, vezethet ovarialis vérzésre. Gottschalk állítja, hogy az elnyomott menstruatio (suppressio mensium) is vezethet ovarialis vérzéshez, az ovariumban ilyenkor fellépő nagy vérbőség follicularis apoplexiát okoz. A vérzést okozó genitális hyperaemia előidézhető, mint Ihm is felosztja: 1. általános megbetegedések által (vitium, emphysema, fertőző baj, megégés, mérgezés, skorbut stb.); 2. localis megbetegedések által (acut vagy chronicus gyulladás, daganat, helyzetváltozás, varix, koacsányosavardós stb.); 3. Egészséges genitáliák mellett menstruatio alatti helytelen magatartás miatt (testi megerőltetés, coitus, alkohol). A vérzés rendesen a folliculus tunica internájának ereiből, illetőleg a corpus luteum luteinsejtréteg capillarisáiból indul ki (Pfannenstiel-Bürger), és pedig Cantoni szerint sohasem egy véredényből, hanem valószínűleg több véredény-hálózatból vérzik egyszerre.

Ami az ovarialis vérzések fellépési idejét illeti, már régi szerzők úgy találták, hogy rendesen a menstruatio alatt vagy közvetlen előtte lépnek fel, de Runge szerint nem a hyperaemia szerepel itt (terhesség alatt nem talált ovarialis vérzést), hanem, mint Stefan állítja, a capillarisok fokozott áteresztőképessége a menstruatio alatt. A súlyos hasüri vérzésekkel járó eseteknél ismételtén találjuk felemlítve, hogy az asszonynak chronicus genitális gyulladása volt és mint a vérzést kiváltó közvetlen ok, több esetben szerepel testi megerőltetés (nehéz munka, torna, tánc) vagy coitus a menstruatio idejében.

Az ovarialis vérzés okozta haematocele tünetei ugyanazok, mint a méhenkivüli terhességnél. A differentialis diagnosis majdnem lehetetlen, legfeljebb absolute, biztos virgónál gondolhatunk ovarialis vérzésre, ha az említett körülmények között lépnek fel a belső vérzés tünetei. De hogy mily nehézségekkel küzd itt is a diagnosis megállapítása, mutatják az irodalomban

leközött esetek (*Lunzer, Adams, Urban, Aumont, Barolin, Zimmermann* freiburgi esete), hol virgókna appendicitis volt a kórisme és a műtétnél appendicitis helyett ovariumból eredő súlyos hasúri vérzést találtak.

Betegem rövid kórtörténete:

41 éves asszony, 14 éve férjes, 13, illetőleg 12 év előtt egy-egy abortus, 11 év előtt rendes szülés, 10 év előtt méhen kívüli terhesség miatt laparotomia az I. sz. női klinikán (baloldalt rupturált tubaris terhesség). A műtét óta nem volt terhes, első menstruatio 13 éves korában 3 hetenként 6–7 napot. A méhen kívüli terhességen kívül az asszony minden betegséget tagad.

Felvétel 1921 március 10-én, utolsó menstruatio február 7–14-ig, de február 26-tól március 8-ig ismét vérzett és pedig bő darabos vérzés. Egy hete lázas, hasa fáj, kezelőorvosa abortus-diagnosissal küldi be.

Felvételkor 37.6, 104, szív, tüdő, vese rendben. Belső vizsgálat: zárt cervix, anteflektált méh, baloldalt környezet szabad, jobb tuba ujjnyi vastag, tölszerűen szélesedik, jóval megnagyobbodott ovarium. Diagnózis: tumoradnex lateris dextri (graviditas extrauterina?). Therapia: jégtömlő. Három nap teljesen láztalan, csekély vérzés, március 13-án este felé alhasi görcsös fájdalmak. Mint a beteg jelezte, hasonlóak a 10 év előtti méhen kívüli terhesség tüneteire, de jóval enyhébbek. Minthogy aggasztó tünet nem volt, az ápolónő nem fordult orvoshoz. Március 14-én 36.9, 84, alhas, főleg jobboldalt szemmel láthatólag elődomborodik. Belső vizsgálat: Douglas ledomborítva egy majdnem a köldökig érő, inkább jobboldalt helyet foglaló, téztás tapintatú, sima felületű resistencia által; próbapunctio a hátsó hüvelyboltozaton át: vér (vérből oltás, táptalajok sterilisek maradnak). Diagnózis: graviditas extrauterina.

A punctio kétségtelenül igazolta a belső vérzést, de feltűnő volt az ily nagy resistenciát létrehozó vérzés mellett a shock hiánya. Beteg nyugodt, beöntésre szék. Március 15-én általános narcosisban laparotomia. A hasi és medencebéli szervek igen kiterjedt, régi szívós összenövésai nagyon megnehezítették még a tájékozódást is, sigma áthúzva egészen a coecum helyére. Az összenövések szétválasztása közben megreped a vérzések, részben sötétvörös aludt vér, részben folyékony vér ürül. Utána nagynehezen sikerül összenövéseiből a jobb adnexumot felszabadítani, szabályszerűen eltávolítjuk. Bal adnexum hiányzik, helyén sima heg. A kiterjedt peritoneumfosztott területeket peritonealizálva, hasfalvarrat. Sima gyógyulás.

Az eltávolított adnexumot megvizsgálva: a várt tubaris terhesség helyett ujjnyi vastag pyosalpinxot találtunk, a közel tojásnyi ovariumban pedig kisdíoniúrt, mi széles nyíláson át közlekedett a vérzásokkal. Az ovarialis terhesség felvételét kizárta a baloldalt hiányzó adnexum, másrészt az összenövések közé ágyazott jobboldali régi pyosalpinx. A mikroszkopiai vizsgálatot *Buday* professor intézetében *Johan* egyetemi tanár végezte, véleménye szerint a vérzés egy folliculuscystában történt, luteinsejteket sehol sem talált a cystafalban: érdekes, hogy a régi pyosalpinxban még bőven voltak gonococcusok. Tehát a haematocele oka nem a már megszokott méhen kívüli terhesség volt, hanem egy ovarialis vérzés, mi létrejött a genitáliák és a kismedence régi gonorrhoeás gyulladása mellett az ovarium kis folliculus-cystájában, áttörve annak falát, létrehozta e hatalmas hasúri vérzést. A beteg bevallotta, hogy férjhezmenetele után rövidesen csekély fluorja volt, hasa is fájt, de magát betegnek nem érezte. Ez valószínűleg lappangva fejlődött gonorrhoea volt, mi az először végzett laparotomiánál sem tűnt fel.

Esetemnél az aetiologiában megvan a régi gyulladás, de hiányzik a többször leírt kiváltó ok: testi megerőltetés vagy coitus a menstruatio idejében, a tulajdonképeni nagy vérzés betegemet ágyban fekvé, tehát abszolút nyugalomban érte.

A tüneteket illetőleg megvolt előzőleg a többek által említett rendetlen vérzés, majd mint a beteg mondotta, hasonló görcsei voltak, mint 10 év előtt a méhen kívüli terhességnél, de sokkal kisebb mértékben. Betegemnél a kiömlött vér okozta peritonealis vongálás utánozhatta a tubagörcsöt. Hiányzott a peritonealis shock, mert az előrehaladott kismedencebéli gyulladás és a tíz év előtti laparotomia kiterjedt és erős összenövéseket hoztak létre, mik sátorként fedték a keletke-

zett vérömlenyt és így megakadályozták a vérnek szabad hasürbe való jutását. Esetem is igazolja azt, hogy méhen kívüli terhességnél a szabad hasürbe történt vérzéskor nemcsak a vérvesztés, hanem a vérnek a szabad hashártyára való jutása váltja ki a shockot. A kiterjedt összenövések akadályozták meg nemcsak a shockot, de egyszersmind az elvérzést is.

Ami a therapiát illeti, az esetleges várakozó álláspont mellett sem történt volna újabb, esetleg halálos vérzés, de tekintve a körülményeket (pyosalpinx kiterjedt összenövések) igen hosszú időbe került volna a vérömleny felszívódása, nagyon valószínű lett volna annak elgenyesedése az összes következményekkel, így utólag is egyedül helyes választásnak ítéltető a rövidesen elvégzett műtét.

Irodalom: *Bürger*: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1904. — *Cantoni*: Archiv f. Gyn. 1912. — *Engström*: Archiv f. Gyn. 1907. — *Fritsch*: Die Krankheiten der Frauen 1892. — *Frommel* Jahresberichte f. Geb. u. Gyn. — *Forssner*: Archiv f. Gyn. 1916. — *Gabriel*: Archiv f. Gyn. 1901. — *Gusserow*: Archiv f. Gyn. 1887. — *Hedde*: Über Ovarialblutungen. Inaug. Diss. 1913, Freiburg i. B. — *Ihm*: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1905. — *Lunzer*: Zeitschr. für Heilkunde 1907. — *Runge*: Archiv f. Gyn. 1922. — *Schröder*: Berl. klin. Woch. 1868. — *Veit*: Handbuch der Gyn. — *Virchow*: Die krankhaften Geschwülste 1863. — *Weinbrenner* Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1906. — *Winiwarter*: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. — *Zimmermann*: Über intraabdom. Blutungen aus den genital org. der Frau etc. Inaug. Diss. Freiburg, i. B. 1912.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetem II. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr. ny. r. tanár).

A latens inactiv maláriánál észlelhető hyperinosis kórisme jelentősége.

Írta: Gerlóczy Géza dr. tanársegéd.

Friss malária-esetek csaknem mindegyikében sikerül a plasmodiumok kimutatása. Nagyon megkönnyíti a keresést, ha az úgynevezett „vastagcsepp”-eljárást alkalmazzuk; erre bőséges tapasztalatot szolgált a háborús irodalom.

Másként áll a dolog latens inactiv maláriánál, gametahordozóknál, különösen kiújuló folyamatok eseteiben. Hiába alkalmazzuk provokáló eljárásokat, lázrohamot, pozitív plasmodium-leletet csak vajmi ritkán sikerül nyernünk. A provokatók közül még leginkább beválnak az erőltetett mechanikus ingerek: fárasztó munka, fizikai megerőltetés, villanyos izgatás (*Hoffmann*), thermikus ingerek: pl. hideg zuhany, míg a minimalis chinin-adagokkal (*Cori*) vagy tonogen-befecskendéssel (*Schittenhelm* és *Schlecht*) alig sikerül egyszer-egyszer reactiót kiváltani. *Reinhard* kiadós insulint ajánl, s hogy a fény negleg hatással bírhat, bizonyítja az, hogy a malariarecidivák előszeretettel jelennek meg az első tavaszi napsütések idején.

Ha a provokatókkal való kísérletezés eredménytelennek bizonyul, valóban aligha érezhetjük magunkat jogosultnak arra, hogy a nagyon is bizonytalan panaszok alapján malariát kórismézzünk. Bizonyos mértékig támogatásul szolgálhat, ha a kérdéses beteg vérében basophil szemcsézett erythrocyták találhatók (*Schilling*), bár e többnyire jelentékenyebben anaemiás egyéneknek nem sok kórisme értéke lehet a regenerációs jelek felismerésének. *Jarnó* szerint a mononuclearis leukocyták megszaporodása volna értékesíthető tünet. Sokan hosszas időn keresztül pontos éjjel-nappali hőmérést ajánlanak, számítva arra, hogy bizonyos rendszerrel jelentkező hőemelkedés lesz tapasztalható. E nehéz helyzetben végül mégis kényszerítve vagyunk valamelyikét (*Nocht, Seyfarth, Ochsner, Ziemann, May*), hogy azután a kezelés eredményes vagy eredménytelen volta ex juvantibus döntsön a kórisme mellett vagy ellen.

Még aránylag könnyebb volt a helyzet a háború

alatt és közvetlen után, mert határozott kórelőzmény és objectiv lelet híján is már maga az a körülmény, hogy a beteg maláriás vidéken teljesített szolgálatot, többnyire megerősíthette maláriagyanyu esetén a diagnoszt. Recidiváló esetek, rendszertelen kúrákkal össze-zavart, ki nem gyógyult maláriások ma is szép számmal akadnak. A messze multban lezajlott egy-egy láz-roham, kiállott és kezelt primaer infectiók, talán valamelyes léptumor, többé-kevésbé kifejezett anaemia, bizonytalan eredetű subfebrilitas főleg azok a momentumok, amelyek malaria gyanuját kelthetik. Typikus lázrohamok, plasmodiumlelet nélkül azonban a kórisme nem jut tovább a gyanunál, holott határozott vélemény s erélyes kezelés e sýnylódók érdekében elsőrangú fontossággal bírna.

Különösen azokban az esetekben, amelyek látszólag teljes egészségnél örövendek, s szabálytalan időközökben jelentkező bizonytalan eredetű hőemelkedések kivül jóformán panaszmentesek, avagy legfeljebb ideges természetűeknek látszó panaszokat adnak elő, bírhat gyakorlati jelentőséggel a *vérplasma fibrinogen tartalmának meghatározásával egy esetleges hyperinosis konstatálása*.

A fibrinogen-felszaporodás nemcsak a malaria specifikuma. Pfeiffer, Joachim, Langstein és Meyer, Atkins, Cavazzuoli, A. Schmidt s a mult század második felében a kutatók egész sora foglalkozott a vérfehérje-arány eltolódásainak kérdésével. E kutatások gyakorlati téren nem sok eredménnyel jártak, ami abban találhatja magyarázatát, hogy főleg diagnostikai célokra igyekeztek a megváltozott fehérje-arány leletét kihasználni. Tekintve azt, hogy csaknem valamennyi organikus betegségnél megváltozik a fehérjequotiens, az elkülönítő kórisme nem sokat nyert e tanulmányokkal. Újabban a colloidechemiai ismeretek bővülésével került ismét felszínre a plasmafehérjék arányának a kérdése; s miután e fehérjék között a fibrinogen a legdurvábban dispergált, leglabilisebb fractio, érthető módon az érdeklődés is leginkább a fibrinogenquotia felé fordult. (Pauli iskolája, Stalinger, Sachs, Oettingen, Höber stb.) Herzfeld és Klinger elmélete szerint a fibrinogen a szervezet mélyén lezajló saját-szöveti bomlás folyamatában a fehérjehasadás legkezdetibb fokát képviselné; felszaporodása arra vall, hogy rohamos sejtszétérés kapcsán a kikerült fehérjemolekula csak az első fokig hasadhatott, miután a további autolytikus bomlásra nem állott kellő idő rendelkezésre. Másrészt Abderhalden, Funk és London, Samuely stb. vizsgálataiból ismert, hogy a bélalazaton innen már nem képzelhető el a szervezetre idegen fehérje-arány, amennyiben magának a bélalazatnak jutna az a feladat, hogy a szervezet szükségletéhez alkalmazott sajátos szerkezeteket építse fel. Ennek figyelembevételével megváltozott fehérje-arány esetén az is feltételezhető, hogy a bélalazat nem passzív fehérjeterestek kerülnek az intermediaer anyagcserébe.

Malariánál valószínűbb ez utóbbi lehetőség túlnyomó szerepe, s mint a szervezetre idegen fehérje: a parasiták maguk volnának megjelölhetők.

Malaria minden esetében, akár a lázas szakban, akár a láztalan intervallumokban, friss esetben éppen úgy, mint idősültnél, recidiváló folyamatoknál vagy primaer infectiónál, úgy activ mint inactiv stadiumban, egyszóval mindaddig, míg a *betegség gyógyultnak nem mondható*, tapasztalataink szerint *fibrinogen-túlsúly* észlelhető. A fibrinogen mennyisége 0.2% felett 0.6% fölé is emelkedhetik.

Kórismeit célt azonban e fibrinogen-túlsúly felismerése — ahogy egyéb bántalomnál — malariánál sem szolgálhat. Mégis módját ejthetjük szinte döntő módon a kórisme biztosításának azáltal, hogy a hyperinosis megállapítása után bevezetjük a chinin-kúrát. Ha a beteg malariában szenvedett, szinte szemünk előtt csökken napenként a fibrinogen-tartalom, s pár nappal a kúra kezdete után már eléri a normalis értéket. A kórisme tehát tulajdonképp ex juvantibus alakul ki, azonban a csekély értékű subjectiv adatok helyett kézzelfogható és szemléltető mozzanatok útján nyer ellenőrzést.

A számos malaria-eset között, melyekben fibrino-

gen-ellenőrzéseket végeztünk, úgy positiv vérelettel bíró, mint latens inactiv folyamatok is találkoznak. Alábbiakban szemléltetjük álljon itt néhány példa.

Eljárás: A fibrinogen-mennyiség meghatározásának számos ismert eljárása közül (Reye, Gram, Fahreus, Pfeiffer, Kossler, Porges-Spiro, Lester, Foster-Whipple, Leendertz stb.) mint technikailag legegyszerűbbek: a refractometriás meghatározások legalkalmasabbak. Winternitz hirudin-plasmával dolgozik s eljárása legjobban megfelelt volna, ha a hirudin beszerzése nem járna nehézségekkel. E körülmény folytán oly eljárást választottunk, amely sóplasmát használ. Ily eljárás a Leendertz- és Gromelski-féle. Ez a következőképpen történik: 1. A karvéna punctiójával nyert vért paraffinózott ülepítőcsőben fogjuk fel és azonnal lecentrifugáljuk. A nyert nativplasmát isotóniás (3.55%) natrium citricum-oldattal 1:15 arányban keverjük és Pulfrich refractometerével meghatározzuk a törési értéket = R_1 . A nativ plasma spontán alvadása után nyert plasma-serumot pontosan a fentivel azonos arányban citrat-oldattal hozzuk össze, s ennek is meghatározzuk a törési értékét = R_2 . Fibrinogen = $(R_1 - R_2) \cdot 0.215$ (a fehérje-átszámítási factor középértéke a Pulfrich-skála 1 vonalközére számítva). 2. A vért 3.55%-os natrium citricum-oldatban 15:1 arányban fogjuk fel, s a citratplasma egy részletéhez 1.5%-os Ca Cl₂-old. 30-adrészét helyezük. Az alvadást megelőző, s az azt követő törési érték meghatározásával $(R_1 - R_2) \cdot 0.215$ képlet alapján nyerjük a fibrinogen-értéket. Fibrinogenszegény plasmáknál a sóoldat feltételezte felhígulás gyakorlatilag bízható elhanyagolható; fibrinogendús plasmáknál pedig a hígítási factor bekapcsolásával (16/15) a hiba kikorrigálódik, ami $(R_1 - R_2) \cdot 0.229$ (= $0.215 \cdot 1.067$) az első eljárásnál és $(R_1 - R_2) \cdot 0.252$ a második eljárásnál. (Feltételezzük, hogy a plasma az összvér felét teszi ki.)

A vérvételek mindannyiszor reggel éhgyomorrra történtek, tekintet nélkül arra, hogy a beteg éppen lázas volt-e vagy sem.

Kórisme:	Lázroham:	Chininkezelés:	Fibrinogen:
1. Malaria tertiana. Positiv plasm-lelet. Belsőszervek: 0.	Chininrel az első roham után elfojtva.	Három ízben a várható roham előtt 6, 5, 4 órával a 0.5 g. Ettől kezdve Nocht-kúra (5-ször 0.20 g Nocht schemája szerint).	Lázroham alatt: 0.61. 3. kezelési nap: 0.49. 6. " " : 0.26. 9. " " : 0.23. 12. " " : 0.19.
2. Malaria tertiana. Recidiv. Positiv plasm-lelet. Belsőszervek: 0.	Chininrel az első roham után elfojtva.	Három ízben a várható roham előtt 6, 5, 4 órával a 0.5 g. Ettől kezdve Nocht-kúra (5-ször 0.20 g Nocht schemája szerint).	Lázroham előtt: 0.48. 4 órával: 0.26. 3. kezelési nap: 0.26. 6. " " : 0.24. 12. " " : 0.20.

E tipikus kórképekben szemléltetően észlelhető a gyógyulás folyamatával lépést tartó fibrinogenesökkenés. Míg ily esetekben a fibrinogen meghatározásának alig jut gyakorlati érték, hiszen a klinikai kép mindennél világosabban tájékoztat a folyamat lefolyásáról, a kórisme pedig a vérelet alapján amúgy is eldőlt, addig az alant közlendő példákban kitűnik, hogy más támaszpont híján mily határozott jelentősége van a fibrinogen-tartalom meghatározásának és nyomon követésének.

Kórisme:	Chininkezelés:	Fibrinogen:
3. B. J. 6 hó előtt állítólag néhány-szor megismétlődő hidegrázás lázzal. Akkor 1—2 g chinint szedte; azóta láztalan volt s jó közérzetnek örvendett 3 hét előttig, amikor két egymást követő napon borzongással ismét magas láza lett; 1 g chinin után 3 nap előttig jól érezte magát, de akkor újból egynapos láza jelentkezett. Egyébként teljesen panaszmentes és értékesíthető anamnesztikai adatokat nem ad. Obj. status, vérkép: 0.	Nocht-kúra.	0.47. 7. kezelési nap: 0.24. 12. " " : 0.20.

A bevezetett chininkezelés rövidesen a *plasmafehérje-arány normalis viszonyaira* vezetett. Közvetve e körülményből már jogosultnak érezhetjük nagunkat malaria kórisméjének és a therapia hatásosságának megállapítására.

A fibrinogenmeghatározások további egyszerűsítése céljából kísérletet tettünk oly irányban, vajjon nem válnék-e alkalmazhatóvá azon úgynevezett plasma-colloidlabilitási reactio, amelyet a közelmultban vérszerkezetek physicochemiai stabilitásának megállapítására ajánlottam.

E reactio — mint azt már más helyen közöltem — a Hofmeister-sor anionjai sorrendjében isotonias K-só-oldatokkal állítatik be; a reagensek tehát: K_2SO_4 , KCl, KBr, KNO_3 , KJ, KSCN isotonias oldatai.

E sóoldatok fehérjekiesapó aktivitása fenti sorrendben csökken, s ha azokat a mennyiségben 0.3 cm^3 citratplasma mennyiségeihez adjuk, akkor 50° -tól 60° -ig lassan emelkedő vízfürdő melegítésére a labilis plazmaszerkezetekből pelyhek alakjában kiesapódik a fibrinogén. Ép egyén vérében még a legerélyesebb K_2SO_4 -tag sem hoz létre csapadékot. Tehát a sötömménységek éppen olyanok, hogy additionálva az alvadásátló 5% -os natrium citricum hatásához hőhatás támogatása mellett a normalist meghaladó fibrinogénmennyiség esetében azt pelyhes csapadék alakjában kisózzák. *Rusnyák* vizsgálatai szerint kb. 0.24% -nál van azon alsó határ, amely mellett az erélyesebb első tagok csapadék létrehozására képesek. A reactio kivitele igen egyszerű és gyors, s ezért igen alkalmasnak ígérkezett a malariás hyperinosis nyomkövetésére.

A beállított próbák a várakozásnak megfeleltek. Chininkúra előtt mindannyiszor erősen pozitív volt a reactio (még a viszonylag gyenge kisózó képességű utolsó tagokkal is csapadék jelentkezett), míg a kúra alatt lassanként a gyengébb aktivitású sóoldatok már nem voltak képesek arra, hogy csapadékot hozzanak létre. Mintegy 10–14 nappal a megkezdett chinin-kezelés után végül is negatívvá vált az egész sor, tehát csapadék még az erélyes elsőtagokkal sem volt nyerhető.

4. K. L. 4 hét előtt másodnaponként, majd naponként magas láz jelentkezett, ami hat napon át állandóan tartott, majd néhány napi szünet után újabban csekély esti hőemelkedések jelentkeznek.

Status praesens: Ép viszonyok. Vérték normalis. 3 napon át 0.05 g chinin: lázreactio nem váltható ki. Fizikai munka, erős faradizálás, hideg ledörzsölések ugyancsak reactionmentesek maradnak. A kórisme tehát teljesen bizonytalan. Miután 4 napon át lázmentes és általános ideges panaszokon kívül különösebb tünetét valamilyen betegségnek nem tudtuk kimutatni, már a klinikáról elbocsátani készültünk, midőn még beállítva a fenti próbát, azt J.-ig (5 tag) pozitívnak találtuk. Ennek alapján a panaszok functionalis eredete kizárható lévén, ex juvantibus Nocht-kúrával teszünk kísérletet, amivel párhuzamosan ismételt fibrinogénmeghatározásokat eszközölünk. Már a kúra negyedik napján csak 3 taggal pozitív a reactio, s a 11. napon mind a hat cső csapadékmentes marad.

5. Z. J. 1922 decemberében állítólag borzongások kíséretében lázas lett és csekély megszakítással 1923 február közepéig lázas volt. Hőemelkedései eleinte elérték a 39° -ot, később 38 körül voltak. Március és áprilisban láztalan. Májusban ismét 38° -ig emelkedő lázak jelentkeztek, melyek olykor egy-egy napra kimaradtak. E lázas állapot miatt keresi fel a klinikát.

Objektiv lelet csekély anaemián kívül 0. Az összes vér-, vizelet- stb. vizsgálatok negatív eredménnyel járnak. Miután a klinikán a panaszolt hőemelkedések sem voltak konstatahatók, hatodnap kibocsájtjuk.

Újból felvétel szeptember 17-én. A lefolyt négy hó alatt háromszor volt egy-két napig tartó 39° -ig emelkedő láza. Ugyanakkor csekély fájdalma léptek fel a léptájon.

Belső szervek: 0. Malariagyanyu miatt May módszere szerint ismételt provocatio, arseninjectiók. Egy héten át naponként hideg lemosás, léptáji faradozás, majd négy napig 0.05 chinin. Vérték negatív. Láz nem észlelhető. Közérzet jó. *Fibrinogen:* 0.38% . Reactio a Hofmeister-sorral: 5 taggal erősen pozitív. Szeptember 29-én Nocht-kúrára kezdünk.

Időpont:	Fibrinogen:	Plasma coll.-lab. reactio:
1923. IX. 29.	0.38	5 tag (J.-ig) pozitív.
" X. 2.	0.27	4 tag (NO_3 -ig) "
" X. 5.	0.23	2 tag (Cl.-ig) "
" X. 7.	0.20	negatív.

A Nocht-kúra schemájának előírásával elbocsájtjuk a klinikáról.

E jellemzőbb esetek alapján a plasma fibrinogen-

tartalmának ellenőrzése latens inactiv malaria felismerésére és a gyógyulás folyamatának ellenőrzésére igen alkalmas módszernek kínálkozik. Természetesen e módszer különösen a negatív vérelettel járó eseteknél bírhat értékkel. Legtöbb nehézséget a multban oly recidivák felismerése okozott, melyeknél a primaer infectio burkolt maradt. Ily esetek főleg a chinin-prophylaxisban részesültek közül kerültek ki. (*Kirschbaum, Bilke, Biedl*, stb.)

Természetes azonban, hogy a malariánál a fibrinogén-mennyiségnek fentvázolt módon való értékesíthetősége csak addig lehetséges, amíg egyéb ugyancsak hyperinosisal járó megbetegedés (pl. tuberculosis, vesebaj, izületi lobok, izomesz stb.) zavaró combinatioja nincs egyidejűleg jelen, más szóval: amíg a szervezet egyébként teljesen ép. S bár általában mondható, hogy a fibrinogén mennyiségének meghatározása organikus kórfolyamatok lefolyásának ellenőrzésében igen alkalmas kórjólási index, mégis egy kórfolyamat sem nyújtja az ellenőrzés oly kedvező lehetőségét, mint amint éppen a malaria latens inactiv alakjai nyújtának e szempontból. Egyrészt a teljesen kétséges kórisme helyes felállítását teremtik meg azzal, ha egy hyperinosisal járó, de egyébként ép viszonyokat feltüntető láztalan esetben chininre szinte szemünk előtt száll alá a fibrinogénquotient és éri el normalis értékét, másrészt meggyőződést szerzünk egyúttal arról, hogy gyógykezelésünk eredményes volt s a beteg a gyógyulás útjára tért.

Összefoglalás: Latens, inactiv malariák kétes kórisméje jelentős támogatást nyerhet áltál, ha az ily állapotoknál mindannyiszor kimutatható hyperinosis helyébe a bevezetett Nocht-kúra kapcsán normalis fibrinogén-érték lép. A rendes fibrinogénarány többnyire a kezelés megindítását követő 8–10. napon áll helyre.

Irodalom: Biedl: W. klin. W. 1917, 14–17. — Bilke: M. m. W. 1918, 29. — *Fahraeus:* Mikromethoden, Wiesbaden, 1920. — *Foster-Whipple:* Amerik. Journal of phys. 1922, 58. — *Gerlőczy:* Klin. Wochenschrift 1922, 43. — *Gram:* Journal of biol. Chem. 1921, 49. — *Herzfeld-Klinger:* Biochem. Zeitschr. 87. — *Hoffmann:* D. m. W. 1918, 28. — *Jarno:* W. klin. W. 1917, 29. — *Kirschbaum:* M. m. W. 1917, 43. — *Leendertz:* Klin. Wochenschr. 1923, 16. — *Leendertz-Gromelski:* Arch. für exp. Path. und Pharm. 1922, 94. — *Lester:* Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1922, 79. — *May:* M. m. W. 1918, 38. — *Meyer és Langstein:* Hofm. Beitr. 5. 1904. — *Oxner:* Berl. klin. W. 1920, 25. — *Pauli:* Coll. Zeitschr. 31. — *Pfeiffer-Kossler:* Zentralbl. f. inn. Med. 1896. — *Porges-Spiro:* Hofmeister, 3. 1901. — *Reinhard:* M. m. W. 1917, 37. — *Reye:* Dis. Strassb. 1898. — *Schilling:* D. m. W. 1919, 25. — *Schittenhelm és Schlecht:* M. m. W. 1918, 47. — *Starlinger:* Biochem. Zeitschr. 1923, 140. — *Seyfahrt:* M. m. W. 1918, 17. — *Sachs-Oettingen:* Med. Klin. 1922. — *Winternitz:* Arch. f. Derm. u. Syph. 1923, 96. — *Ziemann:* Mense's Handb. 1918.

A budapesti és gyulai magy. kir. állami gyermekmenhely közleménye.

Elhagyott gyermekek gümőkóros fertőzése és adatok a tuberculin-bőrpróba lefolyásához.

Írta: Barabás Zoltán dr. főorvos.

Megvizsgált anyagunk a budapesti és gyulai gyermekmenhelyek ápoltaiból került ki. Eredményeink tehát nemcsak azt mutatják, hogy az elhagyott gyermekek mily számmal vannak gümőkórral fertőzve, de azt is, hogy egyfelől a székesfővárosnak, másfelől a történelmi Magyarország közepének nagy szegénységben élő néprétegei mennyire vannak átitatva e betegséggel. És van-e különbség a fertőzöttséget illetőleg e két terület között?

E célból altuberculinnal rendszeres bőrpróbát végeztünk Budapesten egy évet át, Gyulán három hónapra keresztül minden, az intézetben megforduló gyermekben. Kimutatásba csak azokat foglaltuk össze, akik a

bőrpróba után legalább még kétszer 24 óráig az intézetben tartózkodtak, hogy az esetleges aspecifikus reakciók ne zavarhassák az eredményt. Positívnek az olyan reakciót jelöltük, melynek átmérője az 5 mm-t meghaladta.

Budapesten 3035 gyermekből 30.6%-ban találtunk első alkalommal pozitív bőrpróbát; Gyulán 168 közül 39.9%-ban. E számok nemesak azt mutatják, hogy minden harmadik elhagyott gyermek gümőkórral fertőzött, de azt is, hogy az Alföldnek egyik leggazdagabb területéről állami gondozásba került gyermekek közt sokkal gyakoribb a gümös fertőzöttség, mint a székesfőváros és környékéről beutaltak között. Ez adatok talán felhasználhatók annak bizonyítékául, hogy a poros Alföld közegészségügye mennyire a székesfővárosé mögött áll, hogy a kíváncsok mértékét ne említsük.

Budapesti pozitív eseteink arányszáma így több, mint Hágában (27.2%, *Furstner*), de kevesebb, mint Prágában (36%, *Ganghofner*), Münchenben (36–47.6%, *Bartschmidt*), Heidelbergben (41.3%, *Moro* és *Volkmar*), Rostockban (49.7%, *Synwoldt*), Grácban (51%, *Barchetti*), New-Yorkban (52.7%, *Fishberg*) stb., — bár nem hagyható figyelmen kívül, hogy említett szerzők nagyrészt klinikai beteganyagot, tömeglakásokat vizsgáltak, míg a mieink túlnyomóan egészségesek voltak.

Ha az egy éven aluli csecsemőket (793) nem számítjuk, minthogy anyagunk természeténél fogva köztük igen sok volt a néhány hetes, tehát olyan, akinek még alkalma sem volt a fertőződésre, illetve az esetleges fertőzöttség az idő rövidsége miatt ki sem mutatható, úgy pozitív eseteink Budapesten 37.4%-ra, Gyulán 43.3%-ra emelkednek.

Egyébként a pozitív esetek kor szerinti eloszlása a következő volt: 1–3 éves korban 25.8%, 4–6 éves korban 38.7%, 7–12 éves korban 40.1%, 13–16 éves korban 69.6%.

Felmerülhetne az a kérdés, hogy a gümös fertőzések nagy számát nem a menhelyeknek közismert zsúfoltsága okozza-e, illetve a gyermekeknek felhalmozása nem járul-e hozzá a fertőzések terjedéséhez? Ennek megállapítása céljából hónapokon át külön jeleztük az újonnan felvetteket és külön a nevelőszülőktől visszahozottakat. Eredmény: a pozitív esetek 59.8%-a az újonnan felvettek közül került ki, tehát az újonnan felvettek nem kevésbé fertőzöttek, mint a régebbi idő óta állami gondozásban levők.

Nemek szerint a tuberculin-bőrpróba nem mutatott különbséget: 1887 fiúból pozitív volt 31.6%, 1316 leányból 31.0%.

Abból kiindulva, hogy egyes betegségek iránt inkább a szőkék, mások iránt meg a barnák hajlamosak, az irányban is kiterjesztettük vizsgálatainkat, hogy a szőke és barna gyermekek közt a tuberculin-bőrpróba tekintetében nincs-e különbség? 786 gyermeket vizsgáltunk meg ily irányban: 404 szőkéből pozitív volt 38.1%, 382 barnából pedig 43.9%, azaz barna gyermekeink között 5.8%-kal gyakrabban találtunk pozitív bőrpróbát, mint a szőkékéknél. Csekély különbség, melyből nehéz arra következtetni, hogy a barnák fogékonyabbak volnának a gümös fertőzéssel szemben. Szőkékéknél a reakciók nagysága mindenesetre kifejezettebb volt.

Eddig közölt eredményeink egyszeri bőrpróbára vonatkoznak. Tekintettel azonban arra, hogy néha gümőkórra gyanús, sőt nem egyszer kifejezett gümös elváltozásokat mutató gyermek nem reagált, 657 gyermeket oly módon vizsgáltunk át, hogy a negatívoknál háromszor megismételtük a bőrpróbát 8–8 napi időközökben. Így az első bőrpróba pozitív volt 226 esetben (34.4%), a második 36 esetben (5.5%), a harmadik 6 esetben (0.9%), azaz ismételt bőrpróba 6.4%-kal gyakrabban megmutatja a gümös fertőzést, mint az egyszeri.

60 esetben, hol háromszori bőrpróba negatív volt, 0.1 mg-os adaggal intracutan még mindig 9.1%-ban tudtunk pozitív reakciót nyerni, úgyhogy ha előbb közölt egyszeri bőrpróbával nyert eredményeinkhez ez arányszámot hozzáadjuk, úgy az egy éven felüli gyermekek közül az 55%-ot megközelíti a gümőkórral fertőzöttek arányszáma.

Azt a kérdést, hogy az erőbeli állapot a bőrpróba milyen hatással van, 650 gyermek vizsgáltuk. 248 rosszul és gyengén tápláltságból pozitív volt 110 = 44.3%, 402 közepesen és jól táplált közül 199 = 49%. Eszerint az erőbeli állapot a bőrpróbára nincs kimutatható befolyással, vagy, ami még inkább hihető: gyermekeink rossz erőbeli állapota nem annyira a lappangó gümőkórnak, mint inkább a nyomornak és éhezésnek volt a kísérő tünete.

Az utolsó 302 pozitív esetben a reakciók erősségét mércével, mm-nyi pontossággal igyekeztünk megállapítani. A gyulladásos terület átmérője 6–10 mm volt 126 esetben = 41.7%, 11–15 mm 114 esetben = 37.8%, 16–20 mm 41 esetben = 13.6%, 21–25 mm 13 esetben = 4.3%, 26 mm-nél több volt 8 esetben = 2.6%. Ez eredmények mind höchsti alt-tuberculinnal végzett cutan-próbákra vonatkoznak, amit azért jegyzünk meg, mert az egyes tuberculinok közt a reactio erősségét illetően néha meglehetősen különbségek mutatkoznak, és pedig nemesak az előállítási módszer, de az egyes törzsek szerint is. Legalább erre enged következtetni az *Aujevszky* tanártól kipróbálás céljára rendelkezésre bocsátott, különböző törzsekből készült tuberculinok sorából, összehasonlító vizsgálatok alapján levont eredmény.

Megfigyeléseink szerint a tuberculinizált bőrterület helye befolyással van a bőrpróba erősségére. Hogy számszerű adatokkal bizonyíthassunk, 100 pozitív bőrpróbát mutató gyermek sorozatosan végeztünk bőrpróbát a testfelület különböző részein. Legerősebb reakciót találtunk a hátán, utána sorrendben: mellen, fülkagylón, felkar hajlító-, feszítő-, alkar hajlító-, feszítőoldalán. Így tehát az alkarnak *Pirquett*-től e célra ajánlása a reactio erősségét nem a legszebben juttatja érvényre.

Összefoglalás: Egyszeri bőrpróba a székesfőváros elhagyott, egy évnél idősebb gyermekeiből 37.4, az Alföldből 43.4%-ot mutatott gümösen fertőzötteknek. Az új felvételek nem kevésbé fertőzöttek, mint a már hosszabb idő óta intézet kötelékébe tartozók. Fiúk és leányok közt, nincs különbség a reactio gyakoriságában. Barna gyermekeknél 5.8%-kal gyakoribb a bőrpróba, mint szőkékéknél. Utóbbiaknál viszont a bőrpróba erőssége kifejezettebb. Ismételt bőrpróba 6.4%, intracutan 9.1%-kal magasabb értéket ad, mint az egyszeri próba. Az erőbeli állapot a bőrpróbára nincs kimutatható befolyással. A reactio erőssége egyéb tényezők mellett függ a tuberculin milyenségétől és a localisatiótól.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diaetás kezelése.

7. Quantitative összeállított étrendek.

Szénhydrat-tolerantiának nevezzük azon szénhydratmennyiséget grammokban kifejezve, amelyet a diabetikus szervezet feldolgozni képes anélkül, hogy arra glykosuriával reagálna. A tolerancia határa minden betegnél különböző, sőt egyazon betegnél is változhatik a toleranciát befolyásoló agensek hatása alatt. Egyre jobban romlik a beteg toleranciája, ha a szénhydratokat korlátlanul fogyasztja, ha ellenben a szénhydratanyagcserejét a toleranciájának megfelelő nívóra szabályozzuk, lassanként emelkedik.

A tolerancia meghatározása eddig rendszeren úgy történt, hogy szigorú szénhydratmentes diatával eltüntettük a beteg vizeletéből a cukrot és azután addig emeltük a koszthoz adott szénhydratmennyiséget, amíg a glykosuria ismét fellépett. Némelyek fordítva jártak el. Addig vonták el fokozatosan az étrendből a szénhydratokat, amíg a glykosuria megszűnt. Hogyha a tolerancia túlalacsonynak látszott, vagy a szénhydratmegvonásra acidosis lépett fel: fehérje-megszorítással, tolerancia-növelő és acidosis-csökkentő diatákkal addig igyekeztünk manipulálni, amíg a beteg szénhydrat-optimuma, a toleranciája egy értékben és grammokban kifejezhető nem volt.

Az élelmiszerek szénhydrattartalmát élelmiszertáblázatok segítségével számíthatjuk ki. Ilyen táblázat

több szerzőtől többféle van használatban, közöttük azonban a legtöbb élelmiszernél egymástól igen eltérő értékeket fogunk találni. A magas szénhydrattartalmú élelmiszerek ugyanis túlnyomórészt növényi származásúak, a növényeknél pedig a szénhydrattartalom a *fajta*, a *termelési mód*, az *éghajlati viszonyok* és az *érettségi fok* szerint igen nagy ingadozásnak van alávetve. Az élelmiszertáblázatokban közölt értékek ennél fogva a sokféle fajtájú és érettségű élelmiszer szénhidrat-középértékének tekintendők.

Tudnunk kell, hogy a szénhydrattartalom meghatározása általában *indirekte* történik, oly módon, hogy a szervesanyag-tartalom értékéből a kémiaiilag közvetlenül meghatározható zsír- és fehérjemennyiséget levonják és a maradékot a szénhydrattartalommal veszik azonosnak. Az emberi szervezet azonban az ilyen módon meghatározott szénhidratokat nem egyformán értékeseíti, mert az emésztőszervek azokat nem egyformán tudják *kihasználni*.

Bizonytalanná teszi a pontos számítást az a körülmény is, hogy a nyers élelmiszerek a *konyhai elkészítés*, vagyis a megtisztítás, mechanikai feldarabolás, a hőbehatás és vegyítés következtében mélyreható változásokon mennek át, ami a szénhydrattartalmukat nagy mértékben befolyásolhatja.

Meg kell még említenünk azt a hibaforrást is, ami az egyes adagok *pontos lemerésének* a tökéletlenségében áll. Egyes élelmiszerek, pl. a tészta egy-egy adagja sokszor olyan kicsiny, hogy külön-külön elkészíteni konyhatechnikai lehetetlenség. Ilvenkor az adagok többszörösét készítjük el és a kész ételt a megfelelő részekre felosztjuk. Más élelmiszerek, pl. a hús, viszont a sütés vagy a főzés alatt csaknem a felére zsugorodik és így tápanyagtartalma mintegy megkétszereződik. A húst tehát nagyobb darabban, mint az adagok többszörösét nyersen mérjük le és elkészítés után egyenlő adagokra utólagos mérés nélkül szeleteljük fel. A hús azonban nem csupán izomszövetből áll, hanem csontból, zsírszövetből stb. is és így a felaprított, pl. ragout-nak vagy pörköltnek elkészített húsadagok arányos elosztásánál a gyakorlott szakácsnő *szemmértékére* vagyunk utalva.

Főzelékféléknél az emészthetetlen részekből való megszabadítás, a gyümölcsöknél pedig a meghámozás és kimagozás változtathatja meg a súly és a szénhydrattartalom közötti viszonyt. Az előbbieknél ehhez még az a tekintélyes súlyvesztés is járul, ami a főzővízbe kioldódott ásványi sókra esik. *Noorden* pl. számításokat végeztetett a nyers élelmiszer és a fogyasztásra kész állapotban talált szénhydrattartalmát illetőleg és igen nagy különbségeket kapott. Így pl.

	Szénhydrattartalom-% nyersen	készen
Cékla	8.0	0.8
Fehérkáposzta	11.6	0.9
Zöldborsó	8.4	5.8
Sárgarépa	8.2	3.0
Zöldbab-konzerv	7.3	5.6
Bimbós kel	6.2	0.9
Zeller	11.8	2.6

Amint látjuk, az élelmiszerek szénhydrattartalmát pontosan nem lehet kifejezni. A gyakorlatban azonban, mint a tapasztalat mutatja, igen jól ki lehet megközelítő pontossággal is jönni.

Olyan étrendet, amelyben csupán a szénhidratok mennyisége van megadva, úgy lehet a legegyszerűbben összeállítani, hogy alapul vesszük az ebédre és vacsorára előírányzott két adag 300–300 g főzelék és két adag 100–100 g hús szénhydrattartalmát. Ezt már most kiegészítjük a reggelire, tízórára és uzsonnára adandó élelmiszerekkel, amelyek közül a szénhidratmenteseket a szénhydrattartalmúakkal változtatatosan úgy kombináljuk, hogy a végösszeg az előírt tolerancia-határnak megfelelően.

Intézetek személyzete erre be van gyakorolva, ott könnyen megy a kiválasztás, kiszámítás és lemerés, de laikusoknak igen nehéz megmagyarázni a „szénhidrat” fogalmát. *Noorden* ezen úgy igyekezett segíteni, hogy a tolerancia kifejezésére szénhidrat helyett a „*fehérkenyerérték*” (FKÉ), a „*Weissbrotwert*”-et (WBW) ajánlotta. Miután a toleranciát úgy határozta meg, hogy a szénhidratmentes étrenddel cukormentessé tett betegnek a kosztjához emelkedő adagokban addig adott

fehérkenyeret, amíg a cukor a vizeletben megjelent és így a diabetikusok toleranciáját nem szénhidratgrammokban, hanem fehérkenyergrammokban adta meg. Minden élelmiszernél átszámította a szénhydrattartalmát a megfelelő aequivalens fehérkenyerértékre és ezt táblázatban közölte, amelynek segítségével minden laikus egyszerűen egészítheti ki a szénhidratmentes alapmenüjét egyéb ételekkel. Az alapegység 10 g 60%-os keményítőtartalmú fehérkenyér, vagyis 10 FKÉ, aminek pl. 8 rizs, 8 búzaliszt, 13 száraz leguminose, 30 burgonya, 58 friss zöldborsó, 70 sárgarépa, 68 alma, 40 szőlő, 110 marancs, 125 tej, 214 savanyú tejfel stb.

A kvantitatív összeállítású étrend ilyen módon való kiszámítása nem terjedt el nálunk sem általánosan, főleg azért, mert egyoldalúan csupán a szénhydrattartalmat veszi tekintetbe és a fehérjéket teljesen elhanyagolja. A fehérjékből pedig éppen úgy képződhetik cukor, mint a szénhidratokból, eltekintve attól, hogy az állati fehérjéknél még bizonyos, a glikosuriát ingerhatás révén fokozó tulajdonságokat tulajdonítanak. Nem elég tehát, csak igen egyszerű és könnyű esetekben a szénhidrat-toleranciát megadni, hanem meg kell határozni ezenkívül azt az optimális fehérjemennyiséget, amely a glikosuriára fokozó hatással nem bír. *Ma már a kvantitatív étrendek túlnyomó részében két értéket határoznak és adnak meg, és pedig az optimális szénhidrat- és az optimális fehérjetartalmat.*

Az olyan étrend összeállítása, amelyben már két értékhatárt kell betartani, valamivel körülményesebb. Itt is az ebédre és vacsorára adandó két főzelék- és húsadag szolgál alapul. Először ennek a kiegészítése a szénhydrattartalom szerint történik, azután összeszámoljuk a fehérjéket és amennyiben az a megengedettet meghaladná, egy részüket azonos szénhydrattartalmú, de fehérjeszegényebbel cseréljük ki. Ha az előírt határ mindkét anyagból betelt, szükség és egyéni kívánságok szerint adhatunk hozzá azon élelmiszerekből, amelyek úgy fehére, mint szénhidratszegények (a legnagyobb részüket ezeknek az éhezőnapon soroltuk fel). A legvégül a *caloriatartalom* szempontjából revideáljuk az előírást és ha kevésnek találjuk, úgy vajjal vagy zsírral egészítjük ki.

Ha az elé a feladat elé lennének állítva például, hogy négy olyan cukorbeteg diétáját állítsuk össze kvantitativ, akik közül az első: 60 fehérjét és 60 szénhidratot, a második 60 fehérjét és 90 szénhidratot, a harmadik 40 fehérjét és 70 szénhidratot, a negyedik 50 fehérjét és 70 szénhidratot tartalmazó étrendet kapjon, akkor a következőképpen járunk el a klinikai diétás konyha üzemében:

Ebédre készül pl. kalarábefőzelék, valamint borjúhús egészben sütye, vacsorára pedig rácpaprikás (vag-dalt zöldséppaprika és paradicsom télire üvegben eltéve) és borjúszelet naturelle kisütye.

Az első kap tehát: 200 tejet (6 f. 9 szh.), egy kemény tojást (6 f. 0 szh.), 300 g húsleves (0 f. 0 szh.), 100 g húst (20 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 300 g teát, 100 húst, (20 f. 0 szh.), 200 főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.), egész napra 60 fehérkenyeret (4 f. 30 szh.). Összesen: 60 fehérje és 59 szénhidrat.

A második: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 20 g szalonnát (2 f. 0 szh.), 300 húsleves, 100 g húst (20 f. 0 szh.), 300 g főzeléket 30 g zsírral (3 f. 21 szh.), 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 75 g húst (15 f. 0 szh.), 300 g főzeléket 30 g zsírral (3 f. 9 szh.), és egész napra 80 g fehérkenyeret (6 f. 40 szh.). Összesen: 61 fehérje és 88 szénhidrat.

A harmadik: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 40 g szalonnát (4 f. 0 szh.), 300 g húsleves, 50 g húst (10 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 300 teát, 50 g húst (10 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.), és egész napra 80 g fehérkenyeret (6 f. 40 szh.). Összesen: 40 fehérje és 69 szénhidrat.

A negyedik: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 30 g vaj (0 f. 0 szh.), 300 g húsleves, 75 g húst (15 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 75 g húst (15 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.), és egész napra 60 g fehérkenyeret (4 f. 30 szh.). Összesen: 50 fehérje és 68 szénhidrat.

Sós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Kupffer-sejtek jelentősége az icterus keletkezésében. Kanner. (Klin. Wochenschr. 1924, 3. sz.)

A szerző mechanikus icterusban szenvedett emberek máját szövettanilag vizsgálta és mindig a következőket találta: a májlebernyékek központi fekvésű sejtjei tele voltak epefesték-pigmenttel, a lebernyke szélén fekvő sejtek nem tartalmaztak pigmentet. A Kupffer-sejtek mindenütt tele voltak epefesték-pigmenttel. Ha a Kupffer-sejtek készíttik a bilirubint és az epepangás az, ami miatt a pigmentek láthatókká lesznek, akkor miért nem helyezkedik el a pigment a Kupffer-sejtekben úgy, mint a májsejtekben, a lebernyékek centralis részén? A Lepehne-Eppinger-felfogás szerint annak a sok pigmentnek, amit a szerző a metszetekben látott, „blokkirozni”, bénítani kellene a Kupffer-sejteket, azaz az icterusnak vissza kellene fejlődnie; ez pedig meg nem szűnik, míg az epepangás oka megvan. A fent jelzett szövettani képet a szerző csakis azzal az elmélettel tudja összhangba hozni, hogy az epepigmentet a Kupffer-sejtek a vérből phagocytálták. A nem mechanikus icterusban szenvedett emberek májában, a Kupffer-sejtekben sohasem talált epepigmentet. A szerző szerint ez is a Kupffer-sejtek bilirubinképzése ellen szól, mert hogyan lehet az, hogy pl. icterus haemolyticusban, amikor a bilirubin nagy mennyiségben képződik, semmi sem látható ebből a Kupffer-sejtekben, holott mechanikus icterusban, ahol csak epepangás van, ezen sejtek tele vannak eperögökkel.

Sarvay dr.

Az aorta-aneurysma kórisméjéhez. Ganter. (M. m. W. 1924, 3.) sz.

A szerző egy 63 éves, merev mellkasú férfin, aki insufficientia aortaeban szenvedett, azt találta, hogy a diastolés zöreje a mellkas elülső falán bárhol egyforma erősen hallatszott, ha a hallgatócsövet bordára vagy a sternumra tette; ha a hallgatócsövet a bordaközbe helyezte, a zöreje alig volt hallható. A Röntgen-vizsgálat aztán az aorta ascendens aneurysmájának kiderítésével a tünet okát megmagyarázta. T. i. az aneurysma odaért a sternumhoz és az aorta rezgését a sternum és így az elmeszesedett bordák is átvették. A szív táján a bordán sem lehetett olyan jól hallani a zörejt, mint az ennek megfelelő symmetriás helyen, jobb oldalon. Ennek magyarázata az, hogy a szív jobban akadályozza a bordák rezgését, mint a tüdő.

Sarvay dr.

A multiplex csontdaganatok klinikai diagnosisa. Assmann. (Med. Klin. 1924, 4. sz. 106. o. és 5. sz. 141. o.)

A multiplex csontdaganatok között leggyakoribb az áttételes rák, mely feltűnő gyakran ered a mamma és a pajzsmirigy, de különösen a prostata rákjából. A csontvelőben fejlődő rákos áttétel leggyakrabban a csontállomány pusztulásához vezet (osteoclastikus carcinosis), néha azonban csontújdonképződést okoz (osteoplastikus carcinosis). Az elsődleges daganat a leggonoszabb vizsgálat dacára is sokáig rejtve maradhat, ezért fontos kétes esetekben a gyomornedv chemiai mikroszkopos, továbbá a gyomor-bélhuzam Röntgen-vizsgálata, occult vérzés keresése a székekben, a végbél digitalis és rectoszkopos vizsgálata, a mellkas átvilágítása stb. Ujjal ki nem tapintható apró prostatarák is okozhat kiterjedt áttételt, míg emlőrák kiirtása után 8–10 éves panaszmentes időköz dacára is keletkezhetnek csontmetastasisok. Az áttételek néha a csontok megvastagodását okozzák, máskor spontán törés a baj első jele; néha feltűnő a csont nyomási és kopogtatási érzékenysége. Az esetek nagy része oligochrom anaemia kifejlődéséhez vezet, amely sokszor poikilo- és anisocytosissal, valamint polychromatophiliával jár együtt. Néha igen sok a normoblast is, míg a anaemia perniciosára jellemző megaloblastok nem fordulnak elő. Vitalis fesséssel gyakran találhatók granulált erythrocyták. Gyakori a polynuklearis leukocytosis, kivételesen azonban leukopenia van relatív lymphocytosissal. Előfordulnak fiatal leukocytataalakok és myelocyták is. A vérelemek többnyire megszaparodnak, az esetek egy részében lépmegvastagodás is van myeloid metaplasia következtében. Gyakoriak az idegrendszeri tünetek: a gerincoszlop áttételeinek burjánzása spinalis paraplegiát, radicularis fájdalmat és bénulásokat, az agyalapi burjánzások agyidegbénulást, trigeminusneuralgiát és a sziklacsonst megátadása esetén hallás-zavart is okozhatnak. A csont-

vázon kívül fejlődő daganatos csomók is nyomhatják a plexusokat és környéki idegeket (kétoldali ischias!). A diffusz tumorképződés többször okoz toxikus eredetű, intermittáló jellegű multiplex neuritist is. A betegség legtöbbször kachexiához vezet és gyakran kíséri különös typus nélküli láz. A lefolyás gyakran hullámzó, átmeneti javulás is előfordul. Tekintettel kell lenni mindig a csontrendszeren kívüli áttételekre is. Részletesen foglalkozik a sokszor döntő Röntgen-vizsgálattal; az osteoklastikus alakra a csontárnyék világosabbá válása, az osteoplastikusra az árnyék intensívebbé válása és megvastagodása jellemző. Sokkal ritkább a csontban a sarkomás áttételek; tünetei a carcinomáéhoz hasonlóak, jellemzőnek tartja a hatalmas léptumort. Elsődlegesen a csontvelőből indulnak ki a multiplex myelomák, melyek a törzs valamennyi csontját és a koponyát, néha a végtagcsontok egy részét is megtámadják s többször a csontok tapintható megvastagodásához, spontán töréshez és csontdeformáláshoz vezetnek. Myelomára jellemző a Bence-Jones-féle fehérje, mely azonban nem minden esetben és nem állandóan fordul elő, viszont — bár ritkán — más betegségben is megtalálható. A diagnosist a tünetek sokfélesége miatt sokszor okoz nehézséget; részletesebben tárgyalja a szerző a differentialis diagnosist az anaemia perniciosával, leukaemiával, rheumás panaszzal, hysteriával, csonttuberculosissal, genuin diffusz osteosklerosisal, osteomalaciával. Paget-féle betegséggel, ostitis fibrosa cysticával szemben. A kezelés eredménytelen; az arsen néha múltó javuláshoz vezethet, az egyébként hatástalan Röntgentherapia szerző egy esetében feltűnően szüntette a fájdalmakat.

Pákozdy dr.

Sebészet.

Petefészekiirtás fájdalmas emlőtúltengés esetében. Leriche. (Journal de Chirurgie 1923, 22. kötet, 5. szám.)

Leriche 37 éves nőnél fájdalmas emlőtúltengést talált, mely 14 éves korában, a havi vérzésekkel kezdődött és az utóbbi hónapokban fokozódott. A tünetek különösen a havibaj alkalmával voltak hevesek, a fájdalmas feszülés és a kemény duzzanat ilyenkor fokozódott. Az első beavatkozás: emlő alatti metszésből egy korongalakú szövetnek kimetszése mindkét emlőből, — csak néhány hétig tartó javulást eredményezett. Három tej-injectio hatástalan. A röntgenezést Arcelin tanár nem ajánlta. Higanygőzökkel szolgáltató lámpa alkalmazása határozottan jótékonyan hatott, a fájdalom megszűnt, a térfogat csökkent, de a javulás csak ideiglenes volt. A beteg fájdalmai visszatérésekor minden kezelésre el volt szánva, ezért Leriche hasmetszést végzett a petefészkek kiirtása céljából. Műtétét mindkét oldalt egy-egy nagy, kékes, puha tubo-ovariális tömlőt talált. Subtotalis méhkiirtás. Műtét után az emlők néhány nap alatt egészen összehúzódtak, de kemények maradtak, a fájdalmak megszűntek. Azonban három hónap múlva az összes tünetek kiújultak, úgyhogy végső eszközként emlő-amputációt kellett végezni mindkét oldalon.

Valkányi.

A gyomor elválasztó tevékenységének Röntgennel való megítélése új eljárással. Loeper-Forstier-Le Forstier. (Journal de Chirurgie 1923, 22. kötet, 5. szám.)

Szerzők a beteggel egy korty vízzel mogyorónagyságú, 1 cm³ lipiodoll tartalmazó gelatin-kapszulát nyeltek. A kapszula a Röntgen-ernyőn már a bázisra is látható és megfigyelhetők annak görcsös összehúzódásai, valamint valódi szűkületei. A gyomorba jutva a kapszula, annak fundusába jut és így megjelöli a gyomor alsó határát, ilyenkor a kapszula alakja még változatlan, kerek. Normalis gyomorban 15–18 perc múlva a tokon kis kitüremkedés támad, majd az teljesen kettéoszlik, utóbb a két rész egyesül és elnyúlt gyíkalakot vesz fel. Szerzők táblázatokkal igazolják, hogy az állatszállat bennéül kapszula megrepedésének, kettéoszlásának ideje percekben kifejezve teljesen arányos a próbareggeli általi vegyi vizsgálat számadataival és azokat megbízhatóan helyettesíti.

Valkányi.

Védőoltás antipneumococcus-savóval gyomorműtétre kerülő betegeknél. Cerf-Pauly. (Journal de Chirurgie 1923, 22. kötet, 5. szám.)

Az annyira kétes kimenetű tüdőszövődmények gyakori jelentkezése nagy kereszti a gyomorműtétnek. Ezen szövődmények kórokozója majdnem mindig a pneumococcus. Ezért szerzők 1–2 nappal a műtét előtt 20 cm³ Pasteur-féle antipneumococcus-savót fecskendeznek be. Több mint 100 esetben egyszer sem láttak savóbetegséget, vagy egyéb káros következményt a különböző szervekre, különböző műtétek után. A rendszeres védőoltás alkalmazása nemcsak a fertőzőes tüdőgyulladásokat zárta ki, hanem a közömbös hypostatis hurutoskat is enyhébbé tette. Hat hónap folyamán 30 gyomorműtét

előtt végezve az oltást — ezek közül három kiújuló fekély miatti gyomor- és vékonybél-resectio volt — egy esetben sem észlelték heveny pneumococcus-tüdőgyulladást, míg azelőtt ez eseteik körülbelül egyharmadában fellépett. *Valkányi.*

A himvessző elsődleges üszkösödésének gyógyítása savó-kezeléssel. *Castagnory-Guillon.* (*Journal de Chirurgie* 1923, 22. kötet, 5. szám.)

Ötvenkét éves férfi jelentkezett lázzal, általános fertőzés tüneteivel, melyek öt nap előtt kezdődtek rázóhideggel. Már-már typhusra terelődött a gyanú, mikor is a felvétel utáni napon a beteg bőséges vizeletet ürít. Megvizsgálva a himvesszőt, az vizenyösen duzzadt, szederjes, a fitymát megnyomva annak réséből véres, bűzös genny ürül. A jobb lágyékhatárat borsónyi, féjdalmatlan nyirokcsomók találhatók, sem puha, sem kemény fekély nem mutatható ki; nyilvánvalóan a himvessző foudroyans üszkösödéséről van szó. Tüstént savókezelést kezdenek és a bőr alá fecskendezik az antiperfringens, antioedematikus és antipirogenes serum savó keverékét, továbbá egyidejűleg a himvesszőt gyakran fürdetik oxigenizált vízzel. A genycafatok górcsövi vizsgálata mikrococust, streptococust és finom spirillumokat mutat. Másnap ugyanazon savók féladagját adják a betegnek, ezt megismélik a negyedik napon is. A második befecskendés utáni napon kezd javulni a beteg általános állapota, a himvessző üszkösödött részei lassan leelőködnek és teljes gyógyulás a betegség 37-ik napján következik be a makk és a jobb barlangos test elülső részének elvesztésével. *Valkányi.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Epekő és terhesség. *Schmid.* (*Klin. Wochenschr.* 1923, 48. sz.)

Epekő, epehólyaggyulladás asszonyoknál sokkal gyakoribb, mint férfiaknál, ez arra mutat, hogy az epeutak megbetegedése és terhesség között kell kapcsolatnak lenni. Ezt támogatja azon tapasztalat is, hogy a megbetegedés multiparáknál gyakoribb; egyébként a menstruatio idején is az epeutak megbetegedésére bizonyos készség van jelen. Az epeutak megbetegedésénél lényeges szerepet játszik az epepangás, amit a terhes méh közvetlen nyomása elősegít. További elősegítő momentumok: a chronikus székrekedés, a hasi szervek viszeres vérbősége, előző szülések utáni enteroptosis, valamint az epeutaknak csak újabban kellőleg méltányolt motilitási neurosis, mely különösen a terhességben lép előtérbe s fokozott vagusingerlékenységben nyilvánul meg. A choledochus beszűkülésénél lévő Oddi-spineter elzáródási hajlamossága már a terhesség első felében kimutatható olyankor, mikor a terhes méhnek a májra gyakorolt nyomásáról még szó sem lehet. Így kezdetben epepangás alapján aseptikus köképződés áll elő. Utána előtérbe lép a második, epekőképződésre főfontosságú tényező, az epeutak fertőzése. A szülés actusát illetőleg fontos, hogy az esetek nagy számában az epehólyag falában gyakrabban találhatók bacteriumok, mint az epében, ilyen esetekben a fájások, massage-hoz hasonlóan, kedvezőtlenül befolyásolják a gyulladásos folyamatot. A biológiai elváltozások közül fontos a terhességben a cholesterin-esterek megszaparodása a vérben, aminek nagyobb mennyiségű cholesterinkiválasztás felel meg a májban. Valószínű, hogy terhesek vérének nagyobb mérszartalma is elősegíti a köképződést. Epekő jelenléte egymagában még nem betegségtünet, csak ha kólikát vált ki, melynek létrejöttében a terhességben ugyanazon elősegítő tényezők szerepelnek, mint a köképződésnél. Hozzájárul ezekhez még a nyomásingadozás a hasürben, különösképpen a pangás hirtelen megszűnése az epehólyagban a szülés folytán. A leglényegesebb jelentőség azonban a terhesség, szülés, s gyermekágy az epekőbetegség szövődésére való befolyásának tulajdonítható. Így acut, genyes epehólyaggyulladás szülés alatti megrepedés által peritonitist okozhat, körülírt gyulladásból általános válhat, amit a terhesség esetleges művi megszakítása még elősegít s aminek az a veszélye is megvan, hogy a meginduló általános peritonitis korai felismerése is nehéz. Az egyszerű cholelithiasis a terhességet nem befolyásolja, csak ha a gyulladás mélyebbre terjed, ilyen súlyosabb cholecystitis, cholangitis következménye gyakran abortus-koraszülés. A cholelithiasis felismerése a terhesség alatt nem könnyű. Elkülönítő kórismézés szempontjából szóba jöhet: gyomor- és duodenalis fekély, appendicitis, pyelitis, gyomorgöres, melyhez csatlakozó hánys terhességi hányással tévesztethető össze. Mindenesetre figyelembe veendő, hogy normalis terhesség egymagában fájdalmat nem okoz, ismétlődő fájdalmak terhesség melletti szövődésére utal-

nak. A köelzáródás okozta sárgaság a terhességi toxikus sárgaságtól néha nehezen különböztethető meg, ez utóbbit rendszeren más toxikus elváltozások (fehéres, oedema) kísérik. Szintúgy rosszul értelmezik rendszerint a cholecystitis után fellépő peritonealis tüneteket. Szóba jöhet még méhen kívüli terhesség, uterusruptura, ovarialis tumor kocsánycsavarodása. A gyakorló orvos számára fontos, hogy kétes eseteit kórházba szállítsa; a szokott morphiumbefecskendés a subjectiv megkönnyebbülés mellett, alkaloid hatásánál fogva, az esetleges kezdődő peritonitist tovább viheti. Könnyű esetek conservative kezelhetők: ágynyugalom, meleg borogatás, karlsbadi kúra. Morphiom helyett inkább atropin adandó, ami a vagustonust csökkenti. Ha a belső kezeléssel a tüneteket megszüntetni nem sikerül, ha a gyulladásos folyamat továbbhalad, a mélyebb epeutakra is ráterjed, állandó láz s icterus áll fenn, sőt esetleg a hashártya izgalma is kimutatható, a műtéttel soká várakozni nem szabad. A terhesség a műtétet nem ellenjavallja. Lehet relativ indicatio alapján, kevésbé súlyos esetben is operálni, főleg a terhesség első felében. A terhesség utolsó 3 hónapjában az epekőműtéthez az uterus kiürítése is csatolandó, legcélszerűbben intraperitonealis cervicalis, vagy vaginalis esaszármetszés útján. Úgy az operatív, mint a conservative kezelt esetek mortalitása 10%, amely rossz eredményt az elhúzódó esetek adják (8-ból 7 exitus), míg a korán operáltak eredményei lényegesen jobbak (75-ből 2 exitus). Ezen alapon jogos a műtétet könnyű esetben is nem a terhesség dacára, hanem a terhesség miatt korán követelni, természetesen kellő megfigyelés után. A terhesség művi megszakítása epekő miatt semmiképpen sem megegyezett, mert ez a bajt nem gyógyítja, s a beavatkozás, főképen szövődött esetben, igen súlyos következménnyel — peritonitis — járhat. *Liebmann dr.*

Szemészet.

Az intermittáló exophthalmusról. *Meyer-Riemsloh.* (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1923., 71. köt.)

