

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VAMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Czirer László:** Az epehólyagbetegségek bonctani vonatkozásai a gyomor és duodenumhoz. (1053—1055. oldal.)
- Schaffler József:** A jászkarajenői „Mira“-keserűvíz hasajtó hatásáról és annak alkalmazási módjáról, a székszorulás különböző alakjainál. (1056—1061. oldal.)
- Raisz Rezső:** Különösen gyenge koraszülöttek kezelése terhesek vérsavójával. (1061—1062. oldal.)
- Borsos László:** A férfiemlő megbetegedéseiről. (1062—1063. oldal.)
- Weidinger Imre:** Újabb eszköz a vérvétel egyszerűsítésére. (1064. oldal.)
- Takács László:** A vérnyomásemelkedések gyógyszeres kezelése. (1064—1068. oldal.)
- Levél a Szerkesztőhöz.** (1068—1069. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészeti és nőgyógyászat. (1069—1073. oldal.)

Könyvismertetés. (1073. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 24-i ülése. (1073—1074. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának október 23-i tudományos ülése. (1074—1077. oldal.)

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulatának október 21-i ülése. (1077. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat okt. 21-i ülése. (1077—1078. o.)

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának október 10-i ülése. (1078—1079. oldal.)

Szerkesztő válasza. (1079. oldal.)

Vegyes hírek. (1079. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor dr. egy. ny. r. tanár).

Az epehólyagbetegségek bonctani vonatkozásai a gyomor és duodenumhoz.

Írta: Czirer László dr. egyet. tanársegéd.

Az a közeli viszony, amely bonctani elhelyeződésük következtében az epehólyag és gyomorduodenum között fennáll, oka lehet annak, hogy egyiknek vagy másiknak megbetegedése a szomszédságra is ráterjedve, oly tüneteket idéz elő, amelyekről legpontosabb vizsgálattal sem dönthető el, hogy melyik szerv megbetegedését jelzik. Ismeretesebb azok az esetek, amelyekben a kórelőzmény, sőt a klinikai vizsgálat alapján is, nemcsak, hogy egyiknek vagy másiknak megbetegedését kórismézzük akkor, amikor a másik beteg. Előfordul pl., hogy pyloruskörüli fekélyre, vagy ennek következményére: pylorusszűkületre gondolunk, pedig a későbbi műtét tanúbizonysága szerint az epehólyag valamely megbetegedésével állottunk szemben és megfordítva. Azok az esetek ezek, amelyekben a kórelőzmény adatai nem tipusosak vagy nem megbízhatók, másrészt a található klinikai tünetek sem kifejezettek, bizonytalanok.

Az alább következő négy eset kórrajzi kivonata példát szolgáltat arra, hogy egyrészt a kórelőzmény adatai mily kevés támpontot nyújthatnak bizonyos esetekben, másrészt pedig, hogy néha a klinikai vizsgálat sem derítheti fel kétséget kizáró pontossággal a betegség tulajdonképeni mibenlétét. Ezen esetekkel kapcsolatban egyszersmind összefoglalni igyekszünk azokat a vonatkozásokat, amelyek az epehólyag és gyomorduodenum betegségei között fennállhatnak.

I. eset. Dr. F. J. 27 éves nőbeteg arról panaszkodik, hogy 3—4 éve óta után nyomást érez a gyomra táján, amely nyomásérzés néha $\frac{1}{2}$ —1 évig is szünetelt. Nyolc hónapja fájdalmai hevesebbek lettek és gyakrab-

ban jelentkeztek, amikor megvizsgáltatván magát, hyperaciditást és hypermotilitást állapítottak meg. Fűszermentes diatára állapotra javult. Három hét óta gyomrában teltségi és puffadási érzése van, étkezés után néha hány; hányadékában régebbi ételmaradékok is voltak. Három hónap alatt 6 kilót fogyott. A klinikai vizsgálat szerint az erősen lesoványodott betegnél a tüdő és szív részéről kóros elváltozás nem mutatható ki. A has mindenütt könnyen benyomható, rendellenes ellenállás benne nem tapintható. Nyomási érzékenység szétterülve az egész gyomortájékon. A próbaregeli után kivett gyomorbennék jóval több a beadottnál, előző napi emésztetlen ételrészeket is tartalmaz. Szabad sósav: 30; összes savak: 50. A Röntgen-átvilágítás erősen táguult gyomrot mutat, amelynek alsó határa három harántújjal haladja meg a köldököt.

Műtét. (1922. május 30. Prof. Verebély.) Median laparotomia. A pylorus mögött a duodenumban kb. diónyi terimenagyobbodás tapintható. Az epehólyag a duodenumhoz van lenőve. Az összenövés leválasztása után az epehólyag és duodenum között átfúródásos nyílás nyílik meg, s előttük a pylorus alatt fekvő diónyi epékó, amely részben az epehólyagba és a perforációs nyílásba volt beékelve, részben pedig szabadon benyúlt a duodenum ürébe és azt majdnem teljesen átjárhatatlanná szűkítette. A követ eltávolítjuk a duodenumból s cholecystektomiát végzünk. Ezután a duodenum sebét hosszirányban, két rétegben bevarrjuk, ami után selyemfonállal pyloruskirekesztést végzünk. Szabványos gastroenteroanastomosis retrocolica postica után réteges hasfalvarrat. A beteg a műtét után hamarosan összeszedte magát; három hét múlva gyógyultan távozott és a mai napig is egészséges.

II. eset. Cs. J.-né 58 éves nő, aki 1914-ben betegedett meg. Ekkor igen erős májtáji fájdalmak lepték meg, amelyek oly hevesek voltak, hogy néha el is ájult. A fájdalmak azóta csak elvétve jelentkeztek és ezek is elviselhetők voltak. 1921 tavaszán az elsőhöz hasonló, csak valamivel enyhébb göresős fájdalmai voltak és ugyanezen év őszén újból heves rohamon ment keresztül. Azóta fájdalmai mindig sűrűbben jelentkeztek; az utóbbi időben többször hányt, éves után igen heves fájdalmak és bűzös felbőfögések kínozták. — A klinikai vizsgálatnál az egész májtájé deszkakemény tapintható, amit azonban nem izomvédekezés okoz, hanem a hasfalon át tapintható, elmosódott határu terimenagyobbodás, amely lélekzésnél a rekesszel együtt mozog. A Röntgen-vizsgálat szerint mindkét rekesz mez-

gása korlátozott; a gyomor atóniás, ptoticus, alsó határa a symphysis magasságában van. A bismuth-pép tányéralakú, vízszintes felszínű, három tenyérnyi széles intermediaer réteggel. Peristaltica, ürülés nem látható.

Műtét. (1922 november 8. *Neuber.*) Középvonalú hasmetszés. A hasüregbe az összenövés miatt nehéz bejutni. A hasfalhoz tapadó csepleszősszenővéseket felszabadítjuk és megkísérjük a gyomornak a hassebbe való előhúzását. Ez csak részben sikerül, mert a gyomor pylorikus részlete a májhoz van rögzítve. A máj eléggé mozgékony és könnyen a hassebbe emelhető. Az epehólyag tájékát csaknem férfőkölnyi terimenagyobodás foglalja el, amelynek tetejét (elülső falát) a pylorus és csepleszrészletek alkotják. A hasüreg izolálása után megkísérjük lefejtetni a terimenagyobodást a májról, ami nehézségek árán sikerül is, s ekkor kiderül, hogy az epehólyag helyét az erősen tágult duodenum foglalja el, az epehólyagot pedig csak keskeny kötéggel jelzi. Minthogy alapos áttekintés után sem találjuk az epehólyagot, a duodenum falát megmetsszük, amely mögött tyúktőjásnyi, kőkemény resistentiát érzünk. Hogy duodenummal van dolgunk, csak akkor látjuk, amikor az üreget már megnyitottuk. Ebben az üregben tyúktőjásnyi, egyenetlen felszínű zöldesbarna epekő van, amely a duodenumnak egész ürét kitölti. Ezen üregből lefelé könnyen bejutunk a duodenum függőleges szájába, felfelé azonban a pylorust csak a kisujj kúpjával tudjuk megszondázni. A pylorikus nyílás merev, heges, nem tágulékony. A duodenalis heges falból egy darabot már akkor eltávolítottuk, amikor a követ igyekeznénk kibuktatni. Lehetséges, hogy ebben a heges falban az epehólyagnak fali része is benne foglaltatott. A choledochus hüvelykujj vastag. A lobos összenövésnek lefejtése közben a ductus cysticus maradványa nyílik meg, s innen az erősen tágult choledochust megszondázzuk. A szondával nem sikerül bejutni a duodenumba, ezért a szonda fején a Vater-papilla helyén felhasítjuk a nyálkahártyát s az így képzett szájadékot kiszegjük. A duodenumot harántirányban elvarrjuk, a ductus cysticus csontját lekötjük és elvarrjuk. Tekintettel a pylorus rossz átjárhatóságára, az egész pylorust mintegy 5 cm-nyi szélességben kimetsszük. A gyomrot vakon elvarrva, a duodenumot a gyomor hátsó falába *Kocher* módszere szerint beültetjük. — A beteg a műtét utáni nyolcadik napon mindkét oldali tüdőgyulladásban meghalt.

III. eset. *N. J.*-né 43 éves nő, akinek három év előtt epekőves megbetegedése volt. Azóta többször jelentéktelen fájdalmak voltak a gyomra táján; 9 hónappal ezelőtt egy hónapig tartó, erős fájdalmakban nyilvánuló gyomorpanaszai voltak. A fájdalmak elmúltak, de azóta gyakran hányt nagymennyiségű gyomortartalmat, amelyben 2–3 nap előtti ételrészecskék is foglaltak. — A klinikai vizsgálat szerint a hasüregben kóros ellenállás nem tapintható. A köldöktől jobbra eső hely nyomásra érzékeny. Próbareggeli eredménye: bőséges, rosszul emésztett gyomortartalom, amelyben két nap előtti ételmaradék is van. Szabadosav 10, összes savak 55. A hányadékot is megtitrálva, az ugyanilyen értékeket adott. Röntgen-átvilágítás: 7 ujjal a köldök alá nyúló, hatalmasan tágult, atóniás gyomor. A duodenum nyomásra sem tölthető. Négy óra múlva teljes, 24 óra múlva $\frac{3}{4}$ maradék a gyomorban. Még kétszeri Röntgen-vizsgálat eredménye ugyanez. A Weber-reactio — többször vizsgálva — negatív volt. A kórisme fekélyes eredetű szervi pylorusszűkület mellett szólott, amely miatt a beteget Verebélly prof. úr 1924 november 14-én megoperálta.

Műtét. Median laparotomia. Szabad hasüreg, csupán az epehólyag és duodenum tájékán igen kiterjedt összenövés, amelyek egy csomóvá tapasztják össze a pars pyloricát, duodenumot és epehólyagot. Közlebbi vizsgálatnál derül ki, hogy az epehólyagban kövek vannak és az epehólyag csúcsa a pylorus tájékához kérges heggel szívosan odanőtt. Amikor ezt az összenövést kezdjük szétfejtetni, hirtelen tályog nyílik meg az epehólyag és duodenum között, amely részben az epehólyaggal, részben a kérges fekélyen át a duodenummal közlekedik. Minthogy a duodenumnak a fekély kifejezett duodenalis szűkületet mutat, amely fölött a gyomor tágult — egyrészt a fekély, másrészt az epehólyag kiirtására határozzuk magunkat. E célból a

fundus közepének megfelelőleg varrógéppel átvágjuk a gyomrot, amelynek jobbra való áthajtásánál derül ki, hogy hátsó felszínén kiterjedt összenövések rögzítik azt a pankreas mellő felszínéhez. Az összenövések felszabadítása után a duodenumot az infrapyloricus fekély alatt átvágjuk úgy, hogy a varráshoz elegendő csont maradjon vissza. Ez utóbbit két sor dohányszalaggal varrattal zárjuk s a pankreas fejével fedjük. A kövekkel telt epehólyag eltávolítása után a gyomoresonkot a mesocolon transversumon keresztül húzott legfelső jejunumkacsával hozzuk összeköttetésbe oly módon, hogy a gyomoresonk varratának alsó csúcsát 4 centiméteres alappal leamputáljuk s ezt a nyílást a jejunum oldalába beültetjük. — A műtét után keletkezett duodenalis sipoly 5 hét alatt zárult; a beteg gyógyultán távozott.

IV. eset. *H. K.* 65 éves férfinak kb. 20 év előtt gyakran voltak epekőgörcsei, amelyek ellen évenként (kb. 10 évig) karlsbadi kúrát használt. 1924. év nyarán többször 38° körüli láza volt, hidegrázással, amely lázas állapot többször, 2–3 hetenként ismétlődött. 1925 januárjában láza, fájdalmak kimaradtak, hogy utóbbi időben újból, hevesebben jelentkezzenek. Legutóbb már 2–3 naponként voltak erős fájdalmak, 39–40°-ig emelkedő lázzal. A legutóbbi napokban az eddigi tünetekhez még sárgaság is társult. — A klinikai vizsgálat szerint az erősen lesoványodott betegnek epehólyagtája nyomásra kissé érzékeny; a máj erősen megnagyobbodott, kislökű sárgasága most is van.

Műtét. (1925 február 8. *Prof. Verebélly.*) Median laparotomia. A hassebbe előtolakodik a megnagyobbodott, legömbölyített szélű máj. A gyomor az epehólyagtájékhöz lenőtt, úgyhogy az epehólyag kezdetben meg sem található. A foramen Winslowi szabad. A teljesen zsugorodott epehólyag csúcsa a gyomorral szívosan összenőtt. Mikor az összenövés megoldásához fogunk, megnyílik egyrészt a gyomor, másrészt az epehólyag, amelyből nagy nyomás alatt ömlik az epe. Az epehólyagban tapinthatóvá lesz kis diónyi kő, egyúttal feltűnik az is, hogy a choledochus igen tág, aminek oka a benne tapintható mogorónyi kő. Az epehólyagkövet a nyíláson keresztül kinyújtjuk, a choledochuskő eltávolításához azonban külön hosszmetészt kell ejteni, amelyen azután a kő könnyen kibuktatható. A choledochusba T-csövet helyezünk. Az epehólyag maradványát kikaparva, néhány öltéssel zárjuk. Utána a gyomor említett nyílását zárjuk el kétsoros varrattal, ami által az egyébként is szűk duodenum még jobban beszűkül. Éppen ezért szükségesnek látszik gastroenteroanastomosis készítése, amit retrocolica postica alakjában készítünk el. A májagyat bőségesen tamponálva, a hassebet rétegesen bevarrjuk.

A beteg 24 órával a műtét után mindinkább fokozódó és semmiképen sem befolyásolható szívgyengeség tünetei között meghalt.

Ha végigtekintjük az első köresetet, azt látjuk, hogy ebben az epekőbetegség okozta panaszok teljesen háttérbe szorultak. Az epekőbetegség lappangva fejlődött, típusos rohamok sohasem jelentkeztek. Az eleinte bizonytalan gyomorpanaszok után mindinkább tisztában bontakozott ki a pylorusfekély okozta szűkület tüneti képe, amelyet a klinikai vizsgálat is megerősített. Itt tehát úgy a kórelőzmény, mint a klinikai vizsgálat alapján fekély okozta szűkületet kellett kórismézni. A műtétnél viszont kiderült, hogy szűkület jelen van ugyan, de nem gyomor- (duodenum) fekély, hanem a duodenum üregébe átfúródott epekő okozza azt.

A második esetben az epekőbetegségre jellemző panaszok és tünetek voltak ugyan az uralkodók, de különösen az utóbbi időben mintha már valamely pyloruskörűl fekély okozta szervi szűkület tünete csoportja lépett volna inkább előtérbe. Kétségtelen, hogy a műtét alkalmával a duodenum I.-ben talált tyúktőjásnyi epekő az epehólyag falán át vándorolt a duodenumba, minden bizonnyal hosszú idő előtt, mert az epehólyag teljesen összezsugorodott, úgyhogy mint ilyen, alig lehetett felfedezni. A pylorusszűkületet jelző panaszokat a duodenumban helyet foglaló hatalmas kő okozta, amelyhez a kő mechanikus izgató ha-

tása kifejlődött pylorusmegvastagodás, hegesezés is hozzájárult.

A harmadik esetben a kórelőzményben szerepeltek ugyan epekő jelenlétére utaló panaszok, másrészt azonban a gyomorfekély tüneteinek mégis csak inkább előtérbe nyomultak s a betegség későbbi lefolyásában már egyenesen fekély okozta szervi szűkületet jeleztek. A klinikai vizsgálat is szervi pylorusszűkületet és következményes gyomortágulatot mutatott ki, amelynek eredetére vonatkozólag a legvalószínűbb feltevés a fekély volt. Itt tehát epeköbetegség és fekély együttesen fordultak elő, amelyek eleinte vagy elmosódó jellegű panaszokat okozhattak, vagy egyszerre, egymás mellett (ha időrendben talán egymás után is) jelentkeztek, ami viszont megint csak arra vezetett, hogy a kórisme a különféle panaszok folytán bizonytalanra vált. Csak később, a fekély okozatának, a mindinkább kifejezett pylorusszűkületnek kifejlődése vezetett a helyes kórisméhez. Érdekes szövödmény volt itt a fekélynek a szomszédságba való átfúródása, amelynek kapcsán tályogüreg fejlődött ki, amely viszont az epehólyagba tört. A tályog semmiféle tünetet nem okozott és — bizonyára kicsinységénél fogva — fehérvérsejtszaporodást sem idézett elő (5500).

Végül a negyedik esetben a betegség megint csak jellemző epeköbetegség képében fejlődött, tipikus epekögörcsöket okozott, gyomorpanaszok nélkül. Fel-tűnő itt a kórelőzményben a majdnem egy évig tartó, időnkint fellépő lázas állapot, amely az előbbi esetek egyikében sem volt kimutatható és amely az epeutakban időszakonként fellépő fertőzés, mondhatnánk „intermittáló cholangitis“ következménye lehetett. A műtét előtti legutolsó időszakban még egy szövödmény járult a meglévőkhöz: a choledochuskő, amely egyrészt sárgaság okozásával, másrészt a cholangitis állandósításával is nagyban gyengítette a szervezetet.

Ha ezek után megkísérjük összegezni és rendszerbe foglalni azokat a lehetőségeket, amelyek egyrészt az epehólyag, másrészt a gyomor-bél megbetegedései között fennállhatnak, a következő eredményre juthatunk:

1. Lehetséges *először*, hogy epeköbetegség és gyomor- (duodenum) fekély egyszerre, egymástól függetlenül, mint két különálló betegség van jelen. Ebbe a csoportba tartozik 3. számú esetünk.

2. Nagyobb csoportba foglalhatók össze *másodszor* az epehólyag-gyomor (bél) sipoly különféle alakjai. Ide tartoznak mindenekelőtt azok az esetek, amikor a beteg epehólyagból sipoly vezet az ép gyomorba vagy bélbe; amikor tehát az elsődlegesen megbetegedett epehólyag — a betegség folyamán a szomszédos szerveket is betegsége körébe vonva — átfúródik az egyébként ép gyomorba, bélbe. Az „ép“ gyomor-bél alatt elsősorban természetesen „fekélymentes“ belet értünk, mert hiszen az ilyen esetek legtöbbszörében általános szempontból nézve a gyomor-bél tulajdonképpen nem ép, amennyiben az epehólyag átfúródásával járó összenövés, hegesezés természetesen a gyomor, illetőleg a duodenum falára is ráterjednek, ezeket is bevonják károsodásuk körébe, aminek végeredményben szűkület lehet a következménye.

Ebbe a csoportba sorolható negyedik esetünk és Barla-Szabónak az Orvosegyesület 1925 március 21-i ülésén „cholelithiasis által okozott elzáródásszerű pylorusszűkület“ címen bemutatott esete is.

Ide tartoznak másodsorban azok az esetek, amelyekben az ugyancsak fennálló epehólyag-gyomorbél-sipoly mellett a gyomorban, illetőleg bélben fekélyt is találunk. E fekély — eredetét illetőleg — a tipikus gyomor-duodenumfekéllyel lehet azonos, amikor tehát a fennálló epehólyag-gyomorbél-sipoly mellett egyszerre mind peptikus fekélyt találunk az emésztőcsatornában. Vagy létrejöhetett a fekély az epehólyagból a bélbe került epekő nyomásának következményeként, amelyet

leghelyesebben decubitalis fekélynak nevezhetnénk. Ide sorolható két fent leírt esetünk.

3. *Harmadik* csoportba sorolhatók végül az egyszerű összenövések okozta pylorus- és duodenalis szűkületek, amelyek vagy elsődlegesen fejlődnek és mint ilyenek, az epehólyag megbetegedésének, pericholecystitisnek következményei, vagy műtétileg eltávolított epehólyag helyén keletkező összenövések hozzák létre azokat. Ez utóbbiak secundaer (vagy postoperatív) szűkületeknek nevezhetők.

Az alábbi táblázat könnyen áttekinthető módon szemlélteti az epeköbetegség és gyomor-bélhuzam között lehetséges vonatkozásokat:

I. Cholelithiasis + Ulcus		1) ép bélbe (esetleges szűkületek)	
II. Epehólyag — gyomorbél-sipoly	2) fekélyes bélbe	a) pepticus	
		b) decubitalis	
III. Összenövések okozta szűkületek	2) secundaer (postoperatív).	1) primaer (pericholecystitis)	

Ami végül az esetek mindegyikében a követendő műtét eljárást illeti, röviden összefoglalva, a következőket mondhatjuk:

az első csoportban, amelyben tehát epekövet és ulcus ventriculit (duodenit) találunk, az epehólyag kiirtása után a gyomor- (duodenum) fekélynak műtét kezelése végzendő úgy, ahogyan azt az illető sebész végezni szokta; manapság tehát vagy gastroenterostomiával vagy gyomorreseccióval.

A második csoport első esetében, vagyis amikor a beteg epehólyagból sipoly vezet az ép gyomorduodenumba, el kell távolítanunk az epehólyagot, a sipoly-nak a bélbe nyíló szájadékát pedig varrattal kell elzár-nunk. Igyekeznünk kell tehát, hogy az epehólyag eltávolítása után a legkisebb, legegyszerűbb műtéttel szüntessük meg a sipolyt. Ha azonban azt látnánk, hogy a sipoly nyílás zárása után oly mértékben beszűkülne a bél, hogy a rendes átjárhatósága veszélyeztetve van, vagy később veszélyeztetve lenne, kényszerűségből — és minthogy nem peptikus fekély miatt végezzük — ajánlatos az egyszerű gastroenteroanastomosis.

Ugyane csoport második esetében, ha az epehólyagsipoly fekélyes gyomor-duodenumba nyílik és ez a fekély peptikus eredetű, ugyanazon eljárást kell követnünk, mintha sipoly nélkül epeköbetegséggel és ulcussal állnánk szemben, tehát cholecystektomiát és utána gastroenterostomiát vagy gyomorresecciót kell végeznünk. Ha a fekély decubitalis eredetű, tehát epekő okozta, megint csak a legegyszerűbb műtét ajánlatos, vagyis fekélykimetszés vagy pyloruskirekesztés és mindkét esetben gastroenteroanastomosis.

A harmadik csoport első esetében, vagyis amikor külső összenövések okozzák a gyomor-bél-szűkületet, vagy csak felszabadítjuk egyszerűen az összenövéseket — ami azonban nem mentesít az újból fellépő összenövésektől —, vagy pedig, *Kehr* ajánlatára, helyesebben eltávolítjuk a már úgysem egészséges epehólyagot is.

Ha pedig műtét utáni összenövések okozzák a szűkületet, ezeket szétfejtve megkísérhetjük a nagy-cseplesznek felhajtásával és a szétválasztott összenövések területére való helyezésével az újabb összenövések létrejöttét ilymódon megakadályozni. Ha pedig úgy az elsődleges, mint a másodlagos összenövések okozta szűkületek oly természetűek, hogy az összenövések szétfejtése után sem szűnnek meg, a szóba jöhető legkisebb műtéttel, a gastroenteroanastomosisal kell a gyomor kiürülését biztosítani.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: br. Kétyl László dr. egy. ny. r. tanár).

A jászkarajenői „Mira“-keserűvíz hashajtó hatásáról és annak alkalmazási módjáról, a székszorulás különböző alakjainál.*

Írta: Schaffler József dr. egyetemi tanársegéd.

Az emberiséget talán már létének első napjaitól fogva árnyékként követi egy kórforma, mely sok-sok kellemetlen panasz, érzés, fájdalom okozója és, mely kihatással van az emésztésre, a kedélyre és általános erőbeli állapotra is. Ez a kórforma a bélműködés rendetlen voltából ered és a szokványos székszorulás nevét viseli.

Ismeretek és tapasztalatok e kórformát illetőleg messze a múltba nyúlnak vissza. Már az ókor leghíresebb orvosa, Hippokrates ismerte e bajt és könyvében, hol a különféle ivókúrák szabályait fektette le, szól arról, hogy a sósvizek, bár általában egészségtelenek, mégis egyes betegségeknek hasznosként alkalmazhatók. A régi följegyzések szerint forrás- és ásványvizeket bevett szokásként alkalmaztak az ókorbeliek, részben vallásos szokásaiknak téve eleget fürdőzés és ivókúrák által, részben egyes betegségeknek gyógyeljárásként. A II. század végén Caelius Aurélius az, ki rendszeresen itatja betegeivel több forrás vizét. Az ezt követő időkben inkább a fürdőzés lendül föl, a gyógyvizek alkalmazása háttérbe szorul és csak egyesek, így többek között Asclepiades az, ki gyógykezelésként használja a tengervizet borral keverve pleuritissnél. A közép- és azt követő korban ismét nagy mérveket ölt az ivókúra alkalmazása s mint az előbbi időkben, úgy most is rendszeres fürdőzésekkel kapcsolatban. A harminc éves háború után előkelő és divatos szokásként uralkodott Németországban az ivókúra használata. A XVIII. században a kémiai kutatás már hatalmas fejlődést mutat s arra is törekszik, hogy mesterséges forrásvizeket, fürdőket állítson a gyógyító eljárások sorába. Megindul a különféle forrás- és ásványvizek analyses feldolgozása, mely téren elsőnek Bergmann, Leroy, Monnet és Scheuchzer szerzik érdemeiket. E téren a lázas munka mind a mai napig tartott, mikor is a balneologia harcossai a természetadta forrás-, ásványvizek és egyéb rendelkezésre álló természeti gyógytényezők pontos analyse és a bennük foglalt ásványi gyógytényezők-höz mért helyes alkalmazása által fontos gyógyeljárási eszközt juttatnak az orvos kezeihez. Az orvos mindennapi gyakorlatában széleskörű alkalmazást nyer ezen gyógyeljárási tényezők felhasználása, többek közt székszorulásnál is.

A székszorulás — mint von Noorden mondja a két év előtt Bécsben megtartott továbbképző tanfolyam előadásán — oly mindennapi baj és oly egyszerű, kényelmes, részben az orvos, részben a benne szenvedő önmaga rendelt szerekkel a komolyabb következmények meggátlása, hogy a bélpathologia ezen fejezete szinte alig érdemli meg, hogy előadás tárgyát képezze. De mégis sok oly kérdés merülhet föl, mely az életten, az általános kórtan, diagnostika és therapiával kapcsolatban a tudományos érdeklődés központjába helyezi a székszorulás tanát. S valóban a székszorulásról alkotott fogalmak az idők multával igen sokféle átalakuláson jutottak keresztül, mígnem e kórformákról Virchow munkája a régi és újabb idők nézetei között hátravonalat von. A nagy pathologus megdönti a régi felfogásokat, melyek a székszorulások okait is, egyéb szervek megbetegedéseinél fennálló kóros elváltozásokra igyekeztek visszavezetni. Szerinte a betegség tünettana dyspepsiás, izom és ideges jelenségekből tevődik össze. Virchow két csoportra osztotta a székszorulásokat: func-

tionalisokra és mechanikusokra, aszerint, hogy a baj az izomzat hiányos működésében vagy mechanikus akadályokban rejlik. Figyelmét különösen a mechanikus akadályok csoportja kötötte le, főként a chronicus partialis peritonitis. A székszorulás okának Bamberger részben a béltartalom csekély voltát, a bélmedvek hibás összetételét, így valószínűleg az epéét is és részben a bélnek gyenge peristaltikáját tartja. Bamberger nézetében mások is osztoztak. E. Henoch szerint a szorulás oka a bélműködés veleszületett vagy öröklött gyengeségében keresendő. Az ülő életmódot nem tartja nagy fontosságúnak s bár hosszas utazásoknál közrejátszhatik, mégis inkább azt hiszi, hogy a deprimált kedélyállapot van gátló hatással az izomzat működésére. Traube béltoniáról szól és míg Henoch csak a rectum atoniáját említi, addig Traube kiemeli, hogy akik béltoniában szenvednek, tulajdonképpen circulus vitiosusban élnek: a széklet akaratlagos visszatartása, az ezt követő felhalmozódás és beszáradás folytán következetes béltágulás áll be, a bélfal tágulása által az izomzat gyengül, a béltartalom felgyülemlik. Leichtenstern hasonlóképpen a renyhesség és peristaltika gyengülésében látja az okot. Nothmager három csoportot állít föl. Az elsőben a székszorulás élettani tényezők-től, ezek megváltozásától függ; a második csoportba tartozóknál a székszorulás bizonyos kóros állapotok és folyamatoknál mint következményes jelenség áll fenn és végül egy olyan csoportot, ahol mint önálló megbetegedés van jelen, mely csoportra alkalmazza a szokványos székszorulás nevét. Fleiner klinikai tapasztalatok alapján az atoniás formát a spastikussal állítja szembe, mely utóbbi főleg ideges egyéneknek, neurastheniások és hypochondereknél fordul elő. Ezen sokféle felfogás és tanok megerősítő bizonyítékait később a Röntgen-vizsgálatok eredményei adták meg, melyeknél a pép átvándorlása közben nyert képek értékelése juttatta birtokunkba az egyéni physiologias és pathologias képek értékeléséből nyert végkövetkeztetést.

Ujabb nagyarányú tapasztalat áll rendelkezésünkre az egyes kórformáknál alkalmazandó szerek, így a föld mélyéből előtörő gyógyvizek és a gyógyszerian szolgáltatott sok más szer hatásmódjáról és hatásosságáról. Hashajtó szereinket csoportosítani kémiai és gyógyszerian alapelvek szerint lehet. Kémiailag különbséget teszünk anorganikus és organikus hashajtók között. Az előbbieket csoportjában a calomel, az alkalisók, a kén; az utóbbiakban pedig, kivéven az organikus savakat és eukorféleségeket, főleg az anthrachinon derivatumok, a növényi glykosidák, az olajok stb. szerepelnek. Gyógyszerian alapelvek szerint három fő csoport állítható föl: 1. olyan szerek, melyek a vékonybél motilitását fokozzák (olajok, a gyantasavak stb.), 2. olyan szerek, melyek a vastagbél motilitását fokozzák (anthrachinon derivatumok, phenolphthalein, kén stb.), és végül 3. olyan szerek, melyek gátolják az egész bélrendszerben a felszívódást és gyors kiürüléshez vezetnek (calomel, cukrok, alkalisók).

A mai nagymértékben megcsökkentett országunkban, mely egykor oly gazdag volt jótékony forrásvizekben, a megmaradt kincsek töredéke egy újabb gyöngyszemmel szaporodott. Ez az új gyógyvíz a világhírű budai keserűvízek testvére a Mira keserűvíz. Örömmel üdvözlöttük ezen új gyógyvizet és annál is inkább több időt szenteltünk hatásának megismerésére, mert hazafiúi és orvosi kötelességnek tartjuk, hogy betegeinket fölvilágosítsuk arról, hogy éppen a gyomor-bélbántalmaknál nem kell a szomszédos, drága idegen országba futnunk gyógyulásért. Megfelelő lelkiismeretes tanács és utasítás mellett a rendelkezésre álló gyógytényezők helyes alkalmazásával igen jó és eredményes munkát végezhetünk.

Hazai keserűvizeinket meg sem közelítő külföldi keserűvizekkel szemben eddig a legjobb hatást biztosító Hunyadi János, Ferenc József, Igmándi stb. vizek mellé méltón állíthatjuk oda legújabb kincsünket, a Mira keserűvizet is.

* Az 1925. évi XXX. balneologiai kongresszuson pályadíjat nyert munka.

A Mira keserűvíz összetétele:

1000 g vízben.

Natriumsulfat	32.5429 g
Magnesiumsulfat	14.5059 „
Chlornatrium	1.3481 „
Calciumsulfat	1.4412 „
Kaliumsulfat	0.0364 „
Strontiumhydrocarbonat	0.0163 „
Vashydrocarbonat	0.0051 „
Aluminiumsulfat	0.0048 „
Manganhydrocarbonat	0.0018 „
Kovasav	0.0389 „
A szilárd részek összege	49.9414 g
Szabad széndioxid	0.0460 „

(Analysis: Hankó Vilmos dr., a chemia tanárától).

Alábbiakban a közel másfél év óta folyó klinikai megfigyeléseink eredményeit foglalom össze, mely megfigyelések keretében főleg három irány felé fordítva a figyelmet, gyűjtöttük tapasztalatainkat. A három szempont, mely a megfigyeléseket vezette, a következő volt:

1. Vajjon a Mira keserűvíz a különféle kórelőzményű székszorulási formáknál az eddig alkalmazott keserűvizekkel szemben előnyösebbnek, értékesebbnek bizonyul-e hatástanilag, vagy sem?

2. Vajjon a kívánt eredményes hatás elérésére az adagolt, illetőleg alkalmazott víz mennyisége és hőmérséke milyen befolyással van?

3. Vajjon a Röntgen-ernyő előtt tett megfigyelések alapján a béltartalom felhígulására, a bél peristaltikára milyen következtetést vonhatunk le?

Ismeretes, hogy a nehezen diffundáló crystalloidos csak nehezen szívódnak föl (Höber) és vízmegekötő tulajdonságuknál fogva képesek még saját oldó folyadékukat is megtartani és szaporítani. Gátolják nemcsak a bevitt folyadéknak, hanem a vékonybélnek a felszívódását is. Így nagy folyadékgyülem jön létre a bélben, mely az egész vastagbélben át a végbél felé jutva, hasmenést okoz. A hashajtó hatást elősegíti még a koncentrált sóoldatnak a bélnedvelválasztást reflectoros ingerlő hatása is, mely a béltartalom felhígulásához vezet. E hatás képviselői elsősorban a sulfatok: a glaubersó és keserűsó.

A Mira keserűvíz összetételében tiszta sulfatos ásványvíz és előnyére szolgál, hogy túlsúlyban van benne a natriumsulfat. Mint hig sóoldat gyorsan hat, mert felhígulásához nem kell idő és a hashajtó hatást előidéző vízmennyiséget már magában foglalja. A töményebb sóoldatoknál (10–25%) a 3%-ig való felhígulás a következetesen elválasztott emésztőnedvek által történik, mely töménységű, egy kismennyiségű folyadék felszívódásától eltekintve, legnagyobb tömegében hasmenéssel távozik. Ezen hatás beálltához azonban hosszú idő szükséges (néha 16 óra is), amíg oly mennyiségű folyadékgyülem jön létre, hogy hasmenés álljon be.

Másként áll a dolog a hígabb (5, vagy ennél alacsonyabb százalékos) sóoldatnál, mert ennek felhígulásához bélnedv nem szükséges és ha mennyiségileg elegendő volt, úgy felszívódásra nem jutó nagy tömege hasmenés formájában ürül ki. Ez a hatás 1–2 órán belül beáll. Ilyen hígabb sóoldat a Mira keserűvíz is.

A hashajtó hatását illetőleg azt tapasztaltuk, hogy az esetek 85–89%-ában hashajtó hatással bír, míg azok 15–11%-ában hashajtó hatás nem állott be. Utóbbiakban más eddig használatos keserűvizeink is hatásalanoknak bizonyultak és csak egyéb kombinált eljárásokkal vezettek eredményhez. A hatás beálltán ideje 1½–2–4 óra. Ezen túl már nem is vártuk eredményességét. Szemben az eddig használt keserűvizekkel, a Mira keserűvíz a következőkben bizonyult értékesebbnek. Az eddig használatos vizek tapasztalatilag igen sok esetben okoztak igen kellemetlen csikarást, égető, végbéltáji, kólikaszerű fájdalmakat, nem egyszer tenesmusokat, igen sok, a beteget elgyöngítő híg, vizes

székürülést. A Mira alkalmazásánál ilyen zavaró mellékhatásokkal sohasem találkoztunk, a kiürülés maga enyhén, kellemesen zajlott le, csikarások nélkül. Híg székürülés kevesebb számban fordult elő. Az esetek többségét véve mértékül, inkább pépes consistentiájú szék ürült, zavaró mellékhatások nélkül. Betegeink subjectív érzéseire is legyen szabad e helyen hivatkoznom, kik az előzőleg használt keserűvizekkel szemben a Mira keserűvizet nagyobb előszeretettel használták és valóban nagyobb népszerűségnek is örvendett és örvend, mint az előbbiek. A víz ivása undort nem keltett soha, míg a Hunyadi keserűvíz igen sok esetben — lehet, hogy individualisan — nem a legjobban megtűrt hashajtóvízként szerepelt, azért, mert ivásánál hányingert és gyomorpanaszokat is okozott.

Ami az adott esetekben alkalmazott víz mennyiségét és annak hőmérsékét illeti, fel kell említenem, hogy egyes individualis érzékenységtől eltekintve, egy átlagosított állapotunk meg, ami minden esetben hatásosnak bizonyult. Ezen dosis minimuma 2 dl, a maximuma 3½ dl volt. Lehetséges, hogy éppen ekként vált lehetővé a víz ilyen jó hatásának megismernünk, mivel nagy süjt fektettünk az adagolásra. Ezzel szemben a régi rendelesek a sokat ismételt minta szerint jártunk el és jár el a gyakorlóorvos is, mikor rendelésében csak azt emeli ki, hogy a víz reggel éhgyomorral fogyasztandó el, körülbelül 1 pohárnyi mennyiségben; ezen átlagrendeléstől ez esetben elszakítottuk magunkat és pontosan, sorozatos megfigyelések alapján állapítottuk meg a beviendő mennyiség egyszeri adagját.

Több, 15–20 esetből álló csoportban végzett hatás megfigyeléseinkben jutottunk azon eredményre, hogy a csoportok, melyek különféle pathogenesizáló székszorulások eseteiből válogattattak össze, az átlag 2 dl víz ivására reagáltak legjobban. Az ennél kisebb mennyiség hatástalan volt, nagyobb mennyiség (3–3.5 dl) már drasztikus hatást váltott ki. Ezen csoportmegfigyelések több mint 600 eset kapcsán azonos hatásbeli eredményt mutattak. A vízádag emelése és csökkentése mintegy igyekeztünk a hatásosságot az adagolásban megfigyelni, mondhatnám az esetek víztoleranciáját megállapítani.

De a Mira-víz eredményes hatását nem pusztán a pontos adagolásban, hanem a hőmérséklet kellő és helyes megválasztásában is keresnünk kell. Müller és Hurck kísérleteiből adódott azon tény, hogy a gyomor motilitása legelőnyösebben testhőmérsékletű folyadék által befolyásolható, míg a magasabb vagy alacsonyabb hőmérsékletű víz a gyomrot lassabban hagyja el. Ezen körülmény indított arra, hogy a Mira-vizet is különböző hőfokon nyújtsuk betegeinknek. A víz hőfoka csak indirect módon befolyásolja a bél motilitását, mert nem túlnagy mennyiségű folyadék bevitelkor a hőmérsékkiegyenlítő hatás már a gyomorban megy végbe. Túlhideg, vagy meleg víz hatása a bél motilitására csak reflectorikus értelemben fogadható el.

A különböző hőfokon adagolt Mira keserűvíz itatására a következő adatokat nyertük. A szobahőmérsékletű víz (18–20 °C) itatásakor 150 esetből csak 28 esetben volt hajtó hatással, míg a többi esetekben nem okozott székürülést. A víznek 37 °C-on való itatása mindenkor hatásosnak bizonyult. Meleg vagy forró (40–46 °C) víz hasonló hatást eredményezett. Igen kevés olyan megfigyelt eset állott rendelkezésünkre, ahol a hidegen itatott víz aránylag kellemetlenebb hatással volt, mint a langyos víz. Egy fiatal nőbetegünkél tettük azon megfigyelésünket, hogy míg undorral itta a nagyobb mennyiségű hideg vizet és a hajtó hatás sem volt panaszoktól mentes, addig a langyos víz ivásánál sohasem volt panasa az ízt és a székürülést illetőleg. A langyos víz ivása után a székelés általában a beteg által használt „kellemes” székürülés bemondásával zajlott le.

Nem sós víz, így pl. tiszta ivóvíz is hashajtó hatással bír, ha mennyiségileg elegendő. Hidegen itatott

nagyobb mennyiségű víz, 1,5–2 liter, hasmenést okozhat, mert a bél teljes egészében felszívni ilyen nagy mennyiséget nem tud és a béltartalom folyékony marad. Kisebb mennyiség per os már a felső bélrészekben felszívódásra jut. Ivókúráknál szokásos kisebb mennyiségek a bél motilitására hatással alig bírnak. Az előbb említett nagyobb mennyiségű víz itatásánál beálló hasmenést, ha nem is túl gyakori esetben, láttunk a vese funkciós (hígítási és koncentrációs) vizsgálatok megejtésénél.

Jelen megfigyelések keretében nem terjeszkedünk ki bővebben és részletesebben ezen hasmenéses székletetek vizsgálataira. Már *Ury* vizsgálataiból ismeretes, hogy ezen hasmenéses székletek csekély fermenttartalmuk miatt inkább vizes felhígulási termékeknek, szerinte „capillar transudatióknak” és nem belsecretiós termékeknek bizonyultak. *Hay* vizsgálatai egybevágóan *Ury* eredményeivel azt mutatták, hogy a hashajtó sók okozta híg ürülékek mindenben megegyezők a bélfistulán át nyert bélnedv fermentatív és kémiai tulajdonságaival. Ilyen irányú megfigyelést figyelmen kívül hagyva, csupán arra fordítottunk súlyt, vajjon az ürülékek consistentiája milyen fokú az alkalmazott víz mennyiségétől függően. Kisebb adagok bevitelénél és az általunk normalis adagként elfogadott 2 dl víz itatásánál az esetek 75%-ában pépes, nem túl folyékony consistentiát láttunk. A nagyobb adagok (3–3,5 dl víz) itatása után láttuk a híg vizes székletetek ürülését, egy-egy alkalmazás után 4–6-szori ürüléssel is.

Az eddig mondottakból adódik a következő összefoglalás:

1. A Mira keserűvíz legalább is egyenértékűnek, vagy előnyösebbnek bizonyult az eddig használtos keserűvizeinkkel szemben, részben enyhe, kellemes hajtó hatását illetőleg, részben az iznek elviselhetőbb és a kiürülésnek nem-drastikus volta miatt. Mérsékelt adagok mellett nem láttunk töle durva, laxans hatást és ami a fő, a betegek szívesebben itták, mint egyéb keserűvizeinket.

2. Az adagolást illetőleg: átlagadagként a 2 dl szerepel, ettől emelkedhetünk a 3 dl-ig, a felső határ 3,5 dl. Ennél nagyobb adagra nincsen szükség. A víznek hőfoka 37 °C legyen, mert tapasztalat szerint a hidegebb, vagy forróbb víz nehezebben váltja ki hatását. A víz melegítése sohasem direct történt, hanem akként, hogy melegvizes edénybe állítottuk a vizet magábfoglaló poharat.

Mielőtt a Röntgen-ernyő előtt szerzett tapasztalataink közlésébe bocsátkoznám, fel kell említenem, hogy a keserűvíz itatása által előidézett bélmozgási jelenségek és a kiürülés tanulmányozását, úgy egészen, mint székszorulások eseteinknél rendszeres megfigyelések formájában eszközöltük. Az esetek nagy része hosszabb ideig állott megfigyelés alatt a klinikán és így a kontrollvizsgálatoknál arról is bizonyosságot szerezhettünk, hogy a székszorulás egyénenként milyen fokban változott. Egy-egy esetről több egymásután következő vizsgálat eredménye után vontuk le végkövetkeztetéseinket.

Sok úgynevezett másodlagos vagy tüneti székszorulást is észleltünk, ami változatos okokból lehetséges magyarázatát: pl. az életviszonyok megváltozása, hosszas utazások vasúton, vagy a megszokott életmód hirtelen megváltozása, a táplálék megváltozása, főként azonban a csökkentett étel- és italbevitel. Éhezés alatt a szék mennyisége a lehető legkisebb, mert csak a test elhasznált termékei üríttetnek ki. Nagy általánossággal a táplálék és a kiürülésre kerülő maradékanyagok között bizonyos viszony áll fenn és a székszorulás akkor fog beállni, mikor a béltartalom kevés és az a tova és kihajtó peristaltikát csak igen renyhén váltja ki. Így említhető fel az étvágytalanságot követő székszorulás, mely a heveny és időszűrt betegségek nagy csoportjánál részben az egyoldalú, részben a

kismennyiségű táplálék felvétele által jön létre. A heveny vagy időszűrt formában lezajló betegségeknek a huzamos ágybanfekvés, a székelésnek szokatlan módon való kivitele (pl. ágytálon) mindmennyi ok, hogy a székszorulás beálljon. Igen gyakori azon észlelés is, hogy eukorbaajos betegeink, kiknél a diätetikus tápfelvétel oly módon válogattatik össze, hogy az főleg hús, tojás, zsírból áll, tekintve ezen anyagok teljes felszívódásra való jutását és bélsártömeg nem-képző tulajdonságát, székszorulás áll be; valamint, továbbá bizonyos tápszer és élvezeti cikk, nemkülönben bizonyos gyógyszerek hosszas használata székszorulást előidéző hatással bírhat.

Mindezen esetekben a Mira-vizet a fentti feltételek mellett, majdnem mindig jó hatásúnak találtuk.

A szokványos székszorulások csoportjánál igyekeztünk a különféle jelleggel bíró szorulások eseteit sorozatos megfigyelésnek vetni alá és a hatást részben a felhígulás, duzzadás, részben a kihajtó mozgások fokozódását illetőleg figyelemmel kísérni. Alábbiakban ezen megfigyelések eredményeiről számolunk be, hangsúlyozva azon körülményt, hogy a Röntgen-ernyő előtt nyert tapasztalatok eredményeinek gyűjtését egy és ugyanazon egyénnél, több ízben, de mindenkor hasonló követelmények között végeztük, vonatkoztatva ezt a víz hőfoka, mennyisége és az adagolás, illetőleg átvilágítás időpontjára.

Ismeretes, hogy a Röntgen-átvilágításoknál az árnyékot adó pép 6 óra alatt halad át a vékonybélben. Az ileum alsó szakában tovább időző pép azonban még nem jelenti a bél beteges állapotát, mert ezt a Bauchin-billentű szűk volta és a peristaltika e helyen való csökkenése is okozhatja. Így tehát élettanilag is tág határok vannak arra nézve, hogy a 6 órán túl való időzés kóros-e. Ha a pép időzése ezt az időt jóval túlhaladja és az ileum alsó szakasza telődést mutat, úgy joggal felvehető egy renyhe bélműködés esete és illetőleg e forma a vékonybél eredetű székszorulás nevével. Természetesen a kérdésen kívül esik a Bauchin-billentű táján jelenlévő szervi szűkület, akadály, mely a pép továbbjutását akadályozhatja.

Ilyen jellegű székszorulást nem figyelhetünk meg és így erről beszámolni nincsen módunkban. Eltekintünk attól, mikor a pép időzése az ileum alsó szakában a caecum előtt 6 órán túl még fellelhető volt, és ezen esetben jól láttuk, hogy a langyosan ivott víz itatása után 1–2 órával a pép már a caecum, illetve colon transversum, descensu sbe jutott tovább.

A hypokinetikus, vagy atóniás székszorulások csoportját *G. Schwartz* szerint az jellemzi, hogy a normalis bélműködés, mely 24 óra alatt a globus pelviciusban való felgyülemeléssel és kiürüléssel jár, elhúzódik jóval ezen időn túl. Ilyenkor a colon egész terjedelmében jelen lehet a pépmassza és hiányozni fog a physiologiás elosztódási kép, valamint a haustralis rajzolat is csak felületesen lesz látható. Amit közönségesen atonia neve alatt összegezzük, az a sympathikotóniás elernyedést és az elastikus tágulást foglalja magában. Elernyedett állapotban a símaizomsejtek nyugalmi állapotban vannak, tétlenek és mechanikai megterhelési törvényeknek vannak alávetve: vagyis a bélben uralkodó belső nyomásnak engedve, elastikusan tágulnak. A fokozódó nyomásnak a símaizomzat addig áll ellent, míg a túlfeszítés veszélye nem fenyegeti, ha ez beáll, úgy egy erőteljes összehúzózással reagál. Ez mint peristaltikus mozgás törvényszerűleg a tonusában kisebb szakasz felé indul és halad a normalis kiürülés irányában. Ezen peristaltikus mozgás addig halad, míg az alsóbb szakaszokban fokozottabb tonusú helyig nem ér és innen újból az alacsonyabb tonusú hely felé halad, tehát visszafelé. A pro és retropulsio addig folyik le ilyen formában, amíg az egész bélszakasz egyformán meg nem telik és a fal feszülése oly kritikus pontot nem ér el, hogy az utóbbi túltágulással fenyegethet. Amennyiben a béltartalom tömegében a gázfelszaporodás és a béltartalom szaporodása folytán

mindinkább növekedik, úgy csak megfelelő tehermentesítés által kerülhető ki a túltágulás. Ha a tehermentesítés nem áll be, a bélszakasz túltágulása elkerülhetetlen. Olyan bélszakaszok pedig, melyeknek tonusa egyszer már a túltágulás folytán mint *locus minoris resistentiae* szerepelt, *praedisponálnak* mindig újabb és újabb túltágulásra és ezen magatartásból fejlődik idővel a *habitualis atoniás obstipatio*.

Ezen forma rendszeres megfigyelésére kiválasztott 35 esetet olyatén módon válogattunk össze, hogy belőlük 25 eset ülőmunkát végző, hivatali teendőiben 8 órán át, ülőfoglalkozást űző egyén és még 10, kivétel nélkül földművesmunkát végző beteg legyen, kiknél a fizikai munka végzése a nap legalább 8–10 óráját tette ki.

Az első 25 esetet a következő megfigyelés menetébe illesztettem be: Azonos táplálkozási viszonyok és lehetőleg a megszokott életmód megtartása mellett többszörös Röntgen-átvilágítással a bélmozgások időbeli és a pépmassza elosztódási viszonyaiból a székszorulás jellegére nyerjünk bizonyosságot. Ezen megfigyelések azonos időben, azonos pépmennyiséggel és azonos körülmények között történtek. Az ily módon nyert Röntgen-képek után osztályozott eseteket, melyeknél már ismeretessé vált, hogy egyénileg: 48–72 stb. órák, vagy még több időre elhúzódó kiürüléssel állunk-e szemben, áttértünk a Mira keserűvíz itatása után való bélmozgások megfigyelésére, és pedig a következő módon: A vizsgált egyén ebéd helyett elfogyasztott 300 cm³ cytobarium-pépet és a kiürülés elhúzódásának fokának megfelelően, a várható kiürülés előtt 8–10 órával itattuk a már ismertetett mennyiségű és hőfokú keserűvizet. A víz ivása után sorozatos megfigyelés következett az átvilágító-ernyő előtt 1–2–4 stb. órai időközökben. Itt azon tapasztalati eredmény adódott, hogy a vizsgált egyéneknek, mind a 25 esetben, már 15–2 óra után az előbbieken látott béltelődési viszonya megváltozott. Megváltozott pedig olyatén értelemben, hogy a pépmassza erősen földuzzadt és a bél erős telődést mutatott egész terjedelmében ott, ahol pép volt jelen. A ki- és tovahajtó mozgásoknak megfigyelése nem állott módunkban, már azért sem, mert a pép felduzzadása után 1–2–3 órával, tehát a víz ivása után 25–4 óra után már vagy legnagyobb tömegében kiürült, vagy a bél távolabbi szakaszán volt látható duzzadt formában. Összes megfigyeléseinkben 8 esetben nyílt alkalom arra, hogy a kihajtó mozgást lássuk a pép továbbításakor, mely azonban nem szakaszos, hanem a colon transversumból egészen a S. Romanumig haladó, egy hatalmas kihajtó hullám képében nyert kifejezést. Így vizsgálva a másik 10 esetet is, hasonló eredmények adódtak. Ezeknél azonban három esetben a pép elfogyasztása után 3 órával adva a vizet, megfigyelésre nem voltak alkalmasak, mert mire átvilágítás alá kerültek, a pép már nagyrészen kiürült volt. A kiürülés ilyen gyors volta könnyen érthetővé is válik, ha meggondoljuk, hogy pl. egy 24 óra alatt az elválasztott emésztőnedvek 3–45 liter mennyiséget tesznek ki és ha még hozzáteszük a bevitt sulfatok secretióit fokozó és vízmegkötőképesége által termelt folyadékmennyiséget, ily nagymennyiségű folyékony béltartalom, a vékonybeleben át gyorsan jut keresztül a vastagbélbe és itt sem jutva felszívódásra, a vastagbél erős telítődése folytán a bélfalra gyakorolt nyomó hatásánál fogva, a tova- és kihajtó mozgásokat fokozni fogja. A pépmassza túlnagyfokú felhigulását, úgynevezett „töcsaképződését” nem láttunk olyan mennyiség bevitele után, melyet megfigyeléseinkben használtunk. Mindazon esetekben, ahol a pép továbbítását a vastagbél középső harmadáig megvártuk és ekkor adagoltuk a vizet, úgy 2–25 órán belül nemcsak a pép felduzzadása, hanem már sokszor kiürülése is beállt. A vékonybélszakaszokból lezúduló nagytömegű folyékony béltartalom átítatva a pépmasszát, ezt felduzzasztja és a bél falára gyakorolt nyomás által ingert képezve, a kiürüléshez vezet. Egyes szerzők azon tanácsát, hogy szokványos székszorulások eseteiben adagolt sós has-

ajtók alkalmazása után ajánlatos a has áttapintása, mi is végeztük néhány esetünkben. E felfogás szerint a híg béltartalom kiürülhet, míg a keményebb bélsárrögök nem és a tapintás ezek jelenlétéről tájékoztathatna. Megfigyeléseinkben ilyen leletre nem is gondolhattunk, mert nedves alapanyaghoz társuló, híg béltartalomról volt szó és az átvilágítás mindenkor teljes kiürülést mutatott.

Röviden összefoglalva a fentieket, azt mondhatjuk, hogy a szokványos renyhe székszorulások eseteiben a béltartalom (bariumpép) egyenletesen felhigul, illetve felduzzad és a pép tömegének felszaporodása által, a bél falára gyakorolt inger folytán, beáll a gyors, teljes kiürülés.

A hyperdyskinetikus vagy spastikus székszorulások nevét viseli az a forma, melynél a vastagbél erősebb mozgást végez ellentétes irányban is. Normalisan a vastagbélmozgások erő és gyorsaság tekintetében felülről lefelé erőben csökkennek. *Wheeler* Röntgen-átvilágításoknál nyert megfigyelései szerint bebizonyítottan látta *Alvarez* azon felfogását, hogy a gyomor-bélrendszer tonusa felülről lefelé erőben csökken. A bélsárnak a végbél irányába való továbbítása is rendes körülmények között ezen az elven alapszik. Élettani viszonyok között azonban e mozgások két helyen szünetelnek. E helyek a proximalis és distalis colon közötti határon lévő contractiós gyűrű és a végbél recto-analis záró mechanizmusa. Ha e helyeken a tonus a felső bélrészek tonusa fölé emelkedik, úgy a hullámmozgás az alacsonyabb tonusú hely felé halad, tehát ellentétes irányban. *Rieder* volt az, ki ezen ellentétes irányú mozgást Röntgen-ernyő előtt elsőnek látta és physiologiás körülménynek fogta fel. *Stierlin* hasonló álláspontot vall. *W. Fleiner* kisadagú olajos beöntések után észlelte az olaj jelenlétét a coecumban, amit e helyen locsogás által mutatott ki. *G. Schwartz* „hyperdyskinesie” nevet alkalmazta azon formákra, melyeknél a colon erős ellentétes irányú mozgást tanúsított. A hyperdyskinesia ezenkívül hypersegmentációban is nyilvánul, ami alatt a bélsár tömegének abnormisan erős elosztása értendő. Ez már eléggé gyakran a colon transversumban jön létre. A lefűzött bélsárrögök elő- és hátrafelé való mozgás által, főleg utóbbi esetben igen sokáig időzhetnek a bélben és erős beszáradsznak esnek alá.

A hyperdyskinesia *G. Schwartz* egyértelműnek fogja fel a spastikus székszorulással. *Boehm* a spastikus obstipatiók eseteinek egy nagy számában azt találta, hogy a colon transversumban a contractiós gyűrű helyén erős göresös összehúzódás áll fenn, melyet antiperistaltika és a coecumban bélsárpangás követ. *Stierlin* nagyfokú székszorulások eseteiben, melyek úgynevezett appendicitis-panaszokon alapultak, a colon ascendens túltelődését találta. E formát nevezte el ascendens typussal bíró székszorulásnak.

A székszorulások ilyen formáinál 16 esetben végzett megfigyelés áll rendelkezésünkre. A Mira keserűvíz oly adagjai, melyek másodlagos és renyhe székszorulások eseteiben jól beváltak, itt eredménytelenek voltak. Ezen eseteinkben is kivétel nélkül jelen volt a pépmasszanak felduzzadása, de a fennálló göresös összehúzódás szolgáltatta akadályon nem tudott átvergődni. Néhány esetünkben azt is észlelhattuk, hogy a fennálló göres még inkább erősbödött és a felduzzadt pép időnkénti ellentétes irányú mozgása volt észlelhető. Míg azon eseteknél, ahol a göresös összehúzódás localis jelleggel bírt, az előbb említett képet láttuk, addig a segmentált formáknál a pép felduzzadását és a bélfalra nagyobb területen gyakorolt nyomás által a pépnek egy alsóbb szakasz felé való továbbítását észleltük. A kiürülés igen vonatott jelleggel bírt és az eseteknek nagy részében nem állott be. Itt más egyéb sós hashajtóinktól sem láttunk eredményt és csak az esetben alkalmazhattuk jó eredménnyel, ha előzőleg göresoldó gyógyszerekkel az ellenállást leküzdöttük. Rá kell mutatnom arra is, hogy az ilyen eseteknél a víz által okozott esikarás érzését és kólikaszerű, erőltető székelési ingereket láttunk. Rendszerint előrement atropinkúrával,

vagy ezzel kapcsolatosan, jó eredménnyel alkalmaztuk, főleg neuropathia egyénénél. *Arnoldi* szerint az atropin különféle hatással bír a bélmozgásokra: egyrészt izgatja az Auerbach-plexust, másrészt a vagusvégződés bénulásánál megnyugtatólag hat; hogy melyik hatás áll elő, az függ a vagus tonusától. Alacsonyabb vagustonus mellett az Auerbach-plexusra gyakorolt hatás erősebben lép előtérbe és a bélperistaltika fokozódását eredményezi. Fokozott vagustonus mellett a bél, a görcsök megszűnése folytán, bizonyos fokig elernyed. Jó befolyásolhatók szerinte a különféle motorikus zavarok, néha egyedül atropinnal, máskor egyéb hashajtókkal kombinálva, így opiummal, fol. sennae és natrium bicarbonattal, vagy mint a mi eseteinkben, sós hashajtóval.

Hasonló tapasztalatokat nyertünk a *Singer-Holzknecht* által jellemezett descendens típusú, vagy sigmaeredetű székszorulási formáknál is. Ezen formák, hasonlóan az előbbiekhöz, csak kombinált atropinkúrával adtak kielégítő eredményt, míg görcsoldó szerek nélkül, igen elhúzódozó telődések is (48–72 órán túl) változatlanul állottak fenn és subjectív panaszok keltésével (csikarás, kólika) kellemetlenül hatottak.

W. Fleiner szerint a laxansok hashajtó hatását nem oly egyszerű kémiai vagy mechanikai alapon, tisztán a peristaltika fokozatából magyarázni, mert a nyálkahártya sejtjeire, a mirigyekre és véreerekre is hatással vannak. A kémiai vagy mechanikai viszonyok folytán nemcsak az izomzat tonusának fokozódása, hanem annak csökkenése, a görcsös helyek oldódása is szóba jöhet. A retentio és a repulsio, a vastagbél tartalom besűrűsödését, a haustralis rovátkoltságot fokozhatja vagy csökkentheti. Azon régi felfogás alapján, hogy az ellentétes irányú bélmozgás a beöntés formájában bevitt folyadék tömegét, jól záró sphincter mellett, egészen a Bauchin-billentyű tájáig felhajtja, gondoltunk arra is, hogy híg, sós beöntéseket alkalmazunk. Néhány esetben végeztünk ilyen megfigyelést Röntgen-ernyő előtt, amidőn a pép elfogyasztása után 24 órával per rectum bevitt 300 cm³ Mira-vízzel történt beöntés után vizsgáltuk az előzőleg spastikusnak ismert obstipatio esetét, ahol a pép a colon transversumban időzött. A beöntéshez szolgáló folyadékot akként választottuk meg, hogy 300 cm³ langyos vízhez (36 °C) 100 cm³ Mira keserűvizet adtunk és ezen mennyiséget egyszerre magasra öntöttük be. Nem észleltünk ilyen beöntések után a bél részéről semmiféle izgalmat. A beöntést követő 2½–3 óra múlva a colon transversum kezdeti részén jelenlévő pépmassza a már ismert formák szerinti pép felduzzadását mutatta. A kiürülés maga pedig 4½–6 óra után állott be. Ez megerősítene *W. Fleiner* azon régi állítását, melyet kismennyiségű olajbeöntések után észlelt. A pép felduzzadása és tömegében való szaporodása tiszta vízzel történt beöntés után hasonló képpen nyert kifejezést. Amíg a tiszta vizes beöntések, ha azok mennyiségileg kicsinyek, hatástalanok egyrészt azért, hogy tömegük nagyrészt felszívódásra jut, másrészt azért, hogy a béltartalom felhígulásához nem elegendőek, addig a beöntő vízhez hozzáadott kémiai anyagok, így a mi eseteinkben keserűsítő, hatásosnak bizonyultak.

Ezen eljárás főleg a rectalis székszorulás csoportjánál jöhetne szóba. A hypersegmentatiós bélnél is lassanként a lejjebb jutó székdarabok, mint globus pelvicius gyűlnek össze, s miután ezek száraz mivoltok és kémiai ingert kifejtő anyagokban való szegénységük miatt a székelési ingert kiváltani alig képesek, a végbél alsó szakában gyűlnek meg és a *Hertz* által jellemzett „dyschesie” kórképéhez, vagy proctostasishez vezetnek. Az ilyen beszáradt, darabos székmasszák, bélsárrögök igen kellemetlen, fájdalmas panaszokat válthatnak ki. Több szerző által észlelt ano-vesicalis, perinealis neuralgiák, vagy neuralgia pudendo analis néven leírt perinealis göreskiváltódásról tesz említést, *E. Kurt*, ki a perinealis izomzat és a sphincter ani internus göresös állapotában látja ennek okát. Ha a bélsármassza a S. Romanumban időzik és kiürülése elhúzódo,

úgy kisebb mennyiségű beöntésekkel elérhetjük azt, hogy a bélsár az ampulla rectibé jusson. Ez nem mindig sikerül könnyen és egyszerre, hanem csak rendszeres beöntésekkel kapcsolatban, melyre nézve jó példával szolgál *Fleiner* azon esete, melynél az ileocecalis tájon férfökölyi tumor volt jelen. Systhetikus beöntésekre a tumor kisebbedett és 6 hetes kezelés után egy kisalmányi székmassza formájában ürült ki, mely rögzített állapotból szőlőhéj és magokból álló tömegnek bizonyult. Magasabban fekvő bélsárpangás esetén a beöntő folyadék mennyisége 1–1½ liter kell hogy legyen, ¼–½ liter mennyiség elegendő, hogy az ampullában meggyűlt rögöket puhítsa és kimossa. Már régebben ismeretes eljárásnak szerepelt ilyen beöntésekhez konyhasót, kamillafőzetet vagy sennafőzetet adni. Ezeket mi keserűvízzel próbáltuk helyettesíteni. Itt azonban mindig szóba jöhet az a kérdés is, hogy vajon a pangó bélsár kiürítése felülről vagy alulról célszerűbb-e. A Röntgen-átvilágításnál észlelt pépfelduzzadás beállott beöntés utáni eseteinkben is, ami a vastagbél ellentétes irányú mozgása mellett szólt. A felduzzadás utáni idő eltelté után a kiürülés hasonló módon zajlott le. A coecalis típusú székszorulásoknál célszerűbb per os bevitt sós hashajtókkal élni, mert így biztosabb a vékonybélrészekből lezúduló folyadéktömeg által mennyiségi felszaporodás és gyors kiürülés. Bár jól záró végbélizomzatnál a bevitt keserűvíz beöntés formájában is eljut az ileocecalis billentyűig, mégis ez a módja a kiürítésnek csak spastikus formánál bírhatna értékkel. Kismennyiségű olajbeöntések alkalmazásától látott jó eredményeket *Fleiner*, amikor a beszáradt bélsárrögök kiürítését célozta. Bár magát a beszáradt rögöket nem képes feloldani egy ilyen beöntés, mégis egyrészt mint bevonó anyag a bélfalról való leválásukat, másrészt, mint kenőanyag, a kiürülés folyamatát elősegíti. Bariumpéppel végzett megfigyeléseink alapján a keserűvízes beöntéseknél hasonló eredményeket láttunk, mint a per os való adagolásnál. Még ezen módszer alkalmazásánál sem vált észlelhetővé, hogy nagy vizes felhígulás jeleként „töcsaképződés” következett volna be. Egyéb eseteinkben sem észleltük a felhígulás ilyen fokát. Természetes bélsártartalom mellett inkább volna feltételezhető ennek létrejötte, mint a péppel végzett kísérleteknél, ahol a pép egyenletesen való átívódása a folyadékkal könnyebben jön létre, mint az esetlegesen rögös béltartalomnál.

A felsoroltakon kívül igen bő alkalom nyílt arra, hogy a keserűvizet alkalmazzuk és hashajtó hatását észlelhessük. A nem rendszeres hashajtás céljára alkalmasnak bizonyult pl. heveny bélhurutnál, gyomorbanalumnál egyszeri gyors kiürítés céljából, továbbá féreghajtókúráknál az elkábított vagy előlt féreg eltávolítására és minden olyan esetben, ahol a bél gyors kiürítése volt célunk.

Az összes vizsgált esetek száma 1350.

Összefoglalva a Mira keserűvízzel szerzett tapasztalatainkat, a következőket mondhatjuk:

1. A Mira keserűvíz átlagadagja 2 dl, ez egyénileg emelhető 3½ dl-ig. E fölé emelni, a túldrastikus hatás elkerülése céljából, nem tanácsos.
2. Tapasztalatilag a 37 °C-on adagolt víz hatásosabb, mint 18–20–40–46 °C-on.
3. A tüneti, vagy másodlagos székszorulásoknál mindenkor jó eredménnyel használható.
4. Röntgen-átvilágítással végzett megfigyelések szerint a pép felhígulása, illetőleg felduzzadása, úgy a renyhe, mint a görcsös székszorulási formáknál, jól látható.
5. A renyhe székszorulási eseteknél mindenkor észlelhető a pép gyors továbbítása, míg a görcsös formánál csak kombinált (atropin) kúrával mutat jó kiürülést.
6. A székelési jelekre inkább pépes, nem vizes, a kiürülés az esetek többségében csikarás- és kóliamentes.

A sors rablókeze megfosztott bennünket elszakított területeinken lévő balneológiai kincseinktől, de mintegy isteni igazságszolgáltatásként a közelmúltban értékes, új gyógyító tényezővel szaporodtak a megmaradt kincsek. Jászkarajenőn gyógyvizek törnek elő a föld mélyéből, melyek szerencsés összetételük folytán méltán viselhetik a „Sal Mirabilis” nevét.

Irodalom: *Alvarez:* Americ. Journ. of physiologie 50. köt. — *Arnoldi:* Deutsche med. Wochenschrift 1921. — *H. Bamberger:* Virchovs Handb. d. spez. Path. u. Ther. 1855. — *G. Boehm:* Deutsches Archiv f. klin. Med. 1911. Münch. med. Wochenschr. 1912. — *W. Fleiner:* Berliner klin. Wochenschr. 1893. — *Chr. Fr. Harless:* Die sämtlichen bisher in Gebrauch gekommenen Heilquellen und Kurbäder Europas. 1. köt. — *M. Hay:* Journ. of Anat. and. Physiol. 16–17. köt. — *E. Henoch:* Klinik der Unterleibskrankheiten. 3. kiadás. — *Höber:* Pflügers Archiv 70–74. köt. — *E. Kurt:* Münch. med. Wochenschr. 1922. — *A. Martin:* Balneologiegeschichte 1916. — *Müller-Hurck:* Zeitschr. f. Phys. u. Diät. Ther. 8. köt. — *C. v. Noorden:* Über Durchfalls- und Verstopfungskrankheiten. Wiesbaden, 1922. — *Nothnagel:* Spezielle Pathologie und Therapie 17. köt. — *Rieder:* Münch. med. Wochenschr. 1906. — *K. Sprengel:* Versuch einer pragmatischen Geschichte der Ärtzneikunde. 2. rész. Ebenda. 5. rész. — *Stierlin:* Münch. med. Wochenschr. 1911. — *G. Schwartz:* Münch. med. Wochenschrift 1911, 12. sz. — *L. Traube:* Handb. Spez. Path. u. Ther. (Kraus-Brugsch.) 6. köt. — *Ury:* Archiv. Verd. 15. köt. — *R. Virchow:* Virchovs Archiv. 5. köt. — *H. Wheelon:* Journ. of the Americ. med. assoc. 80. köt.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női-klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár).

Különösen gyenge koraszülöttek kezelése terhesek vérsavójával.

Írta: *Raisz Rezső dr.* klinikai tanársegéd.*

A koraszülöttek életben tartása a szülőintézetek egyik legszebb, de legnehezebb feladatai közé tartozik. Különösen közérdeklő a kérdés a szülést, ha a koraszülés megindítását ő maga ajánlja, főleg ha a szűkmedencés anyának azáltal élő, életben tartható gyermeket ígér. Mászor meg az anya állapota (nephritis grav. vitium stb.) rákényszeríthet a terhesség megszakítására már olyan korán, amikor a magzat érdekében még szívesen várának egy-két hetet. A két érdek összeütközésénél döntésünket talán némileg megkönnyítheti, ha azon fáradságos és sok körültekintést igénylő eljárásaink, amelyekkel a korák életben maradását igyekszünk biztosítani, egy újabbal megint gyarapodtak.

A koraszülöttek prognózisában a testsúly csak bizonyos minimumon alul értékesíthető egymagában. A test egyes méreteiből levont, erőszakolt következtetések pedig, mint aminő pl. a *Fröbelius*-féle, amely szerint életképes a koraszülött, ha pozitív számot ad a (mellkas körfogat — $\frac{1}{2}$ testsúly) minus (fejkerület — mellkas körfogat), értéktelenek. A testsúly és a koraszülést kiváltó okon kívül a koramagzat sorsát a constitutio dönti el, ezt pedig centiméterrel nem mérhetjük, sőt az is tulajdonképpen csak úgy volna értékesíthető, ha az újszülött nagyszüleit, dédszüleit, apai, anyai ágon is ismernők. Már pedig a koraszülöttek nagyrésze — a mi anyagunkban $\frac{1}{4}$ rész — törvénytelen,

akiknél az apai felmenő ágról csak vajmi keveset tudhatunk meg. A constitutio előzetes ismeretének hiányában, a korák életképességére azon vitalis reactióból következtetünk, mely az első életnapokban az extrauterin élet támasztotta követelésekre megnyilvánul.

A súlygyarapodási coefficientens kora magzatoknál relative nagyobb, mint a kihordott újszülötteknél. Minél fiatalabb az újszülött a conceptiótól számítva, annál magasabb ezen vitalis potenciája (*Escherich*). Ezen lényegében assimilációs képesség lefokozott volta különbözteti meg az életerős korát a debilitástól. Nem minden koraszülött okvetlenül debilis, érettnék látszó magzat is lehet az, — minél fiatalabb azonban a kora, annál jobban fedi egymást a két időbeli (kora) és functionalis (debilis) meghatározás.

Debilis koraszülöttek kisebb mértékű assimilációs képességével magyarázható azon tapasztalat, hogy ugyanolyan súlyú, egyidős korák, ugyanolyan külső körülmények és táplálási föltételek mellett nem egyenlően gyarapodnak. Az életerős napi súlynövekedése mögött, a debilisebb elmarad, fogy, vagy jobb esetben súlyban stagnál. Az igen kis súlyú és debilis koraszülöttek életbentartásában a vitalis potentia emelésének van nagy szerepe. Ezirányú tapasztalataimról kívánok röviden beszámolni.

Azon igen jó eredmények mellett, amiket melae-nás újszülötteknél ember (terhes) savókezeléssel látunk — 73,3% gyógyult! —, azt a meglepő észlelést is tehetjük, hogy az újszülöttek a vérzés megszűnte után feltűnő hamar összeszedték magukat, sőt egyik-másik súlygyarapodást is mutatott. Ez indított arra, hogy debilis koraszülötteknél is megpróbálkoztam a terhesvérsavó injectiókkal.

A parenteralis serumtherapia pár hónapos atrophias csecsemők kezelésében nem újszerű. Ilyeneknél ló- és birkaserumot használtak. *Freemann*, *Eliasberg*, *Ferreira*, nálunk részben embervért is *Kovács*, *Barabás*, lóserumot *Torday* és *Duzár*. Koráknál *Epsstein*, aki lóserumtól jó hatást látott s *Torday*, aki attól sem súlyemelkedést, sem a vitalitás fokozódását nem tapasztalta. Koraszülötteknek terhesek vérsavójával való kezeléséről azonban nem olvastam az irodalomban. Pedig már a ló-, vagy birka- és embersavó között is nagy különbség van. Eltekintve azon biochemiai tényezőktől, amiket a fajazonos savóval juttatunk a fajazonos szervezetbe, specialisan a terhes savóval a koraszülött még intrauterin életre való szervezetébe (*Barabás* hiányzó anyagok pótlására gondol), a heterogen savónak ismételt adagolása az anaphylaxias tünetek előidézésével végzetessé válhat a debilis koraszülöttre. A proteintherapiában az anaphylaxia ha nem is gyakori, de jelentkezésében kiszámíthatatlan. Súlyosabb anaphylaxias tüneteket írnak le a tej, caseosan, állati savó, collargol, fulmargin után *Gildemeister*, *Seiffert*, *Zimmermann*, *Randenborg* 7, *Buttner* 4 dyspnoéval, cyanosissal, clonicus tonicus görcsökkal egybekötött esetet közöl. A savó (diphtheria) befecskendezése helyén fájdalmas oedemával, a bőr elhalásával járó ú. n. *Arthus-phenomenon* észlelték: *Pirquet*, *Schiek*, *Lucas*, *Hegler* és *Bókay Zoltán*. A koraszülötteket, akiknél az injectiókkal éppen a vitalitás emelését célozzuk, ilyen súlyos megbetegedés lehetőségének nem tehetjük ki.

A terhes vérsavóját eleinte nagyobb, 10–20 cm³ adagban alkalmaztam, később 1 cm³ adagra tértem át, mert annyitól is ugyanolyan jó hatást láttam. A takarékoskodás pedig ezzel a legdrágább gyógyszerrel nagyon is helyénvaló. 1924-ben még csak összehasonlítás-ként, kísérletképpen adtam, 1925 februárjától rendszeresen, minden 2000 g-nál könnyebb korának már az első naptól kezdve, nagyobbaknak (2000–2500 g) csak akkor adom, ha a megfelelő táplálás mellett a II–III. napon a súlygyarapodás még nem indul meg.

1924 januártól 1925 május 15-ig volt összesen 247 koraszülöttünk. Nem számítottam ide azokat, akik bár

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társaságának 1925 szept. 9-i nagygyűlésén.

élve születtek, de rövid időn belül még a szülőszobán exitáltak.

A 247 kora közül összesen 27 halt el (10·9%). De amíg a savóval nem kezelt 196-ból elhalt 24 (12·2%), a savóval kezelt, tehát debilisebb 51 közül csak három (5·8%) vesztettünk el. A terhes savóval kezelték közül a legtöbb már a VIII. napon elérte születési súlyát, 9 azt erre az időre túl is haladta; a többinél a súlyvesztés lényegtelennek mondható. Két esetet mutatunk be példaként:

I. 42 cm hosszú, 1720 g súlyú koraszülött, az első naptól kezdve kap naponta 1 cm³ terhes savót. Összes súlyvesztése 30 g. VIII. napon súlya 1780 g, a XV. napon 1870 g.

II. A június elejére várható szülést már május 7-én megindítjuk a súlyosbodó nephritis grav. miatt. A 40 cm hosszú, 1500 g súlyú kora az I. naptól kezdve kap 1 cm³ terhes savót. Súlyvesztése 20 g. Testsúlya a VIII. napon 1650, a XVIII. napon 1800 g.

A súlygyarapodás minden esetben prompt megindult. Soknál elegendő volt ehhez már egyetlen injectio is, a nagyon kis súlyúaknál azonban naponta injiciáltunk. A savó az ikterus jelentkezését nem befolyásolta, a már kifejlődött bronchopneumoniára sem volt hatással, azonban annak megelőzésében kétségtelenül nagy szerepe van. Amíg a savóval nem kezelték a halál közvetlen oka 50%-ban a bronchopneumonia volt, a savóval kezelték közül egyik sem betegedett meg abban.

Az injectiókkal elért ezen jó eredmény magyarázata egyrészt a savónak mint parenteralisan adott proteintestnek általános, másrészt a terhes savónak a kora magzat szervezetére kifejtett speciális hatásában rejlik.

A parenteralisan adott proteintestek általános hatásmódjáról még nem sokat tudunk. A szervezet úgynevezett áthangolásában a secretiós tevékenység fokozásán kívül, kísérletileg csak egyes humoralis változásokat tekinthetünk bizonyosan beigazoltaknak, mint aminek pl. a serumproteinek labilitásának növekedése (Sachs és Oettinger), a süllőgyorsulása (Löhr), a plasmában a felületi feszültség csökkenése (Löhr), s a vér H-ion koncentrációjának kisfokú emelkedése után, a vér tartósabb alkalizálódása (Kröetz, Vollmer), ami az oxydatio fokozódásának egyenes következménye, mert hisz tudjuk, hogy annak csökkenése acid, növekedése alkalikus irányba tereli az anyagcserét. Koránál a parenteralis serumadagolás szembevethető jó hatása ez utóbbiban leli magyarázatát. Kihordott újszülötteknél is az első életnapokban fokozatosan csökken a vér alkalicitása, de amíg ezeknél az első hét végéig az újból emelkedést mutat, koránál ez nagyobb mértékű és tartósabb. Ezzel van összefüggésben a koramagzatok csekélyebb ellenállása infectiókkal szemben is. Pfandler mutatta ki ugyanis, hogy a vér alkalicitásának emelkedése növeli a resistentiát bakteriumos fertőzésekkel szemben. Ezt igazolja az is, hogy a savóval kezelt koramagzatok közül egyik sem kapott bronchopneumoniát. Mindez a sejt elementaris funkciójának, az oxydatio fokozódásának eredménye. Ha pedig ez emelkedik, emelkedik az assimilatiós képesség is, azon folyamat, amelynek lefokozott volta jellemzi éppen a debilis koraszülöttet. A parenteralisan adott serum általános hatását tehát az oxydatio fokozásában s ezzel az assimilatiós képesség növelésében látjuk, ami az injectiót nyomon követő súlyemelésben mérhető is. E mellett talán még fontosabb szerepet játszik a terhes asszony vérsavójának, a koramagzat még intrauterin életre beállított, szervezetére kifejtett specifikus hatása. Ezen specialis hatást kiváltó hormonok nagy része még ismeretlen, egyrészéről azonban tudjuk, hogy az anyai endocrin-rendszer termékei között keresendő. A méhen belül fejlődő magzat legjellegzetesebb sajátága a rohamos növekedés. „S hogy ez a növekedés és szöveti differentiálódás szigorú törvényszerűségét megtartja, ezt nemcsak a saját sejteiben lévő tulajdonságok és képességek irányítják, hanem

az anyai szervezetnek fokozott működésben lévő s a méhlepénnyel kiegészített endocrin rendszere.” (Heim P.) De még később is, az extrauterin élet első idejében az újszülött endocrin mirigyének „egymásba kapaszkodó fogaskerek-rendszere még nem tudja azt a feladatot teljesíteni, amit a későbbi korban játszva teljesít, nevezetesen, nem tudja a szervezet kémiai integritását a legkülönbözőbb körülmények között megővni”. (Heim P.) S ha ez így van, mennyivel inkább rászorul még a koramagzat az anyai belsősecretiós mirigyrendszer támogatására. S a kora, életfontosságú szerveinek labilis működésével jelzi is ezen idő előtt elvesztett anyagok hiányát. Ezeket pótolni célja a terhes savókezelésnek. Mert mindezen endocrin hormonok csak a terhes asszony vérében vannak meg fokozottabb mennyiségben s olyan arányos összetételben, mint ahogy arra a koramagzatnak éppen szüksége van.

Kétségtelen, hogy a terhes savónak az első életnapokban a koraszülöttek mortalitásának lecsökkentésében nagy szerepe van. Ha azonban a koramagzatok további sorsát nézzük általában — a savóval kezeltékről még ily irányú tapasztalataink nem is lehetnek —, úgy abban az igen kis súlyúak életbentartására irányuló törekvéseinkre nézve, nem sok biztatást találunk. Yllpö statisztikájában az első év végéig a 600—1000 g-osak közül 91%, 1500 g-ig 64%, 2000 g-ig 41·20% halt el. A Brandt által észlelt 262 koramagzat közül 42·3% pusztult el. A hatodik évet elérték közül 17%-ot utasítottak vissza az iskolából, gyenge testalkatuk miatt. Csaknem mindegyiknek rachitise volt. A szellemi fejlődést illetőleg 72-ből csak 47 volt normalis, közülük 4 psychopathiás, 6 gyengeelméjű. Yllpö szerint ezekből 7—8% imbecillis. A Little-tünetcsoport 3%-nál lép fel, nagyrészüket spasmophylias lesz később, ami már maga is káros hatással van a szellemi fejlődésre. Mindazonáltal Yllpönek azon a Taigethcsra emlékeztető kijelentését nem tudjuk egészen magunkévá tenni, hogy államgazdasági és fajhygiénés szempontból nem kívánatos a kis és legkisebb koraszülöttek életbentartása. Nem helyeseltetjük pedig azért, mert semmiféle eljárásunk, bizonyos jelünk nines, aminek segítségével előre megmondhatnók, hogy melyik az a 8%, amelyik imbecillis lesz. S ha a koraszülöttek későbbi, különösen szellemi fejlődése, társadalmi értéke, nem is áll arányban azzal a sok munkát és fáradságot igénylő ápolással, ami életbenmaradásukat biztosíthatja, ez emberi kötelességünk marad még akkor is, ha már az élet első napjaiban módunkban is volna meg-ejteni köztük ezt a kijelölést, azt a selectiót, amely a későbbi években az önfenntartás amúgy is súlyos összeütközéseiben kiválogatja közülök a kisértékűeket.

A budapesti m. kir. Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A férfiemiő megbetegedéseiről.

Írta: Borsos László dr. klinikai műtőorvos.

A férfiemiő megbetegedései nem tartoznak a gyakori kórosatok közé. Mint evolutiós folyamatok kísérői az újszülöttnél és a fanosodás idejében fordulnak néha elő, s mint belsősecretiós zavarok, a prostata és herék megbetegedéseivel kapcsolatban figyelhetünk meg elváltozásokat, úgymint: kisfokú nedvedzést és duzzadást. Ellentétben áll ez a női emlővel, ahol gyakoriak a physiologiás elváltozások s ahol sokkal gyakrabban kínálkoznak alkalom különösen gyulladásokra s ahol ezért úgyszólván mindennaposak a megbetegedések. Ami a daganatképződést illeti, az a változásnak kitett és nagytömegű mirigyszövetben könnyebben magyarázható meg, hiszen a nőiemlő a menstruációk alatt is folytonos ingerületnek van kitéve. A férfiemiő tehát

nem hajlamos hely, úgyhogy semmivel sem gyakrabban fordul elő benne kóros elváltozás, mint a kültakaró bármely helyén.

Ami a férfiemi fejlődését illeti, az a pubertásig hasonlóan folyik le, mint a nőié. Már a 4 mm-es embrió észrevehető a tejecs fejlődése, mely az ektoderma betüremkedéséből áll s amelyből esetleges rendellenesen képződő számszerű emlők keletkezhetnek. Hiányozhat az emlő, amastia, lehet több bimbó, polythelia férfnál is. Ez utóbbiaknak előfordulási helye a hónalj s az inguinalis tájék összekötő vonala; ezek is résztvehetnek az élettani működésekben, tejet is választhatnak el, sőt daganatosan is elfajulhatnak. Nőknél persze ezek is háromszor gyakrabban fordulnak elő, mint férfnál.

Ha a férfiemi a fanosodás után a nőihez hasonlóan megnagyobbodik, ha a normalis emlőmirigyszövet megszaporodik a kivezető csövekkel és a környező kötőszövettel egyetemben, akkor gynekomastiáról beszélünk, mely elkülönítendő a kövér embereknél előforduló pseudohypertrophiától, mely csak a zsírszövet többletétől ered. Ilyen módon növekedik meg a castráltak emlője is. A gynekomastiának különböző alakjai lehetnek, amikor is jól fejlődött nemiszervek mellett előfordulnak olyanok, amelyek váladékot termelnek s amelyek nem secernálnak; előfordul olyan gynekomastia is, ahol a nemiszervek rendellenesen fejlődtek. *Humboldt* és *Schawmann* közölnek hét olyan esetet, ahol gynekomastiások szoptatásra is használták megnagyobbodott emlőiket.

A klinikán két esetben volt alkalmunk 15–16 éves fiúknak a fanosodás alatt növekedésnek indult egyik emlőjét kiirtani, hogy ezáltal a rákiszonyban szenvedő szülők aggályát eloszlassuk s a fiúk testének kellemetlen részaránytalanóságát megszüntessük. Mindkét esetben igen érdekes volt a góresövi kép. A laza, gömbösesen beszűrődött, kötőszövetbe elágazódó csőrendszer nyomult be, melynek lefűződött kisebb-nagyobb, gömbölyű üreibe colloidyszerű anyag feküdt; a csöveket és üröket magas köbhám borította, élénk festődésű magvakkal. Az egész feltűnően hasonlított a pubertas idején látható basedowos golyvák szerkezetéhez.

Gyulladások már az újszülötteknél is előfordulnak (mastitis neonatorum), mely azonban rendszerint ártatlan, néhány nap alatt lezajló folyamat, néha bő beszorkányteljesítéssel. Éppígy nem valódi gyulladásos folyamat a mastitis adolescentium sem. Traumatikus mastitis olyan kézműveseknél fordul elő, kik mellükkel szintén résztvesznek a napi munkában. Bőrbetegségeknél a bőr kisebb ellenállóképessége folytán a kiálló bimbó néha gyulladásba jöhet és el is genyedhet. Legutóbb klinikánkon is észleltünk mastitist, mint ruber lichen planust kísérő megbetegedést, mely a nadrágtartó súrlódására keletkezett, s felnyitásra símán gyógyult. Tuberculosis és syphilis ritkán okoznak férfiaknál különálló megbetegedést, bár néhány esetet leírtak.

Mindezen kórfolyamatoknál sokkal nagyobb jelentőségűek a daganatok. Ami a daganatos megbetegedések előfordulását illeti, arra vonatkozólag *Williams* statisztikája ad felvilágosítást, ki 15.481 daganatos megbetegedés közül 2422 emlődaganatot talált, melynek körülbelül 1%-a, 25 férfiemi daganat volt. E 25 emlődaganat között 6 jó- és 19 rosszindulatút talált. *Herrschmidt* 15 év alatt 18 esetet észlelt, melyek közül 8 jó-, 8 rosszindulatú, kettőnek kórisméje pedig bizonytalan volt. *Kummer* 832 emlődaganat közül 679 carcinomát talált, melynek 1%-a férfiaknál fordult elő. Klinikánk 10 éves anyagából 9 emlődaganatot sikerült összegyűjtenem, ebből 3 jó- és 6 rosszindulatút, melyek mind epithelialis daganatok s az összes emlődaganatoknak körülbelül 3/4-ét teszik ki. Sarkoma ez idő alatt nem került észlelés alá.

A jóindulatú daganatok tehát általában véve ritkábban fordulnak elő, még leggyakrabban fibroadeno-

mák, melyek mint összefüggő terimenagyobbodások, rendszeren a bimbó alatt foglalnak helyet. Atheroma is előfordulhat oly módon, hogy az egész mirigyállomány helyét elfoglalhatja.

A rosszindulatú daganatok közül a rák szerepel leggyakrabban. *Schuchardt* statisztikája szerint a daganatok 85%-át teszik ki. *Jamamoto*, ki e kérdéssel sokat foglalkozott, fontos tényezőnek tartja a rák kifejlődésében a sérülést, s ezt az esetek 23%-ában ki is mutatta. A rák éppígy, mint nőknél, leginkább a mirigyszövetből indul ki. ritkábban a bimbóból. Ami a rák consistentiáját illeti, ha a kötőszövetes elemek túltengenek, úgy azok keményebbek és jobbindulatúak. A puhábbak kifejezetten rosszindulatúak. Inkább véletlen, mint valamelyes törvényszerűség, hogy férfnál jobbfelől általában kétszer olyan gyakran fordul elő a rák, mint baloldalt. *Finsterer* szerint az emlőrák férfiaknál későbbi korban fordul elő, mint asszonyoknál, amit statisztikája tényleg igazol. Fájdalmasság a férfnál nem igen észlelhető a daganat keletkezésekor s a daganat az, amivel a betegek orvoshoz fordulnak. Mirigyátételek szempontjából a férfiemi daganatok aránylag jobbindulatúak, mint a nőiek, amennyiben metastasisok az összes szerzők egybehangzó véleménye szerint csak ritkán észlelhetők. A kórisme rendszerint igen könnyű, mivel a daganat nincs nagykiterjedésű mirigyszövettel körülvéve. A kórjóslat ezért általában kedvező s az idejében radicalisan operált eseteknek körülbelül 70%-a végleg meggyógyul. A műtétet azonban itt is célszerű mindig a hónaljárok teljes kitakarításával egybekötni, a műtétnél azonban, ha nem feltétlenül szükséges, kíméljük meg a férfiaknál annyira fontos pectoralisokat, vagy legalább is azoknak egy részét. A műtét kisebb és veszélytelenebb, mint nőknél; halálesetről említés sohasem történik s a mi eseteink is mind zavar, illetve szövődmény nélkül gyógyultak. A recidiva rendszeren helybeli, egyik észlelt, kifehélyesedett esetünkben a varratok beszűrési helyén keletkezett, s újabb műtéttel símán eltávolított. Az észlelt hat esetben Kocher-műtétet végeztünk.

Két érdekesebb esetünk rövid leírása a következő:

K. K. 47 éves jegyző elbeszéli, hogy 1921 decemberében vette észre, hogy jobb emlője a rendesnél valamivel nagyobb s 1½ évig lassan nőtt. 1923-ban hirtelen nőni kezdett s a bimbó körül karfiolszerűen kifehélyesedett. A Kocher-műtétet 1923 június 26-án végeztük, mely után a seb elsődlegesen gyógyult. A betegét sebggyógyulása után két Röntgen-besugárzásnak vetettük alá. 1924-ben gombostűfejnyi, a szűrési esatornából kiinduló recidivával jelentkezett, melyet eltávolítottunk; mirigymetastasis nem volt tapintható. A daganat kórsvövtani képe carcinoma tubulare partim cysticum volt.

Másik esetünk 49 éves cipész, ki elmondja, hogy emlője munkaközben többször fájdalmas volt s 1921 decemberében tyúktójasnyi tumorra került műtetre. A beteg símán gyógyult, még ma is recidivamentes s kórsvövtani képe jellegzetes adenocarcinomát mutatott.

Betegeink átlagos életkora 53–55 év, ami *Finsterer* statisztikájával egybevetve, az átlagkornak megfelelő. Három jóindulatú daganat közül 2 adenofibromának és 1 atheromának bizonyult.

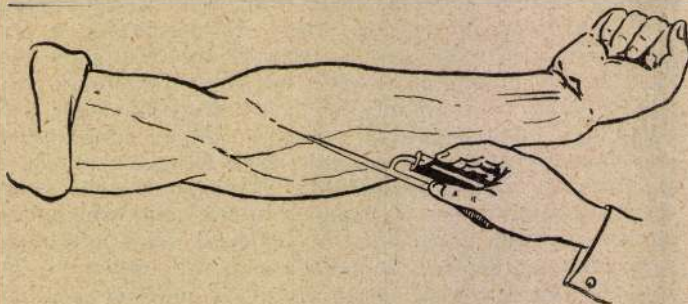
Irodalom: *Finsterer*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1906, 84. füz. — *Mittelstiller*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1916, 134. füz. — *Schneller*: Arch. f. klin. Chir. 1922, 119. füz. — *Mühleder*: Arch. f. klin. Chir. 1922, 120. füz. — *Adler*: Deutsche med. Wochenschr. 1901, 1. füz. — *Gruppen*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1921, 183. füz. — *Fesler*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1922, 172. füz. — *Consten*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1921, 167. füz. — *Rud. Holger*: Zentralorg. der. Chir. 19. köt. 275. old.

A gróf Apponyi Albert-Poliklinika sebészeti osztályának közleménye (osztályvezető főorvos: Lobmayer Géza dr. egyetemi m.-tanár).

Újabb eszköz a vérvétel egyszerűsítésére.

Írta: Weidlinger Imre dr.

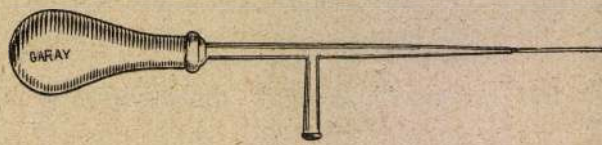
A vérvétel ma a gyakorló orvos mindennapos ténykedései közé tartozik. Talán nem lesz haszon nélkül való, egy útmutatásaim alapján készült eszköz ismertetése, melynek használata a vérvételnél felmerülő apróbb technikai nehézségeket elkerülhetővé teszi. Az eszközt ábrázoló rajz az eredeti nagyság fele. Az eszköz nem rozsdásodó fémről (újezüst vagy sárgaréz nikkelezve) készül. lapos nyéllel; ez konikus csőben folytatódik, a közepén oldalkifolyóval, melynek végére rekordfecskendő konusa illeszthető. A konikus cső végére van ráfor-



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

asztva a mintegy 2½ cm hosszú, kemény, nikkelezett acélból, szükség szerinti vastagságban készült tű. A konikus cső ürege közvetlenül az elágazódás alatt el van zárva.

A hajlított oldalkifolyóval ellátott eszköz kisebb mennyiségű vér vételére szolgál (l. 2. ábra); a mellékelt rajz ezen utóbbi eszköz használatát mutatja (l. 1. ábra): a meghajlított csőre az ú. n. Wassermann-féle kémcsövet ráillesztjük, ezt az eszközzel együtt egy kézbe fogjuk és a visszér üregébe szűrünk.

Nagyobb mennyiségű vér lebocsátására a vastag tűvel ellátott egyenes elágazódással bíró eszköz alkalmas, melynek oldalesővére üvegedénybe nyúló gummicsövet húzhatunk (l. 3. ábra).

Az eszközök Lobmayer tanár úr kórházi sebészeti osztályán, valamint a bejáró-betegrendelésén két hónap óta vannak használatban, mely idő alatt a nagy betegforgalom bő alkalmat nyújtott az eszközök használhatóságának megállapítására. A vérvétel mindenkor kifogástalanul ment végbe. Használat után a tűt az oldalcsőre illeszthető rekordfecskendő segítségével tisztítás céljából átfeccskendezzük.

A tű használatának előnyét a következőkben foglalthatom össze:

1. A vérvétel egy kézmozdulattal — segítség nélkül — végezhető.
2. Az eszköz kényelmes fogású.
3. Az eszköz majdnem a kar felületének síkjában vezetve szűrhető az érbe, ezáltal a bevezetés könnyebb és biztosabb, az ér belső falát pedig nem sérti.

4. A vér megalvadása egyrészt az eszköz tűjének rövidege, másrészt az eljárás gyorsasága folytán korlátozva van.

5. Sem az orvos keze, sem a beteg karja vagy ruhája nem szennyeződhetik vérrrel.

6. A vért sterilen nyerjük.

A műszert Garay Samu és Társa orvosi műszerészek készítik.

A kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kéty László dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vérnyomásemelkedések gyógyszeres kezelése.

Írta: Takács László dr.

A vérnyomásemelkedésekre és a vele összefüggő kellemetlen subjectív tünetekre előnyösen hathatunk a beteg kedvező *psychikus befolyásolásával*, környezetének megváltoztatásával; ha kiragadjuk mindennapi fárasztó munkaköréből; ha intézetben vagy más vidéken, esetleg fürdő-, üdülőhelyen helyezzük el. Előnyös befolyást gyakorolhatunk bizonyos *diätetikus rendszabályokkal*, mint a só- és fűszerszegény étrend; korlátozott purintartalmú táplálék; megszorított húsfelvétel; az alkohol, nikotin s koffein minimumra redukálása. Gyakran jó eredményt látunk a változatos *physicalis beavatkozásoktól*, a fekvő- s fürdőkúrától, a különböző besugárzásoktól, diathermiás kezeléstől, érvágásoktól, lumbalpunctióktól. Legnagyobb szerepe ezek mellett a *gyógyszeres kezelésnek* van. Ennek megfelelően a gyógyszereknek egész légióját ajánlják erre a célra.

A vérnyomáscsökkentésre használt szerek hatásmodja rendkívül különböző. Egyrésze talán csak suggestív hat, másrésze viszont megnyugtató útján fejt ki hatását (brom, adalin, luminal, veronal). Egyesek hiányzó belső secretiós anyagokat helyettesítenek (ovarium, corpus luteum), vagy a vegetatív idegrendszer megbomlott egyensúlyát állítják helyre (atropin, calcium). Mások állítólag hiányosan felszívódó, megfogyott anyagot pótolnak (kovasav), vagy növelik az érfal permeabilitását s ezáltal elősegítik az erek jobb tápláltságát (jod). Bizonyos anyagok tónuscsökkentőleg hatnak az érfal síma izomelemeire (papaverin, akineton), a legnagyobb rész pedig értágítás útján fejt ki hatását (nitritek, hypotonin, diuretin stb.). Néhány készítmény hatásmodját még nem tekinthetjük tisztázottnak (*Heilner*-féle érkészítmény, animasa).

Az utóbbi időben vizsgálat tárgyává tettük a vérnyomáscsökkenésre ajánlott és használatos gyógyszerek nagy részét s eredményeinket az alábbiakban ismertetjük.

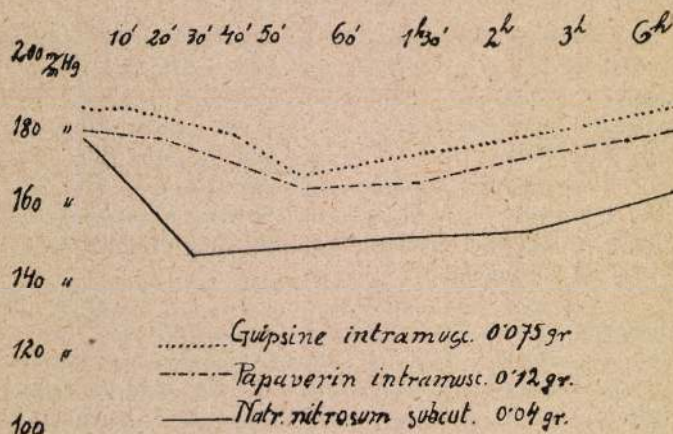
Jelentéktelenebb peripheriás hatásuk mellett a központi idegrendszer, az érmozgató központ bódítása útján, mint edénytágítók hatnak a salétromossavas sók: a nitritek.

Ezen csoportba tartozó *nitroglycerinből* perorálisan 1–1½ mg már 5–7 perc múlva 25–30 Hg-mm-el is csökkenti a nyomást. Hatása átlag 1–2, néha 3 óráig is tart. Folyadékban, vagy tabletták, pilulák formájában szokás adni. Pilula formában való adagolása megbízhatatlanságuk miatt nem ajánlatos. A hatóanyag igen kis mennyisége következtében, a gyakran felületes keverés folytán sokszor előfordul, hogy egy-egy pilulában semmi hatékony anyag nincs, míg a másik az előírt adag többszörösét is tartalmazza.

Pár csepp *amyl-nitrit* belégzése már tágítja az agy s a felső testfél bőreireit. Nagyobb adagban a centralis

vagustonust leszállítja, a vasoconstrictor idegvégkészülékeket bénítja s a többi edényterületre is tágítólag hat. Talán még leginkább migraen, angina pectorisnál használható.

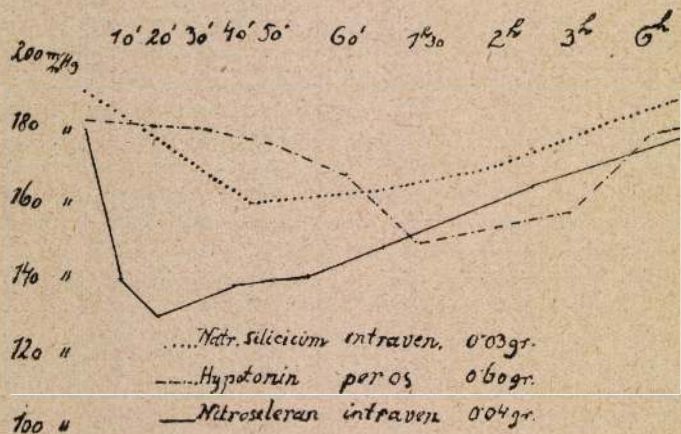
Újabban többen ajánlják a *natrium nitrosumot*



1. ábra.

subcutan vagy intravenásan alkalmazva. Subcutan adva 2–4 cg egészségeseken is 15–20 perc múlva 20–30 Hg-mm-el is csökkenti a nyomást. Ez átlag 1 óráig marad. Lepehne 2%-os oldatból hetenként 1–2-szer $\frac{1}{2}$ –1 cm³-t ad s a közérzet és a subjectiv panaszok javulása mellett az esetek felében vérnyomásesőket is tapasztal. Nagy különböző eredetű vérnyomásemelkedéseknél subcut, sőt idült vesegyulladásoknál is jó eredményt látott tőle. Adagja pro dosi 2–4–6 cg-ig emelhető minden kellemetlen tünet nélkül s másodnaponként, vagy akár naponta is injiciálható. Átlag 1–2 óráig tart a hatása s tetőpontját közvetlen vénába fecskendezésnél 15, bőr alá adva pedig 30 perc múlva éri el. Nagy vizsgálataival egyezően, az intravenás alkalmazásnak semmi előnyét nem láttuk a subcutan adagolással szemben, sőt egyesek szerint a nitritek peroralisan hatnának legjobban.

A nitritek értágító tulajdonságán alapszik a nitroscleran alkalmazása is. A nitroscleran „szervetlen serum sóival potenciált desoxynitrat” physiologiás konyhasóban oldva, 2–4 cg hatóanyagot tartalmazó steril üvegecskében van forgalomban. Intravenásan vagy subcutan adagolható. Subcutan adva érzékeny egyének-nél néha jelentéktelen fájdalmat okoz. Szemesés só for-



2. ábra.

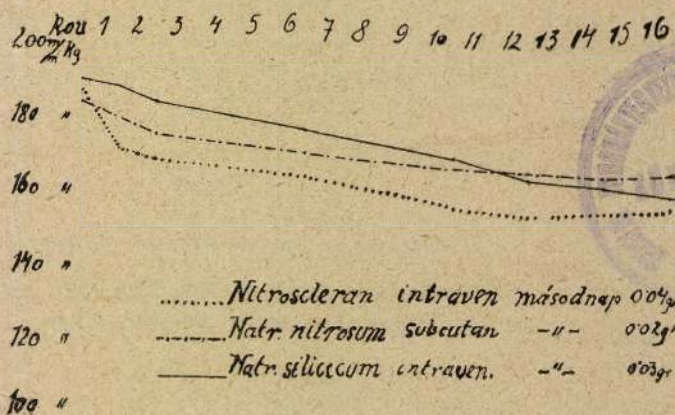
mában van peroralisan adagolható alakja is. Ez inkább utókúrákra, vagy a praesclerosisos stadiumban ajánlható. Minden üveghez mellékelve van egy kis mérce s ezen mérőüveg tartalmát $\frac{1}{4}$ liter vízben feloldva reggelként éhgyomorral kell elfogyasztani.

Vérnyomásesőket hatása a legtöbb esetben per-

cek alatt beáll s a süllyedés legtöbbször elég jelentékeny. Kellemetlenséget, toxikus jelenségeket még jóval nagyobb adagok után sem láttunk tőle. Kedvezően befolyásolja a különböző subjectiv panaszokat, szédülést, fejfájást, fülzúgást, kábultságot, álmatlanságot stb. Kielegítő eredménnyel alkalmaztuk praesclerosis, arteriosclerosis, essentialis hypertonia, sőt néha vesemegbetegedéseknél is.

2–4 cg ép embernél vénába, vagy bőr alá adva 30 perc múlva átlag 20 mm-el csökkenti a vérnyomást. Kóros esetekben nagyobb vérnyomásemelkedésnél 45–50 Hg-mm süllyedést is láthatunk. Hatása átlag 2 óráig tart, s maximumát intravenás adagolásnál 10–15, subcutan adva 30 perc múlva éri el; de gyakran már az első pár percben jelentékeny süllyedés van. Az eset természetétől függően leginkább másodnaponként, de néha naponta is 2–4 cg-t adunk. Egy kúrára 10–12 injectio rendszerint elegendő. Ajánlatos a kezelést 4–5 hét múlva megismételni.

A nitritek vérnyomásesőket tulajdonsága kifejezett, hatásuk igen rövid idő, percek alatt beáll; de hamar el is múlik, 1–2 óránál tovább nem tart. Ezért inkább a rohamokban jelentkező vérnyomásemelkedések, érkrisisek, migraen, angina pectoris kezelésében válnak be, míg az állandó hypertensiók eseteiben gyorsan múltó hatásuk miatt kisebb értékűek. Huzamosabb alkalmazásnál — valószínűleg megszokás folytán — hatásuk vala-



3. ábra.

mivel később áll be, rövidebb ideig tart s intenzitásában is csökken.

A vérnyomás görbe lefolyását a natrium nitrosum egyszeri adagjára az 1. sz. ábrán, rendszeres alkalmazásnál a 3. sz. táblán, a nitroscleranra vonatkozólag pedig a 2. és 3. sz. ábrán láthatjuk.

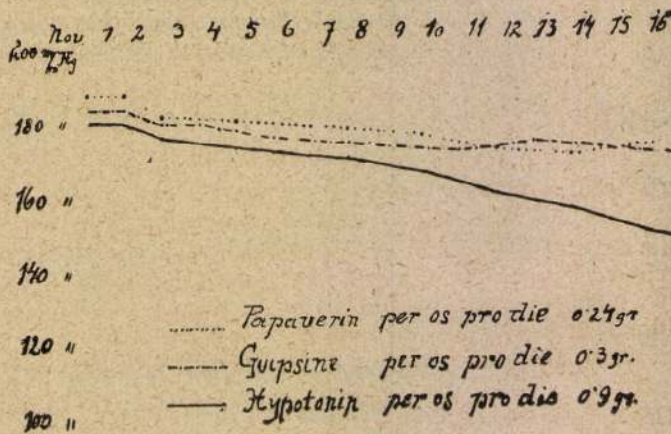
Hatásmódját, támadópontját illetőleg hasonló a salétromossavas sókhoz a Leprince által előállított guipsine (1. és 4. sz. ábra). A fagyöngy, viscum album hatóanyagait (viscalbin, inosita, saponinok) tartalmazó készítmény. Foa szerint a viscum album kivonata edény-tágítólag hat még az adrenalinózott edényizomzatra is. Adható pilulák (à 0.05 g) s intramuscularis injectiók (à 0.05 g) formájában. A pilulákból az első napokban 8–10 darabot is adhatunk s később, 4–5 nap múlva, csökkenthetjük a dosist. Ajánlják, hogy tartósabb hatás elérésére legalább 15 napig adjuk egyfolytában s periodikusan ismételjük meg a kezelést. Vizsgálataink alkalmával múltó vérnyomás-süllyedést 0.10 g egyszeri adagjára kétségtelenül ki tudtunk mutatni, de rendszeres használatánál, a betegágnál említésreméltó eredményt egy esetben sem láttunk tőle.

Hasonló hatóanyagú német készítmény volna a cigli, amelyben a fagyöngy kivonata mint vérnyomásesőket, a citromsavdijlycerinester mint edényfalvédő szerepel. Poralakban veendő, háromszor napjában étkezés előtt egy teáscvőkanállal 3–5 hétig. A készítményt

nem próbálhattuk ki, mert sehogy sem tudtuk beszerezni. *Cramer* jó eredményeket közöl róla.

Ezen csoportból talán még a legmegbízhatóbb, legjobban bevált a *Goldschmidt* és *Neuss* által előállított *hypotonin* (2–4. sz. ábra). A hypotonin diamino-csoport összeköttetése isovalerianasavval. Az aminok régen ismert értágító tulajdonságánál fogva; a peripheriás erek tágítása révén csökkenti a nyomást, a valerianasav componense pedig megnyugtatólag hat. *Munk* vizsgálatai szerint teljesen ellentétesen hat az adrenalinval s annak hatását képes megszüntetni. 0.30 g-os tabletták, vagy kapszulából 3–4-szer 1 darabot adunk minden hónapban átlag 10 napon át s a kezelést hónapokig, leginkább 3–4 hónapig folytatjuk.

Munk, *Dressel*, *Schrumpf*, *Klein* szintén elismerőleg nyilatkozik róla. Az előbb tárgyalt szereknél jóval tartósabb hatású. Legjobb eredményeket adott a reversibilis vérnyomásemelkedéseknél, az essentialis hypertóniáknál, praesclerosisnál s climacteriumos hypertóniáknál. Ezeknél a subjectiv panaszok lényeges javulása mellett gyakran a normalisig is esett a nyomás. A későbbi stádiumban, ahol már edényelváltozások is felvethetők, sőt kifejezett ütőérelmeszesedésnél is, a kellemet-



4. ábra.

len tünetek enyhülését, a közérzet gyors javulását és jelentős nyomáscsökkenést értünk el. Természetesen az irreversibilis bonctani elváltozásoknál, igen súlyos ér-edényelmeszesedésnél, idült vesegyulladásoknál, zsugorveséknél az eredmény is kisebb volt; bár gyakran huza-mosabb adagolás után 30–40 Hg-mm süllyedés itt is bekövetkezett. De ahol a nyomás csökkenése nem is volt szembevetendő, a subjectiv panaszok ott is kedvezően befolyásoltak. Rossz ízén kívül más kellemetlenséget nem láttunk. Egyesek ritkán előforduló hányingerről tesznek említést. A többi szereknél valamivel tartósabb hatása s peroralis alkalmazhatósága folytán az általános orvosi gyakorlatban még a legjobban használható.

A xanthin-csoportnak a peripheriás, az agy, vese, szíverekre kifejtett edénytágító hatása folytán főleg arteriosclerosisnál, az edények spastikus állapotánál s angina pectorisnál a *diuretin* már régóta használják. *Fahrenkamp* és *Basch* újabban a *calcium-diuretin* (= theobrominecalcium calciosalicylum) ajánlják helyette. Előnye, hogy vízben rosszabbul oldódva, a gyomorból kevesebb szívódik fel, legnagyobb része a belekben oldódik s így a gyomrot nem rontja annyira. A belekben a diuretin izgató hatását a calcium componens mint antagonista ellensúlyozza, a szív és edényekre pedig mint synergista sympathikus úton edénytágítólag hat. Naponta 3–4 g hosszabb időn át is minden mellék-tünet nélkül adható.

Strauss az elsősorban centralisan ható, az összes

edényeket, de főleg az agy és bőr edényeit tágító *chloral-hydrat*ot ajánlja vérnyomáscsökkentőnek; kis adagban, 3-szor 0.30 g-t naponta. A yohimbin peripheriás edénytágító hatásán alapuló *vasotonin*től, amely salétrom-savas yohimbin némi urethannal, a kísérletezők legtöbbje nem látott kielégítő eredményt.

Hatásmódjára nézve egészen különálló *Zuelzer* avirulens bakterium coliból előállított albumose készítménye: a *depressin*. Különböző erősségű adagok intramuscularisan alkalmazandók. Ha láz nem jelentkezik, emelkedhetünk vele s akár naponta is adhatjuk. Főleg arteriosclerosisnál s angina pectorisnál a subjectiv panaszok javulásáért, 8–10 befeeszkendezés után vérnyomáscsökkenés is követhet. Irodalmi adatok nem erősítik meg a szerző jó eredményeit.

A néhány éve elterjedt — az erek intimájából, mediájából s vörösvérsejtszétválasztási termékekből előállított — *animasa*-tabletták főleg a subjectiv panaszokat befolyásolják kedvezően s a nyomást is csökkentenék. *Griesbach* szerint az animasa a normalis ember vérnyomását is leszállítja. Megszokás elkerülése végett 8–10 napi szünettel naponta 3-szor 1–4 tablettát vehető, 10–15 napig.

Reugnaud a chinintől, más a veronal natriumtól, némelyek a secale cornutumtól, atropintól, francia szerzők a fokhagyma-tincturától látnak edénytágító, vérnyomáscsökkentő hatást. Nálunk a legutóbbi időben az öregedő, ütőérelmeszesedésben szenvedők körében rendkívül elterjedt a *fokhagyma* rendszeres fogyasztása. Általában e kúrák után néha subjectiv javulás áll be. Ennek magyarázatát az képezhetné, hogy a fokhagymában lévő allyl-vegyületeknek tényleg van edénytágító, vérnyomáscsökkentő hatása (*Loeper* és *Debray*).

Rusznay a kén ajánlja intramuscularis injectiók (pl. az Egger-féle 1%-os colloidalis kén, a sulfoleín) formájában. 1–2–3 cg-os adagokban adható, de szükség esetén akár 10 cg-ig is emelkedhetünk. Természetesen gondosan individualizálnunk kell. Legjobb megvárni, míg a vérnyomásgörbe emelkedni kezd, s csak akkor adni újabb injectiót. *Rusznay* jó eredményeket látott tőle hypertóniás arteriosclerosisnál, glomerulonephritisnél, sőt nephrosclerosis egyes eseteiben is, amelynek más esetében viszont teljesen hatástalan volt. Subjectiv javulás minden esetben bekövetkezett.

A vérnyomáscsökkentő tulajdonsága az előzőekben említett szerektől teljesen eltérő alapon volna magyarázható. A hatás minden bizonnyal a kén pyretogen tulajdonságával hozható összefüggésbe s nem valószínű, hogy a körzeti akadályt csökkentő hatása folytán előállott vérnyomáscsökkenés a kén specifikus tulajdonsága volna. A láz izomtonust csökkentő tulajdonsága közismert. Talán ezzel, mint egyszerű febrilis hypotóniát megmagyarázhatnánk. A lázas reactiót az érfal csökkent tonusa folytán egy peripheriás vasodilatatio követhet. A lázas hypotónia következtében az érgöres megszűnik s az érgöres keresztültörése biztosítaná a tartós hatást. E mellett szólna a következő megfigyelésünk: egyik zsugorvesés betegünk valamelyik injectio után erős hidegrázást s pár óráig tartó magas lázat kapott. Erre 210 Hg-mm körüli vérnyomása 152 Hg-mm-re csökkent s napokon át alacsony maradván, csak lassan, fokozatosan tért vissza az eredeti magasságra. Egy másik zsugorvesés betegünk nagy hidegrázással kezdődő mandulagyulladás lépett fel. Erre 200 körüli vérnyomása 148-ra süllyedt s ugyancsak napokig alacsony maradt. Egy harmadik hypertóniás betegünk ismét más lázas reactio váltott ki lényeges süllyedést. De nem minden lázat s hidegrázást okozó anyagnak van meg ezen tulajdonsága. Ha akár ezeknek, akár más magas vérnyomású

betegünknek novoprotint adtunk, utána a hidegrázás és a láz szabályszerűen bekövetkezett ugyan, de a vérnyomás-süllyedés elmaradt.

Az injectiók fájdalmasak. Bizonyos óvatosság egyébként is ajánlatos, nehogy lappangó folyamatokat, pl. inactiv tuberculosist activáljunk vele.

Az utóbbi években többen, hypertóniásokon és ütő-érelmeszesedésben szenvedőkön a kovasav-injectiókkal próbálkoztak. Kísérleteikben Schulz azon vizsgálatából indultak ki, hogy a fiatalok kötőszövege több kovasavat tartalmaz, mint az öregeké és a kötőszövetek rugalmassága azok kovasavtartalmával összefüggésben van. A szervezet állandóan választ ki silicatokat s ezt a táplálékkal kellene pótolni. Valószínű, hogy silicatok csökkenése azért következik be, mert nehezebben szívódnak föl, nehezen assimilálódnak s mintegy kovasavanaemia áll elő. Ilyen esetekben a silicatok injectiókkal pótolhatók. Scheffer és Kühnnek arteriosclerosisosokon s hypertóniásokon elért kedvező eredményei támogatnák e felfogást. Kühn natrium silicicum 1%-os oldatából harmadnaponként 1–2 cm³-t ad intravenásan. 10–12 injectiót egy kúrára s 3–4 heti szünet után megismétli a kezelést.

Mi a natrium silicicum purissimum 1%-os oldatát használjuk. 1–5 eg-t adtunk naponként, vagy másodnaponként intravenásan. Egy kúrára 10–14 injectiót s 3–4 heti szünet után megismételtük a kezelést. Megjegyzendő, hogy csak direct vénába adhatjuk. Erős alkalikus vegyhatása miatt bőr alá, vagy izom közé fecskendezve gyulladást, beszűrődést, erős fájdalmat okoz. 2–4 eg intravenásan 25–30 Hg-mm-rel is csökkentette a nyomást a vérnyomásemelkedések különböző alakjainál. Ép egyén vérnyomására is csökkentőleg hat. A hatás tetőpontját 30–45 perc között éri el s átlag 1½ óra múlva ismét emelkedni kezd a görbe.

A kovasavval elért eredmények tényleg jók. De a kiindulási alap helyessége nem valószínű, még pedig azért, mert a hatás oly gyorsan következik be, hogy az idő alatt a befecskendezett anyag tökéletes assimilációja nem igen következhetik be, másrészt a görbe aránylag oly hamar ismét emelkedik, hogy a már assimilálódott kovasav kiürülése ezen idő alatt még kevésbé képzelhető el. Ellene szólnak továbbá az egészséges és fiatal egyéneknél elért vérnyomás-süllyedések is. Hatása talán inkább értágítás útján volna magyarázható. Ezt támogatná a vérnyomásgörbék lefutása, e mellett aztán szerepet játszhatik a kötőszövet kovasavtartalmának növekedése is.

A subjectiv panaszok javulása mellett kielégítő eredményt láttunk praesclerosis, arteriosclerosis, coronariascclerosis, sőt benignus nephrosclerosissal is. Kellemtlen melléktüneteket nem tapasztaltunk.

Natrium silicat-pilulák rendszeres szedése után említésre méltó eredményt nem észleltünk. Mladejovsky szerint könnyebben assimilálható alakban, pl. colloidalisan oldva, ahogyan azt a sklerol-syrup tartalmazza, könnyebben felszívódik s igen jó hatása van. A felszívódást megkönnyítené még droserakivonat kombinálásával. Buček szerint a drosera kivonatának semmi ilyen irányú hatása nincs. A sklerol-syruppal tett tapasztalataink nem egyeznek meg a fenti szerző egyszerű eredményeivel, amennyiben számbajöhető vérnyomáscsökkentő hatást nem láttunk tőle.

Részben a kovasav hatásán alapul a najosil-syrup alkalmazása is. Ez könnyen assimilálható kovasavon kívül még jódot, drosera-kivonatot s papaverin-syrupot tartalmaz. Sokkal célszerűbbnek látszik a najosil-injectio (silicat + jód) formában való alkalmazása. Ez irányú tapasztalataink azonban még nincsenek.

A papaverin az erek síma izomzatára hat, leszálítja a sejtek fokozott contractióját, fokozott tonusát s ezáltal tágulnak a kis edények. Moog és Ambrosius szerint a normalis vérnyomást nem, míg Frigýér és saját vizsgálataink szerint megfelelő adagban azt is csökkenti. A kóros vérnyomás a papaverinnal szemben kétféleképpen viselkedik; csökken ott, ahol az emelkedés functionalis alapú s hatástalan ott, ahol bonetani elváltozásokon nyugszik (Frigýér). Ez alapon akár differentiáldiagnosztikailag is felhasználható volna. Ezt nem erősíthetjük meg teljesen, mert szervi elváltozásokon alapuló vérnyomásemelkedéseknél is ismételtén láttunk tőle lényeges süllyedést, bár kisebbet, mint a functionalisaknál. Ugyanezt nagy általánosságban a többi vérnyomáscsökkentőre is mondhatjuk.

Legtöbbször a bonetani elváltozások kapcsán előállott vérnyomásemelkedéseknél, még egy functionalis componens is szerepet játszik. Úgyhogy itt a bonetani és functionalis tényezők összegeződése eredményezi a rendesen igen magas nyomást. A functionalis componens volna az, amit befolyásolni tudunk.

Az előbbieket támogatására a sok közül az alábbi két esetet bátorítottam ismertetni: 0.24 g papaverin ép embernél intramuscularisan: a vérnyomás injectio előtt 105, 30 perc múlva 95, 60 perc múlva 88, 2 óra múlva 110 stb. 24 óra múlva 102 Hg-mm. 0.32 g papaverin nephrosclerosissal intramuscularisan: a vérnyomás injectio előtt 266, 30 perc múlva 248, 45 perc múlva 237, 60 perc múlva 226, 2 óra múlva 238 stb. 24 óra múlva 254 Hg-mm.

Általában a papaverin csak akkor hat biztosan, ha gyengén narkotikus hatása is érvényesül (átlag 0.20–0.30 g között). Adható per os, vénába, izom közé. Savi vegyhatása miatt bőr alá adva fájdalmas, gyulladást okoz. Átmeneti nyomásemelkedéseknél, acut glomerulonephritis, ólommérgezés, climacteriumos nyomásemelkedések, ideges egyének vérnyomásfokozódása s essentialis hypertóniáknál jó hatású. Rövid időre átlag 25–35 Hg-mm-el csökken a nyomás. Adagolása rendkívül különböző, Grossmann 0.04 pro dosi, 0.12 g pro die, Pal 0.08 pro dosi intravenásan, 0.24 g pro die, ajánlja. Minőségileg a papaverinhez teljesen hasonlóan hatnak, de mennyiségileg gyengébbek, a benzilalkohol, benzilbenzoat s a papaverin pótszereként ajánlott akineton is.

A brómot functionalis alapú nyomásemelkedéseknél, ideges egyének vérnyomásfokozódásánál próbálhatjuk meg. Fahrenkamp és Henius főleg essentialis hypertóniáknál ajánlja. Ezeknél a brómkezelés nemcsak a tünetet, hanem magát a betegséget is kedvezően befolyásolja. Lehndorff állatkísérletekben semmi hatást nem látott tőle. Vizsgálatainknál ½ g, isotóniás oldatban vénába adva úgy egészségeseken, mint emelkedett vérnyomásúaknál csökkentőleg hatott.

A jódot főleg a rohamokban jelentkező vérnyomás-emelkedésekre hatna jól. Rutkewitsch napi 1–2 g-os adagban arteriosclerosisosok hypertensiójánál tartja jónak. Fr. Müller, Romberg, Pal szerint a jódnak vérnyomáscsökkentő tulajdonsága nincs. Hatása rendkívül individualis. Vizsgálatainknál jódkalium, vagy jódnatrium isotóniás oldatából 30–40 cm³ vénába adva, az esetek többségében 1 órán belül, még zsugorvesénél is 33 Hg-mm-el is csökkentette a vérnyomást. Más esetben viszont hatástalan volt, jöllehet egészségeseken is az esetek egy részében süllyedést láttunk.

Az essentialis hypertóniáknál Kylin felveszi, hogy a vagus túlsúlyban van a sympathicus felett. Ezért calcium-atropinkezelést javasol. Naponta négyszer 1 g CaCl₂-t s négyszer 0.25 mg atropint ad. Az atropin bénítja a vagust, a calcium a sympathicust izgatja s így a vegetatív idegrendszer egyensúlya helyreáll, a nyomás csökken, a panaszok javulnak.

A climacteriumos vérnyomásemelkedéseknél az egész folyamatot mint belső secretiós zavart tekinthetjük. Jó eredményeket érhetünk el, ha a hiányzó belső secretiós anyagokat *ovarium-tabletták* adagolásával, vagy corpus luteum-injectiókkal pótoljuk.

Egész tömege van még azon gyógyszereknek és combinációknak, amit vérnyomáscsökkentésre ajánlanak. Így az adalin, a luminal, a papaverin és kámforból készült perichol, a coffein, a Heilner-féle érkészítmény, troparin, kis digitalis adagok, rhodan, calciumbromatum stb., amelyek szintén edénytagítólag hatnának.

Amint láttuk, egész légiója van azon szereknek, amiket a vérnyomás csökkentésére használhatunk. Hogy ezek közül kinél mit adjunk, hogyan alkalmazzuk, mennyi ideig s milyen adagban, az egyénenként különböző, esetről-esetre más és más lesz. Függ azon betegség természetétől, amelynek tünete a vérnyomásemelkedés, függ a tünetek súlyosságától, a subjectív panaszoktól és még sok más mellékkörülménytől.

Nagy általánosságban azt mondhatjuk, hogy injectiós kezelésben a silicat és nitritek, peroralis adagolásnál pedig a hypotonin adják a legjobb eredményeket.

Természetes, hogy ideges egyének vérnyomásfokozásánál elsősorban a brómmal teszünk kísérletet. Magától értetődő, hogy a climacteriumos hypertoniáknál az ovarium-készítmények adagolását próbáljuk meg, hogy arteriosclerosisos nyomásemelkedéseknél a silicat therapia mellett a jódot s a diuretint sem mellőzzük teljesen, vagy ahol az edényizomzat fokozott tonusa az elsődleges, pl. a vegetatív idegrendszer egyensúlyának zavara következtében, a calcium-atropin mellett, a papaverint is megkíséréljük. Tehát esetenként és egyénenként szigorúan individualizálnunk kell. Ugyancsak önként értetődik, hogy mindenekelőtt az okot, az alapbetegséget kell elhárítanunk, illetve kezelni. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a fentti beavatkozások mint tüneti kezelés, ha magát a kiváltó okot nem sikerül megszüntetnünk, csak múló, ideiglenes javulást biztosítanak. Vesezsugorodásnál pl. lényegesebb, tartós eredményt nem igen érhetünk el. Ezért a beteg állapotát időnként szükséges ellenőrizni s a kezelést periodikusan ismételnünk kell. Gondolnunk kell arra is, hogy minden gyógyszert bizonyos idő múlva többé-kevésbé megszokik a szervezet, ezért az adagokat emelnünk, vagy a gyógyszereket kombinálnunk, változtatnunk kell és a gyógyszeres kezelés mellett a physicalis s diætás therapia eszközeit is igénybe kell vennünk.

Irodalom: *Moog-Ambrosius:* Klin. Wochenschr. 1922, 19. sz. — *Grossmann:* Münch. med. Wochenschr. 1921, 30. sz. — *Nagy:* Orvosi Hetilap 1923, 29. sz. — *Lepchne:* Klin. Wochenschr. 1924, 24. sz. — *Rusnyák:* Orvosi Hetilap 1923, 32. sz. — *Dressel:* Klin. Wochenschrift 1923, 9. sz. — *Rutkevitsch:* Zeitschr. f. klin. Med. 79. köt., 3-4. füz. — *Cramer:* Med. Klin. 1923, 24. sz. — *Griesbach:* Arch. f. Hyg. 94. köt., 1-2. füz. — *Zuelzer:* Ther. d. Geg. 1922, 7. füz. — *Kylin:* Klin. Wochenschr. 1924, 38. sz. — *Henius:* Klin. Wochenschr. 1924, 21. sz. — *Friggér:* Deutsche med. Wochenschr. 1923, 17. sz. — *Kafka:* Med. Klin. 1924, 35. sz. — *Fahrenkamp:* Erg. d. ges. Med. 5. köt. — *Loeper-Debray:* Progr. Med. 48. évf. 34. sz. — *Bouček:* Deutsche med. Wochenschr. 1925. 16. sz. — *Kühn:* Münch. med. Wochenschr. 1921, 50. sz. — *Scheffler-Sartory-Pellissier:* Presse Med. 1920, 82. sz. — *Pal:* Wiener Med. Wochenschr. 1921, 21. sz. — *Munk:* Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 21. köt. — *Lehndorff:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 76. köt., 3-4. füz. — *Meier:* Med. Klin. 1920, 27. sz. — *Strauss:* Ther. Monatshefte 1915, 6. sz.

Levél a Szerkesztőhöz.

Méltóságos Uram!

Bocsánatot kérek, hogy levelemmel alkalmatlanodom, de szeretném, ha néhány pillanatot áldozna el olvasására, miért előre is hálás köszönetet mondok.

Mostanában sokat írnak az „Orvosi Hetilap”-ban a magzatelhajtások megakadályozásáról, illetve azok csökkentéséről. Csodálatosképen ezekben a cikkekben rólunk igen keveset olvastam. Kik is vagyunk mi tulajdonképpen? Állástalan, kopláló fiatal orvosok, akiknek minden „vagyona” az egyetem pecsétjével megerősített, latin szövegű pergament.

Bocsásson meg, Méltóságos Uram, hogy drága idejét igénybe veszem személyes ügyeim felsorolásával, de az én sorsom közös, csak a nevet kell kicserélni és nagyon, de nagyon sokan fognak saját élet-történetükre ismerni.

Fáradtan, testben és lélekben megtörve, koravénen kerültem haza a Piave mellől. Egyetemi hallgató lettem. Segítséget csak az Istentől és magamtól vártam. Három tanítványom volt. Éjszakákat töltöttem hideg szobában, üres gyomorral könyveim mellett. Arcom sápadt fakóvá vált, csak az öröm festett reá halványpiros színt a jól sikerült szigorlatok után.

Klinikára, kórházba kerültem, talán én voltam a legszorgalmasabbak egyike, hogy az életben jól megállhassam a helyem. Diplomát kaptam. Szerettem volna egy kis községbe kimenni. Pályáztam. Elbuktam. Nem baj, majd a következő sikerül. Újra elbuktam.

Ez így ment egy éven keresztül. Akkor beláttam, hogy összeköttetés nélkül állást kaphom lehetetlen. Közben minden emberi képzeletet felülmúló nyomorral küzdöttem özvegy édesanyámmal együtt.

Ekkor édesanyám minden értékét eladtuk, melynek minden darabjához egy kedves emlék fűződött. Műszereket vettem és kimentem egy faluba — magánorvosnak. Minden második nap betéved hozzám egy beteg és lefizeti — ha adós nem marad — a 20.000 koronás rendelési díjat. Ebből a pénzből tengettük életünket édesanyámmal, hogy hogyan, azt hiszem fölösleges részletezni.

Hanem tegnap nagy szerencse ígérkezett. Bejött hozzám egy itteni földbirtokos felesége és egy nagyobb összeget ajánlott fel, ha nála abortust végzek. Az abortus indikációja az lett volna, hogy már van egy gyermeke és nem szeretné, ha a birtok több részre szakadna. A műtétet visszautasítottam.

Azt nem tudom, hogy az a sok más hasonló sorsban lévő kollégám is így cselekedett volna-e és azt sem tudom, hogy a következő alkalommal nekem is lenne erre elég erőm. Még csak azt szeretném megjegyezni, hogy mikor ez az eset történt, éppen egy falat kenyér sem volt a házuknál.

De én azt hiszem, hogy valakinek támogatni kellene bennünket abban, hogy ne térjünk le a becsület útjáról. A nyomor nagyon rossz tanácsadó!

Hiszen még most is nagyon sok község van az országban, ahol csak hetenként egyszer, vagy legfeljebb kétszer látnak orvost. Ezeket a községeket kényszeríteni kellene, hogy orvosi állást rendszeresítsenek. Hány, de hány nyomorgó orvost lehetne ezáltal a végpusztulástól megmenteni. Vagy ha ez kivihetetlen is, hogy minden községben orvosi állást rendszeresítsenek, legalább publikálnák azokat a községeket, ahol orvoshiány van, hogy tudomásunk lenne nekünk, állástalan orvosoknak róla. Mi gondolkodás nélkül mennénk oda, ha csak a megélhetés legkisebb reménysége is állna előttünk.

És még valamit kellene sürgősen orvosolni. Sajnos, azt hiszem, ez gyógyíthatatlan betegség és a ráknak hamarabb lesz meg a gyógyszere, mint ennek a nyavalyának. És ez a — protekció.

Ma ugyanis az a helyzet, hogy akinek jó összeköttetései vannak, nagyszerűen el tud helyezkedni — míg az, aki ezzel nem rendelkezik, ebben az életben ugyan nem kap orvosi állást. Mert hogyan történik a községi orvos választása. A választáson elkonferálják a „hatóság” jelöltjének érdemeit és az állásra való rátermettségét — és egyhangúlag megválasztják az illetőt. Vagy ha a konferálás nem is a választáson történik, a képviselőtestület tagjait már jóelőre „megpuhítják”. A községi képviselőtestület tagjai legna

gyobbrészt subintelligens emberek, természetesen arra fognak szavazni, akit a vezetőség ajánl.

Véleményem szerint ezen a bajon lehetne segíteni egy módon. Ez a következő: Az orvosi kar kitűnőseiből egy központi bizottság alakulna, melynek a megüresedett községi orvosi állások bejelentendők volnának. Azoknak, akik községi, vagy körorvosi állást akarnak elnyerni, ezen bizottsághoz kellene folyamodni. A bizottság megvizsgálná a folyamodó szigorlati bizonyítványait, gyakorlati képzettségét igazoló okmányait tekintetbe venné, hogy mily hosszú idő óta nyomorog az illető állás nélkül és mindezek alapján egyszerűen delegálná a folyamodót a megüresedett községi orvosi állásba. Mennyivel könnyebb volna koplalni, ha az ember tudná, hogy annak belátható időn belül vége lesz! Sajnos, a mai rendszer mellett, a jobb jövőben való remény legkisebb szikrája nélkül szenvedünk.

Egy út van előttünk. Felutazni Pestre és odaállni valamelyik gyár kapujába — hátha felvesznek munkásnak. Mert éhen nem halhatunk és szeretnénk becsületes munkával megkeresni a kenyerünket.

Mindezeket azért írtam meg Méltóságos Úrnak, mint az „Orvosi Hetilap” főszerkesztőjének, hogy az illetékesek figyelmét talán jó volna ezen lehetetlen állapotokra felhívni.

Mély tisztelettel:

Aláírás.

Ezt a vérrel írott levelet pedig azért közöltük egész terjedelmében, mert benne, mint írója is mondja, sokaknak jajja esendül össze, s mert az orvosnyomor hátteréről éles meglátással népünk nyomorát, falvaink elhanyagolt közegészségügyét, orvoshiányát festi oda. E téren valóban kellene tenni valamit, s első lépésnek a községi orvostartás általános kötelezettsége felé talán az is elég volna, ha az üres orvosi állásokat és az orvos nélküli községeket, lakosságuk számával együtt mindenki által könnyen megtekinthető betűrendes listában nyilvántartanák. Mi magunk is szívesen vállalkoznánk ily lista időközönkénti közlésére, még inkább megtenné ezt az Orvos Szövetség Közlönye, mely már részben — bár hibáján kívül hiányosan — eddig is nyújtott az üres állások tekintetében felvilágosítást.

Levéliónk azonban — kivel sok rokonszenvvel szorítunk kezét — nagyon idealis gondolkodású naiv ember, ha azt hiszi, hogy a politikai hatalom jogász-tulajdonosai kezéből ki lehet venni bármiféle kinevezés jogát. Legfeljebb a „demokratia” vagy „autonomia” nyomása alatt a választásig mennek el engedékenységekben, mire tetszésük szerinti befolyást tudnak gyakorolni. De hogy egy minden helyi érdekeltiségtől és a politikai vezetőktől független bizottság vagy testület döntse el azt, hogy ki legyen egy község orvosa, vagy egy kórház vezetője, — abba nem mennek bele soha. Pedig sokszor a saját bőrükre megy a játék, mert a főszolgabíró úrra sem közömbös, hogy felismerik-e idején a saját appendicitisét, vagy pedig drastikus hashajtókkal kezelik. S ahhoz pedig igazán nagy adag rövidlátás kell, hogy sógorság-komaság révén egy kórházi osztály vagy éppen az egész kórház élére évtizedekre egy olyan ember kerül, aki ugyan megüti talán a mértéket, legalább is akkor, amikor megválasztják, — de aki helyett választhattak volna a pályázók olyat, akinek multja, képessége, megszerzett egyetemi díszjele zálaga lett volna a kórház fényes nekilendülésének, s áldást szóró sugárkörében orvosi műveltség, közegészségügy, népegészség és szaporodás és az ezzel járó vagyonosodás megismosodásának. Kimondhatatlan kára van abból országunknak, ha községek orvosai nélkül maradnak, ha községi orvosi állások nem a legjobb rendelkezésre álló erőkkel töltenek be: de egyenesen vétkes mulasztás, önmagát évtizedekre megbosszuló bűn, hogy vezető orvosi állások betöltését főispánok, polgármesterek, befolyásolható és szakszerű ítéletre képtelen képviselőtestületek kezében hagyják. Ha miniszter volnék, közegészségügyet úgy csinálnék, hogy minden erőmmel és eszközömmel állami kórházakat építenék, vagy államnosítanék, kórházanként és vármegyénként egy-egy laboratóriumot állítanék és mind e helyekre a vezetőket az Országos Közegészségügyi Tanács candidatiója alapján nevezném ki — de szigorúan ahhoz ragaszkodva, ami engem is megvédené minden idegen befolyás ellen. Minden más mellékes és e gyökeres intézkedés büvkörébe kapcsolódik. Hanem amíg azt

látjuk — és ebben találjon szomorú vigaszt levéliónk —, hogy kórházi főorvosi és igazgatói állások betöltésekor megkérdik ugyan a pályázók felől az Országos Közegészségügyi Tanács véleményét (ugyan miért?), de annak a kinevezésben még a Miniszter úr sem tud érvényt szerezni, mert a helybeli politikai hatalom birtokosa tőle és e véleményről függetlenül azt nevezi ki, aki neki tetszik, — addig kórházügyünkre s szerintem vele közegészségügyünkre nem igen fog a gyors haladás áldást osztó napja felderülni.

Népjóléti miniszterünk sok elismerésre méltó jelet adta már az orvosok megértésének és annak, hogy elsősorban közegészségügyi miniszternek érzi magát. Annak a tiszteletreméltó és illusztris orvosgárdának, mellyel körülvette magát, nem nagy fáradságába kerülne Ő Kegyelemességét az orvosi függetlenség, a kinevezések pártatlansága és az elsőrangú emberek mindenütt bekövetkező térfoglalása hallatlan előnyeiről meggyőzni. És ha Ő Nagyméltósága meg van győződve valaminek az igazsága és áldásossága felől, olyan embernek ismerjük, hogy e meggyőződését az egész kormányba, a parlamentbe, az ország közvéleményébe beolvasni, keresztülvinni tudja. Isten adjon neki erőt — és tartós politikai hatalmat hozzá! Vámossy.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Vizsgálatok a genuin arteriás hypertonia keletkezésének feltételeiről.

I. közlemény: Hypertoniások érlekötés utáni paradox edényreakciója.

II. közlemény: Cholesterintáplálás útján előidézett kísérleti hypertonia nyulakon.

III. közlemény: A cholesterin hatása az izolált arteriaesik contractióképességére.

IV. közlemény: A cholesterinnek, mint a genuin hypertonia tonogen anyagának együttműködése a többi előidéző tényezővel.

V. közlemény: A vérnyomás vizsgálása adrenallinnal genuin hypertoniában és nephrososokban.

Az I., II., IV. és V.: K. Westphal, III.: K. Westphal és F. Herrmantól. (Zeitschr. f. klin. Med. 1925, 101. köt., 5—6. füz.)

A frankfurti Bergmann-klinika egyik feladatát tűzte ki a genuin hypertonia pathogenesisének tisztázását. F. Kauffmann után most K. Westphal számol be ilyen irányú kísérleteiről, melyekben különösen a cholesterinnek a szerepét igyekeztek felderíteni. A 100 oldalra terjedő szép és értékes cikksorozat egyik része állatkísérleteiről, másik része a betegágy melletti tapasztalatairól számol be. Vizsgálatainak eredménye röviden a következő:

Cholesterinnal táplált nyulakon minden egyidejű veseaffectio nélkül is tartós vérnyomásemelkedés idézhető elő. Az izolált arteriaesik cholesterin hozzáadására fokozott adrenalinhatást mutat. Feltehető, hogy itt is — a cholesterinhypertoniás nyulak arteriaesikmodelljén tett észlelésekkel analog — az arteriák és arteriolák megváltozott tonusa van jelen, mikor is a simaizmok fokozott és tartósan, hosszabb ideig fennmaradó összehúzódása, „Entquellung”, ezen kísérletekben a simaizmok hártájának a hydrophob cholesterin okozta nagyobb fokú tömítése útján jött létre. Ezen fokozott eltömítés valószínűleg egyidejűleg történik a felületi aktivitás megváltozásával és ezzel a contractiós ingerekkel szembeni kissé lassult, de aztán fokozott mértékben beálló reakciójával. A feltevés, hogy fokozott „Entquellung” és az arteriolák simaizomatának tartós összehúzódása a lényeges a primær hypertonia keletkezésében, ezzel bizonyos kísérleti és elméleti alapot nyer.

A genuin hypertonia keletkezése különben a körülmények egész sorától függ. Az arteriák izomzatának ideges, inertiós, chemiai és mindennekelőtt physico-chemiai befolyásolása — részben azonos correlációban — játszanak itt döntő szerepet. A kísérleti eredmények után fontosnak látszó vérsérum-cholesterin meghatározások szerint a genuin hypertonia mintegy 71%-ában hypercholesterinaemiát talált. Ez eltűnik nagy oedemákkal járó decompensációban és kachexiában és hiányzik néhány esetben, melyek arra engednek gondolni, hogy a cholesterin mellett még más

anyagok is előidézhetnek primaer hypertoniát, például talán fehérjehasadási termékek, melyek talán a máj functiozavara (terhesség), vagy talán anatomiailag meg nem állapítható veseelváltozások (secundaer Romberg) következtében tökéletlenül bontottak el vagy választódtak ki, avagy talán ritka esetben a vasomotoroközpont felől primaeren váltódik ki. Általában nem mulasztja el nyomatókusan hangsúlyozni, hogy a cholesterin csak egy, jóllehet igen gyakori és fontos tényező a genuin hypertonia keletkezésében. Glomerulonephritisben és következményes állapotokban a hypercholesterinaemia nem kifejezett (itt fehérjehasadási termékek hatnak az arteriák contractióis ingereivel szemben sensibilisatorként). Migrain és castratio, mint a hypertonia előfutárjai, valamint a fiatalokú hypertoniások azt mutatják, hogy a hypertonia keletkezésében a cholesterinmegszaporodás a primaer jelenség.

A hypercholesterinaemia terhességben, nephrosiban és mechanikus ikterusban nem vezet hypertoniára, mert ezekben chemiailag, főleg physico-chemiailag egészen más milieu van, ami lehetővé teszi a cholesterinnek az erek falába való fokozott resorptióját és az izomrostok „Entquellung“-ját. Nephrosokban és hypertoniában az erek falán végzett cholesterinmeghatározások igazolják ezt, de a különböző adrenalinérzékenység (nephrosiban és ikterusban csökkent, hypertoniában normalis vagy fokozott) is emelt szót.

Diabetesben — a fiatalokú, alacsony vérnyomással járó esetektől eltekintve —, köszvényben, elhízásban, valamint a primaer izolált véredénygörcsessel járó betegségekben (migrain, intermittáló sántítás, angina pectoris, Raynaud), a hypertoniások hypercholesterinaemiájával analog, erre hajlamosító serumcholesterinmegszaporodást mutatnak. Primaer, constitutiós hypotonia és secundaer infectiós hypotonia gyakran jár alacsony serumcholesterintartalommal.

A hypercholesterinaemia gyakran keletkezik az endokrin mirigyek — ivarmirigy, pajzsmirigy — subfunctiója mellett, de arteriális hypertensio csak rányerve kedvező, az endocin-rendszernek, a vegetatív idegrendszernek és az ionmilieunek bizonyos körülményei között keletkezik, intact szív esetén.

A hypercholesterinaemiának sokféle oka lehet: májfunctiozavar (terhesség), a sejtfallipoidok fokozott fellazulása (narkosis, nephrosis?), fertőzés utáni reactio és végül primaer anyagcserezavar (diabeteses lipaemia). Serumfehérjékhez való fokozott kötése is okozhatja.

A hypertonia kifejlődésére a hypercholesterinaemia kívül még más körülmények is döntő fontosságúak: 1. a cholesterintartalomnak a lecithintartalomhoz való viszonya (ez genuin hypertoniában úgy látszik nincs a lecithin javára eltolódva) és 2. a serumfehérjékhez való viszonya. A fehérjéknek az érfalak tonusára való direct hatásának jelentőségén kívül a cholesterinnek a serumból való direct kirázhatósága eredményéből arra lehet következtetni, hogy ellentétben a tiszta genuin hypertoniával és a diabetezzel, nephrosokban, infectiók után és a graviditas késői hónapjaiban a globulinfractiók és az euglobulin megszaporodásával a serumban fokozódik a védő colloidhatás. A hypodrophob cholesterin mennyisége tehát a magas fehérjetartalomnak megfelelően csak relative szaporodott meg.

