

# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON**  
Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

**HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC**  
**GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF †**

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## T A R T A L O M:

**Roberto Alessandri:** Néhány megfigyelés a tüdő és a mellkas tumorairól. (201—206. oldal.)  
**Ruzicska Andor:** Statistikai kimutatás a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikának paralysses anyagáról. (206—211. oldal.)  
**Faludi Ferenc:** Néhány szó a máj- és vesesecretio közötti összefüggésről. (211—213. oldal.)  
**Polesán Mihály:** A Dattner-féle paralyssis kezeléséről. (213—214. o.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Szemészet. — Urologia. — Bőrgyógyászat. — Elméleti tudományok köréből. (214—217. oldal.)

Könyvismertetés. (217—218. oldal.)  
A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 23-i ülése. (218—219. oldal.)  
A Kir. Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának február 12-i ülése. (219. oldal.)  
A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaecologiai szakosztályának január 31-i közgyűlése. (220—221. oldal.)  
**Tüdős Endre:** A malariaoltás a lues congenita therapiájában. (221—223. oldal.)  
**Magyary-Kossa Gyula:** Jordán Tamás (1539—1585) életéhez. (223—225. oldal.)  
Vegyes hírek. (225—226. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

### Néhány megfigyelés a tüdő és a mellkas tumorairól.\*

Írta: *Prof. Sen. Roberto Alessandri,*  
a római kir. egyetemen a sebészeti klinika igazgatója.

A tüdő jóindulatú daganatai ritkák és általában csak a boncolás alkalmával kerülnek napfényre. Figyelembe veendőek közülük a dermoid cysta, mely gyakori a mediastinumban, ritkább a tüdőben és amely néha meg lehetős nagy kiterjedést ér el, nem ritkán valódi tumor, minthogy neoplasiás jellegű és fejlődésű szöveteket tartalmaz.

Magam is operáltam egy ilyen esetet. Nem számítom ezek közé természetesen az echinococcus cystát, mely nálunk Itáliában elég gyakori és melyből szintén vagy 20 esetet volt alkalmam operálni, amelyeket csak a dermoid cysták és néhány (amire még visszatérek később az esetek tárgyalásánál) valódi tumorral való differentialis diagnózis szempontjából említék.

A tüdő rosszindulatú daganatai, melyeket általában ritkábbnak tartanak, ezzel szemben gyakoribbak a jóindulatúaknál és különböző szerzők szerint számuk növekvő tendenciát mutat. *Kikut* egy statistikai közleményében 1900—1911-ig a tüdő rákját a rákok összes számához viszonyítva, 3,8%-ra teszi, míg 1912—1923-ig lefolytatott boncolások statistikájában ez a szám 5,8%-ra emelkedik. *Lubarsch* 1920—21. évben készült statistikájában 5,4%-ot ad.

*Perfiliew* újabban megállapította (1927), hogy az utolsó 15—20 év orosz irodalmában a primaer tüdőrák

\* E cikket a kiváló római klinikustól azzal a kedves szándékkal kaptuk, hogy úttörője akar lenni az olasz-magyar barátságból fakadó szellemi csereviszonyok olasz és magyar orvosok között. Örömmel és a jó szándék iránt hálás elismeréssel közöljük azt, azzal a reménnyel, hogy Bakay professor példáját, kinek cikkét már meg is jelentette olasz collegája „Rinascenza medica“ című lapjában, többet fogják követni klinikusaink közül és mi is tisztelni tanuljuk lapunk hasábjairól az olasz orvosi cultura fejlettségét.  
Sz.

száma emelkedett; úgy véli, hogy ennek oka az influenza-járvány gyakoriságában rejlik. Különben már *Behringer* hívta fel a figyelmet a grippe és a tüdőrák közt valószínűleg fennálló összefüggésre.

Hasonlóképen nyilatkozik *Katz* (1927), aki a heidelbergi kórbonctani intézet anyagát gyűjtötte össze. *Probst* Zürichben 10.892 boncolásnál a tüdőcarcinoma abszolút és relatív emelkedését találta, mely különösen az utolsó 10 évben volt nagyobb arányú.

Legújabban *Graham* (1928) olyan statistikákat közölt, melyek azt mutatták, hogy a tüdőcarcinoma sokkal gyakoribb, mintsem hiszik.

Ámbár néhány szerző a sarkomákat tartja gyakoribbaknak, azt hiszem, hogy az általában elfogadott vélemény a helyes, mely egyáltalában a tisztára tüdő-tumorok közül a carcinomát tartja gyakoribbnak. Hasonlóképpen véleményeltérés van a tumorok anatómiai viselkedése körül. Néhány szerző inkább körülírtaknak és ennél fogva operabilisaknak tartja őket; viszont mások azon a véleményen vannak, hogy a tumorok inkább diffusak és így nehezebben távolíthatók el.

*Jessop*nak egy nemrégén közölt esete is ezekhez tartozik.

*Sauerbruch* pl. műtét szempontjából a sarkomákat sokkal kedvezőtlenebbeknek tartja a carcinomáknál. Azt hiszem, hogy legalább is néhány esetben, mint pl. az én 10 esetemben, *Seydl* véleménye inkább megközelíti a valóságot, aki a sarkomákat könnyebben operálhatóknak tekintti, különösen a fusocellularis formát, amely a leggyakoribb.

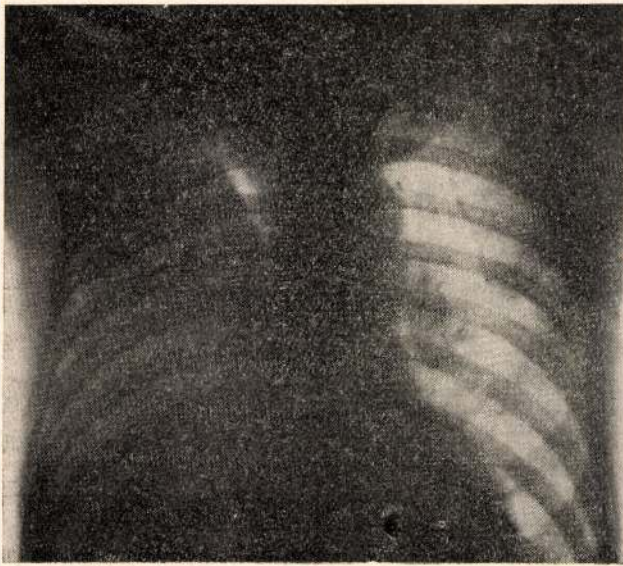
A mellkasfal tumorai, melyek a bordákról vagy a subpleuralis kötőszövetből terjednek a mellhártyára, inkább sarkomák és pedig leggyakrabban szintén fusocellularisak.

Az endotheliomák, mint elsődleges tumorok, gyakoribbak a pleurában, általában diffusak, úgy hogy minden műtéti kísérlet hiábavaló.

A tüdő elsődleges tumorjai között tehát a leggyakoribb a carcinoma. A különböző szerzők által elismert két alakhoz (az egyik, amely a bronchusok hámból, a másik, ritkább, az alveolusok hámból ered), *Graham*

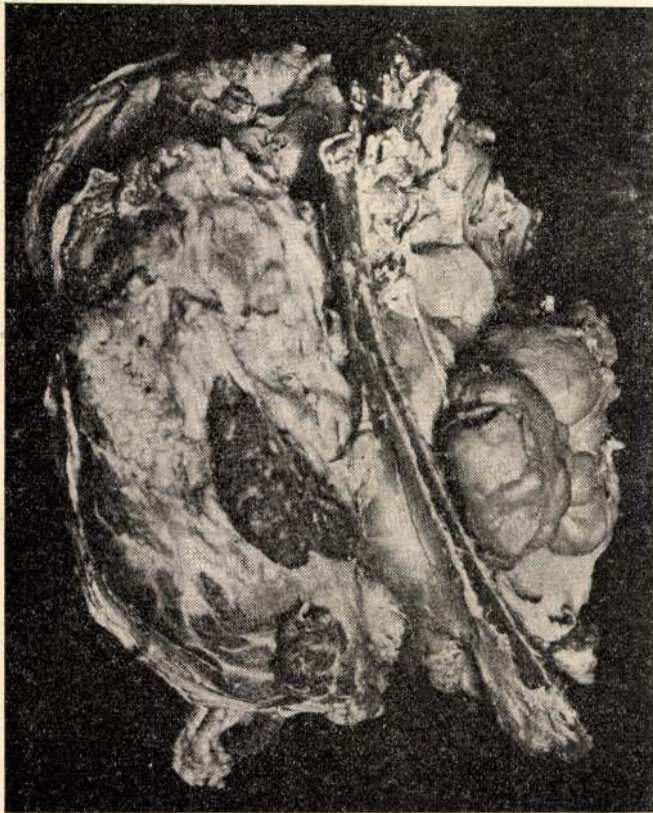


szerint még egy harmadikat is sorolhatunk, mely a bronchialis nyálkamirigyekből veszi eredetét. A bronchusok hámból eredő tumorerkek kezdetben vagy a bifurcatio szintjén, vagy az alatt, mint fekélyesedések jelentkeznek;



1. ábra.

diagnózisuk a kezdeti stadiumban igen nehéz és könnyen lép fel fertőző szövődmény. A nyálkamirigyekből keletkező carcinomák localizálódhatnak a bronchusok falára, gyakran szűkületet okoznak és bőségesen képződő gelatinosus anyag keletkezését eredményezik. Az a rák, amely az alveolusok hámból ered, gyorsan tovaterjed



2. ábra.

és gyakran elárasztja az egész lebenyt, amelyben keletkezett.

Ezeknél is gyakran keletkeznek infectiók, melyek igen elhomályosítják a mindig nehéz diagnózist, dacára a bronchoskopia és a Röntgen-felvételek nyújtotta segít-

ségnek, úgy kezdetben, mint még inkább az infectiók kitörése után (tüdőgyulladások, tüdőtályogok, gangraenák, bronchiektasiák, stb.).

*Jessop* fönt említett esetében a műtéti beavatkozás empyema indicatiójából történt, s csak a boncolás derítette ki a diagnózist. A metastasisok is elég gyakoriak.

Érthető tehát, hogy tüdőcarcinoma eltávolításának a lehetősége a ritkaságok közé tartozik és a műtétek igen súlyosak; legtöbbször vagy egyszerű symptomás, vagy tökéletlen műtétről lehet szó.

A *Sauerbuch*-klinika öt radicalis műtétet közöl, közülök három azonnali halállal végződött. A másik két beteg közül az egyik, akinél a bal alsó lebenyben ülő kis-ökölnyi carcinoma miatt ezt a lebenyt resecálták, öt évvel a műtét után még jól érezte magát. A másik, akinél a jobb alsó lebeny körülírt carcinómája volt jelen, mely azonban a diaphragmára is ráterjedt, a tüdő és a diaphragma resectiója után három évvel, még szintén egészséges volt. *Brunn* újabban két műtéti esetre hivatkozik, melyeket azonban palliative ismételt kauterisatióval kezelt; mindkét esetben gyors halál következett be.

A fertőzött üreg megnyitása után a palliatív Röntgen-therapia szintén kevés eredménnyel járt. A tüdő egy egész lebenyének eltávolítását szintén megpróbálták. *Kümmel* mutatott be egy ilyen esetet az 1911-es nemzetközi congressuson. Azonban a teljes jobb tüdőlebeny eltávolítását követő hatodik napon a beteg meghalt.

*Küttner* által referált más esetek *Lenhard*, *Kümmel*, *Macewen*, *Heidenheim* és *Küttner* saját esetei. Újabban *Harrington* és *Heuer* közöltek mellkasi és mellkasfali tumorokról statistikákat.

*Harrington* (Mayo-klinika) elsődleges mellkasi és mellkasfali tumorok 16 esetét közli, melyek közül 11 rossz- és öt jóindulatú volt. Ezek azonban nem valódi tumorok, minthogy ebben az öt esetben részint csontatrophia, gümős osteomyelitis, exostosis, achondrosia és a porcban fellépett nekrosis szerepelt.

A 11 rosszindulatú közül kilenc mellkasfali tumor volt. Két intrathoracikus közül pedig egy a esigolyából, *Harrington* szerint valószínűleg az intravertebralis discusból eredő fibromyxo-sarkoma, mely a mellkasüregbe hatolt. Műtét után hat hónappal fellépő kisebb recidivát eltávolítva, a beteg nyolc hónappal utána jól érezte magát. A második costalis eredetű osteofibrosarkomás beteg, hol a tumor szintén a mellkas üregébe nyúlt be, 17 hónappal a műtét után szintén egészséges volt.

Amint láthatjuk, a két eset közül egyik sem primaer tüdő, vagy pleuralis tumor.

*Heuer* (Cincinnati), aki 1923-ban intrathoracikus tumorok nyolc műtéti esetének statistikáját közölte, most újabban 25 esetet publikált. Az első nyolc közül egy az aorta descendens tumornak kórismézett aneurysmája, a másik pedig intrapleuralis elmeszesedett cysta volt; a másik hat eset között egy costalis sarkoma, egy jóindulatú xanthoma és három pleuralis endothelioma szerepelt.

Az újabban közölt 25 eset közül a valóságban nyolc a mediastinumhoz tartozik (ezekből öt valódi tumor, kettő jóindulatú, egy teratoma, s két sarkoma vagy timoma), kettő ellenben a mediastinalis mirigyek Hodgkin-kórja, egy pedig tumornak vélt abscessus a mediastinum posteriorban), kettő mellkasfali (sarkomák), kettő a mellkas és a gerincoszlop úgynevezett homokóra alakú tumorjaihoz tartozott (az egyik neurofibroma volt), egy pedig apicalis tumor, melyet myxosarkomának kórisméztek.

A pleuralis- és tüdőtumorerkek száma így 12 maradt, melyek közül három a pleura diffus endotheliomái, melyeknél műtéti beavatkozás lehetetlen volt, kilenc pedig a tüdőben székelt, közülök három elsődleges carcinoma, négy primaer sarkoma és kettő metastasis.



Ezekből csak négy esetet operáltak és egyikben sem volt meg a lehetőség a radicalis műtéti beavatkozásra. Négy eset mint empyema, vagy tüdőtályog jelentkezett.

A rövid idézetekből, melyeket az újabb irodalomból soroltam fel, világosan látszik, hogy a tüdőtumornak teljes és radicalis eltávolítása kivételes esetet képez. Ezért határoztam el, hogy összegyűjtöm 11 esetre vonatkozó statisztikámat, melyek közül három mellkasfali, az üregbe nyúló tumor a pleurára is ráterjedt. Ezekből kettőt operálva, a vizsgálat elsődlegesnek állapított meg, míg a harmadik, amint azt a boncolás megállapította renalis hypernephroma metastasisa volt. A három intrathoracikus daganat valószínűleg a mellhártya primaer tumorja volt, mind a háromnál az exploratív céllal végzett műtét megállapította neoplasiás eredetüket. Az öt intrapulmonalis tumor közül négy került műtetre (két sarkoma, egy carcinoma és egy dermoid tumor). Egy primaer tüdőrákot, csont metastasisokkal, nem operáltam meg.

Röviden összefoglalva, időleges sorrendben közlöm az eseteket:

1. *C. Benedetto*, 50 éves, felvétel 1914 augusztus 27-én. Egy belgyógyászati osztályon a bal tüdőben tumort (carcinoma) diagnosztizáltak a bal csípőcsonton székelő metastasisokkal: átutalták a sebészetre. Műtéti beavatkozás lehetetlen lévén, szeptember 16-án a klinikáról elbocsájtjuk.

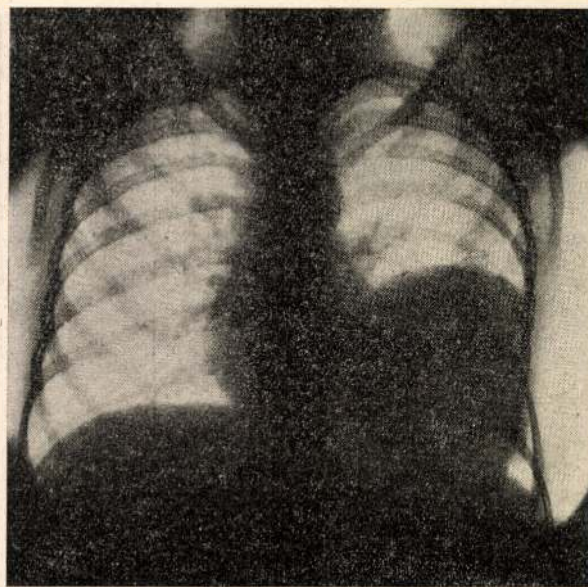
2. *C. Creste*, 36 éves, klinikai diagnózis: a jobb mellkasfal sarkomája a kilencedik borda és a hátulsi hónaljvonal keresztezésében. Kórlefolyás: a tumor kb. két hónap óta áll fenn: citromnagyságú. Röntgen-lelet: a 8., 9., 10-ik bordával összefüggő tumor mely a pleuralis ür felé nyúlik be.

Műtét 1919 február 7-én aethernarkosisban. Lebénymetszés, a tumor alatt levő 8- és 9-ik borda resectiója. A 8-ik ép, a 9-en, melyen egy pathologiás eredetű fractura van, ül a tumor. A két bordát a tumorról együtt resecáljuk; a tumor szorosan összefügg a pleurával, melyet így az összefüggés egész kiterjedésében eltávolítunk; a műtéti sebet a fali és a diaphragmai mellhártya egyesítésével zárjuk. Február 9-én exitus. A pleuralis üregben esekély mennyiségű vér, mely azonban nem magyarázza meg a halál bekövetkezését. Kórszöveti vizsgálat: kis kereksejtű sarkoma.

3. *M. Filippo*, 51 éves. Felvétel: 1921 március 18-án, klinikai diagnózis: jobb mellkasfél inoperabilis sarkomája, mely a 7-ik és 8-ik nyaki és az 1-ső és 2-ik háti szelvényre nyomást gyakorol, a symptomák 1919 végén: a jobb brachialis plexusban is felléptek, majd a jobb mammaris és dorsalis régióban mind inkább erősödő fájdalmak jelentkeztek. Az objectiv vizsgálat eredménye: a jobb supraspinosus árok kiemelkedő, magában az árokban és a jobb scapulo-vertebralis zónában kis tompulat, a kulcsesont feletti árokban semmi eltérés. A jobb felső végtagon az epitrochlearis izomsoport a thenar és a mm interossei hypotrophiája, szinte karomszerű kéz. Röntgen-lelet: a jobb csúcs régiójában egész a második bordáig terjedő intenzív árnyék, mely tisztán elhatárolódik. A második bal intercostalis spatiumban a hemiclavicularis vonalon kívül, kis, élesen elhatárolt árnyék. A Röntgen-szakorvos az árnyékokat echinococcus cystáknak diagnosztizálja. Immunreakciók negatívak. 1921 április 9-én műtét. Lebénymetszés a jobb kulcsesont feletti árokban. Az m. scalenus anteriort átmetszük, a subclaviát lekötjük, a n. phrenicus és plexus brachialis gyökereit felfedve, valamivel lejjebb egy kemény, húsos tömeg mutatkozik, mely a mellkasüregbe mélyed. Eltávolításáról le kell mondanunk. Egy kivágott darabka szövettani vizsgálatának eredménye: fusocellularis sarkoma.

4. *P. Goffredo*, 64 éves, felvéve 1922 január 21-én. A belgyógyászati klinika küldte át, a jobb tüdőben székelő echinococcuscysta diagnosisival. 1921 novemberében arteriosklerotikus zavarok miatt mellkasát átvilágíttatta; az átvilágításnál egy gömbölyded, nagy kiterjedésű árnyéket találtak, melyet echinococcuscystának kórisméztek (1. ábra). Immunreakciók negatívak, eosinophilia 4%. Három próbapunctio negatív, egy negyedik a lapocka csúcsa alatt a 8-ik bordaközben tejeskávészerű folyadékot eredményezett. Műtét 1922 február 2-án. A 7-, 8-, és 9-ik

borda resectiója után egy dermoidecystához hasonló vas-tagfalú és sűrű tartalmú cystát találunk. A cysta falának szövettani vizsgálata: különböző típusú kötőszövet több rétegu laphámmal fedve. Augusztusban a bordának újabb részeit kellett resecálni, hogy a nagy üreget ki-



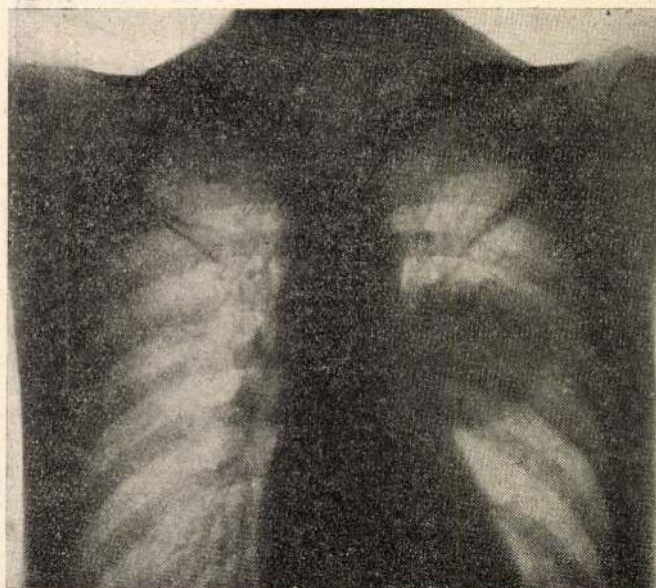
3. ábra.

egyenlítsük; szeptember 11-én elbocsájtjuk a klinikáról, ambulantiára jár. Mai napig is fennálló, teljes gyógyulás.

A beteget kitűnő egészségi állapotban a római Kir. Orvosi Akadémia 1927 december 30-i ülésén bemutattam.

5. *O. Osea*, 13 éves, felvétel 1922 szeptember 13-án. Három hónap óta a bal mellkasfalon a kulcsesont alatt lassan fejlődő duzzanat. Objectiv vizsgálat: a baloldali m. pectoralis alatt fekvő mély daganat, mely a mellkasfalhoz tapad, betérjed a kulcsesont alatti árokba és a hónalj felé. Október 16-án műtét. A sarkomás külsejű tumor mélyen benyúlik a mellkasba. Egy szövettani vizsgálat céljára kivágott darab fusocellularis sarkoma képet mutatja. 1922 november 28-án elhagyja a klinikát.

6. *P. Agnese*, 54 éves, felvétel 1925 szeptember 19-én. 1924 és 1925 telén bal vállában fájdalmak lépnek fel, kis hőemelkedéssel. 1925 májusában a bal kulcsesont feletti



4. ábra.

árokban duzzanat jelenik meg, mely mindinkább növekszik; hangja megváltozott, köhög. Objectiv vizsgálat: a supraclavicularis duzzanat göbös és a kulcsesont mögé terjed; a baloldali hónaljárokban infiltrált, nagy nyirokmirigyek, a bal pleurában exsudatum jelei. Röntgen-átvilágításnál sűrű, tömeges árnyék, amely csaknem az egész



bal mellkasfelet elfoglalja, a külső mellkasfélen széles alappal ül és a mediastinumot jobbra nyomja. Próba-punctio: Viaszsárga folyadék, vörösvérsejtek, geny és endothelialis sejtekkel. A kulesont feletti árok egy mirigyét eltávolítjuk, s a szövettani vizsgálat endotheliomát állapít meg.

7. *S. Luigi*, 50 éves, felvétel 1925 november 28-án. A klinikát 1925 december 25-én hagyja el, 1924 augusztusában haematuria, néhány nappal utána a bal mellkasfalán a mellső hónaljvonalon mogyorónagyságú duzzanatot, mely állandóan növekedett; antilueses-kezelés, 1925 áprilisában újabb haematuria. Objectív vizsgálat: az anterolaterális mellkasfalán a bal 6., 7., 8., 9-ik borda magasságában nagy duzzanat. A jobb hypochondriumban kiterjedt daganat, melyet a veséhez tartozónak diagnosztizálunk. Cystoskopiával az indigokarmin intravenás injectio után jobb oldalt 17 perc múlva távozik. Pneumoren segítségével a daganatot teljes biztonsággal a vesére localizálhatjuk, mely megnagyobbodott és deformált. Röntgenvizsgálat: a mellkason levő daganat a bordákhoz tartozónak mutatkozik, a pleuralis ür felé benyúlva s a szívcsúcs lökéseit átvéve gyöngén pulzál. Mindkét tüdőben



5. ábra.

igen sok kör alakú árnyék. Boncolás után megejtett szövettani vizsgálat eredménye: corticosuprarenalis-typusú tumor (metastasis).

8. *V. Palma*, 65 éves, felvéve 1926 március 2-án. Egy év óta a hátsó jobb mellkasfalán a lapockacsúcs alatt tojás nagyságú daganat, mely meglehetősen gyorsasággal fejlődött. Objectív vizsgálat: a jobb scapula alatt magának a lapockacsúcsnak erős duzzanata, kb. 12 cm kiterjedésben lefelé és előre, egészen a bordáig, erősen kiemelkedő. Röntgen-átvilágításnál ugyanolyan kiterjedésben a pleura felé is benyúlik. Március 11-én műtét, helyi érzéstelenítésben (novocain). A tumort magába foglaló ellipszoid alakú incisio, melynek két végpontját a gerincoszlop és a mellkas elülső fele felé meghosszabbítjuk; a 9., 10- és 11-ik bordát hátul a vertebralis izületekben és a tumor előtt resecáljuk. Felemelve a resecált bordákkal együtt, látszik, hogy a daganat benyúlik a pleuralis ürbe s miután fölötte a mellhártyát megnyitjuk, látjuk, hogy az nagy kiterjedésben a tumor első falához tapad, ezenkívül még egy szalagalakú összefüggés is van a tumor és a tüdő között, melyet átvágunk (2. ábra). Az egész daganatos tömeget in toto eltávolítjuk; a tüdő collabál. A mélyen fekvő izmokat izolált varratokkal egyesítjük, részben a diaphragma mellhártyájához varrjuk. Az aponeurosis, majd a bőr sebét egyesítjük; műtét utáni lefolyás normalis. Sebgyógyulás per primam intentionem. A beteget március 26-án elbocsájtottuk a klinikáról. Szövettani vizsgálat eredménye: fusocellularis sarkoma.

9. *L. Giuseppe*, 14 éves, felvéve 1927 május 20-án. 1922 szeptemberében láza volt, köhögéssel és véres köpettel. Röntgen-átvilágítással a bal tüdőben echinococcus-cystát diagnosztizáltak és októberben megoperálták. Műtétnél cysta helyett egy tömör masszát találtak, melyből egy darabot eltávolítottak. A kivágott szövetdarabot Bécsbe küldve a szövettani vizsgálat megejtése céljából,

eredményül idült gyulladás leletét kapták. A műtét helyén sipoly maradt, mely 1923 júniusában záródott és úgy látszott 1926-ig, hogy a fiú kielégítő egészségi állapotnak örvendett. Azóta állandóan gyengült, 1927 márciusában bőséges haemoptoék, melyek időközönként megismétlődnek. A paciens erősen anaemiás, a bal mellkasfél első falán kopogtatásra tompulat, apnoea. Röntgen-átvilágításnál ovalis, tömeges árnyék, amely a mellkasnak szinte egész első felét elfoglalja (3. ábra).

1927 május 26-án műtét (aethernarkosisban). Műtét és megelőző műtét hegének hosszában közvetlenül a bal scapularis szög alatt. Az előrement subperiostealis bordasecretiók helyén rendetlenül újraképzett csontrészeket eltávolítjuk. Egy újszülöttfej nagyságú tömeg tapad a fali mellhártyához. A masszát, mely törékeny szövetű, sárgásszürke, erősen vérzékeny, darabokban távolítjuk el. Úgy látszik, hogy a tüdő felé egy fibrosus tok határolja. Amikor a kihámozás már majdnem befejeződött, megáll a légzés és a beteg orrából és szájából vér ömlik. Dacára a műteti ür szoros tamponálásának, a mesterséges légzésnek, a tracheából való aspiratióknak, a szív direct massageának és két intracardialisan adott adrenalin-injectióknak, a beteg exital.

A boncolást a hozzátartozók nem engedélyezték. Valószínűleg a jobb bronchusba hatolt be vér.

Az igen érdekes szövettani leletet professor *Dionisi* ellenőrzése után a következőkben foglaltam össze: „a szövettani vizsgálat szerint a tüdő structurája úgy a canalicularis, mint az alveolaris, szinte teljesen eltűnt és helyét a következő jellegzetességgel bíró újonképzett szövet foglalta el: tuberculomalakú, gömbölyű, különböző nagyságú göbök, melyeket egymástól kötőszöveti kötegek és különböző alakú és magban gazdag sejtelemes választanak el. Ezekben a göbökben egy centralis és egy peripheriás zónát különböztethetünk meg. A centralis zónában, mely a göb legnagyobb részét foglalja el, legtöbbször egy véredényt látunk, endoteliummal fődve, az ér-falon pedig, mint peritellialis elemek, polygonalis sejtek láthatók, különböző nagyságú sejtmaggal. A stromát finom fibrillumok hálójába képezi; itt sok a kerek- és orsóalakú sejt, picnotikus magokkal, cariolyssissal. A peripherián a compactabb jellegű szövet kevesebb sejtelemet tartalmaz. Említésre méltóak a peripherián található, látszólag hyalintestecskék, melyeknek pecsétalakú magva a sejt peripheriáján helyezkedik el. Ilyen sejteket a tuberculomhoz hasonló formatiók közt is találunk, ahol hyalintesteknek tűnnek fel, emlékeztetve a Russel-féle testecskékre, gyakran 4–5 különböző nagyságú ilyen testecske tapad össze. A szilárdabb szövetrészt orsóalakú és csillagos elemekből áll, gyakran eosinophil protoplasmával, hálóalakú stromába foglalva. Ezekben a képződményekben igen sok, zsírszemcséket tartalmazó sejt található, ezek zsírszemcséből álló göböket is képeztek. Néhol magmaradvány látható. Úgy zsíros, mint mucosus elfajuláshoz hasonló átmeneteket találunk a normalis sejtekből a kóros alak felé (pecsétformájú sejtek). A fibrosus kötőszövet kötegei a tumoralis elemek közt néha összetömörülnek, teljes látótérüket orsóalakú sejtek foglalnak el, mint a fusocellularis sarkomáknál, észrevehető stroma nélkül. Összefoglalva polymorphsejtű sarkoma volt a tumor, mely teljesen elfoglalta magát a tüdő szövetét. Az elnevezéshez hozzátéhető még: sarkoma xantomatosum, tekintettel a sok, zsírt tartalmazó sejtre.

10. *H. Alberto*, 42 éves, felvétel 1927 október 28-án. Felesége három kihordott terhességen ment át, abortuson soha. A betegnek 20 éves korában gonorrhoeája, 24 éves korában gastroenteritise volt. Körülbelül egy évvel a felvétel előtt jól érezte magát, mikor is heves intercostalis fájdalmak léptek fel, különösen bal oldalon, melyek négy napig tartottak 38°-os láztól kísérvé. Ezek a rohamok minden három hónapban megismétlődtek. Sem köhögés, sem köpet, sem haemoptoé nem szerepelt. Lázkiütéseket nem észlelt. Októberben Röntgen-vizsgálat alkalmával a bal mellkasfélen árnyékot találtak, melyet echinococcus-cystának tartottak.

Objectív vizsgálat: a mellkas mindkét fele egyformán tőr ki. A bal spina scapulaenál pectoralphremitus nem érezhető. Kopogtatásra nagy, narancsalakú területen tompulat, amely elfoglalja az interscapulo vertebralis tért és a lapocka egész területét. Ezen területen hallgatózásra gyengült sejtes légzés, fúvó kilégzés; sem szörös, sem dörzsjörög nem hallható. Vizelet normalis; vérkép: vörösvérsejtszám 4.800.000, fehérvérsejtszám 7000; kvalitatíve: polymorph neutrophil 67%, lymphocytá 24%, eosinophil 0%, nagy monocyták és átmeneti alakok 9%, Wa R.: negatív, Ghedini-Weinberg: negatív, bőralatti reac-



tio: negativ, intracutan reactio 1-5 cm<sup>3</sup>, emberi cysta folyadékmal: negativ, Röntgen-vizsgálat (4. ábra): a bal tüdő középső hátsó részében kerek árnyék, tisztán elhatárolva, a pericardiumhoz tapad. Dacára a negativ reactióknak, nem zártuk ki az echinococust, de valószínűbbnek látszott a dermoidcysta diagnosisa. Tumordiagnosist figyelembe vettük, de nem találtuk valószínűnek, tekintettel a hiányzó tüdőjelenségekre.

Műtét 1927 november 25-én. Egy nappal a műtét előtt a bal mellkasfélben mesterséges pneumothoraxot létesítünk (700 cm<sup>3</sup>). Localis (novocain) érzéstelenítésben ferde bőrmetszés, mely 20°-os szög alatt keresztezi a 6. bordát a paravertebralis és az erős abductióval eltávolított lapockaszél között. Az 5. és 6. bordát kb. 10 cm-nyi kiterjedésben subperiosteálisan resecáljuk. Az intercostalis izmokat eltávolítva, a sebnyílásban göbös felületű duzzanatot látunk, mely a 6. borda hátsó periosteumához és a parietalis pleurához tapad. Részben tompán, részben szikével enukleáljuk és eltávolítjuk a pleuráról, a pericardiumról és a tüdőről, amelyhez egy kötegben igen erősen tapad. A pleurát catguttal egyesítjük, a műtési üreget tamponáljuk.

Az eltávolított daganat narancsalakú és nagyságú, lágy, elastikus tapintatú; metszési lapja sárgásszürke, haemorrhagiás és nekrotikus részekkel. Szöveti lelet: sűrű, legnagyobb részét hyalinizált kötőszövetből álló nagy alveolusok, kevés maggal, sok orsóalakú kötőszöveti sejttel. Az alveolusok polymorph elemekkel teltek, melyeknek stromáját finom fibrillumok alkotják. Sűrű fibrosus és nagyrészen hyalin kötőszöveti kötegek váltakoznak néhány helyen különböző demissiójú ilyen polymorph elemekből álló kötegekkel, melyekben nagytömegű capillarist találtunk. A daganat typusa tehát: alveolaris polymorph sarkoma, kiterjedt hyalinos degenerációval. (5. ábra.)

Körlefoyas: eleinte normalis, az első napokban meglehetősen mennyiségű izzadmány a szívburokban, mely később felszívódott, majd pleuralis izzadmány; a mellhártyán egy elhatárolt genyes tályog képződött, melyet a 7. borda antero-lateralis részének resecálásával nyitottunk meg. Gyógyulás, mely 1928 októberéig teljesnek mondható. A beteget a római kir. orvosi akadémia 1927 december 30-i ülésén bemutattam.

11. M. Ugo 65 éves; felvétel 1928 szeptember 15-én. A családi anamnesisben semmi nevezetes. 30 éves korban typhus. 1925-ben felvétetett a klinikára egy bőr-epithelioma miatt, mely a jobb talpon hosszabb idő óta fennálló trophikus fekély helyén keletkezett (az első metatarsus caputjának magasságában). Akkor Pirogoff-féle amputatiót végeztünk; gyógyultan távozott el és semmi olyan jelenség nem fordult elő, ami recidivára adott volna gyanút. Körülbelül egy évvel ezelőtt a jobb mellkasfél elülső részében heves fájdalmakat érzett, majd haemoptoé lépett fel, mely kb. egy hónapig tartott s azután megszűnésével jelentkezett. Mellhártyaizzadmány lépett fel, melynek punctiója kb. egy liter véres folyadékot eredményezett. Láza nem volt.

Objectiv vizsgálat: Általános somatikus állapot kielégítő, sem az operált lábon, sem a nyirokmirigyeken semmi eltérés. Hasvizsgálat negativ, kistokú háti kyphosis. A jobb mellkasfélén, a paravertebralis és a scapularis vonal közt, az 5-től a 9. bordáig terjedő tompulat. Jobb tüdőalap mozdulatlan. A tompulat területén légzéskor nem hallható a sejtes légzés, felette fúvó légzés, néhány szöröszörejjele. A tüdőbasison pleuralis dörzsözörejek.

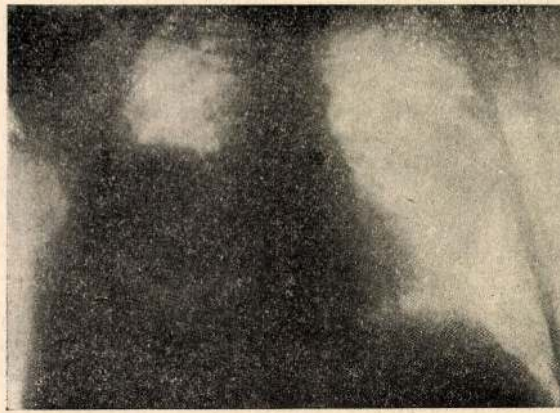
Röntgen-vizsgálat: Nagy narancsnagyságú gömbölyded árnyékot mutat a jobb 5. és 9. borda közt. Az árnyék felső határa tiszta, az alsó kissé elmosódott. A pleuralis ürben szabad folyadék jelenléte nem mutatható ki. (6. ábra.)

Echinococcusreactiók negativak. A mellső hónaljvonal mentén a 4. bordaközben végzett próbapunctio kb. 6 cm<sup>3</sup> sárgás véres genyet eredményez. A geny göröcsövi vizsgálatának eredménye: sok polynuclearis leukocytá, néhány eosinophyl, rugalmas rostok és nyák, igen sok coccus és pálcika. Egy echinococcus-horog is látszik. Vizeletben néhány szemecse cylinder. Figyelembe véve az általános egészségi állapotot, a Röntgen-leletet, továbbá azt, hogy a véres pleuralis ömleny nem gyűlt fel a kiürítés után, továbbá azt a tényt, hogy nem volt föltételezhető egy három évvel ezelőtt operált epithelioma metastasisa, a diagnosist inkább elgenyvesedett echinococcus cysta felé tendál. 1928 október 4-én műtét, helyi (tutocain) érzéstelenítésben. A harmadik bordaközben 12 cm hosszú bemetszés, a hátsó hónaljvonal és a

parasternalis közt. A harmadik és negyedik bordát kb. hat cm-nyi kiterjedésben resecáljuk. Mellhártya megvastagodott, próbapunctio eredménye kissé zavaros, enyhén sárgás véres folyadék. A punctiót tú vezetése mellett galvanocauterrel bemetszünk; miután egy kb. cm-nyi bőrszerű szöveten áthaladtunk, egy ürbe hatolunk, ahonnan meglehetősen mennyiségű, genyhez hasonló folyadék ürül. Jodoformos gazetampon. Műtét után a beteg nyugtalan, erősen véres köpet, a tamponon is látszik egy kis vér Dyspnoë. Pulsus kielégítő. Az éjszaka folyamán nem vérzik, a köpet is megszűnt. Az általános állapot azonban súlyosbodik, különösen a dyspnoë, és okt. 5-én d. u. 2 óraker a beteg exitál.

A boncolás a jobb tüdő alsó lebenyében sok neoplasiásnak látszó göböt állapított meg, azonkívül a jobb tüdő alsó lebenyének közepén nagy kiterjedésű üreget, mely, mint a vízpróba kiderítette, a jobb bronchussal van összefüggésben. A vesékben acut laesiók. Többi szervekben semmi eltérés.

Szöveti lelet cylindersejtű tüdőrák. A mellhártya a tumor felett meglehetősen megvastagodott és véregekben gazdag. A tumor nagy kiterjedésű kötőszöveti stromából áll, melyben különböző nagyságú kötegek helyezkednek el, mely kötegek a centralis részben lapos, a peripheriás részen pedig cylindrikus sejtekből állanak. Tubularis alakulatok is láthatók, melyek részben a centralis kötegek széteséséből keletkeztek, részben pedig valódi tubulusokhoz hasonlítanak s hengerhámmal fedettek. A legnagyobb rész azonban mint pseudotubulus jelentkeznek; mikor az alakulatok a tubularis formában je-



6. ábra.

lentkeznek, az őket borító elemekben pontosan kitűnik a hengerhám. Keratosisra valló jelenségek nem észlelhetők, úgyszintén karyoknesis sem. Oriássejtek láthatók, a carcinoma karakteristikumai tehát abszolút kézenfekvők.

Ez a lelet arra a feltevésre is adhatott volna okot, hogy annak az epitheliomának a metastasisáról van szó, amelyből kifolyólag a patientsnek négy évvel ezelőtt a lábát amputáltuk; de ez igen ritka, majdnem kizárt dolog, miszerint bőrepithelioma visceralis metastasist eredményezzen, azonkívül, hogy az amputatio négy évvel ezelőtt történt és hogy a tüdőben csak egy metastasis volt; e feltevésnek csak akkor lehetne alapja, ha a primaer carcinoma basalsejtű lett volna. A talpon levő rák kórsvétani vizsgálata, melyet azonnal az operatio után ejtettünk meg, közönséges bőrcarcinoma képét eredményezte. Tehát fel kell tételeznünk a rákot alkotó elemek különbözősége miatt, hogy ebben az esetben egy primitiv tüdőcarcinomáról lehetett szó.

A 11 eset közül, mint már említettem, három volt mellkasfali, mely a mellkasürbe hatolt és a pleurát is bevonta, három intrathoracicus, valószínűleg a pleurából eredő és öt tüdőcarcinoma. A három mellkasfali esetből két primaer sarkoma volt, melyet kiterjedt bordaresectióval és a pleura nagy kiterjedésű eltávolításával operáltunk; mind a kettő fusocellularis sarkoma, az egyik meggyógyult, a másik beteg az operatiót követő néhány na-



pon belül exitált. A harmadik egy hypernephroma metastasisa volt; a primaer vesetumoron kívül a Röntgen-vizsgálatnál jól fölismerhető a sok metastatikus esomó mindkét tüdőleányban. Feljegyzésre méltó, hogy a kezdeti symptomák közt egy rövid ideig tartó haematuria és a jobb mellkasfélén fellépő és állandóan növekedő duzzanat volt, mely a beteg és orvosának figyelmét felkeltette. Ha abban az időben megállapították volna a pontos kórismét, talán jobboldali vesekiirtással és a mellkasfalán ülő metastasis eltávolításával a beteget megoperálhattuk volna, lévén ismert tény, hogy a hypernephromáknak gyakran csak *egy* csontmetastasisuk van. A kórismét a próbaexcisio állapította meg.

A három intrathoracikus tumor közül, melyek valószínűleg a pleurából eredtek, két sarkoma és egy endothelioma szerepelt. Hatalmas kiterjedésük miatt az exploratív szempontból végrehajtott műtét alkalmával inoperabilisaknak tartottuk őket, az eltávolított tumortöredékek kórszöveti vizsgálatnál bebizonyosodott a tumorok neoplasiás eredete.

A tüdőtumorkok közül egyet nem operáltunk valószínűleg carcinoma volt a baloldali csipőcsonton ülő metastasisal. A négy műtetre került tumor közül: egy dermoidtumor egy 64 éves egyénben, a műtétet echinococcus cysta klinikai diagnosísának indicatiójából végeztük; gyógyulás. Két sarkoma: egy igen nagy, egy 14 éves fiúban, akit 1922-ben echinococcus cysta diagnosísával operáltak; a műtétnél ellenben egy szilárd tömeget találtak; akkoriban csak egy töredéket távolítottak el, melynek kórszöveti vizsgálata chronikus gyulladás leletét eredményezte. Súlyos haemoptoék után erősen legyöngült állapotban operáltuk meg 1927 májusában; nagyrészen degenerált tumort találtunk, melyet darabokban távolítottunk el, a műtét végé felé hirtelen exitus. Valószínűleg a másik tüdőbe vér hatolt be.

A harmadik eset egy 42 éves férfi, elég jól elhatárolt tumor, minden arra valló jelenség nélkül; Röntgen-lelet echinococcus cysta árnyékát mutatja, a klinikai diagnosís, tekintettel az immunreactiók negatív voltára, kétséges: vagy dermoidecysta, vagy tumor. Teljes eltávolítás után szövettani vizsgálat eredménye fusocellularis sarkoma; gyógyulás.

A negyedik eset tumorgyanus, azonban echinococcus cysta valószínű diagnosísával kerül műtetre. Műteti lelet kétséges. Csak a boncolás derítette ki, hogy hámeredetű epithelialis tumorról volt szó; olyan mértékben kiterjedt degenerációval, hogy cystához hasonló üreg képződött; a környék tüdőszövetében metastatikus esomók.

Különösen két szempontot akarok kiemelni: a tüdő tumorjainál, különösen a dermoidnál és sarkomáknál, de néha carcinomáknál is a Röntgen-lelet gyakran mutat echinococcus cystát, téves. Echinococcus cysta diagnosísával operáltak a dermoidtumort, ezzel a diagnosissal operáltak először a 14 éves fiút, akin mi öt évvel később tumordiagnosissal műtétet hajtottunk végre és csak az előbbi műtét lelete alapján gondolhattunk tumorra, mert a szövettani vizsgálat chronikus gyulladást állapított meg, a Röntgen-leletben pedig az árnyék szintén echinococcus cysta diagnosísára vallott. A 10. eset Röntgen-lelete szintén echinococcus cysta volt; amelyben mi csak az immunreactiók negatív volta miatt kételkedtünk, ugyanez volt az utolsó eset diagnosisa is, amely még a műtét alatt sem volt biztosan interpretálható.

A műteti technikára vonatkozólag pedig csak a helyi érzéstelenítés kiterjedt használatát és a betegnek pneumothoraxsal való előkészítését említem meg.

A helyi érzéstelenítés hasznossága a műtétnél szerintem alapvető tény; lehet, hogy a kilencedik esetben a

fiút, dacára a rossztápláltságnak, ha nem kellett volna narkosist alkalmaznom, ami így is csak a beteg és a szülők határozott kívánságára történt, mert helyi érzéstelenítésről hallani sem akartak, meg lehetett volna menteni a fulladásos haláltól.

Egy másik segédeszköz, amelyet igen fontosnak tartok, a pneumothorax alkalmazása a műtétet megelőző napon. Az utolsó esetben úgy vettem észre, hogy a beteg jobban tűri a műteti beavatkozást és ezért a lehetőség határain belül ezen eljárás alkalmazását ajánlom.

**Irodalom:** *Sauerbruch:* Die Chirurgie der Brustorgane, J. Springer, Berlin, 1925. I. 243. és 844. old. — *Lilienthal H.:* Thoracic Surgery — Saunders — New-York, 1926, 289. old. — *Bier-Braun-Kümmel:* Chirurgische Operationslehre, 1923. II. 691. old. — *Harrington S. W.:* The surgical treatment of intrathoracic tumors and tumors of the chest wall. Mayo Clinic, 1926. XVIII. köt. 938 old. — *Brunn H.:* Primary carcinoma of the lung: report of two operated cases. Arch. of surg. 1926. XII.; 1. sz. — *Heuer G. J.:* Further experiences with intrathoracic tumors. Ann. of Surgery, 1927. 229. old. — *Katz K.:* Statistischer Beitrag zur Kenntniss des Lungen-carcinoma nach dem Sectionsmaterial des Heidelberger patholog. Instituts, Zeitschr. f. Krebsforsch. 1927. XXV.; 5. sz. — *Perfiliev P. W.:* Sull'aumento dei tumori primitive del polmone, Russkaja Klinika, 1927. 53. sz. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chir. 1928. jan. — *Graam E. A.:* Remarks on carcinoma of the lung. South med. Journ. 1928. XXI.; 193 oldal. Ref. Surg. Gynec. and Obst. Intern. Abstract 1928 aug. 107. old. — *Jessop W. I. E.:* Sarkoma of the lung. Irish. Journ. of med. science. 1928 april. 171. old.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: Schaffer Károly dr. ny. r. tanár).

### Statisztikai kimutatás a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikának paralysses anyagáról.

Írta: *Ruzicska Andor dr.* klinikai gyakornok.

A legutolsó évtizedben különböző klinikák és intézetek paralysis-mozgalmáról közölt statisztikák a paralysis-gyakoriság kérdésének a régivel ellentétes képét tárják elénk, amennyiben majdnem általánosan a betegség terjedésének csökkentő tendenciáját jelzik, míg a múlt század végéről *Thomsen, Wollenberg, Siemering* közlései a p. p. százalékszámának a többi elmebetegek százalékos szaporodását erősen meghaladó megnövekedését mutatják és csak egész kivételesen találunk esökkenésről közlést.

E régebbi megállapítások s *Kraepelin* és *Nonne* véleményeinek hatása alatt az orvosi közvéleményben még mindig hallani a p. p. gyakoribbá válásáról, így ez a kérdés igen fontosnak tűnik előttünk és miután csak statisztikai összeállításokkal dönthető el, indokoltnak láttuk a budapesti elme- és idegkórtani klinika 1909—1927. évek közti beteganyagának feldolgozását az újabb közlemények eredményeivel való összehasonlítás céljából. Munkánk két körülmény adott közelebbi actualitást: egyrészt a klinika anyagának a hason-tárgyú, közelmúltban megjelent magyarországi közlemények (*Hudovernig, Fabinyi*) eredményeivel való összeegyeztetés szükségessége, másrészt pedig az Egészségügyi Reformiroda által irányított, az egész országra kiterjedő, legújabbban megindított azon adatgyűjtés, mely a metaluces megbetegedések gyakoriságának, fellépési idejének, megjelenési formájának stb. kérdéseire hivatott országos érvényű adatokat szolgáltatni.

Adatainkat három szempontból állítottuk össze s így három kérdésre igyekszik dolgozatunk feleletet



adni. Vizsgáltuk először a p. p. felvételi szám nagyságát abszolút számokban és az összfelvételhez arányítva százalékokban, a két nem számarányának egymáshoz való viszonyát, másodsor összeállítottuk a p. p.-s betegek felvételi életkorát s ezeket ötvenkénti csoportokba osztva vizsgáltuk a felvételi, illetve betegségkezdeti kor esetleges eltolódási viszonyait, harmadszor kutattuk a fertőzés után eltelt lappangási idő hosszát, az előrement kezelés befolyását úgy a jelentkezés idejére, mint a betegség tartamára vonatkozólag, végül adatainkhoz kapcsolva röviden érintettük a p. p. keletkezését magyarázó különböző elméleteket is.)

I.

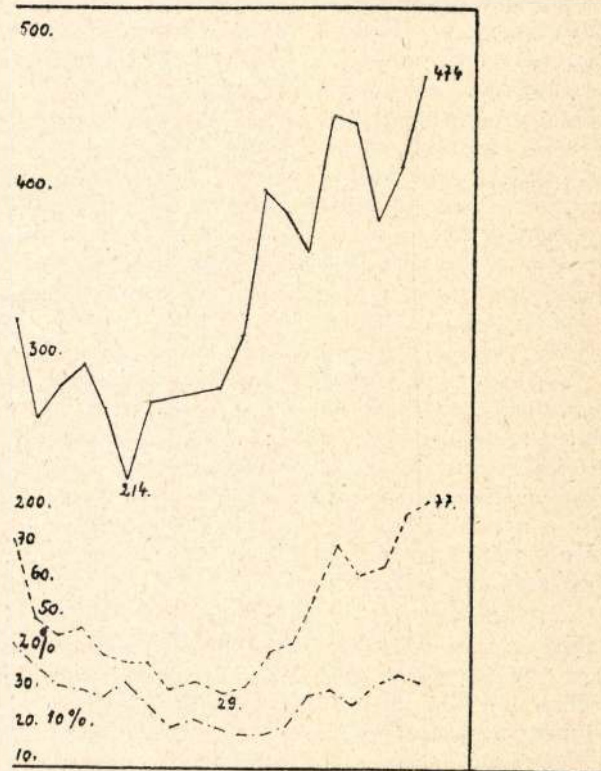
Mielőtt a klinika p. p. statistikájának feldolgozását adnók, a hasontárgyú újabb közléseknek rövid összefoglalását adjuk. Míg régebben az exotikus és civilizálatlan országokban gyakori syphilis mellett p. p.-t alig láttak, újabban mind több és egybehangzó közlés szerint a p. p. igen rohamos szaporodását látják a bennszülött lakosság között Algierban, Tunisban (*Fournier, Sézary*), Kis-Ázsiában (*Süchry Ichzan*), Paraguayban (*Andre Ch.*), Japánban (*Kanner*). *Plaut* közli az északamerikai négekről, hogy 1910-ben az összfelvételek 47%-a esett a p. p.-s négekre a U. S. A. elmeorvosintézetében, 1922-ben pedig 11·6%. Nézzük már most, hogy milyen eredményekkel találkozunk az európai országokból leközlött statistikákban? Már említettük, hogy régebről majdnem egyöntetűen a p. p. gyakoribbá válását jelzik. Az első ellentétes eredményt mutató összeállítás *Junius* és *Arndt*nak nagy statistikai közleménye Dalldorfól (1892—1902), akik 27·1%-ról 22·5%-ra való esését állapítják meg a p. p. százaléknak, ugyan ők Herzbergéből (1886—1902) az összfelvételhez arányított p. p. százaléknak 15·1%-ról 9·6%-ra történt esökkenését találják. *Bonhoeffer* 1913-tól 1917-ig a berlini beteganyag p. p. százalékszámát 13·5%-ról 8·1%-ra, illetve nőknél 6·25%-ról 4·8%-ra látja leesni. Hasonlók az eredményei *A. Koch*nak Rostockból, *Kehrer* és *Strusimán*nak Breslauból, akik férfiaknál 8—41, 4·29-től 2·19%-ig jelzett esökkenő tendenciát észleltek. Németországból még *Gerson* közölte a herzbergi intézet 1900—1924. évi p. p. statistikáját, mely szerint a felvételi százalékszám 1917 óta esik, körülbelül ez idő óta lát esést *Henssge* Chemnitzből (1908—1922). Csökkenő tendenciát állapít meg a p. p. százalékszámánál *Itten* Svájból (1924), aki szerint a legutolsó 15 évben 0·24%-tól 0·21%-ra esik le a p. p. arányszáma férfiaknál, az összes lakossághoz viszonyítva. *Pilz* Bécsből közöl állandó lassú esést, mely legintensivebben 1920—21-ben mutatkozik, Franciaországból pedig *Marie* és *Kochen* az 1909—13. évek adatait az 1919—23. évekével egybevetve találnak csekély esökkenést, ugyancsak a p. p. százalékszám esökkenését közli végül *Prochaska* Prágából. Vegyük sorra most a rendelkezésünkre álló magyar adatokat. Itt azt találjuk, hogy *Hudovernig* összeállításában az Új Szent János-kórház elmeosztályáról a p. p. százalékszám 1900-ban 41, 1924-ben pedig 19%, *Zsakó* szerint az angyalföldi intézetben 1909-től 1927-ig ugyanez a nőkre vonatkoztatva 19·5%-ról 17·4%-ra esik; legújabbban pedig *Fabinyi*, az összes magyar intézetek és klinikák adatait összevetve, a p. p. százalékszámát 1915-től 1925-ig 20·27%-ról 18·59%-ra látta esökkenni.

Nagyon csekély ezzel szemben a p. p. százalékszám-állandóságát vagy növekedését közlő statistikák száma. *Bumke* említi, hogy Freiburgban és Münchenben százalékos esökkenést nem találtak, a szászországi elmeintézetek és klinikák p. p. arányszáma 1913—23 közt 11%—(1917-ben 17%)—11% közt ingadozott s *Bumke* tanítványa,

*Jahrreiss* közli a leipzig-i klinikáról, hogy az 1905-ös 12·9%-ról 1916-ban felemelkedik 22%-ra s 1918-ban kezd újra esni, úgy, hogy 1922-ben 11·2%-kal valamivel alacsonyabb az értéke, mint 1905-ben. *Wiesel Fritz* Svédországban a p. p. esetek szaporodását 1880 óta észleli, szerinte 1916—20-ig terjedő öt évben kb. 50%-kal több p. p.-eset volt, mint 1911—15-ben. *Pisani* és *Chaliol* a parasyphilises idegbetegségek megszorodását jelzi Rómából. Nézzük most klinikánk adatait:

1909	315	69	21·9%	1919	305	31	10·2%
1910	254	48	18·8%	1920	399	40	10 %
1911	274	44	16·1%	1921	384	41	10·7%
1912	288	46	15·9%	1922	358	53	14·8%
1913	259	39	15·1%	1923	449	67	15·3%
1914	214	37	17·3%	1924	444	58	13·1%
1915	265	37	14 %	1925	381	60	15·7%
1916	265	30	11·3%	1926	416	73	17·5%
1917	267	32	12 %	1927	474	77	16·2%
1918	271	29	10·7%	1928	515	82	15·6%

Statistikánk összeállításánál a többször felvételre kerülő beteget csak egyszer, utolsó felvételkor vettük számításba s így igyekeztünk elkerülni egy igen gyakori hibát: ugyanannak a betegnek többszöri számbavételét. Ez különösen az 1914-ig felvételre kerülőknél jelentett volna többletet, mert ezekben az években a nyugtalanra vált beteget, amint a klinikán nyugodttá lett, többször el is bocsátották és szükség szerint újból felvették. A klinikán elhaltakat pedig a halál évében foglaltuk be kimutatásunkba technikai okokból.



1909 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 év  
21·9, 18·8, 16·1, 15·9, 15·1, 17·3, 14, 11·3, 12, 10·7, 10·2, 10, 10·7, 14·8, 15·3, 13·1, 15·7, 17·5, 16·2%

A budapesti elme- és idegkórtani klinika betegforgalma 1909—1927 években.

— összfelvétel  
- - - - P. p.  
· · · · · P. p. százalékszám.

A mellékelt graphikon szemléltető módon tárja elénk kapott eredményeinket. Ha a felvett p. p. esetek az összes felvételhez viszonyított százalékos értékeit nézzük, feltűnő a csökkenési tendenciának megegyezése



az előbb felsorolt legtöbb statisztika eredményeivel. 1909-től kezdve a százalékos arányszám egy állandó lassú lépcsőzetes esést mutat egész 1920, illetve 1921-ig, 21·9%-ról több, mint a felére, 10%-ra esik fokozatosan. Az 1914-es kiugrástól el kell tekintenünk, hisz akkor az összes felvételnek száma volt abnormisan alacsony, a p. p. felvételek ebben az évben is csökkentek az előbbi évhez képest. A százalékos szám graphikonja 1922-től elég meredeken felszökik s átlagban 15% körül mozog, magyarázatul szolgálhat, hogy egyrészt ez évtől kezdődően indul meg klinikánkon a p. p. intensív specifikus, majd nem specifikus inger terapiája, másrészt pedig diagnostikai eljárásaink tökéletesbedése folytán több incipiens stadiumban levő beteg került klinikai felvételre; olyan betegek, akik előtt az intézeti kezelés a javulás lehetőségét nyitotta meg s akik kezelésüket, pl. malaria-oltást csak a klinikán kaphatták meg. Fenti magyarázatot igen jól alátámasztja az 1926. évi 17·5%-os magas százalékszám, ennek megértésére tudnunk kell ugyanis, hogy ez évben úgyszólván erőltetett p. p. felvétel volt, az ugyanakkor folyó malariás kísérletezések beteganyagának biztosítására.

Sokkal nehezebb azonban az 1921-ig beállott százalékarányszám csökkenését magyarázni. Erőltetettnek látszik előttünk a *Struzima* által okozt „wirtschaftliche Notlage“, mely kevesebb felvételre vezetett volna s nem értékelhetjük a háborús évek, nálunk a forradalmak, idegen megszállás és az ország megcsonkításának a p. p. forgalomra való hatását, mert a százalékszám esése már jóval a háború előtt megkezdődött. El kell azonban ismernünk, hogy a háború alatti évek értékét befolyásolta sok p. p.-s haretéri halála, vagy katonai kórházban való elhelyezése, ez évek talált százalékszámát a ténylegesnél alacsonyabbnak kell tartanunk. *Bumke* lipcei eredményeit magyarázó elmélete szerint az esés csak a megelőző salvarsan-kezelés által idő előtt paralytikusakká váltaktól előidézett emelkedés következménye volna, ez ellen szól, hogy a mi százalékszámunk csökkenése már a salvarsan aera előtt kezdődik. Egyesek a p. p. simplex alakjának a szaporodását tekintik a csökkenő intézeti felvétel okának; ezt a kétségkívül fennálló minus tényezőt az incipiens esetek nagyobb számú felvétele szerintünk feltétlen ellensúlyozza.

A két nem közötti arányszámot illetően említjük meg, hogy *Krafft Ebing* szerint ez 1(♀):8(♂), *Sioli* szerint 1:7, *Hoppe* szerint 1:5·8, *Greppin* szerint 1:4·5, *Wollenberg* szerint 1:3·5, *Junius* és *Arndt* szerint 1:2·35, *Bumke* Münchenben 1:2·6, Freiburgban 1:9 arányt talált s ez utóbbihoz közel áll a mi értékünk is 1(♀):6·5(♂), minthogy a klinikán ápolt 121 nő p. p.-re 790 férfibeteg jut a 19 év alatt.

A klinikai statisztikai adataink értékelésénél figyelembe veendő, hogy itt a felvételi szempontok változnak és a felvételt kérők közt válogatást kell eszközölni elsősorban tanítási, azonkívül terapiás kísérletezési szempontok szerint. Mindamellett megállapíthatjuk, hogy a *Kraepelin* és *Nonne* által jelzett p. p. „Zunahme“-t klinikánk 1909—1927 évi betegforgalmának adatai nem mutatják, ellenkezőleg, megegyeznek az európai népeknél mindinkább gyakori közlemények eredményeivel a p. p. százalékszám határozott csökkenő tendenciáját jelzik. A többi magyarországi ismeretes p. p. statisztika összevetésével indokoltnak látszik előttünk azon következtetés, hogy a magyarországi intézetekben a p. p. gyakoriság fokozatos lassú csökkenésben van. Minthogy feldolgozásunk egy mind több helyről közölt következetes parallelismust látszik megerősíteni, a p. p. arányszám esésének okaként felvehetjük *Ittennel*, hogy ez a paralyticus morbiditás csökkenésén alapszik.

## II.

A p. p. jelentkezési időpontjának megállapítása az anamnesisből igen nehéz, mert a hozzátartozók előtt esetleg régen fennálló betegségi jelek sem tűnnek fel, vagy az incipiens metalueses jelenségek fedve lehetnek egy régi neurasthenia által. Másrészt tabeszes jelenségek évekként is megelőzhetik a p. p. felléptét, úgy, hogy *Junius*, *Arndt* szerint csak a biztos symptomák fellépése — beszédzavar, szédülés, kisebb ataqueok, depressiók, expansív hangulatváltozások — tekinthető összehasonlítás szempontjából felhasználható kriteriumnak. Miután pedig rendszerint a fenti jelenségek teszik szükségessé a beteg intézeti elhelyezését, nem járunk messze a tényleges kezdettől, ha *Gudden*, *Thomsen* után a felvételi kort vesszük összeállításunk alapjául. Kétségtelen továbbá, hogy a p. p. activ terapiájának megindítása óta, tehát nálunk 1922-től a p. p. fellépési ideje erősen közeledik, körülbelül meg is egyezik a felvételi életkorral, mert a betegség befolyásolásának lehetősége a kezelés minél előbbi megkezdését kívánja s a betegek initialis tünetekkel már felvételre kerülnek. Az utolsó hat évre tehát nem érvényes a régebbi álláspont, hogy a p. p. a felvétel előtt átlag 1½ évvel kezdődik.

Eseteink összegyűjtésénél a hereditaer alapon kifejlődő juvenilis p. p.-t nem vettük számításba. Nézzük először a betegek megoszlási viszonyait életkorok szerint öt éves csoportok alkotása mellett, egymás mellé állítva eredményeinket *Thomsen*, *Gudden*, *Hoppe*, *Junius* és *Arndt* adataival:

Ev	Bp. e. klin. beteg sz.	%	Thomsen	Gudden	Hoppe, J. A.
25—30	52	5·7	—	5·2	— 4·6
31—35	113	12·4	17	17·6	16·4 16·9
36—40	196	21·5	28·5	26·3	30·4 28·6
41—45	207	22·7	23	23	17·3 25·0
46—50	157	17·2	13	13·6	13·8 13·9
51—55	112	12·3	—	8·3	— 7·5
56—	74	8·1	—	4·7	— 3·5

*Kraepelin* állítása, hogy a betegek nagy többsége 35—50 életév közé esik, nálunk is érvényes, amennyiben e három korcsoport 61·4% teszi az össz beteganyagunk. Ezzel szemben legnagyobb számmal a 41—45 évesek vannak betegek között, míg *Kraepelin* is s a fenti összeállítások a legerősebb korcsoportnak a 36—40 évben levőket jelzi. Adatainkat egybevetve a többiek eredményeivel, azt látjuk, hogy a mi értékeink az idősebb korosztályokban magasabbak s a fiatalabb éves csoportokban 45 évig alacsonyabbak *Thomsen*, *Gudden*, *Hoppe*, *Junius* és *Arndt* eredményeinél.

A betegek életkormegoszlási viszonyait évenként is összeállítottuk öt csoportba 35-ig, 36—40, 41—45, 46—50, 51 évtől azon célból, hogy vizsgálhassuk a betegség jelentkezési időpontjának esetleges eltolódását a lefolyt 19 év alatt. Eredményeinket a túloldali táblázat mutatja.

Táblázatunkban legnagyobb állandóságot mutat a 36—45 közötti két éves csoportnak 1909. évi 42%-os, az 1927-es 41·5%-os értékegyezése a közbeeső évek pár százalékos fel, vagy lefelé való ingadozásával. Részleteiben vizsgálva az egyes csoportok értékeit a 25—35 éves csoport 1911—18—19—20. években dominál, 1921-től kezdve a legfiatalabb csoport százalékszámára erősen leszáll, az 1919. 32·3%-nak majd a felére esik 1927-ben. Feltűnő, hogy a háború utolsó s az összeomlás utáni első két évben a fiatalok 25—35 év közötti p. p.-s betegeket látjuk túlsúlyban. A nélkülözések, rossz táplálkozás, háborús megerősítések okul szerepeltetése mellett talán legvalószínűbb magyarázatul szolgálhat az a feltevés, hogy katonáskodó syphilitikusok hosszabb-rövidebb időre kórházba kerülvén, antilueses kezelésen mentek keresztül s elégtelenül kezeltettek. Körülbelül 1921-től vehető fel az utolsó két éves csoport, a 46 éven felüli betegeknek növe-



Év	25—35 %	36—40 %	41—45 %	46—50 %	51— %	Össz.
1909	14 20.3	16 23.2	13 18.8	13 18.8	13 18.8	69
1910	10 20.8	14 29.2	10 20.8	7 14.6	7 14.6	48
1911	10 22.7	9 20.5	9 20.5	7 15.9	9 20.5	44
1912	7 15.2	11 23.9	14 30.0	4 8.7	10 21.8	46
1913	6 15.4	10 25.6	10 25.6	6 15.4	7 18.0	39
1914	5 13.5	5 13.5	7 18.9	6 16.2	14 37.8	37
1915	8 21.6	7 18.9	10 27.0	4 10.9	8 21.6	37
1916	6 18.7	9 28.1	8 34.5	6 18.7	—	32
1917	7 23.3	10 33.3	5 16.7	7 23.3	1 3.3	30
1918	8 27.6	8 27.6	5 17.2	2 6.9	6 20.7	29
1919	10 32.3	5 16.1	7 22.6	5 16.1	4 12.9	31
1920	12 30.0	7 17.5	11 27.5	5 12.5	5 12.5	40
1921	8 18.2	9 20.4	11 25.0	6 13.6	10 22.8	44
1922	9 17.0	11 20.7	13 24.5	11 20.7	9 17.0	53
1923	10 14.9	14 20.9	12 17.9	16 23.9	15 22.4	67
1924	5 8.6	11 19.0	10 17.2	12 20.8	20 34.4	58
1925	10 16.7	13 21.7	17 28.3	9 15.0	11 18.4	60
1926	9 12.3	14 19.2	16 21.9	16 21.9	18 24.7	73
1927	13 16.9	13 16.9	19 24.6	16 20.8	16 20.8	77

A p. p. jelentkezési korának megoszlása és változása 1909—1927 között.

kedése s így eredményeink nagyjából egyeznek Gerson (Herzberge) közlésével az eltolódási tendenciát tekintve.

Röviden vegyük még szemügyre az évenként jelentkező betegek egy évre számított átlagos korát az 1919—27 között s akkor a következő értékeket kapjuk:

Év	42 év	5 hó	1919	41 év	11 hó
1910	41	7	1920	41	—
1911	41	5	1921	44	3
1912	41	9	1922	42	9
1913	41	6½	1923	44	7
1914	46	—	1924	46	9
1915	43	3	1925	43	4
1916	41	6	1926	45	2
1917	41	2	1927	44	5
1918	41	1			

Az intézeti elhelyezés kora, ha arra a kis hibalehetőségre gondolunk is, hogy statistikánk elején egy, másfél évvel eltérhet a betegség kezdetétől, az évek folyamán mindinkább közeledik ahhoz s az utolsó hat évben körülbelül meg is egyezik vele. Így annál figyelemreméltóbb összeállításunk eredménye, mert míg az elhelyezés kora 1920-ig 12 éven keresztül csak 41 év és csak 1914—15-ben haladja túl a 41. évet, 1921 óta hirtelen emelkedéssel felszökik s átlagosan 44½ év az utolsó hét éven keresztül. A háború első két évében a klinika anyaga nem mutatja a tényleges viszonyokat, mert a fiatalabb évfolyamok betegség esetén katonai kórházakban helyeztetek el s hozzánk csak a nem hadköteles idősebbek kerültek s így az 1915—16-os magasabb értékektől eltekinthetünk. Hoppe, Gudden, Wollenberg, Junius és Arndt 41 év körül mozgó eredményeivel betegeink átlagos kora 1920-ig egyezik, 1921-től pedig 44 és ½ éves átlaggal majdnem eléri a Bumke által férfiakra érvényesnek talált 45.3 évet.

Átlagos életkorszámitásunk az előbbi életkormegoszlási kimutatással parallel azon conclusio levonására jogosíthat fel, hogy a p. p. jelentkezési kora a legutolsó hét év alatt magasabb korosztályok felé tolódott el.

Ha a p. p. mind több helyen tapasztalt esőkkenését s a jelentkezési idő lassú eltolódását bizonyos optimizmussal értékeljük — akár az antilueses-kezelést, akár a szervezet reactióképességének fokozódását, vagy a legyöngült specifikus fertőzés és a betegségi folyamatnak megváltozását szerepeltetjük okul — Hoche véleménye jut eszünkbe. Úgy tűnik előttünk, hogy a szervezet és kórokozó közötti harcban helyzeti javulás állott be az előbbi javára s Hoche elmélete szerint gondolhatunk annak megvalósulására, hogy a p. p. egy napon éppúgy eltűnik, mint ahogy a századokon át tartó syphilitikus fertőződés folyamán fellépett.

III.

Vizsgáltuk végül a syphilitikus fertőzés és a p. p.-s tünetek fellépése közti időszak, az ú. n. Latenzzeit eset-

leges változását az alkalmazott kezelésmódok, gyógyszeres, különösen a salvarsan hatására. Megbízható értékeket a lappangási időre vonatkozólag csak 280 esetben találhattunk. Ha a lappangási időt öt évenkénti szakaszokra osztjuk s az esetek megoszlását ilymódon vizsgáljuk J. A. adataival egybevetve eredményeink a következők:

lapp. idő	5 év	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	30
beteg szám	9	61	65	75	37	22	11
	3.2%	21.8%	23.2%	26.8%	13.2%	7.9%	3.9%
J. A. (341)	5	80	119	79	34	19	5
	24.2%	34.8%	22.5%		17%		

Összeállításunk érdekessége, hogy a 11—20 évvel rendelkezők az összes betegeknek 50%-át teszik, 10 éven aluli lappangási időt eseteink 25%-nál, 20 éven felülit ugyancsak 25%-nál találtunk. 16 évtől fölfelé az öt éves csoportok nálunk nagyobb százalékszámot adnak, mint Junius és Arndt szerint. Átlagban a lappangási idő 280 esetünk középértékét számítva 16.5 évet ad, ami kissé magasabb Hoche 14.5, Bumke 14.9, Meggendorfer nem kezelteknél 14.6, kezelteknél 12.9 évben megadott értékeinél, míg körülbelül egyezik az Aebly által felvett átlagos 16 évvel.

Öt éven belül a fertőzés után 9 esetben léptek fel a p. p.-s tünetek, ezek közül egy betegnél egy kenő kúra volt, egynél egy kenőkúra 5 Hg injectio, egynél 10 Hg injectio, ötnél pedig 1 Hg plus Sa-kúra, mégpedig három esetben csak egy Sa-inj., két esetben kb. 10 Sa-injectio. Nézzük ezután a 6—10 éves lappangási idővel bírók előzetes kezelését. 61 betegünk közül 11-et csak lokálisan, vagy nem kezeltek, 6 kapott egy vagy több kenőkúrát, 8 Hg-injectiót, 1 kenőkúra plus Sa, 1 csak Sa, 1 Hg-injectio plus kenőkúra, végül 25-en részesültek kombinált Hg- és Sa-therapiában, leginkább csak 1—2 elégtelen kúra alakjában, és nyolcan közülök erélyes, évekig kiterjedő intermittáló módon kezeltették magukat.

Tehát számszerűleg összefoglalva a 10 éven belül p. p.-sé váltakat:

	1—5	6—10 lap. idő
nem kezeltek	1	11
Hg-injectióval	2	9
kenőkúrával	1	6
komb. Hg, Sa	5	27
erélyes, évekig terjedő Hg- és Sa-kezelés	0	8
	9	61

Látjuk, hogy a fertőzés utáni 10 év alatt kifejlődött paralyssist megelőző kezelés túlnyomóan (78—72%) Hg-, Sa-therapia volt. Kétségtelen továbbá, hogy ez elégtelen volt a legtöbb esetben; nagyon sokszor pl. 1 salvarsan-injectióval is megelégedett a kezelőorvos az akkori felfogás alapján. Megmagyarázatlan azonban azon erélyes, intermittálólag kezelt betegek esete, akik (8) éveken keresztül alaposan és szakszerűen orvosoltatták magukat. Nonne szerint nemmel kell felelnünk arra a kérdésre: „kann eine sachgemässe und energische Behandlung der primären und secundären Syphilis das Gespenst der Nervensyphilis bannen?“ Mattauschek és Pilz a lappangási időre vonatkozólag kezelt és nem kezelt eseteknél különbséget nem láttak, ezzel szemben Fischer, a salvarsan hatását illetőleg Pette s különösen Meggendorfer hangoztatják azt, hogy előrement, Meggendorfer szerint minél erélyesebb kezelés a lappangási időt rövidíti s a korai metalues kitérését elősegíti. Bumke ezt a tényt csak látszólagosnak minősíti, az emelkedő korrall esőkkenő lappangási idővel magyarázza. Magyarozatának alátámasztására 10 éven belül paralytikussá vált betegeink, akik 81%-ban 40 éven alul betegedtek meg és leginkább egész fiatalon szerezték fertőzésüket, ¼ részben salvarsan-





kezelésen keresztülmenve, nem alkalmasak. Szembe kell néznünk azzal a ténnyel, hogy 280 ismert latenciájú betegünk 25%-ánál, akiknél 78–72%-ban előrement Hg-Sa-kezelés volt, az átlagos várakozási időnél jóval korábban jelentkeztek a metalueses tünetek. Ezek szerint *Williams* és *Steiner* legújabbban hangoztatott véleményét látjuk megerősíteni bizonyos mértékig adataink által, akik a specifikus kezelésnek tulajdonítják a metalues esetleges korábbi jelentkezését.

Egészen röviden óhajtjuk a betegség tartamát érinteni és *Heilbronner*, *Junius* és *Arndt* hasonló közléseivel állítjuk parallel adatainkat. A betegség lefolyásának hosszúsága évek szerint betegeinknél a következő százalékos megosztást mutatja:

Tartam	Heilbronner	Junius és Arndt	bp.klinika	sz
1 év	19.4%	19%	33.7%	80
2 év	23.8%	26.7%	25.3%	60
3 év	21%	27.9%	21.5%	51
4 év	16.7%	12.6%	9.3%	22
5 év	8.7%	6.6%	4.2%	10
6 évtől	10.4%	7.1%	5.9%	14

Érdekeséget kölcsönöz az összeállítás számára az, hogy a klinikánkon elhalt 237 beteg életkormegoszlása erősen változott az 1922 óta folyó activ therapiai behatások folytán s ezóta sok esetben a therapiás behatásra (malaria, tej) korábbi exitus következik be. Így az egy éven belül elhaltak száma kb. 15%-kal magasabb az előbbi két statistika adatainál, a két éven belüliek százalékszámára nagyjából egyezik, a három éven belüliek értéke *Hoppe*-val egybeesik, *J.* és *A.*-nál alacsonyabb, innen kezdve a mi százalékszámaink végig alacsonyabbak.

*Hoppe J.* és *A. Kraepelin* hangsúlyozzák többek közt, hogy a betegek fele az első két éven belül meghal, ezt a mi 59%-os, első két évre számított halálozási százalékszámunk is megerősíti. A betegség fennállásának tartamára nézve közölhetjük, hogy 237 betegünk közül 4 a hetedik évben, 2 a nyolcadikban és 2 a kilencedik évben halt meg.

Anyagunk feldolgozása közben nem lehetett eltekinteniünk a metalues keletkezésének, esetleges előidéző vagy csak elméletekben szerepeltetett feltételeinek az áttekintésétől. Nézzük a spirochaeta franciák által hangoztatott neuro- és dermatotropismust, vagy *Gertner*, *Willmans*, *Steiner* elméletét az antilueses kezelés provokáló hatásáról, *Plaut* és *Kraepelin* rassz-tanulmányait, *Salamon* és *Daraskiewicz* himlőoltás-theóriáját, vagy a *Krafft-Ebing* által felelőssé tett civilizációt, ezek heterogeneitásukban élénken demonstrálják előttünk a tapogatózást és bizonytalanságot. Amíg a syphilissel szemben immunis emberfajt nem találunk, az keresztül-kasul az egész világon elterjedt, ugyanez a paralysisre nem állítható. *Kraepelin*, *Plaut* kutatásai alapján ismeretes, hogy Jáván, Kubában, Indiában igen csekély a p. p. esetek száma s így ezen a vidékeken egy rassz-immunitás vehető fel, ami persze nem állandó; bizonyítja ezt *Morreira* észlelése, aki Braziliába vándorolt p. p.-mentes négerknél a további benmszültt generációkban a p. p. jelentkezését figyelhette meg.

Közelebről érdekel az a kérdés bennünket, hogy vajjon az egyén bír-e bizonyos sajátságokkal, amik esetleg disponálttá teszik a fertőzés után metalueses megbetegedésekre. Ismeretes, hogy a syphilitikusok *Fournier* és *Aebly* szerint kb. 10%-ban lesznek paralytikussá, *Mattauschek* és *Pilz* kb. 5%-ra, *Mattes* 1–2%-ra teszik ezt az arányszámot. Idiotypusos tulajdonságokat igen rég szerepeltettek már a paralysis kifejlődésének magyarázatául. *Junius* és *Arndt* paralysis eseteiknél 39% ban találtak terheltséget. *Dreyfuss* endogen

psychosisoknál 38%-ban, p. p.-nél 31%-ban vehette fel a terheltséget. Legújabbban *Pilz* hangsúlyozza, hogy a p. p. kezeléséhez a luesen kívül még bizonyos dispositio is szükséges. *Binswanger*, *Kraepelin* szerint 40–50%-ban az örökléses terheltség kimutatható. Nálunk *Jendrassik* és legújabbban *Poór* hangsúlyozta az egyes szervek szöveti dispositiójának jelentőségét. *Steiner* recurrenselt végzett patkánykísérletek alapján azt mondja, hogy az agy organos immunitása a leggyengébb recurrenselt és syphilissel szemben. *Binswanger* szerint a p. p. keletkezésénél a syphilisen kívül jelentős tényező az agy csekélyebb értékűsége, hibás agyi viszonyok, az erek hypoplasiája, a meninxek fokozott áteresztőképessége. *Steiner* hangsúlyozza a neurotrop-törzsek felvételének valószínűtlenségét, vele egy véleményen van *Jahnel*, a franciáknál pedig az unionisták (*Jeanselme*, *Sicard*, *Ravaut*, *Sézary*). *Perachio* is azt mondja kísérletes vizsgálatai után, hogy a syphilis egy közös formája váltja ki úgy a bőr-, mint idegtüneteket és *Steiner*rel együtt a syphilisnek a környezethez való alkalmazkodását teszi felelőssé a különböző megnyilvánulások előidőzésében. Bár kétségtelen a frankfurti vagy Truffi-törzsnek primaer affectiójára való hajlamossága s ezzel szemben a müncheni Mulzer-törzs liquorelváltozásokat okozó hatása mégis a különböző megnyilvánulások kifejlődésére nem tarthatjuk elégségesnek a két törzs felvételét. Maga *Mulzer* is mondja, hogy az individualitás, constitutio, táplálkozás stb. szerepet játszanak a kórkép kialakulásában.

Minden figyelmünkre és érdeklődésünkre tarthat számot *Willmans*, *Steiner*, *Gärtner* azon theóriája, hogy „Frühbehandlung“ az okozója a p. p. keletkezésének, amikor a bőr- és esontüneteket eltüntetve a syphilis karakterét változtatta meg s ezzel az idegrendszerben és belső szervekben lokalizálódó syphilis oka lett. Mind több helyről megerősített tény, hogy a civilizálatlan területeken, legelőször városokban — ahol tehát az antilueses kezelés kezdődik — a syphilis megjelenési formáinak eltolódását tapasztalják. *Willmans* észlelései, hogy az antilueses kezelés a neurolues latenciáját esökkenti, ami előbb közölt statistikai kimutatásunk is részben megerősíti. Bizonyos, hogy különösen az „unzweckmässige Therapie“ a szervezet „Abwähkraft“-jának, természetes védőberendezésének meggyöngítésére vezethet s így a lues egy „enyhébb“ alakjának, a csekély szöveti resistenciával bíró idegrendszernek megtámadására okul szerepelhet, mégis *Kraepelin* álláspontjához kell csatlakoznunk: „die Behandlung der Syphilis gehört im allgemeinen zu den dankbaren Aufgaben des Arztes“.

A kisebb jelentőségű elméletek, mint a *Salamon* és *Daraskiewicz* által okozó felvett himlővédőt, alkoholt, szellemi túleröltetés, nélkülözések, izgalom, szervezetet ért lázas és senyvesztő megbetegedése, hatása és jelentősége el nem ismerhető, vagy csak igen csekély mértékben értékelhető az eddig említett elméletekkel együtt, úgy végül *Hauptmann* theóriája, mely a szervezet constitutióját teszi felelőssé a syphilises fertőzés után következő p. p. keletkezésénél, miután magában foglalja úgy az idotypusos, mint az életben szerzett paratypusos tulajdonságok jelentőségének felvételét, a legalkalmasabb magyarázat nézetünk szerint mindezek a neurolueses betegségek esetleges felépésének megindokolására.

**Irodalom:** *Aebly*: Archiv f. Psych. 1920. — *Binswanger*: Schw. med. Wschr. 1925. — *Bonhoeffer*: Archiv f. Psych. 1920, 5. sz. — *Bumke*: Lb. d. Geisteskr. 1924. — *Bumke*: Archiv f. Psych. 1925. — *Fabinyi*: Népegészségügy. 1927. — *Gerson*: Psych. neurol. Wschr. 1925. — *Heilbronner*: Allg. Zschr. f. Psych. 1895. — *Heussge*: Psych. neurol. Wschr. 1924. — *Hudovernig*: Moravesik Emlékkönyv. — *Itten*: Schw. med. Wschr. 1926. — *Jahrreis*:



Zschr. d. g. Neur. u. Psych. 1924. — *Junius u. Arndt*: Archiv. f. Psych. 1908. — *Kanner*: Zschr. f. d. g. Neur. 1927. — *Kraepelin u. Lange*: Psychiatrie. 1921. — *Megendorfer*: Zschr. f. d. g. Neur. 1884. — *Nonne*: Sy. u. Nervensystem. 1915. — *Plaut*: P. studien bie Negern u. Indianern. 1926. — *Pilz*: Wien. kl. Wschr. 1922. — *Mattauschek u. Pilz*: Zschr. f. d. g. Neur. 1911, 1913. — *Sarbo*: Sy. és idegrendszer. 1921. — *Szary*: Presse med. 1926. — *Süchri Ihsan*: Münch. med. Wschr. 1925. — *Willmans u. Steiner*: Zschr. f. d. g. Neur. 1926. — *Zsakó*: Előadás K. M. O. elme- és idegkórtani szakosztály. 1928.

**A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kéty László dr. egyet. nyilv. r. tanár).**

**Néhány szó a máj- és vesesecretió közötti összefüggésről.**

Írta: *Faludi Ferenc dr.* egyetemi tanársegéd.

Már a hydraemia tárgyalásánál láttuk, hogy ez epehajtó szerek adagolására emberen nem mindig következik be. Különösképen gyakran találhatjuk meg decompenzált, oedemával bíró betegeknél. A hydraemia nem szokott nagy lenni s a vérrefractio csökkenése legfeljebb 10—20%-ot ér el. Ha ez eseteket közelebbről vizsgáljuk meg, feltűnik, hogy a hydraemiás reactio feltűnőbben csak *nagy pangásos májjal* bíró egyéneknél következik be. E hydraemia megnyilvánul a vörösvérsejtek számának csökkenésében is, sőt ami meglepő, azzal nem teljesen párhuzamos. Mint az alább következő táblázat mutatja, az alakelemek számának csökkenése százalékban kifejezve nagyobb, mint a vérsavó fehérjéartalmának megfogyása. Ebből az világlik ki, hogy a vérsavó felhígítóda nem tiszta sóoldattal történik, hanem a vérhez áramló folyadék fehérjét is tartalmaz. (1. táblázat.)

1. táblázat.

	R.	%	Vvérsejtszám	%
Kísérlet előtt	650		4,500,000	
2 óra múlva	582	—12	3,600,000	—20
" " "	542	—17	3,150,000	—30
" " "	544	—17	3,200,000	—30

20 cm<sup>3</sup> 20%-os dehydrocholsavas natrium intravenás beadása után.

Ugyanilyen adatokat kaptunk 20 cm<sup>3</sup> 10%-os phenylechinolincarbonsav natrium intravenás adagolása után is. A kísérlet tartama alatt folyadék és táplálékfelvétel nem történt. A dehydrocholsav injeciálása pillanatában a betegek szájukban feltűnő keserű ízt éreztek. Érdekes, hogy egyes esetekben az injectio után diarrhoea lépett fel. E hatás mindkét személ meg volt figyelhető.

Ezzel az analog jelenségekkel kutyakísérleteinkben is sűrűn találkoztunk. E két szer nemcsak hasmenést váltott ki gyakran az állatokon, hanem sokszor okozott hányingert, sőt hányást is. E tünetek valószínűleg az aránytalanul nagy adag miatt jelentkeznek s intoxicatiós jelenségeknek tekintendők.

A hydraemia peroralis adagolásra is bekövetkezik, de úgy látszik, hogy e jelenség a felszívódás elhúzódása miatt sokkal kisebb mértékben érvényesül, mint intravenás adagolásnál. (2. táblázat.)

2. táblázat.

2 g dehydrocholsavas natrium peroralis beadása után R: Epe cm<sup>3</sup> 2 ó. a.      2 g phenylechinolincarbonsav natrium peroralis beadása után R: Epe cm<sup>3</sup> 2 ó. a.

Kísérlet előtt	57.2	12.0	58.7	11.5
2 óra múlva	56.4	24.5	56.9	23.3
" " "	55.9	22.2	56.4	22.8
" " "	55.4	16.8	56.7	14.2

15.4 kg-os kutyán éhgyomorra.

Minden hydraemia természetes következménye a

diuresis fokozódása. Ennek pontos mérése emberen semmi nehézségbe nem ütközik. Mint az alábbi táblázatból láthatjuk, az előző napi controllhoz képest, a betegek diuresise erősen fokozódott. A diuretikus hatás nagysága nagyon különböző. Egyszer alig 200—300 cm<sup>3</sup>-t tesz ki, máskor 2—3 litert is elérhet. Nagyon érdekes, hogy oly betegeknél, kiknél az összes többi koffeinsoportbeli diureticumok esődöt mondanak, egy-egy dehydrocholsavas, vagy phenylechinolincarbonsav natrium adag sokszor meglepően jól hat. Már maga ez a tény is amellett szól, hogy e két szer nem direct a vesére ható diureticum, hanem indirecte valami más módon hat. A diuresis nemcsak egy napra terjed, hanem a beteg sokszor napokig víztöbbletet ürít ki. Megjegyezzük, hogy a kísérlet tartama alatt a betegek folyadék és sófelvétele azonos volt és semmi más a szívre, vagy vesére ható szert nem kaptak. A diuresisnek napokra való kiterjedését megmagyarázza az a tapasztalat, hogy bár a diuresist rendszerint éppen megindítani a legnehezebb, mégis a kiürülő víztöbblet gyakran magával rántja a többi retineált vizet is s így egy adagra napokig tartó diuresisfokozódás következik be. (3. táblázat.)

3. táblázat.

Kísérlet előtti napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Az inj. napján bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>
600 300	600 1300	600 1200	600 700	600 700
600 200	600 2400	600 1800	600 900	600 500
600 300	600 2800	600 800	600 500	600 400
600 400	600 1600	600 700	600 550	600 500
600 300	600 1800	600 1100	600 600	600 500

20 cm<sup>3</sup> 20%-os dehydrocholsavas natrium intravenás beadása után. Ugyan e napon a savó refractiója 15—20%-kal esett. Az oedemák a diuresisnek megfelelően csökkentek. A máj átlag 2—3 harántujjal kisebbedett meg.

A dehydrocholsav diuretikus hatásáról *Semler Neubauer* észleletei is beszámolnak. Ugyanilyen hatása van a phenylechinolincarbonsavnak is. A diuresisfokozódás kiváltására 2—3 g intravenás adag szükséges. (4. táblázat.)

4. táblázat.

Kísérlet előtti napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Az inj. napján bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>
600 500	600 2300	600 1800	600 1100	600 500
600 400	600 1800	600 900	600 700	600 500
600 500	600 1000	600 800	600 600	600 300
600 400	600 900	600 800	600 700	600 500
600 200	600 3300	600 2100	600 800	600 800

Két g phenylechinolincarbonsav natrium intravenás adagolása után. A savó refractiója e napon szintén 15—20%-kal esett. Az oedemák a diuresisnek megfelelően csökkentek. A máj átlag 2—3 harántujjal kisebbedett meg.

Itt is feltűnik, hogy a diuresis sokszor napokig növekedett értékeket mutat, még akkor is, ha a beteg csak egy injectiót kapott.

A dehydrocholsav, phenylechinolincarbonsav diuretikus hatása nemcsak vitiumoknál s általában oedemás betegeknél nyilvánul meg, hanem jelentkezik ikterus catarhalisban szenvedő betegeknél is, bár itt semmiféle vízretentio nem mutatható ki. A diuretikus hatás ezen esetekben rendszerint valamivel kisebb, mint a decompenzált vitiumoknál. (5. táblázat.)

5. táblázat.

Kísérlet előtti napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Az inj. napján bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>	Köv. napon bevitt kiadott folyadék cm <sup>3</sup>
1500 1500	1500 2300	1500 1400	1500 1000	1500 1100
1500 1400	1500 2000	1500 1300	1500 1300	1500 1300
20 g dehydrocholsavas natrium intravenás adagolására				
1500 1400	1500 1900	1500 1800	1500 1700	1500 1100
1500 1300	1500 2800	1500 1400	1500 1400	1500 1200

20 g phenylechinolincarbonsav natrium intravenás adagolására.



E jelenségeknek olyan sarkalatos közös jellemvonásuk van, mely valamennyinél azonosnak látszik. Mindazon betegek, kiknél hydraemia és ennek következményeképpen fokozott diuresis jelentkezett, valamennyien mind májmegnagyobbodással járó betegségekben szenvedtek. Mindegy, hogy a májmegnagyobbodás cardialis eredetű-e, vagy pedig epepangás következményeképpen jelentkezett. Mindkét esetben egyaránt bekövetkezhetik a hydraemia.

Előbbiekben láttuk, hogy a diuresis oka a hydraemia. Megfejtendő azonban az a kérdés is, hogy ennek létrejöttében milyen tényezők szerepelnek.

Már *Brugsch*, *Horsters* és főképen *Grunnenberg*, *Ulmann* is észrevették, hogy az ikterus catarrhalisban szenvedő betegek májmegnagyobbodása egy phenylchinolincarbon-savas natrium-injectio beadása után jelentősen megkisebbedik. Ezt az észleletet saját kísérleteink alapján mi is megerősíthetjük, azzal a megtoldással, hogy ez sokkal általánosabb jelenség, mint azt gondolnók. Hatásos intravenás adagra nemesak az ikterosos, hanem a pangásos májtumor is megkisebbedik. Ez azonban dehydrocholsavra is bekövetkezik. A megkisebbedés mértéke 2—3 harántujjat gyakran meghalad, különösen akkor, hogy ha a májtumor friss, egyszerű, pangásos máj, vagy ikterus catarrhalis. Az indurált, kötőszövetesen megkeménykedett máj reagáló képessége rosszabb. A májtumor megkisebbedése és a diuresis megszaporodása összefügg egymással.

Ezekből az észleletekből kétségtelennek kell tartanunk, hogy a máj megkisebbedése folyadékvesztés következtében jön létre és ez egyszersmind szoros összefüggésben van a máj secretiójával is. E mellett szólnak *Brugsch* és *Horsters* azon kísérletei, melyek szerint a megismételt adag phenylchinolincarbon-savas natrium, ugyanazon a napon hatástalan marad és a secretiót nem fokozza. E jelenséget mi is megfigyeltük s ehhez csak azt fűzzük hozzá, hogy a második epehajtási kísérlet a vérösszetételben sem okoz elváltozást. E jelenségből azt következtetjük, hogy a májsejtek víztartalma az epeelválasztásban lényeges szerepet játszik. Egy-egy erősebb epehajtóhatást, kb. 24 órás refractaer stadium követ s ez az idő a máj víztartalmának rendezésére szükséges.

*Asher* és *Bainbridge* nagyjelentőségű secretiók kísérleteiből nyeriünk további támpontot a jelenségek megmagyarázására. Vizsgálatai szerint a működő szerv nyirokáramlása a pihenő állapothoz képest, rendkívül fokozódott. A nyiroktermelés főleg mirigyes szerveknél, pl. a májnál, jár nagy nedvforgalommal. E szempontból nézve, könnyen megértjük kísérleteink eredményeinek okait.

A secretiófokozódás nagy nyiroktermeléssel járván, a máj kétirányú folyadékvesztéséget kénytelen elszenvedni: a fokozott vízelválasztást a bél felé s a nyiroknak a véráramba való jutását. Az a vízvesztés, ami az epesecretio útján távozik, hydraemiát nem okozhat, mert a bélből felszívódva, ismét a májba kerül vissza. A nyirokármlás ellenben a májat kikerüli, mert közvetlenül a vérpályába jut a nyirokerek útján. Ha a máj reagáló képessége jó, a termelt nyirok jelentékeny mennyiséget tehet ki, különösen akkor, ha a máj már eleve valamilyen más megbetegedés következtében rendellenesen vízgazdag volt. Pl. ikterusnál, pangásnál. E nyirokármlás okozza a hydraemiát. Ez az oka egyszersmind annak a jelenségnek is, hogy az alak-elemek megfogyásából számított hydraemia értéke jóval nagyobb, mint a refractiós úton nyert érték. A nyirok ugyanis fehérjetartalmú, s így a vérbe kerülő nyirok fehérjét is hoz magával. A vér mennyisége valójában tehát erősebben hígítódik fel, mint azt a refrac-

tióból látjuk. Természetes, hogy a normalis máj jóval kevesebb vizet veszíthet, mint a kórosan duzzadt. Ezért kisebb a hydraemia és a diuresis ép szervezet esetén.

*Asher* és *Bainbridge* kísérletei szerint fokozott munka, fokozott nyiroktermeléssel jár. Mi lesz, ha a nyiroktermelődést megakadályozzuk? Nem következik be az epesecretiófokozódás sem. Ilyen értelemben magyarázhatók meg a másodszor adott epehajtóadagok hatástalansága. A víztelen máj nem tud dolgozni, tehát epesecretiós functiója is szünetel. A máj rendes vízkészletét a diuresis lezajlása után a szövetekből nyeri vissza, ha azonban oedema van jelen, akkor főleg ebből. Így hat, mint diureticum.

Előtérbe nyomul azonban egy másik kérdésünk, miért a vese választja ki a hydraemiás vér szabad vizét s miért nem a máj egészíti ki ebből víztartalmát? Egyszerű választ adhatna a kérdésre, ha az epehajtószerek a vér ultrafiltrálhatóságát fokoznák. Ezzel szemben előző kísérleteinkből láthatjuk, hogy a vérsavó, illetve plasma vízkötőképessége változatlan marad. A megoldást tehát más irányban kell keresnünk. Úgy látszik, hogy a máj víztartalmának kiegészítőzése huzamos időt vesz igénybe, s ezalatt a hydraemiás vizet a vese lefiltrálja, mert sokkal érzékenyebb a vér víztartalmának változásai iránt, mint a máj. A vér ultrafiltrálhatóságának csökkenése a májsecretio elé épp oly akadályokat gördít, mint a vese munkája elé. A vízkötőképességet növelő colloidoknak (gelatina) a vérbe való jutása, a májsecretiót szintén gátolja. Ezért csökken a diuresis és az epesecretio gelatina injiciálására. Az epehajtószerez-gelatinaantagonismus in vivo úgy kezelendő el, hogy előbbiek májsejtsecretiót fokozó hatását, a vér ultrafiltrálhatóságának gelatinára bekövetkező csökkenése compenzálja. A májsejtek secretiójára azonban a dehydrocholsav és a phenylchinolincarbon-sav erősebb inger, mint a gelatina antagonista hatása. Ez annál is könnyebben érthető, mert a gelatina az egész szervezetben egyenlően eloszolva hat, míg az előbbi szerek a májsejtekben jutván kiválasztódásra — ez utóbbi főleg a dehydrocholsavra vonatkozik — ott az aránylag nagyobb concentratio miatt erősebb hatást tudnak kifejteni.

*Adlersberg* és *Taubenhaus* a vese és a májsecretiót antagonistáknak tartják. *Rusznjak* véleményéhez csatlakozva, ezt az antagonismust mi sem találtuk meg. Sőt épp ellenkezőleg, gelatinás kísérletünk positiv bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy az epesecretiócsökkenés teljesen párhuzamos a diuresis megkevesbedésével.

Még bonyolultabbak a viszonyok és a májsecretio problémái, ha figyelembe vesszük azt is, hogy a dehydrocholsav és a phenylchinolincarbon-sav nem tekinthetők tisztán csak a májsejtekre ható szereknek. Az epesecretio fokozódásához hozzácsatlakozik a hasmenést okozó s a diuresist elősegítő hatása is. Úgy látszik, ez anyagok általában csökkentik a szervezet sejtjeinek, illetve colloidjainak vízkötő képességét. E jelenség legkifejezettebben a májsejtekénél jelentkezik.

Előbbi közleményünkben az epehajtó szereknek a colloidok duzzadására való hatásáról számoltunk be. E kísérletekből azt a következtetést vontuk le, hogy a gelhalmazállapotú colloidok duzzadását nem befolyásolják jobban, mint általában az organikus anyagok. Ez alapon azonban fel kell vennünk azt, hogy a dehydrocholsavas és a phenylchinolincarbon-savas natrium a májsejtek vízforgalmát és a májcolloidok duzzadását csak úgy tudják befolyásolni, ha a szervezetben valami oly kémiai elváltozást szenvednek, amelyik hatásossá teszi őket. Feltűnő, hogy a valóban hatásos epehajtószerek mind organikus savak származékai, a savak



pedig a colloidok duzzadását nagymértékben tudják befolyásolni. Nincs kizárva, hogy a kiválasztódás közben, esetleg membranhydrolysis következtében, ilyen-fajta hatást ki tudnak fejteni.

#### Összefoglalás.

1. *A dehydrocholsavas és phenylchinolincarbon-savas natrium intravenás és peroralis adagolására jelentkező hydraemia oka: a máj által termelt nyiroknak a vérbe jutása.*

2. *A diuresis fokozódását a hydraemia okozza.*

3. *E jelenség legkifejezettebben pangásos és ikterus catarrhalis májjal bíró betegeken váltható ki.*

4. *A máj és vesesecretio viselkedése teljesen párhuzamos. Epehajtókra mindkettő növekszik, gelatinára mindkettő csökken.*

**Irodalom:** Asher: Z. f. Biol. 37. köt., 261. old. — Adlersberg, Taubenhaus: Bioch. Zschr. 177. köt., 400. old. — Bainbridge: Journ. of physiol. 28. köt., 204. old. — Brusch, Horsters: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 38. köt. — Grunnenberg, Ulmann: Med. Klinik 1924, 20. sz. — Neubauer: Klin. Wschr. 1923, 1005. old. — Semler: Med. Klinik 1926, 885. old.

**A budapesti Uj Szent János közkórház ideg- és elmefüggelős osztályának közleménye (főorvos: Kluge Endre dr. egyetemi magántanár).**

### A Dattner-féle paralysis kezelésről.

Írta: Polcsán Mihály dr. segédorvos.

Minden újabb therapiának az a sorsa, hogy kezdetben nagy lelkesedés fogadja, ezzel egyidejűleg az addigi kezelési módok egyszerre elvesztik jelentőségüket, míg nem a sikertelen esetek lehűtik a lelkesedést és megnyitva a józan kritika forrásait, megkeressük a régiből azt, ami jó. Az aspecifikus luesgyógyító eljárások kétségtelen nagy sikerei is ilyen lelkesedést okoztak és a különböző láztherapiák (chemikáliák, tej, malaria, recurrens) sikerének igazolására nem egyszer találkoztunk a salvarsanhatás lekicsinylésével. Statistikákat olvastunk, melyek az aspecifikus kúrák sikerét abból olvasták ki, hogy az aspecifikus kúrákkal kapcsolatos salvarsankezelések hatását szembeállították a tiszta salvarsantherapiával, ámde a tiszta salvarsantherapia eredményét olyan esetekből állapították meg, melyek az elmúlt évtizedben, sőt a háború előtt kerültek kezelésre. Már pedig ezek az esetek nem alkalmasak az összehasonlításra, mert tudjuk, hogy abban az időben liquorvizsgálatok híján sem a diagnostica nem állott mai fokán, sem elegendő salvarsanmennyiséget a szervezetbe be nem juttattak, lévén akkor még minden egyes salvarsaninfusio hatalmas műtéti beavatkozás.

Therapiás sikereinkkel még ma sem dicsekedhetünk. A játszma — miként Hauptmann mondja — gyakran végződik remis-vel. Ha most gondolkozni kezdünk, hol találjuk meg e hatáskülönbségek titkát, akár eltévedhetünk a hypothesisok erdejében. Kétséges esetekben pedig legjobb a problémát alapvázára egyszerűsíteni. A kérdéscomplexum lényege a következő: 1. a lueses idegbajok között kórlényegi különbségek nincsenek s ami van, az didaktikus követelménynél nm egyéb; 2. minden ilyen betegség kettőtől függ, a szervezet morphológiájától és biológiai reakcióképességétől, másfelől a spirochaetától; 3. a therapiának tehát olyannak kell lenni, mely egyfelől a spirochaetát elpusztítja, másfelől a szervezet biológiai védekezőképességét erősíti és minden spirochaetafészekhez eljut; 4. a salvarsan biztosan megöli a spirochaetát és feltehetőleg erősíti a szervezet ellenálló-képességét, transportképessége pedig a véráramban az adott technikai lehetőségek mellett elérhető legnagyobb.

Ez a gondolatmenet mindenesetre sokakban újra felébresztiazt a törekvést, hogy ideglues-esetekben a salvarsantherapia hatásosságának fokozására törekedjék. Minden új eljárást, ami erre vezet, örömmel kell üdvözlönnünk. *Az a félelem, hogy nagymennyiségű salvarsan hosszú időn keresztül való alkalmazása a szervezetre káros hatású lehetne, tapasztalataink alapján tévedésnek mondható.* Olyan esetekben, mikor a fölvevő-, szűrő- és vérmozgató, valamint a kiválasztó szervek részéről szervi contraindicatio nem mutatkozott, osztályunkon az elmúlt évben a szokásos sémáktól eltérőleg igen magas össz-mennyiségű, félév alatt 10—15, sőt 20 gramm neosalvarsant adagoltunk intravenásan. Eredményeink lezárva még nincsenek, de egyelőre nagyon is biztatóknak látszanak és helyes salvarsan-technika mellett intoxicatiós jelenségeket, vagy pláne ártalmakat egyetlen egy esetben sem láttunk. Ugyanez volt Wagner v. Jaureggnek véleménye is, ami különben abból is kiténik, hogy a malariakúrához esatlakozó kiadós neosalvarsankúrák fontosságát az egész bécsi iskola élénken hangsúlyozza. Nem volt tehát meglepő, mikor a Wagner-féle klinikáról Dattner azt a nézetét közölte (Klin. Wschr. 1928, 20. sz.), hogy a naponta nyújtandó 0.15 g-nyi neosalvarsannal érhető el az optimalis salvarsanhatás.

Dattnernek ezt a kezdeményezését Kluge főorvos úr utasítására osztályunkon egy év óta több esetben alkalmaztuk s mielőtt az eredményekről beszámolhatnánk, röviden kitérek azokra az elméleti megfontolásokra, melyek ezen kezelési eljárás hatásosságába vetett hitünket megerősítették. Ha azt keressük, mi módon hozhatók összhangba a neurolues morphológiájáról, biológiájáról és psychopathológiájáról való ismereteink, akkor mindenképp előtérbe kerül a parallelismus tünik fel, amely mind a három tekintetben két különböző irányú elváltozást constatal. A Nissl—Alzheimer-féle szövettani vizsgálatok a paralysis szövettani lényegét egyfelől gyulladással, másfelől sorvadással-degeneratív jelenségekben látták. Benedek és Kulcsár recurrens vizsgálatai is a gyulladással jelenségek fennforgását észlelték (Gyógyászat, 1926, 51—52. szám). Hauptmann volt az, aki ezzel párhuzamba állította azt a biológiai feltételezést (Klin. Wschr. 1922, 43. szám), hogy a neurolues lényege egyrészt a spirochaetahatás, másrészt az extracelluláris fermentatív spirochaetabomlás eredményeként előálló toxinok hatása, mely felfogással megegyezik Bostroemnek az a felfogása (Klin. Wschr. 1926, 16. szám), amely éles különbséget tesz a psychopathologiai tünetek között, különválasztva a dementia és öntudatzavar tüneteit az izgalmi tünetektől, aminők az euphoria, a nagysági téveseszmék és a psychomotoros nyugtalanság. Ha pedig ez a parallelismus a tünetek kétfélesége között az említett három területen fennáll, akkor jogosult lehet Hauptmannnak az a következtetése, hogy az a helyes therapia, mely egyfelől a szervezet immungyengeségét sarkantúzó hatást gyakorol. Mindkettőt teljesíteni látszik a Dattner-féle eljárás, mert a kis adag arséntől stimuláló hatást várunk, éppúgy, mint a megelőző malariakezeléstől, a naponkint nyújtott salvarsan pedig a vér salvarsantükrét kellő fokon tartani képes, anélkül, hogy a májat és egyéb parenchymás szerveket veszélyeztetné.

Az esetek kiválasztásánál nem voltunk tekintettel arra, hogy friss, vagy inveterált esettel van-e dolgunk. Contraindicatio gyanánt csak azt alkalmaztuk, ami a malariakezelést általában contraindikálta, tehát a magas életkor (50 éven felül) és a szervi contraindicatiók jöttek tekintetbe. Eredményeink a következők:

Kezelésbe vettünk október hó 10-ig 14 esetet, melyek közül 10 esetben értünk el idáig hat grammnál nagyobb



neosalvarsan-összmenyiséget. Ebből nyole volt paralysis és kettő lues cerebri. A paralysis esetek közül három eset vagy másutt, vagy nálunk előzőleg már kapott neosalvarsant, de állapotának stagnálása vagy romlása miatt nálunk malariakúrát kapott és azután kezdtük meg a naponta adott 0.15 gramm neosalvarsan-adagokat. Négy esetben előzetes specifikus kezelés a neurologus szakaszában nem volt, hanem előzőleg malarián estek át és azután Dattner-kezelést kaptak. Egy esetben sem specifikus kezelés, sem malariakezelés nem előzte meg a Dattner-kezelést. A lues cerebri esetek közül egyik előzetes kezelés mellett malaria után, a másik mindezek nélkül részesült Dattner-kezelésben. Dolgozatom szűk keretében mind a tíz esetet nem közölhetem. Ezért igyekeztem négy kórtörténetet úgy összeválogatni, hogy azok ugyanazon conclusiót adják, mint az összes esetek ismerete.\*

A kórlefolyások röviden a következők:

I. W. A. 31 éves (73.019), felvétetett 1928. III. 13-án. Nyitott osztályról helyezték át nyugtalansága és öngyilkossági gondolatai miatt. Pupillái egyenlőtlenek, szabálytalanok, fényreactio nincs, alkalmazkodási reactio renyhe. Nyelv-, szemhéj- és ujjtremor. Élénk térd- és Achilles-reflexek, ataxia, spontán dysarthria. Wassermann vérben és liquorban ++++. Hangulata labilis, ingerlékeny. Kicsinységi, hypochondriás téveseszméi vannak, demens. III. 15-én bismuthal kombinált neosalvarsankúrára fogjuk, melyet 5.5 gramm neosalvarsan után, mivel állapota nem javult, abbahagyunk. Malariakúrát V. 24-én végzünk, de mivel a következő napon insulturnak paralyticust kap, chinint adunk. Újabb neosalvarsankúrát kezdünk és mivel VI. 20-ig az insulturnak nem ismétlődik, még egy malaria oltással kísérletezünk. Azonban az első hidegrázás után újabb insulturnak, ezért chinint adunk és Dattner-kezelést kezdünk. *Azóta állapota lényegesen javult, insulturnak nem jelentkeznek.* Ataxiája csökkent, hízik. Bár dementiája változatlan, viselkedése nyugodt, teljesen komponált. Érzékesalódásai nincsenek, házimunkát végezi. A kezelés tart. neosalvarsan-összmenyiség X. 10-ig 9.15 gramm. 1928. XI. 15-én történt elbocsátása óta raktárnoki munkáját egy fototechnikai cégnél kifogástalanul végzi.

II. B. S. (75.022). Felvétetett 1928. IV. 26-án. Néhány hete feledékeny, zavartan, akadozva beszél. Nagysági téveseszméi vannak. Szabálytalan, középtág, kb. egyforma pupillák, fény- és alkalmazkodási reactio renyhe. A bal facialis pareticus, a nyelven tremor. Reflexek fokozottak. Wassermann vérben és liquorban ++++. Dysarthria. Euphorias, nagysági téveseszméi vannak, demens. V. 13-án malariakúra, 9 roham után a malaria spontán kimarad, utána chinin, majd naponta 0.15 g neosalvarsan. Már júniusban nyugodtabb, testileg jobb conditióban van. Augusztusban tovább hízik, nagysági téveseszméi halványodnak, azok pathológiás voltát sokszor belátja. Kevésbé ingerlékeny, társaival jól megfér, dolgozik. Figyelő- és kombinálóképessége kismértékű javulást mutat. A neosalvarsankúrát IX. 15-én hagyjuk abba, összmenyiség 15 gramm. Hazabocsátjuk, mint kiszagda kifogástalanul dolgozik. 1929. II-ban teljesen nyugodt, komponált, dementia alig mutatkozik, testileg igen jó állapotban van.

III. B. J. 35 éves (77.975). Felvétetett 1928. VI. 30. Évek óta ingerlékeny, fejfájások kínozzák, álmatlan. Kis lopásokat követett el, vagyontalan léte építkezni akar. Somatikusan lelet: egyenlőtlen, szabálytalan pupillák, fényreactio nincs, alkalmazkodási reactio jó, reflexek fokozottak. Wassermann vérben és liquorban ++++. Dysarthria. Nyugtalan, egyszerűbb felszólításokat megért, de komplikáltabbakat nem. Hercegnek képzeli magát. Gyakorlati ismeretei hiányosak. Kombinálóképessége, kritikája, megjegyzőképessége gyenge. Malariakúra 1928. VII. 3-án, 12 hidegrázási roham után chinin, utána napi 0.15 g neosalvarsant vezetünk be. Kezelése tart. Közérzete jó, nyugodt. Téveseszméit nem hangoztatja, azoknak kóros voltát belátja. Dolgozik. Okt. 10-ig 11 gramm neosalvarsant kapott. Ekkor igen jó állapotban elbocsátottuk, kezelése megszakadt, 1929. I-ban leromolva tért

\* 1928 okt. óta a correctura idejéig, 1929 február közepéig eseteink száma 79-re emelkedett; eredményeink igen kielégítőek. Mindössze két esetben láttunk dermatitist, mikor is a kezelést félbeszakítottuk.

vissza. Azóta újabb Dattner-kezelésre állapota újra javul.

IV. K. L.-né, 49 éves. Felvétetett 1928. VI. 18-án. Az utolsó hónapokban hirtelen jellemváltozás állott be. Szesz italokat fogyaszt, családját elhanyagolja, költségek. Somatikusan bal facialis paresisen és lesoványodáson kívül más elváltozás nincs. Wassermann vérben és liquorban ++++. Paradygmákra dysarthria, emelkedett hangulat, psychomotoros nyugtalanság, fokozott libidó. Demens, kritikátlan, megjegyző- és kombinálóképessége rossz. Ruházatával nem törődik. Érzékesalódásokat nem tapasztalunk. VII. 20-án malariakúra. Egy hidegrázás után a malaria spontán kimarad, chinin után Dattner-kezelésbe fogjuk. A kúra folyamán hízni kezd, nyugodtabb, később dolgozni kezd. Augusztus végére a psychomotoros nyugtalanság teljesen szűnik, viselkedése rendezett. A házirendhez alkalmazkodik, magát tisztán, ruháját rendben tartja. Érzékesalódásai nincsenek. Összes neosalvarsanmenyiség 10.05 gramm. Kifogástalan testi és szellemi állapotban 1928. X. óta otthon vezeti háztartását (1929. II.).

Ha tapasztalatainkat összegezzük és főleg arra a nagyszámú esetünkre gondolunk, amikor a Dattner-módszert alkalmaztuk, anélkül, hogy malariát adtunk volna, a legnagyobb tartózkodás mellett is feltűnik az eljárás kedvező hatása. Végleges vélemény adására az esetek száma kevés, de ha azt látjuk, hogy az izgalmi tünetek a legkövetkezetesebb módon visszafejlődnek, az euphoria megszűnik, a nagysági téveseszmék eltűnnek, az öntudatzavarok megszűnnek, a betegek socialisak lesznek és dementiájuk annyira esökken, hogy socialis szempontból használhatók lesznek, bár a hivatásba való visszatérést az esetek összehasonlíthatatlansága miatt és az idő rövidsége folytán mint kriteriumot el nem fogadhatjuk, lehetetlen elzárkóznunk azon meggyőződés elől, hogy eredményeink jobbak, mint az eddig szokásos tiszta specifikus, vagy láztherápia + specifikus kúrák után és így a Dattner-féle kezelés határozottan haladást jelentvén, ezt a jövőben még kiterjedtebben alkalmazni szándékozunk.

## L A P S Z E M L E

### Belorvostan.

**Myosalvarsankezelés után jelentkező acut morbus Werlhofii.** O. Thill. (Zeitschr. f. klin. Med. 109. köt., 3. füzet.)

A morbus Werlhofinak nevezett betegség tünetei csak egy részét képezik annak a tünetesopornak, amit ma aleukia haemorrhagicának nevezünk. Ennek a körképnek pathogenesise súlyos myelotoxikus, ami végül panmyelophthisishez vezet. Ilyen toxiként szerepelhet a chronikusan adagolt benzol, arsenobenzol; ugyanezt idézheti elő a csontok túlerős Röntgen-besugárzása stb. Vannak könnyebben lefolyó esetek is, amelyeknél az aleukia haemorrhagicának nem észlelhetők az összes tünetei. Szerző is egy ilyen esetet ír le, amelynél a fentjelzett körkép megakaryotoxikus alakjában jelentkezett, kiváltója pedig izomba fecskendezett salvarsan volt (két teljes salvarsankezelés után). Gaál dr.

**Klinikai és bakteriologiai megfigyelések egyes ritka scharlachcomplicatiók alapján.** Heinz Franz. (D. Arch. f. Klin. Med. 160. k., 3-4. füzet.)

Szerző pneumoniának, peritonitissal társult appendicitisnek, gyógyuló pneumococusempyema helyén keletkező streptococusempyemának halálos kimenetelű eseteit, meningitisnek és három korai metastasisnak eseteit közli, melyek közül kettő az injiciált gyógyszerum helyén, a harmadik normalis szülés után az endometriumban keletkezett és gyógyulással végződött. Összes között esetben a scharlachstreptococcusok biológiai reactióit adó streptococcusok voltak kimutathatók. Az összes eset, az empyemát kivéve, gyógyszerummal kezelve, jó kezdeti eredményt adott, anélkül azonban, hogy a szövődményeket megakadályozni tudta volna. A korai metastasis ese-



te amellel bizonyítanak, hogy streptococcusok már a betegség kezdetén jutnak a vérpályába. Az állatkísérletekkel ellentétben a gyógyszerumnak helybeli bakteriumgátló, vagy baktericid hatása nincs, csak a vérpálya útján rendeltetési helyére jutva tudja antitoxikus hatását kifejteni. *Molnár István dr.*

**Múltó glykosuria veronalmérgezésnél, vércukor-emelkedés nélkül.** *K. E. Greinacher.* (D. Arch. für Klin. Med. 160. k., 3—4. füz.)

Négy-öttször 0.5 g veronálbevétel után a vizeletben egyébként negatív lelet mellett 1.6% szőlőcukor volt kimutatható, pozitív acetón- és acetecétsav reakcióval. Vércukor éhgyomorra vizsgálva: 0.071 g százalék. Második nap 0.1% szőlőcukor, acetón és acetecétsav pozitív. Negyedik nap 0.1% szőlőcukor, acetón pozitív, acetecétsav negatív, vércukor 0.077%. Beteg cukormentesen távozik, a szokásos megterhelési próbával cukor nem volt kimutatható. A veronál nagyon lassan, a veséken keresztül választódik ki. A mérgezésnek ismert anuria, polyuria, albuminuria és zylindruria alapján a vese szűrőapparatusának zavarára gondolhatunk, amit támogat még a vizsgált vércukor normalis mennyisége. *Molnár István dr.*

**A táplálékzsír befolyása az acetónuriára és acidosisra diabetésnél, diazirkísérletekkel kapcsolatban.** *K. Hoesch.* (D. Arch. f. Klin. Med. 160. k., 3—4. füz.)

Míg a természetes zsírok különböző fajtái az acetónképzés fokára nézve kevésbé különböznek egymástól, addig a szintetikus zsírok között ketonképzőket és nemketonképzőket különböztetünk meg. Utóbbihoz a páratlan szénatomláncal bíró zsírok tartoznak és ilyen a diazír is; utóbbi egy tryglycerid, melynél a savak C<sub>11</sub> és C<sub>13</sub>-tagokból állanak. A diazír caloriatartalma a normalis zsírénál alig kisebb, kihasználása az embernél teljes. A gyomorelválasztást gátló hatása nagyobb adagok nyújtása mellett néha hasmenéshez vezet. Mint a természetes zsírok, úgy a diazír is elősegíti az epehólyag kiürülését. Hosszabb adagolása vitaminszegény táplálék nyújtásának felel meg, amin cholesterinhozátétellel, illetőleg ultraviolet sugárak besugározatásával lehet segíteni. Szerző kísérletei alapján a következő eredményre jut: 1. A diazír a szervezetben gyorsan felhasználódik, antiketogen hatású, acetont és pathológiás savakat nem képez, a szénhydrattolerantiára kedvezően hat. 2. A zsírbevétel fokozása súlyos diabetésnél az acetónuriát fokozza. Súlyos diabetés egyes eseteiben, melyeknél a fennálló ketonuriát sem a táplálék szénhidrátjának fokozásával, sem szénhidrátjának vagy fehérjéjének csökentésével nem tudjuk befolyásolni, tehát indokolt lehet a zsírbevétel átmeneti csökkentése, vagy teljes megvonása, esetleg pótlása az antiketogen diazírral. 3. A ketonképzésre a fehérje funkciós hatással bírna, mivel a molekulájában praeformált mértéken túl is képezhet acetontesteket; a zsírral szemben szerepe inkább indirektnek nevezhető. A ketogen fehérjehatásnál a vegetatív idegrendszer részvéte valószínű, a pajzsmirigy, smyphaticus és máj bevonásával. *Molnár István dr.*

### Sebészet.

**Az ízületi tok chondromatosisáról.** *R. Jancker.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1928, 211. k.)

Irodalmi összeállítás és saját eseteinek ismertetése alapján részletesen ismerteti a kórképet. Az esetek egyike sem került műtételre, így kórbonctani és szövettani leírás is hiányzik. A közölt esetek nagy része csak Röntgenfelvétel alapján kórisméztetett. Az eddig közölt esetek egyikében sincsen rosszindulatúság és ennek alapján az amputációt, vagy extracapsularis resectiót jogosulatlanak tartja. Synoviektomiát javasol. *Herresbacher dr.*

**Dupuytren-zugorodás szövet- és kórkórtanához.** *Curt Ikle.* (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1928, 212. k., 1—2. f.)

Szöveti képe jellemző: az aponeurosis erősen megvastagodott, széli részén már kis nagyításnál is sejtdús részletek tűnnek fel, melyekhez zsírszövet és laza kötőszövet esatlakozik. A sejtdús részek határai részint éles, részint kevésbé, ilyenkor csíkok alakjában húzódnak be az ép szövetekbe. A nagyobb göcökben számos eret látunk. Nagyobb nagyításnál a göcök ovalis-, vagy orsó-

alakú, főleg a felszínnel párhuzamosan futó sejtekből állanak. Protoplasmájuk világos, egynemű. Magvaik hólyagalakúak, ovalisak, egyenlőtlenek, bár több magvú sejt is van. A nucleolusok jól láthatók. Oszlás ritka. A sejtek közötti collagenrostok a felszínnel párhuzamosan futnak le, sok közülök hyalinos. Az elastikus rost kevés és rövid. Az erek endothelje erősen duzzadt, a göcökben, kötőszöveti sejtekben vastartalmú pigment található. A göcök közti kötőszövet inszerű, de a rendesnél sejtűdűsabb és lényegesen több. Az erek fala itt is vastag az intima duzzadása folytán. Részletesen tárgyalja ezután kórkórtanát és itt főleg a trauma és a zsugorodás közti összefüggést. Arra a meggyőződésre jut, hogy az alapok a hajlamosság, a trauma csak, mint kiváltó tényező jöhet szóba. *Horváth György dr.*

**Sebészeti fertőzésekre vonatkozó újabb szempontok.** *Prof. dr. Franz Rost.* (Die medizinische Welt II. 43.)

Szerző osztályán négy év alatt a halálozások  $\frac{1}{10}$ - $\frac{1}{7}$ -ed része sebfertőzés miatt következett be rendszeren, erőteljes javakorbéli egyének aránylag kis sérülések következménye gyanánt. Ezek elkerülése végett tárgyalja a sérüléseknek általa szokásos ellátását. Kiseb ipari sérüléseket, valamint orvosoknak hivatásuk közben szerzett sebeit jól kivézeteti, környéküket szappannal, vízzel és alkohollal gondosan letisztítja, majd jó alkalmazásának mellőzésével beköti. Ha a sérülés ujjakon vagy végtagokon következett be, azokat sín alkalmazásával néhány napra rögzíti. Az ujjak szűrt sebeinél (műtét vagy boneolás közben) a szokásos seb-ellátás mellett gumiujj segélyével viszeres pangást is alkalmaz. Nagyterjedésű és ronsolt sebeknél a fertőzöttnek látszó területet kimetszi, s ha hat órán belül kerülnek ellátásra, úgy egészen, vagy részben bevarrja őket, azontúl nyitva kezeli. Az asepsis mellett a mérsékelt antisepsis hívének vallja magát, mert a sebet 5—10%-os jódoldattal, trypaflavin, vuzin és rivanol, vagy perubalzsammal keni, vagy jodoform, airol, vioform, vagy isoform porral hinti be. Chloros vegyületeket mellőz. Nagyobb sebeknél mély antisepsis céljából a mélyebb szöveteket 100 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{1000}$ -es vuzin-oldattal fecskendezi át. Sohasem mulasztja el a tetanus és gázüszög elleni serum adagolását. A további kezelés során egész és részleges fürdőket ajánl, valamint a sebek közönséges villamos lámpával közvetlen közletről,  $\frac{1}{2}$  órán át való besugárzását, melyet napfény és quarzlámpa elé helyez. *Valér dr.*

### Gyermekorvostan.

**A véresoportok és a különböző megbetegedések.** *Diamantopoulos.* (Deutsche Med. Woch. 1928, 44. sz.)

1200 egyén véresoportját állapította meg Görögországban. A véresoportok szempontjából az eloszlás a következő volt: O = 42%, A = 39.6%, B = 14.2%, AB = 3.7%. Azt találta, hogy a Görögországban gyakori betegségek fellépése az egyes csoportok szempontjából különösebb eltérést nem mutat. *Kiss Pál dr.*

**Asthma bronchiale fiatal gyermekeknél.** *K. Stolle.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 122. k.)

Szerző felhívja a figyelmet arra, hogy tipikus asthma bronchiale a kisdedeknél is előfordul és öt ilyen betegről számol be, kik között öt és hét hetes esecsemő is szerepel. Részletezi a tünettant, különösen pedig a differenciáldiagnosztika nehézségeit diphtheriás stenosisal és idegentest aspirációval szemben. Hangsúlyozza, hogy a felnőttekkel szemben, a esecsemőkorban a roham életveszélyes. A terápiára nézve oxgyen-inhalációt, calcium-injectiókat és luminált ajánl. *Beck Rella dr.*

**Elvérzés a köldökesonkon keresztül.** *Jáki Gyula.* (Zeitschr. f. d. ges. Gericht. Medizin. 12. k., 6. füz.)

Normalis szülésből eredő érett fiúnál szabályos köldökletetés. Négy óra múlva az újszülött feltűnően sápadt, orvos a hatodik órában egy erősen kivérzett esecsemőt talált, kinél pulzus nem tapintható, légzés ritka, felület, pólya erősen véres, a köldökesonkból vérszivárgás. A köldökesonkot megegyeszer lekötötte, mire a vérzés megszűnt. Egy óra múlva exitus. Boneolet: a köldökesonkon semmi sérülés, Arteriák kissé tátonogók, vékony fémsondával a lekötés dacára átjárhatók. Csonk kétszer le-



kötve, egyik elég szoros, a másikon egy összecukott csipesz átvezethető. Tüdőkben nagyfokú interstitialis emphysema, subpleuralis vérzések. Igen anaemiás szervek. A halálok a sectiók lelet alapján elvérzés. Az irodalomban leírt néhány esethez hasonlóan a vérzés itt sem azonnal a lekötés után jelentkezett, hanem valamivel később. Ennek az a magyarázata, hogy a köldökcsomók igen hamar kezd mumifikálódni, ezáltal a lekötés meglazul, de a köldökereken csak akkor indulhat meg a vérzés, ha valamilyen légzési akadály miatt a kisvérkörben keringési zavarok lépnek fel, ami a nagyvérkörben nyomásfokozódásra vezet. Elvérzéses halál lényegileg fulladásos halál. A folyton fokozódó vérvesztés dyspnoéhoz vezet, ez az alveolusok megpattanásához. Nincs kizárva, hogy az interstitialis emphysemát légzési akadály, esetleg a külső légutak elzárása okozta. Utóbbiakra azonban sem a sectio, sem a vizsgálat nem adott támpontot, úgy, hogy a szerző ebben az esetben az interstitialis emphysemát a többi lelettel egybevetve az elvérzés bizonyítékának tartja.

*Kermesky dr.*

### Szemészet.

**A szemtuberculosis kiindulási helyei, különös tekintettel a mellkasi viszonyokra.** *Krűckmann*, Berlin. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1929 jan.)

*Krűckmann* tapasztalatai szerint a szem tuberculositásának oka csak a legkritkább esetekben a tüdőgümőkór, sokkal gyakrabban a mellkas, illetőleg a has mirigy tuberculosisa. Ezen utóbbiak gyógyítására ma nincs szerünk, a mirigyek gyógyítása már csak azért is helytelen lehet, mert mint a kórokozók felfogó elemei, nem nélkülözhetők. A szemorvos tehát sokszor kénytelen a betegét az egyéb gümőkóros elváltozásokra való tekintet nélkül gyógyítani. *Krűckmann* már ismételtelen mutatott rá az intrathoracalis, intraabdominalis és a szembebeli tuberculotikus elváltozások körtani hasonlatosságaira. Jelen közlésében a cornea tbc.-s jelenségeire és az ezzel kapcsolatos ereződési folyamatra hívja fel a figyelmet. A tuberculosiban két anyagot tételez fel, amelyek hatásukban és diffuzióképességükben egymástól elhatárolhatók. Az egyik vasculotropikus, a másik vasculotoxikus sajátosságú. A vasculotropikus anyag néha nagy mennyiségben van jelen és a corneában lévő tbc.-s göbökből ilyenkor az erek centrifugálisan haladnak a cornea szövetébe és eközben a cornea diffus borúságát okozzák. A vasculotoxikus anyagok viszont gátolják az edények behatolását a tuberculumba. Az edények benövése, belépése a tuberculumba tehát azt jelenti, hogy a bacillus mérgeztelenítése már megtörtént. Végül a retina és a tüdő vénáinak tuberkulomát hozza egymással vonatkozásba, és pedig a sokoldalú hasonlóságuk és a hirtelen támadó veszélyességük miatt. A retinában a vérzés a látást hirtelen és nagyfokban megromlathatja, a tüdőben pedig a betegség gyors elterjedésének lehet okozója. *Horay dr.*

**A véresejt-süllyedés sebességének jelentősége szem-bajoknál.** *Franceschetti* és *Guggenheim*, Basel. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1929 jan.)

A szerzők a legkülönbözőbb szem-bajoknál megvizsgálták a véresejt-süllyedés sebességét és nagyon változatos eredményeket kaptak. Mivel nem specialis reakcióról van szó, differentialediagnosztikai jelentőségét nem szabad túlbecsülni. A genyes folyamatoktól eltekintve a szembetegségek lényegesen nem befolyásolták a süllyedés sebességét. A süllyedés gyorsulása azonban mégis intőjel. Gümőkóros esetekben a fokozott sebességű süllyedés pozitív tüdőleletre utal. Ha gyorsult süllyedés mellett nincs támpont lues, vagy tuberculositis mellett, úgy nagy valószínűséggel rheumatismusra lehet gondolni. Iridocyclitist és skleritist az aetiologia tisztázásában e vizsgálati eljárás sokszor segítségünkre lehet. *Horay dr.*

**Retinitis albuminurica.** *Schieck*, Würzburg. (Zeitschrift f. Augenheilk. 1928. okt.)

*Schieck* szerint az essentialis hypertonia retinitist akkor is okozhat, ha a vesék egyáltalán nem, vagy csak kevésbé betegek. A vesebajosok túlnyomó számában, ha retinitis van, hypertonia is van jelen. Ha azonban ilyen betegeknek nem mutatható ki a hypertonia, akkor a szívcompenzáló működése leplezi a hypertoniát, vagy már

visszafejlődésben van. Kórbonctanilag a szemfenéki elváltozások úgy magyarázhatók, hogy a fokozott vérnyomás plasmát és vért szorít ki a retina arteriáiból és a chorioidea capillarisaiból. Primaer toxikus gyulladás nincsen. Toxinok kimutatása nem sikerült, ami azonban nem zárja ki, hogy később sikerülni fog ilyent találni, hiszen a hypertonia maga is valószínűleg toxikus eredetű. Ezen referáló előadást nagy discussio követte: először *Volhard* (Frankfurt) ismertette nézeteit. Szerinte az „essentialis hypertonia” kifejezést csakis a magas vérnyomás egy jól körülírt, jóindulatú alakjára használja. A retinaelváltozások jelentkezése mindig annak a jele, hogy az addig jóindulatúnak mutakozó hypertonia súlyosabb lefolyásúvá vált. Kétségtelen, hogy nem a fokozott vérnyomás árt az ereknek, hanem a súlyos táplálkozási zavar, a belső légzés súlyos zavara oka az elváltozásoknak. Ér- és retinaelváltozások koordinált következményei az anyagcserezavarnak, amelyet a nagyfokú spastikus arteriaszűkület, az arteriás ischaemia, a vérkeringés meglassúbbodása okoz. *Fahr* nem hiszi, hogy a hypertonia, mint ilyen, volna az egységes főoka a retinitisnek, valószínűleg nem egy toxin, hanem különböző mérgek az okozói a retinitisnek. *Horay dr.*

### Urológia.

**A női nemj szervek rendellenességeiről egyoldali veseaplasia esetén.** *A. W. Walter* és *M. W. Krasnoselsky*. (Zeitschr. f. urol. Chirurg. 25. köt. 5–6. füzet.)

Egyoldali vesezületett vesehiány nem tartozik a ritkaságok közé. *Pariset* és *Guisetti* 20.000 sectionál 39 aplasiát találtak. *Dobrotvnrsky* 0,8‰-re teszi az aplasia százalékát. Vesehiánnyal gyakran fordul elő a nemi szervek rendellenessége. *Ballowitz* és *Reusch* szerint az esetek felében, *Kermauner* szerint harmadában. Leggyakrabban kettőzöttek a nemi szervek, de előfordulnak a különféle hypplasiás alakok is, végül ritkán a nemi szerveknek csak csökevényes alakjai ismerhetők fel. 24 éves nőbeteg hulláját boncolták. Részletes kórbonctani leírás resuméje: hiányzik az uterus, a hüvely, a bal tuba, a bal petefészek, a jobb vese és ureter; dystopiás a bal vese, a jobb petefészek és tuba csökevénye.

Az urogenitalis systema fejlődési rendellenességei még tisztázatlanok, dacára a sok felállított hypothesisnek. A szerzők idézik *Gruber* szavait: szigorúan véve, ezen torzképződések okainak megismerésében egy lépéssel sem haladtuk meg *Kussmaul*t, aki őszintén beismerte, hogy erre vonatkozóan semmit sem tud mondani. A szerzők esetükkel azt óhajtják bizonyítani, hogy a Müller-féle járat származékainak csaknem teljes hiánya nemcsak életképtelen torzokon, de felnőtt nőnél is előfordulhat.

*Melly dr.*

**A „Wiener Urologische Gesellschaft” 1928 február 22-i ülése.** (Zeitschr. f. urol. Chirurg. 25. k., 5–6. füzet.)

*Blum*: az uraemia sebészeti therapiájáról beszélt. *R. Paschke*: kérdezi, hogy az említett kétoldali vesekőesetek egy ülésben kerültek-e műtetre? *Blum* ugyanis más ülésen annak a nézetnek adott kifejezést, hogy kétoldali vesekövet lehetőleg egy ülésben kell megoperálni. *Blum* válasza után *Paschke* kiemeli, hogy csak nagyon kedvező fekvésű kövek eseteiben jöhet szóba az együléses műtét.

*Zinner*: uraemiás betegről számol be, kinél a napi vizelet mennyisége 200 cm<sup>3</sup>-re csökkent; a R-nitrogen 200 pro mill-re emelkedett. A beteg a megajánlott decapsulationba nem egyezett bele. A vesék egyszeri Röntgenbesugárzására megindult a diuresis. Súlyos állapotban lévő uraemiásoknál megkísérlendőnek tartja a besugárzást.

*F. Necker*: a *Blum* által ajánlott vértransfusio hatását nem a vesefunctio javulásával, hanem az átvitt vérmennyiség mérgeztelenítő hatásával magyarázza. Örövend *Zinner* hozzászólásának, mert a legutóbbi congressuson ő ajánlotta a besugárzást.

*K. Haslinger*: csatlakozik *Necker* véleményéhez. A vértransfusióra vonatkozóan megjegyzi, hogy az bár az uraemiás tüneteket jól befolyásolja, hatástalan a septikus intoxicatio ellen.



**R. Paschkis:** a transperitonealis nephrektomiát ajánlja. Bemutat transperitonealis eltávolított hypernephromát. A hasat primaerra zárta. A beleg 12 nap alatt gyógyult.

**Bachrach:** tumorok műtéténél előnyösnek tartja a transperitonealis műtétet.

**Glas:** tumorok műtéténél a jobb áttekinthetőség miatt szintén helyesli a transperitonealis behatolást.

**Haslinger:** felhívja a figyelmet arra, hogy a kocvány előzetes lekötése után, ha transperitonealis operálunk, a vese kihámózásakor nem kerülhetnek tumordarabkák a véráramba.

**Neuwirt:** a fentebb referált előadását tartja a pneumopyelographiáról. Utána négy eset Röntgen-képeit demonstrálja.

**Kornitzer:** megelőzőleg a pyelumot oxygenel töltötte, de **Neuwirt** előadása után ő is áttér az egyszerűbb levegőtöltésre.

**Necker:** nagyobb mennyiségű levegő befúvása esetén a légembolia veszélyét emeli ki, mely folyadékföltésnél nem fordulhat elő.

**Neuwirt:** válaszában kiemeli, hogy a contrastpyelographia sem veszélytelen eljárás. A levegő 200 mm Hg nyomáson alul nem jut a vérkeringésbe. Reméli, hogy az eljárás le fogja győzni az előítéletet, mellyel a pyelographiának is meg kellett küzdeni. *Melly dr.*

### Bőrgyógyászat.

**Kísérletek strontiummal ulcus crurisnál, nehezen granuláló sebeknél és fistuláknál.** *Hummel, Würzburg és Salzmann, Bad Kissingen, (Münch. Med. Wochenschrift. 36. szám.)*

**Schück és Gaza** kísérletei bebizonyították, hogy a calcium gyulladást gátló, a kalium pedig gyulladást előidéző és vízfelvívő tulajdonságokkal rendelkeznek. Ulcus crurisnál az ulcerált területek calcium-oldattal való körülfeeszkendezése és calciumos borogatások 24 óra alatt megnyugtadják a gyulladást, a kalium pedig granulációt idéz elő. **Chiari és Januschke** a calciumsóknek exsudatiót csökkentő hatást tulajdonítanak, amely a calcium gyulladást gátló képessége mellett valószínűleg véredényszűkítő hatására is visszavezethető. **Lehner**nek iontophoresissal, calciumsók intracutan alkalmazásával és intravenás calciuminjekciókkal artificialisan előidézett urticariákat sikerült visszafejleszteni.

Szerzők a calcium helyett a vele chemiai rokonságban lévő strontiumot alkalmazták 8%-os strontiumchlorid és bromid alakjában. Intravenásan 20 cm<sup>3</sup>-t, intramuscularisan 5 cm<sup>3</sup>-t adták a „neostrontium” nevű készítményből naponta, ambulanter. Fekvő betegeknek pedig másodnapokint. A hatás már az első injekciók után mutatkozik; a széleken friss granulatio indul meg, erősen nedvező fekélyeknél a secretio csökken, a strontium a hámosodásra megfelelőleg előkészíti az ulceratiókat.

Sikeresen alkalmazták ulcus cruris 35, diabeteses és tabes dorsalisos mal perforant 1—1 esetében. Ezenkívül megemlítenek egy esetet, amelynél peritonitis tbc. miatt többszöri Röntgen-besugárzás után egy erős dermatitis marad vissza és ugyanezen helyen a laparotomia után hámosodás nem következett be; 20 cm<sup>3</sup> strontiuminjekció után azonban a beteg elhagyta a klinikát, csaknem teljesen gyógyult. Localis strontiumos borogatások is hozzásegítenek eredmény eléréséhez.

Tehát ily módon a strontium ulcus crurisnál, rosszszul granuláló sebeknél az eddigi kezelések alátámasztására sikerrel alkalmazható. *Farkas Lili dr.*

### Elméleti tudományok köréből.

**Zsírsavforgalom rákos betegeknek.** *K. Klaus. (Biochem. Z. 201. k., 286. o.)*

A szerző rákos nők vérserumának cholesterolin- és zsírsavtartalmát vizsgálta. A cholesterolin *Windaus* digitoninos methodusával, a zsírsavakat *Lemeland* módszerével határozta meg. Vizsgálatai szerint a zsírsav a normalis érték (0.38 g százalék) felső határán mozgott, nagyon rosszindulatú daganatoknál pedig ezen felül emelkedett. A cholesterolin értéke minden esetben a daganat rosszindulatúságával és kiterjedésével arányosan csökkent. Ezen hypocholesterinaemiát megmagyarázni ma még nem lehet. Talán a cholesterolin képzés csökken, de lehet, hogy a képződés normalis és a szövetek tartják vissza, esetleg a rákos daganat sejtjei, de ekkor az előrehaladott széteső rákoknál szaporodnia kellene a cholesterolinnek, pedig ezen esetekben volt legnagyobb a cholesterolin megfogyása a serumban. Arra is gondolt, hogy a cholesterolin csökkenését védtelenné teszi a sejtek lipoidhártyáját a rákos behatás ellen, ennek következménye lenne a rák is. *Rigó László dr.*

### KÖNYVISMERTETÉS

**Rauschgifte und Suchten** von Dr. phil. Fritz Redlich. Verlag Kurt Schroeder, Bonn.

Ritkán akad érdekesebb könyv a kezünkbe, mint ez a könnyű, 95 oldalas kis könyv, mely annyiban nem felel meg a címének, hogy csak a cocain, opium, morphiom és heroinélvezetet tárgyalja (hiányzik a haschis, mescaline). A termelést, a legalis és illegalis fogyasztást igyekszik lelkiismeretes adatok alapján kinyomozni a számba jöhető államokban és rávilágít a mérgek közgazdasági és socialis jelentőségére, míg az orvosai résszel, mint nem orvos, nem foglalkozik. Nagy szorgalommal gyűjtött adatai gazdagok és meglepőek; a végén oldalakra menő táblázatokat közöl a szereplő országok productiójáról, exportjáról és importjáról. De talán legértékesebbek azok a leleplezések, miket a zugkereskedelemtől ad s a szenvedélyek terjesztéséről. Legnagyobb terjesztő a háború! — tehát az emberi nyomorúság, a vele járó lelki züllöttség és depressio, a nyomában támadó munkanélküliség, s a hadsereg feloszlásakor kiömlő óriási készletek illegalis szétfolyása. Így a morphinismus legnagyobb terjesztője az 1870—71-i porosz-francia háború volt, s most a világ-háború utáni fellángolását a szenvedélyeknek mi is, sőt a messze kelet is megérezte. Szinte izgalmas, amivel a cocain-zugkereskedelelem hihetetlen leleményességű működését leírja, ami az egész világot behálózta. Telik a legkülönlegesebb terjesztésre is, hiszen 1 kg cocain legalis ára ma 500 M, s az illegalis átlag 8000 M!; Angliában 8 £; — illetve 400 £! — Ügyneköknöknek gymnasistákat, iskolás lányokat is szemelnek ki, kiket előbb cocainistákká tesznek: innen a sok 15—17 éves áldozat. Egy canadai leány minden verbuvált társnője után 5 £-t kapott. Mindent kockáztatnak, s az illegalis quantum %/10 része ilyen módon jut forgalomba, s csak 1/10 része recept és patika útján. A receptekkel is kereskednek, s különösen folyik a csempészés a külkereskedelemben. Szénnel, cukorral, idegen sókkal kevert cocaint láda számára adnak fel Berlinből, Hamburgból Kínába, s ott megadott mód szerint tisztán előállítják belőle a cocaint. Egy híres toxikologus valahányszor ilyen lefoglalt gyanús árut vizsgált mint szakértő, mindig helyette értéktelen sókat tett a dobozokba, üvegekbe, s a morphiomot, cocaint megtartotta magának, s kereskedett vele. A háború befolyását, a hadsereg leszerelésének nagy hatását mutatja pl., hogy Párizsban 1916-ban még csak 21 dugárút ítélték el, de 1921-ben már 212-t. Elkoboztak 1913—19-ig összesen 36 kg cocaint, de 1920-ban egymagában 70 kg-t (leszerelés).

Ennyit csak bepillantásul. Végül a leküzdés lehető módozatait tárgyalja, de sajnos, ő sem jut tovább a szigorú büntetésekhez és az „Aufklärungsfilm”-nél. Az üldözés és nyomozás egyöntetű nemzetközi szervezése még érne valamit és talán egy erőszakos hatalmi beavatkozás a gyárparba, hogy csak a medicinalis szükségletet gyártás; bár ezt megítélni igen nehéz. Legtöbbet várhatunk a gazdasági viszonyok és erkölcsök consolidálásától, mi az embereket megint dolgozóssá, munkájukban gyönyörködőkké és igénytelenekké, becsületesebbekké teszi.

*Vámossy prof.*

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten** H. Lehdorff. (Julius Springer, Bécs.) Ára 10.80 M.

A 330 oldal terjedelmű jól megírt és egészen a mai nívőn mozgó tankönyvet a legmelegebben ajánljuk mindazoknak, akiknek nincs idejük arra, hogy utánaolvasásuk nagyobb gyűjtőmunkát forgathassanak. Csodálatos ügyességgel tömörítve megkapja benne a tanuló és gyakorlóorvos mindazt, amire a mindennapi életben szüksége lehet. Nagyon világosan tárgyalja a táplálkozási zavarokat, amelyeket a mai tudományos álláspont szerint taglal. Igen szép a rachitis fejezet, érthető és magvas fejtegetéseit mindenki, még az is, ki e témától távol áll, érthetőnek és világosnak kell, hogy találja. Igen szép a scarlatina és diphtheria fejezet. Előbbinél *Caronia*



Schlossmann és Szontágh nézeteinek megemlézése mellett talán kissé határozottabban foglalhatna állást a Dick-féle streptococcus haemolyticus kórokozóji mivolta mellett és talán a prophylaxis kérdésben is túlvátoz az activ immunisatio kritikáját illetőleg. A diphtheria fejezetben Schick-féle oltások eredményeit tetszetősen commentálja. Az intubatio kritikájánál felemlitenénk a gyógytubusok alkalmazását és nem sietnénk annyira, mint ő (100 óras intubatio után) a secundaer tracheotomiával. A tuberculosis fejezetben teljesen osztjuk nézetét, hogy egyelőre a Friedmann- és Calmette-fele propnylactikus oltásokat a praxis számára nem ajánlja. Nem azonos nézetünk a Röntgen-sugár terapiát illetőleg, melynek ő csak igen szűkített kereteket concedál. Nagyon szép és világos a lues fejezet, amelyben foglaltakat minden fenntartás nélkül eltogadhatjuk. A légzőszervek betegségeinél, — hogy a többi fejezetekkel szemben a paritás fennmaradjon — a bronchopneumoniát kissé jobban emelnénk ki és bővebben tárgyalnánk. Az empyema gyógykezelését illetőleg mindenben igazat kell a szerzőnek adnunk. A meningitis fejezetében igen szabatosan és érthetően tárja a fő dolgokat az olvasó elé. Epp így az ideg- és bőrbetegségek fejezetei is tiszta képét mutatják e kérdésnek. A könyvet igen jól megírtnak, talán a legjobbnak mondhatjuk az e terjedelműek között azért, mert dacára annak, hogy rövid, minden csak kissé fontosabb haladás is kellően van méltatva soraiiban és sehol sem hagyja a kezdőt zsákutcában. A könyv nyomása és kiállítása szép, ami a kiadó dicséreté.

Bókay Zoltán prof.

**Lehrbuch der Blutkrankheiten. II. kiadás. H. Hirschfeld, J. A. Barth, Lipcse, 1928. Ára 22 M.**

A vérbetegségek leírásával és terapiájával foglalkozó számos munkák között e jól ismert könyv bővített kiadásban jelent meg a könyvpiacra. A praktizáló orvosnak, ki röviden, de kimerítően akar tájékozódni e téren, teljesen kielégítő leírást nyújt. Céljának megfelelően nem terjedős, hanem a nagy kézikönyvek s a rövid compendiumok között foglal helyet s jellemzi az, amit egy jó tankönyvtől megkövetelünk, a tárgynak rövid, de tökéletes ismertetése. A két részre tagozódott könyv általános részében a vér sajátságával, morphológiájával s a mikroszkopiai vizsgálatok technikájával foglalkozik. Ez utóbbi fejezetben több újítással találkozunk, így a szerző által módosított praeciziós számláló és haemoglobin pipettával, mely biztosítja a szükséges vérmennyiség pontos felszívását. A következő fejezet a vér physico-chemical tulajdonságát tárgyalja, majd pontos leírást adja a véresopok meghatározásának. A vérsajtóképzés és pusztulásról szóló fejezetben a csontvelő, lymphatikus rendszer és a lép szerepéről szól, s e rész befejezésében a vér általános pathológiájával foglalkozik. A részletes rész a különböző anaemiák fejezetével kezdődik, majd ennek kimerítő ismertetése után a haemopoetikus apparatus systema megbetegedéseit írja le. Külön fejezetben tárgyalja a lépnek symptomás és primaer megbetegedését. Rövid, de a praxisban teljesen elegendő ismeretet ad a haemorrhagiás diathesisekről, valamint a protozonok okozta vérváltozásokról. Befejezésül a különböző betegségekhez társuló secundaer vérváltozásokat és a vérbetegségek általános terapiáját tárgyalja. A könyvet a szöveg között elhelyezett számos jól sikerült ábra teszi szemléltetővé; a mellékletként hozzáfűzött színes táblázat, valamint az egyes vérbetegségek mikroszkopiai képét nyújtó ábrák, habár nem tökéletes reproductiók, de mindenesetre tájékoztató képet adnak az olvasónak. Hirschfeld ezen könyve, mely a haematologia alapismeretének elsajátítására kiválóan alkalmas, minden olvasóból bizonyára elismerést fog kiváltani.

F. E. dr.

**Differentialdiagnose der Infektionskrankheiten. Herz, Albert. Honigmann, Prakt. Differentialdiagnostik. I. köt. 7. rész. VI. fejezet, 104. old. Drezda. Theodor Steinkopff. Ára 6 M.**

Szerző Jochmann és Matthes után négy csoportra osztja a fertőző betegségeket és 104 oldalon tárgyalja a fertőző betegségek körjelzését és egymástól való elkülönítését. (Differentialis diagnosis.) Ennek megkönnyítésére megemlíti a szükséges laboratoriumi, valamint vér-, bakteriologiai és serologiai vizsgálatokat, úgyszintén a kórokozókat és a betegségterjesztőket.

A vörheny tárgyalásánál mellőzi a streptococcus haemolyticus megemléését, talán jelezni akarja ezzel azt, hogy ennek kórokozó szerepe még kellőleg tisztázva nincs. A kiütéses typhusnál nem említi meg a ruhatétét, mint a betegség terjesztőjét, ez valószínűleg csak tévedésből maradt ki, mert pld. a Wolhyniai-láznál megemlíti.

Kár, hogy a Papataci- és máltaláz mellett nem tárgyalja a dengue-lázat, éppen az 1928. évi nagyarányú

járvány miatt, — amely egész Macedóniáig felterjedt, — igen közelről érdeklí ez Közép-Európa orvosait is.

Szerző könyvét főleg gyakorlóorvosok számára írta s aki elolvassa, feltétlenül szükségét fogja érezni annak, hogy ez irányú ismereteit valamely fertőzőkórház beteganyagán gyakorlatilag is kibővítsé. Furka Sándor dr

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület febr. 23-i ülése.

### Bemutató:

**1. Bilkei Pap L.:** „Rheuma“-esetek. A csípőizület körüli fájdalom és mozgási korlátozottság a felnőtt korban sem ritka. A medence Röntgen-felvétele a legcsekélyebb panaszok esetén sem mulasztható el. Néhány gyakori és ritkább csípőizületi megbetegedések Röntgen-képet mutatja be. 1. Perthes-kór. 2. Malum coxae senile. 3. Ankylopoetikus spondilitissal együttesen előforduló sacroiliacalis elmeszesedés és csípőizületi ankylosis. 4. Csípőizületi primaer tumor. 5. Cc. metastasis a csípőizületben. 6. Ostitis deformans Paget csípőizület körüli localisatiója.

### Előadás:

**1. Morelli G.:** A dentalis sepsis szerepe az ú. n. rheumás megbetegedések kóroktanában. A focalis sepsis egyik alakjának a dentalis sepsisnek jelen állásáról referál. Előadása három részre oszlik: 1. Kérdés, mit értünk dentalis septikus góc alatt? 2. Mit tudunk ezzel kapcsolatban az ú. n. rheumás megbetegedésekről. 3. Milyen bizonyítékaink vannak a két kórtünetcsoport összefüggésére: 1. Ismerteti a szütemes, szúvas fogak, valamint a pyorrhoea következtében fejlődő sepsises góccokat és kifejti, hogy az egyes gócek között nemcsak kórbontani szempontból, hanem a belőlük származó megbetegedések lehetőségei szerint is különbségeket kell tennünk. Ha dentalis sepsisről van szó, lehetőleg az egész fogazatról pontos Röntgen-felvételeket kell készítenünk. Az ily gócek bakteriologiai leletei még sok vizsgálatot igényelnek. 2. Összefoglalja az orális sepsis kérdésének fejlődését és az irodalomnak idevágó eseteit. Saját megfigyeléséből két gyógyult esetet ismertet. 3. A két tünetcsoport összefüggésének bizonyítékai között felsorolja a bakteriumok jelenlétét a vérben, a vérvizsgálat jelentőségét, a specifikus cutan reactiókat, az anamnesis, a vérnyomás, hőemelkedés, vizeletvizsgálat fontosságát, valamint kisebb jelentőségű klinikai tüneteket. Álláspontját abban foglalja össze, hogy minden ú. n. rheumás megbetegedésnél az egész fogazat átvizsgálandó és az összes góctüneteket mutató fogak eltávolítandók. Tekintettel a dentalis gócek gyakoriságára és nagy veszélyeire, revisio alá kívánja venni a conservativ fogászat irányát, amennyiben a conserválható fogak számát szigorúbb indicatiók alapján csökkentendőnek tartja. Igen nagy fontosságúnak mondja a caries prophylaxist.

**Liebermann L.:** Hivatkozik az Orvosegyesületben évekként elzött az ú. n. „rheumás“ szembajok aetiologiajáról tartott előadására, melyben a focalis infectiók jelentőségét hangsúlyozta. Ma már ezt nem vonják kétségbe. A diagnosis és therapia nehézségeire kíván rámutatni: 1. úgy látszik, nemcsak azokban a szervekben fordul elő lappangó septikus góc, amelyekről ez már kétségtelenül meg van állapítva; 2. ha több kimutatható góc van, nem tudhatjuk, melyiket tegyük felelőssé a rheumás metastasisként, pedig többnyire sebészi beavatkozások indikálásáról van szó; 3. még jó, ha sebészi hozzáférhető góccokról van szó, de a leggyakoribbak egyike, a férfi genitális adnexák postgonorrhoeás megbetegedése leküzdhetetlen nehézségeket ad a gyógyításnak. A jövő feladatait az egész kérdésben két irányban látja: 1. olyan laboratoriumi módszereket kellene találni, amelyekkel a vér fertőzőtsége biztosabban mutatható ki, mint az aránylag ritkán pozitív bakteriologiai vérvizsgálattal. 2. A sebészi hozzáférhetetlen gócek meggyógyítására hatékony terapiára van szükség, elsősorban az urogenitalis gócek számára.

**Benczur Gy.:** 10 év alatt észlelt elég nagyszámú infectiós subacut és chronikus arthritis esete közül csak olykor-olykor tudta kimutatni a fogbetegségtől való kiindulást. Bár kétségtelen, hogy néha kimutatható a dentalis sepsis, mint az arthritis eredete, az sokkal ritkább, mint főleg amerikai szerzők hangoztatták. A tonsilla megbetegedése sokkal gyakoribb oka az arthritisnek.