Több szerző az intermittáló exophthalmust venosus stasissal magyarázza. Élettani viszonyok között is támadhat kisebb mértékben pl. fejelőrehajlásnál vagy lélekzetviasszafojtásnál. A kóros intermittáló exophthalmus azonban mindig egyoldalú és nagy fokot érhet el. Értelmezésénél sok körülményre gondoltak, így az orbita vénáinak rendellenes alkatára, varicosításra, a szalagok lazaságára. Szerző esete a következő: fiatal leánynak lehajlásnál kidülled a jobb szeme, e jelenség kisfokú fejmozdulatnál, fejforgatásnál is jelentkezik, legintenzívebb azonban a jobb iugularis megnyomásánál. Belvizsgálat negatív volt. Az exophthalmust orbitalis varixokra vezeti vissza, amihez valószínűleg valamilyen akadály is csatlakozik az elvezető utak részéről. A vena facialisnak nem tulajdonít fontosságot. *Horay dr.*

Csontképződés a tarsusban. *Stanka.* (*Klin. Monatsblatt f. Augenh.* 1923., 71. köt.)

29 éves beteg alsó szemhéjában mérsékelt lobos tünetek mellett borsónagyságú csomót talált, amelynek szövettani képe jellegzetes csontszövetet mutatott, velőürrökkel és osteoblastokkal. Feltehető, hogy itt a chronikus kötőszövetburjánzás csonttermelésre vezetett. Elkülönítendő ez az úgynevezett conjunctivitis petrificans, mert itt a conjunctiva nem volt beteg. Mivel positiv Wassermannja volt a betegnek, a tarsitis valószínűlegluetikus eredetű volt, bár az erre jellemző ér-elváltozások itt hiányoztak. *Horay dr.*

Az oculocardialis reflex élettanához és klinikájához. *M. Plog.* (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 1923., 71. köt.)

Az Aschnertől 1908-ban közölt reflex összefüggést állapít meg a szemtekére gyakorolt nyomás és a pulzus szaporasága között. A szemteke megnyomása az érverés ritkulását okozza. E jelenség értelmezésénél két dologra lehet gondolni: 1. agynyomás okozta vagusizgalomra, az opticusüvely és a liquor cerebrosinalis közvetítésével, 2. idegreflexre. Az első magyarázat könnyen elejthető, mert megnyitott koponya mellett is sikerült a kísérlet, viszont a nervus trigeminus átvágásával nem volt kiváltható. Enucleált szemnél a trigeminus villa-

mos ingerlésére is létrejön a reflex. *Plog* a szemtekére gyakorolt nyomás exact adagolására egy gummi-pelotát Riva-Roccival alkalmazott és kísérleteit 40, 80, 120 mm-Hg nyomással $\frac{1}{2}$ pernyi időtartammal végezte. 203 vizsgálatról számol be. Ezek között körülbelül egyenlő arányban szerepel ép szem, anophthalmus és beteg szem. Míg más szerzők több mint 50% pozitív Aschner-reflexet, azaz pulzusritkulást kaptak, addig *Plog* a 120 mm-Hg nyomás mellett is csak 24%-ban. Az anophthalmusoknál az eredmény ugyanaz volt, mint ép szemeknél. Következtést vizsgálataiból még nem von le.

Horay dr.

A tudományos kutatás szemkórházakban és szemklinikákon. *Conrad Berens.* (American Journal of Ophthalmology. 1924 január.)

1922 januárjában New-York város rendelőintézeinek szemorvosai azon célból egyesültek, hogy a szemorvosi kutatásokat és vizsgálatokat tökéletesítsék. A társaság 41 tagból áll, 9 tagú végrehajtóbizottsággal, amelynek kiküldöttjei közé tartozik szerző is. Legfeltűnőbb hiánynak mutatkozott, hogy egy rendelőintézetben sem volt a tudományos vizsgálódás megszervezve. Szerző közlésében a mutatkozó hiányokra és azok kiküszöbölésére hívja fel a figyelmet. *A kutatások nehezen kivihető volta.* Majdnem minden orvost érdekelt valamelyes tudományos probléma, de kevésnek van ideje magát a kutatásoknak szentelni. Legfőbb akadályát látja ennek azon körülményben, hogy majdnem mindegyiket annyira elfoglalja az élet gondja, hogy tudományos kutatásokra kevés ideje marad. A rengeteg ambulans betegnek az a hátránya, hogy a tudományos vizsgálatok megejtésére alkalmas időt felemészti a kezelés és így igen sok anyag marad kiaknázatlanul. A tehetséges hallgatót leginkább azon körülmény tartja vissza a tudományos kutatásoktól, hogy nincsen szervezve segítség és útbaigazítás vizsgálatai megejtésére, egyedül pedig nem rendelkezik anyagiakkal. A törekvő orvosnak órákat, napokat kell szentelni tudományos kutatások végzésére, saját anyagai összegyűjtésére, irodalmi áttekintésre és teljesen magára van hagyatva, míg anyagi helyzete meg nem engedi, hogy a privát és klinikai munkát feladva, egy olyan intézettel lépjen összeköttetésbe, mint például a Rockefeller-intézet. Közismert tény, mennyire tájékozatlanok vagyunk egyes szembajok aetiologiáját illetően, mint például a sympathiás szemgyulladás, glaucoma, phlyctenális szembajok stb., amelyeknek definitive ismervén előidéző okát, nagyot haladhatna a tudomány a vakság meggátolásában. Igen szükséges volna vizsgáló eszközeink tökéletesítése. Nemcsak tudományos kutatásokra, hanem az elért eredmények közlése is nagy szükség van. A kezelési módok és eredmények közlése, a kutatásokban elért sikerek ismertetése nagyban előmozdítja a közös munkát. Szerző kiterjedt betegforgalmú rendelőintézethez csatolva tudományos szerv felállítását javasolja, mely szerv szigorúan tudományos alapon főként a praeventív gyógyászattal és a vakság meggátolásával foglalkoznék, módot nyújtva minden képzett orvosnak, amennyiben gyakorlati haszonnal járó eszméi vannak, hogy segédkezet nyújtson kivitellükre. Amennyiben nagyforgalmú klinikáról, kórházról vagy rendelőintézetéről van szó, a következő személyzetet ajánlja: igazgató, pathologus, physiologus, laborans, ápolónő, gépész, asztalos, műtős ápolónő, könyvtáros és titkár, gyorsíró, szolgák. Ezen személyzettszaporítás minden jól felszerelt intézetben könnyen keresztülvihető volna. Ahol több intézet van, a kutatások végzésére egy középonti szervezetet kellene felállítani. Valamely tudományos kérdés feldolgozását úgy képzei, hogy abban a szervezet minden része egyenletesen kivenné a részét. A tudományos kérdést felvetette valaki. A kérdés életrevalóságát az igazgató, a pathologus és physiologus bevonásával elbírálja. A könyvtáros összegyűjti, a gyorsíró leírja az irodalmi anyagot. A physiologus elvégzi az állatkísérleteket, amelyben a műtős nővér segédkezhet. Ha új műszerekre van szükség, a mechanikus és asztalos azonnal elkészítheti.

Összefoglalás: 1. Törekvő orvos értékes vizsgálatokat végezhetne, ha intézete hasonlóan fel volna szerelve. 2. Az előállítás és fenntartás arányban állana az elért eredménnyel. 3. Több tudományos kutatás eredményeként a betegek kezelése tökéletesebb volna. 4. Ha a hallgatók is látogathatnának hasonló intézeteket, a továbbképzés magasabb színvonalon állna. 5. Ha több orvosnak állana módjában a tudományos kutatás, a gyakorlati orvosi tudomány alaposabb lenne.

Licskó dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 8 Bänden. Herausgegeben von Prof. Dr. Josef Halban und Geh. Hofrat Prof. Dr. Ludwig Seitz. (Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien. 1923, Lief. 2, I. Band.)

Fenti kézikönyv második kiadványában Fischer dr. bécsi magánánár a szüléset és nőgyógyászat történetét tárgyalja a legrégibb időkől kezdve a XIX. századig. A történelem előtti időkől fennmaradt faragott kötelek alapján ismerteti az akkori szüléset, majd a babyloniaiaknak, assyrioknak és egyiptomiaknak papyrusokra feljegyzett, azután a zsidóknak és indusoknak írásainak, illetőleg a bibliában található orvostudomány nőgyógyászatával és szülésetével ismert meg bennünket. Ezt követi a görögök (Hippokrates, Galenus), majd a rómaiak (Celsus stb.) fennmaradt írásainak és ábráinak ismertetése. Befejezve az ókor nőgyógyászatának történetét a középkor bizanci, arab és germán iskolájának orvostudományát tárgyalja; majd századonként írja le a szüléset, illetőleg nőgyógyászat lassú, fokozatos fejlődését az egyes országokban a XIX. századig. A függékben China és Japán gynaekológiáját tárgyalja s megismertet bennünket néhány érdekes régi műszerrel.

A szöveget 47 jó ábra tarkítja, melyek tanulságos bepillantást engednek az akkori kor sajátosságos felfogásába; ezen ábrák közt találjuk Leonardo da Vinci mesteri rajzát, a magzatnak a méhben való elhelyeződéséről.

A részletes irodalmi jegyzék a nőgyógyászat és szüléset történetének teljes irodalmát adja időrendi sorrendben és országok szerint csoportosítva.

Ezen kiadvány második fejezetében Lubosch dr. wüzburgi tanár a női nemiszervek normalis fejlődésénél tárgyalja. Leírása során az általános fejlődés kérdéseit csak röviden érinti és csak ott ahol a női nemiszervek fejlődésével vonatkozásban vannak. A klinikus szempontjából főképen azért tanulságosak e fejtegetések, mert a sokszor igen bonyolult és nehezen értelmezhető fejlődési rendellenességek keletkezésének mechanizmusára derítenek világosságot a phylogensis és ontogenesis jelenségeinek ismertetése útján. Az orvosi tudománynak alig van olyan ága, melyben a fejlődési rendellenességek ismeretének nagyobb gyakorlati jelentősége volna, mint éppen a szüléset és nőgyógyászat. A nemek keletkezésének érdekes problémájával csak röviden foglalkozik a szerző. A gyakorlati vonatkozásokra mindenütt rámutat, azonkívül hasznos útmutatást ad a kutatás számára is, amikor a megoldandó feladatokra hívja fel a figyelmet. Előadási módja világos, könnyen érthető. A szövegközi ábrák kitűnőek. Úgyszintén kiváló az irodalmi adatoknak ismertetése is.

Berecz János dr.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület március 29-i ülése.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutató:

1. Szondi Lipót: a) *Akrokephalosyndactylia esete.* 12 éves leányon mutatja be az *Apert* által leírt kombinációját az akrokephaliának és a syndactyliának. Tünetek: Akrokephlia, mely hyperbrachycephaliában és hyperhypsiacephaliában nyilvánult meg. A koponya porosus, sella deformált, melléküregek esőkevényesek. Kézen, hüvelykujját kivéve, teljes syndactylia. Utolsó interphalangealis ízületek összecsontosodtak. Carpusok fölös számban esőkevényesen fejlődtek. Radius distalis epiphysise két magból fejlődött. Lábon teljes syndactylia. Utolsó percek esőkevényesek, egyes percek hiányoznak. I.—II. metatarsus összeesett, a calcaneus apophysiséhez baloldalt egy rendellenes csontképződés társul; bal talp lágyrészében ossificatio, symmetrikus fölös csontmag az első metatarsuson. A vérmirigyrendszer anomáliái: Hypoplasia pajzsmirigy, korának meg nem felelő infantilis genitáliák, j. o. ovarium olvasószervein osztott. Röntgen szerint thymus persistens. Adenoid vegetatio. Életműködések: 10 cm-es nagynövés, zavart esontosodás, normalis testarányok; vagotonia. Intellektus: 3 év előtt súlyos intellektualis zavarok, melyek specialis gyógypedagógiai oktatásra javultak. Constitutionalis: Apai ágról diabetes, anyai ágról polidactylia egy unokátyán. A gyermek vérmirigyconstitúciója oly endokrin dystheniát mutat, melyben a pajzsmirigy és a nemi mirigy gyenge működése mellett a hypophysis elülső lebenye és talán a thymus túlműködik. Bemutató a fenti constitútiós anomáliát germinatív zavarokra

vezeti vissza. A vérmirigyrendszer megbetegedése nem oka, hanem koordinált jelensége a csontváz anomáliáinak.

b) *Addison-kór esete.* 19 éves tanulóleány 4 hónap óta amenorrhoeás, egy hónapja szédül, erőtlenség, ujjai zsibbadnak, hány. Bőre egyre barnul. Vizsgálat eredménye: Hypoplasiás pajzsmirigy. Erősen hypoplasiás, sorvadásnak indult nemi mirigyek. Kicsiny sella. Thymus-árnyék nincs. Lympharendszer, máj, lép normalis. Tipikus diffúz és foltos Addisonos melanoderma bőrön és nyálkahártyán. Hyposomia. Rendes csontosodás, retardált pubertas, dysmenorrhoea, majd 20 hónap óta fennálló amenorrhoea. Eunuchoid testarányok. Anyagesere részéről: Normalis vízháztartás, a felvétel idején nagyfokú szénhidrát-tolerancia: 2 mg adrenalin subcutan glykuriát nem okoz. 200 g laevulosét assimilál. Vércukor-tűkór a súlyos adynamiák idején 0.02%. 16 hónap után eukoretet és adrenalin-kezelésre a vércukor-tűkór normalis (0.09), az adrenalin hatására kapott vércukorgörbe normalis. Alapanyagcsere *Krog* szerint mérve normalis, táplálék felvételére a specifikus dynamias reactio a normalértékhez képest alacsony. A beteg ezirányú viselkedése felette hasonlít azon alapanyagcserezavarokhoz, melyeket *Kestner* és *Flaut* írt le hypophysaer anyagcserebántalmaknál. Vértkép: A súlyos anaemiás és adynamiás állapotban nagyfokú lymphocitosis mutatott; jelenleg a vértkép normalis. Ma is fennállanak nagyfokú gastrointestinalis zavarok (hányás stb.), somatikus adynamia, mely 4 órai vonatrázásra 24 napig tartó comához vezetett. Hőmérséklet normalis. Vegetatív idegrendszer részéről: súlyos vagotonia, hypotensio, 80–90 mm Hg vérnyomás (tycosmanometer). Cardio-vascularis tünetek súlyos bradycardiát mutatnak. *Löwy-Ehrmann* paradox reactiót ad, a *Csépay*-féle adrenalin-érzékenységi vizsgálat a súlyos adynamiás, kezelési előtti stadiumban vérnyomásesést, ma normalis vérnyomásemelkedést jelez. Animalis idegrendszer tünetmentes. Intellektus kifogástalan. Emlékezet jó, a testi motilitás lassú. Temperamentum felhangoltságot és túlérzékenységet mutat. Constitutionalis vizsgálat eredménye szerint a beteg vérmirigyileg endokrin-astheniát mutat, melyben legfeltűnőbb a chromaffin-rendszer gyengesége. Bemutató ez utóbbival hozza kapcsolatba a beteg hypoplasiás szívét. Apja tuberculosiban halt meg, anyjánál spondylitis tuberculosa, három testvére közül kettőnél teljes biztossággal, egynél nagy valószínűséggel egy substernalis strumából kiinduló endokrin-dystheniás vérmirigyalkat volt megállapítható. Mindhárom testvére endokrin-dystheniás, egyiknél a szív normalis, kettőnél túlnagy, a tüdő mind a három testvérenél specifikus folyamatra valló tüneteket mutat. Abból, hogy ezekkel szemben endokrin-astheniás, chromaffingyenge és hypoplasiás szívű Addison-kóros betegüknél a tüdő teljesen épnek bizonyult, bemutató felveszi, hogy a *Wiesel* által hangsúlyozott, status thymicolymphaticussal járó chromaffin-gyengeségen kívül az endokrin-asthenia is disponálhatja az egyént Addisonra. A conditionalis okok közül talán a pubertas volt az, ami az endokrin-astheniás constitúciónál a tuberculosos fertőzés helyéül a mellékvesét determinálta.

Lax Henrik: Alkalma volt a bemutatott *Addison*-nál anyagcsere meghatározásokat végezni, melyek azt mutatták, hogy a beteg alapanyagcsereje normalis. Meg kell azonban jegyezni, hogy a vizsgálat több hónapos systematikus adrenalin-injectiók után történt. Feltűnő differentia mutatkozott a fehérje specifikus dynamiai hatásának vizsgálatánál. Míg normalisan az anyagcsere 25–40%-os fokozódása mutatható ki, addig a beteg csak 13%-os fokozódást mutat. Ilyen csökkenése a specifikus dynamiai hatásnak mutatható ki hypophysis-dystrophiánál is és miután az irodalomban *Addison*-nál ilyen irányú vizsgálati adat nem található, további vizsgálatok fogják megmutatni, hogy mennyiben *Addison*-ra vagy *Addison*-t kísérő hypophysaer dystrophiára jellemző a vizsgálati adat.

Schill Imre: A beteg alapanyagcserejét testfelület-egységre vonatkoztatva mérsékelten csökkentnek találta. Adrenalin subcutan és intravenás injectiója után a gázcsere fokozódása a normalishoz képest csökkent volt.

Előadás:

1. **Preiszig Hugó:** *A bakteriophagiáról.* Hosszabb idő óta folytatott vizsgálatai alapján és számos vetített kép kíséretében ismerteti a bakteriophagiát. Ezt a bakteriumok betegségének tartja, amelynek sokféle meg-

nyilvánulási alakja van, úgymint: a bakteriumok feloldódása, vagy különböző elfajulásai oldás nélkül, rendszeres növekedése, megváltozott életműködése stb. Ebből következik, hogy a bakteriophagia nem azonosítható egyszerűen bakteriolyissal és a bakteriophag nem tekinthető lysinnek. Meg kell különböztetni — legalább egyelőre — a betegséget előidéző okot magától a betegségtől; ha a jelenségben szerepel lysin (fermentum) is, annak nem kell a jelenség okozójának lennie, hanem az lehet a beteg bakteriumsejt terméke, de lehet a phagia oki tényezőjének terméke is. Az agarfelületen való szélesztési kísérletben keletkező tarfoltok (taches vierges) száma nem jelentheti a kísérleti anyagban foglalt phagrézselemek mennyiségét, mert a tarfoltok közötti helyeken is ki lehet mutatni a phag jelenlétét, de csak tenyésztési eljárással. Fől kell tételezni, hogy a phag kisebb-nagyobb alakelemek felülete által adsorbeáltatik s hogy ennél fogva a nagyok jól látható tarfoltokat, a kicsinyek ilyeneket nem, vagy csak nagyítóval látható phagiás fészkeket támasztanak; ha pedig a phag mikrobi, akkor fejlődésének különböző phasisaiból lehetne a phagiás fészkek eltérő nagyságát értelmezni. Az *Appelmanns*-féle titrálási eljárás (a phag-folyadék fokozatos hígítása levessel és bakteriummal való beoltása) sem kielégítő, mert csekély phagmennyiség nem gátolja meg lényegesen a bakteriumszaporodást, azaz nem eredményezi a levesnek föltisztulását. Sokkal pontosabb az eredmény, ha a phag-hígításos levestenyészeteket 2–3 nap múlva agaron elszélesztjük a phag jelenlétének kiderítése végett. Új elméletet nem állít fel, hanem megállapítja, hogy bármilyen legyen is a phag, a phagia körébe tartozó összes jelenségeket a phag mikroba-voltával jól lehet értelmezni.

2. **Benedek László** (mint vendég): *Az alkoholismus hatása az idegrendszerre.* Ismerteti az amerikai alkoholtalálom hatását, főleg egészségügyi, kriminológiai és nemzetgazdasági szempontból. Ezen grandiozus emberkísérlet, amely egyszerre 105 millió embert, vagyis az emberiség tizenheted részét és a föld területének tizenhatod részét mentesítette az alkoholtól, az alkoholnak idegrendszeri ártalmait — ideg- és elmebajokra való elősegítő befolyását — bizonyító erővel szemlélteti. Számos kitéréssel megvilágítja az utolsó évek európai mozgalmának eredményeit is, főleg a törökországi, a finn és az izlandi alkoholtalálom és a gotenburgi és stockholmi mérséklésségi rendszer ismertetése kapcsán.

A Debreceni Orvosegyesület X. tudományos ülése 1924 március 27-én.

Elnök: Tüdős Kálmán.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatások:

Köntzey Ernő: *Gyomorresectióval gyógyított ulcus duodeni.* 33 éves férfi erősen hyperacid duodenalis ulcus-sal került műtetre. A fekély és a pylorus gyulladással összenövés miatt nem volt resecálható, ezért eltávolította a gyomor praepylorikus részét (antrum) a gyomor felével együtt. A beteg simán gyógyult, panaszai teljesen elmúltak, hyperaciditása tartósan megszűnt. Hangsúlyozza, hogy az antrumresectio hyperacid ulcus-nál az egyetlen biztos causalis beavatkozás, mert a secernáló felület csökkentésével az ulcusok aetiologiájában kétségtelenül fontos szerepet játszó secretiós anomáliát megszünteti.

Hüttl Tivadar: 1. *Cystosarcoma proliferum mammae.* Annak az újabb irányzatnak a létjogosultságát indokolja, mely a rosszindulatú daganatokat a klinikai kép és lefolyás alapján igyekszik osztályozni. Ez a felosztás azt igyekszik feltüntetni, vajjon adott esetben a helybeli vagy általános dispositio közül melyiknek volt nagyobb szerepe a daganat keletkezésében. A bemutatott 20 éves leányból egy év előtt fibroadenoma mammaet távolított el és a műtét helyén növekedett most az a két ökölnyi cystikus sarcoma, melyet cystosarcoma proliferum névvel jelöl meg. Hangsúlyozza, hogy ez az elnevezés klinikai megjelölés olyan daganatot ír körül, amely annak ellenére, hogy a szövettani vizsgálat a daganat rosszindulatúságát bizonyította, gyökeres eltávolítás után kiújulni nem szokott, áttételeket nem képez. A daganat keletkezését illetően a helybeli dispositiónak volt túlnyomó szerepe.

2. *Larynxextirpatio gégecarcinoma miatt.* Már egy év előtt kórismézett gégecarcinoma miatt teljes gége-

kiírtást végzett Glück szerint. A műteti seb elsődlegesen gyógyult. Esetéből leszűrődött tapasztalat alapján a műtétet csak akkor ajánlja, ha mirigyáttelek még nincsenek. A műtétet mindig két szakaszban végzi.

Előadások:

Rotschnek Ernő (mint vendég): *Az élelmiszerek vizsgálata a régi időkben.* (Referaturnem érkezett be.)

Petres József: *Adatok és megjegyzések a trachoma gyógykezelésének kérdéséhez.* Az újabb évek kutatásainak histológiai és réses lámpával végzett eredményeiről emlékezik meg. Az *Ichikavá* és *Kreiker* által szövettanilag kórosnak talált bulbaris conjunctiva elleni sublimatos ledörzsölést ismerteti, amelynek bevezetése a mechanikai gyógyeljárások közé *Pascheff* és *Huber* nevéhez fűződik. Kitér a cornealis ledörzsölésre is, melyet utóbbi szerzőknek a trachoma cornealis elváltozására vonatkozó vizsgálatai alapultak meg. A debreceni szemklinika eddig 160 beteget kezeltek fenti eljárás mód szerint, 113 esetben javulást, 43 esetben teljes gyógyulást értek el. A *Huber* által ajánlott tejsavborszesszel való ledörzsölést is ismerteti, melyet a trachoma esomós megjelenési formájánál ajánl. A gyakorlóorvos szempontjából figyelemreméltó körülmény ezen eljárás mód egyszerű és fájdalomtalan kivitele. Természetesen az annyira jól bevált *Imre*-féle kaparás megtartotta helyét az alkalmas esetekben. *Kuhnt* által megfigyelt orri elváltozások fontosságát is hangsúlyozza. A könnyutak állapota sem lényegtelen körülmény, a chronikusan elhúzódó trachomák alakoknál a könnytömlő naponkénti átfecskendezésének jótékony hatását figyelték meg a klinikán. Az egy rész 3%-os resorcin, egy rész tonogen, három rész 3%-os bórsavval, mint legjobban bevált keveréket említi fel. A heteroproteinek a trachoma gyógyításában nem nagyon fontos szerepéről tesz említést. A műteti eljárás-módok közül a tarsus deformálódása miatt beálló szemhéjbefordulás ellen az egyedüli eredményes eljárás a *Blaskovits*-féle tarsoplastika. Id. *Imre* egyik múlt évi cikke (O. H. 1923, 46. sz.) felhívta a figyelmet a szemhéj-szemgolyó közti esetleges kóros nyomásfeszülésre. Ilyen esetekben a debreceni szemklinika kantomplastikát végeztek, még pedig az *Ammon-Agnew*- és a *Blaskovits*-félé. Röviden vázolja a gyógyszeres kezelést és hangsúlyozza az individualizálás szükségességét. A trachoma terapiája szerinte még többé-kevésbé bizonytalan.

HETI KRÓNIKA

*Fracastorius*nak „*Syphilis sive de Morbo Gallico*” című költeménye (1530) rettentőnek vázolja az akkori syphilit. Ma is látunk még súlyos eseteket, a baj azonban a századok folyamán kétségtelenül szelidebbé vált; talán, mert a betegség *genius epidemicus*a enyhült, az emberiség fokozatosan immunisabbá vált, vagy mert a gyógykezelés tökéletesedett. Ez ma már szinte exact fokot ért el és nemcsak a külső tüneteket küzdi le, de már a metasymphilisnek legnehezebb feladatát, a paralytis progressiva gyógykezelését is kezdi megoldani.

A syphilisellenes szerek valószínűleg nem támadják közvetlenül meg a trepanomákat, hanem a szervezet természetes védekezésének felerkentői. Értékesen támogatják őket egyes nemspecifikus, de lázakat okozó szerek. Ezért ajánlotta a bécsi *Wagner von Jauregg* tanár a *paralytis progressiva* ellen a tuberculint, majd az activ *recurrens* és végre malariás vérnek befecskendezését. Mások egyéb szereket, *Donath* nucleinsavas natriumot, *Somogyi* tejet, egyesek phlogetant használtak. A *Wagner*-féle eljárásnak kitűnő híre lett; *Plehn*, ki egy palesztinai quotidiana- és egy magyarországi tertiana-törzsszel dolgozott, 41 súlyos paralytikus közül 19-nél kitűnő javulást, sőt 10-nél teljes munkaképességet ért el. Igaz, hogy a liquor az ilyen esetekben továbbra is pleocytosos marad; a *Purves-Steward*-féle eljárás (10–12 malariaroham után chinin-letorkolás, hetenkint ezüstsalvassal, kéthetenként autoserum-lumbalinjectio) azonban még ezt is megszünteti; az eljárás tehát mindenfelé utat tör. Arndorfban a *febris recurrens* *Dutton*-al kísérleteznek, mellyel az eredmény állítólag még kedvezőbb.

Míthogy azonban az *Anopheles maculipennis*, mely a malariát terjeszti, sok európai országban otthonos és így közel áll az a veszély, hogy az ilyen gyógy-eljárásból epidemiák fakadnak, Angliában, Belgiumban, Dániában szigorú rendeletek szabályozzák a *Wagner*-féle gyógykezelésnek feltételeit; szűnyogmentes szobák,

malariához értő orvosok, szezonális külön intézkedések stb. kívántatnak meg.

Ezek az újabb, nagy gondot igénylő gyógymódok persze roppant felelősséggel járnak és a psychiaterek helyzetét még nehezebbé teszik, pedig már eddig is sok támadásnak voltak kitéve. Egy ilyen szenzációs pert tárgyal a londoni törvényszék. Egy Harnett nevű ember 1912-ben néhány hétig *Dr. Adam*nak *Malling-Place* nevű magán-elmegyógyintézetében volt ápolás alatt, ahonnan mint javultat 1912 december 12-én 28 napi próbaidőre szabadságolták. Harnett erre az ellenőrző hivatal (Board of Control) orvosánál, *Dr. Bond*-nál jelentkezett, aki őt rögtön lefogatta és megint visszavittette az intézetbe, ahol 1921 október 15-éig benntartották, amikor sikerült neki kiszöknie. Az akkor végrehajtott vizsgálaton egészségesnek bizonyult, mire kártérítési pert indított a két orvos ellen; a törvényszék 16 napi tárgyalás után 25.000 font kártérítést — 8,5 milliárd magyar koronát — ítélt meg neki.

Ugyanilyen szenzációs volt *Louis Danval* francia gyógyszerész pere, akinek neje 1878-ban gyanús körülmények között halt meg; a hullában a vegyész 1 mg arsen talált, mire a bíróság *Danval* életfogytiglani deportációra ítélte. A szerencsétlen 24 évet töltött az új-caledoniai büntetőtelepen, míg 1902-ben *Bertrand* ki nem mutatta, hogy minden emberi szervezet tartalmaz arsen-nyomokat. Erre ugyan szabadonbocsátották *Danval*-t, de nem rehabilitálták. Mikor később kiderült, hogy az emberi szervezetnek normalis arsenartalma 1 mg-nál több is lehet, végre 1921-ben belátta a francia bíróság a tévedést, *Danval*-t rehabilitálta és évi 12.000 frank kártalanítást ítélt meg neki több évtizedes szenvedésért.

Dél-Afrikában is nemrégiben folyt le egy *kártérítési per*; sürgős laparotomia alkalmával a hasüregeben maradt egy tampon. A bíróság a sebészt felmentette azzal, hogy az orvos éppen úgy tévedhet, különösen sürgős és nehéz esetekben, mint bárki más.

Afrikáról lévén szó, említettük, hogy a trypanosomia egész országok lakosságát kiölte; a „*Bayer 205*” azonban annyira hatásos e bajok ellen, hogy e szert Közép-Afrika kulcsának nevezték el; összetétele titkolt; a németek csak olyan orvosnak adtak belőle kísérleti anyagot, aki becsületszóval kötelezte magát arra, hogy nem analizáltatja meg. Valahogy mégis az *Institut Pasteur*-nek és ott *Fourneau*-nak kezébe jutott az anyag, aki most közli az eredményt; szerinte a szer nem kevesebb, mint 8 benzolgyűrűt tartalmaz és metaaminobenzoyl-paramethyl-metaaminobenzoyl-1-aminophthalein 4–6–8 trisulphonatriumnak ureummal való vegyülete. Persze kérdés, hogy igaza van-e és hogy a „*Fourneau 309*” valóban Közép-Afrika tolvajkulcsa lesz-e? *Fourneau* egyébként, mint azt a napilapok is közölték, egy stovarsol nevű, belsőleg adható syphilis-gyógyszert is felfedezett, melyről most jelent meg az első klinikai dolgozat. A bécsi *Oppenheimer* 6 eset kapcsán jórészt megerősíti *Fourneau* és társainak közlését és a stovarsolt a salvarsannal, bismuttal és higannyal egysorba helyezi.

A gyógyszerek kritikai átkutatása váratlan eredményre vezetett Amerikában; törölték az *ichthyol*-t az amerikai gyógyszerkönyvből, mert az ottani szakemberek többsége értéktelennek és hatástalannak jelentette ki. A francia *Presse Médicale* triumfál, a többi európai szakember azonban aligha osztja az amerikaiak véleményében.

Az *insulin* előállítását *Dudley* és *Sterling* lényegesen tökéletesítette; a szarvasmarhapancreast 95%-os alkohollal és natriumhydrocarbonattal vonván ki, kilónként 88 helyett 508 nyúlegységet voltak képesek előállítani. (Egy nyúlegység annyi hatóanyag, mely a két kg súlyú nyúlunk vérekrát 0,1-ről 0,04-re szállítja le és ezzel hypoglykaemiás görcsöt vált ki nála.)

A mozielőadások nagy suggestiv hatása újból kitűnt Párisban. A Lariboisière-kórház szomszédságában adtak egy rémdrámát, melyben *vértransfusió*-t mutatnak be; a vértadó, hogy megmentsen valakit, feláldozza a saját életét. Azóta valóságos búcsújárás van a kórházban, egymás után jelentkeznek az elszánt hysteriások, hogy mások javára elvégeztessék őket...

Párisban általában nagy az érdeklődés az orvosi dolgok iránt, meg is indult most ott egy *orvosi napilap*, a „*Le Médical*”, mely a tudományos részen kívül mindefféle, az orvosokat érdeklő társadalmi eseményt is közöl, majd foglalkozik szépirodalmi, művészeti, gazdasági, pénzügyi, stb. kérdésekkel is; csak a politikát zárja

ki, ezzel a francia orvosok ügyis eleget foglalkoznak. A szerkesztő Breton senator lesz, aki egészségügyi miniszter volt tehát nem orvos. A kolozsvári magyar hazájuktól elszakított magyar orvosok „Erdélyi Orvosi Lap” címen élénken szerkesztett, gazdag tartalmú, eredeti cikkeiben és irodalmi szemlében bővelkedő, kéthetenként megjelenő lapot adnak ki, amely nagyon alkalmas lesz az ottani orvosok tudományos vezetésére. Felelős szerkesztője Koleszár László dr., szerkesztők: Fülöp Gyula dr. és Veres Ferenc dr.

A nápolyi egyetem ez év május havában fogja megalapításának 700-ik évfordulóját megünnepelni. Ezt az egyetemet 700 év előtt II. Frigyes német-római császár, az első „jeruzsálemi király” alapította.

Madridban a város környékének legszebb részén, az egészséges Guadarrama-magaslatokon most kezdtek meg egy egyetemi városnak építését; új orvosi, természettudományi intézetek, továbbá építészeti és művészi iskolák alapkövét helyezték el.

Az ily korszakot alkotó újítások kivívásához előszörban az kell, hogy az egyetem vezetősége stabil legyen, ne változzék évenként, úgy mint nálunk, ideje maradjon beleélni magát az administratio útvesztőjébe; külföldön ezért sok helyütt életfogytiglan, vagy legalább is több évre választják a rektort és a dékánokat. A lyoni egyetemen a napokban kezdte meg Lépine, az elme- és idegkór tanára három éves dékáni ciklusát.

A most lezárult párisi orvosi-salon-kiállításra annyi kiállító orvos jelentkezett, hogy sokat vissza kellett utasítani helyhiány miatt. A kiállítás díszelnökségét a 80 éves Hayem vállalta, aki maga is metszeteket állított ki. A katalogust Le Clerc orvos fiának rajza, Apolló amint Aesculapot a művészetekre oktatja — díszítette.

Az utóbbi hetek folyamán meghalt külföldi kártársak közül Jacques Loebön kívül Malcolm Morrisről kell megemlékeznünk, aki mint az angol-skót dermatologia nestora világszerte ismeretes volt. Bécsben hazánkfi, Réti Lipót halt meg; mint gépész és mint zenetudomány is nagyon ismert volt; több zenei egyesületnek elnöke, illetőleg tanáráként működött; régi magyar orvos-zenész családból származott. A belgrádi egyetem egyik megalapítója, Subeti sebész tanár, azelőtt zimonyi orvos, is néhány hét előtt halt meg.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

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

A Magyar Szemorvostársaság április 6-i ülésének programja (I. sz. szemklinika): 1. Brana: Kétoldali abducensbénulás operált esete. 2. Brana: Izomcsipő mögött alkalmazott biztosító oldalvarrat. 3. Horváth: Vossius-féle lencsehomály. 4. Pelláthy: Fülbeli cholesteatomából származó orbitai abscessusok. 5. Horay: A trachoma borszesz-tejsav kezelésének eredményeiről. 6. Somogyi: Ruptura sclerae et luxatio lentis 7 esete. 7. Kreiker: A biastigmiairól. 8. Aszalós: Ptozis esete. 6. Péterffy: Szövetani készítmények vetítése.

A Közkórházi Orvostársulat április 9-én tartandó ülése. Sarbó Artur: Újabb szempontok a központi idegrendszer mozgási és vegetatív berendezésében, különös tekintettel az extrapyramidalis mozgató systemára és a hypothalamusra, mint legfelsőbb vegetatív központra. (Betegbemutásokkal.)

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága március 27-én Tóth Lajos államtitkár elnöklésével ülést tartott, melyen Scholtz Kornél h. államtitkár, a bizottság titkára előterjesztette a bizottság múlt évi működéséről szóló jelentést, melyből kiderül, hogy 1923-ban 7 továbbképző tanfolyamon 86 orvos vett részt. A bizottság folyóiratában, az Orvosképzésben 20 íven 34 dolgozat jelent meg, a folyóirat előfizetőinek száma 1340 volt, tehát a békéltetésüket meghaladta.

Grósz Emil dr. egyetemi tanár, alelnök az ez évi programot terjesztette elő, e szerint Budapesten június 2-től június 14-ig iskolaorvosi, június 16-tól június 28-ig gyakorló orvosok számára tartanak továbbképző tanfolyamot, ugyancsak tanfolyamokat fognak a vidéki egyetemeken rendezni. Őszkor a közkórházakban, a poliklinikákban és az izraelita kórházban lesznek kurzusok.

A központi bizottság albizottságot küldött ki a külföldi orvosok számára rendezendő tanfolyamok előkészítésére. Végül köszönetet szavazott gróf Klebelsberg Kunó dr. vallás- és közoktatásügyi miniszternek, ki úgy a központi bizottságot, mint az

Orvosképzést jelentékeny subventióban részesítette, miáltal lehetővé vált, hogy a bizottság közérdekű működését a nehéz gazdasági viszonyok között is folytathatta, sőt az utolsó évben már fejleszthette.

Helyreigazítás. A lapadminisztratio gépezetében néha félrecsúszik egy kerék. Eddig kiderítetlen módon múlt számunk vegyes hírei közé belekerült a tavalyi debreceni tuberculosis-nagygyűlés programja. A fatalis cikkcserét bizonyára mindenki észrevette s így reméljük, hogy — az odiumot vállalva — nem okoztunk e tévedéssel sok hiábavaló fáradságot.

Doctorrá avattattak a Pázmány Péter-egyetemen a múlt hét szombatján: Csányi József, Gyüre Zoltán, Kretz Tibor, Kubala Ferenc, Spillenberg György, Sikorszky Borbála, Szerényi Tibor, ifj. Székely Vladimír, Turnai Oszkár, Váradi Pál, Zsinger Béla. Üdvözljük az új kártársakat!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 23-tól március 29-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	10	(1)	Gyermekágyi láz.....	—	(—)
Kütes hagymáz.....	3	(1)	Báránymilő.....	8	(—)
Hólyagos (ál-)himlő..	—	(—)	Járv. fültömirigylob..	8	(—)
Kanyaró.....	10	(—)	Vérhas.....	13	(1)
Vörheny.....	59	(—)	Járv. agygerincgyárgatályob..	—	(—)
Szamarhurut.....	14	(2)	Trachoma.....	27	(—)
Roncs, torok-éségélob	20	(2)	Veszétség.....	—	(—)
Influenza.....	8	(4)	Lépfene.....	—	(—)
Ázias kolera.....	—	(—)	Nátház.....	3	(—)

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!

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

PÁLYÁZATOK.

A Terény és Szanda községekből újonnan szervezett körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A körnek 1681 lakosa van. A körorvos javadalmazása: fizetés a IX. fizetési osztály 3 fokozata szerint, természetbeni lakás, a községek által felajánlott 5 q búza fuvarátalány-váltás, 10 q búza, 60 q fa és 30 q szén, gyógykezelési díjak, a székhelyen halottkémlési díjak törvényhatósági bizottsági mindenkori megállapítás szerint. Kellően felszerelt és az ú. n. tanácsköztársaság alatti magatartást is igazoló pályázati kérvényeket f. é. április hó 30-ig fogadok el, a választást május 10-én d. e. 11 órakor fogom Terény község, házánál megejteni.

Balassagyarmat, 1924. évi március hó 25.

1341/1924. sz.

Dr. Zsadányi s. k. főszolgabíró

Hajdu vármegye törvényhatóságánál lemondás folytán üresedésbe jött vármegyei tisztifőorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás kezdő javadalma a VII. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, lakpénz és összes állami pótlékok. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, tisztifőorvosi képesítésüket igazoló oklevéllel, a forradalmak és ellenséges megszállás alatt tanúsított magatartásukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Hajdu vármegye főispánjához címmezve hozzám legkésőbb folyó évi május hó 1-ig annyi- val is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni. A megüresedett állás főispán úr kinevezése útján fog betölteni.

Debrecen, 1924 március 26.

2948/1924. sz.

Az alispán.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZZY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Neuber Ede: A Gilkrist-féle bőrblastomycosisról (blastomycosis americana, oidiomycosis). (1 műmellékleten 6 ábrával.) (217—222. oldal.)

Petényi Géza: A vitaminkísérletek methodikája csecsemőkön. (222—224. oldal.)

Szabó Ince: Klinikai és kísérleti adatok a Deutschländer-féle megbetegedés aetiologiájának tisztázására. (224—225. oldal.)

Safranek János: A gégetuberculos pathologiájának és therapiájának mai állása. (225—228. oldal.)

Therapia. Hajós Károly: Az Ochsner-féle chininkúra alkalmazásáról. (228. oldal.)

Étrendi előírások. A diabetes mellitus diatétis kezelése. 7. Quantitative összeállított étrendek. (Folytatás.) — 8. Étrend insulinadás mellett. (228—229. oldal.)

Lapszemle. Belorvosok. — Gyermekorvosok. — Sebészet. — Fülgyógyászat. (229—231. o.) — Könyvismeret. (231—232. o.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 március 26-i és április 2-i ülése. (232—233. oldal.)

A Magyar Röntgen-Társaság IV. tudományos ülése 1924 március 24-én a Budapesti Kir. Orvosegyes. kistermében. (233. o.)

A Debreceni Orvosegyesület 1924 április 3-án tartott XI. tudományos ülése. (234. oldal.)

Heti krónika. (234—235. oldal.) — Vegyes hírek. (235. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A Gilkrist-féle bőrblastomycosisról (blastomycosis americana, oidiomycosis).

Írta: Neuber Ede dr. egyetemi tanár.

(1 műmellékleten 6 ábrával.)

Az élesztőgombáknak pathogen hatását az állati szervezetre 1870-ben Grohe, 1872-ben pedig Popoff experimentálisan kimutatta; állataik részben sepsisben pusztultak el, részben különböző szerveikben daganatok képződtek, amelyekben az élesztőgombák kimutathatók voltak. Ezek a kísérleti blastomycetás fertőzések az akkori orvosirodalomban alig találtak visszhangra és igen hamar feledésbe kerültek.

Metschnikoff látott először daphniákon spontán blastomycetás fertőzést és ezzel nemcsak az élesztőgombák pathogen voltát bizonyította be az állati szervezetre, hanem egyúttal a spontán fertőzés lehetőségét is. Metschnikoffnak biológiai szempontból nagy horderejű felfedezése a blastomycosis pathogenesisében számos újabb experimentalis munka kútforrásává vált, melyek ezt a kérdést azonban nem tudták előreivinni, amíg 1894-ben Busse és Buschke minden kétséget kizárólag bebizonyította, hogy az élesztőgombák, illetve ezek bizonyos fajtái az emberi szervezetre pathogenné válhatnak. A blastomycetákat a kóros képletek genyében, a szövetben kimutatták, különböző táptalajon sikerült is kitenyésztesük s az így nyert culturával az emberi bőrt fertőzve az eredeti kórtünetekhez teljesen hasonló elváltozásokat találtak, a retrocultura szintén sikerült.

Körülbelül ugyanebben az időben Busse és Buschke esetétől függetlenül az amerikai Gilkrist (Baltimore) írt le hasonló kórképet, melyet azonban nagyjából csak klinikailag és histológiailag figyelt meg, tenyésztési és állatkísérleteket az első eseteiben nem végzett, csak a későbbiekben használta fel ezeket klinikai diagnosizálásának a támogatására. Ezek a vizsgálatok kétségkívül bebizonyították azt, hogy a Gilkrist-féle esetekben is aetiologiailag az élesztőgombák, vagy legalább is az élesztőgombákhoz hasonló mikroorganizmusok szerepelnek. Buschkenak már ekkor feltűnt, hogy Gilkrist és néhány amerikai szerző esetei klinikailag, histológiailag, bakteriologiailag igen sok tekintetben hasonlítanak a Busse-Buschke-féle greifswaldi typushoz, azon-

ban bizonyos eltérések mutatkoznak, amelyek alapján a Busse-Buschke- és a Gilkrist-féle typust egymástól bizonyos fokig elkülöníteni lehetséges. Buschke érdeme tehát, hogy a két megbetegedési típus között nemesek az eltérést, azonban a hasonlatosságot is felfedezte és igyekezett ezt a két, mindenestre rokon megbetegedési formát ugyanazon látszóg alatt beható tanulmányozás tárgyává tenni.

Busse és Buschke a greifswaldi esetben (Busse a tibia genyes göcseit, Buschke a kifehélyesedett bőrt vizsgálta) az élesztőgombák tiszta típusát találta s ezért Busse ezt a megbetegedést *saccharomycosis*-nak nevezte el, Buschke azonban ismerte már a sok tekintetben eltérő, de mégis rokonságot mutató, igen hasonló kóralkokat s ezért ezt a megbetegedést a *blastomycosis* collectiv névvel illette.

Buschke gyakorlati szempontból mindazokat a gombás kórfolyamatokat a blastomycosis-csoportba sorozza, amelyekben a kórokozó sarjadzás útján szaporodik. Ilyen módon számos, klinikailag és botanikailag egymástól többé-kevésbé eltérő, azonban mégis közeli rokon megbetegedés tartozik ebbe a csoportba. Buschke szerint az emberi szervezetben található blastomyceták úgyszólván kivétel nélkül sarjadzás útján szaporodnak, azonban mesterséges táptalajokon vagy állati szervezetben a blastomyceták közül egyik-másik szaporodás tekintetében a fonál- vagy a penészgombához hasonló: főleg az amerikai típus mutat az állati szervezetben, de elsősorban mesterséges táptalajokon myceliumokat, amelyek terminalisan tojásalakban megvastagodnak (oidium) s ezért ez a kórokozó *oidiomyceta*, a betegség pedig az *oidiomycosis* elnevezést kapta. Elsősorban az amerikaiak hívják a blastomycosisnak ezt az alakját *oidiomycosis*-nak (*blastomycosis americana*). Az utóbbi időben a franciák, főleg Gougerot, Vuillemin és Guéguen támadta a blastomycosis-nomenclaturát. Elsősorban aetiológiai szempontból kifogásolták ezt a nomenclaturát, mert egyéb gombafélések is mutatnak bizonyos körülmények közt sarjadzó szaporodási típust, amelyek azonban teljesen heterogen fajok képviselői lehetnek és az élesztőgombákhoz tulajdonképpen semmi közük sincsen. A francia szerzők a blastomycosis elnevezést elvetendőnek tartják és helyette olyan nomenclaturát kívánnak elfogadtatni, amely a klinikai diagnosist aetiológiai szempontból világítja meg. Így pl. a spóraképző blastomycetákat exoaskáknak óhajtják nevezni, az általuk okozott megbetegedést exoaskosisnak; az oidiumokhoz tartozó blastomycetákat oidiomycetáknak, a meg-

betegedést *oidiomycosis*nak; az *endomyces*-csoporthoz tartozó *blastomyceták*at *endomyceták*nak, magát a betegséget *endomycosis*nak.

A megbetegedés elnevezése botanikai alapon mindenesetre sokkal pontosabb s tudományosabb jellegű volna s talán a rokon fajokat is el lehetne ilyen módon különböztetni egymástól, azonban a botanikában a sárgadzó gombák determinálása és klasszifikálása ma még igen hiányos, olyannyira, hogy ismert botanikusaink közül többen az élesztőgombákat külön fajnak tartják, mások azonban a penészgombák különböző fejlődési stádiumába sorolják. Ehhez járul még az a zavaró körülmény, hogy az újabban megjelenő botanikai közlemények a *blastomyceták* régebbi klasszifikálását megdöntik, azonban az újabbleletű beosztás is rendszeren csak rövid életű, úgyhogy a *blastomyceták* folytonos átesoportosítása a botanikában már régebbi idő óta folyik. A botanikai név megváltoztatásával természetszerűleg a klinikai elnevezésnek is meg kellene változnia. Elképzelhető, hogy ez a gyakorlatban mennyi zavarra adna alkalmat; a franciák propositiója ma még mindenesetre időszertelen.

Véleményem szerint a *blastomycosis* elnevezés egyelőre megtartandó, mert ha e név alatt összefoglalt kóralakok némileg el is térnek egymástól, azonban bizonyos jellemző kölesönös klinikai tünetek igen közeli rokonfolyamatnak minősítik. *Közleményemnek első sorban az a célja, hogy ezeket a klinikailag annyira jellegzetes tüneteket kiemeljem s lehetővé tegyem a kórmeghatározást a gyakorlóorvos számára is; a blastomycosis kórképének a lefolyása a primaer efflorescentiától a sarjszövetet és elfekélyesedést követő hegig annyira tipusos, annyira sui generis, hogy pontos klinikai megfigyelés mellett a kórmeghatározás nehézségeibe nem ütközik.*

Az alább leírandó esetünk is annyira tipusos, hogy kórmeghatározása klinikailag történt, a laboratóriumi vizsgálat a klinikai diagnosist csak megerősítette. Betegünk kórképe teljesen megegyezik a *Gilkrist-féle blastomycosis*sal (*blastomycosis americana*, *oidiomycosis*); az alábbiakban a betegségre jellegzetes tünetekkel kívánok foglalkozni.

Körlelmény: Sz. K. 53 éves, közepesen táplált földműves. A családi anamnesisben nem találunk támpontot jelen megbetegedésére. Gyermekbetegsége nem volt; 27 éve nő. Öt gyermeke közül az egyik öt éves korában járványos betegségben meghalt; élő gyermekei egészségesek. *Syphilisben, tuberculosisban sohasem szenvedett, az erre vonatkozó klinikai, biológiai és bakteriológiai vizsgálatok teljesen negatív eredményt adtak.* Köpet, vizelet normalis.

1919 július végén a bal boka külső felületén koronányi nagyságú beszüremkedés, majd kifekélyesedés mutatkozott, amely ma már meg nem határozható kenőcsre 1920 áprilisában gyógyult be. Majd 1920 decemberében a bal boka belfelületén keletkezett hasonló tünet-csoport, amely ismét csak hónapok múlva gyógyult be ismeretlen kenőcsökre. További két-három hónap múlva, 1921 tavaszán, ismét a bal bokán, a már régebben begyógyult terület szélén kezdődött újra a kórfolyamat. Ezek a területek a mai napig sem gyógyultak be teljesen. A beteg a klinikára való felvételéig rendszeren végezett napi munkáját, és pedig nyáron mezítláb, télen csizmában. Majd 1922 tavaszán a bal lábszáron is keletkeztek hasonló elváltozások (szövetbeszüremkedés, kifekélyesedés), néhány hónappal később a jobb lábon a boka magasságában ugyancsak kisebb-nagyobb fekélyek, amelyek széle a beteg bevallása szerint a bőr nívója fölé emelkedett.

Három évvel a betegség fellépése után (1919 július–1922 tavaszig) tehát mind a két lábon és alszáron a folyamat a bőrt kisebb-nagyobb képletekben ellepte. Az utóbbiakhoz teljesen hasonló elváltozások 1922 júniusában a bal kulcsont felett keletkeztek, amelyek állítólag kezelés nélkül, heggel gyógyultak. A jobb kulcsont felett a folyamat 1923 májusában keletkezett. A jobb kézen 1923 februárjában, majd a balon ugyanebben az

évben az előbb leírtakhoz teljesen hasonló tünetek keletkeztek; mindegyiket traumára (ekevas, kasza) vezeti vissza, amely képletek azonban a mai napig sem gyógyultak be, típusos granulációs szövet képét nyújtják. Az egész himvessző bőrére kiterjedőleg 1923 augusztusában nedvező, vérző, beszüremkedő jelenségek keletkeztek, melyek azonban már 1923 októberében kezelés nélkül begyógyultak.

A bal alkaron és mindkét könyök felett mutatkozó, hegesen gyógyult területekről nem tud pontos felvilágosítást adni; úgy emlékszik, hogy az előbbiekhöz hasonlóan keletkeztek s hasonlóan gyógyultak orvosi beavatkozás nélkül.

A betegség kitörése előtt a beteg sohasem érzett subjectív tüneteket, amikor viszketési vagy feszülési érzésre lett figyelmes, akkor már jelentkezett az objectív tünet roseola, pustula vagy acnés képlet alakjában. A legerősebben infiltrált és exulcerált bőrterületek a legkisebb fájdalmat sem okozták, néha a beteg területek szélén csekély viszketést érzett. A beteg 1923 december 18-án vétetett fel a klinikára.

Jelen állapot: Ügyszólván az egész test bőrén elszórvva találhatók kisebb-nagyobb kóros képletek, amelyek fejlődés tekintetében a legkülönbözőbb stadiumot mutatják. Hyperaemiás foltot, vesiculát, pustulát, acnét, infiltrált granulációs szövetet, abscessust, exulceratiót, hegyszövetet a legelénkebb combinációban látunk a beteg bőrén. Az arc bőrét a folyamat teljesen megkímélte. Általában a jobb supra- és infraclavicularis tájon a folyamat heveny karaktert mutat, a felső és alsó végtagokon az elváltozások régi keletűek.

A beteg felvételekor, de főleg 4–5 nappal ezután a supra- és infraclavicularis tájon, valamint a jobb pectoralis major és minor feletti bőrpartieken hyperaemiás foltokat, vesiculákat, pustulákat, élesen infiltrált, a subcutisig terjedő csomócskákat látunk, melyek részben diffuse, de nagyobbára csoportokban foglalnak helyet a jelzett területeken. A hyperaemiás foltoknak, úgyszintén a vesiculáknak és a pustuláknak az alapja néhány nap múlva, de legalább is rövid időn belül beszüremkedett, élesen körülírt babnyi-mogyorónyi kerek vagy ovális infiltrált képletet mutatott, majd szokatlan rövid idő alatt elpuhult, a bőr felette elvékonyodott és amennyiben nem incidáltuk, rövidesen áttört.

Ezt a körlefolyást subjectív tünetek nem kísérik.

A kóros képletek áttörésekor híg, savós, véres geny ürül, amely még leginkább hasonlít az elpuhult syphilis gummák bennékehez (colliquatiós necrosis).

Az elpuhult góe áttörése után kisebb-nagyobb fekély keletkezik, amelynek szélei nem élesek, zezguzog-sak, az alapja pedig granulációs szövetmasszával borított. *A fekély falának és alapjának a szövetére jellemző, hogy igen puha, szakadéklony és a legkisebb mechanikai inzultusra vérzéssel reagál.* A fekélyt hamar pörk- és vartömegek borítják, amelyek egyszerű pyodermás képletekre emlékeztetnek. *Ezek a pörktömegek később leválnak s alattuk a kötőszövet papillaris túltengése észlelhető, ez már ilyen fiatal fekélyben is legtöbbször megtalálható.*

Ez a folyamat — a hyperaemiás folttól egészen a fekély alapjában történő papillaris burjánzásig — 4–5 hét alatt a szemünk előtt játszódott le. A jobboldali supraclavicularis tájékon a betegnek már bejövetelek részben infiltrált, részben elpuhult gócai mutatkoztak, az utóbbiakon — jóval öregebbek lévén — a papillaris burjánzás már sokkal kifejezettebb, sőt egyes helyeken spontán gyógyulást is észlelhettem, ahol a *blastomycosis*-folyamatra csak a papillaris burjánzások a közöttük levő atrophíával és heggel emlékeztettek.

A végtagokon, de főleg a jobb alsó végtagon számos fillérnyi—gyermektenyérnyi területen részben granulációs, részben hegesen gyógyult képleteket látunk. *A fiatalabb granulációs képletek igen érdekes képet nyújtanak, melyek egyéb bőrbetegedéseknél nem igen találhatók s ezért diagnosztikai szempontból igen fontosak.* A granulációs szövet leterjed a subcutis mélyébe, mérsékelten infiltrált s mindenütt, de főleg centralisan

papillomás képletekkel borított. A papillomás képletek a folyamat régebbi részében erősebben kifejezettek, a bőr ezeken a helyeken mozaikszerű rajzolatot mutat. A papillaris túltengések helyenkint több milliméterre emelkednek a bőr niveauja fölé, úgyhogy igen hasonlítanak a tuberculosis verrucosa cutis kórképéhez. Az utóbbiakkal szemben jellegzetes a blastomycosis papillaris túltengett képleteire, hogy igen puhák, úgyszólván mállékonyak, hyper- vagy parakeratosist igen ritkán vagy egyáltalán nem mutatnak.

A többnyire centralisan fekvő papillaris túltengett képletek között állandó váladékszivárgás mutatkozik, amely tünet a betegnek verticalis helyzetében nyér főleg kifejezést, ilyenkor hig, nyúlós, gummszerű, véres váladék nagy mennyiségben spontán ürül. Ez a váladékszivárgás vagy ürülés a bőr hámban és papillaris rétegében fekvő számtalan kicsiny (mikro-) abscessusból történik. Ettől a centralis papillomás területtől a periphéria felé a sarjszövet inkább infiltrált, az egészséges bőr szomszédságában sáncszerűleg kiemelkedő. Úgy látszik, hogy a folyamat nagyobbára per continuitatem terjed, néha azonban, egészségesnek látszó területek kihagyásával, távolabb fekvő területeken lépnek fel az előbb leírt primaer elváltozások.

Ezeknek a többé-kevésbé acut vagy subacut képleteknek közvetlen szomszédságában láthatók a chronicusabb elváltozások, amelyek rendszerint livid színűek, polycyklikus szélűek, kevésbé infiltráltak, behámosodottak; többnyire még a bőr niveauja fölé emelkednek, csak ritkábban süllyednek az alá; ezekből savó-, geny- vagy vérszivárgás már nem észlelhető. Az utóbbiaktól még távolabb fillérnyi-ötörönási hegesen gyógyult képletek mutatkoznak, amelyekben a granulációs szövetnek már nyoma sincs, a livid elszíneződés átment a fehérbe s a bőr niveauja alatt fekszenek. Erre a blastomycetás granulatiót követő hegyszövetre azonban kétségtelenül jellemző, hogy rajta 1–2 milliméternyi magasságot mutató papillaris burjánzások találhatók, amelyek azonban a hegyszövet öregedésével vastagságukból és magasságukból veszítenek. A papillaris burjánzások között a hegyszövetben kisebb-nagyobb behúzóddások láthatók, amelyek a már fentebb említett mikroabscessusok köldökszerűen behúzóddott heges gyógyulásának felelnek meg.

A bal kulcsosont, valamint a bal könyökizület felett gyermek-férfityényrnyi területen igen régi hegyszövet található, amelynek szomszédságában a granulációs szövetnek nyomait sem tudjuk feltalálni. A himessző bőrén szintén teljesen lezajlott folyamattal állunk szemben, granulációs szövetképződést nem látunk, azonban a visszamaradt papillaris burjánzások 2–3 milliméterrel emelkednek a bőr niveauja fölé; a hámban és a papillaris rétegben megtaláljuk, gombostűfejnyi hegek alakjában, a mikroabscessusok maradványait, az utóbbiak behúzóddása azonban korántsem olyan kifejezett, mint az előbb leírt régebbi hegekben.

Szöveti lelet: Három különböző fejlődési stádiumot mutató képletet excindáltam: 1. babnyi elpuhult, de még át nem tört infiltratiót in toto a jobb oldali infraclavicularis tájról; 2. néhány nap előtt spontán áttört fekély széléről ugyancsak az infraclavicularis tájról; 3. a papillaris burjánzásból az idősebb képletek centralis részéből a jobb alszárról.

A blastomyceták festése: Gram-, Gram-Weigert-, Busse-Buschke-, Ziehl-Neelsen-, Waelsch-eljárásokkal történt; mag- és plasmafestésre a legkülönbözőbb használatban levő festőanyagok szolgáltak.

A szövettani lelet felette érdekesnek bizonyult s kétségtelenül megerősítette azt a klinikai felfogásunkat, hogy ez a megbetegedés egy teljesen sui generis kórkép, amely nemcsak klinikailag, hanem szövettanilag is könnyen elkülöníthető egyéb kórfolyamattól.

Már kicsiny nagyítással is feltűnt, hogy az in toto excindált, elpuhult babnyi gócban az epidermisben számos abscessus foglal helyet, amelyek az epidermist helyenként körülírt területeken felemelik s ilyen módon vesiculákat, pustulákat hoznak létre. Látjuk, hogy a

szaruréteg normalis vastagságát megtartotta, csak helyenként látható hyperkeratosis, parakeratosis sehol sem. A stratum granulosum a minimumra redukálódott, helyenként teljesen eltűnt. A stratum spinosum a koros területnek megfelelőleg hatalmas burjánzást mutat, hatalmas csapok indulnak a mélybe, helyenként a subcutis mélyebb retegeibe is; ezeket a csapokat gömbsejtes infiltratio veszi körül. Ez az akantosis csak a koros területeken urálja a szövettani képet, a beteg és egészséges terület határán átmenet nélkül eltűnik. A kifejezett akantosisnak megfelelőleg a papillák is megnagyobbodtak s már kis nagyítással hatalmas sejtes beszűrődést mutatnak.

A jobb alszár papillaris burjánzásából kivágott anyag metszetében az akantosis még kifejezettebb, a hatalmas papillaris burjánzás a hámbot maga előtt tolja s okozza a klinikai részben leírt papilloma kórképet, amelyben azonban csak a kötőszövet vesz részt, a hám megtartja vastagságát, csak helyenként található kisfokú hyperkeratosis, parakeratosis sehol sem. A hámban és a papillaris rétegben tömegesen fordulnak elő, körülírt mikroabscessusok, amelyek a papillaris burjánzások között foglalnak helyet s a legtöbb helyen elpuhultak, áttörték s belőlük ürül az a klinikai részben már említett savós-genyves-véres váladék, amely erre a folyamatra annyira jellemző.

Nagy nagyítással az epidermisben a hámsejtek között számtalan polynuclearis leukocytá talátható, melyek tömörüléséből keletkeznek a fent leírt mikroabscessusok. Zárt és áttört mikroabscessusok láthatók. A mikroabscessusokban minden alkalommal nagy tömegben találtunk kerek, ritkábban ovális, főleg a Gram-féle festési eljárással sötétkékre festődő képleteket, amelyek néha az intracornealis vagy intraepidermalis abscessusokban oly nagy mennyiségben voltak felhalmozva, hogy helyenként ellapultak, vagy egyéb deformatiót szenvedtek el; volt közöttük félhold-, biscuit-alakú, sőt elvéve sarjadzó typus is. Ezeket a képleteket első pillanattól blastomycetáknak tartottuk, annál is inkább, mert közöttük többnek kettős kontúrja volt, Gram- vagy Giemsa-festéssel a protoplasmában szemcsézettséget, néha vacuolaképződést mutatnak, azonkívül elvéve sarjadzó alakokat. A mikroabscessusoktól eltekintve, a hámban nem találunk blastomycetákat, a megnagyobbodott sejtközi ürökben sem.

A cutis felső harmadában, de főleg a papillaris rétegben diffus beszűrődés található, amely főleg a véredények, továbbá az akantotikus csapok körül kifejezett.

Plasmafestő folyadékokkal elsősorban lymphocytákat, polynuclearis leukocytákat, igen sok plasmasejtet s csak igen ritkán óriássejtet találtunk. Blastomyceták a hámabscessusokon kívül még a papillaris infiltratióban mutatkoztak, azonban előszeretettel nekrobiotikus részekben, ahol a legkülönbözőbb nagyságban s alakban (kerek, félhold, biscuit) fordulnak elő; öregebb, nagyobb blastomycetákon a kettős kontúr jól kivehető, mindenestre ezek ritkábban fordulnak elő. Az alszárról vett papillomás képletben nagyobb nagyítással szintén látunk blastomycetákat, azonban már jóval kisebb számban. A kötőszövet, de főleg a papillaris réteg itt is erősen beszűrődött, az akantosis igen erősen kifejezett, az akantotikus csapok között igen sok plasma, epitheloid és elnyészőn kevés óriássejtet találunk.

Herxheimer és Bürkmann közleményében hasonló klinikai lelet mellett histologailag a granulációs szövetben szintén találtak különböző nagyságú kerek képleteket, amelyek Gram-Weigert-féle eljárással intenzív kékre festődtek. A fenti szerzők ezeket a sötétkékre festődő képleteket Russel-féle testeknek tartják, amelyek ezt a felfogásukat főleg Beck vizsgálatával támogatják, aki ezeket a képleteket több kórfolyamatban megvizsgálta (blastomycosis, egyéb chronikus granulációs szövet, carcinoma) s szintén sejtd degenerációs terméknek tartja, miután a hyalin összes festési reakcióit adja. Herxheimernek és Bürkmannnak ez a felfogása mindenestre meggyőző, mert granulációs, de főleg daga-

natszövetben (carcinoma) a Gram-féle festési eljárással tényleg lehet sötétkékre festődött kerek képleteket találni. E tekintetben főleg Sanfelice és Leopold munkái érdemelnek említést.

Schein histológiai készítményeiben tipusos blastomyceták mellett szintén talált Herxheimer és Bürkmann által leírt Gram-Weigerttel sötétkékre festődő képleteket, amelyeket „Parasitenschatten”-nek nevezett el.

Noha én is Herxheimer és Bürkmannhoz hasonlóan többnyire kerek, a Gram-Weigert-féle festési eljárással sötétkékre festődő képleteket találtam, azonban ezek közül többen kettős kontúrral bírtak, mások a plasmában szemcséket és vacuolákat tüntettek fel s egyik-másik — mindenesetre ritkán — sarjadzó typust mutatott.

A bakteriológiai lelet még inkább biztosítja a klinikai diagnosist. A beteg felvételekor zárt abscessusok, vagy zárt gummaszerű képletek a jobb infraclavicularis tájékon még nem voltak, ennél fogva vizsgálati anyagot a subacut és chronikus alszári területekből vettünk. A megfelelő területet benzines vattával kitűnően megtisztítottuk, enyhe nyomással a mikroabscessusokból a genyet kinyomtuk, ezáltal a saprophytákokozók nagyobb részét eltávolítottuk, majd a beteget néhány percig állni hagytuk, amikor a mikroabscessusokból a fentebb leírt szívós, gummiszerű, genyes-savós s mindig véres váladék nagy mennyiségben ürült, ami erre a folyamatra annyira jellemző. *Az a benyomásom volt ilyen alkalommal, mintha a bőr e helyeken szitaszerűen borítaná a szervezetet s a beteg hosszabb állás után a szita nyílásain elvérezne.* Rövid, 15–20 pernyi állás után a padlón hatalmas savós-genyes-véres töcsa volt látható, úgyhogy vizsgálatainkat kénytelenek voltunk megszakítani. Ezt a váladékot a legkülönbözőbb bakterium-festésekkel vizsgáltuk meg, így különböző protoplasma- és magfestési eljárások mellett Grammal, carbol-fuchsinnal, a Waelsch-, a Ziehl-Neelsen-féle eljárással; a genyes váladék kikenésében a legszebb képeket mindenesetre a carbol-fuchsinos eljárás adta. A lehető leghígabb carbol-fuchsinnal festettünk órák hosszát, úgy hogy a lymphocyták, leukocyták, plasma és egyéb sejtek alig vagy csak igen halványan festődtek, a blastomyceták pedig mint sötétvörös, rubinszínű korongok mutatkoztak. Mindenesetre sok egyéb bakterium is festődött ezekből a subacut és chronikus, hámtól fosztott (spontan áttört mikroabscessusok) képletekből vett anyagban, így elsősorban igen sok staphylococcus és pseudodiphtheriabacillus volt található.