Előmozdítják a hypertoniát az életkorral járó physiologiás, öregkori „Entquellung“ és a hypertoniások serumának besűrűsödése.

A hypertoniások constitutiójában sok olyan tulajdonságot találhatunk még, amelyek sejthártyáiknak általános túltömítésére utalnak. Így az érvágás utáni abnormis reactio, stenias habitus, elhízásra, hyperglobuliára való hajlam stb.

Ezen elméleti okoskodásokra felépített azon kísérlet, hogy emberen a rhodan anion és a kalium kation által a fokozott vérnyomást leszorítsuk, kiváló eredményei mutatják, hogy mily döntő fontossága van a hypertonia pathogenesisében az ionantagonizmusnak is és hogy a cholesterin okozta érfalhypertonust erősen duzzasztó anyagok képesek megszüntetni. Láz — a mesterséges is, pl. kéninjekciók után (Rusznjak) —, az arteriák izomrostjaiba történő fokozott vízfelvétel útján hasonlóképpen hat.

A cholesterinanyagcserezavar tehát a hypertonia kezelésében is számításba veendő. A physico-chemiai beavatkozásokon kívül cholesterinszegény étrend! Hús, sok zsír, tojás eltiltandók. Emellett természetesen a gyógyszeres kezelést sem nélkülözhetjük. *Arady dr.*

Sebészet.

A feregnyúlvány műtéti invaginációja. *Schaefer.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 29. sz.)

1921-ben *Hofmann* a feregnyúlvány csonkítása helyett a sokkal aseptikusabb invaginációt ajánlotta. Ezenkívül 1922-ben (Zentralbl. f. Chir. 9. sz.) azt ajánlotta, hogy appendicitis phlegmonosánál, ha a bélfallal erősen beszűremkedett és az invaginatio másképpen nem végezhető el, előzetesen a feregnyúlvány savós hártája lefejtendő. *Schaefer* 250 esetben invaginálta a feregnyúlványt és tapasztalatait a következőkben foglalta össze:

a) *Invaginálható a feregnyúlvány:* 1. Heveny gyulladásnál, ha a savós hártája nincsen beszűrődve, csak az erek belöveltek. 2. Idült gyulladásnál, rohammentes időben. 3. Más műtétekkel kapcsolatban, mint amilyenek a nőgyógyászati műtétek, melyeknél a megbetegedés oka esetleg a feregnyúlvány; vagy a feregnyúlvány egészséges ugyan, de jól megközelíthető. 4. Oly esetekben, melyek mint heveny feregnyúlványgyulladások kerülnek műtetre, de megállapítható gyulladásos elváltozás nincsen (gastritis, spasmus, bélférgek stb.).

b) *Nem invaginálható a feregnyúlvány:* 1. Feregnyúlványüszkösödésnél. 2. Erős infiltrációs phlegmonosánál. 3. Kis elhegesedett feregnyúlványnál, melynél a lumen kisebb-nagyobb mértékben elzáródott.

Hofmann által ajánlott előzetes savós hártalefejtést a szerző teljesen elhagyta, mivel nem mindig vezetett eredményhez és különben is nehéz és hosszadalmas eljárásnak bizonyult. *Demjanovich K.*

A pajzsmirigy golyvás betegségeinek beosztása párhuzamos kórbonctani és klinikai szempontból. *H. Bürkle.* (De la Camp.)

Szerző tanulmánya *Aschoff* freiburgi intézetének 298 boncolt golyváján alapszik, igyekszik a kórbonctani kép, a klinikai tünetek és az anyagcserevizsgálat eredményei között összefüggést találni. Az osztályozás alapjául az *Aschoff*-féle kórbonctani golyvafelosztás szolgál. Élesen megkülönböztetendő a diffus golyva, mely functionalis hyperplasia és a göbös golyva, mely daganat, szövetfejlődési rendellenesség és többnyire a „központi csatornácskákból“ (a ductus thyroglossus maradványai) származik. Az újszülöttek golyvája a struma diffusa parenchymatosa, a serdülő korban leggyakoribb a struma diffusa coll. makrofollicularis, mely lehet proliferans és non proliferans, az előbbi hyperthyreosissal jár együtt. 10 éven felül található a struma diffusa coll. mikrofollicularis, a struma diffusa parenchymatosa simplex (ritka), a struma parenchymatosa diffusa basedowiana és a struma diffusa coll. basedowificata, valamint a kevert és göbös golyvák. Az utóbbiak közül csak a struma nodosa coll. proliferans és basedowificata hyperthyreosisos, a többi nem. A golyva keletkezésének problémája a diffus golyvával kapcsolatos; a göbös golyva daganatesi-rokból fejlődik, melyek a golyvamentes vidékek pajzsmirigyeiben is megvannak, de csak golyvás vidékeken jutnak az általános pajzsmirigy-túltengés keretében erőteljesebb fejlődésre. Golyvás vidéken az újszülöttnak megnagyobbodott pajzsmirigye van, ez a gyermekévekben visszafejlődik, pubertáskor ismét megduzzad és ez a pubertás-golyva vagy hamarosan visszafejlődik, vagy az egész életen át megmarad. A pubertás-golyva talaján fejlődhetik ki a göbös golyva, mely már sohasem fejlődik vissza. A golyva rendszerint csak a pubertás elmúltával okoz hyperthyreosisos tüneteket. Szövetani szempontból a jódkezelés csak a pubertás előtt és alatt indokolt, mert megnyugtatta a pajzsmirigyet, megelőzheti a göbös golyva kifejlődését.

Valkányi.

Adatok a struma maligna ismeretéhez. *H. Hueck.* (Arch. f. klin. Chir. 1924, 130. köt., 1–2. füz.)

A rostocsi sebészeti klinika anyagából 9 rosszindulatú golyvát ismertet. Szövetani szempontból a Langhans-féle beosztást követi nagyjából s ennek alapján 1 burjánzó golyvát (*Langhans*), 3 carcinomát, 2 cystopapillomát és 3 sarkomát különböztet meg.

A buriánzó golyvát (adenocarcinoma) a ráktól, valamint a cystopapillomát a ráktól 1–1 esetben elég nehéz volt elkülöníteni, míg a sarkomák könnyen felismerhetők voltak. A betegek között 6 nő és 3 férfi volt, 1 a 3., 1 a 4., 2 az 5., 3 a 6., 2 a 7. évtizedben. Nyolcánál megtörtént a gyökeres kiirtás kísérlete, 1-nél csupán próbakimetszés, 5 esetben a műtétet Röntgen-radiumkezelés követte. A 9 beteg közül csak egy van életben, kinél a műtét $\frac{3}{4}$ év előtt történt rák miatt, a többi meghalt, és pedig 1 beteg 10 évvel az első műtét után (cystopapilloma), 2 beteg (sarkoma) $\frac{1}{4}$ évvel, 1 beteg (rák) $\frac{3}{4}$ évvel, 1 beteg (sarkoma) 1 évvel, 1 beteg (buriánzó golyva) 3 évvel, 1 beteg (rák) 4 évvel a műtét után, az utolsónál a halál pontos időpontja nem volt megállapítható. A rosszindulatú golyva 5 esetben okozott biztosan, 1 esetben valószínűleg áttételt. *Valkányi.*

A golyva jólkezeléséről. *Breitner, Orator, Eiselsberg-klinika.* (Arch. f. klin. Chir. 135. köt., 1–2. füz.)

Patkányokon végzett kísérleteket oly módon, hogy a pajzsmirigy egyik lebenyének kiirtása után 8–10 nap múlva a bennmaradt pajzsmirigylebeny colloidtartalmát vizsgálták és azt csökkentnek találták, míg ha az állatnak jódot adtak, akkor a colloid felhalmozódott.

Végeztek továbbá Blauel-Reich-féle kísérleteket. A tracheát selyemszállal leszorították és hat nap múlva az állatot levágták, a pajzsmirigy colloidtartalmát felszaporodottnak találták. Ha ellenben a műtétől kezdve jódot is adtak, akkor a colloidtartalom rendes maradt, sőt még az epithelburiánzás helyenként basedowos képhez volt hasonló.

Ezekből a szerzők azt következtetik, hogy ha a kóros állapot oka a jódhiányban rejlik, a secretum csökkent, vagy fokozott felszívódását egyaránt gyógyíthatjuk jód adagolásával. *Berencsy Gábor dr.*

A recidiv struma kérdéséhez. *Emil Just, Eiselsberg-klinika.* (Arch. f. klin. Chir. 135. köt., 1–2. füz.)

1901–1923. években az Eiselsberg-klinikán 2647 jóindulatú golyvát operáltak. A műtétek gyökeresek voltak 3, sőt olykor a 4 arteria lekötésével, mégis 124 (4,7%) került újból műtetre. Ez a szám középen áll a *Nägeli* 4,1%-a és a *de Quervain* és *Kocher* 6%-a között. A továbbiakban statisztikai adatokat közöl a kiújuló golyvákra különböző szempontokból. Több kiújulás esik nőkre, mint férfiakra; viszont a férfiak hamarabb jelentkeznek, mivel a nehéz testi munka hamarabb okoz a golyva mellett nehézlégzést.

A helyes műtét után jód adagolásával a pajzsmirigy újabb növekedése meggátolható.

Berencsy Gábor dr.

Urologia.

A praerenalis anuriáról. *A. Randall.* (Journ. of Urology 1925 márc.)

Az anuriákat három csoportba osztályozza:

1. *Postrenalis anuria*, melynek oka valamilyen, az uropoetikus apparatusban ülő mechanikus akadály.

2. Az *igazi renalis anuria*, hol a veseparenchyma kóros elváltozása miatt szüntette meg a vese funkcióját.

3. *Praerenalis anuria*, melynél az urogenitalis tractuson kívül álló okok szerepelnek, mint az anuria előidézői. Ezek az okok a veseműködést szabályozó *véredény- és idegrendszerben* keresendők. A vese secretorikus működésére a véredényrendszer részéről, főleg az arterialis vérnyomás bír nagy fontossággal. A secretiós működés kifejtéséhez a vesének legalább is 60 Hg-mm-es vérnyomásra van szüksége; alacsonyabb vérnyomáson a vese nem képes vizeletet kiválasztani.

Ennek illusztrálására egy esetét említi, hol a beteg a functionalis vizsgálat alatt collabált; a collapsus ideje alatt — a csökkent vérnyomás következtében — anuria állott be; a beteg eszméletretérésekor a vese újból kifogástalanul működött.

A glomerulusokban lévő rendes vérnyomás 90 Hg-mm-nek felel meg, mely körülbelül 30–40 Hg-mm-rel alacsonyabb az általános normalis vérnyomásnál. Ez a vérnyomás az idősebb korban fokozatosan emelkedik úgy, hogy a veseműködés is ehhez a hipertensióhoz alkalmazkodik és szokik; ennek következtében öreg embereknel az anuria-küszöb értéke is magasabban kezdődik. Ebben rejlik az idősebb prostatásokon végzett műtétek veszélye. Ezeknél — a nagyfokban distendált hólyag hirtelen kiürítésekor — az ex vacuo

történő vérzés mellett nem egyszer anuria is beáll, melyet szintén a hirtelen előidézett vérnyomáscsökkenés okoz. Hasonló okból jelentkezik az anuria prostatektomia után a postoperatív shockkal kapcsolatban, melynél a vérnyomáscsökkenésen kívül a gyöngye myocardiogrammal bíró szív elégtelen hajtó ereje is közreműködik.

Hogy ezeknek a secretorikus zavaroknak előidézésében az idegrendszer is részes, kétségtelen s a praerenalis anuriák egy másik csoportjának létrejötté éppen az idegrendszer befolyása alapján magyarázható meg. Így a gyakorlatban sokszor látjuk egyoldali ureterelzáródás mellett a másik oldal *reflectorikus anuriáját*, mely nem egyszer mutatkozik más, az urogenitalis tractuson kívülálló idegek insultusánál is (abdominalis műtéteknél, sőt foghúzás után is). Egyes szerzők nőknél — heves lelki emóciók után — *hysteriás anuriát* is írtak le.

Ezek az anuriák — ismerve a vesének splanchnicus-vasconstrictor rostokkal való bő ellátását — *sympathicus-izgalommal* magyarázhatók meg.

A praerenalis anuria létrehozásában a vérnyomás és idegrendszer behatásán kívül még két physiologiai factor is működne közre: a *hypophysis*, mely a veseműködésre gátlólag hat, továbbá egy, a *gastrointestinalis csatorna mucosájában képződő bizonyos fermentum*, mely a diuresis előmozdítaná.

A praerenalis anuriát elkerülendő, a praeventiv intézkedéseket a következőkben foglalja össze: a kellő vérnyomás fenntartása, nevezetesen a *hypotensio elkerülése*, víznek alimentaris absorptiója útján. Minden körülmény távoltartása, mely a splanchnicus izgalmát okozza. Oly dolgok kerülése, melyek a veseműködésre gátlólag hatnak (pituitrin, opiatok).

A therapia: ureterkatheterismus, ha ez hatástalan, decapsulatio. *Dózsa dr.*

A postrenalis anuriáról. *I. R. Caulk.* (The Journ. of Urology 1925 márc.)

E név alatt a *mechanikus* eredetű anuriákat érti. Az anuriák háromfélesége (praerenalis, renalis és postrenalis) közül — a gyógyulás szempontjából — ez az alak mutatja a legjobb prognoszt. Így nem sokáig beékelte ureterkövek eltávolítása után a veseműködés hamar helyreáll; sokkal súlyosabb következményűek az alsó húgyútszak huzamosabb időn át fennálló akadályai (húgyveszűkület, prostata-hypertrophia) származó renalis anuriák, melyeknek oka az előbbi akadályokkal szövődött pyelonephritis.

Az anuria magában mindig komoly állapotot jelent, mely a sebészt nem egyszer megtéveszti azzal, hogy a benne rejlő veszélyt kifelé nem mutatja. Az uremiás tünetek ilyenkor a teljes jólét közepette, hirtelenül jelentkeznek s gyors therapiás beavatkozást kívánnak.

A postrenalis anuria létrejöttét illetőleg a mechanikus akadály fölött retentio képződik a pyelumban, mely ha bizonyos nyomást gyakorol a veseparenchymára, ez a secretiós működést beszünteti. Egyoldali elzáródás mellett — a másik oldal reflexanuriája — a sympathicus útján létrehozott vasomotorikus zavarokon nyugszik; ezek rendszerint enyhébb lefolyásúak s néhány órai fennállás után spontán oldódnak, míg az obstructio által előidézett anuriák csak az akadály eltávolítása után szűnnek meg. Az ureterkatheterismus és pyelographiával kiváltott, múltó anuriák vagy reflectorikusak, vagy a vesemedence nyálkahártyájának az ureter beszűkülésére helyén történt oedémás megduzzadása által okoztatnak.

Szerző az amerikai urológiai társasághoz e témát illetőleg körkérdest intézve, 126 tag közül 40 szerzőtől összesen 94 postrenalis anuria esetéről kapott értesítést. Ezek közül 61 esetben (65%) az akadályt *kő* képezte, ebből 35 esetben (57%) kétoldali közelzáródás szerepelt; 10 esetben (12%) ureterligatura, 6 esetben a parametrium carcinomás infiltrációja volt az akadály. A hátramardó esetben ureterstrictura, infiltráló hólyagcarcinoma szerepeltek.

A therapia a helyes kórismézésen alapszik. Mint-hogy az anuriák ezen csoportjának legnagyobb részénél *vese- vagy ureterkő* szerepel okként, a figyelem elsősorban erre irányítandó. Ureterkatheterismussal és Röntgennel a kő nagysága és localisatiója tisztázandó.

Ha az anuria kórismézett, az ureterkatheterrel való megoldása azonnal megkísérlendő. Az ureterkatheter a kő mellett sokszor felvezethető, vagy vele a kő kimozdítható s a pyelumba feltolható; a retentio lebocsátásával s az ureterkatheternek néhány napra

való fixálásával a rendes veseműködés helyreáll, a vér Rn-je normalis lesz.

Ha az anuria ureterkatheterrel nem oldható meg, a sebészi beavatkozás — tekintet nélkül a beteg látszólagos jó állapotára — feltétlenül indokolt. A végzendő műtétet az akadály természete és a vese állapota szabja meg.

Dózsa dr.

A hólyag sugárgombamegbetegedéseinek felismeréséhez. Weiser. (Zeitschr. f. urol. Chir. 1925, 18. köt., 3-4. füzet.)

A Prof. Hochenegg-klinika egy esetét írja le melynél egy a bélről a praepéritonealis területre ráterjedő aktinomykotikus folyamatról van szó, mely a hasfal számos nagy abscessusához vezetett. Ezen tályogok egyike, mely a praeretialis területre lokalizálódott, ráterjedt a hólyag vertexére és betört a hólyagba. A bor aktinomykosisára oly jellemző multiplex kistalák által lehetséges volt a hólyagaktinomykosis diagnózisát cystoskopiallag felállítani, melyet a pontos mikroszkopos vizsgálat teljesen igazolt.

Ehn dr.

Spermatogenesis az epididymis megbetegedéseinél. M. I. Kukursharold. (Zeitschr. f. urol. Chir. 1925, 18. köt., 3-4. füzet.)

A mellékhere különböző megbetegedéseinél részben operative, részben sectio alkalmával kivett herében 19 esetben végzett mikroszkopos vizsgálatokat a spermatogenesisről illetőleg és vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze:

Az ondóvezetéknek a mellékhere beteges affectiója által történő elzáródásánál a spermatogenesis nagyrészt (75-80%) többé-kevésbé kifejezett; hosszantartó elzáródásánál mindenesetre a regeneratio és nem a degeneratio stadiumában van. Ezért ajánlatos hereműtéteknél lehetőleg conservative eljárni. A Leydig-féle köztisejtek az esetek felében megszaporodnak, de függetlenül a spermatogen elemeknek megfogásától.

Ehn dr.

A sav- és alkalikiválasztási próba beteg vesék functiodiagnosizához. Pannevitz. (Zeitschr. f. urol. Chir. 1925, 18. köt., 3-4. füzet.)

A Rehn által először alkalmazott sav-alkalipróbát 400 esetükben alkalmazták a különféle vesemegbetegedéseknél és tapasztalataikat a következőkben foglalja össze:

Minden glomerularis megbetegedésnél fokozott savkiválasztás, illetőleg lecsökkent alkalikiválasztás észlelhető. Ez az eset fennáll úgy a glomerulusoknak valódi betegségeinél, mint azoknak ideges úton való izgalmánál, indirect laesiójánál (pl. véredényspasmus, vagy concrementumok által). A glomerulusvizelet neutralis. A glomerulusok sérülésénél a kiválasztás úgy sav, mint alkali részére lecsökkent. A sértetlen tubulusok resorbeálják a kevés kiválasztott alkali; a vizelet állandóan savanyú.

Ezzel szemben a tubulus-rendszer megbetegedéseinél fokozott alkalikiválasztás mellett csökkent savkiválasztást lehet észlelni, és pedig szintén nemcsak maguknál a tubulusoknak sérülésénél, hanem azoknak nyomás által okozott indirect sérüléseinél is pyelitis, kő, tumor, hydronephrosis stb. következtében. Tubulus-sérülésnél a közömbös glomerulusvizelet változatlanul hatol át a tubulusokon és neutralisan választódik ki. A próbánál főlegben adott alkali nem szívódik fel, kiválasztódik; ezért lesz lúgos a vizelet.

A glomerulus- és tubulus-rendszer kombinált betegségeinél a kiválasztott vizelet mereven közömbös. A sértült glomerulusfilter a savat és az alkali egyformán visszatartja, a glomerulusvizelet közömbös. A beteg tubulusokon alkali nem szívódik fel, a vizelet változatlanul neutralis marad.

A sav-alkali kiválasztási próba jelentőségét mutatja, mert ez minden más próbánál érzékenyebb és általa a diagnózis szempontjából igen értékes, tipikus adatokhoz jutunk.

Ehn dr.

Patkányokon végzett nephrotomiák vizsgálatai. Ernst M. (Zeitschr. f. urol. Chir. 1925, 18. köt., 3-4. füzet.)

Nephrotomizált patkányvesében szövettani vizsgálatokat végzett és a következőket találta:

A patkányvese gyógyulási tendenciája igen jó, a gyulladás kötőszövetesen történik; tubulusok újképződése lehetséges, glomerulusoké soha.

Helytelen metszés következtében nagyobb regenerációs körzetek léphetnek fel, ez azonban a véredények lehető kiméklésével elkerülhető.

Az operált vesének megnagyobbodása azon alap-

szik, hogy azon húgyesatornácskák, melyeknek alsó részletei a beavatkozás következtében eltolódtak, hatalmasan kitágulnak. Ez az elváltozás nem tartós és a patkánynál körülbelül négy hét múlva visszafejlődik.

A perirenalis szövetbe történő vérzés a capsulának hamaros összetapadása következtében gyorsan megszűnik, ezzel szemben terjedelmesebb vérzés állhat elő a parenchymán belül, a húgyesatornácskák mentén.

Ehn dr.

Szülészeti és nőgyógyászati.

Ártanak-e a Röntgen-sugarak a petének? Kraul (Zentralbl. f. Gyn. 1925, 35. sz.)

Lenz, Opitz és mások számos állatkísérlettel kimutatták, hogy a Röntgen-sugarak károsan hatnak a fejlődő petére. Újabban sikerült Röntgennel a terhességet is megszakítani. Szerző egy esetben hyperpolymenorrhoea miatt kicsiny Röntgen-dosissal (1 nagy hasi mezőben 70% HED, kb. 12% mélyhatás) kezelte a betegét, mire a havivérzések közti időszak megnyúlt. A viszonylag puha sugárzás nem volt szövetromboló hatású, talán csak a gyengén fejlett tüszők mentek tönkre, miáltal az egészségesek normalis ovulációra jutottak. A besugárzás 10 nappal az utolsó havibaj előtt történt, a megtermékenyítés valószínűleg a besugárzás után négy héttel következett be s így feltehető, hogy a kezelés alkalmával már elég differenciált volt a petesejt és a sugarak közvetlen hatása alatt állott. Az asszony érett, egészséges magzatot szült. A Röntgen-sugaraknak káros hatást tulajdonítanak a porcsontrövidekedésre, különösen a koponyáéra (persistáló kutaesok, farkastorok, mikrocephalia stb.), továbbá a központi idegrendszerre (idiotia, mongolismus). Szerző esetében a gyermek teljesen egészséges. Hogy hogyan fog testileg és szellemileg fejlődni, főképp pedig, hogy a 2-3. nemzedékekben esetleg fellépő elfajulást mennyiben okozta a csiraártalom, előre megmondani nem tudjuk. A petefészek besugárzásánál azonban óvatosan kell eljárni, hiszen újabban még a hypophysis és a lép besugárzása kapcsán is rossz következményeket láttak. Szerző tapasztalatai szerint az amenorrhoeáknak és a petefészekvérzéseknek Thaler-szerű kezelése jó szolgálatot tesz. Eddig kb. 150 olyan eset ismeretes, melynél sugaras kezelés után terhesség és szülés következett be minden ártalom nélkül. Azt hiszi, hogy a pete károsítása a Röntgen-sugaraknak kellő adagolásával kerülhető el. A Pehain-klinikán nagy abdominalis mezőben 23-80 cm focus-bőrtávolságban Reiner-Apex-készülékkel 3 mm aluminium-filterrel 70%-át adják a HED-nek, ami mélységi hatásban 1/3 castratiós dosissal felel meg.

Bud dr.

Eklampsziás anyák gyermekeinek sorsa. Neugar-ten. (Zentralbl. f. Gyn. 1925, 35. sz.)

A gyermeket érő szülési traumát az ideggyógyászok sok későbbi idegmegbetegedés okának tartják. Az eklampsziában szenvedő asszonyok magzatai fokozott mértékben vannak kitéve különböző ártalmaknak. Esch statisztikája szerint az összes magzatvesztesség (szülés előtt és után) 40%. Az eklampsia majdnem mindig meghatározott szervártalomra vezet: vérzésekre, nekrosizokra a májban, vesében, mellékvesében és agyban. Mivel a magzatnál az eklampsia hasonló kóros elváltozásokra vezethet, feltehető, hogy az életben maradt magzatok már betegen kerülnek az extraterin életbe. Ehhez járul még, hogy ezek rendszeren koraszülöttek, kik fokozottabban vannak kitéve a szülésalatti ártalmaknak, miket a narkosis, venaesectio, esetleg műtét hoz magával. Az asphyxiában született gyermekek közül az első évben sokkal több hal el. Az eklampsziások gyermekei gyakran születnek asphyxiában, ezeknél gyakori a táplálkozási zavar s nem egyszer kapnak pneumoniát. A düsseldorfi klinika 9 évi 123 eklampsziás gyermeke közül 81 hagyta el élve a klinikát, azonban csak 30 gyermek későbbi sorsáról sikerült tudomást szerezni. Ezek közül 6 elhalt intercurrents betegségben, ez azonban alig hozható összefüggésbe az anya eklampsziájával. Az életben maradt gyermekek általában koruknak megfelelően jól fejlettek s szellemileg is minden tekintetben normalisnak mondhatók, feltűnő nervositás vagy göresős állapot egyénél sem fordult elő. Összefoglalva azt lehet mondani, hogy eklampsziás anyák gyermekeinek sorsa nem kedvezőtlen. Azon megbetegedések, melyeket a neurologusok causalis összefüggésbe hoznak az eklampsziával, nem vezethetők vissza az anya megbetegedése okozta fokozott dispositióra.

Bud dr.

Philipp-féle virulentiapróba eredményei a gyermekágyban. P. Hadewald. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 3-4. füz.)

Bár egészséges terhesek hüvelyváladékában is találhatók olykor streptococcusok, mégis a gyermekágyi láz kórokozói között ezek a legveszedelmesebbek. Ismeretes, hogy ezen coccusok között vannak ártalmatlanok és vannak a szervezetre nézve pathogének. Schottmüller és mások is a haemolysist vették a virulencia mértékéül, ez azonban nem igazolódott be. A Ruge-Philipp-féle eljárás időt vesz ugyan igénybe, de az eddigieknél tárgyilagossabb és megbízhatóbb. A köznigsbergi klinika anyagán a Philipp eljárása szerint végzett vizsgálatok szintén kedvező eredményeket mutattak. Gyermekágyi láz esetében végzett Philipp-féle eljárás eredményei az esetek igen nagy többségében a klinikai képpel teljesen egyező volt, sőt sokszor a klinikai tüneteknél biztosabb és helyesebb prognózis felállítását tette lehetővé.

Schürger dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Methoden der bakteriologischen Untersuchung von Nahrungsmitteln von Walter Gaetgens, Hamburg. (Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden von Geh. Med. Rat Prof. Emil Abderhalden. Abth. IV. Angewandte chemische und physik. Methoden, Teil 8, Heft 6.). Urban und Schwarzenberg, 1925. Gr. 8°, 505 oldal (17 rajzzal). Ára 21 Márka.

Azt hisszük nem sokat mondunk, azt állítva, hogy az ismert hamburgi szakembernek, Gaetgens tanárnak ezen könyve éppen olyan nélkülözhetetlen laboratoriumi kelléket fog képezni, mint Abderhalden egész gyűjteményes munkája, melynek részét képezi. Hiszszük ezt különösen azért, mert, eltérőleg több hasonló irányú könyvtől, különösen kidomborodik benne az orvosi szempont, ritka teljességben felsorolva és hatásukban is ismertetve, nemcsak azon pathogen baktériumokat, melyek itt-ott eddig meg-megtaláltak különböző tápszerekben, hanem azokat is, amelyek alkalmilag bennök előfordulhatnak és fertőző betegségeket okozhatnak. Emellett figyelemmel van szerző a tápszerek stb. olyan változásaira is, melyek anélkül, hogy éppen közvetlenül betegségeket okoznának, mégis azoknak értékesökkenését jelentik.

A könyv ugyan a bakteriologiai methodika leg-
elemibb részeinek ismeretét feltételezi, de minden egyes esetben részletesen tárgyalja a célravezető eljárásokat úgy, hogy az adott utasítások teljesen elegendők, hogy azok után a laboratóriumban dolgozhassunk. Különben a könyv utolsó két fejezete részletesen ismerteti a festékdátokat, festési eljárásokat és a táptalajok készítését, amit olyanok is örömmel fogadhatnak, akik nem kezdők bakteriologiai vizsgálatok terén.

A könyv beosztására és tartalmára vonatkozólag ezen a helyen csak annyit emelhetünk ki, hogy a tápszereket állati- és növényi eredetűekre osztja fel, az utóbbiakba beleértve az alkoholos italokat, az ecetet, a fűszereket, továbbá a kávé, cacao és teát is. Külön fejezetben foglalkozik a vizek, ásványvizek és a jég bakteriologiai vizsgálatával. Mindenütt nemcsak a tulajdonképeni bakteriologiai vizsgálati módszereket írja le, hanem természetesen a próbavétel és szállítás mikéntjével is tüzetesen foglalkozik.

A könyv mintaszerű kiállítása hozzá fog járulni annak széleskörű elterjedéséhez, melyet — amint már a bevezetésben mondtuk — teljes mértékben megérdemel.

Liebermann.

Magyar Anyák Naptára 1926. Az „Országos Stefánia-Szövetség az Anyák és Csecsemők Védelmére” kiadásában Keller Lajos, a szövetség ügyvezető-igazgatója, szerkesztésében sok hasznos tudnivalót tartalmazó naptár jelent meg. A naptár ára 12.000 korona.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület okt. 24-i ülése.

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Gerlóczy Géza.

Bemutatás.

1. Molnár Tibor: *Tetragenus-sepsis autoraccinával és vértransfúzióval kezelt esete.* (Kézirat nem érkezett be.)

2. Safranek János: *A hypopharynxból a külső nyakizmok közé fúródott varrótű.* 65 éves szakácsnőnek kórházi felvétele előtt 6 nappal állítólag egy csontdarab akadt meg bázisíngájában; a vidéken végzett vizsgálat s a Röntgen-átvilágítás negatív volt. Hat nap múltán egyik klinikán a bal sternocleidomastoideus felett lobos duzzanatot s a gégebemenetben vér-alvadékokat találtak, idegentestet nem, a Röntgen-átvilágítás itt is negatív volt. A kórházi felvételnél a beteg elesett, véres nyálkát köhög fel, hőmérséke 38,6°. A bal sternocleidomastoideus vastag köteg alakjában domborodik elő, az egész bal oldalsó nyaktájék lobosan duzzadt, nyomásra fájdalmas, a fájdalomsság maximuma a fejbiccetű közepén van, ahol a környezet deszkakeményiségével szemben kis elpuhulás érezhető. Idegentestet endoszkopias vizsgálattal sem lehet találni, a hypopharynx nyálkahártyája, főleg mellül, oedemás, a bal rectalis piriformis szélén időközönként egy-egy véresebb jelenik meg. A Röntgen-felvétel szerint a nyak bal oldalán az izomzatban csonthoz hasonló rajzolatú, 4 cm hosszú, gyufaszálvastagságú idegentest (csontdarab?) látható. Külső széles feltárás alkalmával a fejbiccetű közepéről bűzös geny buggyant elő, ehelyett az izomban galambtojásnyi tályog volt, melynek fenekén az idegentest hegye bukkant elő, mely fel-, hátra- és a középvonal felé, közvetlenül a nagyerek felett elhelyezkedett varrótűnek bizonyult, melynek mentén a hypopharynx mellső falához lehetett jutni. Nyitott sebkezelés mellett a további lefolyás síma volt, a beteg csakhamar láztalanra lett, a harmadik naptól fogva per os jól táplálkozott s nemsokára meggyógyult. A rendkívül szerencsés lefolyású eset curiositásán kívül tanulságos is, mert memento gyanánt szolgál, hogy az idegentestek esetében mennyire óvatossá kell lennünk negatív lelet esetén s hogy ily esetekben a Röntgen-átvilágítással nem szabad megelégednünk.

3. Rihmer Béla: *Kétszeri sikertelen műtét után Fischer szerint eredményesen operált hypospadiást.* 11 éves fiúnak a csüngő rész tövéig terjedő húgycsőhasadását vidéken már kétszer sikertelenül operálták. Bemutató a Fischer-féle műtét módját kísérelte meg; a húgycső nyitott vajúját felkészítve, csővé összevarrja és a scrotumon egy hosszirányú sebet kétszítve, a penist abba belevarrja, a begyógyulás után a két varratot párhuzamos metszést ejt. A penist felpreparálja és a sebszéleket egyesítve az összevarrt húgycsővet a scrotum bőrével fedi. Sympathikus volt előtte a műtét, mert a scrotumba való beágyazást maga is végezte. Így bemutatott itt phalloplastikát, a háborúban pedig egy a felső és alsó húgycsőfalat teljesen elpusztító lövés okozta húgycsőhiányt úgy akart pótolni, hogy a penoscrotalis nyílás két oldalától előfelé párhuzamosan a scrotumot bemetszette és a penist ebbe belevarrta. A begyógyulás után két párhuzamos metszéssel az előbbi varratszéltől ½ cm-re a scrotumot bemetszve az egészet most felpreparálva és a penis felett a bemetszett széleket egyesítve, kapta volna meg a húgycső új alsó falát. A golyó a scrotumot is érte és a hegében a varratok nem tartottak. Mindig cystostomiával deviálja a vizeletet. A Fischer-féle műtét alkalmas azon esetekben, amelyekben a Duplay-féle műtét indikált, ha a felső fal heges és fel nem készíthető, a saját methodusát ajánlja. A 2-3 cm-nyi hypospadiást Beck-Hacker szerint lehet operálni.

Fischer Aladár: Eljárását a Magyar Sebésztársaság 1921-i nagygyűlésén ismertette először, majd a Gyógyászat és Zentralbl. f. Chir. 1922-i évfolyamaiban írta le. Még a módszer ismertetése előtt két esetet operált ezen eljárással, két másik esetét segédorvosa, Deutsch Imre közölte. Azóta még két esetet operált, egy esete most várja a műtét második szakaszát, Eljárásának lényege az, hogy a vizeletnek perinealis sipolyon való levezetése után a hiányzó húgycsőrészlet pótlandó alsó falának belső hámos, hogy úgy mondjuk, nyálkahártyafelületét a penistről vett két befördített lebennyel képezi, a külső bőrfelületet pedig úgy nyeri,

hogy az egész sebes penis felületét beágyazza a fölsebzett scrotumba. Miután a penis és scrotum összetapadtak és a bőr vérellátása mindkét oldalról biztosítva van, a penist és scrotumot újra szétválasztja, miközben a scrotum bőréből annyit hagy a penisen, hogy ezáltal a húgyeső alsó falát fedő bőr pótolható. A siker biztonságát az adja, hogy nem rosszul táplált lebenyekkel, vagy bizonytalan sorsú szabad transplantátumokkal dolgozik, hanem a vérrel bőven ellátott scrotumba ágyazza be a plastica egész területét. Eljárása nemcsak a hypospadiasis gyógyítására, hanem a pars pendula urethrae szerzett defektusainak pótlására is alkalmas.

Előadás:

Bókay János: *Mikor operáljunk croupnál s intubációs eredményeim két évnél fiatalabb croup-betegeknél.* Az operatív beavatkozást indikálva látja akkor, midőn a stenosis már állandó lett s oly fokot ért el, hogy a gyermek küzdeni látszik a kezdődő fulladozással. Így járt el 2000-et jóval meghaladó intubációs eseteinél. Utolsó 10 éves anyagában 462 stenosisos esete közül 228, azaz 47% elkerülte a műtétet, 234 esetén pedig *principális elsődleges* intubatio végeztetett 68% gyógyulással. Hangsúlyozza, hogy elsődleges légesőmetszést ezen időszakban egy esetben sem explorált s a másodlagos légesőmetszések számát 6%-ra leszorította. Ha operált s nem operált croup-eseteket összesíti, a gyógyulási százalék 80%. Az operált croup-betegek gyógyulási százaléka talán elsősorban attól függ, hogy a beteganyagban a két éven aluliak mily százalékban szerepelnek. Előadó utolsó 10 éves operatív anyagában 2 év alatti korban (102 eset) a gyógyulási százalék 51% volt. Míg a 2 éven felüli korban (132 eset) 81%. Míg egy éven aluli műtött gyermekeknél 39½% volt a gyógyulás, addig a második évben a gyógyulás már 56½%-ot tett ki. Ha operált és nem operált croup-eseteket összesíti, úgy a gyógyulási százalék az első életévben 54%, a második életévben 70½%. Mindezen adatok azt igazolják, hogy a *principális elsődleges* intubatio 0–2 évig éppoly jogos, mint a 2 éven túli croup-betegeknél, ahol előadó intubációs gyógyulási százaléka ezen idő alatt 81½% volt.

Gerlóczy Zsigmond: A serumtherapia óta több mint 30 éven át sok ezer croupos betegen szerzett tapasztalatainak oly statisztikai összeállításával nem rendelkezik, amely a 2 évnél fiatalabb croupos betegeknek operatív eredményeit az előadóval összehasonlíthatóvá tehetné. 1894-től 1913-ig a sz. főv. Szent László-kórház feldolgozott diphtheria-anyagának táblázataiból megállapíthatja, hogy a 2 éven aluli kóros csoportban mennyi gégeszövődmenyes eset volt, s ezeknek mekkora volt a gyógyulási arányszáma. Az ő eredményei (átlag 50% gyógyulás) nem olyan jók, mint *Bókayéi*, de a közkehlési esetek között jóval több van olyan, aki elkésve kerül be, s aki már kórházba hozatala után 24–48 órán belül meghal. Föltétlenül az intubatio híve. E műtét behozatala óta primaer tracheotomiát nem végeznek croupos betegen, hanem csak intubatiót. Secundaer tracheotomia a serumtherapia első éveiben 4–5 akadt évenként. Ezek közül legjobb esetben csak a fele gyógyul meg. Érdekes eseteket említ föl a protrahált intubatio kedvező eredményeiről. Volt 2–3 éves gyermek, akinél 300–400 órán át tartó tubage-tartam után gyógyulás következett, sőt egy esetben 600 órai tubus-tartam mellett gyógyult a beteg. Egy négyhónapos csecsemőt 12 napi tubage-tartam után, mert a tubus eltávolítása után mindenkor csakhamar fuldoklás veszedelmébe került, tracheotomizálni akart, de az anyja nem egyezett bele, s ez a csecsemő fokozatosan több-több órán át tubus nélkül maradt, végre három hét múlva teljesen meggyógyult.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának október 23-i ülése.

Elnök: **Tauffer Vilmos.**

Jegyző: **Horváth Mihály.**

Tauffer elnök: Tisztelt szakosztály! Melegen üdvözlöm a szakosztály tisztelt tagjait az új munkaév ez első ülése alkalmával. Örömmel jelentem, hogy a Magyar Nőorvosok Országos Kongresszusa szeptember hónapban nagy érdeklődéssel folyt le és igazolta a vára-

kozást, mellyel elibe tekintettünk, amint arról az Orvosi Hetilapban épp mostanában megjelenő tudósítás tanúságot teszen. A tárgyalások során meggyőződünk, hogy mennyire hasznos és hézagpótló az ily időszakos országos összejövetel, mert ez az egyetlen alkalom, ahol és amikor hazánk szétszórta központjaiban egyetemek és kórházakban esőndben munkálkodó, sokszor fiatal munkatársainkat személyesen megismerhetjük és törekvéseiket méltányolni tanuljuk. Másrészt tapasztalás alapján vonhattuk le a különben régi megállapított igazságot, hogy országos kongresszus mellett okvetlenül szükségünk van a Királyi Orvosegyesület nőorvosi szakosztályára is, mert a kongresszus a nagy tárgyhalmaz és az aránylag rövidre szabott idő keretében, a napirend felborítása veszélye nélkül, teljesen lehetetlen valamely fontos kérdésnek kellő nyugalommal és elmélyedéssel való tárgyalása, amint azt épp *Scipiades* tagtársunknak a genitálék helyzetváltozását (a prolapsust) illető referációjával láttuk. Ez volt az indítók, hogy szakosztályunk elnöksége örömmel adott alkalmat *Scipiades* tagtársunknak, hogy nagyfontosságúnak felismert tanulmányát mai ülésünkön egész terjedelmében előadhassa. Örömmel konstátalom, hogy ez intézkedés viszhangra talált, abból is, hogy ülésünkön több mint hetven tagtársunk vesz részt.

Van szerencsém az ülést megnyitni és felkérem *Scipiades* tagtárs urat előadásának megtartására.

Előadás.

1. Scipiades Elemér: *A méh kóros helyzetváltozásainak kezelése s annak elméleti alapjai. 1. Elméleti rész.* Az irodalom a medencefenék statikáját illetőleg eddig csak 1. a méh függesztőkészületeiként felfogott szalagoknak; 2. a retinaculum uterine; 3. a fascia endopelvinának; 4. a szarainak lefutását és közöttük lévő nyílások mikéntjét illetőleg helytelenül elgondolt levator aninak; 5. a diaphragma urogenitalenek, végül az utolsó négyvel együtt a kismedencebeli szervek támasztókészületeknek tekintett gátizomzatnak tulajdonított jelentőséget. Ezeknek is úgy, hogy közöttük a főszűrt egyszer — mint *Küstner* és *Martin E.* — a kötőszövetes apparátusra, máskor — mint *Halban* és *Tandler* — az izomapparátusra helyezte. Eddig nem ismerték fel a kismedencebeli szervek egyensúlyi helyzete szempontjából tényezőket: 1. a retinaculum uteri és a fascia endopelvina által körülírt medencefenéki belső sajka létezését; 2. e sajka fedélkézének rugalmas tömítő anyagát, illetőleg annak szerepét; 3. ezen sajkában a kismedencebeli csöves szervek izmos kötőszövetes falai által képviselt zsugorító szerkezetet; 4. a trigonum urogenitale miként való fekvését s annak tulajdonképeni szerepét; 5. a centrum tendineum ékjének a rectumot és hüvelyt alátámasztó és azok alsó szakaszait irányukból eltérítő hatását; 6. a fossae ischiorectales zsírékjének a medencefenéki külső sajka oldalait, fenekét és orrát megtámasztó, s azok éppen a kivezető nyílások helyén maguk közé szorító ékjeit, melyeknek hatása a farpofák egymáshoz közelítésével még fokozhatók. Ezek saját új megállapításai.

Ezen új szerkezeti részek bekapcsolása folytán a statikai mechanizmus magyarázatán is lényegesen módosítani kellett. Ezért az egyensúlyozószervek részeinek is új nevet adott. Ezek a kismedencebeli szerveknek: 1. vonzó készületei (ligamenta); 2. a támasztó készületei (fascia endopelvina); 3. felfüggesztő és összefűző készületei (retinaculum); 4. ragasztó készületei (subserosa); 5. ruganyszerkezte (septa); 6. merevítő szerkezte (diaphragma pelvis et urogenitale); 7. feszítő ékszerkezte (centrum tendineum, fossae ischiorectales); 8. zárókészületei (záróizmok, zsugorítóterek, levatorszárak, izomhevederek).

Gyakorlati rész: A méhnek egyetlen kizárólagos, rendes helyzete nincs, csak szabványos alapállása (*Waldeyer*), melybe mindig magától visszatér. Minden olyan helyzet, melyből a méh szabványos alapállásába magától visszatérni nem tud, a szabványostól eltérő helyzet. Ez még nem okvetlenül kóros. Kóros az a helyzet, mely az egyén funkciójának, közérzésének, általános állapotának észrevehető károsodásával járva, gyógyítást igényel. A kóros és nem-kóros helyzetek közti ezen megkülönböztetés durva, csak a gyakorlat céljait szolgálja, de sok vita kiküszöbölésére alkalmas.

Önálló méhhelyzetváltozások.

II. A szabványostól eltérő antelexio-versio. Két félesége van: A) Másodlagos, vagy lobos eredetű (Schultze). Therapia felszívató, esetleges műteti. B) Elsődleges, vagy fejlődési, illetőleg alkati rendellenességen alapuló. Therapia: Bossi-dilatatio.

III. A retroversio-flexio uteri. Létrejövetelének okai két csoportba oszthatók, úgymint: 1. a medencefenék szerkezeti épségének megbomlásából származó; 2. az ebből nem származók. Ezt az éles elkülönítést eddig nem tették meg. Ez a therapiában sok homályosságra, az irodalmi vitákban pedig éles controversiákra vezetett. E fejezetben ezért csak azon retroversio-flexiókat tárgyalja, melyeknek alapoka nem a medencefenék szerkezetének megbomlásában fekszik, mert önálló helyzetváltozásoknak csak ezek tekintendők. Ezek között is még különbséget kell tenni aszerint, vajjon mikor az eset észlelésünkbe kerül, meg van-e köve a retroflexio vagy nincsen.

a) A fixált retroflexiók. Előre ment gyulladás nélkül nem keletkeznek. Ezért is a kezelést is elsősorban a gyulladás, illetőleg annak következményei ellen kell irányítani. Ezen gyógyítóeszközök néha minden panaszt megszüntetnek. Ilyenkor minden további kezeléstől elállunk. Ha a panaszok ennek ellenére is megmaradnak, jogaiba lép a correctio kezelés. Ilyenkor a műteti therapia híve. Ezt is elsősorban a gyulladás és következményei ellen fordítja, aztán Olshausen-Liepmann-féle ventrofixatióval egészíti ki.

b) A mobilis retroflexiók. Ezeknek a panaszok és tünetek felidézését illető igazi jelentőségét kihámozni igen nehéz. A vista tehát minden egyéb próbálkozás nélkül a mobilis retroflexiót correctio kezelésben részesíteni csak akkor jogos, ha kézen fekszik, hogy a panaszokba és jelenségekbe véletlen körülmények sem játszanak bele, s hogy azoknak forrása más, mint a helyzetváltozás, nem lehet. Ha kezelni kell a mobilis retroflexiót, a gyűrűkezelést csak kivételesen, legtöbbször csak kényszerhelyzetben alkalmazza, mert az nem gyógyít, csak takargatja a betegséget s nem engedi a beteget az orvostól szabadulni (Franz). A műteti kezelés híve s mindig az Olshausen-Liepmann-féle ventrofixatiót alkalmazza. Téves az az általánosság vált felfogás, hogy a méhsüllyedés aetiologiájában a retroflexio mindennapos jelentőségű, vagy hogy a retroversio a prolapsus, a retroflexio pedig a collum elongatio felidezésének az előstadiuma.

III. A méh süllyedése és előesése.

Mint egészen új megállapítást szögezi le azon álláspontját, hogy az a folyamat, mely descensust, illetőleg prolapsust idéz elő, elsősorban a medencefenéki függősajka szerkezeti épségének megbomlásán fordul meg. A süllyedés mikéntje, vagyis mechanizmusa pedig attól függ, vajjon a kismedencebeli függősajka szerkezeti épségének a megbomlása a sajka fekeke, vagy fedele, illetőleg egyszerre mindkettő felől indul-e meg. Az első féleség eredményei a Schröder-féle secundaer, a második a Schröder-féle primaer descensus lesz, a harmadik féleség esetén pedig a két előbbi fajta kombinálódik. A kezelésnek két útja van. Az egyik a conservativ, vagyis a gyűrűvel való kezelés, ezt csak szükségből alkalmazza. Ha csak lehet, mindig a műteti therapiát választja. Ezt azonban helyesen csak az tudja alkalmazni, aki a méhsüllyedések minőségét és létrejveteli módját kellően tudja distingválni. Aki azonban helyesen alkalmazza, biztos eredményeket csak azon esetekben tud vele elérni, melyekben a süllyedés a kismedencebeli függősajka fenekének megindult bomlás eredménye, mert az annak rekonstruálására szolgáló műtétek (perineorrhaphia, kolporrhaphia, levator-varrat, collum-amputatio) ma már jórészt kidolgoztaknak mondhatók. Ezen műtétektől is azonban — még ha őket a méh deviatiója kapcsán ventrofixatióval (Olshausen-Liepmann) egészítjük is ki — biztos siker csak akkor várható, ha a süllyedés még a prolapsusig nem fokozódott, helyesebben ameddig még a kismedencebeli függősajka fedele is tönkre nem ment. Az utóbbi esetben ellenben, vagy olyankor, ha a süllyedés a sajátatető bomlásával indult meg, a biztos eredmény mindig kétséges, mert a kismedencebeli függősajka fedélközi szerkezetének (vaginaefixatio, interpositio, előadó által módosított Mackenrodt-műtét) még kevésbé fedelének helyreállítására (collifixatio Bumm, Krull-Tittel-műtét), vagy épp pótlására kellő eljárás-

sokkal még nem rendelkezünk, bár el kell ismerünk, hogy a helyes célnak az empiria a Kielland- és Schubert-féle műtétekkel már — ha elég nagy beavatkozások árán is — elég közelébe jutott. Remélni meri azonban, hogy azon új megállapítások, melyek a medencefenék szerkezetére, a kismedencebeli szervek statikájára és a méhsüllyedések mechanizmusára vonatkozólag tanulmányaiból leszárdottak, a nagyfokú prolapsusok biztos gyógyítására szolgáló új műteti eljárások kidolgozására is termékenyítőleg fognak hatni.

Frigyesi József: Elismeréssel szól az előadó nagy szorgalommal végzett anatómiai vizsgálatairól és előadásáról. Nem kíván az előadó érdemeiből semmit sem levonni, annak dacára, hogy sem a klinikai részben, sem az anatómiai viszonyokhoz fűzött, kissé önkényes, theoretikus következtetéseiben nem ért az előadóval egyet. Az előadás anatómiai része egyetlen új részletet sem említ, úgy véli, hogy az előadó által használt hasonlatoknak a részletekre való kiterjedése és e hasonlatból a medencefenék egyes részeire alkalmazott elnevezések nem a kérdés egyszerűsítésére, könnyebb megértésére fognak vezetni, hanem ha elterjednének, inkább zavart okoznának. Hogy a méh szalagos apparatusát, illetve függesztő készülékét az előadó szerint a méh vonzó készülékének nevezzük, arra semmi szükség nincs és nem is helyes. A Tandler-Halban-féle idézett harántmetszet nem „torzít”, mint előadó mondja, csak más síkját tünteti fel a medence átmetszetének, mint amit előadó használ. Azt sem tartja szerencsés ideának, hogy a retinaculum és a hashártya közti laza zsíros kötőszövetet a kismedencebeli szervek „ragasztó készülékének” nevezi, mert ez sem felel meg a dolog lényegének. Éppúgy kérdéses, hogy érthetőbbé tesszük-e az itteni anatómiai, vagy akár functionalis viszonyokat, ha a meglévő és ismert anatómiai elnevezéseken kívül a „lőmítő anyag”-ot, a „kettős falú függő ágyat”, a „szalagter lemezeket” s a többi kifejezést használjuk, melyek nem egyebek, mint egy hasonlat alapján megalkotott elnevezések, melyek nézete szerint egyáltalában nem alkalmazhatók a medencebeli szervek anatómiai, vagy élettani funkciójára. Annak nincs célja, hogy a medencefenék izomzatát az előadó szerint „merevítő készüléknek” nevezzük. A fossa ischio-rectalis zsírszövetének nincs meg az a jelentősége és szerepe, melyet előadó új megállapításaként hangsúlyoz. Erősen lesoványodott egyénnek a medencebeli kötőszövet zsírszárának megfogyása bizonyára megkönnyíti kisebb mértékben a medencebeli szerveknek a süllyedését, de a fossa ischio-rectalis zsírja, ha bármely okból tönkre megy, ebből előesés, vagy méhsüllyedés sohasem lesz. Nem játssza a kismedencebeli szervek csöveinek lefutása, sem a medencebeli szervek statikájában az előadó által vélt szerepet, mert sem egy húgyúskiirtás, sem egy rectumamputatio következményeként prolapsus nem szokott bekövetkezni. A méhhátrahajlásokat szülő is csak akkor kezeli, ha azok tüneteket okoznak. A pessarium-therapia, még ha félévnél tovább tart is, megkísérlendő és tisztán a betegről függ, hogy operáltatni akarja-e magát, vagy a pessarium-kezelést választja. Pessarium ugyanis nem takargatja a bajt, hanem korrigálja a méh helyzetét. A Schultze-féle narkosisban való felemelés megfelelő helyen és szakértelemmel alkalmazva régen bevált módszer és bár ma természetesen ritkán kerül rá a sor, nem indokolt az eljárásra, mint az előadó teszi a „vakmerőség” kifejezést alkalmazni. Mobilis retroflexióknál az Alexander-Adams-féle műtét, fixált retroflexióknál a lanarotomia s a Doleris-féle műtét van helyén. Az előbbinek végleges eredményei éppoly jók, mint az utóbbinak, mert az Alexander-Adams-féle műtét is az uterinalis végéhez közellevő, tehát éppoly vastag részét rögzíti a görgetegszalagnak, mint a Doleris-féle műtét, de viszont sokkal kisebb beavatást képez. Alkalmazása azonban az Alexander-Adams-féle műtétnek sokkal kisebb körre szorítkozik, mert sokkal ritkább esetben kell a mobilis retroflexiót korrigálni, mint a rögzítettet. Az Alexander-Adams-műtét szemben a ventrofixatióknak nagy beavatkozások. A ventrofixatiók közül minden esetben a legegyszerűbb a Doleris-féle műtét, melyről a szülő nem hiszi és nem tapasztalta, hogy a műtét lényegében van az oka az előadó által említett hasfali abscessusoknak.

A teljes méhelőesés gyógyítására sem a ventrofixatio, még kevésbé alkalmas az Alexander-Adams-műtét. Szólok szerint a vaginalis műtétek közül a célra legjobban bevált és különösen nagy cystocelekkel járó esetekben előnyben részesítendő a Schauta-Wertheim-

féle interpositio. Szólv 100 esetben végezte igen jó végleges eredménnyel. Az előadóval ellentétben megvan győződve, hogy nem teljes méhelőeséseknél éppoly jó eredményeket fog adni a vaginaefixatio is. Úgy mint az előbbi műtétnek kiegészítő része, a gátnak alapos reconstructiója, a medencefenéki izmoknak, levator ani, transversus perinei profundusnak varrásával együtt. Ezen izmoknak varrása nélkül végzett kolpoperineorrhaphia csak kisebbfokú hüvelyfalsüllyedéseket tud gyógyítani. A vaginaefixatió az a módja, melyet előadó említ, nevezetesen a mellő peritonealis tasak megnyitása nélkül végzett vaginaefixatio nem adhat jó végleges eredményt. Régen abbahagyták. A Bumm-féle collixiatióval egyáltalán nem szerezte az előadó által szerzett jó tapasztalatokat s ezért el is hagyta. A Neugebauer-Lefort-műtét a technika, asepsis és localanaesthesia mai állásponjtában igen kivételesen jöhet alkalmazásba, mert még a magaskorú betegeknek is a célnak s az antomiai viszonyoknak jobban megfelelő, bár nagyobb beavatkozásokat is el lehet végezni. Igen leromlott, gyenge betegeknek végzi, de akkor a két hüvelyfal megfelelően felsebbzett részének varrás útján való egyesítésével és nem a Mackenrodt, majd Scipiades által ajánlott drainezéssel, mert ahol ellenállást akarunk elérni, ott a varrás útján elért heg eredményesebb, mint a sarjadzás útján keletkezett.

Schmidlechner Károly: Teljesen csatlakozik *Frigyes* hozzászólásához, ezért a részletesebb hozzászólástól eláll.

Tauffer Vilmos: *Scipiades* előadásának lényegét antomiai és mechanikai tanulmányában látja, melyet elismeréseméltó nagy szorgalommal és szigorú logikával végzett, s amelyet valódi élvezettel hallgattunk végig. Ha theoriája megállja a tudományos felülbírálatot, úgy alkalmas lesz arra, hogy nyugvópontot juttasson egy nagy, évtizedek óta vitatott kérdést, másrészt alkalmas lesz arra, hogy egész sorozat kérdésben új vizsgálódást indítson meg, különösen a primaer prolapsusok létrejövételét illetőleg. Továbbá a constitutio, a hypoplasia, az enteroptosis s többi kérdések szempontjából, melyek mind fontos szerepet játszanak a deviatio tanában.

Előadásának második részletét, melyben theoriájának igazolására operatív anyagát retrospective 9 évre vizsgálja, kevésbbé véli meggyőzőnek, mert világos előtte, hogy amikor anyagát feldolgozta, illetőleg betegeit gyógyította és operálta, még nem állott rendelkezésre az épp elmondott antomiai és mechanikus okoskodás, hanem ő maga is (mondniuk) többé-kevésbbé azon empiriás állásponton vesztegelt, mely e kérdésekben általános és ennek dacára úgy ő maga, mint mindnyájan nem lekiesinyelhető eredményeket értek el, amilyenekről csak nemrégiben *Frigyes* is az Orvosegyesület előtt beszámolt. És nem volt okunk eredményeinket kevésre hecsülni. Úgy gondolja, hogy a klinikai tapasztalás *Scipiades* theoriáját illetőleg csak akkor nyerendi el bizonyító értékét, ha azon építve, az évek egy sorozata múltán hozandja eredményeit a tudományos bírálat elé.

Tóth István: Nagyon sajnálja, hogy vis major akadályozta az egész előadás meghallgatásában s így jóformán csak az előadónak nyomatott syllabusa alapján szólhat a tárgyhöz. Műtétei alkalmával nem egyszer tapasztalta, hogy a medencefenékről írott tanulmányok még mindig nem fejtik meg teljesen e csodás szerkezetnek az élőben tapasztalt viszonyait, functióját, bár alaposan áttanulmányozta volt *Halban* és *Tandler*nek e tárgyú kitűnő monographiáját is. Éppen ezért már évekkal ezelőtt figyelmeztette munkatársait, hogy nagyon is érdemes volna ezzel behatóan foglalkozni. Nagy örömmel látja *Scipiades* tagtársnak fáradságot nem ismerő tanulmányát, melyben egészen új nézőpontokat ismerünk meg. Keresni fogja az alkalmat, hogy e vizsgálatokat, amelyeknek értékéről az ellenőrző vizsgálatok fognak majd dönten, maga is részletesen áttanulmányozhassa. Addig is a legnagyobb elismeréssel üdvözlő előadót, hogy e rendkívül érdekes tanulmányt a szakosztály elé hozta.

Scipiades Elemér (zárszó): Tanulmányainak kiinduláspontját ugyanaz a megállapítás képezte, melyet Tóth tanár vont le sajátmagára nézve, nevezetesen: hogy a *Halban-Tandler*-féle elmélet alapján a medencefenék szerkezetét és statikáját kellőképen megérteni nem tudta, továbbá, hogy ezen elméletet az élőben látottak magyarázására sem találta kielégítőnek. Ezért vállalta szívesen a Magyar Nőorvosok Társaságától e

tárgykörből a referensi megbízást is, mert úgy érezte, hogy a méh helyzetváltozások kérdéseiben, kivált biofunctionalis téren, még sok a felkutatni való s mert remélte, hogy, ha azon észleléseket, melyeket e körből, úgy a maga, mint segédei dolgozataiban már itt-ott leszögezett, még újabb tanulmányokkal egészíti ki, talán sikerülni fog az idevágó ismereteket előbbre vinnie.

S mint positiv sikert annyit már is elért, hogy egyrészt a női medencefenék szerkezetéről az antomiai viszonyokat egészen fedő olyan modell tudott készíteni, amellyel hallgatóinak a női medencefenéknek a *Halban-Tandler*-féle leírás után megértetni annyira nehéz szerkezetét, mondhatni percek alatt, a legnagyobb könnyedséggel meg tudja tanítani, másrészt, hogy most előadott biofunctionalis magyarázatai s az ezekből lezúrt új elmélete alapján íme, Tóth tanár első hallásra már sok olyan részletre lát világosságot derülni, melyek a *Halban-Tandler*-féle magyarázatok után még mindig homályban maradtak. S ezekhez azt hiszi, mint további sikert, szabad még elkönyvelnie *Tauffer* és Tóth tanárok mai nyilatkozatait is, melyek dolgozatát olyan nagy szorgalmat igénylő, gondos munkának minősítetik, melynek megállapításait a kritikának is majd sok irányban megindítandó és hasonlóan szorgalmas munkával kell ellenőriznie.

Méltán lepi tehát meg *Frigyes*inek azon vállalkozása, hogy ő, az előadó syllabusának egyetlen rendelő óra üres ideje alatt végzett előadásában már elég alapot velt magának arra találni, hogy a feltárt új megállapításokkal és elmélettel érdemben végezhesen. E könnyed eljárásnak meg is lett aztán a természeteszerű káros következménye és pedig abban, hogy *Frigyes* nem átérteti, de még áttekinteni sem tudván előadó munkáját, egész sorával a meg nem alapozott kifogásoknak és észrevételeknek állott elő. Ezek egyikével előadónak két sántító hasonlatát kifogásolja, holott ezek közül a kismedencebeli sajka példája *Halban* és *Tandler*től, a medencefenékek elzárt hasüreget vízzel feltelt és befödött, szájával lefelé fordított pohárral szembeállító példa pedig, amint ismeretes, a nagy és méltán elsiratott német anatomustól, *Braustól* származik. Előadó csak átvette e hasonlatokat. Másik kifogása szerint nem újak azon antomiai fogalmak sem, melyeket előadó, szerinte, a saját új megállapításaiként sorolt fel, holott a dolgozat ilyen újdonságokul hangszólyozottan régen már ismert antomiai fogalmakból most levont biofunctionalis és mechanikai megállapításokat sorolt csupán fel.

Ami pedig a részleteket illeti, *Frigyes* lehetőleg mindent állít, amit előadó tagad, s mindent negál, amit előadó állít.

Így az antomiai és biofunctionalis rész bírálatánál azt mondja, hogy a medencefenék ürterének és benne a fascia endopelvina lefutásának szemléltetésére nem az előadó ábrája helyes, hanem a *Halban* és *Tandleré*, holott olyan frontális metszet, mint amelyet utóbbi szerzők vázlatos rajza mutat, melybe a hólyag, uterus és az anus lumene egyszerre belesznek, a női medencéről nem készíthető. Nem helytelen a levatorszárak lefutásának s a közöttük levő nyílásoknak az a szemléltetése sem, mely *Toldtól* származik, bár ezt már *Braus* és *Oertel* anatomusok is megállapították. De, hogy mért nem helytelen, *Frigyes* a bizonyítékkal adós marad. A fossae ischiorectales zsírékneinek nincs szerepük, mint előadó állítja, a méhsüllyedések elhárításában, mert, ha ezen ürben tályog keletkezik, s az kigyógyul, utána nem keletkezik süllyedés, *Frigyes* azonban szem elől téveszti, hogy ekkor a fossa ischiorectalisban vaszkos hegek keletkeznek, melyek azt megszüntetik. Az üreges szervek kivezető csöveinek falaiból kialakuló zsalugáterlemezeknek nincs jelentőségük, mint előadó állítja, a méhelőesések akadályozásában, mert ha kiirtjuk is a hüvelyt, nem támad prolapsus, *Frigyes* azonban elfelejti, hogy a kiirtott cső helyén heg keletkezik, mely a régi zsalugáterlemezeknél is vastkosabb.

A klinikai rész kritizálásánál pedig azt állítja, hogy a retroflektált, fixált méhnek narkosisban való fölemelése nem durva eljárás, mint előadó mondja, holott *Bumm* a rectumot szakította ki vele. Schautta meg olyan utóvérzést látott tőle, hogy azt csillapítani laparotomiával volt kénytelen. A gyűrűről *Tauffer* nem állította, mint előadó mondja, hogy undok szerszám, holott ez a magyar nőgyógyászati kézikönyvben *Tauffer* cikkében szóról-szóra olvasható. Nem áll, hogy, mint előadó és *Franz* mondja, a gyűrű nem gyógyít, csak

takargatja a betegséget, holott retroflexiót, melyet a gyűrű emelt volna fel, eddig még senki nem látott. Az Alexander-Adams szerinte jobb, mint a ventrofixatio, holott előadó csak annyit mondott, hogy e két műtét egyforma jó, de az előbbinek hátránya hogy két vagy három, az utóbbinak pedig előnye, hogy egy hasmetszésből elvégezhető. Ventrofixatióval nem lehet prolapsust gyógyítani, holott előadó csak annyit mondott, hogy ha a sülyedés mellett retrodeviatio is van jelen, a medencefenék restitutiója mellett a méhet is ante-fixálni kell, mert ez egyik értékes védelem a sülyedés ellen.

Előadó nem óhajtja a szembeállításokat folytatni, mert azt hiszi, már is kitűnt, hogy ellenérveinek a hozzászóló kifogásaival való szembeállítása szemléltetően demonstrálja, hogy Frigyesi kritikája nem szilárd basisra alapult. Mindaddig tehát, míg a hozzászóló előadót hasonló gondos munka tárgyi bizonyítékaival meg nem győzi elméletének és megállapításainak helytelenségéről, addig előadó azokkal visszakozni nem fog és pedig annál kevésbbé, mert anatómiai, physiologiai, biologiai és physikai szakemberek tárgyalagos véleményéből azt a hitet merítette, hogy munkájával a női medenceszervek statikájának s a méh helyzetváltozások elméletének régen nyugvóponton álló tudnivalóit tényleg sikerült a haladás irányába némileg megmozgatnia.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulatának október 21-i ülése.

Elnökök: Lobmayer Géza és Stern Samu.

Jegyző: Engel Sándor.

Előadások:

1. Földi Elek: *A gócinfectio és oralis sepsis problémája.* (Összefoglaló előadás.) Gócinfectio vagy focalis infectio és ennek egyik formája az orális sepsis, nem általános sepsis. Megjelenése, pathológiája, klinikai tünetei, kórtana és bakteriologiai alapja különbözik mindattól, ami az általános sepsis lényegéhez tartozik. Gócinfectionnak nevezzük, mert a fertőzés gócból indul ki. Ezek a gócek — focus of infection — olyan körülírt területek az egyes szervek szöveteiben, melyek kisebb vagy nagyobb mennyiségben élő, fejlődésre képes pathogen mikroorganizmusokat tartalmaznak. Minden szerv alkalmas talaj fertőző gócek számára. Ezen gócek a bakteriumok inváziója helyén jönnek létre és ott, ha a szervezet ellenállóképesége megfelelő, lokalizálva maradnak, vagy pedig a szervezet ellenállóképeségének csökkenésével a bakteriumok a véráramba kerülve, a primaer góctól távol, secundaer góceket, secundaer megbetegedéseket idéznek elő. Az orális sepsis a focalis infectio pathológiájának csak egyik fejezetét képezi. A szájjár különösen alkalmas talaj fertőző gócek számára. A tonsillák chronikus megbetegedései, gingivitisek változatos formái, a fog periodontiumának azon chronikus folyamatai, melyeket periodontitis chronica granulomatosaival jelölünk, az alveolaris pyorrhoea, kitűnő táptalajt szolgáltatnak bakteriumok megtelepedésére. A focalis infectio Rosenov szerint két bakteriologiai felfelé alapul: az egyik a streptococcus-pneumococcus fajták transmutációja, a másik a bakteriumok elektív localisatioja. Valamennyi szerző a góc vagy focalis infectiók lényegét abban látja, hogy a szervezetben van valahol egy góc, mely gyenge virulentiájú bakteriumokat tartalmaz, mely bakteriumok egy bizonyos elektív localisatiós tulajdonsággal vannak felruházva, és amelyek a vérkeringés útján prae-dilectiós helyükre jutnak, ahol különböző elváltozásokat idézhetnek elő, általános sepsis nélkül. Schottmüller a felfedéseket, melyeken a pathológiának ezen újabb fejezete felépült, nem fogadja el, szerinte a foggranulomák anatómiai helyzetük és szerkezetüknél fogva nem tekinthetők septikus góceknek. Az orbita, Highmor-üreg és az arc genyes megbetegedéseinek a granulomák eltávolításával sokszor teljes gyógyulás áll be. A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a szájjár alapos vizsgálata a többi vizsgálatok közé tartozó fontos momentum.

2. Heks Márton: *A haemorrhagiás diathesisről.* Két csoportra osztható: a) Valódiakra és b) tünetiekre.

a) *Valódiak:* a haemophilia, purpura és a Werlhof-kór. b) *Tünetiek:* az infectiós, intoxicatiós vérzések és a vérbetegségek, valamint májbetegségekkel járó vérzések. A haemophilia: az alvadás zavara, a purpura: érbetegség. A Werlhof-kór: vér- és érfalbetegség. A Werlhof-kór legjellegzetesebb tünete a thrombopenia, ezért nevezik *essentialis thrombopeniának*. A haemophilia leghatásosabb terapiája a *serumtherapia*, a többinek a *calcium*. Werlhofnál a suverén beavatkozás a *splenektomia*. Szóba jön még a lép ingerlő dosisokkal való *Röntgen-beugárása*.

Terray Pál: Felemlíti egy nőbetege esetét, akinél kifejezett volt az érfalak elváltozása, kinél minden injectio után vérömlés támadt. Vesevérzések mellett kifejezett vesegyulladás is észlelt, mely a betegség javulásával elmúlt. Egy másik betegét 16 éven át ló-seruminjectiókkal jó állapotban tartotta, míg egy hasfalí tályoggal kórházi ápolás alá nem került. Itt gerinccoszópát megütötte, nagy vérömlenye támadt, amelyben elvérzett. Ez utóbbi eset sporadus haemophilia volt.

Bemutatók:

1. Markovits Károly: *Ovarialiskő esete.* Fixált retroflexio és kétoldali adnextumor műtéténél a jobb oldali ovariumban nagy mogyorónyi mészkövet találtak, mely az elsajtosodott corpus luteumban lerakódott mészszekből keletkezett.

2. Rajka Ödön: *A Török-Rajka-Wessely-féle capillaris tonometer.* Az új eszköz lényege az objektív lenesére fixen szerelt compressorium, mely domború, optikailag inaktív leneséből áll. Azáltal, hogy a távolság a compressióslencse és a frontlencse között nem változott, elérhető, hogy a capillaris eltűnése a látókörből, annak tényleges összenyomását jelenti. A nyomás mérésére egy a göreső stativja és tubusa közé helyezett mérleg szolgál, melynek egyik karja a tubust tartja. Az eszközzel mért nyomási értékek legkisebbek az eddig meghatározott értékek közül ($\frac{1}{2}$ —1—2 cm H₂O). Gyulladásos területen a capillaris vérnyomás magasabb: megkétszereződik, megháromszorozódik.

3. Böhm István: *Hydrops appendicitis esete.* 41 éves nőbeteg. Kétoldali adnextumor miatt laparotomia. Mint véletlen műtéti lelet: hydrops appendicitis. A feregnyúlvány kezdeti része normalis vastagságú: coecalis végétől kb. 1 $\frac{1}{2}$ cm-nyire egy, a colon felől ráhúzódnak köteg strangulálják. Ettől a helytől distalisán az appendix 8 cm hosszú, jó hüvelyküinyira tágult: üregét egy-nemű kocsonyás anyag tölti ki. Keletkezését előrement lobos folyamathoz magyarázzuk, ennek terméke a stranguláló peritonealis összenövés. Műtét: Amput. uteri supravag. sec. Chrobak. Exstirp. adnex. 1. utr. Appendektomia. Sima gyógyulás.

Lobmayer Géza: Több száz hasi műtétében három ízben fordult elő a feregnyúlvány hydropsa.

Közkórházi Orvostársulat okt. 21-i ülése.

Elnök: Koffler Adolf.

Jegyző: Szeghő Ernő.

1. Molnár János: *Petefészekdaganat csavarodással szövődött köldöksérvekizáródás esete.* 64 éves nőbeteget mutat be, 20 év óta van köldöksérve, 15 év óta méhdaganata, évek óta szenved asthmában. A kizáródott, kb. két ökölnyi köldöksérve miatt végzett műtéténél kint, hogy kb. gyermekfejnyi; elmeszesedett, csontkemény fibromájú és 30°-nyi kocsonyacsavarodást szenvedett. Sima gyógyulás, műtét óta asthmája elmúlt.

2. Kiss Gyula: *Újabb módszer az agyvíz colloid-chemiail vizsgálatára.* Az eddig ismert colloidreakciók bizonyos tekintetben kifogás alá estek. A reakciók elméleti magyarázatát megadni nem tudtuk; ezért keztek egymásután különféle módszerek, amelyeknek eredményei egymással nem egyeznek tökéletesen. Lényeges hibaforrás a colloidoznak változó érzékenysége, főképen azért, mert az érzékenység meghatározására szolgáló előzetes kísérleti eljárások nem elég megbízhatók. Ebben a tekintetben némi haladást jelentett előadónak egy hónap előtt ismertetett módszere, amelyenél a *liquor higitására egy pontosan megállapított só-savmennyiséget tartalmazó desztillált víz használtatott.* Közös elve az eddigi módszereknek, hogy a liquor a kísérleti sorozatban fokozatosan csökkenő mennyiségben van a keverékekben. Az új módszerrel —

éppen úgy, mint a fehérjék isoelektromos pontjának megállapításánál — a liquor minden keverékében egyenlő mennyiségben foglaltatik, nevezetesen 0.05 cm³ (egy csepp) a dosisa. A legelső keverékben a hígító folyadék 1.0 cm³ tiszta víz. A következő keverékek híg sósavval készítettnek, még pedig 0.0005 normal koncentrátiótól kezdve a 0.01 normalig. Minden keverékhez 1.0 cm³ aranyosol adatik. Ezen eljárásnál a normalis liquornak is van reakciós zónája, melynek helye változik ugyan az aranyosol érzékenysége szerint, azonban a pathológiás liquor reakciós zónájának megítélésénél mindig a normalis zóna vétetik alapul. A paralysis reakciós görbéje hasonló jeleget mutat, mint a régebbi eljárásnál. Egyéb pathológiás esetekben a reakciós zóna szélesebb a normalisnál és az eset szerint jobb vagy bal felé eltolódik. A reactio gyorsan beáll és az aranyosol változásai könnyen megítélhetők. Az eljárás elméleti alapjai világosak és gyakorlatilag éppúgy értékesíthetők, mint az eddigi reakciók, melyeknél azonban hibaforrások inkább előfordulhattak.

Sarbo Artúr: Kiss Gyula új módszerében az újítás abban áll, hogy megállapítván a normalis liquor colloidreakcióját, az összehasonlító alapot nyújt a kóros reakciók megítélésében. Eddig a mastixreakciót tartották a legérzékenyebbnek, hibája azonban az volt, hogy a folyamat mineműségére nem engedte meg a következtetéseket, miért is pozitív mastixreakció esetén igénybe vette a Lange és Kiss Gyula-féle módosítású aranyosolreakciót is. Általánosságban colloidreakciók pozitívítása a megbetegedés organos voltát kétségtelenné tette. Már az új Kiss Gyula-féle colloidreakciót is kipróbálta és annak hasznavehetőségéről meggyőződhetett és idevágó bizonyító colloid-görbéket bemutat. Meg van győződve róla, hogy a liquordiagnosztikában Kiss Gyula új colloidreakciója nagy haladást jelent.

3. Torday Árpád: A kóros elhízásról. A kóros elhízásnak familiaris, alkati alakjaival foglalkozik, amelyeknél a regionaer kövérség oka valószínűleg az endokrinmirigyek működési zavarainak tudható be. A gyógy-eljárás is ennek megfelelőleg — miután a megkísérelt diétaes eljárások többnyire sikertelenek — endokrinmirigykészítmények adásából áll. Mindazáltal nem mindig sikerül eredményt elérni és a hatás is többnyire ideiglenes. Pluriglandularis megbetegedéseknél a belső-secretiós mirigyek megfelelő kombinációja indikált. Mellettük, sokszor velük együtt a proteintherapiát is megpróbáljuk mint sensibilizátort e szerek hatásának elősegítése és fokozása céljából.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának október 10-i ülése.

Elnök: Lőte József.

Jegyző: Heiner Lajos.

Lőte József elnöki megnyitójában újból hangsúlyozza, hogy mennyire szükséges nekünk orvosoknak is a magyar nyelv tisztaságára ügyelnünk és igyekeznünk kell jó magyar szavakat meghonosítani a sok idegen szó helyett. Együtt a *Neumann* által kifogásolt „szítató és egészség” szavakra vonatkozólag bebizonyítja, hogy képzésük a magyar nyelv szabályai szerint történt.

Vitéz Berde Károly: *Tapasztalataim az Orsós-féle autovaccináról* címen tart előadást. Az Orsós-féle autovaccinát 22 gonorrhoeás és 24 pyoderma betegnél próbálta ki; megállapította, hogy ezen vaccinának összetétele egymástól igen különböző, annyira, hogy egészséges értékű vaccináról, titerről, egységes mértékű adagolásról e vaccinával kapcsolatban szó sem lehet. A friss és adagolásra kész vaccinának 50%-ában talált élő baktériumokat; a yaten csak napok múltán képes őket elpusztítani, bár virulenciájukat már rövid idő alatt csökkenti. A vaccina alkalmazását az eseteknek több mint felében kellemtelen mellékhatások kísérik (láz, rázóhideg, toxikus erythema, herpes, arthritis). Makacs endometritis gonorrhoeicánál a helyi kezelés folytatása mellett 33%-ban látott közvetlenül a vaccinatio után gyógyulást, vulvovaginitisnél az eredmény teljesen elmaradt. Heveny furunculosisnál a hydroadenitisnél 90%-ban feltűnő rövid idő alatt gyógyulás állott be, míg chronikus furunculosisnál csak 30%-ban. Gyógyeredményei általában mögötte maradnak az

Orsós által közölteknek. Az eljárást elvileg szerencsés gondolatnak tartja, de az általános gyakorlat számára nem ajánlja addig, míg a baktériumok előléréséről tökéletesebb gondoskodás nem történik.

Kühacher a női-klinika gonorrhoeás betegein még kedvezőtlenebb arányban észlelt gyógyulást.

Gelei József: *A ciliumok finomabb szerkezete* című előadásában elmondja, hogy 20-nál több protozoonon, ezenkívül örvény-, kerek-, gyűrűsférgeken, bryozoonokon, édesvízi csigák külbőrén, kagylók kopoltyúján és béltractusának typhlosolisán, valamint csigák bél- és májvezetékén végzett vizsgálatokat. Ennek alapján kétségtelenül eldöntöttnek véli azt, hogy: 1. A ciliumgyökök támasztó elemek. Különleges bizonyíték ehhez az, hogy a stenor ciliumainak és ciliumlemezeinek gyökérszála kivétel nélkül az ektoplasma alatt kialakult vázbrinhalózat szálaira tapadnak. 2. A paramaecium ektoplaszmájában a *Bethe*-féle toluindines eljárással idegcsomóknak, idegszálaknak szabályosan eloszló rendszerét mutatja ki. Minden egyes cuticularis mező közepén, tehát minden cilium tövében egy tigroid csomó van, mely a basalis testet foglalja magába, a neuromák pedig a csomókat hossz- és harántirányban kötik össze. Miután a basalis testek neuroplaszmába vannak beágyazva, a basalis testek szerepére vonatkozó *Koltzoff*-féle statikai elmélet elvetendő, ellenben beigazolódott a *Lenhossék-Henneguy*-féle kinetikus elmélet helyes volta. 3. Osmiumkeverékes rögzítő szerek és timós kalibichromicum, folytatólagosan pedig ammonium-molybdaenicum pác alkalmazása után be nem ágyazott anyagon toluindinos (1:3000) festéssel sikerült kimutatni, hogy a ciliumokban, azok egész szélességét elfoglaló pálcikák, szemcsék vannak beágyazva, melyek a ciliumoknak haránt-csíkolatot kölcsönöznek. Előadó arra való tekintettel, hogy e képletek csakis osmium-peroxydos rögzítésszel tarthatók meg, viszont alkoholos kezeléssel eltűnnek, továbbá, hogy méretben és sűrűségben igen változóak, arra gondol, hogy itt lipoid képletekkel van dolgunk, melyek a ciliumoknak valószínűleg trophikus elemei lesznek.

1925 október 17-i ülés.

Elnök: Lőte József.

Jegyző: Heiner Lajos.

Bemutatás.

1. Machánszky László: a) *Egy átfűródött és graenás féregnyúlányt* mutat be, melyet egy szegedi kártársból operált ki két darab lencsenagyságú bélsárkóval együtt. Jelentéktelen klinikai tünetek mellett már súlyos hashártyagyulladás derült ki a műtétnél. Ez az eset is azt bizonyítja, hogy a legenyhébbnek mutatózó appendicitis mellett már súlyos helyi elváltozások lehetnek általános tünetek nélkül. Tehát biztos kórisme esetén mindig ajánlatos a műtét elvégzése, mert sohasem lehet tudni, mikor vesz veszélyes fordulatot a gyulladás.

b) Másik bemutatott betegénél, aki *epekő*-diagnosissal került a közkörház sebészeti osztályára, a nagy *epeutakból echinococcus*-tömlőt írtott ki.

2. Temesváry Ernő: Háromhónapos flúgyermeket mutat be, akit a gyermekklinika belgyógyászati kezeléssel be nem folyásolható *pylorus-spasmus* miatt tett át a sebészeti klinikára. Az erősen lesóványodott, de különben egészséges gyermek gyomortája erősen ki-domborodott és rajta egy-egy hullámzás volt látható. Műtétnél a gyomor tágnak, feszesnek találtatott és a pylorus táján porekemény gyűrű volt tapintható, amit egy 4 cm hosszú, a nyálkahártyáig hatoló metszéssel oldottak meg. Műtét után még hat ízben hányt a beteg és másnap 40 fokig szökkent fel a hőmérséklete, mely azonban spontán leesett. Jelenleg a beteg rendesen táplálkozik és gyarapszik.

Hainiss Elemér: Csecsemők *pylorus spasmus*-ánál legnehezebb annak eldöntése, hogy mikor indikált a műtét. Ha papaverin adagolása és megfelelő diéta mellett nem szűnik meg a hányás 8–10 nap alatt, akkor feltétlenül szükséges a sebészeti beavatkozás. Késői műtét miatt olyan rossz a műteti statisztika.

3. Hosszú: *Anus praeternaturalis* Haecker-Klein-schmidt szerint operált esetét mutatja be a sebészeti klinikáról, abból az időből, mikor még az idevágó közlemény nem jelent meg.

Előadás.

Ormós Pál: *Adatok az arteriosclerosis aetiologiájához* címen tart előadást. 25 arteriosclerosisos egyén boncolásakor eltávolított sympathicus dúcaiban súlyos elváltozásokat talált. A dúcejték lassú nekrobiotikus folyamattal pusztulnak s a kötőszövet szaporodik. Cholesterinnel táplált nyulak atherosclerosisot kapnak s ezeknek sympathicus dúcejtjei a fentiekhez hasonló elváltozást szenvedtek. Valószínű, hogy az arteriosclerosis kifejlődésében a sympathicus-idegrendszer megbetegedése a legfontosabb.

Jeney Endre megkérdezi, hogy az előadó figyelembe vette-e, hogy nyulaknál elég gyakori az érelmeszesedés.

Válasz: Igen.

Szerkesztő válasza.

Kérdés. Az Orvosi Hetilap 39. sz. (szeptember 27.) *Szirmay Frigyes:* Streptococcusok szerepe stb.-re vonatkozólag, tekintve, hogy Esztergomban néhány scarlatina-eset van, kérem a következő felvilágosításokat:

1. A Dick-oltások a gyakorlatban legalább Pirquet-szerű oltás valószínűségével használhatók, illetőleg alkalmazhatók-e?

2. Ha az oltás pozitív (a skála szerint) védőoltás mivel és hogyan alkalmazandó?

3. Hol szerzhetők be az anyagok az 1. és 2. számúra. Van-e hazánkban gyógyszerár útján megkereshető beszerzési forrás.

Felelet. 1. A Dick-féle oltások értékét bizonyítja az, hogy scarlatina csak igen kis kivétellel fordul elő Dick-negatív gyermekeken, olyannyira, hogy sokan differentialdiagnostikai jelnek veszik a scarlatina nehezen felismerhető eseteiben: Scarlatiniform exanthema legnagyobb valószínűséggel nem scarlatinás eredetű, ha Dick-negatív gyermekeken észleljük.

2. Pozitív Dick-próba esetén a védőoltás Dick-féle toxinnal végzendő. Három oltás szükséges subcutan vagy intramuscularisan. Az oltások kellemetlenségekkel nem járnak.

3. Az oltóanyag egyelőre még nem kapható, mert az eljárás még csak a kísérletezés stadiumában van. Az oltóanyagot *Johan* tanár állítja elő.

Megemlítem végül, hogy Esztergomban már eddig is a gyermekeknek körülbelül 50%-a oltatott a próbával *Dick* szerint, s a másik 50% vizsgálata a legközelebbi jövőben fog megtörténni.

Az oltásokat ott megbízásomból, a népjóléti minisztérium felszólítására, két klinikai segédorvosom végezte, *Johan* tanár felügyelete mellett.

Bókay János.

VEGYES HÍREK

Felkérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése június hó végén lejárt, és a múlt hét folyamán újabb felszólítást kaptak, hogy azt a lap zavartalan szétküldése érdekében még sürgősen megújítani szíveskedjenek, mert ellenkező esetben a lap küldését beszüntetjük. Az előfizetési díj egész évre 300.000, félévre 150.000, negyedévre 75.000 korona.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 október hó 31-én tartandó tudományos ülésének programja: *K. F. Wenkebach* (Wien) egyesületünk levelező tagjának előadása: Über Angina pectoris.

A kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetemen orvosdoktorrá avattattak október 17-én: *Balla Rezső*, *Fajzi Károly*, *Minich József Jenő*, október 24-én *Baján György József Ferenc*. Üdvözljük az új kartársakat.

A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállítását kimondó törvényjavaslatot a nemzetgyűlés október 20., 21. és 22-én tartott ülésében szavazta meg. A rövid, 6 szakaszból álló törvény mindenekelőtt a magyar nemzet halálját fejezi ki a Rockefeller-alapít-

ványnak áldozatkészségeért. Megszabja az Intézet célját. Kimondja, hogy az új Intézet működésének megkezdésekor a központi Bakteriologiai és Közegészségügyi Vizsgáló Állomás megszűnik és felszerelését az új Intézet veszi át. Kimondja, hogy az új Intézeten kívül más intézetek közegészségügyi természetű vizsgálókat hatóságok részére csak a népjóléti miniszter engedélyével végezhetnek. Ez irányú működésüket az Országos Közegészségügyi Intézet irányítja.

A törvényjavaslat előadója a nemzetgyűlés pénzügyi és közigazgatási Bizottságában (a Bizottságnak orvos tagja nem lévén) *Dréhr Imre* nemzetgyűlési képviselő volt. A Bizottság egyhangúlag elfogadta és kimondotta a javaslat tárgyalására a sürgősséget.

A nemzetgyűlésben megszakitásokkal három napon tárgyalták a törvényjavaslatot. Az összes hozzászólók örömmel elfogadták a javaslatot. Hozzászólott két orvosképvisező: *Alföldi Béla* és *Barla-Szabó József*. Mindketten felhívták a nemzetgyűlés figyelmét egyéb közegészségügyi reformok szükségességére is. Ezenkívül hozzászólottak Esztergályos János, Saly Endre, Rothenstein Mór, Malasits Géza, Hegymegi-Kiss Pál, Györki Imre, Rupert Rezső, Kiss Menyhért, Pikler Emil, Szeder Ferenc, Rainprecht Antal képviselők. Vass miniszter ismételt is hozzászólott a kérdéshez és bejelentette, hogy maga is úgy tekinti ezt a törvényjavaslatot, mint a benyújtandó közegészségügyi reformjavaslatok sorának első láncszemét. Beszédjében elmondta az Intézet keletkezésének történetét. Köszönetet mondott a székesfőváros tanácsának és közönségének, hogy ingyen telket adott az Intézet céljára. Beszédében reflektált a vitában elhangzott beszédekre. Bejelentette, hogy a közegészségügyi reformját szükségesnek tartja, s minisztériumában munkában vannak az ez irányú javaslatok. Hozzászólott több képviselő azon kívánságához, hogy az orvosoknak a közegészségügyi közigazgatásban nagyobb hatáskör, rendelkezési jog adassék. Beszédének ezt a részét szóról-szóra közöljük: „...Most nincs helye annak, hogy a nagy kérdés részletes tárgyalásával foglalkozunk, nevezetesen arról van szó, hogy vajjon a jogász képzés és világnézet teszi-e alkalmassá a tisztviselőt arra, hogy adminisztráljon vagy pedig az orvosi képzés is megadja azokat az ismereteket és azt a rávalóságot, hogy az állami adminisztrációnak az egészségügyi részében résztvehessen és imperiumot gyakoroljon. Mondom, ez elvi kérdés, amelynek tudományos irodalma van pro és kontra. Mindenesetre az egyes országokban az adminisztrációban az úgynevezett jogász imperium van gyakorlatban, a jogász képzés tekintetik olyannak, amely annyira általános alkalmasságot ad az imperium gyakorlására hivatottnak, hogy az állam igényeit, valamint az államban összefogott társadalomnak és nemzetnek igényeit legátfogóbb módon a jogász képzéssel lehet megfogni és gyakorlatba átvinni. De itt ezzel a kérdéssel nem kívánok foglalkozni, csak arra kívánok rámutatni, hogy teljesen tarthatatlannak látom ma már az orvostudomány és az orvosi rendszet fejlettségének mai fokán azt, hogy az orvos az orvosi rendszertől, az imperium gyakorlásából majdnem teljesen ki legyen kiveszve. Itt tehát meg kell majd találni azt a közép-arányost, amely egyrészt az állam átfogó érdekeit csorbítatlanul hagyja, másrészt az orvos adminisztráló képességét beleviszi az egészségügyi rendszerbe, mert hiszen ilyen módon a kérdés kétségtől előnyösebben lesz megoldható...”

A nemzetgyűlés általánosságban és részleteiben is egyhangúlag elfogadta ezek után a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításáról szóló törvényjavaslatot.

Az Erzsébet Királyné- és Weiss Manfréd alapítványi Sanatoriumban az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által rendezett tanfolyamra jelentkezők kilencvenen, résztvettek nyolevanan. A hallgatók az előadásokat, a délutáni órákban rendezett betegbemutatókat nagy szorgalommal látogatták, különösen feltűnt, hogy idősebb doktorok nagy buzgalommal jegyezték az előadásokat. A résztvevőknek alkalmuk volt a modern diagnostikai és therapiai eljárásokat gyakorolni, résztvettek a thorakoskopiás, Röntgen, gégeészeti és a sebészeti esetek és műtétek demonstrációjában is. Meglátogatták a katonai József-Sanatoriumot, az Új Szent János-kórház új tüdőbeteg-pavillonjait és a Központi Tüdőbeteg Gondozó Intézetet. Résztvettek az Erzsébet Királyné-Sanatorium orvosi kara által rendezett referáló estén. 15-én este magas színvonalú művészi hangverseny rendezetett tiszteletükre és a befejező előadás után 17-én délután ünnepi ebédet bűcsúztak a tanfolyam előadójától és a sanatoriumok vezetésétől. *Réthy Ede dr.* (Veszprém) és *Pataki Armin dr.* (Székesfehérvár) báró *Korányi Sándorra*, *Fáy Aladárra*, *Ország Oszkár dr.*-ra, az előadókra és segédekre mondott felköszöntője után *Fáy Aladár* kormánybiztos a tanfolyam idősebb résztvevőit (az öreg sasokat) üdvözölte. Majd *Ország Oszkár dr.*, az Erzsébet Királyné-Sanatorium igazgató-főorvosa szólalt fel. Örömmel állapította meg, hogy a tanfolyam résztvevői nemcsak nagy számmal jelentek meg, hanem nagy szorgalommal tanulmányozták a tuberculosos kérdéseit. Követendő példának állította eléjük báró *Korányi Sándor* személyét, aki nagy általános elfoglaltsága közepette is, szakít magának időt, hogy a tuberculosos-kutatást és az ellene való küzdelmet szolgálja, valamint *Fáy Aladárt*, aki tengerész-orvos volt és nagy szorgalommal és alapos tanulmányokkal szerzett oly ismereteket, melyek jogosulták teszik őt a tuberculosos-elleni küzdelem irányítására. A sanatoriumokban észlelt nagy fejlődés és immár az orvosi munkának tökéletes és intensív válsága azt a tanulságot rejti magában, hogy szívós akarattal és nagy munkával a legkedvezőtlenebb viszonyok dacára is eredményt lehet elérni. Kérte a tanfolyam résztvevőit, hogy a példákön okulva, mindegyik a maga körzetében dolgozzék a tuberculosos-elleni küzdelem és a betegek érdekében.

Népszerű előadást tart *Pekanovich István dr.*, kórházi főorvos a physikai intézet előadótermében (VIII. Eszterházy-u. 7.) november 3-án este 6 órakor: „A tuberculosos socialis vonatkozásairól” címen. Vendégeket szívesen lát a rendező Országos Közegészségi Egyesület.

A Budapesti Orvosi Kör az anyagsere megbetegedéseiről rendezett előadássorozatában november 2-án este 7 órakor lesz az „Országos Kaszinó” félemeleti különtermében (IV. Semmelweis-u. 3.) *Lax Henrik*: Az anyagserevizsgálatok klinikai jelentősége címen tart előadást.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., a III. belklinika tanársegéde, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes, II. A vesebetegségek, III. Az emésztőszervek megbetegedéseinek, IV. Az anyagserebetegségek diéta kezelése; az összes diagnostikai és therapiás étrendekkel, egy iv élelmiszer-értéktáblával és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve

75.000 K-ért kapható minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII. Múzeum-körút 6-8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint október 18-tól október 24-ig előfordult:

Hasi hagymáz	20	1	Gyermekágyi láz	2
Küteges hagymáz	—	—	Báranyhimlő	52
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	3
Kanyaró	16	—	Vérhas	11
Vörheny	100	5	Járv. agygerincagyhártyalob	—
Szamárhurut	11	2	Trachoma	22
Roncs. torok, gégelob	22	3	Veszétség	—
Influenza	7	—	Lépfene	1
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

AZ 1926. ÉVI ORVOSI ÉVKÖNYV KÉRDŐÍVEI

már mind szétküldettek. Felkérjük azon t. orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy azt adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) mielőbb pótlólag bekérjék.

„Magyarország Orvosainak Évkönyve” szerkesztősege Budapest VII, Kertész-utca 16. Telefon: J. 106—47.

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

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em. Telefon: 13-98

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József
DAJKA-INTÉZET, VI. Sziv-u. 69. — Wassermannra vizsgált: szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon 93-22.

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

PÁLYÁZAT.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye gyömrői járásához tartozó Üri községben elhalálozás folytán üresedésbe jött községi szülésznői állásra pályázatot hirdetek. Felhívom az állást elnyerni óhajtókat, hogy képetésüket, eddigi alkalmaztatásukat és a kommunizmus alatti viselkedésüket igazolj okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi november hó 10-ig annál inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem. A szülésznő fizetése: 1. Évi 240 aranykorona, havi utólagos részletekben. 2. A szülésnél való közreműködésért esetenként 4 aranykorona. Igazolt szegényeket ingyen köteles kezelni. A választás kitűzése iránt később intézkedem.

Gyömrő, 1925 október hó 14-én.
4834/1925. kig. sz.

Főszolgabíró.

KNORR

Tápióka
Zabliszt
Zabderce
Zabpehely
Sago
Harmatkása

a világmárka, mely állandóan frissen kapható minden
gyógyszertárban, drogueriában és csemegeüzletben.

Vezérképvislet: MIHÁLY OTTÓ győgyárnagykereskedés
Budapest VI, Podmaniczky-utca 42. — Telefon: 122-44.

Opsogon

pol. gon.-vaccina

GYÁRTJA: Dr. PÁPAY-FÉLE OLTÓINTÉZET ÉS SZÉRUMTERMELŐ RT. Budapest VI, Teréz-körút 31. Telefon: 88-00. Sürgőny cím: PÁPAYSZÉRUM.

FŐLERAKAT: HUNNIA-GYÓGYTÁR, BUDAPEST VII, ERZSÉBET-KÖRÚT 56. TELEFON: 15-91.

Opsodermin

pol. slaphy.-vaccina

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Novák Miklós:** Adatok a II. metatarsus Köhler-féle betegségének aetiologiájához. (1081—1083. oldal.)
Karácsny Géza: Adatok a lobaris pneumoniához. (1083—1085. oldal.)
Burger Károly: Újszülöttek koponyabőrének veseszülött hiányai. (1085—1086. oldal.)
Skrop Ferenc: Adatok a typhusbacillusnak vízből való kimutatásához. (1086—1087. oldal.)
Detre László: Panmyelophthisis átment polycythaemia vera esete. (1087—1089. oldal.)
Therapia. Weiss Győző: Három év tapasztalatai solasethinnel, egy új általános bódítószerezrel. (1089—1091. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Fülgyógyászat. — Szülészet- és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekeorvostan. (1091—1095. oldal.)

- Könyvismertetés.** (1095. oldal.)
Három aranydiploma. (1095—1099. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület október 31-i ülése. (1099. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának október 25-i ülése. (1099—1100. oldal.)
A Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosainak október 29-i ülése. (1100. oldal.)
A Magyar Röntgentársaság okt. 12-i ülése. (1100—1101. o.)
A Magyar Szemorvostársaság október 30-i ülése. (1101—1102. oldal.)
A Magyar Urologia Társaság október 26-i ülése. (1102—1103. oldal.)
A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának október 24-i ülése. (1103. oldal.)
Heti krónika. (1103—1105. oldal.)
Vegyes hírek. (1105. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Adatok a II. metatarsus Köhler-féle betegségének aetiologiájához.*

Írta: *Novák Miklós dr.*, egyetemi tanársegéd.

Köhler a német Röntgen-társaság 1920-i kongresszusán a II. metatarsophalangealis ízületnek, helyesebben a II. metatarsus distalis harmadának és fejecének tipikus megbetegedését ismertette, melyet azóta róla neveztek el. A jellemző elváltozások a következők: 1. a metatarsus distalis része a közepétől kezdve egyenletesen megvastagodik, úgyhogy emiatt a csont nyaka teljesen eltűnik; 2. a metatarsus fejecse megrövidül, mintha a fejecs be volna nyomva; 3. a fejecs ízületi felszíne friss esetekben lelapul, míg régebbiekben szabálytalan kidudorodások és defectusok láthatók rajta; 4. az ízületi üreg szabálytalan és helyenként kétszeresére kiszélesedett; 5. az ízület közvetlen környékében előrehaladott esetekben — a nagy ízületek csapulájában lévő mészfoltokhoz hasonló — gombostűfejlenséni, csontra emlékeztető árnyék látható.

Klinikailag feltűnőek a II. metatarsophalangealis ízületben fellépő fájdalmak miatti járási zavarok, továbbá a lábháton az ízület felett kimutatható mérsékelt duzzanat és a kifejezett nyomási érzékenység, egyébként jól mozgatható ízület mellett. Köhler 5 első esetét 10—45 éves betegeken észlelte s az aetiológiát illetőleg legrejtélyesebbnek a diaphysisnek a metatarsus közepétől kiinduló szabályos és egyenletes megvastagodását tartotta, mely miatt a kórosan elváltozott II. metatarsus a normalis I.-re emlékeztet. Ezért Köhler arra gondolt, hogy talán phylogenetikus momentumok játszanak szerepet. Az ízületi felszín elváltozását pedig arra vezette vissza, hogy a metatarsus distalis

néhány milliméterrel meg is hosszabbodik, miáltal a fejecs könnyebben van kitéve insultusoknak, melyek a fejecet lelapítják és benyomják.

Köhler bemutatása óta a közlemények egész sora jelent meg, melyek részben klinikai vizsgálatok, részben az operative eltávolított fejecs szövettani vizsgálata alapján igyekeztek a betegség aetiologiájára fényt deríteni. A betegség gyakoriságára vonatkozólag megemlítem, hogy az amerikai *Lewin* 1923 végén a világ irodalmából összesen 65 esetet állított össze, *Altschul* pedig a prágai német sebészeti klinika lemezyűjteményében 15 évre visszamenőleg egyetlen esetet sem talált. Az aetiologiában főleg annak az eldöntése okoz nehézséget, hogy a fejecs és a metatarsus distalis részének megvastagodása egyszerre jelentkezik-e, tehát közös okon alapul-e, vagy pedig két különálló megbetegedésről van-e szó.

Elsőnek *Fromme* a betegség létrehozásában a késői rachitist okolta, melyre a periostalis és enchondralis csontképződés zavarai jellemzők. Egyfelől a mészók és a csontgerendák megkevesbedése konstatálható, másfelől a növekedési zónában a porc abnormis burjánzása miatt a porc kiszélesedik és nem alakul át csonttá. Úgy a csont, mint különösen a kiszélesedett porc már kis traumákra is könnyen deformálódhat. Késői rachitisnél pedig a kész csont spontán törést szenvedhet el rendszeren azon a helyen, ahol a diaphysis az ízületek közelében kiszélesedik. Ezek a törések járás alkalmával jönnek létre, de panaszt alig okoznak. *Fromme* impressió fracturáknak nevezte őket, mert a csontos és keményebb consistentiájú diaphysis mintegy belenyomódik a puha porcba. Nézetéhez csatlakozik *Bragard* is, aki a betegséget az epiphysisnek főleg késői rachitisen alapuló resistentia-csökkenésére vezeti vissza.

Ezeket a nézeteket azonban hamarosan megcáfolták, mert a betegeknek egyrészt a rachitisnek semmi nyoma nem volt kimutatható, másrészt Röntgennel sem lehetett semmilyen, a törésre jellemző elváltozást kimutatni.

A legtöbb szerző a tisztán traumás aetiológia híve, dacára annak, hogy az anamnesisben rendkívül ritkán sikerül csak traumát kimutatni. A betegek ugyanis rendszerint azzal jönnek, hogy felkeléskor vagy a járás meg-

* Előadta a Magyar Sebésztársaság XII. nagygyűlésén, 1925 szeptember 12-én.

kezdésekor érezték először a fájdalmat. Az az okoskodás, hogy a fejecs elváltozása kis fissurákra vagy fracturákra vezethető vissza, még érthető, de semmiesetre sem fogadható el a metatarsus megvastagodásának magyarázatára. Ha ugyanis ennek is hasonló lenne az aetiologiája, akkor egy mélyen a metatarsusba érő törést kellene felvennünk a megvastagodás okául. Ilyen nagyfokú sérülésre pedig legalább is emlékeznének a betegek. Ezenkívül a Röntgennel megállapítható elváltozásokból távolról sem lehet fissurára vagy fracturára következtetni. A Röntgen csak árnyéktöbbletet és a csontstruktúra eltűnését mutatja s így inkább sequesterre, mint fracturára jellemző.

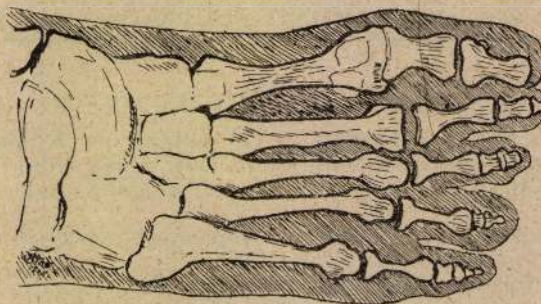
Liek két operált esete közül az egyikben a fejecs egy bemélyedésében egy szabad és két vékony kocsányon lógó porc és csontból álló darabkát talált, a másikban a fejecs ízületi vége szerinte fissura által le volt választva a metatarsusról, úgyhogy elevatoriummal könnyen ki tudta emelni. Ő is a traumás aetiológia híve s a metatarsus distalis részének megvastagodását egyszerűen arthritis deformansnak tartja. Erre azonban többen azzal feleltek, hogy a minden alakjában és stadiumában jól ismert arthritis deformansnál éppen a diaphysis megvastagodása nem szokott előfordulni.

Meyer szerint az epiphysis elváltozása az elsődleges, a diaphysisé és az ízületé pedig másodlagos folyamat. Oknak a gyakran ismétlődő kis traumákat tekinti, melyek a csont és a porc határán nekrosist okoznak és végül a fejecs ízületi végének törését hozzák létre. Szerinte a II. metatarsus azért betegedik meg, mert normalisan is előre és fölfelé emelkedik és így könnyebben van kitéve insultusoknak.

Mások azt hangoztatják, hogy a II. metatarsus azért törik könnyebben, mert jóval vékonyabb a többiekénél, végül néhány szerző tisztán statikus momentumokra gondol. A szerzők egy másik része azt állítja, hogy a Köhler-féle betegség nagy hasonlóságot mutat a Perthes-féle osteochondritis juvenilis coxae-hoz, a König-féle osteochondritis dissecans-hoz, a Schlatter-féle kórhoz és az os navicularenak ugyancsak Köhler által ismertetett megbetegedéséhez. Mindezeket az endokrin-mirigyek zavaraira vezetik vissza. Az operative eltávolított fejecs szövettani vizsgálata — melytől Köhler az aetiológia tisztázását várta — csak néhány esetben történt meg s a közlemények rendszerint röviden emlékeznek meg róla. A vizsgálatok csak abban egyeznek, hogy a betegségnek a tuberculosishoz semmi köze nincs. A Köhler-féle praeparatumban erős kötőszövetburjánzást és sok embryonális típusú sejteket találtak.

Fromme egy részletesen átvizsgált esetében calluszerű szövetet talált a támasztószövetek összes elemeivel: fibrillaris kötőszövettel, porc- és osteoidszövettel. A burjánzó subchondralis kötőszövet a porcot majdnem áttöri. Az osteochondritist úgy magyarázza, hogy a trauma az elesontosodásban levő új diaphysise és epiphysise közötti összeköttetést meglazítja, a növekedési zónát elroncsolja, miáltal az epiphysis vérellátását és a elesontosodást zavarja. Ezért jönne létre a callus-szövet, mely tehát a fejlődés korai szakában megállapodott szövetnek felel meg. Axhausen egyik operált esetében a subchondralisan fekvő csontnak egy ékalakú darabját vastag kötőszövetréteg választotta le az epiphysis spongiosájáról. A levált ékalakú részben a csont és a velő teljesen nekrotisált. Plantarisan a csont és porc határán erős megvastagodás volt konstatálható, ami tipikus jele az arthritis deformansnak. A másik esetben a porc alatt ugyancsak lelapított ékalakú megvastagodást talált, mely a szövettani vizsgálat alkalmával ujdontképződött callus-szerű csonthálozatnak bizonyult. Ebben helyenként régi nekrotikus csont- és velőrészeket találtak. A csont és a porc határán megvastagodás, a synovialis hártán bolyhos hyperplasia volt kimutatható. Az első esetben a táplálkozás hirtelen, teljes megszakadását lehet felvenni, mely a csont és a velő elhalásához vezetett, míg a porcot valószínűleg a synovia táplálta. A második esetben szintén táplálkozási zavarra lehet következtetni. Ha a trau-

más aetiológiát kizárjuk, akkor Axhausen szerint csak egy magyarázat lehetséges és ez a táplálkozás hirtelen megszűnése az epiphysis végarteriájának emboliás elzáródása miatt. Ez nagyon hasonlít az epiphysisnek a tuberculosishoz való hasonlósága, melyet König, Müller és Lexer vizsgálatai tisztáztak. Tuberculosisnál az emboliás elzáródás közvetlen physikalikus hatása a megfelelő terület ékalakú elhalása; a lassan beálló biológiai hatás pedig a tuberculosishoz való hasonlósága a környező spongiosában. Azonban — mint azt Lubarsch kimutatta — bakteriumtartalmu embolusokból nem mindig szaporodnak tovább a

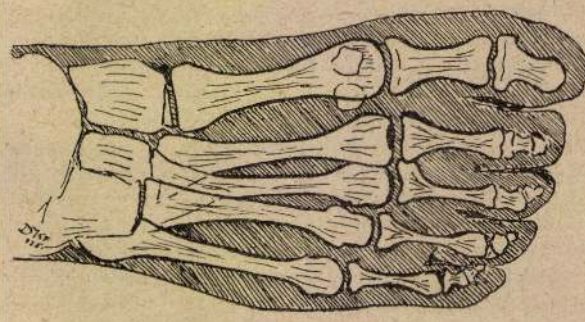


1. ábra.

bakteriumok akár azért, mert az új táptalaj nem nyújt kedvező szaporodási feltételeket, akár, mert a bakteriumok virulenciája gyengült s így a szervezet könnyen végez velük.

Ha az epiphysis végarteriájának eltömeszelődésénél a most említett előfeltételek megvannak, akkor az embolia biológiai következménye elmarad s csak a mechanikai hatás érvényesül, azaz az epiphysisnek egyszerű ékalakú elhalása jön létre. Ezt nemcsak tuberculosishoz való hasonlósága hozhatják létre, hanem olyanok is, amelyek genyeltöket tartalmaznak. Az osteomyelitis albuminosát is virulenciájukban gyengült s ezért szaporodásra nem képes genyeltökek okozzák.

Axhausen feltevése mellett szól a Köhler-féle betegség kezdődő eseteinek az ossealis eredetű ízületi tuberculosishoz való hasonlósága, továbbá hogy a betegség kétoldalt is felléphet, — mint a Grashy és Gruhle által közölt esetben, végül az a tény, hogy olyan korban szokott fellépni, amikor az ossealis tuberculosishoz is a leggyakoribb. Ha a subchondralisan fekvő elhalt csont helyét kötőszövet foglalja el, akkor az ízületi felszín a megterhelés alkalmával könnyen besüpped. Így jön létre az epiphysis lelapulása és a fejecs megrövidülése,



2. ábra.

melyhez később a secundaer arthritis deformans csatlakozik.

A diaphysis és a fejecs elváltozása nem okvetlenül jelentkezik együtt. Weil és Axhausen izolált fejecs, Deutschländer izolált diaphysis-megbetegedésről számolt be. Utóbbinak eseteiben az elváltozás gyakrabban a II., ritkábban a III. metatarsuson lépett fel, sőt egy esetben a II. metatarsuson a fejecs, a III.-on a diaphysis volt beteg. Deutschländer szintén az emboliás aetiológia híve s szerinte azért lép fel az embolia előszeretettel a II.—III. metatarsusban, mert arteriák az arteriatörzsnek egyenes folytatásai.

A II. sz. sebészeti klinikán a közelmúltban két Köhler-féle megbetegedést észleltünk.

1. 47 éves nőbeteg azzal jelentkezett, hogy két hét óta járás alkalmával kellemetlen nyomó fájdalmakat érez jobb lábának II. ujjában. Semmiféle traumára nem emlékszik. Vizsgálat alkalmával az egyébként egészséges nőbetegnél mérsékelt plus planust találtunk mindkét oldalt. A jobb láb I. metatarsophalangealis ízülete a beteg bemozdása szerint 10 év óta merev és semmi panaszt nem okoz. A II. metatarsophalangealis ízület szabadon mozgatható, nyomásra fájdalmas, a hátí fel-színén kistokú oedema mutatható ki. Röntgen-képen az I. metatarsophalangealis ízületben arthritis chronica deformansra jellemző felrakódások láthatók. Az egész II. metatarsus szokatlanul vastag, különösen a distalis harmada; a fejecs erősen kiszélesedett, izfelszíne nem a szokott domború, hanem egyenesre lelapított. Míg a többi ujjaknak a csontstruktúra tökéletes, addig az említett helyen csonttriktuláció látható. Az I. phalanx ép. A III–IV–V. ujj ízületi része szabályos és kb. egyforma nagy, a II. ujjé azonban erősen ki van tárgulva. (Lásd 1. ábra.)

2. 18 éves jól fejlett leány egy hét előtt reggel, a járás megkezdésekor érzett először fájdalmat jobb lábának II. ujjában. Rachitisnek sem az anamnesisben, sem az objectív vizsgálatnál semmi nyoma. Lábboltozat normalis. A II. metatarsophalangealis ízület jól mozgatható, dorsalisan mérsékelt oedema látható, plantarisán gyakorolt nyomásra a beteg élénk fájdalmat jelez. Röntgen-képen feltűnő, hogy a gracilis II. metatarsus fejecse szokatlanul vastag. Az izfelszín alatt borsónyi nagyságú, lelapított ék alakú, csontstruktúrát nem mutató kimaródás látható. Az ízületi rés itt is jelentékenyen ki-tágult, a fejecs lelapított. (Lásd 2. ábra.)

Az első esetben a lúdtalpra és az I. metatarsophalangealis ízület merevségére való tekintettel elfogadhatjuk a traumás, illetve a megterhelési aetiologit.

Második esetünkben azonban a Röntgennel látható kimaródásból a csontban lejátszódó felszívódásra lehet következtetni s ezért az epiphysisnek mykoticoemboliás ékelhalását kell felvenniük kimaradó vagy gyorsan legyőzött fertőzéssel. A Köhler-féle betegség terapiája egyébként a lehetőségig conservatív (betétviselés). A fejecs és az ízület kiirtásáról csak súlyos elváltozások esetén lehet szó.

Adatok a lobaris pneumoniához.*

Írta: Karácsony Géza dr. debreceni belklinikai tanár-segéd, jelenleg Rockefeller-ösztöndíjas (Boston).

Az Északamerikai Egyesült-Államok halálozási statisztikájában nagy szerepet játszik a pneumonia, s jóval nagyobb az e betegségben, mint a tuberculosishoz meghaltak száma. Hiteles adatok bizonyítják, hogy a mortalitás nagysága nem az öreg- és gyermekkorban, hanem éppen a 30–50. év között a legnagyobb. E tények úgy a kutatókat, mint a hivatalos fórumokat arra bírják, hogy a betegség aetiologiájával tüzetesebben foglalkozzanak, s nemsokára valóban igen szép eredményeket értek el úgy a betegség genesisében, mint annak gyógyításában.

A kezdet igen nehéz volt, mert hiszen a lobaris pneumoniát leggyakrabban okozó pneumococust igen sokszor megtaláljuk egészséges emberek szájában is. A kutatások, illetőleg gyógykezelés előrehaladására az igazi lökést Neufeld és társa ama felfedezése adta, hogy többféle pneumococcus van, s ezek biochemiai, valamint immunserologiai úton pontosan elkülöníthetők. Ez úton haladva, az amerikai kutatók egész serege, valamint az angolok is teljesen egyöntetű eredményekhez jutottak, s bevezették az egy bizonyos fajtájú lebenyes tüdőgyulladásra vonatkozó, igazán áldásos immunserologiai terapiát.

* A cikkben foglaltak megírásánál nem mulaszt-hatam el köszönetemet kifejezni úgy a beteganyagért, mint a bakteriologiai anyagért a harvardi egyetem-nek, illetve Christian és Zinnser professoroknak, amiért azt rendelkezésemre bocsátották.

A pneumococcus okozta lobaris pneumoniánál — s ezek az összes pneumoniák 94%-át képviselik — az okozó agens, a pneumococcus, kifejezetten négy csoportba oszthatjuk a már előbb említett biochemiai, illetőleg immunserologiai eljárások alapján. Makro- és mikroszkopailag csak a III-as typus különböztethető meg a kultúra más formája, nyákossága, illetőleg tokjának nagyobb volta s könnyen való festődése által (ez úgy Grammal, mint Hiss-szel igen könnyen festhető, szemben a többi csoporttal, melyeknél a tok csak virulens friss kultúrában s többek között Hiss specialis tokfestésével mutatható ki). Ezt ezen tulajdonságai alapján a pneumococcus mucosus külön névvel is illetik. Az állatkísérletek segítségével és a rendes immunizálási eljárások útján előállított serumok alapján, ezen négy csoport tüzetes pathognomikus vizsgálatánál megállapították, hogy mely typus milyen százalékbán s mily halálozási arányszámmal fordul elő. Az alábbi táblázat, melyet Averytől vettem — kinek nagy

Pneumo-coccus typus	% arány-ban okozza a beteg-séget	Halálozási % antiimmun-serum hasz-nalat előtt	Halálozási per-cent antiimmun-serum terapia bevezetése után
I.	33.3 %	25–30 %	7–8.5 %
II. typusos	29.3 %	28–30 %	ugyanaz
II. atypusos	4.2 %		
III.	13.0 %	35–42 %	ugyanaz
IV.	20.3 %	10–16 %	ugyanaz

érdemei vannak ezen tárgykör tüzetes kidolgozásában —, világosan mutatja ezen viszonyokat. Fenti viszony-latok elég állandóak s lehetséges, hogy ezen állandó-ság is útbaigazítóul szolgál majd a későbbi klinikai tünettan előrehaladásában. Az I., II., III. typust 80%-ban találták kórokozónak, a IV. typust pedig, noha ez az egészséges egyének szájában is megtalálható, csak 20%-ban.

A pneumococcusoknak immunserumaik alapján való csoportokba osztályozásakor kitűnt, hogy csak az I., II., III. typusnál lehetséges a homolog antiserum előállítása, míg a IV. csoportba tartozókra eddig faj-lagos serumot, mely úgy az agglutinációs, mint prae-cipitációs reactiót adná, készíteni nem sikerült.

A klinikusok már régen tudják, hogy vannak pneumoniák, melyek gyógyulnak, vannak, melyek leta-lisan végződnek, de ennek magyarázatát — a pneumo-coccus-fajok tüzetesebb ismerete hiányában — meg-adni nem tudták. Ma, midőn ezen már túl vagyunk, egyszerű methodikával, bizonyos bakteriologiai tények figyelembevételével, a gyógyulás lehetőségét, annak pozitív irányba való elősegíthetőségét, az esetleges súlyosságot igen sok esetben majdnem biztossággal megállapíthatjuk.

Igen nagyszámú tapasztalat alapján, mint tényt fogadhatjuk el, hogy az első typus okozta pneumoniák — de sajnos, csak az első typushoz tartozók — homo-log antiserum hatására úgyszólván kivétel nélkül gyó-gyulnak, mindig feltéve persze, hogy a serumot ideje-korán, elég mennyiségben s megfelelő módon alkal-mazzuk. A lobaris pneumonia diagnózisának felállí-tása a legtöbb esetben igen könnyű s az aetiologie-csztályba való sorozás 6–18 óra alatt is minden eset-ben elvégezhető. A beteg physiologiai konyhasóoldat-tal tisztított köpetét, esetleg ennek hiányában tüdő-punctiós váladékát egér hasürébe oltjuk. Az onnan 8–12 óra múlva hasüri mosással (sectio) nyert bakteriu-mokat tartalmazó folyadékkal — előzetes centrifugá-lás, illetőleg a bakteriumoknak physiologiai NaCl-

oldatban való újabb suspendálása után — az I., II., III. típusú serummal elvégezzük az agglutinációs és a Blacke-féle praecipitációs próbát, s így pontosan megkapjuk a typust. Ha kevert agglutinációkat és praecipitációkat kapunk s ez a második típus rendellenes alakjainál gyakran fordul elő, úgy a különböző hígításaival titrálásszerűen keressük az eredményt. Néha még ez az eljárás is részben elhanyagolható, ha a vizeletnek specialis praecipitin-reactiója pozitív.

Legtöbb pneumoniás vizelet ugyanis egy oldható pneumococcuseredetű anyagot tartalmaz, mely homolog antiseraumokkal kifejezett praecipitin-reactiót ad, bizonyos technikai cautélák betartása mellett. A III. típus produkálja a legtöbb ilyen anyagot, a II-es kevesebbet s az I-es a legkevésébbet. A IV-es típus ezirányú hatása specifikus antiseraum hiányában nem állapítható meg. Ez az oldható, pneumococcuseredetű anyag mennyisége, mint azt a megfigyelések kimutatták, arányos az infectio súlyosságával s nap-nap utáni mennyiségbeli növekedése rendszeren a letális végre mutat. Azon betegek, kiknek vizelete nem adja a reactiót, s a fertőzés typusa nem tartozott a IV.-hez, kivétel nélkül meggyógyultak.

A típus megállapítása után, ha I-es typusról van szó (sajnos, a többi typusnál az antiimmunserumok teljesen hatástalanok), azonnal erélyes antiseraumtherapiát vezetünk be. Az eljárás röviden a következő: Először megállapítjuk, hogy a beteg jól tűri-e a lóserumot? Ez intradermalis és kis adagnak subcutan való adagolásával könnyen megállapítható. Kellemetlen hatás esetén deszenibilizáljuk a beteget kis adagoknak ($\frac{1}{2}$ cm³ 5 cm³-ig) félóránkénti adagolásával. Kielégítő eredmény elérése után 100 cm³ homolog antiseraumot adunk intravenásan a hatás eléréséig, 8 óras időközökben. A hatás a láz krízisszerű esésével jelentkezik s rendszeren 300–400 cm³ elegendő a tartósság elérésére. Néha a serumadagolás után közvetlenül hőemelkedést kapunk — fajidegen fehéreghatás —, s csak azután következik be a kifejezett esés. Jó hőmérsék esetén több serumot nem adagolunk, de állandóan figyeljük a beteget, kétóránként hőmérőzve s ha hőmérséklete 38 C° fölé emelkedne, azonnal újra serumot adunk. A hőmérsékcsökkenés mellett a légzés, cyanosis és pulzus is javul s a subjectiv kellemetlen tünetek is hirtelen esőkkennek (detoxicatiós hatás). Bizonyítja továbbá a serum jó hatását, hogy tovaterjedés nincs, az előzőleg pozitív vér sterilé válik s a beteg vérében az immuntestek azonnal kimutathatók, szemben az antiseraumkezelés nélküli esetekkel, hol ez csak a krízisnél található meg (lehetséges persze, hogy ez csak a beadott immuntesteknek felel meg). Igen gyakran a vizelet specialis praecipitációs próbája is rögtön negatívvá válik. Érdekes, hogy a tüdőoldódásra a serum úgylát-szik nincsen befolyással, mert a tompulat feltisztulása megtartja rendes menetét. Ennek magyarázatát abban látják, hogy a serumtherapia a folyamatot még kifejezettebben teszi lokálissá, a betegségnek előzőleg az egész szervezetre való kiterjesztésével szemben.

Ha többszöri (4–5-szöri) serumadagolás után sem kapunk eredményt s biztosan első typusról van szó, feltétlenül complicatiókra következtethetünk (otitis media, empyaema, abscessus stb.), mert ezek ellen a mai serumokkal eddig hatás nem volt elérhető.

Régebben a klinikusok az antipneumococcus-serumokról nem sokat tartottak, de ez akkor volt, amikor még a különböző fajok ismerete nem volt kifejlődve s a serumot kismennyiségben s mindenféleképpen s időben adagolták, megfelelő mennyiségben, idejekorán, intravenásan adagolva frappáns hatású. Elhanyagolt esetekben, hol a vérben a coccusok nagy tömege rajzik s a betegnek már leukocytosisa sincsen, néha az I. típusú serum is hiábavaló, de az antiseraumadagolás előtti és utáni idők eredményeinek százalékos összehasonlításakor feltétlenül szembetűnik (lásd táblázat) az a jó hatás, amit ennek kapcsán tapasztalunk.

Korán adjuk tehát a serumot s megfelelő meny-

nyiségben, de csak szigorú indicatio alapján, azaz a típus megállapítása után. Minden pneumoniának hiába adunk serumot, mert hiszen a homolog antiseraum therapeutikusan csak az I. typusnál válna be, a többi fajtaéknál csak általános constitutionalis reactiókat kapunk s ezeknek a betegeket helytelen kitenni. Természetesen a serum előállításának tökéletesnek kell lenni, mert csak jó serumokkal érhető el jó eredmény. A serum még itt, Amerikában is igen drága s nálunk még inkább, de viszont olcsóbb előállítására reményünk van a most felállított budapesti Rockefeller-intézet útján s akkor majd az esetek nagy számán mi is tapasztalhatjuk kiváló hatását.

Ritka, igazán nagyon ritka az antiseraum káros hatása s ha a már előbb említett anaphylaxiás reactiótól és a hőemelkedéstől, mint könnyen controllálható symptomáktól eltekintünk, csak a serumbetegség az, mely az eseteknek körülbelül kétezrelékében mint kellemetlen, olykor eléggé ijesztőnek mutakozó betegség a serum adagolása utáni 7. naptól a 14. napig jelentkezhet. Tünetei lehetnek urticaria, erythema, láz, relativ lymphocytosis, bőroedema, általános mirigymegnagyobbodás, izületi fájdalmak s fehérje a vizeletben. Letális eset még nem fordult elő, de már 4–6 hétig tartó esetet is közöltek le.

A harvardi egyetem belosztályán megfigyelt, illetőleg a bakteriologiai intézetben feldolgozott 8 esetem fentieket igazolták; ezek közül csak pár typusos példát sorolok fel:

1. W. P. 45 éves férfi. A jobb alsó lebeny pneumoniája. Typusos kezdet hidegrázással, 48 órával a felvétel előtt. Hőmérsék felvételtkor 39.4°, pulzus 128, légzés 34 percenként. Leukocytaszám 28.000, vizelet a specialis praecipitin-reactiót nem adja. Tisztított köpetből egérbe oltva 12 óra múlva I. típusú serummal agglutinációt s praecipitin-reactiót adó kultúrát kapunk. A beteg hőmérséke ekkor már 41.2°, pulzus 152, légzésszám 40, cyanosis eléggé kifejezett. Lóserumot jól tűrvén, 100 cm³ I. számú antipneumococcus-serumot kap intravenásan, melyre két óra alatt két egész fokot esik a hőmérsék s a pulzus és légzés synchron halad. 8 óra múlva újra 100 cm³-t adunk, mire 6 óra alatt 36.4°-ra esik a hőmérsék. 4 óra múlva újabb hőemelkedés 38.4°-ig, mire újabb 100 cm³ antiseraumot kap. Ezután a hőmérsék krízisszerűen, hő izzadás kíséretében újra lecsök, sőt subtemperaturás lesz s többé kóros magasságot nem mutat. Tompulát oldódása az 5. nap kezdődött s normalisan folyt le.

A 3. és 4. eset az előbbivel nagyjában megegyező.

2. H. W. 28 éves férfi, mindkét alsó lebeny pneumoniájával. Első hidegrázás 12 órával ezelőtt. Felvételtkor hőmérsék 40.8°, pulzus 168, légzés, mely erősen orrszárnnyi, percenként 48, erős cyanosis s a feltűnően betegnek kinéző patiens subjective is igen rosszul érzi magát. Leukocytaszám 18.000. Vizelet I. antiseraummal erős praecipitin-reactiót ad s ezzel a típus kérdését nagyjában megállapítván, illetőleg pontosabb meghatározását későbbre hagyva, azonnal antiseraumtherapiát vezetünk be. A lóserumpróbánál kitűnt, hogy a beteg ezt rosszul tűri s ezért kis adagokkal subcutan 6 óra alatt deszenibilizáljuk s 100 cm³ I-es típusú antiseraumot adunk intravenásan. Hatás nem jelentkező, 8 és újra 8 óra múlva 100–100 cm³ antiseraumot kap, de az utóbbi adag utáni 1 óra múlva is csak 1°-nyi hőesést kapunk. Az antiseraumadagolást 500 cm³ összmenyiségig folytatva, az előírt időközökben, csak az utolsó adag beadása utáni 6 órára kapjuk meg a kívánt hőesést, mellyel parallel a pulzusszám, légzés, cyanosis is javul s a vizelet praecipitines reactiója is gyengévé válik. Közben természetesen köpetből egér útján kitenyésztettünk az I. typushoz tartozó kultúrát. A 37.1°-ra leesett hőmérsék állandó marad s a kellemetlen subjectiv tünetek is megszűntek. Az oldódás kezdete a 7. napon következett be s a további lefolyás normalis volt.

5. A II. típus typusos fajához tartozó pneumonia.

7. A II. típus atypusos fajához tartozó pneumonia.

6. A IV. typushoz tartozó pneumonia (letalisan végződött).

Természetesen fenti három esetről, tekintettel a típusra, antiseraumkezelés nem történt.

8. E. B. 34 éves asszony, jobb középső és alsó lebeny pneumóniájával. Első hidegrázás 72 órával felvétel előtt. Tompulat igen masszív. Hőmérsék felvételkor 39.8° , pulzus 136, légzésszám 32. Leukocytaszám 26.000, vizelet specifikus praecipitin-reactiója pozitív. Nem köp. Tüdőpunctió váladékkal hígítás, illetőleg centrifugálás és újabb hígítás után makroszkopias agglutinációs és praecipitációs reakciót végzünk s I-es típusú antiserummal jó pozitív eredményt kapunk. Bakteriologiai vérvizsgálat pozitív. 75 cm³ antiserumot adunk intravenásan hatás nélkül. 8 óra múlva újból 100 cm³-t kap, mire 1½ óra múlva 40.5° -nyi a hőmérséklet (az idegen fehérje úgynevezett thermalis reakciója). Ezután 3 óra alatt 37.2° -ra esik a hőmérsék s így marad két napig. Vizelet praecipitációs reakciója még mindig pozitív s a vér sem steril. A harmadik nap este hőmérsék újra emelkedőben (38.4°), mire újból 100 cm³ antiserumot adunk. Hőmérsék 5 óra alatt 36.7° -ra esik s most már állandóan így marad. A 4. nap a vizelet specifikus praecipitin-reactiója negatívvá válik a vérlelettel együtt. Tüdő oldódása csak a 8. napon kezdődött s egy-két hétig tartó tenyérnyi mekoraságú pleuritissel végződött.

A felsorolt példák jól mutatják az antiserum-hatás kiválóságát a mindenkori bakteriologiai tények figyelembevételével s azt hiszem igazat adhatunk azon amerikai orvosoknak, kik azt mondják, hogy ha egy, az I. typushoz tartozó pneumóniás beteg antiserumkezelés nélkül halt meg, úgy nem részesült a lehetséges legjobb kezelésben.

Irodalom: Neufeld F. és Händel Z.: Immunitätsforschung 1909, 3. köt., 159. old.; Arb. d. Gesundheitsamtes 1910, 34. köt., 166. old. és 1919, 34. köt., 293. old.; Berliner klin. Wochenschr. 1912, 49. sz., 680. old. — Avery et Al.: Rockefeller Inst. Monograph. 1917, 7. sz. — Nichols H. T.: N.-V. Med. T. 1917, 106. köt., 219. old. — Morgenroth T.: Berl. klin. Wochenschr. 1911, 48. sz., 1560. old. — Blake F. G.: T. Exp. Med. 1917, 26. köt., 67. old. — Cole R.: T. Am. Med. Assn 1918, 41. köt., 663. old.

A szegedi magy. kir. Ferenc József tudományegyetemi női klinika közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. nyilv. r. tanár).

Újszülöttek koponyabőrének veleszületett hiányai.

Írta: Burger Károly dr. tanársegéd.

Az újszülöttek fején néha előforduló, a kis kutaes táján található veleszületett bőrhiányt ezideig általában amnion lefűződés következményének tartották, egyes szerzők pedig traumás eredetet tételeztek fel eseteikben. Az eddig ismeretes ilyen természetű bőrhiányok 20 filléres-ezüst egykoronás nagyságúak voltak és fel-tűnő, hogy mindig a kis kutaes táján, közel a koponyafető középvonalához voltak találhatóak. Legújabbban Walz¹ három esetet közöl, melyek közül az egyik alakját és nagyságát tekintve, egyedülálló az irodalomban. A három esettel kapcsolatosan nevezett szerző ama nézetének ad kifejezést — melyet különben Ernst² a hasadékképződéseknél a legvalószínűbbnek tart —, t. i., hogy ezen veleszületett bőrhiányok nem amnionlefűződés következtében jönnek létre, hanem a velőcsőzáródás zavarának következményei.

Miután az elmúlt évben Walzéhoz igen hasonló, mások által eddig még nem közölt a'akú és nagyságú koponyabőrhiányt észleltünk egy esetünkben, közlésre érdemesnek tartjuk azt, már csak azért is, mert némely tekintetben a velőcsőzáródás zavara által feltételezettnek látszik.

Az eset a következő: 1923 febr. 16-án egy 26 éves II. P.-t korán elfolyt magzatvízzel, renyhe fájásokkal

¹ Walz: Zur Kenntniss u. Aetiologie der kongenitalen Hautdefekte am Scheitel Neugeborener. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. LXV. köt., 3/4. füzet.

² Ernst: Das Nervensystem, Aschoff. Pathologische Anatomie, 1911. Fischer, Jena, 337 oldal.

és jó magzati szívhangokkal vettünk fel klinikánkra. Medenceméretek: D. sp.: 23 cm, D. cr. 25 cm, D. intertroch.: 28 cm, Conj. ext. 18.5 cm. Az alacsony termetű asszonynak (139 cm) szűkebb ugyan a medencéje, téraránytalanság azonban a medence és a magzati koponya között nincsen. A szülést rosszabbodó magzati szívhangok miatt kimeneti fogóműtéttel fejeztük be (a köldök-zsinór szorosan a nyak köré esavarodott volt). Az élő leánymagzat (48 cm hosszú, 2660 g súlyú, fejkerület 34 cm) az érettség jeleit mutatja. A magzati koponyán a mellékelt képen látható rendellenesség volt jelen (1. ábra). A nyílvarrat erősen tátong (mintegy 2½ cm-nyire) és a két falcson szélé a nagy kutaes felé mindinkább eltávolodik egymástól. A koponyának a hajas fejbőr által határolt területe halványkékés rózsaszínű, rajta hajnak nyoma sines és cigarettapapír vékonyságú, igen finom ráncokba szedhető hártával fedett. A jobb falcsontról a bal felé egy néhány mm széles, sötétkék, majdnem fekete S-alakú sáv húzódik, mely



1. ábra. A magzati koponya közvetlenül a szülés után.



2. ábra. Fényképfelvétel a születés utáni 3. napon.



3. ábra. Fényképfelvétel a 16 hónapos gyermek fejéről.

mellfelé, a nagy kutaes felé elágazódást mutat és thrombotizált venahálózat benyomását kelti. Másnapra a jobb falcson, a hajas fejbőr és a bőrhiány szélén, az említett sáv folytatásában egy babnyi éresomó fejlődött ki. A harmadik napon az említett sáv kb. 8–10 mm szélességűvé és lakkszerűen fénylővé lett, azonban még mindig fedve a cigarettapapír vékonyságú hártával (2. ábra). A negyedik napon a sötét sávon kb. kétfülleres nagyságú területen, zöldesszürkés elszíneződés ((nekrosis) lépett fel, a sáv mentén pedig emyhe pirosodás (demarcatio) mutatkozott. A zöldes-szürkés pörk a további napok folyamán fokozatosan tovább terjedt, a fedőhártá azonban ép maradt.

A gyermekben, koponyáján található rendellenesség kivül, egyéb fejlődési rendellenesség, sem pedig amnion lefűződés nyoma nem volt kimutatható. Az élénk, életképes újszülött jól szopott, fejlődésnek indult, s így reá nézve veszedelmet csupán valamely véredénynek a fedőhártá kiszáradása következtében létrejövő felrepedése és ebből eredő vérzés vagy fertőzés jelenthetett. Fejét ezért születésétől kezdve sterilis olajos védőkötés alatt tartottuk és ezt az eljárást ajánlottuk a továbbiakban az anyának, amidőn az a XIV. napon gyermekével együtt a klinikáról egészségesen távozott. Hogy a fedőhártának beszáradása vagy kiszáradása az ilyen újszülöttre milyen veszedelmet jelenthet, azt legjobban Walz esete mutatja, amelyben a gyermek a klinikáról való távozása után egy pörk leválása

következtében (valószínűleg a sinus longitudinalisból) elvérzett.

1924 május 15-én az anya kérésünkre elhozta megmutatni gyermekét. A 15 hónapos gyermek rendesen fejlett, áll, járni azonban még nem tud. Élénk tekintetű, szellemileg rendesen fejlődik (3. ábra). Haja a bőrdefektus helyén most sínes, bár — az S-alakú pörk helyén keletkezett heges területet kivéve — már finom, lanugószzerű hajszálak mutatkoznak. A jobb falcson szélén, közel a középvonalhoz, a koponyacsont alól egy kb. 2–3 mm széles arteria bujik elő, mely kilépésénél egy éresomót képez, s a defektus szélével párhuzamosan halad oldal felé. A koponyacsont-hiány a magzat fejének növekedésével arányosan nagyobbodott.

A bőrhiány okát illetőleg szóba jöhet traumás, amniogen, vagy pedig a velőcsőzáródás zavara által feltételezett endogen eredet.

A traumás eredet esetünkben könnyen kizárható. Sem *exostosis*, sem pedig *lányeges medencészküvel nem volt jelen*, az ezek által feltételezett sérüléseknek egyébként más praedilectió helyei vannak. *Belső vizsgálat* intézetén kívül nem történt, a klinikán pedig a legnagyobb kíméllettel. Különben sem képzelhető el, hogy belső vizsgálat következtében ily nagyfokú sérülés jöjjön létre, még pedig a legcsekélyebb vérzés nélkül. A fogó sem okozhatta a bőrhiányt, mert az a kimenetben álló fejet a biparietalis átmérőben ragadta meg. Okozhat a magzati koponyán sérülést a *méhszáj rigid* volta is, esetünkben azonban erről sem volt szó.

Az amniogen eredet ellen szól az a körülmény, hogy legalább is szabad szemmel Simonart-szallagnak nyoma sem volt kimutatható, s a burkok is teljesen épeknek bizonyultak. Mindenesetre feltűnő, hogy az eddig közölt esetekben úgyszólván sohasem látták amnionkötegeknek nyomát, holott ezeknek kimutatása döntő jelentőségű volna az aetiológiát illetőleg. *Neumann*³ talált ugyan legutóbb közölt három esetében az amnion hámlásához hasonló egyrétegű hárttyát, de ezt ő maga sem tartja bizonyító erejűnek.⁴ Feltűnő az is, hogy ilyen bőrdefektusok mindig a koponyatetőn találhatók, másutt pedig, mint pl. a végtagokon, hol gyakrabban találhatók amnionlefűződés nyomai, nem.

Waltz az amniogen eredet ellen, az endogen eredet védelmére felhossa: a bőrhiányok típusos elhelyezkedését és alakját, a mellettük előforduló, még egyéb endogen eredetű fejlődési rendellenességeket (nyúlajk, farkastorok, polydaktylia stb.), amnionkötegeknek és általuk feltételezett lefűzödéseknek hiányát, továbbá az irodalomban eddig közölt esetek közül kettőnél kimutatható öröklékenységet.

Esetünkben az elhelyezkedés és alak típusos. Amnionköteg, vagy általa létrehozott lefűződés nem látható, igaz, hogy egyéb fejlődési rendellenesség sem. *Igen feltűnő azonban az a körülmény, hogy az asszonynak ugyanazon házasságból származó első gyermeke* — mely intézetén kívül tartartásban született és néhány napos korában elhalt — úgy a szülők, mint a család többi tagjának bemondása szerint, *fején teljesen hasonló elváltozással született*. Az pedig már különös találkozás volna a véletlennek, hogy egy anyának két egymásután született gyermekénél a koponya ugyanazon helyen jöjjön létre amnionlefűződés, mindkét esetben ily szokatlan nagyságú bőrhiányt idézve elő.

Nem akarunk e közleményünkkel állást foglalni az eddig uralkodó felfogással szemben, mely szerint a koponyán lévő ily veleszületett bőrhiányok amnionlefűződés által feltételezettek, figyelemre méltónak tartjuk azonban azt a véleményt, amely szerint a koponyának ily bőrhiányai a *velőcsőzáródás zavarából* eredő akrania-haemikrania-enkephalokele-sorozatnak legeny-

hebb alakját képezik. Az elmélet logikusnak látszik, hiszen tudjuk, hogy a spina bifida occulta legenyhebb alakja is csak bőrelváltozásban (behúzódott bőrrész, szőresomó) nyilvánul. Az a körülmény, hogy a koponya bőrének hiányán kívül a csontos koponya záródása is hiányos, szintén nem szól okvetlen az amniogen eredet mellett, mert ez is magyarázható a velőcsőzáródás zavarával, hiszen a gerincoszlop és koponya blasztémája csak a velőcsőzáródás után képződik ki, s így azoknak kell utóbbihoz alkalmazkodniuk és nem pedig fordítva.

Meg kell még említenünk, hogy *Neumann*⁵ egy általa észlelt feltűnően tág kis kutacsnál, továbbá egy másik esetben, melynél $\frac{1}{2}$ cm-nyire a kis kutacs előtt egy $3\frac{1}{2} \times 3$ cm-nyi csonthiány volt található, a csontsodás tökéletlenségét *osteogenesis imperfecta legenyhebb alakjának* tartja. A koponya bőrének hiányáról azonban ezen eseteinél nem tesz említést, s így ezek más csoportba tartoznak.

A m. kir. Pázmány Péter Tudományegyetem általános kórtani intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egyetemi ny. r. tanár).

Adatok a typhusbacillusnak vízből való kimutatásához.

Írta: Skrop Ferenc dr., tanársegéd.

A víznek, mint ismeretes, nagyon fontos szerepe van a typhus terjedésében és a járványok fenntartásában, minek egyik főoka az, hogy a typhusbacillus vízben elég soká élni és szaporodni képes, különösen, ha a vízben tápanyag (szerves anyag) áll rendelkezésére.

Hogy a kétségtelenül fertőzőttnek tekintett vízből a typhus bacillust sok esetben nem sikerül kimutatni, annak az oka az esetek egy részében a vízvétel technikájában és a víz feldolgozásában rejlik.

A közelmúltban többször volt alkalmam arra, hogy kútvizet typhusosok bakteriumaira vizsgálgjak. Az ezen alkalmakkor szerzett tapasztalataimról kívánok az alábbiakban beszámolni.

A helyszínén elsősorban figyelemmel kell lennünk az illető víz typhussal való szennyeződésének lehetőségére.

E tekintetben különbségek vannak zárt és nyitott, mély avagy sekélyvízű kutak, források között; hasonlóan számításhoz jön a kút építése is. Legkönnyebben fertőződnek a nyitott kutak, különösen a csekély mélységűek, amennyiben ember is, állat is könnyebben hozzájuk férhet, meg a belekerülő szerves anyagoknál fogva a bakteriumok is könnyen szaporodnak el bennük. Zárt kutaknál, ha kisebb mértékben is, szintén megvan a fertőzés lehetősége, mert a kút legtöbb esetben nincs jól lezárva, amikor is felülről víz folyhat vissza a kútba, vagy tökéletes felső elzárás mellett a kút közvetlen környezetének felázása, ami a kút gyakori használatánál mindig megvan, előmozdítja a téglázott vagy kövezett kutak fertőzését. A cementesőfalú, zárt kutaknál a felülről való fertőzés lehetősége jórészt gátolva van, ezeknél csak csekély mélység esetén történhetik szennyeződés a környező talajból.

A typhusbacillus a vízben a felszínes rétegekben van nagyobb mennyiségben. Kísérletileg, mesterségesen némileg utánozva a természetes viszonyokat, 60 cm mélységű, bő üveghengerekben vizsgálva a typhusbacillus eloszlását a vízben és azt találtam, hogy a mesterségesen belekevert bacillus a tiszta vízben is, meg a szerves anyagot tartalmazóban is a fenéken gyérebbszámú mennyiségben található, mint egyebütt, ami valószínűvé teszi, hogy a természetben is hasonlóan a fel-

³ Neumann: Kongenitale Hautdefekte am behaarten Schädel der Neugeborenen. Zentralblatt f. Gyn. 1924, 11. sz.

⁴ Mi szövettani vizsgálatot esetünkben nem végeztünk, mert nem akartuk a gyermeket a próbakimetszéssel járó fertőzés vagy elvérzés veszélyének kiténni.

⁵ Neumann: Anomalien des knöchernen Schädeldaches der Neugeborenen. Zentralblatt f. Gyn. 1924, 10. szám.

színes rétegekben vannak leginkább, melynek oka nemcsak a felszínhez közel lévő rétegek nagyobb oxigéntartalma, hanem az ott lévő víz melegebb volta is.

Keveset használt szivattyús kutaknál megtörténhetik, hogy nem kerül typhusbacillus a vizsgálatra kiemelt vízmennyiségbe, mert a szivattyú esőve a mélyben, a fenékhez közel végződik. Hasonló lehet az eset házi víztartályoknál is.

Előfordulhat, hogy a víz szennyeződése időnkint, azaz ismételtén történik vagy azáltal, hogy a talaj felszínéről mindig újabb bakteriumtömegek jutnak a kútba, vagy esetleg a kút nedves kövei között lévő szerves anyagokon élősködő bakteriumok jutnak a kútba, a víz felszínének ingadozása folytán.

A typhus csoport bakteriumainak vízből való kimutatására többféle eljárás használatos. Vizsgálataimnak célja nemcsak az volt, hogy ezen eljárások közül a leginkább használatosakat, mint a Ficker-féle csapadékos eljárás, szőlőcukros-epés leves, tejcukros-epés leves tenyésztési módokat összehasonlítsam, hanem meghatározása annak is, hogy mennyi typhusbacillusnak kell lenni legalább a vízben, hogy a kimutatásuk ezen eljárásokkal még eredményes legyen.

A vizsgálatokat részint úgy végeztem, hogy az egyes helyekről a vizsgálat megejtésére hozott vizekből kontrollképen mesterségesen fertőztem typhusbacillussal, részint pedig úgy, hogy steril és nem-steril vízvezeteki vízbe tettem meghatározott mennyiségű typhusbacillust, továbbá pedig a vizek egy részét typhuson kívül más bakteriumokkal is fertőztem, utánozva ezáltal a természetes úton szennyezett vizek bakteriumflóráját és így végeztem a vízből a typhusbacillus kimutatását a fenti tenyésztési eljárásokkal.

A Ficker-féle eljárásokkal kapott csapadékot feloldása után Endo-féle lemezre és epecsőbe oltottam; a szőlőcukros-epés levestől és a tejcukros epéből 100–100 cm³-t tettem félliter vízhez és 24, illetve 48 órai thermostatban való állás után végeztem az Endo-ra való leoltást; végül 24 órai szobahőmérsékleten való állás után ugyanezen (mesterségesen szennyezett) vizekből fél-félliter lecentrifugáltam és az üledékből részint Endo-ra, részint pedig epébe vittem.

A tenyészetekből kapott, typhusra gyanús telepeket a szokásos módon táptalajokon és agglutinatióval tovább vizsgáltam.

A mesterségesen fertőzött vizekben a typhusbacillusok számát tenyésztés útján állapítottam meg.