**Rothmann A.:** Nem feltétlen híve a dentalis sepsisből kiinduló rheumás megbetegedések kórképének. Ha mint kórok szerepel is, a terapiás eljárást kezdetlegesen tartja.



**Kémeri D.:** 1928 szeptemberében tartott előadásában arra a következtetésre jutott, hogy a valódi dysidrosis oka a rheumatismus, helyesebben a modern rheuma felfogás szerint a focalis infectio. Ezt több, mint száz dysidrosisos betegen észlelt tapasztalata alapján állítja. Számos esetet tud felemlíteni, ahol a focalis infectio eltávolítása után a dysidrosis és a dysidrosisos infectio gyógyult. Úgy, hogy a dermatológiában is kétségtelen, hogy a focalis infectiónak igen nagy szerepe van, természetesen a dentalis sepsisnek is.

**Schulhof V.:** Saját nagyszámú eseteinek aetiologia összege nem adja az oralis, vagy szűkebben dentalis focusból eredő fertőzéseket azt a nagy százalékszámát, mint a közölt külföldi kimutatások, mégis sok jól észlelt polyarthritist és ú. n. fibrositist esete alapján nem meri a dentalis eredetű focalis fertőzés lehetőségét és jelentőségét annyira lekicsinyelni, mint az egyes hozzászólásokból hihető volna. Körülbelül 18 év előtt másfél évig tartó, egyéb eljárásokra refractor, folyton recidiváló, subfebrilis, közepes izületi duzzadásokkal, de nagy fájdalommal járó polyarthritist subacután sikerült mindkét tonsilla gyökere eltávolításával teljesen meggyógyítani. 15 évig semmiféle rheumás fájdalommal a betegnek, ki azóta több gyermek anyja lett, nem volt. Ekkor első betegségével egészen azonos tünetekkel újból megbetegedett. Laryngológiai kontroll, nőgyógyászati és belorvosi alapos kivizsgálás semmiféle irányítást nem adott. Fogai látszólag rendben voltak, de a néha jelentkező arcfájások arra indítottak, hogy fogsoráról Röntgen-felvételt kértem. Kiderült, hogy két foggyökérén csúcsgranuloma, egyiken pedig tályog volt. Ezeknek szakszerű rendbehozása egy hónapon belül gyógyulást hozott; a beteg azóta, több mint két éve, újból teljesen panaszmentes. Több ilyen esetet látva, el kell fogadni sok esetben a dentalis eredet felvételének jogosult voltát.

**Korányi S.:** Az oralis sepsis kérdése exact módon eldöntöttnek ugyan még nem mondható, de mikor más-kép meg nem oldódó esetben ennek lehetőségére fennforog, abból a therapiás következtetés mégis levonandó.

## A Kir. Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának február 12-i ülése.

### Bemutatók:

**1. Wein Z.: Nyelvsonttörés érdekes esete.** 34 éves férfibetek azzal jelentkezett rendelésén, hogy nyaka jobb-felével nekiesett egy széktamla sarkának. Az erős ütés mindjárt nagy fájdalmat váltott ki és a jobboldali nyelési fájdalom, valamint az ütés helyén fennálló nyomás-érzékenység készítette a rendelés felkeresésére. A nyakat a nyelvcsont magasságában mutató- és hüvelykujjal körülfogva, az ép oldalon a nyelvcsont nagy szarva és különösen annak csúcsa kifejezetten tapintható, míg az ütés oldalán a nagy szarv csúcsa a nyak mélyében eltűnik. Míg az ép oldalon a nyelvcsont teste és a nagy szarv tompaszöglet zár be, addig az ütés oldalán a szöglet hegyessé alakult. Gégetükri vizsgálatnál kitűnik, hogy a plica pharyngoepiglottica, mely a gégefedő szélétől a nyelvcsont nagy szarvához halad, az ép oldalon sokkal hosszabb, mint az ütés oldalán, hol a nagy szarv betörése folytán az jelentékenyen megrövidült. A jobb kéz mutatóujját a hypopharinxba vezetve, bimanualis vizsgálatnál kitűnik, hogy az ép oldalon a nagy szarv csúcsa és a gerincoszlop elülső felszíne között a mutatóujj vége kényelmesen elfér, míg az ütés oldalán a nagy szarv csúcsával a gerincoszlop elülső felszínét éri. A hypopharinxba helyezett filmre Réthi Aurél módszerével felvett röntgenogram a törést szépen mutatja.

Bemutatásával a nyelvcsonttörés tünetcsoportjára és vizsgálómódjára hívja fel a figyelmet, minthogy az összefoglalva sehol nem található.

Az esetében szereplő erőművi behatás ritka oka a nyelvcsonttörésnek, mert az többnyire fojtogatás, zsinegelés, vagy akasztás kapasan szokott bekövetkezni.

Ami a gyógykezelést illeti, bemutató bimanualis redressálást tervez helyi érzéstelenségben (a hypopharinx cocainozása és novocaininjectio a törés helyére).

**Réthi A.:** Zsinegelés következtében észlelte a nyelvcsont nagy szarvának törését.

**2. Némaj J.: Velezületett nyálkahártya-hidak az uvula és oldalsó garatív között.** A garatban látható elváltozás diagnostikai szempontból érdekes.

**3. Réthi A.: I. Rosszindulatú daganatot utánzó gégelues esete.** 34 éves gyári munkásné négy hónap óta rekedt. Egy hét óta súlyosbodó dyspnoé. Bal hangszalag és áhgangszalag területét a gége lumenének nagy részét

kitöltő tumor foglalja el. A bal gégefél fixált. A klinikai kép rosszindulatú tumornak felel meg. Tracheotomia, később Wassermann négykeresztes pozitív. Próba-excisionál feltűnik a daganat kérges ellenállása. Kórszövettani vizsgálat gyulladáson beszűrődött, bőven erezett kötőszövetet mutatott ki. A sagittalis gége Röntgen-felvétel a daganat mély kiterjedését mutatja (Szebeny). A betegnél alkalmazott antiluetikus kúrával szemben a tumor nagy ellenállást tanúsított. Ennek oka az, hogy míg a gummosus alaknál elsősorban gömbejes beszűrődést találunk óriássejtekkel, a véredények intimájának elváltozásával, regressiv metamorphosissal, addig a harmadlagos bujakór eme alakjánál az úgynevezett laryngitis syphilitica hypertrophicánál elsősorban a kötőszövetnek, a kötőszöveti sejteknek túlbujzóját találjuk, mely részben hegszövevé alakul át. Ebből következik, hogy míg a gummosus alak szétesésre hajlamos és antiluetikus kúrára gyorsan gyógyul, a laryngitis syphilitica hypertrophica szétesésre nem hajlamos és az antiluetikus kúrának is ellenáll. A betegnél tehát a tumort operatív úton fogja eltávolítani.

**II. Rosszindulatú utánzó caseosus Highmooritis esete.** 36 éves férfi néhány hónap előtt meghült, azóta náthás s nem kap levegőt. A septum tumorszerűen megvastagodott, kitöltve mindkét orrüreg mellő részét. A jobb choana beduzzadt, diaphanoszkópia a jobb felső állkapocstáj teljes fedettségét mutatta. Röntgen-vizsgálat szerint a jobboldali cellulae ethmoidales homályosak, a jobboldali sinus maxillaris homogenen homályos, medialis fala arrodálva van. Az orrszévely csontos része papírvékonyúságú és alsó része nagy területen át van törve, hiányzik is. Ezek alapján tumorra gyanakszik. Kórszövettani vizsgálat szerint a szövetdarabka felületét hengerhám és részben laphám borítja. Itt a hám papillaris alakban rendeződik el s sejtjei igen változatos nagyságúak és alakúak. A papillaris növedékek hájma kevés kötőszöveti váz körül foglal helyet. A hám viselkedése gyanús papillaris carcinomára, de ezt határozottan eldönteni csak egy mélyebb excisio vizsgálatával lehet. A mélyebben excidált szövetdarab vizsgálatánál kiderült, hogy a papilloma nem terjed túl a hám normalis határára, tehát a daganat nem rosszindulatú. Killian-tükörrel behatolva a jobb orrféle, a septum tumort másik oldalra nyomtuk, s ekkor kiderült, hogy az orr eddig rejtett hátsó része bűzősen caseosus-gennyel van kitöltve. A geny eltávolítása után a Röntgen-leletnek megfelelően a septum hátsó részét elvékonyodottnak találtuk, a csontlemez felszívódott. A septumtumort eltávolítjuk s ekkor bal oldalról betekintve, a jobb Highmoor természetes nyílását hüvelykujj számára átjárhatónak találjuk. Az oldalsó csontos fal felszívódott.

Kétségtelen tehát, hogy ebben az esetben a primaer megbetegedés a septum jóindulatú daganata volt, amely a váladék lefolyását nagy mértékben gátolta. A jobb oldalon néhány hónap előtt egy acut Highmoor-gyulladás lépett fel, amely caseosussá alakult át. A váladék sajtos mivolta a genysejtek zsiros degenerációja következtében állt elő. Ebben az esetben a caseosus tömeg úgy hatott, mint egy jóindulatú cholesteatoma, amely bár nem tör be a környezőbe, de a csontos falakat nyomás által felszívódásra bírja.

**Révész V.** (mint vendég): Bemutatója az eset Röntgen-felvételeit. A crinalisan excentrikus beállításával készült képen jól látható a csontos septum áttörése és a Highmoor-üreg medialis falának arrosiója. Ebből következtettek rosszindulatú daganatra. Röviden jellemzi a Holzknicht-Mayer-féle crinalisan excentrikus fölvételeknek az orrmelléküregek vizsgálatában való rendkívüli nagy jelentőségét, mert azokon a sinus maxillarisok teljesen tisztán, egyéb zavaró képek belevetítése nélkül láthatók és emiatt olyan finom elváltozások is, melyek tisztán csak a nyálkahártyán vannak, Röntgennel kimutathatókká válnak. Pl. a bemutató fölvételekben látható a Highmoor-öböl nyálkahártyájának a duzzanata és a polypusok is.

**Paucz M.:** Az eljárásnak nagy jelentőséget tulajdonít a műtéti indicatio felállításának szempontjából.

**Kelemen Gy.:** A II. számú sebészeti klinikán is a Mayer-féle eljárást alkalmazzák.

**Révész V.:** A gyakorlatban feltétlenül elegendő egyedül a Mayer-féle excentrikus fölvétel a postero anterior és az axialis vagy a profil csak szükség esetén járul hozzájuk. Egyelőre még minden esetben megcsinálja a régi technikájú felvételt is, hogy a gyakorló-orvosok és a rhinologusok jobban láthassák a differenciát és megszokják az excentrikus beállítású fölvételt.



## A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának január 31-i közgyűlése.

**Tóth I.** elnöki megnyitójában kiemeli, hogy a szakosztály működése újjáalakulása óta mindjobban fellendült és ülései igen látogatottak. A német tudományos világgal szoros kapcsolatban van. A bonni nagygyűlésen 21 magyar nőorvos volt jelen, előadásokat tartottak s a vitákban is résztvettek. A német gynaekológiával való kapcsolatnak főleg a Németországot járó fiatal szakorvosaink látják hasznát, akiket ott mindenütt szívesen látnak. Ajánlja, hogy a német tudományos kapcsolatot a Deutsche Gesellschaft für Gynaekologie-ba. Bejelenti, hogy *Schroeder* prof. április 6-án előadást fog tartani az Orvosegyesületben. Kéri minél szívélyesebb fogadását. Ajánlja, hogy az Orvosegyesület ülésein is rendezzenek gynaekologus estéket. Kéri, hogy a szakosztály üléseit minél többen látogassák, tartsanak bemutatókat és előadásokat.

A magyar gynaekologiai folyóirat még mindig nem tudott megindulni, annakidején a minister segélyt helyezett kilátásba e célra, de ez az összeg még nincs kiutalványozva. Indítványozza, hogy ezen segítség nélkül is a Magyar Nőorvosok Társaságával karöltve, saját erőnkől indítsuk meg ezt a folyóiratot, amely a cikkek rövid német fordítását is közölhetné.

**Fekete S.** fitkár beszámol az 5 évi szünet után 1925 februárjában újjáalakult Gynaekologiai Szakosztály működéséről. A szakosztály tagjainak száma 1928 végéig 92-re emelkedett. Üléseit az Orvosegyesület Semmelweis-teremben tartja 80—120 főnyi hallgatóság előtt, állandó érdeklődés mellett. Elparentálja a lefolyt időszakban elvesztett számos értékes tagot: Kardos Henriket, Pozsonyi Jenőt, Váró Bélát és Kubinyi Pál professort.

A szakosztály a külföldi kapcsolatokat illetőleg már az elmúlt 3 évben is nagy szolgálatokat tett a magyar gynaekologia ügyének. 1925 pünkösdjén *Tauffer* tanár meghívta a bécsi gynaekologus congressus tagjait Budapestre. A meghívásnak élénk visszhangja támadt, úgy, hogy 350 külföldi nőorvos és családtagjaikat üdvözölték Budapestben. Ennek a látogatásnak annál nagyobb a jelentősége, mert a háború után a legelső alkalom volt, mikor a külföldi tudományos világ képviselőivel közvetlen érintkezést találtunk. A szakosztály újjáalakulása óta 1928 végéig 23 ülést tartott, amelyeken 58 bemutató, 30 előadás és számos hozzászólás hangzott el. Tagjaink szorgalmát bizonyítja, hogy általánosabb jellegű s az Orvosegyesület plenuma előtt elhangzó előadások s bemutatók, valamint a Magyar Nőorvos-Társaság nagygyűléseinek hatalmas programja mellett szakosztályunk programja és látogatottsága ilyenfokú volt. Tudományos üléseink sorában ki kell emelni a Magyar Urologiai Társasággal együttesen megtartott két referáló estét, valamint *Hasenfeld Arthurnak* a vezetőség felkérésére „Művi climax késői hatása a vérkeringési szervekre” című előadását. Nagy érdeklődést keltett *Tóth* tanár klinikáján a tanítás céljait szolgáló mozgófényképek bemutatása is.

Ezt az intensív együttműködést az első időben *Tauffer* tanárnak egyéni tekintélye s a szakosztály tagjainak iránta érzett tisztelete tette lehetővé. Ennek kifejezést adandó, a szakosztály *Tauffer* tanárt 1926 decemberében, mikor az activ elnökségről lemondott, díszelnökvévé választotta.

Üléseink jegyzőkönyvét rövid kivonatban az Orvosi Hetilap közli s időnként a Zentralblatt hozza ezeknek német fordítását. A fordítás munkájáért *Temesváry Rezsőnek* és *Hevesi Arthurnak* a vezetőség hálás köszönetét tolmácsolja.

**Szász S.** pénztáros jelentése szerint a szakosztály vagyona 298.96 pengő.

**Toldy L.** könyvtáros a szakosztály könyvtárának állapotáról tesz jelentést. Ez a könyvtár 457 kötetből áll és az elmúlt évben számos értékes külföldi könyvvel gyarapodott, azonkívül két francia- és két angolnyelvű folyóiratot is járát.

Ezek után a tisztikar válasza következett, aminek eredménye a régi tisztikar újból való megválasztása volt.

A közgyűlés befejeztével a tudományos ülés programjának lebonyolítására került a sor.

### Bemutatók:

**Frigyesi J.:** *Műtéttel gyógyított hólyag-hüvely- és hólyagméhnyaksipolyok.* Három bonyolult hólyaghüvelysipoly esetet tárgyal. Ezek közül első esetében a vesico-

cervicalis sipoly mellett hólyagkő is volt jelen. Egy ülésben hólyagmetszés és köeltávolítás után a sipolyt hüvelyi úton zárta. Második esetében nagyobb hólyaghüvelysipoly állt fenn, melyet komplikált egy másutt végzett eredménytelen sipolyműtét azon következménye, hogy a cervixet, illetve a külső méhszájat a hólyagba varrták. Előbb zárta a sipolyt, majd a portio felszabadítása céljából a Douglasban harántirányú metszést végzett. A portio supravaginalis részére rámetstve kátrányszerű vér ürült. Azóta a sipoly gyógyult s a beteg két ízben menstruált a hátsó hüvelyboltozatban levő nyíláson át. Harmadik esetében komplet gátrepedéssel párosult hólyaghüvelysipolynál tipikus Küstner-féle műtétet végzett s két hét múltán gátplastikát. Gyógyulás zavartalan volt. Felhívja a figyelmet *Sellheim* ajánlatára, hogy a szülésnél az anatómiai medenceemérésen kívül gondoljunk a „functionalis” medenceemérésre. Ennek alapján pedig minden olyan először szülő nőt, kinél a szülés megindulásakor a fej még a medencebemenet felett van, valamint az olyan többször szült nőt, kinél a tágulási szak végén az előlfekvő rész ugyanott van, vagy nem nyomható be a medencébe, igyekezzünk szülőintézetbe juttatni.

**Hints E.:** *Érdekes szülészeti esetek a vidéki gyakorlatban.* A gyulai állami kórházban mult év januárjában felállított szülészeti osztály anyagából mutat be pár esetet, melyek belevilágítanak a vidék szülészeti viszonyaira.

a) *Farfekvéses szülésnél az uterusban visszamaradt leszakított fej.* Szűk medencés asszonynál a kihívott orvos a fej mellett előesett kart s elhalt magzatot talált. Nehezen sikerült fordítani, az áll előre forgott s az erőltetett extractionál leszakadt a törzs, a fej a méhben maradt. Az orvos ergotint rendelt a fej „kilöködésére”. Harmadnap lázasan kerül az asszony az osztályra, ahol a fejet perforatio után könnyen sikerül eltávolítani.

b) *Csaknem körkörös méhrepedés hólyagrepedéssel.* Primaer fájásgyengeség miatt tanyaara hívott orvos fájáskeltő injecciókat ad, de erre sem kelnek fájások. Másnap négyujnyi méhszáj mellett több ízben próbálkoznak fogóval. Az utolsó kísérletnél az asszony erősen vérezni kezd, mire kórházba küldik. Műtétileg: kolpaporrhaxis csaknem körkörös, hatalmas subperitonealis haematoma a jobb veség, gyermektenyérenyi defectus a hólyagfalon. A magzat és lepény a belek között. Műtét után gyógyulás per primam, csupán filléryi hólyagfistula marad vissza, melyet öt hét múlva zárnak.

c) *Pseudomyxoma peritonei két esete* (pseudomucinosus cysta megrepedése után). Mindkét esetben a szülés kapcsán megrepedt emberfejnű, illetve másfélemberejnű pseudomucinosus cysta miatt hányás, esuklás, peritonealis jelenségek mellett végeztek hasmetszést. A csepleszen, beleken pseudomyxoma peritonei képe. Mindkét eset per primam gyógyult. A második eset érdekessége, hogy mindkétoldali pseudomucinosus cysta dacára az asszony teherbe jutott.

d) *Missed abortion esete.* 29 éves nőnél a menstruatio négy hónapig kimaradt, majd vérezgetni kezd, hasa többé nem növekszik. Orvosa myomat diagnózist s két ízben Röntgen-besugárzást végez. Vérezgetései miatt fél év múlva kórházba kerül, ahol a méhür kitakarításánál óhónaposnak megfelelő mumifikált fetust távolítanak el. Síma gyógyulás.

A fenti esetekkel illusztrálni szándékozott bemutató, hogy mi módon inézik el vidéken a nem szakorvosok a komplikáltabb szülési eseteket. A szülészeti osztály felállításán kívül lényegesen elősegítette a szülészeti viszonyok javulását a vidéken a mentőautók megszervezése s ezáltal a betegszállítás megkönnyítése. Az új bábatorvony és szülészeti rendtartás életbeléptetésétől is sok javulás várható.

**Tóth I.** elnök megköszöni az érdekes bemutatókat és hangsúlyozza, hogy a vidéki városokban felállított szülészeti osztályok milyen fontos feladatot teljesítenek, amint ez a bemutatott esetekből is látható.

**Szathmáry Z.:** *A gyűrűalakú lepényről.* A méh középső részében tapadó, teljes gyűrűalakot képező lepényt mutat be. A lepény felett sértetlen buroksapka maradt, alsó részén a burokrepedés nyílása foglalt helyet. E lepényalak keletkezését magyarázó régebbi elméletek ismertetése után kifejti, hogy úgy a gyűrűalakú lepény, mint a többi rendellenes lepényalak keletkezésénél leggyakrabban az előzetesen lefolyt méhnyálkahártya-betegségek játszanak szerepet. A bemutatott esetben is, valamint az irodalomban közölt 13 eset legnagyobb részében lázasan folyt le az előző gyermekágy.



Lényeges szerepet tulajdonít a rendellenes lepények keletkezésénél a sok jódinjectio s méhkaparás következményének, valamint a lefolyt gonorrhoeás endometritiseknek.

**Bud Gy.:** Szokatlan helyen átszakadt köldökzsínór. A köldökzsínór a szülés különböző szakáiban átszakadhat. Oka rendszeren a köldökzsínórra gyakorolt erősebb húzás. Ezért legtöbbször rövid, vagy rácsavarodás folytán rövidült köldökzsínór esetén következik be, különösen, ha hirtelen húzásnak van kitéve. Spontan születésnél előfordult köldökzsínórszakadás ritka esetét ismerteti. A köldökzsínór kétszer a magzat nyakára, egyszer a lábára volt csavarodva. Az élveszületett magzat magával rántotta a köldökzsínórt, mely közvetlenül a placentáról akképen szakadt le, hogy magával rántott a placentát fedő amnionból is kb. tenyérnyi darabot. A köldökzsínór végén kb. 2 cm hosszú, izolált ér volt látható. Az eset anatómiai megjelenésében nagyon hasonlított Scheuer egyedülállónak tartott esetéhez, amelynél az elszakadást elősegítő körülmény a köldökzsínór úgynevezett insertio funiculi furcata-ja volt. Gyakorlatilag érdekes, hogy a placentaris szak zavar nélkül folyt le. Tíz perc múltán spontan távozott az ép lepény ép burkaival.

**A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egy. ny. r. tanár).**

### A malarioltás a lues congenita terapiájában.\*

Írta: Tüdös Endre dr. egyetemi tanársegéd.

A veleszületett vérbaj elleni küzdelem az utolsó években hatalmas lépésekkel vitte előre az emberiségnek ettől a betegségtől való megszabadítását. Ezen a téren úgy a prophylaxis, mint a therapia igen jó eredményeket tud felmutatni. A prophylaxis a lueses anyák kezelése által ígér a legtöbbet s éppen ezen célból a szülőintézetekben minden szülőnőnél elvégzik a vér Wassermann-reactióját, hogy a manifest tüneteket nem mutató lueses anyák felderíttessenek s hogy így ezeknél még idejében meg lehessen kezdeni a kezelést. Az egyes szülőintézetekből megjelent kimutatások igazolják ennek szükségességét. Amíg 1910 körül a szülőnők 3-3%-nál mutatták ki a lueses fertőzést, addig 1921-ben ez a szám már a kétszeresénél is magasabbra emelkedett (7-7%). A Wassermann-, valamint a nemspecikus kicsapódási reactióknak általánosabb elterjedésével lehetővé lett az anyák luesének kimutatása és így azoknál az antilueses kúrának a végzése. A terhesség alatti antilueses kezelés által elérjük azt, hogy a kezelt lueses anyák 80-100%-ban élő, egészséges magzatot hozzanak világra.

A már betegen született csecsemők luese ellen nem tudunk még a legerélyesebb kezelési eljárásokkal sem ilyen eredményt elérni. Az idejekorán — azaz, lehetőleg már az első három hónapon belül, de legkésőbb az első életév betöltése előtt — megkezdett és legeredményesebbnek talált kombinált kezeléssel sem tudunk 70-80%-nál nagyobb százalékban teljes, tartós tünetmentességet és negatív Wassermann-reactiót elérni. De még az ilyen klinikailag és serologailag tünetmentes congenitalis lueses eredetű betegek sincsenek teljes biztonságban a jövőjüket illetőleg. Tudjuk jól, hogy a szellemileg visszamaradt, testileg rosszul fejlett és az idegrendszer korai megbetegedéseiben szenvedők között igen sokan vannak, kik ezen bajának eredete congenitalis luesükben keresendő. Vannak ezek között klinikailag teljesen tünetmentesek és az anamnesisben sem találunk támpontot a luesre, a vér Wassermannja is negatív s mégis a luesnek a következménye az idegrendszer megbetegedése. Ezeknél az egyéneknél a liquor cerebrospinalis vizsgálata

adja meg a felvilágosítást a betegség természetére vonatkozólag.

A spirochaetáknak az idegrendszer szövetéhez közismerten nagy az affinitása. A helytelenül, nem elég erőlyesen kezelt betegeknek Rost, Bering, Hoffman és mások által végzett vizsgálatok adatai alapján tudjuk, hogy a liquor cerebrospinalis kóros elváltozásokat mutat. Ezek az elváltozások előrevetik árnyékát a később bekövetkező idegrendszerbeli lueses megbetegedésnek.

A minden eddigi kezeléssel dacoló paralysis progressiva, tabes dorsalis, stb. betegségek kezelésébe Wagner v. Jauregg bevezette a malariatherapiát. Végelemzésben a malariatherapia sem céloz mást, mint tartósabban fellépő láz elérését. A lázas állapotban és után a szervezet sokkal jobban reagál a megfelelő kezelésre és így erőlyebben tud védekezni a spirochaeta pallida által megindított kóros folyamatok továbbterjedése ellen is, amelyek egyfelől a kóros liquorleletekhez vezetnek, másfelől a gerinevelőben maradandó ronesolódásokat okoznak. A láznak ilyen természetű hatását már nagyon régen ismerik és a pár évvel ezelőtt a paralytikusok antilueses kezelésével párhuzamosan kiterjedten alkalmazott tuberculin-oltások szintén csak a láz előidézésére irányultak. A malarioltásokkal való kezelés a felnőttek terapiájában igen kedvező megítélésben részesült. Nemcsak a vér Wassermann-reactiója, valamint a liquor Wassermann-reactiója vált negatívvá, hanem a kóros liquorgörbék is közeledést mutattak a normalishoz s a klinikai tünetek is javultak, vagy legalább is nem rosszabbodtak.

Ez a kedvező folyamat jogossá teszi azt a feltevésünket, hogy a veleszületett lues folytán fellépő kóros liquorleletek alapján várható idegrendszerbeli lueses folyamatok megelőzésére a malariatherapiát kipróbáljuk.

A malariás lázrohamok előidézése nehézségbe nem ütközik. Többféle mód áll rendelkezésünkre erre a célra. A malariát egyik emberről a másikra a malariás lázrohamban levő embertől vett vérnek a kezelendő betegbe való befecskendezésével vihetjük át. Ez történhet subcutan, intravenás vagy intramuscularis úton. A legegyszerűbb az intramuscularis átviteli mód, amikor is 5 cm<sup>3</sup> vérnek a befecskendezése majdnem minden esetben előidézi a lázat. A lázrohamok az oltást követő 10-14. napon lépnek fel. A typosus lázrohamot néhány nappal kisebb hőemelkedések (37-38 C°) előzik meg. A rohamokban több eltérés látható a természetes úton szerzett malariás rohamtól. A gyermekeknél a hőemelkedéssel egyidejűleg sohasem láttuk a rázóhideget olyan mértékben jelentkezni, mint az igazi malariánál. A rohamok másodnaponként lépnek fel (1. ábra) s egy kezeléshez 8-10 rohamot kell megvárni és befolyásolatlanul lefolyni hagyni. Sarbó a felnőtteknél 15 rohamot tart szükségesnek. Egyes esetekben a rohamok minden előzetes beavatkozás nélkül elmúltak (2. ábra). A kifejezett hőemelkedés helyett csak mérsékelt láz volt napokon keresztül constatálható. Ilyen spontan kialakása a malariának azon esetekben szokott jelentkezni, ha a malariatörzs már nagyon sok emberpassageon ment keresztül. A mi eseteink között csak egy esetben nem lehetett a malariás lázrohamot elérni, egy 16 éves lueses eredetű tumor gland. hypophyseosban szenvedő gyermeknél. Az átoltást typosus malaria tertianában szenvedő gyermektől vett vérrel végeztük. Vele egyidőben oltottunk egy másik gyermeket is, kinél a malaria átvitele sikerrel járt. A malariás rohamok lefolyásáról meg kell még említenem, hogy két esetben a rohamoknak azt a szokatlan typosusát láttuk, amelyet a felnőtteknél gyakrabban is észleltek. Két-három, másodnaponként jelentkező roham után a rohamok minden nap felléptek. A lázgörbe a malaria duplex typosusát mutatta

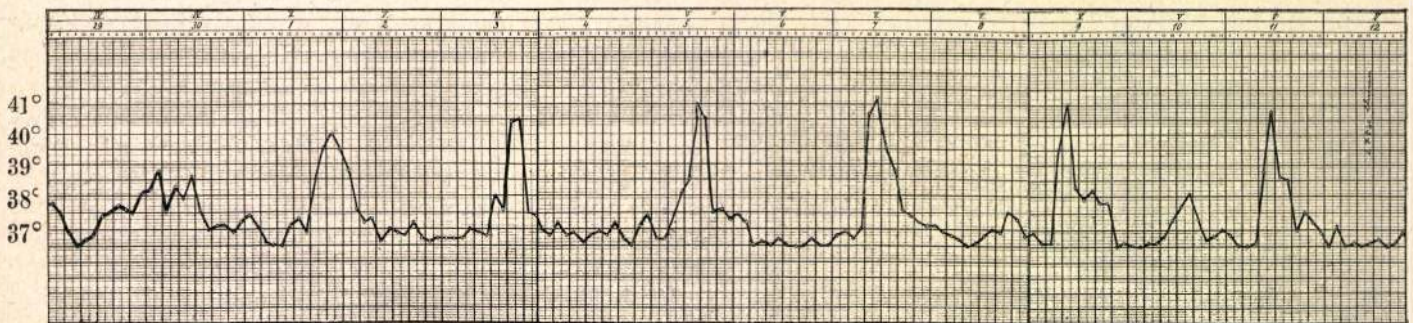
\* Magántanári előadás.



(3. ábra). A két roham között lényeges eltérés a lefolyásban nem volt észlelhető. Ezek az esetek is éppen olyan jól reagáltak a chininkezelésre, mint a malaria tertianák és ezen duplex rohamok nem viselték meg jobban a gyermekeket, mint a másodnapos lázak.

mann-reactiója is és kóros fehérje- és sejtszámmegegyeztetés is kimutatható volt.

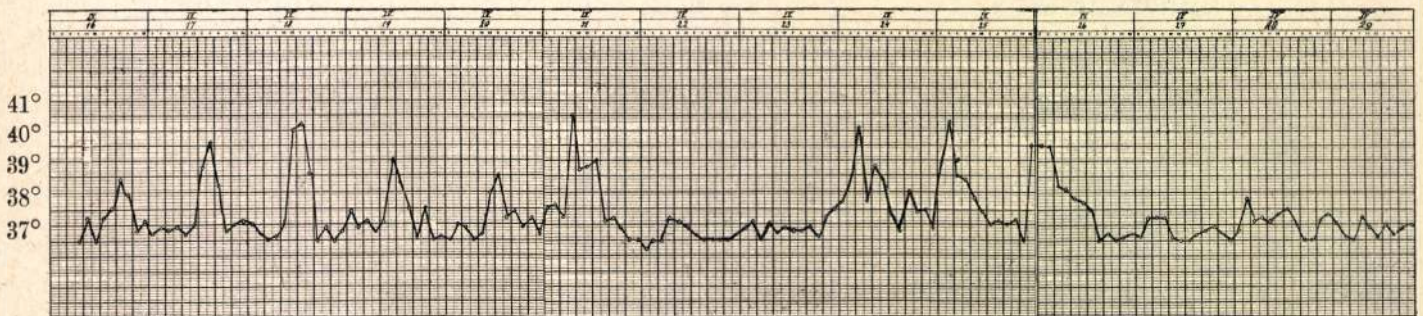
Betegeink a lázas rohamokat elég könnyen viselték el: a rázóhideg nem vette őket annyira elő, mint felnőtt korban; a láz a 41 C°-ot sohasem haladta túl. A táp-



1. ábra. Typusos malaria tertiana, amely chininre megszűnt. Oltás 1928 IV. 18-án.

Nyolce roham után kezdtük adagolni a chinint, még pedig úgy, amint az nálunk az antimalariaiás kezelésnél szokásos. Hat-nyolce órával a várható lázemelkedés előtt két ízben adunk 0.30 g chininum bisulfuricumot per os. Ugyanígy adtuk a chinint még három napon keresztül a

lázokzás a rohammentes napokban kifogástalan volt, láz idejében csökkent. A therapia eredményességének egyik bizonyítékát sok szerző a betegek súlycsökkenésében látja. Azoknál a betegeknél, akiknél ez az állapot nem következik be, a malariatherapiától nem is várnak ered-

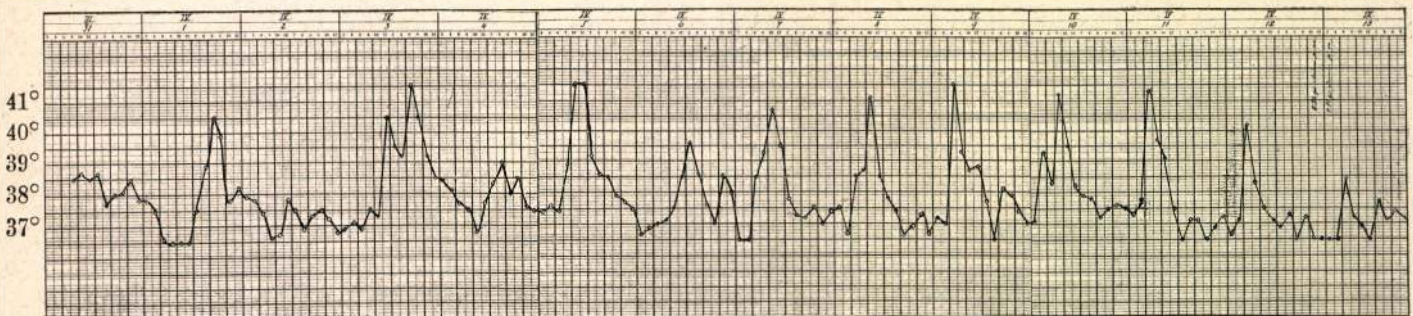


2. ábra. Atypusos malaria, amely magától, spontan megszűnt. Oltás 1928 IV. 2-án.

láz megszűnte után s azt követőleg még egy hétig egyszer napjában. Ezzel a therapiával sikerült minden betegünket a lázas rohamoktól és így malariájától megszabadítani.

A lázas rohamok megszűnte után kezdtük meg az

ményt. Betegeink közül csak egynél láttunk nagyobb testsúlyvesztéséget. A 35.7 kg súlyú gyermek a 18 napos malariája alatt 1.5 kg-ot veszített súlyából. A többiek vagy semmit sem veszítettek, vagy csak sokkal kisebb mértékben.



3. ábra. Oltás 1928 III. 17-én. Eleinte malaria tertiana typusu rohamok, amelyek később a quotidiana typusba mentek át. Chininkezelésre a malaria meggyógyult.

antilueses kezelést, amely erélyes kombinált neosalvar-san-bismuth-kezelésből állott.

A malariaátoltás intramuscularis úton jó eredményekhez vezetett. Az intravenás úton való átoltás sokszor kellemetlen melléktünetekkel jár, amiért is ettől a módtól már a legtöbben elállottak. A subcutan úton való átoltás pedig sok esetben nem jár eredménnyel.

Hat olyan betegnél kíséreltük meg a malariakezelést, akiknél a Wassermann-reactio a legerélyesebb kezelésre sem vált negatívvá. Positív volt a liquor Wasser-

Ami az eredményeket illeti, azokra vonatkozólag egyelőre csak feltételesen tudunk választ adni. A kezeléssel a megszorodott sejtszám a normalisra tért vissza. A liquor cerebrospinalisban 30–40 sejtszám kóros. Ez a szám lement 4–6 sejtszámra. A másik eredmény a Wassermann-reactiónak a megváltozása. Amíg a kezelés előtt a liquor Wassermann-reactiója pozitív volt, a kezelés után hat eset közül négy esetben negatív lett. A globulin mennyisége a rohamok megszűnte után jelentősen csökkent. Jó eredményekhez vezetett a malaria a luesre



jellemző liquorgörbék lefolyásában. Kezelés előtt úgy az aranyosol-, mint a többi colloidreactiók az antilueses kezeléssel befolyásolhatatlan esetekben a központi idegrendszer lueses megbetegedésére jellegzetes görbét mutatták, a rohamok elmúlása után ez a görbe az egészséges liquorban található görbék lefutási formájához közeledett.

A vér Wassermann-reactiónak negatívvá válása a malariát közvetlenül követő antilueses kezelés után egy esetben sem következett be. A malariás rohamok után végzett kombinált NS-Bi kezelés befejeztével a Wassermann-reactio pozitív marad a vérben. Az ezen kúrát követő szünet alatt azonban (6–8 hét) a hat eset közül háromban a Wassermann-reactio a vérben is negatív lett. Ezt látjuk különben a felnőttek terapiájában is. Egy kúra elvégzése után rendszeren változatlan a lelet, míg néhány hét, esetleg hónap múlva minden kezelés nélkül spontan javulást constatálhatunk. Kétségtelenül áll azonban az a tény, hogy a malariás rohamok elmúlását közvetlenül követni kell az erélyes antilueses kezelésnek. Ez a kezelés lehet NS-Bi vagy NS-higany. Klinikánkon az előbbi methodus mellett foglaltunk állást, mert ez a kúra sokkal erélyesebb, mint a NS-higanykezelés.

Egyes szerzők már végeztek malariatherapiát olyan congenitalis eredetű lueses gyermekeken, akiknél a kór-képet a szellemi visszamaradottság uralta elsősorban. *Kundratitz* (Wien) egy esetben tapasztalta, hogy ennél a gyermeknél a malariatherapia jó hatással volt a gyermek szellemi fejlődésére is. A csekély számú anyagomban ilyen esettel nem találkoztam és mivel erre vonatkozólag az irodalomban más adatot nem lehetett találni, egyelőre ez a kérdés még tisztázva nincsen.

Mivel magyarázhatjuk a malariás rohamoknak a jó hatását a lueses elváltozások ilyen kedvező módon való befolyásolhatóságára? Erre vonatkozólag egyelőre csak hypothesisal tudunk felelni. Kétségtelennek látszik az a tény, hogy a magas lázas malariás rohamok a spirochaetákat fészkeikből kimozdítják. Ezt bizonyítja az a tény, hogy a malariakezelés előtt végzett vérvizsgálatokban a spirochaetát nem lehetett kimutatni, addig a malariás rohamok után a vérben spirochaeták voltak találhatóak. A magyarázata ennek az, hogy a malarioltások következtében az erek és a szövetek átteresztőképessége fokozódik, a szövetnedv kicserélődése fokozottabb. Látunk göcreactiókat. A felnőttek terapiájában nem egyszer volt alkalom annak a kimutatására. T. i. a pozitív liquor és vér Wassermann-reactión kívül semmi más tüneteket nem mutató lueses egyéneknél a malariarohamok után a másodlagos luesre jellemző tünetek léptek fel. Így láttak megjelenni a bőrben lueses természetű elváltozásokot és gummákat. Mindezek bizonyítják azt, hogy a fészkeikből kimozdított inactiv spirochaeták újra activakká lettek és a megállapodott lueses folyamatot mintegy fellobbantották. Ennek azonban semmiféle káros hatása nincsen. Ha a spirochaeták újra megjelentek a vérben, a specifikus antilueses gyógyszereknek is sokkal inkább hozzáférhetőbbeké lettek és az antilueses therapia sokkal eredményesebb lehet. Ezzel magyarázhatók részben a jó eredmények. Egy másik magyarázat a malariarohamok hatásosságára az a felfogás, hogy a lázas rohamok után a szervezet mintegy áthangolódik, egy „Umstimmung“ megy végbe, aminek a következménye antitesteknek fokozott mértékben való képzése. A magas láz alatt a szervezetben nagyobb fokú szövetszétesés áll be. A szövetszétesés folytán nagyobb mennyiségű saját fehérje kerül be a vérkeringés útján a testbe és ez a fehérje mintegy autoproteinhatást fejt ki. Ezzel a fehérjeaktivitással a szervezet sokkal fogékonyabb lesz a specifikus gyógyszerekkel szemben és így azok sokkal inkább ki tudják fejteni a kívánt hatást. Ezek azonban

csak hypothesisok és bebizonyításuk a jövő feladatai közé tartozik. Egyelőre meg kell elégedve lennünk az eddig elért eredményekkel és a tapasztalatok alapján a malarioltásokat a veleszületett lues therapiájába a megfelelő esetekben megpróbálni.

Melyek azok az esetek, amelyek erre a kezelésre leginkább alkalmasak? Az eddigi tapasztalatok alapján azt mondhatjuk: meg kell próbálni ezt mindazon esetekben, amelyekben az eddig szokásos eljárásokkal eredményt elérni nem tudtunk. Ide tartoznak elsősorban a központi idegrendszer megbetegedését mutató esetek (tabes dorsalis, paralysis progressiva, lues cerebri), továbbá a lueses alapú, szellemileg visszamaradottnak nagy csoportja; valamint a liquor cerebrospinalis kóros elváltozásait mutató esetek. Felvehetjük a kezelendők csoportjába mindazokat az egyéneket, akiknél semmiféle kezeléssel eddig nem tudtunk serologialag tünetmentes állapotot elérni. Itt vetődik fel még az a kérdés is, hogy meddig kezeljünk egy biztos lueses egyént? Két csoportba oszlanak a szerzők ezt a kérdést illetőleg. Az egyik csak a klinikai tünetmentességet kívánja elérni és a további kezelést csak akkor látja indokoltnak és célszerűnek, ha újra fellépnének lueses jelek, azaz ha recidiva lépne fel. Ezzel szemben egy nagyobb csoportja a szerzőknek azon a véleményen van, hogy a lueses egyént egészen addig kell kezelni, amíg úgy klinikailag, mint serologialag is teljesen és tartósan tünetmentesek nem lesznek. De miután csak olyan esetekben tartjuk indokoltnak a malariatherapiát, melyekben a Wassermann tartósan pozitív s amikor azoknál már hosszabb antilueses kezelés sem vezetett eredményre, ez a therapia is, mint ultimum refugium megkísérelendő. De lesznek esetek, amelyekben a malariatherapiával sem érünk el eredményt.

## Jordán Tamás (1539—1585) életéhez.

Írta: *Magyary-Kossa Gyula dr.*

Nem akarok életrajzot írni kolozsvári Jordán Tamásról, csupán néhány adattal szeretném kiegészíteni azt, amit róla tudunk.

Korán elszakadt tőlünk; először Bécsbe, azután Morvaországba, hol be is fejezte fiatal életét. De azért állandó érintkezésben volt régi honfitársaival s kivált bécsi tartózkodása idején valószínűleg gyakran fölkeresték a gyógyulásra váró magyar urak. Lőrinczfalvay Kristóf írja özvegy Nádasdy Tamásnénak<sup>1</sup> 1569 július 15-én Bécsből, hogy mikor a kis Nádasdy Ferenc valami lázas bajba esett és „az veréték az testét kevésbé megette volt és helyvel megvörösült“, akkor elhívatta hozzá Jordán doctort is: mondaná meg, minek tartja ő ezt a vörösséget, s ő is azt mondta, hogy az a verejtékezéstől vagy, semmi mástól. „Annak mivoltájér nem merték az éjjel a lepődöket változtatni, hogy az hűvösség, ha megérte volna, egyött hertelen az veréték beitt (beütött) volna rajta és történt volna nagy betegség belőle. Ugyanaz, ki lepődöbe estve takartok (takartuk), azon lepődöben hált éjjel.“ Két (latin) levél (Bécs, július 12. és 15.), melyet M. Urbanus Paulus (vagy Prutenus) intéz az özvegy nádornéhoz, szintén említi, hogy elhívták dr. Jordanust, ki megnyugtatta őket, a kis fiút pedig a karján, vállán, lábain megkenték, úgy, ahogy otthon is szokták.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nádasdy-levéltár. (Orsz. levéltár.)

<sup>2</sup> „Adhibita sunt ea remedia, quae alias adhibita solita fuisse ex famulis cognovi: brachiorum, scapularum crurumque unctio et fricatio. Mox pannis bene tectus est. Ex hoc, copiosus e toto corpore sudor defluxit.“ — Már más helyen is megemlékeztem arról, hogy nálunk hajdanában a gyermekek hevenyés bajainak gyógyításában milyen nevezetes szerepe volt a *kenésnek*.



E levelek bizonyítják, hogy Jordán Tamás már ebben az időben, mikor még csak harmincéves volt, nagyteknélyű és jóhírű gyakorlóorvos volt a császárvárosban; másként alig képzelhető, hogy a nádor fiának kezelését reá bízták volna.

E levelek kelte idejében Jordán Tamás már néhány év óta praktizált Bécsben. A bécsi egyetem orvosi karának évkönyveiben<sup>3</sup> azt olvassuk, hogy már 1566 áprilisában kérte, hogy a bécsi facultas jegyzékébe fölvegyék; ekkor doctori oklevelét s egyéb okmányait bemutatta és az előírt (nem csekély) díjakat is lefizette. Nyilvános disputációját, a hippokratési aphorismusok egyike fölött<sup>4</sup> május 17-én tartotta meg s ekkor még külön fizetett minden megjelent facultásbeli doctornak (tizennégynek) és a pedellusnak 3—3 forintot, a kari pénztárnak hatot; hozzá még minden egyes doctornak „pro convivio“ (a felavatást követő lakomára) egy-egy forintot. A következő év áprilisában megengedik neki, hogy az egyetemen ingyenes előadásokat tarthasson Galenusnak valamelyik könyvéről, kivéve azokat, melyekről csak a nyilvános professorok tarthatnak.<sup>5</sup>

1566 augusztusában Jordánt a császár marsalljának, Ungnad Lajosnak kíséretében a török elleni hadjáratra Magyarországra vezényelt hadsereghez küldik (Acta stb. 82.). Pelzel (és utána Szinnyei stb.) azt mondja, hogy e kiküldés tulajdonképpen nem annyira a *morbus hungaricus* behatóbb tanulmányoztatása céljából történt, hanem inkább azért, hogy az előkelő bécsi doctorok megszabaduljanak a híresedő magyar orvos concurrentiájától. Bergmann<sup>6</sup> kétségbevonja ezt az állítólagos féltékenykedést, ámde a bécsi egyetem actái inkább Pelzel állítását erősítik meg. Ugyanis mikor Jordán a nem éppen veszélytelen magyarországi kirándulásról visszatér, a bécsi facultas vezetőemberei egy még kockázatosabb tisztséget akarnak a nyakába varrni. Bécsben akkor erősen dühöngött a pestis; az alsóausztriai kamara a bécsi egyetemtől kér megbízható szakértőorvost („eine taugliche Person“), kire a legfőbb ellenőrző pestisorvos (*magister sanitatis*) tisztét bízhatnák. A facultás urai semmiképpen sem akarják vállalni a fáradságos és veszedelmes feladatot; maguk írják, hogy az „nit allein ein muesame, sondern vielmehr gefehrliche Condision ist“, mely a közelmúltban is négy jeles orvosnak: Vesaliusnak, Löffelholtnak, Herteliusnak és Neumannnak okozta vesztét; ők különben is mind családos emberek, míg a kiváló fiatal tudós, Jordánnak se felesége, se gyermeke, ezért is egyhangú szavazással őt ajánlják, s ha ő nem akarná vállalni, akkor a városban gyakorlatot űző külföldi orvosok valamelyikét, kik úgy is föleszik előlük a kenyeret (*das prott vor dem maul abschneiden*). Ha ezek a külföldiek nem akarják a veszedelmes tisztséget vállalni, akkor tiltsák el őket a gyakorlattól. Jordán — beteg voltára hivatkozva — nem vállalkozott s ezt a vonakodást kemény szavakkal bélyegzi meg a facultás, azt jelentvén a kamarának, hogy gyáván megszökött (*fugisse officium*) s ez csak igazolja a karnak ellene már régebben is emelt panaszait; ő csak az egye-

temmel való kapcsolat előnyeit igyekszik kiélvezni, ellenben a kellemetlenebb feladatoktól húzódozik.<sup>7</sup> Mindazonáltal a kormányzóság (lehet, hogy Jordán hatalmas pártfogói befolyására) elfogadta és méltányolta a magyar orvos „nyomós mentségeit“ (*erhöbliche entschuldigungen*) s mást bízott meg a *magister sanitatis* veszedelmes tisztevel. Hogy azonban Jordán viszonya a karhoz még hónapok mulva sem javult meg, azt az is bizonyítja, hogy az ülésekre egyáltalán nem járt el és nem is fizetett.<sup>8</sup>

Állítólag a morvaországi (protomedikus) állást is csak féltékeny kartársai távoltartó szándékának köszönhette Jordán. Annyi bizonyos, hogy nem nagyon jól érezte magát Brünnben, hol (bár anyagi gondjai nem voltak) teljes tudományos izoláltságban kellett élnie. Maga írja munkája elején (az ajánló levélben): „Nescio, quo meo fato in has sum devolutus terras, ubi, licet ad vitam honeste traducendam omnia abunde suppeditentur, animus tamen suo destituto pabulo, reciproca studiorum aemulatione sublata, commercio literatorum privato, quid voluptatis residuum censet?“

A bécsi tanárok méltán féltékenykedhettek a fiatal magyar orvosra, kinek kiválóságát munkáin kívül az is bizonyítja, hogy korának legelső tudósai barátai vagy pártfogói közé tartoztak s ezekkel élénk levelezésben állhatott (azt hiszem, hogy ennek még sok írásos bizonyossága akad a külföldi levéltárakban). Levelei közül megemlíthetem a *Dudith András* váltottakat. A volt esanádi és pécsi püspök, ki az episcopatum tudvalevőleg a *matrimoniummal* váltotta fel (s ezért aztán *in effigie* Rómában megégették), egy helyen azt írja, hogy olvasta Jordán munkáját a brünni járványról, melyet ő egyszerűen syphilisnek tart,<sup>9</sup> egy másik helyen pedig (1579 aug. 24., u. o. 281.) azt mondja, hogy „ma kaptam meg Jordán Tamás levelét, melyben közli, hogy végig fogja járni Morvaország összes hévvizeit, *destillációval* megállapítandja azok természetét és orvosi erejét s aztán majd rövid kommentárt fog írni róluk“. (Ezen *Commentariolus*, mint ismeretes, a következő évben meg is jelent, meg pedig Zbursky András slawkowi jegyző fordításában, cseh nyelven; v. ö. Bergmann u. o. 112. és Szinnyei. Jordán állítólag tíz évig dolgozott és kísérletezett ebben a dologban.) Ugyanott (p. 224.) olvasható Crato-nak Jordánhoz intézett levele a *lues brunogallica*<sup>10</sup> dolgában, melyben meglehetősen fölényes hangon vonja kétségbe Jordán nézeteit.<sup>11</sup> Cratot különben mindig mint legnagyobb pártfogóját emlegeti Jordán, mint ez a pestis tüneteiről (*Pestis phaenomena* stb., 1576.) írott munkája ajánlásából<sup>12</sup> is ki-

<sup>7</sup> Acta, stb., 118. és köv.

<sup>8</sup> U. o. 166.

<sup>9</sup> *Crato à Kraftheim*: Consil. et epist. medic. libri (ed. Scholz, 1654.) lib. III. 276. (Az ebben a levélben előforduló és hibásan *Squacitilupum*nak írt, vagy szedett név *Squarcelupum*nak, vagy *Squarcialupum*nak olvasandó.)

<sup>10</sup> Egyformán írható *brunno-* vagy *brunogallicának*, mert Brünnnek latin neve is hol Brunnának, hol Brunának írták.

<sup>11</sup> Erről s általában az egész *morbus brunogallicus* kérdésről kimerítően értekezik *Györy Tibor*: „Kolozsvári Jordanus Tamás és a Morbus brunogallicus“ (1912) című értekezésében, mely ugyanazon évben németül is megjelent, mint a „Zur historischen Biologie der Krankheitserreger“ 6. füzeté. Jordánnak e munkája az első részletes monographia, amely extragenitalis eredetű syphilis-járványról szól. E járvány Adam brünni borbély fürdőjében vette eredetét, azáltal, hogy egy luetikus betegről megfertőződött a köpölyöző eszköz s utána az egészségeseknek is mesterségesen beoltatott a betegség, mely rövid idő alatt száz és száz egyént lepett meg Brünnben és környékén.

<sup>12</sup> *Apponyi*: Hungarica, III. 269. (U. i. utalás Bergmann „rendkívül érdekes“ életrajzára.)

<sup>3</sup> Acta facultatis medicae universitatis Vindobonensis (ed. Schrauf et Senfelder), IV. 78.

<sup>4</sup> Hippokr. Aphorism. lib. II, aphor. 19. („Acutorum morborum non omnino tutae sunt praedictiones, neque mortis, neque sanitatis.“)

<sup>5</sup> Acta fac. med. Vindob., u. o. 84. Kétségtelen, hogy erre az (első) előadására vonatkozik Jordánnak az az *Oratio*-ja, mely Szabó-Hellebrant (III. l. 163.) szerint csak egyetlen példányban (a heiligenkreuzi kolostor könyvtárában) maradt fenn. Az előadás tárgya a következő galénuszi tétel: „Animi mores sequuntur temperamentum corporis“.

<sup>6</sup> *Bergmann*: Medaillen auf berühmte u. ausgez. Männer d. österr. Kaiserstaates (1858), II. 110.



tűnik. Jó barátja volt továbbá Purkircher, a jeles pozsonyi orvos és botanikus.<sup>13</sup> Végül megemlíthetem még, hogy levelezett a trienti tudós Julius Alexandrinus-szal (Alessandrini-vel) is, akinek a Brunogallicus második kiadását is ajánlotta, továbbá a híres bolognai orvos- és természettudóssal: Aldrovandi Ulyssessel, ki egyik érdekes levelében megköszöni Jordánnak a Morvaországból neki küldött *Alisma Dioscoridis*-t (a mai *Cypripedium calceolus*-t) és a múmiát.<sup>14</sup>

Látjuk tehát, hogy Jordán Tamás korának első tudósaival állott részint barátságban, részint élénk tudományos összeköttetésben. Ő maga is kiváló ember volt,



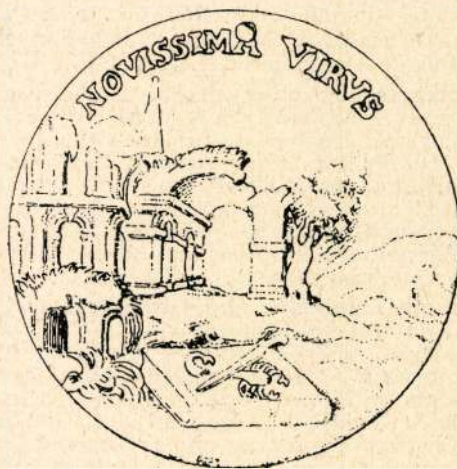
kire ráillett az a latin üdvözlő vers, melyet *Burckard* nevű orvoscollegája írt hozzá<sup>15</sup> s amely *Pataki Jenő* barátom fordításában következőleg hangzik:

Az igaz Istennek nyomait mutatja nekünk az,  
Hévíforrásoknak ki erejére tanít.  
Úgy állsz Mester Morva tudósai s doctori mellett,  
Mint Phoenix szárnyas társai tábora közt.  
Jordanus éles eszével egymaga áll kimagaslón,  
Jordanust tiszteli hön: nép, a papok s a nemes.

A sors, orvosi kultúránk veszteségére, nagyon is rövidre szabta Jordán életét: 46 éves korában, 1585 febr. 6-án meghalt. *Pataki Jenő* szerint<sup>16</sup> özvegyet és három fiút hagyott hátra, kiknek utódai ma is (?) élnek Brünnben. Ezzel szemben *Ernyey*<sup>17</sup> azt írja, hogy Jordánt 1573-ban vették föl a morva lovagrendbe s „egyetlen fia“, Károly 1631-ben halt meg, özvegye pedig Bilovitz nemesi birtokot eladta. Jordánnak egyik, Berzeviczy Márton erdélyi kancellárhoz intézett s 1575-ben kelt leveléből<sup>18</sup> kiderül, hogy ebben az évben már három gyermeke volt s a negyediket is várta, felesége pedig szintén erdélyi birtokos nemes családból származott, neve azonban — legalább előttem — ismeretlen.

Jordán Tamásnak több arcképe maradt; ezek közül a legérdekesebbet, Antonio Abondió-nak művészi kivitelű érmét, Bergmann (i. h.) közölte először. *Faludy Géza* főorvos, a kiváló szakértő megállapítása szerint ez a legszebb, legregebb és legkritkább magyar orvosi érem, melynek egyetlen hiteles példánya a híres Brettauer-féle bécsi gyűjteményben van. Az érem egyik oldalán „THOMAS JORDANVS MEDICVS AET. XXXI“ és a jeles művész

nevének kezdőbetűi (AN:AB) olvashatók, a másik oldalon pedig NOVISSIMA VIRVS felírás, alatta romok, egy könyv, rajta kettévágott skorpió és egy kés. A különös felírás már sok fejtörést okozott a numismatikusoknak, Bergmann szerint annyit jelentene, hogy „a (skorpió) végén van a mérég“, vagy „az utolsó eszköz (gyógyszer) a mérég“; Fiala szerint: „a legrosszabb a mérég (járvány)“; Faludy szerint: „legnagyobb baj a járvány (ragály)“. Azt hiszem, hogy az utóbbi a legvalószínűbb, bár a rejtélyes felírás engem arra a „Nova lues“-re is élénken emlékeztet, mely Jordánnak Brunogallicus című munkája címében is előfordul („Brunno Gallicus, seu



*luis novae* in Moravia exortae descriptio.“) s lehetséges, hogy a felírás csak annyit akar mondani, hogy „a legújabb mérég (vagy járvány)“, melynek Jordán az ő orvosi tudományával (melyet a könyv jelképez) olyan alaposan és gyorsan vetett véget Brünnben, mint mikor a skorpiót derékban kettévágják. Az érmét vagy Crato készítette, kinek az irat ajánlva volt, vagy a morva rendek, sőt esetleg talán maga a császár.

## VEGYES HÍREK

**F. G. Benedict** professor, a washingtoni Carnegie-intézet táplálkozás-életlani laboratóriumának igazgatója a jövő héten érkezik Budapestre s előadást tart a kir. magy. Természettudományi Társulat élet- és kórtani szakosztályának március 6-i ülésén, ahol legújabb vizsgálatait ismerteti az emberi és állati anyagforgalom köréből.

E nagyfontosságú előadásra való tekintettel néhány sorban méltatjuk **F. G. Benedict** tudományos működését. Mint *Atwater* assistense kezdte működését; résztvett a nagy állatokon végzett calorimetriás vizsgálatokban, amelyek igazolták a Zuntz-féle indirekt calorimetriás módszerekkel végzett számításokat. Munkássága a következő főbb pontokban foglalható össze: Nagy calorimetert szerkesztett ember és állatok számára, később ezt oly módon tökéletesítette, hogy ágyban fekvő betegen is alkalmazhatta, majd miután igazolta, hogy a direct és indirekt úton nyert calorimetriás vizsgálatok eredményei fedik egymást, az  $O_2$ -fogyasztás meghatározására tért át. Számos vizsgálata alapján táblázatot készített, amelyből előre megállapíthatjuk az emberi alapanyagcsere értékét a testsúly, kor, magasság alapján. Jelentős kutatásokat végzett a N-anyagcsere körül is.

Előadása annál is értékesebb számunkra, mert két-évenként ellátogat hozzánk és így sorozatos előadásokban van alkalmunk újabb kutatásainak eredményét megismerni.

**A IV. iparegészségügyi congressus.** A foglalkozással járó betegségek tanulmányozásának céljából tudvalevőleg állandó nemzetközi bizottságot szerveztek, mely az időközi congressusokat előkészíti és szervezi.

A legközelebbi IV. congressus a folyó évben Lyonban április 3-tól 6-ig fog ülésezni és befejezése után a környék nevezetesebb üzezeit fogja a bizottság a congressus tagjainak bemutatni. A congressus napirendjére az alábbi kérdések vannak kitűzve: 1. a silicosis; 2. a

<sup>13</sup> Jordánhoz intézett hexastichonját közli *Apponyi* u. o. 269. (Itt az is említve van, hogy Jordán a császár egyenes meghívására ment Prágába egy alkalommal.)

<sup>14</sup> E levél bő kivonatát közli *Bergmann* (i. m.), kinek a Jordán által kiadott Dubravius-féle *Historia Boiemicá*-ról is olvasható néhány megjegyzés.

<sup>15</sup> Czvittinger után közli Wessprémi (I. 75.).

<sup>16</sup> Kolozsvári Jordán Tomás. (Különnyomat, é. és h. n.)

<sup>17</sup> Morvaország magyar urai. (Turul, 1925. 39. kötet.) Különnyomat, 7. old.

<sup>18</sup> Tört. Tár, 1881. 491. E levél tartalmából kétségtelenül megállapítható, hogy Jordán Tamástól származik, bár a kezdete (a másoló hibájából) *Jánosnak* mondja.



foglalkozási eredetű hályog; 3. az endokrinszervek és a mérgezések; 4. még eddig nem közölt tanulmányok az ipari betegségek köréből. A congressus francia csoportja a congressussal kapcsolatban az alábbi kérdést fogja megvitatni: „Mit kell érteni a törvényalkotás szempontjából az ipari betegségek alatt?”

A végleges programot a bizottság akkor fogja összeállítani, amikor a jelentkezők előadásuk kivonatát beküldötték. A bizottság kéri a congressuson résztvenni kívánók mielőbbi jelentkezését, hogy a vonatkozó nyomtatványokat a bizottság részükre megküldhesse a lakásról gondoskodhassék.

A tagsági díj 50 fr. frank (kb. 12 pengő), családtagok részére 25 fr. frank (kb. 6 pengő). A résztvevők a francia vasutakon 50% kedvezményt élveznek.

A congressus címe: IV. Réunion de la Commission internationale pour les Maladies professionnelles. Lyon (France Rhône). Imprimerie A. Rey 4 Rue Gentil, 4.

**A rákbetegség elterjedése Németországban.** A berlini Orvostársaságban tartott legutóbbi beszámoló szerint a német kórházakban évente 140.000 embert kezelnek rák ellen. Halálozási szám, mely 71%-ot tesz ki, felülmúlja a tuberculosis halálozási számát. Lazarus szerint a rák sebészi kezelése nem javítja a mortalitást statisztikáját, míg a sugaras kezelés kedvezően befolyásolja a betegséget. Ajánlatosnak tartja, ha minden 40 éven felüli egyént évente orvosi vizsgálatra köteleznék.

**Románia nemibeteg statisztikájáról,** mely minden méreteket felülmúl, kétségbeesetten számolnak be a román lapok. Dacára a népjóléti minister rendeletének, mely ingyenes gyógyszert és gyógykezelést biztosít a nemi betegnek, mégis hatalmas mértékben terjed a gonorrhoea, ulcus molle és syphilis. A legutóbbi statisztika szerint Románia területén 10%-a a lakosságnak szenved nemibajban.

**A cocainüzérkedés ellen Ausztriában új törvényeket léptettek életbe,** mert az eddigiek nem mutatkoztak eléggé szigorúnak a cocainkereskedelem meggátlására. Ez év januárjától hat hónapig terjedő fogházzal és 25.000 schillingig terjedő pénzbüntetéssel sújtják a cocainüzereket.

**A syphilis pusztítása Franciaországban.** M. Dauriat adatai szerint Franciaországban jelenleg minden tízedik ember syphilitikus, azaz közel négy millió ember szenved e betegségben.

**A Kir. Orvosegyesület március 2-i tudományos ülésének programja:** Bemutatás: 1. Steiner Béla: Súlyos angolkór többszörös csonttöréssel. 2. Bókay Zoltán: Kétoldali vesesarkoma csecsemőnél. Előadás: Bókay János: Transparentia-vizsgálatok veszületett agyvízkórnál.

**A Magyar Szemorvostársaság március hó 8-án d. u. 6 órakor az I. számú egyetemi szemklinikán tudományos ülést tart.**

**A Közkórházi Orvostársulat március 6-i ülésének tárgysorozata.** Bemutatások: 1. Sipos Imre: Kétszeres vastagbélrák két esete. 2. Scheitz László: Kulcsontvelő-gyulladások. 3. Nebenführer László: Alopecia totalis. — Előadások: 1. Liebermann Ló: A tejbefecsendés technika. 2. Fabinyi Géza: A felső légutak vérzéseiről.

**A Magyar Urológiai Társaság március 2-ki folytatolagos ülésének tárgysorozata:** Referáló előadások: 1. Feleky Hugó: A gonorrhoea-gyógykezelés irányelvei gyakorlati szempontból. 2. Fekete Sándor: A női gonorrhoea.

**Orvostudományi avattattak** a pécsi Tudományegyetemen február 27-én: Steinmetz Borbála, Kronovics Béla, Heks Imre.

**Megjelent a Magyarország Orvosainak Évkönyve és címtára,** 39. évfolyam, 1929. évre. Az összes megrendelt példányokat már postára adtuk. Utólagos megrendelések a „Petőfi” Irodalmi Vállalat könyvosztályához, Budapest, VII, Kertész-utca 16. szám alá intézendők. Telefon: József 406—47.

**Ragályos betegségek Budapesten.** A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 17-től február 23-ig előfordult:

Hasi hagymáz	—	(2)	Gyermekágyvíz	—	(—)
Kütegés hagymáz	—	(—)	Bárányméreg	25	(—)
Hólyagos (ál-) himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	14	(—)
Kanyaró	56	(—)	Vérhas	4	1
Vörheny	33	1	Járv. agygerincagyh-lob	1	1
Szamárhurut	12	2	Trachoma	10	(—)
Roncs. torok és gége	43	4	Veszétség	—	(—)
Influenza	837	49	Lépfene	—	(—)
Ázsiai cholera	—	(—)	Paralysis infant.	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929. Budapest VIII, Múzeum-körút 6. — (Dr. Czákó Elemér.)

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEJ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Influenzás bronchitisnél,  
bronchopneumonia megelőzésére és kezelésére

**MECAJOL**

Balzsamhatás! Jódhatás!  
Kitűnő parenterális köptető.

Irodalmat és orvosi mintát küld:

„CERTA” Laboratorium r.-t., IX, Ipar-utca 7. sz. Buda pest

**DR. PAJOR-SANATORIUM**  
VIII, Vas-utca 17.

Bel-és idegosztálya a legtökéletesebben berendezve.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kalvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia. Zander, inhalatorium

**RÖNTGEN** -BERENDEZÉSEK  
TÖKÉLETES SZOLID KIVITELBEN  
MARTIN ÉS 'SIGRAY RT.  
ELEKTROFIZIOLÓGIAI OSZTÁLY  
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

## PÁLYAZATOK.

A vezetésem alatt álló közkórháznál megüresedett alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a 124.000/1926. N. M. M. számú rendelet értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő készpénzilletmény, természetbeni bűtorozott egyszobás lakás és I. osztályú ételmezés. Az ételmezésért az önköltségi ár 50%-a a kórház pénztárának megterítendő.

Felhívom a pályázni kívánó női orvostudományosokat, hogy politikai és erkölcsi magatartásukat, szakképzettségüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket méltóságos Tarányi Ferenc dr., Vas vármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb folyó évi március hó 15-ig nyújtsák be.

Szombathely, 1929 február hó 21.  
1929. szám. **Pető Ernő dr., s.k.**  
m. kir. egészségügyi főtanácsos, igazgató-főorvos.

Borsod, Gömör és Kishont, közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék mezőcsáti járásában újonnan rendszeresített sajtóügyi körorvosi állásra Sajószöged székhellyel (hozzátartozik: Nagyesés, Muhi, Sajóörös, Tiszaszederkény, Szakáld, Hejőszalonta) pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma a X. fizetési osztály 3. fokozata szerinti illetmény rangosztályának megfelelő-lakbér, továbbá a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak és fuvarátalány.

Felhívom mindazokat, akik az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908: XXXVIII. t.-c.-ben előírt képesítésüket, eddigi, de legalább egyévi gyakorlati magatartásukat, magyar állampolgárságukat, erkölcsi magatartásukat, feddhetlen előéletüket, a forradalom alatt tanúsított magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi április hó 1-ig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás határnapját később fogom kitűzni.

Mezőcsát, 1929 február 23.  
1929/1929. Zombory s. k., főszolgabíró.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. magántanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

## Megjegyzések a choledochusközelzáródás és az ikterus simplex differentialis diagnosisához.

Lesznek talán egyesek, kik a felvetett problémán esodálkozni fognak. A cholelithiasis és különösen az ezzel kapcsolatos choledochuselzáródás az esetek túlnyomó részében tényleg oly jellemző anamnesissel és tünetekkel jár együtt, hogy a diagnosis felállítása nem igen kétséges, különösen az ikterus simplexxel szemben, plane, ha még nem szoktunk el attól, hogy az úgynevezett ikterus catarrhalist mindig könnyű lefolyású megbetegedésnek tekintsük. Ma már tudjuk, hogy az ú. n. ikterus catarrhalis legelején senki sem tudja megmondani előre, hogy könnyű lefolyású megbetegedésről lesz-e szó, vagy pedig nem állunk-e szemben egy majd letális kimenetelű, súlyos hepatitisssel. Úgy áll a helyzet, hogy az ú. n. ikterus catarrhalisok is voltaképpen hepatitissek és csak az elnevezés súlyos mellékíze és az eseteknek túlnyomóan mégis kedvező lefolyása az oka annak, hogy az ikterus simplex elnevezés a legmegfelelőbb. A choledochuselzáródás felvétele azelőtt szintén nem okozott olyan fejtörést, mint most. Ha ikterus mellett a vizelet urobilinogen-reactiója negatív volt és az acholiás székben a sublimatpróba epéfesteny hiányát mutatta, úgy azt mondtuk, hogy a choledochus el van zárva (kő, daganat vagy gyulladásos összenövés). Az utolsó években még döntő jelentőséget tulajdonítottunk annak, ha a fentebbi leleteken kívül, a duodenalis sondázással nyert bennébe sem tudtunk epét kimutatni. Ha ezután az ilyen esetekben epeköre utaló fájdalmak is voltak az anamnesisben, úgy a choledochusközelzáródás diagnosisa nem igen volt kétséges. Mióta azonban az ikterusos betegeinket igen beható vizsgálatoknak vetjük alá, egyes esetekben a differentialis diagnosit nem tudjuk oly egykönnyen felállítani. Egyik részről tudjuk, hogy vannak súlyosabb ikterus simplexben szenvedő beteg, kiknél előfordul, hogy az urobilinogen-reactio negatív, a faeces a sublimatpróbával nem ad epéfesteny-reactiót, sőt még a duodenális sonda sem hoz fel epetartalmú bennéket, mindamelllett, hogy náluk a choledochus mechanikus elzáródásáról egyáltalában nem lehet szó. Polyklinikai osztályomon is több ilyen beteget észleltünk és a náluk talált sajátságos viselkedés a megváltozott májfunctióban és talán elsősorban a lecsökkent bilirubinképzésben lelheti magyarázatát. Más részről tudjuk, és ez nem is olyan nagyon ritka, mint ahogy gondolná az ember, hogy vannak kétségtelen cholelithiasisban szenvedő betegek, kiknek sohasem voltak fájdalmaik.

Ezek után most már visszatérek a felvetett problémára: mi módon volna lehetséges eldönteni, hogy fájdalom nélküli choledochusközelzáródásban szenved-e a beteg, vagy pedig súlyosabb ikterus simplexben? A kérdés eldöntése vitalis fontosságú, mert ha choledochusközelzáródásról van szó, úgy betegünket előbb-utóbb, de lehetőleg idejekorán meg kell operáltatnunk. A fennálló ikterus miatt a cholecystographia sem jöhet szóba. Természetesen, ha a beteg az ikterus fellépése előtti időkből származó pozitív Röntgen-lelettel rendelkezik, úgy az eset nem is problematikus. Vagy pedig ha megnagyobbodott epehólyagot tudunk tapintani, úgy ez is útbaigazíthat. De éppen azok az esetek differentialisát akartam megbeszélni, melyeknél a talált tünetek éppen úgy szólhatnának fájdalom nélküli choledochuskö mellett, mint ikterus simplex mellett. Ilyen esetekben a mi tapasztalataink

szerint is egy próba igazíthat útba és ez az *alimentaris galaktosuria vizsgálata*. Ezen májfunctió próbát először Bauer ajánlotta Fischer azon megállapítása alapján, hogy a galaktosenak glykogenné való átalakítása a májsejt specifikus működésétől függ és a májnak ezen functiója már aránylag csekély májparenchyma elváltozásoknál is kóros esökkenést mutat. Osztályomon Weiss és Hollós sorozatos májfunctió vizsgálataik kapcsán a galaktosepróba kitűnő használhatóságáról nyújthattak tapasztalatokat. Láttuk, hogy choledochuselzáródásnál a galaktose felhasználása olyan volt, mint normalisoknál, míg az ikterus simplex eseteiben kóros galaktosuria (3 g felett) volt észlelhető a szokásos 40 gramm galaktose bevitele után. A különböző viselkedés oka abban rejlik, hogy ikterus simplexnél az egész májparenchyma diffus megbetegedéséről van szó. Bár a próba használhatósága kétségtelen, az irodalom adatai szerint az ikterus simplexe 20%-ában kivételesen mégis negatív volt a próba, és a choledochuselzáródásos esetek 7%-ában kivételesen mégis pozitív. Kérdés, hogy mit tegyünk olyankor, ha az összes rendelkezésre álló klinikai és laboratoriumi módszerek alkalmazása után sem tudunk megnyugtató tiszta képet kapni homályos esetünk felől? Ilyenkor nem marad más hátra, mint a diagnostikai próbalaparotomia, melynek alkalmazásával nem szabad hosszú ideig várni. Mert okosabb a mai fejlett sebészeti technika mellett a laparotomia minimális risikóját vállalni egy-olyan esetben, melynél csak a laparotomiánál derül ki, hogy az felesleges volt, mint choledochusközelzáródásban szenvedő beteget cholaemiában elveszteni oly körülmények között, hogy csak a sectiónál derül ki, hogy idejekorán alkalmazott műtéttel betegünk meggyógyulhatott volna.

Ezzel kapcsolatban csak mellékesen jegyzem meg, de annál fontosabbnak tartom hangsúlyozni, hogy az ikterusos beteg megfelelő belgyógyászati előkészítésével (insulin-dextrose terapia stb.) a műteti risikót lényegesen esökkenethetjük.

Molnár Béla dr., egyetemi magántanár.

## Az influenzát kísérő bronchopneumoniák és bronchitisek kiterjedésének és gyógyulásának megítéléséről.

A mostani influenzajárvány kíséretében elég gyakran találkozunk kisebb bronchopneumoniákkal és még gyakrabban akárhányszor csupán az egyik oldali hátsó alsó tüdőhatár közelébe lokalizált bronchitises jelenségekkel, ha nem is oly kiterjedésben és súlyosságban, mint 1918 és 1920-ban. Minthogy utóbbi helyen jórészt már csak a bronchusok végső elágazódásai vannak, bronchiolitistről beszélhetünk; de végeredményben felfogás dolga is, hogy a csupán az egyik oldalon található katarrhalis zörejeket bronchitisnek vagy bronchopneumoniának tartjuk-e, mert ez klinice el nem dönthető.

Ezen folyamatoknak a gondos physikalis vizsgálattal megállapított térbeli kiterjedése gyakrabban kicsiny; kétségtelen azonban, hogy a folyamat kiterjedését a talátnál nagyobbra becsülhetjük, mert hiszen éppen a kiscékos elhelyezkedés és terjedés jellemző, amely kis góccos centralis elhelyezkedés mellett a betegágynál ki nem mutathatók. A Röntgen-vizsgálat sok esetben egyenetlen, foltos árnyékokat mutathat ugyan, de az ilyen betegek legritkábban kerülnek Röntgen-vizsgálatra,



Kiterjedtebb folyamatra következtethetünk a légzés szaporább voltából (amennyiben az nem a hőmérsékkel parallel), de különösen a tüdő térfogatának növekedéséből, amely mint vicariáló emphysema jó létre részben a légző felszínnek bronchopneumoniás göcek miatti direct esökkenése következtében, részben azonban belejátszik a bronchusok duzzadt nyálkahártyája és a kisebb légutaknak a rajtuk levő váladék folytán keletkezett szűkülete is. A tüdő térfogatának növekedése, mint ismeretes, legelőször és legkönnyebben az *absolut szívtempulat megkisebbedése* folytán mutatható ki, ami az említett, látszólag kis térbeli kiterjedéssel bíró folyamatok mellett tényleg majdnem minden esetben megtalálható. Az absolut tempulat megkisebbedéséből ilyen módon a folyamatnak, legalább is a bronchopneumoniát kísérő bronchitisnek, nagyobb kiterjedésére következtethetünk.

Ha a folyamat, mint most a legtöbb esetben, gyógyulással végződik, a bronchopneumoniák physikalisi lelete és a katarrhalis zörejek a láztalanodás után is még jó ideig kimutathatók, éppen úgy, mint a pneumonia crouposánál és a más eredetű bronchopneumoniánál. Ezek kimutathatósága esetén természetesen senki sem fogja a beteget munkaképesnek tartani. A nehézség akkor kezdődik, mikor az említett jelenségek már nem mutathatók ki. Ilyenkor megint az absolut szívtempulat nagysága szolgálhat irányítással. A folyamat gyógyulásával párhuzamosan ugyanis az *absolut szívtempulat fokozatos megnagyobbodása* figyelhető meg; ennek a megnagyobbodásnak a menete lassú, pl. egyik napról a másikra fél bordaköznyit, vagy annyit sem nő; a növekedés eleinte nagyobb, később a dolog természetéből folyólag lassúbb, míg végül napok alatt, vagy akár egy hét alatt eredeti nagyságát el sem éri. Ekkor az absolut szívtempulat nagyságának a normalisra való visszatéréséből a physikalisan már ki nem mutatható eltérések teljes visszafejlődésére következtethetünk, ekkor mondhatjuk csak a beteget gyógyultnak.

A kérdés gyakorlati fontossága abban van, hogy influenza után, mint más fertőző betegségek után is, a szövetek ellenállóképesége kisebb és a korai felkelés gyakran vezet a szalagok lazasága folytán az ízületek statikai megbetegedéséhez, pl. lúdtalphoz vagy a sacroiliacalis ízület megbetegedéséhez.

Természetes, hogy a mondottak csupán a betegség előtt normalis nagyságú absolut szívtempulatra vonatkoznak és teljes biztonsággal csak akkor értékesíthetők, ha az illetőt már betegsége előtt is ismertük; oly egyéneknek, kiknél az absolut szívtempulatot már eleve megkisebbedtnek, vagy pláne hiányzóknak kell tartanunk, fenti megfontolások csupán cum grano salis használhatók fel, pl. emphysemásoknál vagy incompenzált szív esetén. Ha azonban nem találunk oly más okot, ami az absolut szívtempulat kisebb voltát magyarázná és ha nem túlőreg egyénről van szó, akkor az absolut szívtempulat nagysága és ennek változása hasznos útmutatással szolgálhat a betegség lefolyásának megítélésében.

Schill Imre dr. egyetemi magántanár.

## A combnyaktörés és kezelése.

Ez a thema azért érdekelheti a gyakorlóorvost, mert — némi figyelmet és gyakorlatot feltételezve — minden segítség nélkül maga is megállapíthatja a bajt, sőt szükség esetén azt el is tudja látni.

A mai orvosgeneratio hajlandó a betegvizsgálatnál és a diagnosis megállapításánál túlságos mértékben a laboratoriumi, Röntgen és egyéb, közvetlen megfigyelésén kívül álló segédeszközökre támaszkodni és elhanya-

golja érzékszervei által közvetlenül nyerhető megfigyeléseit felhasználni, amelyekkel sokszor egyszerűbb és rövidebb úton, épp olyan pontos és biztos diagnosishoz juthatna, mint a komplikált, többnyire rendelkezésére sem álló segédeszközökkel. Ez a közvetlen vizsgálat gyakorlása és a tapasztalatok logikus összefűzése, különösen a töréseknél vezet biztos bajmegállapításhoz — a gyors és idejekorán való eselekvés pedig — jó eredményekhez, miért is, e kissé elhanyagolt vizsgálati módszert szeretném ez alkalommal figyelmébe ajánlani a gyakorlóorvosnak.

Visszatérve már most a tárgyunkhoz, a combnyaktöréshez, nézzük miképen boldogulunk diagnosissával és esetleg ellátásával is, specialis segédeszközök igénybe vétele nélkül.

A vizsgálatnál mindenekelőtt vetköztessük le teljesen a beteget. Ilyen módon már egyszerű megtekintésre döntő fontosságú megfigyeléseket tehetünk, amelyek egyébként, félig lemeztelenített betegnél, észre sem vehetőek. A levétköztetett beteget először nyugodtan szemléljük meg, anélkül, hogy rögtön ide-oda forgatva végtagját, feleslegesen fájdalmat okozzunk neki és bizalmát csökkentjük irányunkban. A beteg előadásánál a fontos részleteket kísérjük különös figyelemmel. Elesett, — rendszeren temporára — azóta *nem tud lábára állani*, mert erőtelen és igen fájdalmas a csípőizülete; tehát a csípőtájék komolyabb sérülésére gondolunk; ha a beteg fiatal: inkább erős contusióra, vagy ficamodásra, ha öreg, tőpörödött: inkább törésre.

A háton fekvő betegen feltűnik az, hogy a sérült végtag *kinyújtva, a lábfej kifelé fordulva fekszik*, symmetrikus fekvésnél pedig határozottan rövidebbnek is látszik. Felszólításra az ép lábát csípőben jól tudja behajlítani, míg a beteget képtelen active mozgatni, ha segítünk, a mozgatás lehetséges, de igen fájdalmas, pontosan a csípőizületben. E megfigyelés után meggyőződünk arról, hogy tényleg rövidebb-e a végtag? Közöséges szabócentiméterrel megmérjük felváltva az ép és a beteg végtag hosszát, a csípőtővistől a belső boka alsó széléig, csak utólagosan nézve meg a számot, hogy önkénytelenül se befolyásoljuk magunkat a mérésnél. Ha rövidebb a beteg végtag, úgy feltétlenül törés, vagy ficamodás van jelen. Ezután a csípőtővis-ülőgumó vonalat is megjelöljük és ha azt találjuk, hogy a nagytempor ugyanannyival áll e vonal felett, mint amennyivel rövidebb a végtag, akkor biztosan kimondhatjuk azt is, hogy a rövidülés oka a csípőizületben, vagy közvetlen közelében, a combnyakban van. Most már csak azt kell eldönteni, hogy nyaktörés, vagy csípőficamodás van-e jelen?

Fiatal egyéneknek, mint mondottuk, inkább ficamodásra gondolunk. A csípőficamodások  $\frac{1}{2}$  része *hátsó* ficamodás, ezeknél a végtag addukálva, befelé rotálva, kisebb-nagyobb mértékben behajlítva, rugalmasan rögzített, — tehát mindenben az ellenkezője — mint a nyaktörésnél. E fajta ficamodásokat tehát már eleve elkülöníthetjük a töréstől. Az *első* ficamodásoknál a végtag ugyan kifelé van rotálva, mint a nyaktörésnél, de ez is rugalmasan fixált, rendszeren erősen behajlított, ezenkívül pedig a combfejecsét elég jól lehet tapintani elől a rendellenes helyén. Ezen ficamodásokat is kizárva, már csak a nyaktörés lehetősége marad hátra.

A trochanteren keresztüli törés is hasonló tünetekkel jár, de miután kezelése nagyjában ugyanaz, mint a nyaktörésé, külön nem tárgyaljuk. Hogy a törés intra- vagy extracapsularis, beékelt, vagy szabad, Röntgen nélkül aligha állapítható meg, de nem is fontos, mert kezelési módjuk egyforma.

Ha Röntgen-készülék van a közelben, az elmondottakat mind leolvashatjuk a felvett lemezről, de feltéte-



lezve, hogy ez nincs a vizsgálat helyén, mint látjuk, nélkül is meg tudjuk csinálni a diagnosist.

A törést, ha elég felkészültséget és gyakorlatot érez magában a gyakorlóorvos, otthon is elláthatja. Ha van a közelben kórház, célszerűbb oda küldeni a beteget.

A további cél az lesz, hogy a tört végeket pontosan összeillesszük és e helyzetben rögzítsük. Ezt legjobban gipszkötéssel érjük el. Bódítással a reflectorikus izomfeszülést kikapcsoljuk, a fájdalmat szüntetjük, azután a végtagot *nyújtva és befelé rotálva* erősen *abdukáljuk* és e helyzetben begipszeljük a köldöktől a lábujjakig. (Whitmann-féle kötés.)

Szükség esetén a nyújtópad, asztal, két szék és két vasrúddal improvizálható. A gipszkötés jól fekdjön és legyen minél könnyebb. Ez utóbbit elérjük azáltal, hogy aránylag kevés pólyatour közé faháncsot, ú. n. Schuster-span-t gipszelünk be, amely a kötést rugalmassá és ellentállóvá teszi anélkül, hogy sok nehéz gipszpólyát kellene elhasználnunk.

Néhány nap után a beteget kiültetjük és igyekszünk őt minél hamarabb talpra állítani. Szükséges ez azért, mert így kevésbé fenyegeti a tüdőgyulladás veszélye és nem kap olyan könnyen decubitusokat. A kötés, minél tovább — legalább három hónapig — de ha a beteg megszokja, 4–5 hónapig is viselendő, mert e törés gyógyulásának — a törtvégek rossz tápláltsága miatt — sokkal hosszabb időre van szüksége, mint más törésnek. Ha a beteg a jó kötést sem tűri, jó ápolás dacára is decubitusai fejlődnek, vagy ha már eleve, a túl öreg és elgyengült beteget nem tartjuk alkalmasnak a nehéz kötés viselésére, akkor rövid ágynyugalom és a fájdalmak csökkentése után elkezdjük fokozatosan masszálni és mozgatni az izületet, hogy egy álizület képződését segítsük elő. Fokozott mértékben ajánlatos az ilyen beteget a kórházba utasítani, ahol szóba jöhetnek azután a speciális más gyógyító módok, mint pl. az extenziós kezelés, vagy a szegelesssel való rögzítés, stb.

A gipszkötéssel 50–70% jó gyógyulást lehet elérni, amikor idővel a beteg, egy botra támaszkodva, vagy anélkül, lépesőt is jól tud mázni. Többnyire öregekről lévén szó — 15–20%-a a betegeknek, intercurrere bajban, rendszeren pneumoniában a kezelés, illetve gyógyulás folyamán hal el, a megmaradó 20% rosszul, fájdalommal jár, kis részük egyáltalában nem képes többé talpra állani. Mint látjuk tehát, bár a kezelés elég jó eredménnyel kecsgetet, mindamelllett a prognosisa — quo ad vitam — elég komoly.

*Jung Géza dr.* kórházi sebészfőorvos, Gyula.

### Impotentia pathogenesisise és therapiája.

A nemi képtelenség lehet teljes vagy részleges. Teljes akkor, ha impotentia generendi és coeundi együtt jár, míg részleges akkor, ha csupán a nemi actus végzése nehezített vagy lehetetlen. A teljes impotentia rendszeren a nemi mirigyek hiánya, vagy a szervek súlyos esonkítása vagy kórbonctani elváltozása esetén lép fel. Alábbiakban csupán a közösülési képtelenség eseteivel foglalkozunk. Miután a baj orvoslása csupán aetiologiai alapon lehetséges, foglalkoznunk kell azokkal a tényezőkkel, melyek közösülési képtelenséget okoznak. A közösülési képtelenség vagy teljes, mikor is a libido esökkent vagy hiányzik és e mellett az erectio tökéletlen, illetve az erectio teljesen hiányzik; vagy pedig részleges, mikor is megtartott kéjézés mellett erectio nem következik be és így az inmisso penis lehetetlen. Az impotentia lehet emellett állandó vagy időszakos, absolut vagy relativ. Ez alatt azt értjük, hogy kéjézés és erectio senkivel szemben sem következik be, illetve csak bizonyos személyekkel szemben

áll fenn az impotentia. Ilyen relativ impotentiát szoktunk észlelni az olyan férjnél, aki feleségét megszokás folytán nemileg megúnta (conjugalis impotentia) ellenben más nőekkel szemben kellő, sőt fokozott libidót érez és megfelelő merevedése van. Ilyen relativ impotentiát észlelünk nemi aberrációkban szenvedőknél, kik házastársukkal szemben kéjt nem éreznek, erectiójuk nincsen, ellenben onania vagy pervers nemi kielégülés útján impotentiájuk megszűnik. A relativ impotentiák közé tartoznak azon időleges impotentiák is, melyek bizonyos feszült várakozások esetében keletkeznek, mint pl. nászéjszaka, házasságtörések felfedeztetéstől való félelemmel. Ezeket helyzeti vagy situációs impotentiáknak mondjuk. Végül vannak olyan közösülési képzetlenségek, melyek az aesthetikai vagy aethikai érzés, az undor és szeméremérzet sértése folytán állanak elő. Ezt impotentia aesthetikanak mondjuk és rendszeren prostituáltakkal, testi betegségben szenvedő, kellemetlen szagú stb., degustáló hatású közösülési alanyokkal szemben áll fenn.

Megismervén az impotentia klinikai megjelenéseit, foglalkozunk most azok pathogenesisével. E célból genetikai szempontból a következő csoportosítást állítottam össze. *Impotentia*: 1. ineretoria, 2. traumatica, 3. paralytica, 4. ex irritatione, a) marantica, b) intoxicativa, c) post infectionem, 5. psychica, a) degenerativa, b) neurasthenia sexualis.

Foglalkozunk az egyes aetiologiai elválasztott megjelenési formákkal. Az impotentia ineretoria a belsősecretiós apparatus betegségén alapul, s jellemzi egyrészt belsősecretiós constitutionalis testi elváltozások kialakulása, mint pathológiás elzsírosodás, eunuchoidismus, dystrophia adiposogenitalis stb., továbbá az a körülmény, hogy ez az egyetlen csoport, melyben az organotherapia hatásos lehet. Más szóval a belsősecretiós eredetű impotentiák azok, melyekben a szervezet chemiai erotizálásától eredményt várhatunk. Az impotentia traumatica a központi idegrendszer ért súlyos mechanikai behatások után fejlődik ki, mint koponyasérülés, commotio cerebrospinalis, haematomyelia. Ezek rendszeren múlt jellegűek szoktak lenni, s többnyire sebészi beavatkozás után, vagy felszívó kezelésre szűnnek meg. Impotentia paralytikáról beszélünk oly esetekben, mikor a gerinevelői centrum genito spinale sérült daganatok, vérzés, súlyos organikus elváltozások, mint tabes, myelitis, stb. következtében. A baj megszüntetése itt is az azt előidéző betegség megszüntetésére irányul. Az alapbántalom kezelésével nem egyszer, szép eredmények érhetők el. Az impotentia ex irritatione csoportjában három alcsoportot különböztetünk meg. Maranticus impotentia fejlődik súlyos és kachexiával járó megbetegedések után. Ide tartoznak a haretéri fáradalmak után fellépő impotentiák is, melyekkel a háború után gyakran találkozunk. Ide sorozhatjuk azokat a betegségeket is, melyek az agykéreg sorvadásával járnak, elsősorban az involutiós elmebántalmakat, melyek impotentiát akkép okoznak, hogy az agy elsődleges ingerlő hatása elesik. Harmadik alcsoportot a nemi utak fertőző megbetegedései képezik, s a prostata megbetegedésével járnak együtt. Ezek kezelése localis, azonban ügyelnünk kell arra, hogy a helyi kezelést szűk keretek közé korlátozzuk, különben a beteg arra a meggyőződésre jut, hogy baja organikus fundált és gyógyíthatatlan. Az intoxicációs impotentiák leggyakoribb megjelenési alakjai az irritációs impotentiáknak. Látjuk bódító szerek szokványos alkalmazása után, különösen morphinismus és cocainismus esetén, de leginkább alkoholistáknál, mivel a szesz elsősorban a libidót esökkenti. A esökkent kéj-



ézés és ezt követő inmissiók zavar hűtlenségi eszmét fejleszt. A beteg azt hiszi, hogy házasátársa másutt keres nemi kielégülést, vagyis megcsalja. A centrum genito spinale bénulásával együttjáró folyamatokban kezdetben a nemi inger és libido erősen fokozott. Különösen áll ez a diabetesben fellépő impotentiára nézve.

Legfontosabb megjelenési alak az impotentia psychica, mely psycho- és neuropathias constitutionalis terheltség talajából fakad. Az impotentia degenerativa gyengeelméjűeknél, paralytikusoknál, schizopreniásoknál stb. fordul elő, s oka az agyból kiinduló serkentő impulsusoknak a hiánya. Az impotentiások legnagyobb tömege a neurasthenia sexualisban és kényszerképzetes neurosisokban szenvedők csoportjából kerül ki. A psychés impotentiának oka természetesen psychogen s félelem, csökkent önbizalom, helytelen feltevések, aggódó várakozások fejlesztik. A psychés izgalmak következtében az ejaculatio vagy ante portas következik be, vagy igen elhúzódik, s közben az erectio megszűnik, vagy pedig az erectio egyáltalán nem következik be. Ezek a csökkent önbizalmat még inkább rontják, a betegnek mindig kevesebb a bizalma, már eleve azt várja, hogy az erectio nem fog bekövetkezni, hogy az inmissio gyógyíthatatlan betegsége miatt — melyet szerintük gyermekkorukban végzett onania okozott — nem lehetséges. A legtöbb ilyen beteg a gerinevelő-sorvadás tüneteit véli magán észlelhetni és ezzel magyarázza impotentiáját. Szóval a betegnek túlértékelt gondolatai vannak coitus előtt. Már pedig a normalis nemi actus lefolyása nem tűri meg a reflexiót, az önszemélyiséggel való foglalkozást és minden kísérletnek természetesen fiaskó a vége. Itt mindennél inkább áll, hogy a tett halála az okoskodás. Ehhez járul még az is, hogy a neurasthenia sexualisban szenvedő coitus után még napokkal is főfájást, gerinetáji fájdalmakat, testi és szellemi kimerülést érez, miért is a coitus tényétől fél és autosuggestiós alapon impotentiával reagál. A legtöbb beteg már coitus előtt nem tud megszabadulni attól a lenyűgöző gondolattól, hogy az inmissio nem lesz sikeres. Nemcsak hysteriás jellemű, de egészséges egyéneknek is észlelhetjük, hogy az actus sikere nagy mértékben függ a képzelő erőttől és a figyelem ilyen irányú koncentrálódása a nemi functio zavarát idézheti elő. Látjuk tehát, hogy az impotentia ebben a csoportban psychogen eredetű s a phantasia, fokozott figyelem, túlértékelt gondolatok, csökkent önbizalom, hypochondriás eszmék és autosuggestiók alapján épül fel és mélyül ki.

A psychogen impotentiákon kívül az impotentiák többi fajainak terapiájával már foglalkoztam. A psychés impotentiában szenvedőnél elsősorban abstinenciát rendelünk, ami abban áll, hogy a coitus kísérleteitől, onaniától és ponyvairodalom termékeitől tiltsuk el. Kellő megerősödés és az önbizalom visszatérése után szoktassuk a beteget egészséges érintkezésre, felvilágosítván őt a helyes nemi élet physiologiájáról. A gátlásos impotentia fokozatosan, kezdetben visszaesésekkel, javulni fog. Rendeljük a betegnek lemosást, langyos félfürdőket, begöngyölést. Gondoskodjunk kevésbé fűszerezett étrendről, a szeszes italok fogyasztását tiltjuk el, melyek a libidót amúgy is csökkentik. Az esti bő étkezéseket tiltsuk el, s figyelmeztessük a beteget, hogy lefekvés előtt hólyagját ürítse ki. Gondoskodjunk a beteg kellő roborálásáról chininnel, arsennel, strychninnel. Igen jó, megnyugtató szer a brom és codeinum phosphoricum. Aphrodisiacumok rendszeren csak suggestiv hatnak (ambra, libidol, mentholmethyl ester, muira, pumana stb.). Testogan (bika heréjének kivonata yohimbinnel) és yohimbin (háromszor napjában

0.005 g-os tablettákban) egyes esetekben jól hatnak, de legtöbbször cserben hagynak. Ugyanez áll a legtöbb organotherapiás készítményre is. Legfontosabb a psychotherapia. Egyik eszköze ennek a persuasio, mely abban áll, hogy e beteget igyekszünk meggyőzni arról, hogy betegsége functionalis természetű, tabesük nincsen, betegségük gyógyítható, impotentiájukat túlértékelt gondolatok, az önbizalom hiánya, félelem, gátlások stb. okozzák. Ha a beteget logikai úton meggyőzni nem tudjuk, akkor forduljunk ébrenléti suggestióhoz, vagy súlyosabb esetekben hypnosishoz. A psychoanalysist kerüljük, mert tapasztalat szerint csak a gátlások megtapadását és sok esetben a különben gyógyítható impotentia makaecsa válását okozhatja. Amely esetben a psychoanalysis eredményes, már verbalis suggestióval is lényegesen gyorsabb gyógyulást tudunk biztosítani. Régen fennálló esetekben a betegnek kitartásra, az orvosnak nagy türelemre van szüksége.

Büchler Pál dr., egyetemi tanársegéd.

## Kérdés. — Felelet.

### Induratio penis plastica.

#### Kérdés (B. L. dr.):

48 éves férfinél a hímvessző dorsalis részében a corpus cavernosumban kb. 1½—2 éve porc kemény, ceruzavastagságú, apars paedula majdnem egész hosszára terjedő, fájdalomatlan terimenagyobbodás van. Igen lassú progressiót mutat. A penis erectiójánál némi feszülés érzése van, a coitust lényegesen nem zavarja. A terimenagyobbodás elég élesen elkülöníthető a környező szövetektől, lobos tüneteket nem mutat. Gonorrhoeát, lüest negál. *W.* = *negativ*. A vizelet tiszta; általános egészségi állapot teljesen jó. Körülbelül 14 évvel ezelőtt empyema, utána műtét. Régebben ulcus ventriculája is volt. A diagnoszt *induratio penis plasticára* tettem. Fibrolysin-kezelést vezettem be, hetenként 2×2 cm<sup>3</sup> intraglutaealan. Eddig 20 drb-ot kapott teljesen eredménytelenül. Mit tehetnék? Egyáltalában van-e vele tennivaló? Körülbelül helyes-e a diagnózis?

**Felelet: Blandár László dr.** úr kérdésére vonatkozólag azt tartom, hogy az esetben tényleg induratio penis plasticával van dolgunk, amelynek a collega úr szinte classikus leírását adja. A fibrolysin tapasztalat szerint erre semmi befolyással nincs, egyetlen tennivaló, ha a kellemetlenségek erectio közben tűrhetetlenekké váltak, a kérges, megkeményedett corpus cavernosum részletnek sebészi kiirtása.

Prof. Verebélj.

#### Kérdés (Tiszántúl):

Napokban felkeresett egy 59 éves férfibeteg s előadta, hogy már három ízben volt enyhébb apoplexiós rohama: 1924. 1927. és 1928. évben, tavasszal. Mindhárom esetben bal oldala lett bénult. Az utolsó roham után azonban egy kellemetlen jelenség lépett fel a betegnél: nagyfokú salivatio, amely hirtelen jön s eltart 1—2 órán át. Eleinte az esti órákban jelentkezett, majd reggel, ébredés után és legutóbb a délutáni órákban. (A mult hét egyik délutánján műsoros előadáson volt jelen, mikor hirtelen meglepte ez a kellemetlen salivatio.) Van idő, mikor 2—3 napon át is elmarad. Egyébként jól érzi magát. Végig járt már jó egynéhány orvost, akik régi, compensált vitiumán kívül (bicusp. insuff.) más elváltozást nem találtak. Ismételten végeztek nála vérvizsgálatot, negativ eredménnyel. Egyik collega antilüenes kutatást is végzett nála. Rendeltek neki atropint különféle formában és combinatióban, szájvizeket, jódot, sedativumokat. Állapota változatlan. S végül most hozzám fordult, hogy állapotán, amely nagyon elkeseríti, segítsék. Kérdem, mit lehetne tenni?

**Felelet: Kétségtelen, hogy az 59 éves férfiú három apoplexiaszerű és baloldali hemiplegiával (átmenetileg) végződött rohamát arteriosklerosis alapján szenvedte el. Kínzó salivatioja valószínűen a thalamus opticus alatti vidék — hypothalamus — vasovegetatív központjainak arteriosklerotikus ingerlése alapján áll elő; ellene csakis jódos készítménynek (pl. Aljodan—Chinoin) következetes és erélyes használatát lehet javasolni.** Prof. Schaffer.



# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON**

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

**HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC  
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF †**

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## T A R T A L O M:

**Frigyesi József:** Műtétek alkalmával keletkezett uretersérülések ellátása. (225—229. oldal.)  
**Barta Imre:** Polycythaemiában a phenylhydrazin-kezelésre fellépő thrombosis okáról. (230—232. oldal.)  
**Sellei József:** Lokalizált és progrediáló haemosiderosisek. (232—235. oldal.)  
**Haintz Ödön:** Carcinoma és vérséjtsav. (235—236. oldal.)  
**Stark Emil:** Chorea minor adrenalin-sodakezelése. (236. oldal.)  
**Páunz Lajos:** Az arteria renalis helyettesítése mesterségesen létrehozott csepleszanastomosisokkal. (237. oldal.)  
**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (37—40. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvosstan. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekeorvosstan. — Gégészet. — Urologia. (237—240. o.)

Könyvismertetés. (240—241. oldal.)  
A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 2-i ülése. (241—242. o.)  
Közkórházi Orvostársulat február 20-i ülése. (242—243. oldal.)  
A Debreceni Orvosegyesület február 14-i ülése. (243—244. oldal.)  
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának február 22-i ülése. (244. oldal.)  
Az Erzsébet Egyetem Tud. Egyesület orvosi szakosztályának február 18-i ülése. (244—245. oldal.)  
A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 14-i ülése. (245. oldal.)  
Went István: A veszethezesség elleni küzdelem az Északamerikai Egyesült Államokban. (245—248. oldal.)  
Vegyes hírek. (248—249. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**A budapesti székesfőv. Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati kórház közleménye (vezető-főorvos: Frigyesi József dr. egyet. c. rk. tanár, egészségügyi főtanácsos).**

### Műtétek alkalmával keletkezett uretersérülések ellátása.\*

Írta: *Frigyesi József dr. egyet. c. rk. tanár.*

A nőgyógyászati műtéttannak az utolsó 2—3 évtizedben elért nagyarányú fejlődése után ma már akaratlan uretersértések gyakorlott műtő kezében igen ritkán fordulnak elő. A sérülések legnagyobb része ma nem akaratlan, hanem az uretereken tervszerűen véghezvitte beavatkozás eredménye.

Sérülések csaknem mindig a méhrák gyökeres műtétével kapcsolatosak. A rákos burjánzás az ureterekre aránylag későn terjed rá, ilyenkor falukat átszövi, úgy, hogy az ureterek kiválasztása csak többé-kevésbé súlyos sérülések árán sikerül. Ilyen esetekben végeztük többször a gyökeres kiirtás érdekében az ureterek rövidebb-hosszabb darabjának kimetszését. Utóbbi időben azonban, tekintettel arra, hogy az ilyen szövődémmel operált esetek kórjólata már magában véve is rossz, ez esetekben lehetőleg elállunk a gyökeres műtéttől.

E tervszerű, szándékolt ureter át- vagy kimetszéseken kívül még ritkábban fordul elő az uretersérülések másik csoportja, az uretereknek valamely műtét alkalmával véletlenül, melléksérülésként létrejött sérülése. Leginkább az intraligamentarisán fejlődő daganatok műtéti eltávolításánál történhetik meg. E képződmények atypikus elhelyeződésük és növekedésük által a kis-medencebeli szervek topographiáját annyira megváltoztatják, hogy az egészen szokatlan anatómiai helyzet némi, ritkán előforduló esetben az ureterek sérülését okozza.

*Stoeckel*nek az a meggyőződése, hogy e sérüléseknek csaknem mindig a műtő az oka. *W. Poten* ellenkező

véleményen van. Szerinte néha elkerülhetetlen az ureter sérülése.

Megnehezíti e kérdés megismerését az a körülmény is, hogy egy-egy uretersérülés, helyesebben az ureternek körülöltése, vagy leköttése többször fordul elő, mint ahányszor azzal az irodalomban találkozunk és pedig nemcsak azért, mert az ilyen eseteket nem közlik, hanem azért is, mert az ureterek sérülése, illetőleg leköttése olyankor is előfordul, mikor arról a műtő nem is tud. Tudvalevő ugyanis, hogy a leköttött ureter bizonyos körülmények között teljesen elzáródhatik.

Az uretersérülések gyakoriságáról nagyon eltérő a szakkörök véleménye. *Wagner* hétevi méhrák anyagán 10 esetben kényszerült a gyökeres műtét érdekében az ureterek átmetszésére. *Weibel* gyökeres műtét után 5-6 százalékban észlelt uretersérülést. *Latzko* 6000 hasmetszésből, melyek közt 900 Wertheim-műtét szerepel, a szándékos ureterresecciókat nem számolva, hat akaratlan uretersérülésről számolt be. A *Taufer*-klinika 2210 hasmetszése 10 (0-5%) uretersérüléssel járt, melyből hét intraligamentaris cystoma, kettő intraligamentaris fibroma és egy genyes adnex műtéténél történt.

Saját, 15 évre terjedő műtéti anyagom áttekintésénél 3300 hasmetszés történetében hat uretersérülést találtam feljegyezve. A 3300 hasmetszésből 230 Wertheim-műtetre három és így több mint 3000 egyéb hasmetszésre szintén három uretersérülés esik, ami kevesebb, mint 0-1 százalék. Ez utóbbi három uretersérülésből egy intraligamentaris cysta, kettő pedig intraligamentaris myoma operálásánál keletkezett.

Az uretersérülések helye nőgyógyászati műtéteknél a linea innominatan alul leginkább két ponton fordul elő.

1. *A ligamentum infundibulo-pelvicummal való keresztetződése alatt.* Az ureter, mely a hátsó hashártyaboríték alatt hosszabb ideig együtt halad a spermaticus erekkel, keresztetzi a medence mélyén futó nagy edényeket és elválik a spermaticustól, majd a széles méhszalag lemezei közé fut be. Ha a spermaticus leköttetésénél a megfelelő oldali méhfüggelékkel felemeljük, megfeszül a szalag is s ezzel eltávolodik az alatta, tőle medialisan futó uretertől, így kikerülhető a sérülés veszélye. Ha azonban a méh függelékei rögzítettek, vagy éppen intra-

\* Előadta a Magyar Nőorvos Társaság 1928. évi nagygyűlésén.



ligamentarisan fejlődő képződmény a magasba emeli az uretert, úgy, hogy a daganat megemelésekor a ligamentum infundibulopelvicum nem távolodik el az uretertől, ez utóbbi is a lekötésbe kerülhet és megsérülhet.

Egyik esetünkben (557/1927. V. R.), hol az intraligamentarisan fejlődő cystikus daganat a retroperitoneumban úgy az ureter alá nőtt, hogy azt felemelte, az ureter a ligamentum infundibulopelvicum magasságában, a hashártya egy redőjébe futott. A szalag átvágásánál megsérült a lemezei között szokatlanul felületesen futó ureter is.

2. Másik veszélyeztetett hely az ureternek az *uterinalis edényekkel való kereszteződése*. A parametriumban az arteria uterina keresztezi az uretert, felette hajlik el hirtelen hajlássza a méhhez. A vena uterinák az ureter alatt futnak, sőt olykor éppen körülfogják, amennyiben az egyik, erősebb ág, az ureter felett, a másik, rendszeren gyengébb ág, pedig alatta halad.

Az uterinalis erekkel való kereszteződés ma már kevésbé kényes pontja a gyökeres méhkiirtásnak, mint azelőtt, mert ezen a helyen az uterinák lekötésére már nem alkalmazunk tömeges öltéseket, melyekbe könnyen belekerülhet az ureter. Az uterinalis edények külön-külön való lekötésével az ureter lekötséje bizonyosan elkerülhető.

Fontos e két veszélyeztetett helynek nehéz műtétek alkalmával való szemmel tartása, mert ez vezet a sérülések felismeréséhez. A megtörtént lekötés vagy sérülés következményeinek szempontjából a legfontosabb a friss uretersérülés felismerése, mert műtét közben még módunkban áll annak legmegfelelőbb ellátása.

Ha sérülés vagy lekötés elzárja az uretert, anuria áll be, annak ismert következményeivel. Más esetben pedig sipoly képződhetik; ez némely esetben idővel magától is záródhatik, rendszerint azonban állandó vizeletcsurgás és felhágó fertőzések a következményei. Előfordul azonban, különösen oly esetben, hol a műtéti terület drainezésétől elállottunk, hogy a kiömlött, esetleg fertőzött vizelet előnti a műtét területét és vizeletinfiltratio, phlegmone, vagy hashártyagyulladás útján halálhoz vezet.

Az átvágott ureter felismerése a legtöbbször könnyű, mert jellegzetes képet nyújt.

Ha kételyek merülnek fel ezirányban, legcélszerűbb az ureternek felületesebben, közvetlenül a hashártya alatt futó magasabb részletét felkeresni, tompán izolálni és innen követni lefutását a kétes részletig. Műtét alkalmával a sérülés fel nem ismerésének oka a legtöbbször nem is valamely edénnyel, vagy más képlettel való összetévesztésben rejlik, hanem abban a körülményben, hogy a műtét nem is gondol sérülés lehetőségére.

Az uretersérülés sebészi ellátásának módja a sérülés helyétől és kiterjedésétől függ. Ennek alapján a sérülések ellátására alkalmas módszereket három csoportba oszthatjuk:

I. csoport: Az ureterek sérülésének ellátása különböző varratok útján. Ennek egyik alfaja a részleges uretervarrat (*ureterorrhaphia*), melyet abban az esetben alkalmazunk, ha az uretersérülés nem teljesen áthatoló. Második alfaja a két uretervég egyesítése varratok útján (*uretero-ureterostomia*), amelyet áthatoló sérülések esetén alkalmazunk.

II. csoport: A megsérült ureternek a hólyagba való beültetése.

III. csoport: A veseműködést kiiktató eljárások: vesekiirtás, vagy az átvágott uretercsont lekötséje útján.

I. Az uretersérülések varrattal való egyesítésének módjai:

a) Az ureter részleges sérülésénél az ureter nincsen

teljesen átvágva, ellátásának módját a sérülés kiterjedése szabja meg.

Weibel azt ajánlja, hogy, ha a sérülés nem haladja túl az ureter kerületének felét, a nyílást vékony csomós catgutöltésekkel egyesítjük. Stoeckel csak a kerület  $\frac{1}{2}$ -ig menő falsérüléseknél tartja helyesnek a közvetlen elvarrást, mert ezen a fokon túl tapasztalat szerint a varrat megszükiti az uretert, úgy, hogy ilyen esetben célszerűbbnek tartja az ureternek teljes átvágását és a csonknak a hólyagba való beültetését.

A részleges sérülést célszerű mindig az ureter lefutásával párhuzamosan vezetett öltésekkel, tehát haránt irányban elvarrni, hogy a belvilág szűkülését még ezáltal is megelőzzük. Von Hook tovább megy, amennyiben a sebseleket hosszirányban behasítja és így nyújtja meg harántvarrás céljára a sebvonalat.

Weibel négy esetéből három jó eredménnyel gyógyult, egy esetben elégtelenné vált a varrat és sipoly képződött. Tauffer egy sikeres esetről számol be. Sáját anyagomban egy eset van, melyben az ureterfal részlegesen megsérült és egyszerű elvarrással gyógyult.

190/1917. H. A. 45 éves, III. para. Gyomorgödörig érő emberfőnyi intraligamentaris myoma, mely az uretert jobboldalt magára emeli. A jobboldali ligamentum infundibulopelvicum lekötsésénél a csomóba került és sérült a jobboldali ureter is: falán kb. 1 cm hosszú sérülés van. Ezt csomós öltésekkel egyesítjük. A sebgyógyulás egyszeri hőemelkedéstől eltekintve, zavartalan, a vizelet tiszta, mennyisége rendes.

b) Ha az ureterfal sérülése kiterjedtebb, vagy zúzott, szakadozott szélű, vagy az ureter teljesen át van vágva, eljárásunkat az a körülmény szabja meg, hogy hiányzik-e az ureter folytonosságából nagyobb darab, vagy sem.

Oly esetekben, hol nagyobb ureterdarab nem hiányzik, megkísérelték az átvágott uretervégek újból való egyesítését az uretero-ureterostomia valamelyik módszerével.

Az átmetszett uretervégek varrása sokkal régiebb módszer, mint az uretervégek a hólyagba való beültetése. Évtizedek folyamán az uretervégek közvetlen egyesítésének különböző módszerei alakultak ki, melyek közül a leglényegesebbek a következők:

a) A csonkok körkörös összevarrása (end-to-end anastomosis) a kivitelben nehéz eljárás, mert igen vékony sebfelületek pontos egyesítése a feladat.

Tauffer volt az első, aki sikeres uretervarrást végzett 1885-ben, Schopf előtt, kihez az irodalom a prioritást fűzi, nyilván azért, mert Tauffer eljárását csak 1893-ban közölte német nyelven.

A körkörös varrattal nyert tapasztalások azt bizonyították, hogy az így egyesített ureter csak látszólagosan gyógyult. Az esetek javarészában ugyanis a varrat helyén az ureter erősen megszükkült, sőt teljesen el is záródott (Garré). Ezért, illetve ennek elkerülésére már 1896-ban azt ajánlotta Bovée, hogy mindkét uretervég szélét ferde irányban frissítsük fel, hogy ne körkörös, hanem ennél hosszabb, ovalis varratfelületet kapjunk. Ugyanez a célja Albarran módszerének is, aki mindkét uretervégebe egy-egy hosszanti bemetszést ejtett és hosszirányban vezetett varratok segítségével a bemetszéseket harántul széthúzza igyekezett a varratvonal szűkülését elkerülni. Krönig általában, de különösen a zúzott szélű uretercsonkok egyesítésére legjobbnak a van Hook-féle end-to-side anastomosis ajánlja. Az ureter hólyagfelőli csonkját vakon lezárja és ezen elzárás alatt hosszanti sebet ejtve az ureteren, ide ülteti be a vesefelőli csonkot, melyet körkörös csomós öltésekkel rögzít. Bár, mint látni fogjuk, számos tapasztalat szerint minden varrási módnál fenyeget a szűkület veszélye, ez az eljárás lát-



szik még a legjobbnak, amennyiben az irodalomban rossz eredményeit nem látjuk felemlítve.

Csaknem olyan régi, mint a körkörös uretervarrat, *Poggi* eljárása, aki kutyákon sikerrel végezte az átmeteszett ureterek egyesítését a vesefelöli csomagnak a hólyagfelöli uretercsomokba való betüremítésével.

Az újabb szakirodalom általában elveti az ureter varrásának leírt és még számos egyéb módját is. *Weibel* az uretervarrást csak szükségétől kényszerítve végzi oly esetekben, hol a hólyagba való beültetés technikailag kivihetetlen, egyéb műtét pedig a beteg gyengesége vagy más ok miatt nem végezhető el. *Stoekel* az uretervarratok után az ureter belvilágának a megszűkülését és sipolyképződést látott. Kívülről még számos egyéb szerző számolt be az idők folyamán hasonló rossz tapasztalatakról.

Magam egy esetben végeztem az uretercsomok közvetlen egyesítését, az eredményt a beteg gyógyulása alkalmával hólyagtükrő segítségével többször ellenőriztük.

557/1927. V. R. 36 éves, egyszer szült nőbeteget jobb oldali kiindulású csecsemőfejnyí intraligamentaris tömlődaganat miatt operáltuk. Bal oldalt kérgesen lenőtt adnex conglomeratum, a cseplesszel és belekkel igen kiterjedt szívós összenövés. A jobboldali ligamentum infundibulopelvicum átvágásánál a jobb uretert is átvágjuk. A daganat ugyanis az ureter alá nőtt és ezáltal úgy kimozdította helyéből a jobb uretert, hogy az egészen felületesen, a spermataedények melletti hashártyakettőzet lemezei között futott.

A hólyagba való beültetésre az ezzel járó feszülés miatt nem gondolhattunk, ezért az uretercsomok körkörös varrattal end-to-end anastomosis módjára egyesítettük, majd a periureteralis kötőszövetet második rétegben összevarrtuk. Egyszeri lázas hőemelkedéstől eltekintve, síma a gyógyfolyás. A műtét utáni 7-ik napon a jobb vesetáj erősen érzékeny, másnap ugyanott már nagy cystikus resistentia tapintható. Hólyagtükri vizsgálat a műtét utáni 10-ik napon. A varrott jobb ureterbe a katheter csak 7 cm-re vezethető fel, chromoskopiás vizsgálatnál a jobb ureter egyáltalán nem vezet. Úgy látszik tehát, a varrott ureterrészlet oedemája elzárta az ureter folytonosságát.

A műtét utáni 23-ik napon úgy látszik, oldódott a szűkület, amennyiben a katheter a jobb ureterbe is felvezethető és vezet is vizeletet, bár az indigokarmin kiválasztása jobb oldalt kb. csak tizedrésze a baloldalinak, tehát a vese működése már beszűkült.

A műtét után 62 nappal végzett hólyagtükri vizsgálatnál azonban a jobb ureter ismét átjárhatatlan még igen vékony katheter számára is, vizeletet egyáltalán nem vezet, tehát a varrat végeredményben mégis teljesen elzárta az ureter belvilágát.

Ez az eset egyben igazolja *Stoekel* álláspontját is, aki csak akkor ismeri el, ha a varrott ureter a hólyagtükri vizsgálatnál három év múlva is jól átjárható és a veséből minden tekintetben rendes összetételű vizeletet vezet.

Ez eset alapján saját tapasztalásunk is amellett szól, hogy az uretervégek közvetlen egyesítése körkörös varrat útján nem nyújt jó végleges eredményt.

A varrat útján való egyesítések között a végleges eredmény szempontjából még az invaginációs eljárások látszanak legjobbnak (*van Hook*, *Westermarck*), úgy, hogy ha bármely okból uretervarrást kellene végeznünk, ezen eljárást alkalmazzunk, mert úgy látszik, hogy a varrott hely szűkületének és elzáródásának veszélye ezen módnál a legkisebb.

Legnyomatékosabban *Stoekel* képviseli azt az irodalomban csaknem általánosan elterjedt felfogást, hogy az uretero-ureterostomiát legcélszerűbb teljesen elhagyni. Oly esetben, hol a hólyagba való beültetés kivihető, első sorban erre kell törekednünk,

## II. A sérült ureter csomkjának a hólyagba való bevarrása.

A hólyagba való beültetés különböző módozatai közül ma már csak az intraperitonealis eljárások használatosak, ami azért is indokolt, mert általában hasmetszés kapcsán keletkezett friss sérülésekről van szó.

A műtét kivitele úgy történik, hogy az átvágott ureter vese felöli csomkját 1–2 cm hosszban behasítjuk, úgy, hogy ezáltal a csomk kétajkává lesz. Ezután a hólyagba igen vékony, keskeny magfogót vezetve, a megfelelő oldalon előtüremítjük a hólyagfalat és a magfogóra rámeteszünk. Ebbe a nyílásba helyezük be az uretercsomkot, miután ajkaiba 1–1 selyemfonalat erősítettünk. E selyemfonalakkal belülről kifelé vezetett tűvel átöltjük a hólyagfalat, kívül csomozunk és így rögzítjük a csomkot a hólyagfalba. *Sampson* és *Franz* ajánlják ezt az eljárást és biztosítékul a hólyag és ureterfal közé néhány felületet varratot helyeznek.

*Krause* a behasított ureter ajkaiba fűzött két selyemfonalat a hólyagba vezetett igen vékony magfogó segítségével a húgycsőön át kifelé vezet és a szeméremrés előtt erősíti meg, miáltal az ureter visszacsúszását akadályozza meg anélkül, hogy a hólyagfalhoz rögzítené.

Ha az ureter feszülés nélkül nem húzható a hólyagba, *Witzel* a hólyagesücsköt húzza közelebb az ureterhez s 1–2 varrattal a hólyagesücsköt rögzíti a medence hashártyájához, vagy a ligamentum infundibulopelvicumhoz. *Mező* a ligamentum vesicale mediumot vágja át és így mobilizálja a hólyagot. Esetleg a hólyagfalba ejtett harántirányú bemetszés hosszanti elvarrásával is közelebb hozhatjuk a hólyagot az ureter csomkjához.

Nagyfokú feszülésnél segítségül vehetjük az ureterek nyújtását is.

Az ureterek bőséges vérellátása lehetővé teszi azt is, hogy a kismedence mélyén több cm hosszúságban híd-szerűen kifeszült szabadon futó ureter is beültethető jó eredménnyel.

A beültetésre kerülő ureterrészlet táplálkozásának biztosításán kívül figyelembe kell vennünk az ureterek élettani működésével kapcsolatban azt a körülményt is, hogy az ureter peristaltikus működése közben hossztengele irányában megrövidül. Kétségtelen, hogy túlságos feszülés alatt beültetett ureter működését ezen peristaltikus megrövidülés akadályozottsága is beszűkítheti.

*Stoekel*nek az a véleménye, hogy a technikai feladat megoldása egyben az élettani feladatot is megoldja. Az ureterbeültetéssel szemben három általános követelményt állít fel:

1. A hólyag, mint mozgathatóbb üreges szerv, úgy közelíthessék az ureterhez, hogy felette és alatta is összevarrható legyen.

2. Az uretercsomkot mélyen kell a hólyagba ültetni, hogy annak nyálkahártyájából gombszerűen kiálljon.

3. Állandó katheter segítségével a hólyag a gyógyulás tartama alatt üresen és nyugodtan tartandó.

A végleges eredmények szempontjából fontos az a tény, hogy beültetés után is elég gyakran észleltek szűkületet. Kétoldali ureterbeültetés után ennek következtében teljes anuria és uraemia is felléphet.

A duzzadás néha még hosszabb idő múlva is kimutatható, bár legtöbbször hamarosan elmúlik. E szövdmény elkerülésére tágabb nyílás ejtésével véltek segíthetni, hogy a tágabb implantációs nyílás utólagos zsugorodása és hegesedése ne szorítsa össze az uretercsomkot. Ugyanezért *Stoekel*, *Latzko*, *Rissmann* és mások a beültetendő csomokra lehetőleg egyáltalán nem tesznek öltést, legfeljebb, mint *Kubinyi* is, a periureteralis kötőszövetet 1–1 hosszanti irányú öltéssel a hólyag hashártyaborítékához rögzítik.



*Stoeckel* az ureter rögzítésére elegendőnek tartja, ha a hólyag nyílásába illesztett uretervég fölött alul és fölül összevarrja a hólyag hashártyaborítékát és hashártya alatti zsírszövetét.

Az ureternek a hólyagba való beültetése a legtermészetesebb módja a vese és hólyag közt megszakadt összeköttetés helyreállításának. Ma már ritkán fordul elő az uretereknek olyan nagy anyagvesztéssel járó sérülése, hogy a hólyagba való beültetés ne lenne keresztül vihető. Az irodalom számos adatából, mely a hólyagbaültetés jó elsődleges és végleges eredményeiről számol be, csak néhányat említek fel.

*Weibel* 11 esetéből 10 gyógyult, egy esetben az erősen feszülő uretercsontok kiszakadt a hólyagból és sipoly keletkezett. *Stoeckel* több eredményes beültetést végzett, *Kubinyi* három gyógyult esetéről számolt be. Magam négy esetben végeztem ureterbeültetést.

Legalkalmasabb módszernek a *Krause* eljárását tartom, részint, mert legegyszerűbb, könnyen elvégezhető, de azért is, mert azon módszereknél, hol az uretercsontot magán a hólyagfalon át vezetett varratok segítségével erősítjük meg, ki vagyunk téve a varrat körüli concrementumok, ú. n. *ligaturakövek* képződésének. Ilyen esetet észleltem is.

11/1925. *D. J.* 46 éves, kétszer szült nőbetegnél igen előrehaladt, az operálhatóság határán álló méhnyaki rák miatt *Wertheim*-féle műtétet végeztem. A jobboldali uretert a beszűrő rákos burjánzás miatt kihámozni nem tudom, ezért resekálom. Az uretercsontot *Franz* szerint a hólyagba ültetem és a csont két ajkát a hólyagfalon át vezetett két selyemöltéssel rögzítem. Zavartalan sebgyógyulás. A műtét után 17 nappal végzett hólyagtükrvizsgáltnál a jobboldali új ureternyílást vörösbarna felrakódás fedi el. Ezt elmozdítva, mögötte kb. 1 cm fonálon borsónyi concrementum lóg. Lecsípjuk. (*Boross* f. o.) 29 nappal a műtét után újabb hólyagtükrvizsgáltnál szabályszerű ureterműködést állapítottunk meg. Kilenc hónappal a műtét után helyi recidívával jelentkezik.

Ez esetben tehát a selyemöltések körül kő csapódott ki a vizeletből. Catgutfonalak körül tudvalevőleg (*Stoeckel*) nem képződnek concrementumok, ezek azonban az általában szokásos előkészítés esetén sokszor már 5–6 nap múlva meglazulnak és elpuhulnak, úgy, hogy a rögzítésekre bízott uretercsont kicsúszhatik a hólyagnyílásból.

További három esetem közül egyizben *Franz*, két esetben *Krause* szerint végeztem az átmetszett uretercsontnak a hólyagba való beültetését.

1458/1913. *M. K.* 40 éves, ötször szült nőnél igen előrehaladt méhnyaki rák miatt *Wertheim*-műtét kísérletére határoztuk magunkat. Az uterinák izolálása és leköttése mindkét oldalt sikerül, azonban a hólyag oly erősen beszűrődött, hogy a méhnyakról való leválasztása még élesen sem sikerül, különösen jobb oldalt, hol az ureter is erősen infiltrált. Tekintettel arra, hogy e résztől eltekintve a műtét kivihetőnek látszott, a gyökeres kiirtás érdekében a hólyag és a jobboldali ureter resectióját határoztuk el. Ennek megtörténte után a hólyagsebet két rétegben varrjuk el, majd tőle oldalt kősonda felett a hólyagfalon nyílást ejtünk és ebbe ültetve az uretercsontot, azt a hólyagfalba vezetett öltésekkel rögzítjük. A beteg 12 napig lázas, hasfali tályog miatt. A hólyagvarrat elégtelensége miatt hólyaghüvelysipoly képződik, a beteg vizeletcsurgással távozik.

3174/1922. *J. B.* 35 éves, nem szült beteg. Kiterjedt méhnyakrák és jobboldali hydrosalpinx, bal oldalt lenőtt adnexconglomeratum miatt *Wertheim*-műtétet végzünk, amely különösen jobb oldalt nehezített, mert a jobb uretert mirigyecsomók veszik körül. Ezek teszik a tájékozást és praeparálást annyira nehézé, hogy az uterina átvágása alkalmával az uretert is átmetszük. *Krause* szerinti beültetés. Nyolc napig alacsony lázak, a vese részéről semmi zavar jelét nem észleljük.

378/1927. *R. I.* 54 éves, négyszer szült beteg, 12 éve baloldali vesemedencegyulladásban szenved, vizelete a műtét előtt is sok genyvet tartalmaz megfelelő mennyi-

szerű fehérjével. Baloldali intraligamentaris ecesemőfejni, alsó sarkán elmeszesedett myoma lobos összenövéssekkel a Douglas mélyére van rögzítve. Supravaginalis amputatio után nehezen kiválasztjuk a Douglasba mélyen leérő és szívósan rögzített, elmeszesedett daganat alsó polusát. A ligamentumok átvágása, vérző erek lefogása után kiemeljük és az aljáról a Douglasba húzódó néhány szalagos összenövést átvágjuk. Lekötések közben vesszük észre, hogy a baloldali ureter átvágva a ligamentum infundibulopelvicum csontjával együtt van lekötve. Az uretercsontot felszabadítjuk és — bár erősen feszül — *Krause* szerint a hólyag bal felső sarkának legmagasabb részébe ültetjük. Felette és alatta a hólyagfalat felületesen három öltéssel összehúzzuk. Lázas gyógyulás. A beültetett ureter begyógyult, szabadon vezet vizeletet.

Ez utóbbi esetünkben az ureter nagyfokú feszülése ellenére is hólyagbaültetést végeztünk. A feszülést a hólyagcsücsök karmantyúszerű összevarrásával egyenlítettük ki, miáltal a beültetett uretercsontot néhány centiméteren át *Witzel*-sipoly módjára beburkotluk.

A műtét után három hónappal hólyagtükrvizsgálatot eszközöltünk. A jobboldali ureter rendes helyén található, belőle tiszta vizelet ürül. A baloldali ureter pontszerű, összehúzódást nem mutat. A hólyag hátsó falán, kb. két harántujjal a trigonum fölött, ép nyálkahártyával körülvett részen kis nyálkahártyahíd van, mely alá az ureterkatheter bevezethető, de mögötte kicsúszik. Ugyanitt hólyagtükrrel figyelve indigoáramlás látható. Jobboldalról a vizeletet ureterkathetern át, a baloldalt a hólyagon át fogjuk fel. A vizelet vegyi-gör-  
csövi vizsgálata kifogástalan veseműködésre mutat.

A műtét beavatkozását, amint láttuk, valamennyi esetünk jól kiállotta, mindegyik meggyógyult. A hólyagba való beültetésnek elsődleges műtét eredményei az irodalom adatai szerint is általában jók. *Stoeckel*, *Franz*, *Wertheim*, *Latzko* és mások szerint jóformán nincs is elsődleges halálózása, a beültetett ureter csaknem mindig begyógyul.

Eppen ezért saját tapasztalásunk alapján is áthatoló uretersérülések ellátására minden oly esetben, hol egyáltalán kivihető, ezt tartjuk a leginkább célravezető eljárásnak.

### III. A veseműködés kiiktatására törekvő eljárások.

Különösen nehéz helyzetbe kerül a műtő oly esetben, hol az uretersérülés oly magasan ül, hogy a hólyagba való beültetésére gondolni se lehet, és az ureterfolytonosságból oly nagy darab hiányzik, hogy az ureterek varrása sem kivihető. Ilyen esetek nőgyógyászati műtétéknél is előfordulhatnak, hol túlságos nagy daganatok növekedésük közben az ureterek magasabban fekvő részletét emelik ki helyéből, úgy, hogy ez sérül meg (*R. Fűth* esete), vagy pl. intraligamentaris myoma úgy körülövi az uretert, hogy az a daganattömeg közepén fut (*Chrobak*, *Rühl*), minek folytán a daganat eltávolításával együtt az ureter nagyobb darabját is kimetszik.

Ilyen esetekben a veseműködés zavartalan fenntartására kevés a kilátás. A sérült csontnak a vastagbélbe vagy végbélbe való beültetése egészen bizonyosan fertőzéshez és felszálló pyelonephritishez vezet.

Az ureterek plastikus pótlása állatkísérletekben sikerült ugyan némely esetben, de embernél ezen kísérletek eredménnyel nem jártak.

Számolnunk kell tehát az ilyen, szerencsére rendkívül ritkán előforduló esetben a megfelelő oldali vese elvesztésével, ezért foglalkoznunk kell oly eljárásokkal is, melyek a veseműködés kiiktatása segélyével igyekeznek a kedvezőtlenül elhelyezkedett uretersérülés következményeit elkerülni.

A vesekiiktatás legrégebbi módszerei közé tartozik a *vesekiirtás*.

A vesekiirtás a hasmetszéssel egyidőben végezve,



súlyos és nagy kockázattal járó beavatkozás. Egyrészt csak a legkritikább esetben vagyunk már a műtét alkalmával pontosan tájékozva a másik oldali veseműködéséről, másrészt az elsődleges vesekiirtás a műtét tartamát jelentékenyen meghosszabbítja, úgy, hogy különösen legyengült betegnél akár transperitonealisan, akár extraperitonealisan végezve, igen súlyos beavatkozás. Ilyen irányú tapasztalatok vezettek oda, hogy az elsődleges vesekiirtás helyett a szakemberek nagy része inkább vállalta időlegesen az uretersipollyal járó kellemetlenségeket, hogy azután megfelelő időpontban, mikor a beteg erőbeli állapota engedte, utólagos vesekiirtással véglegesen kiiktassák a sérült működésű vesét.

Minthogy egyes szerzők, így *Albarran*, *Bastianelli* és mások már előbb is az ureterek lekötését ajánlották és végezték a sérült ureter ellátására, egész sora alakult oly eljárásoknak, amelyek a veseműködést az ureter teljes elzárásával igyekeztek megszüntetni.

Hamarosan bebizonyosodott azonban, hogy úgy az uretereknek egyszerű lekötése és elsüllyesztése, mint a bonyolultabb varratokkal való ureterelzárás elégtelen, mert egyrészt a működését folytató veséből elválasztott vizelet nyomása lelökte a lekötést, másrészt a lekötés emberi uretereken átlag a 8. napon bevágott és ezáltal elégtelenné vált az ureter elzárása, úgy, hogy többször észleltek vizeletbeszűrődés okozta halálesetet is (*Fraenkel*).

Kitűnt, hogy az állatkísérletek eredményei nem vihethők át az ember uretersebészetébe (*Bumm*), mert a kísérleti állatok (kutya, nyúl) uretere más szerkezetű és vastagabb falú, mint az emberé.

*Stoeckel* klinikáján *Kawasoye* állatkísérletekben felülvizsgálta az ureterek elzárására használatos legkülönbözőbb eljárásokat és eredménytelenségük megállapítása után az uretercsomózás módszerében állapodott meg, melyet emberen is több esetben (*Stoeckel*, *H. Fűth*, *Ebeler*, *Fleischhauer*, *Hornung* és mások) sikerrel végeztek.

A *Kawasoye*-féle uretercsomózás úgy történik, hogy magát a felszabadított vesefelőli uretercsomót csomózzuk meg és alá még külön egy lekötést is alkalmazunk. *Stoeckel* fontosnak tartja, hogy csomózás után a csomót a hashártya alá süllyesszük el. A vizelet nyomása megduzzasztja a csomóban foglalt ureterkaesot és ennek nyomása tökéletesen elzárja az uretert.

Többen utánvizsgálták az eljárást és különösen akkor láttak jó eredményt, ha az uretercsomóból két egymás feletti csomót kötöttek és ez alá helyezték el a lekötést (*Bierende*).

*Wagner* elégedetlen a *Kawasoye*-féle csomózással. Klinikáján tíz esetben végezte az ureterelzárás különböző módjait, eredményeiről *Löwy* számolt be, aki a *Poten*-féle eljárást találta a legalkalmasabbnak. *Poten* az uretert hossz tengelye körül többször megcsavarja és a csavarást varratokkal rögzíti.

Sokáig azt hitték, hogy az ureterek ilyen hirtelen elzárásánál a megfelelő oldali vese azonnal beszünteti működését, úgy, hogy hydronephrosis nem is keletkezik, hanem az elzárást közvetlenül követi a vese sorvadása. Az ureterek fokozatos elzáródása (pl. rákos beszűrődés következtében) viszont előbb hydroureter, majd következményes hydronephrosis kifejlődése után vezetne a vese sorvadásához.

Ezzel a felfogással szemben *Ponfick*, *Kawasoye* és mások vizsgálatai kimutatták, hogy a vizelet elválasztása mindennemű ureterelzáródás esetén folytatódik, minek következtében a vesemedence folyadéknyomása igen magas értékeket érhet el. Így *Albarran* állatkísér-

leteiben kutyáknál az ureter lekötése után 71 Hg. mm-ig emelkedett a vizelet nyomása.

A vese szövetében a nyomás emelkedése congestiót, oedemát átívódást, majd szövetpusztulást okoz.

A vese sorvadása csak egészséges vesénél áll be zavartalanul.

Az irodalom adataiból az is kiviláglik, hogy az ureteranastomosisok rossz eredményeire (stenosis) való tekintettel sokszor a varrással egyesített uretersérülések eseteiben is számolnunk kell a veseműködés megszűnésével, éppúgy, mint az ureterek szándékos elzárása esetén. Míg azonban az ureterelzárásnál minden esetben bizonyosan beáll a veseműködés megszűnése, ami egyértelmű a megfelelő oldali vese elvesztésével, addig az uretervégek varrattal való egyesítése bizonyos esetekben sikerülhet, a varrott ureter átjárhatóvá válik és a veseműködés korlátozást nem szenved.

Eppen ezért oly esetben, hol a túloldali vese működését nem ismerjük, vagy az beteg, az uretero-ureterostomiát, mely bár kevés, de határozottan megállapítható jó eredménnyel kecsegtet, feltétlenül fölébe kell helyeznünk a vesekiirtásnak, vagy a teljes vesekiiktatás jelentőségével bíró ureterelzárás valamely módjának.

Attekintve az uretersérülések ellátására szolgáló módszereket, az irodalom mai álláspontját a következőkben foglalhatjuk össze:

Az ureter műtéti sérüléseinek ellátása a sérülés helyétől és kiterjedésétől függ.

I. Részleges sérülést, ha az a kerület felét nem haladja meg, elvarrással látunk el.

II. Teljesen átvágott sérülést, ha csak lehet, a hólyagba való beültetéssel gyógyítunk. Ennek egyaránt alkalmas módja a *Krause*- és a *Sampson*-*Franz*-féle eljárás. Mi az előbbit részesítjük előnyben.

III. Ha a hólyagba való beültetés nagyobb feszülés nélkül nem vihető keresztül és nem tisztázott a túloldali vese működése, az uretervégek közvetlen egyesítését (uretero-ureterostomia) végezzük, erre legalkalmasabb *van Hook* vagy *Westermarck* invaginációs eljárása.

IV. Ha nagyobb ureterdarab hiánya folytán az uretero-ureterostomia sem végezhető, a veseműködés megszüntetésére az ureter centralis csomójának *Kawasoye* szerinti csomózását végeznők.

V. Fertőzött vesénél a secundaer vesekiirtás jöhet szóba.

**Irodalom:** *Demel*: Ureterersatz, Arch. f. klin. Chir. 1923. 135—203. — *R. Fűth*: Beitrag zur Behandlung der Ureterverletzungen. Ztrbl. f. Gyn. 1898. 25. sz. — *Kawasoye*: Ztschr. f. Gyn. Urol. 1912. 3. k. — *Kubinyi*: Adatok az ureter sebészetéhez. O. H. 1912. 26. — *E. Löwy*: Zur Frage der Versorgung des resezierten Ureters. Ztrbl. f. Gyn. 1923. 28. sz. — *Th. Naegeli*: Klinisches und experimentelles zur Frage der Blasen und Ureteren-chirurgie. Schweiz. Med. Woch. 1926. 19. sz. — *Paunz S.*: Ureterresektion esete. O. H. 1906. — *W. Poten*: Zur Technik des Ureterverschlusses. Ztrbl. f. Gyn. 1920. 16. sz. — *W. Stoeckel*: Ureterfisteln und Ureterverletzungen. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1900. — *W. Stoeckel*: Über die Behandlung des verletzten und unverletzten Ureters bei gynäkologischen Operationen. Ztschr. f. Gyn. Urol. 1912. 3. k. — *W. Stoeckel*: Über die Ausschaltung der Niere durch künstlichen Ureterverschluss. Ztrbl. f. Gyn. 1914. 4. sz. — *W. Stoeckel*: Über die Versorgung verletzter Ureteren, die nicht implantiert werden können. Ztrbl. f. Gyn. 1923. 41. sz. — *E. Scipiadès*: Adatok a hasmetszések kapcsán történt uretersérülések gyógyításához. Magyar Sebésztársaság munkálatai, 1908. 577. o. — *G. A. Wagner*: Über die Versorgung verletzter Ureteren, die nicht implantiert werden können. Ztrbl. f. Gyn. 1923. 50—51. — *W. Weibel*: Weitere Beobachtungen über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Karcinomoperation. Ztschr. f. klin. Chir. 1914. 4. k. — *I. Braude*: Zur Frage über die Nierenausschaltung mittels Ureterknotung nach Ureterresektion. Mon. f. Ges. und Gyn. 75. k. 1—2. f.



A m. kir. Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának (igazgató: Ángyán János dr. egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

## Polycythaemiában a phenylhydrazin-kezelésre fellépő thrombosis okáról.

Írta: Barta Imre dr. egyetemi tanársegéd.

A vörösvértettek megszorodhatnak a vérben ismeretlen okból, elsődleges, idiopathiás polyglobulia, vagy polycythaemia vera és ismert okból, amikor másodlagos, vagy tüneti polycythaemiáról szólnak. A tüneti polycythaemia helyett *Hirschfeld* az erythrocytosis elnevezést ajánlja, mely viszonylagos, ha a vér besűrűsödik és valódi, ha a károsító ok izgató hatására a vörösvértest-termelés fokozódik. A polycythaemia verát *Türk* erythraemiának nevezi. Az erythraemia és erythrocytosis szembeállítására a leukaemia és a leukocytosis alapján történt. A leukaemia és az erythraemia azonban csak látszólag hasonló megbetegedés. Míg a fehérvérűségben a leukoblastos rendszer általános, végnélküli hyperplasiáját és a vérképben nagyrészt éretlen sejteket találunk, addig erythraemiában az erythroblastos rendszer burjánzása csak

ször a toluylendiaminnal próbálkozott, de a betegeken fellépő heves hasmenés miatt ez nem vált be. Majd sósavas phenylhydrazinnal kísérletezett számos esetben feltűnő jó eredménnyel. Azóta polycythaemiában a phenylhydrazin-kezelés már-már polgárjogot nyer, de újabban mind több és több az olyan észlelés, amelyben a phenylhydrazin-kezeléshez thrombosis társult, egyesek még szövethalást is észleltek.

A phenylhydrazin hatását állatkísérletben tettük vizsgálat tárgyává, különös tekintettel a vérben létrejövő azon elváltozásra, melynek a thrombosis keletkezésében szerepe lehet. Kísérleti állatunk a fehér patkány volt. Első kísérletünkben öt állatnak a sósavas phenylhydrazin 1%-os oldatából naponta 1 cm<sup>3</sup> fecskendeztünk a bőre alá. A vér alakelemein kívül vizsgáltuk a Hb tartalmat, figyeltük, hogy mikor jelenik meg a vérben spektroskop-pal kimutatható szabad Hb, továbbá meghatároztuk a fehérjequotienst és a fibrinogen-tartalmat. A vérsajt- és a vérelemzeke-számolást az állat farkából eszközöltük, amelyet számolás után a vérvesztés elkerülése végett leköttöttünk. A vérelemzeke-számolást *Boros* és *Karlstein* eljárása szerint Ehrlich-féle quadrat ocularral határoztuk meg.

1. sz. táblázat.

Idő	1. sz. állat				2. sz. állat				3. sz. állat				4. sz. állat				5. sz. állat			
	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vérsajt	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke
Oltás előtt	6,780.000	10.800	86	410.000	6,340.000	8.200	80	396.000	8,240.000	11.600	90	615.000	7,360.000	10.800	84	640.000	6,380.000	14.100	82	460.000
után			%			%				%				%				%		
1.	6,540.000	19.300	80	456.000	6,160.000	16.100	78	510.000	7,920.000	14.100	85	640.000	7,100.000	16.100	80	710.000	5,710.000	21.200	76	780.000
2.	5,400.000	26.200	68	640.000	2,980.000	20.300	51	720.000	6,020.000	30.200	76	992.000	5,020.000	24.500	71	870.000	5,920.000	34.000	58	1,020.000
3.	3,120.000	45.400	44	884.000	2,260.000	34.700	42	1,510.000	3,410.000	38.400	61	1,210.000	2,860.000	31.400	42	1,296.000	exitus	pulm.	th	rombosis
4.	2,080.000	48.200	38	1,420.000	exi	tus			2,110.000	51.000	32	1,840.000	1,910.000	44.200	31	1,310.000	exi	tus		
5.	exi	tus							exi	tus			exi	tus						

bizonyos mértékű, a festett készítményben magvas vörösvérsajt elvéve látható. A leukaemia elsődleges csontvelő-betegség, a polycythaemia vera kórszarmazása nem tisztázott. A vörösvértettek megszorodása létre jöhet a fokozott sejtermelés, vagy a csökkent sejtpusztulás következtében. Miután a polycythaemiás csontvelő élénk regenerációt mutat, a csöves csontok sárgavelője vörös-

A vizsgálat eredménye az 1. számú táblázaton látható. Miután ebből kitűnik, hogy a vörösvértest és a Hb esőkenése közben a vérelemzekek megszorodnak és a véralvadást is gyorsultnak találtuk, öt állattal megisméltük a kísérletet, amelyről a 2. számú táblázat számol be.

Boncoláskor elsősorban a vérképző szerveket vizsgáltuk. A máj mérsékelten megnagyobbodott, barnaszínű,

2. sz. táblázat.

Idő	1. sz. állat				2. sz. állat				3. sz. állat				4. sz. állat				5. sz. állat			
	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke	v.vértest	f.vérsajt	hb.	vérelemzeke
Oltás előtt	8,110.000	12.300	91	686.000	6,720.000	9.100	82	440.000	7,040.000	10.700	85	520.000	6,680.000	12.600	85	705.000	5,270.000	16.700	81	476.000
után			%			%				%				%				%		
1.	7,940.000	14.600	86	692.000	5,200.000	13.100	78	510.000	6,860.000	13.600	79	516.000	6,110.000	18.900	80	700.000	4,520.000	27.100	70	810.000
2.	6,830.000	20.200	80	910.000	4,160.000	20.400	64	740.000	5,970.000	21.800	67	896.000	4,240.000	21.800	71	880.000	3,170.000	32.400	54	1,470.000
3.	5,140.000	20.100	71	1,240.000	3,080.000	28.900	52	920.000	3,120.000	34.500	49	1,340.000	3,070.000	32.100	60	1,170.000	2,060.000	49.100	37	2,010.000
4.	3,020.000	41.400	52	1,710.000	2,220.000	37,300	36	996.000	1,970.000	39.100	35	1,730.000	2,170.000	37.700	41	1,810.000	exi	tus		
5.	2,140.000	50.600	32	2,080.000	exi	tus			exi	tus			exi	tus						

csontvelővé alakul át, *Türk*, *Hirschfeld*, stb. a polycythaemia okát az erythroblastos rendszer hyperplasiájában keresi. *Müller*, majd *Eppinger* a székletét urobilin-tartalmát csökkentenek találta, a hyperaemiás lépben a vörösvértettek a sinusokban vannak, a haemosiderosis csekély, ezért *Eppinger* a polycythaemia kórszarmazását a csökkent vörösvértest pusztulásának tulajdonítja.

Ezen az alapon ajánlotta *Eppinger* a polycythaemia kezelésére vérsajtpusztító mérgek alkalmazását. Elő-

vérbő, eléggé puha tapintatú. A lép feltűnően nagy, sötétkék színű, igen vérbő, tömött. A csontvelő a combcsontban szürkésvörös színű, a rendes zsíros csontvelő. A berlini kék reactio erősen positiv. A mikroszkopos vizsgálatkor a reticuloendothelialis szervekben a vérbőségen és a haemosiderin szemcséken kívül kóros elváltozást nem találtunk.

Vizsgálatunk eredményét a következőkben foglalhatjuk össze: Phenylhydrazinkezelésre a vörösvértest-



szám folytonosan csökken, a Hb-csökkenés lépést tart a vörösvértestfogyással. A fehérvérsejtszám állandóan emelkedik. A vérlemezkék, melyeknek viselkedése a vizsgálatunk szempontjából a legnagyobb jelentőségű, feltűnően megszorodnak. Az alakelemek a mennyiségi eltéréseken kívül minőségi elváltozás is észlelhető, mely egyrészt degeneratív, másrészt regeneratív folyamat. Legszembetűnőbb a degeneratív elváltozás. A nativkészítményben a vörösvértestekben erősen fénytörő szemcséképződés látható, Heinz-féle testecskék. A nagyfokú poikilocytosison kívül sok a halvány vörösvértest. Kevés árnyékalak és sok színtelen vagy világosszürke, halvány contourú, egyenetlen szélű képlet tűnik fel, benne élénken fénytörő szemcsékkel. Ezek a vörösvértestek maradványai, *Tallquist* szerint stromaták, melyek a vérfesték kilúgozódása maradnak vissza. A regeneratív elváltozás jelei: anisocytosis, polychromasia, nagyszámú magvas vörösvérsejt és reticulocytá.

A Hb-csökkenés lépést tart a vörösvértestszéteséssel. A harmadik oltás után szabad Hb jelenik meg a vérben, mely kezdetben csak spektroszkoppal mutatható ki, később már szabadszemmel is látható, ezzel egyidejűleg haemoglobinuria is jelentkezik. A vér feltűnő csokoládébarna színét a methaemoglobin okozza.

A fehérvérsejtek megszorodása az egyes állatban meghaladja az ötvenezret, különösen a granulocyták szaporodnak meg.

A vörösvértestek állandó fogyása közben a vérlemezkészám folytonos emelkedést mutat. *Klieneberger* könyvében: „Die Blutmorphologie der Laboratoriumsthiere“, a patkány thrombocytaszáma 2–400.000. Mi ép patkányban a thrombocytaszámot 4–700.000-nek találtuk. A patkány vérlemezkéjében is felismerhető Giemsa-festéssel a környéki kékes hyalomer és a központi azurgranulákból álló granulomer-zona. A nagymértékű megszorodáson kívül a vérlemezkék minőségi elváltozását is észleltük. A sok óriásvérlemezkén kívül hosszúkás, szalagszerű képletek láthatók, melyeknek egynemű állományába 3–4 thrombocytá helyezkedik el.

A vér morphologiai elváltozásán kívül a vér alvadása is jelentősen gyorsult. A 4–5. oltás után a kezdő alvadási idő összeesik a teljes alvadással. A véresejtszámolást csak a legnagyobb gyorsasággal és óvatossággal tudtuk elvégezni, mert a farokból préselt vér már megjelenése közben megalvad.

A phenylhydrazin tehát olyan vérméreg, amely a vörösvértesteket részben a májban, a lépben és a csontvelőben, részben a peripheriás véráramban károsítja, ez utóbbi haemoglobinaemiához és következményes haemoglobinuriához vezet. Ugyanakkor a csontvelőben élénk regeneratio indul meg, amely nem a szétesett vörösvértesttermékek, hanem a phenylhydrazin hatására jön létre. Ezt bizonyítja a fehérvérsejtek és a vérlemezkék megszorodása, amely haemolysises anaemiában nem észlelhető.

A phenylhydrazin hatására fellépő thrombocytosis oka csontvelőizgalom, amelyet a megakaryocytákon látható elváltozás igazol. A vérlemezkék keletkezését már néhány szerző próbálta tisztázni. Egyesek a fehérvérsejtekből, a granulocytákból és a lymphocytákból, a vörösvérsejtek plasmájából és a kilökődött magjából, az endothelsejtekből, a szétesett sejtrészekből származtatják, míg mások nem is tartják önálló képleteknek. Elfogadott *Wright* elmélete, mely szerint a vérlemezkék a csontvelő óriássejtjeinek lefűződési termékei. A megakaryocyták egynemű, gyengén kékre festődő plasmájában sűrű azurophyl-szemcsézettesség látható, mely emberben csoportos elrendeződést mutat (*Ogata*). *Wright* megfigyelte, hogy az óriássejt azurophyl-szemcséket tartalmazó nyul-

ványokat bocsájt ki, melyek lefűződnek, szétesnek, és ezek a thrombocyták.

*Klieneberger* a patkány óriássejtjeiről azt írja, hogy a csontvelőben csak elvétve látható kerek vagy lebenyezett maggal és nagy homogen plasmával. Mi minden 3–5. látótérben találtunk egy-egy óriássejtet, amely nagyjában kerek alakú, magja kerek vagy ovalis, helyenként karélyozott, Giemsa-val egyneműen intenzív kékre festődik. A plasmája nem homogen, a mag körül sűrű azurophyl-szemcsézettesség látható, mely az *Ogata* által leírt mezőnyös elrendeződést nem mutatja. Itt ott olyan óriássejt is van, amelynek protoplasmája a széli részen egynemű, halványkékre festődik. Pseudopodiumképződés csak elvétve látható. A phenylhydrazinnal kezelt állat csontvelőjében az óriássejteken elsősorban az alak- és nagyságbeli elváltozás szembetűnő. A megakaryocyták kifejezetten nagyobbak és sokszög alakúak. A megnagyobodásban főképp a plasma vesz részt. A mag különösebb eltérést nem mutat. A protoplasmában a szemcsézettesség nemcsak a mag körül, hanem kifejezetten a peripheriás részen is látható. Helyenkint a plasma kiöblösödik és itt granulákkal sűrűn telehintett. Pseudopodiumképződés csak elvétve észlelhető, de több megakaryocytá sejthatára teljesen elmosódott és a sejtszélien kívül is azurophyl-szemcsézettesség látható.

A leírt elváltozás tehát fokozott lefűződési folyamatra utal. Ezt megerősíti még a vérlemezkészámoláskor talált, több thrombocytából álló szalagos képlet és az óriásvérlemezkék nagy száma. A megalothrombocytá éppen úgy a fokozott regeneratio jele, mint a makrovagy megalocytá.

A vérlemezkék szerepe a röggképződésben már régóta ismeretes. A thrombus szöveti képeben látható finoman szemcsés, koralszerű halmaz szétesett vérlemezkékből áll. *Aschoff* vizsgálata szerint a vérrögnek két része van: a szív felé néző fehér rész és a distalisan lévő vörös farki rész. A feji thrombust csupán thrombocyták alkotják, fibrinfonalat nem tartalmaz. A farki thrombus szerkezete ugyanolyan, mint a rendes alvadásos vérrög. A vérröggképződésben tehát legfontosabb szerepe a thrombocytáknak van. A vérlemezkék agglutinációja az elsődleges elváltozás, mely a véráramot meglassítja, és ehhez társul a meglassított véráramlás folytán másodlagos módon az alvadásos thrombus. Így tisztázódott *Aschoff* vizsgálata alapján haemophyliában az a látszólagos ellentmondás, hogy megnyúlt alvadás mellett a vérzési idő rendes, mert a kis seb elzáródásához elégséges a vérlemezkethrombus is.

A thrombocyták és a vérröggképződés közötti szoros összefüggésre utal a fertőző megbetegedés, a vérzés, a vérlebecsátás, a műtét utáni, az alkati és az egyéb okból származó thrombocytosisban a thrombosisra való hajlandóság. Míg egyrészt a vérlemezkék injiciálása thrombusképződéshez vezethet, addig a thrombopeniás betegségben, essentialis és malignus thrombopeniában a röggképződés csaknem ismeretlen.

Miután thrombosisban a vérlemezkék megszorodását csak ritkán sikerül kimutatni, a röggképződés okát a thrombocytosison kívül a vérlemezkék minőségi elváltozásában kerestük, különös tekintettel az agglutinációs képesség megváltozására.

*Fahraeus*, *Linzenmeier*, *Höber* mutatta ki, hogy a véresejtsülyedés physikochemiai folyamat útján jön létre. Minél erősebb a vörösvértestek elektronegativ töltése, annál nehezebben képesek a kölcsönös taszítást legyőzni, tehát lassabban következik be az agglutinatio és a sülyedés. Alkalmas elektrolytek, az elektropositiv fehérjék, vagy a gyengén elektronegativ töltésű fibrinogen, kevésbé a globulin semlegesítik vagy csökkentik a vörös-



vérszövetek töltését. A fehérjeionok adszorbeálódva a vérszövetek felületén kisebb lesz a kölcsönös elektrostatikus taszítás és így könnyebben létrejön az agglutinatio. *Starlinger* és *Sametnik* ezen az alapon kerestek thrombosisban is a vérsavófehérje colloidjaiban olyan eltolódást, mely a vérszövetkeagglutinációt elősegíti. A thrombocyták erős elektronegativ töltése mellett abban a megbetegedésben, melyben gyakori a thrombosis: szülés, műtét, fertőzés után, keringési elégtelenségben, kachexiás arteriosklerosisban stb. a fibrinogen és a globulin megszorodását találták.