A blastomyceták alakja teljesen megegyezik a histológiai részben leírtakkal, azzal a különbséggel, hogy a genyes kikenésben a blastomyceták gyakrabban mutatnak kettős konturú membránokat, a sarjadzó typus is gyakoribb, míg ezt a histológiai metszetben igen ritkán találtuk.

Alig tartózkodott a beteg 4–5 napig a klinikán, amikor a jobb infraclavicularis árokban 2–3 férfitenyérszerű terjedelemben diffuse elszórvva néhány papulopustulosus képlet mutatkozott, amelyeknek az alapja igen hamar beszűremkedett, további néhány nap alatt elpuhult. *Nem ismerek a dermatológiában hasonló kórfolyamatot, amelyben a beszűremkedés és az elpuhulás ilyen gyors tempóban történne.* Áttörés előtt incisió történt, az elpuhult góc bennéjét kikenési eljárásal megvizsgáltuk és a fentebb említett festési eljárásokkal megfestettük; gyulladásos és granulációs sejtjes elemek mellett igen nagy tömegben láttunk némelyik kikenésben — nem mindegyikben — blastomycetákat. A zárt abscessusokat sterilén felnyitottuk és a kiürülő genyyel a legkülönbözőbb táptalajokat inficiáltuk, így elsősorban agar-, gelatina-, burgonya-, glycerines burgonya-, glykose- és maltoseagar-táptalajokkal dolgoztunk. Az inficiált táptalajokat részben szobahőmérséken, részben 37°-on (thermostát) tartottuk. *A táptalajok legnagyobb része steril maradt, a zárt abscessusokból saprophyta mikroorganizmus sohasem tenyésztett ki; csak egyik-másik csőben keletkeztek két-három nap múlva*

igen kicsiny telepek, amelyek a blastomyceta tenyésztére jellegzetesek voltak.

Buschke a Handbuch der pathogenen Mikroorganismen című gyűjtőmunkában a Gülkrist-féle blastomycosis (blastomycosis americana, oidomycosis) culturáiban háromféle typust különböztet meg; a mi culturánk minden tekintetben a második typushoz hasonlít. Nálunk is fehéres-szürkés, fénylő, elég lassan növevő telepeket látunk, amelyek az előbb említett táptalajokra átolva, 20–40° között könnyen megfogamzottak és elég jól nőttek, amikor azonban a fillérnyi—koronányi terjedelmet elérték, akkor a lapszerű növekedés már tetemesen lassabban történt, a telepek inkább a táptalajniveau fölé emelkedtek. Levegőmyceliumot sohasem láttam. Folyékony táptalajt, elsősorban a Sabouraud-féle peptonmaltose-bouillont diffuse megzavarosították, a kémcső fenekén igen sokszor fonalszerű cafatokat alkottak. Úgynevezett penészhátya (Kahmhaut) sohasem mutatkozott. A culturák öregedésével a szín (főleg a burgonyán) a fénylő fehérből, illetve szürkésfehérből a sárgásba megy át.

A culturát kikenésben megtekintve, főleg kerek, de itt-ott ovális képletek mutatkoznak, amelyek nem egyforma nagyságúak s a festéket is különböző erősségekben és színben (metachromasia) veszik fel. Ezekben a képletekben úgyszólván mindenütt lehetett durva szemcsézettséget látni, amely anilin-festékekkel, de főleg a Giemsa-féle festéssel par excellence kimutatható. Több esetben vacuola-képződést is tudtam megfigyelni. Sarjadzó typusok mellett myceliumképződést is figyeltem meg, amelyek terminalisan tojásszerűen megduzzadtak (oidomyceta).

A culturák nem tudták a szilárd táptalajokat (gelatina, agar) elfolyósítani; a cukrot sem tudták szénsavra és alkoholra bontani.

A betegnek néhány scarifikált bőrterületébe culturaanyagot dörzsöltem (előzetes bőrdesinficiálás, elzárás óráüveggel); az esetek legnagyobb részében egy-két nap múlva hatalmas allergiás tüneteket tudtam megfigyelni, ami egyéb gombás megbetegedéseknél, pl. a trichophytia profundánál is látható, amikor a beteg epidermisében a saját törzse csak igen ritkán tud megtapadni, tovább fejlődni, hanem rendszeren allergiás tünetek között néhány nap múlva a gomba tönkremegy és teljes gyógyulás áll be.

Számos inoculációs kísérleteink közül csak egy esetben tudtak a blastomyceták megtapadni, szaporodni s a fentebb leírt efflorescentiákhoz teljesen hasonló képleteket létrehozni.

Az experimentalisan okozott efflorescentiából, amely a fentiekhez hasonló módon igen gyorsan infiltrálódott s feltűnő gyorsan elpuhult, minden kétséget kizárólag ki tudtam mutatni a kórokozókat, a blastomycetákat.

Differentialis diagnosis: A beteg jelentkezésekor a diagnózisunk már a blastomycosis kórkép felé hajlott (már a következő napon megtaláltuk a genyben a blastomycetákat) s így tulajdonképpen már nem kellett ezt a megbetegedést egyéb kórfolyamattól differenciálni, azonban mégis mutathat egyik-másik tünetében hasonlóságot egyéb chronikus bőrmegbetegedésekhez s így az alábbiakban a differentialis diagnosist fogom röviden megvitatni ezekkel szemben.

Igen ritkán okozhatnak a bőrön is chronikus pyodermás folyamatok (staphylococcus, streptococcus) hasonló kóros elváltozásokat; itt is láthatunk abscessus-képződést, sőt a genynek az abscessusból való kiürülése után papillaris burjánzást. Az utóbbi folyamattól könnyen elkülöníthető; az újabb képletek a blastomycosisnál a cutisban, a papillaris rétegben vagy a hámban keletkeznek, azonban a hám az első napokban a képletek felett teljesen intakt, csak néhány napra az abscessus ellágyulása után történik az áttörés; a pyodermás képletekben a folyamat kívülről hatol befelé. A recens pyodermás képletek néha spontan, de főleg nyomásra fájdalmasok, a blastomycosis efflorescentiái ezekre az insultusokra subjectiv tünettel nem reagálnak. A pyodermás képletekben könnyen megtalálhatók a staphylo-

és streptococcusok (főleg tenyésztéssel), míg a blastomycosis zárt abscessusaiban az utóbbiak sohasem mutatkoznak.

Sporotrichosis is lehetett gondolni: a sporotrichosis két előfordulási alakja közül főleg a *sporotrichosis gummosa disseminata tuberculoides*-ről lehetett volna szó, amelynél szintén a cutisban először infiltráció, majd ellágyulási góc keletkezik, amely idővel áttör és a savó-genyés-véres váladék egy meglehetősen szűk sipolyon keresztül kiürül. A folyamat a blastomycosis-hoz hasonlóan szintén mérsékelten infiltrált és cyanotikus; a váladék is igen hasonló, azonban az áttört blastomycosisos képletekben nem találunk szűk sipolyt, melyen keresztül a geny spontán nehezen, nyomásra azonban nagyobb mennyiségben ürül, hanem találjuk a fentebb említett igen nagyszámú mikroabscessust, amelyeken keresztül a típusos savó-genyés-véres váladék állandóan, spontán, nagy mennyiségben ürül, főleg a beteg verticalis helyzetében.

A sporotrichosis másik, primaer affectussal kezdődő alakjára nem lehet gondolni, mert hiányzott és hiányzik az úgynevezett „*ulcus primitivum*“, s a consequens lymphangoitis sporotrichica, továbbá a specifikusan gyulladt nyirokérben a sporotrichosisos gumma-képződések. A sporotrichon a szövétváladékban, genyben igen nehezen található meg mikroszkopailag, azonban könnyen kitenyészthető és a culturája igen jellegzetes. A blastomycotikus abscessusokban (kikenésben) igen sok blastomycetát találtunk, míg a kitenyésztésük sokkal nehezebben ment.

A *framboesiformis syphilis* is szokott néha hasonló elváltozásokat okozni. Eltekintve attól, hogy a Wassermann- és egyéb biológiai reactio teljesen negatív eredményt adott és az anamnesisben is teljesen hiányzott a syphilis, klinikailag is igen könnyű az elkülönítés. A framboesiform syphilis elsősorban az arcon szokott előfordulni (faggyúmirigy-gazdag helyen), a framboesiform syphilisnél nem találunk mikroabscessusokat; ha framboesiformis syphilisben szenvedő beteget (még akkor is, ha az alszáron van a kóros képlet) huzamosabb ideig állni hagyjuk, sohasem tapasztalhatjuk a blastomycosis-nál leírt profus váladékszivárgást, illetve folyást.

Egy igen fontos differentialis diagnostikai jelenség továbbá az, hogy a blastomycosis-hegben igen gyakori a recidiva, míg a syphilis bármelyik stadiumában ez teljesen szokatlan jelenség, mert a syphilises szövet resorptiója után localis immunitás keletkezik, amely ezt a területet újabb recidivától megóvjá.

Még a leggondosabb elkülönítést igényel a *tuberculosis verrucosa cutistól*. Gilkrist is az első blastomycosis-esetei közül az egyiket verrucosus pseudolupusnak írta le. Ha a histológiai, bakteriológiai, biológiai és állatkísérletek tuberculosisra negatív eredményt adtak, akkor már igen valószínű, hogy a tuberculosis aetiologia kizárható. A blastomycosis kórképében a verrucosus, illetve a papillomás képletek jóval puhábbak, lágyabbak, mégis a családásig hasonlíthatnak a tuberculosis verrucosa cutis papillaris burjánzásaihoz; szövettanilag már nagyobb eltérés tapasztalható, mert míg a tuberculosis verrucosa cutis papillaris burjánzásai hatalmas hyperkeratosist, nemritkán parakeratosist mutatnak, addig a blastomycosisos burjánzásokban a hám teljesen normalis képet mutat, csak a kötőszövet hyperplasiája a szembevető. A tuberculosis verrucosa cutis kórképében sem találunk ilyen hatalmas tömegű mikroabscessusokat, amelyek a már többször említett savó-genyés-véres váladékot nagy mennyiségben ürítik. A tuberculosisan ellágyult gócból kiürülő geny is teljesen más összeállást mutat (a tuberculosistikus megbetegedések közül még a scrophuloderma genyéhez hasonlít leginkább). A tuberculosis verrucosa cutis kórképében azonkívül a papillaris burjánzás az elsődleges, míg a blastomycosis kóreseteiben a cutisban és a subcutisban megjelenő beszűremkedések és ellágyulások a primaer, s csak az abscessus feltörése után keletkeznek a fekély alappjában a papillaris burjánzások, amelyek a folyamat gyógyulása után is a blastomycosisos hegben vagy atrophia-

ban igen sokáig fennállanak, amikor a szövetbeszűremkedés vagy a granulatio már régen eltűnt. A histológiai és bakteriológiai leletek a fent elmondottak alapján még könnyebben tudják egymástól elhatárolni ezt a két folyamatot.

Herxheimer és *Bürkman* közöltek néhány hóval ezelőtt egy Gilkrist-féle bőrblastomycosis esetet; a diagnosit blastomycosisra per exclusionem állították fel. A górcsővi és tenyésztési lelet teljesen negatívnak bizonyult, azonban a klinikai tünetek blastomycosisra annyira karakteristikusak voltak, hogy esetüket a dermatomycosisok más csoportjába nem sorozhatták.

Szerintük a világirodalomban eddig közölt 55 Gilkrist-féle blastomycosis-esetek közül néhányban a kórokozó kimutatása sikerült, másokban azonban nem lehet a mikroorganizmust a legszorgosabb bakteriológiai kutatások mellett sem megtalálni, némely esetben pedig a genyben és a szövetben corpuscularis képleteket lehet találni, amelyek a sarjadzó és fonálgombák csoportjába tartoznak, azonban semmiesetre sem azonosak a Busse-Buschke-féle saccharomycesekekkel.

A legnagyobb mértékben osztom *Herxheimer*nek és *Bürkman*nak ezt a felfogását, annál is inkább, mert saját esetemet, már a bakteriológiai vizsgálatok megkezdése előtt, a blastomycosis-csoportba soroztam s ha a laboratoriumi vizsgálatok teljesen negatív eredményt adtak volna, még akkor is ragaszkodtam volna a blastomycosis diagnosishoz, mert az irodalomban ismert Gilkrist-féle typushoz annyira hasonlított és mert én sem tudtam volna egyéb dermatomycosis-csoportba sorozni.

Esetünkben tehát kétségtől a Gilkrist-féle blastomycosis (blastomycosis americana, oidiomycosis) állunk szemben. A klinikai, histológiai, bakteriológiai és tenyésztési vizsgálataink erre engednek következtetni. A saját, valamint az irodalomban talált hasonló esetekből azt a meggyőződést nyertem, hogy a fent leírt klinikai tünetek alapján a blastomycosis (Gilkrist) diagnosisa már klinikailag is felállítható, a blastomycosis klinikai tünetei ugyanis annyira jellegzetesek, a kórfolyamat annyira sui generis, hogy esetemnek bemutatása és közlése után újabb blastomycosis-esetek felbukkanását várom.

Meggyőződésem, hogy ez a kórkép úgy külföldön, mint nálunk sokkal gyakoribb, azonban különböző megbetegedések (tuberculosis, syphilis, pyodermia etc.) hamis diagnosisa alatt húzódott meg ezidáig. A blastomycosisos esetek ritkasága miatt a laboratoriumi vizsgálatokat minden esetben el kell végezni, ezek azonban csak a klinikai diagnosist megerősítésére szolgálnak.

A beteg felvételétől a mai napig (1924 február 19), tehát két hónapig nem végeztünk komolyabb kezelést (indifferens kenőcsök), hogy a különböző vizsgálatokat a therapiás beavatkozással meg ne zavarjuk. A therapia megkezdésének a kitolásával nem követtünk el nagyobb mulasztást, mert a beteg már 1919 óta szenved blastomycosisban s főleg az utóbbi 2-3 esztendőben a folyamat úgyszólván holtpontra jutott; az újabb granulatiós képletek fejlődése ugyanis körülbelül arányos a régebbiek spontán gyógyulásával.

Az irodalomban főleg a jódtherapiával találkozunk; a szerzők a jódatásról elismerőleg nyilatkoznak, azonban jódra rendszerint nem teljes gyógyulás, hanem csak javulás áll be, úgyhogy a folyamatnak bizonyos fokig való visszafejlődése után a jódtherapia hatástalannak bizonyul. A Röntgen-therapiáról szintén elismerőleg nyilatkozik néhány szerző, azonban a folyamat rendszerint szintén nem gyógyul meg teljesen.

Tekintettel arra, hogy esetemből a kórokozó kitenyésztése sikerült, a beteget vaccinás kezelésben akarom részesíteni, annál is inkább, mert az irodalomban a blastomycosis vaccinás therapiájával nem találkozunk. Állatkísérletek és seroreakciók (agglutinatio, complement-fixatio, praecipitatio etc.) folyamatban vannak, amelyekről — ha közlésre érdemesek — egy későbbi alkalommal számolok be.

Irodalom: Buschke: Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 47., 68., 69. — U. a.: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. — Finger: Iconographia Dermatologica. 1906. — Herxheimer és Bürkmann: Archiv f. Dermat. u. Syphil. 142. k., 1. f. — Löwenstein és Oppenheim: Arch. f. Dermat. u. Syph. 69. — Mandel: Orvosi Hetilap 1918. — Stein: Die Fadenpilzkrankung des Menschen. München 1914. — Stein: Archiv f. Dermat. u. Syphil. 120. — H. C. Plaut: Blastomykosen. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. F. Kraus und Th. Brugsch 1919. — Az amerikai szerzők közléseit csak referátumokban olvashattam.

A pécsi kir. magy. Erzsébet-tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. e. ny. rendes tanár).

A vitaminkísérletek methodikája csecsemőkön.

Írta: Petényi Géza dr. egyetemi magántanár.

A vitaminokról szóló ismereteink két forrásból erednek, az egyik a beteg embereken tett megfigyelések, a másik az állatkísérletek. Az emberen tett észlelések több alapvető megismeréshez vezettek; ezek azonban csak egy aránylag kis részét teszik ki annak a már áttekinthetetlenül nagy kísérleti munkának, amelyet állatokon végeztek s amelynek eredményeképp kialakult a mai vitamintan, abban a formájában, amint az az angol commisióknak s C. Funknak könyvében formulázva van. Újabb megismerések nap-nap után jönnek, azonban a mai felfogás gerincét az ott kialakult megállapítások képezik.

Az állatkísérletek eredményeit rendszeresen fenntartás nélkül azonnal átvitték az emberi pathológiára.

Nézetem szerint itt elvi jelentőségű hibák történtek. Az állatkísérletek eredményei csak fenntartással vihetők át az emberi physiologira s a pathologira s amennyiben átvisszük, ott kísérletileg igazolandók. Ez tulajdonképp magától értetődő lenne, hiszen a leg-
elemibb megállapítások közé tartozik, hogy az egyes állatfajoknak egészen különböző a vitaminszükséglete, pl. a legtöbbet használt kísérleti állatnak, a patkány-
nak nincs szüksége C-vitaminre. Ennek dacára a kísérletezés ma csak állatokon történik. Az állatkísérleteknek rendkívül nagy jelentősége minden vitán felül áll, azonban az emberen magán is kell ezeket vizsgálni, először azért, hogy tényleg alkalmazhatók-e az állatkísérletek eredményei s ha igen, milyen mértékben, másodszor, mert előre is nagyon valószínű, hogy új szabályszerűségek és megismerések nyerhetők, amelyekre az állatkísérletekből nem lehet rájönni. Az emberre vonatkozó ismereteink idáig csak a véletlenül adódó esetek megfigyeléséből származnak.

Kétségtelen, hogy methodikai nehézségek okozták, hogy embernél rendszeresen nem vizsgálták a vitamin-kérdéseket. Az állatkísérletek végzése sem egyszerű, nagyon sok tévedés lehetséges s csak lassan, sok hibaforrás fokozatos kiküszöbölése után alakult ki főleg angol s amerikai kutatók vizsgálatai alapján a mai technika: chemiailag tiszta anyagokból álló, teljesen vagy részben vitaminmentes táplálékot állítanak össze, amelyben a vitaminokat leszámítva, az összes tápanyagok kielégítő mennyiségben és minőségben vannak jelen. Azt vizsgálják azután, milyen zavarok állanak be a fejlődésben vagy egyes szervek működésében. Az elv tehát az állatkísérleteknél az, hogy kezdettől fogva egy kétségkívül insufficiens, hibás összetételű táplálékot adnak, amely mellett a fejlődésnek a zavarai vagy egyes jól körülírt kórformák fejlődnek ki. Embereknél ezen elv alapján természetesen nem végezhetünk kísérleteket. Mégis megvan a módja, hogy vitaminhatásokat vizsgálhassunk embereknél is, tőlünk függő s variálható körülmények között, anélkül, hogy károsítanók az illetőt. A következő megfontolások alapján dolgoztam ki egy módszert, mely számos vitaminhatás vizsgálatára alkalmas.

A vitaminokat chemiailag jelenleg még nem tudjuk megfogni, csak a hatásaikból következtethetünk rájuk, illetőleg a hiányuk esetén fellépő functiokiesések-ből s szervmegbetegedésekből. Az embernél is azt kell vizsgálnunk, hogy bizonyos vitaminhiány mellett milyen functiozavar áll be; azonban ezen zavarnak olyannak kell lennie, hogy ne károsítsa az illetőt, bizonyossággal megállapítható s befolyásolható legyen. Ezen szempontot érvényesítve, számos vitaminhatás vizsgálatát eleve ki kell zárunk, így a bizonyos vitaminhiány mellett fellépő specialis kórformákat, skorbutot, beri-berit, xerophthalmiát, a generatív képesség csökkenését stb.

Az állatkísérletekben észlelt anyagcsere- és érváltozásokat addig, amíg nincsenek pontosabban charakterizálva, nem lehet felhasználni kísérleti alapul.

Bizonyos az, hogy avitaminosisok kontrollálására a növekvés zavarai felhasználhatók. Az állatkísérletek frappánsul mutatják, hogy mennyire függ a növekvés a vitaminok jelenlététől. Tetszés szerint lehet változtatni a növekvést, megindítani s megállítani A-factor hozzáadásával vagy elvételével. Ha ezt embernél akarjuk vizsgálni, akkor a csecsemőkörben kell nézni. A későbbi kor nem alkalmas erre, mert a növekvés lassú, rendkívül hosszú megfigyelési időre volna szükség, amely alatt számtalan intercurrents befolyás érvényesülhetne, eltekintve attól, hogy ilyen hosszú ideig monoton kosztot nem is lehetne tartani gyermekeket.

A növekvés a fiatal szervezetnek egy rendkívül érzékeny functiója. A legkülönbözőbb károsító-soknál (enteralis, parenteralis infectio, az egyes tápanyagok nem megfelelő correlatiója stb.) azonnal megszűnik a gyarapodás, esetleg csökken a súly. Ha egy növekvési zavart avitaminosisra akarunk vonatkoztatni, akkor szükséges, hogy mindezen más, a vitaminhatásoktól független befolyás bizonyossággal kizárható legyen, megfelelő vitamin hozzáadására a növekvés meginduljon s végül a gyermek szervezete semmiféle károsítást ne szenvedjen. Mindezen feltétel teljesíthető a következő módon: a csecsemőt egy olyan táplálékra tesszük, ami mellett jól fejlődik. Egy idő után megszűnik a gyarapodás. Ilyenkor 100 g-mal növeljük a táplálék mennyiségét, amire rendszeren újból kezd hízni. Ezt az eljárást ismételjük mindaddig, amíg a táplálék fokozásával többé nem tudunk gyarapodást elérni. Ha a súlygyarapodás megszűnt, legalább két hétig kell várni, ajánlatosabb azonban ezt 3 hétig tenni, mert 10–12 napos stagnálás egy jó fejlődés, közben is lehetséges anélkül, hogy a táplálékban valamit változtatnánk, vagy valami külső károsítás vagy infectio érné a gyermeket. Ezen a ponton kezdődik azután a vitamintartalmú táplálékok hozzáadása s megfigyelése, hogyan befolyásolják a növekvést. Táplálékul többnyire írórt használtunk, még pedig a Berend-féle módosításban.

A szintetikus körülbelül 4 óra hosszat hagyjuk állni szobahőmérséklet mellett, azután lefőlézés s hozzájön még 4% cukor s 1 1/2% liszt. Így kapunk egy gyöngén savanyú, kevesebb zsírtartalmú s több szénhidrátot tartalmazó táplálékot. Ezt mint normalis táplálékot szoktuk használni. Tulajdonságai erre igazán alkalmasak teszik, egyszerű készítési mód, gyors tempójú s szolid súlygyarapodás, ami mellett a szék minősége közel áll a szappanszékéhez, úgyhogy enteralis zavarok rendkívül ritkán fordulnak elő, igen hosszú ideig lehet adni, észleltünk gyermekeket, akiknél 8–9 hónapon keresztül megmaradt az egyenletes gyors hízás.

A mi szempontunkból a legfontosabb kérdések egyike, hogy azt a táplálkozási zavart, ami a kizárólag tejjel való táplálkozás folyamán végül bekövetkezik, lehet-e avitaminosnak venni, vagy nem. Ha klasszifikálni akarjuk ezt a zavart, akkor a Czerny-Keller-féle tejártalomhoz kell sorolni. Eltérések vannak, ezek azonban nem a lényegét illetik. A tejártalmat ma már néha-nyan (Funk, H. Aron, Hess) az avitaminosisokhoz sorolják.

Kísérleteim az említett elrendezés mellett minden

kétséget kizáróan egyértelműen mutatják, hogy itt vitaminhiány szerepel s vitaminhozzáadással azonnal megindítható a növekvés.

Tisztáznunk kell még, hogy az adott esetben mit értünk vitaminok alatt. Az angol commissio három vitamint vett fel: A, B, C-t, *Mac-Collum* s társai kimutatták, hogy a csukamájolajban, amely typusa volt az A-factorot tartalmazó táplálékoknak, legalább is két factor van, az egyik a keratomalacia, a másik az experimentális rachitis ellen védő anyag. *Funk, Byfield, Harden* és *Zilva* említett megfigyelései, továbbá az a tény, amit a mi tapasztalataink is megerősítenek, hogy a csecsemők ilyen növekvési zavarainál az élesztő hatásalan, továbbá antiscorbutikusan hatástalan anyagok hatásosak, kétségtelenné teszik, hogy fel kell venni egy olyan anyagnak a létezését is, ami különbözik a B- és C-vitamintól s amit *Funk* D-vitaminnek nevez. Szükséges ezeket leszögezni, mert kissé lassan mennek át a köztudatba ezek az újabb eredmények. Mindenütt, még *Steppnek* az idén megjelent monographiájában is csak a kezdetben megállapított három factor szerepel, pedig ma már ez kétségtelenül meghaladott álláspont.

Kísérleteimben kiegészítő vitaminnek a burgonyát használtam (burgonyapürét), ami az összes vitamint tartalmazza. Számításba jön, hogy a burgonyapüré nem szerepel-e mint caloriahozzáadás. Ezt egyszerűen ki kell zárni. Ha a stagnálás periódusába értünk s tej hozzáadására nem kaptunk súlygyarapodást több napon keresztül, akkor visszatértem a régi táplálékmenyiségre s csak azután kezdtem a főzeléket adni. (1. ábra.)

Az alább következő kísérletekben nincs teljes avitaminosis, mint az állatkísérletekben, hanem csak egy *hypovitaminosis*. A gyermekek állandóan tejjel voltak táplálva, amiben 3 vitamin bizonyosan van. Tehát állandóan kapnak egy bizonyos vitaminmennyiséget. A következő lehetőségek jönnek itt szóba: 1. egy bizonyos kor és súly elérése után nagyobb lesz a vitaminszükséglet, annyira, hogy a tej fokozásával sem lehet azt kielégíteni; 2. olyan vitaminokra van szüksége a növekvő szervezetnek, ami a tejben nincs. Egy ilyen kísérletnek a menetét demonstrálja a következő tipikus eset:

B. O. 3 hónapos korban 3200 g súllyal felvéve. Obstipatio. Concentrált (Moro) táplálék mellett stagnálás. Író mellett gyors fejlődés; 28 hetes korban 6200 g. Ezután hiányzik a gyarapodás. Szék consistens, világos sárga, gyengén alkalikus. 30 hetes korban 800 g-ról 900-ra fokozzuk az író mennyiségét. Ennek nincs hatása a súlygörbére. Még többet egyáltalán nem akar enni. Visszatérünk a 800 g táplálékra. 3 napig 2 g élesztő, azután ezenkívül még egy kávéskanál citromlé. A súlygörbe nem változik. Élesztő és citrom elmarad s további 3 nap mulva 100 g krumplipüré. A következő három nap 270 g gyarapodás, utána normalis gyorsaságú hízás, mely hónapokon át tartott. Később (a 35-ik héten természetesen emelni kellett még a táplálékmenyiséget 900 g-ra. (Lásd az ábrát.)

Több mint 20 hasonló kétségtelen esetet észleltem, ahol ki lehetett zárni, hogy a főzelék kalorikus hatása szerepelne.

Sóhatások szintén nem szerepelhetnek itt. Nem a sóknak a hydropigen hatására gondolok, ezt eleve kizárja az, hogy hónapokon át tartó súlygyarapodásokról van szó, hanem abban az értelemben, hogy relative sószegény lenne egy bizonyos idő múlva a tej, egyes sókból a szükségesnél kevesebbet tartalmazna s ezért szűnne meg a növekvés s ezt pótolnák a burgonya sóival. A burgonya összehamutartalma nagyobb a tejénél, csaknem a kétszerese, s az összetétele is más, amiből kiemelendő a káli gazdagsága. Nagyon valószínűtlennek látszik, hogy ennek van szerepe, ha meggondoljuk, hogy nem egy esetben nemcsak 100, hanem 200 g-mal is fokoztuk a tej mennyiségét, anélkül, hogy a legkisebb súlygyarapodást el lehetett volna érni. Ha sóhatás szerepelne itt, akkor ennyi tej hozzáadására kellett volna valami hízást kapni. Kizárják a sóhatás lehetőségét egy későbbi

közleményben megjelenő kísérleteim, amik a hatásos főzelékmenyiség megállapításával foglalkoznak.

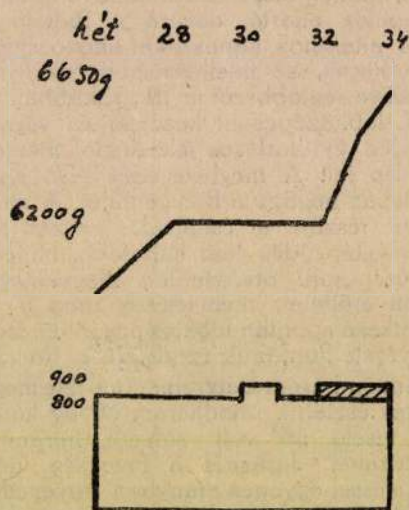
A többi eset s a görbék részletes közlését, tekintettel a helyhiányra, elhagyom. Érdeklődőknek szívesen rendelkezésre áll. Egyébként is valamennyi egészen hasonló képet ad.

Élesztőt s citromot a főzelék előtt csak néhány esetben adtam s mivel mindegyiknél teljesen hatástalanok voltak, a többinél egyenesen krumplival kezdtem.

Egy igen jellemző tulajdonsága ezeknek a vitaminhatásoknak, hogy éppúgy, mint az állatkísérletekben, itt is azonnal látszik a hatás, a főzelék adása utáni nap már 50–70, néha 200 g a gyarapodás s a gyors tempójú hízás állandóan tovább tart. Oedema sohasem lépett fel.

Áttekintve a kísérleteket, a következő körülmények teszik valószínűvé, hogy itt egy A-, B- és C-factor-tól különböző D-vitamin szerepel.

Az A-factor hiánya azért utasítható el, mert az alaptáplálék, amit használtunk, a Berend-féle író, 2–3% közötti zsírmennyiséget tartalmaz; azonkívül ugyanilyen eredményeket kapunk a cukornélküli Moro-táplá-



1. sz. ábra.

lékkal, amiben a színtej zsírján kívül még 5% vaj van.

Az *antineuritikus factor* nem szerepelhet, mert az az élesztő mások s saját vizsgálataim szerint is teljesen hatástalan.

Az *antiscorbutikus factor* is kizárható, mert *Byfield, Harden* és *Zilva* s *Aron* kísérletei szerint az antiscorbutikus szempontból mesterségesen hatástalanná tett répakivonat s narancslé ilyen eseteknél a növekvést megindítja s a saját megfigyeléseim mutatják, hogy az antiscorbutikus hatásos citrom a növekvés szempontjából hatástalan.

Az a körülmény, hogy a tej mennyiségének a lényeges fokozásával (+ 200 g) sem lehet gyarapodást elérni, szintén arra utal, hogy itt egy olyan factorról van szó, amely a tejben vagy nincs meg, vagy olyan kis mennyiségben van jelen, hogy a növekvés egy bizonyos periódusában már nem elégséges.

Állatkísérletekből ismeretes, hogy az A-factornak a növekvésre nagy hatása van. Mint kifejtettem, itt ez nem szerepel. Kétségtelen azonban, hogy hasonló kísérleti elrendezés mellett megfelelő összetételű táplálék adása után az A-factor hatását is ki lehet így mutatni. Eleendő bizonyító kísérleti anyagom erre még nincs, úgyhogy erről később fogok beszámolni.

Összefoglalás. Csecsemőknél kellő táplálékbeállítás után, a növekvés zavarának a megfigyelésével D-vitaminhatást ki lehet mutatni s így meg van adva a lehetőség, hogy megvizsgáljuk, milyen tápszerek tartalmazták ezt.

Pontosságban és demonstrálhatóságban az ilyen

kísérletek semmivel sem maradnak el az állatkísérletek mögött.

Annál a betegségesoportnál, amit ma „tejártalom” gyűjtőnéven foglalnak össze, legnagyobbbrészt avitaminosisban található meg az aetiológia s itt D-vitamin szerepel.

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

Klinikai és kísérleti adatok a Deutschländer-féle megbetegedés aetiológiájának tisztázására.

Írta: Szabó Ince dr. egyet. tanársegéd.

Deutschländer a Zentralblatt für Chirurgie 1921-i évfolyamának 39. számában a láb III. ritkábban a II. vagy IV. lábközépcsontjának középső és végső harmada határán fellépő, az irodalomban röviden Deutschländer-féle megbetegedésnek nevezett, sajátságos kóros elváltozásra hívja fel a figyelmet. A megbetegedésre jellemző, hogy spontán, minden előzetes számottevő traumás behatás nélkül, hónapokig eltartó, dacára a lúdtalp hiányának, arra jellemző általános panaszokat okozó symptomákkal lép fel, 30 év körüli, az intelligensebb osztályhoz tartozó nőknél. Objective legtöbbször a III., ritkábban a II., kivételesen a IV. lábközépcsont középső és végső harmada határán, minden gyulladásos jelenségtől mentes nyomási érzékenység lép fel. A megbetegedés első szakában, az első két hónapban negatív a Röntgenlelet. A megbetegedés 8–9. hetében részint a csontvelő, részint a periostból kiinduló csontújképződés lesz láthatóvá, minek folytán a karcsú lábközépcsont orsószerűen megvastagodik. Vég-eredményében erőltetett menetelések után a katonáknál gyakran jelentkező spontán lábközépcsont-törések (Marschgeschwulst) végstadiumának megfelelő a Röntgen-kép.

Klinikánkon három Deutschländer-féle megbetegedést volt alkalmam észlelni. Mindhárom 30 év körüli, magas-sarkú cipőt viselő nő volt, sülyedt haránt-, normalis hossz-lábboltozattal. Járásnál a betegség időtartamával és a megerősítéssel egyenes arányban növekedő, pihenés-nél szűnő általános lúdtalpra jellegző fájdalmakról panaszkodtak. Objective a sülyedt haránt-lábboltozaton kívül a megfelelő lábközépcsont distalis harmada kezdetén körülírt, minden gyulladásos jelenségtől, vérömleny-től mentes nyomási fájdalmasság volt észlelhető. Betegeim közül kettő a megbetegedés 8–9. hetében jelentkezett; a Röntgen-képen a III., illetőleg II. lábközépcsont középső és végső harmada határán orsószerű megvastagodás volt látható. A harmadik, négyhetes panaszokkal jelentkező beteg Röntgen-felvételén pathológiás elváltozás még nem volt látható, csak a hetedik hét végén jelentkezett vékony periostalis megvastagodás, mely azonban az idejekorán alkalmazott helyes kezelés folytán nem érte el a szokott dimenziót. Mindhárom esetben 4 hétre tehermentesítő és a haránt-lábboltozatot támogató fixáló kötésre a panaszok megszűntek. A gipszkötés eltávolítása után a haránt-lábboltozat támogatására továbbra is rugalmas pólyával való bepólyázást rendeltem.

Deutschländer a megbetegedés okait kutatva, az önként kínálkozó traumás aetiológiát elveti és a megbetegedést infectiosus folyamatnak tartja. Szerinte az arteria nutritiákon haematogen úton gyenge virulentiájú bakteriumok jutnak a lábközépcsont diaphysisébe és ott subacut ostitist, illetve periostitist okoznak. Nézetét arra alapítja, hogy: 1. A 30 év körüli, intelligensebb osztályhoz tartozó nőbetegei soha semminemű traumára, sőt még túlerősítésre, félrelépésre sem emlékeztek a kórelőzményben. 2. Minden törésre jellemző localis jel, duzzanat, vérömleny, gyulladásos jelenség, Röntgen-képen a törésvonal hiányzik, vagy ha jelentkezik ahhoz hasonló elváltozás, az csak a betegség későbbi szakában lép fel. 3. A tipikus localisatio a lábközépcsont végső és középső harmadán, mely törésnél a behatolt traumának megfelelően bárhol felléphet. 4. A callusképződés késői, a har-

madik hónapban való fellépte, melynek szerinte a különben ép csontrendszerű egyéneknek a 3–4. hétben már jelentkezni kellene. 5. Néha a betegnél észlelhető subfebrilis hőmérséklet.

Müller és vele egyetértően Martin a folyamat okát egy pathológiás túl-igénybevétel folytán, minden törés nélkül is létrejövő callusképződésben, mintegy a fokozott megterheléshez való hozzá hasonlításban látja. Föltételét, másirányú kutatásai révén, kutyán végzett kísérleteinél szerzett tapasztalataira alapítja. Müller ugyanis kutyákon mesterséges radiusdefectust csinált, mire az ulna structurája eleinte elfátyolosodott, később egy élesen elhatárolt callus-szerű csonttömeg-felrakódás és orsószerű megvastagodás jött létre anélkül, hogy előzőleg törés vagy repedés lett volna jelen. Müller ennek alapján elveti úgy az infectiosus, mint a traumás aetiológiát és munkahypertrophianak tartja az elváltozást.

Jakobsen, Vogel, Feller klinikai megfigyeléseik alapján traumás eredetűnek, törés, illetőleg infractio következményének tartják az elváltozást. Klinikánkon észlelt három esetünk pontos klinikai észlelete, az idevágó irodalom tanulmányozása és az alább közlendő kísérleteim alapján én is e nézethez csatlakozom.

A láb úgy hossz-, mint harántirányban egy-egy boltozatot alkot, melynek támaszpontja a sarok, illetőleg az első és ötödik lábközépcsont fejecse. E boltozatot az izom- és a szalagrendszer tartja fenn. A harántboltozatot alkotó lábközépcsontok közül a talajra támaszkodó első és ötödik viseli a fő terhet, míg a többi három magában a boltozat ívében védettebb helyzetben van. A szalagrendszer lazulásával a harántboltozat sülyed, az eddig rugalmas környezetben, védettebb helyen lévő III., ritkábban a II. és IV. lábközépcsont az ív culminatiós pontjából a talapzatra kerül és átveszi a lábba nehezedő terhet. Ennélfogva már mérsékelt, a beteg által számba sem vett megerősítés folytán berepedések keletkeznek a megfelelő metatarsalis csonton. Ezen berepedések a csont talpi felszínén keletkeznek és így dorsoplantalis felvételen nem jutnak érvényre. Oldalfelvételén az egymásra vetődött többi metatarsalis csontok képe hat zavarólag és teszi őket felismerhetetlenné. Csak akkor lesz látható nyomuk e berepedéseknek, ha a folyton továbbtartó insultus folytán teljes törés áll elő vagy a folyamat lassú tovaterjedése esetén tért nyer az orsószerű megvastagodás képében jelentkező callusképződés. Ez a folyamat, lassú terjedését tekintve, csak a 7–8. hét után lesz láthatóvá. A sülyedt haránt-lábboltozat folytán szokatlanul megterhelt lábközépcsont fokozatosan létrejövő berepedése mellett szól a klinikai kép is. Járásnál folyton fokozódnak a fájdalmak. A lassú progresszió miatt gyulladásos tünetek, haematoma nem fejlődnek, fixáló kötésre a subjectiv tünetek megszűnnek, a folyamat javul. Megerősítik e feltevést friss hullákból vett, lábközépcsontokon végzett kísérleteim is.

Tekintve, hogy a megbetegedés mindig 30 év körüli, intelligensebb, jobban mondva, divatos, magassarkú cipőt viselő nőknél fordul elő, viszont férfiaknál, vagy alacsony-sarkú cipőt hordó nőknél egyáltalán nem, a láb harántboltozatának sülyedése mellett igen fontos szerepet látok a magas sarok viselése folytán létrejövő természetellenes lábállásban is az aetiológiát illetőleg. Alacsony sarok viselése mellett a lábközépcsontok a talajjal kb. 10 fokos, hegyével az ujjak felé néző szöget zárnak be, tehát vele közel párhuzamosan fekszenek. Rálépésnél részint a láb-tő, részint a lábujjcsontok alapperceinek bázisára támaszkodó, felfelé domborodó lábközépcsontok egy a talpi oldal felé convex ívben meghajolnak, ez a meghajlás azonban, éppen a talaj közelsége folytán, sohasem oly nagyfokú, hogy meghaladná a convex oldalon megfeszülő csontszövet rugalmassági coefficientjét és így azon berepedéseket okozna. Ehhez nagyobb trauma szükséges, ami már törést okoz, mint ezt az ú. n. menetelő-daganatoknál látjuk. Más a helyzet magassarkú cipő viselésénél (kb. 9 cm). Itt a lábközépcsontok a talajjal kb. 40–45 fokos szöveget képeznek, minthogy a proximalis végük jóval magassabban van fixálva, mint a distalis. Rálépésnél sokkal erősebb talpi oldal felé convex elhajlás képződik, melynek culminatiós pontja a középső és a végső harmad határa, ahol

a csont legvékonyabb és leggyengébb. Túlfeszülés folytán itt könnyen jönnek létre berepedések.

Kísérleteimnél a mondottakat tartottam szem előtt. Hullából kiproparált lábközépcsontok proximalis végét 9 cm magas, distalis végét 1 cm magas fakockával támasztottam alá és felülről nyomást gyakorolva a csont diaphysisére a talpi oldal középső és végső harmada határán, hol a ránehezedéskor a convexitás tetőpontja van, sikerült infractiókat létrehoznom, melyek dorsoplantalis fevételén nem, harántfelvételen felszáladosásra, repedezettségre valló Röntgen-képet adtak. Ezek alapján kísérletileg is bebizonyítottam vélelem a baj traumás eredetét.

Az infectiosus aetiológia ellen szól az is, hogy csak magas sarkot viselő nőknél fordul elő. Már pedig ha infectiosus volna a baj, sem a férfiakat, sem az alacsony sarkot viselő nőket nem kímélné a megbetegedés. Nem lokalizálna csak a III., és ritkán a II., illetőleg IV. lábközépcsontra, de előfordulna az I. és V. lábközépcsontokon is, sőt ezeken, mint amelyek normalis viszonyok között a teher főszlopai, leggyakrabban kellene jelentkeznie. A gyenge virulentiájú baktériumok nem az arteria nutricia belépési helyén, de inkább attól távolabb, tehát nem a praedilectionalis helyen, vagy ott csak ritkábban telepednének meg és hoznák létre a kóros elváltozást. Egyedül *Deutschländer*nek azon megfigyelése, hogy egyes esetekben subfebrilis hőmérsékletet tapasztalt, szólna a fertőzőes aetiológia mellett. Azonban esetei nagyobb részében sem ő, sem a többi szerző, sem én az általam észlelt három esetben nem tapasztaltunk hőmérsékletbeli eltérést, úgyhogy vélelmemünk szerint a subfebrilitást valamilyen más folyamat okozta.

Deutschländer azon érve, hogy intelligens betegek sohasem emlékeztek még a legcsekélyebb traumára sem, szintén nem állja meg a kritikát, mert nem a trauma nagysága, hanem helytelen lábközépcsontállás mellett annak a folytonossága a mérvadó. Magassarkú cipő viselése és lesúlydolt haránt-lábboltozat mellett a rendes napi járkálás is elegendő trauma arra, hogy a betegség kifejlődjön. Éppen az intelligensebb városi nők azok, akik a divatnak hódolva, allandóan magassarkú cipőt viselnek. A 30 év körüli életkor is reánk nézve bizonyító, mert aki hajlamos, annál körülbelül ebben a korban lazulnak el annyira a szalagok, hogy a lábboltozatot nem bírják a rendes mederben tartani.

A praedilectionalis helyet megmagyarázza az, hogy itt a legvékonyabb és ennél fogva a leggyengébb a lábközépcsont és magas sarok viselése mellett épp a leggyengébb helyen van a meghajlás tetőpontja. A későn látható callusképződés részint a fokozatos, lassan előrehaladó berepedezésben és a Röntgen-felvételre nem éppen alkalmas helyzetben leli magyarázatát.

Müller és *Martin* vélelmemével szemben az a nézetem, hogy a klinikai kép inkább törés, mint egyszerű munkahypertrophia mellett szól.

Vélelmemem szerint a *Deutschländer*-féle megbetegedés részint a meglazult szalagrendszer folytán lesúlydolt haránt-lábboltozat, részint a magassarkú cipő viselése folytán természetellenes helyzetű lábközépcsont kóros túlterheltsége folytán létrejött infractiókon alapszik, tehát mindig traumás eredetű.

Irodalom: *Deutschländer*: Zentralblatt für Chir. 1921, 39. és 1922, 27. sz. — *Jakobsen*: U. o. 1922, 4. sz. — *Vogel*: U. o. 1922, 15. sz. — *Feller*: U. o. 1922, 38. sz. — *Müller*: M. m. W. 1922, 42. sz.

A gégetuberculosis pathológiájának és therapiájának mai állása.*

Írta: *Safranek János dr.* egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

A phthiogenesis occult kérdései, így az immunitas problémái a gégegümőkór genesisének kutatásakor is felmerülnek. Kétségtelen, hogy a gégetuberculosis pathogenesisében sem helyezkedhetünk tisztán kórboncolástani alapra, s nem elégedhetünk meg e primitív

formulával: „gümöbaccillusok invasiója, tehát tuberculosis“, hanem tekintettel kell lennünk az újabkori tuberculosis-kutatás szolgáltatta eredményekre s az immunbiológiai szempontokat a larynxphthisis genesisében is figyelembe kell részesítenünk.

Az általános immunisatiós folyamatokon kívül a tuberculosis fertőzés localisatióját befolyásoló helyi viszonyokra kell kiterjesztenünk figyelmünket. A felső légutak nyálkahártyájának *specifikus sejtimunitási viszonyai* felől ez ideig úgyszólván teljesen homályban vagyunk, egyes jelenségekből azonban arra következtethetünk, hogy itt is a bőrrel analog viszonyok szerepelhetnek. Theoriákon alapszik a *gége egyes részeinek* a szövetek anatómiai és physiologiai tulajdonságai által feltételezett, a tuberculosis fertőzés localisatiójára diszponáló *expositiója* is.

Tekintve, hogy a primaer tuberculosis fogalma biologicie mindenkor az egész szervezetre vonatkozik és az infectio előtt tuberculosisistól mentes individuumot feltételez, megállapítandó, hogy a *primaer gégetuberculosis* az extrem ritkaságok közé tartozik. Az irodalomból 1885-től napjainkig összegyűjtött ily esetek száma körülbelül 25, de ez eseteknek is csak egy része került sectióra s ezek közül is a szigorúbb kritikát csupán 5–6 eset állja meg. A gége gümőkórja rendszerint *secundaer úton* keletkezik s leggyakoribb a tüdőkből származó bacillustartalmú köpettel történő *contact-infectio*, míg a vér- és nyirokpályák útján a gége leginkább csak acut miliaris tuberculosis esetén inficiáltatik. Praedilectiós helyek: a gége hátsó fala és a hangszalagok. Egy újabb, *Tendeloo* theoriáján alapuló felfogás szerint a gége eme részei a secundaer gégetuberculosis első localisatiójára localisan diszponált területek, amennyiben a hangszalagok és a plica interarytaenoidea külön-külön zárt nyirokterületeket alkotnak, melyek submucosájában a nyirokáramlás kinetikai energiája igen csekély. A nyirokkeringés renyhesége pedig időt és alkalmat nyújt a gümöbaccillusok megtelepedésére s az immuntestek hatása kevésbé érvényesülhet. A nyálkahártya hámlaesiói alkalmas utat nyitnak a bacillusok invasiójára, de a mikrobák a teljesen ép, sértetlen hámrétegen átvándorlás útján is eljuthatnak a subepithelialis szövetbe.

Klinikai-statisztikai adatok szerint a tüdőgümőkóros egyéneknek körülbelül egyharmada betegszik meg gégetuberculosisban is. Ez utóbbi keletkezésére jelentékeny befolyással van a tüdőbeli folyamat súlyossága s különösen a bacillustartalmú köpet jelenléte. Az úgynevezett lateralis correspondentiát, vagyis a tüdő- és gégefolyamatnak ugyanazon oldalon összehalmozását újabban az egyoldali megbetegedéseknek alig 50%-ában konstatálták, úgyhogy e jelenségnek különösebb fontosságát tulajdonítani nem lehet. Leggyakoribb a gége tuberculosis az élet III. és IV. decenniumában, míg a gyermekkorban igen ritka, amit újabban a gyermekek és felnőttek gégejének nyirokrendszerében levő különbségre vezetnek vissza. Tapasztalás szerint bizonyos családi dispositio is szerepel a gégegümőkór keletkezésében, míg a betegek foglalkozása tekintetében egyes ipari foglalkozások a gége nyálkahártyájára directe ható ártalmak folytán kimagasló dispositiót szolgáltatnak, így pl. a fémipari szakmák.

Kórboncolástani szempontból a túlnyomóan productiv és nekrotizáló formákkal találkozunk. A gümöbaccillus és toxinjai által kiváltott specifikus histologiai alapfolyamatoknak a nem specifikus jellegű, részben ugyancsak a gümöbaccillus, részben secundaer fertőzés okozta szövetelváltozásokkal való változatos combinációja és az elváltozásoknak a kóros góc környezetében beálló, reactiv gyulladás okozta gyógyulási folyamattal

* A Közkórházi Orvostársulatban az intézőbizottság felkérésére 1924 március 26-án tartott előadás kivonata.

való complicatiója magyarázza az anatómiai képek proteusszerű bő változatosságát a tuberculosus gégeében. A szöveteleváltozások változó minősége és kiterjedése az infectio különböző módjaival és intenzitásával, illetve a kórokozó különböző virulentiájával függ össze, részben pedig kifejezője a megtámadott szervezet allergiájának, de befolyással vannak a szöveteknek anatómiai és physiologiai tulajdonságai is.

A kórboncolástani elváltozásoknak combinációi a legváltozatosabb *klinikai kórformákat* produkálják, melyeket tüneteik és lefolyásuk szerint különféleképpen osztályoznak. Legújabbban *Blumenfeld* már hét klinikai kórformát különböztet meg: 1. a tuberculosus infiltratio, 2. az exstructiv kóralak (a tuberculosus burjánzások különböző alakjai), 3. a destructiv kórforma (a tuberculosus fekélyesedés), 4. a tumor tuberculosus (fibroma és papilloma tuberculosum), 5. a miliaris tuberculosus, 6. a perichondritis és 7. a lupus. Nézetem szerint a nyálkahártyalupus az egységes aetiológia dacára, klinikai megjelenésében és lefolyásában eltérő volta miatt a szorosabb értelemben vett tuberculosus kórformáktól a nomenclaturában való distinctióval is elkülönítendő. E különbség talán az antigen-reactio qualitativ különbségeire vezethető vissza. Hasonló viszonyok szerepelhetnek e tekintetben a tuberculosus tumorok (az úgynevezett fibroma és papilloma tuberculosum) eseteiben is, melyek a gümős góc körüli kötő- és hámszövetnek a normalist meghaladó reactiója gyanánt tekinthetők, ez utóbbi pedig védelmi folyamat kifejezője és jelentékenyebb antitest-képződésre utal, annival is inkább, mert e tumorok főképen oly esetekben találhatók, melyekben a tuberculosus a szervezetben egyebütt is csak igen kevésbé van elterjedve.

A *gégetuberculosis complicatiói* közül, gyakorlati fontosságát tekintve, első helyen áll a syphilis. E két kórfolyamat coincidentijára számos lehetőség van, de megállapítása olykor igen nehéz. Míg régebben a tuberculosus és carcinoma együttes előfordulását kizártnak tartották, újabb észleletek ezt a tévhitet megdöntötték s immár számos esetben a két kórfolyamat együttes előfordulása a gégeében minden kétséget kizáró módon beigazoltatott. Kiváló gyakorlati fontosságú a graviditas befolyása a gégetuberculosisra. A gégegümőkórnak még kezdődő és benignusabb alakjaira is igen súlyos complicatiót jelent a graviditas, melynek befolyása alatt még a jobbtermészetű kórformák is gyakran gyorsan progrediáló malignus jelleget öltenek, míg a súlyosabb alakokhoz rendszerint társuló dysphagia a gravid nő táplálkozását felettébb megnehezíti, a stenosisos alakokban pedig gyorsan fokozódó dyspnoë és szénsavfelhalmozódás fenyeget. Minthogy a súlyosabb gége- és tüdőgümőkórban szenvedő gravid nők mortalitása röviddel a szülés után óriási, körülbelül 90%, az ily anyáktól született csecsemők pedig 60%, az újabb álláspont szerint — s tapasztalásaim alapján ez a magam felfogása is — a gégetuberculosis bármely alakjában a terhesség első öt hónapjában a művi abortus feltétlenül megindítandó. A terhesség vége felé manifestté váló relative jótermészetű kóralakokban, valamint az ilyenkor észlelés alá kerülő malignus folyamatokban a művi koraszülés nincs indikálva, mert általa a folyamat acut tovaterjedését megakadályozni nincs módunkban. A gégetuberculosis nők szülése azonban feltétlenül gyógyintézetben menjen végbe és a hirtelen beállható fuldoklás miatt el kell készülni a tracheotomiára. A gége stenosisával járó esetekben ne késlekedjünk a tracheotomiával, végezzük azt mielőbb! A terhesség befejezése, illetőleg művi megszakítása után — az infaust eseteket kivéve — a művi sterilisatio kérdése is felmerül.

Kiváló fontosságú a gégegümőkór korai *körjelzése*, annival is inkább, mert a subjectiv tünetek olykor csak későn mutatkoznak s minden tünet nélküli gégetuberculosis is előfordul. Ez okok miatt minden tüdő-tuberculosisban szenvedő beteg gégeje állandó felügyelet alatt tartandó. A diagnostikában az indirect gégetükrözés általánosan szokásos módján kívül az általánosan kevésbé elterjedt és részben újabb vizsgálati módszerek és eszközök (*Killian-féle positio*, *Brünnings-féle anastigmatikus nagyító gégetükrözés*, *Eicken-féle stereoskopikus lupe*, *fluoresceinkálium-próba*, *laryngoszkopia directa stb.*) kiváló szolgálatot tesznek. A körjelzési segédreakciók közül a cutan-tuberculinpróba és az ophthalmoreactio — minthogy úgyyszólván mindig secundaer folyamatról van szó — nem használhatók, de a subcutan tuberculinpróba sem mindig alkalmas.

A *gégetuberculosis therapiájában* a modern felfogás abból az alaptételből indul ki, hogy a gége gümőkóros elváltozásai a szervezet általános tuberculosus infectiójának csupán localis megnyilvánulásai gyanánt tekintendők. Ebből következik, hogy a gégebéli localis elváltozásokon kívül az általános állapot, a tuberculosusnak autoimmunisatiós folyamatok által feltételezett általános jellege, a tüdőfolyamat minősége, intenzitása és kiterjedése a leggondosabb vizsgálat és megfigyelés tárgyává teendő és csupán ezek eredményének és a localis elváltozások minőségének gondos mérlegelése alapján lehet a gyógyítás tervét megállapítanunk, melynek lényege a szigorú individualizálással foganatosítandó alkati gyógyítás és ennek keretében a gége localis elváltozásainak localis befolyásolása, vagyis a *therapia általános és helybéli*. Az utóbbi a localisan alkalmazott gyógyszeres, physikai és sebészeti eljárásokat öleli fel.

Az *általános hygienés-diaetás kezelés* még azokban az esetekben is nagyon fontos, melyekben a körképet a gégetünetek dominálják. A *klimatotherapia* feladata a légutak nyálkahártyáira károsan ható mechanikai, chemiai és thermikus ingereknek lehető kiküszöbölése; a klímás tényezők localis hatása még a nyálkahártyák secretiós viszonyainak befolyásolásában nyilvánul. Az *ásványvízkúrák* ugyancsak a gégegümőkórt kísérő hurutos tünetek befolyásolása által hatnak. A nyílt gyógyhelyek felett előnyben részesítjük a megfelelően berendezett sanatóriumokat. Az úgynevezett *zárt intézeti kezelés* akár magángógyintézetben, akár népsanatóriumban a legalkalmasabb a gégeének az általános therapiával kapcsolatosan, a laryngológiában szakszerűen teljesen kiképzett orvos által eszközözendő localis gyógyítására is. Égető szükségesség a közkórházak tuberculosus-osztályainak s velük kapcsolatos specialis osztályoknak felállítása. Csakis intézetekben és megfelelő kórházi specialis osztályokon való elhelyezéssel lehetne egyrészt kedvezőbb gyógyulási eredményeket elérnünk, másrészt pedig a hygiene és prophylaxis követelményeinek eleget tennünk. Sokszor csupán intézeti kezelésben vihető keresztül a gége nyugalomba helyezése az úgynevezett *hallgatási kúra* útján, midőn a betegnek még a suttogástól is tartózkodnia kell.

Az egyidejű tüdőfolyamat által indikált orvoslásmódok közül a *mesterséges pneumothorax-kezelés* kedvező lefolyású eseteiben e kezelés a gégefolyamatot is kedvezően befolyásolhatja. A beteg tüdőnek sikerült compressiója és az intoxicatiós tünetek megszűnte után a gégeében radicalis beavatkozások is jobb siker reményével alkalmazhatók, amennyiben ilyenkor erőteljesebb, ellentállóbb individuummal van dolgunk s a gégeújólagozati infectiójának veszélye is sokkal kisebb. Viszont a gégebéli folyamatnak a priori rosszabb prognosist nyújtó alakjaival kombinált esetekben igen nagy reser-

váltságot ajánlok, míg a kifejezetten malignus alakokkal szövődött esetekben a pneumothorax-kezelést feltétlenül contraindikálnak tartom.

A specifikus kezelésmódok közül a *tuberculin-kezelés* csupán adjuvansnak tekinthető, ha alkalmazzuk, szigorúan individualizálva, kíméletesen, erősebb reakciók elkerülésével adagoltassék. Az úgynevezett chemotherapiás eljárások közül a *krysolgan-kezelés* megkísérélhető, főleg phototherapiával és egyéb „ingertherapiás” eljárásokkal kapcsolatban. A *Pfannenstiel-féle kezelésmódtól* gégelupus eseteiben eredményt nem láttam, még inkább volt sikeres a *Hollaender-féle jodcalomel-kezelés*, a lupus ulceratiós alakjaiban.

A gégetuberculosis localis orvoslásmódjai közül a *localisan alkalmazott gyógyszerek* curativ értéke csekély; számbavehető bactericid hatásra nem számíthatunk, az adstringens és étető hatású gyógyszerek az ulceratiós alakokban a fekélyek feltisztulását és besarjadzását elősegíthetik, míg az anaesthetizáló szerek localis alkalmazásának bő tere nyílik a dysphagia kezelésében. Az *inhalatiós therapia* is csupán mint adjuvans — főképen a gümőkört kísérő hurutos tünetek ellen — tesz jó szolgálatot.

A physikai orvoslásmódok közül a *Bier-féle pangásos kezelés* mélyen a nyakra alkalmazott gummipólyával mint antidysphagicum jól bevált. Itt említem meg, hogy *dysphagia* súlyosabb eseteiben, amikor a felületesen érzéstelenítő gyógyszerek (orthoform, anaesthesin, cycloform-coryfin stb.) localis alkalmazása avagy az ulceratiók által lecsupaszított idegszálak elröncsolása (tejsav, trichloreccetsav, galvanokauter útján) nem vezet eredményre, jó szolgálatot tehetnek a gége érző idegére, a nervus laryngeus superiorba alkalmazott alkoholinjectiók, míg extrem esetekben az ideg resectiója végezhető. A *Sorgo-féle reflektált napfénykezelés* az experimentalis gégetuberculosisban hatástalannak bizonyult, mert a napfény intenzitása kellő mélyhatás kifejtésére nem elegendő. Hasonlóképen hatástalannak mutatkozott az ultraviolet-sugárzás (quarzfény) is, míg a *Röntgen-therapia* feltűnő sikeres volt. Újabb a modern mélytherapiás apparatusokkal a percutan Röntgen-sugárzás kiterjedt alkalmazást nyert. Therapiás értékére a vélemények megoszlanak, de alkalmazásának technikájában sincs egységesség; fogas kérdés az „optimalis biológiai dosirozás”. Bizonyos, hogy a Röntgen-sugarak a gümöbaciillusokat el nem pusztítják, nagy dosisok a gümősarjszövetet destruálják, kisebb „inger-dosisok” kötőszövetet transformálni és elhegesíteni képesek, ámde a leghatékonyabb ingerdosis igen közel fekszik a kártékony, nekrosist okozó dosishoz. A gégetuberculosis különböző kórformáinak, de a gége különböző részeinek is a sugarak iránti érzékenysége más és más. Egyes szerzők a nekrotizáló formákban is sikereket értek el (a fekélyek behámosodását és elhegesedését), fő alkalmazási objectumát azonban inkább a túlnyomóan productív kóralakok teszik. Kétségtelen a Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatása. A gégetuberculosis *radiumkezelése* nem terjedt el. Jó eredményeket észleltek főképen sanatoriumi kezelésben levő betegeken a *szénívlámpafénnyel* való sugárzástól gége- és tüdőtuberculosis eseteiben; felveszik, hogy e therapia súlypontja a bőrre és a nagyon radioactív lymphás szövetekre gyakorolt hatásában van, melyek általa immuntestek képzésére serkentetnek. *Fujamini* a gégelupus kezelésére a *Finsen-lámpát* ajánlotta egyszerűsített formában. A lupusos kóralak kezelésére *Hollaender* által ajánlott *forrólég-cauterisatio*, bár ez eljárással igen szép eredményeket értek el, szélesebb körben nem terjedt el, amennyiben a betegek a praeliminaer laryngofissióra nehezen szánják el magukat.

A *gégetuberculosis sebészi gyógyításában* endo- és extralaryngealis sebészi beavatkozásokkal az indicatio megállapításakor általános irányelvül az szolgáljon, hogy rossz általános állapot, nevezetesen magas lázak, különösen a *Petruschky* szerinti streptococcus-lázgörbét mutató febris hectica, az erőbeli és tápláltsági állapot nagyfokú leromlása, állandó súlyfogyás, specifikus bélmegbetegedés, nephritis és diabeteses complicatiók esetén mindennemű erélyesebb beavatkozástól tartózkodni kell, míg mérsékelt, bár continuens hőemelkedés magábanvéve még nem abszolút contraindicatiója az activabb localis therapiának; figyelembe kell venni a szív állapotát is; a pulsus minemősége az individualis tolerantiának jó fokmérője, szapora, puha pulsus óvatosságra int chirurgikus encheiresiseknél. Különösen gondos figyelemben kell pedig részesíteni a tüdőfolyamat mineműségét, intenzitását és kiterjedését. Nagy általánosságban a tüdő- és gégebeli folyamat kórboncolástani jellege bizonyos congruentiát mutat oly értelemben, hogy a tüdőgümőkór exsudatív-sajtos alakjaiban többnyire a gégeben is a destructiós folyamat van előtérben, míg a túlnyomóan productív-fibrosus formákban a gégeben is analog szöveti jellegű elváltozások dominálnak, de azért szabályszerű parallelismusról nem lehet szó. *Általánosságban a radicalis-curativ beavatkozásoknak a végleges gyógyulás szempontjából csupán a productív-fibrosus tüdőprocessusok esetén vannak chanceai*, míg az exsudatív-sajtos tüdőfolyamatok eseteiben a radicalis beavatkozásoknak egyébként esetleg kedvező eredményét a tüdőkből felszakadó és a géget elárasztó genyes sputum okozta folytonos reinfectio veszélyezteti, másrészt pedig a beavatkozásnak a tüdő- és általános állapotot súlyosbító visszahatása nagyon imminens. Felettből tartózkodónak kell lennünk sebészi beavatkozásokkal a lymphás constitutiójú egyénekben is. *Mindama gümőkóros betegeket* azonban, *kiknek általános és tüdőállapota a gyógyulásra alapos kilátást nyújt, részesítsük localisan lehető radicalis sebészi kezelésben*, azaz távolítsunk el gégejükből minden kórosat. Sokkal nehezebb ez eljárások indicatiójának megállapítása a kétes általános prognosistú esetekben; általánosságban azonban a rosszabb általános prognosistú esetekben sem kell abszolút tartózkodó álláspontot elfoglalnunk a laryngo-chirurgikus beavatkozások szempontjából, feltéve, hogy a beteg szervezete a beavatkozást előreláthatóan károsodás nélkül elviselni képes. Mert, miként *Blumenfeld* oly meggyőzően kifejti, a gégetuberculosis végső stadiumai — ellentétben a tüdőphthisisnek általánosságban fájjdalmatlan lefolyásával — felettből kínosak s ha ily esetben sebészi beavatkozásunkkal sikerül localisan akár csak mulékony sikert is elérnünk s ezzel a súlyosabb localis állapotnak kifejlődését elhárítanunk, pl. a bekövetkező perichondritis okozta kinszenvedéstől a beteget megóvnunk, máris igen sokat értünk el.

Egyszerű és kettős curette, galvanokaustika és diathermia megfelelő esetekben kitűnő szolgálatot tesznek. *A direkt eljárások* technikailag tökéletesebbek, mint az indirekt eljárások, különösen a tág látóteret, binocularis stereoskopikus látást és a műszerek kényelmes alkalmazását biztosító készülékekkel, amilyen a Polyák-féle gégespeculum. A Killian-féle *Schwebelaryngoskopia*, különösen a *Seiffert-féle* apparaturával megfelelő esetekben ugyancsak alkalmazható, de ez utóbbi methodusok a beteget jobban kimerítik s így normal-eljárásnak nem tekinthetők. A tuberculosis larynx-stenosisokban a *tracheotomia* a souverain eljárás, melytől sokszor a gégebeli folyamatnak meglepő visszafejlődését észleljük. A gége nyugalombahelyezésével elért sokszor kitűnő

eredmények vezettek újabban a *curativ recurrens-bénu-lás* gondolatára, a nervus laryngeus inferior operatív kipraeparálása és átmetészése avagy perineuralis alkohol-injectiók útján. A *laryngotomiát* és pedig a *totalis laryngotomiát* csak azokra az esetekre tartom alkalmasnak, mely esetekben az endolaryngealis eljárások, ideértve a „Schwebelaryngoskopie“-t is, nem, vagy kevésbé alkalmasak s ha már laryngotomiát végzünk, akkor a kóros részek radicalis eltávolítását tartom az ideálisnak. Tapasztalásaim a laryngotomiával (gégetuberculosis-ban) oly kevésbé biztatóak, hogy ezidőszertig igen nagy reserváltást tanúsítok indicációjának felállításában s ha az eset mineműsége szerint előzetes tracheotomia szükséges, bevárom, milyen gyógyulási tendentia mutatkozik a tracheotomia után. A *totalis gégeexstirpacio* indicációja csupán extrem ritka esetben, nagyon diffus s a gége porcos vázára is reáterjedt tuberculosis esetében állhat fenn, abszolút jó általános és tüdőállapot mellett.

A gégetuberculosis terapiájával elért eredményekre vonatkozó statisztikai adatoknak legobjektivebb elbírálása alapján megállapítható, hogy az igen súlyos eseteket leszámítva, megfelelő általános és helyi kezeléssel a gégegyümőkör kedvezően befolyásolható és sokszor meg is gyógyítható. Ha túlságos enthusiasmusra nem is vagyunk feljogosítva, viszont a gégetuberculosis gyógyíthatóságát illető abszolút pessimismus sem indokolt.