A vizsgálatokból kitűnt, hogy a Ficker-féle csapadékos eljárás csak akkor eredményes, ha a víz literenkint legalább 100 csírárt tartalmaz; a centrifugálási eljárással literenkint 20, az epés-cukros előkultúrákkal pedig literenkint még 8 csíra is kimutatható volt, még pedig úgy a tisztán typhussal, mint a vegyes flórával való szennyezett vízből, legtöbbször már 24 órai thermostatban való állás után.

Ha tehát a typhus bakteriumait vízből akarjuk kimutatni, ahhoz a következő eljárást ajánlanám. Legelőször is a vízvételt úgy eszközöljük, hogy a víz fel-színes rétegeiből vegyük a vizsgálatra szánt mennyiséget. Ha sokat használt kúttal vagy tartállyal van dolgunk, akkor azt hagyjuk pihenni pár napig, ami által azt érzük el, hogy a kevésszámú bakterium a vízben ez idő alatt a kimutathatóság határáig elszaporodik.

Az üveget teljesen töltjük meg vízzel, hogy a víz mozgása, ami hiányosan töltött üvegeknél szállítás közben nagyfokú szokott lenni, ne alterálja a bakteriumok mennyiségét.

A typhus kimutatását azután úgy végezzük, hogy a vizsgálandó viznek félliter mennyiségéhez tejcukros vagy szőlőcukros epét teszünk és 24–48 órai thermostatban való állás után a tenyészet felszínéről, mely erősen zavaros szokott lenni a bakteriumoktól, Endo-féle és egyúttal közönséges agarlemezre széllesztünk és ezen lemezekről végezzük azután a további vizsgálatot és identifikálást.

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

Panmyelophthisisbe átment polycythaemia vera esete.

Írta: Detre László dr.

Az a gondolat, hogy az úgynevezett haematologiai megbetegedések egy jelentős része — képviseljen bár önmagában többé-kevésbé jól körülírt klinikai és körbonctani tünetesoportot — nem tekinthető izolált nosologiai egységnek, nem új. Az erythroblastikus, a leukopoëtikus és a thromboplastikus rendszer ugyanazon ingerféleség intenzitása vagy behatásának időtartama szerint reagálhat nemcsak különbözőképpen, de ellentétesen is; másrészt ugyanazon kvalitású és kvantitású inger különböző reakciókat válthat ki a reagáló haemopoëtikus apparatus dispositiója és reagálóképessége szerint. Így értelmezhetők azok az észleletek, melyek szerint egyes jól körülírt, a haematologiai betegségek más, ugyanesak önálló betegségek tekintett tünetesoportba mennek át, továbbá azok a kórformák, melyek tüneteik szerint mintegy átmenetet képeznek két vagy több önálló betegséggel ismert haematologiai tünetesoport közt.

A polycythaemia, mely a mai általános felfogás szerint az erythropoëtikus apparatus chronikus izgalmi állapotának megnyilvánulása, többnyire mérsékelt leukocytosissal jár együtt, vagyis az erythropoëtikus apparatusra ható chronikus inger a leukoplastikus-rendszert sem hagyja érintetlenül. Az az abszolút granulocytosis, mely a fehérvérsejtképző csontvelő izgalmi állapotát jelzi, s melyhez fiatal csontvelőelemek megjelenése járul, ritka esetekben olyan fokot érhet el, mely túlhaladja a leukocytosis fogalmát s a myelogen leukaemiához hasonló vérképet létesít.

Nägeli a leghatározottabban állást foglal azzal a lehetőséggel szemben, hogy valódi polycythaemia és myeloid leukaemia együttesen fordulhatnának elő. Szerinte a myelogen leukaemia kezdeti szakában, mikor a csontvelő leukopoëtikus részének hyperfunctiója még nem vezetett az erythroblastikus szövet insufficienciájához, a leukopoëtikus apparatus hyperfunctiójához hozzájárulhat a vörösvérsejtképző szerv túlműködése is, mely erythrocytosist (de nem polycythaemiát) létesít. Észlelhetünk néha erythrocytosist a Röntgen-besugárzással kezelt myelogen leukaemia remissziós szakában is, de — mint Nägeli hangsúlyozza — ezeknek a symptomás és átmeneti erythrocytosisoknak a valódi polycythaemia rubrával semmiféle közöségük nincsen.

Nem kielégítő azonban Nägeli magyarázata azokban az esetekben, amelyekben a polycythaemia rubra vera évekig tartó kórképéhez a fehérvérsejtek kvantitativ és kvalitatív viszonyainak olyan mérvű megváltozása járul, mely a myeloid leukaemiára jellegzetes. Így a Winter által ismertetett polycythaemia vera a betegség egy szakában — bár átmenetileg — a fehérvérűségre annyira jellemző haematologiai képet mutat, hogy ugyanezt az esetet a fentemlített szakban Krause mint a myelogen leukaemia egy esetét közli. Parisius esetében az évekig fennállott polycythaemiának egy secundaer anaemiába való átmenetével párhuzam a fehérvérsejtek nagymérvű számbeli megszaporodása (91.000), a myeloblastok megjelenése teszi valószínűvé, hogy itt csupán egy kísérő jelenség jellegét és kereteit meg nem haladó elváltozással állanánk szemben. Hasonlóak E. Meyer, továbbá Weintraud, úgy-szintén Winter esetei is, melyek részben időszakos leukaemiás stadiumot mutatnak. Blumenthal esetében a myelocyták nagy számban való megjelenése a szokatlan. Curschmann betege familiáris polycythaemia verában szenvedett s ehhez a kórképéhez járult 100.000-ig emelkedő leukocytaszám, számos myelocytá s myelo-

blast megjelenése a véráramban. *Curschmann* esetét primaer familiáris polycythaemia vera és secundaer myelogen leukaemia kombinált kórképének tartja.

Fentemlített észlelések közül számos eset került autopsiára, mikor is a kóranatomiai és kórszövet-tani lelet többnyire megfelelt a klinikai diagnózisnak.

Mindezek alapján számos szerző (*Gaisböck, Mosse, Meyer, Edens* stb.) elveti *Nägeli* mereven tagadó álláspontját s a valódi polycythaemia és valódi myelogen leukaemia kombinált előfordulását beigazoltnak tartja.

Számos eset (*Korányi, Rosin, Hirschfeld, Schneider*) észlelése bizonyítja, hogy a polycythaemiás vera részben a kezelés (Röntgen-besugárzás: *Hirschfeld*; lépképzés: *Schneider*) folyamán, részben kezelés nélkül is többé-kevésbé súlyos hypochrom anaemiába mehet át. Ebben a csoportban figyelemreméltó *Freund* esete. A 6 évig klinikai észlelés alatt tartott beteg betegségének lefolyásában három egymásután következő szak figyelhető meg: az első szak a Vaquez-betegség klasszikus képe, mely évek múltán átmegegy egy második, hypochrom anaemiás szakba, melynek képét hyperleukocytosis, myelocyták és myeloblastok megjelenése variálja; a harmadik szak a leukoplastikus apparatus kimerülésének stadiuma subnormalis granulocytaszámmal, a fiatal alakok eltűnésével. Általában a secundaer anaemiába átmenő esetek többsége (*Hirschfeld, Rosin* stb.) kifejezett leukaemoid reakciót mutat.

Rendkívül ritka észlelet a polycythaemia vera kórképének az anaemia perniciososa kórképébe való átmenete. Nem sorolhatók ide az anaemia perniciososa úgynevezett korai stadiumában megfigyelt erythrocytosisok, melyek e szakban — úgy látszik — csaknem szabályszerűen észlelhetők (*Weinberg*). Az előttem ismeretes egyetlen eset, mely mind a polycythaemia vera, mind pedig az anaemia perniciososa teljes klaszszikus tünetcomplexumát egymásután mutatta, *Molnár* és *Soós* nem közölt észlelete.

A következőkben egy éveken keresztül észlelésünk alatt álló beteg kivonatatos kórtörténetét közlöm; az eset kimenetelének sajátossága miatt érdemel különösebb figyelmet.

A 47 éves férfibeteg 1922 május havában polycythaemia vera banalis tüneteivel (szédülés, vértóulások, főfájás, csontfájdalmak, gyengeség; nagy lép-tumor, mérsékelt máj-, kisebb mirigymegnagyobbodások stb.) jelentkezik klinikánkon felvételre. Előadja, hogy már atyja is hasonló betegségben szenvedett s halt meg; saját panaszai három éve kezdődtek, s azóta fokozódnak. Feltűnő arcának s kezeinek sötétvörös, kissé livid színe, hyperaemiás, kissé cyanotikus nyálkahártyái. A diagnosist a megejtett vérvizsgálat igazolja (l. alábbi táblázat első rovatát). A fehérvérkép qualitative relativ lymphopeniát, balra tolódott granulocytaképet (myelocytá 0, Jugendkernig 2%, Stabkernig 34% *Schilling* szerint) mutat, a Vaquez-kór típusos képét kiegészítik az állandóan negatív serum-Wassermann-reactio, a serum és duodenalis nedv magas bilirubintartalma (4,2, illetőleg 33,6 mg-%), az anacid gyomortartalom, a normalis vérnyomás s a kistokú albuminuria. A szokásos terapiával sem subjectiv, sem objectiv eredményt elérni nem sikerül: Obelégzésre (*Korányi*) a vörösvérsejtszám refractaer, a benzol adagolását (*Korányi-Királyfi*) pedig súlyos gyomorpanaszok fellépte szakítja meg.

A beteg távozása után is — egészen a legutóbbi időig — állandó megfigyelésünk és kezelésünk alatt állt. A kezelés — az először *Parkinson* által ajánlott módon — a lép és csontrendszer Röntgen-besugárzásából állott. A későbbiek miatt szükségesnek tartjuk a Röntgen-kezelés programját az 1. számú táblázatban részletezni.

Sem a beteg subjectiv és objectiv lelete, sem vérképe nem mutat jelentős változást ez időszak alatt. A vörösvérsejtszám jelentős ingadozásai (6–9 millió) mellett a polycythaemia állandó.

1925 január havában lényegesen megváltozott subjectiv panaszokkal s objectiv lelettel jelentkezik újrafelvételre. Előadja, hogy körülbelül egy hónapja rohamosan gyengül, munkaképességét teljesen elvesz-

tette, járása dyspnoés, esténként bokaoedemákat észlel s főleg az utóbbi napokban gyakori foghúsvérzése jelentkezik. Feltűnő a beteg küllemének megváltozása: a sötétvörös livid arc- és kézszín halvány, fakósárga, kissé cyanotikus bőrszínnek adott helyet; nyálkahártyái halványak; az alszár bőrén számos pontszerű petechia látható. Vérnyomásmérés hypotoniát (86–36 Hg-mm R. R.) mutat. A serum bilirubintartalmának hypernormalitása megszűnt (1,86 mg-%). A vörösvérsejtek osmotikus resistentiája kissé fokozódott (0,42–0,32% NaCl). Vértézési idő 8 perc (*Duke*), aladási idő 20 perc (*Morawitz-Bierich*); leszorítási kísérlet (*Rumpell*) positiv. Szemfenéki lelet: retinitis haemorrhagica o. u. A vér morphologiai viszonyait a 2. számú táblázat szemlélteti.

A beteg állapota háromheti klinikai tartózkodása alatt — az anaemia és thrombopenia fokozódásával parallel — rohamosan és feltatrtózkodhatatlanul romlik;

1. számú táblázat.

A besugárzás kelte	Időtartama (perc)	Másodlagos megterhelés (milliamper)	Szkratávolság (cm-ekben)	Felületi adag (H. E. D.)	Foktatávolság (cm-ekben)	Alkal-mazott szűrő	A besugárzás helye
1922. V. 18.	5	40	40	50	27	3 Al	lép
18.	12	40	40	100	30	1 Al	tibiák
19.	10	40	40	100	27	3 Al	scapulák
1923. IX. 18.	20	40	40	100	35	$\frac{1}{2}$ Zn + 3 Al	scapulák
18.	20	40	40	100	35	$\frac{1}{2}$ Zn + 3 Al	sternum
18.	20	40	40	100	35	$\frac{1}{2}$ Zn + 3 Al	tibiák
X. 30.	20	40	40	100	35	1 Al	jobb scapula
31.	20	40	40	100	35	1 Al	bal scapula
1924. X. 27.	18	40	40	90	50	3 Al	sternum
27.	18	40	40	90	50	3 Al	sacrum
29.	18	40	40	90	50	3 Al	bal scapula
XI. 4.	18	40	40	90	50	3 Al	jobb scapula

magas hőmérsékek, foghús-, bőr- és béllyákhártyavérzések, mikroszkopos haematuria, nagy adynamia jelentkeznek. Igen leromlott állapotban hozzátartozói a klinikáról elviszik s otthon rövidesen meghal.

A legutolsó klinikai tartózkodás alatt végzett rendszeres morphologiai vérvizsgálatok eredményét — szembeállítva a betegség első észlelése alatt tapasztalt eredményekkel — 2. számú táblázat szemlélteti.

Ezen vizsgálati eredmények azt bizonyítják, hogy a haemopoëtikus rendszer mindhárom részének: az erythroblastikus, a leukopoëtikus s a thromboplastikus apparatusnak súlyos és progressiv működési zavarával állunk szemben.

Az erythropoëtikus-rendszer pusztulása nem csupán a vörösvérsejtek számbeli megesőkenését, hanem az erythropoësis physiologiás, postembryonalis típusának megváltozását is létesíti s az *Ehrlich* által „embryoneller Rückschlag“-nak nevezett vérképzési mód lép mindinkább előtérbe. Ennek megnyilvánulása egyrészt a vörösvérsejtszám és haemoglobintartalom normalis arányosságának megbomlása: a hyperchromia, mely a megnövekedett festődési indexben jut kifejezésre, másrészt — ami lényegesebb — a vörösvérsejtek átlagos térfogatának megnagyobbodása, a perniciosus típusú vérképzésre jellemző megalocytosis, illetve megaloblastosis.

A thrombocyták számbeli csökkenése gyorsaság tekintetében a vörösvérsejtekét is felülmúlja, a pótlásra irányuló tendenciát a megakaryocyták megjelenése bizonyítja.

A leukopoëtikus apparatus súlyos pusztulását a subnormalis fehérvérsejtszám igazolja; a még meglévő leukopoësis egyrészt nem sufficiens, másrészt nem a normalis mederben folyik; ennek a pathologiás leukopoësisnek képviselői a myelocyták s a szokatlannal nagy számban jelenlévő myeloblastok.

2. számú táblázat.

A vizsgálat kelte	Vörös vérsejtek					Festődési index	Thrombocyták	Fehér vérsejtek			Serum-refractio
	száma	qualitativ képe	%-os térfogat	átlagos térfogat μ^3	Haemoglobin (Autenrieth)			száma	myeloblastok %	myelocyták %	
1922. V.	7,300.000	mérsékelt anisocytosis	65'0	89	120	0'82	420000	11000	0	0	13512
1925. I. 26.	3,250.000	aniso-, poikilocytosis, polychromatophilia	33'5	103	60	0'92	—	5400	38	19	13471
1925. II. 6.	2,390.000	100 leukocytára 1 normoblast esik	26'0	109	43	0'89	20000 számos megakaryocytá	4100	47	23	13461
1925. II. 11.	1,480.000	megalocták; erősebb polychromatophilia	22'7	133	36	1'18	sok megakaryocytá	3100	67	9	13464
1925. II. 16.	1,160.000	100 leukocytára esik: 3 normoblast, 1 megaloblast; sok megalocytá	20'5	177	26'5	1'17	3500	2400	59	15	13464
1925. II. 23.	1,100.000	—	17'6	160	24	1'09	—	—	—	—	13484
1925. II. 24.	1,100.000	100 leukocytára esik: 5 normoblast 4 megaloblast	—	—	—	—	6100 kevés megakaryocytá	3000	56 számos haemohistoblast	18	13480
1925. II. 25.	720.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Esetünket a következőkben foglalhatjuk össze: az éveken keresztül típusos polycythaemia verában szenvedő s Röntgen-besugárzásokkal kezelt beteg haemopoésise kimutatható külső ok nélkül kimerül, mely kimerülés következtében a haemopoetikus esontvelő quantitativ functiója insufficienssé válik, qualitativ functiója pedig atypusos mederbe tér.

Esetünkre analogiát keresve kétségtelen, hogy az Freund fentebb említett észleletével számos rokonvonást mutat; a Freund-féle esetben hiányzik azonban a perniciosus típusú vérvérvégzés megnyilvánulása. A Leube-Arneth-féle úgynevezett „leukanaemiával” szemben, számos hasonlóság (progressiv anaemia, megalocytar typusú vérvérvégzés, fiatal leukocytar esontvelő elemek megjelenése) ellenére lényeges különbség a polycythaemiás előszak, a leukopenia, különbség továbbá az extrem myeloblastosis és a nagyfokú thrombopenia.

A pathogenetikus factort, mely a polycythaemia vera kórképének a fentebb vázolt tünetcsoportba való

átalakulását létrehozta, bizonyossággal meghatározni nem lehet. A Röntgen-besugárzásnak a haemopoetikus rendszerre gyakorolt közismert ronesoló hatásának ismeretes volta viszont arra int, hogy a myelophthisis indító okát saját therapiás beavatkozásunkban keressük.

Irodalom: *Blumenthal:* A. de méd. exp. 1907. — *Curschmann:* Med. Klin. 1917. — *Freund:* Id. Gaisböcknél. — *Gaisböck:* Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 21. — *Hirschfeld:* Med. Klin. 1906.; Berl. klin. Wochenschr. 1907. — *Királyfi:* Virch. Arch. 213. — *Korányi:* Belg. kongr. 1909.; Klin. Előadások 1924. — *Krause:* Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 8. — *E. Meyer:* Ther. Monatschr. 1908.; Ärtl. Fortbild. 1910. — *Mosse:* Die Polyglobulien (Kraus-Brugsch: Spez. Diagn. u. Ther. inn. Krankh. VIII.). — *Nägeli:* Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik 1923, 4. kiadás. — *Rosin:* Fol. haem. 7. — *Schneider:* Wien. klin. Wochenschr. 1907. — *Weinberg:* Münch. med. Wochenschr. 1925. — *Weintraud:* Zeitschr. f. klin. Med. 55. — *Winter:* Med. klin. 1908.

THERAPIA

A gróf Apponyi Albert Poliklinika sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Lobmayer Géza dr. egyetemi magántanár).

Három év tapasztalatai solaesthinnel, egy új általános bódítószerszerrel.

Írta: Weiss Győző dr.

A Budapesti Orvosi Újság 1923, 24-ik, illetőleg a Münchener Medizinische Wochenschrift 1923, 26-ik számában beszámoltam azokról a kísérletekről, amelyeket a Höchst-gyártól e célra kapott solaesthinnel végeztünk. 38 letegnél alkalmaztuk addig e szert rövid bódítás céljaira, mely narkosis bevezetésére és a localanaesthis kiegészítésére. Tapasztalataink kitűnőek voltak, az altatószert nagyobb mennyiségben szereztük be és 1922 október óta ezernél több betegen alkalmaztuk e szert a lehető legjobb sikerrel, minden kellemetlen szövdmény nélkül.

A solaesthin vegyileg: methylenchlorid, illetve dichlormethan — CH_2Cl_2 , tehát közel áll a chloroformhoz. Víziszta, szintelen folyadék, szaga a chloroformra

emlékeztet. Alcoholban, aetherben, olajokban jól oldódik. 20 C°-nál, 45 rész vízben is. A methylenchlorid ismerete és állatkísérletes alkalmazása több, mint 50 év előtti időre nyúlik vissza. Első előállítója *Regnault* volt és a vegyület narkotikus tulajdonságait *Richardson* már 1867-ben leírta. Néhány évvel később *Gargée*, *Marshall*, *Drodza* emberen végzett bódító kísérletekről számoltak be, — több halálesettel kapcsolatosan. A bódítószert szennyezettsége okozta a próbálkozások szerencsétlen kimenetelét. A tiszta szert emberen első ízben *Hellwig* használta (1922), aki *Rosenbohm* állatkísérleteiből arra az eredményre jutott, hogy a Höchst-féle methylenchlorid hatásait illetőleg az aetherhez közelálló olyan vegyület, amelynek a chloroformmal szemben kimutatható előnyei közül a szív- és légzőcentrumhoz való káros affinitásának kisebb foka, valamint a nagyobb narkosis-zóna a legfontosabbak.

A solaesthinnel mély, teljes narkosis céljaira alkalmazni meg sem kíséreltük. *Hellwig* ezirányú kísérletei kedvezőtlenek voltak, amennyiben hat percig tartó adagolás után igen nagyfokú excitatio jelentkezett, amelyet csak néhány pernyi igen erős adagolás után sikerült leküzdeni. Ekkor azonban *Hellwig* betegénél igen veszedelmes állapot következett be, cyanosissal, szapora, üres

pulzussal, erős salivációval, majd felületes, gyenge lett a légzés. Beszüntetve a szer adagolását, oxygent, majd aethert nyújtott, amivel sikerült a narkosist a műtét végéig baj nélkül folytatni. Az excitációs stadiumot megelőző analgesias állapotot könnyen és gyorsan sikerült elérnie, sőt óvatos, célszerű adagolással órákon keresztül prolongálni is. Az ilyen úgynevezett protrahált bódítások céljaira *Hosemann* együtt a chloraethylnél is alkalmasabbnak tartja. *Hütten* — aki 65 esetről számol be — kitűnően használta e szert rövid bódítások céljaira, a protrahált bódítást — véleményünk szerint ok nélkül — veszélyesnek tartja. A jól végzett protrahált bódítás alatt a beteg állapota semmiben sem különbözik a rövid percekre bódított beteg állapotától. Helyesen adagolva, bármennyi ideig is tartson a bódítás, még excitatio sem jelentkezhet, már pedig a narkosis gyakoribb veszedelem csak a tolerantiás stadium bekövetkezésekor jöhet-nek számításba.

Schumacher a gyakori excitatiót említi, mint a szer hátrányát. Ennek oka — amint azt már első közleményünkben is jeleztük — csak a helytelen adagolás lehet, amint azt *Hosemann* is megemlíti. Az excitatio elkerülése ugyanis a punctum salienze minden felületes bódításnak. Az elérni kívánt analgesias stadium megelőzi az excitációs stadiumot, amely csak akkor jelentkezik, ha a szert a szükségesnél hosszabb ideig adagoltuk.

Ha a közelgő excitatio jól ismert tünetei (kisfokú motoros és psychés izgatottság, a beteg „feszíteni” kezd) jelentkeznek, még mindig nem késő az adagolást beszüntetni. Az analgesia ebben az állapotban már biztos, nincs is szükség a további adagolásra. Ha prolongálni akarjuk a bódulatot, úgy ilyenkor várunk addig, amíg a beteg teljesen megnyugszik és az ébredéshez közeledik és csak ekkor nyújtunk újabb narkotikumot. Helyesen manipulálva nyomát sem látjuk az excitationak, mert a beteget állandóan csak a praexcitatio, úgynevezett analgesias stadiumban tartjuk. Kezdő altatók solaesthin-bódításainál többször volt alkalmunk a bódítás sikeres lefolyását gyakran zavaró technikai, főleg a fentemlített adagolási hibákat látni. Ugyanígy járnak kezdő altatók a chloraethyl-bódításokkal is, amelyeknél túlادagolva szintén kellemetlen excitatiót és ha buzgón tovább adagolnak, — hogy az excitatiót leküzdjék — még kellemetlenebb légzési zavarokat kapnak. Nem eléggé méltatott fontos feltétele a bódítás „esendes” lefolyásának a műtőteremben szükséges feltétlen csend és nyugalom. Az első csepp narkotikum nyújtásakor minden álljon készen a műtethez, hogy az analgesia bekövetkezésének pillanatában elkezdhető legyen a műtét. Műszerek csörömpölése, hangos beszéd, tapasztalás szerint késlelteti az analgesias stadium bekövetkezését, több narkotikum kell, a beteg ezek miatt is fokozott psychés izgalmanak leküzdésére. Sokszor már az első cseppeknél nehezen leküzdhető psychés (nemnarkotikus) excitatio jelentkezik.

A solaesthint osztályunkon három éve mindazon esetekben alkalmaztuk, amelyeknél azelőtt chloraethylt használtunk. Chloraethylt ezen idő óta bódítás céljaira a solaesthin jól bevált és sok előnyén kívül többszörösen olcsóbb volta miatt nem is használunk.

1. *Rövid, felületes bódítás* céljaira alkalmaztuk legtöbbször a szert. A solaesthint egy kg-os barna, paraffinnal beolvasztott üveg dugós üvegekben kaptuk. Nagy előnye, hogy felbontott üvegek tartalma is felhasználható, mert nem bomlik és így takarékosan használható. Kórházi betegek a bódítás előtt egy ampulla domatrint kaptak subcutan, ambulánsok semmit sem. A bódítás technikája teljesen egyezik a chloraethylnél régen bevált eljárással. A szerből körülbelül másodpercenként csepentünk a *Schimmelbusch*-álarcra, vagy egyszerűbben nyolerét hajtott gazedarabra, amelyet az orr és szájnál főlé helyezzünk. Nagy előnye a chloraethyl felett, hogy a solaesthin nem fagy meg a maszkon, ami az adagolás biztonságát fokozza. Az adagolás elkezdésekor a beteget számolásra szólítjuk fel. Ha a beteg a számolást abbahagyja és felszólításunkra, vagy a következő szám előmondására nem folytatja, vagy ha a rendes számo-

lásból valamely értelmetlen hang kiabálására tér át, úgy beállt az elérni kívánt analgesias stadium, amely átlag öt percig tart. Az analgesias stadium beálltakor az adagolást beszüntetjük, ha a tervezett műtét (incisio, repositio, fájdalmas vizsgálat, tamponeltávolítás stb.) néhány perc alatt befejezhető (protrahált bódítást lásd alább). Betegeink kitűnően tűrték a szert, annak netaláni kellemetlen szagát egyikük sem említette. Az analgesias stadium 80–120 csepp után állott be, gyermekeknél 30–40 csepp volt szükséges. A szer alkalmazásánál korhatárt nem szabtuk meg. 1–80 éves betegek szerepelnek a solaesthinrel bódítottak között. A legkülönbözőbb *belgyógyászati szövődmménnyel* bíró betegek (vitium cordis, tuberculosis, nephritis, diabetes, secundaer anaemia stb.) is complicatio nélkül tűrték a bódítást. Általában kellemetlenül zavarja a bódításokat a *hányás*. A bódítás elején sohasem hánytak betegeink, felébredéskor is csak elvétve és akkor is csak egy-egy ambulans beteg, aki reggel még evett. A narcoticum adagolásának beszüntetése után 3–4 perccel szokott a felébredés bekövetkezni. Ha késik is a felébredés néhány perccel (ami a protrahált bódításnál nagy előny), a betegek pillanatok alatt teljesen eszméletüknél vannak, arcszín, tekintet friss. Azonnal élénkek, felülnek a műtőasztalon s rövid pihenés után saját lábukon eltávozhatnak.

2. *Protrahált bódítás*. A solaesthinnek erre a célra való felhasználása már több gyakorlatot igényel. Technikailag két módja van:

a) Az analgesias stadium beálltával az adagolás beszüntetendő, álarc marad. A felébredés közeledtével (a fájdalomérzés visszatérése) további adagolás ismét az analgesia beálltáig és így tovább;

b) az analgesias stadium beálltakor $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{4}$ -ére csökkentjük a cseppek számát, szükség esetén beszüntetjük az adagolást és ilyen módon tartjuk a beteget lehetőleg egyenletesen az analgesias stadiumban. Az első a könnyebb módszer, a bódítás azonban az adagolás módja miatt nem egyenletes. A második methodust az excitatio elkerülése teszi nehezzé. Jól végezve ideális bódítás, amelyben amputatiót, herniát, hydrokelet stb. zavartalanul operáltunk osztályokon. E protrahált bódításokra olyankor van szükség, amikor valamely hosszabb műtét mély narkosisra nem alkalmas olyan betegnél kell elvégezni, akinél a localanaesthesia nem vihető keresztül. Septikus állapotban levő betegünk diabeteses gangraena miatt szükséges volt combamputációját a közelmúltban végeztük ilyen protrahált bódításban, — csak egy esetet említve a sok közül. *Hellwig* három óráig tartó ilyen úgynevezett „Halbnarkose”-t végzett egy betegnél, akinél a helyi érzéstelenítésben végzett laparotomia után tervezett splachnikus-anaestheniát egy ekkor beálló nagyfokú psychés izgatottság miatt nem lehetett elvégezni, úgy, hogy a nehéz gyomorresectiót ilyen protrahált bódulatban végezték el. Úgy hisszük, hogy csak a zsigerek kihúzásakor és reponálásakor volt szüksége *Hellwig*nek a protrahált bódításra, mert a már kiemelt és izolált gyomor, illetőleg bélen azok vongálása nélkül végzett manipulációk abszolút fájdalomtalanok. Ezzel azonban áttértünk a solaesthin következő alkalmazási területére.

3. *A helyi érzéstelenítés kiegészítése solaesthin-bódítással*. Erre főleg laparotomiáknál nyílik alkalom. A hasmetszés a hasfal infiltrációs anaesthesiájával történik. A betapintáshoz és az operálandó szerv előhúzásához, az összenövések felszabadításához rövid bódítást végzünk, amelyet addig tartunk fenn, amíg a szerv rögzítve izoláltan a seb elé kerül. A gyomor- és bélvarratok behelyezése teljesen fájdalomtalan, a betegek ezek ideje alatt teljesen ébren lehetnek és csak akkor bódítjuk őket újra, amikor a műtét végén a szervek visszahelyezésére kerül a sor. Célszerű ilyenkor a bódítást az utolsó peritonealis varrat behelyezéséig prolongálni. Helyi érzéstelenítésben végzett nagyobb állkapocsműtéteknél, trepanatióknál a vésés, fűrészelés kínos perceire bódíthatjuk el a beteget.

4. *Mély aether-, vagy chloroform-narkosis bevezetése solaesthinnel*. Három év óta osztályunkon minden mély narkosist solaesthin-bódítással kezdünk el. A

bódítást úgy végezzük, amint azt fent leírtuk. A számolás abbahagyása után még néhány cseppet adva ugyanazon a maszkon aetherrel, a legtrikább esetben chloroformmal folytatjuk a bódítást, amely hamarosan eléri azután a szükséges tolerantiás stadiumot. E módszer előnyei a következők:

a) A beteg sokkal hamarabb veszi el öntudatát;

b) megtakarítjuk azt a rendszerint tekintélyes aethermennyiséget, ami a bódítás kezdetén a csaknem mindig nagyfokú excitatio leküzdésére szükséges. Elég gyakori eset, hogy egy félórás műtéthez az excitatio leküzdése után félannyi aether sem kell, mint a narkosis elején. Ezt a narkotikummennyiséget — ami a beteg számára sokszor nem közömbös — néhány csepp solaesthin-nel helyettesítjük.

c) Nincs excitatio.

A solaesthin-bódulatból a beteg excitatio nélkül jut át a mély narkosis állapotába. A kétféle narkotikum summalódásának kell tulajdonítanunk az excitatio elmáradását.

Ezzel kimerítettük a solaesthin alkalmazásának elég változatos területeit. A bódítások után végzett vérnyomás-, vizelet- stb. vizsgálatok a legkisebb elváltozást sem mutatták. Első bódításainkról szóló beszámolóink óta Frey 150, Mensch 500, Hosemann 100 solaesthin-bódításról tettek közléseket. Valamennyien kitűnő eredménnyel használták e szert. Rövid és protrahált bódításokra, a mély narkosis bevezetésére és a helyi érzéstelenítés kiegészítésére használták fel a legjobb eredménnyel. Az eddigi közlésekben sehol sincs említés a legkisebb szövődmenyről sem. Osztályunk 1000-nél több bódításánál, köztük igen sok protrahált bódítás is, semmi kellemetlenség nem volt. Légzés, szív működés, teljesen zavartalan volt. Betegünk megtartott reflexek mellett aludtak. Saját eseteinkkel együtt körülmelül 2000 solaesthin-bódítás állítható össze az eddigi német irodalomból. Bizonyára sokkal kiterjedtebben használják Németországban a szert, mint azt a gyér közlemények mutatják és mihelyt nagyobb bódítás-sorozat felett rendelkeznek, biztosan sürűbben olvashatunk majd a solaesthinről. Tudomásom, illetőleg a hazai irodalom szerint nálunk osztályunkon kívül még sehol sem használják e szert. Egyelőre veszélytelennek mondható bódítószert, amely használhatóságában feltétlenül megüti a chloraethyl mértékét, protrahált bódítás céljaira ennél is jobb és — ami nem kevésbé fontos — sokkalta olcsóbb is. Ha a solaesthin — amint azt mi hiszünk — a továbbiakban is teljesen veszélytelennek fog bizonyulni, úgy egy igen értékes, hasznavehető és olcsó bódítószert hoztunk benne.

Irodalom: Hellwig: Klinische Narkoseversuche mit Solästhin. Klin. Wochenschrift 1922, 5. sz. — Hütten: Narkoseversuche mit Solästhin. Münch. med. Wochenschrift 1924, 13. sz. — Weiss: Solästhin „Höchst“ ein neues Betäubungsmittel. Deutsche med. Wochenschrift 1923, 26. sz. — Schuhmacher: Versuche einer Solästhinnarkose in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Klin. Wochenschrift 1923, 12. sz. — Hosemann: Der Solästhinrausch. Münch. med. Wochenschrift 1924, 13. sz. — Frey: Über den Solästhinrausch. Med. Klinik 1924, 39. sz. — Mensch: Erfahrungen mit dem Solästhinrausch. Deutsche med. Wochenschrift 1924, 47. sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Epilepsiás roham kiváltása a tüdő erőltetett szellőztetésével. Mainzer. (Klin. Wochenschr. 1925, 40. sz.)

Foerster megállapította, hogy erőltetett belégzéssel epilepsiás egyénen epilepsiás rohamot lehet provokálni. A szerző ezt utána vizsgálta, de neki az eseteknek csak kis részében sikerült a rohamot kiváltani. A hatás mechanizmusát vizsgálva, elsősorban a mély légvételeket követő agyvérsegenységre lehetne gondolni, azonban sem ez, sem a vér lúgosságának fokozódása (mint hyperventillációs tetaniánál) nem oka a kiváltott rohamnak. Az utóbbi lehetőség ellen főleg az

szól, hogy intravenásan adott nagymennyiségű alkali-val sem sikerült soha kiváltani a rohamot. Ha azonban erősen hypertoniás NaCl-oldatot adott egy epilepsiás egyénnek, ennél a betegnél a roham konyhasó hatására mindig kiváltódott. A görcsöt tehát részben specifikus chlor-ion hatásnak, részint a hypertoniás oldat hatásának fogja fel. A konyhasómegvonás anti-epilepsiás hatású, ami klinikailag is megfigyelhető: támogatni látszik az intravenás hypertoniás konyhasóoldat görcsököt okozó hatását. Kiss József dr.

A strontiumtherapia. M. Grassheim. (Klin. Wochenschrift 1925, 39. sz.)

A strontiumot Németországban egész a legutóbbi időig alig használták gyógyszerként, míg nem Alwers sikerrel kezdte alkalmazni éhezési osteopathiák és rokon megbetegedések ellen. Azóta mindinkább bővül az alkalmazási tere. A kísérletek kimutatták, hogy a strontium hatása sok tekintetben rokon a calciuméval, de bizonyos esetekben felülmúlja azt. Így pl. a vegetatív idegrendszerre való hatása sokkal kifejezettebb, mint a calciumé és ezért az asthma bronchiale és az urticaria terapiájában sikerrel alkalmazható. A strontiumnak a szívre és erekre gyakorolt hatása azonban lényegesen eltér a calciumétól, amennyiben a vérnyomást emeli és általában inkább a digitaliséval rokon hatást fejt ki. A strontium intravenás alkalmazása kellemesebb, mint a calciumé, egyrészt mert nem okoz hőségérzést, mint amaz, másrészt, mert esetleges paravenás injectio esetén sem hoz létre nekrosist.

Czoniezer dr.

A peptikus gyomorfekély keletkezéséről és kezeléséről. Katzenstein. (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 39. szám.)

Élő szövet nem tud ellenállni erős gyomornedv emésztésének; csak olyan szövetek, melyek ilyen emésztőnedvvel állandóan érintkeznek, mint a gyomor és duodenum, tartalmaznak több antipepsint és ezért nem emésztődnek meg. Hogy típusos ulcus pepticum rotundum keletkezzen, szükséges a pepsin, gyomornedv és antipepsin normalis viszonyának a zavara egyéb tényezőkön kívül, amelyek lehetősége nagyon valószínű. Ezt bizonyítják az állatkísérleteken kívül emberekben ez irányban végzett vizsgálatok is. Az eddigi kezeléssel minden egyes ulcus esetében adagolni kellene „aminyn“-t is (antipepsin+neutralon) per os, megkísérteni a vér csökkent antipepsintartalmának az emelését. Súlyos gyomorvérzéseknél a teendő elsősorban a vértömlesztés, mert ez nemcsak mint legjobb vérzéscsillapító hat, hanem növeli a vér antipepsintartalmát s így az ulcus gyógyulására is jó hatással van. Szabó dr.

Az epehólyag Röntgen-képe és ennek klinikai jelentősége. Pribram, Grüneberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 35. sz.)

Hogy az epehólyagról Röntgen-képet kapjunk, eddigelé több eljárást ajánlottak, ezek közül gyakorlatilag csak az értékesíthető, ha a betegnek olyan anyagot adunk, amely az epehólyagban választódva ki, a Röntgen-képben árnyékot ad. Ilyen eljárás a Graham-féle tetrabrom- vagy tetrajódphenolphthalein-adagolás, mely szabad ductus cysticusban és hólyagban 16–24 óra múlva határozott árnyékot ad. Szerzők, hogy a szer mellékhatásait (hányás, collapsusok) elkerüljék, előzőleg atropin-injectiót adtak a betegeknek. Az epehólyag előzetes teljes kiürítését hypophysiszövetet injiciálással érték el, amely Röntgen-képen is ellenőrizhetőleg az epehólyag erős összehúzódását váltja ki. Ezen eljárással normalis körülmények között mindig sikerült az epehólyagról kifejezett jó képet kapni. Ha 16–30 óra múlva belől semilyen, vagy csak homályos árnyék látszik, nagy valószínűséggel lehet következtetni vagy a ductus cysticus, vagy a hólyag nyak átjárhatatlanságára, vagy a hólyag kő okozta elzáródására. Változatos képeket kaptak az epehólyag normalis helyzetéről és alakjáról. Sebészi szempontból is jelentős a kő korai kimutatása, mert a mindenképpen célszerűbb korai műtétnek eddig leginkább a diagnosis bizonytalansága volt az oka. Szabó dr.

Az idegrendszer szerepe az anyagcsereében. Oswald. (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 39. sz.)

Még mindig sokat vitatott kérdés, hogy az anyagcsere-folyamatokban az idegrendszernek milyen szerepe van. Az utóbbi idők vizsgálatai valószínűvé tették a közepagyban különböző centrumok felvételét, amelyek az anyagcsere-folyamatokra befolyással van-

nak (só-, víz-, de valószínű, hogy ugyanott zsírcentrum is). Szerző klinikai adatok alapján bizonyítja, hogy a központi idegrendszerrel az általános anyagcserefergalmom, különösen a zsír, de részben a fehéranyagcsere is nagymértékben függ. Ismeretes, hogy a pajzsmirigykivonat lefogást okoz s a golyvásoknál a jó hatása mennyire kiszámíthatatlan. Mindazon egyének, akik jó, s általában a pajzsmirigyhormon iránt olyan feltűnően érzékenyek, már a kezelés előtt is astheniás-nervosus tüneteket mutatnak, az idegrendszer, különösen a vegetatív idegrendszer labilitását és fokozott ingerlékenységét. Ebből következik, hogy a vegetatív idegrendszernek a lesoványodásban nevezetes szerepe van s hogy ez a folyamat az idegrendszer közvetítésével történik. Szabó dr.

Sebészet.

A gyomor-lymphogranulomatosis esetéről. Steindl. Hochenegg-klinika. (Archiv f. klin. Chir. 130. köt., 1–2. füzet.)

Nőbetegnek egy év óta határozatlan gyomorpanaszai vannak. Két hónap óta felbőgése és hányása kínozza. A Röntgen a praepylorikus részen körkörös árnyékkiesést mutat, ezért rákot kórisméznek. Gyomorsectio. Gyógyulás. A kimetszett darabon az antrum praepyloricumot, lapszerint beszűrődő daganatot lehetett látni, mely göreső alatt lymphogranulomatosisnak bizonyult. A szerző tuberculosissal való összefüggést nem tudott kimutatni.

Hasonló eset az irodalomban 12 van. Ebből 10 boncolási lelet. Az ő esetében a gyulladás végleges volt, mivel a betegség egyedüli gócpontja még csak a gyomorban volt. Berencsy Gábor dr.

A strumektomia ritka szövődményeiről. Emil Just. Eiselsberg-klinika. (Arch. f. klin. Chir. 135. köt., 1–2. füzet.)

A szerző a strumaműtétek kapcsán fellépő szövődmények közül a mediastinalis vérzéseket említi leggyakoribbnak. Az *első gátor vérömlenyei* klinikailag tünet nélkül folynak le és a légzőmozgások szívóhatása okozza azt, hogy csaknem mindig jelen van. A *hátsó gátor vérömlenyei* már ritkábbak és inkább retrooesophagealis strumák műtéti után fordulnak elő. Ezek klinikailag súlyosabb megítélés alá esnek és gyakran vezetnek nyelési zavarok, nehéz légzés tünetei közben megfulás útján halálhoz (oesophagus és trachea összenyomása). A *mediastinum emphysemája* sokkal lassabban szívódik fel, mint a vér. Ez is vezethet halálra. A *ductus thoracicus sérülése* után fennálló sipolyok (fehéres, tejszerű folyadék) pedig a betegek leromlását vonják maguk után. Mihelyt azonban a sipoly elzáródik, a beteg ismét megerősödik. Többnyire ez a szövődmény is gyógyul. Berencsy Gábor dr.

Kritikai megjegyzések az angina pectoris s az asthma bronchiale műleti kezeléséhez. Flörekén. (Arch. f. klin. Chir. 130. köt., 68. old.)

A nyaki határköteg egy- vagy kétoldali kiirtásával 27 műtött esetben, az esetek $\frac{2}{3}$ részében értek el fájdalom- és panaszmentességet súlyos angina pectorisnál. Ugyancsak jók az eredmények a nervus depressor kétoldali kiirtásánál is, ha a műtött esetek csekély számából végleges következtetés még nem is vonható. Fontos, hogy a felső háti dúc is eltávolíttassék, mert az élettani vizsgálatok szerint ennek van a szívre, vérnyomásra s érlelkötésre a legnagyobb befolyása. Hogy melyik műtétet mikor alkalmazzuk, arra nézve elméleti megfontolások alapján Glaser úgy nyilatkozik, hogy vagotoniás coronaria göresők esetén a sympathectomia, míg aortaliánál a depressorok kiirtása volna végzendő.

Jó eredményről számol be még szerző asthma bronchiale egy esetében is, ahol Kümmel ajánlatára a baloldali határköteg kiirtását végezte. Paunz.

Az ersyipelasos megbetegedésről, kórbonctanáról és gyógykezeléséről. L. Kubin. (Med. Klin. 1925. 28. sz.)

Osztályukon hét év alatt körülbelül 500 ersyipelasos megbetegedést figyeltek meg. Ebből csak 21 férfi, tehát sokkal nagyobb számban betegszenek meg nők. Az ersyipelas kedvező megjelenési helye a fej és arc bőre, a száj-, orr- és szemnyílás körül, de másutt is előfordul. A betegség kezdetén a megbetegedett bőrtérület fájdalmasságáról panaszkodnak a betegek, mely vörös, duzzadt, mint fennsík emelkedik a bőr színjából ki, rendszeren magas hőemelkedés kíséretében. Gyorsan szokott tovaterjedni.

Szövettanilag a gyulladásos elváltozások főleg a kötőszövetben vannak. A kötőszöveti nyálábokat a vízenyő által szétoltva találjuk. A bőr minden rétegének vér- és nyirokerei feltűnően tágak, teltek, helyenként a vérerekben thrombusképződéssel.

Ami ragályosságát illeti, megfigyelésünk szerint általánosságban csak sérült bőrön érintkezéssel fertőz, s akkor is főleg ha különösen virulens streptococcus-törzs okozza a megbetegedést. Gyógyítása könnyű esetekben alkohol-burog-borogatás. Súlyosabb esetekben 10%-os lapisoldattal ecsetelik be a beteg bőrt és világosságnál száradni hagyják. E lapiskezeléstől igen jó eredményeket láttak. Mindkét gyógymódnál tejjec-tiók előnyös hatását látták. Súlyos esetekben ezenkívül a különböző streptococcus antiserumokat is használták jó eredménnyel. Szacsavay.

Urologia.

A nephritis sebészeti kezeléséről. Prof. M. Zondek. (Zeitschr. f. Urologie 1925. 19. köt., 9. füz.)

A decapsulatio értékét illetőleg még nagyon is eltérők a vélemények. Kümmel feltétlen híve, Volhard erősen megszorítja az indikációkat. Általában nagyfokú acut oliguriánál vagy anuriánál, a vesének tályogjainál, vagy az úgynevezett nephritis colicánál a beavatkozás eredményes. A szerző a kérdést experimentálisan vizsgálta. Megállapította, hogy a feltárt vesének retroperitonealis luxatiója is már pathológiás elváltozásokat hozhat létre. A vékonyfalú vena renalis jobban komprimálódik, mint a vastagabb arteria és ezáltal venosus hyperaemia és intrarenalis nyomásemelkedés jön létre, még inkább, ha a vesét a nyele körül kissé megcsavarjuk. Ha az ilyen vesénél a tokot kis darabon lehúzzuk, úgy a nyomás alól felszabadult veseparenchyma előbuggyan, tovább lemeztelenítve a vesét, felületén számos vér és külön vízszerű csepp jelenik meg. Az eredményt Zondek „a vese ér- és nyirokvágásának” nevezi. A vér a vesekéreg erősen teli capillarisaiból származik, a folyadék pedig az interstitialis szövetből, de nem a húgyvesatörnácskákból, mit indigopróbával bizonyított be. Mennél virulensebb ez a folyadék, annál inkább remélhető a szervezet mérgeztelenítése. Az előbb komprimált húgyvesatörnácskák a nyomás alól felszabadulva, az olig- vagy anuria megszűnik. Miután a capsulát a hilusig távolítja el, át-vágja a vesébe belépő sympathicus-ágakat is, miáltal a veseedények dilatatiója jön létre, ennek azonban a hatásmechanizmusban nincsen nagyobb szerepe.

A decapsulatio hatása kisebb, mikor elsősorban a parenchyma van megtámadva, mint mikor az edényrendszer sérült. Sublimat-anuriánál a vizelet a műtét után megszorodott, azonban szerfelett híg maradt és a beteg mégis elpusztult. A beavatkozás azonban a mérgezés lelegején, mielőtt még az epithel nekrosisa bekövetkezett, eredményes lehet. Hadi nephritisnél és skarlátnephritisnél még többnapig anuria után is a decapsulatiótól jó eredményeket látott. Chronikus nephritisnél — hacsak egy acut oliguriás rohamról nem volt szó — a műtétet mindig elvetette. A leírt javulásokat variabilis körképnek, spontán ingadozásnak tartja. Eklampsiás anuriánál homlokegyenest eltérők a vélemények. Szerinte, ha 8–10 órával az uterus kiürítése után a coma és oliguria fennáll, a beavatkozás indikált. Disseminált vesetályogoknál a decapsulatio jobb mint a nephrotomia. A nyomásnövekedés kifejezettebb és a tályogok — minthogy inkább a kéregállományban ülnek — könnyebben ürülnek ki. Az úgynevezett angioneurosisoknál úgy jár el, hogy előbb pyelotomiát végez; ha egy rejtett követ vagy kezdődő tuberculosist kizárhat, a pyelotomia sebért zárja és decapsulatiót végez. A veseedények sympathikotomiáját nem eléggé indokolt hypothesisnek tartja.

A decapsulatio hátránya, hogy a tokból a vesébe lépő edényeket áttépjük és így a vérnyomáshadozások egyik physiologiai regulátorát tesszük tönkre. A még károsabb következmény, hogy a vese körül újra szívós heges tok képződik, mely még inkább ellenáll a nyomásnövekedésnek. Ezért lehetőleg nem húzza le teljesen a tokot, a visszamaradt rész mintegy szelepként működhetik. Erős vérzésnél azonban teljesen decapsulál, hogy éppen az új tok komprimálja a vérző veseedényeket. Ha a tok a vesével szorosan összenőtt, a scarifikálást ajánlja. Azt a feltevést, hogy az új tok felől collateralis vérkeringés indulna meg, még 1903-ban megcáfolta. Radó Béla dr.

Fertőzött vesék szöveti desinfectiója műtéti fel-tárás után. Prof. Paul Rosenstein, Berlin. (Zeitschr. f. Urologie 1925, 19. köt., 9. füz.)

Morgenroth mutatta ki, hogy bizonyos chinin-derivatumok a szövetek közé feekendezhetők, ahol azok bakteriumölő hatást fejtenek ki. Igen jó eredmé-nyeket ért el általános és urológiai-sebészeti esetek-ben. Ezek után megkísérelte ezt az eljárást oly műtéti-leg feltárt veséknél, ahol különben már nephrektomiát kellett volna végezni. A többszörös tályogot is tartal-mazó vese is nagyfokú restitúcióra képes, azért indo-kolt a conservatív eljárás. Az ilyen esetekre eddig a decapsulatio, nephrotomia, pyelotomia és drainage áll-tak rendelkezésre. A decapsulatio gyakran nem ele-gendő, a nephrotomia veszedelmes eljárás, utána elég gyakran a secundaer nephrotomiát kellett elvégezni. Négy esetben így járt el: a kiluxált vesét decapsulálta, majd egy finom, hegyen Paquelin-szűrőgövel 10–12 esatornát égetett a vesébe, az egyik poluson hosszú, vékony tűn keresztül 1:1000 rivanoldatot feekende-zett keresztül. A felesleges oldat a szűresatornákon át kibugyborékol. Az arteria renalisson át való átöblítést emberen még nem kísérelte meg. A szerv feszülését gondosan kell ellenőrizni. A 4 beteg közül 3 meggyó-gyult.

Szerző a berlini urológiai társaságban mutatta be eljárását. A megindult vitában Casper, v. Lichten-berg, Joseph és Stutzin nagy tartózkodással, sőt elité-lőleg nyilatkoztak a rivanol szövetdesinfectáló hatásá-ról, csupán Schnitzler dicsérte az eljárást.

Radó Béla dr.

A prosztaták genyvizeléséről. H. Blanc. (Journ. d'Urol. 1925, 19. köt., 6. füz.)

A prostataadenomában szenvedő betegeknek igen gyakran található súlyos genyvizelés, mely legtöbbször a kezelés közben fellépő fertőzés következménye. Sok-szor azonban, főleg ott, ahol a beteg még kezelésben nem részesült és vizelete mégis inficiált, a prostatatúl-tengésen kívül egyéb oka is van a genyvizelésnek. Négy esetet demonstrál, ahol prostata-hypertrophia mellett egyéb elváltozások is állottak fenn (kő, diver-ticulum, daganat a hólyagban; genyes vesefolyamatok; kő, tuberculosus). Szükséges tehát, hogy a genyvizelés okát az alaphajon túl is keressük cystoskopiai, esetleg ureterkatheteres vizsgálattal.

Adler-Rácz dr.

Fülgyógyászat.

A középfül coli-infectiója. Charousek. (Med. Kli-nik 1925, 21. évf., 15. old.)

A bacillus coli egyszerű képes pathogen geny-keltő és anaërob saprophyta szerepét játszani. Az álta-lános immunitás csökkentése révén könnyen bejut a vérbe, majd haematogen úton a hallószervbe kerül, innen kiindulva pedig másodlagos módon colisepsist idézhet elő. Ha a colibacillus egyéb primaer kóroko-zókhoz társul, ezeknek virulentiáját fokozni képes, s az ily módon keletkezett vegyes fertőzés igen vesze-delmessé válhat.

Germán Tibor dr.

A felső légutak s a fül elváltozásai polycyth-aemia kapcsán. Schreyer. (Zeitschr. f. Hals-, Nase-, u. Ohrenheilk. 11. köt., 2. füz.)

Leggyakoribb tünet az orrvérzés. A hallószervi elváltozások gyakran Meniere-tünetesoporthoz nyilvá-nulnak meg. Előfordulhatnak olyan természetű hal-lási zavarok, melyeknek hallóidegmegbetegedés az alapja. Mindezen jelenségeknek a polycythaeimiával járó véredény- (capillaris) tágulat az oka, mely ter-mészetesen kiterjed úgy a felső légutak nyálkahártyá-jára, mint a belső fül véredényhálózatára.

Germán Tibor dr.

Ellenjavallatok a heveny esecsnyúlványlob mű-tetésénél. Ittelson. (Laryngoskope 35. köt., 4. sz.)

Szerző a heveny esecsnyúlványlobokat két cso-portba osztja: 1. nyálkahártyalobok; 2. esontbeolvadás következtében keletkezett tályogképződéssel járó ese-tek. Míg az első csoportba tartozó esetek csak különö-sen súlyos jelenségek fellépése alkalmával operálan-dók, addig a második csoportba tartozóknál a műtét, és pedig többnyire a haladék nélküli műtét, elkerül-hetetlen. A korai műtétek bizonyos veszéllyel járnak: a gyulladásoz folyamat még nincs kellőképpen elhátá-rolva, s elég gyakoriak a postoperatív perisinusos tályogok és sinusphlebitisek. Ha csak lehetséges, ne operáljunk a harmadik hét előtt. A fertőző megbete-gedésekkel kapcsolatos esecsnyúlványloboknál is aján-

latos várni a műtéttel az alapbaj gyógyulásáig s ezzel egyúttal bevárni a genyes beolvadás bekövetkezését. Ezt, ha fenyegető tünetek nincsenek jelen, rendszerint nyugodtan bevárhatjuk, anélkül, hogy a betegnek ebből kára származzék.

Germán Tibor dr.

Szülészeti és nőgyógyászat.

Méhüri beavatkozások magzatártalmai. G. Win-ter, Königsberg. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 70. köt., 1–2. füz.)

A kérdés fontosságát nem méltatták eléggé. A méhüri beavatkozások között a magzatra kétségtel-lenül a fordításnak van a legnagyobb jelentősége. Nemcsak a régi fordítási módnál — amikor a fordítást nem követte mindjárt a magzat kihúzása — ha-nem könnyű, burokrepedés után azonnal végzett ese-tekben, főképp ha idő van a méhüri ártalmak kifejlő-désére, a statisztika mintegy 50% magzati halálozást mutat. A szerző számadatokkal bizonyítja, hogy nem-csak a fordítás után vannak ilyen káros következmé-nyek, hanem kisebb méhüri beavatkozások után is: karelőses, láblehozás, deflexiók tartások javításával kapcsolatosan is. A magzatra oly káros hatással lévő méhüri asphyxia fellépte annál inkább várható, minél tovább tartott, minél nehezebb volt a beavatkozás és minél tovább vagyunk kénytelenek a magzatot a méh ürében hagyni. A méhüri ártalmakat a köldökzsinór legkülönbözőbb insultusa, a lepény részleges vagy tel-jes leválása mellett leggyakrabban azon körülmény okozza, hogy a méhürben dolgozó kéz a magzaton reflexeket vált ki. Ismeretes, hogy enyhén asphyxiás magzat milyen hamar reagál bőringerekre légző moz-gással. Ugyanez történik a méhürben, az ingerlékeny-séget fokozza a grázcere zavara következtében jelenlévő légzőközponti izgalom. Az ártalmak hatása alatt a magzat a méh ürében is légző mozgást végez, aminek következtében a lepényi vérkeringés ismert nyomá-sviszonyai megváltozván, ez az asphyxia közvetlen elő-idezőjévé válik. Az asphyxia fordítás és láblehozás mellett mélyebb szokott lenni, mint a többi, kevesebb manipulációval járó beavatkozás után. A mondottak-ból következők és erre a szerző már régebben is fel-hívta a figyelmet, hogy a méhszáj eltűnéséig lehetőleg minden méhüri beavatkozás elhalasztandó. Kérdés, meg tudunk-e és hogyan tudunk e követelménynek a gyá-korlatban megfelelni? Amíg a burok áll, haránt fek-vésnél sincsen semmi veszély. Burokrepedés után je-lentkezhetnek csak a szövődmények: lepény-érkerin-gési zavarok, aprórészelőses, fertőzés, izomretractio okozta reahúzódás, a passív szakasz kitágulása, a harántfekvés elhanyagolódása. A klinikusok nagy része nem vár a burokrepedés után, hanem amilyen hamar csak lehetséges, fordít. Nemcsak Sachs körké-rdése eredményeképpen, hanem Winter saját anyagja alapján is közölheti, hogy burokrepedés után a méh-száj kellő tágulásáig való várakozás nem rejt magá-ban olyan veszélyt, hogy azonnal fordítani kellene. Kellő elővigyázat, elengedhetetlen megfigyelés mellett a tágulás vége rendszerint bevárható. Sachs és Pocek anyagából következik, hogy a tetanus uteri veszélye csakély, fertőzés a burokrepedés után csak hosszabb idővel jön létre, a vajudó nyugodt fektetésével, fele-sleges vizsgálat elkerülésével, az antiseptikus elvek be-tartásával a minimumra szorítható. A tágulási szak befejezése előtt a harántfekvés csak elenyészően kevé-s esetben hanyagolódik el. A beálló spontán méhrepedés sem a tágulás, hanem a kitolási szak szövődménye. A burokrepedés után létrejövő retractio sem olyan ká-ros, hanem bizonyos mértékben szükséges követel-mény, a méhszáj tágulása befejezéséig a magzatra tör-ténő méhreahúzódás nem nehezíti meg aránytalanul a fordítást. Ezen várakozó eljárás a magzatra nem any-nyira kedvező, mert a kar- és köldökzsinórértésénél be kell avatkozni, a víz elfolyása és az ezt követő retractio káros hatását azonban csupán a kitolási szak-ban érezteti. A szerző a tágulási szak szükséges sietteté-sére a méhszáj még meglévő peremének bemetszéseit tartja leghelyesebbnek, a metreursist csupán a szülésnek az anya érdekében történő gyorsítására ajánlja. A fordít-ás mellett a láblehozás, karvisszahelyezés és a mag-zattartás javítását célzó méhüri beavatkozások, bár ritkább előfordulásuk miatt kisebb jelentőségűek, mégis a magzatot káros következményeknek teszik ki, amiért is ezen kisebb műtéteknél is tanácsos a méhszáj eltű-nését bevárni.

Schürger dr.

Szemészet.

A szemben történő szövetlégzésről s annak klinikai jelentőségéről. *Seidl.* (Heidelbergi szemészgyűlés 1925.)

A csarnokvizet a ciliaris epithel szekernálja; ezen activ sejtműködés oxydatiós folyamatokhoz van kötve. Szerző azon theoretikus megfontolását, hogy enyhé töménységű cyanvegyületek rövid időre a belső szövetlégzést bénítják s így bizonyára a ciliaris epithelben történő oxydatiót is gátolják, ami egy reversibilis szemfeszülés csökkenésben nyilvánulna, kísérletei igazolták. Nemesak cyanalkalival kísérletezett, hanem cocainnal is, ami a sejtplasmahártya physikalís megváltoztatásával múlóan megváltoztatja a sejtmechanizmust, ezáltal okozza az oxydatiógátlást. Eljárása a következő: Vékony tüvel a házinyúl egyik szemébe az üvegtest közepére a fenti mérgek isotonias oldatából egytized-egyhuszad cm³-nyit fecskendezett, a másik szembe kontrollképen physiologiás NaCl-oldatot. A sorozatos tonometria kimutatta, hogy a cyanalkaliummal, illetve a cocainnal kezelt szemek feszülése másnapra süllyedt és az alkalmazott töménység szerint 14 napnál is továbbra hypotoniásak maradtak, mindenféle gyulladásos tünet nélkül. A NaCl-al kezelt szemek tensiója nem változott.

További vizsgálatai szerint: a glaukoma-ellenes adrenalin-injectióra a ciliaris epithel secretiója gátolt, aminek oka az előlő ciliaris arteriák vérnyomáscsökkenése és ciliaris hajszálerek contractiója miatt beálló oxygen-hiány. A secretiót gátló és ezáltal hypotonizáló cyanalkali- és adrenalinhatást szerző mikrochemiai úton is igazolja (*Ehrlich*-féle indophenol-kéksynthesise).

E kísérletek magyarázzák a glaukoma-ellenes adrenalin-therapiánál tett megfigyeléseket és egyszersmind újabb támaszt adnak a szerző azon régi felfogásának, hogy t. i. a ciliaris epithel secretiós szerv.

Becker Jenő dr.

A chalazion pathológiájához. *Schall.* (Heidelbergi szemészgyűlés 1925.)

Eddig a chalazion keletkezésében a mikroorganizmusoknak tulajdonították a főszerepet. Szerző szerint a chalazion úgy keletkezik, hogy a Meibom-mirigyek kivezető csövének mechanikai elzáródása következtében váladékpangás támad, amire a környezet reactív gyulladásos elváltozásokkal felel anélkül, hogy mikroorganizmusok szerepelnének. Ilyen folyamat lehetőségét igazolja a következő kísérlet: A Meibom-mirigyváladékhoz hasonló vernix caseosát a házinyúl bőre alá juttatja, amire az ott keletkező szövetekben a chalazion fejlődésének különböző stadiumában található histológiai képleteket ki tudja mutatni: úgy mint az óriássejteket, plasmasejteket, hystiocytákat.

Becker Jenő dr.

Újszülöttek entropiomáról. *Yan Chov.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1925. 75. köt.)

Újszülötteknél a felső szemhéj entropiuma aránytalanul ritkább, mint az alsó és leginkább olyan csecsemőknél találjuk, akiknél egyéb fejlődési anomáliák is vannak. Szerző három esetet közöl, melyek egyike egy felsőszemhéj-entropium, akinél kéthónapos korban blepharotomia (*Stellwag* szerint), majd Schnellen-entropiumvarratok alkalmazása vezetett eredményhez. Másik két esetben az alsó szemhéjak entropiuma ellen Holtz-féle műtétet végeztek jó sikerrel 1. illetve 1½ éves korban.

Az entropium okát régekte a szemhéjváz gyengeségében, tarsusban, a szemhéjbőr hypertrophiájában, sőt a kötőhártya áthajlái redőjében keresték. Újabbi szerzők szerint az alsó szemhéjbőr rendellenes configuratio, epiblepharonképződés vezet entropiumhoz. Altalában az újszülöttek entropiuma a corneára a ciliák finomsága miatt nem veszélyes, csak súlyosabb táplálkozási zavarokban szenvedőknél szokott szaruhártyabántalommal járni.

Becker Jenő dr.

Különbözik-e a cataractások vérséruma a nem-cataractásokétól? *Gourfein-Welt.* (Rev. gen. d. ophth. 1925 ápr.)

Roemer és *Gelb* azt találták, hogy a hályogos betegek séruma erősebben módosítja a cataracta fehérjét, mint az egészségesekét. Más szerzők ezt

tagadják. E cikk szerzője szárított cataractás lencseporát vérsérumokkal hozta össze és azt találta, hogy az egészséges emberek vérsérumának fénytörő erejét a cataracta pora nagyobb fokban változtatta meg, mint a cataractásokét. Tehát éppen ellenkezőleg a cataractás serum modifikálja kevésbé a lencse fehérjét és nem az egészséges.

Kretz Tibor dr.

Gyermekeorvostan.

A karlsbadi víz alkalmazása csecsemők megbetegedéseinél. *Rudolf Fischl.* (Balneologie und Balneotherapie 1924.)

A karlsbadi víz elsősorban a csecsemők táplálkozási zavarainál adható, mikor is a jó eredményt húgyhajtó hatásán kívül alkalizáló, a szervezetben kórosan képződött savakat megkötő hatása által magyarázza. A májnak súlyosan bántalmazott funkcióját helyreállítja, az izomzat turgorát fokozza s a circulatiót megjavítja. Ha súlyos intoxicationál per os adni nem lehet, más úton juttatja a szervezetbe, legcélszerűbben intraperitonealis infusio alakjában. (Befecskendésre legjobb steril karlsbadi Mühlbrunn-vízet használni.) Jó eredménnyel adta erythrodermia desquamativánál az alkalikus közegben adandó fehérjekészítményeket karlsbadi vízben.

Az étvágyat csecsemőknél kevésbé befolyásolja, kis adagban az enyhe pylorus-spastikus hányásnál jó hatású.

Cystitisnél, pyelitisnél a vizelet reactiójának alkalizálása magyarázza kedvező befolyását. A szerző reméli, hogy a karlsbadi víz alkalmazásának tere csecsemőknél még lényegesen bővülni fog. *Mihalovics dr.*

Csecsemők és kisgyermekek „Blähungsbronchitis-e”. *Ehle.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 1925. 30. köt., 1. füzet.)

Finkelstein spastikus, *Heubner* asthmás bronchitisnek nevezi s leginkább a háború utáni években észlelték a göttingeni gyermekklinika. Alsó korhatár 2 hónap, felső 15 hó, de észlelték kivételeket is. Körülbelül egy héttig tartó köhögés után, vagy hirtelen kezdődik lázzal és nyugtalansággal. A nyugtalanságot dyspnoe okozza s annak fokozódásával orrszájrnyi légzés, cyanosis, jugularis behúzóadás és hörögés lép fel. Hasonlít a croup descendenshez, rekedség és ugatásszerű köhögés is van. A stridor „Blähungsbronchitis”-nél mindig expiratóris. A láz 39–40 C°, gyógyuláskor lytikusan esik. Gyakori kísérő tünet a hányás és parenteralis dyspepsia. A testtartás hasonlít ahhoz, melyet meningitis gyermekeknél látunk. A mellkas maximalis inspirációs állásban van, tüdők felett dobos kopogtatási hang és számos hurutos zöreje. Röntgen a tüdőmezőkben néha gyenge árnyékot ad. Körülbelül 10–14 napig tart, recidivák gyakoriak. A kórkép klinikailag legjobban hasonlít a *Lederer* által leírt bronchotetaniához, eredete azonban eltérő. *Heubner* az asthma bronchiale bevezetőjének tartja, *Göppert* és *Finkelstein* nem osztják felfogását. Neuropathiás gyermekeknél lép fel leggyakrabban. Kezelésben legfontosabb a nyugalom, ezt előzve a gyógyszeres therapia is. Adnak urethant csőrében, kor szerint 0.80 g-t 2.0 g-ig, hedonalt szintén 0.5–1.0 g-ot. Szerző nyolc esetet észlelt, közülük kettő exitál.

Henszelmann dr.

A mastix-reactio jelentősége a gyermekeorvostanban. *S. Levy.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 1925. 30. köt., 1. füzet.)

Összes liquorvizsgálatainál rendszeresen alkalmazta a Goebel-féle módosított mastix-reactiót. Lényege, hogy 6 csöbe 0.8% NaCl-oldatot tesz, az I. csöbe 1 cm³ liquort, ezt azután tovább viszi a következő csövekbe mindig felére hígítva, hozzátesz mindegyikhez 1 cm³ mastixemulsiót, összekeveri s 6–12 óra hosszat állni hagyja. Normalis liquor változatlan. Szerző öt zavarosodási és két kicsapódási fokozatot különböztet meg. A pozitív mastix-reactio oka a liquorfehérje szaporulata, mely exsudatív, transsudatív, vagy degeneratív folyamatok által jön létre. Mastix-reactiót esakis globulinok adnak, a durva elosztódásúak kicsapódást hoznak létre, az albuminok gátolják a kicsapódást. A colloidreactiótól csak karakteristikus és nem-specifikus eredményt vár. Egy eseténél negativ mastix-reactio mellett több ízben pozitív Wassermann-reactiót kapott. Legértékesebbnek tartja az enkephalitis epidemica görbét, melynél a II., ritkábban a III. csöben van kicsapódás. Polimyelitissnél a spinalis esetek

ben negativ a reactio, centralis eseteknél positiv a II—V. csőben. A folyamat gyógyulásával a reactio is negativ lesz. Epilepsia normalis görbét ad. Genyes meningitisnél a görbe jobbra tolódik el, különösen a IV—VI. csőben van erős kicsapódás. Gyógyulás esetén a görbe balra tolódik, minden recidivát előre bejelent egy jobbratolódás. Meningitis tuberculosánál a kezdeti szakban nem mindig jellemző a görbe, gyakran van zavarosodás a III—VI. csőben. Nehéz elkülöníteni a kezdődő meningitis tuberculosát az enkephalitistól, utóbbinál a kicsapódás a II., előbbinél a III—IV. csőben van; ilyenkor fontos a liquorcukor viselkedése. A gümös agyhártyagyulladás végstadiumában olyan a mastix-reactio, mint a többi meningitisnél. Leszámitva tehát a meningitis tuberculosa kezdeti szakát, az egyes meningitisfajtákat mastix-reactióval elkülöníteni nem lehet.

Henszelmann dr.

Adalék a gyermekkori leishmaniosis terapiájához. Pr. S. Cannata, Messina. (La Pediatria 33. évf., 9. szám.)

Nasso és Malardi hívták fel a figyelmet arra, hogy vannak a stibiummal szemben resistens, illetőleg intolerans gyermeki leishmaniosisek. Ezeknél a stibium adagolási módjának bizonyos reformjával vélték célt érni, de a szokásos tartarus emeticus helyett más stibiumvegyülettel nem próbálkoztak. Szerző rámutat arra, hogy vannak egyének, kiknél tartarus emeticus-sal (kalium stibio-tartaricum) semmiképpen nem érünk el eredményt és úgy találta, hogy ezek az esetek símán gyógyultak, ha kalium helyett natrium stibio-tartaricumot adagolt (4—6 cg pro injectio, 20 ízben, 1 g össz-mennyiségben).

Jacobovics Béla dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Hutyra Ferenc: Törvénytörési állatorvosi tan. Átdolgozott és bővített második kiadás (406 oldal, alapára 20 K). Kiadta a Pátria R-T.

Szerzőt az 1908-ban megjelent I. kiadásnak átdolgozására főleg az állatforgalmi szavatosságról 1923-ban megalkotott törvény indította, amely megváltoztatván a jogalapot, az anyagnak az állatorvos-szakértő számára is változott átdolgozását követelte. A könyv 3 részre oszlik: ezek: 1. Állatorvosi szakértői bizonyítás. 2. Állatforgalmi szavatosság. 3. Kártételek a háziállatokon. Függetlenül állatorvos-szakértői okmányok mintáit tartalmazza. Mint-hogy azok az esetek, amiknél állatorvos a bíróság előtt mint szakértő megjelenik, túlnyomólag olyanok, amelyekben a háziállat mint adás-vételi objektum szerepel, természetesen, hogy a könyvnek legterjedelmesebb és legfontosabb fejezete az állatforgalmi szavatosságot tárgyaló II. rész (266 oldal), amelyet a szerző újonnan átdolgozott és kibővített és amely egyúttal az állatorvos-szakértőre nézve a legfontosabb; utóbbi benne megtalálja mindazt, amire a szavatossági hibák minősítése, kriteriumai és ezek megállapítása körül szüksége lehet. Hasonló — aránylag csekély — terjedelemben valóban nem lehet több hasznos útmutatást összetömöríteni, mint ahogy ebben a fejezetben találjuk, amely ha nem is meríti ki az összes lehetőségeket, világos tájékoztatásul szolgál mindennemű esetre a gyakorlati szakértőnek. Érdekes és tanulságos olvasmány az ebben a fejezetben tárgyalt számos állati hiba és betegség, de még inkább az, hogy mi mindenféle úton-módon tanulták azokat fölismerni és megállapítani az élő, de néma objektumon, amely maga mitsem tud a szakértőnek elárulni. Szerző az állatorvosi irodalmat egy értékes könyvvel gyarapította, amely úgy a gyakorló állatorvosnak, mint az állatorvostanhallgatónak nagy hasznára lesz; de nem volna szabad a könyvnek hiányzania gazdák és egyáltalában mindazok könyvtárából sem, akik állatot eladni-venni szoktak, mert belőle sok oly hasznos tudnivalókat meríthetnek, amelyek őket károsodásoktól és porlekedésektől megóvják. A tömör és szabatos írásmód nagymértékben hozzájárult a könyv tartalmi gazdagságához. Kitérő feladatát, hogy t. i. a könyv úgy szaktanulmányi, mint gyakorlatilag tájékoztató szempontból az olvasót kielégítse, a szerző kitünően oldotta meg és célját kétségkívül el is éri.

—sz.

Három aranydiploma.

Megható ünnep keretében nyújtotta át okt. 29-én déli 1 órakor az I. szemészeti klinika tantermében a budapesti orvoskari tanártestület **Imre József, Tauffer Vilmos és Dollinger Gyula** nyugalomba vonult tanártagjainak 50 esztendő munkájának és sikerének díszével beauranyozott jubiláris diplomát. E három fényes név kitörölhetetlenül oda van írva a magyar orvostudomány és a Haza emléktáblájára, s ez ünneplésnek az volt a bája, mindnyájunk szívét átjáró öröme, hogy Isten kegyelméből ott láttuk magunk között e három nagy orvost, valaha mestereinket, mint örökifjú öregeket, kik meghazudtolják a kor romboló hatását, hirdetik a soha nem pihenő test és szellem éltető varázsát. Meghatottan nyugodott rajtuk sok száz hálaltelt tanítvány és bámuló ifjú tekintete, s mikor válassza álltak fel, s örökifjú szellemük varázsa alá kerültek a lelkek, éreztük a bölcsességet, az alkotó erőt, mi 50 év munkáját vezette és csodálat ragadott el bennünket.

Lerőjjük mi is az elismerés adóját az ünnepeltek előtt, kik tudományos munkáik eredményét többnyire e lap hasábjain közzétek, s annak zászlóhordozó munkatársai voltak. Lerőjjük avval, hogy e fényes ünnepi ülés teljes jegyzőkönyvét közöljük, alkalmat adván így arra, hogy annak vidéki és messze idegenben élő kártyásaink is részesei lehessenek.

Jakabházy Zsigmond orvoskari dékán üdvözlőlvén a kultuszminiszter képviseletében megjelent **Tóth Lajos és Nagy Árpád** államtitkárokat, a Pázmány Péter Egyetem Rector Magnificusát és Tanácsát **Szentmiklóssy Alajos** rector és **Trikár József** hitt. dékán személyében, valamint a testvéregyetemek képviselőit, a tanári testületet és annak nagy számban megjelent vendégeit, — a következő szavakat intézte az ünnepeltekhez:

Az első üdvözlőlet Önökhöz. Méltóságos Uraim, ünnepelet tanártársaink, az elnöki helyről szól és a Pázmány Péter Tudományegyetem orvoskari Tanártestülete ünnepelet azon örömteljes érzését tolmácsolja, amelyet Tanártestületünk minden tagja mélyen átérez abból az alkalomból, hogy Méltóságodék doktori avatásuknak 50. évfordulóját ilyen friss és jó egészségben, szellemi épségben megérték.

Az Isteni kegyelem jósága olyan munkás, nemes, jótettekben és dicsőségben egyaránt gazdag életet őriz Méltóságodékban, akiknek élete hosszú épségbenmáradását a meggyógyítottaknak, megmentetteknek ezrei kérik és mi ezeknek kérdéséhez nemcsak hogy szívvel, lélekkel csatlakozunk, hanem átérezzük azt is, hogy mind az, amit Karunk nyújthat, vajmi szegényes viszonzás azért az orvosi vonatkozású közéleti tevékenységért, mellyel hazánk egészségügyének föllendítését olyan hosszú időn keresztül munkálták, irányították; azért a föl nem becsülhető tudományos munkásságért, mellyel a magyar orvostudomány jó hírét, nevét emelték, öregbítették.

Karunknak számos tagja Méltóságodékkal egy célra törekedve, együtt dolgozott a magyar orvostudomány megalapozásán, kiépítésén, együtt élvezte azt a fényt, amely munkásságukkal kapcsolatosan az egész Tanártestületre vetődött; részese volt a törekvéseket koronázó sikernek éppúgy, mint a sikertelenségekből származó fájdalmas érzésnek. Kari tagjaink e részének a Méltóságodékhoz fűződő barátsága nem lehet melegebb, őszintébb, mint Tanártestületünk azon fiatalabb tagjainak érzése, akiket az a kötelék fűz Méltóságodékhoz, mely a tanítványt kapcsolja mesteréhez.

Az orvoskari Tanártestület Méltóságodékknak soha el nem halványuló, fényes multja emlékéül, 50 éves doktorságuk megünneplésére, aranydiploma kiállítását határozta el. Tudatában vagyunk annak, hogy az aranydiploma egymagában nem olyan kitüntetés, amely Méltóságodék nagy multjának kellő értékelésül szolgálhatna s éppen ezért mi a diplomák értékét az átnyújtás kerete által és az azt kiállító testület erkölcsi súlyával kívántuk emelni. Egy szál virág is lehet nagy érték, ha azt olyannak adják és úgy fogadják.

Ezután a kar megbízásából **Grósz Emil** lepett elő, hogy **Imre József** élete folyását ismertesse és őt a kar nevében üdvözlője:

Tekintetes Tanártestület!

1874 október 29-én, tehát ma 51 év előtt promoveálták egyetemünkön *Imre Józsefet* orvosdoktorrá. A promótiót követő napon *Schulek* assistense lett. Ez állást mindössze két évig töltötte be. E két év munkásságáról tanuskodnak gondos körleírásai, tudományos közlései s az október hó 30-án írt körleírás eredetije.

1876-ban utazási ösztöndíjat kért, de a vallás- és közoktatásügyi Minisztérium nem engedélyezte. Saját megtakarított pénzen mégis meglátogatta a külföldi szemklinikákat és szemosztályokat. Megnősült, s *Hódmezővásárhelyre* költözött, hol egy évi megszakítással 1909-ig, tehát 32 éven át lakott. Előbb általános gyakorlatot folytatott, utóbb kizárólagosan szemészettel foglalkozott. Szemosztályt, majd szemkórházat alapított, ennek új épületet emelt s közben élénk tudományos munkásságot fejtett ki. Ennek köszönheti, hogy a kolozsvári egyetem fakultása 1909-ben a *Hoór Károly* tanár távozásával megüresedett tanszékre meghívta. Hogy e meghívás habilitációja nélkül megtörténhetett, legjobban bizonyítja tudományos értékét. Itt működött 1919-ig, amikor az állásából a megszálló oláh katonaság a szó szoros értelmében kiűzte. A *Ferenc József* egyetemet *Szegedre* követte s 1924 őszén, tehát orvosdoktor-ságának 50-ik évfordulóján nyugalomba vonult. Azaz csak hivatalos értelemben, mert 1925-ben megjelent *Orvosi Ethikája* s 1925-ben a Magyar Szemorvostársaság elnökévé választotta.

Az *Orvosi Ethika* annyi életbölcseletet, olyan tiszta erkölcsöt, olyan mély hazafiságot s annyi emberszeretetet tartalmaz, hogy tulajdonképpen minden orvosdoktornak promóciója alkalmából meg kellene kapnia.

E néhány rövid adat a tanulságok hosszú sorát tartalmazza! Tulajdonképpen a magyar historiának tükrökepe.

A talentum lendülete, a tornyosuló akadályok, a szívós kitartó küzdelem, egyik kezében a toll, másikban a kenyérkereset szerszáma, éjjel a könyv, nappal a családfenntartás gondja, a szorgalmas bűvárokodás mellett a közügyekkel való foglalkozás, s mindenekelőtt emelkedett életfelfogás, szigorú önbírálat, nemes felebaráti szeretet. Ilyen az igazi magyar ember. Amilyen a Mester volt, olyan lett a tanítvány!

Schulek Vilmos önéletrajzában azt írja, hogy családja 200 éven át Felső-Magyarországon lakott, köztük lutheranus tót lelkészek, tanítók, mesteremberek. Atyja tíz nyelvet beszélt, mint a Kereskedelmi Akadémia tanára halt meg. Édes testvére a *Mátyás*-templom újjáépítője. Ő maga a magyar nemzeti művelődésnek nemcsak a munkása, hanem valósággal apostola volt.

Imre József a legtözségköresebb biharmegyei magyar család tagja, édesatyja a magyar nyelv és irodalom tanára *Debrecebben*, majd egyetemi tanár *Kolozsvárt*. Ő maga a magyar nyelv ékesszóló művelője, megtanul franciául, angolul, németül s behatol a nyelvek szellemébe, akár csak *Arany János*, ki *Shakespeare* legkitűnőbb fordítója.

E két tudós élete egyrészt a magyar föld hatalmas assimiláló erejét bizonyítja, másrészt azt, hogy a magyar ember a nyugati kultúra iránt fogékony s azt átültetni képes. E két tanulságban hazánk jövőjének, feltámadásának legerősebb biztosítéka rejlik.

25 év előtt *Schulek* és *Imre* e klinikának régi épületében szemtől-szemben állott egymással s Te azt mondtad Mesterednek, mikor neki 25 éves tanári jubileuma alkalmából boldogságot kívántál: a boldogságnak két tényezője van: a munka és család.

Nagy örömünkre s megnyugvásunkra szolgál, hogy e boldogságban részed volt s van: Hosszu élet becsületes munkájára tekinthetsz vissza s e munkát még ma is sikerrel folytatod.

Családodban is nagy öröme lehet, feleséged s hat élő gyermeked szeretete övez, két fiad egyetemi tanár, már harmadik generációban!

Tudom, hogy e derűs őszre milyen sűrű felhő nehezedik, de ne bússulj: én mondom, édesatyád földije, jusson eszedbe *Arany János* *Szent László*-legendája:

Szent László Nagy Lajos idejében Nagyváradon felfeszítette koporsója köfedelét, éreből öntött lovaszobrának lovára ülve, a székelyek segítségére sietett, s Erdélyből kiverte a tatárokat. Mit kívánhatnék Neked e napon szebbet s jobbat, mint azt, hogy érd meg

azt az időt, amikor Erdély havasain újból magyar nap-sugár ragyog.

Most *Tóth István* lépett az elnöki asztal mellé és *Tauffer Vilmos* élete folyását a következőkben ismertette és üdvözölte őt a kar nevében:

„Őszbe csavarodott a természet feje,
Dérre vált a harmat, hull a fák levele.
Rövidebb, rövidebb lesz a napnak útja
És hosszúkat alszik rá, midőn megfutja.”

Ősz van most is, a tavasz friss, zöld lombjai megsárgultak és hullanak egymásután lefelé és a napnak hovatovább gyöngyöző sugarai a ritkuló, sárga lombon aranyban fürödve szűrődnek át.

1874 december 20-án nem is ősz, de tél volt s mégis virágot fakasztó májusnak tüze égett az ifjú *Tauffer Vilmos* szívében, amikor az egyetem rectora, a szigorú *Kovács József* kézzsorítással doktorrá fogadta és esküjét vette, hogy: „tehetségem és viszonyaimhoz képest, teljes igyekezetemmel rajta leszek, hogy tudományomat ezen kir. egyetem büszkeségére, embertársaim javára és hazám dicsőségére előbbre vigyem.”

A fiatal orvosdoktorrá avatott megtartotta esküjét, tanúsága ezen aranydiploma, az egyszerű szürke orvosi diplomát magad aranyoztad be páratlan, sikeres munkássággal, fáklyaként világító nagy szellemmel.

Alig hogy megmelegedett a fiatal *Tauffer* a szüléset tűzhelyén, *Késmárcsly* klinikáján, forrongó lelke kivitte a nagyvilágba, elindult vándorolni, bejárta az akkori idők tudományos fészkeit, míg jó sorsa a nagy teutonhoz, *Hegar* professorhoz vitte, aki rövid ismeretség után segédjévé fogadta a fiatal magyar orvost. Nagy tisztesség volt! És mikor két év múlva hazahozta a boszniai occupatio, már játszva emelte fel a tudomány „szörnyű vendégoldalát”, hogy megmutassa a haladás útját, amely a sikerhez, a dicsőséghez vezet. A fiatal *Toldi* hatalmas erejével vágta a rendet a nőorvoslásnak előtte parlagonhevert mezején. Jutalma volt, hogy még 30 éves sem volt, amikor katedrára ült. És jöttek a „daliás idők”: zászlajának jelszava: előre és mindig csak előre.

És alig van a szülésetnek és nőorvoslásnak olyan haladása, amit ne ő kezdeményezett volna hazánkban: a szülésetnek új szép hajtása a gyermekvédelem — ami a szülésnél kezdődik —, az ő iskolájából nőtt ki: a magasfogó, a magzatért végzett császármetszést, a medencegyűrű megnyitását ő és iskolája művelte először. A nőorvoslásnak pedig csaknem minden haladása az ő nevéhez fűződik. Én, mint a „daliás idők”-nek szerény zászlótartója, nemcsak végigéltem mindezeket, de elmondottam s le is írtam pár éve, mikor 70-ik születésnapodon a 2. számú női klinikán, ami a Te alkotásod, mintegy az épület betetőzéséül felállítottuk emlékszobrodat.

Te voltál az első, aki e hazában megcsináltad az első ezer hasznosítást. Te szerveztél meg 1881-ben a szüléseti poliklinikumot, amely intézmény vezetésed alatt közel 39 ezer szegénysorsú szülönőt részesített legnehezebb óráiban szakavatott segítségben s tanította meg százezreket és ezreit a fiatal orvosoknak az igazi gyakorlati életre. Te szerveztél meg a szüléseti klinika internátusát, melyben 254 fiatal orvos, közte több külföldi is, tökéletesíthette magát e szakmában. És te voltál és vagy az összekötő kapocs a magyar gynaekologia s a művelt külföld között, aminek fényes bizonyossága, hogy a világ első nőorvos-társasága, a Deutsche Ges. für Gynaekologie tiszteletbeli tagjává választott. E kapesolatnak köszönhetjük, hogy hívó szavadra, mintegy varázsigére, több mint 300 német gynaekologus látogatott el ez év júniusában a bécsi kongresszusról Budapestre, mert tudták, hogy ahol *Tauffer* él, virágzik a nőorvoslás, ott kultúra van; nagy szolgálatot tettél ezzel is a magyar tudományosságunk, e csonka haza fiatalabb orvos-nemzedékének.

És most kérdem, amikor 23 éves korodban átvettél egyszerű diplomádat, vajjon mik voltak terveid, gondolataid, álmaid, s ma, mikor az aranydiplomát tartod kezvedben, beteljesedve látod-e ifjúkori álmaidat?

Aligha csalódom, amikor azt hiszem, hogy Te ama ritka emberek közé tartozol, akik megérték ifjúkori álmaik beteljesedését.

Életednek szép őszén ott sétálsz *Courtiens*-nek, a nagy belga festőnek gyönyörű őszi hangulatba borult fásorában, a híres „aranyesőben”: minden rád hulló aranyos levél életed egy-egy szép eseményét beszéli el Neked, s bearanyozza visszaemlékezéseidet. Csend honol a tájon,

szellő sem zavarja, élvezed az élet őszének rád világító, öregségedet bearanyozó arany sugarait.

Itt az ősz! Itt a nagyszellemű hősnek, a magyar nőorvoslás Toldijának estéje! És ma is ott állsz fiatalosan, alig elérhető szellemi magasságban, művelője vagy ma is nemcsak legszűkebb szakmádnak, hanem előharcosa minden tudományos törekvésnek. Nálad erősebb legény ma is alig van közöttünk!

Szerencsésnek érzem magam, hogy a tek. Kar bizalma engem jelölt ki arra, hogy e napon üdvözlőjelek, hogy a megöszült tanítvány köszöntse a fiatalon maradt nagy mestert, hiszen a tudományban nevelőapámát köszöntöm benned. Tudom jól, hogy nálam hivatottabbak ékeesebb szavakkal üdvözölhetek volna e napon, de érzem azt is, hogy nagyobb tisztelettel, melegebb szeretettel, melybe a hála hervadhatatlan virágai is fonódnak, aligha valaki más.

Az Isten áldása sugarazza be szép őszödet s zavaratlan boldogságban haladj tovább életed aranyesős, gyönyörű fásorában s mielőtt végére érnél, lásd meg onnan, hogy az a föld, amely szült, hol bölcsőd ringott, ahol szeretteid nyugosznak, amelynek annyi dicsőséget szereztél, magyar lett újra! Úgy legyen!

Végül **Verebély Tibor** állott fel és **Dollinger Gyula** életmunkáját ismertetve, üdvözölte őt a Kar nevében.

Érdem kétségtelenül az az értéktöbblet, melyet az egyén véletlen megszabta munkakörének átlagán túl teremt. Az érdemek szerzése egyesegyedül tehetség kérdése, amit viszont az egyéniségnél irányítható, módosítható, de mindenkor immanens képességei determinálnak. Érdemet felismerni, azt az emberi művelődés előhaladásának szolgálatába állítani, a társadalmi intuitio feladata. Az egyéni létben szunnyadó képességek kifejtésére, értékesítésére időt nyerni, a physicalis életben a lelki kibontakozásra a lehetőséget megkapni, kizárólag a sors kegye. Erdemekben megöszült kortársak homlokára az elismerés koszorúját fonní pedig mindig az illető kor, nemzet, társulás kulturális érzékének fokmérője marad. Ennek tudatáról kívánt bizonyosságot tenni a tanári testület akkor, amikor önmagát tisztelte meg azzal, hogy három, érdemekben megöszült tagja előtt ünnepi keretek közt hajtja meg elismerése zászlaját. S e keretek közt nekem, referensnek juttatta az épp oly megtisztelő, mint könnyű feladatot, hogy a kiváltságos hármak egyikének, **Dollinger Gyulának** élete folyását, érdemei láncolatát vázoljam a kar színe előtt.

Dollinger Gyula született 1849-ben Budapesten; orvosi tanulmányainak végzése után 1875-ben avatták orvosdoktorrá. 1882-ben a testgyógyászatból magántanárrá, 1895-ben rk. tanárrá, 1898 februárban **Kovács** tanár helyére, az I. számú sebészeti klinika igazgatójává nevezték ki. Magasan ívelő egyetemi pályáját symbolumként vezeti be és zárja le két katonai szolgálata. Az elsőben mint segédorvos kezdi meg önálló működését, a világháborúban mint a tanári orvosi kar vezetője áldozza tudását a haza oltárára. Az elsőben szerzett élettapasztalatai: tudományoszeretet, tanári hivatottság és szervezőképesség maradnak azok az erők, melyek egész életét irányítják.

Tudományos munkássága nemcsak mennyiségével — tollából közel 300 dolgozat jelent meg —, hanem mélységével és alaposságával is a szakma legnagyobbjai közé emeli őt és klasszikus példát állít a céltudatos szellemi életre. Munkái a sebészet minden ágát felölelik, s értéküket mi sem bizonyítja jobban, minthogy azon fejezetekben, melyekkel foglalkozott, **Dollinger** névvel találkozunk a kutató sebész leggyakrabban.

Tanári működéséf, iskolájának ragaszkodását hallgatóinak szeretetén kívül bizonyítja az az örökség, amelyet klinikáján az utókorra hagyott.

Dollinger Gyula szervezőképességének köszöni az ország mintaszerű rákstatistikáját és a magyar rokkantügynek példás vezetését. Ez a szervezőképesség tette lehetővé, hogy klinikájának tervezésével és felépítésével olyan emléket állított magának, mely Horatius mondása szerint „aere perennius”. Hasznát látta képességeinek szakmája, a sebészet, de minden olyan orvosi vagy társadalmi intézmény is, mely őt elnökül vagy tagjaként tisztelhette.

E körvonalaiban megrajzolt nagy és szép életnek vázolata nem **Dollinger Gyula** méltatása kíván lenni. Az egyéni munka, az egyéni élet beillesztése a világtörténet egyetemébe csak történeti távlatból lehetséges. Addig, míg az együttélő kort az egyéniség varázsa tartja hatal-

mában, nem méltatásról, csak hódolatról eshetik szó. E vázlat csak indoklása akar lenni annak, hogy a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem orvostanári testülete e mai napot ünnepének tekint, mert nem a jövő reményében, nem az eljövendő zálogául, hanem egy lefolyt élet dicsőségére írhatja arany betűvel a kiszolgált diplomára, hogy *Dollinger Gyulában tényleg illusztrissimus, expertissimus, ornatissimus és doctissimus tagját tiszteli.*

Ezután a díszes diplomák átadása következett, amihez a **Dékán** a következő szavakat fűzte:

Az aranydiploma átadásához csatolom karunk jókívánságait és azon kérésünket, hogy az igen tisztelt jubiláns tanártársaink fogadják karunk szeretetének, elismerésének e jelét olyan szívesen, mint amilyen szívből jövő érzéssel és nagyrabecsülésünk igaz kifejezéseiként nyújtjuk mi azt át és kérjük a Mindenhatót, hogy annyi könnyet fölszáritó, annyi fájdalmat enyhítő nemes életüket tartsa még sokáig testi és szellemi épségben.

Imre József, az avatás sorrendjében első az ünnepek között, a következő szavakban köszönte meg kitüntetését:

Méltóságos Dékán Úr!

Tekintetes Orvostanári Tanártestület!

Hálás meghatottsággal fogadom a tek. Orvostanári Tanártestület kegyességét, mely arra indította, hogy az én orvosdoktorrá avatásom 50. évfordulójáról tudomást vegyen s e napon engem jubiláris díszoklevéllel tüntessen ki. Ez a szíves jóindulat az én személyem iránt, ki rövid egyetemi szolgálat után már ifjúságomban elszakadtam ettől az egyetemtől, engem szerény és tárgyilagos önbírálatra kötelez, arra nézve, vajjon volt-e valami az én életemben, amivel e kitüntetésre érdemet szereztem? Mert ez a díszoklevél, mint ama másik, félszázaddal ezelőtt, *ítélet* következzék: és én úgy érzem, hogy ma *ismét felavattatom* valamivé, besorolatom valahová, — talán azt mondhatnám: az *életök munkáját becsületesen bevégezték* rendjébe. Az én csekély önérzetem, kötelességeim hű teljesítésén kívül, alig mutat rá valami egyébre. Talán ezt a *hűséget* látta meg bennem a tek. tanári kar; a hűséget az egyetemnek tett *eskühöz*. Félszázadon át ez vezetett azon eszmény felé, az *orvos eszménye* felé, melyet el sohasem érhettem, de mely lelki életemen uralkodott; ez adott erőt arra, hogy tetteimet az egyetemen tanult mértékkel mérjem; ez tette lehetővé, hogy a vidék akkori szellemi életében uralkodó ködből időnként fel tudtam emelkedni a tudomány, irodalom, a gondolkodás napfényes, tiszta magasságába, hogy megmaradhassam a magam lelki irányában, követve *Paracelsus* szavait: „non diti alterius, qui suus esse potest” — amit talán így fordíthatok le: „ne kövesse a más jellemét, kinek magának van”. Ez a hűség az egyetemhez, a tőle végleg elszakadni nem tudás okozza azt a sok *gyönyörűségemet*, mellyel *ennek* az orvosi karnak dicsőséges munkája 50 esztendőn át eltöltött! Ez a hűség az orvosi *hivatáshoz*, annak minden szomorúsága és nehézségei közt, a kötelességhez, a kar becsületéhez való hű ragaszkodás teszi lehetővé azt, hogy elmondhassam ugyanazt, mit *Pál* apostol mondott halála előtt: pályámat megfutottam, *hitémet megtartottam!*

Pályám végén nekem most jutalmat adott a tanári kar; kezét nyújtja és felemel, hogy egyenesebben, bátrabban, emeltebb fővel járjam meg hátra lévő rövid utamat. *Ajándék* ez; önként, jó szívből, nem fizetéként adva. Mással nem viszonzozhatom, mint szívbeli hálával, mely csak életemmel fog elmúlni.

Tauffer Vilmos állott most szólásra s a következő beszédben köszönte meg kitüntetését:

Tekintetes Orvostanári Tanártestület!

Nagy megtiszteltetés ért minket és hálás köszönetre kötelez, hogy doktorráavattatásunk 50. évfordulója alkalmával rendkívüli ünnepi üléshez hív és aranydiplomával ajándékoz meg.

Stilusosnak látszik, hogy mindenekelőtt feleljek tisztelt barátom és utódom, **Tóth Istvánnak** kérdésére, hogy miben látom teljesülve életem programját és miben fájlalom annak nem-teljesülését. Hogy miben volt több-kevesebb sikerem, azt sok jóakarattal elmondotta t. barátom, hogy miben maradt az óhajtatásom és törekvéseim mögött, azt egy kis visszapiantásban

tárhatom fel, arra az időre, amikor *Trefort* minister azon kérdés előtt állott, vajjon reábizható-e egy újonnan felállítandó női-klinika egy 29 éves fiatalemberre, vagy sem. A döntés előtt személyesen megismerendő a jelöltet, program adására hívott fel külön audientíán. Programomnak egy részlete élénken megragadta a minister figyelmét, t. i. az, amikor feltártam, hogy miként veszi számon a német nemzet (Badenben, hol volt főnököm, *Hegar* professor, az Oberchefarzt tisztségét is viselte) az újszülött emberanyagot a *szülészeti rendtartás* révén, s hogy ezzel ellentétben hazánkban az ilyen gondoskodás még teljesen hiányzik és a megszülető emberanyag, mint oldott kéve a viharban, van a pusztulásnak kitéve, és hogy ez ügynek fontosságát a köz tudatban felébreszteni feladatommak ismerném, ha tanári állásba jutnék. *Trefort* megragadta a gondolatot; alkalmasnak tartott a kinevezetésre és hatóság támogatásban részesített ez irányú törekvéseimben. Negyvenöt év előtt megkezdett munkámat illetőleg — sajnos — csak részleges eredményekre tekinthetek vissza, mert hiányoztak az előfeltételek, nevezetesen egyelőre a pusztá megértés is. Jellemző az akkori gondolkodásra, hogy a belügyministeriumban, az akkori osztályvezető ministeri tanácsos, első előterjesztésemet meghallgatva, sajnálkozással reám tekintve, e szavakra fakadt: „Barátom! hát nincsen magának jobb gondolja, minthogy a bitangokkal törődjék?” Hol vagyunk a felfogástól manapság! Van-e valaki az országban, ki nem tudná, hogy alig van fontosabb kérdésünk, mint az *anya- és gyermekvédelem*, hogy a nemzet jövője emberanyagában rejlik. A szülészeti rendtartás azonban még máig sincsen meg! Magam pedig megtanultam, hogy nem is lehet meg; — nem, mindaddig nem, míg az egészségügyi közigazgatás az egész vonalon nem államosítottatik. Életprogramomnak ezen részletében tehát csak részletmunkát végeztem, a megvalósítás feladata pedig t. Kartársaim! reátok vár.

Gondolkoztam, hogy a doktorság 50. évfordulója minő szempontokból ad alkalmat arra, hogy a tekintetes Orvosi Tanártestület arról különös módon megelégedjék, sőt, hogy ez alkalomból rendkívüli ünnepélyes ülést is tartson és reá jövők, hogy az ünnepélyes formák közötti rendkívüli ülése a tek. Tanártestületnek tulajdonképpen egy félszázadra, a saját életére való visszatekintést jelent, arra a félszázadra, mely alatt az orvosi oktatás az előbb quasi szakiskola jellegéből, valódi egyetemi szintre emelkedett és azt méltóztatnak meglatni, hogy ebben a nagy átalakulásnak munkájában 40 éves facultási életemben én nekem is jutott egy csekély feladat osztályrészül.

Megnyugszom tehát abban a gondolatban, hogy a t. Tanártestület az elüljárt nemzedéknek az elmúlt félszázadban lefolyt munkáját méltányolja.

Hálával, mi öregek és Önök ifjak egyaránt, annak az Alma *Maternae* tartozunk, mely kebelébe fogadott, tartozunk hálával a hazának, és a magas kormányának, amelyik munificiens módon megadta nekünk mindazon eszközöket, amelyek a tanítás és tudományművelés érdekében szükségesek. S ha az önök elismerésének egy vékonyka fénysugára ezenkívül mi reánk, az előttük járt nemzedék egyeseire is kisugárzik, azt csak annyiban érdemeliük meg, hogy a mi, az *elődök munkája* érlette meg azt a *köztudatot*, hogy az orvostudományok művelésére és tanítására még nagy áldozatokat hozni is érdemes.

Hogy az egyes ember mit és mennyit ér el élete munkája révén: — az jórészen Isten kegyelméből és a szerencsétől is függ. *Eötvös József Montalembert*hez intézett levelében (1869 júl. 6.) mondotta: „Tröstlich ist die Überzeugung, dass wenn wir alles geleistet haben, was unsere Kraft vermag, wir unsere ganze Pflicht erfüllt haben, so gross oder klein diese Leistung auch gewesen sein mag“. *Eötvös* szellemében vizsgálva életemet, azzal igyekszem megnyugtani lelkiismeretemet, hogy mindig a jóra törekedtem; egyre azonban igen is büszke vagyok: — arra, hogy jól választottam meg segédeimet és ezzel jó szolgálatot tettem hazámnak és annak a tudomány-szakmának, melynek szolgálatára életemet szenteltem.

Fogadja t. Tanári Testület mélyen érzett hálámat és köszönetemet.

Dollinger Gyula kitüntetését megköszönve a következő beszédet intézte a Tanári Testülethez és a jelenlevő nagyszámú fiatalsághoz:

Tekintetes Orvosi Tanártestület!

Mélyen tisztelt Vendégeink!

Mély meghatottsággal léptem ezelőtt 55 esztendővel egyetemünk szentélyébe és ugyanazon érzés száll meg ma e fényes ünnepélyen, melyen Verebely professor, tanszékemben utódom, tudományos működésemet olyan magasra értékelte. Kérem fogadják ezért a nagy megtiszteltetésért őszinte köszönetemet.

Amidőn ezelőtt 6 esztendővel 70 éves koromban tanszékemtől megváltam, *Jendrassik Ernő*, felejtethetetlen emlékü jóbarátom ünnepély keretében szándékozott elbúcsúztatni. Ezen „Pompes Funébre” elől kitértem. A mai ünnepélynek más a jellege, és nem is egyedül engem illet, mert osztozom benne két olyan társammal, akikkel jó sorsom orvosi tanulmányaim kezdetétől meglehetősen kötelezőkével kapcsolott együvé. Ez készítet reá, hogy a mondandókban többször nem is magamról, hanem magunkról fogok szólni.

A mai ünnepély egyik célja egyéni jellegű, mert barátaink vele bennünket megtisztelni, nekünk örömet szerezni óhajtanak. Az öröm az élet éltető eleme, a bánat a mérge. Az életkor előrehaladtával, ezt a kívülről nyújtott éltetőt mindjobban tudjuk értékelni és ezért az ünnepély rendezőinek köszönettel tartozunk. *De van ennek az ünnepélynek egy messzebbre kiható s produktív értéke: és ez nevelő hatása jövő reménységünkre, ifjú nemzedékünkre.* Ezek számára óhajtanám e néhány vonással a mi triászunk pályafutásának tanulságos közös vonásait röviden ecsetelni.

Orvosi fiatalságunk között sokan vannak, akik aggodó kétkedéssel néznek a jövőbe, mert egyedül állának egy sűrű rengeteg előtt, amelyben saját erejükkel kell irtást végezniök, hogy elkészítsék a termő talajt, s elvethessék belé sikeres termés reményében tehetségük magvait.

Ezeknek ellentétei azok, akiket bársonypuha párnákon visznek pártfogóik előre, kilátásteljes pozíciókba, de mivel őket mindig viszik, saját szárnyaik nem izmosodnak meg és, mivel hogy benzinjük is kevés van, egyszerre csak tehetetlenül ott maradnak, ahová őket pártfogóik letették.

A mi triászunk egyike sem tartozott a sors eme kényeztetett kegyencei közé. Az orvosi pálya tisztelete vonzott bennünket. Azt a pályát választottuk, amelynek tagjai régente az emberiség felkent papjai, prófétái voltak. Egyetemünk akkor még a fejlődés alacsony fokán állott: facultásunkon a régi korszaknak egyik-másik köztiszteletben álló, de a tudományban ósdiak alakja működött. Szerencsénkre azonban éppen akkor hajnalodott. Hazánk felszabadult az absolutizmus békóiból, egyetemünk visszanyerte autonómiáját, *Eötvös, Trefort, Markusovszky* új professorokat ültettek a tanszékekre. *Thán Károly, Margó, Lenhossék, Balogh, Scheuthauer, Schulek, Korányi* gyors egymásutánban kezdték meg előadásait és mi a renaissance ozondús levegőjével teleszívva magunkat és általa megdelejezve, egész fiatal, pezsdülő erőnkkel álltunk szolgálatába.

Mindháromunknak szerencsénk volt, hogy szüleink elláttak minden szükségessel, úgyhogy időnket nem voltunk kénytelenek mások szolgálatába bocsájtani és hogy mindegyikünk egy-egy nagy fidei commissio-nak volt örököse, melyet őseink számunkra megőriztek, s ami az élet legbecesebb kincsét adta birtokunkba: ép szervezet, állandó egészséget, jó idegeket és fundus instructus-nak erkölcsi útmutatóul példás életüket. Ezzel a felszereléssel indultunk útnakra a magas cél felé, lelkiünkben az elszántságnak azzal a munkaszenvedélyével, ami egyedül tudja az egyén összes képességeit, energiáit egybeforrasztani és a kitűzött cél szolgálatába hajtani, ami elménket teljesen lefoglalja, álmaitkat irányítja és a cél eléréséig nem pihen.

Biztatás a munkára nekünk nem kellett; inkább fekre volt szükségünk, ezt pedig mindhárman megtaláltuk jóságos élettársainkban, akik, amikor a munkaszenvedély túlságosan elragadt, mérséklésre intettek és az élet terheinek jórészt átvették, hogy rajtunk könnyítse nek. Azért hálátelt szívvel borulunk le e napon is előttük, mert learatott babérjaink jó része őket illeti meg.

Ezek pályafutásunknak közös vonásai: részletekben természetesen sokban eltérnek egymástól.

Egyikünket tudomány-szomja a külföldre vonzotta, s ott szakmájának egyik világhírű képviselője felismerte tehetségét és külföldi létére tanársegédjévé tette. Pár esztendő múlva hazajöve, hírneve szárnyain egyenesen bele-

repült a Trefort által számára külön kreált tanszékre.

Közülünk a másodikat még V. éves korában jelölte tanárja egyetemi tanársegéddé és *Eötvös József* — persze, hogy ilyen is csak költőminisztertől telik — az orvostanhallgatót egyetemi rendes tanársegéddé nevezte ki, úgyhogy ma, amikor orvosi oklevele 50 éves, 52 esztendősen egyetemi pályára tekinthet vissza. Hogy nem voltak magas pártfogói, az bizonyítja legjobban, hogy később két főorvosi pályázaton is mellőzték, míg nem az orvostani tanártestület egyhangú meghívásában részesítette.

A harmadik, egyetemi assistentiája után a vidékre vonult, de magával vitte kiváló szaktudását is és hogy ott annak áldozhasson, szakkörházat létesített.

Egyik egyetemünk mégis abban a zugban is felfedezte és tanszékre hívta meg.

Nem tanulságos pályafutások-e és nem biztatók-e ezek a munkaszeretők, ambíciózus ifjúságra? Mindegyikben van valami, azt merném mondani romantikus vonás, de együttvéve meghazudtolása a protectio nélkülözhetetlenségéről szálló ifjúságrontó szójárásnak, amely erkölcs-telen talajból fakad és csak arra alkalmas, hogy reményét vegye, szárnyát szegje a hatalmas pártfogóval nem rendelkező tehetséges ifjaknak.

Hálátlanok lennénk, hogyha ünnepeltetésünk fénye annyira elvakítana, hogy meg ne emlékeznénk mestereinkről. Neveiket szükségtelen felsorolnom. Be vannak azok véve a magyar orvosok köztudatába. Ünnepeltetésünk velünk együtt őket illeti meg. Nekem különösen *Scheutauer Gusztáv* emlékére kell letennem a szeretet és a hála koszorúját. Páratlanul tág ismeretvilága és hófehér lelke nagy hatással volt fejlődésekre. A külvilágot alig ismerte, úgyszólván csak a családjával és a tanítványaival érintkezett, társaságbeli járatlansága közbeszéd tárgya volt és mégis olyan emberismerettel rendelkezett, hogy 24 évi tanársága alatt 10 professort nevelt hazájának.

Kovács József ritka szép technikájával és sebészeti dolgokban józan kritikájával tett reám nagy hatást. Bécsi tanulmányaim alatt pedig *Billroth* és *Bamberger*-nél, Berlinben *Langenbeck*-nél és *Traubennel* láttam, hogy ezek a nagy orvosi tehetségek is mennyi szorgalom és milyen nagy, naponkénti szellemi munka árán emelkedtek és maradtak meg vezető helyen tudományunk nagy orvosai között.

Nem hirdettük, de nagy ambíciókkal léptünk az orvosi pályára. Ambíciónk volt jól megismerni az ember szervezőt és lelki világát, hogy betegségében rajta segíthessünk. Ambíciónk volt az egyetem szentélyében annak prédikáló papjai közé felvétetni és ambíciónk volt, hogy intuíciónkat érvényesítve, tudományunkat előbbre vigyük.

Mindezek teljesedése mentek és a sors különös kegyeltjeinek kell hogy tartsuk magunkat, mert ambíciónk teljesedésén felül még jó egészséggel és hosszú élettel is megajándékozott.

Most, hogy a Prytaneum magaslatáról tekintünk vissza múltó tevékenységünk mezejére, azt különösen élvezetessé teszi a visszapillantás a nagy erőfeszítés korszakára és az a tudat, hogy vele sok embertársunkon segíthettünk. Önök is úgy mondták és így megerősítették abbéli hitünket, hogy nem hiába éltünk.

Még egyszer köszönöm a szép ünnepélyt és *Verebely* professor úr üdvözlő szavait, továbbá az aranydiplomát, amit mindenkor életem egyik legszebb emlékének fogok tartani.

Ezután a dékán az ülést bezárta, s az ünneplők az ünnepelték lelkes éltetésével oszlottak szét.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület okt. 31-i ülése.

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Rosenthal Jenő.

Az elnök bejelenti, hogy az Orvos Egyesület levelező tagja, *Wenckebach* bécsi tanár fog ma előadást tartani az angina pectorisról. Üdvözlí az illusztris előadót és kéri előadásának megtartására.

Prof. K. F. Wenckebach l. t.: Röviden megemlékezik az angina pectoris felfedezésének történetéről, majd pedig a megbetegedés symptomatológiájára tér reá. Cardinalis tünete a megbetegedésnek, hogy a szív-táji fájdalmak járás, általában physikai munka után szoktak fellépni. Előadó részletesen megbeszéli a fájdalmak fellépési módját, localisatióját, kisugárzását, s tárgyalja azon körülményeket, melyeknek a tünetek

kiváltásában, vagy fenntartásában szerepük lehet (nicotin, hideg stb.). Az angina pectoris létrejöttére vonatkozóan különböző teoriák állanak fenn, az egyik szerint szívgyengeség vezet a rohamok keletkezéséhez, ez ellen szól, hogy a keringési insufficiencia jelei közül a nehéz légzés nem kíséri a rohamot. Szívgyengeség nem lehet a rohamok oka annál kevésbbé, mivel annak folyamán a vérnyomás fokozódik, keringési insufficiencia fellépte az anginás betegek állapotát előnyösen befolyásolja. Egy másik elmélet az anginás fájdalmakat az arteria coronariák szűkületével hozza összefüggésbe. Ezen theoria ellen szól, hogy a szív koszorús ereinek szűkületét számos esetben megtalálták oly egyénekben is, kiknek életében anginás rohamok elő sem fordultak. Az előadó véleménye szerint fájdalmakat az aorta proximalis részében lévő arterioszklerotikus elváltozások idézik elő. Végül megemlékezik azon therapiás kísérletekről, melyek depressorátmet-széssel történtek; az eredményeket ma még véglegesen nem ítélteti meg, de több esetben ezen műtét a fájdalom megszüntetéséhez vezetett. (Az előadást jövő számunkban közöljük.)

Az elnök elismerő szavakban üdvözlötte az illusztris előadót, ki melegen köszönte meg az Orvos Egyesület vendégszeretetét s az ötlet ért kitüntetését.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának okt. 25-i ülése.

Elnök: Fabinyi Rudolf.

Jegyző: Miskolczy Dezső.

Ranschburg Pál: 1. *Csigolyaelváltozásokkal járó lucos myelit* két esete.

2. *Külsőrüléssel kapcsolatba hozott agyi megbetegedések esetei.*

a) *Tumor cerebelli vagy meningo-enkephalitis serosa subacuta (e traumate).* 11 éves fiút iskolában lépcsőn lelőkték. Eszméletét elvesztette. 5-6 héttel utóbb 3-4 napi magas láz, fejfájás, szédülés után fokozatosan tántorgó járás, látásesőkkenés, hányás jelentkezett. Felvételtkor hídszöglet-kisagytumor symptomái mutatkoztak: cerebellaris járás, adiachokinesis, dysmetria, jobb kéz ataxiája, chorea, cornealis anaesthesia, főleg a jobb szemén, jobboldali, mindhárom ágra terjedő facialis hűdés, nyistagmus. Kétoldali pangásos papilla látásesőkkenéssel. A vestibularis vizsgálat főleg jobboldali hátsó koponyagödr, térszűkítő folyamatra mutat. Acusticusok teljesen épek, fülzúgás nincs. Továbbá fej- és törzsnystagmus, jobb oldalon abducens- és hypoglossus paresis, jobb oldalon térd- és lábclonus, kétoldali Babinsky- és Oppenheim-tünet. Liquor negativ. A beteg hőmérséke normalis.

Bemutató a traumával való kapcsolatot lehetségesnek tartja. A cerebellaris, tumorszerű képet azonban a lázas kezdet, az in- és bőrreflexek viselkedése, a bismosalvan-neurolysin kezelés hatékonysága, a látásjavulás alapján a számbajöhető eshetőségek közül leginkább meningeoenkephalitis serosának tartaná.

b) *Fejtrauma és meningitis tuberculosa.* 25 éves, eddig egészséges szobafestő leesett a létráról; utána tovább dolgozott. Másnap lábfájás, harmadnap fejfájások, zavartság, ötödnapi Jackson-féle rohamok. A hőmenet 36,5-37,4 között mozgott. Tünetei: a) teljes kérgi siketség a spontán beszéd törhető megtartásával, b) jobb oldalon a facialisból kiinduló Jackson-rohamok. Haematoma durae matris, illetőleg agytályog gyanúja miatt baloldali osteoplastikus trepanatio alkalmával a lágy agyburkok meningitis tuberculosa észleltetett; a műtét után két nap múlva exitus. Sectio: Meningitis tuberculosa baseos et convexitatis. Tuberculosis disseminata pulmonum. A rohamos lefolyású gümős agyhártyalobnak ennyire tünetegény és tisztára gócszerű formája felnőtté is ritkaság. A kérgi siketség magyarázatát adják a bal felső halántéki tekervény külső harmadában, azaz a szóemlékképek központjában nagy számban talált elszigetelt, de összetartozó csoportot alkotó kölesnyi gümős szemcsék.

Ez esetben a létráról való leesés nem oka, hanem következménye a már kétségtelenül fennálló meningitisnek.

c) *Fejtrauma és carcinomatosis cerebri metastatica.* 32 éves lovász lóról leesett, majd egy hónap múlva fej-, derékfájás, szédülés, hányás miatt kórházba vettette fel magát. Jobboldali felső végtagon csekély



Jackson-rohamok, néha zsibbadás, időszakos minimalis dysarthria, jobboldali adiadochokinesis, baloldali Oppenheim- és Mendel-Bechterew-tünet. Lues: 0. Liquor nagy nyomással ürül. Röntgen: negativ. Bismuth, kakodyl-injekciók. Röntgen-besugárzás eredménytelen. Szemfenéki vizsgálat kezdetben negativ volt, majd egy hó múlva kétoldali pangásos papilla fejlődött ki. Palliatív trepanatio alkalmával a bal facialis központ feletti meningitis tuberculosára gyanus göbök tűnnek elő. Még a műtét napján exitus. A sectio a tüdőben kis gyermekkökölyi carcinomát, az agyvelő kérgi és fehér állományában szövettanilag is carcinomának bizonyuló számos borsónyi-babnyi gócot derített fel.

Ez esetben szintén valószínű, hogy a lóról való leesést a már fennálló agyi megbetegedés okozta.

A Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosainak október 29-i ülése.

Elnök: Eesedy Gedeon.

Jegyző: Filippi Ernő.

Bemutatók:

1. Babó Samu—Farkas Sándor: *Veleszületett lapocka magasállás esete.*

Az eset, amelyet Farkas mutat be klinikai szempontból, a Verebély-féle felosztás szerint az ú. n. elsődleges magas állások közé tartozik. Kayser, illetőleg Nagoette nézetének megfelelően embryonalis eredetűnek véli a hibát, melyet bizonyítani látszik a Röntgen-fölvétel. Babó Samu a megfelelő Röntgen-fölvételt mutatja be s röntgenológiai szempontból foglalkozik az esettel. A magas álláson kívül a VI. nyakcsigolya magasságában rachischisis is látszik a fölvételen, — ezenkívül a processus spinosusok hypertrophiája és elferdülése.

2. Farkas Ignác: *Az ureter alsó részébe beékelt kő ambulans eltávolítása, eszköz bemutatásával.*

A bemutatott férfi hónapokon át szenvedett jobboldali vesegörcsöket; hólyagtükrvizsgálatnál a jobboldali ureter erősen bedomborodik, az ureterből egy kis fekete kő áll ki. Bemutatott eszközzel hólyagtükrön át az ureterből sikerült a követ eltávolítani, ezután egy másik Young-féle eszközzel a követ a hólyagból távolította el. Ily esetekben ureterkatheter bevezetése nem vezet célra. A kő eltávolításánál óvatosan kell eljárni, nehogy ureter prolapsus jöjjön létre.

3. Stiller Jenő: *Idegentest az urethrában.* 60 év körüli egyén vizelési nehézségei miatt 20 cm hosszú üvegtollszárat dugott a húgyesövébe. Miután ambulánsan azt eltávolítani nem sikerült, az urologia a klinikára küldte.

Meisels Vilmos: Hangsúlyozza, hogy néha milyen nehéz az ureter- és hólyagkövek fölismerése. Egy esetében a kő divertikulumban ült.

Farkas Ignác: A Stiller által bemutatott esetről ő távolította el az idegen testet, amennyiben egy fogóval a tollszárat sikerült együlésben kihúzni, utána kisfokú vérvizelés lépett fel, amely állandó catheter bevezetése után meggyógyult.

4. Friedrich Vilmos: *Arsenmérgezés érdekes esete.* 32 éves szűcsöt mutat be, kinek mindkét kézre kiterjedő neuritist észlelt, mely két nap alatt annyira súlyosbodott, hogy munkáját elvégezni nem tudta. A tárgyakat nem, vagy igen hiányosan ismeri meg. (Stereognosis.) Különböző hőérzésbeli eltéréseken kívül más kóros tünet nem ismerhető fel, a beteg rendkívül módon izzad. A neuritis oka foglalkozási megbetegedés, amennyiben a nyúlőrök pácolására használt festék arsent is tartalmaz. A IV. belklinikán a vizeletben az arsent sikerült kimutatni. Ismerteti az arsenmérgezés tünetsoportját és ezek kezelését; hangsúlyozza, hogy a Bergonié-módszerrel milyen jó eredményeket érhetünk el. Prophylactice az iparegészségügyi intézkedések fontosak és ezeket ismerteti.

5. Vermes Mór: *Traumás psychoneurosis érdekes esete.* 24 éves, jól fejlett, jól táplált férfi. Szeszest italt nem fogyaszt, nem dohányzik, lues negatív. 1924 június 12-én munkaközben mindkét tenyerét megégette. Két hét alatt gyógyult. Munkába állott, két hét múlva kénytelen volt munkáját abbahagyni. Szédült, naponta 10–12-szer összeesett, jobb karját nem tudta mozgatni, kezével nem volt képes szorítani. Különböző gyógykeze-

lések után, amelyek eredménytelenek voltak, néhány hét előtt három ízben hypnotikus kezelésben részesült, teljes eredménnyel.

Hajós Lajos, aki szerint a psychoneurosisok most ismét nagyobb számban jelennek meg, felhívja a figyelmet ezek endemiás megjelenési formáira.

Előadás:

Pándy Kálmán: *A mai tabes.* A tabes ma nem az, ami volt 30 év előtt. Másnak ismerjük a tabes anatómiai lényegét, mások a tünetek, melyekből fölismerjük, másképp kell gyógyítani, másképp kell kikerülni a tabest. A tabes a gerinevelői hátulsó kötegek syphilises sorvadása. Ez functionális tünetekből, minden valószínűség szerint az art. spin. post. szűküléséhez csatlakozó vérkeringési pangásból, ischaemiából fejlődik. Négy cardinalis tünete van, subjectiv érzési panaszok, dystonia (reflexváltozás), hólyagműködési-vizelési hibák s a potentia megváltozása. A gerinevelői hátulsó kötegeinek hiányos táplálkozását elősegíthetjük jódiakium óvatos adagolásával, — ha kell igen óvatosan más antiluetikumokkal, de természetesen az évek alatt kifejlődő bajt napok és hetek alatt teljesen megváltoztatni nem lehet. Megment-e a syphilis még oly erőyes gyógyítása is a tabestől, kérdés, az ellenkező sincs kizárva. Biztosan kikerülni a tabest csak a syphilis kikerülésével lehet.

Zolnay Sándor: Klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a zsigeri luesel jelentkező betegek, ha rendszeres kezelésben részesültek, 8–10 év alatt igen ritkán kapnak idegrendszerbeli megbetegedést. Ennélfogva szükséges, hogy a lueses betegeket rendszeres kezelésben részesítsük.

Farkas Ignác: A tabeses vizelési zavarokat nem hólyaganasthesia és atonia okozza, hanem, mint a hólyagtükr vizsgálat igazolja, erősen gerendázott hólyag van jelen, amit a belső záróizom görcsös összehúzódása okoz. Emiatt van tabesnél residualis vizelet. Nem ritka eset, hogy a diagnosist az urologus állapítja meg. A sphincter-kimetszéssel a vizelési zavarokat néha meg lehet szüntetni.

Picker Rezső: 30–35 év közötti betegeken, kik vizelési nehézségek miatt jelentkeznek, gyakran állapítja meg a tabest. Szerinte e korban 50–70%-ra tehető a tabesek száma. Röntgen-vizsgálattal a detrusor hűdése néha megállapítható.

Friedrich Vilmos: Elméleti és gyakorlati szempontból szembeszáll előadó nézetével, mert ez annyit jelentene, hogy a luetikus tabeses folyamatnál kezelés nem használ, sőt árt. Lues okozta tudomegbetegedésekre utal, amelyek csak erőyes antiluetikus kúrákra javulnak. E kérdésekről végleges véleményt csak évtizedek múlva tudunk majd mondani.

Schein Mór: Szintén azon az állásponton van, hogy a lues erőyesen intermittáló kúrákkal kell kezelni, mert csak így érhetjük el, hogy a fertőzés veszélye kevesebb lesz, de épp ezáltal a tabesnek prophylaxisa is adva van, amennyiben luetikus infekciók száma lesz kevesebb.

Keve Ferenc: Hasonló értelemben nyilatkozik. A múlt évben megtartott internationalis dermatologiai kongresszuson kialakult vélemények sem adnak igazat előadónak.

A Magyar Röntgentársaság okt. 12-i ülése.

Elnök: Schöller K.

Jegyző: Révész V.

Napirend előtt Polgár Ferenc kegyeletes szavakkal emlékezik meg Faragó István tagtárs megrendítő tragédiájáról, kit Pécsen a Röntgen-készülék árama agyon-sújtott.

Az ülés felállással fejezte ki gyászát és részvétét.

Ugyancsak napirend előtt mutatja be Kanis János röntgentechnikus az egyszerű és csinos kivitelű „Acme” nevű 120 kilovoltos Röntgen-készülékét.

Holitsch Rezső: *Lues okozta csigolyaelváltozás (spondylitis gummosa).*

58 éves férfi gerincéről készült Röntgen-felvétel mutat be, amelyeken a XI. hátsócsigolya testének felső felén élesen elhatárolt, kb. a csigolyatest magasságának 1/3-át kitevő defectus látható — kissé behorpadt corticalis. A porokorong jól megtartott a csigolyatest fölött is, alatt is. A XII. csigolyán, amely szintén jó mérszertartalmú, az előbbihez hasonló defectus látható. Az I. és II. ágyék-

csigolya ép. A III.-nak teste fölül ellaposodott és a porc-korong itt megkeskenyedett. Az anamnesis: 22 éves korában kemény sanker, ismételt higanykenő-kúra; 6 év előtt iritis luetica; 5 éve fáj a háta és dereka, lábainak actív mozgása korlátozott. Luesesnek kell a leírt elváltozást tartani, mert gümös spondylitisnél a csigolya mindig decalcinált és a porc-korong is mindig megkeskenyedik, ami az éles fölvételek alapján ez esetben kizárható. Ellene vall az is, hogy sem callus, sem abscessus a beteg csigolyák körül nincsen; hogy a tüdőben, sem másutt gümőkör nem találtatott és hogy a betegség egyéb lueses jelenséggel egyidőben (iritis) jelentkezett. Antilueses kúrára a beteg fájdalmai megszűntek, a lelet azonban nem változott.

Schiffer Ernő: *Echinococcus okozta radiológiai elváltozások a gerincoszlopon és bordán.*

34 éves férfinak három év óta hátfájdalmai vannak, mihez fokozatosan az alsó végtagok paraplegiája, vizelet és székelési zavarok társultak. A radiológiai lelet a II. hátszigolya testének, hátsó ívének, baloldali processus transversusának, továbbá a bal II. borda hátsó és lateralis részének nagyfokú destructióját mutatja. A gerincoszlop a II. D. csigolya helyén, hegyével balra néző kis szögletet alkot. A destruiált csontrészek helyén kevés egyenetlenül mésztartó állomány látható. Az elpusztult borda helyén néhány még megtartott csontléc látható, melyeken helyenként egymás mellé sorakozó ívszerű (arkadszerű) vájulatot látni. A csontelváltozások mellett a bal mellkasfél felső $\frac{2}{3}$ -ának lateralis részén intensív árnyék látható, mely a középárnyéktól elkülöníthető és a kóros II. bordával függ össze. Ezen árnyék élesen határolt és tulajdonképpen két kerek árnyékból tevődik össze. A nagyfokú csontdestruációra és a hosszú klinikai lefolyásra való tekintettel egy atypusos spondylitisre, illetve cariesre gondoltak és az intrathoracalis kerekded árnyékokat genygyülemnek tartották. Gipszágyban állapota nem javult. Mivel a tünetek nem szűntek kétségtelenül tuberculosis mellett (tuberculin reactio negativ), a gerincevel compressió tüneteiére való tekintettel laminek-tomiát végeztek nála (Baron), a VII. nyaki. I–IV. háti csigolyák hátsó íveit levették. Az operateur az I–III. háti csigolyák íveit borsó-babnagyságú, sok echinococcus hólyaggal infiltráltnak találta. Hasonló hólyagesák ürültek nagyszámban a bal II. costovertebralis szöglet helyén lévő fistulából is. Ezen műtét után a beteg paraplegiája, vizelet és székelési zavarai ügyszólván teljesen megszűntek. Egy későbbi műtéttel a bal supraclavicularis árkon keresztül az intrathoracalis tasakot nyitotta meg, melyből a fentihez hasonló hólyagok mellett necrotikus csontos törmelék is ürült. Később az üreg nem akarván teljesen összezsugorodni, bordaresectio vált szükségessé. Kielégítő állapota mellett 1 hónappal az utolsó műtét után haemoptoe kapott és exult. Sectio nem volt. A fenti és az irodalomból ismeretes néhány analog eset arra mutat, hogy a Röntgen-kép értékes támpontokat adhat a diagnózis felállításához. Így, egy vagy több csigolya testének és az ezekkel correspondáló egy vagy több bordának kisebb-nagyobb destructiója. A még látható csontlécen jellegzetes arkadszerű vájulatok, melyek mindenképp szerint az egymáshoz fekvő echinococcus hólyagesák okozta vájulatok. A destruiált csontok mellett intrathoracalis, esetleg mediastinalisan többé-kevésbé kerekded, élesen határolódó kisebb-nagyobb árnyékok, melyek a destruiált csonttal összefüggnek. Ezek mellett a klinikai tünetek (a gerincevel compressió tünetei, a hosszú anamnesis stb.) az echinococcus diagnózisára kell, hogy tereljék az orvos figyelmét.

Simonyi Béla: Igen érdekes előadásban részletesen ismerteti az ezévi londoni nemzetközi Röntgen-kongresszus főbb előadásait és referatumaikat.

A Magyar Szemorvostársaság október 30-i ülése.

Elnök: id. Imre József.

Jegyző: Péterfi Margit.

Bemutatók:

1. Fazekas Sándor: *Az inhártya gümös daganata.* Ritka esetek diagnózisát a legtöbbször a kórkép nem ismerése miatt nem sikerül. Esetében is csak a szövettani vizsgálat adta meg a helyes diagnózist. Az inhártya gümös daganatának jellegzetes elhelyezkedése az erek lefutásával magyarázható, a palpebralis és ciliaris erek tudniillik itt anastomozálnak; itt fújják át a ciliaris erek, hirtelen szögletörten, a sclerát.

2. Huber Rezső: *Aranychloriddal festett cornea esete.* A Knapp-féle aranychloriddal való szárúhártya-homályfestést három betegnél kísérelte meg: kettőnél a cornea erősen heges volt, a festés eredménytelen maradt. A harmadik esetben iriscoboma előtt lévő ép cornearészletet festett kifogástalan eredménnyel. Vas-kos forradásoknál az aranychlorid nem tud a száru mélyebb rétegeibe jutni, valószínűleg azért nem festődik. Ilyen esetekben a régi festési eljárást ajánlja. Aranychlorid a szemet nem izgatja, a festés egyenletes és tartós.

Blaskovics László: Az optikai célokból végzendő festéseknél az aranychloridtól jó eredményeket vár.

3. Fodor Géza: *Egyoldali degeneratio pigmentosa retinae esete.* Jellegzetes elváltozások. Lues.

4. Kreiker Aladár: *Két kisebb módosítás az árnyékpróba kivételében.* Az egyik módosítás egy 1 méter hosszú fekete szalag a két végén hurokkal. Ezen a hurkon két pólyadarabot húz át és ezzel a szalagot a beteg és az orvos homloka közé erősíti. A szalag az egy méteres distanciát a skiaszkopálás közben biztosítja és állandósítja. Az orvos közelebb is ülhet a beteghez, „munka-távolságra“, miközben a szalag megmozdul, skiaszkopálás közben pedig enyhén hátrahajlik és ezzel az árnyékhaladást mindig 1 méter távolsághól vizsgálja. Főleg astigmia- és cylinder-skiaszkopálásnál vette hasznát.

A második módosítás abban áll, hogy a cylinder-skiaszkopáláshoz használt cilinderekre vékony fekete vonal alakjában a tengelyt felrajzolta. Ezzel elkerülte azt, hogy a szemüvegkeretben forgó cylinder addig nem látható tengelyét állandóan fejben kell tartanunk, másrészt, minthogy a tengely fekete vonal alakjában látható a pupilla területében, az eljárást könnyebbé tette, mert közvetlenül ellenőrizhetjük azt, hogy a fénysáv széle és a cylinder tengelye eltér-e egymástól, vagy párhuzamos-e egymással. Maga a fekete vonal a skiaszkopálás jelenségeinek tisztaságát és megfigyelhetőségét egyáltalán nem zavarja. A fekete vonalakat vagy gummarabikkával készített tussal, vagy utólag befeketített karcolással rajzolta a cilinderekre.

Reméli, hogy különösen ez az utóbbi egyszerű kis módosítás elő fogja segíteni a legtökéletesebb objektív, fénytörést meghatározó eljárásunknak, a cylinder-skiaszkopálásnak, nagyobb mérvben való elterjedését.

Klinikai közlések:

1. Csapody István: *Röntgenfelvételek a szemkörnyék verőereiről.* Az arteria maxillaris externát s az arteria transversa faciei lipiodollal injiciálva, caputon, kitűnő felvételeket készíthetünk, amelyek finomabb érvizsnyókat is feltűntetnek. Ily módon nagy anyag gyors és pontos feldolgozása lehetséges és evvel új megalapozást adhatunk a plastikai műtéteknek, amennyiben a műtét mód megválasztásában az arc értanának pontosabb ismeretére támaszkodhatunk.

2. Tapasztó István: *Tenonitis esetek.* Három esetet ismert: kettő általános megbetegedéssel állott oki összefüggésben, egy pedig helybeli eredetű volt. Teljes gyógyulás.

Id. Imre József: Két közölt esetét említi: különösen érdekes az egyik azért, mert panophthalmitis képében folyt le a Tenon-tok gyulladása. Teljes gyógyulás. E megbetegedéseknél az atophan-készítményeket többre becsüli, mint a salicylt.

3. Ferenczy Zoltán: *A glaucomás szem fénytörés változása.* Betegénél két év óta fennálló glaucoma simplex mellett ugyancsak két év óta, az azelőtti emetrop szemén, myopia fejlődése állapítható meg, amely lassan progrediál. Összefüggést keres, a glaucomás szemén való fénytörésváltozás lehetőségeinek szemelőtt tartásával a glaucoma és a myopia között. A myopia keletkezését a hátulsó bulbus rész tágulásával (tengely) és a lencse törési indexének, illetve görbületi sugarának változásával igyekszik magyarázni.

Huber Rezső: Hasonló esetről tud, ahol állandó 22 mm-es nyomás mellett a látás egyszerre megromlott és a fénytörés ismeretlen okból -4 D-vá változott. Cornea, lencse, fundus elváltozásai ezt nem magyarázták. A látásromlás jelentkezése után két héttel a szem tenziója 82 hg mm-re emelkedett, 0.15 g suprarenin subconjunctivalis befeeszkendezésére a feszülés 16 mm-re szállt le, a fénytörés két hét múlva, mint a betegség előtt. V:60 oxyoptria.

Előadások:

1. Aszalós Imre: A különböző látáspróbák jeleinek felismerési értékéről. A debreceni szemklinika vizsgálatokat végeztek a Blaskovics-, Hess-, Liebermann- és Snellen-féle látáspróbák jeleivel. Összesen 46 egymástól kisebb-nagyobb mértékben eltérő jelet vizsgáltak meg felismerési értékükre vonatkozóan, (beleértve a Kreiker két Landolt-gyűrű modifikációját). A kísérleteket 8-7 mm nagyságú jelekkel végezték, amelyeknek legkisebb részei 30 m-ről egy perc szög alatt láthatók. Általában 90 oxyoptria látásélességet találtak, ami 1-5 látásélességnek felel meg. Legkönnyebb jelnek az L és az A bizonyult, míg a legnehezebb a B volt. Felismerési érték tekintetében az L és B között 43% különbség van. Látástáblák szerint a legkönnyebb és legnehezebb jel közötti eltérés Blaskovicsnál: 20%, Snellennél: 43%, Csapodynál: 41%, Liebermannnál: 43%, míg Hessnél: 11%. Ugyanezen jelen eszközölt igen csekély változtatás is képes azt értékében elég jelentékeny mértékben (6-8%) megváltoztatni.

2. Blaskovics László: Új oxyoptriás táblái. Bemutatja látáspróbáinak most megjelent második kiadását, amelyek angol és magyar szöveggel készültek. A lehető legnagyobb pontosságot a táblák nyomdai előállításában akként érte el, hogy a sokszorosítást photographiai, illetve cinkographiai úton végeztette. Egyik jelén: a 2- és a 7-en újabb módosítást végzett, legutóbbi tapasztalatai alapján.

Kreiker Aladár: Landolt-karika modifikációi azt a célt követték, hogy a látásélesség elvét szigorú pontossággal megvalósítsa. Ezt tulajdonképpen csak kör, azaz korongalakú idommal lehet elérni. Maga is szerepelt vizsgált egyéknél Aszalós vizsgálatainál, ismételt és újra alkalma volt meggyőződni a relatív felismerés nagy jelentőségéről. Csúpn a hangulat megváltozása is 40-50% visusérték változást okozhat.

Id. Imre József: A Szemorvostársaság nevében megköszöni Blaskovicsnak, hogy látáspróbat íly tökélyre fejlesztette, és hang-úgyozza, hogy ezen látáspróbatknak a külföldön való elterjedése és használata nemzeti ügyünket is szolgálja.

3. Huber Rezső: Tapasztalatok a sclerotomia posteriorral üvegtesti borússágnál. Gyulladásos eredetű üvegtesti borússágnál és intraocularis vérzésnél az üvegtest kiszívása helyett az egyszerűbben kivihető és kíméletesebb sclerotomia posteriori ajánlja. A kiszíváshoz vastagabb tű szükséges, amely ronesolhatja az üvegtestet, ezzel szemben Graefe-késsel a sclerán át ejtett metszéssel elég tág nyílást nyerünk ahhoz, hogy elegendő borús üvegtest kifolyhasson. Eredményei igen jók.

Blaskovics László: Ajánlja ezen eljárást, mert nagyobb mennyiségű üvegtestet lehet így eltávolítani, mint kiszívással zur Nedden szerint. Nem ronesolja az üvegtestet.

Horváth Béla: Egy esetben, ahol sem quarzkezeléssel sem röntgenkezeléssel a tuberculosus iritiset folyamatosan rosszbodását megakadályozni nem sikerült, sclerotomia posterior és üvegtest kiszívás után a folyamat gyorsan megjavult.

A Magyar Urologia Társaság október 26-i ülése.

Elnök: Ilyés Géza, később Haberern J. Pál.

Jegyző: Farkas Ignác.

Elnök: A berlini urológiai társaság a Magyar Urológiai-Társasághoz intézett üdvözlétet tolmácsolja és melegen üdvözlő Felek Hugó tagtársat 40 éves orvosi és 27 éves magántanári jubileuma alkalmából.

Bemutatók:

1. Adler Rác Antal: A fiataloknál a hólyag- és prosztatákja. A hólyag- és prostata rákos daganatai az idősebb kor megbetegedései közé tartozik. Három esetet mutat be a budapesti urológiai klinikáról. Az egyik egy 26 éves egyén, kinél a köldöktől lefelé, az egész alhasban egy tömött ellenállás tapintható. A húgycsövön át puha eszközzel a hólyagba be lehet jutni, amelyből 200 cm³-nyi tiszta vizelet üríthető ki. A hólyagtükrön azonban a húgycső erősen szögletbe-törése miatt nem vezethető be. A végbél felől egy öklönyi nagyságú, porckemény, göbös felületű, csont-

hoz fixált prostatadaganat észlelhető. Cystographia 50 cm³ 8%-os jódkalival. Szabálytalan, harántul fekvő hólyagárnyék, melynek szélei hullámosak. A hólyagban a középvonalon túlhaladó, majdnem ujnyi széles árnyékkiesés, mely balról jobbfelé halad. A betegnél a hólyagot és végbélet összenyomó, nagy kiterjedésű daganat miatt műtét nem történt, röntgenezés végeztetett. A másik eset 43 éves egyénre vonatkozik, kinél 100 g residualis vizelet találtatott a hólyagban és a végbélben át egy tömött, környezetével összefolyó prostatadaganat, melynek felső széle nem érhető el. Vese-működés kifogástalan. Műtét (Ilyés) magashólyagmetszéssel a kismányi, porckemény prostatát kihámozta, mely alkalommal a baloldali ondóhólyag, mely a dagattal erősen összenőtt, resekálva lett. A kivett daganat rákosnak bizonyult. Zavartalan sebgyógyulás után és a Röntgen-kezelés dacára négy hónap múlva a daganat kiújul a prosztatában gerincoszlop-metastasisal, mely hólyag- és végbélbénulásra vezetett. Harmadik eset 34 éves bányamunkás, bal hólyagrészében dionyi nagyságú, felhánt szélű daganat. Wassermann-reactio negativ. Koch: negativ. A daganateltávolítás felső hólyagmetszéssel. A kimetszett daganat rákosnak bizonyult. Síma gyógyulás. Két hónap múlva recidiva és óriási fájdalmak, amely miatt mindkét vese ureterjének háti részben való kivarrását végzi és egy harmadik műtétben a hólyag teljes kiirtását végezte (Ilyés). A hólyagot két részben távolítja el. A hólyag alapja a végbéllel szorosan összekapaszkodott, úgy annak teljes eltávolítása nem volt lehetséges. A seb sarjadás útján kis sipolyonnyílással zárult. Röntgen-besugárzás után, a műtétől számított két hónap múlva, a beteg a klinikáról eltávozott. Vizelete ekkor tiszta volt. Két hónap múlva azonban a beteg súlyos kétoldali vesefelé, kachexiával jött vissza. Négy és fél hónap múlva a radicalis műtét után meghalt. Boncolásnál mindkét vesében friss és régebbi tályogokat találtak.

2. Farkas Ignác: Echinococcus-tömlő eltávolítása az egyik veséből. 28 éves férfi kutyát tart. Első vesegörcse 1921-ben bal oldalt. 1925-ben újabb rohamok, amikor vérvizelés nélkül borsó- és hólyagnagyságú tömlőket ürít, melyek vizsgálatkor vastag chitinfallal és belső szövetdús fallal bírtak. Functionalis vizsgálat kevés kiesést mutat a bal vese rovására. Pyelographia: bal vesemedence tágult, a felső kelyhekben egy sáv-szerű vonal vezet a vese felső polusához. Vérvizsgálat: eosinophil sejtek száma 15%, complementkötés marha-echinococcustartalommal erősen pozitív, Wassermann-reactio negativ. Műtét helybeli érzéstelenítésben, ferde lumbalis metszésből. (Végezte az urológiai klinikán.) A vese kifejtése után a diaphragmával összekapaszkodott poluson egy kiemelkedő, öklönyi nagyságú, hullámzó mutató daganat; a veseállomány ezen helyen fehéresen elszíneződött. A daganat széles feltárása után rendkívül sok, borsó-mogyorónagyságú echinococcus-tömlő ürül és végül két kismagyságú, összelapult anyagtömlő ürül ki. A daganatrészek későbbi megvizsgálásnál erős konyhasót tartalmaznak és tipikus echinococcus-horgokat. Az üreg vesemedencével közlekedik. Az üreg jó kitörése és a sebszélnek az izom-fasciához való varrása után kitamponáltatik. Ügyszintén a vese környezeti része is tamponnal láttatik el. (Szokásos sebellátás.) 15 nap után kis sarjadzó sebbel gyógyul, a vizelet egy ideig még zavaros, néhány vesemedenceműködés után azonban teljesen feltisztul. A vese-echinococcus a ritkább megbetegedésekhez tartozik és ismerteti végül a vese-echinococcus különböző műtéti eljárásait.

Boross Ernő: 12 évvel ezelőtt Winternitz tanár osztályán operált vese-echinococcus alapján. Felemlíti, hogy az echinococcus a belekből a Retsins-féle viszeres hálózat útján jut a vena portaebe, majd a jobb szívébe, az arteriális vérkeringésbe és így a vesébe. Esetében a máj és vese felső polusa között szoros összenövés volt, s a máj meg volt nagyobbodva. Műtétnél a harántmetszést ajánlja a lumbalis metszéssel szemben. A bemutatott esetben a recidiva elkerülése szempontjából helyesebbnek tartotta volna a nephrektomiát.

Farkas Ignác: A lumbalis ferde metszést a reá merőleges segédmetszéssel kiegészítve, még a legnagyobb vesedaganatok eltávolításánál is kielégítőnek bizonyult. A recidiva szempontjából a tömlő jó feltárása és kiirtása elégségesnek bizonyult és a veseműtétknél az az elv, hogyha az eshetőség megvan, az ép veserészt hagyjuk bent.

3. Borza Jenő: *A hólyagpapilloma intravesicalis chemocoagulatio kezeléséről az urológiai klinikán.* Egy 30–35 cm hosszú, puhább ezüstből készült, külsején az ureterkatheterhez hasonlóan bevont tűt használt, melynek egyik végén Pravaz-feccskendőilleszték van. A hólyag töltése után egyjáratú uretercystoskop segítségével trichloreccetsavat igyekszik befecskendezni direct a daganat kocsányába, lehetőleg oldalról, ha ez nehezen megy, úgy felülről szúr be a daganat kocsányába. Azután több helyen, részint beszúrással, részint trichloreccetsavval való leeseppentéssel lehetőleg az egész daganatot coagulálja. Eddig hét betegnél próbálta ki az eljárást, minden esetben teljes sikerrel. Az eljárás veszélytelenebb, könnyebb és főleg enyhébb a véres eltávolításnál. Azzal pedig, hogy magában a tumor belsejében igyekszik a coagulatiót elérni, tökéletesebbnek látszik a thermocoagulatio eljárásnál.

Farkas Ignác: Két szempontból kíván felszólalni. Az első a hólyagdaganatok prophylaxisára vonatkozik. *Posner, Lewin és Joseph* említik, hogy a hólyagpapillomák nemesak anilingyári munkásoknál gyakoriak, hanem egyéb festékekkel foglalkozó munkásoknál is. Ezért ajánlja, hogy a beteg anamnesisénél erre különös gond fordítandó. A berlini „Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation” tudományos osztálya szívesen áll rendelkezésére azoknak, kik ezirányban kérdéssel fordulnak hozzá. Ami a kezelést illeti, ugyancsak a fenti módon trichloreccetsav helyett alkoholt fecskendezett a daganatba. Az alkohol gyöngébb hatásának bizonyult, mint a trichloreccetsav. Ajánlja a bemutató által ismertett eljárást, annál is inkább, mert a trichloreccetsavval való ráfecskendezéssel vastag, kemény réteg keletkezik, amely a második alkalomnál a savnak mélyre való hatását akadályozza.

