

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Doros Gábor:** Az erythrocyták osmosisos resistentia-változása syphilisnél. (1315—1318. oldal.)
Berecz János: Az ascites jelentősége a nőgyógyászatban. (1318—1321. oldal.)
Jósa László: A csukló Madelung-féle deformitásának egy esete. (1321—1324. oldal.)
Babarczy Mária: Cholesterin-vizsgálatok tuberculosus betegek vérében. (1324—1326. oldal.)
Soós Aladár: A betegélelmezés reformja egyéni alapon. (1326—1329. oldal.)
Fodor Géza: Uszoda-kötőhártyagyulladás Budapesten. (1329—1330. oldal.)
Sztehlo István: Extrauterin graviditás érdekes esete. (1330—1331. oldal.)
Karafiáth Imre: Megjegyzések Henszelmann Aladár dr.

„Légmellkészítés egyszerű módszere” című cikkéhez. (1331—1332. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (1332—1335. o.)

Könyvismertetés. (1335—1336. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület nov. 27-i ülése. (1336—1337. oldal.)

A Charité Poliklinika nov. 24-i ülése. (1337—1338. oldal.)

Az Orsz. Munkásbiztosító Pénztár nov. 25-i ülése. (1338. o.)

A Magyar Röntgentársaság nov. 22-i ülése. (1338. oldal.)

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának nov. 20-i ülése. (1338—1340. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület nov. 25-i ülése. (1340. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának nov. 27-i ülése. (1340. oldal.)

Karell Fülöp. (1340—1341. oldal.)

Vegyes hírek. (1341—1342. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos dr. egyet. ny. r. tanár).

Az erythrocyták osmosisos resistentia-változása syphilisnél.

Írta: Doros Gábor dr. egyetemi tanársegéd.

(Első közlemény.)

Újabban mindinkább kezd az érdeklődés a syphilis véré alakelemeinek physikalis és chemiai viselkedése felé fordulni.

A vérsavónak a syphilis vírusa által előidézett jellegzetes és diagnostikai célból is pontosan felhasználható megváltozása, mely a vérsavó globulin-albumen egyensúlyának eltolódását eredményezi, joggal hívja fel a figyelmet a vér másik tényezőjének, az alakelemeknek morphologiai, physikalis és biochemiai sajátosságaira.

A vörösvértestek süllyedési sebességének vizsgálatával már a syphilidologusok egész sora foglalkozott. És bár egyesek ezirányban teljesen szabályszerű eredményeket mutatnak fel, sőt reakciójuknak a diagnostika szempontjából is némi fontosságot tulajdonítanak, — mások kedvezőtlen tapasztalatokra jutottak és kétségesnek tartják e kísérletek értékét és használhatóságát.

A vörösvértestek osmosisviszonyait syphilisnél kevesen kutatták és ezen kérdés néhány szerzőnek többnyire ellentmondó vizsgálata által eddig kellően földerítve nincsen.

A sejtek osmosisának általános szempontjait legelőször Graham, Naegeli, Pfeffer tanulmányozták, és ők állapították meg ezen jelenség legfontosabb szabályait. Traube volt az első, ki behatóan foglalkozott a növénysejtek membránjának szerepével és a sejtek iso-, hypo- és hypertoniás oldatokkal szemben tanúsított viselkedésével. Az állati sejteken végzett kísérletek révén

viszont Hamburgernek köszönhetjük a legkimerítőbb kutatásokat.¹

Az osmosis törvényei ma már alaposan ki vannak dolgozva, és ismeretes, hogy a sejtek osmosisának lényege azon nedváramlás, mely a sejt bennékét alkotó és a sejtet környező folyadék koncentrációjának kiegyenlítődése által van föltételezve. Természetesen itt fontos szerephez jutnak a sejtek morphologiai sajátosságai, finom chemiai átalakulások és a fermentumok behatása is.

Az emberi vér erythrocytáinak számolása közben Malassez² már 1873-ban észrevette, hogy bizonyos környezetben és különböző behatások alatt a vörösvértestek felületi változást szenvednek. Hypotoniás oldatokban fellépő haemolysistról az első közlemény 1880-ban Chanell³ jelent meg, ki alapvető munkájával megnyitotta a haemolysisre és osmosisos resistentiára vonatkozó dolgozatok sorát.

Syphilisnél a vörösvértestek osmosisával behatóban foglalkozni különösen érdekesnek ígérkezett, mert a spirochaeták toxinjainak esetleges káros hatásától eltekintve, feleletet vártunk arra is, hogy vajjon nem okoznak-e a syphilis elleni szerek mérgei a vörösvértestekben közvetlen, vagy közvetett laesiót?

Amint ugyanis elképzelhető, hogy a spirochaetotoxinok nemcsak a vérsavó fehérjealkatrészének megváltozását idézik elő, hanem a vörösvértestek biochemiai és physikalis átalakulását is befolyásolhatják, éppen úgy föltehető, hogy az ismert haemolizáló mérgekhez hasonló módon a higany, bismuth és salvarsan a vörösvértestek stromájával és haemoglobinjával szemben több-kevesebb rombolóképesseggel bírnak.

Vizsgálataimmal mindezen kérdések tisztázásához próbáltam hozzájárulni.

A syphilisesek vörösvértesteinek osmosisváltozására vonatkozó kevésszámú közlésre hivatkozva, fölemlítjük Fournier és Joltrain, Chauffard, Gerhardt,

¹ Pflügers Archiv. 1897, 68. köt. 229. old.

² Ergebnisse d. Inn. Med. u. Kinderheilk. 1925, 27. köt., 514. old.

³ Ugyanott.

Lüdke, Liebermann és Fillinger, Neilson és Brill vizsgálatait.

Fournier és Joltrain⁴ egyetlen esetről tesznek említést, hol örökölt syphilisben szenvedő felnőtt egyénél a vörösvértestresistentia megváltozását észlelték. E betegnél azonban egyidejűleg haemolysises anaemia is volt jelen, mely két betegséget szerzők okozati összefüggésbe hozzák.

Chauffard⁵ kétségesnek tartja, hogy a haemolysises anaemia az örökölt syphilis következménye volna, de a resistentia megváltozását előbbi betegségnek tulajdonítja.

Gerhardt⁶ ugyancsak a haemolysises anaemiával foglalkozva, egy secundaer stadiumban levő syphilis esetet ír le, hol a resistentiát csökkentenek találta.

Lüdke⁷ az a véleménye, hogy a haemolysises anaemia, melynél a resistentia rendkívüli módon csökkent, gyakran syphilis következménye, és congenitalis anaemia heredosyphilissel többnyire összeesik. Lüdke a paroxysmalis haemoglobinuria főanamesisének is a syphilist tartja. Szerinte a haemoglobinuriát ilyen esetben a vörösvértesteknek syphilises toxinok által előidézt kóros törékenysége (Brüchigkeit) idézi elő, és ugyanez okozza a vörösvértestek resistentiájának lényeges csökkenését is.

Liebermann és Fillinger⁸ különböző betegeknél végzett resistentiavizsgálatokról számoltak be, melyek közt néhány syphilisest is szerepelt. Eredményeik következők voltak: 5 kezeletlen primaer affectionnál a resistentia változatlan; 3 Hg.-kúrákkal kezelt régebbi syphilisnél lényeges csökkenés; ezzel szemben egy fiatal betegnek egy éve fennálló, Hg.-val, valamint salvarsannal erőlyesen kezelt syphilisénél a resistentia normalis. 14 tabeses betegükél azt látták, hogy inkább a fiatalabb eseteknél csökkent a resistentia, előrehaladott állapotban gyakrabban volt normalis, vagy csak kissé csökkent. A szerzők ellentétes eredményeik okfejtő magyarázatára nem térnek ki, de a syphilisre, valamint a többi betegségekre vonatkozó vizsgálataik végeredményeként leszögezik, hogy „általában lényeges resistentiacsökkenés inkább a hosszas, általános debilitással és anaemiával járó betegségeknél figyelhető meg“.

Neilson⁹ 61 esetben vizsgálta a syphilises vér resistentiáját. 34 még kezeletlen seropositív syphilis eseténél csökkent volt a resistentia értéke. Viszont 23 betegnél, kik Hg.-kezelést kaptak, a resistentia emelkedő tendenciát mutatott. Hg. és jó kombinált kúránál a resistentia csak átmenetileg néhány napra csökkent. 4 esetben, hol csupán jódot alkalmazott, lényeges változás nem jelentkezett. Neilson munkájában nem találunk utalást arra, hogy a seropositív esetek közül mennyi volt a friss és mennyi a régi fertőzés, továbbá, hogy manifestatiókat mutattak-e fel, vagy sem. Érdekes lett volna megismerni azt is, hogy Hg.-val kúráltak a fertőzés után mennyi idővel kerültek kezelésbe és hogy mennyi adag Hg.-ban részesültek.

Brill¹⁰ 100 syphilises esetről tesz közlést, melyeknél egyidejűleg az erythrocyták süllyedési sebességét is vizsgálta. Kísérleteinek eredményeként megállapítja,

hogy a vörösvértestek süllyedési sebessége és osmosis-változása között „az esetek többségében“ összefüggés áll fenn. A süllyedés csökkenése szerinte legnagyobb fokú a „florid I. és II. stadiumban“, és ugyanekkor a vörösvértestek resistentiájának bizonyos fokú emelkedése észlelhető. Vizsgálata szerint az egészséges vér erythrocytái 0.46–0.48% NaCl.-oldatban mutatták a leg-halványabb kezdeti haemolysist, — ugyanekkor a florid syphilisese vörösvértestei csak 0.40–0.44%-os töménységben adták a reakciót. Brill szerint a sedimentatio és a haemolysis folyamata a még seronegativ, valamint a már latens syphilisnél semmiben sem tér el az egészséges kontrollvér vörösvértestekéinek normalis viselkedésétől. Ezzel szemben a florid syphilis seropositivitását egyenes arányba állítja a vörösvértestek resistentia-emelkedésével, és e szabály alól kivételt csak ott enged meg, hol a Wassermann-reactio még fennálló, de gyengült positivitása mellett, a manifestatiók már tűnőfélben vannak. Kísérleteiből azt az eredményt szűri le, hogy a resistentiaemelkedés, mely mindig kisfokú, csak kifejezetten friss esetekben mutatható ki, specifikus kezelés kapcsán pedig normalis mértékre süllyed vissza. Recidiv, latens, stb. formáknál, hol a szervezet toxinokkal való elárasztása kevésbé előteljes, ezen osmosis-reactio negativ eredményt ad. Brill közleményében nem tér ki eseteinek részletezésére, valamint annak megállapítására sem, hogy kísérleteinek hány százaléka adott positiv és mennyi negativ eredményt. Nélkülözünk továbbá minden utalást arra, hogy milyen morphologiai, vagy chemiai folyamatok magyarázhatják a foltételezett szabályszerű resistentiaemelkedést.

Áttérve saját vizsgálatainkra, mindenek előtt egy sorozat egészséges egyénnél állapítottuk meg a vörösvértestek resistentiájának viselkedését.

A normálresistentia értékét illetőleg az irodalomban legkülönbözőbb közléseket látunk. Vegyük rövidség kedvéért az erythrocytaresistentiát R.-nek, jelöljük továbbá Hamburger és Mosso szerint a hypotoniás NaCl. töménységet, melynél a haemolysis legérzékenyebb kezdőfoka jelentkezik, minimumnak, és azon oldattöménységet, hol a teljes haemolysis már bekövetkezett, maximumnak. Fenti jelölés mellett a physiologiás resistentiaértékek többek közt Vaquez és Laubry (1903) szerint $R. \frac{\min. 0.44}{\max. 0.32}$, Chauffard és Rendu (1907) szerint $R. \frac{\min. 0.38-0.42}{\max. 0.08-0.16}$, Lommel (1913) szerint $R. \frac{\min. 0.48}{\max. 0.32}$, Holler (1915) szerint $R. \frac{\min. 0.49}{\max. 0.21}$, Hamburger (1922) szerint $R. \frac{\min. 0.50}{\max. 0.36}$, Buckman és Naughton (1923) szerint $R. \frac{\min. 0.43}{\max. 0.27}$, Boros (1925) szerint $R. \frac{\min. 0.44-0.48}{\max. 0.26-0.30}$.

A normálértékek különbözősége a sokféle methodikában és a kísérletezők technikai változtatásaiban rejlik. Az eredmények egységesítése érdekében megpróbálkozunk már egyöntetű eljárásokat és eszközöket ajánlani (Hamburger), ami azonban kevés eredménnyel járt. De úgylátszik, ennek túl nagy fontosságot nem is kell tulajdonítanunk, mert klinikai vizsgálatoknál főszempont az, hogy egyes kísérletezők normálértéke állandó maradjon, és így ehhez, mint fix ponthoz, a talált kóros értékek relativ eltérése mindig biztosan hozzámérhető legyen. Az általános kísérleti eredményekre vonatkozólag még csak azt kell megjegyezni, hogy legtöbb szerző véleménye szerint mindig a minimalis resistentiaérték a mérvadó, egyrészt, mert pontosabban megállapítható, másrészt, mivel kóros elváltozásokra főleg ezen határ kitolódása jellegzetes. Mi Vasquez és Ribière methodikáját alkalmaztuk kísérleteinknél, következő módon. Mint törzsoldatot 0.7%-os NaCl.-oldatot és hígítására destillált vizet alkalmaztunk. Az oldatokat kis, sterili-

⁴ Presse Medic. 1913, 162. old.

⁵ Ugyanott, discussio.

⁶ Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. 1919, 31. köt., 344. old.

⁷ Münch. Med. Wochenschr. 1918, 65. évf., 1102. old. és Deutsche Med. Wochenschr. 1924, 50. évf., 103. old.

⁸ Deutsche Med. Wochenschr. 1912, 462. old.

⁹ Journ. of. laborat. a. clin. med. 1921, 6. köt., 9. sz., 487. old.

¹⁰ Münch. Med. Wochenschr. 1925, 72. évf., 49. sz., 2091. old.

zált és kiszáritott eprouvettákban készítettük, melyekből egy sorozathoz 34 darabra volt szükség. Az első üvegesőbe állandó és pontosan kezelt bürettámból 2 csepp 0.7%-os NaCl-oldatot, a másodikba 4 cseppet, a harmadikba 6 cseppet stb., az utolsóba végül 68 cseppet engedünk. Most fordított arányú mennyiségben töltjük a csöveket destillált vízzel, úgyhogy az üvegesék mindenike összesen 70 csepp folyadékot tartalmazzon. Az oldatokat összerázzuk, melyek közül az első 0.02%-os, az utolsó 0.68%-os NaCl-al van töltve. Ekkor minden egyes csövecskebe 2 csepp kimosott vért engedünk, összerázzuk, majd centrifugáljuk. Az oldatsorozatból, annak elszíneződése alapján olvassuk le azon concentratiót, hol a kezdeti és azon töménységi fokot, hol a teljes haemolysis következett be.

Isotoniás natriumcitratoldatba vett vért vizsgáltunk, a vörösvértestek átmosása pedig *Hamburger* szerint isoosmosis Na_2SO_4 10 Aq.-oldattal történt. A vörösvértesteknek és a hypotoniás reagensnek térfogati aránya állandóan 2:70 volt. Mivel kísérleteink során nem lehetett durva kilengéseket és nagy értékdiffereciákat várni, vizsgálatainkat legnagyobb elővigyázatossággal kellett végrehajtani. E célból, nehogy kisebb hibaforrások a vizsgálati eredményekben eltolódásokat hozzanak létre, az egész kísérletsorozatban ugyanazon törzsolakat alkalmaztuk, melyek analitikai mérésével nagyobb tömegben lettek előkészítve.

Fenti eljárásunk szerint a normalis vörösvértestek osmosis resistenciája állandóan $R_{\text{max. } 0.23-0.26}^{\text{min. } 0.42-0.45}$ értéket adta, mely számoktól eltérést egészséges egyénél sem a kezdeti, sem a complet haemolysist illetőleg egyetlen esetben sem láttunk. Normál eredményeink a szerzők közül legközelebb *Buckman* és *Naughton* értékeihez állnak.

A vizsgálatokat ezek után válogatás nélküli syphiles betegeken folytattuk. Ezek között szerepeltek primaer affectiós, papulomaculás, továbbá gummás és tabetikus betegek. Ugyanekkor vizsgáltunk vegyesen fiatal és régi latens eseteket.

Az eredmény meglepő volt, amennyiben a betegek bizonyos hányadánál a resistenciaváltozásnak normalistól lényegesen eltérő kilengései mutatkoztak. Azt láltuk ugyanis, hogy egyeseknél a legmagasabb emelkedéstől, ami $R_{\text{max. } 0.20}^{\text{min. } 0.38}$ eredményt adott, a legmélyebb süllyedésig, $R_{\text{max. } 0.31}^{\text{min. } 0.49}$ -ig váltakozott a vörösvértestek resistenciájának foka.

Kitűnt, hogy a syphiles fertőzésben szenvedők nagyobb része ugyan normalis resistenciáértéket mutat fel, de kisebb hányadánál olyan elváltozások vannak jelen, melyek a vörösvértestek osmosisát befolyásolni képesek. A kérdés az volt, hogy a betegség milyen stádiumában, a syphilis vírusával, vagy toxinjaival milyen vonatkozásban, vagy ha ettől függetlenül, úgy mi-féle componensek útján lép föl ezen befolyás? Friss syphilis eseteiben, hol primaer affectio, vagy friss papulomaculás manifestatio állott fenn, nem sikerült resistenciaváltozást kimutatnunk. Így esetleges föltevés, melyek a spirochaetáknak, vagy azok toxinjainak a stroma és haemoglobin kapcsolatát fellazító direct befolyására vonatkoztak, vizsgálatainkban támpontot nem nyertek.

Valami más irányban kellett a kutatást folytatni és a syphiles fertőzés által előidéztet olyan indirect elváltozásban keresni az okot, mely mint következményes laesio nem a kezdeti florid állapotnak, hanem tüneteket már ritkábban felmutató későbbi időszaknak a jellemző sajátossága.

Az emelkedett resistenciájú esetek magyarázatát könnyű volt megtalálnunk, amennyiben itt szembevetlő jelenségek adták meg az egyenes útmutatást. Ezen betegeknél ugyanis részben csak a sklerán, másoknál már az egész kültakarót elborító iktikus elszíneződést lehetett megállapítani. Az iktus esetek közül némelyik látszólag salvarsan következtében lépett föl (egyike egyszeri 0.15 g után), másoknál ezen összefüggés földeríthető nem volt, és valószínűleg syphiles toxinhatás következményeként állott elő. A resistenciavékedéstől elég érzékeny reactiót láttunk és előfordult, hogy már kezdeti stádiumban, — mikor még a beteg maga sem vette észre sárgaságát, — kisfokú emelkedés kimutatható volt. Erősen kifejezett sárgaságnál a resistenciavékedés lényeges magasságot ér el, javulás kezdetén azonban, mielőtt még a bőr színeződése megszűnt volna, a fokozatos csökkenés már bekövetkezik. Vizsgálati eredményeink teljesen egybevágóak a belgyógyászoknak, így többek közt *Limbeck*, *Laubry*, *Ribiére* és *Simmelnek*¹¹ ezirányú közléseivel.

Csökkent resistenciájú eseteinkben már nehezebben sikerült nyomra találni, mely az előidéző laesio magyarázatához vezet. Ezen esetek különböző irányban történő rendszeres átvizsgálása némelyiknél veselaesiót, másoknál arteriosklerosist, vitiumot, angina pectorist stb. mutatott ki, de fölmerült mindezen jellegzetesnek nem látszó elváltozásokon túl egy körülmény, amely kutatásainkat meghatározott mederbe terelte. Ez a vizsgálati eredmények azon állandónak imponáló egyöntetűsége volt, mely fenti eseteink nagy hányadában kimutatható máj- (vagy lép-) laesióról, de legalább is positiv dimethylparaaminobenzaldehid-reactióról tett bizonyosságot.

Az egész beteganyagunk most már ezirányú átvizsgálására helyeztük a súlyt, és az eredmények igazolták föltevésünket, mely a syphiles resistenciacsökkenést a hepatolienalis rendszer alteratiójával hozta kapcsolatba. A vizsgálatok során ezen összefüggésből törvényszerűség nőtt ki, sőt úgylátszik, hogy az urobilinogen (Ug.) reactio erősségi foka (reggel, éhgyomorral vizsgálva) és a resistenciacsökkenés nagysága bizonyos mértékig egyenes arányt mutat fel.

Fenti tapasztalatok szemeltartása mellett közel 600 különböző stádiumban levő férfi- és nősyphiles vizsgáltunk át, és ezek közül kiválogatva az egyes eseteket, 150 betegnél állapítottuk meg a vörösvértestek osmosis resistenciájának fokát.

A vizsgálatok eredményéből azt látjuk, hogy a) primaer affectiónál, b) friss papulomaculosus syphilis eseteiben, c) gummáknál, d) taboparalysissnél, és e) latens esetekben, melyeknél a hepatolienalis rendszerben laesio nyomai nem mutathatók ki, a vörösvértest-resistencia minimalis értéke 0.42 és 0.45 között mozog, a maximalis érték pedig 0.23 és 0.26 között. Így ezen esetek határértéke $R_{\text{max. } 0.23-0.26}^{\text{min. } 0.42-0.45}$ mi az egészséges egyének vörösvértesteinek osmosis resistenciájától semmiben sem tér el.

Syphiles iktusnál a minimalis resistenciát 0.38 és 0.42 (a normalis alsó határ) között lehetett megállapítani, a maximalis resistenciát pedig 0.20 és 0.22 között. Itt a határérték $R_{\text{max. } 0.20-0.22}^{\text{min. } 0.38-0.42}$ mi az osmosis normál-értékhez viszonyítva kifejezetten emelkedett.

Végül a) recidiv papulomaculosus syphilis, b) gummák, c) taboparalysiss, és d) latens syphilis azon eseteiben, hol az Ug. reactio positivitása és gyakran klinikai jelenségek is hepatolienalis alteratióra utaltak,

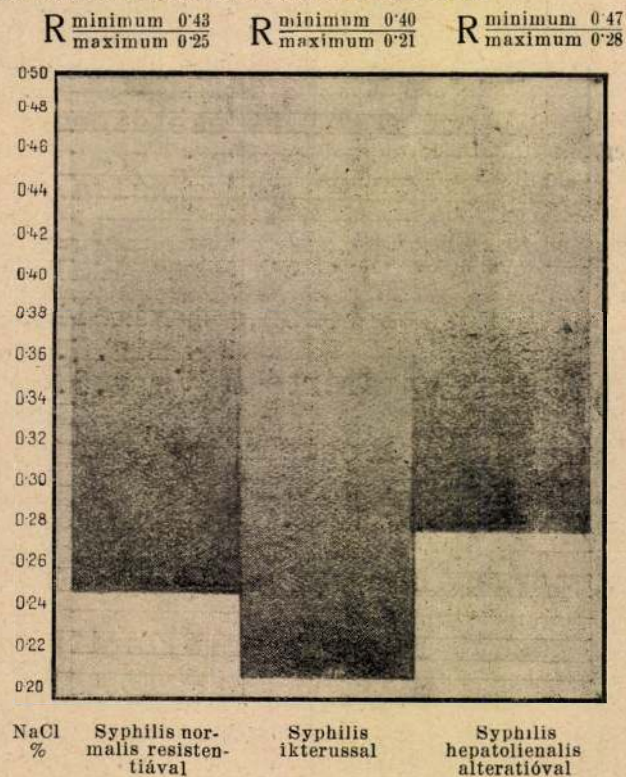
¹¹ Ergebnisse d. Inn. Med. u. Kinderheilk. 1925, 27. köt., 507. old.

a resistencia minimalis értékét 0.45 (a normalis felső határ) és 0.49 között találtuk, a maximalis értéket pedig 0.25 és 0.31 között. A határérték $R_{\min. 0.45-0.49}$ $R_{\max. 0.25-0.31}$, tehát az egészséges egyének vörösvértesteinek resistencia-értékéhez viszonyítva kifejezetten csökkent.

Vizsgálati anyagunkat áttekinthetőség szempontjából következőleg csoportosítottuk:

B e t e g s é g	Esetek száma	Minimalis resistencia	Maximalis resistencia
Syphilis, primaer affectio	11	0.42—0.45	0.23—0.27
Syphilis papulomaculosa	11	0.42—0.45	0.23—0.27
Syph. papulomaculosa recidiva, hepatolienalis alterációval	2	0.45—0.46	0.25—0.27
Syphilis gummosa	5	0.42—0.45	0.23—0.27
Syphilis gummosa, hepatolienalis alterációval	2	0.45—0.46	0.25—0.28
Taboparalysis	10	0.42—0.45	0.23—0.27
Taboparalysis, hepatolienalis alterációval	3	0.44—0.46	0.25—0.29
Syphilis latens, ikterussal ..	8	0.38—0.42	0.20—0.22
Syphilis latens	46	0.42—0.45	0.23—0.27
Syphilis latens, hepatolienalis alterációval	52	0.45—0.49	0.25—0.31

mely eredmények középarányosa grafikonban ábrázolva, a következő értékelődásokat szemlélteti:



A vörösvértestek reseistenciaváltozásának a serologiai reakciókhoz való viszonyát vizsgálva, azt látjuk, hogy e tekintetben sem florid, sem latens esetekben törvényszerűséget megállapítani nem lehet. 10 primaer affectiónál (1 eset még seronegativ volt), továbbá 8 friss és 2 recediv papulomaculosus syphilisnél, 4 guma esetében, 2 tabes dorsalisnál és 9 latens syphilisnél, összesen 35 kezeletlen esetben Wassermann-reactio +++ volt. Mindezen betegek resistenciájának különböző viselkedése táblázatos kimutatásunkból ismeretes, csak azt kell még kiemelni, hogy a 9 kezeletlen positiv latens eset közül 4 ízben normalisnak és 5 ízben csökkentnek bizonyult a resistencia értéke. Ez is amellet szól, hogy a serum positivitása a vörösvértestek osmosisának változásával direct összefüggésben nincs.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyet. ny. r. tanár).

Az ascites jelentősége a nőgyógyászatban.

Írta: Berecz János dr. klinikai adjunktus.

(Második, befejező közlemény.)

Egész külön fejezetben kell tárgyalnunk azokat az eseteket, hol az ascites a terhesség alatt lépett fel. Egy idő óta rendszeresen figyeljük császármetszéseknél a hasüri folyadék mennyiségét. Kétségtelen, hogy terhesség esetén a méh physiologiás növekedésével egyenes arányban a hasüri folyadék is megszorodik. Ez azonban rendes körülmények között mindig bizonyos határértéken (körülbelül 100—300 cm³) belül marad. Feltűnt azonban a császármetszéseknél, hogy a hasüri savó sokszor a megszokott mennyiséget többszörösen meghaladta. Figyelmünk azonban csak újabban tereledt rá ezen jelenségre s ennek tudható be, hogy csupán hat ide vonatkozó esetünk van. Öt esetben a kiömlött folyadék a 400 cm³-t meghaladta, az utolsó — eklampsiával szövődött — esetünkben ¾ liternél is többet tett ki. A felsorolt betegeknek kétszer második fokban szűk rachitikus lapos medence miatt, egyszer osteomalaciás medence miatt, egyszer idős primiparánál (elhúzódozó szülés miatt) és két ízben eklampsia miatt végeztünk császármetszést.

Míg a két eklampsiás esetben a fokozott folyadékmennyiség okát a vesék kóros elváltozásában véltük, addig a többi négy szülónőnél a hosszantartó, elhúzódozó vajadásban találtuk az ascites okát. A nyirok- és vívóerek nyomás okozta pangása a hosszú vajadás alatt csak fokozódik, hasonlóképpen a fájások alatt a méhet fedő, valamint a környéki hashártya folytonos mechanikus dörzsölődése is igen nagy folyadékérválasztást okozó ingert képez, mely ha hosszabb időn át tart, feltétlenül megszorítja a hasüri savót.

A terhesség végén fellépett nagyfokú ascitesnél Rissmann császármetszést ajánl; három súlyos esetről számol be, hol a hasüri folyadék olyan nagyfokú volt, hogy légszomjúságot, rendetlen érverést okozott. Egyik esetben a vizelet 13% fehérjét tartalmazott; másikonál eklampsia állott fenn; harmadik esetében chronikus vitiummal szövődött a terhesség, hol a képződött ascites a többszöri csapolás dacára is mindig újra képződött. A szülést fordítással, extractióval fejezték be, de még a gyermekágyban is hosszabb időn át ki lehetett mutatni a szabad hasüri folyadékot.

A terhesség végén fellépő kisebbfokú ascitist, mely semmiesetre sem kóros, megmagyarázhatjuk a megnagyobbodott, mozgatható méh mechanikus, hashártyát izgató hatásával, a vívóerekre gyakorolt nyomás okozta pangással. Nagyobb mennyiségű savónál azonban rendesen más ok is szerepet játszik. Ezek közül leggyakrabban a vese kóros elváltozása szerepel (mely legtöbbször olyan fokot ér el, hogy a beteg eklampsiás görcsöket kap). Legutolsó esetünkben az eklampsia súlyosságát mutatta a már fellépett látászavar, retinitis albuminurica, mely csak a gyermekágy későbbi napjaiban javult. Főleg ezekben az esetekben a császármetszés nagy jelentőségű, nemcsak azért, mert ezzel a szülést gyorsan be tudjuk fejezni, hanem mert a vérvesztés folytán már az esetleges venaesectio is feleslegessé válik. Ilyen veseelváltozások mellett természetesen sokkal nagyobb szerepe van az ascites képződésében a toxicosnak, mely — mint láttuk — a szervezet általános mérgezésén kívül a hasüri savó nagyfokú felszaporodására is vezethet.

Az eddig felsorolt eseteket mind mechanikus és toxikus alapon magyaráztuk. Az utolsó és egyúttal legkisebb csoportot a gyulladásos — rendszerint tuberculosus — eredetű hasüri folyadékgyülemek teszik ki. Az adnexumok gümös elfajulását két esetben s a peritonitis tuberculosa exsudativ alakját 13 esetben láttuk fellépni aránylag fiatalabb korú betegeknél, kik közül csak három nem szült. Betegségük átlag 2–4 hónap óta állott fenn, de volt köztük olyan is, kit már 10 év óta (!) kezeltek ezen bajával. Betegségük folytán havi vérzésükben különösebb zavar nem állott be, de azóta egyik sem került másállapotba. Az ascites minden esetben nagy mennyiségű volt; egy esetben 16 liternyi folyadékot bocsájtottunk le. *Schlimpert*nek a női tuberculosusra vonatkozó nagy sectiók statisztikájában a gümös hashártyagyulladás csak 5%-kal szerepel. Ez maga még nem volna nagy szám, de számottevővé válik, ha az összes ascitesekre vonatkoztatjuk. A szív- és vesebetegségek és májsorvadás után ugyanis a gümös hashártyagyulladás okoz legtöbbször ascitest. Míg a kórboncokok és belgyógyászok szerint a betegség egyenlően oszlik meg a férfi és női nem között, addig a sebészek állítása szerint nőknél 5–6-szor gyakrabban fordul elő a gümös hashártyagyulladás. Hogy saját anyagunkban nem szerepel ez a kórfolyamat nagyobb számmal, annak oka az, hogy legtöbb ilyen betegünket a belgyógyászati klinika veszi át s ezért a mi kimutatásunkban kisebb számmal szerepelnek. Genitalis tuberculosus 10 esete közül kétszer találtunk felszaporodott hasüri folyadékot. Fontos volna itt eldönteni azt, hogy nőknél a genitalis tuberculosus mily gyakran okoz gümös hashártyagyuladást. Ennek gyakorlati jelentőségét ugyanis abban látjuk, hogy genitalis tuberculosisnál a műtéti indicatio felállításkor gyorsabban határoznánk el magunkat akkor, ha tudnók, hogy ennek a betegségnek legtöbbször peritonitis tuberculosa a vége. A kérdést már többen vizsgálták, de — sajnos — az eddigi vélemények nagyon eltérőek. *Krönig* és *Schlimpert* adatai azt bizonyítják, hogy genitalis tuberculosus legritkábban okoz hashártyagyuladást, *Albrecht* viszont azt mutatja ki, hogy a női nemzőszervek gümös elfajulását 68,5%-ban követi peritonitis tuberculosa. A genitalis eredet felvételét mindenesetre megnehezíti az a tapasztalat is, hogy ezek a folyamatok a környezet összenövéséi folytán teljesen be vannak burkolva, szinte eltokolódnak. Maga a tuberculosus-bacillus nem bír saját mozgással s hogy a hasüregbe jusson, annak csak az a módja, hogy a kürt antiperistaltikus mozgása belesajtolja.

Ami a női nemiszervek daganataival összefüggő ascitest illeti, a legfontosabb az esetek pontos körismézése, helyesebben elkülönítő diagnózis. Ez nemcsak a gyakorló-, hanem több esetben a szakorvosnak is nehézségeket okoz, ugyanis ascitest nagyon sok betegség hozhat létre. Hogy csak néhány példával szolgáljunk, a következőket soroljuk fel: szív- és tüdőbántalmak, hol a vénás vérkeringés akadályozott, pangás a vena portae területén, thrombosis, a máj különböző cirrhosiai, daganatai, echinococcus, vesebántalmak (lásd eklampsiánál), hasüri szervek tuberculosisa, bélzáródás, invaginációk, bélrák, csepleszdaganatok, anaemia pernicioza, leukaemia, splenomegalia, chronikus appendicitis. Ami az ascites kimutatását illeti, az a belgyógyászati vizsgáló eljárásokból ismeretes.

Az ascites fontosabb tulajdonságait illetőleg tudjuk, hogy a pangásos ascites rendesen tiszta, sárgás színű, fajsúlya 1007–1015, fehérjetartalma 1½–3%

(albumin és globulin), kémhatása lúgos. Centrifugált üledékében lymphocytákat, endothel- és vörösvérsejteket találunk, mely utóbbiak száma esetenként rendkívül változó.

Míg a fehérjetartalom 3% alatt mozog, addig az ascites eredetét pangásos alapra vezethetjük vissza, ha azonban e fölé emelkedik a fehérje százalékszám, úgy gyulladásos (peritonitis tuberculosa) vagy toxikus (carcinomák, papillaris kystomák) elváltozásra gondolunk. Előfordul ugyan carcinománál alacsonyabb érték is (1%), ez azonban ritkább s magyarázatát abban leli, hogy a kachexia folytán a vér és így az exsudativ fehérje mennyisége is csökken.

Ha a folyadékgyülem nagyobb mennyiségű, úgy ennek kimutatása nem okoz nehézséget, ha azonban csak kezdődő folyamatról, kisebb savómennyiségről van szó, úgy sokszor nehézségekbe ütközünk; vagy egyáltalán nem ismerjük fel az ascites jelenlétét, ami az anatómiai viszonyok szemeltartásával könnyen megérthető. A nő fekvő helyzetében ugyanis a csekély mennyiségű folyadék úgy oszlik el a hasüregben, hogy egy része a medencében gyűlik össze, másik része a gerincoszlop mentén két részre osztva foglal helyet s vékony, vízszintes réteget képezve, felterjed a májig, lépig. Ilyen esetben kopogtatással, a fluctuatio vizsgálatával nem fogunk eredményt elérni. Ha azonban az ilyen beteget *Halban* tanácsára álló helyzetben vizsgáljuk, úgy a hasüregben eloszlott folyadék a hasüreg legmélyebb pontjára folyik, összegyűlik a medencében s most már összefüggőbb tömeget képezve, könnyebben kimutatható. Kopogtatással ilyenkor az alhas felett meglehetősen tompa hangot kapunk, melynek felső határa éles, vízszintes vonalban szűnik meg. Még jellemzőbb a fluctuatio vizsgálata, amely fekvő helyzetben sok esetben egyáltalán nem mutatható ki. Szembetűnőbb lesz a különbség, ha a beteget felszólítjuk, hogy hasfali izmait feszítse meg úgy ki-, mint belégzés után; a folyadékmennyiség ilyenkor ugyanis biztosabb, keményebb támaszfalat kap, ezért kisebb hullámokat is már jól kimutathatunk. Betegeinket tehát ascites, hasfali sérvek és petyhüdt petefészektömlők kimutatásánál ne csak fekvő, hanem álló helyzetben is vizsgáljuk meg, mivel így sokkal pontosabb eredményeket kapunk. Kevés ascitesre hívja fel a figyelmünket, ha a daganat simán, könnyen mozog a hasürben, mintha meg volna kenve. Máskor még kevés ascites jelenlétekor is, különösen ha álló helyzetben vizsgáljuk a beteget, a daganatot sokkal könnyebben mozgathatónak találjuk, mint egy a ballottement tünetét kapjuk. Ilyenkor fontos az ascites jelzése, mert nem ritkán a daganat elfajulásának, szétesésének korai jele, ami az operatio indiciójának felállítására igen fontos tünet. Különösen myomáknál láttuk, hogy a daganat degenerációját éppen e kevés ascites jelezte.

A differential-diagnosishoz arra is kell ügyelni, hogy össze ne tévesszük a szabad hasüri folyadékot egy nagyobb, rugalmas cystával. A petefészektömlők sokszor óriási nagyságot érhetnek el s ilyenkor a fluctuatio éppúgy érezhető, mint ascitesnél. A kopogtató hang is megtéveszthető, mert esetleg a daganat felett elhelyezkedő belek dobos kopogtatási hangját helytelenül magyarázzuk. Hogy ilyen cysták milyen nagyságot érhetnek el, mutatja *Herczel* esete, ki 21 éves leányból 40 kg-os cystát távolított el, mely a belekkel is össze volt növe; a beteg — kinek haskörfogata 150 cm volt — simán gyógyult. *Franz* egy betegénél 80 kg súlyú tömlőt operált; a beteg már négy év óta feküdt, a hasfal a daganattal térdéig lógott le s haskörfogata 183 cm volt; műtét után gyógyult. Ilyen nagy, ascitesnek vélt

petefészek-tömlőket nem egyszer csapoltak már meg. Vannak esetek, amikor csapolás után a beteg meggyógyult; az összeesett cysta falai ugyanis össznőhetnek. De más kimenetel is lehetséges. Ha a tömlő falai nem nőnek össze, hanem tovább secernálnak, úgy a megmaradó punctiós nyíláson — mintegy fistulán át — a kiválasztott folyadék állandóan a hasüregbe ömlik, ott felszaporodik s így közvetlenül is izgatva a hashártyát, a hasüri savót még jobban növeli. A hasüri folyadékgyülem ezen alakja — melyet „látszólagos ascites”-nek neveznek — előfordulhat akkor is, ha egy petefészek-tömlő megreped, tartalma a hasüregbe ömlik s nem szívódik fel. Éppen az említett oknál fogva, ha diagnosztikus célból betegünknek leboreszátjuk a hasüri folyadékot azért, hogy a feszes has mellett ki nem tapintható petefészekdaganatot megtaláljuk, vigyázzunk arra, hogy csapoláskor magát a tömlőt meg ne pungáljuk. Ne hatoljunk mélyen a tüvel, mert ha a tömlőt megsúrnak, úgy az — miután tartalma kiürült — összeesik, látszólagos ascites keletkezhet, melynek okát ezek után már nem igen fogjuk megtalálni; nem fogunk arra gondolni, hogy a folyton újra és újra felgyülemlett savónak megpungált petefészek-tömlő az oka.

A látszólagos ascitesről tárgyalva, meg kell még emlékeznünk a *Cruvelhier*, majd később *Quincke* által leírt, leánygyermek pubertáskorában fellépő ascitesről. Ez alatt azon ritka eseteket értjük, mikor a hasüri folyadék szinte észrevétlenül, fájdalomtalanul felszaporodik az első havibaj bekövetkezése előtt. Mennyisége rendszerint nem nagy, legtöbbször az első tüsző megrepedése után nyomtalanul visszafejlődik. Ezen esetekben a savó felgyülemelését *Quincke* a petefészkek praemenstrualis vérbőségével véli magyarázhatni. Hasonlóképpen fel kell említenünk a corpus luteummal kapcsolatban előforduló „physiologiás ascites”-t, melynek keletkezését *Novák* úgy magyarázza, hogy a növekedő, érő tüsző a környezet hashártyájára ingerlő hatást gyakorol, amire ez fokozott savókiválasztással reagál. Véleménye szerint az így helybelileg képződött folyadék azután a kiszabadult pete tovasodrásában lényeges szerepet játszana.

Felhívjuk a figyelmet még a chronikus appendicitiseknél gyakran előforduló kis mennyiségű hasüri folyadékgyülemekre.

Mint érdekességet említjük meg *Lomer* esetét, ki pessarium betétele után 30 liternyi ascites kifejlődését észlelte. A has megnyitásánál semmiféle okot nem talált, mivel a nagymennyiségű folyadék keletkezését magyarázni tudta volna.

Műteti eredményeink szempontjából eseteinket ismét két csoportba oszthatjuk. Míg 172 jóindulatú daganatból (leszámítva a tuberculos peritonei 9 esetét) valamennyit sikerült megoperálni, addig a 81 rosszindulatú esetből csak 59-et operáltunk, ezek közül is 12 próbahasmetszés volt. 231 sebészileg kezelt betegünk közül elvesztettünk hármat (1.29% mortalitás), kettőt genyes hashártyagyulladás (szétesett carcinomák), egyet szívgyengeség következtében.

Ami az ascitessel kapcsolatos műtéteket illeti, azok a nőgyógyászra nézve más elbírálás alá kerülnek, mert közvetlen célunk nem az ascites megszüntetése, hanem az azt legtöbbször előidéző daganat eltávolítása. Ezért műteti körünkön kívül esnek azon különböző sebészeti eljárások, melyek a belgyógyászat körébe tartozó chronikus ascitesek megszüntetésére törekzenek. Nálunk, a peritonitis tuberculosától eltekintve, nem a belgyógyászat körébe tartozó chronikus folyadékgyülemek megszüntetéséről van szó, hanem a női nemzőszervek legtöbbször daganatos elváltozásairól, hol az ascites

csak kísérő jelenség. Ha a kérdéses daganatot sikerül eltávolítanunk, akkor az okot is megszüntetjük, ha pedig a rosszindulatúság odáig jutott, hogy a folyamat már inoperabilis, úgy részünkre csak egy műtét kivitele áll még nyitva: a nagy cseplesz kiirtása. Ha azonban eseteinken végigtekintünk, úgy ezt a műtétet is, melyet *Strassmann* ajánlott, csak ritkán végezhetjük volna el. Ugyanis a carcinosis peritoneinél az áttételekkel telezsórt cseplesz legtöbbször már összekapaszkodott a környezettel, belekkel és ilyenkor eltávolítása már nem volt lehetséges. A műtétnek azonban szerinte jelentős psychikus hatása van. Míg próbahasmetszés után az ascites gyorsan kiújul, addig a cseplesz kiirtása után ez vagy nem, vagy csak nagyon lassan következik be. A betegek úgy érzik, hogy daganatukat valóban eltávolították, hogy a műtét sikeres volt. Később természetesen jelentkezik a cachexia s a beteg végül áttételeiben elpusztul. A hátralévő idejét azonban abban az érzésben éli le, hogy daganatától megszabadult. A műtétet illetőleg saját tapasztalásunk nincs.

Ha a 262 felsorolt eseten végigtekintünk, úgy azt látjuk, hogy a nőgyógyászatban az ascites bizony elég gyakori kísérő jelensége a női nemzőszervekkel összefüggő kóros elváltozásoknak. Hogy azonban ezt kellőképpen értékelhessük, pontosan meg kell állapítanunk keletkezési okát, mert az ascites az általános orvosi gyakorlatban rendkívül gyakran fordul elő s ezért, akinek a figyelme nem terelődik az aránylag ritkábban előforduló női belső nemzőszervekkel összefüggő esetekre, az sokszor vese, szív vagy más eredetű folyadékgyülemnek fogja tartani a felszaporodott hasüri savót, akkor, mikor ennek okozója egy egyszerű kocsányos, jól mozgatható cysta. Közleményünkben éppen arra akarunk rámutatni, hogy az általános praxissal foglalkozó gyakorlóorvos, kinek nőgyógyászati tapasztalata mindenestre kisebb, mint egy hosszú időn át ezzel foglalkozó szakorvosé, többször kerülhet abba a helyzetbe, hogy nőknél az ascites okát saját vizsgálata alapján nem tudja biztosan megállapítani. A hasüregben felszaporodott savó ugyanis sokszor teljesen elfedi az okozóját, a jól mozgatható petefészekdaganatot s ilyenkor, ha a beteg nem kerül szakorvos elé, évekig elkinlódhatik bajával. Orvosa időnként megpungálja s ezzel egy időre javulás áll be, de csakhamar újra képződik a savó s az egész kálvária elülről kezdődik olyankor, mikor az esetleges jóindulatú petefészekdaganatnak eltávolításával a baj véglegesen el lenne intézve. Ez azonban a kisebb hiba. Ha egy beteget fel nem ismert jóindulatú petefészekdaganata mellett különböző orvosok 31-szer megcsapolnak (mert ilyen is fordult elő), az legfeljebb a betegnek és hozzátartozóinak lehet kellemetlen; a voltaképeni baj akkor áll fenn, ha az ascites csapolása a petefészkek fel nem ismert rosszindulatú daganata mellett történt. Ennek eldöntése sokszor igen nehéz. Számos esetben látjuk, hogy a kívülről nem tapintható, tojásnyinál alig nagyobb petefészkek mellett már ascites fejlődött ki. Aki ilyen esetben nem gondol a rosszindulatúság lehetőségére — mert ezek az esetek legtöbbször azok —, az elmulasztja a műtét beavatkozás legkedvezőbb idejét. Hogy ez pedig milyen gyakran fordul elő, mutatják számadataink: 60 rosszindulatú petefészekdaganatból 30 már inoperabilis állapotban került klinikánkra, holott a daganatok legtöbbször gyermekfejnél nagyobbak, tehát könnyen felismerhetők voltak. Hogy betegeinket a legkisebb remény esetében is megmenteni igyekeztünk, mutatja 13 esetben hiába végzett próbahasmetszésünk. A punctiónak a nőgyógyászati esetekben tehát csak mint diagnosztikus segéd-eszköznek, valamint csak akkor van helye, ha a beteg műtét már nem segíthet.

Mivel az ascitesfolyadék megvizsgálása diagnosztikus szempontból eddig is értékes támpontokat nyújtott, további vizsgálatainkat ezen irányban fogjuk ki-terjeszteni.

A jövőben feladatunknak tekintjük az ascites részletesebb (vegyi, serologiai) vizsgálatát is, ami által talán e kérdésben több világosságot nyerhetünk.

Irodalom: Baisch: Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes V. köt., 2. rész. — Casanouve: Zentralbl. f. Gyn. 1909, 796. old. — Dunkhase: Zentralbl. f. Gyn. 1922, 709. old. — Halban: Zentralbl. f. Gyn. 1920, 35. sz. — Herczel: Orvosi Hetilap 1909, 621. old. — Horváth: Frommels Jahresber. 1914, XXVIII., 51. old. — Kubinyi-Entz: Gynaekologia 1913, 74. old. — Lippert: Inaug. Diss. Rostock 1913. Frommels Jahresber. XXVII., 109. old. — A. Mayer: Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes V. köt., 2. rész. — Mollard-Chattot: Zentralbl. f. Gyn. 1910, 1094. old. — Novak: Zentralbl. f. Gyn. 1922, 854. old. — Palasse-Gaudon: Zentralbl. f. Gyn. 1923, 493. old. — Pfannenstiel: Ref. Mon. f. Geb. u. Gyn. 1909, XXX., 390. old. — Quincke: D. A. f. klin. Med. 30. — Ravano: Gyn. Rundschau 1908, II., 249. old. — Rindfleisch: Zentralbl. f. Gyn. 1906, 209. old. — Rissmann: Zentralbl. f. Gyn. 1918, 406. old. — Schlimpert: Arch. f. Gyn. XCIV., 863. old. — Schmidlechner: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1908, XXVIII., 1. old. — Strassmann: Zentralbl. f. Gyn. 1917, 1088. old. — Urban: Zentralbl. f. Gyn. 1923, 493. old. — Zweifel: Zentralbl. f. Gyn. 1914, 969. old.

A debreceni Tisza István tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar dr. egyet. ny. r. tanár).

A csukló Madelung-féle deformitásának egy esete.

Írta: Jósza László dr.

Az alább közölt eset az első, melyet klinikánkon észleltünk. Nem annyira a betegség ritkasága teszi érdekessé a leírásra, mint inkább az, hogy a kórok és keletkezésmód még vitatott pontjaira szolgáltat adatokat és hogy a nagyfokú deformitás ellenére sem igényelt semmiféle beavatkozást sem.

Sz. G. 17 éves fiú sérvének megoperálása végett kereste fel a klinikát. Az általános vizsgálat folyamán feltűnt a beteg keze. Az ulna distalis vége szokatlanul erősen kiugró volt mindkét oldalt. Pontosabb vizsgálattal kiderült, hogy ez a kiugrás relativ s azt a radius azon elgörbülése okozza, mely a Madelung-féle deformitásra jellemző.

A beteg vizsgálatának adatai a következők:

Elmondja, hogy szüleiéről semmit sem tud, kiskorában vesztette el őket. Testvérei, rokonai nincsenek. A mostaniakon kívül egyéb betegségekre nem emlékszik. Sérvét két hónap előtt emelés következtében kapta. 13½ éves korában kovácsinasnak ment. Fél év múlva környezete vette észre csuklóit eltorzulását. Az eltorzulás még egy évig lassan fokozódott s most már körülbelül két éve egy állapotban van. Régebben munkája megkezdésekor fájtak a kezei, de ezek a fájdalmak munkaközben megszűntek. Most már ritkán, legfeljebb erős munka után érez jelentéktelen fájdalmat.

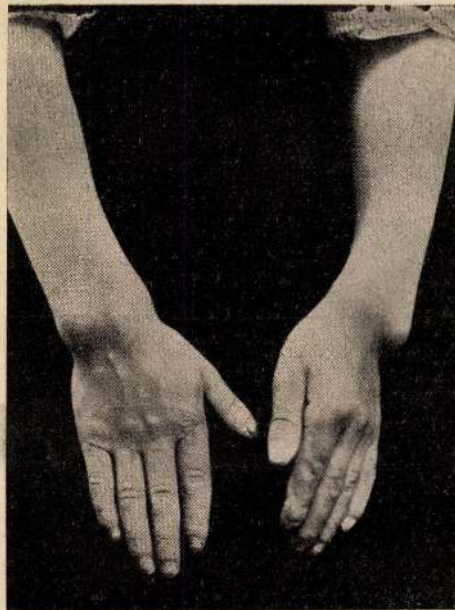
Arányosan fejlett, 160 cm magas. Belső szervei épek, a fej, gerincoszlop, mellkas alakja rendes (caput quadratum, bordaelváltozások, tölcseérmell, skoliosis, genu valgum, alszárelgörbülés nincs). A felső állcsont fogmedri nyúlványa szabályos ívalakja helyett kissé szögleteszerű, a szöglet csúcsa a középvonalban, az első metszőfogaknál van. A szápadlás meredekebb és mélyebb. A jobb belső felső metszőfog kissé kifelé rotált és befelé hajlott helyzetben áll. A különben ép és hiánytalan fogak különösen felül, kívül és elől fogkövesek. A molarisaktól előfelé helyenként a fogak között elválasztó közök vannak. A felső metszőfogak élei erősen domborúak, koronáik felszíne kissé cannellierozott. Mindkét alkaron pronációs helyzetben az ulna vége diónagyságban és alakban kiemelkedik. A csukló nemcsak itt, hanem a radius előtt sem folytatódik az alkar síkjában, hanem (baloldalt erősebben) szögletbe török (bajonett-állás). Supinációban a kézközép és csukló az

asztalt nem érinti, hanem az ulna vége és a metacarpus distalis vége közt hídszerűen emelkedik fel. A felkar és alkar külső alakja rendes, csupán az alkar alsó vége látszik kissé kiszélesedettnek. Az ujjak hosszúságával szemben feltűnik a kézközép aránylagos rövidegsége. A végtagok összes ízületei szabadok. A kéz dorsalflexiója jobboldalt inkább, baloldalt kevésbé korlátozott. A volaris flexio nem fokozódott. A kéz szorítóereje jó. A thenarok, különösen baloldalt, kissé fejletlenebbek. Erős húzással s erőltetett pronációval a deformitáson csak keveset lehet változtatni.

A végtag méretei a következők: Mindkét oldalt a caput humeritól az epicondylus ext.-ig 31½ cm; a capitulum radiitól a proc. styl. radii-ig 22 cm; az olecranon-tól a proc. styl. ulnae-ig 24 cm; az os pisiformetól a caput ossis metacarpi V.-ig 7½ cm; a hamul. ossis ham.-tól a capit. ossis metacarpi II.-ig 9 cm.

Az ujjak hossza: Hüvelyk j. o. 5½ cm, b. o. 6 cm; második ujj j. o. 9.6 cm, b. o. 9.8 cm; harmadik ujj j. o. 10½ cm, b. o. 10.4 cm; negyedik ujj j. o. 9.8 cm, b. o. 10 cm; ötödik ujj j. o. 8 cm, b. o. 8.2 cm.

A csuklóizület activ mozgásai (az ujjak szabad mozgása mellett): Dorsalis flexio j. o. 48 fok, volaris flexio j. o. 78 fok = 126 fok; dorsalis flexio b. o. 35 fok,



1. ábra.

volaris flexio b. o. 81 fok = 116 fok; ulnaris abductio j. o. 40 fok, radialis abductio j. o. 10 fok = 50 fok; ulnaris abductio b. o. 26 fok, radialis abductio b. o. 26 fok = 52 fok.

Az ujjak a normalis határokon belül hosszúaknak mondhatók, hosszúsági sorrendjük normalis. A kézközép + kéztő j. o. 0.5, b. o. 0.8 cm-rel rövidebb úgy a második, mint az ötödik ujjnál, holott normalisan valamivel hosszabb szokott lenni.

A volaris-dorsalis hajlításának összes terjedelme 22½–54 fokkal kevesebb a rendesnél. (Braude szerint 142%, Braune-Fischer szerint 169, R. Fick szerint 160–170 fok.) A volaris flexio j. o. 30, b. o. 41 fokkal haladja meg a dorsalis flexiót. (Az említett szerzők szerint a volaris és dorsalis flexio nagyjában egyforma: Braude 78½–64, Braune-Fischer 84–85, R. Fick 75, 85–85 fok. A radioulnaris abductio terjedelme Braude szerint 49½, Fick szerint 55, Lesshaft szerint 40–80 fok. A radialis abductio és ulnaris abductio külön-külön Braude szerint 19½–30½, Fick szerint 15–40, Lesshaft szerint 15–26, 24–53.)

Esetünkben jobboldalt a radialis abductio 30 fokkal kisebb, mint az ulnaris, míg baloldalt radialis és ulnaris irányban egyforma. A flexio tehát csökkent, a csökkenés főleg a dorsalflexiót illeti. A volaris flexio, ha absolute nem is, de relative megnövekedett.

A beteg Röntgen-lelete a következő:

Mindkét kézfej kóros tartásban áll, melynek lényege a radius distalis epiphysisének és vele együtt a carpusnak volaris eltolódása. A radius distalis harmada ívszerűen volarisra hajlott. A radiocarpalis ízület rése a kar tengelyére húzott merőlegessel mintegy

30 foknyi szöget zár le. Az elhajlást a carpus csontjainak megváltozott helyzete kompenzálja olyannyira, hogy a középsontok tengelye párhuzamosan fut az alkarcsontok tengelyével és azokhoz volarisan eltolódva bajonetszerűen helyezkedik el. Az ulna ninesen elgörbülve, proc. styloideusa tehát a dorsalis csuklócontourt kiboltosítja. A carpus csontjainak proximalis sorozata alig tér el a megszokott ívtől, amennyiben a lunatum proximalisan kissé kiugrik. Az epiphysis-vonalak még

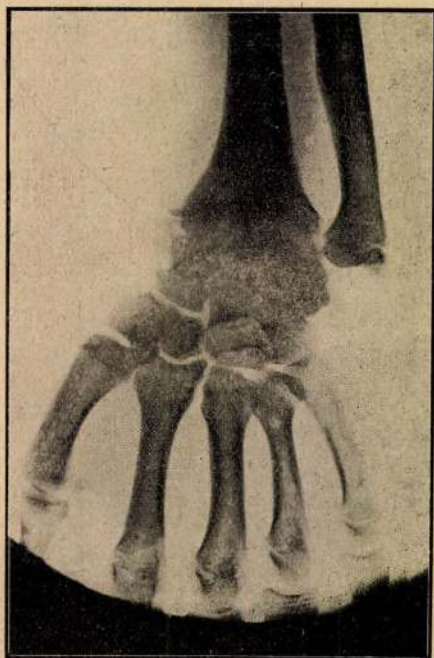
alkalma volt a radius elgörbülését észlelni egy sectio alkalmával, a carpus primaer spontan subluxatiójának tartotta. Duplayé az érdem (1885), hogy a radius elgörbülésében látta meg a lényegét s ugyancsak ő hangsúlyozta először a rachitis kórokozó jelentőségét. A betegséget ma általában *Madelung* nevével kapcsolják össze (*Poulsen*), de némelyek Dupuytren-Madelung-, mások Duplay-Madelung-betegségről is beszélnek. A változatos nomenclaturában hol a deformitás formája adta a neveket: a csukló subluxatiója, manus valga (*Madelung*), villakéz (*Springer*), carpokypnosis (*Robinson*), hol a keletkezés módja: congenitalis (*Estor*), spontan (*Madelung*), progressiv (*Kirmisson*), vagy az aetiológia: a csukló késői rachitise (*Duplay*).

A betegség nem mindennapos, de nem is nagyon ritka. Bizonyos, hogy enyhébb alakjai, mivel kevés panasszal járnak, az orvosi figyelmet el is kerülnek. *Jacoulet* 1910-ig 105 esetet gyűjtött össze az irodalomból, azóta körülbelül 30–40-nel szaporodott ez a szám. A statisztikai adatokból három lényeges sajátság tűnik ki: 1. Az elváltozás az eseteknek legalább felében kétoldali (*Poulsen* szerint 40:20). 2. Főleg a nők betegsége (*Madelung* szerint 12:8, *Abadie* szerint 31:8, *Homuth* szerint 47:9). 3. Rendesen a pubertás korában fejlődik ki. A későbbi korban nagyon ritka (30 éven túl három eset [*Kirmisson*, *Barthés*, *Chrysopathes*], utóbbi esetben trauma után fejlődött ki a betegség, tehát nem is teljesen tiszta eset). Korábbi korban pedig annál ritkább, minél fiatalabb a gyermek. (Vannak csecsemőkori, sőt congenitalis esetek is. Régebbi szerzők közül *Estor* 40%-ra teszi a hereditásos előfordulást.)

A betegség rendesen kevés panasszal jár, bár néha heves fájdalmakról számolnak be (*Madelung*). A mi esetünkben jóformán semmi panasszal, sem csökkent munkaképességgel nem járt. A szabály azonban — úgy látszik — az, hogy a betegség fejlődésének idején a csukló, kéz és alkar táján erősebb munka végzésekor húzó fájdalmakat éreznek. A fájdalom olykor csak az alkarra és ilyenkor a hajlító izomzatra szorítkozik (*Berg* s a mi esetünk). A baj ½–2 év alatt megállapodik. A deformitás változatlan marad és a fájdalmak megszűnnek. Ha a beteg munkaképtelen volt, ismét használni kezdi a kezét. Néha az idegek lefutása mentén nyomásra fájdalmas

pontok vannak. Keringési zavarok, lobos tünetek, duzzanatok sohasem fordulnak elő. Izomsorvadást csak *Gewaert* talált az alkaron és a kis kézizmokon. A mi esetünkben a thenarok fejletlensége nagyon feltűnő volt.

A deformitás szembeszökő. Legfeltűnőbb az ulna distalis végének erős prominentiája, ez hívja fel a figyelmet a csuklóra, annak a villaállására. Eleinte, míg a betegség progrediál vagy nem régen állapodott



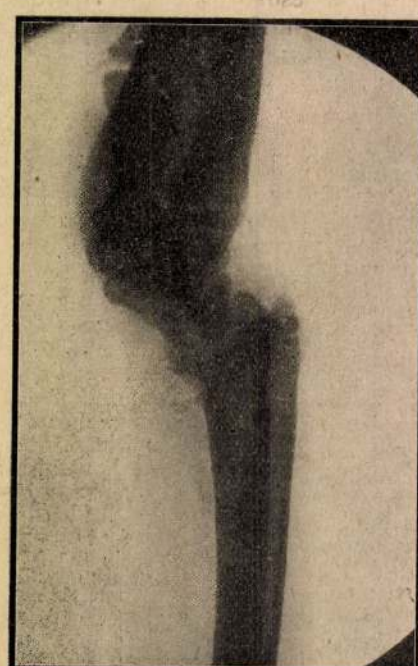
2. ábra. Baloldalt.



3. ábra.



4. ábra. Jobboldalt.



5. ábra.

nyitottak, átlag 1 mm szélesek, úgy a proximalis, mint a distalis contourjuk mérszélisan szegélyezett. Az epiphysis-vonalak felé a diaphysis tölesérszerűen meg szélesbedik. A csontok mésztartalma középnagy.

Kétoldali Madelung-deformitás. Az epiphysis-vonal és környékének Röntgen-képe gyógyulófélben lévő rachitisre jellemző.

Dupuytren volt az első, aki a leírt elváltozást önálló körképnek ismerte fel (1839). Részletesebben *Madelung* foglalkozott vele először, s bár később (1878)

meg, a kéz húzásával a villaállás is, az ulna kiemelkedése is eltüntethető. Valószínű, hogy ez közrejátszott abban, hogy régebben a bajt sublaxationak tartották. *A lényeg a radius elgörbülése.* *Cantas* a betegség történetében három periodust állapít meg: először a radius elgörbülését nem ismerték fel, azután accessoriusnak tartották, majd végül kiderült, hogy minden egyéb tünetnek ez az alapja. Röntgen-vizsgálattal minden esetben kimutatható ez az elgörbülés. Legkifejezettebb az alsó harmadban, a distalis epiphysis területén, de rendszeren megvan az egész diaphysisen is kisebb mértékben. A görbülés többirányú: legerősebb a dorsalconvexitás, leggyengébb a pronatiós torsio s a kettő között áll a lateralconvexitás. A radius az esetek nagy részében ezenkívül megrövidült. A rövidülés ritkán haladja meg az 1–2 cm-t (*Abadie* esetében 10 cm). Néha az ulna is rövidebb, ilyenkor tehát a rövidülés az egész alkart éri. Ha elgörbült az ulna is, ami nagyon ritkán és kistokban észlelhető, úgy az is dorsalconvex. Míg kistok rövidülést maga a görbület is megmagyaráz, nagyobboknál, különösen ha az ulnára is vonatkozik, növekedési zavarról van szó, s nem a deformálódás mechanikus következményéről. A radius alakja sokszor a görbüléstől eltekintve is megváltozik: a csont zömökebb lesz, különösen az alsó epiphysis szélesebb, rövidebb.

Ritkán hiányzik az epiphysis-vonalak elváltozása. Az állhat abban, hogy elesontosodásuk jóval tovább tart, de sokkal gyakoribb, hogy ellenkezően már a pubertás idejében is részben eltűnik az epiphysis-vonal. Az elesontosodás szabály szerint az ulnaris részre szorítkozik. Különbözik az epiphysis-vonal szabálytalan, egyenetlen, a radialis oldalon abnormisan széles. A mi esetünkben az epiphysis-vonal szegélyei mészdúsabbak.

A radius elgörbülése miatt a carpalis izfelszínének helyzete megváltozik. Míg normalisan a csont hossz tengelyére harántul és merőlegesen áll, annak egyenes folytatásában, addig a Madelung-kórosnál volarisan lecsúszott az alkar síkja alá, az ulna felé fordult (manus valga) és ferdén lefelé néz. A radius izfelszínének eltolódása magával vonja a csuklóizület helyzetének változását is. A radius elgörbülése folytán az ulnától eltávolodik, miáltal az utóbbi tisztán passive sublaxatiós helyzetbe került, de sublaxatióról legfeljebb a radiussal szemben lehet szó, mivel a carpussal közvetlen izületi összeköttetése nincs is. A deformitás áttevődik a csuklóra is. Az elfordult radius izfelszínnek megfelelő normal kézállás mérsékelt volaris és ulnaris flexio volna, de valósággal mégsem ilyen, hanem a kéz párhuzamosan áll az alkarral, csak bajonett-szerűen eltolódva. A kézközépcsontok volarisan szélesebbek, dorsalisan megkeskenyedettek, úgyhogy a három izület (radiocarpalis, intercarpalis és carpometacarpalis) alsó széle távolabb, a felső közelebb van egymáshoz. A radiocarpalis izület rése a kar tengelyére húzott merőlegessel szöget zár be (a mi esetünkben 30 fok), míg normalisan éppen merőleges a kar tengelyére. Ezt az elhajlást egyenlíti ki az intercarpalis és carpometacarpalis izület. A radius-izfelszín ulnaris elhajlása is kiegyenlítődik, aminek következménye az, hogy a proximalis kézközépcsontok íve szögletté válik, aminek legkiemelkedőbb pontja a lunatum.

Gyakran észleltek kis exostosisokat, amik főleg a radius epiphysis-vonalának megfelelően, annak ulnaris szélén voltak találhatóak, ritkábban az ulna végén is. Ezeknek létrejöttét *Lewy* a tokszalag normalisnál erősebb vongalásának tulajdonítja a tapadási helyen.

Ritkán leírt tünet a kézközépcsontok aránylagos rövidege. Ez a mi esetünkben igen kifejezett volt. Mechanikus keletkezési magyarázata, mint a csuklóizület elváltozásainak, nincsen; növekedési zavarként

kell talán felfogni, amint az rachitisnél előfordul. Szintén ritkán van meg a mi esetünkben igen kifejezett thenarhypoplasia.

A betegség keletkezésmódja és oka felett a vita ma sem mondható lezártnak. Éppen ez az ok, ami a különben nem túlságosan ritka kórképhez tartozó casuistikai adatok közlését ma is jogosulttá teszi. A keletkezésmódot illetően két factor jön szóba: a csont anyagának csökkent ellenállóképessége és az alkar, kéz munkájának mechanikus hatása. Adott esetben hol az egyik, hol a másik kifejezettebb (*Dupuytren* ipari megbetegedésnek tartotta, *Madelung* spontán deformálódásnak). Vannak congenitalis esetek is. Valószínű, hogy a csont elgörbülésre való hajlandósága a primaer, de a deformálódáshoz a kéz munkájának secundaer factora is szükséges.

A csont csökkent ellenállóképességét a különböző szerzők szerint majdnem minden betegség okozhatja, ami csak a csontot megtámadni képes. Ezek között kétségtelenül túlnyomó szerepe van a rachitisnek, különösen a késői rachitisnek, annyira, hogy jogosultnak látszik némely szerző számára más eredet kétségbevonása. A rachitis mellett szól, hogy a baj a fiatal koré (legtöbbször a pubertásé). Ez az a betegség, mely a csontok rendellenes hajlását azok alakjának lényegesebb elváltozása nélkül okozni képes, s ahol a baj gyógyulása után magán a csonton kevés vagy semmi elváltozás sem marad vissza.

De vannak esetek, ahol a rachitis semmi nyoma sem mutatható ki a test egyéb csontjain sem, s magán a deformitáson sem. Ide tartozik a régen megállapodott esetek egy része, s a legtöbb csecsemő- és gyermekkori eset. Ilyen rachitisre s egyéb betegségekre negatív esetek számára bele kell nyugodnunk egyelőre a csont ellenállóképességének hereditásos-dispositiós gyengülésének elég homályos oki szerepébe. (*Brandes* esetében két olyan nőtestvér betegedett meg gyermekkorában, akiknek apjuk is Madelung-betegségben szenvedett.) Ilyen esetekben gyakran láthatók egyéb aequivalens tünetek (*Adler-Howard*): pes valgus, genu valgum, scoliosis.

Erlacher három lueses csecsemőn (háromhónapos korig) írt le typusos Madelung-deformitást, ami redresementre és specifikus kezelésre gyógyult. *Anzilotti* komplikált, elgenyedt és Volkmann-féle contracturás könyökfeam után látta a betegséget kifejlődni 14 éves fiúnál, ami a csont inaktivitások atrophijájával és a contractura mechanikus befolyásával keletkezhetett. *Chrysopathes* eseteiben (38 éves nő és 18 éves fiú) töréssel, fiammal nem járó trauma után három, illetve egy év múlva jelentkezett az inversus typusú Madelung-betegség. *Masmonteil* az eddig szóba került aetiologiákon kívül lehetségesnek tartja, hogy a betegség gyógyult osteomyelitisek, törések, tuberculosis (egy eset kapcsán *Cantas* szerint is) és nervosus eredet (tabes, syringomyelia) alapján is létrejöhet. A tuberculosisra vonatkozóan joggal mondja *Melchior*, hogy ha gümőkórosokon Madelung-deformitást látunk, nem kell felvenni okvetlenül ki nem mutatható tuberculosis-toxinhatást góctuberculosis nélkül. A tuberculosis nagy elterjedése mellett egyszerűbb két különböző betegség véletlen találkozására gondolni.

A mi esetünkben az epiphysis-vonalak tátongásán és mészszegegyén kívül a szájpádlás meredeksége, a fogak helyzeti és alaki elváltozása és a nyilván korábbi erosiók helyén fellepett fogkövesedés kétségtelenné teszi, hogy a betegnek rachitis tardája volt.

A betegség létrejöttében a csont ellenállóképességének meggyengülésén kívül lényeges szerepe van a mechanikus hatásoknak. (*Trillmich* még újabban is tisztán mechanikus eredetűnek tartja.) Az alkar hajlító

izomzata tömegesebb, mint a feszítő izomzata. A csukló hajlításában és feszítésében nemcsak a csukló, de az ujjak izmai is résztvesznek (*Braus*). Ez az aránytalanság okozza a spasmusos paresiseknél kifejlődő flexiós contracturákat. A kéz nyugalmi állása is enyhe volarflexiónak felel meg. *Springer* és mások nem annyira a flexiót, mint a pronatiót tartják a deformáló mechanizmusnak, amit méasztelenített praeparatumokon kísérletileg is igazoltak. Akik a mechanikus hatások szerepét kétségbevonják, hivatkoznak arra, hogy legtöbbször megerőltető munka nélkül keletkezik a baj és nőknél, akik általában könnyebb kézi munkát végeznek, gyakoribb. (Ezzel szemben a nők csontrendszere gracilisabb.)

A mi esetünkben a két kéz különben normalis terjedelmű abductiójánál feltűnik, hogy jobboldalt a radialis, baloldalt az ulnaris abductio terjedelme kisebb a rendesnél. Ez az adat ha nem is igazolja közvetlenül mechanikai momentumoknak lényeges szerepét a deformitás pathogenesisében, de bizonyítja, hogy a velejáró mozgási eltérésekre behatása van. Betegünk súlyos kalapáccsal dolgozik. A kalapácsot a jobb kéz emeli, az emelés a csukló lehető rögzítése mellett főleg a könyökizületben történik, eközben a bal kéz a jobb hónalj alá csapott kalapácsnyelet süllyeszti. A kalapácsütést főleg annak súlya végzi, miközben a jobb kezét ulnaris abductióba rántja, a bal csukló erős radialis abductióval vezeti vissza a kalapácsnyelet a jobb hónaljba. Szóval munka közben az abductio a két kézen nem történik egyforma erővel és terjedelemben mindkét irányban, hanem a jobb kéz ulnaris, a bal radialis abductiója nagyobb, ami végeredményben kifejezésre jut az activ-passiv mozgathatóság megfelelő csökkenésében.

Meg kell emlékezni a Madelung-betegség typus inversusáról. Ezt a ritka, eddig öt esetben észlelt alakot (*Kirmisson, De Witt, Stetten, Gaudier, Chrysopathes*) az jellemzi, hogy a radius nem volar, hanem dorsal felé görbült. A viszonyok különben — mutatis mutandis — teljesen a volaris typusnak megfelelőek. Mi okozza a deformálódás eltérő irányát, kiderítve ninesen. (*Chrysopathes* egyik esete mosónőre vonatkozik; mosásnál a kezek dorsalflexiója túlsúlyban van.)

A Madelung-betegség differential-diagnosisa nem nehéz. A szóbaeső egyéb elváltozásokat *Melchior* részletesen tárgyalja. Az ulna kiemelkedése az, ami ezekben a Madelung-betegséggel egyezik. Meglehetősen tág a kiemelkedés normalis határa, amit arthritises deformitás, vagy az ulnarej bármilyen eredetű (periostitis) megvastagodása okozhat. Nem ritka az ulna habitualis subluxatiója, ami spontan, astheniás szalagrendszer tüneteként jön létre, s amit ankylotizáló csuklóizületi gyulladások, rosszul gyógyult törések is okozhatnak (radius-törések is). A habitualis ulnarej subluxatiójánál a deformitás megszüntethető, ha az alkart asztalra helyezve, a kiálló csontot helyére nyomjuk, ami azután zongorabillentyűhöz hasonlóan visszaugrik, ha a nyomást megszüntetjük.

A Madelung-betegség kezelésében két factor dönt: 1. milyen panaszokat okoz a betegnek? 2. milyen stadiumban kapjuk a beteget? A Madelung-betegség megállapodik. Gyakran — még nagyfokú deformálódás esetén is — a kezdeti panaszok ilyenkor megszűnnek. Ez történt a mi betegünkkel is, aki nehéz munkáját panasz nélkül végzi, ezért therapiás beavatkozásra nem is gondoltunk. Ha a beteg panaszaival kezdeti stadiumban jön hozzánk, redressióval és az esetleges alapbetegség (rachitis) kezelésével igyekszünk rendbehozni. A redressio célját egy-kéthetes, esetleg ismételt gypstokkal, vagy célszerűbben orthopaed-manchettával érjük el, amit supinációs helyzetben alkalmazunk. A rachitist calciummal, vitaminokkal és esetleg a rachitis legújabb

elméletének megfelelően — mely a bajt a pankreas működési zavaraira vezeti vissza — étrendi és gyógyszeres kezeléssel igyekszünk befolyásolni. Ahol mindez nem elég, tehát rendesen késői, fixatiós stadiumokban, sebészi beavatkozás jön szóba, aminek módját az adott eset szabja meg. (Rendesen linearis osteotomia [*Janni*] vagy ékresectio [*Taylor*].)

Irodalom: *Adler Howard F.*: Calif. state journ. of med. 12, 3, 1914. (Zlo. f. Ch. u. G.) — *Anzilotti G.*: Arch. d. ort. 28, 1911. — *Berg P.*: Arch. f. orth. Mech. u. Unf. 12, 4, 1913. — *Brandes*: Zeitschr. f. orth. Ch. — *Cantas M.*: Lyon chir. 10, 5, 1913. (Zlo. III.) — *Chrysopathes*: Arch. f. orth. Mech. u. Unf. XI, 1912. — *Davoigneau-Léhmman*: Presse med. 1923, 955. — *Erlacher Ph.*: Arch. f. klin. Ch. 125, 4, 1923. (Zlo. XXVI.) — *Ewald*: Zeitschr. f. orth. Ch. 23. — *Fröhlich M.*: Presse med. 1913, 727. — *Gaugele*: Arch. f. klin. Ch. LXXXVIII. — *Greig D. M.*: Edinb. med. Journ. 21, 7, 1924 (Zlo. XXIX.) — *Janni R.*: Ann. ital. di chir. 3, 1, 1924. (Zlo. XXVIII.) — *Lawrence J.*: Journ. des pract. 37, 5, 1923. (Zlo. XXII.) — *Madelung*: Verhandl. d. deut. Ges. f. Ch. 1878. — *Masmonteil F.*: Lyon chir. 18, 3, 1921. (Zlo. XIV.) — *Masmonteil F.*: Gaz. des hop. civ. et mil. 93, 7, 1920. (Zlo. X.) — *Melchior Ed.*: Erg. d. Ch. u. O. VI, 1913. — *Mathieu Ch. et Joseph V.*: Rev. med. de l'est. 50, 22, 1922. (Zlo. XXI.) — *Moore B. H.*: Journ. of bone a. joint surg. 6, 3, 1924. (Zlo. XXIX.) — *Savariaud*: Presse med. 1913, 592. — *Springer*: Zeitschr. f. orth. Ch. XXIX. — *Taylor H. L.*: Med. Rec. (Arch. f. orth. Mech. u. Unf. XIII.) — *Trillmich F.*: Zeitschr. f. orth. Ch. 31, 1913. (Zlo. I.)

A székesfővárosi X. kerületi Tüdőbeteggondozó-Intézet közleménye (vezető-főorvos: Fábry Ágoston dr.).

Cholesterin-vizsgálatok tuberculotikus betegek vérében.

Írta: Babarczy Mária dr., adjunktus.

Tuberculotikus betegek vérének cholesterin-tartalmát többen vizsgálták és erre vonatkozólag a következő adatokat találjuk a szakirodalomban:

Chauffard, Richet és *Grigaut* a láztalan tuberculotikusok vérében normalis, a lázas tuberculotikusok vérében csökkent cholesterin-tartalmat talált és a hypocholesterinaemia fokát a lázzal s a betegség progressiójával arányosnak írja le.

Ezzel szemben *Defoye* tüdőtuberculosisban mindig hypercholesterinaemiát, viszont *Sokoloff* mindig hypocholesterinaemiát talált.

Berg J. V. pedig megjegyzi, hogy ha a tuberculosis a tüdőn kívül lokalizálódik, nem lép fel szabályszerűen a hypocholesterinaemia.

Parturier, Gaston leírja, hogy tuberculinra anergiás reactiót adó tuberculotikusok vére alacsony cholesterin-tartalmú.

Sweany, Henry C. azt találta, hogy a vér cholesterin-tartalma emelkedett, vagy csökkent aszerint, amint a tuberculosist kötőszövetes vagy exsudatív alakja van a betegnél jelen.

Mint látjuk, a különböző szerzők tuberculosisban a vér cholesterin-tartalmának különböző irányú elváltozását találták és ezen elváltozásokban különböző tényezőknek tulajdonítottak döntő szerepet. Általában azon tényezőket, melyek tuberculosisban a vér cholesterin-tartalmának megváltozásánál szóba jöhetne, három csoportba oszthatjuk.

Első csoportba tartoznak azok a jelenségek, melyek a tuberculosis előhaladásával függnek össze: a betegség stadiuma, a láz, az általános legyengültség s az endokrinmirigyek esetleges elváltozása. Az endokrinmirigyek szerepe a vér cholesterin-tükrének változásában tisztázva ugyan még nincs, az

azonban kétségtelen, hogy az ivarmirigyeknek szerepe van a cholesterolin-anyagcserében.

A második csoportba tartozna magának a tüdő-tuberculosisnak a jellege, kötőszövetes vagy exsudatív volta. E tényezőnek, mint említettük, főleg *Sweany* tulajdonít döntő jelentőséget. Magyarázatul pedig a következőket hozta fel: Egyrészt exsudatív alakoknál a köpettel jelentékeny cholesterolin-mennyiség ürül, melyet a szervezet nem igen tud pótolni, ha cholesterolin-szegény kosztot él a beteg. Másrészt a kötőszövetes alakoknál a toxikus ágens leukocytosisra vezet, a leukocyták pedig jelentékeny lipoidtartalmukkal hozzájárulnak a cholesterolin-tükrör emeléséhez.

Végre a harmadik csoportba tartozik a szervezet immunbiológiai reakciója, melyet a tuberculin-érzékenységgel van módunkban ellenőrizni. Ez utóbbi tényező fontosságára több analogia alapján kell gondolnunk. Először is, mivel acut fertőző betegségekből a vér cholesterolin-tartalmának változása szabályszerű görbét ír le, a fertőző betegségek kezdetén megszaporodik, aztán az immunitás kifejlődésének megfelelően fokozatosan csökken a cholesterolin-tartalom. Továbbá erre utal az immunserumok viselkedése, melyeknél a savó cholesterolin-tartalma csökken, az immunitási egységek emelkedése szerint (*Marie*). E tényező fontosságára vall végre *Gerard* és *Lemaine* azon észlelete, hogy tuberculin és cholesterolin keverékében a cholesterolin a tuberculin toxikus hatását neutralizálja.

Érdekesnek ígérkezett tehát annak a vizsgálata, hogy a szervezet immunbiológiai reakciója, illetve tuberculinérzékenysége és a vér cholesterolin-tartalma közt milyen összefüggés van s hogy a tuberculin-érzékenység megváltoztatása a vér cholesterolin-tükrőnek milyen irányú eltolódásával van egybekötve. E célból cholesterolin-meghatározásokat végeztem tuberculositis betegek egy csoportjának vérében, kiket intracutan tuberculin-kúrúra szemeltem ki. A cholesterolin-meghatározással egyidőben meghatároztam tuberculin-érzékenységüket. Azután intracutan tuberculin-kúrával igyekeztem a tuberculinérzékenységet fokozni. Mint ambuláns betegnél általában, itt is a kúra folyamán egy részük kimaradt. Azoknál, akiknél rendszeresen keresztülvittem kúra folyamán sikerült a tuberculin-érzékenységet kifejezetten emelni, újra meghatároztam a vér cholesterolin-tartalmát.

A cholesterolin-meghatározásokat colorimetrián, *Bloor* methodusával (*Journ. of Biol. Chem.* 1916, 128.) és *Hellige*-féle coloriméterrel végeztük. A meghatározásokhoz a vért vagy üres gyomorral, vagy cholesterolin-szegény reggeli után vettem, az alimentaris factor kiküszöbölése miatt. A tuberculinérzékenység meghatározása úgy történt, hogy 1:10.000 hígítású Koch-féle Alt-tuberculinből pontosan 0.1 cm³-t injiciáltam intracutan. A reakciót 24 óra múlva olvastam le. A reakciókat intensitásuk szerint, négy csoportba osztottam. I-el a maculás, II-vel a papulás, III-al a hyperaemiás udvarú papulás és IV-el a vesiculás reakciót jelöltem. Természetesen láttam olyan reakciókat, melyek az egyes csoportok közt átmenetet alkottak, ezeknél az átmeneti jelleget ugyancsak feltüntettem a csoportszámok segítségével.

Vizsgálataimról a következőkben számolok be:

Cholesterolin-meghatározást 30, kezelés által nem befolyásolt esetben végeztem. Ezek közül normalis, közepes cholesterolinértéket találtam 12 esetben (40%), hypocholesterinaemiát láttam 11 esetben (37%) és emelkedett, részben a normalis felső határán lévő, részben kifejezett hypercholesterinaemiás értéket kaptam 7 esetben (23%).

A tuberculinérzékenységet az ugyanakkor talált vércholesterin-értékekkel együtt a következő táblázat tünteti fel:

N é v	0.1 cm ³ 1:10.000 tuberculin után a reactio foka	A vér cholesterolin-tartalma
Sch. M.	III.	0.11%
K. B.	I-II.	0.11%
F. J.-né	I-II.	0.11%
K. M.-né	I.	0.11%
Cs. J.	III.	0.07%
S. S.	I.	0.11%
M. J.-né	II.	0.10%
W. A.	II.	0.11%
K. I.	II.	0.11%
Sz. I.-né	I.	0.10%
R. P.	II.	0.11%
A. V.	0-I.	0.15%
V. I.-né	—	0.14%
T. E.	II.	0.14%
P. J.	II.	0.14%
G. J.	II.	0.13%
T. J.-né	III.	0.12%
B. J.-né	II-III.	0.14%
A. N.	I.	0.12%
Sz. G.-né	—	0.14%
K. T.-né	II-III.	0.13%
H. Gy.-né	I.	0.14%
P. I.	0-I.	0.13%
O. E.-né	I.	0.18%
K. J.-né	II.	0.18%
Ö. V.-né	II.	0.17%
K. E.	I.	0.22%
N. K.-né	—	0.17%
E. J.-né	I.	0.17%
F. J.-né	I.	0.21%

Mint a táblázatból látszik, szoros összefüggést a tuberculinérzékenység és a vér cholesterolin-tartalma közt nem találtam, mivel különböző cholesterolin-értékeknek megfelelően ugyanolyan intenzitású tuberculin-reactiót és viszont, különböző intenzitású tuberculin-reactio mellett ugyanolyan cholesterolin-értékeket találtam. Egy körülmény azonban szembetűnő, az, hogy míg 0-II. fokig terjedő reakciót minden vércholesterin-érték mellett találtam, addig a III. fokú reakciót hypercholesterinaemiás érték mellett nem találtam.

Ha már most azt vizsgáljuk, hogy a tuberculin-érzékenység változása a vér cholesterolin-tartalmának milyen irányú eltolódását vonja magután, úgy erre vonatkozólag a következő táblázat ad felvilágosítást. E tabella azon eseteket foglalja magában, melyeknél

N é v	0.1 cm ³ tuberculin után a reactio foka	A vér cholesterolin-tartalma
J. F.-né	1: 10.000 hígítás mellett I.	0.21%
"	1: 10.000 " " III.	0.14%
E. J.-né	1: 10.000 " " I.	0.17%
"	1: 10.000 " " III.	0.14%
Ö. J.-né	1: 10.000 " " II.	0.17%
"	1: 100.000 " " III.	0.13%
H. Gy.-né	1: 10.000 " " I.	0.14%
"	1: 50.000 " " II.	0.13%
V. J.-né	1: 10.000 " " —	0.14%
"	1: 10.000 " " II.	0.11%
K. B.-né	1: 10.000 " " I-II.	0.11%
"	1: 100.000 " " III.	0.09%
K. M.-né	1: 10.000 " " I.	0.11%
"	1: 10.000 " " IV.	0.09%
Sz. Gy.-né	1: 10.000 " " —	0.14%
"	1: 10.000 " " III.	0.14%
R. T.	1: 10.000 " " II.	0.11%
"	1: 10.000 " " IV.	0.11%
K. I.	1: 10.000 " " II.	0.11%
"	1: 10.000 " " III.	0.11%
N. J.-né	1: 10.000 " " II.	0.10%
"	1: 10.000 " " III.	0.10%

a cholesterin-meghatározásokat megismételtém intracután tuberculinkúra folyamán olyanoknál, kiknél sikerült a tuberculinérzékenységet többé-kevésbé emelni.

Mint látjuk, 11 esetet vizsgáltam; ebből 7 esetben (64%) a tuberculinérzékenység emelkedésével kapcsolatban kifejezetten csökkent a vér cholesterin-tartalma, 4 esetben (36%) a vér cholesterin-tartalma nem változott, illetve nem változott olyan fokban, hogy az colorimetriás úton megállapítható lenne. A tuberculinérzékenység növekedésével kapcsolatban egy esetben sem találtuk a vér cholesterin-tartalmának növekedését.

Látjuk tehát, hogy az esetek túlnyomó részben a tuberculinérzékenység növekedése a vér cholesterin-tartalmának csökkenésével van egybekötve, ami megfelel az immunserumokban talált cholesterin-változásnak és megegyezik a vér cholesterin-viselkedésével fertőző betegségekben.

Hogy azonban ezen együtthaladó eltolódás dacára kiinduló vizsgálataimban nem találtam szoros összefüggést az egyes vércholesterin-értékek és a hozzájuk tartozó tuberculinreakciók között, abból arra kell következtetnünk, hogy a tuberculinérzékenységen, illetve az egyén immunbiológiai reakcióján kívül más körülménynek is befolyása van a vér cholesterin-tartalmára.

Vegyük tehát sorra azokat a tényezőket, melyeket a tuberculinérzékenységen kívül már fent felsoroltam, mint olyanokat, melyek a vér cholesterin-tükrének változásánál szóba kerülhetnek.

Ami az első csoportba tartozó, a tuberculosis előhaladásával összefüggő jelenségeket illeti, arra vonatkozólag a következőket mondhatjuk:

Vizsgált betegeink mind ambuláns betegek voltak, chronikus tüdőtuberculosis, kik közül a nők házimunkájukat végezték, a férfiak mesterségüket folytatták. Ami a betegség stadiumát illeti: a *hypcholesterinaemiás* esetek közül elsőfokú volt 7 eset, második fokú volt 3 eset, és második és harmadik fok között átmenetet képezett 1 eset. A *normalis közép cholesterin-tartalmú* esetek közül elsőfokú volt 9 eset, második fokú volt 2 eset, és átmenetet képezett az első és második fok közt 1 eset. A *hypercholesterinaemiás* esetek közül első fokú volt 4 eset, második fokú volt 3 eset.

Ami a hőmérsékletet illeti, a betegek mind időnként subfebrilisek, többnyire láztalanok voltak. Kivételt képezett 2 beteg, Ö. J.-né és M. J.-né, kiknek hője időnként a 38 C°-ot eléri s akik közül az előbbi hypercholesterinaemiás, az utóbbi hypcholesterinaemiás.

A belső secretiós elváltozásra vonatkozólag finomabb vizsgálatok nem történtek ugyan, azonban functionalisan és konstitutionalisan semmi olyan durvább elváltozás nem mutatkozott, ami a belső secretiós mirigyek elváltozására vallott volna.

Tapasztalataink tehát amellet szólnak, hogy a vér cholesterin-tartalmát tüdőtuberculosisban nem a betegség stadiuma, nem a láz, s nem belső secretiós elváltozás determinálja.

Az immunbiológiai reakción kívül marad tehát, per exclusionem, még egy tényező (amelyet fent második csoportba soroztunk), magának a tuberculosisnak a jellege a tüdőfolyamat exsudatív, vagy kötőszövetes volta. Erre vonatkozólag a következőket mondhatom:

Eseteim mind chronikus tüdőfolyamatok, melyek nem tisztán kötőszövetes és nem tisztán exsudatív alakok s melyekben a kötőszövetes és exsudatív folyamatok egymás mellett, jórészt pontosan nem is ellen-

őrizhető arányban vannak jelen. És úgy látszik, hogy éppen ez az arány az, ami a szervezet immunbiológiai reakciójával együtt a vér cholesterin-tartalmára determinálólag hat tüdőtuberculosisban.

Összefoglalás:

1. Tüdőtuberculosisban a vér cholesterin-tartalma lehet normalis, hypcholesterinaemiás vagy hypercholesterinaemiás.

2. A tuberculinérzékenység emelkedésével az esetek túlnyomó többségében a vér cholesterin-tartalmának csökkenése van egybekötve, függetlenül attól, hogy a kiindulási érték normalis hypo-, vagy hypercholesterinaemiás volt.

3. Ugyanazon tuberculinérzékenység mellett a vér cholesterin-tartalma különböző lehet.

4. Az utóbbi két tapasztalat összevetése arra enged következtetni, hogy az immunbiológiai reakción kívül más tényező is szerepel a vér cholesterin-tükrének determinálásánál.

5. A tüdőtuberculosis jellege, exsudatív, vagy kötőszövetes volta látszik azon factornak, mely az immunbiológiai reakción kívül az egyes esetekben determinálja a vér cholesterin-tartalmát.

Irodalom: Havers: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 115. köt. — Sokoloff N. A.: Virchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 1923, 245. köt. — Berg J. W., van Maren, van der Bent: Über Cholesterinoemie. Dissertation. 115. köt. — Sokoloff N. A.: Virchow's Arch. f. pathol. 37. köt.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi III. számú belklinika közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A betegélelmezés reformja egyéni alapon.

Írta: Soós Aladár dr. egyet. magántanár.

(Harmadik, befejező közlemény.)

2. Belgyógyászati klinika.

A diéta konyhatechnikai képzettség hiánya és az individualizálásra be nem rendezkedett organisatio elégtelensége már régtől fogva arra indította elsősorban a *belosztályok* orvosi vezetőit, hogy a diéta kezelésre utalt betegek ellátását a 3–4 kötött menüt kiszolgáltató közöskonyha üzemétől függetleníteni igyekezzenek. Különálló diéta konyhák hiányát különösen a *klinikusok* érezték. Új diätetikai kúrák kidolgozása, kipróbálása és bevezetése csakis olyan helyeken történhetik, ahol a konyha az orvos előírásához gyorsan és pontosan képes alkalmazkodni és ahol az orvosi utasításokat szakképzett felelős személy hajtja végre.

Körülbelül egyidőben, 1910 körül, teremtik meg klinikai diéta konyháikat Brauer Marburgban és A. Schmidt Halleban. Már akkor az erlangeni Leubeklinikán kis diéta konyhává bővítettek egy tálalót, amely az ulcus- és cukorbetegségeket élelmezését látta el. A bécsi Noorden-klinika nagyszabású diéta konyháján egy szépen felszerelt iskolakonyhát tartott fenn Salomon vezetése alatt. Berlinben az első klinikai diéta konyhát a His-klinikán rendezték be. Párizsban Labbé állította fel a Charité-kórházban és Landouzy a Laennec-kórházban az első diéta konyhát.

A klinikai diéta konyhák felállítása a legtöbb helyen gazdasági ellenállásba ütközött. A kis konyhában előállított élelmezés sokszor jelentékenyen drágább volt. A háború alatt azután az élelmiszerhiány miatt a még működő konyhák közül is több beszüntette az üzemét.

A háború óta a diéta konyhák felállítása iránt

igen nagy érdeklődés mutatkozik. Nálunk *Bálint* prof. volt az első, aki az I. számú belklinikán jelenleg is (vezető: *Purjesz dr.*) igen eredményesen működő diatétás konyhát állított föl. Egyelőre kisebb beteglétszámmal a Herzog-klinikán is működik diatétás konyha (vezető: *Kiss dr.*). Klinikánk diatétás konyhája 1921 óta áll vezetésem alatt. A rendszer, amely szerint ez a konyha a betegek diatétás kezelését ellátja, a bevezető-sorokban említett irányelveken alapszik és már öt évi működése alatt oly kedvező eredményeket volt képes felmutatni, hogy részletesebb ismertetése nem lesz érdektelen.

Az osztályos orvosok azon betegeiket, akiket a diatétás konyha üzeméből kívánnak élelmezni, minden nap egy *diatétás rendelőkönyvbe* vezetik be; rendelésük nemcsak a diatetikai előírásra terjed ki, hanem konyhatechnikai utasításokat is tartalmaz. Ezen könyvek adatai alapján a diatétás konyhát vezető orvos egy étlaptervezetet állít össze, amely a másnap készítendő főzelék- és téstáncművek összetételét figyelembe véve, az étrendben megengedhető élelmiszerek és ételek mennyiségét étkezésenként grammok szerint osztja el. A délutánra elkészülő tervezet még csak arra való, hogy a szükséglet szerint történjen a nyers élelmiszerek rendelése a központi konyhából. *Ezen étlaptervezettel a kézben, a diatétás konyhát vezető orvos és az ételek osztását végző nővér minden reggel meglátogatják a diatétás kezelésre utalt betegeket.* Ugyanabban az időben tartják az osztályos orvosok is reggeli beteglátogatásukat. Minden ágnál ilyen módon percek alatt egy kis *diatétás konzilium* fejlődik ki az osztályos orvos, a diatétás orvos, a diatétás szakácsnő és a beteg között. A beteg tudomást szerez ezáltal a konyhában aznap készülő ételekről és így a neki rendelt koszttra megteheti megjegyzéseit, amelyeket a konyha a lehetőséghez képest figyelembe is vesz.

Nincsenek tehát kötött menük (a konyha naponta 70 beteget lát el és azoknak 20–25 különféle étrendet szolgáltat ki), hanem a konyhában készített ételeket az orvosi előírásnak és az individualis kívánságoknak megfelelően állíthatják össze. Ebből igen sokféle előny származik: nagy anyagmegtakarítást jelent az, hogy a konyha nem küld a betegeknek semmi mást, csupán amit el képes és kíván fogyasztani; a konyha közvetlenül tud alkalmazkodni a beteg állapotában esetleg az éj folyamán beállott változásokhoz, amelyek esetleg az előző napon adott előírást teljesen megváltoztathatják; az osztónővér többé nem betegágyszámokat lát maga előtt, hanem a beteg egyéneket és azok egyéni kívánságait ennél fogva szívesebben teljesíti; meg lévén teremtvé a közvetlen összeköttetés, a konyha a kezelő-orvos utasításaihoz alkalmazkodni képes és az élelmezés útjának minden szakasza közvetlen orvosi ellenőrzés alatt áll.

Új diatetikai problémák kidolgozására külön *diatétás laboratórium* csatlakozik a konyha üzeméhez; a laboratóriumi eredményeket az összesítő étlap hátlapjára vezetik rá. Az összesítőlapokat összefűzve, ilyen módon olyan könyvet nyerünk, amelynek egyik oldalára az aznap kiszolgáltattott diatéta kerül és a másik oldalon ezzel a kiválasztási eredmények alapján a diatétás kezelés hatásának ellenőrzése áll szembe. *A továbbképzést* szolgálja végül egy kis *diatetikai tanterem* a főzőtanfolyamok, diatetikai előadások tartására és a diatetikai segédszemélyzet kiképzésének céljára.

Igen jól bevált ez a rendszer a hamburg-eppendorfi klinika diatétás konyháján is, amelyet *Brauer* prof. meghívására 1924 nyarán személyesen szerveztem meg.

3. Szanatorium.

A szanatoriumok vagy magángyógyintézetek oly üzleti vállalkozások, amelyek *a kényesebb igényű és tehetősebb betegeknek* gyógykezelésük időtartamára megfelelő kényelmet képesek biztosítani. A szanatoriumok konyháira az a jellemző, hogy a diatétás konyha nincs különválasztva az ú. n. nagykonyha üzemétől, hanem azzal összeforrott. A szanatoriumban ápolott betegek nagyobb anyagi áldozatért nagyobb élvezeti értékű kosztot is kívánnak és ennél fogva a szanatoriumok konyhái által készített ételek már magukban véve is könnyűek, fűszerszegények, étvágyingerlők. A berendezése olyan, mint az elsőrendű vendéglői konyháé, a személyzete pedig a különlegesen képzett vendéglői személyzet közül kerül ki.

A diatétás kezelésre utalt betegeknek az ellátását ma minden szanatorium *kötött menürendszer* alapján oldja meg. A legkülönbözőbb elnevezésekkel jelölik kötött menüiket a különböző intézetek: „diatétás“, „korpulens“, „vegetár“, „normál“, „cukorbeteg“, „vesebajos“, stb.

A kötött menürendszerrel együtt jár az, hogy *a tállalás mindig egy meghatározott időpontban történik.* Részint a lakószobák távolsága, részint a különböző időben bekövetkező fogyasztás okozza azt, hogy az ételek nem mindig kerülnek közvetlenül a konyhából, frissen elkészített állapotban a beteg elé, hanem az vagy a beteg asztalán hűl ki az elfogyasztás idejéig, vagy a tállalóban melegítik fel újra. Az egyidőben tállaló rendszernél elvész a diatéták összeállításáért felelős személy ellenőrzése, mert az nem lehet felelős a felszolgáló szobalány tévedése miatt és elcserélései miatt.

Érthető tehát, hogy a szanatorium orvosa azon lesz, hogy a betegek közül minél kevesebben étkezzenek a szobájukban, hanem inkább *a közös éttermet* keressék fel. A közös étterem a főkülönbség a magángyógyintézetek és a közintézetek között; a beteg kényelmét igyekezik ez szolgálni, éppúgy, mint a dohányzó-, játszóterem, olvasó és könyvtár.

A közös étteremben az étkezés felszolgálása vagy *közös asztalnál* (table d'hôte) történik, vagy a betegek *kisebb különasztaloknál* (petite table) foglalnak helyet. A felszolgáló személyzet vagy nagyobb közös tából kínál sorra, vagy pedig minden beteg számára már a konyhában adagolva osztják ki az ételeket és ennek megfelelően külön tállakban szolgálnak fel. Az étteremben szétszórta ülő betegek különleges diatétás ellátása pontosan működő szervezetet igényel, aminek leegyszerűsítésére a legtöbb helyen az egyforma diatétára utalt betegeket *közös asztalhoz* ültetik és így keletkeznek: „Korpulenter-Tisch“, „Diabetiker-Tisch“, „Magen-Tisch“, stb. Némely szanatoriumban a diatétás betegek mindegyike minden fogást külön edényében kap.

Minél fejlettebbé válik a diatetika mint tudományág, annál nehezebben lesz összeegyeztethető a gyakorlat jelenlegi rendszerével. Azzal, hogy *a kötött menürendszert a szabad választás rendszerével helyettesítjük*, a konyha teljesítőképessége lényegesen növekednék. Az organisatiót a következőképpen lehetne új alapokra fektetni:

Minden diatétás szanatoriumnak féltve őrzött kincse az a *konyharecept-gyűjtemény*, amelyek szerint abban az intézetben az ételeket előállítják. Ha ezeket a recepteket leírnák és konyhatechnikai rendszerbe foglalnák össze, úgy az ételek nagy választéka állana rendelkezésre, amivel az étlapot igen változatossá lehetne tenni. Ha az ételek előállítása mindig ugyanazon recept szerint történik, úgy azok szénhidrát-, fehérje-, stb. tartalma hozzávetőleges pontossággal könnyen megadható.

Ezen specialis szakácskönyv alapján az elkészítési mód függetlenné válik az elkészítő személytől és így a konyha még a szakácsváltást sem érezné meg. Az egyes ételek diatetikai vagy konyhatechnikai hibáit e törzsreceptekén lehetne helyrehozni, amely változásoknak a betartása a további elkészítés folyamán biztosítva lenne.

E szakácskönyv alapján a szanatoriumban naponta egy olyan *étlap* készülne, amelyent a vendéglők tesznek vendégeik elé. Az itt felsorolt ételneműeken kívül, azok számára, akik az étrendösszeállításnál külön törődni nem kívánnak, két kötött menü is szerepelne: az egyik az egészséges emésztőszervű betegek számára, a másik pedig egy könnyen emészthető kímélőkoszt volna. A konyha felügyeletével megbízott *diatás directrice ezen étlappal a kezében reggelenként meglátogatná a betegeket*, velük az étrendet vagy közvetlenül megbeszelné, vagy pedig a kosztra vonatkozó egyéni kívánságaikról az ápolónők útján értesül. Dél előtt 10 órára már olyan áttekintése lenne a napi szükségletéről, hogy a konyhában általánosságban megtehetné a rendelést. Figyelmezteti a konyhát, hogy körülbelül mennyi normál és mennyi könnyű étrendre lesz szükség és hogy milyen étrendből hozzávetőlegesen hány adagot fognak rendelni az ebéd vagy a vacsora folyamán.

Az adatok összegyűjtése után ebédig minden el látandó számára egy-egy *külön menükártya* készül, amely már írásban lefektetve tartalmazza azon megállapodásokat, amelyeket a *directrice* a beteggel vagy annak ápolónőjével a kosztra vonatkozólag kötött. A menükártya öt részből áll: 1. az ebédre, 2. az uzsonnára, 3. a vacsorára, 4. a másnapi reggelire és 5. a másnapi tízórára vonatkozik. Ha már most a beteg étkezésének a felszolgálatát kívánja, úgy a szobalány a menükártyáról az illető étkezésnek megfelelő részt leválasztja és vagy külön, vagy pedig más betegével együtt a konyhába juttatja. A konyhában az étkezések tálalását bizonyos meghatározott időn belül a bonok érkezési sorrendjében végzik. Egy tálcára tálalják egy betegnek összetartozó ételeit és azokat az *a cédularész*, amelyet a betegek *étlapjáról leválasztottak, egész úton kíséri*.

Ezen rendszer előnyei: a szanatoriumban készített ételek választéka igen nagy, az elkészítési módja állandóan egyforma; minden beteg érvényesítheti kosztösszeállításánál egyéni kívánságait és saját egyéni napi étrendjét írásban kapja, a kosztösszeállítást az írott kártyáról könnyen megtanulhatja és otthon követheti; a beteg az étkezését bizonyos meghatározott időn belül bármikor kérheti, a fogyasztás időpontja tehát nem a tálalás idejétől, nem a konyhától függ; az étel útja a konyhától a betegig lényegesen megrövidül, az étel sehol sem áll, fölmelegítésre nincs szükség és elcseszerés ki van zárva.