THERAPIA

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem III. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyet. ny. r. tanár).

Az Ochsner-féle chininkúra alkalmazásáról.

Írta: Hajós Károly dr. egyetemi tanársegéd.

A háborús évek tapasztalatai lényegesen megváltoztatták ismereteinket a chinintherapia hatékonyságáról. Sok malariás beteget kezelve közelebbről megismerkedtünk olyan esetekkel, melyek a szokásos chininadagolással nem voltak gyógyíthatók. Az utolsó évek irodalmában majdnem mindenki, aki behatóan foglalkozik malariatherapiával, az intermittáló chininkúrát, esetleg neosalvarsan-injectiók interpolálásával tartja a leg hatásosabbnak. A chinint kisebb-nagyobb megszakításokkal adagolva elejét vehetjük az úgynevezett chinin-ellenálló plasmodiumtörzsek kifejlődésének és a chinin-megszokás föllépésének. Az ajánlott chininadagolási módok sokfélesége is mutatja, hogy a rendszernélküli chininszedés a malariát nem gyógyítja meg.

A régebbi eljárások közül *Nocht* sémája terjedt el legjobban a köztudatban, ezenkívül többször alkalmazott adagolási módszerek a *May*, *Seyfarth*, *Cori*, *Ziehm* stb. által ajánlott eljárások. A malaria chininprophylaxisában is a megszakításos eljárások bizonyultak hatásosabbnak az állandó chininszedéssel szemben.

A különböző chininkúráknak célja tehát a szervezet a chininmegszokástól megóvni, másrészt igyekeznek az adagolási időt úgy szabályozni, hogy a plasmodiumok minden fejlődési szakukban elegendő chinin-concentrációt találjanak a szervezetben és így chinin-ellenálló törzsek visszamaradása lehetőleg megakadályoztassék. A chinintherapia további célja még a larvált és latens malaria gyógyítása is. Mindezen eljárások egy részének lényege, hogy a periodikus chininszedés ismételt provokáló eljárásokkal kombinálódik. Ezen alkalommal nem célok az egyes módszerek kritikája, csupán a még kevésbé ismert Ochsner-féle eljárás alkalmazásának eredményeit óhajtom ismertetni.

Az *Ochsner** által leírt chininadagolás szintén a megszakításos módszerek egyike. Különös figyelmet fordít a plasmodiumok kifejlődésének időtartamára, továbbá a chinin felszívódási viszonyaira. Az természetes, hogy minden régebben ismert és alkalmazott chinin-

adagolásnál is figyelemmel voltak arra, hogy a chinin resorptióját valamilyen módon elősegítsék. Így hatásosabbnak bizonyul mindig a chininszedés, ha nem pastillákban, dragée alakjában adtuk, hanem minden kellemetlensége mellett is oldatban adtuk (pl. *Liquor acidus Hallerival*), vagy a chininporok lenyelése után igen híg sósavat, langyos vizet itattunk.

Az *Ochsner* által ajánlott előírás a következő:

1. A kezelés megkezdése előtti estén hashajtót (ricinus) adunk.

2. Kezelés alatt a beteget folyékony diétán tartjuk (tápláló levesek, melyek bőven tartalmaznak rizst, darát, sok főzeléket).

3. 48 órán át *éjjel-nappal kétóránként* 0.15 g chinint adunk, minden egyes alkalommal a chinin bevétele után $\frac{1}{4}$ liter forró teát iszik a beteg.

4. A 3–8. napon folyékony tápláló diéta, a beteg nem kap chinint, hanem 3 óránként kis adag arsenit.

5. A 8. napon hashajtót, a 9. és 10. napon ismét *éjjel-nappal* 2 óránként 0.15 g chinint adunk és utána forró teát itatunk.

6. Ezen kúra befejezése után néhány hétig valamilyen tonicumot kap a beteg, ha esetleg új roham jelentkezne, a kúrát meg kell ismételni.

A kúra — mint látjuk — roppant egyszerűen keresztülvihető, semmi nehézséget nem okoz. Klinikánkon az utolsó három év alatt 11 malariás betegnél alkalmaztuk jó eredménnyel. Amennyire jelenleg 1–2 évvel az elvégzett kúrák után a kezelt betegektől kapott értesítés alapján ítélünk lehet, teljesen gyógyító eredményt értünk el minden esetben. Eseteink között voltak friss infectiók, olyanok, kik kétségtelenül 1921–1922-ben fertőzték magukat Magyarországon, volt azonban két recidivánk is, kik malariájukat a haretéren szerezték, itthon recidiváltak és az *Ochsner*-kúrára meggyógyultak. Természetes, hogy ezen recidivák gyógyulásánál más tényezők is szerepelhettek.

Ochsner-kúrával kezelték két esetben kísérletem meg rohamot provokálni, eredmény nélkül.

A chininadagolásnak *Ochsner*-féle sémája azonban nemesak malariánál alkalmazható. Megkísérleljük minden olyan megbetegedésnél, melyeknél tartós chininhatást akarunk elérni anélkül, hogy a szervezetbe egyszerűen nagyobb mennyiségű chinint vigyünk, s így kellemetlen subjectív hatásokat okozzunk.

Megkísérleltük a chinin adagolását pneumonia crouposánál kezdeti stadiumban, endocarditis lentánál, sepsisnél, mely esetekben azonban véleményünk az esetleges eredményekről még nem mondhatunk.

Igen hatásosnak bizonyult az *Ochsner*-féle adagolás első 48 órája tonsillitis follicularis eseteiben. Számos esetben eljárásunk a következő volt: a tonsillitis első tünetei jelentkezésével rögtön, mielőtt a beteg kezelésünkbe jutott, hashajtót adtunk, azután 2 óránként 0.15 g chinin adása után $\frac{1}{4}$ liter forró teát itatva 24–48 órán folytattuk a kúrát. Rendszerint az első 24 óra után rapid javulás állott be, a beteg lelátalanodott, a folliculusok eltűntek. Ilyen adagolás mellett elesnek az egyszerű nagy adag chinin bevitelével járó kellemetlen subjectív tünetek, a chinin jól felszívódva, hosszabb időn át fejti ki baktericid hatását. A betegek általában igen jól és könnyen tűrték a kezelést.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A diabetes mellitus diatás kezelése.

7. Quantitative összeállított étrendek. (Folytatás.)

Az amerikai szerzők legnagyobb részének fel-fogása szerint acidosis akkor lép fel, ha a táplálék *ketogen alkotórészei az antiketogenekkel szemben túlsúlyba kerülnek*. A főtápanyagok közül ketontest-képző a fehérjemennyiség fele a zsírok $\frac{1}{10}$ -ed része. Az acidosis kifejlődésének meggátlására tehát úgy kell a quantitativ étrendet összeállítani, hogy abban a beteg annyi fehérjét és zsírt kapjon, mint amennyit a szervezete meghatározott tolerancia mellett tökéletesen eloxydálni képes.

A fehérjék, szénhidrátok és a zsírok közötti helyes arány kiszámítására Amerikában különféle táblázatok, képletek és eljárások használatosak. *Woodyath* pl. mindenekelőtt a *szénhidrát- és a fehérje-toleranciát* határozza meg és ezen az alapon fixnek tekintett értékekből a zsírmennyiséget úgy számítja ki, hogy a ketogen anyagok mennyisége az antiketogenek másfél-

* Berl. klin. Wochenschr. 1920, 25. sz.

szeresét meg ne haladják. Egy másik elterjedt számítási mód a *fehérje- és caloriaszükségletet* veszi alapul. Az előbbieket mennyiségét igen alacsonyan, testsúlykilónként $\frac{2}{3}$ g-ban állapítja meg, a caloriaszükséglet fedezésére pedig a testhossz és testsúlyból kiszámított testfelület minden négyzetméterére 900 caloriát számít. A bevihető zsír mennyiségét úgy kapjuk meg, hogy a caloriaszükséglet egy tizedrészéből a fehérjegrammok felét kivonjuk, a szénhidrátokét pedig úgy, hogy a caloriaszükséglet számából levont tízszeres fehérjemenyiséget maradéka 30-cal elosztjuk. (L. bővebben: *Bálint Az insulinról*. O. H. 1923, 39. sz.)

Hogya pl. kellene az optimális diétáját egy 65 kg-os és 160 cm magas egyénnek az említett képletek alapján quantitative összeállítani, úgy a következő értékeket nyernénk: Az egyén testfelülete 1.7 m^2 , a caloriaszükséglete tehát 1530 caloria. A bevihető fehérje mennyisége: 44 g, a szénhidrátoké: 36 g, a zsíroké: 131 g.

Az ilyen ú. n. *amerikai diéták* étrendi előírásában már nem két, fehérje és szénhidrát, hanem *három* tápanyag, fehérje, szénhidrát és zsír, mennyisége van megadva, amelyeknek a konyhatechnikai elkészítése meglehetősen nehéz feladat, bár ez nagyjában meg-egyezik azon étrendek gyakorlati kivitelével, amelyeknél quantitative csupán a fehérje- és szénhidrátmennyiséget kell betartanunk. A fenti példát véve alapul, tehát kb. 44 g fehérjét és 36 g szénhidrátot tartalmazó étrendet állítunk össze, azután összeadjuk az étrendben szereplő zsírok mennyiségét és az ismert zsírfélékkel kiegészítjük 131 g-ra.

Amíg a fehérje- és szénhidráthatár betartása legalább is megközelítően pontosan keresztülvihető, addig az étrend meghatározott zsirtartalmát biztosítani igen nehezen lehet. A zsír ugyanis nemcsak élelmiszer, hanem a konyhatechnikai eljárások értékes és sokoldalúan felhasználható *segédanyaga* is. A pontos mennyiség betartását a zsírral, zsíron vagy zsírban elkészített ételnekkel az élelmiszerbe hatolt zsír változó mennyisége, azonkívül a húsdarabok különböző zsirtartalma, a sütéssel és főleg a tűzdeléssel járó zsirtartalom-ingadozás majdnem lehetetlenné teszik. Ehhez járul az edények alján összegyűlt és a tányérokra ottmaradó zsíros mártásban foglalt zsír elvesztése is. Ezért arra kell törekednünk, hogy az előírt zsírmennyiséget részint mint nyers élelmiszert (vaj, szalonna, sonkaszir stb.) vagy pedig párolt főzelékkel elkeverve adjuk, amely a zsírt maradék nélkül fel-szívja.

Eddigi tapasztalataink alapján a szokásos és már ismert diéta-formákkal szemben az amerikai diéták különösebb előnyét nem láttuk. Nehézséget látunk abban is, hogy az ilyen étrend a cukor- és acetontesség eléréséig az amerikai szerzők szerint szükséges *három-négy héten* át csak igen kevés betegnél vihető subjectív panaszok nélkül keresztül.

8. Étrend insulin-adás mellett.

Az insulin máig ismert legfontosabb hatása az, hogy segítésével képesek vagyunk a vér cukortartalmát leszállítani és ezáltal a glykosuriát is kedvezően befolyásolni. A hatás azonban csak átmeneti, a szer kihagyására utóhatás nem marad vissza, az insulin-kúra ennél fogva tisztán substitúciós terápiának fogható fel, és így azon remény, hogy a cukorbeteg insulin-adás mellett korlátlanul fogyaszthatja a szénhidrátokat, nem vált valóra. Az *insulin felfedezése és alkalmazása nem tette feleslegessé az eddig használatos diabetes-diétákat*, azoknak előírásában sem hozott semmi változást és így a konyhatechnikai kivitel tekintetében is a szokásos alapdiétaformákhoz kell alkalmazkodnunk.

Az insulinhoz az amerikai szerzők főleg olyankor folyamodnak, amidőn az amerikai módszer szerint összeállított diétával cukor- és acetontességet elérni nem sikerül. Ilyenkor addig és annyi insulin adnak, míg a cukor a vizelethől eltűnik. Az étrend összetétele kúra közben nem változik.

Klinikákon ettől eltérően a quantitativ szénhidrát- és fehérjeértékre beállított diétához a következőképpen adjuk: A beteg diabetesének súlyossága szerint kb. optimális fehérjét és szénhidrátot tartalmazó étrendre állítjuk be. (Súlyos esetben pl. 40 fehérje és 60 szénhidrát.) Ha erre a beteg cukormentessé válik, de acidosis áll fenn, úgy naponként háromszor tíz egység insulin adása mellett addig emeljük a szénhidrát-

tok mennyiségét, amíg a vizeletben pár gramm cukor újra meg nem jelenik. Minél több szénhidrátot vihetünk be ily módon, annál biztosabban csökken vagy szűnik meg az acidosis is. Ha az említett étrend mellett a beteg glykosuriája megmarad, úgy az insulin adagját emeljük fel fokozatosan addig, amíg csak a vizeletben cukor kimutatható.

A leírt eljárás előnye nyilvánvaló. A két értékre beállított változatos étrend mellett nem tesszük ki a beteget nélkülözésnek és az esetenként változó összeállítású diéta a különböző egyéni toleranciahatárhoz is jobban alkalmazható.

A gyakorlatban az insulin jól fel lehet használni arra, hogy a különben szigorú diétára állított cukorbetegnek esetről esetre kisebb-nagyobb szénhidrát-excessust megengedhessünk. *Noorden* betegeinek szénhidrát-éhségük csillapítására időnként „ünneppnapokat” (ú. n. *diätetische Feiertage*) is rendel, amelyeken megfelelő nagy dosis insulin bevitelével, cukrászsütemények, gyümölcsök stb. fogyasztását is megengedi. Konyhatechnikai szempontból ezen insulin-napokon megjegyzésünk nincsen.

Ebédre készül pl. kalarabéfézelék, valamint borjúhús egészben sütvé, vacsorára pedig rácpaprikás (vagdalt zöldséppaprika és paradicsom télire üvegben eltéve) és borjúszélet naturelle kisütvé.

Az első kap tehát: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), egy kemény tojást (6 f. 0 szh.), 300 g húslevest (0 f. 0 szh.), 100 g húst (20 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 300 g teát, 100 húst (20 f. 0 szh.), 200 főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.), egész napra 60 g fehérkenyeret (4 f. 30 szh.). Összesen: 60 fehérje és 59 szénhidrát.

A második: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 20 g szalonnát (2 f. 0 szh.), 300 g húslevest, 100 g húst (20 f. 0 szh.), 300 g főzeléket 30 g zsírral (3 f. 21 szh.), 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 75 g húst (15 f. 0 szh.), 300 g főzeléket 30 g zsírral (3 f. 9 szh.) és egész napra 80 g fehérkenyeret (6 f. 40 szh.). Összesen: 61 fehérje és 88 szénhidrát.

A harmadik: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 40 g szalonnát (4 f. 0 szh.), 300 g húslevest, 50 g húst (10 f. 0 szh.), 200 gramm főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 300 g teát, 50 g húst (10 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.) és egész napra 80 g fehérkenyeret (6 f. 40 szh.). Összesen: 40 fehérje és 69 szénhidrát.

A negyedik: 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 30 g vajat (0 f. 0 szh.), 300 g húslevest, 75 g húst (15 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 14 szh.), 200 g tejet (6 f. 9 szh.), 75 g húst (15 f. 0 szh.), 200 g főzeléket 20 g zsírral (2 f. 6 szh.), és egész napra 60 g fehérkenyeret (4 f. 30 szh.). Összesen: 50 fehérje és 68 szénhidrát.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az insulin-kutatás jelenlegi állásáról. *Rosenberg*, *Umbert* osztályáról. (Münch. med. Woch. 1923, 42. szám.)

A *Banting* és *Best* által felfedezett insulin a pankreas belsősecretiós hatóanyagát tartalmazza, a mirigy külső kiválasztásos anyagától izoláltan. A kísérletileg insulinnal kezelt házi-nyúl az injectio után pár órával eszméletlenséggel járó görcsös állapotba esik, melyben elpusztul; de megmenthető kevés intravenásan adott szőlőcukor-oldattal. A görcsös állapotot a nyúl vércukortartalmának nagyfokú csökkenése okozza. A pankreas-exstirpáció után mesterségesen diabetesessé tett kutya insulin-adagolásra kórkórmentes vizeletet ürít, és a vércukor tartalma a rendesre vagy annál is kisebbre süllyed, de a hatás elmúlásával visszatér az eredeti állapot. Nem helyesen megválasztott insulin-adagolásra emberben is bekövetkezik ez az ú. n. hypoglykaemiás reactio. Eppen ezért fontos a dosis kérdése. Mivel maga a hatóanyag nem ismeretes, itt is, éppen úgy, mint az immunitásnál, biológiai dosist kell megállapítani. Egy insulin-egység $\frac{1}{3}$ -a azon dosisnak, mely egy megelőzően 24 óráig éhezett 2 kg súlyú házinyúlra négy óra múltán előidézi a hypoglykaemiás reactiót. A forgalomban levő praeparatumok minden köbcentimétere 10—20 egységet tartalmaz.

Az insulinat legjobb a főttekezés előtt félórával subcutan (adható intramuscularisan is) beadni. Nem diabeteses glykosuriának nem szabad insulinat adni, mert itt különösen nagy a hypoglykaemiás reactio veszélye. *Gigou* pedig arra figyelmeztet, hogy a szívbejósoknak ne adjuk, mert momentán halált okozhat. Másik mellékhatása a vízretentio, de ez *Umbert* és *Noorden* tapasztalása szerint csak a legkritább esetben vezet oedemára. A hypoglykaemiás reactio tünetei attól függnek, mennyire csök-

kent a vércukor a normalis alá. Így 80–70 mg-%-nál idegesség, reszketés, gyengeség, ájulás, éhségérzet; 50 mg-%-nál sápadtság, hevülés, pulzusváltozás, félelemérzés; még nagyobb fokú csökkenés esetén erős izgalom, aphasia, delirium, desorientatio, szék, vizelet maga alá bocsátása észlelhető. Mindezt kevés szőlő- vagy nádcukorrel megcsünteti. Az insulin nem gyógyszere a diabetesnek, tehát a diatétát nem teszi feleslegessé. A vizeletet gyakran kell cukorra megvizsgálni; ameddig az cukrot tartalmaz, nem kell tartani a hypoglykaemiás reactiótól. Meg kell határozni a vércukrot is. Adagolás: emelkedő dosisok; cél: a beteget cukormentessé tenni és emellett a vér cukra csak kissé legyen nagyobb. Főindicatiója az acidosis és coma, amit mindig megszüntet. Hatása nem maradandó. Amerikában pl. a betegre bízzák az injectiókat, ha már előzőleg 11 kasztalták az adagolást. Az intervallumos kezelés is eredményes lehet. A hatásmódra több magyarázat van, elősegíti a cukornak a májban glikogen formájában való rögzítését, de előmozdítja a szénhidrátok elérését is. Érdekes, hogy újabban már nem a pankreasból előállított anyagoknak is van insulinhoz hasonló hatása. Így a növények közül a hagyma, zeller; egyes kagylók s legújabb megállapítás szerint a gl. submaxillaris, thymus, pajzsmirigy is tartalmaz ilyen anyagot. Keleti dr.

Encephalitis és katatonias mozgás-zavarok. Bostroem. (Klinische Wochenschrift 1924, 12. szám.)

Szembéállítás bizonyos, látszólag teljesen megegyező tüneteknek. A nyakizmok tartós feszülése, mely ágyban fekvé mindkét betegségben egyaránt megvan, encephalitisnél álló helyzetben is megmarad, míg katatoniasban ilyenkor eltűnik. Általában a katatonias azon tulajdonsága, mely a rigiditást utánozza, voltaképpen psychogen negativismuson alapszik, míg az encephalitis rigiditas a psychétól független. Scopolamin csak az encephalitisnél jár rigort tudja átmenetileg csökkenteni, míg katatoniasban csak az egyidejű öntudatlanság elérése révén tudja e szer az állapotot befolyásolni. Rigid encephalitisnél legtöbbször van adiadochokinesis, katatoniasban nincs. Ha encephalitis beteggel valamely akaratlanság mozgást végeztetünk, az csak a legszükségesebb izmait idegzi be, a test többi része vagy egyáltalában nem vesz részt a mozgásban, vagy alig. Főleg járáskor észlelhető ez a jelenség, de mások is. A katatonias beteg szemét tágra nyitva, meredten néz állandóan egy pontra, az encephalitis az ürességbe bámul, anélkül, hogy bármit is fixálna és arca teljesen kifejezéstelen, míg a katatonias arca vagy valamely különös arckifejezéssel, vagy normalisan beidegzett állapotban merevedett meg. Katatonias mutató ugyan néha különös számozásokat, encephalitisnél azonban mindig dissociatio van a nyelv- és beszélmozgások és az arc játéka közt. A szóbanlevő két betegség hyperkinesis formái közt is vannak látszólag teljesen azonosak. A katatonias hyperkinesis sokkal összetettebb mozgásokból áll, mint az encephalitisnél, mely utóbbiból az egészen elemi mozgások sohasem hiányoznak teljesen. Choreas mozgásokat mutató encephalitis beteg a kezébe adott tárgyat kiejti, vagy mozgásait vele együtt folytatja a katatonias, ha egyáltalában sikerül vele valamit megfogatni, evvel a kezével abbahagyja pseudospontan mozgásait. Choreiform encephalitisben szenvedő beteg a mozgásainak útjába állított tárgyat nem tudja elkerülni, megüti magát, míg a katatonias beteg inkább el tudja azt kerülni. Általában külső körülmények csak a katatonias psychogen hyperkinesist tudják befolyásolni. A klinikai különbözőségek dacára mégsem lehet minden közös vonatkozást megadni a két betegség közt. Kiss József dr.

Gyermekorvostan.

Kámforolaj helyett hexeton a gyermekorvosi gyakorlatban. Rominger. (Münchener med. Wochenschrift. 1924, 3. sz.)

A hexeton 3 methyl – 5 isopropyl, 2–3 cyclohexanon összetételéből álló, vízben jól oldódó vegyület, melyet F. Bayer (Leverkusen) gyára hoz forgalomba. A gyermekorvosi gyakorlatban kámforolaj és aetherkámfor helyett kiválóan alkalmas szernek bizonyult. Hatása teljes, de gyors kámforhatás s ezért éppen a collapsussal járó szívgyengeséget, valamint a légzési zavarokat gyorsan szünteti meg. Abscessust, mely sokszor kellemetlen következménye a kámforos befecskendezésnek, nem okoz. Emellett a ható mennyiséget pontosan tudjuk adagolni.

Adagja 3 hónaptól 1 éves korig: 0'03–0'05–0'10! intramuscularisan; 0'001–0'002–0'004! intravenásan; 2–5 éves korig: 0'05–0'15 intramuscularisan és 0'003–0'01 intravenásan; 6–12 éves korig: 0'05–0'1–0'2 intramuscularisan; 0'005–0'01! intravenásan. Bókay Zoltán dr.

Veleszületett bujakór által okozott fogelváltozások. Pflüger. (Klinische Wochenschrift 1923, 37–38. szám.)

Hutchinson eredeti, több, egymással sokszor nem egészen egyforma leírása folytán még ma is nézeteltérések vannak egyes szerzők között arra nézve, hogy vajon mely fog tekinthető Hutchinson-féle fognak. Az erosiók, vagy másképp zománc-

hypoplasiák sohasem a syphilis következményei, hanem belső-secretiós zavarok folytán előállott tünetnyek. A tévedésekre az adott alkalmat, hogy igazi bujakóros fogelváltozások mellett ily zománc-hypoplasiákat gyakran látunk előfordulni. Az igazi syphilises fogelváltozás a fog középső részének fejlődésben való elmaradása következtében áll elő, miáltal a fog középső részén bemélyedést látunk s az egész fog satnyább fejlődést mutat. A csavarhúzó alakú fog, hol a metszőfelület rövidebb, mint a fogalap, csaknem oly jellemző luesre, mint a középső mélyedés-sel ellátott fog. Ezen defectusok nem kell hogy symmetriában jelentkezzenek, s nemcsak a középső felső metszőfogakon jelentkező elváltozások mérvadók, hanem azok más fogakon is jelentkezhetnek. Okát e fogalakok keletkezésének nem tudja, azonban nem fogadja el ellenvetést nélkül sem a spirochaeták által okozott helyi lueses hatás hypothesisát, sem a lues által okozott calcium-anyagszervezavarra támaszkodó magyarázatot. Bókay Zoltán dr.

Adatok a csecsemőkori tuberculosis kórképéhez. Barchetti. (Wiener klin. Wochenschrift 1923, 35. szám.)

Kéthónapos csecsemőnél hirtelen, de láztalan kezdet mellett a jobb felső lebeny beszűrődése lépett fel, mely fokozatosan lejjebb terjedt a hilusmirigyekbe. Klinikailag csak finom nedves zörejek voltak jelen, míg Röntgen alatt fokozatosan erősödő árnyék, mely négy hónap múlva feltisztult, egy erősebb csík kivételével, a jobb középső lebenynek megfelelőleg, míg három év múlva csak az elmeszesedett mirigyek láthatók a Röntgenen, míg klinikailag a gyermek teljesen gyógyultnak mondható. Egész idő alatt állandóan pozitív Pirquet. Kezdetben typosus expiratorius stridor, s rohamszerű dyspnoe, mely utóbbi atropinnal nagyszerűen volt csillapítható. Mindezek alapján biztosan infiltratio volt felvehető, mely diagnózisát nyolc sorozatos Röntgen-képpel illusztrálja Barchetti, s az eset leírásával régebbi álláspontját látja igazolva, hogy nem minden csecsemőkori tuberculosis infiltratio infaust prognosist. Rohrböck Ferenc dr.

Erythema nodosum és tuberculosis. Wallgren. (Acta Paediatrica II. kötet, 1. füzet.)

Két csoportos családi megbetegedést ír le. Az egyikben egy tuberculosisos anyának hat gyermeke közül négy az egymást követő hat napon belül betegedett meg erythema nodosumban mind a négy Pirquet-positív, kifejezett hilustuberculosis a Röntgen-képen. Kettőnél közülük egyidejűleg pleuritis exsudativa is. A másik esetben négy testvér közül három egy napon betegedett meg erythema nodosumban. Kettő közülük Pirquet-positív, kifejezett hilustuberculosis; a harmadik Pirquet-negatív, de hat hóval később tüdőtuberculosisban exaltált. A negyedik gyermek (négyhónapos csecsemő) nem betegedett meg erythema nodosumban, de három hónap múlva cavernás tüdőtuberculosisban szinte exaltált. Szerző szerint az erythema nodosum és tuberculosis közt bebizonyítottan lehet valami összefüggés. Azonban leírt esetei kapcsán ő valamelyes specifikus, gyenge fertőzőképességű contagiosus megbetegedésnek tartja, melyre a tuberculosis praedisponál vagy azt követni hajlamos. Rohrböck Ferenc dr.

Az exsudativ-lymphaticus diathesis gyógykezeléséhez. Monrad (Kopenhága). (Acta Paediatrica 1923, I. köt., 3. füz.)

Szerző általánosságban kiemeli, hogy az exsudativ-lymphaticus gyermekeket, legyenek azok a kövér pastosus avagy a sovány erethikus typushoz tartozók, nem szabad túltáplálni. A gyermek testsúlyának megfelelő kalóriamennyiségnél kevesebbet adjunk. A szerző saját tapasztalatai szerint a legjobb eredményt érte el az állati zsírok teljes megvonásával. Az állati zsírok megvonásában kiterjed figyelmére mindenre, teljes tejet, tejfolt, vaját, zsírt, szalonnát, zsíros húst, halféléket teljesen mellőz az exsudativ gyermek étlapján és hangsúlyozza, hogy az exsudativ gyermek csukamájolajat ne szedjen. Az állati zsírokkal ellentétben a növényi zsírokat minden formájában jól tűri az exsudativ lymphaticus szervezet. Szerző az utolsó négy év alatt 327 exsudativ diathesises gyermeket gyógykezelt az állati zsírok teljes megvonásával és rövidebb hosszabb idő alatt a legjobb eredményeket érte el. Nyolc kórtörténetet közöl, melyekből kitűnik, hogy az exsudativ diathesis legsúlyosabb kórfarmái, ekzema, asthma, bronchitisek, emphysemák, adenoid vegetatiók stb. különböző időtartam alatt tartósan gyógyultak. Megemlíti, hogy egyik esete igen makacsan refractar maradt a gyógykezelés szemben, hosszabb kutatásra rájötték, hogy a lelkiismeretlen felügyelőnő a gyermeknek állandóan teljes tejből készítette a cacaót, amelynek elkészítéséhez pedig csak sovány tej volt engedélyezve. Ezen gyermek diatájának szigorúbb betartása, mellett szintén megjött a várt eredmény. Venetianer Piroška dr.

Barlow-kór egyik ikergyermeknél. A. Wallgren. (Acta Paediatrica 3–4. füzet.)

A szerző egy ikerpár kórtörténetét ismerteti. Mindkét gyermeket háromhónapos koráig emlőn táplálták, később koruknak megfelelő tejhígítást, majd 14 hónapos korukig teljesen teljes táplálékot kaptak. A táplálékhoz használt tejet 15 percig főzték.

Mindkét gyermek nagyfokban rachitises, mindkettő számárhuruton és tüdőgyulladásban mánt át. Ezek után az egyik iker Möller-Barlow-kórban betegedett meg, dacára annak, hogy teljesen egyformán együtt készített táplálékot kaptak. Szerző azt kutatja, hogy mily momentumok praedisponáltak a beteg gyermeket a kör kifejlődésére. Egyrészt felveszi azt, hogy a scorbut bizonyos dispositiót kíván meg, mit azzal a ténnyel támogat, hogy a beteg gyermek 1 kg-mal kisebb súllyal született, mint a testvére; másrészt fontos szerepet tulajdonít az előremet, különösen dyspepsiás megbetegedéseknek. Esetében is a gyermek bronchopneumoniája után dyspepsiás tünetekkel betegedett meg, s a Barlow-kór kitörésekor is nagyfokú hasmenésben szenvedett. S így bár a gyermek elegendő vitamintartalmú táplálékot kapott azt dyspepsiás állapota felhasználhatatlanná tette, ami relativ avitaminosis kifejlődésére vezetett. Farnos Ilona dr.

Sebészeti.

Az első kézközépcsont alapjának törései. Imbert és Cottalorda. (Journal de Chirurgie 1923, 22. köt., 5. sz.)

Bár az első kézközépcsont törései ritkák, figyelmet érdemelnek, mert fel nem ismerésük vagy ki nem elégitő kezelésük súlyos következményekkel jár. Szerzők 19 esetet ismertetnek, ezek között öt saját esetet. A törés a hüvelykujj abdukált vagy addukált tartása mellett a kéz tengelyében ható és a kézközépcsont fejecskének kézháti részét érő nagy erejű behatás folytán jön létre három alakban: a) Bennet-féle ízületen belüli törés a basison, b) ízületen kívüli haránttörés a basis és diaphysis határán, c) ízületen kívüli ferde törés a basison. Mindhárom alak eltolódással vagy anélkül léphet fel. A haránttörésnél az eltolódás rendszerint kevésbé kifejezett, a ferdetöréseknél gyakori és az alsó törvég kézhát felé való tolodását eredményezi. A Bennet-féle törésnél gyakran látjuk az első kézközépcsont félficamának jeleit, de annak valódi ficama sohasem képez szövődmenyt. A tipikus, eltolódással járó alak könnyen felismerhető és az igen ritka első kézközépcsont kéztői ficamtól könnyen elkülöníthető, mivel az utóbbinál a recsegés, a megrövidülés és a nagyobb fokú duzzanat hiányzik. Az eltolódás nélküli haránttörés jelei: körülírt fájdalom a basis és diaphysis határán, pontoszerű vérzések a kézháti oldalon. A helyretevés nélkül gyógyult törés működési zavart, az első interosseus-tér izmainak, a kéz, sőt az alkar és kar egyes izmainak sorvadását okozza, 15–20% munkaképességcsökkenést eredményezhet. Szerzők ezért hangsúlyozzák a helyes kezelés fontosságát, mely csak véres úton szegeléssel vagy drótozással történhetik. Valkányi.

Az alkartörések kezelése gyereknél és felnőttél. Novè-Josserand és Sauty. (Journal de Chirurgie 1923, 22. köt., 5. sz.)

Novè-Josserand négy esetét közli, melyekben az alkarcsontok alsó metaphysiseiben (a csontok alsó $\frac{1}{4}$ része) jött létre törés gyerekeknél. Első esetében vértelen helyretevés és gipszszel való rögzítés történt, amely Röntgennel kielégítőnek látszott. Azonban a végleges eredmény nem volt tökéletes, mert a pronosupinatio $\frac{1}{2}$ -ával csökkent az alsó törvég hátratólódása folytán szögletmegtörés miatt. A második és harmadik esetben sikertelen vértelen helyretevés után csontvarratot vágzt. Mindkét esetben tökéletes működési eredményt ért el. Negyedik esetében a törés után egy hónappal vágzt csontvarratot, a működés tökéletes lett. Ezért metaphysis-töréseknél gyerekeknél ajánlja a csontvarratot, és pedig Lambotte-lemezzel csupán a radiuson. Gyereknél a diaphysis-törése az alkarcsont rendszerint inkomplét, kompléttörést szerzőnek nem volt alkalma látni. A gyakori alsó epiphysis-leválás esetében a szeggel való egyesítés vita tárgyát képezheti, mert a szeg átfúrja az epiphysisporcot és ezenkívül behatol a kéztőizületbe, azonban a vértelen eljárásnál fellépő callus-tülképződés még rosszabb eredményeket ad, Sauty felnőttél hét esetben vágzt alkartörés miatt csontvarratot. Két esetben rövid idő alatt tökéletes eredményt ért el, három esetben az hosszabb immobilizálás után következett be, egy esetben a radiusra tett fémlemez eltávolítása után kapott csupán jó eredményt, végül egy öreg, syphiliticus arabnál az eredmény rossz volt, mert a callus másodlagosan inflexiót szenvedett. A rögzítő (gipszszel) és nyújtó eljárással szemben határozottan a csontvarrat mellett foglal állást, mely kézháti metszésekből történik az ulnán és radiuson, melyet 45 napig tartó gipszszel való rögzítés kövessen. Valkányi.

Fülgyógyászat.

Elsődleges varrat a heveny középfülgyulladás műtéténél. Müller. (Archiv f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten 1923, 111. köt., 45. o.)

Amióta Schwartz az antrotomiát először végezte, a heveny középfülgyulladás kezelésében a felvadás üregének varrat által való elsődleges zárása egyike volt a haladás legfontosabb lépéseinek. Az erlangeni klinika meglepősen az empyema megnyitásával és az antrumnak különben általában elvileg vágzt feltárása helyett csak esetről-esetre állapítja

meg, vajjon szükséges-e ez a lépés. Ha az endocranium vagy a belső fül részéről szövődmeny fenyeget, a másodlagos műtétnél egyre megy, hogy nyitva hagyott üregben haladunk-e tovább vagy a felbontott hegen át. A seb alsó végébe vezetett csiknak feladata nem annyira a váladék levezetése, mint az, hogy megakadályozza a seb alsó sarkának túlhamar való összetapadását; itt ugyanis üreg maradna hátra, mely kedvező feltételeket nyújtana arra, hogy az önmagában jelentőség nélküli váladék nagyobb mennyiségben felhalmozódjék. 59 ilyen módon műtött esetben 37-szer feküdt szabadon a kemény agyburk vagy a sinus, csak egy esetben volt a kimenet halálos; ezt extraduralis tályog megnyitása után varrták be, de már műtét előtt is megvoltak a koponyabelső terjedés jelei. A gyógytartam ezen eljárásnál 5–8 hétről 2–3 hétre száll alá. Kelemen György dr.

Operatív úton megnyitott abscessus temporalis után egy év múlva fellépő második abscessus. Ruttin. (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1923, I. füzet.)

Egy beteg kórlapját ismertet, akit egy év előtt sinusthrombosis és halántéki lebenytályog miatt operáltak, a beteg azóta jól volt. A beteg hirtelen rosszul lett, agyi tünetekkel hozták kórházba, mielőtt műtetre került volna meghalt. A sectio agytályogot derített ki ugyanazon lebenyben, amely áttört a középső scalaba és meningitist okozott. Székér.

Füledetű sepsis (bakteriaemia) nagyfokú neuritis opticaival. Urbanschtsch E. (Monatschrift für Ohrenheilkunde 57. évf. 5. füzet.)

Tizenháromeves kislány, hétéves korában morbilli után jobboldalt gyakran ismétlődő középfülgyulladásban szenved. Hirtelen magas láz, rázóhideg, fejfájás tünetei közt megbetegszik. Fülvizsgálatkor mastoiditis állapotát mutat meg. Műtét közben a proc. genyéből és a sinusból vett vér streptococcus haemolyticus tenyésztődött ki. A szemészeti vizsgálat a pupilla duzzanatát állapítja meg, kisebb vérzéssel. A beteg polyvalens streptococcus-serumot kap, melynek hatását calcium szedésével fokozták. Teljes gyógyulást ért el. A neuritis optica itt nem thrombosis, hanem toxinhatás következtében lépett fel. Székér.

Sziklacson mütéteinél a facialis csatorna leszálló részének meghatározása. Frank A. Bridgett. Philadelphia. (Monatschrift für Ohrenheilkunde 57. évf. 3. füzet.)

A proc. mastoid. med. részén az incisura mastoidea meghosszabbítása a foramen stylomastoid.-ba vezet. Ennek a mélyedésnek megfelelően a proc. mastoid. corticalisa alatt egy csontlécet látni, mely hátulról, felülről előre lefelé vezet a foramenhez, ezt a lécet o crista digastrica-nak nevezte el. Azonkívül talált egy csontlécet, amely a hallójárat hátsó falával parallel és ez a fac. canal-nak felel meg. A két lécz találkozási helyét junctio inframastoidea-nak nevezi. Az említett tájékozódási irányvonalak értékesítését különösen olyan esetekben látja, mikor egyrészt a csecsnyúlvány csontfolyamata nagyon kiterjedt, másrészt labyrinth-műtétkor, midőn sok csontot kell elvenni. Székér.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 8 Bänden. Herausgegeben von Prof. Dr. Josef Halban und Geh. Hofrat Prof. Dr. Ludwig Seitz. (Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien 1923, Lief. 3, III. Band.)

Igen érdekes kötete jelent meg fenti kézikönyvnek. Az első részben Mathes dr. innsbrucki nőgyógyász tanár a nő constitutiós típusairól, különösen az intersexualis típusról ír.

A Kretschmer által psychiatriai szempontból felosztott két constitutiós típust: a *picnicust* és a *schizoidot* azonosítja az általa a gynaekologiai beteganyagban észlelt, magasfokú sexualis differenciáltsággal bíró ifjúkori *forma-typussal*, illetve a sexualisan differenciált *intersexualis typussal*. E típusok fogalmának kialakulását onto- és phylogenetikai megfontolásokkal értelmezi. A nő a fejlődés fiatalabb lépcsőfokát, míg a férfi-typus inkább a fejlődés jövő formáját képviseli. A faji typus kialakulásának lépcsőfokai a jövő fejlődési formái felé: az egyenes járás, a kezek felszabadulása, a vegetatív idegrendszernek a cerebrális idegrendszer uralma alá való jutása, mely progressív irányú fajbiológiai változások nemcsak morphologiailag formáltak, az a típust, de — különösen a közti agynak (az egész kedélyélet központjának, tehát végeredményben az egyéniség kialakulási színhelyének) a nagyagy uralma alá való jutása — az individualis character kialakulását is létrehozta.

A termékenyített petesejt chromosomái hordozói a fejlődési lehetőségeknek. Ha a lehetőségek quantitative korlátozottak: a fejlődés csak a nemi érettségig jut el, de az ifjúkori forma lépcsőfokán marad meg az egyén, úgy testileg, mint lelileg (status *picnicus*); ha azonban a fejlődési lehetőségek qualitative is elégtelenek: a constitutio korcs-formái jönnek létre: az *astheniás hypoplasia* és *astheniás infantilismus*.

A nemiség kifejlődése nemi chromosomákhoz kötött. Ha

ezen fejlődési lehetősége hiányos: jön létre hypoplasia vagy infantilisen astheniás nő, aki szükségképen intersexuális típusú is. A nem minőségének eldőlése a nemi chromosomák him és női enzim-tartalmának mennyiségi viszonyától függ; e viszony egyensúlyzavara, illetve az enzimek egyik vagy másik feleségének hiányos túlsúlyba jutása az intersexualitás különböző fokozatait hozza létre: pseudohermaphroditismus különböző alakjait, melynek leggyengébb formája a mai kulturemberiség-nél gyakori.

Ezen intersexuális (schizoid) típust jellemzi a vegetatív idegrendszernek és kedélyéletnek, mint a közti agy funkciójának labilitása, lehangoltságra, depressiós kedélyállapotokra való hajlandósága. Az ilyen egyének állandó conflictusokba keverednek saját disharmonikus impulzusaikkal a sexualitás minden felmerülő testi és lelki kérdésénél, jelenségénél: a menorrhoeában, minden menstruatio alkalmával (dysmenorrhoea), a péréválasztásnál (nuptialis téboly), a defloratióknál (vaginismus), a terhesség alatt (attól való undor, félelem, hyperemesis gravidarum, szívpanaszok), a szülésnél (distokia), a gyermekágyban (astheniás állapotok), hitvesi és háziasszonyi kötelességek teljesítésében (házatartási perpatvarok stb.), a menopausa beköszöntésével (climacterikus panaszok). Az idiopathikus sterilítások egy jó része is valószínűleg ide tartozik. A gyakori tartós conflictusok súlyos psychastheniás, depressív állapotokhoz vezetnek: félelmi-, kényszerképzetekhez, reménytelenséghez, melyek azután másodlagosan a sexualitástól távolállók képzetársításokhoz is kapcsolódhatnak. Ennyiben elfogadható a Freud-féle álláspont is az ú. n. „Angstneurosis”-ok sexualis eredetét illetően.

A szöveget 27 igen szép ábra tarkítja. Az irodalmi adatok jegyzéke tökéletes.

A kötet második részében Guggisberg dr. berni tanár a vegetatiós és növekedési zavarokról, az osteomalaciáról és a chlorosisról ír igen behatóan.

A növekedési zavaroknak a szerző által adott csoportosításánál végigvonul az a felfogás, hogy a növekedési zavar, mint pathológiai fogalom élesen elkülönítendő a növekedési zavarokhoz méreteiben hasonló, de mégsem pathológiás elváltozásoktól. Részletesen foglalkozik a törpenövésről; különös figyelmet érdemelnek a chondrodystrophiás törpeséget és annak öröklődését tárgyaló szakaszok, melyekben a histológiai ismertetésekre is súlyt helyez. Hangsúlyozza, hogy a törpe, valamint az óriásnövés aetiologiáját illetően a bizonytalanság igen nagy. Az agenitalismus tárgyalásakor mindenütt előtérbe helyezi a modern belsősecretiós tan jelentőségét. A castratiót és annak következményeit, a hypogenitalismust tárgyalja bővebben. Szerinte az aránylag ritkán előforduló női eunuchoidismus pontosan nem körvonalazható.

Az osteomalacia felosztásában infantilis, puerperalis és nem puerperalis, végül éhségi vagy háborús osteomalaciát különböztet meg. Azután rátér az osteomalacia jól ismert történetének megjelenési idejék szerint való csoportosítására. Az osteomalacia aetiologiáját illetően az ú. n. dyskrasiás, táplálkozási, belsősecretiós theoriák nem kielégítőek. Fehling felfedezése óta tudjuk, hogy ovarialis hyperfunctióval állunk szemben. A pajzsmirigy, az epitheltestek, de különösen a mellékvese dysfunctiója jöhet még számításba. Scipiades szerint a thymus igen erős involúciója az oka az osteomalaciának. Az ezen sok ügyességgel és szorgalommal felállított elmélet további vizsgálatai által való megerősítését ajánlja. A gyógykezelés először conservatív legyen. Különösen bevált a phosphortherapia. Csak ha ez nem sikerül, akkor térünk át a castrálásra.

A chlorosisnak igen nagy jelentősége van a nőorvos szempontijából is. Előidézésében hereditaer momentumoknak igen fontos szerep jut. A chlorosis tulajdonképeni oka az ovarium follicularis apparatusának abnormis működésében keresendő. Felismerése sokszor igen nehéz. Néha amenorrhoeával, máskor menorrhoeával jár. A gyógykezelés: fektetés, arsen és vas adagolása.

Berecz János dr.

A Közkórházi Orvostársulat március 26-i és április 2-i ülése.

Elnök: Haberern és Boytha.

Jegyző: Torday Árpád

1. Safranek János: A gégetuberculosis pathológiájának és therapiájának mai állása. (Előadását kivonatossan mai számunkban közöljük.)

Lénárt Zoltán: A gégetuberculosis prognosisa a tüdőfolyamattól és attól függ, hogy a gégeben a hypertrophiás vagy fekélyes folyamat áll-e fenn. A hypertrophiás formák és a kezdeti stadiumban levő elváltozások jó tüdőállapot mellett operációra alkalmasak, míg kiterjedt és gyorsan széjjelző fekélyes formáknál kontraindikált a műtét. Ezeknek a szempontoknak nem eléggé szigorú betartása magyarázza meg az eltérő ered-

ményeket, amelyeket egyes operációkra nézve közöltek. Így a tracheotomia jó eredményt nyújt az infiltrációs gégetuberculosisnál, míg a fekélyes formánál rossz az eredmény. Nem helyesli a gégetuberculosis ambulans kezelését sem.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A gégeének szervi dispositója a gümőkór sokkal kisebb, mint a tüdőé. A gégetuberculosis prognosist az alapbantalom természeténél irányítja. Ha mesterséges légmellel, vagy speciális kezeléssel sikerül az intoxicációs tüneteket megszüntetni, a gége is javul, sőt gyógyulhat. Legfontosabb a néma-kúra, mely Lermoyernak eredeti gondolata volt, ki a gége-gümőkórosok osztályára siketnéma személyzet alkalmazását ajánlotta.

Hochenburger: Polyák gégebeteg-osztályán az utolsó öt évben 890 beteget ápoltak és 130-nál vált szükségessé a műtét. Fő indikációk: a lument szűkítő túlképződés és a dysphagia. Egyébként conservatív kezelés javallt, kivéve azon eseteket, ahol regressio nem mutatkozik. Nagyobbára galvanocauterrel dolgoznak. Tracheotomia a gégefolyamatot kedvezően, a tüdőfolyamatot ellenben károsan befolyásolja. A gégetuberculosis kezelésében általában nagy conservatismus indikált. A heves köhögés a gége és tüdőre káros és feltétlenül csillapítandó. Meglepő a Krysolgan jó hatása proliferációs esetekben.

Göbl Albin: A tüdőtuberculosis stadiumának végén levő gégecomplicatiókkal járó eseteknél a különben már eredményt úgysem adó (Lénárt) esetekben a localis kezelést a „pia fraus” címen tartja indokoltnak.

2. Csutorás Sándor: a) *Plastikai műtétek.* I. P. 34 éves férfibetegnek verekedés alkalmával leharapott orrcsúcsát és fél bal orrszárnyát Polyá úgy pótolja, hogy a bal orrszárnyat a sulcus nasolabialisban mobilizálja, előrefordítja s az előzőleg fölfrissített orrcsúcsdefectushoz varrja, a sulcus nasolabialisban keletkezett defectust elvarrja. 2. S. M. 50 éves nőbeteg leharapott orrcsúcsát Polyá főorvos a felső ajak egész vastagságából vett nyeles lebenyből pótolja, melyet a nyálkahártya és bőrrétegnek verticalis szétválasztása által megnyújtott. Tökéletes kozmetikai eredmény. A 3-ik esetben B. Zs. 18 éves nőbeteg lupusos orrcsúcsdefectusát pótolta Polyá a has bőréből készített vándorlebennnyel. A 4-ikben M. J. 49 éves nőbeteg felső ajakán levő, orrsövényére is ráterjedő, körülbelül ezüsfórintnyi rákjának kiirtása után keletkezett hiányát Polyá az arc bőréből pótolja.

b) *Pankreasnekrosis után keletkezett pankreas-cysta.* F. J. 19 éves nőbetegnek 1 hónapra a szülés után hirtelen gyomortáji fájdalmak támadtak hidegrázással; 5 hónap alatt 20 kilogrammot fogyott s 4 hét óta minden étkezés után hány. Felvételtkor köldök felett balra gyermekfejnyi, prall-elasztikus tapintatú terimenagyobodás. Polyá által végzett műtétet az erősen elödmorodó, kékesen áttűnő omentum minust megpungálva, körülbelül 2 liternyi Salvator-sörhöz hasonló folyadékot nyernek. A nyílás kitágítása után a cysta fenekén körülbelül 15 cm hosszú, ujnyi széles, elhalt pankreas-darabot találnak. Ennek eltávolítása után az üreget tamponálják s a hassebet rétegesen szűkítik. Zavartalan gyógyulás. 15 kg súlygyarapodás.

Lénárt Zoltán: Az a) bemutatáshoz szólva, az orrszeptum képzésére kitűnő eljárás a Lexer-féle, amelynél a felső ajak nyálkahártyájából képzett lebenyt egy nyíláson át az orrcsúcsához varrja.

3. Torday Árpád: *Nátrium nitrosum intravenás alkalmazása angina pectoris és chronikus hypertensióval járó asthmás állapotoknál.* (Eredeti cikk gyanánt jelenik meg.)

Galgóczy Jenő: A Hasenfeld által bemutatott, az asthmolyisntól eltekintve, minden kezeléssel dacoló asthma bronchiale esetében háromszor adott a betegnek 0.02 és egyszer 0.04 g NaSo₃-t. Hatás nem volt.

Előadás.

1. Lukács József: *A Mátéfy-próba értéke a gyermekkori gümőkór kórjelzésében.* Egészséges és különböző betegségekben szenvedő gyermekeknél és felnőtteknél összesen 682 esetben végzett vizsgálatából azt találta, hogy e reactio, ha + és ++, nem jelenti a gyermeki szervezet activ tuberculosisát, ezzel szemben a +++ és ++++ bizonyos feltételekkel az activ gümőkór felismerésére felhasználható. (Közlésre kerül.)

Tüdős Endre (mint vendég): A Stefánia-kórház és gyermekklinika anyagán végzett vizsgálatai alapján a Mátéfy-reactiót nem tartja specifikusnak a gümőkór, mert congenitalis lues, osteomyelitis inf. ac. és

bronchopneumoniánál is kapott 3-4-szer +++-es reactiót. A gümőkóros folyamat kiterjedésére értékes támpontot nyújt, de a betegség lefolyására a reactio erőssége nem fogadható el irányadóknak a gyermekkorban.

Mátéfy: Általános klinikai célokra a reactio-időt meghosszabbítja azáltal, hogy az al. sulf.-ot destillálvíz helyett 0.1% NaCl-ban oldja fel. A kísérletet 5 óra múlva zárja le. Vesebaj már $\frac{1}{4}$ - $\frac{3}{4}$ óra múlva erős pelyhesedést mutat, míg tuberculosishál ez csak 1 órán túl mutatkozik, luesnél pedig csak 5 óra múlva, mert a vérsavó fehérjéinek dispersitátsfoka még erősebb.

Duzár József: A sokféle colloidalis reactiók egyike sem lehet a prognosis szempontjából támaszkodni. Utal az általa felvett *haemoklinikus status* jelentőségére. A haemoklinikus status, a klinikai tünetek szigorú ellenőrzése, complicatiók és intercurrens megbetegedések figyelembe vétele mellett használható és igen megbízható adatokat szolgáltat.

Sipos Imre: A + és ++ próbáknak bizonyító értékük nincs, +++ csak activ gümőkórban észlelt, 20 kontroll-esetből 12 — a többi + és ++. Egy esetben, amelynél évekkal azelőtt súlyos gümös fertőzés ment előre, +++ a reactio.

Tóth Sándor: A kolloidlabilitásnak fertőzőes betegségéknél észlelhető fokozódását két folyamatból eredőnek tartja, egyik a szövetszétesés által van feltételezve s a szervezetet ért ártalom kifejezője, a másik a plasma stabilisabb fehérjeelemeinek labilisabbá való átalakulásából származik s ez viszont a szervezeti védekezés szolgáltatában áll. Egyetlen fehérjefractio viselkedésének figyelembevételét nem tartja elegendőnek arra, hogy belőle klinikailag egyértelmű következtetést vonhasson le.

A Magyar Röntgen-Társaság IV. tudományos ülése 1924 március 24-én a Budapesti Királyi Orvosegyesület kistermében.

Elnök: Gergő dr.

Jegyző: Révész dr.

Bemutatók:

1. **Weisz Ármin:** *Oesophagus-perforatiók következményei.* a) *Pneumopericardium:* Kétéves gyermek 1923 decemberben ivott lúgot. 1924 január 25-én szondával való tágitás után 30 percre a gyermek nyugtalan lett, erős mellkasi fájdalomról panaszkodott, arca szederjessé, légzése szaporává és felületessé vált. A rosszullét után azonnal Röntgen-vizsgálatra került és ekkor már a szív körül a pericardiumban helyenként $\frac{1}{2}$ -2 cm széles, világos rajzolat nélküli csík volt észrevehető, melynek külső határát a kifeszült pericardium, belső határát a szív alkotja. Huszonegy óra után a világos csík a szív körül szélesebb. Bemutatja a Röntgen-képeket és ismerteti a pneumopericardium Röntgen-tüneteit és differentialediagnosztikáját.

b) *Mediastinalis tályog és tüdőtályog.* Hároméves fiúgyermek 1923 szeptemberben ivott lúgot. Októberben kezdik a szondával való tágitást. A nyolcadik szondázás után a beteg igen erős fájdalomról panaszkodik. Lázás lett. Egy napig nem tudott nyelni, majd fájdalmai enyhültek és folyadékot újból iszik. A szondázás után a negyedik napon kerül Röntgen-vizsgálatra. Bariumos emulsió itatásakor kiderül, hogy a contrastfolyadék kifolyik és az oesophagus előtt és attól kissé balra egy körülbelül datolyanagyságú és alakú, hosszúkás kiöblösödésben gyűlik meg, a többi része a gyomorba jut. A később végzett vizsgálatnál a bal tüdő felső lebenyében körülbelül tojásnagyságú tályog van, melynek összefüggése az oesophagus előtti, hátsó mediastinumban fekvő tályogüreggel bariumos emulsió segítségével kimutatható és a lemezeken jól látható. A leletet a későbbi műtét, majd a sectio igazolta.

2. **Haas Lajos:** *Anatomiai varietások a kéz, láb és törzs csontvázán.* Gyakorlati szempontból a varietások három csoportba oszthatók.

Az I. csoportba tartozóknak nincs klinikai jelentőségük. Példa: 29 éves férfi I. háti csigolyáján spina bifida anterior, az oldalsó csigolyarészek csak középen egyesültek: továbbá a III. és a szomszédos *articulatio costotransversariák* golyóízletszerűen fejlődtek.

A II. csoportba tartozó varietások jelentőséget nyernek azáltal, hogy szorosan beleilleszkednek valamely kóros constitutio képébe. Példa: 13 éves, kóros con-

stitutiójú familiából származó fiú jobb kezén a *lunatum* és *triquetrum* egybeolvadt, közös csontot alkot. A fiú mikrocephal, idiota, thyreoidea és genitális hypoplasiasok, scapula scaphoidea van. Régebb tapasztalat, hogy constitutiós eltérések esetén aránytalanul gyakoriak a csontvarietások. Csontvarietás esetén mindig gondolni kell eltérésre az összconstitutióban.

A III. csoportba tartozó varietások azáltal nyernek pathológiai-therapiás jelentőséget, hogy a betegnek észlelt tünetek kórokai közt szerepet játszanak. Példa: 4 éves fiúcska, korához képest szokatlan pes planovalgussal. Az orthopaed csontvarietásra, os tibiale externumra gondol. A felvételen feltűnik: a *metatarsusok* epiphysisei nem egy, hanem két magból csontosodnak. A metatarsusok proximalis (ill. az I. metatarsus distalis) végén úgynevezett *pseudoeviphysisek* vannak, melyeknek jelentősége még tisztázatlan. *Josefson* endokrin stigmának tartja, de előfordul anélkül is. A *cuneiforme I.* két egymáshoz simuló csontból áll. A naviculare mellett szintén látható egy gombostűfejnyi külön csontmag, mely valószínűleg az os tibiale externum most megjelent csontmagja, amire az orthopaed gyanakodott.

Tehát ha csontvarietást találunk, mindig kutassunk más csontvarietás után; a klinikus kutasson a csontvarietás oka után az összconstitutióban s azok következménye után a klinikai tünetek közt.

Holitsch: Egy esetben megtalálta a *Zinner* által előre diagnostizált os tibiale externum fracturáját.

Zinner Nándor (mint vendég): Ismerteti a pathomechanismust, mellyel az os tibiale externum létrehozhatja a pes planovalgust, valamint az erre vonatkozó therapiás tapasztalatokat. A *Holitsch* által említett esetben a fracturált os tibiale externum eltávolítása a lábállás lényeges javulását eredményezte, míg a másik láb, melynek megmaradt az os tibialeja, változatlan állásban maradt.

Szondi Lipót (mint vendég): Rámutat a csontvarietások és a constitutio közötti szoros kapcsolatra. Részletesen foglalkozik a constitutiós eltérések genesisével, kiemelve, hogy azok igen gyakran familiarisak. Úgyhogy nemcsak a beteget, hanem minden esetben a hozzátartozókat is meg kell vizsgálni és különösen fontos az anya vérmirigyszervei terheiségi elváltozásainak kiderítése. Vizsgálataik szerint például a scapula scaphoidea nem a szülők luesének a jele, hanem éppen olyan gyakori gümőkóros és alkoholos szülők gyermekeinél is.

Előadások:

Bárony Tivadar: 1. *A duodenalis pylorusreflex.* A physiologiának az a tanítása, mely szerint a duodenumba jutott gyomornedv chemiai és mechanikai ingere zárja a pylorust, hibás.

Hirsch-Mehring-Moritz alapvető kísérletei szerint a duodenalis ingerek a gyomorból a duodenumba való ürülést szüntetik meg; ez azonban nem úgy történik, hogy a duodenalis ingerek direkt reflexszel zárják a pylorust, hanem ezek az ingerek a gyomor tonusát és peristaltikáját csökkentik s így megállítják azt a motort, mely a gyomortartalmat a duodenumba sajtolja. Ezt kétségtelenné teszik magának *Mehring*nek a kísérletei, ki resecált pylorusú gyomroknál is azt találta, hogy a duodenalis ingerre megállt a gyomortartalomnak a duodenumba való ürülése, pedig itt direkt pylorust záró reflexről szó sem lehet, hisz a kutyáknak nem is volt pylorusuk. *Hirsch-Mehring-Moritz* kísérleteiből csak azt a következtetést lehet levonni, hogy a duodenalis ingerek depressiót okoznak a gyomor izomzatán. De ez nem egy specialis duodenalis reflexnek az eredménye, ez a reflex csak egy fájdalom-reflex; már pedig minden fájdalomra izomdepressióval reagál a gyomor, bárholon is jön a fájdalom. *Hortobágyival* együtt végzett állatkísérletekkel kimutatták, hogy a physiologiában és a pathológiában előforduló sósavconcentrációk és mennyiségek — a duodenumba fecskendezve — semilyen kimutatható hatással sincsenek a gyomor izomzatára.

2. *A duodenalis motilitás.* Duodenalis fekélynél gyakran találunk fokozott izomműködést a gyomron, fokozott izomműködést a bulbuson és izomellazulást a duodenum alsóbb részén. Ez a „duodenalis izomsyndroma” (duodenalis motilitas) *Bayliss*, *Starling* beltörvényével jól megmagyarázható a gyomor-duodenum intramuralis beidegzésével a vagustól és splanchnicustól teljesen függetlenül. A *Hortobágyival* végzett állatkísérleteknél sikerült a splanchnicusok és vagusok átmetszése után ezt a duodenalis izomsyndromát kísérletesen is létrehozni.

A Debreceni Orvosegyesület XI. tudományos ülése 1924 április 3-án.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatók:

1. **Markó Dezső:** *Röntgennel észlelt tünetmentes gyomorperforatio.* 58 éves férfi Röntgen-képeit demonstrálja, kinek 6 hónap óta voltak gyomorpanaszai. Savértékek közepesek. Perforationak klinikai tünete nem volt. A Röntgen-képen a pylorustájáról hüvelyknyi vastag üregbe jutott a pép, mely felfelé megkerülve a máj elülső élet, a máj és a rekesz között jobboldalt elöl tenyérnyire kitágult. Frontalisan keskeny levegő-rés tetőzte be. Tekintettel a perforatio chronikus voltára, melyet egy későbbi Röntgen-vizsgálat változatlan lelete és egy supponált távoli máj-penetratio jelzett, műtétet hajtottak végre, mely a fedett perforatiót igazolta.

Nagy Géza: A bemutatott beteg a belklinikára sablonos gyomorpanaszokkal jött be és sem anamnesisében, sem klinikai képében nem voltak olyan momentumok, melyek a talált súlyos elváltozásra utaltak volna. Az utolsó 2 hónap alatt egyik körtérmeben négy letokolt gyomorperforatio fordult meg.

2. **Jánossy Gyula:** *Lovaglónadrágszerű paraesthesiát okozó gerinccvelő-lues.* Incontinentia urinae et alvi, teljes impotentia coeundi mellett a conus megbetegedésére jellemző „lovaglónadrágszerű” területen éles határú paraesthesia volt kimutatható. Az esetet érdekessé teszi akut lázas kezdete, továbbá a lues ritka localisatiója.

Előadás:

3. **Kreiker Aladár:** *A szemtükrözésről vöröshíjjas fényben.* A vöröshíjjas fény fizikai és élettani sajátosságainak rövid ismertetése után áttér e tükrözés kivitel módjára. Ilyen fényben az érhártya rovására a retinából visszavert fény nagy mennyiségben megszaporodik. Ezért retinatükrözésről is beszélhetünk. A szemfenéki kép általános ismertetése után a haladásra mutat rá. 1. Sikerült élőben is láthatóvá tenni a macula lutea sárga színét. Kétséget kizárólag bebizonyult, hogy ez a sárga szín a retina hátsó rétegein átívódó lakfesték, amely kóros körülmények között el is tűnhet, így tapeto-retinalis degenerációk, albinismus, a színlátás rendellenességei, retinitis stb. kapcsán. Vizsgálta a sárga folt kiterjedését. Szerinte ez nagyobb, mint általában feltételezzük: 2–3-szoros papilláris átmérőt is elérhet. Ezt különösen szépen látta egy frissen enucleált szem ép retinájának a vöröshíjjas fényben való vizsgálásánál. 2. A rostrendszer ép szemfenékén jól látható. Atrophiák esetében ez a rostrendszer szétesik (*Vogt*) különösen fontos ez az axialis neuritis prognosist illetően. 3. Részletesen foglalkozik a szemtükrözés fényreflexekkel, melyek nagy változatosságban láthatók vöröshíjjas fényben. *Dimerel* és az általánosán elterjedt nézetet azt állapítja meg, hogy ez érreflex mindig a limitans internán keletkezik és nem a tengelyáramban, azaz a véroszlopon. Ezt a megállapítást analógiákkal és kísérletekkel is támogatja. Azután az ú. n. felszínreflexekről és a *Forst*-féle csillogó pontokról szól, amelyeket a ganglionsejtek okozta limitans bedomborodástól származtat. Ezután a foveareflexek ép és kóros alakjait ismerteti. Ezeket is, mint a legtöbb principialis jelentőségű dolgot, mely a vöröshíjjas fényben láthatóvá válik, először az eljárás felfedezője, *Vogt* írta le. Visszapillantva az elmondottakra arra az eredményre jutott, hogy ezek a javarészt morphologiai felfedezések — mint a réses lámpán is — csak a jövőben fogják megteremteni therápiái gyümölcseiket.

HETI KRÓNIKA

A legjelentősebb kulturális eseményünk a múlt héten a Lex Klebelsberg volt, amely a középiskolai oktatást újból szabályozza. Az elemi iskolák egységesek, a főiskolák szétágazók, minthogy pedig a kettő közötti ürt a középiskolának kell kitöltenie, az egy karos gvertartóhoz válik hasonlóvá, mely egy közös törzsből kiindulva, szétágazik. Kérdés, hogy ez a megosztás mikor és mily mértékben történjék.

A régi középiskola egységes volt és hat osztályból állott, amely után azonban, de még a főiskolai tanulmá-

nyok előtt, egy kétéves úgynevezett philosophiai tanfolyam vezette a tanulót választott szakmájához. A pályák folytonos differenciálódása következtében lassankint újabb megosztás vált szükségessé; a gymnasiumtól tehát külön választották a reáliskolát. Németországban utóbb a reálgymnasiumok felállításával segítettek a nehézségeken. Másutt, mint *Zelovich* is óhajtaná, a középiskola alsó osztályai egységesek, csupán a felső évfolyamok ágaznak szét.

Még mozgékonyabb az amerikai rendszer, ahol a középiskola (High School) négy évfolyamból áll, utána a választott szakma szerint egy kétéves előkészítő tanfolyam (College of Arts, College of Sciences, Premedical College stb.) következik. A mozgékonyaságot azzal érik el, hogy nagy teret engednek a diák egyéni hajlmainak. A High Schoolban a 15 főtárgy közül csupán 8 van mindenkire egyformán kötelezően előírva, hetet a diák bizonyos felsorolt másodrendű tárgyak közül választhat. A Premedical College-ben pedig a hallgató válogathat pl. a modern nyelvek, a behatóbb természet-tudomány, bölcsészet, felsőbb matematika, történelem, szociológia, vagy a politikai tudományok közül. „Ennek a változatosságnak előnyei szembeszökők; megengedik az egyéni tehetségeknek kifejlődését és a tehetséges egyéneknek érvényesülését. Így pl. a hygienikusok között hajlamaik szerint lesznek szociológiai, természet-tudományi, technikai, epidemiológiai, statisztikai, adminisztratív specialisták; mások a testnevelést, klimatológiát, demographiát, eugenetikát stb. fogják kidomborítani.”

A mi új törvényünk szintén a reálgymnasiumot állította fel. A realis tudományok évtizedes előretörése után azonban újabban mindenfelől reactio jelei mutatkoznak. A világ megint egy kissé több klasszikus műveltség, puritánabb erkölcsök és antik idealismus után vágyakozik. Ezért újra népszerűek lettek a humaniorák. Nálunk mintegy 10 év óta agítál ebben az irányban a *Berzeviczy* elnöklete alatt működő „Humanistikus gymnasium barátainak egyesülete”. Hasonló mozgalmakat külföldön is látunk, Amerikában a Boston Latin School, Angliában a cambridgei egyetem mozgatja ezeket; a francia egyetemek nevében pedig Mordagne memorandumban a múlt héten fordult a francia kormányhoz, követelve a francia genius érdekében a klasszikus műveltségnek fokozott meghonosítását.

Bármilyen is legyen a törvény, holt intézkedés marad, ha csak jól végre nem hajtják; ennek előfeltétele azonban a tanári kar megreformálása és feljavítása. Eddig sem a rendszer volt egyedüli oka a bajoknak. Be kell vallanunk, hogy a gymnasium a latin, modern nyelvek, földrajz, természetrajz stb. terén csak igen gyenge ismereteket nyújtott. A tanításnak lendületét, mélységét és praktikus erejét kell tehát fokozni.