*Rusznayák* nephelometriás eljárásával vizsgáltuk a fehérjequotient, de lényeges globulinemelkedést nem találtunk, a fibrinogen azonban, mint a 3. számú táblázatban látható, csaknem négyszeresére szaporodott meg. Szándékosan már a harmadik oltás után határoztuk meg a plasma fibrinogentartalmát, nehogy a később fokozódó gyors vér-alvadás a vizsgálatot megnehezítse.

3. sz. táblázat.

Az állat száma	A plasma fibrinogen az összes fehérje %-ában	
	kezelés előtt	kezelés után
1	0.94	3.12
2	0.56	1.69
3	1.02	3.62
4	0.96	3.41

Phenylhydrazin hatására tehát a thrombocytosison kívül a fibrinogen is lényegesen megszorodik és így adva van a lehetősége a spontán agglutinációnak.

A thrombosis keletkezéséhez két feltétele van:

1. a vérszövetkék rendes vagy megszorodott számán kívül a fokozott agglutinációs-képesség;

2. a vér szabályos vagy gyorsult alvadóképessége.

Nagyobb érben ugyanis a vérrög keletkezéséhez nem elég a thrombocyták agglutinációja, hanem a farki thrombus kifejlődéséhez a vér alvadása is szükséges. Ha hirudinnal a vér-alvadást meggátoljuk, thrombosis nem keletkezik, noha a vérszövetkeszám rendes. Továbbá haemophyliában is az elhúzó vér-alvadás miatt nem szokott thrombosis kifejlődni, thrombopenia nincs és az agglutinációs-képesség csökkenését sem sikerült ki mutatni.

A phenylhydrazinnal kezelt állatban a thrombosis keletkezésének második feltétele is jelen van, a vér-alvadás gyorsul. Ennek okát kereshetjük a thrombocytosison, a fibrinogen megszorodásában, a nagyfokú sejtsejtésésben és a vér összetételének megváltozásában.

A thrombocyták szerepét a vér-alvadásban különbözőképp magyarázzák. A kutatók egyik része szoros összefüggést lát a vérszövetkék és a vér-alvadás között. A vérszövetkék a thrombokinase hordozói; thrombocytosison a vér-alvadást gyorsultnak találták; a vérszövetkékből készült coagulen fokozza a vér-alvadást. A szerzők más része tagadja a vérszövetkék szerepét a vér-alvadásban, ugyanis thrombopeniában az alvadási idő rendes. *Frank* a thrombocytákat a vér-alvadás agent provocateur-jeinek nevezi.

A fibrinogen szerepe a vér-alvadásban már régóta ismeretes. Kóros állapotban csökken a vér-alvadás, ha a fibrinogen részben vagy teljesen hiányzik, pl. máj-insufficienciában, pseudohaemophyliában, stb. Állatkísérletekkel igazolták, hogy a májszövet pusztítása által a csökkent fibrinogentermelés következtében a vér alvadóképessége megszűnik. Mindezt azonban alapjában döntötte meg *Morawitz* vizsgálata, aki csökkent fibrinogen mellett is az alvadékok szilárdnak és tömörnek találta.

A nagyfokú sejtsejtésessel kapcsolatban a vér lipoidban gazdagabb lesz. *Bordet* és *Delange*, *Hirschfeld*, *Stuber*, *Zack*, *Zunc* és *György* kísérleteiből tudjuk, hogy a lipoid hatására a vér-alvadás gyorsul. *Sahli*, *Opitz* és *Zweig* ha in vitro vörösvértesteket adtak a vérhez, az alvadási idő megrövidült, amelynek oka nem a vörösvértestek thrombokinase hatásában, hanem lipoidtartalmukban keresendő. *Horowitz* a vér-alvadás gyorsulását különösen a vörösvértestek alkoholban oldható részével, a lipoidokkal tudta kimutatni.

A vér-alvadás gyorsulásában a lipoidhatásnál is nagyobb jelentőséget tulajdonítunk annak, hogy a vér összetétele megváltozik. Ismeretes, ha a vérhez pár csepp szövetnedvet adunk, pillanat alatt megalvad. *Petrányi* phenylhydrazin anaemiában a sejtmenyiség csökkenésével a plasma abszolút mennyiségének a megszorodását találta. A sejtpusztulás és a szövetnedv-áramlás következtében a megváltozott vérösszetétel folytán eltolódik a savbázeisegyensúly, a sók és a fehérjék aránya. Ebben látjuk a leglényegesebb okát a vér-alvadás fokozódásának.

Kísérletünkben tehát kiderül, hogy phenylhydrazin hatására a thrombocytosison kívül a vérszövetkék agglutinációs képessége is megnő és a vér-alvadás gyorsul. Polycythaemiában haemolyticum alkalmazására ezáltal jön létre a rögzítődésre való hajlandóság.

#### Összefoglalás:

1. A phenylhydrazin hatására a vérszövetkék megszorodnak, amelynek oka az óriássejtek fokozott működése.

2. A vér fibrinogentartalma emelkedik, ezáltal a vérszövetkék agglutinációs képessége nő.

3. A vér-alvadás gyorsul.

4. Polycythaemiában a phenylhydrazinkezelés és a thrombosis közötti összefüggést a vérszövetkék fokozott agglutinációs képességében és a gyorsult vér-alvadásban látjuk.

**Irodalom:** *Aschoff*: Vorträge über Pathologie. Jena, 1925. — *Bordet* és *Delange*: Arch. f. Exp. Path. u. Pharmak. 71. köt. — *Boros* és *Karlstein*: O. H. 1925. — *Eppinger*: Hepatolienalen Erkrankungen. — *Fahraeus*: Klin. Woch. 1928. — *Hirschfeld*: Bioch. Zeitschrift, 68. köt. és Med. Klin. 1906. — *Höber*: Physikal. Chemie der Zelle u. der Gewebe. 5. kiadás. — *Linzenmeier*: Handb. der biol. Arbeitsmeth. v. Abderhalden. — *Morawitz*: Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 56. köt. — *Ogata*: Ziegl. Beitr. 1912. — *Opitz* és *Zweig*: Jahrb. f. Kinderheilk. 107. köt. — *Petrányi*: M. O. A. 1928. — *Rusznayák*: Biochem. Zeitschr. 133. és 141. köt. — *Sahli*: Arch. f. Klin. Med. 99. köt. — *Starlinger* és *Sametnik*: Kl. Woch. 1927. — *Stuber*: Bioch. Zeitschr. 77. köt. — *Tallquist*: Über Exp. Blutgift. Anaemien, Berlin, 1900. — *Türk*: W. Kl. Woch. 1904. — *Wright*: Virch. Arch. 186. köt. — *Zack*: Arch. f. Exp. Path. u. Pharmak. 70. köt. — *Zunc* és *György*: Arch. internat. de physiol. 14. köt.

#### A Charité Poliklinika bőrgyógyászati osztályának közleménye.

#### Lokalizált és progrediáló haemosiderosisok.

Írta: *Sellei József dr.*

A vasolabilitás fokozódása több körülménytől függ. „Teleangiectasiák és teleangiectasiás készség“ című munkámban foglalkoztam ennek okaival, valamint következményeivel, amelyek:

1. Capillaris spasmusok, atonia és végül capillaris tágulatok; stasis mint következményes tünet.

2. A capillaris fal átjárhatóságának változása; oedema; capillaris vérzések és ezeket követő pigmentációk. A bőrvérzések és a consecutiv pigmentációk aránylag elég gyakran fordulnak elő; némely bőrbajra



inkább a vérzések, másokra viszont a pigmentációk a jellemzők. Az ú. n. haemorrhagiás diathesiseknél, pl. a morbus Werlhoffiánál, a vérzés a legfontosabb klinikai tünet; ezzel szemben a „haemosiderosis“ névvel jelölt bőrbetegségeknek pedig a pigmentatio. Az utóbbiaknál a vérzés, mint klinikai tünet, tehát a purpura, petechia, ekchymosis csak nagyon gyéren fordul elő. Nem úgy a haemorrhagiás (purpurás) betegségeknek, amelyeknél a bőrvérzések a főtünetek. Ezeknél petechiák keletkeznek a bőrön, haemorrhagiák a nyálkahártyákon és a vérképző szervek betegségei, mirigyduzzanatok, esetleg hőemelkedés állapíthatók meg. A haemosiderosisnak nevezett pigmentdermatosisnál a pigmentatio kisebb, gombostüfejnű, sárga, sárgásbarna, barna foltokból tevődik össze; a telepek fillérnyi, gyermektenyérynű, nagyok, vagy még nagyobbak. A pigmentatio néhány kórformánál localis marad, máskor nagyobb területen terjed tovább és többnyire (quantitative is) a haemoglobinból származó, vastartalmú haemosiderinből áll (de a melanint sem lehet teljesen kizárni). A haemosiderin az ú. n. haemochromatosisoknál fordul elő. Ezek súlyos betegségek a sima izmokban, a szervekben, némelykor a kötőszöveti sejtekben és a bőrben előforduló barna pigmentációval (Lubarsch, Bork és mások). Igen gyakran máj, pankreas-betegséggel, diabetesszel járnak együtt. A bronzdiabetes is ide tartozik. Úgy látszik, hogy a vas- és a fehérjeanyagcsere zavara a haemochromatosis oka, mert a haemosiderosist nem magyarázza a nagyfokú vörösvérsejtszételés (Bork). Legjellemzőbb tulajdonsága a haemochromatosisnak a haemosiderin és a barna pigment az említett helyeken. Az enyhébb lefolyású ú. n. átmeneti alakoknál a máj, lép és pankreas, vagy kizártan a bőr barna pigmentációja fordul elő (Bork).

Francia szerzők (Darier, Pautrier és mások) már régebben használják a „haemosiderosis“ elnevezést olyan pigmentdermatosisok megjelölésére, amelyek a súlyos haemochromatosisoktól teljesen elkülönítendőek, azokkal csak abban egyeznek, hogy bőrpigmentjük szintén a vastartalmú haemosiderinből áll, amely azonban a bőrvérzésekből származik. Ezek a bőrbetegségek valószínűleg szintén valamilyen toxikus anyagból származnak, amely a capillarissok contractilis elemeit, a Rouget-féle sejteket bántja s ilyképen keletkezik vasodilatatio, stasis és vérzés per diapedesin.

A kilépett vérsejtek és a környező szövet (főleg kötőszövetsejtek) között levő egymásrahatás, amire Krause is utalt, úgy látszik, szintén befolyásolja a pigment képződését. A haemosiderosist jellemzi, hogy a pigment: 1. a vaspróbát adja; 2. soha sincs az epidermisben, hanem a cutis sejtekben; nagyobb mennyiségben szabadon fekszik és kisebb-nagyobb szemesék formájában a kötőszöveti kötegek között fordul elő; 3. resorptióra hajlamos. Bár a pigment sokáig megmaradhat, azonban néhány hónap múlva eltűnhetik, hogy esetleg ugyanazon a helyen, vagy máshol újra képződjék.

A haemosiderosisek általánosságban két csoportba oszthatók:

A) *Secundaer haemosiderosisek*, melyek manifest gyulladáshoz társulnak. B) *Haemosiderosisek, mint önálló klinikai formák*, melyeket a bőr nagyobb fokú egyéb elváltozásai nem előznek meg, inkább azokkal párhuzamosan fejlődnek. Okuk endogen (toxikus anyagok). Ez utóbbi csoportban különállanak a haemorrhagiás diathesisek, legfontosabb tulajdonságuk a makroszkopos vérzés; a pigmentatio alárendelt jelentőségű.

A) *Secundaer haemosiderosisek.*

1. Ide tartoznak a) hólyagos, hólyagesás és pustulás bőrbajok utáni vérpigmentációk: pl. varicella, variola, zoster, herpes iris, pemphigus, ekthyma; b) hyperacut gyulladáshoz társuló bőrbajok: pl. hirtelen fejlődő dermatitis,

erythema exsud. multiforme; c) időszűrt formák, pl. erythema nodosum et indur. Bazin.

2. *A varicosus tünetcsoporthoz tartozó pigment-elváltozások.* Ezek a kórformák a lokalizált haemosiderosisekhez tartoznak és nem önálló, hanem consecutiv elváltozások. A varicositas következtében elég gyakran látunk kisebb-nagyobb, egész gyermektenyérynű, véres extravasatumból származó pigmentfoltokat. Ezek apró, rozsdabarna, később erősebben megbarnuló pigmentfoltokból tevődnek össze, helyenkint, de kevés purpurával, petechiával ekchymosisokkal; itt-ott teleangiectasiák kísérik. E pigmentációk, amelyek a varicositással együtt járnak, megelőzik az ulcus crurist, majd kíséretünetei lesznek és vele a bőr jellegzetes vékonyodása, savós átívódása, sérülékenysége fejlődik ki, s ilyen módon trauma, pyoderma más folyamat folytán látszólag magától is a bőrnek előbb említett megváltozása következtében ulcus képződik. Az ulcushoz társuló sklerosisos bőrön is találunk pigmentációt. Francia szerzők „dermite pigmentée et purpurique des jambes ou dermite jaune d'ocre“ néven vékonyodott, atrophias bőrön, nem ritkán ulcus cruris jelenlétében, gyakran reticularis elrendeződésű, kisebb-nagyobb kékesbarna foltokat írtak le az alszárakon. Leginkább a syphilis okozta varicosus tünetcsoportba tartoznak. Bár hasonlítanak hozzá, de nem tévesztendőek velük össze a cutis marmorata pigmentosa néven ismert esetek, amelyek voltaképpen gyulladáshoz társuló, a „livedo racemosa“nak consecutiv jelenségei. Ezek a pigmentes bőrelváltozások szintén secundaer, következményes dyschromiák.

B) Mint önálló klinikai egységek tekintetbe jöhetnek:

1. *Öreg egyének racemosus (reticularis), progrediáló haemosiderosisa.*
2. *A Majocchi-féle purpura annularis teleangiectodes.*
3. *A Schamberg-féle bőrbaj.*
4. *A haemorrhagiás diathesisek.* Ezekkel, mivel külön csoportot alkotnak, valamint a bevezetésben említett okoknál fogva, itt nem foglalkozom.

*Öreg egyének progrediáló reticularis haemosiderosisa.*

Ezt a kórformát el kell különíteni a purpura senilistől, a franciák Dermite jaune d'ocre-től, valamint a livedo racemosa pigmentosa-tól.

Az öreg egyéneknek angiectasiás készség alapján fejlődő secundaer dyschromiát, vagyis progrediáló haemosiderosist főleg a combon, a lábszáron találjuk. Az arteriosklerosison kívül belső okok, toxikus anyagok (bél-intoxicatiók) idézik elő. A pigmentfoltok, amelyek haemosiderinből állanak és a jelzett tulajdonságúak idővel felszívódnak s részben eltűnnek, de aztán újra fejlődnek.

Példaképpen közlöm a következő két esetet:

1. R. J. 70 éves hivatalnok. Szüleinek, testvéreinek angiectasiáról nem tud. Malaria 1882-ben; neurasthenia; obstipatio kb. 40 éve. Kb. 16 év előtt viszkető véraláfutások (?) jelentkeztek mindkét lábszáron, a hason és 8 hónap alatt elmúltak. Hat hete piros foltok a kézháton, lábszáron és combon. Status pr.: Jól táplált, kissé sápadt egyén; szervei épek. Syphilises előzmények: Ø. Venectasiái nincsenek. Livedo racemosa nem látható. Vérnyomás: 140 (RR); vérkép: haemoglobin 92,3%, vörösvérsejt: 3.880.000, vérlemezke: 400.000 1 cm<sup>3</sup>-ben, fehérvérsejt: 4200, haemoglobin-index: 1,2. Vérzési idő: 2 perc; alvadási idő: 25 perc, süllyedési sebesség: 32 mm 1 óra alatt. Segmentálalt magvú 46%, pálcika 1%, fiatalsejt Ø, eosinophil 3%, basophil 2%, nagymono- és átmeneti sejt 6%, lymphocytá 42%. Vizeletben Ø. Vércukor: 0,95 mg%. A kézháton szétszórt, gombostüfe-, lencsenagyságú, a bőrniveauban lévő, vagy abból laposan kiemelkedő, ujjnyomásra részben halványodó, de el nem tűnő teleangiectasiák. Sárgásbarna pigmentfoltok teleangiectasiákkal. A lábszáron és combon többszáz szétszórt, helyenkint csoportosan, álta-



lában marmorált elrendeződésben, apró teleangiectasiák és pigmentfoltok. Szétszórva gombostűfej-, lencsenagyságú, rubinvörös, kiemelkedő angioma. A crena ani környékén teleangiectasiák és pigmentfoltok. Teleangiectasiák az arcon, orron, füleimpán; az arcon, jobb oldalt nagyobb terjedelemben egymással összefolyva teleangiectasiákkal kevert pigmentációk. Kisfokú parakeratosis a könyökön, de nem az egész telep fölött.

Az elementumok ezek szerint: 1. rubinvörös angioma; 2. teleangiectasiás apró pigmentfoltok; 3. pontszerű haemorrhagiák. A kimagasló tünet a sárgásbarna pigmentatio, amely leginkább a combokon, kisebb fokban a lábszárakon fordul elő, de nem a cutis marmorata (livedo racemosa) rajzolatának felel meg. A pathogenesist a bőr érrendszerében keressük, amely a capillarisek atoniáját, majd dilatációját s ilyképen a vörösvérsejtek kilépését indította meg. Ebben az esetben angiectasiás készséget is lehet megállapítani (teleangiectasiák, teleangiectasiás foltok, haemorrhagiás pontok). Oka: talán a chronikus obstipatio folytán képződött toxikus anyagok felszívódása, arteriosklerosis (hormonok?). Syphilisre semmi adat, ulcus cruris kizárt. Két hónappal később a pigmentatio mindenütt lényegesen csökkent, kevesebb teleangiectasia, bár semmiféle kezelés nem történt.

2. B. Zs. 68 éves nő. Három év előtt viszkető bőrbaj az egész testen, miért is kórházba kellett magát felvételnie, ahol 5 hétig kezelték. Két év előtt univerzális dermatitis ellen kezelték, majd 4 hétig kórházban állott kezelés alatt. Bőrviszketése ezután is megmaradt. Több hónap óta viszketése nincs. Idősült obstipatio, Syphilis nem volt. Belsőszervek épek. Vérnyomás 120 (RR). Venectasiák nincsenek. Vérkép rendes. Vizelet: Ø. Vércukor: 0.90 g%. Status pr.: úgy a bal, mint a jobb combon, inkább a belső felületen, kevésbé a két lábszáron kisebb-nagyobb sárgásbarna pigmentfoltok. Itt-ott teleangiectasiák, pontszerű haemorrhagiák. Teleangiectasiákat találni az arebőrön: itt-ott sötét, piszkos-barna pigmentfoltok.

Ebben az esetben többször recidiváló gyulladás és idősült viszketés előzte meg a pigmentációkat, melyek reticularis elrendeződésben fejlődtek, kisebb teleangiectasiákkal és pontszerű haemorrhagiákkal keverve. Az angiectasiás készséget ugyanazok az okok idézték elő, mint az előbbi esetben. Syphilis, ulcus cruris (venectasiák) a kórelőzményben nem fordultak elő. Nem ritkán látunk az ilyen esetekben, valamint a varixokból származó vérextavasatumok helyén, különösen ha öregebb egyénekről van szó, epidermis atrophiat is. Ilyen kisebb-nagyobb, körülírt helyen képződő extravasatumok, főképen öreg egyéneknél, néha lichenszerű elváltozásokat okozhatnak. A pigmentatio egyszerű vérpangásnak lehet a következménye, lényegében progrediáló haemosiderosis, amely az egyes pigmentfoltokban, vagy azok szélén levő gombostűfejnyi, pontszerű haemorrhagiákból származik. A lábszárak erős lekötése pl. gumipólyával is kiválthat vérzéseket és ennek nyomán képződik pigmentatio, ez azonban nem továbbterjedő, vagyis nem halad nagyobb testfelületre. Mindkét esetben a pigment a jellegzetes berlinikék reactiót adta.

A ritkább vérzésem exanthemák, illetve a „progrediáló haemosiderosisok” közül újabban mind többen foglalkoznak a „purpura annularis teleangiectodes Majocchi”-féle alakokkal és annak a Schamberg-féle betegséghez („peculiar progressive pigmentary disease of the skin”) való viszonyával. Többen egymástól elválasztják a két kórformát, mások szerint a kettő egymással azonos.

1. A purpura annularis teleangiectodes Majocchi többnyire az alszáron symmetriásan előforduló bőrbaj, amely kör alakú vörös-barna, vagy vörös-livid foltok alakjában fejlődik. A foltokon tágult capillarisekat és haemorrhagiákat, vérzéseket látni, amelyek nyomán pigmentációk képződnek. A foltokon az epidermis később atrophizálódik. Míg a Majocchi-féle betegség férfiaknál és nők

nél fordul elő, addig 2. a Schamberg-féle bőrbaj főképen férfiaknál található. Szintén a lábszárak, bokák fölött, a lábak, a láb ujjai praedilectios helyek, ahol barnás pigmentfoltok láthatók, de nem annularis formában. Jellemzők a rajtuk lévő piros pontok, a haemorrhagiák („Cayenne pepper dots”), amelyek gombostűfej, vagy gombostűfej nagyságúak és többnyire a foltok szélein találhatóak, ami a bántalom lényeges tulajdonsága és a pigmentatio progrediálását is magyarázza. Máskor lichenszerű képletek, vagy nagyobb papulás elváltozások is találhatóak. A pigment haemosiderinből áll, vagyis a vaspróbát adja; melanin hiányzik benne.

Osztályomon az utolsó öt esztendő alatt hosszabb időn át 4 olyan haemosiderosist észlelhetünk, amelyek közül három a Majocchi-féle, egy pedig a Schamberg-féle típusnak felelt meg. Az esetek röviden a következők:

#### Morbus Majocchi.

1. K. J. 46 éves nőbeteg. 1923-ban láttam először. Hét év óta idősült ízületi gyulladása van, mely hol enyhül, hol kiújul. A háton, a jobb scapula közelében gyermekenyéri, kör alakú, sárgásbarna folt, rajta teleangiectasiák és purpurák. A folt helyenkint sötétebb-barnább színű az előzetes vérzések maradványaitól. A foltos elváltozás később kissé felszívódott, elhalványodott. Két év múlva ismét ízületi gyulladás, exacerbatióval kapcsolatosan a jobb felkaron, a háton fejlődött 3 kisebb-nagyobb sárgásbarna folt, ugyancsak teleangiectasiákkal és haemorrhagiákkal. A foltok hónapokig megmaradtak. (A beteget egyik dermatologiai összejövetelen osztályomról Berger Margit dr. mutatta be.)

2. G. J. 25 éves nőnél 1924-ben a nyakon, a karokon, a háton, mellen képződtek kerek alakú, barnás, sötétbarna foltok haemorrhagiákkal és teleangiectasiákkal, amelyek igen hosszú ideig állottak fenn. A beteget néhány hónapig észleltem. A foltok eleinte még jobban pigmentálódtak, azonban tovább csak lassan terjedtek.

3. L. M. 41 éves férfi. Bőrbaja  $\frac{1}{2}$  év óta van. A bal öregujj első ujjpercén, a körömtől lefelé pengő nagyságú, kerek alakú, barnás, lividbarna folt, rajta gombostűfejnyi vörös pontok, néhány teleangiectasia. A köröm felé a pigmentatio erősebb, ott több a vörös pont is. A folt közepén az epidermis kissé megvékonyodott, a bőr finom ráncokba szedhető. Vérkép, vérsülyedési sebesség (15 mm 1 óra alatt), véralvadási idő (6 perc) rendes. Polyglobulia nincs.

#### Morbus Schamberg.

4. B. M. 41 éves férfi. Mindkét alszáron, a külső és belső boka alatt kör alakban elrendeződve, továbbá mindkét alszár alsó harmadának belső felszínén tenyérynél valamivel nagyobb területen tiszúrásnyi, gombostűfejnyi, itt-ott valamivel nagyobb, pontszerű, helyenkint azonban vonalszerű pigmentképződés. A pigmentfoltok között tiszúrásnyi vörös pontok (purpurák). Keratosis pilaris erősen kifejlődve. Az alsónadrág kötözési helye alatt hasonlóképpen pigmentfoltok és purpurák. Mivel a felső és alsó pigmentképződés az alsónadrág kötözési helyein fordul elő, mi is gumipólyával leköttést végzünk az alszáron 15 percig, azonban utána semmi vérzés nem fejlődik. Arcon, nyakon teleangiectasiák. Vérkép rendes. Vérsülyedés 1 óra alatt: 6 mm. Vérzési idő: 50". Alvadási idő: 254".

Subjective ezek az elváltozások semmiféle tünettel nem jártak.

A morbus Majocchi aetiologiájában említenek toxikus anyagokat. Sparacio egyik esetében chronikus nephritisnek, másik esetében belintoxicatióból eredő mérgezésnek tulajdonítja. Tuberculosisal is hozták vonatkozásba (Balzer) és a tuberculidokhoz sorolták. Három esetünk közül az egyikben előzetesen ízületi gyulladások voltak és úgy látszik, hogy ebben az esetben a bőrbaj kiújulása szorosan összefüggött az ízületi gyulladás kiújulásával.

A pathogenesisre vonatkozóan a bántalom kiindulópontja a cutis mélyebb rétegeiben lévő vérerekben van. Ezzel függnek össze a következményes tünetek: a teleangiectasiák, a haemorrhagiák és pigmentképződés. Ez



a pigment a berlinikék-próbát adja, tehát nem áll melaninból, hanem haemosiderinből (l. *Sellei*: „Teleangiektasiák és teleangiektasiás készség“. Gyógyászat, 1928.)

Sem az egyik, sem a másik típusnál nem tudtam pangásos vérzéseket előidézni, mint pl. a varicositásnál. Míg a *Majocchi-féle* típusnál a bőr angiektasiás készsége, addig a *Schamberg-féle* típusnál az angiektasiás készségeen kívül a pigmentképződés, lehetőleg kör alakú formában (ha nem is abban az annularis formában, mint a *Majocchi-féle* betegségnél) és a pigmentképződés progressiója lép előtérbe. Ehhez társulnak másodlagosan a lichenoid- és papulák képződések, amilyeneket a varicositással összefüggő pigmentációknál is láttunk.

A szöveti kép az 1. sz. esetben megfelelt *Pasini* leírásának:

A vérkép a *Majocchi-féle* bántalomnál az eosinophilia irányában tolódott el, a vér alvadása többnyire meggyorsult. Polyglobulia állapítható meg, ami latens polycythaemiára utal (*Hirschfeld*).

A *Schamberg-féle* betegségnél ezzel szemben a vörösvérsejtek állapota normalis, mint azt először *Gottron* megállapította, majd *Habermann* is megerősítette. Esetemben is normalis volt a vérkép. Újabban *Schamberg* néhány esetében a *cholesterint* megszorodva találta. Esetemben a serumcholesterin mennyisége rendes volt.

**Irodalom:** *Balzer*: l. *Hoffmann*. — *Bork*: *Virchow*, *Archiv*, 1928. — *Falkenstein*: *Zentralbl. f. Hautkr.* 1925. — *Fanti*: *Giorn. Ital. di dermat. etc.* 1925. 68. köt. — *Gottron*: *Sitzber. Berlin. Dermat. Ges.* 1925. — *Habermann*: *Zbl. Hautkr.* 1927. — *Hoffmann E.*: *Zbl. f. Hautkr. Berlin. Dermat. Ges.* 1926. — *Lilienstein*: *Ref. Zentralbl. f. Hautkrankh.* 1926. — *Passini*: *Zbl. f. Hautkr. Ref. — Pautrier*: *Annal. de dermat.* 1927. — *Sellei*: *Gyógyászat*, 1928.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyet. ny. r. tanár).

## Carcinoma és vérsejtsav.

Írta: *Haintz Ödön dr.*

Azok a vizsgálatok, melyek a carcinomás szövetnek — más szöveteknél nagyobb fokú — glykolytikus hatását derítették ki, mindinkább előtérbe állítják a carcinoma és a vérsejtsav szintje közötti összefüggést. Főképp az érdekelte a kutatókat, vajjon a vérsejtsav szintjének változásából lehetséges e carcinomásoknál diagnostikus, vagy prognostikus következtetéseket levonni.

In vitro kísérletekben *Warburg* és *Minami* mutatták ki a carcinomás sejtek fokozottabb glykolytikus képességét és az ennek megfelelő fokozott tejsavtermelést. *Fahrig* is végzett hasonló kísérleteket, s a fokozott glykolytist jellegzetesnek véli ugyan carcinomára, de carcinomás és egyéb szövetek glykolytikus hatása között nem talált oly nagy különbséget, mint amilyeneket *Warburg*. *Bauer* és *Nyiri* transzplantált állati tumorokon végeztek vizsgálatokat, melyek megerősítették *Warburg* kísérleteinek eredményét; emberi tumoroknál azonban ezt nem találták.

Carcinomás egyéneknél végzett vérsejtsav meghatározások különböző eredményekhez vezettek, s ezek magyarázatára több vélemény alakult ki. *Valentin* csak kiterjedtebb metastasisok esetében észlelte a vérsejtsav szintjének növekedését. *Schumacher* csak akkor találta ezt, ha májmetastasisok is voltak jelen; a vérsejtsav növekedését a máj laesiójával magyarázza, mely nélkül a carcinoma mint olyan, nem emeli a tejsavat. *Büttner* sem tartja a vérsejtsav növekedését carcinomára jellegzetesnek. Oly carcinomásoknál, akiknél

emelkedett értékeket talált, legtöbbször megtalálta a máj laesióját, de ez nem feltétlenül metastasis, hanem elegendő a májnak a carcinomás anaemia okozta degeneratív károsodása. *Mendel* és *Bauch* a carcinomásoknál talált normal értékeket azzal magyarázzák, hogy a tumor által termelt tejsavtöbblet a vérpályából csakhamar eltűnik és a legnagyobb valószínűség szerint — *Emden* teoriájának megfelelően — a májban glykogenné reszintetizálódik. *Jervell* hat carcinomás közül négy esetben talált magasabb vérsejtsav értéket. *Bauer* és *Nyiri* normalis, vagy alig emelkedett értékekről számolnak be. A májlaesión kívül a szöveteknek a carcinomás anaemiával járó csökkent oxygen ellátása és így a sejtekben képződő tejsav hiányos oxidációja is magyarázhatja a vérsejtsavszint emelkedését.

*Warburg*, *Wind*, *Negelein* állatokba transzplantált tumorok vénás vérében sokkal több tejsavat találtak, mint az arteriás vérben; még többet a megfűrt tumorok vér- és szövetnedv keverékében. Emberen ritkán van alkalom közvetlenül a tumorból elfolyó vér vizsgálata; az irodalomban is kevés adatot találunk erre vonatkozóan. *Cori* alkar sarcománál a beteg alkar vénájában kilenc mg százalékkal több tejsavat talált, mint az egészséges oldalon. *Noah* a supra és infraclavicularis árokban fekvő tumor vénás vérében 20 mg százalékos tejsavat talált, míg az arteriás vérben csak 12-25 mg százalékosot.

Észlelésünk alá került ajak carcinomás betegnél alkalmunk volt *Milkó Aurél dr.*-ral közvetlenül a tumorból elfolyó vért vizsgálni és ezért érdemesnek tartjuk az eset ismertetését.

68 éves férfibetegnek az egész alsó ajkát kemény és felhányt szélű, szürkésárga lepedékkel fedett fekély foglalja el, melyből beszűrődéses kötegek vezetnek az áll alatti mirigyekhez; ez utóbbiak, valamint a submaxillaris mirigyek diónagysággal megnagyobbodtak, tömöttek, a bőrrel és környezetükkel összekapaszkodtak. Vizsgálatainkat *Mendel-Goldscheider* módszerével végeztük, éhgyomorral és a betegnek előzetes teljes nyugalma után. A vért, a tumoros szövetek vérével össze gyűjtő vena jugularis externából vettük és benne 175 mg százalékos tejsavat találtunk. Fenti methodikával számos esetben meghatározva a vér tejsavtartalmát, normal értékül középértékben 19 mg százalékosot kaptunk. Ezek szerint a 175 mg százalékos semmiestre sem emelkedett érték. Ugyanakkor meghatározva a könyökvena véreinek tejsavtartalmát, az 255 mg százalékos volt. A különbséget azzal magyarázhatjuk, hogy míg a könyökvena nagyobb tömegű izmok vérével gyűjti össze, addig a jugularisba kisebb izomtömegű területek vére ömlik. *Warburg* ezirányú vizsgálatai szintén különbséget mutatnak a test különböző vénáinak tejsavtartalmára között; állatkísérleteiben a vena jugularis vérében 17, a vena iliaca vérében pedig 39 mg százalékos tejsavat talált.

*Warburg* in vitro kísérletében kétségtelenül kimutatta a carcinomás szövet fokozott tejsavtermelését (27 g tumorszövet két óra alatt súlyának 154%-át kitévő tejsavat termelt). Azt, hogy carcinomás betegek vérében e tejsavtöbbletet kimutatni rendszerint nem lehet, *Mendel* és *Bauch*, mint már fentebb említettük, a tejsavnak a vérpályából való gyors eltűnésével magyarázzák. Esetünkben a tumor tömege — szemben az állatokon kísérletileg előidézett tumorok tömegével — a testsúlyhoz viszonyítva oly kicsiny, hogy az általa termelt tejsavtöbbletet kimutatni nem tudjuk. A mindenek szerint képződött tejsavtöbblet eltűnésének oka a fenti esetben a tejsavnak széndioxyddá és vízzé való oxidációja és ebben nem szerepelhet — már az anatómiai viszonyok folytán sem — a májban történő resynthesis.

**Irodalom:** *Warburg*: *Biochem. Zschr.* 1923, 142. köt. — *Minami*: *Biochem. Zschr.* 1923, 142. köt. — *Nyiri*: *Wien. klin. Wschr.* 1925, 31. sz. — *Valentin*: *Münch. med. Wschr.* 1925, 3. sz. — *Schumacher*: *Klin. Wschr.* 1926, 12. sz. — *Büttner*: *Klin. Wschr.* 1926, 33. sz. — *Mendel u. Bauch*: *Klin. Wschr.* 1926, 28. sz. —



*Jervell*: Acta Med. Scandin. 1928. — *Bauer u. Nyiri*: Klin. Wschr. 1926, 44. sz. — *Warburg, Wind, Negelein*: Klin. Wschr. 1926, 19. sz. — *Cori*: Journ. of biol. chem. 1925. — *Noah*: Klin. Wschr. 1927, 31. sz. — *Mendel-Goldscheider*: Biochem. Zschr. 1925, 164. köt. — *Warburg*: Biochem. Zschr. 1925, 160. köt.

## Chorea minor adrenalin-sodakezelése.

Írta: *Stark Emil dr.* (Jászberény.)

Magángyakorlatban aránylag elég ritkán kap az orvos choreás beteget, ezért — noha csak két eset kapcsán volt módom a Duzár-féle adrenalin-sodakezelést kipróbálni — mégis közlendőnek tartom észleletemet, mert a feltűnő és gyors gyógyulás e kezelés eredményességére vall. Anélkül, hogy elméletekbe bocsátkoznám, csupán a körlefolysást és a kezelést óhajtom leírni.

1. Egy 13 éves fiúgyermekhez hívtak, aki már két hét óta betegen feküdt. A szülők a betegség kezdetét úgy írták le, hogy e szokatlan mozgások az első héten lassan fejlődtek ki, míg a másodikon rohamosan rosszabbodtak, amennyiben a gyermek sem ülni, sem állni nem tudott, állandóan dobta, vetette magát. A legnagyobb nehézséget az étkezés okozta, mivel még a folyadékot is igen nagy kinnal tudta lenyelni. A betegség kezdetét megelőzőleg a gyermeknek kislókú torokfájáson kívül más panaszja nem volt. A szülők elmondták továbbá, hogy előttem már két orvos vizsgálta. Az egyik porokat, a másik cseppeket adott, de eredmény egyik kezelésre sem jelentkezett.

A beteg már az első pillanatban az igen súlyos chorea minor képét adta. A már két hét óta fogyatékosan táplált fiúgyermek igen leromlott állapotban volt. A folytonos mozgások, a nem szűnő kényszerdobálások nagyon kimerítették. Szervi vizsgálatkor kórosat schol sem találtak. Szívhangok tiszták, zöreje nem hallható. Légzőszervek rendben. Az összes physiologiás reflexek kiválthatók, pathologiásak nincsenek. Izületekben nincs elváltozás. Gordon-tünet pozitív. Az eset súlyosságát az adja, hogy a gyermek a mozgásoktól sem enni, sem beszélni nem tudott, éjjel nem aludt és így másodlagosan leromlott. Kérdéseimre csak értelmetlen szótagokkal válaszolt. Mikor pedig vizet próbáltam vele itatni, ez csak nagynehezen sikerült kis kortyokkal, idegen kézben tartva a poharat.

Ilyen állapotban kaptam kézhez a beteget és első gondolatom a Duzár-féle kezelés kipróbálása volt. Kiktattam minden gyógyszeres kezelést és másnap, a betegség 16. napján reggel éhgyomorra megadtam az első intravenás tonogent és pedig 0.1 mg-ot 1 cm<sup>3</sup> konyhasó-oldatban, délután ugyanezt megismételtem. Ezenkívül a felírt sodabikarbonából naponta 5–6 kávékanállal rendeltem. Duzárral egyetemben észleltem, hogy az injectiók pillanatában rövid időre (½–1 perc) a choreatikus mozgások hirtelen megszűntek és ennek letelte után ugyanolyan intenzitással folytatódtak. A második és harmadik nap a kezelés ugyanilyen maradt. A 4. napon már javulást láttok, amennyiben a mozgások szemlátomást enyhültek, nem oly nagy intenzitásúak. A beszédben is javulás állott be, a gyermek már kimondta a nevét.

A szülők értesítése szerint az éjjel már nyugodtabb volt a beteg. Külső okok arra kényszerítették, hogy némileg eltérjek az eredeti Duzár-féle methodustól. Ugyanis e naptól kezdve a szülők csak egyszer óhajtották a látogatást; az a körülmény, hogy jobbára a hozzátartozók diktálják a látogatást, nem pedig az orvos, a magángyakorlatban nem szórványos és így én is kénytelen voltam ennek engedni. Tehát a 4., 5. és 6. napon csak egy-egy intravenás befeeskendezést kapott. A javulás ennek dacára tovább haladt, a gyermek mindjobban ura lett mozgásainak, a 6. napon már ülni tudott és egyedül itta a vizet, kanalazta a levest. Közben természetesen choreás arcizomrángások előfordultak. Látván e javulást, a 7. napon már subcutan adom a tonogent és pedig 1 cm<sup>3</sup>-t, az eredeti oldatból higítatlanul. Így megy ez tovább napról-

napra, minden nap egy új szenzáció a szülők és nem kevésbé jómagam öröme. A 10–12. napon a gyermek már értelmesen beszél. Majdnem mindent evett, bizonytalanul, de már állt, nem ágyban, hanem diványon feküdt. A mozgások még gyéribben jelentkeztek. A 15. nap már felöltözve, széken ülve fogadott. A 16–17. napon már mozgásokat nem észleltem, hasonlóképen a szülők sem. A 17. napon befejeztem a kezelést, mintán összesen 20 oltást kapott és pedig 9 intravenásat (0.1–0.1 mg tonogen) és 11×1 mg-ot subcutan. A sodabikarbonából 17 nap alatt körülbelül 250–300 g-ot fogyasztott el. Úgy látszik, hogy a kényszer által némileg módosított Duzár-féle methodussal ugyanazt az eredményt értem el, mint az eredetivel a szerző. Egy napi pihenés után a gyermek a 19. napon már a saját lábán bejött hozzám a rendelőmbé, ahol a roborálás céljából strychnotonin-injectiókat kezdtem el vele. Az út körülbelül 20 perces, amelyet a beteg minden különösebb fáradság jelzése nélkül megtett a szülők kíséretében. 10 strychnotonin-injectiót kapott másodnaponként, amely idő alatt teljesen rendbejött és néhány kg-ot felhízott. A chorea minor ennél a betegnél tehát 32 napig (15 nap kezelés előtt, 17 nap kezelési idő) tartott, amely tényt, az eset súlyosságát és azt a körülményt tekintve véve, hogy a chorea minor hónapokig tartó betegség, feltétlenül a kezelés javára kell írunk. Ez az eset megegyezik a Duzár által közöltekkel, akiknél szintén a legsúlyosabb is 17 nap után gyógyultan hagyhatta el a klinikát.

2. 10 éves leánygyermek, kinél szintén körülbelül 14 napja állott fenn a betegség. Már voltak vele orvosnál, aki arzeneseppeket írt fel neki, de eredmény nem mutatkozott. Ezután engem hívtak ki hozzák. Első benyomásra középsúlyos chorea minor képét adta a beteg. A status praesensében megemlíthető, hogy a beteg feltűnően sápadt, sovány, az összes látható nyálkahártyák igen halványak. Subjective csak csuklófájdalmakról panaszkodott, de objective azokon elváltozás nem volt észlelhető. A choreás mozgások eléggé kifejezettek voltak, de azért ágyában nagynehezen fel tudott ülni, egyes szavakat tagolva kimondott, folyadékot csak más kezéből kis kortyonként tudott inni. Szervi vizsgálatkor kóros elváltozást schol sem találtam, Szívhangok tiszták. Reflexek normalisak, Gordon pozitív.

Itt is kiiktattam minden egyéb therapiát, csak adrenalin-soda kombinált kezelést vezettem be. A kezelés első három napján naponta kétszer, délelőtt és délután adtam intravenásan, mint a fenti esetben. Mivel a negyedik nap már némi javulást tapasztaltam, délután subcutan adtam 1 cm<sup>3</sup> tonogent, azaz 1 mg adrenalin. Ugyanígy az 5. napon. A 6. naptól kezdve egész a kezelés 21. napjáig bezárólag egyszer kapott subcutan injectiót. Per os naponta 5–6 kanál sodabikarbonát. A javulás ennél a betegnél általában lassúbb tempóban haladt és nem volt olyan feltűnő, talán azért, mert az eset csak középsúlyos volt. A 7. napon már jobban evett, folyadékot kívül mást is tudott magához venni, nyugodtabban ült. A 14–16. napon csaknem teljesen gyógyult, szobában szépen sétált, hiba nélkül beszélt, evett, ivott, csak a bal kéz és a bal alkaron voltak még rángások. De ezek is a 21. napon mind eltűntek. Az egész kezelés simán folyt le, egyszer-kétszer az injectio után hányt a beteg. Ezt a hányást az előző betegnél nem tapasztaltam.

Igaz, hogy két eset még nem döntő jellegű, de további adatként hozzájárul az irodalmilag leközöltekhez és az én célom is e két eset leközölésével csak az volt, hogy a figyelmet e kezelési módra továbbra is felhívjam és egyúttal bebizonyítsam, hogy ezentúl nem lesz okvetlen szükséges minden choreás beteget zárt intézetbe szállítanunk, hanem a gyakorlóorvosnak is módjában lesz a fenti eljárással otthon a beteg lakásán a chorea minor gyógyítani.



A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

## Az arteria renalis helyettesítése mesterségesen létrehozott cseplezanastomosisokkal.

Írta: Paunz Lajos dr.

Azon kísérleteink során, hogy a vesekéregben a glomerulusoktól független érhálózatot létesítsünk, sikerült egyfelől a vese gyűjtőerét mesterséges cseplezanastomosisokkal helyettesíteni,<sup>2</sup> másfelől pedig a gyűjtőerét arteriás vér odavezetésére felhasználni.<sup>1</sup> A két kísérlet egyesítésével azután létre lehetett hozni a vesében a glomerulusoktól független érhálózatot,<sup>3</sup> amely túlélő állapotban való kísérletekhez nagyon alkalmasnak bizonyult.

Élő állaton való hosszabb kísérletekhez azonban alkalmatlan volt az arteriovenosus-egyesítés nehéz volta, az utólagos thrombosisok stb. miatt. Még kevésbé lehetett arra gondolni, hogy emberen használjuk fel ezen műtétet a nephritises és nephrosklerosisos vérellátási zavarok megszüntetésére.

Ezen utóbbi célok elérésére a következő irányban folytattuk kísérleteinket:

Már *Isobe* és mások is megfigyelték, hogy ha a vesébe cseplest implantálunk, úgy az arteria renalis későbbi lekötése után nem hal el az egész vese, hanem az implantált cseplez mentén keskeny, kb.  $\frac{1}{2}$  cm széles sáv épen marad.

Kísérleteinknél amellet, hogy a vesének hosszanti felezési síkjába cseplest implantáltunk, levontuk a vese tokját is s a felszínre reá merőleges, kb. a velőállományig terjedő metszésekkel kb. 1 cm<sup>3</sup> nagyságú mezőkre osztottuk. Utána a vesét cseplezzel borítottuk be.

Két hónappal később lekötöttük a veseütőeret.

Az eredményt a következő példa mutatja:

Kísérleti állat: kb. 8 kg súlyú kutya. 1928 március 3-án cseplest ültetünk a bal vesébe a fent leírt módon. Május 4-én a hasüreg felől lekötjük az arteria renalist, közel az aortából való eredéséhez. Május 22-én lumbalis metszéssel át eltávolítjuk a jobb vesét.

A következő héten az állat naponta átlag 400 cm<sup>3</sup> vizeletet ürít, élénk, jól eszik. Június 6-án végezzük el a hígítási próbát. A vízkiválasztás kifogástalannak mutatkozik. A hígítás 1003 fajsúlyt és  $0.15^{\circ}\Delta$ -t ér el. Két nappal később végezzük el a koncentráció próbát, melynél  $1.83^{\circ}\Delta$ -t érünk el.

Június 6-án megöljük az állatot. A bal arteria renalis a lekötés helyén teljesen elzáródott. A bal vese felszínét a szoroson odanőtt cseplez borítja. A metszéslapon sűrű kötőszövetkegek között barnásvörös, épnék látszó veseállományt találunk. Górcső alatt ezen részek a vese normalis szövettani képét mutatják. A sebzéseknél megfelelő helyeken széles kötőszövetes kötegeket látunk tág véreerekkel és sűrű gömbsejtes beszűrődéssel.

A létrehozott cseplezösszenövés tehát oly bőséges vérellátást biztosítanak a vese számára, hogy a vesearteriát teljesen pótolhatják.

A vese arteriás hálózata végarteriákra oszlik. Ennek következtében az egyes ágak elzáródása a megfelelő terület elhalását vonja maga után.

A kanyarulat csatornák a vesecsatornák legfontosabb részei, vérellátásukat a glomerulusok vas efferenseiből kapják. A glomerulusok megbetegedései ennél fogva súlyosan kihatnak ezekre a vérellátás zavaraival szemben igen érzékeny részekre. A glomerulus pusztulása a megfelelő kanyarulat csatornák pusztulását vonja maga után.

Ezért nem sikerült a kísérleti pathológiának soha

a glomerulusokat emlős állat veséjéből kiiktatni. Ezért jön létre a csatornák súlyos megbetegedése a vese arteriás érrendszerének azon elváltozásainál, melyek az emberi nephritisek és neprosklerosisok állandó kísérői.

A glomerulusok kísérleti kiiktatásának élő állaton való elérése, az emberi nephritisek és nephrosklerosisok másodlagos parenchymapusztulásának megszüntetése felé a fent leírt műtét az első lépést jelenti. Altala a vesekéreg végarteriás rendszerét fel lehet függeszteni és a kanyarulat csatornákhoz vért lehet juttatni a glomerulusok megkerülésével is.

Állatkísérletben keresztülvitele könnyű, meglehetősen veszélytelen. Mind a 18 állat, melyet ily módon operáltunk, életben maradt.

**Irodalom:** <sup>1</sup> A vese vérkeringésének megfordítása. O. H. 70. évf. 26. sz. — <sup>2</sup> A vena renalis helyettesítése cseplezanastomosisokkal. O. H. 72. évf. 7. sz. — <sup>3</sup> Kettős vérkeringés létesítése a vesében. O. H. 72. évf. 15. sz.

## L A P S Z E M L E

### Belorvostan.

**A szintetikus thyroxin hatása fokozott pajzsmirigyfunktóval bíró egyéneknél.** *Hanns Baur.* (D. Arch. f. klin. Med. 160. k., 3–4. f.)

Normalis pajzsmirigyfunktóval bíró embereken a szintetikus thyroxin 2 mg-ját subcutan, vagy 3 mg-ját peroralisan három egymást követő napon adagolva, az anyagcsere az első napon a normalisnak 110%-ára, a második—harmadik napon 120–130%-ára fokozódik, a pulzus szaporább lesz. Az anyagcsereforgalom növekedése a kísérlet 5–6-ik napjáig fennáll és legtöbbször a 8–9-ik napon csökken eredeti értékére. Fölmerült a kérdés, hogy a hyperthyreosis tünetek, valamint az igazi Basedow nem a pajzsmirigyváladék túlképződésén, hanem a beteg constitutionális túlérzékenységen (vagotonia, sympathikotonia) alapszanak. A vizsgált betegség egyes alakjai, úgy mint genuin Basedow, golyvásoknál jódnaszín után mutatókozó hyperthyreosis, teljesen kifejldött Basedow, vagy ennek csak egyes symptomáit mutató alakjai, súlyos és könnyű esetek, a hatás lefolyására nem bírnak befolyással. Szerző a thyroxinadagolásra észlelt reactiólefolást tekintve, beteganyagán három csoportot különböztet meg. Az első csoportban, melyhez a vizsgálati egyének  $\frac{1}{3}$ -a tartozik, a thyroxinadagolás után az anyagcsere ugyanolyan mértékben fokozódik, mint egészségeseknél, ellenben időbeli lefolyásban mutat különbséget. A második csoportba tartozók thyroxinra egyáltalán nem reagálnak lényegesen, míg a harmadik csoportban az anyagcsere thyroxinra csökken. Ezek alapján a hyperthyreosisos betegek a kísérletnél használt *Hoffmann La Roche* szintetikus thyroxinnal szemben, az anyagcsere véve alapul, túlérzékenységet nem mutatnak. A többi symptomát (pulzus, ideges jelek) tekintve, a thyroxin kis mértékben fokozott hatása ugyan megfigyelhető, de ezen tünetek magas eredeti értékeit tekintve, itt is a thyroxinnal szemben viseltetett túlérzékenység ellen kell állást foglalunk. Hosszabb thyroxinadagolás után, mint ezt egy vizsgált eset mutatja, a kóros tünetek fokozódtak; s így a további kísérletezéstől el kellett állni. Szerző kísérleteinek eredményét részben a thyroxin jódtartal-mával (60%) magyarázza, mely jódkomponens először javulást, hosszabb adagolás után ellenben rosszabbodást okoz. A thyroxinkísérletknél körülbelül 4–5.5 mg jódot kerül felszívódásra, 2–3 mg jódot tartalmazó jódstearin, illetőleg dijódtirosinnal végzett párhuzamos kísérletekben az anyagcsere több ízben bizonyos hasonlatosság mutatkozott a thyroxinnal végzett kísérletekhez, míg a pulzus szaporaságának csökkenése és a többi klinikai tünet a thyroxin okozta hatással ellentétesen viselkedett. A jóddal végzett kísérletekben sem tehető különbség a genuin és a jódadagolás által előidézett hyperthyreosisok között. Az anyagcsere és a többi klinikai tünetek (pulzus-



szám, testsúly, subjectiv és objectiv ideges zavarok, lymphocytaszám) között nem áll fenn mindig párhuzam, úgy, hogy pajzsmirigymegbetegedések súlyosságának megítélésénél az anyagcserevizsgálat adatainak túlértékelésétől óvakodni kell. Normalis pajzsmirigyfunctio és csökkent anyagforgalom mellett fokozott érzékenységgel találkozunk a synthetikus thyroxinnal szemben labilis vegetativ idegrendszerrel bíró egyénekkel és az elhízás bizonyos alakjainál. Hyperthyreosisos betegeken végzett testsúlymérések thyroxin és jód használata után a szervezet vízforgalmának tetemes megváltozására engednek következtetni.

Molnár István dr.

**Anaemiával végződő polycythaemia.** Franz Delhogue, Emil Gotschlich, Froboese. (D. Arch. f. klin. Med. 160. k., 5–6. f.)

A polycythaemia viszonya az anaemiához és leukaemiához még kevésbé ismeretes. Szerzők egészséges családából származó betegük esetét ismertetik. 10 éve fennálló polycythaemia után Röntgen-besugárzásra a beteg vörösvérsejtszáma a normalisra csökkent; két év múlva a beteg kimondott anaemia volt megállapítható. Kétszeri vérátömlesztés után a leukocyták száma a vérben megnőtt, az acut myeloid leukaemia klinikai kórképe fejlődött ki, a beteg exitált. A halált megelőzőleg a vérátömlesztést közvetlenül követően a vérpályát elárasztó nagy éretlen sejtek megjelenése és a boncolási lelet alapján súlyos anaemia mellett fennálló „leukaemiás erythroblastosis”-ról beszélhetünk. Felvehető, hogy az anaemia és a besugárzás között okozati kapcsolat állott fenn; a Röntgen-sugarakkal szemben érzékeny egyénről lehetett szó. Az erythroblastok megjelenése a vérpályában és a vértransfusio közötti összefüggés nyílt kérdés marad. Szerzők megfigyelése alapján egy másik esetben a polycythaemia tüdő- és mellhártyagyulladás után ment át anaemiába; okozati összefüggést kimutatni nem tudtak; Röntgen-besugárzás ez esetben nem történt.

Molnár István dr.

### Sebészet.

**Intravenás cseppinfúziókról.** F. Schwarz. (Medizin. Klin. 1928, XXIV/40.)

Az utóbbi időben mindegyre sűrűbben alkalmazták az intravenás gyógyszeradagolást. A subcutan, illetve rectalis infúziók is kezdenek az intravenás cseppinfúzió mellett háttérbe szorulni. Az előbbieket nem kielégítőek, illetve erősen megterhelik a vérkeringést. A technika és a hozzá szükséges készülék igen egyszerű. Egyszerű Erlenmeyerlombik, amelyből a tetején meghajlított üvegcső vezet ki, amelyhez gumicső van csatolva, amelynek végén van a tű. A gumicsőbe Martin-féle golyó van bekapcsolva. A beteg karját valamelyik könyökvena kiproeparálása után Kramer-sínre fixáljuk. A folyadék kihűlését meggátoljuk, hogy egyrészt a készüléket meleg vízbe állítjuk, másrészt a Martin-golyót melegítjük izzókörtével. A cseppszám perceként 40–60-at tesz ki. Az infúzió napokig működésben maradhat. Kihagyandó, ha oedemákat okoz. Az utána töltés az üveg dugójára rászerezelt, fedővel ellátott, csappal zárható tölcseren át történik. Infúciónál kilenc g NaCl és két g CaCl<sub>2</sub>-t adunk egy liter vízre, vagy pedig normosalt használunk. A folyadékban célszerűen adható digitalis praeparatum, vagy pedig vízben oldható camphor. Adrenalin is adható, 20 csepp egy literre, kivéve vesebajosoknál. Ha hirtelenebb hatást akarunk, bármely gyógyszert injiciálhatunk a gumicsővön át a vénába. Táplálás célját szolgálja az 5% Merck-féle szőlőcukor-oldat használata. 1925 óta 194 esetben használták és 91 beteg meggyógyult. Tekintve, hogy csak reménytelenül súlyos esetekben alkalmazták, az eredmény kiténő. Souverain mód nagy hirtelen vérveszteségek után a vérnyomás fenntartására, ha transfusio nem lehetséges. Chronikus vérveszteségeknél nem olyan jó. Pylorusstenosisnál műtét előtt, nagy, kimerítő folyadékvesztéssel járó műtétek után nagyon jó szolgálatot tesz. Gyomor- és bélátfúródásos peritonitisnél igen jó, viszont olyanoknál, amelyet tumorok okoznak, nem eredményes. Pituitrinnel megoldja a postoperativ ileust.

Ötszázalékos sóoldattal alkalmazva, igen előnyösen befolyásolja a septikus állapotokkal járó acidosiszt.

Novák Ernő.

**Egy új extensió fogó fracturakezeléshez.** L. Duschl, München. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 47. sz.)

A Reh-féle fogó használhatóságát méltatja a szerző, különösen azon esetekben, midőn a közönséges repositiós kísérletek elégtelennek bizonyulnak. Így leggyakrabban a komplikált, kiterjedt lágyrészsérüléssel járó, felső és alsó végtag töréseinél ajánlatos a használata, mivel ezek nyílt kezelést követelnek. A fogó régi hibáit a következő újításokkal küszöbölték ki: anyagául Krupp-féle fémet használnak és a fogóhegyek kicserélhetők. Négy fogómodellel és hat különböző méretű hegygel minden esetre kiterjedhetünk.

Engenhofer Béla dr.

**A Fahraeus-féle reactio jelentősége az echinococcus-megbetegedéseknél.** Gottlieb, Rajth. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 47. sz.)

A szerző ezen reactio elvégzésének hasznos voltára példák kíséretében mutat rá. Valószínűnek tartja, hogy az echinococcus cysták életproductumai amennyiben elárasztják a szervezetet, erős befolyással bírnak a vörösvérsejtek sülyyedési gyorsaságára. Így tehát Fahraeus-féle reactio elvégzése, más ismertetőjelek mellett, melyek szintén echinococcus cysta jelenlétére engednek következtetni, jó szolgálatot tehet. Azonban vigyázni kell arra, hogy a patiens nem szenved-e más olyan betegségben, mely a vörösvérsejtsülyyedést szintén hasonlóan befolyásolja.

Engenhofer Béla dr.

**A vastagbél-sérveknél használt eljárásunk.** Sanchez Perpina, Madrid. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 47. sz.)

A vastagbél-sérvek háromféle alakját különbözteti meg a szerző. Ezeknek a helyes műtéti eljárást írja le és teszi érthetőbbé szemléltető ábráival.

Az ily sérveknél a peritoneumot a legvékonyabb helyen — és pedig a szabad peritonealis ürben — kell megnyitni. A zsák izolálásánál és megnyitásánál arra is kell ügyelnünk, hogy a végső varratra elegendő peritoneum álljon rendelkezésünkre. A sérvtömlő resectiója után az elzárás folytatódólag varrattal történik, hosszú fonálgégekkel. Most pedig a balkéz mutatóujjával az előlfekvő zsákot a peritonealis ürbe kell visszatolni. Ennek megtörténte után a közönséges herniákhoz hasonlóan Barker-methodusa szerint a folytatódólag varrat végével az intestinomot a hasfalhoz fixáljuk és a peritonealis ürbe elhelyezzük. A külső gyűrű megerősítésére fascia plastica készítenő a rectus külső széléből. Ezen eljárással a bél-gangraena bizonyosan elkerülhető.

Engenhofer Béla dr.

### Szülészet és nőgyógyászat.

**A pernoctonnal szerzett tapasztalatokról.** L. Löfkovits. (Zentralbl. f. Gyn. 1929, 3. sz., 142. o.)

A szülési fájdalmakat csökkenteni már régi törekvése az orvosoknak. A fájdalomcsökkentő szerek azonban hol a magzatot, hol pedig az anyát veszélyeztetik. Így a scopolamin-bódulat főképen a magzatot, a somnifen pedig az anyát mérgezi. Az avertin sem vált be. Szerző a Bumm által ajánlott brom-barbitursav praeparatumot, a pernoctont próbálta ki, 40 esetében 12½ kg testsúlyra 1 cm<sup>3</sup> pernoctont adott intravenásan. Az injectio lassan kell történjen! A vajudók 1/3-a hány. A bódulat 2–3, olykor 1–2 óráig tart. Meg lehet ismételni. A fájásokat a bódulat nem befolyásolja. Körülbelül a fele a vajudóknak nyugtalan, néhányánál a nyugtalanság oly fokú, hogy alig lehet az ágyban tartani őket. A szülés utáni bódulat még néhány óráig eltart, 28 esetben teljes volt az anamnesis. A pernoctont alkalmasnak tartja szülési fájdalmak csökkentésére, annál inkább, mert sem az anyára, sem a magzatra — tapasztalása szerint — káros hatással nincs. (A pernocton okozta izgalmi stadium oly fokú lehet, hogy a vajudót alig lehet az ágyban tartani. Ez, valamint az a körülmény, hogy Kobes kimutatta, hogy a brom és barbitursav is átmegy a magzatra, a pernoctonnal szemben óvatosságra int! Ref.)

Bud György dr.



**Intrauterin szénkezelés abortusnál.** *Chr. Geller.* (Zentralbl. f. Gyn. 1929, 2. sz., 82. o.)

*Benthim* lázas abortusoknál, placentaris polypusoknál és endometritis puerperalisnál jó eredményeket ért el szénkezeléssel. A szén gyógyító ereje adsorptió hatásán alapszik. Szerző lázas abortusok kezelésénél a szénnek jó hatását látta; miután azonban a méhbe felvezetett 10 cm hosszú és 0.7 cm vastag szénpálcika jókora darabja a cervixből kiesett s így nem porladván el, adsorptió hatását nem fejthette ki, — kísérleteket végzett és azt tapasztalta, hogy a szénpálcika vérben nem porlad el, mert ezt csakhamar véralvadék veszi körül. További kísérleteit physiologiás konyhasóoldatban, bouillonban, serumban és defibrinált vérben suspendált haemolytikus streptococcusokkal végezte, úgy, hogy ezeknek különböző hígításaiba 3 cm hosszú sterilizált szénpálcikát helyezett. A szénpálcika legjobban a konyhasóoldatban porladt el, legkevésbé a defibrinált vérben. Bakteriencultúrákkal bebizonyította, hogy a szénpálcikák olyan közegekben, amelyekben jól szétesik (konyhasó, bouillon), a bakterium szaporodását erősen esöktenti; viszont a serumban, defibrinált vérben nem. A méh contractiója azonban elősegíti a szén porlasztását s szerző azt hiszi, hogy jó eredményei ezzel hozhatók összefüggésbe. A szén a méhürben absorbeálja a bakteriumokat. Az állatgyógyászatban a szénkezelés abortus és endometritisek esetén teljesen kiszorította a méhüri mosásokat. Szerző ajánlja a szénkezelés kipróbálását. *Bud dr.*

**A méhizomzat toxikus sérülése.** *Koerner.* (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 78. k.)

A lipesei Nőorvostársaságban *Küstner H.* és *Küstner O.* hosszasan vitáztak afelől, hogy korai lepényleválásnál mily szerepet játszik a méhizomzat toxikus sérülése. E vitával kapcsolatban szerző egy pontosan észlelt esetét írja le.

32 éves, *V. P.*-nél koraszülés indult meg. A vizeletben sok fehérjét, epefestényt, urobilint és urobilinogent találtak. Az eklampsiás, haldokló betegnél helyi érzéstelelítéssel császármetszést végeztek, azonban sem az anyát, sem a magzatot nem tudták már megmenteni. A méhvarrásnál feltűnt, hogy bármilyen óvatosan csomózták a varratokat, azok sorra átvágták az izomzatot, mely szinte mállékony volt. Mindezek dacára a méh szokatlanul jól húzódtott össze, vérzés nem volt. Boncolásnál az eklampsiának megfelelő képet mutattak a belső szervek. A méhizomzat sok helyen véresen átvívódott, szabad szemmel látható rostozata elmosódott. Az egynemű anyagban az izomrostok magfestődést nem mutattak. Az ér- és méhélváltzások toxikosis következményének tartja s ezzel magyarázza egyúttal azt is, hogy eklampsiánál aránylag gyakrabban fordul elő méhrepedés, ami szintén a méhizomzat sérülésére utal.

Oly esetekben, hol a beteg még megmenthető, a méh esonkolását tartja a legegyszerűbb eljárásnak.

*Szathmáry dr.*

### Gyermekorvostan.

**A vérkép parotitis epidemicánál.** *F. Jahn.* (D. Med. Wochenschr. 1928, 47. sz.)

A fertőző betegek vérképe bizonyos törvényszerűséget mutat, ami a differentialis diagnózis és prognózis szempontjából felhasználható. A parotitis epidemicánál a kutatók különböző eredményeket kaptak, úgy a quantitativ, mint a qualitativ vérkép vizsgálatánál. *Pick*, *Citron*, *Marcovici* normalis; *Barach* esöktent; *Curschmann*, *Türk Naegeli* emelkedett fehérvérsejtszámot talált. *Curschmann* és *Feiling* fokozott lymphocytaszámot, *Citron* a monocyták, *Marcovici*, *Türk* és *Naegeli* az eosinophil-sejtek megsaporodását találta. Szerző hét esetet vizsgált, amelyek közül kettőnél normalis, ötnél fokozott fehérvérsejtszámot talált. A qualitativ vizsgálatnál az esetek többsége fokozott lymphocytaszámot mutat, míg az eosinophil-sejtek száma csak két esetben mutatott szaporodást. E különböző eredményeket szerző *Schillinggel* együtt úgy magyarázza, hogy a parotitis epidemica aetiologiájában valószínűleg többféle, eddig ismeretlen kórokozó szerepel. (!)

*Lederer Emil dr.*

**Uranin mint diagnostikum agyhártyagyulladásnál.** *Schippers és Peters.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 1928, 122. k., 168. oldal.)

Szerzők egy quantitativ colorimetrikus módszert dolgoztak ki az uranin meghatározására liquorban, serumban és vizeletben, majd vizsgálat tárgyává tették az uranin felszívódását, kiürülését és az agyhártya áteresztőképességét. A per os adott uranin a bélből 2—3 óra alatt teljesen felszívódik és legnagyobb része a vizelettel 24 óra alatt el is hagyja a szervezetet. Az uranin bevétele után 2½ órával végzett lumbal punctatumban meghatározták az uranin mennyiségét. Ép agyhártya az uranint csak minimalis mennyiségben ereszt át. Meningitis tbc-nél az agyhártya áteresztőképessége fokozott s az uranin a liquorban nagyobb mennyiségben kimutatható. Az uranin tehát jól használható a meningitis és meningismus differentialdiagnózisában.

*Csapó dr.*

**Adatok a gyermekkori onania kérdéséhez.** *C. Boenheim.* (D. Med. Wochenschr. 1928, 47. sz.)

E kérdéssel eddig főként a sexualanalytikusok foglalkoztak, míg a gyermekorvosok alig. *Friedjung* a gyermekkor sexualis fejlődését két szakaszra osztja. Az első az autoerotismus szaka, midőn a gyermek sexualis céllal saját személyével foglalkozik; a második a heteroerotismus, mikor a gyermek sexualis érdeklődését más, saját, vagy ellenkező nembeli személy köti le. Szerző harmine, háromévesnél idősebb gyermeket figyelt meg, akik kivétel nélkül nagyfokú onania miatt kerültek orvosi kezelés alá. Ügyszólván valamennyi gyermek terhelt volt, a szülők idegbaja, iszákossága, vagy a gyermek törvénytelen származása, a káros milieu, a rossz, egészségtelen lakásviszonyok nagy szerepet játszanak. A gyermek intelligenciája rendszerint nem esökken, de ingerlékenyek, hypersensibilisek, nyomott kedélyállapotúak, félénkek, szóval erethikus típusúak voltak, ami a szülők ijesztgetése, fenyegetése folytán könnyen kifejlődhetett. Azon esetekben, ahol a szülők idő, vagy érdeklődés híján nem törődtek a gyermekkel, az erethikus típus nem fejlődött ki. Szerző szerint a mértéktelül üző onania nem hat ki a testi és szellemi fejlődésre és ezért a gyógykezelést főlegesenek tartja, ehelyett fontos a szülők felvilágosítása, nehogy oktalan ijesztéssel és veréssel igyekezzenek a gyermeket leszoktatni. A mértéktelenül üző gyermekkori onaniánál psychologiai kezelés indikált.

*Lederer Emil dr.*

### Gégészet.

**Az ozaena kezelése vigantollal.** *Beselin Oszkár.* (Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar. — Rhin. 1928, 62. évfolyam, 5. szám.)

Szerző *Birkholzzal* egyidejűleg 1927 októberétől kísérletezik az ozaena vigantol terapiájával. A beteggel nyolc napon keresztül naponta egy pilulát vétet be, majd a következő nyolc napon keresztül naponta kettőt. Egy-két hét múlva e kúrát megismétli. Két fiatal leánynál a pörkképződés és phoetor már a második héten megszűnt, azonban rövid idő múlva visszaesés következett be. Ezirányú további kutatásokra még szükség van.

*Bajkay Tibor dr.*

**Önmagát tartó orrspeculum.** *Takahashi Kenzo.* (Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Lar. — Rhin. 1928, 62. évf. 5. szám.)

Egyszerű, könnyen bevezethető orrspeculum, melynek két egyenes szárnya van, melyek egyike eltolható. Alakja az amerikai Myles-féle speculumhoz hasonló, ennek azonban esavarjai nincsenek.

*Bajkay Tibor dr.*

**Conservatív kezelés chronikus állasantüreggyenedésnél.** *Tucker James C.* (Ann. of Otol. 1928, 37.)

Chronikus állasantüreggyenedés 673 esetéről számol be. Csupán öt betegénél kellett Luc—Caldwell-féle műtétet végeznie; a többi esetében elegendő volt az intranasalis therapia: a sinus maxillarissnak az alsó kagyló alatti megnyitása, a kagylónak lehetőség szerinti megóvásával. Öblítések, esetleg curettage teljes gyógyulást hoztak.

*Bajkay Tibor dr.*



A szájban vagy orrban lévő septikus folyamatok befolyása a tüdőre és gyomor-béltractusra. *Davis Edward D. D. és Young R. A.* (Journ. of laryng. a. otol. 1928, 43. k. 7. sz.)

Szerzők szerint a mélyebb légutak és a gyomor-béltractus minden gyulladáson megbetegedése szükségessé teszi a száj és orr alapos vizsgálatát. Fennálló melléküreggyenedések legtöbbször súlyosabbá teszik a betegségeket. Young szerzett benyomásai alapján azt ajánlja, hogy fenti betegségek esetén az orr- és melléküregek, valamint a szájüreg vizsgálata történiék meg. A vitában többen hasonló értelemben szöölottak fel. Egyik felszöölaló ulcus 64 esetében állítólag 57 esetben pyorrhoeát, 6 esetben pedig postnasalis sepsis esetét állapította meg.

*Bajkay Tibor dr.*

### Urologia.

**Dystopia renis congenita.** *I. M. Talmann.* (Zeitschrift f. urol. Chirurg. 25. köt., 5-6. füzet.)

*Fedoroff prof.* klinikáján számos vesedystopiát észleltek. *Fedoroff* könyvében (A vese és ureter sebészete) hét esetet ismertett. 1921-ben megjelent, a nephropexiáról írott közleményében három esetről számolt be. Az 1921 óta a *Fedoroff*-klinikán észlelt öt vesedystopia esetet tárgyalja a szerző.

A *Fedoroff*-klinika anyagában 850 veseműtédből számítva 1,17% esik a vesedystopiára. Ez az aránylag magas százalék arra mutat, hogy a dystopia gyakrabban fordul elő a műtő, mint a boncasztalon. *Weiner* gyűjtőstatisztikák alapján számítva, megállapította, hogy 168 műtetre, illetőleg 1200 boncolásra esik egy vesedystopia.

A dystopiás vesének nagy klinikai jelentősége van. A mellékvesék helyzete változatlan marad. A dystopiás vese egyrészt rendellenes elhelyezkedésével okoz panaszokat, másrészt hajlammal bír minden betegség iránt. Előfordul ugyan, hogy hosszú éveken át panaszokat nem okoz, de gyakran szenved compressiót a vese, illetőleg ureter a szomszédos szervek nyomása következtében. Fekvése folytán gyakori a vizelet pangás és jó talaja a haematogen és urinogen infectiónak. A fájdalmak az alhasra, keresztusontra localizáltak. Heves mozgás, járásra erősödnek. Előfordul, hogy a normalis vese helyén is érez fájdalmat a beteg. Olykor tapintani is sikerül a vesét hasi tumor alakjában. A belek compressiója folytán fontos tünete a makacs obstipatio. A hólyagra gyakorolt nyomás következtében vizeleti panaszok lépnek fel. Nyomhatja az idegtörzseket, mely esetben neuralgiaszerű tüneteket vált ki.

A dystopiás vese általában fixált, zsíros tokja nincsen, a szomszédos szervekkel gyakran szorosan összefügg. A mozgó dystopiás vesejárásnál heves fájdalmakat okoz. A fájdalmak többé-kevésbé állandóak.

A kismencedében fekvő vese zavarokat okoz a terhesség és szülés alatt. Ezért a belső nemi szervekkel való összefüggés miatt kerül több vese dystopia észlelésre nőnél, mint férfinnál.

Ismerteti öt beteg kórtörténetét.

Hasi kismencedebeli megbetegedések esetén gondolni kell vesedystopiára is, még akkor is, ha az urogenitalis tractus részéről semmi panasz sincsen. Gyakran tévesztették össze ovarialis tumorról, appendicitissel, ileo-coecalis tállyoggal, retroperitonealis tumorról stb. a dystopiás vesét.

Psychés zavarok gyakran kísérik a vesedystopiát, melyet *Israel* a szervezet esöökent biológiai értékének tulajdonít. Értékes adatot szolgáltat a tumor palpatiója után fellépő albuminuria. Természetesen az ureter kateterizálás és pyelographia teljes felvilágosítást nyújt.

Jó vesefunctio esetén a véletlenül észlelt dystopiás vese nem képez okot műtéti beavatkozásra. A mobilis dystopiás vesét *Fedoroff* és *Albarran* műtéteinek célszerű módosításával fixálni kell. Ügyelni kell a műtétnél, hogy az edények és ureter erős nyújtást, vagy torsiót ne szenvedjenek. A vese vérellátása igen változatos. Erre a körülményre a műtétnél tekintettel kell lenni. Lehetőleg extraperitonealis úton kell operálni.

*Melly dr.*

## KÖNYVISMERTETÉS

### Új könyvek.

Német nyelven:

**Psychotherapie:** *H. Prinzhorn* (Georg Thieme, Lipcse 1929) Ára füzve 14. kötve 15'75 M.

**Das Blutbild und seine Klinische Verwertung:** *V. Schilling* (Gustav Fischer, Jena 1929) Ára füzve 15, kötve 16'50 M.

**Az orvos szerepe a socialis biztosításban.** *Friedrich Vilmos.* Budapest, 1929. Egyetemi Nyomda kiadása.

A társadalmi biztosítás mai nagy actualitása, az orvosok nagy tömegeinek e hatalmas intézmény keretében való elhelyezkedése égetően szükségessé teszi olyan tájékoztató művek szerkesztését, melyek az orvosokat a társadalombiztosítás szervezésével és céljaival, valamint az ezzel kapcsolatos orvosi feladatokkal megismertetik. Hazai irodalmunk ilyen irányban még nagyon szegényes. külföldi nagyobb szakmunkák megszerzése és tanulmányozása pedig nem mindenkinek áll módjában.

E hiányon igyekezett segíteni az O. T. I. jelenlegi vezetősége, amikor a mult év végén a pénztári orvosok részére jól sikerült szaktanfolyamot rendezett és ezt a célt szolgálja az előttünk fekvő munkálat is. Szerzője a budapesti ker. és országos munkásbiztosító pénztár több évtizeden át működött érdemes főorvosa, 80 oldalra terjedő könyveskéjében elsősorban az új munkásbiztosítási törvénynek (1927. XXI. t.-c.), valamint a folyó év elején életbelépett rokkantbiztosítási stb. törvénynek orvosokat érdeklő legfontosabb rendelkezéseit ismerteti. A továbbiakban részletesen foglalkozik az orvosszakértői működés fő irányelveivel, különös alaposággal fejtegetve a baleset és üzemi baleset fogalmának meghatározását s e kettőnek a szakértő szempontjából annyira fontos elkülönítését, amit számos, e gyakorlatból vett példával világít meg. A következő fejezetek a színlelés és aggraválás leleplezésére szolgáló vizsgálati módszereket, a különböző betegségek baleseti eredetének kipuhatolására követendő eljárásokat, az orvosi szakvélemény helyes megszerzésének szabályait és a keresőképességesöökkenés százalékokban való megállapításának módozatait tárgyalják. E százalékos értékeléseket az egyes baleseti sérülésekre és megbetegedésekre vonatkozó szemléltető táblázatok illusztrálják. A munka befejező részében a foglalkozási betegségek fogalmának definitiójával, azoknak a különböző államokban való kártalanításával és végül a hazánkban ezidőszertint kártalanítandó foglalkozási betegségek (lépfene, higany- és ólommérgezés) tünettanával foglalkozik.

*Friedrich* könyve hézagpótló munka, melynek értékét emeli a szerzőnek számos kérdésben nyilvánított egyéni felfogás és gazdag tapasztalatából merített gyakorlati példák sorozata. Hasznos segédkönyve lesz mindazon pénztári orvosoknak, kik a jelzett kérdésekben még kellő jártassággal nem bírnak, melyből sok kétes és nehezen elbíráható esetben útmutatást nyerhetnek.

*Milkó dr.*

**Die Krise der Medizin. Konstitutionstherapie als Ausweg.** Von *Bernhard Aschner.* 562. oldal. (Hippokrates-Verlag, Stuttgart.) Ára füzve 18 M.

„On revient toujours!“ Ezzel az önkéntelen feikiáltással fejezzük be a rendkívül tartalmas és érdekes könyv olvasását, amelyben *Aschner* a humoral-pathologia és therapia igazai mellett száll síkra. Az utolsó évtizedekben az orvostudomány annyira a cellular-pathologia, majd a bakteriologia jegyében állott, hogy a humoral-therapia sok-sok fényes sikere teljesen feledésbe ment és csak a legutolsó évtizedek endokrin irányú vizsgálatai jelentenek itt némi visszatérést a régi jó időkhöz.

Abban egyetértünk valamennyien, hogy az egész orvosi tudomány krízis előtt áll. *Aschner* a humoral-therapiához való visszatérésben látja a megoldást és a dolog lényegén nem sokat változtat az, hogy ezen új irányt a constitutiós therapia nevével látja el. Midőn a könyvnek sokoldalú és meggyőző casuistikáját elvontatjuk szemünk előtt, mindnyájunknak felejthetetlen nagy mestere, *Korányi Frigyes* jut eszünkbe, aki a mult század utolsó évtizedében olykor még humoral-therapiát ajánlott, főleg consiliumok alkalmával, így élénken emlékszem egy 33 év előtti consiliumra, midőn egy súlyos ischiias ellen, mely hónapokon át minden therapiával dacolt, a foramen ischiadicum fölé 4 piócaát és belsőleg pilulae iaxantest ajánlott. A mai fiatalabb orvosgeneratio el sem tudja képzelni azt a toronymagasságig felnyúló tekintélyt, amellyel *Korányi* minden orvos előtt állott, úgy hogy minden szavát igazán szentírásként vettük. Ezen rendelés



azonban annyira ellentétben állott midazzal, amit a klinikákon tanultunk, hogy nem tudtam meglepetésemem palástolni. *Korányi* az ő végtelen jószágában arra magyarázta ezt, hogy talán nem vagyok tisztában a piócák használatával és az ő lebilincselő modorában erre is megtanított. Még nagyobb volt a meglepetésem, midőn a hónapokig ágyhoz kötött beteg 2 hét alatt teljesen meggyógyult.

Pleuritisnél és pericholecystitisnél is szeretett *Korányi* vesicantiákat, epididymitisnél pedig piócákat rendelni és a hatás — főleg ami a fájdalomcsillapítást illeti — mindig kitűnő volt.

A Bálint-klinikának a szervezet savbásisegyen-súlyára vonatkozó nagyértékű kutatásai alapján véve sem tekinthetők másnak, mint a humoral-terápiához való visszatérésnek.

*Aschner* mindenekelőtt történeti átekintés formájában az orvostudomány újabb irányait ismerteti, majd általában foglalkozik az ú. n. constitutiós terapiával, azután egyenként tárgyalja a majdnem teljesen feledésbe ment és csak az utolsó évtizedekben újból divatba jött venaesectiót és annak indicatióit, majd az ú. n. vértisztító eljárásokat, hánytatószerket, különböző hashajtókat és diureticumokat, végre az emmenagog-eljárásokat. Külön fejezetet szentel az izzasztóknak és vesicantiáknak.

A könyv legfontosabb fejezete kétségtelenül az antidyskratikus módszereket tárgyaló rész. Különös figyelmet érdemel az obesitís, diabetes és arteriosklerosisról szóló rész, amelyek kezelésénél főszerepet játszik a megfelelő diéta mellett a venaesectio, illetve a szerző által melegen propagált venaepunctio, a salinikus hashajtók, az izzasztók, hánytatók és roborantiák, nemkülönben a diureticumok.

A modern therapia alig használja a hánytatókat, pedig olyan kiváló klinikus, mint *Kussmaul*, méltán híres „Jugenderinnerungen eines alten Arztes“ című memoiraiban igen meggyőzően írja le, miként gyógyította saját myelitistát tartarus stibiatus nagy adagjaival.

Külön fejezetek tárgyalják az antiphlogistikus, roboráló, tonizáló, nemkülönben sedativ eljárásokat és bő méltatásban részesíti az ingertherapiát, a pszichikai, homeopathiás, magnetopathiás és egyéb „nem hivatalos“ gyógymódokat.

A részletes rész az egyes betegcsoportoknak a fentemlített eljárások szerinti terapiáját tárgyalja.

A nagyon részletes tárgymutató kitűnő segéd-könyvvé avatja a nagy történeti tudással és bőséges tapasztalatok alapján megírt könyvet, amely nagy objectivitással jórészt feledésbe ment olyan gyógyeljárásokkal ismertet meg bennünket, amelyek évszázadokon át úgy az orvosok, mint a betegek meglepedését vívták ki.

*Vajda Károly dr.*

„Das Ärztliche Volksbuch“ I. kötet, „Bau und Leben des menschlichen Körpers“, *Meng Henrik*. (Hippokratés kiadásában, Stuttgart, Lipese, Zürich.) Az előszó szerint a lelki és testi egészség új útjait mutató és az egészség tanára és a betegségek tanára felosztó népszerű orvosi munkának 150 oldalas előkészítő része. Az emberi szervezet anatómiáját, szövettanát, fejlődés-tanát és élettant ismerteti. *Flessler* a test építőköveiről, a támasztó és mozgásszervekről, a test alakjáról és mozgásáról, a szív-, ér- és nyirokrendszeréről, a lélektörzsekről, az emésztőszervekről és az anyageseréről, a húgy-szervekről, a bőr- és érzékszervekről, a nemi szervekről, szaporodásról és fejlődésről, *Bernouilli* a szemről és működéséről, *Kern* az idegrendszeréről, *Boenheim* az autonóm idegrendszeréről és a belső elválasztásról szóló fejezetekben. Az elsőrendű simított papíron nyomott művecske 43 oldalát igen szép, nagyrészt színes ábra foglalja el, a szövegre tehát összesen 64 oldal jut.

A vázolt bő tartalomnak és a szűk kereteknek aránytalanságát a szerzők rövid, tömör, értelmes és világos írásmódorukkal a lehetőség határáig ellensúlyozták. A stilaris készség és plastikusság különösen figyelemre-méltó a cohabitatio népszerű leírásában. Az orvostudományban külön tudományzakokra oszlott ismereteknek egyesítése a népies műfajjal szemben támasztható csökkent igényekhez képest igen jól sikerült.

A műnek az emberi test szerkezetére és életfolyamataira vonatkozó megállapításai oly határozott formában jutnak kifejezésre, a bonyolultabb folyamatok a leírás által sokszor nagyon is egyszerűsítve, hogy a népszerű olvasónak a mű áttanulmányozása után bizonyára az a kellemes benyomása lesz, hogy az egészség tanának és a betegségek tanának befogadására kellőképpen előkészített. Ezzel a mű céljának megfelelt. Más kérdés,

hogy az orvostudomány népszerűsítésére irányuló s manapság oly divatos orvosi törekvések által rövid úton szerzett népszerű ismeretek a kuruzslás és hypochondriasis fokán túl érvényesülnek-e a nép kebelében, s eredményük megmarad-e csupán az intelligentia, s világszemlélet bővülésének minden hasznosítási, érvényesülési törekvés nélkül.

E bevezetést egy népszerű *egészségtan*, törvényszéki és socialis orvos, majd a II. és III. kötetben a betegségek tana fogja követni.

*Huzella prof.*

**Blutprobe im Vaterschafts Beweise.** *Max Henke.* (Verlag der ärztlichen Rundschau, München, 1928.) Ára 150 M.

Szerző népszerű formában igyekszik ismertetni a vércsoportok szerinti beosztás tudományos alapját és az apaság kérdésében való jelentőségét. Mint meggyőződéses híve az eljárás csalhatatlanságának, szembeszáll azokkal, akik eddig a „bizonytalansággal határos valószínűség-gel“ nyilatkoztak és azokhoz csatlakozik, akik a vér-vizsgálatok eredménye alapján kétséget kizáró határozottsággal akarják a bírói ítéletet irányítani. Követeli az új tudomány segítségének igénybevételét még akkor is, amikor az apasági kereset szegényjog alapján folyik s így a vérvizsgálatok díjait az államkincstár kell hogy fedezze. Követelését három, törvényerővel felruházott tételére építi fel. A vértessz tulajdonságok már a méhenbelüli életben kifejlődnek, azok az életen keresztül változatlanul megmaradnak és a gyermek vértesszinek szerkezetében okvetlenül mindig jelentkeznek mindkét szülő öröklési tényezői. Indokolja az utóbbi kijelentését azzal, hogy az egész újabb irodalomban egyetlen egyszer sem történt meg, hogy olyan vizsgálok, akik megfelelő technikával és egyúttal „jól áttekinthető családi viszonyokkal rendelkező“ családok tagjait vizsgálták az öröklési törvények alól egyetlen kivételre is akadtak volna. Elismeri, hogy néha a vérvizsgálat alapján csak azt a véleményt lehet előterjeszteni, hogy egy bizonyos férfi apasága lehetséges: de egymagában az a tény, hogy az esetek nagy százalékában (!?) az apaságból valakit ki lehet zárni, olyan végtelenül fontos, hogy kétséges esetekben mindig érdemes a vércsoportvizsgálatot „tudományosan iskolázott és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szakértővel“ elvégeztetni. Végezőja tehát szerzőnek szembeszállani azzal a tájékozatlansággal, amely kételyeket támasztva az új tudomány általános érvényesülését akadályozza. Erre tényleg szükség is van, mert bár 1926. év végén Bajorországban az igazságügyi és közoktatásügyi miniszter, Württembergben az igazságügy-miniszter az eljárást — a vele foglalkozók kívánságára — a bíróságok figyelmébe ajánlották és a bécsi legfelsőbb bíróság is kimondotta egy alkalommal, hogy a vizsgálat felhasználásának meg nem engedése az eljárás hiányosságát jelenti, az általános lelkesedés, amelyet az új tudomány emberei vártak, még nem következett be. Újabbán az egyik berlini bíróság a vizsgálat eredményét elutasította azzal, hogy a vértulajdonságok külső befolyások révén változhatnak, s jellemző, hogy Oroszországban, ahol pedig az újításokat forradalmi lendülettel szokták belevinni az életbe, az igazságügyi és népjóléti népbiztosok 1925-ben a vérvizsgálatokat betiltották, pedig éppen ott ugyancsak nagy szükség lenne rájuk, mert egyedül Moszkvában a szabadszerelmű áldása egyetlen egy esztendőben tizenhatezer apasági kereset eredményezett.

Ma még sokan vannak a törvényszéki orvosok között is, akik a vércsoportvizsgálat eredményét, amely a házasságtörés bélyegét sűti rá a házasságban élő nőre, azt a hajadont pedig, aki gyermekének apjára megesküdt, még évek múlva is a hamiseskü vádjával fenyegeti — egymagában feltétlen bizonyítékként nem hajlandók elfogadni. Reményem, hogy álláspontjukról szerzőnek világosan és meggyőzően megírt könyve nem fogja őket letéríteni.

—s.—

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 2-i ülése.

### Bemutatás:

1. **Steiner B.:** *Súlyos angolkór többszörös csonttöréssel.* 2 éves leánygyermeknél súlyos angolkór jeleit látta. Miután igen sok teljes törés is észlelhető volt, felvetődött a kérdés, hogy nincs-e az osteospathyrosinak is szerepe a kórkép kialakulásában. A klinikai észlelés, a laboratoriumi vizsgálatok, a Röntgen-lelet, majd a boncolás igazolta, hogy a tüneteket csupán az angolkór okozta.

2. **Bókay Z.:** *Kétoldali vesesarkoma csecsemőnél.* 6 hónapos, elég jól fejlett csecsemőnél kétoldali vese-



sarkomát láttak, mely állapot mellett a csecsemő veseműködése egészen jónak látszott. A boncolás és a kórszövettani vizsgálat kimutatta, hogy a vesedaganat embryonalis adenosarkoma. Érdekessé teszi az esetet az, hogy kétoldali előfordulás felette ritka.

#### Előadás:

**Bókay J.:** *Transparentiás vizsgálatok veleszületett agyvízkóránál.* Saját 37 eseténél végzett vizsgálatainak eredményét a következő pontokba foglalja össze: 1. Strasburger-féle transparentin idült belső agyvízkór eseteiben az élőben pontosan megmutatja azon helyet, illetőleg helyeket, hol a folyadékgyülem folytán az agyköpeny legalább 1 cm-re vékonyodott. Ezt hullavizsgálatai is kétségtelenül bizonyítják s így Strasburgernek 1910-ben tett állítása teljes megerősítést nyert. 2. Transparentin vizsgálati kétségtelenül mutatják, hogy veleszületett belső agyvízkóránál (esetei kizárólag ilyenek voltak) az agykamrák folyadékgyüleme nem mindig egyforma intenzitású mindkét oldalt, valamint sokszor nem egyforma fokú a mellő és hátsó szarvakkal megfelelőleg. 3. Transparentia vizsgálatai demonstrálják, hogy bár a koponya esetleges assymetriája hydrocephalus cong. internusnál a legtöbbször a folyadékknak az oldalsó agykamrákban való egyenletlen elosztódásával van egybekötve, assymetria kivételesen olyan esetekben is látható, hol a ventriculusok kitérülése mindkét oldalt egyforma nagy. 4. A transparentia-vizsgálat gyakorlati szempontból különösen értékes az ú. n. hydromikrocephaliánál, vagyis azon esetekben, hol a normalis vagy alig makrocephal-koponya alig kelti fel bennünk annak a gyanúját, hogy az agyféltekék cystosusak, annyival kevésbé, mert a megejtett lumbal punctio, ha zárt a hydrocephalus, alig ad folyadékot. Ezen esetei képezik jelen tanulmányának legfontosabb s gyakorlati szempontból is legértékesebb részét. 5. Bizonyos esetekben a koponya élénk és kiterjedt transparentiája mellett élénk diaphania látható a fültölesér és szemgödör mélyében, esetleg az orbita felső falában s az orrhát oldalán is. Ezen esetei jórészt erősen makrocephalok voltak, de volt két hydromikrocephal eset is közöttük. 6. A Strasburger-féle diaphania-vizsgálatot az enkephalographia egyáltalában nem teszi nélkülözhetővé, a két eljárás egymást mintegy kiegészíti. Excessiv belső hydrocephalusnál, beleértve a hydromikrocephalia eseteket is, a transparentia-vizsgálat bizonyos esetekben teljes diagnostikus eredményt adhat és feleslegessé teszi az enkephalographiát, mely kényes s nem absolute veszélytelen eljárás. 7. A transparentia-vizsgálat teljesen veszélytelen, s bármikor, s bárhol meg-ejtethető, csak gondoskodni kell erős fényforrásról.

### Közkórházi Orvostársulat február 20-i ülése.

#### Bemutatók:

**1. Schwertner R.:** *Anaemia perniciosa procytholal kezelte esetei.* Kovács professor vezetése alatt álló osztályra a közelmúltban 3 igen súlyos anaemia perniciosa beteg került, akik közül az egyiknél állapotának igen súlyos volta, a másik kettőnél a nagyfokú undorérzés megakadályozta az eredeti májtherápia keresztülvitelét. Ezen okoknál fogva a Chinoín-gyár által forgalomba hozott *procythol* alkalmazta. A vele elért eredmény igen jónak mondható; a remissio gyorsan és tökéletesen következett be, a vörösvérsejtek száma hetenkint átlag 500.000-rel emelkedett. Közérzet, az étvágy igen gyorsan javult. Különösen figyelemreméltó, hogy az említett moribund-betegnél a súlyos szájüregi elváltozások egy ideig a táplálkozást lehetetlenné tették, ezért per rectum alkalmazták a *procythol* és így is kifejtette kedvező therapeutikus hatását. Ezért hasonló súlyos esetekben a *procythol* végbélen keresztül való alkalmazását célravezetőnek tartják.

**Kluge E.:** A legkevésbé ismert dolgok közé tartozik, hogy az anaemia perniciosa elmebetegség járhat. Noha 1875 óta meg nem szűntek az észlelések, amelyek sokszor egész sorozatokban e vérbetegség kapcsán elmebajokat írtak le, még a közkezen forgó nagy tankönyvek közül is csak érinti ezt a kérdést *Binswagner* és *Hoche*, csupán *Reichardt* könyve szól róla bővebben. *Siemerlin* közleménye óta, amely a perniciosa kapcsán paranoid téveszméket, apathiát, depressiót és izgalmakat észlelt, az újabb szerzők (*Pontoppidan*, *Petrén*, *Marcus*, *Pirkett*, *Henneberg*, *Schroeder*, *Hunter*, *Wolmann*, *Neumann*) kétségbevonhatatlan észlelésekkel bizonyították, hogy a perniciosa kapcsán, úgy, mint a legtöbb szervi agyvelőbetegségben, úgynevezett neurastheniás elő-

stadium léphet fel, amelyet később depressió és paranoid téveszmék, hangulatanomaliák, sőt zavartság és hallucinátorikus, deliráló állapotok követhetnek, még pedig korántsem csupán terminalisan, hanem hónapokkal vagy számos évvel a halál előtt. Mindezt részint a cortexben található szervi elváltozások, részben kimutatható toxinhatás magyarázza meg. 1927-ben egy esetet dolgozott fel a hozzászóló (közölve: *Archiv f. Psych.* 81. köt. 3. füz.), ahol az anaemia perniciosa kétségtelenül megállapított belgyógyászatiilag, de a somatikus tünetekből megállapítható volt az is, hogy az 12 év óta lappangva, az utolsó 5 évben pedig rohamosan fejlődött. Az egész életében abnormalis karakterű és 75 éves korban elhunyt egyén már 8 évvel halála előtt kezdett megváltozni, bizalmatlan lett, ingerlékenysége 4-5 évvel halála előtt fokozódott, üldöztetéses téveszmék, hangulatdepressio, kicsiny-ségi és elszegényedési téves eszmékkel és terminalisan öntudatzavar lépett fel, tehát egy olyan psychikus összkép, melyet sem a psychikus constitutio, sem a senilitás nem magyarázott meg. Ez az egyén rövid idővel halála előtt olyan hátrányos jogügyleteket kötött, kimutathatóan beteges elmekepződményeinek (téveszméinek, hangulatlábilitásának stb.) hatása alatt, hogy postmortalian kétségbe kellett vonni elmeorvosi szempontból vett ügyletképeségének megtartottságát, ami azután a jogügylet érvénytelenítéséhez vezetett.

**Fettich Gy.:** Hozzászólásában 7 esetről számol be, amelyekben a *procythol* alkalmazták. Az első esetben 6 heti *procythol* adagolás után 3 millió vv-ot és 60% Hb-t kitevő javulás után a *procythol* a beteg külső körülmények miatt nem szedhette. Ennek ellenére a következő 5 hétben teljes remissio következett be vvs 5-3 millió, Hb 95%. Ezen remissio még hét hónap múlva is fennállott, anélkül, hogy a beteg *procythol* szedett volna. A második esetben a remissio vvs 2-12-5-3 millióra, Hb 54-95%-ra emelkedett 8 hét alatt. Harmadik esetében 12 hét alatt a vvs 1-6 millióról 3-85 millióra, a Hb 35-75%-ra emelkedett, jöllehet a negyedik héten pedig napon át tartó gastroenteritisen, egy héttel ezelőtt pedig magas lázzal járó influenzán esett át a beteg. Negyedik esetében a remissio 5 hét alatt a következő: vvs 1-25-4-94 millió, Hb 42-91%; ezen remissio elérése után *procythol* nem szed (3 hónapja), recidiva mégsem következett be, mindössze a vérkép mutat valamely csökkenést. Ötödik esetének remissiója: 1-77-5-38 millió; Hb 51-82% hét hónap alatt. Hatodik esetében a májdiatával elért remissio után hat héten át *procythol* szedett a beteg, ami mellett az elért remissio esekély csökkenéssel a mai napig fennáll, jöllehet azóta többször gastritist, egy ízben pedig influenzát állt ki. Vörösvérsejtszáma 4-45 millió, haemoglobin 80-90% között ingadozik. Hetedik esetében az alaphátalom cc, ventr., amely typusos an. pern. vérelváltozást hozott létre. Vörösvérsejt: 1-6-4-37 millió, haemoglobin 39-70%, az általános állapot szembeszökő javulásával. A következő gyomorvérzés hyperchrom anaemiáját secundaer typusúvá változtatta át és fokozatos cachexia után a beteg decedált. Eseteikből az a tanulság, hogy a *procythol* a friss máj etetését teljes mértékben pótolja és hogy az amerikaiak által ajánlott diéta nem fontos, hisz betegeknek némely esetben a heves gyomor- és béltünetek miatt nem is alkalmazhatták volna.

**Torday A.:** Két májkivonattal sikeresen kezelt esetről számol be. A klinikai tünetek gyors javulása, az urobilinuria megszűnése, a serum bilirubinértékek csökkenése arra vallanak, hogy a májkezelés nem a csontvelőre hat, hanem a haemolysist gátolja. E javulással párhuzamosan emelkedik sokszor a vér cholesterintartalma és a vörösvérsejt resistenciája is. A gyomorból és a felső béltartásból a bakteriumok eltűnnek. A májnak a streptococcusokra és a colira gyakorolt ezen hatását in vitro is kimutatták.

**2. Knyazoviczky F.:** *Két gyermekkorú lügmérgezés érdekes esete.* Egy másfél éves leánygyermek lügmérgezés után mellhártya-, tüdőgyulladás, kanyaró és középfülgyulladás esett keresztül, majd a teljes nyelőcsőszűkület miatt gastrostomiát kellett végezni. A gyomorsipolyt másfél évig viselte. Ezen idő alatt nyelőcsőszűkületet kezeltek, 6½ kg-t hízott. A gyomorsipolyt műtéti úton zárták. Második gyermek 2½ éves korban ivott lügot. Medisatinitissel hozták, utána kétoldali tüdőgyuladást kapott, majd a nyelőcső teljes beszűkülése miatt gastrostomiát kellett végezni. Tíznapos sipolyon keresztül való táplálás dacára 13½ kg-t hízott. Sorozatos sondázás után nyelése jó lett, a gyomorsipolyt műtéti úton zárták. Azóta teljesen jó közérzetű, de nyelőcsőtágulata van, mely miatt még további kezelést igényel. Ezen két eset mutatja, hogy



mennyi nehézség és szövődmény merülhet fel a lúgmérgettek kezelésénél.

#### Előadások:

**3. Nebenfürer L.: Lichen ruber planus. Taetová-lás.** 29 éves férfi glans penisén, penisbőrén, gáton, bal pofa bellemében lichen papulák, mindkét karján, a hajlító oldalon jól megrajzolt, eléggé kiterjedt taetová-lás. A taetová-lást művészetig főleg Japánban fejlesztették, ahol még ma is erősen divik. Egyébként szűk tere van. Kikötőkben, kaszárnnyakban, prostituáltknál, tengerészek között találjuk. Rendeltetése nagy átalakuláson mehetett át. Régebben faji, hazafias célt szolgált, ma már csak kétes dísz. A múlt században kisebb taetová-lási epidemiák voltak. Gyakori helye a felső végtag, manubrium sterni, alsó végtag. Anyaga tus, zinóber, lópor, kékítő, szén, tén-ta-festék. *Guillaume* bizonyította be, hogy a fekete festék abban a pillanatban, amidőn a bőrbe behatol a szövet változtatja meg physikailag a bizonyos mélységbe jutott idegentestek színét. A taetová-lás nem mentes szövőd-ményektől. Lues, tbc. bemeneti kapuja lehet. A taetová-ló irodalom nagyon gazdag. Taetová-lt helyek mechanikus izgatásra a környezettel ellentétben kiemelkedőbbek. A taetová-lás, mint inger, a lues, tbc., lichen, urticariás elvál-tozások fokozottabb megjelenésében is részt vesz. Legta-nulságosabb *Dohi* esete, Tussal történt eset helyen számos papula, vaschloridos részen legkiterjedtebb a papulás és diffus infiltratio, mivel a vas durva, sokszögletű szem-eséje fokozottan irritál, zinóberrel taetová-lt részen hiány-zik (Hg-hatás). Nem taetová-lt területen elszórt papulák.

**Guszman J.:** A thema igen sok vonatkozásban ér-dekes s ezúttal csak két szempontot kíván érinteni. Az egyik a lichen ruber és inger kérdése. Látjuk, hogy a lichenpapulák a felső végtagokon egyedül a taetová-lás helyén jelentkeznek, tehát ott, ahol a tusszemesék, mint idegentestek, ingert váltanak ki. E tekintetben a lichen-ruber nagy mértékben analógiába hozható a lues-sel és psoriasis-sal. Luesnél jól ismerjük úgy a physikai, mint főként a chemiai ingerek provokáló hatását, a lichen és psoriasis esetében inkább a mechanikai ingerekét. A má-sik szempont a taetová-lás psychológiája s itt érdekes, hogy a sok banalitás és obszcenitáson kívül ritkán a hu-mor is érvényesül. Erre példát hoz fel.

**4. Hudovernig D.: Ombredanne narkosis.** Az aetherszénsavaltatást *Ombredanne* maszkkal kb. féleve használják a Szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán. A módszer legfőbb előnyei, hogy könnyen kezelhető, aether pontosan adagolható és kevés fogy. síma, gyors el-alvás és ébredés, postoperatív complicatio száma jelenté-kenyen eszikken; jelentékeny az aethermegtakarítás gaz-dasági része is. Szénsavbelégzésre a légzések száma maxi-malisan mély és szapora és ezáltal jelentékenyen javulnak a keringési viszonyok és a vérnyomás emelkedik. Hát-ránya a methodusnak, hogy az emelkedett vérnyomás következtében a műtéti terület jobban vérzik.

### A Debreceni Orvosegyesület február 14-i ülése.

#### Bemutatók:

**Várad-Szabó M.: Szokatlan nagy otogen agytályog gyógyult esete.** Két év előtt operált, idült cholesteatomás középfülgülladáshoz társult agytályog gyógyult esetét mutatja be, melyhez kifejezett kisagyi tünetek társul-tak. A beteg, eltekintve a radicalis műtét után rendesen bekövetkező közepes nagyothallástól, minden functio-kiesés nélkül gyógyult.

**Nagy S.:** Az előadó esetével kapcsolatban meg-említi, hogy egy, a debreceni szemklinika észlelt sinus cavernosus thrombosis (jobb oldali) körlefofolyása alatt kisagyi tünetek (nystagmus) támadtak s esetük sectioja alkalmával szintén egy, a bal halántéklebenyben el-helyezkedő galambtojásnyi tályogot találtak. A folya-mat igen érdekesen a jobb sinus cavernosusból a circulus Rydlein át a bal sinus cavernosusba s onnan a sinus petrosus superiorba terjedt s így adott alkalmat a bal halántéklebenyben képződő tályogra.

**Róth I.: Atypusos diabetes coma-esetek.** Két eset bemutatása. Az első eset ú. n. „vesezárral” („Nieren-sperre”) szövődött coma, mely kizárólag a ketontestek kiválasztására vonatkozott s a comát megelőzte, 14 nap-pal a coma lezajlása után a vese még mindig insufficiens a ketontestek kiválasztását illetőleg. A második eset ú. n. cardiovascularis coma; azon kevés esetek egyike, kinnél a therapia eredménnyel járt.

**Szontagh F.:** Az orvostudományban a francia is-kola hangsúlyozta, hogy a tüdő az anyagcserében nem-csak physikalikus működésével vesz részt, hanem chemiai folyamatoknak is színhelye. Azon tény alapján, hogy akár az acetonaemiás, akár a diabeteses betegszo-ba le-vegője telítve van acetonbúzzel, mely a lehelet útján keletkezik, felvetődik a kérdés, hogy az acetontestek kép-zésében a tüdő nem vesz-e activ részt? Az insulin-aera előtt a régi orvosok a diabeteses coma gyógyításá-nál gyakran nyúltak az opiumhoz. A hozzászóló fel-hívja a figyelmet, hogy kétségbeesett esetekben mint ultimum refugiumot most is lehetne vele próbálkozni, annál is inkább, mert azáltal semmit nem kockáztatunk.

**Mandel L.: Recidiváló spontan pneumothorax.** Iro-dalmi ritkaságok az oly spontan pneumothoraxos esetek, amelyek látszólag teljesen egészséges, 15–30 év közötti férfiaknál észlelhetők, akik gyorsan panaszmentesek lesz-nek és recidivára hajlamosak. A bemutatott esetben 3 ízben támadt spontan pneumothorax, exsudatum egy-szer sem komplikálta. A pulmokban köteges hilus, a kötegek között néhány fibrosus góc volt. Az aetiologia itt nem tisztázott. Valószínű *B. Fischer* felfogása, hogy egy régebben lezajlott tbc. csúcsfolyamat hegei között észlelhető bullák repednek meg ezeknél a betegek-nél.

**Szontagh F.:** 40 évvel ezelőtt *Kéthly Károly prof.* mutatott be a budapesti Orvosegyesületben viruló, egészséges fiatal egyént, akinél ismételtén spontan pneumothorax lépett fel.

#### Előadás:

**Simon J.—Reitz A.: Májfunctio vizsgálatok typhus abdominalisnál.** A Debrecenben és környékén az 1928. év őszén lezajlott endemia alatt megfigyelték, hogy a máj az esetek egy nagy részében feltűnően megnagyobbodott. Általában 2–3 harántujjal túlhaladta a bordáivet. A vizsgálat tárgya az volt, vajjon a májmegnagyobb-dás a cukoranyagforgalom zavarásával összefüggésben áll-e? A debreceni Tisza István Tudományegyetem belkliniká-ján ilyen irányban végzett vizsgálatokat két phasisban végeztek. A vizsgálat a *Bauer* által inaurált galaktose-próbával történt. 1. 47 typhusos beteget vizsgáltak a láz-talanság 10. napján (25 férfi- és 22 nőbeteget). Tíz férfi-betegnél és 6 nőbetegnél positiv volt a galaktosepróba, tehát az esetek 40. illetve 27,5%-ában. Minden egyéb betegségokot, amely a galaktosepróbát befolyásolta volna, kizárták, a vesék intactak voltak. A perspiratio insensibilis a vizsgálat tartama alatt 20–25 dkg-t tesz ki. 2. A vizsgálat második részét 6 hét múlva hasonló körü-lmények között végezték. A visszarendelt betegek között hat olyan eset volt, amely az első vizsgálatnál positiv eredményt adott. A hat positiv esetből három most is positiv volt, sőt egy az akkor kiürített értéknek éppen a dupláját mutatta. 3. A vizsgált betegek egy részénél a vércukorgörbét is meghatározták, különös tekintettel a positiv esetekre. A vércukorgörbe sohasem mutatott pathologiás krízist, mert legkésőbb két óra elteltével a cukorgörbe esése megkezdődik.

**Kostyál L.:** Máj cukorfunctio vizsgálatot vége-ztek gyermekek acut lázas megbetegedéseivel és itt is a májfunctio csökkenését találták, azonban nem minden cukorral szemben. Így pl. diphtheriánál a galactose és glykoseval szemben positiv eredményt kaptak; ettől el-térőleg azonban levuloséval szemben a májfunctio vál-tozást nem mutat. Glykoseval szemben, mint azt három esetben észlelte, a typhus lázas szaka alatt positiv hyper-glykaemiás reactióval találkoztak. Egyébként örömmel kell fogadnunk minden olyan munkát, amely az acut lázas betegek parenchymás szerveinek functiovizsgálatával az intermediaer anyagcsere és a savbasisegyensúly zavarai-nak kivizsgálásával foglalkozik. A mai orvosi tudomány ugyanis különösen gyermekek-nél az acut lázas megbete-gedések aetiologiájának és pathogenesisének kutatásában éppen ezen vizsgálatokat nagyon háttérbe szorítja a mikroorganizmusok és a helyi elváltozások vizsgálatával szemben. Arra, hogy typhusos betegnél májfunctioelé-gtelenség, savbasisegyensúly és intermediaer anyagfor-galmi zavar áll fenn, következtethetünk a typhusos gyer-meknél fellépő teljesen rendszertelen acetonaemiából és a vizelettel kiürített nagyfokú savingadozásokról, ame-lyek mélyen betérjednek a reconvalescencia idejébe is. Ha ezeket naponta szorgalmasan vizsgáljuk, vagy viz-gáltuk már a typhus fellépése előtt, érdekes és fontos adatokat kapunk más betegségek után fejlődő typhus és typhus után fejlődő tonsillitis és scarlat aetiologiájára vonatkozólag. Ilyenkor láthatjuk, hogy ezen esetekben két betegség között éles határvonalat húzni nem lehet.



Hogy a parenchymás szervek functioelgtelensége az intermediaer anyagcsere és savbázegegyensúly zavara következtében éppen ezen egyensúlyzavar helyreigazítása céljából egyik betegség átmehet a másikba anélkül, hogy ezen átmenetnél mindig egy újabb mikroorganizmusnak nagyobb szerepet kellene juttatni.

### A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának február 22-i ülése.

**Krausz S.:** *Érdekesebb agytumoresetek.* 1. eset. 29 éves férfi. Kórelőzmény: 4½ hó előtt hetekig magas láz, hányás, főfájás, látásromlás. Másfélhavi poliklinikai észlelés alatt: hátra és a proc. mastoideusok felé kisu-gárgázó, intermittáló főfájás, gyakran tarkó me-revséggel, helyzetváltozáskor néha rohamokban fellépő szédüléssel. Hányás szintén változó intenzitású. Kétoldali pangásos papilla, gyors látásromlással, főleg jobb oldalt. Állandó kétoldali anosmia. A III., VI. és VII. agyidegek területén, változóan jobb és bal oldalt változó súlyosságú kiesés. N. trigeminus területén bal oldalt izgalmi tünetek és érzéscsökkenés, jobb oldalt pár napon át érzéscsökkenés. Napokon át adiadochokinesis bal oldalt. Jobb oldalt változó patellaris- és Achilles-reflex kiesés. Psychésen normalis. Fülészeti lelet szerint fokozott nyomástünetek a hátsó koponyagödörben. Palliatív trepanatio a két agyi félteke felett. Másnap exitus. Boncolás (*Kelemen E. dr.*): férfikölnyi chondroma a jobb elülső koponyagödörben, amely a jobb homloki lebenyt erősen összenyomta. 2. eset. 48 éves férfi. Kórelőzmény: 5½ hónap, poliklinikai észlelés kb. három hónap. Kezdeti tünetek baloldali sensoros Jackson-rohamok. Fokozatosan kifejlődő baloldali hemiparesis. Koponya Röntgen-vizsgálata szerint: csonttumor a jobb homloköbölben, kisebb góccal elszórtan az egész koponyaürben. Röntgen-diagnózis: osteosarkomatosis cranii. Műtét: csonttumor a jobb homloköbölben nem található; a trapanatio nyílásán át végzett kémlelő beszúrás 5–6 cm mélységben keményebb consistentiájú rétegre jut. Therapiás besugározatásnál előbb javulás, később a tünetek erősebb kifejlődése, generalizált epilepsia-rohamok. Újabb Röntgen-vizsgáltnál a tumor a jobb homloköböl mellő kékharadát foglalja el, a kisebb gócek megvannak szaporodva. Pár hét múlva bronchopneumoniában exitus. Boncolás (*Kelemen E. dr.*): koponyacsontok normalisak, glioma a jobb parietalis lebenyben. A csontos koponyából kivett agyvelő Röntgen-felvételén kisebb fényátnemeresztő foltok. Az eset további tisztázása a szövettani vizsgálat feladata.

**Kelemen E.:** A második esetben a koponyacsonton nem talált megvastagodást, vagy olyan mézstartalom-fokozódást, amely a Röntgen-képet magyarázta volna. Az agyvelőben árnyékot adó meszes gócek nem voltak felfedezhetők. A jobb oldali parietalis lebeny táján zöld-diónyi glioma székelt, benne mikrochemiai eljárással sem volt méz kimutatható. Árnyékot adó injectiót a beteg nem kapott.

**Ranschburg P.:** *Nagy tyúktojásnyi eltokolt sellatumor* készítményét mutatja be, mely legfőképpen azért tanulságos, mert bár az óriási tumor  $\frac{9}{10}$  részében alulról felfelé, magába az agyba nőtt be, soha az intelligens nőbetegnek fejfájása, hányása, szédülése s a 15 évvel halála előtt, 28 éves korában művi abortus nyomán végleg elmaradt, mensesen kívül belsősecretióis elváltozása nem volt. A beteg soporosus állapotban került a poliklinika idegosztályára s mérsékelt opticus decoloratio mellett agyszár-tüneteket mutatott, állandó motoros nyugtalansággal s ötödnap elhalt.

**Lázár K.:** *Sklerosis tuberosa esete.* 14 é. leány. Családjában lueses, tbc-s és psychopathiás terheltség. A betegnél a congenitalis lues és sklerosis tuberosa classicus tünetei szövődnek. Displastikus habitus, adiposogenitalis zsírelosztódás, hypogenitalismus. Bőrén typusos adenoma sebaceum. Idegrendszer: kora gyermekkor óta epilepsia-rohamok, gyakran rohamhalmozódás. Nagy hydrocephalus, lassult psychomotilitás. Nappali aluszékonyság, apathia, éjjeli nyugtalanság. Igen nagyfokú elbutulás, az érzelmi és értelmi élet teljes elszegényedése. Egész lényét ösztönélete uralja.

**Ranschburg P.:** *Érdekesebb enkephalogrammok.* 48 agybetegen összesen mintegy 260 enkephalogrammról számol be, amelyek közül 20 esetnek hatvan képét demonstrálja. Eseteiben genuin, corticalis, traumás és egyéb tüneti epilepsia, sklerosis tuberosa, imbecillitas és mora-

lis psychopathia szerepeltek, amelyekben hydrocephalus oclusus, hypersekretorius, illetve aresorptorius többé-kevésbé súlyos fokait, egyéb heges, avagy tumoros tényezők hatásait észlelte. Részletesebben ismerteti egy vilamos traumának maximalis hydrocephalus internus aresorptorius formájában jelentkező súlyos disseminált sklerosisra vezető hatásait. Úgy ezen, mint több más esetben az enkephalogrammok nyomán végzett műtéti beavatkozás (Anton-Bramann stb.) javulást eredményezett, melyek egyes esetekben tartósak, másokban múlóak voltak. Egyik esetében fejtrauma után kérgi epilepsia, jobboldali hemianaesthesiával és hemianopsiával lépett fel, az utóbbi tünet lumbalpunkcióra pár napra eltűnt; enkephalographiával nagyfokú baloldali, főleg hátsó szarv hydrocephalus volt kimutatható (demonstratio), mely az összes, eddig rejtelmes tüneteket egy pontból magyarázza. Eseteiben 9–140 cm<sup>3</sup> liquor helyébe megfelelő levegőmeny-nyiséget fújtattott be s halálozás, súlyosabb incidens egy esetben sem fordult elő. A beavatkozással járó fejfájás, hányinger, hőemelkedés rendszerint legkésőbb három napon belül megszűnt, egyes esetekben hiányzott. Az eljárás igen nagy időt s főleg óvatosságot igényel és még a legsikerültebb felvételeken is igen sok hibaforrás (forma- és mértbeli eltérések) található. Emiatt egyrészt anatómiai vizsgálati sorozatot végeztetett (*Sandelhausen*) 50 nem agybetegtől származó agyvelőn az agykamrák normalis variációjának megállapítására, másrészt eddigi tapasztalatai felhasználásával (*Holitsch Rezsővel* együtt) belefogott az enkephalogrammok elemzését nehezítő nem agyanatómiai eredetű tényezőknek módszeres kutatásába.

### Az Erzsébet Egyetem Tud. Egyesület orvosi szakosztályának február 18-i ülése.

**1. Klein M.:** *Két sarkoma egy szemben.* A sarkoma chorioidea miatt enucleált szemben két különálló gócot talált. A nagyobb expansív növekedésű, pigment- és rostszegény orsósejtű sarkoma, a kisebb infiltratív, pigmentdús, rostokban gazdag, szintén orsósejtekből áll. A szövettani kép alapján az következtethető, hogy a nagyobb és a gyors növekedés jeleit mutató góc a kisebb, régebbi gócból származó metastasis.

**Imre I.:** A bemutató a diagnostikus eljárásokat is érintette. Hangsúlyozni óhajtja a próbapunctio veszedelmeit és kétes diagnostikai értékét. A punctatum mikroszkopiai vizsgálata tumor esetében is negatív lehet, másrészt a túa szűrési csatornába implantálhat daganatsejteket, amire az irodalomban adatok találhatóak. Ezért ezt a legutóbbi is ajánlott eljárást nem mondhatja sem megbízhatónak, sem veszélytelennek.

**2. Vitéz Dániel E.:** a) *Érdekesebb hydronephrosis esete.* Ritkább nagyságú hydronephrosist mutat be. A vesezsák a rekesztől a kismedencéig kitöltötte a hasüreget és a jobb hasfelet erősen elődomborította. Különös érdekességet kölcsönözött a bemutatót esetnek az, hogy a 7½ kg-os hydronephrosis viselője nem bírt tudomással betegségéről. b) *Ritka nagyságú idegentest.* 32 cm hosszú vasvillaszárat mutat be, amelyet a beteg combjából távolítottak el. Meglepető volt az esetben, hogy a beteg nem bírt tudomással arról, hogy ekkora idegentestet visel magában. A két bemutató között található analogia kapcsán szól arról, hogy egyes esetekben a betegeknek saját bajukkal szemben mutatott érdeklődésük milyen kiskokú. Ennek következtében a diagnózis felállításánál a betegeknek saját megfigyelése alapján szolgáltatott adatokat csak szigorú kritikával lehet hasznosítani.

**3. Balogh K. (vendég):** *A pécsi Egyetemi könyvtár XVI. századi orvostudományi könyvei.* Előadó ismertette a pécsi Egyetemi Könyvtár püspöki része keletkezésének történetét, kiemelve, hogy *Klimó* püspök azt a XVIII. század második felében egyetemi könyvtári céllal alapította. A könyvtár ennélfogva a theologiai, philosophiai, jogtudományi szakirodalmon kívül sok orvosi könyvet is tartalmaz. Utóbbiak közül a legrégebb az 1511-ben Lyonban kiadott és az ifjú *Mesue* műveit, *Petrus de Abano* Additióit és *Nicolaus Salernitanus* Antidotariumát tartalmazó könyv, *Hippokrates* és *Scalenus Froben-féle* kiadásainak ismertetése után néhány, a XVI. század könyvésztileg érdekes, vagy magyar vonatkozású orvosi művének: *Paulus Aeginacta*, *Vitalis de Furno*, *Dodonaeus*, *Fernel*, *Bayro Péter* és más orvosok könyveinek bemutatása következett. Ezután az előadó még *Paracelsus* és *Van Helmot* elméletit és műveit ismertette, majd az anatomia XVI. századbeli nagy fellendülésére mutatott rá. Ennek



kapcsán bemutatta vetített képekkel *Vesalius* művének *Johannes van Calcar* által rajzolt, 1543-ból származó híres fametszeteit, a Plantinus-féle *Vesalius*-kiadást és *Eustachi* nagy anatómiai művét, megemlékezvén *Vesalius* és *Eustachi* korszakot jelentő munkásságáról. A felsorolt könyvek bemutatása által az előadó megvilágította a pécsi Egyetemi Könyvtár régi orvosi műveinek állagát, de egyúttal a XVI. század orvostudományi irodalmát is.

## A Szegei Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 14-i ülése.

Előadás:

**Molnár J.:** *A Röntgen-therapia jelentősége az endokrin mirigyrendszer egyensúlyi zavarainál.* Az endokrin mirigyrendszer zavarai létrejöhetnek: 1. valamely endokrinmirigy hiányzó, vagy csökkent funkciója következtében; ezeknél a Röntgen-therapia alárendelt jelentőséggel bír; 2. valamely endokrinmirigy hyperfunkciójánál, amely igen hálás terrenuma a Röntgen-therapiának; 3. dysfunkciónál, melyre vonatkozólag még sok eléggé ki nem aknázott terület nyílik a röntgenezés számára. A szerző idevágó eseteit ismerteti, melyek egyikénél a súlyos prurigós-megbetegedés oka az ovarium dysfunkciójában volt fellelhető; másik esetben a több éve fentálló diarrhoea oka gyanánt a hypophysis dysfunkciója volt kimutatható. Mindkét esetben eredményre vezetett a Röntgen-kezelés.

Röntgen-sugarakkal mirigyműködést fokozó, ingerlő dosisokat nem lehet leadni. Az az amenorrhoea, amely Röntgen-besugárással megszüntethető, a petefészek dysfunkciója következtében jött létre.

**Vitéz Berde K.:** Súlyos és a torokképletek vize nyője által az életet is veszélyeztető „menstrualis erysipelas” esetében, hol semmi egyéb therapiás eljárás nem vezetett eredményre, a petefészek Röntgen-besugárással a menstruatio időleges elmaradását s ezzel az erysipelas-szerű rohamok szünetelését érte el.

Bemutatás:

**Tokay L.:** *Parkinsonismus postencephaliticus érdekes esetei.* Egyik betegnél kísérő tünetként kényszerű testhelyzetek, nézőrohamok s kényszerszerű képzetek jelentkeztek, másikkál torsiós testtartás, tárogó mozgásokkal és tekintő göresrohamokkal.

Előadás:

**Engel R.:** *A kairói nemzetközi tropusorvosi congressusról és a kairói orvosi főiskoláról.* Előadó ismerteti a Kairóban december 15—22-ig tartott első nemzetközi trópusorvosi és higiéniai congressus lefolyását, a congressus 17 szakosztályának tárgyalásait, továbbá a congressust rendező kairói orvosi főiskola 100 éves fennállását ünneplő szervezetét, berendezését és működését.

## A veszettség elleni küzdelem az Északamerikai Egyesült Államokban.

Írta: *Went István dr.*

(Első közlemény.)

Az U. S. A. területén folyó lyssaellenes küzdelem mai állásáról hű képet adni meglehetősen nehéz. A Federal Government alá tartozó 48 állam közegészségügyi szolgálata sok tekintetben teljesen önálló működést fejt ki, amelyre e nagy terület különböző részein uralkodó szokásoknak megfelelőleg a lakosság érülete több-kevesebb befolyást gyakorol. Maga a rabies-vaccina pedig — bizonyos korlátozások mellett — a szabad gyógyszerkereskedelem tárgya, alkalmazása a gyakorlóorvosra van bízva és így a közegészségügyi centrumok legnagyobb-részt csak az utóbbiakon keresztül értesülnek az egyes esetek sorsáról. Mindezekhez azután még egyéb nehézségek is társulnak, amelyek végeredményben lazakká, nehezen összehajthatókká teszik az adatokat és problematikussá az egyes statisztikák értékét. Ami pedig magát az Északamerikai Egyesült Államok egészét, a Federal Governmentet illeti, ez napjainkig nem adott ki semmiféle jelentést sem a maga területén folyó lyssaellenes küz-

delem egyeteméről, eredményeiről, hasznáról és esetleges kártevéséről.

Sok szakemberrel kellett beszélnem, sok elszórt adatot összegyűjtenem és az U. S. A. tekintélyes részét betatom, hogy ezekről a kérdésekről némi fogalmat alkossak magamnak. Európai szemmel nézve a helyzet sokszor szokatlannak és teljesen érthetetlennek tetszett; pedig — úgy látszik — semmi egyébről nincs itt szó, mint a lyssaellenes küzdelem teljes decentralizációjáról. Talán némi haszonnal és tanulsággal fog járni, ha a rendelkezésre álló adatok alapján röviden ismertetést adom e decentralizáltan folyó küzdelem módozatainak, eszközeinek és kihatásainak.

### I. Az oltóanyag termelése, ellenőrzése, árusítása és felhasználása.

a) *Az oltóanyag termelése.*

A veszettség praeventiv kezelésére szolgáló oltóanyag több mint 90%-ának termelése néhány teljesen üzleti alapon működő magánvállalkozás kezében van. A fennmaradó csekély töredék — az egész termelésnek alig 1/10 része — az egyes államokban felállított serum- és vaccina-intézetekben készül.

Ha valamely gyár, labororium, vagy oltóanyag-termelő intézet — legyen az állami, vagy magánvállalkozás — az államközi gyógyszerkereskedelem céljaira rabies-vaccinát akar gyártani, ehhez a pénzügyminister (Secretary of the Treasury) engedélyét kell kikérnie. A pénzügyminister az engedélyeket az U. S. A. közegészségügyi főnökének (Surgeon General of the United States Public Health Service) adja meg, ő függesztheti fel, vagy vonhatja vissza azokat. Az engedélyek megadását mindig megelőzi a licenset-kérő intézet helyiségeinek, berendezésének és felszerelésének felülvizsgálása. Utóbbit a Surgeon General utasítására a Treasury Department közegészségügyi functionariusai végzik; ezek jelentése alapján a Surgeon General kedvező, vagy kedvezőtlen formában teszi meg felterjesztését a pénzügyministerhez. Abban az esetben, ha már engedélyezett vállalatok kérnek licenset valamilyen új termék gyártására, a pénzügyministernek joga van elrendelni a reinspectiót, de joga van ettől el is tekinteni. A megadott licenset-érvényessége addig tart, amíg azokat — bármi oknál fogva — a pénzügyminister fel nem függeszti, vagy vissza nem vonja. A felfüggesztett, vagy visszavont engedélyek újlagos hatályba helyezését mindenkor reinspectio előzi meg. A vállalatoknak minden olyan változásáról, amely személyzetükben, épületeikben, berendezésükben, felszerelésükben és gyártási eljárásaikban beállott, értesíteniük kell a Surgeon General-t, aki a maga belátása szerint elrendelheti a reinspectiót, vagy eltekinthet attól.

Mindezek a rendelkezések a Treasury Department 1923-ban megjelent egyik kiadványában lettek összegyűjtve. („Regulations for the sale of viruses, serums, toxins and analogous products in the District of Columbia and in interstate traffic. — Treasury Department Washington D. C. August. 1. 1923. — Regulations prepared by the undersigned officers in accordance with the provisions of section 4 of an act of Congress approved July 1. 1902 entitled „An act to regulate the sale of viruses, serums, toxins and analogous products in the District of Columbia, to regulate interstate traffic in said articles and for other purposes”; they are hereby promulgated and will subside the regulations issued February 12. 1919 and amendments thereto. Undersigned: Walter D. McCaw: Acting Surgeon General U. S. Army. — E. R. Stitt: Surgeon General U. S. Navy. — H. S. Cumming: Surgeon General U. S. Public Health Service. — Approved: S. P. Gilber: Jr. Acting Secretary of the Treasury. — Washington, Government Printing Office 1923. Miscellaneous Publications No. 10.”)

Az idevonatkozó szabályzatok következő paragrafusai (14—16) egyrészt a vállalatok, gyárak és labororiumok felülvizsgálására kiküldhető közegészségügyi functionariusok hivatali hozzátartozóságát és tennivalóit,



másrészt a licensze felfüggesztésének, vagy bevonásának az okait és feltételeit határozzák meg. Ha a kiküldött inspector a vállalat berendezésében, felszerelésében és methodusaiban nem találja meg azokat a garantiákat, melyeket az engedély birtoklása szükségképen megkíván, akkor erről jelentést tesz a Surgeon General-nak, ki erre a szóbanforgó vállalat engedélyét felfüggeszti. A felfüggesztett gyártási engedély újlagos hatályba való helyezését reinspectio előzi meg, melyet azonban a Surgeon General csak akkor rendel el, ha komoly biztosítékok vannak arra, hogy az illető vállalat a gyártási hibák kicorrigálására a szükséges lépéseket valóban megtette. Ha ez 60 napon belül nem történik meg, akkor a Surgeon General a felfüggesztett vállalat gyártási engedélyét visszavonja és ezen cselekményét hivatalos kiadványaiban közhírré teszi.

A vírusok, serumok és toxinok gyártásával foglalkozó vállalatok berendezésére, felszerelésére és methodusaira vonatkozó feltételeket a 27—55. paragraphus határozza meg. E feltételek nagyjában megfelelnek azoknak, amelyek a mai modern serum- és vaccinatermelő intézetekben általánosságban adva vannak.

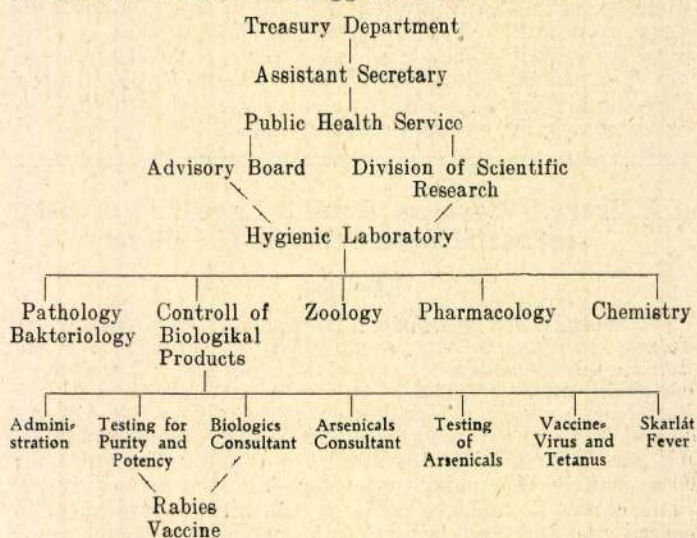
Miként azt fentebb már említettük, ezek a rendelkezések csak azon gyárakra, vállalatokra és laboratoriumokra vonatkoznak, amelyek termékeiket az államközi (interstate) kereskedelem céljaira készítik. Amennyiben egy ilyen productum nem lépi át azon államnak a határát, amelyben gyártották, a Federal Government rendelkezései reá nézve hatálytalannak bírnak. Az ilyen esetekben kizárólag az illető állam egészségügyi szabályzatai a mérvadók, amelyek Washingtontól teljesen függetlenül lépnek életbe. Gyakorlatilag azonban a helyzet az, hogy a jelenleg működő 28 magánvállalkozás valamennyie az államközi gyógyszerkereskedelem céljaira gyártja a termékeit és ezért valamennyi alávetette magát a Federal Government controlljának. (A biológiai termékeknek egyetlen állam határain belül való árusítása ugyanis nem biztosítja a megfelelő üzleti hasznot.) Az állami serum- és vaccinatermelő intézeteknek zöme ezzel szemben kizárólag a maga területét látja el oltóanyagokkal. Ezen intézetek egy része azonban ennek ellenére is kikéri a pénzügyminister licenszét és így működése a Federal Government felügyelete mellett történik. Tudomásom szerint csak igen kevés oly állami laboratorium van az U. S. A.-ban, amely a Federal Government licenszét beszerezni elmulasztotta. Ilyen licensz nélküli laboratoriumok működnek például South Carolinában, Georgiában, Alabamában, Mississippiben. Ezzel szemben newyorki Bureau of Laboratories of the Department of Health, a st.-louisi Pasteur Institute, a bostoni Antitoxin and Vaccine Laboratory of the Department of Public Health — a Federal Government licenszének a birtokában gyártja a rabies-vaccinát, bár productumaikat csak saját államaik számára készítik. A bostoni Antitoxin and Vaccine Laboratory például évek óta nem küldte készítményét Massachusetts határain túl és a jövőben sincs szándékában az államközi oltóanyagkereskedelemben részt venni, mindamellett ezen intézet a Treasury Department 64. sz. licenszének a birtokában van és mint ilyen a Surgeon General of the United States Public Health Service fennhatósága alá tartozik.

Meg kell végül jegyeznünk, hogy a Federal Government mindezen szabályzatai az összes biológiai gyógyszertermékek gyártására („viruses, serums, toxins and analogous products”) vonatkoznak. A rabies-vaccina előállítására vonatkozólag specialis rendelkezések nincsenek, kivéve azt, hogy azoknak a mai orvostudomány által elfogadott valamely methodus szerint kell készülniök. Hogy ezen meglehetősen tág meghatározás miként érvényesül a gyakorlatban, azt ezen fejezet következő pontjai fogják tárgyalni.

#### b) Az oltóanyag ellenőrzése.

Az államközi gyógyszerkereskedelem tárgyát képező veszetséggel ellátott oltóanyagot a washingtoni Hygienic Laboratory of the United States Public Health Service controllálja. Ezen intézmény a Treasury Depart-

ment, illetőleg annak egyik államtitkársága alá tartozik s azzal a következő összefüggésben áll:



A Hygienic Laboratory öt departmentje közül négy kizárólag kutatómunkával foglalkozik s csak egy (Controll of Biologic Products) végzi a serumok, vírusok és vaccinák felülvizsgálását. Ennek a departmentnek egy része (Testing for Purity and Potency) a diphtheria, anthrax, dysenteria, meningococcus, pneumococcus és streptococcus elleni serumoknak, a különböző tuberkulineknek és bakteriumos vaccináknak ellenőrzésén kívül elvégzi a rabies-vaccinák felülvizsgálását is.

A továbbiakat már most a Treasury Department fentebb említett rendelkezéseinek 67—80. paragraphusai határozzák meg. Ez utóbbiak kimondják a washingtoni Hygienic Laboratory illetékességét és jogát a szóbanforgó termékek mindenkori felülvizsgálására, meghatározzák a beküldés módját és általános utasításokat tartalmaznak a controllálás mikéntjére vonatkozólag. Végül utasítják a laboratóriumot, hogy a felfedezett esetleges hibákról a Surgeon Generalnak azonnal jelentést tegyenek, ki ennek a jelentésnek az alapján a megfelelő hivatalos lépéseket megteszi a hibás termékeknek a forgalomból való kivonása, a forgalombahozó vállalat reinspiciálása és engedélyének esetleges felfüggesztése iránt.

Az ellenőrzés mikéntjét illetőleg e paragraphusok kimondják, hogy annak az egyes termékek csiramentességére (purity) és hatásosságára (potency) kell vonatkoznia. Kétségtelen, hogy e rendelkezések szövegrészi végrehajtása a serumok és toxinok nagyrésznél semmi nehézséget nem okoz. A rabies-vaccina esetében azonban a helyzet sokkal komplikáltabb. A kérdés ugyanis, hogy általában mi a rabies-vaccina hatásosságának kriteriuma, zavarba hozza manapság még a legtájékozottabb elméleti és gyakorlati szakembereket is, azt a másik kérdést pedig, hogy mi a rabies-vaccina hatásosságának fok, ma még feltenni sem lehet. Mindezekhez pedig hozzájárul az, hogy az Északamerikai Egyesült Államokban egyaránt forgalomba hozzák a szárított (*Pasteur*), fagyasztott (*Harris*), hígított (*Högyes*) és carbolizált (*Semple*) virust is. E készítmények természete és tulajdonságai — miként azt hosszú évek tapasztalatai mutatják — némileg eltérnek egymástól; standardizálásuknak tehát — ha ez egyáltalában lehetséges volna — más és más szempontok szerint kellene történnie. A helyzet azonban az, hogy az emberi szervezet preventív immunizálásának szempontjából nem ismerjük a standardját sem az egyiknek, sem a másiknak. Látnivaló tehát, hogy ezen a ponton a Hygienic Laboratory meglehetősen nehéz helyzetben van: a szó szoros értelmében neki kell felelősséget vállalnia 28 gyár és néhány kisebb állami laboratórium rabies-vaccinájáért anélkül, hogy azok biológiai tulajdonságait megfelelőképpen tudná controllálni. Ezt a felelősséget nem lehet összehasonlítani az európai Pasteur-intézetek vezetősége által viselt felelősséggel. Ez utóbbiak hosszú évek, vagy évtizedek óta tanulmányozott virustörzsekkel dolgoznak; tapasztalataik vagy elődei írásban lefektetett megfigyelései visszanyúl-



nak Pasteur eljárásának születési évére. Új törzseiket nagy óvatossággal vezetik be és megelőzőleg éveikig tanulmányozzák. Ennek a felelősségnek tehát — dacára a lyssakérdésben uralkodó nagy és szomorú sötétségnek — van valami realis alapja. A Hygienic Laboratory ezzel szemben kap valamelyik gyártól egy fiolát, amelyre rá van írva a készítés ideje, módja (Pasteur, Harris, Höggyes, Semple) és a virustörzs gyári neve, vagy száma. Ezekből a puszta adatokból a vírus biológiai effectusának a részleteire vonatkozólag következtetéseket levonni nem lehet és így a washingtoni Hygienic Laboratory felelőssége ezen a téren realis alappal nem bír.

Annak, hogy ez a helyzet előállt, a Hygienic Laboratory természetesen nem oka; és nagy hiba volna bűnéül felrónni ennek a kítűnő és nagyszerű munkát végző intézménynek azt, hogy nem standardizál olyan biológiai gyógyszertermékeket, amelyeket senki sem standardizál, mert senki sem tudja a módját. A hiba a rendszerben van: a rabiesellenes küzdelem ezen decentralizációját egy központi kontrollintézménnyel megoldani nem lehet. Igaz, valaki erre a következő megjegyzést tette: a hiba nem a rendszerben, hanem a Hygienic Laboratoryban van, mert nem tartja össze azokat a statistikákat és jelentéseket, amelyekből egyes virustörzsek tulajdonságait tanulmánytárgyává tehetné. Nos, ezeket a „statistikákat és jelentéseket” összetartani és összegyűjteni az itteni körülmények között lehetetlenség. Ahány gyár és laboratórium rabies-vaccinát gyárt, az mind maga küldözgeti azt szét a gyakorlóorvosok kezébe. A „statistikák és jelentések” felépítői tehát a magánorvosok volnának. Én azt hiszem, hogy a Hygienic Laboratory a kisebb hibát követi el akkor, amikor az ily módon létrejött statistikákból új egészségügyi törvények alapját képező következtetéseket levonni nem akar. Mert bármilyen tájékozott legyen is a gyakorlóorvos a praktikus orvostudomány összes ágaiban, ezen a téren még a legnagyobb intelligencia és jóakarát birtokában sem tudja megszerezni azokat a nagyon szükséges tapasztalatokat, amelyek az egyes jelenségek szakszerű és helyes elbírálásához szükségesek. A legkiválóbb magánorvost sem hasonlíthatjuk ezen a téren rabies-szakorvoshoz, mert az előbbi legfeljebb egynéhány esetből meríti a tapasztalatait, míg az utóbbi sok ezer megfigyelésnek és a terjedelmes irodalom részletes ismeretének a birtokában keresi meg azokat a szempontokat, amelyek jelentéseinek és statistikáinak a rovatait fogják képezni.

A hiba másik része talán abban van, hogy a Hygienic Laboratory kissé túlterhelt intézmény. E nagy laboratórium tevékenységének a 90%-a kutatómunkában merül ki. Az intézet tehát csak 10%-ig foglalkozik a biológiai gyógyszertermékek kontrollálásával és ennek a 10%-nak is csak egy kicsiny töredéke jut a rabies-vaccina felülvizsgálására. Végeredményben magában az Egyesült Államokban is némi kritika éri a Hygienic Laboratory kontrolláló működését. Chicagóban több ízben volt alkalom beszélgetni egy kiváló orvosnővel, akinek neve az utóbbi évek folyamán világszerte ismertté vált. Ő mondta a legsúlyosabb kritikát a washingtoni laboratórium kontrolldepartmentjének a munkájáról. Én azonban — és velem együtt talán mindazok a magyar kartársaim, akik látták ennek az intézetnek hősies és igazán nagy munkáját — nem tudom osztani ezt a szigorú bírálatot. A washingtoni Hygienic Laboratory vállalaira méltánytalanul súlyos terhet tettek akkor, amikor ellenőrzőszervként egy hibás rendszer fölé helyezték.

Végezetül — ennyi bevezetés után — meg kell mondanunk, illetőleg be kell vallanunk, hogy miből áll a Hygienic Laboratory ellenőrzése. Kizárólag a csíramenteség vizsgálatából. Az egyes gyárakból beküldött mintávek tartalmát a szokásos bakteriológiai eljárások segítségével megvizsgálják és ha abban eleven csírákat találnak, akkor az illető gyár egész termelését a Surgeon General közbejöttével a forgalomból kivonják. Ha a vizsgált emulsióban élő csírák nincsenek, akkor azt a szabad gyógyszerkereskedelembé beboesájtják.

### c) Az oltóanyag felhasználása.

A veszettség praeventiv kezelésére szolgáló lyssa-vírus használhatóságának időtartamát az United States Public Health Service egyik rendelkezése<sup>1</sup> a következőképpen korlátozza: az oltóanyag felhasználandó 21 nappal az emulsificatio után 50%-nál kevesebb glycerint tartalmazó élő vírus esetében; egy hónappal az emulsificatio után, ha 50%, vagy ennél több glycerint tartalmazó, vagy pedig fagyasztott, avagy szárított élő vírusról van szó; hat hónappal a gyártás után, ha az oltóanyag kizárólag előlt vírust tartalmaz.

Mindazok az egyének, akik bármi oknál fogva célszerűnek vélik, hogy magukat veszettség ellen beoltassák, felkeresnek egy teszés szerinti orvosi rendelőt. Az illető orvos azután telefonon, sürgőnyileg, vagy levélbelileg felkeresi a legközelebb fekvő rabies-vaccina laboratóriumot, vagy gyárat és megrendeli az oltóanyagot. A küldött csomag részletes utasításokat tartalmaz a használat módjára vonatkozólag. Az orvosi rendelőknek kötelességük a legközelebbi állami Public Health Departmentnek jelentést tenni az ilyen esetekről, a kezelés lefolyásáról és az esetleges szövődményekről.

Az United States Public Health Service-nek semmiféle rendelkezése sem tiltja a rabies-vaccinának gyógyszerárakban való szabad árusítását. Épp így semmiféle rendelkezés sem tiltja meg a lakosságnak, vagy gyakorlóorvosoknak azt, hogy ilyenmű szükségletüket gyógyszerárakban szerezzék be. Úgy látszik azonban, hogy az orvosok szívesebben vásárolják ezen oltóanyagot közvetlenül a termelés helyéről, ami a gyógyszereszeket elriasztotta a vele való kereskedéstől. Volt alkalmam az Egyesült Államok legkülönbözőbb részein és legkülönbözőbb gyógyszerárakban érdeklődni aziránt, hogy tartanak-e raktáron rabies-vaccinát? Mindenütt nemleges választ kaptam. Ebből természetesen nem lehet és nem is akarok általános következtetéseket levonni. Végeredményben azonban teljesen érthető, hogy a gyógyszereszek nem töltik meg a raktáraikat olyan anyagokkal, amelyeket senki sem vásárol tőlük. A helyzet illetően kialakulását mindenesetre elősegítette az a körülmény is, hogy 30—35 óra alatt a legelhagyatottabb helyre is megérkezik a legközelebb fekvő vaccinatormelő intézet küldeménye.

Az antirabikus-kezelés lefolyásáért az orvosok általában 35—45 dollárt kérnek, amiben bennfoglaltatik az oltóanyag ára is. Az utóbbit magát körülbelül 25 dollárért árusítják a gyárak.

Európa, főképen pedig Magyarország ethikai atmosphaerájában nevelkedett orvosnak ezt a helyzetet megértenie meglehetősen nehéz. Mi történik például akkor, ha ezekre az oltásokra olyan egyének van szüksége, aki nem rendelkezik a szükséges összeggel? Az illető felkeresheti a Public Health Department bármelyik ingyenes ambulantiáját, amely vagy maga vállalja el a kezelés díjtalan végrehajtását, vagy pedig egy, az ilyen esetekre jobban felkészült testvérintézetéhez utasítja a sérültet. Ezek az intézmények azonban az oltóanyagot éppúgy a rendes árért szerzik be, mint a magánorvosok. Külön honorálják ezenkívül a kezelést végző dispensaire-i orvost is, úgy, hogy végeredményben itt is mindenki a pénzéhez jut — ezúttal azonban az állam és nem a beteg zsebére.

Ez a helyzet van adva például Chicagóban. Itt ugyanis a Department of Health of Chicago City nagymennyiségű rabies-ellenes oltóanyagot oszt szét bizonyos dispensaire-ek és veterinarus intézmények között teljesen ingyen. Ő maga azonban a szükségletét a rendes árért szerzi be az U. S. A. egyik legmegbízhatóbb serum- és vaccinagyártól. (L. Heiktoen közlése.)

Alabama állam a Gilliland vállalattal (Mariette, Pennsylvania Lienese No. 63.) kötött szerződést olyképen, hogy az oltóanyagért esetenként 17:50 dollárt fizet. A kezelőorvost viszont 10 dollárral honorálja, úgy, hogy egy-egy fizetni nem tudó patiens ellátása ennek az államnak fejenként 27:50 dollárjába kerül. (S. W. Welch közlése.)

<sup>1</sup> United States Public Health Service Decision No. 3 under Section 63. of the Regulations for the sale of viruses, serums, toxins and analogous products.



South Carolina a rabies-ellenes vaccinatio költségeit a maga határain belül szintén tetemesen leszállította. Ez az állam maga gyártja a rabies-vaccinát, amelyet a magánorvosoknak rendes árért árusít, melyet azonban mindazoknak, akik a termelő állami intézetet felkeresik, ingyen, vagy igen csekély fizetségért (250 dollárért) bocsátanak rendelkezésére.<sup>2</sup>

Indiana állam már valóságos Pasteur-intézetet létesített, ahol szegénysorsú病患者 teljesen ingyenes kezelést nyernek. Sőt ez az állam megtéríti az ilyen betegek utazási és hotelköltségeit is.

Íme, az első lépések az európai értelemben vett Pasteur-intézetek felé. Valószínű, hogy South Carolina és Indiana állam példája hamarosan sok követőre fog találni és az U. S. A. — néhány keserű tapasztalat után — el fog indulni azon az úton, amely a tapasztalt szakemberek vezetése alatt álló antirabikus központok felállításhoz vezet.

A legnagyobb hiba tehát korántsem abban van, hogy az itteni lakosság legnagyobb része a rabies-ellenes oltásokat megfizeti; ez ilyen gazdag országban lényegtelen és teljesen magától értetődő dolog. A baj ott van, hogy a megmárt egyének magánorvosokhoz fordulnak, akik azután teljesen a saját belátásuk szerint határozzák meg a történetadókat. Köztudomású, hogy a lyssaellenes preventív immunizálás módját és intenzitását nagyban befolyásolja a sérülések nagysága, helye és a maró állat felől beszerzett információk. A szakorvos tehát mindig két dologra gondol, amikor a kezébe veszi a feckendőjét: az egyik annak a veszélynek a nagysága, amelybe az actualis sérülés a beteget sodorta, a másik pedig az a veszély, amibe az immunizálódó egyén magának az oltásoknak a következtében kerül. E két szempontnak mindig ki kell egyensúlyoznia egymást. Gyakorlatilag ez annyit jelent, hogy a tapasztalt szakember másként kezeli az olyan esetet, amidőn valamely ártatlan macskajáték közben valakit megkarmolt és az illető csupán ideges félelemből, talán azért, mert esetleg a saját szemével győződött meg a kitört veszettségről, keresi fel sérülésével az orvost; és másképen kezeli azt az egyént, akit a veszettség minden jelét mutató kutya össze-vissza marcangolt. Az előbbi esetben a végtelékig szem előtt tartja a rabies-vaccina kétségen felül álló káros hatásait és gondosan ügyel arra, hogy ezeknek, az egyébként veszélyben aligha forgó beteget, ki ne tegye. A második esetben ezzel szemben a sérült egyén „quo ad rabiem“ oly nagy veszélyben van, hogy a szörványosan fellépő postvaccinalis bénulásokra való tekintet egy pillanatig sem fogja az orvost megakadályozni az immunizálás gyors és erélyes végrehajtásában. Amerikában tehát az ilyen és ehhez hasonló megfontolások a gyakorlóorvosok feladatát képeznek, ha az ennek a feladatnak meg tudna felelni.

A gyakorlóorvos azonban egyetemi tanulmányainak folyamán megjegyezte azt, hogy a lyssa borzalmas és végzetes betegség, amelynek a kifejlődését preventív immunizálással meg lehet gátolni. Természetes tehát, hogy lelkiismeretének megnyugtatóására, valamint praxisának és reputációjának megvédésére meg fog tenni minden lehetőt és nem fukarkodik a sűrű és kiadós inoculációk eszközésében. A patients megkapja az oltásokat, akár a cica karmolta meg játékos kedvében, akár a veszett komondor marcangolta össze. Be kell vallanunk, hogy az utóbbi esetben a legtapsztaltabb európai Pasteur-orvos sem tehet egyebet, mint ezt. Az előbbi kategóriába tartozó esetek azonban tág teret biztosítanak a Pasteur kétélű fegyverével való visszaélésre.

#### d) A vaccinák fajai.

E fejezet utolsó szakaszaként legyen szabad röviden megemlítenünk, hogy az Északamerikai Egyesült Államokban négyféle rabies-vaccina van forgalomban: szárított, fagyasztott, hígított és elölt vírus (Pasteur,

Harris, Högyes, Semple). Fentebb említettük már, hogy az itteni közegészségügyi rendelkezések általánosságban csak azt kötik ki, hogy e termékeknek valamely, a nemzetközi orvostudomány által elfogadott methodus szerint kell készülniök. E tág meghatározás az itteni gyakorlatban végeredményben elég jól beválik. A gyárak ugyanis azokat a készítményeket gyártják előszeretettel, amelyek iránt a kereslet a legnagyobb. A gyakorlóorvosok viszont szívesebben használják a régebbi készítményeket (Pasteur, Högyes), mint az újabbakat. A benyomásom azonban az, hogy az utóbbi években a kereslet az elölt vírus iránt mindjobban előtérbe nyomul.

(Folytatjuk.)

## VEGYES HÍREK

**Behring Emil** születésének hetvenötödik évfordulója lesz március hó 15-én, kit 1917-ben ragadott ki a halál az élok sorából s kinek hamvai 1917 április óta a marburgi Behringwerke közelében épült mausoleumban pihennek. A 75. évfordulót egész Németország tudományos orvosi világa megünnepelni készül s mi magyarok ezen ünneplésből részt kérünk, mert mély hálával adózunk a serumtherapia tudós felfedezőjének, kit, mint az emberiség jótévőjét Pasteur, Semmelweis és Lister mellé sorozunk. Azon tudományos kapcsolat, mely a magyar szakembereket Behringgel összefűzte, tette lehetővé, hogy **Bókay János** tanár 1894 szeptember havában, tehát akkor, amidőn Németországban és Párizsban csak alig egynéhányan kísérletezhettek a diphtheria elleni gyógygyógysavóval, Behring szívessége folytán szintén megkezdhette gyógykísérleteit és már 1894 október 27-én beszámolhatott a budapesti kir. Orvosegyesületben kiváló eredményeiről.

Behring közleményeinek túlnyomó nagy része a diphtheriára vonatkozik. Az első alapvető munkálatok 1890-ben jelennek meg a Deutsche Mediz. Wochenschrift 49. és 50. számában. (A Behring-féle diphtheriaserummal az első gyermekeket 1891 karácsonyan gyógyították meg Berlinben a Bergmann- s a Heubner-klinikán.) Ezt követi 1893-ban a *Thieme* kiadásában Lipsében megjelent könyv: „A diphtheria története, különös tekintettel az immunizációra“. A következő évek nagyszámú munkálatot hoznak a diphtheriaserum therapiás alkalmazására és értékmeghatározására vonatkozólag. Felfogását a streptococcusoknak diphtheriánál való előfordulását illetőleg: „Az úgynevezett septikus diphtheriaesetekről“ c. munkájában rögzíti le. A streptococcus-kérdésre vonatkozó munkálatok, melyeket *v. Lingelsheimmel* végzett közösen, az 1892. és 1893. évekre esnek, 1894 végén adták át általános használatra a Behring-féle gyógygyógysavót. Az 1901. évben jelenik meg Behring: „A diphtheria fogalmának meghatározása, keletkezése, felismerése és megelőzése“ c. könyve *Hirschwald* kiadásában Berlinben. Behring közleményei ez időben a serum értékmeghatározásáról és ennek elméleti alapjairól szólnak. Az 1913. év hozza meg Behring állásfoglalását az ember actív immunizálásáról illetőleg. A wiesbadeni belorvosi congressuson 1913 április 18-án történik meg a Behring-féle védőanyagának, a „TA“-nak ismertetése, mely a diphtheria elleni actív immunizálást előzta (Deutsche Med. Wochenschr. 19. sz. 1913.) Ebben az időben jelennek meg továbbá Behring klinikai munkatársainak (*Viereck, Hahn, Zangemeister, Schreiber, Kleinschmidt, Römer, Bauer*) a diphtheria elleni actív immunitásra vonatkozó közleményei s 1914-ben hozza nyilvánosságra Behring: „Harminc év diphtheriakutatása“ c. értekezését. 1918-ban a Beiträge f. die exp. Therapie 13. füzetében jelent meg végül — Behring halála után, mint posthumus mű, *Friedberger* révén — „A diphtheria járványtana, kór-oktana és leküzdése“ c. munkálatát.

**Személyi hírek.** Az igazságügyminister **Bálint Rezső dr.** és **Vámosy Zoltán dr.** egyet. ny. r. tanárokat, **Kelen Béla dr.** egyet. c. rk. tanárt az Igazságügyi Orvosi Tanács tagjaivá újabb három év tartamára kinevezte. — A kormányzó **Engel Károly dr.** egyetemi magántanárnak az egyet. c. rk. tanári címet adományozta. — **Prof. Roessle** a berlini kórtani és kórbonctani tanszékére történt meghívását elfogadta. — A baseli egyetem anatómiai intézet igazgatójává **prof. E. Ludwigot** nevezték ki. — A bonni egyetem elnekorvosi tanszékére **G. Stertz** kieli professort hívták meg. — **Prof. K. Wenckebach**, a bécsi I. sz. belgyógyászati klinika igazgatója nyugalomba vonult.

<sup>2</sup> Transactions of the twenty-fourth annual conference of state and territorial Health Officers with the United States Public Health Service. Public Health Bulletin No. 167. Washington 1927.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. magántanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

## A syphilis abortív kezelése.

Ma már nem szenved kétséget, hogy a *salvarsan* a *syphilis*-therapiát teljesen új alapokra fektette. Még néhány évtized előtt illetékes szakkörökben parázs vita folyt afelett, hogy a vérbaj elsődleges szakában megkezdhető-e az antisiphilises kezelés, vagy sem. Kitűnő syphilidologusok a kezelés megkezdését a másodlagos tüneteknek, az exanthemának megjelenéséhez kötötték. Ez főleg két okból történt: 1. a *primaer jelenség* (kemény fekély) megismerése a legkezdetibb szakban nem tartozott a legkönnyebb feladatok közé, abban az időben a klinikai diagnózis alátámasztására vagy felállítására még nem állottak a mai laboratoriumi eljárások (spirochaeta-vizsgálat, vérsavó-liquorvizsgálatok, állatojtások stb.) rendelkezésre, ennél fogva nem típusos, vagy még fejlődésben levő s így pontosan nem diagnosztizálható jelenségek felléptek az orvos többnyire várt, amíg a helyzet nem tisztázódott; ezt annál is inkább tennie kellett. 2. mert abban az időben dívó kenő- vagy injectiós higanykúrákkal a teljes gyógyulásig évekig kezelték a beteget, aminek biztos kórisme nélkül nem szabad a beteget kitenni.