4. Vendéglő.

Ha a közöskonyhák üzemét rendszerbe állítjuk, azt fogjuk találni, hogy a betegek ellátását végző diatás konyhatechnika a szabad választási rendszer alapján működő vendéglői üzembe ez idő szerint még nem kapcsolódott be.

I. Kötött menürendszer:

	Egészséges	Diatás
a) polgári konyha	kifőzések, intézetek, katonaság	kórházak, klinikák
b) finom konyha	pensiok	szanatoriumok, gyógyszállók

II. Szabad választási rendszer:

	Egészséges	Diatás
a) polgári konyha	polgári vendéglők	—
b) finom konyha	hotelek	—

A szakszerű diatás kezelés ma intézetekhez (klinikák, kórházak, szanatoriumok) van kötve. „A diatás kezelésre szoruló betegek baja azonban rendesen sokkal tovább tart, mint amennyi időt intézetekben tölthetnek. Ennek a gyakorlatban az a következménye, hogy életük aránylag rövid, célszerűen eltöltött és hosszas olyan időszakok váltakozása közben telik el, amelyek alatt többé-kevésbé tetszésük szerint élnek és hibát hibára halmoznak.” (Korányi.)

Az olyan vendéglő felállításának a gondolata, amelyben a betegek az orvosuk által előírt étrendet *ambulanter* kaphassák meg és fogyaszthassák el, nem új. Berlinben egy ideig működött egy városi diatás üzem, amely éttermet tartott fenn és az ételeket házhoz is szállította. Vichyben pl. pár éve működik egy diatás vendéglő. E vállalkozások azonban nem voltak annyira életképesek, mert a vezetők nemigen tudták összeegyeztetni az orvosi előírást a betegek egyéni kívánságaival.

Pedig a vendéglői üzem egyedül alkalmas arra, hogy az olyan betegeket ellássa, akik magánháztartással nem bírnak, betegségük zárt intézeti kezelést nem igényel és akik a kezelés ideje alatt foglalkozásukat folytatni kívánják. Üzleti alapon a legbiztosabban az olyan vendéglő állana, amelybe *nem kizárólag a diatás életmódot folytató betegek, hanem egészségesek is rendszeresen járnának*. A legjobban célravezető tehát, hogyha valamelyik nagyobb teljesítőképességű, már bevezetett vendéglői üzem rendezkedik be a diatás betegek ellátására is. Ehhez különösebb befektetésre szükség nincs, csupán egy orvost, egy diatás *directricet* és esetleg egy olyan szakácsot kell szerződtetni, akik a diatás konyhatechnikához értenek.

A diatás vendéglőt vezető *orvos* tulajdonképpen közvetlenül minden beteggel nem érintkezik, csak azokkal, akiknek tanácsra van szükségük. Ez esetben külön rendelőhelyiségben megvizsgálja a beteget és megadja utasításait a *directrice* számára. Az orvos főfeladata a beszerzés, az elkészítés és a kiszolgáltatás ellenőrzése, azonkívül hozzá fordul tanácsért a *directrice*, ha valamilyen nem ismeri ki magát.

A diatás vendéglő életképessége talán elsősorban a *diatás directrice* ügyességén múlik. A betegeket ő fogadja és miután az orvosi előírásról részletesen tájékozódott; a rendes vendéglői étlap alapján a beteggel megbeszéli azt az étrendet, amelyben csak olyan és annyi étel foglal helyet, amelyeket a betegnek elfogyasztani *szabad* és amelyeket a beteg *kíván*. A megbeszélte étrendet részletesen leírva a konyhába továbbítja, ahol a szakképzett szakács készíti el és állítja össze. Az étrendet azután az ételhordópincér szolgálja fel.

Ezen rendszernek igen sok az előnye: a beteg étrendjét hozzátartozói körében az egészségesek között, az étterem tetszésszerű asztalánál feltűnés nélkül fogyaszthatja el; étkezését szabadon választhatja össze az orvosi előírásnak megfelelően, diatetikai ellenőrzés mellett és diatás konyhatechnikai készséggel elkészítve; az ételek ára az azon vendéglőben szokásos áraknál nem magasabb; a rendesen hosszabb ideig tartó diatás kezelés betartása a beteget szabad mozgásában és a foglalkozásában nem akadályozza.

Egyik előkelő szállodánk éttermével kapcsolatban már egy év óta Budapesten működik az első ilyen rendszerű diatetikus vendéglő.

Irodalom: Bofinger: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1926. — Braeuning: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1912. — Brauer: Münch. med. Wochenschr. 1908, 10. sz. — Brauer: Therap. der Gegenw. 1925. — Brauer: Bericht über die Diätküche des Eppendorfer Krankenhauses im Hamburger Aerzte-Verein. 1925. január. — Chauffard: Annales d'hygiène et de med. leg. 1902. — Domarus: Richtlinien für die Krankenkost zum Gebrauch in Krankenhäusern, Privatkliniken, Sanatorien. Springer. Berlin, 1925. — Fürth: Die rationelle Ernährung in Krankenanstalten und Erholungsheimen. Leipzig, 1906. — Grober: Das deutsche Krankenhaus. Fischer. Jena, 1922. — Gudzent: Die Volksernährung 1926. jan. 20. — Gertr. Haack: Zeitschr. f. Krankenpflege 1921, 8. sz. — Hirschberg: Berl. klin. Wochenschr. 1919, 9. sz. — Jagic u. Doring: Wien. med. Wochenschr. 1920, 21. sz. — Jürgensen: 7. Beiheft zur Medizinischen Klinik 1912. — Jürgensen: Allgemeine diätetische Praxis. Berlin, 1917. — Jürgensen: Ergebnisse der gesamt. Medizin III. köt. — Jürgensen: Archiv f. Verdauungskrankheiten 1926, 1—2. sz. — M. Labbé: Les problèmes actuels de diététique. Paris, 1923. — Landsberger: Berl. klin. Wochenschr. 1921, 28. sz. — Lenné: Deutsche med. Wochenschr. 1919, 51. sz. — M. Matthes: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1916, 8. sz. — Pariser: Diät und Küche in diätetischen Sanatorien. Berlin, 1925. — Salomon: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1913. — Sick: Die Krankenernährung begründet auf der allgem. Ernährungslehre. Steinkopf. Stuttgart, 1922. — Soós: Orvosképzés 1923. — Soós: Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1924, 2. sz. — Soós: Fortschritte der Medizin 1926, 18. sz. — W. Sternberg: Die Küche im Krankenhaus. Stuttgart, 1908. — W. Sternberg: Therap. Monatschr. 1914. — W. Sternberg: Die Küche in der modernen Heilanstalt. Stuttgart, 1909. — W. Sternberg: Krankenernährung und Krankenküche. Stuttgart, 1906. — Strasser: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1911. — Strauss: Med. Klinik 1913, 17. sz. — Strauss: Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. 1914. — Scheel: Ugeskrift for Laeger 1914, 19. sz. — Schlesinger: Med. Klinik 1910, 47. sz. — Ad. Schmidt: Med. Klinik 1911, 24. sz. — Ad. Schmidt: Fortschritte der deutschen Klinik 1911. — Schmidt u. Arnold: Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens 1912, I. köt. — Ad. Schmidt: Med. Klinik 1913, 27. sz. — W. Schumburg: Hygiene der Einzelerkrankung und Massenernährung. Weyl, Handbuch der Hygiene. Leipzig, 1923. — Schwytzer: Krankenkost. Zürich, 1924.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. szemklinikájának közleménye (igazgató: Grósz Emil dr. egyetemi tanár).

Uszoda-kötőhártyagyulladás Budapesten.

Írta: Fodor Géza dr. egyetemi gyakornok.

Az utóbbi időben az irodalomban számos közlemény jelent meg különböző városokban az uszodákat látogatók között epidemiaszerűleg jelentkező, a trachomához igen hasonló akut kötőhártyahurutról. 1920-ban Kölnben, majd Drezdában, Magdeburgban, Freiburgban, Párizsban, Buenos-Ayresben voltak ily járványok, Rohrschneider pedig 1919-től 1925-ig Berlinben előfordult 416 esetről számol be.

Budapesten, egyes szórványosan előforduló esetektől eltekintve, járványszerűleg nem fordult elő. Ez év novemberében azonban az I. számú szemklinikámban ambulantiaján egy hét leforgása alatt 11 ily beteg jelentkezett. Egy-egy betegnek hat, illetve hét iskolatársa ugyanilyen szempanaszokkal a fővárosnak más ambulantiait kereste fel. Azonkívül két katonát a helyőrségi kórházban kezelnek uszodában szerzett kötőhártyahurut miatt.

A betegek mind serdülőkorban lévő fiúk, egynek kivételével, aki 29 éves. Valamennyien ugyanazon

fürdő uszodáját (Rudas-fürdő) szokták látogatni. Kilenek közülük középiskolai tanuló.

Mind a 11 betegnél eleinte csak az egyik szem betegedett meg, háromnál azonban a betegség 3—4 nap alatt a másik szemre is áttért. A betegség az akut trachoma kórképéhez nagyon hasonlít, olyannyira, hogy azzal könnyen összetéveszthető és gyakran csak az anamnesis terel a helyes útra. A szemhéjak duzzadtak, hyperaemiások, a szemet a beteg nehezen tudja kinyitni. A kötőhártya egyes esetekben igen váladékos, máskor kevésbé. A bulbaris conjunctiva belővelt, sokszor chemotikus. A legkifejezettebb elváltozások azonban a tarsalis conjunctiván vannak. Mind a felső, mind az alsó tarsalis conjunctiva, valamint az áthajlási redők erősen duzzadtak, hyperaemiások s tele vannak nagy, koesonyaszerű, a trachomás esomókhoz minden tekintetben hasonló folliculusokkal. Az első napokban oly nagyfokú az exsudatio s az epithelnek a desquamatioja, hogy a conjunctivát álhártya borítja. Feltűnő a conjunctiváknak a vérzékenysége. A szemhéj kifordításakor váladékvételnél, ecsetelésnél, az álhártyák lehúzásánál a duzzadt, succulens kötőhártya könnyen megreped és vérzik. A betegség az esetek többségében nem okoz complicatiókat a szaruhártyán, két betegnél a cornea széli részein finom pontszerű infiltrátumok s kis hámkikopások mutatkoztak.

A heves conjunctivitissal rendszerint a praeauricularis mirigy duzzanata jár. Egy pár betegnek náthája is volt, valószínűen a könnyutakon az orr nyálkahártyájára is ráterjedt. Ellenben hallási zavarok, melyeket más külföldi epidemiák alkalmával észleltek, nem fordultak elő.

A beteget 1%-os lapis-oldattal ecseteljük naponta, a szemhéjszéli felmaródások ellen 5% bórzink-kenőcsöt alkalmazunk. Egyheti kezelés után a gyulladásos tünetek csak kis mértékben csökkentek.

A betegség 6—8 hétig szokott eltartani, némelykor azonban több hónapig is elhúzódik. A meg lehetős hosszú lefolyástól eltekintve, a betegség jóindulatú. A gyógyulás tökéletes, a csomók nyom nélkül eltűnnek, hegesezés sohasem marad vissza.

A bántalom kétségtelenül fertőzésből származik. Az incubációs idő változó, az incubációs idő meghatározására fontos az utolsó fürdés ideje. A 11 beteg közül:

1 beteg	október 10-én	volt utoljára az uszodában,
6 "	"	25-én " " " "
1 "	"	26-án " " " "
1 "	"	minden nap.

Két beteg október 25-én kívül még november 2-án, illetve 6-án is volt a fürdőben. A betegségnek első jelei november 4—8. között jelentkeznek. Feltűnő, hogy a legtöbb beteg október 25-én volt utoljára az uszodában, és feltehető, hogy azoknak is az október 25-i fürdés alkalmával fertőződött a szemük, akik később is voltak fürödni. Az incubációs idő körülbelül 10—15 nap, egynek kivételével, kinek négy hét.

Bakteriológiai vizsgálatnál a Gram szerint megfestett conjunctivaváladékban kórokozó bakteriumot nem találnak. Táptalajra leoltott váladékból egy-két staphylococcus aureus s xerosis-bacillustelep nőtt ki, más pathogen bakterium nem. Giemsa-oldattal megfestett praeparatumban aránytalanul sok a kis és nagy lymphocytá, sok a hámsajt. Valamennyi beteg váladékában a Prowazek-Halberstadter-féle záradéktesteket sikerült kimutatni. Egyes betegektől vett váladékban igen sok záradéktest volt, némely betegnél több tárgylemez készítményt át kellett nézni, míg a záradéktestet megtaláltuk. Több záradéktestet találtunk olyan bete-

geknél, akiknél bő váladékképződés volt. Mind a egyes váladékban, mind az álhártyában és a kaparással nyert csomók tartalmában, valamint többnapos lapissal való kezelés után vett váladékban minden egyes esetben kimutathatók a Prowazek-féle testek, amelyek morfológiailag teljesen megegyeznek a trachomás és az „Einschluss“-blennorrhoeás váladékban található záradéktestekkel. *Lindner* által leírt initial-alakot azonban nem találtuk.

A fertőzés az esetek többségében a közös fürdőkben jön létre. Feltűnő, hogy a budapesti járvány alkalmával tudomásunk szerint csak fiatal férfiak betegedtek meg. Ez a tény talán azzal magyarázható, hogy a férfiak s még inkább a fiatalabb fiúk gyakrabban merítik víz alá a fejüket (s a víz alatt a szemüket ki is nyitják), mint a nők, akik nem szívesen nedvesítik be a hajukat. Azonban közösen használt törülköző, stb. is lehet a fertőzés közvetítője. Hogy ezen betegség miért szokott csak az egyik szemben jelentkezni, míg a legtöbb hurutos szembetegség kétoldali, nem tudjuk. A második szem fertőződhetik azon időben, mikor az első szem, s ilyenkor a lappangási idő a második szemnél hosszabb, vagy az elsőszem megbetegedett szemtől annak incubációs ideje alatt kezek, zsebkendő, stb. útján. A második fertőzési mód valószínűbbnek látszik.

A fertőző agens valószínűen genitális eredetű. Feltehető, hogy a bassinnak a vizébe elég gyakran kerül genitális váladék, esetleg blennorrhoeás váladék. Ismeretes ugyanis, hogy nem gonorrhoeás urethritiseknél záradéktesteket lehet találni az urethra s vagina váladékában. Az oly anyáknál, kiknek gyermekei a születés utáni második hétben az úgynevezett „záradéktest-blennorrhoeában“ megbetegednek, a genitálisváladékban éppúgy megtalálható a Prowazek-sejtzáradék, mint a blennorrhoeás gyermekek conjunctivaváladékában. Feltehető már most, hogy ily záradékokat tartalmazó genitálisváladék kerül a fürdő vizébe, mely az újszülöttek „záradéktest-blennorrhoeájához“ hasonlóan a fürdőlátogatók között hoz létre ilyen „záradéktest-blennorrhoeát“. *Engelking* az újszülöttek „záradéktest-blennorrhoeáját“ és az uszodai kötőhártyahurutot egy és ugyanazon megbetegedésnek tartja. Ez a feltevés annál inkább valószínű, mivel mindkét megbetegedésnél a lappangási idő egyforma.

Még mai nap is sokat vitatott a Prowazek-Halberstadter-féle záradéktestek szerepe; azonban a trachománál, de különösen az uszodai kötőhártyahurutnál és az ophthalmoblennorrhoea non gonorrhoeicánál annyira jellemző az állandó jelenléte ezen képletnek a különben teljesen negatív bakteriologiai lelet mellett, hogy valószínű a záradéktestek összefüggése a fenti betegségekkel.

A fertőzőanyag valószínűen hamar elveszti a fertőzőképességét; ugyanis mint az epidemiánknál is feltűnő, a fertőzés majdnem mind az október 25-i fertőzésből származik. Következő napokon fordított egyének huruttal nem jelentkeztek, egynek kivételével, aki azonban nem az uszodában, hanem a gőzben volt. Az is említésre méltó, hogy a betegek kevés kivétellel egy társasághoz tartoztak, valószínűen állandóan egymás közelében tartózkodtak a vízben s így fertőződtek egyszerre. Gyakran ugyanazon sportegyesület tagjai egyszerre betegednek meg. Az epidemiát valószínűen nem a már fertőzött víz tartja fenn, hanem vagy a fertőzött szemű ember az incubációs idő alatt, vagy a fertőző váladéknak ismételt bejutása a fürdő vizébe esetleg egy s ugyanazon személy részéről.

Ami az epidemia leküzdését illeti, legfontosabbnak tartjuk, s ami magától is érthetődik, az ily szem-

betegek távoltartását a nyilvános fürdőktől. Kíváncsinos volna, hogy az epidemia ideje alatt a fürdőlátogató közönség figyelmeztessék, hogy a fejnek a vízbe való merítésétől lehetőleg tartózkodjék. Szükséges továbbá, hogy a bassinnak a vizét minél gyakrabban frissítsék.

A berlini epidemia alkalmával megkísérelték a fürdő vizének a desinficiálását. Két fürdő vizét chlorgázzal desinficiálták, kettőt pedig controll céljából desinficiálás nélkül hagytak. Az eredmény az volt, hogy a fertőtlenített uszodában csakugyan kevesebb lett a megbetegedések száma. A chlorgáznak csak úgy van elegendő desinficiáló hatása, ha egy liter vízben egy milligrammnyi szabad chlor van. 500 köbméter vízre ezen concentratio elérésére tíz kilogramm chlormész szükséges. Azonban a chlormész a fürdővizet nagyon zavarossá teszi s organikus anyagokhoz kötődve, a kívánt concentratiót hamar elveszti. Azonkívül a chlormész chlortartalma is nagyon változó. Sokkal jobban vált be alkalmas készülékkel chlorgázt fejleszteni s ezt áramló vízzel a bassinba juttatni. A chlort megkötő szerves anyagokat szűrővel ajánlatos a medencétől távoltartani (*Comberg*).*

A budapesti Bábaképző-Intézet közleménye (igazgató: Lovrich József dr. egy. c. rk. tanár).

Extrauterin graviditás érdekes esete.

Írta: *Sztehlo István* I. tanársegéd.

Két év előtt a budapesti bábaképző-intézetben operált 152 méhenkívüli terhéről számoltam be az Orvosegyesületben. Azóta az operált méhenkívüli terhesek száma meghaladja a 220-at. Operált eseteink közül mindössze háromban találtunk hat hónapnál idősebb méhenkívüli terhességet. A kihordott méhenkívüli terhességet műtét előtt diagnosztizálni a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Nem egyszer csak műtét közben derül ki, hogy kihordott méhenkívüli terhességgel van dolgunk. Jelen bemutatással egy ilyen előre nem diagnosztizált és nem operált kihordott, letális kimenetelű extrauterin graviditás érdekes esetét kívánom röviden ismertetni.

B. P.-né, negyedszer terhes földműves feleségét orvosa vidékről harántfekvés miatt intézetünkbe szállítja. A beteg elmondja, hogy két hónap óta állandó alhási fájdalmai miatt ágyban fekszik. Orvosaitól hallotta, hogy a magzat hibásan fekszik. Ezen idő óta napról-napra soványodik, erőbeli állapota romlik, kisebb-nagyobb hőemelkedései vannak. Felvételkor az asszony feltűnően sovány, leromlott, cachexiás, súlyos beteg képét mutatja, száj körül beszáradt herpesek. Hőmérséke felvételkor 37,4 C°, pulsusa 120. Az első szülése egy öthónapos spontan vetélés volt, a második és harmadik szülése normalis lefolyású, zavartalan gyermekágygyal. Havibaja 16 éves korában jelentkezett s azóta négyhetenként 4–5 napi tartammal, normalisan folyik le. Utolsó havivérzése, valamint az első magzatmozgásra nézve felvilágosítást adni nem tud. Haskerülete 98 cm. A medencebemenetet üresnek találjuk, a magzat koponyája baloldalt, első harántfekvésnek megfelelőleg helyezkedik el. A magzat nem mozgatható. A has puffadt, tapintásra fájdalmas, kifejezett defense. A beteg bemondása szerint a magzatvíz napok előtt elfolyt. Magzati szívhangot nem hallunk.

Miután a magzat harántfekvésben helyezkedik el, a magzat mozgathatlanságából elfolyt magzatvízre következtetünk, miért is belső vizsgálatot végzünk. Belső vizsgálatnál tág hüvelyt, kissé felpuhult, de megtartott portiót, szűken egy ujjnyi méhszáját találunk.

* A tisztí főorvosi hivatal a klinika jelentésére haladéktalanul fertőtlenítette az uszodát s újabb megbetegedés a fertőtlenítés után eddig nem fordult elő. Az uszoda fokozottabb igénybevétele a víz gyakori leeresztését és a bassin gyakori tisztítását kívánja meg.

A harántfekvésnél szokásos Baumm-ballonkezelésre határozzuk el magunkat. A hüvely szabályszerű feltárása után egy 300 cm³ űrtartalmú ballont vezetünk fel. Felvezetés közben kiderül, hogy a ballon csupán a belső méhszájig vezethető fel. A ballont 150 cm³ glycerinnel megtöltve, a hüvelyt vioformos csikkal kitömjük. A felvezetett ballon két óra múlva az eredetileg megtöltött 150 cm³ glycerintartalommal születik meg. Miután a külső méhszáj még mindig csak kétujjnyi, belső pedig zárt, a fordítás el nem végezhető, ezért új ballont alkalmazunk. A második felvezetett ballon ugyancsak eredménytelen marad. Az asszony hőmérséklete eközben 37,5 C°, pulsus 128, 37,8 C°, pulsus 128, 38,2 C°, pulsus 140. Kétóránként hőmérőzve a beteget, látjuk, hogy annak hőmérséklete állandóan emelkedik, pulsusa fokról-fokra romlik, a has érintésre rendkívül érzékeny, az egyenes hasizmok megfeszülnek, a beteg folyton hány, peritonitis összes tünetei kifejlődnek. A kétszeri eredménytelen ballon alkalmazása után, tekintve, hogy az asszony állapota romlik, laparotomiára gondolunk, azonban még mielőtt a laparotomiát elvégezhettük volna, a beteg szívműködése megállt.

Az I. számú kórbonctani intézetben elvégzett sectionál kiderült, hogy a Baumm-ballon eredménytelen alkalmazásának oka egy kihordott méhen kívüli terhesség volt. Hasüreg megnyitásakor ott találjuk a petezsákban a harántfekvésben elhelyezkedett 3600 g súlyú, erősen macerálódott magzatot. A méh rendesnél jóval nagyobb, puha, 18 cm hosszú, fala 1½–2 cm vastag. A méh fundusa papírvékony. A Douglasban és a méh fundusán kívül tapad a lepény. A lepény a köldökzsinór útján függ össze a magzattal. A jobb oldali tuba-sarok ugyancsak elvékonyodott, rajta roncsoztosult folytonossági hiány. A petezsák ürege közlekedik a hasüreggel, amely communicatio a boncoláskor a has megnyitása közben jöhetett létre. Hashártya mindenütt belővelt, rajta genyes-fibrines felrakódások. A nagyfokban előrehaladott rothadás és maceratio következtében csupán egyik tubát és ovariumot sikerült izolálni, a másik tubát nem találták, a tuba górcsővi vizsgálatakor syntitialis elemet kimutatni nem sikerült.

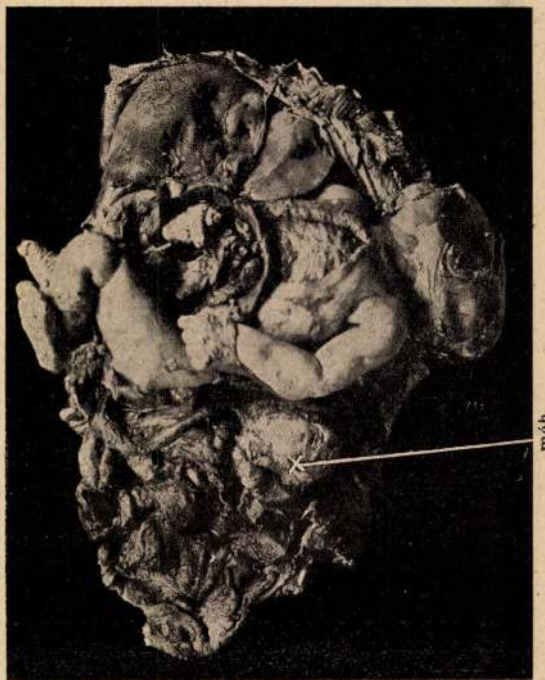
Véleményünk — a kórboncnokok véleményével egybehangzóan — az, hogy egy secundaer abdominalis terhességre kell tartanunk az esetet, mely oly módon jöhetett létre, hogy interstitialis terhesség lehetett, a fejlődő pete átrágva a tubának interstitialis részét, az így nyert nyíláson keresztül fejlődött tovább a szabad hasüregbe. A placéntának tapadása ezen feltevésünket látszik igazolni.

Az eset jól demonstrálja a kiviselt extrauterin graviditás diagnosisának nehézségeit. Az előrehaladt súlyos peritonealis tünetek miatt a laparotomia elvégzése már lehetetlen volt. Érdekes a kihordott méhen kívüli terhesség mellett a méh óriási volta, ez majdnem a negyedik terhességi hónapnak felelt meg és érdekes az is, mint tudta a ballon a külső méhszájat kétujjnyira kitágítani. Ez a tágítás azonban csak a nyakcsatornára vonatkozott, azonban a belső méhszájra már nem terjedt.

A magzat elhalása napok, hetek előtt következhetett be s ezzel kapcsolatban fejlődött ki az általános peritonitis; ez is erőtlenül, lassan fejlődve, mintegy több héten keresztül okozhatta a súlyos összenövéseket, a fibrinosus peritonitist. A lepény a funduson, Douglason kívül szívósan tapadt, onnan leválasztani nem sikerült, placenta bilobata képét mutatta.

Werth 32 ismertetett bizonyosan interstitialis terhes eseteiből kiderül, hogy közülük csupán egy volt hat hónapnál idősebb, a többi mind korábban szakadt félbe. Az interstitialis terhességet, ha az előrehaladott és félbeszakadt, bizonyossággal megállapítani rendkívül nehéz és csak kivételesen fog sikerülni. Lott, Cluet, Rosshut, Stadfeld idevágó esetei mind ezt bizonyítják.

A mi esetünkhöz hasonló esetet közöl Treub, mint unicumot, amelyhez hasonló a világirodalomban nem talált. Az ő esetében a terhesség negyedik hónapjában került az interstitialisan fejlődött pete a szabad hasüregbe s ott secundaer módon tovább fejlődött a kilen-



edik hónapig, amikor is műtét útján távolította el a magzatot a szabad hasüregből.

Interstitialis terhességnél a perforációs nyílás, amelyen át a pete a hasüregbe kerül, kötött vastagságtól ökolnyi nagyságig változhat.

A mi esetünket, mint curiosumot, amelyhez hasonló csupán egyet tudtam találni a világirodalomban, érdemesnek találtam ismertetni.

Megjegyzések Henszelmann Aladár dr. „Légmellkészítés egyszerű módszere” című cikkéhez.

Írta: Karafiáth Imre dr., az Erzsébet királyné szanatorium c. főorvosa.

A tüdőgümőkór pneumothorax-kezelésének record-tüvel és manometer nélkül való végzésével nem értvén egyet, legyen szabad megjegyzéseimet az alábbiakban összefoglalni:

A mandrin nélküli tüvel operálást nem tartom célszerűnek, mert az üres tüt, főleg ha az vékony — aminőt Henszelmann ajánl —, a vér, szövettörmelék könnyen eltömi s ezzel a gáz mellhártyaüregbe jutását akadályozza.

A manometer nélkül operálást már Forlanini ajánlotta, de módszere alig talált követőre, s ma általában mindenütt manometerrel dolgoznak. A manometer használata és leolvasása — tapasztalataink szerint — nehézséggel nem jár; a töltés csak bizonyos manometerkilengésnél (higanymanomternél legalább 2 mm-nyi) kezdhető meg. A manometer elhagyását aggályosnak tartjuk, mert ezzel elvesztjük az egyetlen objectív támpontot, mely a tünek a mellhártyaüregbe jutását érzékenyen és megfelelően mutatja. Mellhártyaösszenövésekkel szövődött folyamatok esetén, melyek tudvalevőleg elég gyakoriak, a kezdeti „negatív” manometerkilengésnek már kisebb gázmennyiség adagolása után is bekövetkező csökkenése vagy „positív” irányba jutása korábban figyelmeztet az összenövések jelenlétére.

mint a beteg subjectív panaszai. A betegnek a tü bevezetések való lélegeztetését a legtöbb szerző helyteleníti, mi is teljesen ezen a véleményen vagyunk.

A tü beszúrásakor még a leggyakorlottabb műtőnek sem sikerül mindig azonnal bejutni a mellhártya-űrbe, s ha a tü, mely a pleuraüreg keresésekor könnyen sértődő állományt, nyitott csőrendszerrel végződik, nagyobb az emboliaképződés veszélye.

Bőralatti emphysema, főleg köhögő betegnél, olykor előfordul minden óvatosság mellett is (nem nagy gázmennyiség adagolása, szorítókötés, köhögéscsillapítás), de ez eseteinkben sohasem a manometer kilengéseinek téves értékelésére, hanem egyéb okokra volt visszavezethető. Ha a tü felületesen feküdt a bőr alatt, vagy az izomzatban volt, sohasem kaptunk olyan manometerkilengést, hogy a töltést megkezdhattuk volna.

Hogy a művi légmellkezelést ambulanter lehet-e végezni, az elvi kérdés, minek taglalásába e helyen bocsátkozni nem óhajtok, de véleményem szerint nincs azzal összefüggésben, vajjon a töltéseket manometerrel, vagy a nélkül végezzük-e el.

Úgy gondolom, hogy a recordtüvel és a manometer nélkül operálás nemcsak veszélyesebb, de nagyobb gyakorlatot is igényel, mint a művi légmellkészítésnek mandrinos tüvel és manometer-controllal végzése.

A jó Saugman-tüben és a manometerben nem látom a pneumothorax-készüléknek sem olyan komplikált, sem az apparátus használatát annyira hátráltató alkatrészét, hogy azoknak elhagyása előnyt jelenthetne.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Vörösvérsejtresistentia és rákdiagnostika. E. Cohnreich. (Klin. Wochenschr. 1926, 36. sz.)

A legújabb vizsgálatok azt mutatják, hogy a különböző szervek rákos daganatai biológiai szempontból egészen különbözőképpen viselkednek. Ezért meddő az a kísérlet, mely az összes carcinomákat egy azonos serológiai reakcióval próbálja kimutatni. A szerző véleménye szerint pl. az emésztőtractusnak, tehát az endodermából fejlődő szervek csoportjának a daganatai egymás között azonos viselkedést mutatnak, szemben az endo- és mesoderma eredetű szervek daganataival. Az emésztőtractus rákjának diagnostikájában értékes segédeszköz az erythrocyták resistentiájának meghatározása: az ilyen daganatban szenvedő ember vörösvérsejtresistentiája ugyanis csaknem mindig fokozott. Tekintettel arra, hogy a resistentiafokozódás különben obstrukciós ikterusban fordul elő és secundaer anaemiákban, súlyos tuberculosiban, nem rákos kachexiában sohasem észlelhető, ez a jel felhasználható az emésztőszervi rákok diagnosztikájára. Az egyéb szervekből kiinduló rákos daganatokra a resistentiafokozódás nem jellemző. Czoniczor dr.

A gyomor secretió zavarainak pathogenesiséről. Arnoldi, Schechter. (D. Med. Wochenschr. 1926, 31. sz.)

A gyomor secretió zavarai az alapanyageserében nem mutatnak semmi változást. Figyelemreméltók azonban a hőképzés ingadozásai alkoholpróbareggeli után, még pedig hyperacidityásnál esőket, normacidoknál semmi változást vagy szintén esőket, egyszerű hyp- és anaciditáshoz erős emelkedést, anaemia perniciosusnál és anaciditáshoz rendszeresen változást, carcinoma ventriculi és anaciditáshoz szemben az egyszerű anaciditással kisfokú emelkedést, vagy még inkább többé-kevésbé kifejezett esőket figyeltek meg. A supra-renines vércukorgörbe hyperacidityásnál éppúgy, mint diabetesnél kisfokú, hyp- és anaciditáshoz pedig kifejezett és hosszantartó hyperglykaemiás phasist mutat; az insulinos vércukorgörbe hyp- és anaciditáshoz kezdeti emelkedéssel jár, amely hyperacidoknál hiányzik. Carcinomás betegek supra-renines vércukorgörbe-vizsgálatokban másként reagálnak, mint más anacidok. Szabó dr.

Az intravenás calciumtherapia physiologiai alapjai. Prof. Glaser. (D. Med. Wochenschr. 1926, 32. sz.)

Suggestív megnyugtatóra mészeltolódás történik a vérből a szövetekbe, éppúgy, mint intravenás calcium-injectiók után; minden valószínűség szerint a serum-calcium a közepagyból szabályoztatik. A hangulatváltozással járó serumcalciumingadozás megfelel annak a ténynek, hogy újabb nézetek szerint hangulataink a közepagyban levő vegetatív idegcentrumokban keletkeznek, s onnét a vagus és sympathicus útján vannak hatással belső szerveinkre. Suggestív therapiával Klemperer szerint testi és lelki változásokat iparkodunk létrehozni képzetek átvitele és egyúttal az érzésvilág izgatása által. Érzésvilágunk, hangulataink a vegetatív idegrendszer centrumaiban, még pedig a közepagyban veszik eredetüket, ugyanott, ahol az isoionia és serumcalcium-regulatio központját is feltételezzük. Szerző nézete szerint tehát a suggestív megnyugtatóknál található vércalciumeltolódások kifejezői a közepagyban létrejövő hangulatváltozásoknak. Ha tehát mi ilyen megnyugtatósnál mészeltolódásokat konstatálunk, ugyanazt a hatást látjuk, mint intravenás mésztherapiánál, csak azzal a különbséggel, hogy az érzésvilág izgatásával a közepagyra hatottunk, s így okoztuk a calciumváltozást. Szerző quantitativ-chemiai vércalciummeghatározásainak tehát az volna az eredménye, hogy mikor a régi gyakorlóorvos ideges betegeket iparkodott megnyugtatóni, gyakran lényegében ugyanazt érte el, mint a modern orvos, aki intravenás calciuminjectiókat ad.

Szabó dr.

A szívbillentyűk sklerosisának és gyulladásának viszonya az ingervezető rendszerhez. E. Uehlinger. (D. Arch. f. Klin. Med. 152. köt., 227. old.)

Az atrioventricularis esemő és a His-nyaláb helyzeténél fogva könnyen szenved az endocardium kóros folyamataitól. Az aortabillentyűk sklerosisában az el-fajulás és a meszesedés lassan közelíti meg, majd körülveszi és a mérszögök végül meg is szakíthatják a crus commune-t. A tünetek itt a vezetési idő meghosszabbodása, kamrasystole kimaradása, kamrai extrasystole, teljes dissociatio. Máskor viszont teljes egészség látszatában áll be hirtelen halál. Endocarditis ulcerosában viszont a nekrotikus folyamat rohamosan terjed tovább a billentyűkről a myocardiumra és így szintén a vezetőnyaláb elpusztítása révén okozhat Adams-Stokes-tüneteket. Perémy dr.

Urologia.

Az uretherokele pathogenesisének és therapiájának kérdéséről. J. Gottlieb. (Zeitschr. f. Urolog. Chir. 1926, 19. köt., 5-6. füz.)

Megfigyeléseiknek alapján azon állásponton vannak, hogy az uretherokele keletkezése két feltételhez van kötve: 1. a kötőszöveti apparátusnak és főleg az ureter Waldeyer-féle kötőszöveti hüvelyének veleszületett silányságához; 2. az ureterszájadéknak abnormalis szűkültségéhez. Abnormalis szűk szájadék magában az ureter retrograd dilatációját idézi elő, egyedül a Waldeyer-féle hüvely gyengesége ureterprolapsust okoz, ezen momentumok egyike magában sohasem idéz elő ureterokelét. A kötőszöveti gyengeség constitutionalis momentum, az ureterszájadék szűkültsége szerzett lehet, rendszerint nem gyulladásos folyamat következményeként, hanem mint következménye mechanikus okoknak, amint az pl. előfordul, ha az alsó ureterszakaszban kő akad meg, vagy ott valamely álképlet képződik. Azon feltevésüket, hogy a kötőszöveti gyengeség az uretherokele keletkezésének egyik feltételét képezi, Röntgenképekkel támasztják alá. Uretherokele-eseteik mind-egyikénél, melyeknél pyelographiás vizsgálatot végeztek, nemcsak az uretherokele oldalán fekvő, hanem a másik vese is süllyedést mutatott.

Betegeik legnagyobb része a habitus asthenicus-hoz tartozik. Figyelemre ajánlja ezt a körülményt, továbbá kiemeli azon megfigyelésüket, hogy az uretherokelétől centralisan fekvő húgyutakon levő secundaer el-

változások semmiféle vonatkozásban nincsenek a betegek életkorával. Az ureter és pyelum atóniájának és dilatációjának oka nem annyira a hosszú ideig fennálló ureterokele (a beteg kora), hanem inkább az infectio — főleg bakterium colival —, mely az ideg-izomapparátus paresisét, illetve parálisát eredményezi.

Hogy következtetéseiket a pathogenesist illetőleg therapeutikusan is alátámasszák, néhány esetükben elektrocoagulatio útján tágitották az ureterokele szűk ureternyílását. Az ureterokele falait nem ronesolták, az ureterokeléből bizonyos idő múlva semmit sem lehetett látni. Magyarazata ennek az, hogy a szájadék feltágításával megszűnt a lefolyási akadály, az ureternek megadatott a lehetőség, hogy eredeti helyére visszatérjen, magasabbra szállhasson. Az ureterokele resectiójával kezelt eseteknél azt tapasztalták, hogy az ureterszáj zárófunctiója tönkrement és széles communicatio következett be a hólyag és ureter között. Ezzel szemben az elektrocoagulatióval kezelt eseteknél nem állott fenn reflux. Resectio után rövidebb lesz az ureter, mint előbb volt. Törekvésében, hogy eredeti helyére visszatérjen, felhúzza a hólyagfalat, melyhez oda van öltve és tátongó nyílást képez. Az elektrocoagulatióval tönkremegy ugyan az ureterszájadék sphinktere, a visszamaradt kis nyálkahártyalebeny azonban ventil módjára átveszi a sphinkter záróműködését.

A tapasztaltak alapján az a véleményük, hogy ureterokele-resectióhoz nincs indicatio. Indikált vagy az elektrocoagulatio — ha az ureter és pyelum secundar módon kevésbé elválasztott és infectio nem áll fenn, vagy mindjárt a nephrektomia —, ha nevezett tünetek nagyobb mértéket értek el.

Az elektrocoagulatio azáltal, hogy elvégzése után lehetségesé válik az ureter-katheterezés és pyelourethrographia elvégzése, diagnostikus okokból is indikáltá válik.

Azon esetekben, melyeknél a hólyagban való manipulálás s így az elektrocoagulatio is tetemesen megnehezített vagy lehetetlen, az elektrocoagulatio nyitott hólyagnál lehet indikált.

Ehn dr.

Szüléset és nőgyógyászat.

Az anya és magzat közötti serologiai vonatkozások alapjáról. Hirsfeld és Zborowski. (Klin. Wochenschrift, 1926, 17. sz.)

A kísérletek azt mutatták, hogy az anya és magzat közötti serologiai heterospecificitás nem minden formájának, hanem csak bizonyos combinációknak (O és A) van befolyása a magzat súlyára. Feltűnő, hogy éppen ezen combinációknál mutatható ki az öröklésnél is, az anya véresortjának nagyobb befolyása. Az erre vonatkozó nagyobb statisztika azt mutatta, hogyha nagyobb az anya és a magzat között a serologiai különbség, úgy az a magzat életképességére ártalmas befolyással van, s így az A és B csoportba tartozó magzatok O csoportba tartozó anyánál vagy egyáltalában nem, vagy legalább is ritkábban fejlődnek ki, mint az az anyai A és B tulajdonságok öröklése mellett várható volna.

Liebmann.

A szülési mechanizmus physiologiája. Neumann. (Klin. Wochenschrift, 1926, 20. sz.)

A méhizomzat ingerlékenysége a terhesség előrehaladásával fokozódik. A méh már a terhesség alatt szülészervvé alakul át: 10 hó alatt gyűjti a szükséges nagy energiámenyiséget. Az izomzat elrendeződése által a méh hosszizomzatának három punctum fixumja van. Az uterusotort a szülés alatt támogatja a hasprés, mindkettő hydraulikus présként működik. A cervix tágitásánál a főszerepet a méh hosszanti izomzatának sajátos elrendeződése és a cervixen való különleges tapadás játssza. Ha a nyakcsatorna kitágult, a fájások a magzatot a szülési csatornán áthajtják. Hogy a méhmotor és a hasprés jól működhessen, szükség van belső és külső töményítésre, mely utóbbi alatt a méh szoros odafekvését értik a medence belső falához.

A medence nemcsak a terhesség alatt tágul, hanem a medenceizületek mozgékonyasága folytán a szülés alatt is. Először a medence bemenete, majd ürege tágul és így a szülési aktusban bizonyos rugalmasság mutatkozik. A fej forgásait nagymértékben befolyásolja a medence izomzata. A medencefenék három izomrétege végeredményben a symphysis felé irányított lágyrészcsövet képez. Az öröklött, illetőleg ontogenetikusan létrejött fejalakulat különös jellegzetes szülési mechanizmushoz vezet. A szülés mechanizmusáról alkotott régebbi felfogás ma már nem állhat meg. A szülési probléma szövődöttségét az adja, hogy a magzatnak egyenlőtlenül alakítható részeivel az egyenlőtlenül alakítható medencén kell áthaladnia. A Sellheim-féle felfogás a forgásokat a magzati hengernek a magzat hajlái facillimuma felé való elforgásával magyarázza, míg Warnekros Röntgen-kepei ezzel ellentétben inkább a „magzati tengelynyomásnak” tulajdonítanak nagyobb jelentőséget. Az egyidejűleg kezdődő forgást utóbbi a törzs tartására vezeti vissza, míg a harmadik forgásnál a magzati test forgását nem látta, csak már a fej megszületése után forog a váll előre.

Liebmann.

Egy helyileg hatásos hormont termelő lepényi mirigyről. Loewe és Voss. (Klin. Wochenschr. 1926, 24. sz.)

A lepényben lényeges mennyiségű hormon mutatható ki, sokkal több, mint amennyi egyidőben a két petefészekben együtt feltalálható. Már alig kétséges, hogy a lepény nemcsak elraktározza, hanem termeli is a hormont, s így, mint incretorikus terhességi mirigy szerepel. Jogosnak látszik az a feltevés, hogy a lepénynek az a feladata, hogy a helyileg hatásos hormont közvetlenül a méhhez juttassa. Állatkísérletek azt mutatták, hogy a genitalis apparátusba közvetlenül aplikált sexualis hormon közvetlenül fejti ki hatását az illető szervre. Ez a hatás erősebb, mintha a hormon közvetve, a vérpálya útján jut az illető szervhez.

Liebmann.

A petefészek hormon és klinikai alkalmazása. Zondek. (Klin. Wochenschrift, 1926, 27. sz.)

A hormonképzés a folliculus-apparatushoz van kötve, ciklusosan történik: a praegravid phasisban a legerősebb, a postmenstruumban a leggyengébb. A helyesen gyártott száraz készítmény is tartalmaz hormont. A forgalomban lévő, részben az egész petefészekből, részben annak egyes részeiből készült vizes kivonatok nem specifikusak. A folliculus-folyadék oly töménységben tartalmazza a hormont, ahogyan azt a szervezet termeli. Más emberi szerv ovarialis hormont nem tartalmaz, csak a lepényben található még és vizes oldatban is előállítható. Mivel a petefészekhormon emberben és állatban ugyanaz, előállításához állati szövetek jól használhatók. Az adagolást illetőleg a szervezet hormonproductiója a mérvadó. Az emberi petefészek aránylag kis hormonmennyiségekkel dolgozik. A therapiás adagnak olyan hormonmennyiséget kell tartalmaznia, amilyen az emberi érett folliculusban van, ez a klinikai megfigyelések szerint elegendő. A megfelelő eljárásokkal készült új gyógyszer a folliculin A és B, melyekből naponta lehet adni 2–6 cm³-t intramuscularisan, esetleg heteken át. Az esetleges kis helyi reactio nem bír lényegesebb fontossággal. A szer vizsgálatánál csakis a méhre gyakorolt hatás vehető tekintetbe, mert a petefészekre csakis annak a méhre gyakorolt hatása jellegzetes. A kísérleti esetek szerint folliculinnal kiváltható a méhnyálkahártya megszaporodása. Ezen hatás mindezek szerint közvetve a nyugvó petefészekre gyakorolt hatás által jön létre. De kasztrált asszonyoknál is sikerült folliculinnal méhvérzést és nyálkahártyaduzzadást kiváltani, ugyanakkor climacterikus panaszai is elmúltak. A másodlagos nemi jellegre is gyakorol a folliculin objektive megállapítható hatást. Természetesen vannak sikertelen esetek is, főleg ha a méh hypoplasiás. A legegyszerűbb adagolás naponta 1, legfeljebb 2 cm³ 3–4 hétig, célszerű párhuzamosan száraz készítményt is adni. Javallt a folliculin-kezelés minden petefészekműködési zavarnál.

Liebmann.

A fehérjetestgyógymódról a nőgyógyászatban.

Pankow. (Klin. Wochenschrift, 1926, 38. sz.).

Kísérleteik szerint az egyes fehérjetesteknek nincsen specifikus diagnosztikus hatásuk, viszont egyes esetekben bevitelük a megbetegedés rosszabbodását, illetőleg kiújulását idézheti elő. Lázás vetélések kezelésénél az injectiók lényegesebb előnnyel nem bírnak, szintúgy nehezebb általános fertőzés, valamint függelékgyulladások eseteit sem képesek előnyösen befolyásolni. Szülések előtt prophylactikusan adagolva sincs nagyobb hatásuk.

Liebmann.

Fülgyógyászat.

A diathermia szerepe a fül- és gégegyógyászatban.

J. Löwenheim, Berlin. (Fortschritte d. Ther. 1926, 3. füz.)

A Kohl-Hut-gyár (Berlin) által készített, kis dimenziójú „Pyknotherm” elnevezésű készüléket használja. Az alkalmazott áram erőssége: 0,18–0,20 Amp., időtartam: 7–15 perc. Heveny garat-gégeurtnál öt esetben, idült hurutos folyamatnál 10 esetben látott jó eredményt. Az elektrodok különleges applikálását, felérésítését mellőzi; elegendőnek tartja, ha a beteg maga nyomja az orvos által megjelölt helyre. Fontos a beteg felvilágosítása a hatás módját illetően; különösen felhívandó figyelmé az esetleges kellemetlen érzésekre: ezeket azonnal jelentse, viszont az elektrodot engedély nélkül ne távolítsa el. Nagy előnye a diathermiának, hogy nem kívánt mellékhatásoktól (izzadás, általános felhevülés, stb.) megkíméljük a beteget s emellett a mély meleghatást (fokozott vérbőség és nyirokáramlás) direct a beteg területre tudjuk gyakorolni. Fülkezelésnél a jobb vezetés céljából szappanos alkohollal megnedvesített olivaalakú elektrodot helyez a hallójáratba, az indifferent elektrod pedig a tulsóoldali fejficcentő és carotis kereszteződési tájékra. Alkalmazás után vizsgálván a fület, azt találta, hogy a hallójárat, vagyis az elektrod által érintett felület nem volt belövelt, míg a kalapács nyele mentén az erecskék erősen kitágultak, sőt a promontorium nyákhártyájának átpirosodása is ki volt vehető. Számos fülbeteget kezelt s azt tapasztalta, hogy heveny középfülhurutnál általában gyors gyógyulás mutatkozott; kevésbé jó az eredmény idült hurutos folyamatnál, ámbar az oly kellemetlen zúgást a legtöbb esetben befolyásolni volt képes; aránylag jó eredményt ért el heveny középfülgyulladásnál is; néhány otosklerosis betegénél jelentkező javulás a mestersegesen előidézett jobb vérellátással magyarázható. Véggkövetkeztetés: A fülbetegségek gyógyításában a fejfényfürdő, besugárzás, borogatás, massage, stb. mellett fontos helyet kell juttatnunk a diathermiának is.

Zimányi dr.

A genyes középfülgyulladásról. K. Biehl, Wien. (Med. Wochenschrift. 1926. évf., 9. füz.)

Orvosi továbbképző előadásában szerző arra a következtetésre jut, hogy: 1. klinikailag meg lehet különböztetni a heveny és idült genyes középfülgyulamatot; 2. a közönséges úgynevezett „genuin” heveny genyes középfülgyuladástól elkülönítendő a heveny fertőzőbetegségek (vörheny, kanyaró, stb.) kapcsán keletkezett súlyos úgynevezett secundaer megbetegedések, továbbá a füleredetű heveny progressiv septikus osteomyelitis; 3. a heveny fertőző betegségek szövődménye gyanánt jelentkező heveny genyes folyamat halálozási száma kisebb, mint a „genuin” középfülgyulladásé; 4. minden gyermekorvosnak kötelessége heveny exanthema esetében nemcsak a bőrt, vesét, érlökést, bélműködést figyelni, hanem szem előtt kell tartania a fül viselkedését (hallás) is, anélkül, hogy a környezetet figyelmeztetését, a beteg esetleges panaszát bevárná; 5. az idült folyamatnál megkülönböztetünk cholesteatoma képződéssel és képződés nélküli alakot; 6. a cholesteatoma képződéssel járó idült folyamat kevésbé veszélyes, mint másik alak; 7. a Wilde-féle régi szabály „amíg fülfolys van, sohasé tudhatjuk, hogyan végződik az” a következményekre vonatkozólag ma is áll, csak hogy a fülbeszét modern haladása mellett előbbi félelmetessége nagyban csökkent.

Zimányi dr.

Szemészet.

A jód külső alkalmazása szembajoknál. zur Nedden. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1926 okt.)

Egyezrelékes jódoldatot dacryocystitisnél és infectious keratitisnél jó eredménnyel használt. A kötőhártya fertőzések megbetegedéseinek eredménytelen. Lymphaticus szembajoknál mint 1%-os jódvaselin jó hatású. 1%-os jódoldatot a kötőhártya alá fecskendezett gümőkóros szaru- és inhártyagyulladások, chronikus tuberculotikus iridocyclitisek és üvegtesti borúság ellen, kedvező eredménnyel. A szem luetikus bántalmánál, valamint keratitis parenchymatosa ellen a localis jódtherapia nem volt eredményes. A jód külső alkalmazásának hatása baktericid erejében, valamint az anyagcsere, a nedvkeringés fokozásában rejlik. Operatív beavatkozásoknál, felszínes sérüléseknél a jód mint oldat vagy kenőcs infekciók megelőzésében hatásosnak bizonyult.

Horay dr.

A tabeses látóidegsorvadásról. Behr. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1926 okt.)

Behr szerint a látóidegben jelenlévő spirochaetának magára az idegelemekre nézve nincs jelentősége, e mellett szól az a körülmény, hogy a lues második szakában degeneratív elváltozások az opticusban nincsenek, bár ugyanakkor az infectio a meninxekben és liquorban kimutatható. Sokkal valószínűbb, hogy az elhaló spirochaeták endotoxinjai az okozói az atrophíának. Az anatómiai vizsgálatok szerint: az opticus átmenetében a degeneratio rendszeren a széli részekben kezdődik, a látópályán belül degeneratio csak oly helyeken támad, ahol az idegnek septumrendszere van, azaz ahol az ektodermális eredetű ideg-glia-rendszer határos a mesodermális szövettel, amelyben spirochaeták vagy ezek mérge található. A septumokon már a degeneratio kezdetén jellegzetesek az elváltozások. Először a velőshüvely pusztul el. Nagyfokúak az elváltozások a gliarostrendszerben, az idegrostok tulajdonképeni táplálórendszerében. Ezek szerint a látóidegsorvadásban: primaer a spirochaetának, elsősorban ezek toxinjainak az ideg mesodermális részében való jelenléte. Ezen toxinok jellegzetes septumelváltozásokat okoznak, majd az idegrostokat tápláló gliarostokat támadják meg. Ezen az alapon aztán fejlődik ki, mint táplálkozási zavar következménye, az idegrostok sorvadása.

Horay dr.

Gyermekorvostan.

Salicylsavmérgezések a gyermekkorban. H. Meyer. (Arch. f. Kinderheilk. 1926, 78. köt., 4. füz.)

Egy 13 hónapos gyermeknél a hajás fejbőr és a tarkó ekzémája ellen praecipitált higanykenőcs mellett 10%-os salicylvaselint alkalmazott. A harmadik napon ijesztő súlyos mellét dyspepsiás jelenségek léptek fel és a fejbőr erősen lobos lett. A salicylvaselines kezelést elhagyva, másnapra a dermatitis és a gyermek közérzete is lényegesen javult. További két nap mulva az állapot újra rosszabbodik: múlt scarlatiniform exanthema, magas láz, négy vizes szék, balratolt vérkép. Egy-két napig csaknem teljes anuria, majd a vizelet-kiválasztás megindul és a gyermek felépül.

Ezen és az irodalomban leírt hasonló esetek alapján a gyermekkor salicylsavmérgezésekre és a felnőtteknél észlelt tüneteken kívül a „prodromalis dyspepsiát” és a nephrosis enyhébb kimenetelét tartja jellegzetesnek. Figyelemreméltó még, hogy a felnőtteknél inkább a per os adagolás vezet mérgezésekhez, míg gyermekeknél, úgy látszik, különösen a bőr felől jók a felszívódási viszonyok.

Lenart György dr.

Chondrodystrophia foetalis. Freund. (Arch. für Kinderh. 79. k., 1. füz.)

Amíg a chondrodystrophia foetalis klinikai, histológiai és röntgenológiai képe jól ismert, aetiologiája nem tisztázott. Jansen szerint az embryonalis élet harmadik-hatodik hetében a szűk amnionban hydramnion fejlődik s ez nyomást gyakorol az embryo fej,

nyak- és fartájára s ezáltal mintegy összegöngyölíti a foetust. Ismeretes, hogy chondrodystrophiáknál gyakran volt hydramnion. A nagyobb vízmennyiség nagy nyomást gyakorol a foetusra, minek ischaemia a következménye. A hiányos vérellátás folytán a növekedési tendencia csökken. Ugyanígy magyarázható a hypophysis hiányos működése is, melynek a bórallati zsírpárna túltengése a következménye. A többi elmélet rövid, s a Röntgen- és histológiai lelet részletes ismeretelése után szerző a Jansen theoriáját fogadja el, mint amellyel a chondrodystrophia kifejlődését legjobban meg lehet magyarázni. *Tüdös dr.*

Adatok a meningitis pneumococcica klinikájához. *Stransky és Wittenberg.* (Jahrbuch f. Kinderhik. 113. köt., 5–6. füz.)

Csecsemőkori a meningitis pneumococcica hyperacut esetben purulens formában jelentkezik. Ezek kórjólata rossz. A pneumococcus okozta meningitisek másik csoportjában kezdetben a liquor cerebrospinalis semmi elváltozást nem mutat: a culturalis vizsgálat negatív, a fehérje- és sejtszaporodás hiányzik. A betegség későbbi lefolyása alatt azonban már sikerül a pneumococcus kitenyésztése, majd az üledékben is kimutatható kifejezett fehérje- és sejtszaporodás mellett. Szerzők szerint a meningitis serosa helytelen kórisméje alatt sokszor folyik le — a bakteriológiai vizsgálat tökéletlensége miatt — a meningitis pneumococcica.

Steiner dr.

Parenteralisan adott lóserum hatása az anyagcserére és a test összetételére. *Watal.* (Jahrbuch f. Kinderhik. 113. köt., 5–6. füz.)

Az állatkísérletek eredménye szerint relativ kis adag normalis lóserum (0.10 cm³) hónapokig adagolva sem gyakorol biztos hatást a testsúlyra, míg 0.5 cm³ hónapokig tartó adagolásakor feltűnő súlygyarapodást észlelt. Lassanként emelkedő mennyiségeknek nincs ily jó hatásuk még akkor sem, ha az összmennyiség ugyanazon értéket éri el. A test összetételében a zsír szaporodása volt a legfeltűnőbb. A víztartalom megkevesebedett, míg a nitrogen-, phosphor- és calciumarány nem mutatott lényeges változást.

Steiner dr.

A kísérletes exsiccosis hatása a fertőzésekkel szembeni ellenállásra. *Schiff és Bayer.* (Jahrbuch f. Kinderhik. 113. köt., 5–6. füz.)

A kísérletek céljaira 5–6 hetes, 15–16 g-os fehérgegek szolgáltak, melyek egy része a tejpórt minimalis vízben kapta, míg a másik csoport vízfelvele nem volt korlátozva. A száraz diétaájú állatok a fertőzésekkel szemben alig mutattak ellenállást. Ezen csoportból négy nappal a fertőzés után 100% hullott el, míg a kontrollállatokból csak 19.1%. A halált okozó fertőzés dacára a szervekben a legkisebb szövettani elváltozást sem találták, amire analógiát találunk a csecsemőkortban is.

Steiner dr.

Elméleti tudományok köréből.

Typhus ellepi vaccinálás Besredka eljárása szerint. *Starzinsky.* (C. R. d. l. Soc. Biol. 95. köt., 29. sz.)

Lodz városában 1923–26-ig a Besredka-féle vaccinnával 43.196 lakost vaccináltak szájon keresztül. A munkát házról-házra menve végezték, olyan módon, hogy az összes lakók vaccinálására törekedtek. 1925 januárjában végzett számoláskor 28.166 vaccinált közül 52 kapott typhust. Megjegyzendő, hogy a számolást olyan módon végezték, hogy összeszámolták egyszerűen utólag azon házak lakóinak számát, ahol vaccinálást végeztek (mint utólag azonban kiderült, nem minden lakó vaccináltatott). A megbetegedettek közül három a vaccinálás alatt, hat pedig egy évvel a vaccinálás után kapott typhust, ami 0.15%-nak felel meg. A nem vaccinált lakójú házakban lakó 73.494 egyén közül 993 betegedett meg (1.35%), tehát kilencszer több, mint az előbbiekből. Az adatok pontos analizálásakor kiderült, hogy az előbbi 28.166-os csoportban 3051 olyan lakos is

szerepelt, aki az immunizáláskor nem volt jelen és így nem immunizáltatott. Ezek közül fordult elő a 49-ből 47 megbetegedés. 27 háznak egész lakossága vaccináltatott, szám szerint 4651 egyén és ezek közül csak egy betegedett meg typhusban és az is a vaccina bevétele utáni héten. Ezek alapján *Starzinsky* hatásosnak mondja a Besredka-féle vaccinálást. Fontosnak tartja, hogy az egész lakosság vaccináltassék és ne maradjon ki egy ember sem.

J. B.

Meningitis cerebrospinalis elleni vaccinálás. *Bruynogh és Walravens.* (C. R. d. l. Soc. Biol. 95. köt., 28. szám.)

A szerzők bányászok között végzett vaccinálásról számolnak be. Három oltást adtak nyolcnapos időközökben olyan meningococcus emulsióból, amelynek 1 cm³-ében négy milliárd csira volt. A csirák karbolla és megleggel voltak előlve. A reakciók mérsékeltek voltak. 3000 vaccinált közül januártól áprilisig egy sem betegedett meg. 7867 nem vaccinált között 21 megbetegedés fordult elő. Ilyen eredmény láttára majdnem az egész lakosságot vaccinálták. További három hó alatt kilenc megbetegedést észleltek: hét esetben nem vaccináltaknál, két esetben pedig olyanoknál, ahol az oltásnak csak egy része történt meg.

J. B.

KÖNYVISMERTETÉS

Az elmebetegségek és a kapcsolatos idegbetegségek kórtana. Írta *Schaffer Károly*. Kiadja Novák Rudolf és Társa. Budapest, 1927. 355 oldal és 23 ábra. Ára kötve 225.000 korona.

Laufenauer Károly emlékének szentelve adja ki *Schaffer* a könyvét, mint „első kísérlet annak igazolására, hogy a pszichiatria a neurológiával és viszont szoros összefügg”. Ezzel szerző egyszersmind meghatározza azt az álláspontját, melyből a pszichiatriát tekinti és tárgyalni kívánja. Könyvét elsősorban hallgatóinak írta. Az általános részben hosszabb anatómiai bevezetés után röviden kitér az általános psychopathológiára és az elmebajok okaira, valamint az elmebajok felosztására. A részletes részben azután két csoportba osztva endogen és exogen betegségeket különböztet meg s ezen csoportokon belül tárgyalja a címben megnevezett betegségeket. Könyve nem öleli fel az egész idegkörtant, sem az elmekörtant, csak egyes, a szerző által specialisan tanulmányozott idegbajokat s a leggyakoribb elmebajformákat. A fősúly az előbbin fekszik, ahol azután szerző évek hosszú munkásságának mintegy összefoglalását, áttekintését adja hallgatói számára. Ezért hálásak lehetünk neki, mert eddig magyar nyelven ez az összefoglalás nem jelent meg. Látjuk a tudós szerzőnek egy emberöltőn át kiépített neurológiai rendszerét, mely minden ízében szerző saját vizsgálatainak nyomait mutatja. Magyar tudós méltó ajándéka a magyar orvosoknak, a magyar ifjúságnak.

Reuter.

Klinischer Lehrbuch der Inkretologie und Inkretotherapie. Herausgegeben von *Gustav Bayer*, Innsbruck und *R. von den Velden*, Berlin. G. Thieme kiadása. Ára füzve 27, kötve 29 M.

A 422 oldalas könyv gyűjtőmunka, amelyet a két szerkesztőn kívül még 10 szerző írt, s kis terjedelemre szorítva, tankönyv alakjában tartalmazza a belsősecretiós tan anatómiai, physiologiai, pathologiai és klinikai adatait. A munkát *R. Koch* történelmi bevezetése nyitja meg, amely azonban a tulajdonképeni belsősecretiós tan történelmére nem terjeszkedik ki, csak azokat a történelmi nyomokat tárgyalja, amelyek a múlt század közepéig mint olyanok találhatók, amelyek az inkretológiával valamelyes összefüggésbe hozhatók. A következő fejezet a belsősecretiós szervek normalis és pathológiás viszonyait tárgyalja; szerzője *G. Bayer* innsbrucki professor. Az óriási adathalmazból, amely e téren az irodalomban található, jó kritikával választja ki azokat, amelyek jelentőséggel bírnak, s így nagyon sok adatot elhagyva, rövid, tömör képét adja a tan mai állásának. Általános inkretodiagnostika, illetve therapia címmel *Velden* foglalja össze röviden azokat a módszereket, amelyek egyrészt a belsősecretiós mirigyek működésének fokát igyekeznek megállapítani, másrészt ezen működés fokozására, illetve csökkentésére törek-
senek. *Borchardt* adja ezután az ismert típusos belső-

secretiós betegségek klinikáját. Minden meg nem oldott probléma elkerülésével röviden — néhol talán nagyon is röviden —, de tankönyv céljainak megfelelően. A következő nyolc fejezet azokat a tényezőket tárgyalja, amelyek a különböző, nem szorosabb értelemben vett belsősecretiós betegségek klinikájában belsősecretiós eredetűek. A belgyógyászati betegségekre vonatkozólag *Velden*, pszichiatria és neurológiaira *Rosenfeld*, a gyermekgyógyászatra *Schiff*, szülészetre, nőgyógyászatra *Aschner*, urológiára *Bachrach*, szemészetre *Szily* és *Poor*, orr- és fülbetegségekre *Kobrak*, végre a bőrbetegségekre vonatkozólag *Rothmann* foglalja össze ezeket az adatokat. E fejezetek megírása nem egészen egységes. Sok helyütt találjuk megismétlését a tipikus inkretogen körképeknek; viszont, tekintve azt, hogy a vegetatív idegrendszer általános hormonok hatása alatt áll, csaknem minden betegség lefolyásába belejátszik a belsősecretiós apparatus működése s így az egyes betegséges csoportok klinikájában az inkretogen momentumok szélesebb körrel bírnak, mint ahogyan e fejezetek tárgyalják. E kifogásoktól eltekintve azonban az egész munka igen hasznos segédessége lesz a gyakorlatörvsnak, annál is inkább, mert szerzői az új vizsgálati eredmények és gyógyító eljárások labirintusában az egész anyagot uraló kutató biztos szemével vezetik az olvasót.

B. prof.

Die Bestimmung des Astigmatismus durch die Schattenprobe mit Cylindergläsern. Prof. K. Lindner. 83 ábrával. Berlin, 1927. Karger kiadása. Ára 13 silling.

Rövid történelmi áttekintés után szerző a skiaszkopia elméletét tárgyalja, majd módszerének technikai részével foglalkozik. Ezután rátér a rendes skiaszkopia ismertetésére, miközben különösen a pupilla széli részein mutatkozó fénytörést ismerteti. A cylindriskiaszkopia tulajdonképpen a keresztezett hasábként fénytörési törvényén alapul; ha tehát egy astigmias szem elé, amelyet szerző úgy fog fel, mintha benne egy cylinderes üveg lenne, egy túlgengye vagy túlerős hasábot teszünk helyes tengelyállásban (először az emmetropiához közelebb fekvő déllőt sphaerikus üveggel corrigáljuk), marad ugyan még astigmia, de ennek tengelye összeesik az eredeti astigmia tengelyével, ezért szerző ezt stationær astigmianak nevezi. Ha a tengely helytelenül volt beállítva, az új astigmatismus tengelye a szerint fog változni, hogy erősebb vagy gyengébb cylinderekkel corrigálunk. A szerző szerint ez a mobil astigmia. Ilyen esetben a corrigáló cylindert az új astigmias szalag felé kell forgatni, míg helyes állásba kerül. Szerző ezután négy igen részletes példát közöl, hypermetropiás és myopiás astigmias cylinderes skiaskopiájára. Végül ismerteti néhány módszert, amelyekkel meggyőződhetünk, hogy tényleg helyesen határoztuk-e meg az astigmat, nevezetesen a forgatási és cylinderpróbát. A felhozott számos példa oly világos, hogy a szem fénytörésének pontos meghatározására oly fontos módszer könnyen elsajátítható. *Kretz Tibor dr.*

A Kir. Orvosegyesület november 27-i ülése.

Elnök elparentálja *John Károly* főorvost. Bejelent, hogy az Országos Közegészségügyi Egyesület alapításának 40. évfordulóját ünnepli, decemberi díszközgyűlését a Magyar Tudományos Akadémia kistermében tartja meg.

Bemutató:

1. **Dózsa Jenő:** a) *Vesemedence és ureter papilloma* 4 esetét demonstrálja. A felső húgyutak daganatainak ritkaságát hangsúlyozza a vese solid tumoraival s a hólyag papillaris újképleteivel ellentétben. *Illyés* professor klinikáján észlelt több mint 100 és nephrectomiára került 68 vesetumor közül 5 indult ki a pyelumból, illetve ureterből. Ezek közül 1 elszerűsödő laphámrák, 4 bolyhos szerkezetű újképlet volt. Utóbbi 4 eset anamnestikus adatainak közös vonásaként az intermittáló haematuriát említi meg; 2 esetben az ureterben ülő papilloma veseelzáródáshoz s következményes hydronephrosishoz vezetett. Az utolsó öt év irodalmában közölt, histologice benignus papillomák közül csak 5-nél talált huzamosabb idejű recidívamentességet, köztük *Illyés* professor 2 esetét. A recidívák és metastasisok elkerülésére, ma a vese és ureter teljes kiirtása az általánosan elfogadott műtéti eljárás.

b) *Nagy serosus vesecysták*, melyek oly nagyságot érnek el, hogy klinikai tüneteket okoznak s emiatt sebészi beavatkozás tárgyát képezik, meglehetősen ritkák. *Illyés* professor klinikáján az utóbbi három év alatt három ízben történt veseműtét vesetömlő miatt. A harmadik esetben a vesecysta köves pyonephrosissal szövődött. Az eltávolított vesén, rendkívül ritka fejlődési rendellenesség: *extrarenalis pyelum* és 4 *extrarenalis kehely* volt látható. Jól működő vese mellett, mint az első két esetben, a cysta megnyitása és falának körkörös resectiója végzendő.

2. **Richter Hugó:** *Tüneti migraine műtéttel gyógyult esete*. 32 éves nőbeteg, 5 éve szenved tipikus jobboldali hemikrániás rohamokban, gyomor- és szívpanaszok kíséretében; a mind sürűbben és hevesebben fellépő fájdalmak utóbb a jobb vállba és karba is kisugároznak. Családban migrainere terhelő hereditás nincs. A testi vizsgálatnál a jobb kulcscsontszegyesonti ízület táján kis diónyi, fájdalommentes csontkiemelkedés tűnik föl, amelyről a beteg annyit tud, hogy öt év előtti egyetlen terhessége alatt mutatkozott, azóta nem igen nőtt és neki panaszt nem okozott. A Röntgenvizsgálat a kulcscsont sternalis epiphysisének hatalmas, osteochondritis-jellegű megvastagodását mutatta. Bemutató a csontdaganat és a hemikrániás syndroma között oki összefüggést látott és a csontdaganat műtéti eltávolítását ajánlotta. Az egy évvel ezelőtt véghezvitt műtétnél (*Molnár dr.*) kiderült, hogy nemcsak a kulcscsont sternalis vége, hanem az alatta fekvő borda is tetemesen meg volt vastagodva, mindkettő resecálattott. A műtét óta a nagyon kínzó főfájások és egyéb kísérő tünetek teljesen megszűntek.

Donáth Gyula: Teljesen elismeri az előadó által itt elért fényes eredményt. Hozzászóló már 1898-ban resecáltatta *Hüll* által 3 genuin epilepsia és 1 agytumor esetében a nyaki sympathicust. Az epilepsias esetekben semmi hatás. Bemutató esetében mélyebben történt az operatio, ahonnan esetleg a vasomotorok az arteria vertebralishez mennek. Ily esetekben be kellene várni a kellő időt, hogy nem áll-e be recidiva, mert úgy látszik, hogy endocranialis lefutó vicariálra vasomotorok léphetnek fel.

Korányi Sándor báró: Volt-e műtét előtt pupilladifferentia?

Richter (zárszó): A betegnél pupilladifferentia nem volt. *Donáth* professzor hozzászólásához megjegyzi, hogy nem sympathicus-műtétről, hanem egy a sympathicusra nyomást kifejtő kóros tényező kiküszöböléséről van szó, amely a sympathicus kimetszése therapiás értékével nem hozható kapcsolatba.

3. **Liebermann Leó:** *Meggyógyezések a congenitalis-lueses keratitis parenchymatosa therapiájához*. A congenitalis-lueses keratitis parenchymatosa egyike a legjobban gyógyítható bajoknak. Már hat évvel ezelőtt bemutató *Kartal dr.*-ral ismertette a protein-therapiának a higanysalvarsan-kezeléssel való módszeres kombinálásával elért jó eredményeket. Nyolcévi tapasztalatai 100-nál több esetre támaszkodnak és ugyanolyan kedvezőek. 1. Kezdődő esetek majdnem kivétel nélkül abortive gyógyulnak. 2. Ha az egész cornea infiltrálva van már, akkor is pár nap alatt megszűnnek a gyuladási tünetek. 3. A végső eredmény többnyire a corneának teljes feltisztulása. 4. A másik szem megbetegedése igen gyakran elmarad. Az új olasz „Neo I. C. I.” nevű salvarsanpraeparatum subcutan is adható. Betegbemutatók.

Előadás:

Duzár József: *Adrenalin-tetania*. Az adrenalin-tetania egy új tetaniaféleség, amelyet előadó két év előtt *Hensch Valéria* doktornővel talált. Minden egészséges, tetaniamentes gyermeknél általános, súlyos tetaniát lehet kiváltani akkor, ha a gyermek vérének előzőleg erőltetett lélegeztetés (hyperventiliatio) útján megkülönböztetik. Filmdemonstratio. A filmet szerző részére *Cserny* professor és *Müller* professor támogatásával felvette a berlini Charité filmintézet. Vetíti a Népjóléti Minisztérium Orvosi Filmarchív Osztálya (*Polerman dr.* miniszteri tanácsos). Előadó felemlít támpontokat, amelyek az adrenalin-tetania és az idiopathikus tetania szoros összefüggésbe hozását teszik lehetővé: Latens idiopathikus tetania adrenalinra manifestálódik. Intensív insolatióknak kitett népeknek (négerrek) nagy mellékveséje van. A tavaszi insolatio alatt nemcsak az idiopathikus, hanem az adrenalin-

tetania is könnyebben váltódik ki. A terheességi görcsök, tetaniák Fischer és mások szerint csakis ép mellékvese-systema mellett jönnek létre. Az adrenalin-tetania pathogenesise az ion-elmélet (Kraus-Zondek), illetve a calcium-desionisációs tetania-elmélet (Freudenberg-György) alapján nem tisztázható. Az adrenalinhatás vagális megfordulását sem bizonyították szerző vércukor- és vérnyomás-görbéi. Az extrapyramidalis megbetegedésekhez tartozó chorea minornak előadó ajánlotta eredményes kezelése az adrenalin-tetania segítségével (sodabicarbonát és intravenás adrenalin) magasabb centrumoknak (az agytörzsi szürke magvaknak: striatum, pallidum, a hypothalamus vegetatív magvainak) jelentőségére mutat a tetania pathogenesisében. Kórbonctanilag ezen centrumok laesiója eddig tetaniánál nem, csak choreánál volt kimutatható. A vázolt összefüggések valószínűsége mellett szólnak azonban a tetaniások pszichikus és affektusbeli zavarai, elbútorlása stb. Továbbá az a klinikai tény, hogy a fiatal gyermekkor első három évében, amikor a striatum még fejletlen (az újszülött: „pallidum-lény”), chorea sohasem lép fel, csak athetosis; ellenben igen gyakori a tetania, amely viszont három éven túl tűnik el.

Bálint Rezső: Klinikáján végzett nagyszámú vizsgálat alapján támogatja előadó azon véleményét, hogy a calciumhatás Zondek és Kraus szerinti magyarázata nem egyezik a kísérleti tényekkel.

Sarbo Artúr: Egy chorea minor-esetben a Duzár-féle tonogen-sodabicarbonat-eljárással a choreás mozgások teljes megszűnését tapasztalta.

Goldberger Márk: Szemben Duzár és Sarbo jó eredményeivel, a Bródy-kórházban nem kaptak jó eredményt a choreának Duzár-féle kezelésével.

Bosányi Andor: Az adrenalin-hatás lényege és mikéntje még alig tekinthető tisztázottnak. Érdemes volna kikutatni, hogy vajon az alkalizálás fokozza-e, vagy talán átfordítja az adrenalin hatását, illetve, hogy a kétfázisú hatás melyikét befolyásolja, vagy erősíti. Régebbi vizsgálatok szerint adrenalin alkalikus közegben igen gyorsan hatástalanná válik oxidatio következtében. Előadó a chorea adrenalin-kezelésére vonatkozó munkájában közölt adatokat, melyek szerint a vér H-ion-concentrációja már egy-két perccel az injectio után alkalotikus eltérést mutat. Ezzel szemben amerikai észlelők az injectio után $\frac{1}{2}$, 1 és 2 óra múlva kifejezett acidosist észleltek acetonaemiaiával és a R-alkali jelentékeny csökkenésével. Acetonuria tetanusnál is van s így felvetődik az a kérdés, hogy az adrenalin-hatás két fázisa közül melyik az első és melyik voltaképp a tetanigen. Előadó említett cikkében úgy látszik az acidosist veszi primaernek, de ez a feltevés említett észleletével nem egészen egyezik. Azt ma már tudjuk, hogy a fázisok egyes componensei nem állanak összefüggésben, hasonló negatív következtetésre mutat talán, hogy az ugyancsak tetanigen, de acidogen guanidin és származékai hypoglykaemiát idéznek elő. Az alkalosist sokat vitatott tetanigen szerepét hozzászóló nem fogadja el, s megemlíti saját kísérleteit, melyeknél állaton súlyos rachitis-tetania kapasan jelentékeny R-alkali-csökkenést talált compensatio mellett.

Bókay János: A vezetésem alatt álló klinikán hónapok előtt egymásután három chorea-esetben alkalmaztam az adrenalin-kezelést, pontosan követve előadó utasításait, de eredményt nem láttam, úgyhogy mindhárom esetben az általam a therapiába bevezetett neosalvarsan-kezelésre tértem át.

Duzár (zárszó): Számos vizsgálat alapján állatokon, emberen (Fritz-cel, Holló-Weiss-szel) bebizonyítottam látja, hogy a hyperventilatio a vért absolute is alkalotikussá teszi. Ugyanez áll a bicarbonat-adagolásra is. Hogy az adrenalin-tetania és az adrenalinnak a vér-ph-ra gyakorolt hatása között milyen oki összefüggés áll fenn, azt ma még vizsgálhatónak nem tartja. Valószínű, hogy a vér alkalicitása csak tüneti jelenség a tetaniás idegrendszeri elváltozásokhoz képest. Őva int Van Slyke vizsgálata alapján, a vér részletváltozásaiból (pl. plasmacarbonat-megfogyás) a vér acidotikus, illetőleg alkalotikus megváltozására való következtetéstől. Eredménytelen chorea-kezelésekkel szemben (adrenalin) kéri az eljárás ismételt kipróbálását, az előírás legszigorúbb betartásával. A chorea sokféle extrapyramidalis megbetegedés gyűjtőfogalma. Lesznek olyan esetek, amelyek csak más, esetleg módosított adrenalin-kezeléssel (phosphat-combinatio stb.) befolyásolhatók.

2. Pollermann Artúr bemutatja a Magyar Orvosi Filmarchivum első számát: Aplasia sterni (Bókay János esete).

Bókay János: A lepergett filmhez alig van hozzátevésem. Elsősorban is örömmel üdvözlöm a Magyar Orvosi Filmarchivum első számát, mely Pollermann tagtárs buzgalma folytán jött létre s örvendek, hogy ehhez az első esetet én szolgáltatam. A filmen jól látjuk a kéthetes csecsemőkön a fissura sterni congenitát, melyen át belégzés alatt a szív kiboltosul, vékony bőr által fedve. Ez esetben tehát megvolt a tendentia arra, hogy ectopia cordis fejlődjék. Ectopia cordisnál a szív totalisan a mellkason kívül van és vagy bőrrel fedett, vagy teljesen szabadon áll. Ha a fissura sterni mellett fissura abdominis is van jelen, az ectopia cordis mellett eventeratiót is találunk. Két képet vetít, melyek közül az egyiknél totalis ectopia cordis van jelen, míg a másiknál ectopia cordis mellett ectopia hepatis is látunk.

A Charité Poliklinika november 24-i ülése.

Bemutatók:

1. Haller Ödön és Koppenstein Ernő: Orrgyöki sarkomát mutatnak be, mely a csontból indult ki. A tumor két hét alatt körülbelül kisalmányira nőtt s ugyanakkor a mandibula bal angulusa táján metastasis fejlődött. A beteg Röntgen-kezelésben részesült s úgy a tumorra, mint a metastasisra 0.5 mm zinkszűrővel egy erythema-dosis $\frac{2}{3}$ -át adagoltuk, mire a tumorok egy héten belül nyomtalanul eltűntek.

2. Ifj. Boniss Ferenc: Fogmedorsorvadás Neumann szerint operált esete. 32 éves férfibeteget mutat be, ki a fogászati osztályon súlyos alveolaris pyorrhéával jelentkezett. A klinikai kép: erősen mozgó alsó metszőfogak, bőven genyedő foghús, valamint mély foghússipoly az egyik laterális metszőfog alatt a fogmedorsorvadás legszomorúbb képét adták. Röntgen-lelet: verticalis esontatrophia az alsó négy metszőfog területén. Az eset operatív beavatkozásra volt alkalmas. Nov. 13.: Neumann-féle radicalis pyorrhéa-műtét. A megfelelő foghúsleány felmetszése, a fogak nyakán és gyökerén szabaddá vált concrementumok, nekrotikus alveolus-részek éles kanállal való kikaparása, a verticalis (malignus) esontatrophia ekként való átváltoztatása horizontalissá. Nov. 17.: Patisen teljesen reaciontentes. Nov. 22.: Varratok eltávolítása. Nov. 24.: A bemutatás alkalmával a műtét előtt erősen mozgó fogak teljes megszilárdulása ad oculos demonstrálható, a foghús genyedése megszűnt, a foghússipoly eltűnt, a fogak rágóképesek, minden funkciójukat végezhetik. Az esetet azért is mutatja be, hogy bizonyos ritka esetekben a műtét eljárás helyénvaló voltát demonstrálja. A fogmedorsorvadások kór- és gyógytanával egyébként összefoglalólag a jövő havi előadáson fog foglalkozni behatóan.

Előadások:

1. Hermann Imre: A könnyecsatornaszűkületek és azok gyógyításáról. (Kézirat nem érkezett be.)

2. Kázmér Jenő és Polgár Ferenc: A húgycsőben észlelt urológiai beavatkozások röntgenológiai ellenőrzése. Előadók a Röntgen-fényképezés segítségével megfigyelték a gonorrhoeánál szokásos beavatkozások során a húgycsőbe juttatott gyógyszerek sorsát. Ezeknél azt tapasztalták, hogy a kankőfecskendővel a húgycsőbe bevitt gyógyszer csak a bulbusig terjed, még azon esetben is, ha a szokásos mennyiség két-háromszorosát fecskendezték is be. A bulbuson túlrá műszerrel bevitt gyógyszer pedig a sphincter vesicae át minden akadály nélkül azonnal a hólyagba ömlik, még pedig nem a húgycső lumenének megfelelő, hanem a bulbusból a hólyag felé mindjobban elvékonyodó sugárban. Ebből azt a következtetést vonták le, hogy a húgycső hátsó része ily módon alig kezelhető és ezen oknál fogva befecskendezéssel nem is érzésteleníthető. A továbbiakban a két sphincternek a kívülről befelé és a hólyagból az orifitium felé haladó folyadékkal szemben való viselkedését figyelték meg.

Egyedi Dávid: Előadók eljárásának a főértékét abban látja, hogy a húgycső anatómiájának és physiológiájának eddig is ismeretes megállapításait az urethrographiával is alátámasztották. Így tudtuk eddig is, hogy a húgycsőbe befecskendezett oldatok csak a bulbusig jutnak el, ismeretes volt az is, hogy a pars poste-

riorba fecskendezett anyagok a hólyagba regurgitálnak. A gonorrhoea nehéz gyógyíthatóságának okát nem ezen körülményekben, hanem abban látja, hogy a folyamat csakhamar az infectio után a mirigyekbe fészkel be magát. Javulást e téren csak alkalmas sero- vagy chemotherapiás eljárás hozhat. A pars posterioriornak az urethrographia alkalmával mutatózó keskeny árnyékát annak tulajdonítja, hogy a contrastanyag hátrafecskendezése alkalmával a vizsgált egyén sphincterét nem lazította el teljesen. A contrastanyag kivizelése alkalmával pedig a posterior Röntgen-eszköz az érettségig, mert spontán vizeléskor a sphincter externust egészen ellazítjuk, a posterior tehát vastagabb csövet képez és ennek megfelelőleg a Röntgen-árnyék is szélesebb. Ennek beigazolására ajánlja a vizsgálat megismétlését oly egyéneknek, kik a sphincter ellazítását Janet-fecskendezéskor jobban eltávolítják. A vizsgálatot atoniás sphincterű egyénekre is ki kellene terjeszteni (tabeseseek volnának e célra alkalmasak).

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosainak november 25-i ülése.

Bemutatók:

1. **Farkas Sándor Z.:** a) Velezületett csipőizületi ficamok gyógyult eseteit mutatja be. b) Pes varus congenitusok gyógykezelésében azt a nézetet vallja, hogy minél korábban kell ezeket kezelni. c) Mobilis talp-süllyedés eseteiben alkalmazható cipőbetétet mutat be, mely 1½ mm vastag acéllemezből, bőrből készült. Előnye, hogy a valgus bőrresekkel igen könnyen megszüntethető. Merev planitáson a betét nem kielégítő.

2. **Oláh Andor:** In vivo *bulbocerebellaris* tüneteket okozott medulla oblongátára, hidra, koponyaalapi idegekre, jobb kisagy hídsegregre, kisagyra nyomást gyakorló tumor (V., VII. paresis, III., IV., VI., VIII., IX., XII. paralysis, cerebellaris járás, jobbradölési tendenciával). Klinikai diagnózis a sectiót igazolta.

Nachtchel Ödön (mint vendég), bemutatja az eset kórbonctani készítményét; ismerteti a daganat topográfiáját az agyi idegekhez való viszonyát és szöveti szerkezetét.

3. **Seemann Dezső:** *Pityriasis lichenoides chr. seu parapsoriasis* esetét mutatja be 28 éves férfibeteg-nél. Az alkalmazott gyógykezelésre (hámlasztó kenőcs, jódintúra, quarellámpa) nem javult.

4. **Katona Tibor:** *Addison-kóros* mutat be.

Előadások:

1. **Pándy Kálmán** a dorpatói alkohol-ellenes kongresszusról számol be.

Kausz János: Szintén rámutat az alkoholnak morális, gazdasági, szociális állapotokra kifejtett káros hatására. Ezek a pénztárt is érzékenyen érintik. Ezért sürgeti legalább is az ünnepek s az ezt megelőző napokra az alkohol-tilalmat, másrészt a localoptio keresztyülvételét.

2. **Zoltán Elek:** Beszámoló a párizsi Journée Medicalról. Ezen összejövetelen nem voltak referatumok, egyes aktuális kérdésekről klinikai előadásokat tartottak. Kiemelendő *Calmette* előadása a tuberculosis elleni oltásokról, *Des-Compsé* az insulinnal, *Graham* (Amerika) a cholecystographiáról, *Lépine* az epilepsia-kezelésről stb. 3000 orvos közül ő volt egyedüli magyar.

3. **Farkas Sándor:** *A prothesis-kérdés a baleset-biztosítás nézőpontjából.* E kérdés legfontosabb része a megfelelő, jó csontkellátás a végtagokon. Minden csontkötő műtétnél — főként a mai viszonyok között — különös figyelem szentelendő arra, hogy mi lesz a csont teljesítőképessége 1. prothesis nélkül, 2. prothesis-sel. Velezületett csontulásoknál az előadó szerint nem célszerű a prothesis; a gyermeki szervezetben rejlő kompenzáló működés kifejtése megfelelő nevelési módszerrel, jobb eljárás, mint az élettelen műtag. Kozmetikus művégtag-ellátás, balesetbiztosítási szempontból, teljesen értéktelen. „Activ” eljárások, főképp *Sauerbruch* szerint, *Watcher*, *Krukenberg* szerint, előnyben részesítendő. *Farkas* szerint a *Krukenberg* szerinti plasztikus eljárás, a dupla felső végtag, amputáltaknál használható. Egyoldali karamputatio esetén a megmaradt kéz mindenkor elegendő a legszükségesebb munkák (ruha begombolása, evőeszköz megfogása, stb.) véghezvitelére; ellenben dupla amputatiójánál a legprimitívebb homológ segítség is számottevő. Abszolút indi-

catio a *Krukenberg*-műtetre akkor forog fenn, ha a distalis radio-ulnaris ízület hiányzik, s ha a műtét a *Rouge-Felix*-féle harmadik zónában végezhető. Alsó végtag csontkötöttknél fából készült prothesiseket a gyakorlatban megfelelőeknek véli. A járadék megállapítása nem sürgős, mivel a hozzászokás, a csontkötöttknél való bántatás sokat javít az amputált munkaképességén. Megítélésnél tekintetbe jövő momentumok: 1. a csont minémősége (conicitás, veceratiók, osteophyták, neuro-mata, stb.); 2. környi ízületek állapota (merevség); 3. a foglalkozás. A prothesis-ellátásnak tökéletesnek és folytonosnak kell lenni (a javítások a csontkötöttknél zavarják munkája végzésében).

A Magyar Röntgentársaság nov. 22-i ülése.

Bemutatók:

1. **Koppenstein Ernő:** *Mediastinalis tumort és oesophagus diverticulosist utánzó nyelőcsőtágulat.* Nyelési panaszokkal jelentkező beteg mellkasának átvilágításánál mediastinalis tumorhoz hasonló árnyék látszott. A nyelésvizsgálat első phasisaiban a középarnyék mindkét szélén egy-egy kerek, diverticulumszerű foltban jelentkezett a contrastanyag. A betegnek háti és oldalfekvésben való vizsgálatánál kiderült, hogy a betegnek idiopathikus oesophagus-dilatatioja van, a mediastinalis tumort és a diverticulumokat pedig az erősen elongált és tágult nyelőcső kiboltosodása és áthajlásai imitálják.

2. **Polgár Ferenc:** *Hernia hiatus oesophagei.* A kórkép úgy jön létre, hogy a tágult hiatus oesophageuson át többnyire a gyomor cranialis része, ritkábban egyéb szervek, a mellüregbe kerülnek. A bemutatott eset 60 éves férfira vonatkozik, aki 1½ éve szenved nyelési nehézségben, cardialis, görcszerű fájdalomokban, melyek nagyobb étkezésnél, előrehajlásnál (cipőhúzás) állanak elő és hányásra szűnnek. A Röntgen-kép ökölnyi, contrastanyaggal telt tasakot mutatott a rekesz felett, a cardia ezen tasak felett kimutatható. Az összekötő rész a herniált gyomorrész és a gyomor rekeszalatti része között négyujjnyi széles és rajta a jellegzetes, hosszanti gyomorredőzöttség látható. Az elköltözött kórjelzés szempontjából bemutat hasonló nagyságú, mélyen, a rekesz felett, ülő nyelőcsődiverticulumot is.

Révész egy 57 éves fekélypanaszos férfi felvételét mutatja be, akinél typusos hernia paraesophagealis lehetett látni. A hátsó mediastinumban egy ökölnyi nagyságú, simafalú, levegővel telt képlet volt, mely etetésnél alulról, a rekesz alól, telt meg és a gyomor rekesz alatti részén még külön homokórásszerű befűződés is volt fekély okozta görcsös összehúzódás és hegesedések következtében.

Előadás:

Bársony Tivadar és Koppenstein Ernő: *Tamulásgos cholecystographiás leletek.* A technikára vonatkozólag kifejtik, hogy semmiféle előkészítés nem szükséges. Részletesen ismertetik tapasztalataikat, melyeket 500 esetnél nagyobb anyagukon gyűjtöttek. A halvány epehólyagárnyék értelmezésénél óvatosságot ajánlanak. Figyelmeztetnek az ismert és ismeretlen árnyékokra, melyek halvány epehólyaggal összetéveszthetők. Kísérleteik bizonyítják, hogy a hasprés működése nem befolyásolja az epehólyag kiürülését. Vizsgálataik kimutatták, hogy az epekövek a contrastanyaggal imbibálódnak. Bemutatják mellékleteknek a májban talált srappellgolyó és elmeszesedett echinococcus eseteit, pericholecystitis adhaesiók különböző alakjait és több ritkább kösertet. Mint eddig az irodalomban ismeretlen jelenségeket, bemutatják egy functionális epehólyagtorsio és több facettált epehólyag Röntgen-képét.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának november 20-i ülése.

Bemutatók:

1. **Frank Magdolna:** *Congenitalis mesenterialis chylangioma cysticum.* Kéthónapos csecsemőnél születése óta feltűnt a hatalmasan elődomborodó has, melynek magyarázatát azonban előben pontosan adni nem tudták. Sectiónál a felhágó vastagbél belfodrájának két lemeze között ökölnyi fluctuáló, elastikus képlet volt, mely hátul mogorónyi hasonló képletbe ment át,

de a béllel sehol összeköttetés nem állott fenn. Fel-metszéskor a nagy tömlőből 105 cm³ tejfehér, híg, che-mice chylusnak bizonyuló tartalom ürült, a kisebbből 3 cm³ hasonló sárgás, barna tartalom. A cysta tartal-mának és falának szövettani, illetve chemiai vizsgálata alapján a képletet congenitalis, mesenterialis chylan-gioma cysticumnak kell minősíteni. Hasonló nagyságú congenitalis chylangioma ilyen korban az irodalom-ban csak négyet talált. Általában inkább a mesenterium lemezei között fordulnak elő, jóval ritkábbak a meso-colon lemezei között.

2. Tolnai Margit: *Arthritis chronica deformans.* 25 hónapos fiúgyermeket mutat be, akinek egy év előtt három napig tartó lázas betegség után megdagadtak az ízületei. A láz lezajlása után egyideig fennálló ízületi merevség szűnt lassanként, lábát használni kezdte, azonban térde, bokája változatlanul duzzadt maradt, lába 160 fokú szög alatt meghajlított, sem active, sem passive nem nyújtható ki, a flexio tökéletes, a többi mozgás kissé korlátozott. A gyermekkorban rit-kán előforduló betegség, a chronikus arthritis primaer alakjával, amely az acut rheumatikus arthritissel nincs összefüggésben, aetiologiájában sem lues, sem tuber-culosis nem szerepel. Szervi, idegrendszeri elváltozás nincs, vér- és vizeletlelet negatív, anyagcserevizsgálatok ellentmondók. A Röntgen-lelet enyhe esetekben negatív, csak többször ismétlődő lázas rohamok után látunk csont- és porotökmerevéseket. Aetiologiája hypothesiseken alapszik, melyek közül három különö-sen elfogadott: 1. infectio, 2. constitutio, 3. neurogen elmélet (*Charcot*). Prognosisa gyógyulás szempontjából rossz, mert therapiásan nehezen megközelíthető. A lázas stádiumban alkalmazott salicyl, atophan tel-jesen eredménytelen, néha bevált a cholinechlorid 5%-os oldatának helyi injectiója. A későbbi stádiumban a physikalikus therapia (massage, villanyozás, iszapos pakkolás, orthopaediai torna) még leginkább célra-vezetők. A bemutatott gyermekben hathetes kombinált gyógykezeléssel (hőlégszékény, kéninjectiók) még igen kevés eredményt ért el, ha csak a leromlott gyermek feltáplálása, általános erősítése nem nevezhető máris valami javulásnak.

3. Vende János: *Decubitus után fellépő exostosis.* Egy 11 éves leánygyermeknél a nateseken, combok és alszárak hajlító oldalain szenvedett súlyos, másod- és harmadfokú égési sérülések után mindkét crista iliaca feletti területen súlyos decubitalis fekélyek lépnek fel, a beteg állandó kényszerű hasonfekvése miatt. A bal spina iliaca ant. sup. felett egy körülbelül kétkorónásnyi, a jobb spina iliaca ant. sup. felett egy körül-belül ötkorónásnyi területen. A jobb fekély olyan sú-lyos, hogy a spina iliaca ant. sup. lágyrészekről lemez-telenítve, de csonthátyával fedve szabadon áll a fekély közepén. Gyógyulás után, mely körülbelül három hó-napig tartott, a jobb spina iliaca ant. sup. közelében a csípőtányéron egy csontkemény, a csípőlapáttal s a felette lévő hegesez gyógyult bőrről elmozdíthatatlanul összefüggő fájdalomtalan képlet foglal helyet. Röntgeno-skopiailag a képlet exostosis alae ossis ileinek bizonyult. Ezen exostosis keletkezését magyarázza röviden. Ha-sonló esetet az irodalomban nem talált.

4. Kelemen György: *Plaut-Vincent-labyrinthitis.* Húsz éven keresztül fennállott, skarlát utáni középfül-gyulladás heveny fellobbanása a középfül üregeinek, a sinusnak és a kemény agyburoknak, egy héttel ké-sőbb fenyegető általános tünetek és súlyosan elválto-zott liquorlelet alapján a labyrinthusnak megnyitását tette szükségessé, egészen a belső hallójáratig. A mű-tét utáni második naptól láztalan beteg sebürege két hó múlva behámosodott. Jelentős volt a helybeli lelet-ben, hogy a csecsenyűvány üregei közül egyedül a Pogány-féle sejt tartalmazott genyvet; ezen csontüreg, mint oly gyakran, most is széles összeköttetésben állt az arcideg csatornájával. Az utóbbi mentén követve a folyamatot, jutott el a második műtet a labyrinthusba. Ennek mindenütt fekete, eves tartalmában, úgy, mint az arcideg csatornájának gennyében, Plaut-Vincent-féle kórokozókat lehetett kimutatni. Vagy 20 olyan ese-tet írtak le, ahol a fusospirillaris symbiosis középfül-genyedést okozott, vagy utána következő szövödményt. Az itt bemutatott eset az első, ahol ezen kórokozókat a belső fülben is meg lehetett találni.

5. Kelemen György: *Reconstructio öngyilkossági szándékkal végzett pharyngotomia suprahyoidea után.* A 66 éves beteg öngyilkossági szándékkal nyakán konyhakéssel pharyngotomia suprahyoideának meg-

felelő metszést ejtett, ezen metszésből hátra- és lefelé ferdén lepraeparálva a nyelvsonttal összeköttetésben maradt gégét. A szájfenék reconstructiója után a gyó-gyulás sima volt, a functiók eredmény pedig teljes úgy a nyelést, mint a hangadást illetőleg.

6. Ángyán János: *Megakolon-eset bemutatása.* 42 éves beteg görcsös hasi fájással betegszik meg és hasának alsó felében hatalmas, gyermekfejekkora-ságú, sima tapintatú daganat állapítható meg. A Rönt-gen beöntéses vizsgálat nyilvánvalóvá teszi, hogy a daganat megasigmában felgyülemlett hatalmas bélsár-tömeg. Az eset érdekességéhez tartozik az is, hogy a beteg bal alkarjának izomzata hiányos fejlődésű és bal kezén a hüvelykujj fejlődési rendellenességeként hiány-zik. A többszörös fejlődési rendellenesség folytán be-mutató szerint a megakolon fejlődését nem elsődleges mechanikai akadály következményeként, hanem torz-képződménynek kell tekinteni.

Entz Béla: A bemutatott esetet fejlődési rendelle-nességen alapulónak tartja és felemlíti, hogy alkalma volt egy a genitális körére vonatkozó fejlődési rend-ellenességben szenvedő újszülött csecsemőt boncolni, amelynek mesenterium commune mellett megakolonja volt, mely az egész bélre kiterjedt. A csecsemő anyjá-nak szintén genitális fejlődési rendellenességei vannak (hypoplasia uteri et uterus arcuatus) és szintén mega-kolonja lehet, mert állandó bélkeringési zavarai és tar-tós székrekedései vannak. Ugyancsak állandó obstipa-tiója van a csecsemő nagyatyjának is, akinek mindkét-oldali veleszületett lágyéksérve van. A csecsemő anyja és nagyatyja megbetegedése hasmenéssel váltakozó ob-stipatio olyan formában, mint a bemutató is említette, hogy több hasmenéses szék után következik egy óriási bőségű szék, mely valósággal összeszáradt bélsártöme-gekből áll.

Heim Pál: *A Hirschprung-féle betegséget* a gyermekorvosok észlelik. Ennél a betegségnél a kolon nemcsak táglalt, de hypertrophizált is. Igen praegnans klinikai tünetei is vannak. A beteg nemcsak obstipált, de időnként bűzös, véres-geyes hasmenése is van, mu-tatva a fennálló fekélyes belfolyamatot. A kolon ki-mutatható táglulatán kívül az időnként fellépő bél-merevedés is igen jellegzetes. Oka fejlődési rendelle-nesség és a passagezavart többnyire nem a bélben helyet foglaló abnormalis billentyű okozza, de a mesen-terium vagy túlhoszú, vagy túl rövid lévén, a bél meg-töretik. A bemutatott esetben is lehet a kolon táglulatá-nak oka valamely fejlődési rendellenesség, egy abnor-malis nyálkahártyaredő, de ez az állapot lehet az el-hanyagolt székrekedésnek is a következménye. Hozzá-szólnak is volt egy esete, amikor a 11 éves elhanya-golt obstipatióban szenvedő fiúnak hasában ember-fejnyi daganat volt tapintható, amely a sacrummal látszólag összekapaszkodott volt. A Röntgen is ezt erő-sítette meg és így a diagnosis sarkoma volt. Az operatio előtt még egyszer megejtett vizsgálatnál az utolsó pill-anatban éppen a hozzászólnak sikerült a vélt daga-natot mozgatni, s különböző eljárásokra (beöntések, sondával való eldarabolás, stb.) sikerült a felgyülem-lelt igen nagy mennyiségű székert per vias naturales eltávolítani. Azóta 13 év múlt el és az állapot nem ismétlődött meg.

Előadás:

Albrecht Konrád: *Újabb szemészeti problémák.* Előadó 1. a myopia, 2. a szürkehályog, 3. a glaukoma, 4. a retinitis albuminurica problémájával foglalkozik az újabb irodalom alapján. 1. A sphaerikus refractiók keletkezését teljesen félremagyarázták addig, míg az általános vonatkozásokat nem ismerték fel. *Steiger* óta tudjuk, hogy különböző refractiók a középtértek körüli biológiai ingadozások által keletkeznek. Ebből a keret-ből kiesik a nagyfokú myopia, melynek alapja a sclera öröklődő gyengesége. 2. A hályog okát magyarázó nagyszámú elmélet közül érdeklődésre méltó az örege-dési elmélet (kolloidok öregeése, *Löweinstein*), a fény-elmélet (*Van der Hoeve*) és az endokrin-elmélet (*Pineles* és *Schiötz*). Az utóbbi a szürkehályogot álta-lában endokrin-zavarokra vezeti vissza (parathyreoidea-tetaniás hályog, pankreas-diabeteses hályog, ivar-mirigyek — öregkori hályog, illetve mellékvese — ergotin-hályog, hypophysis-diabetes insipidus hályog). 3. Előtérben áll az endokrin-elmélet (*Imre*). Figye-lemre méltók *Scherer* és *Parrisius* vizsgálatai (rend-ellenességek a hajszálereken. (Vitas a szem-kolloidok jelentősége, az üvegtest vízkötőképesége.) Rendkívül

érdekes, hogy még nincs eléggé tisztázva a belsősecretiós készítmények helybeli hatása. 4. Egymással szemben áll a vascularis és a toxikus elmélet. Szemtükről arterialis vérérgörcsök vesebajok kíséretében nem mutathatók ki.

A Debreceni Orvosegyesület nov. 25-i ülése.

Bemutatók:

1. **Vajda Lajos:** *Bilateralis artificialis pneumothorax két esete.* Mindkét beteg úgy subjective, mint objective, dacára a rövid alkalmazási időnek, jól van. Indicatiók: 1. acut és nyílt, mindkét felső lebenyre kiterjedő productiv folyamat; 2. kétoldali, de nem nagy kiterjedésű fibrocaseosus phthisis; 3. kezdődő caseosus phthisis; 4. ultimum refugiumként.

2. **Kreiker Aladár:** *Kötőhártyazsákképzés félvas-tag Wolfe-karéllyal.* A teljesen elpusztult kötőhártyazsáknak esontig hatoló metszésekkel történt megalakítása után az üreget körülbelül 6×8 cm-es nagyságú bőrkaréllyal béleli ki, amelyet a felkar volaris felszínéről szerzett akként, hogy a hámoz csak az írháznak legfelszínesebb rétegét vette hozzá. Így alig pergamment vastagságú, jól adaptálódó karélyt kapott, amelyet egy előre elkészített ovalis üveggömbre helyezett, sebfelszínnel kifelé. A karélyba burkolt üveggömböt azután behelyezte az üregbe. Síma gyógyulás, a karély teljes egészében megélt. Most, öt héttel a műtét után, egy nagy vendég szem könnyen helyezhető el. További zsugorodástól, tekintve a karély esonthez való rögzítettségét, nem kell tartani.