Előadás:

1. Steiner József: *A hólyag rendes és rendellenes működéséről.* Manometriás vizsgálatot végzett, mely alkalommal a hólyagnak nemesak motorikus erejét, hanem érzékenységet is mérte. Kimutatja, hogy a vizeleti inger nemesak a hólyagból, de a húgycső prostatás részéből is eredhet, mivel ezen rész cocainozása után a vizeleti inger kimaradt. A rendes hólyagműködésnél kétféle típus van: 1. a csecsemőkori vizelés; 2. felnőttkori vizelés. Míg a csecsemőkori vizelet csak a reflexek irányítják, a felnőttkori vizeletnél az akaratlagos beidegzésnek is nagy szerepe van. Foglalkozik az idegutakkal, melyeken keresztül ezek létrejönnek. Kiemeli, hogy a vizelet bizonyos formájánál a musculus trigonalis vezet az ingerületet, éppúgy, mint a szívnél, az atrióventricularis nyálak. Rendellenes hólyagműködés (dysuria) a vizelet összegyűjtésének és a vizelet kiürítésének zavarában nyilvánul. A dysuriánál a tünetek annyira keverték, hogy tüneti szempontból nem osztályozható, csupán aetiologiái szempontból.

Unterberg Hugó: Kiemeli a fenti előadás gyakorlati jelentőségét, mely az ideggyógyászatban bizonyos centralis gócek sérüléseinek megítélésénél bír szereppel. Fontosnak tartja annak kimutatását, hogy a pars prostata izgatása hólyagösszehúzódást vált ki. Reméli, hogy ezek alapján bizonyos vizeleti zavarok és retentiók magyarázatra találnak.

Picker Rezső: A fenti vizsgálati eredmények csak egészszerűsége, vagy beteg idegrendszerű egyénekre alkalmazható, de a fertőző húgyszervi betegségben szenvedőkre nem. Katheter alkalmazásánál a húgycső szerepe a vizeletnél figyelmen kívül marad és így a manometres vizsgálatok csupán a detrusor ingerlékenységét és erejét tisztázzák. A dysuria elnevezés, mely alatt a hólyagkiürítés megnehezített voltát értjük, fogalomzavarra adhat okot.

Porosz Mór: 25 évvel ezelőtt végzett hasonló kísérletet a levegővel való töltésnél, kevesebb levegő ugyanazt a nyomásfokot eredményezte, mint több folyadék. Oka az volt, hogy a szoba hőmérsékletének levegője hamar elvette a test hőmérsékletét. Egészséges egyéknél az első vizeleti inger jelentkezésénél kibocsátott vizelet mindig azonos térfogatú volt. Levegővel és vízzel való töltés alkalmával a manometer mindig egyenletesen emelkedő nyomást mutatott, míg a víz a catheter mellett ki nem folyt.

Steiner József: *Pickerrel* szemben megemlíti, hogy a dysuria megnehezített vizeletet jelent. A manometrikus vizsgálatoknál a hibaforrás mindig ugyanaz (katheter, folyadék, hőmérséklet stb.). Ezáltal az eredmények mégis összehasonlíthatókká válnak. A hólyagműködés zavarai kvalitatív és kvantitatív jellegűek.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának október 24-i ülése.

Elnök: Lőte József.

Jegyző: Heiner Lajos.

Bemutató.

1. Erdély Jenő: Három *labirynthusgyulladás* miatt megoperált betegét mutatja be. Válaszolja a közép-fülgulladás különböző alakjait. Bemutatásával egyfelől azt kívánja demonstrálni, hogy hasonló esetek elég gyakran fordulnak elő és nem megfelelő kezelés mellett életveszélyes fordulatot vehetnek, másfelől *Högyes Endre* emlékének kíván áldozni ez alkalommal.

2. Áts Lóránd: *Hydrokephalus internus*-esetet mutat be, amit érdekessé tesz a fej különös nagy terjedelme (60,5 cm körfogat), mely sorozatos lumbalis és egyszeri ventriculus punctio után 59,5 cm-re csökkent és ballonfej típusa. A gyermeknek lüese nincs. A nagyfokban elvékonyodott agykéreg mellett is a szellemi functiók kifogástalanok.

Vidakovits Kamill szerint hasonló állapotban lévő betegnél a punctióknak nem sok értelme van. Megemlíti a különböző ajánlott műtéti eljárásokat.

3. Kovács Ferenc külföldi tanulmányútjáról számol be. A tuberculos elleni küzdelmet tanulmányozta Németországban és Dániában. Ez Németországban részben holtpontonra jutott, főleg azért, mert hiányzik az egységes vezetés. Hamburgban *Brauer* osztályát sok külföldi keresi fel; a sanokrysinnel kísérleteznek. *Morelli*, a páviai egyetem tanára, éppen akkor tartott az orvosi szakosztály meghívására előadást a pneumothoraxról. A tuberculos ellen való védekezésben Dánia vezet. Minden 100.000 lakosra esik 107 tuberculos kór-ágy, a fertőző betegek 70%-a hal meg kórházban. Kopenhágában és 33%-a vidéken; így elesik a massív fertőzés lehetősége a családokban és műhelyekben. A betegek szívesen mennek kórházba, mert a költségeket az állam és a község viseli. *Finsen* intézete gyűjtőhelye az északi államok lupusosainak, eredményei tartások és kosmetikai szempontból kifogástalanok.

4. Engel Rudolf: *Diagnostikai nehézségek a lymphogranulomatosis körjelzésénél* című előadásában a betegség szöveti képeinek és a kóroktanára vonatkozó felfogásoknak rövid ismertetése után négy esettel kapcsolatban tárgyalja mindazokat a nehézségeket, melyek elé a kórkép elkülönítő körjelzése állítja a klinikust. Ismerteti egy generalizált, egy larvált, egy hasi tumort utánzó lymphogranulomatosis, továbbá egy klinikai lefolyásában lymphogranulomatosisra emlékeztető képet mutató petefészsarkoma-eset lefolyását, kórbonctani és kórszövettani képét. Mindezen esetek is azt bizonyítják, hogy a Hodgkin-kór biztos diagnózisát csak szöveti vizsgálattal lehet felállítani. Bemutatja a feldolgozott esetek görösvívi készítményeit.

Vitéz **Varga Lajos** hangsúlyozza, hogy a haematologiai kép sem ad biztos útbaigazítást.

HETI KRÓNIKA.

Körülbelül másfél évvel ezelőtt a dublini *Journal of Cancer* beköszöntőjében azt írta, hogy a rákkutatás terén nagy felfedezés előestéjén vagyunk. S valóban, ez év júliusának közepén *W. E. Gye dr.* és *J. E. Barnard* közzétették a rák kórokozójára, helyesebben a rosszindulatú daganatok kiváltó okára vonatkozó kísérleteiket, melyeket a *British Institute of Medical Research* támogatásával végeztek. A *Gye dr.* által kitenyészített rákvirust, mely a filtrálható vírusok közé tartozik, *Barnard* nemesak láthatóvá tette, de képes volt azt le is fényképezni az általa módosított mikroszkop segítségével.

A közösen végzett kísérletek a newyorki Rockefeller-intézetben dolgozó *Peyton Rous* hasonló irányú kísérleteire támaszkodtak és azokat, mint *Rous* kutatásainak egyenes folytatását foghatjuk fel. A nevezett angol szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a rosszindulatú daganatok egy rendkívül apró virust, esetleg vírusok egész csoportját tartalmazzák s ez a

¹ The aetiology of malignant new growths. The Lancet, 1925 júl. 18.

² The microscopical examination of filterable viruses, ugyanott.

virus kultiválható, és valószínűleg a daganat sejtjein belül tanyázik. A különböző daganatok előidézésében pedig egy közös factor: a vírus, és egy specifikus, chemiai tényező játszik közre, mely utóbbi más és más a tumorok faja szerint; a két factor közül egyik sem képes egymagában malignus-daganatot okozni.³

Alig, hogy e közlemények megjelentek, az egész világ napisajtója is tudomást vett róluk és többnyire kellő hozzáértéssel világáig kürtölték, hogy a rák, az emberiség e nagy csapása, végöráit éli, hála Gye dr. és munkatársai korszakalkotó felfedezésének. E nagy reklám aligha volt Gye kívánsága szerint. A *Manchester Guardian Weekly* legújabbán intimításokat közölt Gyere vonatkozásról, melyekből megtudjuk azt, hogy a derbyshirei eredetű, 40 év körüli Gye, kinek neve előbb *Bulloch* volt, eredetileg kereskedelmi pályára készült. Váratlan örökséghez jutván, orvosi tanulmányokat folytatott és az edinburghi egyetemen orvosdoktorrá avatott. Russel professor hatása alatt kezdett a rákkérdéssel foglalkozni és ebben az irányban dolgozott a háború kitöréséig, midőn hadba vonult. Az összeomlásokor folytatta kísérleteit Murrayvel, e jónévű rákkutatóval együtt, s bár — állítólag — jól tudta, hogy felfedezése mily nagyjelentőségű, éppen magabazárkózott egyénisége folytán, nem tette közzé kutatásainak eredményét mindaddig, míg meg nem győződött azok helytálló voltáról számos, alapos kísérlettel.

Nyomós érvet jelentenek Gye és társainak kísérletei a rák fertőzéses eredetében hívóknak; *W. B. Coley dr.*, newyorki sebész is, ki az *American College of Surgeons*-nak mult évi október 20–24-én New-Yorkban tartott *Clinical Congress*-en rekapitulálta a parasiták teoriára vonatkozó régi meggyőződését, jelenleg hivatkozik ama kijelentésére, hogy az általa annakidején feltételezett parazita — éppen úgy, mint a Gye-féle — csak akkor képes rákos fertőzést előidézni, ha sejteket megtámadó kataphylaxiás tulajdonsággal rendelkezik.

Hasonlóképpen *James Young dr.* a július 22-i edinburghi *Royal Sanitary Institute Congress*-en kijelentette, hogy ő volt az első, ki már 1921-ben leírt egy olyan mikrobát, mely a rák okozójának tekinthető és melyet azóta mindenfajta rákban megtalált. Már akkor utalt arra, hogy a rák előidézéséhez ezen parasitától teljesen különböző factorra is szükség van és így szerint Gye-nek éppen az a nagy érdeme, hogy ismereteinket ez utóbbi factornak megismerése terén előbbre vitte.

F. Carter Wood dr.-nak a *New-York Times* július 19-i számában megjelent közleménye szerint nagyon valószínű, hogy Gye munkája — amennyiben az emberben előforduló valamennyi fajta rákra vonatkozólag általános érvénnyel fog bírni — egy olyan serumot eredményez majd, mely a rák kifejlődésének elejét veszi, de arra nem gondolhatunk, hogy e serum a rákot magát is meggyógyítaná.

A különösen az angol-amerikai napisajtóban mutatkozó nagy fellángolás óta, nem egy komoly kritika jelent meg Gye-Barnard munkájának értékéről. Többek között *Roussy*, a párizsi egyetemen a kórbonctan kinevezett új tanára szép dolgozatában⁴ figyelmeztet arra, hogy nem szabad e kísérletekből túlzott optimizmussal a rákos megbetegedések közeli megszűnésére következtetnünk. Szerinte — bár elismeri Gye és Barnard kutatásainak érdekes voltát — ez angol szerzők oly messzemenő következtetéseket vontak le, melyeket nem lett volna szabad megtenniök. Hasonlóképpen vélekedik *P. Hauduroy dr.* is nemrégiben megjelent kis monographiájában.⁵ Maga az amerikai szak-sajtó⁶ sincs túlságosan elragadtatva Gye és Barnard korszakalkotónak kikiáltott felfedezésétől.

Ha igaznak is bizonyul majdan valamely fertőző anyagnak döntő szerepe a rák előidézésében, nem tagadható az a körülmény sem, hogy a civilizatio szé-

lesebb körben való elterjedésével a rákos megbetegedések száma egyenes arányban növekedett.

Míg a statisztikai adatok szerint a négereknél, valamint az észak- és délamerikai indiánusoknál stb. ma is rendkívül ritka a rákos megbetegedés, addig pl. az utóbbi időben nagy fejlődést mutató Japánban 100.000 lakosonként 66,9-ről 76,1-re emelkedett azok száma. Ugyanígy Finnországban, a Skandináv-Államokban, különösen pedig Dániában, mely az első helyen szerepel e szomorú téren, továbbá Svájcban, mely közvetlenül Dánia után jön és hol az összes halálokok közül a harmadik helyet foglalja el (csak a tuberculosiss és a gyermekhalandóság előzik meg), nemkülönben Angliában, hol még mindig tízszer annyi a mellrák, mint Japánban, végül az Amerikai Egyesült-Államokban, hol jelenleg 300.000-re tehető a rákban szenvedők száma, a statisztikai adatok a rákos megbetegedések számának folytonos emelkedését mutatják. Cseh- és Morvaországokban is — *Necas* szerint — minden 1000 lakos közül egy rákban hal meg; a megbetegedések száma pedig 1921-ben 1215-re emelkedett az 1910. évi 967-tel szemben millió lakosonként.

Úgy látszik, hogy a rákos megbetegedések és a civilizatio közötti szoros összefüggés támogatására történelmi adatokra is támaszkodhatunk. Legalább is ezt erősíti *Meige dr.* a párizsi *École des Beaux-Arts* anatomia professora a *Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer* ezévi nagygyűlésén.⁷

Szerinte ugyanis rendkívül ritkák a történelemben azok az esetek, melyekben a halál okául a rákot szerepeltethetnők. Az ó-korból egyetlen egy rákos személyiséget sem ismerünk, bár tudjuk, hogy a görögök, már *Hippokrates* is, jól ismerték a rákot. Majd *A. Brachet* nagy munkájára támaszkodva, 10 századon keresztül figyelemmel kísérte a francia uralkodók és a velük összeköttetésben lévő személyiségek történelmét e szempontból és ily hosszú idő alatt egyről sem sikerült kimutatnia (legalább is a XVII. század előtt), hogy rákban halt volna meg. *Jean le Bon*, V. és VI. *Károly* súlyos tüdővészések voltak, az utóbbi ezenfelül még epilepsziás is; a *Bourbonok* között a császár, a közvény és az érelmeszesedés dühöngött. Altalában XI. *Lajosig*, ki maga is idegbeteg volt, számos tüdővésztes, ideg- és elmebeteg, syphilises (!!) királyt találunk, de VII. *Károly* az első, kinél rákra gondolhatnánk; jobban megvizsgálva az esetet, itt is kitűnik azonban, hogy csak fogcarieséből kiinduló fertőzést vehetünk fel.

Marie de Médicis és *Anne d'Autriche* azok, kiknél — végre — nagy valószínűséggel feltehető, hogy halálukat rák okozta. Előbbi 1642-ben vizsgálta meg *Riolan*, a király háziorvosa; ő a tüneteket igen jellegzetesen írta le: vérhányás, vörös széklet, rendkívüli lesoványodás és fájdalom, úgyhogy valószínű diagnózisunk helyessége, bár *Cabanès* ezt kétségbevonja.

Anne d'Autriche pedig 1666 január 20-án halt meg mindkét emlőjén jelentkező, két év óta fennálló daganata következtében, melyek ellen hiába végzett *Guy Patin* néhány „discret” incisiót.

E két esettől eltekintve, nem ismeretes a forradalomig több rákos megbetegedés. Ekkor jelenik meg a *Bonaparte-család*, mint tipikus rákos-familia. Ismeretes, hogy *Napoleon* maga a gyomor kiscsigterületének rákja következtében halt meg; *nagyatyja* ugyancsak rákban, *atyja*, *Károly*, 40 éves korában pylorusrákban, *fivére*, *Lucien* gyomorrákban haltak el, nemkülönben *Paulina* 44 és *Karolina* 57 éves korukban.

A művészeti alkotások sem hagytak hátra semmi nyomot rákra vonatkozólag, bár közzvényesek, csúzosok, ördöngösök, bénák, leprások, rühösök stb. bőven szerepelnek.

A rák tehát a jelenkor betegsége. Érthető, hogy világszerte iparkodnak társulatok, intézmények szervezésével küzdeni e csapás ellen.

Bayet tanár meghívására 12 nemzet képviselője gyűlt össze két év előtt *Bruxellesben*, hogy egy *Union internationale contre le cancer* alakítsanak meg. Ennek titkárságát egyelőre Párizsban helyezték el, az ideiglenes bizottság elnöke pedig annak idején, az ez év elején kutatásainak áldozatául esett *Bergonié* röntgenológus tanár lett. Hasonló célból alakult meg a már említett *Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer* is, ugyancsak Párizs székhellyel.

⁷ Le cancer dans l'histoire et l'art. Paris Médical 22. sz.

³ A rákkutatás fejlődését *Jensen* egérrák-átültetéseitől (1902) egész Gye-Barnardig *Baló József dr.* ismertette 40. számunkban „A kísérleti tumorkutatásról” címen.

⁴ Une théorie nouvelle sur l'origine du cancer. La Presse Médicale 62. sz.

⁵ Le Bactériophage de d'Hérelle. Paris, E. François, 1925.

⁶ The latest cancer parasite. Journal of Amer. Med. Ass. 85. köt., 6. sz.

Prágában is van egy ráktanulmányi társaság, melynek elnöke professor Jaroslav Hlava, kinek kórbontani intézetében helyezték el a rákintézetet is.

De a legfokozottabb munkát e téren az amerikaiak fejtik ki. A 12 év óta működő *American Society for the Control of Cancer* rendszeresen nyilvántartja a rákra vonatkozó összes statisztikai adatokat. Mint-hogy a rákos megbetegedések bejelentése nem kötelező, a statisztikák összeállításánál esupán a halálos eseteket vehetik alapul, melyek azonban mindig kisebb értéket adnak, mint az a valóságban van. E társulat évi jelentése szerint jelenleg nem kevesebb, mint 12 kórház van Amerikában kizárólag rákos betegek számára fenntartva.

Gye-Barnardnak és társainak érdekes kísérletei tehát — legalább is egyelőre — még csak gyenge reménysugarak e világszerte pusztító csapás ellen!

Temesváry György dr.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése szeptember hó végén lejárt, a 40. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani szíveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 300.000, félévre 150.000, negyedévre 75.000 korona.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1925 november 7-én tartandó ülésének programja: **Bemutatás: Kubányi Endre:** Véresport-vizsgálat haemophyliás családban. **Előadás: 1. Bálint Rezső:** Vizsgálatok a gyomorfelekély pathogenesiséről. **2. Révész Vidor:** Cholecystographia. (Az epehólyag láthatóvá tétele Röntgen számára.)

Kórházi Orvostársulat november hó 11-i ülésének tárgysorozata: **1. Hesz Jenő:** Ulcus specificum cruris karyonnal kezelt esete. **2. Wülfner Miksa:** Könnyű tüdőgümőkör mellett fennálló lueses láznak befolyásolása neosalvarsannal. **3. Okolicsányi-Kúthy Dezső:** Az új hazai tuberculosis pharmacologicum hatóképessége és ártalmatlansága.

A Természettudományi Társulat élettani szakosztálya november hó 10-én, kedden este 6 órakor az egyetemi élettani intézet tantermében ülést tart. Tárgysorozat: A tudománytörténet bizottság orvosi díjának nyertesei beszámolnak második évi munkásságukról. **1. Kiss Ferenc:** A n. sympathicus és a gerincvelői idegyökök rostjai. **2. Skrop Ferenc:** Elektrochemiai vonatkozások az immunitásban. **3. Jendrassik Loránd:** Kísérleti adatok az ion-antagonizmus kérdéséhez. **4. Geiger Ernő:** Insulin nélkül előidézett maximalis hypoglykaemiák. **5. Zalka Ödön:** Adatok a plexus chorioideus vitalis festéséhez.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület fülészeti szakosztályának, a Rókus-kórház fülészeti osztályán, nov. 12-én d. u. 6 órakor tartandó ülésének tárgysorozata: **Bemutatások: 1. Tobl Pál:** Sziklacsont és börtuberculosis műtéti gyógyult esete. **2. Germán Tibor:** Praeauricularisan áttört cholesteatoma és hallójárat-atresia műtéti gyógyult esete. **3. Neubauer Adolf:** Otogen abscessushűdés műtéti. **4. Szász Tibor:** a) Otogen halántéklebenyi agytályog sinustrombosis és tüdőtályog műtéti gyógyult esete. b) A fültájék noma-szerű megbetegedése. **Előadás: Kerekes György:** Klinikai kísérleti vizsgálatok a fülzúgásról.

Népszerű előadást tart **Melly József** tisztiorvos a physikai intézet előadótermében (VIII. Eszterházy-u. 7.) november hó 10-én este 6 órakor: A nép táplálkozásáról címen. Vendégeket szívesen lát a rendező Országos Közegészségi Egyesület.

Jeney Endre magántanári képesítését, mit a szegedi egyetemen a bakteriológiából nyert el, a vallás-és közoktatásügyi miniszter jóváhagyta és megerősítette.

Francia nyelven megjelent orvosi munkálatok iránt érdeklődő orvos urak közöljék levelezőlapon címüket a *Médecine Gyógyszerkészítmények Gyára Rt.-gal*, Budapest (X. Hölgy-utca 14.), amely gyár a „Formulaire Astier. Vade-Mecum de Médecine-Pratique” című kötetet ingyen fogja az érdeklődőknek megküldeni. Ugyancsak díjmentesen küldeti meg állandóan nevezett gyár a Párizsban megjelenő „Le Monde Médical Revue Internationale de Médecine et de Thérapeutique” című folyóiratot, ha az orvos urak ebbeli kívánságukat is közlik. (Olvasható és pontos címet kérünk.)

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint október 25-től október 31-ig előfordult:

Hasi hagymáz	20	(10)	Gyermekágyi láz	—	(2)
Kütegés hagymáz ...	—	—	Báranyhimlő	41	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	5	—
Kanyaró	10	—	Vérhas	8	8
Vörheny	105	10	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	—
Számárhurut	12	1	Trachoma	11	—
Roncs. torok-, gége-lob ..	24	1	Veszétség	—	—
Influenza	6	—	Lépfene	1	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

TÁTRA-SANATORIUM

ÓTATRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül berendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quarz-, Sollux-, diathermia-, villamos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebetegségek kizárva. Sanatoriumi napi pauszálár 65 Kc-től fölfele. Főorvos: dr. Szász Emil. Menetjegyirodában, Egész évben nyitva. — Felvilágosítást nyújt, fűrdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII. Wesselényi-utca 2. Telefon: József 124—35. Lakáson: 175—91.

Dr. PAJOR Sanatorium és Vízgyógyintézet
Budapest, VIII. Vas-utca 17. — A magánklinikai osztályon a teljes ellátás napi díja 140.000 korona.

RÖNTGEN-ODELGA

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

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

Orvosi rendelőknek alkalmas utcai üres szoba hallal azonnal kiadó. Megtekinthető délután négytől. Váci-utca 9. félem. 3. (Corsó-mozi ház)

Vidéki városban (24.000 lakos, vasúti gócpont) tragikus körülmények között elhalt **nagypraxisú orvos rendelője teljesen modern felszereléssel, várószobával együtt átadó.** Felvilágosítást ad: Faragó Zsigmond könyvkereskedése, Budapest IV. Múzeum-körút 33. Telefon J. 103-65

Röntgenkészülékek

iránt érdeklődők figyelmébe

ETRAULUX

gyakorló orvosok és fogorvosok
készüléke

CAMERALUX

átvilágítókészülék

KELETI J., BUDAPEST

IV, Petőfi Sándor-utca 17.

Telefon: 13—76.

Kérjen ábrás árajánlatot!



A TÜDŐTUBERKULÓZIS

ÉS AZ ULTRAVIOLETT SUGARAK

KÜNSTLICHE HÖHENSONNE ORIGINAL HANAU.

A Bullétin Officiel című lap 1925. évi május 5-i számában dr. Ménard és Foubert ezt írják:

»A besugárással való gyógyítás irodalmában gyakran találkozunk azzal a véleménynel, hogy veszélyes a tüdőtuberkulózisban szenvedőket quarsfénnel kezelni, különösen ha azoknak véres vagy tömörebb köpetük van. Ménard és Foubert azt a kérdést vizsgálták, jogos-e ez a félelem és hogy a kontraindikációk nem csupán balesetre vezetendők-e vissza, amelyet a tülerőse vett erythema-dózis okozott. Ezért nagyon vigyázva, növekvő adagokkal és az erythemát kerülve, végezték a besugárzást és pedig a tuberkulózisnak minden stádiumában és minden formájában. Az általános állapotnak csakis javulását észlelhették, a testsúly lényegesen emelkedett, a hőmérsék csökkent, de tüdővérzést sohasem láttak.

Ezért arra a következtetésre jutottak ezek a szerzők, hogy a quarsfénsugárzást a tüdőtuberkulózis minden esetében hátrány nélkül lehet alkalmazni és hogy abban az esetben, ha a sugárzás elővigyázatosan, az erythema-képződésnek rendszeres elkerülésével történik, az csakis előnyökkel jár.» (Referátum.)

Fecht dr.-nak (Weizen) a Deutsche Med. Wochenschrift-ben a következő munkája jelent meg: „A tüdőtuberkulózis kezelése magaslati napfénnel és egy új haematologiai kép mint prognostikus jel.”

»A tüdőtuberkulózisnak a Künstliche Höhenonne nevű quarslámpával történő besugárási kezelésében az indikációk kidolgozása miatt ez a munka alapvető fontosságú. Fecht 356 phtisis észlelése kapcsán kimutatja, hogy az a komplex kép, amely az Arneht-féle indexből és a leukocyták számarányából adódik, háromheti besugárzás után alkalmas arra, hogy határozott prognózist vonjunk belőle, mert a mondott idő múltán a haematologiai leletből megállapítható, melyek azok az esetek, ahol a besugárzásnak jók a kilátásai. Így aztán ki lehet választani azokat az eseteket, amelyek alkalmasak a quarslámpakezelésre és így pótolhatatlan idővesztés nélkül meg tudjuk kezdeni a gyógyítást. Ez a megállapítás megmagyarázza azt is, miért kellett a néha elhangzó kedvezőtlen megítéléseknek ilyen kedvezőtlenül hangzani a tüdőtuberkulózisnak quarslámpakezeléséről. Ezt a munkát eredetiben kell elolvasni, mert minden mondata fontos. Ismerete nélkülözhetetlen minden orvosnak, aki a tüdőtuberkulózist eredményesen akarja quarslámpával kezelni.«

A cikk megkapható 4000 m. koronáért: Sollux-Verlag, Hanau a/M.

Postfach Nr. 725.

Megküldjük utánvételt vagy postabélyegekből történő előzetes beküldés után.

Formamint

(Pentamethanallactosat)

**a száj- és garatnyálkahártya
állandó fertőtlenítésére.**

JAVALLT

minden száj- és garatürben lokalizált megbetegedés gyógykezelésére és ezek, valamint minden más, a száj- és garatürön át történő általános fertőzés prophylaxisára.

CSOMAGOLÁSOK:

Üvegcsék 50 tablettával
Csövecskék 20 tablettával

Irodalom és díjtalan orvosi minta rendelkezésre.

BAUER & Co. cég, Sanatogen-Werke

Berlin SW. 48., Friedrichstrasse 231.

Magyarországi vezérképviselő:

DR. ROSENBERG SÁNDOR, BUDAPEST

VIII, József-körút 2. sz.

Digifolin



Szabadalmazva.

Név törv. védve.

*
**Eltartható,
magasértékű
Digitalis-
készítmény**
*

**Subkutan
alkalmazás-
nál az izgató
hatás alig
észlelhető.**

Ampullák,
cseppek, tabletták.

*

**GESELLSCHAFT
für CHEMISCHE
INDUSTRIE in
BASEL. Pharm. Abt.**

Magyarországi képviselő:

Jakitsch János, Budapest V, Visegrádi-utca 39.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- K. F. Wenckebach:** Angina pectoris. (1107—1110. oldal.)
Schmidt Albin: A vesemedence elsődleges elszarusodó rákja. (1110—1113. oldal.)
Burger Károly: A méhelőzés kóroktana és a konstitúció. (1113—1114. oldal.)
Reök Iván: Prostata hypertrophia műtét nélkül gyógyult esete, nagy sérvkapu zárása a sérvtömlő felhasználásával. (1114—1115. oldal.)
Rejtő Kálmán: Leucoderma acutitum centrifugum elváltozása verruca senilis körül. (1115—1116. oldal.)
Annau Ernő: A kolorimetriás nitrogenmeghatározás módosítása. (1116—1117. oldal.)
Herczfeld L. Frzsebet: A Pirquet-reactionnál fellépő lymphangoitisről. (1117—1118. oldal.)

- Mayer F. Kolos:** Orvostörténelmi jegyzetek. (1118—1122. o.)
Therapia. Antal Lajos: A „Lobelin Ingelheim“-készítmény mellékhatásairól. (1122—1123. oldal.)
Diagnostika. Földessy Zoltán: A serum formalin-reactionjáról. (1123—1124. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. (1124—1129. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (1129. oldal.)
Könyvismertetés. (1129—1130. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 7-i ülése. (1130—1131. oldal.)
A Pécsi Egyetem Tudományos Szövetsége Orvosi Szakosztályának október 17-i ülése. (1131. oldal.)
Heti krónika. (1131—1132. oldal.)
Vegyes hírek. (1132—1133. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Angina pectoris.*

Írta: K. F. Wenckebach professor.

Az a szívélyes fogadtatás, melyben itt részesültem, annak kijelentésére kötelez, hogy a nemzetek egymáshoz való közeledésének híve vagyok. Már 1909 óta, mikor mint a hollandi kormány kiküldöttje vettem részt a nemzetközi kongresszuson, gyengéd vonzalommal viseltem Budapest és Magyarországgal szemben. Önök is, éppúgy, mint Hollandia, aránylag kis nép Európa nemzetei között. Korántsem kívánok ezzel politikai érzékenységet megbántani. Önök is nyelvük művelésében tisztára magukra vannak hagyva. Mint kis nemzet fia, jól megértem a kisebb nemzetek lelkületét és talán ez volt az a mozzanat, mely első peretől fogva engem, a hollandust, Budapesthez hozzáfűzött. Mikor 1914 szeptemberében Bécsbe kerültem, lelkem rögtön idevonzott és egyáltalán nem tudok igen tisztelt elnök véleményében osztozkodni, hogy Önökre nagy megtiszteltetés, ha én itt felszólalok. Nagy örömömre szolgált, hogy itt megjelenhettem és remélem, hogy Önök sem fognak bennem csalódnai.

Ne várjanak tőlem teljesen kidolgozott előadást. Szabadon kívánok beszélni oly kérdéstről, melynek lényegét oly nehéz megfogni. Amit Önöknek elmondani fogok, ötleteimet tartalmazza és korántsem ennek az igen nehéz kérdésnek teljes megoldását.

Az angina pectoris lényege még mindig nem tisztázott. 1772-ben tartotta meg előadását *Heberden* a Royal College of Physiciansben, a világ legtiszteltebb több orvosegyesületében, melyet *Thomas Linacre*, a görög és latin orvostudomány egyik legjobb ismerője alapított a XVI. században. Ebben az előadásában, mely ékes tanúsága annak, mily kitűnően tudott észlelni, *Heberden* angina pectoris két esetéről beszélt. Hangsúlyozta, hogy a betegek arcszíne, erőbeli állapota teljesen kielégítő, azonban járni nem tudnak. Nem azért, mert a járást szolgáló szerveikben volna zavar, hanem

azért, mert mihelyt elindulni akarnak, és pedig mindig csak ebéd után, sajátos fájdalom lepi meg őket. Reggel járásuk semmiképp sincs korlátozva, azonban a főétkezés után képtelenek járni. Ami e betegek objektív elváltozásait illeti, úgy boesánatot kér, hogy semmi bizonyosat sem tud mondani. A társulat évkönyvének következő kötetében igen érdekes közlést tett *Heberden*. Jelenti, hogy névtelen betegről levelet kapott, mely két betegéhez teljesen hasonló tünetekről számol be annak kijelentésével, hogy *Heberden* a beteg elhalása után értesíteni fogják nevéről és lakásáról, azért, hogy hullájának boncolását elvégezni szíveskedjék a halál megállapításának céljából. És tényleg néhány évvel később *Heberden* úgy a levélíró, mint egyik betege hulláját felboncolta. Azt írja, hogy vajmi keveset talált szívéükön. A szívizom teljesen egészségesnek látszott, éppúgy a billentyűk is. A szívizom egészében kissé túltengett állapotban volt és egyik esetében az aorta kezdeti részének hypertrophiáját látta. Egy harmadik esetében igen súlyos elváltozásokat észlelt az aortán. A betegségnek nevet, angina pectorist, *Heberden* adta.

Tanulóveimben e betegségnek bő leírásait olvastam a tankönyvekben. Bőven volt leírva bennük a betegek halálfélelme és szörnyű szenvedése és erős hangsúly volt azon, hogy e betegség 3—4—5. roham után halállal végződik. Mikor orvosi gyakorlatomat megkezdtem, mint falusi nép orvosa, alig jutottam abba a helyzetbe, hogy anginára gondoljak és még kevésbé, hogy ezt a kórképet lássam. Hogy mily kevéssé ismert ez a betegség, azt igen élesen világítja meg, hogy kitűnően képzett fiatal orvos kétségbeesve fordult hozzám azzal a panasszal, hogy angina pectorisban szenved. Vizsgálata kiderítette, hogy ideges szívdobogásban szenved. Kitűnt egyúttal az is, hogy fiatal kollegám gyakorlatában sohasem látott angina pectorisban szenvedő beteget. Mikor később egyetemi tanárrá lettem, a bennszülött lakosság között csak igen ritkán láttam e betegséget. A legtöbb ilyen betegem idegenből jött hozzám. Tisztek, hivatalnokok, tengerészek, kolóniákról származók, főleg olyanok, kik sokat is ittak. Ha ma visszatekintek arra az időre, még mindig csodálkozom, mily ritkán került szemem elé a kórkép. Ezzel ellentétben angol orvosok abban az időben, mikor még *James Mackenzie* általános orvosi gyakorlatot űzött, igen sok oly esetet tudtak nekem be-

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben október 31-én tartott előadás.

mutatni, melyeket angina pectorisnak minősítettek és melyeknek keletkezésében a dohánynak tulajdonítottak nagy szerepet. Azt mondtam kollegáimnak: igen rossz dohányok lehet, mert Hollandiában is igen sokat dohányoznak — igaz, hogy többnyire csak könnyű dohányt —, igazi nicotinnmérgezéssel még alig akadtam össze. Strassburgi tanáréveim folyamán már több eset került kezelésembe. És azalatt a tizenegy év alatt, mióta Bécsben működöm, hol az életközdelem mind több egyént tesz beteggé, szívbetegek és angina pectorisban szenvedők száma megdöbbentően megnövekedett.

Rendkívül sajátos jelenség, hogy az angina pectoris lényegéről igen eltérő felfogások állnak egymással szemben. E betegség megítélésében a kórboncnok teljesen csődöt mondott és egyáltalában nem tud arra a kérdésre felelni, mi valójában ez a betegség? Másfelől azt látjuk, hogy az eredeti kórkép az idők folyamán teljesen elmosódott, elmerült, miközben mindenféle egyéb kórképek toltak az előtérbe. Rohamok, melyek a szívvel összefüggésben állnak és melyeket általában szívgyöresnek szoktak megjelölni. Így pl., ha Bécsben a praecordialis szorongást anginának mondják, csodálkozunk kell, mennyi különböző dolgot foglalnak egybe az angina gyűjtőneve alá! A fájdalom, a betegség kimagasló tünete, háttérbe szorul melléktünetek mögé és a hirtelen halált jelölik meg a betegség jellemző sajátosságának. És mégis azt látjuk, hogy az a két kórtörténet, melyben először írta le a betegséget *Heberden*, világosan megállapítja, hogy a betegeknek éveken át számtalan anginarohamuk volt és hogy egyéb intercurrents betegségben pusztultak el. *Heberden* a betegség főtünetének a retteget, halálfélelmet: „the sensation of impending death” jelölte meg. A szívneurosisban szenvedő szorongása és az anginás beteg félelme minden tekintetben más és más. Vegyenek csak szemügyre szívneurosis! Rettenetes szorongásról panaszkodik, nem kap levegőt, felrántja az ablakot, kiabál és fetreng. Ezzel merő ellentétben az anginás beteg teljesen nyugodtan viselkedik. Ha érzi rohamának közeledését, megmered, mozdulatlanul áll, még csak fejét sem meri megmozdítani. Az az érzése: most, most itt a halál, megakadályozza a legkisebb mozdulatot is. A legrégebb anginabeteg, kiről feljegyzéseink vannak, talán a híres böleselkedő, Seneca, ki a hagyomány szerint arról panaszkodott, hogy mily szörnyű, hogy naponta újra meg újra meg kell élnie halálát. Ha szigorúan elemezzük mindazt, amit orvosok angina pectorisnak szoktak megjelölni, úgy találunk közte cardialis asthma súlyos rohamát, paroxysmalis tachykardiát, éppúgy, mint szívneurosisban szenvedő súlyos szorongásos állapotát. Hogy mindezt a különböző kórképet egységbe lehessen összefogni, új elnevezés ütötte fel fejét: a stenokardia. Ha nem lehet eldönteni, vajjon anginára vagy cardialis asthma-ra kell-e a kórismét felállítani, egyszerűen azt szokták mondani: stenokardia van jelen. Ez a név voltaképpen synonymája kíván lenni az anginának. Azonban feledésbe merül, hogy az új név még semmit se mond. Ha már most minden beteg, ki fájdalomról és praecordialis szorongásról panaszkodott, halála után angina pectoris diagnózisával kerül a kórboncnok kezébe, úgy ennek a legkülönfélébb elváltozások tárházára kell bukkannia és igazi tájékozódáshoz soha el nem juthat. Előkelő angol orvos mondotta nemrég, hogy 5–6. évtizedét kell az orvosnak taposnia, hogy angina pectoris eseteit jól felismerni tudja. Sajnos, már átléptem életem e küszöbét és igen sok ilyen esetet láttam. Ezért azt a felfogást vallom, hogy kötelességünk ezt a problémát minden irányban alapos megvitatás tárgyává tennünk. Az angina pectoris a legfájdalmasabb betegségek egyike és ezért nekünk orvosoknak kötelességünk megállapítani azt, hogy therapiánk e téren valóban siralmas. Ha mindezen felül még kijelentem, hogy a betegség lényegét nem ismerjük és kezeléséhez nem értünk, úgy végre oda kell törekednünk, hogy közös megbeszéléssel és eszmecseréléssel némi haladást elérni igyekezzünk.

Ha több ezer eset észleléséből leszűrt tapasztalatokat egybefoglalni kívánom és rendszerbe fűzöm, úgy azt kell mondanom, hogy az angina pectorisnak két formáját kell élesen megkülönböztetnünk. Első formája a *Heberden* által leírt idült, vagy egyszerű ambulans angina, melyet *Heberden*-féle típusnak szeretnék megjelölni. Főleg urak — nemesak nem tekintetében urak, hanem olyan férfiak, kiket a társadalomban uraknak szoktak emlegetni — járnak-kelnek ezzel a betegséggel. Betegségük rendszerint alig észrevehetően, apró emlékeztetőkkel kezdődik, majd fél- vagy egyév után igen erős rohamokban tör ki, évekig kínozza őket betegségük és végül merőben más betegségben múlnak ki. Másik formáját sokkal jobban ismerjük. A beteg első, második vagy harmadik rohamában elpusztul. Ha hozzájutunk ahhoz, hogy oly beteg hulláját felbontassuk, ki e betegség első formájában szenvedett, úgy rendszerint a szíven semmiféle elváltozást se tudunk találni. Ezért szükséges, hogy tüneteit klinice elemezzük.

Azt tapasztaljuk, hogy a baj az 5–6. évtizedben szokta a beteget meglepni. A legelső, mit a beteg észrevesz, hogy nem tud járni; szörnyű fájdalom fogja el, mely minden mozgását bénítja. Gyenge nyomás a szegycsont markolatának táján, gyenge húzó fájdalom ugyanott, képezi a beteg első panaszát. Más beteg égető érzésről panaszkodik, mely gyomorégésre emlékezteti. Egyik-másik beteg hevesebb fájdalomról tesz említést, mely balról jobbra kulcsontján keresztül fejébe, tarkójába sugárzik ki. Mihelyt a beteg megáll és mozdulatlanná válik, fájdalma elmúlik. Addig kell nyugodtan maradnia, míg a fájdalom teljesen eltűnik; ekkor ismét tovább mehet. Minden testi megerőltetésre újra előáll a roham. Lépesjárás, hegymászás stb. provokálja a rohamot. Újra és újra meg kell állnia, míg rohama elmúlik, aztán folytathatja útját. Sokszor az ilyen beteg órákon át mászkálhat hegyek között, csak ebéd után képtelen erre. A fájdalom localisatiója igen pontosan körülírt. A fájdalom középpontja sohasem az ú. n. szívtájék, hanem elsősorban a szegycsont markolata. Gyakran a kardnyúlvány mögül húzódik felfelé, vagy magán a szegycsonton ül. Igen gyakori helye az a pont, melyet a szív északkeleti tájának szoktam mondani: a szegycsonttól balra a bal szívhatáron, melyre a beteg három-négy ujjhegyét szokta tenni és ahonnan a kisugárzás szokott kiindulni. A fájdalom kisugárzik a hátba, rendszerint a mellfájdalom helyével teljesen egybevágó helyre, a bal vállba és nyaki tájra, a kar ulnaris oldalán a belső könyökig, a kéztőig és ritkán az ulnaris ujjakba. Gyakran felszáll a bal állkapocsszögletig, a hajas fejbőrbe, a tarkóba. Nem egyszer panaszkodik a beteg fojtogató érzésről. A roham tetőpontján a fájdalom kisugározhatik jobboldal felé is, nem egyszer éppoly intenzitásban, mint balfelé (angina duplex). Néha főleg vagy kizárólag jobb felé lép fel a fájdalom (angina dextra). Roham alatt és közvetlen utána hyperaesthesia és hyperalgias bőrzónák mutathatók ki. Izmok és idegek érzékenysége. Néha hyp- és anaesthesia területek is. Mindez a gerinevelő nyaki és felső háti segmentumainak területén játszódik le. Typikus nyomási pontok: a csecnyűlvány processus styloideusa (*Libman*) és a plexus cervicobrachialis (*R. Schmidt*).

Ha a beteg szívtáji fájdalomokról panaszkodik, már eleve tudhatjuk, hogy nincs anginája. Az igazi anginás beteg — sokszor láthatjuk — az után hirtelen megáll, éppenséggel nem érdekes kirakat előtt bámészkodik, míg roham el nem múlik, azután nyugodtan megy tovább. Megismerhetjük az ilyen beteget retteget arkifejezéséről. Ieri róluk, mennyire szenvednek.

Jellemző a rohamokra szigorú törvényszerűségük. Kiváltó okait négy mozzanatban kell keresnünk. Mozgás, télt gyomor, izgalom és hideg. Teljes nyugalomban sohasem lepi meg a beteget a roham. Ha siet, hegyre mászik, lépcsőt jár, ha ebéd után útra indul, roham fogja el, amint ezt már *Heberden* is leírta. Üzletember reggel irodájába siet, alkalmazottaival kiabálhat, a tőzsde árfolyamain felizgulhat, semmi baja sincs. Ebéd után azonban vége van, meg van halva, csak a késő délutáni órákban tér vissza

mozgási szabadsága. Rejtélyes volt az a tény, hogy a roham gyakran lefekvés után, teljes nyugalomban lepi meg a beteget. Ilyenkor a hideg hálószoba és hideg ágy váltja ki a rohamot. Megmelegített ágyban a beteg jól érzi magát és rohamai elmarad. Hogy izgalom mennyire hozzájárul roham kiváltásához, azt igen jól mutatja az ú. n. pályaudvartünet. Kisebb egyetem matematikaprofesszora vasúton utazott tudományos egyesület ülésére, hol barátaival, régi collegáival találkozhatott. Azzal a panasszal fordult hozzám: nem tudok többé az akadémia üléseire utazni, nem jutok ki a pályaudvarra. Arra kell gondolnom, hogy rohamot kapok, elkésem a vonatot. Mielőtt pedig erre gondolok, rögtön rohamot kapok. Az utazás izgalma váltja ki a rohamot. Orvosi működésem mai színterén a jól ismert kávéháztünet praedominál. A mai nehéz időkben a középosztály tagjainak valóságos üdülés kivilágított és kellemesen átfűtött kávéházban tölteni egy-egy esti órát. Ujságot olvas, ismerőseivel elbeszélget. Beül tehát estefelé a kávéházba, megissza kávéját, ujságot olvas, egyszerűen kitűnően érzi magát. Halad az idő, hazafelé készül. Tudja, hogy felesége várja, aggodnák, ha megkésné. Künn azonban hideg van, hűvös szél fúj. Érzi, hogy mennie kellene, de nem mer a kávéházból kilépni. Ez a conflictusa felizgatja és mielőtt a kávéház ajtaján kilép, megvan a rohamai.

Élesen kell hangsúlyoznom, hogy dyspnoe nem tartozik az angina pectoris tünetei közé. Ellenkezőleg, ha anginás beteg rövidlélekzetűvé válik, rohamai elmaradnak. Az anginás beteg egyszerűen nem tud, nem mer lélekzetet venni. Nemesak a fájdalom, hanem a légzésnek ez a gátlása is hozzájárul a megsemmisülés érzésének kiváltásához. Nem mer lélekzeni, hogy légző mozgásával a rohamot meg ne nyújtsa. Rettető arkifejezéssel, mereven, visszafojtott lélekzettel áll és vár, míg a roham oldódik. Csak ezután mer ismét megindulni. A beteg pulzusa megszaporodik, 70-ről 90-re, 80-ról 120-ra szökik fel száma. Vérnyomása mindig emelkedik, még akkor is, ha rohammentes időben alacsony. Így láttam idősebb férfinál roham alatt a vérnyomást 100-ról 180-ra felszökni, hogy nitroglycerin-cseppek bevitelével ismét lényegesen csökkenjen. Feltűnő, hogy nemesak a systolikus, hanem a diastolikus nyomás is fokozódik.

Hogyan keletkezik ez a különös, mindig egyforma tünetes csoport? Háromféle magyarázatot gondoltak ki a vizsgálók. Az első azt tanítja, hogy az anginát szívgyengeség váltja ki. A második, hogy a koszorús ütőerekkel függ össze. A harmadik az aortán keresi okát. Melyik felfogást vallhatjuk magunkénak?

Megítélésükben tisztára klinikus elmélkedésre kell szorítkoznunk. Szívgyengeség okozza a rohamot? A bal szív, a jobb, vagy talán az egész szív? Szívgyengeség cardinalis tünete az áramlási sebességnek felfelé megnövekedése, alafelé csökkenése. Így, ha a bal szív gyengül, a tüdő áramkörében nő a vérteltség és nyomás, nehéz légzés különböző fokú áll elő. Ha a jobb szív gyengül, pangás áll elő a venae cavae-ban, megduzzad a máj, vizenyő áll elő és a tüdő ereiben csak kevés keletkezik pangás. Az egész szív izmának gyengesége mindkét tünetcsoport kevert képét mutatja, a szerint, mint van az egyik vagy másik szívfél gyengesége túlsúlyban. Ezt mindnyájan jól tudjuk. Látnak-e már most a szívgyengeségnek eme tüneteit angina pectorisban? Nem. Az angina pectoris idült és leggyakrabban előforduló alakjánál dyspnoe minden jele hiányzik. Azok az esetek, melyekben a vérnyomás excessív emelkedése miatt a szív felmondja a szolgálatot, tüdővizenyő áll elő és a betegek oedema pulmonumban pusztulnak el, igen ritkák. Ezzel szemben igen gyakran látjuk, hogy azok a betegek, kik a roham-szabta határok között nyugodtan viselkednek, sohasem panaszkodnak nehéz légzésről. Ha az ilyen beteg később, sorsa rosszabbra fordultával szívbetegség tüneteit mutatja, rövid lélekzetűvé válik, elveszíti angina-rohamait. Ha az ilyen betegben májpangás, vizeletében fehérje mutatkozik, digitalisra fogjuk és szívének erejét fokozzuk, úgy azt látjuk, hogy mielőtt állapota megjavul, szíve rendbe jön, angina-rohamai ismét jelentkeznek. Nehéz

dilemmába kerülünk: ha nem adunk digitalist, pangás, vizenyő áll elő, ha azonban a szívet megerősítjük, újra itt van az angina. Szívgyengeség megakadályozza az angina-roham keletkezését. Ha figyelünk erre, rájövünk, mily gyakran történik ez így. És ebből a megfontolásból arra kell következtetnünk, hogy szívgyengeség nem lehet oka az anginának. Ha a szív ereje csökken, pangás áll elő és nem angina pectoris. Ennek ilyenkor semmi szerepe sincs. Erre az egyszerű klinikai igazságra csak akkor jöhettem rá, mikor már sok esetben észleltem. Tehát ezen az úton el nem juthatunk az angina helyes értelmezéséhez. És ezzel már sokkal előbbre jutottunk. Mert, ha a második elméletet vesszük szemügyre, mely szerint a koszorús ütőerek bántalma okozza az anginát, úgy itt is arra kell gondolnunk, hogy nem lehet oly elmélet, mely a szívizom erejének csökkenésére van felépítve. A koszorús ütőér betegsége mindig oda vezet, hogy a szív vérrel ellátása csökken, ezzel működőképessége is alászáll és később a szívizom anatómiai szerkezete is esorbat szenved. Az angina-roham nem szívgyengeség rohamai. Ellenkezőleg, a szív megfeszített erejével küzd az eléje tornyosuló akadályok leküzdésére. Más momentumok is szólnak a coronaria-elmélet ellen. Coronasklerosis találnak a legtöbb szíven, bizonyos korhatáron felül. Területének nagy részletein elzáródás jöhet létre, súlyos izomelváltozás fejlődhet ki, anélkül, hogy a beteg valaha is angina-rohamot állott volna ki. Elég gyakran látjuk azt is, hogy angina pectorisban elhalt betegben sem coronarsklerosis, sem szűkület jelét meg nem találjuk. Ami már most azt a felfogást illeti, hogy a koszorús ütőér görcse, spasmusa idézi elő az anginát, úgy a következőket kell figyelembe vennünk. Van betegség, melynek tünetei megtévesztően hasonlók az anginásokhoz: az időszakos sántítás, claudicatio intermittens. Mac William és Walker kimutatta, hogy az ütőér elnyomásával vértelenített kar izomzatának munkája akkor válik igen fájdalmas, amikor az izomzat teljes kimerülését éri el. Ezt ők fel is használták az angina-roham értelmezésére. Azonban itt lényeges különbségek vannak. Az akaratlagos izom érző idegberendezése egészen más, mint a szívé. Az izomban a fájdalom az izomra szorítkozik és nem sugárzik ki. A szívnél éppen ennek megfordítottját látjuk. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a szívizom fájdalomérzésének segmentális eloszlása egészen más, mint azt az anginában látjuk. Különbözik is a vasomotoros spasmus lényegéről még vajmi keveset tudunk. Engedjék meg, hogy figyelmüket arra irányítsam, hogy a megfagyott vértelen végtag nem fáj, — csak akkor kezd fájni, mikor erei ismét megtelnek vérrrel és kitágulnak. Raynaud-féle betegségben nem akkor lép fel a fájdalom, mikor az ujjak fehérek és vértelenek, hanem akkor, mikor a keringés hirtelen felszabadulásával újra kipirulnak. Ezen és más jelenségek arra utalnak, hogy az érnek nem szűkülése, görcse, hanem kitágulása vált ki fájdalmat.

Továbbmenve azt is fontolóra kell vennünk: mely részein a szívnek fogékonyak a fájdalom kiváltására és hová kell a fájdalmat lokalizálnunk? Nem könnyű kísérleti állaton, noha fájdalomra jól reagálnak, fájdalomérzést pontosan regisztrálnunk. Singer, ki ilyen kísérletekkel foglalkozott, kifogástalan módszerre jutott. Fájdalomra az állat légzőmozgásai hirtelen megnövekednek és ezeknek graphikus regisztrálása pontos adatokat szolgáltat. Kísérleteiből kitűnt, hogy a koszorús ütőér érintése, összenyomása által fájdalmat kiváltani nem lehet. Másfelől, ha az állat keringő vérébe lykopodiumot fecskendezünk, ennek szemeséi a hajszálereket eltömik, a szív remegésbe jut és vérkeringése teljesen megszűnik. Az állat meghal, anélkül, hogy bármi jelét adná a fájdalomnak. Ez erős argumentum azok ellen, kik kifáradás által felhalmozódó mérgező anyagokra kívánnák az angina keletkezését vonatkoztatni.

Egyáltalán nem tudom elképzelni, hogy oly egyének, kik soha szívelgtelenség jeleit nem mutatták, szívgyengeségben szenvedhettek volna. Ha a kórboncnokra hivatkoznak, hogy ily betegeken arteriosklerosis jeleit találta, úgy ezzel szemben azt kell hangsúlyoznom, hogy minden

öregebb egyénben megeléjük ezeket. És *Klebs* igen sok esetben talált coronarsklerosist oly egyén hullájában, ki soha anginában nem szenvedett.

Ami végül azt a theoriát illeti, hogy az aorta kezdeti részének elváltozása az ú. n. supravulvaris részének sklerosisa váltja ki az anginát, úgy azt kell vallanom, hogy ott van „a kutya eltemetve”. *Clifford Allbutt*, a nemrég elhunyt kiváló angol orvos, évtizedek óta az aortának ezt a részét jelöli még az angina kiváltó helyének. E helyen kifejlődő atheromatosis, syphilitis aortitis az, aminek aetiologiai jelentősége mindinkább előtérbe nyomul. Mindinkább szaporodnak oly esetek, melyekből világosan kitűnik, hogy az aorta kezdeti részén ülő aortitis váltja ki az angina-rohamokat. Már *Heberden* egyik autopsiájában egyetlen anatómiai elváltozásnak az aorta billentyűfeletti részének szalagszerű sklerosisát találta, az aorta kitágulása nélkül. Én magam, hirtelen elhalt 60 éves tisztet észleltem, ki életében sokat ivott és szeretett és aki 15 év óta szenvedett angina ambulans formájában. Soha szíve elégtelenség jelét nem mutatta, soha máj pangása vagy rövid lélekzete nem volt. Szíve a legszebb balgyomrot mutatta, aminőt csak valaha is láttam, kitűnő szívizma volt. Azonban luetikus aortitise volt. Koszorús ütőerei tágak voltak, csak a megvastagodott intima és media ráncot vetett a szájadéka felett. Az ilyen és hasonló megfigyelések meggyőzőek arra, hogy az angina-roham kiváltása az aorta kezdeti részének betegségével függ össze.

További kérdés, vajjon miért oly pontosan körülírt a fájdalom ily esetekben? *Mackenzie* és *Head* kimutatták, hogy azokat a segmentumokat, melyek ily érzékenyek, pontosan elhatárolni lehet. Az aneurysma fájdalma kiterjed az alsó nyaki és felső háti segmentumokra. A súlyosan beteg szív, az aorta, a bal pitvar a tarkóig elhúzódo fájdalmasságot vált ki. Azok az esetek, melyekben a koszorús ütőér hirtelen thrombus vagy embolus által elzáródik, irtózatossá válik a fájdalommal járnak. A beteg járni, mozdulni képtelen, légzése elakad és pillanat alatt elpusztulhat. Hiába ad az orvos morphiumot és koffeint, a fájdalom meg nem szűnik. Strassburgban láttam magasrangú katonatisztet ily rohamot; rohamra órákig, fél napig, egész napon át tartott. A legerősebb szívszereket kellett morphiummal együtt adni. Hiába, a fájdalom csak nem szűnt meg. Egy másik betegem hadseregparancsnok, 50 éves, erős cigarettaszívó — naponta vagy 50 cigarettát fogyasztott el. Öt év előtt volt első roham. Mostani roham a kis városkában érte utól, nehezen elvonszolja magát a kórházba, hol másnap látom. Üres, gyenge pulzusa van, mája duzzadt. Vérkeringése igen lecsökkent. Digitalis nagy adagai nem használnak semmit. 4–5 nap múlva elhalt. Az ilyen esetek a koszorús ütőér elzáródása által jönnek létre. Majdnem azonos fájdalomlocalisatio mellett a szívelégtelenség legsúlyosabb jeleit látjuk. Mikor Amerikában voltam, collegához hívtak el, ki praxisa közepette kapott súlyos angina-rohamot, mely ágyának döntötte. Amerikában igen pontosan vizsgálják a beteget és így ennek az orvosnak betegágyához odavitték az elektrokardiographot. Kardiogrammja a gyomrocs működésének súlyos zavarát árulta el. Ennek alapján orvosa teljes ágyynyugalomra fogta. Minthogy más collegái ezt nem helyeselték, hozzám fordultak. És én csak helyeselni tudtam kezelő orvosának véleményét. Azóta, mint levélből tudom, szívének állapota megjavult. Rövid utakat végezni képes, azonban orvosi gyakorlatát újra meg nem kezdhet.

Singer további kísérleteket is végzett annak megállapítására, minő a szív érzékenysége erős ingerekkel szemben? Akár a szívet, akár a koszorús ütőerek alatt fekvő részeit, akár magukat a koszorús ütőereket ingerelte, fájdalmat kísérleti állatai nem nyilvánítottak. Lekötötte, kifeccskendezte a koszorús ütőereket, mindhiába. Ha azonban az aorta kezdeti részét és a körülötte fekvő szövetrészeket érintette, igen erős fájdalomreakciót kapott. És ezzel a tapasztalattal teljes egybehangzásban van, hogy az aorta falában csak a supravulvaris részen lehet érző idegvégződéseket találni.

Ha ezek után e szörnyű betegség gyógyításának kérdését vesszük mérlegelésre, úgy őszintén kell kijelentenünk, hogy az eddigi gyógyeljárásainkkal egyáltalán nem lehetünk megelégedve. Egy biztosat mondhatunk ma, hogy az, kinek egyszer volt roham, azt soha többé el nem veszti. Nem egy esetben antiluetikus kúrát végezhetünk. Eltilthatjuk a beteget izgalmaktól, nitroglycerint adhatunk, melegített ágyról gondoskodhatunk. De mindezzel nem gyógyítunk. Van-e reményünk kilátásokban eredményesebb gyógyításra?

Vegyük szemügyre a via dolorosát, a fájdalom centripetalis útját! És ezt *Francois-Frank* nyomán a nervus depressorban kell keresnünk. A szívtől afferens idegrostok a centrum felé csupán a nervus depressor útján haladnak. Ha tényleg a fájdalom kiindulópontja az aorta supravulvaris része, úgy az innen eredő depressor átmetszése a fájdalmat megszüntetni képes. A bökkenő az, hogy a nervus depressor a legszűkebb ideg szerveszeteinkben. Sok embernél depressort találni egyáltalán nem lehet, a depressor a nyaki sympathikus fonatában bolyong.

Eppinger és *Hofer* érdeme, hogy oly esetekben, melyekben normalis depressort megeléni lehet, ennek a célnavékonyaságú idegnek átmetszése a rohamot és fájdalmat tökéletesen megszünteti. Oly esetekben, melyekben a depressort megtalálni nem lehet, a nyaki sympathikus fonatának vagy dúcainak kiirtását kísérelték meg. Ennek eredménye nem mindig biztos. Egyik esetemben a nyaki sympathikus kiirtását öt óra múlva a beteg halála követte. Nyilván oly rostok is kerültek átmetszésre, melyek a szív összehúzódásának serkentését, szabályozását szolgálják.

Kétségtelen, hogy ezzel a szörnyű kínokat okozó betegséggel szemben tétlenek nem maradhatunk. Megvitalás középpontjává teszem az angina kérdését. Az orvostudománynak útát kell találnia arra, mint tudja az emberiséget e szenvedéstől megszabadítani. Én magam, ha angina pectorisban szenvednék, bátran vállalnám a műtét veszedelmét, hogy megszabaduljak kínjától.

A budapesti m. kir. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vesemedence elsődleges elszarusodó rákja.

Írta: *Schmidt Albin dr.*

Amióta *Nietze* 1879-ben a berlini sebészkongresszuson bemutatta az első használható cystoskopot s *Casper* 1895-ben az urológiai vizsgálati módszerek közé bevezette az ureterkatheterezést, a vesebetegségek kórisméje hatalmas lépésekkel haladt a tökéletesedés felé. Jött a pyelographia, a pneumoradiographia s ma már ott tartunk, hogy a rendelkezésünkre álló vizsgálati módszerek és eszközök segítségével idejében fölismerhetjük s megkülönböztethetjük a vese különféle betegségeit. S mindezek dacára van a vesebetegségeknek egy faja, az elsődleges vesemedencedaganat, melyet mai napig egy-két szerencsés kivételtől eltekintve, csak a műtőasztalon ismertek fel. Oka ennek pedig nem az, hogy a betegség nem ismerhető fel, hanem, hogy oly ritka, hogy nem gondolunk rá s tüzetesebb vizsgálat helyett egyszerűbb, kézenfekvőbb kórismével elégszünk meg.

Virchow és *Ziegler* a vesemedence elsődleges daganatait még nem ismerik. *Birsch-Hirschfeld* említi először a vesemedence elsődleges rákját. Az első nagyobb dolgozat, mely a vesemedence elsődleges daganataival foglalkozik, 1912-ben jelent meg. Szerzője, *Stüsser*, 60 esetet gyűjtött össze az irodalomból. 1915-ben közölte *Spieß* nagy munkáját a vesemedence elsődleges daganatairól, melyben 137 addig közölt esetet ismertet. Azóta mintha föléledt volna az érdeklődés a kérdés

íránt s évente több kasuistikus közlemény s összefoglaló dolgozat jelent meg, köztük *Hryntschak* tanulmánya 1920-ban, mely igen részletesen foglalkozik a betegséggel, de jellemző, hogy a legtöbb szerző csak egy saját észlelésről tud beszámolni. Szerencsésebb volt *Grauhan*, ki 1922-ben megjelent munkájában négy esetet ismertet, melyeket az aránylag csekély forgalmú kiel klinikán öt év leforgása alatt észlelt. Meg is állapítja ennek alapján, hogy a betegség nem is oly ritka. De ha tekintetbe vesszük, hogy azóta is csak igen kevés észlelést közöltek s mi például igen nagy forgalmú klinikánkon tíz év alatt csak két esetet figyeltünk meg, azt hiszem, megállapíthatjuk, hogy *Grauhan*nak szerencséje volt s a vesemedence elsődleges daganatai még ma is a legritkább betegségek közé tartoznak.

Stossmann 1922-ben az Orvosképzés külön számában közölte első észlelésünket „A vesemedence elsődleges bolyhos rákja” címen. Második esetünk, mellyel jelen dolgozatunkban foglalkozunk, a következő:

H. L.-né 43 éves háztartásbeli 1923 jan. 11-én jelentkezett klinikánkon. Négy hónap óta, kezdetben ritkábban, később mind gyakrabban jelentkező fájdalmat érez a jobb vese táján. A fájdalom felléptével egyidőben vizelete zavaros lett s a zavarodás idővel mindjobban fokozódott, de véres állítólág sohasem volt. Utóbbi időben gyakrabban vizek, éjjel három-négyyszer is vizelési ingerre ébred fel. Orvosa vidéken kanalas orvossággal kezelte, majd, mikor állapota mindinkább rosszabbodott, klinikánkra utalta.

A klinikára való felvételkor a következőket állapítottuk meg:

Középtermetű, közepesen fejlett, lesoványodott beteg, bőre halavány, a kötőhártya és látható nyálkahártyák közép vértartalmúak. A tüdők felett kopogtatási eltérést nem találunk, puha sejtés légzést hallunk. A szívtoppulát eltérést nem mutat, szívhangok tiszták. Az érlelés telt, feszes, ritmikus, száma percenkint 76. A hasfal puha. Jobboldalt a bordaív alatt hátul a vesének megfelelőleg, körülbelül két-ökölnyi daganatot tapintunk, melynek felső vége a bordaív alatt elvész, a légzőmozgást követi, nyomásra érzékeny. A test hőmérséklete felvételkor 37,6°. A vizelet szalmasárga, zavaros. Donnay-próba erősen pozitív, sulfosalicyl gyengén pozitív, cukor negatív. Cystoskopos vizsgálat: A hólyag befogadóképessége 70 cm³. A hólyagnyálkahártya bárszyszerűen fellazult, tompafényű, az érrajzolat elmosódott. A hólyagfenék gerendázott, a trigonum bullosus, oedemás. Az ureternyílások duzzadtak. A bal ureternyílás ritmikus összehúzódik s tiszta vizeletet lövel ki magából. A jobb ureternyílásból gilisztaszzerűen sűrű geny ürül. A 6-os számú ureterkatheter baloldalt 25 cm-nyire akadálytalanul felvezethető. Jobboldalt az ureterkatheter 8 cm-nyire elakad. Vizeletet ezen az oldalon nem kapunk, s az intramuscularisan befecskendezett indigokarmin 30 perc múlva sem jelentkezik. Baloldalt 15 cm³ átlátszó, szalmasárga vizeletet kapunk, geny, fehérje nyomokban, indigokarmin 8 perc múlva jelentkezik, 13 perc múlva sötétké.

A beteg pyonephrosis lateris dextri kórismével került 1923 jan. 23-án műtetre (*Dr. Neuber* m. tanár). Műtét előtt fél órával a beteg 2 cg morphiumpot kapott. A műtétet paravertebrális érzéstelenítéssel végeztük. Az érzéstelenség kifogástalan volt. Műtét: Ferde ágyéki metszés a jobb alsó bordaívtól a spina iliaca ant. sup.-ig. Az izomzatot átmetszve s a vesekörüli zsírtokot megnyitva, a vesére jutunk. A vese alsó polusa csaknem a csípőtővig ér. A zsírtok letolása különösen a vese felső végén megy nehezen, hol erős összenövésök rögzítik a vesét. A vesét kissé a seb elé húzzuk s a vérédevényeket lehetőség szerint kikészítjük. Nem sikerül a vesét teljesen a seb elé húzni, mert a vesemedence és a vérédevények körüli hegyszövet nem engedi. A vérédevényeket erős fogóval leszorítjuk s átvágjuk. A kisujnyi vastag göcsös uretert felszabadítjuk, amilyen mélyre csak lehet, lekötjük s Paquelinnel égetjük át. A vérédevényeket erős selyemfonállal kötjük le. Draincsík, réteges catgutvarrat. A sebgyógyulás zavartalan. 19 nappal a műtét után gyógyultan távozik.

A kiirtott vese kétökölnyi, felszíne síma, tokja könnyen levonható, a vesemedence és az ureter felső része erősen kitágult s az előbbinek különösen felső domború széle boltosodik feltűnően elő. A vesemedence nem képez összeeső zsákot, hanem tömött anyaggal van kitöltve. A vesét egészében felezve, kiderül, hogy a

vesemedence előbb említett helyének megfelelőleg, majdnem egész üregét fehéres-szürkés, szemölcsös, törékeny daganatszövet tölti ki, mely a vesére is ráterjed, de ott elég éles határral végződik. A vesekelyhek táguinak, de szabadok, bennük zavaros genyes vizelet. A vese állománya tömött, nehezen törhető, vörösbarna, néhol szürkés pettyekkel, rajzolata elmosódott. Az ureter fala megvastagodott s lefelé szűkülő tölcserő alkott.

Szövettan. A metszet felszínén a rostos kötőszöveti tokot látjuk. A glomerulusok a kéregállományban nagy számmal foglalnak helyet s túlnyomórészt megnagyobbodtak. A közti kötőszövet hyalinus elfajulást mutat. A kéregállományban számos kisebb-nagyobb, gömbsejtekből álló, élesen körülírt góc. A vesecsatornák összeesettek, hámluk legnagyobbbrészt sértetlen. A capillarisek vérrrel teltek. A közti szövetben mindenütt gömbsejtes beszűrődés és a velőállományban is körülírt gömbsejtes gócok. A metszet másik részét sejtszigetektől álló daganatszövet foglalja el, mely helyenkint a veseszövettől élesen elhatárolt, más helyen nyúlványai a veseszövetbe is behatolnak. A harántul átmetszett szigetek széli részén a sejtek kevesebb protoplasmával bírnak s úgy ez, mint a magjuk sötétebbre festődik. A kisebb szigetek tisztán ilyen sejtekből állnak, a nagyobbak belső rétegeit nagy protoplasmájú hólyagos, halványan festődő magvú sejtek képezik, a közepén pedig majdnem kivétel nélkül Van-Giesonnal narancssárgára festődő, gyűrűs szerkezetű szarugyógyók fekszenek, melyekben a látható fekete szemcsék az elhalt magvak maradványai. A daganatos rész közepén nagy kiterjedésben látunk ilyen elszarusodott gyöngytömeget. A daganat és a veseszövet határán nagyfokú gömbsejtes beszűrődés. Az erek erősen táguáltak, vérrrel teltek. Az előnyomuló fiatal hámsapok sejt-dúsak, sejtmagvaik az oszlás különböző fokait mutatják.

Kórismé: A vesemedence elsődleges elszarusodó rákja.

A vesemedence elsődleges daganatait eddig majdnem kivétel nélkül csak felnőtteknél észlelték, 30–60 éves korig. Férfinál gyakoribb, mint nőnél, az arány körülbelül kétharmad az egyharmadhoz. A jobb- és baloldali egyforma gyakran betegszik meg.

A vesemedence elsődleges daganatai két nagy csoportra oszlanak: hám- és kötőszövet eredetű daganatokra. Ez utóbbi csoportba tartozók közül sarkomát, angiosarkomát, rhabdomyomát, myxomát említenek az irodalomban. A hámeredetű daganatok felosztására *Spiess* a következő beosztást ajánlja:

- A) Bolyhos daganatok: 1. gyulladásos daganatok,
2. valódi daganatok:
 - a) jóindulatúak,
 - b) rosszindulatúak.
- B) Tömör daganatok: 1. carcinoma solidum,
2. carcinoma epitheliale,
3. carcinoma cylindroides.

C) A vesemedence és ureter diffus papillomatosisa.

A felosztás kissé körülményes s nem általánosan elfogadott, mert például *Pels-Leusden* és *Josslin de Jong* tagadja, hogy van egyáltalában jóindulatú bolyhos daganat s minden ilyen daganatot rosszindulatúnak tekint. Ha nem is helyezkedhetünk erre az elutasító álláspontra, mert bebizonyított tény, hogy találtak bolyhos daganatokat, melyek hosszú fennállás után sem lépték át a hámszövet-kötőszövet határt, áttételeket nem okoztak, ki nem újultak, úgy, hogy nem sorozhatjuk ezeket a rosszindulatú daganatok közé, annyi-
ban igaza van a fentemlített két szerzőnek, hogy sok bolyhos daganatról, melyet szövettanilag jóindulatúnak minősítettek, később kitűnt, hogy rosszindulatúvá vált. Éppen ezért a rosszindulatúságot a szövettani képből nem állapíthatjuk meg mindig, néha az csak később a fellépő áttételek s kiújulásból lesz nyilvánossá. Nem elég tehát a jó vagy rosszindulatúság eldöntésére a szövettani vizsgálat, hanem csak hosszas klinikai megfigyelés után mondhatunk végleges véleményt.

A bolyhos daganatok jóval gyakoribbak, mint a tömörek. A *Spiess* által összegyűjtött 137 eset közül

96 bolyhos daganat. Esetünk tehát a ritkábbak közé tartozik.

A vesemedence hámeredetű daganatainak fejlődésénél a vesemedence hámlójának növekedési képessége erősen felfokozott. Hogy mi okozza ezt, arra nézve eltérők a vélemények. Egyesek veseszületti dispositionnak tartják, mások hosszabb ideig fennálló izgalmi ingerek következményének. Feltűnő mindenestre, hogy a tömör daganatok nagy részénél követ is találtak a vesemedencében, míg bolyhos daganatnál a kő ritkább. Pedig ha a kő csak a daganat fennállása után keletkezik, a bolyhos daganatnál gyakrabban fordulna elő, mint a tömör daganatnál, mert az előbbinél kis bolyhos daganatrészeske könnyen leszakad s indít meg maga körül kőképződést. Jellemző továbbá, hogy a közölt esetek nagy részében a daganat a vesemedencének az ureter eredése körüli részéből indult ki, tehát arról a helyről, mely a legtöbb ingernek van kitéve. Legelfogadhatóbb talán az a nézet, hogy hajlamos talajon idült izgalom következtében keletkezik a daganat.

Feltűnő, hogy a vesemedencében laphámrákot találunk, de *Lavonius* kimutatta, hogy idült gyulladásos folyamatnál a vesemedence átmeneti hámja átváltozhatik laphámmá.

A daganat leggyakrabban az ureternek a vesemedencéből való kiindulásánál helyezkedik el. Rendszerint egy daganatot találunk, de előfordulhat több is, melyek a vesemedencében vagy az ureterben helyeződnek el. A vesemedence elsődleges daganatának jellemző tulajdonsága, hogy a felületen terjed tova, ráterjedhet az ureterre, sőt a hólyagra is. Áll ez különösen a bolyhos daganatra. A vese parenchymájába csak későn tör be, akkor is inkább a tömör daganat. Áttételeket csak hosszabb fennállás után okoz. Esetünkben, bár a daganat nagy terjedelmű, a veseparenchymától nagyrészt élesen elhatárolt s csak helyenkint tör be. A daganat vagy per continuitatem terjed tova, vagy kis, leszakadt daganatrészesek a vizelettől távolsodva implantálódnak. De találtak implantációkat a vizeletsodrálval ellenkező irányban is, minek magyarázatát a következményes hydronephrosisban kell keresnünk. A rosszindulatú daganatok a nyirokutak mentén is terjednek tova.

A jóindulatú daganatok koesányosak, a rosszindulatúak széles alapon ülnek. A bolyhos daganatok színe vörös vagy szürkés, sárgásfehér, vérrel való teltségük mértéke szerint, karfiolszerűek, a levegőn összesnek, s csak a víz alatt veszik fel eredeti alakjukat. A tömör daganatok szürkés, szürkésfehér, vagy sárgásfehér, széles alapon ülő tömegek, melyek sokszor alig emelkednek túl a felületen.

A vesemedence elsődleges daganatainak tünetei nagyjában ugyanazok, mint a vesedaganatokéi, általában: daganat, vérvizelés, fájdalom, cachexia, áttételek.

Daganatot, a vese megnagyobbodását az irodalomban közölt esetek nagy részében találunk. Esetünkben kétökölnyi volt a vese. A megnagyobbodást csak ritkán okozza maga a daganat, gyakrabban, mint esetünkben is, a daganathoz járuló hydro- vagy pyonephrosis. A daganatnak ugyanis kedvelt helye a vesemedencének azon része, melyből az ureter indul ki, s növekedése folytán gátolja a vesemedence szabad lefolyását, esetleg el is zárhatja, különösen, ha ráterjed az ureterre. Eppen ezért a vese megnagyobbodását csak a daganat hosszabb fennállása után észleljük. Az elzáródás okozta megnagyobbodás gyakran csak időszakos, mit főleg bolyhos daganatoknál tapasztalunk. Az időszakonként fellépő vérbőség ugyanis megduzzasztja a daganat bolyhait, s ezek a vesemedence különben kielégítő lefolyását teljesen elzárhatják. A vérbőség megszüntével a szabad lefolyás ismét helyreáll.

Vérvizelés majd minden esetben előfordul. A bolyhos daganat vézésre igen hajlamos, de *Spieß* szerint a vesemedence rákos daganatainál is az esetek 86%-ában mutattak ki vért a vizeletben. A vért a vizeletben gyakran már szabad szemmel is megállapíthatjuk, de

görcsövel majd mindig megtaláljuk. A vézés különösen a bolyhos daganatnál időszakos, hosszú ideig fennállhat. Közöltek eseteket, hol a vizeletben éveken keresztül időnkint vér jelent meg. Ha a vézés nagyobb fokú, súlyos anaemiát okozhat, mely a beteg életét is veszélyeztetheti. Esetünkben vért a vizeletben nem sikerült kimutatnunk. Igaz, hogy csak rövid ideig figyelhettük meg betegünket, s a beteg veséből nem foghattunk fel vizeletet, mert a daganathoz járuló súlyos pyonephrosis következtében állandóan genyítőmegek tömészték el a bevezetett ureterkathetert. Véres vizelet a kórelőzményben sem szerepelt, ami ugyan még nem bizonyított, mert ha el is tekintünk betegünk csekély intelligenciájától, nők a vérvizelést általában nem figyelik meg, mert az időszakonként visszatérő havivérzés hozzászoktatta őket a vér látásához s a vérnek a vizelethez való keveredéséhez, úgy, hogy ennek semmi fontosságát sem tulajdonítanak.

Vesetáji fájdalmat minden esetben észlelünk. A vesemedence bolyhos daganatára inkább a rohamszerűen jelentkező görcsök jellemzők, miket az időszakos elzáródás okoz, melynek megszüntével a görcsök is elmúlnak. A vesemedence beszűrődő rákos daganatánál, mely elzáródást csak ritkán okoz, tompa állandóbb fájdalmat találunk, mely a keresztájtáira, medencébe, esetleg a húgyutak mentén sugárzik ki. Betegünk hónapok óta érzett tompa fájdalmat a derekában.

Kachexia, a rákos daganat jellemző tünete, vesemedencedaganatnál csak hosszabb fennállás után jelentkezik, akkor is csak a rosszindulatúnál.

Áttételeket a környező mirigyekbe s a távolabbi tájakra a rosszindulatú vesemedencedaganat aránylag későn okoz, de gyakoriak különösen bolyhos daganatnál a vizelet lefolyása mentén az ureterben és hólyagban keletkező áttételek, mint azt már fent említettük.

A vesemedence daganatához hydro-, haemato- vagy pyonephrosis járulhat, mely úgy elfedheti a képet, hogy, mint esetünkben is, csak a műtőasztalon vesszük észre, hogy ez csak járulékos jelenség s a kiváltó ok a vesemedencedaganat.

A vesemedencedaganat fölismerése nehéz, de ha gondolunk rá, sikerülhet. A vese megnagyobbodása nem jellemző, mert ezt úgy vese-, mint vesemedencedaganatnál, továbbá hydro- és pyonephrosisnál is tapasztaljuk. Ha daganatra gyanakszunk, a megnagyobbodott vese síma felülete inkább vesemedencedaganat mellett szól, mert a vesedaganat rendszeren göbös felszínű. Jellemzőbb már az időszakos megnagyobbodás, mert a vesedaganat állandó nagyságú, míg a vesemedencedaganat a vese időszakos elzáródását okozhatja s az így keletkezett megnagyobbodás az elzáródás megszüntével ismét eltűnik.

Vérvizelést úgy vese-, mint vesemedencedaganatnál, de vesekőnél, hydronephrosisnál s az úgynevezett essentialis vesevérzésnél is tapasztalunk.

A fájdalom sem jellemző, mert fellép úgy a vese-, mint a vesemedencedaganatnál, csak az időszakos elzáródás okozta görcsök jellemzők, mert a vesedaganat csak tompa, állandóbb fájdalommal jár.

Kachexia s áttételek a vesemedencedaganatnál csak későn, a daganat hosszabb fennállása után jelentkeznek, míg vesedaganatnál már korábban észlelhetők.

A vesemedencedaganat fölismerését elősegíti a hólyagtükrözés és ureterkatheterizálás. Hólyagtükrözéssel az esetleg már fennálló áttételt, az ureter szájadékán jelentkező kis daganatot fedezhetjük föl, vagy megállapíthatjuk vesevérzés esetén, hogy melyik vese vérzik. Az ureterkatheterrel végzett functionalis vesevizsgálattal a vesék állapotáról győződhetünk meg. Vesemedencedaganatnál rendszeren a beteg vese nagyobb mérvű működési kiesését találjuk. Ha az időszakonként vérző vesébe vérmentes időben feltölt ureterkatheter heves vérzést vált ki, vesemedencedaganatra kell gondolnunk, mert vesedaganatnál, kövesénél heves vérzést ureterkatheterrel nem okozunk. *Albarrannak* s *Israel* nek sikerült az ureterkatheteren át felfogott vizelet-

ben daganatrészesekét kimutatnia, ami eldöntötte a kórismét.

Röntgen-felvétellel csak a vese megnagyobbodását állapíthatjuk meg, de a pyelographia, mely az újabban alkalmazott kontrastanyagokkal teljesen veszélytelen, már nagy segítségünkre lehet. Ha ugyanis sikerül a vesemedencét megtöltenünk, daganat esetén telődési hiányt kapunk. Okozhat ugyan telődési hiányt a vesemedencébe betört vesedaganat is, de ez a betegségnek csak igen előrehaladott állapotában fordul elő.

Összegezve az elsoroltakat, biztosan megállapíthatjuk a vesemedencedaganatot, ha daganatrészesekét mutatunk ki a vesevizeletben, vagy megállapított vesemegnagyobbodásnál s vesevérzésnél áttételt találunk az ureterszájadékon. Valószínűen vesemedencedaganattal van dolgunk, ha megnagyobbodott, vérző, időszakonként elzáródó vesében pyelographiával telődési hiányt mutatunk ki.

A vesemedencedaganat prognosisa, ha tekintetbe vesszük, hogy áttételt a nyirokútak mentén csak későn okoz, jobb mint a vesedaganaté.

Kezelése, ha a másik vese működése kielégítő, műtéti. Minthogy áttételt a húgyutak mentén oly könnyen okoz, zsíros tokjával együtt nemesak a vesét kell eltávolítanunk, hanem az uretert is egész hosszában. A hólyagban esetleg fennálló áttételeket később égethetjük le.

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetemi női klinika közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. nyilv. r. tanár).

A méhelőesés kóroktana és a konstitúció.¹

Írta: Burger Károly dr. tanársegéd.

A méh élettani helyzetét a támasztó és függesztő készülék biztosítja. Ha valamelyik, avagy mindkettő hiányos, vagy rosszul fejlett, úgy létrejön a méh kóros helyzetváltozásának valamely alakja, ezek között pedig a legszembetűnőbb a méhelőesés. Miután ez a körkép az esetek túlnyomó részében szült, sőt többnyire többszörszült nőknél fordul elő, könnyen érthető, hogy keletkezésének okát a szülés által feltételezett bonetani elváltozásokban keressük. Ezen az úton haladva alakult ki a méhelőesésnek mechanikai magyarázata, amelynek kiépítésében nagy érdemeket szerzett Halban és Tandler,² kik e tárgyról szóló monographiájukban a legnagyobb részletességgel dolgozták ki azt. Véleményük szerint a méh élettani helyzetét *elsősorban* a medencefenék izomzata biztosítja. Velük szemben Martin E.³ a függesztő készüléknek tulajdonít nagyobb jelentőséget, még pedig elsősorban a medencebeli kötőszövet méhnyak körül helyet foglaló egyes megvastagodott kötegeinek, amelyeket ő *retinaculum uterine* nevezett el. A két felfogás hívei később mindinkább közeledtek egymáshoz, s kialakult az a ma már általános felfogás, hogy a függesztő és támasztó készülék *együttesen* biztosítja a méh rendes helyzetét.

Felmerül azonban a kérdés, hogy kielégítő-e minden tekintetben a méhelőesésnek ez a tisztán mechanikai magyarázata? Feltűnő ugyanis az a körülmény, hogy aránylag ritkább a méhelőesés, mint az ember ezen mechanikai magyarázat értelmében várná, mert különösen vidéken még ma is nagyon sok szülésnél létrejött gátsérülést nem látnak el, s a nők nagyrésze jelentős gátdefektussal éli le életét, anélkül, hogy méhe előesné; másrészt előfordul ez a körkép nulliparáknál, sőt virgoknál is, kiknek nemi részeit szülési ártalom

nem érte. Ez utóbbiaknál feltételezték a medencefenék izomzatának primaer elégtelenségét, továbbá megfigyelték, hogy méhelőesés spina bifidánál is előfordul, a medencefenék izomzatának veleszületett bénulása következtében. A régi gátrepedésekre vonatkozólag említésreméltó Kritzlernek⁴ vidéki beteganyagán tett azon megfigyelése, hogy a szülés következtében létrejött, tisztán mechanikai ártalmak igen kevés asszonynak okoznak kellemetlenséget.

Úgy látszik tehát, hogy a kérdést tisztán mechanikai alapon magyarázni nem lehet, mert ez csupán a formalis genesis — és nem pedig a causalist — világítja meg. Így hát, ha a méhelőesés okát keressük, nem elégedhetünk meg egyedül a genitáliák vizsgálatával, hanem az egész szervezetet kell szemügyre vennünk.

Amint valamennyi klinikus szakmában, úgy a nőgyógyászatban is mindinkább tért hódít a constitutio tana. Hegar és Freund, a nőorvoslás e két kiváló képviselője, már évtizedekkel ezelőtt kiterjesztették figyelmüket a női bajban szenvedő beteg egész testalkatára, legújabbban pedig a nemrég elhunyt innsbrucki tanár, Mathes foglalkozott behatóan e témával, sok eredetiséget tartalmazó munkáiban.

A constitutio fontosságát a méhelőesés kóroktanában különösen újabban többen hangoztatták (Flatau, Jaschke, Graff, Sellheim⁵ stb.). Általában véve az a tapasztalat, hogy a méhelőesés az esetek igen nagy számában általános enteroptosisal jár együtt, s annak részjelenségeként főleg *asthenioptotikus szervezeteknél* fordul elő. Jaschke az ő anyagában 490 méhelőesés-esetből 447-nél talált valamelyes alkati rendellenességet, s azt tapasztalta, hogy gyakori a méhelőesés az astheniásakon kívül még *infantiliskalkatúaknál* is, mert ezeknél a lány szülőutak szűk volta és a születendő magzat nagysága közti térránytalanság következtében súlyos gátsérülések jöhetnek létre. Az *astheniás infantilismus*nál kombinálódik a kötőszövetes szerkezet elégtelensége (schlaiffe Faser) a lágyrészek szűk voltával. Tulajdonképpen az infantiliskalkatúakhoz hasonló a helyzet az idős előszörszülők szüléseinek is, kiknek lágyrészei, ha nem is szűkebbek más előszörszülőkénél, de mert kevésbé tágulékonyak, nagy gátsérülésekre disponálnak. Ezért igazat kell adni Sellheimnek,⁶ ki a veleszületett *alkati rendellenességek* mellett, azok *szerzett alakjait* is hangsúlyozza, amelyek a kultúrélet következményei, mint pl. a nők késői férjhezmenetele.

A méhelőesés mechanikai kóroktanában szerepel a medencedőlés foka is. Medencedőlés alatt az a szög értendő, amelyet a conjugata vera síkja a vízszintessel alkot. Ha a medencedőlés a rendesnél kisebb, úgy a hasíri nyomás eredője nem — mint rendes körülmények között — a symphysis hátlapjára irányul, hanem az excavatio vesicouterina, illetőleg a medencefenék nyílásai irányában hat, s így a méhelőesés létrejövetelel lényegesen elősegíti. Ez az anatómiai tény is sok esetben tulajdonképpen egy constitutiós formának, az asthenioptotikus alkatnak egyik részjelensége.

Amióta klinikánk Szegeden folytatja működését, anyagunkban 38 méhelőesés esete fordult elő és ezek közül kettő nulliparánál. A dolog lényegét tekintve még egy harmadik eset is ide tartozik, amelyben egy igen nagyfokú cystokelét találtunk egy ugyancsak még sohasem szült nőnél. Mindhárom betegnél tehát prolapsus, illetve cystokele volt jelen, anélkül, hogy medencefenékizomzatukat szülési ártalom érte volna. Mindhárom beteget a constitutio szempontjából pontosan

¹ A Magyar Nőorvos Társaság I. nagygyűlésén 1925 szeptember 9-én tartott előadás.

² Halban u. Tandler: Anatomie u. Aetiologie der Genitalprolapse beim Weibe. Braumüller Wien, Leipzig 1907.

³ Reifferscheid: Lage u. Gestaltsveränderungen der Weibl. Genitalorgane III. köt., 656. old.

⁴ Kritzler: Zur Wertung von Descensus u. Prolaps bei der ländlichen Arbeiterfrau. Arch. f. Gyn. 120. köt., 65. oldal.

⁵ Német nőorvosok heidelbergi kongresszusa. Arch. f. Gyn. 120. köt.

⁶ Metroendometritis und Metropathie Zentralblatt f. Gyn. 1923, 25. szám.

átvizsgáltuk, hogy lássuk, vajjon a mi eseteink is megerősítik-e azt a felfogást, melyet újabban többen hangoztatnak, hogy t. i. a méhelőesés keletkezésében általában, de különösen nulliparáknál lényeges szerep jut a constitúciónak.

I. eset 73/1924. H. M. 25 éves, hajadon. Nyolc év óta veszi észre, hogy combjai közé egy képlet csúszik ki, mely visszahelyezés után újból előesik. A genitális vizsgálat prolapsus uteri partialis képét nyújtja. Az alacsonytermetű leány nőiesség jellegét viseli magán. Felkar hátsó felső harmadán zsírpárna, x-láb, a combok kontúrja, s a szőrzet női típusra jellemző, a combok zárnak. (*Schenckelschluss.*) A nőies jelleg mellett kifejezett astheniás stigmákat is találunk: X. repülőborda, a bordák lefutása a hónaljvonalban a függőlegessel 45-nél kisebb szöget alkot, az emlők széles alapon ülők, petyhüdtek, a medencedőlés a rendesnél kisebb, a natesek petyhüdtek, ptotikus gyomor, lógó has, lúdtalp, dermatographismus. Sem klinikai, sem Röntgen-vizsgálattal spina bifida occulta nem mutatható ki. *A prolapsus oka az asthenioptotikus alkat s ennek részjelenségét képező csökkent medencedőlés.*

II. eset. 2/1923. N. I. 46 éves hajadon 6 év óta veszi észre, hogy méhe előesik. Genitális vizsgálatnál totalis prolapsust találunk, a medencefenék izomzata sorvadt, szorítóképesége majdnem semmi. A középmagas nőnek mellkasa kissé lelapult, a bordaívek a gyomorgödörben hegyes szöget alkotnak, a lapockák elállóak, a natesek petyhüdten csüngenek. Ezen tünetek a még jelenlevő lógó hassal, lúdtalppal, dermatographismussal együtt az astheniás alkatra jellemzők. Megjegyzendő, hogy a medencedőlés ez esetben a rendesnél nem volt kisebb. Az általában nőies típusú egyénnek (nőies szőrzet, x-alakú láb, a felkar hátsó felső harmadán zsírpárna, combok zárnak) az arcus superciliarisok kiemelkedő volta, továbbá a szögletes vonalú vállak kissé intersexualis jellegűt kölcsönöznek. *A prolapsus oka, miután spina bifida nyoma Röntgennel sem mutatható ki, ez esetben is az astheniás alkat.*

III. eset. 206/1922. T. A. né 52 éves asszony, ki 30 év óta van férjénél, sem gyermeke, sem női baja sohasem volt. Egy év óta veszi észre, hogy szeméremrészéből egy ökölnyi képlet nyomul ki, mely fekvéskor visszahúzódik. Genitális vizsgálatnál nagy lúdtójsnyi cystokelét találunk. A medencefenék izomzata sorvadt, záróképesége alig van. A közepetermetű asszonynak nyaka rövid, vállai felfelé convex ívet alkotnak, a bordák állása a hónaljvonalban majdnem vízszintes. A gerincoszlop felső háti szelvényén csekély kyphosis, melyet fokozott lumbalis lordosis kompenzál. A medencedőlés kissé fokozott, az emlők és natesek feszesek. A szőrzet, a felkar zsírpárnája, az alsó végtagok x volta, a jól záró combok nőies típusra jellemzők. Bár a lógó has és dermatographismus ugyan asthenia mellett szól, az összes leírt jeleket egybevetve, mégsem nyilvánítható a beteg kifejezetten astheniásnak. Spina bifida Röntgen-vizsgálattal sem mutatható ki.

Az első esetben, amint a leírásból kiténik, kifejezetten asthenioptotikus alkatról van szó. A második esetben már nem oly kifejezett az asthenia, amely mellett az elálló lapockák, a nulliparánál széles alapon ülő, de petyhüdt mellék, a lúdtalp, a dermatographismus, a lógó has stb. szólnak. A medencedőlés azonban nem csökkent, s a fent már leírt egyes jelek, mint említettük, kissé intersexualis színezetet kölcsönöznek az astheniás betegnek. A harmadik esetet már igen nehéz valamelyik alkati típusba beilleszteni. A törzs felső részén nem szól semmi asthenia mellett. Az egész testet vastag zsírpárna borítja, amely fedheti, mint tudjuk, az astheniás alkatot, de nem magyarázható már a zsírpárnával a bordáknak majdnem vízszintes lefutása a hónaljvonalban, a bordaívek által bezárt tompaszög az epigastriumban, sem pedig a fokozott medencedőlés. Az egész beteg nőiesség jellegét viseli magán, *astheniára csupán a lógó has, a dermatographismus és a lúdtalp utal, mely utóbbi azonban nem kifejezett asthenia mellett, nem is okvetlenül arra jellemző, mert megtalálható a Mathes által leírt ú. n. Jugendformnál is, amely pedig távol áll az astheniától. A gátizomzat primärer elégtelenségét — hiszen szülési ártalomról itt sem lehet szó — genitális hypoplasia részjelenségévé*

lehet felfogni (*Vágó* között hasonló esetet?), ami mellett a fiatal kor óta fennálló kövérség is szól. A sok évi házasság mellett fennálló meddőséget is lehetne genitális hypoplasia következményének tartani, ezt azonban — bár nem zárható ki — azért nem tehetjük, mert a laparotomiánál mindkétoldali függelékét a széles szalaghoz lenőve találtuk. A méhnek kicsiny volta pedig egy 10 év óta klimaxban levő asszonynál csak természetes.

A három leírt esetből kettőnél nem volt csökkent a medencedőlés. Az a körülmény, hogy rendes, sőt fokozott medencedőlés mellett még nemszült nőnél is létrejöhet méhelőesés, arra enged következtetni, hogy a medencedőlésnek nincs oly jelentős szerepe a méhelőesés keletkezésében, mint azt némelyek hangoztatják, hanem az is csak egy tényező a sok közül, amelyek méhelőesésre dispoznak.

Bár a mechanikai magyarázat a méhelőesés keletkezésének mikéntjét tökéletesen megfejt, a causalis genesis szempontjából mégis nagy szerepet kell tulajdonítanunk a constitúciónak, s ezért az astheniás és infantilis alkatúknál fokozott gondot kell fordítanunk a szülésnél létrejött gátsérülések pontos egyesítésére. Hogy adott esetben a constitúciónak mely alakjával állunk szemben, az sokszor csak igen nehezen lesz eldönthető, mert a típusos esetektől eltekintve, oly különböző variációit találhatjuk egy egyénen az egyes formákra jellemző stigmáknak, hogy valamely alkati csoportba való sorolás vagy egyáltalában nem, vagy pedig csak sok subjectivitással fog sikerülni.

Összefoglalás:

1. A méhelőesés nem oly gyakori, mint az a tisztán mechanikai magyarázat alapján várható.
2. Rendes medencedőlés mellett is létrejöhet méhelőesés, még nemszült nőknél is.
3. A causalis genesis szempontjából fontos szerepet kell tulajdonítanunk a constitúciónak, adott esetben azonban sokszor igen nehéz a constitútiós formának a megállapítása.

Prostata-hypertrophia műtét nélkül gyógyult esete, nagy sérvkapu zárása a sérvtömlő felhasználásával.

Írta: Reök Iván dr. operateur, Szabadka.

Ez év május 24-én rendelésemen jelentkezett B. Rokus, 73 éves bérkocsis, kinek vizelési zavarai és jobb oldali nagy scrotalis sérve volt. A beteg subjectív panaszait a gyakori vizelési inger, a vizelés akadályozott volta képezte és a hatalmas sérv mozgásában erősen gátolta. Jelen állapota: Jól táplált, erőteljes férfi, kinek az agykori elváltozások közül a nagyfokú éreredényelmeszesedés s nagyothallás dominál. A jobb oldali inguanalis tájon elődomborodó emberfejnyi terimenagyobbodás, mely a scrotumba folytatódik s miatta a beteg csak szétvetett lábakkal tud járni. A daganat, nehezen bár, de a hasüregbe visszahelyezhető és a sérvkapu férfiolköt befogad. Bal oldalon két ujjhegyet befogadó sérvkapu. Bal here ép, jobb sorvadt. Per rectum vizsgálva, gyermekökölnyi, síma felszínű, elődomborodó terimenagyobbodás tapintható, mely a prostata mindkét megnagyobbodott lebenyének felel meg. A beteget vizelése után megkatheterezve 150 cm³ residuumot kaptam. A vizelet tiszta, kóros elemeket nem tartalmaz.

Június 2-án műtét helyi érzéstelenítésben. A sérvtömlő felszabadítása az erős összenövések (éveken keresztül sérvkötőt hordott) következtében nehezen sikerült. A sérvtömlő erősen megvastagodott, a funiculussal összenőtt, úgyhogy a beteg korára való tekintettel, hogy a kettős műtét idejét megrövidítem castratióra határoztam magam. Nagy gondomat képezte azonban a sérvkapu — mely jó férfiolkölnyi vol-

⁷ Vágó I.: A méhelőesés egy ritkább okáról. Bp. O. U. 1923, 1.

— zárása. Az izomzat erősen sorvadt volt és a kanális nagymértékben tátongott. *Sauerbruch* eljárására, mivel a rectus is gyenge, sorvadt volt, nem gondolhattam, a szabad periosteum transzplantatio *König* szerint s a fascia transzplantatio *Kirschner* szerint, a műtét idejét erősen meghosszabbította volna és ezenkívül egy erősen arteriosklerotikus aggnál a szabad transzplantatum vérrel való ellátása is eléggé problematikus. Ezért a következőképen jártam el: a sérvtömlőt nyakáig felpraeparálva megnyitottam, tartalmát — vékonybél-conglomerat —, a hasüregbe reponálva esomós varratokkal zártam. A sérvtömlőről a herét s a funiculust egyrészt eltávolítottam s a megmaradt részeit összehajtva a kanálisba fektettem és felül az izomzathoz, alól a ligamentum inguinalehoz varrtam esomós öltésekkel. Az izomzatot közvetlen egyesíteni a ligamentum inguinaleval *Bassini* szerint, annak szakadékonysága miatt nem sikerült. A fasciavarratot és a műtét többi részét *Bassini* szerint végeztem. A bal oldalon tipikus *Bassini*-műtétet végeztem, melyhez azonban *Steinach* szerint a vas deferens több centiméternyi darabjának resectióját csatoltam. A beteg a műtétet jól kiállta.

Az utókezelést, mely teljesen zavartalan lett volna, a beteg vizeleti zavarai tették nehezzé. Mivel spontán egyáltalán vizelni nem tudott, katheterezni kellett. Ez azonban minden alkalommal nagyobb nehézségekbe ütközött, úgyhogy második nap állandó kathetert vezettem be, melyet csak a 12. napon, a beteg távozásakor távolítottam el.

A beteget, ki per primam gyógyult, havonta ellenőriztem és meggyőződhettem, hogy az implantált sérvtömlő a hiányzó izomzatot eléggé pótolja s legalább eddig (4. hó) a sérvkapu teljesen zárt. Feltűnt azonban, hogy a beteg minden egyes alkalommal örömmel újságolja, hogy vizeleti zavarai fokozatosan csökkennek és erre a hónapra már teljesen meg is szűntek. Ezeket a tüneteket eddig autosuggestió okokra veztettem vissza, azonban, elolvassva a *Zentralblatt für Chirurgie* 31. számában professor *Grunnert* cikkét, a beteget alapos vizsgálat alá vettem. A vizsgálat meglepetésszerűen a gyulladás tárgyi okait mutatta. Per rectum a prostata, mely négy hó előtt gyermekkökölyhi volt, mára annyira visszaféldődött, hogy a normalis nagyságot úgyiszólván teljesen megközelíti s a beteg spontán vizelete után katheterrel vizelet nem nyerhető, szóval residuum nincs.

A beteg tehát, ki négy hó előtt a prostata hypertrophia objectiv és subjectiv tüneteit mutatta, ma teljesen gyógyult, egyoldali castratio, másoldali vasktomia és állandó katheter alkalmazása után. Ez teljesen megegyezik professor *Grunnert* ajánlatával és feltevéssel, ki prostatektomia helyett, ha az a beteg általános állapota miatt aggályos, kétoldali vasktomiát s suprapubicus fistula végzését ajánlja s a gyúgyulást a prostata teljes nyugalmahelyezésének tudja be. Nem képezi vita tárgyát, hogy a prostata hypertrophia okozta tünetek megszüntetésének causalis terapiája a prostatektomia s a műtét indicatio, hála a helyi érzéstelenítés s a narkosishoz viszonyított aránytalanul veszélytelenebb volta miatt, mindinkább kibővíthető, de még mindig lesznek szép számmal esetek, ahol ettől az elég nagy beavatkozástól eltekinteni törekszünk. A kétoldali vasktomiára pár percig tartó, úgyiszólván teljesen veszélytelen beavatkozás, mely teljesen marantikus egyénekben is elvégezhető, s az állandó katheter alkalmazása mellett a teljes gyúgyulás reményével is kecssegtet. Még ott is, ahol a felsőbb húgyutak és a vese a tartós pangás következtében anatómiai elváltozást szenvedtek, a beteg subjectiv panaszai megszüntethetők s objectiv javulás is remélhető. A vasktomia másik nagy előnye, hogy a herelob, mely az állandó katheter súlyos szövődménye, általa elkerülhető.

A mondottak alapján önkéntelenül felmerül az emberben a gondolat, hogy nem lenne-e helyes a kétoldali vasktomiát prophylaktikusnak a manifest prostata hypertrophia előtt elvégezni? Mert ha a kifejlődött prostata hypertrophia a vasktomia segítségével kedvezően befolyásolható, sőt, némelykor teljesen visszafejleszthető, közelfekvő a gondolat, hogy a prophylaktikus elvégzett vasktomia a hypertrophia kifejlődését teljesen megakadályozhatja. Ugyanazok az agensek, melyek a már hypertrophizált mirigyre sorvasztólag hatnak, a normalis, vagy kevéssé túltengett mirigy hypertrophiját meg kell hogy akadályozzák.

A vasktomia veszélytelenségén kívül már azért is nyugodtan ajánlható, mert olyan korban kerül szóba, amikor az illető beteg a fajfenntartásból már kikapcsolódott, illetőleg nyugodtan kikapcsolható.

Meggondolás tárgyát képezi tehát, hogy ne ajánljuk-e idősebb férfibetegeinknek, kiknél a prostata hypertrophia első tünetei jelentkeznek, prophylaktikusan a kétoldali vasktomiát? Egy oly műtétet, mely a veszélytelensége mellett semmiféle hátránnyal nem jár, s esetleg megelőz egy súlyos, fájdalmas betegséget, az idősebb kor igazi keresztjét és nyögét s mentesít egy nagy, könnyen életveszélyessé válható műtétől, sőt a laikusok körében népszerű is lehet, mint a megfiatalítás mystikus csodája!

A *Zentralblatt für Chirurgie* 29-i számában *Fovelin dr.* a nagy sérvkapuk zárására a sérvtömlő pelottaszerű implantációját ajánlja. Ő az általam leírt módon látja el a sérvtömlőt s a sérvkaput, s a nem resekált sérvtömlőt felgömbölyítve fekteti be a canalis inguinálisba és felette azután elvégzi a *Bassini*-varratot, mely azonban a pelottaszerű sérvtömlőt is átjárja. Én ezzel szemben az izomzatnak a ligamentum inguinaleval való közvetlen egyesítésétől kénytelen voltam eltekinteni és a sérvtömlőt egyrészt az izomzathoz, másrészt a ligamentum inguinalehoz varrtam. Eljárásom teljesen megegyezik *Kirschner* szabad fascia transzplantációval, ki az izomzat hiányát a fascia lata resekált darabjával pótolja, előnye azonban, hogy a sérvtömlő nyeles lebenynek tekinthető, melynek vérrel való ellátása kifogástalan, a test más részének műteti sebzését fölöslegessé teszi s erőssége a fascia-lemez erősségét megközelíti, sőt meg is haladhatja.

Összefoglalás.

1. Nagy sérvkapuk zárására a megvastagodott sérvtömlő felhasználható és resekálása helyett a kanálisba fektetve egyrészt az izomzathoz, másrészt a ligamentum Poupartéhoz varrva, megközelítően pótolja a *Bassini*-varratot.

2. A prostata hypertrophia mindazon eseteiben, ahol a prostatektomia nem végezhető el, a kétoldali vasktomia és állandó katheter alkalmazása a beteg javulását, esetleg teljes gyúgyulását eredményezi.

3. Idősebb betegeknek, kiknél a kezdődő prostata hypertrophia tünetei jelentkeznek, a vasktomia prophylaktikusan ajánlható.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyetemi ny. r. tanár).

Leucoderma acquisitum centrifugum elváltozása verruca senilis körül.

Írta: *Rejtő Kálmán dr.* klinikai gyakornok.

A festékességi zavarokat illetően a helyzet ma még nem eléggé tisztázott, hiszen a bőr normalis pigment-tartalmának keletkezése sincsen kellőleg felderítve és csupán a teoriákkal rendelkezünk, melyek egyikének sincsen megdönthetetlen alapja.

Mai felfogásunk — a *Bloch-féle dopatheoria* — szerint a bőr és a hajszálak festékképződése bizonyos intracellularis oxydatiós fermentumtól — a *dopa*oxydasetól függ, mely a *dioxyphenylalanin*-t (*dopa*) egy sötét pigmentanyaggá oxydálja. Az oxydaset — bár jelenléte kimutatható — a sejtekből kitermelni nem sikerült és többen, különösen *Heudorfer* kételkednek annak fermentum mivoltában, főleg azért, mert magasabb hő behatására sem veszti el oxydálóképességét.

Egyes szerzőknek (*Kreibich* stb.) sikerült a dioxyphenylalaninon kívül a phenylalanin derivatumok csoportjában több tagjával *Bloch* kísérleti eredményeihez hasonlókat elérni, bár ezeknél a pigmentképződés nem olyan intenzív.

A dopatheoria alapján, ha a sejtek dopaaxydase tartalma a rendesnél nagyobb mennyiségű, akkor a festékképződés fokozott s a dopareactio is erősebben pozitív, mint a normalisan festenyzett területeken, míg ha a dopaaxydase kevesebb, vagy hiányzik a sejtekből, festék

alig, vagy egyáltalában nem képződik s a dopa reactio is gyengén positiv vagy negativ. Így volna hát magyarázható — Bloch teoriáját véve alapul — a bőr különböző területeinek különböző festenyzettsége, illetve a teljes festékhány.

Ugyanazon betegség egyszer hyperpigmentatiót, máskor depigmentatiót hagyhat maga után, néha pedig ugyanazon egyénnél mindkét változat fellelhető. Így depigmentatiók, mint hyperpigmentatiók megjelenését és keletkezését illetően a legellentétesebb nézetek uralkodnak s mind több és több betegség kapcsán észlelünk úgy hyperpigmentatio, mint depigmentatio kifejlődését.

A közelmúltban a leucoderma egy új és ritka alakja tűnt fel: a leucoderma acquisitum centrifugum naevusok körül, melynek egyik első esetét Poór professor közölte (1925) s ezzel a világirodalom az amerikai szerzőktől megjelent négy esettel együtt most már öttel rendelkezik.

Poór közleményében írja: „nem tarthatjuk kizártnak, hogy a naevuson kívül egyéb bőrelváltozásokkal kapcsolatosan is kifejlődhetnek a festéktermelődés hasonló elváltozásra vezető egyensúlyzavarai a laesio előzetesen sértetlen környezetben.“ És íme, e feltevést igazoló olyan leucoderma acquisitum centrifugum eset fordult elő klinikánkban, hol verruca senilis körül helyezkedik el gyűrűszerűen a leucoderma.

K. J. 68 éves zenész a penisen levő erosioval kereste fel a klinikát. Barna bőrén, különösen a háton és a vállakon igen sok, kb. 100 darab köles—mogyoró nagyságú, sötétbarna, majdnem fekete, a bőr niveauja fölé emelkedő, élesen körülírt, subjectiv kellemetlenségeket egyáltalán nem okozó s megtekintésre a verruca senilis körképére jellemző tüneteket szolgáltató elváltozások vannak. Ezek egymélyike — különösen a mogyorónyiak — körül 1—2 cm átmérőjű szabályos kör-, vagy tojásdad alakban elhelyezkedő festékhijas területek tűnnek föl, az ép bőr szerkezetét mutatva heg vagy egyéb elváltozás nélkül s ezek széleit nem határolja körül az általános bőrszínű erősebben festenyzett udvar. A borsónyi verruca senilisek körül a leucodermás öv csak néhány milliméter, míg a kisebbek körül teljesen hiányzik, — ami arra enged következtetni, hogy a verruca senilisek növekedésével karöltve növekszik, illetve terjed a körülöttük elhelyezkedő világos terület, éppúgy, mint a naevus pigmentosus körül.

A verruca senilisek szöveti képét illetően leletünk teljesen megfelel Poór (1903) által felállított követelményeknek. A depigmentált udvarban a bőr összes rétegeinek szerkezete az egészséggel teljesen egyező, csupán a festék eloszlásában van különbség, amennyiben ez a basalis réteg egyes helyein — 1—2 hámpapillának megfelelően — teljesen hiányzik, másutt viszont csak megfigyelt, vagy változatlanul megtartott.

A leucoderma körképe nem tartozik a ritkaságok közé. Kifejlődhet a bőrt többé-kevésbé ronesoló traumák, fertőző csirok okozta gyulladás stb. nyomán. Minden esetben azonban — miként az a luesnél, psoriasis, parapsoriasis, lichen planus, pityriasis rosea-nál stb. bebizonyult — mindig a laesio helyén, annak elmúltával fejlődött ki, bizonyos idő elteltével pedig, midőn a kórokozónak a festéktermelésre gyakorolt bénító hatását a sejtek kiheverték: ismét megindul a pigmentképzés s e területek rendesen visszanyerik ép színüket. Azokban az esetekben pedig, ahol a sejtek ezen képességüket nem nyerik vissza, a leucoderma az egész életen át is megmaradhat, tovaterjedésre azonban nem képes.

A vitiliginál a festékeltolódás bizonyos bőreconstitutio alapján fejlődik ki s kiváltóként a legkülönbözőbb okok szerepelhetnek, különösen az endokrin mirigyrendszer és a vegetatív idegrendszer megbetegedései. A vitiligos területek fokozatosan terjedő tendenciát mutatnak visszafejlődési hajlam nélkül s az egyszer elszíntelenedett területek festéktermelő képességüket spontán nem nyerik vissza, mesterségesen pedig csak ritkán sikerül némi pigmentumot létrehozni rövid időre.

Míg a leucoderma a gyulladás helyén fejlődik ki tovaterjedési hajlam nélkül, addig a vitiligo előzetesen sértetlen területen keletkezik belső okok folytán, állan-

dóan terjedve, minden visszafejlődési hajlam nélkül. Ezzel ellentétben a mi esetünkben a Sutton-féle leucoderma a verruca senilis körül, nem pedig annak a helyén fejlődött ki s a verruca növekedésével karöltve terjed visszafejlődési hajlam nélkül. Ez a festékképződési zavar analogonja annak, melyet színes naevusok felületén növekedésével, fehér szőrszálak jellemeznek s melyekre különösen Schein (1909) hívta föl a figyelmet, ki különben az anyajegyek körüli depigmentatiót is egy ízben leírta a naevusváltozatok között.

Az a jelenség, hogy a leucoderma — esetünkben — a központi elváltozástól centrifugálisan — annak növekedésével párhuzamosan — terjed tova, arra enged következtetni, hogy itt is, miként a naevus pigmentosusok körüli leucoderma acquisitum centrifugumnál, a verruca képződése közben kifejlődött pigmentképződési zavarban kell keresnünk a kiváltó phisikai, vagy kémiai okot.

Irodalom: Poór: Dermat. Zeitschr. 1903, 10. köt. — Poór: O. H. 1925. — Schein: Budapesti O. U. 1909. — Bloch: Arch. f. Dermat. u. Syph. 135. és 136. köt. — Kreibich: Arch. f. Dermat. u. Syph. 135. köt. — Gans: Zentralblatt f. Haut- u. Geschlechtskr. IV. — Meyer: Dermat. Zeitschr. 32. — Zurhelle: Derm. Zeitschr. 1922, 339. old. — Langer: Derm. Wochenschr. 77. — Almkvits: Derm. Wochenschr. 1922, 201. old. — Freymann: Derm. Wochenschr. 1922, 33. old.

A kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem gyógy-szertani intézetének közleménye (igazgató: Vámosy Zoltán dr. egyetemi ny. r. tanár).

A kolorimetriás nitrogenmeghatározás módosítása.

Írta: Annau Ernő gyakornok.

Kismennyiségű nitrogen kolorimetriás úton való meghatározásának korlátlan alkalmazását az zavarta meg leginkább, hogy a vizsgált nitrogéntartalmú folyadék a lúgos Nessler-reagens hozzáadására megzavarosodott, ami sokszor oly mértékű volt, hogy kolorimeter alkalmazását teljesen kizárta. Ennek következtében a methodus, mely physiologiás kísérleteknél, gyorsasága és pontossága folytán igen nagy előnyöket biztosítana, nem igen tudott elterjedni. Pinkussen is úgy nyilatkozik róla könyvében, hogy az oldat megzavarosodása folytán a különben előnyös módszert nem ajánlhatja. Dacára e hibájának, használják, különösen Amerikában és többféle módosítással iparkodtak ezt a kellemtelen mellékhatását kiküszöbölni.

Acél az általa kidolgozott methodusában a fellépő zavarosodást olyképen igyekszik eltüntetni, hogy az oldat-hoz lúg és a Nessler-reagens hozzáadása után $\frac{1}{4}$ cm³ 50%-os Seignette-sóoldatot kever. A Seignette-sóoldatot először Winkler alkalmazta olyan kútvizek ammoniatartalmának a megvizsgálásánál, amelyek nagy Ca- és Mg-tartalmuknál fogva zavarosodnak meg. A Seignette-só használata ebben az esetben be is válik.

Restnitrogen, vagy egyéb kismennyiségű nitrogénnek a megvizsgálásánál Ca és Mg nagyon kis mennyiségben, vagy egyáltalán nincs és így nem is hozhatja létre a mégis fellépő zavarosodást, hanem azt másban kell keresni.

Okát inkább abban a karbonattartalomban keresnők, amelyet a módszerhez nélkülözhetetlen lúg tartalmaz. Acél a 10 cm³-re felhígított ronesolt anyaghoz 0.3 cm³ 50%-os natriumhydroxydot használ és csak utána adja hozzá a Nessler-reagenst; erre a folyadék barna elszíneződése azonnal bekövetkezik, vele azonban csaknem egyidejűleg a megzavarosodás is, amely nitrogéntartalmával arányosan fokozott. Ez a zavarosodás oly mértékű, hogy pontos titrimetriai összehasonlításokra, amint azt éppen ő ajánlja, alig, kolorimetriás vizsgálatra pedig egyáltalán nem lehet használni. Acél ezen — amint ezt már megemlítettük — a Seignette-sóoldat hozzáadásával akar segíteni, hogy azonban ez ebben az esetben nem

használható, azt már *Himmerich* is észrevette, úgyhogy ő a Seignette-só teljes elhagyását tanácsolja és inkább azt javasolja, hogy a külön hozzáadott lúg mennyiségét csökkentsük. Azonban 0.3 cm³ helyett mindössze 0.25 cm³-t használ, ami oly csekély mérvű módosítás, hogy jóformán számba sem jöhet és így a bajon nem is segít, mert az oldat továbbra is megzavarosodik a Nessler-reagens hozzáadására. Ez a zavarosodás okozza szerintünk azt a nagy színbeli eltérést is, ami a rongcsolt anyag és a kontroll között van a titráláshoz használt ammonium-chlorid hozzáadása után.

Mindezekből kitűnt tehát, hogy a lúg mennyiségét kellene olyan mértékben csökkenteni, hogy annak karbonattartalma, amely alig küszöbölhető ki, ne zavarjon és a methodus pontosságából mit se veszítsen. *Treadwell* ugyancsak a kútvíznek ammoniára való megvizsgálásánál ajánlja kismennyiségű sublimatnak az alkalmazását akkor, ha a reactio a Nessler-reagens hozzátételére nem elég gyors vagy érzékeny.

Célunk volt tehát vizsgálni azt, hogy nem helyettesíthető-e a lúgot (nem a Nessler-reagensen belül) egy bizonyos töménységű sublimat-oldattal? Ezzel a karbonátok zavaró hatása elkerülhető lenne és az oldat megzavarosodását a minimumra lehetne szorítani, vagy teljesen el is tüntethetnénk.

Ha 10 cm³-re felhígított rongcsolt anyaghoz 0.7 cm³ 1%-os sublimat-oldatot adunk, úgy az oldat barnás elszíneződése a benne foglalt nitrogen mennyiségével arányosan szintén bekövetkezik, zavarosodásnak pedig nyoma sem látszik. A folyadék ezen tisztasága napok múlva sem tűnik el. Ellenben fontos, hogy a sublimat-oldatot a Nessler-reagens után adjuk a folyadékhoz, mert különben előttiünk ismeretlen okokból szintén zavarosodás támad, mely nem múlik el. Ha a sublimat-oldatot a Nessler-reagens után adjuk az oldathoz, amikor már a kénsavval rongcsolt közeg a reagens hozzáadása miatt gyengén lúgos, az eleinte támadt erős sárgás csapadék egynéhány rázásra kristálytisztán feloldódik.

A meghatározásokat Autenrieth-kolorimeterrel végeztük. Standard oldatul a szokásos ammoniumchlorid szolgált. Az ék 0.1 mg nitrogént tartalmazó ammonium-chlorid-oldattal volt megtöltve, ehhez hasonlítottuk a többi nitrogént csökkenő arányban tartalmazó oldatokat. A kapott értékeket egy koordinata-rendszerben ábrázolva, bizonyos határok között (0.4 75.5; 1.8 13.0) egyenes képet kaptuk, melynek függvénye a következő:

$$Y = -43.5 \times + 93.5$$

A standardozáshoz használt ammoniumchlorid-oldat tisztaságát nem tartja meg oly sokáig, mint a rongcsolt anyag oldata, de mint lényegtelen jelenségre, különösebb gondot nem fordítottunk, mivel az éket úgys egy alkalmasan kevert festékdoldattal kell megtölteni. A megzavarosodás mindenesetre oly csekély mérvű, hogy a leolvasások egész pontossággal még négy nap múlva is eszközölhetők.

Az anyag elroncsolásához, mint közismert, tiszta 0.05 cm³ nitrogenmentes kénsavat használ *Acél*. *Himmerich*, tekintve, hogy ennek a kis mennyiségnek a lemérése igen nehéz, a kénsavat a duplájára hígítja és ennek megfelelően 0.1 cm³-t ad. Mi azonban úgy találtuk, hogy ez a kénsavmennyiség sok az ily csekély tömegű anyag elroncsolására, különösen akkor, amikor a közömbösítéshez használt lúgot elhagytuk. Ezért ajánljuk, hogy a duplájára hígított kénsavból is csak 0.05 cm³-t használjunk, ami kb. 2–3 cseppnek felel meg. Hangsúlyoznunk kell, hogy ez a módszer egyik elég fontos része, mert különben a sublimat-oldat reakciót fokozó hatását nem tudja kifejteni. A methodus pontosságának bizonyítására egynéhány értéket teszünk közzé. Ismert mennyiségű ureum-oldatoknak a nitrogéntartalmát határoztuk meg. Az ureumot előzőleg a fönt vázolt módon rongcsoltuk, majd 10 cm³, kétszer destillált vízzel feltöltöttük, hozzá 0.5 cm³ Nessler-reagenst adunk, majd annak gondos elkeverése után az egyszázalékos sublimat-oldatból 0.7 cm³-t, a kémeső tartalmát összeráztuk és a kapott értékeket a kolorimeteren leolvastuk.

A számítás útján nyert értékek mg.-ban 0'0492 0'040 0'030 0'020 0'010

A leolvasott értékek 0'0508 0'0396 0'0314 0'0199 0'00765 mg.-ban

A legutolsó értéknél a százalékos hiba már elég tetemes, de az ék színerőssége már nagyon az alsó határra esik és ez inkább magának a kolorimeter hibájának tulajdonítható.

Összefoglalás.

0.7 cm³ sublimat-oldatnak lúg helyett való alkalmazása az eljárásban a keletkező zavarosodást tökéletesen megszünteti.

A szerves anyag rongcsolásához a duplájára hígított tömény kénsavnak 0.05 cm³-e használandó. Ez fontos része az eljárásnak.

A módszer Autenrieth kolorimeterére van kidolgozva.

Irodalom: *L. Acél:* Biochem. Zeitschr. 1921, 121. köt., 120. old. — *F. Himmerich:* Biochem. Zeitschr. 1925, 160. köt., 105. old. — *S. W. Winkler:* Chem. Zeitung 1899, 454. old. — *Treadwell:* Lehrb. d. analyt. Chem. 1922, 2. köt., 54. old. — *L. Pinkussen:* Mikromethodik 1921.

A budapesti Fehérkereszt-gyermeckórház I. osztályának közleménye (főorvos: Petényi Géza dr. egyet. m. tanár).

A Pirquet-reactiónál fellépő lymphangoitisről.

Írta: *Herczfeld L. Erzsébet dr.*

Többször leírták azt, hogy néha a Pirquet-oltás helyén pozitív reactio esetén nemcsak a jól ismert papula, hanem a papulától felfelé $\frac{1}{2}$ vagy $1\frac{1}{2}$ cm széles s 5–25 cm hosszú piros esetleg kiemelkedő s tapintható csík jön létre. Láz s a környéki nyirokmirigyek duzzadása nem kíséri ezt az ú. n. „lymphangoitist”. Ez a piros csík a Pirquet-reactio papulájával egyidőben vagy egy nappal később jelenik meg, s visszafejlődése vagy parallel történik a Pirquet-reactióval, vagy egy-két nappal hamarabb tűnik el. Főleg intensív vagy torpid reakciókkal kapcsolatban lép fel ez a jelenség. A vélemények megoszlok, hogy miképpen jön létre a lymphangoitis. Egyesek, így legutóbb *Parrhysius*, arra gondolnak, hogy ilyenkor a tuberculin genyeltő baktériumokkal inficiált s ezek hozzák létre a lymphangoitist, amely ezek szerint egy, a mellette lévő tuberculin-reactiótól tulajdonképpen független folyamat lenne. *H. Koch* ezzel szemben azon véleményének ad kifejezést, hogy ez a lymphangoitis specifikus természetű, azaz a tuberculinreactio egy részjelensége. Nézetét arra alapítja, hogy: 1. csak erős cutanreactio mellett lép fel ez a csík; 2. ugyanazon tuberculin ugyanazon egyénnél csak akkor hoz létre lymphangoitist, ha a Pirquet-reactio intensív s később csökkent reactio mellett elmarad; 3. csaknem kizártnak tekinthető, hogy a hígítatlan altuberculin glicerin s carbol hozzátétele következtében ne legyen steril, baktériumok legfeljebb a hígított tuberculinban maradhatnak életben, a cutan-reactióhoz azonban csak hígítatlan altuberculint használunk.

Röviddel ezelőtt osztályunkon egy 14 éves leány-gyermekeknél láttunk egy ilyen Pirquet-reactióval kapcsolatban fellépő lymphangoitist. E leánynál hirtelen lesoványodás mellett subfebrilis hőmérsékek léptek fel. Tuberculinikus folyamatot határozottsággal nem lehetett kimutatni, a Röntgen-vizsgálat a lényegtelenül megnagyobbodott jobboldali hilustól eltekintve, nem mutatott elváltozást. Mátéfy-reactio erősen pozitív. Augusztus 12-én a Pirquet-reactiót a jobb alkar hajlító oldalán altuberculinál (Höchst) csináltuk, augusztus 13-án mindkét oltás helyén 2×3 cm átmérőjű, hólyagos papula keletkezett s a felső papulától 6–8 cm hosszú, 1 cm széles, kissé kiemelkedő piros csík húzódtott a felkarra. Két nap múlva, augusztus

15-én a csik visszafejlődött, a bőr egészen halvány lett. Fenti kérdés kétségtelen eldöntésére, hogy ez a lymphangoitis banalis infectio eredménye-e, vagy tuberculinreactio jellegével bír, a következő kísérleteket végeztük:

1. Intracutan oltást végeztünk a háton (0.1 cm³ az 1:1000 hígításból), a következő nap az oltás helyén kétszer 2 cm átmérőjű, hólyagos papula keletkezett, néhány pontszerű vérzéssel s egyidejűleg az augusztus 12-i Pirquet-reactio s a lymphangoitis csik helye újból piros lett. Ez a kiújult reactio három nap múlva elhalványodott. Ez a jelenség nagy valószínűséggel szól amellett, hogy az eredeti lymphangoitis csik tuberculinreactiónak tekintendő, mert csak ott szoktuk látni azt, hogy egy már elhalványodott oltás egy későbbi intra- vagy subcutan oltásnál újból megjelenik.

2. Ugyanezen gyermeknél végeztünk újabb Pirquet-oltásokat egyidejűleg négy tuberculinnal (alt-tuberculin Höchst), egy-egy oltást az alkar hajlító és fesztítő oldalán. Ezek közül három tuberculin már régebben használatban volt, egy pedig egy frissen felbontott üvegből származott. Az alkar fesztítő oldalán négy rendes pozitív Pirquet-reactio fejlődött ki lymphangoitis nélkül, az alkar hajlító oldalán azonban három — köztük a frissen felbontott — tuberculin alkalmazási helyén nemcsak pozitív (torpid) Pirquet-reactio fejlődött ki, hanem 5–15 cm hosszú lymphangoitis csik indult ki az oltási reactio felső részéből. Egyik tuberculin az alkar hajlító oldalán is csak pozitív Pirquet-reactiót adott lymphangoitis nélkül. Ezután azon három tuberculinnal, mely lymphangoitist eredményezett, hasonló módon végigoltottuk az osztályon lévő valamennyi gyermeket. Ezek közül 11 adott pozitív Pirquet-reactiót mind a három tuberculinnal, anélkül, hogy lymphangoitis csik jött volna létre, egy gyermeknél azonban mind a három tuberculin oltási helyén, szintén torpid-reactio mellett, egy-egy 5–6 cm hosszú lymphangoitis csik keletkezett.

Ezek az észlelések kétségtelenül mutatják, hogy a tuberculin milyenségének, fertőzött vagy nem fertőzött voltának semmi szerepe nincs a lymphangoitis létrehozásában. A lymphangoitis előfeltétele, hogy a szervezet egy bizonyos reactióképességgel, allergiával rendelkezék, amely esetben a Pirquet-reactio a szokásos papulán kívül még ilyen lymphangoitis csikot is mutat fel. Teljesség kedvéért valamennyi tuberculin megvizsgáltuk bakteriologiallag s mindegyik sterilnek bizonyult.

Összefoglalás:

A Pirquet-reactio kapesán fellépő lymphangoitis tuberculin-reactio jellegével bír. Nem függ össze a tuberculin esetleg inficiált voltával. Csak a szervezet bizonyos allergiás állapotánál jön létre, melynek egyik kifejezője az intensív vagy torpid Pirquet-reactio.

Irodalom: H. Koch: Zeitschr. f. Kinderheilkunde 39. köt., 755. old. — Parrhysius: Zeitschr. f. Kinderheilkunde 39. köt., 460. old.

Orvostörténelmi jegyzetek.

IX.

A magyar chirurgus-céhekről.

Írta: Mayer Ferenc Kolos dr., kórbonctani gyakornok.

Az embert szociális ösztöne a hozzá hasonlókkal való társulásra készíti. A szervezkedésben ugyanis erő van, amely a tagok érdekeit a létért való küzdelemben hatásosan védeni képes. Mivel pedig a szabad szervezetek tagjai között szükség szerint nemes verseny is fejlődik ki, azért a társaságok mindenkor fontos tényezői voltak a kultúra tökéletesedésének is. Hasonló foglalkozásának tömörülésének nyomait megtalálhatjuk a legrégibb időkben is. Az exotikus ókori kultúrák azonban

minden egyénit elnyomó törekvésükkel a szervezkedésnek extrem alakját, a kasztrendszer fejlesztették ki, melynek célja nem az emberiség tökéletesítése volt, hanem a theoretikus vagy praktikus ismereteknek monopolizálása. A népvándorlás lezajlása után alakult mesterember-egyesületek, a céhek is tulajdonképp detail kasztoknak tekintendők, s mint ilyenek szintén az ismeretek és a fejlődés gátlói voltak.

A középkori céhrendszer a városi élet teremtette meg. A mi városaink a XIII. században kezdenek épülni német mintára, s a városi polgárság zömét is eleinte a stabil élethez már hozzászokott olasz, flandriai és főleg német iparosok alkotják. Ezek a külföldi telepések hazájuk szokásait magukkal hozták közénk, így a symposionokból, asztaltársaságokból keletkezett céheket is. A céhalapítás eleinte a város urának, majd II. Mátyás 1617. évi rendelete szerint csak a királynak beleegyezésével történhetett.¹ A céh alapszabályait is, az ú. n. *céhlevelet*, a földesúr vagy a király hagyta jóvá. Hazai céhleveleink közt tudomásom szerint legrégibb a kassai szűesöké, mely 1307-ből való.²

A középkor tudományos köreinek felfogása a sebészetet is mesterségnek, iparnak tekintette a χειρουργία szó szoros értelmében. Sokban hozzájárult ennek a felfogásnak kialakulásához, hogy az akkori orvostársadalomban nagy számmal képviselt amatőr szerzetes-orvosokat különböző zsinati, pápai és császári rendeletek tiltották a műtétek végzésétől. A második lateráni zsinat 1139-ben, a toursi zsinat 1163-ban, III. Ince 1215-ben, III. Henrik 1216-ban, II. Frigyes pedig 1240-ben adnak ki ily irányú intézkedéseket. A sebészet nem is képezte az egyetemi oktatás anyagát, sőt 1350 óta külföldön az orvosi baccalaureusoknak esküjökben arra is fogadást kellett tenniük, hogy sebészeti műtétet nem végeznek. Ily körülmények között a sebészet mesterségének gyakorlása a „rokonszakhelyi“ borbélyok kezébe került. 1372-ben V. Károly privilegiumot is ad nekik a sebészkedésre.

Borbélysebészekkel tehát először a XIII. században találkozunk Európában, s már a XIV. század első felében megalakul a legelső borbélysebsz fraternitás: a párizsi Collège de St. Côme. Ezt az egyesületet azonban nem tekinthetjük céhnek, mert nem a sebész, hanem a sebészet érdekeinek megvédésére alakult. Tudományos célja teszi érthetővé, hogy belőle indult ki a chirurgia reformja és hogy olyan tagjai voltak, mint Jean Pitard, Lanfranchi, Henri de Mondeville és Guy de Chauliac. 1416-ban ez a testület már a párizsi egyetem ötödik fakultását képezi, 1545-ben pedig megkapja a licentiatús-cím adományozásának jogát. Volt azonban Párizsban is borbélycéh, a Hôtel-Dieu. Ebben a céhben kezdte meg borbélyinaszkodását a később híressé lett és 1554-ben sebészprofesszorrá kinevezett Paré Ambrus.

Hazánkban is a borbélyok foglalkozása volt a sebészet. Orvosaink csak elméletileg tárgyalták írásaikban a sebészeti megbetegedéseket. Pedig nálunk a sebészet nem is volt annyira dehonestáló, mint külföldön. Talán csak a szepességi német iparosoknak volt annyira ellenszenves a chirurgia, hogy sebészek gyermekeit más céhbe fel sem akarták venni.³ A magyar nemes azonban mindig megbecsülte a borbélysebszket, s még belgyógyászati betegségek kezelését is szívesebben bízta rájuk, mint az idegen származású és ezért gyanús medicusokra. A nagy epidemiák idején a köznép is megtanulta megbecsülni a „mesterbarbélokat“, akik a gyakori pestisjárványok leküzdésében többet tettek, mint a sokszor gyáván megfutamodó orvosok. Ezért éppen nem csodálatos, hogy hazai kisnemességünk szegénysorsú fiai szívesen választották maguknak a borbélyi pályát.

A magyarországi borbélycéhek legtöbbszörének megalakulása a török hódoltság idejére esik. Nagy Lajos-

¹ Cod. Austr. I. 465. l.

² V. ö. Kemény: Tört. Tár, 1889. 180. l.

³ Demkó: A felsőmagyarországi városok, 107. l.

nak a nagyszabású céheket szabályozó, 1376-ban kiadott Goblinus-féle rendelete sem említi még a chirurgusok céhét.⁴ Buda város statumai említenek ugyan chirurgusokat, de az adatok annyira hézagosak, hogy biztos következtetést vonni egy állítólagos XIV. századbéli budai chirurguscéhre vonatkozólag nem lehet.⁵ De a mohácsi vész előtti időkben magyar sebész az országban nem is működött. Történeti kútfőforrásaink is csak idegen nemzetiségű chirurgusokat neveznek meg.

A hazai legelső chirurguscéhek Erdélyben létesültek. Az öt szász város sebészeinek a szász egyetem által kiállított és elveszett céhszabályzata 1550-ből való.⁶ Elkallódtak az 1580-ban alakult beszercei és az 1586-ban alapított kolozsvári borbélycéhek levelei is.⁷ Legrégibb meglevő sebészcéhlevelünk 1597-ben kelt és Őrsi Péter földesúr adta Esztergom város borbélyai számára.⁸ A sárospataki chirurguscéh szabályzata 1607-ből, a pápai pedig 1609-ből való.⁹ Nagyenyedben 1602-ben már céhet alkotnak a mesterborbélyok, szabályzatuk azonban csak 1613-ban kelt.¹⁰ Gyulafehérvárott 1611-ben, Marosvásárhelyen 1628-ban, Szatmáron 1635-ben, Pozsonyban 1659-ben, Kassán 1697-ben keletkeznek sebészcéhek vagy adatnak ki céhlevelek.¹¹

A XVIII. században már alig találunk nagyobb várost, ahol ne volna borbélycéh. Léva (1700), Pécs és Eszék (1701, 1721), Buda (1703), Komárom (1714), Nyitra (1720), Kőröc- és Selmecbánya (1732), Debrecen (1735), Pest (1745), Székesfehérvár (1754), Kőszeg (1757), Veszprém (1760), Győr (1765), Eger (1765), Gyöngyös (1771), Pozsega (1774), Nagyszombat (1779), Zágráb (1789), Versec (1817) és Ujpalánka (1824) városoknak maradtak ránk ebből az időből sebészcéhlevelei.¹²

Szokás volt, hogy a kisebb városok céhei valamely népesebb város chirurgus-collegiumába incorporáltatták magukat. Ezzel a főcéh filiálisává váltak és annak szabályzatát kellett megtartaniok. Az incorporációról testimonialist kaptak. A vidéki sebészcéhek legtöbbje vagy Budához vagy Pesthez tartozott. Egyes adatok arra engednek következtetni, hogy a neo-acquisitio területein létesült borbélycéhekre kötelező is volt a budai gremiumba való incorporálás és csak az igen messze eső városok sebészeinek engedélyezték független céhek alakítását.¹³ A pesti sebészcéhnek már a privilegiálása utáni első évben filiális lett Eger, ahol akkortájt nemzetes Cepregi Barbély Antal és Boitos Barbély Mihály voltak a városi chirurgusok.¹⁴ Pesthez tartozott még, mint filiális, a céh jegyzőkönyve szerint Balassagyarmat, Budakeszi, Csenger, Dunavecse, Földvár, Halas, Jászárokszállás, Jászberény, Kalocsa, Kecs-kemét, Kiskunság, Kőrös, Kúnszentmiklós, Mezőtúr, Miskolc, Óbuda, Páztó, Pétervárad, Ráckeve, Szabadszállás, Szentendre, Szolnok, Tata, Ujvidék, Ungvár és Vác.

Hazánkban tehát a viszonyokhoz képest elég sok chirurgus működhetett. Egy 1747-ből kelt hivatalos statisztika szerint ez évben 168 felesküdtött céhbéli sebész volt az országnak. Az ország területén való elosztódásuk azonban nagyon aránytalan volt, mert amíg Veszprém, Pest és Baranya megyékben 99 borbély

lakott, addig pl. Torna, Szepes, Sáros, Arad és Fejér megyék területén nem talált a statisztikus egyet sem.¹⁵ A borbélyhiány okát az északmagyarországi és határvidéki megyékre vonatkozólag abban találom, hogy e vidékek voltak leginkább kitéve a Kelet felől bebetörő pestisepidemiáknak. Éppen az ilyen járványok alkalmával azután a kormány úgy segített e területeken a chirurgusok hiányán, hogy a nagyobb céhekből egyeseket hivatalosan és név szerint megjelölve járványsebszeknek küldött ki. Így az 1738. évi pestis dühöngése idején Mayer György medicust és a budai céhből Göbl Gotthard, meg Legier József sebészeket rendelte ki Csongrád megyébe a helytartótanács.¹⁶ Hogy még így is hűzódóztak egyesek, az természetes, s bizony néha vasraveréssel kellett fenyegetőznie a hatóságnak, míg a kirendelt be merte tenni lábát a fertőzött városba.¹⁷

A magyar chirurguscéhek a kenyérkereset biztosítása és a konkurrencia lehetetlenné tévése érdekében jöttek létre. A céhek ezen közös célját a pápai céhlevél így fejezi ki: „azt akariuk, hogy az Eggessegh, Czondessegh, es Bekessegh az Che toruene szerint koztunk, megh tartassek.“ Ügyeltek ezért arra, hogy csak törvényes mester gyakorolja a mesterséget. Mégis akadtak mindig „himpellérek, pseudomedicusok“ és vásári sebészek, akik semilyen céhbe sem tartozva mertek eret vágni vagy sebesülteket kezelni. Az ilyeneket a céhszabályzat értelmében jogosan meg lehetett fosztani szerszámaiktól, sőt a vármegye területéről is kitiltották őket.¹⁸

A céh csak meghatározott számú tagot vett fel mesternek s lehetett a jelentkező bármilyen tanult és az anatómiában járatos, nem engedték meg neki a praxist. Így pl. bizonyos Römer János Konrád is, aki pedig már 24 év óta volt külföldön mester, a pozsonyi céh csak a helytartótanács utasítására vette tagjai közé, akkor is mint számfelettit, ami azt jelentette, hogy műhelynyitási jogot nem kapott.¹⁹

Gondja volt a sebészcéhnek arra is, hogy lehetőleg csak magyar nemzetiségűek legyenek a borbélyok. A pécsi céh is csak a helyi viszonyokra való tekintetből vett fel kebelébe németeket és horvátokat. Ott, ahol a céhszabályzatot a püspök adta mint földesúr, a felvételnél felekezeti szempontok is tekintetbe jöttek. Így Veszprémnél a céhlevél 1. cikkeje szerint csak az lehetett sebész, aki a Szent Háromságot, Jézust és Szűz Máriát hitte. Az 5. artikulus pedig egyenesen kimondja, hogy „valaminthogy egyéb Városokban ugymint Fehérvárott. Pápán és több Fő Városokban az igaz Római Katolika hiten kívül lévőek a böcsülletes czéhekből kirekesztetnek, ugy ezen Püspöki Mezző-Városunkban lévő Barbély czéhbe csupán csak Pápasták fogadtassanak be.“

A sebészársaságok legfőbb okmányát és törvénykódexét a privilegiált céhlevelek képezték. Törekedtek is arra, hogy ez minél díszesebb kiállítású legyen. A földesurak által adott régebbi céhlevelek egyszerűek még. Így a pápaiak magyar nyelven írott levele, melyet enyingi Török István egy régebbi céhlevél alapján 1609-ben megújított, csak egy nagy árkus kutyabőrre van írva, rajta a földesúr kis pecsétjével. Viszont a német szövegű, pergamentre írott versei és apatini szabályzatok piros bársonyba kötött esinos foliók, s aranyzsinóron lóg le róluk I. Ferenc császár nagy kerek pecsétje.

Egy chirurguscéh alapítása igen sok pénzbe került. Fizetni kellett a céhlevél kiállításáért, az ügynöknek, aki a földesúr vagy a király jóváhagyását megszerezte, a céhláda és hozzávalói is pénzt kívántak, nem is számítva a megyei kihirdetésért járó illetékeket, a

⁴ Zimmermann: Urkundenbuch etc. II. 449. l.

⁵ Ofner Stadtrecht, artic. 103.

⁶ V. ö. Szádeczky: Céhek lajstroma 339. l.

⁷ U. o. 326. és 330. l.

⁸ U. o. 258. l.

⁹ A pápai céh levelét Szádeczky nem ismeri, Linzbauernél is (Cod. San. Hung. II. 256.) azt olvasom, hogy a régi céhlevelet az új földesúr 1749-ben elkobozta. Az eredeti 1609-ben kelt céhlevelet nem régen a Nemzeti Múzeum levéltárában megtaláltam.

¹⁰ V. ö. Szádeczky: id. m. 335. l.

¹¹ V. ö. U. o. 329., 331., 298. és 270. l.

¹² Az eredeti céhlevelek az Egyet. Kvtár, a Nemz. Múz. levéltáraiban és az Orsz. Levéltárban őriztetnek.

¹³ A pécsi céhlevél 14. art. szerint. Eredetije a N. M.-ban.

¹⁴ A pesti chir. céh 1745–1811. évekről vezetett Protocolluma szerint. Eredetije a N. M.-ban.

¹⁵ V. ö. Linzbauer: id. m. II. 222. l.

¹⁶ U. o. II. 83. l.

¹⁷ V. ö. U. o. II. 155. l. a helytartótanács fenyegető végzését.

¹⁸ V. ö. pl. a pécsi és veszprémi céhlevelek 7., illetve 20. cikkelyét. Eredetijük a Nemzeti Múzeumban.

¹⁹ Linzbauer: id. m. II. 330.

misestipendiumokat és az ilyen alkalmakkor bőkezűen osztogatott borralalókat. A pesti chirurgusok kiadásai pl. a céh megalakulásakor a következők voltak: a szabályzat leírásáért a városi íródeáknak 4 frt, a bécsi ágensnek 12 frt, Taxa Bécsben 150 frt, a publicálásért 12-60 frt, a céhláda-elkészítésért az asztalosnak 18 frt, a lakatosnak 10-70 frt, ládatok 2-25 frt, a protocollumért 2-50 frt, pöcsét 3 frt, pöcsétmetszés Bécsben 8-96½ frt, kötés 75 kr, pixis 75 kr, viasz 25 kr, 1 konc papír 15 kr, az installációs mise 1-50 frt, sekrestyének 50 kr, muzsikásoknak 4 frt, ministránsoknak 10 kr, 3½ font gyertya 2-99½ frt.²⁰

A sebészceh tagjait helyek és korok szerint más-kép titulálták. 1701-ben Pécsen chirurgi barbitonsorenek hívják őket. A padányi Biró Márton veszprémi püspök által kiadott céhlevél mestergazdákról beszél. A debreceni „Böcsülletes Borbély Céh” tagjai egyszerűen csak Mester Emberek. Versecen a céhbelleket a „magister tonsor” cím illette meg. Legtöbbször azonban „mesterbarbélokról” olvasunk. Egy időben divat volt a foglalkozásnak a vezeték- vagy ragadéknévvel való kifejezése. 1721-ből ismerünk pl. egy Laichnam-schneider Antal nevű pécsi borbélyt. A pápai chirurgusok pedig céhlevelükön így szignálják nevüket: Kanisay Barbéli Balinth, Kaldi Barbéli Thamás, Chepregy Barbéli Mihály stb.

Szervezetük és életmódjuk olyan volt, mint a többi iparos testületé. A céhgyűléseket gyűléseken tárgyalták le, melyeket fontos ügyben bármikor összehívhattak, egyébként a céhnapi eső választógyűlésen kívül negyedévenként tartottak összejöveteleket. A gyűléseken a városi magistratus is képviseltette magát egy commissariussal. Pesten pl. 1745–1778-ig Margáriez János, azután meg Buday Gábor senatorok voltak a város kiküldöttei.

A céh élén állott a céhmester (Zechmeister, senior), akit évenként szótöbbséggel választottak. A pesti céh a senior mellé még egy adjunctust is jelölt ki. A céhmesterrel egyidőben választotta meg némelyik céh nótáriusát is. A jegyzőválasztás azonban nem volt általános. A veszprémi szabályzat talán az egyetlen, mely kifejezetten követeli, hogy Szt. György napján, a céhnapi, jegyzőt is jelöljenek. A többi céhtisztviség betöltésében a rangidősség volt a mérvadó. A céhmester kötelessége volt, hogy a negyedévi ú. n. kántornapi gyűléseknek elnöke legyen, a mestereknél időnkint munkaviziteket tartson, az inasokat felfogadja és felszabadító levelet adjon nekik, a lakásán őrzött céhládaiban levő okiratokat és a céh pénzét kezelje és az év végén mérleget készítsen. Ő volt egyúttal a céhtagok elsőfokú bírója, az egyházi körmeneteken a céh vezetője és mivel a szabályzatok a chirurgussá válás minden fázisánál kötelezővé tették valamilyen formában az evés-ivást (társaság, társasztal, mesterasztal stb.), a céh főmestere volt az asztaltársaságban a magister bibendi is. Az ügyek intézésében a legényekre gondot viselő atyamester, a hírszolgálatot teljesítő és a céhnek gyűlésre összehívó tábláját kezelő szolgáló-mester, a legények dékánja és az öreglegény voltak segítségére.

A lévai borbélyok szabályzata szerint a szolgáló-mester kötelessége volt az is, „hogy az öreg mesterek megborosodván, rájuk vigyázzon és másnap mindekről számot adhasson”.²¹ Az ilyen megborosodásra pedig bőven nyílt alkalom, amit azzal illusztrálhatok, hogy az inasfelszabadításnál az inastól fizetett társaságot minden mester és legény egészségére ki kellett üríteni. S az „ex”-re kiivott bor mennyisége egy népesebb céh inasfelszabadításakor fejenként 25–30 „klázli”-t is kitett. Ilyen és más hasonló adatokból szinte azt hinné az ember, mintha chirurgus céheink életének is a többi céhhez együtt a gyomor és a has lett volna a centruma. Ez annál valószínűbb feltevés,

mert céhleveleinkben több a gastronomia utasítás, mint a betegek kezelésére vonatkozó szabály.

A sárospatakiak pl. kikötik, hogy nő ne legyen jelen a mesterasztalnál, s a felszabadult mestertől csak hét tal tisztességes étket követelnek. A marosvásárhelyiek még alaposabban gondoskodnak a céh bendőjéről, amikor céhlevelükben még a mesterasztal menüjét is megadják. Legyen ebédre a mesterasztalon „sóba ecetbe tisztességes hal vagy csuka vagy retke, gyümölcsös lével három lúd öreg tála, velős koncokkal tyúkokkal riskásával főttel, tyúkok és lével vagy tyúkfia vagy bárányhús, pecsenye tyúkokkal együtt, jó lepény és gyümölcs, hat veder bor”.²² A vacsora is hasonlóan zamatos és változatos volt. El is hiszem az egykori marosvásárhelyi bírónak, hogy „a borbélyság felette nagy dologban jár”, amikor a céhtagoktól ilyen gyomorteljesítményt vártak el.