A felső oktatásnak tökéletesítése mindenütt ropant gondot okoz az irányító köröknek. A szaklapok telve vannak tervekkel, panaszokkal, mozgalmakkal és összeütközésekkel, amelyeknek forrása a viszonyok rendezetlensége. Az orvosok megélhetése mind nehezebbé válik és mégis mind többen vetik magukat erre a pályára. A szakma mindig nagyobb anyagot ölel fel, a kiképzés pedig nehezebbé, hosszabbá és költségesebbé válik. *Flexner*, aki 25 év óta tanulmányozza az orvosi kiképzést az egész világon és aki erről számos nagy munkát írt, az amerikai orvosi oktatási tanács kongresszusán végigtekint úgy az európai mint az amerikai viszonyokon és alig talál örömdetes jelenségeket. Franciaországban csak két kiváló egyetemet talált, a párisit, mely nagy beteganyagának és a strassburgit, mely a németek által létesített szervezeteinek köszönheti kiválóságát. Az angol orvosképző College-ket mindinkább az egyetemek alá rendelik; kezdik az annyira ócsárolt német mintájú klinikákat meghonosítani. Itt azonban túllőttek a célon azzal, hogy a „wholetime” professorkat alkalmazták, akiknek nem volt szabad magánpraxist üzniök és minden idejüket a klinikájuknak kellett szentelniök. Az ilyen tanárok elvesztik az étellel való kapcsolatot, géppé alakulnak: lassankint tehát visszatérnek az angolok is a „parttime professor”-rendszerre.

Ropant átalakulást jelent Angliában, ahol eddig a felső oktatás is egészen magánkézben volt, hogy most

¹ Prof. Nékám Lajos „Egyetemi problémák” című tanulmányából, 8. oldal.

² Annual Congress on Medical Education, Medical Licensure, Public Health and Hospitals. Chicago, 1924 március 3.

az állam veszi kezébe annak rendezését. Itt-ott már királyi tanárokat (regious professor) neveznek ki és egy „Medical Research Council“-t létesítettek, mely évi 125.000 font (40 millió magyar korona) felett rendelkezik azért, hogy tehetséges fiatal orvosok továbbképzését előmozdíthassa.

Amerikában is nagy az átalakulás. Ott is alkonyodik a magán-collegeknek; ezeknek száma 20 év alatt 152-ről 82-re csökkent, amelyek közül 63 már valamely egyetem fennhatósága alá került. A nyugati államokban már State University-k alakulnak, melyeket a polgárok adójából tartanak fenn. A tanfolyamokat, melyek régebben csak két esztendeig tartottak, ma már négy évre emelték, minthogy pedig ehhez az említett 2 éves Pre-medical college és egy többnyire már kötelező gyakorlati év járul, az orvosi tanítás tehát már hét évet vesz igénybe. Ennek dacára a tanulók száma évenként mintegy 1000-rel szaporodik. 1921–1922-ben 11.610, az idei tanévben 16.736 volt.

A diákok számának csökkentése céljából tehát a numerus claususnak egy nemét (limitation of enrollments) vezették be. Ennek kezdeményezője a John Hopkins-egyetem volt, mely 1912-ben közhírré tette, hogy innen kezdve egy-egy korosztályban már csak 96 diákot fog felvenni. A 82 College közül azóta már 59 limitálta a felvehetőket számát.

Az amerikai oktatás, mint Flexner magát kifejezi, az utóbbi években quantitativ orgiát ült a kvalitás rovására. Roppantul gazdagodott pénzben, épületekben, felszerelésben, könyvtárakban és a hallgatóság számában, az igazi szellemi haladás tekintetében azonban még csak a gyermekbetegségek korát éli.

Az orvosi existencia megnehezedése más-más tünetekben nyilvánul meg. Egyes helyeken (Anglia, Németország) nagy harcok folynak a betegpénztárakkal; Németországban erre néhol visszaesett a hallgatók száma (Rostockban például már csak 5 elsőéves orvostanhallgató volt és ezek közül is 3 külföldi). Ausztriában az orvosoknak több mint fele Bécsben verődött össze. Értendő tehát, hogy a külföldiek megtelepedését törekszenek megnehezíteni és ezért a bécsi egyetem is behozta a „külföldi“ diplomát, amely nem ad jogot az Ausztriában való praktizálásra.

A kolozsvári egyetemen 82 elsőéves iratkozott be és ezek között is csak 7 magyar volt, noha a magyarság a környék majoritását képezi.

A balkáni egyetemeken az ifjúság forrong; Kolozsvárt, Belgrádban, Szófiában és Bukarestben zavargások voltak. Befolyást követelnek az egyetem vezetésére, amint a perosz szociális kormány is Arbeitsgemeinschaftokat létesített a tanárok és a diákok között. E befolyás Argentiniában annyira fajult, hogy a diákság még a tanárok kinevezésébe is beleavatkozik, ami gyakran súlyos collisiókhöz vezet. Egyiptomban az angol származású tanárok és assistensek ellen irányul a mozgalom, akiknek helyét mohammedánokkal óhajtják betölteni.

Még a gazdag Hollandia is tele van panaszokkal, pedig ott 7 millió lakosra csupán 3000 orvos jut, akik azonban alig képesek megélni, még pedig az egészségügyi viszonyok túlságos megjavulása miatt; az emberek elszoknak a betegségektől; 1923-ban az orvosok már csak 60–70%-át keresték meg a békebeli jövedelmüknek, pedig ott 2000 lakosra jut 1 orvos, míg nálunk 1660-ra. Ott is felmerült tehát a felveendő orvostanhallgatók száma restringálásának kérdése (Prof. van der Hoere). Végeredményben azonban csak arra szorítottak, hogy az érettségiző ifjúkat fel fogják világosítani az orvosi pálya nehézségeiről.

E sok nehézség tanulságokat nyújt számunkra is. Orvosi kiképzésünkben a kvantitásról a kvalitásra kell áttérnünk; kevesebb, de kitünőbb embert kell nevelnünk. Ennek előfeltétele azonban nemcsak a középiskolák megjavítása, hanem egyetemi intézeteink rendbehozatala, megszakadt könyvtáraink kiegészítése, ezenkívül a külfölddel való érintkezésnek bőséges utaztató segélyek által való előmozdítása. A fontosabb külföldi centrumokban egy-egy szerény magyar házat kellene létesítenünk, melyben a külföldön tanuló ifjúságunk ideiglenes otthon találna.

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.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület I. rendkívüli tudományos ülésének, melyet az Egyesület Alkohol-Bizottsága rendez április 11-én (pénteken) délután hat órákor, a napirendje: Hozzászólások: **Benedek László:** az alkoholizmus hatása az idegrendszerre c. előadásához. Április 12-én (szombaton) tartandó rendes tudományos ülésének programja: Előadások: 1. **Kubányi Endre:** Vértransfúziós tapasztalatok. 2. **Karoliny Lajos:** Histológiai adatok a petefészek eredetének morfológiájához. 3. **Mansfeld Ottó:** A petefészek megtartására, pótlására és befolyásolására törekvő beavatkozásokról.

A németek 39. balneológiai congressusukat április 14–17-ig tartják Homburg v. d. H. fürdőben. A német visumot ingyen állítják ki a külföldi látogatóknak, kiknek elhelyezéséről és ellátásáról előzékeny gondoskodnak. A congressus, melynek élén kiváló professorok és balneothérapeuták állanak, tudományos tekintetben sokat ígér. Főtitkár; Dr. Hirsch Charlottenburg. Frauentiefenstraße Nr. 16.

A kir. magy. Természettudományi Társulat élettani szakosztálya kétszázadik jubileumi ülését április hó 15-én este 6 órákor tartja az Élettani Intézetben a következő tárgyakkal: 1. **Lenhossék Mihály:** Az emberi magzatok nemi arányáról. 2. **Liebermann Leó:** A legegyszerűbb életjelenségek okozóiról. 3. **Tisztikar választása.** 4. **Schaffer Károly:** A neurofibrillák jelentőségéről. 5. **Verzár Frigyes:** A tonusos ideg ingerület.

Doktorrá avattattak a Pázmány Péter-egyetemen múlt hét szombatján: **Bárka Imre, Bermann József, Gestettner Alajos, Halász Pál, Kirchner Ödön, Nedelák Béla és Szilágyi Jolán.** Üdvözljük az új kartársakat!

Meghalt prof. Robert Heinz, a kísérletes gyógyszer-tanára Erlangenben. Munkában gazdag élete számos monográfián kívül különösen két jelentékeny könyvet hagyott hátra: *Experimentelle Pathologie und Pharmakologie* 1906 és *Arzneimittellehre* 1907. Az előbbi többkötetes kézikönyv, a kórélettant és gyógyszerhatástani elméletének és metodikájának hatalmas irodalmi készülettel feldolgozott és tanító érzékkel gondosan szemléltetett anyagát tárja fel, az utóbbi iskola és élet számára írt tankönyv. Mint tudós és mint ember egyaránt veszteség az ő elmulása.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 30-tól április 5-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	7 (2)	Gyermekágyi láz.....	— (—)
Kütes hagymáz....	7 (3)	Báranyhimlő.....	39 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Jár. fültőmirigylob ..	8 (—)
Kanyaró.....	66 (1)	Vérhas.....	12 (—)
Vörheny.....	37 (1)	Jár. agygerincgyhártyalob ..	1 (—)
Szamarhurut.....	16 (5)	Trachoma.....	— (—)
Roncs. torok-és gégeglob	14 (1)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	12 (3)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	1 (—)

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!

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Svábhegyi szanatórium
Klimatikus, diétás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Nap- és légfürdők. I. EÖTVÖS-ÚT 12.
Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézete

Budapest VIII, Vas-utca 17. Ideg-, belbetegek és üdülők gyógyhelye. Diéta kúrák diabetes stb. anyagcsere-zavaroknál.

RÖNTGEN-ODELGA

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

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

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.

PÁLYÁZATOK.

Somogyvármegye kaposvári közkórházánál lemondás folytán megüresedett egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A pályázati kérvények Somogy vármegye főispánjához, méltóságos Sárközi György úrhoz címzendők, de a kórház igazgatóságánál nyújtandók be és pedig folyó évi április hó 20-áig.

„Tablettaa Dr. Egger“

pontosan adagolt, az orvosi gyakorlatban jól bevált, használatra kész gyógyszeralkatok:

Laxantia: Tabl. Laxativum vegetabile Dr. Egger
» Pill. rhei compos. Dr. Egger

Roborantia: Tabl. Acid. arsenicos, 0.001 Dr. Egger
» Pill. Blaudii Dr. Egger
» Pill. Blaudii c. ac. arsenic, Dr. Egger

Calciumtherapia: Tabl. Calc. phospholactic. Dr. Egger 0.50
» Calc. chlorat. 0.1
Inj. Calc. chlorat. Dr. Egger 50/o
» » bromat. Dr. Egger 50/o

Syr. Hypophosphit comp. Dr. Egger legrégibb magyar nervinotonicum.

Vaccinae sec. Dr. Pápay. Neurolysin sec. Dr. Pápay-int. I., II., III.

Okleveles pályázó hiányában kórházi gyakorlatra utasított pályázó is kinevezhető. Lemondás az állás elhagyása előtt egy hónappal bejelentendő. Az állás az állami tisztviselőkre nézve megállapított X. fizetési osztály járandóságaival van egybekötve, de ezen felül a kinevezett a kórházban lakást és első osztályú étellemezést is kap. Az étellemezést azonban az előállítási díj fele a kórháznak megtérítendő. Kaposvár, 1924 április hó 4-én.

Dr. Szigethy Gyula Sándor, kórházigazgató, m. kir. egészségügyi főtanácsos.
258 ált./1924.

KELETI J. BUDAPEST

IV., PETŐFI SÁNDOR-UTCA 17b (Koronaherceg-utca)
TELEFONSZÁM 13-76 ALAPÍTTATOTT 1878

Állandó nagy raktárt tart villamos orvosi készülékek, diathermia, Hanau quartz-lámpa, Pantostat manométeres vérnyomásmérők stb., melynek megtekintése érdeklődőknek nagyon ajánlható! Elvállal gyors és pontos kiszolgálás mellett műszerek javítását, nikkelezését és élesítését.

DR. GUHR-FÉLE SZANATÓRIUM

Tátraszéplak — Tatranska-Polianka

1010 méternyire a tenger színe felett, magaslati gyógyhely egész évi üzemmel

A magaslati klíma és magaslati nap gyógytényezői, egyesítve hosszas orvosi tapasztalat és modernül berendezett physikai-dietetikus szanatórium gyógyfaktoraival. Elsőrangú diéta konyha, vízgyógyintézet, szénsavas-fényó-, villanyos-fényfürdők, Quars-, d'Arsonval-, Tesla-, Bergonie-villanyos kezelés. Fekvő-csarnokok. Röntgen, orvos-chemiai laboratórium, svéd gyógy-gimnasztika és massage. **Javaltok:** Basedow-kór, chlorosis, vérszegénység, Addison ideg-anyagcserebetegedések, diabetes, adipositas, asthenia, emelkedett vérnyomás, hypertonia, klimakterium, reconvalescentia, tüdőhílus-zárt, tüdőcsúcs-és specifikus izületi és csontmegbetegedések, asthma bronchiale nervosum et juvenile, gyermekek és felnőttek exsudatív diathesise, tüdőemphysema.

Elme- és fertőző megbetegedések kizárva.
Szánatóriumi napi pauszálár 45 csK-tól feljebb.

Vezető főorvos: Dr. GUHR MIHÁLY
Több segédorvos Fogorvosi rendelő
Felvilágosítást nyújt, fürdővizumot szerez: Dr. ADORJÁN LÁSZLÓ Menetjegyirodában, Vigadó



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisk-dietetikus magaslati gyógyhely, 1040 m magas

SEMNERING

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

TABL. FERRI PROTOXAL. SINE ET C. ARS. DEÉR

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható.

„Jó pásztor“ gyógyszerár. Budapest IX, Ráday-u. 18

Methylenazur-Eosin-oldat

Romanowsky-Giemsa festéshez 25, 50, 100 g-os originális üvegekben.

FESTÉKOLDATOK bakteriologiai és szövettani vizsgálatokhoz.

REAGENSEK ÉS NORMÁLOLDATOK a vizelet, széklet, vér és gyomortartalom vizsgálatához.

Dr. DEÉR ENDRE laboratóriuma, Budapest IX, Ráday ucca 18. Telefon: József 23-23

SZANATORIUM TÁTRA-MATLÁRHÁZA (Tatranske Matliary) EGÉSZ ÉVEN AT NYITVA!

2 km-re Tátralomnictól. Fekvőkúra. Elektro- és hydrotherapia. Hízókúra. Röntgen-laboratórium. Mesterséges napfény. Pneumothorax. Orvosi vegyi laboratórium. Elsőrangú ellátás, lakás, fűtés, világítás, nyugvóágyak és orvosi kezelés együtt Ké 40—52.

Orvosok: Dr. Holzmann Gyula és dr. Ekstein Arnold. Közelebbi felvilágosítással készséggel szolgál a Fürdőigazgatóság

JÁSZKARAJENŐI „MIRA“ GLAUBERSÓS GYÓGYVÍZ

Egyike a világ legjobb glaubersós ásványvizeinek. Használható mindenütt, ahol „karlsbadi kúra“ indikált, így habitus obstitatio, epekő, sárgaság, köszvény, vastagbélhurut, plethora abdominis, adipositas stb. esetén.

Részletes ismertetéssel és felvilágosítással szolgál:

„MIRA“ GYÓGY. ÉS KESERŰVÍZFORRÁS RÉSZV. TÁRS. BUDAPEST V, HOLD-UTCA 1. TELEFON: 147-03.

KURHAUS SEMMERING

Fizikai-dietetikus magaslati gyógyintézet. 1000 m.-nyire a tenger színe felett, két órányira Bécsből a Déli-vasúton. Subalpesi mag slati égh-jlat. Összes modern gyógyeszközök. — Főorvos: Med. Rat Dr. F. Hansy. — Tavasszal és ősszel mérsékelt árak. —

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:

Rókay Zoltán: A szamárköhögés specifikus prophylaxisáról. (237—239. oldal.)

Czeizel János: A Highmor-üregbe nőtt fog által okozott empyema esete. (1 műmellékleten 2 ábrával.) (239—240. oldal.)

Torday Árpád: A kerek gyomorfekélyről, különös tekintettel az alkatra. (240—242. oldal.)

Rosenthal Jenő: A physicalis vizsgálat és Röntgen-diagnostika vonatkozásairól. (242—245. oldal.)

Diagnostika. Pollerman Artur: Újabb eljárás a nyelőcső-szűkületek átvilágítására és fotografálására Röntgennel, főleg gyermekeknél. (1 műmellékleten 4 ábrával.) (245. oldal.)

Therapia. Went István: Az alveolaris pyorrhoea bakterio-therapiájáról. (Előzetes közlemény.) (245—246. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése. (246—247. o.)

Lapszemle. Belorvosok. — Szemészet. (247—248. oldal.)

Az Országos Balneológiai Egyesület XXIX. kongresszusa 1924 április 4 és 5-én. (248—249. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 11-i rendkívüli tudományos ülése. (249—251. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 április 9-i ülése. (251. oldal.)

Heti krónika. (251—252. oldal.)

Vegyes hírek. (252. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti állami gyermekmenhely közleménye (főorvos: Torday Ferenc dr., egyetemi tanár).

A szamárköhögés specifikus prophylaxisáról.*

Írta: Rókay Zoltán dr. alorvos.

A szamárköhögés elleni specifikus védekezés újabb keletű; a nemspecifikus védekezés általában kevés eredménnyel járt, ami könnyen érthető a szamárköhögés nagy ragályozóképessége révén (91% contagium-index), mely a legnagyobb éppen a kevésbé jellegzetes hurutos időszakban s valószínűleg csak a convulsiv stadium ötödik hete után szűnik meg. A fertőzést a köhögéssel kiropított páracseppbe foglalt kórokozók közvetítik, amelyek valószínűleg nagyobb távolságokra nem sodortatnak. Ezen feltevésen alapul Czerny védekezése, aki klinikáján 1½ méteres ágytávolság következetes betartásával a szamárköhögéses ragályozás továbbvitelét meg tudta akadályozni. Másoknak nem voltak ilyen jó tapasztalataik. Az elkülönítés sem messzefektetéssel, sem szobazárlattal nem vihető keresztül eredményesen élénkebb forgalmú, zsúfolt, nagyobb intézetekben, még kevésbé a mindennapi életben.

A himlőoltással való védekezés szamárköhögés ellen hasonlóképpen nem bizonyult célravezetőnek, ugyanígy a gyógyszeres védekezés sem.

A specifikus védekezést többen megkísérelték a szamárköhögést kiállottak vérsavójával való védoltással, mely védekezési eljárás főképp a kanyarónál, eredményesnek bizonyult. A szamárköhögés jól jellegzett kórképének sajátosságaihoz tartozik az, hogy az intoxicációs jelenségeknek nincsen olyan culminációs pontja, mint például kanyarónál. Valószínű tehát, hogy a képződő ellenanyagok mennyisége sem emelkedik meghatározott időben egy kimagasló tetőpontra; az eddigi immunológiai vizsgálatok pedig nem adnak arra felvilágosítást, hogy mely időben kerülnének az immun-anyagok a vérben a legnagyobb koncentrációban, ezért logikusan nem állapítható meg a reconvalescens-savóhoz szükséges vérvétel legalkalmasabb időpontja. Ezen elméleti aggályoknak jogosultságát igazolja a gyakorlat is. A pertussis-reconvalescens-savó hatásosságáról az eddigi kísérletek kevés meg-

gyöző adatot közöltek. Kis anyagon végzett saját kísérleteink is eredménytelenek voltak.

A pertussis aetiológiájának kutatásában korszakalkotó volt a Bordet-Gengou-bacillusok felfedezése, ami egyszersmind az activ immunisatio alapját vetette meg. A Bordet-Gengou-bacillusnak a többi kórokozóként leírt csírral szemben előnyt biztosított az a körülmény, hogy a pertussis-reconvalescens vérével positiv agglutinatio és complementkötési reakciót ad.

Egyes szerzők a szamárköhögős betegek nagy többségénél (Inaba 88%-ban) megtalálták a Bordet-Gengou-bacillusokat, viszont máshol más szamárköhögéses járványokat észlelő szerzők csak kis százalékban (Odaira 28%-ban; Fraenkel 21%-ban) tudták kimutatni.

Az agglutinatio és complementkötési reakcióvizsgálatok is igen különböző eredményekkel végződtek. Fraenkel például 5 eset közül csak egyszer tudott complementkötési reakciót kimutatni. Scheller egyszer sem tudott sem positiv agglutinációt, sem complementkötési reakciót kapni. Más szerzők viszont az általuk kórokozónak mondott mikroorganizmusokkal tudtak specifikus immunreakciókat létrehozni. Így Manikatische az általa 1903-ban leírt Z-bacillus-extractummal, mint antigennel 19 pertussisosnál positiv complementkötési és agglutinációs reakciót kapott. Más pertussisban nem szenvedő 6 hurutos betegnél a complementkötés negatív volt.

Klimenko a Bordet-Gengou-bacillusok átoltása útján állatoknál pertussishoz hasonló megbetegedést idézett elő. Ugyanez sikerült azonban már régen Letzerichnek, Tschamernek és Afanassiefnek az általuk leírt csírokkal.

A szamárköhögés kóroktanát kutató vizsgálatok eredményét klinikai szempontból értékesen egészíti ki Czerny nézete, amely szerint a pertussis-esetek egyik részét valószínűleg a Bordet-Gengou-bacillusok idézik elő, más részét pedig egyéb mikroorganizmusok, esetleg többen együtt, mint azt például pneumoniánál látjuk. Czerny álláspontját Niemann és más szerzők tapasztalatai is megerősítik. Két év előtt megjelent monografiájában Pospischil azon klinikai megfigyelését közölte, hogy az egyes járványcsoportokon belül minden pertussisos beteg az illető csoportra egészen jellegzetes klinikai képet és kórbonctani sajátosságokat mutat. Elképzelhetjük, hogy az egyes járványcsoportoknak a tipusos klinikai képét, nemcsak a különböző vegyes és másodlagos fertőzés, hanem más és más mikroorganizmusnak az aetiologiai szerepe szabhatja meg.

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1923 dec. 15-én.

Czerny és híveinek klinikai megfigyelései, továbbá a felsorolt bakteriologiai vizsgálatok eredményei alapján tehát nem tekinthetjük kétségtelenül bebizonyított-nak a Bordet-Gengou-bacillusok specifikus kórokozó voltát; mégis ezen feltevés képezte a számarköhögés elleni specifikus védekezés alapját. Amerikában, Dániában és másutt a hatósági bakteriologiai intézetek a számarköhögés rendszeres bakteriologiai kórismézésére rendezkedtek be.

Két év előtti külföldi tanulmányutam alkalmával Kopenhágában Madsen tanár vezetése alatt álló állami serumintézetben alkalmam volt a Dániában mintaszerűleg megszervezett pertussis elleni védekezést és a vizsgálatok menetét alaposan tanulmányozni. A serumintézetben kis pléhdobozba Meyer és Chievitz módszere szerint készült krumplis-glycerines véragart öntenek, a dobozt sterilén elcsomagolva a beteghez juttatják, ahol a gyanús köhögő beteget 10 cm távolságról körülbelül 20 másodpercig reakcióhőgtetik. A dobozt postán a serumintézetbe visszaküldik. A beteg hozzátartozóit vagy az orvost 2-szer 24 óra múlva értesítik az eredményről.

Nemcsak ott, ahol a számarköhögés bakteriologiai kórismézésére berendezkedtek, de egyebütt is többen megkísérelték a számarköhögés elleni védekezést Bordet-Gengou-bacillusokból készült vaccinával. Az elért eredmények igen különbözők úgy a tiszta kulturából készült vaccinával végzett védőoltásoknál, mint azoknál (Appel és Bloom; Paterson és Smellie), hol a Bordet-Gengou-bacillusokhoz más mikroorganizmusokat (streptococcust, staphylococcust, micrococcus catarrhalist, influenzabacillust) is keverték.

A számarköhögés elleni vaccinás védőoltások megkezdése előtt a bakteriologiai diagnostikára rendezkedtünk be Meyer-Chievitz eljárása szerint. Csatlakoznunk kell Kleinschmidt azon tapasztalatához, hogy a táptalajok elkészítése és a bacillusok identifikálása sok fáradsággal jár, nagyobb laboratoriumi berendezkedést igényel s ezért a rendszeres bakteriologiai vizsgálat tömegesebben célszerűen csak hatósági intézetekben végezhető.

A bakteriologikus vizsgálataink során a pertussis betegek egy részénél a Bordet-Gengou-bacillusokat sikerült kimutatnunk, ezeknek szobátársait Bordet-Gengou-bacillusokból készült vaccinával kíséreltük meg a fertőzéstől megóvni. Hogy az oltóanyagunk jószágában egészen biztosak legyünk, eleinte közvetlenül Madson tanár intézetéből Kopenhágából, illetőleg Pribram tanár intézetéből, Bécsből szereztük be a Bordet-Gengou-törzseket s ebből készítettük a vaccinát Meyer és Chievitz előírása szerint és végeztük az oltásokat ugyanúgy az ő előírásuk szerint.

A Bordet-Gengou vaccinával végzett védőoltások eredménye:

Csoport		Megbetegedések száma oltás előtt	Védőoltottak száma	Nem betegedett meg 3 hónap alatt	Megbetegedett
I.	4	Bordet-Gengou-bac. kimutatható	40	39	1= 2.5%
II.	8		14	14	0= 0%
III.	3	Bordet-Gengou-bac. nem mutatható ki	58	52	6=10.3%

Azon csoportoknál, ahol a tipikus pertussisban megbetegedettek közül egynél sem sikerült a Bordet-Gengou-bacillusokat ismételt és gondos vizsgálatok dacára kimutatni, alakult ki bennem az a gondolat, hogy a védekezésnek egy más módját válasszam. Megérősített ezen gondolatmenetben a Bordet-Gengou-vaccinával történt védőoltások változó eredménye. Amint a táblázatból is kitűnik, az első két csoportban, ahol a fertőzés kiindulásaként szereplő pertussis betegeknek a Bordet-Gengou-bacillusokat sikerült kimutatni, a védőoltások eredményesek voltak. A harmadik csoportnál evvel szemben, ahol a fertőzés kiindulásaként szereplő

pertussis betegeknek a Bordet-Gengou-bacillusokat nem sikerült kimutatni, a Bordet-Gengou-vaccinával való védőoltás eredménytelenül végződött.

Azon feltevésből indultam ki, hogy az ilyen típusos pertussis-esetek egyes csoportjainál mindig más és más mikroorganizmusnak vagy mikroorganizmusoknak jut aetiológiai szerep. Arra törekedtem tehát, hogy minden eset kapcsán a pertussisok légutai előforduló legtöbb bakteriumot optimális feltételek között tenyésztessem ki s a kitenyészített bakteriumokból készítsek az illető csoport megvédésére vaccinát.

Minden egyes esetben a számarköhögős beteget 5 embervérrel készült Schottmüller-táptalajra és 5 Meyer-Chievitz módosítása szerinti Bordet-Gengou-táptalajra köhögtem reá. A Bordet-Gengou-táptalaj készítéséhez szintén embervért használtam; s mivel a táptalaj az eredeti előírás szerint puhára sikerült, a felénél kevesebb vért vettem.

Így összesen tíz táptalajból nyertem a talán legcélszerűbben autocsoportvaccinának nevezhető oltóanyagot.

A Meyer-Chievitz szerinti köhögési permet-felfogási methodust azért választottam, mert a pertussis típusosan aërogen úton fertőző megbetegedés lévén, a kórokozó csírnak a köhögési sprayben a fertőzés lehetőségének idején jelen kell lennie, másrészt mert a permet felfogása által az egyes kolóniák szépen izoláltak tenyésznek és így a különböző csírok között fennálló antagonizmus megnyilvánulásának kisebb a lehetősége.

A kulturákat a második, vagy a harmadik napon lekenve, formalinozott physiologiás kenyhasó-oldatban homogenizáltam. Carbolozás és a bakteriumtartalom megszámlálása után sterilítási próbát végeztem, amelynek negatív eredménye után az így elkészült vaccinából a fertőzésnek kitett gyermekeknek négy napi időközökben 0.5–1.0 cm³-t (átlag 30 millió csírtartalommal) összesen háromszor bőr alá befecskendeztem. A befecskendezésre 3–4 esetben kaptam helyi reakciót, az injectio helye körüli lobos duzzanat alakjában, amely két nap múlva teljesen eltűnt. A gyermekek többször reagáltak 37.8 C°-ig terjedő hőemelkedéssel néhány órával a befecskendezés után.

Az auto-csoportvaccinával végzett védőoltások eredményei a következők:

Csoport	Megbetegedések száma oltás előtt	Védőoltások száma	Nem betegedett meg 3 hónap alatt	Megbetegedett
I.	3	6	6	0
II.	3	1	1	0
III.	1	3	2	1
IV.	2	18	18	0
V.	1	19	19	0
VI.	1	41	41	0
VII.	1	9	8	1
VIII.	5	7	7	0
IX.	1	3	3	0
X.	2	5	5	0
XI.	1	8	8	0
XII.	1	5	5	0
Összesen	22	125	123	2 azaz 1.6%

Egyes csoportokra szeretném a figyelmet külön is felhívni; nevezetesen a II. csoportban szereplő egy gyermek az oltás után 6 újabb fertőzési lehetőségnek volt kitéve s dacára ennek, nem lett pertussis. A 3. csoportban levő 3 gyermek pedig három héten át 5 hevenyen megbetegedett pertussissal volt együtt egy szűk szobában s dacára ennek, a 3 közül csak 1 betegedett meg pertussisban. A VII. csoportban egy gyermeket techni-

kai okokból nem oltottam be, s ez pertussist kapott. A IX. csoportban kontrollképen két gyermeket nem védoltottam, s mind a kettő pertussissal fertőződött, míg a három beoltott pertussistól mentes maradt.

Távol áll tőlem az a szándék, hogy ezen jó eredmények kapcsán az auto-csoportvaccinát a pertussis biztos prophylacticumának tekintsem, csupán arra szorítkozom, hogy miután 12 csoportban 125 beoltott gyermek közül, akik a legimminensebb fertőzési lehetőségnek voltak kitéve, csak 2 gyermek, azaz 1-6% betegedett meg, ezt az eredményt ne a pusztán véletlennek, hanem az auto-csoportvaccina specifikus hatásának tulajdonítsam, annál inkább, mert az idejű pertussisjárványnak nálunk igen nagy ragályozási tendenciája volt, amit az alábbi adatok is igazolnak. A kontrolltáblázatban összefoglaltam az állami gyermekmenhely különböző osztályainak megbetegedési arányszámát a nem védoltott csoportokban körülből ugyanazon időből, amikor az oltások történtek.

Csoport	Ágyszám	Létszám az első megbetegedés napján	Megebetedett pertussisban 3 hó alatt
I.	29	34	24
II.	46	50	40
III.	8	8	8
IV.	16	16	15

Az auto-csoportvaccinával elért eredményeimet azon feltevéssel tudtam legjobban megmagyarázni, amely szerint a pertussisnak nem egységes az aetiológiája. Ha azonban azt a kérdést vetem fel, hogy az auto-csoportvaccinával elért jó eredmények alkalmasak-e arra, hogy a pertussis egységes aetiológiája ellen bizonyítékul felhasználjam, szigorú kritikával áttekintve vizsgálataimnak egész menetét, azt kell válaszoljam, hogy nem.

Mint hogy elég nagy anyagon végzett kísérleteink igen jó eredménnyel végződtek, a legjobb meggyőződésünk szerint ajánlhatjuk, hogy a szamárköhögés elleni védekezésnek a fentebbiekben részletesen ismertett módjával, az auto-csoportvaccinával máshol is kísérletezzenek.

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

A Highmor-üregbe nőtt fog által okozott empyema esete.

Írta: Czeizel János dr. kórházi segédorvos.

(1 műmellékleten 2 ábrával.)

A Highmor-üreg gyulladásai, illetve empyemái esetén ritkán találkozunk az éppen ritkaságánál fogva említésre méltó kórokkal, az üregbe nőtt foggal, ami *Bardleben* szerint a fogak rendellenességeinek legnagyobb foka. Gyakrabban történik említés az irodalomban az orrüregbe nőtt fogakról, amelyek néha minden súlyosabb tünet nélkül foglalnak helyet az orrban, máskor azonban kellemetlen gyulladások, gennyesedések a következményei e rendellenességeknek. Nálunk *Safranek* ekekkel ezélelt mutatta be az Orvosegyesületben az orrüregbe nőtt fog esetét.¹

Az orrüregbe, éppúgy mint az antrum Highmoriba, rendszeren direkt úton jutnak bele a fogak az alveolusból, azonban említés történik arról is, hogy a Highmor-üregbe nőtt fog évek hosszú során át lassú eltolódás következtében került az orrüregbe. Az orrüregbe nőtt fogak mindig a felső metszők, illetve szemfogak, míg az állsonti üregben — az anatómiai viszonyoknak megfelelőleg — leginkább molarisokat,

ritkábban praemolarisokat találtak. Ritka eset az olyan — mint az alábbi —, ahol szemfog találtatott a sinus maxillarisban. Esetünk a következő:

J. Györgyné 39 éves nő² felvételét júniusban jobb oldali súlyos gennyes Highmorüreg gyulladásai miatt. Baja 11 év előtt kezdődött fogfájással, amikor is egyik felső kis őrlőfogát kihúzták; azóta igen sok baja volt a fogaival, miközben arca többször megdagadt. Ezelőtt 2 évvel — emlékezete szerint — felső fogsorából jobb oldalt több fogat extraháltak; három hét előtt jobb felső fogai ismét fájni kezdtek s ekkor három ülésben a felső fogsorból jobb oldalt három fogat és két gyökerét extraháltak; azt nem tudja biztosan megmondani, hogy ezek mely fogak voltak (az utólag megkérdezett fogorvosa szerint a jobb felső caninus helyén egy 7-7½ mm hosszú, degenerált caninusnak látszó, valószínűleg tejcaninus volt, melyet ő extrahált); ebben az időben jobb arcfele ismét megdagadt s jobb orrfeléből elég bőven ürült bűzös, véres-gennyes váladék, ami arra indította, hogy orrát megvizsgálta.

Felvételkor a felső fogsorból jobb oldalt csak a molaris I. és az incisivus I., bal oldalt mindkét incisivus, a praemolaris II. s a molaris II. van meg. Jobb oldalt az incisivus II., a caninus és a praemolaris I. alveolusaiban az extrahált fogak, illetve gyökerek helye még nem gyógyult meg teljesen. A jobb arcfele duzzadt. A Röntgen-kép szerint a jobb Highmorüreg homályt mutat s az üreg fenekén ferdén fekvő fog látható. (1. ábra.) Miután a vizsgálat a jobb Highmorüreg empyemájára mutat, radikális műtétet végeztünk. Denker szerint. Az üreget megnyitva, az üreg fenekén a Röntgen-kép által mutatott helyzetben, oldalával a csontos alsó falhoz sarjsszövettel erősen rögzített, rendes fejlettségűnek látszó caninust találunk (2. ábra). Az üregben bőven találunk igen bűzös, gennyes váladékot, nyálkahártyája piszkos, livid, oedematosan duzzadt s nagyrésztben polyposusan elfajult. Kitakarítása közben kiderül, hogy a Highmor-üreg egy kartonpapír vastagságú, csontos fallal, két egymástól teljesen különálló üregféltre van osztva, mely fal az I. molaris és a II. praemolaris között halad sagittális irányban. Az üregnek ezen laterális része teljesen ép, nyálkahártyája semmiféle kóros elváltozást nem mutat s az egész Highmor-üregnek mintegy egyharmad részét képezi. A műtét ezek után típusosan fejezzük be. Műtét után teljesen láztalan, sima gyógyulás következik a tünetek prompt visszafejlődésével. Négy nap múlva az arc duzzanata eltűnik s 12 nap múltán a beteg teljesen gyógyultan hagyja el osztályunkat.

Szabó professzor úr, a stomatológiai klinika igazgatója, a megvizsgált fogról a következő leletet volt szíves adni:

„A retentióban talált és műtétrel eltávolított fog jobb oldali felső állandó szemfog minden irányban rendes méretű, atypusosan 90 fokban elhajló gyökcsúcsrészzel. E szemfog csücske helyén kiterjedt anyaghiány, melyet kétségkívül felszívódásos folyamatok okoztak; a fog rendellenes elhelyezkedésében csücskével a csontos részletekhez szorult.”

A rhinológiai irodalomban összesen alig néhány ilyen fejlődési rendellenességet írtak le, nálunk meg éppen csak két eset leírását találtam. *Seifert* a „Handbuch f. Laryngologie und Rhinologie“-ban kilenc esetet említ, melyekben in vivo konstatálták ez anomáliát, egy esetben a sectio derítette ki azt. *Hecht* (München) rendszeren kifejlett felső molarist talált a bal Highmorban, amely szintén súlyos empyema okozója volt. *Láng Kornél* a bal sinusban talált egy bölcsességfogot az üreg súlyos empyemájával kapcsolatban.

Az említett esetek az életkor legkülönbözőbb szakában fordultak elő, úgy, hogy ezen anomalia már a legfiatalabb gyermekévektől (*Hefferich* esete 4 éves korban) az emberi kor legvégső határáig mindenkor előfordulhat a velejáró, rendszerint igen kellemetlen tünetekkel együtt. Az esetek különböznek egymástól abban, hogy, míg legtöbbször állandó fogakat, addig egyes esetekben tejfogakat találtak az üregben.

Hogy miképpen juthat egy fog a Highmorba, illetve az orrüregbe, arra nézve elég sok elfogadható

¹ Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912 március 16-i ülése.

² A beteget Safranek tanár a Kir. Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának 1923 június 19-én tartott ülésén bemutatta.

theoria van, amelyek ez anomáliát többé-kevésbé megmagyarázzák. Mint a legtöbb szerző által legelfogadottabbat első helyen emlitem a fogcsir tengelyének elfordulását, amely elfordulás akkor a legnagyobb, ha az elfordulási szög 180° ; ilyenkor a felső állkapocsban a fog koronájával felfelé nő a sinusba, illetve az orrüregbe. Természetesen elképzelhető s le van írva ennél kisebb elfordulási szög is, amikor a fog esetleg a csontba nő bele. Szerepelhetnek mint okok az embryonális korban eltévedt fogcsírok is, amit szemléltetően bizonyít *Hildebrand* esete, melyben egy betegén kétszer végzett műtétet az alsó és felső állkapocs csontos daganatai miatt. Az első alkalommal megközelítőleg kétszáz többé-kevésbé kifejtett fogat talált a csontokban s az állcsonti üregben; a két év múltán eszközölt második műtéténél százötven fogat talált ugyanott s ugyanakkor talált ott oly lágy szövetet is, amely számtalan fogcsirt tartalmazott. Egyesek a kedvezőtlen anatómiai viszonyokkal magyarázzák a fog fölfelé való növést, amikor az alveolus összenőtt s fala oly erős, hogy a növekedő fog azt nem képes áttörni.

Ezt viszont mások úgy magyarázzák, hogy itt a fog nőtt előbb fölfelé s az alveolus csak később záródott. Vannak, akik okul hozzák fel a persistáló tejfogakat, amikor is megérténik, hogy teljes fogsor mellett tapasztalják e rendellenességet; ezzel szemben azonban ismét mások azt állítják, hogy a persistáló tejfog csak következménye és nem oka a ki nem nőtt állandó fognak. Okul vehetjük fel a maxilla kedvezőtlen anatómiai alakulását is, amikor a fogak különös helyzete, vagy sűrűbb volta következtében a helyszűke okozza valamely fog rendellenes növést. A fejlődés folyamán az os intermaxillare s a maxilla összenövésekor előforduló rendellenesség is oka lehet fogcsírok eltolódásának s ilyenformán a fogak növesi rendellenességének. *Hausemann* saját tapasztalata alapján — amely szerint egy családban 5 generáción figyelt meg hasonló fogfejlődési rendellenességeket — az átöröklést is az okok közé sorozza. Traumák és gyulladások, mint mechanikai okok, szintén szerepelhetnek e helyen s végül vannak szerzők, akik a hereditár és tertiár hűst említik kórokként.

Ami a Highmor-üregbe nőtt fog által okozott tüneteket illeti, azok elég változatosak lehetnek; olykor semmiféle kellemetlenséget nem okoz a betegnek, amint azt *Marschall* esetében látjuk, ahol sok éven keresztül volt a fog az üregben minden tünet nélkül s csak akkor lett kellemetlen a betegre nézve, amikor az orrüregbe került, ahonnan eltávolították. Természetesen az ilyen tünetmentes esetekről nem vesznek tudomást a rendes körülmények között nem is kerülnek észlelés alá, kivéve azokat az eseteket, amelyeknél a sectio alkalmával tűnik ki az anomalia. Amikor egy ilyen eset a beteg tudomására jut, akkor az rendszert már meglehetősen súlyos, de legalább is igen kellemetlen tünetekkel jár. A fog a sinusba jutva — ha nem cariosus voltánál fogva okozza már az üreg fertőzést — mint idegentest szerepel ott s előbb-utóbb a nyálkahártya gyulladásának, degenerációjának s végül — a talaj illetétképpen való előkészítése után — az üreg empyemájának okozója. A betegek csaknem minden esetben már empyemával jelentkeznek az orvosnál; bő, mindenkor igen bűzös orrfolyásról panaszkodnak, ami objektíve is könnyen konstataható; sőt megtörtént már, hogy a beteg az empyemából keletkezett fistula miatt jelentkezett, amely vagy a szájüreg, vagy az arc felé a lágyrészekben át tört kifelé. Az üreg empyemáján kívül okozhat az ilyen rendellenesség kínzó, neuralgiaszerű fájdalmakat is a fog közelében lefutó idegekre gyakorolt nyomás által, míg *Hirschmann* epileptiform rohamokat észlelt egy betegén, akinek az orrüregébe nőtt egy foga, mely az alsó kagylót izgatta; a rohamok azonnal megszűntek, amint a fogat eltávolította. A Highmorba nőtt fog által okozott kellemetlen, esetleg súlyos tünetek az üreg megnyitása után minden esetben gyorsan visszafejlődnek.

Az említett fejlődési rendellenesség két kate-

góriába sorozható aszerint, amint meglevő teljes fogsor mellett számfelveti fogról van szó, vagy pedig valamely hiányzó fog rendellenes növése. Az előbbi csoportba tartozó anomáliák a ritkábbak s ha nem is teljes biztonsággal, de valószínűséggel sorozhatjuk a mi esetünket is ezek közé, amelynek nagyobb érdekességét kölesönöz még az a körülmény is, hogy egy csontos fal által két részre osztott, egymástól tökéletesen elválasztott üregekből álló sinus maxillarisról volt szó.

Irodalom: *Safranek J.*: Orvosi Hetilap 1912, 428. old. — *Seifert*: Handbuch für Laryngologie und Rhinologie. — *Hecht*: Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie 1909, 35. köt. — *Láng Kornél*: Archiv f. Laryngologie und Rhinologie 1912, 29. köt.

A kerek gyomorfekélyről, különös tekintettel az alkatra.

Írta: *Torday Árpád dr.* egyet. magántanár, kórházi főorvos.

A kerek gyomorfekély kóroktana nem egységes s valószínűnek kell tartani, hogy számos ok közrehatásából keletkezik. Az a nézet, hogy a kisgörbület a gyomortartalomnak a pylorus felé való vándorlása közben mechanikus insultusoknak van alávetve, *Katsch* és *Friedrich* vizsgálatai szerint nem áll meg, mert a kisgörbület az *Aschoff*-féle értelemben mint gyomorút nem szerepel. Sokkal jobban van kitéve a duodenum legfelsőbb része mechanikus insultusoknak s így ott ulcus-hoz vezető sérülés is hamarabb keletkezhetik. Ha a gyomorfekély keletkezésénél a mechanikus behatásoknak bizonyos szerepet szabad tulajdonítani, úgy ezek inkább a gyomor physiologiás szűkületeit érhetik, minők az isthmus és a pylorus. A mechanikus sérülés következtében a gyomor fala helybelileg megemésztetik aszerint, hogy milyen a gyomor savtartalma és emésztőereje. A mechanikus elmélet mellett a vérkeringés eloszlódása is szereppel bírhat. Ezen elmélet is igyekszik magyarázatot adni arra, hogy miért képezi a kisgörbület és a pylorus az ulcus praedilectionalis helyét. *Hoffmann* és *Note* szerint ugyanis, amíg a nagygörbület, a corpus és a fundus jól anastomizáló arteriákkal vannak ellátva, addig a kisgörbület és pylorikus rész az anastomosisok hiánya és a vérédényeknek a muscularishoz való viszonya miatt sokkal kedvezőtlenebb helyzetben vannak és a gyomor emésztő hatásával szemben ezen okból is kisebb ellentállóképességgel bírnak. A vérrellátás sajátossága tehát anatómiai dispositiót teremthet. Már *Virchow* rámutatott a gyomor vérédényeinek aneurysmáira, thrombusaira és emboliára. A vena portae-beli zavarok adják a dispositiót haemorrhagiás nekrosisaikhoz és az ennek folytán támadó chronikus fekélyeihez. Kísérletileg azonban a gyomorarteriák egyes ágainak alákötésével ulcust nem voltak képesek előidézni. Azonban el kell fogadni azon nézetet, hogy tartós vérkeringési zavar, amely a gyomor összes vérédényeire kiterjedhet, vagy azokban elzáródást előidézhet, ulcus keletkezéséhez hozzájárulhat. Ennélfogva felvehető, hogy idősebb egyéneknek arteriosclerosis, illetve atherosclerosis miatt a gyomorvérédényekben thrombosis keletkezhetik, szívbántalmaknál pedig embolus, amelyek azután a gyomor falának önmegemésztéséhez vezethetnek. Azonban súlyos vérédényelmeszesedés dacára a sectióknál a gyomor vérédényében az említett thrombusokat nem tudták megtalálni, úgyhogy ezen esetekben is az ulcus genesisében más magyarázatot kellett keresni. A mechanikus elmélet körében kell felemlítenem a kisgörbület és felső duodenum anatómiai helyzetéből folyó magyarázatot, amely szerint ezek a gerincoszlop nyomásának lehetnek kitéve, minek folytán a komprimált részekben a vérkeringés meg van akasztva. Ha ez az állapot bizonyos ideig fennáll, ennek folytán is fekély keletkezhetik.

Nagy irodalma van a neurogen-theoriának, amely *Bergmann* nevéhez fűződik. Már előzetesen *Eppinger* és *Hess* a kerek gyomorfekélyt az autonóm idegrendszer kóros elváltozásából magyarázták, anélkül, hogy a genetikai összefüggést ki tudták volna mutatni. *Berg-*

mann azután klinikai és röntgenológiai alapon, továbbá állatkísérletekkel beigazolta, hogy a fekély keletkezése az autonóm idegrendszer kóros működésével függ össze. Az idegrendszer izgalma a muscularis mucosának spastikus összehúzódásához vezet, minek folytán a gyomornyalkahártya rosszul táplálva, a gyomornedv emésztő hatásának eshet áldozatul. Az ideges spasmodusok a gyomor falán anaemiát idéznek elő, ami vérkeringési és táplálkozási zavar folytán erosióhoz vezethet. Utóbbi reflectorikus úton hypersecretiót hoz létre, ami az ulcus kifejlődését siettetheti. A pylorospasmusra való hajlam tehát a vagus és a sympathicus területére lokalizálódó neurosisnak egyik részjelensége. Ulcusra tehát főleg olyan egyének disponáltak ezen nézet szerint, akiknél a vegetatív idegrendszer disharmoniája áll fenn. (Bergmann és Westphal). A gyomornyalkahártya spastikus ischaemiája Beneke és Kobajasch szerint egymagában ulcust nem idézhetne elő, hanem ahhoz egyéb aetiológiai tényezők is szükségesek. A kerek gyomorfekély és a vegetatív idegrendszer közötti viszonyt állatkísérletekkel igyekeztek alátámasztani. Így Westphal házinyulaknál és tengerimalacoknál pilocarpin és physostigmin befecskendezésével próbált gyomorfekélyt előidézni, Palmulli pedig kutyáknál a vagus, a plexus coeliacus és a splanchnicus izgatása által. Antonininek állatkísérleteinél 10%-ban sikerült vagotomia által gyógyhajlamot nem mutató ulcust előidézni. Ezen kísérletek megfelelnek azon neurotikus felfogásnak, amely ulcus és neurosis között viszonyt mutat ki. Embereknél ezen felfogás szerint már a fiatal korban fellépő ideges zavarok segítik elő a fekély keletkezését. Az ilyen egyénekben a vegetatív idegrendszer zavarának stigmái találhatók, minők az arc spastikus halványasága, lata-egyenlőtlenség, bulbusprotrusio, duzzadt nyak, anomaliák a szív beidegzésében stb. Gyakran functionalis és secretorikus zavarokat lehet náluk kimutatni atropin, pilocarpin és adrenalin segítségével. Ezen neurotikus állapot motilitási és elválasztási zavarral (hypersecretio) szokott párosulni, ami az állapot súlyosbodásához vezethet. A neurotikus állapot a physiologias secretio megváltozását, nevezetesen a hypersecretiót ugyan magyarázza, azonban adós marad az önemésztés kielégítő magyarázásával. E tekintetben utalok Kawamura és Katzenstein kísérleteire. Katzenstein a gyomor önemésztésének megállítását a gyomor falában levő antipepsinnak tulajdonítja. Szerinte fekély akkor keletkezik, ha a gyomorban körülírt helyen a pepsin és az antipepsin közötti viszony meg van zavarva. A gyomor fala antiferment-tartalma miatt áll ellen a gyomorváladék emésztő hatásának. A fekély a gyomor körülírt sérülése következtében támad, mely azért nem gyógyul meg, mert a pepsin normalis viszonya a gyomor falában meg van zavarva az antipepsin megfogása következtében. A gyomor nyáktartalmának is védőhatást tulajdonítottak. C. Bernard, Harley és Schiff szerint ez védi meg a gyomor falát az emésztéstől. Azonban a felfogás ellen szól az a körülmény, hogy gastritis dacára az ulcus fennállhat. Stuber azt találta, hogy pyloruselégtelenségben szenvedő kutyáknál a gyomorba trypsin jut. Ha ilyen kísérleti beállításban a gyomrot még alkálizálja, húsmentes diéta mellett fekély keletkezik. Ha azonban a ductus pancreaticust alakította, úgyhogy a gyomorba trypsin nem juthatott, fekély nem képződött. Szerinte embernél is lehetséges ulcus trypticum keletkezése pylorus elégtelensége esetén. Kawamura a vérben emésztőnedvek elleni antitesteket tételez fel. Ha a gyomorban nincs vérkeringési zavar, akkor ezen antitestek a gyomor falát a gyomornedv emésztő hatása ellen meg tudják védeni. Katzenstein és Kawamura felfogása, valamint a Bergmann-féle theoria között bizonyos összefüggést találunk, mert elképzelhető, hogy a neurisok által támadt anaemia folytán a gyomor falában az antipepsin mennyisége időlegesen megfogható, minek folytán a pepsin emésztő hatást fejthet ki. A tryptikus fekély pedig neurotikus alapon is kifejlődhet, úgyhogy az ulcus okai között esetleg a trypsin is szerepelhet.

Az eddig felsorolt okok még mindig nem merítik ki a fekély keletkezésének lehetőségeit, sőt az is állítható, hogy a fennforgó okok dacára sem keletkezik minden esetben ulcus. Ennélfogva az ulcus keletkezéséhez bizonyos dispositio is szükséges. Ilyen egyéneknél anatómiai elváltozás vagy idegbehatás folytán labilissá vált idegrendszer mellett fekély is könnyebben keletkezik. Ez magában involválja, hogy az ulcust alkati megbetegedésnek tekintjük, hozzátéve azt, hogy causalis okok conditionálisan hozzájárulhatnak fekély keletkezéséhez. Stiller az astheniás alkatot hozta összefüggésbe az ulcussal. Az atonia és gastroptosis meghosszabbítja a kitolási időt és fekély esetén annak gyógyulását hátráltatja. Ulcusban szenvedő betegeknek, valamint az arra gyanusaknál elég nagy számban fordul elő az astheniás alkat. Bár statisztikai adataink erre vonatkozólag nincsenek, mégis úgy vélem, hogy ulcus és astheniás alkat férfiaknál gyakrabban fordul elő, mint nőknél, kiknél az alkati gyöngeség inkább dyspepsiás panaszokra ad okot. Az ulcus klinikai diagnostizálásában fordulhatnak elő tévedések, mégis támogatja e nézetet azon körülmény, hogy Röntgen segítségével is megállapított ulcusosoknál, valamint az operáltak között is tekintélyes számban fordulnak elő astheniás alkatú egyének. A klinikai megfigyelés tehát az astheniás alkat és ulcus között bizonyos összefüggést állapított meg. Stiller a gyomor alkati gyengeségére az astheniát tartotta jellegzetesnek, amely alatt a peristole csökkenését értette. A gyomor izomzatának gyengesége és elégtelen contractiója miatt nem húzódik össze eléggé erőteljesen a gyomor tartalma körül. Kuttner azt tartja, hogy atoniánál a gyomor ingestái ellen normalis ellentállóképességét elveszítette. A gyomornak csekélyebb szervi értéke (Organminderwertigkeit) nemcsak a motilitási körben, hanem a secretióban is megnyilvánul, mint azt Martius kimutatta. Az achylia különböző fokú lehet, kezdve a sósav és pepsin teljes hiánvától a hypochlorhydriáig. A teljes achylia tartozik inkább az alkati körképhez, míg csökkent sósavválasztás esetén inkább beidegzési zavarra fogunk gondolni. Minthogy a vagus excitomotorikus rostokat küld a gyomorhoz, ez okból hypochlorhydriánál a vagus csökkent funkcióját fogjuk feltételezni. A chlorhiány tehát lehet neuropathiás jel vagy constitutionális alkati gyengeség tünete, amikor is mellette egyéb degeneratív jelek is lesznek.

Azon klinikai megfigyelés, amelyet kivülem bizonyára mások is sokan tettek, hogy astheniás alkat mellett ulcus gyakori, nagyszámú statisztikai adatokkal kellene alátámasztani. Meg kellene állapítani azt, hogy astheniás alkatú egyének milyen százalékban szenvednek ulcusban s csak ezen adatok birtokában lehetne következtetésünk végérvényes. Tudvalevő, hogy ezen alkat nagyszámú praedisponál phthisisre és sok közöttük a neuropathiás is. Az astheniás alkatot tehát inkább a constitutionális gyengeségre utaló jelnek lehetne tekinteni. Hiszen ezen gyengeség inkább a funkcióban, a munkateljesítőképesség csökkenésében mutatkozik külső és belső tényezőkkel szemben. Az asthenia ellenben habitus, amely sem constitutio, sem betegség, hanem anatómiai csoportozat. A szervgyengeség pedig inkább csak egy szervre vagy szervcsoportra vonatkozik, amely annak működési megváltozásában, annak a normalistól eltérő viselkedésében nyilvánul meg. Ez az elváltozás nem vonatkoztatható egy alkatra, amely heterogen szöveteknek a normalistól eltérő felépítése által van jellegezve. Bizonyos astheniás jelek a vagotoniával együtt az ulcussal koordináltan fordulhatnak elő. De ezen tünetek az ulcus okai nem lehetnek. Az ulcust inkább functionalis momentumokból szabad magyarázni, mint anatómiai szempontból.

Az alkati gyengeség, amely normalistól eltérő funkcióban nyilvánul meg, nemcsak anaciditással, hanem hyperaciditással is járhat. Sőt az is előfordul, hogy egyeseknél csökkent sósavkiválasztás után hyperaciditas lép fel, amikor is heterochyliairól szólnunk. Hogy a hyperaciditas ideges alkat kifejezője lehet, emellett bizonyít familiáris előfordulása. A gyomor-neurosisnak

egyik kísérő tünete lehet, amely korábban is fennállhatott, úgyhogy a beteg előzetesen nem tudott róla. Az ideghatás abból magyarázható, hogy a vagusban és a sympathicusban secretiót előmozdító és gátló rostok haladnak. Állandó hústáplálkozás a korábbi generációkban a hyperaciditas kifejlődését elősegítheti. A sósav fokozott mennyisége a gyomorfekélynél azonban csak egyik tünete, de nem kell a kiváltó oknak lennie, mert hiszen ulcus normalis savmennyiség mellett is előfordulhat, valamint csökkent savtartalom mellett is. A superaciditas ulcusnál a fekély miatt is kifejlődhet. A szabadon fekvő ideg izgalma miatt válhatik a secretio nagyobb fokúvá. A motilitási viszonyok is tekintetbe veendők. Pylorus körüli fekélynél a kiürülés lassú és emiatt fokozott sósavválasztás folytán nagyobb lesz a gyomor sósavtartalma, mint más helyen székelő ulcusnál. Parapylorikus ulcusnál Strauss szerint a gyomornedv mennyisége jelentékenyen megszorodik. A hyperaciditas és hypersecretio ulcusnál tünet gyanánt jelentkeznek, azonban aetiologiai tekintetbe nem vehetők. Az ulcus genesisében tehát végeredményben azon okok felsorolására kell visszatérnem, amelyeket dolgozatomban elején már felsoroltam.

Bauer és Aschner nézete szerint a gyomorbántalmak keletkezésében az exogen okokon kívül bizonyos dispositio is szerepel. Nézetüket azzal támogatják, hogy bizonyos családokban, ahol az életviszonyok és az ulcusra ható okok egyénenként különbözők, a gyomorbántalmak fellépése határozottan nagyobb számban állapítható meg, mint gyomoregészséges családoknál. Ezen gyomorgyenge családoknál az ascendensek között rák kerek gyomorfekély és ideges alapon fellépő dyspepsia megbetegedések és ideges gastralgia nagyobb számban lettek észlelve. Spiegel statisztikája kétségtelen tanúbizonyságot tesz arról, hogy bizonyos családoknál a gyomorbántalmak gyakoribbak. Vizsgálatai szerint ulcusos betegek családjában négyszer annyi gyomorbéltbetegség fordul elő, mint gyomoregészségeseknél, rák pedig hatszor gyakoribb. Spiegel statisztikáját Bauer és Aschner 134 ulcusos és 200 controlleset alapján megerősítik, amely statisztika a valószínűségi számításokon alapuló következményeknek megfelel.

Az ulcus nem tartja magát az astheniás typushoz, mert lymphaticus constitutióknál, cerebralis alaknál, Bauer pedig a respiratorius typusnál is észlelte.

Dolgozatomban vizsgálódás tárgyává tettem azon körülményt, hogy astheniás egyéneknél aránylag gyakoribb a kerek gyomorfekély. Ezen jelenség egyfelől az ideg functionalis gyengeségében, másrészt magában a gyomorban leli magyarázatát. A vegetatív idegrendszer részéről izgalmi gyengeség vagy túlingerlékenység állapítható meg, amely functionalis zavar különböző fokú lehet és különbözőképpen nyilvánulhat meg. Az idegműködési zavar a secretióban és a motilitásban nyilvánuló anomáliák folytán ulcus képződését elősegítheti. Astheniás alkat mellett ilyen idegzavarok gyakoriak, azonban nem astheniás alkatú neuropathiás egyéneknél is létrejöhetnek. Bár az ulcus nincs egy alkathoz kötve, de kétségtelenül elég gyakran látható az astheniás alkatnál. Ez az alkat azonban már azért sem lehet jellegző ulcusra, mert azon öröklési hajlam, amelyre Bauer és Spiegel statisztikájában nyer kifejezést, más alkattal is egybekapcsolódhat. A tünetek kiváltásánál a szervgyengeség vagy a gyomor-béltrendszer gyengesége általában működik közre. Az asthenia a gyomor-béltrendszer gyengeségének egyik látható tünete lehet, bár a szervgyengeség nélküle is fennállhat. A szervgyengeség faji, familiaris vagy öröklött lehet s emiatt a gyomor ellentálló képessége az ulcust előidéző hatásokkal szemben csekélyebbé válhat. Ez a szervgyengeség az egyének többi normalisan működő szervei mellett állhat fenn és lehet, hogy állandóan, sokszor azonban csak időlegesen a gyomor megbetegedését az exogen okok mellett elősegítheti. Az alkati gyengeség a külső és belső ingerekkel szemben megváltozott működésén kívül esetleg anatómiai elváltozásban is nyilvánulhat. Ilyen egyéneknél sokszor más degeneratív stig-

mák is találhatók. A szervgyengeség megnyilvánulása idő és körülményektől függően különböző lehet, például számba alig jövő exogen okok mellett ulcushoz vezet, míg más esetekben a szervgyengeség az ulcus előidézésénél nem játszik szerepet. Az ulcus nem egy ok, hanem azok halmaza következtében keletkezik. Nyilvánvaló azonban, hogy keletkezésénél az alkati gyengeség mint disponáló momentum is szereppel bír.

A physicalis vizsgálat és Röntgen-diagnostika vonatkozásairól.*

I. Mellkasi szervek.

Írta: Rosenthal Jenő dr. egyet. tanársegéd.

Legrégibb időkben a physicalis vizsgálat primitív formában alkalmazott inspectióból és palpatióból állott, mely idő után sok ezer évnek kellett a diagnostika szempontjából természetlenül elmúlnia, míg Auenbrugger és Laennec felfedezései nyomán Corvisart, Piorry és Schönlein a percussio és auscultatio számára azt a helyet biztosították, mely ezeket a klinikai vizsgálati módszerek között méltán megilleti. Skoda volt az első, aki a betegágyánál nyert physicalis vizsgálat adatait Rokitansky kórbonctani leleteivel vetette össze s ilyképp lehetővé tette, hogy physicalis vizsgálati adatok anatómiai diagnózisokat szolgáltatassanak. Ezen időtől — a múlt század harmincas, negyvenes évétől — vette kezdetét a modern klinikai tudomány kiépítése; ennek alapja a kórbonctan lett, de csakhamar nem nélkülözhetette többé a chemiát, bakteriológiát és az utóbbi évtizedekben fejlődött serológiát. Azon megismerésből, hogy a betegségek tünetei a szerveknek kórosan megváltozott functiói, keletkeztek a functionalis diagnostika. Az említett módszerekkel, melyek sok tekintetben már elég nagy biztonságot kölcsönöztek a betegvizsgálatnak még nem voltak kimerítve azon eszközök, melyek a diagnostika szolgálatában voltak állíthatók. 1896 január 23-án demonstrálta Röntgen a würzburgi physikai orvosi társaságban a róla elnevezett sugarakat; midőn ott csodálkozva nézték a Kölliker részéről készült Röntgen-felvételt s a társaság egyik tagjának mellkasát a fluoreszkáló ernyőn, ezen nevezetes ülés résztvevői aligha látták azt a perspektívát, melyet Röntgen felfedezése a diagnostika számára jelentett. Ezen naptól kezdve kiváló elméknek egész sora állott ama cél szolgálatába, hogy a Röntgen-sugarak betegségek felismerésére mind kiterjedtebben legyenek alkalmazhatók: amint Jendrassik mondta, Aladin bűvös lámpája adatott az orvosok kezébe, hogy az emberi test belsejében lefolyó jelenségeket is megláthassák. A physicalis methodusokkal való diagnostikát sokan művészetnek tartották, melyre születni kell, s amelynek kivihetősége s használhatósága tehetség és intuitio dolga; a Röntgen-sugarak felfedezése után sokan úgy vélték, hogy elérkezett végre az ideje annak, hogy a sok gyakorlatot igénylő s nehézkes physicalis módszerek egy aránylag egyszerű technikával helyettesíthetők. Miként azonban valamely festmény nem helyettesíthető a legtokéletebb reproducióval, akként nem helyettesíthető a diagnostika szolgálatában álló egyetlen technikai eszköz sem azt a képet, melyet számunkra az összes diagnostikai segéd-eszközöknek együttes alkalmazása biztosít. Az egyes vizsgálati methodusok mozaikszemeket adnak kezünkbe, melyeket összerakni az orvos feladata; a rendelkezésre álló mozaikszemek összerakása után is még nem ritkán hiányos a kép: ezen hiányok kitöltésére, áthidalására

* 1923 december 19-én megtartott magántanári próbaelőadás.

szolgál a tudomány, az orvosi tapasztalat s ez az a pont, ahol a orvostudomány a művészettel érintkezik.

Röntgen felfedezése után a feladatoknak két csoportja várt megoldásra: mindenekelőtt megállapítandó volt, hogy a három dimenziójú emberi szervezetben előforduló kóros folyamatoknak s az azokat kísérő physicalis jeleknek a két dimenziójú fluoreszkáló ernyőn mi s hogyan felel meg. A második feladat pedig abból adódott, hogy ezen új vizsgálati eljárás számos új jelenséget tett a vizsgáló szem számára hozzáférhetővé; ezekről megállapítandó volt, physiologiai, pathologiai jelentségük, valamint a már meglévő vizsgálati eljárásokhoz való viszonya.

A physicalis vizsgálati methodusokra s a Röntgen-vizsgálat adataira nézve egyaránt megállapítható, hogy ezek többnyire nem az egyes betegségekre jellemző adatokat adnak kezünkbe, hanem a normalis viszonyokkal szemben bekövetkezett anyagi, physicalis változásokat regisztrálnak. Innen van, hogy ezen vizsgáló módszerek többnyire párhuzamos adatokat szolgáltatnak; valamely mellhártyaizzadmány resistens tompulata a fluoreszkáló ernyőn mint intensív homogen homály jelentkezett, valamely csúcsinfiltratio helyén levő kopogtatási s hallgatódzási jelek többé-kevésbé disseminált góccárnyékok formájában váltak láthatóvá. S hasonló példákhoz hosszú sora volna felhozható annak demonstrálására, hogy a Röntgen-vizsgálat az anatómiai viszonyoknak s a physicalis vizsgálatnak mindenkor megfelelő eredményeket szolgáltat. A Röntgen-vizsgálat azonban némelykor többet is mutatott, mint amennyi a physicalis vizsgálat alapján várható lett volna s innen származott az a sok esetben téves biztonság-érzés, melyet a Röntgen-vizsgálat eredményeihez fűztek. Sokan még ma is azt hiszik, hogy ha a Röntgen-vizsgálat pathológiás képet szolgáltat, az illető egyén klinikailag betegnek tekintendő, viszont ha a Röntgen-kép normalis, kóros folyamat jelenléte kizárható. Ez épp olyan téves, mintha valaki a diabetes mellitus diagnosisát cukornak a vizeletben való jelenlétéhez fűzné, holott jól elképzelhető számos olyan állapot, midőn valakinek a vizelete cukrot tartalmaz diabetes nélkül, mint ahogy nem minden diabeteses egyénnek vizelete tartalmaz cukrot. Ezen gyakorlatilag is nagyon fontos kérdés egyes részleteit kísérelném meg a következőkben megvilágítani.