A spirochaeta kimutatásával a *syphilis* korai diagnósisa lehetővé vált, úgy, hogy néhány napos, de legkésőbb 1–2 hetes gyanús pupilából, erosióból stb. — amelyek azonban klinikailag még korántsem mutatják a típusos *primaer jelenség* képét — is megtalálhatjuk a spirochaetát (főleg sötét látótérben), amikor még pozitív Wassermann-reactióról, általános exanthemáról szó sincs. Ilyenkor a vérbajt *gyakorlatilag* tulajdonképpen még *helyi* folyamatra tekinthetjük, noha újabb vizsgálatok szerint ez nem felel meg teljesen a valóságnak. Azonban nemesak a betegség korai felismerése vált lehetővé, hanem a *salvarsan*-kezelés következtében a kezelés időtartama is lényegesen megrövidült. Ilyen körülmények között történetet kísérlet a betegség legkezdetibb szakában az abortívával. *Az utóbbi beavatkozásnál sikerre csak akkor számíthatunk, ha az elsődleges jelenségek 3–4–5 hétnél nem idősebbek, a táji mirigyek normalisak, vagy legfeljebb minimális beszűrődést mutatnak, azonban a másodlagos jelenségek (exanthema) még teljesen hiányoznak s a különböző vérvizsgálatok teljesen negatív eredményt adnak. Ilyen feltételek mellett egyetlenegy, igen energikus anti-syphilises kúrával (salvarsan vagy salvarsan + higany, vagy salvarsan + bismuth) sikerülhet a syphilis abortíója, szóval a teljes gyógyulás.*

Ma is azt követeljük s az abortív kezelésnek sine qua non-ja, hogy az abortív kúra megkezdése előtt a *syphilis* diagnózisának felállítása pontosan megtörténjék.

Már fentebb említettem, hogy a különböző vérvizsgálatoknak *mindenkor* negatív eredményt kell adniok; ez úgy értendő, hogy nemesak az abortív kúra előtt, hanem a kúra alatt sem szabad kilengést mutatniok a pozitív phasis felé. E célra a Wassermann-reactión kívül a *Meinicke*-, a *Sachs-Georgi* globulin-reactiókat is használhatjuk (minél többet!), sőt az activ savóval sokkal érzékenyebb reactiókat (*Hecht*, *Stern*, stb.) is, az utóbbiak bevonása mindenesetre nagyobb óvatosságot igényel, mert kivételes esetekben az egyén szervezetét áthatoló egyéb betegségek is adhatnak gyengén vagy mérsékelt pozitív reactiót, tehát nemesak az abortív kúra megkezdése előtt és után, hanem a kúra alatt is vizsgáljuk a beteg savóját.

Az *abortív* kúra nagy teljesítményt kíván a szer-

vezettől, mindenesetre jóval nagyobbat amint azt egy normalis, intermittens kombinált kúra követeli. Igaz, hogy rendszerint fiatal egyénekkel állunk szemben, ez azonban nem mentesít attól, hogy a belső szervek (vese, szív, agy stb.) egészségi állapotáról meg ne győződjünk. *Alkati betegségekben* szenvedők (diabetes, diathesis urtica stb.), továbbá *idült fertőző betegségekben* (gümőkór, malaria stb.) szenvedők szintén kizárandók. Igen erős dohányosoknak, alkoholistáknak mindenesetre csökkent a tűrőképességük *salvarsan*-készítményekkel szemben, amennyiben az utóbbi mérgek a szervezetben súlyosabb elváltozást még nem okoztak (arteriosclerosis, belső szervek, de különösen a szív és vese káros elváltozásai), ilyenkor megfelelő mérséklés vagy teljes tartózkodás mellett az *abortív* kúrát kellő elővigyázattal javallhatjuk, illetőleg végezhetjük. Az aggkor, marasmus stb. szintén kizárják az *abortív* kúrát.

Kétségtelen, hogy a *primaer jelenség* energikus helyi kezelése galvanokauter, hidegkaustika, esetelés jódincturával, carbollal, vagy egyéb fertőtlenítő anyagokkal az *abortív* kúra esélyeit emeli, noha ez a felfogás nem talál általános visszhangra. Még leginkább bevált a *primaer affectus*nak sebészeti úton való eltávolítása, ha az *aesthetikai* vagy *működési* zavart nem okoz.

Ma már bebizonyosodást nyert, hogy egyedül higanyal vagy bismuthtal nem számíthatunk sikeres *abortív* kúrára, még akkor sem, ha az *abortív* feltételei a legideálisabbak, az utóbbi antisiphiliticumok úgyszólván kizárólag a *chronikus intermittáló* kezelésre alkalmasak. A mai antisiphilises gyógyszereink közül csak a *salvarsan*-készítmények nyújthatnak kilátást sikeres *abortív* kezelésre, azaz végleges gyógyulásra. *Az intravénás salvarsankezelés kétségkívül a leghatásosabb; az intramuscularis (myosalvarsan) e célra kevésbé alkalmas.*

Kérdés, vajjon a *salvarsan* egyedül vagy higanyal, vagy bismutttal kombinálva adjuk-e? E kérdésben a vélemények még ma is megoszlanak. A kombinált kezelésnek a hívei mindinkább szaporodnak, úgy, hogy ma már a legtöbb szakklinikán és kórházban a *syphilis* *abortív* kúrát kombinált kúrával végzik. Tudjuk, hogy a *salvarsan* *pharmakodynamikailag* lényegesen különbözik a higanytól és a bismuthtól. A *salvarsan* hatása gyors, azonban csak rövid ideig tart, ezzel szemben a bismuth, de főleg a higany a szervezetből jóval lassabban ürül ki (depót-hatás) s így a hatás is jóval tovább tart, szóval kiegészítik egymást s ezáltal a kombinált kúrának nagy előnyt nyújtanak. Közismert, hogy a bismuth, de különösen a higanykészítmények a *syphilis* sarjszövet felszívódását különösen elősegítik s ilyen értelemben szövetáthangolás, sejtészétesés, enzimák felszabadulása következtében „nem specifikus“ *gyógy mód* értelmében is hatnak.

Bármelyik *salvarsan* készítménnyel célt érhetünk, előnyt a *neosalvarsan*- és az *újezüstsalvarsan*-készítményeknek adunk, a higanykészítmények közül lehetőleg az energikusabbakhoz nyúlunk (*kalomel*, *ol. cinereum*, *hydrarg. salicylicum*). A bismuthkészítmények közül a magyar *bismoluol*, *pentabi*, *bismosalvan*, vagy bármelyik más megfelel a célnak.

A fent említett feltételek következtében a kezelés programja nagyobb körülményt igényel.

*Ehrlich* „sterilisatio magna“ elgondolása gyakorlatilag nem vált be, noha megbízható szerzők ismertettek egyetlenegy *salvarsan*-infusio után teljes gyógyulást. Az utóbbi időben hiányosak ilyen irányú észleleteink, mert a



sok kudarc után nem kockáztatható a beteg jövője, ami igen természetes.

*Aranyszabálynak tekintsük, hogy a lehetőségig — a szervezet tűrőképességét tekintetbe véve — rövid időközökben nagy adagokat adjunk.* Ez a tétel főleg a salvarsanra vonatkozik, tudjuk ugyanis, hogy kicsiny adagokra a szervezet rosszul reagál, megszokás, sőt kellemetlen tünetek (pl. neurorecediva) léphetnek fel. Mérsékelt vagy rossz tolerancia esetében inkább a higany vagy bismuth adagait redukáljuk. A syphilis abortíós kezelése nem történhetik *sablon*, illetve sémák szerint — sajnos, gyakran így történik —, minden egyes esetben a szervezet természetes ellenállókéességét és reakciókéességét kell figyelembe vennünk.

*Egy abortív kúrán neosalvarsanból* (egyéb salvarsankészítményekből átszámított adagokat) jó szervezettű férfiaknak átlag 4-5-7 g, nőknek 3-5-5,5 g adható. A kezelést 0,3 g intravenás neosalvarsaninfúzióval kezdjük — a tolerancia fokozására ajánlatos a betegnek 24 órával az első intravenás injectio előtt intramuscularisan 0,3 myosalvarsaninjectiót adni —, majd 2-3 napi időközökben adjuk a salvarsaninfúziókat, azonban 0,45 g feletti adagokban ez az intervallum 4-5 napra kitolandó. A salvarsaninfúziók között adjuk a *bismuth*-injectiókat a salvarsankúra végéig, sőt megfelelő tolerancia esetében azon túl is. (A bismuth mindenestre kíméletesebb, mint a higany s úgy látszik, hogy hatásában aequivalens. Higanyt csak akkor adunk, ha a beteg a bismuthot nem tűri, ami felette ritka eset.)

Az abortíós kúra alatt állandó megfigyelés alatt tartjuk a beteget, melléktünetek (magas láz, hidegrázás, súlyos angioneurotikus tünetek, ikterus, enteritis, salvarsan-dermatitis, fehérje a vizeletben stb.) jelentkezésekor az adagokat nem emeljük, esetleg csökkentjük, a kezelési intervallumot kitoljuk, sőt súlyosabb esetekben (pl. erősen kifejezett nedvező salvarsan exanthema) az abortív kezelést be is szüntetjük; erre szintén nem állíthatunk fel sémát, a helyes megválasztás az orvos józan kritikájától függ. Az abortív kúra befejezése után (természetesen alatta is) a beteget legalább is negyedévenként alaposan átvizsgáljuk, mindenkor vér- (lehető legkülönbözőbb methodusokkal) s legalább is évenként liquorvizsgálatot végezzünk. Ezt a szigorú ellenőrzést 2-3 évig folytatjuk s csak mindenkor negatív klinikai, serologiai és liquorvizsgálatok alapján tekintjük a beteget gyógyultnak. Amennyiben időközben syphilitikus tünetek mutatkoznak, vagy pozitív sero- vagy liquorreactiót nyernénk, úgy az abortíós kúrát eredménytelennek tekintjük s az intermittáló therapiához fordulunk. A sikertelen abortíós kúrával ilyenkor a betegnek kárt nem okoztunk, sőt a kezelés időtartamát megrövidítettük.

Nagy anyagra és több évi tapasztalatomra támaszkodva az a meggyőződésem, hogy a fent ismertetett feltételek mellett az abortív kúra többnyire sikerül, ez az eljárás azonban véleményem szerint még nem teljesen kiforrott s a gyakorlóorvosnak mégis azt ajánlom, hogy az abortív kúra után, teljesen negatív klinikai és laboratoriumi lelet jelenlétében is, bizonyos idő múlva (6-10 hét) egy újabb, mindenestre kevésbé energikus anti-syphilitikus kezelésben részesítse a beteget. Házassági consensus csak ilyen *bebiztosított* abortíós kúra után adható nyugodt lelkiismerettel. *Neuber Ede prof.*

## A csecsemő- és gyermekkori görcsökről.

A csecsemő- és kisgyermekkorban aránytalanul gyakrabban lép fel eklampsia (népiesen frász), mint a későbbi élet folyamán. Ezért úgynevezett physiologiás göreshajlamról is beszélnek, amivel azt kívánják kife-

jezni, hogy ebben a korban sok oly behatásra, sok oly állapotban jelentkezik görcsroham, melyre és melyben a felnőtt szervezete nem szokott görcsrel reagálni. A görcsroham nemcsak a laikusra, hanem az orvosra is félelmetes benyomást tesz, — és mondhatjuk, indokoltan, hiszen mindig kétséges, hogy a görcsrohamot nem a halál fejezi-e be.

Az említett korban fellépő görcsök jelentékenyebb része tetaniás görcs, azaz tetaniában szenvedőknél fellépő görcs, azonban igen sokszor látunk görcsöt fellépni olyan csecsemőnél és kisgyermeknél, kinél a tetaniára jellemző egyéb tünetek hiányoznak. Görcsroham komplikálhatja ennek a kornak úgyszólván valamennyi betegségét, azonban azoknak a csecsemőknek egy részénél, kinél valamilyen betegség folyamán görcsroham lép fel, latens tetania áll fenn és a görcsrohamot az accidentalis betegség kiváltotta ugyan, de nem okozta. Éppen azért mindig vizsgálnunk kell, hogy tetania mellett szóló egyéb jelek fellelhetők-e, vagy nem.

Felléphet görcsroham már az újszülöttkorban is. A születés után hamarosan fellépő görcsök bizonyára legnagyobb részének intracranialis vérzés képezi az okát. Természetesen szerepelhetnek intrauterin is már fennálló agyi elváltozások is. Görcsrel járhat azonkívül mindenféle lázas betegség ebben az életszakban is. Eklampsia léphet fel továbbá eklampsiás anya újszülöttjénél. Nem tartom feleslegesnek külön felhívni a figyelmet arra, hogy újszülöttnél gondosan mérlegeljünk mindig, vajjon asphyxiás rohammal, vagy eklampsiás rohammal állunk-e szemben. Enyhébb asphyxia kezdeténél szintén fennállhat kisebbfokú izommerevség, mely azonban a cyanosis fokozódásával csökken, majd az izomzat kifejezetten petyhüdtté válik. Ezzel szemben eklampsiánál a görcs tetőfokán jelentkezik a cyanosis. Ennek a lényeges különbségnek a megfigyelésére mindig ügyeljünk, mert a két állapot kezelése teljesen ellentétes: míg asphyxiás rohamnál izgatók indikáltak, addig eklampsia ellen narkotikumokkal küzdünk.

Egészen különleges alakja a görcsnek a tetanus, mely bármely életszakban felléphet és melynek megjelenési alakja annyira jellemző, hogy felismerése általában nem jár nehézségekkel.

Epilepsia kezdődhetik már a csecsemőkorban is, azonban, hogy az ilyenkor fellépő görcsök epilepsziás görcsök-e, arra csak azoknak a későbbi élet folyamán való ismétlődéséből következtethetünk. Gyakran kíséri görcsroham a súlyos heveny táplálkozási zavarokat és ezek között leggyakrabban a legsúlyosabbat, az alimentaris intoxicatiót. Sokszor komplikálja görcs a két leggyakoribb enteralis infectiót, az influenzát és a dysenteriat, melyek közül az utóbbi nem ritkán súlyos eklampsiával veszi kezdetét. Görcsrel járhat minden egyéb lázzal járó megbetegedés. Így a központi idegrendszer betegségeinek (meningitisek, enkephalitisek stb.) úgyszólván obligát tünete az eklampsia. (Az ezek után megmaradó, vagy egyéb okból létrejött agyi elváltozások természetesen okai lehetnek állandóan ismétlődő görcsöknek.) Gyakran látunk görcsöt fellépni pneumoniával kapcsolatosan, melynél a hőmérséklet első emelkedését már görcs kísérheti (initialis görcs). Míg felnőttnél a hőmérséklet gyors emelkedése hidegrázással jár, addig gyermeknél igen gyakran görcsrel jár. Görcs léphet fel az úgynevezett grippés megbetegedések nagy lázzal járó valamennyi alakjánál. Görcsrel járhat mindenféle mérgezés és előfordulhat nagy ritkán uraemiás görcs már egész fiatal korban is.

Ezen sokféle okból fellépő görcsök megjelenési alakjukban teljesen egyformák lehetnek: leggyakrabban az arc- és a végtagizmok rángógörcsét látjuk, de



gyakori a rángógörcsnek merevgörcsrel való váltakozása is. Egyszer a göres úgyszólván az egész testre kiterjed, máskor csak egyik testfélre, vagy egyik arcfélre csupán.

Az eklampsia kezelése két részre tagolódik: *első és legfontosabb feladatunk*, tekintet nélkül a göresroham okára, az *eklampisia megszüntetése*. Ezután következő feladatunk a kiváltó betegség kezelésével újabb fellépések megelőzése.

Az eklampsia megszüntetése narkotikák adásával történik és erre a gyakorlatban legjobban bevált és elsősorban ajánlható szer a luminál. Luminálnatrium 10%-os oldatából a bőr alá fecskendezünk annyi tizedem<sup>3</sup>-t, ahány centigramm luminált óhajtunk adni. Egészen fiatal csecsemőknél egy cg rendszerint már hatásos mennyiség, idősebbeknek fokozatosan többet adunk, egyéves gyermeknek szükség szerint akár 10 cg-ot is adhatunk. Ha a göres 10 perccel a befecskendezés után még semmit sem javult, megismételjük az adagot. Másik módja a narkotikus szer adásának a rectalis úton történő adás, melyhez legajánlatosabb chloralhydrátot használni. A chloralhydrátot 30–50 g nyákos oldatban (mucil. gum. arab. vagy mucil. salep vagy 10%-os rizsnyák vagy keményítőnyák vízzel aa) ajánlatos adni. Adagja egész fiatal csecsemőnél 0.25 g, idősebbeknek fokozatosan többet adunk, egyéves gyermeknek egészen egy g-ig adhatunk. A klyzma beadása után a farpofákat néhány percen át egymáshoz kell szorítani. Ha 15 perc múltán még semmi hatást nem látunk, megismételjük az adagot. Alimentaris intoxicationál (hányás, hasmenés) chlorált ne használjunk. Ha az állapot a szájon át történő gyógyszeradást lehetővé teszi, adhatjuk az említett szereket per os is, azonban kevésbé koncentrált (1–2%-os) oldatban és chlorálból a per rectum adott adagnak csak a felét. Chlorál helyett használhatunk (különösen intoxicationál, pneumoniánál) urehánt is, melynek adagja akkora, mint a chlorálé. Ultimum refugiumként az aether- vagy chloroformnarkosis tekinthető, melynek alkalmazása azonban igen kockázatos. Feszülő kutaes és egyéb meningitis gyanúját keltő tünetek minden esetben lumbal-punctiót indikálnak, de kísérletet tehetünk gerincesapó-lással akkor is, ha ezek nem mutathatók ki, azonban narkotikákkal eredményt nem értünk el.

Igen fontos, hogy láz esetén alkalmazzunk borogatást a törzs körül és a fejre és váltassuk a hőmérsék magasságához mérten gyakran. Minden esetben ajánlatos a belek alapos kiürítése (ricinus, bélmosás és legálább 8–10 órára szabott teadiaeta).

Fogzás és bélférgek görcs okaként csak a néphitben szerepelnek, a valóságban nem.

Waltner Károly dr. egyet. magántanár, Szeged.

### Az angolkóros alszárdeformitások kezeléséről a gyakorlóorvos szempontjából.

Bármennyire is megszokott az, hogy az orvosi gyakorlatban angolkóros alszárdeformitásokról beszélünk, ha pontosan akarjuk definiálni az elváltozásokat és ennek megfelelően minden kritikát kiálló gyógykezelést óhajtunk végezni, az egész alsó végtagot mindig, mint statikai egységet kell tekintenünk. Hiszen a három részre tagolható (comb, alszár, lábfej) alsó végtag két igen mozgékony ízület (boka, térd) közbeiktatásával képez functionális egységet, mely egység keretén belül az egyes tagoknak elferdülése minden esetben megváltoztatja a complexumnak statikáját és így következményes elferdüléseket válthat ki a szomszédos csontokon és közbeiktatott ízületeken. Az elferdülések két leggyakoribb fajtája az

X- és az O-láb. Az X-lábnál az elferdülés lényege nem az alszár csöves csontjain, hanem a térdizületet alkotó epiphysiseken jelentkezik. Ez kitűnik a kevésbé laikus elnevezésből is, amikor t. i. genu valgumról, gacsos térdről beszélünk. A genu valgum fokát úgy állapítjuk meg, hogy a fekvő betegen a nyújtott alsó végtagokat pontosan felfelé néző térdkalácsok mellett a térdék érintkezésig közelítjük és megmérjük a két belboka között fentmaradó távolságot. A gacsos térdhez secundaer statikai elváltozásként lúdtalpállás (pes planus et valgus) szokott csatlakozni. Ezen tapasztalat alapján kezdődő genu valgumnál a sarokesont varus irányú döntésével, mintegy visszafelé haladva igyekszünk befolyásolni a térdizület körüli elferdülést. Ezt a gyakorlatban úgy érjük el, hogy a járnai kezdő gyermekeknél a cipősarok belső szélét 4–6 mm-el magasabbra készíttetjük. Ezáltal a sarok talpi felszíne belülről kifelé lejt, azaz a sarokesont megterheléskor állandóan varus helyzetbe kerül. Jóllehet a kezelésnek ez a módja egymagában csakis egészen kezdődő genu valgumoknál és kisgyermeknél vezet gyógyuláshoz, nagyobb fokú gacsos térdnél és a gyermekeken túl is minden esetben szabályos, a sarok belső szélén emeléssel ellátott lúdtalpbetétet adunk a betegnek, hogy az elferdülés alatti végtagrész statikai viszonyainak corrigálásával a megterheléskor állandó javító hatást gyakorolhassunk magára a genu valgumra. Kifejezettebb, 3–6 cm-es bokatávolságú genu valgumoknál passiv gyakorlatokat végeztetünk és éjszakai sínekkel igyekszünk az elferdülést javítani. Természetesen a 3–6 cm bokatávolságot mindig a végtag hosszához kell viszonyítani. Kisgyermek 3 cm-es bokatávolsága sokszor nagyobb elferdülést jelez, mint serdülőknél 5 cm. A passiv corrigálást vagy a hozzátartozók végzik, úgy, hogy nyújtott térdék és rögzített combok mellett ütemes mozgásokkal az alszár befelé nyomják, vagy pedig ismét nyújtott térdék közé kemény párnácskát téve, a bokákat egyre jobban közelítve egymáshoz pólyázzák. Az éjszakai sín elve az, hogy lent a külbokán és a külső lábszáron, fent pedig a nagy tompor táján támaszkodó és rögzített merev és kissé O-láb alakú sínhez, párnázott szíjak segítségével fokozatosan hozzáhúzzuk az elferdült végtagot. A legnagyobb húzást természetesen a görbület legmagasabb pontján kell alkalmazni. Az éjszakai sínnek és az esetleges, hasonló elv alapján corrigáló körsínes járókészülékeknek azonban már szakavatott orvosi műszerész segítségére vagyunk utalva. 6–7 cm-es bokatávolság mellett cönservatív eljárásokkal ne kísérletezzünk. Ilyenkor csak esontmúttal lehet a végtagot kiegyenesíteni. A régebben sokszor alkalmazott, fokozatosan redressáló gipskötéseknek veszélye, hogy eredményes correctio után az esetleg lötyögővé váló térdizület nehezíti meg a járást. Ezért ezt az eljárást csak akkor alkalmazzuk, amikor példának okáért hosszas fekvőbetegség után fellépő, vagy rohamosan rosszabbodó genu valgumnál a térdizület oldalirányú mozgatóskor feltűnően lazának mutatkozik. Minden gacsos térdet úgy kell tekinteni, mint a szervezet esont és szalagbéli elégtelenségének részjelenségét és ennek megfelelően rendezni kell a beteg hygienikus viszonyait. Antirachitikus táplálkozást írunk elő és sósfürdővel, fénykezeléssel és helyi massageval igyekszünk a csont- és szalagrendszeret erősíteni.

A másik gyakori elferdülést, az O-lábat tudományosan crura varának nevezzük, jelezve az elnevezéssel azt, hogy a görbülés leggyakrabban az alszár csontjain jelentkezik. Csak azt mondhatjuk, hogy leggyakrabban és nem azt, hogy kizárólag, mert az O-lábak egy részénél a deformitást úgy az alszárcsontok, mint a combcsont oldalra domború görbülése okozza. Ha szabad e kifejezéssel élni, a crura varák az okozói annak, hogy a laikus



közönség körében kiirthatatlanul gyökeret vert a „majd kinövi“ tévhit és hogy, sajnos, ugyanez a könnyed felfogás képezi az orvosok orthopaed gondolkodásának legnagyobb akadályát. Mert jóllehet, a tapasztalat tényleg azt mutatja, hogy a kisgyermek görbe alszárainak tekintélyes része spontán gyógyulásra hajlamos, mégis erre a kaptafára semilyen más orthopaed megbetegedést nem szabad húzni. A tévhit elterjedtségének átkát csak azok látják igazán, akikhez azután az öt éven felüli csípőficamosok és a többé ki nem egyenlíthető S-alakú skoliosisok kerülnek. Ezért modern orvos szótárában a „majd kinövi“ kifejezésnek helye nincsen. Csodálatos és mintegy paradox jelenségképpen a crura varák egy részéhez a lábfejek lúdtalpas elferdülése csatlakozik. Ez is csak azt mutatja, hogy a mai ember generációkon keresztül egyre gyengülő lábának lúdtalpas hajlama fokozódik. Tehát megfelelő esetekben szintén betétet adunk a betegnek (de nem az üzletekben kapható gyári munkát, hanem modell után, egyénileg készítettet). A fentebb említett hygienikus és diaetás viszonyok rendezésével nyugodtan várakozhatunk egy pár hónapig az esetleges spontán kiegyenesedésre, különösen akkor, ha az első vizsgálat alkalmával contourrajzot készítettünk a végtagokról és ezzel a görbülés fokát állandóan ellenőrizhetjük. A rajzot éppen úgy, mint a genu valgum vizsgálatánál, pontosan felfelé tekintő térdkalácsok mellett készítjük. Ha pár hónapos megfigyelés után a görbeség javulást nem mutat, vagy ellenkezőleg, még fokozódik, még mindig próbát tehetünk conservatív gyógykezeléssel. Az X-lábnál ismertetett, de természetesen az ellenkező irányban ható állandó húzásokkal (éjszakai sín, körsínes járókészülék) igyekszünk a görbeséget befolyásolni. Nagyfokú crura varáknál azonban, különösen akkor, ha az alszársontok nyílrányú síkban is görbék (az ú. n. kardhüvely tibia), vagy ha ehhez még a combosont görbesége is társul (az alsó végtag csontjai úgy csavarodnak, mint a szőlőinda a karó körül), conservatív kezelés többé célra nem vezet. A műtéti beavatkozások (osteotomia, osteoklasia, ékkivésések) legalkalmassabb időpontja az, amikor a rachitis florid stadiuma után a csont ismét keményedni kezd (a Röntgen-képen az epiphysis határok ismét megjelennek a mészdús szegélyek), de végleges megkeményedés (eburnisatio) még nem következett be.

Az angolkóros alszárelgörcbülések ellen egyszerű technikai eszközökkel a gyakorlóorvos is sikerrel küzdhet, csak azt a határvonalat kell pontosan felismerni, melyen túl conservatív eljárásokkal eredményt elérni nem lehet. Ezeknél az eseteknél ne halogassuk a műtéti beavatkozást, mert az évek számának fokozódásával eszökken a műtétek utáni consolidatio biztossága és mint azt az első sorokban is említettem a végtag egyik részének elferdülése a statikai egység alapján károsan befolyásolhatja a szomszédos részeket és főleg a közbeiktatott ízületeket.

*Horváth Boldizsár dr. egyetemi tanársegéd.*

### Kérdés. — Felelet.

#### Magánorvos látletele a bíróság előtt.

**Kérdés (V. S. dr.):**

Magánorvosnak van-e joga orvosi látletelet kiadni sérült, vagy megvert betegei számára? Négy éve működöm vidéken s eddig a helybeli járásbírósg elfogadta látleteleimet, sőt felelbezés miatt a kir. táblánál is van már egy látletelem.

Most azonban legutóbb két ízben is visszautasította a helybeli járásbírósg látleteletemet.

**Felelet:** Minden orvosnak és ennél fogva a magánorvosnak is nemcsak joga van ahhoz, hanem tulajdonké-

pen kötelessége is, hogy a hozzáfordulók ezirányú kérése alapján az illetők egészségi állapotáról látletelet állítson ki. Vonatkozhatik ez úgy az illető általános egészségi állapotára, mint az illető esetleges sérüléseire. Minden ilyen természetű látletelet, vagy bizonyítvány kiállításánál egyfelől arra kell ügyelni, hogy az orvos által észlelték részletesen leírassanak, tehát nem elégséges, hogy az orvos által megállapított diagnózis közöltessék, hanem az szükséges, hogy a tüneteket ismertesse a lelet, amelyekből az orvosi diagnózis igazolható. A másik követelmény az ilyes bizonyítványok és látletelek kiállításánál arra irányul, hogy a megvizsgált által előadottak röviden összefoglaljassanak és azon cél is megjelöltessék, amely a bizonyítvány kiállításának indokál szolgál.

Minden orvosnak ezen kétségtelen bizonyítvány és látletelet kiállítás joga dacára a bíróság nem köteles a magánorvos által kiállított ilyen leletet bizonyíték gyanánt elfogadni. Mint ahogy a különféle hatóságok vezetői ragaszkodnak ahhoz, hogy a hivatalától távol maradó alkalmazott betegségét hatósági orvos által igazolja: a bíróságok a különféle testi sérülések eseteiben is megkövetelhetik, hogy a feljelentés alapjául szolgáló egészségháborítás hatósági orvos által igazoltassék.

A hatósági orvosok közül, amennyiben az eljárás törvényszéknél folyik, elsősorban az itt működő törvényszéki orvos véleménye kérendő ki. kisebb jelentőségű ügyekben, amelyek a járásbírósgok hatáskörébe tartoznak, bármely hatósági orvos kiállított bizonyítvány az eljárás alapjául nemcsak elfogadható, hanem a büntető perrendtartás 313. §-a értelmében a közhatósági orvos véleménye testisértések eseteiben a tárgyaláson fel is olvasható.

A magánorvos látletelet a bíróság is elfogadni köteles, azonban nem köteles ezt a meginduló büntető eljárás és ítélet alapjául elfogadni, hanem megkövetelheti, hogy a magánorvosi látletelet hatósági orvos által felülbíráltassék.

Könnyű testisértés eseteiben, amidőn a sérülés 8 napon belül gyógyuló egészségháborításként jelentkezik és amidőn a vádat a magánfél (tehát a sértett) képviseli, ami azon jelentőséggel bír, hogy a sérülést okozó csak a sértett kívánságára büntethető meg, célszerűnek mutatkozik, hogy a sértett a magánorvos által kiállított látletelet valamely hatósági orvossal is igazolja. A testi sérülések azon eseteiben, amidőn a királyi ügyészségek képviselik a vádat, tehát a 8—20 nap közötti, a 20 napon felüli és a minősített testi sérülések eseteiben a vádhatóság indítványára a bíróságok kötelesek gondoskodni arról, hogy a magánorvosi látleteletben foglaltak megfelelő módon hatósági orvos által felülvizsgáljassanak. Innen van, hogy a királyi törvényszékek hatáskörébe tartozó ügyekben, tehát a 20 napot meghaladó, a minősített testisérülések, valamint a gondatlanságból okozott olyan testisértések eseteiben, amelyeknek gyógyulási időtartama a 8 napot meghaladja a törvényszék állandó szakértői: a törvényszéki orvos véleményét fogják beszerezni olyankor, ha a látletelet nem közhatósági orvos állította ki. Viszont a járásbírósg elbírálása alá tartozó esetekben, amidőn a vádat a királyi ügyészség, vagy az általa megjelölt ügyész megbízott képviseli, a járásbírósg hatáskörébe tartozik az arról való gondoskodás, hogy a magánorvosi látleteletben foglaltak vagy hatósági orvossal igazoltassanak, vagy pedig egy szakértő gyanánt meghívott és e célból a bíróság által felesketett orvos által felülbíráltassanak.

A hatósági orvosok közé tartozik a már említett törvényszéki orvosokon kívül elsősorban a járási tisztí orvos, a körorvos, a községi orvos, a különféle közhatóságoknál működő orvosok, törvényhatósági, vagy vármegyei közkórházaknál alkalmazott összes orvosok.

Az előadottakhoz képest a feltejt kérdésre válaszképpen annyi mondható, hogy a járásbírósg köteles ugyan elfogadni és az iratokhoz csatolni a magánorvos látleteletét, azonban a büntető eljárás megindítása előtt köteles vagy a sértett felet utasítani arra, hogy a magánorvosi látleteletét közhatósági orvossal is igazolja, vagy pedig a maga hatáskörében elrendelni, hogy a sérülés jellege valamely közhatósági orvos által is megállapíttassék.

*Minich Károly dr. egyetemi tanár.*



# ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON**  
Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

**HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC**  
**GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF †**

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## T A R T A L O M:

**Tüdős Endre:** A lues congenita prophylaxisának és therapiájának mai állása. (249—253. oldal.)  
**Sellei József:** A fiatakorúak rosaceája. (253—257. oldal.)  
**Gózonny Lajos—Hoffenreich Ferenc:** Új eljárás a gyomornedvlipase és pepsin együttes meghatározására. (257—258. oldal.)  
**Bársony Tivadar—Koppenstein Ernő:** Az „áthúzott” tüdőbeszűrődés. (258—259. oldal.)  
**Simon Jenő:** Rákos gyomorbélfistula esete. (259. oldal.)  
**Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat kérdései.** (41—44. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Gégészet. — Szemészet. — Szociális egészségügy. (259—262. oldal.)  
**Könyvismertetés.** (262—263. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 9-i ülése. (263—264. old.)  
Közkórházi Orvostársulat március 3-i ülése. (264—265. oldal.)  
A Charité Poliklinika orvosi karának február 27-i ülése. (265—266. oldal.)  
A Debreceni Orvosegyesület február 21-i ülése. (266. oldal.)  
A Magyar Röntgentársaság február 26-i tudományos ülése. (266—267. oldal.)  
A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának febr. 28-i ülése. (267. oldal.)  
Az Erzsébet Egyetemi Tud. Egyesület márc. 4-i ülése. (267—268. o.)  
**Went István:** A veszétség elleni küzdelem az Északamerikai Egyesült Államokban. (268—272. oldal.)  
Vegyes hírek. (272—273. oldal.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**A Stefánia gyermekkórházzal kapcsolatos budapesti egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. rendes tanár).**

### A lues congenita prophylaxisának és therapiájának mai állása.\*

Írta: *Tüdős Endre dr.*

Általánosan ismert tény, hogy a syphilis óriási mértékben elterjedt megbetegedés, amelynek évenként igen nagyszámú emberélet esik áldozatul. Igazolják ezt a világ minden részéről megjelent kimutatások. Párizsban az összületéseknek 30%-a, Bécsben 2%-a, Berlinben 5%-a, Olaszországban 25%-a lueses. Az egyes szülészeti klinikák kimutatása szerint a lueses anyák 23—16%-a adott pozitív Wassermann-reactiót. A budapesti Állami Gyermekmenhely (Torday) ambuláns- és fekvőbeteg-anyagában 17,8%-ban, a Fehér Kereszt Gyermekkórház betegei között 13—21% között ingadozott a luesesek száma. A Stefánia Gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi Gyermekklinika járóbeteg-rendelésén az utolsó 14 év (1914—1927) alatt 300,000 új beteg jelentkezett vizsgálatra s ezek közül 2750 volt lueses, amely 0,87%-nak felel meg. Ez a szám minden bizonyosan magasabb lenne, ha a serologiai vizsgálatot kivétel nélkül minden betegnél elvégeztük volna, ami ilyen hatalmas beteganyagnál természetesen „pium desiderium”.

Azon tényből kifolyólag, hogy egy nyilvános ambulancia keretében a lueses gyermekek kezelése nem vihető keresztül kielégítő módon, a klinikán külön rendelést állítottunk fel lueses gyermekek számára. Hogy milyen szükséges és fontos a congenitalis lues erélyes és rendszeres kezelése, azt nem kell külön hangsúlyozni. A hiányosan és nem rendszeresen kezelték közül kerül ki nagy számban a szellemileg visszamaradottak nagy csoportja és ugyancsak ezeknél fordul elő leggyakrabban recidiva.

A klinika ezirányú tapasztalatait gyűjtötte össze *Vas J.* egy alapos tanulmányban az 1905—1909. évekre vonatkozólag. Ő azt találta, hogy 100 kezelésbe vett gyermek közül egy év után már csak 42-ről lehetett biztos adatokat szerezni. *Vas* az akkoron még kizárólag calomellel és higanybedörzsöléssel kezelt betegek között 66%-ban látott recidivát. Ez nagyon rossz arány, amelyet csak akkor fogunk teljes valójában látni, ha összehasonlítjuk azt a mostani kezelés eredményeivel. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy akkor még a Wassermann-reactio sem állott a rendelkezésünkre, az arányt még rosszabbnak vehetjük fel.

A külön lues-rendelésünket 1922-ben nyitottuk meg s ez időtől a mai napig 554 anya jelentkezett a rendelésen 658 beteg gyermekkel. A klinika általános rendelésén ugyanezen idő alatt 833 lueses gyermeket láttunk el. Kimutatásunkba azonban csak azokat az eseteket vettük fel, akik a lues-rendelésen rendszeresen kezeltettek. A kezelésbe vett 658 gyermek közül az idők folyamán azonban igen sokan elmaradtak a rendelésről, úgyhogy ma mintegy 337 gyermek sorsáról tudunk számot adni (51,06%). Ez már jelentékenyen jobb arány, mint a *Vas* által talált 42%.

Nézzük elsősorban a lueses anyák terhességeire vonatkozó adatokat. Ez élénken illusztrálja a luesnek emberanyagban végzett pusztítását. A bementett anamnestikus adatok alapján összeállított kimutatásból látjuk, hogy az 554 anya 1866 ízben volt gravid. Az 1866 graviditás az ötödik hónap előtt 269 esetben végződött abortussal, azaz 14,41%-ban. Kora-, illetve halvaszületés 334 ízben volt, amely 17,79%-nak felel meg. Az a nézet tehát, hogy a lueses anyák inkább abortálnak, azaz a terhesség már a terhességi idő első felében vezet elvetéléshez, a mi anyagunk alapján nem mondható. De határozottan nem látjuk annak a felfogásnak sem a bizonyított voltát, hogy a lueses anyáknál inkább több a kora-, illetve halvaszületés, azaz, hogy a lues a terhesség második felében pusztítja el inkább a fejlődő magzatot. *Rietschel* szerint ez lenne természetes következménye a maternalis úton átvitt luesnek. Ha a congenitalis lues paternalis eredetű

\* A Magyar Gyermekorvosok Társaságának IV. nagygyűlésén tartott referáló előadás.



tét elfogadnánk, úgy közelfekvő lenne az abortusok nagy száma, mert a spirochaeta pallida már a megtermékenyítés pillanatában bejutott volna a fejlődő fiatal organismusba s romboló munkáját már akkor megkezdhetné. A paternalis fertőzési módot azonban *Hochsinger* és egynéhány követőjén kívül ma már senki sem fogadja el s azt a nézetet valljuk, hogy a congenitalis luesben szenvedő gyermek anyja is lueses. A magzat a véráram útján fertőződik, miután előbb a spirochaeták megbetegítették a különben átjárhatatlan falú placentát s így ezen keresztül jutnak be a magzatba. De ahhoz, hogy ez bekövetkezhesék, hosszabb időre van szükség s ez csak a terhességi idő második felében következik be és vezet kora-, illetve halvaszüléshez. Bár a mi anyagunkban is nagyobb a kora- és a halvaszülettek száma, az adatok ezt a nézetet határozottan nem igazolják.

Az összes graviditásból tehát 601 esetben nem született élő magzat (32,3%). A lues azonban nemcsak directe teszi tönkre a fejlődő magzatot, hanem megvan a károsító hatása a megszületett gyermekekre is. A lues, éppen úgy, mint minden fertőző megbetegedés, legyen az acut, vagy chronikus lefolyású, az abban szenvedő szervezet ellenállóképességét más megbetegedésekkel szemben jelentékenyen csökkenti. A lueses csecsemőknek aránylag csak kisebb része hal el magának a luesnek súlyossága következtében (kb. 33%), nagyobb részben az időközben bekövetkezett más fertőzők pusztítják el. Elsősorban a légzőszervek hurutos betegségei szedik legnagyobb számban áldozataikat. Az 1262 élve született magzat közül a szülők bemondása alapján, t. i. részben azok, akik nem is voltak nálunk kezelés alatt s részben a nálunk kezelt és meghalt gyermekek száma 295-öt tesz ki s ezek nagyrésze már az első évben, sőt az első félévben belől halt el. A 295 halálozási szám az élve születettek 23,2%-át teszik ki. Elpusztult tehát összesen 898 gyermek, amely számot, ha az összerhességre vonatkoztatjuk, 48%-nak felel meg.

Ez a néhány adat elegendő annak bizonyítására, hogy milyen nagy áldozatot szed a lues s ha ilyen adatok vannak a kezeink között, a lues elleni küzdelmet csak még fokozottabban kell, hogy megvívjuk.

A lues elleni küzdelem két részből áll: prophylaxisból és therapiából. E két rész tulajdonképen egy, mert a legjobb therapia, s ez nemcsak a luesre áll, hanem minden más betegségre is, a prophylaxis. Sokkal nehezebb a betegséggel megküzdeni, különösen a luesel, ha ez már megvan s romboló hatását ki is fejtette a szervezetben, mint az ellené való védekezés. Más a védekezés a felnőtt korban szerzhető lues ellen, s más a congenitalis elleni, illetőleg a luesnek a magzatra való átvitele elleni védekezés.

Mint már előbb hangsúlyoztam, a paternalis fertőzési módot ma csak nagyon kevesen vallják. Ha tehát a maternalis fertőzést fogadjuk el, úgy a prophylaxisban egyetlen helyes út az anya luesének a gyógyítása és pedig bármilyen időben.

Egynéhány ismeretes adatnak a felsorolása documentálja, hogy milyen befolyása van a luesnek a terhességre, illetőleg a született gyermekek egészségére. Nálunk *Guszmán* állított össze igen értékes, nagy anyagra vonatkozó statisztikát, amelyből a következő adatokat említem: *Guszmán* 46 nem kezelt anyát észlelt s ez a 46 anya 40 lueses csecsemőt szült. Ez 86,9%. *Frigyesi* 70 lueses terhes nőt észlelt, s ezek terhességéből csak 20 élő gyermek született. A II-ik számú női klinika kimutatása szerint 120 lueses anya 70%-ban macerált, 11,6%-ban élő lueses, 16%-ban élő koraszülöttet hozott a világra, akik az első 10 napon

belül elhaltak. *Almquist* szerint a graviditás alatt és előtt nem kezelt lueses anyáktól kb. 96%-ban lueses gyermek jött a világra. Ez az adat egyezik *Boas* és *Gammelthof* adataival és más szülészeti klinikák tapasztalataival. *Laurent* és *Dujol* 55 anyát észlelt, kiknél kezelést nem végeztek. Az 55 anyánál 48 abortus és 32 halvaszületés volt és csak 21 esetben volt élő magzat. Arról nem tesznek említést, hogy a 21 közül hány volt lueses.

Ezekkel az eredményekkel szembe kell állítanunk azokat az eredményeket, amelyek a lueses kezelt anyák graviditásaira és a született gyermekek egészségére vonatkoznak. Ma kétségtelenül áll az a tény, hogy a lues congenita ellen a legjobb eredmény az anyák kezelése által érhető el. Amíg a salvarsan előtti aerában (1910) csak higany és jód állott rendelkezésünkre, a terhes anyák prophylaktikus kezelésével nem sok eredményt lehetett felmutatni. A tisztán higannyal kezelt lueses anyák *Boas* és *Gammelthof* adatai szerint 72%-ban szülnek lueses gyermeket. Ez az eredmény annyira rossz, hogy *Lomholt* a kizárólag higannyal való kezelést „emberölésnek“ nevezi. A higany az enyhébben és lassabban ható antisiphilitikumok közé tartozik, tehát azt látjuk, hogy az anya luesének gyógyítására, illetőleg a magzatnak a luestől való mentesítésére egyedül nem vált be. A salvarsan itt is kétségtelenül hatásosabb.

A terhességbe jutott lueses anyákat minél előbb kezelésbe kell venni. A lueses fertőzés felderítése azonban nem mindig megy könnyen. Ha általánosan bekerül a köztudatba, hogy a prophylaktikus kezelés milyen eredményekhez vezet, akkor könnyebb lesz a lueses anyák felfedése. A Wassermann-reactio általánosabb elterjedése óta ez is már sokkal könnyebb. Amíg *Boas* és *Gammelthof* 1912-ben 3,3%-ban találtak lueses szülőket, addig 1921-ben 7,7% volt a gravid-anyák között a lueses. S ez nem írható a lues nagyobb fokú elterjedésére, hanem kizárólag a vizsgálati módszerek tökéletesebbedésére. A Wassermann-reactio elvégzése szülészeti intézetekben ma már minden anyánál szabály. A Wassermann-reactio mellett a nem specifikus kiesapódási reakciókat is elvégezhetjük. Azt az anyát, amelyiknek a Wassermann-reactiója positiv, továbbá akinek valamelyik kiesapódási reactio is positiv eredményt ad, feltétlenül kezelésbe kell venni.

A kezelés eredményességét bizonyítják az alábbi adatok: *Laurent* és *Dujol* a már előbb említett 55 anyát később kezelték a graviditás előtt és alatt, miután azok megelőző 101 terhességéből csak 21 élő gyermek született. Az eredmény a következő: 22 élő magzat, 1 abortus, 2 halvaszületés, ellentétben a kezelés előtti 80 abortussal és halvaszületéssel. A kezelés után tehát 88%-ban élő egészséges gyermek jött a világra, amely adat egyezik a *Guszmán* által talált százalékkal. *Guszmán* szerint a terhesség alatt kezelt anyáknál 86,34%-ban született élő, egészséges gyermek. Ez a középúton van *Almquist* és *Boas* között, mert míg az előbbi a kezelést által 100%-ban, az utóbbi 60%-ban talált egészséges gyermeket. Igaz, hogy *Almquist* a lueses anya kezelését az egész terhességi időre követeli. Ez nehezen teljesíthető követelmény, különösen, ha megnézzük *Guszmán* statistikáját, aki 101 lueses anyát kezelt a terhesség alatt és ezek közül csak kettő végzett 3 kúrát, 22 két kúrát és 77 csak egyet a terhesség alatt. S ha *Guszmán* eredménye e mellett az elég hiányosnak mondható kezelés dacára is olyan jó, akkor *Almquist* követelményét kissé túlzottnak kell tartanunk. Ha azonban keresztülvihetjük, úgy végezhetjük is. *Boas* és *Gammelthof* a salvarsannal kezelt anyáknál csak 24%-ban talált beteg gyermeket, azaz 76%-ban egészségeset. Ez viszont jóval



rosszabb a *Guszmán* eredményénél, aki ezt kombinált salvarsan-higany, illetőleg salvarsan-bismuth kezeléssel érte el.

Ezekből következik, hogy amint az acquirált luesnél, úgy a graviditás alatti kezelésnél is a leghatásosabb módszer a kombinált eljárás. Hogy milyen kombinált eljárást végezzünk, arra nézve két csoportra oszlanak a szakemberek. Az egyik szer feltétlenül a salvarsan, illetőleg a neosalvarsan. A másik szer a bismuth vagy a higany. Újabban a bismuth kezd nagyobb teret hódítani s a salvarsannal a legjobb eredményeket adja. A higany és bismuth közötti harc áll még tovább is, nemcsak az acquirált, hanem a congenitalis lues kezelésében is. A higanyt — inunctio vagy injectio formájában adva — sokan még mindig hatásosabbnak tartják a bismuthnál, s annak kellemetlen mellékhatásokat okozó hatását, kellő ellenőrzés mellett veszélyesnek nem tartják. Nem kell ma egyik vagy másik gyógyszer mellett pálcát törnünk. Fontos az, hogy a gravid lueses anyát mielőbb kezelésbe vegyük.

Két dologra kell még itt kitérnem. Mikor végezzük és hogyan a kezelést? A graviditás előtti kezelésnek csekély az értéke a magzat szempontjából. Természetesen kezelendő a lueses nő amúgy is, de ami a születendő gyermek egészségét biztosítja, vagy legalább is valószínűvé teszi, az a terhesség alatti kezelés. Ha az anya lueses már régibb keletű és a graviditás előtt is kezeltetett, kétségtelen, hogy kisebb annak a magzatra való átvitelének a lehetősége. Az is kétségtelen, hogy a graviditás alatt az anyák jobban reagálnak az anti-lueses kezelésre, mint más időben. *Almquist* kombinált kezelést végzett a terhesség egész ideje alatt, s az eredménye 100%-os. Ha ez nem vihető keresztül akkor a kúra-rendszerhez folyamodunk. Igen erélyes kúra végzendő a terhesség első és főleg a második felében. Ha friss az anya lueses, de még a fogamzás előtt szerezte azt, úgy három, de legalább is két kúra végezhető. Másként áll a kérdés a magzat lueses fertőzését illetőleg, ha az anya a fogamzás után, közel a terhesség végéhez szerezte luesét. Ebben az esetben nagy a valószínűsége annak, hogy élő, egészséges magzatot hoz a világra, szóval intrauterinalis úton nem fertőzi meg a magzatot, de fenyeget annak a veszélye, hogy a csecsemő a szülés alatt, a szülőutakban fertőződik. Fennáll annak a lehetősége is, hogy az újszülött később, esetleg a szoptatás által fertőződik. Az előbb mondottak alapján ugyan az anya postconceptionalis, különösen a graviditás végén szerzett luesénél kevés a valószínűsége annak, hogy a lues a magzatra átvitessék, még sinésen biztos kriterium arra nézve a kezünkben és így azon álláspontra kell helyezkedni, hogy az anya, bármely időpontban szerezte luesét, a saját maga érdekében kívül a magzat érdekében feltétlenül azonnal kezelendő. Nem kell félnünk attól, hogy az erélyes neosalvarsan-kezelés alatt esetleg abortust vagy koraszülést idézünk elő. Ezt bizonyítja *Pinard* (Paris) statistikája. (*Noeggerath* M. m. W. 1927).

Lueses anyák száma	Kezelés	Élő gyermek	Halott gyermek
21	graviditás előtt és alatt	21	0
29	nem kielégítő . . . . .	27	2
16	terhesség alatt 1 cura . . . . .	9	7
53	nem kezeltetett . . . . .	20	33

Saját tapasztalatokkal erre a kérdésre vonatkozólag, adatokkal nem rendelkezünk.

Jelentkezett több olyan anya a rendelésünkön, akik terhességük alatt kezeltették magukat s a bemutatott gyermekek teljesen egészségeseknek látszottak. Itt vetendő fel az a kérdés, hogy kezelendő-e a lueses anyától származott gyermek, amelyiken a luesnek klinikai

jelei nincsenek. Azt tudjuk, hogy minél régibb keletű az anya lueses, annál kevesebb a valószínűsége a magzatra való átvitelnek, még akkor is, ha az anya a terhesség alatt nem kezeltette magát. Azt is tudjuk, hogy a lueses csecsemőnek a Wassermann-reactiója az élet első hónapjában negatív lehet. Nem egy esetben volt már alkalmunk ezt látni s a lueses tünetek csak a későbbi hónapokban jelentkeztek, s lett a Wassermann-reactio is positiv. Az ilyen tünetmentes csecsemők kezelését illetőleg, két nézet van. Ha az anya lueses nem friss és a terhesség ideje alatt kielégítő kúrát végzett, a Wassermann-reactio negatív, akkor a gyermeket kezelni nem kell. Ez az álláspontja a veleszületett vérbaj egyik legalaposabb ismerőjének, *Jadassohn*nak. Hozzáteszi azonban, hogy csak akkor nem, ha a gyermek állandóan megfigyelésünk alatt áll. Ha ez a feltétel nem látszik biztosítottnak, úgy a gyermek kezelendő. Ezáltal elkerülhetjük, hogy a gyermekem esetleg hónapok múltán jelentkezzenek a lues tünetei. *Fischl* nem ilyen engedékeny ebben a kérdésben. Tekintet nélkül arra, hogy az anya a terhesség alatt kezeltetett-e, vagy sem, a gyermeknél azonnal végeztet kezelést, az ú. n. elővigyázatossági kúrát. (Vorsichtskur.) Ha később nem jelentkezik a gyermekem lueses tünet és a seroreactio is negatív, a gyermeket egészségesnek tekinti. Ezzel az egy kúrával semmiesetre sem árt a gyermeknek, s ha az mégis lueses lenne, az alkalmazott kúra annak csak javára lehet, esetleg teljes gyógyulását hozhatja, elsősorban olyan esetben, ha az infectio a terhesség vége felé történt. Régebbi szerzők és az újabbak között *Almquist* a „Vorsichtskur“ ellen vannak és a graviditás alatt erélyesen kezelt anya klinikailag és serologailag tünetmentes gyermekét nem kezelik. Ebben a kérdésben a mi álláspontunk a *Jadassohn*éval azonos, s az ő általa felállított követelményt is elfogadjuk.

A klinikailag vagy serologailag lueses csecsemőt természetesen minél hamarabb kezelés alá kell venni. Erre vonatkozólag is kialakult már az idők folyamán a leghelyesebbnek vélt therapia és pedig az ú. n. kombinált kezelés. Itt is ugyanazon kérdésre kell felelnünk, hogy a neosalvarsan mellett a higanyt-e, vagy a bismuthot alkalmazzuk? Ez utóbbi gyógyszer adagjára vonatkozólag is divergálnak a nézetek. A kezelés kezdetének az időpontjára nézve meg van az egységes nézet. A lueses csecsemőt azonnal kezelésbe kell venni, amint az észlelésünk alá kerül, tekintet nélkül a korra. Itt csak a csecsemő tápláltsági foka és állapota játszik szerepet az alkalmazandó gyógyszert illetőleg. A lues tudvalevőleg nem jelentkezik mindjárt az élet első napjaiban, hanem igen gyakran csak a későbbi hónapokban. Ha klinikánk ambulans anyagát nézzük, abból azt látjuk, hogy a betegek 43.61%-a jelentkezett az első három élethónapban, 23.87%-a a 3—12 hónap között s egy éven felül 32.51%. Az összbetegek 67.48%-a az első éven belül keresi fel a rendelőt, ami a mellett szól, hogy a legtöbb gyermeknél a lueses tünetek már az első három, illetve az első 12 hónapon belül jelentkeznek. A congenitalis lues kezelésében akkor érünk el jó eredményt, ha a betegeknek a kezelését már az első félévben megkezdjük. Erre rámutattam már két év előtt a Magyar Gyermekorvosok Társaságának első nagygyűlésén tartott előadásomban. Ha a kezelést már az első két hónapon belül megkezdettük, 70%-ban értünk el negatív Wassermann-reactiót és tünetmentességet; míg az egy évnél idősebbeknél csak 54%-ban. Még rosszabb az arány, ha a 6—12 év közötti kezelésbe vettek eredményeit nézzük, mert ezek közül csak 40%-ban sikerült eredményt elérni. A Wassermann-reactio is az ebben a korban kezelésbe vettekél volt leginkább inga-



dozó; 16% volt a váltakozó Wassermann-reactio, míg az egy évnél fiatalabbnál csak 3%-ban.

A kezelésbe vett 337 gyermeknek a klinikán való jelentkezését az alábbi táblázat mutatja:

0—3 hó	3—6 hó	6—12 hó	1—3 év	3—7 év	7—14 év
125	70	29	25	38	50
37.09%	20.77%	8.5%	7.42%	11.28%	14.84%

Az első életévben tehát 66.36%, azonfelül 33.54%.

Ezen 337 gyermek közül meghalt biztos tudásunk szerint 51, azaz 14.84%. Kor szerint a halálesetek így oszlanak meg:

0—3 hó	3—6 hó	6—12 hó	1 éven felül
32 = 62.74%	9 = 17.76%	7 = 13.72%	3 = 5.88%

E. Müller utolsó közleményében is a neosalvarsan-hg. injectiós, illetőleg kenőkúra mellett foglalt állást, s az általa bevezetett séma eléggé el is terjedt. Müller annyira meg van elégedve az ezzel a kezeléssel elért eredményekkel, hogy nem is igen kísérletezett a felnőttek therapiájában olyan jól bevált bismuthal. De nyitva hagyja a kérdés megoldását, s elismeri annak a lehetőségét, hogy idővel a bismuth a higanyt ki fogja szorítani, vagy legalább is háttérbe szorítja.

Therapiás kísérleteink során végeztünk tisztán bismuth-kezelést is. A három hónavnál fiatalabb korú csecsemőnél 1—2 bismuth-kúra 60%-ban negatív Wassermann-reactióhoz vezetett, amely azonban az idők további folyamán nem volt állandó. A későbbi korban végzett tiszta bismuth-kúra már nem adott ilyen jó eredményeket. A neosalvarsan hg.-kezelés után megkísérelt bismuth-kúra sem volt olyan hatásos, mint a korai kezelés eseteiben. Jobbak a neosalvarsan bismuth-kezelés eredményei. Előnyei a bismuthnak a hg. felett a könnyű adagolási módja, kevésbé fájdalmas volta és hogy kevésbé mérgező hatású, mint a hg.

A kérdés lényege az, hogy bármelyik gyógyszert is alkalmazzuk, azt mielőbb tegyük. Minél fiatalabb korban kezdtük meg a kezelést, az eredmények annál jobbak. Csak két adatra akarok itt hivatkozni: A három hónavnál fiatalabb csecsemőknél végzett antilueses kúra az esetek 57.6%-ában vezetett tartósan negatív seroreactióhoz, míg a 7 éven felülieknél csak 20%-ban. Az előbbieknél pozitív maradt 12%, az utóbbiak közül 62% s 18% ingadozó volt. Nem szabad azonban elfelednünk azt, hogy a fiatalok mortalitása is igen nagy; így a mi 125 esetünk közül 32, azaz 25.6% halt el, míg az idősebbek közül (7 éven felül) egy sem. Ez a nagy halálozási szám csak részben írható magának a luesnek a terhére. Tudjuk nagyon jól, hogy luesben, ebben a „chronikusan recidiváló sepsisben“ (Zumbusch) szenvedő gyermekek ellenállóképessége jóval alacsonyabb, mint más egészséges gyermeké és így azok könnyebben is betegszenek meg más ártalmatlan, vagy legalább is nem életveszélyes mindennapi infectiókban.

Itt kell szólnom arról a kérdéssel is, hogy intézetben mint fekvőbetegek kezeltessenek-e a lueses csecsemők inkább, vagy mint járóbetegek. Anélkül, hogy az erre vonatkozó közlemények ismertetésébe belemennék, azoknak csak végkövetkeztetését legyen szabad megemlítenem, miszerint is a zárt intézetben kezelt lueses csecsemők mortalitása aránytalanul nagyobb, mint a járóbetegként kezelték. Ennek két oka is van. Intézetekbe általában a súlyosabb esetek vétetnek fel s így ezek halálozása már ebből az okból is nagyobb. Másik ok a contact fertőzés nagyobb lehetősége. Noeggerath úgy véli, hogy a salvarsan a csecsemők infectiókkal szemben fennálló ellenállását jelentősen csökkenti és ő ezen okból a fertőzésnek kitett csecsemőt, szóval azt, amelyik közös osztályon fekszik, salvarsannal nem kezel. Véleményünk szerint szintén inkább jobb a lueses csecsemőket ambulanter ke-

zelni, ha csak ez ellen nem szólnak nyomós okok. Ha azonban mégis felvesszük intézetbe, úgy fokozottabb mértékben kell óvni az infectiótól.

Mi ambulantiánkon már évek óta a kombinált neosalvarsan-bismuth-kúrát végezzük. A kezelési eredményekről az alábbi táblázat számol be:

Kor	Betegek száma	Wa. negatív	Wa. Positiv	Kérdéses	Meghalt
0—3 hó	125	72 57.6%	15 12%	6 4.8%	32 25.6%
3—6 hó	70	36 51.4%	15 21.4%	10 14.2%	9 12.8%
6—12 hó	29	10 34.4%	8 27.5%	4 13.7%	7 24.1%
1—3 év	25	11 44%	7 28%	4 16%	3 12%
3—7 év	38	16 42.1%	18 47.3%	4 10.5%	0
7—14 év	50	10 20%	31 62%	9 18%	0
	337	155	94	37	51

Ami a bismuth okozta kellemetlen melléküneteket illeti, erre nézve nem vagyunk olyan aggodalmasak, mint néhány más szerző. Régebbi közleményemben már rámutattam arra, hogy a bismuth okozta kellemetlen tünetek, ha azokat idejekorán észrevesszük és a szert azonnal kihagyjuk, káros hatással a szervezetre nincsenek. Természetesen szükséges a betegek vizeletének állandó ellenőrzése, szájtüregének vizsgálása, amely intézkedések a hg. és a neosalvarsan-kezelésnél éppen olyan fontosak. Legutóbb Langer (München) foglalkozott a bismuth mérgezési tüneteivel (Kl. W. 1928. 12. sz.) és ő is arra a következtetésre jut, hogy ha mérgezési tünetek fellépnek, úgy azok csak múlt jellegűek és a gyógyszer kihagyása után minden kezelés nélkül elmúlnak. A gyógyszer ennek bekövetkeztével adagolható tovább s csak ha újabban is fellépnek, kell a szer adagolását véglegesen beszüntetni. A salvarsan okozta kellemetlen tünetekre itten most nem akarok kitérni, azok már eléggé ismeretesek minden szakember előtt.

A gyógyszeres kezeléssel egyenrangú fontosságú a lueses csecsemők táplálása. Az anyatejjel való táplálás mindenekfelett elsőrendű életérdeke a gyermeknek. Lueses anya lueses csecsemőjét szoptathatja, sőt csakis ő, vagy egy másik lueses anya. Hogyan állunk azonban azzal a kérdéssel szemben, ha lueses anyának egészségesnek látszó csecsemője születik. Ha az anya a graviditása alatt kielégítő módon kezeltetett és a csecsemő egészségesnek látszik, úgy a szoptatást nem tiltjuk el. Ha azonban az anya luesét a terhesség vége felé szerezte, amikor is már nem áll fenn a valószínűsége annak, hogy a lueset a magzat is megkapta, a szoptatást nem engedhetjük meg.

Mesterséges táplálás mellett természetesen sokkal rosszabbak a kilátások a lueses csecsemő felnevelésére. De vannak és látunk elég gyakran jól fejlett mesterségesen táplált lueses csecsemőket is. A mesterségesen táplált csecsemőknek nagyobb az energiaszükségletük, mint az egészségeseké, éppen ezért ezeknek elsősorban a concentráltabb táplálékokból fogunk nyújtani, hogy fejlődésüket kellő módon biztosíthassuk. Therapiás kísérleteink során azt tapasztaltuk, hogy a bismuthkezelés alatt volt olyan jó a csecsemők fejlődése, amely az egészséges gyermekek fejlődéséhez legközelebb állott. Erről Malatinszky dr. klinikánkról be is számolt az O. H. hasábjain. Azt láttuk továbbá, hogy a lueses anaemia is javul az antilueses kezelésre és ezen az alapon más anaemiás, nem lueses csecsemőknél is kipróbáltuk a bismuthot, még pedig jó eredménnyel és erről Kiss dr.-ral be is számoltam. Nem vagyunk tehát Langerrel egy nézetben, aki az előbb említett cikkében arról számol be, hogy a bismuthkezelés alatt a vörösvérsejtek száma csökkenne. Éppen ellenkezőleg, úgy állatkísérletben, mint emberen is azt láttuk, hogy úgy a vörösvérsejtek száma, mint a haemoglobin értéke is emelkedett.

Miképpen végezzük tehát ezek után a lueses csecse-



mők kezelését? Legcélszerűbb a kezelést kúrákba osztva végezni. E. Müller sémája szerint egy kúra 12 calomelolaj- és 12 neosalvarsan-injectióból áll. A mi kúránk 12 bismuth- és 6–8 neosalvarsan-injectióból áll és pedig clyanképen, hogy minden két bismuth-injectio után adunk egy neosalvarsant. A bismuth adagja a bismosalvanból (Richter G. Budapest) 3–4 kg súlyú csecsemőknek 0,5 cm<sup>3</sup>; kisebb súlyúnak 0,3–0,4 cm<sup>3</sup>. Ezeknek az adagoknak semmiféle káros hatását nem láttuk. Természetesen vannak éppen úgy bismuthal szemben túlérzékeny gyermekek, mint hg. iránt érzékenyek. Ha intoxicációs tünetek jelentkeznek, úgy a szernek az adagolását azonnal be kell szüntetni. A hg. adagja kenőkúrában 0,10 g pro kg testsúly pro dosi; a calomelolajból E. Müller 0,001 g-t ad pro kg testsúly.

A neosalvarsan adagolásánál megtartjuk a testsúlyra való számítását, ami a gyakorlóorvos szempontjából is előnyös. Nem tartom szükségesnek a neosalvarsan óriási adagjait. A neosalvarsan adagja pro kg testsúly 0,015–0,02–0,3 g. Ezek az adagok is jóval nagyobbak aránylag, mint amennyit felnőtteknek adhatunk, de ismeretes a csecsemőknek nagy toleranciája éppen a salvarsannal szemben. Idősebb gyermekeknek 0,30 g-nál nagyobb adagot nem adtunk.

A neosalvarsan bármelyik venába adhatjuk, de óva intünk a sinusba való adagolástól, amely injectio a csecsemőre nézve közvetlen életveszélyt jelenthet, ha csak egy kis mennyisége is kimegy az agy állományába. Vér-vétel céljából sokszor a sinus punctio az egyetlen lehetőség. Ha intravenás injectio nem lehetséges, úgy adjuk a neosalvarsant izomba, vagy adjunk *myosalvarsant*, amely kevésbé fájdalmas, esetleg az olasz *neojacol* nevű salvarsankészítményt.

A congenitalis lues éppen olyan erélyesen kell kezelnünk, mint a szerzettet. Elégtelenül vagy rosszul kezelt, vagy egyáltalában nem kezelt gyermekek fejlődése, úgy szellemi, mint testi, általában rosszabb. Ezeknél látjuk kifejlődni az élet folyamán a lues utóbajait. Kiesel ki-mutatta, hogy az 1913-ban született 21 lueses gyermek közül 13 beteg, és pedig 7 volt vak (2 mind a két szemére), 2 tabes, 2 paralysisben és 2 lueses eredetű infantilismusban szenved. Meyerstein azt találta, hogy 52 idegluesben szenvedő gyermek közül 39 egyáltalában nem volt kezelve, 5 pedig csak ungu. cinereummal. Ez a statistika egyúttal válasz arra a vádra is, amelyet különösen az utóbbi időben gyakrabban hallunk hangoztatni, miszerint a salvarsannak a therapiába való bevezetése óta a paralysis és tabeses egyének száma megszaporodott volna. Szerintük a salvarsan a spirochaetákat a test egyes részeiből az idegrendszer felé őrzi el, ahol is a salvarsan számára nehezebben hozzáférhetők. Ennek a nézetnek csak annyiban van helye, hogy a helytelenül, nem elég erélyesen kezelt esetek közül többen könnyebben betegszenek meg az idegrendszer lueses megbetegedéseiben. Azoknál látjuk ezt fellépni, akik a kezelést korán abbahagyták. Ebből a szempontból a nem eléggé intelligens szülők számára kétélű kezelés a tüneteket gyorsan visszafejlesztő neosalvarsan, mert a kiütések elmúlásával a szülők gyermekeit egészségeseknek vélik.

Mikor tekintünk egy lueses csecsemőt gyógyultnak? Akkor, ha sem klinikai tünetek nincsenek, sem a serologiai reakciók kóros eltérést nem mutatnak. Az utóbbi időben azonban már ezzel sem elégszünk meg, mert azt látjuk, hogy sok esetben az előbb említettek negatív volta mellett a liquor cerebrospinalis kóros eltéréseket mutat. Positív liquor, Wassermann-reactio, megszaporodott sejtszám és fehérje, a colloid- és globulinreakciók lefolyása még utalhatnak a rejtve levő veszélyre. Ilyen kóros eltéréseket mutató liquort leginkább a hiányosan kezelt

esetekben látunk. Álljon itt ennek bizonyítására a következő összeállítás:

	Nem kezelt	Helytelenül kezelt	Kevésbé kezelt	Jól kezelt
Rost (Freiburg) ....	45%			28%
Bering (Essen) ....	31%		53%	17%
Hoffmann .....		28%	23%	9%

ban találták a liquor cerebrospinalis kóros lefolyású reactióját.

Az antilueses kezelés azonban sokszor nem vezet gyógyuláshoz, illetőleg negatív Wassermann-reactióhoz. Azonkívül, hogy befolyással van a lues gyógyulására a kezelés megkezdésének az időpontja, más alkati tényezőknek is van szerepük. Kiss dr.-nak klinikánkon Skroppal együtt végzett vizsgálatait azt mutatták, hogy azon egyéneknek válik a Wassermann-reactio a legnehezebben negatívvá és azoknál mutat leginkább ingadozásokat, amely gyermekek az AB-véresoportha tartoztak. A további vizsgálatok fogják eldönteni, hogy az ebbe a véresoportha tartozók közül kerül-e ki az idegrendszer lueses bántalmaiban szenvedők nagy csoportja?

Kezeljük tehát a lueses gyermeket addig, amíg a Wassermann-reactio állandóan negatív nem lett, még pedig a legcsekélyebb ingadozás nélkül. Az első kezelési évben legalább 3 kúrát, a következő évben pedig 2 kúrát végeztessünk betegeinkkel. A tartósan, minden kezelés dacára pozitívnak maradó és kóros liquorleletet mutató eseteket — amelyek közül az utóbbiaknál az idegrendszer lueses megbetegedésének árnyéka előrevetődik — a felnőttek és a szerzett lues therapiájában elért eredmények alapján malariakezelésbe vehetjük. A lúznak az egyes betegségekre való jó hatását már régen ismerték az orvosok és azt alkalmazták is. De nem sikerült mindig a láz előidézése. S hogy annak milyen nagy jelentőséget tulajdonítottak, kitűnik Boerhaave mondásából: „ő lenne a legnagyobb orvos, ha épp olyan könnyen tudna váltólázat előidézni, mint azt elűzni“. A malariakezelésről még végleges eredményt a lues congenita therapiájára vonatkozólag mondani nem lehet. Egyesek arról számolnak be, hogy a malarioltás a vér Wassermann-reactióját nem befolyásolja azonnal, de javulást láttak a liquorleletekben. A malaria átvitele igen egyszerű. Malariás betegről lázrohamban vett 5 cm<sup>3</sup> vért a kezelendő beteg glutaealis izomzatába injicáljuk s az oltás után 8–14 nap multán annál is jelentkeztek a rohamok. Nyolc-tíz malariás rohamot hagyunk befolyásolatlanul lefolyni és azután a szokásos chininkezeléssel megszüntethetjük a malariás rohamokat s utána erélyes antilueses kúrát végeztetünk.

A prophylaxis és therapia egyes kérdéseit csak vázlatosan érinthetem, de igyekeztem a lues pusztításait kellő módon feltüntetni s a kezelés eredményeit kellőképpen kidomborítani. Ha a kezelést következetesen és erélyesen végrehajtjuk, megvan a remény arra, hogy ezeknek a szomorú sorsra ítélt embereknek a számát jelentősen csökkenthetjük.

**A Charité Poliklinika bőrgyógyászati osztályának közleménye (vezető főorvos: Sellei József dr.)**

### A fiatalok rosaceája.

Írta: Sellei József dr.

A rosacea megszokott képétől külön kell választani azt a formát, amely fiatalok egyénénél fordul elő. Ezt jellemzi az orrosúcs és orrhát gyengébb vagy erősebb pirossága bizonyos kékes árnyalattal. A pír lelki izgalomra, meleg italok (forró tea) élvezete után, vagy hirtelen hőmérsékleti változásokra fokozódik. Néha a folton tág erekből álló hálózatot látunk és pedig nemesak



az orron, de az arcon másutt is. Ha jobban szemügyre vesszük ezt a színváltozást, akkor feltűnik, hogy 1. a színeződés egyöntetű, passiv hyperaemia következtében keletkezett. Máskor 2. inkább a teleangiectasiák ötlenek szembe. Az orrháton lévő piros-livid, diffus folt finom teleangiectasiás hálózatból áll, de ettől távolabb, az orrszárnyakon a bőr már rendes színű, csak néhány finomabb capillaris vérértágulat szeli át. Az orr bőre az utóbbi esetekben gyakran kissé zsíros, többnyire az arc-bőr is. Máskor egyéb seborrhoeás tünetek (comedok, akne-csomócskák, aknés pustulák az orron, a homlokon stb.) is támadnak. Az első formánál aknés pustulák rendszerint nem fordulnak elő, seborrhoea nincs. Az ilyen egyének pajzsmirigye néha nagyobb, de jellegzetes Basedow-tünetek nélkül. Azonban nem ritkák az „ideges” tünetek: gyenge tremor, izgatottság, szapora pulsus, hyperidrosis, máskor erősebb hajhullás. „Neurastheniás” tünetek tehát basedovoid jelenségekkel váltakozva fordulhatnak elő. Csak igen kivételesen találjuk meg az igazi Basedow-betegségre jellegzetes tüneteket. A fiatalkorú rosacea legjellemzőbb és leggyakoribb tünete a *thyreoidea fokozott működése*, amit az alapanyagcserevizsgálatok derítenek ki. A fiatalkorú rosaceát e tulajdonsága révén thyreotoxicosisnak minősíthetjük, 100 vizsgált rosaceás esetem közül volt 17 olyan, aki még a 25. életévet nem töltötte be. Ezeket soroltam a juvenilis rosaceákhoz. A rosaceások általában *három csoportba* oszthatók, amint a bőrelváltozások 1. a fiatal korban (pubertásban), 2. a kifejlődött nemi érettség idejében (és graviditásban), vagy 3. a klimakteriumban (menopausában) keletkezik. *A bőrön való megjelenési forma szerint* a következő alakokat különböztetem meg:

- a) rosacea, mely az *arcbőr seborrhoeájával* együtt keletkezik és nem ritkán *akne vulgarissal* együtt fejlődik;
- b) rosacea seborrhoeás alapon az *ekzema seborrhoicum tüneteivel*;
- c) rosacea seborrhoeás alapon, amely a bőr nagyfokú és nagykiterjedésű vörösségével (orron, oreákon) jár, *nagy csomócskák* (nem aknékkal, ami jellemző!);
- d) rosacea az *arc seborrhoeája nélkül*, vagyis az orrhát, orresücs passiv hyperaemia okozta vörössége (*erythrocyanosis nasi et vasoneurosis cutis*).

A fiatalkorú rosaceások aránylag elég gyakran tartoznak a negyedik csoportba (a 17 eset közül 10), ahol a rosacea (*erythrocyanosis nasi*) nem a faggyúmirigyek betegségével, hanem elsősorban *vasoneurosis* alapon a *végző és legkisebb bőrvérerek tágulásával függ össze*. a) Világos, majd sötét, vagy *sötét-kékes-vörös színig változó színárnyalatokban* fordul elő és b) *minden akneszerű papula vagy csomóképződés nélkül*. c) *A bőr nem zsíros*, a seborrhoea jelenségei az arcon nem találhatók. Némelykor diffus-vörösséget látni az orrháton, az orrszárnyakon pedig teleangiectasiákat, de az arc-bőr seborrhoeás, itt-ott kicsiny akne-pustulákkal, *vagyis az első és negyedik csoport kombinálódik*. Ez azonban csak kivételesen fordul elő, mert az ifjúkori rosacea e két formája egymástól teljesen elkülönítve szokott kifejlődni. Az 1. és 4. csoport rosaceájának pathomechanismusa is eltér egymástól. Míg az első csoport a *seborrhoea* egyik klinikai formája, addig a negyedik csoportba tartozó formák körülírt helyen a bőr keringési zavarának, a capillarisok, illetve a *legkisebb bőrvérerek tonuszavarának következményei*. Unna „Frostrosacea”-nak, Darier „erythrose”-nak nevezi ezt a formát és Darier szerint a *bőr elsődleges érzavara* következtében jön létre. A régi bőrorvosok közül is többen vérkeringési zavarból származtatták a rosacea bizonyos formáját, amelynek különböző fokozatát különböztették meg. (L. Unna és Fick levelezését [Derm. Woch. 1921. 1. sz.]) A rosaceának ezt

az utóbbi típusát a következő tünetek szokták kísérni: A két kézhatón *akrocyanosis*, mindkét alszáron, a boka fölött gyengébb *erythrocyanosis*, az *alszárak cyanosisa*. Az alszár esetleg kissé duzzadt, számos teleangiectasiával, erősen kifejezett lichen pilarissal. Utóbbi állapot nyáron javul, sőt a cyanosis el is tűnhetik. Nem ritka a hormonális zavar (ovarium, hypophysis). Teleangiectasiákat látunk gyakran másutt a bőrön is (a mellen, a sternum felső harmadán stb.). Olykor hiányzik az akrocyanosis, vagy az alszárak cyanosisa, de megvan a többi tünet, főleg a thyreotoxicosis (neurasthenia), valamint az ovarium dysfunctiója. A kéz hideg, nyirkos tapintatú és congelatio a kézen, lábon nem ritka kísérő tünete ennek a folyamatnak. Még külön meg kell különböztetni az *orr congelatióját (pernio nasi)*, amely úgy az első, mint a negyedik csoporttól függetlenül fordul elő. Az orr ilyenkor livid színű, kissé duzzadt. A congelatio nyáron elmúlik, de télen újra megjelenik. Ebben különbözik az előbbi formától (*erythrocyanosis nasi*), amely télen-nyáron egyaránt megvan és az orr rendszerint nem duzzadt. Az Unna-féle orrfagyás („Frostnase”) ezzel azonos, azonban ez viszont különbözik az *erythrocyanosis nasi*-től.

*Pathomechanismus*. Úgy a seborrhoeás rosacea, mint az *erythrocyanosis* nasinál az erek vasolabilitása (vasoneurosis) állapítható meg. Az utóbbi esetekben gyakrabban könnyű pirulást, dermatographismust, erős vasomotoros reactiót lehet észlelni, szintén a vasolabilitás következményeképpen, ami a thyreogenitalis apparatus és a vegetatív idegrendszer zavarával függ össze. A fiatalkorú rosaceák *aetiológiájában* a legfontosabb szerep az endogen factoroknak, a belsősecretiós mirigyeknek jut (thyreoidea, ovarium, hypophysis). A vasolabilitás (vasoneurosis), amely az ilyen egyéneknél mindig előfordul, a bőr keringési zavaraira ad alkalmat és részben az arcon (orron, oreákon), a mediofacialis vonalban, részben pedig a bőrön másutt, a két kézen, a lábszáron okoz érelváltozásokat (akro-, *erythrocyanosis*). A peripheriás vérkeringés összefüggését a thyreoideával, vagy más belsősecretiós miriggyel újabban többen tanulmányozták. A hormonok befolyása a bőrre és a peripheriás erekre *Arton, Bertaccini, Sparacio, Kern, Eppinger* újabb vizsgálata alapján vált ismeretessé. Ezekből tudjuk, hogy a thyreoidea tágítja a peripheriás ereket, továbbá erősebb működésre serkenti a verejtékmirigyeket s hat a bőralatti kötőszövetre. *Krogh* említi, amit különben már előbb *Rehberg* is észlelt, hogy a békának, amelynek hypophysisét eltávolították, bőre halvány lesz és a capillarisok megváltoznak. Két-három hét múlva a capillarisok visszanyerik ugyan összehúzóképeségüket, azonban a bőr vérkeringése most igen labilissá válik. Érszűkülések váltakoznak maximalis értágulásokkal és a rendes, normalis vérkeringés többé csak rövid időre, alkalmilag tér vissza. *Krogh* tehát a hypophysis-hormonban találja a capillaris tonus főregulátorát. *Verney* (Proc. Ray. soc. 1926. cit. *Lewis*-nél) észleletei hasonlóak. A hypophysis-extractumról tudjuk, hogy, mint az adrenalin, a vérereket szűkíti. *Lewis* az ártalmakra felszabadult histaminszerű anyagnak, vagy histaminnak tulajdonítja a bőr legkisebb ereinek tágulását, ezt a reactiót pedig még erős hypophysis-extractum- vagy adrenalinoldattal sem lehet megváltoztatni. Szerinte a legkisebb erek, ha histaminra reagálnak, a vasoconstictoros hormonokkal szemben kevésbé érzékenyek. *Lewis* elismeri *Krogh* állítását, hogy a hypophysis-hormon szabályozza a capillaris-tonust, azonban a localis véráramlás regulátora szerinte mégis csak a histamin. Mindkét típusú rosaceánál a fokozott vasolabilitás főbb tünetei közül megtaláljuk (l. *Sellei*: Teleangiectasia és teleangiectasiás készség, Gyógyászat, 1928.) a részben megszaporodott és tágult capillaris végkacso-



kat és pedig úgy a felületes, mint a mélyen fekvő capillarishálózatból, továbbá találunk stasist is, amelyet azonban csak időközönként lehet capillaroskopppal megállapítani.

*Más belső okok:* gyomorresectió zavarok, hyper- vagy anaciditas, amit rosaceánál régóta észleltek, továbbá bélműködési zavarok, mint a seborrhoeát előidéző másodlagos belső factorok is jönnek tekintetbe. Az esetek egyik csoportjában külső ingerek is működnek közre, mint a hideg, amely a lábszárak cyanosisát, a kézen és alkaron előforduló akrocyanosist a belső constitutiós tényezőkkel (hormonokkal) együtt okozza.

működése megelőzi az ovarium működését. A lent ismertett táblázatok megértésére szükségesnek tartottam ennek megemlítését. *Urbach* (Archiv f. Derm. u. S. 1926. 152. k.) a bőrnek vasoneurosisos alapon nyugvó keringési zavarainál, tehát akroasphyxiánál, pernionál (18 eset majdnem 50%-ában) átlagosan +22.4%-os fokozott, 16%-ban pedig alacsonyabb alapanyagcsereértékeket talált. Rosaceánál (11 eset közül) csak két esetben találta fokozottnak az alapanyagcserét, a többi esetben az értékek normalisak voltak. Ezek közül 6 nőnél menopausa volt, ahol pedig a thyreoidea vikariáló hyperfunctióját kellett feltételezni. A 100 megvizsgált rosaceás betegem

1. táblázat

	Kora	Orra mióta vörös	Pulzus	Vérnyomás (Riva-R. szerint Hg.mm.)	Alapanyagcsere Krogh szerint	Ideges tünetek	I. Seborrhoeás rosacea	II. Erythrocyanosis nasi	Gyomorsav	Menstruatio	Megjegyzés
1.	25	8 éve	84	100—60	—10%	Forróság	+		25—48	rendes	Erythrocyanosis cruris
2.	23	2 „	norm.	130	+ 9%		+		22—48	rendes	
3.	17	2 „	100	110	+21%			+	28—43	—	Erythrocyanosis cruris
4.	18	4 „	norm.	120	+39%			+	22—36	rendes	
5.	24	6 „	100	120	+10%	Élénk dermographismus élénk reflexek		+	rendes	rendes	Erythrocyanosis cruris kisfokú akrocyanosis
6.	21	3 „	84	120	+10%	Élénk dermographismus	+		22—49	rendes	
7.	19	4 „	100	130	+26%	Fokozott refl. kéztremor	+		22—66	rendetlen	
8.	17	2 „	norm.	120	+43%	Élénk dermographismus		+	rendes	rendetlen	Kézen congelatio, erythrocyanosis cruris
9.	19	5 „	norm.	105	+24%	Fokozott reflexek		+	rendes	rendes	
10.	16	3 „	norm.	115	+36%			+	—	rendes	
11.	25		90		+26%	Élénk dermographismus Fok. reflex.		+	—	rendes	Pajzsmirigy nagyobb, erythrocyan, cruris
12.	18	3 „	100	98	+39%	Fokozott reflexek	+		—	rendes	
13.	15	5 „	norm.		+40%	Erősen pirul		+	—	rendes	
14.	24	8 „	88		—12.4%	Erős hyperidrosis		+	12—29	rendetlen	Pajzsmirigy kissé nagyobb akrocyanosis, erythrocyanosis cruris
15.	20	4 „	82	110	+7.5%	Erősen pirul	+		—	rendes	Akro-, erythrocyanosis cruris, juvenilis struma
16.	15	1/2 „	92		+28.6%		+		rendes	rendes	Gyenge erythrocyanosis cruris
17.	19	4 „						+	rendes	rendes	Akro-, erythrocyanosis cruris, livedo

Ha betegeink vizsgálati jegyzőkönyvét, melyet a mellékelt I. sz. táblázatban foglaltunk össze, átnézzük, akkor *feltűnik a fokozott alapanyagcsere* (Krogh-féle eljárás szerint meghatározva) *az esetek túlnyomó többségében*. Tudjuk, hogy fiataloknál physiologicis is fokozott az oxygenfogyasztás és a fokozott alapanyagcsere a thyreoidea hyperfunctiója mellett szól. Mivel betegeim kizárólag nők, ennél fogva az endokrinváltozások közül elsősorban az ivarmirigyek működése jött tekintetbe, amelyek szintén befolyásolják az alapanyagcserét. Ha a megfelelő alapanyagértékek 10%-os fokozódását, illetve esökkenését még nem tekintjük kórosnak, akkor a legtöbb esetünkben erősen fokozott alapanyagcsereértékeket kell felvenni. Érdekes még annak megállapítása is, hogy ha a hyperthyreoidismus csupán compensatorikus, akkor mögötte — mint ismeretes — mindig az ivarmirigy hypo-functiója lappanghat (*Urbach: Arch. f. Derm. u. Syph. 1926. 152. k.*); továbbá a hypophysis elülső lebenyének

közül (akikről más helyen fogok beszámolni) 17 esetet 25 éves korig mint juvenilis rosaceát különválasztottam.

15—18 éves volt: 7,  
19—21 „ „ 5,  
22—25 „ „ 5.

Ezek közül: I. Seborrhoeás rosacea volt 7.

II. Erythrocyanosis nasi et vasoneurosis cutis volt 10.

*Alapanyagcsere.* Normalis alapanyagcsereértéket találtunk 16 közül 4 esetben, fokozott alapanyagcserét 16 közül 10 esetben, csökkent alapanyagcserét 16 közül 2 esetben. A legnagyobb értékeket találtuk a 15—18 évesek között 6 esetben. *Különbséget az értékek nagysága szempontjából azonban nem lehet a seborrhoeás és nem seborrhoeás alapon fejlődő rosaceások között tenni.* Mindkét typusnál egyaránt találunk magas értékeket, annak jeléül, hogy *túlnyomóan fokozott a thyreoidea-működés*; úgy az egyik (a seborrhoeás), mint a másik



csoporthoz tartozó rosaceánál és általában mindkét típusú rosacea, tekintettel a főbbi és a táblázatban feltüntetett jelenségre, voltaképpen *thyreotoxicosis*. Az egyének nagyrészt tehát basedowoidok. Az emésztésre vonatkozóan hyperaciditást 17 eset közül kiskorban csak 4 egyénnél találtunk, kettőnél pedig hypoaciditást. *Menstruációs zavart*, dysmenorrhoeát 4-nél lehetett megállapítani; ovariogen (thyreogen vagy hypophysis?) eredete nem volt bizonyos. *Vérszegénységet* 4 egyénnél találtunk; *pajzsmirigynagyobbodás* 17 eset közül csak kétszer fordult elő a rendes juvenilis strumánál. *Összehasonlításképpen megvizsgáltunk 2 fiatalkorú és 5 idősebb rosaceás egyén vegetatív idegrendszerének tonusállapotát farmakológiai szempontból.* (L. II. és III. táblázat.)

### Következtetések és therapiás célkitűzés.

Tudatában vagyok annak, hogy az eddigi vizsgálatokból levont következtetések még arra sem adnak elég alapot, hogy egyszerűen sympathicotoniát vagy vagotoniát állapítsunk meg, még kevésbé, hogy biztos therapiás basist teremtsünk a fiatalkorú, valamint általában a rosacea belső gyógyítására. Azonban tudva azt, hogy némely rosaceánál belső gyógyszerekkel, pl. a gyomor- és bélműködés rendezésével, ovariumkészítményekkel már eddig is tudunk eredményt elérni, az újabb adatok birtokában talán jobb *irányítást* kaphatunk. Úgy vélem, hogy több hasonló vizsgálati adat birtokában jobb körültekintést fogunk szerezni és a rosacea gyógyítása aetiologiai alapon is sikerülni fog.

2. táblázat.

Szám	Kor	Pulzus	Légzés	Vérnyomás (Riva-Rocci)	Adrenalin-érzékenység		Atropin-érzékenység	Pituitrin-érzékenység		
Juvenilis rosacea	1	G. K. 20 év	72	20	110	1'30% vny. emelk. 30' vissza	erősen fokozott	csökkent	2'17.5% vny. cs. 12' vissza	túl-érzékeny
	2	R. E. 20 év	76	21	120	5'7.8% vny. csökk. 10' vissza	csökkent	túlérzékeny	1'5.3% csökk. 6' vissza	csökkent
	3	N. I. 30 év	84	18	130	1'19% vny. emelk. 14' vissza	fokozott	erősen túlérzékeny	5'12% csökk. 8' vissza	norm.
	4	W. L. 40 év	78	20	115	10'13.4% vny. cs. 12' vissza	norm.	normalis	3'15.2% csökk. 15' vissza	túl-érzékeny
	5	Th. S. 43 év	76	18	125	4'8% vny. csökk. 8' vissza	csökkent	túlérzékeny	2'29% csökk. 20' vissza	erősen túl-érzékeny
	6	K. J. 42 év	96	18	140	7'17% vny. emelk. 15' vissza	fokozott	normalis	7'14.5% csökk. 15' vissza	túl-érzékeny
	7	Z. M. 43 év	78	22	126	1'20% emelk. 7' vissza	erősen fokozott	csökkent	3'24.5% csökk. 20' vissza	erősen túl-érzékeny

### Következtetések:

*Vérnyomás, pulzus, légzés* a kornak megfelelő és normalis.

*Adrenalinérzékenység:* normalis a 4. sz. esetben; fokozott a 3. és 6. sz. esetben; erősen fokozott az 1. és 7. sz. esetben; csökkent a 2. és 5. sz. esetben.

*Pituitrinérzékenység:* normalis a 3. sz. esetben; túl-

érzékeny az 1. 4. és 6. sz. esetben; erős túlérzékenység az 5. és 7. sz. esetben; csökkent a 2. sz. esetben.

*Atropinérzékenység:* normalis a 4. és 6. sz. esetben; enyhe túlérzékenység a 2. és 5. sz. esetben; túlérzékenység a 3. sz. esetben; csökkent az 1. és 7. sz. esetben.

A vizsgálatokat a Csépai-féle eljárás szerint  $\frac{1}{100}$  mg adrenalin intravenás befecskendezéssel  $\frac{1}{10}$  mg pituitrin befecskendezéssel végeztük.

3. táblázat.

Szám	Kor	Alapanyagcsere	Calcium	Vércukor éhgyomorra	Tolerantia	Sellaturcica	Megjegyzés	
Juvenilis rosacea	1	G. K. 20 év	+ 8%	normalis	82 mg%		közepes	
	2	R. E. 20 év	+28%	normalis	80 mg%		normalis	
	3	N. J. 30 év	+4.5%	normalis	90 mg%	50 gr dextrose után 1 óra 154 mg% 2 óra 100 mg%	normalis	
	4	W. L. 40 év	+5.7%	normalis	100 mg%	50 gr dextrose után 1 óra 144 mg% 2 óra 120 mg%	normalis	
	5	Th. S. 43 év	-23%	normalis	90 mg%	50 gr dextrose után 1 óra 133 mg% 2 óra 120 mg%	erősen kimélyült	Jódkálira acut thyreoiditis
	6	K. J. 42 év	+13%	normalis	103 mg%	50 gr dextrose után 1 óra 160 mg% 2 óra 103 mg%	normalis	
	7	Z. M. 43 év	+25%	normalis	90 mg%	50 gr dextrose után 1 óra 112 mg% 2 óra 98 mg%	normalis	

### Következtetések:

*Calcium:* normalis.

*Alapanyagcsere (Krogh szerinti):* normalis az 1. 3.

és 4. sz. esetben; fokozott a 6. sz. esetben; erősen fokozott a 2. és 7. sz. esetben; csökkent az 5. sz. esetben.

*Cukortolerantia:* vércukor normalis az összes 7 esetben;



A gyógyulás végleges eredményéről később fogok beszámolni, itt csak a vizsgálatok alapján szóba kerülő lehetőségeket tárgyalom.

1. sz. *Fiatalkorú rosacea* (20 éves). Erősen érzékeny sympathicus idegrendszer, emellett szól az adrenalin- és pituitrin-érzékenység fokozódása; atropin-érzékenység csökkent, éhgyomorra a vércukor alacsony. *Therapia*: kvarzbesugárzás, ami csökkentené a sympathicotoniát, atropin, chinin, bróm, chinin hydrobrom, phosphorkészítmények, kis jódmennyiség, fehérje- és zsírszegény diéta, mint thyreotoxicosisoknál, hypophysin-injectiók.

2. sz. *Fiatalkorú rosacea* (20 éves). Fokozott vagotoniás constitutio, e mellett azonban az anyagcsere fokozott, ami azt a látszatot kelti, hogy az ovarium működése itt fokozott és hogy thyreoidea hyperfunctio állana fenn. *Therapia*: nyugtatók (brom, luminal, arsen), insulin, antithyreoidin (*Moebius*), hypophysin inj., ovarium inj.

3. sz. Kifejezett ovarium dysfunctio, fokozott sympathicus-érzékenység; éhgyomorra vércukor normalis. Klinikailag basedowoid-tünetek. *Therapia*: ovarium, atropin, secale, chinin és diéta, mint 1.-nél.

4. sz. Vagotoniás egyén, kissé csökkent eukortolerantiával, különben mindenütt normalis értékek. Vizsgálatok nem adtak a *therapiára* vonatkozóan biztos irányítást; leginkább jöhetett szóba: ovarium, hypophysis (előlső lebeny) extractum.

5. sz. Vagotoniás constitutio mellett szól a csökkent adrenalin- és fokozott atropinérzékenység, valamint csökkent eukortolerantia. (Pankreas hypofunctio?) Ezenkívül hypophysis működése fokozott; e mellett szól, hogy a sella turcica nagyobb, de a thyreoidea működésével ellenkezik, mert —23% az alpanyagcsereérték. Lehetséges, hogy nagy hypophysise van, a) a sella turcica nagyobb; b) fokozott pituitrin-érzékenység. De ez nem magyarázza nagy érzékenységét jódkáli iránt, amelytől thyreoiditis acutát kapott. *Therapia*: ovariumtabletták, insulin.

6. sz. Sympathicotoniás egyén, fokozott adrenalin- és pituitrin-érzékenység szól e mellett. *Therapia*: kísérletképpen ovarium- és előlső hypophysin-injectiók, Diéta mint az 1. sz.-nál.

7. sz. Sympathicus constutio, mellette szól fokozott adrenalin-, pituitrin- és csökkent atropinérzékenysége. Normal vércukorérték. Thyreoidea hyperfunctiója mellett szól az alpanyagcsere fokozódása. *Therapia*: kvarz-, secale-, luminal-, brom-, ovarium-készítmények. Insulin. Diéta mint az 1. sz.-nál.

Az éhgyomorra vett vérben a Ca-értékek normalisak voltak mind a 7 esetben.

*Végeredményképen* a következőket állapíthatjuk meg: 1. Juvenilis rosacea fejlődhetik a) seborrhoeás bőrön; b) seborrhoea nélkül, mint *erythrocyanosis nasi vasoneurosis* alapján.

2. Mindkettőnél a bőr vérkeringési zavara, vértonusszökkenése következtében még más teleangiectasiás és érbetegség is szokott előfordulni.

3. Mindkét formára jellegzetes a thyreotoxicosis, a thyreoidea hyperfunctiója, vagyis a basedowoid-typus ismeretes tüneteivel endokrinmirigy dysfunctióval, amelyet gyakran megtalálunk, amikor teleangiectasiás készség forog fenn.

**Irodalom:** *Sellei—Liebner*: Erythrocyanosis chron. extr. O. H. 1928. — *Unna—Fick*: Derm. W. 1921. — *Darier*: Precis de dermat. 1928. — *Krogh*: Anatomie u. Physiologie der Kapillaren, 1924. — *Lewis*: Die Blutgefäße d. menschlichen Haut, Karger, 1928. — *Arton* és *Bertacini*: *Sparaccio*: Ref. Zbl. f. Hautkr. 1928. — *Kern*: Zbl. f. Hautkr. 1928, Ref. — *Urbach*: Archiv f. Derm. 1926. — *Sellei*: Teleangiectasiák és teleangiectasiás készség. Gyógyászat, 1928.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egyetemi ny. r. tanár).

## Új eljárás a gyomornedvlipase és pepsin együttes meghatározására.

Irták: *Gózonny Lajos dr.* egyet. magántanár és *Hoffenreich Ferenc dr.* egyet. gyakornok.

Egy előbbi közleményünkben serumlipase titrálására eljárást írtunk le, amelynek lényege az volt, hogy a geometriai haladvány módjára készített savohígításokhoz tömény vizes oldatát adtuk mono- vagy tributyrinnek, amikor is a zsírból zsírsav keletkezett. A zsírsav kimutatására natrium caseinatot adtunk az egyes keverékekhez, amire a lipase-hatás erősségének mértéke szerint a casein kicsapódott.

Ez az eljárás alkalmasnak látszott a gyomornedv lipase mérésére is. E célból előbb a gyomornedvet pH 5-6-ra állítottuk be olyképen, hogy 2 cm<sup>3</sup> gyomortartalom szüredékéhez egy csepp bromkresolpurpur indicatort (pH 5.2—6.8-ig) adtunk és annyi lúgot, vagy sósavat tettünk hozzá, míg piszkoszöld átmeneti színűvé nem lett. Ilyenkor a pH kb. 5.6. Az így előkészített gyomornedvet NaCl-vízzel kétszeresére, tehát 4 cm<sup>3</sup>-re töltöttük fel, 2, 4, 8, 16 stb. hígításokat készítettünk és 1—1 cm<sup>3</sup>-t mértünk le kémcsövekbe. Az egyes hígításokhoz 1—1 cm<sup>3</sup> tömény monobutyryn-oldatot és félóránál 37°-os vízfürdőn való állás után 1 cm<sup>3</sup> 2%-os 5.6 pH-ra beállított natriumcaseinat-oldatot adtunk hozzá. A natriumcaseinat-oldat úgy készült, hogy 0.20 g caseint enyhe melegítéssel oldunk 90 cm<sup>3</sup> n/100 NaOH-ban és azután 9 cm<sup>3</sup> n/10 HCl-t, majd 1/2%-os ecetsavból annyit adunk hozzá, hogy az oldat gyengén opaleskáljon. Ilyenkor a pH 5.6, amikor is kissé nagyobb savra is erős zavarosodás keletkezik. Félóránál 37°-os vízfürdőn való állás után azt tapasztaltuk, hogy a casein a gyomortartalom bizonyos hígításáig kicsapódott, egyidejűleg megállapítottuk azt is, hogy ez a hatás kb. egy óráig valamennyire fokozódott, de azon túl már nem. Megállapítottuk első kísérleteinkben azt is, hogy ez a zavarosodás nem halad parallel a gyomortartalom acídításával, amennyiben ugyan legtöbbször a normalis savanyúságú gyomortartalomban sikerült a legtöbb lipasét kimutatnunk, de egyes esetekben az erősen hyperacid gyomortartalom sokkal gyengébb zsírbontónak bizonyult, mint a hypacid.

Ha másnapra eltettük e sorozatokat, akkor a gyomornedvhígításokban az előbb kicsapódott casein ismét feloldódott, mert most a savanyú közegben a pepsinhatás érvényesült. A pepsinhatás mérésére azonban így az eljárás nem volt felhasználható, mert a lipase hatására csak bizonyos hígításig csapódott ki casein és amennyiben a pepsinhatás még magasabb hígításban is meg lenne, nem lévén kicsapódott fehérje, amit a pepsin feloldhasson, a pepsinhatás nem érzékelhető.

Hogy egyidejű beállítással vizsgálhassuk a lipase és pepsinhatást, végül a következő eljárást dolgoztuk ki.

A pH 5.6-ra beállított gyomornedv különböző hígításainak (2, 4, 8, stb.) 1/2—1/2 cm<sup>3</sup>-hez 1/2 cm<sup>3</sup> tömény monobutyrint (konyhasóvízben oldva) majd félóránál 37°-os vízfürdőn való állás után 1/2 cm<sup>3</sup> natriumcaseinat-oldatot adtunk és fél, illetőleg egy óra múlva leolvastuk a csövek zavarosodásából a lipasehatást, följegyezve a legnagyobb hígítást, amely még zavaros volt. Ezután valamennyi csőhöz egy csepp n/10 HCl-t adva, kicsaptuk a caseint és most újabb egy órán át 37°-on és 12 órán szobahőmérsékleten való állás után leolvastuk a pepsinhatást.

Ha öttel a casein teljes kicsapódását, négyvel erős



zavarodást, hárommal mérsékelt, kétfővel gyenge és egygyel nyomzavarodást és 0-val a folyadék tiszta voltát jeleljük, akkor a következő táblázat jól mutatja a reactio lefolyását.

Gyomornedvhígítás foka	2	4	8	16	32	64	125	250	500	1000
Monobutyryn hozzáadás után $\frac{1}{2}$ óra	4	4	4	4	3	3	3	2	1	1
1 óra	5	4	4	4	3	3	3	3	3	1
1 csepp sósav hozzáadás után	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
$\frac{1}{2}$ óra után	0	0	0	2	2	3	4	4	4	4
12 óra után	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2

A fenti kísérletben a lipase és pepsin is még az ezerszeres hígításban hatott. De célszerűnek látszott a lipase értékelésénél a legvégső zavarodás leolvasása, a pepsinhatás értékelésénél ellenben csak a teljes feltisztulás tekintetbe vétele és akkor azt mondhatjuk, hogy a pepsinhatás csak 16-szoros hígításig terjedt.

Egy hyperacid gyomortartalom beállításánál a lipase csak 64, a pepsin 8, egy másik hyperacidnál a lipase szintén 64, a pepsin ellenben 16-szoros hígításban, hypacid gyomortartalomban a lipase 500, pepsin 64-szeres hígításban volt hatásos.

Eddigi vizsgálataink 28 gyomornedvvel azt mutatták, hogy nincs párhuzam az aciditás, lipase és pepsin-tartalom között.

Felhívjuk a figyelmet arra a körülményre, hogy a fent ismertetett eljárásokhoz a monobutyryn-oldat okvetlenül konyhasóvízben készítendő, mert casein és destillált vizes monobutyryn-keverékből a casein egy csepp n/10 HCl-re kiesapódhatik ugyan, de a második cseppre feloldódik; a casein és konyhasóvízes monobutyryn-keverék ellenben egy csepp sósavra kiesapódik és a második cseppre még zavarosabb lesz. A tiszta caseinoldat hasonlóan viselkedik, de 1 cm<sup>3</sup> csak 15 csepp sósavra oldódik ismét.

Úgy véljük, hogy igen kényelmesen végrehajtható, tömegvizsgálatra alkalmas módszert nyújtottunk, amely klinikai vizsgálatokra is jól használható.

#### A Charité Poliklinika röntgenintézetének közleménye (vezető főorvos: Bársony Tivadar dr.)

### Az „áthúzott“ tüdőbeszűródés.

Írták: Bársony Tivadar dr. és Koppenstein Ernő dr.

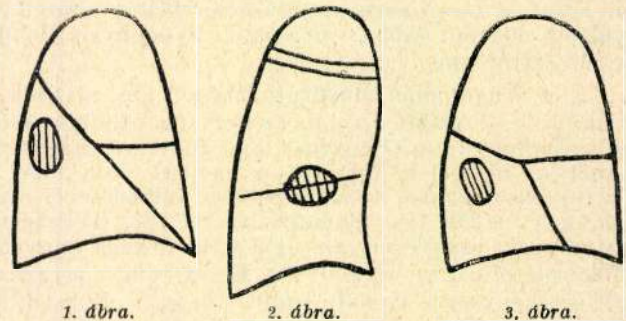
Pohl<sup>1</sup> közelmúltban megjelent munkájában az alsó tüdőlebenyek csúcsbeszűródéseivel foglalkozik. Hangsúlyozza, hogy a hilusfolyamatoknak nevezett elváltozások (hilustuberculosis, hiluscaverna) legtöbbször nem a hilusban, hanem a hilus mögött az alsó lebeny csúcsában ülnek s csak dorso-ventralis irányú vizsgálatnál vetítődnek a hilusra. Helyes localisatio szerinte csak frontalis sugárirányú vizsgálattal lehetséges, sagittalis irányban nem kapunk oly jellegzetes képet, melyből megállapítható, hogy a folyamat nem a hilusban, hanem az alsó lebeny csúcsában ül.

A mi megfigyeléseink igazolják Pohl vizsgálati eredményeit. Mi is azt tapasztaltuk, hogy a hilustájra vetített beszűródések legtöbbször az alsó lebeny csúcsában foglalnak helyet. Egy pontban azonban eltérnek tapasztalataink Pohlétól. Mi ugyanis azt találtuk, hogy az alsó lebeny csúcsbeszűródései sokszor már sagittalis vizsgálatnál is jellegzetes képet adnak.

<sup>1</sup> Brauers Beiträge 1928. Pohl előtt már Haudek és Fleischner is tárgyalták ezt a kérdést.

Az alsó lebeny csúcsbeszűródéseinek egy típusos saggitalis képére röviddel ezelőtt Bársony és Polgár hívták fel a figyelmet, jelen közleményünkben a jobb alsó lebeny csúcsbeszűródésének egy másik jellegzetes alakjával óhajtunk foglalkozni.

Ismeretes,<sup>2</sup> hogy a jobb tüdőt egy, a spina scapulae magasságában kezdődő, hátul-fentről előre-lefelé meredeken futó rés két részre osztja. Ez a nagy rés, melynek felső harmadából, kb. a tüdőfelület közepéről egy másik rés halad majdnem horizontálisan az elülső mellkas felé: ez a kis rés. A jobboldali interlobaris rések frontalis képe azt mutatja (1. ábra), hogy az alsó lebeny csúcsa magasabban fekszik, mint a kis rés, ha e lebeny csúcsrészében beszűródés jön létre, akkor az részben a kis rés felett fekszik. Tüdőbeszűródéseknél mindennapos tapasztalatunk az, hogy az interlobaris résekben több-kevesebb folyadék gyűlik meg. Ennek következménye, hogy frontalis irányú Röntgen-vizsgálatnál az imént vázolt viszonyokat jól áttekinthetjük; látjuk az infiltratumot, ez előtt az interlobaris folyadék kövekeztében előtűnő ferde nagy és horizontális kis rést (1. ábra). A frontalis vizsgálat tehát jellegzetes Röntgen-képet ad.



1. ábra.

2. ábra.

3. ábra.

De jellemző képet ad a saggitalis vizsgálat is. Dorso-ventralis beállításnál ugyanis a kis rés szintén élállásban látható és saggitalis képen is vonalas árnyékot ad. Mint a fenti leírásból és ábrából kitűnik, az alsó lebeny csúcsa magasabban fekszik, mint a kis interlobaris rés, kisebb beszűródések tehát, melyek csak a lebeny csúcsra szorítkoznak, a saggitalis képen a kis rés felett jelennek meg. Ha a beszűródés kiterjedtebb, akkor ennek árnyéka részben a kis rés alá terjed. Ezekben az esetekben a saggitalis vizsgálat egészen típusos képet ad: a jobb tüdőmező középső részén látjuk a beszűródést, melyet a rávetített kis rés keresztülszel (2. ábra). Hogy a kis rés árnyéka milyen magasságban keresztezi a beszűródést, az egyrészt a kis rés, illetve a nagy rés felső részének változó anatómiai lefutásától, másrészt a fősugár irányától függ. Ha a beteg katonásan vagy lordosisos tartásban áll, akkor a beszűródés kisebb része kerül a kis rés fölé, a beteg előrehajlításakor nagyobb része. Ha az alsó lebeny csúcsában kiesi a beszűródés, akkor ez dorso-ventralis vizsgálatnál a kis rés horizontális árnyéka fölé jut, lordosisban azonban ez is keresztülhúzottnak látszik. A gyógyulás közben megkisebbedett beszűródéseknél ugyanaz a lelet.

Az imént vázolt jellegzetes képet akkor nyerjük, ha a kis rés árnyékot ad és az alsó lebeny csúcsa magasabban fekszik, mint a kis rés. Zsugorodó folyamatoknál azonban megtörténik, hogy a nagy résznek a kis rés felett levő része oly módon törik meg, hogy ez nem meredeken halad az alsó rész folytatásában, hanem csaknem horizontálisan, mintegy a kis rés meghosszabbításában (3. ábra). Ezekben az esetekben az alsó lebeny beszűródésénél a kis rés árnyéka az infiltratum fölé esik.

Ha a beszűródés egy része szétesett (cavum, ab-

<sup>2</sup> Gyógyászat, 1928. Fortschritte, 1928.

<sup>3</sup> Dietsen, Kreuzfuchs-Schumacher, Rochard, Fleischner munkáiból.



scensus), akkor a vonalas interlobaris árnyék ezt az üreget keresztelheti.

**Összefoglalás:** A jobb alsó lebeny csúcsának beszűrődéseinek sokszor már sagittalis irányú vizsgálatnál is jellegzetes a kép: árnyék a középmezőben, melyet a kis interlobaris rés vonalas árnyéka keresztel.

**A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: † Csiky József dr. egy. ny. r. tanár).**

## Rákos gyomorbélfistula esete.

Írta: *Simon Jenő dr.*

A gyomor rákos megbetegedésének nem mindennapi szövődményéről számolok be, melynek casuistikai érdekessége: a daganat elhelyeződése, spontán létrejött gyomorcolon anastomosis, a beszűrődés ráterjedése a hasfalra és ezen szövődmények igen gyors kifejlődése.

M. J. 59 éves beteg első ízben ambulantiánkon jelentkezett gyomorpanaszokkal folyó évi május 31-én. A végzett Röntgen-vizsgálat a gyomron carcinomás kieséseket talált s gyomorbélfistulára gyanusnak jelezte. Biztos diagnoszt a gyomor teltsége miatt felállítani nem lehetett. A beteg június 4-én nyert felvételt a klinikára, hol anamnesisében január óta fennálló, étkezéstől független gyomorfájásról panaszkodik. Három hét óta széke csak beöntésre van, hasa puffadt s igen bűzös felbőfögései vannak. Két nap óta igen bűzös ételt hány. Január óta tíz kilogrammot fogyott. A csontig lesoványodott beteg ágyánál már távolról bűzös faecalia-szag érezhető. A baloldali supraclavicularis árokban babnyi Virchow-mirigy tapintható. Mellkasi szervek részéről eltérést nem találtunk. A behúzódtott hasfalra feltűnő erezettség látható, májszéle éppen tapintható, nem fájdalmas. A baloldali bordaív alatt, a medioclavicularis vonal folytatásában galambtojásnyi fájdalmas resistencia, mely nem mozgatható. Június 5-én beöntés után a beteg homogén, bélsár-szerű és szagú folyadékot hány. Június 6-án Röntgenre előkészített betegnél a vizsgálat nem volt kivihető a gyomor teltsége miatt. Június 8-án éhgyomorra vékony sondával kiemelt gyomortartalom kb. 250 cm<sup>3</sup> faecalia-szagú, sárgás-barna, homogén folyadék, benne búzalenésényi nagyságú szilárd székletrészek. Congo anacid, lacmust gyengén kékíti. Weber-reactio positiv. Mikroszkoposan zsír cseppformában nem található, hanem igen sok zsírsavas kristály csillag- és bokoralakban, néhány élesztősejt, lapos, egymagvú hámsejtek és vörösvérsejtek. Az ugyanakkor kapott kb. 1000 cm<sup>3</sup>, teljesen folyékony beöntéses székben babnyi, szilárd faeces masszák, igen sok emésztetlen ételmaradék és nyák található. Reactiója savanyú, Weber-reactiója positiv. Mikroszkoposan jól emésztett cellulosemaradványokat találtunk, sejtekben a keményítő teljesen kioldva, jól emésztett főzelékmaradványok és néhány clostridium bakterium. Emésztetlen zsír nem található. Az ugyanaz nap végzett Röntgen-vizsgálat (*Markó*) gyomor-bélsípolyt jelez, a gyomor alsó polusa közelében a hátsó falon, a nagy curvaturán. Míg egy héttel előbb a duodenum felé a passage jól követhető volt, addig most kevésbé követhető, úgy látszott, hogy a sipoly egy hét alatt kitágult és a passage legnagyobb része a sipolyon keresztül történt. A rendes passage vizsgálata miatt június 10-én húsvaedorát adunk a betegnek, a másnapi székben makroszkoposan emésztetlen ételmaradékokat; mikroszkoposan igen rosszul emésztett, hántesíkkolt izomrostot találtunk, melyből a mag jól ki van emésztve. Azonkívül neutralis zsírcseppek és zsírszarnok, keményítőszemesek és clostridium bakteriumok találhatóak. Június 12-én műtét végett a sebészeti klinikára tesszük át a beteget, de állapota igen gyors rosszabbodása miatt műtétet nem végeztek. Június 26-án visszavesszük a klinikára. Ekkor a hasban lévő resistencia már gyermekkölönyi, 30-án már az egész epigastriumot kitöltő beszűrődés látható s a daganat felett a bőr vérbő. Július 5-én az epigastrium feletti bőrön két livid szilvanagyságú folt jelenik meg, mely később folyadékkal és gázzal telt bullává alakul át. Július 7-én exitus. A 8-án végzett boncolás megerősítette diagnosisunkat, a nagy curvaturán, a hátsó falon gyermektényérnyi caneroid-ulcus, mely perforált a colon transversumba, zöldszilványi sipolynyílással. Ezen rákos szövet ráterjedt a hasfalra s nekrosist okozta a subserosának, muscularis rétegnek és a subcutis-

nak. A fent leírt helyeken a bullának megfelelően az epithelialis rétegig okozott elhalásokat.

Ezen esettel kapcsolatban megemlítendőnek tartom, hogy, bár egyes német szerzők a gyomorcarcinoma ezen szövődményét elég gyakran mondják, bár *Albu* statisztikája szerint a nagy curvaturán rák 3–5%-ban fordul elő, a kardia 8–10 és a kis curvatura 10–20%-ával szemben, a debreceni sebészeti klinika és kórbonctani intézet eddigi anyagában egyetlen esetet sem találtam. Míg a gyomorrák kifejlődésében az elsődleges gyomorfekélyt egyesek felveszik, jelen esetben a rákos fistulát föltétlenül el kell fogadnunk, mert a betegnél ulcusra utaló tüneteket az anamnesisében legmondosabb kikérdezésre sem találtunk. Ezen rákos folyamat gyors kifejlődése miatt megfelel az *Albu* által már leírt gyors lefolyású rákos folyamatnak, mert ha a fistula létrejöttének pontos idejét nem is tudjuk, de a hasfallal történt szövődménye szemünk előtt egyik napról a másikra fejlődött ki.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**Adynamia és a cukorszint esése.** *Prof. g. Rosenow.* (Klin. Wochenschr. 1928, 44. sz.)

A szerző már előző közleményeiben leírt egy egyszerű methodust, mellyel az art. brachialis functiója könnyen sikerül. E methodussal sorozatos összehasonlító véreukromeghatározásokat végeztek az art. brachialis és a vena cubitalis véreben és azt találta, hogy a cukorérték az egészséges embereknél a vénás vérben mindig lényegesen alacsonyabb, mint az arteriásban; a két érték közötti különbséget, mely normalisan 20–30 mg százalék, a véreukorszint esésének (Blutzuckergefälle) nevezte el. Cukorbetegéknél az arteriás és vénás vér cukoreconcentrációja közt nincs különbség, tehát a cukorszint lejtője hiányzik. Újabban azonban sikerült kimutatnia, hogy a diabetesen kívül bizonyos nagyfokú izomgyengeséggel járó kórformákban, amilyen az Addison-kór, a myasthenia, a dystrophia muscul. progressiva, szintén hiányzik a véreukorszintnek egészségesekre jellemző esése. Szerző azt gondolja, hogy éppen a véreukornak eme kihasználatlanul való maradása az oka az anatómia eltérés nélkül fennálló izomgyengeségeknek.

*Czoniczzer dr.*

**A paroxysmosus haemoglobinuria egy új alakja.** *Dr. I. Enneking.* (Klin. Wochenschr. 1928, 43. sz.)

A paroxysmosus haemoglobinuria általánosan ismert alakja az, melynél a rohamok hidegbehatásra jönnek létre oly egyéneken, kik előzőleg lueses fertőzésen estek át. De ezen alakon kívül ismeretes a nagy testi munka után fellépő „marsechhaemoglobinuria” és a progressiv izomatropiában szenvedők rohamokban jelentkező haemoglobinvizelése is. Szerző a paroxysmosus haemoglobinuria egy új alakját ismerteti, melyre jellemző, hogy a rohamok mindig éjjel lépnek fel és hidegbehatással vagy izommunkával okozati összefüggésbe nem hozhatók. A betegek lueses fertőzés nyomai nem mutathatók ki és vérükben a Donath-Landsteiner-féle kísérlettel nem demonstrálható a típusos, csupán hidegben kapcsolódó haemolytikus autoceptor. A szerző a kórformát „haemoglobinuria paroxysmalis nocturna”-nak nevezte el.

*Czoniczzer dr.*

**A szívizom működésképességének egy új vizsgálati methodusa.** *Prof. A Böttner.* (Klin. Wochenschr. 1928. 40. sz.)

Szerző egy új methodust ismerteti, mely véleménye szerint alkalmas arra, hogy segítségével a szívizom gyengeségének legkezdetibb stadiumait is kimutathassuk. A vizsgálat tulajdonképpen nem más, mint a Volhard-féle vízpróbanak két alkalommal való megismétlése: első alkalommal a beteg ágyban fekszik, második alkalommal pedig fennjár és testi munkát végez a vízpróba napján. Egészséges embereknél az eredmény mindkét alkalommal



egyforma, míg a szívizom legesekélyebb gyengesége is megnyilvánul abban, hogy a vízkiválasztás testi munka végzésekor csökken. Ez a vizsgálati eljárás természetesen csupán olyan egyéneknél alkalmazható, kiknek veseműködése kifogástalan és vízforgaluk más okból sem zavart.

Czoniczner dr.

**A myosalvarsan klinikai jelentősége.** Obermayer. (Wien, kl. Wochenschr. 1928, 50. sz.)

Az izomba fecskendezésre alkalmas salvarsankészítménynek több előnye van az érbe fecskendezhető egyéb salvarsankészítmények felett. A közlemény szerzője számtalan myosalvarsannal (s. Hoechst.) kezelt esettel kapcsolatban tett tapasztalatai alapján összefoglalja azon indicatiókat, amikor a myosalvarsan a többi érbe adagolandó salvarsankészítmények felett előnybe részesítendő.

Az indiciók: 1. esecsemőknél, mivel ezeknél érbe fecskendezés nem vihető keresztül; 2. olyan felnőtteknél, akiknek venás érhálózata a gyógyszerbevitelre nem alkalmas; 3. érrendszeri lues (különösen agybeli localisatió) eseteiben; 4. angioneurotikus egyéneknél.

A myosalvarsannak egyedüli hátránya az, hogy a fecskendezés helyén gyakran nyomásérzést, vagy más, alapjában véve jelentéktelen panaszokat okoz. Emiatt olyan betegek, akik már érbe fecskendezéses kezeléssel átmentek, az utóbbi kezelési módot jobban szeretik. A myosalvarsan sohasem okoz nekrosist, felszívódása rendkívül gyors, gyógyítóhatása nem marad a többi salvarsankészítményeké mögött, mérgezőhatása nem nagyobb amazokénál.

Gaál dr.

### Sebészet.

**Formatio diverticuli artificialis duodeni esete az epehólyagfalból.** Wsewolod Korchow. (Zentralblatt für Chir. 1928, 47. sz.)

Az epeutak pathológiájának egy rendkívül érdekes esetét ismerteti a szerző, amelynél epekőmegbetegedés állt fenn a duodenum falában történt epehólyagperforációval és az epehólyagnyag leszorításával.

Műtét közben tűnt ki, hogy a kövekkel telt epehólyag alsó része az epehólyag törzsétől teljesen, látszólag egy korábbi perforatio alkalmával lefűződött a bél submucosájába és ezáltal a duodenum mucosája és a muscularis rétege közé került. Ezen lefűződött üregben is volt még 20 kő. Mivel ezen üreg sem a duodenumban, sem pedig az epehólyag törzsével nem kommunikált és mivel lehetetlen volt az üreget a duodenum falából eltávolítani ennek resectiója nélkül, tehát az üreg és a duodenalis nyílás közt anastomosist kellett létesítenie. Ezáltal mesterséges diverticulum képződött.

Eggenhofer Béla dr.

**Gastroenterostomia anterior obliqua.** Prof. Alex. Stanischeff. (Zentralbl. f. Chir. 52. sz.)

Elülső gastroenterostomiáknál a Braun-féle enteroanastomosis — jó technika mellett — elhárítja a circulus vitiosus létrejöttét. 190 gastroenterostomiás eset közül sok esetben végzett elülső G. E.-t Braun-anastomosisal, de sok esetben csinálta Braun nélkül az általa gastroenterostomia anterior obliquának elnevezett műtétet is.

Technikai része abból áll, hogy a gyomoresípót a curvatura major vonalára merőlegesen helyezi fel és a pylorus felé elcsavart csípőhöz közelíti a jejunumot s végzi a G. E.-t. A jejunumkacsot 40—60 cm-re a flex. duodenojejunalistól veszi isoperistaltikusan. Három év alatt 73 ilyen műtétet végzett.

Ilyen technikai kivétel mellett éri el, hogy az anastomosis felső részén éles szögű megtörést szenved az odavezető kacs és így az teljes mértékben zár. Az anastomosis alsó végén ennek az ellenkezője áll elő; az elvezető jejunumrész caudalis irányban haladva szélesen kommunikál a gyomorral. Eseteiben sem circulus vitiosust, sem következményes gyomortágulást nem észlelt.

Methodusának előnyei: 1. a circulus vitiosus biztos eliminálása; 2. a műtét s főként a narkosis idejének lényeges csökkentése — a Braun-féle anastomosis elhagyásával —; 3. esekélyebb operatív trauma (bél- és idegsértés) folytán az infectio, vérzés és a postoperatív acut gyomortágulás elkerülése.

Fischer István dr.

**További kedvező tapasztalatok az aether-bronchitis kezelésében Bier szerint.** E. Hayward. (Zentralblatt f. Chir. 1928, 40. sz.)

Riess szerint az aetherinjeciók hatása abban áll, hogy a postoperatív, aetherokozta tüdőcatarrhusnál a hyperaemia és a bronchusváladék felhígítása által a köpet könnyű kiürülését idézi elő. Ezt erősítik meg Schaack, Seidl, Koller, Aeby. Ő két éves tapasztalata alapján mindenben megerősíti az aetherinjeciók alkalmazásának helyes voltát. Oly esetben, mikor nem a nyálkahártyára localizálódik a folyamat, mint pneumonia crupposa, infractus, stb., természetesen a hatás kimarad, sőt rosszabbítja az állapotot. Ők úgy aether-, mint avertin-narkosis után is alkalmazzák az aetherinjeciókat, mikor aetherpótlás alkalmazása történt és e miatt fejlődött ki a bronchitis.

Fischer István dr.

**Megjegyzés Haywardnak a Zentralblatt f. Chir. 40. számában közölt munkájához.** Fritz Schmeck. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 52. sz.)

Az aetherinjecióktól, bronchitis post traumatica 300 esetében, azonkívül traumás infarctus számos esetében, de a meghűléses bronchitisnél is kitűnő eredményeket ért el. Alkalmazási módja: kétszer naponta 1 cm<sup>3</sup> aether sulf. és ol. oliv. aa., mindaddig, míg a beteg lelátalanodik.

Fischer István dr.

**Symmetrikus gangraena infectiosa megbetegedéseknél.** P. Esau, Bode. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 47. sz.)

A különböző fertőző betegségeknél fellépő symmetrikus üszkösödés kevésszámú esetét írja le a szerző az irodalomból, majd saját észlelését közli, melyek mind egyike exitussal végződött. Az első esetben a tüdőpleura, megbetegedés diplococcusal, a második abortus utáni bakteraemia. Elsőnél az infectio enyhébben folyt le, az endocarditis az összes ujjak kiterjedt mumificatiójához vezetett. A másodiknál a betegség lefolyása jelentékenyen gyorsabb volt és 6—10 napig tartott. Itt is az összes ujjak és az egyes lábujjak thrombo-phlebitises processusoknak estek áldozatul. Rövid lefolyás alatt azonban csak egy ujj mumifikálódott.

Majd a thrombosisok és emboliák szaporodásának kérdésével foglalkozik. A kérdés precíz megokolását ő sem tudja nyújtani, azonban valószínűnek tartja, hogy súlyos melléktényezők a rossz lakások, a megbetegedési lehetőségek emelkedettsége (megfázás, tisztátlanság), súlyos szerepet játszik. Majd párhuzamot von a mai korban divatos injectio therapia és a thrombosisok szaporodása között.

Eggenhofer Béla dr.

### Szülészet és nőgyógyászat.

**Az endometrium hysterokopiájával nyert tapasztalatokról.** V. Mikulicz—Radecki. (Zentralbl. f. Gyn. 1929, 5. sz., 258. o.)

A Freund által konstruált tuba-hysterokoppal 100 esetben a méh belsejének vizsgálatát végezte a betegek ártalma nélkül. Ismerteti a műszert. Vizsgálataiban különös figyelemmel volt azokra a méhnyálkahártyákra, amelyek vérzésekre vezetnek. Minden esetben a hysterokopia után curettage-t végzett, a kaparékot R. Meyer vizsgálta. Megállapíthatta, hogy az úgynevezett functionalis vérzéseknél két típust lehet megkülönböztetni: kisebb-nagyobb nyálkahártyadefectusokkal járó és izolált érből származó vérzéseket. Az első esetben látható leváló nyálkahártyacafatok azt a benyomást keltik, mintha nem anynyira az alájuk történő vérzések által emeltetnének le, mint inkább más folyamatok (fermentatív?) következtében. Leírja a hyperplastikus nyálkahártyák hysterokopos képét képekkel illusztrálva, továbbá a postklimakteriás zsugorodó endometriumot. Ez utóbbiaknál izolált érből történik a vérzés. Szerző szerint abortus után visszamaradt részleteket is fel lehet ismerni s így a méh kívüli terhességet esetleg ki lehet zárni. A polypusoknak, carcinomának egész sajátos hysterokopiai megjelensük van. Könnyen felismerhetők a mélyebben fekvő cervixrepedések, pl. erőltetett tágitások, vagy manipulációk után, így azután a hysterokop gyakorlati értékének mondható.

Bud György dr.



**Nem castrált him állatok vérsavójának hatása nyulak terhességére.** *Buotomo.* (Klin. Wochenschrift 1928, 47. sz.)

Nem castrált nyúl, vagy ökörserum intravenás bevitelére terhes nyulakba, korai terhesség mellett annak megszűnését és a kamrák tartalmának felszívódását eredményezte, idősebb terhesség mellett adagolva, az egyes rekeszekben felszívódik úgy a magzat, mint a magzatvíz és a lepény is. Egészen késői terhességnél már egy-két injectio után vetélés, vagy legalább a magzatok egy részének elhalása következik be. Egyes kísérletekben csak néhány rekeszben következett be a vetélés és a megmaradt magzatok hímneműek voltak. Késői terhesség azon esetekben, melyekben a seruminjectio után korai, vagy rendes szülés következett be, az élve és holtan született magzatok egyrészénél hímnemű ivarmirigyek voltak találhatóak, a többinél a mirigyek annyira el voltak változva, hogy a nemet meghatározni nem lehetett. *Liebmann dr.*

### Gyermekorvostan.

**Gyermekkori geroderma genito-dystrophicum egy esete.** *J. Rosenstern.* (Zeitschr. für Kinderhilk. 46. k. 4. f.)

A szerző egy nyolcéves fiúnál előforduló „geroderma genito-dystrophicum“-ot ismertet. Jellemző tünetei: a bőr száraz, öreges tapintatú, az arekifejezés senilis, az arc egész skeletszerűen sorvadt, az izomzat elernyed, csekély tonusú, kyphoskoliosis, lógó has látható és erős zsírlerakódás van az alsó végtagokon. Feltűnő volt továbbá a genitáliák fejletlensége, a herék kicsi, kemény volta és azonkívül a cukortolerantia emelkedése. A fent leírt esettel szemben előfordulhat a tünetek részleges jelentkezése, amikor praesenilitásról kell beszélnünk. A bőrnek az izolált öreges elváltozása észlelhető hypophysis-megbetegedés és athyreosis esetében is. A bőr szövettani vizsgálatánál a rugalmas állománynak feltűnő csökkenését sikerült kimutatni. A betegség okát a legtöbbben a genitális mirigyek hypofunkciójában keresik, egyes szerzők polyglandularis hypofunkciót tételeznek fel. *Mihalovics dr.*

**A savbasis-egyensúly változásai alimentaris- és „konyhasó“-láznál.** *Ludwig Schönthal.* (Zeitschr. f. Kinderheilk. 46. k., 4. füzet.)

Egy csecsemőnél az alimentaris intoxicatio klinikai képét figyelte meg, caloriában igen gazdag táplálék adása és a víz egyidejű megvonása mellett. Figyelemmel kísérve a savbasis-egyensúly viselkedését, azt találta, hogy a plasma erős koncentrálódása mellett a bicarbonattartalom csökkenése s a chloreconcentratio emelkedése állott be. Hat esetében a vízyanagesere változásait vizsgálta a táplálékban nyújtott nagy konyhasóadagok után. Itt is látat és acidotikus irányú egyensúly eltolódást talált. Két csecsemőnél a vérben az alkalitartalom csökkenését észlelte, aminek megfelelően a vizeletben a bicarbonatkiválasztódás emelkedett. A fenti kísérletek eredményei nagy konyhasóadagok nyújtásánál óvatosságra intenek oly csecsemőknél, akik nagy vízvesztéssel járó hasmenésben szenvednek. Ilyen esetekben ugyanis a konyhasós infusio az acidosis fokozódásához vezethet és a normalis savbasis-egyensúly helyreállítását akadályozhatja. Ezért ha a csecsemőnél súlyos acidosis áll fenn, *Hartmann* ajánlatára intravenás dextroset és bicarbonatoldatot célszerű adni. A bicarbonat nyújtásával tulajdonképpen *Heim* és *John* régi eljárásához térünk vissza, ők egyidejűleg adtak „per os“ konyhasót és sodabicarbonát és ettől jó eredményt láttak. *Mihalovics dr.*

**A csecsemők pylorospasmusának kezelése Röntgen-besugárással.** *Wiener.* (Jahrb. f. Kinderhilk. 1928. 122. köt., 113. o.)

Pylorospasmusnak és pylorus-stenosisnak Röntgen-mélybesugárással való kezelését ajánlja. A pylorustájékot kb. 5 cm átmérőjű területen 40 cm fokustávolságból 3–4 mm alumíniumszűrőn át 10% (ismétlésnél esetleg 20%) HED-sal sugározza be. Egy-kétszeri besugárzás után hat esetében (közülük öt súlyos volt) gyógyulást ért el. A gyógyulás feltevése szerint annak lenne tulajdonítandó, hogy a hypertrophiás izomzat nem teljes értékű, fiatal szövetből áll, mely a Röntgen-sugárral szemben különösen

kevésbé ellenálló. Nincs azonban kizárva az sem, hogy a besugárzás elsődlegesen az idegekre gyakorol hatást és így akadályozza meg a spasmus további fennállását, hiszen *Gohrband* még a Rammstedt-műtét jó hatását is elsősorban „nervosus elemek károsodásának“ tulajdonítja. *Lenárt György dr.*

### Gégészet.

**A gégetuberculosis kezelése.** *Briggs H. H.* (Southern med. Journ. 1928, 21. k. 5. sz.)

A gége nyugalomba helyezendő, beszéd, valamint suttogás eltiltandó. A gégeinek köhögéssel való izgatását sedatívumok bő adagolásával kell elkerülni. Inhalatiók és menthol, vagy eucalyptus-olaj intratrachealis befeeskenedése a betegnek nagy könnyebbséget okoz. Erős fájdalommal járó esetekben alkoholinjectiót adunk a n. laryngeus superiorba, vagy pedig resekaljuk az ideget. Stenosis alkalmával tracheotomia végzendő. A localis kezelés mellett az általános kezelésnek (fény, levegő, nap) fontos szerepe van. A tuberkulin-kúra a legnagyobb elővigyázattal vihető csak keresztül. *Bajkay Tibor dr.*

**A kannaporcek acut oedemája, mint a Röntgen korai reactiója a nyaki mirigyek besugárzása után.** *Bernfeld Károly és Druckmann Adolf.* (Monatschr. f. Ohrenh. Lar. Rhin. 1928, 62. évf. 4. füzet.)

A supraclavicularis mirigyek Röntgen-besugárzása után (cc. metastasis, amputatio mammae) a kannaporcek oedema lépett fel, melyhez később mindkét musc. vocalis paresise társult. A tünetek conservativ therapia mellett hat hét alatt zajlottak le. Túladagolás nem történt, mivel a besugárzás adagja minden alkalommal 1/2 bőrrerythemadosis volt, 0.5 mm Cu-szűrő alkalmazásával. A besugárzás harmadnaponként, váltakozva mindkét oldalon foganatosított; a kezelés alatt a gége előírászerűen volt védve. Szerzők ezért eme korai reactiót különös dispositióval magyarázzák. *Bajkay Tibor dr.*

**A nyelvabscessusok és ezek kezelése.** *Meyer Max.* (Passov—Schaefer Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. d. Ohres, d. Nase u. d. Halses, 1927, 26. k., 1/2 füzet.)

Szerző *Manasse* würzburgi és strassburgi klinikáján észlelt 15 nyelvabscessus esetéről számol be. Az abscessusok szokásos felnyitása helyett a punctiót ajánlja. Vastag canüllel ellátott 10 cm<sup>3</sup>-es fecskendővel szűr be (a nyelv hátáról, oldaláról, sublingualisan, vagy amiként a helyzet adódik, hogy könnyen elérje az abscessust) az izomtömegbe, mialatt az irányt többször változtatja. Érett abscessusoknál a legtöbb esetben sűrű genny szívható ki. A gyógyulás legtöbbször már egyszerű punctio után jelentkezett, két punctio ritkán volt szükséges. 15 esetében 11-szer a punctio eredményhez vezetett, 3 esetben spontan gyógyulás következett be, egy esetében pedig az abscessus felmetzése sem tudta az exitust megakadályozni. *Bajkay Tibor dr.*

**Az orrvérzés kezeléséhez.** *Schlittler E.* (Schweizer med. Wochenschr. 1928, 58. évf. 30. sz.)

A gyakorlóorvos számára világosan és kimerítően írja le a lege artis tamponade elvégzését. Felsorolja a vérző edények edzésére alkalmazható és a specialisták előtt ismeretes szereket, melyek közül a chromgyöngyöt ajánlja. Ezenkívül az 5–10%-os chromsavoldat minden Plaut—Vincent-kórokozó által létrehozott szájfertőzésnél jó hatást fejt ki és így az orrvérzésen kívül az említett betegségnél a nem szakorvos számára jó szolgálatot tesz. *Bajkay Tibor dr.*

### Szemészet.

**Az iridocyclitisek gümőkóros aetiologiájának és az ismeretlen eredetű iridocyclitis kérdéséhez.** *Frisch és Pillat,* Bécs. (Arch. f. Ophth. 1929. jan.)

A tuberculosis megjelenése az uveában rendkívül változatos. Az egyszerű serosus iritistól a legsúlyosabb plastikus iridochorioiditisig a megbetegedésnek rendkívül változatos alakjait ismerjük. Az aetiologia tisztázása általában sok nehézségbe ütközik. A klinikai forma nem mindig döntő. Még ma is nagy csoportja van az iridocyclitiseknek, amelyeknek ez az elnevezése: „isme-



retlen okból eredő iridocyclitisek". Nagy szükség van tehát oly megbízható általános reakcióra, amely az iritis gümőkóros eredetét feltárja. A szerző három csoportba osztja az iridocyclitiseket: 1. olyan esetek, ahol göbök láthatók az irisen; 2. chronikus recidiváló, serosus és fibrinosus iridocyclitisek, ezeknél valószínű a tbc-s eredet és 3. serosus iritisek ismeretlen aetiologiával. Ez utóbbiak között nagyon sok a tbc-s eredetű. A belvizsgálat nagyon gyakran nem tud valószínűséggel sem felvilágosítást adni az iritis tbc-s eredetéről. Ezért fontos az allergia vizsgálata. De a Pirquet-féle reactio majdnem minden felnőttél pozitív, a subcutan tuberculin-injectio mint próba pedig veszélyes; ezek helyett ajánlják a szerzők azt az intracutan tuberkulin-próbát, amelyet Mendel és Mantoux ajánlottak. 1:1.000.000, majd 1:100.000 higítás tuberkulinoldatból intracutan adott 0.1 cm<sup>2</sup> rendkívül érzékeny próba, amely jól mutatja a szervezet allergiás állapotát és a használandó therapiára nézve is enged következtetéseket. A szerzők vizsgálatai szerint a gümőkóros iridocyclitiseknél a véresejtsüllyedés gyorsasága is fokozott. Ezen két vizsgálati eljárás segítségével gümőkóros eredetet lehet kimutatni sok olyan betegnél, akinél eddig chronikus recidiváló iridocyclitistről beszélünk, de az okot nem ismertük. Sok serosus iritis is tbc-s eredetű. Általában azt kell mondani, hogy az iridocyclitisek bármely alakjában a tuberculosisnak többször van szerepe, amint ezt eddig hittük.

Horay dr.

**A könnytömlőgyulladás kórjelzése és gyógyítása.** L. és R. K. Daily. (Americ. Journ. of Ophth. 1929. 12. k. 1. old.)

A könnylevezető utak két egymástól fejlődéstaniilag, bonctaniilag, de kórtaniilag is lényegesen különböző részből állanak. Bármelyik rész szűkülete könnyfolyással jár, ami kellemetlen; de csak az alsó, függélyes rész szűkületei veszélyesek, amennyiben a felettük pangó váladék kórokozó mikroorganizmusoknak alkalmas táptalaja és így heveny könnytömlőgyulladás, kúszó fekély stb. állandóan fenyeget. Lipoidol befecskendezésével készült Röntgen-felvétel a legalkalmasabb arra, hogy a szűkület helyét és közelebbi okát, minőségét felderítse. Alsó szűkület esetén radicalis exstirpatio helyett a könnytömlő orrfelől történő megnyitását ajánlják. Ez a beavatkozás a physiologiás könnylevezetést helyreállítva postoperatív epiphorát nem okoz, recidiva lehetőségét kizárja és látható bőrheget nem hagy. Technikai kivitele egyszerű: pontos leírását adják a Halle—West-féle műtétnek, amelynek lényege az, hogy cocain-adrenalinus helyi érzéstelenítés után a fedő nyálkahártyán és periosteumon ablakot vágva, a fossa lacrymalis esontos falát elvessük és az így feltárt könnytömlő oldalfalait eltávolítjuk. A gyógyulás néhány napot vesz igénybe és az évtizedes tapasztalat azt mutatta, hogy sem szövődményekről, sem káros utókövetkezményekről tartani nem kell, sőt az orrüregbe szántsándékkal bevitt kórokozók sem vándoroltak fel a szem felé. A közleményt három tanulságos eset és több Röntgen-felvétel és magyarázó ábra egészíti ki.

Dallos dr.

### Socialis egészségügy.

**Modern elvek a tuberculosis elleni küzdelemben.** Parassin József. (Tüdőbeteg gondozás és tuberculosis, 1928. 177. lap.)

A tisztiorvosi továbbképző tanfolyamon tartott ezen nagyszabású előadás vezéreszméi a következők: A tuberculosis elleni modern védekezés a socialhygienés irányzatra, a prophylaxisra és propagandára helyezi a fősúlyt. A csak könnyebb gümőkóros eseteket gyógyító sanatoriumok helyett tökéletesen felszerelt kórház-sanatoriumokra vagy tuberculosis-kórházakra van szükség, amelyek a gümőkóros betegeknek minden válfaját és fokát befogadván, a kényszerizolálást és így az *egészségesek védelmét* teszik lehetővé (expositio prophylaxis). Tüdőbeteg szülőnők számára külön osztályok állítandók fel. Az anya- és csecsemővédő-intézetekkel szoros kapcsolatot kell teremteni. *Socialis intézkedésekkel* a gyermekkori latensen maradt fertőzéseket az egész életen át latens

állapotban kell megtartani (dispositio prophylaxis). E célból elsősorban a népjólét előmozdítása szükséges (élelmezés, munka, lakás).

A tüdőbeteg gondozó-intézetek két fajtája közül a Röntgen-készülékkel is felszerelt, önálló tüdőbeteg-szakgondozók a nagyközségekben és városokban állítandók fel, míg a falvakban általános egészségügyi gondozó-intézetekre van szükségük. A szakgondozó intézetekkel kapcsolatban fekvőcsarnokokat is kellene létesíteni. E kétféle gondozó egymással és a többi egészségügyi intézménnyel munkaközösséget tartson fenn. A gondozóintézetek a tuberculosis elleni küzdelemnek socialis és hygienikus részét végezzék el.

Herczeg Árpád dr.

**Az anya- és csecsemővédő-intézet nevelő hatása falun.** Knoll Andor. (Anya- és Csecsemővédelem, 1928. 690. lap.)

Ezek az intézetek nemcsak a csecsemőhalálozást szállították alá, hanem a falusi nép általános egészségügyi nevelését is hatalmasan előmozdítják. Az orvosok és a védőnők kinevelik az anyákat arra, hogy mennyire szükséges a csecsemőnek anyatejjel való táplálása, a csecsemőmérleg pedig szemmeláthatóan meggyőzi erről az anyákat. Az anyák között csecsemőik gondozottsága tekintetében valóságos nemes vetélkedés indul meg. A védőnő a falusi család bizalmas barátja lévén, tisztaságra és egészséges életmódra nevei a családot. A csecsemőotthon keretében rendezett *népszerű előadások* természetesen szintén a népnevelést mozdítják elő. Szükséges, hogy már a leányiskolákban kezdjék meg a csecsemővédelem tanítását. A védőintézetek szórakoztatva tanító egyéb előadásai az általános kulturális életet is fejlesztik.

Herczeg Árpád dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

### Új könyvek.

Német nyelven:

**Moderne Kosmetik:** A. Hartwich (Benno Konegen Lipse—Stuttgart). Ára füzve 2.50 M., kötve 4 M.

**Der Trotz sein Wesen und seine Behandlung:** H. Winkler (E. Reinhardt, München) Ára füzve 7.80 M., kötve 9.50 M.

**Krankheitsform und Persönlichkeit.** Von L. v. Krehl. Thieme, Lipse, 1929. Különlenyomat a D. M. W.-ből. Ára 1.5 M.

Mély gondolatoktól és nemes érzésektől áthatott előadás, melyet Krehl a lipseai orvosegyletben tartott. Hálaival emlékszik meg előadása kezdetén tanáraitól, akiknek köszöni azt, ami még ma is az orvostan egyik alapja, a természettudományt. *A személyiségnek* jelentőségét az orvostani kutatás és értékelés terén számos példán mutatja be; ez nemesak a szellemiek, hanem a testiek terén is alakban és működésben is érvényesül. Ezután a tudatos és az öntudatlan szellemi működésnek jelentőségével, s ezeknek összefüggésével, a testi jelenségekkel foglalkozik és hangsúlyozza a tudatosnak nagy hatását a betegségi folyamatoknak alakítására. Csakis szellemileg és testileg nagyon hasonló embereken csaknem azonos külső és belső feltételek mellett azonos kóroki behatásra támadhatnak körülbelül hasonló kórképek. De nemesak a „személyiség”-nek rationalis részére kell tekintenünk, hanem az orvosnak figyelembe kell vennie annak irrationalis részét is, az etikát és a vallást. Ezek az utóbbiak hiányzottak az orvos ténykedéséből akkor, amikor az orvostudomány csak a természettudományi irányt követte. Ha az orvos az élet irrationalis oldalát is tekintetbe veszi, amikor betegével foglalkozik, nincsen szebb hivatás az orvosinál.

Herzog prof.

**Medizinisches Seminar.** Neue Folge. Wien, 1928. Verlag Julius Springer. 407. oldal.

Ez a könyv azon előadások kivonatainak gyűjteményét tartalmazza, melyeket a bécsi orvosi doktorcollegium tudományos bizottsága által rendezett seminariumi estéken az egyes szakmák jelesebb képviselői az 1925—27. években tartottak. Az első rész 1926-ban jelent meg Alphabeticus sorrendben a praktikus orvostudomány minden ágából kb. 250 jól megválasztott actualis kérdésre adja meg a választ, mely nagyban és egészben a kérdés mai állását híven visszatükrözteti, bár helyenkint az egyes szerzők egyéni felfogása talán a kelleténél jobban is előtérbe nyomul. A gyakorlóorvos szempontjából, akinek nincs ideje, talán kellő anyagi lehetősége sem mindig arra, hogy egy-



egy kérdéssről való tájékozódás céljából a szaklapokat végigbongessze, igen értékesnek tekinthető az ilyen művek kiadása, melyek az általános orvosi műveltséget terjesztik és az orvosi továbbképzés munkáját megkönnyítik. Ez a cél lebegett az O. H. szerkesztője előtt is, amikor annak idején az „O. Gy. K.” című mellékletét megindította, melyben egy év leforgása alatt 246 gyakorlati kérdést dolgoztunk fel.

**Vier nezeitlichen Frauenfragen.** Von Hugo Sellheim. Verlag von S. Karger, Berlin, 1928.

Napjainkban egyre nagyobb számban jelennek meg oly könyvek, amelyek a női élet nagy problémáit orvosi szemszögből tárgyalják. S ha ez tanító, felvilágosító és nem szórakoztató, vagy éppen szenzációhajszás céljával történik, akkor kétségtelen hasznohozó és hiányt pótol. Hugo Sellheim népszerű előadásainak összefoglalása az előbbi sorozatba tartozik. Szavaival mindig az orvos, a komoly segíteni akaró beszél, hangja, nyelve egyszerű és mindig világos. A négy előadásból kétségtelenül az első a legértékesebb, amelyben a napjainkban annyira divatos gimnasztikát bírálja nőorvosi szemmel. Először szabályosan meghatározza a gimnasztika lényegét: a szervezet minden parányának harmonikus tökélyül való kiképzése. Második kérdésében arra felel, mennyire képes a gimnasztika a női organismust természetes feladatában segíteni; a harmadik részben arra, hogy a mindennapi élet által okozott károkat mennyiben képes a gimnasztika megakadályozni; végül a sport nem felelő ágának üzése, vagy pedig túlzásbavitele által okozott károkat világítja meg. A többi problémákat (házassági tanácsadás, gazdasági helyzet és szaporodás, a nő, mint barát) épp ily alaposítással, de nem kevésbé érdekesen tárgyalja.

**Störungen in der Frequenz und Rhythmik des Pulses.** E. Malva. (Julius Springer, Bécs—Berlin, 1929.) Ara 2-60 M.

**Darmkrankheiten.** W. Zweig. (Julius Springer, Bécs—Berlin, 1928.) Ara 4-60 M.

Mindkét könyv a „Bücher der Ärztlichen Praxis” sorozatába tartozik. Kizárólag a gyakorlóorvosok számára íródott, s a céljának kitűnően megfelel. Semmi újat nem említ, hanem röviden tárgyalja az egyes kórformákat úgy diagnosztikájuk, mint terápiájuk szempontjából. A pulzuszavarokat tárgyaló 75 oldalas könyvecske bevezetésében a szív működés és pulzus fiziológiájával foglalkozik, majd az extracardialis, extrasystolés és vezetési arhythmiaik diagnosztikáját, keletkezését és terápiáját írja le s ezeknek keretében foglalkozik a paroxysmalis tachycardia, arhythmia perpetua és Adams Stokes-féle tünetsoport kérdésével. Befejezésül — a bár nem e körbe tartozó, de mint a pulzuszavarokkal járó megbetegedést — a myocarditiseket tárgyalja. A bélbetegségekkel foglalkozó könyv az anatómiai és pathológiai bevezetés után a betegvizsgálatot és a laboratóriumi eljárásokat írja le. A pathológiai részben röviden, de jellemzően írja le a katarrhus, dyspepsia, ulcus, carcinoma, ileus, appendicitis, functionalis és secretiós bélbetegségek diagnosztikáját, lefolyását és terápiáját. Végül pedig a diætika, medicinalis és physikalikus kezelést tárgyalja. A minden tekintetben jól sikerült kis munkát, melyek hivatva vannak az olvasót a legfontosabb gyakorlati kérdésekről felvilágosítani, melegen ajánljuk kartársaink figyelmébe.

**Immunität, Allergie und Infectiouskrankheiten.** Verlag der ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, München. Havonta megjelenő folyóirat. Ara negyedévenként 5 M.

Az első füzetek tartalomjegyzékéből és a következő füzetek programjából kitűnik, hogy a munkatársak között a címben foglalt tárgykörnek legkiválóbb német művelői helyet foglalnak. A cikkek az összes napirenden lévő kérdésekkel foglalkoznak, többek között az allergia, asthma bronchiale, tuberculosis, chemotherapia, gyermekkori fertőzőbetegségek stb. kutatásainak újabb eredményei szerepelnek.

A 3. füzetben Engel és Segall a kanyaró-pneumoniáról, Wittkower az asthma bronchiale vérchemismusáról ír. Guttman egy összefoglalást közöl az asthma bronchiale gyógyszeres kezeléséről. A 4. füzetből kiemelem Kirchner közleményét a filtrálható tuberculosis kórokozóról, kritikailag ismerteti a kérdés irodalmát Fontés felfedezéséről kezdve. Mecklenburg és Dau, Schulte—Tigges a tuberculosis egy újabb praecipitáló reakcióját, illetőleg a serológiai reakciók diadnosztikus és prognosztikus jelentőségét ismertetik. Érdekes és fontos Laewen közleménye az are geneydő megbetegedéseinek helybeli sajátvérbefecskendezéssel való kezeléséről. Are-furuncul-

soknál, izzadtságmirigyátlyogoknál, különösen pedig Röntgen-fekélyeknél kitűnő eredményeket látott a gyulladási terület nagymennyiségű sajátvérrrel való körülfeccskendezésétől. A vérbefecskendezés után a fájdalmak rögtön megszűntek.

**Die Lichterkrankungen der Haut.** Hausmann und Haxthausen. Urban u. Schwarzenberg. Berlin—Bécs. 34 ábra, 1929. 9. évf. Ara 12 M.

A fénypathologia és therapiának hazája Fintén úttörő munkássága révén Kopenhága. Mint drága tradíciót őrzik, fejlesztik s vezetnek ott és onnan ma is e tudomány szak fejlődését. Északi tudós és bűvár, Magnus Möller, már a jelen század első évtizedében hatalmas, azóta forrásművé vált monographiában állította össze a fénypathologia bőrre vonatkozó bűvárlati és klinikai eredményeit, azok bibliographiáját is közölve. A kutatás ezen az alapon azután tovább folyt s az új physikai és pathológiai megismerések egész sorozata támadt. A hézagok kiépültek. Új tények, valamint újabb kérdések merültek fel. Ezekkel foglalkoznak jelen érdekes munkájukban a kopenhágai iskola szellemében a szerzők. Az első részben összefoglalva röviden tárgyalják a gyakorlóorvos és a dermatologus számára szükséges physikai ismereteket, a fényforrásokat, a fény mérését, a fény-specifitást stb., majd áttérnek a fénydermatosisok jelentőségére. Magukat a betegségfolyamatokat 3 csoportban tárgyalják, t. i. 1. a fénydermatosisok, melyeket egyenesen a kórokozó-megvilágítás vált ki; 2. azok a bőrelváltozások, melyek a bőr kórosan emelkedett fényérzékenységgel függnek össze; 3. a tágabb értelemben vett fénydermatosisokat. A II. rész a normalis bőrnek a fény sugarakkal szemben való viselkedését, a III. rész pedig a fénynek kórosan fényérzékeny bőrre való hatását részletezi az egyes kialakult kórképek részletező ecsetelésével.

A munkát kimerítő, de sehohsem terjedős tartalma, világos, tiszta nyelvezete, pontos adatai alapján melegen ajánlhatjuk az e thema iránt érdeklődő orvosainknak. A közismert kiadóéga a művet kiadványainak választékos ízlésében bocsátotta a könyvpiacra 34 kitűnő, szövegközti ábrával ellátva.

**Klinik und Therapie der Blutkrankheiten.** Írták: Prof. dr. N. Jagić és dr. G. Spengler. Urban & Schwarzenberg kiadása, 1928.

Az igen szépen kiállított, számos, részben színes ábrával ékes, több mint 300 oldalas monographia pompás útmutató a „vérbetegségek” klinikájában. E betegségek studiumának középpontjában Ehrlich óta főleg a vér morphológiás elemei állottak s maga a klinikai kép szinte háttérbe szorult. Szerzők a betegágyhoz vezetnek s a morphológiás vérképben sem látnak többet, mint a betegség egyik tünetét. E tünet azonban egyike a legfontosabbnak s ezért a könyv első része részletesen foglalkozik annak értelmezésével és kutatásának technikájával.

A mű felosztásában, amiben szerzők az Orth—Sternberg-féle elvekhez igazodnak, elsősorban a kórbontani lelet érvényesül s ehhez képest a peripheriás vérben található elváltozásokat a vérképző-szervek „rendszerbetegségei”-nek, vagy más kóros szervek tükröképeinek kifejezői gyanánt tekintik. A rendszerbetegségeket, az Orth értelmében vett haemoblastosisok, míg távolhatási tünetek a legkülönbözőbb — elsősorban fertőző — betegségek kapcsán észlelhető vérvékeltolódások. Az anaemiák és felosztás értelmében a következő aleloportokban tárgyaltnak: 1. a vérveszteség; 2. az erythropoësis fertőző és toxikus ártalmi; 3. az erythropoësis functionalis elégtelenségei; 4. a rendellenes erythrocyta-pusztulás okozta vérszegénységek. A myeloid- és lymphatikus rendszer kórképeit az alapszövet egyszerű hyperplasiái (myelosis, lymphomatosis stb.), granulomái s a folyamatoknak a rosszindulatú daganatok felé irányuló átmeneti osztályokban találjuk.

A könyv elsősorban a gyakorlóorvosok céljaira alkalmas s e szempontból csak előnyére válik, hogy irodalmi adatokat és elméleti okfejtéseket csak annyit tartalmaz, amennyi mulhatatlanul szükséges. Gerlóczy dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 9-i ülése.

### Bemutató:

1. Révész V.: *A jobb tüdőcsúcs egy rendellenes lebenyének (azygoslebeny) Röntgen-képe.* Az anatómiában ismeretes az az anomalia, amikor a jobb tüdő felső lebenyét egy verticalis barázda egy külön medialis és lateralis lebenyre osztja, előbbi lobus Wrisbergi, vagy lobus venae azygos néven ismeretes. A barázda fenekén



mindig ott fut a rendellenesen haladó vena azygos. Az azygos inasura a Röntgen-felvételeken kimutatható, finom, kifelé convex fölülről lefelé haladó vonal alakjában, melynek alsó végén a vena azygos is látható, mint kerek, vagy mandula, vagy pióca-alakú intenzív — homogen folt. Bemutatja fölvételein az azygos incisura különböző típusát. Fontos az anomalia ismerete, mert gyakrabban fogunk találkozni vele fölvételeinken és egyes esetekben összetéveszthető extra, vagy intrapulmonalis elváltozásokkal. Különösen kóros esetekben okozhat diagnostikai nehézségeket, mint például az azygos incisura interlobaris exsudatuma, vagy az azygos lebeny infiltrációja esetén stb.

**2. Polgár F.: Interarcualis csigolyaelmeszesedés esetei.** Két ízben észlelt szomszédos ágyekescsigolyák közt oly meszes hídképződést, mely a csigolyatestek mögött az ívek területében székelt. Az egyik esetben az aetiológia ismeretlen, a másik spondylitis typhosa kapcsán fejlődött ki. A kóros esontkapocs féloldalt ült és oldalfelvétele a foramen intervertebrale vetületében jelent meg, úgy, hogy azt elülről beszűkítette. Ismerteti a foramen intervertebrale Röntgen-képének más típusú elváltozását Strümpell-Bechterew-kór esetében, amit a ligg. interarcualis s. flava elmeszesedése okoz.