Borbélysebszeink tanultsága nem volt valami magas nivójú és „gyakorta sok tudatlan borbély mesterek miá sokaknak halálak is történik”.²³ Miksa császárnak 1576-ban kiadott rendeletét, melyben a chirugusi praxist diplomához kötötte, csak Ausztriára vonatkoztatták, s nálunk a zűrzavaros török időkben nem is lehetett volna megvalósítani. Körülbelül a XVIII. század derekára elégnék tartották, ha a sebésznek volt a céhtől kiállított felszabadító levele. Aki sebész akart lenni, az felvételre jelentkezett valamelyik borbélymesternél, ahol egy havi próbaszolgálatot teljesített. Azután a céhmester felvette a gremiumba inasnak, ha ugyan a személyi adatait tartalmazó okmányokban valami kifogást nem talált. Három, néhol négy évi inaskodás után az ifjú felszabadult, legény lett és mesterétől 1 ollót, 1 fésűt és 2 borotvát kapva, nekivágott a nagyvilágnak.

Az inaséveket csak ritka, megokolt esetekben engedték el. Pesten pl. Glancz Józsefet, aki az előző pestises éveket a sebészeti gyakorlásában töltötte és „a baranyay regementyeben levő regementseniornál” is tíz évet szolgált, jelentkezésekor azonnal felszabadították.²⁴ Az inaskodás ideje alatt a műtétlen és az anatomia tanítására nem fordított különösebb gondot a mester. Az inasnak különben is több dolgot adott a mesterné a ház körül, semhogy a komoly tanulásra futotta volna az idő. A házimunkától azonban, amelyre az inas a szabályok értelmében azért is kötelező volt néhol, mert a mester látta el ruházattal és élelemmel, pénzen megválthatta magát a sebszénövendék.²⁵

A felszabadítás utáni kötelező utazás ideje legalább három év volt. Csak ezután kérhette a legény mesterborbélyá avatását. Az utazást csak a szülők betegsége vagy más igen súlyos okból volt szabad megszakítani a legénynek, kinek külföldi tartózkodása alatt is céhben kellett dolgoznia, s ezt a felavató vizsga alkalmával írással kellett igazolnia.

A felavató vizsga bizottsága eleinte a céh saját kebeléből alakult. Később a város, majd a kormány is delegált ebbe a bizottságba egy tagot. A pécsi borbélyok vizsgáló bizottsága két orvosból és két céhmesterből állott. A pestiek pedig két orvos, két kormánybiztos és az egész céh előtt vizsgáztak. A vizsgának gyakorlati és szóbeli része volt. A gyakorlati vizsgálat különböző írok, kenőcsök és tapasztok elkészítéséből állott, melyeknek „mindenben a céh próbájához hasonlóan” kellett lenniük.

Az egyes chirurgus-céheknél más-más kenőcs és tapasztsorozat volt a vizsganyag. Legtöbb céhlevél részletes lajstromát tartalmazza az elkészítendő úgynevezett remekeknek. A sárospataki céhnek tizenkét próbája volt: „szürke ir, camphora, diaquillon, zöld ir, méregvonó ir, dealtea, veres ir, populeon, egyiptomi ir, görög ir, diacórium, öklelő ir”. A pápaiak szabályzata szerint „az Proba peniglen ez. De aldeia, Scrutium

²⁰ Protocoll. 1745-i bejegyzése szerint.

²¹ A céhlevél eredetije az Egyetemi Könyvtárban.

²² és ²³ Szádeczky: Okirattár, 102. l.

²⁴ L. Protocoll. 1752. bejegyzését.

²⁵ V. ö. a pápai céhlevelet.

flaustroma, Nagi erleleő, kit Deaquilumnak hinak. Sebbehez való veöreös flaustrom. Szederies Deakorium. Vii sebbehez való szűrke ir“. Marosvásárhelyen nyoleféle remeket kellett készítenie a jelöltnek, úgymint „nagy érlelőt, fekete diacoriumot, szürke diacoriumot, szederjes diacoriumot, zöld citriomot, sárga irat, nehiz irat, és az erős veres irat“.²⁶

A veszpémi céhlevél tizenkét próbát kíván. Ezek: „empl. oxieroticum, diachilum cum gummis, diachilum simplex, defensivum rubrum compositum, Stypticum Groli, Septucium, Rupturas, metitorum (sic!), unguentum Basiliconis (sic!), Apostolorum, Rubrum, rosabile olly formán, hogy legalább minden próba két fontbul álljon...“. A debreceni chirurgus-céh magisteriumai pedig ezek voltak: „deachylon magnum cum gummis filii Zachariae, deachylon rubrum camphoratum, emplastrum de meliloto, emplastrum citrinum, unguentum de althea, unguentum aegyptiacum“.

A sebész vizsga nem ment mindig simán, s bár minimalis volt a követelmény, többször történtek incidensek. 1759-ben pl. a pesti céh a felvételét kérő Stahely György Jánosnak az „album coctum“ elkészítését osztotta ki, „de a föllebb említett flastrom igen fekete és rossz consistentiájú lett“. Ekkor második próbának a Stypticum Crollishból kellett volna a mesterjelöltnek remekelnie. Ez se sikerült. „Az emplastrum Stypticumot kezdete főzni éjfelig s consistentiáját teljesen elvesztette és színét, hogy valamint Fekete szekér kenyő vagyis kalamasz, az holy is az nagy Gorombaságtul viseltetvén egészben az Földre ki döntötte, hogy az Földről kölletett föl szednyi, mint hogy pediglen az említett kett magysteriumok tudatlanság miatt anynyira el rotván“, a többi próbától eltiltották. Az elméleti vizsgán is elbukott a jelölt, „az holy is könyű minden napi eshető Interrogatiok voltanak, de csak edgyre sem rendi szerent tudván felelni“, fel sem vették volna a céhbe a császár külön parancsolatja nélkül.

Sebészeti betegek kezelésére vonatkozó utasítások csak kevés céhlevélben találhatók, s ezek is inkább a patiens elesábitásának megakadályozását célozzák. Ilyen volt pl. az a szabály, hogy a más mester által feltett kötést megbolygatni nem volt szabad, kivéve, ha ezt a beteg kérte és a kötés levételekor az eddigi kezelő mester is jelen volt.²⁷ Ugyanilyen értelmű a veszprémi céh előírása, hogy „senki a beteghez hivatlan ne menyen“, különben 50 pénz lefizetésére köteles. A pápai céh arra vonatkozólag is intézkedik, ha a „sebes“ beteg nem tartaná alkalmasnak kezelőjét és más borbélyhoz akarna menni. Ilyenkor a céh testületileg keresi fel a beteget és állapítja meg az addigi kezelésért járó díjat. Hasonló sebész-consiliumok tartását teszik kötelezővé a céhlevelek akkor is, ha a kúráló chirurgus nem tudna eligazodni a betegségnek tapasztalatlansága vagy az eset bonyolultsága miatt.

Mindenbe bele merték vágni a késüket a magyar mesterborbélyok, csak a belsebészettől és a lithotomiától félték. Ez utóbbinak a görög és bolgár származású vándorsebészek voltak mesterei. A sárospataki borbélytól megkövetelték, hogy „tudjon sebeket és fakedékokat gyógyítani, fogat kivonni, szépen eret vágni, megtört csontokat összeforrasztania, kimenyült tagokat helyre állatni, kelevényeket és különbféle daganatokat meggyógyítani, kenő irokek jól elesínálnia“. A sebészborbélyok ezenkívül kathetereztek, halott magzatot vagy a secundinákat extraháltak, trepanáltak, pungáltak és kórbecenokokként, meg törvényszéki orvosokként is működtek.²⁸ A pesti céh jegyzőkönyve 1756 január 23-as dátummal említi, hogy „az céh jelenlétében volt az első Operatiója Ferdinand Thomas Collega társunknak az az némely bizonyos Oh hitű majd hatvan esztendőös rácznak Lábán eszett Amputatiója,

az ki szerencsésen Öröme az N. Czéhek totaliter resanáltatott“.²⁹

A chirurgus-céhek tagjai minden tilalom ellenére belgyógyászati betegségek kezelésére is vállalkoztak. A debreceni céh lelkére köti tagjainak, hogy ilyenkor, ha veszélyes és kibogozhatatlan az eset, orvost is hívjanak. Belső betegségek gyógyítására legtöbbször maga a beteg kérte fel a sebészt, mert ez nem mert volna magától ajánlkozni. Soviniszta főuraink is szívesebben bevették a magyar chirurgusnak, mint a Bécsből jött medicusnak gyógyszerét. A chirurgus rendelőhelyisége a borbélyműhely (tonstrina) volt. Ajtaja felett az utcai fronton lógott a borbélyok ősi jelvénye, a medence, melyet Veszprém városában sátoros ünnepeken kiakasztani nem volt szabad. Néhol a műhely jelvénye a lándzsá volt. A műhely és a műszerek tisztaságára különös gondot fordítottak, valamint arra is, hogy a hajvágáshoz való kendők ne legyenek mocskosak, „ne tondendi fastidium nauseam ob immunditiem contrahant“.³⁰

A sebész vagy özvegy mesterségét és üzletét szabadon eladhatta másnak. Így a Boráros-féle pesti tonstrinát 1777-ben Szalay István vette meg ezer forintért. Az özvegy csak akkor tarthatta meg férjének üzletét, ha annak vezetésére mesterlegényt fogadott maga mellé. Ennek a szokásnak azonban, főleg ha az özvegy fiatal és csinos volt, sokszor kellemetlen következményei lettek. Érdekes pl. a pesti Bukovecki Barbély Jánosné és legényének, Bartalos Ferenc mesternek történetét követni a céh protocollumának lapjain. Napirinden voltak közöttük a veszekedések, melyeknek indító okát gyaníthatjuk. A céhgyűléseken azonban egyik sem tett panaszt a másik ellen, pedig az özvegy a legényt „Huncuthnak, selmának és hunczlogernek sítta, az előtt pedig említett Bartalos Ferencz mester fölléb irt Asszonyát k...nak és szajhának declarálta, s ami több, meg is verte vagy rugdosta“. A céh a sok mindent megúván, a legényt arra kötelezte, hogy szerezze vissza becsületét, különben kizárják a testületből. A város magistratusa nagy bölcsen „illen declaratiót tett Publice: Légyen az asszony k... ne légyen én nem bánom, Legyen az legény huncuth ne légyen én nem bánom, csak én élhessek békével akar mit csináltak“. A kiközösített legény a császárnál keresi becsületét, s a protocollum már 1750-ben bejegyzí, hogy „mint hogy Eö Feölsegenek kegyelmes Parancsolattya mellett Bartalos Ferencz Böcsületesse (sic!) let“, ismét visszafogadtatott a céh kebelébe.

Az özvegy azonban, akivel a legény közben felbontotta viszonyát, Győrből irogat ellene „böcsületes leveleket“. Újból felszólítják ezért a legényt, hogy purifikálja magát, ki erre megmérgesedve egyik kántorgyűlésen a céhek asztalon heverő pénzébe markolva, kirohant az ajtón, azt kiabálva, hogy „sz...m a Céhetekbe, meg van az én pénzem“. Az elrablott pénzért azonban pert indít ellene a céh és azt két év múlva a prókátornak fizetett három aranyak ellenében meg is nyeri. A legény ily módon lehetetlenné téve, üzletét eladja Boráros Ferencnek 820 forintért.

Ilyen esetek érdekesekek azért, mert élethűen illusztrálják azt, hogy mennyire törődött a céh a tagok magánéletével és erkölcsösségével is. Sokban a XVIII. század erkölcesének megjavulása is a céheknek köszönhető. A chirurgus-céhek is a vallásosság és erkölcs őrei voltak. Negyedévenként úgynevezett kántor (quaterember) miséket mondtak védőszentjüknek tiszteletére. A veszprémi céhek Kozma és Damján mártír orvosok voltak égi patronusai és 20 krajeárral bírságtáltak meg azt, aki a tiszteletükre rendelt misén evangélium után elkésve jelent meg. Az egyházi körmeneteken is résztvett a céh saját zászlaja alatt.³¹ A céh

²⁶ A marosvásárhelyiek céhlevelét *Szádeczky* közli Okirattárában, 102. l.

²⁷ V. ö. a pécsi céhlevél 8. és a debreceni szabályzat 17. cikkelyét.

²⁸ L. *Linzbauer*: id. m. II. 218. l.

²⁹ A protocollum ezen sorai tintával át vannak húzva, nyilván bosszúból, amint az egy későbbi, 1779-ből származó bejegyzésből kiderül.

³⁰ A pécsi céhlevél 10. art.

³¹ Pécsi céhlevél 1. art.

erkölessi színvonalának megőrzése végett már a felvételnél szigorúan elbírálták, hogy tisztességes származású-e valaki, vagy sem. Büntették a kiesapongást, a káromkodást és ha megátalkodottnak találtak valakit, még a mesterség gyakorlásában is felfüggesztették, vagy, ha legény, inas volt a megrögzött bűnös, később szabadtették fel. Éjszakára kimaradni nem volt szabad a legényeknek. Meg volt tiltva az is, hogy bottal járjanak, vagy maguk között egyletet alakítsanak. Kizárás terhe alatt tilos volt a dögnyúzás, a kutya vagy macska agyonverése is. (Asepsis?)

A pesti céh az „officina Borarossiana”-ban dolgozó Für Ádám legényt 1777-ben megbünteti „ob turpes excessus et emansio noctis mediae et quidem in loco suspecto”. A legény erre bosszúból a budai céh gyűlésén résztvevő Rácz Sámuelnek, a budai egyetem sebésztanárának beárulta pesti kollégáit, hogy azok mindent csak magisterium jalappaevál gyógyítanak.

Az erkölcsök romlásának megakadályozására követelték azt is, hogy az újonnan letelepedő nőtlen mester polgárjogának megszerzése után félévben belül meg-nősüljön, „secus eidem lances chyrurgiae affigendae interdicentur”.³² Ez a szabály különben már 1609-ben is érvényben volt. Pápán ugyanis a sebésztől „azis kívántatik, hogi feel esztendeo muluan megh hazosullion”.

A pesti chirurgus társaság öregjei arra is vigyáztak, hogy a legények által évenként tartani szokott bálakon és újévi mulatságokon csak a céh tekintélyéhez méltó, tisztességes személyek vegyenek részt. Az elővigyázat azonban nem mindig használt. Így 1769-ben is november havában „...megengetődött az mulatság, gondolván, hogy jó és böcsületessen fogják magok dolgait folytatni válostván kiki magának bizonyos személeket, mostani Senior urunk meg tudván, hogy nem mind oda való személek volnának, némelleket el akar hagyni, melyre az Társossággal föl zendült, azt feleli mit parancsol nekünk az senior, maga is csak vendég és hogy ha azon személekből, kik föl vannak írva el hadnánk, magunk is készek vagyunk el maradni, azért propter bonum pacis minnyájan el hivattattak, mely személek közül némellek csafos szajhákknak tartattak”.

A chirurgus-céhek patriarchalis élete Magyarországon körülbelül két évszázadon át tartott. Mária Terézia uralma, majd a nagyszombati egyetemnek 1769-ben orvosi karral való kibővítése, továbbá az 1770-ben létesült sebészeti tanszék a sebészcéhek hanyatlását okozta. Az erdélyi céheknek pedig a kolozsvári jezsuita Universtitáshoz 1775-ben hozzácsatolt orvos-sebészeti intézet húzta meg a halálharangot. Egyre-másra jöttek a kormány rendeletei is, melyek a céheknek önkormányzatát és privilegiumait tették tönkre. A helytartótanács már 1761-ben megengedte, hogy külföldi diplomás sebészek a céhes városokban is letelepedjenek.

Efajta intézkedések arra ösztönözték magyar mesterborbélyainkat, hogy a chirurgusi diplomát az egyetemen ők is megszerezzék. S így a sebészeti tanszéknek felállítását után 10 évvel már 211 diplomás magyar sebész él az országban. Egy 1774-ben kelt rendelet szerint csak ők kaphattak hivatalos állást és csak ők végezhetek műtéteket is. Amikor pedig a sebészek 1786-ban a doktori titulust is megszerezhették, újra azzá lett a városok chirurgus-céhe, ami volt: hajnyírók és borotváló iparosok egyesületévé, kiknek a hatóság elnézéséből régi dicsőségük romjaként megmaradt a foghúzás és a köpölyözés. Az öreg borbélyok, akik nem tudtak assimilálódni a korszellemhez, kis eldugott falvakban húzódtak meg, mint a régi jó idők chirurgus-céhjeinek utolsó mohikánjai. Lassacskán ők is elhaltak, s örökségüket, az ollót, kést, fésűt és köpölyt a borbélyok vették át.

Majd az ipartörvényről szóló 1872. évi VIII. t.-e. IV. fejezete értelmében a céhrendszer eltörlésével végleg a multak emléke lett a borbély-céh is.

³² U. o. 4. art.

THERAPIA

A budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem élettani intézetének közleménye (igazgató: Farkas Géza dr. egyetemi ny. r. tanár).

A „Lobelin Ingelheim”-készítmény mellékhatásairól.

Írta: Antal Lajos egyetemi gyakornok.

Azok az ellenőrző farmakológiai vizsgálatok, melyeket C. Jakobj és H. Walbaum a „Lobelin Ingelheim”-praeparatumon végeztek, felkeltették a figyelmet a készítmény kritikai vizsgálatára. Nevezetesen kiderült e kísérletekből — Langnak, a stuttgarti Charlottenhausban tett megfigyelései alapján —, hogy a „Lobelin Ingelheim”-készítmény nem minden esetben oly ártatlan szer, mint ahogy azt általában hisszük: nem egy esetben okozott az újszülöttnél tetaniás jellegű göresöket, sőt exitust is.¹ E tapasztalatokat a fentemlített szerzők megerősítették farmakológiai kísérleteikkel. Tekintettel a kérdés nagy gyakorlati jelentőségére, igen fontosnak látszott annak az eldöntése, hogy vajjon nálunk is vannak-e forgalomban göresokozó praeparatumok, s ha igen, milyenek a közelebbi farmakológiai tulajdonságai. E tárgyra vonatkozó klinikai adatok csak a Szövetkezetek Erzsébet-kórházának szülészeti osztályából Tóth Gida osztályvezető főorvos szívességéből állanak a rendelkezésemre.

Az osztályon körülbelül 15 esetben alkalmazták e készítményt, miután több német s magyar közlés elismerte e szer kiváló életmentő hatását úgy a magzatok, mint a felnőttek asphyxiái esetében. Az eredmények kielégítőeknek bizonyultak, természetesen a szülészeti gyakorlatban szokásos egyéb asphyxiás kezelésmód alkalmazása mellett. Igénybevették e szert elhúzódozó szülésekkor, magasfogóműtétnél s lábrafordítás után kifejlődött asphyxiáknál: egy esetben sem mutatkozott figyelemreméltó káros mellékhatás. A magzat minden egyes esetben életben maradt. Azonban a kórház injectioserieise kifogyván, új lobelin szállítmányt hozattak s ennek mindjárt az első alkalmazásakor sem sikerült az asphyxiás magzatot életre kelteni, habár minden egyéb therapiás eljárást is megkíséreltek. Tekintve azonban a nehéz körülményeket, melyek között a szülés végbement, nem írható a sikertelen asphyxiakezelés teljesen a lobelin káros hatására. Mivel azonban ez időben jelent meg a külföldi irodalomban a „Lobelin Ingelheim” nem várt mellékhatásairól közlés, ráterelődött a figyelem az új szállítmányra, s így került hozzám vizsgálatra a fenti készítmény, eldönteni azt, hogy mennyiben részes a „Lobelin Ingelheim” a fenti klinikai eset lefolyásában.

A praeparatummal megejtett kísérleteim a következők:

I. kísérlet. 1925. augusztus 14-én.

Célom volt e kísérlettel eldönteni azt, hogy az inkriminált lobelinkészítménynek tényleg megvan-e az irodalomban megemlített göresokozó hatása s ezzel a fent leírt kétes klinikai esetre világot vetni. A vizsgálatra az Erzsébet-kórházból származó 484.311. sorozatba tartozó, kétampullás „Lobelin Ingelheim”-dobozt vettem igénybe.

A vizsgálat lefolyása:

1. számú béka (39 g).

11 óra 37 perc: Az állat az alsó végtagjának lymphatasakjába kapott 0.5 cm³ (0.0015 g) lobelin hydrochloricumot (testsúlygrammra 0.039 mg).

11 óra 50 perc: Szaporább s felületesebb légzés jelentkezik, az állat nyugtalanul ugrál.

12 óra: Ugyanazon állapot, melyhez salivatio társult.

Ezen izgalmi jelenségek a kísérleti állatnál még félóra hosszat megmaradtak.

2. számú béka (56 g).

11 óra 43 perc: 0.003 g lobelin hydrochloricum-injectio (testsúlygrammra 0.053 mg).

11 óra 54 perc: Spontán izomrángások mutatkoznak.

12 óra: Külső ingerre (ütés, szúrás) reflexes, strychninszerű göresök mutatkoztak.

12 óra 15 perc: Reflexgöresök erősen fokozottak.

12 óra 30 perc: Az izomtonus kezd csökkenni, az állat hátára fektetve, ezen helyzetében megmarad.

12 óra 45 perc: Erős bénulás, a béka tonusa fel-tűnően leszállt.

(A kísérleti állatok egy pár óra leforgása alatt elpusztultak.)

E vizsgálat beigazolta, hogy a „Lobelin Ingelheim“-praeparatumok között csakugyan vannak göres-
okozó tulajdonságúak és így érthető a mérgezési tüne-
tek fellépése.

II. kísérlet. 1925 szeptember 16.

Ezen kísérletet 37 C°-on tartott, oxgyennel átára-
moltatott, tyrodeoldatban² lévő, túlélő házinyúl-
bélén végeztem. Arra gondoltam, hogy a göresokozó
„Lobelin Ingelheim“ s a hivatalos *tinctura lobeliae*
összetételükben eltérően, a túlélő házinyúlbélre külön-
bözőképpen is hatnak s ezen esetleges hatáskülönbség
physiologiai értelmezése útmutatást fog adni az ismer-
etlen göresokozó mérge hovatartozására vonatkozó-
lag, tekintettel arra, hogy a göresokozó alkatrészt meg-
határozását célzó chemiai vizsgálata a „Lobelin Ingel-
heim“-praeparatumoknak negatív maradt (Kliegl, Tü-
bingen¹). Azonban a kísérlet nem adott választ a
kérdésre: több esetben kapott a körülbelül 70–75 cm³
tyrodeben lévő bél a tízszeresére hígított „Lobelin In-
gelheim“-ből 0.5 cm³-t (0.15 mg) s az 1:10 hígítású tinc-
tura lobeliaéból szintén 0.5 cm³-t, azonban mind a
kettő egy irányban hatott: úgy a tinctura, mint a lobe-
lin hydrochloricum mültö contracturát okozott; ez
utóbbi hatása valamivel erősebbnek mutatkozott (a
tincturában lévő alkohol izgóató hatása a bélre, a ha-
táshoz viszonyítva, teljesen elhanyagolható). Vagyis
nem sikerült — legalább is a túlélő bél funkciójára vo-
natkoztatva — oly qualitativ különbségeket találni a
két készítmény között, mely útmutató lenne az illető
göresokozó mérge közelebbi természetére vonatkozó-
lag, illetőleg, hogy melyik csoportban keressük az ismer-
etlen mérget.

III. kísérlet. 1925 szeptember 22.

Ezen kísérletben az Egyetemi Gyógyszertárból
származó hatampullás, 484.311. sorozatú „Lobelin In-
gelheim“-készítményt vettem vizsgálat alá. Különböző
mennyiségeit injiciáltam az előbbi kísérletben jelzett
módon 1–6. számú békának; göres s minden más fel-
tűnő jelenség fellépése nélkül, az állat, az adag nagy-
ságától függően, erőteljes légzés után rövidebb-hosz-
szabb idő múlva megbénult. Az 5. számú békánál (ka-
pott 2.4 mg-t, testsúlygrammra 0.043 mg-t) az alsó vég-
tagban izomrángások jelentkeztek. Összehasonlítá-
sul három békának viszont tinctura lobeliaet feekendez-
tem be: ugyanazon jelenségek mutatkoztak az alsó
végtagokban fellépő izomrángásokkal. Vagyis e kísér-
letekből kitűnt, hogy ezen sorozat „Lobelin Ingelheim“-
nem rendelkezik tetanizáló sajátságokkal. Az egyes
állatoknál fellépő izomrángások nem voltak göresök-
nek tekinthetők, hanem a lobelin specifikus pharma-
kologiai sajátságának, amint az az irodalomban ismer-
etes is.³

IV. kísérlet. 1925 szeptember 23.

A vizsgálat az Erzsébet-kórházból származó
újabb, két ampullát tartalmazó 473.712. számú praepa-
ratummal folyt le. Az állat (67 g) 3 mg lobelin hydro-
chloricumot (testsúlygrammra 0.047 mg) kapott az alsó
végtagjának lymphatasakjába, de éppúgy, mint az
előző kísérletben, semmi feltűnő jelenség nem mutatko-
zott: az állat erőteljes légzés után egy félóra alatt meg-
bénult.

Lehetségesnek tartottam, hogy a készítmény elő-
állításakor, vagy az ampullába való dosirozásakor,
lúgos közegben a lobelin oly elváltozásokat szenved,
melyeknek eredményeképpen valamely göresokozó ve-
gyület keletkezik. Ezt a feltevést eldöntendő 1 cm³
„Lobelin Ingelheim“-hez 0.25 cm³ 1%-os Na₂CO₃-oldatot
adtam: fehér, túrócsapadék keletkezett, mely pár

órai állás után a folyadékhoz adott kevés destillált víz
feleslegében feloldódott. Ezen oldatból adtam a béká-
nak 1.0 cm³-t: az állat 10 perc leforgása alatt teljesen
megbénult.

A remélt göresokozó hatás nem jelentkezett, sőt
a Na₂CO₃ vagy a felszívódás sebességét fokozta, vagy
a hatást erősítette, mert a bénulás megismételt kísér-
letekben is, időben sokkal hamarabb jelentkezett, mint
az előbbi esetekben.

V. kísérlet. 1925 szeptember 23.

E kísérletben hígabb, n/100 NaOH, 0.25 cm³-ével
kezeltem a készítményt s békának injiciálva ennek
1 cm³-ét, ugyanazon jelenségek mutatkoztak, mint az
előbbi analog esetben: a bénulás itt is hamarabb fejlő-
dött ki.

VI. kísérlet. 1925 szeptember 23.

Túlélő házinyúlbélén qualitative egy értelemben
hatottak úgy a fenti lúgos közegben tartott „Lobelin
Ingelheim“-, mint a nem kezelt készítmény. Mindkettő
erős, gyorsabban, avagy lassabban mültö contracturát
okozott: a lúgosított készítmény contracturája kissé
maradandóbbnak mutatkozott. Ellenőrzésül megfelelő
mennyiségű (0.1 cm³) n/100 NaOH-t is kapott a bél, de
ez semmi hatást sem hozott létre, jelölül annak, hogy a
tartósabb contracturában a lúgnak nincs szerepe.

Összefoglalás.

Az I. kísérlet eredményeképpen beigazolódott, hogy
nálunk is vannak göresokozó „Lobelin Ingelheim“-praepa-
ratumok elterjedve. A mérge közelebbi chemiai,
vagy physiologiai természetéhez azonban 2–6. kísér-
leteim sem vittek közelebb; így, míg ezen ismeretlen
göresokozó mérge összetétele, illetve pharmacologiai
definíciója nem ismeretes, feltétlenül szükséges —
tekintettel a várható veszélyekre — minden nagyobb
„Lobelin Ingelheim“-szállítmány pharmacodynamiás
vizsgálata, legalább is addig, míg e gyanús készítmé-
nyek a forgalomból el nem tűnnek.

Irodalom: ¹ C. Jakobj és H. Walbaum: Pharm.
Untersuch. über eine unerwartete Nebenwirkung des
Lobelinpräparates Ingelheim. Zentralbl. f. Gyn. 49. évf.,
32. sz., 1796. old. — ² A tyrodeoldat összetétele: NaCl:
0.8%, NaHCO₃: 0.1%, glukose: 0.1%, KCl: 0.02%, CaCl:
0.02%, MgCl₂: 0.01%, Na₂HPO₄: 0.005%. — ³ Wieland: Über
die Alk. der Lob. Pfl. Ber. d. deutsch. chem. Ges. 1921,
54. évf., 8. sz., 1784. old.; Pharm. Untersuch. am Atem-
zentrum. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1922, 92. köt.,
4–6. füz., 195. old.

DIAGNOSTIKA

A debreceni kir. m. Tisza István Tudományegyetem
belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr.
egyetemi ny. r. tanár).

A serum formalin-reactiójáról.

Írta: Földessy Zoltán dr., klinikai gyakornok.

Gaté és Papacostas 1922-ben colloidlabilitása re-
actiót közölt le, amely abból áll, hogy a vér serumá-
hoz néhány csepp formalint adva, az 24 órán belül
megkocsonyosodik. Ők a reactiót luesre tartották je-
lemzőnek, de — mint ők maguk írják — nem specifi-
kusnak, mivel a reactio más betegségnél is positiv
lehet. A reactio egyszerűségénél fogva természetesen
óriási gyakorlati jelentőséggel bírna még akkor is,
ha csak a charakteristikus jelző illene rá.

A reactiót legelsőnek Fernando Rinkon Torre
vizsgálta utánuk és a kapott eredményeket a Wasser-
mann-reactióval összehasonlítva, a két reactio eredmé-
nyeit meglehetősen egybevágónak találta. De a néhány
eset (47) nézetünk szerint nem elegendő objectiv véle-
mény alkotásához. Még ugyanazon évben Bessmanns
két cikkben foglalkozik a reactióval és arra a tapasz-
talatra jut, hogy a meleg a formalin-reactiót gyor-
sítja, de ugyanakkor a serum complementkötő képesé-
sége elvész. Ebből nyilvánvaló, hogy a formalin-reac-
ciónál a kocsonyakepződést más anyag okozza, mint a
Wassermann-reactiónál a complementkötést. Ugyan-

csak *Bessmanns* egy influenzajárvány alkalmával a serum sőtartalmát vizsgálta és ez alkalommal azt tapasztalta, hogy a serum-sóconcentrációnak változása a reactio idejét és létrejöttét befolyásolja. *Combiesco* fehérje-injectióval a serum colloidegyensúlyát zavarta meg s ilyenkor a formalin-reactio egészséges egyének-nél is mindig pozitívra vált. Leggyorsabban állott be a pozitív reactio anaphylaxiás shock esetén. Ezek után önként felvetődik a kérdés, hogy a serumnak melyik alkotórésze az, amelyik a formalinnal olyan reactióba lép, hogy megkecsenyásodik. A feleletre nem kellett sokáig várni. Még ugyanazon évben *Kürten* vizsgálatai kiderítették, hogy pozitív reactio esetén a serum fehérjei megszaporodtak. A fehérjék közül a globulinoknak tulajdonítja a reactio létrejöttében a legnagyobb szerepet. Véleménye szerint a reactio lényege a serum dispersitásának csökkenése. Végül a szerző rámutat arra, hogy betegségek hasonló serumtulajdonságokkal (malaria, lues, tuberculosis, skarlát) formalinnal szemben hasonlóan viselkednek. *Reiner* és *Márton* vizsgálatai még egy lépéssel tovább visznek bennünket. Ők kimutatták, hogy formalin hatására az albuminok mennek át szilárd halmazállapotba, de az átváltozás csak akkor lehetséges, ha a serum durva, dispersiós alkotórészei (globulinok, lecitinek) megszaporodtak. *Mack-Kie* ezen vizsgálati eredményeket gyakorlatilag is kihasználta és a reactiót kala-asarnak malariától nehezen eldifferenciálható eseteiben alkalmazta állítólag jó eredménnyel. Majd újra *Gaté* és *Papacostas* azt írják, hogy a typhus abdominalis második hetében szintén pozitívra lesz a reactio és az is marad a defervescens stadium beálltáig. *Kürten* tovább foglalkozott e témával és vizsgálatai után a reactiót diagnostikai segédeszközzül endocarditis lenta felismerésére ajánlotta. Ennél a betegségnél a globulinok szerint annyira felszaporodtak, hogy a reactio, nem mint a luesnél, 24 óra alatt, hanem legfeljebb két óra alatt pozitívra válik. A reactio kivitele a következő: 1 cm³ serumhoz két csepp lakmusneutralis formalint adunk, összerázzuk, azután szobahőmérsékleten állni hagyjuk és a kocsonyaképződés idejét megfigyeljük.

Mi a klinikánkon 500 esetben végeztük el a reactiót és a következő eredményeket kaptuk: pozitív reactiót 58-szor találtunk. Öt perc múlva állott be a reactio három esetben: Endocarditis lenta 2, pyloethrombosis 1 esetében. Félóra alatt állott be a reactio 10 esetben: Stenosis ostii ven. sin. 2, insufficiencia aortae 1, endocarditis ac. 1, gangraena pulmonum 1, tuberculosis pulmonum et laryngitis 1, tuberculosis peritonei, amyloidosis 1, cirrhosis hepatis atroph. 1, glomerulonephritis et endocarditis ac. 1, diabetes mellitus 1 esetében. Két óra alatt állott be a pozitív reactio 6 esetben: tuberculosis pulmonum 2, polyarthriti rheumatica 3, abscessus frigidus és spondylitis 1, malaria tertiana 1 esetében. Négy óra alatt állott be a pozitív reactio három esetben: polyarthriti rheumatica 1, bronchitis putrida 1, bronchiektasia 1, peritonitis adhaesiva 1 esetében. Hat óra alatt állott be a reactio két esetben: peritonitis tuberculosa 1, pneumonia crouposa 1 esetében. 24 óra alatt állott be pozitív reactio 28 esetben: endocarditis lenta 1, insufficiencia aortae, myodegeneratio cordis, lues 4, stenosis mitralis et aortae 1, hypertonia, arteriosclerosis 1, embolia cerebri et arteriosclerosis 1, pleuritis tuberculosa 2, tuberculosis pulmonum 3, peritonitis tuberculosa 3, cholelithiasis 2, cirrhosis hepatis 1, ulcus ventriculi 1, carcinoma ventriculi inop. 1, enprostatitis 1, diabetes mellitus 2, influenza 1, typhus abdominalis 1 esetében. 48 óra alatt 1 esetben állott be a pozitív reactio: hyperthyreosis 1 esetében. A negatívok közül lueses volt 19, tuberculosisos 8, corcinomás 5, endocarditis lentás 1, egyéb fertőző megbetegedés (typhus abdominalis és malaria) 5, összesen 38 esetben.

A vizsgálatainkból világosan látható, hogy a pozitív formalin-reactio egy betegségre sem mondható jellemzőnek s éppen akkor szokott bennünket cserbenhagyni, amikor differentiaaldiagnostikai szempontból leginkább szükségünk volna rá.

Irodalom: *Gaté* és *Papacostas*: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. 1922. — *Fernando Rukon Torre*: Arch. de cardioly. haemat. 1922, 7. sz. — *Bessmanns A.* és *L. van Boeckel*: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. 1922, 28. sz. — *Combiesco*: Cpt. etat 1922, 25. sz. — *Kürten H.*: Biochem. Zeitschr. 1922, 133. és 135. köt. — *Reiner L.* és *A. Márton*: Zeitschr. f. Immu-

nitätsforsch. und Exp. Ther 1923, 36. köt. — *Mack-Kie F. P.* Indian med. gaz. 1922, 57. sz. — *Gaté* és *Papacostas*: Cpt. rend. des seances de la soc. de biol. 1923, 37. sz. — *Kürten H.*: Klin. Wochenschr. 1923, 42. sz., 1962. oldal.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Összefüggés az exsudatív diathesis és vegetatív idegrendszer között. *H. Wittgenstein.* (Wiener Archiv f. inn. Med. 1925, 11. köt., 417. old.)

Az exsudatív diathesis (gyermekkori ekzémák) és asthma bronchiale közti összefüggés rég ismeretes. Szerző közölt eseténél ezen syndromák mellett paroxis-malis tachykardiás rohamokat is észlelt. Felhívja a figyelmet a betegség szembeéltl hereditásos jellegére is, amennyiben a beteg gyermekeinél a gyermekkori ekzémák és asthmás rohamokon kívül a paroxis-malis tachykardiás bántalom szintén szerepel. A betegség megjelenésének egyező időpontja (apa és fiánál) a 18. és 19. életév, valamint annak hasonló subjectív tünetei (oppressio-érzés, hideg izzadás, hűvös végtagok a roham kezdetén) ugyancsak hereditásra utalnak. Szerző az exsudatív diathesisek (gyermekkori ekzéma, asthma stb.) és a vegetatív idegrendszer ezen funkciózavara között oki összefüggést tételez fel s szerinte érdemes lenne figyelemmel kísérni minden exsudatív diathesises esetben a vegetatív idegrendszer működését is.

Fischer dr.

A légutak gyulladásos megbetegedésének kezelése transpulminnal. *Lörcher.* (Münch. med. Wochenschrift 1925, 40. sz.)

Szerző tapasztalatai szerint a transpulmin a légutaknak minden pneumococcus okozta megbetegedését előnyösen befolyásolja. A transpulmin chininum basi-cum anhydricumnak és camphornak tiszta és tartós oldata aetherikus olajokban (100 részben 3 rész chininum basicum anhydricum és 2-5 rész camphor). Adagolása napi 2 cm³ intramuscularisan. Előnye a per os adagolt chininnal szemben az, hogy a naponkénti intramuscularis injectiókkal az izmokban chinindépókat létesítünk, melyekből a chinin állandóan felszívódva, a vér chinintükrét jobban emeli, mint per os adagolva. A vérből így a chinin nagyobb mennyiségben raktározódhat fel a tüdőben, ahonnan a köpettel lassan kiválasztásra kerül. Ehhez hozzájárul még a camphornak a tüdőereket tágító és az aetherikus olajoknak a légutakra gyakorolt nem-specifikus hatása is. A transpulmin alkalmazását elsősorban bronchopneumoniánál, postoperatív pneumoniánál és bronchitisnél ajánlja.

Dvorák dr.

A familiaris és constitutionalis tényező szerepe az anaemia perniciosában. *Neuberger.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925, 35. sz.)

Az irodalomban jelenleg gyakran nagy jelentőséget tulajdonítanak az anaemia perniciosa aetiologiájában a familiaris vagy constitutionalis tényezőnek, bár ezt sem a felhozott, kétségtelennek látszó néhány eset nem erősíti meg, sem pedig a *Martius* iskolája által ezen érv mellett közölt néhány familiaris achylia gastrica nem támogatja eléggé. Szerző vizsgálatai sem tudták az ilyen irányban felhozott bizonyítékokat megerősíteni.

Szabó dr.

Lues-reactio activ vérsavóval. *Jourdan.* (Münch. med. Wochenschr. 1925, 39. sz.)

Már régen kimutatták, hogy a vérsavó inaktíválásakor reactiós testek (reaginek) pusztulnak el, melyek a Wassermann-reactio létrejötténél szerepet játszanak. A reaginek általában nem hőállóak. Egyrészük könnyen kiesapható, más részük nehezebben kiesapható globulinekhöz van kötve. Mennél erősebb a kapcsolat a globulin és a reaginek között, annál magasabb hőmérséklet kell elpusztulásukhoz. A savó 56°-on való inaktíválásakor azok a reaginek pusztulnak el, melyek a könnyebben kiesapható globulinekhöz vannak kötve. Hogy ezek hatásukat a reactióban szintén kifejezhessék, a savót egyszerűen nem kell inaktíválni. Mivel azonban a vizsgálandó savó complementhatása állás-közben csökken, sőt teljesen meg is szűnhet, ismert complementet szükséges hozzáadni. Bebizonyosodott, hogy némely activ savóval végzett Wassermann-reactio pozitív volt akkor, midőn ugyanazon egyén in-

aktivált savója nem kötött; viszont néha az inaktivált savó pozitív Wassermann-reactiója mellett az activ savó nem kötött, bár az aktiv savóban okvetlenül több reagálnak kell lennie. Ez utóbbi csak úgy magyarázható, hogy az embersavó ismeretlen és a tengerimalac-savó ismert complementjének hatása összegeződött, s így fölös mennyiségben lévén, teljes haemolysist okozott. Tekintettel erre, a szerző különböző hígítású savókat készített, mely hígításoknak $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{2}$ cm³ 0.1; 0.05; 0.25 stb cm³ savót tartalmazott. Kísérleteinél ezen hígításokból csak a 0.1 és 0.05 cm³ savót tartalmazók váltak be. A jelzett módon hígított két savómennyiséghez 0.5 cm³ 1:10 hígítású tengerimalac-complementet és 0.5 cm³ szokásos hígítású antigént adva, egy óráig 37°-os thermostatban tartotta. 1 cm³ haemolyticus systema hozzáadása után ismét thermostat. Leolvasás $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ és 1 óra múlva. Ily módon 816 savót vizsgált meg, egyidejűleg inaktivált savóval is végezve Wassermann-reactiót és S. G.-reactiót. Végeredményben az activ savóval több pozitív eredményt kapott, főleg friss és latens syphilismegbetegedéseknél az activ serummal 7–14 nappal korábban mutatott ki leuest, mint rendes Wassermann-reactióval. Csupán 4 esetben volt pozitív reactio, amikor klinikailag lueses megbetegedés kizárható volt. Szerző szerint eljárása a Wassermann-reactio mellett igen jó segítőeszköz minden latens (Wassermann-negatív) eset diagnosztizálásában.

Dvorák dr.

A basedowosok működési ál-mitralstenosisa. G. Bickel. (La Presse Méd. 1925, 69. sz.)

A kórkép physikai jeleit a pitvar hyperkinetikus összehúzódása által abnormisan megerősödött véráramnak az atrioventricularis szájadékon való áthatolása hozza létre, mely a kamradiastole végét jelző, subvalvularis vérvisszáramlástól szűkítve van. A pitvar a túlságos peripherikus vérszükséglet okából vértartály voltán kívül kisegítőképp kihajtó működést fejt ki.

Horváth László dr.

Sebészi lehetőségek a Parkinson-betegségben. P. Wertheimer. (La Presse Méd. 1925, 79. sz.)

Leriche óta (1912) többen végeztek részint ramiectiót, részint radikotomiát, aszerint, hogy a Parkinson-betegséget (és a status postencephaliticust) jellemző rigort miként magyarázták (extrapyramidalis, vagy elsősorban pyramidalis?). Mind a rigort, mind a reszketést illetőleg bizonyos eredményeket értek el, úgyhogy érdemes folytatni a kísérleteket.

Horváth László dr.

Az oxygenbelégzés hatása a vérnyomásra. H. Simon. (Klin. Wochenschr. 1925, 40. sz.)

A szerző vizsgálat tárgyává tette az oxygenbelégzés hatását a vérnyomásra. E célból naponta néhányszor 5–8 percig tartó belégzéseket végeztetett és úgy a belégzések előtt, mint utánuk hosszabb ideig sorozatos mérésekkel ellenőrizte a vérnyomást. Azt tapasztalta, hogy a normalis vérnyomásra az oxygenbelégzés semminemű hatással sincs, míg a kórosan fokozottat gyakran már az egyszeri, néhány percig tartó belégzés is 20–30 Hg-mm-el csökkentette. Napokon át rendszeresen végzett oxygenbelégzésekkel néha 50–70 mm-es süllyedést is sikerült produkálnia és azt heteken át fenntartani, miközben a betegek subjective is jobban érezték magukat. A hatás olyan esetekben is előállott, ahol a vese nem volt intact. Szerző azonban hangsúlyozza, hogy korántsem sikerült hypertonia minden esetében eredményt elérnie.

Czoniczner dr.

Sebészet.

A bélsarkomák kór- és gyógytanáról. S. R. Mirowski és N. W. Saccharow. (Arch. f. klin. Chir. 130. köt., 1–2. füz.)

Három saját esetének részletes leírása kapcsán a klinikájukon észlelt bélsarkoma-eseteket dolgozzák fel. Francia szerzőkkel egyetelműen azt találják, hogy a bélsarkoma férfiaknál gyakoribb, mint nőknél. Bélrákhoz viszonyítva 100-szorosa ritkább. Kóroktan homályos. Traumának kevés fontosságot tulajdonít, ellenben a bél tuberculosus és bélsarkoma között bizonyos esetekben összefüggést lát oly értelemben, hogy a nyirok-mirigyek tuberculosus duzzanata adott esetben rosszindulatúvá fajulhat. Röviden leírja a klinika 31 esetét. Az irodalmi összeállításból Hüttel ezirányú kiváló munkája hiányzik.

Herresbacher dr.

Az epehólyagnak Graham-Cole szerint tetrabromphenolphthaleinnel Röntgenen láthatóvátételéről szerzett tapasztalatok. P. Kaznelson és F. Reimann. (Klin. Wochenschr. 1925, 29. sz.)

30 esetben kísérelték meg e szerrel az epehólyagot láthatóvá tenni és mindenekelőtt azt tapasztalták, hogy a tetrabromphenolphthalein nem indifferens szer. A melléktünetek, melyek az injectió minden esetben kísérik, az esetek felében (16) átmenetiek és többé-kevésbé lényegtelenek voltak. Kilenc esetben erősek, 2 esetben collapsushoz vezettek, sőt 4 esetben olyan fenyegetőek voltak, hogy a második injectiót be sem merték adni. Elégséges az injectio után 8 órával egy képet készíteni, melyen igen jól látható az epehólyag adta árnyék. Ep epehólyag szép árnyékot ad és az árnyék hiánya az epehólyag és az epeutak kóros elváltozására utal. Megvizsgálták a láthatóvá tett epehólyag viselkedését a Wittepepton-reflex és pituitrinhatás szempontjából, melyek mindegyike az epehólyagot összehúzódása ingerli.

Herresbacher dr.

Harmadfokú égések kezelése. Prof. G. Riehl. (Wiener klin. Wochenschr. 1925, 30. sz.)

Súlyos égések esetében a halál a hő által a bőrben keletkezett és innen felszívódásra jutó fehérjeszétési termékek miatt következnek be. Weidenfeld és v. Zumbusch leghelyesebbnek tartják, ha az elégett bőrből mennél nagyobb részletet eltávolítunk, hogy ezt a felszívódást elkerüljük. Mások gyakori konyhasó-infúsiókat ajánlanak. Prof. Riehl két eset kapcsán kitűnő eredményt ért el vértransfúzióval s súlyos égések esetében ezt mint a legbiztosabb mentési módot ajánlja.

Pernyész.

Kiterjedt vékonybélresectio esete. P. Flosdorf. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 29. sz.)

Közlése azon tapasztalat igazolásul szolgál, hogy nagyobb, 2–3 m-t kitevő vékonybélreszet eltávolítása nem végezhető a beteg nagyfokú leromlásának veszélye nélkül. Betegén mégis kénytelen volt mintegy 2 m-nyi vékonybelet resekálni. E nagy beavatkozást igénylő helyzetet a beteg előbbi kezelő-örvosa teremtette meg, kinek curettje a 2. terhességi hónapban lévő asszony uterusán áthaladva, a tubákat, ovariumokat elroncsolva, még a Douglasban is megkaparta a belet, a vékonybélnek pedig mintegy két méternyi darabja volt részben roncsolva, részben mesenteriumától megfosztva; ebből körülbelül egyméternyi már a vizsgálatkor látható volt, amennyiben a vaginából lógott ki. Az említett resectio és a 10 cm-nyi uterussal bevarrása megtörtént, a beteg meggyógyult. Azóta mensese nem szűnt meg, mert az egyik ovarium egy része épen maradt, de testsúlya erősen csökkent, emésztési zavarokkal küzd, haemoglobinja 60-ra szállt alá s a 29 éves beteg ma, három évvel a műtét után annyira elerőtlenedett, hogy munkaképtelenné vált.

Zsedényi Gábor dr.

Szögextensio, aseptikusan eltávolítható perforáló szög. Prof. Landow. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 30. sz.)

A perforáló szög új alakját írja le, mellyel a fűrási csatornának a szög eltávolítása, illetve áthúzása alkalmával előfordulható fertőzést kívánja elkerülni. A szög szerkezetének lényege az, hogy a tulajdonképeni szöget két, a szög közepén összeálló fémhüvely fedi, e hüvelyek folytatását pedig a szög két végére csavarható hegyes rész, illetőleg a túloldalon az elektromos fűróba illő rész képezik. E két végdarab a szög behelyezése után a nyújtószinór rögzítésére szolgál tengelyekkel cserélhető fel, melyek ezenkívül a Steinmann-féle szilárdítókegnyel alkalmazását is lehetővé teszik. A szög eltávolítását az ellenkező oldali tengely lecsavarása után a fémhüvelyen át végzi, utóbbit pedig két darabban, mindkét csontesaternanyílásból külön-külön hozza ki. Szorgos bakteriologiai vizsgálatok bizonyítják a használt szögek esirmentes voltát.

Zsedényi Gábor dr.

Az aneurysma arteriovenosum operatiója. Prof. Hohlbaum, Leipzig. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 32. sz.)

A arteria femoralison a canalis adductoriusba való belépés előtt lévő jércetójásnyi aneurysma arteriovenosum operatív megoldása a következő eljárással sikerült. A beszájadzó edények s az aneurysmazsák kipaeparálása után a zsák elülső falát felhasítva kitűnik, hogy az arteria oldalán egy-egy erős vena halad. A medialis sérülés nélkül lefejtethető, a lateralis a zsákba nyílik. A beszájadzásokat körkörös kimetszi

a zsák falából, úgyhogy körülbelül $\frac{1}{2}$ cm széles pereme marad, majd az így képzett peremet a hátsó összenövéséből is kiszabadítva, az edénycsomókat ütköző alakot formálja. A varratot U-öltéssel kezdi, a be- és kiszűrés pontosan az áthajlási helyen. Az öltések csomózásakor az ütköző széle merőleges az edény hossz tengelyére. Utána matrac-varrattal körülvarrja, s végül pár csomós öltéssel egyesíti a perem külső szélét. Előnye az eljárásnak, hogy az intima már fennálló kiboltosodását a varrásra alkalmassá teszi, továbbá, hogy a varrat technikája egyszerű, nem vág át, mert az edényfal igen erős az áthajlási helyen. Jól tart, s nem okoz lumenszűkületet. Fő előnyét a resectióval szemben főleg abban látja, hogy a fennálló hézagot nem növeli. Esetében körülbelül 3–3½ cm rés volt, ami az aneurysmázsák szokásos resectiójánál körülbelül 6 cm lenne s csak jelentékeny feszüléssel végezhetnők a varratot.

Szépe dr.

Urologia.

Nephritis dolorosa. Conrad Schneider. (Zeitschr. f. Urologie 19. köt., 9. füz.)

Általában a nephritis nem okoz fájdalmakat. Az idült vesegyulladások egyik csoportjánál azonban éppen a fájdalmak állanak annyira előtérben, hogy Kolik-nephritistől beszélhetünk. J. Israel szerint a fájdalmak azáltal jönnek létre, hogy hirtelen vesecompressio támad, míg a tok a nyomásnövekedésnek nem enged. Ezt bizonyítják a sokszor talált tokösszenövés. Ezzel szemben áll az a tény, hogy gyakran találni tokodanövéseket fájdalmas paroxysmusok nélkül és viszont egyes esetekben éppen petyhüdt és laza volt a tok. A decapsulált vese körül szívós kötőszöveti tok képződik és a fájdalmak mégis kimaradhatnak. Szerző a vegetatív idegrendszer momentán állapotából magyarázza a fájdalmak keletkezését. Ezt bizonyítja, hogy ezeket a fájdalmakat psychikus behatások, egyéb fájdalmakhoz képest sokkal kifejezettebben befolyásolják. Rendesen fiatal vagy középkorúak ezek a betegek, gracilis testalkattal, hosszú, vékony thoraxszal. A fájdalmak kétféle jelleggel lépnek fel: állandó és éppen ezért szinte tűrhetetlen nyomás a vesetájon, melyet külső nyomás az ágyéktájon enyhít és kifejezett a hérékbe is kisugárzó kolikák, melyek rohamokban lépnek fel és megfelelnek a vizeletlefolys megakadályozásakor mutakozó fájdalmaknak. Kezdetben havi-évi időközökben jelentkeznek a rohamok, később kisebb és kisebb időközökben. Az általános tüneteket illetőleg tuberculosos nem igen mutatható ki. Vérvnyomásemelkedés csak a betegség tova terjedésénél mutatkozik. A legtöbb esetben az adenoid garatgyűrű duzzadása mutatható ki. Attacque-ok alatt az abdominalis érzékenység igen kifejezett. A gyakran palpálható alsó vesepolus nyomásra igen érzékeny, úgy szintén a megfelelő ureter per vaginam vagy per rectum. A roham alatt a vizelet csak néhány csepp, utána bő vizeletürülés. A fehérje megjelenése igen változatos. Néha hosszabb ideig nincsen, majd egy-két portióban elég bőven mutatkozik, hogy ismét eltűnjön. A fehérje megjelenése a beteg fokozott ingerlékenységével kapcsolatos. Állandóbb, mint a fehérje, a vér. Néha csak néhány vörösvértestet találni, majd életveszélyes vérzések lépnek fel. Bakteriümok alig találhatók és különösen ez a körülmény vezethet a tuberculosos gyanújára. Ezzel szemben azonban jellemző, hogy kevés fehérvértest szokott mutatkozni még erősebb vérzés esetén is. A vörösvértestek részben frissek, mintha a húgyutak sérüléséből származnának, részben fragmentáltak, mint nephritikus vérzéseknel. Cylinderok ritkán találhatók, legfeljebb elvétve egy-egy hyalin-cylinder. Gyakran találhatók a friss vizeletben phosphatsók; néha már cystoskopice is, néha felváltva oxalatokkal. Chromocystoskopiánál a beteg oldal választja el előbb az indigót; ez igen jellemző, azonban ureterkatheterek felvezetésénél ez a különbség eltűnik. Pyelographiánál feltűnő, hogy a contrastfolyadék befeeskenedésénél előbb mutatkozik a fájdalom és a képen a medence és ureter határa igen éles. Néha nehezen dönthető el, nem áll-e fenn kezdődő hydronephrosis. Therapiája: operatív. A nephrotomiát elhagyták, ma a decapsulatio jöhet csak szóba. A tokot a hilsig kell eltávolítani és azután mint egy párna, bennmarad. Drain szükséges, mert a tokjától megfosztott vese erősen secernál. Francia szerzők a veseartériák idegtelenítését ajánlják, ez azonban igen veszélyes eljárás és nem nyújt előnyt a decapsulatio felett.

Egy szerző a feltárás után is már gyógyulást látott. A decapsulatio hatásmódjára nézve még eltérők a vélemények, Volhard szerint nem specifikus ingerről van szó, melyet az operatív beavatkozás vált ki és amely az idegek ingerlékenységét leszállítja. Rosing és Zondek szerint a vese vér- és nyiroklebcsőcsatása is szerepel, talán ezenkívül még a vese helyzetváltozása és fixálása az újonnan képződött hegyszövet által is gyógyító hatásként szerepel. A beavatkozás után a nephritis nem mutat tendenciát a progrediálására. A műteti beavatkozásokon kívül atropinkurák megkísérélhetők, suggestió kezelés, physikalikus gyógybehatások (meleg), ezeknek kevés, vagy csak ideiglenes hatásuk van a fájdalmakra. A narkoticumok kerülendők. A prognosist óvatosan állítandó fel, bár a legtöbb eset a műtét után igen megjavul.

Radó Béla dr.

A hólyagdiverticulumokról. G. Gayet és J. Cübert. (Journ. d'Urol. 1925. 19. köt., 6. füz.)

A 22 észlelés alá került férfibetegnél 17 esetben vizeletlefolysbeli akadály szerepelt a diverticulum okál (prostata adenoma, húgyveszűkület), 5-nél mechanikus okot nem találtak. Utóbbiaknál tehát az elváltozás veleszületett volt; ezek közül egy esetben a diverticulum korán, 33 éves korban okozott már tünetet, egy másik esetben pedig egyéb fejlődési rendellenességekkel társult (vese, ureter és ondóhólyag hiánya a diverticulum oldalán). A veleszületett diverticulumok leginkább az ureternyílás közvetlen közelében találhatók. A diverticulum kezelésénél az akadály megszüntetése nem elégséges, miután a genyvizelést összes káros következményével együtt a diverticulum továbbra is fenntartja. Célszerű vezetni a radialis műteti beavatkozás, melynek sikerét azonban a baj mielőbbi felismerése biztosítja, mielőtt még a gyulladások összenövéshez vezetnének. A műteti eljárások közül kis és nem összenőtt eseteknél jól alkalmazható Young módszere, mely szerint a diverticulum a hólyagba aspirálva, endovesicalis úton irtható ki. A környezettel összekapcsolódott és nagy diverticulumoknál Marion eljárását ajánlja, amikor transvesicalis úton a diverticulum nyakáig vezetett hólyagátmetszéssel történik a resectio. Az utóbbiak közül kettőnél az ureter reimplantatioja vált szükségessé és egnél a diverticulumban rosszindulatú daganatot találtak. Az operált betegeknek a halálozási százalék kisebb volt, mint a conservatív úton kezeltéknél.

Adler-Rác dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Castratio és kiesési tünetek. O. Wolmershäuser. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925. 1–2. füz.)

Úgy a méhizomrostdaganat, mint a változás korabeli vérzések gyógyítása a Röntgen-kezelés hálás feladatai közé tartozik. Természetes, hogy e kérdés körül sincs egyöntetű vélemény, mert egyesek korlátozni kívánják a méhizomrostdaganat Röntgen-kezelését, míg mások inkább műteti kezelés mellett foglalnak állást. Nemesak a változás korabeli vérzéseknel, hanem bizonyos korlátozással a méhizomrostdaganatnál is teljes biztonsággal elérjük a kívánt amenorrhoeát. Szerző nézete szerint az összes változás korba eső vérzéseknel, valamint a kezelést igénylő méhizomrostdaganatok kezelésénél a sugaras gyógyítás veszélytelen és egyszerű eljárás. Az esetleg fellépő kiesési tünetek súlyossága inkább a psychopathikus alkattól függ. A sugaras castratio kedvező eredményei után sikerült a sugármenyiség alászállításával ideiglenesen amenorrhoeát elérni. Ennek előidézése célszerűnek látszik ottan, ahol gyulladásos folyamatokkal kapcsolatos vérzések megbetegedés is fennáll: így csak jótékonyagát látták oly gümőkóros folyamatoknál, ahol a hosszú vérzések magát a folyamatot nagyon károsan befolyásolták, idült lobos függelékmegbetegedéseknél, ahol a gyakori vérzések legyengítették a beteget, végül azon folyamatoknál, ahol erősebb izgalmi jelenségek mutatkoznak, mivel a gyulladás a hosszú ideig tartó vérbőség miatt nem tud megnyugodni. Bármennyire is meg lehetünk elégedve a teljes és az ideiglenes castratio biztonságával, mégis a peteérés megszűntét különböző megjelensései és változó erősségű kiesési tünetek kísérik. A kiesési tüneteket vasomotorzavar idézi elő. Ez enyhe stenokardias-rohamhoz hasonlóan félelem és enyhe szorongóérzéssel kezdődik és szívdobogással, esetleg csekély szédüléssel kapcsolatosan a fej felé haladó hevülés érzéséből áll. A rohamot melegségérzés, a nyak

és az arc kipirulása és mérsékelt izzadás fejezi be. Ezeket az érzavarokat a petefészek belső elválasztásának megszűnése következtében az egész belső elválasztás rendszerében beálló zavar idézi elő. Ebben a petefészek mellett elsősorban a pajzsmirigy és a hypophysis vesz részt. A leírt sympathicus-neurosis nemcsak a fej idegeit, hanem a többi autonóm ideget is éri, sok rosszullet, nyálfolyás, hányinger, meteorismus, székrekedés erre vezethető vissza. Általában lelki izgalmak, testi megerőltetés, meleg fokozza a roham erősségét. Vannak esetek, amikor kiesési tünetek alig jelentkeznek, míg máskor, főleg idegességre hajlamos szervezetben munkaképtelenségre és a lelki világ zavaraira is vezethetnek. Ilyen súlyos eseteket mindenestre ritkán látunk. Az ideiglenes castratióval is jár kiesési tünet, azonban korántsem oly mértékű, mint esetleg a végleges castratio után bekövetkező. Gyógyításánál az állapotot már a helyzet feltárása is sokat könnyít. A legkülönböző nyugtatók mellett nemcsak az izzadás ellen tesz jót az atropin. Ha semmi sem használ, átmenetileg sokat segít 150–200 cm³ vér leboacsátása. A petefészekkivonatok adagolásától kedvező hatást nem látott. Petefészekrésztlet átültetése után, ha az átültetés sikerül, megszűnnek a kiesési tünetek.

Schürger dr.

Serologiai vonatkozások anyja és magzat között és a lepény electiv áteresztőképessége. Hirsfeld és Zborovszki. (Klin. Wochenschr. 1925, 24. sz.)

Az isoagglutininek meghatározásával az embernél különböző serologiai csoportok különböztethetők meg. A magzat úgy az anyja, mint az apa serologiai csoportjába tartozhat. Újszülött állatok serumá rendesen sem haemolysinek, sem agglutininek nem tartalmaz, ezek csak későbbi korban lépnek fel. A köldökzsinórvérben nincsen magzatkepezte antitest és így a magzatban található antitestek anyai eredetűek s mennyiségük mértéke a lepény specifikus áteresztőképességének. A köldökzsinórvér és a lepénymögötti vér összehasonlító serologiai meghatározásával a magzat, illetőleg az anyja serologiai hovatartozása meghatározható. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a lepény áteresztő képessége alkati tulajdonság, mely isoantitestre, haemolysinre és typhusagglutinine vonatkozólag nem egyenlő, hol az egyik, hol a másiktól bocsátatik át több. A lepény tehát bizonyos mértékben kikereszi azt az antitestet, amit áterszt. A vizsgálatok továbbá azt mutatták, hogy a magzatok fejlődése jobb, ha az anyja és a magzat egy serologiai csoportba tartozik. Ami a magzatok nemét illeti, feltűnt, hogy bizonyos csoportokban inkább születnek fiúk.

Kitűnt, hogy a lepénymögötti vérben azok az isoantitestek hiányzanak, melyek a magzatnak ártóak. Valószínű, hogy nemcsak egyes terheségi kóros elváltozások, hanem a magzatok életkilátásai is az anyja és magzat közötti alkati, serologialag kimutatható viszonyoktól függenek.

Liebmann.

Gynergen vagy hypophysin. Riedel. (Klin. Wochenschrift 1925, 37. sz.)

Terhesség megszakításánál, láztalan, tökéletlen vetéléseknél, lázas vetéléseknél, szülés alatt, a lepényi szakban s a gyermekágyban végzett összehasonlító vizsgálatok azt mutatták, hogy mindkét készítménynek egészen különálló alkalmazási köre van. Ha a méh tetanusos, hosszantartó összehúzódását akarjuk előidézni, úgy a gynergent kell választanunk, ami becses szer a szülész gyógyszerei között. Ezen alapszik a gynergen bámulatos hatása, mint prophylacticum, a terhesség művi megszakításánál, valamint a szülés műtéti befejezésénél (fogó, perforatio, fordítás, vagy császármetszés esetén). Az előidézett méhösszehúzódás segítségével elkerülhető az erősebb vérzés és a méh átfúrásának veszélye is lényegesen kisebb. Ugyanezen okból kitűnőek az eredmények szülés utáni atonia leküzdésénél, úgyszintén a septikus vetélés és lázas gyermekágy kezelésénél. Ha ezzel ellentétben a cél csak egyes átmeneti erős méhösszehúzódások létrehozása, úgy intravenás hypophysin használata célszerű. Így hypophysin a souverain fájdalomkeltő a szülés alatt s ez a legalkalmasabb a még le nem vált, vagy csak részben levált lepénynek a méh üreéből való eltávolítására.

Mindkét szer hasznavehetetlen a nőgyógyászatban metropathiás, myomás és a függelékek megbetegedéséből eredő vérzéseknél.

Liebmann.

A szülészetben és nőgyógyászatban használatos néhány készítményről. Fritz. (Med. Klin. 1925, 26. sz.)

Allatkísérletek eredménye szerint a *secoïn* hatásában teljesen megfelel a legjobb secalekészítménynek. Vetélések curette-tel történt kitakarítása előtt, vagy alatt adva, rendszeren 5–10 perc múlva a vérzést megszünteti, úgyszintén szülés után is jó eredménnyel adagolható: 10–20 perc múlva erőteljes összehúzódás jön létre. Célszerűen használható még gyulladásos függelék megbetegedéseket kísérő metrorrhagiánál, hol 5–6 napig kell egyfolytában adagolni. Kellemetlen mellékületet sem a szív, sem az érrendszer részéről egy esetben sem észleltek.

Pituisant, a glandula pituitaria hátsó lebenyének kivonatát, a szülés kitolási időszakában másodlagos fájásgyengeségnél igen jó eredménnyel adtak vizsérbe, izom közé és bőr alá. A legtöbb esetben a szülés rövid idővel a befecskendezés után bekövetkezett.

Gyulladásos függelék megbetegedésnél már nem ily jók az eredmények, bár többszöri injectio után a vérzések több esetben itt is megszűntek. Tartós eredmény csak az esetek egyharmadában volt elérhető. Ez utóbbiaknál azonban nyílt kérdés marad, hogy az ágy nyugalom mennyiben segítette ezt elő. Tökéletlen vetélést a pituisan-injectio az esetek 26%-ában tett tökéletessé. A gyógyszer csekély hatása ezen utóbbi két alkalmazásmódban biologiailag megokolt és a gyógyszer jóságát semmiben sem érinti.

Méhenküüli terhesség elkülönítő kóriszmézését célzó, úgynevezett „pituitin-reactio“, mely szerint a méhenküülivüüli terhesség okozta méh vérzést, ellentétben más okból eredő hasonló vérzéssel, az injectio meg nem szünteti, több esetben utánvizsgálva kitűnt, hogy a reactio pituisannal sem abszolút megbízható.

Ergostabilról és gynergenről még nincs végleges véleményünk.

Liebmann.

Kísérleti vizsgálatok a petefészek működéséről és hormonjáról. Zondék és Aschheim. (Klin. Wochenschrift 1925, 29. sz.)

A fehér egér hüvelyhámjának váladékában ciklusos, az ovariumtól függő elváltozások figyelhetők meg. Az ivarzás tetőpontján sajátos, eosinnal jól festődő, magnélküüli képződmények választatnak ki s így a hüvely secretiójából a petefészek működésére lehet következtetni. Ezen eljárás igénybevételével egéren végzett kísérletek azt mutatták, hogy: 1. nem-specifikus ingerek a hüvely elválasztását nem befolyásolják; 2. az állati és emberi petefészekhormon ugyanaz; 3. hogy nemcsak a tüsző falából származó anyag hatásos, hanem az emberi tüszőfolyadék is, vagyis a petefészeknek kombinált belsecretiója van, amennyiben a tüszőfalból közvetlenül, a hasürbe kiömlő folyadékból pedig közvetve, a nyirokutak mentén jut hormon a vérpályába. A hormont a thecasejt termeli. A terhességben a petefészek hormontartalma növekszik, ilyenkor nemcsak a corpus luteum graviditatisban, hanem a kisebb tüszőtömlőkben is megtalálható. Emberi lepény etetése, vagy beültetése segítségével egereknél a ciklus rendszeresen kiváltható. A lipidok csak mint oldó anyag szerepelnek, ezekhez kötve van a hormon. Csak egy féle hatékony petefészekanyag van, csak egy petefészekhormon létezik, amely fehér egéren élettaniilag titrálható és így quantitative is beállítható.

Liebmann.

Vizsgálatok a túlélő emberi hüvelyszövet glycolysiséről. Loeser. (Med. Klin. 1925, 33. sz.)

Kivágott, túlélő emberi hüvelyszövet vizsgálata azt mutatta, hogy az eukortartalmú anyagok jelenlétében tejsavat termel csírok közreműködése nélkül. A tejsavképzés mennyisége a mindenkori szövetalkattól látszik függeni, ami ilyen módon az alkatvizsgálat egészen új lehetőségét teremti.

Liebmann.

Adatok az interstitialis terhességhez. Hellmuth. (Klin. Wochenschr. 1925, 30. sz.)

Interstitialis terhesség alatt oly kúrterhesség értendő, ahol a pete a kúrtnyalakhártya azon részében ágyazódik be, amely a méhfalban fut. Mivel ez a rész csak 1–1,5 mm átmérőjű, világos, hogy a pete növekedésével a határok elmosódnak. Az interstitialis terhességet jellemzi a méh egyik sarkának elesavarodása és kiboltosulása, valamint a fundus ezáltal létrejött ferde helyzete, továbbá a ligamentum rotundum viselkedése, mely ilyenkor — ellentétben a méhenküüli terhességgel — a petezsáktól laterálisan fut. Két esetet közöl, melyek klinikailag mindenképen méhenküüli terhesség

ség tüneteit adták. Egyik esetben jelen volt a kürt adenomyomás elváltozása is. Egyébként is csak igen ritkán állítható fel a pontos diagnózis s legtöbbször méhen kívüli terhességnél több előre meg nem mondható. Ennek megfelelően a gyógykezelést illetőleg, interstitialis terhesség minden esetében lehetőleg gyors, operatív beavatkozást javallt. *Liebmann.*

Szemészet.

Optikai és működési határok a myopiás circum-papillaris atrophia corioideae-nál. *Nicoletti.* (Ann. di ottalm. 1925. sept.)

A szerző azt vizsgálta, hogy a peripapillaris atrophia nagysága megfelel-e a vakfolt megnagyobbodásának? 12 ezirányú vizsgálatának eredménye a következő: az esetek túlnyomó többségében (9) a skotoma kisebb, mint az atrophia, néha azonban (3) nagyobb, de mindig nagyobb a rendesnél. Tehát az ideghártya néha még nagyobb területen pusztul el, mint az érhártya, máskor pedig a sorvadt érhártya felett a retina még működik, bár hibásan. *Kretz Tibor dr.*

Röntgen-sugarak által okozott degeneratio pigmentosa retinae. *Casolino.* (Ann. di ottalm. 1925.)

53 éves orvosnak, ki 22 év óta Röntgen-speciálta és romlik a látása, az általa fixált tárgyak körül pedig homályos gyűrűt lát. Mérsékelt dohányos és alkoholista, Wassermann-reactio negativ. Látásélessége jobb oldalon $\frac{1}{10}$, a bal oldalon $\frac{10}{10}$. Látóterek szabados, skotomája nincs, se hemeralopia vagy nyktalopia. A szemfenéken retinitis pigmentosára jellemző elváltozás. Beteg a Röntgennel való foglalkozást teljesen elhagyja, valamint a dohányzást és alkoholt is. Néhány hónap múlva a szemfenéken egyes atrophias területek voltak láthatók és a pigmentfoltok megsaporodtak. Később a szemfenéki kép már nem változott, a subjectív panaszok megszűntek és a jobb szem visusa is $\frac{10}{10}$ lett. Minthogy a szemfenéki kép tipikus degeneratio pigmentosát mutatott, de a kor és a functionalis vizsgálat ez ellen szóltak és csupán a Röntgentől való megválás okozott javulást; valószínű, hogy a Röntgen-sugarak okozták az elváltozást. *Kretz Tibor dr.*

A pupillára ható szerek támadási pontjáról. (Münch. klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1925. 75. köt.)

Amikor az atropin pupillatágító hatását kifejti, nemcsak a sphincter- és ciliaris izomban lévő oculomotorius végződéseket bénítja, hanem az iris stromájában és érhártyában lévő egyéb oculomotorius végzésekre is hat, amely utóbbiak dilatator gátló rostok. E mellett szól: 1. Schultz-féle eserkísérlet: kutya, macska, vagy házinyúlón oculomotorius átvágására beálló mydriasis eserinre nem változik, ha csak a nervosus sympathicus is át nem vágjuk. 2. Anatómiai ok: az iris tömörked idegága, amely nem áll arányban a sphincter kicsiny voltával, még ha azok egy részét sensibiliseknek vesszük. 3. Histológiai ok: az iris ideghálózata összeköttetésben van a stroma-sejthálállal, amely a tulajdonképeni dilatator pupillae. *Becker Jenő dr.*

Gyermekorvostan.

A liquor cerebrospinalis colloid-reactióinak jelentősége a gyermekkori idegbetegségek diagnózisában. *Alfréd Marchionini.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 30. köt., 1. füz.)

A liquorban a Wassermann-reactión kívül a colloid-reactiókkal lehet különböző eredetű betegségeket diagnosztizálni. Ha liquorot bizonyos elektrolitek sorozatos hígításával összehozunk s megállapítjuk a dispersio fokának változását, kórformákra jellemző görbékert kapunk. Az aranyoldatok elkészítése nehézkes, helyette ajánlják a mastixhydrosolt, mely az aranyoldatokkal azonos értékeket ad, de kevésbé változékony és könnyebben előállítható. Szerző a normomastixot használta s *Voitel* eredményeivel összehasonlítva azt találta, hogy az aranyoldat csak a lues és meningitis-zónát különíti el élesebben. Technikája: 10 g mastixgyantát 24 órára 100 cm³ absolut alkoholba teszünk, azután lefiltráljuk és légmentesen elzárjuk. 85 cm³ absolut alkoholhoz 0.5 cm³ koncentrált alkoholos Sudan III. oldatot adunk és 1 cm³ mastixtörzsoldatot. E 10 cm³-t folytonos rázás közben belefűjük 40 cm³ kettősszer destillált vízbe, a befűvés legalább egy percig tart-

son. Félórát állni hagyjuk. Ezután egy előkísérletet csinálunk: 15 csőbe egyenként 1 cm³ 0.1–1.5%-os koncentrált konyhasóoldatot s 1 cm³ mastixoldatot teszünk. A kicsapódás 0.6–0.8% koncentrált konyhasóoldattal szokott megtörténni, ha a határ fel- vagy lefelé eltoltott, akkor 100 cm³ elektrolizhez 1 cm³ 0.5%-os natriumcarbonat-oldatot adunk. A vizsgálatok menete a következő: 12 csövet veszünk, II–XII-ig 0.5 cm³ normosoldatot adunk bele, az I–II. csőbe 0.5 cm³ liquorot teszünk, melyet a II-ből tovább víve, minden csőben felére hígítunk, ezután minden csőhöz 0.5 cm³ mastixoldatot adunk s jól összerázzuk.

Normalis liquor tiszta marad, kis zavarosodás az ötödik csőig előfordulhat, betegnél rögtön látszódik a kicsapódás pelyhekben. Meningitisnél kicsapódás van, acut toxikus hydrocephalusnál úgy viselkedik a reactio, mint egészségesnél. Luesnél a legkisebb hígításknál van a legerősebb kicsapódás, tehát a görbe balra tolódik el. Szerző a lues egyes alakjait, paralysis, tabes, lues cerebri, meningitis luetica, csak e reactio alapján elkülöníteni nem tartja helyénvalónak. A Wassermann-reactióval mindig megegyezik, egy esetében a mastixot érzékenyebbek találta. Ugyanilyen észleletei vannak *Franknak* is, aki Goldsol-reactiót végzett, *Blouquier de Claretnek* és *Brugairollenak*, kik benzoe-reactiót végeztek, szintén. Prognostikailag is fontos a colloid-reactio, mert legtovább tartja meg a positivitását. Typusos meningitis-görbe jobbra tolódik el, a III–V. csőben van a kicsapódás, meningitis tuberculosánál 1:16-nál, genyes meningitisnél 1:32-nél legnagyobb a zavarosodás. Döntők azonban a klinikai tünetek. Sklerosis multiplex gyakran ad lues-görbét. Enkephalitis epidemica részben lues-, részben normal-görbét ad, poliomyelitis szintén. A zavarosodást fehérjék okozák, az euglobulin és pseudoglobulin, némelyek a globulinok elektromos töltésének tulajdonítják. Szerző 80 esetet vizsgált s háromféle görbét állít fel: a normalis, lueses s meningitises görbét, az eljárást diagnostikai segédeszközzül ajánlja. *Henszelmann S. dr.*

A meningitis cerebrospinalis kezeléséről. *K. Ochsenius.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925. 36. sz.)

Ajánlja a vizsgált serumnak az alkalmazását. Csecsemőnél 80 cm³, nagyobb gyermekeknél egész 300 cm³-ig terjedő mennyiségét a serumnak adja intravenásan, vagy intraduralisan, de főleg intramuscularisan. Különösen az *intramuscularis* adott serum alkalmazását hangsúlyozza, könnyű kivihetősége és erős hatása miatt. Eseteik szép gyógyeredményeket tüntetnek fel. *Bókay Zoltán dr.*

Scarlatina elleni prophylaktikus oltásokról az iskolában. *F. Amenta.* (La Pediatria 33. évf., 9. szám.)

Felbátorítja *Sindoni*, *Rottini*, *Piattelli*, *Romano*, *Bova*, *Gioseffi* és *Baichich*, *Boisserie-Lacroix* prophylaktikus oltásainak szép sikerétől iskolákban, zárdákban próbálta ki 250 esetben a *Di Cristina-Caronia*-féle vaccinát oly gyermekeknél, kik scarlatinafertőzés veszélyének ki voltak téve. Minden esetben négy egymást követő napon 1–1 cm³-t injiciált. Alig néhány gyermek reagált lázzal, egyenlő az injectiók után scarlatiniform exanthema jelentkezett az injectio helyéről kiindulól, 37.8 C° hőemelkedéssel. 36 óra múlva az exanthema eltűnt, hámlás nem követte. Ezek alapján az oltásokat ajánlja a gyakorlat számára. *Jacobovics Béla dr.*

Mesterséges pneumocephalus alkalmazása a meningitis epidemicanál. *Paul Heymann.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925. 25. sz.)

Szerző szerint a pneumocephalus alkalmazásával az agyhártyák összenövése megakadályozható. A hőmérséklet láz esetén a pneumocephalus alkalmazása után sokszor 3 C°-kal eset. Pneumocephalus alkalmazásánál rendszerint olyan mennyiségű szénsavat használt, mint amennyi liquorot boesáttott le. Káros hatást ezen eljárástól nem látott. *Simkó Gyula dr.*

A gyermekkori pyelocystitis diaetás kezeléséről. *H. Aron.* (Deutsche med. Wochenschr. 1925. 36. sz.)

Szerző a kezelést arra a megfigyelésre alapította, hogy a veséknek lehető tehermentesítése mellett a pyelocystitisnél úgy a lázas mozgalmak, mint a genyek a mennyisége kisebbednek. 10 esetében teljes gyógyulást ért el azáltal, hogy a gyermekeknek úgynevezett cukordiaetát rendelt hosszabb-rövidebb ideig. Csecsemőknél testsúlykilogrammonként 12–15 g cukrot

ad s az összeukormennyiséget, mely kg-onként 50 caloriának felel meg, 1 liter vízben oldja. A második életévben kg-onként 40 caloriát ad (10 cg), a későbbi gyermekkorban testsúlykilogrammonként 8 g-ot, amely 30 caloriának felel meg. Nagyobb gyermekeknél az oldó folyadék mennyisége $1\frac{1}{2}$ liter. Kisebb gyermekeknél 2 napig, nagyobb gyermekeknél 3–4 napig marad meg emellett a diéta mellett, azután tiszta szénhydratos étrendre megy át (kétszersült, mandarin-dara, pudding stb., amelyeket a kis gyermek pép alakjában, nagyobb gyermek pedig szárazon kap). Ezután lassankint a cukormennyiséget csökkenti s a gyermeket rizs-, dara-, zsemle-, sótalan vaj- és főzelék-diétára fogja, amely mellett a wildungeni Helena-forrás vizéből $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ liter mennyiséget ad. Oly gyermekeknél, akik lázas állapotuk miatt étvágytalanok, az előírt mennyiségű táplálékot 50–100 cm³-es klysmák alakjában adja. E kezelés mellett semmiféle tünetet a bél részéről nem látott. Azon eseteknél, amelyeknél intercurrentis lázas mozgalmak folytán visszaeséseket talált, a tiszta cukornapok újbóli elővétele azonnali javulást eredményezett. Három esetben családi ápolásban maradt betegénél is hasonló jó eredményt látott.

Bókay Zoltán dr.

Elméleti tudományok köréből.

A békaszív sinushormonjáról. L. Haberlandt, Innsbruck. (Zeitschr. f. Biol. 83. köt., 1. füz.)

A szerző előző vizsgálataiban kimutatta, hogy a békaszív-sinusban oly izgató anyag képződik, mely az izolált kamrára hat; ezt az anyagot nevezte el sinus-hormonnak. Jelen kísérletben ugyanezen „hormon” hatását vizsgálta a felső szívvezérlésre. A Ringer-oldatban Straub canule-ön tartott, gyengén, vagy már nem is működő sinus oly Ringer-oldat hozzáadására, melyben egy másik sinus erőteljesen vert, sokkal gyorsabban és erősebben dolgozik. E jelenséget oly sinuson is létre tudta hozni, mely kivágva már 24–48 óra hosszat állt. Ugyanezen hatást oly teljes békaszíven is előidézte, mely $2\frac{1}{2}$ – $3\frac{1}{2}$ napig volt Ringerben és működését teljesen beszüntette.

Antal Lajos.

A pylorus szerepe a pankreas-secretióban. A. Tonkitch, Leningrad. (Pfl. Arch. 209. köt., 4. füz.)

A duodenumba vitt zsír pankreas-secretiót hoz létre, mely azonban nem nagyon kifejezett, de a nedv magas fermentumtartalmú. Egész specialisan létrejön e jelenség tej és tejszínvajkeverék hatására is, mely esetben a nedv magas nitrogéntartalmú. E hatás megmarad még akkor is, ha a gyomrot a fundus s a pylorus közti választófallal kettéosztjuk. Kimarad ellenben ugyanezen hatás, ha a keveréket a duodenumba helyezve, ezt választjuk el a pylorustól; vagyis a pylorustájékot tekinthetjük a zsírra irányuló pankreas-secretiós impulzusok székhelyének.

Antal Lajos.

Kísérleti vizsgálatok a szénsavtartalmú ásványvizek vasomotoros hatásáról. S. Hediger, Svájc. (Arch. of Med. Hydrology 1925, 8. sz.)

Az ereknek a hideg hatására bekövetkező összehúzódása pillanatnyi reactio, mely annál gyorsabb és kifejezettebb, minél nagyobb volt az előző meleg okozta értágulat. E folyamat megfordítottja nem teljesen analog jelenség, mert a hő hatására az értágulat annál később áll be, minél hosszabb ideig hatott az alacsony temperatura. Tekintettel arra, hogy e kérdés a meghűlések pathogenesisében nagy szerepet játszik, részletes vizsgálat tárgyává tette e jelenséget. Kísérleteiben a közönséges víz hatását hasonlította össze a szént-moritz szénsavdús vízzel. Ez ásványvíz hatása alacsony temperaturán nem olyan kifejezett, mint az ugyanolyan hőmérsékletű közönséges vízé; a hatást az elnyelt gázoknak tulajdonítja. Az összehúzó hatás maximuma 30–34 C° közt mutatkozik. E hatás sokáig fennáll. Ha a beteg nyugalomban marad, a vér temperaturáját a hideg fürdők egy század fokkal csökkenthetik s egyben az artériás nyomást növelik is és a pulzus frequentiáját lecsökkentik, mely még fokozódik a fürdőből való kiszállás után. Kétségtelen, hogy az artériás hypertensio és vasocnstrictio állapotában a szív nagyobb munkát végez, épp ezért e jelenségre ügyeljünk a szívbetegségek kezelésénél, különösen a kúra kezdetén. 33 C°-ú, vagy ennél alacsonyabb hőmérsékletű fürdők kontraindikáltak bármilyen természetű hypertensiánál.

Antal Lajos.

A fürdők protein- és vaccine-szerű hatásáról az ízületek gyulladásos bántalmaira. L. Schmidt és E. Weisz, Pöstyén. (Arch. of Med. Hydrology 1925 máj.)

A szerzők szerint az ízületkörüli lerakódások gyulladásos üledékből, régi vagy új infectióból, vagy tisztán metabolikus okból származhatnak. A meleg fürdőkkel való kezelésnek a célja megszabadítani a beteget e lerakódásoktól, azonban — a szerzők szerint — ilyenkor a véráramba sodródhatnak idegen proteinek, melyek — mint a vaccinák s a proteinek — általános reactiót s localis exacerbatiót váltanak ki a betegség székhelyén. Subacut rheumatismusnál megfontolatlan hydrotherapia könnyen kiválthatja e jelenségeket. A chronicus esetekben, hol a betegség s a szervezet védekezőképessége egyensúlyban van, a meleg fürdők révén a véráramba jutnak bizonyos „irritánsok” s ingerlik a védekezőapparátust. Eme vérkeringésbe adott idegentestek hatásai lecsökkenthetők hideg alkalmazásával, mely — a szerzők szerint — fixálja a toxinokat. Az első esetben a hideg alkalmazása ártalmas is lehet s növelheti a helyi infiltrációt. Ilyenkor a helyi és általános temperatura megfigyelése vezérfonalunk lehet, mint a tuberculosis kezelésénél.

Antal Lajos.

A szívverés májon át történő chemiai szabályozásáról. Asher. (Berl. Pfl. Arch. 209. köt., 4. füz.)

Takahashi és a szerző előző vizsgálatai kimutatták, hogy a máj chemiai úton módosítja a szív működését, és pedig úgy, hogy erősíti és gyorsítja a szívveréseket s a vagusingerlékenységet csökkenti. Ezen supponált anyag, mint sympathicus-izgató jellemezhető. Újabb kísérleteikben tökéletesebb és finomabb methodussal igazolták, hogy a májon perfundált folyadék a systolevolument növeli s így a máj valamilyen anyaga révén közvetlenül hat a szív működés szabályozására.

Antal Lajos.

KÖNYVISMERTETÉS

Geburtshilffiches Brevier für Ärzte und Studierende von Dr. Franz Eberhardt, Frauenarzt in Baden-Baden, früher Assistent der geburtshilffichen Poliklinik zu Halle a. S. Verlag von Urban und Schwarzenberg, 1925.

160 oldalra terjedő kis zsebkönyv, melyet 30 évi szülési tevékenységének tapasztalatai alapján, mint Kaltenbach assistense, főleg oly fiatal gyakorlóorvosok számára írt, akiknek nagy tankönyvek áttanulmányozására sem módjuk, sem idejük nincsen. Az általános részben az aseptissal, a lázas szüléssel s a fájdalom-essillapítással foglalkozik. A normalis terhesség és szülés tárgyalását teljesen mellőzi, ami sokat von le a könyv értékéből, még akkor is, ha — mint említi — elsősorban gyakorlóorvosnak írta, mert hiszen a normalis állapotok rövid recapitulációjával csak még inkább kidomborodott volna a már a bevezetésben is hangsúlyozott figyelmeztetés: schia indicatio nélkül ne operáljunk. A részletes részt a lágyrészek okozta szülési akadályok tárgyalásával kezdi (daganatok: myoma, cysta, rák) s ugyancsak ezen szakasz öleli fel a magzat fejlődési rendellenességeiből származó szövődményeket is (iker, acardiacus, anencephalus, hydrocephalus stb.). Ha már a beosztásnak ezt a kissé szokatlan módját választotta, helyesebb lett volna ezután közvetlenül a esontos medence okozta szülési akadályokat, a szűkmedencét tárgyalni s a közbeiktatott két szakaszból — I. Extrauterin, mola, hydramnion, II. Fájási rendellenességek — ez utóbbit, mint olyant, amely a normalistól csak fokozatában tér el, elsősorban említeni a szülés pathológiájában. A szűkmedencek után eléggé részletesen az eklampsia, a szülés alatti vérzések, a burokrepesztés indicatiói, a varrások, a hüvely és szeméremrés véres tágitása következik, majd az abortusra tér át, ahol a művi vetélések indicatióinak megbeszélésénél nagyon is általánosságban mozog, s mintegy az olvasóra — a fiatal, még gyakorlatlan kollégára, mert hisz ezeknek

szól a könyv elsősorban — bizza a kérdés eldöntését. Ilyen gyakorlati célra írt könyvben ezt a nehéz és kényes kérdést részletesebben s szigorúbb körvonalozással kellene tárgyalni. A terhességi vesebajok, toxikosisok, a gyakorlóorvosra nézve is fontos fejezetek, teljesen hiányzanak, s a terhességnek más betegséggel való szövődése is (tuberculosis, vitium stb.) megérdemelt volna egy külön összefoglaló szakaszt.

Több tekintetben nem értünk egyet a szerző felfogásával sem. Így pl. a 19. lapon azt mondja, hogy secalekészítmény adagolható már a szülés folyamata alatt is, ha módunkban áll azt bármely pillanatban fogóval vagy fordítással (!) befejezni. Vagy a 40. lapon a placenta időelőtti leválásának terapiájában: ergotin vagy gynergen (!) már a magzat extractiója alatt is injiciálható. Mi azt tartjuk s az általános felfogás is az, hogy a méh görcsös összehúzódását előidéző szerek csak a méh teljes kiürülése, tehát a placenta távozása után alkalmazhatók.

Jól sikerültnek mondható a műtéttani rész, amit a kölni akadémián tartott fantom-gyakorlatok nyomán írt meg. A feltételek és indiciók részletes felsorolása, a műtétek szemléltető leírása alkalmassá teszi a könyvet arra, amire szánva van, hogy tanácsadója legyen a vajdó mellett virrasztó orvosnak.

A gyermekágyi láz terapiájában főleg a caseosant ajánlja. S ha ebben nem is értünk vele egyet, annál inkább fedi felfogásunkat az a nézete, hogy a puerperalis infectio súlyosságának elbírálásában, a prognosis felállításában a klinikai megfigyelésnek nagyobb jelentősége van minden bakteriologis vizsgálatnál.

A könyv végén könnyen kezelhető terhességi időszámítási táblázat van mellékelve.

Raisz.

Physikalische und technische Grundlagen der Röntgentherapie. Írta: G. Grossmann. Urban und Schwarzenberg kiadása, Berlin-Wien. Ára fűzve 13/50, kötve 16/50 aranyárka.

A Röntgen-sugarak therapiái alkalmazásának physikai és technikai alapja az újabb kutatások nyomán kiterjedt és gyökeres változásokon ment át. Az idevágó közlemények elszórtan, nehezen hozzáférhető physikai, orvosi és technikai folyóiratokban jelentek meg. Igen hasznos munkát végzett tehát a szerző akkor, amikor ezeket egy összefoglaló munkában rendszeresen összegyűjtötte. A szerző kiváló tehetség a tudomány népszerűsítésében. A nehezen érthető és igen bonyolult felső mennyiségtani viszonyokat és törvényeket, anélkül, hogy sematizálna, egyszerű és világos magyarázat alakjában tárja a különösebb matematikai ismereteket nélkülöző orvos elé. Oly símán és mindenki által érthető nyelven vezet a legkomplikáltabb kérdéseken át, hogy az olvasó mindenütt könnyűséggel tiszta áttekintést nyer. Kimerítően tárgyalja a sugárabsorptio, sugárszóródás, a biológiai hatás, a sugármérés, a Röntgen-lámpa- és transzformátorszerkezetek újabb haladásait. Kár, hogy Küstner és mások nem eléggé beigazolt nézetei alapján a röntgenspektrográfiával túlságosan mostohán bánt el.

Kelen.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület nov. 7-i ülése.

Elnök: Borszék Károly. Jegyző: Gerlóczy Géza.

Bemutató.

Kubányi Endre: *Vércsoportvizsgálatok haemophiliás családban.* A pécsi sebészeti klinika egy súlyos haemophiliás betegével kapcsolatban azt tette vizsgálat tárgyává, hogy a haemophiliás egyén vércsoportja és a család többi tagjainak vércsoportja között minő összefüggés állapítható meg. Vizsgálataiból az derült ki, hogy a 23 éves haemophiliás férfitbeteg, annak anyja és egyetlen leánytestvére, tehát a haemophiliás egyén és a női ág, ugyanazon (II.) csoportba tartoz-

nak. A haemophiliás beteg négy fiútestvére más (III.) csoportba tartoznak. Minthogy a vércsoportátöröklésre vonatkozó észleletek szerint mindazon esetekben, amikor a szülők I–II–III. csoportba tartoznak, a vércsoportkarakter határozott törvényszerűséggel öröklődik; bemutató lehetőnek tartja, hogy a „haemophiliás factor” és a vércsoportkarakter öröklése együttesen történik. Erre vonatkozólag további vizsgálatokra hívja fel a figyelmet.

Előadás.

1. Bálint Rezső: *Vizsgálatok a gyomorfekély pathogenesiséről.* Vizsgálati eredményekről számol be, melyek ulcusbetegeknél savbásisegysúlyára vonatkoznak. 1. Ulcusbetegeknél vérenek actualis reactiója (H-ion-concentrációja) vagy savanyú irányban tolódik el, vagy a rendes értékek alsó, savanyú határán mozog. 2. Ulcusbetegeknél 20 cm³ 8%-os intravenásan adott sóoldatot nem választanak ki, míg egészséges egyének vizelete ezen injectio után lényegesen alkalisabbá válik, az ulcusosoké savanyú marad, vagy oly kis mértékben lesz lúgos, hogy a változás a reactio rendes napi ingadozásait nem lépi túl. Nagyobb, folytatódó sódagolás után egy idő múlva az ulcusos is kiválasztja az alkali. Miután az alkali vagy egyáltalában nem, vagy rosszul választódik ki, s a vér dacára ennek savanyú, kell hogy a szövetek kössék meg azt, s így az ulcusbetegeknél szöveti savanyúbbak, mint az ép egyéné. A szövetek ezen savanyú reactiója okozza azok nagyobb sérülékenységet és kisebb reactióképességet s ez lehetne az oka annak, hogy a gyomornyálkahártya bizonyos körülmények között önmérsztődés áldozata lesz s rossz gyógyulási hajlamot mutat. Ezen suppositióját előadó kísérletileg is igazolja, amennyiben azt találta, hogy állatok szövethiányai lényegesen csökkent gyógyulási hajlandóságot mutatnak, ha az állatok rendszeresen savanyú natriumphosphat és sósav keverékéből álló injectiókat kapnak. A szövetek és szövetnedvek ezen savanyú vegyhatása okozza előadó szerint az ulcus vegetatív tüneteit is. A savanyú reactio az elektrolytek eltolódásának felel meg a Ca túlsúlyával, ami a vagustonus fokozott voltával azonos. Tényleg képesek vagyunk alkalizálással az ulcus vegetatív tüneteit megszüntetni, viszont előadó azt találta, hogy az ulcus tünetmentes periódusaiban a vér reactiója alkalikusabb lesz és a sodakiválasztás is javul. A vérzések, heteroproteintherapia, Röntgen-besugárzás, atropinkezelés után fellépő tüneti javulásokat előadó szintén a reactio változásával magyarázza. A szövetek savanyú reactiója vagy a vegetatív idegrendszer változott funkciójának következménye, vagy az elsődleges tényező, amely másodlagosan hozza létre a vegetatív tonus változását. Utóbbi esetben a colloidoknak esetleg constitutionálisan változott tulajdonságán alapulhatna. Mindkét esetben realisabb alapját képviseli az ulcusdiathesisnek. Az a *Straub* által megállapított tény, hogy a szervezet savbásisegysúlya bizonyos periodicitást mutat, megmagyarázhatná az ulcus lefolyásának periodicitását is.

Id. Liebermann Leó: Az ulcus ventriculira való dispositio lényege az, hogy a gyomornyálkahártyában, különösen annak pylorikus részében, igen sok a lecitinalbumin, azon savanyú anyag, melyet évtizedek előtt kimutattott és előállított. Eppen a gyomorban van ebből legtöbb. Erről ki lett mutatva, hogy alkali nagy mértékben képes visszatartani. A fájdalmak periodicitása úgy magyarázható, hogy bizonyos anyagoknak, pl. a calciumnak egy bizonyos mennyiségre kell felgyűlni, míg a megfelelő tünetek beállanak.

Lohmayer Géza: Sebészeti szempontból megkülönböztetünk a sebgyógyulást befolyásoló és az egész szervezetet veszélyeztető acidosis. A seb gyógyulása és annak bakteriumflórája függ a seb reactiójától. *Sauerbruch* szerint a savanyúan reagáló szervezetben a sebből jobban gyógyul, az alkalikusban vegyes fertőzés pyocyaneussal, proteussal gyakori. A sarjak halaványak, a seb lepedékes, esetleg álghártyás. A szöveteknek egy bizonyos chemotactikus affinitásuk van. Osztályán *Vigyázó dr.* végzett vizsgálatokat, a cseplesz minden esetben odatapadt az alkalikus vegyhatású májsérüléshez és egy esetben sem tapadt oda a savanyú gyomorsérüléshez. Az egész szervezetet veszélyeztető sebészeti acidosis főleg aethernarkosis után következik be, de észlelték helybeli érzéstelenítés után is. Általános rosz-

szullét, bágyadtság, fejfájás, hányás, sopor, eszméletlenség tünetei, sőt nem egy esetben halál is következik be. Ketonuriát észlelünk acetón, acetecetsav és oxvyajsav megjelenésével. Ezért az amerikaiak a betegnek a műtét előtt alkaliakat adagolnak, műtét után pedig 10%-os glukoseoldatot intravenásan, súlyosabb esetekben insulint. Az acidosisban a szervezetnek mindenestre egy olyan elváltozását ismertük meg, mely sok, ma még homályos sebészeti problémára lesz hivatva fényt deríteni.

Bálint Rezső: *Sauerbruch* kiéhezett katonákon végezte vizsgálatait, akiken a rossz gyógyulási tendenciát más is okozhatta, mirigy- és reakcióeltolódás. Egyebekben *Sauerbruch*nak a szövetek reakciójára vonatkozó vizsgálatai annyira nem exactak, hogy azok a tudományos kritikát nem állják ki. De még abban az esetben sem látna lényeges ellentmondást, ha elfogadható volna, hogy az alkalikus szövetek nem bírnak megfelelő gyógyulási hajlammal, s az savanyításra megjavul. Lehetséges t. i., sőt valószínű, hogy a szövetek normalis viselkedése a savbásisegyensúly optimumához van kötve, amelyetől bármely irányban való eltolódás változott viszonyokat teremt.

2. Révész Vidor: *Cholecystographia*. Ha tetrabrom-, vagy tetrajod-phenolphthaleinnatrium frissen készült, steril oldatát venába feeskendezzük, már 3½–5 óra múlva Röntgen-vizsgálattal az epehólyag láthatóvá válik. A kép a későbbi órákban mind intenzívebb és kisebb lesz, mert az epehólyag a beléjutott festékanyagot koncentrálja. Ez karakterizálja az ép epehólyag képét. Az eljárás kellő óvatossággal mellett veszéllyel nem jár. Contraindicatiók: a cardio-vascularis megbetegedések, súlyos májbaj, anyagcsere-zavarok, súlyosabb fokú idegesség. Az eljárással 95% biztonsággal kimutatható a cholecystitis, konstatahatók az epehólyag nagyság-, alak- és elhelyeződésbeli rendellenességei, a ductus cystikus elzáródása stb. A műtét leletek óriási százalékban igazolták a cholecystographiás diagnosiseket. Haláleseteket egyet se észlelték. Újabban sikerült szájon át adva a szert, jó eredményeket elérni. Saját eseteikben (39 eset) az epehólyag mindig jól látható volt, kivéve a ductus cystikus elzáródását és a közel zsúfolt epehólyagokat, ami éppen a negatív leletből állapítható meg. A betegek az intravenás eljárást általában jól tűrték, csak jelentéktelen kellemetlenségek voltak. Két esetben thrombus, egy esetben collapsus, ami minden következmény nélkül jött rendbe. Alkalmazták az eljárást vitiumos és arteriosclerotikus egyénen is, minden kellemetlenség nélkül. A peroralis módszernél semmi említésre érdemes reakciót nem láttak. 8 esetük-nél a műtét (prof. *Manninger*) a leletet teljesen igazolta. (Felvételek vetítése.) A módszer érett arra, hogy az általános gyakorlatba bevezessük. Előbb peroralisan kell megkísérlni és ha nem kapunk kellő eredményt, intravenásan kontrollálni.

Bársony Tivadar: A hibaforrásokra hívja fel a figyelmet: a duodenumgáz, colongáz, fektetés, okozhatnak hibákat. Csontárványokba is projiciálódhatnak az epehólyag árnyéka, ilyenkor keresni kell, erre is gondolni kell.

Markovics Imre: Felvételeket mutat be tetrabromphenolphthaleinnatrium intravenásan és ovalis adagolás után, végül kóros epehólyagokat, melyekbe a beteg minden előzetes előkészítése nélkül készültek. Az epehólyag alakjának változása a jó contractió képesség mellett szól. A duodenum megtöltésével jól tanulmányozható az epehólyag s duodenumnak egymáshoz való viszonya.

Haas Lajos: Néha az átvilágítás is oly részletekre hívhatja fel a figyelmet, melyek felvételnél nem tisztázhatók. A flexura hepaticába tóduló levegő kilökhetheti az epehólyagból a tetrabrom kontraszt-anyagot.

Révész Vidor: *Bársony Tivadar* fölvételei megerősítik azt, hogy a cholecystographia nagyon használható módszer. Az idő rövidsége miatt nem tért ki sok részletre. A flexura coli hepatica rendszerint zavarja az epehólyag képét, mert a legtöbb esetben összenőtt vele. Előadó ilyenkor beöntést adat és így tisztá teremt az epehólyag számára. Kétes esetekben a fölvételt megismétli, csakis a stationær elváltozásokat tekint ki kórosnak. Volt olyan eset is, ahol a rendellenes fekvésű flexura hepatica révén tudta megtalálni a vele összenőtt és alig látható epehólyag képét (súlyos cholecystitis).

A Pécsi Egyetem Tudományos Szövetsége Orvosi Szakosztályának okt. 17-i ülése.

Elnök: Ángyán János.

Jegyző: Jakob Mihály.

Scipiades Elemér: *A méh kóros helyzetváltozásainak kezelése s annak elméleti alapjai.* (Részletesen közöltük 44. számunkban a Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának október 23-i ülés jegyzőkönyvében.)

Ángyán János a tagok nevében hálás köszönetét fejezi ki az előadónak azért a nagy munkáért, hogy a nőgyógyász-kongresszuson tartott referatuma a szakosztály elé hozta. Az abban foglalt egész új megállapítások biztosabb alapot adnak a nőgyógyászati diagnoszis és chirurgia számára, de őt, mint belorvost is rendkívül érdekelte azon számos analogia miatt, mely a méh helyzetváltozása és általában a hasi szervek helyzetváltozása között fennáll. Örömmel látja, hogy *Scipiades* tanulmánya alapján ma már a nőgyógyászok is szigorú kritériummal rendelkeznek annak megítélésében, hogy mely tüneteket tekintsenek a méh helyzetváltozása következtében előállottnak. Fontos a constitutiós momentum kiemelése az irregularis ante-flexio létrejöttében és e szempontnak figyelembevétele a kezelésben. Éppen olyan fontos a mobilis retro-flexio műtét kezelése megkísérlése előtt a beteget belgyógyászatilag gyógyítani roborálás és psychés befolyásolás által.

HETI KRÓNIKA.

„Vajjon mit szólna *I. Abbas*, Perzsiának néhány évszázad előtti hatalmas és rettegett uralkodója ahhoz, hogy a modern világban mennyi cigarettát fogyasztanak évenként?” — kérdezte olvasóitól a *New-York Times Magazine* egyik legutóbbi számában. *Abbas* volt tudvalevőleg az, aki dohányzáson rajtakapott alattvalóinak ajkait levágatta: ha pedig valaki tubákolni mert, annak orrába került e mulatság. Róla mesélik azt a históriát is, hogy egy alkalommal, midőn észrevette, hogy egy ember dohányt árusított, felháborodásában azt portékájával együtt azonnal tűzbe dobatta.

A történelemben nem ez az egyetlen adat arra nézve, hogy az uralkodók e még meg nem honosodott élvezeti cikk fogyasztóit szigorúan megbüntették. Így *IV. Mohammed* egyik konstantinápolyi polgárát, kit a kiadott rendelet dacára dohányzáson csíptek meg, azzal büntette, hogy orrporeába karikát tétetett, melyen egy pipa lógott, azután számárhátra ültették, arccal a farka felé fordítva és végigvezették a város utcáin, miközben a mellette haladó kikáltók a bámsz-kodó tömegnek hangos szóval adták tudtára, hogy mi volt a büntetés oka. Oroszországban (*Fedorovits*) *Mihály* cárr nyilvánosan megbotoztatta a dohányzási tilalom megszegőit; ha pedig a kihágás ismétlődött, büntetése halál volt.

Még mindig nem tudjuk egész biztosan, hogy hogyan került hozzánk a dohánylevél. Általában *Jean Nicot*, portugáliai francia követnek tulajdonítják e növény meghonosítását Európában. Ő 1560 körül a lisszaboni *Grand Prieur*nek és *Medici Katalinnak* küldött ajándékba dohányport; innen vannak a különböző elnevezések is: „nicotine, herbe du Grand Prieur, herbe de la Reine”. Franciaországban hamar gyógyszerre vált; *Medici Katalin* fejfájás ellen használta és ugyanő adta — *Petit dr.* szerint — *II. Ferenc* francia királynak — fekélyei ellen — a következő kenőcsreceptet: 1 font nyers dohánylevelet összezuñni mozsárban; félfont friss disznósírral gyenge tűzön melegítve keverni mindaddig, míg csak kenőcsállományú nem lesz, majd vászondarabon áttörni.

Az állami bevételek gyarapítása szempontjából *Richelieu* hamar felismerte a dohány nagy jelentőségét és ő monopolizálta azt 1629-ben *Franciaországban*, ahol még ma is monopólium a dohánytermelés. Később sem lehetett valami rossz üzlet a dohány forgalombahozása, legalább is erre vall, hogy *Napoleon*

1810-ben egy bálon megismerkedvén az egyik hölgynek pompás ékszereit, kiderült, hogy az illető hölgy dohánygyáros neje volt. Állítólag ez vezette *Napoleon*-t arra az elhatározásra, hogy a dohánykereskedelmet még jobban megszigorítsa és nagyobb illetékek fizetésére kötelezze.

Kezdetben nem úgy dohányoztak, mint manapság. *A. Dunhill*: The Pipe Book című nemrégiben megjelent könyvében *Oviedonak*: „Historia general y natural de las Indias” munkája nyomán azt állítja, hogy a pipa eredetileg Y-alakú cső volt, melynek két szarát az orrlukákba helyezték és így élvezték a dohány- vagy egyéb füstöt.

A dohányzás lassankint polgárjogot nyert és csak 1908-ban, mikor már a nők körében is sok szenvedélyes dohányost lehetett látni, kezdtek amerikai írók e nőnek igazán nem mondható szenvedély terjedése ellen írni. Ez írók egyike hosszú listát közölt híres dohányzó nőkről: szerepelt rajta boldogult *Erzsébet* királyné is, ki naponta 30–40 cigarettát szívott, a tragikus véget ért orosz cárné, a spanyol anyakirályné, valamint az olasz, a román (*Carmen Sylva*) és portugál királyné is. Az utóbbinál az író megjegyezte, hogy már eleve feltételezhető volt nála „bizonyos ily irányú hajlam”, mert anyja is dohányos volt.

Ma már a dohányzás szenvedélye általánosan elterjedt úgy férfiak, mint nők körében és az ellene való küzdelem bizony kevés sikerrel kecsegtethet. A *New-York Times*-ben közölt adatok szerint az *Egyesült-Államokban* évenként körülbelül 8 billió szivart és 60 billió szivarkát gyártanak; noha ez — a mi számításaink szerint — „csak” 8, illetőleg 60 milliárdnak felel meg, vagyis körülbelül egy szivar jut fejünkön minden vasár- és ünnepnapon és nem egészen két cigarettát köznapokon, mégis elképesztő számok ezek, különösen, ha hozzászámítunk 120 millió font préselt dohányt, 10 millió font dohánytekerest és 250 millió font cigarettának való dohányt. Ezenfelül importáltak körülbelül 60 millió font leveles dohányt és 5 millió font szivart és szivarkát.

Az adatokból különösen érdekes, hogy még mindig körülbelül 40 millió font tubákot gyártanak évenként, ami majdnem félfontot jelent fejünkön. A dohánykereskedők már néhány év óta észlelik, hogy a „tubák-görbe” hirtelen a magasba szökött, úgyhogy ebből arra következtettek, hogy a tubákolás ismét népszerű lett. Némelyek szerint e tünet csak részjelensége volna az összes dohányfajták fokozott gyártásának; mások viszont erősítik, hogy a hiba az újabb generációban van, mely — mint mindenütt, úgy e téren is — eredetiséget hajszol. Most nem az orrlukon át szippantják fel a tubákot, hanem vagy a nyelv hegyére tesznek egy csipetnyit, vagy pedig közvetlenül a fogak mögött dörzsölik a szájjüreg nyálkahártyára. De természetesen nagyon illetlen dolog; nem is történik ez a *faux pas* meg, csak nagyon ifjú és tapasztalatlan tubákosokkal.

Noha mi is dohánytermelő állam vagyunk és 1923-ban 12.765 q, 1924-ben 21.432 q nyers dohánybehozattal szemben 26.028, illetőleg 40.686 q-t vittünk ki, mégis külkereskedelmi forgalmunk mérlege 1924-ben körülbelül 4% millió aranykorona behozattal többletet mutatott. 1925 első felében pedig 15.631 q nyers dohányt és Egyiptomból 6, Angliából 3 q szivart és szivarkát hoztunk be 7 millió korona értékben, míg az általunk exportált 15.862 q dohánynak értéke mindössze 2 millió korona volt.

Már e néhány adatból is láthatjuk, hogy a dohányosoknak sok pénzükbe kerül szenvedélyük kielégítése. Csak az *Egyesült-Államokban* több mint 1½ milliárd dollárt füstölnek el évenként. Alakult is ott egy bizottság, mely feladatául a dohányzás hatásának tanulmányozását és annak megállítását tűzte ki, hogy vajjon megéri-e a dohányzás azt a nagy anyagi áldozatot, amit érte hoznak.

E vizsgálatok első eredményét a *Wisconsin Egyetem* *O'Shea* vezetése alatt végzett kutatásokról beszámoló tanulmány képezte. „Tobacco and mental efficiency” című munkájában azonban — úgy látszik — a szerző nem tudta magát előítéleteitől mentesíteni. Noha a bevezetésben azt hangoztatja, hogy a dohányzásnak csak az intellektuális folyamatokra való hatásával óhajtott foglalkozni, tekintet nélkül annak orvosi, élet-tani, aesthetikai, gazdasági, ipari és sociologiai vonat-

kozásaira, mégis az általa felsorakoztatott kísérletek voltaképpen a dohányzás physiologiai hatásáról számolnak be. Nagybárra csak azt mondja el, ami régóta ismert dolog: így, hogy a dohányzás némely embernek nem tesz jót, másoknak pedig látszólag ártatlan szórakozás; hogy serdületlen ifjaknak határozottan árt, és hogy az éberségre kifejtett hatása változó, de egyik irányban sem kifejezetten.

A bécsi orvostársulatnak egyik tavalyi ülésén *Wisselbach* dr. a hosszú időn át folytatott dohányzás hatásáról értekezett. Elmondta, hogy a dohányfüstben nicotinon kívül többek között még nicotianin-, collidin- és más pyridinszármazékok vannak. Két csepp nicotin — kutyának nyelvére helyezve — nagy gyengeséget, görcsöket okozott és egy percen belül megölte a kutyát. Nyolc csepp elegendő volt egy lónak a megölésére. A dohányban 2–8% nicotin van és *Le Bon*, francia kutató szerint, noha ez általában pyridinszármazékokká, e derivátumok a nicotinnál nem kevésbé mérgezők. *Wisselbach* azonban azt találta, hogy e testek kileheléskor legnagyobb részben elhagyják a szájjüreg és így dohányzás közben sohasem kondenzálódnak a legkisebb mérhető mennyiségben sem. Ennek dacára, érzékeny személyek megbetegedhetnek, ha dohányfüsttel túlságosan szennyezett levegőben tartózkodnak hosszasan.

A nicotin hatása — *Petit* vizsgálatai szerint — a bromidok és a digitalis között foglal helyet: megnyugtató az idegrendszerre, de a vérereket hatalmasan és tartósan megsűkíti. *Wisselbach* szerint hosszas élvezése főként angina pectorist, arteriosklerosist okozhat, de szerepet játszhat a legkülönbözőbb emésztési zavarok előidézésében is.

Az *American Journal of Physiology* májusi számában *W. L. Mendenhall* kísérletei alapján megcáfolni igyekezett többeknek a dohányzásról elterjedt amaz állítását, hogy a szenvedélyes dohányosok szellemi képességei csökkennének. Körülbelül 750 megfigyelése eredményeül arra a következtetésre jutott, hogy a dohányzás hatása hasonlít a pihenéshez. Ha valamely szervezetben az érzékek észrevétele nehezen ment, dohány hatására élelmebben ment végbe, míg ha túlságosan izgult volt azelőtt a folyamat, a dohányzás megnyugtatta azt.

Ebből természetesen még nem következik, hogy *George Sand*-nak, ki szintén nagy dohányos volt, igaz van, mikor azt mondta: „Aki nem dohányzik, az nem egész ember!”

Temesváry György dr.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése szeptember hó végén lejárt, a 40. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani szíveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 300.000, félévre 150.000, negyedévre 75.000 korona.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1925 november 14-i tudományos ülésének programja: *Bemutató: Borszék Károly*: Két év után megismétlődött duodenumfekélyátfúródás a szabad hasüregben. *Előadás: 1. Sarbó Árpád*: A cisternapunctióról (*Ayer-Eskuchen*). A punctio technikája, körjelzési jelentősége, gyógytani alkalmazása. *2. Darányi Gyula*: A staphylococcus kortani sajátosságairól.

A Magyar Röntgen-Társaság folyó hó 16-án, hétfőn este 7 órakor tartja tudományos ülését, az Orvosegyesület kistermében (VIII. Szentkirályi-u. 21. II.). *Program: Huszár László* mérnök referál az ezévi londoni nemzetközi Röntgen-kongresszus orvostech-nikai előadásairól. *Bemutató: Leopold Margit*: Myelographiás tapasztalatok. *Előadás: Schusztér Gyula*: Enkephalographiás tapasztalatok. Vendégeket szívesen látnak.

A Charité-Poliklinika orvosi kara f. hó 19-i ülésének tárgysorozata: *Bemutató: 1. Gál Hugó*: Portiutuberculosis. *2. Pogány Miklós*: „Necaron” egy új antgonorrhoeum. *3. Fried Dezső*: Aktoprotein hatása epidydimitis gonorrhoeicánál. *4. Balassa László*: Epilepsziás tünetesoport lues cerebri alapján. *5. G. Hajdú Lili*: Enkephalitis lethargica gyermeknél. *Előadás: Szántó József*: Hypophysis-tumороkat kísérő pluri-glandularis elváltozások.

Közkórházi Orvostársulat november 18-i ülésének tárgysorozata: *Jelinek Sándor*: Cholelithiasis typhus-bacilluszgázzával. *Kern Tibor*: A gyomorbagok belgyógyászati gyógyításának újabb irányairól.

A **Budapesti Orvosi Kör** az anyagcsere megbetegedéseiről tartott sorozatos előadássorozatában november hó 16-án este 7 órákon az „Országos Kaszinó” félemeleti különtermében (IV, Semmelweis-utca 3.) *Nádor Henrik*: A cukorbagok kóroktana címen tartott előadást.

Népszerű előadást tart *Viszota Gyula*, tankerületi főigazgató a physikai intézet előadótermében (VIII, Eszterházy-u. 7.) november hó 17-én este 6 órákor: *Széchenyi István* gróf és a magyar közegészségügy címen. Vendégeket szívesen lát a rendező Országos Közegészségi Egyesület.

A **Magyar Nőorvosok Társaságának** igazgatótanácsa október 29-én tartotta ülését a II. sz. női klinikán *Tóth* tanár elnöklete alatt. Az ülés tárgyát az 1926 szeptember hóban tartandó nagygyűlés előkészítése és a vitakérdés tárgyának megállapítása képezte. Az igazgatótanács a „fibromyoma gyógyítását” tűzte ki vitatárgynak és referálóknak *Berecz János* és *Lehoczky-Semmelweis Kálmán* klinikai adjunktusokat kérték fel.

A **Népszövetség** malária-bizottsága nemzetközi pályázatot hirdet a legjobb malaria-monographiára. A pályázóknak a bizottság minden tudományos segítségével rendelkezésükre áll. Bővebb felvilágosítást a Népszövetség egészségügyi osztálya ad.

A **berlini Sportforum** alapkövét a közelmúlt napokban helyezték el a német Stadion tőszomszédságában. Ez az intézmény magában fogja foglalni a sportfőiskolát, a testneveléssel foglalkozó, minden gyakorlati és tudományos intézetet, méltó keretet ad az egy kilométer hosszú és 300 méter széles sporttelepnek, ahol a szabadtéri sportok minden fajtájának üzése, fedett pályákon részben télen is lehetséges lesz.

Az új svájci tuberculosis-törvény tervezete most került a szövetségtanács elé. Vezérgondolata az állam anyagi hozzájárulásának intézményes biztosítása a gümőkór-ellenes küzdelemben. A gyógykezelés és megelőzés költségeinek viselését az arra hivatott szervek költségében 10–35%-ig vállalja az állam. A bejelentési kötelezettség kivétel nélkül fennáll, ám a magánorvos a bejelentés által elveszített betegért az államtól anyagi kárpótlást kaphat. A betegek szociális, de különösen lakásviszonyainak hygienikus rendezése érdekében a javaslat az államnak széleskörű beavatkozási jogot biztosít.

Leprás megbetegedések száma Európában az 1924. évben 56 volt. Ebből Észtországra 13, Lettországra 16, Görögországra 21 és Franciaországra 6 esik.

Rák. Az angol rákkutató intézet javaslatára szigorú óvintézkedéseket készülnék életbeléptetni a gypotfonó üzemekben alkalmazott munkások állandóan szaporodó rákos megbetegedései ellen, melyek a legutóbbi vizsgálatok szerint az ilyen üzemekben használt speciális olajok behatására keletkeznek.

Vesztség elleni védőoltások. A berni kanton állategészségügyi hatóságai kísérleteket folytatnak a kutya-kutyák vesztség ellen való védőoltására — mely esetleg kötelezővé tétetnének —, azonban eddig végleges tudományos eredményre nem jutottak.

A **japán munkásbiztosítás céljaira** a népjóléti hivatal az 1926. évre négyemillió yent irányzott elő, amely magyar pénzben 166 milliárd koronának felel meg.

Spanyolország törvényhozása az ipari munkaszünetet a folyó év júniusában életbeléptetett törvény értelmében október 1-től mindenmü ipari munkára vasárnapra és ünnepnapra kiterjesztette.

A **nemzetközi egészségügyi hírszolgálat** a napokban Rómában tartott kongresszusa egyhangú lelkesedéssel járult hozzá a magyar delegátusok indítványához, mely az egészségügyi vonatkozású híryanag kölcsönös kicserélését javasolta.

Orvostoktorrá avattattak az elmúlt hét szombatján: *Dékány László Imre*, *Haiszer János*, *Huth Tivadar*, *Kertész Sándor*, *Schmid Gyula Sándor*. Üdvözljük az új kartársakat!

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., a III. belklinikai tanársegéde, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes. II. A vesebetegségek. III. Az emésztőszervek megbetegedései. IV. Az anyagcserebetegségek diatás kezelése; az összes diagnostikai és therapiás étrendekkel, egy ív élelmiszer-értéktáblázzal és gyakoribb ételreceptekkel. *Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható* minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII, Múzeum-körút 6–8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint november 1-től november 7-ig előfordult:

Hasi hagymáz	15	2	Gyermekágyi láz ...	—	(3)
Küteges hagymáz ...	—	—	Báránymiló	74	—
Hólyagos (ál-)himlő ...	—	—	Járv. fültömirigylob	3	—
Kanyaró	19	—	Vérhas	5	5
Vörheny	113	4	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	8	—	Trachoma	27	—
Roncs. torok-, gégeleob	20	3	Vesztség	—	—
Influenza	10	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

Lapunk mai számához C. H. Boehringer Sohn, Hamburg 5, Necaron „Ingelheim“-ről szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADASERT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

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

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos

IV. Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em. Telefon: 13-96

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József
DAJKA-INTÉZET, VI. SZIV. U. 65. — Wassermann-vizsgálat: szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon 93-22.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézet, Kálvin-tér 10. **Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, Inhalatorium.**

PÁLYÁZATOK.

A Pesti Izr. Hitközség Elöljárósága pályázatot hirdet kórházának Kaszab Aladár és Józsa-Poliklinikáján megüresült **fogászati főorvosi** állásra. A pályázaton részt vevők köllően felszerelt kérvényeiket a Pesti Izr. Hitközség főtitkári kivatalánál (VII., Síp-u. 12.) f. é. november hó 26-i lejáratall adják be.

Budapest, 1926 október 26.

A Pesti Izr. Hitközség Elöljárósága.

A Budapesti M. Kir. Állami Gyermekmenhely-nél megüresedett 1 (egy) **boncoló orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Ezen állás javadalmazása ezidő-szerint havi 595.000 korona tiszteletdíj. Felhívom mind-azokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagy-méltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr-hoz címzett, szabályszerűen felbélyegzett, orvosi okle-velükkel, életleírásukkal és eddigi gyakorlataitak igaz-oló okmányaikkal felszerelt kérvényüket a Budapesti M. Kir. Állami Gyermekmenhely igazgatójánál (X., Üllői-út 86.) legkésőbb **folyó évi december hó 5-én déli 12 óráig nyújtásák be.** Csakis kórboncnoki szakképzett-séggel bírók fognak figyelembevételni.

Budapest, 1925 november hó 4-én.

37.623/1925. sz.

Igazgatói teendők ellátásával megbízott ig.-főorvos.

Nagy vidéki városban

praxis, váró- és rendelőhelyiséggel átadó gyermekorvosnak, vagy belgyógyásznak. Cím: »Petőfi« irodalmi vállalat Budapest VII, Kertész-utca 16. szám.

Dr. Wagner WETOL sebolaj.

Friss sérülések, gyulladás, tályog, furunculus tsb. kezelésére kiválóan alkalmas.

Kiss-féle LUES DIAGNOSTICUM

és Kiss-féle

WASSERMANN ANTIGEN

„MAGYAR KIRÁLY“ GYÓGYSZERTÁR

Budapest V, Tisza István-utca 24. Telefon: 19-10.

VALORAL

Igen hatásos sedatívum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javallat: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen.

Készíti: SZÜTS PÁL Deák Ferencz gyógyszerháza Budapest VI, Deák Ferencz-tér, Ánkor-palota. Telefon 93-01

Dr. G. Gröbler & Co. LEIPZIG

LIEBIGSTRASSE 1-1/b.



**Festékei
Festékoldatai
Chemikáliái**

mikroszkopiai és bakteriologiai
valamint

fotografiai és mikrofotografiai

használatra az elismert legjobb minőségben, úgyisztén

Pepsin-glycerin — Pepsin-sósav

ismét kapható minden gyógyszer-nagykereskedésben,
továbbá DR. DEÉR ENDRE gyógyszer-tárában.

KÉPVISELI:

NÉMETH ZSIGMOND

Budapest II, Hunyadi János-út 7.

aki a készítményeket ismertető jegyzéket
kívánatra készséggel és bérmentve küldi.

Reiniger, Gebbert & Schall A.-G., Erlangen
Veifa-Werke A.-G., Frankfurt a. M.

RÖNTGEN- ÉS ELEKTROMEDIKAI gépgyárak magyarországi telepe.

Részletes katalógusokkal, felvilágosítással és
költségvetéssel szívesen szolgálunk.

„ODELGA“ Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-t.

Budapest VI, Andrassy-út 28. sz.

Telefon: 37-04, 68-16. Sürgőny-cím: Medodelga

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes, Hermann & Co., Hamburg.

ICHTHARGAN

ezüst készítmény 30% ezüsttartalommal. — Kitűnő antgonorrhoeum.

Daganatoknál és sebeknél kitűnő behámosodást elősegítő 5%-os sebhintőpor.

Mintával és irodalommal készséggel szolgálunk az orvos uraknak

Magyarországi főlerakat: Kochmeister Frigyes utódai, Budapest V, Hold-utca 8.



HYPNOBROMID (LIQUOR HYPNOBROMID)

Hatóanyagai Paraldehyd, brómsó codein és dionin. Ezek oly kitűnő
vehiculumban vannak egyrészre kötvé, hogy a paraldehyd kellemetlen
ízét és szagát teljesen fedik.

Hatása, mint Sedatívum és mint Hypnoticum feltétlenül biztos. Használatá-
nál a főelőny abban is nyilvánul, hogy semminemű kábultság és felfájás
nem jelentkezik, mint a többi hasonló szereknél vagy a magistraliter ren-
delt oldatok használatánál. A budapesti m. kir. Pázmány Péter tudomány-
egyetem elme- és idegkórtani klinikáján a Hypnobromidot ezen főelőnye
miatt mint Sedatívum és mint Hypnoticumot állandóan használják.

Indikációk: Neurasthenia, hysteria, psichastheniás állapotok, funkcionális
vagy organikus eredetű álmatlanság, organikus idegbajok vagy elmebán-
telemak izgalmi állapotai.

dagolás: Mint Sedatívum naponta háromszor 1 kávéskanállal vagy
1 evőkanállal Mint Hypnoticum este 2-3 evőkanállal.

Csomagolás: 250 grammos üvegekben.

KÉSZÍTI:

„SZENT PÉTER“ gyógyszer-vegyészeti laboratórium, Budapest VI, Feisöerdősor 48

Telefon: József 60-83.

Vitoriai gyárunk utasítására

25%-kal olcsóbb lett a FAGIFOR SIRUP „Cito“.

Légzőszervi bántalmak speciális gyógyszere. Kitűnő expectorans

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VAMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Fekete Sándor: Adatok a constitutionalis fluor kérdéséhez. (1135—1138. oldal.)

Schustek Jenő: Adatok a kéz- és lábtőcsontok és ízületek tuberculosisának sebészeti kezeléséhez. (1138—1141. oldal.)

Fornet Béla: A rekeszbénulásnak a tüdőesúcsra gyakorolt hatásáról. (1141—1144. oldal.)

Bereneszy Gábor: Gyomorsarkoma két érdekesebb esete. (1144—1146. oldal.)

deési Daday Jenő: Az önként keletkezett ondózsínór-csavarodásról. (1146—1147. oldal.)

Donáth Gyula: Az amerikai prohibíció hatása a gümőkóros megbetegedésekre és honi viszonyaink. (1147—1150. oldal.)

Walkó Rezső: Levél a Szerkesztőhöz. (1150—1151. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. (1151—1153. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 14-i ülése. (1153—1154. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkörtani szakosztályának november 9-i ülése. (1154—1155. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület fülészeti szakosztályának november 12-i ülése. (1155—1156. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat november 11-i ülése. (1156—1157. oldal.)

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának november 7-i ülése. (1157. oldal.)

Heti krónika. (1157—1158. oldal.)

Vegyes hírek. (1158—1159. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Gróf Apponyi Albert-Poliklinika nőgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Fekete Sándor dr.).

Adatok a constitutionalis fluor kérdéséhez.*

Írta: *Fekete Sándor dr.* egyet. m. tanár, főorvos.

Constitutionalis fluor *diagnosisával* igen óvatosnak kell lennünk. Tulajdonképpen azokat az eseteket sorozhatjuk ide, akiknél nem találunk semmi localis okot, mi a folyást megmagyarázná. Ki kell tehát zárni a gyulladást, gátrepedést, polypus, daganat, adnex-megbetegedést. Legbiztosabban tehetjük ezt virginál, természetesen rectalis vizsgálat után, amely localis elváltozások megállapítását lehetővé teszi. Eseteimnek legnagyobb része ilyen 25, s csak kiegészítés végett vettem fel 2 esetet, ahol nem érintkezett volt ugyan, de amelyeknél minden jellegzetessége megvolt a constitutionalis fluornak. A constitutionalis fluor megjelenési módja különböző. Aránylag könnyű esetek azok, ahol a folyás a havibaj előtt és után jelentkezik csak; másoknál a folyás szabálytalanul mutatkozik napokon vagy heteken át, aztán elmarad — megint újra kezdődik; általában járás, erősebb munka után gyakrabban panaszkodnak a betegek; jellegzetesnek tartom, ha a folyás izgalmak, különösen sexualis vonatkozású irritációk után fokozottabb mértékben mutatkozik. Óvossággal kell eljárunk annak a megítélésénél, van-e egyáltalában kóros váladékpézdés; tudvalevőleg a nők subjectiv megállapításai ebben a tekintetben nagyon ingadozók. Általában, ha a fehérműn a váladék foltot hagy, fokozott váladékpézdésről, folyásról szólhatunk. Különösen szükségünk van erre a megállapításra virginál, ahol nincs módunkban a hüvely és a cervix váladékának közvetlen vizsgálata.

A folyás minősége igen változó. Mégis azt mondhatjuk, hogy a tiszta nyúlós, nyákos folyás, vagy a törmeléken, túrós hüvelybennék valószínűvé teszi már makroszkopice is a constitutionalis jellegét. Előfordul azonban gyenes nyákos folyás is, különösen ha a vála-

dék pangása secundaer lobosodást okozott a hüvelyben vagy a külső nemző szerveken.

Azok után a vizsgálatok után, amelyeket *Manu of Heurlin*, később *Schröder*, a *hüvelyváladék bakteriumtartalmára* vonatkozólag végeztek, abban a reményben voltam, hogy a mikroszkopos vizsgálat bizonyosságot szerez a constitutionalis fluor diagnosisában. Azonban ez nem így van. A mikroszkopos vizsgálatra szükség van, hogy gonococceust, tuberculosist, diphtheriát, streptococcus fertőzést kizárhassunk, — elősegíti az eset elbírálását akkor is, ha kevés bakteriumot, vagy tiszta bakterium vaginalis Döderlein-kultúrát találunk. Legtöbbször azonban a Döderlein-bacillusok mellett a coccusok tömegét találjuk, sőt az esetek egy részében Döderlein-bacillus nincs is s különböző coccusok raja lepi el a látóteret. A hüvelyflora fluornál rendkívül változó, de nem jellegzetes. Jó hasznát vettük a sejtes elemek vizsgálatának. A constitutionalis fluornál nagyobb mennyiségben találjuk az ép, nagy hámsejteket, fehérvérsejt nem sok van. Többször találunk trichomonast, amely eltűnt, ha a folyás megszűnt; azt kell ezért gondolnunk, hogy a constitutionalis fluor aetiologiájában a trichomonas is valamelyes szerepet játszik. Általános felfogás szerint a trichomonas lobos folyamatot, fertőzést nem okoz, de úgy lehet, hogy lecsökkent hüvelyi védekezés mellett a nagy tömegben fellépő trichomonas hozzájárul a folyás előidézéséhez.

Differential diagnostikai szempontból a hüvelyváladék mikroszkopi képét tehát csak korlátozottan használhatjuk fel, legjobban értékesíthető a kevés fehérvérsejt, ép hámsejtek, egyszerű mikroflora. De ezek ellenkezője sem zárja ki a folyás constitutionalis eredetét. A constitutionalis folyás okát nem bakteriumos fertőzésben kell keresnünk. A hüvelyflora csak inger gyanánt fogható fel, amelyre normalis nyálkahártya nem reagál. S éppen abban látom a constitutionalis fluor lényegét, hogy a nyálkahártya normalis ingerre is kórosan reagál. Még kevésbé használhatjuk fel a hüvelyváladék mikroszkopi viselkedését a gyógyítás irányítására. Csak igen ritka esetben sikerül gyógyszeres behatással a hüvelyváladék bakteriumflóráját megváltoztatni oly irányban, hogy a Döderlein-bacillusok kerüljenek túlsúlyba s a hüvely tisztasága a Schröder-féle I. fokot elérje. Ha van a váladékban

* Előadás a Magyar Nőorvos-Társaság nagygyűlésén.

Döderlein-bacillus, aránylag könnyebb a dolgunk. Sublimáttal, chlorzinkkel, lysoformmal, egyéb desinfectiens s adstringens keverékekkel szabályszerűen végzett hüvelyöblítések a mikroflórára semmi lényeges behatással nem voltak. Ha meggondoljuk, hogy a hüvely természetes thermostatjában a bakteriumflora állandóan még friss táptalajt is kap, s hogy a desinfectiens irrigatio 5–10 percre zavarja meg a bakteriumok életmenetét, s a nyálkahártyaredőkben, a váladékréteg által megvédett bakteriumok csakhamar kiegyenlítik ezt a veszteséget, akkor valóban nincs mit ragaszkodnunk a kezelés illetén módjához. De a terapiáról később. Ezek a vizsgálatok is arra mutatnak, hogy a constitutionalis fluor eseteiben a hüvelyváladék mikroflórája elsőrangú kórokozó gyanánt nem szerepel. Bőséges folyásnál előfordul, hogy akár a váladék kémiai természete, akár a benne megtelepedett mikroorganizmusok hatása folytán secundaer gyulladás lép fel. Ez azonban rendszerint könnyen befolyásolható s ha az acut lob tünetei elmúlnak, a váladék képe valamelyest feltisztul, kevesebb benne a genyesejt s a mikrococcus.

A constitutionalis folyás fogalmát *kiterjeszteném* még azokra az esetekre, ahol valamikor specifikus gyulladás folyt le a cervixben, de amelyet sikerült klinikailag is, bakteriologialag is kigyógyítani. Sokszor látjuk ilyen esetekben, hogy a folyás tovább is megmarad, vagy legalább is könnyen kiújul, anélkül, hogy recidiválni beszélhetnénk. A lefolyt gyulladás a szövetek reakcióképességét befolyásolja oly irányban, hogy már normalis ingerek is fokozott secretióra, transsudatióra adnak okot. S ez a constitutionalis folyás karakteristikuma.

A *localis lelet* a constitutionalis fluornál annyiban jellegzetes, hogy a méh hypoplasziás — még a 20-as évek elején is nem ritka a méh nagyfokú fejletlensége. A retroflexóknak aetiologiai jelentőséget nem tulajdonítunk, ezekben az esetekben a nemzórészek csökkent fejlettségének részjelensége. Más kérdés, hogy a méh hypoplasziája, illetve ennek az alapján felvehető csökkent ovariális működés mennyiben használható fel a kórfolyamat magyarázatára.

Kétségtelen, hogy a petefészek csökkent működése nagyban befolyásolja a nemzószervek táplálását, minden működését. A serdülési kor vérzéseinek tárgyalásánál* kiemeltük a hypovarismus döntő jelentőségét a megbetegedés kóroktanában. *Nem vagyunk azonban meggyőződve arról*, hogy a constitutionalis folyást is főleg a petefészek csökkent működésére kell visszavezetni. Elég gyakran látjuk ugyanis, hogy a folyás megmarad a későbbi korban is, amikor már nem lehet szó a méh csökkent fejlettségéről. Ha folyásban szenvedő asszonybetegeink anamnesisét figyelemmel kérdezzük, sokszor alkalmunk van hallani, hogy a folyás már a leányévekben is megvolt. A petefészek hormonhatásának teljes kifejlődése sem szünteti meg mindig a folyást. Látunk e mellett olyan betegeket is, akiknél jól fejlett nemzórészek s így normalisnak vehető petefészekműködés mellett is állandóan folyás van, amit localis okokból magyarázni nem tudunk. A cervix lobos megbetegedése után, ha nem ismerjük az anamnesist s a sokszor megismételt váladékvizsgálat sem szolgáltat positivumot, valójában nem tudjuk azt az állapotot elkülöníteni a constitutionalis folyástól. Virgoknál sokszor halljuk kiváló ok gyanánt említeni a meghűlést, különösen a havibaj alatt. Egy további jelenség, amely a petefészekműködés oki hegemoniája ellen szól az, hogy ezek a betegek rendszerint neurastheniásak s idegállapotuk szerint változik a fluor is. Felfogásunk mellett szól a normalis petefészekműködés tanulmányozása is. Ismeretes, hogy a méhtest nyálkahártyája mily érzékeny indicatora a petefészek működésének, ettől a központtól távolabban az elváltozások egyre csökkennek: a petevezetők s az isthmus uteri nyálkahártyája már

nem mutat jellegzetes menstrualis elváltozásokat, a portión csak a vérbőség mutatkozik, ugyanígy a hüvely nyálkahártyáján. Minél távolabb megyünk a corpus nyálkahártyájától, annál jobban csökken az ovarium hatása s az életfolyamatok befolyásolásában jobban érvényesülnek az egész szervezetre kiterjedő tényezők, az öröklött sajtságok, endokrin-rendszer s az idegrendszer.

Megerősít eme felfogásunkban betegeink *constitutionalis* vizsgálata. Keressük mindenekelőtt, hogy van-e a folyásban szenvedő betegeink általános állapotában valamely közös alap, amelyre a szervezet eme fokozott reakcióképességét visszavezethetjük. A priori meggondolás után arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy tekintettel a folyásnak mint tünetnek a legkülönbözőbb kórfarmákhoz való csatlakozására, nem lesz elegendő egy alap keresése, hanem valószínűleg csak csoportosíthatjuk eseteinket a praevaleáló alapmegbetegedés szerint. 27 észlelt esetünk közül 14-nél volt ki-vihető a rendszeres vizsgálat. Ilyen irányú vizsgálatoknál nagy jelentőséget tulajdonítok a *beható anamnesisnek*. Itt nemcsak a szokásos klinikai kérdéseket értem, hanem fontosnak tartok minden olyan vonatkozást, amely az egyén fejlődésére s reakcióképességére vonatkozik. Ez ritkán lesz egész terjedelmében beszerezhető, de segítségünkre lehetnek a régi fényképek, az életmódra való adatok stb. Itt tűnik elő a háziorvosi intézmény nagy előnye. A jó háziorvos sok olyan jelenséget gyűjthet össze a fejlődés folyamán, aminek később már nem látjuk ugyan a nyomát, de amely latens módon még sokáig érvényesül. Tudnunk kell, hogy a conditio életkor, külső körülmények hatása alatt változik s bár az öröklött alapvonások (constitutio) állandóak, ezek megnyilvánulási formái a conditiótól függenek. A rejtett módon továbbvezetett constitutionalis sajtságok alkalmas körülmények között észlelhetők lesznek s így az idők folyamán az észlelés egyre több latens constitutiós alaptulajdonságot hoz felszínre. A gyermekkor spasmophil, exsudatív, lymphaticus stb. constitutiós formája végighúzódik enyhébb vagy változott formában az egész életen, anélkül, hogy későbbi vizsgálatoknál felismerhető volna s latens módon gyakorolja befolyását egyes kórfarmák kialakulásában. Különösen az ivaréret labilis idejében mutatkoznak akár múltan is az ilyen anomáliák. Egyébként klinikai vizsgálatainkban azt az eljárást követtük, hogy betegeink nőgyógyászati megvizsgálása után, amennyiben egyes gyanújelek bizonyos constitutiós zavarokra mutattak, a *Ranschburg* tanár osztályán *Szondi dr.* vezetése alatt működő constitutiós kutatásokra berendezett alosztály vizsgálatát kértük.

A constitutiós vizsgálatok célja az volt, hogy betegeinknél megtaláljuk, mely szervrendszer zavarára vezethető vissza a folyás. Csakúgy, mint a fiataloknál vérzéseinél, megkülönböztethetünk három nagy csoportot: I. autochton, öröklött gyengéssége a hüvely nyálkahártyának s a secretiós rendszernek; II. kémiai correlatio zavara: 1. endokrin zavar, 2. exogen zavar (toxicosis anyagcsere); III. az ideges correlatio zavara: 1. vegetatív, 2. animalis, 3. psychikus rész zavara. IV. Circulációs zavar.

Folyásban szenvedő betegeink constitutionalis leleteit áttekintve, a vérzéssel betegekhez képest szembe-ötölő, hogy folyásnál az endokrin-systemában *feltűnőbb rendellenességet ritkán találunk*. Vérzéssel betegeinknél kifejezett volt a pajzsmirigy, parathyreoidea, mellékvesekéreg, hypophysis elváltozása, a folyásnál legfeljebb a hyperthyreosis-hypoparathyreosis kapcsolatát találtuk kifejezetten s inkább az idegrendszer izgalmi állapota gyakori (positív Chwostek, calciumhiány). A beható constitutionalis vizsgálat mégis felszínre hoz olyan jelenségeket, amelyek egyébként elkerülnék a figyelmet. Ennek a bizonyítására szolgáljon következő esetünk:

F. L. 1924-ben jött rendelésünkre, ekkor 17 éves tanuló; havibaját 12 éves korában kapta meg, négy-

* L. Orvosképzés 1925, 4. köt.

hetenként jelentkezik, 7–8 napig tart, erős vérzéssel jár. Folyása négy éve van, két év óta egyik rendelkezéssel injecciónokkal kezelték. Nagyon ideges, emiatt pár hét előtt az iskolából is kimaradt; éjjeli ágybavizelésben szenved. Jól fejlett, mérsékelt adiposus habitus. Vaginális genitális, hüvelytartalomban sok laphám, kevés genyesejt, Gram-positív rövid, vastag bacillusok, sok diplococcus. Constitutionális vizsgálata a következőket mutatta: I. Morphologiai lelet: a) Pajzsmirigy nagyobb a rendesnél, tapintata puha, mirigyves. Felette a bőr fokozott hyperaemiát és dermatographismust mutat. b) Genitális lelet: Kifejezett hypoplasia. c) Thymus kopogtatással nem mutatható ki. II. Életjelenségek: a) Porcképződés normalis. b) Csontosodás, amennyiben erre a testarányokból következtetni lehet, szintén normalis. Dysostosis: spina bifida. c) Pubertas korán jelentkezett, 12 éves volt; masturbatio. d) Vegetatív idegrendszer kifejezett vagotoniát mutat úgy a cardiovascularis, mint a subdermalis és a pharmacodynamikai reakcióknál. Vérnyomás 100. e) Animalis idegrendszer: positiv Chrosteck. Incontinentia urinae diurnia. f) Anyagszere: A normalis felső határán levő vércukor 0.125%. Vízháztartás normalis. g) Psyche: intellektus ép; temperamentum hyperaffectabilis, cyclothym. h) Bőr: verrucae planae a homlokon, cutis marmorata, keratosis pilaris, hyperhidrosis manus, seborrhoea sicca capitis. Összefoglalás: vagotoniás jellegű dysthyreosis, parathyreoidea hypofunctio: Strichnotonin, később afenil injecciónkat kapott, majd nagy dosis calciumot. Vaginalisan spuman pálcikákra a folyás csökkent, de időnként még megvan. Hólyagnyak villanyozására incontinentiája gyógyult. A masturbatiót állítólag elhagyta; folyása hetek múlva megint jelentkezett. Parathyreoidea injecciónok hatástalanok. Jelenleg vasat kap; folyása néhány granugenol injecciónra elmaradt.

Ez az eset mutatja, hogy viruló külső mellett is lehet genitális hypoplasia, fokozott idegizgalom s ennek alapján kifejlődött rendkívül nehezen befolyásolható folyás.

Ami a betegek *habitusát* illeti, általában dominál a csökkent fejlettség, korai csontosodás, eunuchoid vagy mongoloid habitus. Mások megint magas, vékony, karcsú megjelenést mutatnak csökkent fejlettségű izomzattal (asthenia). Ezekkel ellentétben több betegünk (4) volt teljes jól fejlett csontozatú, jó izomzat s zsír-párnával. Egy betegünknek lues hereditaria, másiknál spina bifida s enuresis volt.

Foglalkozásra nézve túlnyomó az ülő életmódot folytató iskoláslány, varrónő, tisztviselő.

Az *endokrin systemában* 14 beteg közül 9-szer találtuk a pajzsmirigy kisebb fokban zavart működését, rendszeren a hypofunctio irányában. Feltűnő a parathyreoidea csökkent működése (5); többször volt adynamia.

Az *idegrendszer részéről* 4-nél volt kifejezett sympathictonia, 1-szer volt vagotonia, 1-szer vegyes tonus-fokozódás. Az animalis idegrendszer 6 betegnél mutatott kifejezetten fokozott ingerlékenységet.

A vizsgálatok annyiban hasznosak, hogy a legtöbb betegünkön sikerül megtalálni valamely alapvető anomáliát, amelynek természete valószínűvé teszi a constitutionális fluor eredetét is.

Ha végiggondoljuk a *folyás kórfolyamatát*, a hüvelyváladék eredetére nézve kettős forrást kell fölvennünk. A folyás egyrésze *mirigysecretio* következménye, a cervicalis mirigyek mellett a Bartholini-mirigyek szerepelhetnek. A váladék másik része fokozott *transsudatio* eredménye. A mirigyek fokozott elválasztása idegingerekre vagy kémiai hatásra következik be. Különösen nagy jelentőségű az ideginger, ha a Bartholini-mirigy fokozott működéséből kell magyarázni a folyást. Volt egy igen intelligens kis betegem, akinél kisfokú hyposomiát, genitális hypoplasiát találtam. Egy menstruatio alkalmával meghűtötte magát s azóta folyása van (hónapok óta). A váladék genyesejteket és vegyes florát tartalmaz s még a combok belfelületén is bőrgyulladásra vezetett. Enyhe localis kezelésre a lobos tünetek elmosódnak, a váladék víztiszta, nyúlós, genyesejt alig vannak benne. Ebben a stadiumban a váladék mennyisége rendkívül változó; a beteg életkörülményeit kutatva kiderül, hogy a

leányka félig-meddig el van jegyezve s a váladék megjelenése mindig valamely sexualis vonatkozású izgalomra vezethető vissza. Ekkor a localis kezelés természetesen már fölöslegessé vált s milieuváltozástól vártuk a baj további javulását. Ha a váladék a külső nemzőszervek táján s ömlésszerűen jelenik meg, víztiszta, nyúlós, genyesejteket nem tartalmaz, a Bartholini-mirigyek fokozott működésére kell gondolnunk. Analogiába hozható ez a férfiak urethrorrhoea libidinosa kórfolyamatával. Bizonyos, hogy a cervicalis mirigyek is ilyen idegbehatások folytán fokozott reactiót fejtenek ki. Az egész reflexmechanismus ugyanaz, ami a normalis idegrendszer mellett a cohabitatióknál lép működésbe; labilis idegrendszerrel, gátló momentumok híján már enyhe inger (latens sexualis vonatkozás) is kiváltja a hypersecretiót. (A „bedingte reflex“.)