Igen sok téves értelmezésre ad alkalmat a tüdő-tuberculosis korai diagnosisa. Nem ritkán fordul elő, hogy valamely beteg köhécsele, háta, melle fáj, fogy, subfebrilis. A betegnél megejtett physicalis vizsgálat alkalmával kopogtatási eltérés nem mutatható ki, csak az egyik csúcsnak valamely jól körülírt helyén hallható néhány nem esengő nedves szörtyzöreje. Ezen szegényes objectív lelet kiegészítésére és biztosítására történik a beteg mellkasának Röntgen-vizsgálata, mely akárhányszor egészen normalis viszonyokat mutat ki. Ekkor merülnek fel a kételyek, egyrészt aziránt, hogy a negatív Röntgen-lelet mellett van-e csúcsfolyamata a betegnek, mert lehet, hogy az egyetlen objectív positivum, néha jól, máskor kevésbé jól hallható; másrészt pedig aziránt, hogy van-e súlya vagy értéke a Röntgen-vizsgálatnak, ha éppen ilyen esetben, midőn még egy objectív adatra lett volna szükség, azt a Röntgen-vizsgálat produkálni nem tudta. Ezen látszólagos incongruentia azonban könnyen áthidalható, ha az anatómiai viszonyokat vesszük szemügyre, melyek úgy a physicalis, mint a Röntgen-vizsgálatnak alapjául szolgálnak. A tüdőcsúcsok gümös megbetegedése nem egyes területeknek légtelenedésével kezdődik, hanem avval, hogy valamely kisebb bronchus nyálkahártyáján egy tuberculum

jön létre. Ezen tuberculum körüli nyálkahártyán reactív lob keletkezik, annak összes anatómiai és functionális következményeivel, ami többek közt exsudatum keletkezéséhez fog vezetni. Ezen exsudatum tartja fenn a köhögést s a légutakban levegővel keveredvén, szörtyzörejek keletkezéséhez vezet. Nyilvánvaló azonban, hogy a szörtyzörejek anatómiai substratuma, a néhány tuberculum s az azok körül levő lobos nyálkahártyája a bronchusoknak nem okoz tompulatót és mivel az éppen vázolt viszonyok folytán nem következett még be a tüdőparenchyma legcsekélyebb részének légtartalomcsökkenése sem, a Röntgen-vizsgálat sem mutathat mást, minthogy a tüdő légtartalmú, normalis. Látjuk tehát, hogy mást regisztrál a szörtyzöreje s mást a Röntgen-vizsgálat s ezt ezen vizsgálati eljárások felhasználásánál és összevetésénél tudnunk kell.

A mellkas Röntgen-vizsgálatáról szóló leletekben nem ritkán fordul elő az a meghatározás, hogy az egyik tüdőcsúcs diffuse homályosabb a másiknál. Midőn a beteget vizsgáló orvos ezen leletet kézhez kapja, megnyugvással állapítja meg most már, hogy a beteg subjectív panaszaira alapított gyanúja beigazolást nyert s hogy a betegnek csakugyan a homály oldalán lévő csúcsfolyamata van. Számos sectióval ellenőrzött eset kapcsán megállapítható volt, hogy ezen diffus homályokból a tüdőcsúcs állapotára nézve következtetések nem vonhatók: nem ritkán látunk ilyen egyenletes csúcs-homályt anatómiailag normalis tüdőcsúcs mellett, a homálynak az oka pedig lehetett az egyik esetben az izomzatnak a nagyobb térfogata, vagy valamely mellkasi asymmetria, éppúgy, mint ahogy ugyanezen okok észrevehető kopogtatási eltéréshez vezethetnek.

A tüdőállományának légtelenné válását kopogtatással akkor lehet kimutatni, ha a légtelen terület elég nagy s a parietalis pleurához elég közel van. 2—3 cm-nél mélyebben fekvő légtelen területek kopogtatással alig mutathatók ki s ez esetben is csak akkor, ha a légtelen terület legalább eseresznyenagyságú. Ennél kisebb, vagy mélyebben fekvő gócek kopogtatással rendszerint nem mutathatók ki, de kimutathatók lehetnek Röntgen-vizsgálattal. Elég gyakran látjuk, hogy valamely beteg valamely más okból pl. szívconfiguratio meghatározása miatt kerül a Röntgen-lámpa elé s ilyenkor csodálkozva látjuk, hogy akinél a tüdő felett mindenütt éles a kopogtatási hang, fölülte hallgatódzva puha sejtés légzés hallható, az egyik vagy másik tüdőlebeny területén elég számos rizsszemnyi vagy ennél valamivel nagyobb disseminált góccárnyék látható. Az ilyen beteg anamnesisében akárhányszor hiába nyomozunk valamely specifikus megbetegedés után, mivel a légtelen területeket létrehozó specifikus elváltozás mint állítólagos influenza vagy más lázas betegség is lefolyhatott, melyet a beteg talán elfelejtett s mely emlékében nem mint tüdőbetegség van meg. Ha az előbb említett betegnek éppen leírt Röntgen-leletét orvosa kezéhez kapja, helytelen volna ezen lelet alapján arra gondolnia, hogy betegének szívpanaszait valamely tüdő-megbetegedés tartja fenn, még akkor is, ha történetesen eszébe jutna Huchardnak ötletes mondása, mely szerint a szívben keresendő a hiba, ha valamely beteg tüdőpanaszokkal jelentkezik s a tüdőben van a baj, ha a beteg szívtáji panaszokat ad elő. A vázolt Röntgen-lelet különben egészséges felnőttnél egyénél nem jelent többet, mint egy positiv Pirquet-reactio, jelenti ugyanis azt, hogy a beteg átesett valamikor egy Koch-bacillus okozta fertőzésen s távolról sem jelenti azt, hogy az illető egyénnek a szó klinikai értelmében tuberculosis van.

A tüdőtuberculosis korai diagnosisának egy követ-

kező, néha csakugyan nehéz pontja a hilus-diagnostika. Könnyű a helyzetet akkor, ha valakinél a hilus feltűnően kiterjedt, számos megnagyobbodott nyirokcsomót tartalmaz, bőven érzett, vagy ha a hilus normalis. Ha azonban a hilus „mérsékelten dús”, vagy azt olvassuk valamely leletben, hogy „néhány megnagyobbodott nyirokcsomót tartalmaz”, akkor ennek a megítélése már rendkívül subjectív, mert nemcsak a hilusárnyék valódi kiterjedésétől függ, hogy azt mekkorának látjuk, hanem többek között attól is, hogy a hilust környező szövetnek milyen a légtartalma. Így pl.: emphysemás egyén hilusát mindig nagyobbak látjuk, mint hogy ha a kis vérkörben levő pangás miatt a tüdőmezők légtartalma csökkent. Könnyen érthető, hogy a tuberculosison kívül más okok is vezethetnek megnagyobbodott hilusárnyékhoz; ismeretes, hogy huzamos porbelégzéssel kapcsolatos betegségek a tüdők regionalis mirigyének, tehát a hilusnak megnagyobbodásához vezethetnek. E helyütt akarnám megemlíteni, hogy erős dohányosoknál feltűnően dús hilus található, úgyhogy ilyen esetekben a hilus megnagyobbodását fokozott körtekintéssel kell megítélnünk.

Hogy látszólag csaknem normalis hilusárnyék mögött mily súlyos elváltozások rejtőzhetnek, annak illusztrálására csak utalnék a klinikánkon előfordult azon esetre, melyről *Bálint* professor úr annak idején a debreceni tuberculosos-congressuson beszámolt; ezen esetben több mint három hónapon át fennálló lázas betegség okoként a sectio alkalmával egy elgenyedt hilusmirigyből kiinduló sepsis volt megállapítható, anélkül, hogy a hilusárnyék terjedelme a normalisnál biztosan nagyobb lett volna.

A tüdők vizsgálatát illetőleg még egy további pontra óhajtanék kiterjeszkedni: ez a pleura, illetve a pleura-ür vizsgálata. Ha physicalis módszerekkel valamely, a pleura-ürben jelenlevő folyadékgyülemre következtetünk, úgy annak jeleit a Röntgen-vizsgálat alkalmával a tompulat helyének megfelelő intenzív homály formájában találjuk meg. A következőkben azonban éppen azon esetekre hívnám fel a figyelmet, midőn ezen vizsgálati eljárások eredményei egymással meg nem egyezők s látszólag ellentmondók. Ilyenek elsősorban a pleura-callusok; ezeknek anatómiai alapja a pleura-lemezek heges megvastagodása, mely közvetlenül a mellkasfal alatt helyezkedvén el, aránylag intenzív s könnyen kimutatható tompulatot idézván elő, akárhányszor valamely folyadékgyülem physicalis jeleit utánozhatja. Ha ugyanezen beteget átvilágítjuk, a tompulat helyén találunk ugyan valamely különbséget a tüdőmezők többi részének világosságával szemben, a kimutatható homály azonban messze mögöttes áll intenzitás tekintetében azon homályoknak, melyeket a pleura-ürben felhalmozott folyadék idéz elő. A kettő közötti különbséget legjobban annak megállapításával érzékelhetjük, hogy vajjon az illető árnyékon át a bordák körvonalai kivehetők-e: ha a tompulatot folyadék okozta, akkor a folyadék-árnyék teljesen fedi a bordákat, azok nem láthatók a homályon belül, míg ha a tompulat oka pleura-callus, akkor az általa okozott árnyékon belül a bordák körvonalai jól kivehetők. A pleura-ürben levő szabadon mozgó folyadék physicalis vizsgálattal csak akkor válik kimutathatóvá, ha annak mennyisége legalább 500 cm. Tekintve, hogy Röntgen-vizsgálattal a pleurasinusok viszonyai igen jól megfigyelhetők, könnyen érthető, hogy a Röntgen-vizsgálat már sokkal kisebb folyadékmennyiségek kimutatását is lehetővé teszi.

A pleura lemezei között létrejött összenövések csaknem mindig az illető tüdőhatár korlátolt mozgékonyaságához vezetnek; az ennek megfelelő Röntgen-

leletet azonban nem minden esetben találjuk meg. Ilyen esetben azonban távolról sem szabad azt gondolni, hogy íme, a physicalis vizsgálat téves adatokat adott kezünkbe, mert hisz jól láthatók a rekesz légzési kitérései, hanem inkább el kell gondolnunk azon anatómiai és funkcióbeli feltételeket, melyekhez a tüdő alsó határának physicalis vizsgálattal kimutatható mozgékonyasága és a rekesznek Röntgen-átvilágításkor látható mozgása kötve van. Midőn mély légvételtör a tüdő alsó határa feltisztul, akkor ennek létrejötté két feltételhez van kötve: az egyik, hogy a sinus phrenico-costalis szabad legyen, hogy abba a légvételtör a táguló tüdő széle behatolhasson, a másik pedig, hogy a vizsgált területen levő tüdőszövet ép, tágulékony legyen. Ha ezen két feltétel közül csak az egyik nincs meg, akkor ez a physicalis vizsgálat szempontjából az illető tüdőhatár mozdulatlanságát fogja produkálni. Hiába szabad a pleura-ür, az alsó tüdőhatár nem fog mély légvételtör feltisztulni akkor sem, ha az illető tüdőrészek alveolusai légtelenek, légvételtör levegőt nem vehetnek fel, az illető tüdőrésztör nem tágulhat s így a sinus phrenico-costalisba nem hatolhat be. Az ilyen beteget átvilágítván, nagyon is könnyen juthatunk azon helyzetbe, hogy a hiányzó vagy korlátolt physicalis mozgékonyaság mellett jól mozgó rekeszt találunk. A következő példában végül azt akarnám még demonstrálni, hogy ép tüdő mellett előforduló pleuraadhaesiók is normalis átvilágítási képet szolgáltathatnak. Midőn a tüdő alsó határának mozgékonyaságát physicalisan s a rekesz kitéréseit Röntgennel figyeljük meg, tulajdonképpen mást és mást vizsgálunk. Vizsgálatunk tárgya kopogtatáskor a sinus phrenico-costalis legmélyebb része; ha visceralis és parietalis pleura-lemez e helyütt összenőtt, akkor abba a tüdő többé nem hatolhat be, de lehet, hogy ugyanekkor a több centiméterrel magasabban fekvő rekeszkupola jól követi a légzőmozgásokat.

Hogy centralisan fekvő pneumoniák, tüdőgangraenás gócek, cavernák, miliaris tuberculosis negatív physicalis lelet mellett igen gyakran fordulnak elő, régóta ismeretes s így alig remélhetem, hogy ezeknek taglalása az önök figyelmét leköthetné.

Áttérnék most már a szívre vonatkozó néhány adat megbeszélésére. A szív nagyságra vonatkozóan az abszolút és relatív szívtompulatokat szoktuk meghatározni; az abszolút szívtompulat nagyon hű képe a szív azon részének, mely a mellkasfallal közvetlenül érintkezik. Ezt újabban *Östreich* és *de la Camp* hullakísérletekkel bizonyították; ezen szerzők hullákon kopogtatván ki az az abszolút szívtompulat nagyon hű képe a szív azon tek a mellkasfallal érintkező szívészlet nagyságáról, azt találták, hogy a kopogtatási s anatómiai lelet csaknem minden esetben megegyezik. Evvel szemben aránylag nagy eltérések mutatkoztak a valódi szív nagyságot szolgáló relatív szívtompulat meghatározásánál. A különbségek csaknem 1 cm-re tehetők, úgyhogy a relatív szívtompulat exact meghatározása tulajdonképpen csak orthodiagrammal történhet. Ez magyarázza meg azt, hogy más szerzők már régebben az orthodiagraphikus és percussióval meghatározott szív nagyságok között $\frac{3}{4}$ –1 cm-nyi különbséget találtak. Ezen különbségek változók voltak aszerint, hogy a kopogtatás a légtartó tüdőszövet felől a relatív szívtompulat felé vagy fordítva történt; a hibák az utóbbi esetben voltak kisebbek. Az éppen elmondottakból az a következtetés volna levonható, hogy minden esetben a szív nagyság orthodiagraphikus meghatározása közelítené meg legjobban a valóságot. Ez a szabály helytálló mindaddig, amíg a szívárnyék balfelé való megnagyobbodása közben el nem éri a bal mellkas szél projectióját. Ha a szívnek

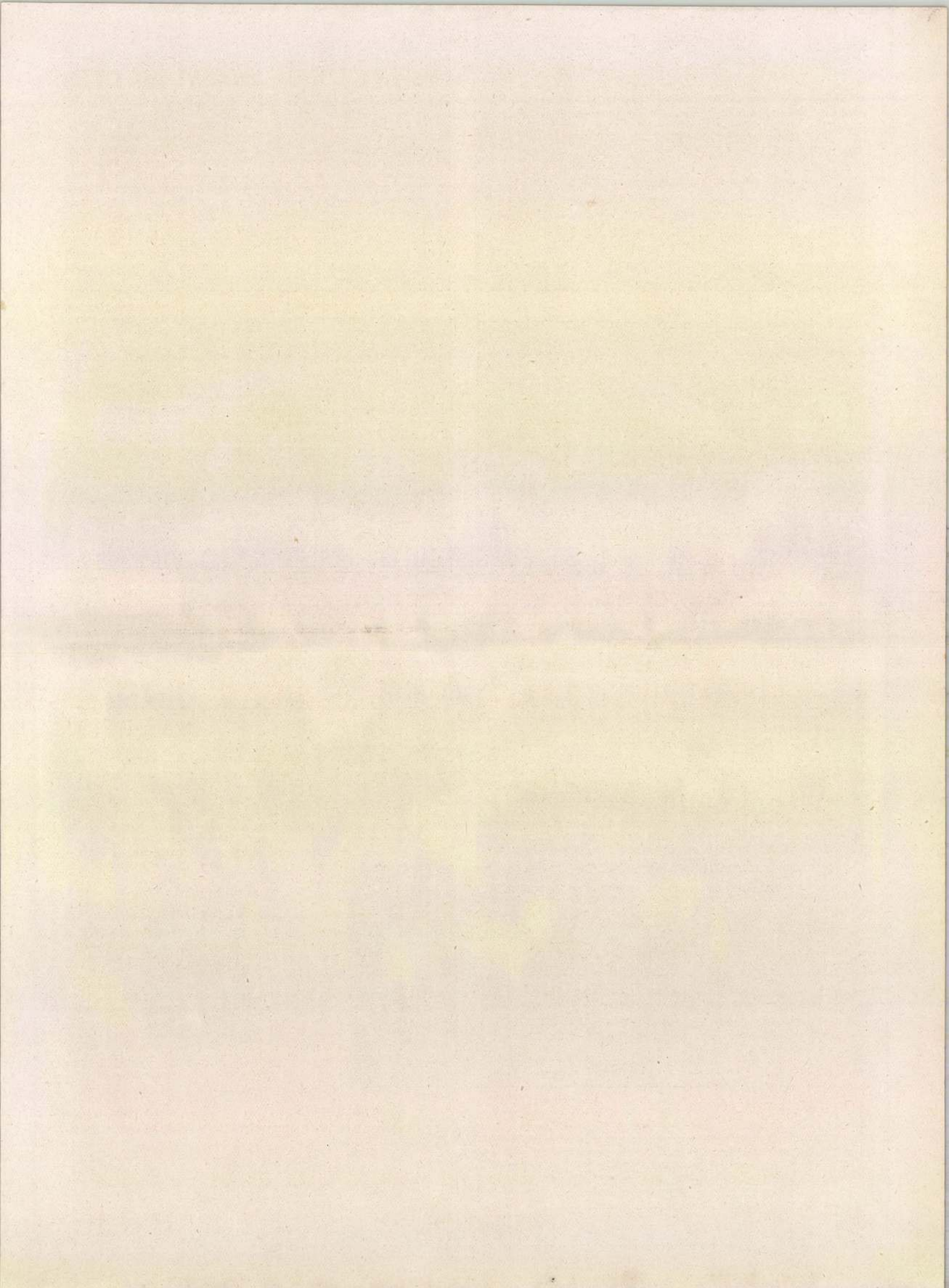


1. ábra.



2. ábra.





balfelé való megnagyobbodása azonban meghaladja az első hónaljvonalat s a szívcsücsülökés például a középső hónaljvonalban van, az orthodiagraphikus kép alig lesz nagyobb, mint midőn a szívcsücsülökés az első hónaljvonalig ért.

Régóta ismeretes, hogy a szív nagyság kor, nem, testmagasság, testsúly szerint igen tág határok között ingadozik. Nyilvánvaló, hogy ugyanez a szabály áll a nagyerekre, különképen az aortára is. Igen gyakran fordul elő az a hiba, hogy a különböző egyének aorta-árnyékát az abszolút nagyság szerint hasonlítják egymással össze s nem veszik tekintetbe az érárnnyéknak az illető egyén testnagyságához s testalkatához való viszonyát. Innen származnak a tévesen értelmezett átvilágítási leletekből keletkezett aortaectasiák, melyek egyaránt alkalmasak arra, hogy a beteget és orvosát nyugtalanítsák, s melyek elkerülhetők azáltal, hogy tekintetbe vesszük a beteg testalkatát; miként valamely alacsony és zömök egyén aortája is rövid és zömök, éppoly könnyen érthető, mint ahogy valamely magas szikár egyén aortája „elongált”.

Csak néhány kiragadott példával akartam illusztrálni azon vonatkozásokat, melyek a régi és új vizsgálati eljárások között fennállanak.

A kétségtelenül ma is fennálló, de helyes megfontolásokkal, mint láttuk, áthidalható ellentéteket nem azért hoztam fel, hogy egyik vagy másik esetben az egyik vagy másik vizsgálati eljárás jobb használhatóságát demonstráljam, hanem azért, hogy egy fentebbi hasonlattal éljek: lehetőleg sok mozaikszer álljon rendelkezésünkre, melyek közül persze nem mindenik lesz színes s nem mindegyik lesz alkalmas arra, hogy a keletkezett kép plasztikáját megadja.

DIAGNOSTIKA

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

Újabb eljárás a nyelőcsőszűkületek átvilágítására és fotografálására Röntgennel, főleg gyermekeknél.

Írta: Pollerman Artur dr.

(1 műmellékleten 4 ábrával.)

Az oesophagus stricturáinak láthatóvá tételére a röntgenzés hivatott ugyan, de arra közvetlenül nem alkalmas, mert az oesophagus fala a Röntgen-sugarak részére igen jól átjárható és így még a gyakorlott röntgenológus szemének sem ad árnyékot. Közvetve azonban, az oesophagusba vitt, árnyékot adó anyag útján, a körvonalak, illetve szélek láthatóvá válnak ugyan, de természetesen csak ott, ahol a bevitt anyag rövidebb-hosszabb ideig megáll, illetve a peristaltika nem sodorja tovább. A sok különféle eljárás és kísérlet közül a legjobban vált be eddig és majdnem mindenütt ezt is használják: a bismutalt vagy baryummal kevert víz, vagy pépes étel bevitel. Azonban, főleg kis gyermekeknél, az anyag beadása igen sokszor akadályokba ütközik, főleg a renitentia révén. Ez a majdnem naponta ismétlődő tény, amely természetesen úgy az átvilágítást, mint a fotografálást zavarja, adta az alatt vizsgált újabb eljárásra az eszmét.

Már a háború előtt készítettem különböző lumenű, vékonyfalú, tehát jól felfújható, vakon végződő gummicsoveket, amelyeknek falát ólommal átitattam. E gummicsovet a jól megolajozott szondára húztam, leveleztem, a szondát visszahúztam, a gummit pedig felfújtam. Így az oesophagus falához lapult gummi ólomtartalmánál fogva pontosan adta a nyelőcső falának alakját, főleg persze a szűkületeket. A berlini Sanitas vállalatnál annak idején megkezdett kísérleteimnek azonban véget vetett a háború.

Most, hogy a megfelelő gyermekanyag újból kezembe adta az eszmét, a megismételt kísérletekből szerzett tapasztalatok az ellátás alkalmas voltát igazolják. Csak a kivétel más, mint a fejnőttnél: a per os szondázott gyermekeknél a szondát bennhagyom a gummiban a felfúvás tartama alatt is, mert a védekező

gyermek a szondátlan gummit csodás ügyességgel hamarosan kiszorítja a nyelőcsőből. Retrograd szondázott esetekben persze igen könnyen a fonálhoz kötöm a gummi vak végét, a gyomor felől húzom be és fúvom fel a szonda segítségével nélkül.

Az eljárásnak kétségtelen előnye, hogy könnyen és kényelmesen kivihető az arra alkalmas esetekben. A gyermeket nem kell persuadeálni a bismut nyelésére, jól átvilágítható és fekvő állapotban is fotografálható az oesophagus. A felfújt gummicso mutatja a nyelőcső pontos képét végig, tehát nemcsak az első stricturát, hanem az esetleges összeseket, azoknak hosszát, deformációit is.

Részemről az eljárást egy, illetve két esetben kell az eddigi eljárások mögé helyezni. Az egyik: nagyfokú szűkületeknél, amikor már igen vékony szondát kell használnunk és ezzel a gummi már nem vezethető le; a másik az ilyen nagyfokú szűkületekkel kapcsolatos kiöblösödések esete, amikor a gummi szintén nem alkalmazható.

Ilyen esetekben azonban a klinika egyik orvosának, Véli dr.-nak eszméje alapján, ugyancsak a gyermek anyagra tekintettel, egy módosított eljárást alkalmazunk. A bismutot nem vízben, hanem mixtura oleosogummosában adjuk be és feltűnő különbséget észleltünk a két eljárás között. A kémcsőben erős rázással a mixturában jól suspendálódott bismut ugyanis igen egyenletes, jól kivethető árnyékot ad, amely élesen mutatja a kiöblösödés falát éppúgy, mint a strictura igen szűk lumenét, mely utóbbi ugyanis a vízzel történt keverés esetén azért nem volt jól látható, mert az átfolyó víz bismutot alig vitt magával. De, főleg gyermekeknél, igen nagy előnyt ad ezen eljárásnak az a tapasztalat, hogy elegendő, jól elkészített suspensióban, 1–2 gyermekkanálnyi a mixtura oleosogummosából ahhoz, hogy jó árnyékot kapjunk.

THERAPIA

A budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Frelsz Hugó dr. egyet. ny. r. tanár).

Az alveolaris pyorrhoea bakteriatherapiájáról.

Írta: Went István dr. tanársegéd.

(Előzetes közlemény.)

A pyorrhoea alveolarisnak nevezett betegségre, — mely a stomatologusok körében mindig a legfontosabb problémák egyike volt —, a múlt év decemberében dr. Róna tanársegéd úr hívta fel a figyelmemet, tudomással bírva más betegségek eseteiben végzett sikeres bakteriotherapiás kísérleteimről; ő vetette fel a kérdést, hogy vajjon milyen befolyással lehet ezen betegségre egy, a fogmedrek genyes váladékából készített autovaccina adása.

Nem mulasztottam el alapos mérlegelés tárgyává tenni mindazt, amit ezen betegség pathológiájára vonatkozólag tudunk s ez volt az oka annak, hogy mérsékelt reményekkel fogtam hozzá első gyógyítási kísérleteimhez.

Az alveolaris pyorrhoea elnevezése ugyanis — Looss szerint — pathologiai szempontból két, teljesen különböző folyamat fogalmát fedi. Az egyik a Plaut-Vincent-féle angina kapesán keletkezik s úgy fogható fel, mint ezen folyamatnak egy, a gingivára is ráterjedő alakja. A kórokozók itt ugyanazok, mint a Vincent-féle anginánál: fogspirochaeták és fusiformis bacillusok. Ezen betegség salvarsan adására jól gyógyul. Engem azonban a másik alak érdekel, amelynél az elsődleges jelenség a gingiva és az alveolusok sorvadás s csak ezt követi a szájjal saprophytáinak az alveolusokba való behatolása, ami ott genyedet idéz elő és tart fenn.

Próbálkozásom tehát arra vonatkozott, hogy az alveolusok genyes váladékából kitenyészített bakteriumból készült vaccinával sikerülhet-e a genyedet megszüntetni s ha igen, akkor az utóbbi minő előnyös következményeket von maga után?

E két kérdésre nyolc eset kapesán igyekeztünk világot vetni, mely eseteket Róna dr. kolléga úr volt szíves hozzám utasítani, majd később megfigyelni, amiért neki ezúttal is köszönetemet fejezem ki.

A körlefolyásnak és a terapia menetének részletes ismertetését jelen előzetes közleményemben mellőzöm s az elért eredményeket röviden a következőkben foglalom össze.

A kezelt nyolc eset mindegyike biztosan diagno-

stizált pyorrhoea alveolaris volt, a fogmedrek genyedésével, a fogak kisebb-nagyobb mértékű meglazulásával, érzékenységevel és a proc. alveolaris előremenő atrophijával. Ezen esetek közül hatnál úgy a genyedés, mint a foghús érzékenysége megszűnt, a fogak annyira megszilárdultak, úgy hogy azokat a beteg a rágásnál jól használhatta. A betegek egyike a therapia lefolytatása után nem jelentkezett s így az ellenőrzése nem volt keresztülvihető. Végül egy esetben semmi számbavehető eredmény nem mutatkozott. (Ez utóbbi beteg 65 éves egyén volt; lehetséges, hogy az eredménytelenség oka ebben a körülményben keresendő.)

Az eredmény tehát kétségtelenül figyelemreméltó. Hogy a végleges álláspont elfoglalásától ma még ennek ellenére is tartózkodom, annak több oka van.

Az első az, hogy a 8 esetből álló statisztika nem tartható kielégítőnek arra, hogy annak alapján egészen határozott formában mondassuk ki az alveolaris pyorrhoea bakteriotherapiájának az értékét. Másrészt a gyógyulás mértékének a megfigyelésére még további huzamos idő szükséges. Igaz, hogy az alveolusok genyedése a foghús érzékenységevel együtt megszűnt s a fogak megszilárdulása is annyira haladt, hogy azokat a beteg jól használhatta, azt azonban most még nem tudható, hogy vajon a genyedés megszűnése végleg megállítja-e az íny és az alveolus előremenő sorvadását? Egyelőre ugyan ebben a tekintetben sem mondhatunk semmi kedvezőtlen dolgot, azonban az óvatosságunk érthetővé válik akkor, amikor felhívjuk a figyelmet Looss ama megfigyelésére, mely szerint az alveolaris pyorrhoea ezen alakjánál nem a genyedés, hanem az atrophia az elsődleges jelenség. A végleges vélemény nyilvánításától való tartózkodásom harmadik oka magában a therapiában rejlik. En a vaccinálást általánosságban azon elvek szigorú szemmel tartásával bonyolítottam le, amelyeket a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 január 12-i ülésén bőven ismerttettem. Kétségtelen, hogy az elért jó eredményeknek ez volt az oka. A betegek kétnapi időközökben 4 oltást kaptak az általam készített praeparatumból. Az oltásokat követő általános és helyi reakciók rendkívül hevesek voltak. Nem egyszer észleltem 39.5–40°-os lázakat, és minden esetben hyperaemiás, oedemás, igen fájdalmas helyi reakciókat, amelyek csak az utolsó oltás utáni 8–10. napra multak el teljesen. A betegek az ambulans kezelést ennek ellenére is jól elviselték, azonban tekintetbe kell venni, hogy valamennyien a katonaság, rendőrség és csendőrség soraiból kerültek ki s így az elviselő képességük más mértékkel mérendő, mint például egy sensibilibs nő-betegé.

Azt kell mondanom, hogy az eljárást már most is a legnyugodtabban ajánlhatnók mindenkinek, ha a kezeléssel járó reakciók szelidebbek volnának. Ma még nem zárhatom ki a lehetőségét annak, hogy ezen kellemtelen mellékhatások a therapia sikerének a veszélyeztetése nélkül csökkenthetők lesznek; idevonatkozó kísérletek egyébiránt már folyamatban is vannak.

Összefoglalva a mondottakat, úgy hiszem, hogy az alveolaris pyorrhoea bakteriotherapiája nagyjelentőségű kérdést képez; miután pedig a fogmedrek genyedésére való jó hatása kétségtelen, az alkalmazása még abban az esetben is jogosultnak mondható, ha netalan a genyedés megszűnése az atrophiat magát nem is befolyásolná.

Vizsgálataim mostani állásának ezen rövid ismertetése után kizárólag annak a kijelentésére szorítkozhatom, hogy amint ezen eljárás értékére vonatkozólag végérvényes megállapodásra jutok, a további tapasztalataimat és a kivitel technikájának a részleteit bőven fogom ismertetni.

Megjegyzés Went dr. közleményére.

Tekintetbe véve azon jó eredményeket, amelyek autovaccina-kezelésre furunculosis, colitis mucosánál mutatkoznak, megkísérlni óhajtottam az autovaccina-therapiát az alveolaris pyorrhoeánál is. Az autovaccina elkészítésére Went tanársegéd úr volt szíves vállalkozni és erről a fenti cikk keretében számol be.

Az első néhány esetben biztató eredmények mutatkoztak.

Az észleleteket ellenben nem tartom sem elegendő számnak, sem elég hosszú ideig megfigyelés alatt állóknak arra vonatkozólag, hogy ebből végleges következtetéseket levonhassak s azért az eredményekről majd később fogok beszámolni, amikor már nagyobb számú és elegendően kiészített beteganyag fog rendelkezésemre állani.

Róna dr.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatás kezelése.

Korányi Sándor mutatta ki először exact vizsgálatok alapján, hogy az egészséges ember vizeletének összetétele anyagcserejének változásaihoz alkalmazkodik és így normális veseműködés mellett elfogyasztott ételeink és italaink mennyisége igen különböző és változó lehet. Ha azonban a vesék működése súlyosabban bántalmazott, úgy a vesék teljesítménye, mint az anyagcserehez való alkalmazkodása csökkenni fog és ennek folytán „a betegnek veséi helyett az orvosra lesz szüksége, hogy milieu interieur-jének normalis tulajdonságai felett őrkdjék”.

Az orvos feladata a vesebetegség felismerésén kívül a megbetegedett vesék működési képességének megállapításában és az ennek megfelelő diatá elrendelésében áll. A helyes étrend összeállítása szempontjából, az acut nephritistől eltekintve, alárendeltebb jelentőségű annak a megállapítása, hogy chronikus nephritissel, nephrosissal vagy nephrosclerosissal állunk-e szemben, mint annak, hogy a vesebaj *compensált* vagy *decompensált* stadiumban van-e? Compensált vesebetegeket ugyanis felesleges bármilyen diatás megszorítással gyötörni, elegendő csupán az étkezésnél olyan általános irányelvek betartását ajánlani, amelyek mellett a beteg táplálkozásában kerüli a veseizgató anyagokat és minden étrendi excessustól óvakodik. Előírásunkat ilyenkor inkább *diatás prophylaxis*nak, mint rendszabálynak lehet tekinteni.

A compensatio és a decompensatio között azonban nem éles a határ. A *kezdődő* vagy *lappangó decompensatio* felismerése, a hyposthenuria, a chloruraemia és az azotaemia mértékének a meghatározása igen fontos feladatunk oly diatás kezelési terv keresztülvitelénél, amely az oedema, az uraemia és a teljes veseinsufficiencia kifejlődését akarja meggátolni. *A vesebetegségeket tehát nem lehet sémás előírásokkal kezelni*, hanem az étrend összeállítása előtt minden egyes esetben behatóan kell tájékozódunk a vese functionális diagnosztika eljárásai segítségével a beteg vesék megváltozott működési képességéről.

A szervezet megváltozott milieu interieur-jére mutat az ha a vérsavó fagyáspontsúlyedése nagyobb mint –0.56–0.58°. A vérben felhalmozódott molekulatöbbletet vagy konyhasó- vagy ureum-molekulák okozhatják. A két állapot között különbséget vörzsgálat segítségével tehetünk. Ha a beteg vérsavójának a konyhasótartalma 0.60%-nál nagyobb, *chloruraemiáról* beszélhetünk, vízetentiót, *hydraemiát* pedig a vérsavó refraktiójának 1:3480 alá való súlyedéséből diagnostizálhatunk. (Ha bőséges víztatás után, vagy a megszokott táplálékhoz adott 5–10 g konyhasóbevitelre 24 óra alatt a beteg súlya számbavehető mértékben megnövekedik, egyszerűbb módon constatalhattuk a só- és vízetentiót.) Ha a vérsavó maradék nitrogénja 40 mg %-nál nagyobb, a vérben nitrogéntartalmú anyagok vannak felszaporodva, vagyis betegünk *azotaemiában* szenved.

Pontosabb betekintést nyerhetünk a veseműködés változásaiba az ú. n. *diagnostikus étrendek* segítségével, amelyek összeállítását rövid idő alatt széles határok között változtathatjuk és közben azt figyeljük, hogy ehhez a vesefunkció milyen mértékben képes alkalmazkodni. Az *egynapos kísérlettel* a vese hígító- és koncentráló képességét határozhatjuk meg, a standard összetételű *próbadiatával* pedig a megterhelésül hozzáadott nagyobb mennyiségű víz, másik napon a konyhasó, és a harmadikon az ureum kiválasztását kísérhetjük fokról-fokra figyelemmel.

Ha a vese kiválasztóképességének változékonysága a megbetegedés következtében csökken, de ez még állandó retentióra nem vezetett, a beteg az *ingadozó compensatio* stadiumában van. Amennyiben a decompensatio veszélye a szív részéről fenyeget, cardiacumokat fogunk alkalmazni, ha azonban a vese-decompensatio előjelei kezdenek mutatkozni, diatás korlátozásokra van szükség. Ilyenkor már nem elegendő csak azon anyagokat kizárni a táplálkozásból, amelyek hatása köztudomásúan veseizgató, hanem érelyes veseingernek kell tekintenünk azt a tápanyagot is, amelynek korlátlan kiválasztására a csökkent működésképeségű vese már nem képes. Hogy a beteg vesét felesleges izgalomtól és erőfeszítéstől megkíméljük, az étrendben az illető tápanyag bevitelét is meg kell szorítanunk. Az ú. n. *kímélő diaták* szigorú alakjait rendeljük akkor, ha valamelyik anyag retentiójára került a

sor. Ilyenkor a retineált anyag bevitelének a csökkenésével vagy teljes kizárásával a szervezetnek alkalmat akarunk adni, hogy a retentiót saját csökkent kiválasztási működése mellett is leküzdhesse.

Ha az elégtelen veseműködés valamelyik anyag retentiójára vezetett, úgy biztos, hogy a vese a felhalmozódott anyag kiküszöbölésén a töle telhető legnagyobb erőfeszítéssel dolgozik. A 24 órai vizelettel kiválasztott konyhasó, illetve nitrogennemesség a kiválasztóképeség maximumánál fogadható el. A vizelet-Cl és a vizelet-N meghatározása után a kímélő diatéták szigorú alakjai segítségével igyekezünk a retentiót csökkenteni és csak ezután foghatunk a beteg étrendjének a quantitativ szabályozásához. Ezt pedig úgy vesszük keresztül, hogy csak annyi konyhasót, illetőleg fehérjét engedünk meg, amennyit a veséje elbír, vagy ha már ezen anyagokból retentióra került a sor, még ennél is kevesebbet. Az étrend előírásában tehát ilyenkor a veseműködéshez *quantitative alkalmazkodunk*.

A vesebetegségek diatétás kezelésére szolgáló étrendi előírásokat az elmondottak alapján a következőképpen lehetne csoportosítani:

I. Diagnostikus célból adott étrendek:

1. Egynapos kísérlet.
2. Próbadiaeta különböző megterhelésekkel.

II. Vese-kímélő étrendek:

a) Egyszerű korlátozások:

1. Diatétás prophylaxis.
2. Só- és folyadékszegény étrend.
3. Fehérjemegszorítás.

b) Szigorúbb előírások:

Fehérjebőjt napok, cukornapok, gyümölcsnapok, éhezónapok, Karell-kúra.

III. Alkalmazkodó étrendek:

1. Quantitativ só- és folyadék bevitel.
2. Quantitativ fehérjebevitel.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A psychés zavarok encephalitis lethargicánál. (Economo-féle encephalitis.) Meyer. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 25. szám.)

A tünetek eredetét tekintve az álmokör eredete még kétséges és kérdés, vajon nem egyik formája-e ez az aspontaneitásnak. Az encephalitis parkinsonos (hypokinetikus) alakjánál a psychés zavarok a motoros zavarok tükröképei, amennyiben a psychés functiókat úgy a spontán, mint a reakciós mozgékony-ság hiánya jellemzi, anélkül, hogy a külső ingerek felfogása, feldolgozása, a lelki élet általában, így az affectivitás is, különösebben zavart lenne. További tünetek, melyek a hypokinesissel, illetőleg ennek localisatiójával összefüggésben állanak a kényszernevetés és -sírás s bizonyos perseveratiós jelenségek. Az encephalitis choreás (hyperkinetikus) alakjánál a mozgási zavaroknak megfelelően nyugalanságot és izgatottságot találunk, amely a jactatióig fokozódhatik. Itt találkozunk főleg tünetekkel, melyek a betegség infectiós természetéből erednek, úgymint láz- és alkoholos deliriumokhoz hasonló deliriumokkal, ritkán a Korsakow-féle tünetcsoporttal. Ezzel szemben maniás vonásokat oly gyakran látunk, hogy a delirium mellett ezeket a maniás állapotokat a szerző az Economo-féle encephalitisre jellemzőnek tartja.

Enders dr.

A psychoanalisisről. Kluge E. (Psychiatr. - neurolog. Wochenschrift 1923-24, 21., 22. szám.)

Eclectikus kritika a psychoanalysis mai állásáról. A szerző szemére hányja a psychoanalysisnek a subjectivitást, amely nincs arányban tartalmával; fejlődésében megállott, mint therapiás eljárás, amint a háborús eredmények mutatják, nem vált be, mint tudományos kutatási módszer nélkülözi annak előfel-tételét, a bizonyíthatóságot. Kétségtelen érdeme, hogy rámutatott az affectus-conflictusok jelentőségére és hozzájárult a dynamikus psychologia kifejlődéséhez. Sem gyakorlati sem elméleti szempontból nem állja meg a helyét az álomról, a complexumokról és symbolumokról való teoriájuk és indokolatlanul túlbecsülik a sexualitás jelentőségét. Végül óva int a szerző a veszélytől, hogy a psychoanalysis a törvényszéki psychiatriában szökhöz jusson.

Enders dr.

Az elégtelen salvarsan-kezelésnek az experimentalis házinyúl-syphilisre való hatásáról. Plaut és Mulzer. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 20. sz.)

A szerzők oly módon végeztek vizsgálatokat, hogy ú. n. Kolle-törzzsel (mely nem igen okoz idegrendszeri elváltozásokat) oltott állatokat kis adag salvarsannal kezelték és ezen állatok heréjéből végeztek továbboltásokat. Kísérleteik alapján arra az eredményre jutottak, hogy az így kezelt állatokban a spirochaeták virulentiája fokozódott, a helyi elváltozások erősebben és rövidebb idő alatt léptek föl, rövid idő múlva az általános syphilis tüneteit mutatják és végül az eredetileg inkább dermatotrop törzs neurotropiája is erősödött, amennyiben a liquorban kóros elváltozások léptek föl. Így kísérletileg is igazolták a klinikusok azon szabályát: kevés salvarsan (Anbehandlung) többet árt, mint használ.

Enders dr.

Vérnyomás-mérés mint psychés trauma. Clauss. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 23. szám.)

A vérnyomás-mérés, melyet a szerző szerint ma helyenkint valósággal sportszerűen üznek az orvosok, gyakran psychés trauma gyanánt hat az állat, hogy a vérnyomás fontos-ságát túlértékelve, ez a betegek érdeklődésének kizárólagos tárgyává lesz, hypochondriás depressióknak és súlyos complexumoknak válik okozójává. A vérnyomás szót ideges betegei előtt tehát éppúgy kerülje psychotherapiás szempontból az orvos, mint például a rák, tuberculosis, agylágyulás vagy érelmeszesedés szükségletlen emlegetését.

Enders dr.

A Weichbrodt-féle sublimatreactionról. Sahlgren. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 22. szám.)

A szerző bizonyos párhuzamot talált a mastix- és sublimat-reactio (3 rész 10⁰⁰ sublimat + 7 rész liquor) között, másrészt divergentiát a Nonne I. és sublimatreactio között. Klinikai érté-kére vonatkozólag nem tartja specifikus reactionnak, mert tuberculosis és meningitis kezdeti szakában igen erős pozitív eredményt adhat. Erős reactio azonban támogatja a lues diagnózisát, másrészt pedig negatív vagy igen gyenge reactio erős Nonne I. mellett nem lues eredetű meningitis (vagy compressio) mellett szól.

Enders dr.

Az alacsony hőmérsék hatásáról spirochaeta pallida-kultúrákra. Kismeyer. (Münch. med. Wochenschrift 1923, 24. sz.)

Kísérletei során a szerző azt találta, hogy míg körülbelül +20 C-on a tiszta spirochaeta-pallida-cultúrák néhány nap alatt elpusztultak, addig -16° C-on három hónapig megtartották élet-képességüket és szaporodóképességüket, tehát a lehűlés, ha nagyfokú, nem öli el a pallidát.

Enders dr.

A lues latens-diagnosis kritikájához és néhány megjegyzés a lumbalpunkcióról. Schmitt. (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 25. szám.)

A szerző felhívja a figyelmet újra arra, hogy a központi idegrendszer és burkainak syphilises megbetegedései csak a liquor útján ismerhetők fel. Ezért a gyanu is indokolja már a lumbal-punctiót, melyet mindig intézeti megfigyelés mellett és sohasem ambulanter végezzünk.

Enders dr.

Szemészet.

Az idiopathikus hemeralopia járványos jelentke-zéséről. Merz-Weigandt. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1923., 71. köt.)

Jól meghatározott kórkép, amelynél a farkassötét-ség a kötőhártya xerosisához társul és amely nem téveszthető össze az ideghártya degeneratív elváltozá-saival. Járványos jelentkezését rendszerint háború és inség idején észlelték. Avitaminosissnak fogható fel és így érthető az is, hogy miért jelentkezik tömegesebben tavasszal. Az állatok kora tavaszi etetése ugyanis tar-taléktakarmánnyal történik és ilyenkor a tej, vaj is vita-minszegény lesz. Tehát nem egyedül a hiányos táplál-kozás az oka a hemeralopiának, hanem a vitaminhiány, amit bizonyít az a körülmény is, hogy a háborús évek alatt jelentkeztek ugyan súlyos inanitiós tünetek, de hemeralopia nem volt több, mint az utána következő években.

Horay dr.

Örökléses szürkehályog. Albert Brown. (Ameri-can Journal of Ophthalmology, 1924 január.)

Szerző egy család három generációjában észlelte eseteit. Az első beteg nyolc leszármazottja közül hét cataractás volt. Mindig az anya közvetítette az átöröklést a férfi- és nőtagokra egyaránt, 12 éven keresztül állott orvosi megfigyelés alatt a család, amely az anyán és atyán kívül négy gyermekből állott. Az egyik négyéves gyermeknél teljes látásélesség szem-elváltozások nélkül. Az anya és három másik gyerme-kénél teljesen azonos congenitalis maghályog észlelhető. Minden következő utódnál kifejezetten az elválto-zások. Az észlelés 1911-ben kezdődött. M. T., a 33 éves

anya, gyermekkor óta rosszul látott, nem is járt iskolát. Mindkét szemén középponti maghályog és nystagmus. 10 éves leánya, M. T., születése óta rosszul lát, mindkét szemén maghályog, nystagmus és összetérő kanacsalság, amely elváltozások még a 7 éves fiú, 2 éves leány és 6 hónapos fiúgyermeknél is fellelhetők. 1923-ban, amidőn a szerző észlelése kezdődött, a család még két taggal, egy már 10 és egy 5 éves leánygyermekkel szaporodott volt, mindkettőnél azonos hályog. Ekkor a legidősebb, 22 éves leány, M. T., $4\frac{1}{2}$ éve egészen férfi felesége volt és két, $3\frac{1}{2}$ és $1\frac{1}{2}$ éves fiúgyermekének azonos hályogja volt. Az öröklés hályogoknál részint tudományos, részint társadalmi szempontokat vesz tekintetbe a szerző. A hályogok eredetét vagy fejlődési rendellenességben látja, vagy metabolikus úton létrejötteknek tekinti. Az átvitel 58%-ban az anya útján történik. A társadalmi szempontokat a házasság szempontjából bírálja el és *Loeb* felfogásához csatlakozik, aki kérdést intézett szemorvosok és vakintézet felügyelőkhöz és tapasztalata oda irányul, hogy hasonló örökléses szembajjakkal terhelték között a házasság megakadályozandó.

Licskó dr.

Az Országos Balneológiai Egyesület XXIX. kongresszusa 1924 április 4 és 5-én.

Elnök: Vámosy Zoltán.

Főtákar: Dalmady Zoltán.

Jegyző: Benczúr Gyula.

I. ülés április 4-én.

Vámosy Zoltán egyet. tanár elnöki megnyitójában megemlékezett azon nehézségekről, melyek ma a fürdők fejlesztésének, újak létesítésének útjában állnak. Pedig erre nagy szüksége volna megcsontított országunknak, amely csaknem összes fürdő- és forrásterületeit elvesztette. Újakat teremteni csak a 30 esztendő óta már hét átalakuláson keresztülment fürdőjavaslat törvényerőre emelésével lehet.

Hibáztatja a kormányokat, hogy ez óriási fontosságú nemzetgazdasági és közegészségi kérdés jelentőségét át nem érezve, 30 év óta nem juttatták e kész és minden fórumon átszűrt törvényjavaslatot a Ház asztalára.

Hangoztatja az Orsz. Balneol. Egyes. hivatását a tudomány művelése terén, melynek eddig is oly derekasan felelt meg. Ily szép és értékes eredményeket produkál a jelenlegi XXIX. orsz. kongresszus is, melynek első ülését, üdvözölve a megjelent előkelőségeket, ezennel megnyitja.

Elnök bejelenti, hogy *Schmidt Ferenc* előadása a „Magyar fürdők jelenlegi látogatottságáról” programunkból tévesen kimaradt, de nyomtatásban egyik orvosi lapunkban meg fog jelenni.

Tausz Béla: *Magyarország klimatológiája és klimatoterápiája.* Hangsúlyozza, hogy összes klimatikus gyógyfürdőinket — Gizella-telen és a balatoni fürdők kivételével — elvesztettük. Életszükségletünk tehát, hogy egyrészt tuberculosiban szenvedő betegeink, másrészt üdülő és pihenni vágyó betegeink részére klimatikus gyógyhelyeket, illetve szanatóriumokat létesítsünk. Hogy miként és milyen helyeken volna ez lehetséges, ennek fejtegetése képezi az előadás tárgyát.

Dalmady Zoltán nézete szerint a mai Magyarországon klimadifferentiákról orvosi szempontból alig lehet szó, inkább csak az képezheti gondoskodásunk tárgyát, hogy a városi ember egyáltalában alkalmat találjon időnkint jólevegőjű helyen tartózkodhatni.

Sümei József hangoztatja annak fontosságát, hogy megmaradt fürdőinkben, főleg a Balaton mentén jó fürdőorvosok működjenek.

Wladarczyk József: *A Zugliget nyári klimatikus viszonyai.* A vezetése alatt álló meteorológiai állomás adatai alapján tárgyalja a Zugliget nyári klimatikus viszonyait, összehasonlítva a meteorológiai intézet fővárosi állomásán észlelt megfigyelésekkel. A Zugligetben kisebb a légnyomás, a középhőmérsékek alacsonyabbak, a hőmérsék napi ingadozásai kisebbek, az inszolációs viszonyok jobbak, a napos órák száma nagyobb, a levegő nyáron nem olyan száraz, a csapadék sűrűsége kisebb, a levegő tisztább, továbbá a Budapesten és környékén uralkodó északnyugati szél ellen védett. Szól ezen elváltozások kedvező physiologiai hatásáról és végül megemlíti, hogy ezen eltérések, amelyek a Zugligetet, illetve a Zugligeti üdülőtelepet igen értékes tulajdonságokkal ruházzák fel, arra ösztönöz-

nek, hogy a megfigyeléseket továbbra is pontosan folytassák, másrészt orvosok és betegek pártolásának biztosítása mellett további tapasztalatokkal erősítsék meg a klimatikus eltérések kedvező hatása.

Réthly Aurél értékesnek nyilvánítja fenti pontos adatokat. Jelenti, hogy a mai Magyarországon 50 meteorológiai állomás gyűjti össze a megfelelő adatokat.

Vámosy Zoltán nem hiszi, hogy a Zugligetben a vörösvérsejteknek a megsaporodása a csekély magassági differentiának volna köszönhető, hanem más, általános higiéniai viszonyoknak.

Felber Lipót: *A jászkarajenői forrásműveket* ismerteti, azok rövid történetét, geológiai viszonyait adja elő. A vizet főleg glaubersó-tartalma jellemzi. A forrásokat a legmodernebben építették ki, a víz palackozása, elszállítása a modern technikának megfelelően történik.

Vámosy Zoltán a vízmennyiség, az ásványvíz-terület kiterjedését és a víz sulfattartalmának honnétvaló származását illetőleg intéz néhány kérdést az előadóhoz.

Sontagh Tamás szerint a jászkarajenői víz sulfattartalmát a felhalmozott sók oldásából nyeri.

Felber Lipót zárszavában megjegyzi, hogy minden jel, továbbá a hasonló keletkezésű amerikai vizekkel való párhuzam arra enged következtetni, hogy a jászkarajenői forrás is évszázadokig bővizű marad.

Mandler Ottó: *A neuralgiák és myalgiaák fizikai gyógykezelése.* Mindkét betegség úgy aetiologailag, mint klinikailag rokonnak tekinthető. Anatómiai elváltozás nem mutatható ki. Aetiológiájuk még ma is ismeretlen. A kiváltó ok lehet toxikus, infectiós, szóba jöhet trauma, fizikai inzultusok és megfázás. Ismerteti a betegséget differentialdiagnostikailag szempontból, majd áttér ezek fizikai gyógykezelésére és részletesen vázolja saját tapasztalatai nyomán a thermo-, hydrotherapiás, úgyszintén a massage- és elektromos kezelési módokat. A myalgiaák massage-kezelésénél a hasizmok myalgijával és annak új kezelési módjával bővebben foglalkozik és ezt „pseudolumbagónak” nevezi. Jó eredményei feljogosítanak a reményre, hogy a physiotherápia e két betegség kezelését illetőleg mindenkor meg fogja tartani vezető szerepét.

Szörényi Tivadar megemlíti, hogy újabb felfedések szerint néha belső secretiós zavar is okozhat neuralgiát.

Benczúr Gyula a neuralgiák és myalgiaák összefüggéseinek igen bonyolult voltára hívja fel a figyelmet. Igazat ad előadónak, hogy a melegnek, azaz hyperaemiának minden módon való előidézésénél jobb gyógykezelésünk ezen betegség kezelésénél nincs. A neuralgiák idő előtti massage-jától óv.

Farkas Márton a massage hatását lumbagónál dicséri.

Sümei József védi a neuralgiák massage-zsal való gyógykezelésének célszerűségét.

II. ülés április 5-én.

Pap Lajos: *Thermikus hatások befolyása a vérkeringés gyorsaságára.*

A hőhatások befolyását a vér keringési sebességére új módszerrel vizsgálta. A plethysmograph-módszer módosítása által megismerhető az a vérmennyiség, mely az időegységben a hajszálereken áthalad. A hideg víz hatására ez a mennyiség csökken, míg a melegre hatalmasan megnövekedett. E kvalitatív módszer mellett magából a vérből quantitative meghatározható az áramlási sebesség változása, az egyes hőhatásokra. Szükséges ehhez az arteriális és vénás vér oxygentartalmának pontos ismerete. Ez az erek kipreparálásával punctio útján nyerhető. Ha levonjuk az arteriális vér oxygentartalmából a venáét, egy számot kapunk, mely a keringési sebességgel fordítottan arányos. A vér áramlása hideg hatására lassúbbodott, meleg hatásra erősen fokozódott, a vér legtöbbször esetben a vénában arterialisálódott. A véredényrendszernek az a képessége, hogy kalorikus behatásokra megfelelően reagáljon, nem hiányzik a hypertóniánál, a súlyos arteriosclerosisánál sem, jelölve annak, hogy e vitalis funkciót a szervezet nem nélkülözheti. A neuropathiás egyének-nél perverz reakciókat észlelt, mert a gyorsulás, a vér arterialisálódása a hidegre is bekövetkezett. A punctiónál a meleg hatásra a vér a venából pulzáva ömlött. Ilyenkor a peripheriális ellenállások megnyílnak, az arteriális hullám átjut a vénák oldalára s vénás pulzusokat okoz. Ezen pulzusok regisztrálása sikerült. A pul-

zushullámok megjelenése, nagysága és a vérkeringés sebessége közt parallelizmus van. Mikor a hőhatások az egész bőr felületét érik, a szíven átömölő vérmennyiség, a percvolumen változhatik. A vizsgálatok szerint a hidegre a percvolumen állandó vagy csökken, melege ugyanaz marad, de legtöbbször megnövekszik.

Keller Kálmán megemlékszik, hogy hasonlókat, midőn a thermikus behatásoknak a víz tartalmára való hatását vizsgálta, szintén észlelt, még pedig, hogy a venás vér thermikus behatásra néha az arteriában az arteriás vérhez hasonló szint veszt fel.

Frank Miklós: *Kísérleti tanulmányok a glaubersós vizek alkali-elvonó hatásáról.*

Régebbi szerzők vizsgálatai alapján átment az irodalomba, hogy glaubersó bevétele után elválasztott lúgos vegyhatású vizelet alkaliveszteséget jelent. Hosszabb ideig tartó sulfatadás után a vizeletet physikai chemiai eljárásokkal vizsgálva kitűnt, hogy a vizelet alkalikusabbá válásának nem a lúgos alkatrészek fokozott kiválasztása, hanem a savanyú gyökök csökkent kiürülése az oka. Ha a vér savanyúbbá válik, megfogja a vér HCO_3 -tartalma és savanyú vegyhatású a vizelet, a szervezet alkaliveszteségét tehát a vizelet savanyúbbá válása kíséri. Ezek szerint, ha glaubersó, Mira glaubersós gyógyvíz huzamos bevétele után a vizelet lúgos vegyhatású is, a szervezetet valószínűleg mégsem érte alkaliveszteség.

Alföldi Béla: *Budapest és vidékének ásvány- és hévízei.*

A főváros hőforrásai egy sokszáz kilométeres területen gyűlnek össze. A tatai és esztergomi langyos források hasonló medencéből táplálkoznak. A geológusok egy része azt hiszi, hogy hévízeink magas hőfoka egy Budapest alatt levő vulkáni eredetű repedésen feltörő forró gőz melegeiből keletkezik, másrésze a magas hőfokot egyszerűen azzal magyarázza, hogy a víztartó dolomit-réteg oly mélységeig ér le, ahol magas a hőmérsék, amit az artézi kutakból feltörő víz is mutat. Végül foglalkozik az érdekes föltevésekkel, melyek hévízeink nagyon eltérő emanatio-tartalmát magyarázzák.

Szontagh Tamás figyelmeztet arra, hogy nagy veszedelem fenyegeti a főváros hévígyógyforrásait, ha mint egy terv fölmerült, a víz egy részét el akarnák vonni fűtési célokra.

Benczur Gyula Alföldi előadásával kapcsolatban fölemlíti, hogy a két év előtt létrejött, eddig nem működött „Budapest Fürdőváros-Egyesület” most, miután a minisztérium alapszabályait jóváhagyta, előreláthatólag megkezdheti a hazaifalás célt is hazaifaló működését és kéri a balneológusok támogatását e társadalmi jellegű egyesület számára.

Tausz Béla emlékeztet, hogy Budapest területén vasas források is fakadnak.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 április 11-i rendkívüli tudományos ülése.

Elnök: Sarbó Artur. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Benedek László: *Az alkoholizmus hatása az idegrendszerre* című előadásához.

Donáth Gyula: A gazdasági viszonyok kényszerűsége Magyarországon is egyengeti a prohibitio útját. Boraink a külföldi piacokat, Csecho-Szlovákiát, Svájcot elvesztették. Ausztriába csak erős borok vihetők be, az ottani gyenge borok nemesítésére. Kormányunk eltiltotta gabonafélékre és burgonyára alkalmas területeket szőlővel beültetni és phylloxera-mentes talajt csak engedéllyel szabad szőlővel betelepíteni. Sörgyáraink, melyek a sört kivinni nem bírják, a sörgyártást nagyobbára beszüntették és malátakészítményeket és csokoládét állítanak elő. Nálunk is, úgy, mint Amerikában, a szőlőgyümölcsök direkt fogyasztására, vagy íz, gelée készítésére kell törekednünk, amint Dél-Magyarországon már régóta készítik a „mustkolbászt”. Hozzájárul a pénzügyminisztériumban megtudta azt a néptáplálkozási és egészségi szempontból érdekes tény, hogy a magyar paraszt, ki a háború alatt a cukorilletmények révén megkedvelte a cukrot, most cukorfogyasztó lett és szükségesnek tartja a cukrot a fogyasztó közönségnek hozzáférhetőbbé tenni és gyártását előmozdítani. Az alkoholtól megtagarított összegek épp úgy, mint Amerikában, a bevételpotenciál hatalmasan fogják emelni, a termelést, a kereskedelmet elő-

mozdítani és az államnak bővebb és egészségesebb adóforrásokat nyitni, mint a lecsapponó alkoholjövedék nyújt. Erre azonban az elmélet felvilágosítással és különösen localoptióval (helyi szesztilalom jogával) kell előkészíteni.

Földes Lajos: Rámutat, hogy az alkohol sem tápszer, sem erősítő szer s mint gyógyszer is csak nagyon kevés betegségnél használ. Nemcsak Amerika veszi a legkomolyabban az alkohol-kérdést, de a németek is erősen megmozdultak s *Strümpel-Kraepelin*, *Abderhalden* felhívása az orvosokhoz hatalmas visszhangot keltett. Ideje volna, hogy a magyar orvosok is fölvegyék a harcot az alkohol ellen.

Kausz János: 1. Az alkoholista családja nyomorát idézi elő a legszegényebb néprétegnél, miáltal az ellenállását veszítette szervezet s az alkoholista által okozott rossz egészségügyi viszonyok a tbc. terjedését, nagymértékben elősegítik. 2. Nemi betegségek elterjedése, a bűnözések az alkoholfogyasztás eldorádó-napjaiban — szombat, vasárnap — a legnagyobb. Ajánlja, hogy az Orvosegyesület erkölcsi súlyával hasson oda, hogy az alkoholtilalom legalább szombat és vasárnapra elrendeltesse, az állam a faj egészségében, tisztaságában, megbízhatóságában sokkal többet nyer, mint amennyi az állam alkoholtól származó jövedelme.

Focher László: Arra az összefüggésre hívja fel a figyelmet, amely a fiatalok bűnözésében és züllésében oly fontos szerepet játszó elmeegyesítés igen gyakori oka gyanánt szerepelő lues congenita, valamint az ugyanezen fiatalok között oly aránytalanul gyakori törvénytelen szülöttség közös forrását alkotó házasságon kívüli nemi érintkezés és az alkoholtól a psychés gátlásokat — elsősorban a legfinomabb agyi mechanizmusokra támaszkodó, tehát legsérülékenyebb ethikai gátlásokat — gyengítő hatása között fennáll.

Benedek László: Zárószavában az alkoholista szülők szerepét a bűntevésben a felhozottakon kívül a saját szerű családi elfajulás földelésében is látja. Itt hivatkozik *Rathra*, aki szerint alkoholban bő hónapokra 39% nembűntettes és 52% büntettes nemzése esik. A *Focher* által kiemelt gyengeelméjű fiatalok bűntettesekre nézve idézi *Dresel* adatait (1921), amelyek szerint a 21 éven aluli iszákosoknak legnagyobb része „*kóros személyiség*”. A lakásnyomor, alkoholizmus, gyermekhalálozás és tuberculosis szerves kapcsolatban álló tényezők. 151 iszákos közül: 127 alapított családot. 52 családban a tuberculosis otthonos volt. 24-ben a gyermekek felénél több halt el. *Földessel* egy véleményen van a „tápszer”, „mérge”-kérdésekben. *Cloppatt*, *Bjere*, *Neumann* szemben v. *Noordenre* és *Bunger* hivatkozik, az alkoholtól nitrogén-kiválasztást csökkentő hatása tekintetében; hangsúlyozva, hogy a szervezetnek gépiesen lejátszódó anyagcsere-folyamataiban nem lehet kíváncsát a „művi” beavatkozás, másrészt egy ilyen isolált változás értékesítése egyébként is nehéz. A „drug addiction”-t *Stoddard* cáfolja meg. *Bonhoeffer* klinikáján 16 év alatt 186 morfinista ápolatott. Ezek közül csak 14-nél volt alkoholizmus is. A „természetes állapot”-ban lévő kezdetleges embert a társadalmi közönség ősi tradíciói teszik „*kultúrlény*”-né. Ez utóbbiak mint „ismeretek” és „készségek”, a faji és egyéni fejlődés szerint fiatalabb agyrészekben vannak képviselve. Az alkohol, a noetikus műveletek gátlásával, a biogenetikai alaptörvény szerint, az egyénit alacsonyabb fejlődési fokra veti vissza, úgy, mint ez szervi folyamatok következtében történik. A paralysis progressiva és dementia senilisnél a „szoptatási reflex” visszatér. Ugyanígy jelentkeznek: Toulouse- és Jastrowitz-féle reflexek pseudobulbaer paralysisnél, illetve agóniánál. Hasonértelműleg az elemibb psychomotoros jelenségek, ösztönös cselekvések alkoholtörvények következtében is előtérbe jutnak. Ez szerepet játszik az iszákosok kriminalitásában. Az európai országok újabb büntetőtörvényjavaslatai már a részegséget mindinkább szigorúbban itélik meg. (Németországban a btjav. 274. §.) Eddig sok észszerűtlenség állott fenn, így például a büntettség societasának jogi elve szerint, Ausztriában nemcsak a beszámíthatatlanul részeg menekült a tett következményeitől, hanem józan bűntársa is. Jelek vannak, amelyek szerint a „szárazzáttétel” Amerikának életérdekévé lett és külpolitikáját is irányítani fogja. Ebből a szempontból is fontos volna egy legalább „restrictions” törvényjavaslat előkészítése nálunk is. A tudományos antialkoholizmus munkájában, Amerikában is, a nagy hírű orvos, *dr. Russ Benjamin* (1777) járt elől. Ma már csak a dilettáns áltudományosság minősíti az alkohol-kérdést „tudománytalan”-nak.

Április 12-i ülés.

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

Előadás:

1. **Kubányi Endre: Vértransfúziós tapasztalatok.** A vérátömlesztés tárgyalásánál a következő kérdésekre kell kiterjeszkednünk: 1. Mik a transfusio előfeltételei, 2. mik a veszélyei, 3. mik az indikációi. Csak olyan egyén vére használható fel, aki Wassermann-negatív, tudóvészben, maláriában nem szenvedett, a közelmúltban fertőző betegsége, gonorrhoeája nem volt. Ha ezen feltételek megvannak, akkor végezzük a finomabb vizsgálatot, az agglutinációs próbát. Az agglutinációs vizsgálat szükségessége a Moos-féle föltevére van alapítva; ahol nincs agglutinatio, ott haemolysis sincsen. Az agglutinációs vizsgálatokat direkt és indirekt végezhetjük. Veszélyek azáltal fenyegetnek a transfúzióval, ha az előfeltételeknél vázoltakat nem tartjuk be, s ha nem volt isoagglutin a vér. A technikai hibák közül embolia fenyegethet. *Hempel* szerint vitium contraindicationi képez. *Bakay* tanár sebész klinikáján 17 esetben végeztek transfúziót. 2 esetben teljesen kivérzett acut anaemiánál, 3 esetben extrem 20–27 perces véralvadásnál, a véralvadási idő lecsökkenésére, 4 esetben műtét utáni arrosiából eredő vérzésnél, 1 esetben osteomyelitisnél. Ezen 10 sebészeti eset közül egyetlen egyszer sem volt borzongás, vagy hidegrázás a transfusio után. 9 esetük meggyógyult, 1 betegüket egy újabb arrosio következtében veszítették el. 7 esetben belgyógyászati indicatio alapján végeztek a transfúziót, anaemia perniciosaánál, ezek közül 4 betegük életben van, 3 meghalt. Az anaemia perniciosa betegek közül egy oly esetben észlelték a transfusio után hidegrázást, amikor a transfusio előtt egy évvel lépkirtás történt. Fontos, hogy ott, ahol a véralvadást akarják elősegíteni, ott teljes vért adnak citrát nélkül, ezt 7 esetben végeztek az *Olekker*-apparattal. A többi esetben a sokkal könnyebben végezhető citratos transfúziót alkalmazták. Acut vérvesztéseknek 400 cm³, a véralvadási idő lecsökkentésére és anaemia perniciosaánál 150–200 cm³-t adtak. Tapasztalataik: Acut vérvesztéseknek kell időben adva életmentő lehet a transfusio; a vérösszeállítás eseteiben a transfúzió a többi eljárással szemben előnye az, hogy infundálása után rögtön hat, ha mindenkor elvégezzük az agglutinációs vizsgálatot, kellemetlenségektől nem kell tartani; osteomyelitis betegeknek a pozitív staphylococcus-lelet dacára jó eredményt láttak; anaemia perniciosaánál az a tapasztalatuk, hogy különösen a fiatalabb korúaknál egyedül a transfúzióval hosszabb ideig tartó remissiót tudnak előidézni, egyes esetekben a transfúzió jó hatását nem látták.