Előadás:

Jánossy Gyula: *A liquorba juttatott anyagok soráról.* Vizsgálatai azt mutatták, hogy 1. az agyi centrumok legkönnyebben a vérpálya felől közelíthetők meg; a liquorba juttatott anyagok csak akkor hatnak gyorsan, ha azokat annak a centrumnak közvetlen közelébe fecskenedezük, amelyre hatást tudnak gyakorolni; 2. a liquorban nincsen számottevő gyógyszermegkötő képesség; 3. a liquorba adott anyagok is csak bizonyos centrumokra, tehát elective hatnak, de a liquor felől kifejtett electiv hatás lényegesen különbözik az intravenás, illetőleg subcutan kifejtett electiv hatástól; 4. a cisterna cerebello-medullarisba juttatott anyagok hatásai lehetnek a nagyagyi centrumokra is; 5. anyagoknak a liquorból vérbe jutása nem olyan egyszerű, mint eddig feltételezték, itt is van gát, mely egyes anyagok (atropin, adrenalin, nicotin) vérbe jutását akadályozza.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának november 27-i ülése.

Bemutatók:

Imre Mihály: Egy héthónapos csecsemőt mutat be, kinél a tartós cukorvizelést előrement alimentaris ártalommal magyarázni nem lehetett. A cukornak makacs megmaradását hosszú koplalás után is parenteralis okokra (cystitis) vezeti vissza.

Hainiss Elemér felhívja a figyelmet arra, hogy ilyen parenteralis eredetű toxikus állapottal járó cukorvizelésknél a csecsemőt 24–36 órái koplalás után anyatejjel táplálhatjuk lassan emelkedő adagokkal, tekintet nélkül a cukor további jelentkezésére.

Előadás:

Ormos Pál a *cholecystographiáról* tart előadást. Közel 100 esetben végzett részben intravenás, részben peroralis eljárással cholecystographiát. Az utóbbi módszerrel nincs meglepő, mert sokszor eltávoztak a Merck-féle capsulák oldhatatlanul és az epehólyag árnyéka elmaradt; intravenásan megismételve a vizsgálatot, normalis epehólyagárnyékot kapott. A viszeres eljárásnál semmi különös kellemetlenséget nem észlelt. A 100 esetből 27 műtétre, 2 sectióra került. Mindezek igazolták a cholecystographia helyességét. Az epekövek láthatóak, ha legalább borsónyiak és ha az epehólyagba egy kis contrastanyag jutott. Láthatóak néha az epekövek a contrastanyag kiürülése után is, de kérdéses, hogy azok nem mésztartalmú kövek-e. Peroralis eljárást csak akkor alkalmaz, ha a betegnek nincs látható viszere, továbbá keringési zavarnál, nem ép vesénél és legyengült betegnél.

Karell Fülöp.

(Születésének 120. évfordulója alkalmából.)

Karell Fülöp Jakab 1806 december 10-én született Tallinnban (Reval, Észtország), hol atyja egy földbirtokosné jobbágyaként szolgált. Családja a Tallinn környékbeli észt parasztrétegből eredt. Szülei mélyen vallásosak és igen zenekedvelők voltak. Tíz gyermekük közül Fülöp a kilencedik.

Nagy anyagi nehézségekkel küzdve, sikerült mégis a fiatal **Karell**nek a tallinni gimnáziumot 1826 tavaszán elvégezni. Ugyanez esztendő őszén Tartu (Dorpat) egyetemén orvostanhallgató lesz. Két év múlva állami ösztöndíjban részesül. 1832-ben az orvosdoktori fokozat elnyerésével befejezte orvosi tanulmányait. Doktori értekezésének címe: „De rheumatismo uteri”.

Még az 1832. év nyarán katonai szolgálatba lépett Szentpétervárott s orvos lett egy testőrgárdaezredben.

Karell igyekezett Pétervárott orvosismereteit kibővíteni és elmélyíteni. A kormány 1838-ban külföldre vezényli, hogy megismerkedjék egy holland orvosnak, **Heurteloup** bárónak a *lithotripsia* gyógyítására vonatkozó módszerével. Később **Heurteloup** maga is Oroszországba jött s **Karell** nevezte ki mellé kísérőül.

A **Heurteloup**-módszerrel kapcsolatban szerzett tapasztalatait **Karell** írásban is közölte. (Zeitschrift f. d. gesammte Medizin VII. köt. Hamburg, 1838.)

Karell volt az első orvos Oroszországban, aki csonttörésekre az erősítőkötetést (Stärkeverband) alkalmazta.

Különösen híressé vált **Karell** tejkúrája révén. Erre vonatkozó első munkája megjelent: St.-Petersburger med. Zeitschrift 1865. Ugyanez a dolgozat kiegészítve és átdolgozva 1866-ban mejelent franciául (Archives Générales de Médecine) és 1870-ben, angolra fordítva, Philadelphióban. E művében igen részletesen írja le gyógyító módszerét **Karell** s azt állítja, hogy sikerült vele 200 betegét meggyógyítania, vagy a betegséget enyhíteni, különösen szív-, vese-, máj-, bél- és elzsirosodási betegségeknél.

Ma már terjedelmes irodalom foglalkozik a **Karell**-kúrával, különösen Németországban. Több német klinikus igen elismerően nyilatkozott és írt róla s ajánlják használatát, így: **Hirschfeldt, Jacob, Jacoby, Lenhartz, Strauss, Römhelt, Goldscheider, Mosler, His, Magnus-Levy, Hoffmann, Romberg, Plesch**, stb.

Állíthatjuk, hogy **Karell** tejkúrájával egy új gyógyító módot alkalmazott, mely ma a világ egész orvoskarának tulajdona.

Pályafutásában is szerencsés volt **Karell**. 1849-ben az orosz cár, I. Miklós háziorvosa lett s mellette maradt ennek haláláig (1855). II. Sándor cár is háziorszává nevezte ki s ebben a szolgálatban maradt 1879-ig.

A társadalmi életben tevékeny részt vett **Karell**. 1867-ben az orosz Vöröskereszt megalapítója. A pétervári orosz és német orvosegyetel dísztagjává emelte.

A híres tudósok közt számos barátja és ismerőse volt, így **H. E. von Baer** és **Pirogov**. Utóbbival 50 évig közeli barátságban élt s még halála előtt is felkereste, 1881-ben Podoliában.

De észt nemzetétől sem idegenedett el **Karell**. Örömmel és odaadással vett részt népének sok kultúrtörekvésében.

1882-ben 50 éves doktori jubileumát ünnepelte. Három nemzet vett részt ezen szép összhangban: oroszok, németek, észtok. A cár és a cárné táviratban üdvözlőtek, számos nagyherceg és nagyhercegnő személyesen jelent meg nála. A német császár is üdvözlő táviratot küldött, valamint háziorvosa, **Dr. v. Lauer** és **Dr. v. Langenbeck** professor.

Szükebb hazája sem felejtette el. A tartui egyetem díszdoktorává választotta, Tallinn városa díszpolgárává, az Észt Tudós Társaság Tartuban dísztagjává, stb.

Élete utolsó éveit a cár nyaralókastélyában töltötte, a Szentpétervár mellett fekvő Jelagin-szigeten. 1886 augusztus 30-án halt meg s a Szent Sergius-

kolostor temetőjében nyugszik. Végtisztességén a cári család tagjai is résztvettek. 1900 április 24-én meghalt feleségét — *Lebeau Mária*t — melléje temették el.

Karell a megszólalásig hasonlított *I. Vilmos* császárra. A fürdőhelyeken sokszor összetévesztették őket, amiről még ma is számos anekdota forog közszájon Észországban.

Hirsch Gusztáv, III. Sándor és II. Miklós cár háziorvosa, *Karell* egyik nővérének fia volt.

Karell az észti nép és az észti föld legnagyobb orvosfia. Tudományos és társadalmi szempontból oly magas állást ért el, mely csak egyes kiválasztott személyiségeknek jut osztályrészül. S mindezt teljes joggal.

Prof. Dr. A. Lúüs, Tartu.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralékos előfizetőinket, kiknek 41. számunkhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldeni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvosképzés előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékdoldalon olvasható.

A budapesti Kir. Orvosegyesület december 4-i ülésének napirendje: Bemutatás: 1. *Singer Hugó*: Késői radiumsérülés 13 év előtt kezelt hüvelyrák esetében. 2. *Torday Árpád*: Agranulocytosis esete. Előadás: *Bálint Rezső*: A gyomorfekély klinikájának és gyógyításának egyes kérdéseiről.

Az Apponyi Poliklinika Orvosai december 9-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Szondi Lipót*: Hypophysis tumor esetei. Előadások: 1. *Weisz Márton*: A pupillák egyenlőtlenségéről. 2. *Heksch Márton*: Rák és anyacsere. Vendégeket szívesen látnak.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület f. évi december hó 5-én d. e. 11 órakor az Akadémia kistermében megalakulásának 40. évfordulóját díszüléssel ünnepli. Napirend: 1. *József Ferenc dr.*, kir. herceg Öfensége, az egyesület védnöke megnyitja az ünnepélyes közgyűlést. 2. *Gerlóczy Zsigmond dr.* egyetemi tanár, az egyesület elnöke válaszol az Országos Közegészségügyi Egyesület megalakulása történetét, hivatását és működésének jelentőségét. 3. *Berzeviczy Albert dr.* v. b. t. t., a Magyar Tudományos Akadémia elnöke ünnepi előadást tart. 4. *József Ferenc dr.*, kir. herceg Öfensége berekeszti a közgyűlést.

A Budapesti Orvosi Kör december hó 6-án kezdi meg sorozatos előadásait az Országos Kaszinó félelemleti különtermében (IV., Semmelweis-utca 3.). Az előadások kezdete mindenkor este 7 órakor. I. előadás: *Bakó József dr.*: A rákkutatás eredményeiről kórbontani szempontból. II. előadás: *Manninger Vilmos dr.*: A rosszindulatú daganatok biológiai sajátosságairól. III. előadás: *Fischer Aladár dr.*: A rák sebészeti terápiájának mai állása. IV. előadás: *Guszmán József dr.*: A bőrrák és az úgynevezett praecarcinomás bántalmak. V. előadás: *Holits Rezső dr.*: A rosszindulatú daganatok Röntgen-terápiája.

† *John M. Károly*. Amilyen csöndben, szerényen, feltűnés nélkül dolgozott egész életében, éppoly észrevétlenül távozott el körünkben *John Károly*, kit férfikora delén, 53 éves korában ragadott el tőlünk a halál. Talán éppen e szerénysége miatt nem is jutott az a fényes carrière osztályrészül, melyre kiváló orvosi és emberi tulajdonságai predesztináltak. Kevesen tudják, hogy *John* egyike volt a legkitűnőbb gyermekorvosoknak, kinek a csecsemőtáplálásról *Heim Pál* professzorral együtt végzett úttörő vizsgálatai a külföldi szakirodalomban is nagy elismerést arattak. Gyermekgyógyászati tanulmányait a budapesti egyetemi gyermekklinika, majd később *Czerny* professor híres borszlói intézetében végezte. Hosszú ideig volt az irgalmas-kórház csecsemőosztályának főorvosa s úgy

itt, mint később a Stefánia-szövetség igazgató-főorvosi állásában áldásos és tudományos szempontból is értékes működést fejtett ki. Mint embert végtelen szívesség, puritán, megalkuvást nem tűrő becsületesség, feltétlen megbízhatóság jellemezték. Élete utolsó éveiben keserű csalódások érték s ezért magába zárkózva, mindjobban félrevonult. Emlékét kegyelettel fogjuk megőrizni mindnyáján, kik benne a kitűnő orvost, a derék embert, a hűséges jó barátot becsültük és szerettük.

Milkó Vilmos dr.

A vidéki egyetemeken a hallgatóság megoszlása az 1925–26. tanévben a következő volt:

Szegedi Ferenc József Tudományegyetem.

Félév	Jog és állam-tud. kar	Orvostud. kar	Nyelv-és tört. tud. kar	Math. term. tud. kar	Róm. kath.	Gör. kath.	Gör. keleti	Evang.	Reform.	Unit.	Izr.	Csonka-Ma-gyarországi Szomszédos állambeli	Összesen
I.	502	416	57	104	605	11	7	50	247	19	142	680	1081
II.	499	355	54	95	590	9	11	51	242	13	127	634	1043

Tandijmentességet, illetve tandíjkedvezményt élvezett az első félévben 231, a második félévben 305 hallgató, összesen 442,856.125 korona értékben.

Pécsi Erzsébet Tudományegyetem.

Félév	Hittud. kar	Jog és állam-tud. kar	Orvos-tud. kar	Bölcsész-tud. kar	Férfi	Nő	Össze-sen
I.	56	391	569	80	872	202	1074
II.	54	371	507	82	820	194	1014

Doktorrá avatottak száma 230; ezek közül jogtudományi 46 férfi, 6 nő; államtudományi 55 férfi; orvostudományi 88 férfi, 32 nő; bölcsészkar 7 férfi.

Tandíjkedvezmények összege 737,396.250 korona, mely az összes tandíjnak egyharmadát teszi.

Debreceni Tisza István Tudományegyetem.

Félév	Hittud. kar	Jog és állam-tud. kar	Orvostud. kar	Bölcsész-tud. kar	Róm. kath.	Gör. kath.	Evang.	Reform.	Unit.	Izr.	Csonka-Ma-gyarországi Szomszédos állambeli	Férfi	Nő	Összesen
I.	99	331	364	117	178	37	40	549	7	100	907	5	808	104912
II.	94	310	358	111	172	35	40	525	7	94	870	3	768	105873

Doktorrá avatás volt 66; ebből hittudományi 5; jogi 28; orvosi 16; bölcsész 17.

Tandijmentességet kapott az első félévben 152 orvostanhallgató, 116,125.000 korona, a második félévben 171 orvostanhallgató, összesen 125,906.250 korona értékben.

Orvostanhallgatók számaránya hazai egyetemeken az 1925–26. tanévben a következőképpen alakult:

Félév	Pázmány Péter Egyetem				Ferenc József Egyetem			
	férfi	nő	össze-sen	ava-tottak	férfi	nő	össze-sen	ava-tottak
I.	1763	51	1814	438	287	89	376	54
II.	1677	46	1723		274	81	355	

Félév	Erzsébet Egyetem				Tisza István Egyetem			
	férfi	nő	össze-sen	ava-tottak	férfi	nő	össze-sen	ava-tottak
I.	406	163	569	120	307	57	364	17
II.	356	151	507		326	62	388	

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint nov. 21-től nov. 27-ig előfordult:

Hasi hagymáz	21	4	Gyermekágyi láz	—	—
Küteges hagymáz	—	—	Báránymillő	104	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	24	—
Kanyaró	78	1	Vérhas	6	3
Vörheny	90	2	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamarhurut	6	—	Trachoma	2	—
Roncs. torok, gégeglob	44	7	Veszétség	1	1
Influenza	5	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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. Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. PETŐ JÁNOS Gyógytorna, Orvosi massage, Diathermia, Lúdtalp-kezelés (Lange-betét),
VI Vilmos csár-út 31. I. Tel.: T. 99-45.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
Főorvos, törvényszéki hitesszakértő
IV. Múzeum-körút 13. Telefon: József 102-88.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV. SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4-12. Lift.

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyógykezelések, szén-savasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőkezelések Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegszabák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

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

PÁLYÁZATOK.

A vezetésem alatt álló pásztói alapítványi Margit-kórházban f. évi december 15-vel újonnan rendszerezett *alorvosi állásra pályázatot* hirdetek. Az állás javadalmazása ez idő szerint havi kettő millió korona, I. osztályú étkezés, az intézetben bútorozott szobából álló lakás, mosás, fűtés, világítás. A kinevezés egy évi időtartamra szól, mely a kórházi igazgató előterjesztésére többször is meghosszabbítható. Felhívom a női orvosdoktor urakat, hogy okmányokkal szabályszerűn felszerelt kérvényüket méltóságos gróf Almásy Pál úr, a kórházi bizottság elnökéhez címezve hozzám f. évi december hó 1-ig személyesen adják be. Sebészeti gyakorlattal bírók előnyben részesülnek. Magánygyakorlat nincs megengedve. Az állás f. évi december 15-én elfoglalandó.

Pásztó, 1926. évi november hó 16-án.

Az igazgató-főorvos.

Veszek egy Siemens-Halske Universal, 150 Voltos váltakozó áramú 42 periodusos Röntgen-gépet hozzávaló felszereléssel. Cím: »Petőfi« Irod. Váll. Budapest VII. Kertész-utca 16.

Megvételre keresek egy használt műszerszekerényt és egy nőgyógyászati vizsgáló asztalt. Ajánlatokat kérem I. Alkotás-utca 25. Kapushoz.

DR. PÁPAY-féle Oltóintézet és Szérumtermelő Rt.
Teréz-körút 31. Telefon: 88-00.
Lerakat: HUNNIA gyógyszerár VII. Erzsébet-körút 56.

Neurolysin

Neuritisek, neuralgiák kezelésére.

Csukamájolaj vagy magaslati napfény?

Dr. J. Rosenstern, Berlin város gyermekgyógyító intézetének vezető orvosa, a »Deutsche Medizinische Wochenschrift« 1923 május 18-iki 20. számában a következőket írja:

»Hogy az ibolyántúli sugarak nagy szerepet játszanak, amint Huldshinsky, Hess és munkatársai, Lasch, Hamburger, Birk, Eckstein stb. vizsgálatai után nem is kételkedhetni, e télen mi is különösen benyomásteljes vizsgálatokkal bizonyítottuk. Fiatal csecsemők, akik hónapokig állottak gyógyításunk alatt és csaknem egész nap friss levegőn tartózkodtak, célszerű táplálkozás mellett hónapokig haladó jelentékeny fokú craniotabest kaptak. Csukamájra és phosphoros csukamájra sem reagáltak, olyan tünet, amilyent eddig nem észleltünk. Ezeket a csecsemőket azután magaslati nappal gyógyítottuk, ezzel egyidőben, a friss levegő hatásának kirekesztése céljából, olyan szobába helyeztük, melyet nem szellőztettünk, a phosphorcsukamájolajat is félretettük. Az eredmény bámulatos volt. Két héten belül teljes gyógyulás. E tapasztalatok újlag megerősítik az ibolyántúli sugarak jelentőségét a rachitis megelőzésében és gyógyításában.«

USA. dollár

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) egyenáram számára 39-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) váltóáram számára 91-75
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) egyenáram számára 45-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) váltóáram számára 97-50
csomagolatlanul ab gyártelep Hanau a. M.

Kényelmes részletfizetés, Magyarország, Ausztria és Csehszlovák területén,

Kérje új főprospektusunkat az új árlappal. Kérjük az áram és feszültség megnevezését.

Originalfabrikat der
Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.
Zweigfabrik Linz a. d. D., Postfach 27.

és kapható a Wien-i lerakat III., Kundmannngasse 12. alatt. Tel.: 21-2-27. (Képviselő HERZ KÁROLY), valamint minden nagyobb elektromedikai üzletben is, eredeti gyári áron + fuvar és vám.

Legújabb modelljeink bemutatása a besugárzási kurzusok, orvosok és ápolószemélyzet részére mindenkor physicalis intézetében Wien. IX, Spitalgasse 1/a.

Kérje Rachitismmerkblatt-unkat.

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Kuncz Andor: A női genitáliák vérzéseinek jelentősége diagnostikai szempontból. (1343—1347. oldal.)

Hrabovszky Zoltán: A szamárköhögés Röntgen-kezelése és kórereditére levont következtetések. (1347—1349. o.)

Kürti László és Györgyi Géza: A húgsavanyagcsere viszonya a gyomor sósavsecretiójához. (1349—1351. o.)

Doros Gábor: Az erythrocyták osmosisos resistentia-változása syphilisnél. (1351—1354. oldal.)

Gáspár János: Száraz complementtel végzett kísérletek Wassermann-reactionnál. (1354—1355. oldal.)

Therapia. Horti Lajos: Újabb kísérletek a gonorrhoea gyógyításában. (1355—1356. oldal.)

Bielek Tibor és Stamberger Irme: Az oesophagoskop jelentősége a gyermekkori bárszingszűkületek kezelésében. (1356—1357. oldal.)

Genersich Andor: Megjegyzések Henszelmann Aladár dr.

„Légmellkésztés egyszerű módszere” című közleményére. (1357. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (1357—1361. oldal.)

Könyvismertetés. (1361. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület dec. 4-i ülése. (1361—1362. oldal.)

Az Országos Közegészségi Egyesület jubiláris díszülése. (1363. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának nov. 29-i ülése. (1363—1364. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának nov. 26-i ülése. (1364—1365. oldal.)

Honvédorvosok Tud. Egy. nov. 30-i ülése. (1365. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat dec. 1-i ülése. (1365—1366. o.)

A Magy. Urologiai Társ. nov. 29-i ülése. (1366—1367. o.)

Vegyes hírek. (1367. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem női klinikájának közleménye (igazgató: Kubinyi Pál dr. ny. r. tanár).

A női genitáliák vérzéseinek jelentősége diagnostikai szempontból.

Írta: Kuncz Andor dr. adjunctus, egyet. magántanár.

A vérzés egyik leggyakoribb tünete a női genitáliák megbetegedéseinek és figyelembe véve azt, hogy physiologiás körülmények közt is vérzik az ivarérett nő, bizonyos mértékig hozzászoknak az asszonyok a vérzéshez és ha rendellenességek fordulnak is elő, azt nem veszik olyan komolyan, hogy azonnal orvos segítségét vegyék igénybe. Ez sokszor megbosszulja magát, amennyiben nemcsak teljesen kivérzett állapotban, hanem az alapbetegség elhanyagoltságával jelentkezik, úgy hogy a therapia ilyen körülmények között sokszor a leghálátlanabb feladata lesz úgy a gyakorlóorvosnak, mint a szakembernek.

A vérzéseket két nagy csoportba oszthatjuk. Az egyik csoportba tartoznak a sérülések, a másik csoportba a genitális megbetegedések okozta vérzések. A sérülések vérzések aetiologiájában szerepelnek a különböző balesetek, coitus, szüléssel kapcsolatos rendellenességek, műteti beavatkozások. Igen fontos a diagnosis felállításánál a kórelőzmény és a sérülés létrejötténél jelenlévő körülmények pontos kiderítése; sokszor egy jó anamnesis már kezünkbe adja a diagnosist és a vizsgálónak felhívhatja a figyelmét oly körülményekre, amelyek nagyon fontosak a beteg további sorsára nézve. A sérülések vérzések jelentőségét fokozhatja, ha arteriális vérzéssel állunk szemben, vagy ha terheesség vagy a mellékszervek sérülései is jelen vannak. Különösen az úgynevezett felnyársalási sérülések diagnostikájában fordulnak elő súlyos tévedések, amikor az orvos, anélkül, hogy feltárást végezne, megelégszik a vulva sérüléseinek megtekintésével és kikerül a figyelmét a genitáliáknak mélyebben fekvő,

esetleg a hasürbe hatoló sérülései. Ezért szabályként kell tekinteni minden ú. n. felnyársalási sérülésnél, hogy ha szükséges, narkosisban történjék a genitális tractus átvizsgálása, tükörrel való feltárása és annak megállapítása, hogy a sérülés nem hatolt-e mélyebb rétegbe, hólyagba, végbélbe, esetleg nem áthatol-e a hashártyaür felé. Két esetünket azon szempontból óhajtom ismertetni, hogy rámutassak azokra a körülményekre, amelyek a diagnosis felállításánál nehézséget okozhatnak, másrészt az eseteknek a gyakorlatban való ellátását sokszor lehetetlenné teszik.

Az egyik eset a következő: 10 éves kislányt szülei közép súlyos acut anaemiával hoznak be a klinikára és előadják, hogy a gyermek játék közben egy homokban álló játéktáskó felett akart átugrani, azonban az ugrás nem sikerült, beesett az ásó nyelvébe és vérzés indult meg nála. Az előhívott orvos nyomókötetést alkalmazva, lefektette a beteget és figyelmeztette a szülőket, hogy ha a tampon átvérzik, újból hívják ki. A vérzés nem állott meg, a szülők a beteget beszállították a klinikára. Narkosisban való feltárásnál egy másodfokú gátrepedésnek megfelelő a lelet, a hymen alap berepedt, a gáton és a hüvelyen jobboldal felé betérjedő, a gát izomzatára is reáterjedő sérülés, amelynek mélyén a végbél szabadon fekszik. Tükörrel való feltárásnál a hüvelyboltozat ép. Sebészi ellátás után a vérzés szűnik s a beteg a tizedik napon gyógyultán távozik a klinikáról.

A második eset: 22 éves leány, aki mezei munkája, szénahányás közben, a szénaboglya tetejéről akarván leszállani, belecsúszik egy dézsába állított szénahányóvilla nyelvébe, amely felnyársalja. A sérülés öt nappal a klinikára való szállítás előtt történt. A beteget súlyos septikus tünetek között kapjuk, magas hőmérsék, szapora, kicsiny pulsus, dispoos légzés. A hozzátartozók előadása szerint a villa nyele körülbelül $\frac{1}{2}$ m mélyen volt benn a vulvában, amelyet a leány kiáltásaira oda-siető gazda csak nagy erőfeszítéssel tudott kihúzni. Dacára, hogy az orvos az azonnali beszállítást ajánlotta, ezt csak az ötödik napon, amikor a beteg állapota súlyosbodott, határozták el. A beteget átvizsgálva, a vulva jelentékeny sérülései mellett a hüvelyben találunk bevont sebeket. A feltárásnál a hüvelyboltozatban haránt irányú repedés, amelyen keresztül a parametriumba jutunk; onnan gyenges váladék ürül s a bevezetett sonda 5 cm magasságban megakad. A hasi szervek, a peritoneum részéről izgalmi tünetek *nincsenek*, ellenben a mellkasi szervek átvizsgálásánál feltűnik a szívnek jobbra való kihelyezése. Röntgen-

átvilágításnál kiderül, hogy a rekeszizom sérülésén keresztül a gyomornak tekintélyes része bekerült a mellüregbe, tehát hernia diaphragmaticával állunk szemben. Életmentési kísérlet céljából műtétet végzünk, először a mellkas üregét nyitjuk meg, de mivel a beszorult gyomor felülről nem tollható vissza, az epigastriumban ejtett laparotomián keresztül gyakorolt húzás és a mellür felől eszközölt tolassal szabadítjuk ki a gyomrot a diaphragma-sérvből. A diaphragma sebéét elvarrva, drainezzük a mellüreget, majd a hasiűr sebéét is. A második napon exitus. A boncolati leletnél felvilágosítást kapunk a sérülés körülményeiről: a villa nyele a hüvelyboltozaton keresztül a ligamentum latum lemezei között hatolt felfelé, annak a mellső lemezét átszakítva, a belek közt feljutva nekiment a gyomornak, majd azt maga előtt betúrva, átszakította a diaphragmát és behatolt a mellüregbe, miközben a szívet a szívburokkal együtt a jobb mellkasfélbe nyomta át.

Ez a két eset mutatja, hogy a diagnosis felállításánál sokszor mily nehézségekkel kell megküzdni és a gyakorlóorvosnak helyzetét még nehezebbé teszi az a körülmény, hogy alapos feltárás csak segédlettel és narkosisban lehetséges, ami pedig a szakembert illeti, az eseteknek megfelelő ellátása a legnagyobb sebészeti készséget igényli.

A terhesség alatti sérülések, tekintetbe véve a terhességi hyperaemiát és varixok jelenlétét, nagyobb vérzéseknek lehetnek az okozói, úgyhogy rövid idő alatt súlyos acut anaemia fejlődhet ki, másrészt a terhességi fellazulás is szerepet játszik abban, hogy kisebb erő behatására súlyos roncslások jöhetnek létre. Ritkán előfordulhat az is, hogy a terhesség második felében, ha a terhes nő a hasára esik, a méh megreped s olyankor rendszerint a fundus-izomzat haránt vagy hosszanti irányú repedését fogjuk találni. A fellépő ájulás, abdominalis shok, az acut anaemia jellemző képe (szapora, kicsiny pulsus, a bőr és nyálkahártyák halványsága), a has érzékenysége, meteorismus, esetleg szabad hasiűri folyadék kimutatása, belső vérzés tünetei igazítanak útbá. Előfordulhat az is, hogy a sérülésen át a magzat is megszületik a hasüregbe. Súlyos esetek azonnali beavatkozást, laparotomiát tesznek szükségessé. Varix-repedések is lehetnek súlyos vérzések okozói. Az ú. n. belső varix-repedés rendszerint a szülés alatt, a kitolási időszakban szokott előfordulni. A parametriumba történik a vérzés és fokozatosan fejlődik ki az anaemia kórképe, amely esetleg elkerülheti a szülést észlelőnek a figyelmét és csak amikor súlyossá válik a helyzet, gondol a bába vagy az orvos arra, hogy itt belső vérzéssel áll szemben. Ilyenkor a vérzés lehet olyan nagyfokú, hogy a képződő haematoma felterjedhet egészen a veséig és gyakran a segítség is elkésik.

A traumás eredetű sérülések egy másik formájánál subcutan vagy submucosus haematomák keletkezhetnek a vulván, a hüvelyben, amelyek oly nagyfokú vérvesztést okozhatnak, hogy a beteg életét is veszélyeztethetik. Coitusnál a mélybe terjedő, hymenalapí, hüvely-, gátsérülések azok, amelyek szintén okozhatnak súlyos vérzéseket. Ezen sérüléseknél nemesak a penis nagysága és a hüvely szűk, infantilis, heges vagy atrophias volta szerepel mint aetiologiai momentum, hanem a coitusnál használt rendellenes posíciók és a nő részéről az orgasmus tetőpontján előforduló ellenlökés is, mikor is sokszor igen súlyos hüvelyboltozati sérülések keletkezhetnek. A coitus alatti hirtelen megfordulás, vagy pedig az erősen felemelt combok mellett még bekövetkezhettek a hüvelyboltozat megrepedése is. A kórkép súlyosságát fokozhatja az a körülmény, hogy esetleg a peritonealis ür is megnyílik. A sérülések vérzések azonban leggyakrabban a szüléssel kapcsolatban fordulnak elő clitoris-, gát-, hüvely-, cervix-, méhrepedés formájában, mikor is a diagnosis csak az illető rész

feltárása útján lehetséges. Ezen sérülések részben a kitolási időszak alatt, részben pedig a kitolási időszak után lesznek nyilvánvalóvá, ha a repedés következtében arteriák vagy vastagabb vénák nyílnak meg.

Nagy jelentőséggel bírnak az általános gyakorlat szempontjából azok a vérzések, amelyek a belső nemi szervek megbetegedéseivel függenek össze. Mielőtt ezeknek tárgyalására rátérnénk, röviden ismertetni kell mai felfogásunkat az ovulatiót és a menstruatiót illetőleg. *Fraenkel, Mayer* és újabban *Schroeder* vizsgálatai bebizonyították, hogy az ovulatio szoros összefüggésben van a menstruatióval. Ovulatio és corpus luteum-képződés nélkül nincs menstruatio. A méh nyálkahártyájának ciklikus elváltozásait *Adler, Hitschmann* és újabban *Schroeder* tanulmányai alapján ismerjük és három phasist különböztetünk meg. A proliferatiós, secretiós és regeneratiós, illetőleg desquamatiós phasist. A méh nyálkahártyájának a működés szempontjából egy functionalis és basalis rétegét különböztethetjük meg. A vizsgálatok kimutatták, hogy azok a régebben kórosnak tartott endometrium-elváltozások, amelyeket endometritis glandularis hyperplastica név alatt, mint vérzést okozó tényezőt vettünk fel, tulajdonképpen physiologiás körülmények között is jelenlévő állapotai a méhnyálkahártyának és így mai felfogásunk lényegesen megváltozott abból a szempontból, hogy a méhnyálkahártya vérzéseinél nem a gyulladást kell fő tényezőnek tekinteni. A proliferatiós stadium közvetlenül a menstruatio után kezdődik és ebben a stadiumban úgy a basalis, mint a functionalis réteg megvastagodása jön létre a kötőszöveti elemek, mirigyek, a mirigysejtek szaporodása és fellazulása folytán.

Hasonló folyamat megy végbe a Graaf-féle folliculusban is, a tüszőhámelemek szaporodása folytán. A secretiós stadium körülbelül a 14. napon kezdődik és tart a menstruatio megjelenéséig, fő jellemvonása, hogy tovább halad a proliferatiós phasis, bő secretio indul meg a méhnyálkahártyában lévő mirigyekből. Ezen phasis elején történik az ovariumban a tüsző-repedés s a corpus luteum vascularisatiós stadiumának megindulása. A harmadik phasisban, amely egybeesik a pete elhalásával és a corpus luteum visszafejlődésével, megindul a menstruationalis vérzés a functionalis rétegben lévő capillarisok megrepedése folytán. A nekrosisos és cytolisises folyamatok által széteső nyálkahártya véres-nyálkás váladék kíséretében kiürül s vele együtt az egész functionalis réteg. Tulajdonképpen a méh nyálkahártyájában nyugalmi stadium nincs s a basalis rétegben csakhamar újból kezdődnek a folyamatok az előbb elmondottak alapján. A méhnyálkahártyában végbemenő folyamatok létrehozásában az ovariumban képződő hormon szerepel, amely *Zondek* és *Ascheim* újabb vizsgálatai alapján a théka sejtekben képződik. Ők vizsgálataik céljaira fehér egereket használtak, amelyeknek bőre alá ép ovariumszövetdarabokat ültettek át. Az ovariumdarabokat rendszerint méhrákműtéteknél kapták és friss állapotban történt az átültetés. A vizsgálat eredményei alapján kimutatták, hogy a post menstruationalis sárgatestben nincsen hormon, az inter menstruumban, úgy az érésben lévő folliculusok falában, mint a liquor folliculiból ellenben van hormon, a praegravid stadiumban a sárgatestben van hormon, amelynek concentrációja ilyenkor a legnagyobb.

Ha már most a méhvérzések két nagy csoportját diagnostikai szempontból tárgyalni óhajtjuk, feltétlenül figyelembe kell vennünk az ovarium belsősecretiós működését, amelyben beálló zavarok aetiologiai momentumokként hathatnak az egyes megjelenési formáknál. A méhvérzéseknél két aetiologiai momentumot tarthunk fontosnak. Először az ovarium hyperfunctióját

vagy diszfunkcióját, amelynél vagy a hormon erőssége váltja ki a méhnyálkahártya, esetleg izomzat hypertrophiáját, az erősebb capillaris vérbőséget, vagy a corpus luteum-képződés hiánya vagy zavara folytán a méhnyálkahártya functionalis rétege nem, vagy tökéletlenül távozik és így a regenerációs stádiumban zavarok állanak elő. A második momentum a méh vagy környezetének daganatos vagy gyulladásos eredetű passiv vagy activ hyperaemiája, amely a nyálkahártyán is érvényesül és így az az ovarium-hormonnal szemben érzékenyebb lesz, másrészt valószínűleg a capillarisek falának táplálása is kárt szenved. Természetes, hogy ha szövetrönszoló daganatok (carcinoma, sarcoma, myoma, choric epithelioma, stb.) vannak jelen, akkor a capillarisek vagy nagyobb erek uszúlása folytán is létrejöhet vérzés. A méh izomzatának veleszületett vagy daganatos elfajulása folytán létrejött gyengesége (hypoplasia, astheniás constitutio, fibroma uteri) szintén szerepelhet mint oki tényező, oly értelemben, hogy az ilyen izomzat nem képes oly jól komprimálni az ereket, mint az egészséges.

Menorrhagiának nevezzük a túlbő havibajt. Amikor a menstruatio nyolc napon túl tart és nagyobb mennyiségű vérvesztéssel jár, ez a hypermenorrhoea, ha pedig gyakran jelentkezik a menstruatio, 2–3 hetenként, akkor polymenorrhoeáról beszélünk. A hypermenorrhoea okaiként szerepelnek az ovarium erősebb működése, a kismencede activ vagy passiv hyperaemiája, szóval a vérelosztás anomáliái. A passiv hyperaemiánál a szív-, vese-, májbántalmak, a vena-rendszer petyhüdt volta, daganatok nyomása; az activ hyperaemiánál a méh környékének gyulladásos állapota, masturbatio, coitus interruptus hozza létre a kóros állapotot. A polymenorrhoeánál *Schroeder* az ovarium diszfunkcióját tartja oki tényezőnek, részben a corpus luteum élettartama rövidül meg, részben a pete korábban érkezik és pusztul el. Hogy azután a petefészek ily abnormis működését milyen okok hozzák létre, arra nézve bizonyosat nem tudunk s feltételezzük, hogy gyulladásos folyamatok vagy más belsősecretiós mirigyműködési anomáliák szerepelnek okként, pl. hypophysis vagy mellékveseműködési rendellenességek. A másik csoportnál, a *metrorrhagiánál*, legtöbbször a méh vagy a petefészek megbetegedése szerepelnek mint okok.

Ha most az *egyed életkorokban* jelentkező vérzéseket diagnostikai szempontból osztályozzuk, ezek között legfontosabbnak kell tartanunk a pubertas korabeli s a climaxhoz közelálló asszonyok rendetlen vérzéseit. Mindkét vérzési alaknál az újabb felfogás szerint belsősecretiós zavarokat is fel kell tételezni. A petefészekvizsgálatokból kiderült, hogy ezen vérzések egyes formáinál hiányzik a corpus luteum-képződés, ennek megfelelően megmarad a méhnyálkahártya a proliferációs stádiumban. A pubertas korabeli vérzéseknél az ovarium diszfunkcióján kívül az endokrin mirigyrendszer más zavarát is fel kell tételezni (hyperthyreoidismus, struma, Basedow, stb.), másrészt a vegetatív idegrendszernek fokozott érzékenysége és pszichikai okok is szerepelhetnek okként. Ilyenkor a nervus erigens útján tevődik át a központi idegrendszerrel az izgalom a méhre. Fel kell tételeznünk, hogy a vegetatív idegrendszer középpontjának izgalma váltja ki a méhnyálkahártyán hirtelen létrejött hyperaemiát. Ezeknél a vérzéseknél is figyelembe kell venni a constitutiót, a szervezetnek veleszületett állapotát, hypoplasziát. Astheniás individuumoknál előforduló circulációs zavarok szintén szóba jöhetnek, mint vérzést okozó tényezők.

A pubertaskorabeli vérzések sokszor a legsúlyosabb és alig megoldható feladatok elé állítják még a

szakembert is. Hogy ezek a vérzések sokszor oly makacsul fennállanak, ennek oka részben abban rejlik, hogy fiatal egyénekről van szó, akik húzódoznak a genitáliák vizsgálatától, rendszerint kipróbálnak előbb minden háziszert, symptomásan ható vérzéscsillapító orvosságokat, amelyek a köztudatban szerepelnek, s csak amikor már semmi sem használ, keresik fel elhanyagolt bajukkal az orvost, másrészt a pubertas korabeli vérzések a nemiszervek fejlődésének előrehaladásával nagyrészt maguktól is rendeződnek, s az orvosi körökben is uralkodik ez a felfogás és így nem foglalkoznak behatóan ezekkel a vérzésekkel. Különösen fontos az oki tényező kiderítése, hogy a helyes therapia eredményhez vezessen. Az előbb elsorolt okok valamennyiére ki kell terjedni figyelmünknek és feltétlenül szükséges az egész szervezet, de különösen a genitáliák átvizsgálása, ami, tekintettel arra, hogy rendszerint virgokról van szó, rendszeren csak per rectum történhetik, de néha nem lesz elkerülhető a narkosisban végzett hüvelyi vizsgálat sem (úgy hüvely-, mint méhrák kivételesen fiatal korban is előfordul; láttunk 21 éves korban inoperabilis hüvelyrákot s 19 éves korban méhrákot). De ehhez a környezet beleegyezése szükséges s ezt, ha annak fontosságát megértjük, rendszerint meg is kapjuk. Ha a genitáliák részéről nem tudjuk az okot megtalálni, nem találjuk a genitáliák hypoplasziáját, a méh rendellenes helyzetét, megnövekedését, nagyobb ovariumot, méh- vagy petefészekdaganatot, akkor ki kell terjedni a vizsgálatnak a többi endokrin mirigyekre is. Vizsgálni kell a pajzsmirigy, a parathyreoideák, hypophysis működését, vizsgálni kell a vegetatív és vasomotoros idegrendszert, keresnünk kell, nincsenek-e jelen adenoid vegetatiók, meg kell vizsgálni a tonsillákat, a vérképet qualitative és quantitative, a véralvadás minőségét, nincse-e jelen chlorosis, essentialis thrombopenia.

A nemi érettség korában előforduló vérzések közül legfontosabbak a metrorrhagiák, amelyeknél a belső nemiszervek megbetegedései szerepelnek legtöbbször oki tényezőként. Gondolnunk kell ebben a korban mindig terhességre, illetve abortusra vagy abortus utáni állapotra (metropathia post abortum). A terhesség gyanúja mellett soha ne feledkezzünk meg az extrauterin terhesség eshetőségéről. A méhvérzés ilyenkor tulajdonképpen decidualis vérzés. Ha az orvos erre nem gondol, különösen az extrauterin terhesség azon formája mellett, amikor kezdődő tubaris abortussal állunk szemben és az első roham alkalmával aránylag csekély mennyiségű vér jutott ki a hasürbe, s a beteg állapota sem mutatja a súlyosabb anaemia képét, beleeshet abba a tévedésbe, hogy a decidualis vérzés alapján korai abortusra gondolván, curretaget végez. Ilyenkor ezt rendszerint követni szokta az abdominalis katasztrófa. Minden olyan esetben tehát, ahol a legesekélyebb gyanúnk is van arra, hogy a méh környezete nem teljesen szabad és a pontos anamnesis felkelti az extrauterin terhesség gyanúját, soha se végezzünk méhkaparást.

A tubaris abortus és tubaruptura között klinikai szempontból lényeges különbség van, míg a ruptura többnyire szabad hasüri vérzést idéz fel, hirtelen fellépő anaemia, meteorismus, a has érzékenysége, kicsi, alig tapintható pulsus, ájulás és shockkal, addig a tubaris abortusnál leggyakrabban a vérzés kevesebb, szivárgó s idő van a vér megalvadására, haematokele kifejlődésére jellemző alhasi göresök kíséretében. A tubaris ruptura kórképénél diagnostikai szempontból az abdominalis katasztrófa valamennyi alakja, így a hasürben lévő összes szervek átfűródásai, pyosalpinx megrepedése, appendicitis perforativa, bél-, gyomor-, epehólyagperforatio, továbbá ovarialis daganat kocsány-

csavarodása, sérvkizáródás, ileus, máj-léprepedés, húgy-hólyagrepedés szóba jöhet, valamennyi hasonló tünetekkel jár és sokszor kerül még szakember is abba a helyzetbe, hogy biztos diagnoszt nem képes felállítani, s csak a laparotomia deríti ki a tulajdonképeni okot. Vértésnél az anaemia, a többenél a peritonitis tünetei vannak előtérben, másrészt a hasürbe jutott szabad vér kopogtatási viszonyai lesznek döntők a diagnosis felállításánál. Fontos, ha az anamnesisben terhességre gyanús adat szerepel. Ritkán a corpus luteum vérzése is lehetnek oly fokúak, amint egy alkalommal nekünk is volt alkalmunk észlelni. Ilyenkor természetesen csak a laparotomia alkalmával végzett makroszkopiai és utólagos szövettani vizsgálat fogják kideríteni a tulajdonképeni okot. Téves diagnosis esetén szerencsére éppen az alarmizáló tünetek miatt aránylag még itt történik a legkevesebb hiba és a beteg hamarosan megfelelő orvosi kezelés alá jut. Tekintetbe véve a műtéti indiciót, a legtöbb esetben úgy is laparotomiát kell végezni. A haematokélek diagnosisánál az anamnesis, a symptomák hirtelen fellépése, másrészt a gyulladásos megbetegedésektől rendszerint jelenlévő különbségek, a Schilling-vérkép, hőmérsék, leukocyta száma útján sikerül a diagnoszt felállítani. Műtét előtt annak eldöntése végett, hogy vér vagy geny van-e a Douglasban, próbapunctio dönt a laparotomia vagy kolpotomia megválasztása felett.

Daganatok okozta vérzéseknél, különösen a 30. életéven túl, rendszerint a méh carcinomáját vagy myomáját találjuk. Ezeknek kiderítésére a tükrövizsgálaton kívül igen fontos diagnostikai eljárás a méhüri vizsgálat, amely próbakaparás vagy a méhür kitapintása formájában legtöbbször felvilágosítást nyújt arra nézve, hogy a méhnyálkahártyának és üregnek elváltozásaiban benignus- vagy malignus-folyamatok szerepelnek-e. Hangsúlyoznunk kell, hogy különösen a gyakorlóorvosok részéről e részből nagyon sok hiba történik, gyakran tapasztaljuk még ma is, hogy a carcinomás betegek sokszor hónapokon keresztül szenvednek rendetlen vérzésekben, s kikérve az orvos tanácsát, az orvos egyszerű vérzéscsillapító-recepttel intézi el a beteget, anélkül, hogy belső vizsgálatot végezne, nem is szólva arról, hogy a méhüri vizsgálatot csak a legkritikább esetben találja szükségesnek. Pedig ha tekintetbe vesszük, hogy a carcinoma prognosisa szempontjából legfontosabb a korai diagnosis és korai gyógyítás, rendkívül nagy fontosságot kell tulajdonítanunk e kérdésnek és nem tudjuk eléggé hangoztatni és felhívni a figyelmét a gyakorlóorvos kartársaknak arra a körülményre, hogy mindig gondoljanak a rendetlen vérzéseknél, különösen a climaxhoz közel, vagy a climaxban lévő asszonyoknál, a méh malignusos daganataira és soha ne mulasszák el a belső vizsgálatot, valamint a méhür kitapintását, s amíg nem tisztázódott a helyzet, ne döntsenek a beteg további sorsa felől. Ha pedig nem értenek hozzá, küldjék azonnal szakemberhez.

Többször szült nőknél közel a climaxhoz fordul elő a metrorrhagiának egy sajátos formája, amelynek klinikailag az uterus hypertrophiáját találjuk sokszor ökölnyi, kétökölnyi uterust, rendetlen vérzéseket, amelyek vérzéscsillapítószerre sem szűnnek meg. Újabban ezen kórképet metropathia haemorrhagica néven *Aschoff*, *Pankow*, majd *Schroeder* vezették be a gynaekológiába.

A metropathia haemorrhagicánál *Schroeder* tisztán ovarium-disfunctiót vesz fel ok gyanánt, mondván, hogy ezekben az esetekben hiányos az ovariumban a corpus luteum-képződés, a nyálkahártya megmarad s proliferációs stadiumban, erősen megvastagodott,

esetleg polypusképződéssel kombinált. Az uterus síma izomelemeinek diffus hypertrophiáját is ugyanazon hormonhatás idézi elő, viszont az érzékenyebb hypertrophizált nyálkahártyán kisebb hormonhatás is képes kiváltani capillaris vérbőséget és a capillarisok megrepedését. Az uterus izomzatában szövettani vizsgálattal semmi kórosat sem lehetett kimutatni, ellenben az ovariumokban gyakran találtak apró cystikus degenerációt s a corpus luteum képződésének hiányát. *Schroeder* ezen felfogását nem mindenki osztja és véleményünk szerint sem lehet ezt a kórképet tisztán ovarium-disfunctióra visszavezetni, hanem tekintetbe véve éppen azt a körülményt, hogy rendszerint multiparáknál látjuk kifejlődni, szerepet kell tulajdonítanunk a gyermekágyi subinvolúciónak. E szempontból hirhedtek a gyakori abortusok, főként, ha utána a gyermekágyban gyulladásos complicatiók zajlottak le. Szerepe van továbbá az enteroptosis, obstipatióval, a méh környezetének gyulladásával együtt járó passiv hyperaemiának is, amely a kismedence szerveit bántalmazza. Hogy nem tisztán ovarium-disfunctióról van itt szó, bizonyítja az a körülmény is, hogy ezek a vérzések sokszor fennállanak Röntgen-besugárzás dacára is, s némely esetben az uterus eltávolítására kényszeríthetnek. Vannak klinikusok, akik systematikusan végzik ilyenkor a totalexstirpációt.

A climax idején fellépő rendetlen vérzések physiologias körülmények között is előfordulnak és itt az ovarium működési zavarát kell feltételeznünk. Azonban ha a vérzések nem rendeződnek, feltétlenül szükségessé válik más oki tényező után kutatni, éppen azon körülményt figyelembe véve, hogy ebben a korban fordul elő leggyakrabban a corpus carcinoma, miért is szabályként kell tekintenünk, hogy a climax idején mutakozó vérzéseknél méhüri vizsgálat fogja eldönteni a vérzés ellen bevezetett therapiás eljárásunk mikéntjét. A menopausában fellépő ú. n. postclimacteriumos vérzéseknél több mint egy évi menopausa után 90%-ban corpus carcinomát fogunk találni (*Schauta*). Feltétlenül szükséges tehát ilyenkor is a méhüri vizsgálat. Újabban felhívják egyes szerzők figyelmünket arra, hogy ott, ahol a vérzés aránylag kevés ideig tart és magától is megszűnik, gondoljunk az ovariumok malignusos daganataira is, és több esetet közöl *Schiffmann*, ahol az ovarium carcinomának a menopausa után kezdeti tünete az ily postclimacteriumos vérzés volt. Fontosnak kell tartanunk tehát a méh környezetének alapos vizsgálatát és ha az ovariumokat nagyobbaknak találjuk, vagy daganatot találunk, laparotomia végzése javalt.

Ami a vérzések típusos klinikai megjelenését illeti, vannak bizonyos jelek, amelyekből már következtetünk a vérzést fenntartó kórokozó tényezőkre. A világos, arteriás vérzést legtöbbször sérülés okozta, vagy daganat felmaródása következtében jön létre. Ha vérárvadékok vannak, ez annak a jele, hogy a vér stagnált valahol, vagy az uterusban, vagy a hüvelyboltozatban, de egyúttal jelenti azt is, hogy elég jelentős vérzésről van szó, csak lassan történik. A vérzés lehet sokszor bűzös, szétesett myomás, carcinomás megbetegedéseknél, rothadó peterészletek esetén, nekrotizált polypusnál. A nekrobiosis folyamatoknál a vér között szétesett szövetelemeket találhatunk, peterészleteket; decidualis vérzéseknél deciduát; pl. extrauterin terhesség-nél az egész méhür lenyomatát utánzó decidua ürülhet ki. A vér consistentiája is különböző lehet, húslészerű, például a nekrobiosis folyamatokra jellemző, syrupszerű vérzést haematokolpos, haematometránál találunk, míg a törmelékes, lekvárszerű vérzés extrauterin terhességre jellemző. Ezek a megfigyelések ha nem is minden esetben válnak be, de jó útmutatást adhatnak.

Ha már most összegezzük a genitalis vérzéseknél előforduló oki tényezőket, ebből következik az, hogy aki észszerűen akarja kezelni a vérzéseket, ki kell figyelmeztetnie mindezen tényezőkre és nem szabad sablon-szerűen vérzéscsillapítószerrel, méhkaparással el-intézní a beteg sorsát, amit — sajnos — még ma is gyakran látunk a gyakorlóorvosok részéről, még városban is.

A debreceni gróf Tisza István Tudományegyetem központi Röntgen-intézetének közleménye (igazgató: Elischer Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár).

A szamárköhögés Röntgen-kezelése és kórereditére levont következtetések.

Írta: Hrabovszky Zoltán dr. egyet. tanársegéd.

A szamárköhögés Szontagh professzor felfogása szerint éppen úgy nem infectiosus, contagiosus megbetegedés, mint a szénaláz. Szerinte a singultus, enkephalitis és a pertussis is aequivalense a szénaláz tiszta toxikus alakjának, szóval variációs formái egy és ugyanazon megbetegedéseknek. „Amint a szénaláznál nem szükséges egy ismeretlen mérget feltételeznünk, hogy specialis ideges jelenségeket, a singultust, enkephalitist magyarázni tudjuk, éppen úgy a szamárköhögés kórereditének analizálásában nem szabad a Bordet-Gengou-bacillus képében egy specifikus kórokozót felvennünk, hogy a stadium convulsivum, illetve nervosumot éppen úgy, mint az idegrendszer részéről más complicatiókat, helyesen tudjuk magyarázni.” A pertussis — véleménye szerint — a neuroarthritiss diathesisnek praegnans symptomája. A nervosus tüneteket egy, az összszervezetben képződő toxin, melynek electiv affinitása van a köhögés központja iránt, váltja ki. A köhögési rohamokra a jól ismert rythmusuk jellemző, ugyanis a folytonosan képződő toxinnak egy bizonyos határérték fölé kell emelkednie, hogy actióját kifejtthesse.

Szontagh professzor e nézete indított Petheő János dr. akkori gyermekklinikai adjunktussal bennünket arra, hogy a megbetegedés kórképét Röntgenbesugárzásokkal igyekezzünk enyhíteni. Ezirányú kísérleteinket 1924-ben, a hasonló tárgyú amerikai közlemények megjelenése előtt kezdtük meg, mint azt kórtörténeteink és kezelési naplóink igazolják. A pertussis Röntgen-kezelése ma már nem új az irodalomban, de szinte kizárólag csak amerikai szerzők foglalkoznak vele. Az európai irodalomban csak Pino Picherle az egyedüli, aki komoly eredményekről számol be, szintén függetlenül az amerikaiaktól. Előtte Leopold tett régebben eredménytelen kísérletet.

A Röntgen-sugárzást kétféle irányban: localis és távolhatásban használhatjuk fel. Kezdetben a localis hatás céljából a hilusmirigyeket sugároztam be, mint az amerikai szerzők nagy része, majd távolhatást akarván elérni, a májat vettem a besugárzás objectumául.

A pertussisos tüdő Röntgen-tüneteit elsősorban az interstitialis gyulladásos folyamatok és a peribronchialis lymphaticus-rendszer elváltozása okozza. A tömött, kötegesen megszélesbedett hilusokban több közepesen megnagyobbodott peribronchialis mirigyárnyék látható. A helyi kezelés célja, hogy e megnagyobbodott mirigyek által kiváltott mechanikus ingert, mely magában is kellemetlen köhögést tarthat fenn (gyermekkori chronikus köhögés) megszüntessük.

Kezelésem főcélja egy távoli Röntgen-hatás elérése volt. E célból oly szervet választottam besugárzásra, melynek bő vérellátása folytán nagyobb fehérvérsejtszétesésre is számíthattam. Mint ismeretes, a Röntgen-sugár hatására sejtek roncsolódnak el. E sejt-

pusztulás folytán különböző szétesési termékek, főleg sajáttestfehérje-productumok jutnak a keringő vérbe és a többféle theoria mellett is azt kell mondanunk: ismeretlen módon egy sajátfehérjehatást fejtenek ki. Mind a localis, mind a távolhatás elérése céljából kettős besugárzást is végeztem. A kedvező eredmények azonban a duzzadt hilusmirigyek jelentéktelen változása, illetőleg teljes változatlansága mellett következtek be, így tisztán a máj besugárzására szorítkoztam.

A hilusokat két mezőben és ülésben röntgeneztem, és pedig egy elülső és hátsó nagy beesési kapuval. A májat a beteget kissé balfelé fektetve sugároztam be, hogy a sugárzás a szerv legnagyobb átmérőjén hatolhasson keresztül. A környezetet mindig gondosan takartam. Kezeléseimet a Radioconstant készülékkel végeztem. A sugáradag 160 Kw. 4 Ma. mellett 2, illetőleg 3 mm-es alumíniumszűrővel 31 cm F.-táv mellett a beteg kora szerint váltakozva 150–350 R. volt, mit átlag 4' 20"–2' 10" alatt adtam le. Besugárzásaimat az általános reactiótól függően 5–10 naponként ismételtam.

Eddig 54 beteget kezeltem. A gyermekek eleinte a szokásos sedativumokat, expectoransokat is kapták, majd ezeket teljesen elhagytuk. A kezelték kora 2 hónaptól 13 évig terjedt. A betegek különböző, de rendszeren a convulsiv stadiumban kerültek kezelésem alá. Az eredményeim a májbesugárzással feltűnően javultak. A Röntgen-kezelés a köhögési rohamok qualitását és quantitását egyaránt jó irányban befolyásolta. Elsősorban a rohamok ereje enyhébbé vált, majd számuk lényegesen csökkent és végeredményben a betegség lefolyása határozottan megrövidült. A besugárzást követő első napon a beteg közérzete gyakran rosszabbodott és több esetben kifejezett Röntgen-katert kapott. A 2–3. naptól kezdve a rohamokkal járó hányás ritkábbá lett, a köhögés könnyebbé vált, húzó jellege, cyanosis fokozatosan eltűnt. A rohamok száma a besugárzás napján és néha a következő napon gyakrabban lényegtelenül emelkedett, 2–3 nap múlva legtöbbször egy hirtelen esés után lassan, fokozatosan szállt alá. Ezzel egyidejűleg a gyermek élénk lett, étvágya megjött, hizott.

1. táblázat.

A betegség időtartama a kezelésig ²	1 hét	2 hét	3 hét	4 hét	5 hét	6 hét	7 hét	Megjegyzés
Eredménytelen.....	—	—	—	1	—	2	—	A II. besugárzásra nem jelentek meg
Múló eredmény	—	—	2	—	3	—	1	—
Messzemenő eredmény	9	3	1	4	—	3	—	—
Gyógyult	17	4	3	1	—	—	—	—

Mint az 1. táblából kitűnik, a gyermek annál jobban reagált, minél korábbi stadiumban került kezelés alá. Hogy a gyermekek kora szerint lényegesebben változott volna a reactio alakja és gyorsasága, nem tapasztaltam. Igaz, hogy statisztika szempontjából kis anyagom még nem nyújthat nagyjelentőségű felvilágosítást. A hilusok besugárzására feltűnően gyengébb eredményt értem el. A következőkben felsorolt esetekben a betegek mindegyike izolált májbesugárzást kapott.

I. F. László, négy éves, mozdonyvezető fia, hónapok óta köhécse. Köhögés körülbelül három hete erősebb lett, rohamok alakjában jelentkezett, melyek körülbelül óránként jöttek. Gyógyszeres kezelésre nem javult. Az interscapularis térben tompult kopogtatási hang, egyéb eltérés nincs. Röntgen-lelet: A hilusok tömöttek, bennük több babnyi, mogorónyi mirigy. A hilusokból elmosódott kötegek haladnak a tüdőmezőkbe. Az első besugárzást 1925 május 8-án végeztem nála. 2 mm-es alumíniumszűrővel 300 R.-t kapott a máj

¹ 1926 augusztus.

² Csak a stadium convulsivumot számítva.

tájékára. A kezelést követő napon kisebb kater. A rohamok hamar könnyebbé váltak, a hányás az ötödik napon elmaradt. A rohamok körülbelül 10 nap múlva megszűntek. A meghatározott napon kezelésre nem jelent meg. Július 4-én azzal jelentkezett, hogy ismét köhög, de nem oly jellegzetes módon, nem hány. Újabb Röntgen-vizsgálatnál a hilus képe változatlan. Hízott.

II. S. M., hat éves betegünknek körülbelül egy hónapja van naponta 50–60 roham. Május 11-én az előbbivel egyenlő sugáradag. Az első röntgenezés után a rohamok száma alig változott, de jóval könnyebbek, rövidebbek lettek. A hányás megszűnt. Május 21-én végzett második besugárzás után a rohamok száma gyorsan fogyott. Tovább nem észleltem, mert a Balatonra ment le, ahol rövid idő alatt teljesen rendbejött.

III. B. Margit, két éves, két hét óta tipusos rohamokban jelentkező köhögés. A nyelvféken fekély. A tüdők felett hurutos zöreje. Röntgen-lelet: Vaskos, köteges hilusok. Kezelés előtt óránkénti rohamok. Június 14-én első kezelés: 160 Kw. 4 Ma. 2 mm-es alumíniumszűrő mellett 300 R-t kapott 4' 20" alatt. A kezdeti napi 26 roham után néhány nap múlva 5–6, de az előzőknél jóval erősebb. A második röntgenezés után fokozatosan megszűnnek. Vig, játékos, hízik. Körülbelül háromheti teljes nyugalom után ismét kezdődnek a rohamok, de a közben adott harmadik besugárzásra prompt megszűnnek. A fekély közben meggyógyult.

IV. R. M., 3-5 hónapos leány. Négy hete naponta több mint óránkénti rohamok. Köhögés közben elkékül. Láz. Sokat fogyott. Az első besugárzás (július 3-án 160 Kw. 4 Ma. 2 mm-es alumínium 31 cm F-távolság 2' 10" 150 R.) után kater nem volt. A második kezelésre a rohamok egy héten belül megszűntek.

V. Sz. Livia, három éves. Két hete köhög, naponta 15–20 súlyos roham van. 1926 július 29-én 4' 20"-es besugárzás 300 R. Augusztus 12-én ugyanaz. A rohamok jellemzően szűnnek. Velük együtt az általános állapot javul.

VI. Sz. Lajos, három éves. Régebben köhéscel. Egy hét óta nagyon erős, sívító, naponta 26–28-szor rohamokban fellépő köhögés, miközben elkékül, hány, vizeletét, székletét maga alá ereszt. Étvágytalan, sokat fogyott. 1926 július 18-án a máj 160 Kw. 4 Ma. 31 cm F-távolság 2 mm-es alumíniumszűrővel 4' 20" alatt 300 R-t kapott. A besugárzás után kater nem volt. A 2–3. napon a rohamok száma 11-re szállt le, sokkal enyhébbé váltak. A harmadik napon megjött az étvágya. Míg a kezelés előtt minden roham után hányt, azóta napjában csak egyszer. Játékos, feküdni nem akar, holott a besugárzás előtt maga kereste az ágyat. Július 25-én, a második besugárzás napján a rohamok száma néhányval emelkedett, azután meredekebben esett. Négy nap múlva csak 2–3 roham. Többé nem hányt. Július 31-én, a harmadik besugárzásra a rohamok két napon belül teljesen megszűntek.

Érdekes a következő esetem még később említendő szempontból.

VII. Z. Olga, nyolc éves betegünk körülbelül egy év óta időnként nehezen lélezkedik. Szélben rögtön fuldokolni kezd. Ily állapota után légzése sipoló. Szeptember óta köhög. Az ősz folyamán kanyarón ment át. Néhány hete hólyagos kiütése volt, mely 1–2 hétig tartott. Egy hét óta körülbelül napi 25–28 igen erős tipusos pertussis-roham, nagy hányással. A beteg teljesen leromlott, járni alig tud. 1926 május 26-án történt első kezelése alkalmával 300 R-t kapott. A besugárzás után egy napig erősebben hányt, 1–2 nap múlva a rohamok hirtelen fogytak és enyhültek és 10 napon belül a gyermek teljesen tünetmentessé lett. A régebben fennálló nehéz légzése is megszűnt. Azóta eltelt több hónap alatt sem köhögése, sem nehéz légzése nem jelentkezett.

A klinikai ápolószemélyzet, illetőleg a szülők pontos jegyzése alapján felrajzolható grafikonok jól szemléltetik a rohamok csökkenésének módját. Megfigyelésem szerint, mint a felsorolt esetek is mutatják, tipusos esetekben a rohamok száma kis kezdeti emelkedés után hirtelen esik, majd enyhébb lejtés után fokozatosan szűnik meg. Demonstrálásra feltüntettem III. esetem görbét, melyen az ordinátára a rohamok száma, az abszcisszára a napok vannak jegyezve.

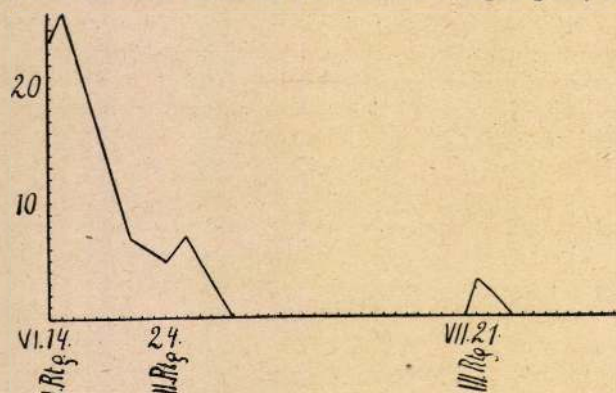
A számárhögés gyógyszeres kezelése teljesen eredménytelen. A medicamentumok csak a kísérő tünetekre vannak befolyással, a betegség lefolyására nem.

Minden ilyen eredmény „képzelődés” (Kassowitz). A garatecetelés, a sokat emlegetett aethertherapiának, mint „Schreckinjection”-nak csak suggestiv hatása lehet (Zanker). A sedatívumok és narkotikumokon kívül minden gyógyszernek csak pszichikus hatása van a betegre és környezetére. Ezért az orvos kötelessége, hogy a sok „Keuchhustennittel” közül legalább az ártalmatlant válassza ki (Lereboullet).

A vaccinakezelés eredményei eltérők, bizonytalanok.

Az irodalomban felsorolt és saját eredményeimen végigtekintve, meggyőződünk arról, hogy a Röntgen-therapia — és pedig, mint kísérleteim bizonyítják, elsősorban a máj besugárzása — az orvos leghatásosabb fegyvere a számárhögés elleni eddig eredménytelen küzdelmében.

A sugárhatás mechanizmusának biztos magyarázatát adni jelen ismereteinkkel természetesen nem tudjuk. Itt be kell térnünk a teoriák rengetegébe, ahol



bizony könnyen léphetünk útvesztőre. A pertussis klinikai képét, a sugárhatás megnyilvánulási módját tekintve, közelfekvőnek látszik, hogy azt az anaphylaxiás asthmával, annak Röntgen-therapiás eredményével hasonlítsuk össze.

Schillingtől kezdve többen foglalkoztak az asthma bronchiale röntgenezésével. A sugártherapia hatás-módját különbözőképpen gondolják. Egyesek a köpet felhígulásában, csökkenésében, a Curschmann-féle spirálisok eltűnésében látják, mit a Röntgen-sugárzásnak a vegetatív idegrendszerre gyakorolt befolyásával, a megfelelő idegek ingerlékenységének alászállításával, suggestiv hatással magyaráznak. Legutóbb Hajós az anaphylaxiás asthmánál májbesugárzásokat végzett. A sugárhatást deszenzibilizálásnak tartja. A Röntgen-sugárzás hatására keletkező múltó májlaesio a máj proteopectikus funkciózavarára vezet, minekfolytán a bélből esetleg felszívódott fajidegen fehérjék jutnak be lassan a szervezetbe és éppen lassú hatásuk folytán egy nonspecifikus deszenzibilizálásra vezetnek.

A pertussisnak az asthmás állapottal való hasonlósága alapján, azt hiszem, nem tévedek, midőn a hatás magyarázásában a sejtszétérés folytán keletkező auto-proteinhatás mellett egy nonspecifikus deszenzibilizálásra, egy lassú, tartós heteroproteinhatásra is gondolok. Feltevésem megegyezik Francis Ward felfogásával is, ki igyekszik kimutatni, hogy a pertussis, az asthma, a szénaláz és az influenza a megbetegedett organizmusnak fajidegen fehérjékkel szemben való túlérzékenységén alapulnak. Főleg a füvek pollenjét tartja kiváltó oknak, s a pertussisnak a nyári hónapokban való gyakori fellépését is ezzel indokolja. De egyéb növényi, állati szövetek is (pl. ágytollak; ezért van a pertussisnál több roham éjszaka) lehetnek kiváltói e betegségeknek. Megfigyelése szerint a számárhögés előfutárja a szénaláznak és asthmának. Cantilena szoros kapcsolatot talált a tehéntejjel való táplál-

kozás és a spasmophil diathesis között. Egy pertussis-járvány latens spasmophiliát manifestté tett. E pertussis betegeknek a tehéntejnek a táplálkozásból való kihagyása után eltűntek a manifest spasmophil jelenségek. *Vernet* a pertussist a nátház egy variációjának tartja.

A VII. esetünkben az anamnesisben szereplő nehéz légzés, fulladás oka asthma bronchiale volt. Májbesugárzásra a beteg kitűnően reagált: az asthmaja a pertussissal együtt prompt eltűnt és négy hónapig tartó megfigyelésünk alatt nem is jelentkezett.

A III. esetünkben háromheti nyugalom után rohamok jelentkeznek. A Röntgen-hatás, mint az asthma-nál is, bizonyos ideig tart; ha ezen idő elteltével a felhalmozódott toxin a kívánt határérték fölé tud emelkedni, a tünetek ismét fellépnek.

Véleményem szerint tehát a pertussis valóban nemcsak egyszerű fertőzőes megbetegedés. Minden valószínűség szerint erre disponált neuroarthritises gyermekeknek egy fehérjetúlérzékenységen alapul. Hogy a sensibilizálást pollenek, alimentaris fehérje, állati szövetek vagy bakteriumfehérje hozza-e létre, még nyílt kérdésnek kell hagynunk.

Összefoglalás:

1. A számárköhögés Röntgen-therapiája figyelemre érdemes.
2. Nem a hilusok localis, hanem a májbesugárzás által keletkező távolhatás az eredményesebb.
3. A Röntgen egy autoprotein- és heteroprotein-therapia.
4. A számárköhögés nem tisztán egyszerű fertőzőes, hanem egy diathesisből kinövő fehérjetúlérzékenységen alapuló megbetegedés.

Irodalom: *Szontagh:* Jahrbuch für Kinderheilk. 1926, CXI. köt. — *Bowditch, Leonard, Smith:* Americ. Journ. of dis. of childr. 1924, 28. köt., 3. sz., 322. old. — *Bowditch:* Journ. of the americ. med. assoc. 1924, 82. köt., 18. sz., 1422. old. — *Leonard:* Americ. Journ. of roentgenol. a. radium therapy 1925, 13. köt., 5. sz., 420. old. — *Smith, Bowditch, Emerssen, Wymann, Barron, Green Hubbard and Tennis:* Journ. of the americ. med. assoc. 1925, 85. köt., 3. sz., 171. old. — *Pino Picherle:* Fortschritte a. d. Gebiet. d. Röntgenstrahlen XXXIII. köt., 2. füz., 211. old. — *Kassowitz:* Wien. med. Wochenschr. 1924, 74. évf., 20. sz., 1022. old. — *Zanker:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1924, CVI. köt., 4. füz., 195. old. — *Lereboullet:* Progr. med. 1924, 26. sz., 398. old. — *Morawetz:* Wien. med. Wochenschr. 1924, 74. évf., 21. sz., 1061. old. — *Hajós:* Zeitschr. f. d. g. Exp. Med. 1923, XXXVIII. köt., 1—3. füz.; Zeitschr. f. Klin. Med. 1924, C. köt., 1—4. füz.; Zeitschr. f. d. g. Exp. Med. 1925, XLV. köt., 3—4. füz.; Zeitschr. f. d. g. Exp. Med. 1925, XLV. köt., 5—6. füz.; Orvosképzés 1925. Korányi-émlékkönyv. — *Ward:* Archiv. of pediatr. 1922, 39. köt., 11. sz., 730. old. — *Cantilena:* Pediatr. 31. köt., 10. sz., 555. old. — *Wernet:* Bull. de l'acad. de méd. 92. köt., 38. sz., 1192. old.

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

A húgysavanyagcsere viszonya a gyomor sósavsecretiójához.

Írták: *Kürti László dr.* és *Györgyi Géza dr.*

A húgysavanyagcsere zavarai sokféle megbetegedésnél találkozunk. Régebben csak a köszvény problémájával kapcsolatban foglalkoztak a húgysavanyagcsere egynemű zavarával, főleg azokkal, melyek az acut köszvényes rohamokkal összefüggésben észlelhetők. Mióta azonban kiterjedt vizsgálatok alapján bebizonyítást nyert, hogy a húgysavanyagcsere bizonyos zavarai egyes vese- és májmegbetegedéseknél diagnostikai és

prognostikai szempontból is igen értékes tüneteket képeznek, mióta továbbá tudjuk, hogy a húgysavháztartásnak jellegzetes eltolódásai észlelhetők asthma bronchiale-nál, leukaemiánál, egyes fertőző betegségeknél, stb., azóta mindinkább igyekeznek világot vetni azon összefüggésekre, melyek egyes szervek funkciójának kóros megváltozása és a húgysavanyagcsere zavarai között fennállanak. A húgysavanyagcsere ezen zavarai ismeretének nem csupán pathologiai érdekessége van, hanem egyes betegségek — mint főleg az asthma bronchiale — pathogenesisének szempontjából (*Hajós és Kürti*) fontossága is, míg ismét köszvényénél, valamint nem köszvényes eredetű chronikus arthritiseknél e betegségekkel együttjáró húgysavanyagcserezavaroknak ismerete közvetlenül felhasználást nyer ezen betegségek therapiájában is. *Hajós és Kürti* vizsgálatai alapján megállapítást nyert, hogy asthmás betegek az exogen húgysavat lényegesen elhúzódvá választják ki, amely elhúzóds nagysága párhuzamos a klinikai állapot súlyosságával. A pharmacologiai vizsgálatok pedig azt mutatták, hogy az elhúzóds kiválasztás a parasympathicus-rendszer megváltozott tónusával függ össze.

Érdeemesnek tartottuk ezek után vizsgálatok tárgyává tenni, hogy van-e valamelyes és milyen összefüggés a gyomorsósavsecretio és a húgysavanyagcsere között, illetőleg hogy milyen a különböző gyomorchemismusú betegek húgysavkiválasztó képessége. A szervezet anyagcserejének zavarai közül a konyhasóanyagcsere zavarai az, amely az eddigi vizsgálatok szerint a gyomor sósavsecretiójával szoros összefüggésben van, sőt — mint azt újabban *Molnár és Csáki*² vizsgálatai bizonyították — a hyperaciditást egyenesen a konyhasóanyagcsere zavarának függvényeként kell tekintenünk. A húgysavanyagcsere és a gyomortartalom sósavconcentrációja közötti összefüggés lehetőségéről először *Kelling*³ tesz említést, ki beszámol arról, hogy 36 köszvényes beteg közül 12-nél (tehát 33%-nál) a gyomorban szabad HCl nem volt kimutatható s azt a véleményt juttatja kifejezésre, hogy a húgysavas diathesis az esetek jelentős részében a gyomormirigyek valamelyes ártalmára vezet. *Kuttner*⁴ viszont hyperaciditást egy esetben az endogen húgysavkiválasztást alacsonyynak, az exogen húgysavkiválasztást meg elhúzódnak találta. Ezen egyetlen esettel kapcsolatban tett észleletből azonban természetesen — mint *Kuttner* maga is mondja — semmiféle további következtetést levonni nem lehet.

Kísérleteink keresztülvitelénél úgy jártunk el, hogy a betegeknek — kiket már a vizsgálatok megkezdése előtt 4—5 napon át és természetesen a vizsgálatok egész tartama alatt is állandó purinszegény kosztion tartottunk — mindenekelőtt a Boas-Ewald-féle próbareggeli többízben való elvégzése által a gyomortartalom aciditási viszonyai felől tájékozódunk. A betegek ezután reggel 10 g natrium nucleineumot fogyasztottak el kétszer 5 g-os adagokban. A megterhelés előtt 3—4 napon át meghatároztuk az endogen húgysav kiválasztásának nagyságát, majd a megterhelés után követtük a húgysavkiválasztást mindaddig, míg annak értéke újból a megterhelés előtti napokban meghatározott kiválasztási értékek nagyságára esett vissza. A húgysavmeghatározásokat mindig 24 órán át gondosan gyűjtött vizeletben végeztük, *Folin* és *Wu* methodusa szerint, a Dubosque-féle colorimeterrel. Ugyanazt a methodust alkalmaztuk a vér húgysavtartalmának meghatározásainál is, amelyek először a megterhelés előtt közvetlenül, majd a megterhelés után 24 órával reggel éhgyomorral vett vérben történtek.

A vizsgálatok tartama alatt állandóan figyelemmel kell lennünk azokra a körülményekre, melyekre

— a kísérleti eredmények értékesíthetősége szempontjából — egyikünk már egy előbbi közleményében felhívta a figyelmet.⁵ Ezek között a legfontosabb — a vesék épsége mellett — a betegek állandó nyugalomban tartása, továbbá oly gyógyszerek adásának kerülése, melyek a húgysavkiválasztást befolyásolják, mely gyógyszerek közé elsősorban a phenylechinolin és salicyl-készítmények, továbbá a coffein és calcium, valamint a laxans és adstringens szerek legnagyobb része tartoznak. A kísérleti cautelák következetes betartása mellett az endogen húgysavkiválasztásnak napi ingadozásai — amint ezt *Brugsch* és *Umbert*, valamint saját vizsgálataink is mutatták — csekélyfokúak, saját vizsgálataink eredményei szerint a 15%-ot soha meg nem haladták, sőt az esetek legnagyobb részénél ezen értéken alul maradtak. Az endogen húgysavkiválasztás értékeinek 15%-on aluli napi ingadozásaival azonban a húgysavkiválasztást befolyásoló tényezőknek a lehetőség szerint való kiiktatása mellett is számolnunk kell, hiszen az endogen húgysav képződésének többféle forrása van a szervezetben, amely források közül nem mindegyiknek a működését vagyunk képesek hathatósan befolyásolni. Így pl. *Burian* kutyák túlélő izmain végzett vizsgálatainak eredményeiből tudjuk, hogy az izmok nyugalmi állapotban is elég jelentékeny mennyiségű hypoxanthint képesek termelni, a széteső sejtek, tönkrement leukocyták nucleoproteidjei pedig szintén jelentős forrását képezik az endogen húgysavképződésnek. Viszont az exogen húgysav sorsának kérdése a szervezetben még egyáltalában nincs tisztázva. Az kétségtelen, hogy az exogen húgysavnak — bármely úton és bármely formában juttatjuk is azt a szervezetbe — csak egy része ürül onnan ki, a másik része vagy tovább oxydálódik húgysavanyaggá, vagy a vérben, illetőleg a szövetekben retineálódik. Különösen tisztázatlan kérdés az intravenásan alkalmazott húgysavnak a sorsa. *Brugsch* és *Rother*⁶ állatkísérletek alapján arra az eredményre jutottak, hogy az intravenásan alkalmazott húgysavnak 10–20%-a bomlik el a vérben, miután az állatok szerveinek feldolgozásakor az inkorporált húgysav 80–90%-át megtalálniuk sikerült. Viszont *Folin*, *Berglund* és *Derick*⁷ középértékben 60%-ra teszik a húgysav vérben való elbontódásának nagyságát, ami azonban szerintük elég tág határok (30–90%) között ingadozik s röviddel az injectio után, sőt néha már az injectio tartama alatt is, jelentékeny fokot érhet el. Vizsgálatainkban tehát célszerűbbnek tartottuk a megterheléseket a húgysavnak peroralisan való alkalmazásával eszközölni, még pedig natrium nucleicum alakjában, amely magánál a húgysavnál könnyebben oldható.

A fentebb kifejtett körülményekből következik, hogy a betegeknek elkerülni kívánt kísérletek nem bírhataknak egy teljesen exact quantitativ anyageserevizsgálat értékével, erre azonban a mi szempontunkból nem is volt szükség, mivel a vizsgálatok gyakorlati szempontból az összehasonlítás céljaira teljesen kielégítő alapul szolgálnak és lényegük az exogen húgysav kiválasztási idejének meghatározása a vér húgysavtükrének ugyanakkor való figyelemmel kísérése mellett.

A szervezet valamely húgysavképző anyaggal való megterhelése eredményének megítélésénél elsősorban azzal a kérdéssel kell tisztában lennünk, hogy mennyi idő szükséges a húgysavanyagesere semmiféle zavarában nem szenvedő szervezetnek ahhoz, hogy az exogen húgysavat kiválassza. Az eddigi vizsgálatok eredményei szerint ezen idő 1–3 nap között változik. Mi a *Brugsch* és *Schlittenhelm* vizsgálati eredményeiből levont megállapításokhoz alkalmazkodva, az exogen húgysavnak 48 óránál tovább tartott kiválasztását már elhúzódnak tekintettük, annál is inkább, mert saját kísérle-

teinknél az exogen húgysavnak nem kórosan elhúzódnak kiválasztása rendszerint már 24 óra alatt lezajlott. Absolut retentióról a húgysavmegterhelési próbákkal kapcsolatban csak akkor beszélünk, ha a kiválasztásnak a megterhelés utáni periodusban talált értékei nem nagyobbak a megterhelés előtti periodus értékeinek átlagánál.

1. sz. táblázat.

Név	Endogen húgysav g-okban	Az exogen húgysav kiválasztási ideje	A kiválasztott húgysav a megterhelés után g	A vér húgysavtartalmának megterhelés előtti mg %	A vér húgysavtartalmának megterhelés után mg %	Emelkedés %-ban	HCl	Ö. A.
H. L.	0'676	24 ó	0'65	3'79	3'96	5'8	72	94
T. J.	0'267	24 „	0'274	2'17	2'31	6'4	64	86
B. J.	0'738	48 „	0'742	2'87	3'11	7'1	56	78
K. J.	0'623	48 „	0'641	4'12	4'39	6'5	53	76
K. J.-né	0'400	24 „	0'419	3'20	3'71	15'9	53	65
M. F.	0'772	48 „	0'778	4'15	4'82	16'0	50	68
H. M.	0'596	24 „	0'585	3'11	3'29	5'8	39	54
H. A.-né	0'698	24 „	0'658	2'71	3'23	19'0	40	64
R. F.-né	0'310	48 „	0'320	2'21	2'56	15'0	38	60
B. A.	0'474	24 „	0'431	2'64	2'98	12'9	38	58
Sz. J.	0'275	24 „	0'279	2'67	3'08	15'0	24	42
T. S.	0'267	48 „	0'275	4'08	4'64	13'7	24	38
M. F.	0'369	48 „	0'345	3'81	4'64	17'0	10	22
H. J.	0'239	48 „	0'259	3'39	3'96	17'0	8	24
P. N.	0'247	72 „	0'248	2'51	3'07	13'0	7	18

2. sz. táblázat.

Név	Endogen húgysav g-okban	Az exogen húgysav kiválasztási ideje	A kiválasztott húgysav a megterhelés után g	A vér húgysavtartalmának megterhelés előtti mg %	A vér húgysavtartalmának megterhelés után mg %	Emelkedés %-ban	HCl	Ö. A.
B. V.	0'630	168 ó	0'626	4'81	7'13	48	0	4
M. L.-né	0'750	120 „	0'766	5'49	7'93	44	0	2
M. L.	0'624	120 „	0'635	4'71	7'83	66	0	10
P. S.	0'692	120 „	0'684	4'21	7'32	74	0	18
S. A.	0'472	96 „	0'473	4'09	7'04	72	0	2
K. L.-né	0'180	96 „	0'197	4'22	6'94	64	0	4
H. B.	0'437	96 „	0'441	4'21	6'46	53	0	4
S. Gy.	0'361	96 „	0'375	5'97	8'72	47	0	5
B. L.	0'547	144 „	0'540	5'59	8'14	45	0	8
W. M.-né	0'465	144 „	0'473	5'07	8'41	66	0	12
Sz. N.	0'404	144 „	0'419	4'71	7'11	50'9	0	6

A vizsgálatoknak az I. táblázatban összefoglalt eredményei a nem anacid betegeknek vonatkoznak és mutatják egyrészt az endogen húgysav kiválasztásának nagyságát a natrium nucleicummal való megterhelés előtt, úgyszintén a megterhelés után, másrészt azon időtartamot, amely az exogen húgysav kiválasztásához volt szükséges. A táblázat feltünteti a vér húgysavtartalmának a natrium nucleicummal való megterhelés előtti és utáni értékeit, valamint a gyomorbennék szabad HCl-tartalmának és összaciditásának nagyságát. A II. táblázatban összefoglalt vizsgálati eredmények azokra a betegeknek vonatkoznak, kiknek a próbareggeli után nyert gyomorbennékében szabad HCl-t nem találtunk. A táblázatokat áttekintéséből kitűnik, hogy míg a nem anacid betegek — egy kivételével — az exogen húgysavat normalis idő alatt, tehát 48 órán belül választják ki, addig az anacid betegeknek az exogen húgysav kiválasztása kivétel nélkül jelentékeny — 4–7 napig tartó — elhúzódnak mutat.

A vér húgysavtükrének emelkedését illetőleg ugyancsak jellemző viszonyokkal találkozunk. Míg

ugyanis a vizsgálat tárgyává tett 15 nem anacid esetben a vér húgysavtartalma állandóan normalis határok között mozgott s egyetlen esetben sem haladta túl, sőt legtöbbször el sem érte a normalis értékek felső határát, amely felső határ az eddigi vizsgálatok szerint 4.5 mg-%, addig anaciditás 11 esetében a vér húgysavtartalma vagy a normalis értékek felső határa körül mozgott, vagy azt — nem jelentékenyen bár —, de meghaladta. A nem anacid betegek vérének húgysavtartalma — mint az az I. táblázatból kitűnik — 4.15 mg-%-nál magasabb értéket egy esetben sem mutatott s egyébként 2.17–3.81 mg-% között ingadozott. Ezzel ellentétben az anacid betegek vérének húgysavtükre az esetek felénél meghaladta a 4.5 mg-%-ot, de az esetek másik felénél sem állott a normalis értékek felső határánál lényegesen alacsonyabb szinten. Még sokkal jellemzőbb viszonyokkal találkozunk azonban akkor, mikor a vér húgysavtükrének a natrium nucleinicummal való megterhelés utáni viselkedését tettük vizsgálataink tárgyává. A vér húgysavtartalma ugyanis a megterhelés után 24 órával nem anacid betegeknél nem mutatott jelentékenyebb emelkedést, amennyiben az emelkedés nagysága — mint az az I. és II. táblázatból kitűnik — csupán 5.8 mg-%-tól 19 mg-%-ig terjedt. Ezzel szemben viszont az anacid betegeknél mutatkozó növekedése a vér húgysavtükrének már sokkal jelentékenyebb fokot mutat, amennyiben a legkisebb mértékű emelkedés (44%) is több, mint kétszerese a nem anacid betegeknél észlelt legnagyobb-fokú emelkedésnek (19%) s az emelkedés nagysága egyébként az anacid betegeknél 44–74% között mutatkozott.

Az endogen húgysav viselkedésében semmi jellegzetest nem találtunk. *Brugsch* és *Schnittenhelm* közzénynél végzett vizsgálataikkal kapcsolatban az endogen húgysavnak subnormalisan alacsony (0.3 g-ig terjedő napi húgysavkiválasztás), normalisan alacsony (0.3–0.4 g naponta), normalisan magas (0.4–0.6 g) és hypernormalis (0.6 g-on felül) értékeit különböztetik meg. Vizsgálataink folyamán az endogen húgysavnak a fent említett csoportok mindegyikébe tartozó nagyságát észleltük anacid és nem anacid betegeknél egyaránt s az endogen húgysav nagysága a húgysavretentio fokával, illetőleg az exogen húgysav kiválasztásának tartamával semmiféle párhuzamban nem állott.

A vizsgálati eredmények ismertetésének kezdetén említettük, hogy a nem anacid betegek az endogen húgysavát — egy kivételével — normalis időhatárokon belül választották ki. Ezen egy kivételes esetről — mint az az I. táblázatból látható — a gyomortartalom hypacidnak bizonyult s a húgysavegyensúly helyreállása három napig tartott. Miután azonban ezen eseten kívül, sajnos, csak egy hypacid beteget volt még alkalmunk a húgysavanyagcsere viselkedésének szempontjából vizsgálat tárgyává tenni, amely második esetben azonban az exogen húgysav kiválasztása már normalis idő alatt történt, így természetesen e két esetben végzett vizsgálat eredményeiből következtetést levonnunk nem lehet.

A fent ismertetett vizsgálatok eredményeiből tehát megállapítható az anacid betegek fokozott húgysavretináló képessége. Az anacid betegeknél a húgysavretentióra való eme fokozott hajlandósága nemcsak abban jut kifejezésre, hogy az ilyen betegek az exogen húgysavat mindig nagyon elhúzódva választják ki, hanem abban is, hogy a vér húgysavtartalma, nem mindig ugyan, de az esetek egy részében kisfokban emelkedett, a natrium nucleinicummal való megterhelés után pedig mindig jelentékeny (74%-ig terjedő) emelkedést mutat. Ha a megterhelés után 24 órával a vér húgysavtükrét jelentékenyen (vizsgálataink szerint 40%-on felül) emelkedettnek találjuk, úgy ez a körülmény már előre jelzi

az exogen húgysav kiválasztásának elhúzódását, azaz a fokozott húgysavretentiót, az elhúzódás tartamára azonban a vér húgysavtükre emelkedésének fokából következtetnünk nem lehet.

Hogy melyek az anaciditásnál észlelhető húgysavanyagcsere-zavar létrejöttének feltételei s mik ezen anyagcsere-zavar klinikai vonatkozásai diagnostikai, esetleg therapiás szempontból, erre nézve további vizsgálatok vannak folyamatban.

Irodalom: ¹ *Hajós és Kürti:* Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1925, 46. köt., 625. old. — ² *Molnár és Csáki:* Zeitschr. f. klin. Med. 1924, 100. köt., 239. old. — ³ *Kelling:* Boas Arch. 1909, XV. köt., 568. old. — ⁴ *Kuttner in Kraus-Brugsch:* Path. u. Ther. inn. Krankh. 1921, V. köt., 623. old. — ⁵ *Kürti:* Orvosképzés, 1925. — ⁶ *Brugsch és Rother, Hoppe-Seylers:* Zeitschr. f. physiol. Chem. 1925, 143. köt., 48. old. — ⁷ *Folin, Berglund u. Derick:* Journ. of biol. Chem. 1924, 60. köt., 361. old.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bő- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos dr. egyet. ny. r. tanár).

Az erythrocyták osmosis resistantiaváltozása syphilisnél.

Írta: Doros Gábor dr. egyetemi tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

Annak elbírálása céljából, hogy a resistantia változása vonatkozásba hozható-e a fertőzés fennállásának tartamával, továbbá az előrement higany, bismuth és salvarsan befolyásával, eseteinknek túldoldali táblázatokba foglalt részletezését közöljük.

A fertőzés fennállásának időtartamát illetőleg (I. táblázat) kiderül, hogy 83 normalis resistantiát felmutató vizsgálat közül (az ismeretlen időtartamú fertőzésektől eltekintve) 33 eset volt három évnél fiatalabb és 12 tíz évnél régibb, 59 csökkent resistantiájú vizsgálatból viszont csak 6 volt három évnél fiatalabb, de 20 eset tíz évnél idősebb. Az emelkedett resistantiát eredményező vizsgálatok közül pedig (az ismeretlen idő óta fennálló fertőzéseket mellőzve) egy sem volt öt évnél korábbi eredetű. Ezek alapján megállapítható, hogy a vörösvértetek osmosis resistantiájának a normalistól eltérő megváltozását nagyobbára a régibb keletű, hosszabb idő óta fennálló syphilisnél találjuk.

A II. és III. táblázat alapján a normalis és csökkent resistantiájú eseteket szembeállítva azt látjuk, hogy húsnál kevesebb Hg-t és tiznél kevesebb Sv-t kapott 53, illetőleg 63 normalis resistantiájú és 20, illetőleg 41 csökkent resistantiájú beteg. Ezzel szemben negyvennél több Hg-ban és húsnál több Sv-ban részesült 15, illetőleg 8 normalis és 23, illetőleg 14 csökkent resistantiájú eset. A számítások tehát általában azt mutatják, hogy a csökkent resistantiájú betegek relatíve több antisiphiliticumot kaptak a normalis eseteknél.

Mégis azt hiszem, téves nyomon járnánk, ha az antisiphilises mérgek és a vörösvértetek resistantiaváltozása között közvetlen összefüggést keresnénk. Ezen lehetőségnek egyrészt ellentmond az, hogy előrement nagymennyiségű antisiphiliticum dacára az esetek tekintélyes részénél a resistantia normalis maradt, másrészt, hogy kóros resistantiaváltozás a teljesen kezeletlen esetek bizonyos hányadánál is föllelhető. Vizsgálataink között 2 recidiv papulomaculosus és 5 régi latens syphilis szerepel, hol semminemű antisiphilises kezelés nem történt, a resistantia mégis lényegesen csökkent volt. Azt a föltevést tehát, mely a syphilisesek erythrocytáinak kóros resistantiaváltozását a Hg. Bi., vagy a Sv.

1. sz. táblázat.

B e t e g s é g	R.	A fertőzés fennállásának ideje évek szerint											Össze- sen
		Friss	1	1-3	3-5	5-10	10-15	15-20	20-30	30-on túl	Isme- retlen		
Syphilis, primaer affectio	normalis	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	
Syphilis papulomaculosa	normalis	9	—	1	—	—	—	—	—	—	1	11	
Syphilis papulomac., hepatolien. alteratióval	csökkent	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	
Syphilis gummosa	normalis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	
Syphilis gummosa, hepatolien. alteratióval..	csökkent	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	
Taboparalysis	normalis	—	—	—	—	—	1	1	1	1	6	10	
Taboparalysis, hepatolien. alteratióval	csökkent	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	3	
Syphilis latens, ikterussal	emelkedett	—	—	—	—	2	—	—	1	1	4	8	
Syphilis latens	normalis	—	5	7	3	5	3	2	3	—	18	46	
Syphilis latens, hepatolien. alteratióval	csökkent	—	1	4	5	4	6	5	4	2	21	52	
Összesen		20	7	12	8	12	10	8	11	5	57	150	

2. sz. táblázat.

B e t e g s é g	R.	Hydrargyrum- és bismuth-injectiók száma										Össze- sen
		0	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-70	71- 100	101- 150	151 en felül	
Syphilis, primaer affectio	normalis	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Syphilis papulomaculosa	normalis	8	1	1	1	—	—	—	—	—	—	11
Syphilis papulomac., hepatolien. alteratióval	csökkent	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Syphilis gummosa	normalis	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Syphilis gummosa, hepatolien. alteratióval..	csökkent	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Taboparalysis	normalis	2	6	—	—	—	—	1	—	1	—	10
Taboparalysis, hepatolien. alteratióval	csökkent	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	3
Syphilis latens, ikterussal	emelkedett	—	1	1	4	—	—	—	1	—	1	8
Syphilis latens	normalis	4	9	6	7	7	3	4	4	1	1	46
Syphilis latens, hepatolien. alteratióval	csökkent	5	5	7	8	6	2	4	10	2	3	52
Összesen		35	25	15	21	14	7	9	15	4	5	150

3. sz. táblázat.

B e t e g s é g	R.	Salvarsan-infúziók száma										Össze- sen
		0	1-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-en felül	
Syphilis, primaer affectio	normalis	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Syphilis papulomaculosa	normalis	8	2	—	—	—	1	—	—	—	—	11
Syphilis papulomac., hepatolien. alteratióval	csökkent	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Syphilis gummosa	normalis	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5
Syphilis gummosa, hepatolien. alteratióval..	csökkent	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
Taboparalysis	normalis	6	2	1	—	1	—	—	—	—	—	10
Taboparalysis, hepatolien. alteratióval	csökkent	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	3
Syphilis latens, ikterussal	emelkedett	—	1	4	1	—	—	2	—	—	—	8
Syphilis latens	normalis	7	13	8	4	7	3	3	—	1	—	46
Syphilis latens, hepatolien. alteratióval	csökkent	8	18	11	3	—	8	2	1	—	1	52
Összesen		45	38	26	8	9	13	7	2	1	1	150

nak a vörösvértetekre gyakorolt közvetlen hatásával hozza összefüggésbe, fenti tapasztalataink nem támasztják alá.

Resistentiaanomáliákat felmutató eseteinknek az összes syphiliszekhez viszonyított megközelítő arányszámát keresve, azt találjuk, hogy 600 beteg közül, kiket hepatolienalis vonatkozásban átvizsgáltunk, 59-nél mutattunk ki csökkent, és 8-nál emelkedett resistenciát. Az összes esetek közel 10%-ában lehetett tehát kórosan csökkent ellenállást és több mint 1%-ában kórosan emelkedett resistenciát konstatálni. A relative magas percent magyarázatául az szolgál, hogy betegek túlnyomó része előrehaladottabb syphilisben szenved (I. táblázat). Olyan beteganyagból, hol a fiatalabb esetek vannak túlsúlyban, fenti arányszámok bizonyára tetemesen alacsonyabbak. A nemekre vonatkozólag azt tapasztaltuk, hogy a resistenciaeltolódás nőknél lényegesen gyakoribb, úgyhogy az arányszám e szempont-

ból férfi és nő között 1:2. E jelenség magyarázatát abban vélem feltalálni, hogy nőknél a fertőzés megtörténte sok esetben rejtve marad, és syphilisükre gyakran csak évek múltán hívja fel figyelmüket a belső panaszok miatt foganatosított serológiai vizsgálat. E fel fogást megerősíteni látszik, hogy az I. táblázat „ismeretlen” rovatában szereplők kb. 90%-a nő, s e rovatban feltüntetetteknek közel fele kórosan megváltozott resistenciával bír.

Vizsgálati eredményeink hű regisztrálása céljából tartozunk beszámolni azzal is, hogy a közölt 150 szabályszerű eseten kívül 4 alkalommal hepatolienalis alteratio dacára (Ug.±) sem lehetett resistenciaváltozást kimutatni; 1 esetben pedig, hol lényeges resistenciacsökkenés volt jelen, a belső vizsgálatnak nem sikerült semmi kóros eltérést, vagy laesiót megállapítani (Ug. negativ). Hogy ilyen kivételt képező esetekben milyen természetű tényezők változtatják meg a resistencia vi-

selkedését, ez még további kutatás tárgyát képezi. Esetleg olyan mellékhatásokra gondolhatunk, melyek a csökkent resistenciát emelni, s így azt kompenzálni képesek. De ugyanezzel föltételezhetjük a vese urobilin-ateresztő funkciójának esetleges zavarait is.

Mindezt tekintetbe véve, végeredményben megállapíthatjuk, hogy syphilisnél a kóros resistenciaváltozás — kevésszámú kivételtől eltekintve — a fentebb kimutatott törvényszerűséget pontosan követi.

Áttérve vizsgálatainknak mások kutatásaival való összehasonlítására, azt látjuk, hogy ezek a *Fournier* és *Gerhardt* 1—1 esetével teljes összhangzásban vannak. Egész mértékben megerősítik továbbá eredményeink *Liebermann* és *Fillinger* adatait is, kik friss syphilisnél normalis, latens syphilisnél, valamint tabes dorsalisnál részben normalis, részben csökkent resistenciát találtak. *Neilson*nak a resistenciacsökkenésre vonatkozó megfigyelései a mienkkel egybevágóak, de az antisiphiliticumoknak tulajdonított szerep nem fedi teljesen fel fogásunkat. 83 normalis resistenciájú esetünk közül 39-et kúra előtt, 34-et kezelés alatt és 10-et kúra végén vizsgáltunk. 59 betegünkön pedig, hol az erythrocyta-resistentia csökkentnek bizonyult, 11 esetben kúra előtt, 35 alkalommal kezelés alatt és 13 esetben kúra után végeztük a vizsgálatot. Ha a Hg-nak *Neilson* által föltételezett resistenciaemelő képessége szabályos következetességgel hatna, úgy a kúra előtt vizsgáltak nagyobb hányada mutatna resistenciacsökkenést, viszont ilyenek a kezelés végén vizsgáltak között általában nem volna szabad előfordulnia. Kétségtelen azonban, hogy a betegek kisebb részénél a kúra kezdetén fennálló resistenciacsökkenés kezelés végére megszűnik, de úgy vélem, hogy ilyen esetekben a resistenciacsökkenést nem a Hg-nak az erythrocytákra gyakorolt közvetlen hatása változtatja meg, hanem általában kezelésünknek a hepatolienalis alteratiót coupirozó befolyása. Egyedül *Brill* eredményeivel nem vágnak össze vizsgálataink, melyek ellentmondanak a florid syphilisnél föltételezett resistenciaemelkedéssel. Ilyen természetű resistenciaemelkedésnek morfológiai, vagy chemiai magyarázata is nagy nehézségekbe ütközne! Igaz ugyan, hogy a friss syphilisben szenvedők vörösvértesteinek osmosisos resistenciája nagy részben a normalis érték legfelső határán mozog (nálunk 0.42—0.43), amit azonban nehezen lehetne syphilises resistenciaemelkedés terhére írni. Itt ugyanis azon körülmény játszik közre, hogy a primæren fertőzöttek nagyobb része egészen fiatal és teljesen egészséges ember, kiknél az idős és megviselt szervezetű egyénekhez képest a normalis határértékek latitude-jén belül amúgyis árnyalatilag magasabb resistenciáértéket lehet kimutatni.

A resistenciaváltozások causalis vonatkozásait keresve, hivatkozunk *Simmel*¹¹ beosztására, ki az összes physiologiás és pathologiás resistenciaeltéréseket négy főcsoportba sorozta.

Az I. csoportba tartoznak e beosztás szerint azon resistenciaeltérések, hol a vörösvértestek osmosisának viszonyait bizonyos constitutionalis tényezők befolyásolják. (Gyermekeknél magasabb, aggnál néha árnyalatilag csökkent a resistencia. Familiaris haemolysises anaemiánál lényeges resistenciacsökkenés.)

II. Az erythrocyta resistencia azon anomáliái, hol a csontvelőfunctio kóros megváltozása dominál. (Nagyobb vérveszteségek után fellépő resistenciaemelkedés. Súlyos fokú pangással [pl. előrehaladott szívhibával] járó polyglobulia és resistenciaemelkedés.)

III. A lép (és máj) funkciójának kiesése vagy pathologikus viselkedése folytán keletkező resistenciaváltozás. (Szerzett vagy symptomatikus haemolysises anaemia [pl. húsmérgezés után], melynek kapcsán ki-

fejezett resistenciacsökkenés áll be. Paroxysmalis haemoglobinuriánál, valamint májeirrhosisnál többnyire csökkent resistencia lép fel.)

IV. A keringő vérre gyakorolt közvetlen behatások, melyek resistenciaváltozást okoznak. (Cholaemiánál resistenciaemelkedés észlelhető. CO-belégzés, világitógáz-, aether-, chloroformnarkosis és az összes haemolyzáló mérgek behatása után resistenciacsökkenés áll be.)

Említést tesz *Simmel* egyes betegségekről (malaria, tuberculosis, pneumonia, diabetes és egyes infectious betegségek), hol szórványosan resistenciaváltozásokat írtak le. De tekintettel a kevésszámú és egymással ellentmondó eredményekre, ezeket fenti csoportosításból kihagyta és velük bővebben nem foglalkozott. E betegségek közé sorozta *Simmel* a syphilist is.

A mi kimerítőbb vizsgálati eredményeink alapján a syphilises resistenciaemelkedést a IV. csoportba, a syphilises resistenciacsökkenést pedig a III. csoportba lehetne beiktatni.

Az ikterusos resistenciaváltozás magyarázatára különböző theoriák szolgálnak. Egyik felfogás a vörösvértestek fokozottabb resistenciájának megokolását abban keresi, hogy a vérpályát elárasztó epefesteny behatására a labilisabb erythrocyták rövid úton tönkremennek. Ennek folytán a keringésben főleg fiatal, tehát nagyobb ellenállású erythrocyták maradnak vissza és szaporodnak meg, ami a vörösvértestek osmosisában látszólagos resistenciaemelkedést eredményez. Másik felfogás ikterusnál valódi immunizáló folyamatot tételez fel. Az epefesteny e felfogás szerint quasi, mint ellenállásesökkentő és haemolyzáló antigen szerepel, melynek legyőzése céljából képződő antitestek átmenetileg az erythrocyták resistenciáját a normalisnál magasabbra fokozzák. *Simmel*¹¹ szerint egyik theoria sem állja meg a helyét. A resistencia emelkedése ugyanis röviddel az ikterus kezdete után bekövetkezik, holott úgy az elpusztult labilis vörösvértesteknek fiatalokkal való pótlása, valamint az antigenbehatás és antitestképződés között hosszabb időtartamra volna szükség. Feltehető, hogy a kiváltó ok elsősorban a keringő erythrocytáknál közvetlenül az epefesteny által előidézett osmosisos állapotváltozásban rejlik.