A váladék másik része a *transsudatio* eredménye. Ezt elősegíti az életmóddal járó pangás, bomlástermékek felhalmozódása, csökkent oxydatio. Alapföltétele a capillaris falának fokozott átjárhatósága és a külvilág felé záró hüvelyhártnak csökkent visszatartó képessége (csökkent elszarusodás). A hüvelynyálkahártya elemeinek elváltozása lehet secundaer is, ha pl. cervicalis váladék bomlása kémiai vagy toxikus ingert képez s a nyálkahártyát lobossá teszi. A primaer megbetegedés könnyebben kifejlődik olyan területen, amely latens fejlődési gyengeség következtében ellenálló-képességében csökkent. Ezért látjuk a constitutionális folyást olyan nőknél, akiknél a petefészek hypofunctiója következtében a nemzőszervek s a hüvely nyálkahártyája nem érték el a normalis fejlettséget. Feltűnő a parathyreoidea csökkent működése, mely az idegrendszer fokozott izgalmi állapotát vonja maga után s ezen az úton megkönnyíti a secretiós reflex kiváltását.

A folyás keletkezésénél két tényezőt kell számításba vennünk; az egyik a szervezet öröklött vagy valamely általános correlatiós zavara következtében előálló dispositio, a másik a localis ártalom; ezen utóbbi tényező azonban csak az ellenállóképességében csökkent szövetrészek szempontjából nevezhető kórokozónak, mert a normalis reakcióképesség mellett nem volna elegendő a kórfolyamat kiváltására. A constitutionális folyáshoz hasonló kórfolyamatok más szervrendszer körében is jelentkezhetnek, ilyenek tekinteném a hyperhidrosist, a hyperchlorhydriát, a colitis mucosát, nedvező ekzemat s az exsudatív folyamatokat.

Bár felfogásunk szerint a constitutionális folyás általános szervezeti zavar részjelensége, amelynek kiváltásában a localis ártalom csak alárendelt szerepet játszik, *gyógyításában* mégsem nélkülözhetjük a localis beavatkozást. Mire a betegek orvoshoz mennek, addig olyan erős secundaer elváltozások szoktak kifejlődni, amelyek megkövetelik a helyi kezelést. Volt virgo betegünk condyloma acuminatummal, elég sokszor láttunk a combok belfelületére is kiterjedő bőrlobosodást; majdnem mindig a folyás kapcsán kifejlődött viszketésről, égetésről panaszkodnak a betegek. A bőrnek megvédése kenőccsel, hintőporral, a váladéknak a külső nemi részekről való eltávolítása langyos lemosásokkal, néhányszor az orvos által szabályosan elvégzett hüvelyöblítés visszafolyó catheter segítségével hamar elmulasztja ezen secundaer tüneteket. Irrigációra legjobbnak találtuk a 1/2% tejsavat, esetleg kamillathea főzetet vagy híg hypermangant. A helyi gyógyítást lehetőleg rövidre szabjuk s megkezdjük azonnal az általános kezelést. Ennek irányát a constitutionális lelet szabja meg. Fokozott idegizgalomnál sedativumokat (sedatin, bróm), arsen, vasat rendelünk. Különösen ha a parathyreoidea csökkent működését találjuk, szívesen adunk néhány intravenás *calciuminjecciónt*, majd calciumpraeparatumot rendelünk. A calciumtól nemcsak az irritatív állapot javulását várjuk, de a szövetek fokozott permeabilitásának csökkentését is. E célból hosszú időn át nagy mennyiségben (napi 1–1.5 g) kellene a szervezetbe calciumot juttatni, ami a betegnek nem csekély megterhelhetőséget okozza. Nem is elegendő

a fokozott calciumbevitel, mert ez még nem jelenti a kórosan permeabilis szövetek fokozott calciumretentíóját. Ennek az emelésére megkíséreltük a quarzfénybesugárzást, eddig kevés eredménnyel.

A petefészekműködés hiányos volta mellett ovarium-, placenta-injectiókat adunk, hypothyreosinál thelygant, a parathyreoidea csökkent működésénél a mirigy kivonatát injectáltuk; ettől eddig eredményt nem láttunk.

Igen gyakran találunk betegeinknél *obstipatiára* való hajlamot. Ez is arra mutat, hogy a folyás előidézésében a pangásnak szerepe van. Igyekeznünk kell ennek megszüntetésére diæta, nevelés, enyhe hashajtók segélyével.

Az általános therapiát szükségképen kiegészíti az életmód szabályozása. Különösen hátrányosnak tartjuk az állandó ülő foglalkozást (varrás, zongora, írógép, pénztáros), vagy a hosszantartó állást, amely egyaránt pangásra vezet. Az ilyen életmód hátrányainak az enyhítésére sétát, tornát, úszást ajánlunk. A sportok közül eltiltanám a biciklizést, megengedném a lovaglást. Nagy előnye volna a levegőzésnek árnyékban, mérsékelt napozással; a mi nyári berendezéseink ezt a strandfürdő alakjában csak igen tökéletlenül szolgálják.

Az általános therapia csak hosszas idő után mutat valamely eredményt. Nem nélkülözhetjük időnkint különösen erős folyásnál a localisan ható eljárásokat. Nemcsak a folyás csökkentésére, de a tünetek teljes megszüntetésére is alkalmasnak találtuk egyik-másik esetben a spuman-pálcikákat, amelyek alakjuknál fogva virgonál is könnyen alkalmazhatók. Máskor resorcín pálcikákat vittünk a hüvelybe *Lahm* ajánlata alapján, elég gyakran jó hatással. Végeztük a hüvelynek 2% lapissal való kifeeszkendezését, illetve fűrésztését *Menge* szerint. *Trichomonas* jelenlétében natriumbicarbonat glicerines vizes oldatát alkalmazzuk. Legújabbban a hüvelyhám védelmére, illetve a hámosodás elősegítésére Knoll-féle granugenol 10 cm³-ét feeszkendezük a hüvelybe, eddig néhány makacs esetünkben meglepő eredménnyel. Sajnos, a kórfolyamat hosszas lefolyása megengedi a különböző kezelési eljárások változtatását.

Az idegrendszerre ható tényezők közül az életmód szabályozását, a kóros hatányok kiküszöbölését, az idegrendszernek foglalkoztatását, megnyugtatót tartjuk szükségesnek. Fiatalokorú betegeinknél a kifejezett psychoanalitikus eljárást nem gondoljuk célravezetőnek.

Ilyen gyógyítás segélyével időszakos eredményt csaknem minden betegünkönél sikerült elérni. Sajnos, a tartós eredmények kevésbé jók, ami könnyen megérthető: ugyanazon szervezetre ugyanazon ártalmak tovább hatnak. Csak az évek során kerül ki a szervezet conditionalis változások következtében a circulus vitiosusból vagy az asszonyi élet megkezdése után lehetővé lesz a behatóbb kezelés, a hüvelynyálkahártya edzése, a váladék könnyebb eltávolítása s így a tünetek csökkentése. Azonban a nemi élet megkezdése sem mindig segíti elő a gyógyulást. Eltekintve a cohabitatio következtében előálló floraváltozástól, illetve a fertőzés lehetőségétől, a nemi élet zavarai (dyspareunia) fokozottabb mértékben válthatják ki a folyást. Ilyenkor az orvosnak időnkénti rövid localis kezelés, az idegrendszer megnyugtatótása s a nemi élet rendezésére irányuló tanácsok nyújtása képezi feladatát.

Összefoglalva tapasztalatainkat, a következőket mondhatjuk: 1. Constitutionalis folyásról akkor szönlünk, ha a folyást localis elváltozásokból nem tudjuk magyarázni. 2. A constitutionalis folyás okának a hüvelynyálkahártya fokozott áteresztő képességét és a secretiós apparatus (Bartholini-mirigy, cervicalis nyálkahártya) fokozott ingerlékenységét tartjuk. 3. Ennek az alapját képezheti autochton gyengeség, az endokrin-rendszer elváltozásai, de főleg az idegrendszer izgalmi állapota. Gyakran találunk ganitalis hypoplasziát, a thyreoidea és parathyreoidea zavarát. 4. A hü-

velytartalom mikroszkopos vizsgálata megkönnyíti a diagnosist, de nem ad exact alapot a constitutionalis folyás fölvételére; legjobban felhasználható még erre a genysejtek csekély száma, fokozott hámítás a hüvelyben, egyszerű bakteriumflora. 5. Gyógyításánál a constitutionalis elváltozások veendő tekintetbe, sokszor jó hasznát vesszük a calcium adagolásának. Localis kezelés rövid időre korlátozandó.

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

Adatok a kéz- és lábtőcsontok és ízületek tuberculosisának sebészi kezeléséhez.*

Írta: *Schustek Jenő dr.* tanársegéd.

Talán feleslegesnek tűnik fel a csont- és ízületi tuberculosis óriási irodalmának újabb adatokkal való bővítése, mégis, dacára a gazdag tapasztalatoknak és számos dolgozatnak, melyet eddig közöltek, sok kérdés vár megoldásra. Különösen a therapiára vonatkozólag térnek el a vélemények, a szerzők homlokegyenest ellenkező irányelvet szabnak meg: egyik a conservatív, másik a radicalis operatív gyógyító eljárásnak fanatikus híve. A részletkérdésekben is oly szembevető az ellentmondás, a kérdés még mindig annyira homályos, hogy ennek tisztázása érdekében újabb és újabb kutatások s ezeknek tanulságai válnak szükségessé.

Sohasem volt égetőbb az e téren való munkálkodás, mint a jelen korban, amikor a világháború lezajlása után nemcsak a legyőzött, de győztes államok szakemberei is egyformán hozzák nyilvánosságra és bizonyítják szomorú statisztikai számadatokkal azt a kétségbeejtő tényt, hogy a sebészeti tuberculosis és főleg a csont és ízületi gümős megbetegedések esetei ahelyett, hogy megállapodást mutatnának, ellenkezőleg ijesztő mértékben szaporodnak. Ezen nem is kell csodálkoznunk. Vessünk egy pillantást lelki szemünkkel a közelmúltba, a háretéren éhező és fázó, rettenetes elemekkel küzdő, kimerülten összerokskadt katonára, a fertőző betegségektől leromlott és éveken át sötét barakokba zárt hadifoglyok százezreire, odahaza a férj munkaterhét vállaira vevő, gyenge physicummal dolgozó hitvesre, ki nem képes gyermeke egészsége számára megszerezni azokat a vitaminokat, melyek a háború előtt bőven és könnyen voltak nyerhetők. A háborút követő években a munkanélküliség következtében beállott éhezés, a lakáshiány miatt keletkezett tömeg- és vagónlakások, szóval az általános gazdasági és szociális viszonyok leromlása, mind-mind hozzájárultak a csont- és ízületi tuberculosis nagyobb mértékben való elterjedéséhez. Ezt bizonyítja klinikánk idevágó beteganyagának a háborút követő években való szaporulata is.

Nem célok az összes csontok s ízületek gümős gyulladásának tárgyalása, kizárólag a kéz- és lábtőizületi és csonttuberculosis gyógykezelésének operatív módszereinkkel elért kielégítő eredményei készítették ezirányú tapasztalataink közlésére.

Áttanulmányozván a II. számú sebészeti klinika 1915-től 1924-ig, tehát 10 évre terjedő idevágó anyagát, a betegség aetiologiája, symptomatologiája, pathologiai-anatomiája és therapiájára vonatkozólag hasznos tapasztalatokra tettünk szert. Nem célok a legaprólékosabb részletkérdésekre kiterjedő statisztikai adatokat közölni, lévén ez a művelet mindig részrehajló és subjectiv, elég, ha általánosságban és röviden ismertetem leszűrt tanulságainkat.

A 10 év anyagát két periodusra osztottuk az összehasonlítás kedvéért, hogy bebizonyítottunk lássuk a megbetegedés ijesztő mértékben emelkedő tendenciáját.

Felvétetett összesen 40 kéztő- és 150 lábtőcsont- és ízületi tuberculosisban szenvedő beteg. Ebből az 1915-

* A Magyar Sebésztársaság XII. nagygyűlésén tartott előadás.

1919. évig terjedő időszakra esett 16 kéztő- és 59 lábtő-, az 1920–1924. évig terjedő időszakra esett 24 kéztő- és 91 lábtőcsont- és ízületi specifikus megbetegedés.

Életkor szempontjából a 10-től 30-ig terjedő, tehát a fiatal és felnőtt kor az, amelyben leginkább észleltük az említett régiók tubercutikus gyulladását. Kissé különös éppen ezen korhatárok között a betegség gyakori fellépte, amikor joggal elvárnók, hogy a szervezet, erejének virágjában lévén, a tuberculosis-bacillus invázióinak ellenálljon. A gyermekkorhoz hasonlóan, talán nem volt még elég ideje a szervezetnek annyira immunizálódni a meg-edződnie, mint az öreg korban, mely kor a fertőzések egész sorának kiállása után bizonyos ellenállóképessegre tett szert. A felnőtt korban kifejtett munkaerőmegfeszítés, az ön- és fajfenntartás érdekében folytatott küzdelem nagy megpróbáltatásnak vetik alá a szervezetet. Ezen korban vagyunk leginkább traumáknak kitéve, mely a tubercutikus csont- és ízületi gyulladások felléptének alkalmi momentumul szolgálhat.

Ami a betegek *nemét* illeti, a férfi-nem a nőnél aránytalanul nagyobb számban betegedett meg. Ebből talán az következne, hogy a férfiak a tubercutikus csont- és ízületi megbetegedéseket illetően nagyobb dispositióval bírnak, holott nyilvánvaló, hogy a női nem gyengébb constitutiója folytán kevésbé ellenálló a tubercutikus fertőzéssel szemben. Hogy a férfi-nem mégis nagyobb arányban betegszik meg, ez talán hivatásával hozható kapcsolatba. Ugyanis az élet súlyosabb terhét vállalván magára, a kenyérkeresés küzdelmében több inzultusnak, egészségtelen munkakörülményeknek van kitéve.

Tapasztaltuk továbbá, hogy az esetek harmadrésében az anamnesisben *tubercutikus terheltég* volt megemlítve. Ezen körülménynek nagy a fontossága a legjobb orvoshoz, a prophylaxis szempontjából, mert jól tudjuk, hogy a tubercutikus környezetből idejekorán kiragadott gyermek, egészséges életfeltételek közé helyezve, megmenthető a társadalomnak.

A betegség kiváltó momentumaként elég gyakran szerepel a kisméretű *trauma*. Így rándulások, zúzódások, a beteg végtagnak hivatásszerűleg kényszerült megerőltetése. Az a tény, hogy lábizületben distorsiók sűrűbben történnek, mint a kézizületben, megmagyarázza annak gyakori tubercutikus megbetegedését az utóbbival szemben.

Általában a *jobboldali* végtagok betegedtek meg gyakrabban, talán azért, mert ezeket inkább működtetjük s így ezek vannak esetlegesen inzultusnak kitéve.

Kutatván a megbetegedés *kiindulópontja* után, azt tapasztaltuk, hogy a kézizület tubercutikus gyulladásnál a betegség primaer forrása a kéztőcsontokban rejlett. A radius és ulna primaer lobja ritkán szerepelt. A gyulladás többnyire diffúz jellegű volt, rendszerint az egész carpus belevonatott a bántalom körébe, maga után vonva sokszor a metacarpus lobját is. A kézizületnek kisebb-nagyobb mértékben való terimenagyobbodása, merevsége, fájdalmassága, továbbá a kéznek az alkarhoz viszonyított rendellenes állása (a normalisan kisméretű ulnaris abductio helyett, a kéz tengelyének az alkar tengelyébe való egyenes folytatása) jellemezték a körképet.

A láb- és lábtőizületi tuberculosisot illetően kitűnt, hogy a folyamat a talusból és calcaneusból indult ki. A nagy izületek közül a három ugró izület: a talocruralis, az articulatio talocalcania és talocalcaneonavicularis izület megbetegedésével találkoztunk a leggyakrabban. Hogy a talus és calcaneus oly gyakran esik a kór áldozatává, az histológiai struktúrájuknak tudható be. Mint tisztán spongiosus, velőpuha, véredényekben szegény csontok, a kisméretű vérellátás és circulatio következtében különösen praedisponáltak a tuberculosis-bacillus megtelepedésére. Általában minél distalisabban feküdt valamely lábtőcsont vagy izület, annál ritkábban betegedett meg. Ezen körülmény jellemző volt a megbetegedés székhelyének gyakoriságára vonatkozólag.

Ezen tapasztalatok előrebocsátásával legyen szabad tulajdonképeni célunkat, a terápiára vonatkozó szerény megjegyzésünket ismertetni.

Az a kérdés, vajon a csont- és ízületi tuberculosis gyógyításánál operatív vagy conservatív eszközöket részesítsünk-e előnyben, dacára mindkét eljárás sok szép eredményeinek, még mindig nem jutott nyugvópontra s valószínűleg még hosszú idő fog eltelni, amíg a kezelésben egységes irányelvek fognak kialakulni. Ennek oka azonban az, hogy eltekintve a sebész egyéni álláspontjától, személyes tapasztalatától, számos tényező szerepel, mellyel e kérdés eldöntésénél számolnunk kell. Így a kor és szociális viszonyokon kívül, a beteg csontok és izületek természete, anatómiai helyzete, functioja, a localis tubercutikus megbetegedés természete és kiterjedése, a beteg általános állapota, a betegség hosszú tartama s a várható gyógyeredmények minősége, mind olyan tényezők, amelyek kell, hogy therapiás tervünket megszabják és irányítsák. Mert dacára ugyanazon kórformának, nem gyógyítható minden beteg csont és izület egyforma szempontból, hanem az egyén korának, hivatásának, esetleges kozmetikai okoknak megfelelően. Véleményünk szerint sem az operatív, sem a conservatív eljárásnak kizárólagos alkalmazása nem lesz jogosult, hanem ügyéltszik mindkettőnek a betegség természetének megfelelőleg való alkalmazása lesz hivatva a kérdés megoldását egyengetni. Mert mindig szem előtt kell tartanunk azt a tényt, hogy a megbetegedés egy általános infectio-nak részjelensége s hogy esetről-esetre szigorú individualisatio szükséges. Ne feledjük el, hogy *klinikai beteganyagról* van szó, népbetegségről, bajáról egy többnyire szegény társadalmi rendnek, melynek tagjai nem mehetnek Leysinbe, Rollier szanatoriumaiba. Gondoljuk meg, hogy az úgynevezett modern gyógyító eljárások, mint a helio-klimato-diaetetikotherapia egy klinika számára hozzáférhetetlenek. A mostani időkben, amikor minden szempont mélyen megokolt szociális háttérrel bír, a sebész az operatív eljárást végleg el nem vetheti. A kizárólagos conservatív therapiát csak azok javasolhatják, akik olyan körülmények közt működnek, ahol a természet s a beteg környezete bőven nyújtja az említett gyógymód feltételeit s eszközeit. Az esetek legnagyobb számában súlyos fistulák, tehát előrehaladt elváltozásokkal jelentkeztek betegeink. Az operatív therapiát indikálta az a körülmény, hogy a hosszadalmas genyedő folyamat, az erőbeli állapot gyengítését, a parenchymás szervek amyloid degeneratióját, s ezáltal életveszélyt vont maga után, tehát vitális indicatio alapján avatkoztunk be. Operáltunk azonban indicatio morbi szempontjából is, amikor a végtagok elviselhetetlen fájdalmassága s zavart functioja miatt kért segítséget a beteg. Általában öt szempont volna az, mely műtéti eljárást javall. 1. Progrediáló tendenciát mutató góccok jelenléte, 2. kevert fertőzés, 3. előrehaladott kor, 4. az általános állapot hanyatlása, 5. szociális okok.

Conservatív therapiát követünk: 1. a fiatal korban, 2. friss esetekben, fistulák jelenléte nélkül, jó általános állapot mellett, 3. ha csak egy izület betegedett meg, 4. kísérlet gyanánt az öreg korban, melynek sikerelensége esetén csak amputatio volna végzendő. A conservatív eljárás nem jár mindig kellő eredménnyel. Klinikai tapasztalataink mutatják, hogy a jelentkező betegek nagy része ezen a kezelésen már átesett és állapotuk rosszabbodása miatt kértek orvosi segítséget. Nyilvánvaló, hogy még kisebbfokú kóros elváltozások idején eszközölt activ therapia jobb eredménnyel járt volna, ha a beteg hosszas várakozással az activ beavatkozás kedvező és alkalmas időpontját el nem mulasztja.

Elvileg különbséget kell tennünk a gyermekek és felnőttek csont- és ízületi tuberculosisának gyógykezelése között. Gyermekeknél lehetőleg conservative járunk el. A kóros részt nyugalomba helyezzük, orthopaedikus eljárások segítségével s a szervezet roborálásával, levegő- és napkúrával igyekszünk gyógyulást elérni annál is inkább, mert jól tudjuk, hogy a gyermeki szervezet nagy regeneráló képességénél fogva a gyógyulásra reményünk és kilátásunk van. A gyermeki epiphysis porcok és a gazdagabb vérellátás a csontok regenerációjában nagy szerepet játszanak s ez a körülmény magya-

rázza meg azt a csodálatos gyógyulást, úgyiszlóván restitutio ad integrumot, mely conservatív kezelésre bekövetkezett, melyet *Rollier* sokszor igen súlyos esetekben észlelt. Felnőtték ilyen esélyekkel nem bírnak s ezért operatív beavatkozások még intensív, hosszú ideig eszközölt heliotherapia dacára sem kerülhetők el.

Ezen általános irányelvek fejtegetése után legyen szabad klinikánkon szokásos eljárásunkat ismertetni, melyet különösen a kéz- és lábtőcsontok és ízületek tuberculotikus megbetegedésénél haszonnal és eredménnyel követtünk.

Tekintve, hogy az említett csontok és ízületek ezen specifikus betegsége igen gyakran az inak és ínhüvelyek és egyéb lágyrészek gyulladását is maga után vonja s így csak igen kevés esetben volt a kórfolyamat kiindulási helyére korlátozva, legtöbbször előrehaladott diffúz folyamattal állván szemben, ezen körülménynek megfelelőleg a typosus műtéteknek módosítást kellett szenvedniök. Eseteink legtöbbször radicalis műtéti eljárással nyert megoldást. Műtéteink végrehajtásánál azon alapelv irányított bennünket, hogy a kóros részek gondos és lehetőleg tökéletes kitakarításával a beteget véglegesen meggyógyítsuk. Esmarch-pólyával való előzetes vértelenítés után a kézizületnek megfelelőleg, aszerint, amint az elváltozás inkább a radialis vagy ulnaris oldalra esik, az ismert Langenbeck- vagy Kocher-féle, a bokaizületet illetőleg König- vagy Kocher-féle kampómetszéssel hatolva be, az inak gondos kímélésével és elkampóztatásával meggyőződést szerezve a kóros folyamat kiterjedéséről, véső, kanál s olló segítségével a megbetegedett csont és ízületi részeket a betegség intenzitásának megfelelőleg gondosan kitakarítjuk, tehát *atypicus partialis resectiókat* végzünk, hátrahagyván egészséges corticalis részletek által alkotott csont-sebüreget, melyet hyperol oldattal való kiöblítés, továbbá falainak acid. carbol. liquef.-val való edzése s a fölőslégnek abszolút alkohollal való közömbösítése után gondosan szárazon kitörölünk. Ezen csontüreg kitöltésére eddig a *Mosetig-Morhof* által előírt jodoform plombe-t alkalmazták. E plombe-ozást oly módon végezték, hogy a 60 rész jodoformból és 40-40 rész cetaceum és sesamolajból álló keveréket vízfürdőn 80 C°-ig melegítették, azután 60 C°-ra lehűtve, a tiszta kapart és lehetőleg kigömbölyített csontüregbe töltötték, miután előzőleg az üreget a levegőnek Paquelin-égővel való megmelegítésével s száraz törőléssel való kitöréléssel kiszárították. A massa megmerevedése után a lágyrészeket a plombe felett összevarrjuk. Mi a plombe-ét házilag készítettjük és pedig úgy, hogy pulvis jodoformiit 1% sublimatoldattal péppé gyúrunk és azután sterilizáljuk addig, amíg a víz elpárolog belőle. Ezt a jodoformpasztát a szárazon kitörölt csontüregbe tömjük és felette a lágyrészek restructiója után a bőr sebet bevarrjuk úgy, hogy az öltések között a fölősléges jodoform eltávozhassék. A fedőkötéssel ellátott végtagot még rögzítő sínkötés segítségével nyugalomba helyezzük. A gyógyulás folyamatát Röntgen-kontrollvizsgálatokkal figyelve, tapasztaltuk, hogy amilyen arányban a sarjadzás megindult, olyan arányban nyomult ki a jodoform sűrű sárga pép alakjában. Az utókezelésnél csak a fedőkötést váltjuk, elvetjük az *Ollier* által előírt drainage-kezelést, mely postoperatív secundær fertőzésre adhat alkalmat.

Mi a plombe szerepe? *Bruns* a jodoformnak localis specifikus antituberculotikus hatást tulajdonít. *Binz* szerint a szöveti zsírok oldják a jodoformot, melyből oxidáló ágensek, így a sebüregekben bomló albuminotok hatására szénsav és víz fejlődése mellett a jód lehasadván, szabaddá válik és in statu nascendi fejti ki jótékony hatását. Másrészt a jodoform leukocytosist okoz, erős sejtdús gyulladásos exsudatio lép fel, mely a tuberculomokat szétesésre bírja, miközben új, egészséges sarjszövet képződik. Ez kötőszövet alakul át és zsugorodás útján az üreg lassankint csontheggyel (nem gerendázott csonttal) kitelődve, meggyógyul. *Mosetig* a jodoformnak kedvező gyógyító távolhatást is tulajdonít. Ezt

Högyes úgy magyarázza, hogy a szabad jód fehérje jelenlétében jódalbuminná változik át, mely a szervezetben újra szétbomolva, azt a vizelettel jódkálium alakjában elhagyja s ezen állandó chemiai cserebomlás folytán protrahált kedvező jódhatásnak lenne a szervezet kitéve. Ezen az alapon vezette be *Bier* a jódnatriumot a tuberculosis therapiájába. *Marchand* hystologice kimutatta, hogy jodoform jelenlétében a sarjszövetből a tuberculosisra jellegzetes óriás sejtek eltűntek. Hogy a jodoform tényleg specifikus hatással bír, mutatják a hideg tályogoknak jodoform-glycerin emulsióval sikerrel kezelt esetei. Világos, hogy a zárt tályogüreg csak úgy gyógyulhat meg, ha a falán tenyésző kórokozók, tehát a tuberculosis-bacillusok eltűnnek, a tuberculotikus granulatiós szövetet elpusztul s helyette egészséges, zsugorodó hegyszövet képződik.

A vázolt műtéti eljárással betegeknek igen szépen gyógyultak. A kezelés időtartama az esetek súlyosságának megfelelően, 1-6 hónap volt. A végtagokat kímélés szempontjából támasztó, könnyű ablakos gipszokkal láttuk el. Az esetleges visszamaradt kóros sarjszövet felszívata, a jodoformpépet kivezető fistulák végleges bezáródásának siettetése s a teljes gyógyulás biztosítása érdekében igénybevevük utókezelésül a conservatív eljárások leghatalmasabb fegyverét: a *heliotherapiát*, vagy a téli hónapokban napsugár hiányában a kvarz-fényt.

A napsugarak specifikus gyógyító hatását a sebészi tuberculotikus megbetegedésekre 1902-ben *Bernhard* ismerte fel. Az ő nyomdokain haladva, *Rollier* részletesen dolgozta ki a heliotherapia módozatait, melyekkel leysini intézetében gyönyörű eredményeket ért el. Szerinte a gyógyulás az ultraviolet napsugarak hatásának volna köszönhető.

Ezzel szemben *Kisch* azt állítja, hogy ezen jó eredmény nem az ultraviolet-sugarak chemiai hatásának, de a nap hősugarainak (vörös és vörös alatti sugaraknak) volna tulajdonítandó. E célból elektromos izzókörtékből szerkesztett hősugárzó készülékkel sugározta be s gyógyította meg betegeit, állítólag igen jó eredménnyel, sebészi beavatkozások nélkül. Vizsgálatok kimutatták, hogy a tuberculosis-bacillus mint olyan, a besugárzással szemben érzéketlen, a napsugarak hyperemizáló hatása s ezzel együtt a szöveteknek fokozottabb mértékben való vérellátása s a vérnek átáramoltatása folytán a bacillusok kedvezőtlen talajviszonyok közé jutnak s fokozatosan elvesztik életképességüket. A heliotherapia enyhíti a kóros testrész fájdalmasságát, megakadályozza a secundaer infectiót, siettet a sequester eliminációt, resorptiót és fistulák záródását, továbbá a szövetek regenerációját.

Véleményünk szerint a heliotherapia, valamint más besugárzó módszerek (hő- vagy Röntgen-besugárzás), bármilyen jó hatással vannak is, klinikai anyag szempontjából a műtéti eljárások mellett csak adjuvans gyógyulási eljárásoknak tekintendők.

Ami a kéz- és lábtő csont- és ízületi tuberculosis vázolt therapiájával elért eredményeinket illeti, csak a klinikáról való távozás idején nyert státus alapján számolhatunk be. A késői eredmények kontrollvizsgálata és pontos statisztikai feldolgozása a megszállott területeken szerteszéledt betegek adatbeszerzésének hiányossága miatt lehetetlen.

Betegeink említett végtagjainak teljesen normalis funkcióképessége egyetlen egy esetben sem volt elérhető. Megközelítőleg normalis működőképesség azonban gyakran volt biztosítható. Értve ez alatt azt, hogy a betegek megszokott hivatásukat folytathatták, kisebb-nagyobb funkciózavarral. Bár a kéz- és ízületi tuberculosis quoad sanationem a legrosszabb prognosist adja, operált eseteinkben az új kézizületben 20-30°-nyi volaris flexio, kisebb fokú extensio volt elérhető, sőt ab- és adductiós mozgások is voltak kiválthatók. A metacarpophalangealis ízületekben való mozgathatóság korlátozott, az interphalangealis ízületek funkciója azonban gyakran elérte normalis fokát. A kéz tartása

és configurációja legtöbbször kielégítő volt. Súlyos, előrehaladott kóros elváltozások dacára, ha csak lehetett, minden esetben partialis resectiókat végeztünk, az alkar amputációt „ultimum refugium“-nak tekintettük, mert tagadhatatlan, hogy a gyógyult resekált kéz az amputációs csomónál előnyösebb. Csak a magas kor, súlyos tüdőtuberculosis, az általános állapot rohamos hanyatlása volt az ok, mely a csokitást indikálta.

Másképp ítélendő meg a súlyosan, gümösen megbetegedett lábtő, melynek radicalis eltávolítását sokszor a szociális körülmények parancsolják. Azonban ezt is csak végső esetben tettük. Legtöbbször partialis resectió s jodoform csontplombe-s eljárásunkkal meggyógyított betegeink a végtag teljesítőképességével meg voltak elégedve. Erősítésül s támasztékul tokkészülékkel, vagy Hessing-géppel ellátva bocsátottuk el betegeinket. A láb formája és állása többnyire jó volt, activ-passiv mozgathatóságát megtartotta. Bár egyes szerzők szerint ankylotizált láb jobban viseli el a megterhelést, mégis igyekeztünk lehetőleg mozgó ízületet létesíteni. A betegek kielégítően jártak, hivatásukat folytathatták.

Míg az 1915–1919. évi időszakban kéztőtuberculosis miatt 3 esetben, lábtőtuberculosis miatt 30 esetben voltunk kénytelenek amputálni, addig az 1920–1924-ig terjedő időperiodusban, műtét eljáráshoz minden esetben való alkalmazása óta, már csak egy alkar- és 15 alszárcsonkítást végeztünk. A többi esetben partialis resectiókkal értünk célt. Hét esetben (1 kéztő + 6 lábtő) oly kismértékű elváltozásokkal álltunk szembe, hogy a betegeket csak conservativ therapiában részesítettük, rögzítő gipszkötéssel látván el végtagjaikat.

Természetesen számolnunk kell azzal, hogy legsebbebb eredményeink dacára a műtét után rövidebb-hosszabb idő múlva a betegek bizonyos százaléka tuberculosisban hal el. Csak ritkán vehetjük fel azt, hogy a localis góc eltávolításával az egyént a tuberculosisból mentesítettük. Mert mikor tartjuk a csont- és ízületi gümőkört gyógyultnak? Nem egyetlen tünet megszűnésének megítéléséből, amilyen pl. fistulák záródása, fájdalom elmúlása, relativ jó működőképessége a végtagnak, vagy a Röntgen-kép negatívvá válása. Az összes tünetek együttes szemmeltartása, különösen a lázmenet és súlygyarapodás legpontosabb figyelése adja meg a kérdésre a feleletet. Ha csak kis subfebrilis láz is van jelen esetleges súlycsökkenéssel párosulva, ez már elárulja a még lappangó betegséget.

Sikereinkre támaszkodva nem akarjuk állítani, hogy műtét módszerünkkel a legjobb eredményt tudtuk elérni, csak szerény tapasztalataink ismertetésével iparkodtunk a vitás therapiás kérdés megoldása érdekében adatokkal szolgálni. Minden eljárással érhetünk el sikert, ha ezt célszerűen a kór megszüntetése érdekében alkalmazzuk. Sokkal nehezebb annak az időpontnak és esetnek a megválasztása, amelynél egyik, vagy másik eljárás volna követendő. Annyi azonban bizonyos, hogy mindaddig, amíg népszanatóriumok és solariumok híján a helio-, klimato- és diaetetiko-therapia a betegek többsége számára csak *pium desiderium* marad, az eddig jól bevált operatív eljárások létjogosultságát nem vonhatja kétségbe senki.

Irodalom: *Blenke A.*: Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1922, 126. köt., 1. füz. — *Doche J.*: Traitement conservateur et indications opératoires. Z.-organ 1923, 20. köt., 9. füz. — *Duncker F.*: Die operative Entfernung extraartikulärer Knochenherde. Zeitschr. f. orth. Chir. 1921, 41. köt., 6. füz. — *Ely L.*: La pathologie della tuberculosi articolare. Zentralbl. 1914, 5. köt., 2. füz. — *Fischer A.*: Etiology of bone and joint tuberculosis. Z.-Organ 1914, 5. köt., 10. füz. — *Graf W.*: Unsere Tuberculin-Erfahrungen bei planmässig sonnenbehandelter Chir. Tuberculose. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1922, 171. köt. — *Gruber H.*: Kommen leichte Unfälle als Ursache chir. Tuberculose in Frage? Z.-organ 1922, 17. köt., 9. füz. — *Jessipoff K.*: Besonderheiten des Verlaufes und der konservativen Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose bei

Kindern und bei Erwachsenen. Z.-Organ 1925, 30. köt., 7. füz. — *König F.*: Die Behandlung der chir. Tuberculose. Münch. Med. Wochenschr. 1921, 68. évf., 21. sz. — *Kafer H.*: Die chir. Tbc. Ostpreussens in den Kriegsjahren 1911–1920. Bruns Beitr. z. kl. Chir. 1923, 129. köt., 1. füz. — *Kimmet W.*: Tuberculosis of bones and joints. Z.-Organ 1924, 24. köt., 14. füz. — *Kümmel jr., Hermann, Paschen*: Bericht über unsere jüngsten Behandlungsmethoden der chir. Tbc. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1922, 126. köt., 1. füz. — *Laskownicki H.*: Lugolösung gegen chir. Tbc. Z.-Organ 1923, 24. köt., 6. füz. — *Mühlmann E.*: Die Behandlung der Tuberculose mit Röntgensahlen. Z.-Organ 1920, 7. köt., 11. füz. — *Rottenstein G.*: Le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. Z.-Organ 1923, 20. köt., 9. füz. — *Simon S.*: Zur Behandlung der kindlichen Knochen- u. Gelenktbc. Archiv f. klin. Chir. 1923, 123. köt. — *Simon S.*: Wann ist die Knochen- und Gelenktbc. ausgeheilt? Med. Klinik 1924, 20. évf., 18. sz. — *Spisarny J. K.*: Übersicht der Tuberkulosebehandlung der Moskauer chir. Universitätsklinik. Z.-Organ 1913, 21. köt., 4. füz. — *Vanlaude et Modot*: Amputation pour osteo-arthritis tuberculeuses du pied. Z.-Organ 1922, 18. köt., 11. füz. — *Vogel K.*: Die operative Entfernung extraartikulärer tuberculöser Knochenherde. Zeitschr. f. orthop. Chir., 42. köt.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyet. ny. r. tanár).

A rekeszbénulásnak a tüdőcsúcsra gyakorolt hatásáról.*

Írta: *Fornet Béla dr.* egyet. tanársegéd.

A tuberculosis sebészi gyógykezelésében kétségtelenül nagy haladást jelent a phrenicotomia. A pneumothoraxszal szemben nagy előnye, hogy csak egyszeri beavatkozás és olyankor is keresztülvihető, mikor a pneumothorax készítésének egyik feltétele, a pleurák épsége, hiányzik, a thorakoplastikával szemben pedig az, hogy deformitást nem okozó, aránylag kicsi műtét. Ezzel szemben indicióját, mint önálló beavatkozását, szűkre szabja azon általános felfogás, miszerint a rekeszmozgások kikapcsolásával csakis az alsó tüdőrések nyugalomát biztosíthatjuk. Ez a felfogás a tüdősebészettel foglalkozók nagy részének, így *Sauerbruch*-nak is és a németek közül csupán *Götze*, a phrenicotomia legtágabb indiciójának képviselője, említi annak valószínűségét, hogy a rekeszbénítás a tüdőre egyenletesen, tehát a csúcsra is hat. Nálunk *Lobmayer* már a műtét indiciói közé sorolja a csúcs cavernosus folyamatait is, anélkül azonban, hogy a bénítás hatásának tárgyalásánál annak mechanizmusára kitérne.

A kérdés helyes megítéléséhez a tüdő légzési mechanizmusának pontos ismeretére lenne szükségünk, ezen kérdésben azonban a physiologusok és pathologusok véleménye igen eltérő. *Hofbauer* például azon következtetésre jut, hogy mivel a mellkasi kitérések a csúcsban minimalisak, a rekeszlégzés pedig ott nem érvényesül, normalis körülmények között a csúcs nem is igen lélegzik. Mások, így *Riegel* és *Tendeloo* azt tartják, hogy a tüdőcsúcs mellső része jól lélegzik, mert követi a mellkas kitéréseit, hátsó és oldalsó részei azonban a mellkasfal mozdulatlansága következtében nem tágnak ki.

Első pillanatra tényleg elég plauzibilisnek látszik, hogy a rekesz az alsó tüdőrészekre hat főként vagy kizárólag, mert ezen részek kénytelenek a rekesz mozgását követni. Kétségtelen, hogy az egyes tüdőrészek rekeszlégzéskor létrejött helyzetváltozásai verticalis irányban a rekesz szomszédságában a legnagyobbak és fokozatosan csökkenve a csúcsban praktikusán nullává válnak. Azonban midőn a légzés mechanizmusát, az egyes tüdőrészek légzési funkcióját vizsgáljuk, nem az alveolusok helyzetváltozásait kell tekintetbe vennünk, hanem az ott uralkodó nyomásviszonyokat, amelyek az

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 16-i ülésén tartott bemutatás alapján.

alveolusok tágulását a tüdő rugalmasságával szemben is létrehozzák. Ezen nyomásviszonyokat pedig — ha egyelőre egyszerűség kedvéért eltekintünk a costalis légzéstől — a rekesz húzó erejének megoszlásától függenek. A rekesz húzó erejének azon a ponton, ahol a tüdő ezen erővel szemben rögzítve van, tehát a tüdőcsúcsban, hasonló ellenhúzás felel meg. A húzás és ellenhúzás támadó pontjai közt a húzási tengelyre merőleges metszeten az erővonalak száma azonos, minthogy pedig a tüdő fölfelé kúp alakban keskenyedik, az erővonalak sűrűbbek lesznek. Vagyis szemben a nagy basalis eltolódással és apikalis mozdulatlansággal, az egyes alveolusokra ható tágító erő a csúcsban nagyobb, mint a basalis részeken. Ezen megállapításait *Orsós Ferenc* 13 év előtt szellemes gumimodellel demonstrálta. Emberen, hol a pleurák surlódása és a tüdő kúp alakjának szabálytalan volta is szerepet játszik, a viszonyok bizonyára kissé mások. Hogy azonban mégis tényleg jelentékeny a felső tüdőrészek tágulata, sőt kiadósabb is az alsó tüdőrészekénél, azt hullákon végzett légzési és bronchusfa-kísérletei igazolták.

*Orsós*nak ezen alapvető kísérleteiből folyó következtetéseket ezideig nem vonták le a klinikusok. Pedig önként adódik, hogy ha a rekeszfunkciónak a csúcsra gyakorolt hatása ily nagyfokú, úgy ezen functio kiesése is elsősorban ott fog változott viszonyokat teremteni. Ha pedig még tekintetbe vesszük, hogy a csúcsban a mellkas sajátossága folytán a costalis légzés bizonyára elhanyagolhatóan kicsiny, úgy az előbbiekből alapján a rekesz bénulásától a csúcs légzés nagyfokú csökkenését és a tüdőcsúcs collapsusát, illetve relaxációját kell várunk. In vivo emberen ezen viszonyok nehezen ellenőrizhetők és ezért érdemesnek látszik a klinika tüdőbeteg-osztályán észlelt alábbi esetet ismertetnem, amely valóban jól berendezett kísérlet erejével hat és azt hiszem, nagyban hozzájárulhat a kérdés tisztázásához.

B. A.-né 21 éves nőt betegét ez év március 31-én vettük fel az I. számú belklinikai tüdőbeteg osztályára súlyos haemoptoéval. A beteg bemondása szerint már 4 év előtt volt tüdőcsúcs-hurutja, melyből akkor meggyógyult, majd 1923-ban, első szülése után, mely nagy vérvesztéssel járt, tüdőpanaszai kiújultak, lázas volt, több ízben véreset köpött és ugyanakkor állítólag jobb oldali mellhártyagyulladás is volt. Mult év októberéig állapota javult, akkor ismét teherbe jutott és azóta köhög, szűrésai vannak, köpetet ürít, mely néha véres is volt. Fölvétele előtt két nappal kezdődött erős vérköpése, mely a klinikán is folytatódott, ugyanakkor lázas is lett. A Charité Poliklinika tüdőbetegrendeléséről került hozzánk, minthogy egyoldalú tüdőfolyamata alkalmasnak látszott collapsus therapia bevezetésére. Az ottani vizsgálatok szerint a folyamat a jobb tüdő középső és alsó részére terjedt, míg a tüdőcsúcs épnek látszott. Tekintettel arra, hogy az ott megejtett Röntgen-vizsgálat szerint a jobb rekesz rosszul tért ki, amit az anamnesisben szereplő mellhártyagyulladásra vezettek vissza és így pneumothorax kevés sikerrel biztatott, thoracoplastikát pedig az V. hónapos graviditas contraindikált, a Charitében elsősorban phrenicotomiára gondoltak, mint legalkalmasabb beavatkozásra.

Az első tüzetes vizsgálatot tüdővérzése szűnésével április 4-én végeztük, amikor azt találtuk, hogy a jobb interseapularis tér felső harmadában tompult dobos, metallikus színezetű a kikopogtatási hang, úgyszintén tompult és dobos elől a jobb II. és III. bordaközben is. Ezen helyeken hörghi, kissé amphorás légzés mellett részben consonans szörtyzörejek voltak hallhatók. A jobb alsó tüdőszél állása normalis volt, légzési kitérése azonban a légzés felületese volt miatt nem volt jól vizsgálható. A bal tüdő épnek látszott, a szívcsúcs és basis felett halk systolés zörejt volt hallható. A has az V. hónapos graviditasnak megfelelően elődomborodó és kissé feszes volt.

A következő napokon a beteg több ízben köpött egyszerre feltűnően nagy mennyiségű vért (hirtelen egy decit is), ami egybevetve az előző physikalis lelettel, ürégképződés mellett szólt. Április 7-én és 8-án heves fájdalmak léptek fel a jobb mellkasfelben, a légzés szapora és felületese volt és ugyanakkor tompulat fejlődött ki, amely jobboldalt hátul a VII., elől a IV. bordaközig terjedt és amely felett légzés nem volt hallható. Tom-

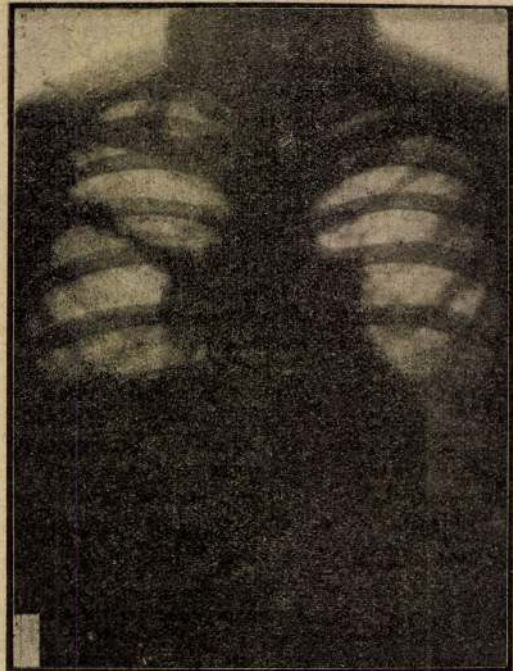
pult dobos kopogtatási hangot kaptunk a jobb tövis és kules felett is.

Április 8-án ejthettük meg az első Röntgen-vizsgálatot, amely a következő nem várt leletet mutatta (1. ábra): A jobb csúcs egyenletesen homályos volt, benne sem góccárnyék, sem ürégképződés nem látszott. Az igen dús jobb hilusból ferdén fel és kifelé intenzív árnyék húzó-



1. ábra. 1925 április 8-i felvétel.

dott a tüdő külső széléig, amely mintegy határát képezte a fenti egyenletes homálynak. Ezenkívül bő erezettség indult ki a hilustól vízszintes irányban és ugyanott



2. ábra. 1925 április 14-i felvétel.

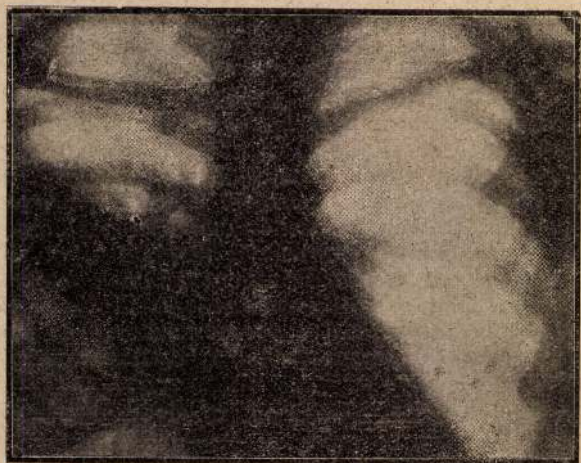
néhány góccárnyék is látszott. Az alsó tüdőrészek felett kifejlődött tompulat magyarázataként pedig azt láttuk, hogy a jobb rekesz tenyérvnyivel áll magasabban a balnál, majdnem teljesen mozdulatlan, csak maximális kilégzést követő mély belégzésnél tér ki alig egy ujjnyira. Paradox mozgást nem mutat. Szív kissé balra dislokált.

Ezután a beteg állapota rohamosan javult, láztalan lett, haemoptoëja megszűnt.

Április 14-én a physikalís lelet annyiban változott, hogy a jobb csúcs felett és az interseapularis tér felső harmadában a tompulat nagy mértékben föltisztult, dobos színezete megszűnt és ugyanott vesicobronchialis légzés mellett csak néhány ronchus hallható. Az ugyanakkor készült Röntgen-fölvétel (2. ábra) azt mutatta, hogy az a homogen intensív homály, mely az előző fölvételen a csúcs helyét foglalta el, feltisztult, az az élesszélű homály pedig, amely annak alsó határát képezte, lényegesen alacsonyabban, majdnem vízszintes irányban fut. A rekesz valamivel alacsonyabban áll, mint az előző képen, de még mindig három ujjnyira magasabban a balnál, kitérései pedig ugyanolyan csekélyek, mint előbb voltak.

Május 1-én a Röntgen-vizsgálat szerint a jobb rekesz egy ujjnyira áll magasabban a balnál, korlátoltan mozog. A jobb hilusból kiindulólág harántul, kissé fölfelé haladó ujjnyi vastag köteg vonul a mellkas jobb szélé felé. A beteg azóta is teljesen láztalan, köpetet nem ürít, 5 kilót hízott, terhessége normalis lefolyású volt.

Az első napokban a haemoptoë kétségtelenül tuberculotikus eredetűnek látszott, amellelt szólt a beteg tuberculosus anamnesise és a physikalís lelet, amely cavernaképződésre mutatott. Midőn azonban az első Röntgen-vizsgálat kiderítette, hogy caverna nin-



3. ábra. 1925 március 16-i felvétel.

esen, a csúcs tompulatát pedig homogen, nem-tuberculotikus légtelenség okozza, azonkívül ugyanakkor a phrenicus is bénult, kétségek merültek fel a folyamat tuberculosus volta iránt. Tumor, infarctus és pneumonia jöhetnek szóba, mint amely folyamatok homályt, tompulatot, vérzést és vagy compressio, vagy reáterjedés útján esetleg phrenicusbénulást okozhatnak. A köpet vizsgálata nem adott felvilágosítást, mert sem gümöbacillus, sem pneumococcus, sem rugalmas rost vagy daganatsejt nem volt kimutatható. Infarctus eredete, más valószínűség híján, esetleg a placenta lehetett volna, bár semmi trauma nem érte a beteget és terhessége rendes volt. A folyamat helyes megítélését először a betegről klinikai tartózkodása előtt két héttel készült Röntgen-kép megszerzése tette lehetővé (3. ábra), mert e két kép összehasonlításából kiderült, hogy: míg az első képen a csúcs normalis légtartalmú és a hilusból vízszintesen halad a jobb tüdőszél felé két ujjnyi széles, sávyszerű homály, addig az 1. képen ezen kötegszerű homály helyén normalis tüdőszövet látható, a csúcs viszont homályos és ezen homály alsó szélé kötegszerűen éles határú. Feltehető volt tehát, hogy az előbbi vízszintesen haladó köteg a hilus körül, mint fix pont körül, 60°-kal felesapódott és a tüdőcsúcs homályát annak erős compressiója hozta létre. Többszöri Röntgen-átvilágítás alapján azt kell gondolnunk, hogy ezen kötegszerű árnyékot részben a jobb felső és középső lebeny közti pleuramegvastagodás, részben marginalis infiltratio okozta. Az első vizsgá-

lat alkalmával észlelt cavernatünetek a tüdőcsúcs compressiója által tovavezetett trachealis jelenségeknek tekinthetők. Ezzel azonban elejtettük azt a feltevést, hogy a csúcsba terjedő folyamat volt az elsődleges, a phrenicus bénulása pedig a másodlagos s így módon oly okát kellett keresnünk a phrenicus bénulásának, amely a csúcselváltozás létrejötte előtt is fennállott már. Abból, hogy az azonoldali phrenicus izolált bénulása jött létre, nagy valószínűséggel következtethetjük, hogy nem valamely általános, pl. toxinhatás, hanem a környezetből reáterjedő folyamat okozta. Legvalószínűbbnek az látszik, hogy a haemoptoë kapesán fellépő perifocalis gyulladás terjedt reá a jobboldali phrenicusra; ezen feltevés a phrenicus lefutásának topographikai viszonyaival és a hilus körül talált elváltozásokkal jól összeegyeztethető.

Igaz, hogy a csúcs ily nagyfokú compressiója a rekesz bénulása következtében nem volt várható. Általános felfogás szerint ugyanis a rekesz bénulása elsősorban az alsó tüdőrészek compressiójához vezet és csak kis mértékben a csúcséhoz. A beteg további észlelése azonban teljes mértékben igazolta, nem csak hogy compressio okozta a tüdőcsúcs homályát, hanem azt is, hogy a tüdőt ért compressio elsősorban a csúcsban érvényesült. Az 1. ábrán látható azon körülmény ugyanis, hogy az alsó tüdőrészek légtartalma látszólag normalis maradt, önmagában még nem bizonyítja, hogy ott a compressio nem érvényesült, mert feltehető, hogy az alveolusok légtartalmának csökkentését a kis területre összeszoruló és nem komprimált nagy bronchusok légtartalma kompenzálja. Pneumothorax által komprimált tüdőnél is azt látjuk, hogy az hosszú ideig alig ad intensivebb árnyékot a nem-komprimált tüdőfélénél. A 3. ábrán azonban azt látjuk, hogy elegendő volt a rekesznek egészen kisfokú, alig két ujjnyi visszatérése a normalis állása felé, hogy a csúcs teljesen feltisztuljon, az előbb még 60°-kal felesapott köteg a vízszintest megközelítse, jelölül annak, hogy a rekesz leszállásának húzó hatása a csúcsban teljes mértékben érvényesült. A paradox rekeszmozgás hiánya feltűnő volt és azzal magyarázható, hogy a VIII. hónapos terhesség által maximalisan feltölt rekesz a légzéskor létrejött nyomásingadozásokat már nem tudta követni. Annál valószínűbb ezen feltevés, mert már néhány héttel a szülés után, a még mindig bénult, de alig két ujjnyira magasán álló rekesz kétségtelen paradoxmozgást mutatott. Lehetséges, hogy a fokozott hasüri nyomás következtében maximalisan magas rekeszállás okozta azt is, hogy a tüdőcsúcs a bénulás tetőfokán szinte légtelenné nyomódott össze. Ez magyarázná azon igen intensív csúcsárnyékot is, amelyent phrenikotomia után nem szoktunk látni.

Az eset, mint ritka klinikai kép kétségtelenül érdekes és tudtommal az irodalomban egyedülálló, mert az eddig ismertetett phrenicusbénulások vagy traumás eredetűek, vagy plexusbénulások, vagy polyneuritisnek voltak részjelenségei, egy részük pedig azon veleszületett vagy ismeretlen aetiologiájú rekeszbénulások közé tartozik, melyeket relaxatio diaphragmatica néven ismerünk. Klinikai jelentőségét pedig abban látom, hogy szerencsés körülmények lehetővé tették, hogy a rekesz bénulásának a felső tüdőrészekre gyakorolt hatását pontosan észleljük. Azt hiszem, hogy az eset, alátámasztva Orsós kísérleti eredményével, alkalmas arra, hogy a phrenikotomiának, mint önálló beavatkozásnak inditációját revidéálhassuk. Igaz, hogy bizonyos körülmények lényegesen változtatnak azokon a viszonyokon, amelyekre Orsós kísérletei vonatkoznak. Így feltehető, hogy kiterjedt összenövések mellett, amelyek mind az ellenhúzás támadó felületét nagyobbítva, szétszórják az erővonalakat, a rekesz húzó hatása tényleg inkább a rekesz környékére szorítkozik. Ilyen esetekben még akkor sem tarthatjuk elegendőnek a phrenikotomiát, ha valamely különös körülmény (merev falú caverna, brón-

chiektasia) a thorakoplastikát amúgy is nem teszi szükségessé. Viszont valószínű, hogy kisebb adhaesiók a beavatkozás hatását lényegesen nem rontják. Betegünknek is volt régebben pleuritise, melynek maradványaként a bénulást megelőzően is megállapíthatták a rekesz korlátolt kitéréseit. Olyan összenövésnek uedig, amelyek a pleura felső részeire szorítkoznak, a mondottak alapján lényeges szerepet nem játszhatnak, minthogy ezen a helyen a tüdő a rekesz húzásával szemben amúgy is rögzítve van és itt a tüdő a pleura-felületek eltolódása nélkül is collabálhat.

Azt hiszem, hogy a fentiek alapján jogosulatlan a phrenikotomiát az alsó tüdőrészek megbetegedéseinek fenntartani. *Azon körülmény, hogy a csúcslégzés voltaképpen rekeszlégzés és hogy a rekesz bémulásával a csúcs nyugalmát és collapsusát érhetjük el, indokoltá teszi, hogy a phrenikotomiát a tüdőcsúcs megbetegedéseinél is alkalmazzuk. Különösen indikálnak látszik a phrenikotomia azon esetekben, melyekben az apicalis pleura összenövésai pneumothorax készítését meggátolják.*

A budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Gyomorsarkoma két érdekesebb esete.

Írta: Berencsy Gábor dr.

Aránylag gyakran keresik fel az orvost betegek gyomorpanaszokkal, jelentékeny súlycsökkenéssel, amelyek mellett a hasban, a gyomortájon jelentékeny nagyságú daganat tapintható. Minthogy a gyomorpanaszok és a daganat helyzete közelfekvőnek tűntek fel, hogy a daganat a gyomorból indul ki, könnyen annak a kísértésnek vagyunk kitéve, hogy a daganatot egyszerűen gyomorráknak minősítsük, még pedig inoperabilisnek, mivel a tapintható nagy gyomorrákok tapasztalat szerint többnyire áttéteket is képeztek. Alábbi két esetünk bizonyítja, hogy éppen a jelentékeny nagyságot elért daganatokról gyomorsarkomára is kell gondolnunk, mely még ebben a szakában (I. eset) is operálható (mivel áttéteket csak jóval később képez). Ebben rejlik a kórisme helyességének a fontossága a beteg sorsára nézve.

A gyomorsarkoma aránylag nem ritka. Hesse 1912-ig 179 esetet talált az irodalomban. Az összes gyomordaganatokhoz viszonyítva, több szerző adatai szerint középértékben 0.5–2%-ban fordul elő. Verebely professor anyagában 375 gyomordaganatra 1 sarkoma esett. Konjetzny adata 1.3%.

A gyomorsarkoma mindkét nemnél egyenlő gyakorisággal fordul elő, legtöbbször középkorúaknál (Hesse szerint 44½ év körül).

A kóroktanra nézve semmit sem tudunk, talán csak az említhető meg, hogy nem egyszer jóindulatú daganatnak (myoma) elfajulása folytán jön létre.

A gyomorsarkoma — Hesse adatai szerint — leggyakrabban a nagygyömbületen (25.5%) helyezkedik el, azután a pylorus (20.5%) következik, 25.5% a diffusz beszüremkedésre esik; azután következik gyakoriság tekintetében a hátsó fal, a kiscyrcbület és az elülső fal.

Konjetzny, kieli tanár, kinek 1921-ben részletes monographiája jelent meg a gyomorsarkomákról (*Anschütz und Konjetzny: Die Geschwülste des Magens*), azokat következőképpen osztályozza:

I. Kifejezetten gyomron kívüli (exogastrikus) gyomorsarkomák, amelyeket három alcsoportra oszt: 1. *Nyeles, tömött gyomorsarkomák* (sejtszegény, orsósejtű fibrosarkomák), melyek többnyire a submucosából indulnak ki s az izomréteget átfúrva, jelentékeny nagyságúra nőnek kifelé. Néha a nyálkahártyát tölcseyszerűen kivongálják, viszont máskor a nyálkahártya felé is növekednek. 2. *Nyeles, lágy, esetleg tömlős gyomorsarkomák*, melyek vagy myosarkomák, vagy

sejtdús orsósejtűek. 3. *Széles alapon ülő, puha, sejtdús, orsósejtű vagy kereksejtű sarkomák*, melyek gyakran igen érdecsak, szétesésre hajlamosak s ha kifekélyesednek, akkor erősen véreznek.

II. *Nyeles, belső (endogastrikus) gyomorsarkomák*. A submucosából kiinduló, nyeles, befelé növe, tyúktójasnyi, kerekded daganatok; igen ritkák. Rendetlen orsósejtűek, metszéspapjuk egynemű, szerkezet nélküli, ellentétben a rákkal, mely szemölcsös és rétegezett. A felszín a ráknál dudoros, sarkománál síma. Fekélyes mindkettő lehet.

III. *A sarkoma a gyomor falban lap szerint is terjedhet*. Ennek két alosztálya van: 1. *Expansív, növekedő*, a környezettel szemben meglehetősen élesen elhatárolt alak, mely a gyomor ürterét körkörösén is övezheti. 2. *Infiltratív, növekedő*, nem élesen határolt, többnyire kereksejtű daganat, mely makroszkoposan gyakran csak tömött, beszűródött gyomor falnak látszik.

IV. *Az úgynevezett lymphosarkoma, illetőleg az aleukaemiás lymphomatosus a gyomorban*. A daganat néha csak a nyálkahártyát domborítja ki, máskor a falat diffuse megvastagítja. Lenecsényi kiemelkedéstől otromba nagy daganatokig különböző nagyságban fordul elő, olykor nyeles képletek alakjában. Még nincs tisztázva, hogy ezek a daganatok hyperplastikus folyamatnak, vagy kóroktanilag bizonytalan rendszerbetegedés helyi megnyilvánulásának tekintendők-e. Van eset közölve, ahol a daganat csak helyi volt, viszont generalizált eseteket is ismerünk.

A lymphosarkomák gyakran kifekélyesednek, egyes részeik szétesnek és heges szövet által helyettesítetnek (Störk, Paltauf, Haberer, Kundrat stb.). Gyakran csak a szélen sáncszerűleg kiemelkedő daganat mutat a hegesedés eredetére. Hogy teljes gyógyulás lehetséges-e ilyen hegesedés útján, még eldöntetlen. (A hegesedés okául a szerzők a daganatsejteket elfajulását, erysipelast, arsent, Röntgent jelölnek meg.)

Egyszerűbb és világosabban áttekinthető Verebely tanár beosztása, aki a gyomorsarkomákat makroszkopos, kórbonctani szempontból a következőképpen osztályozza:

I. *Promineáló sarkomák*, amelyek megjelenhetnek: a) *colliculus*, b) *tuber*, c) *polypus* alakjában.

Az idetartozó sarkomák többnyire érettek, azaz a sejtek alak, elrendeződés (alveolaris, perivascularis, fascicularis) és köztianyag (fibromyo-, myxosarkoma) tekintetében bizonyos fejlettségi fokot mutatnak.

II. *Az infiltráló sarkomák* a) *lemezszerű*, b) *körkörös* daganat alakjában jelenhetnek meg. Ez utóbbiak lehetnek: 1. *annularisak*, ha csak keskeny gyűrű alakjában van beszűródve a gyomor fal; 2. *tubularisak*, ha csőszerű a beszüremkedés és 3. *diffus*, ha a daganat egészen vagy csaknem egészen elfoglalta a gyomor falat.

A beszüremkedő sarkomák többnyire éretlen sejtekből állanak: és gömb- (globo-), orsó- (fuso-) vagy vegyes sejtűek (polymorphocellulare).

Saját eseteink ismertetése röviden a következő:

1. *H. Gy-né*, 65 éves háztartásbeli alkalmazott 1924 augusztus 28-án azzal a panasszal kereste fel a klinikát, hogy néhány hónap óta gyomorfájdalmi vannak, melyek főként az étkezés után, de attól függetlenül is jelentkeznek. A fájdalmak utóbbi időben fokozódtak. Néhány hét előtt egyszer hányt is, egyébként csak hányingere szokott lenni. Étvágytalan, lesoványodott. Állandó székrekedése van. (Előzetes betegségeket tagad, ötször szült.)

Jelen állapot: Középtermetű, közepesen lesoványodott, feltűnően halvány, erőtlen nőbeteg, akinek mellkasi szervei épek. A jobb bordaív alatt, a köldök felett két ujnyira és a középvonaltól egy ujnyira jobb felé összehúzódott, izomtapintatú, kevésbé mozgatható, gömbölyded, síma felszínű, körülbelül tyúktójasnyi terimenagyobbodást találunk, mely fájdalmas és a hasfallal nem függ össze.

Röntgen-vizsgálatnál kampóalakú gyomor látható, melynek alsó határa a spina iliaca alatt van négy

harántujjal. Erőtéljes, mindkét görbületen áthaladó peristaltika, mely a pylorikus részre nem terjed rá. Innen időnként antiperistaltika indul ki. Pylorikus lefűződése nincs, helyét ceruzavastagságú, egyenetlen szélű csatorna foglalja el, mely merev falú, jól mozgatható. Ürülés nem látszik. 3½ óra múlva a pép ¼ része még a gyomorban van. A vékonybelekben éleszórta contrastanyag-töltés látható. Kórisme: carcinoma pylori stenotisans operabile (Ollé). Próbareggi: 100 cm³ rozs-szul emésztett gyomorbennék. Összaciditás 11. Szabad HCl 0. A vizsgálatok alapján operálható gyomordaganatot kórismézünk.

A műtétet szeptember 5-én végeztük helyi és vezetési (nervus splanchnicus) érzéstelenítésben, közepvonalis hasmetszéssel. A gyomor pylorikus részét kis-ökönyi dudoros daganat foglalta el, melyet kikészítve, a duodenalis csónkot dohányszacskóvarrattal zárjuk, a gyomrot pedig középső harmadában gyomorvarrógéppel harántul elzárjuk s így a daganatos gyomor-részt eltávolítjuk. *Mirigyeket nem találtunk.* A csónk alsó csúcsát ferdén levágva, a mesocolonon áthúzott legfelső vékonybélkaesba varrjuk be. Réteges, teljesen záró hasfalvarrat. A bőrvarratokat a 7. napon vettük ki. Az utókezelés folyamán a beteg hőmérséke csupán a 3. napon emelkedett 37,8 C°-ig. A seb elsődlegesen gyógyult. A beteg a 10. napon gyógyultan távozott. Étvágya jó. Tanácsunkra naponta több ízben étkezik, egyszerre azonban kevesebbet, mint rendszeren. Jelenleg egy évvel a műtét után megerősödve, meghízva, munkaképes, recidivamentes.

A kimetszett gyomor-részen a felmetszés után látjuk, hogy a gyomor fala a pylorustól 8–10 cm távolságig körkörös en ujjnyi vastag, csaknem porekemény daganattá alakult, mely a nyálkahártyát áttörte és a gyomor ürege felé üszkös fekélyé esett szét s ezért szűkületet nem okozott. A daganat legszélesebb és legvastagabb a nagygörbületen volt. A daganat metszslapja teljesen egynemű, szürkésfehér; rajta semmiféle szerkezet fel nem ismerhető, csupán a széli részek felé tűnnek fel a gyomorfal rétegei.

Szövettanilag megállapítható, hogy az ép gyomornyálkahártya egy helyen megszűnik és az anyaghiány alanját nagy, kerek (helyenként polymorph) sejtekből álló, igen sejtdús daganatszövet képezi, mely a gyomorfal rétegeit teljesen szétolja, illetve tönkreteszi. A széleken beszűrődő jellegű növekedés észlelhető. A daganat a savós hárttyát nem töri át. A sejtek alakja néhol sokszögű, vagy megnyúlt (polymorphismus), de a legtöbb helyen mégis a nagy, kerek sejtek vannak többségben. A sejtek nagysága is különböző. A sejtmagvak inkább világosak, sok helyen azonban igen chromatindús magvak is láthatók, helyenként magoszlásokkal. A daganatot kevés rostos kötőszövet kisebb-nagyobb szigetekre osztja, tehát alveolaris szerkezetű. A közti állományban sok helyen erős gömbsejtes beszűrődés van.

2. M. J. 34 éves asztalost az I. sz. kórbonctani intézetben boncoltam 1923-ban. A hullát az I. sz. belklinika küldötte be 1923 június 19-én carcinoma ventriculi inoperabile kórismével, melyet két hó előtt végzett próbahasmetszés alkalmával állapítottak meg. Klinikailag nem észleltem, tehát az esetnek csak a kórbonctani érdekességét ismertetem Buday tanár úr szíves engedélyével.

A boncoláskor felvett jegyzőkönyv a következő: Középtermétű, közepesen fejlett, kissé lesorványodott férfi hullája. Bőre általában halvány. Hullamerevség még fennáll. A has elődomborodó, bőrén a processus xiphoidestól a köldökig húzódó régi műtési heg. A mellkas jobb oldalán több, sugarasan az axilla felé irányuló talán nyirokerek lefutásának megfelelő spargavastagságú, tömött kötegek tapinthatók, melyek felett a bőr elmozdítható. Mindkét hónalj, valamint a bal ágyéki nyirokcsomók tömöttek, duzzadtak, körülbelül tyúktójasnyiak. Felnýtásakor a hasüregből körülbelül kétliternyi sárgásbarna, híg folyadék ürül, a műtési heg helyén a gyomorfal a hasfallal erősen összenőtt. A lefejtési kísérletnél az összenövés átszakad és a gyomor ürege megnyílik.

A gyomor megnagyobbodott, fala csaknem porekemény, daganatosan megvastagodott. A gyomrot a májjal együtt kiemelve, a nagygörbület mentén metszslük fel. A gyomorfal a cardia alatt körülbelül féltenyérnyi területen rendes vastagságú, máshol mindennél 2–3 cm vastag, csaknem porekemény, fehér, teljesen egynemű, szerkezetnélküli daganattá alakult,

mely — úgy látszik — a submucosából indult ki. A megvastagodás nem egyenletes és helyenként a gyomor üregebe is beemelkedik. A daganat a nagygörbületnek és a hátsó falnak megfelelően szétesett, átlukadt s az itt képződött nyílást laza összenövések zárják el a hasüregtől. A daganat az elülső hasfallal — mint már leírtuk — összekapaszkodott és a musculus rectus abdominisba tyúktójasnyi daganatos szövet képeben terjedt be. A daganat a hasnyálmirigy testébe is benyomul halványpiros hálózatként, amely a pankreas lebenyekre osztja. A hónaljárokban tyúktójasnyi porc kemény mirigyek. Egyéb belső szervekben kóros elváltozás nincs.

Kórisme: Sarkoma ventriculi permagnum. Dilapsus tumoris et inde exulceratio parietalis ventriculi penetrans. Propagatio sarkomatis ad musculus rectum abdominis et pancreatem. Metastases sarkomatosa lymphoglandularum axillarum, inguinalium et retroperitonealium. Ascites. Perigastritis adhaesiva.

Szövettanilag igen sejtdús, nagy kereksejtű sarkomának bizonyult a daganat. Sejtközi állomány alig teszi a képet változatosabbá. A mirigyekben hasonló daganatos szövetet találtunk.

Mindkét esetben nagy gömbsejtű sarkomáról van tehát szó, melyek a gyomor falában lap szerint terjedve, teljesen körülvétték a gyomor egész ürtérét.

Verebély tanár fent közölt beosztásában mindkét daganat beszűremkedő (II. körkörös, b) sarkomák csoportjába tartozik, még pedig az 1. esetünk tubularis, csöszzerű), a 2. esetünk diffus daganatnak tekintethető. Szövetileg úgyszólván ugyanolyan szerkezetet mutat mindkettő. Talán a 2. esetben a sejtek valamivel nagyobbak. Mindegyik a submucosából indult ki, ami Hesse adatai szerint a leggyakoribb, míg a musculárisból, még inkább a subserosából ritkábban fejlődnek.

A 2. esetünkben az 1.-nek előhaladottabb időszakát láthatjuk. Valószínű, hogy az 1. esetben, ha később került volna műtetre, hasonló áttétei fejlődtek volna ki és hasonlóan diffuse kiterjedt volna az egész gyomor-falra, esetleg átfúródott volna, mint a 2. esetben. Viszont a 2. esetben a két hónap előtt megtörtént műtéténél már inoperabilisnek tartották valószínűleg a mozgathatatlan összekapaszkodás és a megnagyobbodott mirigyek miatt. Az 1. esetben mozgatható volt a daganat és megnagyobbodott mirigyeket nem találtunk. Ezért — szövetileg hasonló daganatokról lévén szó — azt következtethetjük, hogy a 2. eset több mint két hónappal volt előhaladottabb időszakban, mint az 1. eset. Ebből pedig arra a régebben ismert tényre következtethetünk, hogy az áttétek sarkománál jóval később fejlődnek ki, mint ráknál. Hesse 75%-ban talált sarkománál áttétet, de ez a későbbi idősakra vonatkozik, amikor már az ráknál minden esetben kimutatható. Az áttétek leggyakrabban a nyirokcsomókban, azután a májban és a hasi szervekben találhatók. Hosch az áttéteknek csak egytizedét észlelte a májban, míg Ziesché és Davidsohn, Wittkamp, Hesse a nyirokcsomókban és májban nagyobb százalékban állapították meg.

Az áttétek nyirokutakon terjednek, míg más szervek sarkomái közismerten többnyire a vér útján terjednek át.

A gyomorsarkomák közül a kereksejtű a legrosszabb indulatú. Ennél vigyázni kell azonban, hogy össze ne tévesszük általános lymphomatosissal, ahol nem áttétekről, hanem a nyirokrendszerben több helyen fellépő önálló daganatról van szó. A myosarkoma szintén rosszindulatú. Aránylag legjobb indulatú az orsósejtű sarkoma (fibrosarkoma), de ha sejtdús, akkor ez is igen rosszindulatú lehet.

Hogyan tudjuk műtét közben a sarkomát a ráktól elkülöníteni? Csúpan a nyeles exogastrikus sarkoma nem hasonlíthat a rákhoz. A többi alakot biztosan csak göröcső alatt ismerhetjük meg.

Mégis vannak egyes támpontok, melyek a makroszkopos vizsgálatnál is útbaigazíthatnak: A rák a savós hárttyát áttöri és azon rákos plaqueokat alkot; a sarkoma ellenben nem töri át, legfeljebb elődomborítja azt, vagy a hashárttya alatti nyirokutakon és szövete-

ken terjed tovább és barnásvörös színével elüt az épserosától. Feltűnő továbbá, hogy a sarkoma körül van véve erősen telt érhalózzal, mely a serosán, savós hártán áttűnik. A rák metszészlapja mindig mutat szerkezetet, szigetes (alveolaris) elrendeződést, még a velő is (esetleg elhalásokat), a sarkoma teljesen egynemű. A rák metszészlapja szürkésvörös, szürkésfehér; a sarkomáé világosbarna (*Konjetzny*). A gyomorban gombalakban növvő rák egyenetlen, lebenyes felszínű, metszészlapja a felszínnek megfelelően szemölcsös, vagy leveles szerkezetet mutat; a hasonló megjelenésű sarkoma síma felszínű, s a felszínét nyálkahártyától fosztott daganatszövet alkotja. A nyálkahártya élesen, galléralakban végződik a daganat nyakán. A metszészlap egynemű.

A gyomor-bélhuzam sarkomái szűkületet nem okoznak még akkor sem, ha körkörösök. Ezt *Verebely* tanár szerint azzal magyarázhatjuk, hogy a sarkomák a gyomor, vagy bél ürege felé üszkösön szétesnek, azonkívül az üreg falát és benne a rugalmas rostokat is annyira tönkreteszik, hogy a fal ellenálló képessége nagy fokban csökken. Ezzel ellentétben viszont a scirrhus, különösen ha körkörös, rostos kötőszövetet termel, melynek a zsugorodása az ürtér szűkülését okozza.

Konjetzny némi ellentétet állapít meg a gyomor és a bélsarkomák között abban a tekintetben, hogy a körkörös gyomorsarkomák elvétele okozhatnak szűkületet, mit a bélsarkomák nem.

Klinikailag semmi jellegzetes tünete, vagy vizsgálati módszere nincs a sarkomának. Néha fekély, néha rák körképét utánozza. Sem a vérkép, sem a gyomornedv viselkedése nem irányadó. A gyomornedv anacid, ha a nyálkahártya sorvad és tejsavat is tartalmaz, ha szövetszétesés is van (*Sebestyén, Kaló*). A ráknál gyakrabban és korábban van occult vérzés (hamarabb szétesik), míg sarkománál ritkábban, itt inkább profus vérzés fordul elő.

A kezelés csak a gyomor daganatos részének lehetőleg korai resectiója lehet.

A két eset tanulságát abban foglalhatom össze, hogy különösen olyan esetekben kell gyomorsarkomára gondolnunk, mikor a gyomortáji daganat nagy és mégis mozgatható. A rák hamarabb válik inoperabillissá, sarkománál azonban jóval nagyobb daganat esetén is érdemes a műtétet elvégezni, mert azáltal gyakran sikerül a beteg életét évekkel megnyújtani.

A székesfővárosi Telepy-utcai közkórház sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Borszék Károly dr., egészségügyi főtanácsos, egyetemi r. k. tanár).

Az önként keletkezett ondózsínor-csavarodásról.

Írta: *deési Daday Jenő dr.*, operateur, v. alorvos, a győri m. kir. honvéd- és közrendészeti kórház sebész-főorvosa.

Az ondózsínor, illetve a here egyik heveny megbetegedése az a csavarodás, mikor is a here az ondózsínor tengelye körül spontán megcsavarodik.

Az ilyen spontán csavarodásnak *Sebileau* és *Lapointe* kétféle alakját különböztetik meg, úgymint az extravaginalist vagy fordulást és az intravaginalist vagy csavarodást.

Extravaginalis fordulásnál a here összes burkai val csavarodik meg a funiculus tengelye körül és ez a forma a megbetegedésnek a ritkább. Eddig az irodalomban három ilyen eset ismeretes, úgymint *Legueu*, *Delisauve* és *Barozzi* esete. A másik kóralak a csavarodás, az intravaginalis, midőn a herecsavarodás a funiculuson, a tunica vaginalis communison belül történik, a burkok közreműködése nélkül. A csavarodás a funiculus különböző helyein, különböző terjedelemben történik és inkább a fiatalabb korban fordul elő.

Ami a megbetegedés aetiológiáját illeti, tekintetbe jöhet a here tökéletlen descensusa, a funiculus abnormalis hosszúsága, varicocele, mesorchismus, valamint a tunica vaginalis igen tág volta, melyben a here nincsen tökéletesen rögzítve s így tengelye, illetve funiculusa körül szabadon foroghat. Keletkezik hernia-, varicocele-, hydrocele-műtét után is. Szerepet játszik még a here kicsinysége, zsugorodása. A traumákat illetően a nézetek eltérők. *Kaufmann* a traumának igen fontos szerepet tulajdonít s egyes eseteknél a betegség anamnesisében tényleg szerepel is a trauma, mint lovaglás, ugrás, nehezebb testi munka stb. A mi esetünkben is a csavarodást megelőzően az illető igen erős testi munkát végzett, melynek folyamán a kryptorchismus a jobb oldalon megszűnt, vagyis a here kibukott a canalis inguinalisból, illetve a hasüregből, majd a herét igyekezett a scrotumba leszorítani. Ezen művelet után rövidesen jelentkeztek megbetegedésének első tünetei. Hogy a traumának jelentős szerepet kell tulajdonítanunk, bizonyítja *Tuffier* operált esete, melyhez teljesen hasonló a mi esetünk. Az ő betege is kryptorchismusban szenvedett s heréjét nyomkodással szintén a scrotumba akarta lenyomni, ami sikerült is hosszabb manipulatio után. A beteg csakhamar egy székelési kísérlete közben hirtelen rosszul lett s rövidesen incarcerationis tünetek léptek fel, miközben a here újra felhúzódott a canalis inguinalisba. Körülbelül öt nap múlva került a beteg torsio diagnossal sürgős műtetre. A trauma szerepére, mint kiváltó okra nézve érdekes eset a Récey-klinikán *Borszék* által 1907-ben operált és közölt eset, melyben a csavarodás közvetlenül a leugrás után következett be. Az Orvosi Hetilap 1922. évi évfolyamában *Bäcker dr.* a debreceni sebészeti klinikáról egy megoperált here-inversio torsio esetét közli, mely két nap alatt fejlődött ki s a súlyos herenekrosis miatt castratiót végzett. Pathogenesiseként lágyékhere, kiváltó okként itt is trauma szerepelt.

Aetiologie fontos szerepe van az úgynevezett „lágyékheré”-nek, mert nagyon könnyen és rendellenesen mozgatható s tengelyük körül úgy verticalis, mint horizontalisan könnyen elfordul. Ha a fordulat 90–180° között van, úgy az már a plexus pampiniformis edényeinek teljes elzáródásához vezet, melynek folytán a herében haemorrhagiás infarctus lép föl, amelyet csakhamar nekrosis követ. A legtöbbször a megmaradt ütőeres keringés mellett keletkezett venosus pangás savós transsudatióra vezet, *Weigel, Scudder* és *Westermann* szerint az elvékonyodott falú vénák meg is repedhetnek. Arteriosus pangást az irodalom nem említ. A mi esetünkben azonban, ahol kétszeres csavarodást találtunk, az arteriában már trombusképződés volt látható. Néha a vas deferens nem csavarodik meg, ilyen *Estor* esete, máskor pedig csak külön néhány kísérő edénnyel, melyről *Bogdanik* számol be.

A megbetegedés acutan kezdődik, a klinikai tünetek hirtelen jelentkeznek. Első tünet a heves fájdalom, mely rendszerint igen intensív szokott lenni és állandó jellegű. Ezután a localis tünetek nyomulnak előtérbe; a here megduzzad, vizenyős lesz, a herezacskó bőre vörösesen elszínesedik. A localis tünetek fokozatos fejlődése után abdominalis tünetek lépnek fel; hányás, csuklás, teljes vagy részleges szék- és szélrekedés. A has meteoristikussá válik, a nyelv bevont, szívűködés felmagasztalt, pulzus szapora, a hőmérsék is emelkedett lehet.

A kórisme felállítása nem egyszerű, sőt legtöbbször csak a műtét folyamán lehetséges. Differentialdiagnostikai szempontból tekintetbe jöhet az orchitis vagy epididymitis acuta, melyet támogatni látszik az anamnesisben olyan gyakran előforduló gonorrhoea is. Amikor már az oedema, a transsudatum-képződés a funiculusra is reáterjedt, sérvkizáródásra is gondolhatunk. Ilyenkor a funiculus is duzzadt lévén, olykor a tunica vaginalis communisban képződő transsudatum a funiculus köré is felterjed, tehát fluctuatio a funi-

culus mentén is tapintható, azonkívül az egész vaskos képlet felfelé haladva a hasüregbe látszik folytatódni; pláne nehezzé teszi a diagnoszt a herének a canalisban vagy a bórallati kötőszövetben való fekvése.

A csavarodás felismerése sürgős műtétet tesz szükségessé. Friss esetekben meg lehet próbálni a distorsiót, ez azonban rendszerint csak meddő kísérlet marad és nem is biztat különös sikerrel, mert sohasem tudjuk, hogy teljes-e a megoldás, mintán tapintással nem tudjuk megállapítani, hogy hányszoros és milyen irányú a csavarodás.

A műtéti beavatkozás igen egyszerű. Localis anaesthesiában, typusos ferde inguinalis metszéssel hatoltunk be, úgy, mint azt a rendes lágyéksér-műtéteknél végezzük, a metszést le, a scrotum felé kissé meghosszabbítva. Bőr- és fascia átmetszése után egy sötét-vörhenyes folyadékkal telt tömlőre bukkanunk, a here tunica vaginalis communisára. A tömlőt megnyitva, látjuk a csavarodott funiculust és a többé-kevésbé súlyos elváltozást szenvedett herét. A torsiót egyszerű visszacsavarással megszüntetve, megvizsgáljuk a herét: ha a színe a distorsio után javul, akkor visszahelezzük burkaiba, ha ellenben a színe nem változik, a herét a scrotum felé ledraináljuk. Abban az esetben, mikor a herének csak egy része nekrotizál, úgy esetleg az elhalt rész kilökődése után gyógyulás érhető el. Ha azonban a here feketés, sötétkékes színű, úgyhogy annak megmaradására semmi remény, akkor castratiót kell végezni, ilyen volt a Schiller és Faragó, Bäcker esetei, valamint a mi esetünk is.

A funiculus resectióját mindenkor jó magasan a torsio felett végezzük.

A diagnostikai tévedésnek csak akkor lehetnek súlyosabb következményei, ha orchitist vagy epididymitist tételezván fel, conservative járunk el, mert ha sérvkizáródásra gondolunk, úgyis operálunk.

Enderlen szerint 22 órán belül a here még menthető, 22 órán túl azonban a nekrosis már olyan súlyos, olyan nagy kiterjedésű lesz, hogy életbenmaradása alig valószínű. Ha ilyen esetben a nekrotizált részek kilökődése után a gyógyulás el is érhető, a here állományában olyan súlyos hegesezés lép fel, hogy a here teljesen functióképtelen lesz.

Észlelték eseteket, mikor a torsio ugyanazon az oldalon többször megismétlődött (Dowden 5 esete); ennek elkerülésére Dowden az orchidopexiát ajánlja végezni.

Esetünk a következő volt:

B. M. 26 éves villamoskalauz. Gonorrhoeát tagad. Mindkétoldali, veleszületett kryptorchismusa van. Baloldali heréje állandóan a hasüregben van, a canalis inguinalisban semmisen tapintható, valamint a bal scrotumban sem. Jobboldali heréje, mely körülbelül hüvelykbeugnyi, két év óta időközönként le szokott szállni, olykor csak a scrotum magasságáig, olykor pedig egészen a scrotumba. Scrotuma rendes. Nemifunctio normalis. Felvétele előtt hat nappal — nagy súlyemelés után — jobboldali heréje a hasüregből kicsúszott, kezeivel igyekezett azt a scrotumba leszorítani, ami némi nehézség után sikerült is. Néhány órával ezen kísérlet után heves fájdalmak léptek fel a herében, mely fájdalmak a hasüregbe, lágyéktájra kisugároztak. Következő napra a here, harmadnapra a funiculus is megduzzadt. Orvosa epididymitisnek tartotta és borogatást rendelt; mikor azonban később hányás, esuklás és hidegrázás lépett fel, a hatodik napon kórházba küldte.

Felvételkor a has mérsékelten meteoristikus. Vizelet világos borsárga, fajsúlya 1020, fehérje gyengén nyomokban, geny, cukor nines. Jobb scrotumban egy körülbelül gyermekkökölyni, kissé vörösen elszínesedett, ép bőrrel fedett fluctuáló, annyira fájdalmas terimenagyobbodás, hogy a vizsgálat alig lehetséges. Az inguinalis tájon pedig a herével összefüggő, hengeralakú, kissé tömött, határozatlanul fluctuáló és a hasüregbe folytatódni látszó képlet, mely szintén igen fájdalmas. Scrotum bal fele üres, here a kissé nyitott lágyékesatornában sem tapintható. Subfebrilis pulzus kissé szapora, de telt hullámú, feszes, 100.

Diagnosisunk incarcerált hernia és funiculus tor-

sio között ingadozott. Műtét localis anaesthesiában, azonnal felvétele után.

Typusos inguinalis metszés alsó részét a scrotum felé kissé meghosszabbítva, a fascia átmetszése után egy oedemás, vörhenyes folyadékkal telt tömlőre bukkanunk, melyet a scrotumból kibuktatva megnyitunk. A kiömlő folyadék — mely sötétvörhenyes transsudatum volt — kitörése után kiderül, hogy a funiculus középső harmadában kétszeres csavarodás van, a here pedig a legsúlyosabb képét mutatja az elhalásnak, majdnem koromfekete színű. Distorsio után a teljesen nekrotizált herét castráljuk, a torsio fölött magasan végzett funiculus-resectio után, a nyitott canalist pedig négy Bassini-öltéssel elzárjuk s a sebet rétegesen zárjuk. Síma lefolyás, a beteg nyolc nap alatt per primam gyógyultan hagyja el az osztályunkat.

Az amerikai prohibitio hatása a gümőkóros megbetegedésekre és honi viszonyaink.*

Írta: Donath Gyula dr. egyetemi tanár.

Bármily fontosak legyenek tisztaság, elegendő táplálék, friss levegő és napfény a tuberculosis elhárításában és gyógyításában, mégis mindezeket az alkoholizmus ellensúlyozhatja. Erre egypár igen tanulságos példát kívánok felhozni. E. Martin (La tuberculose dans la race jaune. Paris, 1895) a chinaiaknál, kik a hygiene legegyszerűbb szabályai ellen is vétenek, a tuberculosis összehasonlíthatatlanul ritkább, mint az európaiaknál, amit ő elsősorban a chinaiak nagy mértékletességének tulajdonít szeszitalok dorgában. Egyiptomban Becker szerint (Münchener med. Wochenschr. 1904, 9. sz.) a majdnem teljesen tartózkodó fellachok között alig található tuberculosis, de annál gyakoribb ez az ivás által elzúllott koptok, valamint a nubiusok közt, kik ott mint háziszolgák az urak szokásait felvették. Az Egyesült-Államok összlakossága — Fischer szerint — körülbelül háromszor olyan nagy tuberculosis-halandóságot mutat, mint a köztük élő zsidók. New-York legnépesebb városrészeiben, ahol a zsidók a legnagyobb szegénységben, összezsúfolva élnek, ezen halandóság lényegesen kisebb, mint a nem-zsidóké. Hasonló áll fenn Londonnak Whitechapel legnyomorultabb városrészére. Vajjon a zsidók csekélyebb tuberculosis-halandósága — összehasonlítva a többi lakossággal, mely közt élnek — faji tulajdon-e, mint némelek állítják, ezt bebizonyítva nem látom, ámbár ily relatív faji immunitás biológiai lehetőségét nem lehet tagadni. Ezen fokozott ellenállóképesség statisztikailag ki van mutatva Németországra nézve és nálunk Fáy Aladár 1917-ben megjelent részletes gümőkórstatisztikája szerint 10.000 egyént véve alapul, a zsidóknál 21,3, a reformátusoknál 38,5, a római katolikusoknál 46,4 és a görögkatolikusoknál 55,1 a gümőkóros halálozás. Itt mindenkinek, ki nálunk az ivás elterjedését ismeri, fel fog tűnni ezen halálozások és az alkoholizmus közti párhuzamosság. Elég ennek a magyarázatára az alkoholtól való nagyobb tartózkodásra és az ezzel járó átlagos jobb életviszonyokra utalni. Erős bizonyíték erre az amerikai prohibitio, hol — mint később erre ki fogok térni — a tuberculosis ennek következtében erősen csökkent, még New-York, az Unio „legnedvesebb” városában is.

A fentiekkel szemben kedvező életviszonyok sem mentesítenek a tuberculosisról, ha azokat az alkoholizmus több mint egyensúlyozza. Az egykori orosz hadseregben — N. Schepotjeff szerint — (Die Tuberculose in der russischen Armee 1899) a gümőkóros halandóság a zsidó katonák közt, ámbár az orosz zsidóság táplál-

* A Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének balatonfüredi nagygyűlésén 1925 szeptember 6-án tartott előadás nyomán.

kozása hitvány, feltűnően csekély. A gazdag ausztráliai mezőgazdák — *Crivelli* szerint — sokat élnek ugyan a szabadban, de egyszersmind sokat isznak is és ezért gyakran pusztulnak el phtisisben; ugyanez áll — *Brunon* szerint — Normandia gazdag parasztjairól is, nemkülönben nálunk a Bácskáról és Somogyról.

Mindezekből, valamint az alkoholizmusból eredő számos egyéb ártalomból a tanulságot csak kevés európai állam vonta le a kellő komolysággal. Ilyenek Finnország, testvérnépünk, mely függetlenségét azonnal a prohibícióval kezdte meg; a skandináv országok pedig, különösen Norvégia és azonkívül Island, csak azért nem vihették keresztül teljesen, mert haláikat, legfontosabb kereskedelmi cikküket Spanyolország és Portugália csak azon feltétel alatt voltak hajlandók orszárukba beengedni, ha ők viszont erős boraikat befogadják. Amerikában azonban már 1920 január 16 óta jogerős az általános (national) prohibíció. Hogy ennek kihatását megítélhessük, előre kell bocsátanom, hogy már 1846-ban az Unió 18 északi állama, élükön Maine állam, hozta be a prohibíciót saját területén (State-prohibition) 1918-ig több mint a fele az államoknak elfogadta a prohibíciót és midőn az Unió 1917-ben a világháborúba lépett, a köztársasági elnök, discretionális hatalmánál fogva kimondotta az egész Unióra, valamint az Európában harcoló amerikai hadsereg területére az általános szesztilalmat. Ez mint háborús prohibíció (Wartime Prohibition) szakadatlanul érvényben maradt, míg azt 1920-ban felváltotta az általános prohibíció, mint az Egyesült-Államok alkotmányának 18. kiegészítő részében (Amendment) letett alkotmányos törvény. Ezen prohibíciós törvény megtilt minden $\frac{1}{2}$ térfogatszázalék alkoholt tartalmazó vagy ennél erősebb szeszestitalnak előállítását, eladását, szállítását, be- és kivitelét az Egyesült-Államok egész területére kiterjedőleg.

Az általános prohibíciónak egészségi, gazdasági és erkölcsi hatását természetesen azon államokban és városokban, az utóbbiak közt különösen New York, Chicago és San-Franciskóban fejtette ki legszembeszökőbben, melyek az utolsó pillanatig a „legnedvesebbek” hírében állottak. És ezek az erős alkoholcsempészet, idegenforgalom és az európai bevándorlók nagy száma következtében, kik ivási hajlamaikat még nem bírták leküzdeni, még most is azok. A régebbi prohibíciós államokban ennek üdvös hatását már régen tapasztalták. Ilyen „nedves” területekről nyert kedvező statisztikai adatok, melyek a legnagyobb pontossággal gyűjtettek és feldolgoztattak, annál bizonyítóbbak. New Yorkra nézve, mely az 1920-i népszámlálás szerint 6 millió lakost számlál, következők a hivatalos adatok.²

New York város halálózása 100.000 lakosra számítva.

Év	Általános halálózás	Mindenféle gümőkóros halálózás
1914	1-455	202
1915	1-458	196
1916	1-464	180
1917	1-455	186
1918 (influenza)	1-788	184
1919	1-335	152
1920	1-293	124
1921	1-117	102
1922	1-193	100
1923	1-172	96

tehát 1914—23-ig 52,5%-nyi gümőkóros halálózási csökkenés. Ezek szerint míg 1914—1917-ig a gümőkóros halálózás csökkenése 7,9%-ot tesz ki, addig — az 1918-as influenzás évet mellőzve — a prohibíció óta, 1919—1923-ig 38,2% a csökkenés.

Az 1918-ban erősen felszökellt általános halálózási

arányszám az influenzajárvány következménye. A következő évben beálló csökkenés, mely az 1917-iket is felülmulja, magában véve nem feltűnő, mert járványok után — a gyengébb egyének elpusztulása folytán — a halálózás rendszerint alászáll. De már az 1920 után is mutatkozó állandó halálózási csökkenés csak a javult egészségi viszonyoknak tudható be. A tuberculosis-mortalitás pedig az influenzajárvány dacára további, bár kisebbfokú csökkenést mutat. Érdekes az a tény is, hogy New York város kórházainak tuberculosis-osztályán a prohibíció után ezer ágy üresen maradt.³ Emellett megjegyzendő, hogy New York lakossága 1918—23-ig 439.395 lakossal szaporodott. (The National advocate, 1925. 5. sz.)

De csökkent a tuberculosis-halálózás az egész Unió ú. n. „Registration Area”-jára vonatkozólag, értendő ez alatt azon államok és városok, melyeknek születési és halálózási adatait a Szövetségi Statisztikai Hivatal Washingtonban elég megbízhatónak és egységesnek találta, hogy közös tabellákra feldolgozhatók legyenek. Ezen Registration Area 1921-ben az Unió összes lakosságának 82,3%-át, vagyis 90 millió embert ölel fel.

A „Registration Area” városainak tuberculosis-halálózása 100.000 lakosra számítva:

Év	Mindenféle gümőkóros halálózás
1914	143,7
1915	142,3
1916	136,8
1917	142,0
1918 (influenza)	145,2
1919	117,5
1920	104,0
1921	88,6
1922	86,8

tehát 1914—22-ig 39,6%-nyi gümőkóros halálózási csökkenés. Ezek szerint míg 1914—1917-ig a gümőkóros halálózás csökkenése csak 1,2%-ot tesz ki, addig — az 1918-as influenzás évet mellőzve — a prohibíció óta, 1919—1922-ig a csökkenés 41,2%.

Az 1918-i influenza-év itt is érezhető, de a tuberculosis-halálózás erős csökkenése 1921—22-ben tagadhatatlanul lényegesen az alkoholtalalomnak köszönhető, mert az Unió kevés városában van a tuberculosis elleni védekezés annyira kifejlődve, mint New Yorkban.

Jellegzetesek az életbiztosítás terén tett tapasztalatok. A Metropolitan Insurance Company-nek 14 millió ipari biztosítottja közül, kik az egész Unióra és Kanadára elterjedve vannak,

100.000-re

1916-ban	190,2
1920-ban	137,9
1921-ben	117,4

gümőkóros halálózás jött, tehát 1916-tól 1921-re 38,3%-nyi csökkenés.⁴

Természetes, hogy nem lehet az egész halálózási csökkenést a prohibíció javára írni, mert csekély javulás már az általános prohibíció előtt is mutatkozott, de javarészt ennek tudható be, mert a prohibícióra közvetlenül a halálózási arányszám oly hirtelen, mondhatni zuhanásszerűen esett és tartja magát e mély niveau, amint ez azelőtt ismeretlen volt. Hogy számokban is kifejezzem: míg New York városában mindenféle gümőkórból, 100.000 főre számítva 1910—1918-ig évente átlag három egyénnel kevesebb halt meg, addig 1918—22-ig 21-re szaporodott ezen szám. Ami pedig a tüdőtuberculosist illeti, New Yorkban

1910-ben	8-692
1919-ben	7-395
1922-ben	5-038

tehát 1922-ben 3654 egyénnel, azaz 58%-kal kevesebb egyén halt meg, mint 1910-ben; ezen városban az eddig észlelt legkisebb szám.⁵

A prohibitio által úgyszólván egy 106 millió emberen végzett tömegkísérlet történt, ahol mind a többi tényező: kereseti és közegészségi viszonyok, üzemi hygiene, társadalmi állapotok stb. nagyjában változatlanul maradtak és változtak csak a hirtelen alkoholelvonás által létesített viszonyok. Az Egyesült-Államokban 1914-ben szeszitalokra kiadott 2 milliárdra (10 milliárd aranykoronára) becsült összeg most jobb táplálkozásra, ruházatra, a lakásviszonyok javítására és egészségesebb életmódra fordított, eltekintve a szellemi igények jobb kielégítésétől, takarékpénztárbetétektől stb. — és ezek okozták a tuberculosis halálozási arányszámának hirtelen és olymértvű esökkenését, mire New Yorknak óvó- és gyógyító-intézményei mintaszerűségük dacára nem voltak képesek. Ezen fényes eredményt *Hercod*⁶ szerint, ki a prohibitio tanulmányozása végett ismételtén Amerikában tartózkodott, még a newyorki tuberculosis ellen küzdő társaság (New York Tuberculosis Society), valamint a híres sebész *Kelly* is elismerik.

Hasonló számadatokat bírnak Massachusetts államról és Boston fővárosáról, Montana államról, Chicago, Michigan, St. Louis városokról.⁷

Térjünk most át honi viszonyainkra.

Hogy a világháború okozta összeomlásunkkal és az ezzel járó gazdasági, táplálkozási, lakás- és sok egyéb viszonyok rosszabbodásával az általános és különösen a gümőkóros halálozás fokozódni fog, ezt senki nem várta másképp. Hogy összehasonlíthassuk a szétdaraboltatásunkat közvetlenül megelőző ebbeli állapotainkat a mostaniakkal, az 1917-i általános gümőkóros halálozásnak (A Magyar Statisztikai Évkönyv szerint 61.044) kerekén egyharmadát veszem fel, tehát 20.348-at. Ezzel szemben a gümőkóros halálozás most Csonka-Magyarországon folyton növekszik, 1921-ben 19.057, 1922-ben 23.485, 1923-ban 24.265 és 1924-ben 25.758-an haltak meg tuberculosisban, tehát 1921-hez képest 1924-ben 35%²-kal többen.

A főváros nagy tüdőgümőkóros halandósága 1921 óta is folyton növekedett.

Év	Tüdő-gümőkóros halott
1921	2959
1922	3078
1923	3187
1924	3292

Ezen gümőkóros halálozásban a fent említett tényezők közt természetesen az alkohol is szerepel, annál is inkább, mivel a háború alatt a szeszitalok gyérülése és eldrágulása folytán bekövetkezett csökkent fogyasztás után az alkohol könnyebb hozzáférhetőségével az ivás csakhamar ismét nagyobb arányokat öltött. Az előbbinek jelzője volt az alkoholpsychosisok bámulatos csökkenése, mely a háború alatt észlelhető volt a németországi, ausztriai és magyar elmeorvosintézetekben. De előre mondhattam akkor, hogyha ezen alkalmas időt, midőn a nép már részben elszokott az alkoholtól — és ezen idő még most sem mult el egészen — nem használjuk fel az alkoholfogyasztást megszorító törvényes intézkedésekre, a gyors visszaesés a régi állapotba nem fog elmaradni.⁸ A gazdasági viszonyok további romlása, a munkanélküliség ijesztő terjedése, az általános és gümőkóros halálozás még tovább fogják fokozni a családi tűzhely alapításának még folyton fennálló nehézségeit; ehhez járul a születések folytonos apadása, az önkényes meddőség és ezenkívül a rémítő esecsemőhalandóság (nálunk az újszülötteknek 19-20%-a hal meg egyéves korának betöltése előtt), mely most Európában a legmagasabb, ugyanakkor, amikor még Ausztria és Németországnak is sikerül a legkedvezőtlenebb élelmezési viszonyok közt azt a háború előtti 19-ről 15-re, illetve 15-ről 13-ra lenyomni.

Kovács Alajos, az Országos Statisztikai Hivatal igazgatója⁹ szerint „Magyarországnak már a háború előtt is igen magas volt a gümőkórhalandósága és bár 1895-től 1904-ig fokozatosan csökkent a gümőkórhalandóság (a mai területen 1000 lélekre számítva körülbelül 45-ről 35-re), mégis talán az egy Szerbiát kivéve, legmagasabb volt egész Európában. Kétségtelen azonban, hogy a háború előtt lassú, de folytonos javulás mutatkozott ezen a téren. A háború ezt a fejlődést megakasztotta. Ha a fejlődés egyenletes üteme megmaradt volna, legalább is 25-re kellett volna leszállni a gümőkórhalandóságnak, holott ez az arányszám majdnem állandóan három felett van, sőt 1921 óta a gümőkórban elhaltak száma *absolute és relative is fokozatosan növekszik*. Mondhatjuk tehát, hogy ez a háborús évtized a gümőkór elleni küzdelem szempontjából nyomtalanul suhant el Magyarországot felett.”

A viszonyok *Saile Tivadar* dr. miniszter s. titkár szíves közlése szerint azóta így alakultak:

Év	kiszámított lakosság	1000 lakos közt meghalt gümőkórban
1923	8,158.896	2.97
1924	8,229.137	3.14

Tüdőbeteg-szanatóriumaink és dispensaire-eink összeomlásunk után megesappantak, sőt részben meg is szűntek, de a közönség áldozatkészsége, az állam és hatóságok hozzájárulása által ismét lassan fellendülnek. Eredményei legnagyobb elismerést érdemelnek és az ott működő orvosok munkája — kik oly mostoha körülmények közt a legnagyobb önmegtagadással dolgoznak — valóban lélekemelő. Munkájuk nélkül tuberculosis-halandóságunk még tetemesen nagyobb volna. De ha elérnők idővel a háború előtti, sőt talán hosszú évek múlva a newyorki szintet a tuberculosis elleni küzdelemben, ami csak kívánatos volna, még mindig messze mögötte maradnánk az amerikai prohibitio által teremtett tuberculosis-csökkenés mögött. Pedig mi reánk, az összezsugorodott és gazdaságilag tönkretett országra a tuberculosis-halandóságnak ily esökkenése, valamint a tízszer ennyi egyéb gümőkóros beteg létszámának kevesbedése és az ezekkel járó óriási kereset megmentése sokkal jobban ráférne, mint a dús-gazdag, hatalmas Egyesült-Államokra. És hogyha mindez nem tartatnék elegendőnek arra, hogy Csonka-Magyarország a prohibitio útjára térjen, akkor még figyelemzetni kell, hogy az általános és a tuberculosis halandóság a prohibitio eredményének csak egy kisebb töredéke. Még idetartozik a nemi betegségek csökkenése, mert az alkoholizmus egyszersmind melegágya a többi két nagy népbetegségnek, a tuberculosisnak és a nemi betegségeknek. A prohibitio ezenkívül védi a családi békét és a jövő nemzedéket, hatalmasan növeli a vagyonosodást, valamint az általános művelődést és erősen csökkenti a bűnözést és ezzel együtt megesappantja a kórházak, börtönök és büntető igazságszolgáltatás költségeit. Ezekkel szemben nem szabad azzal előhozakodnunk, hogy Finnországot kivéve, egyik európai államban sincs teljes prohibitio, mert a trianoni béke minket sújtott legjobban és a háború óta az alkoholizmus elleni védekezésben még annyit sem tettünk, mint Bulgária és Cseh-Szlovákia, mely a magyar származású collegánk után elnevezett *Lex-Holitscherrel* megvédte fiatalságát a szeszitaloktól. De amint meggyőződtem, pénzügyminisztériumunkban sem ragaszkodnak többé a szeszital utáni mindinkább apadó jövedékhez. Hogy pedig a prohibitio nálunk népgazdasági és kinstári szempontból is keresztül vihető, azt bebizonyítottam újabban megjelent munkámban,¹⁰ mely a magyar kormánynak és a nemzetgyűlésnek van ajánlva.

Hogy a fentiek után a mérleget állíthassam fel, engedjék meg, hogy pár számmal még terheljem Önöket:

A már említett Registration Area összes halandósága 1000 lakosra számítva 1917-ben 140-et, 1921-ben már csak 116-et, vagyis 27%-kal kevesebbet tett ki: tehát ezen 89 millió lakost számláló területen 1921-ben közel $\frac{1}{4}$ millió emberrel kevesebb halt meg, mint 1917-ben. Nálunk pedig a gümőkór áldozatai évről-évre szaporodnak. De még a magasabb igényű Amerikában is — mely a tuberculozis elleni harcban már régóta kitűnően szervezte van — bámulatos a prohibitio óta bekövetkezett általános halálozás esikkenése. Mennyivel inkább kell nekünk nagy szerepet tulajdonítanunk az alkoholnak a mi halálozási többletünkben.

Amerika és Finnország intéző körei, látván az alkoholnak a népben okozott kárait, nem haboztak a maguk részéről ezen kétes élvezetről lemondani, hogy jó példával járjanak elől. Kelet nagy kultúrái, melyektől ismét megújítást várunk, szesz nélkül lettek naggyá. Lehetetlen, hogy a műveltségére oly büszke Európa ne térjen ez útra, és lehetetlen, hogy felépülésre törekvő hazánk ezt be ne lássa.

Irodalom: ¹ H. Hoppe: Die Tatsachen über den Alkohol. 4. kiad. 318—19. old. — ² A. Koller: Die Ergebnisse der amerikanischen Mortalitätsstatistik und das Alkoholverbot. Internat. Zeitschr. g. d. Alkoholismus 1924, 6. sz. — ³ Marthe Küpperbusch: Das Alkoholverbot in Amerika. München. u. Leipzig, 1923. — ⁴ C. M. Gordon and Gifford Gordon: 35.000 miles of Prohibition. 1923. Melbourne, Australia. — ⁵ Anti-Salon League Year Book 1924, 126. old. — ⁶ B. Herod: Die Prohibition in den Vereinigten Staaten. Lausanne, 1924. — ⁷ A számadatokat l. C. M. Gordon and G. Gordon. i. h. — ⁸ Donath Gyula: Az alkohol és a világháború. Budapest, 1916, továbbá Politzer Zs. és Fiai: Az alkoholizmus a világháborúban és az ellene való védekezés. Gyógyászat 1923, 14. sz. — ⁹ Kovács A.: A háború hatása népesedési és közegészségi viszonyainkra. Egészség 1924, 7—12. sz. — ¹⁰ Donath Gyula: Az alkoholtilalom kivihetősége Magyarországon. Budapest, 1925.

Levél a Szerkesztőhöz.

A magyar orvosok válságos helyzetéről.

(Visszhang az Orvosi Hetilap 44. sz.-ban közölt levélre.)

Írta: Walkó Rezső dr.

az „Orvosok Lapja” v. felelős szerkesztője és tulajdonosa.

A legsúlyosabb időkben vállalta Tanár Úr az Orvosi Hetilap szerkesztését és rövid idő alatt európai nivóra emelte. A nagy német orvosi lapok példájára, az annyira fontos orvossocialis kérdések megvitatásának is szentelt teret, sőt még maga is kezébe veszi a tollat, hogy a problémákra élesen rávilágítson, s ezzel az orvostársadalom régi fegyverhordozóit is újra munkára buzdítja.

Ezért hála és elismerés illeti Szerkesztő Urat és lapját, úgy a fővárosi, mint a nehéz viszonyok között működő községi és körorvosok részéről is s azt a fiatal küzködő vidéki collegát, kinek levelét 44. számában közölte, s még azt a sok kartársat, kik abban sorsukra ismertek, — bizonyára boldoggá tette, mert megérezték az Orvosi Hetilap jelentőségén és Tanár Úr tekintélyén keresztül, hogy törődnek velük.

Akik ismerik falusi orvosaink helyzetét, azok tudják, hogy a régi Nagy-Magyarországon sem volt rózsás a községi és körorvosok helyzete és mi gyakorló orvosok a fővárosban is nehéz harcot vívtunk a mindennapi kenyérért. Akkor is megtörtént, hogy egy-egy collegát csak ad hoc rendezett gyűjtéssel lehetett eltemetni, hogy orvos-özvegy hatósági bizonyítvánnyal koldult, de az orvosok többsége mégis csak el tudott, különösen a vidéken helyezkedni, ott megélni, családját eltartani, gyermekeit neveltetni. Akkor még sok községi, s körorvosi állás sosem volt betöltve, mint pl. Sáros vármegyében: most úgyszólván nincs vidék orvos nélkül és a körorvosi állásokért is — amint a levél írója tanúsítja — nagy tülekedés folyik és sok mindenféle befolyás, politikai is, érvényesül egy-egy ilyen állás betöltésénél.

A fővárosi orvosok száma megháromszorozódott. Az Orvosi Évkönyv legutóbbi 1925. évi kiadása szerint a fővárosban az orvosok száma: 2584, Csonka-Magyarországon összesen 5466.

Az 1919-es Évkönyv szerint, tehát 1918-ban a megszállás előtt, a régi Nagy-Magyarországon az orvosok száma 5750, ebből Budapesten 1814, vidéken 3936 orvos folytatott gyakorlatot.

Elvesztettük az ország kétharmadát, de orvosaink száma nem csökkent, sőt annyi van, mint régi boldog és nagy országunkban. Számolva a súlyosabb gazdasági viszonyokkal, reá kell jönnünk, hogy lehetetlen ennyi magyar orvosnak elhelyezkedése, megélhetése rendünknek kijáró tisztességben.

Örök természeti törvény, hogy ha egy-egy tájon egy faj, egy lény nagyon elszaporodott és mindent elpusztított, akkor végül az éhesek egymásnak esnek, s az életösztön brutalitása mellett már háttérbe szorul az, amit erkölcsnek, etikának mondanak és csak egy a jelszó: aki bírja, marja.

Tán kissé drasztikus a hasonlat, de igaz. *Élet-halálharcot vívnak ma az orvosok a mindennapi betétfalattért*; ennek a harcnak áldozatul esik az orvosi etika és ennek a harcnak következménye, hogy ma már a kriminalis abortusoktól sem irtóznak. A munkaügyi és népjóléti miniszter legutóbb szigorú rendeletben követeli az abortusok bejelentését, ellenőrzését, és a legszigorúbban ellenőrzött a gyanús bábákat. Bársony János tanár és mások az O. H. hasábjain az abortusok megelőzésének módjait tárgyalják, de bizonyos, hogy elsősorban súlyos gazdasági viszonyainkban rejlik a kriminalis abortusok szaporodásának oka.

Nem e szomorú problémáról óhajtok szólni, hanem talán ezzel is összefüggésben az orvosok igen súlyos gazdasági helyzetének sürgős megoldásáról. Nem terjeszkedhetem ki az összes orvos-socialis problémákra, de a legsürgősebb szanálás módját — 30 éves gyakorlatom alatt a gyakorló orvosok küzdelmét átérve és átszenvedve — négy pontban foglalom röviden össze:

1. *A numerus claususnak nemcsak nemzetiségi, hanem értelmi cenzus alapján is legszigorúbb alkalmazása* (alább bővebben kifejtem).

2. *Az egyetemről, illetve a klinikákról, a kórházakból a gyakorlatba lépő fiatal orvosok felvilágosítása és leghathatósabb támogatása az illetékes O. O. Szövetség, illetve annak vidéki fiókjai részéről. Az összes üresedésben lévő orvosi állások nyilvántartása, mondhatnám térképe minden fiókszövetségnél úgy, amint ezt Szerkesztő Úr is sürgeti e lap 44-ik számában.*

3. *A betegséglejző pénztárak reformja — ami Vass József népjóléti miniszter közismert szociális érzékénél fogva, amúgy is napirenden van — a szabad orvosválasztás alapján.*

4. *A községi és körorvosok helyzetének sürgős megoldása: különösen a lakáskérdésben, mert ez teszi sokszor lehetetlenné a falukban, községekben való letelepedést.*

E négy orvos-specialis problema megoldásától — mint az orvosi közügynek régi, tapasztalt harcosa — sokat várak. Lássuk már most ezeket tömören, egyenként.

A numerus claususnak az értelmi census alapján való legszigorúbb alkalmazása alatt azt értem, hogy csak a „jeles” és „jól” érettségizett ifjak vétessék fel az egyetemre.¹ Az nem lesz baj, ha a hallgatók száma ennek következtében csökkenni fog, mert intensív elméleti és gyakorlati kiképzésük annál könnyebb és jobb lehet. Nem sok, hanem az ország mai helyzetéhez mérten kevesebb, de kitűnően képzett orvosra van Csonka-Magyarországnak szüksége, hogy a külállamokkal való versenyben megállja helyét, hogy népeségének erejét, egészségét, szaporaságát, mint legfőbb existentialis forrását fenn tudja tartani. 5466 orvosnak

¹ Közel 3000 folytat azonban gyakorlatot, a klinikai és kórházi gyakornokok, al-segédorvosok nagy része oklevelét nem mutatta be.

² A budapesti orvosi kar felvételi ülésén a bizottság örömmel jelentette, hogy a jelentkezett keresztény ifjak 40%-a jeles és jó érettségi bizonyítványt mutat fel.

tisztességes megélhetése — amint azt Dollinger tanár az O. O. Szövetség elnöke is hangsúlyozta — lehetetlen leromlott országunkban. A második ponthoz a következő kommentárt kell fűznöm: Az O. O. Szövetség hivatalos lapjának legutóbbi számaiban már látjuk az ürességekben lévő orvosi állások nyilvántartását. De hol van még e szerény kezdés a német szervezetek munkájától!

A mintaszerűen, közel 150 sectióval és közel 1500 bizalmi férfiúval szervezett „*Verband der Ärzte Deutschlands*” főtítkárságától ez év elején kapott levélben a következőkről értesültem: „Die Meldung vakanter Arztstellen bei der Zentrale erfolgt durch unsere Unterverbände. Unsere Stellenvermittlung bringt sie zur Kenntnis der Bewerber.“ Évek hosszú sora óta kifogástalanul, a legjobb eredménnyel ad ez úton a németek nagy Orvosszövetsége a pályázó collegáknak minden állásról részletes felvilágosítást. Kövessük őket és szervezkedjünk! Aki maga nem húzza szekerét, azon Hercules sem segít.

A betegsegélyzőpénztárak (3. pont) nagyjelentőségű orvos-szociális problémájának megoldásánál is követnünk kell a bevált német rendszert, amely a fix orvosi rendszerről a szabad orvosválasztás rendszerére való átmenetnél a régi pénztári orvosok szerzett jogait, érdekeit biztosította: „Den bisherigen Kassenärzten wird 5–10 Jahre, zuweilen sogar lebenslang ihr bisheriges Einkommen garantiert.“ Ezt írja a Leipziger Verband főtítkársága a mi magyar, 15–25 év óta fix pénztári állásban működő orvosaink megnyugtására, hogy ime, így is lehet, sőt így kell a problémát megoldani. Mert való igaz, hogy a régi, munkában megőszült pénztári orvosokat — nem lehet „brevi manu” szélnek engedni. Sőt az előregedetkekről is van a németeknél gondoskodás, miről a Münch. Med. Wochenschrift okt. 16. számában ezt olvassuk: „Den erwerbsunfähigen und über 70 Jahre alten Kassenärzten soll eine jährliche Rente bis an ihr Lebensende gezahlt werden“. Ezen évi járadék kiszámításának alapjául pedig a pénztári orvos gyakorlatának legutolsó évében befolyt jövedelme szolgál. Ezen az alapon kell az elaggott pénztári orvosokat nálunk is kielégíteni és akkor sok pénztári orvosi állás fölszabadul.

A pénztárak ugyanis nálunk a census folytonos emelése következtében a betegek, illetve a közönség legnagyobb részét absorbeálják. A budapesti kerületi munkáspénztár tagjainak száma ezidőszent közel 350.000. A keresk. pénztár tagjainak száma közel 50.000. Ámde ne feledjük, hogy a pénztári tag tulajdonképpen gyűjtőfogalom, mert a pénztári tag felesége, gyermekei, esetleg vele közös háztartásban élő, önálló keresettel nem bíró apja vagy anyja is részesül orvosi ellátásban, kezelésben. Tehát legalább hárommal kell megszoroznunk a fenti számokat — pénztári vezetők, mint szakemberek felfogása szerint is — és akkor a budapesti kerületi pénztárban 1.050.000, a keresk. pénztárban 150.000 a kezelésre jogosultak száma. Annyi ember nincs is Budapesten, mondhatja valaki! Nincs is, mert a munkások nagyrésze Budapest környékén (Visegrád, Szentendre, Rákospalota, Pesterzsébet, Kispest stb.) lakik.

Befejezésül a községi és körorvosok helyzetének megoldásáról kell röviden szólnom. Bizom abban, hogy Vass József népjóléti miniszter úr a készülő törvényjavaslatban a községi orvosok fizetésének, nyugdíjának a mai viszonyoknak megfelelő fölemelésével, a VIII-ik, illetve VII-ik fizetési osztályokba való besorolásával a lakáskérdést is megoldja és a vidéki orvosi körök kisebbsítésével új állásokat is kreál és akkor a fiatal collegák nem fognak annyira irtózni a körorvosi állásoktól, mert Budapesten ma 1000 emberre átlag 3 orvos esik.

Egy egészséges decentralisatióval kell e helyzetet segítenünk és akkor megoldottuk a fiatal orvosok elhelyezkedésének kérdését. Az öreg, megrokkant orvosok helyzetét pedig oldjuk meg az orvosi nyugdíj és segélyező intézmények olyan kiépítésével, amint ezt az „O. H.” ez évi 19. számában, évek hosszú során át szerzett tapasztalatok és az illetékes budapesti főköszövetsegtől elfogadott indítványok alapján javasoltam. Az Országos Közegészségi Tanács böles támogatására is apellálunk, mint absolut pártatlan és megközelíthetetlen fórumára, amint azt Vámosy tanár a lap 44. számában is hangsúlyozza. Az államosításnak csak bizonyos határig való kiterjesztését tartom szükségesnek.

Ez a nézet alakult ki a nagy német orvostársadalomban is, mert minden orvosi rendnek a maga erejéből, a maga emberségéből kell elsősorban orvoslársadalmi problémáit megoldani és e nehéz munkában részt kell venni mindnyájunknak; elsősorban a legilletékesebb O. O. Szövetségnek, összes fiókjainak, az összes szaklapoknak és minden collegának, mert kölcsönös támogatás és collegialis szeretet nélkül nem adhatunk kenyeret sem a fiatal kezdőnek, sem a szaporodó családjával küszködőnek, sem a munkában megrokkant tisztos öregnek.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az epehólyagmegbetegedések röntgendiagnosztikája. *Altshul.* (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen 33. köt., 5. füz.)

Az epekövek direct kimutatása a legjobb technika mellett is csak 5%-ban sikerül. Ennek oka az, hogy leggyakoribbak a cholesterinkövek, melyeknek sugárelnyelőképesége nem nagyobb, mint az epéé, vagy a környező szerveké. Ezért nem vezet jobb eredményhez a pneumoperitoneum sem. *Graham* eljárása, mely intravenásan adott tetrabromphenolphthaleinnatriummal teszi láthatóvá az epehólyagot, a súlyos kísérő jelenségek miatt túlságosan veszélyes ahhoz, hogy általános eljárásként ajánlható lenne. A tapintható, nagy epehólyag minden beavatkozás nélkül is sokszor látható, egyébként az epehólyagmegbetegedések röntgendiagnózisánál az indirect tünetekre (duodenalis motilitas, nyomásérzékenység, összenövés által okozott elváltozások) vagyunk utalva. Durva összenövések scirrusszerű képet idézhetnek elő a gyomron. Néha a kis görbület praepylorikus része összenövés nélkül is egyenetlen konturú, amit valószínűen megnagyobbodott nyirokcsomók hozzáfekvése okoz.

Erdélyi József dr.

Belgyógyászati megbetegedéseknek a beteg saját vérével való kezeléséről. *Rhode.* (Münch. med. Wochenschr. 1925. 27. sz.)

Szerző pneumóniánál, bronchitisnél, pleuritis siccánál, tüdőtuberculosisnál, asthma bronchialénál, influenzánál, polyarthriti rheumaticánál, néhány Ty-, Pty-, A- és B-megbetegedésnél, továbbá néhány orbános és ekzémás betegnél alkalmazta ezt a therapiás eljárást. A beteg karvenájából sterilen nyert vért vagy változatlanul fecskendezte be azonnal intramuscularisan, vagy a vért defibrinálva, reinjiciálta intravenásan. Véleménye szerint az így adott vérnek kétféle hatása van: 1. Specifikus, amennyiben egyrészt a vegetatív idegrendszerre ingerként hatva, a szervezet védekezését segítené elő a kórokozó csírákkal szemben, másrészt a betegből vett vér végeredményben immunsavóként szerepelne. 2. Nem-specifikus proteinhatás. Egészen acut esetekben intramuscularisan, már néhány napos lázas esetben intravenásan adta a vért. A legtöbb esetben gyors temperaturacsökkenést és a betegség időtartamának lényeges megrövidülését észlelte.

Dvorák dr.

Az insulinnal kezelt diabetes prognosisa. *Fischer O.* (Klin. Wochenschr. 1925. 42. sz.)

Az insulinnak a diabetes therapiájába való bevezetése által elsősorban a comának és a praecomás állapotoknak a prognosisa javult meg. A comás beteg insulinnal segítségével csak abban az esetben nem sikerül megmenteni, ha a szív működés felmondja a szolgálatot, még mielőtt az insulinnal teljes hatását kifejthette volna. A műtétek kapcsán fenyegető coma veszélyét az insulinnal teljesen eliminálta, a sebgyógyulás kilátásait normalissá változtatta, a már kifejlődött sepsist azonban egyáltalán nem befolyásolta kedvezően. A középsúlyos diabeteses esetekben, ahol coma nem fenyeget, az intermittáló insulinkészítés által gyakran sikerül a betegség rosszabbodását meggátolni és a beteget hosszú időn át munkaképességében megtartani. A szerző impressiója az, hogy az insulinkúra hatására beálló agglykosuriás szakban a pankreas ki-pihen magát és a tolerancia hosszú időre megjavul. A rosszindulatú esetekben azonban csak állandó insulinadagolással lehetne a cukorba progressióját meggátolni. Az állandó kezelésnek pedig útját állja a szer magas ára és az, hogy csak parenteralisan adagolható.

Czoniczér dr.

A primaer polydipsia és idiopathiás diabetes insipidus differentialediagnosisáról. R. Bauer. (Wiener Arch. f. inn. Med. 1925. 11. köt., 201. old.)

A primaer polydipsia és „idiopathiás“ diabetes insipidus elkülönítő körjelzése olykor lehetetlen. Az ezideig ismeretes vizsgáló módszerek (sömegterhelési-, szomjaztatási-, pituitrin-próbák) eredményei szerző szerint kevésbé megbízhatók. A hypophysin- (pituitrin-) terapia eredményes hatását sok szerző döntő jelentőségűnek tartja. Ezzel szemben közli szerző esetét, melyben részint éppen az eredményes pituitrinkezelés alapján diabetes insipidusnak körjelzett beteget recidivált és utóbb kizárólag suggestiv kezelésre (NaCl-injectio) gyógyult. Az eredményes hypophysintherapia nem annyira a diabetes insipidus, mint inkább a primaer polydipsia jelének tekinthető sok esetben, mikor is a pituitrinkezelés suggestiv hatása eredményezi a javulást. Különben is szerinte tartós javulás pituitrinre az „idiopathiás“ diabetes insipidusnál nem igen következik be, sokszor pedig oly kis adagra jelentkezik az, ami physiologiailag nem magyarázható a hypophysin hatásával. A vese koncentrációkéessége, vagy annak hiánya nem absolute jellegzetes a bántalomra, mindkettő előfordulhat úgy diabetes insipidus, mint primaer polydipsiánál. A szomjaztatókísérlet nehezen vihető keresztül és nem minden diabetes insipidus esetben eredményez vérbesűrűsödést. Maga a vérconcentrációváltozás (NaCl-, fehérjeszaporodás, fagyásponteszkkenés) sem tekinthető mindenkor jellegzetesnek, úgy magasabb, mint normalis értékek mindkettőnél előfordulhatnak. Szerző kétséges esetekben a suggestiv kezelés megkísérlését ajánlja, melynek a pituitrin alkalmazása — diuresis-csökkentő hatásával — jó bevezetője lehet. Szerinte az „idiopathiás“ diabetes insipidus azon esetei, hol minden látszólagos szervi elváltozás nélkül valamilyen előzetes koponyasérülés is kimutatható, a „cerebralis“ diabetes insipidushoz, többi esetei pedig inkább a primaer polydipsiához sorozandók.

Fischer dr.

Sebészet.

Az epehólyagfistula műtéthez. Joachim Berendes, Reichenbach. (Zentralbl. f. Chir. 1925. 25. sz.)

A transduodenalis hepaticus drainage-al szemben, némileg a Nussbaum eljárásához hasonlóan, aki a felpraeparált fistulát a duodenumba süllyeszt, teljes eredménnyel alkalmazta a következő módszert, melyet két betegével kapcsolatban ír le:

A fistulára való rámetsszéssel halad a mélybe, ahol az ő esetében a sipoly eredő nyílását egy, a hepaticuson lévő — a portio uterihez hasonló —, csapszerű képlet alkotta. Ebből folyt az epe. A nyílás köré négy finom catgut-tartóvarratot helyez. Lehúzza a szomszédos gyomrot s annak falába megfelelő nyílást metszve, a tartófonalakat áthúzza rajta, majd belülről az egész gyomorfonalon áttölve, kívül csomóz a nyílásnak négy oldalán. Ez által a hepaticus-csap benne van a gyomornyílásban, melyet egy varrattal annyira szűkít, hogy az hermetikusan odafeküdjék a hepaticushoz és nyálkahártyarész ki ne jusson. Utána keskeny drain-esik a hepaticus-gyomoregyesítéshez. Hasfalvarrat.

Török Ferenc dr.

A diazo-reactio mint prognosticum a mozgatóapparat tuberculosisánál. Kelemen György, Pécs. (Zentralbl. f. Chir. 1925. 25. sz.)

Szerző különböző esetekkel kapcsolatban a diazo reactiót a mozgatóapparat megbetegedéseinek negatívumaként találja. A pozitív reactiót egyesek szerint a szervezetben képződött aromatikussavak, másrészt a histidin, mint fehérjebomlástermék idézi elő, mely termékeknek befolyással kell lenniük a szervezetre oly értelemben, hogy nagyobb mennyiségű megjelenésükkel annak védekező erejével szemben való hatásukat érvényesítik.

Ha a mozgatóapparat megbetegedésével kapcsolatban negatív a diazo-reactio, számolni kell azzal, hogy lehetnek más részekről származó anyagok, melyek a tuberculosus megbetegedések hatásait a szervezetben paralyzálják, amit az immun biológiának feladata felderíteni. Ez magyarázná meg, hogy sokszor súlyos letális folyamatok mellett is egyébként az egész szervezet miért érintetlen, melynek megállapítása után újabb klinikai törekvések segítségül hívhatják a diazo-reactiót a prognosistak pontosabb felállításában.

Török Ferenc dr.

Nagy hasisérv plastikai zárása. Oskar Orth, Homburg (Saar). (Zentralbl. f. Chir. 1925. 25. sz.)

Azokban az esetekben, ahol nagy hasisérveknél az egyes rétegeknek külön praeparálása lehetetlen, a kiterjedt defectusoknak pótlása csupán fascia-lemezeknek szabad átültetésével végezhető. Szerző a fascia-transplantatiók helyett a plastikához magának a sérvsáknak különben gyakran értéktelen szövetanyagát alkalmazza sikerrel. A szükséges nagyságú kötőszöveti lapot lebeszerezően képezi ki és tetszés szerint a rectus izomzat előtt vagy mögött erősíti rá az izomra varratokkal úgy, hogy a hiányt teljesen fedje. Így, míg Bier-Braun-Kümmel a sérvsákoknál főlös kötőszövetet, mint értéktelent, kimetszésre és eltávolításra ajánlja, addig szerző ezt az anyagot a fedésre értékesen tudja hasznosítani.

Török Ferenc dr.

Lágyéksérv műtéte nőnél. E. Solms. (Zentralbl. f. Chir. 1925. 22. sz.)

Ferde lágyéksérvnél primaer oknak a processus vaginalis peritonei gyengeségét tartja, az izomzat kitágulását secundaernek. Az előző Koecher, az utóbbi Bassini műtétje oldja meg, ezért a két műtét kombinált alkalmazását ajánlja. Recidiva mindazonáltal keletkezhet, mert a sérvesatornát a ductus deferens, illetőleg a ligamentum teres miatt csupán szűkítik, de nem zárják. Nőnél a recidiva teljes elkerülése céljából a ligamentum terest lefejté az os pubisról és visszadugva a sérvesatornán, távol a belső lágyékgyűrűtől, az ép izomzaton vezetve át, varrja le ismét eredeti tapadási helyéhez. Ekkor a gyenge processus vaginalis kitágulása esetén az ép hasfalat találva maga előtt, sérve nem képződhet. A szerző 12 éve alkalmazza eljárását, de számadatokkal adós marad.

Az Alexander-Adams-műtétet is a Bassini-methodus helyett saját műtétével kombinálja, de ilyenkor a két teres distalis részét egyestve varrja előző tapadási helyéhez. Öt esetében a beteg a szülést jól állotta.

Sereghy Emil dr.

Urologia.

A therapiás és sebészi diathermia az urologiában. Budd C. Corbus, Chicago. (Journ. of Urol. 1925 március.)

A diathermiának ezt a két féleségét ismerjük, melyek csak fokozatilag — a használt elektrodok nagyságától függően — különböznek egymástól.

A therapiás diathermia alkalmazásánál a bőr hyperaemiáját és a bőr mirigyének fokozott működését látjuk, melyet a bőrallati kötőszövet és a mélyben fekvő rétegek capillarissainak acut tágulása okoz.

A sebészi diathermiánál a hőhatást vékony elektrodokkal kis helyre lokalizáljuk s ezáltal ott coagulatiót idézünk elő. Az eljárás vértelen s a postoperatív fertőzés eshetősége is valószínűtlen, miután a coagulatio alkalmazási helyén sterilizál is. Az eljárás előnye továbbá az, hogy nemesek a tumort magát roncsoljuk el, de a környező sejtek is coagulatio hatás alá esnek s így az implantatio veszélye is csökken. Az edények thrombotizálása viszont a felszívódást akadályozza, a pörkök leléködnék s a gyógyulás ideje megrövidül.

Az urologiában kiváltképen két megbetegedés: a kankós fertőzések és a carcinoma képezik a diathermiás beavatkozások terrenumát.

Tudvalévő, hogy a gonococcus 108 F°-nál (42.22 C°) elpusztul.

Santos kísérletei azt mutatták, hogy a férfihúgycső 109 F° (42.77 C°) meleget jól elbír, viszont 113 F° (45 C°) már elviselhetetlen. Az endocervix 116 F° (46.66 C°) hő 40 percen át is jól tűri. Miután a gonococcus ezen hőfoknál elpusztul, a diathermia a kankó gyógyítására a legegyszerűbb eljárásnak látszik. Különösen díeséri hatását az acut epididymitiseknél, hol már egyszeri, 50 perces alkalmazása is prompt javulást idéz elő. Hasonló jó eredményeket észlelt a kankós prostatitisek és periurethritiseknél.

A carcinoma diathermiás kezelésében legfontosabb momentum az, hogy a ráksejtek a hővel szemben kisebb ellenállással és vitalitással bírnak, mint a szervezet ép sejtjei.

A penis- és hólyagcarcinomáinál a localis gócon kívül a regionalis nyirokmirigyek is diathermiás hatásnak teendő ki. Ezeknek az inactív elektrod a far alá kerül; az activ elektrod a tapintható mirigy fölé helyezzük, hol a bőr elégetését elkerülendő, ezt kis incisióval átmetszük. A hólyag basisán ülő carcino-

mánál a hőfokot a hüvelybe vagy rectumba vezetett ujjal ellenőrizzük.

Szerző 26 hólyagearcinómáról számol be, melyek közül 5-nél localis radiumkezelést is alkalmaztak; a többi csupán diathermiával kezelték. Ezek közül 4 meghalt, a többi 22-ből 20 $\frac{1}{2}$ –5 évig recidivamentes maradt.

A *prostatocarcinoma* rendszerint a hátsó lebenyből indul ki s terjedésének a rostos capsularis meg lehetőszen hosszú ideig határt szab.

Ott, hol a carcinoma hypertrophiával együtt fordul elő, csak a ráksejteknek diathermiával való teljes coagulatioja után végzendő a prostatektomia. Ilyen esetekben az inactív elektrodot a symphysisre, az actív elektrodot — a prostatának perinealis feltárása után — a gát felől alkalmazza.

Ha a folyamat a *vesiculákra* is áttért, ezeket is coagulálja a rectumba vezetett ujj kontrollja mellett.

A *hozzászólásokat* illetőleg A. Dean, Ewig vizsgálati eredményeit idézi, ki a diathermiával coagulált szövetek vér- és nyirokcsomóit részben nem thrombotizált állapotban találta; ennek következtében a tumor tovaterjedését és a metastasisképződést ez az eljárás se akadályozza meg.

Pedersen a therapiás diathermia hatását, különösen chronikus esetekben, a fokozott circulatioval előidézett congestióval magyarázza.

Max Huhner diathermiával kankós fertőzéseknél foglalkozott; a gyors vérkeringés miatt a húgyeső nyálkahártyáján és mirigyeiben nem tudott oly magas hőfokot elérni, melynél a gonococcusok elpusztultak volna. Német szerzőkre is hivatkozik, kik prolongált forró fürdővel próbálták az acut kankót coupierozni; de kísérleteik sikertelenül végződtek.

Corbus szerint diathermiás kezeléssel eredmény csak a kezdeti stadiumban lévő prostatocarcinómánál érhető el. Diathermiával kapcsolatosan radiumot és Röntgent is használ. Ő azon a nézeten van, hogy a diathermiával coagulált szövetekből antitestek is képződnek, melyek a rák tovaterjedését megakadályozhatják.

Dózsa dr.

Szemészet.

A *sympathicusbénulás*, mint a *heterochromia oka*. Bistis. (Kl. M. f. A. 1925. 75. köt., 214. old.)

Míg az eddigi feltevések az iris-heterochromia okául a stromapigment fejlődésének trophiás zavarait szerepeltették, addig Bistis részben megfigyelések, részben kísérletek alapján a heterochromia keletkezését neurogen eredetre vezeti vissza. A házinyúlón végzett felső nyaki sympathicus ganglionnak kiirtása után, 16 hónappal a műtét után az iris elszíneződése következett be. Megfigyelte egy fiatal betegénél is, akinél ugyancsak a felső nyaki sympathicust valami okból extirpálták, hogy azonosoldali Horner-trias mellett az iris heterochromiája fejlődött ki. Ezek alapján felveszi, hogy a heterochromia oka a nyaki sympathicus bénulásának következménye és mint ilyen, a Horner-tünetesoport sorába helyezi.

Ferenczy Zoltán dr.

Szöveti vizsgálatok trachománál. Birch-Hirschfeld. (Heidelbergi szemészgyűlés. 45.)

136 kimetszett tarsuson és friss trachomás áthajlasi redőn végzett vizsgálatai alapján (részben fagyaszttással, részben paraffinbeágyazással készült metszetek) a plasmasejteknek már Goldzieher által hangoztatott jelentőségét ő is megerősíti. Viszont Goldzieher ellentétben a kezdeti esomóknak keletkezését a Junius által leírt esoportosulásokra és a lymphocytákra vezeti vissza. A plasmasejtek jelentőségét abban látja, hogy a szövetet infiltrálják, a hyalinos átalakulásban résztvesznek és behatással vannak a fibroblastok burjánzására. Eredetét adventitialis sejtekben keresi. A trachomacsomó sorsát illetőleg azt találta, hogy az vagy ellágyul s ritkán kiürül, vagy fibroblastok veszik körül, illetve növik át. Korán látni már hegesedést, esetleg oly helyeken is, ahol folliculusok nem is találhatók s elősegíti a szövetek kocányos fellazulása. Jelentős elváltozások láthatók az epithellen és a tarsuson is. A kötőhártya hámja mélyen a subepithelialis vagy a subtarsalis szövetbe burjánzó cystákat képez. A tarsus hyalinosan vagy zsírosan degenerál. A vándorsejtek a carcinomafaszkekre emlékeztető sejtesoporttalakot vehetnek fel. Tönkremerhetnek és degenerálódhatnak a tarsusban egyes Meibom-mirigyek. A gyulladásos jelenségek a tarsuson is túl terjedhetnek, főleg ott,

ahol a Meibom-mirigyek tönkrementek. Sokszor látni egymás mellett különböző idejű elváltozásokat. (Friss beszűrődést, degeneratív, vagy régi hegképződéses folyamatokkal.) Mindezen elváltozások rendszerint csak egyes körülírt helyeken lelhetők fel s ritkán illetik az egész kötőhártyát és tarsust egészében és egyformán. Végül megemlíti, hogy a kötőhártya mechanikus kezelése az infiltrált sejtek nagy részét eltávolítja s így az alap elhegesedését csökkenti.

Ferenczy Zoltán dr.

Bányászok szemrengése. Fergus. (Z. f. d. g. Ophth. 1925 szept.)

Három tünetet emel ki: a központi látásélesség csökkenését, pulzusszaporulatot és a bántalom roham-szerű jelentkezését. Rossz világítás, megerőltető testtartás a munkánál, bányagázokkal való mérgezés; nem elegendő a magyarázathoz. A szemrengés jelentkezése hasonló munkafeltételek mellett is nem egyforma a különböző bányákban. Így Délafrikában és az Egyesült-Államokban a baj, úgy látszik, ismeretlen. Talán bakteriumos eredetre is kell gondolni. Sok bányász a villamoslámpára panaszkodik. Nem pusztán szemzavarról van szó, hanem agycentrumok laesiojáról. Szemrengés mellett halánték- és homloktájékfájdalmak, szédülés, izomrángás, fénykerülés, nyktalopia és abnormis fejtartás is jelentkezik. Feltűnő, hogy e baj jelentkezése évek szerint váltakozó. 1925-ben Collis a bányászok 20–30%-ánál talált szemrengést, anélkül, hogy erre nézve panaszkodtak volna, ezért ő a neurastheniára is nagy súlyt helyez. E betegség nagy elterjedése és gazdasági jelentősége mellett fontos az a kérdés is, hogy a beteg folytathatja-e a munkáját? Könyvű esetben igen, súlyos tünetek természetesen pihe-nés mellett szólnak.

Horay dr.

Elektrokauter a glaukoma gyógyításában. Preziosi, az olasz szemorvostársaság 1924 október 17-i gyűlésén.

Szerző széles conjunctivalebenyt készít a limbus corneae felett, majd ezt a corneára visszahajtván, körülbelül 1½ mm-nyi szélességben a corneáról leválasztja a felső rétegeket. Erre a vörös izzásba hozott elektrokautert a limbusra helyezi, majd visszavonja. Ezt addig ismétli, míg csarnokvíz kezd ürülni, mire a conjunctivalis lebenyt 5 öltéssel ismét helyére varrja. Félév alatt 20 beteget operált így és valamennyi esetben jó eredményt ért el.

Kretz Tibor dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 14-i ülése.

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Rosenthal Jenő.

Bemutatás.

Borszék Károly: Két év után megismétlődött duodenumfekélyátfúródás a szabad hasüregbe. 28 éves munkásnak 1923 májusban duodenumfekélye a hasat ért trauma után átfúródott; a fekélyt akkor kétrétegű varrattal összevarrta, jejunostomiát csinált, a subphrenikus tájat drainezte és a hasüreget teljesen zárta. A beteg zavartalanul gyógyult; azóta 2–3 hónaponként ellenőrizte állapotát: zavartalanul dolgozott, semmi gyomorpanasza nem volt. 1925 május 13-án hajnalban igen erős hasi fájdalmakra ébredt; a Telepyutcai kórház sebészeti osztályára szállította magát, ahol újabb átfúródást kísérmezvén, körülbelül hat órával az átfúródás bekövetkezése után megoperálta. Harántmetszés a köldök magasságában. Általános has-hártyalob, igen erős odanövések. A duodenum mellső falán két haránt ujjal a pylorus mögött egy koronányi heges terület, amelynek közepén lencsényi átfúródás; az átfúródás mindkét oldalán egy-egy esomós selyemvarrat jelzi a régi fekély elzárására használt öltéseket. Az átfúródást varratokkal zárja, jejunostomia, hasüregbe 50 g aether, teljes hasüregzárás. Zavartalan gyógyulás után június 15-én elhagyja a kórházat. Az irodalomban hasonló esetet nem talált.

Előadás.

Sarbó Artur: A cisterna-punctióról. (Ayer-Eskuchen.) Ismerteti methodikáját. Ülő helyzetben végzi a punctiót, mert így, a nyomási viszonyok felől jobban tájékozódhatunk. 125 esetben 150-szer alkalmazta a cisterna-punctiót. Megállapítja, hogy a cisterna-liquor

féherjetartalma különbözhet a lumbalis liquorétól. Az organos idegbajok több mint felében (60%) fokozott a nyomás a cisternában. Hat esetről referál, melyben a *Sicard*-féle lipiodolos eljárást alkalmazta, ezek közül három esetben pontos localisatiót adott a vizsgálat; két cauda-megbetegedés esetében sikerrel járt a műtét (*Winternitz, Pólya*). Szerinte igen fontos a lipiodolos próba negatív irányban is, mert valószínűvé teszi, hogy nincs akadály a durazsákban és így a körjelzés helyes felállítását segítheti elő. Attér a cisterna-punctio terápiás alkalmazására. Példákkal illusztrálja a punctio jó hatását meningitis heveny és idült eseteiben. Utal arra, hogy az agyi lues bizonyos eseteiben gyógyult agyhártyamegbetegedésről van szó, mely hegedéssel a subarachnoidealis üregnek elzáródásával a liquoreringésben oly akadályt jelent, hogy az liquorfelhalmozódást hoz létre. Ily esetben csak punctio hozhat javulást. Ismerteti jó eredményeit az epilepsiában alkalmazott punctiókról. Kiemeli, hogy 23 epilepsiás közül 14 esetben mutatkozott liquornyomásfokozódás, — ami tehát a punctio alkalmazását indokolja és jó hatását megmagyarázza. Alkalmazta a cisterna-punctiót parkinsonismus eseteiben is, — 18 közül négy esetben valamelyes befolyást vélt megállapíthatni. Ezekben az esetekben levegőbefúvással kombinálta a cisterna-punctiót. Végül példákat hoz fel a cisterna-punctio életmeghosszabbító, sőt életmentő hatásáról is. A lumbalis punctióval szemben előnye a cisterna-punctiónak az, hogy könnyebben vihető keresztül, alig fájdalmas, semmiféle utóhatása, utókellemetlensége nincs. Azt hiszi, hogy úgy körjelzési, mint terápiás szempontból a cisterna-punctiónak nagy elterjedése lesz.

Schuster Gyula: Először alkalmazta a cisterna-punctiót és a tavalyi szakosztályban adta elő tapasztalatait. Az atlas és occiput összecsonitosodása alkalmával nem végezhető el a cisterna-punctio. A cisterna magna sok embernél 7-8 cm-nyire is fekszik. Előzetesen bejelenti, hogy bróm-, jódfestékkel kóros elváltozásokat agyban enkephalogramulomás eljárással sikerült kimutatni. Egyebekben igazolható előadók minden tapasztalata, amelyeket hozzászóló több közleményben leírt.

Jánossy Gyula: A debreceni belklinikán 540 cisterna-punctiót végzett. A cisterna-punctio nem veszélyesebb mint a lumbal-punctio, de lumbal-punctio után több kellemetlenség észlelhető, ezért a cisterna-punctiót szívesebben alkalmazza. A cisternába fecskendezett lipiodol enyhe tachycardiát és izzadást okoz, a jodipin befecskendezésekor e tünetek valamivel erősebbek. Jethion adagolását kellemetlen tünetek miatt nem ajánlja. Kiemeli az intracisternás terápia gyakorlati fontosságát nyúltvelői bénulások esetében. A cisternába adott lobelin azonnal izgatja a nyúltvelői centrumokat és a hatás tartós ($\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ óra). Az intracisternás injectio így egyesíti a subcutan és intravenás, vagy intracardialis adagolás előnyeit, azért első segélynyújtására nagyon alkalmas. Coffein és strychnin hasonló, de gyengébb hatásúak. 0.0005 g atropin hatástalan. Intracisternás injectióknak máris több beteg köszöni életét.