Vigh Ágoston: A II. belklinikán végzett kis és nagy transfúziókat citratos vérral 8 *Biermer*-anaemiás betegnél 26 esetben. A kis transfúziókat *Schrumpf* és *Week*, a nagy transfúziókat *Lewisoon* technikája szerint. 4 moribund esetben a kis vérbefecskendések hatásosak voltak, a másik 4 esetben a kezelés eredményes volt. Két teljes remissiót ért el. Egyiket kis transfúzióval, a másikat nagy transfúzióval. A harmadik javult esetben közepes remissiót ért el nagy transfúzióval. A negyedik esetben csak kis múlt javulás állt be. 26 transfúziója közül két esetben lépett fel hidegrázás és láz, ami azonban 6–8 óra alatt elmúlt. Ajánlja a transfúziós therapia indicatiójának kibővítését és minél kiterjedtebb alkalmazását. Az anaemiák kezelésénél először a csontvelő ingerlését tartja célszerűnek kis transfúziókkal; ha ez nem eredményes vagy a beavatkozás sürgős: nagy transfusio végzendő bármely jól bevált methodika szerint.

Göbl Albin: *Hasenfeld* osztályán 3 aplastikus anaemia perniciosa esetében végeztek transfúziókat kellemetlenséget nem okoztak. Egyik a transfusio után 17 héttel exaltált. Másik rövid ideig remissiót mutatott. Harmadik esetben végzett úgynevezett kis transfusio javulást eredményezett, bár aplastikus maradt. Belgyógyászati esetekben a könnyen kivihető venapunctio technikájú, úgynevezett kis transfúziók általánosan elterjedésre tarthatnak számon.

Vágó Árpád: Vértransfúziókat a Bakáts-téri női kórházban 5 éve alkalmaznak. A veszélyes és káros mellékhatások a rendszeres serologiai vizsgálattal kiküszöbölhetők. A mikromódszerek gyors tájékoztatást nyújtanak. A transfusio hatására a vérkép és vérnyomás megjavul, légszomj, cyanosis tűnik, pulsus telődik. Vizeletben fehérje, haemoglobin, urobilin nem volt kimutat-

ható. A transfundált vér 6–8 hétig is élél és funkcióját teljesíti. Legalkalmasabb a defibrinált vér átömlesztése (kivitele egyszerű), a defibrinált vér vörösvértestjei a teljes vér vörösvértestjeitől az eredmény szempontjából nem különböznek. 40 esetben alkalmazták extrauterin graviditásnál saját vér reinfúzióját, egyéb acut és chronikus anaemiáknál idegen vér átömlesztését. Eredményeik jók, haláleseteket nem észleltek, szövőnyosan látott hidegrázást és egyszeri hőemelkedést. Anatómiai ok nélküli vérzések terhes vér befecskendésére szűnnek. Sepsisnél hatástalan. Ha a hatás bevétele nem sürgős, intramuscularis vérinjectiókat adott nagyfokban anaemiás betegek műtetre való roborálása végett. Kiterjedten alkalmazta a szüléseknél vesztett vérnek haemoklysmá alakjában való visszaadását is.

Torday Árpád: Anaemia perniciosa két esetében alkalmazta a transfúziót kis dosisban. A transfúzióknak eddig eredménye nem volt. Az egyik betegnél a vérinjectio magas lázt váltott ki kellemetlen melléktünetekkel.

Johan Béla: Wright legújabb vizsgálataira hívja fel a figyelmet, aki a vértransfusio indicatióit kiterjesztette súlyos sepsis-esetekre is. A vért adó egyént vaccinálja és röviddel ezután végzi a transfúziót. Súlyos septikus esetekben jó eredményt látott.

Bakay Lajos: Az isoagglutin tulajdonsága két vérnek, amely a transfusio veszélyeit ilyen szépen csökkentette, arra indította, hogy megvizsgálta isoagglutin egyénekben transplantiált *Thiersch*-féle lebeny viselkedését. Az eredmény biztató volt; teljesen nem, de részletekben megtapadtak a lebenyrészek. A pétervári *Fedorow*-klinika hasonló eredményekre jutott. A vér biochemiai tulajdonságának az ismerete talán oda fog vezetni, hogy a szövetek és szervek átültetése új alapon indulhat meg.

2. **Karoliny Lajos: Histologiai adatok a petefészek belső secretiós működéséhez.** Az ovariumban a belső secretio a petesejthez és a folliculus hámszejteihez kötött, az úgynevezett interstitialis mirigynek semmi secretiós működése nincs, az ezen név alatt összefoglalt képletek nem egységes eredetűek, nem constans alkotórészei a felnőtt asszony ovariumának, így a működése se lehet oly fontos, mint azt eddig felvették. Pathologia, röntgenezett és transplantiált ovariumok vizsgálata és a pseudohermaphroditismusnál is fennálló viszonyok ezt a föltevést megerősítik. Klinikailag pontosan észlelt esetek ovariumainak mikroszkopiai képéből bizonyos következtetéseket lehet vonni az illető egyén genitális jellegére. A röntgenezett ovariumokban vagy teljes atrophia észlelünk, vagy degenerációt, ami a nemi működések egyideig tartó fokozódását vonja maga után. Az úgynevezett pubertasmirigy teljes izolációjára nem kerül a sor és amennyiben secretiós jelenségek vannak, azok a megmaradt folliculusokra vezethetők vissza. Transplantatumok vizsgálata is megerősíti, hogy az interstitiumban felszaporodó lipoidokat tartalmazó elemek folliculus-atresia és nem a pubertasmirigy hypertrophiájának eredménye. Elzsírosodás degeneratio révén is létrejön. Az ovarium lipoidjai közt specifikus kimutatni nem sikerül, a lipoidok a véráram útján kerülnek a petefészekbe és itt phagocytizálódnak és nem secernálódnak, mint azt eddig fölvezték. A lipoidok mennyisége változó, rendes viszonyok mellett hullámvonalat mutat, kórosan megfogható és megszorodhat, mindig a secretiós viszonyokkal összhangban. A lipoidok a corpus luteum körül sáncot képeznek, melynek védő szerepe volna. A lipoidok védik az ovariumot a kártékony külső behatásoktól és meggátolják a secretumoknak a szervezetbe nagymennyiségben való jutását. A lipoidok forgalmát a mellékvese szabályozza, mellyel az ovariumok igen benső fejlődéstani és correlatiós viszonyban vannak. A mellékvese és az ovarium lipoidos daganatai a nemi jelleg megváltozásához vezethetnek, valószínűleg a specifikus ovariumsecretum megkötésével. A corpus luteum anatómiai viszonyainak megfelelően secernáló és védő apparatusból áll.

3. **Mansfeld Ottó: A petefészekműködés megtartására, pótlására és befolyásolására törekvő beavatkozásokról.** Az ivarmirigy oly nagy jelentőségű a nőre, hogy annak kikapcsolása az ivarérett korban — akár műtéti, akár sugaras úton — kerülendő. A myoma-műtétknél legalább egy ovarium conserválandó. Az adnexitisek operálásánál legnehezebb eleget tenni ama kettős követelménynek, hogy a beteg helyileg is meggyógyuljon, meg az ivarmirigye is megmaradjon. Kétes egségű, összenövésből kihámozott ovarium vissza-

hagyása helyett, amely recidivákat és izzadmányokat teremt, jobb az eltávolított ovariumokból ép szeleteket a hasüri kívül transzplantálni. Beszámol 50 autoplasztikás transzplantációinak eredményeiről. Ezek 92%-ban jók, ha a méhet conserválni lehetett, 50%-ban jók, ha a méh is kiirtatott. Az ovariumműködés befolyásolása két irányban lehetséges: működésfokozás és csökkentés. A hypofunctio befolyásolása az X-sugarakkal kis adagjaival, valamint auto- és homoioplastikával sikerül, amennyiben a helyén levő ovariumokat ezen beavatkozások intenzívebb tüszőérésre ingerlik. A kórosan felfokozott működés oly módon redukálható a normális mértékre, hogy a tüszők összmennyiségének felét az egyik ovarium sugárzásával avagy operative ék-kimetszésekkel kikapcsoljuk.

A Közkórházi Orvostársulat április 9-i ülése.

Elnök: Haberern J. Pál.

Jegyző: Torday Árpád

Sarbó Artúr: Újabb szempontok a központi idegrendszer mozgási és vegetatív berendezésében, különös tekintettel az extrapyramidalis mozgató systemára és hypothalamusra, mint legfőbb vegetatív központra címen tart előadást. Ismerteti az újabb nomenclaturát, mely szerint a nucl. caudatus és putament együtt neostratumnak, a globus pallidus paleostriatumnak nevezik. Ábrákon demonstrálja a striatumnak összeköttetéseit a hypothalamus motoros és vegetatív működést kifejtő magcsoportjaival.

Párhuzamot von a corticospinalis (Py) és extrapyramidalis pályák között, mely alatt a striatum, nucl. ruber és rubrospinalis pályák értendő. Áttér klinikai jelekre, betegeken demonstrálja a két mozgásforma különbségeit. Részletesen mutatja be az extrapyramidalis mozgászavarokat: mozgáslassúság, mimikahiány, hypertonia, fixációs rigiditas, szempilla-, nyelv-, kézlengés, kényszernevetés, kényszersírás, testtartásbeli eltérések, hyptokinesis.

Külön kiemeli az általa leírt (pillalengés, nyelv-lengés, hyptokinesis) jelek körjelző fontosságát. Ezen tanulmányok alapján nyert tapasztalatoknak különböző agyi bántalmakban hasznosítható körjelzési fontosságára reáutal és azt esetekkel demonstrálja. Az izom-tonus kérdésével foglalkozik és azon szerzőkhöz csatlakozik, akik a tonust a subst. nigrával hozzák összefüggésbe. Sorba veszi a hypothalamus vegetatív magjait és ismerteti a ma divó felfogást: a hő-, víz-, cukorszabályozás, szív-, mirigybeidegzéseket stb. illetőleg. Betegágyánál tett experimentalis tapasztalatait, melyek szerint sclerosis multiplex eseteiben tejszűrésre magas lázzal végtaghypertonia, retentio urinae, szívdobogás, látás-zavar áll be, úgy magyarázza, hogy azok a legmagasabb sympathicus-központ izgalmi jelenségei. Ezek által experimentumaiban bizonyítékát látja a központi létezésének. Végül agydanat egy praeparatuma mutatja be; előben a hypothalamus bántalmazottságára való tünetek alapján pontos topikus körjelzést tudott felállítani és ezzel demonstrálhatta az újabb kutatások gyakorlati jelentőségét is.

HETI KRÓNIKA

A hagyomány szerint a szelíd lelkű hindu nép-nél fakadtak az emberszeretet virágának első gyümölcsei: odáig lehet követni a kórházak eredetét. Az európai népek sokkal vérengzőbbek voltak, semhogy az ember életét sokra becsülték volna. Mikor végre a keresztény világfelfogás érvényesülni kezdett, akkor létesültek az első jótékonyági intézmények: vendégházak (xenodochium) a vándorok, gondozóhelyek (orphanotrophium) az árvák, az aggok (gerontocomium) és a szegények (ptochodochium) végre gyógyító intézetek (nosocomium, hospitium) a betegek számára.

A legelső ilyen intézetet a cappadociai Caesarea-ban Szt. Basil alapította. Csakhamar elterjedtek; 400-ban alapította Fabiola a római, Eudoxia 420-ban a jeruzsálemi, Samson 500-ban a konstantinápolyi, Nonus nestorianus püspök 460-ban az edessai, végre Childebert 524-ben a lyoni kórházat.

A régi kórházak eleinte vagy gyógyforrások közelében épültek, hogy a leprás, pestises, később syphi-

lises betegeket ápolják; ilyenek rendszerint szent Lázárt vették védszentjükül, mások a háborúk sebesültjeit és rokkantjait fogadták be, ilyenkor szent György nevét vették fel. A harmadik típus, melyet III. Ince pápa (1188–1216) alapított, a Szentlélekről neveztetett el és a mai általános kórházak őse volt. A kórházak kezdetben egy templom mellé épült nagy házból állottak, a kórtermek vagy legalább azok egyike kápolnaszerű volt; Franciaországban és Spanyolországban ma is lehet olyan kórházakat látni, amelyek minden kórtermében egy kis oltár van felállítva.

A renaissance korban a kórházakat is gyönyörűen feldíszítették. A 777-ben épült milánói kórházat 1445-ben gyönyörűen átépítették *gót-renaissance* stílusban; ez az Ospedale Maggiore ma is fennáll még. Éppúgy ma is csodálhatjuk a sienai kórház pompás freskóit vagy az 1421-ben Brunellesco által épített firenzei Spedale degli Innocenti falain Andrea della Robbia művészi terracottáit.

Később elhagyták a nagy blokkházat és keresztalakú vagy nagy udvarokkal bíró épületeket emeltek, melyek egyik oldalán folyosók futottak és ezekből nyíltak a kórtermek. Ilyenféle a mai Rókus-kórház. Ezek az intézetek persze nem feleltek meg céljuknak; emellett sokszor túltömöttégük betegség-fészkeké tette őket. A szerencsétlen XVI. Lajos francia király segíteni akart a nyomorúságos párisi kórházakon és Lavoisier és Tenont megbízta a kórházi ügyek megjavításával. Ezek jelentésükben felemlítették, hogy a párisi Hôtel Dieu-ben 2X1.5 méteres ágyakban 4–6 beteg fekszik, sőt néha turnusokra vannak a betegek osztva és a széken ülő és az ágyban fekvő betegek felváltják egymást. A szülők otthonában minden ötödik nő gyermekágyi lázban betegedett meg, ami jónak volt mondható a bécsi állapotokhoz képest, ahol 1776-ban 12 nő közül átlag 7 kapott gyermekágyi lázat. A jelentésben közölték, hogy a javulás az angol pavillon-rendszer meghonosítása által remélhető. A londoni St. Bartholomews Hospital ugyanis a XVIII. század eleje óta külön *pavillonokat* állított fel a fontosabb betegség-csoportok számára és a plymouthi tengerész-kórházat mindjárt 15 pavillonossá építették. A francia forradalom azonban megakadályozta a reformokat, a nemeslelkű királyt és a kórházi bizottság elnökét, Lavoisier, a híres vegyészét kivégezték és javulásra csak a XIX. században került a sor, amidőn gróf Lariboisière-nek gazdag alapítványából megépült az első pavillon-rendszerű párisi kórház.

Ugyanakkor azonban egy másik rendszer is népszerűsödni kezdett: Pringle már a hetéves háború (1756–1763) tapasztalatai alapján javasolta, hogy amikor hirtelen felszaporodnak a betegek, egyszerű fabódékban helyezték el őket. Ilyeneket 1758-ban Brocklesby létesített is. Igazán akkor terjedtek azonban el, amikor a krími háborúban Miss Nightingale a sebesültek borzasztó helyzetén segítendő, a hadi egészségügy javítása érdekében mozgalmat indított. Evans ezt a rendszert tökéletesítette az észak-amerikai államok közötti polgárháborúban, úgyhogy a francia-porosz háborúban Esmarch és Virchow a tábori laza-retteken kívül már 481 *barakk-kórházat* állítottak fel.

Ezalatt nagyot fejlődött a kórházi építési technika is. A vas- és vasbeton-gerendák nagynyílású termék létesítését tették lehetővé. Tolleit a 60-as években a kórházak szellőzését javította meg és a Pettenkofer-féle elmélet miatt a talajkigöngyölés ellen az egyes emeletek közé szellőző közeleket épített. Ilyen rendszer szerint épült a 70-es évek közepén a két legregibb klinikánk, a mai IV. sz. Belgyógyászati és a Bőr- és Nemikórtani klinika. Ezt a *miasmatico-contagiosus* elvek alapján álló rendszert azóta elhagyták, mert a szellőzést egyszerűbben is meg lehet oldani és mert az emeletek közé igtatott ürok a fűtést felette megdrágították.

Ma azt mondhatjuk, hogy minden kórházat a helyi viszonyok tekintetbevételével *individually* kell megtervezni. Nagy városok belsejében a magas, toronyszerű, sokemeletes kórházak célszerűek, mert takarékoskodnak a telekkel és a felső kevésbé poros, naposabb és zajtalanabb rétegeket használják ki. Ahol viszont elegendő hely áll rendelkezésre, ott a legjobb a földszintes kórházi típus, amilyent a legszebben Rixdorfban láthatunk, ahol a kórtermek földszintesek, a kerte nyílnak és kitárt ajtón át a virágpompát élvezhetik a betegek.

Természetes, hogy a folytonos differenciálódás a kórházakra is kihatott. Így eltekintve attól, hogy nagyobb helyeken a betegek nemzetisége szerint külön intézetek keletkeztek európai és szerencsén vagy a maláji lakosság számára, sőt Londonban külön a franciák, németek, olaszok, amerikaiak és ausztráliaiak részére, — sok olyan typus is keletkezett, amilyen nálunk nem található fel és amelyek talán feleslegesek is. Ily túlságosan specializált intézetek pl. a londoni fistulások, rectum-betegek, csipőizületükben beteg gyermekek, az antivivseccio követőit összegyűjtő, az alkohollal nem élők stb. kórházai. Mások nálunk is meghonosítást érdemelnének. Ilyenek a szerencsétlen, nálunk kórházról-kórházra vándorló és mindenünne kiűzött *lupusos betegek*, *carcinomásak*, elhúzódó női bajokban szenvedők otthona, a Welander-intézetek heredosyphilitikus kisgyermek számára, akiket mi egyszerűen el hagyunk pusztulni. Ilyenek továbbá a cachektikusok és haldoklók utolsó óráit megkönnyítő *Hostel of God* vagy a *Free Home for Dyingek*, a hajléktalanok, amelyek a betegeket a város zajától kedvesebb, csendesebb vidékre viszik. További typusok, melyekre nálunk beteganyag hiánya miatt nincsen szükség a leprosoriumok és a tropusi betegségben szenvedők számára szolgálók. Annál nagyobb szükség lenne a *népszanatóriumok* szaporítására. Ezeket tudvalevően Brehmer kezdeményezte 1854-ben a görbersdorfi sanatoriummal. Dettweiler javasolta a heverő sátrakat, Wolf Becher 1899-ben az erdei kórházakat, míg a napkúrát a Cairo melletti Helouanban és a schweizi Leysinben honosították meg.

A sanatóriumok és a velük kapcsolatos dispensairek rendkívül jótékonyan hatottak. Angliában 1918-ban a lakosságnak 1.69‰-e (58.073) halt meg tuberculosiban, 1920-ban pedig csupán 1.12‰-a (42.546). Ezt az eredményt persze csak nagy áldozatokkal lehetett létrehozni. Anglia 1912-ben tuberculositikus betegek részére 4800 ágygal bírt, amely számot 1921-ben már 17.447-re emelték. Ugyanekkor a dispensairek 8-ról 470-re szaporodtak.

Az Egyesült-Államokban 1923-ban 6830 kórház működött, összesen 775.772 ágygal. Ausztriának 6.280.000 lakosára 284 kórház esett 39.000 ágygal; hazánkban szomorúak a viszonyok. 1892-ben 349, 1914-ben 426 és 1923-ban 124 kórházunk volt; az ágyak száma pedig 1892-ben 14.825, 1914-ben 44.386, tavaly pedig már csupán 26.190 volt. Minthogy azonban népünk időközben tudatára ébredt a kórházak hasznának, ma már erősebben igénybe veszi azokat, mint ezelőtt 30 esztendővel. 1892-ben ugyanis 100.000 lakosra a kórházakban 1062 ápolási nap jutott, 1901-ben már 1608, 1914-ben pedig 2439.

Tetőzi még a nehézségeket az, hogy a lakosság főleg azokat a kórházakat veszi igénybe, amelyekben könnyebben elengedik az ápolási díjakat, ezek a nyilvános közkórházak. Így egy ágyra jutott ápolási nap a törvényhatósági kórházakban 354, az állami kórházakban és az állami beutalás útján megtöltött irgalmasrendi elmegyógyintézetekben 318, míg a nyilvános magánkórházakban csak 280, a nem nyilvánosokban 225, a klinikákon pedig, ahol a beteg egyúttal tanítási anyag is, 225. A betegek tehát főleg a törvényhatósági kórházakba szorulnak.

Tudjuk már most, hogy elhibázott egészségügyi politikánk következtében a legszebb modern kórházainkat a nemzetiségek által lakott *periferiás vidékeken* helyeztük el, amelyeket, mint a szép nagyváradi, marosvásárhelyi, kolozsvári, újvidéki, nagyszombat, pozsonyi, trencsénit és a kassai kórházakat elvezítettük. Népünk most az elavult régi kórházainkra szorul.

Nagy baj az is, hogy az olyan betegek, akik régebben gyógyfürdőket kerestek fel, ettől is elesnek. 1899-ben még 67 gyógyfürdőkön volt, amelyekből már csak 20 maradt meg; ezek közül is 14 balaton-parti, inkább csak nyaralóhely, 3 pedig fővárosi fürdő, úgyhogy igazi gyógyfürdőhelyünk már csak 4 van: Balatonfüred, Harkány, Hévíz és Paráds.

Kétségtelen tehát, hogy kórházügyünket reformálni kellene. Ez két irányban szükséges. Egyrészt a törvényhatósági kórházakat el kellene látni kémiai, bakteriológiai, serológiai, kortani laboratóriumokkal és fizikális és egyéb gyógyintézetekkel. Ezenkívül kapcsolatba kellene hozni egyéb egészségügyi intézményekkel, mint a betegpénztári rendelővel, dispensairekkel és prophylaktikus állomásokkal. A másik

lényeges kellék volna, hogy minden körorvosnak *székhelyén létesüljön egy törpe kórház*, ahová az orvos a székhelyétől távollakó súlyosabb betegeit beszállíthassa és ott rendszeresen kezelhesse.

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.

A Közkórházi Orvostársulat április hó 23 iki ülésének tárgysorozata a következő: Bemutatások: *Mócsi Márta*: Rhinogen orbitaiphlegmone két gyógyult esete. *Ilk Viktor*: Thórakoplastika két esete. *Csutorás Sándor*: Totalis emasculatio penis carcinoma miatt. *Előadás. Lieberman Leo*: Szemműtési asepsis és localnaesthesia.

Az Országos Balneológiai Egyesület pályakérdései. Az Országos Balneológiai Egyesület a következő pályakérdéseket tűzi ki: 1. Kivántatik a Balaton iszapjának gyógyítás céljára való alkalmazhatóságának tudományos vizsgálata. (A Balatoni Szövetség a tárggyal foglalkozóknak messzemenő segítségét biztosítja.) Jutalma: Óváry Ferenc dr. adományából két mm búzának 1924 szeptemberi értéke. 2. A Balatonra vonatkozó és szabadon választható orvosi kérdéssel foglalkozó tudományos munka. Jutalma: Óváry Ferenc dr. adományából egy mm búzának 1924 szeptemberi értéke. 3. A balneoterapia köréből szabadon választható pályakérdéssel foglalkozó munka. Jutalma: Tausz Béla dr. adományából 200.000 takarékkorona. 4. Vizsgáltassék meg a jászkarajenői Mira ásványvizek hashajtó hatása a székszorulás különböző alakjainál és állapíttassék meg e vizek legcélszerűbb alkalmazási módja az obstipatio kezelésében. Jutalma: egy angol font értéke. 5. Vizsgáltassék meg a jászkarajenői Mira ásványvizek hatása a máj működésére s e hatások klinikai értékessége. Jutalma: két angol font értéke. A jelígyes levéllel ellátott pályamunkák 1925 február 28-ig nyújtandók be az Országos Balneológiai Egyesület elnökségéhez (Üllői-út 26. II. emelet).

Doktorrá avattattak a Pázmány Péter-egyetemen múlt hét szombatján: *Almásy András Gyula*, *Benyó Endre György*, *Elemér Dobronyovszky Károly Gyula*, *Fatér Lajos György*, *Henszelmann Sámuel Szilárd*, *Herczeg Tibor*, *Kalapos György*, *Kaczander Károly*, *Kiss Lajos*, *Kiss Nándor János*, *Kostyelik Julianna Cecília*, *Kováts Sándor*, *Mahrer Dezső*, *Matzon Gábor Jenő*, *Meyer Vilmos*, *Mindák Jenő*, *Neukomm Mária Hedvig*, *Ornstein Lajos*, *Oravetz István Kornél Andor*, *Reich Péter János*, *Schwacha János*, *Tolnay László*, *Tóth Lajos József*, *Védty Géza Rezső Antal*, *Zágon András*, *Zimmer Jenő*. Üdvözljük az új kartársakat!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 6-tól április 12-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	10 (—)	Gyermekágyi láz.....	— (—)
Küteges hagymáz....	4 (1)	Bárányhimlő.....	19 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob..	15 (—)
Kanyaró.....	16 (—)	Vérhas.....	8 (1)
Vörheny.....	66 (8)	Járv. agygerincagyhártyalob..	— (—)
Szamárhurut.....	31 (5)	Trachoma.....	17 (—)
Roncs, torok-égégelob	12 (4)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	9 (3)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	5 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Orvosi hir. *Ifj. Molnár Béla dr.*, v. belklinikai tanársegéd belorvosi rendelését ezidén május elsején kezdi meg Karlsbadban. (Alte Wiese 4. „Deutsches Haus”).

A himlőnyirk ára. A magy. kir. népjóléti és munkaügyi ministerium 47313/24. számú rendelete értelmében a tömeges oltásokra való himlőnyirk ára adagonként 1600 korona.

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

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

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásiügyi 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: HUZYI IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Pákozdy Károly: Extramedullaris daganat helyének korai meghatározására alkalmas érzésvizsgálási módszer. (253—254. o.)

Licskó Andor: Chinin okozta látóidegsorvadás. (254—255. o.)

Haynal Imre: Tüelektródokkal készült elektrokardiogrammok értékéről. (255—256. oldal.)

Therapia. Duzár József: A csecsemőkori septikus pyelitisek colloidalis fémkezelése. (256—257. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diatézis kezelése. 9. Egy napos kísérlet. (257—258. oldal.)

Lapszemle. Belorvosok. — Szülészeti és nőgyógyászati. — Fülgyógyászati. (258—260. oldal.)

Könyvismertetés. (260. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 6-i ülése. (260—261. oldal.)

A Charité Poliklinika április 14-i ülése. (261—262. oldal.)

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének április 5-i ülése. (262. oldal.)

Heti krónika. (262—263. oldal.)

Vegyes hírek. (263. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye. (igazgató: Herzog Ferenc dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Extramedullaris daganat helyének korai meghatározására alkalmas érzésvizsgálási módszer.

Írta: Pákozdy Károly dr. tanársegéd.

A gerincebészethetnek az utolsó két évtizedben tapasztalt nagy föllendülésével kapcsolatban műtetre kerülő esetek legnagyobb és therapiás szempontból is leghálásabb hányadát az extramedullaris daganatok teszik, melyek egyébként diagnostikai és prognostikai szempontból is külön megítélést érdemelnek. Az operációs statisztika fokozatos javulásának oka részben a műtési technika, főleg azonban a neurológiai diagnostika fejlődése, mely ma már a legtöbb esetben nemcsak a daganat felismerését, hanem helyének pontos meghatározását is lehetővé teszi. Ha a mind nagyobb és nagyobb számú operált beteg sorsát figyelemmel kísérjük, kitűnik, hogy a műtét igazi eredményességének, vagyis a beteg teljes restitutiójának föltétele az, hogy a műtési beavatkozás, tehát a tumor helyének azt megelőző pontos meghatározása is idejekorán történjék, azaz olyankor, amikor a gerinevelőnek, vagy nagyobb számú gyökérnek a komprimálása nem okozott még irreparabilis laesiót. A helymeghatározásban legtöbbször az érzési eltérések játszanak döntő szerepet, amelyek valamelyik érző gyökér izgalma, esetleg bénulására, vagy pedig a gerinevelő valamelyik segmentumának compressiójára utalnak. Az izmoknak még oly súlyos centralis vagy peripheriás jellegű bénulása, a reflexek viselkedése, a csigolyák nyomásérzékenysége, a gerincoszlop körülírt merevsége, hólyag- és végbélzavarok, oculopupillaris tünetek stb. csak ritkán, még leginkább a daganat nyaki vagy lumbosacralis helyzete esetén döntik el a segmentumos diagnoszt. Haladást jelent a korai meghatározás terén az intraspinalis levegőbefúvás, sajnos, nem egészen megbízható volta csökkenti az eljárás értékét.

Nagyfontosságú a tumor fekvésének megállapítása szempontjából a hátsó gyökök izgalma jelző féloldali, néha kétoldali radicularis jellegű neuralgiaszerű fájdalom, vagy paraesthesia; jelentőségét fokozza, hogy sokszor korai és hosszú időn át egyetlen tünete a bántalomnak. Leggyakoribb olyankor, ha a daganat a gerinevelő mögött fekszik, de a gerinevelő előtt fekvő

daganat is okozhat korán gyöki fájdalmat (*Cassirer-Krause*). Sokat veszít jelentőségéből, ha későn jelentkezik és sajnos, a jól észlelt esetek egész sora ismeretlen, ahol az évek át tartó lefolyás alatt sem jelentkezett; még olyankor is hiányozhat, ha a daganat az érző gyökérből indul ki (*Foerster*). A gyöki fájdalom néha objektív kísérő tünete a radicularis hyperaesthesia, míg a radicularis hyp-, illetve anaesthesia egy, illetőleg több gyökér erősebb komprimálását jelzi s így többnyire csak később jelentkezik. Ha a gyöki fájdalom hiányzik, a tumor helyének megállapítása sokszor, különösen a daganat dorsalis helyzete esetén mindaddig lehetetlen, amíg a compressio nem vezet a hosszú érzőpályák laesiójához, s így az úgynevezett vezetési hyp- illetve anaesthesia kifejlődéséhez, mely a Sherrington-féle szabály figyelembevételével a helymeghatározást lehetővé teszi. Ebben a stadiumban, sajnos, az érzékenyebb mozgató-pályák sérülése néha már súlyos bénulás létrejöttéhez vezet. Még a vezetési érzészavar jelenléte esetén is megnehezítheti és tévessé teheti a daganat helyének megállapítását az, hogy a hypaesthesia felső határa nem éles, vagy nem állandó; már régebben tapasztalták, hogy az érzészavar többször előbb a distalis bőrfelületen jelentkezik, s csak később, esetleg már nehezen reparabilis mozgászavar kifejlődése után terjed fel a compressio magasságáig és válik éles határvá. Nemrégiben ismertetett *Elsberg* két esetet, ahol az érzészavar ilyen viselkedése miatt csak hosszabb idő múlva a második laminektomia alkalmával találták meg jóval magasabban a tumort.

A felületi érzészavar hiánya vagy bizonytalan volta mellett ismételt sikerrel *Foersternek* a tumor helyének felismerése a bőringer térbeli megérzésének (*Raumsinn*) zavara révén, melyet az izületi érzéssel és nyomásérzéssel együtt a hátsó kötegek vezetnek. Utóbbiakat úgy látszik, gyakran előbb és súlyosabban zavarja meg a compressio, mint a felületi érzés pályáit. A térbeli érzés három kvalitása (az inger helyének megérzése, két egyidejű inger megkülönböztetése a Weber-féle érzési körök útján és a bőrre írt számok vagy alakok felismerése) közül a helymeghatározásra a legalkalmasabbnak a bőrre írt számok felismerésének zavarát találta; e vizsgáló módszer értékéről egy betegünkön magunk is meggyőződünk.

Az elmúlt év folyamán a IV. sz. belklinikai beteganyagán több esetben tettünk egy megfigyelést, amely alkalmasnak látszik a localisatiós tévedések elkerülésére és amelyet *Herzog* professor ajánlatára a korai magassági meghatározásra is sikerrel alkalmaztunk. Ismételt

ten tapasztaltuk azt, hogy az olyan betegen, akin az objektív érzékszavar változott vagy nem volt éles határú, az érzékszavar helye fölött van egy olyan zóna, amelyben a szokásos módszerekkel vizsgálva egyik érzésképeségben sem volt ugyan biztos és objektíválható kiesés, mégis ki lehetett mutatni benne a felületi érzés kisfokú kvalitatív és subjectív megváltozását, mert a beteg másnak jelezte az érintést, mint a normalis érzésű helyeken. Tapasztalásunk szerint ilyen esetben a daganatos compressio kezdetének az a határ felel meg, hol a normalis érzés érintkezik evvel a qualitative kissé megváltozott érzésű, de sem kifejezetten hypaesthesiás, sem hyperaesthesiás területtel, ha a határt ismételt vizsgáláskor hosszabb időn át állandóan ugyanott találjuk. A határ megállapítására az érzésvizsgálásnak azt a módját használjuk, hogy a normalis érzésű bőr felől vizsgáló ecsettel haladunk a megváltozott érzés irányában és felszólítjuk a beteget, hogy azonnal jelezze, amit az ecsetérintést másképpen érzi. Három betegünkön találtunk ilyen megváltozott érzésű és állandó határú kisebb-nagyobb zónát az objektív érzéskiesés területe fölött, s a műtét mindannyiszor igazolta, hogy ennek a másként nem objektíválható érzékszavarnak a felső határa felelt meg a tumor felső polusának.

Az észlelt esetek a következők:

1. H. M. 36 éves férfi. Mind a három érzésképeségre kiterjedő objektív kiesést találtunk mindkét oldalt a VII. nyaki segmentum magasságától kezdődőleg, az V. és VI. segmentum területén a beteg csak a tapintási érzés fentemlített kvalitatív megváltozását jelezte. Az érzékszavarnak megfelelően a műtét alkalmával a gerincvelő előtt fekvő tumor felső vége csakugyan az V. segmentum magasságában volt.

2. G. I. né 53 éves nő, csaknem két hónapig észleltük. Észlelésünk elején az érzéskiesés mindkét oldalt csak az inguinális tájékaig ért, később eltolódott a határ felfelé a VIII. háti segmentum magasságáig, baloldalt azonban már a VI. háti segmentum magasságában ki tudtuk mutatni az érzés kvalitatív megváltozását. Ezen a betegünkön intraspinalis levegőbefúvás is történt, s noha a beteg a befúváskor a VIII. háti csigolya magasságába helyezte a fájdalmat, s az ugyanakkor készült Röntgen-felvételén addig terjedt a befújt levegőoszlop is, a tumort mégis az érzésvizsgálat alapján lokalizáljuk és az ennek megfelelően a műtét alkalmával valóban a IV–V. háti csigolya magasságában feküdt, felfelé tehát a VI. háti segmentumig terjedt.

3. T. I. 20 éves férfi. Objektív érzékszavara volt minden kvalitásban a IX. háti segmentum bőrterületétől lefelé, az ecsetérintést azonban már a VI. segmentum magasságában másképpen érzi. Ugyanettől a határtól kezdve zavart a bőr térbeli érzése is, a beteg nem ismeri fel a bőrre írt számokat. Műtét alkalmával a daganat a IV–VI. háti csigolya magasságában volt, tehát még a VI. segmentumot összenyomta.

Eseteink bizonyítják, hogy a magassági diagnosztika korai megállapításra igen alkalmas a csak subjectíven megváltozott érzésű terület felső határának a vizsgálása és ez meg is felel a compressio legfelső helyének, ha állandóan ugyanegy helyen találjuk.

Irodalom: Cassirer-Krause: Berl. klin. Woch. 1921. I. köt. 224. old. — Elsberg: Arch. of neurol. a. psych. 1921. V. köt. 1. sz. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921. XXV. köt. 640. old. — Foerster: Neur. Zentrbl. 1920. 641. old. — U. a.: Berl. klin. Woch. 1921. I. köt. 818. old. — Jancke: Münch. med. Woch. 1913. II. köt. 1033. old. — Oppenheim: Lehrb. d. Nervenkrankh. I. Berlin. 1923.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. szemklinikájának közleménye (igazgató: Grósz Emil dr. egyetemi tanár).

Chinin okozta látóidegsorvadás.

Írta: Licskó Andor dr. egyetemi tanársegéd.

Az utóbbi 20 esztendő irodalmában százon felül ismeretes a chininintoxicációk száma, mégis nagyon sokszor találkozunk a rendes lefolyástól és tünetcsoportoktól eltérő esetekkel.

A klinikánkon észlelt eset több szempontból érdemel figyelmet: Gy. Gy. 30 éves férfi 1919-ben maláriával megbetege-

dett. Chinin- és arsenkezelésben részesült, baja azonban dacolt a kezeléssel. Egy év előtt lázas rohamában egyszerre 25 chinin-pastillát (10–15 grammot) vett be. Néhány óra múlva súlyos általános tünetek kíséretében megbetegedett, látását és hallását elvesztette. A mérgezés után tüstént gyomormosást végeztek nála és tíz injekciót kapott a kezelés tartama alatt. Egy hét múlva fokozatosan kezdett visszatérni a látása, amely egészen a legutóbbi ideig javult. A klinikán 1923 november 20-án jelentkezett és ekkor látásélessége a jobb szemén és bal szemén egyaránt $\frac{5}{20}$ volt. Külsőleg a szemeken semmi rendellenesség, kivéve a pupillákat, melyek a rendesnél kissé tágabbak és fényre renyhébben reagálnak. A szemfenéken mindkét szemben a látóideg fő krétafehér, éles határokkal, az erek különösen az ideghártya peripheriás részein hajszálvékonyak, a szemfenéken egyéb elváltozás nem észlelhető. A látótér mindkétoldalt körkörösön 15–20°-ig beszűkült. A nagyfokú látótérszűkület különben már a beteg járásánál elárulja magát, mert az aránylag jó középponti látásélesség ellenére a térben alig tud eligazodni. A színeket csak a centrumban ismeri fel, a színes látótér egyáltalán nem volt felvehető. Förster-photometerrel nagyfokú hemeralopia mutatható ki.

A chininintoxicatio tünetei általában könnyebb, ritkábban súlyosabb természetűek. Könnyebb esetekben általános mérgezési tünetek kíséretében, a látás rövidebb, vagy hosszabb időre elvesz, látótér concentrikusan beszűkül. Súlyosabb esetekben órákig vagy napokig öntudatlan állapotban lehet a beteg, midőn magához tér, a látását és hallását tökéletesen elveszítette. A hallás rendszeren hamarabb, a látás rendszeren csak később, csak napok, esetleg hetek múltán tér fokozatosan bizonyos mértékig vissza. Előbb a centralis látásélesség, majd a körzeti látás. A látótér éveig szűkülhet maradhat, különösen a színekkel szemben. Az amaurosissal a pupillák tágasága és fénymerevsége jár együtt. Amilyen mértékben javul a látásélesség, ugyanolyan mértékben tér vissza a pupillák fényreakciója. A súlyos esetekben az ideghártya nagyfokban vérszegény, a véredények ischaemiásak, legtöbbször hajszálvékonyak, a peripherián egyáltalán nem ismerhetők fel; ezen állapot rendszeren éveig tart és a látóideg fokozatosan elhalványodik. Az eleinte elmosódott szélű papilla krétafehér lesz igen éles határokkal. A macula lutea hasonlóan az embolia arteriae centralis retinaehez meggyipros foltnak tűnik, később visszanyeri normalis színét. Legtöbbször achromatopsiát és súlyos hemeralopiát észlelünk. A látótérben változatosan centralis, vagy paracentralis scotomával, vagy körkörös kieséssel találkozunk.

Mindezen tünetek magyarázására, ellentétben a régebbi felfogással, amely a tüneteket a véredények megbetegedéséből előállott anaemiával magyarázza, utóbbi időben mindinkább az a nézet hódít tért, hogy a chininnek mint súlyos protoplasmaméregnek a retina idegelemeire kifejtett degeneratív hatása a primaer bántalom, amelyet másodsorban fokoz a véredények szűkülete által előidézett anaemia. Ezen kérdések tisztázására főként, sőt majdnem kizárólag állatkísérletekre vagyunk utalva, ezek azonban annál bővebben állanak rendelkezésre.

A kísérletezők között nagyobb számban vannak azok, akik a retina idegelemeiben és dúcsejtjeiben találták a súlyosabb elváltozásokat. Közöttük egyik legalapossabb vizsgáló Birch-Hirschfeld; szerinte a ganglionsejtek hypercolorisatioja, a sejt zsugorodása, chromatolysis és a protoplasmában vacuolakepződés található. Birch-Hirschfeld egyidejűleg olyan állatokkal is kísérletezett, amelyeknél mesterségesen ideghártya vérszegénységet idézett elő. Ilyen esetekben a vérszegénység által a ganglionsejtekben okozott elváltozások nem voltak azonosak a chininintoxicációnál találhatókval. Kísérletezéseik alapján ugyanezen meggyőződésre jutottak Altland és Vermes. Altland szerint a centralis látásélesség visszatérése azon körülmény által magyarázható, hogy a ganglionsejtek ezen a helyen sűrűbben vannak elhelyezve. Állatkísérleteiben az ischaemia nem volt olyan nagymértvű, hogy a ganglionsejtek elváltozása csupán a hiányos táplálkozás által magyarázható lett volna. Vermes chininmérgezett kutyákon két nap múlva az opticusban, tractusban és primaer ganglionokban talált elváltozást.

Különös figyelmet érdemel a látóideg atrophias külleme, krétafehér elszíneződése, amely tünet gyakran visszafejlik, a papilla ismét rózsaszínűbbé lesz, a látásélesség javuló. Ilyen esetekben minden valószínűség

szerint a papilla krétafehér színét nem az opticus atrophia, hanem az általános szemfenéki anaemia okozta, ellenkező esetben a látásélesség javulása nem volna lehetséges.

Teljesen hasonló tüneteket észlelhetünk optochin-intoxicációnál. Alkalmunk volt egy betegnél az optochin-mérgezés okozta súlyos általános és szembeli tünetek keletkezését és visszafejlődését megfigyelni. Pneumoniás beteg téves adagolás folytán 1'8 g optochint kapott hat óra leforgása alatt és a leírt esethez teljesen hasonló súlyos, általános tünetekkel járó eredményében is azonos mérgezést szenvedett, ami egészen természetes, hiszen az optochin szerkezetileg közel áll a chininhez, csak mérgezőbb. Optochinmérgezés után ismeretes *Uhthoff* két és *Birch-Hirschfeld* egy szövettani lelete, amelyek megerősítik, hogy a két mérgezés lefolyása lényegében azonos, amennyiben a szöveti elváltozások ugyanolyan dúcsejt- és véredénylaesióban állottak, mint a chinin-intoxicációknál.

A chininintoxicációk terapiáját illetően a legtöbb szerző véleménye az, hogy a lefolyás nem befolyásolható. Ha az intoxicatio jelei mutatkoznak, a chinint azonnal el kell hagyni és minden olyan gyógyszer adagolása kerülendő, amely esetleg a látóidegre hat. Régebben nitroglycerint és amylnitritet adtak, amíg az állapotot a véredénygörcs által előidézettnek vélték. A sokféle therapeutikus beavatkozás közül említhető a venaepunctio, hydrotherapia, galvanisatio, laxansok, fektetés a véredény-tonus megváltoztatására, jód, brom.

Visszatekintve az általunk észlelt esetre, közelfekvő azon gondolat, hogy az intoxicatio súlyossága és a kísérő tünetek minéműsége nem függ a chinin mennyiségétől, mindenesetre az egyéni hajlamosságnak nagy szerepet kell tulajdonítani. Észlelték súlyos mérgezést $\frac{1}{2}$ –1 g chinin többszöri adagolása után, míg a jelen esetben 15 g chinin dacára aránylag jó centralis látásélesség marad. Ezen eset a chinin adagolásában és a praeparatum megválasztásában nagy óvatosságra int.

Irodalom: Altland: Untersuchungen zur Pathogenese der Sehstörungen der Chininvergiftungen (Klin. M. f. A. 1904, II. 1. o.) — *Birch-Hirschfeld*: Beitrag zur Kenntnis der Netzhautganglienzellen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. (Arch. f. Ophthalm. 1900, 166. o.) — *Birch-Hirschfeld*: Zum Kapitel der Intoxikationsamblyopien. (Zeitschr. f. Augenh. 35. 1916, 1. o.) — *Uhthoff*: Beiträge zur Optochinamblyopien. (Klin. M. f. Augenh. 57. 1916, 14. o.) — *Vermes*: Kísérleti chininvaktság. (Szemészet 1905, 266. o.) — *Wunderlich*: Die Chininintoxikation und ihre Pathogenese mit Bericht über eine eigene Beobachtung. (Klin. M. f. Augenh. 54. 1920, 270. o.) —

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem III. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyet. ny. r. tanár).

Tüelektródokkal készült elektrokardiogramok értékéről.

Írta: Haynal Imre dr. egyetemi tanársegéd.

Az emberi testnek mint áramvezető rendszernek legnagyobb ellenállással bíró helye a zsírnemű anyagokkal átitatott bőr. Valószínű volt tehát, hogy ezen ellenállástöbblet kiiktatása révén az elektrokardiogramok tökéletesülni fognak. *Straub*¹ mechanikai úton kísérte meg e probléma megoldását: közönséges acéltűknek intraeutan és subeutan alkalmazásával. Amerikaiak (*Robinson* és *Auer*²) ugyan megelőzték *Straub*ot, de eljárásuk nem vált közismertté s nem talált követőkre. Polarizálható elektródok oly feszültségű változó áramoknál, aminek az emberi szív akciós áramai (0.5 millivolt körül) nem okoznak számbajövő görbe-deformatiót. *Straub* és munkatársa, *Verney*, különböző elvezetésekkel alkalmazták. Az egyik tűt állandóan az angulus Ludovici alá helyezték el, a másik helyzetét a szív mellkasi vetületének területén variálták.

Aszerint, hogy a második tű a bal III., IV. vagy V. bordaközben foglalt helyet, beszéltek első, második, illetőleg harmadik elvezetésről. Ha a második tű a VI. borda magasságában a szegycsont bal széléhez került,

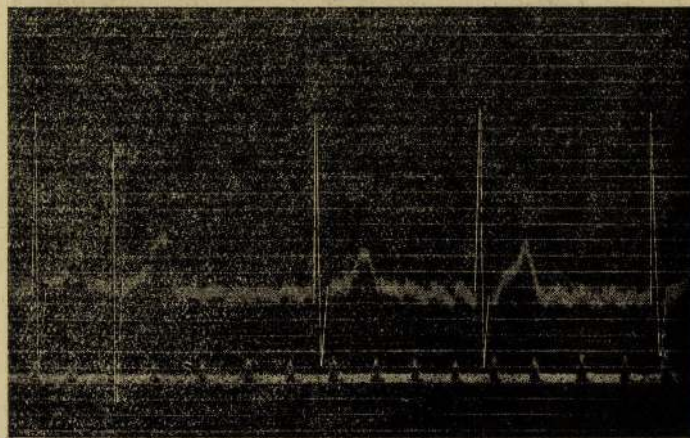
negyedik elvezetésről szóltak. A tűnek a jobb IV. bordaközben való rögzítésekor jön létre az ötödik elvezetés s végezetiül a hatodik, ha a második tű a VI. háti csigolya tövisnyúlványa fölé kerül. Ezen elvezetések alkalmazásakor az elektrokardiogramm rajzolata valamelyes változást szenved oly görbékkel szemben, melyek kád,



1. ábra. Einthoven-féle II. elvezetés. Kicsiny arhythmias kamralengések, melyek nagysága és alakja változik. P hullám nem látható. A pitvari lebegést jelző hullámocskák helyenként és csak alig ismerhetők fel. — Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

illetőleg ólomelektrodok segítségével készültek. Az első két elvezetés nem igen mutat eltérést, a harmadiknál az R-S amplitudo igen nagy, a Q kifejezett. A negyedik elvezetésnél R-S még igen kifejezett, de Q eltűnik. Az ötödik és hatodik elvezetésben R kettős lehet, Q ismét megjelenik.

*Sachs*³ kétségbevonta *Straub* módszerének használhatóságát s állításának bizonyítására igen bizarr görbét tett közzé. E görbe létrejötte nehezen magyarázható, legvalószínűbb, hogy a tűk túlságosan mélyen vol-

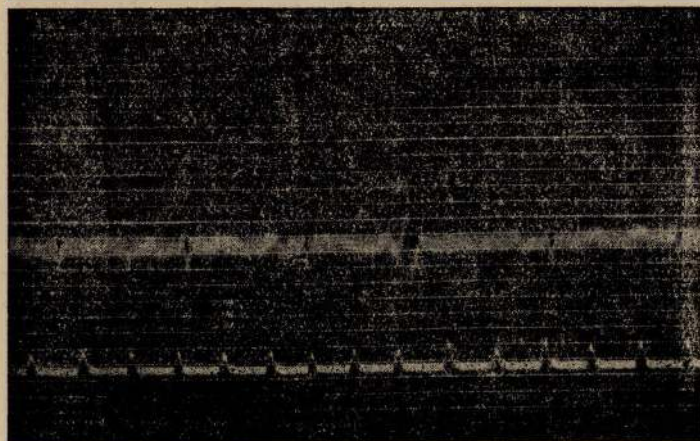


2. ábra. Ugyanaz III. tüelvezetéssel. Hatalmas arhythmias kamralengések. Az egyes R-S hullámok közötti nagyságdifferentia élénken szembetűnik. T hullámok nagyságdifferentiája valószínűleg a ráarakódó P hullámokból adódik, amelyek igen kifejezettek s percnként kb. 400-as frekvenciájuk. (R és S hullám erősítve). — Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

tak elhelyezve, úgy hogy izomzatot értek. *Stahl*⁴ a tű, illetőleg kádelektrod segítségével nyert görbéket egyértelműeknek tartja s a tüelektródokat csakis különleges alkalmakkor (pl. műtéteknél a sepsis okából) használja. *Koenigsfeld* és *Strobe*⁵ 12 esetükből azt következtetik, hogy az új eljárás, bár jobb és egyszerűbb, nem nyújt többet a réginél. A harmadik elvezetést tartják a legkifejezőbbnek. *Böttcher*⁶ 45 esetről számol be. Véleménye szerint a tüelektródok segítségével néha tisztább képet nyerünk, mint ólomelektrodok segítségével, de oly esetről is tud, midőn csupán a venagörbe regisztrálása

nyújtott kielégítő felvilágosítást a pitvarműködést illetőleg.

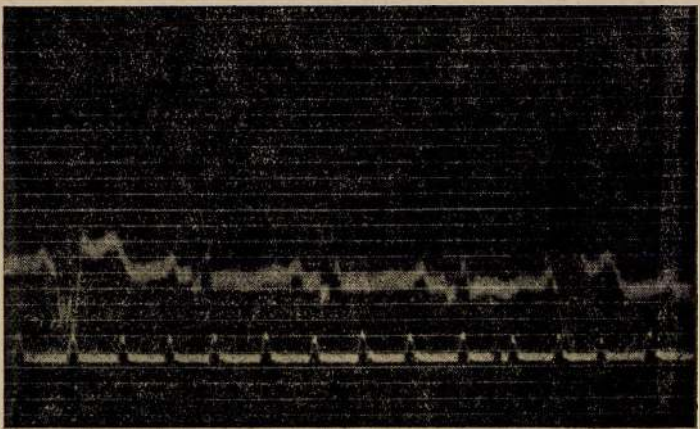
Klinikánkon *Straub* közleménye óta rendszeres vizsgálat tárgyát képezte annak eldöntése, hogy a tü-



3. ábra. Einthoven I. elvezetése. Sinus rhythmus, kicsiny, kétphasísú P-hullám, alig látható R, valamivel hosszabb, rövid S. T pozitív, alig látható. Itt-ott kamrai extrasystole, melyeknek typusa (ingerület kiindulási pontja) nem ítélt meg. — Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

elektrodok alkalmazása többet nyújt-e az eddigi methodusoknál, vagy pedig csak egy újabb elvezetési lehetőségéről van szó?

Műszerünk *Edelmann* nagy húrgalvanometere. A 6400–6800 Ω ellenállású platinahúrok úgy voltak beállítva, hogy az 1 méter távolságra felállított kymographion 1 millivoltnak megfelelően 10 mm-nyi kilengést adtak. Az időjelzés $\frac{1}{5}$ másodpercre felel meg. Elektrodjainkat közönséges vékony 3–9 cm hosszú kanülök alkották, melyeket 3–4 milliméternyire szúrtunk bőr alá *Straub* elvezetéseinek megfelelő helyeken. Kon-



4. ábra. Ugyanaz III. tüelvezetéssel. P hullám kétphasísú volta szintén kifejezett. Hasadt Q, R szintén hasadt, Thullám kifejezetten negatív. Extrasystolék typusa kifejezett (balkamrai), lefelé irányuló szára háromszorosan hasadt (!). — Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

trollkép 19.5×16 cm nagyságú ólomelektrodokat használtunk *Einthoven* mindhárom elvezetésében. Csakhamar kitűnt, hogy *Straub* hat elvezetésének használata felesleges s teljesen kielégítő eredményt ad a harmadik elvezetés (basis-csúcs) kizárólagos alkalmazása. *Straub* harmadik elvezetése helyett egyes esetekben a szív tengelyének megfelelően helyeztük el az elektrodokat (a felsőt a medioclavicularis vonalban a II. borda magasságában, az alsót a szívcsúcsnak megfelelően), mivel *Waller* közismert sémájából az következik, hogy ez esetben a legnagyobb potentialis különbségnek megfelelően a legkiadósabb kilengések várhatók. Ezen elvezetés elektrokardiogramjai alig mutatnak eltérést a *Straub* harmadik elvezetésében készült görbéktől.

Mivel azonban a szív tengelye esetről-esetre változik s még Röntgen-vizsgálattal sem állapítható meg pontosan, praktikusabbnak látszott az egységes methodika fenntartása kedvéért *Straub* ajánlatához való ragaszkodás.

Tapasztalataink a következőkben foglalhatók össze:

1. Elegendő *Straub* harmadik elvezetésének (basis — csúcs) vagy ehelyett a szív sematikusán felvett tengelyének megfelelő elvezetésnek használata.

2. A hűrzégek, melyek extracardialis tényezőkre vezethetők vissza s az elektrokardiogramot néha hasznavehetetlenségig eléktelenítik, ritkábban fordulnak elő s előfordulásuk esetén is kisebbfokúak.

3. Oly esetekben, midőn ólomelektrod-elvezetés mellett a P-hullám viselkedése alig ítélt meg, a tü-elektrodok pontosan kiadják rajzolatát. (L. 1. és 2. ábra.)

4. A kamralengés initialis csoportjának finomabb elváltozása (hasadt volta, atypusos rajzolata), mely amerikai szerzők vizsgálatai óta nagy diagnostikai és prognostikai jelentőséggel bír, oly esetekben is kifejezett lehet, midőn az elváltozás ólomelektrodokkal nyert görbékben az *Einthoven*-féle elvezetések valamelyikében éppen csak jelezve van. (L. 3. és 4. ábra.)

Irodalom ¹ *Straub, W.*: Über einen vereinfachten Weg der Ableitung von Elektrokardiogrammen. Kl. W. 1922. I. évf. 33. sz. 1638–1639. old. — ² *Rothberger* nyomán idézve. Kongr. Zentralblatt 26. köt., 10. füz. 533. old. — ³ *Sachs, H.*: Über die Anwendung von Nadelelektroden zur subcutanen und intravenösen Ableitung von Elektrokardiogrammen. Kl. W. 1922. I. évf. 48. sz. 2383. old. — ⁴ *Straub, W.*: Erwiderung. Kl. W. 1922. I. évf. 48. sz., 2383. old. — ⁵ *Stahl, R.*: Zur Ableitung menschlicher Elektrokardiogramme mittels Nadelelektroden nach *Straub*. Kl. W. 1923. 2. évf. 11. sz. 492–493. old. — ⁶ *Koenigsfeld, H. und F. Stroebe*: Über Elektrokardiogramme von Herzkranken bei Ableitung mit Nadelelektroden. Zeitschrift f. kl. Med. 1923. 97. köt. 1–3. füz. 182–186. old. — ⁷ *Böttcher, Paul G.*: Über die klinische Verwertbarkeit von Nadelelektroden (*Straub*) bei der Elektrokardiographie. Kl. W. 2. évf. 29. sz. 1357–1358. old.

THERAPIA

A kir. magy. Erzsébet-tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. e. ny. rendes tanár).

A csecsemőkori septikus pyelitisek colloidalis fémkezelése.

Írta: Duzár József dr. egyet. tanársegéd.

A csecsemő-pyelon sajátos nagy affinitása a genyokozók, elsősorban a coli iránt adja talán magyarázatát a pyelitisek azon nagy elterjedtségének, amelyről az újabb csecsemőkori irodalom beszámol. Szerencsére kevésbé gyakori azon megbetegedések száma, amelyeket septikus pyelitis kórképe alatt ismerünk és amelyek az első életév legveszedelmesebb megbetegedései közé tartoznak. Nemcsak a pyelitis jellemző tünetei vannak itt jelen (viaszos sápadtság, körülárkolt szemek, fáradt tekintet; a vizeletben geny, laphámsejtek és vörösvérsejtek), hanem igen magas, legtöbbször intermittáló vagy remittáló continua láz, nagy elesettség vagy collapsus, zavart eszmélet, livid végtagok, selere-más tapintatú bőr; esetleg exsiccatio, magas légzés, cukor a vizeletben. A kórokozók (legtöbbször coli) a 4., 5. napig esetleg a vérből is kimutathatók, később csak a vizeletből.

A csecsemő ezen súlyos megbetegedésével szemben eddig jóformán tehetetlenek voltunk. A csecsemőpyelitisek urotropin, salol, bőséges folyadékbevitel útján jól befolyásolhatók. Még azok az esetek is, amelyek meningialis tüneteket okoznak, mint arra különösen *Bókay* professor hívta fel a figyelmet. A septikus pyelitiseknél azonban acut életveszedelemmel állunk szemben, csak hosszabb idő alatt hatni tudó gyógyszeres kezelések nem jöhetnek szóba. Az acut toxicosis elleni küzdelem volt az eddigi terapiáknak a célja, természetesen mindig kétséges eredménnyel, hiszen a toxinanyagok utánpótlását megakadályozni nem tudtuk (főleg a zárt pyelon-

ból), energikus gyógyszerbevitel pedig a folytonos hányás, hasmenés, bénult circulatio miatt lehetetlen volt. Ezek a csecsemők acut igen súlyos septikus tünetek között elpusztultak, mielőtt pyelitisük gyógyszeres befolyásolása kezdhetnének volna.

Ez a kétségbeesett tehetetlenség késztetett arra, hogy a felnőtt-pathológiában jól bevált colloidalis fémeket próbáljam adni. Használatra az argochromot választottam, mint egy olyan colloidalis ezüstpraeparatumot, amely nemcsak bactericid hatást fejt ki methylen-kék componense miatt (ez ugyanis 1:80.000-szeres hígításban is megakadályozza a streptococcus fejlődését), hanem mint a colloidalis fémek -általában a protoplasmát is aktiválja. Az intermediaer anyagcsere megelégnél, alkaliás lesz; a reticuloendothelialis apparatus phagocytáló képessége fokozódik; a szervezet védőanyagképző és mérgeztelenítő képessége jelentékenyen megnő. A praktikus eredmények megfelelnek a theoretikus alapokra épített reményeknek. Úgy hogy igen jeles szerzők szerint felnőtteknél az acut, súlyos pyelitiset először csak intravenás argochrommal (újabbban argoflavinnal is) kezelhetők, azután szabad csak a szokásos lápiszos pyelonmosásokat megkezdeni. (Hohlweg.)

Fiatal csecsemőnek intravenásan gyógyszereket befecskendezni nem lehet. A sinus longitudinalis felhasználását ilyen célra igen előkelő klinikák tiltották (Bessau). Mivel azonban meggyőződésem volt, hogy a fenti, elvesztettnek hitt eseteket csakis ilyen módon lehetne megmenteni, több ezer eseten begyakoroltam a sinus-punctio teljesen biztos technikáját, valamint moribund csecsemőkön a gyógyszerbevitel veszélytelen módját is. A sinus helyes punctiója mellett feltétlenül szükséges két Pravaz használata. Az egyikbe az argochromot szívjuk fel, a másikkal, tehát teljesen argochrommentes steril tűvel a sinus-punctiót végezzük el, a Tobler által hangsúlyozott cautelák szigorú megtartásával. A súlyos circulatorikus zavarokra való tekintettel, mindig előbb 8–15 cm³ vért leszívom (viscositas csökkentése) és azután injiciáltam lassan, óvatosan a másik fecskendőbe felszívott argochromot a jól fixált tűn keresztül. Néhány másodperc alatt már az egész organismust átjárja a praeparatum; a nasolabialis redők környéke szürkés-kéken elszíneződik, látható jelül a sikeres befecskendezésnek. Hosszabb-rövidebb idő múlva ($\frac{1}{2}$ –1 óra) már a hányadék is zöldes elszíneződést mutat, épp így a vizelet is, amely még a második, harmadik napon is zöldeskékre festi a pelenkát.

Adagolás az egészen kicsi csecsemőknek $\frac{1}{2}$, nagyobbaknak 1–1, esetleg 1 $\frac{1}{2}$ cm³; ha szükséges kétszer, háromszor megismételve 1–4 nap múlva.

Az eredmények szemléltetésére álljon itt két olyan magánbeteg története, akik már 1 $\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt kezeltettek és azóta állandó megfigyelés alatt állottak:

Az első esetet, szigorló kollega kisleányát 5 $\frac{1}{2}$ hónapos korában 4650 g súllyal vesszük fel. 3000 g-mal született, 3 hóig szopott, azóta mesterségesen táplálták. Többszöri hasmenés után négy nap előtt újra heves hányást, hasmenést kapott, súlyeséssel, hőemelkedéssel. Orvos kezelte, sőt több neves gyermekorvos is látta és mint teljesen reménytelen beteget kórházi kezelésre utalta. A legrosszabb prognosistról a szülők is tudtak. Felvételkor nagy elesettség, beesett szemek, meredt tekintet, süppedt kutacs mellett feltűnik, hogy végtagjai cyanotikusak, scleremás tapintatúak, tonustalanok. A szívhangok tompák, a nyelv bevont, garat belövelt. Mindkét tüdő fölött enyhe bronchitis. Székei spricellők. A rögtön megejtett vizelet-vizsgálat eredménye: sok fehérversejt között farkas hámsejtek, vörösvérsejtek és fehérje. Mivel a gyomor-bélmosás és 24 órás sós-diaeta után láztalan, vizelete nem redukál, két óránként 20 g fehérjés tejet kezdünk (4% cukorral) és urotropint per os. A harmadik napon azonban a hőmérséklet újra 38,6-ra szokik fel, étvágytalan, székei spricellők. Újabb gyomor- és bélmosás után 2 óránként 10 g női tejre térünk át, amelyre lényeges javulás nincs: sőt a következő második napon hányás és spricellő székek mellett kollabál, vizeletében cukor jelenik meg. Esméletlen, végtagjai tonustalanok, rajtuk, valamint a sacralis tájon livid foltozottság látszik. Sinuson át 10 cm³ vérével és 1 cm³ argochrom; subcutan sósinfusio tonogennel, éhező diaeta. 5 óra múlva lényegesen javult, keresgél, 24 óra múlva visszaesés, ugyanolyan tünetekkel. Újra 1 cm³ argochrom a sinusba. A következő napra leláztalanodik, a székei hirtelen megjavulnak, azután óvatos nőitej-táp-

lálás mellett gyorsan reparálni kezd. A geny és bacterium (coli) urotropin-, salolra, bő folyadékbevitelre és vitamindús táplálékra tűnik el teljesen a vizeletből. Most 2 éves, kitűnően fejlett és táplált leánya.

A második eset intelligens szülők 4 hónapos fiú csecsemője volt, aki 5800 g súllyal, állítólag három hete tartó magas temperaturák miatt „bélinfeció” diagnózissal kerül felvételre. Majdnem intermittáló jellegű 40°-os hőemelkedések, meredek súlyzuhanás, vérében 37.700 fehérversejt. Vizeletében sok geny, vér, coli. Fenntartási kalorán, női tej mellett urotropin. A 4. napon súlyos toxikus tünetek collapsussal. Sinuson át 10 cm³ vérével, 1 $\frac{1}{2}$ cm³ argochrom (sósinfusio tonogennel). Hőmérséklet esik, megkönnyebbül. 3 nap múlva a hőmérséklet újra gyorsan felfelé tendál. Második argochrom-injectio a sinusba (1 $\frac{1}{2}$ cm³). Ezután gyors javulás a teljes reparációig. Utókezelés a szokásos módon. Az 1 $\frac{1}{2}$ éves fiúcska ma kitűnően fejlett, egészséges.

Azóta több mint 20 esetben használtam a vázolt kezelési módot. A legfiatalabb volt egy 12 napos újszülött, akinél septikus lázak mellett, geny, coli volt a vizeletben és rohamosan esett össze. $\frac{1}{2}$ cm³ argochrom egyszeri befecskendezése a sinusba teljes gyógyulással járt.

Első pillanatra a methodika hátrányának látszik, hogy magánlakáson nem keresztülvihető (gyakorlott assistentiát igényel). A septikus csecsemő, általános toxikus tünetekkel azonban úgyszólván feltétlenül kórházba tartozik.

Káros hatást (thrombosis, anuria) sohasem figyeltem meg; a gyermekek későbbi életére sem volt befolyással a sinus-punctio. Az azonban előfordult, hogy csak az acut tünetek javultak; a pyelonephritis kifejlődését az argochrom nem akadályozta meg. Valószínűleg ezek már elhanyagolt esetek voltak.

Összefoglalás: Argochrom befecskendezése a sinus longitudinalisn át megbízható, érvelés kezelési módja a csecsemő súlyos septikus pyelitisének.

Adagolás $\frac{1}{2}$ –1 $\frac{1}{2}$ cm³, mely 1–4 napos időközökben kétszer, háromszor megismételhető.

A csecsemők, újszülöttek is jól tűrik.

Urotropin, salol, bőséges folyadékbevitel és vitamindús táplálék mint utókezelés feltétlenül kívánatos a pyuria és bacteriuria teljes megszüntetése végett.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatás kezelése.

9. Egynapos kísérlet.

Azon állapotot, amelyben a megbetegedett vese az anyagcsere kiürítésre kerülő molekuláit változó mennyiségű vízben kiválasztani, vagyis tág határok között hígítani és koncentrálni, nem képes, *Korányi S. hyposthemuriának* nevezte el.