**Simonyi B.:** Figyelmeztet arra, hogy hasonló meglepő leletek nagy beteganyagban gyakrabban fordulnak elő. A Szent Gellért-gyógyfürdő ischiás-lumbago eseteinek tanulmányozása mutatta, hogy az eseteknek kb. egyharmadában lehetett Röntgen-vizsgálattal finomabb-durvább esont- és izületi elváltozásokat találni.

#### Előadás:

**Dalmady Z.:** Az időváltozás megérzésének problémája. Vannak emberek, különösen beteg emberek, kik az időjárásnak „rosszra fordulását” előre megérik. A betegnapló adatai határozott megegyezést mutatnak az időjárás menetével és a statistika bizonyos megbetegedések halmozódását találja az időjárással összefüggően. Az időváltozás előre megérzése a helyi atmosphaerikus állapot valamely oly megváltozásának a megérzése, amely az időjárás jelleg durva megváltozását, különösen csapadékossá válását, megelőzi. Az időérző ember megérez, de nem előérez. A hatásos tényezők csakis azok között az atmosphaerikus tulajdonságok között kereshető, melyek zárt szobában és a felöltözött emberen is érvényesülhetnek. Újabb vizsgálatok szerint az időérzés a levegőtömegek kicserélődésével, a cyklonok ú. n. frontjainak átvonulásával függ össze. A hatásos tényező kereshető a beáramlott levegőtömeg vegyi alkotásában, suspensióinak természetében és elektromos tulajdonságaiban. Ez utóbbiak közvetlenül nem hatásosak, de jelentékeny szerepük lehet a levegő colloid-physikai tulajdonságainak megváltozásában. Valószínű, hogy az időérzés az allergiás jelenségek sorába tartozik és létrejöttében a levegő colloid-physikai tulajdonságainak van döntő szerepük.

**Bálint R.:** Az időérzés létrejöttének mechanizmusa a szervezet regulációinak változásában gyökeres lehet. A savbasisegyensúly az időjárással párhuzamos periodicitást mutat. Hogy a fájdalmakra a milieu reakciónak befolyása van, azt Gaza és Brandt exacte kimutatták. Hogy az időjárás hatása csukott szobában is létrejöhet, azt mutatják Benedict vizsgálatai, aki télen az alapanyagcsere fokozódását konstataulta olyan állatokon, amelyek 28 C° hőmérsékű kamrákba voltak zárva, tehát a külső levegő temperaturájától függetlenül voltak. A regulációk ezen befolyásolhatóságának kérdése az, amely a jövő vizsgálatainak tárgya kell, hogy legyen.

**Farkas M.:** Többé-kevésbé időérző mindenki. Napfényes, derült időben a betegek is könnyebben érzik magukat, az egészséges ember pedig frisebb, kedélye élénkebb, munkaképessége nagyobb. Teljesen vak gyermekek figyelőképessége borús időben nem olyan szertalan, mint derűs, napos időben, napos időben a gyermekek vígan futkároznak, társasjátékokat játszanak, borús időben pedig magukba zárkoznak. A rheumatikusok, köszvényesek, tabetikus is különös érzékenységet mutatnak az időjárás változásaival szemben. De az „időérzésnél” másról van szó, nevezetesen arról, hogy bizonyos testi sensációk és psychikus jelenségek révén egyes akár beteg, akár különben egészséges egyének 36—48 órával az időváltozás beálta előtt jelezni tudják esőnek, hónak, szélnek, viharnek bekövetkezését, abszolút megbízható módon. A csapadék, illetve az időváltozás beálltával a sensációk elmúlnak és a közbeneső időben is tünetmentesek. Megfigyelései szerint a barometer állása és az időérzés megjelenése kö-

zött összefüggés nem volt megállapítható. Magasabb barometerállás mellett is léptek fel e tünetek, ha csapadékos idő volt készülében. Az időérzés hasonló módon nyilvánult meg széllel, különösen sirokkóval, főhűvel, viharral szemben, sőt kétségtelen, hogy ez a fokozott érzékenység távoli földrengésekkel szemben is fennáll. Suggestív behatásokat hozzászóló kizárt. Így vizsgálatai tárgyává tette a soroksári-úti honvéd menházban amputáltak, lövés, kardvágás által sérült honvédek időérzését. Kiderül, hogy specifikus időérzékenységet csak azok az egyének tüntették fel e különleges reakciót sérüléseik helyén, akiknél a heg a periósttal össze volt növe s az alap felé nem volt elmozdítható. Az időérzést, melynek kétségtelenül neuropsychikai jelentősége van, Stein az „Erwartungsgefühlre” (várakozási érzés), melyet Aaro norvég philo-sophus mint új és elementaris lelki jelenséget állít oda, vezet vissza. Szerinte bizonyos állatoknak és embereknek az az ösztönszerű képességük van, hogy a vezetőpályákban lefektetett emlékezeti képek útján, melyek ösztönné tömörültek, az időjárás előre jelezni képesek. Tisztán psychikai phaenomen volna, mely értelmezés nem akceptálható. Orvosi felfogás értelmében az időérzés nem lehet más, mint szervezetünkben az időjárás befolyása révén végbemenő physiologiai, vagy pathologiai folyamatoknak let. Hozzászólónak az a véleménye, hogy a psychologia megérzése. Az összefüggés megállapítása logikai művés és philosophia sok vita alatt álló kérdésében az időérzés problémájának s így az orvosnak is jelentékeny szerep fog jutni, miután e különleges sajátosságnál testi és psychikai tünetek egyszerre törnek elő s így közös nevezőre hozhatók.

**Benczur Gy.:** Az időjárás közismerten különös rheumas, szabás fájdalmakat befolyásol. Valószínű több tényező, de főleg a légnyomási változások okozzák e befolyást. Ha tekintetbe vesszük, hogy ilyenmő fájdalmakat mind oly behatások befolyásolják, melyek a kis vérdé-nyek és capillarisk teltségét befolyásolják, így közel-fekvő, hogy az időjárásnál is e hatás befolyással lehet.

**Korányi S. báró:** Az időérzékenység valószínűleg azon regulatiók kevésbé pontos működésétől származik, amelyek a milieu interieur a külvilág változásaitól többé-kevésbé függetlenek teszik.

#### Közkórházi Orvostársulat március 3-i ülése.

**Zsigmond Z.** elnök kegyeletos szavakban emlékezik *Koffler Adolf* kerületi orvos, a Társulat volt ülés-elnökének és *Láng Menyhért* iskolaorvos elhunytáról.

#### Bemutatások.

##### 1. Sipos I.: Kétszeres vastagbélrák két esete.

1. *F. E.* 59 éves, 1928 június óta gyomorégés, savanyú felbőfögés, hányinger, étkezéstől független göresős fájdalmak a hasban, állandó súlycsökkenés, 1928 okt. 11-én fölvetel. A köldöktől jobbra és kissé fölfelé lúdtojásnyi, mobilis, nyomásra érzékeny, síma felszínű terimenagyobodás. Diagnostikailag a duodenum callosus ulcusa, vagy vastagbél-tumor jöhetett szóba, melyet véglegesen tisztázni műtét előtt nem lehetett, mert a két egymástól eltérő Röntgen-lelet közül az egyik az ulcus, a másik a vastagbél-tumor diagnózisát erősítette meg. 1928 okt. 12-én műtét (*Pólya prof.*). A peritoneum megnyitása után a transversumon megtalálják a tapintott tumort és egy hasonlót a flex. hepatica táján. Ezen vastagbélrészt mobilizálva resekálják a coecummal együtt és a transversumot vakon elzárva ileocolostomát végeznek terminoletarálisan. Hasfalzárás.

2. *S. J.* 61 éves napszámos. 1928 márc. óta beteg. időközönként fellépő erős fájdalmak a hasban. 18 kg-t fogyott, 1928 dec. 12-én fölvetetett. A bal mesogastrumban tojásnyi, nyomásra érzékeny, mobilis tumor. Székletben occult vér. Röntgen alatt a descendens közepe táján kiesés látható. Vastagbélrák-diagnosissal műtétre kerül. 1928 dec. 17-én (*Pólya prof.*). A peritoneum megnyitása után a sigma descendens határán ülő tumor. A descendens rögzítettsége miatt a metszést fölfelé megnagyobbítják, amikor kiderül, hogy a colon descendens legfelső részén, közvetlenül a flex lienalis alatt még egy dionyi, hátrafelé rögzített tumor van. A vesetokkal is összekapcsolódott tumor felszabadítása után a transversum aboralis negyedétől a sigma közepéig eltávolítják a vastagbél és a bélesonkokat circularis varrattal egyesítik. A varrat extraperitonizálása és körültaimonálása



után a hasfal sebéét szűkítik. Ideiglenes stercoralis fistula keletkezésével — mely néhány hét alatt spontán begyógyult — sebé per secundiam begyógyult.

**Rosenák I.:** Az előadó által felvetett *primaer daganat*, vagy metastasis-kérdés eldöntése jelentős a többszörös synchron daganatoknál, melyek ugyanazon szövetszerkezeti illetik. A kérdésnek prognostikai jelentősége van. Saját esetében 60 éves férfi idősült obturáló ileussal jelentkezik. R.: circularis akadály 12 cm-re a coecum alsó polusától. Kissé mozgatható tyúktöjásnyi daganat a jobb ileocecalis tájon. Műtét: meghosszabbított *Sonnenburg*-metszés. Tyúktöjásnyi, porekemény coecum-daganat. Az appendix hegesen elválasztott s tömött tapintatú. Resectio ileocecalis end of seid anastomosissal. Szövetani lelet (I. kórbonctan) ec. solidum fibrosum a coecum s az appendix carcinoidja. Ha az appendixet praecare-nak fogja fel, közvetlen összefüggést a két daganat között elképzelni nem lehet. Ugy ebben az esetben, mint a *Lejars* által leírt, hasonló, de anachron daganatnál kifejezett tumoros dispositio forog fenn, amit az infaust prognózis mindkét esetben bizonyított is.

**2. Scheitz L.:** *Kulcsosontvelőgyulladások.* 3 esetből 2 férfi, 1 nő, mindháromnál jobb oldalt. Egy mediastinitisben, másik sülyyedéses tályog következtében fellépő scapula osteomyelitis, illetve sepsisben meghalt. Mindkettőnél tályognyitás, illetve csontfelvétel történt. Harmadik betegnél a szerzett tapasztalatok alapján a beteg kulcsosontrésztletet resekalja. Gyógyult. A kulcsosont bonctani helyzete olyan, hogy sülyyedéses tályogot okozhat gyulladása esetén. Sülyyedéses tályog keletkezhetik a mellkasfalban elől és hátul, valamint a mellüregben (pleura, mediastinum). A clav. hiánya a vállizület mozgását nem befolyásolja.

**3. Nebenführer L.:** *Alopecia totalis.* 19 éves férfi-beteg 1924 májusa óta kopasz. Az alopecia kiterjedt a fejtetőre, hónaljra, arcra, ahol lanugokat is csak elszórtan talált. Anamnesis fertőző betegség, trauma, lues, örökletes betegség negatív, vörösvérsejt 6.630.000 Hb 94% sella turcica normalis hormontherapia. Betegbemutatással kapcsolatban rövid áttekintés a különböző alopeciákról.

**4. Doleschall Z.:** *Ichthyosis serpentina.* 36 éves nő, rajta kívül még 1 nő és 1 fitegyvérének van ichthyosisa. Betegsége 3 éve áll fenn, 33 évig bőrszárazságban és az egész testfelületre kiterjedő enyhe korpádzásban nyilvánult. Félév óta bőre hirtelen megvastagodott, azon pikkelyes felrakódás keletkezett. Vérvkép normalis. Wassermann negatív. Az egész köztakaró száraz, fényvesztett, érdes, szürkésbarna és rajta részint négyzetes, részint polygonalis vastag pikkelyek tapadnak. A bőrbarázdák mélyek, kifejezettek. A folyamat kisebb fokban ráterjed az arc bőrére is. A testhajlatok a betegségtől mentesek. Az egész köztakaró zsír- és verejtékmentes. Mindkét tenyéren és talpon hyperkeratosus palmaris és plantaris.

#### Előadás.

**Liebermann L.:** *A tejbefecskendezés technikája.* Már több ízben felhívta az orvosok figyelmét arra, hogy az *intramuscularis tejbefecskendezés merőben célszerűtlen* és semmivel sem indokolható eljárás. A nagymennyiségű és a szöveteket is bizonyos fokig izgató, bár egyébként teljesen ártalmatlan tejedepőt a mozgással active és passive igénybevett izomzatban sokkal inkább okoz fájdalmakat, mint laza bőralatti kötőszövetben; azonkívül ha valamilyen asepsishiba miatt tályog keletkezik (tej, mint olyan csekély beszűrődésen kívül egyebet nem okoz), akkor az ilyen phlegmone vagy tályog az izmok között hasonlíthatatlanul veszedelmesebb és nehezebben kezelhető, mint a bőr alatt felületesen fekvő folyamat. Ez okból már 12 év óta a has bőre alá adja a tejet. A tejet a többi proteintherapiás szer nem mindig és mindenütt tudja pótolni. Bár osztályán ezret meghaladó tejbefecskendezés közt tályog (bőralatti) mindössze 3 fordult elő — míg más helyen előfordult igen súlyos izomközi phlegmoneról tud —, mégis e ritka és csak asepsis hibára visszavezethető baj lehető teljes elkerülésére a tejet a következőképp készíti elő. Minthogy hosszabb forralástól a tej vegyi összetétele bizonyos változáson megy át, mely a hatását esetleg csökkenti, de másrésztől rövid pár perces forralás nem elég megbízható a sterilitás szempontjából. Azért a tejet előbb felforraltatja (csak annyira, mint fogyasztáshoz), aztán sterilgázzal átszűrve steril gázdugaszos lombikban forrásban tartott vízfürdőben 1½ óráig sterilizálja, használat előtt pedig 1:4 arányban 1% rivanol-oldatot kever hozzá, mely hivatva van a leggondosabb manipuláció mellett is lehetséges valamilyen asepsis-hibát ártalmatlanná tenni. Azóta a tejjel a legkisebb kellemetlenség sem volt. Legújában novocaint is

tesz a tejhez 2% arányban, hogy a befecskendezést fájdalomtalanra tegye.

**Borszék K.:** Előadó által említett esetben az orvos a tejet intraglutealisan adta, amely az izomzat nekrosizását okozta.

**Gergő I.:** Nem ítéli el az intraglutealis injiciálást. 5000 glutealis alkalmazás után sem látott tályogot és ezért e módszertől nem óhajt eltérni.

**Torday Á.:** Előadó azon megjegyzésére, hogy újabban a lúz elkerülésével próbál sikeresen eljárni, megjegyzi, hogy különösen idült izületfolyamatoknál éppen a lúz provokálása által akarják a folyamatot mintegy acuttá tenni, hogy így a specifikumokra jobban reagáljon.

**Liebermann L.:** Nem célszerű olyan eljárást adni az orvosok kezébe, amelynél valamilyen kis hiba olyan súlyos következményekkel járhat, mint az említett esetben. Igaz másrésztől, hogy a rivanollal ez a veszély intramuscularis befecskendezéskor is el van kerülve. Azonban azok, kik az intramuscularis befecskendezéshez ragaszkodnak, maguk sem tudják voltaképpen, hogy miért teszik. Egyetlen kísérlet a subcutan befecskendezéssel elegendő, hogy előnyéről meggyőződhessünk. Különösen olyan betegen, ki már intramuscularisan is kapott tejet. Ajánlását nemcsak elvi megfontolásokra, hanem nagyszámú esetén gyűjtött összehasonlító tapasztalatokra is alapította, melyeket csak az egyik módra vonatkozó tapasztalatokkal elvitatni nem lehet.

### A Charité Poliklinika orvosi karának febr. 27-i ülése.

#### Bemutatás:

**1. Lénárd V.:** *A Zondek—Aschheim-féle terhességi reactióról.* Ezen terhességi reactio szellemes felépítésénél, újszerűségénél és mindenekelőtt széles kísérleti megalapozottságánál fogva megérdemli, hogy a kutató- és gyakorlóorvos érdeklődését a legnagyobb fokban felkeltse. A reactio lényege, hogy állatkísérletben mutatja ki a gravid nő vizeletében, már a terhesség legkorábbi szakában is, igen nagy mennyiségben jelenlévő hypophysis elülső lebenyhormonokat. Ezen terhességi reactióval végzett kísérleteit tovább fogja folytatni s ajánlja, hogy minél szélesebb körben foglalkozzanak vele.

**Földes L.:** Véleménye szerint e terhességi diagnostikum, mint az utolsó évek endokrinológiai kutatásainak jelenlegi csúcspontja, méltán sorakozik a védőoltások, vagy az insulin felfedezéséhez, és azoknál semmivel sem kisebb jelentőségű. A reactio elvégzése sok anya további sorsára döntő lehet s a méhen kívüli terhesség differential-diagnostikai kimutatása által iránymutatóul fog szolgálni a műtét beindikálására.

**Kelemen E.:** Az új terhességi próbát néhány esetben szintén megkísérelte. Az eljárás eddigi tapasztalatai szerint jó. Tévedés csak az esetben lehetséges, ha a vizsgálat céljára véletlenül egy már ivarérett állat használtatik. Ez a hibaforrás azonban szintén biztonsággal kiküszöbölhető, ha az egérovariumok makroszkopos megvizsgálása mellett azokat minden esetben mikroszkoposan is megvizsgálják, mint azt ő a felsorolt eljárásoknál tette. Az ovariumban található corpora lutea atreticák az ovariumokban physiologiás viszonyok között ugyanis csak egészen kivételesen fordulnak elő, míg a terhességi reactio kapcsán fellépő ovariummérésnél mindenkor ilyeneket találunk. A petesejt az ilyen corpus luteumokban igen könnyen felismerhető. A reactio minél kiterjedtebb végzését ajánlja.

**Gál H.:** Ismerteti azon esetét, mely az előadó egyik vizsgálatának tárgyát képezte: 40 éves hájdús, gyomorpanaszokkal és vérzéskimaradással jelentkező nő, retroflexióban lévő uterussal. Arra vonatkozólag, hogy a panaszokat a méh helyzeti rendellenessége, graviditas, avagy pedig anteklimakterikus zavar okozza-e, a bimanualis vizsgálat és a látható klinikai tünetek megbízható támpontot nem nyújtottak. A megejtett pozitív eredményű *Zondek—Aschheim*-vizsgálat helyességét azóta a megnagyobbodott anteflexióba került s így diagnostizálhatóvá vált graviditás igazolta.

**2. Weisz A. és Koppenstein E.:** *Gyomor a mellüregben.* 75 éves férfibeteget mutatnak be, akinél a Röntgen-vizsgálat a gyomrot a mellüregben fekvőnek mutatta: a cardialis részt bal oldalt, az antralis részt jobb oldalt. A vékony- és vastagbelek a hasüregben voltak. A gyomor ürülése gyorsult, gyomor bulbuscontourok épek. Az eset kapcsán részletesen foglalkoznak a diaphragmasérvek régebbi és újabbi felosztásával, különösen a relaxatio diaphragmatica kérdésével és annak a sérvektől való elkülönítésével. A hiatus-sérvek tárgya-



lása során *Ackerlund* felosztását fogadják el. Bő casuistikai ismertetés és a klinikai symptomatologia elmondása után azt a conclusiót vonják le, hogy a hiatus-sérvek nem tartoznak a ritkaságok közé. Karakteristikus klinikai tünetek hiányában azonban véleményünk szerint tévdiagnosisoktól minden hasonló esetben csak az exacte keresztülvitt Röntgen-vizsgálat tud megóvni. Meggyőződésünk, hogy az illetékesen észlelt esetek száma ez úton nálunk is oly arányban fog növekedni, mint azt a külföldi statisztikus közlések mutatják.

**Haller Ö.:** Egy operált diaphragma-sérv esetéről számol be, amely kizáródásos tünetek miatt került műtetre. Tapasztalatai alapján a diaphragma-sérvek transpleuralis megoldását műleti technika szempontjából előnyösebbnek tartja, mert laparotomia útján nagyon nehéz a magasan álló diaphragma-sérv kapuját zárni és a sérvtömlőt resekálni.

**Bársony T.:** Felhívja a figyelmet arra, hogy a hiatus-sérv diagnózis még nem jelenti mindenkor egyúttal a beteg panaszainak kielégítő magyarázatát is. Számos esetet sorol fel, ahol későbbi vizsgálatok és a klinikai lefolyás kétségtelenül igazolták, hogy az adott esetekben a hiatus-sérv fennállása a panaszokkal semmiféle kapcsolatban sem volt, azok egyéb megbetegedések tüneteinek bizonyultak.

#### Előadás:

**Unterberg H.:** *A vesetuberculosis néhány érdekes kérdéséről.* A tárgyat három szempontból tárgyalja: 1. A pathologia és evolutio; 2. a symptomatologia és diagnózis és 3. a therapia szempontjából. Az 1. csoportban a bajnak néha igen acut, máskor viszont hosszas chronikus lefolyására hívja fel a figyelmet. A különböző kórfolyást sem a bacillusok virulentiájával, sem a betegnek individualis ellenállásával magyarázni nem lehet, amint azt számos bemutatott példa is bizonyítja. Éppen úgy nem függ össze a virulencia a hólyagmegbetegedések kiterjedésével sem. A 2. pontban arra figyelmeztet, hogy a vese-tbc. symptomatológiájában nem a vese, hanem a hólyagtünetek és a vizeleti elváltozás a fontos. A diagnózist sokszor csak a cystoskopia, functionalis vesevizsgálat és állatoltás eredményeinek összegezésével tudjuk felállítani. A 3. szempont tárgyalásánál kiemeli, hogy egyoldalú vesemegbetegedésnél csak a veseexstirpatio segíthet a bajon. Kétoldali vese-tbc.-nál a nephrektomia contraindikált. Az egyoldalú nephrektomia műtét eredményei igen jók, a késői eredmények azonban már lényegesen rosszabbak. A vesetuberculosis gyógyítását a jövőben a conservativ eljárásokban kell keresnünk, amelyek ma még ugyan az esetek többségében hatástalanok, de amelyeknek kifejlődési útjuk sok sikert ígér.

### A Debreceni Orvosegyesület február 21-i ülése.

#### Bemutatás:

**Jósa L.:** *Epiplottis chronica* esetét mutatja be. A Braun-Schnitzler típusú tumor a 35 éves nőbetegnél kevéssel a félév előtt végzett műtét után okozta az első tüneteket, akkor appendicitis gangraenosával operálták. A csepleszdaganat kiirtása nem volt lehetséges a belekkel és hólyaggal való igen erős összenövés miatt. A tumor közepében diónyi tályogüreg volt. Ennek széleit a peritoneumhoz szegték ki.

**Rencz A.:** *Perilunaris luxatio.* A bemutató tárgyalja a perilunaris luxatio keletkezési mechanizmusát, valamint létrejövő különböző alakjait. Rámutat, hogy aránylag milyen ritkán szövődik ez a luxatio más kéztöcsontok törésével. Bemutat egy esetet, ahol a perilunaris luxatio triquetrum töréssel és a radius proc. styloideusának a törésével társul. Az irodalomban összesen kb. 20 töréses perilunaris luxatio van leközölve, viszont a bemutató mindezekig nem talált triquetrum töréssel kombinált perilunaris luxatiót.

**Siegmund E.:** A beteget csak a sérülés utáni napon látta. A klinikai tünetek a kézfej általános, feszes duzzanata miatt nem voltak jellemzőek. A repositiót Röntgen-ernyő alatt végezte oly módon, hogy mindkét kezének négy ujját az alkar feszítő oldalán megtámasztva, két hüvelyk ujjával az os lunatum volaris szarvára dorsalis és distalis irányban erős nyomást fejtett ki, míg a segéd a kézfejet két kezével distalis irányba húzva, erős dorsalflexióba hozta és volaris irányba nyomta. A repositio minden nehézség nélkül bekövetkezett, míg az az irodalom adatai szerint rendszeren nehézségekbe ütközik és *Delbet* szerint csak az esetek egyharmadában sikerül.

#### Előadás:

**Bakucz J.:** *Az intoxicatio alimentaris pathogenesise.* A toxikus symptomacsoport kifejlődhetik különböző basison fellépő pathológiás állapotoknál. Hogy mégis leggyakrabban fiatal csecsemőknél észleljük, még mindig néha egészen ártalmatlannak látszó megbetegedéseknél is, ez az egy éven aluli gyermek pathológiájának legfeltűnőbb sajátossága. Ha tehát az intoxicatio nem bizonyos betegségek, vagy több rokonbetegségnek sajátossága, hanem különböző basison is kifejlődhetik, akkor a betegség lényegét nem a kiváltó factorok specifikus tulajdonságában kell keresni, hanem úgy lehet magyarázni, hogy az intoxicatio symptomatológiailag élesen körülírt reactio, mely mindig hasonló körképben mutatkozik, ha a szervezet bizonyos hasonló elváltozásokat szenved, bár az elváltozást kiváltó tényezők különbözők (*Finkelstein*). A toxikus befolyásnak első jele az alimentaris láz, mely már gyakran akkor fennáll, amikor az intoxicationnak egyéb symptomái hiányoznak. A lázat okozó mérgek a szerzőknek egy része szerint bakteriumos eredetű. *Moro* szerint a mérgehatás képviselői bizonyos aminek, amelyek coli hatására a táplálék fehérjéjéből hatadnak le. Azonban minden fáradság dacára a béltartalom mérgező hatásának kimutatása még comával járó esetekben sem jár egységes eredménnyel. Bakteriumhatás nélkül jön létre a só, a szomjúsági és concentrációs, illetve fehérláz. Habár a dyspepsiás csecsemő alimentaris lázát nem is lehet minden további nélkül az előbbiekkal azonosnak minősíteni, mégis ezeknél tett megfigyelések némiképpen bepillantást engednek az intoxicationnál előálló láz keletkezésében. Az alimentaris intoxicatio pathogenesiseinek középpontjában az exsiccatio áll. A vízvesztés az legtöbb szerző szerint fokozott perspiratio révén következik be. A legtöbb szerző a toxikozist az exsiccatióval mint primaer noxiára vezeti vissza. Mások szerint elsődleges az exogen, vagy endogen mérgek keletkezése, amelyek az összszervezetben, vagy egyes szervekben (máj, bélnyálkahártyák) colloidalis elváltozást hoznak létre. *Heim* szerint az intoxicatio az adrenalin systema hyper-, az insulin systema hypofunctiójának következménye. A nagyfokban nyitott májzár következtében a májnak vérral való túlgyors átáramlása nem hagy elegendő időt a májban végbemenő mérgetlenítő folyamatoknak. *Besau* és *Rosenbaum* szerint a csecsemőnél physiologiásan is hiányosan működő „membrana pervascularis limitans gliae” az exsiccosis által erősen károsodik s az exogen, vagy endogen mérgek az agyszövetbe juthatnak. *Szontagh* szerint a cholera sicea-esetek mutatják a leghevesebb toxikozist anélkül, hogy nagyfokú exsiccatio előrement volna. A betegség néha robbanásszerűen tör ki, sokszor hányás, hasmenés nélkül. Az exsiccatio hívei szerint a hányás, hasmenés (perspiratio) volna az, mely a szervezetet az exsiccosis révén katasztróphába dönti. Szerinte az utóbbiakban a szervezet védekezését kell látni, mert éppen ott, ahol ezek ki nem fejlődhetnek (cholera sicea), az anyagforgalmi katasztrópha el nem hárítható. Elsődlegesnek kell tehát az anyagforgalmi zavart felvenni.

### A Magyar Röntgentársaság február 26-i tudományos ülése.

#### Előadások:

1. **Varga G.:** *A feszültségi görbe alakjának a Röntgen-effectusra való befolyása, különös tekintettel a kondenzátoros készülékekre.* A Röntgen-esőben a bevezetett elektromos energia csak kis részben alakul át Röntgen-energiává, a túlnyomó rész, főleg hő alakjában elvész. A Röntgen-energia és a esőbe bevezetett elektromos energia viszonya a hatások, amely az elektromos energiával szorozva a Röntgen-effectust adja. A hatások a feszültség pillanatnyi értékétől függ és vele közel arányos. A hatásokot illusztrálják a következő számszerű adatok: 50 KV egyenáramú feszültségnél kb. 1.2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, 100 KV-nál kb. 2.7<sup>0</sup>/<sub>100</sub> a hatások (Wolfram-antikatódnál). Bármilyen feszültséggörbéjű Röntgen-készülék hatások könnyen megállapítható a feszültséggörbe pillanatnyi értékeihez tartozó hatásokok alapján. Bemutatja különböző készüléktípusok feszültséggörbéjét és az azok alapján megállapított Röntgen-effectusokat. Számításai eredményeképpen a legideálisabb effectussal a kétventilcsöves-kétkondenzátoros Röntgen-készülék bír, melynek árama néhány százalékos ingadozástól eltekintve egyenes vonalú, utána következik a forgó egyenirányító készülék, majd az egyventilcsöves-kétkondenzátoros



kapcsolású (Villard) készülék. A legkevésbé jó hatásfokú az egyenirányító nélküli, egyventilesőves és négyventilesőves készülék, amelyek egymással hatásfok szempontjából egyenrangúak és az összes típusok között feszültséggömbjük alakja miatt legkevésbé alkalmasak therapiás üzemre. A kétventilesőves, kétkondenzátoros Röntgen-készülék a legalkalmasabb a mély therapiára, az abszolút üzembiztosság és túlfeszültség nélküli működése miatt is méltón a legtökéletesebb therapiás berendezésnek tekinthető.

**Engel S.** és **Kővári** hosszabb idő óta dolgoznak kétventilesőves-kétkondenzátoros készülékkel és mindenben megerősítik az előadó adatait.

**Weisz A.** hat év óta dolgozik ugyanolyan készülékkel és szintén kitűnő tapasztalatokat szerzett vele.

**2. Schiffer E.:** *A pyelographia diagnostikai jelentősége.* Összefoglalóan ismerteti a pyelographia fejlődését és a különböző contrastanyagokat. Megbeszéli a vizsgálat technikáját, figyelmeztet az erős nyomás kerülésére, mert az heves göresős fájdalmakat válthat ki. Ilyenkor a contrastanyag a veseparenchymába préselődik, mi a Röntgen-képen vagy mint a vesekelyhek fornixából kiinduló háromszög alakú kép (pyelovenöser Reflux), vagy a papillák csücséből kiinduló ecetszerűen fölrostozódó kép látható (a tubulusokba nyomuló contrastanyag). Megbeszéli a Röntgen-fölvételi technikát, hangsúlyozza a kehelyvégék (papilla) és a fornix pontos észlelésének fontosságát. Megbeszéli a pyelographia óriási jelentőségét a vese és ureter fejlődési rendelleneségek vizsgálatában és bemutat megfelelő eseteket. Ezután a vesemedence és kehelytágulatok jellegzetes képeit ismerteti számos eset bemutatásával. Majd a vesetbc. korai diagnosizálásának a lehetőségét beszéli meg a tünetek fölborolásával és esetek bemutatásával. A vesetumorok megállapításában a pyelographia igen előkelő szerepet játszik, úgy a vesemedencébe bedomborodó, mint annak szomszédságában levő és azt compressio útján deformáló, vagy pedig dislokáló tumorok fölismerésében. A vesemedencétől távolabb fekvő vesetumorok pyelogrammjai is jellegzetesek szoktak lenni és a fölismerést megkönnyítik. Végül fontos szerepe van a pyelographiának más hasi tumoroktól való elkülönítésénél is. Mindenre számos szép példát mutat be. Vesesérülések következményei is sokszor szépen konstatalhatók a pyelographia segítségével. Az ureterek viszonyai is kitűnően konstatalhatók, aminek pl. vándorveséknél stb. beálló uretermegtörések kimutatásánál vesszük nagy hasznát. A pontosabb kólokalizálásnál is jelentősége van a pyelographiának, mert az a töltésen belül vagy mint condens kőképp, vagy pedig mint telődési hiány válik láthatóvá. Kőre való vizsgálatnál ajánlja az Umbrenalnak 3–5, sőt néha 10-szeresre való hígítását, mert a hígítatlan oldat intenzív képeben a kisebb kövek esetleg nem válnak látható. Úgy a kólokalizálásra, mint utóbbi állításnak demonstrálására is számos nagyon tanulságos esetről készült szép fölvételt mutat be.

**Farkas I.:** Az urologus szempontjából kritikailag megbeszéli a különböző gáznemű és folyékony contrastanyagokat. Fölvívja a figyelmet arra, hogy a bromnatriumnál igen ritka esetben előfordulhat bróm-mérgezés, ha a vesemedencébe befeeszkendezett folyadék visszafolyása meg van nehezítve, ha tágulás miatt nagyobb mennyiséget kell befeeszkendezni és ami a legfontosabb, ha a vizsgálat előtt az egyén sómentes diétán van tartva. Ilyeneknél ajánlatos a vizsgálat előtt 10–15 g konyhasóadagolás, mi a bromnatrium föl szívódását csökkent. Umbrenal használatánál a hydrargyrum oxycyanatum használatát kerülni kell, mert igen izgató higanyjodid keletkezik. Vékony ureterkathetert kell használni a visszafolyás megkönnyítésére. A vesetbc. diagnosizálásnál, főleg a kezdeti stadiumban, fontos a pyelographia, mert kimutatja a kehelykiesést. Demonstrál egy ilyen esetet, valamint bemutat néhány érdekesebb indirect pyelographiás képet, amidőn a hólyagnak contrastfolyadékkal való telítése után reflux folytán telődött föl az ureter, illetőleg a vesemedence.

**Révész V.** bemutatja egy sorozat érdekes vesetumoros eset pyelogrammját, úgyszintén nagyon ritka vesefejlődési rendelleneségek eseteit, továbbá pyelographiával megállapított kövek képeit, ureterszűkület és ureterfistula képeit.

**Holitsch R.** bemutatja egy kétoldali kettős ureter pyelogrammját.

**Haas** hangsúlyozza, a pyelographia fontosságát olyan ureterkövek kimutatására, melyek amúgy nem mutathatók ki Röntgen-nel. Hivatkozik a M. R. T. egy régebbi írásán bemutatott ilyen eseteire.

## A Szegedi Egyetem Barátai Egyesület orvosi szakosztályának február 28-i ülése.

### Bemutatás:

**Troján E.:** *Invaginatio ileococcalis esete.* 55 éves férfit beteg mutat be, kinél 5 napos invaginatio ileococcalist operált. A vékonybél 15 cm-re a coecumba türemkedett. A desinvaginatio sikerült. Itt is, mint 2 év előtt operált esetnél a coecumot megszükitette és a vékonybelet párhuzamosan a coecumhoz varrta.

### Előadás:

**Berkesy L.:** A belgyógyászati klinikán legutóbb észlelt két ólommérgezésről számol be. Az egyik 31 éves vasúti málházó, kinek felvétele előtt 5 nappal kolikaszerű fájdalmak léptek fel. Nála a cardinalis tünetek közül csak ólomszegély és a kevésbé típusos kolika volt meg, basophil szemesézetszerű vörösvértesteket nem találtak. A mérgezés forrásának kutatása igen érdekes adatokat szolgáltatott: a beteg 30 évi szolgálata alatt zsebeiben hordozta a vasúti kocsi lezárásához szükséges ólomplombokat s ugyanitt tartott kenyeret, pogácsát. Legfeltűnőbb, hogy a beteg már egy éve nem tesz szolgálata s a mérgezés mégis most következett be. A gyanúba vett zsebek vizsgálatok azokat valósággal telítve találtak fekete porral. — Másik esetünkben egy 33 éves tanyai ember szerepel, kinél az ősz óta most januárban másodszor jelentkeztek típusos ólomkolikás fájdalmak. Az eset annak demonstrálására mutatja be, hogy milyen nehezégek árán is hosszasan kell kutatni a mérgezés eredete után, mert már a harmadik esetben sikerült így célt érni. Itt a mérgezés forrásaként egy évtizedek óta meglévő, de nagysága miatt jóformán nem használt, belül is mázas cserépfazekat derítettek ki, melybe most először tettek ecetes paprikát. A vizsgálatra megszerzett ecetben igen nagymennyiségű ólmot lehetett kimutatni. Esetei kapasan hangsúlyozza, hogy az ólommérgezés lehetőségére adott esetekben nagyobb figyelmet kell fordítani; rendkívül fontos a további ártalom elkerülése végett az ólom eredetének felkutatása. Végül kiemeli azt a megfigyelését, hogy 3 esetük közül csak annál a kettőnél voltak basophil szemesézű vértestek, ahol az ólom oldott állapotban és kimutathatóan nagy mennyiségben került a szervezetbe, s ezeknél is a klinikai észlelés 5–6. napján ezek a vérből eltűntek.

**Kovács J.:** Idült ólommérgezést többször látott fazekasoknál, mázolóknál és betűszedőknél. Heveny mérgezést látott egyszer mázas cserépedényben főzött paradicsomtól, máskor egy háromtagú családnál olyan cukor használata után, amit a kereskedő abban a fiókban tartott, miben előzőleg ólomcukor volt elraktározva.

## Az Erzsébet Egyetemi Tud. Egyesület márc. 4-i ülése.

**Kiss F.** (mint vendég): *A plexus coeliacus és a plexus hypogastricus anatómiája és szövettana.* Anatómiai készítményeken demonstrálja a plexus coeliacus gyökereit, ezek lefutását, majd a váltakozó nagyságú és helyzetű ganglion-coeliacumokat. Ezután részletesen ismerteti és demonstrálja az ezen ganglionokból eredő és egymással többé-kevésbé összefüggő fonatokat: Plexus hepaticus, pl. renalis, pl. cardiacus et pl. pyloricus, pl. pancreaticus, pl. duodenalis, pl. lienalis és pl. diaphragmaticus. Demonstrálja továbbá a Luschka-féle gangl. phrenicumot és a fonat összefüggését a n. phrenicussal. Szövettani vizsgálatai kimutatták, hogy ezen fonat nagyrészt velőtlen és kisebb részben vékony velőhüvelű (valószínűen érző) rostokból áll. Minthogy ezen fonat révén a n. phrenicus összeköttetésbe kerül a gangl. coeliacummal és az abból eredő összes fonatokkal, magyarázatát találjuk azon klinikai észleleteknek, hogy hasi-ri folyamatok válltáji fájdalmat válthatnak ki. A n. phrenicusban szövettani úton is talált érző rostokat, a sympathicus rostoknak a vállfájdaom létrejöttében nincs szerepük. Részletesen ismerteti ezután a pl. coeliacuson, vagy ennek gyökerein végezhető helyi érzéstelenítések topographiáját és azok értelmezését. A pl. hypogastricusnak kétféle eredésű gyökerei vannak: a) a trunc. sympathicusból és b) a pl. sacralisból jöveők. A *Mihálik Péterrel* együtt közölt vizsgálataik alapján szövettani metszeteken elkülöníthetők a velőtlen (sympathicus), vékony velőhüvelű (érező és parasympathicus) rostok, valamint a fonatokban gyéren előforduló vastag velőhüvelű rostok, mely utóbbiak itt nem a hasonló képet adó akaratlagos-



mozgató, hanem valószínű a *Kiss* és *Mihalik* által a hátsó gyökerekben leírt ismeretlen működésű rostokból származnak. A n. phrenicussal kapcsolatban megemlíti, hogy a harántesikolt izom kettős beidegzésének (spinalis és sympathicus) feltételezésére nincs meg a morfológiai alap (amint azt *Boeke*, *Dusser*, *de Barenne*, *Hunter* stb. felveszik). Ezen szerzők által velőtlennek (sympathicusnak) mondott rostok valójában vékonyvelőjűek (érzők). Megerősíti továbbá *Ranson* és mások azon leletét, hogy a n. vagusban a rekesz alatt főleg velőtlen rostok találhatók, kiegészítve azzal, hogy az ezek között szétosztottan futó kb.  $\frac{1}{10}$  részt képező velős rostok csaknem kizárólag rostonyhüvelyűek (érzők vagy parasymphathicusok).

**Scipiades E.:** Kéri előadót, terjessze ki vizsgálatait az ú. n. spinalis communicatiókra is, mert ezáltal talán hasznosabb módszere lesz kidolgozható a hasi érzéstelenítés azon szakaszának, mely a splanchnikus és parascapularis érzéstelenítés területei közé esik s melynek érzéstelenítését ma csak lejtős síkok alkalmazásával tudják elérni. Egyébként a splanchnikust hátulról érzésteleníti a retro-phrenicalis tasak irányában, ahol a pl. coeliacussal nem jut directe érintkezésbe. Ennek tudja be, hogy 300 esete kapcsán egy st. thym. lymph.-os betegen kívül anaesthesiás halált nem látott. A medencebeli betegségekkel kapcsolatos vállfájást a nőorvos ismeri pl. retroflexiók kapcsán. A fájdalmat vezető idegösszeköttetések már évek óta ismerik és előadó vizsgálatainak nagy jelentőségét ezen összeköttetések szövettani vizsgálataiban látja.

**Kiss F.:** A plexus coeliacus és hypogastricus egyidejű helyierzéstelenítése esetén a hasüregben még érzékeny közti zóna oka a rr. communicantes lumbales útján a tr. sympathicusba és innen a radix mesenterii-be küldött érző rostokban van. A beteg felületésekor az érzéstelenítő folyadék a retroperitonealis laza szövetben sülyedvén, eléri ezen rr. communicantes lumbaleseket, ezért áll be később az érzéstelenítés.

**Tóth Zs.:** Örömmel üdvözli előadót pécsi collegái nevében, ilyen sok újat mondó és értékes előadása alkalmából.

**Mansfeld G.:** A vegetatív idegrendszer finomabb anatómiai viszonyainak tisztázása igen nagyjelentőségű, ez már a kísérletes orvostudomány szempontjából is elsőrendű szükségesség. Legérdekesebbnek azt a megállapítást tartja, hogy a vagus a rekesz alatt főleg sympathicus rostokat tartalmaz. A gyomorbél kettős innervációja hasonló volna ahhoz, amit a vér ereinél látunk, ahol az antagonikus constrictorok és dilatatorok — bár külön vezetékben haladnak — különböző mérgekkel befolyásolhatók, de ugyanabból az idegrendszerből (a sympathicusból) származnak. Ebben az irányban a kísérletes vizsgálatok revisióra szorulnak. Az a megállapítás azonban, hogy az izomzat független volna a sympathicus idegrendszerétől, mert a harántesikolt izmokhoz menő idegek között nem találhatók sympathicus rostok, merve ellenkezik úgy régi, mint újabb kísérletes megállapításokkal, melyek kétségtelenül bizonyítják, hogy a sympathicus határköteg az izom chemismusára döntő hatást gyakorol. *Dusser de Barenne* és *Orbelli* vizsgálatai is az izom sympathicus innervációja mellett szólnak. Ezek a vizsgálatok még annak a lehetőségét is kizárják, hogy a symp. hatása indirect úton, az erek befolyásolása útján fejtené ki hatását az izom működésére. Lehet, hogy a symp. rostok nem a spinalis idegek mentén — talán kizárólag az erek falában — jutnak el az izomhoz, de kétségbe vonni azt, hogy a sympathicus idegek az izomrostokhoz jutnak, csak úgy lehet, ha kísérletes megállapítások egész tömegét figyelmen kívül hagyjuk.

**Pekár M.:** Körülbelül közepén áll nézetével a pharmlógusok és anatómusok között. Azt határozottan mondhatja, hogy bizonyos antagonikus hatáson alapuló gyógyszeres kísérletekkel azt megvizsgálja, hogy valamelyik idegtörzs milyen rostokból tevődik össze, nem lehet. A hatásbeli antagonizmus a végkészüléken múlik. A végkészülékek közötti functionális különbség nem árulja el, hogy a tengelyfonál honnan származik és melyik idegtörzsben halad. Másrészt kénytelen hangsúlyozni, hogy egyes idegtörzseknek izgatása vagy elvágása, az izgalmi vagy kiesési tüneteknek megállapítása, nem mindig árulja el, hogy valamelyik idegtörzsben a sok százezer rost között milyen különböző funkciójú rostok vannak elhelyezve s még kevésbé mutat arra felvilágosítást, hogy mi a különféle rostoknak a számaránya. Izgatáskor és kieséskor mindig a domináló tüneteket vesszük észre, a finomabb viszonyokat sokszor évtizedek múlva tudjuk meg. A Bell—Magendie-féle szabály, mikor

megszületett (1811—1822), a durva izgatási és kiesési tünetek alapján az első gyökeret csak motorikusnak, a hátsót kizárólag bőrérzőnek ismerte el: egyszerűen azért, mert ezek voltak a domináns tünetek. Száz év munkája kellett ahhoz, hogy lassan megállapítsuk, hogy az elülső gyökérben nyolcféle centrifugális functio van, viszont a hátsó gyökérben a felületi érzésen kívül bennfoglaltatik a mélyérzés, továbbá a szerveknek, hasi zsigereknek stb. érzései, amint azt klinice a hátsó gyökér megbetegedései világosan igazolták. A különböző módszerekkel nyert kísérleti adatok összeegyeztetése egymással és az idegrendszer anatómiai szerkezetével, egyike a legnehezebb feladatoknak és igen nagy körültekintést és óvatosságot igényel. *Kiss Ferenc*nek ezen célt szolgáló munkája igen nagy jelentőségű.

**Kiss F.:** Az állatkísérletek eredményeit az idegrendszerrel illetőleg igen nagy óvatossággal kell emberre átvinni, minthogy szövettani vizsgálatai többször meggyőzték, hogy az egyes állatok ugyanazon idege a velős és velőtlen rostok tekintetében igen nagy különbségeket mutat. Az izombeidegzést illetően utal *Mihalikkal* együtt közölt és már megjelent dolgozatára, mely szerint az izomba belépő idegekben csak kétféle rostot találunk: vastag- és vékonyvelőjűeket. A vastagok a motorikusok, a vékonyak az érzők. A kettős beidegzés hívei csak ezüst módszerekkel (contour-képekkel) dolgozván, nem láthaták a vékony velőhüvelyeket és azt gondolták, hogy a vékony rostok velőtlenek (sympathicusok), senki sem gondolván arra, hogy hol vannak az izom érző idegei. A velőtlen (sympathicus) rostok az erek mentén lépnek be az izomba, amit a *Mansfeld* professor úr által felhozott kísérletek is igazolnak, mert a sympathicus izgatásra anyagcsere- és vérkeringésbeli változások történtek. Viszont sympathicus izgatással még senkinek sem sikerült izomösszehúzóást vagy csak tonust is létrehozni. A Hunter—Royle-féle kettős beidegzésre épített és *Royle* által Amerikában embereken végrehajtott műtétek a legkülönbözőbb tünetekkel, de végeredményben eredménytelenül végződtek.

**Pekár M.:** Utólagosan még csak azt kívánja megjegyezni, hogy az izomba kétféle úton jutnak idegek: a mozgató idegek és az erek mentén. A budapesti élettani intézetben néhai *Klug* professor vezetése alatt csinált *Landauer—Ligeti* olyan kísérleteket, hogy békánál átvágta egyik esetben az elülső, másik esetben a hátsó gyökeret és a teljes degeneratio bevéárása után megállapította, hogy a motorikus tengelyfonalak mellett érző fonalak is vannak az izomban.

## A veszettség elleni küzdelem az Északamerikai Egyesült Államokban.

Írta: *Went István dr.*

(Második, befejező közlemény.)

### II. Néhány adat az emberi lyssa előfordulásáról az Északamerikai Egyesült Államokban.

Bevezető soraimban említettem már, hogy Washington mindezeideig nem adott ki semmiféle jelentést, vagy statistikát sem az U. S. A. egész területén folyó lyssaellenes küzdelem egyeteméről. Úgy látszik azonban, hogy az egyes államok közegészségügyi központjai sem sokat publikáltak ebben a vonatkozásban. Az alábbi adatokat tehát legnagyobb részét nem hivatalos kiadványokból és jelentésekből merítettem, hanem részint bizonyos bizottságok üléseinek a jegyzőkönyveiből,<sup>4</sup> részint pedig az illetékes közegészségügyi tisztviselők magánközléseiből. Ezen a helyen egyébként sem volt szándékomban statistikák másolatát adni. Az a néhány adat, amit közölni tudok, talán elegendő lesz ahhoz, hogy arról a kérdéstről, amelyet ezen fejezet címeiben megjelöltem, némi fogalmat alkossunk magunknak.

*Chicago City*-ben az 1923-tól 1926-ig terjedő idő folyamán emberi lyssa elő nem fordult (Public Health Report of Chicago City 1926.) 1926 óta a helyzet lényegesen rosszabbodott, ami valószínűleg összefüggésben áll a gazdátlan és veszett ebek számának 1—2 év óta

<sup>4</sup> Legfontosabb forrásomat a „State and Territorial Health Officers“ Washingtonban 1926 május 25-én megtartott ülésének a jegyzőkönyve képezte.



észlelhető ijesztő növekedésével. Hogy 1926 óta hány emberi rabies észleltetett Chicago City-ben, arra vonatkozólag számbeli adatokat beszerezni nem tudtam.

*Maryland* államban (S. and T. Health Officers 1927 május 25-iki conferentiájának jegyzőkönyve) 1925-ben három haláleset történt. Mind a három egyén magánorvosok által kezeltetett. A haláleseteket követő vizsgálatok megállapították, hogy a kezelőorvosok nem tették meg a szükséges lépéseket a maró állapotok megvizsgálására vonatkozólag, s hogy a sérültek eleinte kizárólag sebési úton kezeltettek. Az egyik sérült csak két héttel a fertőzés után kapta az első oltást.

*Indianában* (King dr. közlése) 1913 óta egyetlen haláleset történt. Előbb említettük, hogy ezen állam 15 év óta valóságos Pasteur-intézettel rendelkezik, amelyben naponta 15–20 patientet kezelnek teljesen ingyen.

*Alabama* államban (Welch dr.) az elmúlt 18 év folyamán 30 emberi veszettség fordult elő. Ezen esetek közül 23 részesült antirabieses kezelésben, hét pedig nem. Az utóbbi évek folyamán a helyzet kissé javul. Jelenleg átlag minden 900 sérülésre esik egy haláleset.

*Connecticutban* (S. and T. H. O. 1927 május 27-i conferentiájának jegyzőkönyve) 1917 óta emberi lyssát nem észleltek.

*Illinoisban* (ugyanazon forrás) az 1924. évben két emberi veszettség fordult elő.

*South Carolinában* (Hayne dr.) 1926-ban 1031, 1927-ben pedig 900 egyént martak meg veszett állatok; 15 évvel ezelőtt ezzel szemben csak 100–200 ilyen eset fordult elő évente.

*Kansasban* (Brown dr.) 1926 júliusától 1927 májusáig nyolc haláleset történt, ami az elmúlt évek statistikájával szemben a helyzet nagymérvű rosszabbodását jelenti.

*Virginában* (Williams dr.) az utóbbi évek folyamán a marások és letális kimenetelű esetek száma folytonosan növekszik (számbeli adatokat beszerezni nem tudtam).

*Iowa* államban (Griswold dr.) 1926-ban négyen pusztultak el veszettségben; antirabikus kezelésben egyik sem részesült.

E néhány adat szerint az emberi rabies esetek száma az U. S. A. némely államában csökken, némelyikben pedig növekszik. Mindenesetre azok az államok, ahol az utóbbi eset van adva, sokkal számosabbak és népesség szempontjából sokkal fontosabbak, mint a javuló statistikával rendelkező területek. Ez a körülmény megmagyarázza a Hygienic Laboratory és az Egyesült Államok egyéb közegészségügyi autoritásainak ama véleményét, mely szerint e tragikus megbetegedések száma az U. S. A. összességében elszomorító és aggasztó emelkedést mutat.

Nem tudok visszaemlékezni rá, hogy hányszor tettem fel szakemberek előtt a kérdést, hogy milyen okra vezetnek vissza a rabies esetek számának ezen növekedését? A felelet mindig ugyanaz volt, hogy t. i. az okot kétségkívül a gazdátlan, vagy szájkosár nélkül kóborló ebek számának növekedése és az állategészségügyi törvények elégtelensége szolgáltatja. E nézet helyességében kételkedni természetesen aligha van okunk. Valószínű azonban, hogy ebben a vonatkozásban némi szerepet játszanak a gondatlan orvosok (l. pl. *Maryland* esetét) és talán más egyéb tényezők is. A jövő mindenesetre sok tanulsággal fog szolgálni. Az Egyesült Államok közegészségügyi autoritásai nagyon actualisnak látják a folyton szaporodó kóbor állatok megrendszabályozását és úgy látják, hogy ezt a lépést a közeljövőben meg is fogják tenni. Akkor majd talán ki fog derülni, hogy ezen aggasztó jelenség hányadrésze irandó az elégtelen állategészségügyi törvények és hányadrésze bizonyos egyéb factorok rovására.

Végül legyen szabad ezen a helyen még egy dologra felhívunk a figyelmet. Az Északamerikai Egyesült Államokban a manifest lyssában szenvedő beteget kezelőorvosának bejelentésére valamely állami kórházba szállítják, külön szobában helyezik el, tapasztalt ápoló gondjaira bízják és így igyekeznek a szerencsét-

len halálraítélt utolsó, kínos óráit minden rendelkezésre álló eszközzel megkönnyíteni. Ez az eljárás bizonyára igen humánus és követésre méltó dolog. Alkalmam volt megtekinteni néhány ilyen szobát a lakóikkal együtt és bizony nem szívesen gondoltam a budapesti Pasteur-intézet börtön-cellához hasonlító, arasznyi üvegablak-kajellátott sívár zugára, ahol a mi szerencsétleneinknek utolsó óráikat el kell tölteniök. Az ilyesféle celláknak semmi jogosultságuk nincsen. A typhusos beteg is kárt tehet magában deliriumai alatt és mégsem esükük börtönbe, hanem ügyes ápolóra bízjuk. A lyssás betegnek pedig ezenkívül nagyobb szabadsággal adagolhatjuk a csillapítókat, hiszen nem kell félnünk attól, hogy morphinistává lesz. Hogy pedig másokban kárt tehet-e egy ilyen beteg, arra vonatkozólag tartuk szem előtt, hogy mai tudásunk szerint a lyssa emberről-emberre való átvitelének a lehetősége egészen kétséges és valószínűtlen dolog.

### III. Postvaccinalis bénulások.

A lyssaellenes kezelések során fellépő myelitisek ma a rabies kérdés egyik legfontosabb problémáját képezik. Az idevonatkozólag beszerzett információim azonban azt a meglepő értesülést eredményezték, hogy az Északamerikai Egyesült Államok területén biztos paralysis esetekről mindeztideig nem tudnak.

Mióta Pasteur eljárása közkincsé lett, kisebb-nagyobb gyakorisággal mindig és mindenütt találkozunk ezekkel a bénulások jelenségeivel. E folyamatok aetiologiájára vonatkozólag biztosat ma még alig tudunk, s így ez az egész kérdés az orvosi kutatómunka egyik legégetőbb feladatát képezi. Ez az oka annak, hogy Európának úgyszólván valamennyi állama különleges gonddal gyűjti össze mindazokat az eseteket, amelyekben keresztül ezen érdekes és veszedelmes kórkép természetét tanulmánytárgyává teheti.

Miként fentebb mondtuk, az Északamerikai Egyesült Államokban postvaccinalis bénulásokról nem tudnak, aminek két oka lehet. Nevezetesen lehetséges egyrészt, hogy az U. S. A. területén postvaccinalis bénulások valóban nem fordultak elő; de lehetséges másrészt az is, hogy az ilyen esetek itt is — miként a világ majdnem minden egyéb részében — előfordultak, azonban róluk a közegészségügyi hatóságok tudomást nem szereztek.

Súlyos és logikus okaink vannak arra, hogy az előbbi lehetőséget elvetve, az utóbbit fogadjuk el. Az Északamerikai Egyesült Államokban használt vírus-törzsek legnagyobb része ugyanis európai eredetű és az Óvilág azon országaiból származik, amelyekben ugyanazon törzsek és ugyanazon methodusok használata mellett a valódi postvaccinalis bénulások existenciája minden kétségen felül áll. Nehezen képzelhető el és nehezen magyarázható meg, hogy ily körülmények között miért éppen az Egyesült Államok területe maradt mentes ezen oltóanyagok okozta, bár szörványosan fellépő szövődménytől.

Másrészt emlékeznünk kell arra, hogy itt a lyssaellenes preventív immunizálást, csekély kivétellel, a magánorvosok végzik. Könnyen elképzelhető tehát, hogy az oltások során fellépő bénulásokat a kezelőorvos nem hozza összefüggésbe az általa végzett immunizálással; miután ezer egyéb elfoglaltsága miatt ezen folyamatok amúgy is igen komplikált tünettanával tisztában nincsen, más aetiologiai tényezők után kutat. Lehet, hogy ezeket az eseteket egyik részében megtalálni véli egy pozitív Wassermann-reactióban, vagy más egyében, az esetek más részében pedig — ami végeredményben nem nagy ritkaság a mai orvosi gyakorlatban — az aetiologia felderítetlen marad a számára. Nem mulasztottam el, hogy a fentieket az U. S. A. némely egészségügyi autoritásának elmondjam, s a véleményüket ezen felfogásomra vonatkozólag kikérjem. A válasz az esetek legnagyobb részében ez volt: „Bizony, igaza lehet, nem lehetünk bizonyosak afelől, hogy a magánorvos ezeket az eseteket felismeri.”

Nem valószínű tehát, hogy az Északamerikai



Egyesült Államok területén postvaccinalis bénulások nincsenek. E tekintetben azok a nyomtatványok és kérdőívek sem nyújtanak biztosítékot, amelyeket a közegészségügyi központok a *bejelentett* kezelések esetében a magánorvosnak kiküldenek. Az utóbbinak a mentalitása és szempontjai mások, mint a Pasteur-orvosé; többet ad a maga gyakorlati tapasztalataira, mint a rabies-tan manapság bizony még nagyon szegényes felfedezéseire. És ne szégyeljük bevallani azt, hogy a lyssára vonatkozó tudásunk mai sötétsége mellett, a tapasztalt gyakorlóorvosnak talán igaza is van akkor, amikor más — mondjuk *secundaer* — oki tényezők után kutat a postvaccinalis bénulások eseteiben. Addig azonban, amíg a postvaccinalis paralysisok aetiologiája felderítetlen és függő kérdést képez, minden egyes esetben avatatlan kezében való elrejtése pótolhatatlan veszteséget jelent az orvostudomány számára.

#### IV. Lyssaellenes küzdelem és állategészségügy.

Megelőző fejtegetéseink során már megemlítettük, hogy az Északamerikai Egyesült Államokban az ebekre, a rabiesproblema ezen nagyfontosságú tényezőire vonatkozólag kielégítő és kellőképpen hatályos rendelkezések nincsenek. Napjainkban a helyzet itt az, hogy a gazdátlan és gondozatlan ebek száma napról-napra nő, az ebzárlat, szájkosarazás és preventív immunizálás bevezetése pedig a legtöbb helyen óriási nehézségekbe ütközik.

Mindez egy kissé hihetetlenül fog hangzani mindazoknak a fülében, akik a saját tapasztalataik útján győződhetek meg az Egyesült Államok óriási fejlődésben levő és ma már continensközi relatiókban is vezető szerepet játszó tudományos és orvosi kultúrájáról. Legyen szabad tehát röviden kitérnem e különös jelenség okainak a taglalására.

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy az U. S. A. higienikusai teljes mértékben tisztában vannak az e téren uralkodó aggasztó állapotokkal; tisztában vannak azonkívül azzal is, hogy ezen a helyzeten lehet, de kell is mihamarább javítaniok. E férfiak jól ismerik azokat az eszközöket, amelyek ennek a veszedelemnek a leküzdésében kellő eredménnyel volnának igénybevehetők, s minden pillanatban készen állanak arra, hogy e küzdelemben legjobb tudásukat és legmetszebbmő aktivitásukat belevigyék. Hogy ezt ma még nem tehetik meg, az nem rajtuk múlik, hanem az Egyesült Államok lakosságának érületén és szellemén, amely mindezeideig nem tette lehetővé bizonyos szigorú és hathatós rendszabályok általános érvénybeléptetését.

Köztudomású, hogy a veszett ebek elleni küzdelemnek nagyjában öt sarkalatos pontja van: 1. Gazdátlan, kóbor ebek irtása. 2. Veszett, vagy veszettségre gyanús ebek megfigyelése (quarantainezése). 3. Az ebek nyilvántartása. 4. Szájkosárviselés és ebzárlat elrendelése. 5. Preventív immunizálás. Hogy ezeket az üdvös és ebben az országban annyira actualis rendszabályokat életbeléptetni a legtöbb helyen nem lehet, annak legfőbb okai az állatvédő egyesületek. Ez utóbbiak kivétel nélkül dúsgazdag állatbarátok alapításai, óriási vagyonokkal, gyönyörű palotákkal, milliókat érő kórházakkal, jól fizetett alkalmazottakkal és kitűnően megszervezett propagandával. Massachusetts állam, ahol magam is hosszabb idő óta élek, a főfészek ezeknek az egyesületeknek és ebben a pillanatban bizony nem tudnám megmondani, hogy az utóbbiak csak magában Bostonban, hány palotával, állatkórházzal és hány millió dollár vagyonnal rendelkeznek. Ezeknek az egyesületeknek, illetőleg az általuk kifejtett propagandának óriási a hatása a természetfénél fogva állatbarát, jószívű és kissé naiv amerikai közönségre. Ujságokat, divatos publicistákat szólaltatnak meg, irtózatot dolgozatok közöltetvén azokról a torturákról, amelyek az állatoknak a tudomány nevében át kell esniök. Ügynökeik, a fizetésüket jól megszolgálni akaró félművelt, vagy exaltált emberek felkeresik a tudomány férfait, vitába szállnak velük és megleckéztetik őket. Óriási plakátokra hangzatos és ha-

tásos jelszavakat írnak fel (pl. „Amíg vivisectio van, csecsemőitek élete sincs biztonságban“, stb.) előadásokat tartanak, nyomtatványokat, könyveket adnak ki és ki tudná elsorolni eszközeiknek sokféleségét! Ezek az egyesületek, amelyek valósággal parodizálják és megcsúfolják az okos és célszerű állatvédelem minden ízében humánus és a természetvizsgálók által bizonyára a legjobban respectált szellemét, nagyon ügyesen találják meg az U. S. A. lyssaellenes organisatiójának a legérzékenyebb pontját: az üzletszerűséget. Ha tehát valamely államban egy bátor higienikus erősből hangon követeli a gazdátlan ebek megrendszabályozását és a preventív immunizálást, akkor bizony elmondják róla az ujságok, hogy az illető bizonyára valamelyik nagy oltóanyag termelő gyár titkos szolgálatába lépett és az egész actio nem egyéb, a közegészségügy palástja mögé rejtőzött, jól megfizetett ügynökök köztől.

Csodálhatjuk-e, hogy ily körülmények között a közegészségügyi tisztviselők jórészenek elment a kedve a további küzdelemtől? A népszerűséget ebben a mi beteges századunkban mindenfelé nagyon értékes dolognak tartják; és talán nincs hely a földkerekségen, ahol a népszerűség felemelőbb, a népszerűtlenség pedig lecsújtóbb valami volna, mint éppen az Egyesült Államokban. Az Egyesült Államok higienikusainak a helyzetét természetesen végtelenül megkönnyítené, ha a senatus ezeket a közegészségügyi rendszabályokat törvénybe iktatná. Mindezeideig azonban nem akadt szenator, aki egy ilyen törvényjavaslatot előterjesztett volna.

Az állatvédő egyesületek érdekszférájába tartozó egyének legnagyobb része nyíltan megmondja, hogy a rabies létezésében nem hisz. Az egész dolog az experimentatorok agyréme, vagy fontoskodása és semmi egyéb. Volt alkalom egyszer végighallgatni egy ilyen természetudományi amateur vitáját az U. S. A. egyik legkiválóbb higienikusával. Csodálattal kellett adóznom e tudós türelmének és higgadtságának, amelyet ez alkalommal tanúsított. Egyszersmind azonban megértettem és átláttam azokat a nagy nehézségeket is, amelyeket ezek a férfiak csak az ő türelmükkel és higgadtságukkal fognak tudni majd legyőzni.

Az ilyesféle propagatorok „septicismusa“ természetesen alaposan megmetyeljezi a közönség felfogását is. Az itteni közegészségügyi autoritások szinte egyöntetűnek mondható véleménye szerint a helyzet itt ma az, hogy a lakosság ezen hangulatát szép szóval megváltoztatni aligha lehet. Tények, szomorú és tragikus tények tömeges megismétlődésére van szükség, néhány gulya, nyáj és emberesalád pusztulására, hogy a közönség elforduljon az álprófétáktól és — mint ahogy azt ilyenkor mindig tenni szokta — az exact tudomány segítségét kérje. Az Egyesült Államok higienikusai felkészülve várják ezt a pillanatot. Néhány államban máris megindultak a tapogatódzások és a mostani állategészségügyi helyzet legesekélyebb rosszabbodása meghozhatja azokat a változásokat, amelyekre itt igazán nagy szükség van.

Hogy az ebveszettség elleni küzdelemben mekkora jelentőség fog jutni a kutyák preventív immunizálásának, az egyelőre még eldöntetlen kérdés. Azok az óvatos tapogatódzások és kísérletek, amelyeket ebben a vonatkozásban némely állam higienikusai végeztek, nem jártak egységes eredményekkel. Úgy látom, hogy a szakkörök felfogása itt inkább amellett szól, hogy a közegészségügyi mozgalom első phasisának a legridegebb és legerélyesebb rendszabályokat kell tartalmaznia: a kóbor és veszettségre gyanús ebek könyörtelen elpusztítását.

Lássunk néhány adatot:

*New-York* államban (*Nicoll dr.*) az 1926. év folyamán 144 eb pusztult el veszettségben; közülök három megelőzőleg preventív oltásokat kapott.

*Virginiában* (*Williams dr.*) két év óta kísérleteznek a preventív immunizálással; ez idő folyamán 200 eb-rabiest észleltek, ami az előző évekhez képest, tetemes rosszabbodást jelent.

*Iowában* (*Griswold dr.*) két évvel ezelőtt gulyák,



nyájak és négy emberélet esett áldozatul egy rabies-járványnak. Azóta a lakosság maga kívánja a kutyák preventív immunizálását. Ez utóbbit a közegészségügyi hatóságok 1926 elején el is rendelték. Azóta sem emberi, sem állati rabies Iowa államban elő nem fordult.

*Indianában (King dr.)* 1926 óta a veszett kutyák száma aggasztó gyorsasággal növekszik. Ezért 1926 áprilisában a rendőri közegek köteleességévé tétetett a kóbor ebek elpusztítása. Ezen állam 77 quarantaent állított fel veszettségre gyanús állatok számára. Preventív immunizálással a „helyzet komolysága miatt” nem kísérleteznek.

*Alabama államban (Welch dr.)* 1926-ban megkísérelték a kutyák preventív immunizálását. A kísérletek semmiféle manifest eredménnyel nem jártak, amennyiben az oltott ebek nagyrésze veszettségben pusztult el.

*Connecticut állam (Osborn dr.)* helyzete feltűnően jó. E körülmény nyilvánvalóan összefügg azzal, hogy ez az állam kivételesen erélyes rendelkezéseket tudott hatályba helyezni a maga területén belül. Connecticutban minden kóbor ebet elfognak, vagy elpusztítanak, az ebtulajdonosoknak pedig ebtartási engedéllyel kell bírniuk. Az utóbbi időben New-York és Massachusetts állam kóbor ebei hurcolták be a veszettséget Connecticutba. A preventív immunizálást 1922 óta végzik. Tizenkét ízben figyelték meg, hogy biztosan veszett állatok által megmárt immunizált kutyákon a rabies nem tört ki. Érdekes, hogy ugyanaz a lakosság, amely készséggel alávetette magát ezeknek a rendeleteknek, a legélesebb ellenállást fejt ki a szájkosarazás elrendelésével szemben.

*Illinoisban (Rawlings dr.)* az 1926. évben 13 esetben fordult elő veszettség a kutyák között, 1927 első felében pedig 24. E körülmény miatt ugyanebben az évben elrendelték a szájkosarat, quarantaenezést és preventív immunizálást. Mindezeknek a rendszabályoknak a hatásáról Illinois állam szakköreiben végleges vélemény még nem alakult ki.

*South Carolinában (Hayne dr.)* évek óta végzik a kutyák preventív immunizálását, anélkül, hogy ily módon a helyzet nyilvánvaló javulását elérték volna.

*Kansas állam tisztiorvosa (Brown dr.)* az 1927 január 1-től május 15-ig terjedő idő folyamán 90 ebveszettségi esetről szerzett tudomást. Gyakori a rabies a szarvasmarhák, kutyák, lovak, öszvérek és coryoták között is és nagyon valószínű, hogy a hatóságok a lakosság hanyagsága miatt az eseteknek csak egy részéről értesülnek. Ezen állam 1927 óta próbálja a preventív immunizálást és quarantaenezést bevezetni, egyelőre azonban kevés támogatásban részesül a lakosság részéről. Kivételt képez egy Topeka nevű város, ahol már 1924 óta végzik a kutyák rendszeres preventív immunizálását és ott azóta veszett kutyát nem láttak (?).

*Oklahomában (Puchett dr.)* 1924-ben 240 veszett kutyáról tudtak. Azóta széles körökben végzik az ebek preventív immunizálását, ami az 1926–27. években a helyzet lényeges javulását vonta maga után.

Látnivaló, hogy ezek az adatok bizonyos mértékben igazolják az Egyesült Államok némely közegészségügyi autoritásának azon álláspontját, melynél fogva ez utóbbiak némi cepticismussal kezelik a kutyák preventív immunizálásának a kérdését, s az egyes államokban elért kisebb-nagyobb eredményeket szívesebben tulajdonítják a preventív immunizálással egyidőben foganatosított egyéb rendszabályoknak. Ugyanezek az adatok egyszersmind megvilágítják azt, hogy mennyire helyesen járnak el az itteni higienikusok akkor, amikor az állategészségügy ezirányú megrendszabályozását nem erőszakos fordulatokkal, hanem a legalkalmasabb időpont kiváráásával akarják elérni. Az Egyesült Államok lakossága bizonyos dolgokban rendkívül kényes. Amíg hitelt ad azoknak a röpiratoknak, amelyek a lyssaellenes mozgalmat „állatkínzók újabb perversitása”-nak nevezik, addig minden erőszakos rendszabály a legnagyobb ellenállást váltaná ki az egész kérdés céltalan elmérgesedésével és a kivétel jó időre szóló lehetlenné tételével együtt. Azokon a helyeken viszont,

ahol ezeknek az áldatlan állapotoknak a kártevésai máris felütötték a fejüket, a közönség készséggel szívesli meg a szakemberek szavát és nem botránkozik meg sem a gazdátlan ebek leöldösése, sem pedig a maga állatának quarantaenbe vitele miatt. Ismételjük: ma már egészen rövid idő kérdése az, hogy ezek a rendszabályok az Egyesült Államok egész területén hatályba helyeztessenek. Ha ez megtörténik, az itteni higienikusoknak meg lesz az az elégtételük, hogy zökkenő és háborúskodás nélkül intéztek el oly kérdést, amelynek a kényességét csak az tudja megérteni, aki ismeri az amerikai népleket.

#### V. Az Északamerikai Egyesült Államok szerepe a nemzetközi lyssaellenes küzdelemben.

1927 tavaszán, amikor mint néhai *Székely Agoston dr.* helyettese, a Népszövetség által Párizsban összehívott „Conférence de la rage” tagjainak a sorába kerültem — a nemzetközi lyssaellenes küzdelem részleteire vonatkozólag, beható információkat volt alkalmam szerezni. Miután a conferentia tanácskozásain a német, francia, osztrák, olasz, orosz, stb. szakemberek legkiválóbbjai vettek részt — a discussio tárgyát képező kérdések jelenlegi állásának helyes megvilágítása előre biztosítottnak látszott. Valóban, aligha vonható kétségbe az, hogy a conferentia ennek a várakozásnak tökéletesen megfelelt. Nem volt hiány a böles, higgadt és őszinte kritikában, amelyek eleve az útját vágják a túlfűtött optimizmus érvényesülésének.

Végeredményben a lyssakérdés a maga valódi szegénységében került ki ebből a fürdőből. A conferentia igyekezett kijelölni a további kutatások útját, de egyszersmind bizonyítványt állított ki arról, hogy ezen a területen lényeges és elvi jelentőségű haladás évtizedek óta nem történt; bizonyítványt állított ki arról, hogy a lyssakérdés a közegészségügy, az állatorvostan és az experimentalis medicina egyik legégetőbb és legelhanyagoltabb területe.

E conferentia négy kérdést jelölt ki, amelyeknek a tisztázása nélkül a lyssaproblema elméleti és gyakorlati vonatkozásokban való evolutióját ma elképzelni nem lehet. E megoldásra váró négy problema: 1. a lyssavirus természetete; 2. a preventív immunizálás módja; 3. a postvaccinalis bénulások oka; és 4. az állatok preventív immunizálásának az értéke. Ezek a megállapítások a lyssaellenes küzdelem frontját természetesen ketté osztják: a kérdések egyik része a laboratoriumi kutatómunka, a másik része pedig a higienikusok és statisztikusok feladatává válik.

Azok, akik a lyssakérdésben *döntőfordulatot* a laboratoriumi kutatómunkától várnak, valószínűleg nem esalódnak. A lyssa vírusát ma még nem ismerjük és a lyssaellenes immunosság mibenlétével tisztában nem vagyunk; már pedig e két kérdés, amelyeknek a megoldása korszakot jelentene, a mikrobiologia és nem a hygiene körébe esik. Bízunk kell abban, hogy előbb-utóbb siker fogja koronázni a bakteriologusok fáradozásait, közöttük azokét a bűvárokét is, akik az Egyesült Államokban foglalkoznak ezzel a nehéz kérdéssel. Ez utóbbiak közül említsük meg a két legkitűnőbbnek a nevét: az egyik *H. Zinsser* a Harvard-, a másik *F. P. Gay*, a Columbia-egyetem tanára.

Ma azonban a lyssa-vírus felfedezése, tenyésztése, stb. még csak a remélt, de meg nem valósított dolgok közé tartozik. A gyakorlati lyssaellenes küzdelem viszont csak tényekre építhet és csak több-kevésbé manifest értékű eszközöket használhat. Amikor tehát ma lyssaellenes küzdelemlről beszélünk, ezalatt legelső sorban nem azokat a problematikus kimenetelű bűvárlatokat értjük, amelyek a különböző bakteriologiai laboratoriumokban folynak, hanem a világ száz és száz Pasteur intézetének a tapasztalatait, megfigyeléseit és statisztikáit, amelyeknek a révén mindig több és több világgosságot vetődik a *Pasteur* és kortársai által felfedett tények részleteire. A valóság az, hogy a mai tudásunk



mellett a lyssaellenes küzdelem fejlődése és kimélyülése a Pasteur-orvosok megfigyelésén és statistikáin múlik. És végeredményben — bárhová fejlődjenek is az experimentálási lehetőségek — gyakorlati szempontból mindig az emberi rabies lesz a legfontosabb kérdésünk, amelynek a tanulmányozása kizárólag a Pasteur-intézeteknek áll módjában. Az infectiók szempontjából az állati szervezet viselkedését az emberre alkalmazni nem mindig könnyű és nem mindig helyes dolog. Ez a megállapítás pedig fokozott mértékben vonatkozik a lyssaferőzésekre; gondoljunk csak a fix-virusra, amelynek a pathogenitása a nyúlra vonatkozólag maximalis, embert pedig egyáltalán nem fertőz.

Ha tehát a kérdést ebből a szemszögletből nézzük, akkor kénytelenek vagyunk megállapítani, hogy az Egyesült Államoknak a lyssaellenes küzdelem fejlesztése körül édeskevés érdeme van. Ez az organizatio jól rávilágít a decentralisatio hátrányaira, hibáira és meddőségére. Mindenesetre feltűnő, hogy az elmúlt hosszú évtizedek folyamán ezen a hibás berendezkedésen semmit sem változtattak; ez a körülmény azonban annak tulajdonítható, hogy itt a lyssaveszedelem jobbra csak a háború utáni évek folyamán kezd nagyobb méreteket ölteni. Ma már azonban ez a veszedelem itt is kézzelfogható, s így a küzdelem célszerű újjászervezésének az ideje elérkezett. Aligha kétséges, hogy ez az újjászervezés e küzdelem centralisatióját fogja maga után vonni. Az U. S. A. természetesen nem alkalmazhatja a maga óriási területére egyik európai állam rendszerét sem. Nem lehet itt szó sem egy, sem két Pasteur-kórház felállításáról, hanem tízről, húszról, vagy még többről, amelyek a washingtoni központ irányítása alatt működve, végre szakemberek kezére juttatnák és a rendszeres kutatás számára hozzáférhetővé tennék az itteni beteganyagot is. Az Északamerikai Egyesült Államok nagy és gazdag tudományos kultúrával megáldott, vendégszerető népének az érdekében kívánatos volna, ha mihamarabb eljönne ez az idő!

## VEGYES HÍREK

**Személyi hírek.** *Barakonyi Sándor dr.*, a Hangya Vállalat Pénztárának főorvosa, egészségi okokból lemondott főorvosi állásáról és helyébe vitéz *Fialovszky Béla dr.* egyetemi tanársegédét nevezték ki. — A göttingai egyetem gyógyszer-tanszékére *prof. J. Schüllert* hívták meg.

† *Prof. C. Pirquet*, a bécsi gyermekklinika igazgatója 55 éves korában meghalt.

**Billroth-centenarium.** A bécsi Tudományos Akadémia, a bécsi egyetem orvosi facultása s a bécsi Orvos-egyesület bizottságot alakított *Billroth* születése századik évfordulójának megünneplésére. E bizottság felszólítására Ausztria, Németország, Hollandia, Svájc és Magyarország egyetemeinek sebésztanárai (a magyarok közül: *Bakay, Dollinger, Hüttl, Neuber, Verebélj, Vidakovics*), valamint *Billroth* tanítványai egyesültek, hogy a nagy orvos, a nagy sebész, a nagy tudós, a nagy művész, a nagy muzsikus s a nagy ember emlékezetére az ünneplések egész sorozatát tartsák meg. Április hó 8-án a Hofburgban ünnepélyes ülés, melyen az ünnepi beszédet *Eiselsberg Antal báró* egyetemi tanár tartja. Április hó 10-én délben az egyetem *Billroth*-emléke előtt beszédeket tartanak s koszorúkat tesznek le. Ezenkívül meglátogatják a *Billroth* által alapított Rudolfiner Haus-t, mely ápolónők kiképzésére szolgál, este az opera előadása, concert, napközben kirándulások Bécs környékére. A rendezést az osztrák „Verkehrsbureau“ (Wien, Friedrichstrasse 7.) készíti elő. *Billroth* centenariumáról az Orvosi Hetilap és az Orvosképzés is meg fog emlékezni. A magyar orvosi tudomány részt óhajt venni a német tudomány ünnepén. *Billroth* nemesak hazájának büszkesége, hanem az egész emberiség jótévője.

**Boston tejellátásának új szabályozása.** 1929 jan. 1-től csak tuberculin-reactióra megvizsgált és hitelesített tehenektől származó oly nyerstej hozható forgalomba Boston városában, mely az Orvosi Tejbizottság által törvényesen hitelesített és eladáskor cm<sup>3</sup>-ként 10.000 bakteriumnál többet nem tartalmaz. Minden más tejet pasteurizálni kell legkésőbb 72 órával a lefejtés után. A pasteurizálendő tej cm<sup>3</sup>-ként legfeljebb 750.000 bakteriumot tartalmazhat és legkevesebb 30 percig tartandó legalább 140 Fahrenheit hőfokon (60 C°) és hirtelen 50°-ra (Fahrenheit) (10 C°), vagy még kevesebbre lehűtendő. Minden forgalomba hozott tejszín, vagy lefőlőzött tej pasteurizálendő, amennyiben nem az előbbi feltételeknek megfelelő. Minden forgalomba hozott fagyalt csak a vázolt követelményeknek megfelelő tejszínből készülhet. A pasteurizált tej eladásakor cm<sup>3</sup>-ként 50.000 bakteriumnál többet nem tartalmazhat. Megfelelő intézkedések szabályozzák a tej kezelését és piacra vitelét.

**Németországban** a diphtheriamegbetegedések száma ez év januárjában 3680 volt a múlt évi 3344-el szemben; a halálozási szám 158-ról 265-re emelkedett. A scharlachmegbetegedések száma viszont 9642-ről 7933-ra csökkent, úgygyszintén a halálozási szám 89-ről 79-re.

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat** sok váratlan akadály leküzdése után végre abba a helyzetbe jutott, hogy néhány héten belül tagjai asztalára helyezheti az 1928. évi illetmény gyanánt kiadott könyveket. A nyomdai munkálatok máris befejezést nyertek s a könyvek expedíciója rövidesen megkezdődhet. Megjelennek a következő művek: *Albrich Konrad*: A szembetegségek és szemtünetek összefüggése a szervezet egyéb betegséggel. 30 iv, 54 ábra. — *Hári Pál*: Élet- és kórvegytan. 21 iv. — *Matthes*: A belső betegségek megkülönböztető diagnosztikája. 50 iv, 119 részben színes ábrával. (Fordítás). — E könyvek bolti ára meghaladja a 100 pengőt, míg a Társulat tagjai az évi 26 pengő illetmény fejében kapják. Megjegyzendő, hogy illetmény fejében kötetlen példány jár, de kötetenkint egy pengő ráfizetéssel aranynyomású, egészvásznonkötésű példány kapható. Ha az előfizetők száma ezer fölé emelkedik, úgy esetleg módjában lesz a Társulatnak az 1928. évi illetményt még egy kötetrel gyarapítani, kiadván *Magyar-Kossa Gyula dr.*: „Magyar orvostörténelmi emlékek“ című művének első kötetét. Az 1929. évre tervbe vettett a következő munkák kiadása: *báró Korányi Sándor dr.*: A vesebetegségek pathológiája. *Verebélj Tibor dr.*: Sebészeti előadások. I. kötet. *Ballagi István*: Bőrgyógyászati mykologia. *Magyar-Kossa Gyula*: Magyar orvostörténelmi emlékek. II. kötet. Ezen kívül rövidebb essay-k. Az 1928. évvel kezdődött hároméves ciklusra előfizetéseket, illetőleg belépéseket a Társulatba — lehetőleg rövid időn belül — évi 26 pengő beküldése mellett az Eggenberger-féle könyvkereskedésben (Budapest IV, Kossuth Lajos u. 2.) kell bejelenteni. Fölvilágosításokkal készséggel szolgál a főtítkár: *Dalmady Zoltán dr.*, Budapest IV, Prohászka Ottokár-utca 10. Telefon: 834-68.

**Külföldi készítmények nemzetiszínű szalag alatt.** *Mihály Ottó* úr gyógyárkereskedése kedveskedett az orvosoknak és gyógyszerészeknek egy olyan itatóskartonnal, melynek simított oldalán keresztülnyomott szép nemzeti színeink fölött a dán „Leo-insulin“ és a „Leo-gyár egységes, szabadon rendelhető készítményei“ hivalkodnak a hirdető cég ízlését jellemző reklámstylusban. A megtevesztő nemzeti szalagot pedig azzal indokolja, hogy a Leo-insulint és készítményeket eszentül Magyarországon töltegetik és vignettázzák. Fölvilágosításul megjegyezzük, hogy ez, tekintve a drága készítmények csekély hazai fogyasztását, alig jelent többet egy-két leányka órabérénel, ellenben a dán gyárnak jelent nagy megtakarítást, mert a kész, csomagolt gyógyszerért sokkal magasabb vámot



és tarifát fizetnek, mint az így beszállított nyers anyagokért, arról nem is szólva, hogy a magyar munkás mennyivel olcsóbban „konfectionál”, mint a dán. Nézetünk szerint a „Leo-insulin” nem szorul ilyen izléstelen és a magyar orvos hazafias érzésére spekuláló reklámra. Hát olyan gyengéknek gondol bennünket *Mihály Ottó* úr, hogy egy nemzeti szalaggal kitörölteti a szemünket? — Különösen akkor, mikor már az Orsz. Közegészségügyi Intézet és a magyar gyárak áldozatkészsége karöltve megteremtették az épp oly kifogástalan, valóban magyar insulint. Eljárásának tulajdonítsa — és ezt szeretnénk a Leo-gyárnak is tudomására hozni, — hogy a magyar orvosokban ellenszenvet kelt e különben bevált insulinkészítménnyel szemben és őket gondolkodóba ejti, hogy ne kövessék-e azt a szent érzelmüket, amit a nemzeti színekkel ébresztget bennük *Mihály Ottó* úr — Dánia és a maga javára. Még csak egy kérdést. Mit akar azzal a „Leo-gyár *egységes, szabadon rendelkezhető* készítményeivel”? Talán azt, hogy azok a keverékek és galenicumok vegytanilag egységes testek? — vagy hogy azok *szabadon rendelkezhető*k, még ha nincs is forgalombahozataluk engedélyezve? Illetékes helyen érdeklődni fogunk ez után. V.

**A budapesti Tud. Egyetem orvosi fakultásán 1928—29 tanév első felében lefolyt szigorlatok eredményeinek statisztikája:**

**I. szigorlat.**

Tárgy	Szigorlatok száma	Ki-tűnő	Jó	Elég-séges	Elég-telen	Bukás %
Physika .....	84	1	4	46	33	39.3
Chemia .....	105	2	15	58	30	28.56
Élettan .....	121	1	7	56	57	47.1
Anatomia .....	85	2	7	36	40	47

**II. szigorlat.**

Gyógyszertan .....	85	—	14	51	20	23.53
Kórbonctan .....	75	1	11	41	22	29.5
Kórtan .....	70	2	9	43	16	22.8

**III. szigorlat.**

Belgyógyászat .....	170	21	48	67	34	20
Sebészet .....	169	12	48	88	21	12.42
Sebészeti műtéttan ..	159	8	51	88	12	7.54
Szül. és nőgyógy. ..	118	21	29	50	18	15.25
Szülészeti műtéttan	114	16	29	52	17	15.78
Szemészet .....	147	10	35	80	22	14.97
Szemészeti műtéttan	129	9	45	67	8	6.2
Gyermekgyógyászat	141	12	67	53	9	6.31
Elme- és ideggyógy.	127	19	31	58	19	14.96
Bőr- és nemikórtan	141	4	32	85	20	14.17

**IV. szigorlat.**

Törvényisz. orvostan	161	9	45	92	15	9.31
Közegészségtan .....	178	13	45	90	30	16.85

**Orvosok kirándulása Északra.** Ez év július hó közepén a „Bruxelles Médical” nagyszabású kirándulást rendez északra, mely alkalommal meglátogatják *Norvégia* leggyönyörűbb fjordjait és felmennek egészen a Jeges-tengerig. *Lofoton* szigetesoportig, innen vissza *Feroë* szigeten, majd *Edinburgban*, utána *Zeebrüggebe* és végül *Bordeauxba*. A „*Brazza*” luxushajó július 13-án érkezik *Bordeauxból* *Zeebrüggebe*, onnan 15-én *Copervick*, majd következik a hét leggyönyörűbb fjord, *Norheimsund*, *Balhom*, *Loe*, *Merok*, *Andaelnaes*, *Bergen*, *Gudvangen*; innen július 23-án indul *Svartisen*, *Digermulen*, *Thorshaven*, *Lerwick* szigetek meglátogatása után augusztus 2-án *Edinburghba* a skót tavakhoz, augusztus 4-én *Zeebrüggen* át vissza *Bordeauxba*. Az út 3096 tengeri mértföld. Útiköltség: II. osztályos kabin hat hely à 2500 francia frank, négy hely à 3125 frank, két hely à 4000 frank. I/B. osztályú kabin négy férőhellyel à 5375 frank, három helyel à 6000 frank, két helyel à 7650 frank, I/A. osztály három helyel à 6800 frank, két helyel à 8500 frank és ezen kívül egyes kabinok 7—8000 frankért, luxuskabinok 11.000 frankért kaphatók. Nem szükséges *Bordeauxba* utazni, hanem *Bruxellen* át, esetleg *Zeebrüggebe* és ugyanott visszafelé is megszakítható az út. Részletes felvilágosítást *Tuszkai Ödön dr.* Budapest, Rottenbiller-u. 27., vagy *Croisiere*

„Bruxelles Medical” 29 Boulevard. Adolphe Max Bruxelles nyújt.

**Orvosok tanulmányi kirándulásai.** A Budapesti Orvosok Turista Egyesülete húsvétkor a Mátrába és Parád gyógyfürdőbe, pünkösdkor az Aldunára és Herkules gyógyfürdőbe rendez tanulmányi kirándulásokat. Jelentkezni március hó 20-ig lehet a Corvin-gyógyszertárban (VII, Erzsébet-körút 6. Telefon: J. 372-26.), ahol közelebbi felvilágosítások is nyerhetők. A kirándulások minimális részvételi díjjal vannak összekötve.

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület** március 16-i tudományos ülésének napirendje: Bemutatás: *Bien Zoltán*: Újabb vizsgálatok a chronikus bronchitis és asthma bronchialera vonatkozólag. — Előadás: 1. *Baló József*: A hasnyálmirigy lipomatosisa és annak viszonya az általános elkövérédéshez. 2. *Zimmer Nándor*: A coxistist utánzó kórképekről.

**A Közkórházi Orvostársulat** március 20-i ülésének tárgysorozata: Bemutatások. 1. *Gaal Aurelia*: Ritkább rákos esetek. 2. *Nebenführer László*: Ritkább luesesetek. Előadások. 3. *Fabinyi Géza*: A felső légutak véreseiről. 4. *Brezovszky Emil*: Lupus vulgaris kezelése.

**A Magyar Röntgen-Társaság** választmánya f. hó 6-i ülésén foglalkozott a Pesti Hírlap február 13-i számában megjelent izléstelen fagyáskezelési reklámmal, azt elítéli és kijelenti, hogy az illető orvos nem tagja a Magyar Röntgen-Társaságnak.

**Orvosdoktorrá avattattak** a budapesti tudományegyetemen 1929 március hó 9-én: *Balta Gyula*, *Gyórfly Zoltán*, *Szmedó Ilona*, *Vincze Aladár*, *Nagy Dénes*, *Varjas János*, *Somló György*, *Lipták Gyula*, *Cseszkó Gyula*, *Morvai Stefánia*, *Dusza László*. Üdvözljük az új kartársakat.

**Helyreigazítás.** Mult heti számunk 235. oldalán *Haintz Ödön dr.* cikkében véresejtsav helyett *vertejsav* olvasandó.

**Ragályos betegségek Budapesten.** A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 3—9-ig előfordult:

Hasi hagymáz .....	6	3	Gyermekágyi láz .....	2	—
Küteges hagymáz .....	—	—	Bárányhimlő .....	20	—
Hólyagos (ál-) himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	10	—
Kanyaró .....	47	—	Vérhas .....	5	1
Vörheny .....	26	2	Járv. agygerincagyh.-lob	2	—
Szamarhurut .....	9	4	Trachoma .....	15	—
Rones. torok és gégeglob	52	3	Veszétség .....	—	—
Influenza .....	154	73	Lépfene .....	—	—
Ázsiai cholera .....	—	—	Paralýsis infant. ....	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

	Bolti ár	Enged. ár
<b>Soós Aladár:</b> Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal .....	5—	P helyett 4— P
<b>Kunszt János:</b> A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal .....	6.50	„ 5.50 „
Vászonba kötve .....	8—	„ 7— „
<b>Orsós Ferenc:</b> Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal .....	2.50	„ 2— „
<i>Az orvosi tudomány magyar mesterei.</i> Kiadja a Markuszovszky Társaság. 196 oldal ..	4—	„ 3.50 „
		15— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P. kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16.50 P. helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvételt való rendelésnél a portóköltseget is felszámítjuk.

**A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 12—1-ig tartja.**

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



**X HELIODOR**  
Röntgen készülék  
*diagnosztikára és terápiára*

Magyar Gyógytechnikai Ipar Rt. X  
Budapest VI. Nagymező u. 4.

**PANTOSTAT**

Siemens

Magyar Gyógytechnikai Ipar Rt.  
Budapest VI. Nagymező u. 4.

**DIATHERMIÁS**  
készülék

Siemens

Magyar Gyógytechnikai Ipar Rt.  
Budapest VI. Nagymező u. 4.

**QUARZ-**  
LÁMPA

Magyar Gyógytechnikai Ipar Rt.  
Budapest VI. Nagymező u. 4.

Siemens

**LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID NATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

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

**Dr. PAJOR-SANATORIUM**  
VIII, Vas-utca 17.  
Szívbeteg-osztálya Electro-Cardiograph

**Dr. Mandler Ottó** gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-  
hydrotherapia, Zander, inhalatorium

**RÖNTGEN** -BERENDEZÉSEK  
TÖKÉLETES SZOLID KIVITELBEN  
MARTIN ÉS 'SIGRAY RT.  
ELEKTROGYÓGYASZATI OSZTÁLY  
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

**PÁLYAZATOK.**

A zemplénvármegyei (sátoraljaújhelyi) „Erzsébet“-kórháznál lemondás folytán megüresedett egy *segédorvosi állásra* a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 2. §-a alapján pályázatot hirdetek.

A segédorvosi állás javadalmazása a XI. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, a természetbeni lakás és ellátásnál engedélyezett kedvezményekkel.

Felhívom mindazokat, akik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt elméleti képesítésüket, a forradalom és kommunizmus ideje alatti magatartásukat s esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, méltóságos Széll József úrhoz címzett kérvényüket hozzám 1929. évi április hó 10. napjáig bezárólag mutassák be, illetve „Alispáni hivatal, Sátoraljaújhely“ címre küldjék be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaújhely, 1929 március 2.  
3098/1929. sz. Bernáth Aladár sk., alispán.

Járványos és fertőző betegségek ellen legjobb védekezés a

**Szent László fertőtlenítő szappan**

használata. Bőrbetegségeknek, kiütéseknek és különféle bőrbántalmaknál Kolozsvári (Heinrich J.)-féle gyógyszappanok alkalmazásával a legideálisabb eredmények érhetők el

**ROBOFERRIN**

sine et cum arsen. Erényi

(Liqu. ferr. pepton. concentr. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű vaspepton-készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknek az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. esetekben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

Erényi László „Diana“ gyógyszerár  
Budapest, VII, Károly-körút 5 Telefon: József 115-55

**SEMMERING DR. HECHT SZANATÓRIUMAI**

Palace-Szanatórium dr. Hecht. Főorvos dr. Hecht. Semmering-Szanatórium dr. Hecht (azelőtt Vöcséy) Főorvos dr. Schmidt. Pension dr. Hecht.

**Dr. PÁPAY-féle OLTÓINTÉZET ÉS SZÉRUMTERMELŐ RT. BUDAPEST**

**Diphtheria-szérum**

(500— 20.000 A. E.)

**Grippe-szérum**

**Adrenalin**

**Ovarium**

(inj. és tabl.)

**SZT. GELLÉRT**

**GYÓGYFÜRDŐ ES SZÁLLÓ BUDAPEST.**

A fürdőt 47 C°-os rádiumdús, földes-meszes hőforrások táplálják.

A fürdővel közvetlen **SZT. GELLÉRT SZÁLLÓ** mely tökéletes berendezésével, gyönyörű nagyméretű társashelyiségeivel, kapcsolatban van a télikertjével és saját parkjával betegek és lábadozók részére kiválóan alkalmas. Diétás konyha klin. képzett vezetővel.

A tökéletesen felszerelt gyógyintézet osztályai: Iszaposztály. Hőlégt. osztály. Vízgyógyintézet és napfürdő. Villanyozóosztály és mesterseges napfényfürdő (kékfény). Gépgyógyászat (Zander) és svéd torna. Inhalatorium és pneumatikus kamra. Kémiai és bakteriológiai laboratórium. Röntgenlaboratórium. Szénsavas, sós és pezsgő fenyőfürdők. Kádhabfürdők. Szakképzett gyógyszerészek és ápolónők, Hullámvízvizű nyári uszoda.

Részletes prospektust díjtalanul küld az igazgatóság.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. magántanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

## A vészes vérszegénységről és a vele rokon állapotokról.

Az úgynevezett vérbetegségek közül ma kétségtelesen a Biermer-féle anaemia áll az érdeklődés előterében, különösen amióta a májtherapia segítségével számos beteg életét sikerült megmenteni. Kórismézése a klinikai tünetek mellett főleg a vérlet alapján történik. Elsősorban a rák által okozott másodlagos anaemiától kell megkülönböztetni. Az elkülönítés a vérlet alapján is lehetséges, mert a ráknál a vérkép másodlagos anaemiának felel meg. Nagyfokú sápadtsággal más bántalmak kapcsán is találkozunk, minők a vese- és szívbajok, különösen az aorta-bántalmak. Az is megesik azonban, hogy a súlyos vérszegénység miatt fellépő szívtüneteket nézik elsődlegesnek. A Biermer-féle anaemiánál a bőr színe, halavány volta mellett, kissé sárgásba játszik, ami miatt — ha a vérletet nem veszik figyelembe — sokan a máj- és az epeutak megbetegedésére gondolnak. A betegek rendszerint gyengeségről, gyors kifáradásról, étvágytalanságról, hányási ingerekről, hasmenésről panaszkodnak. Látási és hallási zavarok, valamint az idegrendszer részéről mozgási és érzési körbe tartozó eltérések jelentkeznek. A betegség első tünetét sokszor a nyelvben fellépő égető érzés képezi. A nyelv sima és fénylővé válik a papillák sorvadásá miatt, ami az ízérzést zavarja. A hóralatti kötőszövet zsírtartalma megtartott. Gyomorvizsgálatnál már korán kimutatható a sósavhiány s ezért e tünetet sokan a súlyos anaemiára praedisponáló tényezőnek és alkati jelnek tekintik. Bőrvérzések, petechiák ritkák, azonban a vastagbél fekélyes folyamataiból származó vérzések már gyakoribbak. Súlyos esetekben gyakran találkozunk nemcsak kisebb-, hanem nagyobbfokú hőemelkedéssel a hyperthermiára való hajlam miatt. E hajlamosságot diagnostikai célra is felhasználják tejbefecskendezések alakjában, mert a rákban szenvedők nem szoktak lázzal reagálni. A máj rendszeren nagyobb, normalis tömörségű, nyomásra nem érzékeny. A hasnyálmirigy csökkent működése miatt zsíros ételek után néha zsíros a székletét. A lép rendszeren kissé nagyobb, olykor tetemesen megnagyobbodik, kemény tapintatú. A vizeletben fehérje nyomokban szokott előfordulni.

Vizeletben és a székletében az urobilinogen-reactio a pirosvérsejtek fokozott szétesése miatt intenzív. A gyomor- és duodenalis-váladékban gyakran colibakteriumokat mutatnak ki. Amíg a szívizomzat nem szenved nagyobbfokú zsíros elfajulást, vérkeringési zavarokkal nem találkozunk. A szív és a nagyedények felett anaemiás systolés zöreje hallható, amelyhez előrehaladott esetekben szívtágulás is társulhat. Ütérlökés rendszeren gyors és kihullámú, súlyos esetekben arythmiás. A gerinevelő bántalmazottsága miatt psendotabes tünetei fejlődhetnek ki tabesre emlékeztető ataxiával, a patellaris reflexek hiányával, hólyag- és bélzavarokkal, amihez az alsó végtagok paraplegiája is társulhat. A gerinevelő egyéb helyein is felléphetnek degeneratív elváltozások. E spinalis jelenségek szakaszonként javulnak és haladnak előre a vérlet javulásának és rosszabbodásának megfelelően. A peripheriás idegek is meg lehetnek támadva, ami miatt a betegek sokszor hangyamászásszerű érzésről és zsibbadásról panaszkodnak. A látási zavarok oka gyanánt sokszor retinavérzést állapítanak meg.

A klinikai tünetek mellett a vérvizsgálatra nagy súly helyezendő,

Ilyenek a pirosvérsejtek nagymértékű megfogyása, a fehérvérsejtek számának csökkenése, a relatív lymphocytosis, a vérlemezkék megfogyása és a vérsavó bilirubintartalmának megszorodása. A pirosvérsejtek resistenciája többnyire fokozott, de normalis is lehet. A színindex 1 felett szokott lenni, festett készítményben a poikilocytosis nem oly nagyfokú, mint másodlagos anaemiáknál, mikrocyták mellett megalocyták nagy számban találhatóak. A pirosvérsejtek hyperchromok; polychromasia, basikus szemcsézetség gyakori. Olykor megaloblastok is láthatók, amelyek a normoblastokkal egyetemben a remissio szakában szoktak a peripheriás vérben nagyobb számban megjelenni. Vitalfestéssel a granulofilamentosus anyag szaporulatát mutatták ki, amelyre különösen a franciák nagy súlyt helyeznek. Az állapotra a remissiókkal megszakított progrediáló hajlam jellegzetes.

Az anaemia perniciosához hasonló vérképpel, illetve tünetekkel járhatnak a következő bántalmak: a botriokephalus latus, a lues, a malignus-daganatok, a graviditas és bizonyos fertőző bántalmak (különösen a sepsis) okozta anaemiák.

Botriokephalus latusnál a bőr szintén subikterikus, retinavérzések is előfordulnak és a lép is megnagyobbodott. Azonban a nyelv fájdalmas volta és atrophijája, valamint az achylia nem oly gyakoriak. A vérkép tökéletesen egyezik vele és hasonlóképpen progrediáló jellegű, remissiókkal megszakítva. A kórjelzéshez a peték vagy a proglottisok kimutatása szükséges, ami egyúttal a követendő gyógymódot is megszabja.

A lues rendszeren másodlagos anaemiát okoz a csontvelő toxikus sérülése miatt. A pirosvérsejtek halványak, nincs kifejezett thrombopenia, a leukocyták száma normalis, sőt olykor monocytosis található. Ezzel ellentétben a lues olyan alakja is előfordul, amelyben a súlyos anaemia uralja a képet. Lehet, hogy ilyenkor a toxihatás a csontvelő működésére hat bémítólag s így fokozott haemolysis érvényesül. A lues kórokozó szerepét igazolja számos esetben azon körülmény, hogy specifikus kúrára a vérkép javul és a vérképzés is normalissá válik. Ezen eseteket lueses anaemia perniciosának lehet minősíteni. A nyelvtünet és az achylia itt is többnyire hiányzik. A vérképben a hyperchromia és a megalocytosis többé-kevésbé kifejezett. Súlyos esetekben itt is ajánlatos előbb a májdiatával az állapotot javítani és csak a vérkép javultával és a beteg állapotának jobbrafordulása után szabad megkezdeni az erőteljesebb antivenereás kezelést.

A rák anaemizáló hatása secundaer anaemia tüneteit szokta előidézni; a vérveszteség csak kisebbfokú vérszegénységet okoz. Rendszeren a pirosvérsejtek megfogyását nagyobb anaemia kíséri, úgy hogy a színindex 1 alatt lesz és a fehérvérsejtek sem fogynak meg annyira, mint a Biermer-eredetű anaemiáknál. Azonban egészen kicsi rákos daganat mellett is kifejezett perniciosás lehet a vérkép. Lehet, hogy a rák mint kórokozó is létrehozhat súlyos progrediáló anaemiát.

Ha fennálló vérszegénységhez gyomorrák társul, a hyperchrom-anaemia lassanként hypochrommá alakul át, ha pedig a rákos daganat esontáttételeket okoz, myelocyták és myeloblastok mellett megalocyták és megaloblastok is megjelenhetnek a vérben és a színindex is 1 fölé emelkedhet. Latensen lefolyó carcinoma megkülönböztetése a perniciosától olykor nehéz lehet; azért kétes esetekben a szervezetet jól át kell vizsgálni Röntgen segítségével is a carcinoma kizárása céljából.



Sepsises állapotok, kivált endokarditis kapcsán mutatkozó súlyos anaemiák képe a primaer eredésű súlyos anaemiához hasonlíthat és a bőr színezete is gyakran subikterikus. A toxikus haemolysis nagyobb foka miatt a vérkép is sok tekintetben megegyezhet vele, mert a vérben megalocyták és megaloblastok is előfordulhatnak. A nyelvtünet azonban rendszeren hiányzik és a vérkép és klinikai tünetek pontosabb figyelembevétele alapján a megkülönböztetés többnyire lehetséges lesz.

Torday Árpád dr., egyet. c. rk. tanár.

### A trigeminus neuralgia gyógyítása.

A heveny trigeminus neuralgia gyógykezelése az elérhető gyógyeredmény szempontjából legtöbbször igen hálás dolog. Az idült esetek azonban, főképp idősebb egyéneknél, sokszor valósággal crux aegroti et medicorumnak tekinthetők. Minden trigeminus neuralgiánál először a kóreredit tisztázandó. A fogak, orr és orrmelléküregek, a fül és a szem gondos vizsgálata szükséges. Szúvas fogak, rossz, bennmaradt foggyökerek eltávolítandók. Az orr melléküregeinek gyulladása és fülbántalmak gyógyítandók. Idült náthánál az orr nyálkahártyájának duzzanata helyileg kezelendő. A szem fénytörő közegeinek hibái corrigálандók. Igen gyakran a fájdalmak a felső alveolaris idegek és a plexus dentalis superior elülső, középső és hátsó idegágainak mentén jelentkeznek a leghevesebben, ami sokszor teljesen ép fogak felesleges kihuzatására vezet. Gyakran különböző mérgek behatása kapcsán (különösen alkohol, ólom és dohány) jelentkezik a neuralgia. Ilyenkor az intoxiciós neuralgiáknál egyéb kezelések mellett, izzasztókúrák, jódkáli és bõ alkalikus víz ivása is ajánlatos. Fertőző betegségek után is gyakori a trigeminus neuralgia. Így fennállhat lappangó malariánál. Ilyenkor chinin nagy adagjai rendszeren megszüntetik a fájdalmakat. A vérsavó vizsgálatát mindig ejtsük meg. Positivitása esetén a tüneti fájdalomcsillapító kezelés mellett erélyes antilueses kúra végzendő. Különösen a trigeminus III. ágának területén jelentkező, illetőleg ennek nerv. auriculo temporalis ágára terjedő neuralgiák gyanusak lueses kórereditre. Fertőző betegségek után fennálló testi leromlás és vészegénység is kezelendő. Vas- és arsenkúrákkal való roborálás ajánlatos ilyenkor. Igen jó natrium kakodyliumot adni másodnaponta intravenásan 0-10, majd 0-20—0-30 g-os adagokban. 15—20 befeeskendezés mellett biztos roborálást érhetünk el. Cachectikus állapotoknál általános erősítő kúrák és bõ táplálás stb. szükséges. Anyagesere zavarak gyógyítandók. A bélműködés és emésztés zavarai, dyspepsiás állapotok és székrekedés megszüntetendők.

A meghülés szerepe a neuralgia létrejövetelére nézve egyes esetekben kétségtelen. Mindenesetre refrigátoros ártalmak kerülendők és a neuralgiák kezelése alatt még a legenyhébb ily ártalom elkerülésére is nagy gond fordítandó.

A neuralgiák kezelésénél szem előtt tartandó, hogy a betegség alapját enyhe neuritises folyamatok képezik. Gyógyszeres kezelésként belsőleg nagy adagokban antineuralgicumokat, elsősorban salicyl-készítményeket adjunk. 3—4-szer naponta egy-egy port a következő vények szerint: *Salipyrini, phenacetini*  $\bar{a}\bar{a}$  30 cg, *chinini sulf.* 15 cg; vagy *phenacetini, exalginii*,  $\bar{a}\bar{a}$  30 cg, *codeini phosph.* 3 cg; továbbá *antipyrini phenacetini*  $\bar{a}\bar{a}$  25 cg, *acidi acetylsalicylici* 50 cg. Makedább eseteknél jó hatású: *exalginii, salipyrini*  $\bar{a}\bar{a}$  30 cg, *luminali, codeini phosph.*  $\bar{a}\bar{a}$  3 cg, vagy pedig 1—2-szer naponta való adagolás mellett; *atropini methylobromati*

2 mg, *exalginii, salipyrini*  $\bar{a}\bar{a}$  25 cg. A készítmények közül gyakran jó hatásúak a *cibalgin*-tabletták, a magyar *demalgon* 30—40 eg adagokban, továbbá *melubrin, veramon, somnacetiin, combral, gelodina antineuralgica*, vagy *tachalgin-tabletták*. Ha a beteg nagyfokú fájdalmát lehetőleg gyorsan akarjuk megszüntetni, a legjobb intravenásan 1 amp. tachalgant adni (coffein, antipyrin, salicyl és urotropin). Intramuscularis novalgin vagy sinmodin befeeskendezésektől is rövid idő múlva bekövetkezendő kedvező hatást láttunk. *Morphiumot* és *készítményeit teljességgel mellőzzük*. Csak igen kivételesen, igen makedas idült esetekben, mint ultimium refugiumhoz nyulhatunk domopon vagy pantopon befeeskendezésekhez.

Újabban sok esetben intravenás *atophanyl* vagy *strontisal, neostrontan* befeeskendezéses kúrák jó eredményét is dícsérik. A francia *Naiodine* (Lab. Logeais Boulogne Sur-Seine) intravenás kúráját makedas esetekben célszerű megkísérelni. Idült esetekben okvetlen ajánlandó *vaccineurin*, vagy az ezzel egyénértékű magyar készítmény, a *neurolysin* kúra alkalmazása. Intramuscularisan adjuk másod- vagy harmadnaponta, az I. seria vagy II. seriánál kezdve. Legalább 10 lázas reactiót érjünk el. Intravenás vaccineurin adagolás  $\frac{1}{2000}$  cm<sup>3</sup> adagtól kezdve makedas eseteknél szintén megkísérlehető.

Physikalikis kezelési eljárások a következők: lehetőleg állandóan melegben tartjuk a beteg arcefet (gyapottkendő), naponként 2-szer 1—1 óra hosszát thermophor, délelőtt és délután 10—15 percig meleg, levegődús fõnkészülék segítségével. Egyes érzékeny idegpontokra 1—2 percig naponta a Cornelius-féle pontmassage, amelynél egyik mutatóujjunkat enyhén, nyomás nélkül reáhelezzük az idegpontra (supra-, infraorbitalis, nasalis, maxillaris, temporalis, mandibularis) és másik mutatóujjunkkal, igen enyhe nyomás mellett, kis körözõ mozgásokat végzünk. A galvanozást úgy végezhetjük, hogy az indifferens kathodelektrod a mellkasra vagy tarkóra és a kiesi, 2—4 cm<sup>2</sup> em-nyi felületű differens anodelektrod egy-egy idegpontra 2—3 percig 1—2 MÅ áramerõség mellett. Igen célszerű a nagy specialis arcelektrod (*Bergonié*) használata, amely az egész arcefet beborítja. Mint stabil anod galvanisatiót ilyenkor 15—20 MÅ erõséget is adhatunk 40—60 pernyi ülés tartam mellett. A galvanozás végén az idegpontoknak farados ecsettel való néhányszori érintgetése, avagy igen gyenge statikus áramhoz kapcsolt kisütõ gombos elektroddal való érintgetés is jó hatású. Még makedas esetekben is igen sokszor jó eredményre vezet a naponta 20—30 percig alkalmazott diathermiás kezelés. Activ elektrod az idegpontra, a nagyobb inactiv elektrod a tarkótájra, az elõzõvel lehetőleg szembe kerül. *Kis áramerõségeek alkalmazandók, átlagban 0-10—0-30 Å*, a gyengébb kapcsolási rendszer mellett. Az orvos keze állandóan az áramerõség szabályozóján legyen és a beteg legkisebb kellemetlen csípõ vagy égetõ érzésénél csökkentenünk kell az áramerõséget. Egyébként mélyre is terjedõ égési sebek is támadhatnak.

Ívfénybesugárzással, radiosol-lámpa, vagy a sollux-lámpa kék fényével való besugárzás is megkísérlehető. Makedas esetekben a sebészí beavatkozás elõtt az újabban ajánlott Röntgen-besugárzásos kezelés is megpróbálandó. Radiumemanatiós borítások, radiumolajos, vagy vaselines bedörzsölések (80—100.000 ME), avagy *analginak* a fájdalom helyén való bedörzsölése is hasznos lehet. Egyes esetekben az orr nyálkahártyájának novocainnal való (10—15%-os oldat) beecsetelése is jó hatású. Localisan novocain 0-1, natr. chlor. 0-8, aq. dest. ad 100.000 oldatból 5—20 cm<sup>3</sup>-t feeskendezhetünk be a meg-



betegedett ideg kilépési helyére. *Teljes asepsis.* Az enyhe oedema pár nap alatt elmúlik. A kezelés megismételhető. Eme anaesthesiás kezelés után tompavégű Schlosser-féle injectiók tüvel az ideg kilépési csatornáiba 2 csepp 2%-os novocain befecskendezése után  $\frac{1}{2}$ –1 cm<sup>3</sup> 80%-os alkoholt is fecskendezhetünk be. Ez eljárás, úgy-szinte a basalis alkoholfecskendezés és 70–90%-os alkoholnak (2–4 cm<sup>3</sup>) a ganglion Gasseribe való befecskendezése már sebészi beavatkozást képeznek és ily-irányú alapos sebészi gyakorlatot kívánnak.

Utolsó menedékképpen is nagy meggondolást igényel a ganglion Gasseri kiirtásának vagy neurexairesisnek ajánlása a ganglion mellett. Veszélyes műtét és specialisan ilyirányú gyakorlattal bíró sebész kezébe való. Az ideggyökérkimetszést helyesebb az újabb amerikai eljárással a gangliontól proximalisan, csak az érző gyökön végeztetni, hogy a rágóizomzat hűdését is elkerüljük. Szaruhártya fekélyesedés neurokeratitis és állandó fülzúgás következményesen így is gyakran bekövetkezik.

*Thurzó Jenő dr.* egyet. tanársegéd (Debrecen).

### Az insulin-hízókúrákról.

Az insulin-hízókúrát *Falta* egy régebbi megfigyelése alapján vezette be therapiánkba. Annakidején megállapította, hogy a hízlaláshoz jól működő pankreasra (Langerhans-féle szigetekre) van szükség. Így vált ismertté a pankreatogen elhízás képe. Hízalást csupán fehérjével és zsírral nehéz keresztülvinni, föltétlenül szükséges szénhidratokat is bőven a szervezetbe juttatni. Úgy látszik, hogy a fehérje- és zsírlerakódáshoz fokozott szénhidratassimilatio útján jut a szervezet és ez a pankreas hyperfunctiója révén is elérhető.

A pankreas hyperfunctiója insulinadagolással (injectiókkal) pótolható. Ennek alapján vezették be a hízlaló gyógymódok sorába és nyert a diabetes kezelésén kívül még nagyobb jelentőséget az insulin, egy mellékhatása révén is.

Egy másik felfogás az insulinhízás hatását a hypoglykaemiában és az ennek következtében fellépő étvágyfokozásban, éhségérzetben látja.

Arra is gondoltak, hogy insulinadagolás következtében a szövetek víztartalma fokozódik, rejtett oedemák és hydraemia is létrejönnek, aminek végeredményében a hízás megnövekedett vízretenciónál egyéb nem lenne.

Miután ez utóbbi felfogás nem bír nagy valószínűséggel és fehérje- és zsírelraktározás tényleg létre is jönnek, az insulin alkalmazása hízlalás céljából jogosult.

A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy elsősorban a kórosan, constitutiójuknál fogva sovány egyének, továbbá astheniás emberek, kiknek vese-, gyomor-, bélsüllyedésük van, híznak legjobban insulininjectiók után.

Magas lázzal járó tuberculosisban szenvedőknél általában elővigyázatot ajánlanak; okát megmagyarázni nem tudnám, de tényleg ismertették a tüdőállapot rosszabbodását insulin hízóúrák alatt. Úgy látszik, csak indurativ és subfebrilis folyamatoknál lehet nyugodtan insulin adni, továbbá nagyobb fontosságú az úgynevezett tüdő-ésúcsurutban és ezzel kapcsolatos másodlagos anaemiában szenvedőknél az anorexia leküzdése.

Az insulin-hízókúrák egy másik fontos alkalmazási területe a praearteriosklerotikus lesóványodás és a thyreotoxicosisra visszavezethető súlyoskénés. Ezen utóbbi esetben az insulin-hízókúra indicatioja összeesik a Basedow-kór insulinkezelésével. Mindkét esetben azonban bizonyos óvatossággal kell az insulin adagolnunk.

Ami a kúrák elvégzésének technikáját illeti, úgy ajánlatos naponta többször (3–4-szer) 10–20 egység insulin subcutan adni. Az injectiókat 20–30 perccel étkezés előtt végezzük. A betegeket természetesen minden suggerálás nélkül felvilágosítjuk az esetleges hypoglykaemiás tünetekről és azok leküzdéséről. Habár ez a kis mennyiségű insulin a megfelelő, cukorban és más szénhidratokban dús étrend mellett ritkán vezet nagyobb hypoglykaemiás reakcióhoz, amit mégis a farkasétvágyon kívül észlelhetünk, a gyengeség érzete, remegés, bő izzadás és szívdobogás szokott lenni. Ha netalán ezen tünetek fellépnének, azok 1–2 darab kockacukor, vagy néhány falat kenyér fogyasztása után rövidesen el is mulnak.

A peroralisan adott insulin-tablettáktól eddig távolról sem láttunk olyan eredményeket, mint az injectióktól. Intézetem kívül, sajnos, kissé nehézkes a naponta pontos időben végzendő injectiók kúra keresztülvitele, azonban lehetőleg ne adjunk emiatt betegeink kezébe fecskendőt.

Az eredményes kezelés alapja volna, hogy elég óvatosan, de nagyobb mennyiségű insulin adjunk naponta. (Napi 60, sőt vigyázva 80 egység insulinra is felmehe-tünk.) A kúrát megfelelő étrend mellett 4–6 hétig folytatjuk.

A kúra alatt 6–10 kg-os súlygyarapodást is elérhetünk az étvágy nagymérvű fokozódása mellett.

A hízás elég állandó és az esetek nagyobbik felében az injectiók befejezése után is megmarad, az anorexia pedig majdnem mindig megszűnik.

*Hajós Károly dr.* egyetemi tanársegéd.

### Psoriasis vulgaris kezeléséről.

A leggyakrabban előforduló bőrbetegségek közé tartozik a psoriasis vulgaris (pikkelysömör), amely dacára, hogy a beteg életét nem veszélyezteti és annak kisebb subjectiv panaszain kívül nagyobb kellemetlenséget nem okoz, mégis a betegség makacsága, hosszan fennálló és gyakran recidiváló volta és elégtelenítése miatt a betegre nézve igen kellemetlen elváltozás. Az egész betegség chronikus gyulladás képében zajlik le és kórképének olyan tipikus jelenségei vannak, hogy a nem szakorvosok által is könnyen diagnosztizálható. Ezért a kórfolyamat leírásával ez esetben nem akarok foglalkozni, csak megemlítem, hogy a psoriasis leggyakrabban punctata, gyrata, serpigiosa, figurata, geographica és universalis alakban lép fel; ritkább alakjai: a psoriasis ostracea, verrucosa, rupoides és pustulosa. A betegség aetiologiája még teljesen ismeretlen, mert dacára annak, hogy egyes családokban öröklékenység kimutatható, azonban mégsem vehető fel a betegségnek öröklés útján való terjedése, csak a hajlam öröklhető. A bakteriumos fertőzésre az eddigi kutatások semmi támpontot nem nyújtanak, mert a kór-ókozóját még nem fedezték fel, átoltás útján pedig nem sikerült psoriasisst előidézni. A trophoneurotikus elmélet mindinkább háttérbe szorul a belsősecretiós mirigyek elváltozásos theoriája mellett, amely szintén nem vitte előbbre a psoriasis aetiologiájának a kérdését, mert a thymus hypo- vagy hypersecretiós működése csak gyanakvásra ad okot, azonban ez a kérdés sinos tisztázva. Az emésztőrendszer- (autotoxikus) elváltozás theoriája pedig teljesen megdőlt.

Éppúgy, mint az aetologia, a therapia is bizonytalan utakon halad. Az eddigi therapiával a psoriasis vulgaris által előidézett kellemetlen elváltozásokat és panaszokat megszüntethetjük és annak újra való kifejlődését egy ideig megakadályozhatjuk, azonban a psoriasisst teljesen meggyógyítani és recidivamentessé tenni a dermatologia legnehezebb problémái egyike. A kezelésnek három irányelve van:



1. belső; 2. külső kezelés; 3. diatás eljárás. Igen gyakran ezeket kombináltan is alkalmazzuk.

I. A *belső* kezelésnek két főgyógyszere van, az *arsen* és a *jód*, ezeket pilula, cseppek vagy injecciónok alakjában adhatjuk. Az arsenadagolás közismert módon történik: pilula (*Pil. asiaticae*), cseppek (*Fowler-oldat*), injección (1% *natr. arsenic.*, *Kakodyl* stb.). Itt csak az arsen-intoxicatióval járó kellemetlenségekre kell ügyelni: étvágytalanság, torokszárazság, hasmenés, görcsök, hűdés, szédülés, arsenmelanosis, hyperkeratosis palmaris et plantaris. A jódeseppek (*tinet. jódi*), vagy intravenás injección alakjában (*kainon*) adagolandó.

II. A *külső* kezelés a régóta használt és még mindig jól bevált *kátrány*, *pyrogallussav*, *chrysarobin*, vagy ezek kombinációjából áll. Ritkábban használunk *cignolint*, *mercurpraecipitátot*, *salicylsavat*, a *ként*, az *ichthyolt* és a nagy mérgező hatása folytán igen kis körülírt területekre *β-naphtholt*. Mindezen szerek részint kenőcsök, részint folyadék alakjában, vagy collodium, traumaticin anyaggal vitetnek a bőrre. A külső kezelésnél az eljárás a következő: kaliszappanos meleg fürdővel, esetleg olaj- vagy bór- (*salicyl*) vaselinnel a pikkelyes és hyperkeratikus felrakódásokat leáztatjuk, azután az alkalmazandó gyógyszert — mivel én rendszerint kátránnyal kezdem — tehát az *olei cadinini* 10% glycerines oldatát kemény sűrteecsettel a psoriaticus plaqueokra erőlyesen bedörzsöljük, amely mindig 12 óráig marad a testen és utána minden alkalommal egy langyos fürdőt kap a beteg. Ha az illető a kátrány iránt nem viseltetik idiosinkrosiával, úgy a kátrány erőssége fokozható 50%-ra. Kátránykészítmények közül szóbajöhetnek: *olei cadini*, *lithantracis*, *fagi*, *rusci*, *pixliquida*, *antrasol*, *liquor carbonis detergens* stb. Ezen utóbbi gyenge hatása miatt *salicyl* vagy *resorein*nal keverten adható. A másik antipsoriaticus szer a *pyrogallussav*, amelyet 4—6 napon át 5—10%-os kenőcs alakjában a psoriaticus plaqueokra erőlyesen rádörögölünk. Kellemetlenségei: barnás elszíneződés, bőrgyulladás, erős intoxicatio következtében fellépő glomerulonephritis és vörösvérsejtszétésés. A harmadik szerünk, amely erős redukáló és keratolytikus hatása miatt elég gyakran és sikeresen használtatik: a *chrysarobin*. Szintén 3—10%-os kenőcs alakjában, vagy collodium, traumaticinnal keverve alkalmazandó. Kellemetlen mellékhatásai: körmök, haj, fehérműnek sárgára való megfestődése, erős bőrgyulladást, szembe jutva conjunctivitist és nephritist okozhat. Ezen kenőcsöknek öt napon át való állandó használata után rendelünk csak egy szappanos fürdőt és ezt mindaddig folytatjuk amíg a bekent helyeken erős bőrgyulladás nem lép fel, ennek enyhítésére és visszafejlesztésére bőrvaselin vagy más hűtő kenőcsöket alkalmazhatunk. A *chrysarobin*hoz hasonló, de némelykor erősebb hatást érhetünk el a *cignolinnal*. Míg a *salicyl* és a *mercurpraecipitát* 10—20%-os kenőcseit enyhébb hatásuk miatt főleg a kéz, az arc és a hajzatos fejbőr elváltozásainál és a túlérzékeny egyéneknél kisebb területekre alkalmazzuk. Sokan jó eredményt láttak az eugallol nevű készítménytől is. Ilyen eljárással a legmakacsabb psoriaticus elváltozást is sikerült visszafejlesztésre bírni.

A külső kenőcsös kezelést erősíthetjük a *fénykezeléssel*: a természetes napfürdővel és a quarlámpa besugárzásával. A besugárzás az egész testfelületre történik és mivel teljesen veszélytelen eljárás, bármely gyakorlóorvos is elvégezheti. A psoriasisnak Röntgenrel való kezelése már nagyobb óvatosságot igényel. A thymusnak besugárzása, amelyhez oly nagy reményeket fűztek a psoriasis-therapiában, teljesen csődöt mondott. Az egyes makacs (inveterált) plaqueóknak Röntgenrel való besugárzása igen jó eredményt ad, és mivel a kezelés egy-

szerű, tiszta, tetszetős és gyors tünetmentességet ad, a betegek szívesen veszik, de a recidivamentességet ez sem biztosítja és ezzel szemben fennáll az esetleg fellépendő Röntgen-atrophia, teleangiectasia, vagy ulcus veszélye.

A teljesség kedvéért felemlíthetem még a parenterális, sajátvér-serum, 10% kén és a terpentín steriloldatának intramuscularis injecciónját, amelyeknek azonban a psoriasis leküzdésére kevés hatásuk van és inkább csak mint irodalmi adat érdemel említést.

Némelyek (*Brocq*) a diatás kezelés, főleg a teljes vegetarianus koszt mellett láttak jó eredményeket, amely azonban mások által nem erősített meg. A psoriasis vulgaris, ha nehezen is, de türelmet igénylő és változó therapiával mégis leküzdhető.

*Brezovsky Emil dr.*, közkórházi főorvos.

## Terhesség és diabetes.

Bár sokan foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy fennálló diabetest terhesség miként befolyásol, nem mindenben egyeznek meg a nézetek a prognosis, illetőleg teendők szempontjából. Általában mégis az a fölfogás alakult ki, illetőleg él az orvosi köztudatban, hogy terhesség a diabetesre erősen deletaer befolyást gyakorol, mely gyakran vezet végzetes kimenetelű comához. E kedvezőtlen befolyást csaknem mindig acidosis okozza, aminek fellépése annál is inkább bekövetkezhet, amennyiben a terhes szervezet bizonyos mértékig maga is hajlik acidosisra. Az acidosis fokozódása idézi elő azután sok esetben a comát, mely utóbbi felléptének közvetett okát májfunctiós zavarban keresték. Az elmondottak és a magzatok életkilátásainak felette kedvezőtlen volta a legtöbb vizsgálat arra a megállapításra vezeték, hogy a diabetes, illetőleg annak súlyosbodása a terhesség művi megszakítását teszi szükségessé.

Az insulin felfedezése a diabetes kezelését principian megváltoztatta s így a terhességgel szövődött esetekben szükséges teendők is revisióra szorultak. Bár egyelőre a tapasztalatok még kisszámúak, nem is mindenben egyeznek a végleges vélemény nem alakulhatott ki, mindazonáltal a régebbi fölfogásnak meg kellett változni. Több esetben sikerült ugyanis súlyos diabetikáknál megfelelő diatás és insulinkezeléssel a terhességet minden zavar nélkül kiviselni, a szülést levezetni és a gyermekágyban sem lépett fel semmi zavar, még a régebben mindenképpen perhorreskált szoptatás dacára sem. A pontosan végigélesztelt esetek egyelőre kisszámúak ahhoz, hogy végleges döntő álláspontot lehessen elfoglalni, mindenesetre azonban módot nyujtanak arra, hogy minden esetben a megfelelő kezelés bevezetessék és csak a legvégső, befolyásolhatatlan esetekben legyen javalt a terhesség megszakítása.

A diabeteses terhes kezelését illetőleg több irányelv betartása szükséges. Fontos mindenkélt megállapítani, hogy valódi diabetesről, nem lényegtelen terhességi glykosuriáról van-e csak szó? Ha a diabetes kétségtelenül megállapított, szükséges, hogy a terhes asszony állandó orvosi felügyelet alatt álljon, hogy a diabetes esetleges súlyosbodása a figyelmet el ne kerülhesse. A beteg diatája és az adagolandó insulin a megbetegedés súlyosságához, illetőleg változásához kell, hogy pontosan alkalmazkodjék. Fehérje valamivel bőségesebben nyujtandó, szénhydrat legalább annyi, hogy acetontestek fellépése megakadályoztassék. Miután a diatá beállítására és az insulin adagjának megállapítására gyakori és pontos orvosi kezelés igényel, célszerű a terhest legalább egy időre intézeti ellenőrzés alatt tartani.

*Liebmann István dr.* egyet. tanársegéd.



# ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON**

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

**HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC**

**GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF †**

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## T A R T A L O M:

**Benkovics Zoltán és Fernbach József:** A hypophysis-készítményekről a diabetes insipidussal kapcsolatban. (273—275. oldal.)  
**Farkas Ignác és Révész Vidor:** Dystopiás egyoldali összenőtt vesék. (275—278. oldal.)  
**Sümege István és Szalay Rudolf:** Activ savókkal szerzett tapasztalatok a lues serodiagnosában 1000 eset alapján. (278—280. o.)  
**Láng Sándor és Rigó László:** Magnesiumsók hatása a vércukorconcentrációra. (280—281. oldal.)  
**Jarnó Leó és Surányi Lajos:** A gyomornedv csiraölöképessége. (281—283. oldal.)  
**Geldrich János:** A liquor cerebrosinalis tejsavtartalma és hydrogenionconcentrációja meningitis tuberculosánál. (283—284. o.)  
**Hudovernig Dezső:** Ombrédanne-narkosis. (284—285. oldal.)  
**Pethő János:** Congenitalis maxilla és mandibula synostosis. (285—286. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (45—48. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Gégészet. — Urologia. — Socialis egészségügy. (286—289. o.)  
**Könyvismertetés.** (289—290. oldal.)  
**A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 16-i ülése.** (290—291. oldal.)  
**A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkörtani szakosztályának március 8-i ülése.** (291—292. oldal.)  
**A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének február 27-i ülése.** (292—293. oldal.)  
**A Magyar Urológiai Társaság február 25-i és március 4-i folytatós ülése.** (293—294. oldal.)  
**A Debreceni Orvosegyesület február 28-i ülése.** (294. oldal.)  
**Zemplényi Imre:** A némi egészségügy problémái. (294—296. old.)  
**Vegyes hírek.** (296. old.)

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-Tudományegyetem I. számú belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyetemi ny. r. tanár).**

### A hypophysis-készítményekről a diabetes insipidussal kapcsolatban.

Írták: *Benkovics Zoltán dr. és Fernbach József dr.*

A hypophysis-készítmények tudvalevően három fajta hatóanyagot tartalmaznak: a méh síma izomzatát összehúzó, a vérnyomást fokozó s a vizeletkiválasztást csökkentő anyagot. Az újabb vizsgálatok azt mutatják, hogy ezek az anyagok nem identikusak, helyesebben e készítményeknek nem ugyanazon fractiójában fordulnak elő. Azok a vizsgálati eljárások, melyek a hypophysis-készítmények standardizálását célozzák, kizárólag egy hatásra: a méh izomsejtjeinek összehúzására vonatkoznak. Tekintettel azonban arra, hogy az utóbbi években a hypophysis-készítményeket nemcsak a szülészetben használják, hanem belgyógyászatban is, többek között a diabetes insipidus kezelésében: fontosnak látszik annak megállapítása, hogy a forgalomban levő hypophysis-készítmények megbízhatóságának belgyógyászati használhatóság szempontjából mik a kriteriumai. Nagyon természetes, hogy itt elsősorban a diabetes insipidus gyógykezelésére gondolunk, mert az epehólyagra és az ureterekre való hatás teljesen identikusnak látszik a méh síma izomzatára való hatással. Röviden kifejezve tehát az a kérdés, hogy szülészeti szempontból kifogástalannak hirdetett készítmények egyszersmind a vizeletkiválasztás csökkentése szempontjából kifogástalannak mondhatók-e?

A hypophysis-készítmények tudvalevőleg a hypophysis specifikus anyagain kívül histamint és histaminszerű anyagokat tartalmaznak. Utóbbi anyagok ugyan csak erős méhcontractiót tudnak kiváltani és így elvileg elképzelhető, hogy a méhkészítményeken kifogástalannak bizonyult anyag végeredményben inkább histamin, illetve histaminszerű anyagot tartalmaz, mint a hypophysis specifikus hormonját.

Minthogy a vizeletkiválasztásra gyakorolt csök-

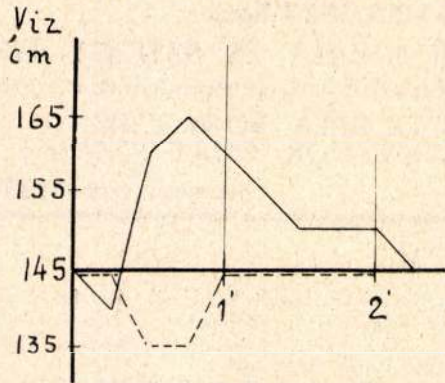
kentő hatás nem a histaminhoz van kötve, ilyen készítmények a szülészetben tökéletesek lehetnek, de a diabetes insipidus organotherapiájára még sem használhatók. Az elmondottakból az is következik, hogy a méhkészítményeken nem lehet megállapítani, hogy valamely hypophysis-készítmény tartalmaz-e elegendő egyéb specifikus anyagot, vagy sem? Legegyszerűbb eljárás volna, ha a készítményeket a diabetes insipidusos egyénekben próbálnánk ki. Ez azonban több nehézségbe ütközik: a diabetes insipidus aránylag ritka, másfelől nem minden eset befolyásolható injectiók készítményekkel.

A kérdés megoldására más utat választottunk. *Csépai és Pintér—Kovács* közöltek egy eljárást, melynek segítségével klinikai kísérleten megállapítható valamely hypophysis-készítmény specifikusanyag tartalma. Az eljárásnak lényege az, hogy a feltétlenül megbízhatónak tartott Parke—Davis-féle pituitrin hatásával hasonlítjuk össze a vizsgálandó készítményeket. A vizsgálandó egyéneken elvégezzük a Csépai-féle intravenás pituitrin érzékenységvizsgálatot először pituitrin Parke—Davissal, azután másnap a kérdéses hypophysis-készítménnyel. Az egyén 0.02—0.04 cm<sup>3</sup> hypophysis-oldatot kap intravenásan az egyik vizsgálótól, mialatt a másik vizsgáló a vérnyomást állandóan ellenőrzi. Az injectio beadása után a vérnyomást ¼ percenként újra és újra megméri. A kezdeti vérnyomásnövekedés után vérnyomásemelkedés jön létre, mely hosszabb-rövidebb idő után a kiindulási értékre esik vissza. A vérnyomáscsökkentést a készítmény histamintartalma, a vérnyomás emelkedését a specifikus, hormonszerű anyagok okozzák. A desinsibilizáló hatásra való tekintettel az egyes készítmények összehasonlítása lehetőleg különböző napokon történjék. A különböző készítményekből, különböző napokon ugyanazon mennyiséget adagolva, a Parke—Davis pituitrinnel összehasonlítva, megállapíthatjuk a különböző készítmények vérnyomásemelkő hatását. Számos készítményt vizsgálva azt kapjuk, hogy a szülészeti szempontból egyenlő értékűnek tartott készítmények vérnyomásra gyakorolt hatása különböző: egyes készítmények egyáltalán nem okoznak vérnyomásemelkedést, mások csekélyfokú emelkedést, mások ismét megközelítik, vagy elérik a pituitrin P.—D.-t



hatásában. Az a kérdés, hogy a vérnyomásra gyakorolt hatásból lehet-e következtetést vonni a vizeletkiválasztásra gyakorolt hatás nagyságára.

E célból két diabetes insipidusos egyéneken végez-

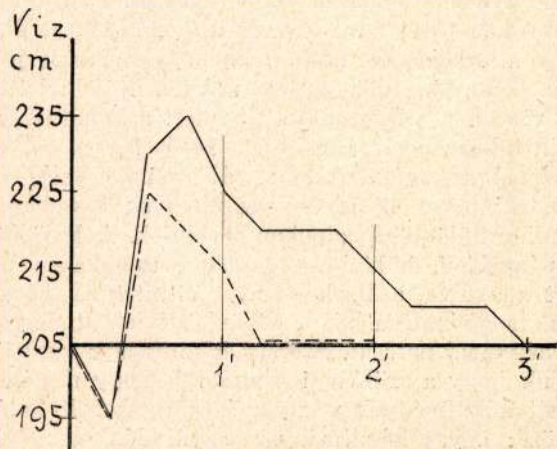


1. görbe. — Pituitrin P. D. 0.04 cm<sup>3</sup>. - - - Hypophen 0.04 cm<sup>3</sup>.

tünk megfigyeléseket. Mindkét esetben több hypophysiskészítmény hatását állapítottuk meg a vizelet kiválasztására. A készítményeket (1 cm<sup>3</sup>) subcutan adtuk, mindig a reggeli órákban. Mindkét beteg vegyes diatétán volt. Vizsgálatainkat az alábbi két táblázat mutatja (lásd az 1. és 2. sz. táblázatot).

1. sz. táblázat.

Dátum	Az adott készítmény neve	Vizeletmennyiség cm <sup>3</sup> -ben	Vizeletfajsúly
1928			
I. 1.		9000	1002
2.		8000	1002
3.		9500	1002
4.		9500	1003
5.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P.—D. . .	5000	1008
6.		5200	1004
7.		7000	1005
8.	1 cm <sup>3</sup> hypophysin . . . . .	8500	1004
9.	1 cm <sup>3</sup> pituglandol . . . . .	6000	1008
10.		7000	1005
11.	1 cm <sup>3</sup> hypophen . . . . .	7500	1005
12.	1 cm <sup>3</sup> pituisan . . . . .	7500	1002
13.		10000	1003
14.	1 cm <sup>3</sup> glanduitrin . . . . .	5500	1006
15.		12000	1003
16.	1 cm <sup>3</sup> hypoglandin . . . . .	8200	1005
17.		7700	1005
18.	1 cm <sup>3</sup> glanduitrin . . . . .	6000	1006
19.		10000	1006
20.		10000	1005
21.	1 cm <sup>3</sup> pituloben . . . . .	9000	1004
22.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin Heisler . . .	5500	1005
23.		8000	1002
24.		11500	1003
25.		11000	1004
26.		10500	1004
27.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P.—D. . . .	5000	1007

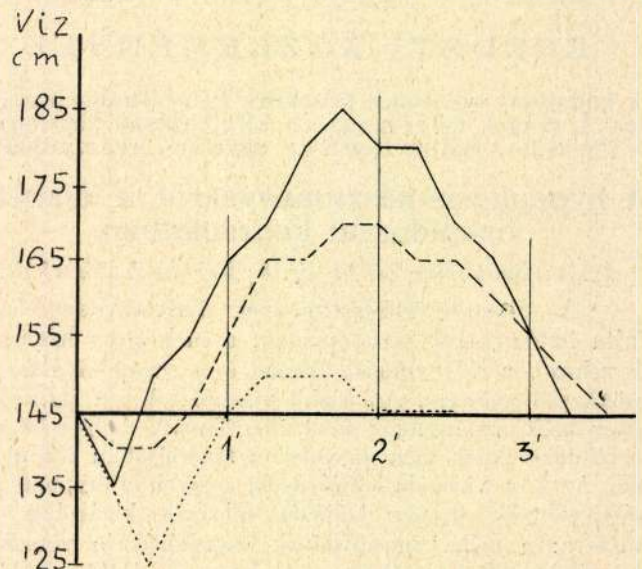


2. görbe. — Pituitrin P. D. 0.04 cm<sup>3</sup>. - - - Pituitrin Heisler 0.04 cm<sup>3</sup>.

2. sz. táblázat.

Dátum	Az adott készítmény neve	Vizeletmennyiség cm <sup>3</sup> -ben	Vizeletfajsúly
1928			
IV. 24.		6000	1006
25.		6000	1006
26.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	5000	1006
27.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	5000	1006
28.	2 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	2700	1008
29.	2 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	3500	1006
30.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	9200	1002
	5 cm <sup>3</sup> urotropin . . . . .		
V. 1.	1 cm <sup>3</sup> infundin . . . . .	1000	1015
2.		12200	1003
3.	1 cm <sup>3</sup> infundin . . . . .	1500	1010
4.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	3500	1006
5.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	4500	1005
6.	1 cm <sup>3</sup> hypoglandin . . . . .	7500	1004
7.	1 cm <sup>3</sup> pituisan . . . . .	7500	1003
8.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	6500	1003
9.	1 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	4500	1007
10.	2 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	2500	1010
11.		9000	1003
12.	2 cm <sup>3</sup> pituitrin P. D. . . . .	5700	1006
13.		10000	1003

A vizsgálatok alapján egy sorozatot állapítottunk meg, annak a sorrendnek megfelelően, milyen mértékben találtak hatásosnak a különböző hypophysiskészítményeket a vizeletválasztás szempontjából. A hypoglandintól kezdve lefelé a készítmények kb. egyforma hatásúak voltak (lásd 3. táblázat).



3. görbe. — Pituitrin P. D. 0.04 cm<sup>3</sup>. - - - Glanduitrin 0.04 cm<sup>3</sup>. . . . . Pituloben 0.04 cm<sup>3</sup>.

3. táblázat.

Infundin (Wellcome)
Pituitrin (Parke Davis)
Glanduitrin (Richter)
Pituglandol (La Roche)
Pituitrin (Heisler)
Hypoglandin (Kosmos)
Hypophen (Gehe)
Hypophysin (Hoechst)
Pituisan (Chinoin)
Pituloben (Fahlberg dr.)

4. táblázat.

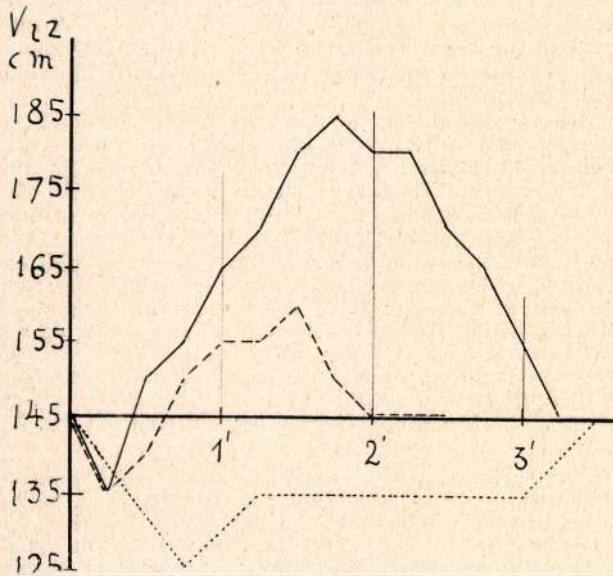
Pituitrin P. D. . . . .	100%
Infundin . . . . .	100%
Glanduitrin . . . . .	60%
Pituitrin Heisler . . . . .	60%
Pituglandol . . . . .	37%
Hypoglandin . . . . .	12%
Hypophen . . . . .	0%
Hypophysin . . . . .	0%
Pituisan . . . . .	0%
Pituloben . . . . .	0%

Ezen megfigyelések alapján az volt a további kérdés, hogy a Csépai és Pintér—Kovács módszerével meghatározva az említett készítményekben a specifikus anyag-tartalmat, vajjon párhuzamosan halad-e a vérnyomást fokozó anyag mennyisége a vizelet elválasztását esökentő anyag mennyiségével? Vizsgálatainkat endokrin szempontból normális egyéneken végeztük és a talált eredményeket az alábbi görbék tüntetik föl (l. 1., 2., 3., 4. és 5. számú görbéket).

A fenti görbék alapján összeállított sorrendből (lásd 4. sz. táblázat) — a különböző hypophysiskészítmé-



nyek vérnyomást emelő hatását összehasonlítva a Pituitrin P. D.-ével, azt 100%-nak véve — azt látjuk, hogy a vizelet mennyiségét csökkentő hatásokkal majdnem teljesen párhuzamos a vérnyomást emelő tulajdonságuk: az

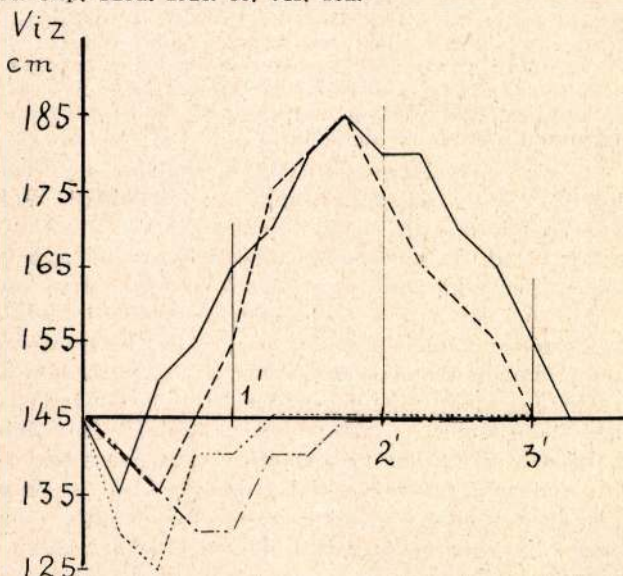


4. görbe. — Pituitrin P. D. 0.04 cm<sup>3</sup>. — — — Pituitrin gland 0.04 cm<sup>3</sup>. ..... Hypoglandin 0.04 cm<sup>3</sup>.

Infundin kivételével, mely így nem mutatkozott hatásosabbnak a Pituitrin P. D.-nél.

A fentieket összefoglalva a következőket állapíthatjuk meg: a szülészetben jól bevált és erre a célra is standardizált hypophysis-készítmények közül nem mindegyik alkalmas a diabetes insipidus organotherapiájára, miután nem mindegyiknek van vizeletmennyiségét csökkentő hatása. Az anyag jelenlétének, illetve mennyiségének kimutatására mi a legalkalmasabbnak tartjuk a hypophysis-készítmények vérnyomást fokozó anyagmennyiségének megállapítását. *Ugyanis vizsgálatainkból kiderült, hogy valamely hypophysis-készítmény vérnyomást fokozó hatása párhuzamos annak vizeletkiválasztást csökkentő hatásával.* Tehát egyszerű és könnyen elvégezhető klinikai vizsgálattal bármely hypophysis-készítményről előre megmondhatjuk, vajon alkalmas-e a diabetes insipidusos beteg vizeletének csökkentésére.

**Irodalom:** Csépai és Pintér—Kovács: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 122. k. — Csépai és Weiss: Zeitschr. f. d. Ges. exp. Med. 1926. 50. 745. old.



5. görbe. — Pituitrin P. D. 0.04 cm<sup>3</sup>. — — — Infundin 0.04 cm<sup>3</sup>. ..... Pituitrin 0.04 cm<sup>3</sup>. — . — . — Hypophysin 0.04 cm<sup>3</sup>.

## Dystopiás egyoldali összenőtt vesék.

Írták: Farkas Ignác dr. kórh. főorvos és Révész Vidor dr. Röntgen-szakorvos.

A vesék fejlődési rendellenességét azelőtt egyes ritka esetekben műtétknél, vagy pedig boncolásnál konstatálták. A vesevizsgálati módszerek tökéletesedése, különösen Röntgen-nel kapcsolatosan, tette lehetővé, hogy ezen rendellenességek már élőben, műtét előtt is diagnosztizálhatók.

A vese Röntgen-vizsgálatának már régtől fogva az volt az egyik fő törekvése, hogy a vesék alakjáról, nagyságáról és elhelyeződéséről pontos fölvilágosítást nyerhessünk. A jó technikával készült fölvételek ennek a követelménynek meglehetősen jól meg is feleltek.

Különösen szép és értékes fölvilágosításokat ad a Röntgen-technika specialis kiépítése, a pneumoradiographia, a pyelographia, a pyeloscopia stb. és ezeknek egymással való kombinációi. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy a jó technikával készült fölvételek a fentebb felsorolt diagnostikai segéd eljárások nélkül is, már magukban véve is olyan megbízhatóan pontos fölvilágosítást adnak a vesék alakjáról, különösen amióta a Buchy-féle eszköz a képek kvalitását jelentékenyen megjavította, hogy fejlődési rendellenességeket, patkóvesét stb. meg lehetett állapítani. Ami éppen a patkóvesét illeti, a Röntgen-litteratúrában már régen le vannak szögezve azok a jelek, amelyekről a jó technikával készült egyszerű fölvételeken is biztosan megállapíthatók. Így mi magunk is több esetben állapítottunk meg egyéb vese alakú és helyzeti rendellenességeken kívül patkóvesét is, mit aztán a pyelographia még plastikusabban kidomborított és az esetleges műtétek is beigazoltak. Ilyenek a mai eseteink is. Elő emberben a klinikusok aránylag elég gyakran találtak rendellenesen fejlődött veséket, így Israel 572 veseműtétnél 2%-tól 3.2%-ig, Fedorov 560 veseműtétnél 5.5 százalékot talált. A kórbonenokok aránylag kisebb százaléban találtak, így Naumann 10177 boncolás közül 1%-ban, Guizetti 20.000 boncolásnál 4%-ban. Ennek az a magyarázata, hogy a vesechirurgusoknál a pathológiás veseanyag koncentrálódik, míg a kórbonenok általános anyagból csinálja a statistikáját.

Mínt hogy az említett sebészi statistikák a Röntgennek korábbi, aránylag fejletlenebb korszakába esnek, a leletek csaknem kizárólag műtéti leletek. A mai tökéletesebb vizsgálati technika mellett várható, hogy az élőben, műtét nélkül is fölismert esetek száma lényegesen meg fog szaporodni.

A rendellenes vesék fontossága klinikai szempontból abban áll, hogy könnyebben és gyakrabban betegszenek meg, műtéti szempontból pedig néha legyőzhetetlen akadályokat állítanak az operateur elé.

A vesék fejlődési rendellenességei közül a dystopiás egyoldali összenőtt vese aránylag a legritkább és így, miután nekünk rövid idő alatt két teljesen hasonló esetet volt alkalmunk észlelni, érdemesnek tartjuk ismertetni őket.

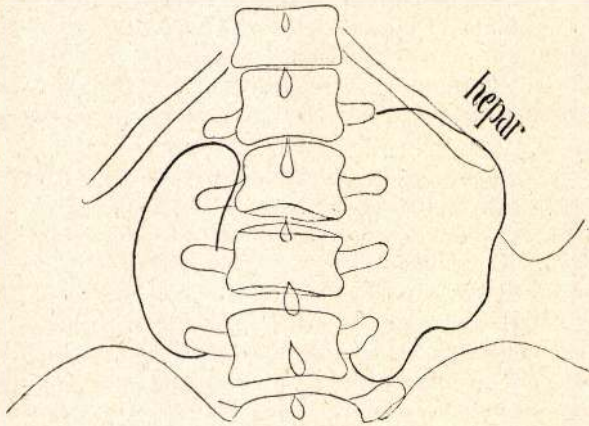
1. eset. 46 éves férfi hosszabb idő óta vándorvesére jellegzetes panaszai miatt állott kezelés alatt. Hat év óta gyomorpanaszai is vannak, melyeket orvosa szintén a supponált vándorvesével magyarázott és hízőkúrát rendelt el neki. Mínt hogy panaszai utóbbi időben súlyosbodtak, orvosa vesefölvarrás céljából küldte föl.

A jobb vese jól kitapintható, mozgatható, alsó polusa a csípőtaraj alá ér le, nyomásra nem érzékeny. A gyomorbélrendszer Röntgen-e rendes. *Vesevizsgálat:* vizelet tiszta, idegen alkatrészt nem tartalmaz. Hólyag normalis, mindkét ureterszájadék rendszeren fekszik, a katéter mindkettőbe akadálytalanul fölvezethető, de a baloldali már körülbelül 18 cm-nyire megakad, míg a jobb körülbelül 28 cm-nyire hatol föl. Az intramuscularisan adott indigocarmin mindkét oldalt öt perc múlva élénk



kéken jelenik meg. A vizeletfagyypont egymáshoz viszonyítva kiesést nem mutat: jobb oldalt delta — 1:40 bal oldalt — 1:42.

Röntgen: a jobb vese nagy, szabálytalan alakú, mélyen és föltűnően medialisan fekszik, felső polusa az I.



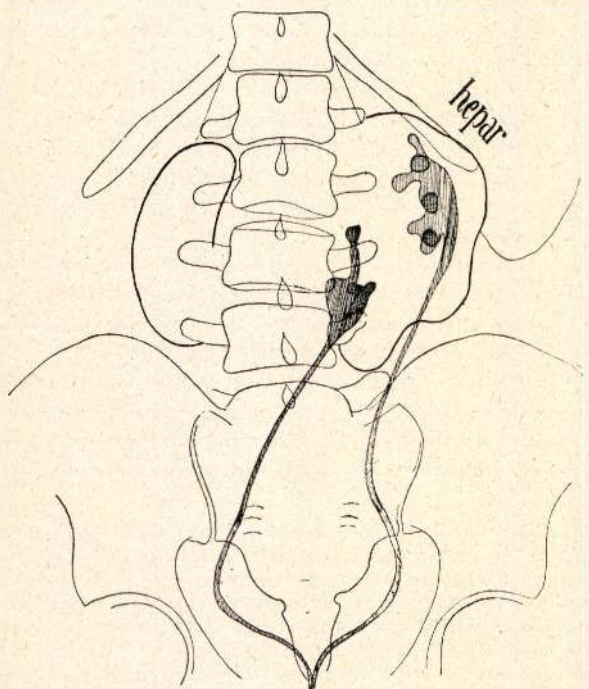
1. ábra.

alsó polusa pedig az 5. ágyékesigolya processus transversusa felső széle vonalában van. A vese a psoas lateralis contourját keresztezi, egész medialis fele rajta fekszik a psoason, az alsó polusából egy széles híd vonul a gerincoszlop felé.

A bal oldalon normalis vesekép nem látható, a vese helyén csak egy jó két harántujnyi szélességű és kb. ujjnyi hosszúságú, feltűnően mélyen és feltűnően medialisan álló, vesealakot egyáltalában nem is mutató (banán-alakú) képlet látható (felső polusa a II. ágyékesigolya proc. transv.-a, alsó széle pedig a IV. ágyékesigolya alsó széle vonalában van. (L. 1. sz. ábra.)

A Röntgen-leletet patkóvesének értelmeztük és pyelographiát csináltunk. Ekkor kiderült, hogy mind a két vesemedence ugyanazon az oldalon van és pedig az egyik magasan és kifelé néz, az ureter a vese lateralis oldala mentén haladva, torkol befelé, a másik pyelum mélyebben és medialisan, a gerincoszlop képének széle mellett van. Se a pylum, se a kelyhek nem tágak. (L. 2. sz. ábra.)

2. eset. 60 éves férfi  $\frac{1}{2}$  év óta beteg, kezdetben aluszékony volt, gyakran hányt. Négy hét előtt hir-



2. ábra.

telen megdagadt az arca, a lába és a hasa, mi digitalis kúrára megjavult. Állandóan rosszul érzi magát. Négy nap óta mindent kihány. Nagyon gyöngye, aludni nem tud, 6–8 kg-t fogyott. A hasban, a jobb bordaív alatt a köldök magasságában egy kb. 10–12 cm hosszú, 3 cm szé-

les, fix, nem fájdalmas, a légzőmozgásokat nem követő, keményebb tumor tapintható. Az arcon, a has bőrén és a bokákon igen kistökös anasarea. Egyéb feltűnőbb kóros nem található. Vörösvérsejtszám 4,290,000, fehérvérsejtszám 6100, festődési index 0.93, haemoglobin — 80%. A kvalitatív vérképben lényegesebb eltérés nincs. A vörösvérsejtek süllyedési sebessége 92 mm, Wassermann-reactio negatív. Vizelet-lelet: fajsúly 1010, fehérje halvány nyomokban, geny negatív, cukor 0, üledékben vesealakelem nincs.