A syphilisnél kimutatott resistenciacsökkenést, mint fentebb jeleztük, a hepatolienalis rendszer zavarainak rovására kell írunk. E jelenség mélyebb okait kutatva, röviden ki kell térnünk az epefestenyképződés kérdésére is, amely themánkkal szerves összefüggésben áll. Az epefestenyképződés reservoirja elsősorban a máj, amint ezt már nagyon régi megállapítások bizonyítják. De újabb vizsgálatok kiderítették, hogy a lépnek és más tényezőknek is fontos szerep jut e tekintetben. *Schmincke*¹² theoriája szerint az erythrocyták a lép szövétével való érintkezés folytán laesiót szenvednek és azután további átalakítás céljából a májba lesznek deportálva. Kétségtelen, hogy a lépben a vörösvértestek haemolysise és phagocytosisa valami módon bekövetkezik, amit valószínűleg a phagocytált elemeknek bizonyos irányú átfarmálása követ. A phagocytosis normalis lépfunctio mellett sérült, esetleg physiologicus is pusztulásra szánt erythrocytákon, vagy pedig abnormis lépfunctio behatására egészséges vörösvértesteken következik be. *Hymans van der Bergh* és *Snapper*¹³ azt találták, hogy a lép viszerében nem lehetett ugyan szabadon oldott Hb.-t kimutatni, de a vena portae bilirubintartalma magasabb volt a peripheriás

¹¹ Ergebnisse d. Inn. Med. u. Kinderheilk. 1925. 27. köt., 507. old.

¹² Münch. Med. Wochenschr. 1916, 28—31. sz.

¹³ Berl. Klin. Wochenschr. 1914, 1109. old.

venakénál (0.5 cm³ serumban vizsgálva 0.04800 : 0.02824). Bock¹⁴ véleménye is emellett szól, kinek megállapítása szerint azon kóros állapotoknál, hol fokozott haemolysis van jelen, többnyire az epefestenyképződés megszaporodását látjuk. Hogy tehát a lép részt vesz az epefesteny képzésében, fenti megállapításokból és másirányú állatkísérletekből nagyon valószínűnek látszik. Viszont az epefestenyképzéssel és az ezt feltételező haemolysissal kapcsolatban a lép resistenciát befolyásoló hatása is plausibilisnek tűnik fel. Strisower és Goldschmidt¹⁵ vizsgálatai szerint a vena portae vörösvértesteinek osmosisos resistenciája a peripheriás vénák resistenciájához képest tényleg csökkent. Fontos eredményre vezettek azon vizsgálatok (Pel¹⁶), melyek kimutatták, hogy a lép kiirtása a vörösvértestek osmosisos resistenciájának általános emelkedését idézi elő. A splenektomiát különben familiaris haemolysises anaemia terápiájában gyakran alkalmazzák, mely beavatkozás után legtöbb szerző a kórosan mély resistenciáérték emelkedését tapasztalta. A májon és lépén kívül az Aschoff- és Landau-féle reticulo-endothelialis systemának jut fontos szerep (cellularis theoria) az epefestenyképzés, haemolysis és a resistencia kérdésében. E reticulo-endothelialis apparatus alkotórészei, mint kimutatták, a lép endotheljén és a Kupffer-féle csillagsejteken kívül a csontvelő és a mellékvese capillaris endothelje, továbbá a nyirokmirigyek endotheljének és reticulumsejtjeinek komplexuma. Fenti sejt-systemának erythrocyta-phagocytáló működését érdekes állatkísérlettel bizonyította Lepehne,¹⁴ ő ugyanis As. H₃-mal mérgezett galambnál, melyet collargolblokáddal készített elő, a capillarisokban számos vörösvértesttörmeléből álló embolust fedezett fel. A collargolmentesen mérgezett controllállatnál ezen emboliák nem voltak kimutathatók. A reticulo-endothelialis systema sejtjeiben pedig ugyanekkor a controllállatnál phagocytált vörösvértesteket, a blokirozott galambnál viszont collargolszemeseket lehetett találni. Ezen jelenség magyarázatául az szolgálhat, hogy a phagocytáló sejtek mintegy telődtek colloidalis ezüsttel és így lehetetlenné vált a nagy tömegben ronesolt vörösvértestek bekebelezése, vagy talán valami finom chemiai átalakulás bénította a systema sejtjeinek phagocytálóképességét. Történtek állatkísérletek annak kimutatására is, hogy a reticulo-endothelialis apparatus önállóan képes-e a haemolysist és a Hb.-nak epefestennyé való átalakítását végrehajtani. E kísérletek, melyeknek lényege többnyire a májnak vagy a lépnek a vérkeringésből való teljes kikapcsolása volt, azon feltevésre vezettek, hogy a Hb. epefestennyé való átalakítása e sejtkomplexumban tényleg végbemehet, sőt valószínű, hogy a hepatolienalis és reticulo-endothelialis systemának még eddig ki nem mutatott fermentumai ezen transformatiót a keringő vérben is képesek létrehozni (humoralis theoria). Bock azonban hangsúlyozza annak valószínűségét, hogy a reticulo-endothelialis apparatus haemolizáló és Hb.-t urobilinné formáló szerepe physiologiás körülmények között alárendelt jelentőségű és csak kóros állapotban gyarapodik meg.

Az itt vázoltak megvilágítják a betegeinknél kimutatott resistenciacsökkenés lényegét. A hepatolienalis, illetve reticulo-endothelialis rendszer functiozavara fokozott haemolysist és így az erythrocytáknak csökkent resistenciáját tételezi fel. Ilyen esetekben az urobilinogen reactio, ritka kivételtől eltekintve, mindig

erősen positiv, mit úgy látszik a kóros haemolysis egyes következményeként foghatunk fel.

Vizsgálataink eredményét összegezve, azt találjuk, hogy:

1. friss, florid syphilisnél az erythrocyták osmosisos resistenciája a normalistól semmiben sem tér el;
2. resistenciaemelkedést syphilises vagy salvarsan-intoxicatiós cholaemia okoz;
3. resistenciacsökkenés a hepatolienalis rendszer syphilises eredetű alteratiójának a következménye.

A syphilis virusa a vörösvértestek osmosisának viszonyaiban eltolódást közvetlenül nem okoz. De a hepatolienalis rendszerben, a főleg régebbi keletű fertőzések egy hányadánál olyan kóros elváltozásokat hozhat létre, melyek a vörösvértestek resistenciáját befolyásolni képesek. A syphilisesek resistenciaanomáliái mindig a szervezet egyensúlyának komoly zavaraira utalnak.

A budapesti szksfőv. közegészségügyi és bakteriologiai intézet közleménye (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi tanár).

Száraz complementtel végzett kísérletek Wassermann-reactionnál.

Írta: Gáspár János dr. egyetemi tanársegéd (Pécs).

Güdenek és Straubnak sikerült olyan száraz complement előállítani, amely az eddigieknél megfelelőbbnek látszik a friss complement hatásosságának állandósítására.

A készítmény előállítása úgy történik, hogy tengerimalacokból frissen vett serumot + 6 C°-os vacuumban szétpermeteznek és a keletkező cseppecskéket azonnal 50–80 C° mellett elpárologtatják. A friss serumból ilyenkor keletkező gőzt koncentrált kénsav fölött vezetik el, amely a vizet absorbeálja, a többi alkatrész pedig száraz halmazállapotban a gyűjtőben gyűl össze. Ez az egész folyamat a percek törtrésze alatt megy végbe, miért is feltehető, hogy a serum leglabilisabb anyagai is változatlanul bennfoglaltatnak az összegyűjtött száraz anyagban. Az így felfogott complement vörösesbarna, kissé durva szemcséjű por, amelyet a levegőnek indifferens gázzal való pótlása mellett 0.25–0.50 g-os barna színű ampullákban a Pharmagancég hoz forgalomba.

A készítmény használhatóságát illetőleg a vélemények még eltérők. Pohlmann, Kuznitsky, Gaetgens szerint nem alkalmas a frisset pótolni, Busacchi és Ceredi, Pollak, Stern és Tonio, valamint Schilf és Klug szerint az eredmények egészen kielégítőek. A breslaui bőrklinikán még folynak a kísérletek.

Saját kísérleteinket a budapesti székesfővárosi bakteriologiai intézetben végeztük. Itteni szokás szerint a Wassermann-vizsgálatokhoz mi is mosott marhavörösvérsejteket használtunk és a complementet véve állandónak, ehhez viszonyítva titráltuk ki a megfelelő haemolysin-mennyiséget.

A száraz complementet előírás szerint kilenceszeres mennyiségű destillált vízben oldottuk fel. Az oldás nagyon lassú. Jobban sikerült, ha a víz színére apránként szórva, rázás közben oldottuk fel. A színe így sem átlátszó.

A két complement viselkedése között észlelt különbségeket a következőkben foglalhatjuk össze:

Az intézet kísérleti berendezésében a friss complement húszszoros hígításban van használatban, illetve a haemolytikus systema a complementnek ilyen hígítása mellett van beállítva. A száraz complement kipróbálásá-

¹⁴ Klin. Wochenschr. 1924, 14. és 15. sz., 587. és 638. old.

¹⁵ Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1916, 4. füz.

¹⁶ Deutsche Arch. f. klin. Med. 1912, 106. old.

nál kitűnt, hogy ilyen hígítás mellett a haemolytikus systemát beállítani nem tudjuk. Tehát kisebb hígításokkal próbálkoztunk és amint ez sorozatos kísérleteinkből adódott, legalkalmasabbnak a tízszeres hígítás bizonyult.

A száraz complementnek ilyen hígítása mellett a haemolysin mennyiségét is, amely friss complementnél 25–3 mg mennyiségben jut felhasználásra, fel kellett emelnünk 9 mg-ra.

Ilyen beállítás mellett is az eredmények leolvása csak igen lassan történhetett. Amíg ugyanis a friss complementnél 10–12 perc után már többnyire teljes az oldódás, a száraznál még 20–25 perc után sem volt tökéletes.

Az antigen szükséges hígításában különbség nem volt (1:25).

Eredményeinket, amelyeket 215 Wassermann-vizsgálatból vontunk le, alábbi táblázatban foglaljuk össze:

Végzett Wassermann-vizsgálatok:

Friss complement	Száraz complement						% -ban
	—	±	+	++	+++		
—	129	123	2	4	—	—	95.3
±	2	—	1	1	—	—	82.1
+	26	4	3	18	1	—	
++	12	—	1	4	7	—	89.0
+++	46	—	—	1	6	39	
Összesen:	215						200 = 93.0%

A pozitív esetek közül megegyezett tehát 89.6%, a negatívak közül 95.3%, a kétes és gyengén pozitív esetek közül 82.1%, összesen átlagban 93%. Ezek szerint a mi 93%-os átlagos eredményünk 2–3%-kal rosszabb, mint a külföldi szerzőké. De ezek adatai is éppúgy, mint a mieink, azt mutatják, hogy a száraz complement kötőképessége kisebb, mint a friss complementé.

Igen érdekesek azok az összehasonlítások, amelyeket az eltérő esetekben a Sachs-Georgi- és Meinicke-reactiókkal kaptunk. Két esetben a vizsgálatokat savó

Sor- szám	Wassermann- reactio		Sachs- Georgi	Meinicke
	friss complement	száraz	r e a c t i o	
1.	++	+	++	
2.	+	±		±
3.	±	+	+	+
4.	—	+	+++	
5.	—	+	+	
6.	—	+	—	+
7.	+	—		—
8.	+	—	+	
9.	+	—	—	—
10.	+	++	++	
11.	+	—	+	
12.	+	—	+	
13.	—	+	+	

hiánya miatt nem végezhetjük el. A többi 13 közül hat esetben a Sachs-Georgi-reactio eredményei egyeztek a friss complementéivel, négy esetben a száraz complement eredményeivel. A Meinicke-reactio öt esetben volt azonos a száraz complementéivel.

Összefoglalva: a száraz és friss complementtel kapott Wassermann-eredmények nem teljesen egyezők. Ezeket a különbségeket többnyire a száraz complement kisebb kötőképességének kell tulajdonítanunk (az arány ezért legkedvezőbb a negatív esetekben). Emellett a

complementnek esékely (esupán tízszeres) hígítása és a hozzá szükséges nagy haemolysin-mennyiség, valamint az oldás lassúsága miatt a száraz complementet ebben a formájában még nem tartjuk alkalmasnak a friss complement pótlására.

Irodalom: Güde és Straub: Biochem. Zeitschr. 1925, 247. — Romanow: Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 45. köt., 74. — Kuznitsky: Klin. Wochenschr. 1925, 923. — Pohlmann: Münch. med. Wochenschr. 1925, 22. — Gaehdgens: Zentralbl. f. Bakteriöl. I. Abt. Orig. 99. köt., 113. — Schilf és Klug: U. o. 117.

THERAPIA

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár központi rendelőintézete V. urológiai osztályának közleménye (vezető orvos: Tóth Gyula dr.).

Újabb kísérletek a gonorrhoea gyógyításában.

Írta: Horti Lajos dr. szakorvos.

A gonorrhoea gyógyítására irányuló törekvések soha nem foglalkoztatták annyira az orvosokat, mint az utóbbi években. Egymás után jelennek meg újabb és újabb, leginkább idegen eredetű készítmények, melyek a hozzájuk fűzött reményeket nem elégítik ki s pár hónapi próbálkozás után egy újabb, de hasonlóan meddő eredményű kerül előtérbe. Éppen azért már előre bizonyos skepsissel fogadunk minden új készítményt.

Néhány hónappal ezelőtt azonban az Egger-gyárnak egy újabb „Argil” nevű készítménye került hozzánk, mely bizonyos tetszetős tulajdonságainál fogva (nem piszkít, fájdalomtalan, kútvízben is oldódik stb.) már első pillanatra magára vonta a figyelmet. Hozzáfogtam tehát a kipróbálásához és szerencsére a rendelésünkön jelentkező betegek igen nagy számának, két hónap alatt olyan képet alkothattam magamnak az argilről, hogy ma pontos áttekintést nyújthatok róla.

Hogy kísérleteim eredményéről tiszta képet kapjak és hogy chronikus esetek szeszélyes gyógyulása az eredményt se pro, se contra ne befolyásolja, csak teljesen akut stadiumban alkalmaztam, s csak olyanoknál, kiknek gonorrhoeájuk soha nem volt azelőtt. Az eddig általánosságban használt és egyik legjobbnak tartott protargollal való összehasonlítás végett, akut első gonorrhoeás betegek egy másik részét protargollal kezeltem. Úgy az argilos, mint a protargolos csoport teljesen maga kezelte a kankóját otthon, naponta háromszor félfeckendőnyi oldattal. Másnapokint jelentkeztek ellenőrzésre. Argilos betegek első héten 1, másodikon 2, harmadikon 3, negyediken 4 argilpastillát kaptak 200 g aqua fontis-ra. Egy pastilla = 0.02 g lévén, a használt oldatok ennélfogva 1:10.000, 1:5000, 1:3000 és 1:2500 hígításúak voltak. A protargolos betegek pedig ¼, ½, ¾ és 1%-os oldatot kaptak. Az argilos betegek gyógyulása szabályszerű hasonlatossággal történt, éppen azért csak egy eset lefolyását közlöm.

G. P. 1926. V. 10-én jön rendelésünkre. Gon.-t negál, négy nap előtt coitus, tegnap óta fluor, csipés. Orif. externum erősen belövelt. Vizelet: I. zavaros, II. tiszta. Váladék: igen sok gennysejt. Diplococcus ± ± ± ±. V. 14-én fluor csökkent, orif. externum gyulladása teljesen megszűnt. A beteg subjective teljesen jól érzi magát. V. 19-én folyás reggel nines. Mindkét vizelet tiszta, váladék nehezen vehető; diplococcus ±. VI. 9-én semmi panasz, a beteg órák óta nem vizelt, a nehezen nyert váladék túlnyomóan nyák, látóterenként egy-két gennysejt, gonococcus nines. Kezelést abbahagyjuk; alkoholivás és coitusrendelés (óvszerrel). VI. 14-én 9-étől a mai napig kezelést nem kapott. Ivás, coitus volt, teljesen jól érzi magát. Váladék vizsgálatra

nem vehető. VI. 21-én ellenőrzésre berendeltük. Teljesen jól érzi magát. A húgycsőből előkapart nyákban sem gonococcus, sem genyesejt nincs. Mindkét vizelet teljesen tiszta.

Az eddig gyógyult 42 esetről hasonló volt a lefolyás s teljesen ilyen gyógyulási tendenciát mutatnak azok a fiatalabb esetek, melyek még kezelés alatt állnak. Az endoscopiai vizsgálatok síma, tükröző nyálkahártyát mutatnak. Ulceratio vagy infiltratio egy gyógyultnak minősített esetről sem volt kimutatható. Complicatio (cystitis, prostatitis, epididymitis, lymphadenitis, paraurethralis infiltratio vagy abscessus) egy esetben sem fordult elő. Az orif. externum gyulladása pár befeeszkedés után, szóval a legelső napokban megszűnt; a folyás pár nap alatt erősen lecsökkent és kétheti kezelés után már csak a reggeli órákban volt érezhető. A gonococcusok száma is hamarosan erősen megkevesbedik és négyheti kezelés után már nem mutatható ki.

A protargollal kezelt esetek lefolyása már sokkal változatosabb. Röviden, csupán összefoglalva közlöm az eredményt, ezt is csak azért, hogy az argil előnyös tulajdonságait szembetűnőbben kiemeljem. A protargollal kezelt betegek 30%-a complicatiót kapott, bár ugyanolyan cautelák mellett kezelték magukat otthon, mint az „argilosok”. Négy hét alatt egy sem gyógyult meg. A legrövidebb gyógyulási idő 6 hét volt, de vannak, kik még mindig kezelésre járnak, bár a kezelést már 3. hónapja elkezdték.

Érdekes tudni: Az argil 55% fémezüstöt tartalmaz, a protargol csak 83%-ot. A többi fehérjés ezüstkészítmények fémezüsttartalma is igen csekély (legtöbb az albarginé 15%). Ami a souverainnek tartott argentum nitricumot illeti, úgy ebben 63,5% fémezüst van ugyan és ez okból legnagyobb bakteriumölő hatással ez rendelkezik, azonban a húgycső nyálkahártyáján kicsapódik s így a hatása felületes marad, e mellett még kiküszöbölhetetlen hátrányai: nagyon izgat, fokozza a gyulladást, igen fájdalmas. Éppen ezért jöttek alkalmazásba a fehérje-ezüstkészítmények, melyek be is hatolnak a szövetek mélyébe, de úgy látszik, csekély ezüsttartalmuk miatt nem fejtenek ki kellő hatást.

Az argil szövetek mélyébe hatoló tulajdonságát sajnos, nem áll módomban szövettani bizonyítékokkal igazolni. A vele történt kezelések frappáns eredménye azonban kétségtelenül igazolja, hogy az igen nagy, hisz rövidebb idő alatt gyógyultak meg a betegek, mint akik protargollal kezelték magukat és recidiva sem volt eddig, tehát joggal föltételezhető, hogy a hatás nemcsak felületes maradt, hanem az a mélybe is terjedt s mivel ezüsttartalma 55%, szóval igen magas, ott bakteriumölő hatását is kifejtette.

Amint már említettük, az argil 1–2 befeeszkedés után megszünteti az orificium externum és a húgycső nyálkahártyájának gyulladását, ezzel párhuzamosan szűnik a fluor is. Ennek igen nagy jelentősége van s erre vezethető vissza, hogy az argillal történt kezeléseknél complicatio nem fejlődött ki. Tudniillik megszűnt a húgycső elülső részének gyulladása: az nem terjedhet hátra; megszűnt a fluor: nincs, ami hátrafolyjon és posteriori idézzen elő; az argil nem izgat s így ha a beteg rosszul feeszkendezett és a befeeszkendezett oldatból a húgycső hátsó részére vagy a hólyagba került, az ott nem fejt ki izgató hatást: nem vált ki cystitist, epididymitist, prostatitist.

Fordítva áll az eset az eddig használt ezüstkészítményeknél, azért lett annyi complicatio, azért vált a gonorrhoea 30%-ban chronikussá.

Ha az argilnak antibactericid mélybeterjedő, adstringens hatásán kívül tekintetbe vesszük még azt,

hogy abszolút semmit sem piszkít, teljesen fájdalomtalan, a gonorrhoeát rövidebb idő alatt meggyógyítja, mint bármely eddigi ezüstkészítmény, complicatiót nem idéz elő, elejét veszi egy esetleg később kifejlődő stricturának és sexualis neurastheniának, továbbá, hogy magyar készítmény, föltétlen többre kell becsülni, mint bármely más eddigi ezüstkészítményt.

A székesfővárosi Szent István közkórház gyermekosztályának (főorvos: Faludi Géza dr.) és az orr- gégeosztályának (főorvos: Laub László dr.) közleménye.

Az oesophagoskop jelentősége a gyermekkori bárzsingszűkületek kezelésében.

Írták: Bielek Tibor dr. és Stamberger Imre dr. alorvosok.

Közismert tény, hogy a gyermekkori bárzsingszűkületek csaknem minden esetben a marólúg okozta felmaródások hegesedésének következményei. Célta lennie e helyütt egy újabb eredmény nélküli demonstrációval szaporítani azoknak a számát, kik a marólúg szabadforgalmi árusításának eltörlésével szeretnének véget vetni annak a szomorú pusztításnak, amit hazánkban a lúg végez. Legutóbb ezt a célt szolgálta volna egy rendelet, mely a lúg forgalombahozatalát szabályozza. Mióta ez életbe lépett, mióta a lúgot koncentrált alakban, bádogdobozokban szabad csak árusítani, azóta az akut lúgmérgezések száma ugyan nem csökken, de minthogy a bádogdobozból koncentráltabban ihatják a gyermekek a lúgot, a mérgezések képe sokkal súlyosabb és több végződik halálosan, mint ezelőtt. A helyzet tehát nem javult. A lúg tovább öl és nyomorít s számunkra nem marad más, mint a rendelkezésünkre álló eszközökkel felvenni a harcot, miután az okot nem szüntethetjük meg.

Legnehezebb orvosi ténykedések egyike a szűkületek tágitása. A szó szoros értelemben vett sötétben való tapogatódzás! Aki egyszer is végigesinált egy tágitási műveletet, az előtt fölösleges ezt bővebben esetelnünk. A helyzet sémája rendszerint a következő:

Behoznak (majdnem mindig vidékről) egy esont és bőrig lesóványodott gyermeket, aki napok óta nehezen nyel folyadékot, vagy azt sem; filiformis sonda sem vezethető le; vitalis indicatio, hogy gastrostomiát végezzünk. Mortalitás az ilyen leromlott gyermekeknél legjobb esetben 25%. Mihelyt megerősödik, kezdődik újból a filiformis levezetése, végnélküli sonda, igen gyakran perforatio.

A kezdeti sondázás nehézsége vezetett arra, hogy a gégézt hívjuk segítségül, kinek gyakorlott kezében az oesophagoskop melletti sondázás játék a vak tapogatódzáshoz képest. Mikor láttuk, hogy a gyermekek milyen jól tűrik, azóta minden olyan esetben, hol a sondát nem tudjuk bevezetni, oesophagoskopon át sondázunk. Annak bizonyítékául, hogy mióta az oesophagoskopot alkalmazásba vettük, mennyire csökkent a gastrostomizált esetek száma, legyen szabad pár számot ide iktatni: Az oesophagoskop alkalmazása előtt, 1923-ban hét esetben (az összes stricturák 30%-ában), 1924-ben nyolc esetben (az összes stricturák 29%-ában), mióta az oesophagoskopot alkalmazzuk, gastrostomiát végeztünk 1925-ben kétszer (az összes stricturák 5%-ában), 1926-ban egyet (az összes stricturák 4%-ában).

Az oesophagoskopiás tubuson keresztül a sondázást minden esetben általános és helyi érzéstelenítés mellőzésével végezzük s e műveletet a kis betegek igen jól tűrik. A narkosis mellőzését javasoltnak tartjuk, mivel az aether-narkosis erős salivatiót vált ki, a chlo-

roform veszélyének pedig nem szívesen teszik ki a le-
romlott gyermekeket. Érzékenyebb és nagyobb gyerme-
keknél jó szolgálatot tesz és minden veszély nélkül
használható egy 3–5%-os cocain-tonogen spray. Az
oesophagoszkopia segítségével csak egy-két esetben kell
a tágitást alkalmazni, mert a lumen helyzetét ismerve,
később már vakon is könnyen keresztülvihető a vasta-
gabb és tompább végű, tehát perforációt ritkábban elő-
idéző bárzsingsondával a kezelés.

Megjegyzések Henszelmann Aladár dr. „Légmellkésztés egyszerű módszere” című közleményére.

(O. H. 1926. 46. sz.)

Egyszerűsítések csak akkor alkalmazhatók, ha az
eljárás érzékenysége, pontossága nem szenved általuk.
Úgy vélem, Henszelmann ajánlata nem felel meg tel-
jesen e követelményeknek. Hiszen a manometer hasz-
nálata arra nézve, aki a légmellkésztést szaktudása
alapján nyugodt lelkiismerettel vállalhatja, nem bo-
nyolult; másfelől oly szabatos tájékozódást nyújt, amit
a légmell rémére: a légemboliára való tekintettel senki
sem nélkülözhet egykönnyen. A nehézség tulajdonképpen
nem a régen bevált *methodus technikai* részében rej-
lik, hanem a légmell javallatának *helyes felállításá-
ban*, ami sokszor még a legtapasztaltabb szakembert
is próbára teszi. Aki nem mestere a percussiónak, aus-
cultationnak és tanulságaiknak, aki nem látta többszáz
betegben a tüdőgümőkór *spontan* lefolyásának menetét,
annak a kezében a légmell létesítése nem próbapunctio
jelentőségével bíró csekély beavatkozás — mint azt
Henszelmann közleménye nyomán gondolni lehetne —,
hanem *életveszélyes* műtét.

A „sematizálás”-t megengedő „újítások”-ból elég
baj származott már. Itt röviden csak a tuberkulinnak
phiolákban történő árusítására mutatnék rá, ami oda-
vezetett, hogy némely helyütt az úgynevezett „gyógy-
szolgák”-ra bízták az „oltás”-t az orvosok, nyilván
abban a hiszemben, hogy arsen-injectioszerű gyógy-
módról van szó. Sokat lehetne írni a még nem régen
tobzódó „Ponndorf”-lázról, a szónak kettős értelmében:
a gyakorlóorvosról és az általuk kezelt tüdőbetegekről,
akik közül számosan a veszélytelennek híresztelt,
egyszerű gyógyeljárás kapcsán jóvá nem tehető kárt
szenvendtek el.

Így lenne az a légmellkésztéssel is!

Igaz, hogy intézetem válogatás nélkül fogad be
mindenféle tüdőbeteget; talán betegforgalmunk is ki-
sebb, miután ápolási időnk a szükséghez igazodik és
nincs a másutt szokásos három hónapozat közt, mégis
más intézetekhez arányítva feltűnően kevés azon bete-
geink száma, akiknél *tüdőműtetre* szánjuk el magun-
kat. A legtöbb — gyakorlati szempontból — egyoldali
folyamat, amely operatív beavatkozásra alkalmasnak
mutatkozik, néhányheti conservatív, persze *nem* pas-
siv kezelésre láztalan lesz, az inaktivitás irányába for-
dul és így *fejeslegessé* válik náluk a sebészeti therapia.
Ott meg, ahol *egyéni* conservatív kezelésre nem jelent-
kezik javulás, a sebészeti beavatkozást sem szokta
általában *tartós* siker kísérni. Ne tegyük ki tehát tüdő-
betegeinket előzetes megfigyelés és *alapos* ok nélkül a
sebészeti beavatkozások kétségtelen veszélyének (lég-
mell) és a velük járó végleges torzításoknak (phrenicus-
kitépés és thorakoplastika, helyesebben thorako-
klasztika).

Miként azt Henszelmann is elismeri, igen fontos
a javallat felállításában és a töltés mérvének ellen-
őrzésében a *Röntgen-vizsgálat*. Véleményem szerint a

legszebb gyogyeredmények ott érhetők el, ahol a szak-
orvos maga vizsgálja, röntgenezi, észleli és maga tölti
eseteit. Már azért sem való a légmellkésztés az átlagos
gyakorlóorvos kezébe. De még ha valaki oly művésze
is a klinikai és Röntgen-vizsgálatnak, mint Henszel-
mann, akkor sem tartom nélkülözhetőnek a mano-
metert. Hiszen a Röntgen-képről nem olvasható le a
mellüregben lévő gáznemű test *nyomása*, jóllehet
ennek a tüdőbeli vér- és nyirokkeringés körül jelentős
a szerepe. A mediastinum és rekesz helyzete *egymaga*
nem fejezi ki a mellüri nyomást, mert megvastagodá-
suk, merevségük esetén a gáznemű test nyomása majd-
nem egészen a tüdőt éri és ezt oly fokban nyomhatja
össze, ami már *hátrányos* lehet. Másfelől a mediasti-
num eltolódása bekövetkezhetik, mielőtt a nyomás az
optimális collapsusértékre emelkednék. De még a col-
labált tüdő terjedelme sem tájékoztat kellően a nyo-
más nagyságáról, minthogy az jórésztben a tüdőbeli
kóros elváltozások természetétől függ.

Minél inkább eltérünk az első idők szigorú javal-
lataitól, oly értelemben, hogy kisebb, kevésbé activ
túloldali elváltozások mellett is végzünk töltéseket,
annál *fokozottabb mértékben* kötelező reánk nézve a
beteg állapotához, a tüdőviszonyokhoz simuló s a gáz
nyomását, mennyiségét és hőmérsékét is figyelemmel
kísérő lelkiismeretes, óvatos adagolás.

Nem világos előttem, hogy a manometer haszná-
lata mellett miért keletkezett Henszelmann esetei
némelyikében bórallati, avagy izomzatközi emphysema,
mikor műhibaszámba megy, ha egészen kisfokú mano-
meterkilengéseket, amelyek előállhatnak, midőn a tü-
vével a mellhártya közelében járunk, szabad mell-
üregre jellegzeteseknek veszünk.

Felfogásom e kérdésben, hogy az egyszerűség és
kényelem kedvéért ne mellőzzük a manometer haszná-
latát, hanem ellenkezőleg, igyekezzünk annak további
tökéletesítésével a légmellkésztést még megbízhatóbb
eljárássá fejleszteni.

Genersich Andor dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Megfigyelések skarlátos betegeken. K. Benjamin.
(D. Arch. f. Klin. Med. 152. k., 202. o.)

A szerző legelőször megerősíti azt a tapasztalatot,
hogy a skarlát a gyermekkor első éveiben ritka. Kis
gyermekeknél ritkább a betegség heves kitörése és to-
vábbi lefolyása is enyhébb, tünetei kevésbé határozot-
tak szoktak lenni. Nem áll ez azonban a betegség folya-
mán támadó szövődményekre. A felnőttek skarlátjára
jellemző a gyakori „rheumatoid”, mely rendszeren a láz
csökkenésének első vagy második napján jelentkezik,
annál hevesebben, minél hirtelenebbül esik a láz. Ezek a
kézizületi, tarkó- és vállfájdalmak mulékonyak és a
pyaemiás synovitisztől különbözöen, teljesen jóindula-
túak. Ugyancsak felnőtteknél gyakori a betegség kezde-
tén kisfokú oedema, az arc feltűnő duzzadtsága. A láz
kezdetén mindig vízretentio és testsúlynövekedés álla-
pítható meg, a láz csökkenésekor a súly ismét fogy, a
turgor eltűnik, polyuria azonban csak a lázas időszak
végén következik be, úgyhogy részben extrarenalis víz-
vesztésre, részben a víznek a szervezetben belül történő
helyeseréjére kell gondolni. A hőmérséklet süllyedésekor
gyakran lehet Chvostek-tünetet észlelni; olyanoknál,
akiknél az állandóan megvan, a megbetegedéskor el is
tűnhet, a láz csökkenésekor élénkülhet ez a tünet. A
skarlát-nephritist illetően a kórbonctan két formát
ismer, a gömbsejtes interstitiumos és a vérzéses glome-
rulus-nephritist. Az előbbi az utóbbinak előzménye,
melynek klinikai tünete az albuminuria és a vizelet-
üledékben a sok leukocytá megjelenése. Ha a baj kezde-

tén a vese részéről nincs kóros tünet, rendszeren később sem támad; viszont későbbi súlyosabb vesebántalom eseteiben rendszerint a betegség kezdetén is nagyobb-fokú albuminuria volt. E szerint is valószínű, hogy a „második megbetegedés” inkább változott formában való megismétlődése, mint egyszerű folytatása az elsőnek, amit a szervezet allergiájának módosulása okoz. De a szerző a második megbetegedés magyarázatára észleletei alapján az exogen reinfekciót is lehetségesnek tartja. Az endo- és myocarditis ritka szövődmény. A szív működés és vérkeringés sajátosságai egyébként ugyanazok, mint általában a súlyos fertőző bajoknál. Toxikus skarlátnál az exanthema összefolyása hajszál-érbénulás jele. Elég gyakori a vaginitis; a váladékból kezdetben streptococcus tenyészthető ki. A gyógyulás alatt felnőtteknél ischias, neuralgia gyakori. A „hám-lási erythemát” a pikkelyeknek megfelelő rajzolat jellemzi. A szerző a skarlátnál a lényegét az anginában látja, mely ismeretlen, különös dispositio révén alakul skarláttá. Nincs ellenmondásban ezzel a „sebskarlát” ténye, mert ennél is gyakori az angina, mint az általános fertőzésnek nem kapuja, hanem egyik helyi megjelenése. A „menstruációs skarlátról” elterjedt balvélemények magyarázata az lehet, hogy a menstruatio előtti napokban nagyobb lehet a fogékonyság a fertőzés iránt.

Perémy dr.

Kísérletek húgyalkotóanyagok peritonealis kiválasztásával. St. Rosenak—P. Siwon. (Grenz. d. Med. u. Chir. 1926, 39. köt., 3. f.)

Mérgezőes állapotokban a méreganyagoknak vérből való kiküszöbölése már rég megoldandó problémaként szerepel a therapiában. Több szerző (Abel, Turner, Rowntree, Haas, stb.) ily irányú kísérletei szerint sikerült is dialyzálással az átáramoltatott vérből krystalloid méreganyagokat kiválasztani, melynek alapján megkísérelték egyesek (Abel) uraemiás állapotokban is alkalmazni e methodust. Az eljárás azonban, bár eredményesnek látszott, technikai nehézsége miatt nem vált be. Mások (Ganter, stb.), azon klinikai tapasztalásból kiindulva, hogy a peritoneum jó átteresztőképességű N-tartalmú anyagokkal szemben (Rosenberg), a dialyzáló folyadéknak hasüregbe fecskendezésével, majd pedig a peritoneumfelület átáramoltatásával igyekeztek célt érni. Szerzők ez utóbbi módszerrel végezték kísérleteiket és kimutatták, hogy a hasüreg — megfelelő oldattal való — tartós átöblítésével a peritoneumon keresztül N-tartalmú, krystalloid húgyalkotóanyagok választhatók ki (az eliminált anyagok tekintélyes mennyiségben kimutathatók az öblítőfolyadékban). Nephrektomizált (kétoldali teljes nephrektomia) kutyákon végezve a vizsgálatokat, átöblítés után a vér-maradék-nitrogen lényeges csökkenését és egyidejűleg az uraemiás tünetek visszafejlődését észlelték. Dialyzáló folyadéknak physiologiás NaCl-, isotonias és hypertoniás normosol-, és hypertoniás szőlőcukoroldatot használtak. Ezek közül legmegfelelőbbnek az 5%-os szőlőcukoroldatot bizonyult. Szerzők szerint, az asepsis szigorú betartása mellett, sem peritonitis, sem egyéb káros következménye nincs az eljárásnak és a kedvező kísérleti eredmények alapján nemesak fenyegető uraemiás állapotokban ajánlják mint therapiás beavatkozást, de a peritonitisek kezelésénél is célszerűnek vélik alkalmazását. Utóbbi esetben a peritoneum tartós átmosásával a resorbeált méreganyagok kiválasztása és eltávolítása befolyásolná előnyösen a kóros folyamatot.

Fischer dr.

A sanocrysinkezelés eredményei. Secher K. (Ugeskrift f. Laeger. 1926, 8.)

Szerző egy év óta végez a sanocrysinnel therapiás kísérleteket. Főleg az adagolásban tértek el újabban az eleinte adott módszertől. Jelenleg általában a klinikusok 10–20 cg-mal kezdik és lassanként emelkednek felnőtteknél 1 g-ig. Faber a testsúlyhoz viszonyított schemát ad, ő kilónként 15 cg-ig emelkedik. Permin még kisebb adagokat használ és csak igen lassan emeli a dosisokat. Ezzel szemben Bogason sokkal többet ad, 30 nap alatt 2–3 g-ot, sőt az utolsó 32 napban 5 g-ot is. Möllgaard és

Bang állatkísérletei azt mutatták, hogy ha gyógyítani akarunk, akkor kis adagok nem használnak. Frandsens és Hansborgs rámutattak arra, hogy a sanocrysin kiválasztása a szervezetben igen lassan történik, még hónapok múlva is kimutatható. A 0.5 g-os kezdő dosis még nem vált ki reakciót, kisebb adagok hatástalanok. A lassú emelkedéssel fémdepót kell létesíteni. Szerző hivatkozik Schnellenek Norvégiában, Bonsdorfnek Finnországban és Sayenek Barcelonában szerzett általában kedvező eredményeire, majd rátér a saját tapasztalataira. Helyes indicatio esetén, elég erőlyes sanocrysinkezelés mellett a beteg állapota javul és sok esetben gyógyulás is érhető el. Olyan esetekben is érhető el javulás, ahol más kezelési módok eredménytelenek voltak. Eredményei most jobbak, mint eleinte voltak. 15 betege közül, akiknek pozitív köpete volt, 3 bacillusmentessé vált. Csak az utolsó stadiumban lévő betegek állapota maradt változatlan. Szerző szerint a mellhártyagyulladásokat igen kedvezően lehet a sanocrysinnel befolyásolni. 20 esete közül mindegyik tünetmentessé lett. A mirigygümőkór lefolyása hasonló a tüdőgümőkórral kezeltékéhez. A gümős hashártyagyulladás kezelésében szintén igen jó eredményeket látott. Noha a súlyos gyermekkori tuberculosis sanocrysinnel sem gyógyítható meg, mégis több klinikus számol be jó eredményekről. Czerny, Opitz, Friedmann, Kwasniewski és Deichen fenntartással adott közléseit a szerző kedvezőeknek tartja, mivel eseteik súlyos jellegűek voltak. Zolnai dr.

Sebészet.

Inoperabilis sigma carcinoma radicalis műtete, előzetes insulinkezelés után. Goldschmidt. (Wiener med. Wochenschr. 1926, 36. sz.)

50 éves férfibetegnél két hónapig fennálló panaszok után bélelzáródás. Vidéken végzett próbahasmetzés inoperabilis sigmarákot derít ki, e miatt anus praeternaturalis készítenek. Az Eiselsberg-klinikán egy hónappal később a beteg állapotát annyira rosszra találták, hogy igen nagy mennyiségű insulin adagolásával próbálkoztak (Silberstein szerint). Ezen kúra másfél hónap alatt 7 kg. súlygyarapodást és a daganat megkisebbedését eredményezte, úgyhogy műtetre határozta el magukat, mely a daganat teljes kiirtásával és a distalis bélesonknak az anus praeternaturalis nyílásába való kivarrásával végződött. A hét nappal később történt bélzárásnál sem recidivát, sem metastasist nem találtak.

Ez esetben először sikerült insulinadagolással az inoperabilis daganatot műtetre alkalmassá tenni. A dolog lényegébe bővebben nem bocsátkozik, nem akarván megelőzni Silberstien összefoglaló munkáját.

Pommersheim.

Az aranyér oki gyógykezeléséről. Gronau dr. (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 37. sz.)

Az aranyér főoka szerző szerint a colibakteriummal szembeni csökkent ellenállás. Három évi tapasztalata alapján azt hiszi, hogy a „Posterisan” nevű colivaccina specifikusan hat, mert megszünteti ezt a csökkent ellenállást. A szert végbélkúpokban alkalmazza és 15–20 kúp használata a beteget számos esetben gyökeresen meggyógyította. Hangsúlyozza azonban, hogy a kezelés mellett a mechanikus tényezők káros hatását is ki kell küszöbölnünk (székrekedés, ülő életmód, stb.).

Matolay.

A Payr-féle Pregl-pepsinoldat alkalmazásáról a prostata megnagyobbodásánál fellépő vizeletrekedésnél. Siegfried Hoffheintz. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 198. köt., 3–4. füz.)

21 betegnél, akiknél a gyökeres műtét általános állapotuk vagy a prostata erősen összekapaszkodott, rosszindulatú daganata miatt nem volt elvégezhető, megkísérelte a pepsinoldat befecskendezését. A befecskendést a gáton keresztül végezte és 1–2 cm³ 1%-os pepsinoldat és ½%-os novocainoldat keverékét használta (1–2 rész pepsinoldat, 8–9 rész novocain), a befecskendést 1–2 naponként végezte s legfeljebb hatszor

egymásután alkalmazta. Ha ezen idő alatt javulás nem állott be, úgy tapasztalatai szerint javulás már nem is várható. Kileneg betegnél az eredmény nagyon jó volt, bár négynek közülük már vizeletesurgása is volt. Kettőnél eredményt nem ért el, a többinél javulás volt észlelhető s a hólyag kiürülése csaknem rendes lett. Daganatoknál több esetben szintén megkísérelte a befeeskendést és néhány esetben a vizeletkiürülés javulását látta. Az eljárás tehát oly esetekben, ahol valamilyen okból a műtét el nem végezhető, ajánlja, valamint állandó katheterezés helyett is a műtétre való előkészítéskor.

Matolay.

A végbélrákról. Schönbauer és Pfab. (Wiener med. Wochenschr. 1926, 4. sz.)

Az Eiselsberg-klinikán 25 év alatt 479 végbélrákos beteget operáltak. Tapasztalataik alapján a gyökeres műtétet ajánlják. A resectióval szemben az amputatiót gyökeresebb eljárásnak tartják s ezért általában ezt végzik. Magasan ülő daganatnál azonban resectio és körkörös varratot végeznek, vagy a Hoehenegg-féle áthúzási eljárást alkalmazzák. Az abdomino-sacralis eljárást halálozása oly nagy volt, hogy, bár elismerik ennek igen gyökeres és a kiújulás szempontjából előnyös voltát, ma csak oly esetben végzik, ahol a műtét másképp nem oldható meg.

Matolay.

Urologia.

A gonococcusok spermakulturája. Orłowski, Berlin. (Zeitschr. f. Urologie, 1926, 20. köt., 8. füz.)

Franciaák törekvése a spermakultura megalapozása, kik úgy vélik, hogy ebből a gonorrhoea gyógyítására következtethetnek. A sperma tartalmazza az urethra, Littre és Cowper, here, ondóhólyag és prostata mirigyének secretumait. A coitus ezen mirigyek megnyitására és kiürülésére provokálólag hat. Házasulandóknál előzően lefolyt chronicus prostatitis eseteiben a spermakultura megvizsgálandó. Szerző a spermavizsgálatnál Lebeuf eljárását követi. A vizsgálandó alkoholtól tartózkodjék s 5–7 órán át vizeletét tartsa vissza; a spermát a laboratóriumban onania által — melyet a beteg condommal végez — nyeri. A sperma steril Petri-csészébe ürítendő, 37 C°-os költőszekrénybe teendő, amikor folyékony és homogen lesz. Ebből 3–4 cseppet átoltunk Petri-csészébe s védjük ezt a párolgás ellen. A maradékot folyékony bouillonhoz öntjük s 24 órán át hagyjuk a költőszekrényben. Ha a táptalajon megjelennek a berovott szélű, radiaer csikoltságú, nyálkásan abba tapadó gonococcusok, úgy a folyadék feldolgozását tovább folytatjuk. Ha nem, úgy ismét kulturát teszünk Petri-csészébe. 24–48 órai állás után újabb vizsgálat, átoltás újabb csészébe. Hat eset közül szerző két esetben talált gonococust. Bizonyos, hogy egyszeri kultura semmit nem mond.

Egerváry Tibor dr.

A veseelégtelenség kezelése prosata hypertrophiánál. Gerh. Düttmann. (Zeitschr. f. Urologie, 1926, 20. köt., 8. füz.)

Az irodalomban a prostatatúltengésben szenvedők veseműködésváltozataival kevesen foglalkoztak. Szerző a prostatások víz-, nitrogen- és konyhasó-, de főleg a víz és konyhasó kiválasztásánál figyelt meg szembeeső zavarokat. Az ilyen vese nem képes koncentrált vizeletet kiválasztani. NaCl-megterhelésnél nemesak a kiválasztás késik, hanem a konyhasó egy bizonyos része retineálódik. A N-kiválasztás változata nem jelentős, fokozatosan beáll a hypostenuria. Kümmel ezen esetekben ajánlotta a kétszakos műtétet. Tapasztalat szerint a sectio alta nehezzé és veszélyessé teszi a prostatektomiát, az állandó katheter alkalmazása pedig nem hozza meg a kívánt hatást; szerző Volhard és Kürten fel fogása alapján a veseműködés zavarait nem specifikus proteintest, vagy ingerizgató terapiával oldja meg, kiindulva azon megfontolásból, hogy parenteralisan bekebelezett fehérjeanyagok a szervek teljesítőképességének fokozását idézik elő. Ingertestnek a sajátvér tetszett legalkalmasabbnak. Ha a veseműködés nem volt

megfelelő, kétszer naponta két egymásutáni napon sajátvér-injectiót alkalmazott betegéinél intramuscularisan 10 cm³-t, állandó katheter és hólyagkezelés mellett. Együttal pontosan figyelte a vizelet NaCl- és vizeletanyagkiválasztását. A hypostenuriát Volhard koncentrációs hígításp próbával ellenőrizte, egyidejűleg a vér indikántartalmát határozta meg. Ilyen eljárás mellett 35 prostatás közül 34 esetben a vérnyomás esökkent, a vérindikán eltűnt, a vízkiválasztás és a concentratio tetemesen javult. A parenteralis fehérjehatásának magyarázata nehéz. A nehézséget növeli, hogy a prostatás vesénél miért a só- és vízkiválasztás szenved, s nem a N-kiválasztás.

Az ingertherapia anuria leküzdésénél és nephritikus jelenségeknél — ahol eddig decapsulatiót végeztek — tekintetbe jöhet. A Röntgen-sugarak, steril műtétek és ingertest-therapia, ilyen esetekre vonatkoztatva, hatásaikban identikusak. Az ingertestek a vese átvérzését váltják ki. A sectio alta hatása a torlódás elhárításán kívül ingertesthatásnak tekintendő. Szerző ajánlja, hogy a prostatektomiát egy megközelítően normalis veseműködésnél is csak 8–14 nap után végezzük. Vizelettől mérgezett szervezetnél kisebb szövetsérülések és vérzések is már shokjelenségeket idéznek elő.

Egerváry Tibor dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Új fájáskeltő eljárás. Prof. Gauss, Würzburg. (Zentralbl. für Gyn., 1926, 1. füz.)

A szülés idejét nem igen tudjuk meghatározni még akkor sem, ha az utolsó havibaj idejét a terhes nő pontosan meg is mondja. Nem egyszer fordul elő, hogy a beteg a megállapítottnál hosszabb ideig hordja magzatát. Ilyenkor vagy túlhordás áll fenn, vagy helytelenül határoztuk meg a fogamzás idejét. Mindkét eset kellemetlen az orvosra nézve. Eddig túlhordás esetében rendszeren burokrepesztéssel indították meg a szülést, ami nem teljesen veszélytelen eljárás. Szerzőnek — egy Zander-intézet rázógépet látva — az a gondolata támadt, hogy ilyen készülékkel fájásokat s ezzel a szülés megindítását lehetne előidézni. E célból szerkesztett „Seistes“-gépe rugókkal felszerelt gummiülesből áll, melyre a vízszintes helyzetben lévő beteg medencéje kerül. A villanymotorral hajtott gép állandó, egyenletes rázómozgásban tartja a medencét, mely végül a fájások kiváltásához vezet. Ha ez nem volna elegendő, úgy egy felső rugalmas karral a méhet magát dörzsöltetjük. 15 esetben használta kielégítő eredménnyel. Feltétlenül 41 terhességi hetet jelöl meg. Szigorúan javaltnak tartja habitualis túlhordás esetében (élő vagy halott magzatnál egyaránt), de végzi ilyen módon a szülés megindítását akkor is, ha egy intézetben a szülési határidő előtt pár nappal felvett terhes nő egy hétnél is tovább várakozik a fájások megindulására. Egy esetben szülés alatt fellépett fájásgyengeségnél is sikeresen alkalmazták. A kezelés abból áll, hogy első alkalommal öt percig, majd naponként 10–20 percig rázatják a beteget s ha ez nem elegendő, úgy a méhet dörzsölő kart is működésbe hozzák. Eseteik felénél már az első kezelésre fájások léptek fel, míg három alkalommal a kezelés eredménytelen maradt. A szülések mind spontán folytak le, kellemetlen mellékhatásokat nem láttak.

Szathmáry Zoltán dr.

A próbakimetszések és méhkaparékok szövettani vizsgálatának értékéről. Robert Mayer, Berlin. (Zentralblatt für Gyn., 1926, 1. füz.)

2000 szövettanilag vizsgált esetéből, elhagyva azokat, hol a klinikai és szövettani vizsgálat egyezett, a fennmaradó gyanús 165 ékkimetszés és 273 méhkaparék vizsgálati eredményéről számol be. 165 ékkimetszés közül rákosnak bizonyult 26. 15 klinikailag biztosan rákosnak kórismézett esetben rosszindulatúságra utaló elváltozást nem találtak. Két esetben nem is volt gyanú rákos elfajulásra s a metasztet carcinomát mutattak. A gyanús méhkaparékok közül 223 bizonyult jóindulatú-

nak és 29 rákosnak. Három biztosan rákosnak vélt esetben rosszindulatúság nem volt, viszont kilenc rákos esetben nem is gondoltak erre a lehetőségre. Egyszer sem fordult elő, hogy szövettanilag jóindulatúnak kórismézett esetben az asszony később mint rákos beteg tért volna vissza. Nem fogadja el *Hirschberg* „kétséges” szövettani eredményeit. Ha ilyen előfordul, úgy a nélkül, hogy diagnosist mondana, azt tanácsolja, hogy pár hét múlva ismételjék meg a vizsgálatokat, mert nem egyszer fordul elő, hogy a kezdődő kicsiny méh-rákot a méhkaparással teljesen eltávolították s a második vizsgálatnál már semmi nyomát sem találjuk a rosszindulatúság gyanújának. Ezekben az esetekben természetesen nem tartja vissza a klinikust attól, hogy a méhet teljesen ki nem irtsa, csak a figyelmét hívja fel, hogy ne esodálkozzék, ha az eltávolított méhben rákos elfajulást már nem talál. Épp a gyanús esetek rosszindulatúságának kis százaléka miatt szembehelyezkedik *Stöckel* felfogásával, ki a climaxon túl lévő nőknél a ráknak csak gyanúja mellett is teljes méhkiirtást végez, anélkül, hogy előzőleg próbakaparékot vett volna. Véleménye szerint az óvatosan végzett kismennyiségű szövet kikaparása s így a szövetek megbolygatása nem vezet a rákos csírok továbbtelére, széthordására. Felhívja a figyelmet arra, hogy a vizsgálati anyagot nem egyszer tévedésből kicserélik. Vizsgált cervicalis polypusokat, melyek haemorrhoidalis esomóknak, Bartholinicystának, orrsövénynek bizonyultak. A göresövi vizsgálatnál a hám elrendeződését fontosabbnak tartja, mint a többrétegűséget.

Szathmáry Zoltán dr.

Fülgyógyászat

Új otoskopiai tünet epilepsiánál. *Rudakoff.* (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. 115. köt., 2. füz.)

Szerző részint roham alatt, részint közvetlen utána a dobhártyának diffúz vagy részleges vérbőségét találta. Egyes esetekben kék elszíneződést észlelt főleg a dobhártya hátsó-felső negyedében, valamint a kalapács nyele mögött, mely helyen néha pontszerű vérzések is fellelhetők. A vérbőség nem egyszer a halójárat felső-hátsó falára is ráterjedt.

A dobhártyán látható elváltozásokat a fej-eredényeinek roham alatt fellépő vérbősége magyarázza, csakúgy, mint a szemfenéki eltéréseket. Szerző szerint ez a tünet hysteriás és epilepsiás roham között differential-diagnostikai szempontból is értékesíthető, de felhasználható epilepsiát szimulálók leleplezésére is.

Germán Tibor dr.

A labyrinthus műtéti megnyitásának indikációjához. *Leidler.* (Monatschr. f. Ohrenheilk., stb. 1926, 60. köt., 5. füz.)

13 esetről számol be, melyeknél az eddigi elvek alapján a labyrinth megnyitásának kérdése bizonytalan volt. Megállapításai a következők: 1. Ha a labyrinth megbetegedéséhez arcidegbénulás csatlakozik, a dobüreg radicalis feltárását feltétlenül el kell végezni. Ha a műtéti lelet a labyrinth csontos tokjának megbetegedését mutatja (cholesteatoma, sarjadzások a fülkékben, sipolyképződés), a megnyitás még az esetben is indikált, ha a labyrinth működése még megtartott. 2. Ha a körülírt labyrinthmegbetegedés a középfülgyulladás műtéti kiiktatása ellenére megfelelő hosszú megfigyelés után tovaterjedési hajlandósággal bír (a functio fokozatos elvesztése néha szédüléssel és fejfájással kapcsolatosan, rossz sebgyógyulás), nem szabad megvárni a functio teljes elvesztését, a labyrinthust már előbb meg kell nyitni. 3. Ha heveny eset kapcsán teljes acusticus-kiesés mellett más oknál fogva kell operálni, végezzünk szintén radicalis feltárást, hogy a lateralis labyrinth-falat jól át tudjuk vizsgálni. 4. Fülredetű agytályogoknál (főleg kisagyi tályogoknál, avagy a hátsó koponyagödör mélyen fekvő extraduralis tályogjainál), ha a bonctani viszonyok megkínázzák, a tályog széles feltárása érdekében esetleg az ép labyrinthust is fel kell áldozni.

Germán Tibor dr.

Gyermekeorvostan.

Az újszülöttek fehérjevizeléséről. *Faerber és Boutemard.* (Jahrbuch f. Kinderhkl. 113. köt. 5–6. füz.)

Az újszülöttek albuminuriája az első napok csekély folyadékfelvételében találja magyarázatát. Amint a folyadékfelvétel kielégítő, a fehérje eltűnik. A szopással nyert tej mennyiségének egyéenkénti változása okozza az albuminuria változó tartamát. Az újszülöttek albuminuriájának analogiájára csecsemőknél vízvesztés után fehérje jelenik meg a vizeletben, amikor is az „ecetsavtestek” szabályszerűen megtalálhatók.

Steiner dr.

A meningitis cerebrospinalis kezelése serummal a liquor kiszorítása után. *Siegel és Sollgruber.* (Arch. f. Kinderhkl. 79. köt., 1. füz.)

A meningitis cerebrospinalis serumkezelése nem vezetett mindig eredményre s a serum bevitele ventriculuspunctióval sem vihető mindig keresztül. *Hamburger* a gerinccsapolással leengedett liquor helyébe ugyanannyi levegőt fecskendett be. A gyermek helyzetváltoztatásával a levegő a gerinccsatornában felfelé szállván, onnan a liquort kiszorítja. Ezt az eljárást többször megismétli, míg már liquor nem marad benn s a befecskendett levegő helyébe serumot fecskendez. A liquornak lehetőleg teljes lebecsátása által az intracranialis nyomás jelentékenyen csökken, sok kórokozó s annak anyagszeretterméke távolíttatik el s így nagyobb mennyiségben vihető be serum. Ily módon kezelt négy eset közül három esetben érték el szerzők teljes és gyors gyógyulást. Egy esetben 120 cm³ serum három részben alkalmazva volt elegendő, egy más esetben egyszeri gerinccsapolás után 60 cm³ serum bevitele vezetett gyógyuláshoz. Harmadik esetükben 90 cm³ serum bevitele után javulás állott be, de néhány nap múlva újra rosszabbodás s még 140 cm³ serum endolumbalis alkalmazása után érték el gyógyulást. Egy esetben a serum ily módon való bevitele is hatástalan volt s a csecsemő bronchopneumoniában exitált. Kétségtelen, hogy a levegő kiszorításával a genyes területekhez könnyebben hozzájuthatunk s a serum így erőteljesebben fejtheti ki hatását. Végleges értékű következtetések levonására még sok eset észlelésére van szükség.

Tüdös dr.

Veleszületett lues egypetéjű ikreknél. *Weiss.* (Arch. f. Kinderhkl. 79. köt., 1. füz.)

Egy kétségtelenül egypetéjű ikerpár kórtörténetét közli szerző: A három hónapig anyatejen táplált ikrek kéthónapos korukban orrdiphtheriában betegszenek meg s öthónapos korukban jelentkeznek először a congenitalis lues tünetei (coryza, positiv Wassermann-reactio). Az egyiknél később gyenge papulosus exanthema, májés léptumor fejlődik ki, míg a másiknál ilyen tünetek nem lépnek fel. A szövettani lelet hepatitis interstitialis mutat. A lueses tüneteknek ilyen késői, öthónapos korban való megjelenése az anyatejjel bevitt immunanyagok által előidézett partialis immunitással magyarázható. Egypetéjű ikrek különböző erősségű megbetegedésénél constitutionalis momentumok játszhatnak szerepet. A szülési trauma és a magzatvíznek az orrba való bejutása magyarázza a coryzát, mint leggyakoribb első lueses tünetet. A bőrtüneteknek az egyik ikernél való elmaradását talán az infectio gyengébb volta, avagy a másik iker kisebb ellenállóképessége magyarázza. A higanykenőkére és az embial-injectióknak nem tulajdoníthatjuk azt az eredményt, hogy az egyik ikernél a visceralis lues tünetei nem fejlődtek ki. Több hasonló észlelet egypetéjű ikreken hozzájárulhat ezen kérdések tisztázásához.

Tüdös dr.

Caseinmentes „beállítódiaeta” a csecsemőkori hasmenéseknél. *Moll.* (Monatsschr. f. Kinderheilk. 32. köt., 428. old.)

Tekintettel arra, hogy adott esetben nem igen sikerül megállapítani, hogy tulajdonképpen a tejnek mely componense idézte elő a hasmenést, szerző a tej teljes megvonására határozta el magát. E célt szolgálja az ú. n. pudding-tea-diaeta (készítmódját lásd Jahrb. f.

Kinderhik. 100 köt.). Vizsgálatok és tapasztalatok arra a megállapításra vezettek, hogy a csecsemőkori hasmenésnél a fehérjerothadásnak is pathognomiás szerep tulajdonítandó és valóban elég volt a tejmentes pudding-tea-diaeta helyett caseinmentes pudding-savó-diaetát alkalmazni, hogy súlyos hasmenések dyspepsiás és toxikus jelenségei egyszeribe megszűnjének. A pudding-savó-diaetát (a casein kicsapása 4–5% calcium lacticummal való felfőzés útján történik) jól helyettesítheti, különösen fiatalabb gyermekeknél, a mandula-tej-savókeverék (emulsio amygd. dulc. és calciumsavó aa 3% rizsliszttel). Összetétele és caloriaértéke az anyatejével csaknem teljesen egyező. A caseinmentes diaetával sok száz esetben kiváló eredményt ért el. A hasmenés megszűnte után visszatért a betegség kifejlődése előtt nyújtott táplálékra, ha a csecsemő eladdig azon táplálék mellett jól fejlődött, ellenkező esetben valamilyen más tápkeveréket vezetett be, de a táplálék caseintartalmú componensét minden esetben csak óvatosan emelte.

Lenart György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Gyógyszerkülönlegességek kézikönyve. Szerkesztette Köninger Miklós dr., Győr. 216 oldal.

Szerző célja, mely őt ezen munka megírására ösztökélte, kétségtelenül az volt, hogy vezérfonalként szolgáljon a gombamódra szaporodó és a legtöbb esetben kétes értékű gyógyszerkülönlegességek útvesztőjében botorkáló orvosoknak. A könyv (szerintünk helytelenül) indicatiók szerint csoportosítva, válogatás nélkül felsorolja a magyar és a külföldi gyógyszerkülönlegességeket, megemlítve azok összetételét, illetve chemiai tulajdonságát, és híven leközi a különlegességeket készítő gyárak sokszor igen kétes és naiv hatástani magyarázatait is. Nagy hibája, helyesebben hiánya a munkának, hogy hiányzik belőle a készítmények betűrendes tárgymutatója, minek következtében semmit sem lehet megtalálni benne. A munka tudományos értékelésre nem tarthat igényt. Kritikát nem gyakorol és erősen reklámoz. De hogy is lehetne más, mikor a szerző előszavában leplezetlenül dicséri azokat a gyárakat, melyek belátták, hogy az ő propagandaérdeküket szolgálja a könyv és ezért a legnagyobb örömmel járultak hozzá készítményeik arányában az előállítási költségekhez; s viszont megtatlatlanodik, hogy néhány gyár előtte teljesen érthetetlen okokból elzárkózott még a legcsekélyebb anyagi hozzájárulástól is, noha ő kötelezte magát a gyárakkal szemben, hogy munkáját az összes 1925-ös címjegyzékben lévő magyarországi orvosoknak díjtalanul megküldi. Vajon megkapta-e mindenki? V.

Vererbungslehre. Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. H. W. Siemens. 3. Auflage. I. F. Lehmann, München. Ára fűzve 3, kötve 4 M.

A szerző tulajdonképpen dermatologus: a bőrkór-tan magántanára a müncheni egyetemen, de már régóta ismert és elismert irodalmi munkása az örökléstan-nak és lelkes harcosa az eugenetikának. Ahhoz a nacionalista és kissé antidemokratikus körhöz tartozik, amely a Münchenben megjelenő Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie körül csoportosul. Főbb zászlóvivői e körnek Lenz, Gruber, Ploetz és a szerző; velük szemben áll az inkább socialista irányú Grotjahn. Siemens e 112 oldalra terjedő népszerűen írt füzetében, amelyet már a svédek és amerikaiak is lefordítottak, először világos és könnyen megérthető áttekintését adja az örökléstan alapvető tételeinek, azután reáért az elfajulásokra s végül a fajjavításról, vagyis az eugenetikáról és ennek módjairól mondja el a véleményét. A szerzett tulajdonságok átöröklését tagadja; elismeri, hogy valaha, a phylogenesisben és emberi fajok elkülönülésében lehetett ennek szerepe, de most a hatása az emberiség körében nem mutatható ki. A jövő nemzedék minősége szempontjából nem a phaenotypus az ő para-typusos vonásaival, hanem a genotypus a fontos. Ezért az egyéni hygienének, a sportnak, testgyakorlatoknak, alkoholabstinentiának, stb. semmi jelentőségét sem tulajdonít a faj jövője szempontjából; a fajjavításnak alfa- és omegája a selectio, még pedig nem annyira a negativ selectio (az elfajult egyéneknek a szaporodásból kizárása sterilizálás vagy kolóniákba való internálás által), mint inkább a positiv selectio, vagyis a ki-

mutathatóan nemcsak phaenotypusosan, hanem genotypusosan is értékes egyének szaporodásának minden eszközzel való elősegítése. Sokasítani kell a tehetséges, értékes családokat! Sötét színben festi Európa kultúrájának a jövőjét, mert az értékesebb arisztokrata és középosztálybeli családok, amelyek alapítóiknak kiváló tulajdonságai alapján selectio útján jutottak előkelőbb társadalmi helyzetükbe s most, mint az európai kultúra tulajdonképeni letéteményesei, a társadalom javát alkotják, a gyermekszám szándékos korlátozása folytán (csak legalább négy gyermek óvja meg a családot az el-sorvadástól!) kihalnak, s helyüket az alulról feltörő értéktelenebb, de szaporább elemek foglalják el. Ebből a tételből kiindulva, nem riad vissza a legmerészebb következtetésektől és erős szavakkal ostromozza a mostani „oktalan” adózási, örökösödési és pénzügyi politikát, amelyet gyökeresen át kellene formálni a fajjavítás szellemében. Siemens könyvében sok van, amiről mi máshogy gondolkozunk; mi nem félünk attól, sőt kíváncsiaknak tartjuk, hogy a magyar középosztály hézagába a színmagyar köznép köréből származó elemek emelkedjenek fel, mert a magyar föld népét éppen olyan tehetségesnek és értékesnek tartjuk, mint akár a mág-násokat. Sok olvasónak nem fognak tetszeni a szerző kifakadásai a humanisztikus gimnázium s az „eszelen ophilologiai tanítási irány” ellen. Nem érthetünk egyet a szerzővel abban a mértéktelen dicsőítésben sem, ami-ben az északeurópai fajt részelteti a többi európai faj-jal, még a délnemettel szemben is, s az ebből levont különleges szaporítási javaslatok tekintetében sem; de enyhítő körülmény, hogy a szerző ebben nem áll egye-dül, hanem egész iskola áll mögötte.

Prof. L. M.

A növes zavarai és a belsősecretio. Szondi Lipót. A Tudományos Társulatok Könyvkiadó Vállalat orvosi szakkönyvkereskedés (Novák Rudolf és Társai) kiadása. Budapest.

A 193 oldalas könyv az endokrin-rendszer működésének a hosszú növekedéshez való viszonyát tárgyalja. Munkáját a szerző két részre osztja. Az első — elméleti — részben az endokrin-rendszer általános diagnosztikus elveit állapítja meg, majd a növekedés mechanizmusát elemzi s felsorakoztatja a különböző elméleteket, melyek a test hosszú növekedését szabályozó — főleg endokrin — tényezőkkel foglalkoznak. Kiemeli a polyglandularis gondolkodás fontosságát. Ezután rendszeresen feldolgozott beteganyagának vizsgálati eredményéről számol be s az esetek beható tárgyalása után megállapítja azon szabályszerű összefüggéseket, melyeket a hosszú növekedés különböző zavarai és a belső-secretiós szervek elváltozásai között talált. Hangsúlyozza, hogy vizsgálati eredményeit csak irányító-elveknek tekintti a további biológiai vizsgálathoz. A könyv második — gyakorlati — részében az egyén-vizsgálatnál követendő irányelveket határozza meg; majd több törpeségi esetet ismertet s azoknak pontos elemzésével törekszik a különböző eredetű törpeségeket egymástól elhatárolni. Könyvének anyagát a szerző nagy gondnal állította össze; a kérdések bonyolult complexumát az endokrin-mirigyek elváltozásait feltűn-tető képletekkel s táblázatokkal teszi könnyebben érthetővé. Vizsgálati eredményei beható klinikai megfigye-lések összegezéséből adódtak, boncolásra került esetei ninesenek. Számos táblázat, több törpéről készült felvétel és Röntgen-kép egészíti ki a szöveget.

Nachtnebel dr.

A Kir. Orvosegyesület december 4-i ülése.

1. Singer Hugó: Késői radiumsérülés 13 év előtt kezelt hüvelyrák esetében. 36 éves nőt mutat be, aki primaer, már megkötött hüvelyrákja miatt csak radiummal kezeltetett. A radiumkezelés után a nő teherbe esett és spontan élő gyermeket szült. Az egyetlen hátrány a húgyvesének fél év előtt történt nagyobb fokú szűkülete, amelynek tágitása hónapok után teljes sikerrel járt. A bemutatott eset elemzése a mellett szól, hogy a radium primaer hüvelyráknál ceteris paribus a mű-téti eredményeket felülmúlja.

Mansfeld Ottó: A hüvelyráknak prognosisa oly abszolút rossz, hogy egy tizenhárom év óta recidiva-mentes eset bemutatása feltétlenül indokolt. Tekin-tettel arra, hogy a beteg a radiumkezelés óta szült, rajta mellő és hátsó hüvelyplasticát végeztek, a műtét per secundam heggedéssel gyógyult, továbbá sem saját

tapasztalásában, sem az irodalomban oly esetet nem láttott, melyben a radium húgyesószűkületét okozott volna, nem osztja bemutatónak azon nézetét, hogy ezen szűkület a radium késői következménye lenne.

Kubinyi Pál: A bemutatott eset ritka kivételes szép gyógyulás, annál inkább, mivel a hüvelycarcinoma gyógyulási prognosisa szintén absolute rossz. Az irodalomban alig van véglegesen gyógyult eset. *Tauffer* tanár mondta ki először, hogy hüvelycarcinománál a végbél is eltávolítható. Ilyen úgynevezett genitalektomiát határozta végzett, egyik most három hete fekszik gyógyulásban a klinikán. A hat közül kettőt veszített. Egyet négy év után is jó egészségben látott. A többinek sorsát most kutatják. Hasonló eredmények alig vannak közölve.

Singer Hugó (zárszó): Mansfeld hozzászólására megjegyzi, hogy a diaphragma urogenitale kötőszöve bonctani és biológiai egységet képez s ezért egyáltalában nem csodálkozik, ha a végbél és hüvely radiumzsugorát a húgyesó is követte. *Kubinyi* tanárnak azt válaszolhatja, hogy a hüvelyrák modern műtétei olyan hatalmas behatások, amelyek nincsenek arányban az igen gyakori recidivákkal öt éven belül. Ezért érdemel nagy figyelmet minden tíz éven felül csak radiummal véglegesen meggyógyított primaer hüvelyrák.

2. Torday Árpád: Angina agranulocytotica esete. 34 éves nőnél makacs angina lép fel, három hét múlva súlyosbodnak a tünetek s a vulvában is széteső folyamat mutatkozik. Felvételkor a bal mandulán nekrotikus lepedékkel fedett fekély látható. Hasonló fekélyesedés a gingiván, valamint az alsó ajkon. A vulvában szintén fekély. Vörösvérsejt 3,700,000, fehérvérsejt 1450, ebből kis lymphocytá 89%, monocytá 7% és izsalmi sejt (erős basophil protoplasmával bíró monocytá) 4%. Salvarsan alkalmazására rövidesen javul a kép. Ismerteti azon tüneteket, amelyek alapján ezen kórképet a heveny leukaemiától, az aleukaemiás alaktól és az aplastikus anaemiának különböző megjelenési alakjától meg lehet különböztetni. Felelmi, hogy a salvarsan is hozhat létre ilyen tüneteket, főleg ha a vesék nem épek. A sepsistől való megkülönböztetés sokszor nehézségekbe ütközik s az irodalomban között néhány eset valószínűleg az is volt. Ismerteti azokat az elkülönítő kísérletekhez vezető jeleket, amelyeknek alapján a jelen esetben angina agranulocytotica-ra gondolt. A további megfigyelések lesznek hivatva annak kiderítésére, hogy az agranulocytosist, mint különálló kórképet, felvétele jogosult-e.

Safranek János: Angina granulocytotica nálunk észlelt első esetét három évvel ezelőtt mutatta be. Kérdés, hogy önálló megbetegedésről van-e szó, avagy csupán más fertőző betegségekhez társuló jellegzetes tünetesoporról? *Schilling* anaphylaxiás, illetve toxikus agensnek (Grippe-vírus?) vél szerepet tulajdonítani. Hozzászóló tapasztalatai szerint e megbetegedés olykor fertőzéses bajok kapcsán, máskor elsődlegesen keletkezik. Második esetben tovahaladó anginával halálos lefolyású, míg az előbbi csoport esetei inkább elhúzódó és kevésbé malignus lefolyást mutathatnak.

Zalka Ödön: A *Safranek* által felemlített eset bonc- és szövettani leletét ismerteti. Felelmi, hogy amerikai szerzők több esetben észleltek látszólagos gyógyulás után pár hónap múlva halálos recidivát. Ezért a bemutató gyógyult esetét is óvatosan kell fogadni.

Lukács István: A Pesti Izr. Hitközség kórházának belgyógyászati osztályán észlelt *Baló* által kórbonctanilag igazolt gonococcusfertőzés kapcsán kifejlődött agranulocytosis esetét ismerteti. Csatlakozik azokhoz, akiknek véleménye szerint az agranulocytosis nem önálló megbetegedés, hanem a granulocytaképző apparátusnak nagyfokú kimerülése folytán létrejött reactio, amelyet a legkülönbözőbb kórokozók válthatnak ki. Gonococcusfertőzés következtében létrejött agranulocytosist az irodalomban leközölve nem talált.

Weisz Győző: A Poliklinikán észlelt eset érdekességét az adja meg, hogy a *Türk*-féle lymphatikus reactio és a *Schultz*-féle agranulocytosis egyazon betegen egy időben fordult elő. Ez bizonyítja, hogy a két elváltozás reactio és nem különálló kórkép.

Torday Árpád (zárszó): A beteget tovább is meg fogja figyelni. Kétséges, hogy vajon az agranulocytosist különálló kórképpnek tekintsük-e vagy a csontvelőkimerülés egyik tünetének, amely okból jöhet létre. Mi-

előtt ezt határozottan kimondhatnók, még további pontos klinikai megfigyelések szükségesek.

Bálint Rezső: Az *ulcus ventriculi klinikájának és gyógyításának egyes kérdéseiről*. Azon vizsgálataival kapcsolatosan, amelyekkel az *ulcus ventriculiban* szenvedő egyének véreinek és szöveteinek savanyú reactioeltolódását mutatta ki, amely eltolódásnak az *ulcus* pathogenesise szempontjából jelentősége tulajdonít, felveti a kérdést, hogy ezen savanyú diathesis bír-e jelentőséggel az *ulcus* tüneteit és gyógyítását illetőleg is. A tünetek közül főleg a fájdalmakkal, azok keletkezésével foglalkozik. Azt a régi felfogást, hogy a fájdalmakat a gyomorsav maró hatása hozza létre, megcáfolják a klinikai és kísérleti észleletek. Kétségtelen ezek alapján, hogy a fájdalmak izomcontractiók eredményei, de viszont nem minden contractio okoz fájdalmat. Saját vizsgálatai alapján bizonyítja, hogy a contractiohoz még egy tényező kell, hogy az fájdalommassá váljék és ez a vér reactiójának savanyúbbá válása. Párhuzamot állít fel az éhségérzés és éhségfájdalom között. Előbbi is contractiók, a gyomornak ú. n. ürességi contractiói hozzák létre, amelyhez azonban — éppen úgy, mint az *ulcus* fájdalomnál — még egy tényező kell, hogy éhségérzetet okozzanak. Ez a tényező előadó szerint a vérnek éhezés alatt savanyúvá való válása, amelynek kiegyenlítése részben legalább az étkezés alkalmából létrejövő gyomorsavválasztás útján történik. Vizsgálja azután azon szempontokat, amelyek a savanyú diathesisből az *ulcus* terapiáját illetőleg adódnak. Magyarozatát adja a nyugalom jó hatásának, amely nyugalomnak általánosnak és specialisanak: a gyomor nyugalomának kell lennie. Tárgyalja e szempontból a diéta szabályait. Magyarozatát adja az alkali jó hatásának; e jó hatást a szervezet alkalinizálásában, tehát a savanyú diathesis befolyásolásában látja. Saját *ulcus* gyógyítómódja is kitarító alkalizálás és a gyomor nyugalomának biztosításán alapul. Végre foglalkozik a sebészi beavatkozások javító, illetve gyógyító hatásaival, magyarázza azt a jó hatást, amelyet a gastroenteroanastomosis gyakran hosszú időn át, esetleg véglegesen is kifejt. Legbiztosabb műtétnek a gyomor secernáló részének teljes resectióját tartja.

Manninger Vilmos: Nyolc esetben végezte *ulcus varicosum* crurálnál 1%-os natriumbicarbonatoldattal annak alá- és körülfeeskenedését és mind a nyolc esetben igazolja *Bálint* ama észlelését, hogy az *ulcus*ból jól sarjadzó seb lett és hogy a szövetek savanyúságának csökkentése kedvezően hat a gyógyulásra. Eseteinek demonstrálására mulage-okat mutat be.

Baló József: *Askanazy* végezte újabban a gyomor emésztéses fekélyeinek pontos kórszövettani vizsgálatát. A fekély alapján feltűnő az idegek elváltozása, neuritisek és amputációs neuromák keletkezhetnek. Ha az *ulcus* alapján neuromák vannak heges szövetbe beágyazva, talán ez is hozzájárul bizonyos esetekben az *ulcus* fájdalom megmagyarázásához.

Friedrich László: *Bálint* tanár úrnak nagy hálával tartozunk azért, mert az *ulcus* pathogenesisében ő mutatott rá az endogen faktorok, a milieu interieur változásának nagy fontosságára. Az *ulcus* terapiájában az ideális cél, mely a mai viszonyok közt szemünk előtt kell, hogy lebegjen: az *ulcus* ambulans kezelése. Három év előtt beszámolt e helyen azon vizsgálatairól, melyeket az *ulcus* protein-kezelésével elért. Újabban *Feissly* egy eset kapcsán az insulint ajánlotta az *ulcus* kezelésére abból a gondolatból kiindulva, hogy az insulin a szervezetnek savbasis-egyensúlyát úgy befolyásolja, hogy ott alkalosist csinál. Húsz esetben alkalmazta az insulinkúrát. A betegek egy része a kezelés közben sem lesz teljesen panaszmentes, más része igen. Kérdezi előadó tanár úrnak az insulinról való tapasztalatát.

Bálint Rezső (zárszó): Ismereteselek előtte azok a vizsgálatok, amelyekről *Baló* kartárs úr említést tett, de ezek az ideg-elváltozások semmiképpen sem magyarázzák az *ulcus*os fájdalmat mechanizmusát. Ami *Friedrich* tagtárs úr hozzászólását illeti, természetes, hogy gyakran ambulanter is lehet jó eredményeket elérni, de viszont a nyugalom olyan faktor, amely a gyógyulást lényegesen elősegíti. Insulinnal tapasztalata nincsen, de utal *Siminsky* nemrég közölt munkájára, aki insulintól egyrészt alkalosist, másrészt jó hatást látott *ulcus ventriculira*.

Az Országos Közegészségi Egyesület jubiláris díszülése.

Megalakulásának 40. évfordulóján József Ferenc királyi herceg, az egyesület védnökének elnöke alatt díszülést tartott a közhasznú propagatív és felvilágosító munkát végző egyesület. Vass József népjóléti és munkaügyi miniszter képviselőjében Scholtz Kornél államtitkár, valamint sok társadalmi és közéleti előkelőség jelenlétében Gerlóczy Zsigmond egyetemi tanár üdvözölte a királyi herceget és a megjelent közönséget. Beszédében megemlékezett az egyesület alapítóiáról: Fodor Józsefről, Markusovszky Lajosról és Trefort Ágostonról, akik céltudatos munkásságukkal felkeltették a 40 év előtti intelligens középosztály és az ország vezetőinek érdeklődését az addig igen mostoha viszonyok között levő közegészségügyünk iránt. Az ő munkásságuknak köszönhető az egyesület megalakulása, mely alattuk is, azóta is eredményes és jelentős munkát végzett; bizonyítéka ennek, hogy az állami hatóságok is hozzáfordulnak véleményért, tanácsért egészségügyi kérdésekben. Részletesen, évről-évre haladva felsorolta azokat a kérdéseket, melyekkel az egyesület részben saját kezdeményezésére, részben felsőbb hatóságok megkeresésére foglalkozott és a mostani nemzedék munkásságában megalapozva látja az egyesület és hazánk közegészségügyének jövőjét.

Utána Berzeviczy Albert, az Akadémia elnöke tartott ünnepi előadást, melyben kiemelte, hogy Fodor, Markusovszky és Trefort szerencsés összetalálkozásának volt következménye közegészségügyünk fellendülése. Fodor József mint elsőrendű közegészségügyi szaktekinél, külföldi példákból és saját genialitásából adta meg az eszméket s ezeket Trefort, a miniszter valósította meg, de Markusovszky érdeme, hogy a laikus miniszterrel ezek szükségességét és hasznosságát meg tudta értetni. Amíg e három férfiú tanításait, eszméit, példaadását követi az Egyesület, addig a sikerei, virágzása nem maradhatnak el.

Végül József Ferenc kir. herceg zárószavaiban reflektált az elhangzott ünnepi beszédekre és berekesztette a díszülést.

A Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának november 29-i ülése.

Nádor-Nikitis István: *A liquor globulintartalmának quantitativ meghatározása.* 2 cm³ liquorhoz 2 cm³ semleges telített ammoniumsulfátot adva, a kicsapódó globulinokat a célra készült és calibrált 5 mm átmérőjű üveges csőben üleptjük, mikor is az abszolút értékek leolvashatók. Összehasonlítás céljára 0.005–1%-os serumhígítások szolgálnak, amennyiben megfelelő koncentrációk mellett a globulinüledékek magasságát határozza meg. A keskeny átmérőjű csőben már kis különbségek szembetűnnek. Hátránya a módszernek az, hogy az ülepedés elhúzódik, amit azonban kiküszöbölhetünk, ha az előzetes üleptést 15 mm széles csőben végezzük, amihez 8–12 óra elegendő. A csapadékot azután visszük át a calibrált csőbe. A széles csőből először az üledékes részt, majd a felette lévő folyadékot szívja fel és rétegezi a keskenyebb átmérőjű csőbe. Így az üleptés teljes időtartama csak 24 órát tesz ki. Az eljárás pontossága 0.005%. Előnye az eljárásnak, hogy a centrifugáló eljárások hibáitól mentes, s különösen csökkent globulintartalom meghatározására alkalmas.

Minich Károly: *Carcinosis secundaria leptomeningum summarum corticis cerebri et medullae spinalis.* 37 éves földműves gümös agyhártyagyulladásra utaló tünetekkel került kórházi felvételre. Sectionál a gyomor kiscsigolya részének közepén kifejeződött cseresznyenagyságú adeno-carcinomás daganat környezetében több apró, főtt borsónyi másodlagos daganat mellett az összes gyomorkörűli, májkapui, hashártya mögötti és gátróbeli mirigyes rákos beszűrődése, a szív-burok zsigeri lemezén a koszorús ütőerek lefutása mentén található lenesényi, babnyi daganatos csomók voltak találhatóak. A lágy agyburkokon, azok barázdáinak felületén tejszerű zavarodás látszott, különösen mindkét halántéklebeny alsó és oldalsó felszínén a lágy agyburki erek lefutását szegélyezőleg, majdnem porcellánfehér, kissé egyenetlen szélekkel előemelkedő olyan megvastagodások voltak észlelhetők, aminek a mellhártyán akkor jelentkeznék, ha a nyirokerek ráksejtjei

kel megtelődnek. Hasonló elváltozás volt a gerinevelő lágy agyburki részén is, legkifejezettebben a gerincagy hátsó felületén. A szövettani vizsgálat kimutatta, hogy az agy lágyburkai mindenütt, tehát nemcsak a zavarosnak látszó barázdák feletti területen, hanem a makroszkopice épnek látszó területeken is, szabálytalan, sokszögletű ráksejtekkel beszűrődöttek. Azon helyeken, ahol a lágyburki ereket szegélyező porcellánfehér előemelkedések látszóttak, a rákos beszűrődés az erek körüli nyirok- és szövetréseket kitölti és az egyes ráksejtfészkekben az adenomás jelleg jól kivehető. Az erek körüli rákos beszűrődés a kéregállomány molekuláris rétegébe egymással érintkező kiöblösödések alakjában betérjed és külső rétegét a csontok usuratiójánál hasonló módon elpusztította. Még kifejezettebb a gerincagy lágy burkainak rákos beszűrődése, hol különösen a háti felületen egyenletes vastagságú réteget alkot, mely az idegtörzseket körülveszi s a gerincagy fehér állományába elágazódó nyulványok alakjában betérjed. A lágyburkok daganatos beszűrődése valószínűleg a hashártya mögötti nyirokesomókon át terjedt a gerincagy és folytatódva az agy burkaira. Kétségtelen, hogy a gyomorban talált adeno-carcinoma az elsődleges góca, a nyirokpályák megbetegedése révén jöttek létre a szívburkon talált csomók s a bórallati kötőszövetben és izmokban talált elváltozások is. A kórbonctani lelet szokatlansága teszi érdekessé az esetet.

Gyárfás Kálmán: Beteg június végén főfájással betegedett meg, mit három nap alatt rövid ideig tartó zavartság, majd eszméletlenségi állapot követett. Kórházi felvételekor meningitisis kórkép mutatkozott. Szemfenék, Röntgen, liquor-Wassermann-reactio negatív, a liquorban 70 fehérvérsejt, fibrinképződés nines. Pándy és Nonne-reactio erősen pozitív. A 2–3 naponként végzett lumbal punctio után néhány óráig tartó javulás. Két hét múltán a beteg exitált. A kórkép a leírtaktól abban különbözik, hogy leginkább megközelíti a meningitis tuberculosus állapotot.

Lehotzky Tibor: *A striatum anatómiai elváltozásai paralyticus elváltozásai* vizsgálata szerint a striatum paralyticus elváltozásai nemcsak egyenlő erők lehetnek az agyvelő egyéb pontján talált gyulladásos elváltozásokkal, hanem éppen a striatum lehet a leg súlyosabb gyulladásos jelenségek székhelye. Ezek az esetek bizonyítják, hogy még súlyos gyulladásos elváltozások sem elégségesek strialis klinikai tünetek létrehozására. Egy esetében volt csak kifejezett extrapyramidalis tünetes csoport: akinesis és izomrigiditás, amit anatómiailag a striatum és pallidum együttes bántalmazottsága tesz érthetővé. Ezen esetben a gyulladásos és parenchymás elváltozások egyaránt kifejezettek voltak (idegsejtritkulás). Azt a következtetést vonja le, hogy paralyticus esetek többségében azért nincsenek kifejezett extrapyramidalis motoros tünetek, mert a paralyticus-folyamat aránylag ritkán hozza létre a striatum szembetűnőbb parenchymás sérülését.

Richter Hugó: Paralysis kapcsán észlelt hyperkinesisek között leggyakoribb a chorea. Az ilyen esetek striatumának szövettani vizsgálata a vitás kérdés tisztázásához hozzájárulhat, hogy vajon a striatum-elváltozás minősége és electivitása befolyásolja-e a hyperkinesis formáját. Jakob szerint a choreára jellemző striatum-elváltozás csak a kicsi sejtek degenerációjában nyilvánul. Bemutató által vázoltak azonosak a paralysis egyéb elváltozásaival és így nem valószínű, hogy choreás paralyticusok diffúz szövetpusztulása electiv sejtpusztuláson, vagyis csak a kis striatum-sejtek affectióján alapulna.

Goldberger Márk: *Az acut és subacut Heide-Medin-betegség újabb gyógyító eljárásai.* A Heide-Medin-betegség után visszamaradó rokkantságok jó gossá teszik a törekvést, hogy a kezelést az acut vagy subacut szakban kezdjük meg. Előadó az idei kisebb öszi járvány tapasztalatai alapján számol be 49 eset kapcsán észleleteiről, melyeket még előbb kezelt esetek egészítenek ki. A kezelés alatt négy halálesetet, több meningealis, cerebriális formát észlelt. A lumbal punctio tapasztalata szerint hasznos. Háromnaponként csapol az acut stadiumban. Egy Landry-típusú esetben a punctiónak jó hatását látta. A Bordiere-féle Röntgen-diathermiás eljárást, mely abban áll, hogy subacut szakban a gerinevelő vélt góchelyét óvatosan röntgenezik és a bénult, hűvös végtagot diathermizálják, néhány esetben megkísérelte, de, bár az eredmények megbízhatók, mégsem oly kecsesgetők, mint azt Bordiere leírta. A serumos kezeléseket csak irodalmi ada-

tok alapján ismerteti. A gyógyszeres kezelések közül a Gernert által ajánlott higanykenőkrákat 40 esetben jó eredménnyel alkalmazta. 30 kenést végeztetett a gyermek korának megfelelő adagban. Káros hatást nem látott. A bénulások gyorsabban és jobban fejlődtek vissza, izomsorvadás alig mutatkozott, vasomotoros és trophias zavarok elmaradtak. A kenőkúra mellett az acut szakban lumbalpunkciót, a fájdalmas szak lezajlása után rendszeres villamozást, a kenések befejezte után pedig fürdőket, massageot alkalmazott. Minthogy a kisebb járvány tapasztalatai nem elegendők végleges vélemény megalkotására, előadó a gyógyeljárás ellenőrzését ajánlja. Az az érzése, hogy a Heine-Medin-betegség acut szakában a közölt gyógyeljárás feltétlenül megkísérlendő.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynae-kologiai szakosztályának nov. 26-i ülése.

1. Haba Antal: Két kiviselt, elhalt és egy kora, továbbélt méhenkívüli terhességről számol be. Az első két esetben secunda abdominalis alakja volt a méhenkívüli terhességnek, harmadik esetükben intraligamentaris volt a méhenkívüli terhesség. A kórrajzok ismeretése, a Röntgen-felvételek demonstrálása után bemutatta a műtétet világrahozott 6 hónapos élő, kora leánymagzatot, amely 28 napos. A koramagzat műtét napján végzett méretei: súly 1000 g, hossz 28 cm, fejkerület 28 cm. A bemutatás napján a koramagzat súlya 950 g, hossza 36 cm, fejkerülete 28 cm. A magzat jól szopik. Mindhárom operált beteg elsődlegesen gyógyult. A bemutatás keretében harmadik esetével kapcsolatosan rámutat *Lichtenstein* elméletével szemben arra a körülményre, hogy a műtéttel nem érdemes várakozni abban az esetben sem, ha a méhenkívüli pete fejlődésében a terhesség második felét elérte ugyan, de az életképesség határát nem, mert úgy *Tóth* professornak régebbi bemutatói, valamint a mostani bemutatások bizonyítják, hogy a méhen kívül kiviselt magzatok rendszerint nyomorékok vagy életképtelen torzok, amiért pedig az anyát a várakozás veszélyeinek kitenni nem szabad. Végül a műtét nehézségeket ismerteti s hangsúlyozza, hogy az ilyen kényes műtétek csak az arra mindenképpen berendezett intézetben és nagy gyakorlatú gynaeológus operateur kezébe valók.

Kubinyi Pál: Saját anyagában három kiviselt eset volt, valamennyi halott magzattal. Az egyik kiviselt és megoperált méhenkívüli terhesség utolsó stadiumát mutatja. Abdominalis terhesség volt, a magzat a vékonybelek között, s a petezsákba egy odavezető és egy elvezető vékonybélkacs torkollott be. Az emésztési nedvek így bejutottak a petezsákba s a magzatot a szó szoros értelmében megemésztették. A kiviselt magzat teljesen szétesett, a csontváza, megfeketedett csontok, egy bélsárral kevert bűzös pépben foglaltak helyet. A műtét kiterjedt bélresectióval ért véget. A beteg peritonitisben meghalt. Úgy a bemutatott, valamint a saját esetei azt bizonyítják, hogy a kiviselt méhenkívüli terhesség esetei között kevés élő magzat akad, ennek eugenetikai értéke is olyan silány, hogy a terhesség kiviselésének — ha csak azt a szülők nem kívánják — nincs értelme. Ezért a diagnosis felállítására egyértelmű a műtét javallat kimondásával.

Tóth István: Régebbi bemutatói alkalmával demonstrálta, hogy a legtöbb méhenkívüli kiviselt magzat nyomorék, másrészt a terhesség előrehaladottabb idejében is észlelte a petezsák megrepedését, a VI–VII., sőt a IX. hónap végén is, ami halálos elvérzésre vezetett. Ezért egészen speciális, ritka kivételtől eltekintve, tekintet nélkül a magzat életére, a mielőbbi műtétet ajánlja, még ha él is a fejletlen magzat.

Mansfeld Ottó: (szövege nem érkezett be).

2. Haba Antal: Egy éven át hordott „sterilett“-et mutat be, amelyet a beteg maga vezetett fel a nyakcsatornába. Egy év múlva el akarta távolítani, nem tudta, ezért orvoshoz fordult, aki sikertelen eltávolítási kísérlet után küldi a klinikára. Itt eltávolítják. Demonstrálja a félig letört fejcsű sterilettet. Vákolja a veszéyleket, amelyekkel az ilyen pessariumok hordása jár s kívánatosnak tartja ezek árusításának megszorítását.

3. Szathmáry Zoltán: *Adenofibroma ligamenti rotundi cum degeneratione carcinomatosa* esetében a 49 éves nőbeteg baloldali nagyajkának felső részéből zöldmandulányi nagyságú daganatot távolítottak el,

mely környezetével még nem kapaszkodott teljesen össze. A kiirtott daganat szövettanilag kezdődő, de helyenkint már kifejezett rákos elfajulást mutatott. Hasonló esetet csak nyolcat talált az irodalomban, ezek közül azonban ez az első, mely rosszindulatúan elfajult. Rámutat ezen daganatok ritkaságára és arra a lehetőségre, hogy könnyen összetéveszthetők lágysérvekkel, hydrokele feminaevel.

4. Frigyesi József: *Eredménytelen conservativ kezelés ismétlődő méhenkívüli terhesség esetében.* Méhenkívüli terhességet eltolt kisfokú vérzés esetében nem szükséges operálni, csak ha erre a vérömleny nagysága, annak elgenyvedése, megismétlődő vérzések, vagy a gyógyulás túlságos hosszú tartama készítet. Bemutatott betegénél ezek a körülmények nem voltak meg és ennek dacára kéthavi conservativ kezelés után a kisalmányi tubaris vérömlényt műtéttel kellett eltávolítani. A vizsgálat alkalmával chorion-boholyból eredő sejtelemeket már nem lehetett találni, sem a tuba falán semmiféle újabb sérülést; a vérömleny belsejében kis mennyiségű friss vér volt. Nyilván ez okozta az újabb tüneteket. Az ilyen vagy hasonló tapasztalatok dacára azon az állásponton van, hogy méhenkívüli terhesség esetében a másik oldali ép petevezetőt prophylaktikus szempontból nem kell kiirtani. A bemutatott eset tanulsága az eltolt régi conservativ módon kezelt esetekben még igen hosszú idő múltán is a legnagyobb fokú óvatosságra int a thermalis vagy egyéb felszívódást előmozdító eljárásokkal szemben.

Singer Hugó: Méhenkívüli terhesség esetén a másik oldali kürt minden esetben conserválandó, ha primi gravidáról van szó. Más az eset, ha a nő már két vagy több ép gyermeket is szült. Azt hiszi, hogy ilyenkor kisebb elváltozás is a másik tuba kiirtását javallja prophylaxisból. Csak rákbetegeknél látott olyan félelmet a kiűléssel szemben, mint extrauterin műtét után intelligens betegeknél. A megismétlődési százalékat 4–5%-nál magasabbnak gondolja.

5. Frigyesi József: *Incontinentia urinae Goebel-Stöckel szerint operált esete.* A hólyagzáróizom hiányos működésének okait és a követett műtét eljárásokat röviden ismerteti. 1. A legtöbb, különösen részleges incontinentia esetében célhozvezet a mellő colporaphia megfelelő módon való végzése: széles felparálás, a húgycső, hólyagnyak teljes feltárása, látható sérülések ellátása, hegek felszabadítása után elhelyezett varratokkal szűkíti a húgycsővet és egyesíti a diafragma urogenitale megtalálható mellő részeit. 2. Nagybőfokú hüvely- és méhelőeséssel párosult incontinentiát az interpositio segítségével szüntet meg. 3. Olyan esetekben, hol más eljárás nem végezhető, vagy olyan esetekben, ahol már valamely operatív eredménytelenül végeztek, a Goebel-Stöckel-féle műtét a legmegbízhatóbb és a legtöbb kilátással végezhető. Bemutatott esetében is ezt végezte teljes eredménnyel. A húgycsővet, az izombőnyelebezt megemelve, kissé megtörve a symphysis alsó része mögött rögzíti. Ez magyarázza a teljes eredményt és nem kell a lebenynek önálló izomműködését feltételezni.

Kubinyi Pál: Az incontinentiák legnagyobb részét valóban a gátrepedés és következményei szolgáltatják. Ha ehhez még a sipolyok okozta incontinentia esetei járulnak, ahol a húgycső és a sphincter urethrae is tönkrement, nagy nehézséggel állunk szemben az életteni működés szempontjából. Ilyen esetét másfél év előtt a nőorvosi congressuson mutatta be. A beteg most jól van. Fekvő- és ülőhelyzetben teljes a continentiaja, járáskor azonban részlegesen incontinens. A helyzet nagyon nehéz, mert a beteg szabadulni akar kellemetlen bajától, ellenben a sphincter javarészt tönkrement s nehéz olyan eljárást kieszelni, amely célra vezetne. A Goebel-Stöckel-műtétnek is aligha vannak meg a feltételei. Nehéz probléma, mely szakembereket érdekelne. Szívesen venne erre vonatkozóan tanácsot. Legközelebb az esetet megbeszélés céljából demonstrálni fogja.

Földes Lajos: (szövege nem érkezett be).

Tóth István: Hosszú gynaeológiai gyakorlata alatt még nem fordult elő, hogy hüvelyi plastikus műtéttel meg ne tudta volna szüntetni az incontinentiát. Szélesen kiproparálja az urethrae hátulsó falát, illetőleg a trigonum táját s oldalról etage-varratokkal húzza össze a trigonum urogenitale izomelemeit, majd az elülső hüvelyfalnak a ligamentum arcuatum alatt fekvő részét olyan erősen szűkíti, hogy egy harántúr-szerű köteget képezve, ezáltal a sphincter urethrae

táját mintegy leszorítja. *Kubinyi* esetére vonatkozólag az a tapasztalata, hogy elégedjünk meg mérsékelt continentiával is, mert az újabb műtėti beavatkozás nem egyszer éppen szövetszűrés folytán az eddigi eredményt is kockára teszi. Természetesen látni kellene a beteget, hogy biztosabban nyilatkozhasnék.

Kalledey Lajos: (szövege nem érkezett be).

Frigyesi József (zárszó): *Singer* hozzászólására megjegyzi, hogy kivételes körülmények között méhenküüli terhesség operálásánál lehet az ép tubát is kiirtani vagy átjárhatatlanná tenni. *Földes* által említett eljárás lényegében a colporrhaphia anterior, mely nem minden esetben vezet célhoz és nem lehet concurráló eljárása a Goebel-Stöckel-féle műtétnek. *Tóth* professzorral egyetért, a Goebel-Stöckel-féle műtétet ő is ritkán végzi. *Kubinyi* tanár esetében azt hiszi, hogy megkísérélhető volna a Goebel-Stöckel-féle műtét, egyébként táányeralakú pessariummal javítana a helyzetet.

Honvédorvosok Tud. Egy. nov. 30-i ülése.

1. **Röder István:** *Spondylitis deformans* eseteket mutat be, kiemelve a betegség fontosságát honvédorvosi szempontból. Összehasonlítja a spondylarthritis ankylopoeticával és figyelmeztet a Röntgen-felvétel jelentőségére. A subjectív panaszokat (neuralgiás fájdalmak, paraesthesiák stb.) pozitív Röntgen-lelet alapján elfogadhatónak tartja.

Simonyi Árpád: Felöltözött beteget járásáról lehet felismerni. Ha a bántalom a gerincoszlop felső részében van, teljes talppal, vigyázva lép a beteg; ha az alsó részen van, a Parkinson-bajnál jellegzetes propulzáló járást utánozza.

2. **Lippay Arthur:** 500 appendectomia kapcsán az appendicitis egyes honvédorvosi vonatkozású kérdéseiről értekezik.

1. **Baresay Kálmán:** Ismerteti a közegészségügyi és társadalom politikai kongresszus tárgyalási anyagát, különösen a közegészségügy gyökeres reformjaira irányuló javaslatokat; felette kíváncsún tartja, hogy a honvédorvosok is bekapcsolódjanak az építő munka azon részébe, amely hivatásukkal közelebbi kapcsolatba hozható. Ez a közegészségügyi ismeretek most országosan meginduló szélesebb körben való terjesztése, a preventív minden vonatkozásban való érvényre juttatása érdekében.

A legénység oktatását központi rendelkezésekkel gondolja megvalósíthatónak, tehát intézményes módon s az egészségügyi reformiroda propaganda osztályának irányítása mellett.

Az oktatónak a népbetegségek, lakás, táplálkozás, ruházódás hygienejére s a foglalkozásból eredő egészségártalmakra kell kiterjeszkednie.

A mai toborzási rendszer mellett a legénység kicserélődése bár minimalis, mégis kedvező eredmény várható a rendszeres s intenzív oktatástól.

Közkórházi Orvostársulat dec. 1-i ülése.

Sarbó Artúr elnök meleg szavakban emlékezik meg *Terray Pál* rendes tag elhunytáról, ki üléselnök is volt; emléket jegyzőkönyvileg örökítik meg.

1. **Stamberger Imre:** *Rostatómkeleg kitakarításával gyógyult retrobulbaris phlegmone esete.* 24 éves nőbeteget mutat be, aki a Szent László-kórházban scarlatinával állott ápolás alatt s kinél baloldali retrobulbaris phlegmoné miatt, dacára a negatív orrleletnek, rostasejtkitakarítást végzett, melynek eredményeképp a műtét előtti 40 C° hőmérsék normalisra esett és hét nap alatt a szemtünetek teljes visszafejlődése következett be. Esetéből a gyakorlat számára az a tanulság adódik, hogy retrobulbaris phlegmone esetében, ha annak egyéb aetiologiája nem deríthető ki, negatív orrlelet esetén sem szabad késlekedni a megfelelő rhinológiai beavatkozástól.

Campián Aladár: Az orr- és gégeklínika beteganyagán tett tapasztalatok szerint melléküregmegbetegedés complicatiójaként fellépő retrobulbaris phlegmone nem tartozik a ritkaságok közé. Az aetiológiában a melléküregek gyulladásán kívül nem ritkán arfurunkulusok is szerepelnek; ez utóbbiak a sepsis veszélye miatt rosszabb prognosissal bírnak.

2. **Erdély Gyula:** a) *Hernia duodenojejunalis aceta.* (Egész terjedelmében megjelenik. b) *Szokatlan megjelenésű agytályog.* Annak bizonyítására, hogy az agytályog körjelzésekor mennyire megbízhatatlan a tünetcsoportoknak négy szakba való felosztása, illetve hogy az egyes csoportokon belül mennyire cserbenhagyhatnak az egyes változó tünetek, bemutat egy 34 éves földművest, aki 1925 szeptemberig beteg nem volt, mikor is munka közben hirtelen eszméletlenség-gel járó jobb kézről kiinduló teljes féloldali tonusos göres lepte meg, mely egyre sűrűbben és nagyobb intenzitással jelentkezve, teljes jobboldali paresis, motorikus aphasia mellett igen leromlott állapothoz vezetve, *Winternitz* osztályára tétetett át. Hő állandóan 37 C°-on alul, hidegrázás, fejfájás, hányinger sohasem volt, fehérvérsejtszám ismételtén végezve 7600. A nagy nyomással ürülő liquorban semmi kóros. Röntgen-, Wassermann-lelet, úgyszintén szemfenék-, orr-, torok-, fül- és mellkasi vizsgálat negatív, meningitises tünetek nincsenek. Feltárva a baloldali motorikus tájat, a dura mérsékeltén feszült, az agy csak kissé boltosodik elő. A gyrus praecentralis alsó harmada táján, az arc, felkar és beszédzavaroknak megfelelő helyen koronányi területen a gyrusok halványak, puhábbak és szélesebbeknek látszanak. A középső és felső harmad határán, ötkoronányi területen a sulcusokat követő vénák mentén szürkessárga csíkok láthatók, melyek egy subarachnoidalis acut exsudatum benyomását keltik. Punctiót végzünk hegyes kés beszúrásával először az alsó, fentebb említett puha területen, mert ennek helye a klinikai tünetekkel jobban egyezik, mint a jóval magasabban fekvő exsudatumos terület. Három-négy helyen történt beszúrás negatív; most a feljebb fekvő területen, ahol a vénák mentén említett subarachnoidalis exsudatum fekszik, de amely terület tapintásra semmi feltűnőt sem mutat, végzünk próbabezúráásokat. A harmadik punctióra 1½ cm mélységben bűzös sűrű sárga geny bugyan elő. A subcorticalis kis almányi tályogot feltárjuk és *Winternitz* eljárása szerint „gummiujjal” drainezzük. A műtét után eltelt 12 és ½ havi jólét azt teszi valószínűvé, hogy teljesen meggyógyult.