A veseműködés hígító-képességének a vizsgálatára a bőséges itatást *Korányi S.* és iskolája, *Kövesi és Röth-Schultz* vezette be. *Volhard* a vizitást követő napon a koncentrálati képesség vizsgálatára szomjaztatja a beteget, tehát a vizsgálat két napot vesz igénybe. *Strauss* a hígítást és a koncentrálat egy napon végezteti. „*Eintagsversuch*”-nak nevezett előírását klinikánkon a következőképen hajtjuk végre:

A beteg a kísérletet megelőző napon este 7 órakor a hólyagját kiüríti, azután elfogyasztja a vacsoráját, amely két tojásból, egy szelet kenyérből, 1 g sóból és egy csésze teából áll. Reggelig ezután sem ennie, sem innia nem szabad, esetleges vizeletét egész éjjelen át egy edénybe üríti. Másnap reggel 6 órakor vizelet utoljára ugyanabba az edénybe, amelyben ennél fogva a beteg egész éjjel vizelete van összegyűjtve és amelyet mint a kísérlet-sorozat első tagját állítanak félre (1). 6 órakor 1–1 $\frac{1}{2}$ liter oroztat kap inni, amelyet félórán belül el kell fogyasztania. A 7 órakor ürített vizelet lesz a sorozat második tagja (2). Ezután, anélkül, hogy közben enne vagy inná, óránként külön-külön edénybe kell vizelnie. Különös gonddal ügyelve arra, hogy vizeletéből semmi veszendőbe ne menjen és hogy a hólyagját lehetőleg teljesen kiürítse. Az úgynevezett hígítási szak részletei eszerint a 8 órakor (3), a 9 órakor (4), a 10 órakor (5) és a 11 órakor (6) ürített vizeletek lesznek. 11 órakor a beteg két tojás, egy szelet kenyér és 1 g sóból álló tízórait kap, vizet vagy folyadékot ettől fogva nem ihatik. Déli 1 órakor ismét vizelet (7) és utána bevezet 100 g húst és egy sze-

let kenyeret fogyaszt el 1 g sóval. 4 órákor délután uzsonnára kap 100 g sajtot egy szelet kenyérrel és 1 g sóval, miután a hólyagját újból kiürítette (8). Az úgynevezett *szomjajztatási* vagy *koncentrálszi szak* az este 7 órai vizelettel (9) együtt három, a 7., 8. és a 9. részletből áll, amelyeket félretéve, a beteg rendes vacsorát kap és szomját tetszése szerint csillapíthatja. A sorozatot még az éjjelen át reggel 6 óráig ürített vizelet-részlet (10) zárja be.

A beteg 36 óra alatt elválasztott vizelete kerül tehát vizsgálatra, amelyet 10 részletben elkülönítve fogunk fel és vizsgálunk meg. Mindegyiknek megmérjük a *menyiségét* és aerometterrel meghatározzuk a *fajsúlyát*. (Korányi Sándor figyelmeztet arra, hogy bár a fajsúlymeghatározás egyszerű és gyors eljárás, a kryoskopiat minden esetben mégsem helyettesítheti, mert ha a vizelet fehérjetartalma igen nagy, az emiatt magas fajsúly a kiválasztott molekulák csekély számát, tehát a rossz koncentrálszi-képességet leplezni képes. Ezért klinikánkon a hígítási szak legalacsonyabb és a szomjajztatási szak legmagasabb fajsúlyú vizeletrészletében a *fagyáspontot*, sőt az esetleges rossz sókiválasztás felismerésére még a *konyhasó-százalékot* is meg szoktuk határozni.)

Relative jó erőbeli állapotban levő betegnél az egynapos kísérlet egyszerű étrendjének a gyakorlati kivitele nem nehéz, bár panasz nélkül kevés beteg tűri és pontos végrehajtása bizonyos önfegyelmezettséget és intelligenciát követel. Másfél liter folyadéknak félórán belül, egyéb élelmiszer nélkül való elfogyasztása gyakran jár gyomorpanaszokkal és émelygéssel, amely kellemetlen érzéseket dél felé egyre fokozódó szomjúság vált fel. Leromlott és a hosszas betegség alatt meggyötört szervezett betegre már az átlagos táplálkozás is megterhelést jelent, az ilyenek a fokozott fehérje- és sótartalmú ételtől könnyen megundorodnak és hamar hánynak. Ekkor az egynapos kísérlet pontos lefolytatása a legtöbbször csak bizonyos egyéni engedmények és konyhatéchnikai változtatások árán fog sikerülni.

Közönséges kútvízből alig lehet 2–3 pohárnál többet egymásután meginni. Könnyebben isznak meg a betegek valamilyen ásványvizet (régében a Salvaforrás vize volt általánosan kedvelt). Kényesebb beteggel itathatunk híg limonádét, gyümölcslevet vagy gyümölcösszörpöt, esetleg gyenge bort erősen hígítva. A szén-savas vizeket ne adjuk, mert kellemetlen puffadtságot okoznak. Másfél liter hideg folyadék hirtelen elfogyasztása, különösen a reggeli órákban sokszor jár borzongás, fázás érzésével és egyéb panaszokkal s ezért tanácsosabb a vizitást meleg italokkal végeztetni. Céljainkra a legalkalmasabb ezek közül a teaforrázat, amelyet csaknem minden ember szeret, ocsó és könnyen előállítható. Úgy készül, hogy a lemezt vizet felforraltjuk és egy evőkanálnyi tealevelet dobunk belé, majd a tűztől elhúzva addig hagyják letakarva állani, amíg sötétbarna színűvé nem vált. Ekkor egy palackba szűrjük át és a beteg poharakból tölti magának belőle. Az így készült tea meglehetősen fanyar és keserű ízű; ízesítésére cukrot vagy saccharint vagy citromlevet használhatunk. Tea helyett esetleg meleg limonádét lehet adni. Olyan betegnél, aki ennyi folyadékot meginni képtelen, gyümölcsidejében megfelelő narancssal, görögdiinnnyével vagy szőlővel tehetünk kísérletet.

Az elfogyasztandó folyadék mennyiségének a felső határát nem feltétlenül szükséges betartani. Strauss azonos eredményeket kapott akkor is, ha a beteg csak egy liter folyadékot ivott meg. Ha a beteg 6–7 decinél kevesebbet volt csak képes meginni, úgy a hígítási szak csak azon esetben értékesíthető, ha abban igen alacsony fajsúlyú vizeletrészletek is előfordulnak.

A szomjajztatási periodus alatt a beteg tulajdonképpen háromszor étkezik, de az egynapos kísérlet előírásához még az előző napi vacsora étrendje is hozzátartozik. Mivel az a célunk, hogy minél több fehérje bevitel minél kisebb volumenben történjék, a négy ételadag mindegyikét a fehérjében leggazdagabb élelmiszerekből (tojás, hús, sajt) készítettjük el. Az étkezések idejét pontosan be kell tartani, az ételek sorrendje és elkészítésük módja alkalmazkodhatik az egyéni kívánságokhoz.

Az egy adagnak szánt 2–3 tojást héjában keményre vagy lágyra főzhetjük meg. Fekvőbetegnek kényelmesebb a lágytojást pohárban tálalni. Forró zsírban sütte készűl a tükörtőjás és rántotta; lisztel elkevert tojásból pedig az omlettek egész sora süthető. Igen sokféleképpen készíthető el a pochierozott tojás és általánosan kedvelt

tojásételek a töltött tojás, tejfeles tojás stb. Ízesítésre jól felhasználhatók a tojássárgájával készült valódi mártások, mint a mayonnaise és a hollandaise; ezekkel a keményre főtt tojásokat rendesen hidegen öntik le. A 10 deka *húsadag* nagy változatossággal készíthető el. Talán helyesebb, ha a főzéssel vagy párolással készült nedvdúsabb húsételek helyett a sült hús-féléket választjuk, ez utóbbiak közül pedig nem az egészben sülteteket, hanem a panierozott szeleteket, mivel ezeket jobban kell és lehet sózni. Hasonló okból kitűnően használhatunk fel mindenféle erősen sózott és füstölt húskonzervet, nem túlfűszerezett hentesárúkat, sonkát, hideg felvágottat stb. Változatosságot vihetünk az étrendbe néhány olajos sardiniával vagy sardella-gyűrűvel. A *sajtadag* elfogyasztása már sokkal körülményesebb, mivel 100 g belőle túlsok egyszeri étkezéshez, azonkívül sokan nem is szeretik. A fűszeres és csípős sajtoktól eltekintve, a beteg kívánságához mérten bármely sajt- vagy túró-féleséget adhatjuk, változatosságot többfajta is egyszerűen. A zsíros crème-sajtok felett a szárazkemény eidami-, emmenthali-typusú sajtoknak lehetne előnyt adni. Sokszor megtörténik, hogy a sajtadagot más hús- vagy tojáséttel kell felcserélni.

Az egyes ételadagok azonban nem kizárólag egyféle élelmiszerből állhatnak, sőt a betegek sokkal szívesebben veszik, ha azokat egymással *kombináljuk*. Így az egyszerű előírás helyett olyan ízletes ételeket adhatunk, mint ham and eggs, sonkás rántotta, sajtos és sonkás omlette, beefsteak tükörtőjással stb.

Minden étkezéshez az élelmiszerek rendes sótartalmán kívül még 1–1 g *konyhasó* is elő van írva s így a napi sóbevitel 6–10 g között változhatik. Tanácsos az ételeket már elkészítésük közben megsózni, mert ha a sózást a betegre bizzuk, gyakran fogjuk tapasztalni, hogy azt, részint a konyhasó káros hatásától való félelem miatt, nem végzi el, másrészt pedig ily módon a sófogyasztásra jelentkező szomjúság kínjait igyekszik megelőzni. Erősen sózott élelmiszerekhez az előírt 1 g sómennyiséget még külön hozzátenni természetesen felesleges.

Az egész napra előírt 3–400 g *kenyér* részint az erősen sózott és magas fehérjetartalmú élelmiszerek fogyasztásához és zsírbevitelhez szükséges, részint a szénhidrátszükséglet van hivatva fedezni. Ez a mennyiség, főleg súlyosabb betegnél azonban meglehetősen sok, amelyet nem is szükséges szigorúan betartani. Ha a beteg a különböző kenyérfajták egyikét sem bírja el, úgy adhatunk vizes vagy vajás péksüteményt, sőt a húsételhez körítésnek tézstaneműt vagy burgonyát is.

A koncentrálszi szakban fellelő heves *szomjúság* a beteget annyira gyötörheti, hogy a tápfelvételt esetleg már a második étkezés után megtagadja. A szomjúság enyhítésére néhány szem hónapos retket, kevés ecetes uborkát, zöld paradicsomot, kisebb almát, narancsot vagy compote-t engedhetünk meg étkezés közben. Az étkezések közötti időben a szomjúságot savanyú cukorkával lehet elviselhetővé tenni. Kísérletet tettünk Merck-féle *Cesol*-tablettákkal is. Határozottan enyhítette a szomjúságot, azonban távolról sem annyira, hogy a magas ára miatt kiterjedten rendelkezhetnénk.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A Röntgen-sugárzás élettani mérése ascarispeték segítségével. Holthusen. (Klinische Wochenschrift 1924, 5. szám.)

Az ascarisok érett petéit tompa tű segítségével kinyomjuk a petevezetékéből s tárgylemezen egy csepp vízzel elkeverjük. Gombostűfej nagyságúra osztott mennyiségeket teszünk ki a Röntgen-sugarak hatásának. Besugárzás után a peték 37°-os melegítőszekrényben négy nap alatt lárvákká, majd élénken mozgó férgeknek fejlődnek. A besugárzott petékből a sugármennyiség nagyságának megfelelően kisebb-nagyobb százaléokban sajátságos torzképződmények keletkeznek. Néhány száz petét megszámlálva a torzalakoknak a normalisokéhoz való viszonya adja százalékokban a Röntgen-károsodás nagyságát. Az eljárás különböző gépek sugárzásának mérésére, mérőeszközök élettani alapon való ellenőrzésére szolgál. Előnye, hogy számbeli adatokat eredményez.

Erdélyi József dr.

Hexeton, egy vízben oldható, szintetikus előállított kámforkészítmény. *F. Wick.* (M. m. W. 1924, 7. sz.)

Kámforkezelés céljaira a hexeton sokkal alkalmasabb a kámforolajnál, mert gyorsabban felszívódik, tartósabban hat, pontosabban adagolható és jobban kihasználódik. Venába fecskendezve már 2–7 perc múlva maximális analeptikus hatás, mely rövidesen, 15 perc múlva szünni kezd. Izomba adva a hatás kezdete 5–10 perc, tetőfoka 15–30 perc múlva és eltart $\frac{1}{2}$ –1 óráig, majd lassan szünni kezd, olykor még 2 óra múlva is észrevehető. Hatása kiterjed a pulzusra, mely teltebb és ritkább lesz, a légzésre, mely mélyebb és sokszor gyorsabb légvételekben nyilvánul és kiterjed legtöbbször a központi idegrendszerre is: a közérzet feltűnően javul. Legszembeszökőbb ez hosszú narcosis után. Nem cumulálódik, ezért másfél-kétórás időközökben ismételtlen adható. A hexeton alkalmas szer a keringés gyengesége miatt nem operabilis betegek előkészítésére: műtét előtt ilyeneknek 0.20 g-ot ad. Jól bevált laparotomiánál 0.40 g hexeton cseppklyma alakjában, mert itt is prompt felszívódik.

Arady dr.

Kísérleti és klinikai tapasztalatok a hexetonról, egy vízben oldódó kámforkészítményről. *E. Leschke.* (Klin. Wochenschr. 1924, 6. sz.)

A hexeton egy ciklikus keton: 3 methyl-, 5 isopropyl-, 2.3 cyklohexenon. Úgy chemiailag, mint gyógyszerhatásánál közel áll a kámforhoz. A choralhydrat, muscarin, cholin, dest. víz, morphiun, choroform által mérgezett szívet az ingerképzés helyreállításával újra működésbe hozza, éppígy a narcoticumok által benitott vasomotor- és légzőközpontot is újra funkcióképessé teszi. A kámfor fölötti előnye a vízben való oldhatósága, ennek folytán gyorsabb felszívódása és hatása. Alkalmazása: intramuscularisan 0.20 g hexeton, intravenásan csak 0.01 g. Tévedések elkerülése végett a kétféle alkalmazás számára külön csomagolás szolgál. Indikált, mint a kámfor: a szív ingerületképzésének, továbbá a légzést és keringést reguláló nyúltvelők központok bántalmi esetén.

Arady dr.

Relativ aortainsufficiencia. *F. Schlesinger.* (Med. Klin. 1924, 3. sz.)

A relativ aortainsufficiencia aránylag ritka és úgyszólván mindig az aorta kóros (sklerosis, lues) tágulásának és rugalmassága elvesztésének következménye. Egy betegén haemolysises icterus mellett aortainsufficiencia tünetei voltak, a boncolás azonban csak tágult szívet, nagymértékben petyhüdt, halvány szívizmot, de ép billentyűket és aortát talált. A relativ insufficiencia okát a petyhüdt szívizomban látja, mely rosszul táplált voltánál fogva nem volt képes az aortaszájadékok összehúzódnása által szűkíteni. Már pedig a szájadék zárása nem csupán ventilszerűen történik, hanem környékének összehúzódnása is nagymértékben elősegíti azt.

Arady dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A méhrák korai szövettani kórismézéséhez. *Adelheim.* (Med. Klinik 1923, 38. sz.)

A méhnyálkahártya szövettani felépítése már életani viszonyok között sem állandó (havi ciklus), ezért az innen származó kaporék megítélése fölötté nehéz, szintúgy a nyálkahártyából származó újképletek is lényegesen szövevényes viszonyok között fejlődnek ki. Csak nehezen ítéltető meg, hogy ott, hol a rosszindulatúságnak nem minden jele található fel (roncsoló határnélküli növekedés), a hám kistokú atypiája rosszindulatú-e vagy sem, legfőképpen a méhből származó kaporékoktól, ahol a rákhoz hasonló elváltozások olyan gyakoriak. Ha azonban mégis sikerül a carcinomát legkezdetibb formájában a kaporékban fellelni, amidőn még csak kis, körülírt részletek mutatnak rákos elváltozást, akkor lehet korai szövettani diagnosistól beszélni. Gyakran kell erosióból vett próbakimetszést megítélni, ami főképpen akkor, ha az erosiót kezelték (edzőszerek), sokszor nagy nehézséget ad. A portio adenomájának létezése igen kérdéses, a legtöbbször csak hasonló kinézésű hyperplastikus állapotról van szó. Makroszkoposan egy esetben sem sikerül a kaporék valamely jellegzetes elváltozásából annak rosszindulatúságára biztonsággal következtetni. A *Lubarsch* felállította három újképletnövesi stadium éppen a méhben lelhető fel leggyakrabban: az átmeneti és syndrom, az autonom és az anarchikus, amennyiben a kezdeti állapotot, a gyulla-

dásos-hyperplastikust, illetőleg a hyperplastikus-adenomást csak ritkán sikerül megfigyelni. A folyamat végén minden akadályozás megszűnik s a mirigycsövek növekedése határnélküli. Nagyon nehéz szövettanilag megállapítani azt a pontot, midőn az autonóm növekedés a destrualóba átmegy, ami nevezetesen malignus adenománál jut kifejezésre; szintúgy teljesen elmosódik a határ hyperplasia és adenoma között. Mindenesetre helyes az a felfogás, hogy az ingernek csak erőssége és tartama szabja meg a méhnyálkahártya ilyen vagy amolyan növesi elváltozását, illetőleg reakcióját, s így itt a carcinoma tisztán quantitativ probléma. A kaporék carcinomás voltának korai diagnosist, a következő elváltozások támogatják: A mirigycsövek az elváltozott területen egymáshoz közelebb jutnak, hámborítókuk elváltozik, a sejtek magja nagyobb, világosabb lesz, rendszertelenül helyezkedik el. Helyenként valódi hámhajtás és többrétegűség észlelhető, a sejtek vacuolizáltak s az elváltozott mirigycső arrodálja az épet. A stroma kezdetben nem tér el a normalistól, később a daganat vázává lesz s ezzel ez utóbbi teljesen organoid jellegű. A diagnosist felállításakor azonban szem előtt kell tartani, hogy a mirigycsövek egyes normalis esetekben is behatolnak a méh izomzatába (senilis uterus), gondolni kell továbbá az adenomyomatosisra; kétes esetben útbaigazíthat az a körülmény, hogy a normalis mirigycső az izomzatba sohasem tör be, azt nem roncsolja, csak félretolja, míg a carcinomás, stroma nélkül, az izomzat roncsolásával tör előre. Utólagosan extirpált méh vizsgálatánál zavarhat előre ment abrasio, mely hámeltolódásokat, mesterséges belesajtolásokat hozhat létre, valamint atypiai mutathat a regeneráló nyálkahártya is. Van azután olyan curettizált és utólag eltávolított méh is, amelyben már semmi carcinomás elváltozás nem látható, jelöl annak, hogy a folyamat olyan felületes volt, hogy a kaporák mindent eltávolított. Vannak végül esetek, melyekről még szakértő sem tud biztos véleményt mondani, azért az ilyeneket megfigyelés alatt kell tartani s a folyamat rosszindulatúságát illetőleg ismételt vizsgálatnál dönteni.

Liebmann dr.

A méhrák korai kórismézéséhez. *Gerich.* (Med. Klinik. 1923, 38. sz.)

A méhrák meggyógyítását mindenekelőtt a korai kórismézés biztosítja. Korai stadiumban levőknek tekinthetők azon esetek, melyekben 1. makroszkoposan a carcinoma még nem ismerhető fel s csak a mikroszkop segítségével állapítható meg; 2. bár makroszkoposan is észlelhető, azonban szigorúan lokalizált keletkezése helyére, s a környező szövetekben elváltozás még mikroszkoposan sem mutatható ki. A carcinomára gyanús symptomák: 1. Vértés cohabitatio után. Sokkal gyakoribb okozza ezt carcinoma (legtöbbször portiorák), mint erosio, polypus, endometritis vagy colpitis maculosa. 2. A menopausában fellépő vértés. Oka 75–90%-ban carcinoma. Ha hosszabb szünet után ismét havonta vértés lép fel, sohasem gondoljunk a mensis újramegjelenésére, hanem carcinomára. 3. Hüvelyi vértések vizezés és székelésnél. Ezek a carcinoma kis felületes véreinek megrepedése kapcsán keletkeznek a préselés, illetőleg a guggolás okozta vérpangás következtében. 4. Rendetlen metrorrhagia. Bár sok okból léphet fel, igen gyakran carcinoma kapcsán jelentkezik. Első symptomaként a vértések fellépését jóval megelőzheti makacs, vizes-nyálkás, genyes-pelyhes, vagy húslesterű folyás, pruritus vulvaeval, vagy anélkül. Naboth-tüszökhöz hasonló kemény submucosus csomócska a portión, amelyből szűrésre nem nyálka (follicularis cysta), hanem vér ürül, carcinomára gyanús s ezért mikroszkopi vizsgálat céljából kivágandó. Ugyanez áll az egyik ajakra lokalizált, vagy csak kis fokban is vérző portioerosiókra. Erosióknak és ektropiumoknak igen nagy jelentőségük van a carcinoma keletkezését illetőleg. A női bajban szenvedők 4%-a szenved méhrákban. Fiatalok s nulliparák sem képviseletnek kivétel. Németországban évente 23.000 asszonyt pusztít el a méhrák. Radialis operatióval, egészen kezdetleges esetekben, melyekben a diagnosist csak mikroszkop segítségével volt felállítható, Zweifel kivétel nélkül tartós gyógyulást tudott elérni. A méhrák egyetlen biztos gyógymódja a műtét, melyet korai diagnosist alapján végeznek, ez utóbbi felállítása még a korai tünetek fellépése előtt is kétségtelenül lehetséges. Erősen vagy elkésve fellépő mensésnél, rendetlen vértésnél, makacs hypersecretiónál a legkisebb kétség esetén az okot illetőleg, próbakapartást kell végezni.

Liebmann dr.

Fülgyógyászat.

Belső fül lueses izolált objectiv tünetek nélküli megbetegedése a kaloriás reactio kiesésével. Beck O. (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1923, III. füzet.)

Harminckétéves egyén, 1918-ban luest szerzett. Hat ízben kapott kombinált Hg-Salvarsan-kezelést. Soha fülpanasza nem volt, szédülést nem érzett, mivel a vér pozitívvá vált, fülészeti vizsgálatot is végeztek rajta. Normalis dobhártya mellett csak a csontvezetés rövidült, a magas és mély hangokat jól hallja. Spontan nystagmus, egyensúlyzavar nincs. Forgatási utónystagmus balra 19", jobbra 20", tipikus félremutatással. Kaloriás vizsgálat bal fülön: csak 1' múlva jelenik meg a nystagmus, félremutatás nincs, a jobb fület fecskendezve vestibularis-reactio nem keletkezik. Antilueses kezelésben részesül, utána a jobb fül kaloriás reactiója helyreáll. A vestibularis-reactio ilyen izolált kiesését lueses betegnek találni, belső fül a lymphokinetikai készülék lueses megbetegedése miatt.

Szekér.

Hallószerv megbetegedése villámcsapás következtében. Fischer I. (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1923, I. füzet.)

Az irodalomban villámcsapással fellépő fülbajjal ritkán találkozunk. Az irodalomban hat esetet szedett össze, melyeknél mindenütt dobhártya-rupturát észleltek. Jelinek a villámcsapás után fellépő tüneteket localis és általános tünetcsoportra osztja fel. Localishoz számítja a bőrégést, bőrperzselést, felületes necrosist, oedemát, erythemát, pigmentképződést. Az általános tünetek egy része azonnal lép fel, — eszméletlenség, motorikus zavar, görcsök, bénulás —, másik része sokszor hónapok múlva jelentkezik, ilyenek az idegrendszer zavarai, (átmeneti érzés, trophikus zavarok, bénulások, agy-embolia, a paralysis tünetei epileptikus esetek) egyszóval a traumás neurosis tünetei. Fischer ezek után a saját esetét ismerteti, melyekből levont következtetést az alábbiakban foglalja össze:

1. Az esetek 67%-ában változás észlelhető a hallószervben.
2. Az irodalomban felsorolt esetekkel szemben a középfül mindig érintetlen.
3. A functionalis vizsgálat a hangfelfogókészülék csökkent működését és a vestibularis-készülék túlingerlékenységét mutatja.
4. A kétoldaliság, a hangközök bizonyos részleges kiesése, a csontvezetés lényeges megrövidülése, a labyrinth túlingerlékenysége arra enged következtetni, hogy a laesio az acusticus-magvak körül van, melyet a központi idegrendszer részéről fellépő egyéb tünetek is támogatnak.

Szekér.

KÖNYVISMERTETÉS

Säuglingsheilkunde der täglichen Praxis. (Mit einzelnen Hinweisen auf das spätere Kindesalter.) K. Blühdorn. (Urban und Schwarzenberg. 1924.)

Blühdorn tanár a göttingai klinika tagja, s Göppert tanár mellett fejlődött. Neve a „Medizinische Klinik“ hasábjain megjelent csecsemő-orvostani összefoglaló cikkei alapján jól ismert. A 190 oldalra terjedő, tetszetős kis könyvecske ezen cikkek gyűjteménye, kiegészítve más fejezetekkel. Nem nagy igényekkel lép fel, mert, mint a szerző az előszavában mondja, csak „kis útmutató“ („kleiner Wegweiser“) óhajt lenni a csecsemőorvoslás terén. Ezen célt a könyv el is éri, bár sok helyen a tér korlátosságánál fogva, fejtegetései nagyon is vázlatosak. Legsikerültebb részei a munkának a csecsemőtáplálásról s a táplálkozási zavarokról megírt fejezetek. Nehezen érthető s egyenesen szokatlan, hogy a köldökblenorrhoeát a gonorrhoea fejezetben a vulvitis mellett tárgyalja. A pylorusstenosisról írott részben sajnos nem különböztök a papaverin-terápiát. Nem volt szerencsés gondolat a munka végén függelék gyanánt az iskolásgyermekek beteges állapotait tárgyalni. Tekintve a mű címét, ez a függelék egyáltalában nem illik a keretbe. Mindezen csekély szépség-hibáktól eltekintve, a könyvecske sikerült s kétségtelenül meg fogja találni olvasóközönségét. A kiállítás, nyomás stb. igazán kifogástalan s dicséri az előkelő kiadócéget.

Bókay János.

Zur Psychoanalyse von Prof. Emil Raimann Wien. (Urban und Schwarzenberg Berlin, 1924. 97 lap.)

Sokat beszélnek psychoanalysiról, szinte modern téma, mégis kevesen vannak azok, kik tisztán látnak. Szerző ott él a psychoanalysis szülőföldjén, ahol a levegő is telítve van vele, nem tartozik azonban a hívei körébe. Kritikával figyelte fejlődését, kialakulását. Maga is analizált, tehát nemcsak mint

szerző, hanem saját tapasztalatai alapján is szólhat a kérdéshez. A psychoanalysis rendszerének fölépítése imponálóan hat a tanulóra, mert alapítójának iratai az érzeinkben túl fekvő dolgokba is életet öntenek, ezek szinte plastikusan sorakoznak egymás mellé; sok új és hangzatos szó, meglepő összefüggések, szép képletességek elfedik a fogalmak homályosságát és ingtagságát; újabb és újabb munkák olyan kérdésekre is felelnek, melyek mindnyájunkat égetnek, olyan eredményeket tárnak föl, amilyen gondolatokhoz fogható hasonlókat a klinika nem képes velük szembeállítani. Ezért nem kell csodálkozni hogy a psychoanalysis diadalmasan bejárta az egész világot. Ez azonban nem argumentum az igazsága mellett, ugyanilyen utat tett meg a christian science, a theosophia, az occultismus, a marxismus, mely utóbbival még az is közös vonása, hogy mindkettő a szenvedélyeket fölkorbácsolja, az ellenkezés szellemét erősíti, a boldogságot azonban csak igéri. 1893 óta, keletkezésének éve óta a tan sokat változott, kifejezései, fogalmai mások lettek, míg előbb a klinikát elhagyta, most lassan visszatér hozzá. Eleinte az élmény-hypóthesis a pathogenesisben csak egy momentum volt, később már mint egyedüli ok szerepel. Ilyen okozati összefüggésekkel már csinájában bánunk, inkább conditionálisan gondolkodunk. Másrészt psychogen beleséggekben gyakran azt az okot találjuk, amelyet kerestünk, azaz előre föltételeztünk. Így járt Freud is. Tüneteket okoknak tekintett, amit klinikus nem fogadhat el. Újja a hysteriából kiindulva a kényszerneurosisokhoz, depressiók állapotokhoz, sőt a paranoiához vezette. Az ember menekül a betegségbe, elnyomott gondolatok mint érzécsalódások, téves eszmék kerülnek felszínre, elnyomott vágyak így teljesülhetnek. Csupa költészet, de nem természettudomány. Ugyanígy jártak hívei a schizopreniával, oly magyarázatot adták, mely nem magyarázat. Itt lép közbe Blauler bizonyos egyezményvel, a psychoanalysis csak a tüneti összefüggéseket magyarázza, az okokat a megvetett klinika derítheti csak föl. A merészség a dementia paralyticaéhoz is nyúlt, hol azután egy csapásra kiderült a psychoanalysis tarthatatlansága. Lármás föllépésével ellentétben alapvető ismereteket nem nyertünk. Akárcsak az álomfejtéssel, ahol a belemagyarázások semmivel sem bizonyíthatók. Hisz előbb bizonyítani kellene, hogy az álmok valóban ilyen összefüggő elmeképletek s csak azután lehetne értelmetlenség esetén az összefüggések helyreállítására törekednünk. Ugyanilyen belemagyarázásokkal szeretné mindennapi életünk apró fogyatékoságait is magyarázni, itt is sikertelenül. A sexualitás, a libido fogalmának végtelen kiterjesztésével azután teljesen téves útra került. Ma is adós azon kérdésre, hogy mit is ért sexualis alatt. Épp úgy bebizonyítandó, hogy öntudatalatti elmeműködés jelképekben jut kifejezésre és hogy a psychoanalysis meg is tudja mondani, hol és mikor jelképes a kifejezés és képes ezeket a jelképeket meg is fejteni. Objectiv és súlyos bírálattal ez a könyv, sokan okulhatnak belőle.

Reuter.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület április 26-i ülése.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás:

1. Erdélyi Sándor: 20 évig viselt idegen test az orrüregben (műtétnél beletört adenotom). 28 éves férfi súlyos orrpanaszokkal, nehéz légzéssel, bő váladékképződéssel, fejfájásokkal s rossz szaggal jelentkezett. 20 év előtt adenotomiát végeztek rajta, de légzése sohasem jött rendbe, folytonos nátha, váladékfolyás, kétoldali chronikus középfülgyulladás, amely hol elállt, hol újból megindult. 2 hónappal a vizsgálat előtt influenza után bővebb secretio, bűzös váladék. Vizsgálatnál igen erős septum elgörbülést talál; jobboldali bővebb genyedéssel. Átvilágítás homályos jobboldali rostasejteket mutat. Az ajánlott műtétet egy hónappal utóbb végzi el. Submucosus Killian-féle septumsectio; a sinus maxillaris punctiója s öblítése negativ; a septumlemezek közep-vonalba kerülve, a jobb alsó kagyló vége s a septum között idegen testet talál hatalmas granulatiók között; megfelelő cocain-tonogen után kivéve az idegen testet, kiderül, hogy az egy Beckmann-féle adenotom négyesfogú hajlított pengéje, amely a 20 éves idő alatt megfeketedett s incrustálódott, a nyél s a pengegyűrű között letörve. Ekkor emlékezett vissza a beteg, s utóbb hozzátartozói, hogy a 20 év előtt végzett műtétkor az adenotom letört, s az üres nyélről hiányzó hatalmas pengegyűrűt hiába keresték. Röntgennel csak a gyomorbeltractus lett átvilágítva, ahol természetesen semmit sem találtak. A hatalmas septumdeviatio képződése, a jobboldali hagylóhypertrophia s a kétoldali otitis, természetesen ennek a különös idegen testnek rovasára irandók. Egyéb

súlyos tüneteket 20 éven át nem okozott. Amennyiben az orr-idegentestek s az adenotomiáknál történt szövőd-mények óriási szakirodalmát át tudta tekinteni, hasonló esetet feljegyezve nem talált.

Rejtő Sándor: Egy hasonló esetéről emlékezik meg, ahol az adenotom kése vált le műtét közben. A kés a bélcsatornán át kiürült. Az adenotom műszaki vizsgálása kimutatta, hogy a hajlításkor, illetőleg edzéskor előálló hajszálrepedések továbbrepedése okozta a törést. Felhívja figyelmünket, hogy az ilyen és hasonló műszereket minél kevesebbet főzzük, ha pedig kifőztük, semmi esetre se engedjük hirtelen lehűteni hideg vízzel.

Előadás:

Dollinger Gyula: Az idült ficamoknak az ízület megnyitásával való helyretevéséről 207 saját esete alapján. Ezek közül helyretett 64 vállficamot, 62 könyökficamot és 21 csípőízületi ficamot, vagyis az összesek 71%-át, míg a többinél resectiót végzett. A helyretett ficamok 3 hét—1½ esztendő óta állottak fenn és helyretevésük kézerővel nem volt lehetséges. A manualis helyretevés akadályai az esetek túlnyomó részénél 1. az interpositum, amely az ízületi üreget kitölti; 2. a vállízületnél m. subscapularis, a könyöknél a ligamentum lat. externum zsugorodása, a csípőízületnél a 4 rövid kifelé fordító izom, ú. m.: a m. pyramidalis obtur. externus és a gemelli, amelyek az izváphoz jutást gátolják. Ezen akadályok elhárítása után még meg kell szüntetni a kalló-zus és hegyes összenövéseket. Mivel ezen dolgozatával a fenti három leggyakoribb ficamesoport helyretevési módszereit megállapította, ezek alapján a következő konkluziókhoz jut: I. Ha a műfogásokban gyakorlott sebész egy heveny ficamot helyretetni nem tud, akkor ott az ízületi üreget interpositum tölti ki, amelynek sebészeti eltávolításával ne készen, mert később még kifejlődnek a fentemlített zsugorodások és kallózus összenövések, amelyek a műtétet súlyosbítják. II. Mulasztást követ el az orvos, ha az idült ficamot nem utasítja műteti kezelésre, hanem mechanoterápiára, mert a sebészi kezeléssel az idült ficamok közel ¼-részt helyre lehet tenni. III. A műtősebésznek az idült ficamoknál nem szabad a mechanikai helyretevési kísérletet annyira fokoznia, hogy esontörést vagy egyéb súlyos lágyrész sérülést kockáztasson és nem szabad sem az osteotomiával, sem a resectióval beérnie mindaddig, amíg meg nem győződött felőle, hogy a véres úton való helyretevés lehetetlen. A szerző saját referatuma.

A Charité Poliklinika április 14-i ülése.

Elnök: Engel Gusztáv dr.

Jegyző: Szemző György dr

Bemutató:

Liebner Ernő: Benzinrobbanás után keletkező melanosis. 41 éves férfi benzinlámpa robbanása alkalmával égési sebeket szenvedett, melyek egy hét alatt gyógyultak. A kötések eltávolítása után a bőr sötétedni kezdett; jelenleg az arcon és a kéz háti oldalán felületes atrophia-kon kívül nagyfokú pigmentatio látható. Bemutató ismerteti a hyperpigmentatio okait és a kólaajtemékek hatása alatt fejlődő melanosisokat.

Szemző György: Ulcus jejuni belorvosi úton eredményesen kezelt esete. Ulcusra jellemző panaszoktól kísért postoperatív ulcus jejuni, melynek objectív jelei nyomási érzékenység, occult vérzés és a gastroentero-anastomosissal szemben a jejunumon látható ulcusfolt voltak, szigorú diéta és fekvéssel kombinált novoprotin-kúra után panasz- és tünetmentes lett. Úgy látszik, az ulcus jejuni nem minden esetben refractaer belgyógyászati kezeléssel szemben.

Friedrich László (mint vendég): Az ulcus recidiválni fog s végül mégis meg kell majd operálni.

Szemző György: Ugyane beteg 2 év előtt hasonló tünetekkel jelentkezett; akkor is tünetmentessé volt tehető; 2 év tünetmentesség elég jó belgyógyászati eredmény.

Hozzászólások Bársony Tivadarnak a gyomor és duodenum fekélyeiről szóló előadásához:

Preisach Izidor: 740 esetre kiterjedő tapasztalata kapcsán a hyperaciditásnak az ulcus pathogenesisében való szerepét a következőkben látja: chronikus, makacs, recidiváló, panaszokat okozó hyperaciditásról majdnem mindig kiderül, hogy ulcus. Hypacid ulcusok is lehetnek „larvált” hyperacidok.

Szemző György: 1. Az előadó úr által hangsúlyozott psychés insultusoknak az ulcus pathológiájában való szerepével hogyan egyeztethető össze az a tapasztalat, hogy frontkatonáknál ulcus aránylag oly ritkán jelentkezett? 2. Ha a sósav az ulcuspáthológiában jelentőség nélküli volna, Sippy és Porges kúrái nem volnának hatásosak. 3. A periodicitás okai a szervezet „milieu interieur”-jének oly változásai lehetnek, melyek hol az ulcus keletkezésének, hol gyógyulásának kedveznek (belső secretio?) 4. Bársonynak a gyomor-duodenum beidézésére vonatkozó megállapításai ellenére is az antispasmodikus kezelés eredményei hypertóniával és hyperperistaltikával járó esetekben, valamint Akerlund syndromával (hulbusdeformatas: „Nische” és spasmus) járó ulcus duodenalis eseteiben jók; atóniával járó esetekben antispasmodikus kezelés kerülendő. 5. A novoprotin ambulans kezelésre nem igen alkalmas, mert ily kezelés mellett az occult vérzés gyakran fokozódik. Csak contra-indikáló bajok (genyedések, tuberculosis, anaphylaxiás jelenségek) kizárása után, fekvőkúra mellett, igen makacs esetekben, individualis adagolás mellett alkalmazható.

Friedrich László (mint vendég): Az ulcus aetiológiája valószínűleg nem egységes. Bár a psychikus izgalmaknak nagy szerepük van, nem fogadhatók el aetiológiai factorként. Erre mutat, hogy a háborúban ulcus-panaszok megszűntek. A pylorusreflexet illetőleg klinikai tapasztalatok igazolják Bársony vizsgálatainak helyes voltát. A lábszárfekélyekkel való analogia azért nem teljesen helytálló, mert ennél csak statikai momentumok szerepelnek, míg a gyomorfekélynél kinetikai momentumok is. A gyomorsav és pepsin a fekély gyógyulása szempontjából nem jelentőség nélküli. Alkálit adni kell, bár hatásuk lényege, úgy látszik, nem a sav közömbösítése. A Sippy-kúra a leghatásosabb. A proteintherapia nem válik be úgy, ahogy azt a németek eredetileg leírták, gyakoriak a recidivák. Atropin csak nagy adagban hat jól. Dekompenzált pylorusstenosisnál contra-indikált. Eddigi diétaes kezelésünk nem terjed ki eléggé a motilitási problémákra. Ha ismételt ulcusok is hatástalanok s socialis indicatio is áll fenn, operáltatnunk kell. Leghelyesebb műtét, úgy látszik, a resectio.

Kelen Lajos szerint az ulcus önmérsztődési folyamat révén keletkeznék, ha az intermediaer fehérjeanyagcsere megváltozása folytán az egyes hasadási termékek által fenntartott vagy serkentett védő és regeneráló berendezés szenvedett. Izommunka által okozott fáradságkor Weichardt szerint oly intermediaer fehérjehasadási termékek keletkeznek, mint parenterális protein-adagolás hatására. A szervezetnek testi munka és alvás között naponként rythmikus ismétlődő regenerációját tartva szem előtt, parenterális fehérjebevittel mester-séges fáradságkeltéssel aktiválhatjuk fokozottabb regenerációra a szöveteket s a regeneratio zavartalan-ságát pihenéssel biztosíthatjuk. Így a „fáradságot” therapeutice adagolhatjuk.

Gellért Elemér: Az ulcus aetiológiája nem egységes. A psychikus izgalmaknak szerepük van, de csak megfelelő constitutio mellett. A constitutio fontosságára való tekintettel a sebészi therapia nem tekinthető causálnak s ezért ez csak complicatio esetén jó szóba (a pylorusstenosis is ilyennek tekintendő).

Körmöczy Emil: Az ulcus gyógyulási percentjét nem tartja rossznak belgyógyászati kezelés mellett sem. Emlékszik, hogy Müller Kálmán is azt tanította, hogy az ulcus gyógyítása a leghálásabb orvosi feladat. Persze, a gyógyulás nem veendő anatómiai értelemben, csak úgy, hogy a beteg hosszú ideig, sőt véglegesen is panaszmentes marad. Sebészileg csak azon eseteket operáltatná, miket Bársony említett, mert, bár újabban jobb eredményeket is lát a gyakorlatában, az operációs eredményekkel nem lehetett megelégedve. Van több hosszú éveken át észlelt esete, hol homokóragyomor volt és gyomor-insufficiencia és a beteg belgyógyászati kezelésre újra jobban lett. Persze, itt folytonosan fennáll a recidiva veszedelem, ám a beteg időnkénti megfelelő kezeléssel mégis tűrhető életet él. Az ulcusok lényege a nyugalom, a meleg és a diéta. Alkali és atropin nélkül is beáll a fájdalommentesség. A proteinkúra is használja, de nincs arról meggyőződve, hogy sokat ér. Fő a hosszú pihenés, utána roborálás és hajszamentes élet.

Bársony Tivadar (zárszó): A Preisach által megállapítottakat előadásában, mint Moynihan nevéhez fűződő kijelentést, már felemlítette. A hyperaciditas azonban az ulcusnak csak egy tünete, de nem pathogenetikus factor. A tartós psychés insultusok maguk

nem elegendők ulcus kiváltására, de megfelelő constitutionalis elváltozás fennállása mellett praeparálják a talajt annak képződésére. A láb- és gyomorfekély közt főleg az érellátás és a sebgyógyulás mechanikai viszonyait illetőleg van analogia. *Friedrich* szemben a socialis műtét indicatio létezését tagadja, mert ha operatio után a beteg külső körülményei nem javíthatók, új ulcusok keletkezésére marad meg a lehetőség.

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének ápr. 5-i ülése.

Elnök: Veszprémy Dezső.

Jegyző: Heiner Lajos.

Bemutatás:

1. **Genersich Antal** egy férfit beteget mutat be, aki 2 éve szenved *asthma bronchiale*-rohamokban. Az egyik oldali *nyaki sympathicusdúcok kiirtása* után 14 napig rohammentes volt. Ez idő után új rohamok jelentkeztek és ezért a másik oldalon is kiirtotta a sympathikusdúcot. Ez sem hozta meg a rohammentességet. Tekintettel a beteg erős tüdő emphysemájára, a Freud-féle *bordaporc-kimetszést* végezte. Műtét után 2 hétre a tüdő hurutos jelenségei is megszűntek és bár nem sokkal később súlyos influenzán esett át a beteg, az emphysema tünetek nem jelentkeztek. Röntgen-átvilágítás is jól mutatja a rekeszizom kupoláját. Az emphysema elmaradásával az asthmás rohamok is megszűntek. Bemutatja azt gondolja, hogy a sympathectomia talán a tüdőtágulás fennállása miatt nem szüntette meg az asthmás bronchialet.

2. **Héjja: Hydrocephalus cong. chronicus** szép esetét mutatja be.

Előadás:

3. **Kenessey Béla**, *„Tapasztalatok a periarterialis sympathectomia műtétéről”* címen tart előadást. Ismereti a trophoneurosisos fekélyek kórtani és gyógyítási állását egészen *Leriche* és *Brüning* fellépéséig, valamint a nyaki sympathicus műtétét és a vele eddig elért eredményeket. Saját 2 nyaki sympathectomia-esetüket, melyeket *Basedow*-kór miatt végeztek, írja le. Periarterialis sympathectomiát trophoneurosisos fekély miatt végeztek (lövési sérülés miatt előállt ischiadicus-bénulás) 2 betegen 3 ízben. Arteriosclerosisos lábgangraenánál 2 betegen 3 ízben. **Megállapításai:** A nyaki sympathectomia előnyösen befolyásolja a *Basedow*-kór sympathicus tüneteit. A periarterialis sympathectomia a trophoneurosisos fekélyek gyógyulását siettet, az érlelmeszedésen alapuló gangraenát megállapodásra és demarkálódásra bírja.

Hozzászól: 1. **Ormós Pál** angina pectoris, asthma bronchiale eseteiben szövettanilag vizsgálta a sympathicusdúcot és bennük súlyos elváltozásokat talált. Nevezetesen az idegállomány megfogyott a kötőszövet javára; az idegsejtek pigmenttel telítettek, a ducsejtek 3–4-szeresre megduzzadtak, vérzések és kereksejtes beszűrődések láthatók.

2. **Viedakodvits Kamill** a nyaki sympathectomiát a *Basedow*-kór oly eseteinél tartja végzendőnek, ahol nem a thyreotoxikus tünetek vannak előtérben. Két betege közül egyik gyógyult tartósan. **Manninger** is sokszor végzi jó eredménnyel. Mindjárt össze lehet kötni a struma elpusztításával.

3. **Genersich Antal** arteriosclerosis miatt fellépésével fenyegető gangraena miatt végezte ezt a műtétet jó hatással.

HETI KRÓNKA

A múlt héten olvashattuk az amerikai lapokból, hogy a New York Academy of Sciences vizsgálat tárgyává tette az úgynevezett *lelki gyógyítást (spiritual healing)*, amelynél a pap kenettel, kézrátévéssel és megáldással befolyásolja a beteget. A vizsgálat eredménye szerint a bizottság csak akkor tartja a „lelki gyógyítást” jogosultnak, ha a pap mint az orvos támogatója szerepel a hitéleti eszközökkel.

Hasonló, de sokkal nagyobb szabású vizsgálat folyt le rövid idővel előbb Angliában is. Itt 1920-ban a canterburyi érsek hívott össze egy 7 püspökből, 8 magasrangú papból, továbbá az orvosi karnak számos vezető emberéből (Sir Clifford Allbutt, Sir Robert Armstrong-Jones stb.) álló bizottságot (Inquiry Commission), amelynek elnöke az oxfordi püspök lett. A munkálat 3 évig tar-

tott; eredménye a napokban jelent meg nyomtatásban. A lényege annak a megállapítása, hogy a hitéleti cselekmények, az ima, a megkenés, a kézrátévések, megáldás stb. nem helyettesíthetik az orvosi gyógyeljárást, azonban támogatják azt.

Nem kell csodálkoznunk, hogy a felvilágosodott Angliában és a materialista Amerikában ilyen kérdések merülnek fel. Ez tulajdonképpen egy általános *psychologiai* jelenségnek megnyilvánulása: az ember mindig és mindenütt hajlott a mysticismus felé és még a legnagyobb elmék mélyén is rejtőzött némi előítélet, babona, vagy amulettek és szók varázserejében bizakodásra való sejtelmes hajlandóság. A naiv babona minden népnek sajátja és ez természetes is. Látja a nagy természeti eseményeket és nem képes azokat megmagyarázni, tehát egy természetfeletti erőt tételez fel, amely jó és rossz kihatással lehet rá. Félelem és kapzsiság egyformán sarkalták az embereket, hogy ehhez az erőhöz hozzáférekzenek és ahol megszűnt a tapasztalatnak és értelemnek vezető ereje, átvette szerepét a babona, mely néha fenkölt ideális eszményképek, máskor otromba bálványok, néha alig elszuttogott mesék, máskor véres emberáldozatok alakjában nyilvánult meg, de minden népnél, minden korban jelen volt. Persze elsősorban a folklóre és az orvostudományok terén találkoztunk vele. A mai orvostudomány a kísérleti tapasztalatokon alapszik — régente, a népnél pedig még ma is az alap a babona volt. *Galenos* áltudósoknak, *sophistáknak* nevezte, akik az *astrologiában* nem hittek. Az égitestek mindegyikének más-más befolyása volt az ember egészségére: különösen a hold ezüsthénye igazította meg az ókornak gyermekei naivitását. Az álom rejtélyes világa is kincsbányája volt a babonának: hogy az álomképek menyire tárják fel az ember sorát, azzal az *oneiromantika* foglalkozott. *Archigenes* (54–117 K. u.) részletesen felsorolta, hogy mily betegségeknél mily tárgyaknak van varázsereje, mely amulettek védenek fegyver, betegség, mérgek stb. ellen. A római circusi gladiátorok pl. Nagy Sándor képét viselték magukon, mások a skarabeus bogaraknak tulajdonítottak védő erőt a sors kedvezőtlen fordulatai ellen.

A neoplatonizmus és neopithagoreizmus korszakában, különösen a II. században K. u. terjedt el a *démonokban* való hit, amely akkor és a későbbi századokban is dolgot adott az orvosoknak és szárnyat a kuruzslóknak. Kifejlődött a *dämonologia* és az *exorcismus*, az ördög kiűzése. A járványos vitustánc módjára az ördögtől való megszállás is tömegesen lépett fel. A nép még ma is hisz a boszorkányokban, ha nyíltan nem vallja is be.

A boszorkányok által való megrontásnak legnépszerűbb példája volt az epilepsia, a „szent betegség”. Hiába tanította *Hippokrates*, több mint 400 évvel K. e., hogy ez a betegség nem istenibb, nem szentebb, mint a többi (neque divinius, neque sacrius esse aliis morbis) és hogy akik az ellenkezőt állítják, azok „magi et expiatores et circulatores et quidam arrogantes”. Az emberek mégis mindig rossz szellemeket kerestek ilyenkor és mint hajdan a régi Rómában, úgy a mai Perzsiában a malaji szigeteken vagy Grönlandban szorgalmasan kifüstölik, zajjal, zenével, rábeszéléssel kiűzik ezeket a betegből és fetisszekkel távol tartják az egészségtől.

Az epilepsiát a középkorban (*Sudhoff* szerint assyriai-babyloniai befolyásra) a 8 ismert fertőző betegség közé számították:

„Febris acuta,¹ ptisis,² pedicon,³ scabies, sacer ignis,⁴ Anthrax, lippa,⁵ lepra nobis contagia praestant.”

Ezért történt hogy 1486-ban a rufachi (Felső-Szilázia) Szent Valentin-kolostor az epilepsiásokat külön izoláló kórházban helyezte el. Az epilepsia gyógykezelése nagyon fantasztikus volt. Néhol (Szumatra, Stájerország) porrá tört emberi csontokat alkalmaztak. *Liszt* (Nándor) debreceni főorvos szerint a hajdúmegyeiek ott, ahol a roham alatt a beteg feküdt, a földben széndarabkát keresnek, amelyet a betegnek le kell nyelnie; ugyanígy járnak el *Benczer* szerint a kelet-galiciai zsidók is; másutt (Galicia, Skócia és Szerbia) tyúkot ásnak el az epilepsiásnak meggyógyítása céljából. A legfőbb népies gyógyszer azonban ilyenkor a vér; még pedig *Plinius* szerint, megteszi a birkavér is, jobb azonban az

¹ pestis, ² phthisis, ³ epilepsia, ⁴ erysipelas, ⁵ trachoma.

⁶ *Hovorka-Kronfeld*: Vergleichende Volksmedizin. Stuttgart 1909, II. 15. old. adatai alapján.

emberé, de a leghatásosabb, a skandináv, északi szláv és német hagyományok szerint, a kivégzett emberé. Appenzellben (Schweiz) 1861-ben hatóságilag megengedték az Argauba való utazást egy epilepsiás, szegény házi asszonynak, hogy a lefejezendőnek friss vérért megihassa.

Plinius szerint a kecskebab, kakas, medve, szamár heréjének, a menyétnek, Litvániaiban az emberi placenta, Franciaországban a vakond, Hamburg körül az egér, Angliában a fecske, Lengyelországban a fekete bársony hamujának, Kelet-Indiában a szárított medvenyelvnek bevételével divott az epilepsia ellen.

Persze más betegségeknek is tág tere volt a babonának. A nyaki *scrophulotikus mirigyek* és a *golyva* gyógyításában a francia és az angol királyokat dicsérték, mert ezek, a hagyomány szerint, a beteg résznek egyszeri megérintésével meggyógyították a bajokat, amiben azonban a flammant Yperman már 1350 körül kételkedni merészt. Ennek dacára ezt a ceremóniát Angliában még Anna királynő (1702–14), sőt Franciaországban X. Károly még 1825-ben is gyakorolta, amikor Reimsben királlyá koronázták. Az ilyen praktikák visszanyúlhatnak az ókorba: Vespasian Memphisen vakokat és bénákat gyógyított; ugyanezt tette Hadrián császár is. Habsburg Rudolf a kezéből itatta a betegeket; a magyar királyokról a monda azt jegyezte fel, hogy az ikerüst, melyet éppen ezért *morbus regius*nak nevezték, képesek voltak meggyógyítani.

Valamikor vita folyt arra nézve, hogy melyik királynak nagyobb a gyógyító ereje és hogy ez a királyi méltóságnak függeléke avagy személyes tulajdonság-e, melyet jámborsággal érdemelt ki Clovis (481–511), illetőleg a hitvalló Edward (1042–1066)? Bizonyos hogy a nép hitt benne: si le roi te touche, Dieu te guérit! Eképesre nagyon figyeltek és regisztrálták az eredményeket. Malmesbury (1120) szerint már az V. századbéli dán, angol-szász és jüt királyoknak is megvolt ez az adományuk. A normann háznál (1066–1154) ez egy időre feledésbe merült, a Plantageneteknél (1154–1399) azonban újra feléledt; így I. Edward (1242–1307) már 187 embert gyógyított meg, aminek emlékére a gyógyultak egy-egy, Mihály arkangyalt ábrázoló, nagy aranyérmét is kaptak. Erzsébet királynő (1550–1603) 3–400 embert gyógyított meg évenként, összesen több ezret, I. Jakab (1603–1625) is; egyszer egy napon 70 embert, így a török követ fiát is. A rekordot azonban I. Károly érte el, aki uralkodása alatt 100.000 embert érintett meg; udvari sebészének, Richard Wisemannnak állítása szerint egy év alatt több embert gyógyított meg, mint London városának összes sebészei egy emberöltő alatt (hálás népe tudvalevőleg lefejezte). II. Jakab (1685–1688) idejében egy alkalommal annyi ember tódult össze a királyi kéz érintéséhez, hogy a tolongásban 6–7 ember meghalt.

Érdekes az akkori orvosok véleménye erről a kúráról: elismerőleg nyilatkozik John Gaddesden (1280–1361), Daniel Turner pedig bevallja, hogy Anna királynő meggyógyított olyan betegeket is, akiknél Turner maga nem ért el eredményt. Samuel Pepys is hitt a királyi kéz érintésének gyógyító erejében.

Később a királyi kiváltságnak uzurpálói léptek fel, így egy John Leverett nevű kertész, aki a királyi betegségen kívül még sok egyéb bajt is kezelgetett. Kihallgatásakor azzal védekezett, hogy *ő hetedik gyermek*; ezeknek ugyanis az a hírük volt, hogy a golyvát gyógyítani képesek. Franciaországban, különösen Ortiannais és Gâtinais körül azt hiszi a nép, hogy a hetedik fiúkat, kiket marcounak, gyógyító művészeknek neveztek, tesztén egy lilom-alakú anyajegy rejtőzik; a golyvás meggyógyul, ha megérinti ezt az anyajegyet, vagy ha a marcou a golyvára lehel.

Amit felsoroltunk, az csak kikapott példa, futó pillantás a néplelek mélyére. Tanulságos ennek fejlődését megfigyelni, mások tévedéseinek okulni; óvakodjunk azonban elhamarkodott, lekiessinyítő ítélettől, mert a lelki gyógyításnak, a népies oneiromantikának és régi humor-pathológiának stb. vannak modern tudományos testvérei is: a *hypnózis*, a *suggestiv* therapia, a *psychoanalysis* és ne feledjük, hogy Rokitsansky és Virchow ugyan elvetették az évezredek és a néplelekben gyökeret vert humor-pathológiát, ez azonban a *serologia*, *endo-*

crinologia alakjában megint feltámadt és pozitív kísérleti alapot teremtett magának.

Óvakodjunk azonban a kritikátlan mysticismustól is, melyet Amerikában most síp-pal-dobbal terjesztenek. Az ottani lapok telve voltak azzal a hírrel, hogy *Franklin Benjamin* 1759-ben egy 100 fontos alapítványt tett, hogy ez 150 évig gyarapodjék, azután a legkiválóbb orvostudományi munkákat jutalmazza kamataiból. A díjkiosztás most megtörtént és az első díjat (2500 font = 1 milliárd korona) egy ismeretlen kezelő testület, egy *Banning* nevű los-angelesi embernek ítélte oda „Mental and Spiritual Healing” című munkájáért, továbbá 1000 fontot valami Steinmetz kapott „Az idegrendszer, mint a villamos energia vezetője” című dolgozatáért; végre egy Fusakichi nevű japánnak 500 fontot adtak, ennek alkotása azonban már nincsen megnevezve. A lapok már most ezt az eredményt, mint a spiritual healing-nek az orvosi tudomány felett való óriási diadalát ünneplik, amit a következő esettel is bizonyítanak: Egy Mrs. Smith elolvasta Banning könyvét és erre olyan gyógyító erőt kapott, hogy egy Margaret Cooper nevű, az Albany megyei kórházban elhalt egyént képes volt halot-taiból feltámasztani. Ezt az eseményt „Dr. Everheart” kórházi orvos s az albany-i kereskedelmi kamara is bizonyítja.

Az American Medical Association persze vizsgálatot indított, aminek az eredménye a következő lett: az albany-i kereskedelmi kamara nem tud a dologról, dr. Everheart nevű orvos nincsen Amerikában, Banning az amerikai Lenin-fiúknak (Sons of the American Revolution) elnöke, Smith és Cooper sok van, de egyik sem támasztotta fel a másikat, maga a Franklin-alapítvány is éppen olyan mese (is is big a hoax), mint a feltámasztás — egyebekben minden rendben!

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.

A Közkórházi Orvostársulat a nyomdászsztrájk miatt meghívóit nem küldhette szét s ezért ülését kénytelen volt május 7-ére halasztani. Az ülés tárgysorozata a következő: *Bemutatók: Mócsy Márta: Rhinogen orbitaphlegmone két gyógyult esete. Ilk Viktor: Thorakoplastika két esete. Csutorás Sándor: Emasculatio penis carcinoma miatt. Előadások: Liebermann Leo: Szemműtési aseptis és localanaesthesia. Göbl Albin: Az intravenás gyógyszertherapiáról.*

A Magyar Szemorvostársaság május 4-i ülésének programja (II. sz. szemklinika): *Horváth Béla: A Vossius-féle lencsehomály keletkezése. Blaskovics László: A kettős képek vizsgálata.*

A Budapesti Gyakorló Orvosok Segélyező Egyesülete legutóbb tartott XXXV. évi rendes közgyűlésén Medvei elnök megnyitójában ecsetelte azt a válságos helyzetet, melyben orvosi rendünk a viszonyok mostohasága miatt vergődik és kegyetlen szavakkal emlékezik meg Mohr Mihály elhunyt elnökről, kinek nevéből elnevezett alapítványból megrokkant kártársak tagsági díját fedeztetik. Pfeifer Gyula főtitkárnak, Patai és Imhof pénztárosoknak jelentése és a felmentés megadása után a közgyűlés az alapszabályok oly módosítását fogadta el, hogy özvegyet és árvát segítő „B” osztályába a vidék orvosai is tagul beléphessenek. A napi segélyt 20.000 K évi tagdíj mellett 5.000 K-ra emelte. Halálórási járulék esetenként 5000 K, mely mellett az özvegy a tagok mai száma mellett három és fél milliót kap. Himmler dr. indítványára a közgyűlés kimondta, hogy a választmány, amennyiben a tagok számának növekedésével az özvegyi segély nem emelkednék öt millióra, ezt a járulékot tovább emelheti úgy, hogy az özvegy legalább öt milliót kapjon.

Új választmányi tagoknak megválasztottak: Ángyán János, Lévai József, Szilas Jenő, Vladár Márton László, Haas Tivadar, Fleischmann Mór, Szenes Zsigmond, Stricker Mór, Ungár Gyula. A „B” osztály ügyvezető bizottság tagjai lettek: László Gyula, Minnich Károly, Szontagh Felix.

A Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosai II. tudományos szakülésüket f. hó 16-án d. u. 6 órakor a pénztár székházában tartják meg. Tárgysorozat: 1. Bemutatók: *Keményffy: Chondrodystrophia család. Singer H.: Adnexogen méhvérvézes esetei. Steiner József: Functionális hólyagzavarok tabes eseteiben. Wohl M.: a) Röntgen-fekély a fejen. b) Pyogen fekély a fejen. 2. Hozzászólások: Pándy: Syphilis elmebajok*

² Alapvető tanulmányt írt e kérdésről a drezdai Johann Ludwig Chodant, a kiváló orvostörténész. Az ő nyomán tárgyalta e témát Hermann Vierordt és legújabbban az amerikai Riddell. (Touching for the King's Evil. New York Med. Journal 1923, 661. és 754. old.)

és élethosszúság című előadásához. Eddig jelentkeztek: Hajós, Fogarassy m. v., Friedrich Vilmos, Schein, Wohl, Brana. 3. Előadás: Lengyel Árpád: A felső légutak vérzéseiről.

Doktorrá avattattak a budapesti Pázmány Péter-tudományegyetemen múlt hét szombatián: Bartha Andor, Fehér Rózi, Franciszcei Dániel, Gál Ödön, Jobbágy Andor, Kovács László Pál, Pálfi László, Pauer Dezső Imre, Raab Rudolf, Róna József, Soós Sándor, Zadubán György Lajos és Zsedely József. Üdvözljük az új kartársakat!

Hoffmann Lajos dr. Tarcsafürdő (Bad Tatzmannsdorf) főorvosa május hó 25-én fürdőorvosi működését újból megkezdi.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 13-tól április 19-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	5 (3)	Gyermekágyi láz.....	— (2)
Küteges hagymáz.....	1 (2)	Báranyhimlő.....	11 (—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	— (—)	Jár. fültőmirigylob ..	6 (—)
Kanyaró.....	14 (—)	Vérhas.....	10 (3)
Vörheny.....	45 (6)	Jár. agygerincagyhártyalob ..	1 (1)
Szamárhurut.....	22 (8)	Trachoma.....	2 (—)
Ronc. torok- és gégeglob ..	10 (2)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	14 (8)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	1 (—)

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. Pajor Sanatorium
Budapest VIII, Vas-utca 17.
Sebészeti, szülészeti, urológia, orthopädia és Zander-osztályok.

RÖNTGEN-ODELGA

DUBATOL

isovalerylmandulasavas calcium

D. R. P.

különösen bevált a

HAVIBAJ

fájdalmas beálltakor. A legrövidebb idő alatt, rendszeren már egy félórán belül megszűnteti, úgy a mechanikai, mint a tisztán idegességi

DYSMENORRHOEA-nak

fájdalmi rohamait, teljesen ártalmatlan, nincs felbőgés, semmi kellemetlen utóhatás.

Orvosilag sokszorosan ajánlva.

Irodalom és minták rendelkezésre.

Adagolás: 1-2 tablettát 0.4.

Csomagolás:

Dobozok a 6 tablettát

Üvegcsek a 20 tablettát

Üvegcsek a 50 tablettát

darabonkénti eladásra.

Dr. Franz Fehlbauer & Co., G. m. b. H. Hamburg-Stellingen, Kielerstrasse 210.

Dr. PÁPAY-FÉLE OLTÓANYAG- ÉS SZÉRUMINTÉZET RT. Budapest VI, Teréz-körút 31. Telefon: 88—00.
Tudományos szaktanácsadó: Dr. LIEBERMANN LEO, egy. ny. r. tanár.

PARENTEROSAN

5% os steril, isotóniás casein-oldat.

Parentero-therapeuticum

10×1 és 1×5 cm³-es egységekben.

Széles protoplasma-aktiváló effektusú egyenletes és állandó összetételű készítmények az ingerküszöbtherápia céljaira.

Irodalmat készséggel küldünk.

PROTEINOSAN S. M.

10% szőlőcukortartalmú, steril, toxinmentes, zsírszegény tejkészítmény.

Proteino-therapeuticum

1×5 és 1×10 cm³-es egységekben.

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

PÁLYÁZATOK.

A megüresedett szöbi járás **tietsi orvosi állásra**, mely ezidőszert a IX. f. o. 3. fokozatával járó javadalmazásával van egybekötve, pályázatot hirdetek. Pályázati kérvények Nógrád és Hont közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék Főispán Ur Ómeltóságához címezve hivatalomhoz legkésőbb folyó évi június hó 1-ig nyújtandók be.

Balassagyarmat, 1924. április hó 16-án.

7769/924. sz.

Alispán h. Pányi vm. főjegyző.

Helyettesítést vállal diplomás orvos.
Dr. KOLTAI Budapest VII, István-út 40. sz.

KARLSBAD

GYÓGYJAVALLATOK: A gyomor, bél, (székrekedés, krónikus hasmenés), máj, epehólyag, epeutak, epekő, közsvény, diabetes, elhízás, krónikus rheuma, tropikus betegségek, a lép megbetegedései, a malária következményei, sárgaság, dysenteria, vese- és hólyagkő, a prostata megbetegedése és kezdődő arteriosclerosis megbetegedéseinek.

GYÓGYESZKÖZÖK: 16 ásványvízforrás, ivó- és fürdő-kurák, 5 nagy fürdőgyógyintézet s minden szükséges modern kúrát elősegítő eszközök.

Felvilágosítással és prospektussal szívesen szolgál:

KURAMT KARLSBAD

DR. GUHR-FÉLE SZANATÓRIUM

Tátraszéplak — Tatranska-Polianska

1010 méternyire a tenger színé felett, magaslati gyógyhely egész évi üzemmel

A magaslati klíma és magaslati nap gyógytényezői, egyesítve hosszas orvosi tapasztalat és modernül berendezett fizikai-diaetás szanatórium gyógyfaktoraival. Elsőrangú diaetás konyha, vízfűtőintézet, szénsavas-fényő-, villanyos-fényfürdők, Quarz-, d'Arsonval-, Tesla-, Bergonie-villanyos kezelés. Fekvő-csarnokok. Röntgen, orvos-chemiai laboratórium, svéd gyógy-gimnasztika és massage. **Javallatok:** Basedow-kór, chlorosis, vérszegénység, Addison ideg-anyagcsere megbetegedések, diabetes, adipositas, asthenia, emelkedett vérnyomás, hypertonia, klimakterium, reconvalescentia, tüdőhílus-zárt, tüdőcsúcs-és specifikus izületi és csontmegbetegedések, asthma bronchiale nervosum et juvenile, gyermekek és felnőttek exsudatív diathesise, tüdőemphysema.

Elme- és fertőző megbetegedések kizárva.

Szanatóriumi napi pousálár 45 csK-tól feljebb.

Vezető főorvos: **Dr. GUHR MIHÁLY**

Több segédorvos

Fogorvosi rendelő

Felvilágosítást nyújt, fürdővizumot szerez: **Dr. ADORJÁN**

LÁSZLÓ Menetjegyirodában, Vigadó

Iglófürdő

KLIMATIKUS GYÓGYHELY. — Tökéletesen berendezett fizikoterapiás gyógyintézet 600 m. t. f. üskenyvesben, Szepes megye. Főorvos: **Dr. GRÓÓ BELA.** Szoba 4—10, kútfő ellátás 27 cseh korona naponta. Prospektus, vizum, felvilágosítást ad **Dr. ADORJÁN BUDAPEST** Menetjegyiroda, Vigadó-tér 1.