Ekkor átküldték a beteget Röntgen-vizsgálatra. Minthogy hasi tumoroknál rendszerint elsősorban a vesékről szoktunk Röntgen-felvételt csinálni, hogy ahhoz való viszonyukat tisztázzuk, itt is összehasonlító Röntgen-felvételt készítettünk a vesékről. Ekkor az derült ki, hogy a bal oldalon ismételt kísérletekkel sem sikerült egyáltalán semmilyen veseképet kapnunk. A jobb oldalon ellenben egy süllyedt és feltűnően medialisan fekvő vesét látunk, melynek felső polusa a II. ágyékesigolya processus transversusa alatt, alsó polusa pedig egy ujjnyival a cirsta ilei vonala alatt van. A vese feltűnően medialisan, a psoason rajta fekszik, medialis contourja nem látható határozottan, alsó polusa, a psoas szélének keresztezése után, a gerincoszlop felé eltűnik. (L. 3. sz. ábra.)

A kép alapján a röntgenológus (Révész) patkóvesének tartotta a tumort, melynek a bal oldaláról, mivel a fölvételeken nem lehetett bal vesét látni, azt hitte, hogy az nagyon kicsiny, vagy keskeny, vagy pedig medialisan fekszik és a gerincoszlop elfődi. Mindenesetre sürgősen szükségesnek tartotta a pyelographia elvégzését.

A consiliumba hívott sebész azonban nem acceptálta a patkóvesediagnosist, hanem béltumornak vélte a resistentiát és a gyomorbelek Röntgen-vizsgálatát kérte.

A gyomorbelek vizsgálata semmi feltűnőbb kórosat nem mutatott, mire mégis urologus kezébe kerül a beteg (Farkas dr.) és sor került a pyelographiára is.

Hólyagtükri vizsgálat: hólyag ép, ureterszájadékok rendesek, mindkettőbe a katheter könnyen fölvezethető. A felvezetésnél az tűnik ki, hogy a jobboldali gyorsabban jutott a vesemedencébe és tört meg, mint a bal. Mindkét ureterből rendes rhythmusban tisztá vizelet ürül és az intramuscularis indigocarmin jobboldalt 14, baloldalt 12 perc múlva jelent meg, egész halványan, hosszabb megfigyelés után sem lett intenzív. Jobboldali delta —1.72, üledékben 50–60 vörösvérsejt, néhány szemcsés cylinder. Baloldali delta —1.80, 30–40 friss vörösvérsejt, 1–2 fehérvérsejt, cylinder nem találtatott.

A pyelographiánál kiderült, hogy a két vesemedence egyhelyütt, a gerincoszlop jobb oldalán, az előbbeni fölvételeken látott jobb vese képének megfelelőleg fekszik, mégpedig úgy, hogy a jobboldali lateralis van, az uretere a külső oldal felől szájazik belé, a baloldali pedig a gerincoszlop felőli oldalon. (L. 4. ábra.)

Eszerint ez is dystopiás vese, teljesen hasonlóan az előbbeni esetünkben látotthoz, amennyiben itt is egy tumorszerű tömegbe van összenőve a két vese. A tapintható resistencia ennek az összenőtt vesének felel meg, amint azt a bőrre alkalmazott ólomjel is mutatja. A bal ureter a sacrum előtt hajlik át a jobb oldalra, tágult. A baloldali (a medialis) vesemedence és a kelyhek mérsékelten tágak, a jobboldali (a lateralis) pyelum nem, de a kelyhek mérsékelten tágultak. A bal ureter középső harmada hosszú darabon tágult.

Ez a ritkábban előforduló rendellenesség úgy keletkezik, hogy az ureterbimbó az ellenoldali Wolf-féle vezetékek felé sarjadzik s így az ellenkező oldali vese niveaujához kerül. Az ureterszájadékok tehát a hólyagban rendes helyen fekszenek. A veséknek az összenövése másodlagos. Az egyik ureter cranialis végének eltolódása következtében megtörténhetik, hogy a két vesetelep ugyanazon oldalon olvad össze. Tehát az összeolvadás másodrendű folyamat, a lényeg az ureterbimbó dystopiás növekedési hajlama. A dystopiás vese összenövése különböző helyen és mértékben történhetik. A patkóvese egyik szára — tehát az egyik vese — lehet egészen kicsi, az összekötő rész szintén, míg a másik szár — a másik vese — nagyon nagy. Ilyenkor a kis vese rendszeren el van tolvadva a középvonal, illetve a másik vese irányában. Minthogy legtöbbször az alsó polusok nőnek össze, így egy L-alakú, illetve fordított L-alakú vese keletkezik. Ha pedig a felső

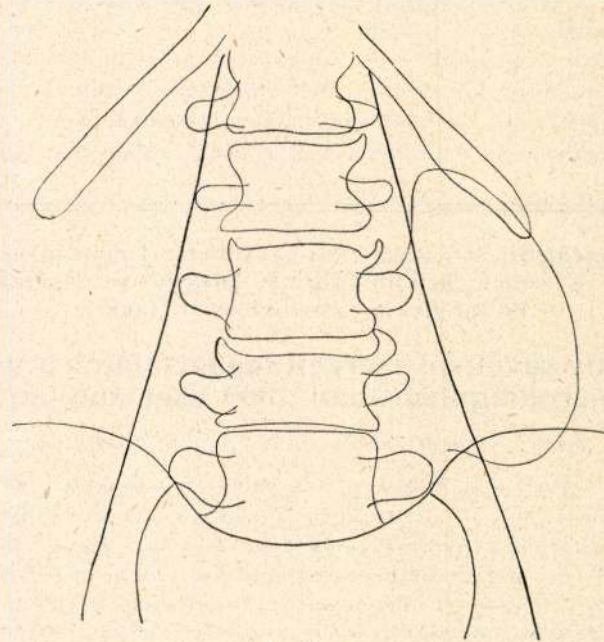


polusok nőnek össze, akkor  $\Gamma$  — illetve —  $\Gamma$  alak keletkezik. Ilyenkor az alsó rész uretere eltér rendes pályájától. Néha csak az ureter helyzetéből lehet megítélni, hogy melyik vese hagyta el a helyét, a dystopiás vese gyakrabban nő a rendes helyén lévő vesének az alsó, mint a felső részéhez. Ha a dystopiás vese nagyon oldalra van tolódva, akkor megtörténhetik, hogy az ureterek kereszteződnek lefutásuk közben. Több szerző ez alapján osztja be a patkóveséket. Megkülönböztet patkóvesét keresztezett és nem keresztezett ureterekkel.

Azonban nem mindig szögletben nőnek össze a patkóvesét alkotó vesék. Megtörténik, hogy az egy tengelyben és egymás felett fekvő vesék nőnek össze, amikor ren elongatusról, „hosszú veséről” szólunk. Ezeknél egy, vagy két vesehilus található, amelyek előre, vagy medial felé néznek, azonban a két elválasztott vesemenede mindig megtalálható. Az összenövés történhetik még S-alakban is, „sigmavese”.

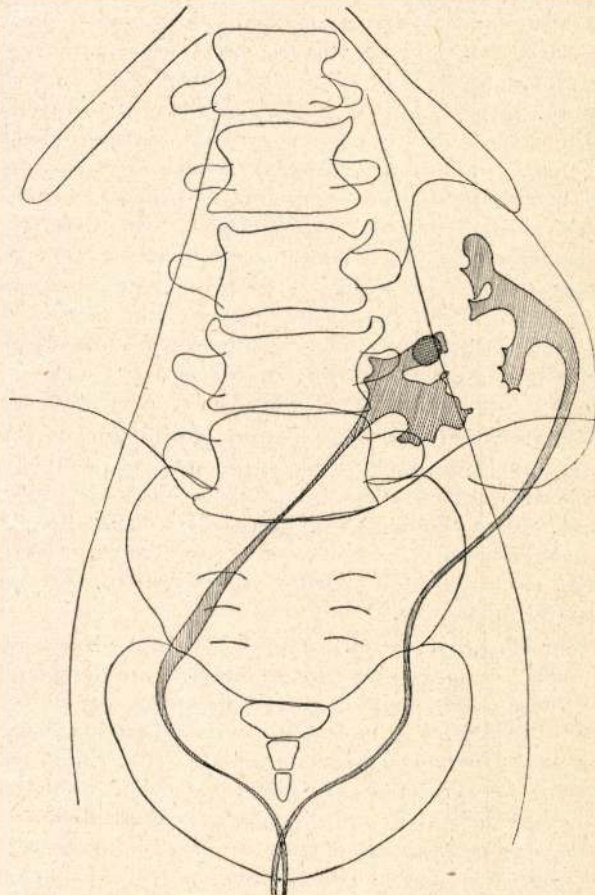
Kretschmer 1925-ben megjelent monographiájában összesen 29 hasonló esetet említ az irodalomból. A fent említett esetek legnagyobb része autopsiás eset, csak két esetet említ, melyet élőben diagnosztizáltak. Stewar és Lodge 6500 autopsiás eset közül egy oldali patkóvesét talált. Neumann 5088 autopsiás eset közül egyet. Stein 1916-ban az egész irodalomban összesen 58 esetet talált, amelyhez hozzávesszük még a mi mostani két esetünket, így az irodalomban 60 eset ismeretes. A Kretschmer esetei közül 16 esetben jobboldali volt és 10 esetben baloldali, tehát nem felel meg R. Fuchs: Zeitschr. f. Ur. 22. k., 5. füz., 1928.: „Über das häufigere Vorkommen der congenitalen Nierendystopie auf der linken Seite” cikkében közölt azon állításnak, hogy a bal oldalon a veseszületett vesedystopia sokkal gyakoribb, némely szerző szerint 80%. Három esetben az oldal nem volt biztosan eldönthető. A mi esetünkben mindkettő jobboldali. Ami az életkort illeti, a legnagyobb rész 30 év körüli, kilenc eset, a többi különböző korban fedeztetett fel. A mi esetünkben az egyik 46, a másik 59 éves, mindkettő férfi. A legjellegzetesebb tüneteknek a fájdalmat tartja, ami miatt a beteg orvoshoz fordul, amely fájdalmak miatt nem is annyira a vese, mint inkább a gyomor és bélre vonatkozó panaszokból származnak. Esetünkben, különösen az első számú esetben, igen intenzív fájdalmak voltak, melyek a gyomorgödörtől kiindulólólag főleg a jobb oldalra terjedtek ki a has középvonaláig. A másik esetben a fájdalmak csak a járásnál mutatkoztak és inkább a has jobb alsó részéig terjedtek ki, úgy, hogy hosszabb ideig tartó állás, vagy járás szinte lehetetlenné vált. Vérzést három esetben ír le Kretschmer. Kitapintható daganat a Kretschmer által felsoroltak közül nyolc esetben volt, azonban, hogy tulajdonképpen bél-, vagy vesedaganat-e, nagyon nehezen volt tapintással eldönthető. A mi esetünkben a másodiknál a daganat jól kitapintható volt jobboldalt a csípőtányér táján, míg az első esetben tulajdonképpen kitapintható daganat nem volt. Mindkét esetünkben főleg a gyomor- és bélpanaszok domináltak, úgy, hogy a vizsgálatok eleinte csak erre irányultak. Az első esetben a vándorvese miatti vizsgálat döntötte el a rendellenes fekvésű vesét pyelographikus úton. A második esetben a rendellenes vesekép alapján a röntgenológus következtetett vesefejlődési rendellenességre. Műtéti beavatkozásra egyik esetünkben se került a sor. Paschkis hasonló esetet közöl a Wiener Klin. Wochenschr. 1926, 40. számában. Ez egy boncolási lelet, mit ő keresztezett dystopiás vesének tart, s azt állítja, hogy csak a sectio mutatathatja ki biztosan, hogy egyoldali összenövés van-e, vagy két egymástól elválasztott vese. Az elnevezés szempontjából L-alakú hosszú vese (elongierte Niere) nevet ajánlja, nem pedig patkóvese, mert a patkóvesénél a

vesemenedék nem szoktak egy oldalon lenni. Ezzel szemben Kretschmer, ki teljesen a mienkhez hasonló eseteket közöl, egyoldali dystopiás patkóvesének nevezi, amely elnevezést mi is megfelelőbbnek tartjuk.



3. ábra.

Különösnek tűnhetik fel azon körülmény, hogy csak a későbbi korban, 30 és 60 között okoz olyan tüneteket, melyek miatt a beteg vizsgálatra kerülhet. Erre csak azt a magyarázatot adhatjuk, hogy a dystopiás vese, mint



4. ábra.

megbetegedésre hajlamos szerv, infectio, kő, vagy daganat révén betegszik meg és így a vizsgálat, vagy műtét útján ismerik föl. (Mint a Kretschmer közölte esetek egy részében.) Vagy pedig valamely accidentalis más szerv



megbetegedése következtében nagyobb fokú lesóványodás áll be, mely miatt a dystopiás vese helyzetét változtatja és vándorvesetüneteket okoz, mint az első esetünkben, amikor a lesüllyedt nagy dystopiás vese, különösen állásnál és járásnál okozott kellemetlen tüneteket, vagy pedig béldaganathoz hasonló tüneteket okoz a belekre gyakorolt nyomás, vagy vongálás folytán, mint a második esetben. Lehetséges, hogy még más, eddig ki nem derített okok is játszanak abban szerepet, hogy ezen rendellenesség leginkább csak a késői korban okoz tüneteket.

**A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső egyetemi ny. r. tanár.)**

### Activ savókkal szerzett tapasztalatok a lues serodiagnosisában 1000 eset alapján.

Írták: *Sümegei István dr. és Szalay Rudolf dr.*

Amióta a Wassermann-reactio nemcsak a klinikai észlelésekben, de a magángyakorlatban is szinte hihetetlen elterjedést nyert, számos olyan észlelés történt, midőn a Wassermann-reactio váratlanul és meglepetésszerűen pozitív eredményt adott, vagy egyazon savóval különböző laboratoriumokban egyszerre végzett reakciók controvers eredményeket adtak. Ennek oka egyrészt kétségkívül a Wassermann-reactióhoz használt anyagok, főleg az antigének készítményében és megbízhatóságában rejlik, a másik ok pedig a serum inaktiválásakor lejátszó folyamatokban keresendő. Már *Liebermann* rámutatott arra, hogy az inaktiválásnál a serum OH-ion koncentrációja kétszeresére, vagy többre is emelkedik. Ugyancsak ő állapította meg, hogy biztos lueses, de Wassermann-negatív serumok *activ* állapotban akárhányszor erős kötetést adtak. Ennek okát az előbb említett pH-emelkedésben látja, mivel lúgos valenciák a reactio erősségét csökkentik, míg a savanyúak fokozzák. *Sachs* és *Stern* vizsgálatai is azt bizonyítják, hogy *activ* serumok gyakran erősebben reagálnak, mint az inaktivok. Szerintük tehát az inaktiválásnál a Wassermann-reactióban szerepet játszó anyagok egy része elpusztul és pedig az a rész, mely a globulinokhoz többé-kevésbé erősen van kötve. Az 56°-os inaktiválásnál általában a könnyen kicsapódó globulinokhoz kötött reaginek pusztulnak el, tehát azok, melyek az *activ* serumnál az erősebb kötetést létrehozzák.

Mindezen okoknál fogva, mint említettük, már régen kutatnak olyan methodusok után, melyek a Wassermann-reactio érzékenységét fokozzák és lehetőleg egyszerűsítik. E methodusok két csoportba oszthatók. Az egyik csoportba a kicsapódási reakciók (*Sachs Georgi, Meinicke, stb.*), a másikba pedig az *activ* serummal végzett reakciók tartoznak.

Nem akarunk részletesen kiterjeszkedni azon irodalomra, mely az *activ* reakciók különböző methodusaival és azok használhatóságával foglalkozik. A régebbi irodalomban általában a methodusok megbízhatatlanságát és főleg azok túlérzékenységét hangsúlyozzák. Ennek oka kétségkívül az emberi serum normalhaemolysinének és normalcomplementjének változó mennyisége. Éppen ezért régebben vagy csak az egyik, vagy a másik factort használták fel, míg a másikat idegen complementtel, vagy idegen haemolysinnel pótolták. A vörösvérsejtsuspensio töménységében és minőségében szintén nem volt meg az egységes vélemény. Ezen okoknál fogva nagyobb elterjedést talán csak a Hecht-féle methodus ért el.

Az újabb időben az *activ* methodusokkal legrészletesebben *Bruck* foglalkozik, aki elsősorban a reactióhoz

használt savó mennyiség emelésével igyekszik az eredményeket javítani s az érzékeny (*Kaup*) inactiv methodusokhoz hasonlóvá tenni. *Bruck* után többen igyekeztek az ő methodusának a körülményességét is csökkenteni és elsősorban a reactio leolvasásának idejét, valamint a szükséges savó mennyiséget csökkenteni. Ide tartoznak a *Kadisch*-féle „gyorsreactio“ és az újabban a *T. Y. Tsü* által leírt methodus, melyek között differentia csupán az antigén elkészítésében és mennyiségében van. Azon biztató eredmények után, melyeket a *Kadisch*-féle methodussal többen, nálunk legújabbán *Rejtő* ért el, érdemesnek látszott, hogy az *activ* methodust nagyobb klinikai anyagon az inactiv és kicsapódási reakciókkal parallel mi is kipróbáljuk.

Eljárásunk az volt, hogy válogatás nélkül a laboratoriumba küldött savókat a szokott módon végzett Wassermann-reactio és Meinicke-reactio mellett még a vérvétel napján *activ* állapotban is megvizsgáltuk. Módszerűen a *Tsü* által leírt reakciót választottuk, miután az még a *Kadisch* methodusánál is egyszerűbbnek látszott. *Tsü* eredeti előírásában 0.2 cm<sup>3</sup> *activ* savóhoz 0.2 cm<sup>3</sup> megfelelően hígított antigent tesz és ezt kb. egy percig erőlyesen rázza. Ezután azonnal 0.4 cm<sup>3</sup> 1%-os birkavörösvérsejtsuspensiót ad hozzá és 37°-os thermostatba helyezi. 10–15 perc múlva a reactio eredményét a Wassermann-reactióhoz hasonlóan leolvassa. A controllesőbe antigen helyett ugyanannyi mennyiségű phys. NaCl-oldatot tesz.

Ezen előírás szerint végezve a vizsgálatokat, kezdeti eredményeink nem voltak nagyon biztatók, amennyiben számos önkötő savó mellett egyrészt a vörösvérsejtek oldódása nem volt tökéletes, másrészt több esetben kaptunk a Wassermann-reactióval és Meinickével nem egyező eredményeket. Szükségét láttuk ennek következtében annak, hogy a vörösvérsejtek oldódását elősegítsük. Kiindulva azon tapasztalatból, hogy ha a haemolytikus rendszer a Wassermann-reactióhoz hidegen kerül hozzá, az oldódás gyakran nem tökéletes, a tökéletes oldódást úgy véltük elérni, hogy a vörösvérsejtek és serumban lévő normalhaemolysin által képződő haemolytikus systemának sensibilizálását előmelegítéssel segítettük elő. Ennek következtében a reakciót a következőképpen módosítottuk: 0.2 cm<sup>3</sup> *activ* savóhoz 0.2 cm<sup>3</sup> antigent adtunk (ugyanazt és ugyanolyan hígításban, mint ahogyan a Wassermann-reactióhoz használtuk) s ezt kissé összerázva, 10 percre 38° C° vízfürdőbe tettük. Közben az 1% vörösvérsejtsuspensiót is ugyanazon hőfokon melegítettük. A jelzett idő elteltével az 1%-os vörösvérsejtsuspensióból 0.4 cm<sup>3</sup>-t adtunk a melegítéssel sensibilizált rendszerhez és ismét 38°-os vízfürdőbe tettük. A controllesőbe antigen helyett phys. NaCl-t tettünk. A controllesővek már 2–3 perc múlva oldódtak s 6–8 perc múlva a főrendszer is oldódott vagy pozitív reakciót jelzett. Minthogy az egész rendszer csak 0.8 cm<sup>3</sup>-t tesz ki, könnyebb és pontosabb leolvasás, illetőleg értékelés céljából nem a szokásos Wassermann-csőveket, hanem azoknál kisebb, 9 mm átmérőjű csöveket használtunk. Miután azt tapasztaltuk, hogy akár a csövek, akár a pipetták nedves volta a reactio lefolyását kedvezőtlenül befolyásolta, ügyeltünk arra, hogy ezek mindig száraz állapotban kerüljenek használatba.

Ilyen módon összesen 1000 serumot vizsgáltunk meg, illetve hasonlítottunk össze az ugyanakkor a szokásos előírás szerint végzett Wassermann-reactio és Meinicke-reactio eredményeivel.

Eredményeinket a túldoldali első táblázatban foglaltuk össze.

A táblázat adatait áttekintve azt látjuk, hogy az *activ* reactio a Wassermann-reactióval egyezően pozitív,



illetve negativ eredményt 939 esetben adott. Ezzel szemben 30 esetben az activ reactio nem egyezett a Wassermann-reactióval, 31 esetben pedig önkötő reactiót kaptunk.

Tsü	WaR	Meinicke-r.	Összesen
positiv	positiv	positiv	94
gyengén pos.	gyengén pos.	gyengén pos.	5
negativ	negativ	negativ	814
positiv	negativ	negativ	9
negativ	positiv	positiv	7
positiv	positiv	negativ	15
negativ	negativ	positiv	11
negativ	positiv	negativ	1
negativ	gyengén pos.	negativ	7
gyengén pos.	negativ	negativ	6
önkötő	—	—	31
			1000

E 30 esetből 15 esetben a módosított Tsü-reactio a negativ Wassermann-reactióval szemben positiv, 15 esetben pedig a positiv Wassermann-reactióval szemben negativ eredményt adott. E 30 eset közül kifejezett az eltérés (—, illetve ++++) 17 esetben volt, míg a többi 13-ban a differentia +, illetve ++ volt. Ezek közül is hét esetben a gyengén positiv (+) Wassermann-reactio ellenére a Meinicke az activ reactióval egyezett.

A továbbiakban részletesebben kitérünk néhány esetre, melyben az activ reactio a Wassermann-reactióval nem egyezett. Ilyen eset, mint említettük, a statistikában 30 van, melyek közül az első csoportba (Tsü-positiv, Wassermann-reactio negativ) 15 tartozik. Ezek közül három ugyanazon egyén serumával megismételt reactiót jelent, kettő pedig vidékről felküldött savó, melyek közül tovább foglalkozni csak egy esetben állott elegendő savó rendelkezésünkre. Az ezekre vonatkozó részletes jegyzőkönyvet az alábbi táblázatban közöljük:

Tsü	WaR I. és II. ant.	Meinicke	
1. +++	±	+	— Kezelt lues
2. +++	±	+	— Kezelt tabes
3. ++	+	—	— Kezelt tabes
4. +++	—	—	— Apja tabesben halt meg, lueses tünet nincs
5. a) +++	++	+++	+++ Aortitis lu., a klinikán kétszer bedörzsölve
b) +++	+	+	— Bedörzsölés után
6. +++	—	—	— Anamnesisben ulcus molle
7. ++	—	—	— Vidékről felküldött savó
Másik klinikán végzett kontrollvizsgálatok eredményei:			
lueses antigennel: ±		cholesterines antigennel: +++	
Kiss-f. praecipit.: +++		Meinicke: —	
8. +++	±	—	— Malariás beteg
9. a) +++	—	—	— Ulcus ventr.
b) +++	—	—	— u. az megismételve
10. ++	—	—	— Cholelithiasis
11. +++	±	+	— Basedow fruste, sterilitas

Mint látjuk, 11 eset közül ötben a negativ, illetve gyengén positiv Wassermann-reactio és Meinicke-reactio ellenére a betegeknek kétségtelenül lueses anamnesist, illetve tüneteket sikerült kimutatni. Egy esetben a beteg malariában szenvedett, három esetben a betegeknek, bár megismételt activ reactio mindig positiv eredményt adott, semmiféle lueses anamnesist, sem luesre utaló tünetet nem tudtunk kimutatni. Egy esetben (7. számú) a másik klinikára kontrollvizsgálat céljából átküldött savó ugyancsak divergáló eredményeket adott.

A második csoportba tartozó 15 eset (Tsü-negativ, Wassermann-reactio positiv) közül 10-ben a betegeknek kétségtelenül lueses megbetegedés állott fenn, illetve lue-

ses anamnesis volt kimutatható. További négy savó egyazon betegről származik. A beteg myeloid leukaemiában szenvedett. Sem lueses anamnesis, sem gyanú lueses megbetegedésre nem volt. A négyszer megismételt serologiai vizsgálat jegyzőkönyvét a következő táblázat mutatja. A beteg, mialatt a vizsgálatok történtek, csupán Röntgenbesugárzásokban részesült s egyszer experimentalis célból normalsavót kapott intramuscularisan.

	Tsü	Wassermann-r.		Meinicke-r.	
		I. antig.	II. antig.		
1.	—	+	+++	—	1928. VI. 8.
2.	—	±	+++	—	VI. 12.
3.	—	—	—	—	VI. 15.
4.	—	—	—	—	VI. 24.

A 15-ik esetben a betegnek gyógyulni nem akaró rhinitise keltette fel a gyanút luesre. A serologiai vizsgálat a következő eredményt mutatta: Tsü: —, Wassermann-reactio: I. ant.: ++, II. ant.: +++, Meinicke: —.

Ellenőrzésképen ha összehasonlítjuk a Meinicke-reactiónak és a Wassermann-reactiónak egyezését, azt látjuk, hogy a Meinicke-reactio 34%-ban nem egyezett a Wassermann-reactio eredményével, szemben az activ reactio 26%-nyi nem egyezésével.

Mint láttuk, 31 esetben az activ reactio önkötő volt. Mind a 31 esetben úgy a Wassermann-reactio, mint a Meinicke, negativ eredményt adott. Más szerzők az activ reactióval 6% (Berger), illetve 46% (Farkas és Keleti) önkötést kaptak. Az önkötés oka vagy a savó normalhaemolysin, illetve normalcomplement tartalmának, vagy mindkettőnek megkevesbbedésében keresendő, ami viszont igen gyakran a savó állása következtében jön létre. Éppen ezért a vizsgálatokat a vérvétel napján, tehát 24 óránál nem régebbi savókkal végeztük és 48 óránál idősebb savót vizsgálat céljára sohasem használtunk. Másik fontos tényező a teljesen kifogástalan tisztaság és az üvegneműek száraz volta. Hogy ez mennyire így van, bizonyítja az, hogy vizsgálataink második felében az egész friss savókkal végzett reakciók között lényegesen kevesebb volt az önkötő savó, mint kezdetben. Az önkötésnek az étkezéssel, a beteg korával, avagy esetleg iszákosságával (Laurent) való összefüggését nem tudjuk megerősíteni, úgyszintén nem tudjuk megerősíteni azon állítólagos tapasztalatot sem, hogy az erősen positiv savók egy része lenne önkötő, annál kevésbé, mert a 31 önkötő savó kivétel nélkül Wassermann-negativ volt.

Összefoglalva az elmondottakat, azon eredményre jutottunk, hogy az activ methodusok közül legegyszerűbben és a legkevesebb vérmennyiséggel kétségkívül a Tsü reactio végezhető. A reactio az általunk ajánlott és Bruckéhoz hasonló módosítással a többi, de komplikáltabb, illetve lényegesen nagyobb savómennyiséget igénylő activ reactiókhoz teljesen hasonló érzékenységűnek bizonyult. Használhatóságát és fajlagosságát illetőleg azt találtuk, hogy aspecifikus kötést csak 04%-ban adott. Kezelt, chronikus lueseknél úgy a kezelés alatt, mint a kezelés után, mint ezt négy esetben alkalmunk volt ellenőrizni, kétségkívül legkésőbbben válik negativvá. Megerősíthetjük Berger azon állítását, hogy chronikus luesnél a negativ activ reactio legérzékenyebb serologiai kritériuma a gyógyulásnak. A reactio természetesen nem használható egymagában, már csak azért sem, mert positiv, illetve negativ kontrollt a következő vizsgálatig nem tudtunk használható állapotban félre tenni. Jól használható azonban az activ módszer a Wassermann-reactióval és az elterjedt kicsapódásos reakciókkal együtt, mert mint a néhány közölt körtörténetben is láttuk, többször előfordult, hogy a positiv activ reactio hívja fel a figyelmet az anamnesisben szereplő, de a beteg által be nem vallott latens, vagy kezelt luesre. Érzékenysége, mint láttuk,



megegyezik, illetve valamivel nagyobb a klinikán használatos Meinicke-reactiónál, úgy, hogy a Wassermann-reactióval és valamely kiesapódásos reactióval együtt végezve, mint értékes segédeszköz, feltétlenül ajánlható.

**Irodalom:** T. Y. Tsü: Klin. Woch. 1928. 3. — Jourdan: Münch. Med. Woch. 1925. 39. — Liebermann: Bioch. Zeitschr. 1907. 4. k. — Sachs—Stern: Cit. Jourdan. — Bruck: Handb. d. Serodiagn. d. Syph. — Bruck: Klin. Woch. 1926. 5. — Bruck: Klin. Woch. 1928. 9. — Kadisch: Med. Klin. 1926. 43. — Rejtő: O. H. 1928. 25. — Farkas—Keleti: O. H. 1928. 19. — Berger: Klin. Woch. 1927. 6. — Heiner: O. H. 1927. 22. — Molnár: Gyógyászat. 1924. 28.

**A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem élettani intézetének (igazgató: Farkas Géza dr. egyetemi ny. r. tanár) közleménye.**

### Magnesiumsók hatása a vércukorconcentrációra.

Írták: Láng Sándor dr. és Rigó László.

A különböző sók között, melyeknek a szénhidratforgalomra való hatását megvizsgálták, igen feltűnő volt a bőr alá vagy izomba fecskendezett magnesiumsók glykosuriát és hyperglykaemiát okozó hatása.

A magnesiumsók e tulajdonságát narkotikus hatásuk tanulmányozása közben Meltzer és Auer fedezték fel (1905), figyelmessé lévén arra, hogy kísérleti állataik vizelete  $MgSO_4$ -narkosis után a Fehling-oldatot redukálta. Adataikat megerősítették Underhill és Closson (1906), akik már egy esetben a vércukrot is meghatározták a normalisnál jóval magasabbnak találták. Pontosabb vizsgálatokat először Hirsch végzett (1915), aki mikromethodussal hosszabb időn át nyomon követte a vércukorváltozásokat. Intravenás infúzióban vitt be 0.35–0.5 g  $MgSO_4$ -t, minden kísérletben az injectiót idegrendszeri tünetek kísérték: eleinte gyenge izgalom, később narkosis, dyspnoé. A vércukoremelkedést centralis eredetűnek tartotta és a beálló narkosis és asphyxia egyik symptomájának hitte. A vércukoremelkedés kísérleteiben átlagban a 30%-ot meghaladta, sőt egy esetben 100%-on felüli volt. Rajtuk kívül még több szerző [Kleiner és Meltzer (1916), Naito (1920), Morita (1922)] foglalkozott a magnesiumsók vércukorra gyakorolt hatásával, kivált annak kutatásával, hogy az asphyxiának mily része van az emelkedésben, azonban mind nagy dosisban adagolták a magnesiumsókat. Pollák utalt először (1923) arra, hogy nem narkotizáló mennyiségben is (0.20 g  $MgSO_4$  2500 g-os nyúlra) hyperglykaemiát okoz, tehát a narkotizáló hatástól független a hyperglykaemizáló hatás. Karger (1925) szintén narkosis nem okozó mennyiségben, de vércukoremelő dosisban adta a magnesiumsókat. Heianzan (1925) pedig intravenásan pro kg 0.04 g  $MgCl_2$ -t adva, egy esetben vércukorsüllyedést talált, kettőben pedig kísérleti hibahatáron belülmárado ingadozásokat.

Az eddig végzett vizsgálatok legtöbbje tehát narkotizáló mennyiségű magnesiumsóadaggal történt, mindössze utalás van arra, hogy nem narkotizáló dosisban is befolyásolják a magnesiumsók a vércukorconcentrációt. Különböző adagokkal végbevitt rendszeres vizsgálatok azonban teljesen hiányoznak. Ezért tartottuk érdemesnek igen kis dosisoktól föl nagy adagokig végigvizsgálni a magnesiumsók vércukorra való hatását.

Kísérleteinket nyulakon végeztük, melyek a kísérletet megelőzően 20–24 órát éheztek. Anyagul  $MgCl_2 \cdot 6H_2O$  és  $MgSO_4 \cdot 7H_2O$ -t használtunk, mindkettő Kahlbaum-készítmény volt. Az éhező állat vércukorértékének meghatározása után subcutan befecskendeztük az anyagot 1–3 cm<sup>3</sup> destillált vízben oldva, majd félóránként,

illetve óránként vett vérben meghatároztuk a vércukorconcentrációt. Minden nyúl ugyanabból az anyagból kis és nagy dosist kapott; hetenként két kísérletnél többet egy nyúlra sem végeztünk. Az injectio helyi izgalmat sohasem okozott és fájdalom jeleit a nyúlra nem észleltük. Vértételek a fül venáiból történtek, a vér lemérésére kalibrált pipettákat használtunk, a vércukormeghatározásokat Bang mikromethodusa szerint csináltuk, mindig 3 párhuzamos meghatározás alapján.

#### 1. $MgCl_2$ hatása a vércukorconcentrációra.

Kísérleteinket 4 nyúlra végeztük.  $MgCl_2$ -t pro kg 0.0012 g-tól 0.20 g-ig adagoltuk subcutan (I. táblázat).

##### 1. táblázat.

Mg Cl <sub>2</sub> adag pro kg	V é r c u k o r i n j e k t i ó e l ő t t	% - b a n							Emelk. (+) ill. sülly. (-) % -ban
		30'	1 ó.	1 ó. 30'	2 ó. 30'	3 ó. 30'	4 ó. 30'	% -ban	
0.0012	0.112	0.116	0.116	0.110	0.113	0.114	0.108	—	
0.0025	0.109	0.103	0.107	0.101	0.096	0.105	0.103	—11.9	
0.005	0.108	0.104	0.106	0.097	0.101	0.109	0.103	—10.1	
0.02	0.119	0.103	0.092	0.087	0.072	0.103	0.107	—39.5	
0.04	0.121	0.110	0.116	0.105	0.108	0.105	0.099	—18.1	
0.05	0.089	—	0.079	0.083	0.079	0.076	0.091	—14.6	
0.07	0.100	0.102	0.095	0.089	0.078	0.090	0.080	—22.0	
0.10	0.114	0.108	0.098	0.094	0.087	0.092	0.095	—23.7	
0.11	0.140	0.143	0.151	0.162	0.155	0.129	0.133	+15.7—7.8	
0.12	0.108	0.117	0.105	0.098	0.105	0.103	0.108	+ 8.3—9.2	
0.12	0.115	—	0.125	0.127	0.131	0.142	—	+23.5	
0.15	0.087	0.097	0.099	0.115	0.107	0.096	0.094	+32.2	
0.20	0.097	0.123	0.131	0.125	0.102	0.093	0.103	+35.0	
0.20	0.091	0.107	0.118	0.129	0.118	0.109	0.105	+41.7	
0.20	0.103	0.114	0.116	0.132	0.128	0.120	—	+28.1	

Amint a táblázatból látható, a hatás teljesen az adott dosistól függ. Pro kg 0.0012 g  $MgCl_2$  után csak a kísérleti hibahatáron belülmárado ingadozások észlelhetők, de már pro kg 0.0025 g adagnál világosan látható a vércukorsüllyesztő hatás. Ettől a dosistól egészen a pro kg 0.10 g dosisig a  $MgCl_2$  vércukorsüllyesztő hatása dominál. A vércukorsüllyedés 9–39%-ot tesz ki, az injectio után ½ óra múlva már megvan, maximumát a legtöbb esetben 1½–2½ óra múlva éri el s legtöbbször 4½ óra múlva már a normalis vércukorértéket találjuk.

Pro kg 0.11 g  $MgCl_2$ -nál nagyobb mennyiséget adva a nyulaknak, hyperglykaemiát találtunk. Kísérleteinkben pro kg 0.20 g  $MgCl_2$ -nál nagyobb mennyiséggel nem dolgoztunk, mert ezekre vonatkozólag már vannak adatok az irodalomban. Az injectio utáni félóránál már kimutatható a hyperglykaemia, maximumát 1½ óra múlva éri el, a kiindulási értéknél 8–41%-kal magasabb a vércukorérték, 4½ óra alatt pedig normalis nívóra tér vissza a vércukorconcentratio. A kísérleti állatokon sem a hypo-, sem a hyperglykaemiát előidéző Mg-adagokra semmiféle mérgezési tünet nem látható, vérük normalis világospiros, jól vértettek, dyspnoét nem észleltünk. A hyperglykaemiával kapcsolatban glykosuriát nem találtunk, ehhez nyilvánvalóan a vércukorconcentrációnak sokkal magasabb emelkedése szükséges.

Ahhoz a dosishoz, melynél a hatás iránya megváltozik, közeleső dosisokban a hatás nem mindig egyirányú. Így pl. a pro kg 0.11 g-os dosisnál bekövetkezik először 15.7%-os emelkedés, ezt pedig 7.8%-os süllyedés követi, a pro kg 0.12 g-os dosisnál a kezdeti 8.3%-os emelkedés után 9.2%-os süllyedés következik, tehát kb. egyforma nagyságú a kétirányú eltolódás. A határdosis körüli adagok tehát kétphasísú hatást gyakorolhatnak. Ezt a kétphasísú hatást a határdosis körül már volt alkalmunk észlelni a parasymphikus mérgekkel végbevitt kísérleteinkben is.

#### 2. $MgSO_4$ hatása a vércukorconcentrációra.

Kísérleteinket ugyanazonokon a nyulakon végeztük, mint a  $MgCl_2$ -kísérleteket. A subcutan adott mennyiség



0-0025 g-tól 0-10 g-ig pro kg terjedt (2. táblázat). A 0-0025 g-os dosisnál csak a hibahatáron belülmaradó ingadozások láthatók. Ettől egészen 0-005 g-os adagig a hatás 11—19%-os véreukoreszkedésből áll. A pro kg 0-01—0-10 g-os adagok már emelik a véreukoreconcentrációt, még pedig 15—47%-kal. A hatás tehát itt is kétirányú az adott dosis nagysága szerint. A kísérleti állatokon sem a hypo-, sem a hyperglykaemizáló dosisoknál mérgezési jelenség, dyspnoe nem volt, úgyszintén glykosuria sem. A hatás 4¼ óra alatt legtöbbször itt is lezajlik.

2. táblázat.

Mg SO <sub>4</sub> adag pro kg	V é r e u k o r i n j e k t i ó e l ő t t	30'	1 ó.	1 ó. 30'	% - b a n u t á n	2 ó. 30'	3 ó. 30'	4 ó. 30'	Emelk. (+) ill. sülly. (-) % - b a n
0-0025	0-109	0-112	0-107	0-109	0-107	0-103	0-107	—	—
0-004	0-113	0-108	0-108	0-099	0-101	0-098	0-101	—13-2	—
0-005	0-116	0-115	0-104	0-102	0-095	0-115	0-121	—19-2	—
0-005	0-115	0-132	0-123	0-104	0-100	0-102	0-121	+14-7	-13-0
0-01	0-098	0-097	0-097	0-110	0-109	0-107	—	—	+12-2
0-02	0-091	0-100	0-107	0-119	0-120	0-127	0-134	—	+47-2
0-03	0-111	0-125	0-128	0-123	0-123	0-120	0-118	—	+15-3
0-05	0-088	0-098	0-107	0-106	0-096	0-107	—	—	+21-5
0-10	0-100	0-108	0-109	0-114	0-107	—	—	—	+14-0

Azt az érdekes jelenséget vehetjük észre, hogy a MgSO<sub>4</sub> már kisebb adagban okoz hyperglykaemiát, mint a MgCl<sub>2</sub>. Már a pro kg 0-01—0-02 g-os adagok is hyperglykaemiához vezetnek, míg MgCl<sub>2</sub>-ből csak a 0-10 g-on felüliek, tehát kb. tízszer kisebb a MgSO<sub>4</sub> hyperglykaemizáló dosisa a MgCl<sub>2</sub>-énál. Ez a jelenség annál feltűnőbb, mert a MgSO<sub>4</sub> és MgCl<sub>2</sub> magnesiumpartalma majdnem egyforma, illetve a MgSO<sub>4</sub> valamivel kevesebb magnesiumot tartalmaz (Mg-tartalma 9-9%), mint a MgCl<sub>2</sub> (Mg-tartalma 11-9%). Magnesiumra átszámítva az adagokat, láthatjuk, hogy pro kg 2-9—11-9 mg magnesiumnak megfelelő MgCl<sub>2</sub> véreukoreszkentő hatást fejt ki, a 120 mg-on felüli dosisban pedig véreukoremelő; MgSO<sub>4</sub> esetén pedig pro kg 3-4—4-9 mg-nak megfelelő mennyiség véreukoreszkentő, e dosison felül pedig véreukoremelő; a MgCl<sub>2</sub> határdosisa tehát 24-szer nagyobb, mint a MgSO<sub>4</sub>-é. Ennek a különbségnek az oka nem lehet a SO<sub>4</sub>-ionban, mert ez a véreukoreconcentrációra hatással nincs; Kleiner és Meltzer mutatták ki, hogy Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> befeeszkendezése hatástalan a véreukorra. Arra gondolhatunk azonban, hogy a MgSO<sub>4</sub> jobban felhalmozódik a vérben s ennek következtében előbb jön létre a vérben oly Mg-concentráció, mely már a véreukoreconcentráció emeléséhez vezet.

Kísérleteink bizonyítják elsősorban Pollaknak megfigyelését, mely szerint a magnesiumsók nem narkotizáló mennyiségben is hyperglykaemiához vezethetnek, tehát e hatásuk narkotizáló hatásuktól független. Olyan kis adagban, melynél a bódító hatás szóba sem jön, már emelik a véreukoreconcentrációt a magnesiumsók. Sokkal kiemelendőbbnek tartjuk azonban azt a tényt, hogy kis dosisban a magnesiumsók másképpen hatnak, mint nagy adagban. Ebből viszont az következik, hogy valamely anyagnak a hatását kutatva, sohasem szabad megelégednünk egy, vagy pedig pár, egymáshoz közlekedő adag alkalmazásával, hanem a legkisebb adagoktól felfelé igen nagy dosisokat kell bevinnünk. Ha ezt nem tesszük, könnyen tévedésbe eshetünk az anyag hatásának megítélésében. Gyakori jelenség ugyanis, hogy valamely anyagnak physiologiai hatása nem egy irányban nyilvánul meg állandóan, hanem a bevitt mennyiségtől függ. Kísérleteink parasymphikus mérgekkel szintén arra az eredményre vezettek, hogy ezek hatása is kétirányú véreukoreconcentrációra: kis dosisban véreukorsüllyesztők, nagy adagban véreukoremelőket kivétel nélkül. Ilyen kétirányú hatás nemesak a véreukoreconcentrációra lehetséges. A vörösvérsejtek resistenciáját a Bi-sók, valamint

különböző kationok (K, Na, Ca, Mg, Cu, Fe) in vitro vagy csökkentik, vagy pedig — az előbbinél kisebb adagban — növelik, amint ezt Simon kimutatta. Az adrenalinról ismeretes, hogy nemesak fokozhatja a vérnyomást, hanem csökkentheti is (Collip, Ogawa). Az ergotaminra kimutatta Rothlin, hogy a vérnyomást kis adagban csökkentti, nagy adagban pedig emelheti. Magnesiumsók a túléltő bélen is kétirányú hatást gyakorolnak. Jendrassik vizsgálatai szerint normalis K<sup>+</sup> és Ca-tartalmú oldatokban a magnesiumeconcentráció emelése múló, illetve maradandó bénulást okoz, csökkentése pedig múló ingerlést.

Mindezeknek a kettős hatásoknak magyarázatát még nem ismerjük, de bennük az az általános törvényszerűség nyilvánul meg, mely szerint ugyanazon anyag kis adagjainak hatása más lehet, mint a nagy adagoké. Ez a törvényszerűség érvényesül a magnesiumsók véreukorra való hatásánál is.

#### Összefoglalás:

Magnesiumsók nemesak bódító mennyiségben befolyásolják a véreukoreconcentrációt, hanem kisebb adagokban is. A hatás az adott dosis nagysága szerint kétirányú lehet: 0-0025—0-1 g MgCl<sub>2</sub>, illetőleg 0-0035—0-005 g MgSO<sub>4</sub> csökkenti a véreukoreconcentrációt, ennél nagyobb adag emeli.

**Irodalom:** Meltzer és Auer: Americ. Journ. of. physiol. 1905. 14. k. — Underhill és Closson: U. o. 1906. 15. k. — Hirsch: Zeitschr. f. physiol. Chemie 1915. 94. k. — Kleiner és Meltzer: Jour. of. biol. chem. 1916. 24. k. — Noto: Tohoku Journ. of. exp. med. 1920. 1. k. — Morita: U. o. 1922. 3. k. — Pollak: Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk. 1923. 23. k. — Karger: Klin. Wochenschr. 1925. 4. köt. — Heianzan: Biochem. Zeitschr. 1925. 165. k. — Láng és Vas, Láng és Rigó: U. o. 1928. 192. — Simon: O. H. 1925. 11. sz. és Biochem. Zeitsch. 1926. 170. k. — Rothlin: Klin. Wochenschr. 1925. 4. köt. — Collip: Americ. Journ. of. physiol. 1920. 53. k. — Ogawa: 1926. Berichte. 37. k. — Jendrassik: Biochem. Zeitschr. 1924. 148. k.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egy. ny. r. tanár).

### A gyomornedv csiraölőképessége.

Írták: Jarnó Leó dr. és Surányi Lajos dr.

A gyomornedv baktericid hatása már régóta ismeretes és vele nyert magyarázatot azon körülmény, hogy a gyomorba jutott typhus-, dysenteria- s comma- (cholera-) bacillusok nem minden esetben vezettek a betegség kitöréséhez. Russ és Frankl, Hajós és számos más, a gyomornedv csiraölőképességével foglalkozó szerzők, úgyszólván egyértelműleg azon következtetésre jutottak, hogy a gyomornedv baktericidiája sósavhatáson alapszik. Ezen állítást látszott igazolni egyrészt azon körülmény, hogy a normalis gyomornedvnek megfelelő töménységű sósavoldatok baktericidok, másrészt hypo-, vagy anacid gyomornedvek csiraölőképessége csökkent, vagy elveszett. Gregersen próbareggeli után nyert gyomornedvek baktericidiáját vizsgálva azt találta, hogy a gyomornedvek erősebben ölték a mikrobákat, mint az azonos töménységű sósavoldatok s ezen körülményt a próbareggelivel bejutott kétszersült hatására vezeti vissza. Scheer nagyszámú gyomornedvvizsgálata alapján szintén azon véleményen van, hogy a gyomornedv csiraölőképessége erősebb, mint az azonos töménységű sósavoldaté. Ezen utóbb említett szerző vizsgálatai valószínűvé tették, hogy a gyomornedv csiraölőképességénél a sósavon kívül még egyéb factor is szerepel.

Boldyreff állatkísérletekben kimutatta, hogy a duo-



denumtartalom a gyomorba regurgitálhat. Egyikünk (Jarnó) hosszabb ideje foglalkozik a regurgitatio klinikai jelentőségével s emberen igazolta Boldyreff állatkísérleteit. Nagyon is valószínűnek tetszett, hogy a gyomorba jutó duodenalis nedv, illetve annak egyes alkotórészei, fontos szerepet játszhatnak, melyeknek physiologiás és pathologiás szempontból jelentőségük lehet. Az ú. n. anti-pepsinhatás (Blum, Fuld, Katzenstein és mások), mely az ulcuskutatásnál még ma is jelentős szerepet játszik, Jarno vizsgálatai szerint a gyomorba jutott epe, illetőleg epeaminosavak hatásának egyik megnyilvánulása.

Ismeretes, hogy a typhus- és coli-csoport bakteriámai, továbbá az enterococcus epében kitűnően fejlődnek s hogy bacillushordozóknál az epehólyagba fészkelik be magukat az említett mikrobafeleségek.

Ezen adatok már eleve valószínűvé tették, hogy a regurgitált duodenumtartalommal a gyomorba kerülő epe, a gyomornedv csiraölőképességét nagymértékben befolyásolhatja.

Kísérleteinket typhus- és colibacillusokkal, valamint entero- és staphylococcusokkal és gyomortartalom szűrletével, illetve sósavoldatokkal végeztük. A használt sósavoldatok aciditása 5–40 volt, azaz 10 cm<sup>3</sup> sósavoldat közönbősítéséhez 0.5–4 cm<sup>3</sup> N/10 natronlúg szükségeltett. Öt cm<sup>3</sup> sósavoldathoz, másrészt steril epét, avagy epe-savas sókat (taurocholsavas natrium, glycocholsavas natrium, cholsavas natrium) is tartalmazó sósavoldathoz a mikrobák 24 órás agartenyészetének 10 cm<sup>3</sup> konyhasóvízzel nyert suspensiójának 0.1 cm<sup>3</sup>-ét, vagy 24 órás levestenyészet ugyanolyan mennyiségét adtuk, majd 30, 60, 90 és 120 perc múlva a keverékből egy normalkacsnyi mennyiséget húslevesbe vittünk át. A kísérletek ily körülmények között ugyan nem az abszolút előlési időket jelezték, azonban praktikus szempontokból fontosabbnak látszott a gyomorkiürülésnél számbajövő viszonyoknak az ismerete. A bouilloncsövekben a mikrobák viselkedését 24 és 48 óra múlva vizsgáltuk. A gyomortartalmak szűrletével végzett kísérletek kisebb száma miatt azok közlését elhanyagolhatóknak véljük s az alábbi táblázatban csak a sósavoldatokkal végzett kísérletekre vonatkozó adatokat foglaltuk össze.

#### Kísérletek enterococcusal.

A só-savold. acidit.	Hozzáadva	A bakt. életképessége			
		30 perc	60 perc	90 perc	120 perc
20	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	—
20	0.00625 g epe	—	—	—	—
20	0.00312 g epe	+	—	—	—
20	0.00156 g epe	+	+	+	—
20	0.00150 g Na tauroch.	—	—	—	—
20	0.00075 g Na tauroch.	+	+	—	—
20	0.00750 g Na glycochol.	—	—	—	—
20	0.00600 g Na glycochol.	+	—	—	—
20	0.00375 g Na glycochol.	+	+	+	—
20	0.00010 g Na cholalic.	—	—	—	—
20	0.00005 g Na cholalic.	—	—	—	—
20	0.000025 g Na cholalic.	—	—	—	—

#### Kísérletek staphylococcusal.

A só-savold. acidit.	Hozzáadva	A bakt. életképessége			
		30 perc	60 perc	90 perc	120 perc
5	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	+
10	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	+
20	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	+
5	0.1 cm <sup>3</sup> epe	+	—	—	—
5	0.3 cm <sup>3</sup> epe	+	+	+	+
20	0.1 cm <sup>3</sup> epe	—	—	—	—
20	0.00003 g Na tauroch.	+	—	—	—
20	0.00006 g Na glycochol.	+	+	+	—
20	0.00002 g Na cholalic.	—	—	—	—

#### Kísérletek typhusbacillussal.

A só-savold. acidit.	Hozzáadva	A bakt. életképessége			
		30 perc	60 perc	90 perc	120 perc
5	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	+
10	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	—
20	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	—	—	—	—
5	0.1 cm <sup>3</sup> epe	+	—	—	—
5	0.3 cm <sup>3</sup> epe	+	+	+	—
5	0.5 cm <sup>3</sup> epe	+	+	+	+
10	0.1 cm <sup>3</sup> epe	—	—	—	—
10	0.0002 g Na cholalic.	—	—	—	—
10	0.0001 g Na cholalic.	—	—	—	—
10	0.00005 g Na cholalic.	+	+	—	—
10	0.000025 g Na cholalic.	+	+	+	—

#### Kísérletek colibacillussal.

A só-savold. acidit.	Hozzáadva	A bakt. életképessége			
		30 perc	60 perc	90 perc	120 perc
20	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	+
30	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	—
40	0.1 cm <sup>3</sup> phys. NaCl-oldat	+	+	+	—
30	0.1 cm <sup>3</sup> epe	+	—	—	—
40	0.1 cm <sup>3</sup> epe	—	—	—	—
30	0.0002 g Na cholalic.	—	—	—	—
30	0.0001 g Na cholalic.	+	—	—	—
30	0.00005 g Na cholalic.	+	+	—	—
30	0.000025 g Na cholalic.	+	+	—	—
30	0.000012 g Na cholalic.	+	+	+	—

Amint a táblázatból látható, az egyes mikrobafeleségeket a tiszta sósav, másrészt a sósav és epe (epesók) keveréke különböző fokban befolyásolják. Az enterococcusok 20-as aciditású sósavoldatokban két óra alatt pusztulnak csak el. Ha a sósavhoz kb. 3 mg epét adunk, az előlési idő lényegesen megrövidül, 6 mg epe jelenlétében pedig már 30 percen belül elpusztulnak. Húsas aciditású sósavoldatban a staphylococcusok még 2 óra múlva is életben vannak, de 10 cg epe jelenlétében már 30 percen belül pusztulnak el, de még 5-ös koncentrációjú sósavoldatban is 1 órán belül halnak el 10 cg-nyi epe egyidejű jelenlétében. A typhusbacillusok sósavval szemben alig ellentállóak. Így 20-as aciditású sósavoldatban 30 percen belül, 10-es oldatban 120 percen belül pusztulnak el, míg 5-ös koncentrációjú sósavoldatban 2 óra múlva is életben vannak. 10 cg-nyi steril epe jelenlétében a 10-es koncentrációjú sósavoldat 30 percen belül, az 5-ös aciditású pedig 1 órán belül öli a typhusbacillusokat. A colibacillus a sósavoldatokkal szemben igen ellentálló: 20-as aciditás mellett 2 óra múlva is életben vannak s 30-as, vagy 40-es aciditás szükségeltetik, hogy ezen időn belül biztosan elhaljon. 10 cg epe jelenlétében a magasabb aciditású sósavoldatok már 30 percen belül ölik a colibacillust.

A kísérletek tehát egyértelműleg azt mutatják, hogy igen kis epemennyiségek a sósavoldatok csiraölőképességét nagymértékben fokozni képesek. Ha azonban az epe egy bizonyos koncentráción túl ér, akkor a sósav csiraölőképessége nagymértékben romlik, vagy el is vész, mert az epének a mikrobák fejlődését elősegítő hatása jut érvényre.

Hogy az epének mely komponensei azok, amelyek az imént vázolt viszonyoknál döntő szerepet játszanak, úgyszólván kézenfekvő volt, miután számos kísérlet, melynek részletes közlésétől eltekintettünk, egyértelműleg azt mutatta, hogy a hatásos rész a taurochol- és glycocholsavas natriumban egyaránt meg van. Miután meggyőződöttünk, hogy az említett epesók aminosavkomponensei egyáltalában nem fokozták a sósavoldatok csiraölőképességét, csakis a cholsavkomponens lehetett az amelynek a baktericidhatás fokozását tulajdonítani lehetett. Minthogy a cholsav vízben igen rosszul oldódik, kísérleteinkben annak natriumsóját alkalmaztuk. A táblázatból kitűnik,



hogyan azonos csiraölést elősegítő hatás eléréséhez a cholsavas natriumból a taurochol-, illetve glycocholsavas natrium mennyiségének csak  $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{30}$  része szükséges. Valószínűnek tetszik, hogy az epesókból s sósav hatására szabad cholsav hasad le s így végeredményben az a csiraölőképesség fokozódását elősegítő factor.

*Összefoglalás.*

A kísérletekből, melyek a gyomortartalomnak megfelelő aciditású sósavoldatokkal s epével, avagy epesókkal s különböző mikrobaikkal végeztek, kitűnik, hogy a gyomornedv csiraölőképességét a regurgitált duodenum-tartalom messzemenőleg befolyásolhatja. A gyomorsósav csiraölőképességét optimalis mennyiségű epe nagymértékben fokozhatja. A hatásos epealkatrész a cholsav.

**Irodalom:** *Boldyreff:* *Ergebn. d. Phys.* 1911, 134. o. — *Gregersen:* *Ztrbl. f. Bakt. Orig.* 77 k., 353. o. — *Hajós:* *W. Arch. f. inn. Med.* 1922, 663. o. — *Jarno:* *Arch. f. Verdauungskr.* 30. k. — *Jarno és Vándorffy:* *D. med. Woch.* 1920, 41. f. — *Russ és Frankl:* *W. med. Woch.* 1917, 25. f. — *Scheer:* *Arch. f. Hyg.* 88. k., 130. o.

**A Stefánia Gyermekkorházal kapcsolatos budapesti Egyetemi Gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egy. ny. r. tanár).**

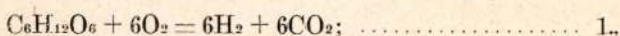
**A liquor cerebrospinalis tejsavtartalma és hydrogenionconcentrációja meningitis tuberculosánál.**

Írta: *Geldrich János dr.*

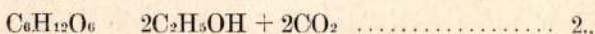
*Hopkins* (1915), *Wallenfels* (1921), *Kahler* (1922), valamint *Steiner*, azonkívül *Willcox* és *Lytte* (1923) és *Bókay Z.* (1924) vizsgálataiból tudjuk, hogy meningitisnél a liquorcukor csökken, sőt csaknem el is tűnhet. Ez a tény azóta teljesen átment az orvosi köztudatba, úgy hogy manap diagnostikus célból már csaknem mindenütt fel is használják. Ámde annak ellenére, hogy eddig már több szerző is foglalkozott vele, mindmáig felderítetlenül maradt az a kérdés, hogy *hová is lesz hát a liquorból a cukor?*

Theoretikus megfontolások szerint a cukor csökkenésének kétféle oka lehet: 1. fizikai, vagy 2. kémiai. Az előbbi esetben a cukor vegyi összetételében semmi változás sem megy végbe s koncentrációváltozásának oka csakis fizikai, nevezetesen a diffúziós viszonyok megváltozása. Ez esetben a cukoresökkenésnek vagy az az oka, hogy a cukornak a vérből a liquorba történő áramlása hirtelen megesökken, vagy hogy a liquorból való resorpció nagy mértékben meggyorsul. Mindkét esetben szükséges, hogy a jelzett folyamatok az ellentétes irányú áramlást, amellyel normalis viszonyok között egyensúlyban vannak, felülmulják. Ezen feltevésnek azonban részben a fizikai, kémiai alaptörvények, részben az eddigi vizsgálatok eredményei is ellentmondanak, azért ezt a magyarázatot el kell ejtenünk. A második ok, a kémiai, azt jelenti, hogy a cukor helybelileg vegyileg elbomlik.

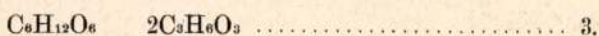
Ez a vegyi bomlás vagy úgy történik, hogy a cukor O<sub>2</sub> felvétele közben szénsavvá és vízzé *elég:*



vagy úgy, hogy O<sub>2</sub> felvétele nélkül, azaz anoxybiotikusan *elhasad*; mint pl. az alkoholos erjedésnél alkoholra és szénsavra:



vagy a tejsavas erjedésnél tejsavra:



Kétségtelennek tartom, hogy a cukornak egy része oxydatiónak esik áldozatul. Ez azonban számottevő nem lehet, úgy hogy a meningitis tbc. kapcsán fellépő jelentékeny cukoresökkenés magyarázatára más okot kell keresnünk. Minthogy az alkoholos erjedés kevéssé valószínű, viszont a tejsavas erjedésnek úgy physiologiás (pl. az izomban működés közben), mint pathologiás körülmények között (pl. a ráknál, azonfelül egynémely pathogen bakterium tejsavtermelő képessége) több példáját ismerjük, közelfekvőnek láttam a gondolatot, hogy a cukor esetleg a liquorban is tejsavas erjedés következtében tűnik el és hasad tejsavra. Utóbbi esetben a 3. sz. képlet értelmében 1 mol., azaz 180 g cukorból 2 mol., azaz  $2 \times 90 = 180$  g tejsav képződik. Ezek szerint, amennyiben meningitisnél a cukor csakugyan tejsavas erjedés következtében csökken a liquorban, úgy a 3. sz. képlet értelmében olyan szabályszerűséget kell találnunk, hogy *ahány mg-mal csökken a cukor, ugyanannyi mg-mal kell emelkednie a tejsavnak* s ennek következtében a cukor és tejsav összegének minden körülmény között állandónak kell maradnia. Minthogy normalisan a liquorcukor 50—70 mg%, a tejsav pedig 15 mg%, a kettőnek az összege 65—85 mg%, s ezt az értéket kell minden esetben megkapnunk.

A liquor tejsavtartalma normalisan több más szerző szerint is átlag 12—16 mg%. Meningitis tbc.-nél eddig két szerző végzett vizsgálatokat. *Killian* 11—33 mg% tejsavat talált, *Scheller* pedig 5 esetben végzett összehasonlító cukor- és tejsavmeghatározásokat. Azt találta, hogy a cukor 15—30, a tejsav pedig 30—56 mg% között változott. Ezen 5 esetből nem kis merészséggel levonja azt a következtetést, hogy a cukor glykolytikusan quantitative tejsavra bomlik. Azt hiszem, hogy bővebb fejtegetések nélkül is világos, hogy ezen állítás helyessége 5 eset egyszeri vizsgálatával bizonyítottan nem tekinthető és adatait ilyen fontos és nagyhorderejű kérdés tisztázására elégségesnek nem tarthatjuk.

Kísérleteimben a cukrot *Hagedorn—Jensen*, a tejsavat *Mendel—Goldscheider* szerint határoztam meg 41 esetben, úgy, hogy a legtöbb esetben majd minden 3—4. nap alkalmam volt a betegség lefolyásában a liquorban végbemenő változásokat figyelemmel kíséreni. Természetes, hogy ezek voltak a legtanulságosabb esetek. A vizsgálatok eredményei a tabellában vannak összefoglalva olyképp, hogy a betegség ugyanazon stadiumából származó értékek középértékeit mutatják. A tabella ennek következtében nagyjában bármely adott eset kórlefordulásának is megfelelő.

E s e t	Cukor mg %	Tejsav mg %	Cukor+tejsav mg %	Ph	A betegség stádiuma
Normalis	60	15	75	7.46	kitörés előtt
Meningitis tbc	45	25	70	7.41	elején
	32	38	70		
	25	42	67	7.39	közepén
	22	54	76	7.27	
	12	102	—	7.22	a végén
	7	120	—		

A táblázatból azt látjuk, hogy a liquor tejsavtartalma a betegség kitörése előtt 15 mg% s ez a betegség előrehaladásával fokozatosan és állandóan emelkedik, míg végül legmagasabb értékét az exitus előtt éri el. A tejsav emelkedése egyenesen arányos a cukoresökkenéssel. Ez a változás teljesen megfelel a tejsavas erjedés törvényeinek, amennyiben minden mg cukoresökkenésnek ugyanannyi mg tejsavemelkedés felel meg és a tejsav és a cukor összege minden esetben 65—85 mg% között ingadozik.



Mindezekből igazoltnak látszik tehát az a feltevés, hogy meningitis tbc.-nál a cukor tejsavas erjedés révén quantitative tejsavvá alakul át. Ez a szerves összefüggés a tejsav- és a cukorváltozás között azonban csak addig tűnik ki világosan, amíg a tejsav koncentrációja a theoretikus érték felső határát, azaz a 85 gm%-ot túl nem haladja. A táblázat azonban azt mutatja, hogy a tejsavemelkedés a 85 mg%-ot is túlhaladja, sőt egészen 120 mg%-ig terjedhet. Ez a 85 mg%-on felüli emelkedés az első pillanatban ellentmondani látszik a tejsavas erjedésnek. Nézetem szerint ez az ellentmondás azonban csak látszólagos és a magyarázata ennek az, hogy a vérpályából folyton újabb cukormennyiség kerül a liquorba. Ott ez ismét tejsavvá alakul át. Viszont a tejsavnak eltűnése a liquorból nem tart lépést keletkezésével s így a tejsav koncentrációja a theoretikus érték fölé is emelkedik.

Ezen megfontolások helyességét megerősítik *Csapó* és *Mihalovics* adatai is, akik a liquor organikus savtartalmát határozták meg. Meningitissnél azt találták, hogy az organikus savak mennyisége megszorodott s ez az emelkedés átlagértékben 7.6 cm<sup>3</sup>, a felső határon pedig 10–11 cm<sup>3</sup> n/10 lúgnak felel meg 100 cm<sup>3</sup> liquorban. Amennyiben a fentebbi, a tejsavas erjedésre vonatkozó fejtegetések és kísérleti eredmények helyesek, úgy az organikus savszaporulat csak tejsav lehet. Ez esetben pedig *Csapó* és *Mihalovics* adatait tejsavra átszámítva, az ő értékeiknek az enyéimmal egyezniük kell. A 7.6 cm<sup>3</sup> n/10 lúg  $7.6 \times 9 = 68$  mg tejsavnak, az emelkedés felső határán lévő 11 cm<sup>3</sup> n/10 lúg pedig  $11 \times 9 = 99$  mg% tejsavnak felel meg. Mindkét érték az én eredményeimmel jól egyezik s így a cukor tejsavas hasadására vonatkozó felfogást megerősítik. A dolog természetéből következik, hogy a tejsavas erjedésnél a tejsav a végterméket képviseli s így nem lehetetlen, hogy mellette egyéb közbelső melléktermékek (egyéb organikus savak) is képződnek, éppúgy, mint azt az alkoholos erjedésnél is találjuk. Ezek mennyisége azonban a tejsavhoz viszonyítva abszolút értékben csakis elenyésző lehet.

Ami ez eredmények klinikai jelentőségét illeti, úgy a vizsgálatokból nyilvánvaló, hogy a diagnosztikus célból végzett tejsavmeghatározás a liquorban legalább is egyenértékű a cukormeghatározással. Ezenfelül még az az előnye is megvan a tejsavmeghatározásnak, hogy a tejsavconcentratio ismeretében közelítő pontossággal előre megmondhatjuk a liquor cukortartalmát is. A betegség stadiumát a tejsavtartalom szerint pontosabban lehet megállapítani, mint a cukortartalom alapján, minthogy a tejsav a betegség folyamán fokozatosan emelkedik, holott a cukor már a betegség közepétől kezdve körülbelül ugyanazon érték (10–20 mg%) körül ingadozik.

Figyelemmel a meningitis tbc.-nál észlelt jelentékeny tejsavemelkedésre, különösnek tűnt fel a régebbi szerzők, mint *Kl. Meier*, *Brock*, *Eskuchen*, *Waltner* azon közlése, hogy a liquor hydrogenionconcentrációja meningitis tbc.-nál a normalistól semmi eltérést nem mutat. Szükséges volt ezt a kérdést megvizsgálni. A liquort paraffin alatt felfogva, a pH-t elektrometriás úton a Michaelis-féle elrendezéssel határoztam meg. A kísérleti eredmények a fent említett szerzőkkel ellentétben azt mutatják, hogy a liquor vegyhatása kifejezetten savanyúbbá válik, a pH az exitus előtt 7.22-re esik, tehát acidosis lép fel a liquorban. Hogy ezt az eddigi szerzők nem észlelték, annak lehet részben az az oka, hogy a kevésbé érzékeny kolorimetriás eljárásokat használták, részben talán az, hogy a betegség kezdetén végezték vizsgálataikat, amikor a pH csökkenése még csak minimalis és a kolorimetriás eljárásokkal fel sem ismerhető.

### Összefoglalás.

1. Meningitis tbc.-nál a liquorcukor esökkenését arányosan követi a tejsav emelkedése.
2. A cukor esökkenésének magyarázata az, hogy quantitative átalakul tejsavvá.
3. Diagnostikailag a tejsavmeghatározás a liquorban a cukormeghatározást pótolhatja, sőt az utóbbival szemben előnyei is vannak.
4. A liquor vegyhatása az eddigi közlésekkel ellentétben savanyúbbá válik, a pH 7.22-re eshet.

**Irodalom:** *Hopkins*: Americ Journ. Med. Sc. 1915. 150. 847. — *Wallenfels*: Zit. n. Ztrbl. f. Kinderheilk. 13. k. — *Kahler*: Wien. Kl. Woch. 1922. 35. — *Steiner*: Jahrb. f. Kinderheilk. 1923. 102. 173. — *Willcox a. Lytle*: Arch. Pediatr. 1923. 40. 215. — *Bókay Z.*: Klin. Woch. 1925. 4. évf. — *Killian*: Proc. Exp. Biol. a. Med. 23. — *Scheller*: Münch. Med. Woch. 1926. 73. évf. 1652. — *Kl. Meier*: Bioch. Zs. 1922. 124. 137. — *Brock*: Bioch. Zs. 1923. 140. 591. — *Eskuchen és Lickürt*: Deutsch. Med. Woch. 53. 651. — *Waltner*: Bioch. Zs. 1924. 149. 145.

**A Szent Rókus-kórház I. számú sebészeti osztályának közleménye (főorvos: dr. Hült Hümér egy. ny. rk. tanár).**

### Ombrédanne-narkosis.\*

Írta: *Hudovernig Dezső dr.*

Az az érdeklődés, mely az utóbbi években ismét felszínre került narkosis-kérdést kíséri, kétségtelenül azt mutatja, hogy távol van még a mindenki által óhajtott cél, hogy egy olyan általános érzéstelenítőt találjunk, mely nemesak, hogy megszabadítja a beteget az altatás félelmetes érzéseitől és izgalmaitól, hanem veszélytelen is, úgy alkalmazásában, mint következményeiben. Az aetheresőppentő narkosis tekinthető momentán annak az általános érzéstelenítő eljárásnak, amely a legtöbb műtő szemében alkalmazásában veszélytelen, de következményeiben sokszor kiszámíthatatlanul káros. Minden olyan methodust tehát, amely ennek a régen bevált módszernek javítását célozza, meg kell vizsgálnunk, nem feledkeztünk meg azonban a haladás más útjairól sem, melyeknél fennáll a lehetősége annak, hogy a fokozódó tapasztalatok közelebb visznek a végső célhoz.

Ezen szempontoktól vezetve kezdtük meg a Szent Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályán kb. 1/2 éve az aetherszávaltatást Ombrédanne-masszakkal és az Avertin rectalis narkosist. Az Ombrédanne-narkosis lényege az, hogy a felmelegített, szénsavval és aetherrel telített kilégzése betegnek nem kerül közvetlenül szabadlevegőre, hanem egy légzőhólyagba, ahonnan azt ismét belégzi a beteg. Ezzel a körlégzéssel (Kreisatmung) az aether mellett szénsavat is kap az altatott.

Az Ombrédanne-apparatus egy vékonyfalú, jól záró fémgömbből áll, ami filzdarabokkal van töltve. Alul egy fémmaszk kapcsolódik hozzá, levehető és tisztítható gumihuzattal; oldalt egy légzőhólyag van szerelve. A gömb másik oldalán az aetherconcentrációt szabályozó korong van, ennek mutatója egy skálán mozog és a korong belső részén a levegőt szabályozó ventil van elhelyezve. A korong forgatásával az aethertartály és maszk között belül egy szabályozó nyílás tágnul ki, illetőleg szűkül és ezen keresztül kap a beteg belégzéskor aethergőzt a fémgömbből, levegőt a ventilen át, illetőleg szénsavat a légzőhólyagból. Kilégzéskor a levegő nagyobb része a légzőhólyagba kerül és csak egy kis része távozik a ventilen át a szabadba.

A beteg előkészítése a szokásos módon történik. Félórával az altatás kezdete előtt domatrint adunk. A

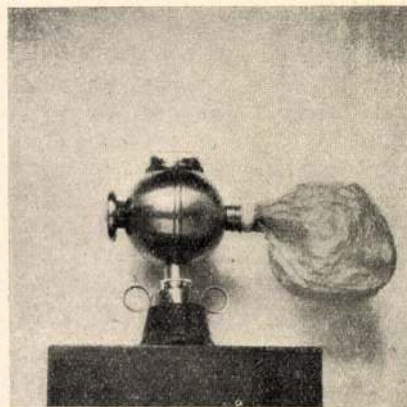
\* Közkórházi Orvostársulat február 20-i ülésén tartott előadás.



fém tartóba 100–150 g aethert öntünk, aszerint, hogy a műtét előreláthatólag meddig fog tartani, 150 g aetherrel körülbelül másfél óráig olyan mértékben lehet altatni, hogy a hasprés teljesen ki van küszöbölve és a beteg mélyen alszik. A maszkot úgy helyezük rá az arera, hogy légmentesen zárjon és az altatás végéig a beteg csak a szabályozó ventilen keresztül kapjon levegőt. Az altatás kezdetével 0-ról kiindulva, a mutatót kb. olyan tempóban visszük fokról-fokra felfelé a scalán, hogy 3 perc alatt a 6-ra kerüljön. Ha közben a beteg erősen köhögne — jeléül annak, hogy az aethergőzök túlkoncentráltan kapja —, akkor egy-két fokkal visszamegyünk a scalán és aztán lassabban haladunk ismét fölfelé. 5–7 perc múlva rendszerint mély narkosis áll be és akkor visszafelé menve, megkeressük azt a legalacsonyabb számot, amelynél a beteg egyenletes mély lélekzés, halványpiros areszín mellett mélyen alszik. Tapasztalataink szerint ez általában férfiaknál 4, nőknél 3, gyermekeknél 1–2 között van. Pár perccel a műtét befejezése előtt a mutatót ismét 0-ra állítjuk. Az Ombrédanne-narkosis előnye, hogy könnyen kezelhető; aether pontosabban adagolható és kevesebb fogy; a narkosis egyenletes síma; post. op. complicatiók száma jelentékenyen eszikken és jelentékeny az aethermegtakarítás gazdaságilag.

Az altató működése azzal, hogy pár perc alatt a beteget símán bealtatta és a kellő concentratiót beállította, nagyon megkönnyebbül, mert teljes figyelmét a beteg lélegzésére és areszínére fordítva, jóformán percek alatt egyetlen kis mozdulattal felületessé vagy mélyebbé teheti az alvást. A lélegzést controllálja a rhythmusosan összehúzódó és táguló légzőhólyagon. Minden különösebb nehézség nélkül rábízható az altatás kevésbé gyakorlott altatókra is, ha a műtő, aki a narkosis mélységét jól megítélheti, maga adja meg időnként a szükséges számot, amivel a narkosist mélyíteni vagy eszikkenteni akarja. Különösen jó ez a kórházi gyakorlatban, ahol az altatásban kevésbé jártas orvosgyakornokokat sokszor kell igénybevenni a relativ kisszámú műtőorvosok elfoglaltsága miatt. Az apparatus szerkezeténél fogva a beleöntött 100–150 gramm aether jobban kihasználható és pontosabban adagolható. Asphyxia csaknem teljesen kizárható. Mintán az aethergőzök egy zárt rendszerben keringenek, sem az altató, műtő vagy műtőszemélyzet nem dolgozik aetherrel telített teremben, kevésbé fárad el a munkakészsége tovább tart. Nagy előnye a methodusnak még a gyors elalvás és korai ébredés. A beteg percek alatt mély narkosisba vihető, rendszerint igen felületes és rövid excitatio után. A gyors elalvás és ébredés úgy magyarázható, hogy a légzőhólyagból kezdettől fogva belégzett és felhalmozódott szén-sav, mint a légzőközpont erős ingere, maximalisan mély és szapora lélegzést vált ki, gyorsítja az aethergőzök felvételét és ezzel az elalvást. Viszont az aether elzárásával a még mindig mély és szapora lélegzés a tüdők erős szellőzésével nagy mértékben segíti elő és gyorsítja meg az aether kiküszöbölését és ezzel az ébredést. A post. op. complicatiók eszikkenése is érthető. Az altatás okozta vérnyomáscsökkenés és ezzel kapcsolatos keringési zavarok jelentékenyen javulnak szén-savbelégzésre. Aethernarkosisnál általában a vérnyomáscsökkenés 20 hg. mm-re tehető és két tényező okozhatja: a narkotikum által befolyásolt szívizom eszikkent munkakészsége és központi vasomotorbénulás. Erőltetett mély lélegzés és a narkotikumok gyors kiválasztása által a szívizomzat hamarabb regenerálódik, a bénult vasomotorközpontot pedig a szén-sav erősen izgatja. Hányás, émelygés, fejfájás, étvágytalanság és post. op. pneumoniák vagy csak igen kis számban fordulnak elő, vagy sokkal könnyebb lefolyásúak, mint eszikpentő aetheraltatás után. Számottevő az aetherfogyasztás gazdasági része is. Osztá-

lyunkon az Ombrédanne-narkosis bevezetése óta átlag havonta 40–50 üveg aetherrel kell kevesebb. Miután egy üveg altatóaether kb. 2 pengőbe kerül, 80–100 pengővel eszikken a havi aetherkiadás. E kétségtelen előnyeivel szemben megvannak a methodus hátrányai is, amelyek azonban csak az altatót és a műtőt érik. Az apparatus ebben a formájában nagy és nehézkes, egyes részei könnyen elhasználnak, bizonyos idő múlva a légzőhólyag, a felső zárókorong, a gumihuzat átteresztővé válnak és ha az altató ezt nem veszi észre, úgy a gép principialis követelményeinek nem felelhet meg. Kicsérésük, illetőleg javításuk igen egyszerű és könnyen történik. Az először altatónak szokatlan lesz a beteg mély és szapora lélegzése. A lélegzésszám 30–40 lehet percenként, ezzel kapcsolatosan a vérnyomás emelkedik és a műtői terület jobban vérzik.



Ezek a tünetek javulnak, ha a beteg mélyen alszik és az aetherconcentratiót a szükségesre eszikkentjük, teljesen megszűnnek, ahogy a maszkot lezárjuk, illetve levesszük a betegről. Kissé gyakorlott altató 2–3 narkosis után hamar rájön azokra a kisebb nüanszokra, melyeknek elsajátításával az Ombrédanne-apparatussal szívesen és könnyen altat, az említett előnyök pedig a methodust határozottan az eddigi aethereszikpentő-narkosis fölé helyezik és feltétlen haladást jelentenek az aetherrel való altatás technikájában.

**Irodalom:** Wymer: D. Zschr. f. Chirurg. 212. — Boit: D. Med. Wschr. 928. — Heller: Ztrbl. f. Geb. u. Gyn.

**Borsodvármegyei Erzsébet-kórház „Báró Bottlik” gyermekkórházának közleménye.**

### Congenitalis maxilla és mandibula synostosis.

Írta: *Petheő János dr.*, kórh. főorvos.

Veleszületett csontos összenövések meglehetősen ritka rendellenességek. Még talán leggyakoribbak az ulna és radius synostosisai, amelyekkel a fejlődő gyermekkorban a legtöbbet találkozunk. Ezekről az irodalomban szép számmal írunk le érdekesebbnél érdekesebb eseteket. Az a veleszületett összecsontosodás azonban, amelyet f. év augusztusában osztályomon észleltem, a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. A rendelkezésemre álló hazai, nagy, német-angol irodalmat átkutattam, de hasonlóan nyomára nem akadtam. Valószínű, hogy hasonló eset nem is iratott le, mert ha valahol észleltek volna hasonló, okvetlen nyomát találtam volna.

T. S. félnapos újszülöttet apja és a szülésznő azon panasszal hozták osztályomra, hogy különös furesza dünyögő hangot ad, sírni nem tud, száját nem nyitja, szopni nem tud, a szájába öntött tea visszafolyik. Az



újszülöttre tekintve, feltűnik az arc különleges ferde tengelye. Az állésűs jobb felé és előre kitolva, a bal mandibula íve befelé hajolva. Az újszülött a száját csücsörítve, különös dünnögő hangot ad. Különben jól fejlett, erőteljes, 3500 g-os újszülött, semmi megjegyzésre érdemes elváltozással a szervezet részéről. Az alsó- és felsőajkat szétváráva, egy gingivával borított akadály állotta a kutató spatula útját, amely kemény tapintatú, s rajta kb. a közepén harántirányban egy 1 mm vastag gingivából képzett redő vonul végig. Ez a gingivával fedett kemény fal jobb oldal felé az art. mandibuláig terjed, balodalt kb. egy félujjnyival rövidebb. Ezen kb. 1 cm-nyi területen normalis mandibula és maxilla viszonyok. E nyíláson keresztül spatulával a szájüregbe lehet jutni, ahol a nyelv mozgása érezhető. Azt hívnék, hogy egy gingiva összenövésével álok szemben, a spatulát a kis nyílásba tolva, fel akartam hasítani. Ez azonban nem ment. Az ellenállás oly kemény réteget tételezett fel, hogy kénytelen voltam csontos összenövésre gondolni.

Felállítva a műtét sürgős és feltétlen szükségességét, a kórház sebésze, *Molnár* főorvos azonnal megoperálta. A műtétnél a felmetszett gingiva alatt a csontthártyával fedett mandibula és maxilla csontos összenövése tűnt elő, amelyet vésés útján — a gingiva redőnek megfelelő magasságban — végre is hajtottak. Műtét után a száj szétvárásnál megállapítást nyert, hogy egy gnatho-palato schisis és csökevényes nyelve is van. A vér- és liquor-Wassermann negatív.

A száj nyitása után az újszülött élénken sír, rendszeren szopik, s nyole napig jól fejlődik és gyarapszik. A 10. napon fellépett stomatitis gangrenosa, mely sepsissel társulva, néhány nap alatt exitushoz vezetett. A boncolásnál a szervekben sehol semmi különösebb elváltozást nem találtak, ellenben az art. mandibula szalagjai erősen rigidek, rövidültek voltak. Az anguli mandibula mindkét oldalt törve volt, ami valószínűleg a műtétnél jöhetett létre a szalagok hiányos fejlődése miatt.

Az arc ébrényi fejlődése azzal indul meg, hogy az elülső agyhólyag feneke és az elemi szájgödör ektodermája között elhelyezkedett kevés mesenchyma erős burjánzásnak indul és fejlemezékké alakul, mely később látható barázdák által nyulványokra tagozódik, s ezen nyulványok összeforradásából jön létre az arc. Az első zsigerívából az állkapocs fejlődik a hozzátartozó lágyrészekkel, a proc. maxillarisokból a pofák és a felső ajak, a philtrum kivételével, az os zygomaticum, maxilla és a csontos szájjpad. Ezek előfordulni szokott fejlődési rendellenességei a mikro-makro-agnathia luxatiók, a farkastorok és a vele kapcsolatos lágyrészelváltozások, stb. Ezt a fent leírt fejlődési rendellenességet magyarázni azonban igen nehéz. A fenti esetben mutatkoznak a lágyrészek fejlődési rendellenességei: csökevényes nyelv, az állkapocsizületek szalagjainak rövidülése, rigiditása, atrophijája, mely az állkapocs erőszakos megmozdítására, töréshez vezetett, a csontfejlődésben egy nem teljes farkastorok és a mandibula és maxilla nagyterületű teljes csontos összenövése. Felmerül azon kérdés, vajjon miként jöhetett létre az összenövés? A csont és a borító csontthártya külső vizsgálata azt mutatja, hogy mind a kettő ép. Ha a fejlődés azt a lépést tartotta volna, ami a normalisnál szokott lenni, valószínű, hogy nem állhatott volna elő ez a helyzet. Mindenesetre feltételezni kell, hogy a csont fejlődésével nem tartott lépést a csontthártya és a lágyrészek (gingivák) fejlődése. Minden valószínűség szerint a csontthártyával és gingivával még nem borított csontok jöttek érintkezésbe növekedésük folyamán, s ez a folyamat nem állt meg, nem lévén ami megakassza, s előállott az összenövés. A csontok kórszöveti vizsgálata (*Folkmann J. dr.*, főorvos) ugyanis teljesen normalis viszonyt mutat, sehol lefolyt gyulladást a csont-

szövetekben nem lehetett látni. Azt hiszem, hogy a lágyrészek valamelyik ismeretlen oknál fogva nem fejlődtek a kellő időben és mértékben, s okozták ezt a ritka rendellenességet.

**Irodalom:** *Marchand:* Eulenburg Enciklopedia Nagy Fejlődéstán.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**A syphilis örökölhetőségéről.** *R. Matzenauer.* (Wien. Klin. Wschr. 1929. 1. sz.)

A közlemény rövid összefoglalása fentebbi tárggyal összefüggő kérdéseknek. A szerző már évtizedekkel ezelőtt hangoztatta, hogy az úgynevezett hereditaer syphilises gyermekeknek az anyja is syphilises, a fertőzés időpontja pedig a termékenyítés utáni időbe (legtöbbször a lepényidőszakba) esik; ezért a hereditaer — öröklött — elnevezés helyett megfelelőbbnek tartotta a congenitalis — veleszületett — megjelölést. Ezt a szerző által akkor csak gyakorlati tapasztalatokon alapuló nézetet azóta már számos kísérleti megfigyelés is támogatja. A gyakorlati megfigyelések közül legfontosabb *Collé*, mely szerint congenitalis syphilises gyermek anyja úgy saját gyermekének, mint más egyének syphilises vírusával szemben immunis. A kísérleti megfigyelések szerint ezeknél az anyáknál művi inoculatio sem lehetséges. A látszólagosan egészséges syphilises jelenségeket mutató gyermeket szült anyák vérében 90—100%-ban pozitív a Wassermann-reactio, stb.

A *Matzenauer*ral ellentétes felfogást hirdetőknak az volt egyik főtámaszpontjuk, hogy a spirochaeták kimutatása legtöbb esetben csak a foetusban, esetleg a placentának foetalis részében volt lehetséges; csak igen ritkán az anyai részében is. Mivel akkor a placentát mindennemű mikroorganizmusra nézve átjárhatatlannak tartották, ezen észlelet szerintük egyszersmind a syphilises fertőzés germinatív eredetét is bizonyította. Nagyhorderejűek ennél fogva *Uhlenhut* és *Phillipps* állatokon tett megfigyelései, amelyek szerint az egészséges anyai szervezet vérpályájába bevitt spirochaeták már öt peremulva kimutathatók a foetusban is, még pedig anélkül, hogy a placentán bárminemű kóros elváltozás volna észlelhető. *Uhlenhut* és *Phillipps* a placentának spirochaetákkal szemben való áteresztőképességének bebizonyításával tehát *Matzenauer* nézetét erősítik meg.

*Gaál dr.*

**A novasurol (salyrgan) húgyhajtó hatásának erősítése ammoniumchloriddal.** *Saxl—Ehrsbacher.* (Wien. klin. Wochenschr. 1929. 2. sz.)

Ammoniumchlorid egyidejű alkalmazása a novasurol- (salygran-)diuresist a rendszeren észlelhető mennyiségnek két-háromszorosára is felemelheti. A szerző szerint ezen jelenség savhatáson alapul, amely feltevést megerősíti az az észlelet is, hogy szódabicarbona csökkenti a fentemlített anyagok húgyhajtó hatását. A többi húgyhajtószerre (calcium, diuretin, theophyllin) nincsen ilyen hatással az ammoniumchlorid. Adagolás: naponta 8 g ammoniumchlorid, 2—5 napig a novasurol- (salyrgan-) befecskendezést megelőzőleg.

*Gaál dr.*

**Vizsgálatok az ikterusos bradykardiáról.** *Dumitresco—Mante.* (Presse méd. 1929. 3. sz.)

A régi felfogással ellentétben gyógyszeres kísérletek arra mutatnak, hogy a sárgaságnál beálló bradykardia nem myokardialis eredetű. Atropinnal végzett kísérleteik alapján arra a következtetésre jutnak, hogy a pulsus gyér volta nem mindig hypervagotonián alapul. Sőt előfordulnak oly esetek is, amelyekben — ellenkezőleg — a sympathikus idegrendszer fokozott ingerelhetősége mutatható ki. Egészséges egyéneknél epesók injectiója nem okoz bradykardiát, legalább is igen ritka esetben tudtak pulsusgyérülést megfigyelni. Ikterusos betegeknek sem magyarázza tehát az epesavaknak a vérben beálló megszaporodása a pulusszám csökkené-



sét. Az elektrokardiogramm myokardialis laesio ellen szól. A gyógyszeres vizsgálatok mellett, amelyek a bradykardia nervosus eredetét bizonyítják, feltűnő még a kalium, calcium és főleg a cholin szaporodásának tünete. Úgy látszik, hogy az utóbbi az, amely az ikterusnál beálló humoralis és nervosus elváltozásokban nagy szerepet játszik.

Baráth dr.

**A chlor és ureum egyidejű változásai chronikus nephritisben szenvedők vérében.** *M. Laudat.* (Compt. rend. de la soc. de biol. 100. k. 1. sz.)

A vér chlortartalma normalis viszonyok között — saját módszerével végzett meghatározások szerint — 0.355—0.37% között változik. Idült vesebajoknál normalis értékek találhatók az eseteknek mintegy harmadrészeben; 0.40% ureumtartalomig figyelhetők meg ezen értékek, míg ezen ureummennyiségen felül normochloroemia felett van, a chlortartalom erősen csökken. A hyperchloroemia található igen gyakran; 0.20—0.40% között már ritkán. Ezzel szemben, ha a vér ureumtartalma 0.40% felett van, a chlortartalom erősen lecsökken. A hyperchloroemia és hypochloroemia tehát ellenkezően található meg, aszerint, amint a vér huyanytartalma csökken vagy emelkedik.

Baráth dr.

### Sebészet.

**Erek aláöltése.** *Prof. K. Mermingas.* (Zentralblatt f. Chir. 1928, 50. sz.)

Azon esetekben, mikor a szövetek szakadékonysága, vagy a seb vézése miatt vérző ereket nem lehet lekötni, sem a szokott módon aláölni, ajánlja a következő aláöltési módot: egymással derékszöveget képező két irányban keresztalakban öltjük alá a vérző eret, majd a fonal egyik végét a kereszt két szárát összekötő fonal alatt átvisszük s meghúzzva, a másik végével esomózzuk.

Tóth Aladár dr.

**Choledochus strictura gyulladási szövetzaporulat következtében.** *C. Hammesfahr,* Magdeburg. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 50. sz.)

42 éves asszony esetét közli, kinél cholecystektomiát végzett. A műtét után fennálló göresök, ikterus és hőmérsék emelkedése miatt két év múlva relaparotomiára kerül a sor. A máj megnagyobbodott, kiterjedt összenövésű, a choledochus átjárható, a máj felé azonban mindenütt porokemény hegszövetbe ütközik a sonda. Ennek kimetszése után choledochus drainezés. Két hét múlva a drainső eltávolításakor hányás, 38.5 fokos temperatura, 140-es pulzus. Ismételt relaparotomiánál azt találja, hogy a choledochust két vastag selyemligatura zárja el. Ezeknek eltávolítása után zárja a hasat s teljes gyógyulás áll be. Mint a közölt eset is mutatja, fel nem szívódó fonalak alkalmazása súlyos következményekkel járhat, 50 relaparotomia közül öt esetben látott súlyos prolipheratiós gyulladást gastro-enterostomiáknál a serosában lévő selyemvarratok közül. A gyomorresectiókat is teljesen catguttal varrja az utóbbi időben s eddig nem látott töle rossz eredményeket. Kéri, hogy az erre vonatkozó tapasztalatokat közöljék.

Tóth Aladár dr.

**Néhány szó a gastrostomiáról.** *Med. B. Lubarsky.* (Zentralbl. f. Chir. 1928, 50. sz.)

*Witzel*, vagy *Kader* szerint készített gastrostomiás nyíláson, illetőleg gumicsövön át rendszeren csak folyékony táplálék vihető a gyomorba. A retrograd sondázás, vagy radiumkezelés is gyakran akadályokba ütközik. Ezen hibákat kiküszöbölendő, *Pawlow* szerint tág gastrostomiás nyílást készített s abba nem gumicsövet helyezett, hanem ezüstből készült és bearanyozott 2 cm átmérőjű, 5 cm hosszú csövet, melynek úgy belső, mint külső végén 0.8, illetőleg 1.2 cm széles pereme van, s így nem csúszik ki a gastrostomiás nyílásból. Tekintve, hogy egy esetben a nyílás kitágult s a gyomornedv a cső mellett szivárgott, később hasonló alakú gumicsövet alkalmazott, szép eredménnyel.

Tóth Aladár dr.

**Felszívódó tampon.** *Hans Feriz,* Amsterdam. (Zentralbl. f. Chir. 1928, 50. sz.)

Vérzéscsillapításra használt gazetamponok helyett már rég keresnek oly anyagot, mely a szervezetben felszívódik. Ezt a célt megközelíti a *Vogl* által ajánlott vivo-

coll, melyet a szerző egy év óta rendszeresen alkalmaz s igen szép eredményeket látott tőle. A vivocoll 93.6% steril marhavérsavót, 3.5% natrium citricum-oldatot 0.2% anti-septikus hatású chinolin-derivatumot tartalmaz. Használat előtt 37.5 C°-ra melegítjük, 0.5% calcium chloridot teszünk hozzá, miáltal activálódik. Az így elkészített oldat sebüregebe öntve, vagy szövetek közé fecskendezve megalvadás és ezáltal vérzést csillapít. A vivocollra vonatkozó vizsgálatok a következőket mutatták: 1. a sebgyógyulásra nincs káros befolyása; 2. a szervezetben maradó vivocoll-tamponok részben felszívódnak, részben kötőszövetesen szervülnek; 3. anaphylaxiás jelenségeket tőle sohasem észleltek; 4. attól sem kell félni, hogy jó táptalajt szolgáltat a pathogen vírusoknak, mert határozottan antiseptikus hatása van.

Tóth Aladár dr.

**Néhány szó az idegentestek eltávolításáról.** *Med. Ed. Birt dr.* Shanghai. Zentralbl. f. Chir. 1928. 50.

25 éves katona esetét közli, aki mellkaslövést szenvedett. Röntgen a szívurokban jelezte a löveget. Behatolás Trendelenburg szerint s a golyót nem találják. 3 nap múlva a sebből sok geny ürül, mire annak sülykedését megakadályozandó, Perthes-féle szívókészülék állítanak be, három hét múlva a sebnyílásban megjelent a lövedék. Tekintve, hogy a „Paulum hospital“-ban igen sok lövésű sérülés fordul elő, azokat a szabályokat írja le, melyek ott érvényben vannak, a lövegek eltávolítására vonatkozólag: 1. azt kell megállapítani, eltávolítandó-e egyáltalán a löveg? Nagyobb-e bennmaradásának veszélye, mint az eltávolításé? Az eltávolítás idejére vonatkozóan fontos, hogy megvárjuk, míg a szervezet a löveg által bevitt fertőzéssel megbirkózott. Csak súlyos fertőzés esetén lépünk közbe rögtön s a golyó eltávolítását a geny kibocsátásával kapcsoljuk össze. A löveget nem Röntgen-felvétellel lokalizálják, hanem átvilágítással, oly módon, hogy 2 sterilítűt 45 fok alatt beszúrnak a löveg irányába s megpróbálják azt mozgatni.

Tóth Aladár dr.

### Gyermekorvostan.

**A gyermekkori malariánál fellépő oedemáról.** *G. Genoese és A. Zalocco.* (La Pediatría. 1928, 24. füz.)

Körülbelül 300 gyermeknél figyeltek meg malariával kapcsolatos oedemát, melynek ötféle változatát különböztették meg:

1. Friss malariás acut anasarca, mely a fertőzés után 2—3 nap múlva az egész testre kiterjed. A vizeletben sem fehérje, sem geny nem volt kimutatható. Az oedemának ez az alakja az esetek csak kevés százalékában jelentkezik és 8—10 napi chinin-kezelésre teljesen eltűnik.

2. Körülírt oedema angioneuroticum, mely gyakran éjjel viszketéssel kezdődik és gyorsan el is tűnik, főleg a levegőnek kitett helyeken (arcon, végtagokon).

3. Malariával kapcsolatos symptomás gastrointestinalis oedema, mely könnyű esetben 75%-ban, súlyosabb esetben 90%-ban előfordul és gyakran halálhoz vezet.

4. Vese- és szívmegebetegedés következtében fellépő oedemák. Eseteiknek 25%-nál találtak malariás eredetű szív- és vesemegebetegedést, melyek oedemát okoztak. Ezek azonban chinin-kezelésre gyorsan javultak és egy esetben sem tapasztalták, hogy a heveny gyulladás idültté vált volna, vagy halálesetük lett volna.

5. Malariás kachexiával kapcsolatos oedemák, melyek majdnem minden esetben meg vannak idült malariánál.

Kocsis István dr.

**A localis autovaccintherapia a gyermekorvosi gyakorlatban.** *F. Cantani.* (La Pediatría 1928 XX. füz.)

A szerző 27 esetben alkalmazta az általa, *Besredka* eredeti előírása szerint készített autovaccinás localis kezelést különféle megbetegedéseknél (furunculosis, abscessus, phlegmone, pyodermia, stb.).

A bakteriologiai vizsgálat után a bakteriumból auto-szuspensiót készített, melyet vaselinnel és lanolinnal keverve alkalmazott helyileg és azt tapasztalta, hogy a pustulák, pyodermiás hólyagok 6—7 kezelés után teljesen eltűnnek.

Kocsis István dr.



**Haemoptoë nem gümőkóros megbetegedésnél.** *La-band.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 1928, 122. k., 111. o.)

A gyermekkorban ritkán fellépő haemoptoë egy esetéről számol be. A nyolcéves, empyema thoracis-t kiállott gyermeknél egy ízben lépett fel haemoptoë, melynél a kiváltó ok — tekintettel arra, hogy tbc., idegentest-aspiratio, tumor, vagy abscessus pulm. biztosan ki volt zárható — kétségtelenül a fennálló bronchiektáziában volt keresendő. *Lenárt György dr.*

**Malariás fertőzés Palermo városában és környékén 1921—1925-ig.** *E. M. Mondini.* (La Pediatria 1928 21. füzet.)

Megállapítja statisztikai adatokkal, hogy a malariás fertőzés öt év alatt Palermo városában emelkedett. A fertőzés forrásai főleg a környék azon le nem csapolt mocsaras részei, melyek a város körül terülnek el. Vizsgálatai megállapítják, hogy az öt évben előfordult megbetegedések legnagyobb százalékban július—szeptember hónapokban voltak. A gyermekek átlag az első két életévben betegedtek meg a legtöbben.

Tisztán ideges tüneteket okozó malariás megbetegedést több esetben figyelt meg, melyek eltérőek voltak a más vidékeken előfordult megbetegedésektől. Négy esetben eklamptikus, öt alkalommal meningismusos, három ízben a hidegrázás alatt tonikus-clonikus göresös rohamot, négyszer kifejezett meningitises tüneteket, egyszer pedig hemiplegiát látott. *Kocsis István dr.*

### Gégészet.

**A facionasalis radicalis állsontüregműtétek után fellépő reakciók elkerülésének kérdéséhez.** (Közlemény az orrmelléküregek sebészetéhez.) *Lüscher Ery.* (Monatschr f. Ohrenheilk. u. Lar. Rhin. 1928, 62. évf. 4. füz.)

A műtési technika megváltozása a postoperatív reakciók feltűnő javulását eredményezte. A vér és exsudatum kitörlése helyett a kiszívást alkalmazzák, amivel elkerülhetővé válik, hogy az arc lágy részei az üreg tartalmával érintkezésbe jöjjenek. A szívókészülék alkalmazása folytán a műtét narkosisban is végezhető, mivel ezen eszköz megakadályozza a vérnek a torokba való befolyását. Az aspirator használata óta erős postoperatív duzzanatot nem igen észleltek. Szerző a seb zárására tovaftató matracvarratot ajánl; 73 eset közül csupán kétszer keletkezett kisebb fistula, ami néhány hét múltán önmagától zárult. *Bajkay Tibor dr.*

**A salvamin, mint a szénanátha szere.** *Gerlach W.* (Deutsche med. Wochenschr. 1928, II.)

Szerző, ki maga is szénanáthában és asthmában szenved, a szénaláz periódusa alkalmával naponta 2—3-szor két Salvamin-tablettát (*Kahlbaum*) vett be. A saját magán észlelt megfigyelés alapján azon eredményre jut, hogy a salvamin igen hatékony symptomatikum. E szer különösen azok számára hoz betegségükben megkönnyebbülést, kik hivatásuk folytán, mint pl. a vidéken működő orvosok is, kénytelenek a szénanátha dacára mindig a szabadban tartózkodni. *Bajkay Tibor dr.*

**A reflector használata az orr-, gége- és fülgyógyászatban.** *Abraham J.* (Med. Klinik 1928, 24. évf., 19. szám.)

A reflector mindig a jobb szem előtt használandó. A jobb szem gyakorlottabb és így a jobb kézzel előnyösebben tud együtt dolgozni. Ha a fényforrás a beteg jobb oldalán van elhelyezve, a reflector a szemhez egészen közel hozható, miáltal a látótér megvilágítása optimális lesz. Ezen elrendezés mellett a bal szemet sérti ugyan a fény, de ennek káros hatásától nem kell tartani. *Bajkay Tibor dr.*

**A fertőző góc helye neuritis opticanál.** *White Leon E.* (Annal of otol., rhinol. a. Laryngol. 1928, 37. köt. 1. sz.)

A neuritis optica-t a testben levő fertőző góc okozza. A fertőző anyag a véráram útján jut a szembe. Az infectiosus góc elsősorban a fogakban, tonsillákban és az orr melléküregeiben keresendő. Ha a fertőzés forrása

nem található fel, a tonsillák távolítandók el. A fertőző góc ritkább esetekben a vakbélben, epehólyagban, prostatában, a nemi szervekben és általában az altestben lehet elhelyezve. A fertőzőképes góc eltávolítása feltétlenül szükséges. Szerző 27 részletes kórtörténetet ismertet. Ezek közül a fertőző góc 1 esetben a rostacsontban, 2 esetben az iküregben és 4 esetben a felső állsontüregben foglalt helyet. Az esetek több mint 80%-ában a fertőző góc a fogakban és a tonsillákban volt fellelhető. A normalis látásélesség az esetek 63%-ában tért vissza, míg javulás 20%-ban állott be. A fennmaradó 17%-ban — mely esetekben a lefolyás chronikus volt — a látásélesség nem javult ugyan, azonban további romlást sem szenvedett. *Bajkay Tibor dr.*

### Urologia.

**Klinikai tapasztalatok a vesetok idült lobos megbetegedéséről.** *O. Schwarz.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1929, 26. köt., 1—2 füz.)

A perinephritis, mely alatt a vese kötőszövetes és zsíros tokjának idült lobos megbetegedése értendő, önálló körkép. Többnyire a vese fertőzéses bántalmait után lép fel s gyakran peripyelitis és pericystitissel társul. A klinikai kép vagy egyoldali vesebántalomnak felel meg (göresök, esetleg vérzés), vagy pedig valamely hasüri szerv megbetegedését utánozza.

Palpatióval a vese tapinthatósága és érzékenysége az ureterkatheterezés útján nyert vizelet vizsgálatával, esetleg genysecjtek és bakteriumok jelenléte mutatható ki. Működési kiesést csak előrement pyelonephritis vagy pyelonephritises zsugorvase egyidejű jelenléte esetén találunk. Fontos diagnostikus jel, melyre először *Illyés professor* mutatott rá, hogy Röntgenképen a psoas körvonala elmosódott vagy eltűnt; ugyanez elmosódott a veseárnyék is. A vesemedencén és ureteren fellépő másodlagos elváltozások — mint tágulás vagy zsugorodás — pyelographiával mutathatók ki.

A kezelés, egészen könnyű eseteket kivéve (mikor ágynyugalom és diathermia is elegendő lehet), műtési. Decapsulatiót s a vese erősebb fertőzése esetén az alsó poluson nephrostomiát végzünk az alsó kehely drainézisével. Ha a vese süllyedt, a nephropexiát is elvégezzük. Ezenkívül igyekezzünk az elsődleges gócot megkeresni (tonsilla, adnexák, appendix stb.) s azt kezelni, vagy ha lehet — eltávolítani. *Sas Lóránt dr.*

**Veseképződés tompa vesesérülések kapcsán.** *A. Roseno.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1929, 26. k., 1—2 füz.)

1919-től 1927-ig észlelt 32 tompa vesesérülés közül posttraumás kőképződés 3 esetben fordult elő. Ezeknél a kőképződés összefüggését a sérüléssel a *kőbe zárt vérérvadékek jelenléte* kétségtelenné teszi (*Illyés, de Gironcoli, Teitscher, Rosenstein, Casper és Posner* esetei). Pyelum-sérülés kimutatása Röntgennel szintén erős bizonyíték a későbbi kőképződés szempontjából. Miután kőképződés és trauma viszonya nagy statisztikák hiánya folytán nem tekinthető tisztázottnak, további megfigyelések szükségesek. Szerző a sérülésnek inkább kiváltó, mint kórokozó jelentőséget tulajdonít. *Sas Lóránt dr.*

**Adat a tunica vaginalis propria testis áldagana-tainak kérdéséhez.** *H. Wollheim.* (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1929, 26. köt. 1—2. füz.)

A tunica vaginalis propria áldagana-tai gyulladása eredetűek, de külső megjelenésükben a valódi daganatokhoz hasonlóak lehetnek. Ide tartoznak az idegentest granulomának megfelelő *paraffinomák* és a *periorchitis haemorrhagica*. Jellemző ez utóbbira a tunica vaginalis propria heges megvastagodása s a felületen érdús sarjszövet fellépése, majd később mészlerakódás vagy csontképződés, anélkül, hogy a mellékhere elzáródna.

Szerző által közölt esetben az elváltozás vagy spontán jött létre (*Kocher*), vagy régi appendektomia utáni vérleszívargás folytán lassanként fejlődött ki. Újabb megerősítés kapcsán keletkezett vérzés heveny duzzadást okozott s ehhez még az ondózsínór csavarodása járult. A caput epidid, fölött talált szilványi daganat szövet-



tanilag sejt- és érdús sarjszövetnek bizonyult, melyre jellemző volt, eosinophylsejtek nagy száma mellett, szabálytalan óriássejtektől körülvevő orsószzerű rések jelenléte, melyeket cholesterolin-táblák töltöttek ki.

Sas Lóránt dr.

### Socialis egészségügy.

**A közigazgatás rendezéséről szóló törvényjavaslat.** Gerlóczy Zsigmond. (Egészség, 1929, 73. lap.)

Már az Országos Orvosszövetség is foglalkozott a közigazgatás rendezéséről szóló törvényjavaslattal és két mulasztásával. A javaslatnak a socialis egészségügyet is csorbító egyik sérelmes rendelkezése az, hogy a vármegyei tisztii főorvos hivatalból nem tagja az ú. n. vármegyei „kistanács“-nak. Megnyugtató volna, ha az lehetne és a kistanácsban véleményét szóval megokolhatná és szavazatával annak elfogadását elősegíthetné. A másik, a socialis egészségügyet közvetve érő csorba abban nyilvánul meg, hogy a törvénytervezet a tisztii főorvost és járási orvost magas képzettségével arányban nem álló alacsony fizetési osztályba sorozza. A szerző az egészségügy érdekében sürgeti, hogy a törvény végleges szövegezésében ezek a mulasztások jóvátelessenek. Herczeg Árpád dr.

**A tuberculosos elleni küzdelem terén Amerikában elért eredmények.** Schubert Károly. (MONE, VI. évf., 36. lap.)

Az Egyesült Államokban 25 év előtt a tuberculosishajlandóság 201 volt (pro 100.000 lakos), ma csak 70; a halálokok gyakorisága tekintetében a tuberculosos az ötödik helyen áll és a közeljövőben már nem is fog a fontosabb halálokok között szerepelni. Hogyan érték el az amerikaiak ezt a szinte csodálatos visszafejlődést? A megbetegedés lehetőségének tervszerű és rendszeres elnyomásával, vagyis a *betegség megelőzésével*. A korai, gyógyítható esetek mielőbbi ápolásbavétele Amerikában a legfontosabb védelmi eszköz a tuberculosos elleni küzdelemben. Nagy gondot fordítanak az amerikaiak azon ipari ártalmak kiküszöbölésére, amelyek különösen szerepelnek a tuberculosos előidőzésében; így pl. a bányá-, kőfejtő-, fazekas- stb. iparban a silicátok pora ellen védik kellően a munkásokat. A tuberculosos-gondozást már a zsege gyermekkorban kezdik; gondosan képzett *védőnők* kutatják fel az egészségtelen lakásokat (ha még vannak) és a beteg családtagok köréből kimentendő csecsemőket stb. Sok helyütt nemcsak a tuberculososban szenvedő betegek *kötelező bejelentése* van életbeléptetve, hanem pontos *nyilvántartást* is vezetnek az egyes betegek sorsáról. Amerikában lelkiismeretesen ellenőrzik a tej- és egyéb élelmiszerárúsítást, az ezzel foglalkozókat rendszeres egészségi vizsgálatoknak vetik alá. Nemcsak az iskolás gyermekek, hanem sok helyütt az egészséges felnőttekre is kiterjesztik a rendszeres orvosi vizsgálatot.

Herczeg Árpád dr.

**Abauj-Torna vármegyei gondozó kórházának programja.** Tóth Ernő. (Népegészségügy, 1929. 4. szám, 223. lap.)

A nálunknál gazdagabb külföldön már köztudattá vált, hogy a betegségek megelőzésére fordított kiadásokkal a sokkal nagyobb ápolási kiadásokat és embertökevesztéseket meg lehet takarítani. Az orvosi működés is ennek megfelelően mindinkább a betegségek meg előzésére irányul. Elszegényedett hazánkban különösen fontos az ily irányú gazdálkodás, aminek megértéséről örvendetesen tanuskodik többek között az abauj-tornavármegyei „gondozó kórház“ létesítése Szikszón. Mint a neve is mutatja, ez a gondozó kórház egyszersmind gondozó, tehát egészségvédelmi, vagyis praeventiv intézet és betegeket gyógyító kórház működését is teljesíteni fogja. Mindkét rész egy közös telepen van elhelyezve. Az egészségvédelmi intézetben nyer elhelyezést 1. a gyermekvédelmi osztály (iskolaorvosi intézmény és a Stefániának anya- és csecsemővédő intézete); 2. a népbetegségi osztály (a tuberculosos- és a nemibeteg-dispensaire közös bejáratú, az ú. n. lélegzőgondozó- vagy elme- és idegyógyászati rendelés); 3. a szülészeti osztály; 4. a Vármegyei és Városok Országos Mentőegyesületének mentőállomása. Az egészségvédelmi intézet

személyzete egyszersmind egészségügyi *propagandát* is fog kifejteni. A kórház 80 ágyas és mintaszzerű berendezésén kívül olvasósobájában elhelyezett népszerű egészségügyi művekkel nemcsak gyógyítani fog, hanem az *egészségvédelmet* is előmozdítja majd. Kívánatos volna, ha a vármegyei tisztifőorvos propagandamunkáját és az egészségügyek iránt fogékony vármegye példáját egybeült is követné. Hasonló „Népegészségügyi Ház“ Cegléden is létesül.

Herczeg Árpád dr.

## KÖNYVISMERTETÉS

### Új könyvek.

Magyar nyelven.

Belorvostan: Szánthó Frigyes. dr. (Mai Henrik és Fia. Bp. 1929.)

Német nyelven.

Experimentelle Bakteriologie I—II. köt. Kolle—Hetsch (Urban és Schwarzenberg. Bécs—Berlin 1929) Ára füzve 60 M., kötve 68 M.

Entwicklungsgeschichte des Menschen. Weissenberg—Michaelis. II. kiadás. Georg Thieme, Lipcse, 1929. 294 old.

Alig mult el másfél év a jeles fejlődéstani compendium 10. kiadásának megjelenése óta s már előttünk van a II. kiadás, mely az előbbihez képest kb. 2 ívnyi szöveg-gel és 95 ábrával bővült. Csak az udvariasságból érthető, hogy Michaelis neve még mindig szerepel a mű címében, holott a jelen kiadásban már alig van valami az eredeti Michaelis-féle munkából. A szerzőnek kétségtelenül igen jó didaktikai érzéke van s emellett szerencsésen tudja rövid mondatokba összefoglalni a dolgok lényegét. Bár műve csak hallgatónak szánt compendium, mégis szívesebben láttunk volna benne egyet-mást az általános fejlődéstani, nevezetesen a kísérleti embryologiai kutatás eredményeiből, viszont rövidebbre lehetett volna szabni a IV—VII. fejezetet, amelyek az amphioxus, lazac, béka és tyúk első fejlődési folyamataival foglalkoznak; ezek az elmúlt évtizedek várakozása ellenére, sajnos, nem sok világot vetnek az emberi embryo megfelelő fejlődési folyamataira. A német szerzők leszokhatnának arról az újabbban lábrakapott galáns ízléstelenségről, hogy az előzőben hálálkodnak a feleségüknek azért, hogy az a correcturák átnézésében, vagy a tárgymutató elkészítésében segédkezett. Feleslegesnek, sőt majdnem nevetségesnek tartjuk a kiadó címére szóló szokásos köszönetmondást is; nagyon naiv embernek kell annak lenni, aki elhiszi, hogy a kiadó a művet a szerző iránti önzetlen szíveségből állítja ki így vagy úgy.

Lenhossék Mihály prof.

**Dolgozatok a pécsi Erzsébet Egyetem szülészeti és női klinikájáról.** Kiadta Scipades Elemér egyetemi tanár, a klinika igazgatója. (Dunántúli Egyet. Nyomda, 1929.)

Ami ebben a 862 oldalas vaskos kötetben van, az kétségtelenül érték, a magyar klinikai tudományos munka dícséretes eredménye. Kritikaiag azonban vele nem foglalkozhatunk, mert hiszen tudományos megfigyelést és kísérletet, csak tudományos munkával lehet ellenőrizni és bírálni. Mi csak örömmel szemléljük az ilyen munkásságot, amit itt 24 dolgozatban a főnökkel élükön nyolc fiatal szülész és nőgyógyász előttünk felsorakoztat és így összegyűjtve és ilyen pazar köntösbe öltöztetve imponál, nagy megbecsülésére a tudományos munkásságnak. Sz.

**Radiumtherapia.** Irta: dr. Büben Iván. Novák Rudolf és társa kiadása, 1928.

Büben Iván ezen újabb munkájának legjobb beajánlója néhány évvel ezelőtt megjelent első könyve a Diathermiáról és annak klinikai alkalmazásáról, melynek úgy a magyar kiadása, mint a Lipcseben megjelent német fordítása nagy sikert ért el. Úttörő munka ezen könyve is és igen értékes gyarapodását jelenti a magyar orvosi irodalomnak. A radiumtherapia alkalmazása az orvostudomány legtöbb szakában egyre terjed, különösen mióta a Katanga-vidéki (Belga Kongó) gazdag radiumtelemek feltárása következtében a radium ára felére esett. Óriási irodalomban lefektetve több mint 30 év tapasztalata áll ma a radiummal foglalkozók rendelkezésére. A radiumkezelés technikája az utolsó években nagy lépéssel haladt előre, úgy hogy ma a használatos kezelési eljárások száma igen nagy. Ezért éreztük hiányát olyan könyvnek, mely a világirodalom elméleti és gyakorlati eredményeit célszerűen összefoglalja. Büben Ivánnak ez mes-



terien sikerült. Sokesztendősklinikai mult, hosszú külföldi tanulmányút s a radiummal való több évi foglalkozás képesítette rá. A 215 oldalas könyv anyagát a legpraktikusabban válogatta össze. A gyakorlati célt tartja szem előtt, de a radiumkezeléshez szükséges elméleti ismereteket is megtaláljuk könyvében. Kellő terjedelemben foglalkozik a radium felfedezésével, physikájával és chemiájával, a radiumsugarak élettani hatásával, majd áttér a gyakorlati részre, megtanítva az olvasót a radium-therápia alkalmazási módszereire és az adagmérésre. A következő fejezetekben ismerteti a radiumkezelést a sebészetben, urologiában, nőgyógyászatban, bőrgyógyászatban, fül-, orr-, torok- és gégegyógyászatban, szemészetben és belgyógyászatban.

Az elmondottakat 51 képen szemlélteti. Könyv végén a radiummal foglalkozó világirodalom részletes összeállítását találjuk, minek a tudományosan munkálkodók látják majd nagy hasznát. Komoly alapossággal készült munka, mely nemcsak a radiumspecialistának, hanem az általános orvosi gyakorlattal foglalkozónak is értékes. Megtanítja arra, hogy mely eseteket küldjön radiumkezelésre és hogy milyen eredményt várhat. A könyv kiállítása kitűnő. Mint olvasmány is érdekes.

Erdélyi József dr.

**Röntgenpraxis.** (Beihefte zu Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen) címen Prof. R. Grashey, Prof. H. Holfelder és Prof. Holthusen szerkesztésében folyóirat indult meg. A folyóirat a programja szerint a Röntgen-diagnostika, röntgen, radium és fénytherápia körébe tartozó gyűjtőreferátumokkal igyekszik a gyakorló röntgenológust a ma már szinte áttekinthetetlen irodalmi közlésekkel megismertetni. Amint a megjelent első száma is mutatja, főképen gyakorlati irányú. Az összes szakfolyóiratokban megjelenő irodalmi ismertetésekkel szemben főképen az az előnye, hogy bizonyos tárgykörre vonatkozó újabb vizsgálati, therapeutikus eljárásokat csoportosítva, monographiaszerűleg interpretálja. A gyakorlati fontosságú technikai kérdéseknek is helyet szorít. Az első száma s a szerkesztőknek a neve garantiát nyújtanak arra, hogy a gyakorló röntgenológus hasznát fogja látni.

Czunft dr.

**Glykosurien, renaler Diabetes und Diabetes mellitus.** Írta: dr. Herbert Elias, egyet. m.-tan. J. Springer kiadása, 1928. Ára 2.60 P.

A 88 oldalas könyvecske pompás útmutató a szénhydratanyagforgalom physiologiája, pathologiája s a cukorvizelessel járó kórképek klinikája terén. E körfolyamatok között mint legfontosabb: a *diabetes mellitus* tárgyalása alkotja a könyv zömét; a nélkülözhetetlen elméleti tudnivalók rövid ismertetése keretében kitűnő nyelvezettel tárja élénk aetiologiai, illetve pathogenetikai lehetőségeit, változatos tüneteit, gyógykezelésének irányait. Szerzőnek nem szándéka újat hozni, avagy a bő irodalommal rendelkező themát vitás kérdéseinek összességében ismertetni, mert e kis művét a „*Bücher der ärztlichen Praxis*“ gyakorlati orvosi célokat szolgáló könyvsorozata számára írta; e célnak megfelelően pontos leírást találjuk az idevágó laboratoriumi vizsgálatok módszereinek is, valamint részletes tájékoztatást a cukorbetegség ma már oly nélkülözhetetlenül fontos therapiás tényezőjének: az insulinnak javallatáról és alkalmazási technikájáról.

S.

**A bőr hólyagjainak képződési mechanizmusa.** Szathmáry Sebestyén dr. Dunántúli Egyetemi Nyomda, Pécs, 1928.

Darier és mások a hólyagképződésnek háromféle módját különböztetik meg, amelyeket Szathmáry is behatóan tanulmányozott és könyvében részletesen ismerteti: 1. A makroszkopos hólyag a hámsejtekben (intracellularisan) degeneratio folytán keletkezett mikroszkopos hólyagoknak összefolyásából képződik; ez a Leloir-féle „*altération cavitaire*“, amelyre példa a himlő hólyagja. 2. Sejtek közötti oedema keletkezik, amely a sejteket szét húzza; ez az Unna-Besnier-féle „*spongiosis*“ az ekzemára jellemző. 3. A sejtek között oedema lép fel a nekrobiotikus hámsejtek, mint a léggömb a levegőben, a meggyült folyadékban lebegnek. Ez a herpesekre jellemző „*Unna-féle ballonozó elfajulás*“. A bulla két hámréteg között „*clivage*“ (hasadás) folytán létrejövő hólyag, amely az említett intra- és intercellularis eredésű hólyagokkal szemben „*interstratialis*“ hólyag. Szathmáry a hólyagképződésnek ezt a módját nem említi, holott Darier és Nékám igen nagy súlyt helyeznek erre a megkülönböztetésre, mert számos esetben interstratialis hólyagokról van szó.

Vitás a hólyaggá fejlődő oedema oka. Weidenfeld és Kreibich a hólyagok keletkezésének mechanizmusában lényeges jelentőséget tulajdonítanak a szövétnevű kórosan fokozott nyomásának. Ez a hólyagképződésnek ú. n. mechanikus theoriája. Szathmáry jelen munkájában a hólyagképződésnek imént felsorolt módjait tette kutatásai tárgyává és a mechanikus theoriát főleg hullákon, kísérleti úton (hő, hideg, chemiai hatás stb.) előidézett hólyagoknak szövettani vizsgálatá segélyével igyekszik megdönteni; minden hólyag képződését a hámsejtek plasmájának, illetőleg a hámrostozatnak súlyos elváltozása előzi meg, kivételt csak a traumás eredésű ú. n. vérhólyagok képeznek. Reméljük, hogy a szerző 38 ábrával illusztrált 90 lapos munkáját az egész tudományos világ foruma számára valamely világnyelven is meg fogja jelentetni.

Herczeg Árpád.

**Die Technik der Wassermanschen Reaktion.** Prof. dr. August Pochlmann. (Kiadó: Rudolf Müller u. Steinicke München, 1928.) Ára 7.40 M.

A könyv célja az, hogy útmutatást nyújtson a serologusnak a Wassermann-reactio gyakorlati keresztülvitelére. Behatóan leírja az egyes antigenek készítését, titrálását s alapos gonddal tárgyalja mindazon factorokat, (vérserum, amboceptor, complement stb.), melyek a reactióban szerepelnek. Részletesen ismerteti ezenkívül azokat a reactiókat is, melyeket a Wassermann-vizsgálat mellett, annak kiegészítésére a serologiai laboratoriumokban elvégezni szokásos és hasznos. (Bruck activ methodusa, Meinicke és Dold zavarodási reactiói. Müller hallungs-reactiója). Ezenkívül kiegészíti könyvét saját kvantitatív jellegű vizsgálati módszerével, melyet különböző mennyiségű és hígítású savókkal végez. A mű igen hasznos tankönyv nemcsak kezdő serologus számára, hanem jó segédeszköz minden serologiai laboratorium részére is.

Gerlóczy dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 16-i ülése.

### Bemutató:

**Bien Z.:** Újabb vizsgálatok a chronikus bronchitis és asthma bronchialera vonatkozólag. Chronikus bronchitisben és asthma bronchialeban megbetegedett egyéneknek a prostata nagysága, kétoldali symmetriája és tapintata elváltozást mutat. Ezek az elváltozások kisebb és finomabbak ugyan, mint általában a prostata megbetegedéseinek ismeretes nagyságbeli eltérések, de ezek az elváltozások is szabályszerűen jelen vannak. Astha bronchialenál a prostata lebenye assymetrikus, a rendesnél egyik, vagy mindkét lebeny nagyobb, míg chronikus bronchitisnél a prostata kisebb a rendesnél. A prostata ezen elváltozása a pluriglandularis chromaffin-rendszernek csak egyik kimutatható fejlődési elváltozása, amely a bronchialis megbetegedések aetiologiájára enged következtetni.

**Schmidt A.:** Öt asthmás prostatáját vizsgálta. Ezek közül egynek kifejezett prostata hypertrophiája, kettőnek gonorrhoea után göbös, de a rendesnél nem nagyobb prostatája, kettőnek cystoskoppal is ellenőrizve, teljesen normalis prostatája volt. Tizenöt bronchitis chronikában szenvedő közül ötnék prostata hypertrophiája, négynek prostata atrophája, hatnak normalis prostatája volt. A vizsgált betegek száma nem elég ahhoz, hogy a bronchialis megbetegedések és prostata elváltozások közötti összefüggéshez véglegesen állást foglalhatnának, de az eddigi vizsgálatok is azt látszanak bizonyítani, hogy az a szoros összefüggés a bronchialis megbetegedések és a prostata elváltozásai között, melyet bemutató feltételez, nem áll fenn.

**Hajós K.:** Tisztán exogen eredetű asthma nincsen, mindig vannak endogen alapjai is, egyik ilyen endogen alap a belső secretió mirigyek functio zavara, illetőleg azok correlatiójában előállott változás. Az adrenalinnek előadó által gondolt szerepe sem kísérletileg, sem klinikailag bizonyítva nincsen. Addisonnál soha asthmát nem észleltek. A chronikus bronchitis és prostata elváltozás közötti összefüggés nem látszik bebizonyítottnak. Cáfolja bemutató azon állítását, mintha asthmánál vagy bronchitisnél a tüdőben röntgennel kimutatható elváltozásoknak kellene lenni, vagy ellenkező esetben az asthma okát a tüdőn kívül kell keresni. A temperatura és más időjárásváltozásoknak a légzéssel való összefüggése előadó által ismertett módon részben nem érthető, részben valószínűtlen.

**Bien Z.:** Az utánvizsgálatoknál pontos differential-diagnosis kell felállítani a rövidebb vagy hosszabb



ideig tartó bronchitisek, a nehéz vagy enyhe rohamokkal járó asthmamegbetegedések között. A prostata elváltozása olyan szabályszerűen párhuzamos fenti kórképekkel, hogy differentialdiagnosist is megenged a folyamat súlyosságára vonatkozólag. A közölt prostataelváltozások, amelyek ezen megbetegedések aetiologiájára szolgálhatnak kiindulásul, a normalis prostatához közelálló, inkább fejlődéstani elváltozások. Ezek az elváltozások nem is lehetnek túl nagyfokúak, mert akkor más tüneteknek is kellene jelentkezni, mint a többnyire mindenestre hosszú évekig tartó bronchitisnek. Ezek a finomabb elváltozások is vannak azonban olyszerűek, hogy tapintás útján megfigyelhetőek. Megfordítva nem mindig alkalmazható a tétel, mert lehet a prostata megváltozása bronchialis tünetek nélkül is, ilyen esetekben valószínű a mirigyállomány, nem pedig a kötőszövetnek a túltengése.

#### Előadás:

1. **Baló J.:** *A hasnyálmirigy lipomatosisa és annak viszonya az általános elkövérédéshez.*

2. **Zinner S.:** *A coxistat utánzó kórképekről.* Tizenkét különböző kórkép tüneteit, Röntgen-diagnosist és kezelését ismerteti, melyek fejlődési rendelleneségek, statikusak, gyulladásosak, vagy traumás eredetűek. 1. Subluxatiós coxae congenita: meglehetősen gyakori kórkép, mely néha már az első életévekben, néha a serdülés alatt, leggyakrabban azonban csak a negyvenes években okoz tüneteket. Tünetei azonban nem a luxatiós coxae congenitához hasonlítanak, hanem jellemző a functionális elégtelenség, adductiós tendentia, gyakran megisméltlődő fájdalmas periodusok, melyek miatt inkább a coxistat téveszthető össze. Röntgen-felvételen az acetabulum jellemző elváltozásokat mutat. 2. Coxa valga: tünete hasonló az előzőhöz, azonban nem az abductio, hanem az abductio korlátozott. Röntgen-képen az acetabulum normalis, a combnyak azonban teljesen meredeken áll. 3. Coxa vara: ellentéte ugyan a c. valganak, de hasonlóan utánozza a coxistat tüneteit. Különböző eredetű lehet; congenitalis, rachitikus, gyulladásos állapotok következménye, statikus és traumás. 4. Osteochondritis juv. coxae (Perthes) a serdülő kor betegsége. Tünetei mindenben megegyeznek a coxistat tünetivel. Jellemző a Röntgen-kép, mely a combfejecs lelapulását, esetleg több részre osztódását mutatja. 5. Arthritis deformans coxae: rendszeren chronikus artalmakat kiállott csípőkön fejlődik idősebb korban. Nemcsak az előző betegségek után, hanem gyakorta tisztán statikus alapon, pl. lúdtalp miatt is. Fokozódóan növekedő fájdalom és mozgási elégtelenség jellemzi. Röntgen-képen megkeskenyedett ízületi rés, sokszor gombafej módjára deformált combfejecs, meszes felrakódások láthatók. 6. Osteomyelitis colli femoris: gyakran egész fiatal gyermeket, néha csecsemőket támadó betegség. Nem mindig fejlődik acutan; néha chronikus a fejlődése és ilyenkor mindenben utánozza a coxistat, csak a jellemző Röntgen-lelet különbözteti meg tőle, melyen rendszeren a fejecs teljes hiányát látjuk és a megkeskenyedett combnyak van az acetabulumban. 7. Osteomyelitis ossis ischii: coxistat tünete között subacutan lefolyó betegség, mely műtétre három hét alatt teljes gyógyuláshoz vezet. 8. Osteomyelitis ossis ilei: chronikusan kezdődő, coxistat képeben lefolyó betegség, melyet a jellemző Röntgen-kép alapján differentálva műtétilag kezelve gyors gyógyuláshoz vezetett. 9. Caries ossis ischii: extra-articularis localisatiója a esontbe-nék. 10. Caries proc. transv. vertebrae L. V.: lencsenyi carieses góca a csigolya harántnyúlványában, melyből nagy psoastályog fejlődött, utánozva a coxistat minden tünetét. A tályog kiürítése után a csípőizület fájdalmassága és mozgászavarai teljesen megszűntek. 11. Status post luxationem: traumás ficam helyretervése után fokozódó mozgási elégtelenség és fájdalom a csípőizületben, melyet a Röntgen-képen jól látható tokszalagmeszesedés magyaráz meg. 12. Fractura ossis pubis: elesés után lassan fokozódó fájdalmak és sántítás, melynek okát a Röntgen-kép az os pubis szakításos törésében mutatja. Azt hiszi, ilyen esetből kerülnek ki az állítólagos coxistatból restitutio ad integrummal gyógyuló épp úgy, mint a coxistat következtében gyorsan elpusztuló esetek. A csípőizület diagnosztikus eszköze között a mindkét csípőről készített symmetrikus Röntgen-felvétel „primus inter pares“.

**Kopits J.:** azért szólal fel, hogy tisztázza mit ért előadó coxistat alatt, gümös coxistat-e, mert ez sem az előadás címében nincs benne, sem az előadás közben nem hallotta ezt szabatosan kifejezni. A csecsemőcoxistat nem

lehet coxistat utánzó kórképnek mondani, mert az valószínű coxistat, ha nem is tuberculotikus, hanem osteomyelitis eredetű. A világrahozott csípőizületi subluxatio egyáltalán nem téveszthető össze gümös coxistat, mert ez csak akkor okoz sántítást kívül egyéb tüneteket, ha a combfejecs, vagy az izületben másodlagos elváltozások (Perthes, arthritis deformans) vannak.

**Zinner N.:** tényleg kimaradt a címből a „tuberculosis“ jelző, de előadásában említette, hogy tbc.-s coxistatról beszél. A subluxatióra vonatkozólag szintén említette, hogy csak akkor okoz tüneteket, mikor lassan átmegegy az arthritis deformans kórképébe.

#### A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának március 8-i ülése.

**Ranschburg P.:** *Serdülőkori agytumorszerű súlyos hydrocephalus ventriculografiával tisztázott esete.* Hétéves korban kanyarót kiállott leánynál 12½ éves korban beálló prostrahált menses folyamán főfájás és centralis hányások, menses megszűntével tünetek elmaradnak; háromhavi menopausa után mindkét szemén látásromlás. 1911. XI. 25-én mindkét oldalt hét dioptriányi pangásos papilla, visus  $\frac{1}{50}$ , illetőleg  $\frac{1}{20}$ , kissé csökken hallás. Motilitas, aesthesia, praxia, in- és bőrreflexek rendben. Változó jobb- és baloldali n. V., VI., VII. és VIII. tünetek. Körülírt kopogtatási fájdalmasság a jobboldali occipitalis tájon. 1911. XII. 1-én diagnosis: esetleg jobboldali tumor, vagy pseudotumor, legnagyobb valószínűséggel meningitis serosa (hydrocephalus acquisitus bilateralis). Műtétnél: (jobboldali parietalis-táji decompressiv trepanatio) feszes, durva; ventriculus punctióra nagy nyomással összesen 13–14 cm<sup>3</sup> víztiszta liquor ürül, mire az agyfejlés tetemesen alászáll (Fischer A.). Műtét után tünetek fokozódnak, bal felső, majd alsó végtag mozgató teljes hűdése, teljes amaurosis. Az osteoplastikus lebeny egyre nagyobb nyomás alatt áll s februárban 6 cm-nyire eláll. 18 év után, folyó év januárjában látta újra a beteget, kit 1924 óta fennálló súlyos genuin típusú epilepsia rohamai miatt hoztak a poliklinikai idegkórtályra. Január 31-én encephalographia; 52 g liquort ugyanannyi levegővel pótolva sem gyomrocs, sem cysternaárnyékban biztos nyoma nincs, az elálló osteoplastikus lebeny alatt nagy cystára gyanus sötét árnyék. Ventriculopunctiónál (Lobmayer Géza): 100 cm<sup>3</sup> liquor u. a. levegővel pótoltatik és további 2 cm<sup>3</sup> liquor helyébe 10%-os jódnatrium viték be a megfúrt bal ventriculusba. A JNa a későbbi lumbal punctiókor a liquorban ki nem mutatható, tehát nincs meg a communicatio a foramen Magendii-től, felfelé a ventriculus III., illetőleg az oldalsó agykamrák felé: hydrocephalus occulsivus. Ezt a II. agygyomrocs és az aqueductus árnyékának teljes hiánya is bizonyítja. A baloldali hemiplegiát valószínűleg a központi tekervényeknek a régi operatív lékbe szorulása, a vakságot a hydrocephalusnak az optikusokra kifejtett kétoldali nyomása okozta. A lefelé való nyomás jele: a sellának kb. 20 mm átmérőnyi tágassága és a proc. clinoid. post. lefelé való nyomtatása. Miként az ülő helyzetben való felvételeken (Holitsch-berendezés) kimutatható volt, a jobboldali hydrocephalus közlekedik a cystával.

**Sarhó A.:** Abból, hogy a sella igen tekintélyes kivályulása észlelhető és hogy a bántalom mensesbeli zavarokkal, agygyomrocsos tünetekkel kezdődött, arra gondol, hogy hypophysisbántalom lehetett a kiindulási pont, mely az agyalapi agyhártyák megtámadottsága útján másodlagos hydrocephalus kifejlődésére vezethetett.

**Lobmayer G.:** Ajánlja agyműtételnél a rectalis olaj-aethernarkosis, mellyel az agyműtétek egész sorát végezte s amely megkönnyíti a műtét technikáját.

**Holits R.:** Az agykamráknak levegővel való töltése után célszerű először ülő helyzetben átvilágítani a beteget. Az ülő helyzetben való felvétel céljaira felvételi széket szerkesztett, amelynek magas támlája szabályozhatóan dönthető és a fej, valamint a film rögzítésére alkalmas.

**Klauber F.:** Lehetségesnek tartja, hogy az anamnesisben említett kanyaró basalis meningitist okozott, mely a foramen Magendii-t elzárta. Ugyanakkor a hypophysis váladéka sem juthatott a szervezetbe s így létrejött az endokrinzavar. Therapiás célra ajánlja a lig. atlanto-occipitalis ablakozását és a foramen Magendii-tágítását (Foerster).



**Ranschburg P.:** A kanyaróval való összefüggésbe hozatal, tekintve az 5 éves intervallumot, önkényes, de lehetséges. A hypophysis functiozavara valószínűen másodlagos volt, bár a megbetegedés óta lefolyt 18 év sellatumot kizárni nem enged. A ventriculopunctiós enkephalographiát csak alapos agytumorgyanú esetében ajánlják. Az eljárás nem egyszerű, mert az elülső szarvba való betáplálás, ha nincs nagyobb hydrocephalus, nem sikerül, továbbá a foramen Monroi is el lehet zárva. Esete kezelésénél sebészi beavatkozás, esetleg plexusbesugárzás jöhet szóba. Az alulról végzett enkephalographia minden ma még fennálló nehézség ellenére értékes szolgálatot tehet s számos esetben ventriculographiával nem is pótolható.

**Sandelhausen M.:** *Az agyvelőkamarák gyakorlatilag fontosabb méreteinek ingadozásai.* Vizsgálatai, amelyek 50, formalinban keményített agyvelőn végzett, az agyvelőkamarák alaktypusainak, méreteinek s méretviszonyainak megállapítására vonatkoznak. Schemásan ismertetési és vetített képeken bemutatja a technikailag legegyszerűbbnek talált mérési síkokat s gyakorlatilag legegyszerűbb méreteket. Tabelláris értékei alapján nyomatékosan utal arra, hogy az agyvelőkamarák normalis méretei is igen nagy ingadozásokat mutatnak.

**Minich K.:** A vizsgálat nagyfontosságú, mert csak ezen az alapon nyerhető tájékozás pathológiás esetekben. Mivel azonban a vizsgálatok a halál után 5–10 nappal a koponyaüregekből kiemelt és csak utólagosan fixált agyvelőkön történtek, számos hibaforrással kell számolni. Így az agy kivétele után az agygyomrocokban lévő folyadék nagy része elcsurog s emiatt az oldalkamarák kiürülhetnek és összehadhatnak. Továbbá a meginduló bomlás és macerálás révén az agygyomrocok ürterét illetően postmortalis változások állhatnak elő. Az agykamarák tágaságát illetően újabb vizsgálatokra volna szükség s ezek csak úgy adhatnának megbízható adatokat, ha a központi idegrendszer lehetőleg rövid idővel a halál után injiciáltnak s csak megfelelő fixálás után vétetné ki. Ez esetben a kamarák akár paraffinnal, akár gypsszel volnának kiönthetők. Előadó vizsgálatait így is értékeseknek tekinti, de ajánlja, hogy adatait friss holttesteken is ellenőrizze.

**Ranschburg P.:** A praeparálás módja és időpontja befolyásolhatja az eredményeket, de a rendkívüli gondossággal végzett mérések eredményei oly feltűnő egyéni ingadozásokat mutatnak, amelyek a nagyjában egyformán kezelt agyvelők anatómiai differenciáin kell hogy alapuljanak. Nem gondolná, hogy bárminő eljárás a most találtaktól nagyban eltérő eredményeket adna.

**Zsakó I.:** Igen nagy hidegben való boncolásnál néhány esetben az agyburkok lefejtésekor jéglemezket talált a cerebrospinalis folyadék helyén. Az oldalkamarákban az oldalkamra alakjának megfelelő jégcsapokat talált s így a cerebrospinalis folyadék természetes megfagyása révén használható módszerre gondol.

### A Magyar Orvosok Röntgen Egyesületének február 27-i ülése.

**Mészöly P.:** a) *Lateralis humerus condylustörés ritka esete gyermeknél.* A lateralis humerus condylus törése, vagy direct a condylust ért traumás behatásra, vagy indirect a radius fejcséne a taszítása következtében jöhet létre, tenyérre esésnél abducált-pronált kéztartás mellett. Gyermeknél rendszeren a diaphysissal még porcosan összefüggő capitulum humeri és a diaphysis kisebb-nagyobb darabja együtt törik le, de a capitulum se le nem válik egyedül, sem sérülni nem szokott. A bemutatott esetben a gyermeknél tenyérre esés után a capitulum humeri közepén kettétört a lateralis törvég és vele együtt letört szélső diaphysis darab kissé oldal felé eltolódott és kifelé fordult. A gyermekklinikán hasonló esetet a nagy anyag között nem talált, sem ilyen eset leközölve nem volt.

b) *Nyakcsigolyaficam ritka esete.* A saját lábán jelentkező beteg előadja, hogy néhány nap előtt kocsirol feje tetejére esett, azóta a nyaka fájdalmas, alig tudja mozgatni, de semmi más panasza nincsen. Klinikailag compressió tünet nem mutatható ki. A készített oldal felvételen a 6. nyaki csigolya testének majdnem háromnegyedrésznyi szélességében hátrafelé luxálódott, a gerincoszlop e magasságában mintegy 30°-nyi megtörést

mutat, a csigolyatesten azonban sérülés nem látható. Az anter-posterior felvételen az 5. és 6. nyakcsigolya teste részben egymásra vetődik, oldaleltérés e felvételen nem látható.

**Hollaender L.:** *Pleuritis sicca szokatlan alakja.* 15 éves férfibeteg miliaris tbc. klinikai képével feküdt a klinikán s három hét múlva meningitis tünetei között meghalt. A többféle keménységgel készített mellkasfelvételek mindegyikén a miliaris gümőkön kívül halvány hálószerű rajzolat volt látható, mely mintegy bevonta a tüdőmező minden részét. E különös képet pleuritis sicca jelenlétével magyarázta. A sectio ezen feltevést megerősítette, amennyiben a fali és zsigeri pleurán egész kiterjedésében hálószerű, levonható, eléggé bőséges fibrines felrakódás volt található.

**Hrabovszky Z.:** a) *Myeloma multiplex.* 46 éves férfinél hat hét óta periodikusan fellépő heves deréktáji fájdalom állott fenn, mely rheumás kezelésre nem javult. A gerincoszlop fájdalmas merevítésén kívül egyéb eltérés nincs. Röntgen-felvétel: a 10. háti csigolya öszszerozpant, a csigolya közti rések szabadok. A szomszédos, centralisan besüppedt csigolyatestekben ritkulásos göcök. A feltűnően atrophias gerincoszlop háti hajlata kifejezettebb. A bordák igen jól határolt, kerek ritkulásos göcökkel teleszórtak. Vérvék: anaemia, myelocytosis. Bence-Jones-reactio egy esetben: +. A beteg gyorsan leromlott és miután újabb göcök léptek fel a medencecsontokon, meghalt. Differentialdiagnostika. Bemutató hangsúlyozza derékfájdalmak esetén a Röntgen-vizsgálat fontosságát.

b) *Os pubis caries.* 28 éves asszony egyetlen panasa a combhajlatban növekvő puha terimenagyobbodás. Röntgen-vizsgálat a symphist nagyrészt elpusztító és a szeméremesont mindkét ágára kiterjedő sequestráló cariest mutat. A tbc. e localizációja elég ritka.

**Siegmund Strauss** mérnök (mint vendég): *A Mechanion dosisszámlálókészülék bemutatása.* A készülék alapelve egy erősítő lámpa, mely mint tehetetlenség nélküli ventil szerepel. Ezen lámpa rácát egy kis transzformator segítségével erősen negatívra feltöltjük, úgy, hogy az áram a lámpában megszakad. Hogyha azonban az ionizációs kamrát, melynek egyik polusa a lámpa rácához vezet, Röntgen-sugárzás éri, akkor az ionisatio által a kamrában vezetővé válik a levegő s az áramkör bezárul. Ez annál gyorsabban fog történni, minél erősebb a Röntgen-sugárzás. Amint a rács elegendő módon fel van töltve, az anódáram a lámpában contactust létesít és anodrelais segítségével önműködőleg ismét feltölti a rácot. Egyidőben a relais egy kapcsoló órá, továbbá fény- és csengőjelet hoz működésbe, úgyszintén ez esetleg bekapcsolt mellékkészülékeket is működteti. A kívánt Röntgen-dosis leadása után a készülék automatikusan hosszabb csengőjelzést ad.

**Scholtz A.:** *Adatok a jobb hypochondriumtáji concrementumok diagnostikájához.* A jobb hypochondriumtáji concrementumok közötti differentialdiagnosist megnehezíti azok nagyszámú változása és az itt lévő szervek egymásra vetítődés folytán előálló localisatiós nehézségek. Valamely szervhez tartozó concrementumnak az egyirányú képen nincs typosus localisatiója s így az epekövek localisatiós lehetősége is tág határok között ingadozhat. A concrementum rétegeztsége egyáltalán nem jellegzetes epe-, vagy vesekövekre. Az elmeszesedett cysta, vagy nyirokesomó árnyéka is többretegű lehet. A diagnosist felállításához az esetek szerint többirányú felvétel, az egész hasról készült áttekintő felvétel, egyéb kiegészítő Röntgen-vizsgálatok (pyelographia, cholecystographia, gyomor-bél-vizsgálat) és a concrementum alakbeli tulajdonságainak megítélése szükséges. Számos differentialdiagnostikailag nehezen megoldható eset Röntgen-képet ismertet.

**Hrabovszky Z.:** Ritka concrementum eseteit említve demonstrálja egy idős asszonyról készült felvételeit. Az epigastriumban jó almányi, kerek, dús mézstartalmú, jól mozgatható tumor. A tőle szabadon álló cholecysta fala egészében elmeszesedett. Cholecystographia, epehólyag nem telődött ki. Jelenleg szerint többirányú felvétel, három éve néhány napos láza volt, tumorát már akkor tapintották. 16 éves korában iktust állott ki. Laparotomia, pneumoperitoneum a magas kora miatt nem történt. Echinococcus (complement: negativ), vagy dermatoidtömlő lehet, mely az epeutak nyomása által epepangást okozott.

**Ratkóczy N.:** Az epe- és vesekövek elkülönítésére pyelo- és cholecystographiát ajánl, mert ptosisos vese



esetén az oldalirányból készített kép nem ad megfelelő tájékozódást.

**Ötvös E.:** Ventrodorsal és dorsoventral felvételek készítését ajánlja, melyek összehasonlításából fontos diagnostikai momentumok származhatnak.

## A Magyar Urológiai Társaság február 25-i és március 4-i folytatólagos ülése.

Referáló előadások:

**Pickler R.:** *A gonorrhoea kórjelzései és gyógykezelési módszereinek általános ismertetése.* Az ureteritis, illetőleg a folyás sem a heveny, sem az idült húgycsőnkánkó lényege, hanem az egyes, vagy összetett mirigy-szerv friss, vagy residualis bakteriumos fertőjének leggyakoribb és a kórjelzés szempontjából a legfontosabb tünete. Ez, valamint a metastasisok és a complicatiók a terapia szempontjából az adnexumokra irányítják, mert ezek a heveny idült, valamint a visszatérő megbetegedésnek a forrásai, primaergócai. A bakteriumos infectio mindenkor állását a hőmérséklet, menetét ennek görbéje mutatja: emelkedése az infectio progrediálását, leesése teljes demarkatióit és a szervezet activ immunitását (Bail, 1911.) jelzi. Ezt követi a váladékok ürülése. A betegség kezelése eddig tüneti. A demarkált góc vagy eltávolítandó, vagy végleges kiürülése megfelelő mechanikai beavatkozással segített elő, mi által bakteriologiai értelemben teljesen gyógyítható. A levezető utak gyógyszeres kezelése csak tüneti és prophylaktikus értékkel bír és bármely szerrel sikerrel végezhető. A műszeres endoskopiás beavatkozások csak szabatos indikációk alapján végezhetők. Metastatikus tünetek esetén a protein-therapia a mechanikus kezelés segítője lehet. A gyógyulás az antiseptikus kezelés teljes szüntelése mellett kellő számú negatív bakteriologiai lelet és próba után mondható ki.

**Feleky H.:** *A gonorrhoea-gyógykezelés irányelvei gyakorlati szempontból.* A gonorrhoea kezelésében a vezető elv a kíméletes gyógykezelés legyen, mely a folyamat hátraterjedését, a complicatiók létrejöttét megelőzze. Az ú. n. baktericid eljárások csak megfelelő javallatok alapján a baj legkezdetibb stadiumában alkalmaztassanak. A gyulladás nagyobb fokú kifejlődésekor a gonococcusölő szerek az irritatiót fokozzák anélkül, hogy a gonococcusok eliminálását elérnék. A szervezet sterilizációját célzó parenteralis chemotherapia eddig számba vevő eredményt nem ért el, viszont sokszor súlyos károkat okoz. Nagyobb gyulladások antiphlogistikumos befejező szerekkel csillapítandók. A gyógykezelésnek kíméletesnek kell lennie, erőszakos beavatkozás complicatióra vezet. Mechanikai beavatkozás (sonda, dilatator, prostata és ondóhólyag massage) csak a betegség akut időszakának lezajlása után alkalmazandó. A specifikus therapia (vaccinával való activ immunisatio) csak zárt folyamatoknál (epididymitis, prostatitis, arthritis) jár eredménnyel, helyi gócreactio kiváltása által; a húgycsőfolyamatra semmiféle hatással nincs. A nem specifikus parenteralis therapiára ugyanez állapítható meg. Legjobban bevált a steril tej. A tejből készült praeparatumok szintén hatásosak. A terpinin háttérbe szorult, egyes szerzők szőlőcukrot alkalmaznak, tisztán, vagy colloidalis ezüsttel keverve. Az autohaemoterapia és az autoserumtherapia még csak kísérletezés tárgya. A malariaoltások veszedelmes természetűek. Az idült gonorrhoea az urothroskopiai lelet alapján részesítendő a megfelelő helyi gyógyszeres és mechanikus kezelésben.

**Fekete S.:** *Női gonorrhoea.* A tenyésztési és serologiai vizsgálatok alapján különbségek vannak egyes gonococcus törzsek között. Diagnosira legjobb a provocatio eljárás után végzett mikroszkopos vizsgálat. Provacatio: localis edzés, diathermia, vaccinainjectio; igen értékes a vizsgálatra havibaj utáni váladék. A nyakcsatorna tágitása veszélyes eljárás. A tenyésztés körülményes, kétes esetekben néha célra vezet. A complementeltérítés vizsgálata csak chronikus folyamatnál ígér eredményt, de bakteriologiai gyógyulás után sokáig pozitív. A hüvelyváladék alkalicitása (gonotest) nem értékesíthető a diagnosira. A gonorrhoeafertőzés nőtél tünetszegény, az elmosódó tüneteket a már meglévő folyás még jobban leplezi. Sokszor az ascensio is lényegtelen tünetekkel jár. Minden méhüri beavatkozás előtt (sonda, curette, tubaátfűvés, salpingographia) gondolni kell ilyen latens fertőzésre.

A gonorrhoeafertőzés sokszor a belső méhszaj alatt marad, egyesek szerint a nyakcsatornából mindig felterjed a méh üregére. Abortusnál legtöbbször esetben felterjed a fertőzés az adnexumokra, szülés után 50%-nál a gyermekágy láztalanul folyik le, adnextumort 12%-ban észlelnek. A méh nyálkahártyagyulladására spontán gyulladásra hajlamos. A lobos nyálkahártya rendetlen vérzések forrása lehet. Chronikus állapotban a bővérűségen kívül a petefészek hormontermelése és hormonfelszívódása is zavart és poly-hypermenorrhoeára vezet. A hügyesőlobosodás gyógyításra sokszor nem szorul. A hüvely öblítése enyhe edzések és tampon-kezeléssel gyógyítható. A porbefűvés csak rövid időre hatásos. A cervixkezelést a chronikus stadiumban is sokan fölöslegesnek tartják. A méhür kezelése fölösleges, legtöbbször veszedelmes is. Néhány szerző nagy óvatossággal megengedhetőnek tartja. A helyi kezelést támogatja a diathermia, vaccina, vagy egyéb ingerkezelés. A Pust-féle capsulák alkalmazása után igen gyakori az ascensio. Makacs esetben a nyakcsatorna kauterisatiója végezhető. Felterjedő akut gyulladás 2-4. hetében intravenás calcium-injectiók jó hatásúak. Subacut és chronikus esetekben általános felszívó eljárások kerülnek sorra. A Wagner-klinika a subacut esetekben a fájdalom csökkentésére a Röntgen-kezelést ajánlja. Jó hatású a Röntgen-castratio erős vérzéssel járó chronikus esetekben. A vaccina-kezelés különböző eljárásai közül legjobbnak látszik az autovaccina alkalmazása. *Bucura* igen jó eredményt kapott kevert vacceinának a portióba való befejezője után. Az intravenás injectio heves reactiókat vált ki, legtöbbször ez felesleges; az intramuscularis alkalmazás legelterjedtebb. *Loeser* élő gonococcusokat subcutan fecskendez be, esetei jól gyógyultak, különösen, ha abscessusok képződnek a bőr alatt. A gyárilag előállított vaccina általában véve nem ad jobb eredményt, mint a nem specifikus ingerkezelés. Ennek az a veszélye, hogy más megnyugodott folyamatokat (tbc.) is felkavarhat. Chronikus adnextumorok conservativ kezelése általánosan elfogadott. Eredménytelenség, vagy gyakori recidiva esetén műtetre kerül a sor. A műteti irányzat ma inkább conservative, egy petefészek s a méh nagyobb részletének a megtartására törekszünk. A még esekélyebb fokú virulens esetekben a radicalis műtét eredményei jobbak. A virulencia megítélésére jól felhasználható az anamnesis s klinikai tünetek mellett a vörösvérsejtek süllyedésének ideje s a hőmérséklet viselkedése próba-diathermia után.

**Ráskay D.:** A therapiában nem annyira az alkalmazott szerek, mint az alkalmazás módja a fontos. *Feleky* szemben a dilatatorok használatát kellő óvatosság mellett értékesnek tartja. Ugyancsak nem osztja a Janet-kezelést illetőleg *Feleky* nézeteit, mely irrigator alkalmazásával, mint a gonococcus fejlődési lehetőségének megátallító módszerét óvatosság mellett nagyon ajánl. A gonococcus bizonyos idő múlva egyes szerek iránt refractae-recté lesznek, szükséges a szerek változtatása. A prostata massaget akut stadiumban egyáltalán nem, chronikus esetben szívesen alkalmazza. A diathermia hathatós segédeszköz. *Picklerrel* szemben nem fogadja el a gonorrhoea descendáló fejlődését.

**Egerváry T.:** A gonorrhoea a mai therapia szerint nem gyógyítható, az gyógyul. Therapiás eljárásaink célja eddig a kórokozó megölése. Szóló az urológiai klinikán végzett kísérleteiről, illetve vizsgálatairól emlékezik meg. A constitutio szerepe a gonorrhoeánál hovatovább igazolható a gonorrhoeások vércsoport hovatartozásával. Bakteriologiai kísérleteket folytat a gonococcusnak autoserum- és vércsoportserumtáptalajon való növekedésével. A sajátvértherapiának fontosságát és az azzal elért kiváló eredményeket referálja.

**Boross E.:** Felhívja a figyelmet a gonorrhoea mellékhereszövődményre, mely nehezen gyógyítható és hosszú időn át az egyén bakteriumhordozó marad. A gonococcus a mellékheres farki részében székkel. Ajánlja az epididymytomia caudalis inferiort, mellyel igen jó eredményeket lehet elérni.

**Minder Gy. (Zürich): Scholtz és Richter** szerint végzett intravenás glykose-injectiók eredményeiről számol be, melyek hatása a táptalaj megváltoztatásában és a gonococcus felszínre kerülésében nyilvánul. Fontos a minél korábbi kezelés megkezdése és annak lelkiismeretes kivitele. Első héten másod-, második héten harmadnaponta 30-40 cm<sup>3</sup>-nyi glykosét ad intravenásan, emellett 2-3 óránként localis kezelést végez. Az eredményei rosszabbak, mint a *Scholtz*é. A glykose-therapia jelentősé-



gét abban látja, hogy a gonorrhoea lefolyását szervezeti úton vagyunk képesek befolyásolni.

**Pfeifer F.:** A mirigyek infectiója nem új, már *Motz* alkalmazta a mirigyek expressióját Janet-öblítés-sel. *Picker* theoretikus álláspontjának praktikus következtülését vonja le, melyek károsak lehetnek. Prostata massage után sepsis jöhet létre. A teljes expectativ kezelés spontan gyógyulásra vezethet. A gonococcus a mirigyekbe és adnexákba befecskendezésekkel nem férhető hozzá. A Janet-féle eljárást nem tartja károsnak. Felhívja a figyelmet vasopuncturák útján a spermatoocysták kifeccskendezésére, melyekkel jó eredményeket lehet elérni. A makacs prostatatályogok gát felől való feltárását ajánlja.

**Emödi A.:** Az ezüstcyanidvegyületek jó hatását tapasztalta, polypragmasiától óvakodni kell, mely complicatióra vezet. Ezért nem ajánlja a Janet-eljárást sem.