Kluge Endre: Fontos az eljárásnak szélesebb körben való elterjedése. Fontos az epilepsiára vonatkozó megállapítása, mert *Antomak* azt a nézetét erősíti meg, amely bizonyos epilepsia-eseteket a subtentorialis nyomásfokozódásra vezet vissza, amit *Voelcher* a subtentorialis fenestrációval gyógyított meg. Az indicatio a sebészeti és fülészeti felé kibővül. *Török* és *Bárany* a recessus laterálisban levő arachnitis circumscriptát, amely tumort utánzott, lumbal-punctióval gyógyított, az irodalom újabb eseteket is tud. Itt is meg lehet próbálni a cisterna-punctiót. Saját vizsgálatait azt derítette ki, hogy a hátsó koponyagödörbeli nyomásfokozódás a foramen magnum környékén három fázisban anatómiai elváltozásokat hoz létre, amelyet klinikailag az általa, majd újabban *Pözl* által is leírt fejtartás és egy index jeleznek. Ilyenkor, minthogy az öreglikba való incarcerationio hirtelen halált okozhat, cisterna-punctio contraindicált. Egyébként diagnostikus terápiás jelentősége kétségtelen.

Holits Rezső: A cisterna-punctio diagnostikai alkalmazásakor, midőn lipiodollal keressük a medulla-tumor segmentumát, megtörténhetik, hogy már 1—1½ csigolyával magasabban megakad a lipiodol, mert már a tumor fölött összenőhetett a dura a medullával, vagy mert a tumor folytán deviáló medulla már magasabb segmentumban annyira megszűkítette a durazsákot,

hogy a nagyon viscosus lipiodol már 1—1½ csigolyával magasabban megakad. Hozzászólása egy műteti esetén alapul, amelyben a tumor 1½ csigolyával mélyebben volt, mint ahol a lipiodol megakadt.

Józsa Jenő: A gyakorlat, a therapia szempontjából kiemeli a hypertoniás oldatok (szőlőcukor, calcium stb.) kedvező hatását mindazon esetekben, ahol fokozott a liquortermelés, mint amilyen az encephalitis meningismusok, status epilepticus stb., s amely esetek egyben a cisterna-punctiónak is legkedvezőbb indiciós területei. S utal a hypertoniás oldatok ilyen hatásának magyarázataira.

Sarbó Artur: *Schuster* által említett összenövéseket a nyakszirtesont és atlas között röntgenologice ki lehet mutatni, ily esetekben nem fogunk cisterna-punctiót végezni. Ismételt hangsúlyozza, hogy hat centiméternél mélyebb beszúrást nem ajánl. A lipiodol helyett ajánlott egyéb készítmények (*Dominal X*, *Jothion*) feleslegesek, minthogy a lipiodol bevált és veszélytelen. *Jánossy Gyula* érdemeit már előadásában is kiemelte és most újra hangsúlyozza őket. A foramen occipitale magnum tájékának figyelembe vételét már előadásában kiemelte. *Holits* említette levegőbefúvással a gerinevelői daganatok alsó határának meghatározását illetőleg utal *Dandy* ez irányú eredeti közleményeire. Minthogy *Józsa* ajánlotta hypertoniás oldatok alkalmazásának módszere még nincs megállapítva, a cisterna-punctió pedig már biztos alapon nyugszik, újból az orvosi közönség figyelmébe ajánlja a cisterna-punctiót.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának november 9-i ülése.

Elnök: *Ranschburg Pál*. Jegyző: *Miskolczy Dezső*.

Bemutatás:

Goldberger Márk: *Tonsillitishez kapcsolódott myelitis gyógyult esete.* Az irodalomban eddig négy esetet ismertettek, ahol tonsillitishez kapcsolódott a myelitis. A bemutató két gyógyult esetről számol be. I. eset: 14 éves leánynak éveken keresztül ismételt volt tonsillitise; a myelitis előtt három héttel is. Majd endocarditis, pericarditis és pleuritis mellett Landry-typusú myelitis lép fel, mely lumbal-punctióra visszafejlődik és az alsó végtagokra, valamint a hasizmokra lokalizálódik. Újabb tonsillitisre a már javuló állapot ismét súlyosbodik. A tonsillák átmosására, fürdőre, vilányozásra, gyakorlásra javul az állapot és a tonsillektomiára végleges gyógyulás következik be. — II. eset: 14 éves leánynak éveken keresztül volt ismételt tonsillitis, a myelitis előtt három héttel is. Az alsó végtagokra és alsó hasizmokra kiterjedő myelitisnél, amely lassan és kevésbé javul a szokásos kezelésekre, a tonsillektomiára gyors javulás indul meg és teljes, végleges gyógyuláshoz vezet. Az előadó a tonsillitis befolyását méltatja és terápiás beavatkozását indokolja.

Minich Károly: A fellépett gerinevelőmegbetegedés valószínűleg a mandulagyulladásához társuló általános sepsisnek, vagy septicaemiának részjelensége. Bár a mandulakiirtás után jelentkezett a javulás gyorsabb menethet, mégis azt kell felvenni, hogy csak accidentalisan járult a műtét a javulási folyamat.

Zimányi Vidor (mint vendég): Téves az a felfogás, hogy a fertőzés a mandulák hasadékában jelenlevő, helytelenül genynek nevezett detritus-csapokból jönne létre, mert mikro-test kívülről a mandulán keresztül nem hatolhat a szervezetbe (*Schlemmer*). Valószínűbb az, hogy heveny torokgyulladásakor általános fertőző megbetegedéssel van dolgunk, miáltal a szövődmények egész jól megmagyarázhatók.

Ranschburg Pál: Utal arra, hogy tonsillitis ritkán hiányzik a chorea St. Viti előzményeiben, s rendszerint a chorea 1—2 héttel később jelentkezik. Ez nem coordinatio, hanem oki kapcsolatot mellett szól. A tonsillektomia gyógyító értékét illetőleg *Minich* felfogását osztja.

Goldberger Márk (zárszó): A tonsillektomiát második esetében azért tartotta indokoltnak, mert első esetében is jó eredményt látott és ki akarta küszöbölni a fertőző kaput. Az eredmény eljárást igazolta.

Előadás.

Fabinyi Rudolf: Gondoskodás az elmebetegekről az intézetben kívül.

Az elmebetegeknek, beleértve a psychopathákat, imbecilliseket stb. is, intézetben kívül való ápolása és gondoskodó felügyelet alá helyezése ma az elmebeteg-ügy egyik legfontosabb kérdése. Ilyen módon az elmebetegek nagyrészt saját családjukban lehet tartani, ami nemcsak a betegeknek nyújtja a legkellemesebb ápolási módot, de lehetővé teszi, hogy az arra valók kenyérkereső foglalkozásukat is űzhessék. Ezzel egyszerre mind a közbiztonság is emelkedik és a drága intézeti ápolási díjak is megtakaríthatók. A gondoskodás alá helyezés egyidejűleg a prophylaxisnak is szolgál, mivel a gondoskodás nemcsak a volt intézeti, hanem az ott meg nem fordult, az elmebetegsége hajlamos egyénekre s az elmebajok legkezdetibb alakjaira is kiterjed, kiknél szakszerű kezeléssel a betegséget megelőzni, esetleg rövid idő alatt azon a beteget átsegíteni lehet. Németországban, Párizsban és Észak-Amerikában vannak már ilyen intézmények működésben. Előadó a német *Fürsorge* és az ezzel járó *externer Dienst* intézményét tanulmányozta. Ezek kétféle rendszerek. Az egyik rendszer képviselője a *Kolb* által létesített Nürnberg-Fürth-Erlangen *Fürsorge*, mely eddig Münchenben, Regensburgban, Mannheimban talált többek között sikerült utánpótlásra. Ezeknél a *Fürsorge*, illetve annak központja a *Fürsorgestelle* az illető vidék elme-gyógyintézetének független orvosi intézménye, míg a *Raecke* által létesített és vezetett frankfurti *Fürsorgestelle* a városi egészségügyi hivatal egy szerve, ami úgy látszik a független szakorvosi vezetés rovására megy. Gondoskodás alá nemcsak az intézetekből elbocsátott vagy szabadságot betegeket kerülnek (de csak a beteg, illetve a hozzátartozók beleegyezése alapján), hanem a hatóságoktól odautalt betegek is, főleg psychopaták — kik a legtöbb bajt okozzák —, valamint önkéntesen jelentkezők, azaz olyan betegek, kiknek felvételét a hozzátartozók kéri. Nürnberg-Fürth-Erlangenban több mint 1500, Frankfurtban közel 3000, Mannheimban 420, Münchenben — hol a *Fürsorge* csak tavaly létesült — 300 beteg van gondoskodó felügyelet alatt. A *Fürsorge* csakis psychikus bajokban kezelte betegeit. Eljár továbbá ügyes-bajos dolgaikban, jogvédelemben részesíti őket, munkát szerez nekik, esetleg pénzbeli segítyt s orvosságot is utal ki. Általában mindenütt bevált, bár egyes balesetek, főleg öngyilkosságok elkerülhetők nem voltak. Előadó bemutatja terveit, miként lehetne ezt a gondoskodó felügyeletet Budapesten is létesíteni. *Kolb* nyomán a lassú, fokozatos kifejlesztésnek híve. Legelőször is a lipótmezei elme-és ideggyógyintézetből elbocsátott betegek, azután az önkéntesen jelentkezők volna a gondoskodás alá helyezendők. Központul a lipótmezei intézetben már most is működő ingyenes tanácsadó állomás szolgálna, amely később a város központjába volna helyezendő. A legutolsó lépés a hatóságok által odautaltak gondoskodásba vétele volna.

Décsi Károly: Az elmebetegek nyilvántartása és a róluk való gondoskodás *elsősorban* a közigazgatási közigazgatás feladata. Kíváncsú, hogy a közigazgatást egy *patronage-intézmény* is támogassa. 25 év előtt itt a szakosztályban az *alkoholisták feltételes elbocsátását* ismertette az akkori Laufnauer-klinikán divó eljárás szerint. Békés vármegye törvényhatósága 20 évvel ezelőtt *Pándy* kezdeményezésére az intézetben kívüli elmebetegek nyilvántartását és időszakos megvizsgálását rendelte el. Öröndetes, hogy ezek a kísérletek most ily nagyobb keretekben mozgó kiegészítést nyernek.

Hajós Lajos: A patronage-kérdés állandó napirenden tartását ajánlja, mert ha a megvalósítás jól sikerül, igen sok jót végezhet, de ha balul üt ki, nagyon sok recensust von maga után.

Révész Margit: Reámutat arra az analógiára, amelyet a gyermek- és fiatalok patronageja mutat s ami nálunk a törvény és elmélet szempontjából a leg-érősebben és legszebben volt kiépítve, a valóságban felületesen és eredménytelenül működik.

Donáth Gyula: Felhívja a figyelmet az amerikai *prohibitio* eredményeire, amely annyira lecsökkentette az elhanyagolt, elzúllott gyermekek számát, hogy mindig kevesebb gyermek kerül az ifjúkorúak törvény-széke elé.

Fabinyi Rudolf (zárszó): A *Fürsorge* Németországban nemcsak egyoldalú beállítás szerint, hanem pártatlan jelentésekből is ítélve, jól bevált. Az intézmény nálunk csak igen lassan, az orvoscollegák érdekeinek megvédése mellett a körülményeknek megfelelőleg fejleszthető ki.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület fülészeti szakosztályának november 12-i ülése.

Elnök: Rejtő Sándor.

Titkár: Götze Árpád.

Bemutatások:

1. Tóbi Pál: Sziklacsont- és bőrtuberculosis műtéttel gyógyult esete. Nöbeteget mutat be, kinél primaer baloldali sziklacsonttuberculosis miatt kellett radicalis műtétet végezni. Az arcon és nyakon, főleg bal oldalt tuberculosis fekélyek, a csecsenyűvány csúcsa alatt, tőle 5 cm-re lefelé és hátrafelé a csecsenyűvány-nal kommunikáló két fistula foglal helyet. A radicalis műtét s a fekélyek és fistulák kikaparása után, bár a fekélyes hallójáratból lebent képezni nem lehetett, a gyógyulás elég gyorsan következik be. A dobüregi és csecsenyűványüregi sarjak szövettani vizsgálata is megerősítette a tuberculosis diagnózisát.

2. Germán Tibor: Praeauricularisan áttört cholesteatoma és hallójárat-atresia műtéttel gyógyult esete. 30 éves férfinál teljes baloldali hallójárat-atresia állott fenn, mely gyermekkori trauma után jött létre. Folyása nem volt. Felvételét megelőzőleg 10 nappal lázas lett, dagadni kezdett a fülkagyló előtti tájék. Az elzáródáson már előzőleg eszközölt kis nyíláson át bő folyás, ennek dacára praearicularisan tályog lépett fel, melynek incisiojára nemcsak geny, hanem cholesteatomás tömegek is ürültek. Radicalis műtétnél recessus, dobüreg, hallójárat cholesteatomával kitöltöttek. Az arteriális heg kimetszése után szegélyszerű, a mellső falon kiszélesedő hámbíány jön létre, melynek gyógyulása tovább tart, mint a radicalis üreg kihámosodása. A hallójárat terpesztése *Sirius-drain*-esével történik. A beszűkülési hajlandóságot újabb óvatos és kitaró tágitással gyúri le. A betegnek most már állandó jellegű, a normalisnál valamivel szűkebb és magasabban fekvő hallójáratbemenete van, a hallás igen jó. A praearicularis tályog úgy jöhetett létre, hogy a hallójáratban nagy nyomás alatt álló geny a legkisebb ellenállás helyén, a csontos és porcos rész határán az állkapocsizület megkerülésével tört a bőr alá.

3. Neubauer Adolf: Otogen abducens-hűdés műtéttel gyógyult esete. Kétféle abducens-hűdés van: az egyik a corticalis vagy nuclearis, a másik a basalis hűdés. Az utóbbi leggyakrabban fülbántalommal van összefüggésben. Ily esetet mutat be, mely műtét által gyógyult, mert műtét nélkül nemcsak az extraduralis abscessus nyomása, de a basalis meningitis is fenntartotta volna a hűdést és csak az alapok eltávolítása által fejlődött vissza a meningitis és gyógyult az abducens-hűdés.

Sugár K. Márton: Kifogásolja a bemutatás címét. Az abducens-bénulás spontán is visszafejlődik. Az irodalomban nincs említés direct operált esetről. Kifogásolja, hogy bemutató, bár *Urbantsits*-ra hivatkozik, nem említi a peritubaris esontüregeket. Hangsúlyozza, hogy a szemorvosok abducens-bénulásnál már jóval *Bárany* előtt ismerték a félremutatási tünetet. *Schmidt-Rimpler* 1886-ban megjelent *Szemészetében* feltalálhatjuk a félremutatási tünet leírását.

4. Szász Tibor: Otogen extraduralis tályog, halántéklebénybeli agytályog, sinus thrombosis és metastasisos tüdőtályog operált, gyógyult esete. Nem a számos otogen-szövődménynek egy betegen való összehalálása indította bemutatót arra, hogy a Fehér Kereszt-kórházban 10 hónap előtt operált 10 éves fiú esetét ismertesse, hanem az a körülmény, hogy amikor a jugularis lektése után a szokás szerint felfelé követni akarta a sinusban levő thrombust, vésésével eljutott a torcular Herophiliig, anélkül, hogy elérte volna a thrombus végét. A beteg ennek dacára meggyógyult és a műtetre (*Rösler*) gyógyult hatalmas tüdőtályogot sem követték újabb áttételes gócek.

Krepuska Géza: A nagykiterjedésű thrombotizáló folyamatot a szervezet védekezésének fogja fel, s az ilyenhez társuló szövődmények általában jobbindulatúak. Felhívja a figyelmet a sinus petrosus inferior

thrombosisára, mely igen gyorsan vezethet végzetes tüdőszövődményhez.

Pauz Márk: Két esetet észlelt a Stefánia-gyermekkorházban, melyben a sinus thrombosishoz a vena jugularis lekötése után tüdőgangraena társult. Kettő, illetve három héttel a jugularis lekötése után tudták a tüdőtályogot lokalizálni és megnyitni. Mindkét eset gyógyult. Ezek jóindulatú pyaemia eseteinek felelnek meg.

Neubauer Adolf: Észlelt esetét közli. Sinus és jugularis műtét után napok, sőt hetek múlva is léptek fel metastasisok, a legutolsó a még ma is fennálló térdizületben.

5. Szász Tibor: *A fül-mögötti tájék nomaszterű megbetegedése.* A 11 hónapos, rosszul táplált fiúgyermek jobb fülkagylója mögött két héttel a Fehér Kereszt-kórházban való jelentkezése előtt állítólag kis hólyag keletkezett, láz, vagy minden egyéb betegségre utaló tünet nélkül. Ebből csakhamar ötkorányi, a környezettől élesen elhatárolt, feketés terület lett. Az észlelés alatt ez az elhalt csontig érő lágyrészdarab kilöködött és az így előállott sebürege lassan megtisztult, de nem mutatott hajlamot a betelődésre. A gyermek azután táplálkozási zavarban nemsokára elpusztult. A bakteriológiai vizsgálat (*Fábián*) csupán streptococcusokat talált, de nem fusiformist és spirillumokat, amelyek *Buday* jellemzőnek tart a normára. Boncolás és szövettani vizsgálat nem történt. Bemutató hasonló esetet nem látott és az egész megbetegedés legjobban emlékeztet *Wilde* angol fülorvos 1841-ben közölt és pemphigus gangraenosusnak elnevezett észleléseire, amelyeket Írországból sok ezerszámba tett. (*Moulage* demonstrációja, amelyet *Skutta* készített a Nékám-klinikán.)

Előadás:

Kerekes György: *Klinikai kísérletek a fülzúgás köréből.* Az előadó bevezetésében a fülzúgások egy új felosztási rendszerét igyekszik megvetni, melynek alapja a kiváltó momentumoknak adequat és inadadequat ingeresoportokba való felosztása. Ezen rendszerből eredő megfontolásokból a kérdések egész sora adódik, melyekből három irányban végzett nagy anyagon részletes kísérleti vizsgálatokat. Először kimutatta, hogy a promontorium egy körülírt helyéről reflektorice lehet a fülzúgások bizonyos csoportját kiváltani. Másodszor, hogy ezen reflexhely ingerlése egyidejűleg az autonóm idegrendszerre is kihat és pedig négyféle típus szerint. Harmadszor, indirekt úton bizonyította, hogy a chronikus fülzúgásoknak több mint felénél a zúgás létrejöttében a localis circulatio zavarának van szerepe. Ezt úgy igyekezett bizonyítani, hogy 4-6 hétig injectióban és per os adott a betegeknek állandó ellenőrzés mellett natrium nitrosum-oldatot és ezzel a koponyaerek állandó detonisációját, illetőleg pharmacodynamias hyperaemiáját célozta elérni. Ily kezelés mellett a chronikus zúgások nagy százalékát sikerült részben javulásra bírni.

Kórházi Orvostársulat nov. 11-i ülése.

Elnök: Schusehny Henrik. Jegyző: Szeghő Ernő.

Bemutatás.

1. Willner Miksa: *Könnyű tüdőgümőkör mellett fennálló lueses láznak befolyásolása neosalvarsannal.* 34 éves nőbeteg jobb oldalon rhonchusmentes densificációval s manifest luesell vétetik fel. Előrement haemoptysisek; köpet nines, állandó lázas hőmenet. Ennek esti maximumai a Dauer-reactiót adó *Pirquet*, kifejezett karyonérzékenység gümőkörre vallanak; a láz azonban karyonra alig enged, ami lueses láz gyanúját kelti. Prompt deferescencia mindjárt az első (0.15 g) neosalvarsanra, majd a láz sikeres leküzdése további salvarsanbefecskendésekkel, melyekre a lueses fekélyek is begyógyultak.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A lueses láz continua, remittens vagy intermittens lehet s a typhus, tuberculosis vagy malaria lázát utánozhatja.

2. Hesz Jenő: *Ulcus specificum cruris karyonnal kezelt esete.* 19 éves férfi baloldali gonitise mellett fennálló gyermektenyérszerű scrophulodermás ulcusa — mely négy hó óta minden kezeléssel dacolt — a fekély szomszédságába subcutan adott 10 karyon forte (à 2-6 g)

és 9 karyon R-adagra (à 1-4 g) nyolc hét alatt begyógyult. Egyebütt fennálló kisebb scrophulodermás secernáló anyaghiányok a karyontherapia alatt még hamarabb behegedtek.

Buzna Dezső: Nyulaknál *Darányi* módszere szerint létrehozott gümös fekély mindazon esetekben, ahol a folyamat nem generalizálódott (9 eset közül 6-ban) localisan köréje fecskendezett karyonra 3-5 hét alatt teljesen begyógyult.

3. Gerlóczy Zsigmond: *Gyermekágy második napján fejlődött skarlát, majd hastyphus igen súlyos, vegyes fertőzési esete; az újszülött intrauterin typhus-fertőzése.* K. P.-né, mérnök 25 éves felesége normalis graviditása utolsó napján került be a II. számú egyetemi nőgyógyászati és szülészeti klinikára, ahol a primipara, egyébként egészséges fiatalasszony, megszülte gyermekét. A gyermekágy második napján 38.6 C°-ra emelkedő hőmérsék, mely után két nap múlva elég intenzív skarlát exanthema. Mint skarlátos beteg került a székesfevárosi Szent László-kórházba, ahol betegsége 4. napján már esti hőmérséke 40.7 C°-ra szökött fel s néhány napon át megközelítően ilyen magaslapon maradt intenzív kiütés mellett, de torok- és egyéb szövődmény nélkül. Majd súlyos deliriumok, egyre rosszabbodó szív működés tették aggasztóvá az állapotát. Minthogy a szövődmény nélkül lefolyó skarlátban egy hét múlva már nem találta meg a rendkívül súlyos állapot magyarázatát, gyermekágyi sepsis aggodalmától nem lehetett szabadulni, bár erre a vizsgálat támasztékot nem adott. Gondolnia kellett typhus abdominalis lehetőségére is, amit néhány nap múlva a lép nagybővödéséből, a has puffadtságából, egy-két roseola megjelenéséből meg is állapított s amit azután a positiv haemocultura is megerősített. E vegyes fertőzési eset diagnostikai nehézségeit fejtette ki. Az ismertetett eset érdekes és tanulságos voltát emeli még az, hogy a csecsemő, aki 14 napos koráig teljesen egészséges volt, lázas lett és hastyphusban megbetegedett. A csecsemő, aki skarláttól mentes maradt, hastyphussal intrauterin fertőződött.

Torday Ferenc: A bemutatott eset vörhenyes előrelőzményi adatai újból arra a lehetőségre utalnak, hogy csak tonsillaris folyamatra szorítkozó, vörhenyre jellegzetes bőrkiütéssel nem kísért járóbeteg vörhenyes fertőzést közvetíthetnek és hogy ilyen fertőzés békéti teljes elkülönítés, torokdesinficiensekkel történt erélyes öblögetés és lakásfertőtlenítés után is bekövetkezhetik. Az újszülöttön 14 napos korától kifejlődött kórkép klinice typhus, bár sem a bakteriológiai lelet, sem különböző vérvizsgálati adatok teljesen egyértelműen a kórismét nem erősítik meg. További megfigyelés után fog az esettel bővebben foglalkozni.

Gerlóczy Zsigmond: *Torday* felsorolta a csecsemőre vonatkozóan a klinikai symptomákat és vérvizsgálati eredményeket. Typhus ellen szóló érvei között felemlítette, hogy roseolák ninesnek és hogy a haemocultura két ízben is negatív volt. Erre vonatkozóan megjegyzi, hogy a roseola-eruptio sokszor elkésve jelentkezik, sőt el is marad, a haemocultura pedig ugyancsak egészen tipikus typhus-esetekben több ízben negatívnak bizonyult, míg végre pozitívvá lesz. Az intrauterin fertőződésre vonatkozó kételyét azért, mert a csecsemő több mint 14 nap múlva lett lázas, döntőnek elfogadni nem lehet, mert a typhus incubációjára 14 napnál hosszabb időre is lehetséges. A graviditas utolsó napjaiban történt intrauterin fertőzésre vonatkozó tapasztalások gyér volta miatt hiányoznak a döntő érvek.

4. Okolicsányi-Kuthy Dezső: *Az új hazai tuberculosis-pharmakologicum hatóképessége és ártalmatlansága.* Előbbi mutatják az állatkísérletek s emberen tett tapasztalatok. Egy meningo encephalitis chronica esetében (*Hudovernig* osztályán) oly nagy volt a karyonérzékenység, hogy már 0.1 g subcutan R is, bár enyhe, de kifejezett általános reactiót váltott ki. *Karper* ártalmatlan gégebeli góc-reactiót látott R-injectio után. Gonitis tuberculosa esetében a rázóhidegkeltő intravenás R-befecskendést átmenetileg a térdizület duzzanata s sipolyának erősebb secernálása követte. Arclupus esetében rázóhideges R-dosis után a lupusos terület tartós viszketése jelentkezett. Erélyes karyonbefecskendés után a kóros terület szörtyözörejeinek múló megszaporodása volt észlelhető. *Willner* anisocoriás kísérletei, valamint episkleritis tuberculosánál az intravenás R-injectiók utáni belőveltség s a karyon-

nal elérhető, *Sorgo* intézete által is igazolt bőrreakciók, ugyancsak a szer hatóképesége mellett szólnak.

A karyon ártalmatlanságát az állatkísérleteken kívül igazolja, hogy a gyógykísérletek első idejében sem vesztett miatta előadó egyetlen beteget sem, pedig akkor még az erősen ható R-rel dolgozott, melyet azóta túlhevés reakciói miatt tompított. Az új R-F-combinatio mellett a reactio még sokkal enyhébb. Az intravenás R rázóhidegén kívül egyéb kellemetlenséget a szer nem mutatott. Subcutan nem izgat. Mint diagnosticum is enyhébb, olykor finomabb a tuberculinnál.

Karper József: A karyon R a tuberculosis-gégészetben is alkalmazható s eredménnyel biztat a kezdődő infiltratio, a kis ulcus s a lupusos alakok kezelésében, practice ép tüdő mellett. Káros hatást egy esetben sem észlelt.

Schein Mór: 18 beteget kezelt karyon-reactivummal. A betegek lupus vulgarisban, egyikük tuberculosis verrucosa cutisban szenvedett. Különösen az erős infiltratióval, a szemölcsös réteg és a hám megvastagodásával járó lupus javult feltűnően. De volt olyan eset is, ahol a cutisba beágyazott lupusgócok is nagyrészt felszívódtak.

Vajda Lajos: Több 100 esetet kezelt karyonnal a II. számú honvédkórház tüdőosztályán. A szer antipyretikus hatása úgyszólván minden esetében megnyilvánult; a kezdődő és középsúlyos betegek láztalanokká váltak. Az étvágygerjesztő hatás a stomachicumét felülmúlta, az álomhozó hatás gyorsan mutatkozott.

Dzsinih Antal: A karyon diagnostikus értékének finomságát két esetével demonstrálja.

Bayer Emil (Alag): 60 esetben alkalmazta az új tuberculosis-szert. Csaknem minden esetben subjectív és objectív eredményt látott.

Sároi-Szabó János: 24 esetben alkalmazta ambulanter jó eredménnyel. Expectorans hatását is észlelte. Egy éve önmagát kezelte sikeresen karyonnal.

Gosztonyi Vilmos: Ambulanter kezelt, munkáját rendszeren végző betegeinél — kiknek egy része a népjóléti konyhán étkezett — hetenkint átlag 0.4 kg hízást és a subfebrilitas megszűnését érte el.

Szente-Geisler Kázmér: Súlyos állapotban levő betegénél az első befeeszkendések után defervescentia, majd a beteg étvágyának, erőbeli állapotának feltűnő javulása állott be. Az esetet a karyon prolongált alkalmazására tartja biztató példának.

Buzna Dezső: Az állatorvosi főiskola bakteriologiai intézetében tovább folytatott kísérletek 25 nyúlra eddig ismét a karyon-nyulak jelentékeny százalékanak túlélését mutatják.

Bucsányi Gyula: A diófában kétségtelenül gyógyerő rejlik. Magángyakorlatában kezdődő gümőkórnaál eredménnyel alkalmazta a karyont.

Medvey Béla: Sebézi szempontból eddigelé feltűnőbb eredményt nem látott tőle, bár lázcsökkentő és étvágyjavító hatását elismeri.

Okolicsányi-Kuthy Dezső (zárszó): Osztályán kevés esetesen fordult elő, de ezek egyikében — egy még el nem hanyagolt tarsitis tuberculosis — intravenás rázóhidegkeltő R-adagokra határozott eredmény volt, melyet *Manning* is több ízben konstatált. *Szelle* (Arad) ugyanily befeeszkendésekkel egy súlyos, csak a beteg ellenzése miatt műtetre nem került lymphomasesetét meggyógyította.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának nov. 7-i ülése.

Elnök: Meskó Zoltán.

Jegyző: Heiner Lajos.

Bemutatás.

Kováts Ferenc: Két beteget mutat be, az egyik Basedow-, a másik Addison-kórbán szenved. Mindkét betegség tuberculosisos alapon fejlődött. Specifikus kezelésre az Addison-kóros nem reagált, a Basedow-kóros pulzusa 154-ről 80-ra csökkent, 2 kg-t gyarapodott. Az immunkörperes kezelés organos megbetegedéseknél nem használ, a functionalisaknál kiválóak az eredmények.

Jancsó Miklós: Kétségbevonja, hogy jelen esetben tuberculosis hozta létre a Basedow-kórt, mert 1/2 év előtt a betegen tuberculosisos fertőzésnek semmi nyo-

mát sem találta. Nem-specifikus kezelésre is lényeges javulást látott nála.

Széll Pál: Hangsúlyozza a Basedow-kór és a hyperthyreoidismus között lévő alapvető különbséget.

Bemutatónak a kezelés eredménye alapján az a meggyőződése, hogy betegénél tuberculosisos intoxicatio váltotta ki a Basedow-kórt.

Előadás.

1. Both Jolán: *Szőlőcukor meghatározási módszere* című előadásában ismerteti a szegedi gyógyszer-tani intézetben gyűjtött tapasztalatait, mely szerint az insulintitralásnál a Bang-féle módszer, valamint a Folin-Wu-féle colorimetriás módszer kevésbé alkalmas, részint a meghatározás lassúsága, részint a hypoglycaemiás vér kicsiny cukortartalma miatt. Ezért 1 1/2 év óta kizárólag a Hagedorn-Jensen-féle módszert használják. Ez a módszer igen gyors, mert egyszerre 18 meghatározást lehet végezni és az eredmények között legfeljebb 0.005 mg-% eltérés jelentkezik. Ajánlja e módszert klinikai célokra is, ahol az Ernst-féle lombikot lehet használni.

Ezután ismerteti az intézetben kidolgozott módosítását e módszernek, amellyel szőlőcukrot 1–15 mg mennyiségben lehet meghatározni, tehát éppen abban a nagyságban, amelyre a rendszerint használt makromódszerek nem alkalmazhatók.

2. Jeney Endre: *A bőr jelentősége a fertőzés és mentesség szempontjából; a localis mentesség kérdéseinek mai állása.* A localis mentesség irodalmának ismeretése után saját kísérleti eredményeiről számolt be, melyeket a párizsi Pasteur-intézetben Besredka osztályán végzett. Hogy cholerabacillusokkal tengerimalacon végzett kísérleteiben úgy találta, hogy az intracutan- és subcutanfertőzés hatékonyabb volt, mint az intracardialis és intraperitonealis fertőzés. Egy fajlagos védősavó kifejezetten antiinfectiosusabb hatást fejtett ki az intraperitonealis és intracardialis fertőzések ellen, mint a bőrben, vagy a bőr alatt fogatosított fertőzésekkel szemben. A bőr útján való vaccinatio védőhatása korlátozva volt a bőr alatti fertőzések eseteire és a bőrben fogatosított fertőzés volt a legkevésbé befolyásolható előzetes immunizáló eljárásokkal. A kísérleti eredmények magyarázatát részben abban véli látni a szerző, hogy a kültakaróban, mint „bradytroph” szervben, az oda behatolt mikroorganizmusok kevésbé vannak kitéve a gazdaszervezet humoralis és celluláris védekezésének és a mikroorganizmusok egymást követő generációi fokozatosan alkalmazkodnak a gazdaszervezet lassan érvényesülő védekezéséhez és ezáltal virulentiájuk növekedik a megtámadott szervezettel szemben. A kryptogenetikus fertőzések és heves localis góccra szorított esetek között foglalnak helyet azok az esetek, melyekben a localis góc erőviszonyai végül is a mikroorganizmus javára dőlnek el. Ilyen virulenciafokozó folyamatot kell felvennünk minden fertőzésnél a fertőzés kapujában a lappangási szak alatt.

A bőrnek ettől a virulenciafokozó szerepétől, valamint a bőrből történő lassú toxinfelszívódás előnyeitől el kell tekinteni, ha a bőr valódi helyi (histogen) immunitásának a megállapítására törekszünk.

HETI KRÓNIKA.

A londoni *Middlesex Hospital Medical Society* ez évi (151.) ülésén *Lord Justice Atkin* volt az ünnepi szónok. Beszédének tárgya a jog- és orvostudományok közös eredete volt. Szerinte a legnagyobb törvényhozók *Mózes* és *Mohamed* voltak, mert mindketten közegészségügyi szempontokat is figyelembe vettek. A római idők óta kezdve a jogtudományok fokozatos fejlődést mutattak, míg az orvostudomány *Galenus* után sok századon keresztül csak tökéletlen kísérleteken és hypothesiseken nyugodott.

Az utóbbi időben az orvostanból tudomány lett, ami viszont — *Lord Justice* szerint — nem állítható a jogról, mert ez utóbbi változásoknak van alávetve a törvényhozótestületek különbözősége szerint, azonkívül a bírák is többféleképpen értelmezhetik a törvényeket.

Beszédében kitért ama körülményre is, hogy az orvostudomány mily nagy szolgálatot tesz úgy a polgári, mint a büntető jognak. De szerinte a legnagyobb és még mindig nem leküzdött nehézséget a beszámít-

hatóság képezi, valamint hogy mennyire vonhatók felelősségre beteg egyének bűnös tetteikért.

Különösen e problema megoldásában lesz nagy szerepe az orvosnak. Ma már tudjuk — ha nem is nagyon régóta —, hogy a bűnözést nemcsak az incidentális alkalom és a veleszületett hajlamosság váltja ki, hanem szerepet játszik egy sereg külső tényező, elsősorban a nevelés is; de előfordulnak olyan esetek is, hol az a testi szervek szerkezeti rendellenességén alapszik.

A *National Committee for Mental Hygiene* szerint Texasban a raboknak csak kevesebb, mint egyharmad részük normalis elméjű és csupán 11%-uk mentes előrement testi betegségtől vagy hibától. E bizottság sürgeti a kérdés tanulmányozását, jobb körházi viszonyokat a rabok számára, valamint annak kimondását, hogy az ítélet ne szőljön meghatározott időre.

Az amerikai *Prudential Insurance Company* főstatisztikusa, *Fr. L. Hoffmann dr.* újabb kutatásai alapján azt állítja, hogy nőknél a bűnözésre való hajlam és a tüdő levegő-capacitása között szoros viszony van. Noha a bűnöző nők általában nagyobb mellkasi és hasátmérővel bírnak, mint a normalisak, több mint 4000 egyöntetűen végzett mérés azt a meglepő eredményt adta, hogy normalisoknál 30 éves korban mellkasuknak belégzésre mért kerülete 112 cm-rel nagyobb, mint kilégzésre; e különbség bűnöző nőknél csak 9-8 cm volt. Idősebb korban még nagyobb volt az ellentét, normalis nők 10-2 cm-ével szemben csupán 7-6 cm volt a különbség bűnöző nőknél. Minden más tekintetben azonban az utóbbiak mutattak fölényt. Haskerületük, mely *Hoffmann* szerint megbízható indexe a tápláltságnak, 90 cm volt átlagban, míg normalis nőknél 88 cm; 30 éven felül pedig 94 cm, illetőleg 93 cm. Normalis nők súlya 125 font, bűnözőké 130 font volt; míg 30 éven felül 142, illetőleg 135 font volt.

Ezen adatok természetesen még nem jelentik azt a túlzást, hogy a bűnözés és az elmebetegség hasonlítottatva kifejezések és hogy a szokványos bűnöző mindig valamilyen elmebetegségben szenved; gondolkodásra késztet azonban és, mint az ma már minden nagyobb esetről meg is történik, lehetőleg az elkövetett bűntett létrehozásában szerepet játszó összes factorok figyelembevételét teszi szükségessé. A modern büntetőtörvénykönyvek ezt ma már elő is írják, mert most őket nem az a megtorló szellem hatja át, mint valamikor régen: céljuk inkább az, hogy más, bűnözésre szintén hajlamos egyéneket ettől elijesszenek. E cél elérése azonban nagyon is kétséges, ha figyelembe vesszük, hogy pl. a körülbelül 110 millió lakosú *Egyesült-Államokban* 114 kivégzés dacára 1922-ben 9500 gyilkosság történt, míg ugyanakkor a 40 milliónyi *Nagy-britanniában* — ahol pedig senkit sem végeztek ki — mindössze 63.

Sőt a *Spectator* adatai szerint még nagyobbodott is a gyilkosságok száma az *Egyesült-Államokban*. 1924-ben több mint 11.000 gyilkosság fordult elő ott, vagyis körülbelül kétszer annyi, mint 25 év előtt. 77 törvényhatósági város szerepelt e kimutatásban; az arányszám ezekben 9-9 volt 100.000 lakosonként. Meglepő, hogy *New-York* az aránylagos kimutatásban a 34. helyet foglalja el, noha itt is 387 gyilkosságot követtek el 1924-ben; ez megfelel 64-nek 100.000 lakosonként. Abszolút számokat véve alapul, az első helyen van *Chicago* 509 gyilkossággal (175 arányszámmal); a második helyet *New-York* foglalja el a már említett 387 esettel, míg harmadik *Detroit* 211 gyilkossággal.

Természetes ezek alapján, hogy az *Egyesült-Államokban* legújabbban olyan törekvések indultak ki, melyek a bűnözések megelőzését célozzák, egyelőre ugyan még csak társadalmi úton, de ismerve a yankee-k jó üzletember mivoltát, talán hamarosan törvényes formában is. Kiszámították ugyanis, hogy egy év alatt körülbelül 10 milliárd dollár direct és indirect kárt okoztak a bűnözések, ami fejenként átlag 85 dollár megterhelést jelentett. Ha ehhez hozzászámítjuk a pénzügyekben ki sem fejezhető szenvedéseket, sérelmeket és a halálozások következtében az államot erővesztéseket is, belátható, hogy a kérdésnek valamely megoldása, a bűnözéseknek, ha nem is megszüntetése, de legalább lényeges korlátozása, föltétlenül kívánatos lenne.

Dániában legújabbban az egész büntetőtörvénykönyvet hatályon kívül helyezték. Az új törvény értelmében a halálbüntetés teljesen megszűnik (különben sem ítélték körülbelül 50 év óta senkit sem erre!).

Életfogytiglani fegyházbüntetést is csak akkor kaphat a gyilkos, ha az uralkodó lett az áldozat. A bíró által kiszabható maximális büntetés 1-18 évig terjedő fegyház. Új paragrafusok is vannak: „a speculációra való nyilvános felhívás” és a „kivándorlásra való csábításnak üzletszerű foglalkozása” büntettek. Házastársak hűtlenségét többé nem bünteti a törvény. Kivételes esetben ugyancsak felmentő az ítélet, ha valaki gyógyíthatatlan betegségben szenvedő embertársát — ennek kérésére — megöli.

Az *Egyesült-Államok* némelyikéből kiindultak olyan törekvések is, melyek a faj tisztaságának, értékének megőrzését célozzák és mesterségesen siettetik a *Darwin*-féle „natural selection”-t. *New-Jersey* állam ugyan nem fogadta el az úgynevezett *Sterilisation bill*-nek törvényjavaslatát, mely idült elmebetegségekben, gyengeelméjűségben szenvedők és szokványos bűnözők sterilizálására vonatkozott volna; *Louisiana* állam azonban törvényerőre emelte nemrégiben a gyengeelméjűek sterilizálását javasoló törvénytervezetet. A törvény, mely nem vonatkozik elmebajosokra és epilepsiásokra, kimondja, hogy a sterilizálás csak állami intézetben hajtható végre, nehogy lelkiismeretlen egyének visszaélhessenek a törvénnyel. Hasonló intézkedéseket tartalmaz az ugyanekkor *Virginian*ban hozott törvény is, mely azonban elmebetegek sterilizálását szintén elrendeli.

Angliában is, az utóbbi években, mind gyakrabban fordultak elő olyan esetek, midőn elmebeteg és gyengeelméjű gyermekek szülei, illetőleg gyámjai orvoshoz mentek, hogy e gyermekeket magtalaná tegyék. Az angol orvosszövetség most kikérte egy jogásznak, *Sir Travers Humphreys*-nek a véleményét erre vonatkozólag. *Sir Travers* szerint törvényellenesen jár el az az orvos, ki eugenias okokból — még a szülők beleegyezése esetén is — ilyen műtétet végeztet. Csak egészségügyi okokból végezhető e műtét, különben úgy az orvos, mint a beleegyező szülő felelni köteles tetteért a törvény előtt. Az orvos azonkívül az angol törvények szerint kártérítéssel is tartozik. Ugyanezek állnak kiskorú epilepsiásokra is. Nagykorúaknál, amennyiben két roham közti biztosan tiszta elmebeli állapot esetén történt a beleegyezés, a műtét szabadon elvégezhető.

A fajfejlődés szempontjából nem kívánatos egyének magtalanításán kívül ugyanezt a célt szolgálják még a syphilis prophylaxisa, a csecsemővédelem és a születéssel előtti közegészségügy szabályainak fokozottabb figyelembevétele. Kérdés azonban, hogy mindezen törekvések képesek lesznek-e a természet nagy evolúciós erőit más irányba téríteni!

Temesváry György dr.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése szeptember hó végén lejárt, a 40. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani sziveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 300.000, félévre 150.000, negyedévre 75.000 korona.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november hó 21-én tartandó tudományos üléseinek programja: *Bemutatás*: 1. *Friedrich László*: Chronikus gyomorvolvulus esete. 2. *Holitsch Rezső*: Röntgen-besugárzásra gyógyult esontsarkoma-esetek. — *Előadás*: 1. *Adler-Rácz Antal*: A húgyúti fertőzések autovaccina-kezeléséről. 2. *Went István*: A húgyúti fertőzéseknek bakteriológiájáról és specifikus terapiájáról.

A gégeészeti szakosztály november hó 24-én este 7-kor a Rókusban ülést tart. *Bemutatások*: *Réthy A.*: Osteochondroma operált esete. *Pollatschek E.*: A gége vázának hyperplasiája normalis testalkatú egyénnél. *Lénárt Z.*: Endolaryngealis operációval gyógyult gégerák esete. *Kepes P.*: 1. Foghúzás után beálló Hyghmoorgenyedés és retromaxillaris tályog operált és gyógyult esete. 2. Tonsilla tuberculosis érdekes esetei. *Dénes László* (mint vendég): Gégeexstirpáltak beszédjéről. *Tóvölgyi E.*: Az életben szövettanilag is luesnek diagnosztizált száj-carcinoma-esete.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosai folyó évi november 27-én este 6 órakor a pénztár székházában tudományos ülést tartanak a következő tárgysorozattal: *Bemutatások*: 1. *Friedrich László*: a) Lúgmérgezés után fellépett pylorus stenosis esete.

b) Chronikus bélstenosis esetei. 2. *Picker Rezső*: a) Vilamosüzemi baleset urológiai következménye. b) A jobb vese tönkremenése és súlyos traumatikus húgyvesztéssel komplikált medencetörés után. 3. *Vermes Mór*: Traumás úton létrejött Brown-Sequard-féle megbetegedések. *Előadások*: 1. *Bikari Arnold*: Tuberculin per es való adagolása (mult ülésről elmaradt tárgy). 2. *Bernárd Agost*: A rögzítőkötés mint gyógytényező.

A gróf Apponyi Albert-Poliklinika orvosainak november 25-i ülésének (1/2 órákor) napirendje: *Bemutatók*: 1. *Rózsa Marcell*: Léptumornak imponáló gyomorrák. 2. *Oblatt József*: Mediastinalis tumor. 3. *Weisz Győző*: Insulinall kezelte komplikált diabeteseseteket. 4. *Weidlinger Imre*: Új venapunctiós tü bementatása. 5. *Lobmayer Géza*: a) Tanulságos tévedés esete. b) Endothorakalis struma. *Előadások*: 1. *Ambrus Tibor* (mint vendég): A vitaminok szerepe a táplálkozásban. 2. *Szilágyi Jenő*: Az oxyuriasisról.

A magyar ápolónő-képzés segítése. Miss Crovell, a Rockefeller Foundation betegápoló-képző szakosztályának főnöknője, táviratban értesítette az egészségügyi reform-irodát, hogy az alap igazgatósága a budapesti Vöröskereszt-Egyület és a debreceni egyetem ápolónő-képző tanfolyamainak jelentős segítséget engedélyezett.

Az orvosi Nobel-díjat ez évben nem adják ki. Az orvos-természettudományi bizottság határozata szerint a díj a jövő évi díjjal egyesítettik.

A kecskeméti baleset megnyitása a napokban volt a Kada-Gyermekotthonban a társadalom nagy érdeklődése mellett.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület dr. Köröczi Emilt igazgató-főorvossá választotta meg. Ugyanez üléseben elhatározta, hogy éppen úgy mint 1914-ben és azelőtt a kereskedelemügyi minisztérium megbízásából a vidéki iparvárosokban munkástanfolyamokat tart. Ezidén Győrött, Kaposvárott, Debrecenben, Gyulán és Szerencsén tartják a tanfolyamokat az intézet igazgatója és főorvosai s azokon résztvesz a kereskedelemügyi minisztérium képviselője is.

A tuberculosishalálozás feltűnő csökkenése mutatkozik egész Európában a mult év megfelelő időszaka-hoz képest. Génua, Lille és Amsterdam adatait ki-ve minden európai nagyvárosban lényegesen csökkent a gümőkórhalandóság. Legnagyobb a csökkenés Budapesten, bár a 100.000 lakosra eső halálozási arány-számunk még mindig igen kedvezőtlen. Észak-Ameri-kában a helyzet éppen fordított, ugyanis jóformán minden város adatai az emelkedő tuberculosishalálo-zásról számolnak be.

A szombathelyi és vasvármegyei közkórház épít-ésére 21 pályamunka érkezett be, melyeknek napokig tartó átvizsgálása után a bírálatbizottság az első díjat Jakabffy József építésznek ítélte. A pályaművek kiállít-ásra kerülnek.

Az angol élelmiszertörvény új rendelkezései kö-zül legfontosabb az, hogy a chemiai conserváló szere-keket, a benzoe-sav és a salicyl kivételével, teljesen el-tiltja, ezeket is csak igen nagy korlátozással engedi fel-használni.

A bécsi egyetem orvosi kara november 23-án kezdi XIX. továbbképző-tanfolyamát, amelynek tárgya a bőrgyógyászat és a syphilidologia haladása lesz. A tan-folyam december 6-ig tart.

Testnevelési múzeum. A porosz népjóléti minisz-terium a testnevelés és az egészségügy közötti kapaso-latok szemléltetővé tétele érdekében sportmúzeum fel-állítását határozta el, amely állami felügyelet alatt minden testnevelő és orvosi tárgykörrel foglalkozik és állandó kiállítást szervez.

Franciaország elnéptelenedése élénken foglalkoz-tatja a francia szociálpolitikusokat. A napokban egyik parlamenti felszólaló utalt arra a tudományos megállá-pításra, hogy a helyzet egész reménytelen, mert az ál-lam és a törvényhozás minden fáradozása, mely az el-néptelenedés ellen irányul, csak elméleti értékű addig, míg azok, kiknek elsősorban volna kötelességük a példamutatás, tétlenek maradnak. Így a köztársaság el-nöke és a kabinet öt tagja agglégények, a kabinet há-

rom másik tagja gyermektelen, ugyanígy Poincaré, Herriot és más nagyságok. Indokoltnak látszik a leg-nagyobb elkeseredés is s joggal kérdezhetik: „Vajjon lesz-e még harminc év múlva is Franciaország?”

A Teleia-Egyesület a nemibetegségek ellen a köz-egészségügyi intézet előadótermében november 22-től február 28-ig vasárnaponként nyilvános előadásokat rendez, melyen minden tudnivaló felnőtt férfit és nőt szívesen lát. Az előadások díjtalanul hallgathatók, de az egyesület köszönettel fogad adományokat.

Az Orvosi Hetilap 44. számában közölt — szer-kesztőhöz intézett — levél íróját kérjük, tudassa címét a kiadóhivatallal, mert aláírását elolvasni nem tudtuk és így N. N. nov. 12-i levelét nincs módunkban továb-bítani.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Ala-dár dr., a III. belklinika tanársegége, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes. II. A vesebetegségek. III. Az emésztő-szervek megbetegedései. IV. Az anyagcserebeteg-ségek diatás kezelése; az összes diagnostikai és the-rapiás étrendekkel, egy ív élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII. Múzeum-körút 6-8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint november 8-tól november 14-ig előfordult:

Hasi hagymáz	19	—	Gyermekágyi láz	—	1
Küteges hagymáz ...	—	—	Bárányműlő	87	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	7	—
Kanyaró	12	—	Vérhas	8	1
Vörheny	123	4	Járv. agygerincagyhártyalob ...	—	1
Számárhurut	13	2	Trachoma	8	—
Rones. torok-, gége-lob	35	—	Veszétség	—	—
Influenza	6	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKO ELEMÉR

TÁTRA-SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül be-rendezett physikai-diatás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIATÁSKÖNYHA, fekvőcsarnokok, szabadlétorna, szénsavas, fenyő-, forró- és fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvales-centia. — Tuberculosusok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pauszálr 05 K-tól fölfele. Főorvos: dr. Szász Emil. Menetgyűrodában, Egész évben nyitva. — Fel- Világosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE

Kórházi főorvos IV. Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. PAJOR Sanatorium és Vizgyógyintézet

Budapest, VIII. Vas-utca 17. — A magánklinikai osztályon a teljes ellátás napi díja 140.000 korona.

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

„LABOR” GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI GYÁRT. Alapítva: 1884. V. Szent István-tér 15. (Bazilika-tér)

NERVOSAN

A kombinált bróm- és valerianatherapia összes indikációi esetében.

Nervinum Sedativum Antiepilepticum Antispasmodicum

Kellemes ízű, teljesen szagtalan syrup.

Orvosi minta díjtalanul készséggel áll rendelkezésre.

KURHAUS SEMMERING

(Szoba fűtéssel, 3-szori étkezés, adó és orvosi felügyelet S. 20—38-ig; szobák fürdőszobával.) Minden közelebbi a prospektusból megtudható

Fizikai-dietikus magaslati gyógyintézet. 1000 m. nyíre a tenger színe felett, két óránnyira Béctől. Összes modern gyógyszerközök. — Főorvos: Med. Rat. Dr. F. Hansy. Tavasszal és ősszel lényegesen mérsékelt árak.

Dicodid

(Knoll)

(Hydrocodeinon)

Analgeticum, amely kevesebb zavart okoz, mint a morphium

Köhögéscsillapítószer, melynek egyenesen specifikus hatása van a köhögés centrumára, **szamárköhögésben is.**

Nem okoz székrekedést.

Adagolása: peroralisan felnőtteknek köhögés és enyhe fájdalmak esetén rendszerint naponta 2–3-szor 0.005 g. Morphium elleni túlérzékenység esetében kezdjük még kisebb adaggal. Tbc. és erős fájdalmak esetében, ha meggyőződünk, hogy a beteg a szert jól tűri, naponta 2–3-szor 0.01 g. szükség esetén lassanként emeljük az adagot legfeljebb 0.02 g-ig pro dosi.

Subkutan: kezdetben mintegy fél ampullányi. Később, ha meggyőződünk, hogy az illető jól tűri a szert, szükség esetén magasabb adagokra (1 egész ampulla = 0.015 g) is áttérhetünk.

Rp. Tablett. Dicodid (Knoll) g 0.01
5 drb-ból álló eredeti csomagolás (ca Kr. 12.000.)
10 drb-ból álló eredeti csomagolás (» » 21.200.)

v gy Tablett. Dicodid (Knoll) g 0.005
5 drb-ból álló eredeti csomagolás (ca Kr. 10.000.)
10 drb-ból álló eredeti csomagolás (» » 18.000.)
20 drb-ból álló eredeti csomagolás. (» » 29.400.)

Rp. Ampull. Dicodid (Knoll) g 0.015
2 drb-ot tartalmazó eredeti csomag (ca Kr. 28.600.)
4 drb-ot tartalmazó eredeti csomag (» » 54.800.)

Rp. Dicodid bitartaric. (Knoll) g 0.1
Aqua. dest. g 10.0

Felnőtteknek naponta háromszor 10 cseppet.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

Képviselő: WACK KERESZTÉLY, BUDAPEST IX, RÁKOS-UTCA 4. SZÁM.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERENYI (Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.) a legtokéle. tesebben felszívódó, kellemes ízű *vaspepton*-készítmény. Feltűnő eredmény. nyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. eseteiben. Kiváló stomachicum, roborans.
Készíti: ERENYILÁSZLÓ „Diana” gyógyszerár, Budapest VII, Károly-körút 5.
Telefon József: 115–55.

Röntgenkészülékek

íránt érdeklődők figyelmébe

ETRALUX

gyakorló orvosok és fogorvosok
készüléke

CAMERALUX

átvilágítókészülék

KELETI J., BUDAPEST

IV, Petőfi Sándor-utca 17. Telefon: 13–76.

Kérjen ábrás árajánlatot!



Kiss-féle **LUES DIAGNOSTICUM**

és Kiss-féle

WASSERMANN ANTIGEN

„MAGYAR KIRÁLY” GYÓGYSZERTÁR

Budapest V, Tisza István-utca 24. Telefon: 19-10.



DIAL

Szabadalmazva

Név törv. védve

Álmatlanság ellen,
csillapítószer félelmi és
izgatottsági állapotokban.

Tabletták.

Ampullák.

Tabletták.

Liquidum.



**GESELLSCHAFT
FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE in BASEL.
Pharm. Abtlg.**

Magyarországi képviselő:

Jakitsch János, Budapest VI, Lehel-utca 33. szám.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Hedry Miklós:** Adatok az epehólyag bakteriológiájához 100 műtégi eset vizsgálata alapján. (1161—1164. oldal.)
Szabó Géza: A vörösvérsejtek süllyedéséről belső betegségekben. (1164—1165. oldal.)
Mosonyi János és Télessy József: Nitrogenkiürítés terhes és nem-terhes nők vizeletében. (1166—1167. oldal.)
Molnár József: A diathermia a nőgyógyászatban. (1167—1169. oldal.)
Rausch Zoltán: A golyva kezelése kis jód-dosisokkal ivókúra alakjában. (1169—1170. oldal.)
Szabó Zoltán: Az urotropin befolyása a postoperatív vizeletretentióra. (1171—1173. oldal.)
Tomesik József: Összehasonlító vizsgálatok Kahn újabb reakciója és a Wassermann-reactio között. (1173—1174. o.)
Szapáry Imre: Gyógyászati tömegmozgalmak Németországban. (1174—1176. oldal.)
Ivánovics György: Pótlás „Egyszerű cukormeghatározás vizeletben” című közleményhez. (1176. oldal.)
Levél a Szerkesztőhöz. (1176. oldal.)

- Lapszemle.** Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Urologia. — Szemészet. — Gyermekeorvostan. (1176—1179. oldal.)
Könyvismertetés. (1179—1180. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 12-i ülése. (1180—1182. oldal.)
Közkórházi Orvostársulat november 18-i ülése. (1182. o.)
A Charité Poliklinika nov. 19-én tartott orvosi szakülésének jegyzőkönyve. (1182—1183. oldal.)
Honvédorvosok Tudományos Egyesülete november 17-i ülése. (1183. oldal.)
A Magyar Röntgen Társaság okt. 16-i ülése. (1183—1184. o.)
Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának november 7-i ülése. (1184. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület nov. 19-i ülése. (1184. oldal.)
A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának november 14-i ülése. (1184—1185. oldal.)
Kérdések és feleletek. (1185—1186. oldal.)
Heti krónika. (1186—1187. oldal.)
Vegyes hírek. (1187—1188. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Adatok az epehólyag bakteriológiájához 100 műtégi eset vizsgálata alapján.

Írta: Hedry Miklós dr. egyetemi tanársegéd.

Az epehólyag és az epeutak megbetegedéséről az utóbbi időben számos kimerítő közleményben számoltak be, de az epekövek keletkezésére vonatkozó kutatások még ma sem tekinthetők véglegesen tisztázottaknak. A kőképződés aetiologiájában — mint tudjuk — a hiányos epeelfolyás a legfőbb kiváltó tényezőként szerepel. Naunyn és iskolájának tana szerint a pangó epének fertőződése az epeképződés megindítója lehet. Naunyn hypothesis szerint fertőzés nélkül kőképződés nincs és ez a fertőzés rendszerint a bakteriumoknak a bélhuzamból való bevándorlása útján történik.

Az a nézet, hogy a kőképződéshez bacilláris invasio szükséges, mindig nagyobb és nagyobb táborot hódít magának. Állatkísérletekkel is kétségtelen bizonyosodott, hogy pangás következtében az epehólyag tartalma könnyen fertőződik pathogen mikroorganizmusok által, melyhez az epehólyag nyálkahártyájának elsődleges gyulladása társulhat. Naunyn szerint a pangó epének fertőzöttnek kell lennie, hogy cholesterolin kicsapódás létrejöhessen, míg ezzel ellentétben Aschoff kísérletileg kimutatta, hogy az epekövek az esetek legnagyobb részében bakteriummentes epében jöhetnek létre és legelőször a tiszta sugaras szerkezetű cholesterolin-kövek képződéséhez vezetnek. Riedl annyiban osztja Aschoff felfogását, hogy az epekövek legnagyobb része elsődleges úton aseptikus epében keletkezik.

Bár az epekövek keletkezését illetőleg a nézetek még ma is eltérők, a mi vizsgálataink szerint az epehólyag gyulladásainál és az epekövek keletkezésénél a bakteriumos fertőzésnek jelentékeny szerepet kell tulajdonítanunk.

Klinikai vizsgálataink alkalmával több ízben volt

alkalmunk az epehólyag és az emésztőcsatorna megbetegedései között bizonyos aetiológiai kapcsolatot megállapítani. Nevezetesen, hogy a renyhe bélműködés, valamint a gyomor funkciós zavarai gyakori kísérő jelenségeként szerepelnek az epehólyag megbetegedéseibenél. Nyílt kérdés tárgyát képezi még, hogy ezen funkciós zavarok aetiológiai tényezőként szerepelhetnek-e. Naunyn klasszikus művében ezen kérdést illetően annyit találunk, hogy idült dyspepsiák gyakran lehetnek okozói az epekőképződésnek, de éppoly gyakoriak ezek dyspepsia nélkül is.

Az epehólyag és az epeutak gyulladásos folyamatainál a *gastrogen-fertőzés* is mint számottevő tényező szerepelhet, ezért esetünkben a gyomor chemismusát mindenkor megvizsgáltuk, nemcsak therapeutikus, hanem diagnostikus szempontokból is. A legtöbb epeköves beteg gyomorsavértékei sub- vagy anacidak voltak. A mi betegeink legnagyobb részénél, számszerint 59 esetben, normalis alatti savértéket kaptunk. Ezen kóros savértékeknel az epehólyag súlyos funkciós zavarokkal való elváltozását volt alkalmunk észlelni. Klinikánkon Landgraf által végzett duodenalis sondavizsgálatok azt mutatták, hogy minél kisebb a gyomorsav elválasztása, annál gazdagabb a duodenum bakterium flórája. Azon kérdés eldöntése, vajjon ezen bakteriumok kiváltó, vagy közreható tényezőként szerepelnek-e az epekőképződésben, még ma sincs teljesen tisztázva.

Az alapvető kérdés, hogy t. i. a fertőzés miképpen jön létre, jelenleg is élénk vita tárgya. Az epehólyag fertőzése szempontjából — mint tudjuk — elméletileg két lehetőség jöhet számításba. A szerzők egyik csoportja szerint a bakteriumok direkt bevándorolnak a bélből, helyesebben a choledochuson keresztül (ascendáló), míg a másik csoport egy haemato-haepatogen fertőzést (descendáló) fertőzést okol.

Az epehólyag-gyulladását Naunyn és több szerző fertőző megbetegedésnek minősítik, mert míg a normalis epe számos szerző vizsgálatai szerint csiramentesnek bizonyult, addig epekövek jelenlétében majdnem minden esetben találtak mikroorganizmusokat. Az epeáramlás, amely mindig bizonyos pozitív nyomás alatt történik, a ductus choledochusban lévő csirákat elmossa, ellenben bármilyen kóros elváltozás esetén (pl.

az epehólyag összenövése a szomszédos szervekkel, mely tartalmának elfolyását gátolja, akár kövek jelenléte az epehólyagban, vagy annak kivezető csöveiben, vagy más körülmények, melyek a pangást előidézhetik), a bélből ascendáló mikroorganizmusok a pangó epében kifejlődnek az epeutak gyulladását. Azon tájékoztatási viszony, mely a duodenum és az epehólyag nyaka között fennáll, továbbá a fundusnak a haránt vastagbélhez való viszonya lehetségessé teszi az epehólyag fertőzését. A fertőző csírok a bél falon keresztül az epehólyag lumenébe kerülhetnek, pl. hashártyalobok okozta összenövések eseteiben.

Az epekövetegységeknél a bakteriologiai vizsgálatok eredményei az egyes szerzők szerint rendkívül eltérők. Az irodalom áttekintésénél azt látjuk, hogy a legtöbb vizsgálat hullapépével történt, amely bizonyító értékűnek nem fogadható el. Az epeútban találtak sebészi gyógyítása nagyban elősegítette a bakteriologiai kutatások lehetőségét, mert így „in vivo” nyert epével végezhetjük a vizsgálatokat.

A heveny és idült epehólyag-gyulladások nagy száma, melyek a II. sz. sebészeti klinikán műtetre kerültek, erősen eltérő bakteriologiai eredményeket mutatnak az eddig közltekkel. Az irodalomban a legkülönbözőbb mikroorganizmusok vannak felemlítve, melyek az epeutak gyulladásos elváltozásainál találtak.

Ezen kérdés tisztázása vezetett bennünket, amikor a kiirtott epehólyag tartalmát bakteriologiailag tüzetesen megvizsgáltuk. *Vizsgálataink célja az volt, hogy elsősorban megállapítsuk,*

a) vajjon a sebészi elbárára kerül esetekben az epe tartalmaz-e baktériumokat,

b) melyek a leggyakrabban előforduló baktériumok,

c) hogy a bakteriologiai vizsgálatra kerülő esetek között akadunk-e esetleg typhusgázokra.

Fontosnak tartottuk továbbá az epehólyag falának kórszöveti vizsgálatát is, valamint az epehólyag falában kimutatható baktériumoknak szövetben való festését, mert az epehólyag mélyebb rétegeiben gyakran találunk súlyosabb elváltozásokat, mint olykor a felület és látható nyálkahártyán.

Baktériologiai vizsgálatokban arra törekedtünk, hogy műtét után minél gyorsabban végezhesük azt. A sterilen nyert epéből kikent készítményeket methylenkékkel és Gram szerint festettük meg, de így csak ritkán sikerült baktériumokat találnunk; ezért minden esetben kontrollképen 4–5 kacsnyi epét oltottunk különböző táptalajra és pedig levesbe, közönséges agar-agarra, *Conradi-Drigalsky* által ajánlott lakmusos agarra és endo-agarra.

A 100 kiirtott epehólyag közül 53 *cholecystitis chronica calculosa*, 32 *cholecystitis phlegmonosa ulcerosa*, 11 *empyema vesicae felleae*, 4 *cholecystitis sine concrementis* vizsgáltunk. Az epe reakciója az esetek legnagyobb részében lakmuspapírral vizsgálva, gyengén alkáliás volt (72), a többi esetekben pedig neutralis. Az epéből 51 esetben sikerült különböző baktériumokat ferde agaron kitenyésztenünk, míg a többi 49 esetben a leoltásra használt epe csiramentesnek bizonyult. Mint feltűnő körülményt említhetjük meg, hogy míg a genyes bennéki epehólyagok tartalma sterilnek bizonyultak, valószínűleg baktériumok tönkremenése, esetleg virulentiájuk csökkenése folytán (11 eset közül egy ízben volt pozitív bakteriologiai lelet), addig a világos epebennéki erős baktériumtartalmú volt. Anaërob csírok az epehólyag gyulladásainál nem játszanak különösebb szerepet és előfordulásuk is a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, ezért vizsgálatunk tárgyát nem is képezte.

Hogy vizsgálataink eredményeiről beszámolhassunk és arról átnézetes képet nyújtsunk, eseteinket az epében kimutatott baktériumok morfológiai csoportosítása szempontjából tárgyaljuk. A bél baktériumflórájának típusos reprezentánsai közül 24 esetben sikerült az epéből a *bacterium coli commune* tiszta tenyészetben kimutatni. A *bacterium coli commune*, mint gyuladást kiváltó tényező, gyakran található az epeutak-

ban. Az epeutak a béllel nyílt összeköttetésben állanak, úgyhogy a csíroknak bevándorlása könnyen magyarázható, melyek azután a kedvező táptalajban gyorsan tenyészhetnek.

Eseteink közül egy ízben sikerült a pneumococust és egy tíz év előtt kiállott typhus után Eberth-Gaffky-féle bacillust az epéből kimutatni. Ez utóbbi eset szövettani vizsgálatánál az epehólyag nyálkahártyáján necrosist és a bolyhok erős proliferációját találtuk, de a bacillusokat a véredény-capillarisokban nem tudtuk kimutatni.

A genykeltő mikroorganizmusokat 25 esetben sikerült az epéből kimutatni. A *staphylococcus pyogenes aureus* 17 esetben kaptuk tiszta tenyészetben és csak 8 esetben a streptococust. A megeredő kultúráknál figyelemmel voltunk arra is, hogy nincs-e több baktériumfaj jelen. Vegyes fertőzést az epéből három ízben tudtunk kimutatni, amikor is a *staphylococcus pyogenes aureus* és streptococust együttesen találtunk. Vizsgálataink szerint a genykeltő mikroorganizmusok okozta cholecystitiseket a *bacterium coli*val szemben majdnem egyformának találtuk.

1. táblázat.

100 esetben + lelet	Epében	Megjegyzés
Bact. coli.....	24 %	—
Staphylococcus.....	17 %	3 ízben vegyes fertőzés staphylococcus és streptococcusal
Streptococcus.....	8 %	—
Bacillus typhi.....	1 %	—
Pneumococcus.....	1 %	—
Összesen:	51	—

A fenti táblázatból is kitűnik, hogy az epéből leggyakrabban a Gram negatív pálcák mellett a *staphylococcus*okat és a *streptococcus*okat tudtuk kimutatni.

A genykeltő mikroorganizmusoknak jelentőségét az epehólyag megbetegedéseinek az újabb irodalomban már eddig is többen megemlítették. *Huntmüller* vizsgálatai szerint az epehólyag-gyulladások legfőbb kiváltó okaiként a *staphylococcus* szerepel és pedig 59%-ban, míg ezzel szemben a *bacterium coli* okozta fertőzés csak 12%-ban fordult elő. Általában tért hódított az az irány, hogy az epehólyag megbetegedéseinek és a kóképződéshez vezető gyulladásnál a genykeltő mikroorganizmusok játszik a főszerepet.

Ami az epehólyag falának baktériumokra való festését illeti, vizsgálataink meglepő eredményt nyújtottak, amennyiben a szövettani metszetekben leggyakrabban a genykeltő coccusokat találtuk. Vizsgálat céljából rendszerint az epehólyag falának nyakirésztét metsztettük ki, továbbá a kövek által okozott decubitalis részleteket. Minden egyes esetben a kímészett epehólyag falát methylenkékkel festettük meg és külön egy-egy haematoxylin eosin és van Gieson-festést is végeztünk. A baktériumokat a készítményben szétszórta apró fészkekben találtuk. A fészkek inkább a mély nyálkahártyarétegekben voltak találhatóak és nagyságuk igen változó volt. Egyes helyeken 5–6 coccusból állottak, máshol nagyobb halmazokban (20–30 coccus) tömörültek. A genyes és fekélyes epehólyag-gyulladásnál legtöbb esetben sikerült a *staphylococcus*okat az epehólyag falában festett metszetekben kimutatni. Egy 35 éves nőbeteg kiirtott epehólyagfalában kb. babnyi mekkoráságú intramuralis tályogot találtunk, mely *staphylococcus*okat tartalmazott tiszta tenyészetben. Ugyanezen esetben az epehólyag falában is sikerült a szöveti metszetben az azonos baktériumot kimutatni. Végeredményben az epehólyag falában 22 esetben *staphylococcus pyogenes aureus* és 5 esetben streptococust találtunk, míg a többi 73 esetben a festés negatív eredménnyel végződött.

2. táblázat.

Positiv lelet	Epében	Epehólyagfalban
Staphylococcus.....	17 %	22 %
Streptococcus	8 %	5 %
Összesen:	25	27

A fenti táblázatból is azt látjuk, hogy az epehólyag falában több ízben sikerült szövettanilag kimutatni a genyelt mikroorganizmusokat, mint az epében tenyésztéssel. Vizsgálataink során arra a következtetésre jutottunk, hogy az epehólyag staphylococcus okozta infectiója a legnagyobb valószínűség szerint a vérpályán keresztül történik. Ezt bizonyítani látszik az a körülmény is, hogy a staphylococcusok nemcsak egyedül az epében, hanem az epehólyag falában is kimutathatók voltak. Újszerű ebben csak az a kísérleti megállapítás, hogy a staphylococcusok az epehólyag-gyulladások kóroktanában — a többi fertőzést okozó mikroorganizmusok mellett — mint egyenrangú tényezők szerepelnek. A vérpálya útján kiválasztásra kerülő staphylococcusok localis fertőzés okoznak az epehólyagban, ahol a kiválasztott toxinok hatására nemcsak a hámbélés nekrotizál, hanem az epehólyag fala is kóros elváltozást szenved. Feltehető, hogy az ily módon elváltozott epehólyagban egyéb biológiai tulajdonságai közül kémiai összetételében esetleg megváltozhat az epe. Vizsgálataink szerint a staphylococcus okozta epehólyag-gyulladás a kőképződés szempontjából is szóbajöhet.

Vizsgálatokat végeztünk arra nézve is, hogy a különböző epekövek keletkezése és felépítése milyen bakteriumoknak a behatásával állhat összefüggésben. Ez irányú vizsgálatainkról a következőkben számolhatunk be. Az epekövek bakteriumtartalmának vizsgálatánál úgy jártunk el, hogy az epekövek felületét gyenge láng felett megpörköltük. Amíg a facettált, síma felületű köveknél minden nehézség nélkül sikerült csiramentes felületet nyerni, addig az egyenetlen felületű epekövek-nél mélyebb hőhatást alkalmaztunk. Ezután steril Petri-csészében physiologiás konyhasóoldat is bouillon egyenlő mennyiségében steril-késsel kettévágva, szétmorzsoltuk az epeköveket és thermostatba helyeztük. A bouillonban szétmorzsolts kövek után már 24 óra múlva egyenletes zavarodást észleltünk; a bouillonból való átoltás az endo-agart 48 órán belül megpirosította.

Vizsgálataink szerint a sugaras szerkezetű cholesterin kövek bakteriumokat nem tartalmaztak, ellenben a bilirubin epekövek és a cholesterin mészkövek magvában több esetben bakteriumokat tudtunk kimutatni. 96 vizsgált eset közül 16 ízben sikerült tiszta tenyésztésben a bacterium coli communét kimutatni (a 100 esetből 4 eset cholecystitis sine concremento volt), úgyhogy ezen kövek bakteriumos eredete valószínű.

Vizsgálataink összeredményét a következő táblázatban foglaltuk össze.

E táblázat a 100 kivizsgált eset közül csak a bakteriologialag pozitív eseteket foglalja magában. E 63 esetben különböző bakteriumokat találtunk, melyek

51 esetben az epében,

27 esetben az epehólyag falában (szövettanilag),

16 esetben az epekövekben

voltak kimutathatók. Ezen bakteriologiai vizsgálatokból kétségtelenül megállapítható, hogy az epeutak megbetegedéseinek és a kőképződéshez vezető gyulladásoknál a bakteriumoknak jelentős szerepet kell tulajdonítanunk. Az epekő-betegség mondhatjuk minden phasisában bakteriális megbetegedés. Ha vannak is epekövek, melyek infectiómentes keletkezésűek, úgy annak dacára az epekőképződések többsége úgy látszik mikroorganizmusok behatására jön létre.

Végezetül a lobosan kiirtott epehólyag kórszövet-tani vizsgálatairól számolunk be, különös tekintettel a

Összefoglaló táblázat.

Eset	D i a g n o s i s					E p e				Epekő	Epehólyagfal		Megjegyzés		
	Cholecystitis chron. calculosa	Cholecystitis phleg. ulcerosa	Empyema vesicae felleae	Hydrops vesicae felleae	Cholecystitis sine concremento	Staphylococcus	Streptococcus	Bact. coli	Bact. typhi	Pneumococcus	Bact. coli	Staphylococcus		Streptococcus	
1.	•										+				
2.	•														
3.		•						+				+			
4.	•											+			
5.	•											+			
6.	•											+			
7.	•					+						+			
8.	•					+						+			
9.					•										
10.	•					+		+					+		
11.	•							+			+				
12.		•					+								
13.	•					+						+			
14.	•							+			+				
15.		•				+	+								Vegyes fertőzés
16.		•										+			
17.	•							+			+				
18.		•						+				+			
19.	•						+							+	
20.		•												+	
21.	•													+	
22.	•							+			+				
23.					•			+							
24.					•			+							
25.		•				+						+			
26.	•					+						+			
27.					•	+									
28.	•					+									
29.					•	+									
30.		•					+								
31.		•				+	+								Vegyes fertőzés
32.					•							+			
33.	•								+						
34.						+						+			
35.	•					+									
36.	•											+			
37.	•					+	+								Vegyes fertőzés
38.	•					+									
39.	•							+							
40.	•														
41.	•							+							
42.		•						+			+				
43.	•							+			+				
44.	•							+			+				
45.	•							+			+				
46.	•							+			+				
47.	•							+			+				
48.		•						+			+				
49.		•											+		
50.	•											+			
51.	•							+			+				
52.	•											+			
53.		•										+			
54.	•							+			+				
55.	•											+			
56.		•						+				+			
57.	•							+			+				
58.	•							+			+				
59.		•										+			
60.	•						+							+	
61.	•							+				+			
62.	•														
63.	•					+		+							
	41	15	1	2	4	17	8	24	1	1	16	22	5		
	51											27			

Luschka-féle járatok jelentőségére. Epekőbetegségek-nél a Luschka-féle járatoknak nagy fontosságot tulajdonítunk, mert virulens bakteriumok számára kedvező megtelepedési helyül szolgálhatnak, melyek azután az epehólyagfal súlyos phlegmonosus gyulladását okozhatják. Ezen nyálkamirigyek a submucosában vannak és terjedelmük szerint többé-kevésbbé a muscularis rétegig terjednek. Idült és fekélyes epehólyag-gyulladásoknál

ezen epithel-járatok proliferációja és kitágulása szembe-ötlő volt. Eseteinkben minden epepangásnál, legyen az akár mechanikai okokból, akár lobosodás által feltételezve, a Luschka-féle járatok kitágulását volt alkalmunk észlelni.

Összefoglalás: Az epeutak megbetegedéseinél és a kőképződéshez vezető gyulladásoknál a bakteriumok nagy szerepet játszanak. A vizsgálat tárgyává tett 100 kiirtott epehólyag közül csak 37 esetben találtuk csiramentesnek az epehólyagot, illetőleg annak tartalmát, míg a többi 63 esetben pozitív bakteriologiai eredményeket tudtunk kimutatni. Az epehólyagban kimutatható mikroorganizmusok közül leggyakrabban genyeltő coccusokat találtunk és pedig 25 esetben az epében, 27 esetben az epehólyag falában. A vizsgálatra került epekővekben staphylococcusokra nem akadunk. Ezzel szemben a bacterium coli okozta fertőzéseket az epében 24%-ban, az epekővekben 16%-ban tudtuk csak kimutatni. Az epehólyag tartalmának csiramentessége epekő megbetegedésnél oly ritkaságszámba megy, hogy minden sebész helyesen gondolkozik akkor, amikor operálandó epehólyag-esetét eleve fertőzöttnek tekinti.

Irodalom. 1. Ignaz Feldmann: Beiträge zur Bakteriologie der Gallenblasenentzündungen. (Wiener kl. Wochenschr. 1915, 48. sz.) — 2. R. Toida: Zur Frage von der Sterilität der Galle unter normalen Verhältnissen und über ihre bakterizide Wirkung auf pathogene Bakterien. (Archiv. f. kl. Chir. 103. köt.) — 3. Rovsing: Studien über die Pathogenese der Gallensteine. (Ztblt. f. Chir. 1915, 32. sz.) — 4. H. Riese: Die Aetiologie und pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit. (Ergebnisse der Chir. u. Orthopädie 1913, 7. köt.) — 5. Karl Otten: Histologische Untersuchungen an exstirpierten Gallenblase. (Beitr. zur kl. Chir. 48. köt.) — 6. Rovsing: Weitere Beiträge zur Pathogenese der Gallensteinkrankheit. (Ztblt. f. Chir. 1924, 30. sz.) — 7. Báron: Beiträge zur Path. der Cholelithiasis. (Beitr. zur kl. Chir. 77. köt.) — 8. Zacher: Az epehólyag bakteriumtartalma holttestekben. (Budapesti Orvosi Újság 1917, 17. sz.) — 9. Bacmeister: Bakteriologische Untersuchungen bei Cholelithiasis. (Münch. Med. Wochenschr. 1907, 38. sz.) — 10. Bachmeister: Der Ausfall des Cholesterins in der Galle und seine Bedeutung für die Pathogenese der Gallensteine. (Münch. Med. Woch. 1908, 5. sz.) — 11. Klieve: Zur Bakteriologie der entzündlichen Veränderungen der Gallenwege insbesondere der Cholecystitis. (Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankheiten. 1922, 96. köt., 2. füz.) — 12. A. Wagner: Beiträge zur Bakteriologie der Gallenwege. (Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. 34. köt., 1. füz.)

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

A vörösvérsejtek süllyedéséről belső betegségekben.

Írta: Szabó Géza dr.

Alig volt az utóbbi időben olyan vizsgálati eljárás, amellyel annyit foglalkoztak volna, mint a vörösvérsejtsüllyedéssel, mióta azt Fahraeus 1918-ban újból felfedezte. A vizsgálatok, amelyeket ezen jelenséggel kapcsolatban végeztek, két csoportba oszthatók. A szerzőknek egyik része a jelenség értelmezését iparkodott megtalálni, míg a klinikusok a jelenség diagnostikai használhatóságát törekedtek kimutatni az egyes betegségeknek található differentiai alapján. Ilyen irányban a belgyógyászat terén végzett vizsgálatok az eljárás használhatóságát bizonyították elsősorban a tuberculosishoz, a pulmonalis tuberculosishoz és prognostikájában, de részben a rosszindulatú daganatok diagnostikájában is.

Ismeretes, hogy az eddigi theoretikus vizsgálók megállapítása szerint a vérplasma kolloidjainak dispersitász-változása az, ami a gyorsult süllyedést létrehozza, de ezenkívül más tényezők is hatással vannak a süllye-

désre, bár nem olyan nagy mértékben: így a vérsejtek száma, Hb-tartalma, a viscositás, s ezenkívül a serumnak is néhány tulajdonsága. Hogy nemcsak a plasmában lévő anyag az, ami a gyorsult süllyedést okozza, bizonyítja a Darányi-féle serum-reactio is, mely többé-kevésbé azon esetekben ad pozitív eredményt, midőn a vérsejtsüllyedés is gyorsabb szokott lenni. Hogy milyen tényezők hatnak a vörösvérsejtek ülepedésére, e célból vizsgáltam a vörösvérsejtek számát, a haemoglobin-tartalmat 113 esetben ezenkívül egyúttal meghatároztam a vér viscositását 84 esetben, a serum összfehérje-tartalmát 104 esetben, s végeztem a Darányi-féle reactiót szintén 104 esetben.

A vérsejtsüllyedést Westergreen készülékével és előírása szerint határoztam meg, ügyelve arra, hogy a vérvételnél a vénában hosszabb ideig tartó pangás ne jöhessen létre. A kísérletet azonnal beállítottam a vérvétel után, s állandó szobahőmérsék mellett olvastam le az egyórás eredményt. A haemoglobin-tartalom meghatározására a Sahli-féle haemometert használtam, a viscositására a Determann-Hess-féle viscosimétert. A serum fehérjetartalmát Abbé-féle refractometerrel határoztam meg.

Hogy a vörösvérsejtszám, illetve a haemoglobin-tartalom csökkenésének gyorsító hatása van a süllyedésre, azt Abderhalden, Vorschütz, Wiechmann, Linzenmeyer, Bürker, Behrens vizsgálatai kimutatták. Ezzel szemben Bennighof klinikai vizsgálatok alapján úgy nyilatkozik, hogy a süllyedés és a vérsejtszám, illetve haemoglobin-tartalom között semmi összefüggés nincsen, viszont Gram, Wiechmann és Linzenmeyer természetesnek tartják, hogy ezen tényezők a fent említett hatást gyakorolják a süllyedésre.

Eredményeim azt mutatják, hogy a vörösvérsejtek megszaporodása (polycythaemia) az ülepedés lassúbbodásával jár, viszont azon esetekben, amelyekben a süllyedés gyorsaságát a vérfehérjék megváltozása befolyásolja, a vörösvérsejtek száma és a süllyedésük között határozott összefüggést kimutatni nem sikerül. Alacsony és magas vérsejtszám mellett is volt egyformán gyors süllyedés. A plasma-kolloidok megváltozásának hatása úgy látszik annyira előtérben van, hogy ehhez képest más befolyás nem érvényesül.

Behrens Hayem-oldatban vizsgálva az ülepedést, úgy találta, hogy ennek nagyságából a festődési indexre lehet következtetni. Eseteimből a vizsgálat citrátplasmában történt, így azonban a festődési index és a süllyedés között összefüggés kimutatható nem volt. A Hb-tartalom általában párhuzamosan haladt a vérsejtszámmal; 21 esetben alacsony festődési index mellett (0.7–0.9) a süllyedés 4 és 98 mm között szabálytalanul változott.

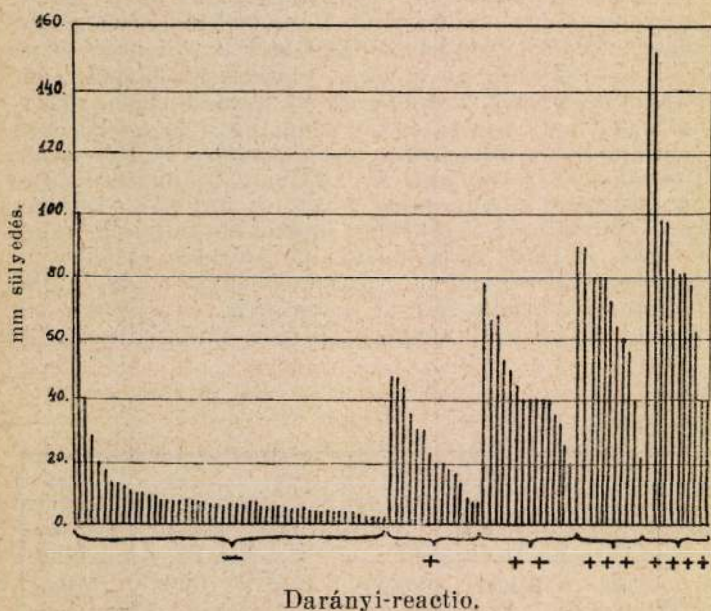
A vizsgálataim befejezésekor jelent meg Westergreen terjedelmes összefoglalása ezen reactiókról, amelyben ő is részletesen tárgyalja az erythrocyták, illetőleg Hb-tartalom hatását. Az ő összeállításából is az tűnik ki, hogy a Hb-tartalom és vörösvérsejtszám csökkenésének gyorsító hatása van a süllyedésre s hogy a Hb-tartalom és a reactio 1 és 24 órás eredményei között párhuzamosság mutatkozik, azonban a klinikai eredmények alapján ő is azon a nézeten van, hogy különösen az anaemiáknál az alacsonyabb vérsejtszám, illetőleg Hb-tartalom gyorsító hatásán kívül más gátló hatások is érvényesülnek (s ezt ő a vérsejtek csökkent aggregálóképességének nevezi), s ezen két hatás eredménye kiszámíthatatlan.

A vér viscositása elsősorban a vérsejtek számától függ s kisebb mértékben a vérfehérjék mennyiségétől és minőségétől. Fahraeus, Höher, Kaufmann erősen viscosus anyagoknak a vérhez való keverésével kimutatták, hogy a vér viscositásának növekedése gyorsabb süllyedéssel jár. Az én eredményeim szerint a vér viscositása és a süllyedés változása között határozott összefüggés nincsen; a viscositás főképpen a vérsejtszámtól függ. Két esetben volt igen magas a viscositás, magas volt a vérsejtszám is, a süllyedés pedig lassúbb eredményt adott. Az egyik esetben a vérsejtszám csak mér-

sékelten, ellenben a viscositas erősen megnövekedett volt.

Pribram és Klein említik a serum fehérjetartalmának hatását a süllyedés gyorsaságára; a serumfehérjetartalom növekedése lassúbbodást, csökkenése pedig gyorsulást hoz létre. 22 alacsony fehérjetartalmat mutató esetben, 4 kivételével, gyorsult süllyedést találtak, de csak egy eset volt olyan, amelyben a serumfehérjetartalom csökkenése lett volna nézetük szerint a gyorsult süllyedés egyedüli oka; a többi eset mind olyan, amelyben a süllyedés egyébként is gyorsult szokott lenni. Vizsgálataim szerint a kettő között határozott összefüggés nincsen. Voltak esetek alacsony fehérjetartalom mellett gyors ülepedéssel és ellenkezőleg magas fehérjetartalom mellett is gyors süllyedéssel. A süllyedésre való hatás nyilván a vérfehérjének arányától függ és nem az összfehérjemennyiségtől.

A Darányi-féle serum-reactio ugyan a fibrinogénról nem ad felvilágosítást, a gyakorlatban azonban jól értékesíthető. Ez a reactio általában a gyorsult süllyedéssel járó esetekben szintén pozitív eredményt adott, s a süllyedési reactio s ezen reactio erőssége között bizonyos párhuzam is észlelhető, mint azt a következő táblázat mutatja:



Csak az első esetben mutatkozik feltűnő ellentét a két reactio között: a Darányi-reactio negatív volta mellett 100 mm volt a süllyedés egy anaemia perniciozus betegen, akinek az összfehérjetartalma normalis, a vörösvérsejtszám 1,790.000, a Hb. 52% s a viscositas alacsony (3) volt.

Eseteimet a következő csoportokba foglalom össze:

I. csoport: Rosszindulatú daganatok, elsősorban carcinomák, még pedig a klinikai szempontból leggyakoribb gyomor-bélcarcinomák, 32 eset.

Süllyedés: 13–130 mm, tehát minden esetben gyorsult. Vörösvérsejtszám: 2,130.000–4,700.000. Hg.: 38–105%. Viscositas: 3,1–5,2. Serumalbumin: 5,3–8,53%. Darányi-reactio, három eset kivételével, mindegyikben pozitív.

Ezen esetek mind olyanok, amelyeknél minden olyan más betegség, elsősorban tuberculosus, ami a süllyedést gyorsíthatta volna, kimutatható nem volt.

Linzenmeyer, Wiechmann, Bennighof a rossztermesztű daganatokra vonatkozólag, számadatok közlése nélkül, ugyanilyen értelemben nyilatkoznak. *Lohr* már nagyobb statisztikát közöl s az ő észlelése szerint 100 eset közül 4 adott csak normalis, a többi mind gyorsult süllyedést. *Kovács* szintén ilyen eredményekről számol be.

II. csoport: 15 ulcus ventriculi, 2 heges stenosis intestini crassi, 1 megacolon, 3 ptosis ventriculi, achlorhydria.

Süllyedés: 2–15 mm. Vörösvérsejtszám: 2,240.000–5,700.000. Hb.: 50–102%. Viscositas: 4,5–5,5. Serumalbumin: 5,6–7,76%. Darányi-reactio egy esetben, ahol a süllyedés is gyorsult volt, ad kétes eredményt (+), a többi esetben mindenütt negatív volt.

Az ülepedés a legtöbb esetben normalis, néhány esetben kissé gyorsult volt.

III. csoport: A máj- és epeutak megbetegedései. 3 cholecystitis, 9 cirrhosis hepatis, ikterus nélkül, 6 ikterus simplex, 6 salvarsan-ikterus, 2 lues hepatis ikterussal, 2 cirrhosis ikterussal, 3 carcinoma hepatis ikterussal, 1 ikterus haemolyticus, 1 abscessus hepatis.

Cholecystitisnél mindig gyorsult, cirrhosisnál 1 esetben normalis, 1 esetben kissé, a többiben kifejezetten gyors volt a süllyedés. Az ikterus cath. közül 1 eset gyorsult, 5 eset normalis süllyedést mutatott, a salvarsan-ikterus 2 esetben normalis, 4-ben gyorsult, a többi ikterus pedig minden esetben gyorsabb süllyedéssel járt. Úgy látszik az ikterus cath. — amint azt *Kovács* is említi — gyakrabban jár normalis süllyedéssel, mint a más eredetű sárgaság.

IV. csoport: Vesebetegségek: 6 nephrosis luetica, 2 nephrosis tuberculosa, 1 nephritis chronica, 2 nephrosklerosis.

Süllyedés: 1 nephrosis lueticánál normalis, nephritis chronicánál kissé gyorsabb, a többi esetben kifejezetten gyorsabb. Darányi-reactio 2 esetben (nephrosklerosis) negatív, a többiben pozitív.

V. csoport: Az erek megbetegedései: 5 endarteritis oblit., 3 Raynaud, 2 dysbasia angiosclerotica.

Süllyedés: 2 esetben gyorsabb (ezeknek lueticája, illetőleg anaemiája is volt), 1 esetben kissé gyorsabb, a többiben rendes. Vörösvérsejtszám: 3,980.000–5,900.000. Hb.: 70–122%. Viscositas: 5–11. Serumalbumin: 5,8–8,8%. Darányi-reactio negatív.

VI. csoport: Polycythaemia: Süllyedés: 1/2 mm. Vörösvérsejtszám: 8,400.000. Hb.: 120%. Viscositas: 14. Serumalbumin: 8,23%. Darányi-reactio negatív.

Posthaemorrhagia anaemia: Süllyedés: 6 mm. Vörösvérsejtszám: 3,350.000. Hb.: 42%. Viscositas 3,1. Serumalbumin: 7%. Darányi-reactio negatív.

Két anaemia pernicioza: Süllyedés: 15, illetve 100 mm.

Összefoglalás.

A vörösvérsejtsüllyedés gyorsulására a vörösvérsejtek számának, a Hb.-tartalomnak, a vér viscositasának hatása annyira csekély, egyéb a süllyedésre gyorsítólag ható tényezőkkel szemben, hogy párhuzamot köztük és a süllyedés gyorsasága között kimutatni nem lehet.

A serum összfehérjetartalma és a süllyedés között sincsen határozott összefüggés.

A Darányi-féle serum-colloidlabilitási reactio a vérsejtsüllyedéssel majdnem párhuzamosan halad.

A gyomorrák saját megfigyelésem szerint is rendszerint gyorsult süllyedéssel jár, ami az ulcustól való megkülönböztetésre felhasználható.

Irodalom: *Fahraeus:* Bioch. Zeitschr. 1918.; The suspensions stability of the blood. 1921. — *Löhr:* Zeitschrift f. die ges. exp. Med. 1922. — *Höher:* Klin. Wochenschr. 1922. — *Gerlőczy:* Orvosi Archivum 1923. — *Pribram és Klein:* Acta Med. Scand. 1923. — *Abderhalden:* Pfl. Arch. 1923. — *Bönniger:* Klin. Wochenschr. 1923. 16. sz. — *Vorschütz:* Med. Klin. 1923. — *Bennighof:* Münch. med. Wochenschr. 1921. — *Wiechmann:* Klin. Wochenschr. 1923. — *Kovács:* Orvosi Hetilap 1923. — *Behrens:* Münch. med. Wochenschr. 1924. — *Duzár-Rusznay:* Orvosi Archivum 1924. — *Fabinyi-Tomsik:* Orvosi Archivum 1924. — *Darányi:* Orvosi Hetilap 1921. — *Westergreen:* Ergeb. der inn. Med. u. Kinderheilk. 1924. U. o. részletes irodalom.

A Pázmány Péter Tudományegyetem élettani intézetének (igazgató: Farkas Géza dr. egyetemi ny. r. tanár) és a Szent Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának (igazgató: Wenczel Tivadar dr. egyetemi magántanár) közleménye.

Nitrogenkiürítés terhes és nem-terhes nők vizeletében.

Írták: Mosonyi János dr. egyetemi tanársegéd és Télessy József dr. kórházi segédorvos.

Jelen munkánk a normalis graviditas folyamán történő nitrogenkiválasztással foglalkozik és szinte kiegészítésül tekinthető azon kutatásoknak, melyek főként amerikai szerzők tollából jelentek meg. Ezen szerzők néhány fehérjeanyagcserevértérméket, carbamidot, húgysavat, kreatinint részben beteg (nephropathiás), részben egészséges terhesek vérében határoztak meg. Mi ugyanezen anyagoknak és még azonfelül a praeformált ammoniának a vizelettel való mennyileges kiürülését vizsgáltuk terhes és nem-terhes nőknél.

Killian és Sherwin¹ vizsgálatai szerint a normalis terhesség alatt a vér maradéknitrogene és húgysav-tartalma a rendes érték 44%-ára eszik. Húgysav és kreatinin nem változnak. Hasselbalch és Gammeltoft² észlelteit is idézik, akik szerint a terhesség kompenzált acidosisal jár. Williams E., Chr. Pilmann³ szintén kisebbnek találták a maradék- és carbamidnitrogen mennyiségét a terhesség folyamán, a carbamid pedig szerintük különösen a középső hónapokban fogyott meg legfeltűnőbben, amidőn egyes szerzők szerint legnagyobb a magzat hosszúnövekedése. Hellmuth⁴ ugyan csak megerősíti ezen amerikai szerzők észlelteit, amennyiben úgy a maradék-, mint a carbamidnitrogen megesikkenését mutatta ki. A kreatinin mennyiségét normalisnak találta. Farkas és Scipiadess⁵ pedig kisebbnek találták a terhesek vérének fagypontsülye-

dését, ami valószínűleg ugyancsak ezen nitrogentartalmú anyagok megfogyásával van összefüggésben.

Vizsgálatainkat, melyek a fent említett nitrogentartalmú anyagok mennyileges meghatározására irányultak, normalis terhes és nem-terhes nők vizeletében végeztük. Nem-terhes nőbetegeinket úgy választottuk meg, hogy a kóros folyamatuk az egész szervezet anyagcserejére semmiféle befolyással ne legyen és így a kísérlet szempontjából ugyanolyan elbírálás alá estek, mintha teljesen egészségesek lettek volna. A diéta úgy a terhes, mint a nem-terhes nőknél az egész vizsgálat folyamán ugyanaz volt.

A meghatározások ugyanazon eljárásokkal történtek, melyeket Mosonyi⁶ egyik munkájában már leírt.

Összesen 21 nőt vettünk vizsgálat alá és ezeknél 79 meghatározást végeztünk. Kísérleti eredményeinket a két tabella tünteti fel:

A vizelet mennyiségében különbség nem észlelhető.

A terhesek vizeletének fajsúlya alacsonyabb valamivel, aminek oka — mint alább ki fogjuk fejteni — abban keresendő, hogy a gravidok kevesebb krystallidot választanak ki a vizeletükben.

A praeformált, ammoniumsók alakjában jelenlévő ammonia mennyisége 70 kg-os ember 24 órás vizeletében 0.6–0.8 g-ra tehető. Nem-terhes nők napi vizeletében körülbelül 0.3–0.5 g-ot tudunk kimutatni, ami testsúlykilogramra átszámítva normalis mennyiségnek felel meg. Terhes nők vizelete jóval kevesebb ammoniumsót tartalmazott, középtértékben 0.2–0.3 g-ot. Hasselbalch és Gammeltoft¹ szerint a normalis terhesség kompenzált acidosisal jár. A terhesek vizeletében kimutatható esőként ammoniamennyiség ezen szerzők észlelete ellen bizonyít. Acidosis esetében a szervezet elsősorban a vérben keringő, desaminatio folytán termelődő NH₃-at mozgósítja és ilyenkor a vizeletben fokozott ammoniakiürülés mutatható ki.

1. táblázat.

Nőgyógyászati esetek.

Név. Testsúly	napi vizelet cm ³	vizelet fajsúlya	napi praeform. ammonia a vizeletben gr	napi carbamid a vizeletben gr	napi kreatinin a vizeletben gr	napi húgysav a vizeletben gr	1 kg testsúlyra eső NH ₃ gr	1 kg testsúlyra eső carbamid gr	1 kg testsúlyra eső kreatinin gr	1 kg testsúlyra eső húgysav gr
K. Zs. 52 kg	1300	1018	0.3700	10.50	1.040	0.9620	0.00712	0.192	0.0200	0.0185
N. K. 54 kg	1000	1022	0.3920	11.82	1.4400	1.000	0.00720	0.219	0.0266	0.0189
P. S.-né 44 kg	700	1022	0.3.2	11.138	0.9380	0.7560	0.00731	0.253	0.0213	0.0171
H. F. 63 kg	900	1018	0.473	10.352	1.1880	0.8640	0.00750	0.164	0.0188	0.0137
Sz. P.-né 49 kg	600	1016	0.639	9.640	0.8125	0.6360	0.01304	0.198	0.0166	0.0129
B. I.-né 48 kg	800	1017	0.360	10.021	1.0720	0.8000	0.00787	0.208	0.0223	0.0166
K. I.-né 56 kg	750	1019	0.342	11.200	0.8400	0.750	0.00610	0.200	0.0150	0.0133

2. táblázat.

Gravid nők.

Név. Testsúly	napi vizelet cm ³	vizelet fajsúlya	napi praeform. ammonia a vizeletben gr	napi carbamid a vizeletben gr	napi kreatinin a vizeletben gr	napi húgysav a vizeletben gr	1 kg testsúlyra eső NH ₃ gr	1 kg testsúlyra eső carbamid gr	1 kg testsúlyra eső kreatinin gr	1 kg testsúlyra eső húgysav gr
M. E. 55 kg	1200	1014	0.2502	7.160	0.8160	0.5280	0.00452	0.127	0.0148	0.00960
G. M. 64 kg	900	1014	0.1613	4.510	0.4480	0.2340	0.00250	0.070	0.0070	0.0036
G. J. 57 kg	1100	1017	0.2900	9.520	0.7480	0.6160	0.00501	0.116	0.0131	0.0108
T. M. 64 kg	880	1019	0.2900	7.801	0.8348	0.3240	0.00450	0.121	0.0130	0.0050
H. J. 50 kg	1100	1015	0.267	7.182	0.9900	0.5720	0.00534	0.143	0.0198	0.0114
D. J. 60 kg	930	1017	0.328	8.901	0.8370	0.4860	0.00546	0.148	0.0139	0.0081
N. M. 59 kg	900	1020	0.274	9.297	1.000	0.5940	0.00464	0.157	0.0169	0.0100

Nem-terhesek napi vizeletében körülbelül 10 g carbamidot tudunk kimutatni, amely érték ugyan csak normalisnak vehető. Felnőtt ember ugyan 30–40 g ureumot ürít 24 óra alatt, de miután nőknél általában kisebb az anyagcsere, e testsúlyhoz viszonyított alacsony hugyanyérték valószínűleg ezzel hozható összefüggésbe. Összehasonlítva a nem-terhes nők által kiürített hugyany mennyiségét a terhes nők vizeletében meghatározott mennyiséggel, utóbbiaknál észrevehető csökkenést konstatálhatunk. Míg gravidoknál 1 kg testsúlyra 0.07–0.157 g esik, nem-terheseknél ezen értéknek körülbelül 0.2 g felel meg. Fent idézett szerzők szerint úgy a carbamid, mint a maradéknitrogen — melynek legszámottevőbb componense egyikünk vizsgálatai szerint ugyancsak a hugyany — a vérben is megkevesbedett, mely észlelet a mi kísérleti eredményeinkkel is megegyezik.

A húgysav kiürítése a terhesség folyamán ugyancsak csökkent. Míg nem-terheseknél 1 kg testsúlyra 0.0129–0.0189 g esik, terheseknél a legnagyobb érték (0.0114) sem éri el a nem-gravidoknál nyert minimumot. Terhesek vizeletében a húgysavnak körülbelül a fele mutatható ki.

Az összes nitrogéntartalmú anyagok közül legkevésbé csökkent a kreatinin kiürítése. 1 kg testsúlyra 0.0198 g-ot terhes nők vizeletében is ki lehetett mutatni, amely mennyiség körülbelül normalis értéknek felel meg. De középértékben ezen anyag kiürülésénél is csökkenés észlelhető, jóllehet *Killian* és *Sherwin* vizsgálatai szerint normalis terhesek vérében csupán a carbamid- és maradéknitrogen mennyisége csökkent, míg a húgysav és kreatinin értéke nem változik.

Mint a bevezetésben említettük, kutatásaink kiegészíteni vannak hivatva azokat a vizsgálatokat, melyeket más szerzők a vérben végeztek. Miután a vese a vérből készíti a vizeletet, ennek összetétele mindenkor a vérhez igazodik és így a vizelet bizonyos anyagai vonatkozó concentratiováltozásokból levont következtetések a vérre is érvényesek. Említett szerzők által a vérben leírt carbamidnitrogencsökkenést a vizeletben is sikerült kimutatnunk. A *Killian* és *Hellmuth* által normalis terhesek vérében észlelt normalis húgysav- és kreatininconcentrációnak fenti megfontolás értelmében a vizeletben is ilyen értéknek kellene megfelelnie. Vizsgálataink szerint pedig főképpen a húgysav kisebb mértékben a kreatinin mennyisége a nem-terhes nők vizeletében kimutatott értékhez képest ugyancsak csökkentek.

A normalis szervezet az élő protoplasma fehérjéinek kopását a bélből felszívódott aminosavak felhasználásával, új fehérje synthesise révén pótolja. A terhes női szervezetnek ezen életszükségleti fehérjesynthesisen kívül a magzat testének felépítéséhez megkívántató fehérjeösszetételéről is kell gondoskodnia. Az ehhez szükséges épületköveket a szervezet ugyancsak a bélből felszívott aminosavakból veszi. A magzat növekedésével mindig nagyobb és nagyobb követelmények hárulnak a terhes szervezetre, aminek ellensúlyozása fokozott táplálékfelvétellel történik (terhesek mohó étvágya). Miután az aminosavak jó részt fehérjesynthesisre használatnak fel, kevesebb ammonia termelődik és kerül a májba és így végeredményképpen kevesebb carbamid képződik. Ugyanez okból — amint a tabella feltünteteti — sók alakjában is kevesebb ammonia ürül ki a vizelettel. Amennyiben pedig a nucleoproteidák basikus alkotórészei is valószínűleg csak részben bontatnak le, ezek végterméke, a húgysav is, csak kisebb mennyiségben képződik és jelenik meg a vizeletben.

A kreatinin jórésze az izmok kreatinéból származtatható és csak kisebb része képződik a guanidinnból (felszívódott arginin) és ennek megfelelőleg is csak kisebbfokú csökkenés észlelhető a kreatinin kiürülésénél.

A terheseknél fellépő csökkent nitrogenkiválasztás annál feltűnőbb, miután terhesek — mint fentebb

említettük — rendszeren több táplálékot vesznek fel, mint a nem-terhesek. Amennyiben módunkban állott, arra törekedtünk, hogy a felvett táplálék ne csak összetétel, hanem mennyiség tekintetében is az összes vizsgálat alatt álló nőknél azonos legyen.

Összefoglalás.

A hugyany, kreatinin, praeformált ammonia és húgysav kiürülését vizsgáltuk terhes és nem-terhes nők vizeletében. Az összes meghatározott nitrogéntartalmú anyagokból terhes nők vizeletében kevesebbet tudunk kimutatni, mint a nem-terheseknél. E látszólagos retentio ezen anyagok csökkent képződésével van összefüggésben, amennyiben a képződésükhöz szükséges aminosavak a magzat testének felépítéséhez, fehérjesynthesisre használatnak fel.

Irodalom: ¹ *Killian and Sherwin*: Amer. Journ. of obstetr. a. gynec. 1921, 2. köt., 6. füz.; Ber. ü. die ges. Pys. 1921, 10. köt., 82. füz. — ² *Williams E., Chr. Pilmann*: Journ. of Phys. 1923, 57. köt., 55. füz. — ³ *Hellmuth*: Arch. f. Gynec. 1923, 118. köt., 1. füz. 8. old. — ⁴ *Mosonyi J.*: Magyar Orvosi Arch. 1925, 26. köt., 3. sz. — ⁵ *Farkas u. Scipiadés*: Pflügers Arch. 1903, 98. köt., 577. old.

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

A diathermia a nőgyógyászatban.*

Írta: *Molnár József dr.* tanársegéd a Röntgen-laboratorium vezetője.

Az utolsó pár év alatt a diathermiás kezelés igen nagy népszerűsége tett szert nőgyógyászaink körében. A szállító cégeknél érdeklődve kiderült, hogy Csonka-Magyarországon mintegy százra tehető azon gynaekologusok száma, akik ilyen készülékkel rendelkeznek. Ez a szokatlan nagy érdeklődés nem is csodálható; hiszen ezen kezelési mód igen sokat ígérő és úgy látszott, hogy ezzel a női genitáliák chronikus gyulladásainak a problémáját egy csapásra megoldjuk.

De ugyancsak ez a nagy érdeklődés indokolja azt, hogy klinikánk anyagának tekintetbevételével megvizsgáljuk, hogy vajon indokolt-e ez a nagy enthusiasmus?

A kérdésnek objectiv megvizsgálása céljából úgy jártunk el, hogy a diathermiás kezelésre kerülő beteganyagunkat semmiféle más kezelésben nem részesítettük.

Most csak a legfontosabb, minket érdeklő kérdésekkel akarok foglalkozni: 1. Meg tudjuk-e gyógyítani diathermiával a női genitáliák gonorrhoeáját? 2. Meg tudjuk-e gyógyítani az adnexumok gyulladásait?

Abban mindenki egyetért velünk, hogy az acut gonorrhoea diathermiára nem való. A chronikus gonorrhoea diathermiás kezelésétől azonban sokan specifikus hatást várnak azon megoldás alapján, hogy a gonococcus 42 C° feletti hőmérséken elpusztul és hogy a diathermia segítségével egész 45 C°-ig vihetjük fel a kismencede hőmérsékét. Ezt a megfontolást több irodalmi adat erősíti meg. S ezzel szemben mit látunk? 32 gonorrhoeás beteget kezeltünk kizárólagosan diathermiával és ezeknél egyetlen egy esetben sem tudunk gonococcusmentességet elérni.

Nem tudok megnyugodni abban, amit ennek magyarázatára felhoznak, hogy t. i. a szervezetben és szö-

* A Magyar Nőorvosok Társaságának 1925 szeptember 9-i nagygyűlésén tartott előadás.

vetnédvekben található gonococcusok sokkal ellenállóbbak, mint az in vitro végzett kísérletekben. Én az eredménytelenség okát sokkal inkább abban látom, hogy a gonococcusok elpusztításához szükséges 42°C hőmérsék elérését illetőleg túlbecsüljük a diathermia teljesítményét.

Mindenki előtt világos, hogy a gonococcusok elpusztításához szükséges hőmérsékletet nem érhetjük el az elektrodák külső alkalmazásával; hiszen a bőrnek az ellenállása sokkal nagyobb, mint a kismedence lágyrészei és így a legerősebb felmelegedés a bőrben jön létre.

Ha az egyik elektrodát vaginálisan vagy rectálisan alkalmazzuk, a viszonyok megítélése sokkal komplikáltabb. Könnyebb áttekinthetőség szempontjából tegyük fel, hogy a belső és külső elektrod egymásfelé néző felülete egyforma nagy. A helyzet ekkor semmiel sem jobb, mint az elektrodák külső alkalmazásánál. A méhnek és környezetének hőfoka megint messze el fog maradni a bőrnek hőfoka mellett.

A belső elektrod felületének fokozatos kisebbitésével azonban állandóan javul a helyzet a belső elektrod javára, oly annyira, hogy ha 5–6 mm átmérőjű olivaelektrodát veszünk, könnyen elérhetünk $44\text{--}45^{\circ}\text{C}$ -ot a belső elektrod közelében, anélkül, hogy a bőr túlságosan felmelegedne. Erről bárki meggyőződhet a Kelen-féle hőmérő elektrodá segítségével. Erre a mérési eredményre hivatkozik mindenki, aki azt tartja, hogy a gonococcusoknak a női genitáliákban való elpusztítására szükséges hőmérsék rendelkezésünkre áll.

Mi azonban fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy ez a mért hőmérséklet egy maximumot jelent, mely maximum csak az elektrodá közvetlen közelében érvényesül és onnan távolodva, rohamosan (négyzetes arányban) csökken az áram sűrűsége, a Joule-féle hő és ezzel a hőmérsék.

Ennek a rohamos csökkenésnek ellene dolgoztunk, ha nagyobb felületű elektrodát veszünk, S ez az oka annak, hogy az általában használatos olivaelektrodák 20–30 mm átmérőjűek. Sajnos, ekkor már $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$ -nál magasabbat nem érhetünk el az általában használatos nagyságú hasi elektrodá alkalmazása mellett. Az áramerő fokozásának ugyanis határt szab a bőr erős felmelegedése.

Van azonban egy műfogás, amelynek segítségével a vaginálisan alkalmazott elektrodá hőmérsékét magasabbra emelhetjük. A műfogás abból áll, hogy nemcsak a hasra, hanem hátul a csípőre is helyezzünk egy elektrodát (esetleg oldalt is). Ezáltal azonban az áram sűrűsége csakis az elektrodá csúcsán lesz nagyobb és sehol másutt. Tehát tulajdonképeni célunkat így sem értük el, a gonococcusok összes megtelepedési helyein a kritikus hőmérsékletet nem tudjuk létrehozni.

Egy esetben azonban úgy látszik elegendő az, ha a gonococcusok elpusztításához szükséges hőmérséklet csakis az elektrodák közelében érvényesül. Ez az eset áll fenn fiatal leánygyermek gonorrhoeájánál. Ebben saját tapasztalatom nincs s így a Büben által elért eredményekre hivatkozom. Ezeknek a feltűnő jó eredményeknek csak az lehet a magyarázata, hogy ezeknél a gonorrhoea még nem ascendált; a vaginában tenyészo gonococcusok elpusztítására pedig hatásos hőmérséklet kétségtelenül létre tudunk hozni.

Az ascendált gonorrhoea meggyógyulásának a feltételeit azonban a diathermiás kezelés a mai technika (!) mellett nem adja meg.

Ezen megállapítás után kétségtelenül nem várhatunk specifikus hatást az adnexumok gyulladásainál sem, akár gonorrhoea szerepel az aetológiában, akár más.

Adnexumgyulladásal 143 beteget kezeltünk.

A diathermia hatását, a panaszok előterében álló tünetekre, a következő táblázat tünteti fel.

Diagnosis	Érzékenység				Fluor			Vérzéses panaszok			
	megszűnt	javult	változatlan	fokozódott	megszűnt	javult	változatlan	megszűnt	javult	változatlan	fokozódott
Adnextumor	20	39	11	2	2	5	8	1	2	14	0
Para- és perimetritis	29	6	1	0	0	3	3	0	2	4	1
Salpingo-oophoritis	7	15	12	1	1	1	8	0	0	12	2

A legjobban érvényesül a diathermiás kezelés hatása azon adnexumgyulladásoknál, hol a panaszok előterében a fájdalom és a localis érzékenység állott; tehát sem jelentékeny folyás, sem pedig vérzési panaszok nem voltak. De ebből a szempontból is különbözően reagáltak a betegek a kórkép különbözősége szerint. A legjobb hatást para- és perimetritiseknél láttuk. Úgy látszik ez a leghálásabb terrenuma a nőgyógyászati diathermiának.

A fájdalomcsillapító hatást gyakran elértük azon betegeknél is, kiknél már kialakult adnextumor volt (72 eset), bár az adnextumor eltűnését csak ritkán (9 eset), a megkisebbedését pedig csak az esetek harmadában (24 eset) észleltük. Sok esetben azonban tünetmentessé vált a beteg változatlanul fennálló adnextumor mellett is.

A leghálátlanabbak voltak a salpingo-oophoritis-sel kezelt esetek, ahol az érzékenység megszűnését csak ritka esetben tudtuk elérni.

Az adnexgyulladások valamennyi csoportjánál ugyanazt észleltük azonban, ha a panaszok előterében a folyás (31 eset), vagy az erős vérzés (38 eset) állott. A fluor megszűnését ugyanis csak ritkán láttuk, az adnexgyulladás bármilyen formája szerepelt is legyen. Figyelemreméltó, hogy a fluor megmaradt olyan esetekben is, hol a fennálló adnextumort sikerült eltűnésre bírni.

Az adnexgyulladásban szenvedő betegeknek aránylag nagy százaléka panaszokozik rendetlen és hosszú ideig tartó vérzésekről. Nagyon sajnálatos tehát, hogy éppen ezekben az esetekben a diathermiával jóformán semmit sem tudunk elérni. Bár szigorúan vigyáztunk rá, hogy nemcsak a menstruálás alatt, hanem még a menstruatiót megelőző pár napon át se kapjon a beteg diathermiát; mégis megértük azt, hogy néhányszor a beteg sokkal erősebben vérzett, mint mielőtt kezelésbe vettük.

Mióta a gynaekologus operateur-ök között az a felfogás kapott lábra, hogy lehetőleg conservative operáljunk és hogy tartsuk meg az asszony részére a petefészekműködést; azóta aránylag gyakran kezelünk diathermiával oly betegeket, kiknél a gyulladás a visszahagyott petefészekből vagy csonkrészekből kiújult. Erdemleges eredményt a diathermia ott nem tudott felmutatni.

Szokatlan gyors tempóban láttuk azonban a gyógyulást beállani azoknál, kiknél az adnextumor elgenyedése miatt kolpotomiára kényszerültünk. A kolpotomia után tehát a diathermiakezelést igen előnyösnek tartjuk.

Ezen tapasztalatok hozták magukkal, hogy a diathermiakezelésnek az adnexumok gyulladásaira való hatását illetőleg tartózkodóbb álláspontra helyezkedtünk. Ugyanis specifikus hatást nem várunk tőle, mert sem a gonococcus, sem az egyéb kórokozókat nem tudja elpusztítani (mai technika mellett). Megszorítottuk az indicatiókat is. Nemcsak azt kell tehát szem előtt tartani, hogy kizárólag teljesen megnyugodott (nem lázas) folyamatoknál alkalmazható; hanem tuda-

tában kell lennünk annak, hogyha erős fluor, vagy pedig erős vérzés dominálja a kórképet, érdemes eredményre nem számíthatunk.

Fel fog tűnni azonban, hogy mennyivel rosszabbak a mi eredményeink, mint az eddig közölt adatok. Ennek magyarázatát abban találom, hogy betegeink túlnyomó része nagy szegénységben élő munkásaszszony, kiknek nehéz munkájuk mellett gyakran sok kilométert kell gyalogolniuk, hogy távoleső lakhelyükről diathermiára jölessenek. Az a megfigyelés pedig, hogy három betegünk a kezelés alatt teherbe esett, nyilvánvalóan mutatja, hogy náluk a coitus eltiltása is süket fülekre talált.

De éppen ez a próbája a specifikus kezelésnek, hogy kedvezőtlen viszonyok között se hagyjon esernben. Nálunk ezt a próbát a diathermia nem állotta ki.

Mindazonáltal, mint kiváló fájdalomcsillapító eljárást ma már nem szívesen nélkülöznek klinikánkon, annál kevésbé, miután a kezelés nem fájdalmas és így a betegek igen szívesen kezelteik magukat.

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

A golyva kezelése kis jód-dosisokkal ivókúra alakjában.

Írta: Rausch Zoltán dr., klinikai tanársegéd.

Th. Kocher már a nyolevanes években rámutatott arra, hogy golyvacsaládok gyermekei korai jódkezeléssel golyvamentesek maradnak s ezért ily esetekben az ivóvíznek jódban való gazdagítását ajánlotta a golyva megelőzésére. Hogy a golyvát tényleg a jód-szegénység okozza, azt St. Lager, még mielőtt a pajzsmirigy jód-tartalma ismert lett volna, kimutatta s Marine és Lenhart kísérletileg beigazolták, hogy jódprophylaxissal az experimentalis golyvaképződést meg lehet akadályozni. Ezt a tényt a svájci golyvacommisio a kísérleti patkánygolyvánál is megerősítette.

Ezen alapvető kísérletekhez csatlakoznak A. Kocher és Baumgarten további kísérletei, melyek napfényt derítettek a jódnak a golyvára kifejtett hatásmechanismusára. Ezekből a vizsgálatokból tudjuk, hogy a jód csak az olyan strumarésekre hat, melyeknek még megvan az élettani működésük. A hatás a golyva megkisebbedésében nyilvánul s azáltal jön létre, hogy a jódbevitelre a jódszegény, rossz felszívódó képességű anyagok élettani hatása fokozódik s jódban gazdagodva, a felszívódásra alkalmasabbá lesznek, miáltal a struma növekedését okozó ingerek kevesbednek, illetőleg eltűnnek. Élettanilag inaktiv szövetekre a jód hatástalan, de az egyes strumaféleségeknél is különbözőképp hat. Legkifejezettebb a hatása a diffus colloid strumánál, hatástalan a parenchymás golyvánál. A hatás átmeneti, vagyis csak addig tart, ameddig a jódbevitel. A jód nagy dosisokban ártalmassá lesz a nagyfokú felszívódás, illetőleg felszaporodás következtében és basedowificatiohoz vezet.

Már a Kocher ajánlotta prophylacticus jódagoláshoz is a kis mennyiségek bevétele bizonyult a legelőnyösebbnek, s az újabb tapasztalatok is a még kisebb jóddosisok mellett szólnak, úgyhogy ma az általános gyakorlatba is átment tapasztalat szerint a struma kezelésében 3-4 hetes turnusokban naponta 0.1-0.3 mg jódot adunk. A már kifejldött golyvánál is hasonlóképpen járunk el s a jódot vagy jódtinctura, vagy jódkali-oldat alakjában nyújtjuk.

A jódos ivókúrának a golyvás betegeknek való alkalmazása — legalább is nálunk — nem ment át eddig az általános gyakorlatba, aminek már a háború előtti időben is az ásványvizek körülményesebb beszerezhetősége volt az oka, amihez azután a háború után a jódban gazdag ásványvizeink (Csíz, Lipik, Hanva) elvesztése járult hozzá. Az egyetlen jódos víz, mely

Csonka-Magyarországnak megmaradt, a még 1908-ban Budai Kálmán állami vegyész által felfedezett egri forrás pedig — mely az akkor megejtett vegyelemezés szerint pro liter 0.0514 g MgJ-ot tartalmazott — nem került forgalomba és feledésbe ment. A nagy catastropha után aztán, mikor forrásaink javának az elvesztése a balneologusokat és vállalkozókat új források felkutatására ösztönözte Csonka-Magyarországon, fedezték fel újra és hozták üzemképes állapotba az egri jódforrást. S a hozzáfűzött várakozásnak megfelelően — ha ugyan az újabb analysis nem is erősítette meg teljes mértékben a régi adatokat, miként az az alábbi vegyelemezésből kitűnik — az egri úgynevezett „Dobó”-víz méltóképen csatlakozik elvesztett jódforrásainkhoz.

Emszt Kálmán dr. m. kir. főgeológus és fővegyésznek 1924 november 22-én megejtett helyszíni vizsgálata szerint az egri „Dobó” gyógyvíz egy artézi fúrásból ered, mely a Preszler-féle szeszgyár cefrekamrájába ásvott 12 m mély kút fenekébe van fúrva. A fúrás a következő rétegekben haladt keresztül: 120 m mélységig kék meszes agyag, 120-220 m mélységig váltakozva agyag és vékony homokkőrétegek, 220-230 m mélységig pedig kompakt márgás-palás agyagban haladt a fúrás. A gyógyvíz 220 m mélységből 30 cm széles finom fehér homokkőrétegből jön a felszínre, e mélységig van a forrás vasesövekkel kicsövezve. A helyszíni vizsgálat alkalmával sajátkezűleg gyűjtött víz a következő kémiai alkattal bír:

1000 g vízben van:

	g
Kalium-ion K	0.0025
Natrium-ion N	0.9818
Ammonium-ion H ₃ N	0.0074
Calcium-ion Ca	0.0118
Magnesium-ion Mg	0.0056
Vas-ion Fe	0.0003
Aluminium-ion Al	nyomok
Chlor-ion Cl	1.0954
Brom-ion Br	0.0158
Jód-ion J	0.0111
Hydroszénsav-ion HCO ₃	0.7886
Kénsav-ion SO ₄	0.0075
Kovasav H ₂ SiO ₃	0.0178

Összesen: 2.9456

Az alkatrészek egyenértékszázalékokban:

K	0.14%	Cl	69.80%
Na	96.45%	Br	0.45%
H ₃ N	0.99%	J	0.20%
Ca	1.34%	HCO ₃	29.20%
Mg	1.05%	SO ₄	0.35%
Fe	0.03%		
Összesen:	100.0 %	Összesen:	100.0 %

Szabad szénsav CO₂ — 0.3515 g — 229 cm³.

Forrás hőmérséke 12.2 C°, a levegőé 6 C°.

A víz fajsúlya 1.0023.

Fagyáspontesökkenés 0.167 C°.

A vízben oldott anyagok osmosis nyomása 2 atm.

A víz elektromos vezetőképessége x — 0.00398.

Radioaktivitása 0.003¹⁰⁻⁶ millicurie.

A forrásból gázbuborékok szállnak fel, melyek a következő alkattal bír:

	térfogat
Methan CH ₄	57.2
Széndioxid CO ₂	28.3
Oxygen O	1.8
Nitrogen N	12.7
	100.0

Az alkotórészek a szokásos módon sókká szerkesztve:

1000 g vízben van:

Kaliumchlorid KCl	0.0046
Natriumchlorid NaCl	1.7764
Ammoniumchlorid (H ₃ N)Cl	0.0235
Natriumbromid NaBr	0.0203
Natriumjodid NaJ	0.0130
Natriumhydrocarbonat Na(HCO ₃) ₂	1.0093
Magnesiumhydrocarbonat Mg(HCO ₃) ₂	0.0339
Vashydrocarbonat Fe(HCO ₃) ₂	0.0009
Calciumhydrocarbonat Ca(HCO ₃) ₂	0.0353
Calciumsulfat CaSO ₄	0.0106
Kovasav H ₂ SiO ₃	0.0178

Összesen: 3.1266

A víz kémiai jellemét tekintve, a *jódtartalmú konyhasós vizek* csoportjába tartozik.

A palackozott víz kristálytisza, kissé sárgás színbe játszó, eléggé kellemes ízű, kissé sós ugyan, de éppen alacsony sóconcentrációja folytán ivásra alkalmas. Az 1925 május-hóban a m. kir. Állami Bakteriologiai Intézetben *Aujeszký* által megejtett bakteriologiai vizsgálat szerint kórnemző csirát nem tartalmaz, tehát ártalmatlan, amit különben klinikai tapasztalataink is igazolnak, amennyiben az ivókúrák végzett betegnél gyomor- vagy bélpanaszokat egyetlenegy esetben sem okozott.

Ezen egri „Dobó”-vizet alkalmaztuk ivókúra alakjában golyvás betegeinknél. A megfelelő eseteket — főleg diffus colloid strumával — ambulantiánk beteganyagából választottuk és elsősorban oly golyvás betegeket vetettünk alá az ivókúrának, kiknél a strumát kísérő functionális tünetek, mint a szapora szív-működés, álmatlanság, ingerlékenység, verejtékezés, hajhullás stb. még hiányoztak, vagy legalább is még nem voltak kifejezettek. Bár ma már a Basedow-kór sem képezi abszolút contraindicációját a mikrojódtérapiának, mégis a kifejezettebb, a Basedow-tünetek felé hajló strumákat kizárni igyekeztünk az ivókúrából, aminek helyességét azután tapasztalataink meg is erősítették. A dosirozást illetőleg úgy jártunk el, hogy a betegekkel 3–8 hetes turnusokban naponta 2–3-szor 1 deci vizet (0.1 mg J pro dosi) itattunk meg étkezés közben. A betegek az ivókúra alatt más gyógyszert nem szedtek, életmódjukat változatlanul folytatták, valamint az étkezésükben sem rendeltünk semmiféle megszorítást. Az így kezelt eseteket állandó ellenőrzés alatt tartottuk és az ivókúrák hatását a subjectiv állapoton kívül a struma nagyságbeli változásával és az alpanyagesere viselkedésével kontrolláltuk.

Eseteink közül néhányat röviden a következőkben ismertetünk:

1. *B. I.* 17 éves leány. 1½ év óta veszi észre, hogy vastagodik a nyaka; időnkénti szívdobogáson kívül más panaszát nincsen. Status praesens: Mérsékeltfokú, tömörtapintatú diffus struma (colloid?); kismértű anaemia, tüdő, szív egészséges, az idegrendszer kismértű kéztremoron kívül egyéb eltérést nem mutat. *Nyakkörfogat: 39 cm, alpanyagesere: +35%.**

Egy hét múlva — három üveg víz elfogyasztása után — *nyakkörfogat: 37 cm.* Újabb három üveg után *nyakkörfogat: 35.5 cm; alpanyagesere: -7%.* További négy üveg használata után *nyakkörfogat: 34 cm,* az anyagesere változatlanul normalis értéket ad. Az egész ivókúra alatt tehát tíz üveg vizet (3 liter) fogyasztott el, ami megfelel 0.0333 g jódnak. Ezen betegnél a golyva teljesen visszaféjlődött s a fokozott anyagesere a normalis értékre szállt le.

2. *H. J.* 34 éves férfitbeteg. Egy éve vastagodik a nyaka. Röntgen-therapiára állítólag nem változott a golyvája. Status praesens: Adipositas; nagyfokú substernalisan is leterjedő diffus struma (colloid?). *Nyakkörfogat: 44 cm, alpanyagesere normalis.* 6 üveg víz elfogyasztása (0.02 g jódnak) után *nyakkörfogata 41 cm-re* ment vissza.

3. *Özv. N. Z.* né 53 éves. 4 év óta van strumája. Status praesens: Kifejezett diffus struma (colloid), finom hullámú kéztremor egyéb functionális tünetek nélkül; mérsékelt fokú aorta ektasia. *Nyakkörfogat: 43 cm, alpanyagesere: +21%.* A kezelés alatt a *nyakkörfogat 39 cm-re* csökkent.

4. *M. Ö.* né 32 éves. Gyermekkora óta van strumája, két éve szívdobogásról, kifejezett idegességről panaszkodik. Status praesens: Mérsékeltfokú diffus struma (parenchymás?), mely a sternum alá is terjed; szív: kissé ékeltebb aorta II., egyébként negatív lelet. Alpanyagesere normalis. *Nyakkörfogat: 36.5 cm.* Az ivókúra alatt (18 üveg víz, 0.06 g jódnak) sem subjectiv, sem objective javulás nem mutatkozott.

5. *H. I.* 24 éves leány. 7 hónapja nyaka duzzadt, hőemelkedései vannak, izzad, szívdobogásról panaszko-

dik, kezei remegnek. Status praesens: Nagyfokú diffus struma (colloid?). *Nyakkörfogat: 40 cm,* kissé fénylő bulbusok, minimalis exophthalmus, középfinom kéztremor, tachycardia, csökkent nyálkahártya, fokozott in-reflexek, erős dermatographismus. Hőmérséklet: 36.2°–37.5° között, *alpanyagesere: +64%.* Dacára a már kifejezett basedowos tüneteknek, óvatosan megkíséréljük az ivókúrárt. 5 üveg elfogyasztása után (0.016 g jódnak) lényeges subjectiv javulásról számol be s az objective javulás jeleként a *nyakkörfogatnak 37 cm-re,* az *anyageserének +46%-ra* való csökkenését konstatáljuk. A beteg, sajnos, további észlelésünk alól kikerült s csak félév múlva láttuk viszont, amikor is teljesen panaszmentes volt s a functionális tünetek teljesen visszaféjlődtek.

6. *D. M.* 14 éves leány. Évek óta duzzadt a nyaka, a duzzanat az utóbbi időben fokozódott és ideges panaszok társultak hozzá. Status praesens: Kifejezett diffus struma (colloid?), kissé fénylő bulbusok, különben negatív lelet. *Nyakkörfogat: 34.5 cm,* alpanyagesere normalis. 5 üveg víz (0.016 g jódnak) elfogyasztása után subjectiv jobban érzi magát, *nyakkörfogata 32.5 cm-re* ment vissza.

7. *Z. J.* né 50 éves. Gyomorpanaszokkal és idegessége miatt kereste fel a klinikát. Status praesens: Kismértű diffus struma (colloid?), mely substernalisan leterjed. *Nyakkörfogat: 39 cm, alpanyagesere: +75%,* 10 üveg víz (0.333 g jódnak) elfogyasztása után subjectiv javulás, *nyakkörfogat: 38 cm, alpanyagesere: +19%.*

8. *K. K.* 16 éves leány. Panaszai: háti fájdalmak, fejfájás, szédülés, száraz köhögés. Status praesens: Kétoldali tüdőcsúcsshurut, mérsékelt fokú diffus (vascularis?) struma, *nyakkörfogat: 34 cm, alpanyagesere: +27%.* Az ivókúra alatt (6 üveg víz) sem subjectiv, sem objective javulás nem mutatkozott.

9. *F. I.* né 35 éves. Évek óta duzzadt a nyaka, golyvája időnként változtatja a térfogatát, köhögéskor megnő; szívdobogása van, subfebrilis, soványodott. Status praesens: diffus bronchitis, mérsékelt fokú, tárgult erezetű diffus struma (vascularis), *nyakkörfogat: 37 cm, alpanyagesere normalis.* Az ivókúra (9 üveg) hatástalan.

10. *G. B.* 20 éves leány. Évek óta ideges, keze reszket, haja hullik, szívdobogása van, soványodik. Status praesens: Kifejezett diffus struma, mérsékelt fokú dilatatio cordis, systolés zörejjel; finom hullámú kéztremor, fokozott inreflexek, kismértű exophthalmus szemtünetek nélkül. *Nyakkörfogat: 34 cm, alpanyagesere: +16%.* Az ivókúra kezdetén semmi javulás sem mutatkozik, majd pedig a functionális tünetek fokozódnak, miért is a kúrárt megszakítjuk.

Az esetek többségében tehát az ivókúra hatása a gyógyszeres jódtérapiával megegyező jónak bizonyult. Mint amannál, úgy ennél is, ha a kúra elején a javulás jelei nem mutatkoznak, annak folytatása céltalan. Hogy nem reagál minden golyva-eset a kúrára, ez a már elmondottakból önként adódik, azonban éppen a megfelelő esetek kiválasztása ütközik sokszor nehézségbe, mivel in vivo nem mindig könnyű eldönteni, hogy milyen anatómiai szerkezetű strumával állunk szemben. A rosszul, vagy pedig egyáltalán nem reagáló esetek mindenesetre nagy valószínűséggel a vascularis, illetve parenchymás strumák közé tartoznak, melyeknek egyedüli radicalis kezelése a sebészi lesz. A Basedow felé hajló eseteknél mutatkozhat ugyan javulás (5. sz. eset), éppúgy, mint a gyógyszeres mikrojódtérapiánál, azonban az ilyeneknél a hirtelen rosszabbodással is számolnunk kell, amit a 10. sz. esetünk is bizonyít. Eppen ezért az ivókúránál is a legszigorúbb orvosi felügyeletet kell követelnünk!

Összefoglalva a mondottakat, arra a megállapításra jutunk, hogy az eddig használatos jódadagolással elért eredményekkel megegyező gyógyhatást érhetünk el — megfelelő golyva-eseteknél — egy olyan ivókúrával, melynél ismert mennyiségű, elég magas jódtartalmú és állandó összetételű ásványvizet adagolunk. Ezen követelményeknek megfelelő forrásvíznek ismerünk meg az egri „Dobó”-vizet, mely egyben hivatva lesz pótolni elvesztett jódforrásainkat mindazon betegségeknek, hol a jódvizes ivókúrák szóba jöhetnek.

* Az alpanyageserevizsgálatokat *Farkas György dr.* végezte klinikánkon, kinek szíves közreműködéséért e helyen is köszönetet mondok.

A budapesti m. kir. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. női klinikájának (igazgató: Bárony János dr. egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

Az urotropin befolyása a postoperatív vizeletretentióra.

Írta: Szabó Zoltán dr. klinikai gyakornok.

Az urotropin gyógyító hatását az orvostudomány csaknem minden ágában több-kevesebb sikerrel idestova három évtizede felhasználják.

Nicolaier volt az első, aki az urotropint a terápiába 1894-ben bevezette és azt a húgyivarszervek átöblítésére és fertőtlenítésére használta. A vizelet savanyú vegyhatása mellett az urotropinból eléggé tekintélyes mennyiségű formaldehyd hasad le, ez azután kifejti antiseptikus hatását. A formaldehyd leválását a 37 C° körüli hőmérséklet igen előnyösen befolyásolja: ennek a hasadási terméknek a fellépése a vérben valamivel nehezebben megy végbe, mert a vérnek a vegyhatása gyengén lúgos. Ugyanígy meg van nehezítve lehasadása a test nedveiben is, éppen azért általánosságban Buzello nyomán az a nézet van elfogadva, hogy a még szét nem esett urotropinnak az alkalihatása fejti ki az emberi szervezetben a gyógyhatást.

Nem lesz talán érdektelen, hogy ha egy rövid áttekintést nyújtunk arról, hogy a különböző kutatók a legkülönbözőbb megbetegedésekben milyen eredményeket tudtak elérni urotropin-oldatnak intravenás vagy intramuscularis befeeszkendezésével.

A legelső érdemleges közlemény O. Sachs tollából való, aki az urotropinnak a syphilis szövettermékeire (gummák, exanthemák) való hatásáról számol be. Jóllehet a Wassermann-reactio positivitása a kezelésre nem változott, de a klinikai tüneteket (fekélyek, exanthemák) igen előnyösen sikerült befolyásolnia. Ugyancsak ő jó eredményeket látott az angina necrotica (Plaut-Vincenti), angina lacunaris, stomatitis, majd pedig trichophyton fertőzések megbetegedéseknél. F. Deutsch intravenás urotropin-injectiókkal jelentékenyen megrövidítette a heveny ízületi rheumatismus lefolyását. A legkülönbözőbb fertőző betegségeknek, néhány tuberculosishoz és serofibrinosis pleuritishez használta Loeper és Grosdidier. (A secundaer streptococcus fertőzéseknek hatástalannak bizonyult.) Bucello a pyogen vérfertőzéseknek több-kevesebb sikerrel kísérletezett. A vérpályába vitt urotropin-oldat — a legerősebb alkali, melyet ezideig a vérbe sikerült bevinnünk — magas alkalescentiája által ártalmatlanná teszi a vérben levő pyogen-csírákat; ez azért bírhat különös fontossággal, mert Vorschütz szerint pyogen vérfertőzéskor a vér alkalescentiája csökken. Gianotti rendkívül jó eredményeket mutat fel typhus abdominalisnál; a hőemelkedéseket lenyomja, a betegség tartamát lényegesen megrövidíti és véleménye szerint typhusnál meningitis complicatiók ellen prophylacticumnak tekinthető. Az urotropinnak a pyelitiseknél és cystitiseknél elért rendkívül jó hatásáról eléggé bő irodalommal rendelkezünk, mégis ki kell emelnem Vittorio Cantoni 8 terhességgel kapcsolatos pyelitis esetét, melyek közül egyedül intravenás urotropin-kezelésre 7 teljesen meggyógyult, egynél pedig a kórforma lényeges javulást mutatott. H. Hartung egy már feladott súlyos kétoldali pyonephrosisnál egyetlen urotropin-injectióval a hőmérséklet 39,5 C°-ról a normalisra szállította alá, de a letális kimenetelt nem volt képes elodáztatni, amely előtt közvetlenül ismét felszökött a láz.

A postoperatív vizeletviisszatartás leküzdésére az urotropint először E. Vogt használta fel. A katheterismust ma már lehetőség szerint szűk körre korlátozzuk, méltányolva Olshausen figyelmeztetését, hogy a katéter — még az asepsis szabályai szerint való alkalmazásában is — milyen veszélyeket rejt magában; még akkor is, ha a csapolást azonnali hólyagöblítéssel kapcsoljuk össze, nem kerülhetjük el a nem ritkán fellépő cystitist. Ha keressük az intravenásan adagolt urotro-

pin hatásának magyarázatát, több elmélettel találkozunk. Néhány kutató kimutatta, hogy az urotropin a vérben hosszabb ideig circulál, ahol a legerősebb concentrációt a bevétel után 5–8 órával mutatták ki. A vérből az urotropin és a belőle lehasadt formaldehyd beszívárog az összes testnedvekbe és a nyálkahártyák által kiválasztódik. Feltételezhetjük, hogy a vizelettel kiválasztott formaldehyd valamilyen módon a hólyagizomzatot localisan izgatja, illetőleg összehúzódnásra bírja. Ha a tulajdonképeni hatás magyarázatát keressük, akkor a hólyagfal beidegzéséből kell kiindulnunk. Müller szerint a parasymphikus-rendszer ingerlése a nervi pelviciin keresztül a musculus detrusor vesicae összehúzódnásához vezet és a sphincter vesicae egyidejűleg elernyeszti, ami által a hólyag kiürülése bekövetkezik. (A symphikus-rendszernek a plexus hypogastrikus útján való izgatása ezzel ellentétben a sphincter tonusát fokozza és az antagonista detrusor pedig teljesen letompítja.) Vogt álláspontja szerint az urotropin a parasymphikus-idegrendszerre bír izgató hatással, ennél fogva a detrusor contractióját és a sphincter elernyedését hozza létre, miáltal bekövetkezik a hólyag működése. A másik lehetőség pedig az volna, hogy a symphikus-idegrendszer hatása csökken, vagy éppen kikapcsolódik; ennek folyamánaképpen a parasymphicus nervus pelvicius antagonisticus befolyása jut túlsúlyra és a hólyag kiürül. Vogt felfogását tekintik helyesnek H. Gundert is, aki ideg- és elmebeteg vizeletretentiójának, főképen paralysis progressiva-, tabes-, multiplex sklerosis- és katatoniaseteknél használta az intravenás urotropin-befeeszkendezéseket. Tapasztalata szerint a szervezetbe bevitt urotropin képes volt a különböző lokalizált ideg megbetegedéseknél a hólyagkiürülést létrehozni; éppen ez a tény bizonyítja azt, hogy az urotropin minden valószínűség szerint nem a centralis, hanem a peripherikus idegrendszert befolyásolja. A hólyagban kivált urotropin, illetve annak hasadási terméke ugyanis egy, a hólyag nyálkahártyájára ható sensibilis ingernek fogható fel, mely egy „rövid reflex“ útján az intramuralis idegapparatuson keresztül a detrusor vesicae innerválja és ezzel egyidejűleg antagonistikus befolyást gyakorol a sphincterre. Ezen állapot hasonlító a hólyag artficiálisan, vagy gyulladás folytán előidéztet ingerállapothoz, mely állapotok szintén a kiürítés megkönyebbülésével járnak. Az intravenásan adott urotropin-injectióknak hatását másképen magyarázza S. v. Stapelmohr. Szerinte a savanyú vizeletben az urotropinból lehasadt formaldehyd a hólyag belső nyálkahártyáján és a hólyagnyakban localis haemorrhagicus cystitist okoz, melyet a cystoskopiás leleteivel igazol s ez hozná létre a hólyagfal összehúzódnását.

Ezek után rátérhetünk az urotropin-dosisok nagyságára és az injectio adásának módját utáni legalkalmasabb időpontjára. A legelső kísérletező, Sachs, a befeeszkedéshez szánt 1-0 g urotropint 8 cm³ destillált vízben oldottan használta. Deutsch 20–30%-os oldatot injeciált. Majd Sachs előírása alapján készített a berlini Chemische Fabrik auf Aktien vorm. E. Schering 40%-os steril urotropin-oldatot, melyet a gyár 5 és 10 cm³-es ampullákban hoz forgalomba. Az urotropinnal foglalkozók ezt a töménységű oldatot használják. Ezen concentrációt a szervezet igen jól bírja, úgy, hogy a postoperatív vizeletviisszatartás leküzdésénél a legtöbb szerző szerint elegendő volt a 40%-os oldat 5 cm³-e. Ezt az adagot azonban szükség szerint túl lehet lépni. Sachs egy esetben a 40%-os oldatnak 30 cm³-ét feeszkendezte be, ami megfelel 12 g urotropinnak és semmiféle káros mellékhatást nem tapasztalt. Sok száz esete közül egyetlenegyszer fordult elő 4 napig tartó haematuria egy 8 g-os kezdő adag és még kétszer 20–20 cm³-nyi intravenás adag után. Az urotropinból, intravenásan nyújtva, sokkal nagyobb mennyiséget tűr el a szervezet, mint belső adagolással. E. Quack akár közvetlenül a műtét után, akár a műtét estéjén nyújtott 5 cm³ 40%-os urotropin-oldatot, a legtöbb betegnél heves hólyaggörcsöket, tenesmust és fájdalmas kiürítést ész-

lelt, ez okból a 2–3 cm³-es adagokhoz folyamodott, melyekkel, ha nem is előszörre, de másnap azt megismételve, igen jó eredményeket tudott felmutatni. Ami az injectio időpontját illeti, ebben a kérdésben a szerzők különféleképpen vélekednek. *P. Goetz* eleinte az esti vizit után, tehát a műtétet követő 9–10. órában azoknak adta intravenásan a 40%-os steril urotropin-oldatot, akik még ezeitől spontán nem vizeltek. Az injectio után 2–10 órai időközben jelentkezett a vizeletkiürítés, mely megzavarta a beteg álmát, éjjeli nyugalma. Ennél a módszernél erős vizeleti inger és fájdalmasabb hólyagkiürülés jelentkezett, éppen ezért később közvetlenül a műtét után injiciálta az urotropint még a narkosisban, vagy a lumbalanaesthesia hatása alatt és 100%-os eredményt mutat fel. Azokban az esetekben, amelyekben estig nem következett be a spontán vizelet, újból 5 cm³-t adagolt és a hatás nem maradt el. *Vogt* tapasztalatai ettől eltérnek, ha ugyanis közvetlenül a műtét után nyújtotta az urotropint, akkor észlelt tenesmust és fájdalmakat, mikor azonban az injectióval megvárta, amíg a beteg a narkosis hatása alól szabadul, akkor a kellemetlen mellékhatások eltűntek. *K. Rosenberg* szerint az operáltak legtöbbje a műtét utáni 24 óra folyamán önként vizel. Ha az operált 24 óra alatt nem tud spontán vizelni, vagy ha ezen idő alatt nem lép fel vizeleti inger, úgy egy 40%-os urotropin intravenás adagolásával majdnem minden bizonnyal elkerüli a katheterizálást. *S. v. Stapelmohr* a műtét után néhány órával adagolta az urotropint intravenásan és bizonyos eredményt látott. *Pasch* csak azon esetekben fecskendezte e húgyhajtószert műtét után, ha a betegnek vizeleti ingere volt. A vaginán át operált rákos esetekben a műtét után 3–4 órával prophylaxiásan adott urotropinnal csak közepes eredményt volt képes elérni, mert eseteinek húsz százalékában a 40%-os 5 cm³-es adagot meg kellett ismételni.

Az urotropin alkalmazásánál tulajdonképeni contraindicatiókat egyelőre nem ismerünk. Még általános sepsisnél, sőt eklampsiánál sem kell attól félnünk, hogy a vese, vagy a máj működésében valamilyen zavar állana be. *Sachs* a legkülönbözőbb betegségeknél injiciált 40%-os urotropin-oldatot (lues, angina necrotica Plaut-Vincenti), ugyanígy *Buzello* (általános pyogen-infectionál), majd *Widovitz* 102 skarlátina-esetben és nephritist egyetlenegyszer sem tapasztaltak.

Ezek után áttekinthetünk az általunk szerzett tapasztalatok ismertetésére. Száz különböző esetben alkalmaztuk az urotropint úgy a gyermekágyas, mint a nőgyógyászati osztályon. Valamennyi esetben a Schering-gyár által előállított 5 cm³-es ampullákba forrasztott 40%-os urotropint használtuk. Normalis szülés után 12 órában belül három esetben nem vizelt spontán a gyermekágyas, egy injectio megindította a hólyagkiürülést és a hólyag továbbra is rendszeresen functionált. Üregi mély harántállásnál (4 eset), amikor is számoltunk a magzat koponyája által a hólyagra gyakorolt traumás behatással (ezt vettük fel a vizeletretentio okául), egy injectióval megindítottuk a hólyag rendes működését. Egy betegünkönél, kinek fogóműtétes szülése után keletkezett urethrovaginalis fistuláját zártuk, dacára az állandó katheternek, a tökéletes ágynyugalomnak, a leggondosabb hólyagöblítéseknek, mégis cystitist kapott és az egyesített sebszélek 1½ cm hosszúságban szétváltak. Hólyaghurutjának javulása után újból zártuk a fistulát, állandó katheter és hólyagöblítések mellett másodnaponként urotropint nyújtottunk intravenásan a tökéletes gyógyulásig, a vizelet állandóan genymentes maradt.