Sarbó Artúr: Az agytályog körjelzése, eltekintve azon esetektől, ahol a kiindulási pont adva van, vagy kiesési tünetek vannak aphasiával és leukocytosissal, igen nehéz. Lehetetlen a szakokra való beosztás alapján, amely rendszeren utólagosan történik, amikor a lelet alapján következtetnek visszafelé a tünetekre. Az agytályog többnyire sectiós diagnózis; vagy néma területen ül s akkor nem kórismézhető, vagy ha kiesési tüneteket okoz, akkor mint tumor kerül műtetre. Kilátásai igen rosszak, mert amikor ijesztő tüneteket hoz létre s a távolhatási tünetek is megvannak, akkor nem tudjuk mi okból, lágyulás veszi körül a tokot s hiába nyitja meg a tályogot a sebész, a végzetet csak ritkán tudja feltartóztatni. Ez az eset, mint szerencsés kimenetelő, figyelemre méltó.

3. **Weiser Lajos:** *Carcinomatosis secundaria leptomeningum.* 37 éves beteget acut meningitises tünetekkel szállították be az új Szent János-kórházba. 47.6 C° láz, 54 pulsus, eszméletlenség, tarkómerevség, dermographia, pozitív Kernig-tünet voltak jelen. A liquorban Nonne-Appelt, Pándy +++, Wassermann-reactio negatív. Sejtszám 270, ebből 80 fehérvérsejt, főleg lymphocyták. Ezek alapján a klinikusok meningitises tuberculosissra gondoltak. Sectionál ki derült, hogy a gümös meningitis tüneteit a lágy agyburkokra elterjedt rákos beszűrődés okozta. Makroszkoposan csak vizes tejhez hasonló fehér megvastagodások láthatók a burkokon, hasonlóan ahhoz, amit leptomeningitis chronicus fibrosus esetében látunk. Mikroszkoppal azonban ezeken a területeken és az agytekervények felületén lévő lágy burkokon rákos beszűrődés volt kimutatható, mely beszűrődés a sulcusok mentén az agyállományba is beterjedt. Ugyancsak ilyen, de erősebb fokú rákos infiltratio volt jelen a gerinevelői burkokon is. A kiindulási hely adott esetben a gyomor volt, amennyiben ennek kis görbületén egy cseresznye-nagyságú kifeléyesedett és számos kisebb szétszórt daganatos csomó volt, amelyek mikroszkoposan adenocarcinomának bizonyultak. Önálló daganatosomó sem az agyban, sem a gerinevelőben nem volt jelen.

Minich Károly: Kiegészítésképpen megemlíti, hogy nem meri elfogadni, miszerint bizonyos tumoroknál a praeagonialis szakban jelentkező psychikus zavarok ebben lennék magyarázatukat, azonban lehet, hogy pl.

gégeráknál ilyen beszűrődések a lágy agyburkokon talán gyakrabban fordulnak elő s ezért ezeket vizsgálat alá fogják venni, még ha makroszkopice elváltozás nincs is. Adott esetben a kéregállományba is betejed a carcinoma, meningo-enkephalitishez hasonlóan. A liquorban lévő sejteknek daganatsejteknek való felismerése nehéz, majdnem lehetetlen. A lágy agyburkok beszűrődését a retroperitonealisoké előzte meg, mert a retroperitonealis nyirokmirigyek útján terjedt fel a gerinevelő lágy agyburkaira s onnan az agyburkokra. Rosszindulatú daganatoknál is van toxikus láz, s a liquordiagnózis említett nehézsége miatt a gyanú gümös meningitisre irányult. Érdekes, hogy a beküldő vidéki orvos akut lágy agyburki gyulladás alapján magyarázta a tüneteket, mert excitációs psychikus zavarokkal küldték be az illetőt. Rosszindulatú daganat mellett fellépő psychikus zavarok magyarázatát nem minden esetben a daganatnak az agyba való áttétele képezi, azonban lehet, hogy ez gyakrabban fordul elő, mint általában hiszik. Ha az egyen tovább élt volna, ez semmi esetben sem vezetett volna különálló daganatok kifejlődéséhez, hanem a kéregállomány kérges megvastagodásához (Zuckergussleberhez hasonlóan).

Sarbo Artúr: A gyakorlatban hasonló esetet nem látott. Kiemeli a histológiai vizsgálat fontosságát, mert lupával vizsgálva sem látni biztosan a meningo-enkephalitist s hogy csapok szolgálnak be a kéregbe. Nemcsak gégeráknál, tüdőráknál, hanem a többi szervekben ült daganatoknál is meg kell vizsgálni az agyat. Alkoholistáknál a lágy agyburkon fehéres csíkok láthatók, azonban itt ennyi elváltozás sem volt s ezért szükséges a mikroszkopos vizsgálat. Ha liquorban ennyi sejtet találunk, az tuberculosis szokott lenni; a jövőben azonban tumormetastasisra is kell gondolni.

Mezei Károly: Újabb irányelvek a kozmetikában. A ráncok physiologiai redői a bőrnek, létrejötténél a mimikai arcizmok szerepelnek, de szerepet játszik a bőr elasticitásának csökkenése, a kötőszöveti rostok szakadása, a zsírszövet resorptiója és a bőr szöveteinek rossz nedvellátása. Az életkor előhaladásával a bőr elvékonyodik, amely inkább hajlamos a ráncképződésre. A bőr elasticitásának csökkenése összefüggésben van a szövetek kovasavtartalmával. A ráncok általában hamarabb fejlődnek ki nőknél. Gyakori neuralgiák, migrain, neurasthenia, hosszú ideig tartó betegeskedés korai ráncosodásra disponálnak. Sok hervadt, tönkrement arcot látni a kozmetikai szerekkel fűzött visszaélések és szépségmasszageok helytelen és szakértelem nélküli alkalmazása következtében. A lelki emóciók által előidézett elváltozások az izgalom megszűnésével ismét eltűnnek, ha azonban az izgalom hosszú ideig tartó, vagy nagyon gyakran megismétlődik, az arcizmok erősebben kifejlődnek és idővel maradók, a lelki hangulatnak megfelelő vonás jön létre. Minden ránc derékszögben áll az izomrostok irányához, amelyek összehúzódva, a ráncot létrehozzák. Az arcizmok mind bőrismok, amelyeknek fix pontja esonton van és rostjaik a bőrbe sugárzanak ki. Az arcvonások kozmetikai befolyásolása lehetséges, amit már a gyermekkorban kell megkezdeni és a nevelés egyik tárgyának megtenni. Az arc izmainak organikus természete ugyanaz, mint a test többi izmaié és így éppen úgy az akarat befolyása alatt állanak. A nagy meleg igen árt a bőr rugalmasságának, mivel annak következtében a síma izomsejtek és ruganyos rostok tónusukat veszítik. A ráncosodás terápiájában a mimikai arcizmok nevelésén kívül az általános kezelést, a masszageot, a villamosságot és az operatív eljárásokat vesszük igénybe. A masszage, helyesen alkalmazva, aktiválja az anyagcserét, megváltoztatja a keringést, stimulálja az izmok tónusát és contractilitását. A masszagenak sistematikusnak kell lennie, követnie kell az izmok lefutását és az erek pályáját. A villamos árammal való kezelésnek oly gyengének kell lennie, hogy fájdalmat ne okozzon, különben a síma izomrostok sorvadását idézzük elő. A belső kezelésnél kísérletet tehetünk olyan tea rendszeres itatásával, amelyet kovasavtartalmú növényekből állítunk össze, vagy 1%-os natrium salicylicum intravenás alkalmazásával. A kenőcsök közül főleg a zsíros és enyhén adstringens krémeket alkalmazzuk. Az operatív eljárások közül az emberzsír-injectiókat és a bőr kifeszítést végezzük.

Vida Endre: Nem állítaná, hogy egymaga a nyitott száj az arenak bamba kifejezést kölcsönöz. Gyermekről lévén szó, felhívja a figyelmet azon közismert tünetcsoportra, amely a rendkívül gyakori adenoid-

vegetatiók velejárója s melynek egyik legjellemzőbbje az aprosexia, azaz a figyelemnek egy bizonyos dologra való koncentrálásának képtelensége. Ez tehát a szellemi funkciók bizonyos csoportjának kiesésével járván, az arckifejezésben egyébként is megnyilvánul. Gyakran kíséri ezt természetesen az állandóan nyitvatartott száj, ami az akadályozott orrlégzés következménye. Az állkapcsot záró izmok inaktivitása tehát csak másodlagos tünet.

A Magy. Urológiai Társaság nov. 29-i ülése.

Illyés Géza elnök bejelenti, hogy a rendkívüli közgyűlés egyetlen tárgya az urológiai tudományok fejlesztése körül különös érdemeket szerzett bel- és külföldiek tiszteletbeli, illetőleg levelezőtaggá való választása. A választmány ajánlatára *tiszteletbeli tagokká* választottak: *Korányi Sándor* Budapest, *Leopold Casper* Berlin, *Hermann Kümmel* Hamburg. *Levelezőttagokká:* *D. Eisendraht* Chicago, *R. Fronstein* Moskau, *V. Blum* Wien, *Kolischer* Chicago, *H. L. Kretschmer* Chicago, *A. Lichtenberg* Berlin, *Ravasini* Triest, *H. Rubritius* Wien, *O. S. Lowsley* Newyork, *F. Voelcker* Halle, *W. Thomson* London, *H. Wildbolz* Bern, *Young* Baltimore.

Benedict Henrik: *A diabetes mellitus urológiai vonatkozásban.* A vese csak akkor válik a cukor számára átjárhatóvá, ha a vércukor a normalis $1\frac{1}{100}$ -en felül van. Normalis vagy csökkent vércukortartalom mellett lehet cukorvizezés (terhes nőknél), renalis diabetes, viszont lehet nagyobb vércukortartalom és a vese még sem választ ki cukrot. Diabeteses bő cukorvizezés mellett a chlorkiválasztás csökken, vagyis a chlorra nézve veseinsufficiencia áll fenn. Cukorbetegségek fehérjevizezése vesekárosodás mellett szól, mely gyakran nephrosklerosisba megy át. Ilyenkor a vizelet cukortartalma csökken és végül meg is szűnik. Azonban a vércukor $3-4\frac{1}{100}$ -ig is felmegy és ezzel kapcsolatosan a cukortolerancia egész normalissá lesz. Diffus vesemegbetegedések cukorbetegséget javító hatása csak ott mutatkozik, hol a veseelégtelenség acidosisal nem jár. Viszont acidotikus cukorbetegségek hirtelen fellépő veseelégtelensége comára vezet. A sebészi vesemegbetegedések, éppúgy, mint a belgyógyászati nephropathiák, csökkentik vagy megszüntetik a cukorvizezést, miközben polyuria és hypostenuria mutatkozik és a vér cukortartalma emelkedik. Prostataültengéssel kapcsolatos vizeletrekedésnél, tabesszel kapcsolatos vizeletrekedésnél, nők cystopyelitise-nél, vesekőnél a vizelet cukortartalma lényegesen csökkent, míg a veseinsufficiencia javulásával a cukorbetegség ismét előtérbe lép. Ezért cukorbetegség műtéti indikációjánál a vércukor is mérlegelendő. És ha a vesefunctio, szív- és vérerek részéről contraindicatio nincs, a glykosuria és hyperglykaemia nem képez ellenjavallatot a műtetre. Ezen betegek annál könnyebben cukormentesíthetők, mert már előbb is megszokták a fehérjeszegény diétát, mely a diabetest is kedvezően befolyásolja. A cukormentesítésnek nem kell addig mennie, míg a vércukortartalom normalis. Idősebb cardiosklerotikus betegek bizonyos hyperglykaemiára vannak beállítva. (*Maclean és Hetényi.*) Mérsékelt acidosis komoly indicatio mellett nem képez ellenjavallatot, de ott insulinadás szükséges. Az általános narkosis még a legkönnyebb, a lappangó és látszólag gyógyult esetekben is lehetőleg mellőzendő.

Alapy Henrik: Az idő előtti senilitás, érlelmeszedés és myocarditist leszámítva, a cukorbetegség bátran operálható. Feltéve, ha megelőzzük a műtét előtt és után a fenyegető hyperglykaemiát, a kiszáradást, a ketosist, az acidosist, a rossz táplálkozást. Míg ez a belgyógyász feladata, a sebészre nézve pedig fontos 1. gyors enyhe operatio, 2. altatás kikerülése, 3. pontos vérzés-cessillapítás. Az altatás a savképződés miatt feltétlenül kerülendő. A helyi érzéstelenítésnél pedig az adrenalin az, mely a myocarditisben szenvedő betegre veszélyes, miért is adrenalinmentes novocain használatát ajánlja. A vérzés, különösen prostatektomiánál, teszi veszedelmessé a cukorbeteg sorsát, miért is a prostataágyagnak szokásos tamponálására a tamponáló gaze helyett a Hagner-Pilcher-féle kolpeuryntert ajánlja, melyet be is mutat, melynek előnye, hogy már 12-18 óra múlva eltávolítható. A fenti óvintézkedések betartása mellett a cukorbetegéket éppoly jó kílátás mellett operálhatók, mint a cukorbeteg nem szenvedők.

Borza Jenő: Illyés tanár klinikáján vese, ureter és hólyagkövekkel, továbbá hypernephromáknál és prostata hypertrophiáknál történtek sikeres műtétek cukorbeteg egyénekkel. Eljárásuk az, hogy éhező, főző- és lisztnapok beiktatásával a betegek toleranciáját emelni igyekeztek és a vizeleti cukrot $\frac{1}{2}\%$ alá szorították. Teljesen cukormentessé nem teszik. Csak egy esetben állott be a műtét után kisfokú acidosis, melyet sikerült leküzdeniök. Mint érdekes esetet felemlíti, hogy egy ureterkő által elzárt vesénél a beteg vizeletében $1\frac{1}{2}\%$ cukor lépett fel, a kő eltávolítása után a cukor eltűnt és szénhidratadagolás után sem lépett fel.

Farkas Ignác: Egy esetet említ fel, hol 5%-nyi cukorvizelet mellett nagyfokú vérzés miatt sikeres vese-eltávolítást végzett. Előzetes insulinkezeléssel a cukrot 2%-ra szorította le és tonogenmentes novocainnal végzett helybeli érzéstelenítésben operált. A beteg a műtétet nagyon jól állotta ki. A műtét után a vércukor mennyisége ismét magasabbra szállt fel. Ugyancsak hasonló eljárás mellett 2–3%-nyi vizeletbeli cukortartalom mellett sikeresen végzett prostatektomiát.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralékos előfizetőinket, kiknek 41. számunkhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldeni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvosképzés előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékoldalon olvasható.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 11-i ülésének napirendje: *Bemutatás:* 1. *Friedrich László:* a) Levegő az epeutakban. b) Chronikus gyomorvolvulus esete operatio után. c) Gynmorduodenumvolvulus esete. 2. *János István:* Claudicatio intermittens hypertoniás konyhasóval kezelt esetei. *Előadás:* 1. *Kreiker Aladár:* Újabb megfigyelések a szarui ereződéses keletkezési módjáról és a hajszálerek vérkeringéséről. 2. *Petőnyi Géza:* Adatok a poliomyelitis pathológiájához.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály e hó 14-én d. u. 6 órakor a Rókus-kórházban ülést tart. A múlt ülésről elmaradt előadás: *Réthy A.:* A tonsillektomia utáni vérzésekről. *Bemutatások:* *Tóvölgyi E.:* Trachealis tumor esete. *Pollatschek E.:* a) Veszületelt sípoly az orrháton. b) Többszortatú állsontóbból operált esete. *Brill J.:* Spontan áttört peritonsillaris abscessus utáni vérzés csillapítása. *Előadás:* *Campion A.:* A rhinitis atrophica gyógyítása decalcinált csontimplantációval.

A Közkórházi Orvostársulat december 15-i ülésének tárgysorozata: 1. *Levi Lajos:* Tuba lipoma. 2. *Torday Árpád:* A Basedow-kórrol. 3. *Manninger Vilmos:* A thyreosisok sebészeti kezelése. A szakülés után rendkívüli közgyűlés lesz, amelynek egyetlen tárgya az alapszabályok módosítása.

A Terézvárosi Orvos-Társaság december 1-én tartott közgyűlésén a következő tisztikart választotta: Elnök: *Belánszky Demkő Béla.* Alelnökök: *Jacobi József, Öhler László, Weiss Hugó.* Titkár: *Fillenz Károly.* Jegyző: *Gertler György.* Pénztáros: *Hahn Dezső.* Számvizsgálók: *Rajna Mór, Grünfeld Armin, Varga Géza.* Háznagy: *Inselt Arnold.* Választmány: *Arányi Aladár, Balassa Béla, Baumhorn Armin, Bányai Sándor, Bíró Gyula, Bodon Károly, Brenner Károly, Deutsch Arthur, Felekly Hugó, Fleischmann Hugó, Frey Ernő, Forbáth Sándor, Földes Lajos, Gerő Armin, Gál Hugó, Groák Ernő, Guth Samu, Hauser Emma, Hegedüs Béla, Hönig Adolf, Keve Ferenc, Komlósi Béla, Körössy Kornél, Laub László, Lichtmann Samu, Lichtenstein Salamon, Löffler Miksa, Megele Ödön, Pollatschek Elemér, Reiner Ede, Rosenák Miksa, Rottmann Armin, Singer Hugó, Sputz Gyula, Steinberger Sarolta, Schrank Simon, Schusmy Henrik, Stricker Mór, Schmidt László, Schöngut Ernő, Sulzer Andor, Székács Pál, Ungár Gyula, Várkonyi Jenő, Vajda Vilmos.*

A Magyar Röntgen-Társaság folyó hó 13-i tárgysorozata: Hozzászólások és bemutatások *Bársony Tivadar* és *Koppenstein Ernő* multkori előadásához: „Tanulmányos cholecystographiás esetek.” Eddig jelentkeztek hozzászólásra: *Révész Vidor, Weisz Armin, Vidor Jenő, Schiffer Ernő.* Vendégeket szívesen látnak.

A wieni egyetem orvosi kara 1927 február 7–20-ig nemzetközi orvosi továbbképző tanfolyamot rendez, melynek részletes programját, valamint Ausztriába ingyenes be- és kiutazásra szóló igazolványt az érdeklődőknek, illetve jelentkezőknek szívesen küld a Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät (VIII, Schloßselgasse 22).

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGTÖNÉLETESEBB 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.

Dr. PETŐ JÁNOS Gyógytorna, Orvosi massage, Diathermia, Lúdtalp-kezelés (Lange-betét).
VI Vilmos császár-út 31, I. Tel.: T. 99-45.

DR. PAJOR SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17. szám.
Sebészet, Urologia, Orthopädia, Arc- és Orrplastikák, korrekturák.

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

Lipót-
városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** DIATHERMIA
Quarz stb. Dr. Farkas Márton
V, Báthory-utca 3.

ETRA-RÖNTGEN VII, Rózsá-u. 25.
Tel.: J. 4-58.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
főorvos, törvényszéki hitesszakértő Diagnostika. Therapia
IV, Múzeum-körút 13. Telefon: József 102-88.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4-12. Lift.

Szoptatós- dadákat évtizedek óta a közismert dr. Szegő-féle orvosi intézetből vesszük. VI, Szív-u. 69. T.: 93-22.

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

PÁLYÁZATOK.

Tolna vármegye központi járásához tartozó s újonnan szervezett alsónánai körorvosi állásra pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni óhajtozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. 7. szakaszában előírt képesítéseket, magyar állampolgárságukat, erkölcsi magaviseletüket és feddhetetlen előéletüket, úgyszintén a forradalom és az ú. n. tanácsköztársaság vagy idegen megszállás alatt tanúsított magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1926. évi december hó 26-ik napjáig hivatalomnál nyújtsák be. Az orvosi körhöz Alsónána székhellyel Alsónána, Várdomb, Szálka és Grábóc községek tartoznak. Az állás javadalmá 62.000/1926. számú B. M. körrendelettel megállapított fizetés, az alsónánai 81. népszámú házban három szobából és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, az ugyanitt lévő 553 négyszögöl ingatlan hasznélvezetével együtt, végül a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, rendelési és műteti díjak. A német nyelv bírása elengedhetetlen feltétel.

Szekszárd, 1926. évi november hó 27-én.
8929/1926. szám: Szongott Edvin, főszolgabíró.

RÖNTGEN

DIATHERMIA MIKROSKOPOK

MONOPOL FÖLDZÁRMENYES KAPCSOLÓKÉSZÜLÉK
QUARZLÁMPÁK

KELETI J.

orvossebészeti műszergyár

Budapest VI, Petőfi Sándor-utca 17.

Telefon: 13-76.

Kérjen ábrás árajánlatot! Igen kedvező fizetési feltételek.

Kormon

Beosztott
csokoládés pur-
gans.

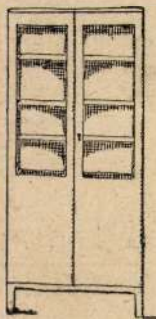
Hatóanyag:
Phenolphtalein +
Jalappin.

LABOR gyógyszer- és vegyészeti gyár Rt., Budapest.

Központi iroda: V, Szent István-tér 15. szám.

Telefon: 41-16, 98-59, L. 966-71.

Rendelhető minden gyógyszertárban.



FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.T. BUDAPEST IV, Calvin-tér 3. félemelet

Fióküzletek:

VII, Rákóczi-út 78 és IV, Vármű-körút 8

Nagy állandó raktár orvosi műszerek-
ben, kötszerekben, betegápolási cikkekben.
Művelettagyártás és műszerjavítás.

Telefon: József 19-24

Diathermiás és Röntgen- készülékek precíziós szolid kivitelben.

Állami és privátklinikák, szakorvosok állandó szállítója.
Elsőrangú referenciák. — Fizetési feltételek: megegyezés szerint.

MARTIN ÉS 'SIGRAY R.T. ELEKTROMOS MÉRŐMŰSZEREK GYÁRA

Budapest IV, Váci-utca 58. szám. Telefon: J. 146-62. és J. 66-61.

Vezérképviselő: Barta és Székely Budapest, IV, Múzeum-körút 37.

1927. évre

az összes külföldi orvosi heti és havi lapok eredeti kiadói áron előfizet-
hetők Az Est könyvkereskedésében Budapest VII, Erzsébet-körút 18-20
Az ismertebb lapok árai a következők:

Müchener med. Wochenschrift	előfizetési ára 1/4 évre	6 40 má-ka
	szállítási költség	1 95 "
Klinische Wochenschrift (Springer)	előfizetési ára 1/4 évre	7 50 "
	szállítási költség	3 35 "
Deutsche med. Wochenschrift	előfizetési ára 1/4 évre	6 — "
	szállítási költség	1 95 "
Wiener Klinische Wochenschrift	előfizetési ára 1/4 évre	5 — "
	szállítási költség	1 95 "
Zentralblatt für Chirurgie	előfizetési ára 1/4 évre	13 60 "
	szállítási költség	utólag számítjuk
Zentralblatt für Gynäkologie	előfizetési ára 1/4 évre	13 60 "
	szállítási költség	utólag számítjuk

A márkát mindenkor az eredeti hivatalos árfolyamon számítjuk át, tehát
minden felár nélkül.

A folyóiratokat közvetlenül a kiadótól, a rendelő címére keresztkötsé-
szállítattjuk.

Az itt fel nem sorolt lapokon kívül bármely folyóiratra elfogadunk elő-
fizetést, kívánatra árajánlatot szívesen szolgálgunk.

Sebgyógyulás

Míg a »mesterséges magaslati napfény — Original Hanau«
quarzlámpát már a német hadikórházakban orvosok ezrei meglepő
eredményekkel használták, a párisi Vidal és Menard csak 1923-ban utal-
nak az Académie des Scienceshez intézett jelen-
tésükben az ultraviolett-sugarakkal sebek hegesz-
tésénél nyert eredményeikre, tehát jóval megkésve.

A »mesterséges magaslati napfény — Original Hanau«
— quarzlámpa fertőtleníti, szagtalaní-
tóan, szárítóan hat, a sebreacitót serkenti, ennélfogva tisztítja a sebet,
elősegíti egészséges sarjad-
zások és a hiányzó felhám képződését, az oxydáló és redukáló anyagcsere-
folyamatok elősegítése által közvetlenül a mélybe is hat, savós és véres-savós
izzadmányokat felszívódásra bír; az étvágy és alvás javulnak,
a fájdalmakat megszünteti és a seb lapos, lágy, jó vérkeringésű
heggel gyógyul. Erős callus- és hegképződések különben még
utólag is a legmesszebbmenőleg javíthatók a »mesterséges magas-
lati napfény«-quarzlámpával.

Rosszul sarjadzó, torpid sebekre nem filtrált quarzfény
megfelelő adagolásával könnyű maró hatást lehet kifejteni (ha a
seb jól sarjadzik, csak filtrált quarzfényt szabad alkalmazni), a
vérnyomás csökkentését is el lehet vele érni és ezzel a betegnek
megfelelő esetben nagy megkönnyebbülést szerezni, éppúgy az
anyagcsere gyorsítása útján a közérzetet megjavítani és
autotoxinok kiválasztását előmozdítani, miáltal a gyógyulás
folyamata gyorsul és szövődmények elmaradnak.

Mindezek a tapasztalatok feljogosítanak arra a kívánságra és
felajánlásra, hogy az ultraviolett-sugarak a sebek gyógykezelésében
sokkal nagyobb mértékben használtassanak, mint eddig. Minden
műtétet, minden kötés-változtatást a »mesterséges magaslati napfény«-
quarzlámpával való besugárzással kellene befejezni.

A »mesterséges magaslati napfény — Original Hanau«
— quarzlámpát az összes országokban több mint 50.000 orvos és
intézet alkalmazza.

USA. dollár

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) egyenáram számára 39-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa) váltóáram számára 91-75
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) egyenáram számára 45-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített stativlámpa) váltóáram számára 97-50
csomagolatlanul ab gyártelep Hanau a. M.

Kényelmes részletfizetés, Magyarország, Ausztria és Csehszlovák területén.

Kérje új fő-prospektusunkat az új árlappal. Kérjük az áram és a feszültség megnevezését.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.
Zweigfabrik: Linz a. d. Donau, Postfach 27.

Kapható minden nagyobb elektromedikai üzletben is, eredeti gyári áron + fuvar és vám.

Kurzusok

a QUARZ- és SOLLUX-LÁMPÁK gyógyászati alkalmazásáról, egyúttal bevezetés a készülékek használatába minden időben a bécsi physiotherapeutischen
intézetben:

WIEN IX, SPITALGASSE 1/a.

Irodalom: »Wundbehandlung mit Quarzlampen« von Geh. San.-Rat Dr. H. Bach.

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Heim Pál:** A csecsemőkori pneumonia. (1369—1370. oldal.)
Szentkirályi Zsigmond: Adatok a syphilis elterjedtségéhez. (1371—1375. oldal.)
Benedek László és Thurzó Jenő: A liquor cerebrospinalis új oxydatiós reakciójáról. (1375—1377. oldal.)
Baráth Jenő: Zavarok az öregedő emberek vérnyomás-szabályozásában. (1377—1380. oldal.)
Elischer Ernő: Az öngyilkosok lövési sérüléseiről. (1380—1382. oldal.)
Klinikai előadás. Bakay Lajos: A regenerációról és transplantációról. (1382—1385. oldal.)
Haba Antal: Megjegyzések Sztéhló István dr. „Extrauterin graviditas érdekes esete” című közleményére. [O. H. 49. szám]. (1385. oldal.)

- Lapszemle.** Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Fülgyógyászat. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (1385—1389. o.)
Könyvismertetés. (1389—1390. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület dec. 11-i ülése. (1390—1391. oldal.)
Az Otológiai szakosztály dec. 9-i ülése. (1391. oldal.)
Az Apponyi Poliklinika dec. 9-i ülése. (1391—1392. old.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának dec. 4-i ülése. (1392. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának dec. 4-i ülése. (1392—1393. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület dec. 9-i ülése. (1393. oldal.)
Orvostörténelmi jegyzetek. Magyar-Kossa Gyula: Kisfaludy Károly betegsége. (1393—1395. oldal.)
Zemplényi Imre: Az orvosi kamara felé. (1395—1396. o.)
Vegyes hírek. (1396—1397. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye.

A csecsemőkori pneumonia.

Írta: Heim Pál dr. egyetemi tanár.

A nagy csecsemőhalandóságot két tényezőnek tulajdoníthatjuk: a táplálkozási zavaroknak és a légutak hurutos és gyulladásos megbetegedéseinek. Az egészségi zavarok e két csoportját együttes, egymást kiegészítő, egymást segítő támadásán kívül még az a körülmény is összekapcsolja, hogy jelentőségük, klinikai tünetaik és lefolyásuk teljesen differál a későbbi korok azonos megbetegedéseitől, és különös megítélést igényel. Ebben a korban nem localis, de általános megbetegedés mind a kettő és akárhányszor a localis elváltozás nincsen arányban az általános tünetekkel, amelyek nem egyszer váratlanul, meglepetésszerűen fejlődnek ki, és amelyek a szemlélőben a hirtelen összeomlás a gyors tönkremenés benyomását keltik.

A csecsemőkori pneumoniák között különböző típusokat észlelhetünk, amelyek között bizonyos rendet igyekezett teremteni Nassaunak a Zeitschrift für Kinderheilkunde 1926. évi júliusi számában megjelent dolgozata. Én most nem akarok belemenni ennek az igen érdekes dolgozatnak a megbeszélésébe, csak felosztásából egyet-mást átvéve, kiemelem, hogy a csecsemőkori, nem alimentaris, de grippés pneumoniák kétféleképpen kezdődhetnek. Egy részüknél, és ez a ritkább kezdet, a csecsemők a teljes egészségből hirtelen súlyosan betegszenek meg, pár óra alatt súlyos dyspnoé fejlődik ki, a circulatio rohamosan hanyatlik, a physikalis és Röntgen-vizsgálat pedig már ekkor súlyos elváltozást mutat ki a tüdőben. A csecsemők sepsises benyomást tesznek, gyorsan elpusztulnak és boncolatkor a súlyos lelet, a kimutatható abscedáló hajlam, megmagyarázza a gyors és végzetes lefolyást. Súlyos influenzajárvá-

nyoknál észlelhetjük ezeket az eseteket. Sokkal gyakoribbak azok az esetek, amelyekben a pneumonia felépését a felső légutak hurutos bántalma előzi meg, majd a láz emelkedésével, a közérzet romlásával a tüdőben physikalisan és Röntgennel is gyulladásos gócot vagy gócotat tudunk kimutatni. De míg egyes csecsemőknél aránylag jó arcszín, sőt egyenesen piros orca, tűrhető étvágy és nem nagyon romlott közérzet mellett a rövidebb légzés, az orrszárnyi légzés már reánézésre elárulja, hogy az eset pneumonia, a tüdő localis megbetegedése, másoknál a pneumonia kezdetét acut összeomlás jelzi. Az elesett, apathikus csecsemő bőrszíne kékesfehér, márványhoz hasonló, a szemek mélyenülők, a végtagok hűvösek, a légzés szapora, de nem nyögő, a csecsemő teste petyhüdtlen elernyed. A pulsus szapora, filiformis, és a súlyos állapot egy-kétnapos fennállása után beáll a halál. Az elsőnek említett esetekben a pneumonia éppen úgy kezdődik, mint a későbbi gyermekkorban, vagyis mint a tüdő localis megbetegedése, és további lefolyása alatt ehhez hasonlóan viselkedhetik, amennyiben rövidebb-hosszabb fennállása után krisissel vagy lysissel elmúlik a láz, a pneumonia oldódik, a csecsemő meggyógyul. De nem mindig van ez így. Vannak esetek, amidőn a pneumonia többnapos fennállása után, máskor a reconva-

jének és a circulációnak összeomlásával magyaráztuk, ellene cardiacumokat, coffeint, camphort, azonfelül mustárürdöket, egyben hűvös leöntéseket, adrenalin alkalmaztunk, de mindez eredménytelen volt, és az összes ilyen állapotba került csecsemőket, kivétel nélkül, mind elvesztettük.

Második éve már, egészen más eljárást alkalmazunk a csecsemőkori pneumoniáknak fent leírt súlyosra való fordulása ellen. Eljárásunk kidolgozását a következő gondolatmenet irányította. Feltettük magunknak a kérdést, hogy mi idézi elő azt a hirtelen fellépő, rendkívül súlyos állapotot, amely hirtelen fellépésében, a circulációra, az idegrendszerre, az izomtónusra való hatásában párhuzamba hozható egy másik, a csecsemőkori épp ily hirtelen, épp ily súlyosan fellépő állapottal, amely ugyancsak a circulatio, az idegrendszer, az izomtónus zavarára vezet, amely ugyancsak a csecsemőkori privilégiuma: és ez az intoxicatio. A csecsemőkori hasmenések is lefolyhatnak nagyjában hasonlóan a gyermekek hasmenéséhez, és inkább localis betegségnek imponálhatnak, legfeljebb jobban megviselik a csecsemőket, míg más esetekben, lassan, árnyékát előre vetve, máskor villámszerűen kifejlődik egy súlyos, halálos állapot: az intoxicatio. Szóval sem mondóm, hogy a pneumoniáknak előbb leírt súlyosra fordulása identikus az intoxicatióval, amely parenteralis infectiók, így a pneumoniák kapcsán is felléphet, csak a két súlyos állapotot, ezeknek hirtelen fellépését, támadási pontjaiknak azonosságát akarom egymással párhuzamba állítani. A pneumoniák boncolatánál sokszor gondolkozóba estünk, hogy miért is pusztult el ilyen súlyos tünetek között éppen ez a csecsemő, mikor másoknál, kik meggyógyultak, physikailisan és Röntgennel sokkal súlyosabb elváltozást tudtunk kimutatni. Akárhányszor aránylag oly kisfokú elváltozást találtunk, hogy ezzel még a nagy légszomjat sem tudtuk megmagyarázni. Mi gyakran csinálunk csecsemőknél mesterséges légmellet, tehát kizárunk a légzésből hirtelen nagy területet, de az ilyenkor fellépő nehéz légzés korántsem olyan nagyfokú, olyan ijesztő, kínzó, mint az, amelyiket az ilyen pneumonia-eseteknél tapasztalhattunk. De találtunk a boncolatnál egy állandó jelenséget, és ez a *genyes, fibrines váladék volt a hörgőkben*, és akárhányszor kisebb *fibrines lerakódást a pleurán*. Feltűnő volt az a körülmény, hogy a súlyos influenzás, sepsises, abscedálásra hajlamos pneumoniáktól eltekintve, a súlyos tünetek fellépését mindig többnap (5–7) betegségi állapot előzte meg, úgyhogy arra gondoltunk, hogy nem-e valami, a betegség alatt a szervezet által képezett productum felszívódása okozza a súlyos állapotot, hogy vajjon ez az anyag nem keletkezik-e a pneumoniás izzadmány felszívódásra alkalmassá tévése alatt? Ugyanis a pneumoniás izzadmány úgy szívódik fel, hogy fermentesen lebontatik, a fibrinben fermentes emésztés megy végbe, valóságos parenteralis fehérjeemésztés az, ami az alveolusokban és a bronchusokban lejátszódik, és kérdés, vajjon a vékonyfalú, capillarissokkal tömött, gyuladással tüdőben nem szívódik-e fel olyan közbeeső emésztési productum, ami a súlyos általános állapotot előidézi? E feltevésünkben nem volt tisztán spekulatív hypothesis, mert egyes argumentumokkal alá tudtuk támasztani. Volt egy régebbi igen tragikus észleletünk. Még sok évvel ezelőtt, midőn a protein-therapia új volt, a budapesti Fehérkereszt-kórházban három pneumoniás csecsemőnek, ki a *pneumonia reconvaléscentiájában volt*, nőitej-injectiót adtunk, mert pneumoniájuk következtében nagyon leromlottak, és súlygyarapodásuk nem indult meg, lassú tönkremenésnek néztek elébe. Mind a háromnál pár óra múlva a hőmérsék

40 C°-ra ugrott fel, eklampsia lépett fel és rövidesen elpusztultak. A kísérletet természetesen nem ismételtük meg, de lóserum-injectióra ugyanazon kísérleti sorozatban ez nem történt meg. A nőitejben, ha nem is a casein, de a lactoglobulin és a lactalbumun emberi, homolog fehérje, és azt hisszük, a csecsemők azért pusztultak el, mert a pneumoniás izzadmány felszívódása által emberi fehérjével szemben sensibilizálódtak. De lehetséges, hogy mind a három eset a véletlen játéka volt, ismétlésüket tiltja a lelkiismeretünk. De van még más támpontunk arra, hogy bizonyos pneumoniás betegeket, betegségük bizonyos stadiumában, valamely magasabb fehérjeemésztési productum károsítja, és ez a támpont a máj viselkedése ezen esetekben.

Klinikámon *Duzár* tette vizsgálat tárgyává a májzár viselkedését és azt tapasztalta, hogy ilyen súlyos állapotban lévő pneumoniás csecsemőknek nagy a mája, és ami még fontosabb, adrenalin intrasinusos befeeszkendésére még jobban megnagyobbodik, vagyis paradox reactiót mutat. Tudjuk ugyanis, hogy a máj circulációját szabályozó izomzár adrenalinra megnyílik, a fehérjebomlási termékek, a pepton, az albumosek pedig zárják. Hogy eseteinkben az adrenalin nemcsak hogy nem nyitotta a májzárát, hanem ellenkezőleg, még jobban bezárta, az azt mutatja, hogy itt egy erős, tartós májzár áll fenn, amely a rendes ingerekkel nem nyitható fel. Ha pedig a májzár csukott, egyrészt nem kap elegendő vért a jobb szív és ezáltal csökkenni fog a tüdőben áramló vér mennyisége, de csökkenni fog a vérnyomás is, és ezáltal csökkenni fog a vérnek a tüdőben való áramlási sebessége is. Már pedig tudjuk a physiologiából, hogy a dyspnoé fellépése és súlyossága nem annyira a tüdőben lévő vér mennyiségétől, mint inkább a vérnek áramlási sebességétől függ. Feltevésünket igazolta a boncelet is, amelynél nagy, vérrel telt májat találtunk, és a bélben a finom erecskék injeciáltságát, helyenként piros foltozottságát.

Amint *Nassau* cikkéből látom, ő is gondolt arra, hogy vajjon a pneumonia egyes alakjainál nem lehet-e a májzárnak valami szerepe, de mi tovább mentünk, mint *Nassau*, mert meg lévően győződve, hogy feltevésünk helyes, megkíséreltük a májzárát felnyitni és ettől a tünetek enyhülését, illetve az életveszedelem elhárítását vártuk. Mivel a májzárát adrenalinval nem tudtuk megnyitni, megpróbáltuk az adrenalinhatást hypertoniás, 10%-os cukoroldat 20–80 cm³-ének intrasinusos injectiójával megerősíteni. Erre a máj prompt megkisebbedett, a súlyos, sokszor moribund állapot szemmel láthatólag javult, a fakult cyanosis eltűnt, a légzés javult, a pulsus erőteljesebb lett, a csecsemő kicseréltnék látszott. Többnyire azonban 2–3 nap múlva az állapot ismét rosszabbodott és eljárásunkat meg kellett ismételnünk. Egyes esetekben ezt többször meg kellett tennünk. Eljárásunkkal szépszámu oly csecsemőt tartottunk életben, kiket a régebben használatos eljárásokkal feltétlenül elvesztettünk volna.

A cukoroldatot mások is alkalmazzák pneumoniánál, 1914-ben *Enriquez* és *Guttmann* már ajánlották azt, és utánuk mások részben dícsérték, részben hatástalannak mondják. *Stejskal* mint osmotherapiát ajánlja, mert azt véli, hogy a hypertoniás oldat vizet von el a tüdőből, *Nassau* is ajánlja, de intramuscularisan, mert azt hiszi, hogy a szívizom táplálását segíti elő és az izomtónust fokozza. De mi intrasinusosan adjuk $\frac{1}{10}$ cm³ $\frac{1}{1000}$ -es adrenalinval együtt, és gyors életmentő hatását a májzár megnyitására vezetjük vissza.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet“-közkórház közleménye
(igazgató: Genersich Antal dr. egyet. m. tanár.)

Adatok a syphilis elterjedtségéhez.

Írta: Szentkirályi Zsigmond dr. kórházi főorvos.

A syphilis felderítése nemcsak az egyén szempontjából fontos, de igen jelentős nemzetgazdasági és társadalomegészségügyi érdek. A nem kezelt syphilises egyén sorsa bizonytalan és esélyei a legrosszabbak; a késői elváltozások (zsigeri és idegmegbetegedések) az életet megrövidítik és a munkaképességet lényegesen csökkentik. Nemzeti szempontból az egyént fenyegető veszély csak egy része a népességre és a társadalomra nehezítő kárnak; egy másik és jelentős része annak az elvetélések következtében beálló emberveszteségre és a munkaképtelen egyének eltartására esik. A syphilis tehát — éppúgy, mint a tuberculosis és a heveny fertőző betegségek — nem tisztán „magánügy“. Az egyén érdeke megköveteli, hogy megbetegedésének syphilises jellegét tisztázzuk és a fajlagos gyógykezelés által betegségétől megszabadítsuk. A társadalom ugyancsak jogosan követelheti, hogy a syphilisben megbetegedetteket felkutassuk és gyógykezelésük által a betegség továbbterjedését és pusztítását meggátoljuk. De míg az egyén betegségének felderítése, mindaddig, amíg egyéni érdekeiről van szó, rendesen nem szokott nehézségbe ütközni: addig a betegeknek társadalomegészségügyi szempontból felkutatása tágabb területen keresztülvihetetlen. Szorosan véve, még az exponált foglalkozású egyének (Guszmán¹) vizsgálatának elvégzése sem áll módunkban, még kevésbé van reményünk arra, hogy szélesebb néprétegek fertőzöttségéről tiszta képet nyerjünk. A társadalomegészségügy szempontjából végzett syphilisfelderítés egyelőre csak olyan alkalmakkor végezhető, midőn az egyént elsőrangú érdeke fenntartás nélkül kiszolgáltatja nekünk, mint vizsgálati anyagot. Nyilvánvaló, hogy a syphilises betegek összességének csak egy töredékét képezi az a szám, mely a magukat betegnek érző vagy betegségéről tudomással bíró és önként jelentkező egyénekből tevődik össze. Ugyancsak kis töredék az, melynél syphilis gyanúja miatt Wassermann-reactiót végezzünk és így állítjuk fel a kórjelzést. A syphilises betegek nagy része fertőzöttségéről nem is tud, betegségük klinikailag latens vagy a zsigeri elváltozások oly csekély panaszt okoznak, hogy nem kényszerítik az orvoshoz a beteget. Az ilyen betegek-nél, továbbá olyanoknál, akik syphilisükről tudnak, de azt titkolják, állapítjuk meg váratlanul a syphilist, ha a beteg más eredetű vagy más eredetűnek vélt betegsége miatt fordul orvoshoz.

A tünetmentes syphilis felderítésére és a gyanút keltő megbetegedések syphilises eredetének tisztázására nélkülözhetetlen segédeszközünk a pozitív Wassermann-reactio, ami kellő értékelés mellett a syphilisnek egyéb tüneteivel egyenértékű megnyilvánulása. Természetesen csupán a pozitív Wassermann-reactio alapján a kórjelzést felállítani csak megfelelő kizárásokkal lehet, mert nemcsak a syphilises beteg savója köthet complementet. A Wassermann-reactio feltalálása óta azonban az észlelés mind szűkebb határok közé szorította azokat a megbetegedéseket és állapotokat, amelyeknél a vérsavó pozitív Wassermann-reactiót adhat. A számbajöhető ilyen betegségek pontos ismerete, a klinikai és laboratoriumi észlelések egybevetése a tévedés eshetőségét a minimumra szállítja le. Olyan betegségek-nél, ahol a spirochaeta pallidával rokon kórokozó szerepel

(framboesia, febris recurrens) a savó complement-eltérítőképessége még megmagyarázható; nem tisztázott azonban malariánál, lepránál, scarlatinánál, stb., még kevésbé bizonyos állapotoknál (terhesség vége, szülés ideje, narkosis utáni állapot, stb.). Amde az ilyen esetek észlelése, a Wassermann-reactiónak kellő idő múlva megismétlése a tévedést kizárja. Általában az említett körülmények között a complement eltérítése ritkán szokott teljes lenni, hanem, hasonlóan a tuberculosisnál elég gyakran tapasztalt pozitív syphilises Wassermann-reactióhoz, csak időszakosan kifejezettebb. Mindenesetre a kellő óvatosság indokolt, mert lehet a betegnek egyidejűleg például maláriája és syphilise. Ahhoz, hogy a Wassermann-reactio eredményére építhessünk, elsősorban a reactiót elvégző állomás megbízhatósága szükséges. Képzett szakember által vezetett, nagy anyaggal és jó klinikai kontrollal dolgozó laboratorium eredménye, egybevetve a klinikai észleléssel, mindig megbízható kórjelzést fog adni.

A syphilis sero-reactiójának kimagasló jelentősége a kórjelzés megállapításában készítetett arra, hogy az egyéni és társadalomegészségügyi érdekek kielégítése céljából a hódmezővásárhelyi „Erzsébet“-közkórház főorvosi karának a Wassermann-reactio elvégzését minden a kórházba felvett betegnél ajánlom, tekintet nélkül a kórházi felvétel okát képező megbetegedésre. Ilyen módon a sebészeti, szülészeti, bel-, ideg-, fertőző-, szemészeti, bőr- és nemibeteg-osztályok megbetegedések szempontjából teljesen heterogen beteganyagán — még a syphilises fertőzés gyanúját fel nem keltő esetekben is — elvégezve a Wassermann-reactiót, győződhettünk meg arról, hogy betegforgalmunk körülbelül milyen arányszámban syphilises. A kórházi beteganyag ilyen módon való átvizsgálását 1925 június 5-től kezdődő 12 hónapon át végeztük és így a következőkben az első év eredményéről szándékozom beszámolni.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet“-közkórház a jelzett 12 hónap alatt 2833 beteget vett fel. A felvett betegek-nél 2200 Wassermann-reactiót végzett a kórház laboratoriuma. A felvételek és az elvégzett Wassermann-reactiók közötti különbséget két körülmény magyarázza: egyrészt a betegek egy részénél a Wassermann-reactio nem volt elvégezhető, másrészt elvégzésére nem volt szükség. Nem volt elvégezhető a Wassermann-reactio 1. a halódó állapotban a kórházba kerülő betegek-nél, 2. olyanoknál, akik csak igen rövid ideig (egykétszer 24 óra) tartózkodtak a kórházban rövid idő alatt ellátható sérülések (törés, idegentest, stb.), vagy pedig vizsgálatok és kezelések (Röntgen) miatt küldettek be a városi orvosok által, 3. súlyos állapotban lévő fertőző betegek-nél. A Wassermann-reactio elvégzésére nem volt szükség olyan betegek-nél, akikről már egy ízben megállapítottuk, hogy syphilisben nem szenvednek és akik nemsyphilises megbetegedésük miatt a vizsgálat éve alatt többször fekvtek a kórházban (trachomások, tuberculotikusok, stb.). Végül lényegesen befolyásolja a különbözetet a különszobás betegek száma, akiknek vizsgálati eredményeivel nem foglalkoztam. Természetesen a kórházi laboratorium a jelzett 2200 Wassermann-reactiónál jóval többet végzett el ez idő alatt, egyrészt a már diagnosztizált és kezelt betegek-nél a kezelés eredményének ellenőrzése, másrészt az ide nem tartozó vizsgálatok céljából (ambulantiák, stb.). A 2200-as szám csupán az olyan betegek-re vonatkozik, akik a vizsgálat éve alatt először kerültek megfigyelésre; ebben a számban éppúgy nem foglaltatnak az ismételten kezelésre jelentkező syphilises betegek, mint ahogy kivétettek a vizsgálatokból a nemsyphilises megbetegedés miatt újra felvett betegek. A 2200 vizsgált és a szó szoros értelmében vett „új betegek-nél“ az

¹ Nemzetvédő szövetség törvényelőkészítő munkálatai. 1917.

anamnesis, klinikai tünetek és a Wassermann-reactio alapján 278 esetben (12·27%) állapítottunk meg syphilit.

A kórház beteganyagának syphilitese része különböző szempontok szerint osztályozva, érdekes megfigyelésekre adott alkalmat.

Lakóhelyet tekintve, a betegek közül

hódmezővásárhelyi	197	(70·86%)
környékbeli	79	(28·41%)
távolabb lakó	2	(0·71%)

volt. A *születési hely* nagyobbára egyező volt a lakóhellyel, így tehát a beteganyag Hódmezővásárhely és környékének (Tisza—Maros köze) viszonyairól tájékoztat.

Nem szerint megosztva

férfi	131	(47·12%)
nő	147	(52·87%)

került megfigyelés alá.

Életkort tekintve

1—10 év között	férfi 9	(6·87%),	nő 3	(2·03%)
10—20 „ „	10	(7·63%),	7	(4·76%)
20—30 „ „	24	(18·32%),	52	(35·37%)
30—40 „ „	23	(17·55%),	35	(23·80%)
40—50 „ „	28	(21·37%),	20	(13·60%)
50—60 „ „	17	(12·97%),	15	(10·20%)
60—70 „ „	16	(12·21%),	11	(7·48%)
70 éven felül	4	(3·05%),	4	(2·72%)

volt.

Családi állapot szerint

nőtlen	58	(20·86%)
hajadon	52	(18·70%)
nős	58	(20·86%)
férjhezett	66	(23·74%)
özvegy férfi	11	(3·95%)
özvegy nő	26	(9·35%)
törvényesen elvált férfi	4	(1·43%)
törvényesen elvált nő	3	(1·07%)

volt. A nem, életkor és családi állapot adatai feltűnően mutatják, hogy a nők, a házasságot kötöttek többségben vannak a férfiak, nőtlen, hajadonokkal szemben. Az életkor alapján való megosztás nőknél a 20—30. évek között szökik magasra a syphiliteseinek száma, míg férfiaknál a 40—50. évek között éri el a legmagasabb pontot. E feltűnő jelenség magyarázatát később óhajtom megadni.

Foglalkozás tekintetében a megosztás a következő volt:

értelmiségi	7	(2·51%)
iparosmester	12	(4·31%)
iparossegéd	9	(3·23%)
kereskedő	3	(1·07%)
kereskedősegéd	2	(0·71%)
önálló gazdálkodó	5	(1·79%)
földműves, napszámos	54	(19·42%)
nőcseléd	8	(2·87%)
férficseléd	6	(2·15%)
háztartásbeli	109	(39·20%)
ipari munkás	5	(1·79%)
ipari munkásnő	1	(0·35%)
kéjű	26	(9·35%)
tanuló, tanonc	12	(4·31%)
foglalkozás nélküli gyermek	7	(2·51%)
egyéb	12	(4·31%)

A foglalkozási ágakkal kapcsolatban megemlíteném, hogy a syphilitese betegek nagy többsége az úgynevezett „kisemberek“ kategóriájába tartozik; vagyonosak vagy jobb posztitót betöltő egyének rendszertől különösbőlákba vétetik fel magukat, vagy pedig magánorvoshoz fordulnak, ha betegek. Hódmezővásárhely lakosságának zömét és így a kórház betegforgalmának nagyobb részét különben is az egyszerűbb viszonyok között élő emberek teszik ki. A prostituáltak nagy arányszámmal (9·35%) szereplése nem meglepő; vizsgál-

lataim² kiderítették, hogy a nyilvános házakban lakó és éppen ezért ellenőrzésre alkalmas prostituáltaknál a kötelező Wassermann-reactio bevezetésével 81·77%-ban volt syphilitese fertőzöttség kideríthető. A Hódmezővásárhelyre kerülő prostituáltak nagyrésze tehát előbbtöbb legalább egy alkalommal kórházi felvételre kerül.

A 278 syphilitese beteg megosztása osztályok szerint a következő volt:

sebészeti, szülészeti osztály ..	(70 ágy)	49	(17·63%)
bel-, elme-, fertőző-osztály	(100 ágy)	110	(39·63%)
szemészeti osztály	(80 ágy)	26	(9·35%)
bőr- és nemibeteg-osztály	(40 ágy)	93	(33·45%)

A belgyógyászati, elme-, fertőzőbeteg-osztály legmagasabb számmal való szereplése természetes dolog, egyrészt, mert a kórház legnagyobb ágyszámmal bíró osztálya, másrészt, mert a belgyógyászat körében kezelt betegségek jelentős része syphilitese eredetű. A sebészeti, szülészeti osztály beteganyagából származó syphilitese egyének között fedeztük fel a legtöbb olyan esetet, midőn a betegnek nem volt tudomása syphiliteséről; általában ezen osztály beteganyagánál derítette fel a Wassermann-reactio a legtöbb esetben a syphilitest és hívta fel figyelmünket a különben latens vagy igen kevés tünetet produkáló megbetegedésre.

A *felvétel okát* tekintve,

syphilitese volt (ideértve az összes syphilitese alapon nyugvó elváltozásokat) ..	136	(48·92%)
syphilitesyagnús (szív, nagyerek, idegrendszer, csontvárt, stb. megbetegedése, abortus, stb.)	34	(12·23%)
a fennmaradó	108	(38·84%)

beteg a legváltozatosabb ok miatt került a kórházba. Az osztályok elsősorban a felvétel okát képező megbetegedésekre voltak tekintettel; de ha a vizsgálat e között és a konstataált syphilitest között az összefüggést kiderítette, úgy ez irányította a gyógykezelést, sőt sok esetben a therapia súlypontjának áthelyezését jelentette.³ A 108 nemsyphilitese megbetegedés miatt felvett beteg egy részénél ki is derült az összefüggés a felvétel okát képező bántalom és a syphilitest között, mégis 94 (87·03%) esetben a felderített syphilitest függetlennek bizonyult. Miután a vizsgálat 12 hónapja alatt minden kórházunkba kerülő betegnél elvégeztük a Wassermann-reactiót, kérdéses vagy ismeretlen syphilitese esetekben a legfőbb útmutatást a reactio positiv volta adta meg. A complement eltérítését azonban csak a körrelőzmény és a klinikai vizsgálat kellő támogató adatainak birtokában fogadtuk el döntő bizonyítékul. A tünetes eseteknél a klinikai és serologiai lelet összhangba hozása nehézséget nem okozott, azonban a latens eseteknél a positiv Wassermann-reactio értékelése és a körjelzés felállítása nem egyszer csak beható vizsgálat és hosszas megfontolás után sikerült. A bizonyítékokat, melyek a positiv Wassermann-reactio alapján felállítandó diagnosist megerősítették, két csoportba foglalom: az egyik csoport a körrelőzmény adataira támaszkodik, a másodikba az ex juvantibus nyert eredmények tartoznak. A syphilitest kétségtelen bizonyítékát adta az a körrelőzmény, ha a beteg fertőzésének idejéről, lefolyt jellemző tünetekről, előzetes positiv Wassermann-reactióról, antilueses kúrákról, abortusokról számolt be. Saját magunk szereztünk bizonyosságot körjelzésünk helyességéről azáltal, hogy a hozzátartozókat bekérve, náluk részben beismerés, részben az elvégzett Wassermann-reactio alapján syphilitest állapítottunk meg (férfi, feleség, testvér, szülő syphilitese), részben pedig (pl. szüle-

² Orvosi Hetilap 1924. „Riegler“-Emlékkönyv 1926.
³ Szentkirályi: Bőrgyógyászati, urológiai és venerológiai szemle 1926.

Omnadin

Immun-teljes vaccina »MUCH«

A szervezet aspecifikus kezelésére.

A szervezet védőerőit azonnal mozgósítja és tartósan fokozza, a betegség lefolyását lényegesen megrövidíti. Felnőttek és gyermekek is kitűnően tűrik.

Javallatai: Grippés megbetegedések, pneumoniá, fertőző betegségek, neuralgiás és rheumaticus panaszok stb.

Forgalomban: Dobozok 1, 2 és 12 drb. 2 cm³-es ampullával. Klinikai csomagolások 50 és 100 drb. 2 cm³-es ampullával.

Eredeti csomagolás „KALLE”.

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung „Bayer-MeisterLucius”

Orvosi mintát és irodalmat készsággel rendelkezésre bocsájt a magyarországi vezérképviselőt:

Jemnitz Albrecht Budapest V, Akadémia-utca 3.



TÖKÉLETES HAEMATO- ORGANOTHERAPIA

Syrupus DESCHIENS

élő haemoglobinja

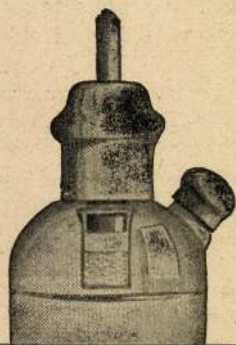
Sértetlenül tartalmazza az egész vér minimális anyagait.

ANAEMIÁS JELENSÉGEK és ORGANIKUS HIÁNYOK
észszerű kezelése.

Étekezésenként egy evőkanálnyit vesző.

DESCHIENS, D' en Ph^{ie}, 9, r. Paul-Baudry, Paris (8^e). - Magyarországi központ: PANACEA Gyógyszervegyészeti Rt. BUDAPEST 4.

Deutsches Insulin „Gans”



A német insulinsbizottság ellenőrzése alatt áll. Forgalombahozatal előtt két németországi klinikán vizsgáltatik.

Legolcsóbb insulín. Oldatokban kapható: 5 cm³ = **100** klinik. egység és 10 cm³ = **200** klinik. egység, továbbá klinikai csomagolásban 20×5 cm³ = **2000** kl. e.

Legújabb: „**SICCOL**” csomagolás, mely friss oldásra előkészítve határtalanul tartós. Egy 5 cm³-es üveg **200**, továbbá **400** klinik. egységet szolgáltat, úgy hogy e töményebb oldatokból csak kis mennyiséget kell befecskendezni.

Használati utasítás minden üveghez.

„**PHARMAGANS**” Pharmazeutisches Institut Ludwig Wilhelm Gans A.-G.
Oberursel bei Frankfurt a. M.

Főraktár: **Szerecsen gyógyszertár, Budapest V, Dorottya-utca 13.**

Ugyane gyárból **Száraz-Komplement „Gans”** a breslauer egyetem bőrklinikájának serodiagnosztikai osztályától ellenőrzött készítmény.

Bevált készítmények!

**INFLUENZA
RHEUMA**

**HÜLÉSES MEG-
BETEGEDÉSEK**

**KLIMAKTERIALIS
PANASZOK**

**MENSTRUATIÓS
ZAVAROK**

**KIMERÜLTSEGI
ÁLLAPOTOK**

**NEURASTHENIA
IMPOTENTIA**

LUES

Acitophosan tablettá (phenylchinolincarbonsavas calcium és acetylsalicylsav). Nagyobb adagja a hüléses megbetegedések (influenza, tonsillitis, stb.) kifejlődését kupirozni képes.

Tophosan (phenylchinolincarbonsav) 20 drb 0.5 g-os tablettát tartalmazó phiolák és 6 ampulát tartalmazó dobozok. Húgysavas diathesis, köszvény, ízületi gyulladások és ischiasnál javalt.

Ovarium-tabletta és **Glanduovin inj.** a friss petefészek hormonjait tartalmazzák.

Hormogland T. O. S. H. tabl. és injectio, thyreoidea, ovarium, supraren és hypophysis combinatiója. Pluriglandularis megbetegedéseknél.

Luteolipoid inj. A corpus luteum lipoidjait tartalmazza. Serdüléskori menorrhagiák s metrorrhagiák.

Bromlecithin 0.05 és 0.30 g-os tabletták. Neurasthenia és idegizgalmaknál.

Protestin tabl. és inj. Testis, cerebrum, prostata és yohimbin combinatiója. Sexualis neurasthenia és impotentiánál.

Hormogland T. t. S. H. tabl. és inj. Thyreoidea, testis supraren és hypophysis combinatiója. Neurasthenia, impotentia, idiotia mongoliana.

Bismosalvan (jodchininbismuth olajos suspensiója) 10 ampullás dobozok és 10, 15, 30, 50 cm³-es üvegekben.

Neobismosalvan (jodchininbismuth és lecithin combinatiója) 10 ampullás dobozok és 10, 15, 30, 50 cm³-es üvegekben. A bismuthlipoid oldható formában jut a szervezetbe, gyorsan s tökéletesen felszívódva, hatása megsokszorozódik. Mindkét bismuthkészítmény teljesen fájdalomtalan. Spirillocid hatásban a higanyt jóval felülmúlják.

Jodlecithin, csokoládéval bevont 0.1 g-os pilulák és 0.25 g-os tabletták. Hosszabb adagolásnál sem okoz zavarokat. Lipoidtartalmánál fogva csak lassan és egyenletesen válik le a jód.

RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r.-t. BUDAPEST X.

seknél) az újszülöttet, vagy régebben született és congenitalis tüneteket mutató gyermekeket megvizsgáltuk. Az ilyen természetű és teljesen megbízható adatokon kívül bár kevésbé biztos, de értékesíthető adatokat szolgáltatottak a beteg életkörülményei: az exponált foglalkozásúaknak, hosszú nőtlenységben vagy özvegyiségben élő egyéneknek a syphilis megszerzésére több alkalomuk van; a titkos és nyilvános prostituáltak, szállodai nőalkalmazottak, cigányzenészek, pincérek, stb. pozitív Wassermann-reactiója a tapasztalás szerint nem ok nélkül való.

Syphiliséről 96 beteg (34·53%) tudott, a szó szoros értelmében vett lues ignorata száma 182 (65·47%) volt. Hogy syphiliséről aránylag sok betegnek volt tudomása, annak ellenére, hogy a fertőzés pontosabb idejét (legtöbbször csak az évet) csak 42 beteg (15·10%) tudta megmondani, az több körülményből magyarázható. Azoknak, akik syphilisükről tudtak, a többsége férfi és katonaviselt ember volt, kisebb részben intelligensebb nőbeteg vagy prostituált, akiknél részint a háború alatt, részint előzetes orvosi vizsgálatokkal kapcsolatban a syphilises fertőzöttség nyilvánvalóvá vált; ezzel szemben a lues ignorata többségben a házas nőknél és természetesen a luest öröklött gyermekeknél fordult elő. A nem tudatos és az eltagadott syphilis között igyekeztem éles határt vonni; a keresztkérdések súlya alatt igen sok esetben derült ki a valóság. Többször fordult elő a kórelőzményben a syphilis megszerzésére gyanúsító körülmény („szórvágás”, stb.), ez azonban korántsem bizonyítja azt is, hogy a beteg egyúttal tudomással bír syphilises fertőzöttségéről. Idevágóan jellemző a bőr- és nemibeteg-osztály egy esete (1520/1925. fejlapsz.), amelyben egy évvel azelőtt ulcus venereummal kezelt és a fekély begyógyulása után két hónappal Wassermann-ellenőrzésnek alávetett beteg gonorrhoeával vértette fel magát. A Wassermann-reactio ++++ pozitívítása mutatta, hogy a fekély vegyes volt és ha a beteg — amint azt annak idején ajánlottuk — az ellenőrzésre kellő időben újra jelentkezik, betegsége hamarabb is kiderült volna.

A pozitív Wassermann-reactio alapján felállított kórjelzés helyességének bizonyítékait, mint említettem, másrészt ex juvantibus találtuk meg. A súlyos neurasthenia, legyengült állapot, vérszegénység, két esetben erős, a pruritus senilis képét viselő viszketés feltűnő gyors gyógyulása antilueses kezelés következtében, továbbá a syphilissel közvetlenül össze nem függő más betegség (sokszor tuberculosis) lényeges javulása az antilueses kezelés alatt gyorsan erősödő szervezetben megerősítették a diagnosist. Végül három esetben a sectio — mely klinikailag nem diagnostizált, de biztosan syphilises elváltozásokat tárt fel — döntötte el a kérdést. A két csoportba foglalt bizonyítékok, 12 eset (8%) kivételével, minden esetben kellő kiegészítést adtak a pozitív Wassermann-reactiónak.

Eljárásunkat néhány extrém esettel kívánom érzékelteni.

I. 2885/1925. fejlapsz. 61 éves kőműves, özvegy. Fertőzéstől nem tud, 20 évvel ezelőtt elhalt feleségének abortusa nem volt, de gravid sem volt soha. Néha szédül, gyengének érzi magát. Főpanaszát vizelet zavarok képezik. Prostata hypertrophiája miatt vette fel a bőr- és nemibeteg-osztályt.

Jelen állapot: Magastermetű, igen sápadt, leromlott férfi. Mellkasa merev, tüdő, szív és nagyerek állapota életkorának megfelelő, de különösebb kóros elváltozást nem árul el. Idegrendszere ép. Prostatája kis almányi. Wassermann-reactio ++++ pozitív.

Az elvégzett antilueses kezelés alatt erőbeli állapot javult, sokat hízott. Bizonytalan eredetű szédülései, gyengesége teljesen megszűntek. A prostata és hólyag helybeli kezelésére a zavarok megszűntek és prostatája lényegesen kisebbedett. Ebben az esetben a

syphilis diagnózisát a pozitív Wassermann-reactio mellett támogatták a beteg szédülései, anaemiája és főleg az antilueses kezeléssel kapcsolatos általános javulás. A kezelés végén (3·5 g neosalvarsan és 12 bismuth-befecske) elvégzett Wassermann-reactio ismételt ++++ pozitív eredményt adott, ami, tekintettel arra, hogy inveterált luesről volt szó, várható volt.

II. 2398/1925. fejlapsz. 57 éves kőműves, nőtlen. Ideges hányása miatt vette fel a belgyógyászati osztályt. Syphilises fertőzésről nem tud. Az idegrendszeri vizsgálat a betegség okát nem tisztázta. Wassermann-reactio ++++ pozitív. A beteg az antilueses kezelés után lényegesen javultán távozott a kórházból. Hónapok múlva hányása újra kezdődött és amint kezelőorvosa referálta, tipikus „crise gastrique”, rohama volt. Intercurrens betegségben halt el. Ebben az esetben az antilueses kezelésre beálló javuláson kívül a később konstatált és idegrendszeri syphilisre valló tünetek erősítették meg a ++++ pozitív Wassermann-reactióra alapított diagnosist.

III. 1636/1926. fejlapsz. 24 éves cigány, nőtlen, napszámos, Echinococcus pulm. miatt Szegeden operálták, majd a kórház sebészeti osztálya vette kezelésbe. Syphilises fertőzésről nem tud, tünete nincs. Wassermann-reactio ++++ pozitív.

Beható kikérdezés, vizsgálat ellenére sem találtunk kezdetben támogató adatot a diagnózis megerősítésére; azonban szinte véletlen folytán a bőr- és nemibeteg-osztály járóbetegrendelésének naplójában talált adatok alapján kiderült, hogy 1924-ben egyetlen alkalommal jelentkezett és akkor szájában és torkában syphilises plaquejai voltak. Ebben az esetben vita tárgyát képezte az, hogy vajon a nagy kiterjedésű, solitaer echinococcus hólyag és az általa okozott megváltozása az egész szervezet reakciójának nem játszik-e szerepet a complement eltérítésénél? Ilyen természetű irodalmi adatokat nem ismerünk ugyan, de az elméleti magyarázat — más betegségek analogiájára — nem volna lehetetlen. Végeredményben a saját magunk által két évvel ezelőtt észlelt syphilises tünetek echinococcus + lues kórjelzést engedtek meg.

IV. 1300/1926. fejlapsz. 38 éves, nős, szatócs. Lágyéksérvműtétre vettette fel magát a kórház sebészeti osztályán. Syphilises fertőzést tagad, tünete nincs. Wassermann-reactio ++++ pozitív.

A kórelőzmény látszólag teljesen negatív volta miatt a Wassermann-reactio megismétlését javasoltuk, erre azonban nem kerülhetett sor, mert a beteg a problémát saját maga megoldotta azáltal, hogy a Wassermann-reactio eredményének közlése után búcsú nélkül eltűnt a kórházból, beismervé azt, hogy eltagadott syphilisének felfedezése kellemetlenül érintette.

A 278 syphilises egyénnél az elváltozások szerint		
primaer affectio	3	(1·07%)
secundaer bőrtünetek	14	(5·03%)
tertiar bőrtünetek	5	(1·79%)
különböző szíri elváltozások	18	(6·47%)
tabes dorsalis és paralysis progressiva ..	42	(15·10%)
lues cerebri és ideglues	12	(4·31%)
egyéb syphilises megbetegedés (csont, stb.)	7	(2·51%)
gyógyult syphilis	1	(0·35%)
tünetes congenitalis syphilis	19	(6·83%)
tünetmentes congenitalis syphilis	7	(2·51%)
latens syphilis	150	(53·95%)
esetben volt megállapítható.		

A primaer affectio elenyésző száma örvendetes jelenség és amint legkülönbözőbb helyekről értesültem, máshol is tapasztalják a fertőzések aránylagos csökkenését. Mindhárom eset seronegatív időszakban került kezelés alá pozitív spirochaeta pallida lelet alapján, betegsüket nem Hódmezővásárhelyen szereztek. Meg kell jegyeznem azt, hogy a m. kir. államrendőrség hódmezővásárhelyi kapitánysága és a tisztiorvosi kar a prostitutio, különösen a nyilvános házak ellenőrzését ajánlatomra már 1923 óta a lemodernebbül a kötelező Wassermann-reactio segítségével végzi és hogy tudomásom szerint syphilises fertőződés nyilvános házakban az utóbbi években itt nem is fordult elő.

A három primaer affectiót azért ismertük fel és vettük kezelés alá kellő időben, mert a betegek eléggé intelligensek voltak ahhoz, hogy gyanús elváltozásaikat

megvizsgáltassák; egyébként mind a hárman munkások voltak és a nemibetegségek elleni védekezésről szóló propaganda-előadásokra hívatkoztak.

Secundaer bőrtünetes betegünk is aránylag kevés volt. Olyan túltengő és változatos képet mutató tünetek, mint amilyeneket csak néhány évvel ezelőtt is láttunk, ma már ritkán kerülnek szemünk elé és betegforgalmunkban ilyen egy sem fordult elő. Főképpen néhány papula a nemi részeken, recidiváló jellegű roseolák és leukoderma syphiliticum colli volt az, amelyből a kórjelzést felállítottuk. A harmadlagos tünetek, főképpen előzetesen, a legkülönbözőbb bőrbetegségeknek vélt és évek során kezelt formában kerültek szemünk elé.

A különböző zsigeri elváltozások részletezése más közlemény tárgyát képezi.

Feltűnően magas az idegrendszer megbetegedéseinek száma, arányítva egyéb syphilitikus elváltozásokhoz. Az esetek egy részénél a kórjelzés felállításában nagy segítséget nyújtott a Thurzó-féle bicolorált mastix liquor vizsgálat, amellyel nyert tapasztalatokról *Deutsch Béla dr.* orvos számolt be a szegedi Ferenc József Tudományegyetem Barátai Egyesületének orvosi szakülése előtt. Az esetek nagy része korán diagnosztizáltatott és minden további következtetés levonása nélkül kívánom megemlíteni, hogy az idegrendszeri syphilitikus betegek közül fertőzésének idejét csak 6 (14,28%) tudta megmondani, legnagyobb részük nem is tudott syphilitiséről, előzetes kezelésben — különösen altalvarsan-kezelésben — igen kevesen részesültek.

Congenitalis luesben szenvedő, tünetes betegeink saját megbetegedésük révén, míg a tünetmentesek és részben Wassermann-reactióra negatív esetek részint szüleik, részint testvéreik betegsége alapján folytatott családi vizsgálatok révén kerültek észlelés alá. A congenitalis esetek többségét a szemészeti osztály szolgáltatta. A családvizsgálatok, melyeket lehetőség szerint minden esetben igyekeztünk elvégezni, a congenitalis syphilitisről és a lueses családok viszonyairól a legváltozatosabb adatokat vetették a felszínre. Így feljegyzésre érdemes egy eset, melyben megelőzőleg az asszony elvált és a férj özvegy volt; mind a kettő syphilitisben szenvedett és egy, illetőleg két congenitalisan fertőzött gyermeket vittek a házasságba, melyből két ugyancsak congenitalisan fertőzött gyermek származott. A házaspár örökbe fogadott egy tünetes congenitalis lehelgyermeket (condylomák az anus körül, plaqueok a szájban), akit az asszony édesanyja megszeretett, vele egy ágyban aludt és akitől végül extragenitalisan (primaer affectio a jobb tonsillán) fertőződött. Egy másik esetben (884/1926. fejlapoz.) jól megtermett, teljesen egészségesnek látszó 47 éves munkásasszony került tünetes congenitalis újszülöttjével felvételre a bőr- és nemi-beteg-osztályon. Az asszony kórelőzményéből kitudt, hogy 20 éves korában ment férjhez, akkor egymást követőleg három abortusa volt, majd öt élő gyermeke született, akik egész kiskorukban előtte ismeretlen betegségben haltak el; később még négy gyermeke született, akik élnek és állítólag egészségesek (vizsgálatra nem voltak behívhatók). 17 évvel férjhezmenetel és fertőződésének valószínű ideje után született jelenlegi tünetes újszülöttje. Az anya Wassermann-reactiója ++ pozitív, a csecsemő pemphigus syphiliticus, nagy máj és lép, általános gyengeség, igen súlyos sárgasággal került észlelés alá és rövidesen elpusztult. Általában törvényszerűnek tekintjük, hogy a syphilitikus anyánál kezdetben abortusok, majd tünetes és végül látszólag egészséges gyermekek születnek; a fertőzés után ilyen hosszú idővel látszólag egészséges gyermekek születése és ezzel együtt a syphilitis és a szervezet közötti küzde-

lem nyilvánvaló kiegyensúlyozódása után ritka a tünetes congenitalis újszülött (*Guszman*⁴). A tünetmentes és részben Wassermann-reactióra negatív, de biztosan syphilitikus szülőktől származó vagy pedig tünetes testvérekkel bíró gyermekeknél egyelőre nyitva kell hagynunk azt a kérdést, hogy spirochaetahordozók-e (congenitalis lues) vagy pedig spirochaetamentesek (heredolues, *Sarbo*⁵).

Beteganyagunkban a többséget a latens syphilitis képezte; ezeknél a betegeknél részben a pozitív Wassermann-reactio hívta fel a figyelmet a megbetegedésre és 12 eset (8%) kivételével sikerült a kórjelzést kellőképpen alátámasztani kórelőzményi és egyéb bizonyítékokkal. A jelzett 12 betegnél kisebb részben valóban nem voltak támogató adatok, nagyobb részben azonban a vizsgálat nem volt kellőképpen keresztülvihető (sérülteknél, sürgős operatio miatt a kórházba kerülőknél, stb.). Ezekben az esetekben meg kellett elégednünk a syphilitis egyetlen tünetével, a pozitív Wassermann-reactióval, melynek megbízhatóságáért a kórház laboratoriuma kezekedik. A latens syphilitis arányszáma a legkülönbözőbb helyeken nyert tapasztalatok szerint általánosságban magas; ezt az érdekes jelenséget más helyen óhajtom tárgyalni.

A 12 hónapra terjedő megfigyelések eredményei távolabbi következtetésekre egyelőre nem adhatnak alapot és csupán a kórház egy évi beteganyagára vetnek fényt. A betegek, ha nem is syphilitikusok, de valamilyen megbetegedésük miatt kényszerültek a kórház felkeresni; hogy itt a syphilitikus fertőzöttség a lehetőség szerint minden esetben kiderült, az főképpen az általánosan végrehajtott Wassermann-reactio eredménye. Több év anyaga előreláthatólag szélesebb körben is értékesíthető adatokat fog szolgáltatni. A betegforgalom 12,27%-a volt syphilitikus, ami meglehetősen magasnak ítéltető, miután heterogen beteganyagról van szó; hogy más gyógyintézetekben milyenek a viszonyok, azt hasonló tárgyú irodalmi adatok hiányában nem tudjuk megállapítani.

A vizsgálatok az egyes eseteket tekintve új dolgot nem derítettek ki, egészükben mégis sok tanulsággal jártak és a Wassermann-reactio értékelése szempontjából voltak hasznosak.

A házasságot kötött nők legnagyobb számban szerepelnek a syphilitis ignorata és syphilitis latens számcsoportban; ez a körülmény arra a feltevésre jogosít, hogy az „ártatlanok“ (betegségüket a házasságban szerzett egyének) syphilitise számosabb, mint hittük. Ez a tapasztalat további kutatások irányát szabta meg és a kórház orvosi kara igyekezett minél több esetben kideríteni a syphilitis útját a családban; az eredmény számos család felderítése és kezelése volt. A betegek életkor szerinti megoszlásának hullámvonala elvitázhatatlanul mutatja a háborúban szerzett syphilitis terjedését. Férfiaknál a syphilitikusok többsége a 35–45 évek közé — tehát a hadviseltek kategóriájára — esik; nőknél a hadviseltek feleségei szerepelnek a legnagyobb számban (25–35 évek között). A syphilitis tehát betegforgalmunkban a legtöbb esetben „háborús emlék“. Magában a családban is észlelhetjük egészséges gyermekek születése után a háború ideje alatt abortusok, majd tünetes congenitalis magzatok megjelenését.

A syphilitis elnéptelenítő hatását érzékeltetik a terhességekre vonatkozó adataink. A 278 beteg közül házasságot 168 egyén (60,43%) kötött, e számból — melyben az özvegyek és elváltak is benne foglaltatnak — a házasság meddő maradt 40 esetben (23,80%). A 128 termékeny házasságban tudott és bevallott abortus 107 volt,

⁴ Orvosképzés 1926.

⁵ Orvosi Hetilap 1926.

élve született, de egész kis korában elhalt 155 gyermek, míg jelenleg él 205 gyermek. Fel kell tennünk, hogy az abortusok száma a valóságban sokkal nagyobb lehetett, hiszen egy pár hetes, sőt kéthónapos terhesség megszakadásának kisebb intelligenciájú vagy önmagát kevésbé megfigyelő asszony nem tulajdonít jelentőséget és arra nem is emlékezik. Az ilyen hozzávetőleges bemondás alapján megállapított embervesztesség (262), mely az összes terhességek számában dominál és az élő gyermekek számát jóval túlszárnyalja, önmagában is súlyos memento.

A Wassermann-reactio nagy számban való elvégzésével kapcsolatban szerzett tapasztalatok főképen a nem teljes complementkötés és a kórelőzményi, klinikai lelet összhangzásba hozásánál bírt jelentőséggel. A megfigyelés a régi tapasztalatokat erősítette meg; a vizsgálatok ideje alatt szüléssel kapcsolatban három, maláriánál öt esetben találtunk átmenetileg teljes complementkötést.

A nyert tapasztalatok alapján a kórház főorvosi kara elhatározta, hogy a Wassermann-reactiót a kórházba felvett minden betegnél folytatódólagosan elvéggezteti. A vizsgálatok könnyebb áttekinthetősége és az eredmények regisztrálása céljából a kórház felvételi irodája minden beteg felvételekor a szokásos fej- és kórlaphoz „Egyéni lap”-ot esatol, ami a szokásos személyi adatok után a következő kérdőrovatokat tartalmazza: 1. Név és személyi adatok. Abortusok, élő és halott gyermekek száma. 2. A betegség, mely miatt a kórházba felvettük. 3. Alávetett-e felvétele előtt Wassermann-vizsgálatnak. 4. Mikor és hányszor vizsgálták meg? A Wassermann-vizsgálat eredménye, és pedig az első, második, harmadik, negyedik, ötödik, hatodik és a további észlelések alkalmával külön-külön. Az időpont megjelölésével. 5. Összefüggésbe hozható-e luesre azon betegségével, mely miatt a kórházban ápoltuk? 6. A konstatált luesre vonatkozó adatok: a) Volt-e tudomása lueséről? b) Mikor szerezte? (Év, hó, nap.) c) Hol lakott megszerzésekor? d) Milyen foglalkozást űzött? (Szolgálati viszony.) e) Állott-e gyógykezelés alatt a lues megszerzése után? f) Mily eredménnyel gyógykezeltetett? 7. A konstatált lues orvosi leírása az első, második, harmadik, negyedik vizsgálat alkalmával. Az egyéni lapok a beteg eltávozásakor egyéb irataival együtt megőrzésbe kerülnek és esetleges újból való felvétele alkalmával a szükséges tájékoztatást megadják.

E helyen mondok köszönetet főorvostársaimnak, akik az egyes esetek elbírálásánál közreműködni szívesek voltak és különösképen *Ormos Pál dr.* kórboncnok-főorvosnak, aki a Wassermann-reactiók elvégzésével a munka legnagyobb részét magára vállalta.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László dr., egyetemi ny. r. tanár).

A liquor cerebrosppinalis új oxydatiós reakciójáról.

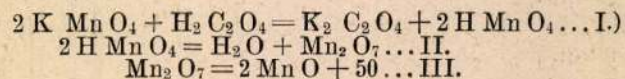
Írták: *Benedek László dr.* egyetemi ny. r. tanár és *Thurzó Jenő dr.* egyetemi tanársegéd.

A liquordiagnostikában a legtöbb vizsgálati módszerrel a liquorfehérjék mennyiségi és minőségi vizsgálata útján történik a pathognomiás sajátosságok megállapítása. A liquorfehérjék physikalis és chemikalis tulajdonságainak és azok változásainak megállapítására a szerves chemiában a proteinek vizsgálatára alkalmazott különböző módszerek a liquordiagnostikában is nagyrészt alkalmazást nyertek. A fehérjék kicsaphatósága alapján a liquor fehérjetartalma gravimetriásan,

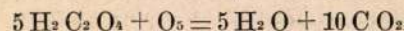
vagy valamely tapasztalatilag megállapított és gravimetriásan ellenőrzött skálarendszer útján határozható meg. Ilyenek a Sicard-Cantaloupe-féle, a Nissl-féle, valamint a diaphanometriás eljárások. A liquorfehérje fraktióinak az egyes fehérjekicsapószerekkel szemben való különböző viselkedésén alapszanak az ún. n. globulin-reactiók. A fehérjefraktiók mesterséges colloid oldatokkal szemben megnyilvánuló különböző viselkedésének vizsgálata pedig a colloid reakciónál nyer alkalmazást. Ezeknek az elveknek alapján kidolgozott vizsgálati módszerek az általános klinikai gyakorlatban nagy elterjedésre tettek szert. A liquor fehérjéinek dialyzálás, elektrophoresis, refractometriás, osmosis és kataphoresis viselkedés szempontjából való vizsgálata még inkább csak elméleti kutatások tárgyát képezi.

A liquorfehérjének és általában a proteineknek az egyes chemiai reakciók időbeli lefolyására kifejtett gyorsító hatása eddigelé még nem képezte kutatás tárgyát. A térfogatos chemia-analysiben az oxydometriás eljárásoknál, mint ismeretes, az oxalsav, mint redukálószer, a kalium hypermanganicum pedig mint erőlyes oxydálószer szerepel.

Klinikánk laboratóriumában finom eloszlású szénporból (carcolid *E. Merck*) készített suspensiónak és festékkoldatoknak keverékével vizsgáltuk a liquorfehérje colloidjainak viselkedését, különböző sós és savi elektrolit közegekben. Kutatásaink közben arra az észlelésre jutottunk, hogy az acidum oxalicum és kalium hypermanganicum 1%-os oldatainak összekeverése után beálló chemiai reakciót a szénsuspensio nagyfokban gyorsítja, amit arról ismerhetünk fel, hogy a kalium permanganat-oldat sokkal hamarabb színtelenedik el, mint szénsuspensio nélkül. Röviden ismertetjük a lejátszódó chemiai folyamatot, amely a következő egyenletek szerint megy végbe:



A III. egyenlet szerint a kalium hypermanganatból felszabaduló öt atom O, amennyiben még oxalsav van jelen, ezzel a következőképpen reagál:



mint látható tehát, amikor a kalium permanganat-oldatot feleslegben lévő oxalsavval hozzuk össze és az előbbi teljes elszíntelenedése következik be, akkor tulajdonképpen a kalium hypermanganicum az oxalsavat vízzel és széndioxyddal oxydálja. A manganoxyd-csapadék azonban nem válik ki, mivel a feleslegben lévő acidum oxalicum úgy hat, hogy manganoxalat képződik, amely oldatban marad. A teljesen elszíntelenedett folyadék a kémcsőben erős savi vegyhatású, tehát az alkalmazott oxalsav csak részben oxydálódott.

A fentebb ismertetett chemiai folyamat kísérleteink folyamán carcolidsuspensio jelenlétében sokkal gyorsabban zajlott le. A szénsuspensio tehát az oxygen felszabadulását és ezáltal az egész reactio lefolyását gyorsítja, és így katalitikus hatásának tekinthető.

Elméleti elgondolások alapján kísérleteinket oly irányban folytattuk, hogy eldöntsük azt, miszerint a liquor colloidjai szintén katalitikus hatást gyakorolnak-e a szóbanforgó chemiai folyamatra. *Vizsgálataink azt mutatták, hogy normalis és pathologiás liquorok differens módon viselkednek e tekintetben.* 1 cm³ 1%-os oxalsav 0.05 cm³ kalium permanganat-oldattal összekeverve, 30 perc alatt válik vízszerűen áttetszővé. Normalis liquorok csak kisfokban, kóros liquorok pedig nagyfokban gyorsítják a chemiai reactio teljes lezajlását.

Az ép és kóros liquoroknak ezen különböző viselkedése alapján hosszas kísérletezés után egy diagnostikai szempontból is igen alkalmas eljárást dolgoztunk ki a liquor vizsgálatára. Jelen előzetes közlésben csak a vizsgálati módszer lényegét ismertetjük, valamint röviden a reactio elméleti magyarázatát.

A reactio elvégzéséhez következők szükségesek:

1. 1%-os kalium permanganicum-oldat,
2. 1%-os acidum oxalicum-oldat.
3. aqua bidest,
4. 1 cm³ $\frac{1}{100}$ -ad beosztású pipetták.

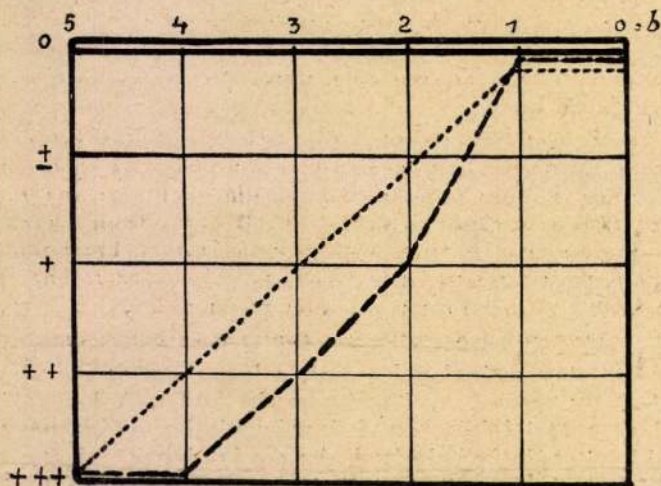
Az 1%-os kalium permanganicum-oldat készítésére ajánlatos kétszer párolt és minden organikus vagy egyéb szennyező anyagoktól mentes vizet használni. Kalium permanganat ugyanis, mint ismeretes, oxydálható anyagok jelenlétében vizes oldatban könnyen redukálódik és ilyenkor ezt az üveg falán barna lerakódás jelzi. Az 1%-os oxalsav készítésénél célszerű szintén hasonló módon eljárni, hogy az esetleg így az oldatba bekerülő csekély szennyezések ne befolyásolják a finoman beállított reactio eredményét.

A reactiót gondosan megtisztított és steril kis kémcsövekben (célszerűek a Wassermann-kémcsövek) végezzük. 0.25 cm³ liquorhoz először 1 cm³ oxalsav-oldatot mérünk le és miután a kémcsöveket enyhén összeráztuk, mindjárt 0.05 cm³, vagyis egy csepp kalium permanganatot adunk még hozzá. Ezután újból enyhén összerázzuk a csöveket. Célszerű mindig egy biztosan negatív liquor is vizsgálni és egy controll-kémcsövet is beállítani. A controll-kémcsőbe 0.25 cm³ aqua destillata, 1 cm³ oxalsav és 1 csepp K Mn O₄ oldat kerül. A negatív liquor és a controlláló leolvasáskor változást nem mutat. A reactio leolvasása pontosan nyolc perc múlva végezendő. Ebben az időpontban ugyanis legjobban észlelhetők azok a különbségek, amelyek a normalis és kóros liquorok között fennállnak. Természetesen, ha több liquort vizsgálunk egyszerre, akkor az összesekkel egyszerre végezzük a reactiót és a leolvasást is egyidőben eszközölhetjük.

A negatív liquorok, hasonlóan a controllálóhoz, a kalium permanganicum-oldat változatlan vöröseslila színét mutatják, esetleg enyhe halványodással. A barnászvörös színárnyalatba való átmenetelt $\pm$ foknak jelezzük. A vörössesárga színváltozást $+$ -esnek, a sárga színváltozást $++$ -esnek és az egész halvány sárga színig való eltérést $+++$ -es eredménynek jelezzük. A reactió fokozatok megállapítása a vöröseslilából egész a sárga színre való átváltozásnál az élénk színek különbségei alapján könnyen eszközölhető. Az enyhébb $\pm$ és $+$ -es eredmény kisebb színváltozásokon alapszik, de kis gyakorlat után szintén könnyen megítélhető.

Amennyiben elegendő liquor áll rendelkezésünkre, a reactiót egy öt tagból álló sorozatban is végezhetjük. Ennél a módszernél az első csőbe 0.25, a másodikba 0.20, a harmadikba 0.15, a negyedikbe 0.10, az ötödikbe 0.05 cm³ liquort mérünk le, vagyis csökkenő adagokban 5, 4, 3, 2 és 1 csepp liquort pipetázunk le a kémcsövekbe, amelyeknek tartalmát ezután a másodiktól kezdve aqua bidestből 1–4 cseppel egyenlő térfogatig kiegészítjük. Hatodik kémcsőnek egy controllcsövet célszerű beállítani, amelybe 0.25 cm³ aqua bidest pipetázunk. A továbbiakban azután az egyszerű módszerhez hasonlóan minden egyes kémcsőbe 1 cm³ oxalsavat és mindjárt utána 1–1 csepp kalium permanganatot adunk. Az eredményt ugyanúgy nyolc perc múlva olvassuk le s egy erre a célra megállapított coordinata-rendszerben ábrázoljuk. Az ordinátán a reactio fokozatait, az abscissán pedig a csökkenő liquorhígításokat jelezzük.

A fent leírt egyszerű módszerrel eddig 46 liquort vizsgáltunk meg különböző elme- és idegbajoknál. (10 dementia paralytica, 1 taboparalysis, 2 tabes dorsalis, 1 lues cerebrospinalis, 3 lues latens seropositiva, 3 epilepsia, 1 parkinsonismus, 1 hemiplegia, 1 epilepsia pneumoencephaliás befűvés, 3 neurasthenia, 9 schizophrénia, 7 maniás, depressiók elmezavar és 4 egyéb elme- és idegbajoknál, liquorlaesio nélkül.) Minden esetben a négyes reactión kívül az arany- és bicolorált mastix-reactiót is elvégeztük. Eredményeink szerint paralytisisnél és taboparalysis esetében mindig $+++$ -es pozitív eredményt kaptunk, csak hosszas kezelésen átment egy paralytisis-esetnél, ahol a Pándy-reactio is csak $+$ -es volt, volt az oxydatiós reactio eredménye is $+$ -es. Tabes és lues cerebri szintén pozitív eredményt adtak. Epilepsiánál, endogen psychosisoknál és functionalis idegbajoknál mindig negatív eredményt kaptunk. Hemiplegia egy esetében, ahol xanthochrom liquort kaptunk fibronhálóképződéssel, igen erős globulin-reactiókkal és meningitis typusú colloid görbékkel, az oxydatiós reactio is $+++$ -es volt és tulajdonképpen már hamarabb állott be ily fokban (6 perc). Levegőbefűvés után vett magas sejttartalmú és enyhe meningitis görbét adó liquor szintén a legnagyobb fokú pozitivitást mutatta. Az öt kémcsőből álló módszernél paralytisisnél az 1. ábrán látható görbék fordulnak elő.



A reactio általában tehát a globulin-reactiók eredményével haladt párhuzamosan. Érzékenysége a Phasis I. és a Weichbrodt-reactiónak felel meg, míg a Pándy-reactio kissé nagyobb érzékenységet mutat. Összehasonlító részletes vizsgálatainkról nagyobb számú eset alapján a jövőben fogunk beszámolni.

A reactio elméleti magyarázatára nézve kétségtelennek látszik, hogy a kóros és normalis liquorok különböző viselkedését a fehérjetartalom qualitativ és quantitativ különbségei okozzák. Kísérleteink szerint a normalis liquorok is bizonyos kisebb fokban gyorsítják a kérdéses chemiai folyamatot. A negatív liquoroknál azonban az $+$ -esnek megfelelő változás körülbelül csak 14 perc múlva, a $++$ -esnek megfelelő pedig csak 19 perc múlva áll be. A liquor fehérjéinek hatása valószínűleg elsősorban katalytikus értelműnek tekinthető, és pedig a különböző dispersitású fehérjefraksiók, így az euglobulin, pseudo- és fibrinoglobulin, valamint albumin colloid részecskék e tekintetben különbözőképpen hathatnak. E mellett tekintetbe veendő, hogy a liquor fehérjetartalmának növekedése által nő a colloid részecskék koncentrációja, és ezzel vele jár a reactió gyorsító hatás fokozódása.

A fehérje colloid részecskék finomabb dispersitása, vagy a colloid részecskék térfogategységben való meg-

szaporodása azok hatófelületének növekedésével jár. A colloid oldatok a dielectricumban oldott valamely anyag hatóképes koncentrációjának növekedését eszközlik és ez a dispers részecskék hydratációjával is összefüggésben áll. Ily értelemben érvényesül a liquorfehérje hatása a kalium permanganat és oxalsav közt lefolyó kémiai folyamatnál a reakcióban megadott körülmények mellett.

Vizsgálatokat folytattunk arra nézve is, hogy az egyszerű tojásfehérje és más colloid anyagok, valamint szerves és szervetlen krystalloidok miként hatnak az említett kémiai folyamatra? A reakcióban használt 0.25 cm³ liquormennyiségnek megfelelően tehát ugyanannyi 0.1%-os tojásfehérjét, 0.1%-os amylum solubilet, 0.1%-os szőlőcukoroldatot, továbbá 0.1%-os siliquidet (Boehringer & Söhne, 0.25 SiO₂ 100 rész vízben) hozunk össze 1 cm³ oxalsavval és 1 csepp K Mn O₄-al. A tojásfehérje a kémiai folyamatra szintén gyorsítólag hatott, de kisebb fokban, mint a normalis liquor. A colloid keményítőoldat valamivel nagyobb hatású volt, míg az 1%-os siliquid-oldat a normalis liquor katalizáló hatásánál kissé erősebbnek mutatkozott. A 0.1%-os szőlőcukoroldat észrevehető hatást nem fejtett ki. Konyhasóoldat még 1.5%-os töménységben sem gyorsította a folyamatot.

Mint látható, tehát a kovasavnak 0.25%-os colloid oldata a reakcióban teljesen hasonlóan viselkedik, mint a liquorfehérje colloidjai. Ezek a kísérletek tehát szintén azt a felfogásunkat erősítik meg, hogy a liquor ezen oxydatiós reakciójánál a reakciós eltéréseket okozó hatásukat a liquor fehérjéi elsősorban katalitikus értelemben fejtik ki.

A fehérjék a reactio lefolyása után nincsenek változatlan állapotban jelen a kémcsőben. Ugyanis ha 0.25 cm³ liquort 1 cm³ aqua destillatával hígítunk fel, úgy 20%-os sulfosalicylsav vagy 33%-os trichlor-ecetsav 4–5 cseppjével a fehérjék kicsaphatók és a kémcsőben opalescentia mutatkozik. Az oxydatiós reakcióban a szintén 0.25 cm³ liquort tartalmazó kémcsőben azonban a reactio lezajlása után a fehérjék az előbb említett módon nem csaphatók ki. Itt tehát a liquor fehérjéi vagy neutralizált stabil oldatképen, vagy pedig hydratatio folytán az oxalat és mangan, illetőleg a reagentiák hatására alacsonyabb értékű fehérjeoldási productumok alakjában lehetnek jelen. A colloid oldatoknak ilyen látható coagulatioiban nem jelentkező változásai mint „colloidális állapotváltozások“ (Kolloidale Zustandsänderungen) ismeretesek. Általában véve a liquor fehérjecolloidjaira vonatkozó adsorbtíós jelenségeknek és a *Freundlich* felfogásának megfelelő ion-adsorbtíónak van szerepe az egész reakcióban. Colloidkémiai ismereteink ezen folyamatok finomabb részleteinek magyarázatára nézve még nem eléggé fejlettek, miután a kémiai constitutiótól függő egyes tényezőkkel, mint felületi feszültség és asszociáló molecularis erők, állanak vonatkozásban. E vonatkozások pedig még teljesen ismeretlenek.

Megemlítjük még, hogy a liquornak kalium permanganat és natrium hydroxyd-oldat közt lefolyó kémiai reakcióra kifejtett hatását is vizsgálat tárgyává tettük. A normalis és kóros liquorok itt is különböző viselkedést tanúsítanak. Ez irányban egészen új elvek alapján a különböző liquoroknak diagnostikus szempontból is értékelhető és igen fontos sajátos viselkedése volt észlelhető. A vizsgálati módszertan teljes kidolgozása után részletes közlésünkben erről is beszámolunk.

Az oxydatiós reakcióról összefoglalólag megjegyezhetjük, hogy diagnostikus értékelhetőségére nézve a globulin-reactióhoz hasonlítható. +++-es positivitás leginkább dem. paralyticánál fordul elő, meningitissnél

pedig positiv eredmény fellépése még hamarabb következik be.

A nagykallói elmeorvosintézetben *Somogyi és Kulcsár* eddigelé 65 esetben végezték el az oxydatiós reakciót, mint erről szóbeli úton értesültünk. Vizsgálataik* a mi eredményeinket szintén megerősítették.

Végül nem mulaszthatjuk el az alkalmat, hogy *Bodnár* professzor úrnak halás köszönetünket ki ne fejezzük azért, hogy a reactio elméleti magyarázatára nézve szíves tanácsaival támogatott.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi III. számú belklinika közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Zavarok az öregedő emberek vérnyomásszabályozásában.

Írta: *Baráth Jenő dr. egyetemi tanársegéd.*

I.

Ezen közleményben rövid összefoglalását óhajtjuk adni azon nagyobb terjedelmű vizsgálatoknak, amelyek részletesen a Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin hasábjain jelennek meg. Ezért e helyen inkább a kísérleti adatok gyakorlatilag értékesíthető adatainak kidomborítására törekedünk, amelyekről azt hisszük, hogy egyszerű és hasznos új módszereket adnak a vérnyomásszabályozás zavarainak elemzésére.

A gondolat, amelyből kiindultunk, a következő volt: A negyvenes évek vége felé rendszeren megkezdődik az öregedés, amely nemcsak az előrehaladottabb évek külső jeleiben, hanem a keringési szervek bizonyos elváltozásaiban is megnyilvánulhat. Ez utóbbiaknak tudható be az a körülmény, hogy a vérnyomás magasabb szinten állapodik meg és a keringési rendszer alkalmazkodási képessége — különösen nagyobb testi megerőltetések alkalmával — a csökkenés jeleit mutatja. A vérnyomást szabályozó készülékek** alkalmazkodási képessége is ingadozásokat mutathat s azt az aprioristikus feltevésünket, mely szerint az ötvenes években lévő embereknel a vérnyomásszabályozás finomabb zavarait lehetne kimutatni, gyakorlati tények is támogatják. Így tehát célszerűnek látszott előttünk, hogy ebben az életkorban pontos vérnyomáselemzéseket végezzünk, amelyeknek eredménye esetleg bizonyos következtetésekre jogosít a kóros vérnyomásemelkedés keletkezésére vonatkozólag is.

A módszerek, amelyek hasonló irányú vizsgálatoknál használhatók, többfélék lehetnek. Ilyen a vérnyomás görbéinek naponta több méréssel és hosszabb időn át történő felvétele. Ezzel végezte *Fahrenkamp* szép és tanulságos vizsgálatait. Különösen a reggeli, valamint az álomban történő vérnyomásmérések (*C. Müller, Katsch és Ponsdorff*) nyújthatnak értékes adatokat. Mindezek azonban functionális szempontból kevésbé kielégítő eljárások, minthogy nem nyújtanak felvilágosítást a vérnyomást szabályozó készülékek alkalmazkodási képességéről, hanem legfeljebb az e rendszerben beálló feszültségi különbségekről. Nem felelnek meg tökéletesen a gyógyszeres vizsgálatok sem (adrenalin-, strychnin-, coffein-, stb injectiók), minthogy ezeknek szigorúan electiv hatása — mint magunk is kimutattuk — kétségbevonható. Ezért igyekeznünk kellett olyan új módszereket kidolgozni, amelyekkel a

* Eredményeikről a közel jövőben fognak beszámolni.

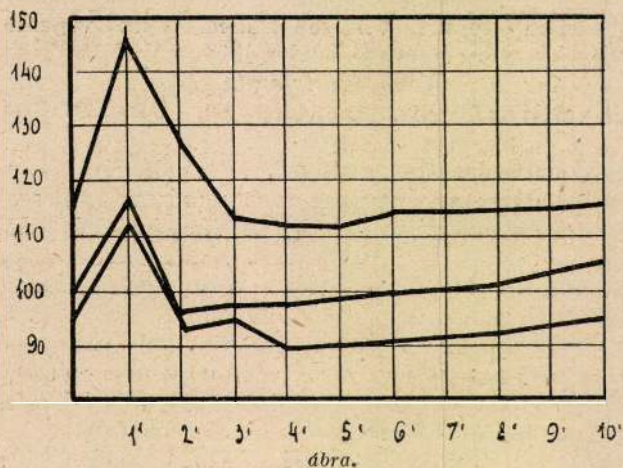
** Szándékosan használjuk mindenütt ezt a kifejezést, minthogy el akarjuk kerülni az állásfoglalást az igen bonyolult vérnyomásszabályozás kérdésében.

mindennapi életben is adódó egyszerű megterhelését vizsgálhatjuk a vérnyomást szabályozó mechanizmusnak. E célból két új módszert dolgoztunk ki; *egyik a testi megterhelés után való vérnyomásemelkedés pontos vizsgálatában, másik egy mesterségesen előidézett psychikus izgalom után beálló vérnyomásemelkedés elemzésében állott. Előbbit a vérnyomás munkareactiójának, utóbbit pedig psychikus vérnyomásreactiónak nevezzük.*

A vérnyomás munkareactiója. Psychikus reactio.