**Temesváry M.:** *Asch* tanár breslauer klinikáján tapasztalta az intrauterin-kezelés előnyeit és hátrányait és nem ért egyet *Feket* kartársával az intrauterin-kezelés teljes elvetését illetően. *Asch* vékony és hajlékony Senger-féle pálcákat használ, melyek célszerűbbek a Playfair-féle pálcáknál. A méhcontractiók káros hatásának kiküszöbölésére a temporar Röntgen-castratiót javasolja és ennek combinatióját az intrauterin-kezeléssel várja a legjobb eredményeket.

**Keve F.:** A gonorrhoea a kanyaró után talán a legelterjedtebb betegség. Tulajdonképpen nem localis megbetegedés, hanem az egész szervezetnek a betegsége és azt hiszi, hogy a therapia csak úgy mutathat fel majd haladást, ha a gonorrhoea ellen általános hatást fogunk kifejteni.

**Picker R.:** Álláspontját fenntartja, eljárása az orvostudomány mai állásának mindenben megfelel és alkalma volt nyole nappal a fertőzés után először infectiált betegénél a prostata- és ondóhólyagváladékából a gonococust kimutatni.

**Fekete S.:** A méhnyálkahártya kezelésétől azért is tartózkodik, mert az a menstratio alkalmával a functionalis leválása által magától is meggyógyul. Sem a Röntgen-besugárzás, sem diathermia a gonorrhoeás vérzések ellen kellőképpen nem hatnak.

## A Debreceni Orvosegyesület február 28-i ülése.

### Bemutató:

**Elek L.:** *Izületi Quincke-oedema.* Másfél év óta tartó polyarthritises panaszok 26 éves nőbetegnél. Legkülönbözőbb salicylátok hatástalanok. Szív, tüdő, hasi szervek eltérést nem mutatnak. Wassermann negatív. Purinmentes diætára normalis endogen húgysavkiválasztás. Vércalcium 10.6 mg. Beszállításkor a jobb szemhéjon duzzanat, a balon tünöben. Időnként a bal tüdő alsó lebenye felett nedves szörcsölés, mely egy-két nap alatt eltűnik. Mivel sem Poncet, sem lues, sem húgysavas diathesis stb. nem jön tekintetbe, kapcsolatot kell látnunk a szemhéjoedema, tüdőoedema és a polyarthritises panaszok között. Ilyen módon az esetet izületi localisatiójú Quincke oedemának tartjuk. Calciumra az izületi panaszok javultak.

**Bäcker I.:** Egy operált betegéről referál, akit szalmakazalról lezuhantában egy szigonyalakú szalmahúzóhorog nyársalt fel. Hólyag-, három dupla bélsérülés. A horog eltávolítása is a laparotomiás seben át történik.

### Előadás:

**Nikodémusz I.:** *Redeker tana a gyakorlóorvos szemszögéből.* Előadó a régi tbc.-s iskolatan vázolója után ismerteti a phthisis keletkezésére vonatkozó. Redeker-féle új felfogást, részletesen kitér az ú. n. „Frühinfiltrat” megjelenési formájára, hangsúlyozza a Röntgen-vizsgálat döntő diagnostikus jelentőségét, kiemeli az anamnesisben sokszor szereplő lázas attackokat és a haematologiai eltéréseket (lymphocytosis, vérséjtsüllyedésgyorsulás). Majd rátér az exogen és endogen reinfectio szerepére. A Frühinfiltrat további sorsát végig kíséri az ú. n. „Frühcavernáig”. A „Frühinfiltrat” és „Frühcaverna” kezelésére vonatkozó irányelvek tárgyalása után Redeker tanának jelentőségét és a gyakorlóorvos szemüvegén át nézi, a korai köpet- és korai Röntgen-vizsgálat fontosságát hangsúlyozza és a szélsőséges és kritika nélküli quars és a gyakorlóorvos kezébe nem való tuberculinkezeléstől óva int. Felhívja a figyelmet

a pneumothorax, illetőleg a phrenicusexairesis sorsdöntő jelentőségére. A gyakorlóorvosnak adott esetben gondolnia kell a „Frühinfiltrat” lehetőségére.

**Keller F.:** A régi és új tanok hirdetői közötti harc még nincs lezárva s hosszú évek kitarító munkásságának kell eldönteni az igazságot. A korai infiltratum felismerése az eddigi tapasztalatok és megfigyelések szerint nagy fontossággal bír, mert ezáltal idejében lehet megkezdeni a célszerű therapiát. Az új fogás nem jelenti azonban azt, hogy a csúcsdiagnostikát és annak jelentőségét lebecsüljük.

**Geszti J.:** Statisztikai adatokat sorol fel, amelyekkel igazolni akarják, hogy a korábban keletkezett tüdőcsúcselváltozások és a későbbi kor phthisise között nincsen genesises összefüggés. Csatlakozik *Gräff* nézetéhez, mely szerint ezek az adatok nem alkalmasak ennek a feltevésnek az igazolására, miután az illető betegek megfigyelése csak korlátozott ideig történt. Ezek az adatok szerint csak a szorosan vett tüdőcsúcselváltozások benignitását igazolják. Ennek dacára hozzászóló is, tapasztalatai alapján, azon állásponton van, hogy a felnőtt kor phthisise az esetek jelentékeny számában egy a tüdőcsúcsen kívül keletkezett, acute kezdődő specifikus bronchopneumoniából indul ki, melyről azonban ma még nem tudjuk, hogy endogen, vagy exogen reinfectio útján jött-e létre.

## A nemi egészségügy problémái.

— Reflexiók Doros Gábor dr. könyvére. —

Írta: *Zemplényi Imre dr.*

Életünket az önfenntartás és fajfenntartás ösztöne kormányozza. Tehát mindaz, ami ezen két nagy kérdésre vonatkozhat, a legnagyobb érdeklődésre tarthat számot, különösen akkor, ha a kérdést szaktudással, gyakorlatlaltal és látókörrrel bíró, elfogulatlan szakember tárgyalja.

A nemi kérdés minden kor emberét a legnagyobb mértékben érdekelte, a vele való foglalkozás tehát általános és állandó, a levont következtetések azonban, hiányozván az egyénekben a tapasztalatok sokoldalúsága és a tárgyilagosság, egyoldalúak és helytelenek voltak. Ezt a körülményt azért tartjuk hangsúlyozandónak, mert a helyzet napjainkban is ugyanaz és nemesak az egyének, hanem a testületek — egyesületek, törvényhozók, foglalkozási ágak képviselői, felekezetek, sajtómunkások — ugyancsak az egyoldalúság és elfogultság hibáiban szenvednek. Ez nem akar szemrehányás vagy kritika lenni, csupán természetes következménye annak, hogy a nem szakemberek egyrészt nem tudják a nemi betegségek lényegét és a betegek lélektanát kellően átérteni, másrészt a kérdés megítélésében saját tapasztalataiknak túlzott jelentőséget tulajdonítanak; a szakemberek számukra idegen műveit sem kellően megérteni, sem helyesen megbírálani nem tudják.

Mindezt azért tartottuk kiemelendőnek, mert a nemi kérdéssel nyilvánosság előtt is ezerszerre több laikus foglalkozik, mint szakember — gondoljunk elsősorban a szülőkre, paedagogusokra és lelkészekre —, aminek nyilvánvalóan nagy szerepe van abban, hogy a nemi kérdés helyes megoldása érdekében szükséges egyöntetű felfogás nem tudott kialakulni.

*Doros Gábor dr.* könyvének jelentősége tehát abban van, hogy a szakember tudásával, kritikájával, lelkesedésével és szorgalmával összehordta azt az anyagot, amely a kérdés mai állását teljességben bemutatja. Azonban nem elégedett meg az irodalom kivonatolásával, az adatok és eszméramlatok ismertetésével, valamint az elretentő állapotok őszinte feltárásával, hanem munkájának gyümölcseképpen rámutat azokra a teendőkre is, amelyek ennek a súlyos problémának megoldására alkalmasak.

Ez a körülmény teszi szükségessé, hogy Doros művel részletesebben foglalkozzunk és ne térjünk afelett egy rövid sablonos könyvismertetéssel napirendre. Az orvosok ugyanis a világ minden államában nemesak számban, hanem politikai súlyban is kicsiny csoportot alkotnak, ami pedig azért érdemel hangsúlyozást, mert noha az



orvosok által szükségesnek tartott intézkedések a közérdeket a legnagyobb mértékben szolgálják, azoknak megvalósítása mégis laikus kezekbe van letéve. Ha tehát az orvosi kar olyan nagyvonalú reformokat akar életbeléptetni, mint amilyeneket a nemi egészségügy problémái megkövetelnek, úgy a megvalósítás érdekében elengedhetetlen, hogy ezen reformok céljáról és hasznáról a végrehajtó laikus közegek is oktatást nyerjenek. Persze ennek érdekében elsősorban az orvosi karnak kell egységesnek lennie és kellő széleskörű propagandát kifejtenie, amiből viszont az következik, hogy a szerző művében összehordott anyagot minden orvosnak meg kell ismernie, mert a mai tudományos életben már egy orvos sem mondhat helytálló véleményt olyan kérdéstről, melynek irodalmával nem foglalkozott, amely szorosabban vett szakmáján többé-kevésbé kívül esik.

A könyv maga öt fejezetre oszlik; anyagát 209 kis nyolcadrés oldalba szorította be a szerző, dícséretes tömörséggel, amellet a mű mégis világos és gördülékeny.

A bevezető fejezetben Doros a hazai nemi egészségügy történetével foglalkozik. A felsorolt történelmi adatok összeállítása szorgalmas munka eredménye, mely egyrészt megmutatja elődeink munkájának értékét és nehézségeit, másrészt megakadályozza a tévedések feltárása révén azok megismétlését s belőle azt a következtetést kell levonnunk, hogy hatalmi szóval, rendeletekkel, tehát administratív úton ezt a problémát sem lehet megoldani.

Szerző az egész kérdést a legegyszerűbb matematikai alapra vezeti vissza: A nemi betegségek terjedésének oka a promiscuitas — az emberek eredendő bűne —, a polygam-hajlam. A megbetegedés valószínűsége a betegek arányától és a nemi érintkezésre használt partnerek számától függ. A nemi betegségek elleni óvszer tehát az egészséges partnerrel való monogamia, helyes formájában a házasság. A nemi egészségügy ezért ott lesz kedvező, ahol monogamia van, promiscuitas nincs. A promiscuitas oka az erkölestelenségen kívül elsősorban az idejében való megházasodás lehetetlensége anyagi okokból. A nemi megbetegedések száma tehát a házasságkötések késésének idejével egyenesen arányos.

Hogy ez milyen igaz, azt a magam észleletei is igazolják, 4000 felvételre jelentkező bányász között egyetlen tünetes nemi betegem nem találtam, az 1928. évi adatgyűjtés ideje alatt 2000 kezelt társpszichiátriai tag (család) között egyetlen friss megbetegedést sem észleltem. Mind ezt azért, mert falusi bányászaink ha folytatnak is nemi életet a házasság előtt, de korán nősülnek és promiscuitást alig üznek.

A II. fejezetet szerző a megelőzés kérdéseinek szenteli. E célból a sexualis paedagogia szükségét hirdeti. Aki népünk életét igazán ismeri, az jól tudja, hogy a szemérem ott ismeretlen; az egyszobás lakás, közös ág és káromkodási eszmekör a nemi kérdést a beszéd megtanulásának idejébe vezeti vissza. Tudjuk, hogy 6—9 éves leányok és fiúk közösjének, illetve azt élethűen utánozzák, erectiók már a csecsemőkorban észlelhetők.

A nemi kérdést tehát a gyermekek elől elzárni nem lehet és a jobban őrzött, intelligens szülők gyermekei sokszor már az elemi iskolában társaiktól részletes nemi felvilágosítást nyernek, a gólya-mese ennél fogva céltalan; a kérdést agyonhallgatni nem lehet. Szerző tehát a sexualis biologia és a felvilágosítás iskolai oktatása mellett foglal állást. Igen fogas kérdés azonban, hogy ezt ki végezze: a szülő, tanító vagy az orvos? A magunk részéről úgy gondoljuk, hogy nem az a fontos, hogy ki végzi, hanem az, hogy miképpen? Szerző ezt a feladatot a paedagogusra óhajtja bízni, akinek azonban, hogy feladatának méltóan megfelelhessen, alapos nemi egészségügyi kiképzésben kell részesülnie már seminariumi tanulmányai idején, úgy, ahogy azt Ameriában régen megvalósították (és ahogy azt magam is sürgettem a tanítóképzés reformjával és a tanítóképzőintézeti egészségügyi oktatással kapcsolatban).

A munka azonban nem állhat meg az iskola küszöbén, az oktatásnak és nevelésnek az iskolán kívül is

felytatódnia kell. Itt a szerző kifejti, hogy a felnőttekbe azt kell belegyökereztetni, miszerint „a veneriás bajokat a megfelelő ismeretek birtokában *absolute* el lehet kerülni. Az iskolában tehát *nevelni* kell, az iskolán kívül pedig *tanítani*, a fiatalságot az önmegtartóztatás, az idősebbeket az önvédelem vezéreszméi szerint kell oktatni a siker érdekében, ami a korosztályok elkülönítését követeli meg.

Kiváló fontosságot tulajdonít Doros a culturalis és moralis viszonyoknak, kifejtve egyrészt ezen két hatótényező egymástól való függetlenségét, másrészt megjavításuk irányelveit; követelvé a kettős morál megszüntetését — de nem a „modern“ nő, hanem az erkölcsi alapon álló egynejlőség szellemében —, valamint az erkölcs fokozott törvényes és társadalmi védelmét, az elkövetett bűnök szigorúbb büntetését.

Nem kisebb a korunkban egyre nyomasztóbbá váló socialis viszonyok jelentősége sem, amelyek a férfi és nő prostituálódás olyan rétegekbe való elterjedését eredményezték, ahol azelőtt ilyesmiről szó sem lehetett, elsősorban a középosztályban. Az e téren mutatkozó témegek és súlyos bajok megoldására a szerző igen figyelemreméltó és körültekintő, nagyjelentőségű socialpolitikai intézkedések megtételét javasolja, melyek közül főleg a tőke és munka, valamint az alkoholizmus kérdését tartjuk kiemelendőnek, mert az összes reformok ezekkel állanak szoros kapcsolatban.

Ezek után a szerző a törvényes tiltó-, büntető- és kényszerrendszabályokról szól, a nemi étellel való vonatkozásban. Kifejti törvényeink ezirányú fogyatékosait és a meglévő, helyes rendelkezések végrehajtásának nagy hiányosságait. Külföldi példákkal bizonyítja, hogy a törvény egymagában nem elegendő; ha intézkedései kivihetetlenek, hiábavaló; viszont ha a tényleges viszonyoknak megfelel, úgy jelentős segítség az antiveneriás küzdelem céljainak megközelítésében. Követeli a betegek kötelező kezelését, a betegségterjesztők büntetését, a gyanúsak megvizsgálását, a házasulandók vizsgálatát, a betegek kioktatását és bejelentését, az orvosi reklamok eltiltását és a kuruzslók érdemleges büntetését.

A prostitutio kérdésében ismerteti a fennálló jogszabályokat, a külföldi viszonyokat, a reglementatio és abolitio érveit. A helyzet javulását nem a rendezés külalakjától, hanem az előbbieken említett eszközökkel elérhető társadalmi megelőzéstől várja.

A III. fejezet hazánk orvosi ellátásával foglalkozik rövid történelmi visszapillantással. Eredeti összeállításban hozza csónka hazánk 1926. évi adatait, az orvosok elhelyezésének megoszlásáról, szembeállítván a városokat a kisebb helyekkel. Adatai közegészségügyi szempontból nagyjelentőségűek. Kimutatja az orvosok egyenlőtlen megoszlását Budapest és az ország, a városok és a vidék között. Ezt tudtuk. De nem tudtuk, hogy a gazdag és egykés Baranyában 4590 lakos jut egy orvosra, de a hajdú parasztvárosokban is 2600—3800. Nyilvánvaló dolog, hogy az orvoshiány oka ezen vidékek egészségügyi igénytelensége, tehát az orvos megélhetésének lehetetlensége, ami az egészségügy szempontjából igen fontos körülmény. Hasonló jelentőségű, de még meglepőbb szerzőnek a venerologusok megoszlásáról készített összeállítása, melyből kiderül, hogy 32 vidéki városban sine venerologus. (Makón 38 ezer lakos van, mégisincs.)

Rátérve kórházügyünkre, kimutatja, hogy a veneriás osztályok, férőhelyek, szakorvosok száma egyaránt elégtelen, a klinikai városoktól eltekintve. Emiatt szükségesnek tartja a veneriás osztályok szaporítását, szakorvosokkal való ellátását és (nem prostituáltak számára is) kedvelté tételét, mint a sikeres gyógyítás fontos kellékeit, hogy lehetőleg minden beteg fertőzőképességének idejére kórházban lehessen.

Az ambulatoriumok és gondozók felállítását szerző a betegek felkutatása, kezelése és ellenőrzése szempontjából tartja szükségesnek. Összeállításából szintén az tűnik ki, ami különben az orvosok és specialisták megoszlásából is következik, hogy az ambulatoriumok és gondozó intézetek is a fővárosban tömörülnek, vidéken



számuk aránytalanul csekély; ugyanez a helyzet a serológiai vizsgálóállomások ügyében is. Szerző nyomatékosan rámutat a sablonos tömegmunka hátrányaira és a kezelésnek egymagában való elégtelenségére, mert ez a betegek nevelése, gondozása és ellenőrzése nélkül a baj főokát, a *betegek* promiscuitását nem szünteti meg. Szerző a tökéletesen működő gondozó-intézet feladatait 17 csoportra osztja, hogy a kitűzött cél elérését lehetővé tegye. Javaslati indokoltá teszik azon meggyőződését, hogy megvalósíttatásuk esetén a népbetegségek közül a veneriás bajok volnának leghamarabb kiirthatók. Fejlesztéseit egy teljesen modern, amellet egyszerű gondozó-intézet saját készítésű tervrajza fejezi be, melyet minden nagyobb városunknak mintául kellene vennie, ha anyagi áldozatainak eredményét biztosítani akarja.

A IV. fejezet a gyermekkorban előforduló nemi bajok kérdésével foglalkozik. A kérdés külön tárgyalását a fertőzés asexualis volta és a kezelés különlegessége teszi indokoltá. Szerző bizonyítja, hogy ebben a csoportban igen sok betegség marad megállapítatlanul — tehát kezeletlenül —, ami a leküzdésnek igen nagy akadály. Hivatkozik az erkölcsös Amsterdam példájára, ahol az iskolás leányok 1%-a kankós. Hát még ha a menhelyi csecsemőanyagot ismerné! Javaslatának jogi alapjál felhozza az 1876: XIV. t. c. 19. szakaszát, mely szerint „a gyermekek egészségügye hatósági felügyelet és intézkedés tárgya”, tehát közügy. Sorozatosan ismerteti a vonatkozó egyéb törvényeket és a dajkaság idevágó vonatkozásait, hogy ezzel is alátámassza ezen nagyjelentőségű és nálunk nagyon elhanyagolt kérdés gyökres rendezésének szükségességét.

A megelőző munkásság sikere szempontjából elengedhetetlennek tartja a közös célért dolgozó intézmények munkaközösségének megalakítását, egységes, központi vezetés mellett. Rámutat az Országos Stefánia-Szövetség nemibetegségellenes küzdelmének vérszegény adataira, ami természetes következménye *szerintünk* annak, hogy az orvosok rosszul vannak fizetve, az intézmény a venerologus szakorvosokat nélkülözi, személyzete pedig írásbeli munkával van túlterhelve. Igen helyesen mutat rá a szerző a munkásbiztosító és a kórházi osztályok feladataira a vér- és vialadékvizsgálat terén, de *szerintünk* itt sem lehet nyomorgó és tömegmunkában lezsarolt orvosokkal megfelelő eredményt elérni. Ami pedig az iskolaorvosi intézményt illeti, annak komolyságát mai formájában a magunk részéről a leghatározottabban tagadjuk.

Szerző számos megdöbbentő adattal igazolja a nemibeteg gyermekek nagy számát és rámutat azok kezeletlenségének következményeire.

A kétségbeejtő állapotok megszüntetésére szükségesnek tartja az újszülöttek orvosi szemléjét, a bábák és védőnők venerológiai kiképzését, az iskolaorvosi munka hasonló irányban való kimélyítését, az így betegnek találtak díjtalan kezelését és ingyen gyógyszerrel való ellátását, veneriás csecsemő-ambulanciák létesítését, gondozó intézettel való kiegészítését, a fogyatékos tehetőségek rendszeres antiluetikus kezelését, velszületett bujakórosok részére Welandor-otthonok felállítását.

Itt megjegyzem, hogy *Beck Soma* professor ilyen irányú javaslatára a közbenjárásommal megszerzett váci villának ezen célra való felhasználásához 1920-ban *Benárd* akkori minister hozzájárulását személyesen sem sikerült megnyernem.

A könyv utolsó fejezete a külföldi antiveneriás küzdelem ismertetését tartalmazza, 5 világrész 36 országának gondosan kivonatolt intézkedései alapján.

\*

A felsorolt hézagokból látható, hogy a szerző milyen hatalmas anyagot ölel fel és műve mennyi olvasottság és munka eredménye. A műnek különös jelentőséget ad közegészségügyünk tulajdonképeni fejének, *Scholtz* államtitkárnak előszava, ami ha nem is garancia arra, hogy a szerző hasznos javaslati megvalósulnak, de bizonyítéka annak, hogy a magyar közegészségügy

hivatott örei tisztában vannak a rájuk váró feladatokkal és szóhoz juttatják, elismerik az igazi szakembereket. És ha az egészségügy javítása nem halad olyan módon és ütemben, ahogy azt a helyesen felfogott közérdek megkívánna, úgy annak oka azokban a gátló tényezőkben van, *akik* (és nem amelyek) a szaktudás által nem lévén megfertőzve, csupán administratív és pénzügyi szempontokat ismernek és a takarékoskodást a más tárcaikon és más érdekeken van hatalmukban gyakorolni.

*Doros Gábor dr.* könyve tulajdonképen orvosoknak szól, de stílusának egyszerűsége és előadásának világossága azt minden intelligens ember számára érthetővé és élvezhetővé teszi. Javaslati megfontoltak, senkit sem sértenek; következtetései szükségszerűek és mindenképen helytállóak. Minden során átizzik a szakember lelkesedése és az igaz magyar ember fajszeretete. Könyvének ott kell lennie mindazok kezében, akik a maguk szűk körén túl is törődnek azok sorsával, akiknek életébe szóval vagy tettel befolyjni módjukban áll. Különösen fontos, hogy *Doros* könyvét azok megismerjék, akik közügyekkel és oktatással foglalkoznak, tehát elsősorban az állami élet intéző emberei és a politikusok, valamint a paedagogusok és lelkészek. A szó jó értelmében vett modern embert a felvilágosodottság, a tudás és a munka megbecsülése jellemzi, ezt a tisztult felfogást hirdeti *Doros* könyve, melynek sok és bővebb kiadást kívánunk.

## VEGYES HÍREK

**Az új közigazgatási törvény és az orvosok.** Sok szó esett már orvosi gyűléseinken e törvénytervezet hibáiról, s nem tudjuk, mi lesz a feliratok eredménye. Éppen azért örömmel üdvözlünk minden támogatást, amit a saját nagy nyilvánosságában nyerne a törekvéseink. Ilyen értékes és talán a törvényhozás tagjaira is az utolsó órában befolyást gyakorló cikk jelent meg *Gerlőczy Zsigmond*, felsőházi tag, s az Orsz. Orvos Szövetség elnöke tollából a Budapesti Hírlap március 7-iki számában, mi mellett nem mehetünk el szó nélkül, már csak hálás köszönetünk kifejezése céljából sem. De ismertetjük már azért is, mert nem mindenki olvasta a cikket és sajnos, sokan turáni indolentiából nem is tudják, mi készül itt az orvosok ellen. Az első merénylet a 28. §, amely az ú. n. *kisgyűlés szervezetét* írja elő, amelynek hivatalból tagjai az alispán, főjegyző, a rangidősebb másodjegyző, illetőleg városokban a polgármester és tanácsnokok, azonkívül a tisztifőgyész, *de a tisztiorvos* nem. Mintha ott egészségügyi kérdések elő sem fordulnának! Igaz ugyan, hogy ilyen esetekre vonatkozóan elő van írva, hogy előzetesen szakvélemény kérendő ki, de ennek a szakvéleménynek tekintetbe vétele nem kötelező. S előre látható, hogy olyan esetben, midőn a tanácskozó testület véleménye másképen alakult ki, szakvéleményt vagy ki sem kérnek, vagy pedig ha kikértek is, tekintetbe nem fogják venni. A közegészségügyre tekintetből az volna megnyugtató, ha a *tisztifőorvos tagja lenne a kistanácsnak, ott a véleményét szóval megokolhatná és szavazatával annak elfogadását elősegíthetné*. De ez a törvényjavaslat más oldalról is sérelmes az orvosokra, mert szemben a vármegyei tisztviselők fizetési osztályba sorolásával a tisztifőorvost és járásorvost nagy képzettségével arányban nem álló alacsony fizetési osztályba sorozza. Hiszen régente, amikor még a közegészségügynek nem tulajdonítottak akkora jelentőséget, mint ma, a vármegyei tisztifőorvos egysorban volt a főjegyzővel, főügyésszel és árvaszéki elnökkel; majd később már egy ranggal hátrább került ezeknél, míg *ez a törvényjavaslat két rangosztállyal helyezi hátrább a tisztifőorvost a tisztifőgyésszel*, kinek működési köre pedig legjobban hasonlít az övéhez a vármegyénél. A javaslat sze-



rint ugyanis a főjegyző, a főügyész és az árvaszéki elnök a VII.-ben kezdi a fizetését és hat év után léphet elő a VI.-ba, a főszolgabíró a VII.-ben kezdi és kilenc év után jut a VI.-ba, a főorvos csak a VIII.-ban kezdi és kilenc év után lép elő a VII.-be és a VI. fizetési osztályt pedig el sem érheti. Szeretik ezt a rendelkezést megokolni azzal, hogy a tisztifőorvos úgy sines teljesen a fizetésére utalva, hiszen magánorvosi gyakorlata is van. Ez az észrevétel nem állja meg a helyét, mert bizony a tisztifőorvosnak nincs magángyakorlata, sőt néhol kimondottan el is van tiltva attól, vagy ha eltöltve nincsen is, hivatalos elfoglaltsága miatt nem ér rá arra, hogy betegek gyógyításával is foglalkozzék. A VIII. fizetési osztályba sorozott tisztviselőnek javadalmazása olyan csekély, hogy belőle egyes ember is csak alig élhet meg, nem biztosít tehát gondtalan megélhetést a tisztiorvosnak, akitől pedig sokkal nagyobb előképzettséget követelnek, mint valamennyi közigazgatási tisztviselőtől. Nem tekintve azt, hogy maga az orvosi pálya már az egyetemen is egy esztendővel hosszabb tanulmányt igényel, amelyhez még egy évi kórházi gyakorlati tanulmány is járul: a tisztiorvosi képesítés maga külön kilenc hónapra terjedő tanfolyamnak lelkiismeretes és fáradságos elvégzését követeli meg. A főjegyzőt, ülnököt, főszolgabírót pedig egy négy év után letett jogi, vagy államtudományi doctoratus mindenre kvalifikálja. Nem kerülhet a törvényjavaslat úgy a törvénytarba, hogy a közegészségügyre vonatkozó hibái ki ne javíttassanak. Ebben a reparatiós szándékban kell hogy a népjóléti minister úr is a támogatók sorába álljon, aki egyizben a Ház előtt tartott beszédében a községi orvost úgy apostrofálta, *mint a falu papját, aki előtt mindenkinek kalapot kell emelnie.*

**Schmidt-Ott med. dr. honoris causa.** A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi facultásának javaslatára a vallás- és közoktatásügyi minister előterjesztésére a kormányzó megengedte, hogy *Schmidt-Ott dr.*, volt porosz királyi közoktatásügyi ministert, a Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft elnökét a budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem tanácsa honoris causa orvosdoktorrá felavathassa és részére a tiszteletbeli doktori oklevelet kiszolgáltathassa. *Dr. Schmidt-Ott Friedrich* 1860 június hó 4-én született, édesatyja, *Albrecht*, valóságos belső titkos tanácsos ősei 1600 óta porosz hivatalnokok és papok voltak. 1888-ban lépett be a porosz kultuszminisztériumba. 1906-ban ministeri aldirector, 1917–1918 királyi kultuszminister. 1920 óta áll a Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft élén. *Dr. Schmidt-Ott* jogi doctorátusán kívül theologiai, orvosi, philosophiai, államtudományi, mérnöki doctor honoris causa. A berlini Tudományos Akadémia, a göttingeni Tudóstársaság, a német Archeologiai Intézet tiszteletbeli tagja. Ő a tudományt nem írta, hanem támogatta, fejlesztette, pártolta, sőt mentette. A magyar tudományosságért való tevékenysége ismeretes. Egyetemi könyvtáraink évente több száz folyóiratot kapnak az ő jóvoltából a Notgemeinschaft. Deutscher Wissenschaft révén. Fíatal tudósaink egész sora nyert alkalmat a búvárkodásra a *Kaiser Wilhelm Institutban*. Budapesti látogatása alkalmával a német s magyar tudományosság együttműködését hatalmasan megszilárdította. Ezt a munkát *gróf Klebelsberg Kuno* vallás- és közoktatásügyi minister úr, *gróf Apponyi Albert* s *gróf Teleki Pál* a legmelegebb elismerésben s méltóságban részesítették. Az orvosi kar egyetemünk autonómiájának helyreállítása, tehát a 60-as évek óta, csak 12 honoris causa doctorot terjesztett elő, ezek között kilencet külföldit. A 12 doctor névsora a következő: *Károly Tivadar* bajor királyi herceg, *John Shaw Billings* philadelphiai egyetemi tanár, *Virchow Rudolf* berlini egyetemi tanár, *Lord Lister József* londoni egyetemi tanár, *Retzius Andres Adolf* stockholmi egyetemi tanár, *Baccelli Guido*

római egyetemi tanár, *Roux Edward* párizsi Pasteur-intézeti igazgató, *Than Károly* budapesti egyetemi tanár, *Duka Tivadar* az angol királyi bengál hadsereg ny. ezredes-főorvosa, *gróf Apponyi Albert* m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister, *Waldeyer Vilmos* berlini egyetemi tanár, *Schjerning Ottó* berlini tb. egyetemi tanár, vezértörzsorvos, német birodalmi tábori egészségügyi főnök. Ezzel szemben ezen idő alatt a theologiai kar 28-at, a jogi és államtudományi kar 36, a bölcsészettudományi kar 55-öt. Az aránylag legkisebb létszám s az előterjesztettek névsora egyaránt igazolja, hogy tanártestületünk a legnagyobb körültekintéssel s a legnagyobb szigorúsággal jár el annak megítélésében, hogy kit terjeszt elő e kitüntetésre. *Schmidt-Ott* személye magasan felette áll a német pártoknak, irányzatoknak, őt, mint a német tudományosság apostolát óhajtottuk kitüntetni, de ezzel egyszersmind egyetemünknek és hazánkknak is szolgálni. *Schmidt-Ott* a német tudományos munkát és elsősorban a természettudományi s orvosi munkát a szó szoros értelmében megmentette, lábra állította, a segítség jótékony termékenyítő esőjével felüdítette, elszáradását elhárította s ez áldásos tevékenységét hazánkra is kiterjesztette.

G. E.

**Személyi hírek.** Az újonnan felállított frankfurti röntgenologiai tanszékre *prof. Holfeldert* nevezték ki. — *K. Kranz* professort a müncheni fogászati klinika igazgatójává nevezték ki. — *Prof. M. Apffelstaedt*, a münsteri fogászati klinika igazgatója április 1-ére nyugalmába vonul.

**Orvosok továbbképzése.** Az orvosi továbbképzés Központi Bizottsága június hóban *Budapesten, Szegeden, Debrecenben* és *Pécsett* továbbképző tanfolyamokat rendez. A tanfolyamok programja húsvét után jelenik meg. A programot annak idején írásbeli megkeresésre a bizottság irodája: VIII, Mária-utca 39. (I. sz. egyetemi szemklinika) készségesen megküldi.

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület** március 23-i tudományos ülésének napirendje: Előadás: 1. *Kopits Imre*: Szöveteti vizsgálatok régi peripheriás bénulás által deformált végtagok izomzatán. 2. *Bársony Tivadar* és *Holló Gyula*: A tüdő banalis gyulladása, mint önálló kórkép.

**A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete** március 27-i tudományos ülésének tárgysorozata: Bemutatók: *Sereghy Mihály*: Csontból kiinduló sarkomák. *Róna Alfréd*: Dentalis eredetű neuralgiák röntgennel diagnosztizált esete. — Előadások: *Czunft Vilmos*: Ionisációs gyűszükamrák hitelesítése R.-egységben. *Mészöly Pál*: Az epiphysis vonalakról.

**A Keresetképtelen Orvosokat Segélyező Egyesület** özvegy és árvasegélyző osztályának április 3-án délután 6 órakor, *határozatképtelenség esetén április 11-én délután 6 órakor* a Budapesti Orvosi Kaszinó helyiségében tartandó közgyűlésének napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. A-osztály titkári jelentése. 3. B-osztály titkári jelentése. 4. Pénztáros jelentése. 5. Számvizsgálóbizottság jelentése. 6. Utalványozási jogkör legfelső határának megállapítása. 7. Választmányi és számvizsgálóbizottsági tagok választása. 8. A közgyűlés előtt benyújtott indítványok tárgyalása.

**Az Orvosnők Nemzetközi Egyesületének** nagygyűlése április 10–15-ig Párizsban lesz megtartva. Elnökséget a párizsi Akadémia rectora, az orvosi fakultás dékánja, a Szellemi Együttműködés Nemzetközi Egyesületének igazgatója vállalta. Tárgyak: A gyermekek és serdülők sexualis nevelése, a fájdalommentes szülés. A nemzeti egyesületek delegátusainak jelentése. A congressus alkalmával meglátogatják a Baudeloque-klinikát, a Radium Intézetet, a Pasteur Intézetet, a rák elleni kutató intézetet, stb. A congressus iránt érdeklődőknek készséggel áll rendelkezésére a Magyar Orvosnők Országos Egyesülete, Budapest, Üllői-út 25. III. em. 18.



A Nemzetközi Mikrobiológiai Társaság 1929 október 7—12 között tartja első congressusát a párizsi Pasteur-intézetben. *Roux dr.*, a Pasteur-intézet igazgatójának tiszteletbeli elnöksége és *Bordet* tanár elnöksége alatt; tárgyai a következők: I. *Referatumok. Dochez, Cantacuzéne, Zlatogoroff, Friedmann:* Vörheny (antianyag, serologia). *Kristensen, Wright, Th. Smith:* Járványos elvetelés, febris undulans. *Bordet, M. Neisser:* A mikroorganizmusok változandósága, lytikus jelenség. *Carrel:* Szövettenyésztés és daganatok. *Sanarelli, Kitashima:* A cholera pathogenesise. *R. Pfeiffer:* Az influenza (Grippe) aetiologiája. *Winogradsky:* A talajbomlásról és humuszanyagok keletkezéséről. II. *Értekezletek: Calmette:* Tuberculosos elleni védőoltás. *Ramon:* Diphtheria elleni védőoltás. *Kolle:* Kísérleti syphilis és syphilis-immunitás. *Belfanti:* Lipoidok. *Carbone:* Immunitás növényeknél. III. *Értekezletek gyakorlati bemutatásokkal: A. Fischer, Anti:* Szövettenyészték és daganatok. *Brumpl, Fülleborn, Mesnil, Nuttal:* Parasitologia. A kir. Természettudományi Társulat mikrobiológiai szakosztályának tagjai a felsorolt tárgykörbe vágó előadásokat május hó 15-ig bejelenthetik a társaság elnökénél (*Preisz Hugó dr.* Budapest, IX. Rákos-utca 9.), vagy pedig június 1-ig az Internationalis Mikrobiológiai Társaság alábbi főtítkársáinál: *Prof. dr. Dujarric de la Rivière.* Institut Pasteur, Paris, 26 rue Dutot, a latin (román) nyelvterületek részére. *Prof. dr. E. Gildemeister.* Berlin—Dalem. Reichsgesundheitsamt a német nyelvterületre. *Harry Plotz dr.,* Institut Pasteur, Paris XV. e. az angol nyelvterületre. Az előadások időtartama 10 percnél hosszabb nem lehet. elfogadásuk iránt az elnökség határoz. A tagsági díj 100 francia franc, amely összeg *Georges Masson et Co.* Paris, 120 Boulevard St. Germain címre küldendő el. A Thos Cook et Son iroda az Internationalis Hálókoesi Társaság (Paris, Place de la Madeleine) a congressusokor leendő elszállásolás és menetjegyek tárgyában tájékoztatást nyújt. A kir. Természettudományi Társulat minden tagja lehet, minden külön kötelezettség nélkül, a Magy. Mikrobiológiai Társaság tagja, amennyiben ezt az óhaját a társulatnak bejelenti; ezáltal tagjává lesz egyúttal az Internationalis Mikrobiológiai Társaságnak.

**Orvosdoktorrá avattattak** a szegedi Tudományegyetemen március hó 9-én *Mihálffy Ferenc, Staszienka Margit.* Üdvözljük az új kartársakat.

**Ragályos betegségek Budapesten.** A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 10—16-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	1	Gyermekágyi láz	1	1
Küteges hagymáz	—	—	Báránymiló	26	—
Hólyagos (ál-) himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	12	—
Kanyaró	49	1	Vérhas	2	2
Vörheny	23	2	Járv. agygerincagyh.-lob	—	—
Szamárhurut	13	3	Trachoma	10	—
Roncs. torok és gége	41	6	Veszetség	—	—
Influenza	136	19	Lépfene	—	—
Ázsiai cholera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálózást jelentik.

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

	Bolti ár	Enged. ár
<b>Soós Aladár:</b> Étrendi előírások. II. kiad. 195 oldal	5—	P helyett 4— P
<b>Kunszt János:</b> A mai Magyarország ásványvizei, fürdői és üdülőhelyei. 215 oldal	6:50 „	„ 5:50 „
Vászonba kötve	8— „	„ 7— „
<b>Orsós Ferenc:</b> Kórboncolás vezérfonala. 86 oldal	2:50 „	„ 2— „
<i>Az orvosi tudomány magyar mesterei.</i> Kiadja a Markuszovszky Társaság. 196 oldal	4— „	„ 3:50 „
		15— P

Ha valaki mind a négyet egyszerre veszi meg, a 15 P. kedvezményes ár helyett csak 14 P-t fizet; illetőleg kötött fürdőkönyv rendelése esetén 16:50 P. helyett csak 15 P-t. — A befizetési lap hátlapján az összeg rendeltetését kérjük feltüntetni. Utánvételt való rendelésnél a portóköltiséget is felszámítjuk.

**Lapunk mai számához** Dr. Egger Leo és Egger I. vegyszeri gyár Budapest, *Guajol* című prospectusa van mellékelve.

A szerkesztő fogadóórját kedden és pénteken 12—1ig tartja.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

Királyi Magyar Egyetemi Nyomda 1929, Budapest VIII, Múzeumkörút 6. — (Dr. Czákó Elemér.)

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

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

**RÖNTGEN QUARZ, DIATHERMIA BARTA ÉS SZÉKELY**  
BUDAPEST IV. MUZEUM KÖRÚT 37. SZAM  
TELEFON: J 425—32.

**SZOPTATÓS ÉRT** forduljon dr. SZEGŐS félre orvosi intézetbe.  
Budapest VI, Szív-u. 69.

**DR PAJOR-SANATORIUM**  
VIII, Vas-utca 17.  
Zander- és ortopéd-sebészet

**Dr. Mandler Ottó** gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

**DIATHERMIÁS-BERENDEZÉSEK**  
KEDVEZŐ FIZETÉSI FELTÉTELEK MELLETT  
**MARTIN és 'SIGRAY RT. ELEKTROGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY**  
BUDAPEST VI, BOTOND-UTCA 10.

### PÁLYÁZATOK.

A Moson székhellyel megüresedett *pályaeorvosi állásra* pályázatot hirdetünk.

Felhívjuk a pályázni szándékozókat, hogy pályázati kérvényüket 1929. évi április hó 2-án (kedden) déli 12 óráig a budapesti Üzletvezetőségnek, VIII, Kerepesi-út 3. I. em. 124. sz. alatti helyiségében adják be, ahol a pályázati feltételek is megtudhatók.

4832/1929. I. sz.

Budapesti Üzletvezetőség.

A vezetésem alatt álló budapest—angyalfüldi m. kir. Állami Elme- és Ideggyógyintézetben üresedésben levő *másodorvosi állás* betöltésére pályázatot hirdetek.

Kérvények a nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi minster úrhoz címezve, szabályszerűen bélyegelve és felszerelve, hozzám nyújtandók be. Közlebbi felvilágosítást ad az igazgató. Pályázati határidő 1929 április hó 6.

Budapest, 1929 március hó 11.

2156/929.

Igazgató.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, a XI. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, természetbeni lakás, valamint térítmény ellenében nyújtandó fűtés, világítás és I. oszt. étellemezéssel javadalmazott *alorvosi állásra* pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtókat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Bisztray Balku Gyula* főispán úrhoz címezve legkésőbb folyó évi április hó 10. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az állás kinevezés esetén azonnal elfoglalandó.

Baja, 1929. évi március hó 9.

4478/1929. kig. sz.

Dr. Vojnics sk., polgármester.

**VALORAL**  
Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.  
Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen  
Készíti: SZÜTS PÁL Deák Ferenc gyógyszerész Budapest VI, Deák Ferenc-tér, Anker-pal. Telefon: T. 293-01



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. magántanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

## Az artificialis méhperforációk kezeléséről.

Az artificialis méhsérülések között a perforációkat aránylag gyakran látjuk. Ezek a súlyos sérülések vagy a terhesség megszakítása céljából végzett bűnös manipulációk közben támadnak, vagy pedig valamely a méh üregében folyó orvosi beavatkozás alkalmával keletkeznek.

A bűnös manipulációkat, a magzatelhajtásokat durván és tisztátalanul követik el és titkolják, azért utánuk majdnem mindig sokára, elhanyagolva, rossz állapotban, kivérezve és peritonitissal kapjuk kezeinkbe az átfúrt méhű betegeket, akiken legtöbbször már nem is tudunk segíteni.

A méh üregében folyó orvosi beavatkozásoknál az uterusperforációk vagy úgy támadnak, hogy a műtő az elvékonyodott, a mállékony, a törékeny méhfalon tapintható ellenállást nem találván, óvatossága mellett is nagyritkán átfúrja a méhet, vagy pedig úgy, hogy vigyázatlanul dolgozik és legtöbbször ezért okozza a bajt. Hogy ne sértsünk, operatio előtt vizsgáljuk meg jól a genitáliákat és főleg állapítsuk meg a méh nagyságát, alakját, helyzetét és consistentiáját, munka közben pedig a méh üregében használt műszert állandóan tapintó kézzel gyengéden vezessük. Az elkövetett perforációt az operálónak rögtön fel kell ismernie és műtétjét azonnal abbahagyni, mert különben azt a beteget is elveszti, akit egyébként még meg lehetne menteni.

A nem terhes méhben végzett beavatkozásoknál a perforatio leginkább sondával, vékony tágitóval, vagy keskeny curetteel történvén, a kicsi seb azonnal összefekszik, elzárul, az infectio ritka, a vérzés nem erős, melléksérülések alig támadnak, a betegnek rendesen nagyobb baja nem lesz, legtöbbször néhány napi nyugalomra felépül.

Terhességnél a méhnek az átfúrása gyakoribb és jóval komolyabb esemény. A terhes méh fala vékony, felpuhult, infectionál már egészen mállékony, a perforatio még az itt használatos széles műszerekkel is könnyebben támad, a keletkezett nyílás nagy, nem jól záródik, rajta a többnyire már nem tisztá méh ürege összenyílik a hasüreggel és melléksérüléseket, kivált bél-laesiókat is aránylag sokszor látunk. A legsúlyosabb sérülések akkor jönnek létre, amidőn előrehaladottabb terhességnél valaki a méhet a méhszáj tompa tágitása nyomán azzal együlésben takarítja ki. A szakadékonny, síma, a műtőnek úgy ujja, mint műszere elől kisikló, háromhónaposnál nagyobb magzatnak, kiváltképen a fejének a szűk méhszájon áterőszakolt kihúzása ugyanis kényes és nehéz beavatkozás, amely alatt a felpuhult méh fala nem gyakorlott kézben könnyen átszakad. Ezen esetekben az átszakadás rögtön felismerése és a betegnek a szülőintézetbe azonnal beszállítása adja az egyedüli alkalmát a beteg megmentésének. Aki méhet perforált és nem veszi azt azonnal észre, az a hasüregben műszerét, legveszedelmesebben az abortusfogót tovább használja, csepleszt, beleket tép és húz le, néha még egészen a combok közé is. Megtörténik, hogy az operáló az előhúzott zsigerek láttára, kivált akkor, amidőn a terhesség megszakítása indicatiójának a felállítása kérdésében sem járt el kifogástalanul és nem nyugodt a lelkiismerete, a rémülettől, mint ahogyan *Stöckel* mondja, mintegy hevenyen elmezavarttá lesz és ezután már gondolkodás nélkül cselekszik, még inkább kapkod, beleket méterszámra tép ki és pusztít tovább. Mindezeknél még

nagyobb hibát, a legnagyobb hibát az követi el, aki penetráló méhsértés után a beteg sürgős kórházbaszállítását elmulasztja és késve, egészen leromolva, már diffus peritonitissal küldi be. A terhes méh perforációjánál legtöbbször az egész méhet kiirtjuk, bár a női test e súlyos megeseonkítására, kivált fiatal asszonyoknál, nehezen és csak annak a tudatában szánjuk rá magunkat, hogy a beteg életveszedelmét csupán ezáltal hárríthatjuk el. A tisztának tartott terhes méhperforatio ritka eseteiben a méhsebet egyszerűen bevarrjuk.

Ezek rövid összefoglalása után befejezésül a Szent Rókus-kórház szülő- és nőbetegosztályára az utóbbi időben felvett a terhesség megszakítása közben támadt 10 igen súlyos méhperforatio esetét óhajtom felsorolni. A perforációt a terhesség 2½—4. hónapjában egyszer ujjal, egyszer Hegar-tágitóval, kétszer curetteel és hatszor abortusfogóval követték el. I—II. Két esetben, amelyben egyszer a műtő ujja, másszor vastagabb Hegar-tágitó járta át a méh falát, bélsérülést nem supponálván, vaginálisan exstirpáltunk; mindkét beteg felépült. III. Egy esetben, amelyben egy előkelő sebészeti intézetben kitanult orvos követte el a sértést, akiről feltettük, hogy tisztán járt el, laparotomiánál a méhüregbe lehúzott, alig horzolt vékonybélkaes felszabadítása után csak az átszakított méhsebet varrtuk be; ez a beteg is meggyógyult. IV—VIII. Öt esetben a perforált méhet abdominalisan exstirpáltuk. Ezen öt asszony közül kettőnek emellett a méh sebében és hüvelyén át kihúzott és roncsolt cseplését is resekáltuk; mindkettő meggyógyult. Kettőnek a bélsérüléseit is elláttuk, az egyik meggyógyult, a másikat elvesztettük peritonitisben. Egynek pedig a roncsolt méh kiirtása után a duodenumát a néhány centiméter hosszú ileummaradványhoz egy kb. 5 cm-nyi csomkhoz varrtuk. Ezen betegnek az orvosa ugyanis a négyhónapos terhes méh kitakarításánál az átfúrt méhfalon keresztül abortusfogóval az egész jejunumát és majdnem egész ileumát kitepte, tehát kb. 5½ méter hosszú vékonybelet szakított ki; az asszony négy nap múlva halt meg peritonitisben. IX. Egy esetben a hasat csak megnyitottuk és draineztük, mert a septikus mállékony szövetekben már nem dolgozhattunk; a beteg még aznap meghalt. X. Egy esetben a combok között félaraszonnyra csüngő, zúzott belekkel beszállított haldokló asszonyt már nem operáltuk. A felsorolt 10 méhperforációval felvett súlyos betegünk közül tehát négyet elvesztettünk, hat meggyógyult. *Venczel Tivadar dr. egyet. rk. tanár.*

## Az arthrodesis lényege, indicatiói és kivétele.

Arthrodesisnek nevezzük valamely ízületnek véres műtét útján való végleges megmerevítését. Ennek az ízületi merevségnek elérésére többféle módszert dolgoztak ki (szalagos rögzítés, szögezés, esontesapozás, stb.), melyek közül a legökéletesebb és éppen ezért leginkább elterjedt eljárás az ízületi felszínnek porborítékának teljes eltávolítása és a felsebzett csontfelszínnek összehegesztése. Természetesen nagyon megfontolandó, hogy mely esetben határozzuk el magunkat ennek a súlyos, csontkító műtétnek végrehajtására, amely az illető ízületnek működését teljesen és végérvényesen megszünteti.

Ennek a műtétnek a javallata a tágabb értelemben vett körzeti bénulásoknál (nuclearis typus: poliomyelitis ant. acuta, fascicularis typus: idegtörzset ért laesio) áll



fenn, és pedig különösképen a Heine—Medin-kóránál, ha már több év eltelt a bénulás fellépése óta és a spontán javulásra való hajlandóság kizárható, tehát az állapot állandósult. Az arthrodesis műtete e betegségnek azokban az eseteiben javalt, midőn egy bizonyos ízületet áthidaló izmok mind, vagy túlnyomó részben teljesen bénák és az izmok tonusának hiánya következtében az ízület lityegővé vált. Minthogy ilyen esetben inátültetés nem hajtható végre, mert hiszen nincs honnan transplantatumot venni, a beteg kénytelen lityegő ízületének rögzítésére állandóan támasztó-készüléket hordani, hogy az illető végtagját legalább némiképen használhatóvá tegye. A lityegő ízületen végzett arthrodesis tehát az állandó készülékfordástól akarja a beteget mentesíteni, amiáltal életét elviselhetőbbé, kényelmesebbé teszi. Ezenkívül azonban nagy socialis jelentősége is van ennek a műtétnek, hiszen évek folyamán tetemes kiadástól kíméli meg a beteget. Nehéz azonban általános indicatiós elveket megszabnunk, mert a javallat felállításánál figyelembe kell vennünk az egyes ízületeknek egymástól eltérő mechanizmusát.

Az arthrodesisnek talán legtágabb tere nyílik a vállizületet mozgó izmok bénulásánál és pedig itt nem is kell szigorúan ragaszkodnunk ahhoz, hogy valamennyi izom teljesen működésképtelen legyen, hanem izolált deltoideusbénulásnál — a felső végtagok tipikus gyermekbénulásánál — is fennáll az indicatio, mert a vállizületen végzett inátültetésektől általános tapasztalat szerint nem sok jót várhatunk. A vállarthrodesis mindazonáltal csak akkor javalt, ha a felső végtag többi izmain súlyosabb bénulások nincsenek és ha a kéz leszorító ereje lényegesen nem csökkent. Ugyanis ez a műtét éppen a kéz használhatóságának a helyreállítását célozza azáltal hogy a karemelő izom bénulása folytán tehetetlenül leülő felső végtagot, illetve a felkaresontot  $70-75^\circ$ -nyira abducált és kissé elevált helyzetbe hozza és a vállizületet ebben az állásban merevíti. A műtéti indicatiónak nemkülönben egyik feltétele, hogy a lapockát rögzítő izmok (m. trapezius, m. serratus ant.) működésképes állapotban legyenek.

A felső végtag többi ízületein az arthrodesis a gyakorlatban nem igen jöhet szóba.

A csípőizület arthrodesise súlyos beavatkozás, amiért is különösen meggondolandó. De figyelembe veendő az is, hogy a  $180^\circ$ -ban merev csípővel (ebben a helyzetben merevítjük) való ülés nehézségekbe ütközik és csak úgy vihető keresztül, ha a beteg a gerinc ágyéki szakaszát kyphotizálja. Állandó ülésnél ez igen fárasztó a betegre nézve és azért ülő foglalkozás esetleg ellenjavallatot képezhet. A csípőarthrodesis leginkább indikált kétoldali glutaebénulás esetén a törzs egyenes tartásának állásakor való biztosítására. Ilyenkor azonban természetesen csak egyik oldalon szabad a csípőizületet megmerevítünk, mert két merev csípő üléskor és járáskor egyaránt tehetetlenné tenné az egyént.

A térdizület úgyszólván teljesen alkalmatlan az arthrodesisre. A merev térdel való ülés annyi nehézséget és kényelmetlenséget jelent a betegnek, hogy ez mindenképen elkerülendő. A térdfesztők izolált bénulása esetén végzett inátültetés itt igen jó eredménnyel jár. Az összes térdet mozgó izmok bénulása esetén a megterhelés hatására gyakran önként beállott genu recurvatum minden műtéti beavatkozást és készülékfordást feleslegessé tesz, mert az állás szilárdságát a térdizület súlypontjának hátrahelyezése által egymagában biztosítja. Ugyanezt célozza az ú. n. „statikus átépítés“ (Böhm) a combcsont és a sípcsont osteotomiája útján. Ez az utóbbi szellemes műtét a térdarthrodesis utolsó lehetőségeit is joggal kiszoríthatja.

A bokaizület arthrodesisénél az indicatiós terület szűk. Itt szigorúan szem előtt tartandó, hogy az összes

lábszárizmoknak teljesen bénáknak kell lenniök. Az arthrodesist a felső és a két alsó ugróizületen hajtjuk végre és esetleg az egész Chopart-izületre is kiterjesztjük. Ennél a műtétnél figyelembe veendő, hogy a láb legördítése a merevítés által jelentékenyen szenved.

Mint általános ellenjavallatot ki akarjuk emelni a korai gyermekkort, 10—12 éves koron alul általában ne végezzünk arthrodesist, egyrészt mivel a hosszúnövekedést károsíthatjuk, másrészt a gyermek nem képes megítélni az ízület merevségének előnyeit. Célszerű ugyanis a kérdéses ízületet a műtét előtt kísérletképpen 3—4 hétre teljesen mereven, gypskötéssel rögzíteni és a beteg véleményét a végtag használhatóságára vonatkozóan kikérni, amiáltal utólagos szemrehányásokat elkerülhetünk.

Ha az operálandó ízület contracturában van, úgy ne bízzuk ennek a kiegyenlítését magára a műtetre, hanem azt megelőzően külön redressáljuk a contracturát, mert amíg az ízületet nem hoztuk középállásba, addig nem tudunk az egyes izmok működéskétségéről (functionalis és villanyos vizsgálat) reális képet kapni, ami pedig — mint láttuk — az indicatio felállításához feltétlenül szükséges. Különösen vonatkozik ez a bokaizületre.

Egyebekben nem tudunk általános érvényű szabályokat felállítani, mert az arthrodesis indicatioja mindig az adott esetnek megfelelően mérlegelendő.

Nem akarunk ezen a helyen a műtét kivételének részleteire kiterjeszkedni, csupán megjegyezni kívánjuk, hogy a műtét sikere szempontjából elsősorú jelentőséggel bír a porcboríték alapos eltávolítása és az ízületnek a műtét utáni tökéletes és elég hosszú ideig való rögzítése. A vállizületnél ez a rögzítés Gocht-féle abductiós aluminiumsínnel történhetik, csípő- és bokaizületnél pedig pontosan a végtaghoz simuló körkörös gypskötéssel. A rögzítés tartama átlagban mintegy 3 hónap legyen.

Kopits Imre dr.

## A perniosis therapiájáról.

A magyar nyelvhasználatban közösen „fagyás“ névvel két különböző folyamatot szoktunk megjelölni: a congelatiót és a perniosist. A tulajdonképeni fagyás, amelynek ismert három fokozata az erythematosis, bullosus és escharoticus congelatio,  $0^\circ$ -nál jóval alacsonyabb hőmérsékletek behatására jön létre, függetlenül az egyéni dispositiótól. A pernio keletkezését viszont különösen  $0^\circ$ -on felüli hűvös, nedves időjárás segíti elő, úgy, hogy a pernio rendszerint már az őszi hónapokban veszi kezdetét. Pernióban csak arra hajlamos egyének betegszenek meg. Ez a hajlam többnyire veleszületett és a serdülő korban válik nyilvánvalóvá; lényegét a bőr ereinek működéses insufficienciájában kell keresnünk, amely elsősorban a hőszabályozás feladataival szemben nyilvánul meg. De a nem thermikus külső behatásokra is gyakran mutatkozik ilyen emberek kezén vagy lábán a jellegzetes venosus pangás hideg- és nedvességérzés kíséretében. Ezek azok a betegek, akiknek keze, ritkábban lába, kellő óvintézkedések hiányában minden ősszel „megfagy“, helyesebben perniosisban betegszik meg. Néha nem is az időjárás, hanem gyakori és hosszabban tartó kézmosások hideg vízben, váltják ki a pernio chronikus kórképet.

A mondottaknak megfelelően a pernio *prophylaxisát* már ősszel kell megkezdenünk: pernióra hajlamos egyéneknek a hideg víz használatát eltiltjuk, meleg és bő kesztyű, illetőleg meleg harisnya és bő cipő viselését rendeljük el. Hogy a meleg harisnya a prophylaxisban fontos szerepet játszik, mutatja az utóbbi években halmozottan jelentkező perniosis fiatal nők alszárain, a cipő



felső szélétől felfelé; a pernióknak ez a localisatiója a vékony selyemharisnyák divatja előtt nem igen volt észlelhető.

A perniosis *therapiája* nehezebb, mint a prophylaxis. A bőr véreinek constitutiós gyengeségét aligha tudjuk megszüntetni. Legtöbbször jutunk e téren systematikus enyhe *massázssal*, melyet naponta 1–2-szer végeztünk. Tapasztalat szerint a betegek ezt a kezelést sajnós, időrablónak érzik, s többnyire időnek előtte abbahagyják. Súlyosabb, évente ismétlődő perniosis esetekben érdemes az endokrin statust megvizsgáltatnunk. *Thyreoidea adagolása* gyakran megjavítja a keringési viszonyokat.

Magát a perniót, vagyis a gyulladásos jelenségeket ma többnyire *Röntgen-besugárzással* kezeljük ( $\frac{2}{3}$  ED, 1 mm Al, esetleges megismétlés három hét múlva). A röntgent érdemes megkísérlni mindazon esetekben, amelyekben a többé-kevésbé körülírt gyulladásos beszűrődés, vagyis az ú. n. fagyosomók állnak a kórkép előterében. Ezeknek a resorptióját a Röntgen-sugárzás elősegítheti, s így tünetileg gyógyuláshoz, vagy lényeges javuláshoz vezethet. A perniosis alapját képező keringési insufficienciát azonban a Röntgen-sugárzás nem befolyásolja. Ugyanezt kell mondanunk a higany („quarz”) fénysugárzásról is, amelyet kis, gyulladást nem keltő adagokban szokás 2–3-szor hetenként alkalmazni. A különböző mesterséges fényforrások közül a *szénívlámpa* a leghatásosabb. Ez bocsájtja ki legnagyobb mennyiségben azokat a „világító hősugarakat”, amelyek anélkül, hogy gyulladást keltenének, nagyfokú és tartós activ hyperaemiát idéznek elő a bőrben, s ezáltal a venosus hyperaemia leküzdését elősegítik. Sokan a diathermiás kezelésnek is jó hatását észlelték.

Kisebbszámú perniók kezeléséhez egyszerű gyógyszeres eljárások is elegendőek, amelyeket a beteg odahaza is elvégezhet. Az első és legfontosabb gyógtényező a *meleg víz*. Hasonlóan a melegsugárzáshoz a tartós áztatás meleg vízben a kis arteriákat tágítja s ezzel a keringési sebességet növeli. Reggel és este 10–15 percig végeztetjük az áztatást, a beteg érzékenysége szerint 30–37 °C-os vízben, esetleg lassanként emelve a víz hőmérsékét. (Az úgynevezett váltófürdők kevésbé jó eredményekhez vezetnek s nem látjuk igazoltnak e módszer nagy elterjedtségét és közkedveltségét. A bőrnek gyulladt, megvastagodott, többé-kevésbé súlyos endothelváltozásokat mutató s a hideggel szemben talán túlérzékeny erei számára túlerélyes „traininget” jelentenek a váltófürdők.) A meleg fürdő és gondos leszárítás után enyhe masszage végeztetünk sárga amerikai vaselinnal, s este a masszage után gyógyszereket is alkalmazunk, amelyek tapasztalat szerint a perniosis ellen jól hatnak, mint ichthyol, camphor, jód, calcium-hypochlorit, stb.

Enyhe, jó hatása van mindenekelőtt az 5–10%-os *ichthyolpasta*nak.

*Rp.* Ichthyol sulfammon. 1·5–3·0, zinei oxyd., talei ven. aa 6·0, vasel alb. amer. ad 30·0, Mf. pasta, DS. vászonlapra kenve, külsőleg.

A pasta alkalmazásakor célszerű a vászonlapot a kéz-, illetőleg a lábujjakkal megfelelően, bemetszésekkel ellátni, s ügyelni kell arra, hogy a vászonlap sehol se ráncolódjék, a kötés, illetőleg kesztyűborítás pedig se túl feszes, se túl laza ne legyen.

Ha az acut gyulladásos jelenségek enyhék, *tiszta ichthyolecseteléseket* is alkalmazhatunk. Ezek igen hatásosak, de a tiszta ichthyol kellemetlen szagát sokan nem tűrik. Hogy az ágynemű szennyezését elkerüljük, az ichthyollal beecsetelt bőrt vastag vattaréteggel fedjük és kötést alkalmazunk.

Hatásos, de szintén piszkít a következő ecsetelő folyadék:

*Rp.* Ichthyol, resorein, tannin aa 1·0. Aqu. 5·0–10·0. MDS. Ecsetelésre (*Boeck*), vagy

*Rp.* Ichthyol, resorein, tannin aa 2·0, glycerin 10·0. MDS. Ecsetelésre (*Darier*). (Kesztyű, vagy kötés!)

Camphort, jódot csak akkor alkalmazunk, ha az acut gyulladásos ingerlés veszélyétől nem kell tartanunk, vagyis, ha az addigi kórlefolásban acut exacerbatio (nagyfokú fájdalmas diffus pir és duzzanat) nem mutatkozott.

*Rp.* Mucilag. camphorat, 50·0. DS. Ecsetelésre.

*Rp.* Ol. camphorat, 1·0, lanolin 10·0. MDS. Kenőcs (*Joseph*).

*Rp.* Camphorae 1·0, ceræ alb. 40·0, ol. lini 80·0, bals. peruv. 1·5. MDS. Külsőleg, bedörzsöléshez. (*Kaposi*.)

*Rp.* Ol. tereb. rectific., camphorae aa 5·0, ung. zinei benzoat 20·0. MDS. Kenőcs. (*Leistikow*.) Vigyázat! Néha gyulladásos ingerlés!

*Rp.* Calcar. chlorat. 1·0, ung. paraff. 9·0. Mf. ung., D. in vitro fusco, S. Kenőcs. (*Binz*.) Babnyi mennyiséget bedörzsölni.

*Rp.* Tinct. jodi 5·0–10·0, tinct. gallar. 10·0. MDS. Ecsetelésre.

Nagyfokú gyulladásos acuitás esetén a bőrt zsírral, vagy vaselinnal vékonyan bevonatjuk és e fölé borogatást rendelünk (acid. taanic. 1·0–2·0%, resorein 2–3%, arg. nitric. 1:5000–1:1000, stb.). A gyógyszerpiacot ellepő „fagykenőcsök” többé-kevésbé mind hatásosak, minthogy az itt felsorolt alkatrészeket tartalmazzák. Tünetileg jól beválik többek között az Agfa tannobromin (bromocoll) készítménye (20%-os old. collodiummal ecsetelésre, „frostinkenőcs”, stb.). De semilyen ecsetelés, vagy kenőcsözés sem teszi feleslegessé a meleg fürdőtétést (vagy sugárzást), az enyhe masszage s főképen azokat a rendszabályokat, amelyeket, mint prophylactikumokat, már említettünk. Ami különösen a cipőt illeti, tudnunk kell, hogy alig van olyan beteg, aki belátná, hogy szűk cipőt visel, sőt legtöbbször sértetlen tiltakozik e feltevés ellen, még ha tömeges clavusok is szólnak mellette. Ne mondjuk tehát, hogy a cipő szűk, hanem, hogy „még ennél is bővebb cipőre” van szükség, ha a fagyosomókat kedvezően akarjuk befolyásolni.

*Rothmann István dr.* giesseni egyet. c. rk. tanár.

## A dementia praecox korai diagnosisa és kezelése.

Dementia praecox, vagy schizophrénia alatt a fiatal korban fellépő és jellemző tünetesporttal együttjáró, elbutulással végződő elmebántalmat értünk, melyet lassú kifejlődésében, vagy lökészerű kitörésében a gyakorlóorvos is jól ismer, annál inkább, mivel a leggyakoribb psychosisosok egyike. A serdülés korában fellépő és hangulati változásokkal járó alakja a hebefrénia; izomtonusbeli rendellenességek jellemzik a katatoniat, téves eszmékkel jár karöltve a paranoidos elmezavar, kötöttséggel a stuporos és elbutulással a simplex forma. Leírt syndromák összefolyhatnak és egymással kombinálódhatnak. Felismerésük kifejezett esetekben diagnostikai nehézséget nem okoz. Az initialis tünetek, a lappangó psychosis felismerése annál nehezebb, pedig nagy fontossággal bír, mert ha idejekorán felismerjük a bevezető tüneteket, a beteget, családját és környezetét sok kellemetlenségtől, anyagi és erkölcsi károsodástól óvhatjuk meg. A serdüléssel elmebetegségre veleszületett alkat haj-



lamosít. A disponált egyént schizoidnak nevezzük. A schizoid psychopatha praemorbid, vagy praepsychotikus egyéniségének ismerete nagy fontossággal bír, mivel a kifejelett psychosis gyakran a kóros constitutio quantitativ túlzásában nyilvánul. A praemorbid gyermek rendszeren már az iskolában nehéz felfogásról tesz tanúságot, nem ritka azonban az eszes, vagy éppen nagytehetségű gyermek sem közöttük. Egyoldalú képességek is megnyilvánulhatnak, nem ritkák a zenei talentumok, technikai készséggel bírók, azonban rendszeren számoló tehetségükben észlelhető gyengeség. A lappangó serdülési elmezavar első jellemző tünete a szorgalom hanyatlása és a kedélyi élet megváltozása, a jellem átalakulása szokott lenni. Eddig semmi abnormis vonást el nem áruló gyermekek a serdülés korában lágyakká, sentimentalissokká válnak, fél-szeg, félénk magatartást tanúsítanak, a társaságot kerül-lik, nem barátokoznak, a feléjük közeledőket hűvösségükkel elriasztják; mások ingerlékenyek, felesattanók, kicsinyeskedők, túlzottan pedansak, makacsok, esőkönyö-sek, szeszélyesek, bigottak, túlzók, phantasták, indulat-kitörésekre hajlamosak, optikai, vagy akustikai ingerekre túlérzékenyek. Átmeneti állapotban csökken ambíciójuk, elhatározási képességük szenved, nehézkessé válnak, unott magatartást tanúsítanak. Későbbi korban indokolatlanul többiben is pályát változtatnak, kitartásuk nin-esen. Akadékoskodnak, mindenben nehézségeket támasz-tanak, állandóan saját igazukat vitatják, bizalmatlanok. Szülőiket, rokonaikat, barátait idegeneknek érzik, ezek-hez való viszonyukban merevség, tartózkodás és hideg kimérség nyilvánul meg. Gyakran már a gyermekkor elején is megnyilvánulhatnak bizarrságok, modorossá-gok, melyeket a közelállók akkor még csak furcsaságok-nak, vagy rossz szokásnak, a gyermek elkényeztetett vol-tának tudnak be. A gyermekek nem koruknak megfele-lően öltözködnek, viselkednek, úgy cselekszenek és tesz-nek, mint „egy kis öreg”. Gyakran öltözetüket feltűnő módon elhanyagolják, vagy öltözködésükben kifejezett bizarrságok nyilvánulnak, pl. a harisnyát cipőjük fölé húzzák, stb. Gyakori a mértéktelen onania.

A betegség kitörését általános ideges tünetek előzik meg, mint gyengeség, fáradékonyosság, levertség, bágyadt-ság, a gondolkodás renyhése, étvágytalanság, szívtáji kellemetlen érzések, szédülés. Nők menstruációja rendet-lenné válik, vagy teljesen kimarad. Gyakoriak az indo-klatlannak látszó súlycsökkenések is. A lappangó tü-netek mindinkább tömegessé válnak és intenzitásban fokozódnak. A jellem megváltozása mindinkább előtér-be lép. A betegek egyrésze lázasan állás után kutat és ha azt elnyerte, akkor nem fogadja el. Mások állásukat, hivata-lukat indokolatlanul máról-holnapra elhagyják, vagy ál-lást változtatnak. Magas képzettségű egyének alacsony-rendű munkát vállalnak. Egyetemi végzettségű egyének pincérnek, autóvezetőnek, villamoskalauznak, utcaseprő-nek, napszámosnak, stb. állanak be, mások pedig csava-rognak és a járókelőket felületlen szellemességükkel, vagy bizarrságukkal szórakoztatják. Szemérem-, undor- és illemérzékük csökken. Az utcán cigarettavégeket, lim-lomot, papírosfoszlányokat szedegetnek és ezzel ruháza-tukat kítömik. Ilyenkor már rendszeren kritikájuk is csök-ken és a szellemi hanyatlás nyilvánvalóvá válik. Társa-ságban illemsértő, trágár kifejezéseket használnak. Nehe-zen kelnek fel ágyukból, nehezen öltözködnek fel. Toilette-jük órákig is eltart. A szájmosás és fésülködéssel szem-ben különös ellenszenvet tanúsítanak. Érzelmi életük mindinkább eltompul és sivárrá válik. Becsvágyuk nin-esen, lelki ürességük és részvétlenségük mindinkább elő-térbe nyomul. Menekülnek minden kötelességérzet és szel-lemi foglalkozás elől. Minden cselekedetük a gépiesség jellegét viseli magán. Kezdetben még betegségi belátást

tanúsítanak, mondják, hogy nem tudnak rendszeren gon-dolkozni, úgy érzik, hogy a világ megváltozott körülöt-tük és megőrléstől félnek. Gyakori kezdet különben a kényszerképzetes neurosis-hoz hasonló állapot, mikor a betegek állandóan mosakodnak, kilineshez csak keztyűvel nyúlnak, tárgyakat és pénzt nem érintenek, kezet nem ad-nak, attól való félelmükben, hogy fertőződnek, vagy mást fertőznek.

Leírt prodromák után a betegség vagy lappangva folyik tovább és idült alakjában elbutulásba megy át, vagy acut zavartság képében robban ki. A betegség kez-detén nem ritkán észlelünk amentia, mania, melancholia, paranoiaszerű kórképeket. Differentialis diagnostikai szempontból már a beteg korát tekintve is a paralysis, dementia senilis, klimakterialis psychosis nehézséget nem okoz, ellenben a kényszeres neurosis, hysteria és főleg a veleszületett elmebetegség és maniás-depressió elme-zavar elkülönítésében nehézségeink lehetnek. Ilyenkor tartuk szem előtt, hogy a schizopheniás gondolkodását, cselekvéseit, beszédét nem a logika, célszerűség, a körülményekhez való alkalmazkodás, hanem badar, rapsodikus benyomások, ötletek, indulatok, érzékesalódások és téveszmék irányítják. Az ilyen beteg lelki élete sivár és érzel-mileg közönyös.

Dementia praecoxos betegünket csak tünetileg kezel-hetjük. Ha a beteg nyugtalan, vagy agressív, tömeges ér-zékesalódásai vannak, akkor intézetbe kell internálnunk. Megnyugtató hatására tartós fürdők, göngyölések szolgálja-nak. Nagyfokú motoros nyugtalanság esetén scopolamin befecskendezését nem kerülhetjük el (0.0005–0.0015 g). Ne feledjük azonban el, hogy a legtöbb beteg psychotherapiá-san is megközelíthető és néhány megnyugtató szóval, biz-tatással sokszor többet érhetünk el, mint erőszakkal, mely a beteg nyugtalanságát csak fokozza, téveszméit mélyíti. Táplálkozási ellenkezés esetén sem kell mindjárt etetőcső-höz fordulnunk. Először igyekezzünk a beteget meggyőzni arról, hogy aggályai alaptalanok és az általunk nyújtott ételnek sem undorító szaga, íze nincsen, sem pedig abba méreg nem kerülhetett. Igyekezzetünkkel kellő türelem ese-tén gyakran fogja siker koronázni. A beteget foglalkoz-tassuk. Végeztessünk vele gépies, meg nem erőltető fog-lalkozást, mint amilyen a szőnyegszövény, kézimunka, raj-zolás, stb. Később áttérhetünk könnyebb olvasmányokra. Izgatottság esetén jó hatásúnak bizonyul a bromos codein, melyet így rendelünk. Rp. Natrii bromati 10.0, codeini muriatici 0.20, aquae dest. 100.0, syrui simpl. 20.0. MDS.: háromszor napjában egy evőkanállal. Az organotherapiás és lázkezelés csak symptomás-exogen schizophrenia ese-teiben hatásos. Hallucináló, téveszmékkel telített betegek-re is jó hatásúak a szórakoztató előadások, különösen megnyugtató hatású a zene. A magam tapasztalatai alapján a radio figyelmet elterelő és nyugtató hatását mindenek elé helyezem. Álmatlanság esetén adjunk bőven altatókat, csak arra ügyeljünk, hogy azokat gyakran cseréljessük. Öngyilkossági hajlam esetén fokozott felügyeletről gon-doskodjunk. Ha a beteg megnyugodott, minél előbb bo-esássuk ki az intézetből, nehogy autismusba, vagy negati-vismusba merülve az intézeti elbutulás képe fejlődjék ki, mikor a beteg magára és családjára nézve már elveszett. Gondoskodjunk arról, hogy betegsége alatt sűrűn érint-kezzen egészségesekkel, nehogy a külvilágtól elidegened-jék. Ha a beteg családi körülményei megfelelőek, akkor helyezzük vissza megszokott környezetébe. Ha ez nem volna lehetséges, akkor a heterofamiliaris családi ápolás keretein belül gondoskodjunk elhelyezésükről. A dementia praecox elkerülésének egyetlen eszköze a praeventio, mely abban áll, hogy elmebetegek, vagy psychopathák házasa-gát megakadályozzuk.

Büchler Pál dr. egyetemi tanársegéd.



# 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 POÓR FERENC**  
**GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR HÜTTL TIVADAR**

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

## T A R T A L O M:

**Forró Endre és Gajzágó Dezső:** Betegség és vértypus. (297—301. o.)  
**Raisz Dezső:** Adrenalin-érzékenységi vizsgálatok parametritis posterioriánál. (301—303. oldal.)  
**Kolta Erwin és Dunay Beatrix:** A gyomorfekély újabb sugaras kezelése. (303—305. oldal.)  
**Tóvölgyi Elemér:** A gégetuberculosis eredete. (305—307. oldal.)  
**Czibalmos József:** Vizsgálatok a lúdtalpbetétek merevségének jelentőségéről. (307—309. oldal.)  
**Lapszemle:** Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekeorvostan. — Urologia. — Szemészet. — Elméleti tudományok köréből. (309—312. oldal.)

**Melléklet:** Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (49—52. oldal.)  
**Könyvismertetés.** (312—313. oldal.)

**A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 23-i ülése.** (313. oldal.)

**Közkórházi Orvostársulat március 20-i ülése.** (313—314. oldal.)

**A Kir. Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának március 12-i ülése.** (314—315. oldal.)

**A Debreceni Orvosegyesület március 7-i ülése.** (315. oldal.)

**Kovács Ferenc:** Adatok a bábaképzés kérdéséhez külföldi tapasztalatok alapján. (315—320. oldal.)

**Bókay János:** † Clement v. Pirquet. (320. oldal.)

**Vegyes hírek.**

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egy. ny. r. tanár).**

### Betegség és vértypus.

Írták: *Forró Endre dr.* és *Gajzágó Dezső dr.* egyetemi gyakornokok.

*Shattock* és *Landsteiner* 1900-ban azt találta, hogy bizonyos betegek vérsavója egészséges emberek vörösvérsejtjeit erős mértékben agglutinálni képes. *Grünbaum* azt is megállapítani vélte, hogy ez a képesség typhus és vörhenyben szenvedő betegek vérsavójának fajlagos tulajdonsága. *Landsteiner* érdeme annak felderítése, hogy az isoagglutinatio beteg és normalis egyén serumának egyformán sajátja. Az isoagglutinatio feltétele bizonyos serumagglutinín és a vérsejtekhez kötött megfelelő agglutinogen találkozás. *Landsteiner* az isoagglutinatio szempontjából három csoportba osztotta az embereket. *Jansky* és *Moss* egymástól függetlenül állapították meg egy negyedik csoport létezését és az egyes csoportokat római számokkal jelölték. A *Jansky* által I-nek jelölt csoportot *Moss* IV. csoportnak nevezte és ez a különbség igen sok zavart okozott az irodalomban. Mi a *Dungern* és *Hirsfeld* által ajánlott, ma már lassankint általánosan elfogadott jelölést követjük, amelynek alapja a vérsejtek agglutinogen-tartalma. Tartalmazhat a vér egyféle agglutinogent, ilyen csoport kettő van, *A* és *B*, tartalmazhat két agglutinogent, ez az *AB*-csoport, végre agglutinogent nem tartalmaz a *O*-csoport.

A serum agglutininjét görög betűvel jelölve az *O*-csoport  $\alpha$  és  $\beta$ , az *A*-csoport  $\beta$ , a *B*-csoport  $\alpha$  agglutinint tartalmaz, míg az *AB*-csoportban haemagglutinint nem találunk. Ezek szerint a *O*-csoportéhoz tartozók vörösvérsejtjeit semmiféle savó sem agglutinálja, de savójuk — természetesen a *O*-csoporton kívül — minden vörösvérsejtet agglutinálni képes. Az *A*-csoportra jellemző, hogy vörösvérsejtjeit agglutinálja a *B*- és *O*-beli savó, savója pedig agglutinálja *B* és *AB* vörösvérsejtjeit. *B*-csoport vérésejtjeit agglutinálja *A* és *O*, savója pedig

positiv reactiót ad *A* és *AB* vörösvérsejtjeivel. *AB*-csoport vérésejtjeit az azonos csoportú savók kivételével mind a három típusú savó agglutinálja, de az *AB*-savó agglutinín hiányában semmiféle vörösvérsejtet sem képes agglutinálni.

A négy csoport egyszerű, áttekinthető sémáját az alábbi táblázat mutatja.

1. táblázat.

		Vérsejtek (Agglutinogen)			
		O	A	B	AB
Vérsavó (Agglutinín)	O ( $\alpha$ $\beta$ )	—	+	+	+
	A ( $\beta$ )	—	—	+	+
	B ( $\alpha$ )	—	+	—	+
	A B	—	—	—	—
	(o)	—	—	—	—

Valamely vércsoport minden egyénnek állandó, jellegzetes tulajdonsága, mely semmiféle beavatkozásra (gyógyszerek, terhesség, Röntgen, stb.), vagy intercurrentis betegség folytán, nem változik, legfeljebb a savó agglutinintiterében mutatkozik különbség, így fertőző betegségek, terhesség után a titer emelkedik.

A vérsejtcsoporthoz az egyén öröklődő, individualis sajátja. Az *A* és *B* isoagglutinabilis anyagok egymástól függetlenül öröklődnek; az öröklésben a Mendel-féle törvény nyilvánul meg. Az *A* és *B* előfordulása egyes népfajoknál igen különböző. Északon és nyugaton az *A*, délen és keleten a *B* dominál. Az *A* és *B* receptorokkal rendelkező csoportok egymáshoz való viszonyát *Hirsfeld* biochemiai fajindexnek nevezte el és ez a szám az egyes fajoknál igen constans érték; még a népvándorlás folytán egymástól messzire elvetődött rokonságoknál is egyezik. *Verzár* és *Weszeczky* a budakörnyéki sváboknál 2-9-es, *Dungern* és *Hirsfeld* a heidelbergi németeknél 2-8-es indexet talált. A magyar és török faj rokonságát mutatja, hogy míg *Verzár* és *Weszeczky* a debreceni magyarok-



nál 1-6, *Hirszfeld* a törököknél 1-8-nek találta az indexet. Saját vizsgálataink szerint nem szigorúan egy helyről származó egyéneknél a magyar faj biochemiai fajindexe 1-8. A magyar cigányoknál, akiknek őshazája India volt, 0-6 az index (*Verzár* és *Weszeczky*), ugyanannyi *Hirszfeld* szerint az indusok fajindexe is.

A véresejtesoport öröklődése beigazolást nyervén, felvetődött az a kérdés, hogy ezen constitutionalis factoral nem vitetik-e át egyéb constitutionalis sajátság: betegségekre való hajlam, illetve resistentia. *Hirszfeldék* és *Brokman*, bár diphtheriaérzékenység és véresejtesoport között összefüggést kimutatni nem tudtak, azon rendkívül érdekes megfigyelést tettek, hogy a diphtheriaérzékenység nem függetlenül, hanem a véresejtesoporttal correlatióban öröklődik. A diphtheriaérzékenységet a Schick-féle reakcióval határozták meg. Schick-positív szülők gyermekei is schick-positívak, schick-negatív szülők utódai is schick-negatívak voltak, bár utóbbiak között előfordultak diphtheriaérzékenyek is. Ahol a szülőknél vegyes érzékenység fordult elő, ott az érzékeny szülővel hasonló csoportba tartozó gyermek érzékenynek bizonyult, míg a schick-negatív szülőnek csoportjába tartozó legtöbb gyermek szintén schick-negatív volt. Ebből tehát valószínű, hogy bár a diphtheriadispositio a véresejtesoporttól független, mégis többé-kevésbé vele együtt öröklődik.

Másik példa a véresejtesoporttal correlatióban álló constitutív átöröklítésére *Moritsch* észlelése egy haemophiliás családnál. Azon férfiak, akik haemophiliában szenvedtek, ugyanazon csoportba tartoztak, mint amelyekhez az az anya, aki a haemophiliát a nagypától az unokagenerációra átvitte. *Kubányi* is a haemophil Mampel-családon végzett vizsgálatai alkalmával az összes haemophilek ugyanazon csoportba való tartozását találta.

*Weichmann* és *Paal* 24 ikerpáron végzett vizsgálatai alapján a véresejtesoportokból kizárással az ikrek egypetéjűségére tudott következtetni. Ha az ikrek azonos típusúak, lehetnek egy- és kétpetéjűek, ha különböző típusúak, biztonsággal nem lehetnek egypetéjű ikrek. Ugyancsak a fenti szerzők 500 hypertoniás egyént vizsgáltak meg és relative sok *B* és *AB*, azaz *B* receptorú egyént találtak, amiből arra következtetnek, hogy a hypertonia valószínűleg a *B* receptorral correlatióban álló constitutionalis betegség.

*Holló* és *Lénárd* 200 gümőkóros beteg és 200 egészséges ember véresejtesoportját vették vizsgálat alá. A gümőkóros betegek között ugyanolyan arányban oszlott meg a vértípus, mint az egészségeseknél. *Kallabis* szerint leginkább az *A*-csoport tagjai disponáltak, a *O*-csoport tagjai pedig legkevésbé. *Alperin* 515 esetében is az *A*-csoport dominál; ő a legcsekélyebb dispositiót az *AB*-csoportnál találtak. Haemoptoëra a *O*- és *AB*-csoportokhoz tartozók leginkább, az *A*-csoportbeliek pedig legkevésbé hajlamosak. *Connerth* 667 esetet vizsgált, de nem igazolja *Alperin* állításait; szerinte az egyes csoportok képviselői egyformán hajlamosok gümőkóros megbetegedésre.

A lues és véresejtesoport kérdésével több irányban foglalkoztak a kutatók; *Amsel* és *Halber* 2927 eset kapcsán azt a megfigyelést tették, hogy a *O*-csoportokhoz tartozik a legkevésbé, az *AB*-csoportokhoz a legtöbb Wassermann-positív egyén. Hasonló eredményre jutott *Weichmann* és *Paal*. *Straszynski*, *Gundel*, továbbá *Schütz* és *Wöhlisch* szerint az egyes csoportok egyformán vesznek részt a Wassermann-positív betegek között. *Amsel* és *Halber* teljesen ellentétes eredményre jutott *Groetschel*, aki 288 Wassermann-positív egyén közül 36% *O*, 37% *A*, 20% *B* és mindössze 6-6% *AB*-csoportú

egyént talált. Teljesen egyező a szerzők kísérleti eredménye *Amsel* és *Halber* azon vizsgálataival, amelyek megállapították, hogy a kezelés közben a *O*-csoport tagjai lesznek legnagyobb százalékban negatívak, míg az *AB*-csoport tagjai vesztik el legkésőbbben Wassermann-positivitásukat. Ugyanerre a megfigyelésre jutott *Gundel*, *Straszynski*, *E. Karnanchova* és *M. Firjukova*. Közleményünk lezárása után jelent meg *Kiss* és *Skrop* közleménye, mely a lues congenita és véresejtesoport kérdésével foglalkozik. Azt találták, hogy a lues congenita hasonlóképpen viselkedik, mint a lues aquisita, azaz itt is a *O*-csoport tagjai vesztik el leggyorsabban, az *AB*-típusúak pedig a leglassabban Wassermann-positivitásukat.

Az a körülmény, hogy az *AB*-csoport tagjai maradnak a kezelés ellenére legtovább Wassermann-positívak, arra ösztönözte a szerzők egy részét, hogy a meta-luetikus betegségeknél vizsgálják a véresejtesoportot, míg *Gundel* 242 paralysis progressivában és 81 tabes dorsalisban szenvedő betegnél várákozása ellenére az *AB*-csoportot találta legkisebb százalékban, *Jacobsohn* 100 paralysises betegnél a véresejtesoport arányos eloszlását találta, *Wiechowski* elgondolásának megfelelően paralysis progressivánál sok *AB*-csoportokhoz tartozó egyént talált.

*Wiechowski* 227 schizophreniás beteget is vizsgált; ezeknél a véresejtesoport oly eloszlású, mint normalis emberekénél. *Prosch* és *Arkush* amerikai szerzők dementia praecoxos, epilepsiás, psychosis maniac-depressivás és paralysises betegeket vizsgáltak; a véresejtesoportból a psychosis nemére következtetni nem lehetett, azonban a véresejtesoport aránya (a négy betegséget összefoglalva) különbözött az ottani egészséges lakosság véresejtesoporteloszlásától.

*Wethmar*, *Wendelberger*, *Pilcz* a malariaoltottak (paralysis) véresejtesoportját vizsgálta. *Wethmar* szerint az incubatiós idő és láztypus különbözősége összefüggésbe hozható az egyén véresejtesoportjával. *Wendelberger* a malariaoltás meg nem fogamzását hajlandó a nem megfelelő véresejtesoportra visszavezetni. *Pilcz* a malariaoltottak véresejtesoportját a megfogamzástól függetlenül egyforma eloszlásúnak találta.

*Johannsen* rosszindulatú daganatoknál az *A*- és *AB*-, *Alexander* az *AB*- és *B*-, továbbá *Weitzner* carcinománál az *AB*-csoportot találta többségben. Számos szerző észlelete szerint rosszindulatú daganatoknál is megegyezik a véresejtesoport eloszlása a normalis egyénekével.

*Schneider* eklampsiás betegek typusát vizsgálva, azt találta, hogy különbség volt az anya és gyermek véresejtesoportja között; hasonló csoportúaknál nem talált toxikosist.

*Herrmanns* és *Kronberg* 400 endogen dispositiójú beteget vizsgált; figyelemreméltó, hogy mind a három észlelt Basedowos-beteg *O*-csoportokhoz tartozott; tekintve az esetek rendkívül kis számát és tekintve, hogy az a helyi és öröklési viszonyok függvénye is lehet, ebből következtetést nem von le és kimondja, hogy Münchenben a véresejtesoport és betegségek között összefüggést kimutatni nem lehet. *Poehmann* 100 psoriasis esetet vizsgált. A *O*-csoport látszik disponálnak, de az esetek számát nem tartja elégségesnek, észlelésének jelentőségét nem tulajdonít.

*Mironesko* és *Stefanov* román szerzők fertőző betegségek (kanyaró, szamárköhögés, vörheny, hasihagyomány) vizsgálták a véresejtesoportot; eseteik száma igen kevés, észlelésük szerint nincsen különbség a fertőző betegek és normalis egyének véresejtesoporteloszlása között.

*Warnowszky* annyira megy a véresejtesoport és betegség-



gek közti összefüggések értékelésében, hogy állítólag 80%-ban előre meg tudja mondani a külső és psychikus vonásokból, hogy milyen véresoporthoz tartozik az egyén. Felsorolja, hogy az egyes csoportoknál milyen betegségek szoktak előfordulni. Adatainak nem adhatunk hitelt, mert olyan kórformákról is beszél, melyekből egy-kettőnél több nem igen állhatott rendelkezésére (Raynaud-kór, ergotinmérgezés, Addison-kór, köszvény, Strümpel, Bechterew-kór, chlorosis, dystrophia, musculorum progressiva stb.).

Az isohaemagglutinatio tüneténye aránylag nem régen ismeretes és az alaptörvényszerűségek felkutatása révén a véresejtsoportmeghatározás bizonyos területen máris a gyakorlóorvos nélkülözhetetlen segédeszközévé lett. Ilyen terület a vértransfusio. Ha vértransfuziót akarunk végezni, a vértadó egyén kiválasztásának pontos véresejtsoportmeghatározások alapján kell történnie. Ismerve az egyes csoportok agglutinogen-agglutinin viszonyait és figyelmen kívül hagyva a vértadó savóját, tekintettel arra, hogy ez a vértelfogadó vérpályájában tetemes felhígulást szenved és így számításba nem veendő, az azonos típushoz tartozó egyéneken kívül bárkinek vért adhat a O-typusú egyén (Universalspender) és vért bárkitől efogadhat az AB-typusú ember (Universalempfanenger). A O-typus agglutinogent, az AB agglutintint nem tartalmaz.

A véresejtsoportmeghatározások másik gyakorlati jelentőséggel bíró területe a törvényszéki orvostan keretébe tartozik. Jól használható segédeszköz gyilkossági ügyekben a vérnyomok típusának meghatározása révén. Másrészt a véresoporthoz tartozó viszonyainak tisztázása folytán, néha bizonytalan apaság felderítésének egyes válogatott eseteiben is felhasználható.

Már említettük a véresejtsoportvizsgálatok jelentőségét a fajbiológiában. A véresejtsoportmeghatározás jelentősége ezen a három ponton, azaz vértransfusionál, törvényszéki orvostanban és fajbiológiában eléggé tisztázottnak mondható. Annál nagyobb a homály, mint az irodalmi adatok ismertetéséből kiténik, a vértypus és betegségekre való hajlam közötti összefüggések, esetleg fennálló törvényszerűségek tekintetében.

Hangsúlyoznunk kell, hogy csak esetleges összefüggésről van szó, mert a tudomány mai állása inkább a két factor teljes függetlenségét látszik igazolni. Az e téren fennálló bizonytalanság nagyrészt két okra vezethető vissza.

Első ok a helytelen methodika. A helyes methodikával részletesen foglalkoznak *Lattes* és *Schiff* monographiái, így csak érintjük azokat a legfontosabb körülményeket, melyeknek figyelmen kívül hagyása a leggyakrabban előforduló hibaforrás. Ilyenek: gyenge titerű, túlhosszú ideig állott, hígítatlan savók használata, teljes vérrel való dolgozás, továbbá a leolvasásban történő hibák gyenge savó folytán hiányos agglutinatio fel nem ismerése és a pseudoagglutinatio meg nem különböztetése a valódi agglutinatiótól.

Másik ok a kutatás hiányos volta. A szerzők legnagyobb része a kérdés természetéhez mérten aránylag igen csekély számú vizsgálatokról számol be és ennek a következménye az, hogy a conclusiók homlokegyenest különböznek egymástól. Ha ezen a téren is, úgy, mint a fajok véresejtsoportvizsgálatánál, az esetek tízezreiből következtethetünk, talán végre tisztázódik ez a kérdés. Addig is szükséges — természetesen jó methodikával — minél többet vizsgálni és a különböző szerzők adatainak összességéből a törvényszerűségeket leolvasni.

Saját vizsgálataink 1100 egyénre vonatkoznak; tudjuk, hogy ez a szám sem nagy, más szerzők adataihoz

hozzájárulva, talán része lehet abban, hogy a homályos kérdésre kielégítő választ nyerhessünk. Vizsgálataink eredményét ezért közlésre érdemesnek tartottuk.

Vizsgálataink túlnyomórésztben a székesfőváros telepiutcai közpórházában végeztük, a beteganyag készsége rendelkezésére bocsátásáért és vizsgálataink támogatásáért ezúttal is köszönetet mondunk az osztály akkori főorvosának, *Bence Gyula dr.* professor úrnak.

A typusmeghatározáshoz eleinte a bécsi serumtherapiai intézet gyártotta savókat használtuk, természetesen a címkére nyomtatott lejáratú időn belül. Csakhamar saját készítésű savókra tértünk át, melyek lázas fertőző betegséget kiállott betegektől származtak, tehát magas agglutinintartalmuk volt. Mielőtt valamely savót végleg osztályoztunk volna, vele kb. 25—30 párhuzamos vizsgálatot végeztünk a bécsi savókkal, a konzerválásra 1:700 hígítású trypaflavin oldatból köbcentiméterenként egy cseppet adtunk savóinkhoz. A következőkben az így megbízhatóan talált savókhöz hasonlítottuk az újonnan használatra szánt savót. A savókat jégszekrényben tartva hónapokig jól voltak használhatók. Hígításos methodussal dolgoztunk és minden meghatározás legálább kétféle savóval történt, csak a párhuzamosak egyezése esetén fogadtuk el érvényesnek a leolvasást.

Vizsgálat alá vettünk 200 gümőkóros, 200 carcinomás, 100 polyarthritises, 46 lueses, 50 érelmeszesedéses, 100 fertőző és 254 különféle más betegségben szenvedő egyént. Kontrollképen 150 normalis egyén véresejtsoportját is megvizsgáltuk. „A különféle más betegségek” csoportjában szerepel: neurasthenia, hysteria, epilepsia, pleuritis, diabetes, nephritis, cholelithiasis stb. Az egyes kórformákból kb. 10—20-as csoportok kerültek vizsgálat alá. Számuk csekélysége miatt semmiesetre sem véltük alkalmasnak arra, hogy ebből az illető kórképre bármilyen következtetést vonjunk. Ezért ezeket összefoglalóan tárgyaljuk. Észleléseinkről áttekinthető képet nyújt az alábbi II. számú táblázat.

2. táblázat.

Betegség	Esetek száma	Véresoporthoz %				Index A+AB B+AB
		O	A	B	AB	
Normalis	150	26.3	44.3	20.7	8.6	1.8
Tuberculosis	200	29	41	19.5	10.5	1.7
Carcinoma	200	28.5	41	22	8.5	1.6
Polyarthritises Endocard.	100	22	45	23	9	1.7
Lues	46	28.5	42.8	19	9.5	1.8
Arterioskler.	50	26	46	18	10	2.0
Fert. bts.-ek.	100	31	42	18	9	1.9
Különféle	254	31.8	41.7	19.2	7.4	1.8
Összesen	1100					

Mint a táblázat mutatja, a O-csoport normalis egyéneknél 26.3%-ban fordul elő; gümőkórnál 29%, ráknál 28.5%, sokizületű lóbnál és szívbelhártyalóbnál 22%, bujakórnál 28.5%, érelmeszesedésnél 26%, fertőző betegségekben 31%, továbbá különféle kórképeknél 31.8% a O-csoportúak száma. Mint a fenti számokból kiténik, a O-csoportnál a maximalis eltérés fölfelé 5.5, lefelé 4.3%.

Az A-csoport normalis egyéneknél 44.3%-ban fordult elő, a felsorolt betegségekben a fenti sorrendben: 41%, 41%, 45%, 42.8%, 46%, 42%, 41.7%. Tehát az eltérés maximuma fölfelé mindössze 1.7%, lefelé 3.3%.

A B-csoport normalisan 20.7%. Az egyes betegségekben, az említett sorrendben: 19.5, 22, 23, 19, 18, 18, 19.2%. Fölfelé maximalisan 2.3, lefelé 2.7% az eltérés.

Az AB-csoport normalisan 8.6%-ban fordul elő.



A vizsgált betegeknek 7·4–10·5, tehát a különbség felfelé legfeljebb 1·9, lefelé 1·2%.

Hogy a nyert értékek egyezésére, illetve különbözősére vonatkozólag egyszerű összehasonlítási alapot nyerjünk, minden vizsgálati sorozatnál meghatároztuk az A- és B-receptorok egymáshoz való viszonyát, miként azt *Hirsfeldék* ajánlották a fajok vizsgálatánál (bio-chemiai fajindex), szerintük az index 
$$= \frac{A + AB}{B + AB}$$

Vizsgálataink szerint az index normalisan 1·8, betegségeknek 1·7, 1·6, 1·7, 1·8, 2, 1·9, 1·8; az eltérés tehát rendkívül csekélynek mondható:  $\pm 0\cdot2$ . Ezt a különbséget is csak két csoportnál találtuk, az átlagos differencia mindössze  $\pm 0\cdot1$  volt.

Vizsgálataink tehát azt mutatják, hogy a csoportok százaléka az egyes betegségeknek a normalistól alig tér el, még inkább a O-csoportnál van ingadozás, de az összehasonlítással kiszámított index még így is igen csekély eltérést mutat. Ezen csekély ingadozás bőséges magyarázatot nyer, ha figyelembe vesszük azt, hogy csak 333 olyan beteg került vizsgálatra, akiknél felmélőleg két generációra ki tudtuk mutatni a tiszta magyar eredetet, a beteganyag oroszánrészenek származása bizonytalan, vagy biztonsággal kevert volt. Szép számmal akadtak közöttük tisztán németek, csehek, tótok, oroszok stb. Ha még tekintetbe vesszük azon körülményt is, hogy a vizsgálatok nem túlnagy száma is szerepet játszhat kisebb ingadozások létrejöttében, ezen igen csekély eltéréstől semmi okunk sem lehet arra következtetni, hogy a vizsgált betegségek bármelyikénél bizonyos csoportnak a jelentősége lenne és így azon szerzők mellé kell állanunk, akik a vércsoportot semmiféle betegségre sem tekintik hajlamosító factornak. Bár vizsgálataink nagyobb számban csak tuberculosis, carcinoma, polyarthritus, lues, arteriosclerosis és fertőző betegségekre vonatkoznak, azon körülmények folytán, hogy 254, teljesen különböző betegségekben szenvedő egyén vérséjteloszlása is összhangban áll a felsorolt betegségeknek és normalis egyéneknek talált értékekkel, azt kell mondanunk, hogy valamely vérséjtcsoporthoz való tartozás mindenféle betegségtől független tulajdonsága szervezetünknek. Lehet, hogy a diphtheriaérzékenység együtt öröklődik a vértypussal, lehet, hogy a haemophilia egy családban az azonos típusúakat éri; lehet, hogy egy serologiai phaenomen, mint pl. a Wassermann-reactio viszonylag gyors negatívvá válása függvénye a vértypusnak; azonban mindenki megkaphatja a diphteriát, bárkinél felléphet a haemophiliás tünetcsoport, bármiféle typushoz tartozék is és nincsen olyan typos, amelyhez tartozás bizonyos fokban kiváltságossá tenné tulajdonosát a lueses fertőzéssel szemben.

A 3. számú táblázat összehasonlítónan feltünteteti *Holló és Lénárd*, valamint saját 200 gümőkóros betegnek talált észlelésünket.

3. táblázat.

Betegség	Esetek száma	Vércsoport %				Index	Szerző
		A B	A	B	O		
Tbc.	200	5·5	42·5	21	31	1·8	Holló és Lénárd
Tbc.	200	10·5	41	19·5	29	1·7	Forró és Gajzágó

A kétféle észlelet, mint látható, igen jól egyezik egymással. *Holló és Lénárd* az A- és B-csoportot mindössze 1½%-kal találták gyakoribbnak, mint mi. A O-csoporthoz nálunk 2%-kal több gümőkóros egyén tartozott. Adataik alapján az index 1·8, a mi észlelésünk szerint 1·7,

tehát eltérés alig van, bár szerintünk 5·5% saját vizsgálataink szerint 10·5% az AB-csoportoz tartozók száma. *Holló és Lénárd* egy kissé alacsony százalékot találtak. Mi az egyes betegségeknek — középértéket véve — 9% körül találtuk az AB-csoportú egyéneket, ehhez közel esnek *Verzár* és *Weszeckzy* adatai is, amint azt a 4. táblázat feltünteti. A kétféle észlelés egybehangzó adatai jól alátámasztják azon következtetésünket, hogy mivel gümőkóros betegek között a vérséjtcsoport eloszlása közel egyezik a normalis egyéneknek talált értékekkel, egyik csoportot sem tekinthetjük a tuberculosisra hajlamosító constitutionalis factornak. Vizsgálatainkat az egyes betegségeknek többször is megismételtük a betegség különböző stadiumában, valamint a gyógyulás után; egyetlen egy esetben sem észleltük a typos megváltozását. 100 polyarthritises betegünknek *Surányi* és *Forró* vérből tenyésztési kísérleteket végzett a betegség különböző szakában; a positiv vérelet negatívvá válása esetében minden esetben újra meghatároztuk a vércsoportot, de ennek megváltozását nem észleltük.

Anyagunk nagy részét nem szerint is csoportosítottuk. Mint a 4. táblázat mutatja, vizsgálataink 400 férfi és 600 nőbetegre vonatkoznak. Minthogy egészséges és beteg ember vérséjteloszlása között különbséget felderíteni nem tudunk, a nemszerinti összeállításban a teljes anyag, egészségesek és betegek egyaránt résztvesznek. Minthogy a két sorozatban 15–28-as különbségek vannak az egyes csoportok között, az indexkülönbség pedig 0·2, mi is megerősíthetjük azon általánosan elfogadott tényt, hogy a nemi különbség nem játszik szerepet a vércsoporteloszlásban.

4. táblázat.

Nem	Esetek száma	Vércsoport %				Index
		AB	A	B	O	
Férfi	400	11	47	18	24	2·0
Nő	600	8·5	44·8	20·8	25·7	1·8

A betegeket pontosan kikérdeztük származásukra vonatkozólag; 333 olyan betegünk volt, akiknek nagyszülei is biztosan a tiszta magyar fajhoz tartoztak. Ez a beteganyag az ország minden részéből származott. Az 5. táblázatunkban összehasonlító képet adunk saját, valamint *Verzár* és *Weszeckzy*nek a debreceni magyaroknál talált adatairól.

5. táblázat.

Faj	Esetek száma	Vércsoport %				Bio-chemiai fajindex	Szerző
		AB	A	B	O		
Debreceni magyar	1500	12·2	38	18·8	31	1·6	Verzár és Weszeckzy Forró és Gajzágó
Vegyes magyar	333	9·9	42·6	19·5	27·9	1·8	

Mint 5. táblázatunkból kitűnik, fajbiológiai vizsgálataink jól egyeznek *Verzár* és *Weszeckzy* idevágó adataival; úgy látszik tehát, hogy utóbbiak, amelyek a magyarság egy izolált részére vonatkoznak, általános érvényűek, minthogy dacára annak, hogy beteganyagunk az összmagyarságból került ki, a két számsor közel egybehangzó adatokat tartalmaz és az indexek sem mutatnak jelentékeny eltérést.

#### Összefoglalás.

1. A vérséjtcsoport az egyén öröklődő, individualis sajátja, mely az élet folyamán qualitative sohasem változik meg, csak az agglutinatio intensitása erősödhet, illetve gyöngülhet.



2. A véresejtsoport a nem befolyással nincsen.

3. A véresejtsoportvizsgálatoknak gyakorlati jelentőségük van: a transfúziók végzésénél, a törvényszéki orvostanban és a fajbiológiában.

4. Amennyire ismeretes, a véresejtsoportvizsgálatok jelentősége a 3. pontban elsorolt területeken, annyira ellentmondó a szerzők tapasztalata a véresejtsoport és betegségekre való hajlamosság tekintetében.

5. 1100 egyéneken végzett véresejtsoportmeghatározásunk a véresejtsoport és betegségekre való hajlam függetlenségét igazolja.

6. *Verzár* és *Weszeckzy* a debreceni magyaroknál 1:6, mi a nem izolált magyarságnál 1:8-es biochemiai fajindexet találtak, tehát a különböző területeken élő magyarságnál is az index kb. egyezik egymással.

**Irodalom:** *Alperin:* Kongresszentrabl. 1927. 46. — *Amsel és Halber:* Zeitschr. f. Inn. Forschung. 1925. 42. köt. 89. l. — *Connerth O.:* Zschr. f. Tbe. 1927. 48. sz. — *Gundel:* Kl. Wo. 1927. 36. sz. — *Hermanns és Kronberg:* M. Med. Wo. 1927. 967. old. — *Hirszfeld:* Kl. Wo. 1924. 26. és 46. sz. — *Hirszfeld: L. és H. és Brokman:* Kl. Wo. 1924. 29. sz. — *Holló és Lénárd:* Gyógyászat, 1926. 41. sz. — *Johannsen:* Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. 1925. 92. k. — *Kallabis:* Beitr. zur Klinik der Tbe. 1927. 66. k. — *Landsteiner:* W. Kl. Wo. 1901. — *Mironesko és Stefanov:* Cpt. rend. etc. 1926. 95. k. — *Moritsch:* W. Kl. Wo. 1927. 29. sz. — *Poehlmann:* M. Med. Wo. 1927. 1180. l. — *Schiff:* Die Technik der Blutuntersuchung. 1926. — *Schneider:* Kl. Wo. 1925. 2385. l. — *Proschér és Arkusch:* Journal of nerv. 1927. 65. k. — *Verzár:* Klin. Wschr. 1922. 19. szám. — *Verzár és Weszeckzy:* Biochem. Zschr. 1921. 33. szám. — *Warnowszky:* M. Med. Wo. 1927. 1758. l. — *Wethmar:* Kl. Wo. 1927. 41. sz. — *Wendelberger:* W. Kl. Wo. 1927. 11. sz. — *Weichmann és Paal:* Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 154. k. 5–6. füz. — *Weichmann és Hermann:* M. Med. Wo. 1927. 7. sz. — *Wiechowski:* Kl. Wo. 1927. 4. sz.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. egyetemi ny. r. tanár).

### Adrenalin-érzékenységi vizsgálatok parametritis posteriornál.\*

Írta: *Raisz Dezső dr.* egyetemi tanársegéd.

A parametritis posterior kórképével, annak kóreredetével először *Schultze* foglalkozott 1876-ban. Klinikai megfigyeléseit, amelyek szerint a betegség lényege a sacrouterinalis szalagokban lezajló gyulladás, illetőleg annak következményei, *Ziegenspek* boncolt anyagon is megerősítette. A kórképről való ismereteink még inkább kibővültek *Freund* vizsgálataival által, aki kimutatta, hogy hevenygyulladásból származó, idült parametritiseken kívül, vannak már ab ovo chronikusan, exsudatum nélkül kifejlődők, amelyek éppúgy elhagadásához, megrövidüléshez vezethetnek, mint az előbbieket. Ezen nem egyszer már virgónál is található elváltozás rendszerint koprostasis nyomán támad, kis bélnyálkahártyaberepedésekből tovaterjedő infectio nyomán, de a hüvely, a portio gyulladásos betegségeihez is csatlakozhat. *Küstner* gyakran látta cervix gonorrhoeával kapcsolatban s ugyancsak ő volt az, aki figyelmeztetett arra, hogy e név alatt ismert kórkép lényegét nem a szalagokban, hanem a méh környezetében, a hashártyán lezajlott gyulladás következményei, perimetritikus összenövések képezik. Habár a megbetegedés helyét illetően a kettő között lényeges az eltérés, a gyulladásos eredetben megegyeznek.

Merőben ellentétben áll ezzel a felfogással *Opitz*, aki 1922-ben megjelent közleményében egészen más utakon keresi a betegség kórokat. Klinikai megfigyelései

alapján ugyanis arra a következtetésre jutott, hogy az esetek nagy részében a gyulladásnak a tünetek előidéző okai között semmi szerepe nincs, a folyamat, amely azokat előidézi, nem is a sacrouteri-szalagok kötőszövetében, hanem simaizomelemeiben folyik le s azoknak spastikus összehúzódását okozzák a parametritis posterior ismert tüneteit. E spasmusok sokszor psychogen eredetűek, rövidebb tartamúak, de nem egyszer állandósulnak, vagy rövidebb időközökben gyakran ismétlődve előidézhetik mindazon kórbontani elváltozásokat, amelyeket a gyulladás, nevezetesen sklerotizálódást, megvastagodást, rövidülést, atrophíát. Kezelés céljára ajánlja az atropint és a novocaint 1/2%-os parasacralis injectio alakjában.

Cikkének megjelenése után nemsokára *Bischoff* közölte hasonló megfigyeléseit s amikor ezen kórképre a „spasmophylia genitalis“ elnevezést ajánlotta, főleg azon észlelésére támaszkodott, hogy a jól kitapintható, feszülő szalagok narkosis alatt teljesen ellazulnak. E megfigyelésével nagy mértékben támogatta *Opitz* felfogását, különösen *Sellheim* azon ellenvetésével szemben, hogy a hasiműtétek alatt tett megfigyelés nem lehet irányadó a szalagok állapotát illetően, mert azok megvastagodott állapotukban inkább a hüvely felé domborodnak elő. *Bischoff* a szalagok feszülését, majd narkosis alatt ellazulását egyaránt a hüvely felől állapította meg.

*Rubcska* novocainnak episacralis injiciálására a szalagok feszülésének megszűnését észlelte s ezért teljes mértékben csatlakozik *Opitz* felfogásához s e kórképre a „spasmodynia sacrouterina“ elnevezést ajánlotta. Nézete szerint ha az elváltozások gyulladásos eredetűek volnának, az episacralis injectio hatására csak a fájdalmak szűnnének meg, a szalagok feszülése tovább is megmaradna. *Nürnberg* a parasacralis novocain injectio fájdalomcsillapító hatásának döntő jelentőségét sem ismeri el, valamint *Novák* sem, aki hasonló eredményt látott konyhasóinfúzió után is.

Határozottan ellenzi *Opitz* felfogását *Bröse*, aki csakis a gyulladásos eredetet ismeri el. Hasonlóképpen *Sellheim*, *Thies* és a spanyol *Aza* is.

E kérdésben a legszélsőségesebb irányt talán *Mathes* képviseli, aki gyulladásos eredetűnek csakis szüléshez és cervixsérülésekhez társuló phlegmonosus vagy abscedáló parametritiseket ismer el, de azt a parametritis posterior kóroktanából teljesen kizárja. Szerinte a tömöttebb, érzékenyebb s a vizsgálat alatt az elastikus rostok összehúzódása által rövidebb Douglas-redő, az astheniás-hypoplasiás constitutio jellegzetes ismertető sajátossága.

E szélsőséges felfogások között *Heinsius* halad a középúton, amikor egyrészt elismeri a betegség gyulladásos eredetét s azt tartja, hogy a Douglas-redők dús ideghálózatuk miatt rendkívül érzékenyek lévén, már oly kisfokú gyulladás is súlyos tüneteket okozhat, amelyeket laparotomia alatt észre sem lehet venni. Másrészt azonban, az esetek egy részére, részben elfogadja *Opitz* nézetét, sőt úgy látszik, a betegség valódi okára ő mutat rá helyesen, amikor nem a simaizmok, hanem a vegetatív idegrendszer túlérzékenységében keresi azt.

Már maga *Opitz* is utalt arra, hogy vegetatív neurosisban szenvedőknél különösen gyakori e kórkép s az atropinnak, ennek a kifejezetten parasymphatikotrop szernek ilyen esetekben kedvező hatása határozottan vagotoniára utal. De vegetatív idegrendszeri vizsgálatok tudommal parametritis posteriorban szenvedő betegeknel mindezideig még nem történtek s az atropin kedvező hatása is legfeljebb post hoc ergo propter hoc bizonyítást jelent.

E kérdést vizsgálva, a klinikán 10 év alatt kezelt 152 parametritis között lévő 37 parametritis posterioros beteg fejlapjának adatait e célra nem használhattam,

\* Előadta a Gyn. szakosztály 1929. jan. 24-i ülésén.



részben mert ezek kifejezetten gyulladáso eredetűek voltak, részben pedig azért, mert a kórelzözmény felvétele azokban csak a szokásos módon történvén, a legtöbb, itt igen fontos kérdésre nem adnak kellő felvilágosítást. Ezért a járóbetegrendelés anyagából válogattam ki a megfelelő betegeket, akiknél a részletes anamnesis, az általános, a genitális és a vegetatívrendszeri vizsgálat eredményeit összevetve, igyekeztem megállapítani azt, hogy fennáll-e ezek között valamely törvényszerű congruentia? Ilyen irányú vizsgálatokat már 1925—26-ban is végeztem s azoknak számát most 30-ra egészítettem ki (1925—26-ban végzett vizsgálataim eredményeit akkor külső okokból nem közöltem).

A járóbetegrendelésen megfordultak közül azokat válogattam ki, akiknél hát- és keresztcsonttáji fájdalmak mellett a sacrouterinális szalagok feszülésén és tapintásra fájdalmas voltán kívül semmi, sem az anamnesisben, sem pedig objectiv vizsgálattal megállapítható gyulladás a lehetőségig kizártan a multban sem fordult elő.

Harmine beteg anamnesiséből fontosnak tartom kimemelni a következőket: Nagyobb része (18) főleg a menstruatio előtti időben jelentkező puffadság, teltség érzéséről panaszkodott. Ugyancsak a nagyobb rész tett említést arról is, hogy hamar és erős mértékben elpirul. Csaknem valamennyi panaszában előfordult, hogy a keze és lába gyakran hideg, nyirkos. A 30 közül 4 virgo, 16 egyszer vagy többször szült, a többi nullipara volt. A menstruatiót illetőleg a 4 virgo, a nulliparák közül 8 s a már szültek közül 5 kínzó dysmenorrhoeáról panaszkodott. A menstruatio első napján jelentkező enyhébb görcsöket csaknem valamennyi említett, 6 gyakran ismétlődő kolikaszerű fájdalmat is panaszolt, 21-nek volt felyása, a 3 virgónak s a többi közül 10-nek vaginalis eredetű.

A sexualis életre vonatkozóan a 30 közül 21 coitus interrupust, 6 masturbatiót vallott be, A 21 közül 7 frigidának mondta magát, ezzel szemben fokozott libidót csak kettő, míg dyspareuniát 8, a cohabitatio alatti fájdalmakat 4 említett.

Valamennyi kisebb-nagyobb fokban obstipált. Mind-egyiknél erős dermatographismust, alacsonyabb vérnyomást és mérsékelt bradycardiát találtam. Mindezen tünetek között a vagotonia és sympathicotonia stigmái egyaránt elfordulnak, mint ahogy valóban tisztán vagotoniás vagy sympathicotoniás egyén nincs is. Ezekből tehát bizonyossággal az egyik vagy másik túlsúlyára nem igen lehet következtetni.

Kifejezetten astheniás-hypoplasiás típusú volt 4 (6676, 6674, 6888/1925, 281/1926 amb. szám), 3 asszonynál erősen érzékeny volt az aepndix tája, 7-nek jobboldali vándorvesége volt.

Kombinált vizsgálattal kisebbnek, erősebben anteflektáltak találtam a méhét 9 betegnek, retractiót azonban csak 3-nál tudtam megállapítani. Fontosnak tartom itt azon megfigyelésemet felemlíteni, hogy egyeseknél, számszerint 5-nél, az először megejtett vizsgálat alatt kifejezetten tapintható sacrouterin-szalagok, a közvetlenül azután végzett második vizsgálat alkalmával, amelynél a beteg figyelmét beszélgetéssel sikerült elterelni, azok már nem voltak oly tisztán érezhetők. Kétségtelen, hogy ezeknél a vizsgálattól való félelem, tehát pszichikus tényező volt a kiváltó ok. A legnagyobb valószínűséggel feltehető ennek alapján, hogy ugyanilyen következménye lehet a félelmen kívül más lelki behatásoknak is. Tanácsosnak vélném ezt az egymásutáni kétszeres vizsgálatot arra gyanus esetben minden alkalommal elvégezni, mert így sokszor narkosis nélkül is eldölhet a parametritis post. gyulladáso eredetének kérdése. Természetesen a vizsgálatnak kíméletesnek kell lenni, a durva tapintás ismét-

telten, sőt fokozottabban is kiválthatja a szalagok contracturáját.

25 esetben végeztem adrenalinérzékenységi vizsgálatot, pontosan Csépai előírása szerint járva el, 0,01, illetőleg 0,02 mg adrenalin i. v. injectio után figyeltem a vérnyomás változását, amely egyetlen esetben sem haladta meg a 30 cm-t, illetőleg 0,02 mg után az 50-et, leg-többször 20 cm körül mozgott s csak 2 esetben tartott az 2 percnél tovább, de ezen esetekben is a normalis felső határértékén alul maradt. A Csépai által felállított normák alapján eszerint a vizsgált asszonyok mind sympathico hypo-, tehát *vagotoniások* voltak. Ezzel szemben 20. különféle nőbetegségben szenvedő asszony közül 11 volt sympathicohypertoniás, 6-nál normalis értéket kaptam s csak 3-nál volt csökkent az adrenalinérzékenység. A parametritis posteriornak kimutatható gyulladás nélkül fennálló tünetei s a vagotonia nem lehet tehát csak véletlen taláلكozás, a kettő között okozati összefüggésnek kell lenni. E megállapítás nem újkeletű, de az adrenalinérzékenységi vizsgálatok eredménye az eddigi feltevéseknek positiv alapot adott. E mellett kétségtelen, hogy parametritis posterior gyulladáso alapon is támadhat, sőt úgy vélem, hogy a legnagyobb része valóban ilyen eredetű, de kétségtelennek látszik az is, hogy enélkül tisztán vagotoniás alapon hasonló tünetek állhatnak elő. De ezen vizsgálatok eredményei szerint jogosnak látszik az a kikötés, hogy csakis azon esetek sorolhatók ide, akiknél gyulladáso megbetegedés kizárása mellett csökkent adrenalinérzékenység áll fenn. Bár igaz, hogy a vagotonia és sympathicotonia nem határolható el egymástól oly élesen, mint ahogy azt *Epinger és Hess* gondolták, mégis kétségtelen, hogy — *Fekete* szavait idézve — „vannak constitutionalis eltérések a vegetativ idegrendszer egyes alkotórészeinek ingerlékenységében, amelyek időnként és egyes szervcsoportok határain belül nyilatkoznak meg“. Ide vélem sorolhatónak a parametritis posterior ezen eseteit.

A parametritis post. kezelésében sem a parasacralis, sem az episacralis novocain injectio hatásáról közvetlen tapasztalásunk nincsen. Általánosan elismert az atropin fájdalomcsillapító hatása; ez volt egyik bizonyíték is azoknak spastikus eredete mellett. Én úgy tapasztaltam, hogy annak hatása igen hamar múló, maradandó eredményt tőle nem lehet várni. A calcium hosszas szedésétől talán tartósabbnak mondható javulást láttam, de igazi gyógyulásról csak azoknál számolhatok be, akiknek egész életkörülményük megváltozott. E szempontból igen értékesnek tartom *Sz. K.* (6930—1925. amb. szám) kórtörténetét. A 23 éves nulliparánál, atropin-, calcium-, sósfürdők, tamponkezelés ellenére a kínzó keresztcsonttáji fájdalmak másfél esztendeig változatlanul fennállottak. Ekkor tabetikus impotens ura meghalván, újra férjhez ment s jó anyagi viszonyok közé került. Ezzel egyidőben panaszai is csaknem egyszerre megszűntek. Ha ez szép példa is a kórkép neurotikus eredetére, viszont kétségessé teszi *Opitz* azon állítását, hogy hosszú ideig fennállott spasmusok maradandó elváltozásokat okozhatnak a szalagokban.

Az 1925—26-ban vizsgáltak közül kérdőleveleinkre válaszolt, vagy utánvizsgálatra jelentkezett 16. Ezek közül 3-nak a lelete nem volt értékesíthető, mert időközben vetéltek, vagy valaminő genitális betegségen estek át. Az így maradt 13-ból az előbb említetten kívül teljesen panaszmentes volt még 3. Ezek egy kivételével a dysmenorrhoeából is gyógyultnak mondták magukat. Kombinált vizsgálattal a genitáliák normalis képet adtak, a ligamentumok nem voltak kitapinthatók, de kissé érzékenyeknek bizonyultak. A gyógyulásban az atropinnak vagy a calciumnak nagy szerepet tulajdonítani nem mernék, mert azokat aránylag csak rövid ideig szedték.



Egy időközben appendektomián esett át, gyógyulása, úgy látszik, ezzel van összefüggésben. Erdemesnek tartom ezek közül még felemlíteni *F. Zs.* (6682. amb. szám) esetét is, akit 1925-ben még leánykorában vizsgáltam s aki azóta férjhez ment s bár dysmenorrhoeája s fluorja még most is fennáll, de deréktáji fájdalmai teljesen megszűntek. Ez azok közül való, aki annakidején masturbatiót cencedált s most bemondása szerint normalis nemi életet él. Egy kisebb mértékben javult, a többinek az állapota teljesen változatlan.

A négy gyógyultnál most újra elvégezve az adrenalinérzékenységi vizsgálatot, az előbbtől semmiben sem különböző értékeket kaptam. Ez azonban nem szólhat a vagotonia kóroktani jelentősége ellen, mint ahogy nem minden vagotoniás asszony egyúttal parametritis posteriorban szenvedő beteg is. A parasymphaticotonia a betegség sine qua non-ja, de csak egy készségi állapotot jelent, amely alapon különféle somatikus, de sokszor jelentéktelennek látszó, vagy fel sem deríthető lelki hatások váltják ki a kórképet.

#### Összefoglalás.

I. A parametritis posterior az esetek nagyobb részében gyulladással eredetű. Klinikánkon kezelt 37 ilyen betegnek gyulladásra utaló egyéb tünete is volt.

II. Az esetek egy kis részénél gyulladásra utaló adatok a kórelőzményben nem fordulnak elő. Ezeknél a vegetatív idegrendszer egyensúlyzavara áll fenn, ezek vagotoniások.

III. A vagotonia a kórkép előidézéséhez egymagában nem elegendő, de létrejöttének alapfeltétele.

IV. A kiváltó ok lehet mechanikus, psychikus, igen sokszor a sexualis élet különféle zavaraiban rejlik.

V. A gyógyítás e szerint irányítandó. Az atropintól és calciumtól tartós eredményt nem lehet várni.

VI. Ezeknek a gyulladással eredetű parametritis posteriorról való megkülönböztetése céljából a spasmodyphilia genitalis, vagy még inkább a spasmodyphilia sacro-uterina elnevezése jogosultnak látszik.

**Irodalom:** *Opitz:* Zbltt f. G. 1922, 40. — *Bischoff:* Monatschr. f. G. LXI. — *Csépai:* Orvosképzés, 1924, D. M. W. 1921., W. kl. W. 1921. — *Heinsius:* Monatschr. f. G. LXV. — *Rubcska:* Zbltt f. G. 1925, 2. sz. — *Broese:* Zbltt. f. G. 1923, 7. sz. — *Kehrer:* Zbltt. f. G. 1922, 30. sz. — *Nürnberg:* Zbltt. f. G. 1920, 44. sz. — *Novák:* Zbltt. f. G. 1921, 2. sz. — *Wagner:* Zbltt. f. G. 1922, 30. — *Schultze:* Archiv f. G. VIII. — *Krebs:* Monatschr. f. G. LXIX. — *Condamine:* Rev. Fr. d. G. e. O. 1926. — *Veil:* D. M. W. 1924, 16—17. — *Dresch:* Kl. W. 1924, 8. sz. — *Eppinger és Hess:* Die Vagotomie. Zeitschr. f. kl. Med. LXVII—LXVIII. — *Ed. Martin,* Halban és Seitz kézikönyv. — *Hermann:* Halban és Seitz kézikönyv. — *Tauferer, Tóth:* Nőgyógyászat. — *Küstner:* Lehrbuch d. Gyn. — *Fekete:* A női nemzetség szervek működése.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyetemi ny. r. tanár).

### A gyomorfekély újabb sugaras kezelése.

Írták: *Kolta Erwin dr.* és *Dunay Beatrix dr.*

A gyomorfekély sugaras kezelésének jó eredményei ma már közismertek. Számos közlemény jelent már meg úgy a hazai, mint külföldi irodalomban, mely Röntgenbesugárzás után gyógyulásról számol be. Saját magunk is végeztünk ez irányban vizsgálatokat, melyek jó eredményeiről ugyan e helyen régebben számoltunk be. A sugaras kezelés hatásmechanismusára vonatkozólag azonban a vélemények nem egységesek. Legutóbbi vizsgálataink eredményeinek megbeszélése alkalmával annak a véleménynek adtunk kifejezést, hogy besugárzás után a bete-

gek vérenek actualis reakciója lúgos irányba tolódik el és így valószínű, hogy a szervezet reakciójának lúgossá válása által jön létre a gyomorfekély gyógyulása. Előbbi vizsgálatainkban azonban a gyomor tájkékát sugároztuk be és így eredményeink magyarázásánál a sugarak direct hatása nem volt kizárható, bár azt nem tartottuk valószínűnek. Hogy ezen feltevésünket bizonyíthassuk, olyan kísérleti berendezésre volt szükségünk, mely mellett a szervezet reakcióját a besugárzás útján alkalikusabbá tehetjük, anélkül, hogy a gyomrot, illetve a gyomortájékot a sugarak directe ériék, sőt secundaer sugaraknak a gyomorra való hatását is ki kell zárunk. Plynformán a törzs nem minden helye alkalmas a besugárzásra, mert nem szabad a sugarak hatásának kiténni a gyomrot környező szerveket sem (máj, lép stb.). E követelménynek leginkább megfelelnek a végtagok, amikor is a sugaraknak a gyomorra gyakorolt közvetlen hatását biztosan ki tudjuk kerülni. Felvehető volt tehát, hogy amennyiben ilyen besugárzás után eredményeink szintén jóknak bizonyulnak, úgy azok a sugarak általános hatásában lelik magyarázatukat.

Az általános hatások egyike, mely jól definiálható ismert hatás, a szervezet reakciójának megváltozása. A Röntgen-sugarak hatására, mint mások és saját vizsgálataink kimutatták, a szervezet lúgosabbá válik. Hogy mily nagy szerepet játszik a vér és szövetek reakciója a gyomorfekély pathogenesisében, arra *Bálint* vizsgálatai mutattak rá. Így önként adódott azon feltevés, hogy a Röntgen-sugaraknak a gyomorfekélyt kedvezően befolyásoló hatása éppen ezen általános hatásban keresendő.

Vizsgáltuk tehát, hogyan változik a fekélyes beteg állapota, ha a test indifferens helyét sugározzuk be. Vizsgáltuk ezzel kapcsolatban a betegek vérenek actualis reakcióját kezelés előtt, alatta és utána, valamint vizsgáltuk a betegek alkali-kiürítését is, amelynek eredményéből, mint *Bálint* vizsgálatai kimutatták és újabban *Sahm* vizsgálatai megerősítették, bizonyos feltételek mellett a szövetek reakciójára is következtetéseket vonhatunk.

Vizsgálatainkat következőképp végeztük: Röntgenvizsgálattal megállapított biztos gyomorfekélyben szenvedő betegeknél éhgyomorral meghatároztuk a vér actualis reakcióját és vizeletük reakcióját. A vér reakcióját a *Holló-Weisz* által kidolgozott methodikával, a vizeletét *Michaelis* és *Gyémántéval* végeztük. A vér és a vizelet hydrogenionconcentratio megállapítása után a betegnek 20 cm<sup>3</sup> 8% NaHCO<sub>3</sub> oldatot adtunk intravenásan. Két óra múlva ismét meghatároztuk a vizelet pH-ját. E vizsgálatnál az egészséges szervezet ezen idő alatt a bevitt alkali kiüríti, míg a savanyúbb szövetekkel bíró fekélybeteg szervezet azt visszatartja, a vizelet nem válik lúgosabbá, pH-ja alig változik, sőt még valamivel savanyúbbá is válhatik. Ezen vizsgálatok után elvégeztük a besugározást. A betegek combjának elülső és hátsó oldalán, az inguinalis hajlat alatt kb. 15 cm-rel mindkét oldalt külön-külön 10×10 cm-es mezőkben végeztük a besugározást. Tehát összesen négy mezőben sugároztuk be a betegeket, mindenkor gondos letakarással védve a környező szerveket (testis, ovarium). Három mm-es aluminiumszűrővel mezőnként ¼ bőr erythemaegységet adagoltunk. Azért választottuk az aluminium-szűrést, hogy lehetőség szerint felületes hatásokat érzünk el, mert ezek is biztosítják a vér pH-nak a besugárzás után fellépő, lúgos irány felé való eltolódását. Rendszerint négy egymást követő napon végeztük a besugárzásokat. Ezen négy besugárzásból álló turnust négy, nyole, tizenkét hét múlva megismételtük a szükséghez képest. Minden besugárzási turnus előtt és után újból meghatároztuk a betegek vérenek hydrogenionconcentrációját, azonkívül Röntgenátláthatással meggyőződünk a fekély állapotáról. Bete-



geink a kezelés egész tartama alatt diatétát nem tartottak, semmiféle gyógyszert nem kaptak. Csak egyes esetekben, ahol nagyobb vérzés ment előre, vontuk meg a betegektől a fűszeres és rostos ételeket kezelésük kezdetén. Később a betegek semmiféle diatétás megszorítással nem éltek.

Hosszabb időn keresztül 10 beteget figyeltünk meg. Ezenkívül több beteget kezeltünk, azonban ezeknél észlelésünk nem teljes, mert ambulánsan kezelve őket, közülük többen kimaradtak, miután a második besugárzásra már lényegesen javultan jöttek el, a harmadikra már nem jelentek meg. Tekintettel arra, hogy betegeink legnagyobb része a kezelés egész ideje alatt folytatta foglalkozását, valószínűnek kell tartani, hogy panaszai elmulásával nem akartak több időt munkájuktól elvonni, hogy ismét a kezelésnek alávéssék magukat. E feltevésünket levélbeli megkeresésünkre beérkezett válaszok igazolják. A hosszabb időn keresztül megfigyelt betegeink közül csak egynek állapotában nem állt be javulás, sőt rosszabbodás. E betegnél praepylorikusan elhelyezkedő fekélyt találtunk, mely a második besugárzásra már nem volt látható, a gyomor kiürülése ellenben rosszabbodott és a harmadik besugárzás előtti vizsgálatnál a contrastanyag bevitele után négy órával a beteg gyomrában találtuk a töltés felét. A beteg fekélyének gyógyulásával pyloruszűkület lépett fel és ez okozta állapotának rosszabbodását. A beteget sebészeti kezelésre utasítottuk, ahol is a megejtett műtét igazolta feltevésünk helyességét.

Ezen esetünkkel kapcsolatban már ehelyütt is megemlíttük, hogy a sugaras kezelés egyetlen contraindicációjának a pylorus körül elhelyezkedő fekélyeket tartjuk. Lehetséges, hogy sugaras kezelés hatása alatt a fekélyek hegesezése nagyobb mértékben lép fel, mint egyéb kezelések után és így a beteg fekélyének gyógyulása mellett inkább ki van téve pylorus stenosis veszélyének. Betegeink közül hat teljesen panaszmentessé vált a kezelés alatt, Röntgen-átvilágítással fekélyárnyékot kimutatni nem lehetett. Többi három betegünkönél, bár szintén teljesen panaszmentessé váltak, átvilágításkor csak a fekély lényeges kisebbedése volt kimutatható.

Eseteink közül helyszűke miatt csak öt beteg kórelőfordulását közöljük egész kivonatossan. És pedig az első három az objective és subjective gyógyultak közül való, a negyediknél a subjectív gyógyulás megvolt, csak Röntgen-vizsgálattal lehetett egy kis fekélyárnyékot kimutatni, az ötödik egyetlen rosszabbodott esetünk.

1. *T. Ferenc*, 65 éves földműves. Féléve étkezés után kb. 2 óráig tartó gyomorfájdalmak. Fogyott.

1926. X. 6. Benzidinreactio székben hatnapi húsmentes diéta után pozitív, próbareggeli 60 cm<sup>3</sup>, kp. emésztett gyomornedv, szabad HCl 15, összaciditás 40; Röntgen-átvilágítás: horog alakú, közepes tonusú, köldökig érő gyomor. A kis curvatura középső harmadának megfelelőleg fillérnyi fekélyárnyék, ugyanitt kifejezett, körülírt nyomási érzékenység. Vér pH = 7.57, vizelet pH soda-injectio előtt 5.68, utána 5.55.

X. 7. Besugárzás: jobb comb elölről,  
X. 8. " : jobb comb hátulról,  
X. 9. " : bal comb elölről,  
X. 10. " : bal comb hátulról, vér pH = 7.60, fájdalmi csökkentek.

X. 13. Vér pH = 7.63, benzidin-reactio székben negatív.

X. 20. Vér pH = 7.61, fájdalmi X. 16-tól megszűntek.

XI. 10. Jól érzi magát, fájdalmi nincsenek, mindent eszik, 2 kg-ot hízott. Vér pH = 7.59. Gyomor Röntgen-átvilágítással fekélyárnyék nem látható, a gyomor négy óra múlva üres.

XI. 11–14-ig besugárzás megismétlése.

XI. 15. Vér pH = 7.62.

XII. 11. A beteg panaszmentes, vér pH = 7.59, a gyomor-Röntgen-vizsgálat teljesen negatív. Vizelet pH soda-injectio előtt 5.56, utána 7.32.

A beteget kezelésünkből elbocsátjuk.

2. *Sz. Jánosné*, 31 éves, kb. egy éve gyomorpanaszai vannak, melyek három hónap óta főleg étkezés után görcsös jellegűek, hátának balfelébe sugároznak ki. Étvágytalan, obstipál.

1926. XII. 28. Probareggeli 50 cm<sup>3</sup>, erősen nyákos, szabad sósav 48, összaciditás 70. Röntgen-vizsgálat: horog alakú, igen jó tonusú, köldökig érő gyomor, peristaltika végig halad. A kis curvatura középső harmadában csaknem 20 fillérnyi fekélyárnyék. Nyomási érzékenység a fekélynek megfelelőleg, kis fokban diffuse gyomorárnyék-kon kívül.

1927. I. 3. Vér pH = 7.55, vizelet pH soda-injectio előtt 6.12, utána 6.18. Besugárzás jobb oldalt elöl.

I. 4–6-ig besugárzás folytatása.

I. 8. Vér pH = 7.63; fejfájás és gyomortáji fájdalomról panaszokodik.

I. 11. Vér pH = 7.62.

I. 18. Vér pH = 7.64; fájdalmi csökkentek, de étkezés után még fellépnek. Étvágya lényegesen javult.

II. 8. Hátába kisugárzó fájdalmi megszűntek, gyomortáji panaszai csökkentek. Fél kilót hízott. Vér pH = 7.63. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: horog alakú, jó tonusú, köldökig érő gyomor; fekélyárnyék nem látható. Nyomásérzékenység nincs, a gyomor négy óra múlva üres.

II. 8–11-ig besugárzás megismétlése.

III. 1. Vér pH = 7.65.

IV. 9. Gyomorpanaszai nincsenek, két és fél kilót hízott, jól érzi magát, mindent eszik (naponta sört iszik). Vér pH = 7.64. Gyomor-Röntgen-vizsgálat negatív.

IV. 10. Vizelet pH soda-injectio előtt 7.18, utána 7.46. A beteget kezelésünkből elbocsátjuk.

3. *M. Jánosné*, 49 éves, két év óta időnként gyomorpanaszai vannak, négy hete étkezéstől függetlenül intenzív gyomortáji nyomófájdalmak. Panaszai mozgásra fokozódnak.

1927. II. 20. Probareggeli: kp. emésztett, 40 cm<sup>3</sup>, szabad sósav 13, összaciditás 30; gyomor-Röntgen-vizsgálat: horog alakú, csökkent tonusú, két ujjal a köldök alá érő gyomor. A kis curvatura első harmadában babnyi fekélyárnyék, ugyanott nyomásérzékenység. Vér pH = 7.57.

II. 21. Vizelet pH = 6.25, soda injectio után 5.96.

II. 21–25-ig besugárzás.

IV. 6. Jól érzi magát, egy kilót hízott. A besugárzás után még egy héti fájdalmi voltak; vér pH = 7.67. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: rizszemnyi fekélyárnyék a kis curvatura felső harmadában, nyomásérzékenység nincs.

IV. 10–13-ig a besugárzás megismétlése.

V. 21. A beteg teljesen jól érzi magát, fájdalommentes, két kilót hízott. Gyomor-Röntgen-vizsgálata teljesen negatív. Vér pH = 7.66.

A beteget elbocsátjuk.

4. *M. Ignác*, 40 éves, napszámos, három hete gyomortáji göresős fájdalma és gyomorégése van. Soványodott, étvágytalan, időnként hányingere van. 1926. X. 10. Probareggeli: kp. emésztett, nem nyákos 20 cm<sup>3</sup>, szabad sósav 38, összaciditás 54. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: közepes tonusú, két ujjal a köldök alá érő gyomor. Peristaltica végig halad. A kis curvatura közepén babnyi fekélyárnyék, nyomásérzékenység ugyanott.

X. 11. Vér pH = 7.56, vizelet pH soda-injectio előtt 5.45, utána 5.41.

X. 12–15-ig besugárzás.

X. 20. Vér pH = 7.60.

XI. 11. Jól érzi magát, fájdalmi kifejezetten csökkentek, fél kilót hízott. Hányingere nem volt. Vér pH = 7.59, gyomor-Röntgen-vizsgálat: közepes tonusú, köldök alá két ujjal érő gyomor. A kis curvatura közepén rizszemnyi fekélyárnyék. Kisfokú nyomásérzékenység diffuse.

XI. 11–14-ig besugárzás megismétlése.

XII. 15. A beteg panaszmentes, egy kilót hízott, mindent eszik. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: alig rizszemnyi fekély a kis curvatura közepén. Vér pH = 7.60.

XII. 16. Vizelet pH = 5.36, soda-injectio után 6.28.

XII. 16–19-ig besugárzás.

1927. II. 11. A beteg panaszmentes, testsúlya változatlan, étvágya jó. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: a kis curvatura közepén kis, alig rizszemnyi fekélyárnyék. Vér pH = 7.61.

A beteg további kezelésre nem jelent meg.

5. *V. Géza*, 31 éves, kalauz, hosszabb idő óta étkezés előtt és utána erős gyomortáji göresős fájdalomról panaszkodik. Két hét óta több ízben savanyúízű hányadékot. Fogyott, teljesen étvágytalan.



1927 II. 25. Próbareggeli: 50 cm<sup>3</sup> jól emésztett, kissé nyákos, szabad sósav 40, őrösszaciditás 56, gyomor-Röntgen-vizsgálat: horog alakú, két ujjal a köldök alá érő, csökkent tonusú gyomor. A gyomor kis curvaturájának praepylorikus részén lencsényi fekélyárnyék. Vér pH = 7.55.

II. 28. vizelet pH soda-injectio előtt 6.61, utána 6.48.  
III. 2-5-ig besugárzás.

III. 6. Vér pH = 7.66, fájdalmai fennállnak.

III. 14. Vér pH = 7.68, fájdalmai enyhültek, utóbbi héten egyszer hányt.

IV. 4. Fájdalmai alig vannak, nem hány, étvágya javult, két kilót hízott. Gyomor-Röntgen-vizsgálat: két ujjal a köldök alá érő, csökkent tonusú gyomor, ulcusárnyék nem látható, duodenum bulbosa kisfokban deformált. Nyomásérzékenység nincs. A gyomor négy óra mulva üres.

IV. 7. Vér pH = 7.66.

IV. 7-11-ig besugárzás.

VI. 12. Egy hét óta ismét gyomor-fájdalmai vannak, néhányszor hányt, testsúlya fél kilóval csökkent. Vér pH = 7.65, gyomor-Röntgen-vizsgálat: csökkent tonusú, két ujjal a köldök alá érő gyomor, fekélyárnyék nem látható; duodenum bulbosa kissé deformált. A gyomorban négy óra mulva fél töltésmaradék.

A beteget egyheti szigorú fekélydiéta fogjuk, atropint kap, utána ismét gyomorzvizsgálatot végzünk: a lelet egyezik az előzővel. Tekintettel arra, hogy a további négyheti diéta, gyógyszeres kezelésre a lelet nem változik, sőt rosszabbodik, sebészetre utasítjuk. A műtét pylorus stenosis mutatót, a kis curvaturán heges fekély helye. A beteg műtét után gyógyult.

Eredményeink áttekintése után láthatjuk, hogy betegeinknél, annak ellenére, hogy nem a gyomrut, hanem testük egy indifferens helyét sugároztuk be, éppoly nagyfokú javulásokat láttunk, mint azoknál a betegeknél, akiknél a gyomrot sugároztuk be, mint arról már régebben beszámoltunk.

A kedvező hatás előidézésében tehát kétségtelen, a Röntgen-sugaraknak nagy szerepük volt. E hatás mechanizmusának magyarázatát talán éppen fentebb közölt kísérleti eredményeink adják. Ezek bizonyítják, hogy a fekély gyógyulásához nem szükséges, hogy a sugarak magát a fekélyt éri. A Röntgen-sugár fekélygyógyító hatása nem annak helyi effectusában rejlik, hanem a szervezetre gyakorolt általános hatásában keresendő. Mint vizsgálati eredményeink mutatják, a Röntgen-sugarak hatása alatt, akkor is, ha azok a combot érték, a szervezet lúgosabbá válása következett be. A fekélyes beteg vérének savanyú reakciója lúgos irányba tolódott el és sodakiürítő képességük, mely azelőtt csökkent volt és így a szövetek savanyúbb reakcióját mutatta, ugyancsak normalissá változott. Feltehető tehát, hogy úgy a mi, mint mások által észlelt Röntgen-besugárzás kedvező eredménye, a szervezet reakciójának áthangolásában leli magyarázatát.

Bálint vizsgálatai mutattak rá, hogy a gyomor-fekély gyógyításánál az irányadó szempont a szervezet alkalizálása. Ha a szervezet alkalizálódik, legyen az bármilyen úton elérve, a fekélyes beteg panaszai megszűnnek, mint erre legutóbb Sahn (a Matthes-klinikáról) is rámutatott, és a fekély gyógyul. Vizsgálataink kimutatták, hogy Röntgen-sugarakkal is ezt a célt érjük el.

Azt hisszük tehát, hogy ezen vizsgálataink a Röntgen-sugarak okozta therapiás hatás magyarázatát adják a gyomor-fekély kezelésénél.

A gyomor-fekély sugaras kezelésének eddigi hátránya a direct gyomorbesugárzásnál a rendszerint fellépő — ha nem is nagyfokú — ú. n. „katheres” tünetek voltak; ezek teljesen kimaradnak, vagy csak igen kis mértékben jelentkeznek, ha nem éri a gyomrot, sőt a törzset sem a sugarak. Így ezen methodika mellett a Röntgen-sugarak gyógyító alkalmazása, miután azok kellemetlen hatását kiküszöböltük, nagyobb tért fog hódítani.

Eredményeink összefoglalva:

1. A gyomortól távoleső testrészek (combok) besugárzásával a gyomor-fekély gyógyulását érhetjük el.

2. Besugárzás mellett a betegek csaknem mindig folytathatják foglalkozásukat, ágynyugalomra nem szorulnak.

3. A betegek csak ritkán, kezelésük legkezdetén szorulnak ótrendi megszorításokra.

4. Már felületes besugárzással a szervezet savbázisegyensúlyában a lúgos irány felé hosszabb ideig tartó eltolódást hozhatunk létre, valószínű, hogy ez a tényező játszik szerepet a gyomor-fekély gyógyulásában.

Irodalom: Kolla és Dömel: O. H. 1927, 38. sz. — Bálint: Ulcusproblem und Säurebasengleichgewicht, 1927. — Sahn: D. Arch. f. klin. Med. 161. sz., 3-4. füzet.

## A gégetuberculosis eredete.

Írta: Tóvölgyi Elemér dr.

Az újabbkori orvostudomány egyik leghatalmasabb és az orvostudomány jövőbeli fejlődésére legnagyobb hatású felfedezésének kétségtelenül az immunbiológia tanát tekinthetjük, de mint minden új tan kezdeti szakában, úgy itt is, nemcsak az egyes jelenségek értelmezését, de még az egyes elnevezéseket illetőleg is, nagy zür-zavar uralkodik.

Hayek, az immunbiologia egyik legtisztább fejű kutatója, a következőket mondja: „egy kis merészség és phantasia, mint az életben mindenhol, úgy a tudományos gondolkodásban is az eredményes munka egyik szükséges előfeltétele”. Ezek szerint az immunbiológiára nézve is előnyös, ha ott, ahol és amiben még biztosan nem tudunk, teoriák keletkeznek, azonban e teoriák értékelésében egyről sohasem szabad megfeledkezni, hogy a theoria természeténél fogva nem arra szolgál, hogy minden körülmények között abszolút igaznak fogadjuk el. Bármily tetszetősek legyenek is azok egyébként, mégis csak teoriák, amelyekre csak feltételesen építhetünk. Ez vonatkozik a Ranke-féle theoriára is.

Ranke, mint tudjuk, a tuberculosisnak három stadiumát különbözteti meg: az első stadium az infectio pillanatában kezdődik és tart a generalisatiós stadium kezdetéig. Ebben a stadiumban a primaer tuberculotikus góc és az ehhez tartozó lymphatikus területeken túl az infectio még nem terjedt. Biologailag jellemző e szakra az allergia I., ami egyenlő a közepes érzékenységgel. A második stadiumban, a primaer complexumból a vér- és nyirokereket útján a bacillus mérgei az egész testben elterjednek, a helybeli bántalomból tehát, egy az egész testre kiterjedő bántalom válik, amelyben megkezdődnek az extrapulmonalis szervi metastasisok. Erre a szakra jellemző volna biologicie az allergia II., azaz a fokozott érzékenység. Ha a szervezet ebben a stadiumban elég erővel rendelkezik arra, hogy az exitust megakadályozza, úgy fellép a III. stadium, midőn is a haematogen és lymphogen propagatio egyben a túlérzékenységi allergia II-vel megszűnik és az egyes szervek tuberculosisa lép az előtérbe, hol a fertőzés további folyamata most már contact és intracanalicularis úton történik. Ez az izolált phthisis szaka, melyre biologailag jellemző az allergia III., mi újból csökkent érzékenység. Amint tehát látható, Ranke egymástól meglehetősen szigorúan elválasztott három stadiumot különböztet meg, ami még ha fedné is az igazságot, legalább egyelőre meglehetősen theoretikus értékkel bírna, amennyiben egyik stadiumnak sincsen olyan határozott jele, amelyből, vagy amelyekből meg lehetne állapítani, hogy az egyes stadiumok mikor kezdődnek és meddig tartanak? Legkevésbé lehet ezt a



Ranke-féle allergia I, II, és III-ból megállapítani, amint azt már *Ranke* hívei is elismerik és legújabb referatumban *Parassin* is ama nézetet hangoztatja, hogy az allergia különböző fokozatai nem esnek szükségszerűen össze *Ranke* körbonetani stadiumaival. A gyógyulásig jutott első stadiumot például *Ranke* mind a három allergiaszaka végig kísérheti. Én részemről már évek óta azon az állásponton vagyok, hogy a tuberculosisnak éppen utolsó stadiuma felel meg a generalizálódás virágzó szakának, azon egyszerű okból, mert ebben a stadiumban a test védelme már ki van merülve és így a haematogen és lymphogen úton való extra pulmonalis fertőzésnek többé mi sem állja útját. És ezért látjuk azután igen gyakran emez utolsó stadiumban, hogy a gégetuberculosis, amely a köpetinfectio útján állott elő és ezideig eléggé latens módon viselkedett és a terapiával szemben többé-kevésbbé gyógyulásra hajlamosnak mutatkozott, most egyszerre hirtelen kezd romlani. Nem történt más, minthogy azt, amit a contactinfectio révén a köpet megkezdett és folytatott, azt most a haematogen metastasisok fejezik be. Többek között *Loewenstein*nek is az a nézete, hogy a bacillaemia a tuberculosis utolsó stadiumát jelenti. Ennek az élet vége felé beálló bacillaemiának a következménye, hogy a tuberculosisban elhaltaknál *Koizumi* az esetek 50%-ában az epében és 75%-ában a csontvelőben is talált Koch-bacillusokat.

Újabban már akadnak is olyan kutatók, többek között *Herms* és *Ziegler*, akik a Ranke-féle beosztás helyett csupán egy primaer és egy generalisatiós stadiumot vesznek fel.

Emez újabb meghatározás alapján tehát mindama messzeható következtetések is revisióra szorulnak, amelyeket egyesek a Ranke-féle theoria alapján úgy állítottak be, mint amelyek megdönthetetlenek!

A Ranke-féle theoria hatásának tulajdonítandó amaz ismételt felmerülő nézet is, hogy a gégetuberculosis főként a haematogen infectiónak köszönheti a létrejövetelét és csak az élet vége felé, az ú. n. Ranke-féle III. stadiumban veszi át a superinfectio szerepét a köpet.

Nyilvánvaló, hogy a haematogen infectio hívei, akiknek a németeknél *Bumba*, nálunk *Safranek* a legelőkelőbb képviselője, éppen a Ranke-féle beosztás suggestiójának a hatása alatt, ugyanazon hibába esnek, mint maga ez utóbbi kutató. A három egymástól szigorúan elválasztott stadium alapján kimondják, miszerint a második stadiumban a haematogen metastasisok dominálván, ezek szerint szükségképen a gégefertőzés is ezen az úton történik. Attól a pillanattól kezdve viszont, mikor *Ranke* szerint a generalisatio megszűnt, azaz a harmadik stadiumban, a gégében a köpet veszi át a további superinfectio szerepét. Az első hiba, mi ennél a theoriánál szembe ötlök, hogy a haematogen theoria hívei a gégét teljesen egy kalap alá sorolják a többi extrapulmonalis góccal, holott a gége, már helyzeténél fogva is, ki lévén téve úgy az exogen, mint a tüdő részéről az endogen contact infectio lehetőségének, egészen másként bírálendő el, mint a többi extrapulmonalis szervek. Eme ténynek köszönhető, hogy maga *Hayek* is, az extrapulmonalis góccokról szóló értekezésében (*Sonderbeilage zur Med. Kl. 1925.*) a gégét illetőleg bizonyos concessiókat kénytelen tenni, amelyek a többi extrapulmonalis góccokra egyáltalán nem vonatkozathatók. Ama különleges helyzetének, amit a gége, az extrapulmonalis góccok között elfoglal, az eredménye éppen, hogy a gége a többi gócnál sokkal gyakrabban, az én megállapításom szerint is az eseteknek 50–60%-ában betegszik meg. Ezt a gyakorlatot természetesen a haematogen theoria hívei sem tagadhatják és *Bumba*, miután erre más magyarázatot találni nem képes, azzal érvel, hogy a gége azért betegszik meg gyak-

rabban, mint a másfajta extrapulmonalis szervek, mert a gége aránylag kevésbé van vérrel ellátva!!! Hogy ez a feltevés mennyire nélkülözi az igazságot, azt egy a *Folia Otolaryngologikában* rövidesen megjelenő értekezésemben részletesen kifejttem és így e helyen nem részletezem.

Mindent összegezve, ha tehát a Ranke-féle theoria megdőlni és bebizonyításra kerül, hogy a *Ranke* által harmadik stadiumnak nevezett állapot alatt a generalisatio nem hogy megszűnne, de akkor a legintenzívebb, úgy a haematogen theoria híveinek vagy ki kell terjeszteniök a vér útján terjedő infectio lehetőségét az ú. n. harmadik stadiumra is, aminek folytán a köpetinfectio csak mint nagy ritkaság volna felvehető, vagy a második stadiumra nézve is fel kellene adniuk eddigi nézetüket. Hogy a gége fertőzése haematogen úton is létre jöhet, senki nem tagadja, így én sem, csupán csak azt vallom, amit az észlelők túlnyomó száma ma is hirdet, hogy a gégetuberculosis létrejövetelénél a köpetinfectio játssza a legnagyobb szerepet és a haematogen infectio főként az élet vége felé érvényesül, midőn már a testi ellentállás a bacillus támadásával szemben meg van törve.

A haematogen theoria hívei egyébként hibáznak abban, hogy csak a saját érveikkel hozakodnak elő, de az ellentétes nézeteket teljesen negligálják és ezzel úgy állítják be ezt a kérdést, mintha már mindenki az ő theoriájuknak volna a híve!

A haematogen infectio pártolóinak egyik hatalmas érve a köpetinfectio ellenében, hogy gégetuberculosis található sokszor ott is, ahol a köpetben Koch-féle bacillus nem mutatható ki.

Megjelenendő cikkemben erre a tényre is megfelelek és e helyen csupán egy a *Med. Klin.*-ben pár hét előtt megjelent közleményre óhajtok hivatkozni,<sup>1</sup> amely szerint 63 oly esetben, ahol a spontan ürített köpetben ismételt vizsgálat dacára sem találtak Koch-bacillust, ugyanezt közvetlen a gégéből vett váladékban minden egyes esetben konstatálták!

Ha a haematogen theoria volna az igazság, úgy az énekeseknek a gégeizmok fokozott működése miatt hamarabb meg kellene kapniok a gégetuberculosis, mint más foglalkozású egyéneknek, holott éppen fordítva van a dolog. Ennek az oka pedig amaz egyszerű tényben rejlik, miszerint az énekesek a hangjuk tisztaságát veszélyeztető váladékkal szemben igen érzékenyek és annak a gégében való pangását egy pillanatra sem tűrik meg!

Végezetül még egy körülményre óhajtok kiterjeszkedni: *Hayek* a Ranke-féle stadiumokat véve alapul, megkísérelte a tuberculosis lefolyását az extrapulmonalis gócból is levezetni. Ezt a nem egészen szerencsés vállalkozást a gégét illetőleg *Safranek* is magáévá tette.

Nyilvánvaló, hogy ha a tuberculosis a gégéből kiindulónak vesszük, úgy a tüdőfolyamattal szemben az egész fertőzési procedura fordítottját kell vennünk. Ezek szerint a primaer gégetuberculosisból kell kiindulnunk, aminek létezése, több szerzővel egyetemben *Safranek* szerint is több, mint kétséges. Ezzel a nézettel szemben meg kell említenem, hogy *Richter*<sup>2</sup> véletlenül éppen a napokban állapított meg egy csecsemőnél egy alimentaris úton keletkezett primaer gégetuberculosis. De hát ez egyébként nem is fontos, miután ha az ember másként nem ér célhoz, felvehet szerinte nem létező dolgot is. Fűzzük azonban tovább a szerzők gondolatmenetét; a primaer gégetuberculosisból, mint a Ranke-féle első stadiumból, előáll

<sup>1</sup> *Edel, Hans*: Der Larynxabstrich eine neue Sputumgewinnungsmethode. (*Med. Klin.* 1928. 42. sz.)

<sup>2</sup> *Richter*: Zur Klinik, und Pathologischen Anatomie der primaeren Kehlkopftuberculose. (*Arch. Ohr. usw. Heilk.* 119, 3. füz.)



ezek szerint a második stadium, ami a tuberculosis generalizálódását jelentené a *gégéből* kiindulól (és nem a gégében, mint az *Safranek*nél, bizonyára sajtóhiba miatt, olvasható). Ha azonban ezek szerint fel is vesszük, hogy a primaer gégetuberculosis előfordulhat és így beállhat a Ranke-féle II. stadium, a harmadik stadiumra már minden bizonnyal nem is fog sor kerülni. Ha ugyanis a szervezetbeli védelem annyira gyenge, hogy nem képes a primaer gégetuberculosis teljes kifejlődését sem megakadályozni, avagy ha ezt az egymást követő szapora és intensív superinfectiók miatt nem is, de nem képes megakadályozni, a gégéből, ez aránylag kicsiny depótból az infectióknak az egész testre való elterjedését, akkor ez a szervezet már kezdetlől fogva annyira anergiás, hogy egy miliaris tuberculosis, avagy egy foudroyans sepsis lesz ennek a második stadiumnak a következménye.