A laparotomiáknál megvártuk mindig az esti vizit (műtét után kb. 5–6 óra) és akkor adagoltuk az intravenás urotropint, ha az operált addig még spontán nem vizelt. A laparotomiák közül volt hasfali hernia (2), cystektomia (17), adnexotomia (22), köztük két rupturált extrauterin graviditas), amputatio uteri supravaginalis sec. Chobrag (12), sectio caesarea (2, egy transperitonealis, egy az uterus supravaginalis ampu-

tatiójával kapcsolatosan). Három eset kivételével, ahol is az injectiót másnap reggel meg kellett ismételni, valamennyinél az intravenás urotropin adagolása után 2–5 órával megtörtént a hólyagkiürülés és a hólyag functiója állandósult.

Most pedig vegyük sorba a vaginalis műtéteknél elért eredményeinket. Kis műtéti beavatkozások után — curettement, discissio — három esetben vált szükségessé az esti vizitnél az intravenás urotropin nyújtása, utána teljes sikert láttunk. Kolporrhaphia anterior et kolkoperineorrhaphiánál 11 eset közül háromnál urotropinnal nem tudtunk eredményt elérni, az ok mechanikus akadály volt, ugyanis a mellső fal plasztikája kissé magasán volt kezdve, közel a húgycsőnyíláshoz (totalprolapsusnál) és a varrat kismértékben comprimalta a húgycsövet, mindazonáltal a naponként kétszeri hólyagmosással egybekötött csapolás mellett másodnaponként nyújtottuk az urotropint, mely a hólyagtartalmat desinfectálta és megakadályozta az esetleges cystitis kifejlődését. Ezek a betegek a műtétet követő 6–7. napon spontán vizeltek. Inoperabilis és a hólyagra is ráterjedő carcinománál végzett excochleatio és Paquelinisatio után négy esetben volt vizeletretentio, egy-egy injectio megindította a hólyag munkáját, még másodnaponként 2–3-szor nyújtottunk továbbra is urotropint, hogy a netalán megsértett, de mindenesetre erősen vongált hólyag rendszeresen functionáljon és ha volna maradékvizelet, az ne legyen hurutnak az okozója.

A hüvelyen át való teljes méhkiirtásoknál közvetlenül a műtét után a hasüregbe vezetett gase-csíkhöz hozzá kötöttük a hüvelytampont és azzal eléggé lazán kitöltöttük a hüvelyt (úgyhogy a tampon a spontán vizelet elé akadályt nem gördíthet), ezt a tampont a 7. napon távolítottuk el. Ezen idő alatt, tekintet nélkül arra, hogy a beteg spontán kiürítette-e hólyagját, vagy sem, naponként kétszer hypermanganos hólyagmosással kapcsolatosan megcsapoltuk. Ennek célja az volt, hogy mivel közvetlen a hólyag szomszédságában folyt le az operatio, a vongálás által befolyásolt hólyagfal pedig rosszul működhetik és akkor nem képes maradékvizelet hátrahagyása nélkül tartalmát kiüríteni, a pangó vizelet ne fertőződjék. A csapolásokat és hólyagöblítéseket az asepsis szabályainak szigorú betartásával végeztük, mindazonáltal nem voltunk képesek elkerülni azt, hogy szórványosan bár, de mégis cystitis fel ne lépett volna. Kilenc esetünk közül az esti vizitig 6 nem volt képes önként vizelni, mi ezeken kívül valamennyinek nyújtottuk másodnaponként az intravenás urotropint. Ezzel elértük azt: először is, hogy a beteg gyakraiban vizelt, másodsor a hólyagtartalom állandóan desinfectálva volt, továbbá a maradékvizeletben meggátoltuk a bakteriumok letelepedését. Ez utóbbi annál fontosabb, mert a residual-vizelet ammoniakalis erjedése folytán jó táptalaj a különböző mikroorganizmusok számára, az urotropinnal megakadályoztuk, hogy a betegségek okozó csírák a vizeleti szervek magasabb részeibe jussanak. Az urotropin adása mellett egy esetben sem észleltünk hólyaghurutot. Nem tapasztaltuk azt, amit *Pasch* egyik munkájában közöl, szerinte a vaginán át operált rákos eseteknél oly makacs hólyagdisfunctio mutatkozik, amely minden urotropinkísérletre is csak vontatva enged és aránylag leggyakrabban refractair urotropinnal szemben. Mi az ilyen operált betegeknél is a legszebb eredményt értük el.

Ami az injectioadás technikáját illeti, abban *P. Goetz* elvei szerint jártunk el, az ampullákat a testhőmérséknek megfelelően felmelegítettük és csak azután fecskendeztük, ennek a melegítési eljárásnak az az előnye, hogy a hatás biztosabban és gyorsabban következik be. Az intravenás befecskendezéseket pontosan végeztük, mert ellenkező esetben, ha az urotropinból akár csekély mennyiség is a szövetek közé kerül, ott kellemetlen érzést, fájdalmat és elég tekintélyes nagyságú körülírt lobosodást idéz elő. Ezt a lobosodást volt alkalmunk észlelni egy esetünkben, ahol az alig

látható, feltűnő vékony venák mellett a mellékfecsken-dezés nem volt elkerülhető. A gyulladás hűvös borogata-sra rövidesen enyhült és a fájdalmak is csakhamar megszűntek. Egyébként mellékhatásokról nem tudunk beszámolni, haematuriát egy esetben sem láttunk, te-nesmus vagy pedig hólyagtáji fájdalom sohasem lépett fel, sőt a megrepedt extrauterin graviditás miatt meg-operált ugyancsak alaposan kivérzett betegek is na-gyon jól bírták el az urotropint.

Az irodalomban találtunk egy-két ellenvetést az urotropin hatására vonatkozólag, ezek szerint az injeccio eredménye főképen csak psychikus alapon állana. Őt operált és önként vizelni nem tudó betegnek (erősen neurastheniás, suggestibilis nőknek) ugyanakkora mennyiségű physiologiás konyhasó-oldatot fecskendez-tünk és a legcsekélyebb eredményt sem tudtuk elérni.

Egészen röviden összefoglalva tapasztalatainkat, megállapíthatjuk, hogy az 5 cm³-es 40% töménységű intravenás urotropinban, a műtét után 5–6 óra múlva adagolva, a szülés utáni és műtét utáni vizeletvissza-tartás leküzdésére és a műtét utáni hólyaghurut prophylaxisára egyszerű, veszélytelen és biztos eredményt felmutató gyógyszer van birtokunkban, melyet a gya-korló orvos is igen sokszor, főleg műtétes szülései után jó eredménnyel alkalmazhat.

Irodalom: *Nicolaier:* Zeitschrift für klin. Medi-zin, 1899, XXXVIII. — *O. Sachs:* Wiener klinische Wochenschrift, 1916, 2. sz. és Wiener klinische Wochenschrift, 1919, 24. sz. és Wiener klinische Wochenschrift, 1919, 51. sz. — *F. Deutsch:* Wiener klinische Wochenschrift, 1919, 45. sz. — *Loeper és Grosdidier:* Progres Medicinal, 1918, 35., 36., 51. sz. — *A. Buzello:* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1922, 168. köt., 1–2. füz. — *Vorschutz:* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 127. köt. — *V. Cantoni:* Revista d'Ostetricia e Ginecologia Practica, 1922, 2. sz. — *H. Hartung:* Zentralblatt für Chirurgie, 1922, 16. sz. — *E. Vogt:* Zentralblatt für Gynäkologie, 1921, 3., 49. sz., Münchener medizinische Wochenschrift, 1924, 23. sz. — *H. Gundert:* Klinische Wochenschrift, 1923, 12. sz. — *Müller:* Zeitschrift für Bakt. Ref., 93. köt. — *S. v. Stapelmohr:* Münchener medizinische Wochenschrift, 1924, 12. sz. — *E. Quack:* Zentralblatt für Gynäkologie, 1923, 50–51. sz. — *P. Goetz:* Zentralblatt für Gynäkologie, 1923, 8. sz. — *K. Rosenberger:* Klinische Wochenschrift, 1923, 34. sz. — *Widovitz:* Wiener klinische Wochenschrift, 1903, 40. sz.

Összehasonlító vizsgálatok Kahn újabb reactiója és a Wassermann-reactio között.

Írta: Tomcsik József dr.

Az utóbbi években a syphilis serologiai diagnosisa-ban alkalmazott számos precipitációs reactio közül az Amerikában elterjedt Kahn-féle reactio nem sok méltánylással talált az európai irodalomban.

A kevés számú utánvizsgálók között *Hajós és Hofhauser*¹ megállapítják, hogy nem lueses savó is gyak-ran adja a reactiót. Szerintük ezen megbízhatatlanság-nak az oka talán a magas cholesterin-tartalmú antigen nem fajlagos kicsapódásában keresendő. Ezzel szemben *Boas*² a reactiót megbízhatónak és teljesen fajlagosnak tartja.

Mindezek az utánvizsgálások *Kahn* eredeti reac-tiójára vonatkoztak. Ujabban közölte *Kahn* reactiójának egy módosítását³, mely elvben is különbözik a régítől. Szerinte az eddig használatos precipitációs reactiókban a reagensek hígított volta miatt van szükség hosszabb incubatióra és a csapadék még így sem elég erős. Új reactióját arra alapítja, hogy a reagensek lehető leg-töményebb állapotban hassanak egymásra. Az antigen tömény alkalmazásának azonban határt szab az a tény, hogy csupán egyenlő mennyiségű 0.9% konyhasóoldattal hígítva durva csapadék támad, amely mint ismeretes, további konyhasóoldat hozzáadására oldódik csak föl.

Az egyenlő mennyiségben konyhasóoldattal hígított és kicsapódott antigennel kísérletezve azt észlelte *Kahn*,

hogy a csapadék, ha nem lueses savóról volt szó, további physiologiás konyhasóoldat hozzáadására föloldódik, míg syphilitikus savó esetében oldhatatlan.

Kahn ez évben megjelent könyvében⁴ 100.000 vizs-gálat alapján teljesen fajlagosnak és érzékenynek állítja ezt a reactiót, sőt Wassermann nélkül is elegendőnek tartja a syphilis megállapítására. Minthogy több ameri-kai szerző osztja *Kahn* kedvező véleményét, kíváncsiaknak látszott az eredmények utánvizsgálása. A kopenhágai állami laboratóriumban alkalmam nyílt, hogy a Kahn-reactio újabb módosítását az itten használatos mennyi-leges Wassermann-féle reactióval összehasonlítsam 721 esetben.

A vizsgálatokhoz használt *antigen Kahntól* száрма-zik és készítése a következő: 25 gramm szárított és porrá-dörzsölt marhaszívet először 100 cm³, majd 75–75 cm³ aetherrel vonja ki 10–10 percen át. A maradékot meg-száritja és grammjára 5 cm³ 95%-os alkoholt ad hozzá; 10 pernyi rázás után 3 napon keresztül szobahőmérséken tartja. Az alkoholkivonatot leszűri és egy köbcentiméte-rére 6 mg cholesterint ad 37°-on.

Titralással állapítandó meg minden antigenre nézve, hogy mennyi physiologiás konyhasóoldattal hígít-andó a reactiohoz. Evégből különböző csövekben 1–1 cm³ antigenhez 0.8–1.2 cm³ konyhasóoldatot adunk gyors hozzáöntéssel és keveréssel. Mindegyik hígításból 0.05 cm³-t mérünk le egy-egy csöbe és 0.15 cm³ konyhasó-oldat hozzáadása után két percig rázzuk. Amelyik cső-ben további 0.5 cm³ konyhasóoldat hozzáadására a csapa-dék éppen feloldódik, annak az arányában használandó az antigen a reactiohoz.

A reactio beállítása három csőben történik: az elsőben az antigenitralálás alapján hígított antigenből 0.05 a másodikba 0.025, a harmadikba 0.0125 cm³-et mérünk be. Mindegyikhez 0.15 cm³ inaktivált serumot adunk és a serumantigenkeveréket két pernyi rázás után 15 percre 37°-os vízfürdőbe helyezzük. Incubatio után 0.5 cm³ konyhasóoldatot adva csővenként, az ered-mén rögtön leolvasható. Ha csak az első csőben van szabad szemmel jól látható csapadék, a reactio jelzése: +, ha a másodikban is, a jelzés ++ stb.

Az összehasonlításra szolgáló Wassermann-féle reactiót a kopenhágai laboratóriumban két antigennel végzik. Egyike, a hosszú idő óta használt alkoholos emberszívkivonat, teljesen fajlagos eredményeket ad, azonban kevésbé érzékeny, mint az újabban alkalmazott antigen, amely syphilitikus máj alkoholos kivonata. A vizs-gált 721 esetből a Kahn-féle reactio 586 esetben mutatott a Wassermannhoz használt mindkét antigennel teljes egye-zést. 115 esetben (többnyire kezelt lues) a syphilitikus máj-kivonattal Wassermann pozitív reactiót mutatott, melyek-ben alkoholos emberszív-kivonatot használva, a reactio negativ volt. Ebből a 115 esetből a Kahn-féle reactio 60%-ban pozitív, 40%-ban negativ volt.

Érzékenységeben tehát a *Kahn-reactio* megfelel a *Wassermann-féle*nek, mégpedig *érzékenyebb, mint az emberszív-kivonattal beállított, de kevésbé érzékeny, mint syphilitikus májkivonattal beállított Wassermann-reactio*.

Az érzékenységnél talán sokkal fontosabb a *specificitás kérdése*. A vizsgált esetek közül a Kahn-reactio 11 oly esetben (1.5%) volt pozitív, amidőn érzékeny máj-antigen ellenére is negativ volt a Wassermann. Ezekben az esetekben a kórelőzményben sem lehetett syphilit ki-mutatni. Hosszabb megfigyelésre lenne szükség annak a felderítésére, hogy az aránylag kevés számú eltérő eset-ben lehet-e latens syphilisre gondolni?

Négy esetben igen erős Wassermann-reactio mellett negativ volt a Kahn-féle. A serum különböző hígításai-val állítva be a próbát, ezek közül két esetben pozitívvá változott a reactio, ami arra utal, hogy talán a serum „reagin“-jainak magas concentrációja miatt a Kahn-reactiónál is előfordulhat az ún. colloidalis gátlás.

A reactio lefolyására *Kahn* 15 percen át 37°-os víz-fürdőbentartást írt elő. Az incubációs időnek változtatása után azonban kitént, hogy egy órai vízfürdőben tartás után a csapadékképződés sokkal könnyebben olvasható le.

Különösen gyengén pozitív serumok leolvasására az egy-
órai incubációs időt határozottan előnyösebbnek tartom.

A Wassermann-reactióval való összehasonlítás
eredményei szerint a fentiek alapján az újabb Kahn-
féle reactiót különösen az incubációs idő módosításával
érzékenynek és specifikusnak találtam. Ha gondosabb,
klinikai megfigyelésre alapított összehasonlítás is igaz-
olja ezeket az eredményeket, a könnyen és gyorsan
keresztülvihető Kahn-reactio értékes segédeszközzé vál-
hatik a syphilis serologiai fölismerésben.

Irodalom: ¹ Wiener Kl. Woch. 1923, 1630. old. —
² Hospitalstidende 1925, 5. sz. — ³ American Journal of
Public Health 1924 jún. — ⁴ Kahn: Serumdiagnosis of
syphilis 1925.

Gyógyászati tömegmozgalmak Németországban.

Írta: Szapáry Imre dr., Drezda.

Külföldi mindaddig fogalmat sem alkothat ma-
gának a német kultúrviszonyokról, amíg maga nem
kerül bele ebbe a hihetetlenül összeszőtt hálózatba.
Szinte beláthatatlan az a sok „irány“, „egyesület“,
„mozgalom“ stb., amely itt egymás mellett, alatt-fölött,
keresztelve, segítve vagy harcolva egymás ellen
chaotikus tarkaságban rohan. Művészi, politikai,
világnézeti, vallási mozgalmak. Egyesületek, melyek
ezt vagy amazt pártolják vagy harcolnak ellene, de
amelyek a legrongyosabb falvakba is eljutnak és ké-
pesek a legegyszerűbb parasztot is pártállásra bírni.
Ha valaki statisztikát állítana össze, úgy külné, hogy
majd minden német polgár legalább tíz egyesületnek
egyszerre, egyidőben tagja.

Nekünk magyaroknak nem igen sikerül otthon
művészeti vagy világnézeti kérdésekben nagy tömege-
ket mozgósítani. Vallási és politikai kérdésekben még
inkább lehet róla szó. Azt azonban, hogy orvosi, köz-
egészségügyi kérdésekért milliók érdeklődjenek, azt el-
sem tudjuk képzelni hazai viszonyok között.

És éppen — a német társadalmi életnek — erről
az egész specialis furesaságáról akarok itt beszámolni.
Ez olyan elképesztő és meglepő valami, hogy az em-
ber kénytelen e jelenség előtt megállni s ha nem is
tudja megmagyarázni, kénytelen legalább regisztrálni.

Mint említém, a számtalan egyéb mozgalom mel-
lett van egy — nevezzük — „gyógyászati“ mozgalom,
amely azonban — és ez a hihetetlen — sokkal kiter-
jedtebb és szélesebbkörű, mint felsoroltak. E tény
demonstrálásra számokat fogok közölni, melyek min-
dennél világosabban beszélnek.

E gyógyászati mozgalom a különböző gyógy- és
diagnostikai methodusok istápolását tűzte zászlajára,
és aszerint, hogy melyik methodusért harcol, külön-
böző egyesületeket foglal magában.

A legnagyobb ilyen egyesület a „Biochemischer
Verein“. Ennek az egyesületnek 5 millió tagja van!!

Európa ma egy „politikai kort“ él át. Különö-
sen áll ez Németországra. Az ember joggal várna, hogy
ma a politika az, amely a legnagyobb tömegeket moz-
gatni és pártba tömöríteni képes. De ha meggondol-
juk, hogy a legnagyobb német politikai párt 3 millió
tagot számlál (szemben a „Biochemischer Verein“
5 millió tagjával) úgy valóban érthetetlenül kell meg-
állanunk e jelenség előtt. Egy egész állam életében —
különösen a háború utáni eseménydús és problemater-
hes életében — végül is csak másodrendű vagy x-ed
rendű szerepe van a „gyógyászati“ viszonyoknak.

De a „Biochemischer Verein“-nel nincs a dolog
elintézve. Körülbelül még ugyanannyi ember, mint a

„Biochemischer Verein“-ben, van a számtalan sok
egyéb egyesületben összefogva. Mindet felsorolni e
cikk keretein belül nem is lehetne. De egy párat közü-
lük megemlíthetünk. Ilyenek pl.: „Verein für natur-
gemässe Lebens- und Heilweise“ 300.000 taggal, „Natur-
heilverein“ 1.000.000 taggal, „Kreuterheilverein“, „Ve-
rein der Magnetopathen“, „Kneipp-Verein“, „Mazdaznan“,
„Felkeverein“, „Gesundbeterversverein“. Ezek összesen kö-
rülbelül 1500 egyesületet alkotnak. Ezen 1500 egyesü-
letnek a maga körülbelül 8.000.000 tagjával, 112 újságja,
folyóirata, havi és heti lapja van!!

Ha meggondoljuk, hogy Németország felnőtt, sza-
vazati joggal bíró lakossága körülbelül 30 millió, úgy
hozzávetőleg fogalmat alkothatunk magunknak e moz-
galom elterjedtségéről.

Miről van szó ezekben az egyesületekben? A
„Biochemische Heilmethode“-nak Schüssler dr., egy
oldenburgi orvos a megalapítója. Theoriájának és az
egész építménynek alapköve — „Eine abgekürzte
Therapie“ — eddig 50 kiadást ért meg. Előnye, hogy
minden laikus alkalmazhatja, mert összesen csak 12
gyógyszerből áll a therapiái arzenálja. Minden gyógy-
szernek megvan a maga jól körülírt — tisztán a sub-
jectiv symptomákra alapított — indicatiója és ha az
ember a patiens subjectiv panaszait ismeri, rögtön
tudja, melyik gyógyszert kell alkalmaznia. A gyógy-
szerek: vas, phosphorsavas magnesium, phosphorsavas
calcium, phosphorsavas kalium, chlorkalium, konyha-
só, phosphorsavas natrium, calcium, fluorid, silicium,
kénsavas natrium, kénsavas kalium, kénsavas calcium.
E sók a vér és élő szövetek normalis összetevői. „Sie
sind den Mineralstoffen des Organismus homogen.“
Egy vagy több só hiánya = betegség. Therapia: a
hiányzó sót vagy sókat pótolni. Szóval egy „Ersatz-
therapie“. Amint látjuk, egy nagyon egyszerű és pri-
mitív gyógyépitmény, ha mindjárt nem is tagadhat-
juk, hogy az alap gondolat, a modern tudományos ered-
mények látszógéből ítélve nem mondható egészen lég-
bőlkapottnak és abszurdnak. Különösen, ha tekintettel
vagyunk arra, hogy e „tan“-t 1874-ben állították fel.
Amióta az organismus ásványanyagcserejével jobban
megismertedtünk, tudjuk, mily nagy szerepük van az
ásványi sóknak a physiologiában és pathologiában.
E gyógymódot úgynevezett „Kaienpraktiker“-ek, vagy
„Heilpraktiker“-ek alkalmazzák. Ilyen „Heilprakti-
ker“-ek (nálunk „kuruzsló“ néven ismertek) igen sok
van Németországban, miután a német törvénykönyv az
orvosi mesterség űzését mindenkinek megengedi.
(Persze tiltva van erősen ható gyógyszerek rendelése,
operatiók végzése és egyéb orvosi műveletek, amelyek a
laikus kezében a patiensre káros hatással lehetnek.)
Ezzel szemben meg kell állapítani, hogy ezek között a
„kuruzslók“ között néha aránylag igen jól képzett
autodidaktákra lel az ember. Persze egy alapos orvosi
műveltségről a legjobban képzett autodidaktánál sem
lehet szó. Ezt igazolja, hogy a legjobban képzett ku-
ruzlók is egy diagnostikai methodushoz folyamodnak,
amely minden tudományos alapot nélkülöz. Ezen dia-
gnostikai methodus reánk magyarokra nézve annyiban
jelent különös érdekességet, amennyiben megalap-
ítója hazánkfia, Péczely Ignác. Mi magyarok keveset
vagy semmit sem hallottunk még Péczely Ignácról.
Annál többet hallani róla idekinn. Született 1826-ban
Egerváron (Délmagyarország), 11 éves korában Pé-
czely egy baglyot akart fogni. A bagoly védekezett és
belevágta karmait Péczely karjába, úgyhogy ő kény-
telen volt a bagoly lábát eltörni. Ebben a pillanatban
észrevette, hogy a bagoly irisében egy fekete vonal
jelent meg. Az ifjú bekötözte a sebesült baglyot és az

hálából meglátogatta öt egy év múlva. A fekete vonal még mindig ott volt. Ezen megfigyelésből fejlődött ki aztán egy diagnostikai irány, amely „Irisdiagnostik” néven ismeretes és nagy elterjedésnek örvend a kuruzslók körében. Az iris sectorokra van osztva. Különböző szerveknek megvan a maga pontosan meghatározott helye a különböző sectorokban. Az ember egyszerűen csak belenéz az irisbe és meg tudja mondani, melyik szerv van megtámadva, amennyiben az illető helyen egy fekete pontot stb. lát. E diagnostikai rendszert Péczely olyképp építette ki, hogy hosszú éves sebészti praxisában a megoperált egyének irisét tanulmányozta. Így aztán módjában volt az iris pontos topographiáját megállapítania.

Egy másik irány főleg therapiái jelentőséggel bír és baunscheidtismusnak hívják. Baunscheidt egy egyszerű mechanikus volt. Egy ízben egy „rheumás” kézdaganattal ült szobájában. Senki és semmi sem tudott baján segíteni. Amint így tétlenül ül szobájában, szűnyogok szálnak dagadt kezére. És a szűnyogcsípéstől meggyógyult. Ez adta neki a gondolatot az ő „Lebensretter”-jéhez. Ez egy ügyesen megkonstruált apparatus, amellyel apró tűszúrásokat lehet a bőrön ejteni. Rendszerint az intrascapularis terület az, melyet ezzel az apparatussal összeszurkálnak. Az ilyképpen tetovált bőrreszlet aztán egy erre a célra készített olajjal — „Baunscheidtöl” — melynek főalkatrésze krotonolaj) lesz bedörzsölve. Az eredmény egy heves gyulladás és aszerint, hogy szerencsése van-e a kuruzslónak, vagy sem — egy sepsis vagy pedig gyógyulás. Mert — akármilyen komikusan hangzik is — a modern tudományos eredmények, és még inkább sejtések alapján az ember el tudja képzelni, hogy ez a primitív — a vad emberek therapiái szokásaira emlékeztető gyógymód, bizonyos esetekben valóban használt („Reiztherapie” stb.).

Magnetopathok, hypnotiseur-ök nálunk is ismeretesek. Ezekről nem akarok beszélni. Kevésbé lesz azonban ismeretes a „Hutter-féle psychophysiognomik” — amely Hutter, egy volt portrait-festő — diagnostikai systemája és a Hutter-féle „Heliodopathie” — amely Hutter therapiái tana.

A psychophysiognomia négy embertypust különböztet meg. Az 1. „Ernährungsnaturell”-t, a 2. „Tat- u. Bewegungsnaturell”-t, 3. „Empfindungsnaturell”-t és 4. „harmonische Naturell”. Aszerint, ki hova tartozik, különböző gyógykezelésre szorul. A Hutter-féle gyógykezelés „Heliodopathie” a „Helioda”-tól veszi nevét. „Helioda ist eine Strahlenenergie, die ihren Sitz in Keimbläschen des Zellkerns hat”. A heliodasugarak az isteni principium az emberben. Egyes kiválasztott egyének — a helioda-orvosok — képesek ezen sugarakat más emberekre átvinni (szeretet, gondolat, tekintet vagy kézmozdulat által) és ezen sugarakkal az illető beteg egyénekét meggyógyítani. Mert a betegség nem egyéb, mint zavart lelki egyensúly. Az orvos ezen zavart lelki egyensúlyt a saját lelkének kisugárzásával helyreállítja.

Egy másik nagyon elterjedt „tan” a „Mazdaznan”, *Otoman Zaz-Odushe Ha'nisch* követői. A „Mazdaznan” szerint a betegségek okai: 1. emésztési- és anyagcserezavarok, 2. az ivarmirigyek belsősecretiójának zavarai, 3. célszerűtlen lélekzetvétel. Ezen okok idegen anyagok előállítására adnak alapot, melyek az organismusban felhalmozódnak. Egészséges úgy lesz az ember, ha ezen anyagok kiválasztatnak. Ezért izzasztó procedurák, víz-, homok- és iszapfürdők, tea, cognac stb. Legfontosabb a diaeta. Citrom mindent gyógyít, naránes, ananász, gyomorbaj füge, datolya

bélrenyheség, barack, gránátalma torok- és gyomor-catharusok ellen. De még a diaetánál is fontosabb a mély légzés. Ezen célból külön táncok — egyiptomi szobormintákról ellesettek — vannak konstruálva, melyeket az esti összejöveteleken közösen táncolnak, igen komikus hatást gyakorolva egy harmadik idegenre.

Bár a „Mazdaznan”-császár szerint, megfelelő számú és intenzitású mély lélekzetvétel az intellektualis erőket oly magas nivóra emeli, hogy az illető maga kitalálja, mi baja van és nincs szüksége orvosra, mindamellett nem kevés azon kuruzslók száma, akik a sok „gyógymethodus” mellé a „Mazdaznan”-t is felvették úgy a praxisukba, mint a praxisukat hirdető háztáblájukra. Ez éppen a jellemző erre a törvényesen sanctionált kuruzsló sectára, hogy úgy a céghirdető-táblájukon, mint a patienteiken a „Laienmedizin” egész therapiái arzenálját hareba viszik. Ha nem használ a „Baunscheidt”, akkor megpróbálkoznak a „Mazdaznan”-nal és így tovább.

A kuruzslásnak ez a széleskörű elterjedtsége az, amely egy mindenképpen komolyan veendő orvosi irányt is rossz hírbe hozott. A homeopathiáról van szó. Németországban a homeopathikus orvosoknak két nagy szervezete van. Egyrészt a „Deutsche Zentral-Verein homeopath. Ärzte” 500 diplomás orvossal, másrészt a „Medizinisch-Biologische Gesellschaft” 300 diplomás orvos-taggal. *Bier* tanár legutóbbi fellépése* újból felszínre vetette a homeopathia kérdését és amint a magyar orvosközönség a német szaklapokból értesülve van, két nagy táborra szakadt a német tudományos világ. Olyanokra, akik a legnagyobb vehemenciával támadják a homeopathiát és olyanokra, akik védelmére keltek. Egy bizonyos: a homeopathia tudományos igazolása egy oly tudomány kezében van, amely ma még fejlődésének legelején áll. Ez a colloid-chemia. A ma élő orvosi, klinikai autoritások egy része (és különösen azok, akiknek a praktikus medicinában vannak érdemeik, mint *Klemperer*), nem megfelelően tájékozódottak a colloidchemiában. Már pedig a homeopathiához az az új, beláthatatlan lehetőségeket magában rejtő tudomány a kules. Erre legjobb példa *Traube* tanárnak — a charlottenburgi technikai főiskola kiváló colloidchemikusának — a „Münchener med. Wochenschrift” ez évi 34. számában megjelent cikke (*Kolloidchemische Betrachtungen über Probleme der Homoeopathie*), melyben több példáját adja annak, miképpen hathatnak homeopathikus adagok és a következő eredményre jut: „Wer wollte in Betracht dieser Tatsachen bezweifeln, dass die *Arndt-Schulz'sche* Regel für die Pflanzen eine Regel von recht allgemeiner Gültigkeit ist? Würden die Gärtner und Landwirte, sich Ärzte, Pflanzenärzte nennen, so würde ganz gewiss die homoeopathische Richtung in der pflanzlichen Medizin nicht vernachlässigt werden dürfen. Was für die Pflanze gilt, trifft auch für das Tier zu”.

Ugyanesak nemrég jelent meg *Wiechowskinak*, a prágai pharmacologusnak egy szép cikke, melyben a gyógyvizek lehetséges hatásáról beszél. Az ő kísérletei pl. most először mutatják a kísérleti pharmacologia exact módszereivel, hogy a karlsbadi-víznek milyen hatása van. „Einerseits ergab sich eine einwandfreie Steigerung der harnsäure ausscheidenden Teilfunktion der Niere beim Menschen, andererseits am Kaninchen eine Steigerung der Galleproduktion, wie sie ausser durch das Podophyllum und die Galle selbst in ähnlicher Mächtigkeit bei keinem anderen Pharmakon bisher hat festgestellt werden können.” Miután a karls-

* Münch. med. Wochenschr. 1925, 18—19. sz.

badi-vízben a ható ásványi anyagok szintén nincsenek nagyobb mennyiségben, mint egy homoeopathikus dosisnál, azért ezen kísérleti eredményeket szintén a homoeopathia javára írhatjuk. Személyes meggyőződésem, hogy mindazok, akik a colloidechemia problémáival és eredményeivel tisztában vannak, mindazok több-kevesebb megértéssel fognak e felé a maga nemében végtelenül érdekes problemakör felé fordulni. Minden jel arra vall, hogy ezeknél a minimális adagokban alkalmazott gyógyszereknek, a hatóanyagok az oldatban való eloszlása, physico-chemiai állapota stb. valóban nagy jelentőséggel bír, mint azt *Hahnemann* — a homoeopathia atyja — tanította és amint azt a colloidechemia eredményei is mutatják. Ezért a gyógyszer-technika is egész specialis módszerekkel dolgozik. A legutóbbi stuttgarti gyógyszer-kiállításán egy apparátus keltett feltűnést, amellyel a gyógyszereket hihetetlen finom dispers állapotba lehet hozni. Hogy a hatóanyagok megfelelő physico-chemiai állapotba jussanak, többek között ultraviolet sugarak is alkalmazva vannak. E készülék egy németországi homoeopathikus gyógyszer-gyár legújabb találmánya (Dr. Madaus & Co.) és az ily módon előállított gyógyszerek hatása állítólag egészen feltűnő.

Ma Németországban az orvosok körében egy erős áramlat indult meg a homoeopathia felé. Én úgy gondolom, hogy nem ártana, ha a magyar orvosi kar is érdeklődne e kérdések iránt. A kérdés megvizsgálása — legalább a praktikus orvos szempontjából — végtelen egyszerű. Nem kell egyéb hozzá, mint a megfelelő homoeopathikus gyógyszereket a megfelelő indicióknál alkalmazni. És *Bier* tanárnak a felhívása — melyben az orvosokat felszólítja — homoeopathikus gyógyszerek kipróbálására, a legegyszerűbb és legbecsületesebb út a kérdés elintézésére, ami minden praktikus orvosnak rendelkezésére áll.

Pótlás „Egyszerű cukormeghatározás vizeletben” című közleményhez (l. 35. sz.)

Írta: *Ivánovics György.*

Az „Orvosi Hetilap” ezévi 35. számában közölt cukormeghatározásnál a titrálás kiviteléhez cseppentőüveget ajánlottam. A cseppentőüveg az ú. n. pillangódugós, patent T. K. jelzésű, 1. dugószámú. Ezen üvegeknél 20 csepp destillált víz súlya 1.45–1.48 g. Mivel azonban az újabban forgalombahozott üvegek közt igen sok nem felel meg ennek a feltételnek, szükségesnek tartottam, hogy exactabb módon dolgozzam ki a meghatározást.

A módosítás annyiban áll, hogy a titrálást büret-tával végzem és ebből adom az 5.5%-os kaliumferri-cyan-oldatot cseppenként a forrásban lévő eukoroldathoz. A kivitel többi részére az előbbi leírás érvényes.

A kiszámításnál, 1 cm³ vizelet esetén, a fogyott ferri-cyan-kálium-oldat köbcentimétereit 0.715-el szorzom, és ekkor a vizelet cukortartalmát százalékban kapom meg. Természetesen 0.5 cm³ vizelet esetén kétfővel szorzom.

Pl. ha 0.5 cm³ vizeletet véve fogyott volna 2.4 cm³ ferri-cyan-kálium, akkor a vizelet cukortartalma százalékban: $2.4 \times 2 \times 0.715 = 3.43\%$.

Ezek után a cseppentőüvegek használatát csak abban az esetben tartom megfelelőnek, ha azt előbb megvizsgáltuk, vagy pedig, ha a cég azt kalibrálva, vagyis úgy szállítja, hogy 20 csepp víz súlya 1.45–1.48 g-nak felel meg.

Levél a Szerkesztőhöz.

(Viszhang a 44. számban közölt levélre.)

Mélyen tisztelt Szerkesztő Úr!

Mély meghatottsággal olvastam az Orvosi Hetilap 44. számában a fiatal nyomorgó collega levelét. Szerény nézetem szerint azonban az ajánlott gyógymód nem elegendő, mert nem az állások nyilvántartásán múlik a baj — mert hiszen minden állásra van pályázó —, hanem azon, hogy kevés az állás.

Engedje meg, hogy szíves figyelmét felhívjam arra, hogy a fiatal orvosok elhelyezésének egy módja volna, ez a mód egyúttal Magyarország hygienéjét is rendkívül emelné. Ez a gyógymód abban állna, hogy a betegsegélyező pénztári tagsági kötelezettséget ki kellene terjeszteni a földmunkásokra, sőt a törpe földbirtokokra is. Ha ennek a hatalmas nagy néprétegnek, úgy, mint az ipari munkásoknak ingyen járna az orvos és gyógyszer, úgy ezek is rövidesen éppen úgy megvolnának győződve az orvosi munka sikeréről, mint ma már az ipari munkások. Csakhamar ők is éppoly intenzíven igénybevennék az orvost, mint ma az ipari munkásság.

Ennek a hasznát elsősorban nem is az orvos gyógyító működésében látom, hanem abban a felvilágosító, a hygienikus gondolkodást, a prophylaxist terjesztő működésben, melyben az orvossal való gyakori érintkezés jár.

Természetes, hogy a községi orvos lenne a pénztári orvos és ily módon a fixfizetéssel járó orvosok száma megháromszorozódna Magyarországon, anélkül, hogy ez az állami költségvetést megterhelné.

Pontosan kidolgozott terv feküdt ez ügyben már a háború előtt a ministeriumban, Tisza István maga is rendkívül érdeklődött az ügy iránt és rendkívül meghatották akkor azok a számok, melyek kimutatták, hogy a földmunkások halálózása mennyivel nagyobb, mint az ipari munkásoké.

A háború véget vetett e tervnek is, de ma már ennek keresztülvitele nagyon könnyű volna.

Kiváló tisztelettel

N. N. dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A hyperthyreosis jóddal való kezelése. *Professor Biedl és Redisch.* (Med. Klin. 1925, 37–38. füz.)

Szerzők betegeknek 70 mg jódot adtak naponta, utána 5 napig szünetelve, ismét adagolni kezdték. Három esetben kellett csak a jódagadást abbahagyni, mert vagy súlyosbodott a betegek állapota, vagy hosszabb szedés után is hatástalan maradt. Szerzők azt tapasztalták, hogy azon hyperthyreosisos betegek nem tűrik, illetve nem javulnak a jódra, akiknél már régóta áll fenn a struma és csak később lépnek fel egyéb Basedow-tünetek. Ellenben lényeges javulást láttak a jódtól az igazi morbilli Basedownál hypoplasziás constitúcióval. Egy bizonyos idő múlva a betegek testsúlya kezdett emelkedni. Az alapanyagcsere minden esetben csökkent jódszedés után. A pulzusszám is lényegesen csökkent, bár nem érte el a normalis értéket, hanem mindig egy kevéssel a normalis felett maradt. A Kocher által először leírt jellegzetes vérképet, a lympho- és monocytosist lassan felváltja a neutrophilok megszorodása. A kisebb hőemelkedések ugyan csak megszűnnek. Az általános ideges tünetek, nyugtalanság, szívdobogás csillapodnak. A közérzet megjavul, a munkakedv kezd visszatérni. *Kaltstein dr.*

Az epilepsiás roham keletkezéséről. *F. Georgi.* (Klin. Wochenschr. 1925, 43. sz.)

Szerző vizsgálatai szerint úgy az epilepsiás roham, mint a Foerster-féle hyperventillációs kísérlet alatt jellemző elváltozások jönnek létre a vérplazmában; és pedig a plasma colloidlabilitása fokozódik. Ez a colloidlabilitás azonban merőben különbözik attól, mely infekciós és kachexiás betegségek kapcsán lép fel és amelynek oka tudvalevőleg a globulin megszaporodása az albumin rovására. Az epilepsiás roham alatt észlelt colloidlabilitás nem jár a plasma szerkezetének ilyen mélyreható változásával, hanem csupán ionellódáson alapul; épp ezért nagymértékben reversibilis

és a roham után néhány perccel már megszűnik. A két folyamat különbözőségét mutatja az is, hogy míg a fehérjestructura megváltozásán alapuló labilitásfokozódást mindig követi a vérszűlyűedés gyorsulása is, addig az ioneredetű labilitásfokozódásnál a süllyedés normalis marad. A szerző a vérplasma ilyenemű megváltozásának aetiológiai jelentőséget tulajdonít az epilepsziás roham pathogenesisében, amennyiben azt tartja, hogy az az agysejtek permeabilitását növeli.

Czoniczzer dr.

A belsősecretiós szervek szövettani vizsgálata anaemia perniciosánál. A. Mendershausen. (Klin. Wochenschrift 1925, 44. sz.)

Ismeretes, hogy a belsősecretiós szervek bizonyos megbetegedései (Addison, myxedema) nagyfokú anaemiával járnak, másrészt, hogy az anaemia perniciosában néha találunk olyan tüneteket, melyek az endokrin mirigyek megváltozott működésére engednek következtetni. Ez indította a szerzőt arra, hogy vizsgálat tárgyává tegye az anaemia perniciosában elhunyt betegek endokrin-mirigyzeit. A legtöbb belsősecretiós szervet épnek találta, csupán a pajzsmirigy volt szinte kivétel nélkül kórosan elváltozott: a 13 eset közül csak egyben találták ép thyreoideát. A többi esetekben a pajzsmirigy állományának többé-kevésbé súlyos atrophiját és lymphocytás infiltrációját konstata. A thyreoidea ezen elváltozásáról az a véleménye, hogy az az anaemia perniciosának mellérendelt folyamata, mely azzal azonos toxikus okokra vezethető vissza. Lehetséges azonban, hogy a pajzsmirigyatrophia primaer és ez az anaemiára való dispositiót fokozza.

Czoniczzer dr.

A szénhydratanyagcsere zavara a terhességben. Klein és Rischawy. (Deutsches Arch. f. Klin. Med. 148. köt., 195. old.)

A beteg anyjának diabeteze volt. A beteg első terhességére vonatkozó adat nincs. A hét hétig tartott észlelés kezdetén a beteg a VI. hónapban volt, panaszai a harmadik hónap óta voltak. Vizeletében néhány tizedszázalék glukose volt. A vérvék lymphopeniát mutatott. Minden más vizsgálat normalis leletet adott. A vércukor mennyisége éhgyomorral rendes, inkább kicsi volt, glukosemegterhelésre gyorsan 0-2% fölé emelkedett, azután ismét hamar a normalis alá süllyedt. Ugyanakkor a glykosuria jelentékenyen fokozódott, sőt a vizelet még a hypoglykaemia idejében is tartalmazott cukrot. Fehérjemegterhelés a vércukrot mérsékelte, a glykosuriát nem növelte. Laevulose után a vércukor alig emelkedett, a vizeletben laevulose nem jelent meg, a glykosuria csökkent. A szénhydratbevitel és a cukorkiválasztás nem volt párhuzamos; bő fehérjetáplálék sem fokozta ezt. Insulin hatására a vércukor nem csökkent, ellenben jelentékeny hydraemia támadt. Acidosis csak szénhydratmegvonás, vagy éheztetés után támadt. Három héttel a szülés után napi 150 g szénhydrat mellett nem volt glykosuria. A szerző pluriglandularis insufficienciára gondol.

Perémy dr.

Sebészet.

Az appendicitistől fertőzött hydrokele muliebris. R. Andler. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 22. sz.)

Míg férfínál a nem obliterált processus vaginalis peritoneiben gyakori a folyadékgyűlem, nőnél ritka, mert a processus vaginalis eredetileg is kisebb és többnyire még az intrauterin életben obliterálódik. Told szerint conglutinatio útján. Ha a processus vaginalis nem obliterálódik teljesen, létrejön a ligamentum teres, az inguinalis tályog; a diverticulum Nuckii vagy hydrokele muliebris, amely közlekedhetik a hasüreggel, vagy el van teljesen záródva. Egy 42 éves nőbeteg, kinek anamnesisében régi sérv szerepel, négy nap előtt az alhas jobb részében heveny tünetekkel betegedett meg. Hányt, széke nem volt és a jobb oldalon kizárt sérv tipikus képét mutatta. Műtét közben három, egy tojásnyi és két kisebb gennyt felfelt, egymással és a hasüreggel kis nyíláson közlekedő cystát találtak. Hasi tünetek lévén, megnyitva a hasüreget is, gangraenás appendix körüli tályogra bukkantak. A cystát kiirtják és appendektomiát végeznek. Gyógyulás. Ez esetben az appendicitis gangrenosa fertőzte a hydrokele muliebrist. Ez az első eset fertőzött hydrokele muliebrist, hogy előben tisztázták a gyulladás okát.

Sereghy Emil dr.

A carotis communis lövési sérülése és körkörös varrata 9 éves gyermeknél. Arthur Israel. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 22. sz.)

A szerző 8 nappal a lövés után távolított el golyót egy 9 éves gyermek nyakából. A golyó Röntgen szerint a nagy erek tájékán, a 6. és 7. nyakcsigolya magasságában 1½ cm mélyen foglalt helyet és együtt pulzált a carotissal, mindazonáltal felületesnek látszott, amit az a körülmény is megerősített, hogy a seb a lövés után közvetlenül alig vérzett. Műtét közben, a golyó eltávolításánál óriási ütőeres vérzést kapott, a műtétit sebet tágitva, a carotisra két oldalt érfogót tett és ekkor látta, hogy a carotis két ületének ¾-ed részében roncsolt. A carotis communisból 1 cm-nyit resekált és circularis érvarratot alkalmazott. Gyógyulás. Innen látható, hogy látszólag enyhe lövési sérülés a nagy erek közelében súlyos következményekkel járhat. Érvarrat gyermekeknél igen ritka, ezért tartotta esetét leközlendőnek.

Sereghy Emil dr.

A végbélzáróizom tágitásának technikája. Prof. Kirschner, Königsberg. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 34. sz.)

Csak nemrég ajánlotta Kortzeborn a lipesei sebészeti klinikáról a végbélzáróizom alapos tágitását minden laparotomia után. Ennek a nem egészen ártalmatlan beavatkozásnak a technikáját közli. Eddig a végbéltágitást rendszerint ujjal végezték s mivel az elasztikus ellenállás legyőzése az operateur subjectivitásától függ, igen sok esetben jött létre záróizomsérülés, s ezt követő incontinentia. Megbízható mértékkel iparkodik pótolni a tágitás fokának a factorát s erre a végbélbe vezetett cylinderalakot ajánlja. A königsbergi klinikán évek óta conikus fém-bougievel végzik a végbéltágitást. A Hegar-féle gynaekológiai pálcákat alkalmazzák az eredeti skálánál nagyobb számokkal. A tágitás fokozatosan történik, mint a méhszájé s így durva tágitás nem fordulhat elő. Kevésbé gyakorlott műtőnek számokban lehet megadni a tágitás fokát. Az új eljárás óta nem láttak tartós záróizomsérülést.

Szépe dr.

Retrograd hereincarceratio esete. Kunz, Wien. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 33. sz.)

Midőn Maydl 1895-ben a retrograd incarceration fogalmát felállította, csak kötélszerű, szabadvégű szervekre (pl. tuba, appendix) vonatkoztatta s csak később hívta fel Lauenstein a sebészek figyelmét a retrograd bélincarceratióra. Később cseplesz, vakbél, vékonybél-tumor, ovarialis cysta, retrograd incarcerationtíóját közli. Szerzőnek alkalma volt eddig még nem közölt retrograd hereincarceratiót operálni veseszületett sérvnél. 20 éves férfi négy nap előtt kizárt jobb oldali lágyéksérvtől többszöri kísérletre sem sikerült reponálni. A sérvtömlőt helyi érzéstelenítésben megnyitva, a belső lágyékgyűrűnél nagyobb cedemás csepleszdarab van beszorulva, a darab nagyobb részét ezenkívül a belső lágyékgyűrű magasságában a funiculus leszorítja, még pedig azáltal, hogy a here nem fekszik a sérvtömlőben, hanem a hasüregbe van beszorulva, pontosan a lágyékgyűrű felett. A kizáródás kétszeres: a cseplesz s a retrograd incarcerationtíj heréé. Ez magyarázza, hogy a taxis sikertelen volt, a repositiót nem engedte a funiculus. Mindkét részt felszabadítva, a csepleszt visszahelyezi a hasüregbe s a kissé duzzadt herét a scrotumba lehozva, lege artis befejezi a műtétet. Kétféleképpen magyarázza az incarcerationtíót: vagy egyedül reponálták a herét az egyik taxis-kísérletnél, vagy a hasüreg felé felszálló, mozgatható here útját elzárta a kiszorult csepleszdarab.

Szépe dr.

Az aranyeres csomó radicalis műtete. Kinscherf, Kaiserslautern. (Zentralbl. f. Chir. 1925, 32. sz.)

Az aranyeres csomó leégetése vagy kimetszése gyakran recidivával jár. A White-Head-eljárás kivétel. Ez egyrészt nehéz műtét, másrészt — ha inficiálódik — heges végbélszűkületet okoz. Évek óta használja a következő eljárást, melynek nincs hátránya s mégis radicalis. Bemetszés pontosan a nyálkahártya s bőr határan. A nyálkahártya lefejtése nélkül tölszerszerűen hatol a mélybe, s ollócsapásokkal eltávolítja a nyálkahártya alatt s a sphincter-rostok között ülő feketé, kerek képleteket. A vérző edényeket azonnal leköti s a nyálkahártya s bőrszélét elszűszített varrat alkalmazása nélkül, csomós catgut-öltésekkel egyesíti. Nem vágja körül egyszerre az egész végbelet, hanem szakaszosan végzi. Szék az 5. napon. Utóvérzést, recidivát, heges szűkületet nem látott ezen eljárás után.

Szépe dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az időleges Röntgen-castratio kérdéséhez. W. Lüttge. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 5–6. füzet.)

Úgy a beteg szempontjából, mint pedig az orvosi gyógykezelés részéről sokszor kívánatos volna az ovulatio időleges megszüntetése, ami a havivérzés átmeneti megszűnését és fogamzásgátlást von maga után. A rendelkezésünkre álló sok műtéti eljárás dacára, a gyakorlatban egyik sem tudott gyökeret verni, mert egyik sem teljesen veszélytelen, viszont átmeneti jellegüket sem lehet garantálni. Nem csodálkozhatunk azon, hogy örömmel üdvözlötték a Röntgen-sugár azon tulajdonságát, amely a petefészek biológiai működését átmeneti időre fel tudja függeszteni. Vizsgálatokból tudjuk manapság, hogy a sugarak iránt a Graf-féle tüszők a legérzékenyebbek, míg az elsődleges folliculusok érzékenysége nem oly nagy. Az interstitium viselkedése még vitatott. Az időleges, sugaras castratio előnye, hogy fájdalomtalan és csupán 10–15 pere tartamot igényel. Az átmenetileg jelentkező kiesési tünetek ezen eljárás hátrányának elbírálásánál számításba alig jöhetnek. Azt azonban azok a szerzők sem tagadják, akiknek nevéhez fűződik az átmeneti Röntgen-castratio kérdésének tanulmányozása; hogy a besugárzás immár tökéletes technikája, jó lámpák dacára, részben a petefészek életani vérbőség ingadozása, részben pedig a bőrtől való különböző távolsága miatt kérdéses, vajjon a bőregységadag 24%-át mindig le tudjuk-e adni. Unterberg továbbá pillangókon végzett kísérleteknél azt tapasztalta, hogy a besugárzott nőtényipillangók utódai csupán harmadakkorak voltak és termékenységük catastrophalisan csökkent. Bár ezen jelenség nem vihette át az egész állatvilágra, még kevésbé az emberre, mégis e kérdés bővebb tanulmányozása nagyon actualis. A szerző egyrészt a sugár-adagolás nehézsége, másrészt a sugaras kezelés utóhatásának bizonytalansága miatt az időleges castratióval szemben, röntgenológus létére, tartózkodást ajánl. Schürger dr.

A hüvely alapos desinfectiója nemcsak a nőgyógyászati, hanem szülészeti műtéteknél is nélkülözhetetlen. Prof. Ott. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 5–6. füzet.)

Winter, Bumm, Philipp nem egy közleményben utalnak azon tapasztalati tényre, hogy a hüvelyi műtéti terület streptococcusai sok halálos kimenetel okozói. A szerző véleménye szerint ott, ahol a hüvelyt műtét előtt alapos desinfectióban részesítik, sokkal jobbak az eredmények. A nőgyógyászok egy részének az a véleménye, hogy a hüvelyt számos redői, az azt borító tapadás, nyúlós váladéka miatt teljesen sterilizálni nem lehet. Povolotzhaja dr. közleményében beigazolta és a szerző a VI. gynaekologus-kongresszuson erről értekezett is, hogy alapos mechanikus tisztítás után alkalmazott alkoholos, sublimátos és jódtincturás desinfectio teljesen steril hüvelyi műtéti területet eredményez. A hüvely említett alapos desinfectiójában látja Ott hüvelyi műtéti feltűnő alacsony mortalitási százalékának főokát. Prof. Ottnak 430 méhrák miatt végzett vaginalis totalextirpationál csupán 18% halálozása volt, holott hasonló viszonyok között Schauta 89%, Winter pedig 276 műtét után 18% halálozást mutat fel. Amióta a szerző nemcsak a nőgyógyászati, hanem a szülészeti műtéti beavatkozás kapcsán is, sőt elvetélnél is a hüvelyt az említett eljárás szerint desinfectálja, a legkritikább esetben látott sepsist fellépni. Ott úgy a jó eredményeinek főokát, valamint a leghatásosabb prophylaxist a hüvely alapos sterilizálásában látja. Schürger dr.

A petefészekgyulladás vaccina-gyógykezelése. Prof. G. Gambarow. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1925, 5–6. füzet.)

A petefészekgyulladás gyógykezelése manapság is, annak dacára, hogy legkülönbözőbb melegalkalmazás lehetősége áll rendelkezésünkre és legújabbban a proteintest-therapia is segítségünkre van, a nőgyógyászati gyógykezelés nehéz fejezetébe tartozik. Teljes gyógyulást műtéti beavatkozás nélkül elég ritkán látunk. Az előidézők ok szerint való kezelési utáni törekvés is csak óhaj maradt. Ezt a célt szolgálja Wright és Brucknak a nőgyógyászatba már 14 év előtt bevezetett gonococcusvaccina-gyógykezelése. A vaccina-gyógykezelés sem hozta meg azt a várt eredményt, amit egyes szerzők, főleg Bucura annak tulajdonított.

A vaccina-therapia contraindicatióját képezi minden nagyfokú leromlottság, genyeredési folyamat, tuberculos. A szerző az injectiókat mintegy 135 járóbetegnél a bőr alá és az izomszövetbe adta. Teljesen Bucura előírása szerint járt el és 200 csírtól 1500 millió csírig injeciált. Az injectiót követő általános és helyi reactiót kedvező jelnek tekinti, azonban feltétlen szükségesnek nem tartja, mert a reactio nélküli esetek is olykor szépen javultak. Az injectiókat olykor, főleg nagyobb adagolásnál kellemetlen mellékhatások is kísérik: láz, gyengeség érzése, szédülés, fejfájás, izületi fájdalmak. A szerző beteganyaga alapján arra a meggyőződésre jut, hogy kicsiny adagok 200-tól 500 millió csírig épp olyan gyógyító hatással vannak, mint a nagy adagok, a kellemetlen mellékhatásoktól ellenben megkímélik a beteget. Beteganyaga egyharmad része befolyásolatlan maradt, a többi szépen javult; benyomása, hogy a petefészekgyulladás gyógykezelésénél a vaccina-therapia haladást jelent. Schürger dr.

Urologia.

Ureterkatheterezés két catheterrel. (Dor. Soc. fr. d'Urol. 1925 május.)

Az ureterkatheter felvezetés közben gyakran megakad, legtöbbször azonban a catheter forgatása, vagy többszöri felvezetése segítségével sikerül az akadályon áthatolni. A felvezetés megkönnyítésére ilyenkor ajánlja, hogy az ureterbe még egy cathetert vezetve, a két catheterrel felváltva próbálkoznak előrejutni; így sikerült beékelni kőnél is feljutni a vesébe. Ajánlja továbbá therapiás célból a bi-catheterismust pyelumbeli retenciónál, amikor a két catheter biztonságban vezeti le a retentiót, az egyik cathetereken át bevitt desinfectáló mosásoknál pedig a folyadék levezetése gyorsabb és így kikerülhető a fájdalmas és veszélyes pyelumfeszülés. Alkalmazható továbbá ureterszűkületek tágitására. A második catheter bevezetése férfibetegeknél a kétkatheteres eszközzel történik, nőknél jól alkalmazható az egyes eszköz is.

Adler-Rácz dr.

További vizsgálódások a glomerularis vérkeringésben. A. N. Richards. (Journ. of Urol. 1925 márc.)

Szerző békaveseiken történt vizsgálatainál a glomerularis vérkeringés irregularis és intermittáló jellegét észlelte, mely nem igazodik a szív rythmusához, vagy valamely más, a vesén kívül álló körülményhez. Kísérletei során kiderítette, hogy a glomerulusok vérkeringésének intermittáló volta a következő beavatkozások egyikével idézhető elő:

1. Az afferens idegek izgatásával.
2. A veséhez vezető sympathicus-idegrostok elektromos ingerlésével.
3. Adrenalinnek lassú, egyenletes, intravenás injeciálásával.

A vérkeringés intermittáló jellegét szerző a következőképen magyarázza: az arteriolusok constrictorainak izgalma, azok elzáródásához vezet. Az elzáródás pillanatától, a capillarisk fal oxigénhiányának van kitéve, aminek következtében az őket körülvevő sejtekbe bizonyos anyagokat adnak le; ezek a sejtek ezáltal dilatatorhatás kifejtésére lesznek képesek. Így az arteriolusok elzáródása, tehát környezetükben oly állapotot teremt, mely az edények relaxációjához és vérrel való telődésükhöz vezet. Így az edényfal izomzata újból visszanyeri ingerlékenységét és ismét alkalmassá lesz arra, hogy constrictorhatásra reagáljon. Azáltal, hogy az arteriolusoknak ez a játéka nem történik egyszerre — hanem felváltva, bizonyos számmal végzik ezt a munkát —, magyarázható meg a bennük lezajló keringés irregularis és intermittáló volta.

Dózsa dr.

Prostata-hypertrophiások szivéről. Fred. A. Willius. (Journ. of Urol. 1925 márc.)

A Mayo-klinikán 705 prostata-hypertrophiás egyénnél végeztek részletes vizsgálatot a szív állapotára vonatkozólag. A 705 beteg közül 293-nál (42%) mutatkozott elváltozás a szív- és vérrendszer részéről.

A legtöbb prostata-hypertrophiát, valamint a szív- és edényrendszer megbetegedését is a 7. évtizedben észlelték.

A kóros elváltozások közül: 125 (43%) arteriosclerosis; 106 (36%) arteriosclerosis hypertoniával; 50 (17%) hypertoniás természetű volt; a hátramaradó többi rész különböző szívhibák (endocarditisből szá-

mazó billentyűelégtelenség, stenosis, myodegeneratio) között oszlott meg.

A 293 beteg közül — kik közül az elektrokardiogram 144-nél mutatott lényegesebb eltérést — 107 került műtételre; ezek közül egy se halt meg cardialis insufficiencia miatt.

Nagy retentiójú prostatások, dekompenzált szív-bajoknál, lehetőleg katheterrel kezelendők s legfeljebb local anaesthesiában cystostomia végezhető; a prostatektomia csak akkor végezhető, ha a szív működés újból kompenzáltá vált, ami gondos gyógykezeléssel idősebb egyéneknél is gyakran elérhető. *Dózsa dr.*

Szemészet.

Szemtünetek akromegáliánál. *Lillie.* (Americ. Journ. of Ophth. 1925.)

50 akromegáliás beteg táblázatba összeállítva mutatja a szemváltozásokat és a sella turcica Röntgen-leletét. 26%-nál ép sellakép és negatív chiasma-lelet; 42%-nál a sella jelentős nagyobbodást mutatott, chiasmatünet nélkül. Az eseteknek csak 32%-ánál találtak sellanagobbodást és chiasmalaesióra utaló szemtüneteket.

Horay dr.

Adalék a traumás iriseysták ismeretéhez. *Magni és Menestrina.* (Boll. d'occul. 1925 jún.)

A szerzők két esetet közölnek. Az elsőben egy 9 éves fiúról van szó, ki két év előtt sérült meg jobb szemén esernyőnyéllel. Jelentkezéskor: a ciliaris régióban heg és iridocyclitises tünetek. A mellő csarnokban áttetsző hályag volt látható, mely luxált lencséhez hasonlított, eltávolításakor iriseystának bizonyult. A bélelő hám teljesen a conjunctiva hámjának szerkezetét mutatta. A második esetben leírnak egy 22 éves leányt, ki gyermekkorában olóval sérült bal szemén. Felvételnél bal szemén cicatrix corneae találtak, amelyhez szürkés tömeg volt odanőve, mely az irisszel függött össze. Eltávolításakor kiderült, hogy iriseysta volt, mely teljesen a cornea epitheliájának szerkezetét mutató hámval volt bélelve. Minthogy a bélelő hám mindkét esetben megfelelt a trauma helyén lévő szövetek epitheliájának, valószínű, hogy az első esetben hámtransplantatio, másodikban pedig az okozta az iriseystát, hogy az iris elülső rétegei belenőven a corneába, szétváltak a hátsóktól és így üreget képeztek, melybe a cornea hámja belenőven, burjánzásnak indult.

Kretz Tibor dr.

Gyermekeorvostan.

A pajzsmirigy colloidja a gyermekkorban. *M. Frank.* (Medizinische Klinik 1925 szept. 9, XXI. évf., 36. szám.)

A pajzsmirigy colloidja az *E. I. Kraus* ajánlotta methylenkék-csersavas-fuchsin festéssel nem mutat egységes viselkedést, amennyiben részben kékesibolya, részben vörös színt vesz fel. Előbbi a csersaválló, utóbbi a fuchsinophil colloid. Egészséges felnőtt egyénnél a colloidállomány javarészt csersavállónak és csak esekély részben fuchsinophilnek bizonyul. Szerző *Kraus* vizsgálatait a gyermekkorra kiterjesztve azt találta, hogy a születéstől kezdve a hatodik hónapig a csecsemő pajzsmirigye kizárólag fuchsinophil colloidot tartalmaz. Csak a hatodik hónap után jelenik meg a csersaválló colloid, mely a növekedéssel párhuzamosan a fuchsinophil colloid rovására mindjobban szaporodik, míg nem a nyolcadik életévtől kezdve a pajzsmirigy folliculusai a felnőtt egyénéhez hasonló képet mutatnak.

Lenart György dr.

Tuberculosis-védőoltásokkal végzett kísérletek emberről. *Seller.* (Deutsche med. Wochenschrift 1925, 29. szám.)

Tengerimalacokon és borjúkon végzett számos kísérlet után, 9 esetben oltott 2 hónapos—2 éves gyermekeket virulens human tuberculosisbaecillussal, egy adag 1000—10000 bacillust tartalmazván. Általános fertőzés egy esetben sem következett be, csak a befecskendezés helye és a legközelebbi nyirokmirigy mutattak tuberculosisos elváltozást. Véletlen következtében az így beoltott gyerekek közül többen fertőző betegséget állottak ki az oltás után (scarlatinát, diphtheriát, egyik kiterjedt bronchopneumoniát), de ezek közül egyik betegség sem aktiválta a tuberculosis-fertőzést. A gyermekek állandó megfigyelés alatt voltak, hónapok, sőt évek múlva is teljes egészségnek örvendtek. Egy esete vég-

ződött halálosan, a halál oka: influenzás pneumonia — a boncolás és állatoltás eredményei szerint is. Mindenestre további kísérletezés fogja végleg eldönteni, hogy e mesterségesen előidézett latens tuberculosis-infectio megfelel-e minden esetben a tuberculosis-védőoltás céljának.

Farnos Ilona dr.

A vaccina virulentiájának vizsgálatához. *H. A. Gins.* (Deutsche medizinische Wochenschrift 1925 szept. 11, 51. évf., 37. sz.)

A vizsgálatához *Groth* methodikájával (házinyulak intracutan oltása) szemben tengerimalacok cornealis oltását ajánlja. A corneának 2%-os cocainnal való érzéstelenítése után bontótűvel 2—3 párhuzamos scarificatiót végez, erre viszi az oltóanyagot, mely 3—4 nap folyamán a cornea teljes elhomályosodásához vezet. Később, regenerációs folyamatok kapasan a cornea rendszerint teljesen feltisztul. A virulencia fokának meghatározására különböző hígításban alkalmazva az oltóanyagot, azt tapasztalta, hogy teljes értékűnek csak az a nyirk tekinthető, mely 1:5000 hígításban még kifejezett keratitist okoz. A hol túlerős reactióval járó, hol meg immunitást nem biztosító oltóanyagok kiselejtezhetsége érdekében a virulencia-vizsgálat általános bevezetését szorgalmazza.

Lenart György dr.

Sajátságos lefolyású serumbetegség ismételt reinfectio után. *H. Vollmer.* (D. M. W. 1925 július 24, 29. sz.)

1921 őszén 20 I. E. tetanusserum után 8 nap múlva serumexanthema következett be. A beteget egy évvel később kismennyiségű diphtheria-serummal védoltották, amelyet collapsussal járó urticariaserű 2 napig tartó exanthema követett teljes anuriával. Tizenöt hónappal később a beteg torokdiphtheriát kapott, amely ellen 15.000 I. E.-el (15 cm³) védoltották. Öt nap múlva az injectio helyén erős helyi reactio, hét nap múlva pedig igen erős oedemával járó urticariaserű exanthema következett be. A beteg 10 órával az urticaria eltűnése előtt erős collapsust kap, pulzusa alig tapintható. Különböző gyógyszerek hatása alatt múlik a collapsus, de ismét előtérbe lép az exanthema és oedema, amely 2 napig tart, erős oliguria kíséretében. Majd izületi fájdalmak lépnek fel s a tünetek csak 4 hét múlva tűnnek el teljesen.

Istvánics dr.

A gerincagyi gyermekhűdés kezelése statikai alakítással. *Böhm.* (D. M. W. 1925, 51. évf., 24. sz.)

Az egyik alsó végtag Heine-Medin-kór után visszamaradó kiterjedtebb izombénulásainál eddig a me-revítő methodusok — teno-, fascio- és arthrodesis- vagy a támasztókészülékek — voltak a szokottak. Szerző szerint mindezek az eljárások tökéletlen eredményt adnak, mindenesetre kevesebb biztonságot és kényelmet nyújtanak, mint a modern prothesisek, pedig az utóbbiaknál is csak az ú. n. „passiv biztosítékok” — megfelelően alkalmazott lécek, támaszok, szalagok — állnak az egyensúly szolgáltatásban, szemben az ép végtag activ biztosítókaival (izmok agonisták, antagonisták). A modern prothesis statikája lebegett szerző szeme előtt eljárásának kidolgozásában. Az eljárás lényege: a csípő- és térdizületnek a súlyvonal mögé való helyezése (álló helyzethez viszonyítva), a lábfő hátrahelyezése annyira, hogy a súlyvonal az alszár-lábhát átmenetbe essék, a láb redressementje és merevítése. A jelzett helyzetet három osteotomia, egy subtrochanterikus, egy supracondylar és egy az alszár felső harmadában végzett és a talocruralis arthrodesis minden esetben elérhetővé teszi. Hathi gipszkötés, 1—3 hónapi támasztógépes gyakorlás után az eredmény mindig kitűnő, a betegek támasz nélkül jól és biztosan jártak. *König Gyula dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Budapest statisztikai zsebkönyve (Kivonat a székesfőváros statisztikai évkönyvének XIII. évfolyamából, 1924). Ára 30 aranyfillér.

Rendkívül ügyes gondolat volt a fővárosi statisztikai hivataltól e kis 8×12 cm füzetcskének kiadása, ami a mindnyájunkat nagyon érdeklő adatok rendszeres halmazát foglalja magában 102 oldalon. Hogy mily gazdag, azt a 12 hasábos, apró betűs tartalomjegyzékéből tudjuk meg. Megtaláljuk ebben a minket legközelebb érdeklő születési és halálozási, megbetegedési, kórházi, közegészségügyi, közigazgatási statisztikai adatokon kívül a lakáviszonyokra, adókra, iskolákra, iparfejlődésre, piaci árakra — még az út-

burkolatokra és a közlekedőeszközök utasszámára vonatkozó statisztikai adatokat is. Az adatokat az teszi még érdekesebbé és tanulságosabbá, hogy valamennyi 1873-tól fogva 10 éves közközlésben van 1918-ig, s ezentúl évenként egymás mellett feltüntetve. Függelékül I. Magyarországra vonatkozó területi, népesedési, nemzetiségi, nyelvi, és vallási statisztika és II. nemzetközi ugyanilyen statisztika (államok, nagyvárosokra vonatkozó) zárja be a kis füzetet. 30 aranyfüllérje = 4350 korona mindenkinek lesz erre az értékes kis füzetre, mit asszonyaink, gyermekeink is érdeklődéssel fognak otthon forgatni.

A debreceni Tisza István Tudományos Társaság orvostermészettudományi osztályának munkáiból megjelent az I. kötet 4-5. füzet, mivel ez a kötet teljes. A kötet gazdag és értékes tartalma hű tükrökre és ősmagyar talajba ültetett, magasabb kultúra liktető életének. A physikai, chemiai, zoologiai és matematikai tanulmányok mellett a következő orvosiak érdekelnek bennünket: *Orsós Ferenc*: A chorionhám secretiós jelensége; *Verzár F.*: Az idegingerület elektrographiai analysise; A cholesterin állapota az idegrendszerben B-vitaminhiány esetén; *Szontagh Félix*: Inductiv gondolkodás és modern orvostudomány; *Liszt N.*: Régi magyar orvosi nyelv. Az értékes füzet, vagy az előfizetés árát nem tudjuk, mert nincs feltüntetve a füzet; talán csak a tagok kapják.

Dr. Victor Hecht: *Wandtafel der wichtigsten chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden für das ärztliche Laboratorium.* (Wiener med. Wochenschrift. Verlag: Moritz Perles, Wien. I—III. Auflage.)

Szerző falitáblán csoportosítja a klinikus számára legfontosabb vizsgálati eljárások kiviteli módját, amely a laboratóriumban felakasztva, nagyon megkönnyíti, meggyorsítja a dolgot. Megment ez a tábla épp azért, hogy a reakciók, a vizeletüledék különböző képletei, a malariaparasiták alakjai stb. állandóan a szemünk előtt vannak, sok keresgéléstől, időt pazarló utánanézéstől. Megtaláljuk rajta a vizeletre, a székletre, a gyomortartalomra, a köpetre, a klinikus számára fontosabb bakteriumok festődésére vonatkozó reakciókat, illetőleg eljárásokat. Igen ügyes és használható a vérrel való vizsgálatok csoportosítása. A vörösvérsejtszámláláson, a haemoglobin és vörösvérsejtsüllyedés stb. meghatározásán kívül külön táblán csoportosítja az egyes fertőző betegségekre jellemző leukocyta képeket, hasonlóképpen az egyes vérszékletek nagyságát, a különböző festésekkel való színeződését és számuknak változását az egyes betegségekben. Ha még ehhez hozzátesszük, hogy a tábla alján a vérszékletek, a bélparasiták, a bakteriumok, a vizeletüledék képleteinek stb. ábrái is csoportosítva vannak, úgy azt hisszük, mindenki belátja a tábla feltétlen praktikus előnyét és így beszerzését a laboratóriumoknak ajánljuk.

Biologie und Pathologie des Weibes. *Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.* Herausgegeben von Joseph Halban und Ludwig Seitz. Urban und Schwarzenberg, 1925. Lieferung 17.

R. Matzenauer, gráci dermatologus tanár a külső nemiszervek syphilisét, ulcus molleját és elősdiák által okozott bőrmegbetegedéseit ismerteti. Elsősorban a syphilisről szól, ismerteti kórokozóját, a spirochaeta pallidát, majd igen részletesen tárgyalja az egyes stádiumokban (primaer, secundaer, tertiaer) a megbetegedés megjelenési formáit, ezeknek változatait és a differentiaaldiagnosztikát, a főszólyt a külső nemiszerveken létrehozott elváltozásokra fektetve, a mondottakat 12 színes táblán hatásosan érzékíti meg. A physiologiás váladékok fertőzött voltának kérdését széles alapon tárgyalja s a mondottakat abban összegezi, hogy, bár a váladékok általában nem veszélyesek az infectio szempontjából, s minden valószínűség szerint spirochaetamentesek, mégis fennáll a fertőzés lehetősége, főleg a spermánál és a tejnél. Ezek után a vesélyültebb syphilis fertőzési módjait s ennek befolyását a foetusra és a terhességre tárgyalja s ennek keretében hangsúlyozza, hogy nem a korai vetélés, hanem a terhességnek későbbi hónapjaiban bekövetkező elhalása és távozása a magzatnak a jellemző. Behatóan foglalkozik a Colles- és Profeta-féle közismert törvényekkel s a congenitalis syphilisnek a második nemzedékre való átvitelével (a harmadik generatio syphilise).

Ezek után rátér az ulcus mollera, röviden leírja

kórokozóját, a Ducrey-Unna streptobacillust, a fertőzés módját, lefolyását s a megbetegedés gyógyítását, ez utóbbit kiemelve, hogy sem a radicalis, sem a praeventiv mirigyexstirpationának helye nincs.

Légvégül az elősdiák okozta bőrbetegségeket ismerteti, röviden szólva a phthiriasisról, scabiesről, erythrasma-ról és az úgynevezett ekzema marginatum-ról (mely ekzemával kombinált trichophytiasis) s ezeknek terapiájáról.

Martin E. tanár a medencebeli kötőszövet megbetegedéseit tárgyalja. A parametritisekkel foglalkozva, először részletesen ezek különböző szempontból történő felosztásával, az egyes parametritisformák általános jelentőségével, a megfelelő helyi lelettel, a kórismével, valamint az elkülönítő kórismével foglalkozik. Röviden érintve a bakteriologiát s a megbetegedés prognosztikáját, a therapiára tér át. Végül a medencebeli kötőszövetben előforduló daganatokat ismerteti részletesen. A szöveget 18 tanulságos, szép ábra ékíti. A hasfal, a női nemiszervek szalagjainak, ereinek és idegeinek megbetegedéséről ír *Freund*, frankfurti tanár. Bevezetésében a hasfal feszességét, zsírpárnázottságát, cedemát, varicosus voltát, haematomáit, subcutan emphysemáját, specifikus, lobos megbetegedéseit, terhességi csíkjait, Haed-zónáit tárgyalja. Röviden érintve a köldök megbetegedéseit és a hasfal daganatait, a rectusdiastasis, köldök-, hasfalí hegben képződött, valamint az inguinalis és femoralis sérvek okait, kórisméjét, gyógyítását tárgyalja szépen kiállított, színes ábrákkal világítva meg a tárgyaltaikat. Második fejezetében a ligamentum rotundum, a ligamentum sacrouterinum és a ligamentum ovarii proprium jelentőségére, szerepére, megbetegedéseire tér át, végül harmadik fejezetét a medence véreire, nyirokutai, idegei és idegdűcai megbetegedéseinek szenteli, különösen részletesen foglalkozva a venák varicosus tágulataival, gyulladásos elváltozásaival.

Sternberg bécsi kórbíróprofessor a petefészek daganatairól ír. Felosztásában nem követi a tankönyvekben általánosan használt Pfannenstiel-féle histogenetikai alapon nyugvó felosztást (parenchymatogen, stromatogen, ovulogen stb.), hanem a histogenetikai szempontok figyelembevételével *morphologiai* alapon tárgyalja anyagát. Eszerint megkülönböztet *histoid* daganatokat, melyek két csoportot képeznek: a) érett histoid daganatok (fibroma, myoma, angioma stb.), b) éretlen histoid daganatok (sarkomák különböző fajtái). A következő osztályba sorolja az endotheliomákat, a *peritheliomákat* és *cylindromákat*. A legszámosabban és igen változatos alakban előforduló daganatok a *cystikus* és *epithelialis* daganatok, melyek között jó- és rosszindulatúak vannak. E fejezetben foglalkozik az ovariumban előforduló méhnyálkahártyaszerű szigetek keletkezésének kérdésével és a nagy port felvert Sampson-féle elmélettel, mely szerint e szigetek a menstruációs vérről retrograd úton a peritoneumra sodort méhnyálkahártyafoszlányok implantációi volnának s megállapítja, hogy ez az elmélet teljesen valószínűtlen és egyáltalában bizonyítva nincsen. Örülünk e régen várt s illetékes helyről származó kritikának! Az utolsó csoportba sorolja a *dermoidokat* és a *teratomákat*. Fejtegetései világos stílusban vannak megírva, a szöveg közé iktatott színes és színtelen ábrák szemléletesek, bár egyik-másik mikrophotogramm helyett — véleményünk szerint — célszerűbb lett volna rajzokat közölni a metszetek szépségiből nélkül.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 12-i ülése.

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Gerlóczy Géza.

Bemutatás:

1. Friedrich László: *Chronikus gyomorvolvulus esete.* 47 éves férfibeteg mutat be, kinél fiatal korában nyákos, véres székek, tenesmus, nagy fájdalmak a has bal oldalában szerepelnek az anamnesisben. A beteg jelenleg arról panaszkodik, hogy 5-6 napig nincs széke, majd ezt hasmenés váltja fel. Külső vizsgálatnál semmi kóros elváltozás nem volt található. A Röntgen-vizsgálat azt mutatja, hogy a gyomor tengelye körül megfordult, amennyiben a ksigörbület nem balról jobbra halad, hanem balról ismét balra felfelé kanyarodik.

Ennek okát szintén a Röntgen-vizsgálat derítette ki, amennyiben a flexura lienalis alatt egy kb. 8 cm hosszú, ceruza vékonyságú, stricturált bélrészlet volt kimutatható, e mögött a colon karvastagságyúra volt kitágulva. E strictura oka minden bizonnyal a kiállott dysenterianak következménye. A gyomorvolvulust ez esetben a colon nagyfokú tágassága okozta, a gyomor részéről ez semmiféle functiozavarral nem járt, a betegnek panaszokat nem okozott. Az irodalomban, amennyire ezt áttekinteni tudta, hasonló eset leírva nincs. A betegség terapiája csak sebészi lehet. Röntgenképekkel illusztrálja az esetet.

2. Holitsch Rezső: *Röntgen-besugárzásra gyógyult esontsarcoma-esetek.* (Vetítés. Kézirat nem érkezett be.)

Előadás:

1. Adler-Rác Antal: *A húgyúti fertőzések autovaccina-kezeléséről.* (Egész terjedelmében kerül közlésre.) Az urológiai klinika beteganyagán végzett autovaccina-kezelésekről számol be. A betegeket *Went* eljárása szerint készült vaccinákkal kezelték. A húgyúti fertőzések nem mindig alkalmasak a kezelésre, szöveti roncólásoknál a vaccina a műtetet nem helyettesítheti, a húgyúti akadályoknál, ha az akadály megszüntetése nem lehetséges, a fertőzés állandóan recidiválnak van kitéve. A kezelés eredményeinél a klinikai kép megváltozása nem mindig felelt meg a bakteriologiai lelet megváltozásának, ami a kórfolyamatoknál szereplő anatómiai elváltozásokkal magyarázható. Az alsó húgyúti akadályok okozta fertőzések mindkét csoportjánál: a húgy-csőszkületeknél és prostat hypertrophiánál, a bakterioterápia, amennyiben az akadály, mint a fertőzés végső oka, ki nem küszöbölhető, a folyamat további sorsát hatékonyan befolyásolni nem képes, legfeljebb muló javulást vagy subjectiv könnyebbedést okozhat az infectio időleges gyengítésével. A magasabb húgyutak gonorrhoeás fertőzéseinél, ahol a kórokozó kimutatható, jó eredményeket értek el. Heveny és nyílt esetekben a hólyagfolyamat és pyelitis gyógyul és a kórokozó feltétlenül elpusztul. A gyógyulás tartós csak úgy lehet, ha localis okokból recidiva nem lép fel, amit az alabjára irányuló erőlyes kezeléssel akadályozhatunk meg. Chronikus esetekben is eltűnik a gonococcus, de az előrehaladott roncólások miatt gyógyulás nem várható. A postgonorrhoeás fertőzéseknél, ahol a folyamat gonorrhoeás eredetű, de a kórokozót már nem sikerül kimutatni, a pozitív esetekhez hasonló a gyógyeredmény; a klinikai kép megváltozása itt is a befejezett szöveti elváltozások súlyosságától függ. Az idült pyelitis kezelésénél a folyamatok bakteriologiai vizsgálata okvetlen szükséges. A bakteriumok és velük együtt a klinikai kép is, friss esetekben jól befolyásolható és a kezelés mielőbbi lefolytatása elejét veszi az olyfokú elváltozások kifejlődésének, melyek már irreparabilis roncólásokat okoztak.

2. Went István: *A húgyutak fertőzésének bakteriologiájáról és specifikus terapiájáról.* Eseteit három csoportba osztja: A tisztán bélbakteriumok által okozott fertőzések (endogen infectiók), a bélből és a külvilágból behatolt bakteriumok által okozott fertőzések endogen+exogen-infectiók) és a külvilágból behatolt bakteriumok által okozott fertőzések (exogen-infectiók) csoportjába. A tisztán bélbakteriumok által okozott fertőzéseknek a betegek vizeletéből bakterium coli, bakterium lactis aerogenes, bakterium faecalis alkaligenes enterococcus és bakterium fluorescens volt kitenyészthető. A coli, fluorescens és faecalis alkaligenes infectiókat az autovaccina-kezelés jól befolyásolta, ellenben a lactis aerogenes bakteriuriáknál ez a kezelési mód semmi eredménnyel nem járt. Az enterococcusnak a húgyúti fertőzéseknél fontosabb szerepe nincs. Az enterococcus bakteriuriával szemben külön beavatkozni felesleges, amint a primaer agenssel szemben sikerrel léptünk fel, az előbbi spontán eltűnik a vizeletből. A bélből és a külvilágból behatolt bakteriumok által okozott fertőzéseknek az említettek kivül a betegek vizeletében proteus bacillust, staphylococust, influenza-bacillust és gonococust talált. A staphylococcus a legtöbb esetben, mint teljesen indifferens társfertőző szerepelt. Az exogen-fertőzéssel szövődött coli- és proteus-infectiót az autovaccina-kezelés jól befolyásolta, a lactis aerogenes bakteriuriák esetében az autovaccina-kezelés itt is felmondta a szolgálatot. A gonococcus-fertőzéssel szövődött endogen-infectióknál a bélbakterium szerepe és

jelentősége változó. A kívülről behatolt bakteriumok által okozott fertőzéseknél minden esetben gonococust talált. Az ilyen folyamatoknál a specifikus therapia jó eredménnyel járt. Az eredményes specifikus terapiának számos feltétele van. A fertőzést okozott bakteriumok milyenségén, a fertőzés folyamán létrejött anatómiai elváltozásokon, a beteg korán, a betegség tartamán stb. kívül még számos szempont van, amelyek a bakterioterápia prognosist befolyásolják. Ezeknek a megállapítására és bizonyos kiforrott elvek lefektetésére a bakteriologus és klinikus sythematikuss, esetleg évtizedekre terjedő együttműködésére van szükség.

Picker Rezső: (Kézirat nem érkezett be.)

Mansfeld Ottó: A női gonorrhoea sok száz eseteinek kezelésénél azt a tapasztalatot szerezte, hogy a nem-specifikus tej-injectiók pontosan ugyanoly eredményeket adnak, mint a vaccinák, miért is mérlegelendőnek tartja, vajjon utóbbiaknak hatása specifikus-e avagy azonos az egyéb „ingertherapiák” hatásával.

Farkas Ignác: A polyvalens vaccinákkal kétségtelen eredmény érhető el ott, hol a szövetek mélyrehatóan vannak bakteriumokkal megtámadva és melyeket több-kevesebb exsudatíós folyamat kísér. De ugyanezeknél az eseteknél a fehérjeidegen anyagok bevitele is eredményt mutat. És mindazonáltal azt kell mondani, hogy a polyvalens vaccináknak is van specifikus hatásuk, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy sok olyan esetben, hol a proteinterápia nem vezet eredményre, a polyvalens vaccinával eredmény érhető el, vagy a kettő együttesen vezet eredményre. Pl. gonorrhoeás izületi lobok. Nem érhető azonban eredmény el ott, hol a bakteriumok szövetfelületen telepednek meg és különösen nem érhető eredmény el a különböző colifertőzéseknek, mert a colibakterium nemesak sokféle fajtában tenyészik a béltractusban, hanem ugyanazon egyénben még hetenként is változik. *Totsuka* vizsgálatai: ezért van, hogy a colibakterium különböző fajtái a felnőtt embernél évek során át bizonyos fajlagos immunitást eredményez és ezért súlyosabb lefolyású gyermekkorban, mint az idősebb korban. Ugyanez mondható körülbelül az előadók által ismerttetett másféle bakteriumokra is, melyek idült hólyag- és vesemedencelobokat idéznek elő. Nagyon fontos tehát, hogy az előadók egy becsületese tisztá képet nyújtottak ezen betegségeknek autovaccinás kezeléséről, melyek ha nem is kecsegtetnek ma még nagy eredményekkel, azonban remélhető, hogy ezen úton haladva, ezen megbetegedéseknek is több eredményt fogunk elérni, annál is inkább, mivel ezen megbetegedéseknek, mint fentebb látszik, sem a polyvalens vaccina, sem a (fehérje-) protheinterápia, sem az osmotherapia eddig nagyobb eredményt felmutatni nem tudott. Az autovaccináknak leegyszerűsített módjai, mint amilyet *Orsós* szegedi orvos ajánlott, a készítmény megbízhatatlansága miatt nem igen ajánlatos. A polyvalens vaccináknál a hatás bizonytalanságát azon körülmény is okozza, hogy a vaccina egy bizonyos idő múlva autolysisen megy keresztül, mint azt *Buschke* és *Langer* kimutatták, amely megismerhető onnan, hogy a folyadék rázás dacára is tiszta marad. Ezen autolysis kikerülése céljából készítette *Bruck* újabb gonococcus-vaccinát, mely 40%-os urotropin-oldattal igyekszik az autolysist kikerülni. Nálunk *Forbáth* és *Szilás* yatenal készített gonococcus-vaccinát hoztak forgalomba a legutóbbi időkben. És úgy látszik, hogy a két utóbbi készítmény megbízhatóbbnak bizonyult az előbbieknél. Természetesen csak a fentemlített esetekben alkalmazható sikerrel. Még a többi esetekben, habár nehezen kivihető is, rá vagyunk utalva az előadók által ajánlott autovaccinakezelésre.

Torday Ferenc: A gyermekkori pyelocystitis kezelésére nehéz és hálátlan feladat, a különböző gyógykezelési módok sokszor eredménytelenek. Az autovaccinás gyógyeljárások közül a *Bókay Zoltán* által ajánlott autovaccinás kezelés sem járt több esetünkben eredménnyel. Ugyanilyen értelmű tapasztalatai voltak *Aronnak* Breslauban. Ő azon feltevéseből kiindulva, hogy minden leukocythuria veseeredetű, a gyógykezelésben a vesegyulladásoknál sikeresen bevált vesekímélési diétát a vese bő átöblítésével tanácsolta. Az alkalmazott diéta 2-3 napig kizárólagos cukordiaeta, amelyet lassankint fokozatosan vesét kímélő táplálékokkal egészít ki, illetve pótol. Ezen diétikus kezelés célszerűsége különösen meggyőzően érvényesült egy esetünkben, egy 5 éves leánygyermeknél, kinél a szegedi egye-

temi gyermekklinika intravenásan argochromot, a budapesti állami gyermekmenhelyben előbb urotropint, azután *Went* előírása szerint készült autovaccina nagy adagjait alkalmaztuk eredménytelenül. Az *Aron* által ajánlott diätetikus therapia révén a láz megszűnt, a geny eltűnt és állandó gyógyulás állott be. Hasonló eredménnyel járt három más esetünk gyógykezelése. Azt tanácsolom, hogy az autovaccinás kezelést megelőzőleg vagy annak sikertelensége esetén a cukordiaetás vesekímélő átöblítő táplálást megkísértsük.

Pfeiffer Ernő: Vaccinatio hatását két szempontból kell vizsgálni, klinikus és theoretikai szempontból. Klinikus szempontból az autovaccinák hatása még gyakran bizonytalan. Itt elősegíti azt még, hogy gyakran az igazi fertőző agens fel nem ismerik, mint az *Hemfemüller* vizsgálataiból is kitűnik. Meg kell próbálni tehát előbb a chemotherapiás eljárást. Az előadók bakteriologiai eredményei igazolják különben a hozzászóló régebben bemutatott adatait.

Kelemen Endre: (Kézirat nem érkezett be.)

Went István: *Picker* elméleti érvelését nem értette meg teljesen. Gyakorlati vonatkozásban a hozzászóló általánosságban kimondja, hogy ő a húgyúti infectióknál autovaccina-kezeléssel nem ért el eredményt. A helyzet az, hogy bizonyos fertőzéseknek a specifikus therapia nem használ, másoknál kitűnő szolgálatot tesz. Az alkalmazandó kezelési mód milyenségének a megállapítása céljából van szükség az ilyen folyamatok pontos bakteriologiai feldolgozására. Hogy *Picker* sohasem látott eredményt, annak az oka nyilvánvalóan az, hogy vaccináját rosszul készítette és hibásan alkalmazta. A hozzászólók közül egyesek azt állították, hogy a heteroproteintherapia legalább is olyan jó, mint az autovaccina-kezelés. Előadó, aki a tapasztalatait sok száz bakteriotherapia levezetése folyamán szerezte, ezzel szemben megállapítja, hogy specifikus hatás van és mint ilyen megközelíthetetlenül megbízhatóbb, intenzívebb és gyökeresebb, mint a heteroprotein-hatás. Hogy a két effectus között elvi vagy csak fokozati különbségek vannak-e, annak az exact megállapítása a mai experimentalis lehetőségeket meghaladja.

Közkórházi Orvostársulat nov. 18-i ülése.

Elnök: Tirser Ernő.

Jegyző: Szeghő Ernő.

1. Jelinek Sándor: *Cholecystitis typhusbacillus-gazdával.* (Kéziratát nem küldötte be.)

Kovács József: A betegnél typhus kiállása után 14 év után lépett fel a cholecystitis; felvétele három héttel volt a roham, mely a kórházba való bejutása után pár nap múlva megismétlődött. Léptumoron és nagyobb epehólyagon kívül más elváltozást nem talált és így a typhust mint heveny megbetegedést ki tudta zárni. A lép a műtét után megkisebbedett, de még mindig a rendesnél nagyobb. A lépduzzanaton kívül szembeötlő volt az agglutinációs titer magas volta typhus után 14 évvel, amely a műtét után még fokozódott (1:2000, majd 1:6000), aminek magyarázatát nem képes adni.

Gerlóczy Zsigmond: A Widal-reactio magas titerre vonatkozóan megemlíti, hogy már *Widal*nak az agglutinatio tünetnyére vonatkozó első közleménye után 1896-ban mindenütt megindultak a vizsgálatok arra vonatkozóan, hogy régebben typhust kiállottak vérének meddig és milyen mértékben van agglutinativ tulajdonsága. Francia szerzők közöltek eseteket, amelyekben a reactio typhus után évek múlva is megmaradt. *Weinberg* 16–18 év után is talált typhusból gyógyultaknál reactiót. Akkoriban ő is részben a kórházban régen ápolta, részben magángyakorlatában észlelt betegeitől vizsgált vért s több typhusból régebben gyógyult vérének évek múlva is elég erős titerben megállapíthatta az agglutinativ tulajdonságát. Egy nőbetege typhus után nyolc év múlva 1:3000 hígításban pozitív agglutinációt adott.

2. Hornyák Géza: *Vándorvese inficiált hydronephrosissal.* 23 éves férfibeteg jobb oldalán három év óta terimenagyobbodást és fájdalmat észlelt, különösen, ha alkoholt fogyasztott. Vándorveséje és uretermegtörése miatt betegsége kezdetén nephropexiát ajánlottak, amibe nem ment bele. Ez év októberében alkohol fogyasztása után hidegrázások között magas láz után jobboldali terimenagyobbodás, mely a köldök alá ér. Ureterkatheter a jobb vese inficiált retentióját, a Rönt-

gen-felvétel annak ektasiáját állapította meg. Retentio-lebocsátás után az állapot lényegesen nem javult, ezért *Rihmer* feltárást után nephrektomiát végzett, melyet csak subcapsularisan tudott elvégezni és így a Röntgen által mutatott tárgult kelyheket csak a vese eltávolítása után tudta kihámozni.

Az eset kapcsán felhívja a figyelmet a vándorvesék idejében végzendő nephropexiájára, mert ezzel a nephrektomiát el lehet kerülni.

3. Koleszár György: *Stomatitis ulcerosát utánzó primaer sklerosis a gingiván.* 19 éves nőbeteg, kávéházi vidéki felírónő november 6-án jelentkezik a Kun-utcai bő- és nemibeteg ambulancián azzal, hogy szájában sebeket érez és megdagadt a nyaka. A jobb felső szemfognál és a bal szájjugnál levő elváltozások gyanúsak luesre, azonnal spirochaeta-vizsgálatot végeznek és a szájspirochaeták között 2–4 tipikus hajlatú és mozgású pallida-alakot találnak. Ugyanekkor W. ++. A beteg elutazott és csak egy hét múlva tért vissza, amikor is physiologiai konyhasóoldattal való öblögetés és gondos letisztítás után tisztán tipikus alakokat találtak. W. ++++, Sachs G. +. Az elváltozások a mult vizsgálat óta nem változtak. A jobboldali felső szemfognak megfelelőleg a gingiva duzzadt, babnyi kékes-vörös beszűrődés látható és tapintható, mely lefelé éles vonallal végződik. A szemfog és a felső jobb mellől fog között a foghús alatt ékalakú bevágás, amelyből nyomásra kevés savós-genyes váladék távozott. A baloldali szájjug belső felszínén infiltrált alapú papula. Jobboldali állalatti mirigyek diónyira megnagyobbodtak, a baloldaliak babnyiak; nyomásra fájdalmasak. November 13-tól 17-ig két bismoluolt és egy neosalvarsant kapott; utóbbira kezdődő roseolákat (*Herxheimer-tünet*) láttak. Diagnózis: lues, és pedig a felső szemfog nyálkahártyáján történt a fertőzés és ott fejlődött ki a primaer sklerosis. A primaer sklerosis kb. 4 hét múlva fejlődött ki; a roseola pedig a fertőzéstől számított 8–12 hét múlva. Az extragenitalis lues az ajkakon és nyelven eléggé ismert, főleg a száj- és fogspecialisták előtt. A gingiván is elég gyakran mutatkozhatik, ami főleg nem eléggé gondosan fertőtlenített fogakkal történt foghúzás után fordul elő, azonban minden beavatkozás nélküli primaer sklerosis a ritkaságok közé tartozik. Irodalomban 3–4 eset van közölve. Itt a fertőzés módja pontosan ki nem deríthető. Evőeszközökkel okozott sérülésre nem emlékszik; azonban gyakran tartogatott fogvájót a szájában s ezzel sérthette fel; s talán azután per osculum történt a fertőzés.

4. Kern Tibor: *A gyomorbagok belgyógyászati gyógyításának újabb irányairól.* Előadó a gyomor- és bélbántalmak modern diätés, physikalis és gyógyszeres terapiájának rövid ismertetése után az egyes gyomorbagalmak mai gyógy módjait tárgyalja. Foglalkozik a gyomor- és nyombélfelekélyek diätikájával és különösen a *Sippy-kúrával*; az ulcusos protein- és Röntgen-kezelésével és sebészeti kezelésük indicatióival. Az ektasia és atonia ventriculi, továbbá a gyomornedv-elválasztási zavarok mai kezelésének ismertetése után a psychogen gyomor-neurosisok psychotherapiáját vázolja.

A Charité Poliklinika november 19-én tartott orvosi szakülésének jegyzőkönyve.

Elnök: Körmöczy Emil, később Gál Hugó.

Jegyző: Antal Pál.

Bemutatók:

1. Gál Hugó: *Portio-tuberculosis.* 30 éves nőnél a portion levő ezüstforint nagyságú, főleg a hátsó ajakra terjedő erosiót vizsgál, mely makroszkopice az endometritis catarrhalisnál szokásos képtől eltér, nem bársonyos, sima, nem finoman granulált, hanem hepehupás, göbös, a peripheria felé élesen elhatárolt. Excisiót végez s a kimetszett szövetet az egyetemi kórbontani intézetben megvizsgálattja, mikor bizonyosságot nyer, hogy az erosiós fekély tuberculositikus eredetű. A kórszövettani lelet a következő: a babnyi szövetdarabka hengerhámval van borítva, a hám sok szemölcsösödést mutat és mirigyeket bélel. A hám alatt sarjszövet található, amelyben néhány helyen igen típusos epitheloid és óriássejtekből álló gümöket lehet felismerni. A gümők központja kezdődő elsaftosodást mu-

tat. A hengerhám szabályos, a sarjszövet gümös eredetűnek felel meg.

A genitális tuberculososok secundaer folyamatok, a fertőző bacillusok haematogen úton jutnak a genitáliákra. E beteg is régebben szenvedtűdötuberculosisban és a köpetben a Koch-féle bacillusok kimutathatók voltak. Az eset ritkasága, hogy solitaer módon a genitáliákon csak a portio betegedett meg; egyéb genitális szervekben elváltozás vizsgálattal nem volt kimutatható. Gyógyításul a Röntgent választotta a carcinomás portio-fekélyek behamosításánál nyert jó eredmények alapján, később quarsfény-kezelést és tejsavas füröztést alkalmaz a portióra.

Meisels: Említi egy régebbi hasonló esetét, melyből tuberculosos miliaris fejlődött.

2. Pogány Miklós: „Necaron“, egy új anti-gonorrhoeicum. A „Necaron“ az ezüst-cyan-natriumnak chlorsavas natriummal való vegyülete s így egyesíti magában az ezüstcomponens gonococcusölő s az epesavcomponens lob- és növekedésgátló hatását. Amíg ugyanis az eddigi ezüstkészítmények — bár ugyancsak ezüstionjuk révén hatnak — nem rendelkeznek a kívánatos mélyhatással, addig a molekulárisan dispersiós és igen finom eloszlású Necaron ionjai, mint elektrolytok megfelelően diffundálnak a mélybe, az epesav pedig a szer felületi feszültségének csökkentése révén azonnal biztosítja a behatolást a genybe, nyákba, redőkbe, tasakokba stb. Ami saját tapasztalatait illeti, mintegy 50 esetben próbálták befejezők, Janet-féle öblítések és instillációk alakjában. A szernek hátrányát az eddigiekkel szemben nem tapasztalta, bár a kezelés tartama, módja sem szenvedett lényeges változást. Egy nagy előnye mindenestre, hogy a fehérműt nem piszkítja. Egyéni impressiója mégis az, hogy az esetek kissé enyhébb lefolyásúak, a szövdmények ritkábbak voltak. Mint a többi szerrel legalább is egyenrangút, nyugodtan ajánlhatja.

3. Fried Dezső: Actoprotin hatása epididymitis gonorrhoeicánál. Az előadó több esetet említ, melyeknek kórtörténeteit közli. Ezek alapján ajánlja az actoprotint, mert vegytiszta, steril és állandó (4% caseint tartalmazó) az összetétele.

Meisels: Több eset kapcsán a szer gazdasági jelentőségét hangsúlyozza; a betegek 2–5 napi kezelés után munkaképesek lesznek.

Imhof: Ajánlja alkalmazását adnextumorok esetén.

4. Balassa László: Epilepsias tünetcsoport lues cerebri alapján. Congenitalis lues alapján 12 éves fiú, betegnél Wassermann-reactio +++; Status post papilloretinitidem. Koponya Röntgen-felvétele: a sinus sphenoidalis kitöltöttsége látható. A klinikai tünetek: Jackson-típusú jobboldali rohamok és rohamszerű psychés zavarok.

Körmöczy Emil: Több ilyen esetet látott acquirált luesnél. Ezek oka csontgumma volt.

5. G. hajdu Lili: Enkephalitis lethargica gyermeknél. Enkephalitis után 3 év múlva fellépő amyostatikus tünetcsoportról számol be, mellyel egyidejűleg teljes féoldali anaesthesia és analgesia lépett fel. Az egész tünetcsoport gyógyult, még pedig oly gyorsan és váratlanul, hogy mind az amyostatikus tünetcsoportot, mind az érzésvárat functionalisnak kellett tartani, mely tünetek az organikus, kevés számú tünetekhez esatlakoztak.

6. Lengyel Árpád: Polyposis antri Highmori operált esete. 28 éves nőbeteget mutat be, akinél 4 hó előtti influenza következtében Highmor-genyedése támadt baloldalt. Arc- és fejfájásai miatt kereste fel a Charité poliklinikát, ahol a negatív Röntgen-lelet dacára széles troikarral megnyitotta a Highmor-üreget, melyből geny és szövetszerű detritus ürült. Utóbb a Röntgen-felvétel pozitív lett. Öblítésekre a fájdalmak nem szűnnek és ezért radicalis műtétet végzett Denker szerint. A műtétnél kiderült, hogy az üregben csak igen kevés geny van, ellenben az tele van polypusokkal és az üreg nyílásán át még egy nagy choanalis polypus is lógott be az orrgaratüregbe, amit bemutat.

Két hét alatt teljes gyógyulás (genyedés és fájdalmak tökéletesen megszűntek).

Előadás:

1. Szántó József: Hypophysis-tumороkat kísérő pluriglandularis elváltozások. Két hypophysis-tumor-etről referál. A betegeknél differentialdiagnostikailag szóba jöhet a multiplex vérmirigysklerosis és a

késői eunuchoidismus. Az objectiv lelet és a klinikai tünetek jellemző viselkedése alapján bizonyítja, hogy a meglévő pluriglandularis elváltozások hypophysaer eredetűek.

A két eset kapcsán, az irodalomból vett példákra támaszkodva, rámutat arra, hogy a lassan növvő tumороk mellett idők folyamán a klinikai kép is változik és ezen változás alatt, valószínűleg a tumor növekedési tendenciája szerint, különböző, más aetiologiájú endokrin megbetegedéshez hasonló állapot jöhet létre. Ugyancsak rámutat arra, hogy látszólag tökéletes ivarmirigyműködés mellett is hiányos lehet a secundaer nemi jelek kifejlődése, továbbá, hogy a szemetetek aránylag gyakran hiányzanak. Fontosnak tartja, hogy a hypophysis-tumороk bizonytalan diagnostikája, melletti figyelemmel legyünk arra, hogy a jóindulatú, lassan növvő daganatok mellett az egyes újabb tünetek fellépése között nagy időközöket találunk.

Honvédorvosok Tudományos Egyesülete november 17-i ülése.

Elnök: Urbányi István.

Jegyző: Franz Géza.

Bemutatók:

Barna János: Herpes zoster ophthalmicus esetét mutatja be.

Turnai Lajos: Acutan fellépő, súlyos Basedow esetét mutatja be, amely betegségnek ilyen alakban való fellépénél az idegrendszer dispositiójának tulajdonít fontosságot.

Simonyi Árpád szerint újabb vizsgálatok alapján itt inkább a belsősecretio játssza a főszerepet.

Előadás:

Hanasziewicz Oszkár: A gázüszkös sebfertőzések-ről a világháborúban szerzett tapasztalatok nyomán. (Terjedelme miatt közlésre nem alkalmas. A jelen ülés-szakban tartandó többi hadisebészeti előadással együtt könyvalakban meg fog jelenni.)

Hozzászól **Pfann József** s utal az Orvosi Hetilapban 1918-ban megjelent dolgozatára, amely e kérdéssel kimerítően foglalkozik, s nagyjában egyezik az előadó tapasztalataival.

A Magyar Röntgen Társaság október 16-i ülése.

Elnök: Holitsch.

Jegyző: Révész V.

Huszár László Röntgen-mérnök beszámol az ezévi Londonban tartott nemzetközi Röntgen-kongresszus orvostechnikai előadásairól, referatúmiról és vitáiról.

Bemutatók:

Leopold Margit: Myelographiás tapasztalatok. Vázolja a lipiodolos myelographia kialakulását, Sicard, Forestier, Klose, Peiper, Laplane kísérleteit, methodusát és eseteit. Bemutatja az izraelita hitközség kórháza központi Röntgen-laboratóriumában készült myelogramokat és beszámol tapasztalataikról. A pozitív eset műtetre került s pontosan azon a helyen találták a tumort, ahol myelographiával sikerült lokalizálni. A contrastanyag képének alakjából és contourjából lehet bizonyos mértékben differentialdiagnostikailag következtetést vonni a térszűkítő folyamat természetére. A myelographia igen értékes methodus, mert sokszor lehetővé teszi a korai s a pontos segmentdiagnosztikát és evvel a korai és megfelelő helyen való műtét beavatkozást.

Előadás:

Schuster Gyula: Enkephalographiás tapasztalatok. Előadó ismerteti a koponyaiüreg levegőtöltéssel való vizsgálatának technikáját, kiemeli, hogy a neurologusnak és sebésznek igen sok esetben szüksége van eme Röntgen-vizsgálatra. Egész kis daganatok felderítésére alkalmas főleg akkor, mikor lokalizálni egyéb eljárásokkal nem lehet. Epilepsiánál a göresokozó centrumok felderítésére is alkalmas, így ki lehet mutatni arachnoidealis cystákat, hegeket, gyrusatrophia, hypertrophiát. Az oldalkamrák eltörlődését, hydrocephalust, meningitis serosát, meningitis atrophicat, de nemesak

diagnostikailag, mint Röntgen-eljárás fontos, hanem a vizsgálat közben a liquor-keringésre vonatkozólag is értékes élettani adatgyűjtéshez jutottunk. *Holitsch*-sal együtt dolgozva, a világon egyedül álló Röntgen-lemesritkaságokból álló gyűjteményt sikerült összegyűjteni fontos kóresetekből. Utal azokra a körülményekre, melyekben az enkephalographia területén új megállapításokat sikerült kiderítenie.

Hozzászól: **Weisz**, ki bemutatja egy eset fölvételeit, hol enkephalographia segítségével sikerült pontosan meglokálizálnia egy agytályogot, mit aztán a műtét is beigazolt. *Holitsch* a fölvételi technikára vonatkozólag tesz megjegyzéseket.

Az Erzsébet Egyetemi Tudományos Szövetség orvosi szakosztályának nov. 7-i ülése.

Elnök: **Scipiades Elemér**.

Jegyző: **Elek Pál**.

Bemutatás:

Szántó László: a) *Anaphylaxia érdekes esete*. Jól fejlett egészséges gyermek 10 hónapos korában súlyos lázzal, stidorosus légzéssel megbetegedett. Biztonság okából, hogy időt ne veszítsünk, 6000 I. E. diphtheria-serumot kapott. A pseudoeroup gyorsan gyógyult, de erősebb serumbetegség követte. Öt héttel később bakteriologice kimutatott torokdiphtheriát kapott. *Beszédka* nyomán anaphylaxiás reactio elkerülése céljából először 0-10 cm³ serumot adtam. Egy óra múlva profus izzadás után a láz 37 C° alá szállt. Négy óra múlva a lepedék levált, a gyermek meggyógyult. Úgy látszik a kötött formában jelenlévő diphtheria-antitoxinok már védelmet nem nyújtottak, de a minimális, frissen beadott antitoxin a kötött antitoxint reaktiválta, felszabadította és „in statu nascendi” gyorsabban hatott, mintha akár intravenásan adtunk volna serumot.

b) *Szülés utáni nekrosisok csecsemőfejen*. Hat élő, egészséges gyermek, ép genitáliák. Folyó évi július 28-án, esütörtökön pár jósló fájása volt az anyának, július 25-én, pénteken elfolyt a magzatvíz. Keddig, augusztus 2-ig, semmi sem történt, orvost nem hívtak. Délelőtt pár gyenge fájás, délután 4 órakor jó fájások és fájás után 4 óra 45 percek megszületett a gyermek. A gyermek másnap került elém. A fejtetőn 7½ cm átmérőjű, szabályos kör alakú területen teljesen elhalt a bőr. A kör középpontja a kis kutaes előtt volt valamivel. Hat nap múlva a nekrotizált bőr leléködött, a gyermek magas lázai esőkkentek és a jobb parietalis regio felől 10 hét alatt behámosodott. A haj e területen is nőni kezdett. A gyermek most szépen fejlődik.

Scipiades Elemér: Bemutató második esete élénk bizonyosságát szolgáltatja a publicumnak a szülészeti hygienában való iskolázatlanságának. Azok a nekrosisok ugyanis, melyek a magzat fején létrejöttek, annak voltak a következményei, hogy a méh alsó szakaszának érintkezési gyűrűje a korai burokrepedés után túl soká szorította a fejet, mert a szülés nem fejeztetett be idejében. S valóban különös szerencséről kell beszélni, hogy úgy az anya, mint a magzat nagyobb baj nélkül eset át a szülés következményein.

Lang Mihály: *Adenoma sebaceum Pringle*: 49 éves, alacsony intelligenciájú nőbeteg. Egy gyermeke 12 éves korában epilepsiában pusztult el. Az elváltozás, mely gyermekkorra óta fennáll, az orrot, az arc szomszédos részeit és az állat foglalja el, gombostűfejnyi-kisborsónyi göbcsékből áll; a nagyobbak kocsányosak és emlékeztetnek a mollusum pendulumra. Ezenkívül nagy számban láthatók capillaris teleangiectasiák, úgyhogy az elváltozás területén a bőr élénk barnás-vörös színű. Homlokos, nyakon, vállakon fibromák, törzsön naevi pigmentosi et haemangiomasosi. Kéz- és lábujjak körmei hosszanti barázdáltságot tüntetnek fel, a körömágy szélén pedig borsónyi fibromák ülnek.

Histologiailag az are laesiói hyperplasiás kötőszövetből állanak, melyben perivascularis sejtesoportok ismerhetők fel, utóbbiak lymphocitákból, plasmasejtekből, fiatal kötőszöveti sejtekből és kisebb számban hízósejtekből állanak. Rugalmas rostok kisebb-nagyobb csomókba, verődve, főleg a cutis alsó harmadában talál-

hatók, egyebütt legfeljebb csak töredékek konstatahatók. Verejtékmirigyek hiányoznak.

Az elváltozás mint a tuberosus agyi sklerosis egyik gyakori bőrjelensége fogandó fel.

Eddig elektrocoagulatióval lett kezelve, az eredmény kielégítő.

Előadás:

Bakay Lajos: *A duodenum passage zavarairól*. Egész terjedelmében az Orvosképzésben jelenik meg.

A Debreceni Orvosegyesület november 19-i ülése.

Elnök: **Tüdös Kálmán**.

Jegyző: **Siegmund Ervin**.

Bemutatások:

Juretzky László: *Fibromyxoma nasopharyngeale*. 10 éve kezdődő orrgarat-tumor, mely a középső kagyló hátsó végéből indult ki, betért a középső orrüregbe — a Hyghmor-üregbe —, hátrafelé pedig kitöltötte az egész epipharynx területét s lefelé elérte a nyelvgyököt, miközben a lágyszájpadot erősen lenyomta. Histologiai diagnózis: myxofibroma. Műtét local anaesthesiában *Moure* szerint. Utóvérzés nem volt. Sebgyógyulás per primam. Utólagosan septum resectio, mint correctio mütét.

Horváth Béla: *Szőlő okozta ileus*. 51 éves beteget mutat be, aki 5 napon keresztül csupán szőlővel táplálkozott, becslése szerint 50 kiló szőlőt evett meg. Ötödik napon ileusos tünetek között betegedett meg. Vizsgálataánál kitért, hogy a *Brosch* által is leírt szőlőmagokkal kevert két férfikölnyi bélsártumor zárta el az ampulla rectit és csinált oclusiós ileust. Manualisan nagy nehezen sikerült eltávolítani a bélsártumort. A tumor keletkezése ampullaris obipatióval magyarázható.

Jánosy Gyula: *Pneumocysta a homloklebenyben*. A homlokra mért ütés a homlokcsont csillagos törését okozta, majd a homloklebenyben levegőt tartalmazó cysta fejlődött. A cysta időszakosan kb. 10 pereig tartó mély eszméletlenséggel járó rohamokat okozott psychés körben lejátszódó izgalmi tünetekkel. (Psychés Jackson.) Demonstrálja a koponyáról készült Röntgen-felvételeket.

Hüttl Tivadar: A pneumocysta cerebri kórképét a háborús sérülések vetették napvilágra. A homlokcsont olyan töréseinél fordul elő szövődményképen, amelyeknél a sérülés a homloköblöt, vagy a rostasejteket a koponya ürege felé megnyitja. A levegő vagy a keményburkon kívül helyeződik el, vagy durasérülés esetén az agyállományban. Hogy miképpen jut bele a levegő az agyállományba, arra nézve nem fogadja el azt a felfogást, hogy ilyenkor egy agytályog kiürülése után foglalja el utólagosan a levegő a tályog helyét, hanem felveszi azt, hogy a levegőt a sérülés után az orrgaratürben időnkint fokozódó levegőnyomás (pl. orrfúvásnál, köhögéskor) préseli be az agyba. Erre következtet a bemutatott esetből is, amelynél a betegség tartama alatt az orrból genyedet nem látott — abból néhány napig tiszta liquor ürült — és amelynél a műtét alkalmával sem talált semmiféle genyedésre utaló tünetet. A tyúktójasnyi üreget mindenütt ép agyállomány határolta. A betegen 5 nap előtt műtétet végeztek. Az üreget a combból vett zsírlebennnyel töltötték ki.

Geszti József: *A tuberculosis elterjedése Debrecenben*. Rövid referaturnak nem alkalmas.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának nov. 14-i ülése.

Elnök: **Mesko Zoltán**.

Jegyző: **Heiner Lajos**.

Bemutatás:

Troján Emil: *Ductus omphalo-entericus apertus* miatt operált négy hónapos csecsemőt mutat be. Műtét előtt a köldök helyén két, mogorónyi terimenagyobodás volt, melyek közül az alsó bőrrel fedett, a felső nyálkahártyával borított, s közepén nyílással, melyen keresztül időnként bélsár ürült. A műtétnél, mely a köldök felett középvonali hasmetszésből állott, a ceruzavastagságú, saját mesenteriummal bíró szik-

hólyagvezetékét eltávolították. Az alapját bekötve, két rétegben elzárták. Per primam gyógyulás. A gyermek azóta jól fejlődik.

Előadás:

1. Ifj. Jancsó Miklós: *Két új módszer a sejtek Golgi-féle készülékének (apparato reticulare interno, Bin-nemmetz) feltüntetésére.* (Készítmények és mikrophotographiák bemutatásával.) Egyik módszerével *Kopsch* osmiumos impraegnáló eljárását tökéletesítette azáltal, hogy bizonyos chemiai nehézségek leküzdésével az osmiumtetraoxyd hatását a kitűnően, de ellentétes módon rögzítő sublimátával egyesítette. Módszerének előnyei: 1. A Golgi-féle készüléket a használatos módszerekénél (*Ramon* u. *Cayal*-féle urannitratezust, *Kopsch*-féle, *Sjövall*-féle osmiummódszer) élethűbben konzerválja, morphologiai bonyolultságát feltárja. 2. Zsugorító hatástól gyakorlati értelemben mentesnek mondható. 3. Lehetséges teszi, hogy a Golgi-féle készüléket a plastosomákkal, a tigroid szerkezettel, a *Holmgren*-féle résekkel, a dűcsejtekbe benyomuló exogen nyúlványokkal (gerinetelenek) ugyanazon rögzítő szer hatása után, kitűnő és egymással teljesen aequivalens képekben, természetes topikai viszonyaikban hasonlíthassuk össze. 4. Miután chemismusa sajátos, oly esetekben is beválik, ahol más módszerek esődöt mondanak. E módszer gerincesek idegsejtjeiben a Golgi-készüléket nem praecipitálta szemesesen, mint a *Kopsch*-féle osmiumozás, amivel *v. Bergen* és *Holmgren*-e tüneményre alapított teoriái megdöntöttek tekinthetők. A gerinetelenek közül a *Helix pom. L.* pedalis és cerebriális dűcsejtjeinél próbálta ki eddigelő módszerét. Sikerült felderítenie a Golgi-készüléknek oly morphologiai bonyolultságát, aminőt idegsejtjeinél még nem mutattak ki és a Golgi-készülék elemeinek a plastosomákkal és a tigroiddal való sajátos és eddig nem észlelt összefüggését. Bizonyos működési állapotban a készülék elemei korongalakúak, s e korongok belső része tigroidból és plastosomákból, kerete pedig a készülék jellemző osmiophyl anyagából áll. Továbbá sikerült kimutatnia a Golgi-készülék elemeinek physiologiai elváltozásait és zsírnemű, 24 óra alatt OsO_4 -el megfeketedő szemesékké alakulását. E szemesék zsír-reactiója a Golgi-készülékből vezető le, ami az előadó szerint a Golgi-készülék fekete reactiót adó anyagának lipid természetét a legnagyobb mértékben valószínűvé teszi. Ezt ugyan *v. Bergen*, *Sjövall*, *Weigl* és *Pobuscynsky* is felvették, de ők csak annyit értenek tudtak felhozni, hogy a Golgi-készülék OsO_4 -oldatban lassanként megfeketedik. Előadó régebb kialakult meggyőződése, hogy a Golgi-készülék a sejtek lipidanyagcseréjének központja.

Mástk. trichloroethylen-thionin-eljárásával idegsejtekben a Golgi-készülék *negativumát* teszi láthatóvá. E módszer tanulságai alapján az idegsejtek tigroid-structurájának új teoriáját állítja fel. A tigroid különböző, jellemző eloszlástypusait mindenütt a Golgi-készülék alakja és elhelyezkedése határozza meg. A tigroid mindig a készülék fonalainak közelében foglal helyet. Idegek átmetszése után is azt észlelte, hogy a tigroid-szerkezet megváltozása a megfelelő dűcsejtben a Golgi-apparatus viselkedéséből érthető meg. *Bethenek* a tigroid- és a neurofibrilla-kötegek topikai viszonyára vonatkozó feltevését nem fogadja el.

2. Lukács József: *Újabb adat a csecsemő pancreasának élettanához.* A csecsemőpankreas sejtmag-oldóképessége hiányzik. Ezt a képességet a pankreas a 2. életév folyamán veszti fel. Kifejlődése valószínűleg a physiologiai fejlődésnek egy részjelensége és csak kisebb fokban függ a hústáplálkozás megindulásától. *Schmidt* magorobájára a csecsemőkorban physiologiai pozitív. Eppen ezért ez a próba a csecsemőpankreas működés vizsgálatára nem is használható fel.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

1. Kérdés: Orvosi diplomával rendelkező nő betölthet-e körorvosi állást. Nem képez-e akadályt, hogy a községi törvény értelmében nő nem lehet a községi képviselőtestület tagja. Van-e precedens arra, hogy körorvosi állást nő tölt be; a közigazgatási bíróság vagy a belügyministerium nem-e semmisítette meg a választást és van-e erre vonatkozólag döntvény, vagy közigazgatási bírósági rendelet. Ha igen, melyik az?

Esetemben ugyanis a főbíró meg akarja tagadni a jelölésemet azon indoklással, hogy körorvos hivatalból tagja a képviselőtestületnek, és az pedig a fennálló községi törvény szerint nem lehet nő.

Jogos-e ez, s ha nem, hova fordulhatnék jogorvoslásért. Tisztelettel N. N.

Felelet (népjóléti és munkaügyi ministerium információi alapján): Nő-körorvos már volt, Csoór Andrea személyében Vaskúton (Bács-Bodrog vármegye). Jelenleg is Baja törvényhatósági város tisztiorvosa.

Legális akadálya nők körorvossáváválasztásának — nézetem szerint — nincs; a községi törvény szerint tagja ugyan az előjárásnak és a képviselőtestületnek, azonban az 1886: XXII. t.-c. az előjárásra vonatkozólag semmiféle tilalmi rendelkezést sem tartalmaz, a képviselőtestületre vonatkozólag pedig közvetlen tilalmat nem, csupán — közvetve — megállapítván azt, hogy a virilis jogon tagok közül a nők hogyan gyakorolhatják jogukat, a választottakra vonatkozólag pedig akként, hogy a választathatóság feltételeit körülírja (36., 37. és 40. §-ok). Azokra vonatkozóan, akik a képviselőtestületnek hivatalból tagjai, semmiféle külön korlátozó rendelkezés nincs.

Említést érdemel, hogy még ezek a szakaszok sem zárják ki kifejezetten a nőket, amennyiben mindenütt községi lakosokról beszélnek. A nők activ választójoga egyébként el van ismerve.

Jóllehet, nő ezek szerint körorvos lehet, a kijelölésben a járási főszolgabíró az 1908: XXXVIII. t.-c. 6. §-a szerint teljesen szabadon jár el. Sz.

2. Kérdés: *Mi az ejaculatio praecox oka?* Igaz az, hogy a vagotonia részjelensége, vagy pedig bizonyos elnyomott kényszerképzetek okozzák (*Freud*-iskola)? *Mi a therapiája* (atropinkészítmények?) és a prognosisa?

Hozzáfűzöm, hogy ejaculatio praecox alatt nemcsak az úgynevezett „ante portas“-nak nevezett ejaculatiót értem, hanem azt az állapotot is, amikor az orgasmus igen rövid ideig (néhány másodperc, legjobban esetben $\frac{1}{2}$ perc) tart.

Az ezért felkeresett beteg (aki szervileg egészséges és nem is nemopathiás): férj, szereti feleségét, vele rendszeresen érintkezik és anomáliája miatt házasságát tökéletlennek érzi magát s kétségbe van esve.

Felelet: Az ejaculatio praecox a sexualis neurasthenia név alatt ismeretes tünetcsoportba tartozik. Ezzel az oka is megvan adva, amennyiben a neurastheniát ma psychés megbetegedésnek tekintjük s így az ejaculatio praecox oka is csak psychés eredetből magyarázható. Nagyon helyesen jegyzi meg kérdező collega, hogy esetében teljesen egészséges, nem is neuropathiás egyénről van szó, mert ez elég gyakran előfordul és ismeretes.

Az erectio viselkedése szerint az ejaculatio praecoxnak két formáját különböztetjük meg, olyant, ahol az erectio megtartott és kifogástalan, és olyant, ahol immisio előtt a penis ellankad és az ejaculatio ante portas következik be. Collega úr esetében az elsőről van szó, mert az immisio és pár frictio megtörténte után következik be már az ejaculatio, tehát az orgasmus gyors bekövetkezése és rövid tartama képezi tulajdonképpen a beteg panaszát. Ezért azután a beteg házasságát tökéletlennek érzi magát s kétségbe van esve, mint collega úr írja. Ehhez járul még a nő kielégíthetlensége is, mert tudjuk, hogy nőknél az orgasmus rendszerint későbbben szokott bekövetkezni, tehát hosszabb ideig tartó frictióra van szükség. Igen gyakran bizonyos sexualis-psychés hyperaesthesia van jelen, mely a coitust megelőző gerjedelemnek erős fokozódásában nyilvánul, úgyhogy már ekkor közel kerül az egyén az orgasmushoz s csak csekély ingerbehátas szükséges a teljes orgasmushoz, illetve ejaculatiohoz. Ez függ az illető egyén psychés beállításától az ellenkező nembeli egyén iránt, tehát — hogy úgy mondjam — a sexualis sympathia fokától függő. Ez a természet rendje szerint hosszabb együttlés alatt a normalisra szokott visszatérni s így mintegy spontán kiegyenlítődik. Így tehát különös therapiái beavatkozásra nem szorul, prognosisa jó. Különösen óvakodni kell a helyi beavatkozástól colliculo-hyperaemia, vagy hasonló teoriák alapján, ami által a beteg figyelmét még inkább odatereljük, holott itt a figyelem elterelése a logikusabb eljárás.

Collega úrnak ama kérdésére, hogy az ejacula-

tio praecox nem-e a vagotonia részletjelensége, azt válaszolhatjuk, hogy nem. Hiszen a vagotonia fogalma még nem tisztázott, sok víz fog még elfolyni a Dunán, míg itt tisztán látunk. Eppinger és Hess óta sok minden megváltozott itt. Ezért az atropinkezelés sincs helyén, annál is inkább, miután kísérletekből kiderült, hogy az atropin az autonóm-rendszer sacralis részére nem is hat.

Azt kérdezi még collega úr, hogy Freud elmélete alapján nem szerepelnek-e itt elnyomott kényszerképzetek az ejaculatio praecox létrejöttében. Erre is az a válaszuk, hogy nem. Mert hiszen kényszerképzeteket nem lehet elnyomni, hisz azért „kényszer“-képzet. Ha pedig el lehet nyomni, már nem kényszerképzet. Freud elméletének egyet-mást tagadhatatlanul köszönhetünk, de mindenre ráhúzni, ahogy kritikátlansággal szokták, mégsem lehet. Therapiái értéke pedig semmi.

Reuter.

HETI KRÓNKA.

A nagy iparral bíró országokban állandó fejlődést mutat az ipari egészségügy. A közegészségügynek ez az aránylag friss ága jelentőségében ma már elsőrangú fontosságú lett.

Az *Aberdeen Medico-Chirurgical Society*nek legutóbbi ülésén Dr. P. Howie; a *Brighton and Sussex Medico-Chirurgical Society*ben H. J. Walker elnöki beszédükben az orvostudománynak az ipar terén való jelentőségéről beszéltek. Az *amsterdami* ipar-egészségügyi kongresszus szeptemberi plenáris ülésén pedig Sir Thomas Oliver, az angol bizottság elnöke, az egészségügy és törvényhozás terén elért néhány újabb, ipari vonatkozású eredményről számolt be.

Az iparnak és kereskedelemnek az egészségre való káros hatása ősrégi idők óta ismeretes. Már Hippokrates és Galenus felhívta a figyelmet oly foglalkozások veszélyeire, mint a bányászat, a fazekas-mesterség, az ólom- és textilipar; Plinius pedig tudott a fényszövőknél amaz óvintézkedéséről, mellyel ezek kikerülni iparkodtak az ólompor belélegzését. 1557-ben Georgius Agricola arról írt, hogy a bányászoknál a por, többek között, asztmát képes előidézni. De az első összefoglaló mű ipari betegségekről a páduai Ramazzinótól jelent meg 1700-ban. Mindazonáltal a XVIII. század végéig semmi-féle praeventív intézkedést nem találunk e téren; számbavehető eredmény pedig csak a XIX. század közepe táján kezdett mutatkozni.

Dr. P. Howie az utóbbi 140 év alatt elért eredményekről számolt be és ama főbb irányokat jelezte, melyeken az orvostudomány befolyásolta a munka- és munkásviszonyokat. Egyik legfontosabb problema volt szerinte a munkások munka közben jelentkező fáradtságát valamilyen módon legyőzni. E problema alapos tanulmányozása után kiderült, hogy a termelés fokozása csak az általános egészségügyi viszonyok feljavítása útján remélhető. E vizsgálatok kapcsán az is megállapítást nyert, hogy a munkatermelés lényegesen fokozódott, ha a munkások rithmusosan dolgoztak; a rithmus ugyanis megszüntette az egyhangúságot és elejét vette a fáradságnak. Nagy haszonnal járt a mozgások tanulmányozása is, minthogy a felesleges mozgások kiküszöbölésével a termelés ugyancsak emelkedett. Gépek, padok, munkahelyek, asztalok megfelelő átalakítása is kitűnően bevált. A többi tényező (így szellőztetés, hőmérséklet, levegőnedvesség, világítás és fűtés) szabályozása is meghozta a remélt eredményt.

H. J. Walker beszámolt arról, hogy ez év márciusában 37 ólommérgezés és 6 anthrax-fertőzést jelentettek az angol Home Office-nak. Noha e számok már nagy javulásról tanuskodnak e téren, mégsem megnyugtatók, mert tulajdonképpen egy esetnek sem volna szabad előfordulnia.

Louis, az *Armstrong College* tanára, érdekes adatokat közölt a bányászerezetsétségek következtében elhalt munkások számának állandó esökkenéséről. Angliában 1873–1882. években 1000 alkalmazott munkás volt átlag 2.5, 1911–1919 években 1.3, 1920-ban már csak 0.88 halálestet; Németországban 1879-ben 3.18, míg 1914-ben mindössze 2.4; az arányszám 1920-ban Belgiumban 1.13, Franciaországban csupán 0.77 volt. Emelkedést csak az Egyesült Államokban láthatunk, hol 1890-ben

3.5-ről 1920-ban 3.62-re emelkedett a halálesetek száma 1000 munkásonként. Ez utóbbi emelkedésnek állítólag az a körülmény volt az oka, hogy ott a szénbányászat aránylag modern ipar és így a munkások nem rendelkeznek még oly tapasztalatokkal, mint a többi említett országban.

Nancyban egy év alatt 470 férfit és 10 nőt vettek fel kórházi gyógykezelésbe ipari baleset következtében: az ápolási napok száma 7680 volt. Ha csak 15 frankot számítunk egy napra, akkor is 115.200 frank veszteség érte ilyenformán a gyárakat.

A pennsylvaniai Department of Labor and Industry közleménye szerint a folyó év első 6 hónapjában közel egy és fél millió dollárt fizettek ipari balesetek miatt. Júniusban volt a balesetek száma a legnagyobb, ebből halállal végződött 199; a szénbányaipar terhére 76 jutott.

Október hó közepén a Council of Industrial Health Education Sir W. S. Haldane elnöke alatt Edinburghban ülést tartott, melynek tárgya az ipari betegségek megelőzése volt. Ez évben már 30 ily irányú előadás megtartásáról számolhattak be és az elnök bejelentette, hogy 50 újabb előadást fognak tartani az év utolsó 3 hónapjában. Az akciót kiterjesztik egész Angliára, Walesre és Írország északi részére is.

A genfi International Labour Office megkezdte az „Ipari Egészségügy Encyclopediáját”-nak kiadását a legkiválóbb európai és amerikai szaktudósok szerkesztésében. Az első két füzet már meg is jelent „Foglalkozás és Egészség” címen.

Érdekes vizsgálatokat végzett az Industrial Fatigue Research Board. Négy, különböző intelligenciájú varrónőnek keresztöltéseket kellett selymmel kivarrnia. A lányok naponta kétszer 3–3 órát dolgoztak, a hétnek 4 napján. Kiderült, hogy a két legintelligensebb leány volt a legszesélyesebb munkásnő, míg a legkevésbé intelligens fokozódó ügyességgel végezte egyhangú, de állandó figyelmet igénylő munkáját. E vizsgálatok tehát újra megerősítik ama régi tételt, hogy kifejezetten intelligens egyének ily munkára nem alkalmasak.

A Harrison-féle Industrial Psychology and the Production of Wealthben olvashatjuk azt, hogy mosodában dolgozó lányoknak naponként kétízben 45–45 perc pihenőt adtak a munka egyhangúságának enyhítésére. Később, szakértő javaslatára, úgy módosították a pihenőt, hogy minden, munkában eltöltött 80 perc után 20 perces pihenő járt; az eredmény 60%-kal jobb volt, mint a pihenő rendszeresítése előtt.

Hollandiában 1921 óta a törvény értelmében minden felnőtt munkást legalább 3 évenként egyszer orvosilag megvizsgálják. A legutóbbi jelentés szerint 963 egyén közül 465 tüdőelváltozást mutatott, mely 100 esetben röntgennel is kimutatható volt.

A belga Académie Royale de Médecine a Melsens-díjat Dr. Stassennek ítélte oda legújabbán megjelent munkájáért, melyben az orvosnak a működését tárgyalja egy modern szénbányában. Ipari balesetek és anchylostomiasis preventiójáról, a bányamunka élet-tani feltételeiről, bányászok nystagmusáról, furunculosisról, lélekző szervek bántalmairól és orvosi szolgálat organizációjáról van szó benne.

Berlinben, Dr. Hirsch, az Archiv f. Frauenkunde und Eugenik kiadója, főként a textilgyárakban dolgozó nőkön (több mint 500.000 van ilyen Németországban!) kutatásokat végzett annak megállapítására, hogy a gyári munka hogyan befolyásolja a terhességet, a szülést és a gyermekágyat. A nőknek kb. 40%-a volt férjhez; a terhesség száma évenként 10.000 körül jár. Fonógépekkel tizenhatszor, szövőszékekkel dolgozó nőknél hat-szor annyi volt a vetélések száma, mint gyári munkát nem végző nőknél. A halvaszületések száma kétszer annyi textil-központokban, mint Németország egyéb helyein. A szüléseknek csak 30%-a volt normalis lefolyású; Dr. Hirsch szerint ennek az az oka, hogy a munkásnők túlnyomó részének szűk a medencéje, minthogy munkájukat többnyire még egészen fiatal, fejlődő korban kezdik meg. 40 éves korukban már nem képesek tovább dolgozni, holott a férfiak ekkor még erejük teljességében vannak. Javasolta, hogy a berlini Orvosszövetség felirattal forduljon a parlamenthez, melyben ez többek között annak kimondását kérje, hogy nők terhességük 3. és 4. hónapjában napi 6, illetőleg az 5. és 6. hónapban 4 óránál többet ne dolgozhassanak, a 3 utolsó hónapban pedig egyáltalában nem; továbbá, hogy az

ilyenformán elvesztett munkabérekét valamilyen módon pótolják.

A *New York State Department of Labor* közlönyében megjelent adatok szerint 412, tizenhat éven aluli, rendszeresen dolgozó gyermeknél 922 testi fogyatékoság volt észlelhető. Testi hibától teljesen mentes csupán 18 volt. Könnyen javítható baja volt 99-nek; 179 mérsékelten volt beteg, de továbbra is dolgozásra képes állapotban; 93 súlyosabb tüneteket mutatott, időlegesen vagy részleges munkaképtelenséggel; 16-nak javítható, 7-nek gyógyíthatatlan szervi baja volt.

De nemcsak a művelt nyugaton játszik nagy szerepet a gyermekek dolgoztatásának problémája. Mialatt *Nagybritanniában*, hol két és félmillió 14–18 év közötti ifjú érdekében történik a küzdelem, hogy a szükség-szerűleg rájuk váró testi, szellemi és erkölcsi értékesítőketől megmentsék őket, addig *Chinában* a *shanghai-i* városi tanács *Child Labor Commission*-ja legutóbbi közleményében leírja, hogyan adják el a gyermekeket házi munkára és hogyan lesznek ezekből prostitúáltak. Malmokban 6 éves gyermekek egyfolytában 12 órát dolgoznak, nappali és éjjeli munkaidőben, miközben gyakran az egész idő alatt lábon állnak.

A *nagybritanniai* gyermekdolgoztatással kapcsolatosan a *Manchester Guardian Weekly* kiadója azt írta, hogy civilizált kannibálok vagyunk, kik a valódiaktól csupán abban különbözünk, hogy míg ezek ellenségeiket, mi saját gyermekeinket faljuk fel!

Dr. Temesváry György.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése szeptember hó végén lejárt, a 40. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani szíveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 300.000, félévre 150.000, negyedévre 75.000 korona.

A **Budapesti Kír. Orvosegyesület** 1925 november 28-án tartandó ülésének programja: *Bemutatók:* 1. *Göbl Albin:* Chininálló malaria tropica stibenyillel kezelt esete. 2. *Torday Ferenc:* Újszülöttkori typhus-eset (méhenkívüli fertőzés lehetősége). *Előadások:* 1. *Bodon Károly:* Az adrenalinbúvárlat újabb teljesítményei és új adalékok az adrenalin hatásmódjának megismeréséhez. 2. *Saitle Tivadar:* A csecsemőhalandóság legújabb alakulása, különös tekintettel a nemzetközi és történeti összehasonlításokra.

A **Közkórházi Orvostársulat** december hó 2-i ülésének tárgysorozata: *Kalocsay Kálmán:* A dysenteria elleni serum értékéről 300 eset kapasan. *Horváth Árpád:* A magzat intrauterin elvézése placentaris aneurysma repedése folytán. *Bence Gyula:* A vesebajok terapiájáról.

A **Magyar Urológiai Társaság** november 30-án (hétfőn) d. u. 6 órakor, az Orvosegyesület Semmelweis-termében tartandó ülésének tárgysorozata: *Bemutatók:* 1. *Mező Béla:* Hypernephromás esetek. 2. *Egyedi Dávid:* Viszonylagosan nagy kő húgyesővön való eltávolítása női hólyagból. *Előadás:* 1. *Fischer Aladár:* A patkóvesén való operálás technikájáról. 2. *Előadás után Leiter* bécsi gyáros kifőzhető hólyagtükröt és több új urológiai eszközt fog bemutatni.

Kirchner Martin professor, a porosz közegészségügy sok éven át irányítója, 72 éves korában váratlanul elhunyt. *Kirchner* pályáját mint katonar orvos kezdte, később a porosz kultusministeriumban előadó (az orvosi ügyek előbb oda tartoztak), később a belügyministeriumban ministeriumi igazgató (osztályfőnök, vagy nálunk helyettes államtitkár). A mintaszerű porosz egészségügyi igazgatás szervezője, a mintaszerű porosz járványtörvény megalkotója, s végrehajtója. Budapesten három ízben tartott elő-

előadást: 1916-ban az orvosi továbbképzés központi bizottságának meghívására „Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege” címmel, 1917-ben a Magyar Szemorvostársaság hadiülésén a trachomáról, s 1918 szeptemberben — közvetlenül az összeomlás előtt — a magyar, német, osztrák, bolgár s török bajtársi szövetségek orvosi szakosztályainak együttes ülésén.

Hazánk igaz barátját, a tudomány hivatott művelőjét, a közegészségügy hatalmas erélyességű vezetőjét veszítette el.

G. E.

Kuhnt Hermann, a boroszlói egyetemi szemklinikai nyugalmazott tanára 75 éves korában elhunyt. *Kuhnt* előbb Jenában, majd Königsbergben volt a szemészet tanára. A *Zeitschrift für Augenheilkunde* folyóiratot *Michel* berlini egyetemi tanárral együtt alapította. A szemoperálások nagy művésze volt, számos szemoperálás viseli nevét, a trachoma-ellenes küzdelemben königsbergi tartózkodása alatt elévülhetetlen érdemeket szerzett. A XVI. nemzetközi orvosi kongresszus alkalmával 1909-ben Budapesten is volt. A magyar szemorvosokkal élénk összeköttetést tartott fenn. A külföldi tanulmányúton lévő magyar szemorvosokat a legszívesebben fogadta.

G. E.

A **Budapesti Orvosi Kör** az anyagcsere megbetegedéseiről tartott előadássorozatában november 30-án este 7 órakor az „Orvosi Kaszinó” félemeleti különtermében (IV. Semmelweis-utca 3.) *Molnár Béla:* „A cukorbeteg kezeléséről” címen tart előadást.

A **Keresetképtelen Orvosokat Segélyező Egyesület** vezetősége, tekintettel azon mindgyakrabban megújuló esetekre, hogy oly megrokkant kartársak fordulnak segélyezésért egyesületünkhöz, akik ennek nem tagjai, a választmány 1925 november 11-i határozata alapján ez alkalommal ismételt figyelemzést a budapesti és budapestkörnyéki kartársakat, hogy alapszabályaink értelmében még teljes rokkantság esetén is csak oly orvosokat áll módunkban segélyezni, akik az egyesületnek tagjai. Rendes és alapító tag csak budapesti és budapestkörnyéki orvos lehet. Belépni szándékozók *Friedrich Vilmos dr.* ügyvezető elnök úrnál (Kossuth-Lajos utca 4.) jelentkezhetnek.

Az **időszaki orvosi vizsgálatokról** már nálunk is jelentek meg sajtóközlemények. Az ismert angol és amerikai mozgalomnak, mely azt hirdeti, hogy a leg-szebb születésnap ajándék egy gondos orvosi vizsgálat, hozzánk való átplántálása a népjóléti ministeriumban komoly formában is szóba került. Pontos külföldi megállapítások szerint ugyanis a legtöbb betegség csak olyankor kerül szakértő orvos elé, midőn már alig, vagy csak nehezen gyógyítható; míg ha mindenki minden évben rendszeres orvosi vizsgálatnak vetné alá magát, a betegség kezdeti szakában felfedezhető, illetve a helytelen és egészségtelen életmód, hibás ételszokások megváltoztatása révén megelőzhető volna. Tömeges költséget, gondot és veszteséget takarít meg az, aki időközönként rendszeresen vizsgálattja magát, hiszen a lakosságnak körülbelül 65%-a szenved leg-többször nem is gyanított betegségben. Amerikai tapasztalatok szerint az utolsó húsz évben a lakosság ama rétegének, mely rendszeres orvosi vizsgálatokban részesül, átlagos élettartama körülbelül 11 évvel hosszabbodott meg. Értésülésünk szerint illetékes helyen tárgyalások folynak arról, nem lehetne-e az időszakos orvosi vizsgálatokat egyes egészségügyi közintézmények keretein belül nálunk is megvalósítani.

W. Leland Mitchell dr., a Nemzetközi Egészségügyi Hivatal Kelet-európai Államainak Budapesten székelő delegátusa 14 napos tartózkodásra Törökországba és Bulgáriába utazott.

A himlőoltási kötelezettség eltörlése iránt benyújtott javaslatot a porosz közegészségügyi tanács nagy szótöbbséggel elvetette, ellenben elfogadta *Grot-jahn* professor ama indítványát, mely az állam kártérítési kötelezettségéről szól az oltás következtében esetleg beállott egészségkárosításért.

A gyermekek orthopediai betegségének megelőzéséről tartott nagy érdeklődéssel fogadott előadást *Horváth Mihály dr.* egyetemi tanár a békéscsabai Stefánia-Szövetségben. Hangsúlyozta a megbetegedések rendkívüli ártalmait és a gyermekek megelőző vizsgálatának fontosságát.

Ázsia járványadatai 1924-ből. Oroszország és China kivételével (ezek az államok nem küldik be adataikat rendszeresen) az ázsiai országok járványhalálzási adatai a múlt évről a következők: 292.454 choleraeset, 185.964 haláleset; 305.779 pestis, 253.454 haláleset; 60.581 himlőeset, 29.159 haláleset. Az összes fertőző megbetegedések száma 3.844.870 volt, ebből 1.115.262 ember halt meg. Megjegyzendő, hogy ez adatok összesen 458.783.400 lélekre vonatkoznak.

Az egyke elleni küzdelem módjaival, eszközeivel, kilátásaival és eddigi eredményeivel foglalkozik a Magyar Társadalomtudományi Társaság november hó 22-én, vasárnap délután 5 órakor Kaposvárott, Somogy vármegye székházában tartandó ünnepélyes ülésén. A kérdéseket számos előadás fogja megvilágítani, melyek között *Kovács Alajos*, a Kir. Központi Statisztikai Hivatal igazgatója és *Gönczy Ferenc* nyugalmazott tanfelügyelő előadásai szerepelnek.

Vissza a faluba! *W. A. Small*, chicagói tanár összeállítása szerint az egymást követő generációk egészséges testi és szellemi fejlődésének legnagyobb akadályai a nagyvárosokba való tömörülés. Több mint 50.000, a közéletben kimagasló szerepet játszó egyén életkörülményeit vizsgálva, azt találta, hogy ezeknek 73%-a pusztán és falun született és nevelkedett és csak 27%-a nagyvárosban. Különösen érdekes, hogy a nagyvárosok külvárosai mindössze 5%-át a megvizsgáltaknak vallhatják magukénak; a vizsgált egyének apja csak 0-4%-ban volt a városi munkásság köréből való, ellenben 68%-a a vidéki értelmiség soraiból került ki.

A berlini utcai mentőállomások száma az ez év folyamán felállítottakkal 43-ra emelkedett, melyeknek 30 specialis automobil áll rendelkezésére.

A hajdúszoboszlói jódos hévízről. Csonka-Magyarország ez új természeti esodájáról a népjóléti minisiteriumban a következő információkat kaptuk: 122.576/1925. b) szám. Október 26-án tört vastag sugárban a víz elő. Azóta megállapított, hogy a vízszugár 138 mm átmérőjű csőből 6-7 m magasra szökik fel, 72 C° meleg és percenként 1500 liter vizet szolgáltat. A víz földgázzal (methangázzal) együtt ömlik 1090 (egyezerkilencven) méter mélységből s a víz hőfoka, mennyisége az előtörés napjától kezdve állandónak látszik. A víz előzetes, tájékoztató, kvalitatív analysise a debreceni egyetemi vegytani intézetben folyamatban van, s máris megállapítást nyert, hogy chlor, brom, jód van a vízben chlorid, bromid, jodid alakjában. *Faller Gusztáv* kir. főmérnöktől beszerzett információk szerint a fúrás mélysége 1090 m körül van, a kiömlő víz mennyisége percenként 1600 liter, hőfoka 72-73 C° között ingadozik, a víz nyomása 2 atmospaera nyomásnál nagyobb, s minthogy mérni nem lehet, feltételezhető, hogy körülbelül 4-5 atmospaera között lehet. A vízszugár felhajtó ereje földgáz, melynek napi mennyisége esős időben 4750 köbmétert tesz ki, derült időben jóval többet. A gáz erősen olajos szagú s feltételezhető, hogy olajterületről tör elő. A végleges vegyelemzés a m. kir. pénzügyminisiter úr rendelkezésére fog megérkezni, amikor radioaktivitásra is megvizsgálják a vizet. Az előzetes kvalitatív analysis adatai szerint chlorid, bromid, jodid és jodatsók vannak: natrium és kalium fémcomponenssel együtt a vízben, melynek 1 literében körülbelül 4 g-nyi szilárd maradék van. A víz hőfokának s az előtörő gáznak nem gyengülése, hanem inkább emelkedése mutatkozik. Előzetesen 405-594 m mélyből vett vizet vegyelemmez-

tek, mely szikes (bicarbonatos) jellegű volt, a 812 m mélyből vett víz vegyelemzése már inkább tengerfenékvíz jellegűt mutat.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., a III. belklinika tanársegéde, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes. II. A vesebetegségek, III. Az emésztőszervek megbetegedései. IV. Az anyagcserebetegségek diatézis kezelése; az összes diagnostikai és therapiás étrendekkel, egy ív élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, költve 75.000 K-ért kapható minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII. Múzeum-körút 6-8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint november 15-től november 21-ig előfordult:

Hasi hagymáz	12	2	Gyermekágyi láz	—	(—)
Küteges hagymáz ...	—	—	Bárányhimlő	71	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob	10	—
Kanyaró	28	—	Vérhas	11	1
Vörheny	108	6	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamarhurut	13	1	Trachoma	16	—
Roncs. torok-, gégeleob	41	2	Veszetség	—	—
Influenza	8	—	Lépfene	2	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját kedden és pénteken 11-12-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.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em. Telefon: 13-96
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

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

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

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

Dr. MOLNÁR SZANATÓRIUM
ideg- és kedélybeteglek részére, SÁTORALJAÚJHELY

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget.

970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyógyölések, szén-savasfürdők. Elektrotherapia. Diathermia. Hőlégkezelések. Zander. Javallatok: Idősült csúsz, izületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegzsabák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

Dr. Wagner WETOL sebolaj.

Friss sérülések, gyulladás, tályog, furunculus tsb. kezelésére kiválóan alkalmas.

KNORR

Táplálka
Zabliszt
Zabderce
Zabpelyhely
Sago
Hormatkása

a világmárka, mely állandóan frissen kapható minden gyógytárban, drogueriában és csemegeüzletben.

Vezérképviselő: **MIHÁLY OTTÓ** gyógyárnagykereskedés
Budapest VI, Podmaniczky-utca 42. — Telefon: 122-44.