Ismeretes, hogy a testi munkát vérnyomásemelkedés szokta kísérni, amely azonban igen gyorsan lezajlik és gyakran kompenzáló vérnyomássüllyedésnek ad helyet (lásd: *Tigerstedt* könyvében, II. kötet).* A vérnyomásemelkedés gyorsabb vagy lassúbb lezajlása a pulusszaporodással együtt bizonyos tekintetben mértéke lehet a keringési rendszer működési épségének, amint azt *Schrumpf* vizsgálataival kimutatni igyekezett. Nem célunk e helyen beszámolni az erre vonatkozó tapasztalatokról, amelyeket fentebb említett közleményeinkben az érdeklődő részletebben megtalál. Vizsgálataink szempontjából igen fontos az a tapasztalatunk, hogy a testi munka után jelentkező vérnyomásemelkedésnek a rendes szintre való visszatérése ép vérkeringési viszonyok mellett is lassúbbá válhat, és pedig úgy, hogy nem jár együtt a munka után jelentkező pulusszaporodás hosszabb ideig való megmaradásával. Ezen esetekben tehát arra kell gondolnunk, hogy a vérnyomást szabályozó készülékek kiegyenlítő képessége szenvedett valamely okból.

Ezen tapasztalatból kiindulva dolgoztunk ki módszerünket, amellyel a vérnyomás munkareactióját vizsgálhatjuk meg. A vizsgálandó egyénnél pontos és ismételt vizsgálattal, lehetőleg a kora reggeli órákban, meghatározzuk a vérnyomás magasságát. Ezután lassú tempóban (körülbelül 2–3 perc alatt) két emeletet járunk vele és ennek befejezése után $\frac{1}{2}$ percenként mérjük meg a vérnyomást 10–15 percen át. (Az utolsó 6–8 percen elegendő az 1–2 percenként való mérés is.) Az így kapott értékeket görbe alakjában feltüntetve, egészen jellegzetes és egyazon körülmények között ugyanazon egyénnél állandó típusú görbét kapunk.



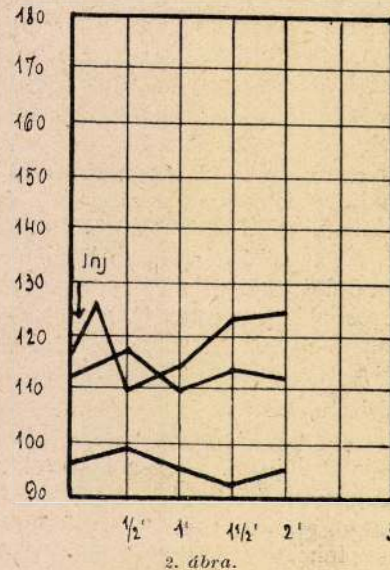
1. ábra.

A vérnyomásemelkedés rendszeren 12–18 Hg.-mm-t tesz ki fiatal, egészséges egyénknél és 3 perc multán rendszerint lezajlik. Ilyenkor gyakran compensatorikus vérnyomássüllyedés figyelhető meg. Az 1. ábra három ilyen normalis görbét szemléltet.

Hasonló módon történik a psychikus reactio vizsgálata is. A vizsgálandó egyénnek, miután a vérnyomás nagyságát meghatároztuk, tudtára adjuk, hogy

egy kissé fájdalmas injectiót fog kapni. Ekkor rendszeren kisebbfokú vérnyomásemelkedés jelentkezik, amely tetőpontját az injectio pillanatában éri el. Az injectio $\frac{1}{2}$ cm³ physiologias konyhasóoldattal történik, amelyet intravenásan adunk. Utána szintén $\frac{1}{2}$ percenként mérjük a vérnyomást 3 percen át, amely idő alatt az egész reactio rendszeren lezajlott.

Ismeretes, hogy különböző psychikus izgalmak kisebb-nagyobb vérnyomásemelkedéssel járnak (lásd *Tigerstedt* könyvét). A vázolt módszerrel kapott görbék



2. ábra.

azt mutatják, hogy a vérnyomásemelkedés 8–15 Hg.-mm-t ér el és az injectio után igen gyors süllyedésnek ad helyet (2. ábra, csak az injectio után kapott vérnyomásgörbét tüntetjük fel).

A görbe emelkedő része két affectus kifejezője: az izgalom és a fájdalomé. Természetesen a reactio erősen függ a kísérleti egyén psychikus ingerlékenységének és labilitásának mértékétől. Ezen két reactióval lényegesen kiegészítettük a vérnyomás vizsgálatának eddig ismeretes módszereit. A vázolt két új módszerrel egészen új szempontokból vizsgálhattuk az öregedő egyének vérnyomásszabályozásának esetleges zavarait, amelyekre részletebben reátérünk.

A vérnyomásszabályozás zavarai öregedő egyénknél.

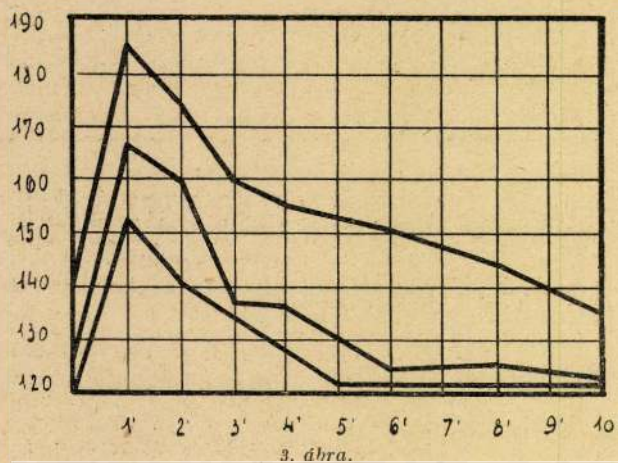
Igen nagy számban végzett méréseink azt mutatják, hogy 45–55 év körüli egyénknél a vérnyomás nagysága — reggeli mérésekkel — 110–140 Hg.-mm-t tesz ki, szemben a 100 Hg.-mm körüli értékekkel, amelyeket fiatalabb egyénknél találunk. Jellegzetes ezen értékek nagyfokú ingadozása, amely különösen a reggeli és nappali mérések eredményeinek összehasonlításánál mutatkozik. A vérnyomás ezen ingadozása — mint újabban mindinkább kiemelik — fontos jele lehet a szabályozás kezdődő zavarainak. Erre a kérdésre később még egyszer visszatérünk.

A kísérleti egyénknél, akiken vizsgálatainkat végeztük, manifest vagy latens keringési elégtelenség semmiféle tünetét nem találtuk. Természetes, hogy e célból igen pontos vizsgálatnak vetettük őket alá. Feltűnő volt azonban az a körülmény, hogy mily gyakran találtunk elváltozásokat a Röntgen-képben. Az aorta kisebb-nagyobb mérvű tágulata, a szív megfelelő configurációjával, igen gyakran észlelhető. Együttjárhatnak ezzel azok a panaszok, amelyeket *Wenkebach* említ az 50 éves férfiről való leírásában: félelemérzések, fejfájások, szédülések, stb. Valószínű, hogy e panaszok részben az észlelhető aortatágulatra vezethetők vissza s így ezen embereket nem nevezhetjük a vérkeringési

* *Tigerstedt*: Physiologie des Kreislaufs.

rendszer állapotának tekintetében teljesen egészségeseknek. Szoros összefüggés áll fenn e tekintetben azokkal a viszonyokkal, amelyeket az essentialis vérnyomásemelkedés képében találunk meg. Lényeges különbség van azonban abban, hogy kísérleti egyeink vérnyomása a koruknak megfelelő normalis határok között mozog. Azon esetekben tehát, amidőn ezen embereknel vizsgálatainkkal a vérnyomásszabályozás kezdődő zavarait tudjuk kimutatni, talán joggal beszélhetnénk „praesklerotikus” vérnyomásszabályozási zavarról.

Gyakran találjuk öregedő egyéneknel azt a tünetet is, amelyet már röviden megemlítettünk: a vérnyomás feltűnő labilitását. Ere vonatkozólag számos ada-



3. ábra.

tot találhatunk *Fahrenkamp* és *Kylin* munkáiban, valamint saját közleményeinkben is (l. c.). Így egy esetben azt észlelhettük, hogy az epekö miatt végrehajtott műtét előtt a beteg vérnyomása igen élénk emelkedést mutatott annak következtében, hogy a beteg igen izgatottan várta a műtét napját. A műtétet követő kilencedik napon már ismét a normalis szintre szállt vissza a vérnyomás.

Az ilyen esetekben arra kell gondolnunk, hogy a vérnyomásemelkedés oka nem az erek anatómiai elváltozásaiban, hanem a vérnyomásszabályozás zavarában keresendő. A vérnyomás erős ingadozását gyakran találjuk olyan embereknel, akik életükben igen sokat küzdöttek, felelősségteljes állásban dolgoztak, vagy kikapongó életmódot folytattak. Igen élénk a kapcsolat tehát az öregedő ember és az essentialis vérnyomásemelkedésben szenvedő ember vérnyomásának regulációs zavara között.

A vérnyomás labilitásán kívül az öregedő emberek nagyobb csoportjánál még egy jellegzetes elváltozást találhatunk, amely az általunk kidolgozott módszerrel jól vizsgálható; ez abban áll, hogy a *physiologis és pathologikus vérnyomásemelkedés kiegyenlítése ezen egyéneknel gyakran akadályozott. Ez által nagyobb vérnyomásemelkedés s ennek rövidebb-hosszabb ideig való megmaradása könnyebben lehetségessé válik. Hogy ezen kiegyenlítési zavar jelen lehet, azt a fentebbi módszerekkel meg tudjuk állapítani akkor is, amikor még állandó vérnyomásemelkedést nem találunk.*

II.

A munkareactio és psychoreactio öregedő embereknel.

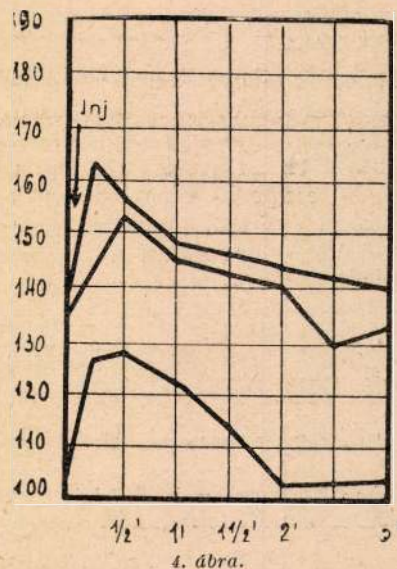
Ha a munkareactiót közleményünk I. részében vázolt módszerrel öregedő embereknel vizsgáljuk, akkor az esetek jelentős részében lényeges eltéréseket találunk azzal a normalis típussal szemben, amelyet az 1. számú ábrában szemléltettünk. A múltó vérnyomásemelkedések csökkent kiegyenlítődése, amelyet a vérnyomás-

emelkedések pathogenesisében fontos jelentőségűnek kell tartanunk, e reakcióban jól kifejezést nyer. Szemléltetően tünteti fel a különbséget fiatal egyének vérnyomásgörbéivel szemben a 3. ábra, amely öregedő egyének munkareactióit mutatja.

Az első, ami szembetűnik, az a különbség, amely a munka után létrejött nyomásgörbék maximumaiban mutatkozik. Míg ugyanis fiatalabb egyéneknel 15–26 Hg.-mm-es emelkedéseket találunk, addig öregedő egyéneknel az emelkedés jóval jelentékenyebb: 30–60 Hg.-mm-re rúg. Némely esetben még nagyobb emelkedést találunk, úgy, hogy a vérnyomás 200 Hg.-mm-ig is emelkedhetik. Mindenesetre a vérnyomás 150 Hg.-mm fölé emelkedik csaknem minden esetben, míg ilyen maximális értékeket fiatal egyéneknel nem észlelünk.

Legfeltűnőbb különbség azonban a görbék lezálló részén mutatkozik. Normalis görbéink azt mutatják, hogy a munka által okozott vérnyomásemelkedés igen gyorsan lezajlik. 2–3 perc multán a vérnyomás a kiindulási értékekre tér vissza, sőt gyakran compensatorikusan alább is süllyed. Ezzel szemben öregedő emberek vérnyomásgörbéin igen gyakran a reactio elhúzódását figyelhetjük meg; 4–5 perc multán a vérnyomás még mindig az eredeti érték fölött van, csak lassan süllyed és kompenzáló süllyedés sem jelentkezik. *A vérnyomásszabályozás latens zavara a munkareactióban manifestté válik. Azok a kiegyenlítő erők, amelyek fiatal egyéneknel a múltó vérnyomásemelkedés gyors süllyedését hozzák létre, idősebb embereknel elcsúszva és jóval lassabban lépnek működésbe. A vérnyomásgörbék ezen viselkedését a kezdődő vérnyomásszabályozási zavar jelének tartjuk.* Ezen görbék gyakran igen hasonlóak azon görbékhez, amelyeket állandó vérnyomásemelkedésben szenvedő embereknel nyerünk. Ere a kérdésre más alkalommal még visszatérünk.

Hogy az elhúzódó munkareactio centralis vagy peripherikus okra vezethető-e vissza, nem könnyű eldönteni. *Korányi* tanár úr ösztönzésére megvizsgáltuk a munka utáni vérnyomásgörbéket akkor, amikor a



4. ábra.

betegnek előzetesen atropininjectiót adtunk. Ilyenkor azt tapasztaltuk, hogy a vérnyomásgörbe úgy fiatal, mint öregebb egyéneknel lassabban süllyed, a reactio kissé elhúzódik. Lehetséges, hogy ez centralis hatással magyarázható, bár az atropin esetleges peripherias hatását (vasodilatatio akadályozása?) is tekintetbe kell venni.

Lényegében egészen hasonló a vérnyomásgörbék viselkedése a psychoreactio vizsgálatánál is (lásd 4. ábra).

A vérnyomásemelkedés jóval nagyobb öregedő, mint fiatal egyénknél; 35–40 Hg-mm-es emelkedéseket figyelhetünk meg idősebb embereknél és a vérnyomás-emelkedés jóval nehezebben egyenlítődik ki, mint fiatal embereknél látjuk. Gyakran a görbék maximumai plateauszerűvé válnak s az injectiót követően 1–1½ perc múlva sem jelentkezik a normalisan beálló erős süllyedés.

Az általunk ajánlott módszerek alapján a következőképpen jellemezhetjük tehát a vérnyomásszabályozás azon zavarait, amelyek öregedő embereken gyakran megtalálhatók a vérnyomás normalis magassága mellett is: *idősebb emberek vérnyomása meglehetősen labilis és megvan az a hajlam, hogy különböző ingerekre gyorsan és erősen emelkedjék. A vérnyomásszabályozás a kezdődő elégtelenség jeleit mutathatja; munka vagy pszichikus izgalom után a létrejövő vérnyomásemelkedés magasabb és jóval hosszabb ideig marad meg, mint fiatal egyénknél, minthogy a kiegyenlítés elhúzódva és tökéletlenül történik.* Ebben a tekintetben a vérnyomásgörbék igen nagy hasonlóságot mutathatnak azon görbékhez, amelyeket maradandó vérnyomásemelkedésben szenvedő embereknél vettünk fel.

A psychoreactio vizsgálata érdekesen világítja meg azt a körülményt, hogy lelki benyomások olyan fontos szerepet játszhatnak a kóros vérnyomásemelkedések keletkezésében. *A vérnyomásszabályozás kezdődő zavara adja meg az alapot arra, hogy fixálódjanak olyan vérnyomásemelkedések, amelyeket különben jól működő szabályozókészülékek gyorsan kiegyenlítenének.* Hosszantartó pszichikus ingerek ennek folytán a vérnyomásszabályozás tökéletlensége miatt maradandó vérnyomásemelkedéshez is vezetnek.

Érdekesebb azon esetek, amelyeknél a munkareactióval lappangó vérnyomásszabályozási elégtelenség mutatható ki, míg a psychoreactio viselkedése normalis és fordítva. Ezen esetek arra engednek következtetni, hogy testi és lelki ingerek más úton befolyásolják a vérnyomást. Lehetséges, hogy ilyen görbék alapján a vérnyomásszabályozás zavarainak különböző típusai különböztethetők meg.

Az elmondottak alapján azt hisszük, hogy a kóros vérnyomásemelkedések elemzése lényegesen könnyebbé válik ezen új módszerek alkalmazásával. A vérnyomásszabályozási zavar keletkezését érdekesen világítják meg az öregedő egyének vérnyomásszabályozásában gyakran jelentkező eltérések, amelyek végső kifejlődésükben sok esetben a maradandó vérnyomásemelkedés képéhez vezethetnek.

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

Az öngyilkosok lövési sérüléseiről.*

Irta: *Elischer Ernő dr., v. közkórházi adjunctus, a Lorántffy Zsuzsanna diakonistakórház sebészfőorvosa.*

A Szent Rókus-kórházban hét és fél év leforgása alatt a Hüttl tanár vezetése alatt álló I. számú sebészeti osztályon ápolott 140 öngyilkossági lövési sérült sorsát megfigyelve, néhány szembevető és a haretéri lövési sérülésektől eltérő körülmény ragadja meg figyelmünket. Nagy a különbség az öngyilkossági kísérletnél használt fegyverek és a háborús sérüléseket okozó fegyverek között. Öngyilkossági kísérletnél majdnem kivétel nélkül a ruhátlan testre helyezett lőfegyver

szerepel. A haretéri sérüléseknél — akár gyalogsági fegyver, akár tüzérségi lövedék szilánkjai okozták — majdnem minden esetben kizárólag az explosió erő által hajtott lövedék szerepel. Öngyilkossági löttsebeknél legtöbbszörre mind a négy tényező szerepéhez jut: 1. a cső légoszlopa, 2. a lövedék, 3. az explosió gázok feszítőereje és hőhatása, 4. a maradék explosió erő. Ezen négy tényező természetesen sokkal súlyosabb sérülést okoz, mint a haretéri, nagy távolságról jövő projektil, amely legfeljebb alakjánál, vagy a testreütődés módjától függően okoz súlyos ronsolásokat. Ruhátlan testre illesztett fegyver okozta seb fertőzés szempontjából nem olyan súlyos és ha nem elsődlegesen halálos, a sebgyógyulás szempontjából többnyire egyszerűbb viszonyokat teremt, mint a piszkot, ruhacafákat magávalragadó haretéri lövedék. Onnan van az, hogy az öngyilkosok lövési sérüléseinek kezelése sokkal konservatívabb lehet. De nemcsak az ejtett seb tisztább, hanem a seb ellátása, a beteg szállítása és elhelyezése is egyszerűbb és a gyógyulás szempontjából előnyösebb. Az irodalmat áttekintve, az öngyilkossági lövési sérülések kezelésénél az activ beavatkozásnak híve alig van és összehasonlítva is jobb eredményekről számolnak be a konservative kezelt esetekben (*Seggel, Küttner*).

A kis átmérőjű revolvergolyó és önműködő pisztolylövedékek könnyen begyógyulnak, eltávolításuk csak könnyű hozzáférhetőség esetén vagy éppen helyzetük veszélyességénél fogva lehet indokolt.

Ha a kórházba került 140 beteg kórlefolyását nézzük, látjuk, hogy a sérülés utáni első órát túléltek közül is 45% halt meg. Régebbi munkákban olvasva e kérdésről, a halálozási arányszámot manapság sokkal nagyobbra találjuk. Ma kétszer akkora, mint a múlt század vége felé, ami a modern fegyverek nagyobb átütőerejében és a lényegesen nagyobb robbanóhatásban találja magyarázatát.

A fejlövések kb. fele rögtön halálos, a kórházba szállított 46 beteg közül csak tíz (22%) gyógyult meg, míg 36 (78%) meghalt. A halál az első 24–48 órában következett be. A lövések legtöbbszörre testre illesztett fegyverrel történtek és éppen ezért feltűnő, hogy legtöbb esetben mégis úgy lőporszemesebeekelőds, mint kormozás is észlelhető volt. Ennek magyarázatát abban látnám, hogy a testre illesztett fegyvert az elsütés után a cső légoszlopa elemeli a bőrtől és azáltal jöhetnek létre a bemeneti nyílás körül a közel-lövésre jellegzetes elváltozások. Revolverrel történt lövésnél a kimeneti ronsolás rendszeren nagykiterjedésű, míg az automatikus pisztolyoknál a kimeneti nyílás a projektil gyorsabb haladásának megfelelően is kisebb szokott lenni. Revolverlövésnél elég gyakori az az eset, hogy a golyó a koponyacsontot még átüti, de ebbe belefáradva, már a rugalmas bőrt csak elemelni tudja és ott haematomát okoz. A súlyos agyronsolást nem a lövedék, hanem inkább a gázok robbanóhatása okozza, ezért a halálos lövéseknél kivétel nélkül vagy a bemeneti, vagy a kimeneti nyílásnál agyállomány ürülését észlelhettük. A betegek rendszerint eszméletlen állapotban kerültek hozzánk, vagy az agynyomásnak megfelelő retardált, vagy a hűdésnek megfelelő igen szapora, könnyen elnyomható pulzussal.

A 10 gyógyult lövés közül 5 volt áthatoló. Ezek között 2 volt tangenciális irányú, nagyobb csontsérüléssel, ami a csontszilánkok kiemelését is szükségessé tette. Az egyik áthatoló lövés a jobb járomív alatt hatolt be és a bal járomív alatt hagyta el a fejet, minden nagyobb ronsolás nélkül, 2 áthatoló lövés a

* Előadta a Magyar Sebésztársaság nagygyűlésén 1926 szeptember 10-én.

homloklebenyen ment át és csak múltó amnesziát okozott. 5 bentrekedt lövés közül 2-nél a sziklacsontban akadt meg a golyó, 2-nél a jobb szemüregben, 1-nél a bal szemüregben. Két esetben a lövés teljes vaksághoz vezetett. Ez esetekben a lövés irányából, illetve a projectil helyzetéből megállapítható volt, hogy nem a lövedék maga tépte el a látóidegeket, hanem a lövéssel járó robbanás okozta a teljes amaurosist eredményező látóideg- és szemgolyóroncsolást.

A fejlődések eseteiből látjuk, hogy a halánték-tájon behatoló és harántul a koponyán áthaladó lövések mind halálosak voltak, csak a tangentialis lövésekből és a homloklebenyt ért lövésekből gyógyultak meg a betegek. Legtöbb remény a gyógyulásra akkor van, ha a lövés a koponyaüreg előtt halad át a fejen és így az agyállományt elkerülte. A sebkezelés csak aseptikus volt, mindössze két esetben volt szükség trepanatióra és csontszilánkok eltávolítására. Az intracranialis vérzés tünetei egyetlen esetben sem voltak annyira előtérben, hogy activ beavatkozásra kellett volna gondolnunk. A lövedéket könnyű hozzáférhetőség miatt két esetben eltávolítottuk, az orbitában fennakadt golyók eltávolítását a szemész ellenezte.

A mellkaslövessel sérültek közül 25% halt meg a kórházban (83 között 21). 10 beteg halt meg az első napon elvérzés következtében, 5 két napon belül és 6 élte túl a három napot. A halál oka 14 esetben volt elvérzés, 4 esetben nyílt pneumothorax, 1 esetben gerincelövés és 2 esetben késői vérzés. A gyógyult betegek esetei közül 9-ben a lövedék nem is érte a tüdőt és vagy csak a bőrön, vagy a bőrön és izomzaton hatolt át (latissimus dorsi, pectoralis). 17 áthatoló lövésnél sem vérköpés, sem vérmell nem jelentkezett, 5 esetben láttunk vérköpést vérmell nélkül, 10 esetben haemothorax fejlődött ki haemoptoe nélkül és 21 esetben jellegzetesen megvolt a vérköpés és a vérmell is. A gyógyult lövéseknek majdnem a felében a golyó nem hagyta el a testet, hanem a bőr alatt volt tapintható, 4 esetben a tüdőben rekedt és 5 esetben a gerincoszlop melletti izomzatban.

A mellkaslövésnél is ritka volt a fertőzés, minthogy a lövés többnyire ruhátlan bőrön át történt. A halál oka legtöbb esetben elvérzés volt. Mellkasi lövésnél a vérzés eredhet a nagy vérkörből (a mellkasfal ereiből), mely vérzések rendszerint erősebbek a tüdőerek sérüléseiből származó vérzéseknél. Ennek oka az, hogy a nagy vérkör vére nehezebben alvad meg, benne a nyomás is háromszor nagyobb, mint a kis vérkörben. Feltűnő volt legtöbb esetben a vérmell tompulatának növekedése az első napokban. A vér erős ingert gyakorolva a pleurára, exsudatiót okoz: a vér felhígul, alvadéképesége csökken, a tompulat nő minden újabb vérzés nélkül is. Utólagos vérzések többnyire tüdőszövet elhalása következtében jönnek létre. Így vesztettük el két betegünket a 8–10. napon. Két betegünk pedig síma, áthatoló tüdőlövessel minden figyelmeztetésünk dacára nem akart a kórházban maradni. Az egyik a 14. napon halt meg közvetlenül a hazaszállítás után utóvérzés folytán, a másiknál a szállítás következtében nagy kiterjedésű vérmell fejlődött ki, mely miatt többszörös punctióra volt szükség.

Felemlítésre méltó jelenségnek tartjuk, hogy a rekeszhez közeli lövések gyakran csinálnak epigastriális izomdэфenset, ami nehézzé teszi megkülönböztetésüket a hasüreg (gyomor és máj) ért lövésektől. Ez a dэфense rendszeren néhány óra múlva csökken és nem éri el a keménység azon fokát, mint pl. gyomorperforatio esetén. A gyomorperforationál a dэфense néhány óra alatt az alsó hasra is kiterjed.

A beteg állapotának súlyossága tekintetében a pulsus ritkasága vagusizgalom miatt tévedésbe ejthet.

Vérköpést, illetve vérmellet a tüdőlövések felénél találtunk. A tüdő kortikális részének sérülésénél a haemoptoe gyakran hiányzik. Gyorsan növekedő vérmellnél, ha a nagy mellkasfali erek (mamm. int., intercost.) sérülése kizárható, elsősorban hilustáji erek vérzésére kell gondolnunk. Bőralatti emphysemát okozhatnak lövés gázok is; kiterjedt, tovahaladó bőremphysema mindig súlyos jel. Különösen súlyos a prognosis szempontjából a légmell, akár zárt, akár nyílt legyen az. Előbbi a tüdő kompressiója folytán, utóbbi a külső fertőzés veszélye miatt legtöbbször halálos.

A tüdőlövések kezelése ma is elsősorban konservatív. *Sauerbruch* is hangoztatja, hogy egyszerű vér vagy légmell activ sebészi kezelést nem igényel. Mint a haretéri lövéseknél is, mindenekelőtt legfontosabb a teljes nyugalom, ülőhelyzet, morphin, folyékony táplálék. A vérzéssel járó vérvesztés miatt folyadékot bőven adhatunk.

Activ therapiát (érlekötés lehetőleg túlnyomás mellett) indikál a pulsus rosszabbodása, szaporodása, nagyfokú légszomj.

A vérmell felszívódása igen lassan megy végbe, hetekig, sőt hónapokig is eltarthat. Lázas vérmell esetében végezhetünk próbapunctiót, de ne siessünk vele. Hét esetünkben tartós magas láz mellett is sterilnek bizonyult a kiszívott vér, csak három esetünkben járult hozzá fertőzés, a vérmell gennyessé vált, úgyhogy bordaresectiót kellett végeznünk. A vér lebocsátását a szív eltolódása, vagy a másik tüdő megbetegedése teheti szükségessé. Nem tanácsos egyszerre nagymennyiségű vért lebocsátani, mert kis mennyiségek (50–100 gr.) kiszívása is többnyire gyors felszívódást von maga után. Ha más indicatióknak nincsen, nemcsökkenő tompulatnál 4–6 hét múlva végezzük a punctiót.

A reconvalescencia mindig elhúzódó; 4–6 heti fektetés még a legsímább esetben is tanácsos. Semmi esetre se tegyük ki betegeinket a szállítással járó utóvérzés veszedelemének. Amint látjuk, az öngyilkossági tüdőlövések és a haretéri tüdőlövések között nincs olyan nagy különbség, mint a fejlődéseknél. A mellkas nagyobb ürtartalma, a légtartalmú tüdő összenyomhatósága és a mellkasfal nagyobb rugalmassága miatt a lövés gázok robbanóhatása nem olyan ronszó, mint a fejlődéseknél, ahol a merev csontos falú kisebb koponyaüreg és annak folyadékszerűen viselkedő agyállománytartalma a robbanást sokkal pusztítóbbá teszi.

Ha az elsődlegesen halálos szív- és nagy érlövésektől eltekintünk, a legtöbb lövés iránya (jobb-kézszel történvén a lövés) a szív tájékáról lefelé és kifelé halad és így még a nagyobb tüdőereket is rendszerint elkerüli kortikális haladásában.

A hasüreg is érő öngyilkossági lövések ritkák (9), közülök csak 3-at sikerült rögtönös műtéttel (gyomor-, májvarrat) megmenteni, a többi halálos volt, kiterjedt májroncsolás és a nagyerekből elvérzés következtében. A haslövések sorsát tehát nem a lövedék robbanóhatása, hanem a lövés anatómiai iránya dönti el.

Az öngyilkossági lövéseknél — úgy a fej-, mint a mellkaslövésnél — jellegzetesnek mondhatjuk a fertőzés ritkaságát.

A haretéri lövéseknél éppen a fertőzésnek van döntő fontossága. Öngyilkossági lövésnél a beteg sorsát elsősorban a lövés iránya dönti el, Koponyalövé-

seknél a robbanó gázok okozta agyronesolás a leggyakoribb halálok, mellkaslövésnél azonban a szív- és érsérülések által támadó belső elvérzés.

A therapia éppen a fertőzés kismértékénél és a sebellenlét tökéletes voltánál fogva sokkal inkább lehet konservatív; még bentrekedt lövésnél is több a valószínűség a lövedékek aseptikus begyógyulására. Amíg a régi forgópisztoly csekély gyorsasággal haladó és kis átütőerejű golyója általában kíméletesnek mondható, addig a modern automatikus pisztoly közelhatásában nagyobb rombolást idéz elő, ami legjobban abban nyilvánul meg, hogy a mai kor lövési öngyilkosságai sokkal nagyobb halálozási arányt mutatnak.

A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület statisztikája az 1919. évi januártól 1926. évi július 1-ig elkövetett öngyilkosságokról a következő:

8041 öngyilkossági kísérlet közül a helyszínen halálos volt 1281 (16%). Ezek közül önlövés volt 945, meghalt közülük 423 a helyszínen (44%).

A 336 fejlövés közül a helyszínen meghalt 169 = 50%, az 559 mell-lövés közül a helyszínen meghalt 193 = 33%, a 17 haslövés közül a helyszínen meghalt 2 = 12%.

Ha ezeket az adatokat tekintetbe vesszük és saját statisztikai számainkkal összevetjük, úgy azt találjuk, hogy:

Fejlövés esetén a kórházban meghalt	78%
a helyszínen meghaltakkal együtt ..	89%
életben maradt	11%
Mell-lövés esetén a kórházban meghalt	25%
a helyszínen meghaltakkal együtt ..	50%
életben maradt	50%
Haslövés esetén a kórházban meghalt	66%
a helyszínen meghaltakkal együtt ..	70%
életben maradt	30%

Az elmúlt években átlagosan 120–140 lövési öngyilkossági kísérlet történt évente. Ezek közül 40–50% volt percek alatt halálos, a kórházba kerültek között kb. 45% halt meg, úgyhogy az öngyilkossági lövési sérültek kb. 28%-a menthető meg tartósan az életnek.

KLINIKAI ELŐADÁS

A regenerációról és transplantációról.*

Írta: Bakay Lajos dr.

Sebészi működésünknek alapja a szövetek regenerálódó képessége. Az élő szervezet szövetei és szervei, ha valamely külső erőszak behatására vagy kóros folyamat következtében elpusztulnak, újból képződhetnek, regenerálódhatnak. Ez a kiújuló, regenerálódó szövet vagy pedig szerv további élete folyásában a szerint osztódik be a szervezetnek a nagy összeségébe, amilyen mértékben és amilyen módon rá a szervezetnek szüksége van. Alakjának, szerkezetének és mennyiségének a kifejlődése bizonyos functionalis inger irányító befolyása alatt történik, amely adott esetben mint trophikus inger gyakorol hatást a sejtekre, amikor a szövet fokozott táplálékfelvétel következtében a célnak megfelelőleg nő vagy szaporodik, vagy pedig a functionalis trophikus inger csökkenésével kiterjedésében vagy mennyiségében megfogyatkozik. A már kifejlődött regeneratum szigorúan a maga egyénisége szerint él tovább és részt vesz abban a harcban, amely Roux szerint a szövetek és szervek között folyik a megfelelő térért és érvényesülésért az organismusban. Ez az utóbbi harc a functionalis hozzáalakulás törvényeinek

szabályozó hatása alatt áll s a többek közt a test alakját és alakváltozásait adja meg. Sebészi gondolkodásunkat tehát biológiai törvények irányítják, ezekből fakadnak a sebészet fejlődésének feltételei és problémái.

Régen ismert biológiai törvény az, hogy a regenerációs képesség az egész állatvilágban megnyilvánuló jelenség. Ezen törvénynek alapját Tremblay vetette meg, aki 1740-ben közölte az édesvízi polyp-on végzett megfigyeléseinek eredményét. A hydra viridis és grisea több részlete egy életképes individuummá rakható össze, az egyes karok továbbá önálló életre képesek, sőt belőlük lassanként egy új tökéletes egyén fejlődhet ki. A hydra regenerációs képessége tehát maximalisnak mondható, mert hiszen több mint a felének elpusztulása után újból tud képződni, sőt a transplantációs képességnek is a legtökéletesebb képviselőjét láthatjuk benne, mert több individuum különféle részéből sikerül egy teljesen új individuumot formálni. Paul Bert, Born és Smitt (New-Jersey) magasabbrendű szervezeteken: férgek, echinodermatakon, arthropodákon és molluscomokon végzett klasszikus kísérletei egészítették ki a regenerációs tanokat. A férgek egyes fajtáin sikerült az egyik állat fejevét a másik farki végéhez növesztve egy új individuumot létrehozni. Born kísérletei alapján tudjuk, hogy embryonalis állapotban a gerincesek osztályában is figyelemreméltó regenerációs és transplantációs eredményeket lehet elérni. Bebizonyosodott azonban az is, hogy a regenerációs képesség az organisatio magasabb fokán álló állatfajokon nagy gyorsasággal megfog, tehát a regenerációs képesség az organisatio tökéletesbedésével csökken.

Barfurth vizsgálatai alapján arra a következtetésre jutott, hogy a regeneratio annál könnyebben bekövetkezik, minél közelebb van az individuum az egysejtűséghez, akár phylogenetikai, akár ontogenetikai tekintetben. Ebből is az következik tehát, hogy az egyén embryonalis állapotban sokkal nagyobb regenerációs és transplantációs képességgel bír, mint kifejlődött korban. A kifejlődött szervezet szövetei közül pedig azok, amelyek sejtjeiknél és sejtközi állományuknál fogva tökéletlenebbek, illetve az embryonalis állapothoz közelebb állanak (hám, kötőszövet, porcogó), jobban megőrzik regenerációs és transplantációs képességüket, mint a tökéletesebben differentiált szövetek, melyek közül némelyik teljesen elvesztette ezt a képességet (központi idegrendszer).

Hogyha testünkön külső erőszak behatására sebet keletkezik, akkor többféle szövet és sejt megy tönkre, még pedig különféle módon és mennyiségben. Nagy különbség van a műtő kése által ejtett, valamint a különféle thermikus, chemikus vagy mechanikus tényező által okozott seb között a regeneratio kifejlődését illetően. Minden esetben megindul a szervezet részéről a munka a hiány pótlására, csak a sebet ejtő tényezőnek a milyensége szerint különféle módon. Bármilyen módon történt is azonban a sérülés, a seb gyógyulása, azaz a szövetek újjáépződése a sejtek elhalálásától indul ki. A sebzés alkalmával tönkrement sejtek széjjelesése folytán keletkezett anyagcsere-termékek nagy jelentősége van ugyanis a regenerációs folyamatok megindításában. Ezek az anyagok idézik elő már igen korán a vérbőséget s ezek ingerhatására indul meg a capillarisek újjáépződése. Gondoljunk csak arra a megfigyelésre, hogy a csonttöréskor a véres úton eszközölt csontegyesítés a csontcallus képződését határozottan késlelteti, mert a szövettörmelék és ez által az ingeranyagot a műtét alkalmával eltávolítjuk. A szervezeten belül azonban nemcsak sebzés alkalmával folyik a pótló regeneráló munka, hanem

* E tanszékfoglaló előadás előtt kegyeletos szavakban emlékezett meg az előadó tanszéki elődjéről.

állandóan folyik a szervezet elhasznált szöveteinek a kicserélődése. Az ingeranyagot a pótló szervek részére ekkor is a tönkremenő szövet anyagcsereterméke szolgáltatja. Pl. tudjuk azt a Pommer-törvény szerint, hogy csontrendszerünk állandó fel- és leépítésben van, bizonyos idő alatt tehát csontrendszerünk kicserélődik. De az osteoblastok állandó appositio munkájához az osteoklastok munkája folytán felszívódásra kerülő csontanyag ingerhatása szükséges, így keletkezik az egyensúlyi állapot az appositio és resorptio között.

Általában mondhatjuk, hogy a szövetelhalás terjedelme nagyobb később, mint közvetlenül a seb keletkezésekor, feltételezhető. A seb keletkezésekor ugyanis megsérül a tökéletes lezártágú vér- és nyirokérrendszer. A sérülés következtében tehát egyes sejtesoportok rögtön elpusztulnak, mások pedig kizáródnak a keringésből. Az újabb vizsgálatok szerint a keringésből való kizáródásnak ugyanolyan ingerhatása van, mint a szövetszétválásnak, sőt ez az a tényező, amelynek legkorábban nyilvánul meg a hatása. A keringés megszüntével megszűnik a oxygenellátás s az anyagcsere anoxybiotikussá válik. Az oxygenhiány szövethétséghez vezet, amely pedig, mint ahogy a kísérletek bizonyítják, magoszlást indít meg.

Végeredményképpen tehát a regenerációs sejtszaporodásnak az első indító oka a szövetek oxygenéhsége és a szétesett sejtek anyagcseretermékeiben keresendő (*Gaza*).

A sebnek az anyagforgalma kezdetben az elpusztult szövetelemeknek az eltávolításából áll. A szövetnekroszis következtében tönkrement szöveteknek egy része a sebnyláson át távozik, a másik része felszívódik. A felszívódás következtében a szövetpusztulás folytán keletkezett anyagcseretermékek megjelennek a vérkeringésben és általános hatást fejthetnek ki. A szövetszétválás *Gaza* szerint a dissimilációs folyamathoz vezet, amely létrejöhet a saját sejtf fermentumok munkája által, melynek eredménye az autolysis, történhetik azonban a szövetbeli fermentumok hatására is, amelynek az eredménye az isolysis és ezenkívül bekövetkezhetik a szövetre nézve idegen fermentumok hatására is, mint szövetheterolysis.

Az isolytikus folyamatok különösen megfigyelhetők olyan szövetek szétesésekor, amelyek részben paraplaktikus anyagokból vannak felépítve, mint amilyen pl. az izomszövet és az idegszövet. Az izomszövet lytikus folyamata a sarcolysis alkalmával szétesik a contractilis izomanyag. Ez az izomanyag specifikus szövetinger a sarcoplastok számára, amely ingerhatásra megindul ezek fokozott munkája: az új contractilis anyag képzése. Az idegalapanyag szétesése a neurolysis folytán ingeranyagot szolgáltat az idegképzősejteknek, sőt *Forssmann* vizsgálataiból tudjuk, hogy ez a szétesett ideganyag egyúttal irányító hatást is gyakorol a kinövő idegrostra (positív neurotropismus).

Az elpusztult szövetek eltakarításában nagy jelentősége van annak a heterolytikus folyamatnak, amelyet a leukocytafermentum fejt ki, amelynek különösen a demarkáló folyamatban van nagy szerepe. Ez a fermentum a leukotryptase, amely sohasem támad meg élő sejteket.

Ha a nagytakarítás műveletét állandóan nem kísérik az épen maradt szövetek és sejtek részéről actív pótló törekvések, akkor a seb ürege folytonosan növekedne, ezzel szemben azonban azt látjuk, hogy a dissimilációs folyamat alatt megindul a granulációs szövet képződése, amely jelenséget assimilációs jelenségnek tekinthetjük (*Gaza*). Ennek a granulációs szövetnek biológiai tulajdonságai nagy jelentőségűek. Már

Billroth határozottan kifejtette, hogy a granulációs szövet védelmezi a szervezetet a külső káros behatások ellen. Amíg a seb keletkezése alkalmával azt mondhatjuk, hogy a test felszínének az egysége megszűnt, a szervezet nedvkeringése és vérkeringése elvesztette lezártágát: a granulációs szövet kifejlődésekor már e tekintetben javulás áll be, mert ez a lezártág némi tekintetben ismét bekövetkezik. Sőt a granulációs szövetnek egyéb tulajdonságai is vannak, amelyek nagy jelentőségűek. A granulációs szövet ugyanis az újabb vizsgálatok szerint baktericid tulajdonságokkal is rendelkezik, amennyiben abban a sebváladékban, amely felszínéről leválik, baktericid anyagok vannak. A granulációs szövet ezt a tulajdonságát a nagy vérbőséggnek, az élénk exsudációs folyamatnak, az erőteljes fiatal szövetsejteknek és a leukocytosishoz köthetjük. A bakteriumok a granulációs rétegben fennakadnak és megsemmisülnek.

Megváltoztatja a sebüregekben lévő viszonyokat, a regeneratio belső feltételeit a sebfertőzés, a bakteriumoknak bekerülése a sebbe. Az emberi szervezet fogékonysága a genesztő csírokkal szemben sokkal nagyobb, mint a kísérleti célokra használt állatoké. A leggyakrabban közvetlen érintkezés útján kerülnek be a sebbe a bakteriumok. A bakteriumoknak jelenléte az elpusztult szövetek között lehet egyszerű csiraimpregnatio (*Gaza*), vagy pedig kontaminatio (*Tavel*). Ez az egyszerű jelenlét azonban nem alkalmas arra, hogy sebfertőzés jöjjön létre és hogy lényegesebben megzavarja a dissimilációs és assimilációs folyamatokat. Ha azonban a bakteriumok szaporodni kezdenek és toxinelválasztásuk megindul s így elérik virulentiájukat, akkor megváltozik az egész kép. A dissimilációs folyamat elősegíti a bakteriumok letelepedését, a bakteriumok toxinhatása fokozza az elhalás nagyságát, a gyulladás tüneteit: a hajszálerek kitágulását, a keringés meglassúbbodását, a sejtes és folyékony véralkatrészek átvándorlását. A toxinhatás e mellett előidézheti a vérpályákban a vér megalvadását s a keringés meglassúbbodását. Az a sebváladék, amely a seb keletkezése után megjelenik a sebszélek között, bőven tartalmaz fibrinogént és globulint, a tönkremenő szövetsejtek pedig thrombokinaset szolgáltatnak, így ez a váladék könnyen megalvad s a bakteriumok megtelepedésére alkalmas. Tehát a regeneratio dissimilációs szakában keletkező váladék a bakteriumok számára jó táptalaj, míg ezzel szemben, mint fentebb láttuk, az assimilációs stadium sebváladéka fibrinogént nem tartalmaz, fehérjetartalma megfogyott, nitrogéntartalma kevesebb, mint a vérplasmáé s nem alkalmas mikroorganizmusok megtelepedésére.

Azok a tanok, amelyeket előbb a regenerációról felsoroltunk, vonatkoznak a szövetek és szervek transplantációjára is. A transplantációs tan az utóbbi időben hatalmas léptekkel halad előre s legfontosabb fejezetét képezi a plastikai sebészetnek. Mai tudásunk alapján a hiányzó szövetek pótlására az emberi szervezet más részéből vagy esetleg más emberi szervezetből vehetünk szöveteket. Az átültetett és továbbélő rész, valamint az anyatalaj viselkedése egymással szemben bizonyos biológiai törvényszerűségeket mutat. Minden átültetett szövetrész ugyanis szigorúan a maga individualitása szerint él. Ez a törvényszerűség egyenlően megvan az állat- és növényvilágban. A nemes oltvány, ha megfogamzik, a vadócon nemes fát hajt ki, miközben a vadócalany is megtartja az ő eredeti mivoltát. *Glück* szerint a transplantációs művelet, amikor az átültetett rész az új helyén továbbfolytatja a maga életét, megerősíti voltaképpen a Virchow-féle tant, amely szerint a szervezet nem folytat egységes életet, hanem a szerv

élete az öt felépítő szövet- és sejteletekből tevődik össze, tehát egy kollektív productio.

A transplantatum begyógyulása bizonyos technikai körülményektől is függ, azaz hogy az átültetésnek a kivitele milyen módon történt, de függ azonkívül olyan belső feltételektől is, amelyek a mi akarásunkkal nem befolyásolhatók. Így a mai tudásunk szerint még mindig csak az autoplastika az, amelynek sikerére számíthatunk, azaz ha ugyanazon egyénből vett szövetet ültetünk át a test másik részletére. Vérrokon egyénéről vett transplantatum begyógyulása olykor sikerült; úgyszintén egy állatfaj különböző egyedeiről egymásra történt átültetés sikere nincs kizárva. A homoioplastika tehát szintén megkísérélhető. Sohasem sikerült azonban a szövetátültetés egyik állatfajról a másikra. Még rókonegyéneken végzett homoiotransplantatio alkalmával is azt találjuk, hogy a transplantatum begyógyulását a haemolysis és a haemagglutinatio megakadályozza. Ezenkívül úgy a homoio-, mint a heteroplastika alkalmával az átültetett szövetrésztben élénk dissimilációs folyamat indul meg, amely a szervezetre nézve erős reactiót kiváltó hatalmas szövetingert képez. Így az átültetett rész a szervezet kemény ellenállását provokálja s meg is indul erre a szervezet részéről a resorbeáló és demarkáló tevékenység.

A transplantatio sikere függ 1. a táplálkozás lehetőségétől az új helyen, 2. az átültetett szövetdarab nagyságától, 3. az átültetett részlet ellenállóképességétől. Az átültetésre tehát olyan helyet választunk, amely bőven el van látva capillarissal, továbbá olyan darabot használunk fel, amely a begyógyulás idejéig képes az anyaszövet szövetnedvének az imbibitójából megélni. Ha az átültetett rész vastagsága olyan nagy, hogy a szövetnedv a sejtek jó részét nem éri el, akkor a sejtelhalás folytán támadt fermentumok hatása megsemmisítő lesz és e hatás nagyságának megfelelő lesz az anyaszövet részéről támadt reactio is, amely a transplantatumot kiküszöböli. A transplantatio sikeréről csak akkor beszélhetünk, ha a begyógyult szövetrészt nemcsak életben marad, hanem tovább szaporodik, nő és functiója által vitalis képességéről meggyőződhetünk.

Újabb vizsgálatok azt bizonyítják, hogy az átültetett szövet könnyebben gyógyul be abba a szervezetbe, amelynek a transplantiált szövet által produkált specialis functióra, annak hiánya miatt, szüksége van. Pl. a pajzsmirigyből készült transplantatum olyan állatnál, ahol előbbi műtét miatt hiányzik a pajzsmirigy, jobban begyógyul.

Tehát az új, szabad átültetésnek a sorsa attól függ, hogy miképen jut táplálékhoz az átültetett rész és mint képes átadni az ő anyagesereproductumait. A vérkeringés részéről meg nem közelíthető sejtelei az átültetett szövetrésztnek meghalnak; de épp ily pusztítólag hatnak a felhalmozódó secretumok is, melyek el nem távolodhatnak. A szervi átültetés kérdése nagy választást elé került, amikor végre sikerrel járt az érvarrat és átültetés. Carrel-Guthrie-nak sikerült végre biztos módszert kidolgozni az érvarrásra. A kísérletek közben kitűnt, hogy az érfal igen alkalmas az átültetésre, mert 1. az átültetett érdarab endothelja rögtön érintkezik a vérárammal, 2. a falat alkotó síma izomsejtek igen ellentállóak, mint ahogy Payr vizsgálataiból kitűnt, még több nappal az ér környezetéből való kivétel után is villanyossal ingerlékenyek. Ilyen alapon képesek vagyunk a mirigyes szervet arteriájával és venájával együtt átültetni s a kivezető cső kivarrásával a váladék elvezetéséről is gondoskodhatunk. Így sikerült állatokon a vesét az arteria és vena renalisal kivenni és átültetni ugyan-

azon állat nyakitájékára s ott az arteriát a carotissal és a venát a jugularissal összekötni s az uretert a borbóba kivarni. Stich a pajzsmiriggyel csinált hasonló kísérletet. A homoioplastikus transplantatio azonban mint ahogy a kísérletek bizonyították, így sem vezeték tartós eredményhez, még kevesebb volt az eredmény a heteroplastikus átültetések alkalmával. Ilyen sikertelen kísérlet volt az Ungeré is, aki a fenti érvarrási módszerrel egy 10 éves macacus Nemestrinus veséjét ültette át egy 21 éves leányba, akinek veséi súlyos haemorrhagiás nephritis miatt elpusztultak. Az átültetett vese 32 óra múlva, mikor a beteg meghalt, látszólag friss volt, de szövettanilag súlyos degenerációs jelenségek voltak kimutathatók. Eredmény tehát még nincs, pedig Bardeleben előadásában hajdan azt hirdette, hogy ha mi az arteriákat és venákat harántul összevarrni leszünk képesek, akkor bekövetkezik az a szép álom, hogy szerveket és egész végtagokat leszünk képesek átültetni. Az ilyen irányú átültetési kísérletek sikertelenségének az oka abban rejlik, hogy minden egyes egyén belső biochemiai szerkezete más s egyik ember keringő vére a másik sejtplasmájának mérge lehet. Biztató reményünk azonban van a továbbhaladásra. Kísérleteink és szövettani vizsgálataink azt bizonyítják, hogy a hasonló vércsoportba tartozó egyéneken végzett szövetátültetés jobb eredménnyel jár. Amíg ugyanis a különböző vércsoportokba tartozó egyéneken végzett homoioplastika alkalmával a szöveti vizsgálat a transplantatumon korai sejtelhalás és gyors demarcatio jeleit mutatja, addig a hasonló vércsoportbeliek közt végzett szövetátültetés eredménye a szöveti képet illetőleg összehasonlíthatatlanul jobb.

A szövetátültetésnek úgy az autoplastikus, mint a homoioplastikus formája igen korlátoltan végezhető, mert van a szervezetnek olyan szövet- és szervrészte, amely a test egyik feléről a másikra át nem vihető, valamint egyik egyén sem mondhat le arról a másiknak a kedvéért. Ritka eset az, hogyha valaki feláldozza valamely pótolhatatlan testrészét azért, hogy vele embertársán segítsen, vagy kárpótlásáért hajlandó azt transplantációs célokra átengedni. Sajnos, állatból sem vehetünk e célra anyagot, mert a heteroplastika nem kecséget sikerrel. Így az utóbbi évtizedek kutatói mind elérkeztek egy olyan ponthoz, amely bár megindokolt, mégis általános emberi szempontból gondolkodásra int s ez a friss hullaanyag felhasználása. Ehhez a gondolathoz az áthidalást a balesetek folytán kényszerűségből eltávolított szövet- vagy testrészek felhasználása adná meg. 1878-ban Israel a mesterséges poikilothermiáról szóló munkájában fontos adatokat szolgáltatott az egyes szövetek halálutáni továbbéléséről. Később Grawitz és követői részletes vizsgálatokat végeztek a sejtek és a szövetek ezen túléléséről. Ezekből a vizsgálatokból arra is fontos következtetéseket vonhatunk, hogy a transplantatumnak a szervezeti összefüggéséből való kikapcsolása után, meddig várhatunk az átültetés véghezvitelével. Tudjuk, hogy az egyén halálának a bekövetkeztekor leghamarabb elpusztulnak a ganglionsejtek, 11 perc múlva már erősen megrongálódtak. A harántcsíkolt izomzatba a hullamerevség létrejötté rendesen a contractilis elem pusztulását jelenti, a sarcolemma-magvak azonban 4–5 nap múlva is életképesek. A símaizomzat, valamint a kötőszöveti sejtek ellenállása meglehetősen nagy, még 9–11 nap múlva is regeneratio-képesek. A trachea csillószőrös hámla még 6–8 nappal a halál után is megtartja csillószőrös mozgását, stb. Ha a hullából kivett szövetrészt átülte-

tésével vagy a balesetek alkalmával műtétilag eltávolított végtagrészt felhasználásával bizonyos eredményre visszatekinthetünk is (*Lexer*), az az óhaj, hogy az emberi testből az elmúlás pillanatában egész végtagot vagy szervet kivehessünk pótlás végett, hogy a „halál az új élet forrása legyen” (*Vanlair*), ma is csak álom. A sok emberi fáradozás végeredményeképpen elmondhatjuk ki is *Glückkal*, hogy „Die Menschen sehen was wir erreicht, Gott, was wir gewollt“.*

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi II. számú női klinika közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi ny. r. tanár).

Megjegyzések Sztehlo István dr. „Extrauterin graviditas érdekes esete” című közleményére. (O. H. 49. szám).

Írta Haba Antal dr., klinikai tanársegéd.

Sztehlonak közleményét elolvassva, az ott elmondottakkal lényeges dolgokban nem értvén egyet, legyen szabad azokhoz néhány reflexiót fűzni. Tesszük ezt nemcsak azért, mert a kóriszmzés kérdésében más véleményen vagyunk, hanem azért is, mert nem akarjuk azt, hogy az O. H. nem szakember (gynaekologus) olvasóinál a cikk átolvasása után az a vélemény alakuljon ki, hogy a közleményben elmondottakkal a szakemberek általában egyetértének.

Sztehlo cikke elején a következőket mondja: „A kihordott méhen kívüli terhességet műtét előtt diagnosztizálni a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.” A mi tapasztalataink ezen állításnak éppen az ellenkezőjét bizonyítják, amit a II. számú női klinika adataival bizonyíthatunk. 1917 óta — tehát 9 év alatt — összesen 294 beteget operáltunk meg méhen kívüli terhességgel. Ezek közül 12 jutott a terhesség második felébe, illetőleg kiviselt volt. Ezek közül 10 esetben felismertük a méhen kívüli terhességet; egy hathónapos elhalt terhességnél a teljesen kórelőzmény alapján tumor és terhességre állítottuk fel a diagnózist, a másik tubo uterinalis terhesség volt, erre még visszatérünk. De legyen szabad Tóth tanárnak még Tauffer tanár idejében összeállított dolgozataira rámutatni (lásd: Gynaekologia 1909. évi 2–3. szám), ahol 200 méhen kívüli terhességről számol be s ezek között 16 olyan kórtörténetet ismertet, ahol a méhen kívüli terhesség annak második felében került műtetre. Ezek mindegyikét a műtét előtt kórismézték. Majd ugyancsak Tóth tanárnak 1923 és 1924-ben a Királyi Orvosegyesületben, valamint általam 1926-ban az Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályában bemutatott kiviselt méhen kívüli terhességi esetekre hivatkozni. Ezek mindegyikét kórisméztük a műtét előtt, amit Röntgen-felvételeink is igazolnak. A jelzett tubouterinalis terhesség esetében — ahol belső vizsgálatnál a méhszájon át kéz mellett koponyát tapintottunk — voltunk bizonytalanságban a kórisme felől, amelyre csak műtét közben jöttünk rá. A rendkívül ritka esetet — mint tubouterinalis terhességet — Tóth tanár ismertette.

De nézzük, mit mondanak az előrehaladott méhen kívüli terhesség kóriszmzésének lehetőségéről tankönyveink. Már Kézmárszky azt írja tankönyvében: „Minél tovább halad a viselés állapot, annál könnyebben ismerhető fel, kétséges esetekben azt tanácsolják, méhkutatóval igyekezzünk kimutatni, hogy a méh üres.” És ha átnézzük Tauffer-Tóth, Stoeckel, Jaschke-Pankow, Döderlein, Winkel s többiek szerkesztésében megjelent tankönyveket és az idevonatkozó fejezeteket, továbbá figyelemmel kísérjük a folyóiratok több száza

menő casuistikus közleményeit, mindenütt azt olvashatjuk, hogy minél előrehaladottabb állapotban került észlelés alá a méhen kívüli terhesség, annál könnyebben ismerhető fel. Nehéz a felismerés hónapok, évek előtt elhalt, eltokolt magzat mellett. De ma ezt is megkönnyíti a Röntgen-sugár. Hogy azonban a helyes megállapításhoz eljussunk, szükséges a jó anamnesis, amely már fél diagnoszis. Már Werth mondja klasszikus munkájában „Die Anamnese ist auf dem gesammten Gebiete der Pathologie der weiblichen Geschlechtsapparate in keinem anderen Falle von so massgebender Bedeutung, wie für die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft”. Ha pedig a nagyon hiányosan közölt kórelőzményből csak azokat a körülményeket vesszük figyelembe, amelyeket a beteg bemondott; „hogy két hónap óta állandó alhasi fájdalmi miatt ágyban fekszik, hogy napról-napra soványodik, erőbeli állapota romlik, érverése 120, majd 140 s az intézetben való észlelés alatt is állandóan romlik az állapota s a eikkíró szeme előtt fejlődnek ki a katasztrófát jelző peritonealis tünetek, vajjon nem találta szokatlannak? Egyszerű harántfekvésnél mégsem szoktak ilyen kísérő tünetek fellépni. A fent vázolt körülmények között legalább a gyanúja a méhen kívüli terhességnek mégis felmerülhetett volna és a Baum-hólyaggal való ismételt tágitás is elmaradt volna, ha előbb szondával vagy ujjal betapintva megállapította volna a méh üres voltát. De különben szondát vezetve fel a méhürbe, a Röntgen-sugár — mint azt több esetünkben be is mutattuk — biztosan a helyes diagnózisra vezetne volna. Sajnos, a közleményben az arra vonatkozó adatok teljesen hiányoznak, hogy a beteg mennyi ideig állt az intézetben észlelés alatt és hogy mennyi idő telt el a Baum-ballon behelyezése és a bekövetkezett halálos vég között?”

De nem látjuk bebizonyítva Sztehlonak azon feltevését sem, hogy interstitialis terhességgel állott szemben. Legalább is az adatok, amelyekkel ezt bizonyítani iparkodik, hiányosak. Mivel a boncjegyzőkönyv rendelkezésünkre nem áll, a kérdéshez így érdemben nem szólhatunk. Az a körülmény azonban, hogy a baloldali kürtöt nem találták, talán inkább arra engedne következtetni — szerény véleményünk szerint —, hogy a közölt esetben tubaris vagy tudoabdominalis terhességről lehetett szó, s a kürtöt éppen azért nem találták meg, mert fala résztvevett a petezsák képzésében.

Nem találjuk különösnek a kihordott méhen kívüli terhesség mellett a méh nagy voltát sem. Ismert dolog, hogy a méh ilyenkor négyhónapos terhességnek megfelelő nagyságra nő.

Ami legvégül az eset curiosumát illeti, erre vonatkozólag az a megjegyzésünk, hogy nem egyedüli az irodalomban, mert hasonló, a helyzet fel nem ismerése folytán előállott történetet, már Werth is többet említ meg, ahol fájáskeltés céljából kiviselt, méhen kívüli terhességnél nagyobb kolpeuryntert vezettek a méhürbe, ami halálos végződésű volt. Hogy az ilyen súlyos esetben végzett hasmetszés megmenthette volna-e a beteget, kérdéses. De hogy a Baum-hólyag felkeltette méhecontractio csak rontott a helyzeten, azt hisszük, ezt maga a szerző is belátja.

Ezeket kívántuk Sztehlo cikkéhez „sine ira et studio” reflexióként hozzáfűzni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Háromévi lipatrenkezelés. Mattausch F. (Mediz. Klinik. 1926, 36.)

Szerző a tüdőgümőkórnak streptococcusfertőzéssel kevert eseteiben is csak a lipatrent használta, mivel az ú. n. staphylo- és streptoyatrennel sem ért el kedvezőbb eredményeket. Kétségtelen, hogy a védőanyagok fokozott képződése, amennyiben ez egyáltalában lehetséges, a nemspecifikus ingerek révén is elérhető.

* Tárgyának kimerítése után lelkes szavakat intézett az előadó tanár hallgatóságához, hivatkozván hazafias érzésükre, mi kötelezi őket arra, hogy tudományukat szeressék és tanulmányaikat komolyan vegyék.

A lipatren yatrenoldatból és lipoidból áll. A yatrennek, noha erős kórokozó ölőhatása van, nem az Ehrlich-féle chemotherapia alapján magyarázzuk a hatását, hanem *Weichardt*, *Much* és *Bier* értelmezésében sejttactiváló, a megbetegedett szervezet védőanyagképzését elősegítő működést tulajdonítunk neki. E mellett szól az, hogy yatrennel gőcreactiót lehet kiváltani, befolyásolni tudjuk vele az intracutan partigentitert, továbbá a vérképben és a vörösvérsejtsüllyedésben is változást idéz elő. *Lasius* állatkísérletekkel azt is kimutatta, hogy yatrennel és lipatrennel gümőkórnál erős kötőszövetképződés váltható ki. Chemiai összetételét illetőleg a yatren jódegyület, hatása azonban nem jódehatás, mivel a yatrenmolekula a szervezetben nem bomlik szét, hanem a vizelettel változatlanul távozik; a szervezet sejtjeit tehát csak physikailisan befolyásolja. A lipoid pedig, amit a lipatren tartalmaz, marhaagyvelőből előállított lecithin. Az újabb tuberculosiskutatók azt mutatták, hogy a gümőkór gyógyulásában a vezetőszeret a zsírnemű ellenanyagok játsszák. *Much* arra utal, hogy a lipoidok hatékonyságához szükséges az, hogy azok más lipoidokkal keveredjenek, illetve biológiailag fontos anyagokban előforduljanak. A lecithin egymagában is képes a gümőkóros szervezetben reactiv folyamatokat kiváltani. *Drügg* és *Fischer* vizsgálatai kimutatták, hogy a marhavelőlecithin bőrreactiót is tud előidézni.

Szerző három év alatt mintegy 500 tüdőgümőkóros beteget kezelt lipatrennel. Nemcsak fibrosus vagy fibronodosus csúcsfolyamatokban és kiscőcú felsőlebenyphthisisben, hanem kiterjedtebb, két vagy több lebenyen lévő productiv folyamatokban is kedvező eredménnyel alkalmazta. Csak igen kevés eset mutatkozott a lipatrennel szemben is refractaernek. Parenteralisan intramuscularisan adta, vagy peroralisan 0.5 gramm lipatrencalcium-tabletták alakjában. *Assmann* azt állítja, hogy klinikailag a kétféle adási mód között a hatást illetőleg lényeges eltérés nincs. Szerző is ehhez a véleményhez csatlakozik, ő még a fehérvérképben is egyforma változásokat tapasztalt. Szerző könnyebb esetekben 0.5 cm³-vel kezdi és ha nem okoz különösebb reactiót, hetenként kétszer ad még egyszerannyival többet. Általában 2 cm³ szokott maradni. A kedvező eredmény 12–16 hét alatt szokott beállni. Ajánlja a szerző, hogy évenként egy-két ilyen kezelésben részesítsük a beteget.

Szerző megemlíti, hogy gyermekkori tüdőgümőkórnál a lipatrenkezeléssel nem tudott ilyen kedvező eredményeket felmutatni. *Fechter* sem tapasztalta a lipatren kielégítő hatását gyermekek tüdőgümőkórjában, míg egyéb gümőkórban ő is eredményesen kezelt vele. Szerző gyermekeknek gamelant (lipomykol) adott jobb eredménnyel. Szerzőnek gyógyuló eseteiben nemcsak a physikalis lelet, hanem a vérkép is megváltozott a lipatrenkezelés után a lymphocyták és monocyták megszorodásával és a pálcikamagvú leukocyták számának csökkenésével. Szerző hangsúlyozza, hogy súlyos és középsúlyos tüdőgümőkórban is szép javulásokat észlelt a lipatrenkezelés révén.

Az által, hogy egyrészt lipidanyagokat, másrészt chemiai ingerképzőanyagokat vittek be gümőkór kezelésébe, a kutatásoknak érdekes tere nyílt meg.

Zolnai dr.

Az anasztiról, a befecskendezésre alkalmas gaujakol-készítményről. *Hamburger G. és H.* (Mediz. Klinik. 1926, 35.)

A különböző guajakol-készítményeket mintegy 50 év óta használják tüdőgümőkórban, tüdőtályognál, chronicusan lefolyó bronchitisnél. Főalkotórésze tudvalevőleg a krosotnak, melyet a bükkfakátrány lepárolásából nyernek. Erősen antiseptikus hatású, de huzamosabb szedését a gyomor rosszul tűri. Ezért törekedtek injiciálható alakban előállítani.

Az anasztirt *Unger* influenzás pneumóniánál igen jó eredménnyel adta. Mivel bőr alá adva fájdalmas, az

egy köbcenti anasztirhoz még ugyanannyi 0.5%-os tutocaint lehet adni. Intravenásan is bátran adható. Szerzők kedvező eredménnyel adták bronchitisnél és tüdőgümőkórban, még súlyosabb esetekben is. Könnyíti az expectoratiót, fokozza az étvágyat és úgy látszik, hogy még lázcsökkentő hatása is van. Szerzők az anasztirt eleinte naponta, majd kétnaponként adják. 15 esetben láttak tőle igen kedvező eredményt.

Zolnai dr.

Sebészet.

A gastrospasmus mint téves diagnosisek okozója a gyomorrák Röntgen-diagnostikájában. *Dvorák.* (Münchener med. Wochenschr. 41. f., 73. évf.)

A szerző két eset kapcsán rámutat azon elváltozásokra, amelyeket a pylorus táján fellépő, körülírt gastrospasmus előidézhet és amelyek a gyomorrák okozta telődési hiányoktól csak nehezen különböztethetők meg. Az első esetben egy tipikus telődési hiányt mutatott ki a Röntgen-vizsgálat a pylorus táján, holott műtét alkalmával a gyomor teljesen normalisnak bizonyult. Ebben az esetben a localis spasmust a duodenum körüli összenövés okozta. Mint kiváltó momentumok szerepelhetnek még: chronicus appendicitis és esetleg nikotinhatás is. A második esetben a téves diagnosist az atropin-papaverinhatásban megismételt gyomorátvilágítással lehetett csak elkerülni. Ezen esetekből a szerző azt a következtetést vonja le, hogy többszöri átvilágítás, vagy spasmolytikus szerek előzetes beadása ilyen tévedésektől megóvhatja bennünket.

Jakob dr.

Az epehólyag röntgenologiai feltűntetése. *Kürten.* (Münch. med. Wochenschr. 44. f., 73. évf.)

A szerző 30 esetben alkalmazta intravenásan a tetraiodphenolphthalein-natriumot minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Az alkalmazás technikáját annyiban egyszerűsíti, hogy a 40 cm³ bidestillált vízben feloldott és vízfürdőn gondosan sterilizált kontrasztanyagot kétszerre, mégpedig négyperces időközben fecskendezi be. Konyhasóoldatnak utólagos adagolásától eltekint, ugyanúgy nélkülözhetők a hypophysin- és atropininjectiók is. Ezen eljárás mellett az epehólyag telődési optimuma 4–8 óra múlva következik be. A belek kiürítése sem feltétlenül szükséges.

Jakob dr.

Az epehólyag kiürülésének mechanizmusa. *Haberland.* (Münch. med. Wochenschr. 47. f., 73. évf.)

Az irodalmi adatok áttekintése és elméleti megfontolások alapján arra az eredményre jut, hogy az epehólyag telődését a negatív hasúri nyomás, kiürülését a környező szervek nyomása belélekezés alkalmával idézi elő. Ezt a felfogást egy érdekes állatkísérlet is alátámasztja: Ha kutyánál vagy macskánál az epehólyagot eltávolítjuk és a ductus cysticus közel a ductus choledochusba való beömlésénél átvágjuk és ha nem is kötjük le, peritonitis nem következik be. Tehát cholelithiasisnál és chronicus cholecystitisnél a belső therapiának nem lehet meg a kívánt eredménye és csak a sebészi beavatkozás hozhat gyógyulást.

Jakob dr.

Milyen concentrációban alkalmazzuk a tutocaint? *Von Siedner,* Berlin. (Münch. med. W. 1926, 40. sz.)

A tutocaint szerző *Haebler* vizsgálatai alapján az utolsó három hónap alatt 400 esetben alkalmazta a húgyutak érzéstelenítésénél, különösen cystoskopiánál és ureterkatheterezésnél és egyéb intravesicalis beavatkozásoknál. Eleinte fél, később és legtöbb esetben ¼%-os oldatot használ. Minden esetben 10 gramm oldathoz 3–5 csepp 1%-os suprarenint adott a tutocain-oldathoz. Vizsgálatainak eredménye *Haebler* és *Schirokauer* tapasztalataival teljesen megegyezik. Nem osztja *Seeliger* véleményével, aki 1–5%-os oldatot használ, mert ¼%-os, maximum ½%-os oldattal tökéletes érzésteleniséget ért el. Betegei korra való tekintet nélkül minden esetben kitűnően tűrték a tutocaint.

Hörl Antal dr.

Tapasztalatok tutocainnal. C. Flechtenmacher, Kronstadt. (Münch. med. W. 1926, 46. sz.)

A tutocain, habár még mindig nem az ideális érzéstelenítőszer, mégis jobb a novocainnál. *Schulmann* állatkísérleteiben kimutatta, hogy a tutocain toxicitása kétszer akkora, mint a novocainé, de viszont az állat vena-portájába fecskendezve, a májban hamarosan elveszti mérgező hatását. Tekintve, hogy fél oly erős, vagy ennél is gyengébb koncentrációban éppoly hatásos, mint a novocain, határozottan előnyösebb szernek kell mondanunk. Szerző 140 műtéténél használt rendszeren $\frac{1}{4}\%$ -os tutocainoldatot. Ezek közt volt 22 gyomorsectio, 7 gastroenterostomia, 2 cholecystektomia, melyeknél rendszerint *Braun* szerint érzéstelenítették a nervus splanchnicust. Az érzéstelenítés valamivel hamarabb áll be és a műtét utáni fájdalmak később jelentkeznek, mint a novocainnál. A seb a tutocain véredény-tágító hatásánál fogva erősebben vérzik, ami hátránya a szernek. Hasi műtéteknél néha itt is, akár a novocainnál, rövid aether- vagy aethylechlorid-bódításra volt szükség. Szerző megerősíti *Finsterer*nek észlelését, miszerint a postoperatív hányás tutocain alkalmazásánál még gyomorműtéteknél is ritka. Hosszú hasi műtéteknél, mikor a splanchnicus-érzéstelenítés hatása kezdett megszűnni, ismét injiciált tutocaint minden baj nélkül. Mérgezést sohasem látott, holott volt eset, hogy 80 centigrammot injiciált. *Rehák Pál dr.*

Szemészet.

Szempigmentációról endogen ochronosisnál. *Sallmann.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1926 okt.)

Pseudosclerosis-, morbus Addisoni-, arsenmelanosis- és általános argyriánál leírt szempigmentációkkal szemben az ochronosisnál előforduló szemelszíneződésekről alig esik szó az irodalomban. A *Virchow*tól sectiós leletei alapján elnevezett ochronosis kórképénél a porc és porcszerű anyagok (tömött kötőszövet) elszíneződése a sötét kékfeketétől a sötét kékfeketéig lehetséges. Míg az alcaptonuria, intermediaer anyagcsere-zavarok következményeként keletkező ochronosis endogen, addig a kis phenolmennyiségek hosszabb ideig tartó alkalmazása utáni (ulcus cruris — carbolorogatus) exogennek tekinthető. Az ochronosispigmentet a melaninhez közelállónak tartják. Az eddig közölt 50 esetben, melyeknél gyakoriak az arthritisek és fülporcszíneződések, kétharmadrésze szemtünetekkel járt. A szemrésben a cornea két oldalán különböző nagyságú és telítettségű színes foltok, esetleg vonalak találhatók sclerában és conjunctivában ritkán magában a corneában is. Szerző részletesen írja le észlelt esetét: a sclera az intenzívebb pigmentatio helyén vékonyabb és sekély vályulatot képez; a conjunctiva elszíneződése nem oly típusos, mint a corneáé, ahol az egyéb pathológiás le-rakódásokkal (gerontoxon, Fleischer-féle gyűrű, Jess-féle gyűrű, öregkori pigmentatio) ellentétben, a pigmentatio cseppszerű symmetriás a cornea elülső rétegeiben. *Becker Jenő dr.*

Glaukosan tapasztalatok glaukománál és iritisnél. *Wegner.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1926 okt.)

A glaucosan-injectiókkal nem nagyon előrehaladt glaucoma simplexnél a tensio átmenetileg csökkenhet a normalis értékre oly esetben is, ahol ezt pilocarpinnal eserinél nem sikerült csökkenteni. Nagyon kétséges, hogy az operatiót feleslegessé teszi-e? A glaucosan a pupilla tágításával eredményes szer acute iritisnél a nagy atropin-adagoknak is ellentálló synechiák felszakítására, főleg atropin-cocainnal kombinálva. *Becker Jenő dr.*

A szemluesről a második generációban. *Jese.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1926 okt.)

A kérdés, vajjon a lues a második generációra is átvihető-e, nincs megoldva. A közölt családfában a második generációban is találunk hereditaer-lueses elváltozásokat, illetve megbetegedéseket, de nem zárható ki a szülők reinfectiója is. Családfa a következő: nagy-apa metaluesben hal meg, ennek leányánál (első generatio) hereditaer-lueses tünetek, Wassermann-reactio

positiv. Ennek két lányának (második generatio) szemében ugyancsak hereditaer-lueses elváltozások: egyiknél keratitis parenchymatosa, mely nem fejlődik ki teljesen, a másiknál chorioiditis ant. heredo-luetica. Mindkettő nagyot hall. Apjuknak Wassermann-reactio negatív, semmi támpont luesre. *Becker Jenő dr.*

Fülgyógyászat

Multiplex Osteome des Trommelfells. *J. Berberich.* (Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, 115. kötet, 3. füzet, 182. oldal.)

21 éves, chronikus fülgyulladásban szenvedő nő destruált dobhártyájából egy darabot kivágtak és az addigi igen erős fülfájás megszűnt. A dudoros kímélt dobhártya szövettani képe elsődleges, a membrana propriaól kiinduló osteomának felelt meg. Az idevágó irodalom tanulságai szerint ilyen, többszörös, a membrana propriaól kiinduló osteoma a nagy ritkaságok közé tartozik. *Krepuska István.*

Untersuchungen über den Blutharnsäurestoffwechsel und seine Beziehungen zu verschiedenen Ohrerkrankungen. *J. Berberich.* (Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilk. 115. köt., 3. füz., 155. old.)

A szerző *Germán*nak és *Kelemen*nek a Budapesti Fülészeti Tanszéken végzett vizsgálatait megismételve, szintén azt találta, hogy a nagyothallók egy bizonyos csoportjának a vérében a húgysav megsaporodott. Ezekben az esetekben a hyperurikaemia csak mérsékelt fokú, vagyis legfeljebb 7 mg százaléku, míg a valódi köszvényt magasabb érték jellemzi. Mindenben megerősítve *Kelemen* és *Germán* megállapításait, a szerző még a következőket mondja: A már említett viszonylagos esekélyfokú hyperurikaemia és a hypaesthesia nervi acustici az egyedüli tünete ilyenkor a húgysav-anyagcsere-zavarnak. Ha a köszvényes diathesis fokozódik és valódi köszvénné válik, a nagyothallás is rosszabbodik. Habár kórszövettanilag a hyperurikaemia és hypaesthesia nervi acustici között ma még okozati összefüggés ki nem mutatható, a therapia eredménye mégis emellett szól. Purinmentes vagy purinszegény diéta atophan-adagolással párhuzamosan igen sok esetben a panaszokat objective és subjective is enyhíti. Az objectív javulás a hallóképeség javulásából és a húgysavtűkór süllyedéséből áll. A hypaesthesia acustici és a hyperurikaemia leginkább a 40–55. életév között fordul elő és főleg férfiaknál. Sok esetben a hyperurikaemiás hypaesthesia nervi acustici egyéb kezeléssel nem befolyásolható. A hyperurikaemiát legtöbbször hypertonia is kíséri. Otosklerotikusoknál a húgysavtűkór az esetek 60–70%-ában a normalis érték (2–4 mg-%) alatt van, hasonlóképp, mint ahogy a szerző ezt calcium- és cholesterin-meghatározásainál találta. *Krepuska István.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A szülési trauma jelentősége elmebajok keletkezésében. *Wohlwill.* (Klin. Wochenschrift, 1926, 18. sz.)

A szülési trauma nem közömbös a magzatra. A magzat koponyája a medencén való áthaladáskor kisebb vagy nagyobb nyomásnak van kitéve. Az ártalom jeleként újszülöttek bonecolásánál a koponyaüriben vérzések láthatók, melyek a magzat koponyájának configurációjakor jönnek létre a vizserek túlságos tágítása és szakadása által. Koraszülötteknél a vérzéshez rendszeren az agyvelő vízenyös átvándorlása is járul. Elég gyakori a tentoriumszakadás, mely egymagában lényegtelen és nincsen mindig vérzéssel egybekötve. Szintúgy jelentéktelenek a falxszakadások. Újabban mind gyak-

rabban állapíthatók meg intracerebralis vérzések, különösen koraszülötteknél, ezek a vena Galeni és terminálisból származnak. Az intracranialis vérzéseknél jelentőséget tulajdonítanak az asphyxiának is; a főtényező valószínűleg a nagy vénás pangás a koponyaűrben, amihez hozzájárul a hiányos élenyíttetés, illetőleg széndioxydmérgezés. Egy másik momentum, ami agyi vérzést okozhat, a burokrepedés után beálló nyomáskülönbség, amely az előlfekvő rész és a magzat többi részét érő nyomás között fennáll. Szerepet játszik a haemorrhagias dispositio és nem tisztázott még a hypophysis készítmények szerepe. A hátgerincscsatornában is épp oly gyakoriak a vérzések, mint a koponyaűrben, csak itt inkább epiduralisan helyezkednek el. A vérzések részben mechanikus ronesolást okoznak, részben, az érrepedés által, egyes agyszakaszok táplálási zavara regressiv elváltozásokhoz vezet, ezt azonban más, átmeneti bántalom is képes létrehozni. A szerint, hogy mekkora terület megy tönkre és milyen mértékben, természetesen más és más a kórkép. A legnagyobb fok az, amikor csaknem teljesen nagyagy nélkül születik a magzat. Az újszülöttagyban jelenlévő zsírsejtek jelentősége még nem teljesen tisztázott. A diffus finomszemcsés elzsírosodás kivétel nélkül minden újszülött agyában feltalálható olyankor is, midőn semmiféle szülési vagy más befolyás ki nem mutatható s valószínűleg a velőállomány kialakulásával van összefüggésben. Meningitishez, illetőleg enkephalitishez a sok egyéb okon kívül még másodlagos fertőzés is vezethet. Az agyvelő sokféle szülési bántalmának különösen koraszülöttek vannak kitéve, részben a szülőutak kevésbé előkészítettsége, részben a koponyacsontok puhasága miatt. Hasonlóak a viszonyok rohamos szüléseknél, viszont hosszantartó szüléseknél különösen a nyomáskülönbség okoz zavarokat. A fogók közül főképpen a magas és a nagy erővel, durván alkalmazott fogó rejt magában nagyobb veszélyt, míg a helyesen alkalmazott kimeneti fogó kíméletesebb a hosszantartó szülésnél. A gátvédelem is lehet e szempontból veszélyes, szintúgy az utójára jövő fej extractiója is, mely utóbbiaknál különösen a tentoriumszakadás gyakori. Természetesen első- és többesterhességek jobban rendelkeznek a bántalomra, valamint eklampsiások magzatai az ártalmas tényezők összegeződése miatt. Végül előfordulhat szülési sérülés teljesen normalis szülésnél is. Magzatok boncolásánál több mint az esetek felében mutathatók ki lezajlott szülési traumák nyomai és vérzések. A klinikai tünetek rendszeren kistípusúak. Különösebb jelentőségűek a légzési zavarok, szopási és nyelési zavarok. Supratentorialis vérzéseknél fokozódó agynyomásos tünetek, bénulások észlelhetők, míg intratentorialisaknál az életfontosságú szervek zavarát látjuk sokszor opisthotonussal. Kétségtelen, hogy az újszülöttek több százaléka egyedül a szülésnek esik áldozatul. A tapasztalat azt mutatja, hogy a késői gyermekkorban és felnőtteknél is gyakran észlelhetünk oly megbetegedést, mely szülés következményének tekinthető. Természetes, hogy ez utóbbit bizonyítani a sok mellékkörülmény miatt igen nehéz s inkább csak gyanítani lehet. A koraszülöttek százalékos számaránya természetesen itt is nagyobb. A normalis és kóros szülések között e szempontból a statisztikai adatok lényegesebb különbséget nem mutatnak. Sem klinikailag, sem kórbonctanilag nincs oly jellegzetes állapot, melyből kiállott szülési sérülésre lehetne biztosan következtetni. A cerebralis gyermekbénulás hemi- és diplegiás alakja kétségtelenül összefüggésbe hozható a szülési traumával, szintúgy a spasmophylia és a pachymeningitis haemorrhagica interna is, míg a többi megbetegedésnél inkább csak gyanítani lehet az összefüggést. A prophylaxis, illetőleg therapia szempontjából lényeges a koraszülés lehetőség szerinti elkerülése, bizonyos esetekben a szülés gyors és enyhe befejezése. Az ilyen esetekben a Schultze-féle lóbálás feltétlen kerülendő, mivel az asphyxia sokszor intracranialis vérzés következménye és ezt a lóbálás csak fokozza. Agynyomásos tüneteknél szóba jöhet a decompressiv trepanatio és lumbalpunkció.

Liebmenn.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori bronchopneumoniáról. E. Nassau. (Klin. Wochenschr. 1926, 42. sz.)

A csecsemőkori első négy hónapjában a secundaer bronchopneumonia a gyakori, a primaer bronchopneumonia inkább a második életfélévben fordul elő. Ennek okát a szervezetnek a pneumococcusokkal szemben való különböző viselkedésében keresi. Ha 1:10 hígítású pneumococcuscultura-hígításokat intracutan injiciálunk, az első életév első három hónapjában 17,5%-ban ad pozitív reactiót, amely szám az első életév negyedik negyedében 92%-ra emelkedik, a kis gyermekkorban átlag 90%-ban pozitív. Ha a csecsemő bronchopneumoniában megbetegszik, a pozitív reactio eltűnik és körülbelül 30–60 nap múlva ismét pozitívvá válik. A pneumococcus-oidat hatóanyaga valószínűleg a pneumococcus-toxin. A reactio változásának magyarázatára felveszik, hogy a csecsemő vére a születésekor pneumococcus-antitoxint tartalmaz, amelyet az első hónapokban elveszít. Bronchopneumonia kiállása után pedig még 1–2 hónapig tartalmaz annyi antitoxint, amennyi az injiciált toxin közömbösítésére elegendő.

A csecsemőkori bronchopneumoniát nem localis, hanem általános megbetegedésnek tekintik, amely más szerveket (vérkeringés, izomtonus, táplálkozás) is érint, s ezeknek kezelését fontosabbnak tartja, mint az alapbajét. A halállal végződött eseteknél a légzésből az egész tüdőfelület 83–67%-a iktatódott ki, ami a mellett szól, hogy a prognosis független a megbetegedett tüdőfelülettől. Megkülönböztetnek pulmonalis, cardiovascularis, atoniás, alimentaris, meningealis és toxikus bronchopneumoniákat. Hogy a megbetegedésnek melyik alakja jön létre, sokkal inkább függ a genius epidemiciustól, mint constitutionalis momentumoktól. A therapiában általában fontosnak tartja az izolálást, a szorgalmas ápolást és a gyermeknek minél többet a szabad levegőn való tartását. A pulmonalis alaknál hydrotherapiás eljárásokat (meleg fürdők), per os lumenalt és urethant alkalmaznak. Fontosnak tartják az activ beavatkozásoktól (injeciók) való tartózkodást. A cardialis alaknál inkább ajánlják a szívizomzatnak a táplálását intravenás vagy intramuscularis szőlőcukoroldattal, mint a szívizom izgatását.

Az atoniás formánál 12–15%-os intramuscularis szőlőcukoroldat-infúziót és 1–2 óránként 0,3–0,5 cm³ ^{1/1000}-es adrenalin-oldatot alkalmaznak, az alimentarisnál antidiarhealis kezelést és eukornapok beiktatását ajánlják. A meningealis és toxikus alakoknál a tüneti kezelést tartják fontosnak.

Istváncsics dr.

Az ultraviolettsugár antirachitises zónájáról. Huldscinszky. (Klin. Wochenschr. 1926, 42. sz.)

Dannemayer, Kestner, Peemöllerrel szemben (Klin. Wochenschr. 5. évf., 30. sz.) a 320 és 289 millimikron hullámhosszúság közti sugarak elnevezésére az „Ultraviolet B”-t ajánlja, mivel az általuk „Ra”-sugárzás alatt senki sem fog rachitisellenes sugarakra gondolni. Alkalmasság látna a vitaminok elnevezésének mintájára „Ultraviolet A”-val a hosszabb és „Ultraviolet C”-vel a 289 millimikron alatti hullámhosszúságú sugarakat elnevezni.

Istváncsics dr.

Agyi vagy gerincagyi megbetegedés-e a tetanus? Wolff-Eisner. (Klin. Wochenschr. 1926, 47. sz.)

A tetanusos nyilvánulások a tetanus-toxinnak az idegsejtek által való megkötése folytán állanak elő. Wassermann felvétele, miszerint ez a kötődés praeformált antitoxin gyanánt fogható fel, nem áll meg és tévedésekre ad alkalmat. Ennek a következménye az, hogy mindazon kísérletek, melyeknél tetanusban elhalt ember vagy elhullott állat agy-gerincagyában tetanus-toxint kerestek, eredménytelenek voltak. A halált ugyanis nem a szabad, tehát biológiai tulajdonságai folytán kimutatható tetanus-toxin idézi elő, hanem az idegsejtek által kötött, tehát ki nem mutatható mérge; innen eredtek a téves következtetések. Kísérleti úton azt találták, hogy a megkötésnek két alakját lehet megkülönböztetni: van egy tartós kötés, mely körülbelül a kémiai festésnek, és

egy laza kötés (attractio), mely viszont a physikalís festésnek felel meg. A klinikai és serologiai megfigyelések mind arra utalnak, hogy a tetanus-toxin támadási pontja nem a gerincagyban, hanem az agyban van. Erre utal az a tény is, hogy a keverési eljárással kimutathatóan az agy háromszor akkora tetanus-toxinmennyiséget köt meg, mint a gerincagy. A kötés valószínűleg a ganglion-sejtekben történik, az ezt bizonyító kísérletek most folynak. Mivel csak a központi idegrendszer állományában kötött toxin okozhat tetanust, minden más, az állati szervezetben lévő kötőcsoportok, mint praeformált antitoxinok foghatók fel. A különféle állatfajoknál ily specifikus kötőcsoportok a központi idegrendszeren kívül különböző mennyiségben találhatók, minden állatfaj központi idegrendszere azonban jól köt. Így tehát évekkal ezelőtti hypothesisük bizonyítva áll, hogy t. i. a tetanussal és tetanus-toxinnal szemben való természetes immunitás ezektől a központi idegrendszertől távol álló méregkötőcsoportok mennyiségétől függ; minél több ily csoport (receptor) van egy állati szervezetben, annál nagyobb annak tetanus-toxinnal szemben való immunitása.

Bókay Zoltán dr.

Elméleti tudományok köréből.

A gelatina hatása diphtheria-bacillus toxintermelésére. A. Godoy. (C. R. d. l. Soc. Biol. XCV. köt., 29. sz.)

Érdekes Godoy-nak az a megfigyelése, hogy pontosan ugyanazzal az eljárással, amellyel Párizsban, a Pasteur-intézetben diphtheria-toxint tudnak termelni. Braziliában, a Crouz-intézetben nem sikerült jó toxin termelése.

Ennek az okát kutatva, rájött, hogy a borjúhús, amelyből Párizsban a toxinleves készíttik, igen fiatal (kéthónapos) borjúból származik. Amikor maga is fiatal borjúhúst használt, háromszor olyan erős toxint sikerült termelnie. Feltűnt neki, hogy a fiatal borjúhúsból készült leves viscosusabb. Ezért megkísérelte gelatina hozzáadását az általuk rendszeren használt leveshez és ekkor már jó toxint sikerült abból termelnie.

E cikkből is látható, hogy milyen kevéssé ismeretesek a bakteriumok biológiai viszonyai.

Bőrön át való veszettség elleni immunizálás. L. V. de Georges. (C. R. d. l. Soc. Biol. XCV. köt., 31. sz.)

Kísérleteiben úgy találta, hogy nyulaknak bőr alá vagy vérbe oltva a veszettség vírusát, betegség nem mindig fejlődött ki. Azok az állatok, amelyek életben maradtak, nem voltak immunisak. Az intracutan oltás sokkal hatásosabb. Azok az állatok, amelyek ilyenkor megbetegsznek, de nem halnak el, védettek lesznek az esetek nagy százalékában.

Ez azt mutatja, hogy az intracutan, illetve percutan eljárással sikerül állatokat immunizálni. Veszett kutyától a fejükön vagy arcukon megmárt embereket a rendes eljárás mellett localisan is próbáltak percutan kezelni. 24 beteget kezeltek ilyen kombinált eljárással és csak egy beteget veszítettek.

Szerző nézete szerint tehát ez a kombinált eljárás nagyon előnyös.

J. B.

Tuberculosis elleni vaccinálás Calmette eljárása szerint (BCG vaccinával). Tsekhnowitze. (Annal. d. l'Institut Pasteur.)

A szerző az ukrainai bizottság munkálatairól számol be, amely bizottságnak célja a Calmette-féle vaccinálás kipróbálása volt. 224 malacra, 114 nyulra, 12 borjún és 2 csikón konstatahették azt, hogy változó mennyiségű (4–3 mg) vaccina befecskendezése az állatok továbbterjedő tuberculosisist nem kaptak, csak az oltások helyén képződtek tuberculumok. A BCG gümöbaccilusokat még hat hónap múlva is megtalálták az oltás helyén. Ha innen más állatba oltattak be, nem sikerült a bacillusok virulenciafokozódását konstataálni. 13 borjút vaccináltak BCG-vel és azután virulens bovin típusú tuberculosis-bacillussal fertőzték intravenásan. Ugyan-

akkor oltott négy contraborjút 20–46 nap alatt tuberculosisban elpusztult, míg a BCG-vel kezelt állatok életben maradtak.

Eddig 329 gyermeket vaccináltak ilyen módon, akik 50 gümökörral fertőzött családból származtak. A gyermekek közül a jelentés leadásakor (6–7 hónap múlva) egy sem pusztult el tuberculosisban.

J. B.

KÖNYVISMERTETÉS

Laboratoriumi vizsgálómódszerek kritikai áttekintése. Lax Henrik. A „Therápia” lapkiadóvállalat kiadása. 1926.

A labororiumi eljárások felhasználása sok esetben megkönnyíti az orvosnak a diagnosis felállítását, azonban nagyon sokszor arra vezet, hogy a labororiumi módszerek javára elhanyagolják a régi bevált betegvizsgáló eljárásokat. Szerző fontos szolgálatot tesz azzal, mikor kimutatja, hogy a labororiumi lelet egymagában csak a legritkább esetben dönti el a diagnoszt és rendszeren csak az egész klinikai kép keretében — mint egyik a többi tünet között — értékesíthető. Ebből a szempontból tárgyalja a vizeletvizsgálat eredményeit, a vér-, gyomor-, bél- és a köpetvizsgálatot, valamint a bakteriologiai és serologiai módszereket. A gonddal megírt könyvecskének nagy előnyére válik, hogy szerző minden kérdésnél a saját tapasztalataira is támaszkodhatik.

Rusznayk.

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Herausgegeben von Josef Halban und Ludwig Seitz. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien. Lieferung 27.

Novak bécsi tanár a bőr és a női nemzőszervek közötti összefüggéseket tárgyalja 90 oldalon. Először rámutat a nő és férfi bőre s szőrzete között észlelhető különbségekre, azután általánosságban szól a bőrnek azon elváltozásairól és megbetegedéseiről, melyek statisztikailag kimutathatóan gyakrabban fordulnak elő nőknél, mint férfiaknál. Az anyai és lepényi hormonok által a még meg nem született s az újszülött gyermekekre kifejtett hatásoknak rövid ismertetése után a pubertásnak a bőrre gyakorolt hatásáról szól. Ezután részletesen tárgyalja a menstruatio befolyását a bőrre, sorra véve azon bőrelváltozásokat és megbetegedéseket, melyeket a menstruatio létrehozhat, illetőleg befolyásol. Ezután a terhesség, szülés és gyermekágyának a bőrre gyakorolt befolyására tér rá. Két részletben ismerteti kimerítő alaposággal az anyagot; az első részben azon elváltozásokat írja le, melyek physiologiásoknak nevezhetők (a közismert terhességi elváltozások: a bőr vizenyős megduzzadása, chloasmák, striák, pigmentlerakódások, a vasomotoros rendszer fokozott ingerlékenysége, stb.), a másodikban pedig azokat, melyek az életani határokat átlépik s így kórosoknak minősíthetők (kezdve a könnyű terhességi dermatosistól a súlyos, gyakran halálos kimenetelű megbetegedésekig). Részletesen ismerteti ezeknek megjelenési formáit s gyógyításuk módját, illetőleg lehetőségeit. A climacterikus bőrelváltozások leírása után végül röviden érinti a nemzőszervek megbetegedéseinek befolyását és hatását a bőrre. Tárgyalását 19 szövegközti ábrával és 10 színes táblamelléklettel teszi szemléltetvé. Az irodalmat, az egyes fejezetek szerint csoportosítva, 12 oldalon közli.

Ugyancsak Novak bécsi tanár ír a fertőző betegségek és a női nemiszervek kölcsönhatásáról 62 oldalon. Az általános részben azon hatásokkal foglalkozik, melyeket általában a fertőző betegségek gyakorolnak a nemiszervekre, különböző életkorban és különböző viszonyok között. A gyermekkorban a fejlődésben való visszamaradást, petefészekgyulladást s ennek következtében későbbi meddőséget okozhatnak, egyesek szerint a szűzhártya és hüvelyelzáródások is sokszor fertőző betegségekre vezethetők vissza. Felnőtt asszonynál a havivérzésben okoznak zavart. A terhességben annak megszakadását okozhatják a magzat elhalása vagy a lepény elválása miatt. Foglalkozik a magzat intrauterin fertőződésének kérdésével, a lepény kórokozó átterjesztőképeségével, az általa lényegesnek és bebizonyítottan nem tartott germinális fertőzéssel, valamint a méhen belül szerzett immunitással. Ezután röviden a havibaj, terhesség, szülés és gyermekágyának a fertőző betegségekre való hatásáról ír. A második (részletes) részben különösen részletesen foglalkozik a vörheny, himlő, ronesoló torok- és gégelel, cholera, influenzával,

nyugancsak elég részletesen a kanyaró, hasihagymáz, merevgörccs, orbáncsal, rövidebben a bányahimlő, küteges és visszatérő hagymáz, lethargikus agyvelőgyulladás, malaria, vérhas, járványos fültőmirigygyulladás, egészen röviden, néhány sorban a lepra, pestis, Weil-féle betegség, sárgaláz, takonykór, veszettség, szamarakökögés és lépfenével, végül a gyermekek nemi részein jelentkező járványos heveny üszkösödéssel. Hangsúlyozza, hogy egyik-másik — egyébként nem súlyos — megbetegedés sokkal komolyabbá válik, ha a szaporodási folyamat valamelyik szakában támadja meg az asszonyt. De van a felsoroltak között olyan is (pl. a Weil-féle betegség), mely asszonyoknál egyáltalán nem fordul elő. Ezután 14 oldal terjedelemben felsorolja a felhasznált irodalmat. Ezen fejezetből hiányzik a gümős és bujakór, valamint a sepsis, kankó, aktinomykosis és echinococcus tárgyalása, melyet a gyűjtőmunka más részében találhatunk meg.

A harmadik fejezetben Weinberger M. bécsi tanár a légzőszervek megbetegedéseinek és a nemiszerveknek az összefüggését tárgyalja. A gümőkórral kezd, melynél nagyon gyakori az oligo- vagy a teljes amenorrhoea. Ugyancsak gyakran fordul elő fehérfolyás; a beteg később lép a pubertás korába, bár ennek ellenkezője is előfordulhat. Tüdőgyulladásnál a betegség tartama alatt fiatal leányoknál a havivérzés szünetelni szokott. Ha a terhesség alatt lép fel a tüdőgyulladás, az a terhesség első három hónapjában sokkal veszélytelenebb szokott lenni, mint az utolsó hónapokban. A következőkben reátér a gümőkóros asszonyok nemi életére Brach vizsgálatai alapján. A gümöbaccillusnak akár közvetett, akár közvetlen, de bizonyos specifikus hatása van a nemi funktiókra. Ha gümőkóros asszony terhes lesz, az esetek egy részében vetélés, de még gyakrabban koraszülés szokott megindulni. Tárgyalja a hörghurutot, a tüdőemphysemát, az asthma bronchiale, hol az esetek egy részében vetélés indulhat meg. Sokkal kevésbé veszélyes a mellhártyagyulladás. A gyermekágyban fellépő légzőszervi megbetegedések közül a két legfontosabb a tüdőembolia, mely a 8–14. napon, vagy még később szokott fellépni s a legtöbbször halálosan végződik; a másik a gyermekágyi gümőkór. Itt részletesen tárgyalja Pankow, Küpferle, Sachse, Ebeler, Winter statisztikáit a gümőkór kórjósatára vonatkozólag. Ismereti az egyes tuberculosis-reactiókat s bőven tárgyalja a művi vetélés kérdését is tüdőgümőkóránál.

Berecz János dr.

A Kir. Orvosegyesület december 11-i ülése.

Bemutató:

1. Friedrich László: a) *Levegő az epeutakban.* 36 éves férfibetegénél 1924-ben sárgaság lépett föl fájdalom nélkül, ennek elmúltával 1925-ben fájdalmak a hasban, melyek jobb oldalra sugároztak ki, ismét sárga lett, szék bőséges, fehér és vajszerű, erősen lefogyott. Az 1926-ban megejtett műtét a pankreasfejrákját állapította meg. A Röntgen-vizsgálat mellékletként érdekes képet adott: az egész epehólyag, az epeutak egész a májig telve voltak levegővel. Hasonló eset az irodalomban eddig nem szerepelt. (Képeket demonstrálja.)

b) *Chronikus gyomorvolvulus esete operatio után.* A beteget 1925 november 12-én mutatta be az Orvosegyesületben. A gyomorvolvulus okát abban találta meg, hogy a betegnek dysenterias alapon fennálló nagyfokú tricturája volt a flexura linealison; a colon következményes módon hatalmasan kitágult s ez fordította meg a gyomrot. Az operatio (prof. Pólya) mindenben igazolta a Röntgen-leletet. Coecostomia történt s csak később enteroenteroanastomosis, mely a szűkült részt kiiktatta. Műtét óta a beteg székrekedése megszűnt, de a gyomor ismét visszatért megfordult állapotába, dacára a repositionának (Röntgen-fölvételi kontroll).

c) *Gyomor-duodenum volvulus esete.* 27 éves betegnél, évekre visszamenő jellemző duodenalis típusú fájdalmak. Pr. 40 cm³ 32/80 occult vér negatív. A Röntgen-vizsgálat azt mutatta, hogy a fundus meg van fordulva, a jobb oldalon fekszik, míg a bulbus duodeni a bal oldalon, a bulbuson deformitás látható. A műtét igazolta a leletet. Oka fejlődési rendellenesség: a retroperitonealis kötőszövet vagy mesenterium kötőszövetének laza volta. Az irodalomban hasonló eset nem szerepel.

2. Janesó István: *Claudicatio intermittens hyper-*

toniás konyhasóoldattal kezelt esetei. A Ferenc József kerek. kórházban kezelt 6 intermittáló sántításban szenvedő férfibeteg közül 3 esetet ismertet. 5–6 hétig tartó konyhasókezelés alatt, mely alkalommal érbe fecskendezve naponta 10 cm³ 10%-os oldatot kaptak, állapotuk lényegesen javult, egy esetben gyógyult. A kezelés kapcsán a Moskowitz-tünet előállási ideje esetenként 40–50%-kal a vér viszcositása és a vörösvérsejtek száma 30–40%-kal, illetve 15–20%-kal csökkent. Az első eset az intermittáló sántítás arterioszklerosisos alakjához tartozik. A második eset az angiospermusos csoportba tartozik. A harmadik eset az arteriitis csoportba sorolható. A kezelésben részesült hat beteg közül az angiospermusos meggyógyult. Lényegesen javult a két arterioszklerosisos, fájdalmuk alig van. Legkevésbé javult a három arteriitis.

Manninger Vilmos: 12 év óta foglalkozik konyhasó-injectiókkal gangraenánál. A subcutan injectio fájdalommassága miatt az intravenásus methodikára tért át. Eseteiben is csökkent a viszcositás, mely kb. parallel haladt a javulással és Moskowitz-tünettel. Azt tapasztalta, hogy ha egyszer megállt a gangraena terjedése a kezelés folyamán, akkor a javulás bekövetkezett és a javulás évekig meg is volt tartható.

Előadás:

1. Kreiker Aladár: *Újabb megfigyelések a szaru ereződés keletkezési módjáról és a hajszálerek vérkeringéséről.* A szaru ereződésen végzett réseklámpa-tanulmányainak újabb eredményeiről számol be. Az ereződés alapformája a capillaris hurok, amelynek alakja a szövet tömörségének mikéntjétől függ. Minden capillaris hurok törekszik a benne lévő vérnyomás hatására mint rugalmas zárt eső a köralak fölvételére. Ennek következtében lazább szövetben a hurok öblösebbé, tömöttebbben keskenyebbé válik. A capillarist a gyulladásos góc felé a leukocyta vezeték, amelyek a capillaris hurok csücsében lépnek ki a véráramból és innen a góc felé haladtukban részben mechanikai úton, részben proteolitikus fermentumok segítségével fellazítják a tömött parenchymát, amelyben ekképen a capillaris előre nőhet. Anastomosis kétféle módon jöhet létre. Vagy ugyanannak a huroknak két szára között bimbózás útján, vagy különböző hurokok szárai között akként, hogy a már vért vivő erek egy ponton egymással érintkezésbe jutnak. Az érintkezés helyén az endothelfalak felszívódnak és a véráramok összefolynak. Ilyen módon sűrű érhálózatok jönnek létre. A véráram iránya és sebessége ilyenkor a megváltozott hydrostatikai viszonyok szerint alakul és meglehetősen rossz oekonomiai viszonyokat mutat. Tudomása szerint a pathologia eddig csak a bimbózás útján létrejövő anastomosisképzést ismerte, a másikat nem.