Ha most a *Hayek* eszmemenetét nem az eredeti Rankéra, de a Ziegler—Herm-féle két stadium teoriára alkalmazzuk, úgy az egész folyamatot a legkönnyebben le tudjuk vezetni; primaer gégetuberculosis, generalizálódás, exitus.

De akár így, akár úgy vezetjük is le, ez az egész elgondolás helytelen, mert ha fel is vesszük a folyamat gégéből való kiindulását, mihelyt már generalizálódik, úgy rövidesen, ha a beteg előbb tönkre nem megy, úgy a tüdőbeli depók fogják átvenni úgy is a vezető szerepet.

Befejezésül még csak azt kell megemlítenem, hogy a gégeinfectio létrejvetelének kérdése nem annyira theoretikus, mint praktikus szempontból bír jelentőséggel, amennyiben a gégetuberculosis therapiájának további fejlődésére éppen nem közönbös, hogy haematogen eredetű-e, avagy a köpetinfectiót illeti-e meg az elsőség?

**A Budapest Székesfővárosi Új Szent János-kórház orthopaed-sebészeti osztályának közleménye (főorvos: dr. Horváth Mihály egy. rk. tanár).**

## Vizsgálatok a lúdtalpbetétek merevségének jelentőségéről.

Írta: *Czibalmos József dr. kórházi orvos.*

A láb pronatiós tartásából eredő kóros elváltozások kezelésénél nélkülözhetetlen segédeszköz az orthopaedikus betét. Rendeltetése az, hogy a sarkot egyenes állásban tartsa, a láb boltozatát alátámassza és ezáltal megszüntesse a beteg panaszát, melynek okát a kóros irányú megterhelésben találjuk meg. A közönség körében hangozó reclamok kíséretében mindig újabb és újabb betétek terjednek el, amelyek azonban semmikép sem felelnek meg a hozzájuk fűzött reményeknek, már csak azért sem, mert gyári tömegáruk s így nélkülözik az individualitást, ami nélkül megfelelő betét el sem képzelhető. A láb pronatiós deformitásának foka és megjelenési alakja sokféle és így a gyógyítása és az erre használt gyógyszerköz sem lehet sablonos. Hogy az ú. n. lúdtalpbetéteknek, mint gyári tömegárúnak kritika nélkül való alkalmazása oly nagy mértékben terjedt el, ehhez bizonyára hozzájárult azon körülmény is, hogy a láb pronatiós tartásából eredő minden deformitást egyazon névvel szokás nevezni. A német „Plattfuss“, az angol „flatfoot“, az olasz „piede piatto“ s a magyar „lúdtalp“ tulajdonkép nem egyéb, mint különféle elváltozások gyűjtőneve. A magyar név jelenti az egyszerű pes valgust, melyet az jellemez, hogy a sarok megterheléskor pronatiós állásba kerül (gacsos láb), de jelenti a telitalpat is (pes planus), vagyis a boltozat ellapulását, s ugyancsak e névvel jelölik a gacsos láb + telitalpat is (pes valgoplanus).

Hasonlatosság alapján tulajdonkép a telitalp (pes

planus) felelne meg a lúdláb, illetve még helyesebben lúdtalpnak, míg a láb elferdülésének azt a féleségét, amelyre a sarokcsont pronatiója jellemző, de a lábholtozat megtartott, helyesen gacsos lábnak (pes valgus) nevezhetnénk. Mindezt egyaránt lúdtalpnak tartva, minden változtatás nélkül alkalmazzák a lúdtalpbetétek nevezett, gyárilag készült gyógyászati segédeszközt. Azonkívül azonban, hogy az ily betétek nem felelnek meg eléggé az egyénileg mindig változó követelményeknek, legnagyobb részük statikai szempontból is kifogás alá esik.

*Virchow*, *Fick* és *Baisch* észleletei szerint a lábtöcsontok a normalis láb megterhelésekor is végeznek mozgást, minek következményeképpen a boltozat süllyed. A megterhelés megszűntével azonban a boltozat visszanyeri eredeti alakját. Pes valgusnál, vagy planovalgusnál azonkívül, hogy a sarokcsont valgus állásba kerül, a boltív minden megterhelésnél mélyebbre és mélyebbre süllyed s fejlődésének folyamán az izmok és szalagok elégtelensége miatt a megterhelés megszűntével sem nyeri vissza már eredeti íveltségét. A betét tulajdonkép passiv támasztókészülék, mellyel a meglazult szalagok és insufficiens izmok munkáját akarjuk megkönnyíteni állás és járás közben s ezt akkor érzük el, ha valgusállásban lévő sarokcsontot egyenes állásba hozzuk (supináljuk) és a lábholtozat süllyedését meggátoljuk. Annak a betétnek, amely a láb boltozatának minden rálépésnél megisméltendő süllyedését nem képes megakadályozni, tehát ruganyos, támasztóképessége a rugalmasság fokával egyenes arányban csökken. Tapasztalás szerint a betét akkor jó, ha a megterheléssel járó kóros statikus és functionalis elváltozások ellenében kellő védelmet tud nyújtani. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a betét rugalmas nem lehet, sőt kimondhatjuk, hogy a jó betétnek elengedhetetlen tulajdonsága: a *merevség*.

A betét készítéséhez használt anyagok egy része merev, másik ruganyos. A következőkben azon vizsgálatok eredményéről kívánok beszámolni, amelyet különféle anyagokból készült (bőr, nemez, acél, réz, aluminium-ötvözet, celluloid), különböző formájú és szerkesztésű betéteken azok rugalmasságára vonatkozólag nyertem. A vizsgálatom célja az volt, hogy meghatározzam, mennyiben felelnek meg a közhasználatban levő betétek rugalmasság szempontjából a követelményeknek. Vizsgálataimat ez irányban a Műgyetem Szilárdságtani Intézetének laboratoriumában végeztem erre a célra alkalmas nyomógéppel. A vizsgálóeszköz nyomását a betét boltozatának egész felszínére, felső végén síma, alsó végén a talp domborulatának megfelelően kikészített faoszlop közvetítette. Így akartam elérni, hogy a betét lehetőleg egyenletesen olyan módon jusson megterhelés alá, mint az a reálépésnél történik. A boltozatnak a megterhelés alatt előállott süllyedését a boltív legmagasabb pontján mértük. Az alkalmazott nyomás fokát higanymanometer mutatta. Felnöttek részére készült betétek képezték vizsgálatunk tárgyát, ennek megfelelően 50 kg megterheléstől kezdve vizsgáltuk annak hatását 150 kg megterhelésig. Nemez- és bőrbetéteknél 20 kg volt a legkisebb megterhelés. Felnőtt testsúlya a fenti súlyhatárok között váltakozik, de másrészt figyelembe vettük, hogy a járás különböző phasisaiban a testsúlynak különböző hányada szerepelhet a boltozat megterhelésében. 150 kg nyomástól haladtunk vissza, csökkentve a nyomást és közben mértük, mennyire nyeri vissza a betét eredeti alakját, illetőleg deformálódás következtében mennyit veszít alakjából.

Vizsgálataink eredménye a következő:

1. *Wizard*-betét. Anyaga bőr két réteg között; a boltozatnak megfelelő helyen hézag van, melybe a boltozat magasítása céljából bőrlemezok helyezhetők.





Alkalmazott nyomás kg-ban: 20, 30, 50.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 2, 4, 7.

További nyomás alatt a boltozat nem változik s a nyomás megszüntével eredeti alakját visszanyeri.

2. *Nemez-betét*, melynél a boltozatot a nemezlap felé ívelt kikészítése szolgáltatja.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 20, 30, 50.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 2, 3, 5.

50 kg megterhelésig a nyomás megszüntével eredeti alakját teljesen visszanyeri, azonban további megterhelésnél nem.

3. *Footeezer acélbetét*. A boltozat alatt 2-5 cm széles acélmerevítővel van ellátva. Sarokdöntés és sarokperem nincs rajta. Lemezvastagság 1 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 2-5, 4, 5, 6-5, 8.

A nyomás megszüntével alakját visszanyeri.

4. *Record acélbetét*. A boltozat alatt 1-5 cm széles acélmerevítővel van ellátva, sarokdöntés és sarokperem nélkül. Lemezvastagság 0-9 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 4, 5-5, 7, 8, 9.

A nyomás megszüntével alakját visszanyeri.

5. *Scholl dr.-féle acélbetét* a boltozat alatt 2 cm széles merevítőpánttal, elül haránt boltozatemeléssel, sarokperem és sarokdöntés nélkül. Lemezvastagság 1-3 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0-2, 0-3, 0-5, 1-5, 3.

A nyomás megszüntével alakját visszanyeri.

6. *Modell után készült acélbetét* sarokdöntéssel, haránt boltozatemeléssel, sarokperem nélkül. Lemezvastagság 1-3 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0-5, 1, 1-5, 1-8, 2-5.

Nyomás megszüntével alakját visszanyeri.

7. *Modell után készült acélbetét* sarokdöntéssel, sarokperemmel, haránt boltozatemeléssel és magasra emelt boltozatszélel. Lemezvastagság 1-4 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0, 0, 0-5, 1, 2.

Nyomás megszüntével alakját visszanyeri.

8. *Alumínium-ötvözetből modell után készült betét*, sarokperemmel és sarokdöntéssel. Lemezvastagság 1-2 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0, 0, 0-5, 1, 2.

A nyomás megszüntével alakját csak részben nyeri vissza.

9. *Rézbetét*, alul merevítő vaspánttal, sarokdöntéssel és sarokperemmel. Lemezvastagság 1-5 mm.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80, 100, 150.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0, 0, 0, 0-5, 1.

A nyomás megszüntével csak részben nyeri vissza eredeti íveltségét.

10. *Celluloid-betét*, sarokperem és sarokdöntéssel.

Alkalmazott nyomás kg-ban: 50, 60, 80.

Boltozatsüllyedés mm-ben: 0, 0, 0.

További megterhelésnél reped.

A fenti vizsgálatok eredményeképpen rugalmasság szempontjából a következő három csoportba oszthatjuk a betéteket:

I. *Nagyon rugalmas* a bőr- és nemezbetét, melyek aránylag csekély megterhelésre 5-6 mm kitérést mutatnak. Ezek a boltozatot minimalisan támasztják. Azon esetekben, amikor nem kifejezett pes valgus, hanem még csak az izmok insufficientiája okozza a fájdalmat, csekély támasztóképeségükkel is szüntetik a fájdalmat. Hosszabb használat után a megterhelés hatása alatt

összenyomódnak s ezért sem alkalmasak állandó használatra.

II. *A kevésbé rugalmas* betétek. Ilyenek az acélból készültek, melyeknek rugalmassági foka szerkesztésüktől és a lemez vastagságától függ, természetesen anyaguk is rugalmasabb, mint a következő csoportban említendő betéteké. Sarokperem kiképzése, magasra emelt boltozatszel, aláhelyezett merevítő pánt csökkentik a betét anyagában rejlő rugalmasságot, sőt a mellső harántboltozat kiképzése is merevítő tényezőként hat. A gyári betétek közül a Footeezer-, record- és dr. Scholl-betéteket vizsgáltam. Ez utóbbi rugalmassági foka csekély ugyan (0-2-1-5 mm), de közös és lényeges hibája a másik kettővel együtt ennek is, hogy a statikai követelményeket megoldatlanul hagyják. Készítésüknél csupán a hosszanti boltozat emelését tartják szem előtt, sarokdöntés, vagy elülső harántboltozatemelés szükségességét figyelmen kívül hagyják. Mint tömeggyártmányoknak ezenkívül cardinalis hibájuk, hogy nem individualizálnak. A kevésbé rugalmas betétek csoportjába sorolom a modell után készült acélbetéteket is, amelyek szakorvos rendelése és ellenőrzése mellett készültek és éppen ezért ezeknek formája teljesen megfelelő s a deformitás összes componenseit figyelembe véve, el vannak látva sarokperemmel és olyan sarokdöntéssel, amint azt az adott eset megkívánta. Ezeknek rugalmassági foka 0-2 mm között változik.

III. *Merev* betétek. Ilyen az alumínium-ötvözetből, celluloidból készült és a Fischer dr. által szerkesztett vaspántos rézbetét. Ennél a vaspánt a betét hátsó végén mint merevítő szerepel s a boltív alatt merevítőként hat. Ha a lemez és a vaspánt között hézagot hagyunk (a Fischer dr. által konstruált betét egyfélésege), úgy a betét minimalisan rugalmas lesz. Az e csoportba sorolt betétek 60 kg megterhelésnél még nem változtatják alakjukat, 80-100 kg-nál változnak ugyan, de a megterhelés megszüntével visszanyerik eredeti íveltségüket, 100 kg megterhelésen túl már csak kis mértékben kapják vissza eredeti boltozatukat, amit éppen kevésbé rugalmas anyaguk magyaráz.

Vizsgálataink közben a boltozat legmagasabb pontján mértük a megterhelés alatti kitérést. Tekintetbe kell vennünk azonban, hogy a betét külső széle felé csökken a boltozat magassága. Emiatt a kapott értékek kisebbeknek tekintendők, ha azt a boltozat egész felszínére vonatkoztatjuk s így a II. és III. csoportba sorolt, jól szerkesztett betétek között használhatóságuk tekintetében különbséget nem is tehetünk. Az a 0-2 mm-nyi rugalmasság, amelyet a II. csoportba sorolt betéteken a felnőtt ember súlyának megfelelő megterheléskor találunk, a mi tapasztalataink szerint nem jöhet számításba. Osztályunkon, ahol tekintélyes számú beteget kezelünk, látjuk, hogy az igen csekély rugalmasságú, de relative merev betétek kellőképpen támasztják alá a lábat s a beteg fájdalmát éppen úgy megszüntetik, mint a teljesen merev betétek.

A teljesen merev lüdláb fokozatos mozgékonytételére ajánlják a kis mértékben rugalmas betét használatát. Véleményünk szerint, ha ez a rugalmasság a gyakorlatban egyáltalán érvényesülne, tehát lehetővé tenné, hogy a lágyszövetek ennek megfelelően a megterheléskor ismét megfeszüljenek és a láb felemelésekor meglazuljanak, az ezzel járó izgalom megismétlődésével még csak ronthatna a beteg állapotán. Ez az elméleti kifogás sem érvényesíthető a valóságban, mert véleményünk szerint a II. és III. csoportba tartozó, jól szerkesztett betétek merevsége oly fokú, mely biztos támaszául szolgál a lábnak és éppen ezért az ily minimalis rugékonyságnak sem curatív, sem rontó hatást nem tulajdonítunk.



Vizsgálatainkból azt a következtetést vonjuk le, hogy a jó betétnek elengedhetetlen tulajdonsága a *merevség* s a kifejezetten rugalmas s a lúdtalpbetét elnevezést meg nem érdemlő tömegárúk a lúdláb gyógyítására teljesen alkalmatlanok.

## LAPSZEMLE

### Belorvostan.

**BCG-bacillus-törzs által előidézett tuberculinérzékenység aggastyánoknál.** *J. Troisier, S. Develay és J. Weiss—Roudinesco.* (Presse méd. 1929. 9. sz.)

Az a hit, hogy az európai faj minden egyes egyede tuberculoitikus fertőzésen megy át, nem áll teljesen helyt. Bizonyítják azt ama kísérletek, melyeket szerzők 70 éven felüli aggastyánoknál végeztek. 80 éves emberek közül csak mintegy 57-3%-ban kaptak pozitív cutan-reactiót. Hogy ennek nem az öregkori kachexia az okozója, mutatja a BCG-törzsekkel végzett subcutan oltások eredménye. Ha ezen bacillustörzsből  $\frac{1}{50}$  milligrammot fecskendeztek be a bőr alá, akkor 4 hónap múlva az oltott egyéneknek igen kifejezett pozitív bőrreactio jelent meg és pedig azoknál is, akik az oltás előtt cuti-negatívak voltak. Megerősítik e tényt azon tapasztalatok is, amelyek szerint aggastyánoknál olyan tuberculoitikus fertőzések fordulnak el, amelyek a primaer, gyermekkori infectiók sajátosságát mutatják.

*Baráth dr.*

**Peroralis vaccinatio jelentősége a colitiseknél.** *Gaehlinger és Bécart.* (Presse méd. 1929. 9. sz.)

Az utolsó 6 évben számos közleményben és tavaly megjelent monographiájukban tárgyalták a peroralis vaccinatherapia alkalmazását, amely tapasztalataik szerint minden más kezelést felülmúl. Chronikus colitiseknél kb. 40%-ban tudták kitenyészteni a kórokozó mikroorganizmusokat, amelyek nem egységesek. Gyakran bizonyos anaerob kórokozók, mint a perfringens, játszanak fontos szerepet a betegség pathogenesisében. A vaccinakezelés autovaccinával történik, amelyet bouillonnal készítenek 15—20 napon át, amikor is a vaccina lytikus anyagokban gazdaggá válik. Az autovaccinakezelés megkezdése előtt minden egyes esetben meg kell kísérlni esetleges focusok (fogak, mandulák) eltávolítását. A diätikus és általános kezelés is — előzőleg, vagy a vaccinakezeléssel egyidejűleg — alkalmazandó.

*Baráth dr.*

**A transfundált vér sorsa és hatása.** *Hübl.* Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde. (1928, 34. kötet.)

Normalis vérmennyiség állandó fenntartása három tényezőkön múlik a vörsejtek pusztulásán, új vörsejtek képződésén és a szervezet vértartalékán.

A szervezet tekintélyes vörösvérsejt-tartalékkal rendelkezik, melynek a véráramba való kerülése adott esetben három millióval való vörösvérsejtszaporodást is okozhat mm<sup>3</sup>-ként. Egyéb szervek mellett elsősorban a lép rendelkezik olyan képességgel, hogy felesleges vörösvérsejteket kivonjon a véráramból és azokat elraktározza.

A transfusio hatását egyes esetekben a következőképpen képzei el: a transfusio után közvetlen a transfundált vörösvérsejtek belekerülnek a véráramba és itt 4—8—24 órán át keringenek, anélkül, hogy valami életképes functiót teljesítenének. A vörösvérsejtszám ezen idő alatt gyakran magasabb, mint a transfundált vérmennyiségétől várható volna, ennek az az oka, hogy a transfusio a szervezet tartalék vörösvérsejtjeit mozgósította. Mások kevesebb, mint amennyire számíthatnánk, ilyenkor a pusztító szervek a transfundált vér egy részét, esetleg az egészet is képesek voltak azonnal magukba venni.

A transfusio utáni 4—8—24 órában a bevitt sejteket a pusztító szervek magukba veszik és szétbontják. A vizeletben fokozódik az urobilinogen és urobilin kiválasztása. A szétesett sejtek haemoglobinját a haemoglobinban szegény saját vörösvérsejtek adszorbeálják, ezért nő a haemoglobinérték mindig aránytalanul jobban, mint a vörösvérsejtszám.

Ugyanezen idő alatt a haemolyticus systema az idegen vörösvérsejtek pusztításával van elfoglalva és a szervezet saját sejtjei megkíméltek. Ez az egyik oka a tartós vérszaporodásnak.

A tartós vörösvérsejtszaporodás másik oka az, hogy minden vörösvérsejt pusztulási terméke ingerként hat a csontvelőre. Ahhoz, hogy a transfusio tartósan hatásos legyen, okvetlenül működő csontvelőre van szükség.

Miután minden anaemia egyensúlyzavar a vörsejtképzés és a vörsejtpusztulás között, a transfusio annyira hatásos, amennyire a kettő között egyensúlyt tud létrehozni. Lehet, hogy általában nem képes erre; lehet, hogy rövidebb-hosszabb időre éri csak el, de teljes reparatiót hozhat létre.

Substitutióról szerinte transfusióval nem lehet beszélni.

*Kleiner György dr.*

**Lymphocytaer reactiójú heveny lázas betegségek.** *E. Schwarcz.* (Wien. Klin. Wochenschrift 1924, 4. sz.)

A szerző összefoglalólag ismerteti azon legkülönbözőbb elnevezéssel (infectiosus, mononucleosis, mirigyláz, angina, lymphocytica, heveny lymphoid leukemia), illetett kórformát, aminek leglényegesebb sajátossága az, hogy a szervezet az őt ért hevenyfertőzés hatására a lymphoid szövetének izgalomával felel (absolut lymphocytosis 12—15.000-ig az összes nyirokmirigyek és a lép kisebb-nagyobb duzzanata, stb.) A fertőzés belépési kapuja igen sokszor a tonsillák, amely helyen a streptococcus anginához teljesen hasonló elváltozás észlelhető; belépési kapu lehet még a gastrointestinalis tractus, sőt a légutak is. Magának a vírusnak a tulajdonságaira csakis az általa előidézett, már előbb említett szervezeti elváltozásokból tudunk következtetni, az maga még nem ismeretes. Ninesen tisztázva még az sem, vajjon ezen jellegzetességek csakis a vírus hatásának következményei-e, vagy a szervezet reactióképességében rejlő egy bizonyos sajátásnak is szerepe van a létrehozásukban.

*Gaál dr.*

### Sebészet.

**Egyetlen vese rupturája.** *E. Melchior,* Breslau. Bruns Beitr. z. kl. Chir. 144. k., 241. o.)

Egy 27 éves, autocarambolt szenvedett orvost szállítottak a klinikára. A bal ágyéktájékon contusio kifejezett jelei voltak észlelhetők, a hólyagból 300 cm<sup>3</sup> majdnem tiszta vér ürült. Haemostypticumok adása ellenére, másnap az állapot lényegesen rosszabbodott; a has fokozatosan felpuffadt, a májtompulat eltűnt, izomvédekezés nem volt. A bal vesetájón nagy, fájdalmas, fluctuáló tumor volt tapintható. A pulsus excitantiák ellenére is kicsiny, alig tapintható volt. Median laparotomia. A hasüreg szabad, a bal vesetájék majdnem a seb niveaujáig előbaltosodó, kékes-vörösen áttetsző. Incisio alkalmával részint folyékony, részint alvadt vér ürül. A vese hilusán mély harántszakadás húzódik, amely conservativ ellátást nem tesz lehetővé. Exstirpatio, drainage. A műtétet követő 5. napon uraemiás tünetek mellett exitus. Sectionál kiderült, hogy a jobb vese és ureter teljesen hiányzik. A veserupturák általában véve is a ritkaságok közé tartoznak. Egyetlen vese rupturája az egészen kivételes esetek közé tartozik.

*Kárpáti Oszkár dr.*

**Acut pancreasnekrosis és ascariasis.** Priv. Doz. *R. Andler,* Tübingen. (Brun. Beitr. 143. 3.)

Acut és chronikus pancreasmegbetegedések, mint acut pancreas nekrosis, pankreatitis, tályog- és cystaképződés aetiologiájában, ha nem is gyakran, de szerepet játszik az ascaris lumbricoides. *Seufart* nézete, hogy az esetek legtöbbszörében ascarisok említésreméltóbb elváltozás előidézése nélkül elősködhetnének, nagyon is kérdéses, sőt inkább ennek ellenkezője tételezhető fel, mivel a pancreas ascaris invasióval szemben rendkívül nagyfokú érzékenységet mutat. A postmortalis bevándorlás csak akkor vehető fel, ha ennek ellenére a hasnyálmirigyben semminemű reactív kóros elváltozás nem mutatható ki. Szerző operált gyógyult esetével kapcsolatban az irodalomban eddig közölt adatokat és teoriákat összehasonlítva, kritikai méltatást ad.

*Hering Pál dr.*



**A chronikus gyomorphlegmone kór- és Röntgen-képéről.** *K. Gültig*, Witkowitz, (Bruns' Beitr. zur klin. Chir. 144. k. 225. o.)

Szerző egy 48 éves beteget operált. A panaszok a székletben kimutatható vér, a kachexia és a Röntgen-lelet a praepylorikus gyomorrészlet carcinomájára engedett következtetni. A műtétnél kiderült, hogy a gyomor normalis nagyságú, serosája normalis színű, sima, fénylő. A praepylorikus gyomorrészlet 3 harántujjnyi szélességben megvastagodott falu, tészta-tapintatú. A kis csepleszben számos megnagyobbodott nyirokesomó volt tapintható. Szerző kiterjedt resectiót végzett, de nem a cc.-nál szokásos kiterjedésben. A gyógyulás zavartalan volt. A resekált gyomorrészlet hystologiailag chronikus phlegmonosus gastritisnek bizonyult, amely átmeneti stadiumát képezi az ú. n. linitis plasticának, ez viszont carcinomásan szokott elfajulni.

*Kárpáti Oszkár dr.*

**Nagyfokban kivérzett betegek gyomorfekélyműtéteiről.** *Fritz Pendl*, Troppau. (Bruns' Beitr. zur klin. Chir. 144. k. 231. o.)

Kétségtelen, hogy vérző gyomorfekélyeknél, ha csak lehetséges, a radicalis műtétet kell alkalmazni. Vanak azonban esetek, amikor a gyakran megisméltendő vérzések oly nagyfokú anaemiához vezetnek, hogy a műtő kevés időt igénylő és lehetőleg veszélytelen eljárás-hoz kénytelen folyamodni. Szerző két ilyen esetben a *Kraft* által kigondolt és *Seidel* által követett eljárást alkalmazta. A hasüreg megnyitása után a fekély szélétől 5 mm-nyi távolságban, egymást keresztező és a gyomor-fal összes rétegein áthatoló esomós selyemöltésekkel körülvarrta, az így vértelenné vált területet selyemvarratokkal bebuktatta, föléje a környékből vett zsírréteget varrt s végül gastro-entero-anastomosis retrokolika posteriórt végzett. A gyógyulás zavartalan volt, a panaszok, gyomorvérzések megszűntek és hónapok mulva a súlyos vérszegénységes állapot is kifejezett mértékben megjavult.

*Kárpáti Oszkár dr.*

### Gyermekorvostan.

**A gyermekkori leishmaniás endemiáról Olaszországban.** *R. Jemma*. (La Pediatria. 1929, 3. füzet.)

A legutóbbi kairói orvoscongressuson számolt be az olaszországi kiváló therapiai eredményekről. Megállapítja, hogy ez a betegség, amely keletről jött, nyugat felé haladva, a Földközi-tenger mellékén oly nagy mértékben terjedt el az utóbbi időben, hogy erre a körülményre felhívja az egészségügyi kormányok figyelmét.

Olaszország, főleg annak egyes vidékei: a nápolyi és cataniai tartományok, még ma is vezetnek a megbetegedések számában. *Di Cristina* és *Çariona* érdeme, hogy e rettenetes betegségnek a therapiáját 1914-ben felfedezték. Azelőtt átlag 90% volt a mortalitás a mostani 10%-kal szemben.

Dél-Olaszország különböző klinikáin az utóbbi tíz év alatt 2400 Kala-Azar megbetegedést észleltek, főleg két éven aluli, a proletariátus osztályhoz tartozó egyének és állatokkal foglalkozók gyermekeinél.

A kezelést stibium tartaricum kis adagjaival (2–3 centig) kezdték, mely kezelés 1–3 hónapig tartott átlag és mindig ambulanter végeztek, hogy az ilyen kis gyermekekre oly káros hospitalismust elkerüljék.

Ezen gyógyszer kétségtelen specifikuma a leishmaniás megbetegedésnek. Az eredmények feltűnően jók voltak évről-évre, míg 1920-ban 48% volt a halálozás, 1928-ban már csak 10%.

*Kocsis István dr.*

**Az oxyuriasis kezelése kénnel.** *Nottebaum*. (D. Med. Wochenschr. 1927. 7. sz.)

Szerző a ként többévi tapasztalat után, mint az oxyuriasis specifikumát jelöli meg. Ő a ként sulfur praecipitatum alakjában, pulv. liquiritiae comp.-mal aa rendel, 3-szor napjában, étkezés után egy késheggyel. (A gyógyszer lekvárral eldörzsölve jól adagolható.) A kúra nyolcnapos. Nyolcnapos szünet után megismételjük.

Viszketés esetén a végbélkörnyék 5%-os unguentum praecipitatum albummal kenendő be. A 4–5. naptól kezdve a széklet oxyurismenses volt, refractaer esetek ismételt controllvizsgálatok mellett sem fordultak elő. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlet. Hatásmechanismus: a kén a bélben kénalkalivá és kénhydrogenné alakul és így a peristaltika fokozása mellett az érzékeny oxyurisokat elpusztítja.

*Reis Sarolta dr.*

**Cukorkezelés anginánál, stomatitisnél és diphtheriánál.** *Koenigsberger*. (Deutsche med. Wochenschrift. 1927. 7. sz.)

Szerző a cukrot hosszabb idő óta jó eredménnyel használta rosszul gyógyuló sebeknél. Ez arra készítette őt, hogy lepedékes, nekrotizáló nyálkahártyaelváltozásoknál is alkalmazza. E célból porcukrot hintett kétóránként a megbetegedett területre, vagy cukorral átitatott vattát helyezett az alveolusnyúlvány és a pofanyákhártya közé. Rhinitis diphthericánál pedig 30–40%-os cukoroldatból kétóránként 1–2 cseppet használt.

Angina Plaut-Vincent és diphtheriánál 6–8 nap alatt eltűnt a factor, a torok feltisztult. Stomatitis aphthosánál a cukorral kezelt esetek általában 6 nap alatt gyógyultak, míg a másként kezelték 125 nap alatt. Orrdiphtheriánál a cukorkezelés — serumtherapiával parallel — a gyógyulási időtartamot  $\frac{1}{4}$ -ére redukálta.

A hatás úgy magyarázható, hogy egyrészt a cukor osmotikus nyomáskülönbséget létesítve, bő nedvaramlást indít meg, másrészt a táptalajt megváltoztatva, a baktériumok életfeltételét rontja.

*Reis Sarolta dr.*

**Az ultraviolet sugarak által besugárzott állatok véreinek antirachitises hatásáról.** *C. Giaume*. (La Pediatria, 1929, III. füzet.)

Kísérleteit fehér patkányokon végezte oly módon, hogy elegendő súlyú és korú patkányokat vett és azokat három csoportba osztotta. Az első csoportot normalis táplálékon napfényen tartotta, a második és harmadik csoportot sötét helyre ketreche zárta, 12 napig phosphor- és mézszegény táplálékkal etette.

A második csoportnak táplálékához a 12. naptól kezdve 15% normalis patkányvér kevert, a harmadik csoportéhoz pedig ugyanennyi, de besugárzott patkánynak a véré. A hatás a harmadik héten oly feltűnő volt, hogy a második csoportnál a rachitis minden tünete jelentkezett, míg az utóbbi csoport a rachitis semmi jelét nem mutatta, csak súlyban voltak kisebbek, mint a napfényen tartottak.

Valószínűnek tartja, hogy a rachitist megakadályozza a vér, melynek vörösvérsejt-cholesterinjét az ultraviolet sugarak aktiválják, tekintet nélkül arra, hogy a fénysugár milyen úton jutott be a szervezetbe (bőrön keresztül vagy a táplálékkal).

*Kocsis István dr.*

### Urologia.

**Adatok a vizeleteoncrementumok vizsgálati methodikájához.** *M. A. Mir-Kassimoff*. (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1929, 26. köt. 1–2. füzet.)

Concretumok vizsgálatára használt eddigi vegyi, göresövi és krystallographiai eljárások a kő physikalis és chemiai alkatára vonatkozólag nem adnak megbízható, pontos felvilágosítást.

Szerző által alkalmazott vegyi-topographiás vizsgálati methodus menete a következő: 1. Külső vizsgálat (alak, súly, felület, szín, nagyság). 2. Kettőfürészelés, a fürészelési felszín megcsiszolása s az így nyert kőpor elégetése platinatégelyben. A felület megtekintése nagyító-lencsével. 3. A „fél“ kőnek pontosan az egyik felét, tehát az egész kő  $\frac{1}{4}$ -ét 5–10 mp-re paraffin-viaszkeverékbe mártjuk, majd lehülés után az egész darabot néhány napra oldófolyadékba helyezük. A folyadék minőségét a kőpor elégetése útján nyert eredmény szabja meg. Ha a por teljesen elégett, tehát organikus anyagokból áll, úgy kalium-hydroxidot, ha anorganikus, akkor sósavat, ecetsavat használunk oldószerül. 24 óra mulva a kőnek az átlátszó paraffin-viaszréteggel fedett s ezért teljesen intact részét összehasonlítjuk az oldószer hatásának közvetlenül kitett résszel.



Ezen rendkívül alapos vizsgálati eljárással kiderül, hogy sem a kő külleméből, sem a színéből annak vegyi összetételére nézve biztos következtetést vonni nem lehet. 150 kő közül csak 7 volt secundaer, a többi mind primaernek bizonyult, ami a kőképződés kóroktana szempontjából fontos.

Sas Lóránt dr.

**Urotropin hatására vonatkozó kísérleti megfigyelések.** J. M. Porudominsky. (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1929, 26. köt. 1—2. füz.)

In vitro és in vivo végzett kísérleteivel igazolja, hogy formalinlehasadás urotropinból csak savanyú közegben lehetséges. A savi vegyhatás csökkenésével arányosan csökken az oldat formaldehyd-concentrációja és bakteriumölő képessége. Az urotropin maga nem baktericid, de a bevitt mennyiség  $\frac{1}{10}$ -ének bomlása már erős desinfiáló hatást fejt ki. Formaldehyd lehasadása az ureterkatheteres vizeletben kimutatható, tehát már a vesében következik be, de a hólyagban — a vizelet hosszabb időzése folytán — intenzívebb lesz s ezért a desinfiáló hatás is itt érvényesül erősebben. A vizelet fertőtlenítésére nagy adagot kell alkalmaznunk. Mint-hogy pedig ez csak intravenásan lehetséges, másrészt a gyomorsósav bontó hatásának elkerülésére az adagolás lehetőleg intravenásan történjék. A bakteriumölő hatás a vizeletben lassan fokozódik s a bevitel után 4—5 óra múlva lesz maximalis. A hatás azonban ekkor is csak felületes s ezért nyálkahártya gyulladása esetén csak localis kezeléssel együtt vezet célhoz. Urotropin bomlását a vérben és liquorban kimutatni nem lehetett; ennek valószínű feltétele, hogy a kóros gócnak megfelelően localis acidosis legyen jelen, mely a lehasadást lehetővé teszi.

Sas Lóránt dr.

### Szemészet.

**A Röntgen-sugarak okozta elváltozások az egészséges tengerinyúl szemének szöveteiben.** Rohrschneider W., Berlin. (Archiv f. Ophth. 121. 3.)

Az a körülmény, hogy a legutóbbi évtized alatt a Röntgen-therapia technikája nagy haladást mutatott, valamint az, hogy az irodalomban igen eltérő véleményekkel találkozhatunk a hatást illetően, arra készítette a szerzőt, hogy kísérleteket végezzen az irányban, mely elváltozásokat okoz a Röntgen-sugár az ép szem szöveteiben. Kísérleteit tengerinyulakon végezte, kétféle keménységű sugárral. A sugárzás előállításához szükséges magasfeszültségű (188 kw) áramot „Veifa Neo Intensiv“ apparatus szolgáltatja. Az áram intenzitása 4 m amp. volt. A nyulak egy sorozatát az ily módon nyert és 3 mm Al-szűrőn átbocsátott sugárzásnak vetette alá. Azt találta, hogy e nyulaknál az epilatio 8 pernyi besugárzás következtében jött létre. Ez a dosis átszámítva, megmérve 170% HED-nek felel meg. A másik sorozatnál keményebb, 0.5 mm Cu + 3 mm Al-szűrővel szűrt sugárzást alkalmazott. Ekkor az epilatio 18 perces besugárzás hatására következett be (180% HED). Ugyanezen füzet következő közleményében kísérleteinek eredményéről számol be a szerző. A Röntgen-sugarak általános és helyi hatásának rövid áttekintését adja közleményének könnyebb megértése céljából. A fentebb leírt keményebb sugárzás következtében, 150% epilatiós dosisig, a conjunctiván csupán nem maradandó és kórosnak nem nevezhető folyamatokat, így néhol sejtmagszétését, kisfokú hyperaemiát látott. 200% ep. dosisnál azonban már a kötőhártyaredők zsugorodását is észlelte. Ezzel szemben a puhább sugárzás már durva elváltozásokkal jár. Ugyanis már egy ep. dosisnál is az epithel pusztulása, az áthajlási redő zsugorodása, sőt néhány esetben a bulbaris és tarsalis conjunctiva teljes összenövése következett be. A corneán hypaesthesiát egyszer sem észlelt. A cornea hámfájában károsodást, a keményebb sugárzásból 150%-os, illetve a puhábból 100%-os epilatiós dosis okoz. A helyenként látható magszétések és a plasma vacuolálás elfajulása azonban idővel regenerálódik. Mélyebbre terjedő elváltozást, keratitist, fekélyképződést csak 200, illetve 100%-os ep. dosisnál látott. Az uvea reakciója egyik nyúlnál sem terjedt túl a korai és kisfokú hyperaemiánál, legfeljebb az irisnél, ehhez a

csarnokvíz csekély megzavarodása társult. Az erek obliterációját, gyöngysorszerű kítágulását vagy intimájuknak degenerálódását egy esetben sem fedezte fel. Tensio-emelkedéssel, besugárzás után, nemcsak hogy nem találkozott, hanem számos esetben a szem nyomásának csökkenését észlelte.

Luzsa dr.

**Vaccinatherapia szembetegségekben.** C. Berens és R. R. Losey. (Amer. Journ. of Ophth. 1929. 12. k. 11. o.)

Parenteralisan nyújtott fehérjéknek és fehérje-hasadási termékeknek nonspecifikus, általános hatása mellett egyes serumoknak és vaccináknak kétségtelenül van specifikus gyógyhatása is. Vaccinákkal való activ immunizálás a szervezetet védőanyagok fokozott termelésére ingerli. Az intracutan próbaoltás hasznos eszköz ama kórokozók felkutatására, amelyekkel szemben a beteg szervezete a legérzékenyebb; ennek a bakteriumnak van ugyanis a legerősebb antigenes hatása s így a belőle készített vaccinákkal történő oltásoktól várható a legerősebb gyógyító hatás: igazolta ezt a tapasztalat is. Jól beváltak standard törzsek, úgyszintén a Besredka-féle filtratumok, de legjobb az autovaccina. Az elkülönített és identifikált mikroorganizmus tenyészetéből physiologiás konyhasóoldatból készített különböző suspensiókat (300, 500, 1000 és 2000 millió  $\text{cm}^3$ -enként) hő segítségével előljük, tricesollal conserváljuk és jégszekrényben őrizzük tovább. Therapiás célból kezdjük a legkisebb olyan adaggal (0.01—0.05  $\text{cm}^3$ ), amely éppen hogy reakciót vált ki, és lassan emelkedve folytassuk akár hónapokon át, gondosan kerülve minden ártalmas túladagolást. A kezelés alatt a szervezet deszenzibilizálódik, amint azonban az oltások abbamaradnak, a folyamat ismét fellophanhat. Eddig főleg chronikus sinusitisben, prostatitisben, apicalis abscessusban szenvedők idült gyulladása szembetegségeinél vált be a kitenyészett strepto-, staphylo-, illetve gonococcusokból készített vaccina. Megkísérelték a bélflóra aërob mikrobaiból előállított vaccinának antianaphylaxiás hatását felhasználni, de sem ennek, sem a különböző tuberculinoknak amerikai szerzők nem hajlandók specifikus hatást tulajdonítani. A vaccinakezelést mindenkor hathatósan fogja támogatni az esetleges fertőző góc kiküszöbölése, vagy legalább is jó drainézis, valamint egyéb helyi kezelés. A továbbiakban gondos bakteriologiái diagnosira, sorozatos, pontos megfigyelésekre és feljegyzésekre van szükség ahhoz, hogy a vaccinatherapia specifikus és nonspecifikus tényezőinek viszonylagos értéke szembetegségek kezelésében véglegesen eldönthető legyen.

Dallos dr.

### Elméleti tudományok köréből.

**Éhezés befolyása a vérsérum K- és Ca-tartalmára.** Schazillo és Konstatinowskaja. (Biochem. Z. 201. k. 318. o.)

Szerzők éhező kutyák vérsérumának K- és Ca-tartalmát vizsgálták. Kísérleteikben azt találták, hogy a K mennyisége változatlanul a physiologiás határok között maradt, míg a Ca az éhezés következtében beállott izgalmi, illetőleg később bénulásos szakban megcsökkent.

Weszelszky László dr.

**Adatok a béprotozonok ismeretéhez.** F. H. Poorten. (Zentralbl. f. Bakt. etc. 109. köt., 7—8. füz.)

Utal arra, hogy mintegy 10 éve mind gyakrabban fordulnak elő közlések nem trópusi vidékekről származó és ott nem is járt egyéneknek fellépett amoebás dysenteriairól. Ezek az infectiók cystákat ürítő amoebagazdáktól származnak. Ismerteti idegen szerzők eredményeit. A világháború előtti időhöz képest ezen megbetegedések jelenleg sokkal gyakoribbak.

469 Keletindiából visszakerült tengerészen kívül több hajó személyzetét és polgári egyéneket vizsgált. Spontan ürített faecesben kereste a cystákat, legalkalmasabb eljárásnak a Bayer methodusát tartja, ez azonban a blastocysták vizsgálatánál nem ad jó eredményt. Vizsgálatai során entam. hystolyticát 19%-ban entam. colit 40%, entam. teniust 10%, entam. nanat 21%, jódcystát 10%-ban, lamblia intestinalist 13%-ban talált. A talált cystákra vo-



natkozó alaktani megjegyzései szerint a kétségtelenül hollandiai eredetű cystákat középértékben  $12.04 \mu$  átmérőjűeknek találta, még a valószínűen trópusi fertőzésből eredő cysták átlagos átmérője  $12.45 \mu$  volt. Következtetéseiben a fertőzést elősegítő körülménynek tartja az együtt való lakást, amire például említi fel, hogy az egy éven túl állandóan hajón tartózkodók között az amoeba-gazdák száma megháromszorozódik. A socialis viszonyoknak is nagy jelentőséget tulajdonít a fertőzés és fertőződés szempontjából. Arra a kérdésre, hogy vajon a Hollandiában előforduló amoebacysták különálló válfaj-e, vagy a trópusi fajhoz tartoznak, *Rodenhuis*-nak általa is megerősített eredményei az első lehetőségnek felelnek meg, amit leginkább a cysták csaknem szabályszerűen megnyílvánuló méretbeli különbségei bizonyítanak.

Lőrincz Ferenc dr.

**A központi idegrendszer lipoidtartalmának mesterséges emelése.** *M. Serejeski.* (Biochem. Zeitschr., 201. k., 292. l.)

Már mások is megkísérelték az agy lipoideconcentrációját lipoidetetéssel befolyásolni, kísérleteik azonban negatív eredménnyel jártak. Ennek a sikertelenségnek az oka valószínűleg az, hogy nem vették figyelembe a lipoidok specifikitását. A Sachs-iskola vizsgálatai óta azonban tudjuk, hogy az egyes szervek lipoidjaival való kezelés által nyert antiserumok csakis az azonos szerv lipoidjával reagálnak, tehát az egyes szervek lipoidjai szigorú specifikitással bírnak. Így az agy lipoidjai is. Szerző ezen álláspontból kiindulva kísérleti kutyáinak öt napon keresztül agylipoidokat adott per os, vagy subcutan. Az így kezelt kutyák agylipoidtartalma valóban megnövekedett. A cholesterolin a szürke agyban körülbelül 20%-kal, a fehérállományban 10%-kal emelkedett a normalis értékek fölé, míg a telítetlen phosphatidák csak kisebb mértékű emelkedést mutattak. *Gömöri Pál dr.*

## KÖNYVISMERTETÉS

**Die Stoffwechselkrankheiten.** *Fr. Umber.* 2-ik. átdolgozott kiadás. 168. l. Klinische Lehrkurse der Münch. med. Wochenschr. 4. köt. J. F. Lehmann. München. Ára fűzve 5.—, kötetve 6.50 M.

E könyv második kiadása (az elsőt az O. H. 1925. évfolyamának 37. számában ismerttettem) az átdolgozás és kiegészítések ellenére sem lett terjedelmesebb és éppen ezért rövidege, szabatosága miatt tesz jó szolgálatot a gyakorlóorvosnak. Kevésbé gyakorlati részek rövidítése mellett a legújabb haladás figyelembe részesül. Így ismerteti a rachitis elleni vitamint, továbbá *Loewi* kutatásainak eredményét és a „glykaemin“ jelentőségéről való felfogását, amelyhez nem csatlakozik, mert a régi kísérleti tapasztalatok és a klinikai megfigyelések is szerte emellett szólnak, hogy a valódi diabetes központja és kiindulása a pankreasban van. 5000 cukorbeteg közül 9 esetben látott gyógyulást, vagyis a szénhydrat- és a cukortolerantiának egészen rendessé válását. Három ilyen esetének rövid leírását közli: az egyikben a beteg diabeteze *syphilis* pneumococcus-pneumonia után gyógyult meg, de a másikban a betegnek az epeutak gyulladásához csatlakozott pankreatitise volt, a harmadik esetben pedig a diabeteze *syphilis* májmegegyobbodás mellett fejlődött ki. Az előbbiben az epehólyag eltávolítása, az utóbbiban a fajlagos kezelés hozott gyógyulást. A *synthalin* első sorban olyankor ajánlja, ha az *insulin* adagját csökkenteni akarjuk, a *synthalin* segítségével ez és az *insulin* elhagyása sokkal gyorsabban sikerül, mint anélkül. A cukorbetegnek fertőzéstől származó complicatióinak, gümőkórjuknak kezelésében és műtéteknél is igen jó eredményt látott olyan nagy *insulin*adagoktól, amelyek már a *hypoglykaemiás* reakció határához vezettek („Überinsulinierung“). A könyvet világos *stylus*-a, minden fontosabb kérdésnek tárgyalása s végül olesó volta miatt is melegen ajánlom. *Herzog Ferenc.*

**Belastungsproben der Atmung. Belastungsproben des Kreislaufes.** *H. Gerhartz.* Handb. der biol. Arbeitsmethoden. 282. fűzet. Urban és Schwarzenberg, 1928. Ára 10 M.

A 190 lapra terjedő munkának fele a légzésnek, másik fele a vérkeringésnek megterheléssel való vizsgálatát ismerteti, részben a szerzőnek saját megfigyelései

alapján. E folyamatok szövődött volta hozza magával, hogy a vizsgálatokra szolgáló eljárások eredménye sokszor csak fenntartással értékesíthető. Külön fejezetekben tárgyalja a szövetekben lefolyó *oxydatio* mérését, a légzésnek megterhelését az O-nyomás csökkentésével, illettőleg nagyobb légnyomással, a vitalcapacitásnak, a maradékvegőnek és a kettő viszonyának jelentőségét. Ha előbbi úgy aránylik az utóbbihoz, mint 4:1, ez nagy teljesítőképeséget jelent, ellenkező esetben ez a viszony 25:1-re, vagy még kisebb értékre csökken. A szervek vérellátásában, a működésükkel kapcsolatos vérbőség létrehozásában méltatja a működő szervekben keletkező környéki ingereknek jelentőségét. A vérkeringés megterhelése vizsgálható az O-ellátás csökkentésével, a szív-dinamikára ható eljárásokkal, a légzés megváltoztatásával, a vérpályába iktatott ellenállással, az idegrendszerre ható ingerekkel (carotis-, szemgolyónyomás, Erben-féle eljárás). De ezen vizsgálati eljárásoknak részletes ismertetésén kívül e munkában nagyon sok élettani s kórtani adatot is találunk, ami nagy mértékben növeli annak értékét. *Herzog Ferenc.*

**L'accoucheur moderne.** Précis d'obstetrique, par *Marcel Metzger.* Libraire Felix Alcam. Paris, 1928. Ára 60 franc.

A 602 oldalas könyvnek nem célja a tankönyveket vagy compendiumokat pótolni, hanem — mint azt előszavában olvashatjuk — a gyakorlóorvos számára a szülészeti teendőket a helyes utat megmutatni. Ezért az elméleteket lehetőleg mellőzi, azokból csak annyit és úgy mond el, hogy a jelenségek s a velük kapcsolatos teendők könnyen megérthetőek legyenek.

Az első fejezetben a terhességi diagnostikával foglalkozik, főképen a méh elváltozásaival s azoknak felismerésével, míg a más szervek okozta tüneteket s egyéb terhességi jeleket, mint lényegteleneket, csak futólag említi meg. A normalis szülés lefolyásának és mechanizmusának tárgyalásánál a lágy részek, különösen a méh alsó szakaszának viselkedését ismerteti részletesebben. A gyermekágy lefolyásának és kezelésének leírása után az újszülött és csecsemő ellátására, valamint táplálására nézve ad gyakorlati tanácsokat. A terhességi megbetegedések között külön fejezetben a *colibacillus* által okozott szövődményeket foglalja össze „*colibacillose*“ néven. Szűkmedencés szüléseknél a szerinte majdnem mindig jelenlevő és a nehézségeket nagy mértékben fokozó lágyrész-rigiditásnak szerepére hívja fel a figyelmet. A magzati téraránytalanságokról szóló fejezetben túlnagy magzatokkal, valamint a fekvési és tartási rendellenességekkel foglalkozik. „A pete anomáliái“ cím alatt a lepény, köldökzsinór és burkok rendellenességeit írja le. Ezután a magzat méhenbelüli zavarai, a lepényi szak szövődményei, a szülési sérülések, majd a gyermekágyi megbetegedések következnek. A méhenkülső terhesség rövid leírása után, a szülészeti műtéttanban, főképen a műtétek technikai kivitelét tárgyalja részletesebben.

Mindenütt a könnyed társalgás hangján ír, az elméleteket könnyen megérthető, kézzelfogható magyarázatokkal igyekszik pótolni. Nélkülözi a tankönyvek alaposágát és részletességét, vagy a compendiumok könnyen áttekinthető beosztását, ezért a szülészeti megtanulására nem alkalmas, de különösen a gyakorlati fogások könnyen érthető, szemléltető leírása által jó szolgálatokat tehet a gyakorlóorvosnak. *Miklós László dr.*

**Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser.** *Adolf Herrmannsdorfer.* Prof. Sauerbruch előszavával. Lipcse, 1929. J. A. Barth kiadása. 49 old.

A sószegegy étrendet a tuberculotikusok táplálkozására eredetileg *Gerson* vezette be. Tudományos felkészültséggel *Herrmannsdorfer* dolgozta ki az eljárást Sauerbruch klinikáján. A vélemények róla egyelőre igen megoszlanak. Hiba lenne ezt azonban esetleg a hatásosság rovására írni, ameddig az alkalmazás és elkészítés módjának tekintetében olyan nagyok lehetnek a különbségek. A sómentes, vagy legalább is a sószegegy étrend előállítására a diéta konyhatechnika művészetének a magas iskolája. Nagy konyhatechnikai készség, szak tudás, gyakorlat, találmányosság és ügyeszeretet kell hozzá. Ezt pedig nem lehet könnyűből megtanulni, hanem annak a rátermettségétől függ, aki a diéta elkészítésével gyakorlatilag foglalkozik. Kérdés már most, hogy e kis könyv elolvasása után nagyobb bátorsággal és felkészültséggel lehetne-e a sószegegy étrend elkészítésére vállalkozni, mint azelőtt. Viszont e mű élénk bizonyítéka annak, hogy a klinikus és a konyhatechnikus egymást



kiegészítő együttműködése, mint a szerző-házastársak esetében, a diéta gyógykezelés eredményességével mily szorosan összefügg.

Soós Aladár.

**Wie soll der Arzt in der Praxis Stoffwechselkrankheiten behandeln? Therapie in Einzeldarstellungen** Hrsg. v. R. von den Velden und P. Wolff. Lipse, 1928. Georg. Thieme kiad. 78. old. Ára 3-60 M.

Mesteri kézzel és fölényes szaktudással megírt munka, amely kitűnő példa arra, hogy mily módon, mily stílusban és milyen terjedelemben tájékoztassa orvosi kérdésekről az akadémikus a gyakorlóorvost. Compendiumszerű rövidegességgel, minden lényegesre kitérve és minden felesleges elhagyva, írja le benne a szerző mindazt, amit az orvos anyagcserebetegének kezelésénél praxisában értékesíthet. A diabetes mellitus után a köszvény, az elhízás és a soványodás, majd a ritkább anyagcsereanomaliák és végül a diabetes insipidus kezelésének főbb irányelveit fejtegeti. A gyakorlóorvos e kis könyvet szakkönyvtárának leghasznosabb darabjai közé fogja sorolni.

Soós Aladár dr.

**Leber-Kochbuch.** A májdiéta gyakorlati kiviteléhez szükséges leírás és főzőreceptek. Von Dr. R. F. Weiss. Az „Ärztliche Rundschau“ Otto Gmelin kiadása, München. 1928. 44 oldal.

Alig két évvel az első ismertető közlemény megjelenése után a májdiéta ritkán tapasztalt gyorsasággal hódított jelentős tért a vérbetegségek kezelésében. De amilyen egyszerű az étrend előírása és összeállítása, oly nagy konyhatechnikai nehézségekbe ütközik a gyakorlati kivitele. Az előkészítő feladatát szerző 40 májrecept közlésével igyekszik megkönnyíteni. Több közülük annyira erőltetett és mesterkelt, hogy a mi beteganyagunknál ki sem lehetne próbálni, egy részüket viszont már ismerjük a májirodalomból. Sok van köztük olyan is, amely a magyarországi megfelelő átdolgozás után a mai diétetímájreceptkincsünk gyarapítására is szolgálhat.

Soós Aladár dr.

**A quarzfénykezelés technikája és indicáiói.** Markovits Imre. (8<sup>o</sup>. 94 lap. 17 ábra. Novák Rudolf és Társa. Budapest.)

A könyv tartalma szigorúan fedi a cím értelmét. Ügyes compendium a quarzfénykezelés alkalmazásmódjáról és indicációjáról. Tisztán gyakorlati célokat szolgál és így a modern orvosi fénykezelés elméletével csak éppen annyira foglalkozik, amennyire a tárgy megértéséhez kell. Annál ügyesebb és valóban az életből vett tapasztalatok alapján tárgyalja a műszertani és orvosi technikai kérdéseket. A biológiai rész még ily gyakorlati irányú könyvben is behatóbb ismertetést érdemelt volna. A könyv utolsó része betűrendben sorolja föl azon betegségeket, amelyekben a quarzfénykezelés különösebb jelentőségű, mindenütt részletesen ismertetve a specialis indicációt, technikát, az alkalmazandó adjuváns-kezeléseket és az esetleges contraindicációt.

A könyvet Kelen Béla dr. egyetemi tanár előszava nyitja meg, melyben készséggel ajánlja a könyvet minden collega figyelmébe.

Dalmady Zoltán dr.

## A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 23-i ülése.

Előadás:

1. **Kopits I.:** Szövettani vizsgálatok régi peripheriás bénulás által deformált végtagok izomatán. Peripheriás bénulás (poliomyelitis ant. acuta és idegsérülés) késői szakában végzett izomszövettani vizsgálatai alapján csatlakozik Strümpellnek és azoknak a szerzőknek a nézetéhez, akik, mint a peripheriás bénulás közvetlen következményét csak egyszerű és nem elfajulásos izomsorvadást észleltek. Az elfajulásos izomsorvadás infectiosus, toxikus és traumatikus tényezőkre vezethető vissza. Az irodalomban tapasztalható fogalomzavar miatt az izomsorvadás új definitióját ajánlja. A különböző izmok elváltozásának és az őket ellátó idegtörzsek topographiai vizsgálata alapján arra az eredményre jut, hogy a mechanikai szempontból kedvezőtlenebb helyzetben lévő izmok súlyosabb elváltozást mutatnak, mint a többiek. Ezzel magyarázható a „gyermekbénulás“-nál bizonyos izmoknak a gyakoribb és súlyosabb bénulása.

2. **Bársony T. és Holló Gy.:** A tüdő banalis gyulladása, mint önálló körkép. Az összes szervek közül a tüdő az, amely úgy a külvilággal közlekedő légutak, valamint az egész test artériás rendszere elé mintegy szűrőként is bekapcsolt vérrendszere folytán leginkább van

banalis infectióknak kitéve. Közelfekvő tehát a gondolat, hogy, amint pl. a tonsilláknak, vagy az appendixnek, vagy még inkább a bőr alatti kötőszövetnek megvan az a maguk mintegy mindennapos gyulladási betegségei, úgy ilyenek a tüdőknél, nevezetesen annak kötőszövetében is felléphetnek, anélkül, hogy ehhez különleges specifikus infectióra, vagy bevezető fertőző betegségre volna szükség. Tapasztalataik alapján azt kell hinni, hogy ilyesmi igen gyakran fordul elő nemcsak csecsemőknél és aggyastánoknál, de egészséges felnőtteknél is. Nem tartják különleges betegségnak, hanem ellenkezőleg azt hiszik, hogy az összes tüdőgyulladások között éppen ez az, mely legtisztábban mutatja a pneumonia egyéni sajátosságait, mert nincs eltorzítva, sem specialis immunitásos beállítottság által — mint a croupus pneumonia — sem pedig más fertőző betegség, vagy cachexia jelenléte által, mint a bronchopneumoniák túlnyomó része. Nagyon sok indokolatlan láz, vagy múló és jelentéktelen rosszullet mögött ilyen banalis tüdőgyulladások rejlenek és hogy a radiologia ilyen fajta esetek tisztázására is nagy szolgálatot tehet, amivel talán előre is jutottunk egy lépéssel az ismeretlen lázas állapotok nagy területén. Eseteik, bár többnyire jóindulatúak, de nem ritkán kiinduló pontjai súlyosabb, progresszív, nekrosissal és genyenedéssel komplikált folyamatoknak, melyeket külső megjelenésük szerint tüdőcirrhosis, bronchiectasia, chronikus gangraena, empyema stb. néven szokták megkülönböztetni egymástól, de melyek lényegében mind ugyanazon betegségek megnyilvánulásai. Bizonyos, hogy nemcsak a banalis tüdőgyulladás vezet ilyen súlyos anatómiai elváltozásokhoz. De ha végig nézik azokat a statisztikákat, amelyek a tüdőtályog és gangraena, valamint a bronchiectasiák eredetére vonatkoznak és különösen, ha kikapcsolják azokat az eseteket, amelyek másodlagosan pl. oesophagus carcinoma, vagy általános sepsis kapcsán léptek fel és így önálló jelentőséggel aligha bírnak, úgy a tisztázatlan eredetűnek, a chronikus pneumoniából, putrid bronchitisből, aspiratióból stb. származónak megadott százalékszámokból arra a következtetésre kell jutni, hogy különösen a felnőtt korban, az eseteknek közel a fele lehet az, mely banalis eredetű pneumoniából származik; jóval több, mint ami a croupus pneumonia, vagy a járványos influenzapneumonia számlájára írható. Oly körképről van tehát szó, mely beteggétező és halált okozó jelentőségét illetőleg, ha nem is éri el a tüdőgümőkört, de minden esetre ugyanazon nagyságrendbe tartozik. Therapiájának kidolgozása a jövő feladata.

## Közkórházi Orvostársulat március 20-i ülése.

Bemutatók:

1. **Gaál Aurélia:** Ritkább rákos esetek. Első esetében primaer genitális daganat mellett izolált szívizommetasztasiszt észlelt. Második esetben primaer méhnyak mellett az arteria pulmonalisban daganat embolust talált, harmadikban ovarialis carcinomának terhelességgel való szövődése fordult elő, negyedik esetben végbélrák mellett elvándorló halál jött létre. Esetei közül a két elsőben a haematogen metastasis adta meg a daganatos elváltozások érdekességét; az utóbbi kettőnek a klinikai megjelenési formája volt figyelemreméltó.

2. **Zalka Ö.:** A gyomor-bélhuzam carcinomájához csatlakozó ovarium metastasisok rendszeren kétoldaliak; régebben ezeket Kruckenberg-tumoroknak nevezték el. Ezen tumorok keletkezésénél régebben az ovarium felszínre való omlantálását vették fel, ma inkább a nyirokutakon való retrograd terjedést fogadják el. Érdekes, hogy a kismenede egyéb szerveiben, főleg a nyirokutakban, mikroszkopos metastasisok észlelhetők, azonban kifejezett daganatképzést csak a petefészekben lehet észlelni. Ezt azzal magyarázzák, hogy a petefészek hydrogenion-concentrációja a daganat növekedése szempontjából kedvezőbb, mint a többi kismenede szervé.

3. **Nebenführer L.:** Ritka lueses esetek. Három tertiaer lueses betegről számol be, akik közül kettőt kilenc, illetve két évig lupus ellen kezeltek, egynek kezét amputálni akarták. Wassermann-reactio, luetin-reactio mind egyenként erősen pozitív. Antilueses kúrára behámosodás, teljesen heges gyógyulás. A luetin-reactio kiterjedtebb alkalmazását ajánlja.

4. **Brezovszky E.:** Ha ritkábban is, de még mindig előfordulnak helytelen kórisme következtében súlyosan elhanyagolt és nagy destructióval járó gummás esetek,



holott a Wassermann-reactio problémája eléggé ki van dolgozva és a vér vidékről is könnyen eljuttatható bármelyik fővárosi laboratóriumba. A luetin-reactio pedig olyan egyszerű eljárás, hogy azt vidéki orvos épp úgy elvégezheti, mint a Pirquet-féle reactiót. Epp ezért a luetin-reagensnek egy gyakorlóorvos rendelőjéből sem szabadna hiányoznia.

**Guszman J.:** Kiemeli, hogy a súlyos diagnostikai tévedések gyakran azáltal jönnek létre, hogy a súlyos tertiaer destructiv folyamatok negatív Wassermann-reactiót adhatnak. Egyedül a negatív Wassermann-reactio miatt tehát nem szabad késői széteső syphilis főlvételét elvetni. Ugyanebből a szempontból kell elbírálni a luetin-reactiót, melynek propagálása egyébként egyszerűségénél fogva föltötte áldásos lehet, elsősorban a késői világrahozott lues-diagnostikájában. Több példát hoz fel, ahol a téves diagnózis pótolhatatlan károkat okozott. Igen fontos ezért az is, hogy lehetőleg minden súlyosabb késői syphilis-eset bemutatásra kerüljön, mert az ilyen esetek ma már egyre ritkábban kerülnek észlelésre.

#### Előadások:

**3. Fabinyi G.:** *A felső légutak vérzéseiről.* Ezek közül, mint leggyakrabban előfordulóval, az orrvérzéssel foglalkozik részletesen. Az orr érellátásának vázolója után sorra tárgyalja a közvetlen és közvetett erőművi behatások következtében létrejött és spontán keletkezett orrvérzéseket, mely utóbbiakat vérnyomásváltozások, érfal-eltérések s a vér összehúzóerőnek megváltozása folytán keletkező, továbbá constitútiós alapon, daganatok, légnyomásváltozások és localis elváltozások folytán való keletkezésük szerint oszt fel. Az orrvérzések gyógykezelésében felmerülő eljárásokat mechanikai, thermikus, vegyi és általános beavatkozások szerint csoportosítja. Dicséri a stryphon-készítmények hatását, óv az általános erősítőszerek, ergotin, stb.) injectiójától, melyek vérnyomásnöveléssel vérzéscsökkentő eredményeznek, valamint a népies eljárásoktól (hidegvíz felszívás, liq. ferri sesquichlor). Hasonló csoportosításban sorra veszi a garat vérzéseit, melyek kezelésénél sebészi eljárásokon kívül a diathermiás kautert ajánlja, kiter a mandulakörüli tályog megnyitása utáni vérzések kezelésére is. Ugyanígy tárgyalja a gége vérzéseit is, kiemelve a nyaki gyűjtőrendszerpangás és a gége túlerőltetése folytán előálló vérzéseket. A legtöbb felső légúti vérzést szakszerű vizsgálat után aránylag kis beavatkozásokkal csillapíthatóknak és jó kórjelletűnek tartja.

**Karafiáth I.:** Gyakran kell initialis haemoptoé és felső légutakból eredő vérzés között különbséget tenni. *Ország* 1927-ben felhívta már erre a figyelmet, egy esetét ismertette, ahol egy felső állasonntöréshől származó tartós vérzavárgás miatt a beteget hosszú időn át a tüdőbetegek életére kényszerítették. *Freystadt B.* a debreceni nagygyűlésen trachealis vérzés négy esetét ismertette, mely leggyakrabban a trachea felső és elülső részén levő venektasiákból származik, talán azért, mert tükrővizsgálatnál ez a hely látszik legjobban. Amióta minden legkisebb haemoptoénál is tekintettel vannak erre, gyakran van alkalmuk főleg kisebb vérzéseket kórismézni. De hogy nagyobbak is előfordulnak, az említették is igazolják. Csak akkor lehet biztosan állítani, hogy a vérzés a légutakból jön, ha a tüdőben látható a szívárgó vér.

**Laub L.:** A szakorvost gyakran állítják azon kérdés elé, hogy a vérköpsnél a vérzés a felső légutakból, vagy a tüdőből származik-e? Alaposan kell a felső légutakat átvizsgálni s a kérdést a vérzés helyén csak az egyéb vizsgálatoknak (vérzés mennyisége, minősége, vérnyomás, tüdővizsgálat, Röntgen-vizsgálat) eredményével egybevetve állapítható meg.

**4. Brezovszky E.:** *A lupus vulgaris kezelése.* A Koch-féle tbc. által előidézett bőrelváltozások között a leggyakoribb kórkép a lupus vulgaris, melynél a tbc. bacillusok a bőrben és a bőralatti kötőszövetben telepsznek meg és ott kis gömbsejtes beszűrődést, lupusos göbéséket alkotnak. Ezek szétesése következtében keletkező fekélyek majd heges gyógyulás folytán a betegeknek eltorzító kinézést adnak. A kezelés alapelve, a beteg területből a tbc. bacillus elpusztítása, nehezen sikerül és a jelenleg rendelkezésre álló therapiás eljárások egyikével sem tökéletes. Úgy az immunbiológiai, mint a chemiai electiv, vagy a sebészeti eljárás csak javulást és részleges gyógyulást képesek előidézni és nem mentesek a recidivától. Hátrányuk a fájdalomosság és a nagy hegek képződés. Ennél már tökéletesebb, kellemesebb, kevesebb recidivával jár és kozmetikailag szebb heget idéz elő a természetes és mesterséges fénykezelés (ultraviolet-suga-

rak), amely helyi, vagy általános besugárzásokból állhat. Ezen kezelés keresztülvitele és ezen eltorzító betegek elhelyezése a mai viszonyok mellett a közkórházakban sok nehézségbe ütközik. Elhelyezésük és szakszerű kezelésük céljaira a külföldön lupus-otthonoknak nevezett intézeteket tart célszerűnek, ahol természetes, vagy mesterséges fénykezelésben részesülhetnek. Egy ilyen intézet sürgős felállítására tesz indítványt, amelyet *Guszman* elnök javaslatára az Igazgató Tanács elé fog terjeszteni.

**Rothmann I.:** A gyógyhatást kifejtő rövid sugarakat az epidermis sejtek nyelik el és az ott keletkező pyrogenszerű anyag a szervezetben gyógyhatást fejt ki. E cél elérésére a költséges *Finsen*-készülék helyett a higany-quarz lámpák sikeresen alkalmazhatók. (Jesioneck.) Az excochleatio és pacquellinnel a lupust nem lehet teljesen meggyógyítani, mert főleg localis izgalmat váltanak ki és ezáltal a folyamat továbbterjedéséhez vezetnek. Külföldön Lupusheim alatt lupusgyógyintézetet értenek.

### A Kir. Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának március 12-i ülése.

#### Bemutatók.

**1. Kalocsai G.:** *Endotrachealis granuloma.* Hét-éves gyermek alma-magházat aspirált, melyet tracheotomia kapcsán távolítottak el. Három hónap múlva ismét stridorosus légzés. A légcsőben a tracheotomiás hegből kiinduló babszemnyi granuloma képződött. Tracheotomia inf., endolaryngealis tumoreltávolítás. A szövettani vizsgálat (*Prof. Johann*) a kioperált hypergranulatio belsejében fonalrostokat mutat ki (visszamaradt kötszer), továbbá a csillószőrös hám laphámmá alakulását. Gyógyulás.

**Lénárt Z.:** Az eset lefolyása azt mutatja, hogy a canül eltávolítása laryngológiai ellenőrzés nélkül történt. A granulatióképződés külső operációk után elég gyakori dolog, felismerése és megszüntetése megfelelő vizsgálatok mellett egyszerű. A canült véglegesen csak ilyen ellenőrzés után szabad eltávolítani, mert különben a beteg ismét suffocatióknak és tracheotomia veszélyének van kitéve, mint ebben az esetben is történt.

**Paunz M.:** A granuloma pornekrózis következtében képződött. Ha a tracheotomiánál ablakot készítenek a trachea mellső falán, pornekrózis ritkábban következik be.

**2. Laub L.:** *Thiersch-féle lebenyeknek célszerű rögzítési módja a gégeszűkületek műtéti megoldásánál.* A Thiersch-féle lebenyek rögzítésére *Esser* szerint fogászati Stentz-massát használ igen jó eredménnyel. A laryngostoma képzése és a hegek kiirtása után az üreget kitölti forró vízben megpuhított Stentz-massával. Ez megkeményedése után könnyen kiszedhető és az üregnek pontos lenyomatát adja. A formát mastisollal bekeni és az időközben készített Thiersch-lebenyeket arra reáhangereleli és reátapasztja. Ezt visszahelyezve az üregbe, 8 napig hagyja benn, mely idő alatt a lebenyek jól megtapadnak.

**Lénárt Z.:** Az eljárást hasznavehetőnek tartja, de a Mikulicz-féle tamponnal való rögzítés minden tekintetben kielégítette, s ha azt kellő óvatossággal alkalmazzuk, a lebenyek kifogástalanul a helyükön maradnak.

**Paunz M.:** *Marschik* drainső segítségével rögzíti a lebenyeket.

**3. Stamberger I.:** *Rosszindulatú daganat kórképét mutató adenoidvegetatio esete.* 15 éves fiúnál az orrgaratban egy kismányi daganat volt. A többször ismétlődő erős vérzések a nyakon lévő metastatikus nyirokesomók rosszindulatúság benyomását keltették. A kórszövettani vizsgálat szerint az orrgaratúri szövetszaporulat pusztán adenoidszövetből állt.

**4. Lénárt Z.:** *A carotis aneurysmája.* 65 éves nőnél idegenszerű érzés van a torokban. A bal tonsillarás tájék és velum elődomborodás, az elődomborodás rugalmas tapintatú és az epipharynx felé folytatódik, kifejezett pulsatio tapintható rajta, amely synchron a radialis pulssal. A nyakon ninesen eltérés. Mérsékelt ptosis, eophthalmus és pupillaszűkület a sympathicus bántalmazását tanúsítja. Mellkasi szervek normalisak. Wassermann-reactio negativ. Az anamnesisben torokgyulladások szerepelnek, sérülés nem érte. Próbaapunctiónál arteriosus vért nyernek. A kis almanagságú tumor nem származhatik valamely tonsillarás vagy garatvéredénytől, hanem a carotis aneurysmája okozza. Nem lehet eldönteni, vajjon a carotis externa vagy interna elváltozása forog-e fenn. Ez a prognosis szempontjából igen



fontos, mert a carotis externa leköttése veszélytelen, míg az interna ligaturája idősebb egyénnél az esetek  $\frac{1}{3}$ -ában végzetes következményekkel jár a beálló agylágyulás folytán. A betegnél legközelebb kiproparáljuk mindkét carotist és ha ideiglenes fonálszorításra a pulsatio csökkenéséből a carotis ext. bizonyul elváltozottknak, azt alákötjük. Ellenkező esetben az interna leköttése jönne szóba. Mielőtt ez véglegesen megtörténne, néhány napos összeszorítás által meg fogjuk figyelni, nem fejlődnek-e ki tünetek az agy részéről. Esetleg a systematicus digitalis compressio is szóbajöhet, amely *Billroth, Rouge, Delbet* stb. eseteiben gyógyulást eredményezett. A traumatikus aneurysmák a háború folyamán elég gyakran észleltettek, a jelen esetben garatgyulladás vagy arteriosclerosis szerepelhet ok gyanánt.

**Paunz M.:** Három carotis aneurysmát észlelt, melyek közül az egyik a carotis externára, kettő pedig a carotis internára vonatkozott. A carotis externa, valamint az egyik carotis interna aneurysma esete lövésű sérülés folytán keletkezett. Első esetben a carotis externa, a másik két esetben a carotis interna leköttése után gyógyulás következett be. Egy öreg nőnél a garat hátsó falának elődomborodását látta, mely felett pulsatiót észlelt. Ezt a pharyngea asc. aneurysmájának tartotta. Kiemeli a palpatio fontosságát a vizsgálatnál, melyet minden esetben el kell végezni, mert az aneurysma elnézése következtében nem egyszer történtek halálos kimenetelű elvérzések.

**Lénárt Z.:** Az aneurysma punctiója vékony tűvel és kellő óvatosság mellett nem veszélyes, esetünkben is símán folyt le. Az art. phar. asc. és art. palatina desc. felületes lefutása esetén elég gyakran okoz látható pulsatiót a garat oldalán, amely azonban nem jelenti ezen véredények aneurysmáját.

**Zoltán I.:** Beszámoló az orr-gégeklinika laboratoriumának 1928. évi működéséről. 1928. év folyamán (kb. 9 hónap alatt) 62 anyag vizsgálatot; még pedig: 12 gégerák, 3 sarjszövet radicalis gégeműtét után, 2 rákos nyirokesomó, 2 trachea carcinoma, 1 tracheostomán át expectorált fibrinalvadék, 4 gégetbc., 1 gégelues, 2 sarjszövet perichondritis laryngea esetéből, 1 gégepapilloma, 1 amyloid gégetumor, 1 járulékos tonsilla az epiglottisról, 2 tonsilla cc., 1 tonsilla myxoma, 1 lymphoid polypus a tonsilláról, 1 fibroma a garatmanduláról, 1 tonsilla tbc., 2 chronikus tonsillitis, 1 tonsilla lymphogranulomatosis, 1 lueses tonsillafekély, 1 lymphogranulomás sarjszövet a garatból, 1 lymphogranulomás nyirokesomó, 1 amyloid garattumor, 1 lobos cysta a garatból, 1 uvula papilloma, 1 nyelvféki rák, 2 basalsejtű rák a külső orról, 1 epipharyngealis sarkoma, 1 fibrosus choanalis polyp, 1 nyálkás polyp a highmoorból, 1 a homloküregből, 2 angiomás szerkezetet mutató orrpolyp, 1 lupusos, 1 skleromás sarjadzás az orrból, 1 papillarisan túltengett kagylónyálkahártyarész, 1 rostasejtkaparék retrobulbaris neuritis esetéből, 1 rostasejtsarkoma, végül 1 oesophagus diverticulumból kilökődött nekrotikus hám.

## A Debreceni Orvosegyesület március 7-i ülése.

### Bemutató.

**Orsós J.:** Operált pankreas-cysta gyógyult esete. Negyven év óta fennálló, traumás eredésű, tünetmentes, ökölnyi pankreas-cysta koci elgázolás alkalmával elszendvedett újabb traumára négy hét alatt emberfejnyire megnövekedett. A pankreas functiója jó volt. Radicalis műtét a cysta összenövéséi folytán lehetetlen volt. Gussenbauer-féle kivarrást végeztek. A sipoly két hónap alatt záródott. A leromlott beteg műtét után teljesen rendbe jött. Kórszövetani vizsgálatnál a cysta fala hámborítékkal nem bírt. Ebből és a traumás eredésből ítélve, a cysta valószínűleg álcysta volt.

### Előadás.

**Törő I.:** A bélsatorna chemoregulator sejtjeiről. Az előadó 18 állattípuson vizsgálta meg a Ciaccio-féle enterochromaffin sejtet, melyekről kimutatta, hogy azok festődése, alakja s száma a táplálkozás összetételével változik. Legnagyobb mennyiségben szénhidrát, fehérje felszívódásnál és éhezéskor szaporodnak fel a sejtek, de igen nagymértékben megtalálhatók hashajtók adagolására is. Szabályszerű egyensúlyt lát a kötőszövet eosinophil histiocytái és ezen sejtek között, melyek abban az esetben lényegesen fellegnagyobb számmal, ha a stroma eosinophil sejtjei eltűntek. Ezen két sejttípus között az átmenetet nem morphologiai, hanem

physiologiai tekintetben, a rögs lenkocyták képviselik. A sejtek szemcsészettségének létrejövetelét azzal magyarázza, hogy nézete szerint a sejtek plasmájában a chemiai egyensúly megbomlik, belül savanyú anyagok ürülnek ki, s ezzel egyidőben a plasmának visszamaradt része szemcsésen kiesapódik. Ezen szemcséket alkotó anyagok basicusak, s így savanyú festékekkel festődnek. A sejtek által elválasztott sav a béltartalom savanyúságát a stromába ürülő szemcsék pedig a szövethidv basicusságát emelik ki. Az utóbbi emelkedése következtében jönnek létre heteroplastikus úton az eosinophil hiscyociták azáltal, hogy a szövethidv neutralizálására savanyú anyagot adnak be. Mivel ezen hámsejtek feladatául, melyeknek belsősecretiós voltát kísérleteivel megcáfolja, a béltartalom és a bélfal savanyúságának szabályozását tartja, a sejtek elnevezésére a chemoregulatorhámsejt elnevezést ajánlja.

**Elek L.:** Az első eset volna, hogy a szervezetben végbemenő physicalis-chemiai elváltozásoknak substantialis alapját ki lehet mutatni. Fontos volna acciditással járó megbetegedéseknél (coma, diabeticum, uraemia, stb.) ezen sejtek viselkedését megvizsgálni.

**Bakucz J.:** A chemoregulator sejtek és a colostrumsejtek physiologiai jelentősége között analógiát lát. Az a tény, hogy az előadó a chemoregulator sejtek quantitativ megjelenését egyrészt a táplálékkal, másrészt az éhezéssel befolyásolni tudta, azoknak a táplálékkal, illetve emésztés chemiájával való összefüggését kétségtelenné tette. A szervezet részéről ilyen reguláló mirigyműködés régóta ismeretes az előtjében található colostrum testecskék képviselőiben. Bár egészen ezek szerepe sincsen tisztázva, mégis, hogy a teljesen más összetételű tejben jelennek meg, az emlőmirigy működésére irányító hatásukat kell feltételezni.

**Huzella T.:** Előadó vizsgálataiban a bélfelszívódás histológiájára vonatkozó új adatokon kívül új nézőpontok is domborodnak ki, amelyek által a kísérleti histologia a physiologiaival kerül közvetlen contactusba. A béli hám és stromasejtek szövetségi vonatkozásának és mechanizmusának pontosabb histologiai megismerése a physiologiai, illetőleg physikai és chemiai kutatás terét bővíti ki, de ugyanakkor a belső sejtelet és az organisatio biologiai problémáját domborítja ki, amely a bélfelszívódás physicochemiai — mechanikai értelmezésének határt szab.

**Törő I.:** A szemcsék mucin festékekkel nem festődnek meg. Az egyoldalú táplálkozás által okozott toxicosira ő is gondolt, s éppen ezért egyhetes egyoldalú táplálkozást állított be. Ilyenkor azonban a chemoregulatorsejteknek a száma erősen lecsökkent. Hogy gyulladásnál megszapornak az eosinophilsejtek, azt ő nem vizsgálta, de enteritiseknél ezen sejtek felszapornását egyesek észlelték. E sejteket más kóros körülmények között nem vizsgálta, azonban kétségtelenné tartja, hogy a kórszövetani vizsgálatok igen sok világosságot hoznának ebben a kérdésben. A colostrum zsírt tartalmazó anyag, s a zsír felszívódása s áthasolítása, valószínűleg termelése is, teljesen más elbírálás alá esik, mint más anyagoké, dacára annak, hogy legkönnyebben megközelíthető histologiailag, mégis a zsír-resorptio ismeretlen.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egy. nyilv. r. tanár).

## Adatok a bábaképzés kérdéséhez külföldi tapasztalatok alapján.

Írta: Kovács Ferenc dr. tanársegéd.

Míg a tegnapi orvostudományában a vezető elv és törekvés az egyes betegek bajának felismerése és gyógyítása volt, mely sysiphusi munkával az egyéneken keresztül próbálta — eredménytelenül — a nagyobb társadalmi egységek védelmét szolgálni; addig a mainak a jelszava a megelőzés. A betegek gyógyítása mellett fontosabbá vált az egészséget veszélyeztető káros tényezők kiküszöbölésére irányuló általános intézkedések intézményes bevezetése, mely az egyének védelmét a nagyobb közösségek általános egészségvédelmén keresztül igyekszik sokkal sikeresebben megvalósítani. Ennek a törekvésnek — mely-



nek eredménye a kultúrállamokban a halálozási arányszám lenyomása útján az átlagos emberi élettartam lényeges meghosszabbodása volt — egyik hatalmas eszköze a szaporodási folyamattal kapcsolatos ártalmak és szövődmények megelőzése. E téren mindjárt két irányban nyilvánul meg az üdvös hatás: az anyai megbetegedések és halandóság, valamint a magzati és újszülöttmortalitás csökkenése.

Hogy ezen alapvetően fontos nemzetvédő tényező biztosítása a terhes és szülők szakszerű, lelkiismeretes és gondos ellátásán alapszik, aminek biztosítéka viszont a rendelkezésre álló megfelelő számú és minőségű, megfelelően decentralizált elosztású baba és szakorvos, azt ma már minden művelt nemzet felismerte. A szülések anyai halálozási görbéje szinte közvetlen függvénye az illető állam babaügyi fejlettségének. A magzati, illetve újszülöttmortalitás tekintetében pedig csak *Fairbairn*-nek, Anglia legnevesebb szülészének adatait idézem. Ezek szerint Angliában 1918—1921 között 1000 élveszülött újszülött közül 4 héten belül évente átlag 35—38 pusztult el s „ezen magas és következetes korai halálozás túlnyomó nagy részében terhességi és szülés alatti complicatióknak tudható be és ezért legtöbbször megelőzhető jobb szülészeti ellátással“ (*Fairbairn*: Gynecology and Obstetrics). Nálunk csak most van kialakulóban e kérdés gyökere és üdvös, *Tauffer* professor, kormánybiztos által kidolgozott és ismertetett (Népegészségügy, 1928. XII. sz.) reformja, mely bennünket e téren is a legműveltebb nyugati államokkal egy színvonalra lesz hivatva emelni. Ezzel kapcsolatban talán nem lesz érdektelen összehasonlítás kedvéért röviden áttekinteni a babaügy viszonyait ezen nyugati államokban. Adataimat a Rockefeller-féle utazási ösztöndíj segítségével 1925-ben végzett tanulmányutam alatt szereztem.

Angliában az összes szüléseknek kb. 60%-át — de az ország egyes részeiben 90%-át — orvos nélkül, csak a baba látja el, a „midwife“ (= „mit dem Weibe“). A „midwifery“ Angliában specialis jelentőségű; pl. szülészkedő orvos „midwifery“-t gyakorol, vagy orvostanhallgató „takes his midwifery“. S hogy jól látja el, azt az is mutatja, hogy az anyai szülési halálozás arányszáma Angliában kb. 3%. De szembetűnően illusztrálja a szülési anyai és magzati mortalitás arányának a jó szülésznő szerepétől való függőségét az a próba, melyet itt végeztek. A „Victoria királynő nurseképző-intézet“ („Queen Victoria's Jubilee Institute for nurses“) által az új angol baba törvény alapján kitűnően kiképzett s egész Angliában és Walesben szétszórt, tehát legkülönbözőbb helyi viszonyok közt, falun, ipari vidékeken stb. dolgozó bábák által 1923-ban ellátott 54.554 szülésre összesen 81 anyai (—1.4‰) és 1.37% újszülött halálozás (+3.3% halva szülött) esett. A „Queen Victoria“ intézet gazdag magánadományából ugyanis megtehetette azt, hogy előzetes hároméves ápolónői tanfolyam utáni fél éves baba tanfolyamot is végzett bábait és felügyelőit vidéki körzeti állásokba megfelelő fizetéssel szétküldhette. Ez a kísérlet azt mutatja, hogy ha megfelelő pénz és idő állna rendelkezésre egész Angliában a megfelelő baba képzésre (mint ahogy a „Queen Victoria“ intézetnek volt erre pénze), úgy Anglia halálozási arányszáma 3.3‰-ről 1.4‰-re volna csökkenthető, mint ahogy azt Dániának tényleg sikerült is elérnie. (Az egészségügyi ministerium Angliában és Walesben 1922—1923. évben babaügyre s anyavédelemre 1.725.263 £-t fordított.) A bábák a közegészségügyi ministerium (Ministry of Health) ellenőrzése alá tartoznak és a rendellenes szülésekhez kötelesek orvost hívni. A baba képzés, elosztás és ellenőrzés ügyei közvetlenül a „Central Midwives Board“ kezében vannak. E testületben az összes érdekeltek, mint Orvosszövetség, egészség-

ügyi ministerium, helyi egészségügyi hatóság, a „Victoria királynő nurseképző-intézet“ stb. képviselve vannak. A kerületi külső ellenőrzés alsóbb fokon a megyei és körzeti egészségügyi elöljáróság kezében van.

Ami már most magát a baba képzést illeti, a gyakorlatban Angliában minden jobb kórház iskolájából kikerült ápolónő még külön is elvégzi utólag a baba cursust is, noha közülök csak kevesen gyakorolják a baba ságot. A baba cursus egy része az ápolónő hivatásbeli kiképzésének és rendszeren meg is követelik tőle, ha valahol állást akar vállalni. Az ápolónői tanfolyam legalább 3 év, amelyhez jobb kórházak rendszeren még egy negyedik, gyakorlati évet is megkövetelnek s csak ezután végzi a fél éves baba cursust, hogy mint ápolónő jobb helyen is kaphasson állást. Vannak ezeken kívül bábák, akik előzőleg nem végezték el az ápolónői tanfolyamot; ezek rendszeren alacsonyabb műveltségű és társadalmi állású nők és ezek számára a baba cursus 1 esztendő (1925 óta). Ilyen bábák rendszeren csak vidéken tudnak elhelyezkedni magángyakorlatban, mert kórházak nem alkalmazzák őket. Ezek a kerületi orvos, vagy a „visiting district nurse“ (kerületi ellenőrző ápolónő) ellenőrzése alatt állanak, aki szülésznő is.

Az angol baba képzés hátránya, hogy nincsenek külön baba képzőintézetek, mint a continensen, hanem a bábák az egyes kórházak megfelelő osztályain tanulnak decentralizálva. A Central Midwives Board szabja meg a tanítás anyagát, irányát s a vizsgáztatást ez végzi. Minden baba nak legalább 20 szülést kell személyesen vezetnie, hogy vizsgázhasson. A kórházakban, intézetekben mindenütt a bábák orvos nélkül (a főbaba, „matron“ ellenőrzése alatt) veszik fel a beteg kórlapját, vizsgálják a vajudót (medencemérés, vizeletvizsgálat, belső vizsgálat stb.) észlelik és vezetik a szülést, sőt gátat is varrnak. Orvost csak komolyabb rendellenességekhez hívnak.

A magas igényekhez képest, melyeket Angliában a bábák képzettségével szemben támasztanak, azok gazdasági és társadalmi helyzete nem megfelelő. Anglia és Wales lakossága 38.000.000 és 1922-ben összesen 780.187 szülés volt. Bár ugyanakkor 50.000 szülésznői tanfolyamot végzett nő volt nyilvántartva, ezek közül csak 16.000-en folytattak szülésznői gyakorlatot. Az általános gyakorló orvos viszonya a szülésznővel szemben nem jó, mert az benne — a szülésznő nagyobb szülészeti képzettségénél fogva — riválisát látja.

Dánia az egyetlen a tanulmányozott országok között, mely a baba ügynek még magasabb fokú szerveztségét mutatja, mint Anglia. E kis államban már 115 évvel régebben kezdték szabályozni a szülésznő képzést, mint Angliában s ennek a történelmi multnak a fejlődési eredménye meg is látszik. Itt kivétel nélkül minden terhes és szülőknek megvan a maga baba ja, bármely társadalmi vagy vagyoni osztályhoz tartozzék is. Az országban csak egy baba iskola van, a kopenhágai „Reighospitalet“-ben, mely az egyetemmel kapcsolatban áll. Ezen egyetemi szülészeti kórháznak két osztálya van: az egyik orvosnövendékeket képez ki (prof. *Gammeltoft*), a másik bábákat nevel (prof. *Hauch*). A baba cursus 12 hónap (most akarják két évre emelni), azonban évenként mindig számos, már gyakorlatban levő baba jelentkezik ismétlő cursusra és egyévi újabb kórházi gyakorlatra, melyeket az első kiképző cursussal párhuzamosan tartanak. Dániának 3½ millió lakosára 1100 baba esik; ebből 755 kerületi baba. A baba — „jordmoder“ — hivatása annyira népszerű ez országban, hogy a növendékek részben jó polgári, részben igen előkelő családból származó nők (ottjártamkor volt köztük egy növendék, akinek a nővére a királynő udvarhölgye volt s aki szintén hivatalos volt s el is járt az udvari bálókra). Általában éven-



ként mintegy 400-an jelentkeznek a tanfolyamra. Először a kerületi tisztiorvosok küldik be a jelentkezők adatait. Ezekből válogatja ki egy bizottság a 40 új növendéket, amennyit az iskola évente kiképez. Ezeknek először egy-havi próbaidőt kell szolgálni s ezután felvételi vizsgát tenni. Ha nem alkalmasak, akkor elküldik őket. Előképzettségük kb. a mi 8 középiskolánknak felel meg; felvételi korhatár 20 és 30 év közt. Sokan itt is előzőleg ápolónői tanfolyamot végeznek, de ez nem szükséges feltétel. A tananyag igen nagy. A tanítás elméleti része a desinfectio, antisepsis és asepsis mellett az anatómiát, élettant, bakteriológiát, részletes terhességi és szülési pathológiát is felöleli, továbbá nagy gondot fordítanak a szülés előtti és szülés utáni socialis és hygieniás gondozás oktatására, ami a védőnői hivatást a művelt bába személyében egyesíti. *Hauch* prof. ú. n. „teljes idejű“ tanár, aki magángyakorlatot nem folytathat, csak a bábaképzéssel foglalkozik; rajta kívül 2 assistens és a főmadame tart előadásokat. A vizsgák alapján 1., 2. és 3. osztályú diplomákat osztanak ki; a legjobb növendék jutalomban részesül.

Dániában törvény intézkedik arról, hogy a városi és községi előljáróság köteles a szülésznőnek természetben megfelelő lakásról gondoskodni (ha nincs: építeni), lakását telefonnal ellátni, bábafelszereléssel kiruházni, valamint autotaxi-szolgáltatásról gondoskodni részére. Minimalis fix évi fizetése 700 dán korona (kb. 1000 pengő), mely 1000 dán koronáig emelkedik (kb. 1400 pengő), amelyen felül az ellátott esetek után a patients jövedelme alapján megállapított kulcs szerint jár neki a törvény által megszabott díjazás. Ha ez a jövedelem bizonyos mértéken alul maradna, azt az állam egészíti ki. 60 éves korában a bába teljes fizetéssel nyugalomba vonulhat; 65 éves koron túl azonban nem szolgálhat. Mind e részleteket törvény szabályozza.

Ezen adatok érthetővé teszik, hogy a bába társadalmi helyzete épp oly tekintélyes, mint a házi orvosé. A kerületi bábák a tisztiorvos felügyelete alatt állanak s ha a kerület nagy, 24–25 bába is tartozhat körzetébe. Az ilyen kerület felügyelőorvosának és bábáinak együttműködése ideális. Évenként egyszer a kerület központjában összejövetelt tartanak, mely alkalommal az orvos szabad discussióval végződő előadást tart, majd ellenőrzi a bábák felszerelését, hivatalos nyilvántartási naplójukat (melyet a bába minden esetről vezetni köteles); végül kedélyes délutáni teával végződik az ilyen évi összejövetel.

A bábaképzőintézet évenként kétszer tart 5 hetes továbbképző bábacursust. Bár ez nem kötelező, mégis minden bába résztvesz azokon legalább egyszer működése alatt. Az állam fizeti ezen cursusok kiadásait, megtérítvén az ezen résztvevő bábák összes költségeit.

Mint láttuk, e kis ország szerencsésen megoldotta mindazokat a nehéz problémákat, melyekkel a bábáügynek, a közegészségügyi program ezen igen fontos részének rendezése találkozott, s szerencsésen alkalmazta azokat helyi viszonyaihoz. E problémák: jóminőségű bábaszemélyzet kiválogatása, azok anyagi és társadalmi helyzetének biztosítása, az ország különböző kerületeiben a szükségletnek megfelelő elosztása, a gyakorló- és ellenőrzőorvosokkal való jó működési viszony biztosítása, a bábák működésének és képzettségének rendszeres ellenőrzése, továbbképző cursusok rendszeresítése stb.

Az ország kb. 3 és félmillió lakosára kb. 75.000 szülés esik évente. A kórházak, melyek államiak, fényűzően berendezettek s mindenki igénybe veszi azokat. Ezen körülményeknek tudható be az, hogy anyai halálozás gyermekágyi láz miatt csupán 1 esik ezer szülésre; az általános anyai halálozás 1-75 : 1000.

*Franciaország.* A francia szülésznő, „sagefemme“

gyakorlati képzettségét már régóta kitűnőnek ismerik el. A francia szülész-orvos éppúgy mindig igénybevesz eseteihez szülésznőt, mint nálunk; de a vajdó maga is első-sorban szülésznőhöz fordul. A kiképzés ideje 2 év. A felvétel — a nagykorúság feltételétől eltekintve — nincs korhatárhoz kötve, azonban a mi 4 elemi és 6 középiskolánknak megfelelő előképzettséget kell felmutatni. Ha ez nem volna meg, úgy a jelöltnek felvételi vizsgát kell tenni, mely az összes alapvető általános műveltségi ismeretekre terjeszkedik (helyesírás, számtan, természettan, történelem, földrajz stb.) A kiképzés számára a ministerium ellenőrzése alatt álló és az általa kijelölt 92 különféle oktató jellegű intézet szolgál (*Écoles des sages — femmes*). A kiképzés második éve a ministerium által ezen célra megjelölt szülészothonokban is eltölthető. A növendékek mindkét év végén vizsgázni kötelesek (e vizsgák anyagát illetőleg az 1917-ben kiadott ministeri rendelet intézkedik). Az első évvégi vizsga tárgyai: általános anatómia, élettan és kórtan. A második évvégi vizsga tárgyai: specialisan a szaporodó szervek anatómiája, élettana, kórtana s a szülészeti studium teljes és részletes anyaga. Specialis tárgyként kezelik itt is a bábák kiképzését az anya- és gyermekvédelem hygienikus és socialis feladataiban.

A szülésznők gyakorlatának szabályozása a háború végén az Orvosi Akadémia megvitatásának a tárgyát képezte és ennek eredményéről *Richet* számolt be 1919-ben „Franciaország elnéptelenedése“ című tanulmányában. Még 1917 novemberében alakult e célból egy bizottság, melynek gyakorlati tevékenysége azonban elnapolódott egészen 1923-ig. Ezen bizottság 1923 júniusában kiadott jelentésében a kiképzési időtartam rendezésén stb. kívül megállapítja, hogy korhatárt kell felállítani a felvételhez (19–35-ig) s hogy a kiképzésnek okvetlenül ki kell terjeszkednie elméletileg és gyakorlatilag is a csecsemő gondozására, úgyannyira, hogy e tekintetben a bábadiploma egyenlő értékű képzettséget jelentsen az állami gyermekápolónői diplomával (melyre vonatkozólag egy 1922-beli ministeri rendelet intézkedik). Kívánatos a továbbképző, illetve felfrissítő cursusok tartása (legalább 5 évenként 2 hét). A bizottság azonban nem tartja kívánatosnak, hogy a bábák kiképzési tananyaga a szűkebb szülésznői vonatkozású dolgokon túl általános orvosi ismeretekre is igyekezzen a növendékeket ránevelni, mert ez a bábát illetéktelen orvosi működés területére csábítaná.

Minden állam bábáügyének fejlettségi színvonalát leghívebben az anyai és magzati halálozás tükrözi vissza. Franciaország egyes kerületeire vonatkozó adatok középértéke szerint az anyai halálozás Franciaországban kb. 2:5‰-re tehető.

*Németország:* Minden államának megvannak az erre vonatkozó saját külön törvényei. *Poroszországban* a bábák ellenőrzése és kiképzésének felügyelete az egyes tartományi előljáróságok kezében van. A háború végéig 6 hónapos elméleti és gyakorlati cursus végzése volt szükséges, valamely ezen bábaképzés céljaira elismert intézetben; ezenkívül gondoskodás történt későbbi felfrissítő cursusokról.

A háború óta éppen a gyermekvédelmi mozgalommal kapcsolatban általánosan az a kívánság merült fel, hogy a szülésznők kiválogatásánál magasabb műveltségi színvonalat állítsanak fel és hosszabb ideig tartson a kiképzés; másrészt viszont társadalmi és anyagi helyzetük is biztosíttassék. Ennek megfelelően a műveltségi követelményt az elemi ismeretekben való teljes jártasságban állapították meg, a kiképzés idejét pedig a legtöbb tartományban 9 hónapra emelték. 1922 júniusában hozott általános törvény rendelkezik a szülésznők elosztásáról, státusáról és fizetésükről. Ettől kezdve ha valaki bárhol



az országban szülésznői gyakorlatot akar folytatni, ahhoz engedélyt kell előbb szereznie. Az egyes kerületek részére kiosztható engedélyek száma korlátozva van az illető kerület átlagos szülési szaporaságának megfelelően. A szülés körüli szereplésen kívül a szülésznők terhesség alatti és szülés utáni praeventív és gyermekvédelmi működést is fejtenek ki az általános anya- és csecsemővédelem szolgálatában. A szülésznőnek nem szabad más foglalkozást vállalnia, kivéve, ha erre külön engedélye van. Hogy jobb jövedelem legyen biztosítható s így magasabb műveltségű nők is megnyerhetők legyenek e hivatás számára, az ellátott beteg jövedelmének megfelelő kulcs szerinti díjat állapítottak meg. Ha azonban a szülésznő évi jövedelme ily módon bizonyos minimumot nem érne el, a különbözetet a községi stb. előljáróság köteles kiegészíteni. Gondoskodtak kötelező ismétlőcursusokról, mely alatt az utazási és ellátási költségeket az állam viseli. Ha valamely bába a részére esedékes ismétlőcursust komoly ok nélkül elmulasztja, engedélye visszavonható.

A bábák közvetlenül a kórorvos („Kreisarzt“) felügyelete alá tartoznak. Emellett minden vidéki kerületben, valamint a tartományokban egy bizottság működik, mely a szülésznőkkel kapcsolatos ügyeket ellenőrzi. E testület tagjai: a kerület szülésznői által választott bába-képviselő, az anyák képviselője, a községi előljáróság képviselője, a „Kreisarzt“ és az illetékes tisztiorvos. Ez a bizottság véleményez a bábakerületek nagyságára és a szülésznői díjakra vonatkozólag; továbbá állást foglal a bábák elleni esetleges panasz esetén, vagy azoknak bármely jóléti stb. ügyében határoz.

Dacára ezen fejlődésnek, még további tökéletesítéseket célzó mozgalom van folyamatban és egy 1923-i innsbrucki congressuson a „Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens“ olyan határozatot hozott, hogy a kiképzés idejét 9 hónapról 2 évre ajánlja felemelni.

**Hamburgban** a kiképzés ideje 1 év. A 9. hó végén vizsgáznak a növendékek, a többi 3 hónapot tisztán gyakorlati oktatásnak szentelik. Aki a vizsgán megbukott, újabb 3 hónappal megnyúlik a tanulási ideje. Kétszeri bukás esetén nem bocsájtható többé vizsgára. A vizsga írásbeli, szóbeli és gyakorlati. Az év végén diplomát kapnak, melynek minősítése „igen jó“, „jó“ és „elégséges“. Fel van tüntetve benne külön is a vizsga utáni 3 hónap alatti gyakorlati működés minősítése is. Minden két évben újabb revízióknak kötelesek a bábák magukat alávetni, hogy igazolják, miszerint alkalmasak hivatásuk betöltésére. Ezen revíziót az egészségügyi hatóságok által megbízott orvos végzi. Ha az eredmény nem kielégítő, záros határidőn belül a bábának újra vizsgáznia kell. Legkésőbb 10 éven belül (az első vizsgától számítva) a szülésznők kötelesek legalább 2 hétig tartó ismétlőcursuson résztvenni. Ha valamely bába hivatását 2 évnél tovább nem gyakorolta, ismét vizsgáznia kell, ha újra gyakorlatot akar folytatni s ha ez sikertelenül végződik, a kiképzőcursust meg kell ismételnie.

**Belgium.** A bábaképzést alapjaiban az 1884-i királyi rendelet szabályozza. A kerületi hatóságok fel vannak hatalmazva a szükséghez képest bábaiskolákat felállítani, vagy több kerület egyesülhet egy ily iskola felállításához valamely államilag elismert szülésznői intézet keretén belül. Ezek fölött a belügyministerium gyakorolja a felügyeletet. A felvételi korhatár 18—30 év. A jelölteknek erkölcsi bizonyítványt kell felmutatni s felvételi vizsgát letenni, hogy a tanítás nyelvét írásban és szóban bírják (francia-, belga- és németnyelvű iskolák vannak), továbbá, hogy az elemi műveltségi ismeretek birtokában vannak. A cursus tartama két év. Az első év az elméleti, a második a gyakorlati oktatás számára. A kerületi hatóságok

jutalmakat osztogatnak a jó tanulók számára; az állam és jótékonyági intézetek pedig számos alapítványt tartanak fenn szegény növendékek kiképezhetése céljából, akik egyes — bábákban szegény — kerületben való gyakorlatra 5 évnél hosszabb időre kötelezik magukat.

**Hollandiában** két állami bábaképezde van, egy Amsterdamban s egy Rotterdamban. A működési szabályzata mindkettőnek azonos. A kiképzési idő 3 év. Kivételes esetektől eltekintve, a növendékek bentlakásra kötelezettek. Lakás, ellátás és oktatás teljesen ingyenes, csupán ruházatra és alkalmi kiadásokra fizetnek évi 100, usque 200 h. forintot. Felvétel előtt a jelölt kötelezi magát, hogy kiképeztetése után 2 évig a munkaügyi ministerium által kijelölendő bármely kerületben megkezdi működését (e kötelezettségét megválthatja azonban 200 forint büntetéspénz árán). Itt is kötelező az elemi ismeretek birtokát tanúsító felvételi vizsga, kivéve, ha már valamely magasabb (közép-) iskola bizonyítványával rendelkeznek. Korhatár 19—26 év. Orvosi vizsgálat is megelőzi a felvételt, hogy az illető hivatásának ellátása szempontjából egészséges, valamint erkölcsi bizonyítványt is be kell nyújtaniok. Az első év csak elméleti oktatással telik el. A másik 2 év egy részében a növendékek az állami szülőotthonban teljesítenek szolgálatot (évenként 15), mely a bábaképezdehez kapcsolt intézmény.

**Svájc** egyes cantonjai szerint némileg különböző a bábaképzés szervezettsége. Typusnak legjobb képet nyújtanak *St. Gallen* canton viszonyai.

Az egészségügyi bizottság évenként tart egy 28 hetes bábatanfolyamot a canton központi szülésznői intézetében. A növendékek száma 20-ra van korlátozva. Csak e cursusk hallgatói folytathatnak szülésznői gyakorlatot. Más canton szülésznői csak akkor, ha az ottani kiképzés és előképzettség feltételei hasonló színvonalon állanak. Korhatár 18—32 év. Felvételhez 6 elemi iskolai és egészségügyi bizonyítványt kell felmutatni. A vizsgát a növendékek az egészségügyi bizottság előtt teszik; ugyanez gondoskodik a tankönyvről is és az oktatási tervet ez állapítja meg. Ha szülésznői gyakorlatát valaki 3 éven túl megszakította, kiegészítő cursust kell hallgatnia és vizsgáznia is. 10 évi szünetelés esetén a diploma érvényét veszti.

A további kiképzés érdekében legalább 10 napig tartó ismétlő tanfolyamok vannak, melyen csak 15-en vehetnek részt. Minden bába köteles 10 éven belül ilyen ismétlőtanfolyamon résztvenni, melynek végén szintén vizsgáznak. Ezenkívül ha a bába működésével felettes hatósága nincs megelégedve, vagy valamely hivatásbeli hibát követ el, ilyen ismétlőcursusra utasítható. Ha a köteles ismétlő tanfolyamot valamely szülésznő alapos indokolás nélkül elmulasztaná, gyakorlatát az egészségügyi bizottság felfüggeszti addig, míg azt el nem végzi. A bábák felszerelését is ellenőrzik ezen tanfolyamokon, amelyeken főleg a desinfectióval, a sepsissel és a gyakorlati szülészettel foglalkoznak.

A többi európai államokkal való összehasonlítás kedvéért csupán felemlítem még, hogy **Ausztriában** 10 hónap a bábatanfolyam (csak az utóbbi évek óta), mely semmi előképzettséghez nincs kötve, csak irni-olvasni tudáshoz. **Cseh-Szlovákiában** — ahol a szülések 95—98%-ánál szerepel szülésznő — 12 hónap a bábaképzés. A szülésznő minden 10 év után utólagos újabb bizonyítványt köteles szerezni, ugyanígy 3 évig megszakított gyakorlat esetén is, vagy ha a tisztiorvos kifogásolja a működését. **Lengyelországban** 4 bábaiskolájában 6 hó a kiképzés. **Olaszországban** 17 bábaképző van egyetemi központokban és 10 más, nem egyetemi városokban. Kiképzés 2 év. **Bulgáriában**, melynek 4.800.000 lakosára 350 diplomás bába esik, 10 hónapi kiképzést tart elegendőnek.



Mint a fentebbiekben láttuk, a bábakérdés, mint a közegészségügy szervezésének egyik igen fontos feladata, az európai államokban többé-kevésbé rendezve van. Nincs azonban így az *Amerikai Egyesült Államokban* és *Canadában*. Itt a szülésznői hivatás nincs hivatalosan elismervé. Mindössze mintegy 50.000 szülésznő működik (120.000.000 lakos), de ezek inkább csak a bevándorolt és színes lakosság körében szerepelnek. Sem egységes kiképzési szabályzat, sem ellenőrzési rendszer nincs kidolgozva számukra. Bábaiskola is csak egy van az Egyesült Államokban 1907 óta: New-York városában, a „Bellevue School for Midwives“. Hogy e tekintetben a viszonyok mennyire rendezetlenek, annak szemléltetésére az Egyesült Államok egészségügyileg egyik legjobban organizált városának, *Marylandnak* (1.500.000 lakos) adatait hozom fel példának az 1925. évi kimutatás alapján.\* Az ezen államban működő 696 bába közül 195 fehér volt, 501 néger (tudnunk kell, hogy néger szülésznő csak négerknél szerepel, fehérek szülésénél szóba sem jöhet). E bábák közül 108-an idősebbek 70 évesnél; középkorúknál fiatalabb egyáltalában nem volt, ellenben 11 idősebb volt 80 évesnél. Az összes bábáknak több mint a fele nem rendelkezett az állami egészségügyi hivatal (State Board of Health) működési engedélyével és a 696 közül csupán 16-nak volt kórházi, vagy iskolai kiképzése. Még világosabban e téren a viszonyok a többi államokban, úgy, hogy *Nicholson* szerint (*William H. Nicholson: An Anachronism of the 20-th century: the Midwife, 1921.*) az Egyesült Államokban manap is sok ezer asszony évente oly gondozás nélkül, oly elhanyagolt módon szül, mint a középkorban s hogy rengeteg sok a magzat pusztulásával és az anya súlyos károsodásával járó műtéti beavatkozás.

A magas színvonalú egészségügyi szervezettségével méltán büszkélkedő Egyesült Államokra vonatkozó ezen — szinte valószínűtlenül hangzó — adatoknak természetesen magyarázata van. Itt ugyanis az az elv uralkodik, hogy minden rendes szülés ellátása is elvileg orvosi feladat. Minden terhes nő már terhessége elején orvoshoz fordul, aki végig ellenőrzése alatt tartja és szülésénél is ellátja. Segítségül azonban nem szülésznőt hív, hanem „nurse“-öt, akinek igen magasfokú ápolónői képzettsége van ugyan, de szülésznői iskolázottsága és gyakorlata nincs. Ennek a szerepe a szülésnél az orvos mellett épp annyira passív, mint bármely más orvosi esetben, tüdőgyulladásnál, vagy typhusnál.

Látszólag tehát olyan ideális a helyzet, hogy minden szülést orvos lát el. És mégis a statistika azt a paradox jelenséget mutatja, hogy az Egyesült Államok születési anyai és magzati mortalitása a legnagyobb az egész művelt világon (6·5‰ anyai halálozás). Sőt még az Egyesült Államokon belül is a falusi, vidéki kerületekben, ahol kevésbé segédkezhet a szüléseknél orvos, a halálozás 5·9‰, míg a 100.000 lakos fölötti városokban, — amelyekben úgyszólván minden szülésnél szerepel orvos, — az anyai mortalitás 7·5‰. (U. S. Department of Labor: Maternal mortality, Publication. 1926, 158. sz.) Még szembe-tűnőbb a különbség New-York város statistikájában, amely szerint ott 1915—1920-ig 255.892 szülést láttak el bábák, 0·2‰ születési halálozással; viszont az orvosok által ugyanezen idő alatt ellátott 562.871 születési eset halálozási aránya 1·5‰ volt. Ugyan ezen idő alatt ugyanígy a bábák születési között 187 gyermekágyi láz fordult elő (179 halálozással); míg az orvosok esetei között 848 (714 halálozással). (*Geddes: Puerperal Septicaemia, London, 1926, 70. oldal.*)

\* „Midwifery in the counties of Maryland.“ (Bureau of Child Hygiene etc. Baltimore, 1925.)

Ha tehát összevetjük az európai születési statisztikai adatokat, — ahol általában a szülések 70—90%-át szak-képzett szülésznő látja el s csak complicatiók esetén hív orvost s emellett az anyai mortalitás 1·5—3·5‰ — az Egyesült Államok viszonyaival, feltűnő különbség állapítható meg az óvilág javára. Ezt a különbséget felismer-ték az Egyesült Államokban is és mind égetőbb problé-mának tartják a bábaügy kifejlesztését és szabályozá-sát. Legnevesebb szülésznő, a Johns Hopkins professora, *J. W. Williams\** a következőket mondja: „Azt hiszem, hogy a szülésznő nem okoz több bajt — ha ugyan any-nyit is okoz, — mint a gyengén képzett orvos. Ha igaz is, hogy egy bizonyos számú gyermekágyi fertőzést elő-idez, viszont az utóbbi sokkal több betegét elpusztítja rosszul megválasztott és sürgősen végzett műtéti beavatkozásával.“

A jól iskolázott, gyakorlott szülésznő kifogástalanul el tudja látni a rendes szülést és fel tudja ismerni a complicatiót, melyhez szakorvost kell hívnia. De az általános gyakorlatú orvosnak sokszor nincs meg a kellő szakképzettsége, hogy a szüléskedés gyakran rendkívül kényes és nehéz, egyik percről a másikra felmerülő problé-máit, melyek helyes megoldásától két élet érdeke függ, jól meg tudná oldani. A szülészeti kiképzés, mint az általános orvosi klinikai kiképzés egyik része, a legne-hezebb feladat, mely a tanítási anyag túltengése miatt nem oldható meg annyira idealisan, hogy a tanulmányait befejező s diplomát nyert orvos a praxisában csak meg-közéltően is kellőleg föl legyen vértézve a szülészeti gy-akorlat rendkívüli nehézségeire. De ettől eltekintve is, a gyakorlóorvost sokoldalú elfoglaltsága időbelileg annyira igénybe veszi, hogy a lassú, türelmes passív észlelést igénylő szülést a maga türelmetlen lelki beállítottságában a legjobb akarat mellett sem tudja megfelelő higgadság-gal kivárni anyagi érdekének károsodása nélkül. Még sú-lyosabbá teszi a helyzetet, ha ezt a türelmetlenséget a tudásából, tapasztalataiból merített biztosság érzésének hiánya fokozza. Nem szükséges ezen tényezőknön felül még a műtéti beavatkozással kapcsolatos merkantil ér-dekek szerepének lehetőségére is gondolni ahhoz, hogy belássuk: ilyen viszonyok csak áldatlan polypragmasiá-hoz vezethetnek, mely a technikai készség hiányosságával párosulva katastrophalis következményekkel járhat köz-vetlenül is, valamint közvetve a fertőzés veszélye miatt. Ezen, főleg az Egyesült Államokban feltűnően túlbur-jánzó s annak úgy az anyai, mint a magzati mortalitását az egész művelt világon legmagasabbra szöktető orvosi túltevékenység súlyos jelentőségét felismerve, az ellen maga a Johns Hopkins-egyetem szülésztanára, *W. Wil-liams* indított heves irodalmi hadjáratot („A criticism of certain tendencies in American Obstetrics“; „The abuse of caesarean section“ stb.).

A gyakorlóorvos látogatni kénytelen a fertőző, scar-latinás, stb. betegét, septikus sebeket kötöz, ipari, üzemi baleseteknél szerepel, amelyek után a szülésnél való mű-ködése az asepsis szempontjából igen kérdésessé válik. *Geddes* „Puerperal Septicaemia“ (London, 1926) c. köny-vében egész Anglia területére kiterjedő és a különböző gyári, bányai és mezőgazdasági kerületek szerint, továbbá a lakosság foglalkozása és társadalmi rétegződése szerint csoportosított számos és részletes statisztikai táblázattal, görbékkel és térképábrákkal kimutatja, hogy különösen a bányai és nehézipari körzetekben gyakori balesetek szá-mával mindenütt párhuzamosan nő a gyermekágyi fertő-zések száma, a mezőgazdasági kerületekben pedig a mini-

\* *J. W. Williams*: What the obstetrician can do to prevent infantile mortality. Transaction Ann. meet. Am. Assoc. etc. 1910.



mimra esőkken. Ezen kimutatásokkal teljesen összhangban van *Geddes* azon, szintén részletes statisztikai adatokkal alátámasztott megállapítása, mely szerint gyermekági láz sokkal gyakoribb az általános gyakorlóorvosok praxisában, mint az ipari balesetekből származó szennyes sérülésekkel és egyéb fertőző betegségekkel (erysipelas, tonsillitis, diphtheria, stb.) nem foglalkozó szülész-nők által ellátott eseteknél.

A fentiekben elmondottakból a statistika elfogulatlan bizonyító erejével igazoltan kitűnik, hogy az Egyesült Államokban ideális célként megvalósítani óhajtott elv: minden szülés orvosi ellátást igényel, — a gyakorlatban nem vált be. A művelt nyugati államok szülési statisztikájának, valamint bábaügyük fejlettségének egymástól való függése, párhuzamos alakulása nyilvánvalóvá teszi, hogy az anya- és csecsemővédelem egyik legfontosabb és hatásosabb eszköze a műveltség, testi rátermettség és egyéniség szempontjából gondosan megválogatott, jól kiképzett, anyagilag megfelelően ellátott és kellő arányossággal az országban szétszórt szülész-női kar. Egyelőre lehetetlen, hogy minden szüléshez jól képzett szülésszakorvost hívassanak. Az általános gyakorlatot folytató orvos szerepe a szülésnél elég meggondolandó hátrányokkal jár. Célszerűbb, ha jól képzett szülésznő észleli a szülést, aki csak complicatio esetében hív orvost. Ez azonban ne az általános gyakorlatot folytató orvos legyen, hanem a megfelelő elosztás révén mindenütt rendelkezésre álló szülésszakorvos, akinek megfelelő körzeti beosztással intézet álljon rendelkezésére azon esetek ellátása céljából, amelyek intézeti kezelést igényelnek. Ide utasítja a szülésznő is a vajudót már a szülés megindulásakor, ha a szülés előre szövődményesnek várható. Ezen intézetek a körzeti szülésszakorvos vezetése alatt központi rendelő szervei is lennének az illető körzetben a terhesség alatti (antenatal) és szülés utáni (postnatal) anya- és csecsemőgondozásnak. Ily módon az általános gyakorlatot folytató orvost tehermentesíteni lehetne és kellene a szülészkezdéstől, mely az orvosra nem kívánatos és a szülési anya- és magzatvédelem ideális elveivel is nehezen egyeztethető össze.

### † Clement v. Pirquet.

— Meghalt 1929 február 28-án. —

A közelmúltban még tudományunk egyik fényes vezéresillaga volt és egyik komoly elnökjelöltje Ausztriának s ma már csendes halott s örök álmát alussza. Önként dobta el magát az életet s nagyműveltségű szerzett hitvesével együtt ment a halálba. Hogy miért — örök titok marad s mint *Zappert* meghatóan szép nekrológiájában mondja: „nekünk nincs is jogunk kutatni az indítóokot”. Mi, kik hozzá, mint jó barátok, közelebb állottunk, sajnos, már egy-két év óta láttuk az elhunyt varázsos egyéniségének nyugtalanító átváltozását. Az eddig mindig szeretetreméltóan kedves fellépésű és élénk temperamentumú *Pirquet* kevésbé közlékeny lett és viselkedése bizonyos fokú idegességet árult el, mit mi nála a túlfeszített munkásság okozta neurastheniával magyaráztunk, minek első jelét Karlsbadban véltük látni 1925-ben a Ges. f. Kinderheilkunde évi gyűlésén, midőn összejövetelünk első napján éjjel egy pavor nocturnus-roham alatt hótelszobájából a világító udvarba ugrott ki, midőn is mindkét bokaesontját eltörte és esoda, hogy halálra nem zúzta magát. Midőn másnap betegágyánál meglátogattam, panaszkodott, hogy hasonló rohamai az utóbbi időben már ismételtelen voltak. Legutoljára 1927 szeptember havában találkoztam vele itt nálunk, midőn a Ges. f. Kinderheilkunde itt Budapesten tartott emlékezetesen szép összejövetelére ő vezette igaz lelkesedéssel hozzánk, hazánk székesfővárosába az osztrák gyermekorvosokat s ezzel is újabb kifejezést adott azon meleg rokonszenvének, mellyel irántunk, magyar gyermekorvosok iránt mindenkor viseltetett s még egyszer — fájdalom utoljára — ragadtott el és kötelezett le mindnyájunkat egyéniségének bájával.

*Pirquet* családja a lüttichi patriciatus sarja, mely 1742-ben kapta meg a birodalmi nemességet és 1818-ban került az osztrák Freiherrn-Standba. A család osztrák ágában híres volt *Peter v. Pirquet* tábornagy. Ennek fia 1848-ban Rivolinál, mint vadászhadnagy hősi halált halt. Jó barátja *Zedlitz* osztrák költő, megható szép versben bucsúztatta. A vers utolsó szakasza a következő:

Isten veled *Pirquet!* — Ti harsonák  
Zengjétek el a csaták vad dalát!  
Felkelti lelkét álmából e dal,  
S elétek nyargal, mint a szélvihar,  
Hogy száguldjon a csatasor előtt, —  
Ő, aki hős volt a hősök között!

*Pirquet* 1874-ben született Hirschstättben, Bécs mellett. Atyja földbirtokos, anyja *Pereira-Arnstein* bárónő volt. Tanulmányait Bécsben, Innsbruckban, Prágában, Löwenben, Königsbergben végezte és 1900-ban promováltá doctorrá. A nagyemlékű *Escherich* tanítványa volt s már 1908-ban elnyerte a docenturát is, és csakhamar a baltimore-i John Hopkins-egyetem gyermekorvosi katedrájára hívták meg, hol azonban csak rövid ideig működött, mert 1910-ben a breslauer gyermekorvostani tanszéket foglalja el, mint a Strassburgba távozó *Czerny* utódja. 1911-ben *Escherich*nek váratlan elhúnyta után a bécsi orvosi facultás egyhangúlag őt ajánlotta az elárult tanszékre s ő 1911-ben, 37 éves korában elfoglalja e díszes posztját.

*Pirquet* érdeklődése elsősorban nagy biológiai problémák iránt nyilvánult meg s tudományos sikereit főként ezen a téren való működésével aratta. Ennek ellenére klinikája sohasem volt laboratoriumi klinika, hanem tudományos kérdések tanulmányozásánál a kiindulás mindig a betegség mellől történt. Mint fiatal tanársegéd, himlőoltásokkal végzett kísérleteket s tanulmányozni kezdte azt a kérdést, hogy újraoltásoknál a bőr miért reagál másként, mint az első oltásoknál. Ezen tanulmányok az eredménye az allergiáról írott örökbecsű munkája s a *Pirquet-reactio*, amellyel rohammal hódította meg az egész tudományos világot, úgy, hogy *Pirquet* neve ettől kezdve az egész világon közismert lett. A *Schick-reactio*, valamint a *Dick-test*, melyeknek ma már oly nagy és mélyreható jelentőségük van a gyakorlati életben is, tulajdonképpen *Pirquet* munkálkodásának a gyümölcsei. *Pirquet* munkálatai a serum-betegségről, amely klinikai körképet ő állította először tisztán szemünk elé, továbbá különböző munkálatai a tuberculosis pathológiájáról, a kanyaró pathogenesiséről stb. stb., mind olyan munkálatok, melyek *Pirquet*nek a nevét különben is megörökítették volna orvostudományunk történetében.

Jól mondja *Zappert*, hogy *Pirquet* nem sok problémával foglalkozott, ezeket azonban a legnagyobb alaposággal és a legnagyobb kitarással tanulmányozta, kincsek egész halmazát hozta felszínre s kincsekkel gazdagította tudományunkat. Ezen rövid megemlékezés nem alkalmas arra, hogy *Pirquet* mélyen szántó, nagyjelentőségű tudományos munkásságát részletesen méltassuk, ez annak lesz a feladata, ki annak idején *Pirquet* egyéniségéhez méltó emlékbeszédben fog az elhunytól megemlékezni. Ezúttal még csak az ő intenzív socialhygienés működését emeljük ki, mely a háború utáni nehéz időkben Ausztriában létesült amerikai gyermeksegítő akcióban kulminál, melynek ő volt organizátora, ő volt a lelke s ezen működésért Ausztria népe neki örök időkre halás lehet. Mi, kik Magyarországon az amerikaiakkal hasonló akciókat bonyolítottunk le, különösen tudjuk értékelni *Pirquet*nek ezen a téren kifejtett, mondhatni emberfeletti munkásságát. Ezen munkássága teremtette meg az ő *Nem-Ernährungssystemjét*, mely ha Ausztrián túl nem is tudott gyökeret verni, dokumentálja *Pirquet* zsenialitását és originalitását. Utolsó diadala volt, hogy a *Berliner Mikrobiologische Gesellschaft* neki ítélte az *Aronsohn-díjat* s ezt március 8-án adták volna neki át Berlinben ünnepélyes keretek között, mely alkalomra *Pirquet* „*Allergie des Lebensalters*“ címmel ünnepi előadást jelentett be.

*Pirquet* korai és váratlan elhúnyta mély gyászba borítja az egész tudományos világot. Az osztrák főváros régi dicsőségű orvosi egyeteme nagy vesztiséget szenvedett elhúnyttával s nehéz lesz az irt kítőlni. *Franz Mayr*, *Wiederhofer*, *Escherich* és *Pirquet* után nehéz lesz méltó utódot találni. *Pirquet* kidőlt sorainkból s teste elporlad, neve azonban örökké megmarad, mert kitörölhetetlen betűkkel van beírva orvostudományunk történetébe.

Bókay János dr.



# AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: GERLÓCZY GÉZA dr. egyet. magántanár, belklinikai adjunctus és MILKÓ VILMOS dr. egyet. magántanár, kórházi főorvos.

## A csecsemők diathesis exsudatívjáról, különös tekintettel annak diaetás kezeléséről.

Nemcsak a gyakorlóorvosnak, hanem a szakorvosnak is sok gondot okoz az exsudatív diathesisben szenvedő csecsemő, mert a betegség hosszú ideig tart és bizony akárhányszor a therapiás eljárások sorozatát kell megváltoztatni, ameddig célhoz jutunk.

A csecsemők exsudatív diathesise jelentkezhetik 1. a bőr, 2. a nyálkahártyák megbetegedésében, elváltozásában. Mindkét alakja előfordul úgy a természetesen, mint a mesterségesen táplált csecsemőknél. A legtöbb nehézséget az 1. csoport okozza. Közismert a tejsömörben, igen kiterjedt ekzemában, intertrigóban szenvedő csecsemők kórképe. Ha külső kezelésre, legyen az bármilyen is, átmeneti javulás, sőt sokszor látszólagos javulás is áll be, rövidebb-hosszabb szünet után rendszeren újra jelentkezik, néha még az előzőnél is nagyobb mértékben. A csecsemők arca lángvörös, állandóan nedvezik, emellett a csecsemők láthatólag szenvednek, mert a bőrelváltozás rendkívül viszkető és minden elővigyázati rendszabály mellett is (könyök fixbandageja, kezek lekötése) a csecsemő — ha másképp nem — fejének forgatásával módot talál arra, hogy arcát véresre dörzsölje. A pelenka cserélésének egyptárszori elmulasztása elegendő arra, hogy a fartájakon és a combokon intertrigo lépjen fel. Emellett a dyspepsiák sorozata vagy állandósulása is társul a külső bőrelváltozásokhoz. Ezen tünetesoport azután hol javul, hol rosszabbodik, aszerint, hogy az azokat kiváltó izgalom milyen mértékben hatnak a disponált csecsemőre.

E közismert kórkép kezelése kettős: külső és belső. A külső kezelés rendszerint sablonos. Az arc nedvező ekzemáinak megfelelő pastákkal (leghelyesebben alarc alatt) kezeljük a bőrt, s ha a javulás száradás formájában jelentkezik már, akkor az ásványos hintőporokat vesszük rendkívül bőven alkalmazásba. A fentiek sikertelensége esetében sokszor jó eredményeket érünk el a 2%-os pellidol-kenőccsel, illetve hintőporral. De sokkal fontosabb e dispositiós betegség belső, azaz diaetás kezelése. E helyt különbséget kell tennünk a természetes és a mesterségesen táplált csecsemők között. A természetesen táplált csecsemők közül a legtöbb esetben a túltáplált, pastosus csecsemőkkel van baj. Itt fő gondunknak kell lenni a túltáplálás elkerülése, amit a napi szoptatások számának és így a tej mennyiségének csökkentésével érünk el. Minthogy az exsudatióra való hajlamosság főleg a zsírok által fokozódik, néha ez sem lesz magában elegendő, hanem tovább menve, szükséges lehet a szopásoknak zsírszegény és szénhidrát-dús tejjel való részbeni pótlása is. Így esetleg szóba jöhet 1—2 szopásnak fiatalabb csecsemőnél nyálkelevessel, idősebbnél pedig malátalevessel, vagy pedig tiszta (esetleg higított) soványtejjel való helyettesítése. Minden esetben azonban tanácsos már korán (a 2—3. hónaptól kezdve) gyümölcsnedvnek, így a narancslének bevezetése, de különösen ajánlatos a vegyes (főzelék) étrendre való mihamarábbi áttérés. Úgy a természetesen, mint a mesterségesen táplált exsudatív csecsemőknél tehát az 5. hó után okvetlen indikált a főzelékek beiktatása, esetleg naponta két ízben is. A főzelékek elkészítésénél ajánlatos a rántáshoz használt vaját annyi ideig forrni hagyni, amíg az illó zsírsavak eltávoznak.

Amennyiben pedig lényeges javulás nem volt látható, a vajat teljesen elhagyhatjuk és az ú. n. száraz rántást készítjük. Emellett ezen idősebb csecsemőknél különösen a malátakészítmények vannak jó hatással. (Keller-féle malátaleves, hordomalt, maltosít.) A természetesen táplált hypotrophiás, satnya fejlődésű, táplálkozási zavarokkal, bőrelváltozásokkal küzdő csecsemőknél főleg a fiatalabb korban az anyatej mellett fehérjekészítmények (kaphosein, larosan, nutrose) ajánlatosak, amiktől nemcsak a fejlődés megindulását, hanem az exsudatiós manifestációk megszűnését vagy javulását várjuk és látjuk. Ha az anyatej nem elegendő, úgy a lisztlevések adása (rendes tejjel, vagy ha szükséges: sovány tejjel) látszik célszerűnek, idősebb csecsemőknél pedig (három hónapon túl), ha a székletek nem contraindikálják, a malátakészítmények vezethetnek célhoz. *Mesterségesen* táplált csecsemőknél nagyjában az irányelvek ugyanazok, mint előbb, azon hozzáadással, hogy a szénhidrátok mennyiségét is fokozni lehet (5—10%-ra). A fehérjekészítmények főleg a dyspepsiás csecsemőknél ajánlatosak, a bőrtüneteknél pedig a malátakészítmények foglalják el a főhelyet. Emellett, mint fent említettük, úgy a gyümölcsnedvek korai adása, mint továbbá a főzelékek beiktatása igen szükséges és fontos. Előfordul azonban, hogy bizonyos főzelékek után (pl. paraj) az arc ekzemája fokozódik, illetve kiújul. Ilyenkor természetesen az exsudatióra a tapasztalás szerint károsan ható főzelékeket hosszabb időre kihagyjuk. Különösen fontos az idősebb, vegyes étrenden levő exsudatív diathesisben szenvedő csecsemőknél, hogy a főzelékek igen gyengén legyenek csak szóva, mert, mint ismeretes, erősebben szózott ételek után a bőrtünetek fokozódnak. Természetesen mindezek csak irányelvek, amiket általánosítani nem lehet. Gondos megfigyelés, az exsudatív hajlamosságnak a különböző tápszerekkel szemben való mikénti viselkedése más és más irányt fog részünkre kijelölni. Megemlítendőnek tartjuk, hogy ezen külső és belső, diaetás kezelés mellett az Egyet. Gyermekklinikán igen jó eredményeket értünk el a *Barabás* ajánlotta anyavér-injectiókkal, 4—5 naponként 5—10 cm<sup>3</sup> anyavért adunk intramuscularisan (a glutaeusba) 4—5 ízben a csecsemőnek. Az eredmény sokszor meglepően jó. Nemcsak az exsudatív jelenségek gyógyulnak, hanem a dispositio is feltűnően csökken. Nem egyszer láttunk teljes gyógyulást. Az exsudatív diathesis azonban annyira egyéni, alkati betegség, hogy minden esetben a legnagyobb fokú individuálás szükséges és célravezető.

Rohrböck Ferenc dr.,  
gyermekklinikai tanársegéd.

## A syphilis peroralis kezelése arsenkészítményekkel.

A syphilis gyógykezelése hosszas, viszontagságos multra tekinthet vissza. Amidőn a XV. század végén a syphilisnek önállóságát felismerték, ellene is a leprás betegeknek akkoriban használatos higanyt alkalmazták. A higanyos kenőkúrák, a cinoberes füstölések körülményes és veszélyes voltuknál fogva, már akkor sok hívót szereztek a peroralis gyógyítási módnak. Divatos lett a *guajakfa* (lignum indicum, lignum sanctum) főzetének ivása, mint antisiphiliticum, amiről a híres német lovag, *Ulrich von Hutten*, bár nem volt orvos,



világhírű könyvet is írt. Azokat az orvosokat, akik peroralisan növényi szerekkel gyógyították a syphilit, a higannyal gyógyítókkal ellentétben, antimerkurialistának nevezték. Ezek közé tartozott II. Ulászló és II. Lajos királyunk udvari orvosa, a ferrarai *Manardus János* is. Ennek a kornak a maradványa a ma is hivatalos decoctum Zittmanni mitius. A későbbi korban per os alkalmazták a higanyt is labdaesok vagy oldatok alakjában. A franciák igen szerették a higanyt tartalmazó ú. n. *Ricord*, illetőleg Dupuytren-féle pilulákat és a „syrup de Gibert“-t. Mások a van Swieten-féle oldatot vették be. Mindnyájunk előtt ismeretes az is, hogy a per os adagolt *jódsók* milyen hatalmas symptomatikus szerek, amelyek a syphilises eredetű fejfájásnál, késői véredényelváltozásoknál, esonthártya- és egyéb gummák esetében kitűnően beváltak és ma sem nélkülözhetők. A jódkészítményekkel azonban a syphilit véglegesen kiirtani, vagy a Wassermann-reactiót tartósan negatívvá változtatni alig lehet.

Ezért akkor, amidőn az intravenásan bevitt salvarsan-készítményekkel oly meglepő eredményeket értek el, mindjárt arra is törekedtek, hogy a kellemesebb, a szájon át való alkalmazási móddal helyettesítsék az intravenásat. Néhány év előtt nagy port vert fel, főleg a napilapokban, két szer, amely belsőleg adagolva „biztosan“ meggyógyítja a syphilit, illetőleg annak kifejlődését meggátolja. Amint azonban már máskor is történt, később illetékes szakemberek ezekről a szerekről is higadtan ítélték. Az egyik szer a *spirocid* (= stovarsol = 4 oxy-3-acetyl-amino-phenylarsinsavester), amely éppen úgy, mint az alább említendő tréparsol, kémiai összetételénél fogva is közeli rokona a salvarsannak. Az előbbi vegyületet (spirocid) először *Ehrlich* állította elő, de ő intravenás alkalmazásával kísérletezett és miután a szer ily módon túlságos mérgezőnek bizonyult, egészen elhagyta. Később *Fourneau* újra „elfedezte“ a vegyületet és miután *Levaditi* állatkísérleteiben peroralisan kevésbé mérgezőnek mutatkozott, *Louis Fournier*, *Guénot* és *Schwartz* először 1922-ben az embernél is alkalmazták a syphilisnek peroralis kezelésére. Most az egyik francia gyár stovarsol néven árusítja; a németek is gyártják és spirocid néven hozzák forgalomba.

Mindjárt jelzem, hogy e szereket mindig csak orvosi ellenőrzés mellett és csak kivételesen szabad használni, mert kevésbé hatásosak, mint az intravenás salvarsan-készítmények és mégis veszélyesebbek. A gyengébb gyógyítóerő a Wassermann-reactióra való hatásukból is kiderül. *Oppenheim* bécsi tanár, a spirocidnak legjobb ismerője, e szert 1000-nél több esetben alkalmazta; csak valamivel gyengébb antisiphiliticumnak tartja, mint a salvarsant. Az ő tapasztalatai szerint előfordulhat az az eset is, hogy a salvarsannak ellenálló Wassermann-reactio néha éppen a spirocidnak hatására válik negatívvá. *Oppenheim* szerint a spirocid (stovarsol) használata a következő esetekben indokolt: 1. Ha fertőzési alkalomnak tette ki magát valaki, de még nem telt el néhány napnál több idő (pl. orvos vagy baba stb. syphilises kiütéssel érintkezésbe jutva, csak utólagosan veszi észre, hogy a kezén nyílt fertőzési kapu van; ha valaki manifest syphilises, vagy erre gyanus egyénnel közösült stb.). Ez a syphilisnek ú. n. „prophylaktikus“ kezelése. 2. Congenitalis syphilises csecsemőknél; 3. kifehélyesedett gummák esetében is ajánlható. Előnyösen használható továbbá 4. *mesaortitis syphilitica* és 5. általában belső szervi késői syphilis jelenlétében. Tabesnél nem ajánlatos; salvarsannal kombinálva ne adjuk!

*Gougerot* párisi professor szerint a stovarsol (ill. tréparsol) indikált továbbá olyan lágy fekély esetében

is, amely syphilisre is gyanús, nevezetesen, hogy ha a lágy fekély kellő kezelés dacára sem gyógyul meg 15 nap alatt, aminek következtében mikroszkopos vizsgálattal úgy sem volna a spirochaeta abortiv antisiphilises kúra szempontjából idejekorán kimutatható. Lágy fekély esetében akkor is indikált a stovarsol, ha valaki lágy fekélyt ugyan, de olyan egyéntől kapott, akinek manifest syphilise is van, vagy erre gyanús.

*Adagolás.* Minél korábban a fertőzési alkalom után kezdjük meg a kezelést; egymást követő három nap reggelén, éhgyomorrra 2 tableta, 3 tableta, 3 tableta, azaz három nap alatt összesen 8 tableta (= 2 g spirocid) veendő be, sok vízben oldva. Ha a fertőzés lehetősége óta több mint 8 nap telt már el, akkor ez a háromnapos sorozat megismétlődő. Belső bajok esetében vagy csecsemőknél természetesen kisebb adagok kellene: mesaortitisnél pro die 5 centigramm spirocid, újszülöttnél pedig egy centigramm spirociddal kezdve, 15 centigrammig emelkedünk. Ez *Oppenheim* eljárása. A francia szerzők sokkal erélyesebb, szinte vakmerő kúrát alkalmaznak. *Gougerot* eljárása a syphilis fentebb említett „prophylaktikus“ kezelése céljából a következő: naponként (maximalisan) 1–1.5 grammos stovarsol-adagok 5–7 napig; ezen sorozat után háromnapos szünet; a következő sorozatok között ötnapos szünet legyen; ilyen sorozatok és szünetek felváltva összesen 6–8 hétig. Ezen első kúra befejezése után 21–31 napos szünet, aztán (ha a beteg bírja) egy második kúra. A kezelés befejezte után időszakos serologiai ellenőrzés 2–4 évig.

*Ellenjavallatok:* arsen-intolerantia, anaphylaxia, súlyosabb belső szervei elváltozások.

*Egyéb ellenvetések,* amelyek megfontolásra késztetnek: 1. A spirocid (és tréparsol) könnyelműségre és kiesapongásokra esábitja a kevésbé óvatosakat vagy konokokat, ami végeredményben mégis a fertőzési esetek megszorodásához vezet. 2. Syphilophobiások vagy laikusok, ha e szerek kezükbe jutnak, túlságba viszik az öngyógyítást. 3. E szerek gyógyszeres kiütéseket okozhatnak. 4. A prophylaktikus kezelés után esetleg sohasem tudjuk meg, hogy az illető tényleg syphilit szerzett-e, vagy pedig, ha a prophylaktikus kezelés nem vált be, később manifestté válhatik a syphilis és a fertőzésnek észrevétlen továbbterjedéséhez vezethet, illetőleg lapangva súlyos belső elváltozásokat kelthet. Ez azonban 2–4 évi serologiai ellenőrzéssel elkerülhető.

Ezen ellenvetések és fogyatékoságok dacára *Oppenheim* és *Gougerot* véleménye szerint számos esetben mégis igen előnyös a spirocidkezelés.

A peroralisan alkalmazandó másik, fentebb már említett arsenvegyület a tréparsol, amely kémiai szerkezeténél fogva éppúgy a spirocidnak, mint a salvarsannak közeli rokona: meta-formyl-amino-para-oxy-phenylarsinsav. *Lecocq* és *Delange* állították elő először; *Claude-Simon* vezette be 1923-ban a syphilis-therapiába. Indicatiói, adagolása, ellenjavallatai hasonlóak a spirocidéhoz. Azonban *Orlow* és *Smellow* orosz kutatók ellenőrző vizsgálatai szerint a tréparsolnak gyógyító hatása az embernél sokkal kisebb, mint a salvarsané, vele a Wassermann-reactio csak nehezen befolyásolható. Tréparsoladagolással kapcsolatban sárgaság, hasmenés, bőrkiütés kifejlődését és gyakori visszaeséseket észleltek. És bár az említett orosz szerzők sokkal erélyesebb kezelést alkalmaztak, mint *Claude-Simon*, mégsem értek el olyan jó eredményeket, mint aminőkről *Claude-Simon* számol be.

*Herczeg Árpád dr.*, klinikai tanársegéd.



## Az albuminuria megítélése az életbiztosítás szempontjából.

A világháború előtt a társaságok minden albuminuriát úgy tekintettek, mint amely az életbiztosítást kizárja, újabban azonban nem zárkoznak el kissé liberálisabb, a pathológiának inkább megfelelő állásfoglalás elől.

Kétségtelen, hogy fehérjének legkisebb nyoma is óvatosságra int, de másrészt régi tapasztalati tény, hogy albuminuriával igen hosszúéletű lehet az ember; tehát minden esetben szükséges a sedimentum pontos mikroszkopiai vizsgálata, valamint a vérkeringési szervek állapotának és annak keretén belül a vérnyomásnak pontos megállapítása. Csak így lehet az esetet életbiztosítási szempontból helyesen elbírálni. Ahol tehát albuminuriát constatált a vizsgáló orvos, ezen vizsgálat alapján semmiképpen nem mondhat véleményt, ha csak nem állapított meg ugyanakkor olyan nagy elváltozásokat a szíven, hogy már ezen adatok elegendő alapot szolgáltatnak a feltétlen elutasításra. Ha ezen eset nem forog fenn, akkor mindenképp a sedimentum gócesövi vizsgálata szükséges. Ha ez már elsőízben szemcsés cylindereket mutat, fölöslegesek a további vizsgálatok, mert rendes díjak mellett a felvétel ez esetben nem lehetséges. Ha azonban szemcsés cylinderek nem találtattak, akkor egy-kétheti időközben több vizeletvizsgálat szükséges és pedig lehetőleg a nap különböző szakáiban. Mert akárhányszor a reggeli vizelet fehérjementes, míg a déli és különösen az esti vizelet már fehérjét tartalmaz. A fehérje mennyisége nem képez nagyon fontos kriteriumot, mert hiszen pl. éppen egyikénél a legsúlyosabb vesebajoknak, a zsugorvesénél minimalis a fehérje mennyisége, sőt sokszor egyáltalában hiányzik, főleg ha a vizsgálat reggel vagy napközben nyugalom után történt. Ahol tehát vesebajra gyanú merült fel, okvetlenül szükséges több vizeletvizsgálat és pedig különösen mozgás után.

Ha ellenben a fehérje nagyobb mennyiségben jelent meg, pl. 2‰ felett, az mindenesetre kizárja a rendes díjak melletti biztosítást, míg a fehérje igen minimalis mennyisége nem jelenti azt, hogy nem komoly vesebajjal van dolgunk.

Az is természetes, hogy ha az üledékben nagymennyiségű vörös- vagy fehérvérsejtet találtunk, komoly betegségre kell következtetnünk, amely az életbiztosítást kizárja, míg egy-egy fehér- vagy vörösvérsejt egyébként ép szív mellett nem teszi lehetetlenné a fölvetést.

Hyalin-cylinderek dolgában most is igen eltérők a nézetek, az azonban bizonyos, hogy egészen a legújabb időkig túlnagy jelentőséget tulajdonítottak hyalin-cylinderek jelenlétének. Az kétségtelen, hogy látóterenként 1—2 hyalin-cylinder nem bizonyítja, hogy komoly, az élettartamot megrövidítő vesebajjal van dolgunk, főleg akkor nem, ha 40 évnél korosabb egyénről van szó. Azonkívül már köztudomású dolog, hogy egyes ételek után, mint amilyen a retek, a spárga, továbbá az alkohol, végre egyes salicylkészítmények után futólag hyalin-cylinderek találhatók a vizeletben, anélkül, hogy ebből nephritisre kellene következtetnünk. Hyalin-cylinderek jelenléte egymagában nem állapíthat meg olyan vese-elváltozást, amely a rendes életbiztosítást kizárja.

Ami az ú. n. physiologikus albuminuriát illeti, az jelentéktelen tünet, az orthostatikus pedig főleg a gyermek- vagy serdülő korban fordul elő, mely korban életbiztosítást kötni alig szoktak.

A diabetesnél mutatkozó albuminuria jelentősége nem kell, hogy külön elbírálás tárgyát képezze, hiszen itt a fölvetést megnehezíti maga a glykosuria, ha komoly diabetesről van szó.

Egészen csekély jelentőségű a pyelitissel kapcsolatos albuminuria. Hiszen maga a pyelitis kellő diaeta és életmód mellett éveket, esetleg évtizedekig fennállhat, anélkül, hogy a fél életét veszélyeztetné, főleg ha vagyonsabb emberről van szó, akinek anyagi viszonyai a megkívánt diaetát és életmódot lehetővé teszik.

A köszvényesek albuminuriája sem kell, hogy külön elbírálás tárgyát képezze, itt is úgy áll a dolog, mint a diabetesnél, ha a fél köszvénye miatt elfogadható, akkor az albuminuria nem lehet annak akadály. Hiszen néha az ilyen húgysavas diathesisben szenvedő betegek évtizedekig élnek albuminuriájuk mellett. Találón mondja ezekről *Paul Friedrich Richter*: „Sie erleben es nicht, an ihrer Albuminurie zu sterben.“ Egészen másképpen áll a dolog, ha a köszvényes hajlam nemesak az izületekben jut kifejezésre, hanem a belső szervekben, főleg a szíven és az erekben.

Ilyen esetekben az albuminuria sokszor zsugorvesével van összefüggésben, ami a prognosist nagyon súlyosbítja. Itt is azonban nem az albuminuria, hanem az arteriosclerosis miatt fog az elutasítás megtörténni.

Az elhízással járó albuminuria vagy egyszerű vese-pangástól van föltételezve, amikor kevés, magas fajsúlyú vizelettel van dolgunk, ami mindenesetre a szív csökkent működőképességét bizonyítja. Ha ez csak múló jelenség, akkor a szíven nem lesznek komoly elváltozások kimutathatók és akkor az albuminuria is enyhébb megítélés alá eshetik, vagyis itt sem az albuminuria a mérvadó, hanem a szív állapota.

A másik lehetőség, amikor elhízottaknál alacsony fajsúlyú, kevés albumen tartalmazó vizeletet találunk, ez mindig zsugorvese ganúját kelti, s éppen a vagyonos osztály elhízottjainál gyakori a zsugorvese és igen sok esetben korai halálhoz vezet. Itt tehát helyén van a nagy óvatosság.

Albuminuria minden esetében fontos volna a vérnyomás pontos meghatározása és itt elvként kellene felállítani, hogy életbiztosítási szempontból minden albuminuria, melynél fokozott vérnyomás konstatalható, olyan betegségnek tekintendő, mely az élettartamot lényegesen megrövidítheti.

Már az eddigiekből is kiviláglik, hogy az életbiztosításnál szokásos vizsgálatnál igen sok esetben az eddigi klinikai, vegyi és mikroszkopiai vizsgálati módszerek mellett sem jövünk tisztába az albuminuria lényegével. Azért újabban a vese functionalis vizsgálati módszerei segítségével igyekeznek ezen célt megközelíteni. Itt elsősorban a *Korányi Sándor* által inaugurált kryoskopia tehetne fontos szolgálatot, ha az eljárás nemesak klinikán és arra berendezett laboratóriumokban volna keresztülvihető. Ugyancsak többnapos klinikai megfigyelést tesznek szükségessé a jód-, tejsukorpróba, nemkülönben a huyany- s a konyhasókiválasztás próbája.

Amellett ezeknek egy része életbiztosítási szempontból nem is fontos pl. annak kérdésnek eldöntése, vajjon a konyhasót jól vagy rosszul választja ki a vese, mert ez főleg az oedemákkal járó albuminuriáknál jöhetne szóba, ilyen esetben már maga az oedema kizárja az életbiztosítást.

Különben is ezen vizsgálatok a fővárosban is csak a laboratóriumok igénybevétele mellett vihetők keresztül; van ellenben egyszerű és megbízható functionalis vesepróba, a vízpróba, melyet minden vidéki gyakorlóorvos is meg tud ejteni, t. i. ha bizonyos mennyiségű víz ivása után néhány óra múlva sok alacsony fajsúlyú (1002—1004) vizelet ürítetik, míg vízlevonás után a fajsúly 1020—1025-re emelkedik, akkor a vese alkalmazkodni tud a változó anyagcseréhez és életbiztosítási szem-



pontból ez a fontos, mert ha a vese a fent említett módon reagál, ez annak a jele, hogy most még nem áll fenn a veséknek olyan nagyfokú functionalis zavara, amely az életet komolyan veszélyezteti.

Természetes, hogy albuminuriának majdnem minden esetében lehetőleg rövidebb tartamú biztosítást kell javasolnunk.

Vajda Károly dr. főorvos.

### Ikerterhesség és ikerszülés.

Engelhorn a többes terhességről azt jegyzi meg, hogy az nem teljesen physiologiás folyamat, hanem átmenet a szülészeti pathológiába. Igazat kell adnunk neki, különösen gyakorlati orvosi szempontból, hiszen már az ikerterhesség is sok szövődménnyel járhat, a szülés alatt pedig a spontan lefolyástól eltekintve, a legkülönbözőbb szülészeti beavatkozásokra kerülhet sor, melyek megfelelő felkészültséget igényelnek.

Mi sem könnyebb, mint elméletileg felismerni az ikerterhességet. Gyakorlatilag biztos diagnózis azonban sokszor a legnagyobb nehézségekbe ütközik és jól sikerült Röntgen-felvétel híján, csak a szülés alatt lehetséges. A terhesség első felében a méh gyors növekedéséből csupán gyanítani lehet; ha előbbre haladt a terhesség, a diagnózis is mindinkább könnyebb lesz. A terhesség utolsó hónapjában, ha a haskerület 100 cm-nél nagyobb, az ikerterhességre hívja fel gyanunkat. A diagnózis biztos, ha kettőnél több nagy részt tudunk kitapintani a hasfalon keresztül. A hasfalon keresztül két magzati szívhangnak punctum maximumát halljuk, de a frequentiaszámban legalább 10 számbeli különbséget kell észlelni. Bő magzatvíz, feszes, vagy zsíros hasfal igen megnehezíti a vizsgálatot, míg laza, tágult hasfalon keresztül sokszor a két magzatnak contourjait is fel lehet ismerni. A magzati szívverések elkülönítésére *Kautsky* az egyik fejnek kézzel való komprimálását ajánlja, ilyenkor a vagusközpont izgalma bradycardiát okoz. A hallgatózást a kettős stethoskop (phonendoskop) használata lényegesen megkönnyíti, vele a két magzati szívnek rhythmusbeli különbségét is jól felismerjük. A végbéli és hüvelyi vizsgálattal, ha ezekre rászorlunk, nagyban alátámasztjuk a diagnózist és a magzatok elhelyezkedéséről is többet tudunk. A szűk térviszonyok miatt igen gyakran az egyik magzatnak előlfekvő nagy részét a medence üregében találjuk. A méh hüvelyi része sokszor már szülés előtt elsímul, a méhszáj korán megnyílik; mind olyan jelenségek, melyek a többes terhesség mellett szólnak. A vizsgálatot erősen megnehezíti a magzatoknak egymás mögött való elhelyezkedése, úgy, hogy még szakkepézt orvos is csupán az első magzat megszületése után ismeri fel az ikerterhességet. Kijelentéseinkkel tehát legyünk óvatosak!

A terhesség utolsó hónapjaiban a méh gyors növekedése a rekesz erős feltolása által légzési és szívpanaszokat okoz. A hasüri nyomás fokozódása miatt pangásos jelenségeket látunk (oedema, varix-képződések). A panaszok sokszor annyira elviselhetetlenek, hogy javalt lehet a méhüri nyomásnak magzatvíz lebocsátása árán való kisebbitése. A vesék a reájuk rótt munkatöbbletet erősen megérik. Az eklampsiás esetek száma ikerterhességgel kapcsolatban nagyobb lesz, 4—14% között mozog. A méh erős kitágulása miatt gyakori a koraszülés, a mélyen fekvő magzati rész a ganglion cervicale korán izgalomba hozza. Természetesen a terhesség korai megszakadása az amúgy is kevésbé fejlett ikermagzatoknak életképességét erősen rontja. (Érettnek vesszük az ikreket, ha együttes súlyuk legalább 3500 g-t tesz ki.)

A diagnózis felállítása különösen a szülés idejére kívánatos. A szövődmények egyrésze a magzatoknak rend-

ellenes fekvéséből származik (medencevégű, harántfekvés). A méh erős kitágulása folytán gyakori a fájásgyengeség, a hirtelen kiürüléskor atoniás vérzések lépnek fel, a lepényleválás is sokszor zavart. Nem is szólunk arról, hogy a bő magzatvíz elfolyásakor aprórészek eshetnek elő (köldökszínór, végtagok). A szülés alatt szóba jöhetnek: fájáserősítő eljárások, fogóműtét, fekvésjavító eljárások, fordítás és extractio, darabolóműtétek és a vérzések kezelése.

Elhúzódó szülés esetén fájások erősítésére, ha ellenvallat nincs (magas vérnyomás), hypophysis-készítménynek (pituglandol, glanduitrin) tört adagjait adjuk óránként 0,3 cm<sup>3</sup>-t bőr alá. Később a szülés előrehaladtával chinint is adagolhatunk. Erősen feszülő burok esetén legalább három ujjnyi méhszájnal burkot repeszthetünk, vigyázzunk arra, hogy aprórész (köldökszínór) ne essék elő. Ezzel a méhüri nyomást kisebbitettük, a fájások rendes mederbe terelődnek s a vajudót megszabadítottuk kínzó-feszítő érzésétől. Műteteinket megkönnyíti a magzatoknak kisebb volta; tenyérynire tágult méhszáj mellett is jól dolgozhatunk, ha erre javallat van. Harántfekvésnél: fordítás és extractio, medencevégű fekvésnél: láb-lehozatal és extractio jönnek szóba. A kisebb magzati fejre jól ráillik a Kielland-fogó. Sohase ürítsük ki hirtelen a peteüreget. A méhüri nyomás erős ingadozása a lepény korai leválását, vérzést és a második magzatnak elhalását okozza. Az első magzat megszületése után köldökszínórjának ellátása két helyen történjék (egypetéjű ikrek esetében a második magzat ezen keresztül elvérezhet). Ez után minden figyelmünket a második magzatra irányítsuk, a szívhangok minősége, a magzat fekvése fogja megszabni a további tennivalót. Ha nem tudunk kívülről tájékozódni, vizsgáljunk belsőleg, ilyenkor, ha kell, burkot repesztünk és a harántfekvésben levő második magzatot fordítjuk és extraháljuk. Nem kiforrott szabály az, hogy az első magzat megszületése után meddig várjunk a másodikra. *Nem jó egy óránál tovább várakozni.* Ha egy negyedóra múltán fájások nem indulnak, hypophysis-készítménnyel erősítsük azokat, esetleg repesszünk burkot. Előfordulhat az is, hogy az első magzat megszületése után mindkét lepény leválik. Ilyenkor a második magzat megmentése érdekében fejezzük be a szülést. (Fogó, fordítás, extractio.)

A lepényi szakot megfigyeljük. A magzatok megszületése után ajánlatos hypophysis és ergotin adagolása. A nagyobb kiterjedésű lepényi tapadás nagyobb sebfelületet hagy maga után, tehát igen kívánatos a jó méhcontractio. Szívárgó vérzés esetében calciumkészítményektől (calciven, afeinil intravenásan) jó eredményeket látunk.

Az ikerszülések ritkább szövődménye az ikermagzatok összeakadása, az ú. n. ikerkollisio; ennél szöbajön a perforatio és a daraboló műtét is. Nemrégiben is az első, farfekvésben levő és mellkasig megszületett magzatot dekapitálni kényszerültünk, mert a feje a második magzatnak üregbe leszállott fejével összeakadt. A dekapitált fejet feltöltük a peteüregbe, a még élő második magzatot üregi Kielland-fogóműtéttel mentettük meg.

Az említettek alapján a gyakorlóorvos szempontjából hangsúlyoznunk kell azt, hogy bár az ikerszülés sok esetben simán folyik le, mégis az említett sok szövődmény és előre nem látható complicatiók miatt *intézetbe való*, ahol minden eshetőségre elegendő orvosi segédlet áll rendelkezésre. Az intézeti szülés a magzatok érdekében is kívánatos, hiszen kb. 30% az ikermagzatok vesztesége, a megmaradtak pedig olyan gondos ápolásra szorulnak, aminőt a nagy gyakorlatban elérni szinte lehetetlen.

Páll Gábor dr. tanársegéd.