2. Petényi Géza: *Adatok a poliomyelitis pathologiájához.* Poliomyelitis-járvány leírása egy nagyobb csecsemőosztályon 11 súlyosabb-könnyebb eset 10 abortív eset. A liquorcukor a betegség 5–7 napján csökkent, a liquor-chlor-érték az esetek nagyobb részében az első két hétben csökkent. Minden esetben acut hydrocephalus volt + Pándy-reactióval. A hydrocephalus s a + Pándy-reactio heteken, számos esetben hónapokon át megmaradt. Valószínű, hogy az erősen fokozott liquornyomás nemcsak az acut stadiumban, hanem az ú. n. subacut stadiumban bénulások s paresisek létrejöttét elősegíti. Eppen ezért indikált a lumbal punctio minden poliomyelitisnél mind az acut stadiumban, mind a későbbi nem lázas időszakban, amíg meg nem szűnik a chronikus hydrocephalus. Feltűnő volt a megbetegedések igen nagy százalékos aránya (26 csecsemő közül 21) s az abortív esetek gyakorisága. Az abortív esetek egy része csak minimális neurologiai elváltozást mutatott, a gyulladásos liquor-elváltozások azonban épp úgy megvoltak, mint a súlyos eseteknél. Az abortív esetek nagy számára való tekintettel a nyár folyamán az ambulancián acut influenzatünetekkel jelentkező gyermekek neurologiai szempontból pontosabban megvizsgáltattak s ezek között 72 abortív esetnek megfelelő lelet volt. Az esetek egy részében, ahol lumbal punctio lehetséges volt, a liquor gyulladásos elváltozása további támpontokat szolgáltatott a diagnózis helyességére mellett. Ugyanekkor csak 22 tipikus kifejezett paresissal járó poliomyelitis került észlelésre, tehát az abortív esetek száma sokszorosan több, ami ellentétben van az eddigi statisztikai adatokkal. Megállapítható tehát, hogy járvány idején behatóbb neurologiai vizsgálatnál az abortív esetek száma sokszorosan meghaladja a typi-

kus esetek számát s az osztályon észlelt járványnál tehát optimális megfigyelési viszonyok között 80%-a betegedik meg a gyermekeknek. Ha ehhez hozzávesszük, hogy a poliomyelitis morbiditásának kor szerinti eloszlása alig különbözik a diphtheria morbiditási viszonyaitól (felnőtt emberek vérében 87%-ban mutatható ki nagyobb autotoxintartalom, ami azt jelenti, hogy a betegségen átmentek, még pedig a legtöbben abortív megbetegedésen), akkor valószínűnek kell tartanunk, hogy a betegség terjesztésében az abortív eseteknek döntő szerepe van, s minden ember átmegy a betegségen, természetesen a legtöbbször enyhe abortív formán, vagy pedig hiányzó klinikai reakcióval.

Bókay János: Petényi előadása két szempontból érdekes, először, mert az általa végig észlelt Heine-Medin-kór-endemia feltűnően kiterjedten jelentkezett kórházi osztályán s másodszer, mert ezen esetek mind a csecsemőkre vonatkoztak. Előadó azon főlvetelét, hogy az abortív esetek és baktériumgazdák általában nagy számmal szerepelnek a Heine-Medin-járványoknál, túlzásnak tartom. Ha ez a jelenben lefolyó járványra is állna, úgy, amint előadó azt gondolja, úgy a fővárosban a tipikus eseteknek sokkal nagyobb számával kellett volna találkozunk. A jelenlegi járvány észleléseim szerint Csonka-Magyarország területén már április-május havában vette kezdetét, szeptember s október havában érte el tetőfokát, s a jelenben már lezajlóban van és korántsem hasonlítható az 1911-i magyarországi intenzív járványhoz, midőn kérdőívek útján az ország területéről 397 oly esetet dolgozhattam fel, hol az akut időszak 1911-ben folyt le.

3. Grósz Gyula: Június hava óta mostanáig 31 esetet vettünk fel a Bródy-gyermekkorházba és azonkívül még 18 esetet észleltünk az ambulanciánkon. A járvány súlyossága mellett szólt az, hogy a felvett esetek közül 4 halálesetünk volt. Az akut és subacut esetünket az osztályra felvettük, a többi betegeink közé fektettük és egyetlen egy esetben sem tapasztaltuk azt, hogy ezek a Heine-Medin-esetek a többi betegeket fertőzték volna. Az esetünk nemcsak a főváros különböző kerületeiből kerültek hozzánk, hanem Újpestről, Rákospalotáról, Budafokról, Nagymárosról, Esztergomtól stb. is, egyes helyekről 3-4 esetet vettünk fel. A liquor-vizsgálatokat illetően *Berger Gizella dr.* a liquorban talált elváltozásokat, ki a Gyógyászat 46. számában tett közlést. *Goldberger Márk dr.* terápiás kísérleteket tett a higanybekenésekkel, a Röntgen-be-sugárzással és a diathermiás kezeléssel. A kezelés sok esetben eredményes volt.

4. Scheff-Dabis László: Topley paratyphus-járványt idézett elő etetéssel laboratóriumi egerek nagy tömegén. Kiderült, hogy a kórokozók elterjedtsége és a hordozó állapot sokkal nagyobb számú, mint a betegség elterjedtsége. Ahhoz, hogy egy járvány kitörjön, egy bizonyos virus-quantum állandó circulációja szükséges, egy adott környezetben. *Flack és Glover* azt találták, hogy egészséges katonák 2-5%-a meningo-coccus-hordozó; ha a hordozók száma 10%-ra emelkedett, akkor szórványos esetek léptek fel és 20%-ra való emelkedés esetén kitört az epidémia. Hogy ez a gondolat és ezek az észlelések per analogiam átvihetők-e a poliomyelitis járványtanára, arról nem merne nyilatkozni.

5. Rohrbück Ferenc: Hangsúlyozza, hogy az általa végzett nagyszámú nyomásméréssel egybekötött liquor-cerebrospinalis-vizsgálatoknál nyert azon tapasztalatát, hogy bár a lumbal punctio minden esetben a hydrokephalus valamely alakjánál történt, hydrokephalus-képződésnél bénulást nem látott. Az előadó szerint pedig a hydrokephalus az okozója — különösen az abortív esetekben — a Heine-Medin-bénulásoknak. Felemlíti a Stefánia-kórházban észlelt különös esetet, amely a meningitis tuberculosa képét mutatta s csak a három hét múlva fellépett alsó végtag-paresis igazolta a betegség Heine-Medin kephalikus voltát.

6. Baló József: Az idei nyár végén a Bródy-kórházban, Stefánia-kórházban, Szt. István-, Szt. László- és Vöröskereszt-kórházakban 11 poliomyelitis eset került boncolásra. A poliomyelitis epidemiológiailag a járványos enkephalitissal hasonlítható össze. Mindkét megbetegedés járványokban mutatkozik s azután járványmentes időszak következik. Mivel a poliomyelitis szemből, mint kísérleti állat, csak a majom biztosan fogékony, epidemiológiai vizsgálatok bajosan végezhetők.

Petényi Géza (zárszó): Az osztályon észlelt járványnál kétségtelenül megállapítható volt, hogy 80%-a a gyermekeknek átment a betegségen. Hogy idáig nem észlelték gyakrabban az abortív eseteket, annak az oka az, hogy a tapasztalás szerint akut influenzás eseteknél behatódó neurológiai vizsgálatot nem szoktak végezni. Kisfokú elváltozások pedig, mint a toxikus reflex-csökkenés, csecsemőknél, kis gyermekeknél sokszor csak hosszabb, több napon át való vizsgálással állapíthatók meg. A morbiditási viszonyok kor szerinti eloszlása, amely megegyezik azon betegségek morbiditásával, amelyeken minden ember átmegy, szintén az említett felfogás mellett bizonyít.

Az Otológiai szakosztály dec. 9-i ülése.

1. Kerekes György: *Az endocranialis nyomás- és hallásélesség közötti összefüggésről.* A bemutatott betegnél a nyakszirtesont bal felén ötkoronásnyi terjedelemben műtét utáni csonthiány van. Ez a körülmény teszi lehetővé, hogy a csonthiány felett a bőrre gyakorolt nyomással a koponyaürbeli nyomást közvetlenül emeljük és újra csökkentjük. A beteg jobb fülét vizsgálva, azt találjuk, hogy az endocranialis nyomás fokozása a csontvezetés rövidülését, a magas hangok iránti érzékenység csökkenését, a sugóbeszéd-hallás romlását, tehát a hypaesthesia acustica kórképét hozza létre. A bemutató közlés alatt álló vizsgálataira való hivatkozással ezzel az esettel is alátámasztja azon felfogását, hogy a fültömkelegetbeli nyomás eltolódása a hallóideg megbetegedésének klinikai képéhez vezet, másrészt, hogy ily körkép mellett visszafelé következtetve esetleg az endocranialis nyomás megváltozottságára kell gondolnunk.

Rejtő: Az endocranialis nyomás fokozható a két vena jugularis interna leszorítása által is. Hozzászóló úgy véli, hogy ilyenkor az endolympha nyomása is megváltozik, mert a stria vascularis által kiválasztott lymphát a vérkeringés nem tudja kellő mértékben reszorbeálni.

Kerekes (zárszó): A nyakra csak minimális nyomást szabad gyakorolni, hogy a tünetény jól észlelhető legyen.

2. Szász Tibor: *A vasomotoros belsőfülavarok atropintherapiájának kísérletes bizonyítása.* (Előadás.) Egész terjedelmében jelenik meg.

Az Apponyi Poliklinika december 9-i ülése.

Bemutatás:

Szondi Lipót: *Hypophysistumor-esetek.* Két esetben hypophysistumor infantilismust okozott, másik két eset akromegáliával járt. Bemutat két pseudo-hypophysistumort is.

Lobmayer Géza: Hazánkban az első sikeresen végzett hypophysisműtétet végezte. A hypophysis-elváltozások sebészeti szempontból tumorok vagy cysták. Röntgen-besugárzás tumoroknál lényegesen apasztotta az operációra került eseteket. Hogy cysta vagy tumor van-e jelen, azt eddigelé semmiféle módon Röntgennel biztosan megállapítani nem lehet, csak ex juvantibus következtethetünk. Az antilueses kúrát még azon esetben is el kell végezni, ha a Wassermann-reactio negatív. Ne veszítsünk sok időt gyógyeljárásokkal, mert hogyha a látótér-szűkület lényeges javulása nem következik be, a látás megtartása céljából csak a sebészeti eljárás célravezető. Ismerteti *Schlosser, Hirsch, Cushing* műtéti eljárásait.

Haas Lajos: Extrasellaris és intrasellaris eredésű sella-elváltozások igen sokszor — tipikus esetekben — a Röntgen-kép kellő mérlegelésével elkülöníthetők egymástól. Felvételben demonstrálja egyik legjellegzetesebb differential-diagnostikai jelet. Igen sok azonban a nemtipikus is s ritkán lehet következtetni az elváltozás okára. Ezért a klinikusok kénytelenek klinikai tünetcsoportok szerint osztályozni a hypophysistáji elváltozásokat, melyeknek egy csoportját *Hirsch* újabban külön nevezi el „ocularis formá“-nak.

Fekete Sándor: A hypophysis és petefészkek kölcsönhatásának experimentalis bizonyítékát is megadta *Zondeck*. Fejletlen egereken a hypophysis mellső lebenyének implantálása után a nemzetség rohamos

növekedésnek indulnak. Egy másik ily irányú bizonyíték a hypophysis mellő lebenyének a terhesség alatt történő jellegzetes és maradandó elváltozása. Mindezek alapján annak a kérdésnek eldöntése, vajjon hypophysis-túlműködés vagy hypofunctio van-e jelen, felhasználható volna nőknél a nemzőszervek állapota.

Kelemen Endre: 27 éves férfi agyalapi tumor tüneteit utánzó igen nagy hypophysistumort mutat be, mely szövettanilag kis gömbsejtes sarkoma volt.

Holitsch Rezső: A Röntgen-képen látható sella turcica tágulásról a legtöbbször nem lehet biztosan megállapítani, vajjon intrasellaris vagy extrasellaris ok idézi-e elő. A Röntgen-therapiás besugárzásnak eredményessége sem bizonyítanak ex juvantibus hypophysistumor mellett, mert extrasellaris daganat is javult, sőt gyógyulhat Röntgen-besugárzásra. Hasonlóképpen hydrocephalus is javul a besugárzásra, mert a Röntgen-sugár hatására a liquorsecretio és a nyomási tünetek ezen betegségben is csökkennek.

Engel Károly: A syphilisnek kétségtelenül szerepe van azon belsősecretiós betegségek létrehozásában is, amelyeket a kérdés mai állása szerint hypersecretionnak tulajdonítunk. Bár a syphilises elváltozás (akár gümma, akár diffus kötőszövetes gyulladás legyen az) hatásmódja ilyenkor nehezen értelmezhető is, az anti-lueses kúra feltétlenül javult.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának december 4-i ülése.

Bemutatás:

1. Kukán Ferenc: „*Contusio bulbi csoportosult tünetei.*“ 1. beteg: Oedema corneae, mydriasis traumatica, subluxatio lentis, iridodonesis, Vossius-féle gyűrű, haemophthalmus, ablatio et commotio retinae, ruptura chorioideae et retinae. Az élesen látható szemfenéken, felül kívül, másfél papillányira, a papillától, a chorioidealis ruptura szélén normalisan telt arteria lép ki nyilván a chorioideából, illetőleg vena tűnik el benne. Lefutásuk az arteria, illetőleg vena temporalis superiornak felel meg. Jelenlétük ezidőszerezt bizonyosan meg nem magyarázható. Fejlődési rendellenesség a legvalószínűbb. 2. beteg: Typikus subconjunctivalis lencse-luxatio. 3. beteg: A sklera sebébe ékelt luxalt lencse. Három szövettani készítmény: elülső csarnokba, kötőhártya alá és subluxált lencséjű bulbusból.

2. Nónay Tibor: *Toronykoponya mellett fellépett kétoldali látóidegsorvadás 15 éves fiúnál.* Baloldali veleszületett ptosis, kétoldali exophthalmus, strabismus convergens. Szemfenék: mindkét papilla krétafehér, éleshatárú (atrophia nervi optici simplex). A papilla körül igen keskeny, világosszürke atropiás gyűrű. Jobb szemén tárgylátás nincs, fényérzés 4 m-ről; bal szemén 6/12. Látótér a bal szemén teljes, színlátás jó. Belgyógyászati vizsgálat negatív. Röntgen: a koponyatető nagyon elvékonyodott, feltűnően mély impressiones digitatae. Sella turcica kitágult. A toronykoponya és látóidegsorvadás közötti összefüggést illetőleg azon fel-fogás mellé áll, mely szerint a koponyaüri nyomás fokozódása következtében pangásos papilla lép fel az első életévekben s ez csak később megy át atrophia nervi opticebe. A bemutatott beteg szemfenéki képe is kétségtelenül mutatja régebbi pangásos papilla nyomait.

Kramár Jenő: Mivel a Röntgen-felvétel az intracranialis nyomás fokozódását mutatja, kérde, hogy lumbalpunkcióval meggyőződtek-e nyomás jelenlétéről.

Kelemen György: Utal a nagyothallásra, mint turricephal stigmára és a kettő közötti összefüggés gyanítható okaira.

Nónay Tibor: A betegnél lumbalpunkcio azért nem történthetett eddig, mivel csak pár órával ezelőtt jelentkezett a klinikán.

3. Szathmáry Sebestyén: *Chronikus lymphocitas leukaemia.* Az areon, a végtagokon, penisen és sacro-tumoralis gócos, az alsó végtagokon diffus lymphocitas beszűrődések foglalnak helyet. A lép és a nyirokmirigyek jelentékenyen megnagyobbodtak. Az észlelés elején 35.000 fehérvérsejt és 95% lymphocita volt a vérben. Röntgen-besugárzások után a kezdetben normalis vörösvérsejtszám 2.300.000-re, a fehérvérsejtszám 15 ezer 900-ra és a lymphocyták 51%-ra csökkentek.

4. Pálka Lajos: *Érdekesebb vesekövesetek.* A magyarországi húgykővidék ismertetése után hat esetet mutat be, amelyeket nephrotomiával, ureterotomiával, pyelotomiával és nephrektomiával oldottak meg. Az esetekkel kapcsolatosan a vesék aetiológiáját célzó fontosabb hyothesiseket (*Ebstein, Lichwitz, Rosenbach*) és a kőképződést elősegítő momentumokat (infectio, hólyag- és vesekövek, hypertrophia, faji és helyi dispositiók stb.) referálja továbbá a háborús subcutan és percutan vesesérülések következményeit gyakorinak látja.

György Armin: Ez alkalomból kegyelettel emlékezik meg dr. *Errethről*, a pécsi közkórház egykori igazgatójáról, kinek sebészi hagyatéka egy páratlanul álló szép könyvtármény. 1919-ben az akkori tudományos szakosztályban 12 ureterkőves betegről referált. 11 nő-betegnél minden esetben kimutatható az előrement pyelitis. Ezért pyelitis betegeit előre ki szokta oktatni az esetleges ureterkő okozta tünetekre és előfordult, hogy az így figyelmeztetett beteg a kiviselt követ praesentálta is.

Scipiadés Elemér: Jóllehet a vese functionalis vizsgálataival és a pyelographiával nem ismerjük fel többször, mint régebben, mégis kétségtelen az, hogy Pécs vidékén a vesekövek nőknél is sokkal gyakoribbak, mint egyebütt. Budapesti működése alatt nőknél vesekövet csak elvétve látott, Pécsen az utolsó év folyamán is háromt operált, kettőt egyoldali nephrektomiával, egyet pedig pyelotomiával. A kő létrejövételénél a klinikailag megfigyelhető lefektűnőbb jelenség a vizelet alkatának a megváltozása, melynek aetiológiája nem egységes. Kétségtelenül szerepet játszik az egyén constitutiója is (familiaris ismétlődés), része lehet benne a táplálék anyagának (néhány vidéken gyakoribb), okozhatják baktériumok. Minden esetében bakteriuria előzte meg a vesekőképződést, egyik esetében pedig a vesekövet gümőkóros vesében találta.

Előadás:

Jobst Pál: *A férfi húgyeső gonorrhoeájának arthritises complicatiója.* A férfi húgyeső metastasisos complicatiói közül az arthritis a leggyakoribb, mert meglehetősen egybevágó statisztikai adatok szerint 2%-ban lép fel. *Klose* szerint ez az arányszám közvetlenül a háború után átmenetileg rosszabbodott. Az Erzsébet-egyetem bőr- és nemibetegklinikáján 350 gonorrhoeás urethritis kapcsán 4%-ban lépett fel arthritises complicatio. Az aetiológia, kórlefolyás és pathologia, valamint a diagnosis gyakori nehézségének tárgyalása után két esetet emel ki részletesebben; az egyiknél az ízület megbetegedésében lueses és gonorrhoeás compo-nens is szerepelt, mely utóbbit az intracutan adott gonococcusvaccina következtében fellépett, két hétig fennálló localis reactióval bizonyít. Másik esetben az arthritis izomtályoggal komplikálódott. A tályogból nyert genyben a gonococcus mikroszkopice kimutatható volt.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának december 4-i ülése.

Bemutatás:

1. Kühbacher Ferenc: *Ichuria paradoxát okozó retrocervicalis myoma.* 45 éves asszony három hete fennálló ichuria paradoxával jelentkezik a nőiklinikán. Okozója a hátsó cervixfalban ülő férfőköllyi intramuralis myoma. Magyarázza az ichuria paradoxa létrejöttének mechanizmusát. Vaginalis úton kihámozván a daganatot, a beteg a 17. napon gyógyultan távozik.

2. Sztollár Ernő: *Hólyagba vándorolt idegentest.* Hareteri lövési sérülés után a testben maradt és 10 év után a hólyagba vándorolt, műtétrel eltávolított mogyorónagyságú incrustált gyalogsági golyót mutat be, melynek a hólyagfalhoz fekvő oldala felrakódástól mentes volt. A hólyag nyálkahártyáján sérülés nyoma nem volt látható. Öt évig panaszmentes maradt. 1921 óta bizonytalan alhási panaszai vannak. Ebben az évben appendektomiát végeztek nála, mely után panaszai nem szűntek meg. 1924 óta nehéz testi munka közben és után alhási fájdalmakat érez s zavaros lesz a vizelete, mely időnként gyengén vörösen színezett. 1926 augusztusában zsákhordás után oly heves szűrő fájdalmakat érzett az alhasban, hogy összegörnyedt és órákig nem tudott ki-

PARKSANATORIUM DAVOS

(azelött Turban-sanatorium)

Elsőrangú gyógyintézet. 1570 m a tenger színe felett. Nagy saját kurpark. Saját erdőség.
Pensio: szoba, orvosi kezelés stb. beleértve, 20.— franktól feljebb. Prospektus.
Vezető orvos: **Dr. F. Bauer.**

Adriatica Szanatórium, Abbazia

Magyar-Ház a Súd-strandon. Minden modern kényelemmel és fizikai gyógy-
eszközzel felszerelt gyógyintézet.
Teljes pensio 35 Lira naponta.

VÉCSEY SZANATÓRIUM SEMMERING

PSYCHOTHERAPIA, KÜLÖNÖSEN ALKALMAS BASEDOWKÓRBA SZEVEDŐKNEK ÉS TUDÓCSÚCSHURUTOSOKNAK.
Pensio árak 15 schilingtől feljebb. Tulajdonos: **BENDEKOVITS OTTÓ.** Főorvos: **DR. SCHMIDT SÁNDOR.**

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban
minden gyógyszerárban kapható.

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

Reagensok és normaloldatok

a vizelet, széklet, vér és gyomor-
tartalom vizsgálatához.

Dr. G. Gröbler & Co. Leipzig

festékei, festék-
oldatai, kémikáliái
mikroszkopiai és bakteriológiai használatra, valamint összes egyéb készítményei eredeti csomagol-
ásban állandóan raktáron.

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

NERVOPLAST
IDEGTONICUM SEDATIVUM

FERGLOBIN

SINE ET CUM ARSENO

GUAJAGLOBIN

TABLETTÁNKÉNT 0.05 GR. GUAJACOL
TUBERCULOSIS STB.

ÖRKÉNY HUGÓ

Diathermiás és Röntgen- készülékek

precíziós szolid kivitelben.

Állami és privátklinikák, szakorvosok állandó szállítója.
Elsőrangú referenciák. — Fizetési feltételek: megegyezés szerint.

MARTIN ÉS 'SIGRAY R.T.

ELEKTROMOS MÉRŐMŰSZEREK GYÁRA

Budapest IV, Váci-utca 58. szám. Telefon: J. 146-62. és J. 66-61.

Vezérképviselő: Barta és Székely Budapest, IV, Múzeum-körút 37.



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.

Tónico sedatívum

KLINIKÁK,
KÓRHÁZAK
ÁLLANDÓAN
HASZNÁL-
JÁK



Egy új gyógymód!

Az ultraviolett sugarakat

ideális módon a kvarzlámpa »Künstliche Höhensonne. Original Hanau« állítja elő; terapeutikus alkalmazása oly kiváló eredményeket ért el, hogy Németországból kiindulva, 1913 óta egy egész új ága az orvostudománynak, **az ultraviolett-therápia** (mesterséges gyógytherápia) keletkezett és Németország, Amerika és a többi országok orvosai, klinikái stb. több mint **54.000 kvarzlámpát** — Original Hanau — használnak.



Rachitis minden stádiumban gyógyítható. —

Biztos eredmény, mint rachitis-prophylaxis;

Scrophulosis, sebészeti tuberculosis a legkedvezőbben befolyásolhatók.

Vérnyomást csökkenti, az anyagcserét fokozza. Nagy eredmények a bőrgyógyászatban. Nagy eredmények a sebészetben (sebkezelésnél.)

Minden operatiót, minden kötészváltást a kvarzlámpa, »Künstliche Höhensonne« besugárzással kellene befejezni.

Több mint 1200 szakközlemény elismerése.

Számtalan ismertető tankönyv.

Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa)	
egyenáram részére	39-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített függőlámpa)	
váltóáram részére	91-75
Bach-Höhensonne (egyszerűsített állványlámpa)	
egyenáram részére	45-25
Bach-Höhensonne (egyszerűsített állványlámpa)	
váltóáram részére	97-75

Csomagolás nélkül ab gyártelep Hanau a M.

Kényelmes részletfizetés Magyarország, Ausztria és Csehszlovákia területén.

Quarzlámpa „Künstliche Höhensonne, Original Hanau“, Bach titkos tanácsos szerint. (Egyszerűsített függőlámpa, váltóáramú.)

Kapható minden nagyobb elektromedikai üzletben eredeti gyári áron + fuvar és vám.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau a M. Fiókgár: Linz a D. Postfach 27.

egyenesedni. Fár óra múlva megindult vizelete véres-
genyes volt. Kéthónapi eredménytelen kezelése után ke-
reste fel a sebészeti klinikát, ahol a megejtett cysto-
skopos vizsgálatnál a hólyagban mogyorónyi érdes felü-
letű, barnaszínű kő volt látható. A műtétnél derült ki,
hogy az nem kő, hanem puszkagolyó.

Előadás:

Jankovich László: *Párizs orvosi intézetei.* Nyári tanulmányútja alkalmával megtekintett párizsi orvosi intézetekről és kórházakról részletes képet fest és különösen kiemeli a július hó 15—20. között tartott *Joarneés medicales de Paris* nagy sikerét, amelyen 1500 orvos vett részt a barátságos államok és a francia vidék részéről. A vele kapcsolatban rendezett kiállítás izléses alakban mutatta be Párizs orvosi vonatkozású iparcikkeit. (Tárcaalakban egész terjedelmében megjelenik.)

December 11-i ülése.

Bemutatások:

1. **vitéz Varga Lajos** beteget mutat be, ki több napon keresztül nagymennyiségű epét köhögött ki. Ennek oka *echinococcus hepatis* volt, amely a *rekeszizmon*, *tüdőn át egy nagyobb bronchusba tört be*. Csúpnán a complementkötési reactio támogatta a kórisme felállítását. A beteg jelenleg tünetmentes.

2. Kovács Kálmán: *Pick-féle pseudocirrhisban* szenvedő beteget mutat be, ki 13 hónappal ezelőtt típusos *pleuropericarditist* állott ki.

Előadás:

Ifj. Jancsó Miklós: Módszer a reticuloendothel (Aschoff-Landau) pharmakologiai befolyásolására. A reticuloendothelialis (RE.) készülék befolyásolását sokan megkísérelték elektronegativ colloidalis fémekkel és festékekkel. Az előadó szerint ezek a vizsgálatok azért nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket, mert az alkalmazott colloidok viszonylag kevésbé mérgező, biológiailag passiv anyagok és a RE. sejtekkel csak physiko-chemiai sajátásaik révén léptek kapcsolatba. A mechanikus „blockade” fogalma (Lepchne-Eppinger) is csak ilyen kapcsolatot tételez fel. Az előadó a gyógyszeres befolyásolásnak egy új eszméjét veti fel: a RE. electiv chemiai (toxikus) befolyásolásának gondolatát elektronegativ colloidoekben adsorbeált anyagok útján és ennek lehetőségét már is kísérlet-sorozattal igazolja. Kísérletei bizonyítják, hogy elektronegativ colloidoikkal való adsorptio útján biológiailag activ, vegyileg ható anyagokat, sejtmérgeket is lerakódásra lehet bírni a RE.-ben 40 patkányon végzett kísérleteit ismerteti, melyeket részben *tusban elnyeletett arsenitrioxiddal*, részben *controllképen tisztán tussal*, illetőleg *As₂O₃-al intravenásan befecskendezett*. A tusarsen-oldattal kezelt állatok RE. szerveiben (máj, lép, csontvelő, stb.) *az anthracopagoknak helyenként (lép) szinte quantitativ elpusztulását, a magfestés teljes kiesését*, illetőleg sokféle elfajulási, a falósejtes működés túltengésére mutató tünetet okozott. Ha más anyagokból összetett adsorptiós complexumokkal is sikerülni fog ez a kísérlet, ez egy új utat jelentene a chemotherapy terén. Kísérletei továbbá, *Saxl és Donath* azon nézetével ellentétben, mely szerint a RE. minden, a vérbe jutott idegen anyagot megköt és felhalmoz, nagyon valószínűvé tették, hogy a crystalloidoik, medicinalis sejtmérgek *nem* a RE.-ben rakódnak le, mert akkor a RE. súlyosan szenvedne, illetőleg elhalna, amit az illető anyagokkal történt mérgezések kórbonnetani és szövettani lelete nem igazol. Csekély (colloidalis) dispersitású anyagok (pl. mikroorganizmusok mérgei) ellenben a RE.-ben halmozódnak fel és néha majdnem kizárólag *azt* mérgezik.

Balogh Ernő: A RE-apparatusnak daganatszövetes elárasztásakor hasonló szöveti allergiát észlelt, mint *Veith*: benzolmérgezőskor. A májsejt diffúzabb elhalását látja a metszetekben. A többi szervek parenchymasejtjeit is tüzetesen, így érzékeny „vitalis festékekkel is átvizsgálni ajánlja”.

Issekutz Béla, Reinbold Béla, Gelei József: Kézirat nem érkezett be.

Jancsó (zárszó): A magfestés teljes kiesését a RE-sejtek elpusztulásának igazolására elegendőnek tartja, annál is inkább, mert a RE. functionalis vizsgálatára ajánlott módszerek ma még problematikusak.

A Debreceni Orvosegyesület dec. 9-i ülése.

Bemutatás:

1. **Hrabovszky Zoltán:** *Dystrophia coeci subdiaphragmatica congenita* esetének Röntgen-felvételeit demonstrálja. A cecumot a jobb rekeszkúp és a máj demborlata között hossz tengelye körül jobbfelé fordulva találta. A végső ileumszakasz meredeken haladt a kismedencéből a coecum lateralis falába, az ascensus a flexura hepaticában laterál felé futott le a kismedencéig. Az ampulla rectin gyermekfejnny tárgulat. A coecum rendellenes helyzete a passaget nem zavarta, a pép 24 h. p. c. az ampullát töltötte ki. A colon anomiáliát a 4-5. magzati hónap rendellenesen fejlődött állapotának tartja.

2. **Kopáry József:** *Bronchustöltéses vizsgálatok és ezek értéke a tüdő Röntgen-diagnostikájában.* A bronchographia indicatíói közül az előadó feltétlen kizáródnak tartja a tüdőtuberculosis minden kifejezett formáját, hivatkozva úgy az ő, mint mások vizsgálataira. A cavernák diagnosizának biztonságát a bronchustöltés semmiesetre sem javíthatja. Hasonlóképpen megbízhatatlannak a bronchustöltések therapiás alkalmazásai is. Ellenben jó diagnostikus segédeszköznek tartja a methodust bronchiektasiák, bronchus és tracheobronchialis fistulák, mediastinalis tumorok diagnosizálásánál, tüdőabscessusok, gangraenák, valamint idegentestek localisatiójánál. Az előadó felvételekkel demonstrálja az előadását.

Halmágyi Béla: A bronchographiák után fellépő dyspnoet az elégtelen érzéstelenítéssel indokolja meg, a beteg ilyenkor köhögési rohamot kap és az ellenkező oldali tüdőfélbe is aspirál jodopint. Egy ezelőtt négy hónappal inggombot aspirált betegről készített bronchographiát mutat be: a gomb a bal törzs bronchus fenekén nagyobb lapjával az alsó, csücskével a felső főbronchushoz ékelődve fekszik.

Előadás:

3. Szepesi Kálmán: *A jódtherápia szerepe a tüdő-tuberculosis gyógykezelésében.* A debreceni Augusztaszanatóriumban jódval kezelte betegeknek elért terápiás eredményekről számolt be. Ajánlja a jódnak az általános orvosi praxisban a tuberculosis ellen való alkalmazását. Contraindíciónak csak kiterjedt széteső sajtos alakoknál, hyperthyreosisra hajló egyéneknek és haemoptoék idejében tartja.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

Kisfaludy Károly betegsége.

Írta: *Magyar-Kossa Gyula.*

Kisfaludy Károly, kiról a mai nemzedék már alig tud többet, mint azt, hogy ő írta a legfölségesebb magyar elégiát („Hősvértől pirosult grásztér...“), hosszú életre volt teremtve. Ifjúkorában maga volt az egészség és erő, s úgy, mint költőtudója: *Tompa Mihály*, atlétaszámba ment egyívású társai közt. Erősen kultiválta a testgyakorlás minden nemét s egy ízben — még diák korában — azt is megtette, hogy Pesttől Vácig koresolyázott egyfuttában a befagyott Dunán.

A sors mégsem volt könyörületes hozzá, rövidre szabta életét s alig 42 éves korában áldozatul esett a tüdővésznek. Korai halálát sokan nem tudták megérteni s magyarázatául mindenféle mellékes okokat kerestek. A Magy. Tud. Akadémia levéltárában ma is megvan az egykorú *Tatay* plébánosnak *Schedel* (Toldy) *Ferenchez* intézett levele, mely a következő fűresa magyarázatát adja *Kisfaludy Károly* halálának:

A költő a huszas években Pesten, a Magyar-
utczában lakott egy csizmadiánál, kinek a cégérét is ő
festette meg, mint afféle félbenmaradt piktor. Ez a
csizmadia boesátotta áruba *Kisfaludy* aquarelljeit,
mikor meg volt szorulva; ha pénzük volt, megosztot-
ták, ha nem volt, együtt nyomorogtak, jobb napokat
remélve. Később, mikor megindította az „*Auróra*”-t,
ennek szerkesztése, korrigálása, stb. egészen a költő

nyakába szakadt, rendszeren késő éjszakáig bajlódott vele. Egyszer szintén késő este, úgy 11 óra tájban, teljesen kimerülve állított be *Kisfaludy* az ő rendes vacsorázóhelyére, a Magyar-utca kis vendéglőjébe. Az egyik asztalnál ülő víg cimborák nagy gaudiummal fogadták: „No, itt van a poéta, ki azt a sok verset írja! Talán már a borivást is elfelejtette!” *Kisfaludy* egy nagy butéliásüvegre mutatott, mondván, hogy ha éppen kívánják, nemcsak a borát issza ki, hanem utána még magát az üveget is *megeszi*; aztán szép csöndesen megvacsorázott s mikor kész volt, elkezdte rágni az üveget. A tetején kezdte, nagyokat ropogatva-csikorgatva erős, egészséges fogaival. Vértől tajtékzott a szája, de azért csak tovább harapdálta az üveget, míg csak a feneke horpadásáig nem ért.¹ Szavának ura volt mindenkor. *Tatay* szerint az üveg alkalmasint arzénos festékkel volt színezve s valószínűleg ez volt az oka a költő korai halálának. Ez persze csak afféle laikus föltevés. Üvegevéstől senki se kaphat arzénmérgezést,² annál kevésbbé tudóvést.

A véletlen rávezetett *Kisfaludy* utolsó betegségének természetesebb magyarázatára és jobb megismerésére.

Az Orvosi Tár 1838. évi folyamában lapozgatva, a 20. számban találok *Bugátnak* egy értekezését, mely arról szól, hogy a chinakéreg és a chinin hosszú időn át nagy dosisokban adva, májbajokat és phthisist okozhat. „Többnyire az orvosok a kinát közömbös orvosságnak tartván, vele tán szintannyi kárt mint a mennyi hasznót okoztak” írja bevezetésül. „Igaz ugyan, hogy nagy sokára megtanította őket a tapasztalás, hogy a kina a májnak daganatát, keményedését és ezen bajok következeit, nevezetesen a különféle vízkórokat okozza; mivel azonban főképp a makacsabb hideglelekben ezen szerhöz mint biztos *sacra anchorához* minden idővesztés, s nagy főtörés nélkül folyamodhatunk, s e szerint a tűrni nem tudó beteget minél előbb kielégíthették: azért az általa okozott s föntebb említett következmények ellenére is soká igen divatban maradt a kina, és így míg egy oldalról sok csak ideigtartó gyógyulásokat okozott, más oldalról noha gyakorta több évek mulva hosszabb ideig tartó nyomorágások, májbeli bajok után számtalan halált hozott elő. Az újabb időkben az életműves vegytan (chemia organica) noha még eddig csak bőleseiében mondatik szunnyadni, nevezetesen feltalálásokat tett, ezek közé tartozik az égvénykék (alcaloidea) fölfedezése is, mely legalább a gyógytanra nézve valóban a legnevezetesebb; mert a többi közt a kinalnak (chinina) föltalálását is ennek köszönhetjük, melynek az orvosok úgy megörültek, és olly mohón estek neki, hogy minden további vizsgálat nélkül az *absolvo te a peccatis tuis*-t csak hamar reá vetvén, ötten minden meggondolás, s tartozkodás nélkül adták és adják is, úgy gondolván, hogy a kinal készítése alkalmával, minden a kinában lévő májvesztegető anyag kiirtatik, és így a bajok hosszú sorának oka lenni megszűnt. Azt, hogy a kina a maga állományában májbeli bajokat okoz, úgy gondolom minden orvos tudja; de hogy a kinal is szinte képes ezen bajokat okozni, azt kevesebben gyanítják; hogy azonban az olly erős szer légyen, mely a tüdőt is megvesztegetvén *tüdősorvot*³ is hozhat elő, azt úgy hiszem még eddig igen kevesen gyanítják, és épen

¹ Hogy ez az üvegezés (melyet hajdanában jómagam is megfigyelhettem több ízben is a bácskai urak mulatozásai alkalmával) csakugyan megtörténhetett, azt egy későbbi levélben maga *Kisfaludy Károly* is megerősíti. Ezt a levelet *Gaál Györgynek*, az Esterházy-képtár igazgatójának a feleségéhez intézte, ki szintén híret vette a költő üvegező művészetének s ezért megfeddette. „Entschuldigen Sie, werthe Gnaedige” írja neki *Kisfaludy Károly*, „ich werde nicht mehr Glaeser speisen!” (V. ö. *László Samu*: Nyugat-magyarországi Híradó 1892, 225. sz.)

² Az ú. n. üvegepétől (*Fel vitri*) talán inkább; ezzel már mérgezési kísérletek is történtek. Ez azonban egészen más dolog.

³ *Tüdősorv* = tüdősorvadás.

ennek megmutatására kívánok egy magam tapasztalta igen gyanús esetet felhozni. Hazánk egy nevezetesebb literátora gyanús, még pedig *bujasenyves* sümörben szenvedvén, ezen baja ellen több nevezetes orvos által orvოსoltatott, de süker nélkül, hihetőleg azért, mert egyik tanácsával sem élt állhatatosan; végre engemet szólított meg; én a bajt főlebb említett természetének gondolván, ellene e *Dzondi* bujasenyves gyógymódját rendeltem,⁴ nevezetesen, mint más esetben is tenni szoktam, a szárcsagyökérre (Rad. Sarsaparillae) többet tartván, ebből, mennyire csak lehetett, a legtömítettebb főzetet adtam; a betegnek irántam s nekem iránta állandóbb türelmem lévén, több hetekig tartó orvoslásom után, nekem a bajt vagy tökéletesen meggyógyítani, vagy legalább a láthatót láthatatlanná tenni, a világos betegséget *kórszűnnyé*⁵ változtatni végre tökéletesen sikerült. Az ekként legalább látszatra egészséges, még legjobb korabeli, erős, izmos, lehetne mondanom bajnok ember, több átnyomorgott évek után egy boldog nyarat élt által; de a bekövetkező öszszel egy utat tevén, e közben tán esteli meghülés vagy evés-ivásban elkövetett hiba által váltólázba esett; benne ezen baj, mint tán minden *betvegyes*⁶ emberben az őszi láz makacsá lőn, azért is ellene orvosa az ultimi fori segedelemhöz folyamodván, a só- és kén-savas kinalt nem kémelte, mire nem gyógyítani, hanem egy időre felfüggeszteni díszlett⁷ is a szernek, de a baj csak ismét visszajött, úgy annyira, hogy az orvosát olly könnyen változtató beteg egy máshoz folyamodni; ez a beteg szerencsétlenségére a juvantibus et nocentibus maxima indicatio gyógytani elvet feledvén, vagy azt gondolhatta, hogy az ő kezéből jobb néven fogadja a beteg természete a kinaneműeket, vagy azt, hogy mennyiségére, adott alakára, az időközökre nézve jobban tud a kinalval bánni, azért csak rajta! neki hajt a kinalval, adja derűre-borúra, de fájdalom, a baj csak makacsos áll, sőt növelkedik, az eddig egyszerű bajhoz apró köhögés, ehöz újra éjjeli izzadozás, hasmenés, kisérvényesedés, vagy is egyszóval tüdősorv járult, elanyyira, hogy a kóralak változással a gyógytervet is meg kellett változtatni; de fájdalom hasznaltam, mert az életrontó betegség, minden keresett gyógyszerek ellenére, oldott kerekkel sietett az élet virító bérezéről a völgy sötét ölébe, a korán sírjába szállottat siratja hazánk melpoménéje.⁸

Syphilisről lévén szó, *Bugát* gyöngéd kímélettel elhallgatja a beteg nevét s még a szokásos kezdőbetűket sem teszi ki; mindazáltal a kórtörténet egyes kifejezéseit olvasva, azonnal *Kisfaludy Károlyra* gondoltam, bár ez már akkor (1838.) régen halott volt. A „legjobb korabeli, erős izmos, mondhatni bajnok ember”, „több átnyomorgott évek után”, „nevezetes literátor”, „az orvosát olly könnyen változtató beteg” — mind a *Mohács* halhatatlan költőjére vallott. A nagybeteg életének utolsó esztendejéről fennmaradt adatok, levelek, stb. azután teljesen megerősítettek abban a nézetben, hogy *Bugát* névtelen paciense csakugyan *Kisfaludy Károly* volt.

A költőnek legkimerítőbb életrajza⁸ azt mondja, hogy 1829-ben a költő még elég jól érezte magát, nagy

⁴ A régi híres *Dzondi*-féle kúra abban állott, hogy a luetikus betegnek naponta emelkedő adagokban sublimattartalmú (cukorral és *mica panis*-szal készült) pilulákat adtak be, úgyhogy a 27. napon már 30 pilulát (10 eg sublimat!) kapott. Irrationális és nem egyszer veszedelmes kúra volt.

⁵ *Kórszűny* = diathesis, dispositio, lappangó kórhajlam („szunnyadó kór”-ból képezve).

⁶ *Betveggy*, vagyis bet(eges) vegy(ület): cacochymia, a testnedvek rossz vegyülete. Jellegzetes bugátos szőősszevonás! Olyan, mint a *beresz* (= vagina, mert — ha úgy akarja — beereszti a *membrum virilé*-t), a *necsür* (nedsür, vagyis sűrű nedv, roob), a *bódal* (lódító alj, narkotin), a *huszur* (cactus, mert húsos és szúr), stb.

⁷ *Díszleni* = sikerülni.

⁸ *Bánóczi József*: *Kisfaludy Károly és munkái* (1882—83.) II. köt., 371. old.

terveket szőtt, de azért már nem volt egészen kifogástalan egészséges. „Azelőtt” írja Bánóczy „gyakran szenvedett hasgöresben”, de a múlt rohamok után helyre állott ismét régi épsége. Most azonban belső baj fogyasztotta. „Majd mindig szobámba zár a köszvény”⁹ írja 1829 november 11-én Toldynak, „mely az alattam valókat (melyek talán néha többet is ugrottak mint kellett volna) nagy szerénységben tartja.” Betegségét azonban az orvosok, úgy látszik, oly kapkodva gyógyították, mintha az orvostudomány *Hutten Ulrik* óta egy lépést sem haladt volna. „*Kisfaludy* négy héttől fogva igen rosszul van” írja 1829 december 10-én Bajza Toldynak, „az általa tudvalevő betegségben. Én félek, hogy a rossz annyira elhatalmasodott testében, hogy többé ki sem fogják gyógyítani s ennek *Forgó* lesz az oka a maga homeopathiájával.¹⁰ A nyavalya már esztendeje, hogy szabadon grasszál, anélkül, hogy valami orvosszerek használtattak volna gátlására. Három héttől fogva titkon *Bugáttal* gyógyíttatja magát, de nem javul. Úgy látszik, hogy *Bugát* gyenge orvos, a mit ma praescribál, holnap már nem hagyja bevenni Károlynak. A minap meg egy szörnyű hibát követtek el. Valami ópiumot, melyből csak pár cseppet kellett volna bevenni, egész üveggel megittattak vele egy nap alatt s *Bugát* csak akkor vette észre magát, mikor már a hiba megtörtént. Azóta Károly szemlátomást rosszabbul van. A napokban már nem bírt maga erejével felkelni. *Bugát* iránt is elvesztette bizodalját. Gróf *Széchenyi* szállást és költséget ajánlott neki, ha Bécsbe megy s magát ott gyógyíttatja, de ő nem fogadta el.” Lelki ereje azonban nincs megtörve, új munkába fog s 1830 elején hamarosan megírja *Csák Máté* című szomorújátékának két felvonását. „Én javulok; a tavasz jötevéleg hat rám s a nyár még szebb reménnyel kecsget” írja 1830 április 7-én Toldynak. (Ez volt az a „boldog nyár”, melyről főntebb *Bugát* közleményében olvastunk.) De a javulás nem tartott sokáig. Sorvasztó lázak következtek. Barátai csak nappal vannak körülötte, éjjel senki sincs a szegény szenvedő poéta mellett. Egy álmatlan éjszakán felugrik ágyából, lerohan az udvaron lévő kúthoz, hogy égő fejét lehűtse; de alig fogja meg a szivattyú nyelét, a hideg, vizes kövön végigvágódik. A földszint lakói összefutnak, fölviszik az eszméletlen költőt az emeletre s egyúttal szolgálja, az iszákos Jancsi után futnak, ki most is a szomszéd kocsmában fogyasztja a hegy levét.

„Július közepén ismét lábbadoz s mihelyt állapota engedi, elmegy augusztusban Győrre, Teréz nővéréhez, hogy üdüljön. De mert az út megviselte, beteg fekszik ott is s minthogy néneje maga is nagyon rosszul van, vissza vitette magát Pestre, oly nyomorult állapotban, hogy félős, ne talán még az útban elhaljon.”

A következő hónapban hazajön *Toldy* külföldi útjáról. „Midőn szeptember elején” írja „visszajönnék — noha barátink a dolgok szomorú állapotjáról előre értesítenének — hozzá beléptemkor borzánat fogott el. A magas, szertelen erejű, virító egészséges férfi össze volt roskadva, erőtlen vázá összeaszva; szava hangtalan, tompa s fájdalmas mosolygása, melylyel üdvözlett, elhervasztá legott a rég óhajtott viszontlátás örömvirágát. Veszedelembe nem hívte magát lenni, de aggodalmas türelmetlenséggel várta épülését. Azonban egy nap múlt a másik után, s a körtünetek nem táglak. Váltogatta orvosait, mert bizodalma irántok ingott. Mindazáltal közepette szenvedésinek is gondja volt az Aurora s a Jelenkor és Társalkodó ügyökre”. Állapota napról-napra súlyosbodott s a költő bús és csüggeteg lett. Nem veszendő életét sajnálta. „Barátai, kik ágyától ritkán távoztanak el, egyéb panaszt nem hallának ajkairól, mint a mely füstbe oszlandó szép

feltételeit, be nem teljesülő plánumait s a várt dicső jövő meg nem élhetését tárgyazá.” Ekkor vette a hírt, hogy jólelkű Teréz nővére, ki egész életében legübb gondozója volt, meghalt. Akit szeretett, mind elfordultak tőle, itt hagyták magára. A halállal vívódó, mélyen megrendített költő könnyek közt diktált *Toldy*-nak levelet, „melyben, mint ez írja, néhány előtte nagybecsű apróságon kívül azon kendőt is kikérte szomorú emlékül, melyet kedves testvére élete végén használt. Ezen időtől fogva szokatlan szomorúság hatalmazott el lelkén, ágyát többé el nem hagyta; s velem gyakran beszéle a halálról, melyet sejteni kezdte, melytől talán félt is, mert szófogadó lett, mint egy gyermek, az orvos-ságokat a legpontosabban vevé, s az orvos rendeléseit a legszigorúbban követte. De későn.”

Novemberben feljön *Kisfaludy Sándor* és *Farkas Gábor* Pestre; a Hétválasztóba szállnak, Károly lakásával szembe. Látogatni jöttek tán a beteget? Nem. Hanem azért jöttek, hátha örökölhettek? Hallván, hogy sok az adósság, csakhamar itthagyják a haldoklót és sietnek haza...

Nyolc napon át kínos fuldoklási rohamok gyöttrik a nagybeteget. November 18-án ezt írja *Szemere Helme*cznek: „Múlt éjjel oly rosszul lett, hogy *Schedel*ért kellett futni; és *Schedel* azt mondja, de *Stáhl* is, hogy tán 24 óra sem telik bele — s túl eshetik. Épen midőn ezeket mondogatá (*Vörösmarty*), flaker áll meg ablakom alatt s Károly legénye, Jancsi, asztalkendővel s holmi findzsákkal jöve be. Barátom, eljédek. De az inas valamennyire megnyugtatót, mondván, hogy ura küldi, feleségemet kérve, adna neki befőzött gyümölcsöt.”

November 21-én, vasárnap délután *Kisfaludy* kiszenvedett. Csak negyvenkét éves volt.

„Arvaságra jutottunk!” írja *Toldy Kazincz*ynak, „pásztor nélkül való nyáj lettünk! Oda van tanítónk, vezérünk s a legjobb, leghívebb barát! És a literatúra?!“

Az orvosi kamara felé.

Egységben az erő.

A magyar orvosi kar prestige-ét újabban sorozatos sérlemek érik. Nem tudjuk biztosítani azt a békebeli elvet, hogy kedvezményes betegpénztári ellátásra csak szegénysorsúaknak van joga. Nem tudjuk megakadályozni a kuruzslást, a pénztári intézmény nagymértékű terjeszkedését, az orvosi munkások kizsákmányolását, elérni a törvényben biztosított jogaink tiszteletbentartását, meggátolni az ingyenrendelések szaporodását, az egyetemi autonomia felborítását. Az eljövendő főrendiházban az orvosi rendnek csak egy képviselője lesz, mert nem kamara; az ügyvédi kamarának persze három. A községi és kör-orvosokat az eddigi törvénnyel biztosított IX. fizetési osztályból visszavetették a X. fizetési osztályba. Érdekeltektől szerzett információk szerint az újrendszerű gyakorlatot nem folytató hatósági orvosok a magángyakorlat ellenértékeképpen csupán egy fizetési osztállyal lépnek elő. A pénztári adminisztráció olyan mérlegeket tár elénk, amilyeneket akar. Az Országos Pénztár csak 11½%-ot tud fizetni orvosainak a tagjárulékból, a Postabetegségélyző pedig 18%-ot, pedig utóbbi csak 2%-ot von le az alkalmazottak fizetéséből, tehát bevétele az Országos Pénztárénak ⅔-a, az orvosi költsége mégis 56%-kal több; persze a kezelő-orvos mégis rosszabbul van fizetve a postánál, mert a járulék-kulcs alacsony. Az egyes orvosi munkák szégyenletesen vannak díjazva. Például: Egy rendezett tanácsú város rendőrlegénységének kezelőorvosa havonta 120.000 korona fizetést kap. A himlőoltás díja 10 arany fillér (többen még ma sem kapták meg, hat hó leteltével). Csendőrkök vizsgálati díja évente fejenként 1 aranykorona, ezért havonkénti orvosi ellenőrző-vizsgálat teljesítendő. A beteg csendőrkök és azok családtagjainak gyógykezelése sehogy sincs rendezve. Ellenben a csendőrségi kezelőorvosoktól (díjmentes) szakvéleményt kértek a malláriaelleni védekezésről és

⁹ *Kisfaludy* ezidőben (1830.) a Váci-utca 10. szám alatt lakott (ugyanott, hol 25 évvel később *Vörösmarty* meghalt).

¹⁰ *Forgó György dr.* (1787–1835.), előbb *Lenhossék Mihály*nak, az élettan tanárának segédje, majd Pest megye főorvosa s első homeopatháink egyike, *Kisfaludy*nak jóbarátja és lakótársa volt.

igen jó néven vennék, ha az orvos oktatná a csendőrlégénységet vízbőlmentésre és elsősegély-nyújtásra. A mezőgazdasági cselédpénztár terhére teljesítendő vizsgálatok végzésére a közalkalmazásban álló orvosok kényszerítve vannak 6000 koronás honorárium és hasonló távolsági díjak ellenében. Az orvosi karnak nyújtott kedvezményekről Kálmán király törvénye jut eszünkbe: De strigis quidem, quae non sunt, nulla finta quaestio. Mindaz az ingyenmunka, amire az orvost a törvény, az eskü és a humanitás kötelezi, nobile officium. És ha a magyar orvosi kar viszonyai ezt a luxust csak félig-meddig is megengednék az embernek, senkinek sem volna ellene szava.

Az Országos Orvosszövetség szegény, nem egyesíti magában az összes orvosokat, a kívülállókkal szemben jóformán tehetetlen, határozatai végrehajtásának semmi szankciója sincs, vezetői gyakran változnak, a budapesti és vidéki orvosok között sajnálatos ellentétek vannak, a vezetőség hátbatámadásoknak van kitéve (postabetegegyélyző és pályaorvosi állások ügye). Sőt az orvosokkal szemben már annyira jutott a pénztár, hogy díjtalan pénztárosi állások szervezéséről van szó és kinevezés csak 1–3 évi ingyenes szolgálat után várna az orvosra. Si non e vero, e ben trovato. Barla-Szabó kartársunk a Szövetség perstige-e érdekében inkább kiengedné a Szövetség kebeléből azokat, akik a hozott határozatok mértékén alulmaradó állások betöltésére vállalkoznak. Egy kis hasonlattal élve, ez az eljárás olyan, mint egy kiadós venaesectio anaemiás betegen, nem igen mondható indicátnak.

Mindez inkább anyagiakra vonatkozik. A Szövetség azonban egyben az orvosi kar erkölcsi tőkéjének letéteményese is és ennek jelentőségét a mai materialista korban sem szabad lekicsinyelni. Az orvosi hivatás eredményes gyakorolhatásához a beteg bizalmára, szeretetére és megbecsülésére feltétlenül szükségünk van. Ennek biztosítéka az orvos tudásának színvonala, személyének, jellemének közelebbi ismerete, amiről a beteg csak hosszabb, egyéni foglalkozás esetén szerezhet meggyőződést, vagyis mindez jól csak a magángyakorlat keretein belül érvényesíthető, a pénztári tömeggyógyításban pedig lehetetlen. Mindazon intézkedések tehát, amelyek az orvost anyagi létalapjaiban támadják meg, őt olesó és sablónos tömegmunkára kényszerítik, kiöli belőle az ambíciót, elveszik tőle a továbbképzéshez szükséges anyagiakat és megingatják a betegnek az orvos személyébe és az orvosi tudományba vetett bizalmát, a hétköznapi élet sarába rántják le az orvost arról a piedesztáljáról, melyen éppen a betegek gyógyulása érdekében kell állania. Abban a pillanatban, amikor az orvosi munkát kereskedelmi célok szolgálatára kényszerítik, az iparrá alacsonyodik, fejlődése megáll, a továbbképzés pénzkérdéssé válik, megfelelő kezelést pedig csak nagyvagyonú ember kaphat. Az orvosi prestige tehát nem hiúsági, hanem életkérdés. Ezen cél szolgálatát csak olyan szervezettől várhatjuk, amely az orvosok összességét egyesíti magában, de azonfelül még úgy kifelé, mint befelé, egyformán erős és akcióképes. Kétségtelen, hogy az orvosi kar helyzete világszerte alatta marad annak a nivónak, melyet elérni hivatott és jogosult volna és a nemzetközi szervezkedés eszméjének felmerülése és sikere is ennek tulajdonítandó. Ha tehát az orvosi kar érzi helyzetének méltatlan és nyomasztó voltát, habozás nélkül meg kell ragadnia azon eszközöket, amelyek alkalmasak ezen cél elérésére. A fatalisták szerint minden úgy van jól, ahogy van. Nem is érdemelnek jobbat. Mi azonban nyugodtan mondhatjuk, hogy sok minden jobban volna, ha fordítva volna.*

Zemplényi Imre dr.
bányorvos.

* Úgy érzem, hogy ez nem a Szövetség ellen íródott, ami jó volt átmenetnek vagy próbálkozásnak; mert cikkíró orvostársamnak is, azt hiszem, az a meggyőződése, hogy a Kamarát a Szövetségnek nem ellenézni, hanem megcsinálni kellene. Égetően szükséges ez az orvosok szerfölötti elszaporodása idején. Sz.

VEGYES HÍREK

Előfizetőinkhez és olvasóinkhoz intézzük kérést szavunkat az új évfolyam kezdete előtt. Mai számunkkal ismét 5000 kartársunknak mutatkozunk be, hogy megismerjenek, méltányolják törekvésünket és esatalkozásukkal részesei legyenek küzdelmünk sikerének: az egész magyar orvosközönség meghódításának. Nehéz és nagy feladat, de a nehézség minket el nem esügeszt, feleúton nem fogunk megállani. Mi minden áldozatot meghozunk, hogy orvostársaink minden szükségletét kielégítsük és amellett a dolgozó és termelő tudományos munkásságot hasznosan a közérdek szolgálatába állítsuk. Örvendetes, hogy erre már Hetilapunk mai tekintélyes terjedelme sem elég és kénytelenek leszünk azt egy félívvvel megtoldani. *Előfizetési árainkat azonban nem emeljük, csak kikérkítve pengőre számítjuk át, úgyhogy azok a következőkép alakulnak:*

Az Orvosi Hetilap egész évre 20 pengő, félévre 10, negyedévre 5, egy hónapra 2 pengő. Külföldi előfizetési áraink a régiék: Csehszlovákiában 150 cseh korona, Jugoszláviában 250 dinár, Romániában 900 lei, más országokban 1 angol font, vagy ezeknek megfelelő összegű pengő. A Magyar Orvosi Archivum egész évre 10, félévre 5 pengő, illetve 75 cseh korona, 125 dinár, 450 lei, ½ angol font. Az Orvosképzés egész évre 12 pengő, 80 cseh korona, 140 dinár, 500 lei, 12 svájci frank, félévre ez összegek fele. A Magyar Orvosi Archivumra és az Orvosképzésre negyedévre előfizetéseket nem fogadunk el.

Kérjük az olvasót, hogy e számhoz mellékelt csekklapon az előfizetési díjat küldje be, ha csak lehet azonnal, hogy feledésbe ne menjen; az inkasszáls költségeit nem bírjuk. Azoknak, kik előfizetésüket beküldik, azonnal elküldjük a január első hetében megjelenő közkezdveltségnek örvendő „Orvosi Naptár”-unkat, mely az előzőkhez hasonló alakban és terjedelemben fog megjelenni.

Dégen Árpád dr. egyet. m. tanárt, a m. kir. magvizsgáló állomás főigazgatóját, 30 éves munkásságának jubileuma alkalmából a Kormányzó Úr Ó Főméltósága a II. osztályú polgári érdemrenddel tüntette ki. Ez alkalommal 12-én, vasárnap délelőtt, a tanítványok és pályatársak, a magyar mezőgazdák és magkereskedők bensőséges ünnepet rendeztek a kiváló, az egész világon elismert tudósna a földművelési minisztériummal, az Akadémiával, az egyetemmel és természettudományi társulattal az élükön. Az ünneplésből a Pázmány Péter-egyetem orvosi kara is részt kért, mert büszkén vallja tanítványának, avatott doktorának *Dégen Árpádot*, kinek a mi padjainkban, a mi laboratoriumaikban csillant fel először a tudomány iránti érdeklődése; itt látta meg először a nagyszerű Életet, annak felséges küzdelmét kifejlődése érdekében és az őt gátló kórok ellenében. Az élet tudományának szeretetét vitte át mesteri módon *Dégen Árpád* az embervilágból a növényvilágba, hol azt bámulatos sikerrel grümöleszővé tette az egész országnak kimondhatatlan hasznára és dicsőségére, miről az egész külföld tömeges elismerő üdvözlöte tanuskodott. Az ősi Pázmány Péter-egyetem orvosi kara az ifjúság aranyporos ködéből nyújtja üdvözlő kezét a magyar tudós felé, s a magyar orvosi rend büszke a rokontudomány virágos mezőin naggyá lett érdemes tagjára.

Orvosképzés. Az Orvosképzés legközelebbi száma 1927 január hóban jelenik meg. A folyóirat 1926. évfolyama 8 füzetben, 64 ív terjedelemben 91 dolgozatot közölt.

Az Orvosképzés szerkesztőségének az a szándéka, hogy az 1927. évfolyamban a gyakorló orvosokat az orvosi tudományok haladásáról tájékoztassa s arra törekszik, hogy ezt olyan cikkekben tegye, melyek csak a szigorú kritikát kiállott methodusokat tartalmazzák. Az orvosi irodalom növekedésével nagy szükség van arra, hogy a gyakorló orvosoknak segítségére siessünk

abban, hogy a helytállót a még kétes értékűtől meg tudja különböztetni. E feladat megoldásában az egyetemi klinikák s a kórházi osztályok tapasztalt vezetői támogatnak.

Előfizetni lehet az „Orvosi Hetilap”-pal egyidejűleg (VIII, Üllői-út 26) vagy közvetlenül az „Orvosképzés” szerkesztőségében (VIII, Mária-utca 39), vagy az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága postatakarékpénztári 53.183. számú csekkszámán.

Az „Orvosképzés” expedíálását az „Orvosi Hetilap” vette át; ide intézendők tehát az összes reklamációk.

Az „Orvosképzés” szerkesztői.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület f. é. december hó 18-án tartja XCIV. közgyűlését, melynek napirendje: 1. Elnöki megnyitó. 2. Főtitkári jelentés. 3. Új tagok választása. 4. Indítványok. Közgyűlés után VIII. rendes tudományos ülés a következő napirenddel: Bemutatás: *Borszék Károly*: Elmeszesedett méhdaganat okozta csepleszcavarodás esete. *Előadás: Dalmady Zoltán*: Megjegyzések az izületi betegségek fizikai kezeléséhez.

A Közkórházi Orvostársulat folyó hó 22-én tartja évzáró közgyűlését a következő tárgysorozattal: 1. Elnöki megnyitó, tartja *Gerlóczy Zsigmond*. 2. *Torday Árpád* titkár jelentése. 3. *Kochenburger Emil* pénztáros jelentése. 4. Üléselnökök, egy titkár, pénztáros, ellenőr, két pénztárvizsgáló, két jegyző és új tagok választása. 5. Ünnepi *Semmelweis*-előadás: *Hüttl Hümér*: A kerek gyomorfekély sebészeti gyógyítása.

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosai december 22-én 6 órakor a pénztár székházában tartják tudományos ülésüket a következő tárgysorozattal: Bemutatások: 1. *Bubregy János*: Lichen érdekes esete. 2. *Friedrich László*: Melano-sarcoma esete. 3. *Farkas Ignác*: Hermaphroditismus érdekes esete. 4. *Friedrich Vilmos*: Arany-kezelés után fellépett bőrexanthema. Előadások: 1. *Ertl János*: A sebészeti tuberculosis pénztári orvosi szempontból. 2. *Keve Ferenc*: Beszámoló a düsseldorfi német természetvizsgáló vándorgyűlésről.

A Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásainak második felolvasását f. é. december hó 20-án, hétfőn este 7 órakor tartja az Országos Kaszinóban (IV., Semmelweis-utca 3.). Előadás tárgya: A rosszindulatú daganatok biológiai sajátosságai. Előadó: *Manninger Vilmos dr.*

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1927-ben újra megkezdeni szándékozik működését. Az előkészítő munkálatok serényen folynak s a tagok jelentkező száma is egyre gyarapszik. A tagsági díj évi 25 pengőben állapított meg, aminek fejében a tagok legalább is 60–62 ívnyi terjedelmű kiadványt fognak illetményül kapni. A tagok számának további gyarapodása esetén a Társulathoz módjában lesz az illetmény-szerű ívek számát is emelni. A Társulathoz érdekében állana, hogy a jelentkezők számáról mielőbb véglegesen tájékozódjék, miért is felkérjük a belépni kívánó kártyasakat, szíveskedjenek ebbeli szándékukat mihamarabb a Társulat titkárával közölni. Azokat, akik régen tagjai voltak a Társulathoz, szintén felkérjük annak szíves közlésére, hogy továbbra is tagok óhajtanak-e maradni.

A párizsi tej tisztaságáról. A Párizsban fogyasztásra kerülő tej ellenőrzése a város egészségügyi laboratorium kezében van. A most napvilágra került ellenőrző vizsgálatokból úgy látszik, hogy ez az ellenőrzés nem nagyon szigorú. A súlyt, úgy látszik, a zsírtartalom megállapítására fektetik, amely kétségtelenül fontos, azonban inkább abból a szempontból, hogy vajjon nincs-e a tej vízzel hamisítva. Ez a vizsgálat azonban nem mond semmit arra vonatkozólag, hogy a tej tiszta-e, vagy pedig baktériumokkal erősen fertőzött.

A városi laboratorium adatai szerint 157 tejpróba közül három volt piszkos és egy volt vízzel hígítva. A többi 153 szerintük jó tej volt. Control-vizsgálatokat végzett az állategészségügyi hivatal, s ekkor azt talál-

ták, hogy 66 próba közül nyolcban volt csak a baktériumok száma köbcentiméterenkint 10.000 alatt, 14 mintában 10–50.000 között, 30 próbában 100.000 és 1.000.000 között és hat próbában 1.000.000 fölött volt a baktériumok száma.

A városi egészségügyi hivatal adatai szerint a Párizsban vizsgált tejmintáknak körülbelül 2%-a rossz, míg az állategészségügyi hivatal adatai szerint 67%-a rossz. A városi hivatal hat hónap alatt csak egy esetben talált bacillus colit, míg *Kufferath* adatai szerint 79 próba közül 11 esetben sikerült baktériumokat kimutatni.

Ezekből az adatokból az látható, hogy milyen kevés súlyt fektet a párizsi városi laboratorium a tej tisztaságának ellenőrzésére. (Journal of the American Medical Association.)

Az autómobilszerencsétlenségekről ír érdekes cikket az Amerikai Orvosok Egyesületének lapja. Felhívja a figyelmet arra, hogy az autómobilszerencsétlenségek több áldozatot követelnek, mint számos rettegett betegség. A folyó évben januártól szeptemberig 78 városban, amelyek összlakossága 32.000.000, 4162 halálesetet okozott az autómobil, 18 autómobil okozta haláleset esik 100.000 lakosra.

Ezzel szemben a diphtheria halálozási arányszáma 16,4, a szamarközhőgésé 10,4, a kanyaróé 9, a vörheny 5,2, 100.000 lakosra számítva. Azért hasonlítja össze a gyermekbetegségek halálozásával, mert az autómobilszerencsétlenségek áldozatai között különösen sok gyermek szerepelt. Nincsen arra most még adat, hogy hányan szenvednek sérülést, csak a halálesetek ismeretese. Ezeknek a meggyógyítása, a töréseknek összeforrasztása stb., a sebészeknek Amerikában sok dolgot ad.

Úgy gondolják, hogy ebben az évben körülbelül 22.500 ember fog az autómobilszerencsétlenségeknek áldozatul esni. A sok autómobilszerencsétlenség okát keresve és az autómobilvezetőket megvizsgálva, azt találták, hogy a vezetők között számos süket, bénult lábú, egy szemmel bíró és mindenféle psychosisban szenvedő egyén volt. Kétségtelen, hogy ez is okozója lehet a szerencsétlenségeknek, azonban hazai tapasztalatok alapján azt mondhatjuk, hogy nagy szerepet játszik a közönség (járókelők) hihetetlen nemtörődömsége is. Az autómobilok számát mindezért nem fogják csökkenteni. Nálunk is számolhatunk azzal, hogy ez rohamosan emelkedni fog. A közönséget hozzá kell szoktatni ahhoz, hogyan kell az utcán járnia. Felnőtteket természetesen nem küldhetünk ezért újra iskolába, hanem a gyermekeket kell az iskolában rendszeresen oktatni (legalább Budapesten) arra, hogyan közlekedjenek az utcán.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint decemb. 5-től decemb. 11-ig előfordult:

Hasi hagymáz	18	(5)	Gyermekági láz	—	(2)
Küteges hagymáz	—	—	Báranyhimlő	71	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	30	—
Kanyaró	98	—	Vérhas	5	1
Vörheny	61	4	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	4	—	Trachoma	10	—
Roncstörök, gégeglob	34	4	Veszétség	—	—
Influenza	7	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Klimakton «Knoll»

Causalis és
tüneti hatással bír

Klimaxos zavaroknál

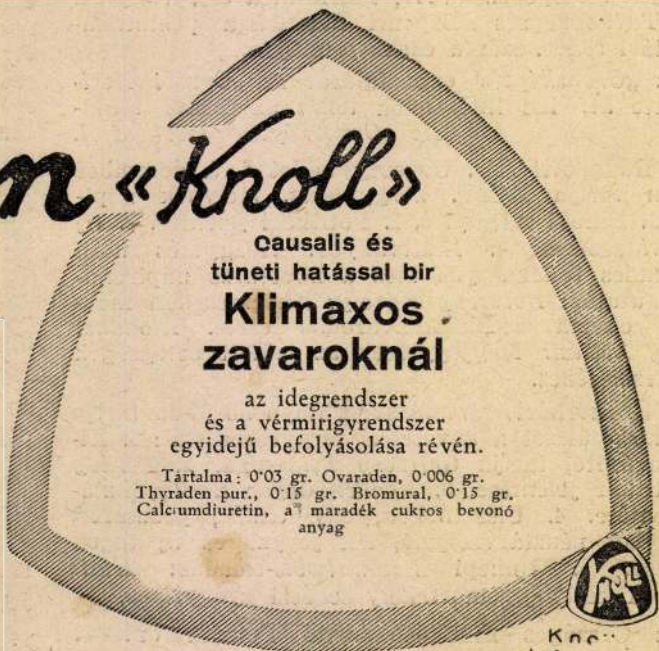
az idegrendszer
és a vérmirigyrendszer
egyidejű befolyásolása révén.

Tartalma: 0'03 gr. Ovaraden, 0'006 gr.
Thyraden pur., 0'15 gr. Bromural, 0'15 gr.
Calciumdiuretin, a maradék cukros bevonó
anyag

Eredeti csomagolás 20 szemmel
(kb. 47.000 K)

Eredeti csomagolás 50 szemmel
(kb. 111.300 K)

3-szor naponta 2 szemet.



Irodalom és minták díjmentesen
WACK KERESZTÉLY útján, Budapest IX, Rákos-u. 4.

PÁLYÁZATOK.

Baja város közkórházának kebelében létesülő
tüdőbetegosztály főorvosi állására pályázatot hirdetek.
A pályázni óhajtok kellő képzettségüket igazoló okmá-
nyokkal felszerelt pályázati kérvényeiket bizsrai Balku
Gyula főispán úr ömeltóságához címezve legkésőbb
1926. évi december hó 31. napjának déli 12 órájáig köz-
vetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtják be.
Az állás 1927. évi január hó 1-én elfoglalandó. A tüdő-
vész gyógykezelése körül szerzett gyakorlat is igazol-
landó. Javadalmazás a 124.000/1926. N. M. M. számú ren-
deletben az osztályos főorvos részére kezdőfizetésül meg-
állapított X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő,
ez idő szerint évi 22.200.000 korona fizetés és ennek meg-
felelő lakpénz, valamint családi pótlék. E javadalmazás
kiegészítésére vonatkozó eljárás folyamatban van. El-
késetten vagy nem kellően felszerelt pályázati kérvé-
nyek figyelembe nem vétetnek.

Baja, 1926. évi december hó 3-án.
19.694/1926. kig. sz.

A polgármester.

Hódmezővásárhely th. város közkórházánál lemond-
ás folytán a szemészeti osztályon megüresedett al-
orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. A betöltendő
állás javadalma a 124.000/1926. N. M. M. számú rendelet
értelmében a XI. fizetési osztály 3. fokozatának meg-
felelően megállapított havi illetmény, továbbá termé-
szetbeni lakás és I. osztályú élelmezés. Az élelmezés ön-
költségének 50%-a havonként előre a javadalomból le-
vonatik. Az állás ideiglenes, a pályázók közül az al-
orvost két évi időtartamra a főispán úr nevezi ki. Fel-
hívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják,
hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat,
egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket, vala-
mint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felsze-
relt pályázati kérelmüket a polgármesteri hivatalhoz
1926. évi december hó 22. napjának déli 12 órájáig nyujt-
sák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1926. évi december hó 3-án.
5000/1926. eln. sz. Soós István dr., polgármester.

WETOL SEBOLAJ.

HÜVÖSVÖLGYI PARK SZANATÓRIUM

I. Hidegkúti-út 78. (a Hárshegy oldalán.) Telefon: Z. 92.
Újonnan átépítve és felszerelve megnyílik december 20-án.
Új sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegosztályok.

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 VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGTÖBBSZÖRÖSBŐL ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZŐ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

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

Dr. PETŐ JÁNOS Gyógytorna, Orvosi massage,
Diathermia, Lúdtalp-kezelés
VI Vilmos császár-út 31, I. Tel.: T. 99-45. (Lange-betét).

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4—12. Lift.

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget.
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív
forrás. Medence- és különfürdők, iszapgöngyölések, szén-
savasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőlégtelések
Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izzadmányok,
köszvény, elhízás, idegzsák, különösen ischiás. Szív-
bántalmi betegségek. Ivókúra.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
főorvos, törvényszéki hitesszakértő
IV, Múzeum-körút 13. Telefon: József 102—88.

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

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 sajlóbizottsága

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

† Tóth Lajos

Tóth Lajost ősi egyetemünk Aulájából temettük — ravatalánál a nagy philosophus püspök, *Ravasz László* imádkozott, gróf *Klebsberg Kuno* a tudománypártoló vallás- és közoktatásügyi magyar királyi miniszter búcsúztatta, Magyarország egyetemeinek képviselői, élükön egyetemi diszes rectoraikkal, dékánjaikkal haláljukat, bánatukat megható szavakban, könnyeikkel harmatozott babér és borostyánnal fejezték ki, tisztviselőtársai, barátai siratták. A gyászoló közönségben a történelmi nagy Magyarország közoktatásügyi miniszterei: gróf *Apponyi Albert*, gróf *Zichy János*, *Berzeviczy Albert*, a magyar királyi kormány képviselői, miniszterek és államtitkárok; a család gyászában az egész magyar nemzet osztatlanul vett részt!

Ki volt Tóth Lajos, hogy a mult és jelen egyesült? Mit tett, hogy az egész ország kíséri utolsó útjára?

Mikor id. gróf *Andrássy Gyulát* a Magyar Tudományos Akadémia II-dik osztályának tagjává választották, azt kérdezték, milyen történelmi munkát írt, *Gyulai Pál* azt felelte — nem írt történelmet, de történelmet csinált! Tóth Lajos nem írt tudományos munkákat, de tudományt fejlesztett, tudományt erősített, a tudománynak oltárt emelt, annak tüzeit élesztette, a tudománynak műhelyeket rendezett be, azokba erős munkásokat helyezett; alkotott teremtet! Becsületes, feddhetlen jellemű, kötelességtudó, fennkölt szellemű, nemes gondolkodású, jószívű ember volt, ki hazája kultúrájáért, tudományosságaért önzetlenül, fáradhatatlanul dolgozott. Jól mondta minisztere: „a munka fanatikusa volt”. Pályája nem meredeken szökött fel, hanem fokozatosan szakadatlan ívben emelkedett. 1890-ben a kolozsvári egyetem gyógyszer-tanészékre nevezték ki, de állását nem foglalta el, hanem a vallás- és közoktatásügyi minisztérium egyetemi osztályában maradt. Ott nagy örökség jutott osztályrészül. *Markusovszkyról báró Müller Kálmán* azt mondotta, hogy nevével a magyar tudományosság úgy össze volt forrva, mint kardvas a markolatával. Elődje *Markusovszky, Eötvös József* és *Trefort* bizalmából és támogatásával a magyar egyetemi oktatást és tudományos munkásságot a kiegyezés után megszervezte s negyedszázados működése alatt az ország bámulatos fejlődésének erős tényezője volt. Tóth Lajos elérte a legmagasabb tisztviselői állást: az államtitkárságot s bár nem az állás adott neki díszet s tekintélyt, hanem ő annak súlyt és érvényt, a legszerényebb, a legszolgálatkészebb tisztviselő maradt. *Bálint Rezső* mondja, hogy amikor a halál lehetőségét érezte s tudta, hogy nehéz légzését tüdőödéma okozta, megszakítás nélkül intézte aktáit, teljesítette kötelességét.

Ajtaja minden ügyes-bajos ember előtt nyitva volt, a legfiatalabb gyakornok dolgát is szívére vette, abban személyesen eljárta, az igazságot kereste, kimondotta, hirdette, annak érvényt szerzett. Tisztviselőtársaival, személyzetével atyai jóindulattal, testvéri szeretettel bánt, s nincs az adminisztrációban egyetlen tisztviselő sem, kit jobban szerettek volna, mint őt. Miniszterének leghűségesebb, legőszintébb tanácsadója volt. Véleményét bátran, leplezetlenül megmondta, de minisztere rendelkezéseit legpontosabban, legelszántabban végrehajtotta. Minisztere föltétlenül megbízhatott benne, föltétlenül számíthatott reá. Ármánykodás, képmutatás, hízelkedés gonosz árnyai elkerülték őt, mert sziklaszilárd jellemével, hűséges szívével, becsületes fejével szemben tehetetlenek voltak.

Mély vallásosságot izzó hazaszeretettel egyesített. Mindkét érzését szívében s nem ajkán hordotta, mindkét érzését tettekkel s nem szavakkal igazolta. Egyháza hű fia volt, de a másvallásúakkal szemben türelmes s a hamisítatlan, tiszta felebaráti szeretet apostola. Tősgyökeres önfeláldozó magyar, ki hazájáért élt-halt, ki minden tetteivel, minden gondolatával, minden érzésével nemzete javát, biztonságát, erősödését igyekezett előmozdítani.

Munkáján áldás és siker volt.

Az egyetemi intézetek elhelyezése és felszerelése 1867-ben nyomoruságos volt, a tanszékek száma, segédzemélyzete, dotációjuk szegényes. A *Trefort—Markusovszky*-korszak feladata volt, hogy a helyzetet megjavítsa. Negyedszázad alatt az egyetemi intézetek és klinikák egész sora épült s 1872-ben *Kolozsvárt* második egyetemet alapítottak, de *Markusovszky* visszavonulásakor a hiányok még olyanok voltak, hogy a nagyműveltségű s nagyesszű *Mihalkovics Géza* 1895-ben megjelent tanulmányában azért ellenezte a harmadik egyetem felállítását, mely mellett *Berzeviczy Albert* nyomós érvekkel foglalt állást, mivel a meglevő két egyetemnek még tömeges hiányai voltak.

Tóth Lajos negyedszázad alatt céltudatos, szívós munkásságának sikerült a hiányok legnagyobb részének pótlása.

Tóth Lajos a budapesti egyetem intézetei s klinikái egész soráról gondoskodott, de a klinikák ágy-száma elégtelen maradt. Ezen *Széll Kálmán* beruházási törvényében úgy akart segíteni, hogy a budapesti egyetem orvosi kara mellett egyetemi kórház létesítésére 5,000.000 koronát irányzott elő. Tóth Lajos az egyetemi kórház felépítésével az egyetem orvoskari tanártestülete által 1868 óta ismételve kifejezett óhajtását

akarta kielégíteni. De e tervet javaslatomra előbb a klinikai bizottság, majd az orvoskari tanártestület módosította s jól megindokolt felterjesztésében a klinikai telep létesítését kérte. E megoldás a törvény szellemével nem, de annak betűjével ellenkezett s *Tóth Lajos* nem könnyen ejtette el az eredeti tervet, amelynek érdekében annyit fáradozott. De éppen ez vet világot jellemének nemességére, nagy önuralmára s az egyetemi autonómia tiszteletére s pártolására, hogy a módosított tervet ajánlotta miniszterének, *gróf Apponyi Albert*nek, elfogadásra.*

Tóth Lajos nemcsak az orvoskari intézetekről s klinikákról gondoskodott, hanem a többi fakultások elhelyezéséről is. A bölcsészettudományi kar megkapta a régi műegyetem épületét, a hittudományi és jogtudományi kar jobb elhelyezést. A műegyetem újjáépítése az ő hivataloskodása alatt történt, úgyszintén az egyetemi közgazdasági fakultás alapítása. A kolozsvári egyetem felvirágzása egészen az ő érdeme. *Tóth Lajos* az egyetemet hivatalbalépésekor a lehető legkezdetlegesebb állapotban találta. Az egyetemet alapító 1872: XX. t.-cikk a régi kormányépületek átalakítására 20.000 forintot, a bútor és oktatás szükségleteire 40.000 forintot irányzott elő. Az orvosi fakultásra 16.000 forint esett. A klinikák céljaira az 1818-ban épült s a belügyminisztérium fennhatósága alatt álló *Carolina*-kórház szolgált. Itt maradtak a múlt század végéig. A klinikák újjáépítéséről az 1897: XXV. t.-cikk intézkedett s arra 2,800.000 aranykoronát irányzott elő. De előbb a kórházat a belügyminisztériumtól át kellett venni.

Mindez igen nagy nehézséggel járt. Aki látta a kolozsvári egyetem elhelyezkedését 1893-ban s negyedszázaddal később, csak az tudja igazán méltányolni, hogy *Tóth Lajos* mit tett a kolozsvári egyetem érdekében, melynek elvesztése a kegyetlen s igaztalan béke egyik legfájdalmasabb csapása.

Tóth Lajos nagyon jól tudta, hogy az egyetem súlya, tekintélye, hírneve hatása a közművelődésre azon múlik, hogy milyen tanárai vannak. Nagyon jól tudta, hogy az arravaló embernek munkatért kell nyitni s az egyetemek ezirányú felterjesztéseit a legmelegebben felkarolta. *Tóth Lajos* azt is tudta, hogy a tanulmányi és szigorlati szabályzatoknak az oktatás eredményességére nagy hatásuk van. Ezért valamennyi fakultás tanulmányi rendjét az egyetemek közreműködésével reformálta.

A harmadik egyetem kérdése még *Trefort* idejében merült fel. 1893-ban *Berzeviczy* újból napirendre hozta, 1907-ben *Ajtai K. Sándor* rektori beszédében sürgette, de megvalósulása akkor nyert reális alapot, amikor *Tóth Lajos Mandelló Gyulát* munkatársul véve, az egyetem-alapítás idejét elérkezettnek látta.

Az 1912: XXV. t.-cikk intézkedett a pozsonyi és debreceni egyetemek felállításáról s a költségvetés évi 2,000.000 koronát irányzott elő átalánykép. A háború kitörése ellenére az egyetemek megnyíltak. A megszálláskor a pozsonyi és kolozsvári *Budapestre* menekül, majd *Szegeden* és *Pécsett* nyertek új hajlékot. *E néhány szóban a magyar hősköltemény és a magyar dráma rejlik.* Mennyi erőre, küzdelemre, hitre, reménységre, bizalomra volt szükség, hogy szegény Csonka-Magyarországnak négy egyeteme lehessen. Ma a skepsisnek el kell némulnia és a vidéki egyetemek fejlődését a tudomány minden barátjának örömmel kell támogatni. A tudomány fájának fiatal hajtásai máris értékes gyümölcsöket termelnek.

Tóth Lajos sok működésének képviselői a temetésen némák maradtak, szerényen félreállva hullatták könnyeiket, harapták ajkukat! Pedig ezeknek is lett volna mit mondani. *Tóth Lajos* az Országos Közegészségi Tanács jegyzője volt. *Kis* hivatalának nagy súlyt adott. Pontossága, lelkiismeretessége, referátumainak igazságossága, bölcsesége a jegyzői állásnak tekintélyt adott. Az *Orvosi Könyvkiadó Társulat* elnökségében *Markusovszky* örökségét, a magyar tudományos irodalom fellendítését ápolta. Az *Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságának*, mely a szünidei orvosi kurzusok intézményéből fejlődött megalakítása óta elnöke volt s e bizottság munkáját szívvel-lélekkel támogatta, erősítette. Az *Igazságügyi Orvosi Tanács* volt elnökei nagy súlyt helyeztek jelenlétére, mert tudták, hogy józan ítéletével s elfogulatlanságával, pártatlanságával az igazság biztosítója.

Tóth Lajos nagy jelentőségét a *budapesti Királyi Orvosegyesület* életében báró *Korányi Sándor* elnöki beszédében élénk színekkel festette meg. Szakértő szemével a tehetséget felismerte s annak érvényesülését erős kézzel elősegítette.

A külföldi tudományos élettel való kapcsolat jelentőségét nagyon jól tudta s a fiatal generáció tanulmányutait elősegítette. Ő maga a külföldi kongresszusokat nagy érdeklődéssel látogatta. A szereplést másoknak engedte át. A londoni Nemzetközi Orvosi Kongresszus tiszteletbeli elnökségét elhárította magáról és a delegáció legidősebb tagjának, *Dollinger Gyulának* engedte át. A Nemzetközi Orvosi Kongresszust a lisszaboni ülésen a kormány nevében *Budapestre* hívta, de elnökül *Müller Kálmánt* ajánlotta, a kongresszus sikerét fáradszóról támogatva. A bajtársi szövetségek orvosi szakosztályai berlini és budapesti ülésein részt vett, de az elnökséget másnak juttatta.

Tanulságos jelenség, hogy *Poroszország*, *Franciaország* és *Magyarország* felső oktatásügyét hasonló jellegű miniszteri hivatalnokok intézték, fejlesztették. *Althoff* Poroszországban, *Liard* Franciaországban, *Tóth Lajos* Magyarországon. Miniszterek jövése és távozása nem ingatta meg pozíciójukat. Céltudatosan, tervszerűen, erélyesen képviselték a nagy ügyet! Emléküket az általuk létesített nagy intézmények, hatalmas épületek, gazdag könyvtárak, tanszékek, felszerelések őrzik, de ezeknél még sokkal jobban az, hogy mind a hárman nagy eszmét képviseltek, az egyetemek legfontosabb alapelvét: a tanítás, a tanulás, a tudomány szabadságát!

Tóth Lajos az egész magyar nemzet gyászolja, *Tóth Lajos* azok közé emelkedett, kinek munkája az emberiség művelődéstörténelmében mély nyomot hagyott s mégis, *mi magyar orvosok, magyar egyetemi tanárok azt mondjuk, hogy elsősorban mi vagyunk a vesztesek. Elsősorban a mi intézményeink a vesztesek.*

Elmondhatjuk *Bánk bánnal*:

„Nincs a teremtésben vesztes, csak én,
Nincs árva más, csak az én gyermekem.”

Grósz Emil.

* A döntés igen érdekes részleteit más alkalomkor ismertetem.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Viszértágulatok gyógyítása befecskendezéssel.

Írta: *Elischer Ernő dr.* v. közkórházi adjunktus, a Lorántffy Zsuzsanna Diakonissza-kórház sebészfőorvosa.

Több mint két éves tapasztalat a varixok befecskendezéses gyógyításáról, kísérletes és kórszövettani vizsgálatok emberen és kutyán néhány feljegyzésre érdemes megfigyelésre vezettek. Nálunk és Németországban gyakorlatilag kitűnően bevált és leginkább elterjedt a 20–30%-os NaCl-oldat használata. Franciaországban a 20–30% szóda és a 10%-os Na salicyl. (*Sicard*) használata szokásos. Kivételes esetekben használtuk még az 1%-os sublimat-oldatot (eredeti *Linser*) és gyakrabban a szintén kitűnően bevált 50%-os szőlőcukoroldatot (*Nobl, Remenovszky és Kantor*).

Ha a művi vérrögződés csodálatosan tarka eljárásain végig tekintünk, újra ki kell emelnünk azt a nagy elvi különbséget, amely egyes szerek elsősorban véralvasztó hatása és a töménységi vagy cukoroldat haemolyzáló és endothelt sértő hatása között van. A sublimat (*Linser*), jódkali (*Schiassi*), jódtannin (*Dalore*), Pregl-oldat (*Matheis, Hohlbaum, Streissler*), chininurethan (*Genevier*), Hg bijodat (*Montpellier és Lacroix*), argochrom (*Schoenhof*), Na citric. (*Troisier*), attritin (*Grzywa*) stb. mind éppenséggel nem közömbös szerek. A véráramba való jutásuk általános hatását illetőleg még legindifferensebbek a töménykonyhasó, 50%-os szőlőcukor- és 20%-os szódaoldat. A töményszóda-oldattal személyes tapasztalataink nincsenek. Az 50%-os szőlőcukoroldat kitűnően bevált, hátránya nagyobb viscositása, amely miatt csak vastagabb tűvel fecskendezhető be jól és az, hogy az oldat hosszabb állásnál (különösen melegben) vízszívó hatás folytán a felületén felhigul, ami penészgombák letelepedését vonhatja maga után.

A szervezetre való hatása dolgában a konyhasó a legközömbösebb: 5 cm³ 20%-os NaCl-oldatban 1 g konyhasót adunk a szervezetnek, ami a naponta kiválasztott 10–15–20 g-mal szemben igen csekély mennyiség és egészséges veseműködés mellett tekintetbe sem jön. Ha a fönntemlített töményoldatok bármelyike a bőr alatti szövetbe kerül, ott nagy fájdalommal járó szövetelhalást és következményesen igen lassan gyógyuló fekélyt okoz. A nekrosis veszedelme egyformán áll minden szerre, ami természetes, hiszen tömény oldatokról és kémiai ártalomról van szó.

A tömény konyhasóoldat haemolyzálja a vért, az endothelt az 1%-os sublimathoz hasonlóan előli, úgyhogy az leválik az érfalról és körülötte leválósos vérrög (*Abscheidungsthrombus*) támad — helyesebben mondva támadhat —, de mindenkor endophlebitis keletkezik, amely az érfal összes rétegeire kiterjed és gyakran az érfal körüli kötőszövet beszűrődésétől is kísért. Ezt tapasztaltuk nemesak betegeinken, de még a kísérleti állatokon — kutyán — is.

A kísérletes vizsgálatokhoz legalkalmasabbnak a kutya bizonyult. A kutya alszárának közepén az Achilles-in felett ferdén áthúzó vena minden esetben könnyen megtalálható, a comb leszorítása által a befecskendezés céljára jól duzzasztható. A befecskendezéshez elégséges volt az állat egyszerű lefogása, lekötésre nem volt szükség. A beszúrás a kutya többnyire nyugodtan tűrte, az injectio vége felé vagy közvetle-

nül utána az állat fájdalmat jelzett, vonyításba kezdett, és fájós lábát maga után vonszolta. Ha a befecskendezés 2–3 cm³ 20%-os NaCl, vagy 50%-os szőlőcukoroldattal történt és az állatot azonnal futni engedték, legtöbb esetben nem következett be az éren semmi lényeges változás, legkevésbé alvadás.

Kísérletek. 1. Körülbelül kilenc kg súlyú kutya mindkét alszárvénájába 5–5 cm³ 20%-os NaCl-oldatot fecskendeztünk be. Az állat az injectio után fájdalmasan ugatott, körbe szaladt és lábát magaután húzta. A 48 órával később boncolt állat egyik venájában sem volt thrombus-képződés fellelhető, mindössze az injectio helyén volt az endothel vérfestékesen beszűrődött, rajta vékony vörhenyes fibrinréteg volt látható. A venát követtük a vena iliacáig, de seholsem találtunk thrombust.

2, 3, 4, 5. Különböző foxterrier nagyságú állatok. Kettőnél töménykonyhasóoldatot, kettőnél 50%-os szőlőcukoroldatot fecskendeztünk be. A befecskendezett mennyiség 3–5 cm³ volt. Egyik esetben sem következett be teljes thrombosis, a két-három hét múlva boncolt állatok venáján az érfal mérsékelt beszűrődöttségétől eltekintve, más elváltozás nem volt észlelhető.

6. Körülbelül 5 kilós állat venájába 20 (!) cm³ 20%-os sóoldatot fecskendeztünk be. A fájdalmas reactio az oldat mennyiségéhez mérten igen heves volt, az állat utána napokig kímélte a lábát. Egy héttel később boncolás: a venát 5 cm hosszúságban a falhoz jól tapadó thrombus tölti ki. Mikroszkopos lelet: a vena lumenét vörösvérsejtekből, nagyon kevés fehérvérsejtekből és fibrinből álló rög tölti ki feszesen. Az endothelsejtek rétege felrostozódott, ami által egyik-másik endothelsejt a társaihoz viszonyítva majdnem merőlegesen helyezkedik el. Az endothelsejtek között sok, néhol kissé megnyult vándorló fehérvérsejt fekszik. Az endothel vékony szegély alakjában elhalt.

Amint a felsorolt válogatott kísérletekből látjuk, csak egy esetben, és pedig igen nagy mennyiségű töményoldat befecskendezésére következett be másodlagosan vérrögződés.

Emberen ritkább esetben a következő jelenség tűnt fel. Pontosan az érlumenébe adott injectiónál az első pár csepp befecskendezésére a vena a beszűrés helye felett hirtelen púpszerűen kidagadt, mintha az oldat mellé ment volna. A púp az injectio abbahagyásával hamarosan eloszlott. További megfigyelés igazolta, hogy az oldat nem került a vena mellé, mert sem beszűrődés, sem szövetelhalás nem következett be. Igyekeztünk fentírt jelenséget állaton tanulmányozni. Altatott kutyán kipraeparáltuk mindkét említett venát anélkül, hogy az éret túlságosan lecsupaszítottuk volna. Így fecskendeztünk az egyik venába 10 cm³ 20%-os NaCl oldatot, a másik venába 10 cm³ 50%-os szőlőcukoroldatot. Egyik venán sem láttunk a befecskendezésre az emberen észlelt kitágulást létrejönni, de jól megfigyelhettük az erek göresös összehúzódását. Különösen a só befecskendezésére a vena áttűnő fehéres köteggé változott, kisebb mértékben láttuk ezt a töménycukoroldatnál; a göresös összehúzódás 1–2 pereig tartott. Mikor az állatokat két és fél hét múlva felboncoltuk mindkét vena helyén teljesen obliterált kötegeket találtunk, majdnem a vena femoralisba való beszűrés magasságáig. Ezek az elváltozott érszakaszok a környezettel is erősen összekapaszkodtak a lezajlott periphlebitis következtében. Az injectio folytán tehát mindkét esetben kétségtelen endothel-elhalás következett be, mely azután oka volt a endophlebitis obliteransnak.

Emberen a szövettani vizsgálatokat úgy végeztük, hogy a befecskendezések megejtése után a megfelelő venákat Madelung-műtételt eltávolítottuk és a kiágott vizsérreszeket tettük szövettani vizsgálat tárgyává. A szövettani vizsgálatokat *Wolff Károly* főorvos úr volt szíves elvégezni, kinek ehelyütt is hálás köszönetet mondok fáradozásáért.

Az így megejtett vizsgálatok közül két eset részletes közlését tartjuk érdemesnek:

a) G. I. 32 éves molnárszegéd évek óta szenvedett baloldali viszértágulatokban, amelyek a comb közepétől lehúzódnak a lábfejig. A varixokba megjelölt helyen 5–5 cm³ 20%-os konyhasóoldatot fecskendeztünk be, úgyhogy az első befeeszkendezés a legdistalisabban volt és az egyes befeeszkendezési helyek között 4–5 cm távolság volt. Az egyes injekciók a megszokott görcsszerű fájdalommal jártak, a thrombosis 24–48 óra alatt következett be szabályszerűen minden esetben. Befecskendezés történt 14, 12, 7 és 2 nappal a műtét előtt. Ezen befeeszkendezésnek megfelelő érrészletek makroszkopos és mikroszkopos vizsgálata a következő eredménnyel járt: *Kétnapos rész:* Hegesedés vagy különösebb makroszkopos elváltozás az érrészlet körül nincsen, az erek falához odatapadó vérrög nem található még fel. A lumenben sötétvörös lakkszerű vér van. Mikroszkoposon konstatható az endothelréteg elhalása, lelökődése. *Hétnapos rész:* Keresztmetszetben vizsgálva két vena lumenre látható, egy nagyobb és egy kisebb. A kisebbik szürkésbarna, jól tapadó röggel kitöltött. Itt is annyira egybefolyik a vérrög színe az ér falával, hogy attól szabadszemmel nehezen különíthető el. A nagyobb átmérőjű venalumenben mérsékeltén falhoz tapadó vörös alvadék van. Ez a két érlumen olyan fillérnyi, nagyjából kerek területen fekszik, melyben az ottlevő zsír- és kötőszövet a környező ilyen szövettől fakósárga színe által üt el. *Mikroszkop:* A megmaradt legfelületesebb endothelsejtek sokhelyütt merőlegesen helyezkednek el a felrostozódás következtében a lumen falára. A falizomrétegben perivascularis sejtbőség észlelhető és az endothelrétegen keresztülhatolva fiatal kötőszöveti jellegű sejtek tömegét látjuk a vérrögnek az érfallal közelfekvő részeiben hálózatra emlékeztethető elrendezésben betörni. A falizomrétegből fiatal érbimbók indulnak el az endothelrétegen keresztül, egyrésztük behatol a vérrög legszélsőbb rétegeibe is. *12 napos részlet:* Erősen varicosus lefutású vena 2,5 cm hosszúságú részlete barnászvörös, a faltól szabadszemmel el nem határolható, azzal erősen összetapadt szervültségekbe indult röggel van kitöltve. *Mikroszkop:* Az érfallal kerületének felénél nagyobb része teljesen el van halva. A lument vörösvérsejtekből, némi fibrinből és feltűnően kevés fehérvérsejtből álló rög tölti ki feszesen. A még élő részletén az érfallal sajátos képen alig duzzadt, sok fiatal kötőszöveti sejt és néhány fiatal ér burjánzik keresztül az endothelrétegen és hatol be a rög szélső részeibe. *14 napos részlet:* Az ovális keresztmetszetű vena lumenében barnászvörös, szorosan a falhoz tapadó és attól nehezen elhatárolható, mindazonáltal eléggé lágy tapintatú, valószínűleg szervült rög fekszik. *Mikroszkop:* A lument kitöltő réteges vörösvérrög és az érfallal között, amelyen endothelsejteket csak kötőszöveti sejtek közé beékelve elszórtan lehet találni — nehéz éles határt vonni. Fiatal kötőszöveti sejtek és elég nagyszámú fiatal ér tömegesen hatolnak be a vérrögbe, amelynek csak középső részén találni olyan felületet, melyet nem hat át a fiatal kötőszöveti sejtek hálózatos tömege. A venát heges kötőszövetből és zsírszövetből álló sánc övszerűen veszi körül. Ez a heges gyűrű váltakozó vastagságú.

b) B. Gy. 59 éves házaló. Tíz év óta vannak mindkét alsó végtagján viszértágulatai, melyek heves fájdalmakat okoznak. Az alsó végtagok felületes gyűjtőerei a vena saphena területén erősen tágultak, helyenkint kanyargós lefutásúak és körülírt duzzanatot alkotnak. Négy, illetőleg öt nappal a tágult venarészek kiirtása előtt 5–5 cm³ 20%-os konyhasóoldatot fecskendeztünk be a vena saphenába a comb alsó harmadában. A megfelelő venarészeket Madelung-műtétrel kiirtottuk és a sebeket egyesítettük. A beteg a kórházból gyógyultán távozott.

A kimetszett venadarabok kórbonctani lelete a következő: Mindkét venadarab kb. 12 cm hosszú. A venák belfelületén nagyjában hosszirányban haladó, a környezetnél valamivel sárgásabb színű és kiemelkedni látszó hegesedés észlelhető mindenütt. Azon a helyen, ahol a befeeszkendezés történt, makroszkoposon vérfestékes beivódást lehet látni. Általában az egész kiirtott venarészletben élénk sötétvörös színű fénylő felületű, nem morzsolékony, nagyon szívós véralvadék foglal helyet, csupán a befeeszkendezés helyén találunk lágy összeállású rögrészletet. A thrombus egész hosszán erősen tapad a falhoz és a röggállomány sérülése

nélkül nem vonható le. *Mikroszkop:* Az endothel feltűnően hullámos lefutású, ez a hullámos rajzolat különösen a befeeszkendezéshez közelebbfekvő helyeken feltűnő. Az endothelsejtek konturjai elmosódottak, megfestésük gyengült, helyenkint, különösen a befeeszkendezéshez közeli helyeken hiányzik. Az érfallal vékony sáv alakjában, főképpen vörösvérsejtekből álló alvadék borítja. A media felől orsóalakú, vagy legalább is elnyúlt fibroblastsejtek a media lefutására merőlegesen rendeződve vándorolnak a lumen irányába. Ezeket a sejteket az endothelrétegben is meg lehet találni, sőt helynyúlnak a vörösvérsejtek által alkotott alvadékba is.

Összevetve a találatokat, a befeeszkendezés utáni első napokban — 3–4 napig — csak az endothelsejtek, néha az egész intima pusztulását látjuk. Thrombus nem minden esetben keletkezik. Ha keletkezik, akkor az elhalt endothelsejtek körül a tömény sóoldat által mintegy felszántott érfallal szorosan összefüggően képződik. Az endothel leválását elősegíti a koncentrált oldat befeeszkendezésekor bekövetkezendő görcsös összehúzódnak is, amely az elhalt endothelréteget lefeszíti az érfallal, amint ezt a mikroszkopos metszeteken jól láthatjuk. Két-három hét múlva a véralvadék sejtjei elvesztik jellegzetes alakjukat, a media felől kötőszöveti sejtek vándorolnak be az alvadékba a lumen irányában és benne egész hálózatot alkotnak. Négy-hat hét múlva a szervülés teljes és a szervült rögben újonnan képződött ereket is láthatunk.

Észleleteink nagyjában megegyeznek azokkal az elváltozásokkal, amelyeket *Bazéris* a szódaoldatra, *Wolf* a sublimat- és *K. Linser* a sóoldat befeeszkendezésére látott. Ugyanazt találta *Nobl* és *Löwenfeld* az 50%-os szőlőcukoroldatnál: „Szövettenilag az egész venafal megvastagodott és oedemában duzzadt, a gyulladás az adventitiáról a cutisra is áttért oedemás duzzanat és kissejtű nem specifikus infiltrátumok alakjában. Az endothel majdnem teljesen elpusztult, a szőlőcukoroldat hatására degeneratív érfalgyulladás következik be, amely duzzadással és oedemás beszűrődéssel jár és a lumen szűküléséhez vezet. Az intima súlyos sérülése a véralvadék szívós tapadását eredményezi. Ez a thrombus nem az egész lument tölti ki, hanem a lumen felé folyékony vérnek is helyt ad. A thrombus a fallal szorosan összekapaszzkodott.”

Az előbbi elváltozásokhoz hasonlókat talál *Jentzer-Azkanazy* is a salicylsavas natrium tömény oldatának befeeszkendezésére. Az injekciók az endothel chemiai gyulladását okozták, amely az érfallal valamennyi rétegre, sőt még a perivenosus szövetre is ráterjedt.

Néhány megfigyelés és tapasztalat felemlítésre látszik érdemesnek. A konyhasóoldat befeeszkendezésére jelentkező *fájdalom* néhány pillanat múlva lép fel, rendszeren görcsszerű és a tömény oldatnak a tágult vénában történő sülyedésének megfelelőleg főképpen lefelé terjed és ritkábban sokkal kisebb fokban felfelé. A befeeszkendezés pillanatában támadó fájdalom jelzi, hogy az oldat nem a vénába, hanem mellé, az ér körüli kötőszövetbe jutott, amitől a legnagyobb mértékben óvakodnunk kell. A helyesen végzett befeeszkendezésre támadó fájdalom egyénenként és az érfallal állapotának megfelelően változó erősségű. Különösen erős fiatalkorúaknál és feltűnően csekély idült érfalgyulladás esetében, úgyszintén phlebosklerosisnál. A fájdalom nagysága egyénenként igen változó.

A viszerek falában éppen úgy, mint az ütőerek falában, velős hüvelyű és velős hüvely nélküli idegrostok vannak. Az idegrostok a tunica mediában és adventitiában bő hálózatosak alkotnak, az intimában igen kevés az idegvégződés. Bizonyos, hogy a fájdalom

mat nem az endothelrétegben levő esekélyszerűség ideg-végződés közvetíti, mert akkor a fájdalomnak a befeeszkendezésre azonnal jelentkezni kellene, hanem valószínű, hogy a venafal rétegein át diffundáló hypertoniás sóoldat, illetőleg ennek vízelvonó hatása éri a media és adventitia ideghálózatainak sejtjeit és a sympathikus rostok útján vált ki fájdalomérzést. A tömény-sóoldat ezenkívül a síma izomelemekre közvetlenül gyakorol hatást, hirtelen összehúzódást okozva, ami a gyorszerű fájdalmat közvetlenül is előidézhetheti.

A hypertoniás oldatnak a venafalon át történő diffúziója nem egyforma a 20%-os konyhasóoldatnál és az 50%-os szőlőcukoroldatnál. Feltűnő, mennyivel később jelentkezik az utóbbi befeeszkendezésére és mennyivel kisebb az ér összehúzódása és a fájdalmas görcs is. (Ezt a különbséget, amint fentebb említettem, a kiproeparált állati vénán is észlelhetjük.) A különbséget az okozhatja, hogy az egyszerűbb szerkezetű NaCl molekula diffúziója gyorsabb, mint a bonyolult szerkezetű szőlőcukor-molekuláé.

A befeeszkendezésre jelentkező fájdalmat helybeli fájdalomcsillapítók (pl. novocain, tutocain, stovain stb.) hozzáadása által lényegesen csökkenthetjük, tekintetbe kell azonban vennünk ezen szerek mérgező voltát. Ezért a befeeszkendezést álló betegen végezzük, amikor a vena pangó vérével keveredő helybeli érzéstelenítőszer felszívódása lassú és kellemetlen általános tüneteket nem okoz. A fájdalom csökkentésére kisebb mérgező voltánál fogva alkalmasabbnak bizonyult a novocain a tutocainnál. Utóbbi hasonló koncentrációban kétségtelenül mérgezőbb. A fájdalom nélküli befeeszkendezést akarja elérni a *Sächsisches Serumwerk A. G. Dresden* által forgalomba hozott „*varicophtin*“, amely 20%-os NaCl-oldat mellett valamilyen ártalmatlan (a használati utasításban leírtak szerint: „a nemzetközi ópiumszerződés értelmében szabaddá vált érzéstelenítőszer“) fájdalomcsillapítót tartalmaz. A *varicophtin*nal való befeeszkendezés sem bizonyult teljesen fájdalomtalan. Hátránya a szernek magas ára. Hazai gyáraink közül a Chinoin is foglalkozott e kérdéssel és számos praeparatumot becsátott rendelkezésre, melyek közül legalkalmasabbnak találtam egy 25% konyhasót tartalmazó készítményt, amelyben ártalmatlan fájdalomcsillapító is van és amely úgy töménységénél, mint esekély fájdalomosságánál fogva a fent említett külföldi készítménynél alkalmasabbnak bizonyult. A *phlebektasan-Chinoin* a követelményeknek mindenben megfelelt.

Az érfal nemesak vérsejtek átlépését engedi meg, hanem természetesen folyadékok átáramlását is, ami vékonyfalú vénákon fokozott mértékben történhetik meg. A vérsejtek átlépése az endothelsejtek között történik, az intercellularis hasadékok hiánytalanul záródnak, állandó nyílások, stomáták nincsenek. (Stöhr.) Hogy a venafal néha átengedi a haemolyzált lakk-szerűvé vált vért, azt látjuk arra dispozt egyéneknél, amikor néhány órára a befeeszkendezés után az injectio helye körül kisebb-nagyobb véraláfutás jelentkezik, kékesen áttűnő nem fájdalmas folt alakjában. Ez a folt, mint más okból keletkezett véraláfutás, idővel zöldül-sárgul, három-négy hét alatt pedig rendszerint nyomtalanul eltűnik. Ritkán látunk utána barna pigmentációt visszamaradni. Hangsúlyozzuk, hogy ez a véraláfutás nem tévesztendő össze a tű visszahúzása alkalmával esetleg a kötőszövetbe került, a feeszkendőbe visszahúzott vértől támadó foltal. Utóbbi eset kellő óvatosság mellett biztonsággal elkerülhető, azonkívül fájdalmas is. Fontos, hogy a befeeszkendezés helyére, miközben a tűt kihúzzuk, a tűre nyomott törlő-

vel nyomást gyakoroljunk. Közvetlenül a megvékonyodott bőr alatt fekvő varixoknál a szúrás helye körül venafalelhalás támadhat kis kiterjedésű, éles-szélű kékes-feketes folt alakjában. Ez a részleges elhalás a thrombotizált vena szervülésével aseptikusan gyógyul, illetőleg a szélek felől hámosodik be.

A thrombusképződést egyes esetekben periphlebitis kíséri mérsékelt fájdalommal, nem élesen határolt beszűrődés alakjában. Ezt az oldatnak, illetőleg a sónak a környi szövetekben kifejtett vízelvonó és chemiai hatása idézi elő. Ilyen beszűrődés néha hetekig eltart, de a mérsékelt fájdalomtól eltekintve nem jár más kellemetlenséggel. Helyesen végzett befeeszkendezés után sohasem láttunk ilyen periphlebitishez szövet-elhalást vagy fekélyképződést társulni. Másképpen van a dolog, ha a tömény oldat egyenesen a vena körüli bőralatti kötőszövetbe kerül. Ilyenkor heves fájdalom jelentkezik a befeeszkendezés pillanatában, mely később sem szűnik meg teljesen. Ha a vena mellé került oldat egy-két cseppnél nem több, rendesen nagyobb baj nem származik belőle. Ha azonban nagyobb mennyiség kerül a szövetekbe, feltétlenül súlyos szövetelhalás támad. Az elhalt részek kilökődésével igen renyhén gyógyuló mély krátterszerű fekély keletkezik. A gyógyulás hetekig, 2–3 hónapig is eltarthat. A visszamaradó szívós heg gyakran mutat barnás festenyzettséget.

Befeeszkendezésre legeelszerűbb igen éles, nem hosszú lumenű tűt használni, ezáltal nem juthatunk a tűvel az érfal rétegeibe és nem egykönnyen mozgathatjuk ki a tű hegyét a vena lumenéből. Legalkalmasabbnak bizonyultak a tiszta nikkeltűk és még inkább a platina-tűk irridiumhegygel.

Ajánlatos könnyebb beszúrás céljából a bőrt steril vaselinnal bekenni (Hüttl) vagy a tű hegyét steril paraffinolajba mártani.

Vissza kell térnünk az előbb már leírt jelenségre. Fiataloknál egyéneknél megtörténik, hogy a beszúrás helye fölötti érrész befeeszkendezéskor púpszerűen kiduzzad, hasonlóan ahhoz, mint amikor az oldat tévesen a vena mellé jutott. Eltekintve attól, hogy ennek a jelenségnek esetleg a beszúrás helye fölötti venaszakasznak obliterált volta lehet az oka, miáltal a hirtelen befeeszkendezett oldat a venát pillanatra duzzasztja, magyarázatául részleges érfalhűdést kell felvennünk. A tünetet nemesak a tömény oldat befeeszkendezésekor észlelhetjük, hanem akkor is, ha a tömény oldattal megtöltött feeszkendővel csak átszűrjük a vena falát. Utóbbi esetben chemotaxis vonzza oda a vért, hogy a tű lumenén át diffundáló tömény oldatot higítsa. Ezt a jelenséget a kutya kiproeparált venáján nem sikerült előidézni. A környezetéből izolált állati vena élettani viselkedése nem bizonyult azonosnak az emberi tágult viszerrel.

A tömény oldatok nem okoznak minden esetben másodlagosan thrombosist. Amint az injectiókra jelentkező fájdalom különböző intenzitású, éppen úgy különbözőképpen reagál az endothel is. Az érfal súlyos chemiai sérülése dacára is elmaradhat a másodlagos vérrögképződés. Az alvadás elmaradásában egyes esetekben bizonyára szerepe van az alvadásképeség csökkenésének (hypinosis); minthogy ezt a jelenséget elsősorban igen nagyfokú varicositásnál láttuk, arra kell gondolnunk, hogy az alvadás elmaradásának oka a pangó vér chemiai elváltozásában keresendő.

Gyakran látjuk az alvadás elmaradását nagyfokú juvenilis varicositásnál, úgyszintén idült érfalvastagodásnál. Ilyen esetben a befeeszkendezésre aseptikus endophlebitis támad, az endothel leválik, a venafal

gyulladásba jön, megduzzad, majd zsugorodik, az elpusztult endothel helyén a falon ellaposodó vérelemz-thrombus (*Ebert-Schimmelbusch*) keletkezik, csak éppen a lument eltömő thrombus nem támad. A lapos thrombus éppen úgy, mint a venafal gyulladása, csökkenti az érfal rugalmasságát és így a vena lumenét is kisebbiti.

5–5 cm³ 20%-os NaCl-oldatnak ismételt befecskendezésére is elmaradhat a thrombusképződés és mégis csökken a fájdalmasság. A chemiai úton előidézett endophlebitis a venafal rétegeinek gyulladásos beszűrődése és a kötőszövetes elemek megszaporodása a venafal rugalmasságának csökkenésével egyszersmind a fájdalmasság csökkenését is eredményezte. Ezt a fokozatos javulást különösen igen nagyfokú tárgulatoknál és idősebb phlebosclerosisban szenvedő egyénekben láttuk. Így pl. egy betegünkönél hónapokon át folytatott befecskendezésre sem képződtek az eret teljesen eldugaszoló thrombusok, de a tárgult igen lazafalú venák vastagfalúakká, kisebb lumenű, merevebb és mégis átjárható venákká változtak. Egyidejűleg meggyógyultak a beteg alszárfelekélei is, eltűnt a bokatáj vízenyős duzzanata, a fájdalmak elmúltak és a beteg munkaképessé lett.

Alszárfelekélyes varicositásnál az injectiók kezelés kombinálva hetenkint váltott zinkgelatin-kötésekkel, még a legmakacsabb esetekben is néhány hét alatt a fekélyek gyógyulását eredményezte.

Refractaer esetekben *Linser* ajánlatára a töménység fokát is emeltük 30%-ig, úgyszintén a befecskendezett mennyiséget 10 cm³-ig. A hatás még ilyen tömény oldatoknál sem következett be minden egyes esetben teljes thrombosis alakjában.

Hogy az oldat az érfalat töményebben érje, megkísérrelhetjük a vér kiszorítását, kisimítását az érből és így adjuk meg az injectiót esetleg fekvő betegnél vagy vízszintesre emelt alszárnál. Ez az eljárás sok esetben célravezető, de a túl kimozdulása miatt technikailag nem könnyű. Utóbbi időben úgy tapasztaltuk, hogy ilyen refractaer esetekben alkalmas a befecskendezéseket a distalis részekben, pl. a bokatáj fölött megkezdeni és fokozatosan felfelé haladni. Minthogy végeredményben az endothel individualitása mellett csak a töménység foka, illetőleg a vérrel való hígulás mértéke dönti el a hatást, a bokatájék rendszeren kisebb társágú venáin hamarabb érhetünk el sikert, mert az oldat nem hígul fel annyira.

Meg kell említenünk, hogy *Linser* újabban idült venagyulladásnál is ajánlotta a befecskendezéseket. Ilyen idült (nem heveny!) gyulladásoknál mi is kitűnő eredményeket értünk el a cranialis érrészletbe való befecskendezésekkel. A gyulladtfalú vena rendszerint promptan, de nagyobb fájdalommal reagált az injectióra, a képződött thrombus erősen ült a falon, meggátolta a gyulladt érszakaszban lazán tapadó vérrög leszakadását és így embolus képződését megakadályozta. Lehet, hogy a 20%-os NaCl-oldat még baktericid hatást is fejt ki és így a gyulladást előnyösen befolyásolja. Ami pedig a legfontosabb, a sóinjectiók által a cranialis részben keletkező, a fallal jól összekapaszkodott thrombus lehetővé tette, hogy a phlebitis dacára a beteget nem kellett állandóan ágyban tartani, ami végeredményben az embolia veszélyének csökkenését eredményezte.

Az embolia veszedelme, amint ezt *Linser* hétévi és a mi több mint kétévi tapasztalataink mutatják, ezen eljárásnál nem áll fenn. Az embolia szempontjából a tisztán stasis által keletkezett, az érfalhoz csak lazán tapadó és könnyen leszakadó thrombusok veszé-

lyesek. A stasis elkerülésére a betegeket eltöltjük a fektetéstől és szigorúan ambulansan kezeljük. Minden fektetés, különösen a műtétek után való hosszú ideig tartó, szinte mozdulatlan helyzet a vérrögződésre különös alkalmat ad és így az embolia veszedelmét felidézi.

A betegnek műtét utáni felkeltése csökkentette az emboliák számát, éppen úgy meggátolja a járás a vér pangását és csak a súlyosan sérült érfallal, illetőleg elpusztult rétegeivel szívósan összefüggő vérrög képződését engedi meg. A stasis lehetőségének elkerülésével védekezünk leghatásosabban.

Igen ritka esetekben azt is látjuk, hogy a befecskendezésre támadó endophlebitis nem terjed egyedül a befecskendezés helyére vagy attól lefelé, hanem felfelé is halad. Ilyenkor az érlefutásnak megfelelőleg néha egészen a combviszérig fölterjedő fájdalmas köteget tapasztalunk. Ez a valóságos phlebitis obliterans egy esetben sem terjedt túl a vena femoralisba való beszájadzason. A vena femoralis élénk vérkeringése megakadályozta benne a thrombusképződést. A betegeket egyetlen esetben sem fektettük le, fentjárva néhány hét alatt gyógyultak és az eleinte fájdalmas köteg helyén az oblitérált vena saphenát tapinthatunk cernavékonyságú, a bőr alatt húzódó heg alakjában.

*

Több mint kétévi tapasztalatainkat a vizértágulatok művi thrombosis útján való kezeléséről röviden összefoglaljuk:

1. A 20–30%-os NaCl és 50%-os szőlőcukoroldat befecskendezése a varixgyógyításban kitűnően bevált, az eredmények a varicositás bármely fajtájánál igen jók és tartósak. Bármely más ajánlott vegyszerrel jobb eredményt nem sikerül elérni; mint magyar készítmény, ajánlható a phlebektasan-Chinoin = 25%-os konyhasóoldat, használatra kész állapotban, 10 cm³-es ampullákban, fájdalomcsillapító hozzátétellel.

2. A befecskendezés után néhány másodpercrenyire fellépő fájdalom göresös jellegű s pár perc alatt szűnik. Csökkentését helybeli fájdalomcsillapítók hozzáadásával érjük el.

3. A két említett szer hatása tekintetében úgy klinikai, mint kórtani szempontból lényeges különbség nincsen. Mindkét szer endophlebitist okoz, melyhez legtöbbször thrombusképződés társul. A thrombus csak 24–48 óra múlva jelentkezik, a fallal szívósan összekapaszkodott, a befecskendezés helyét felfelé csak ritkán haladja meg. Emboliát vagy más komoly complicatiót sohasem láttunk. A thrombusképződés elmaradása esetén ismételtlen végezhetünk befecskendezést ugyanazon a helyen, emelhetjük a töménység fokát és a befecskendezett mennyiséget. (10–20 cm³-ig.) Az injectio hatására még thrombusképződés elmaradása esetén is endophlebitis támad, mely az érfalat szűkíti, elhegesíti és ezáltal a vérkeringés javulásához vezet.

4. Az első injectiót lehetőleg magasan a vena saphena magna vagy parva törzsébe adjuk. Ha az első befecskendezésre oblitérált thrombus keletkezik, akkor elérjük ugyanazt, mintha a saphenát *Trendelenburg* szerint lekötöttük volna, pozitív *Trendelenburg*-tünetnél tehát teljes lesz az eredmény.

5. A befecskendezések megismétlésével ne siesünk; egy-egy varix thrombosisa után várjunk napokig, esetleg egy-két hétig is, nehogy oedemák vagy keringési nehézségek támadjanak. A helyesen végzett befecskendezés után néha keletkező beszűrődéssel járó periphlebitis múló jellegű s a betegek fektetését nem teszi szükségessé. Az egyes befecskendezések helyei ne legyenek egymáshoz túlközel (5–10 cm).

6. Rendkívül fontosnak tartjuk, hogy a kezelés ambulanter történjék, a betegek fektetését ellenezzük. Így kerülhetjük el leginkább az erekben beálló pangást, mely laza thrombusok képződését okozhatja. Az injectio helyére 12–18 órára szorító kötést vagy ragtapaszt alkalmazunk. Enyhe nyomással történő pólyázás tág vénáknál ajánlatos.

7. Minthogy még csekély mennyiségű tömény só- vagy cukoroldat is súlyos szövettruncsolást idéz elő a bőralatti kötőszövetben, ezért az eljárás sikeres alkalmazásához feltétlenül jártasság szükséges.

Irodalom: Megtalálható K. Linser Die Behandlung der Krampfadern mit intravarikösen Kochsalzinjektionen című munkájában, Dermat. Wochenschrift 1925, 81. köt., 37. sz., 1345. old. — Az említett munkában fel nem sorolt, részben azóta megjelent dolgozatok: Alexander: Lancet 1926, 5369. old. — Clasen: Varizen, Ulcus cruris und ihre Behandlung. Urban u. Schwarzenberg. Wien, 1924. — Elischer E.: Orvosi Hetilap 1925, 24. sz. — Fabry J.: Med. Klinik 1920, 35. sz. — Grzywa: Zentralbl. f. Chir. 1925, 1017. old. — Hüttl: Gyógyászat 1925, 51. sz. — Jentzer: Presse méd. 1924, 32. évf., 88. sz., 861. old. — Jung: Schweizer. med. Wochenschrift 1925, 48. sz. — Linser: Münch. med. Wochenschr. 1925, 27. sz., 1105. old. — Linser: Dermat. Zeitschr. 1925, 44. köt., 6. füz. — Meyer: Deutsche med. Wochenschr. 1924, 52. sz. — Nobl: Wiener med. Wochenschr. 1925, 43. sz., 2402. old. — Nobl: Dermat. Wochenschr. 1925, 81. köt., 41. sz., 1495. old. — Noher: Med. klin. Wochenschr. 1926, 22. füz. — Perutz: Wiener med. Wochenschr. 1926, 13–16. sz. — Regard: Revue med. de la Suisse rom. 1925, 45. évf., 2. sz. — Remenovsky u. Kantor: Wiener klin. Wochenschr. 1925, 20. sz., 532. old.

A debreceni Tisza István Tudományegyetem szülő- és nőbetegklinikájának közleménye (igazgató: Kenézy Gyula dr. egyet. ny. r. tanár).

A terpingyógyítás értéke a nőgyógyászatban.

Írta: Probstner Artúr dr.

Klingmüller 1917–18-ban közölte azokat a jó eredményeket, melyeket terpinginolaj izomba fecskendezésével a betegségek egész soránál elért (húgyeső- s kötőhártyakankó, kankós in- és ízületi bajok, lobos függelék-daganatok, bőrbetegségek, hólyag- és vesemedencebajok, tuberculosos mirigykór, kiütéses typhus, vérhas, hasi-hagymáz). Ezen közlemények hatása alatt többen kísérleteztek a szerrel és egyesek a javallatot még nagyobb körre terjesztették ki, sőt különböző kórismézésre is felhasználták (Scherler: latens vesekő kimutatására, Stegemann: lobos vagy nem lobos daganatok elkülönítésére). Nemsokára nagy számmal jelentek meg a szer jó hatását hirdető közlemények (Kleemann, Zoepfritz, Fuchs, Hinze, Friedrich, Sonnenfeld, Sfakianakis, Meyer, Holzhäuser, Karo, Schwarcz, Baum, Földes, Kovács, Fallera, Mestron, Tuma, stb.) De sokan voltak olyanok is, akik az új gyógyítás jó hatását kétségbe vonták, illetve attól eredményt nem láttak. Ezek a szerzők azonban jóval kisebb számban voltak (Pankow, Hellendal, Kronenberg, Hermstein, Stegemann, Goebel). Egyesek különös jó hatást nem tapasztaltak, még is ajánlják (Nyström, Stegemann). Azok, akik az eredményekkel meg voltak elégedve, leginkább a nőorvosok sorából kerültek ki. A terpinginfecskendezéseket a méh függelékeinek gyulladásánál alkalmazták sikerrel, úgy heveny, mint idült esetekben. A szer alkalmazását illetőleg általában a következő módszer alakult ki: Egy-ötöd rész rectifikált oleum therebenthinaet és négy-ötöd rész oleum olivariumot tartalmazó keverékből 0.5–1 cm³-t fecskendeztek a farizmokba két ujjnyira a csípőtáráj alatt, a hátulsó hónaljvonal meghosszabításá-

ban (Joha-féle pont), a tüvel egész a csontig hatolva. Később különböző szereket (chinint és származékát: az eucupint, továbbá anaesthesint, novocaint) kevertek az olajhoz. Egyrészt azért, mert úgy tapasztalták, hogy így jobb hatást érnek el, másrészt meg azért, mert a befeccskendezések helyén lob támadt, mely a betegnek néhány napi kellemetlenséget okozott. A befeccskendezéseket vagy egészen sablonosan, 2–5 napi időközökben végezték, vagy pedig az okozott reactióhoz (góe- és általános reactio) alkalmazkodtak, olyan módon, hogy a reactio teljes elmúlása után adták a következő befeccskendezést. 6–12 injectio volt egy kúra.

A közlemények szerint a terpingines gyógyítás jó hatása nőgyógyászati esetekben a következő: Heveny folyamatoknál a fájdalom csökkent. A láz gyorsabban megszűnt (rendesen rövid ideig tartó emelkedés után). A közérzet javult. A lobos jelenségek, daganat vagy izzadmány, gyorsabban eloszlottak. Idült esetekben a betegség fészkében sokszor reactio keletkezett: a lobos jelek fokozódása (góereactio). Ez a reactio gyorsan elmúlt és a folyamat meggyógyult, vagy jelentékenyen megjavult. A terpinginnel gyógyított esetek a szerzők nagy részének véleménye szerint gyorsabban gyógyultak, mint az eddigi eljárásokkal kezelték.

Ha már most a gyógyeredményekről beszámoló közlemények részleteit figyelemmel kísérjük, látjuk, hogy az egyes jelekre való hatást a szerzők különbözőnek találják. Még azok a szerzők is, akik a szert jó hatásúnak minősítik és használatát ajánlják. Így míg egyesek különösen a fájdalmak meglepő gyors csökkenését emelik ki (Hinze, Stegemann), mások a szer stimuláló hatását (közérzet-, étvágyjavulás) tartják elsősorban megemlítendőnek (Fuchs). Kovács az említett hatások egyikét sem észlelte és a függelék-daganatok gyorsabb eloszlásában látja a terpingingyógyítás értékét. Egyik szerző a szer altatóhatását is dicséri, mások a folyás kevesbedését, a rendetlen vérzések rendeződését. A hőmérsékre vonatkozó megfigyelések is különbözők. A fehérvérsejteket egyesek megsaporodottnak látják, mások a terpingin hatására különbséget nem észleltek, vagy éppen leukopeniát találtak. Teljes hatástalanságról is jelentek meg közlemények. Az észlelések abban megegyeznek, hogy a szertől jelentékenyebb károkat nem igen láttak, ámbár egyszerű-mászor a befeccskendezés helyén hosszabb-rövidebb ideig tartó fájdalom keletkezett. Olykor fájdalmas beszűrődés támadt, mely néha el is genyedt. Általában azonban a betegek a befeccskendezést jól tűrték. A vesének sem ártott a kis mennyiségű terpingin; kivételesen előfordult, hogy rövid időre kis fehérje jelent meg a vizeletben. A javallatot illetőleg a nőorvosok között megoszlanak a vélemények. Ajánlják úgy acut, mint chronikus esetekben. De míg egyesek (pl. Baum) azt tartják, hogy minél frissebb az eset, annál hatásosabb a terpingin, mások szerint csakis idült gyulladásoknál van haszna. Ami a terpingin hatásmódját illeti, kezdetben a hatás lényegét a fehérvérsejtek szaporodásában látták (Kleemann), illetve a csontvelő izgatásában, minek következménye a fehérvérsejtek szaporodása (Kronenberg). Több megfigyelés bizonyítja azonban, hogy a fehérvérsejtek a terpingin hatására nem mindig szaporodnak. Ezt Kronenberg úgy magyarázza, hogy ha a csontvelő már úgy is erőltetetten dolgozik, a fehérvérsejtek nem szaporodnak, mert a csontvelő működése az ingerlés következtében csökken s így nem elégséges. Ilyenkor leukopenia lép fel. Ha a fehérvérsejtek száma rendes volt, akkor a terpingin leukocytosist idéz elő. Mások a fehérvérsejtek változását nem tartják lényegesnek, hanem a terpinginhatást proteinhatásnak vélik. Felteszik, hogy a terpingin hatására a szervezetben fehérjebomlás-

termékek keletkeznek (*Seelmann, Hartog, Karo, Heil*). *Hartog* lobellenes hatást is tulajdonít a terpentinnak. *Klingmüller* szerint pedig a következő lehetőségek jönnek szóba: 1. a mérgeket hatástalanná teszi, 2. a beteg göcétől elhárítja a káros csirákat odaesalogató anyagokat, illetve a fertőző csirákat ártatlan élősködőkbe változtatja, 3. a szervezetet ellenmérgek és opsoninszerű anyagok készítésére készíti, 4. lobokozó hatása van, mely antitest készítésére ingerel. Meg kell jegyezni, hogy maga *Klingmüller* is csak feltevésnek minősíti ezt a magyarázatot.

A terpentinhataás bizonyítására kísérleti alapot *Bechhold* szolgáltatott. *Bechhold* különböző anyagokat fecskendezett kísérleti állatokba (sók, festékanyagok, gelatina, gummiarabicum, elölt bakteriumok, cukor, fehérjebomlástermékek, kolloidális fémek, terpentin, stb.) és egy órával később a beoltás után biztosan halálos adagú bacillus *suisepiticiussal* fertőzte az ilyen módon kezelt állatokat. Az anyagok hatásai szerint négy csoportra voltak oszthatók. Az első csoport teljesen hatástalan volt. A második csoportba tartozók csak késleltették az állatok halálát, de nem akadályozták meg azt. A harmadik csoportba tartozó szerekkel kezelt állatok közül néhányan életben maradtak, s végül a negyedik az állatok számának felében, vagy annál több esetben elejét vették a halálnak. Ezen negyedik csoportba tartozik a terpentinolaj is. A kísérletek tehát azt bizonyítják, hogy a terpentin valami módon bizonyos fertőzésekkel szemben eredményes ellenállásra tudja ingerelni a szervezetet. Más kérdés, van-e gyógyító hatása a már kifejlődött fertőzésnél. Egyes kísérletekben *Bechhold*-nak sikerült fertőzött állatokat ezen a negyedik csoportba tartozó anyagokkal meg is gyógyítani. Kérésre az egyetemi gyógyszer-tani intézetben *Cseresnyés* és *Szép* szigorlóorvos urak nyulakon végeztek kísérleteket.* Vizsgálták, vajjon a terpentin-injectio hatására emelkedik-e a fehérvérsejtek száma. Hosszabb ideig naponta végzett fehérvérsejtmeghatározásoknál kitűnt, hogy a kísérleti nyulaknál a fehérvérsejtek száma 8000 és 11.500 között változott. Terpentinezett nyulakon pedig 7500 és 11.750 között. Különbség tehát nincs. A nyúlserumnak agglutinációs titerét is vizsgálták a terpentinnel kezelt állatoknál, oly módon, hogy a terpentinezett nyulak 0,5 cm³ paratyphus B-t kaptak intravenásan. Kitűnt, hogy a terpentinnel nem kezelt nyulakkal szemben a különbség nagyon csekély volt. A terpentinnel kezelt állatoknál az agglutinintermelés valamivel fokozódott. Most vizsgáljuk, hogy a terpentin képes-e fehérvérjével sensibilizált állatokat deszenzibilizálni, mint azt *Rusznák* proteinanyagokra vonatkozólag kimutatta. A vizsgálatok befejeztével az eredményekről be fogok számolni.

A terpentinkezelés eredményességét dícső szamos közlemény hatása alatt mi is bevezettük ezen gyógymódot és 1923 óta alkalmazzuk a terpentinfecskendezéseket. Összesen 270 klinikai betegnél próbáltunk terpentinnel gyógyítani. Ezenkívül a járóbetegrendelésen többszáz esetben. Javallat a méh függelékeinek, továbbá a para- és perimetriumnak lobos megbetegedése volt. Megfigyeléseink tehát nemcsak bőségesek, de több évre vonatkoznak. A következőkben csupán a klinikán fekvő és így állandó észlelés alatt volt 270 esetről akarok röviden beszámolni.

Eseteinknek fele egyenlő arányban oszlott meg gyermekági és kankós eredetű megbetegedések között, másik fele ismeretlen aetiológiájú volt. 102 acut vagy subacut stadiumban volt, 168 pedig chronikus. A bonc-

tani elváltozásokat illetőleg méhfüggelékgyulladások és kötőszöveti, illetve medencebeli hashártyagyulladások (para- és perimetritis). Az elváltozások súlyosságát tekintve, egész skálája a betegség különböző fokozatainak és formáinak. Tehát olyanok, ahol a függeléknek vagy varametriumnak csupán kis érzékenysége, minimalis duzzadtsága vagy feszessége található, csekély egyéni kellemetlen jelek mellett és súlyos elváltozásokkal (gyermekfőnyi daganatok, köldökig érő izzadmányok) járó, súlyos jelekkel kapcsolatos gyulladások.

Eredetét tekintve	Eset	%	A gyulladás milyensége szerint					
Kankós	62	23	Heveny	102	38%	Idült	168	62%
Gyermekeági fertőzés	71	26	Függelék- lob	40	15%	Függelék- lob	87	32%
Ismeretlen eredetű	137	51	Para-peri- metritis	62	33%	Para-peri- metritis	81	30%
Összesen	270							

A terpentinfecskendezéseket 0,5–1 cm³ mennyiségben 2–4 naponként adtuk, összesen 6–12 befecskendezést. Többféle készítményt próbáltunk ki. Leggyakrabban alkalmaztuk az Oesterreicher-féle *terpichint*, melytől legkevesebb helyi kellemetlenséget (fájdalom, beszűrődés) láttunk. A különböző készítmények hatása közt különbséget nem észleltünk. A befecskendezések túlnyomóan fájdalomtalanok voltak. Olykor a megfelelő végtagban a befecskendezés után zsibbadás, húzó fájdalom mutatkozott. Kivételesen fájdalmas beszűrődés támadt, mely rendszeren 2–3 nap alatt elmúlt. Elgenyedet egyszer sem tapasztaltunk. Más kellemetlenséget nem láttunk. Veseizgalmat nem észleltünk.

A gyógyulás szempontjából azonban a terpentinnel való kezelést teljesen hatástalannak tartom. Fájdalomesillapító hatást nem észleltünk. A betegek az injectiók után olykor kevesebbet panaszkodtak. De ezt a hatást a terpentinnel tulajdonítani tévedés volna, mert a lobosodásban szenvedők ágyban feküdtek és természetesen, hogy a nyugalom a lobos folyamatra jó hatással lévén, a fájdalmak is szűnhettek. A többi egyéni jelekben (közérzet, étvágy, alvás) sem láttunk olyan eredményt, melyet a terpentinfecskendezésnek lehetne tulajdonítani. Hogy a befecskendezések bizonyos suggestiv hatással vannak a betegek, az kétségtelen. Erre a pontra még később rátérek. A terpentinfecskendezések a lázgörbén nem sokat változtattak. Jelentékenyebb hőemelkedést a befecskendezések után nem láttunk, sem a hőmérsék csökkenését. A betegek gyakran (különösen a heveny esetekben) csak néhány napi megfigyelés után kapták a terpentint s megfigyeltük, van-e befolyással a lassan süllyedő hőmérsékre. Az idült esetekben nem láttuk a gyulladás fellobbanását. Az ú. n. gócreactiót oly ritkán észleltük, hogy alig hozható a terpentinkezeléssel összefüggésbe. A terpentint hatástalannak tartom a bonctani elváltozásokra, vagy azoknak lefolyására is. A terpentinkezelésre sem a lobos tünetek gyorsabb eltűnését, sem a bonctani elváltozások gyorsabb visszafejlődését nem tapasztaltuk, illetve azoknak létrejöttét bajos volna a terpentin javára könyvelni, mert más kezeléseknél is olykor meglepő gyorsan elmúlnak az elváltozások és különbség a terpentinnel javára nem mutatható ki. *Heveny* esetekben a terpentinkezelés mellett legtöbbször kénytelenek voltunk a régen bevált gyógyító eljárásokat is alkalmazni (jégtömlő, borogatás, fájdalomcsillapító szerek), hogy a beteg panaszait enyhítsük. *Idült* esetekben meg gyakran tapasztaltuk, hogy a terpentinkezelés csődjé után más gyógymódok alkalmazására (iszap- és sósfürdők, diathermia) az elváltozások gyakran elmúltak. Az izzadmány felszívó-

* Ezen kísérletekről más helyen fognak részletesen beszámolni.

dása megkezdődött, a daganat megkisebbedett. A ter-
pentinrel való gyógyítás tehát sem a heveny jelenségek
elmulasztására, sem a lobos következményeinek meggyó-
gyítására nem bizonyult alkalmasnak. Terpentinkezelés
mellett gyakran láttunk elgenyedetést a megbetegedett
részben (10 esetben), úgyhogy szükségessé vált a geny-
gyülem megnyitása a hüvelyboltozaton vagy a has-
falon keresztül. A műtétek gyakorisága sem változott
a terpentinkezelés következtében. Egyes szerzők leírták,
hogy terpentinkezelés után a lobos daganatok kihámo-
zása, az összenövések megoldása könnyebb volt. Mű-
téteinknél ezt nem tapasztaltuk. Nem észleltük a folyás
kevesbedését és a rendetlenkedő vérzések szabályossá
válását sem. Recidivák olykor-olykor a terpentinkezelés
befejezése után rövidesen mutatkoztak. Meg kell még
emlékeznünk a fehérvérsejtek viselkedéséről. Tapasza-
lataink megegyeznek Kovács tapasztalataival. A ter-
pentinbefecskendezések a fehérvérsejtek számát sza-
bályszerűen nem változtatják meg. A fehérvérsejtek
száma folytonos ingadozást mutat és az esetleges emel-
kedés nem állandó. Gyakran inkább leukopenia van,
mint leukocytosis. A vörösvérsejtsüllyedési és kolloid-
labilitási (Gerlóczy) reactiót is többször figyeltük. A be-
fecskendezések jelentékeny változást nem okoztak. A ke-
zelés folyamán rendszeren lassúbbá vált a vörösvérsejtek
süllyedése, illetve a Gerlóczy-reactio positivitásából
vesztett. Ezt a változást a régi kezelés mellett is láttuk;
nem más, mint a gyulladás gyógyulásának jele.

Ha számokkal akarnánk kifejezni a gyógyulási
eredményeket, azok így oszlanak meg:

Gyógyult (amennyiben függelék daganatnál gyó- gyulásról beszélni lehet)	Javult	Javulatlan
17%	68%	15%

Szerző	Gyógyult	Javult	Javulatlan	Esetek száma
Kovács	27%	50%	23%	22
Kleemann	60%	35%	5%	60
Kronenberg	11%	31%	58%	33
Stegemann	19%	37%	44%	70

Összehasonlítva mások eredményeivel:

Szerző	Gyógyult	Javult	Javulatlan	Esetek száma
Kovács	27%	50%	23%	22
Kleemann	60%	35%	5%	60
Kronenberg	11%	31%	58%	33
Stegemann	19%	37%	44%	70

Ha a terpentines és a terpentin nélküli kezelések
eredményeit hasonlítjuk össze az irodalom adataival, a
következőket találjuk:

Kronenberg:	Terpentinkezeléssel	Terpentinkezelés nélkül
gyógyult	11%	15.5%
javult	31%	62.5%
javulatlan	58%	22%

Stegemann:	Terpentinkezeléssel	Terpentinkezelés nélkül
gyógyult	18.5%	19%
javult	37%	51%
javulatlan	44%	30%

Goebel, Pankow sem látott különbséget a kétféle
kezelés eredményei között. A különböző szerzők eredmé-
nyeinek összehasonlítása rendkívül nehéz, mert teljesen
egyéni annak a megítélése, hogy mit tartunk gyógyult-
nak és mit javultnak.

Felmerül most már az a kérdés, mivel magyaráz-
hatók a nagyfokban különböző eredmények. Míg egyes
szerzők, közöttük mi is, teljesen hatástalannak tartjuk
a terpentinkezelést, Kleemann 60% gyógyulásról számol
be, holott a régi kezeléssel elért gyógyulás 15–20%.
Mindenekelőtt arra kell gondolnunk, hogy a szóban-
forgó betegség lefolyása nagyon változatos, olykor
mondhatni szeszélyes. A lázgörbe nem típusos, a tüne-
tek változatosak, a bonctani elváltozások nem arányo-
sak a panaszokkal. Olykor nagy lobos daganatok, izzad-
mányok alig okoznak jelentékenyebb kellemetlenséget,
máskor esékély tapintási lelet mellett a betegeknek igen
súlyos panaszai vannak és gyakran még nagy, súlyos

műtétnek is hajlandók magukat alávetni, csak hogy
betegségüktől megszabaduljanak. Gyakran a hosszan-
tartó chronikus lobos megbetegedés következtében a
betegek idegei mondják fel a szolgálatot és a nemi-
részekre korlátozódó panaszokat a neurastheniás tüne-
tek súlyosbítják, oly módon, hogy inkább azok vannak
előtérben. Amint a beteg orvosi kezelésbe kerül, a gyó-
gyítással járó suggestív tényező is érezteti hatását,
úgy, hogy annak megítélése, hogy mi írható a szer hatá-
sára, gyakran nagyon nehéz. A betegség gyógyulásá-
nak, illetve javulásának megítélése is nehéz és egyéni.
Fontosnak tartom továbbá azt a körülményt is, hogy
a gyógyulási eredmények mérlegelésénél a szerzők
néhányike nagyon kevés esetet vett figyelembe és kevés
esetből vonta következtetését (20–60). Sokan csupán az
elsődleges eredményekről számolnak be. Nem állt hosz-
szabb idő a megfigyelésre és a későbbi eredmények
hiányoznak. Nem volt idő visszaeséseket látni, mert a
betegek későbbi sorsát nem kísérték figyelemmel. Meg
kell még emlékeznem Stegemann fejtegetéseiről, aki az
eredményeket nem látja jobbnak, mint a régi eljárás-
nál, mégis ajánlja. Azon a véleményen van, hogy a
terpentinkezelésnél egyéb előnyök (közérzetjavulás,
fájdalomcsökkenés) mellett a betegek könnyebben tart-
hatók ágyban és fontosnak tartja a befecskendezések
suggestív hatását is. Azt hiszem, a beteg ágybantartása
acut és subacut esetekben, ahol a beteg lázas és fájdal-
mai vannak, nem nehéz. Chronikus esetekben pedig nem
is szükséges. A régi eljárásoknál éppen úgy ágyban
tartható a beteg, mint terpentinkezelés mellett, azon-
kívül azok a folyamatok is hatásosabbak. A suggestív
hatás elérésénél pedig nem az injectiók gyógymód a
fontos, hanem az orvos személye és képessége a döntő
tényező.

Összefoglalás: A Klingmüller által bevezetett
intramuscularis terpentinfecskendezéseket 270 klini-
kai betegünkön alkalmaztuk, akik heveny vagy idült
méhfüggelékgyulladásban, illetve paraperimetritisben
szenvedtek.

Ezen eseteinknél nem tapasztaltuk sem az egyéni
panaszok gyorsabb elmúlását, sem a testi elváltozások
gyorsabb megszűnését, mint a régi lobellenes és felszi-
vató kezelésnél. Sőt nem olyan jó, mint a régimódi
gyógyítás.

A terpentinkezelés olykor kellemetlenségekkel jár
(fájdalmasság, beszűrődés a befecskendezés helyén).

Az elmondottak alapján a terpentinrel való gyó-
gyítást női megbetegedéseknél értéktelennek és mellő-
zendőnek tartjuk.

Irodalom: Baum: Med. Klin. 1921, 13. sz. — Bech-
hold: Münch. med. Wochenschr. 1922, 41. sz. — Fallera:
Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1924, 7/a sz. — Földes: Magyar
Orvos 1921, 9. sz. — Friedrich: Zentralbl. f. Gyn. 1921,
10. sz. — Fuchs: Zentralbl. f. Gyn. 1920, 2. sz. — Goebel:
Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1924, 7/a sz. — Groepper: Ref.
Zentralbl. f. Gyn. 1920, 34. sz. — Hartog: Med. Klin. 1920,
18. sz. — Heil: Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1923, 42. sz. —
Hellendal: Zentralbl. f. Gyn. 1920, 28. és 1921, 52. sz. —
Hermstein: Zentralbl. f. Gyn. 1921, 19. sz. — Hinze: Zen-
tralbl. f. Gyn. 1920, 28. sz. — Karo: Zentralbl. f. Gyn.
1922, 28. sz. — Kleemann: Zentralbl. f. Gyn. 1920, 10. és
49. sz. — Klingmüller: Münch. med. Wochenschr. 1918,
33. sz. — Kovács: Gyógyászat 1924, 13–14. sz. — Kronen-
berg: Zentralbl. f. Gyn. 1921, 8. sz. — Langes: Zentralbl.
f. Gyn. 1921, 10. sz. — Mestron: Ref. Zentralbl. f. Gyn.
1924, 7/a sz. — Nyström: Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1924,
7/a sz. — Rusznay: Magyar Sebészárság munkálatai
1926, I. füz. — Schwarze: Deutsche med. Wochenschr.
1921, 52. sz. — Seelmann: Zentralbl. f. Gyn. 1921, 34. sz. —
Sfakianakis: Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1921, 25. sz. — Son-
nenfeld: Zentralbl. f. Gyn. 1921, 19. sz. — Stegemann:
Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1921, 47. sz. — Tuma: Ref. Zen-
tralbl. f. Gyn. 1924, 34. sz. — Zieppritz: Zentralbl. f. Gyn.
1919, 16. sz.

A Budapest székesfőváros Szent László közkórházának közleménye (igazgató: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi ny. rk. tanár).

Az elefántkór sebészi kezelése.

Írta: Fáykiss Ferenc dr. közkórházi főorvos.

Az elefántkór meghatározása körül még ma sem alakult ki egyöntetű vélemény. Elefántkór alatt általánosságban valamely testrésznek megnagyobbodását szokták érteni, ha ezen megnagyobbodás az által jött létre, hogy a bőr és a bőr alatti kötőszövetben annak különböző alkatrészei, hol az egyik, hol a másik, kórosan elszaporodtak. A szerint, hogy melyik alkotó elem burjánzott el, beszélnek elephantiasis neuromatosáról, angiomasáról, lymphangiectaticáról, lipomatosáról, fibromatosáról, stb., akár veleszületett, akár szerzett legyen is a folyamat. A sebészre nézve e folyamatoknál csakis a teljes kiirtás jöhet szóba és ezt a kórképet szorosán véve az elefántkór jelzéssel nem illethetjük.

Sebészi szempontból elefántkór alatt csakis azt a megbetegedést érthetjük, amelynek két tényező szerepel, ú. m. az egyik — és ez a kiindulási pont —, a nyirokpangás, a második a következményes kötőszövet-szaporodás a bőrben és a bőr alatti kötőszövetben, aminek az oka igen kevés kivétellel a bőrben idültlen ismétlődő lobos folyamatok fellépése. Ez a megbetegedés is lehet szerzett és veleszületett. A veleszületettnek okát amniotikus lefűződésekből, keringési zavarokból, vagy az anyának ismételt terhesség alatt elszenvedett nyirokútlobjában, orbáncában, szóval az anyai véráramnak streptococcussal való elárasztásában keresik.

Az ezen értelemben vett elefántkór sebészi kezelését helyes alapokra tulajdonképpen csak az újabb időkben fektették. Lanz közleménye 1911-ben az első lépés az állandó eredményt biztosító eljárások felé. Az ő bonetani vizsgálatai ugyanis kimutatták, hogy az alsó végtag elefántkórjánál található nyirokpangás megszüntetését elsősorban a nagy ellenállású fascia lata akadályozza meg és éppen ezért a hegesen megvastagodott fascia latába hosszirányú bemetszéseket végzett, behatolt a csontig, sőt meglékelte a velőüreget és fascialebenyeket fektetett oda be, hogy ilyen módon összeköttetést állandósítsa a bőr alatti nyirokutak és a mély nyirokutak között. Az ő eredeti eljárása számos módosításon ment keresztül, mint aminek többek között Kondoleon, majd Payr módszere, sőt maga Lanz is módosította eljárását, amennyiben a velőüreg meglékelését, mint teljesen feleslegesét, elhagyta, azonban ezek az eljárások, bár a régi ékkimetszésekhez Dieffenbach és Mikulicz szerint nagy haladást jelentettek, az elefántkór tökéletesen mégsem gyógyították meg. Míg az ék alakú kimetszések csak ideiglenes terimecsökkenést hoztak létre, addig a Lanz-féle elmélet alapján végrehajtott lymphdrainagenál, bár valamennyire állandósult az eredmény, teljes gyógyulásról mégsem lehetett szó, amennyiben bár az elefántkór nál a nyirokpangás igen fontos szerepet játszik, mégis az esetek legnagyobb számában kötőszövetes felhalmozódás okozza főleg a terimenagyobbodást, amely még a legtökéletesebben keresztülvitt lymphdrainage mellett sem hajlandó felszívódásra. Nem óhajtok itt részletesen kitérni az elefántkór sebészetének irodalmára, e tekintetben utalok Draudt összefoglaló munkájára és Szabó Ince közleményére az elephantiasis műtéti kezeléséről; csak azt emelem ki, hogy ez idő szerint a legtökéletesebb eljárásnak az 1924-ben ismertett Gaetano-féle műtétet kell tartanunk, amelyet a szerző a következőképpen hajt végre: 1. A szövetszaporulatot, mint valami lymphofibromát, eltávolítja. 2. Nagy kiterjedésben kimetszi az

aponeurosiszt az izmokig, hogy az izmok a bőrrel közvetlen összeköttetésbe jussanak. 3. Leköti és kiirtja a fő bőrvizsereket.

Elefántkóros megbetegedés miatt az utóbbi években hét beteget volt alkalmam műteni, és pedig három az alszárra, két az egész alsó végtagra, egy az egész felső végtagra és egy mindkét szeméremajakra és elitorisra kiterjedő elefántkór. Az elefántkór három esetben sűrűn kiújuló orbánc, egy esetben kétszer ugyanazon a helyen elszenvedett alszártörés, két esetben lupus, egy esetben lues kapcsán lépett fel. Kórbonctani szempontból eseteimet két csoportba oszthatom. Az elsőbe tartoznak azok, amelyeknél fekélyesedő folyamatok, lupus, lues idézték elő az elefántkór; ezeknél a nyirokpangáson kívül a heges kötőszövet-szaporodás volt szembeötlő. Ez a rostos kötőszövet főleg közvetlenül a fasciával látszott összefüggeni, azonban közelebbi vizsgálatkor kiderült, hogy nem maga a fascia vastagodott meg, mint azt a szerzők általánosságban a legújabb közleményekben is leírják, hanem a heges kötőszövet ujjnyi, vagy még vastagabb kéreg alakjában mintegy ráarakódott a fasciára, közötté azonban és a fascia között vékony zsírréteg foglalt helyet, úgy, hogy a kötőszövet-szaporulat lefejtése a fasciáról a fascia megsértése nélkül egészen könnyen lehetséges volt. A második csoportba tartoznak azok az esetek, amelyeknél a nyirokpangás mellett nagymennyiségű zsírszövetfeszaporodás idézte elő az elefántkóros megvastagodást, a nélkül, hogy a fascián az imént vázolt kötőszövetes felrakódás legesekélyebb nyoma is észlelhető lett volna. Az utóbbiak azok az esetek, amelyeknek kórelőzményében a gyakran kiújuló orbánc szerepel, továbbá az az esetem, amelyiknél az elefántkór a kétszer ugyanazon a helyen elszenvedett alszártörés után jött létre. Érdekes ez az eset abból a szempontból is, hogy az elefántkór nem csak a sérült végtagon, hanem egészen egybevágoan még külső megjelenésében is mindkét alszáron egyidejűleg lépett fel s így tagadhatatlan, hogy valami idegbefolyásnak kellett szerepelnie, amire van néhány példa az irodalomban is. Mindkét csoport megegyezett abban, hogy maga a bőr kötőszövetesen meg volt vastagodva s ezáltal durvább tapintatú, helyenként rücskös volt.

Góresövileg — a szövettani vizsgálatokat Bézy István dr. Szent László-kórházi adjunctus úr végezte — a zsírszövetes elefántkór nál a nagyrészt rendes zsírszövet duzzadt és halvány magú zsírsejteket tartalmaz; helyenként finomrostú collagen kötőszövet szaporodott fel, úgy, hogy sűrű hálózatot alkot. Ezen finom rostok között haematoxilinnal halványra festődő, igen durva, egyenes vagy kissé hullámos rostok is látszanak. A kötőszöveti vastagabb sövetek erei körül kisfokú gömbsejtes beszűrődés. (Diagnosis: *Hyperplasia fibroplastica telae adiposae*.) A heges kötőszövetes elefántkór nál a bőr alatti kötőszövetben az erek körül kisebb-nagyobb gömbsejtes beszűrődés látható, mint a chronikus gyulladás jele; a fasciát borító hegszerű szövet részben durva rostos, inkább sejtszegény, különböző irányban futó rostokból álló kötőszövetből, részben fiatal, finomrostú, vizenyős, csillagalakú vagy duzzadt sejteket tartalmazó kötőszövetből áll. A határos zsírszövet széli sejtei között habos lipoblastok.

A góresövi kép szerint tehát mind a két csoportnál szerep jut úgy a zsírszövet-szaporulatnak, mint a rostos kötőszövetes szaporulatnak és csakis fokozati különbség van közöttük. Ezen nézetemet támogatja a legújabb irodalomban Gohrbandt esete is; Gohrbandt a férfiivarszervben fellépett elefántkór nál az elefántkóros kötőszövetes kemény csomókban erős zsírlerakódást talált; ugyancsak ő is megtalálta a bőr alatti kötő-

szövetben a fennebb említett csillagalakú kötőszöveti sejteket nagy mennyiségben.

Az általam észlelt luetikus eredésű ivarszervi elefántkóránál az erek körül mindenütt igen erős gömb- és plasmasejtes beszűrődés látható; a kötőszövet erősen vizenyős, benne egynemű, rétegzett, szarunemű anyagot tartalmazó mogyorónyi üreg foglal helyet, amely körül nagy számban vannak idegentest óriássejtek, habos sejtek és erős gömbsejtes beszűrődés.

Ami a műtėti beavatkozást illeti, első esetemben — kétoldali alszáreléfantkór törés után — úgy jártam el, hogy a kórosan megvastagodott lágyrészekből a fascia cruris ablakozása után annyit távolítottam el, hogy csak annyi bőr maradt vissza, amennyi az izomzat beborítására éppen elegendő volt. A sebszéleket nagy feszülés mellett varratokkal egyesítettem. Ebben az esetben azon az alszáron, amelyiken a kétszeri törés ment előre, a musculus extensor digitorum longuson és a musculus extensor hallucis longuson elhalás jött létre és e miatt a hegesezés kapcsán számos plastikus műtėti beavatkozás vált szükségessé.

Következő műtétimet végtag-elefántkóránál az elhalás lehetősége miatt többé nem egy ülésben végeztem, jóllehet a szerzők jórészt a rögtön végrehajtott varratok mellett foglalnak állást, tekintettel arra, hogy az elefántkóros szöveteknek igen nagy az összeforradási hajlama. Az ivarszervi elefántkór kivéve, amelyet egészében, messze az ép szövetekben irtottam ki — mint azt a forró égővi orvosok, mint egyedül célravezetőt, ajánlják — műtėti eljárásom a következő volt:

Hatalmas, hosszirányú csíkokat vágtam ki a megvastagodott bőr és bőralatti kötőszövetből, köröskörül, a végtag egész körfogatán; a seb alapján mindenütt a fasciát végig behasítottam és a seb széleit a bőrhöz ki-varrtam; ez által az izomzat széles felszínén közvetlen összeköttetésbe került a bőrrel, a nélkül, hogy az izomzat támogatására szükséges fasciából valamit is eltávolítottam volna. A fascián esetleg jelenlévő heges kötőszövetes rákakódást a fascia megsértése nélkül a számos behatolási kapun át teljesen kiirtottam. Már ez a műtét is lényegesen lecsökkentette a végtag teriméjét. A nyirokpangás három-négy napon belül teljesen megszűnt, azonban a végtag rendes térfogata csak a besarjadzást követő plastikus eljárások után tért vissza, amidőn az első műtét hegeit fokozatosan, többnyire helybeli érzéstelenítésben kiirtva, a végtagot a rendes alakra idomítottam. Ilyenkor a varratok útján történő egyesítés többnyire minden nehézség nélkül lehetséges volt, amennyiben pedig a bőr nyúlékonysága még mindig nem tért volna vissza, bőrátültetést végeztem a hiány befedezésére. Később ezt az átültetett bőrt is kíméltettem és a sebet varratokkal egyesítettem, hogy mindenütt vonalas heget kapjak, kiterjedtebb kötőszövetes heg nélkül. Ilyen módon elérhető volt az, hogy az előzetesen elefántkóros végtag az ép oldalihoz viszonyítva néha még 1–2 cm-rel vékonyabb is volt, az izomzat sorvadása következtében; természetesen a bőr hosszabb ideig durvább tapintatú maradt a kötőszövetes megvastagodás következtében, azonban idővel az elvékonyodás kapcsán ez is megjavult.

Hangsúlyoznom kell, hogy az elefántkór műtéténél igen zavaró körülmény a nagy vérzés. A bőralatti kötőszövet számtalan elég tág üterű véredényből szinte csillapíthatatlanul ontja a vért, mint azt már Winiwarter is észlelte és ebben a tekintetben nem oszthatom Mikulicz és mások nézetét, akik a vérzést lényegtelennek minősítik. Éppen ezért, ha csak lehetséges, hajtsuk végre a műtétet Esmarch-pólya alkalmazásával. Már a hegkiirtásnál, a plastikus műtéteknél erre szükség nincsen, amennyiben a vérzés egészen jelentéktelen.

Az elefántkór sebészi gyógyítása, ha azt gyökeresen akarjuk megoldani, nagy türelmet igényel úgy a beteg, mint az orvos részéről. Azokban az esetekben, amelyekben a kóros végtag teriméjében már igen erősen megnövekedett, több hónapig is eltart, amíg a beteget teljesen rendbehozhatjuk. Az orbáncos eseteknél a gyógyítás folyamán számos orbánciújulás hátráltatja a gyógyítás gyors menetét. Ezenkívül minden egyes esetben gondos utókezelést is kívánatosnak tartok. Így masszaget, füröszteket; sőt a hegek felpuhítására, a bőr durvaságának megszüntetésére a hegpuhító eljárásokat is hasznosnak tartom, törtéjük az akár a Castellani-féle fibrolysin-, akár a Payr-féle Pregl-pepsin-oldat, vagy a Ross-féle pepsin-sósav-glycerin-injectiók útján. Az alsó végtagon végzett műtétek után hosszú ideig gummi-harisnya vagy rugalmas pólyázás rendelő, csak így kerülhetők el keringési zavarok, következményes vizenyők. Luesnél megfelelő anti-luetikus eljárás feltétlenül szükséges, amire Guszmann József is figyelmeztet.

Az általam műtött hét eset közül a legrégebb hat esztendő; sem ezen, sem a későbbi eseteimen kiújulást eddig nem észleltem. Két beteg jelenleg is kezelésem alatt áll, amennyiben a hegek kímétszése befejezést még nem nyert. A hét eset közül kettő olyan méreteket öltött, hogy több sebészi osztályon amputatiót hoztak javaslatba, s dacára ennek, a végtag ma teljesen használható állapotban van. Éppen ezért az elefántkórnak vázolt gyökeres műtétét, amellyel lehetőleg minden kóros szövetszaporulatot eltávolítunk s egyidejűleg a pangó nyirok számára levezetést biztosítunk, ez idő szerint az elefántkór legalkalmasabb gyógyító eszközének mondhatom.

Irodalom: Gaetano: XV. Congr. d. soc. it. di chir. 24. ottobre 1924. — Guszmann József: Orvosi Hetilap 1919. 2. sz. — Draut: Ergebnisse der Chirurgie und Orthopaedie 1912. 4. köt. — C. ten Horn: Zentralbl. f. Chir. 1924. — Lanz: Zentralbl. f. Chir. 1911. — Kondoleon: Zentralbl. f. Chir. 1912. — Dreiszlampl Emil: Magyar Sebész-társaság X. nagygyűlése. — Szabó Ince: Orvosi Hetilap 1923. 41. sz. — Göhrbandt: Archiv f. klin. Chir. 1926. 141. köt.

A kéto'dali vasektomia befolyása a prostata hypertrophiára.*

Írta: Boross Ernő dr. kórházi rendelő-főorvos.

Helferich és Harrison által évtizedek előtt első ízben végzett vasektomiának felelevenítése a prostatektomia-műtétek jóformán kiforrott korszakában visszaesésnek látszik. Legutóbb az 1923. évi Német Sebész-társaság nagygyűlésének munkarendjében tárgyalták, amikor még a biológiai és biochemiai alapon végzett állatkísérletek vasektomia és prostata között ismeretesei nem voltak. Ezen állatkísérletek a prostatát biológiai vonatkozásban teljesen új világításban állítják elénk s így a gyakorlati életben sok olyan jelenséget tudunk megmagyarázni, amelyek iránt a prostatatútlengés kérdésében tájékozatlanok voltunk. Tudjuk, hogy a 60 éven felüli férfiaknak körülbelül 70%-a dűlmirigy-tútlengésben szenved. Az öregkor ezen súlyos keresztjétől, a sok veszélyt magában rejtő és kényelmetlen katheterélettől egyaránt az egy- vagy kétszakaszos suprapublicalis prostatektomiával szabadítjuk meg, amely tipikus műtétet jól elsajátítva, annyira megkedveljük, az indikációk kereteit lehetőleg kibővítjük, hogy a műtétet elvégezhessük és gyakran nagyon kedvezőtlen eseteket szerencsésen megoldunk.

* Előadta a Magyar Sebész-társaság tizenharmadik nagygyűlésén.

Ringel hamburgi osztályán kivétel nélkül minden prostata hypertrophiát inkább megoperálnak, sem-hogy a szegényebb sorsú, igen rossz socialis viszonyok között élő prostatásokat a katheteréltre kényszerítsék és rövidesen urosepsisben, kachexiában nagy szenvedések között elpusztuljanak. Műtét utáni mortalitás 29%.

Ha figyelembe vesszük, hogy a szűk javallatok alapján műtett, jól előkészített, szakszerűen utókezelést és gondosan ápolást esetekben eleve ki nem zárható szövőd-mények állhatnak be, akkor a prostatektomiát még ma is a kockázatos súlyos műtétek közé kell sorolnunk, átlagosan 18% mortalitással; a legjobb és legrosszabb kimutatások közeparányosát véve alapul.

A vasektomia kérdésének felelevenítése már ezen körülménynél fogva sem jogosulatlan, tekintettel az újabb biológiai és biochemiai alapon végzett értékes állatkísérletekre vasektomia és prostata között, a megbízható klinikai közleményekre gyógyult esetekkel; továbbá, hogy alkalmunk volt egy 82 éves prostatás betegünket ellenőrizni, akinél négy év előtt congestiós hypertrophiához társult teljes vizeletrekedés miatt kétoldali vasektomiát végeztünk és négy év után körülbelül 2 deciliter residuumot találtunk jó közérzet és kielégítő veseműködés mellett, végre hogy bármikor ellenőrizhető ú. n. házianyaggal rendelkezünk, tehát hogy ezen kérdésben lehetőleg tisztán láthassunk és hozzá-szólhassunk, határoztuk el magunkat a vasektomiára. A prostatektomiáról egyszer sem mondtunk le szívesen, mert amióta a circularis drainezést és a *Vogel* által javasolt vivocolt használjuk, betegeink — egy-két napot kivéve — szárazon fekszenek és a hólyagsipoly átlag 14 nap alatt elzáródik. Mortalitásunk 6,2%.

A prostatát biológiai vonatkozásban a tízezer-számra menő dolgozatok tömkelegében figyelmen kívül hagyták, *Biedl* tankönyvében egy-két sorban végez vele. Két éve, de főleg ez évben jelentek meg értékes dolgozatok. Az állatkísérletek még egységes végeredményre nem vezettek. Tudjuk már, hogy a prostata is az endokrin mirigyek csoportjába sorozható, ineretumában hormonok képezhetnek hormonális correlatióval, a pajzsmiriggyel, hypophysissal és herével.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az állatkísérletek kutyáknak ép prostatáira vonatkoznak. *Pavonne* vasektomia után prostatamegnagyobbodást észlelt, *Rossi* és *Werner* térfogat- és súlybeli különbséget nem találtak. *Wehner* térfogati és súlybeli csökkenést észlelt vasektomia után. Vasektomia folytán a kutyák normalis prostatájának szöveti szerkezete a következőképpen változik: Kötőszöveti szaporodás, a kötőszöveti sejtek hypoplasiájával, amely a mirigyes-csőves structurát lapszerűvé változtatja. Vasektomia után 90 napra a mirigyes rész sorvad, a kötőszöveti sejtek hypoplasiája fogyni, nyolc óra eltűnik és a prostata egészében a rendes structurát mutatja.

A *Helferich*, *Harrison*, *Lennander* és *Isnari* által évtizedekkel ezelőtt végzett vasektomia feledésbe ment, sokféle megítélés alá esett és hogy *Payr* vele kapcsolatosan három psychosist látott, teljesen elhagyták, csak *Rovsing* maradt hűséges hozzá. A fiataloknál a psychosis felléptét ma már meg tudjuk magyarázni.

Az 1923. évi német sebésznapgyűlésen is ismételtén lebírálták; azóta azonban *Haberer*, *Hildebrand*, *Rovsing*, *Prima C.*, *Grunert* klinikáiról gyógyult eseteket közölnek; magyar részről *Reöck* (Szabadka). Ezekre még visszatérünk. Azon 94 vasektomizált esetre, amelyek a nemi sphaerákra vonatkoznak — ejaculatio praecox, spermatorrhea, impotentia — nem térhetek ki; több közlemény értéktelen.

Mi a vasektomiát, nehogy a fiatalítási vasektomiások közé soroltassunk, a prostata hypertrophia különböző alakjánál és szakában végeztük, olyan esetekben, ahol a hereborékban keletkezett egyéb kórfolyamatok, mint hereboréksér, herevízser, varicocele, ismétlődő ondózsínór- és herelobok a műtétet egyébként is szükségessé tették. A vasektomiát tehát a prostata congestiójánál, congestio + purulens alakjánál, fibrosus és fibroadenomás eseteiben végeztük erősen elhízott pletorásoknál és lefogyott kachexiásoknál.

Operált eseteinket hét csoportba oszthatjuk:

1. Kezdődő prostata hypertrophia, gyakori ingerek, nehezebb vizelés; residuum nincsen. Hólyagba mérsékelt beemelkedő prostata, kezdődő hólyaggerendezettség.

2. Nem fertőzött esetek, 100 g-on felüli vizeletrekedéssel.

3. Fertőzött esetek, 100 g-on felüli retentióval.

4. Nem fertőzött teljes vizeletrekedés; egy esetben ágybavizelés.

5. Fertőzött teljes vizeletrekedés; egy esetben ismétlődő herelobok.

6. Hereboréksér, herevízser, vizértágulás, ondózsínór- és herelobbal, paralysis agitanssal szövődött esetek.

7. Prostatektomiába nem egyezők csoportja.

Eseteink száma 24; életkor 57 és 78 év között változik. Műtét: 1%-os morphium bőr alá fecskendezve, ½%-os novocainos helyi érzéstelenítésben. Körülbelül ¼ cm-nyi scrotalis bőrmetszés; ductus deferens, közel a kilépési helytől, tehát mellékhere és here között felszabadítva, 2 cm-nyi terjedelemben resekáljuk. Csonkokat vékony catguttal körülöltjük, úgy, hogy a tűt a vékony hajszál edényeket tartalmazó kötőszöveten szúrjuk át; arteria deferentialis és plexus kiemelése. Bőrvarrat, herék tehermentesítése Zeisl-Langlebert-féle heretartóban. Állandó katheter 6–8 napra; a varratok eltávolításáig.

Eredményeink korántsem olyan kedvezőek, mint pl. *Haberer*é. 26 esete közül 11 gyógyult, vizelet sugárban teljesen kiürül.

Két prostatektomia után recidivált esetben végzett vasektomia évekre terjedő tökéletes gyógyulás. Gyógyulás 40%-os.

Landau, *Hildebrand* klinikáról 60% gyógyulás. *Burckhardt* 25% gyógyulás. *Rovsing*, *Grunert*, *Prima C.*, *Reöck* gyógyult eseteket közölnek.

A mi eredményeink a következők:

1. Két residuummentes fibroadenomás prostata hypertrophiánál vizelési ingerek változatlanul fennállanak, vizelési nehézségek nem javultak; ½ év után residuum nincsen.

2. Négy congestiós alaknál teljes vizeletrekedéssel, három esetben teljes vizeletkiürülés, egy esetben 200 cm³ visszamaradt vizelet. Egy esetben ágybavizelés megszűnt. A prostata minden esetben számbavehetően megkisebbedett.

3. Congestiós + purulens alaknál teljes vizeletrekedéssel. Körülbelül 150 cm³ residuum mellett prostata kisebb, kevésbé érzékeny.

4. 17 esetben, fibroadenomatosis alaknál 100–500 cm³ residualis vizelettel egyszer sem következett be teljes vizeletkiürítés. Prostata lényegesen nem kisebbedett meg. A residuum körülbelül egyharmadára csökkent; ingerek főleg éjjel ritkábbak.

5. Valamennyi vasektomizált testi erőbeli állapota javult, munkakedve, munkabírása fokozódott. Szellemi elevenség beállott. Egy depressziós lett, feltűnő élénk, egy esetben a kéztremor megjavult.

Miképen magyarázható a veseektomia folytán a prostatatúltengés congestiójánál a gyors javulás, esetleg gyógyulás, a fibroadenomás alaknál a lassúbb javulás? A ductus deferens beidegzése nem ismeretes. Tudjuk azonban, hogy a ductus deferensben secretorius- és sympathicus-idegrostok futnak és így egyfelől sympathicus-erénybehatás, másfelől secretorius-mirigybehatás érvényesül. A veseektomiánál a sympathicus-idegrostok átmetszése folytán edényszűkülés következik, amely a prostatában decongestiót, nyugalmi állapotot teremt. A secretorius-idegrostok átmetszése a prostata mirigyes részében sorvadást okoz. Ezért oly gyors és feltűnő a javulás a congestiónál, lassúbb a fibroadenomás alaknál. A veseektomizáltaknak testi erőbeli állapotuknak, munkabírásuknak és szellemi elevenségüknek javulását azon hormonharmonia okozza, amely ductus resectiója után bekövetkezik a beteg prostata, hypophysis, pajzsmirigy és herék között. A ductus resectiója után ezen endokrin mirigyek secretiójának minőség és mennyisége megváltozása folytán a fennálló disharmonia megszűnik. Ezen tüneteket prostatektomia után is látjuk; míg a fiatalokéak a műtét után feltűnően leverték, elesettek, az agykórúak ellenkezőleg elevenek, frissek, jókedvűek.

Az 1922. évi sebésztársasági nagygyűlésen szerencsém volt ezen jelenségre rámutatni, kapcsolatosan egy 86 éves gyógyult prostatektomiásnak bemutatásával, aki a kereskedelmi menház legöregebb, legelevenebb és még ma is élő ápolója lett.

Az agykórban hormonok már nem termelődnek, a prostata ineretumában hormonok nincsenek, ezért a prostata eltávolítása a hormonális mirigyrendszerben disharmoniát már nem okoz. Akkori feltevésünket az azóta végzett állatkísérletek igazolják. A veseektomiának, akár csak az ivarmirigyátültetésnek a nemi sphaerákra és nemi életre semmiféle előnyös hatása nincsen.

Az orvostudomány modern problémái között kétségkívül igen érdekes és értékes fejezet a sokat emlegetett fiatalítás kérdése. Az öregség elleni küzdelem évszázados, talán évezredes. *Mecsnikoff*, a párizsi Pasteur-intézet igazgatója volt az első, aki biológiai és biochemiai alapon foglalkozott tudományosan ezzel a kérdéssel körülbelül 25 év előtt. Azon egyszerű biológiai megfigyelésből indul ki, hogy az állatok annál rövidebb életűek, minél hosszabb a vastagbélrendszerük; a bőséges baktériumflora és az általuk termelt toxinok felszívódása okozza a szervezetnek korai kimerülését. Bár *Wollmann*, tanítványa, a vizsgálatokat folytatta, az orvosvilág *Mecsnikoff* elméletét nem fogadta el és a senilitás elleni küzdelemben más utakra tért. Ezen idő szerint az ivarmirigyátültetéssel foglalkoznak és miután az ivarmirigynek bőr, fascia, izomzat és a hasbélhártya alá való átültetése eredményt alig adott, legújabbban a hereseleteket herékbe ültetik át, *Voronoff* szerint. Ismerjük a *Voronoff* szerint operáltak egyikét-másikát, akik a beígért nemi ifjúságot hónapok óta várják. Kívánjuk ezen aggoknak, ne fáradjanak el a várakozásban, hogy földi életükben legalább a várásban időmilliórdosokká váljanak, mert a spermatogenesisben koldússzegények maradnak.

Összefoglalás:

1. A kétoldali veseektomiát előkészítő műtétnek tekintjük; kockázattal nem jár, bárkinél bármikor elvégezhető az öregkorban.

2. A prostatatúltengés kezdeti szakában prophylactikusan ajánlható.

3. A kétszakaszos prostatektomiánál a hólyagsipolyképzéssel egyidejűleg feltétlenül elvégzendő; egy-

felől a herék részéről fellépő szövödmények kizárása, másfelől az operálandók erőbeli állapotának fokozása végett ajánlatos az elvégzése az egyszakaszos prostatektomia előtt is, mint azt a debreceni sebészeti klinikán kivétel nélkül elvégzik.

4. A prostatatúltengés adenomás, fibroadenomás alakjainál lassú, fokozatos javulás mutatkozik. Subjektív panaszok javulnak, residuais vizelet körülbelül egyharmadára csökken, a prostata alakja és nagysága alig változik.

5. A prostata hypertrophia congestiójánál gyorsabb javulást látunk. Residuum rendszerint megszűnik, a prostata megkisebbedik.

6. A veseektomizáltaknak testi erőbeli állapota, szellemi elevensége minden esetben megjavult.

7. A nemi sphaerákra előnyös hatását nem észleltük.

Irodalom: *Brokate*: Zeitschr. f. Chir. 1926, 197. köt. — *Casper*: Zeitschr. f. Urol. 1926, 6. füz. — *Grünert*: Zentralbl. f. Chir. 1925, 31. sz. — *Haberer*: Medizinische Klinik 1921, 14. sz. — *Landau*: Klinische Wochenschr. 1923, 6. sz. — *Reöck*: Orvosi Hetilap 1925, 46. sz. — *Rossi*: Zeitschr. f. chir. Urol. 1926, I. köt., 3-4. füz. — *Ringel*: Zeitschr. f. chir. Urol. 1926. — *Salvini*: Zeitschr. f. Urol. 1926, 20. köt., 2. füz. — *Thomson Walker*: Zeitschr. f. chir. Urol. 1926, 18. füz. — *Wehner*: Zeitschr. f. urol. Chir. 1921. — *Walthard*: Zeitschr. f. urol. Chir. 1921.

A hódmézóvásárhelyi „Erzsébet”-közkórház közleménye (igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi m. tanár).

A leukoderma acquisitum centrifugum sugárérzékenysége.

Írta: Szentkirályi Zsigmond dr. főorvos.

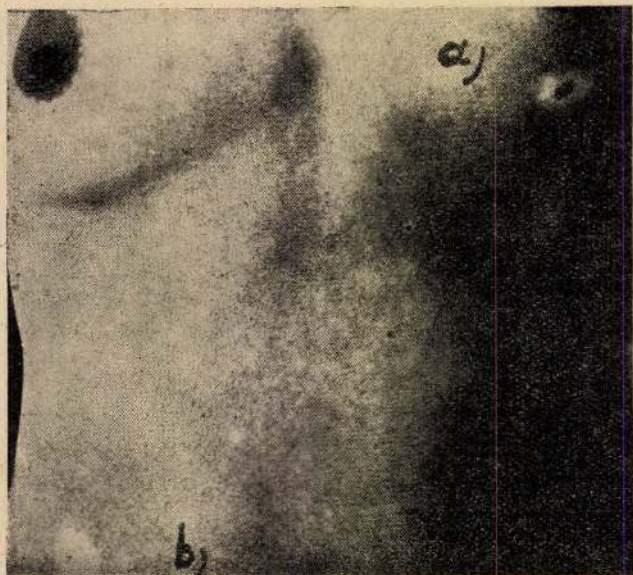
A leukoderma aquisitum centrifugum kórképét Európában *Poór* professzor ismertette 1925-ben,¹ majd ugyanabban az évben *Rejtő*² jegyezte fel előfordulását verruca senilis körül. Az elváltozás lényege a központi fekvésű naevus pigmentosus papillosus vagy verruca senilis körüli festékhiányos udvar, melynek centrifugális terjedési hajlama van s nagyobbodásával egyidejűleg a központot képező verruca vagy naevus — mely „essentials elem” (*Poór*) — növekedik és festékessége fokozódik. A festékhiányos udvar határát az épnél többé-kevésbé festékesebb szegély övezi. Kórszövettanilag a festékhiány nem válik egyszerre teljessé, hanem a festék eltűnése fokozatos: „a pigment eltűnése szigeteken történik” (*Poór*). Az elváltozás visszafejlődési hajlamot nem mutat; arra vonatkozólag, hogy bizonyos ideig való terjedés után az élet végéig egy állapotban maradna, még kellő adatokkal nem rendelkezünk. A leukoderma acquisitum centrifugum oka ismeretlen.

Az elváltozás nem tartozik a ritkaságok közé, azonban az eddig tudományosan feldolgozott esetek száma kevés ahhoz, hogy osztályba sorolása véglegesen megtörténhetett volna. Az egyéb eredetű leukodermák (lues, psoriasis, neurodermatitis, lichen ruber planus, pityriasis rosea, stb.) aetiologiai, klinikai, kórszövettani szempontból a leukoderma aquisitum centrifugummal nem azonosíthatók; a banalis vitiligóhoz való viszonya kétképpen nem tisztázott. A fajlagos és nemfajlagos leukodermáknál a festéktermelő sejtelemelek időleges megbénulása bebizonyított tény, a leukoderma csak az esetek kis számában marad stationær, a sejtek működésüket spontán megkezdi, intenzív ingerléssel (besugárzás) pedig igen gyorsan serkenthetők újabb mun-

¹ Orvosi Hetilap 1925, 3. sz.

² Orvosi Hetilap 1925, 46. sz.

kára. A leukoderma acquisitum centrifugum esetén a festéktermelő sejtek működési zavara és a működés teljes megszűnése az eddigi tapasztalatok szerint — hasonlóan a vitiligóhoz — előáll a nélkül, hogy az érintett terület előzetesen gyulladásosan bántalmazott lett volna. A festék eltűnése fokozatos, amint azt vitiligónál is gyakran észleljük. A vitiligo sugárérzékenysége minimális, a festéktermelő sejtelemelek működésre csak igen



1. ábra.

kis fokban serkenthetők és a beállott festékesség kevésbé tartós.

1925—26. évek folyamán a leukoderma acquisitum centrifugum néhány esetét tettem megfigyelés tárgyává abból a szempontból, hogy az elváltozás milyen viselkedést mutat a mesterséges és természetes ultraviolettsugarakkal való ingerléssel szemben; ezen besugárzási kísérletekkel azt óhajtottam kideríteni, hogy a leukoderma acquisitum centrifugum sugárérzékenysége szempontjából a festékhányos elváltozások közül a leukodermákhoz vagy a vitiligóhoz mutat-e hasonlóságot?

A megfigyelt esetek közül három a Poór által ismertetett alakot mutatta, míg további öt esetben a központi verruca senilis képezte. Az első és harmadik esetben különös érdekességet adott az a tény, hogy a leukoderma acquisitum centrifugumon kívül a köztakarón vitiligós foltok is voltak találhatóak, melyeknek egyidejű besugárzása összehasonlításra adott lehetőséget. A megfigyelt esetek és a vizsgálatok menete a következő:

I. I. F., 27 éves asszony, adnex megbetegedése miatt áll kezelés alatt. 1924 februárjában gyermeke született, terhessége, szülése rendesen folyt le. Már terhességének vége felé észlelte, hogy a bal emlőbimbója alatt lévő anyajegye — mely emlékezete szerint születése óta megvan — sötétedett és körülötte fehér udvar keletkezett; ugyanezen időben a hasa jobb oldalán egy, később második fehér folt jelentkezett.

Jelen állapot: A bal emlőbimbó alatt két harántujnyira borsónyi, domborúan kiemelkedő, papillosus felületű, kékesen sötétbarna naevus látható, melynek környékén 2 cm széles festékhányos udvar van (1. ábra a). A festékhányos udvart a normalis festékességű környezettől valamivel sötétebb keskeny gyűrű határolja el. A hason, a kötéstájon tenyérenyi széles hyperpigmentált sáv húzódik, melynek jobboldalán egy 3 cm és előtte egy 1 cm átmérőjű, teljesen festékhányos folt van (1. ábra b). A foltok széle szabálytalan.

A leukoderma acquisitum centrifugumot és a vitiligókat, továbbá azoknak 30 cm átmérőjű körbe eső területét quarzlámpával (Hannau typus) sugároztam be, és pedig három egymásutáni napon, naponként 1—1 negyed-

órás adagot adva erősített árammal 30 cm távolságból. A besugárzás a területnek erős erythemáját és néhány nap múlva hámlását idézte elő. 10 nap múlva ugyanezt a sorozatot megismételttem. A harmadik hét végére a hámlás teljesen megszűnt, a környezet intenzív hyperpigmentációja állott be, a leukodermás udvar változatlan maradt, míg a centralis naevus színe egy árnyalattal sötétebb lett. A kísérletet egy hónap múlva — amikor is a hyperpigmentált zóna színéből sokat vesztett — megismételttem a leírthoz hasonló eredménnyel. A leukodermás udvar a besugárzások és a lobos tünetek lezajlása alatt hyperaemiás volt, majd a környezettel együtt hámlott, a teljes lehámlás után azonban eredeti színét kapta vissza, mely a sötét környezetben valóságosan világított. A hason lévő vitiligóknál a besugárzás teljesen hasonló eredménnyel járt.

II. B. L., 18 éves tanuló, egészséges fiatalember, beteg sohasem volt. A bal emlőbimbója alatt anyajegye van, melynek fehér udvara tudomása szerint születése óta megvan, nem növekedett és nem fogyott. Nyáron napfürdők után a bőre teljesen lesült, a fehér folt azonban sohasem barnult meg.

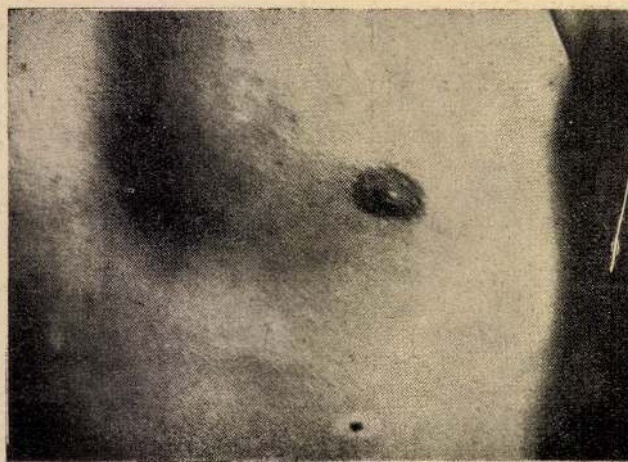
Jelen állapot (2. ábra): A bal emlőbimbó alatt négy harántujjal sötétbarna, félbabnyi, domború papillosus felületű naevus, melyet egy 8—10 milliméter széles festékhányos udvar vesz körül, az ép környezet határán valamivel sötétebb, 1—2 milliméter széles sáv látható.

A II. eset besugárzása az I. esethez mindenben hasonló volt és azonos eredményt adott.

III. B. A., 23 éves asszony. Genitalis megbetegedése miatt áll kezelés alatt. Gyermekekora óta több anyajegye van. Anyjának állítása szerint a jobb lapockáján lévő anyajegyének fehér udvara 5—6 év óta kezdődött, lassan növekedik, ugyanezen idő óta az eredetileg rózsaszínű anyajegy barnul, a bal lapockáján pedig fehér foltjai keletkeztek.

Jelen állapot: Testszerte több apró, élénk vörösbarnás naevus, a jobb lapockán szürkésbarnás-vörös papillosus felületű naevus, melyet egy körülbelül 1 cm széles festékhányos udvar vesz körül. A fehér udvar a normalis festékességű környezetbe lassan, sötétebb elválasztógyűrű nélkül megy át. A bal lapockán két, körülbelül egyforma nagyságú, 5—6 cm átmérőjű vitiligo.

A leukoderma acquisitum centrifugumra és a vitiligókra és környékükre másodnaponként öt alkalommal, ülésenként egy-egy negyedórát hatott a quarzlámpa



2. ábra.

erősített fény 30 cm távolságból. Az eredmény a környezet igen erős hyperpigmentációja volt. A leukoderma és a vitiligók a besugárzást követő napokon hyperaemiások voltak, de nem pigmentálódtak. Az egy hónap múlva — ez alkalommal nyolc ülésben — megismételt besugárzás ugyanezen eredménnyel járt. A besugárzások befejezése után a hyperpigmentációk halványodását bevárva, a jobb lapockán lévő leukoderma acquisitum

centrifugumot a centralis naevussal együtt és a bal lapockán lévő vitiligók egyikét kimetszve, beágyaztam és kórszövettanilag feldolgoztattam. A kórszövet-tani leírás (*Kálló Antal dr.* egyet. tanársegéd) a következő: „A naevus területén naevus-sejthalmazok között nagyszámú fiatal vér- és nyirokér. A naevus-sejtek között vagy bennük ezüstkezelés után festék nem található, csupán a felszínt borító vékony hám basalis része fekete színeződésű. A leukodermás udvar teljesen festékmentes; az udvar szélén a festék szaporodott, majd normalis mennyiségű lesz. Winklein-Falkenberg-festéssel vastartalmú festék nem található (sorozatos metszetek).“ A vitiligóból kimetszett anyag feldolgozása a következő leletet adta: „van Gieson és haematoxylin-eosinnal festett, továbbá ezüsttel kezelt metszetek széli szakaszán a basalis sejtekben normalis mennyiségű festék található, a közbeeső rész (vitiligo területe) teljesen festékmentes (sorozatos metszetek).“

Az esetek bírálatánál nem hagyható figyelmen kívül az a körülmény, hogy a két nőbetegnél a leukoderma aquisitum centrifugum és a vitiligo együttesen fordult elő és hogy a két festékességi zavar kezdete körülbelül egyidőre esik. Közvetlen kapcsolatot a két elváltozás között keresni mesterkélt volna, együttes előfordulásuk azonban nem teljesen a véletlen dolga, hanem jelenti az egyénben a festéktermelés labilitását. Kérdés, hogy a terhesség, illetőleg a genitális megbetegedés a leukoderma aquisitum centrifugumot kiváltó okok között nem játszik-e szerepet? (Vitiligo, éppúgy, mint hyperpigmentációk kezdete gyakran esik egyidőre a terhességgel.) A II. esetről az elváltozásnak a születés óta való fennállása érdemel figyelmet. *Poór* említi *Crawford* 17 éves nőbetegét, akinek hasonló elváltozása szintén születése óta állott fenn változatlan terjedelemben.

A további öt esetről a leukoderma aquisitum centrifugum verruca senilis körül fordult elő és ezeknél az eseteknél a napfény ultraviolett-sugarainak hatását figyeltem meg. A városi uszodában napfürdőző öreg urak hátán és mellén nagyszámban látható az öregkorban igen gyakori verruca senilis, melyeknek leukodermás udvara a fürdőévad kezdetén alig észrevehető. Intenzív insolatio után — amire az alföldi ultraviolett-sugarakban gazdag napfény jó alkalmat ad — a köztakaró általános lesülését követően a verrucák egy részének keskenyebb-szélesebb festékmentes udvara egyre feltűnőbbé válik. Különösen egyik egyénél, aki április hónap elejétől október végéig naponta legalább egy órát napfürdőzött, vált az elváltozás igen kifejezetté. Ilyen irányú megfigyeléseimet már 1925. év nyarán elkezdtem és 1926-ban folytattam ugyanazoknál az eseteknél: a leukodermás udvar festékessé sohasem vált, annak ellenére, hogy a napfény hatására, különösen a fürdőévad elején, nem egyszer szenvedtek el hólyagos bőrgyulladást.

Mielőtt a leukoderma aquisitum centrifugum természetes és mesterséges ultraviolett-sugarakkal való besugárzásánál tapasztaltakból következtetéseket vonnék le, érdemesnek tartom röviden összegezni *Ehrmann* és *Wertheim*¹ és *Michelson*² a leukoderma syphiliticum és más nemsyphiliticus eredetű leukodermáknál végzett besugárzási kísérleteinek eredményét. Nevezett szerzők a fajlagos és nemfajlagos leukodermák eltűnését tapasztalták oly módon, hogy a leukodermák területén a festékképződést az ultraviolett-sugarak fokozták: a bőr egyneműen hyperpigmentált lett. A vizsgálatok eredménye megerősítette azt a feltevést, hogy a leukoder-

mák területén a festéktermelő sejtek a syphilis és egyéb ártalmak hatása alatt megbénulnak, működésüket időlegesen beszüntetik, intenzív izgatásra azonban béműlt állapotukból magukhoz térnek és a festéktermelést újra megkezdik.

Megfigyeléseimből ezzel szemben kitűnt, hogy a leukoderma aquisitum centrifugum ultraviolett besugárzásánál a festékhányos területen festékképződés nem indul meg, hanem — hasonlóan a vitiligóhoz — a környezet hyperpigmentált lesz, a leukoderma területén lévő festéktermelő sejtek azonban működésre többé nem serkenthetők.

Ha a festékhányos elváltozásokat a sugárérzékenység szempontjából óhajtjuk felosztani, akkor két csoportot állíthatunk fel: 1. a sugárérzékeny (ultraviolett-sugarak hatására pigmentálódó) és 2. a besugárzásra nem reagáló (ultraviolett-sugarak hatása ellenére változatlanul maradó) elváltozások csoportját, előbbibe a fajlagos és nemfajlagos eredetű leukodermák, utóbbiba a vitiligo és a leukoderma aquisitum centrifugum tartoznak. Ez a felosztás a fajlagos és nemfajlagos leukodermák és a leukoderma aquisitum centrifugum közötti különbséget még jobban kiélesíti, egyúttal a leukoderma aquisitum centrifugumot a vitiligóhoz hozza közelebb.

A budapesti Fehérkereszt gyermekkórház I. belosztályának közleménye (főorvos: *Petényi Géza dr.* egyet. m. tanár).

Adatok a meningitis parotidea kórképéhez.

Írta: *Fábián Lajos dr.*

A parotitis egyik ritka complicatiójaként van megemlítve a meningitis, Cerebralis izgalmak, mint minden fertőzős megbetegedéshez, a parotitishez is társulhatnak, tényleges meningitisről azonban csak néhány eset van közölve.

Zade egy esetét írja le, midőn két testvér egyidőben betegedett meg parotitisben. Nyolc nappal a parotitis fellépte után egyiknél súlyos meningitis fejlődött ki, tarkómerevséggel, pozitív Kernig-tünettel, mely azonban nyomtalanul gyógyult. *Schroeder* esetében a parotitis után fellépő meningitis gümös agyhártyagyulladás képében folyt le, de steril lumbal punctatummal és gyógyulással. Két héttel később az anyánál és leánytestvérnél lépett fel parotitis. *Urbanitsch* által közölt esetben kétoldali parotitis után a harmadik napra fejlődtek ki meningitises tünetek. A fokozott nyomással ürülő liquorban sejtszaporulat volt, pozitív Nonne-Appelt-reactióval. A gyógyulás jobboldali sükettség visszamaradásával következett be. *Halle* esetében a meningitis megelőzte a parotitist. Az acutan fellépő nervosus tünetek, delirium, tág pupillák, meningitis epidemica emlékeztettek. A lumbal punctatum azonban teljesen tiszta volt, az üledékben lymphocytosissal. A tünetek teljes lezajlása után lépett fel a parotitis. *Wollstein*nek sikerült parotitises egyének steril nyálfiltratumnak intraduralis injectiójával macskáknál 3–5 napig tartó jóindulatú lefolyású meningitist előidézni. A liquorral, melyből bakterium nem volt kitenyésztendő, a betegség más macskára átvihető volt.

A tavaszi hónapokban lefolyó parotitis-járvány alatt három esetben volt alkalmunk parotitishez csatlakozó meningitist észlelni. Egy esetben a szövettani vizsgálat is felvételünk helyessége mellett szólt.

B. F. J., hétéves fiúgyermeknél február 17-én 38°C-os láz mellett kétoldali parotitis lépett fel. Febr. 20-án a duzzanat csökkenése közben a hőmérséklet nor-

¹ Archiv f. Dermat. u. Syphilis 1924, 143. füz.

² Archiv f. Dermat. u. Syphilis 1922, 6. füz.

malisra szállott le. Febr. 21-én a gyermek fejfájásról, hányingerről panaszkodott és a hőmérséklet hirtelen 39.4°C -ra szökött fel. Febr. 22-én a fejfájás fokozódott, a gyermek mindent kihány, hyperaesthesiás. Tüdőlelet negatív, torok tiszta. Széklet nem ürít. Febr. 23-án a meningitis képe bontakozik ki. Fogait csikorgatja, időnként fájdalmasan felsikolt, felhúzott térdekkel fekszik, kistökű tarkómerevség, fokozott dermatographia, hyperaesthesia, Kernig +, Brudzinszky +. Hányás, obstipatio, láz változatlan. Pirquet +. A hozzátartozók — szülők távollétében — a felajánlott lumbalpunkcióhoz nem adták beleegyezésüket. Febr. 24-én és 25-én az állapot változatlan. Febr. 26-án a láz kritikusan leesett. A gyermek nyugodtabb, aluszékony. Febr. 28-án a meningitis tünetek megszűntek, a gyermek élénk, játszadozik.

Sz. J., hatéves fiúgyermek. Testvére tuberculosis pulmonummal kezelés alatt. Febr. 14-én jobb oldali parotitis. Febr. 20-án azzal a panasszal kerül vizsgálatra, hogy egy nap óta lázas, nyugtalan, mindent kihány. Két nap óta obstipál. A vizsgálat erős hyperaesthesiát, fokozott dermatographiát állapít meg, kistökű tarkómerevség, jelzett Kernig mellett. Lumbalpunkciónál fokozott nyomással sanguinolens liquorot nyerünk. A febr. 24-én megismételt vizsgálatnál tipikus meningitis kép. A gyermek felhúzott térdekkel fekszik, tarkó merev, behúzódtott has, szapora pulsus, erős hyperaesthesia, dermatographia, Kernig +, Brudzinszky +. Izgatottan felsikolt, fejéhez kapkod. Sugárban hány, széklet csak beöntésre. Fülészeti lelet negatív. Pirquet negatív. Febr. 26-án kórházi felvétel. Febr. 27-én a láz hirtelen leesett, a gyermek még ingerlékeny, időnként fájdalmasan rándul össze az arca. Kernig +, Brudzinszky +, tarkó merev, fejét fájlalja. Lumbalpunkciónál tiszta liquor, Pándy +, Nonne-Appelt +, Waltner-féle kalilúgos próba +, üledékben látóterenként 10–15 fehérvérsejt, főként lymphocytá. Vörösvérsejt nincsen. Állás után fibrinkiválás. Tuberculosis-bacillus nem található. Márc. 1-én közérzet jó, hányás megszűnt. Tarkó szabad. Kernig jelzett, Brudzinszky negatív. Márc. 5-én lumbalpunkciónál fokozott nyomással tiszta liquor. Pándy minimális opalescentia, Nonne-Appelt negatív, Waltner negatív. Fibrin nem vált ki. Üledékben 7–8 fehérvérsejt, főként lymphocytá. Márc. 9-én gyógyultan elbocsájtva.

Megjegyzendőnek tartom, hogy mindkét eset ugyanazon háztömbből került ki.

A harmadik eset:

N. R., négyéves fiúgyermek. Április 8-án került kórházi felvételre s a bekövetkezett exitus miatt csak 2 napig állott megfigyelésünk alatt. Az anamnesis szerint két hét előtt mindkét fültővén duzzanat, mely egy hét múlva visszafejlődött. Egy hét óta „búskomor”, fejét fájlalja, három nap óta hány, székrekedése van. Láz $38-39^{\circ}\text{C}$ között. 1924-ben morbilli, 1926-ban pertussis. Status praesens: Közepesen fejlett és táplált. Bevont nyelv, belővelt torok. Szívhangok tiszták, pulsus 156. Has erősen behúzódtott. Idegrendszer: Teljes eszmélet-zavar, nem fixál. Vadászkutyafekvés. Kistökű tarkómerevség. Dermatographia nem fokozott. Pupillák tágak, fényre alig reagálnak. Reflexekben eltérés nincs. Fülészeti lelet negatív. Pirquet +, intracutan +. A gyermek súlyos, „ante mortem” tuberculotikus meningitisben szenvedő benyomását kelti. Lumbalpunkciónál erősen fokozott nyomással kissé megtört fényű liquor ürül, melyben Pándy +, Nonne-Appelt +, Waltner +. Fibrin állás után kiválik. Üledékben látóterenként 20–25 lymphocytá, 4–5 leukocytá. Tuberculosis-bacillus, valamint egyéb baktérium nem található. Tenyésztési próba negatív. Liquoreukor csökkent (0.02%), liquorchlor csökkent (0.631%). Április 9-én állapot változatlan. Jobb tüdő alsó lebenyében helyenként crepitatio. Április 10-én délelőtt exitus. Sectiós lelet: Chronikus sajtos tuberculosis a hilus-nyirokesomókban. Bronchopneumonia catarrhalis confluens a jobb tüdő alsó lebenyében. Emphysema pulmonum. Meningitis. Hydrocephalus externus et internus.

A szövettani vizsgálat, melyet Puhr Lajos adjunctus úr (II. számú kórbontani intézet) volt szíves végezni, a következő:

A meninxek rendkívül sejtűs, oedematosan fel-lazultak és mindenütt, de különösen az erek körül köpenyszerűen elhúzódo leukocyták tömegeit és lymphocytákat tartalmaznak. Helyenként kezdődő elhalás látszik. Az erek tágultak, vérrel teltek. Tuberculum, óriássejt, valamint tuberculosis-bacillus nem található.

A diagnosis ezek alapján egyszerű nem specifikus meningitis.

Hangsúlyozni kívánom, hogy a kórképet nem okozhatta bronchopneumoniához csatlakozó meningitis, egyrészt, mert a liquor teljesen steril volt, másrészt a meningealis tünetek jóval megelőzték a bronchopneumonia kifejlődésének idejét.

Fenti esetekben a meningitis parotidea nemcsak klinikailag, hanem liquor tekintetében is — a tuberculosis-bacillus hiányát kivéve — meningitis basilaris képében folyt le. Prognostikai szempontból tehát fontos, hogy parotitis után, vagy parotitis-járvány idején a meningitis basilaris klinikai tünetesortja esetén gondolni kell meningitis parotidea lehetőségére is.

THERAPIA

Új irányelvek az erőművi ondószálhiány műtéti gyógyításában.

Írta: Mező Béla dr. egy. m.-tanár, közkórházi főorvos.

Erőművi ondószálhiány (mechanicus aspermatus) néven azt a kórképet jelöljük, amikor a működő herék váladéka ejaculatio alkalmával nem jut el a húgycsőbe. Az ondó ilyenkor csak a húgycső függelékcsák mirigyének váladékából áll s termékenyítő ondószálcsák nem tartalmaz. Leszámítva azt a néhány esetet, amikor az ivaresatorna folytonossága külerőszak folytán szűnik meg, vagy amikor a folytonosság megszakítás a gümőkóros mellékhere eltávolításának következménye, az erőművi ondószálhiány leggyakoribb okozója az ivarutakra reáterjedt gyulladás, a kankó. A magtalan házasságok száma s a nemzetet e miatt érő veszteség mind nagyobb és nagyobb. A magtalan házasságok oka pedig az esetek túlnyomó többségében a férfi. Ezért indokolt, hogy e téren is iparkodjunk a helyzeten javítani. A legjobb gyógyszer itt is, mint mindenütt, a betegség megelőzése. E munkám azokon akar segíteni, akik a prophylaxisról már lekéstek, akiket az ondószálhiány nyomasztó súlya már utólt.

Az erőművi ondószálhiány műtéti kezelésének eszméje *Rasumowsky* nevéhez fűződik. Ő végezte először az ondósinórnak a herébe való beültetését, az orchidovasostomiát. *Rasumowsky* óta ezt a műtétet sokan végezték. Különösen *Posner* és *Fürbringer* foglalkoztak vele behatóan. Legújabbán *J. J. Stutzin* vetette fel a kérdést a berlini urológiai társaság 1923 június 19-i ülésén, amikor úgy ő, mint *Posner* azon a véleményen voltak, hogy bár az eredmény sok esetben elmarad, mégis meg kell kísérelnünk a műtétet, mert műtét nélkül nincs gyógyulás.

Mielőtt e kérdésre kitérnék, először az erőművi ondószálhiány kórismézésével és műtétének javallatával kell röviden foglalkoznom. Ha egy erőteljes egyén ondója jól fejlett herék dacára hosszabb nemi pihenés után sem tartalmaz ondószálcsák s a Röntgen-sugaraknak a herére való káros behatását kizárhatjuk, akkor a kórisme biztos. A kérdés már csak az, hogy a herék jól működnek-e, érdemes-e a műtétet elvégezni? *Verocay*, *Mühsam* és *Posner* bebizonyították, hogy herepunkcióval biztosan tájékozódhatunk a herék működéséről. Ha a herék jól működnek, akkor punkcióval mindig sikerül ondószálcsák kimutatnunk. *Verocay* ennek bizonyítására állatkísérleteket végzett, *Mühsam* pedig a hullaherék punkciójakor nyert eredményeket a pungált herékből készített metszeteken ellenőrizte s azt tapasztalta, hogy a punkció és a göröcsövi vizsgálat eredményei fedték egymást. E vizsgálatokból kiderült, hogy a herék a vas deferens elzáródása után nem sorvadnak

el, hanem még évek múlva is működésképesek maradnak. Tévedne azonban az, aki azt várná, hogy a punctióval nyert ondószálak mozogjanak. Közismert dolog ugyanis, hogy az ondószálasák csak az egészséges prostata váladékával való érintkezés után kezdenek mozogni, mert őket csak a prostataváladék aktiválja.

Önként merül fel az a kérdés, hogy sikerül-e a vékony vas deferens úgy varrni, hogy az anastomosis átjárható legyen? Erre nézve az emberen végzett sok sikeres műtét mellett *Levaditi*, *Martin* és *Boari* munkáit említtem fel, akik állatkísérletekkel kétséget kizáróan megállapították, hogy a mellékhere eltávolítása után készített vaso-orchidostomián át ondószálak kijutnak a húgycsőbe. Szükséges azonban az, hogy a műtét kellő gondnal történjék. *Stutzin* az ondósinórt felezi s úgy ülteti be a here burka alá, mint azt *Sampson* az ureternek a hólyagba való átültetésénél teszi. Azt hiszem, hogy az eredeti *Rasumowsky*-féle eljárás, amit én is rendszeresen alkalmazok, az, amikor az ondósinórt csak egyik oldalán hasítjuk fel, tökéletesebb. Eltekintve attól, hogy így a varrat sokkal könnyebb, előnye ennek az eljárásnak az, hogy az ondósinór tölesérszerűen szétterülő nyálkahártyája nagyobb felületen, biztosabban jut hereparenchymával érintkezésbe. Újabban egyesek a mellékhere fejét igyekeznek megtartani s az ondósinórt a kitágított mellékherefejbe húzzák be. Ezt a gondolatot nem tartom szerencsésnek. Ha gonorrhoeás szűkület miatt operálunk, nem tudhatjuk, hogy a mellékhere fejében nincsen-e még szűkület. Ha pedig gümőkór miatt történt a műtét, akkor, eltekintve attól, hogy a visszamaradó mellékhererészletben lehetnek miliaris gümös gócek, elveszítjük a rete testisbe való betekintésünket és így a here állapotáról nem tájékozódhatunk.

A vaso-orchidostomia, véleményem szerint, az esetek jó részében azért volt sikertelen, mert a sebészek e műtétet elvégezték, a nélkül, hogy a vas deferens állapotára figyelemmel lettek volna. Már pedig ott, ahol a kánk által okozott szűkület nem a mellékherében, hanem a vas deferens centralisabb részeiben volt, ott a műtét sikertelensége kézenfekvő.

Pedig semmi sem könnyebb, mint a vas deferens átjárhatóságáról való tájékozódás. Azt ajánlom, hogy a harántul félig átvágott vas deferens lumenébe egy leköszörült, tompavégű recordtút illesszünk és nézzük meg azt, hogy a vas deferens átfecskendezhető-e? Ha igen, akkor a fecskendőben levő gyenge antisepticum, amelyet indigóval kissé meg is festhetünk, gyenge nyomással kiüríthető és az a húgycső végén azonnal kiesüro. Abban az esetben, ha a szűkület a vas deferens centralisabb részein van, akkor a fecskendőben levő folyadék még nagy nyomással sem üríthető ki s ez a húgycső végén nem jelenik meg.

Ha a vas deferens a mellékhere közvetlen szomszédságában átfecskendezhető, akkor a *Rasumowsky*-műtétet nyugodtan elvégezhetjük. De mit csináljunk abban az esetben, ha a vas deferens itt még nem járható át? Meg kell keresnünk azt a helyet, ahonnan a recordfecskendő tartalma már a húgycsőbe juttatható. Igyekeznünk kell, hogy ez a hely lehetőleg közel essék a mellékheréhez. Ez azért szükséges, mert a műtét csak addig végezhető el *Rasumowsky* szerint, amíg a herét nem kell oly magasra emelnünk, hogy az a szeméremesont elé kerüljön. Technikailag a műtét itt is kivihető, de nagyon kellemetlenek a következményei. A kemény alapon fekvő herét erő apró traumák ugyanis nagy fájdalommal járnak, amiért az olyan ember, akinek a heréje az os pubis felett fekszik, eltekintve a folytonosan jelentkező fájdalmaktól, a normalis nemi életre is alkalmatlan.

Abban az esetben, ha a vas deferens már csak az

os pubis magasságában, vagy csak még feljebb járható át, a vas deferens venával pótolom. Az ondósinór pótlására a vena saphena igen alkalmas. A viszér elhelyezésénél azonban vigyáznunk kell arra, hogy a benne levő billentyűk az ondó áramlását meg ne akadályozzák. A viszér és ondósinór varratát legcélszerűbben úgy végezhetjük, hogy a vas deferens 1 cm hosszban felhasítjuk s tölesérszerűen szétterülő részét a megfelelően ferdén levágott viszérrel hozzuk összeköttetésbe. Ezáltal elérjük azt, hogy az ondósinór hámja és a viszér endothelje széles területen érintkezzen.

Ha az ondósinór a lágyékesatorna belső részéig sem járható át, akkor műtét eljárást bonyolultabb lesz. Ebben az esetben paracoecygealisan feltárom az ondóhólyagokat és azokat hegyes tűvel megpungálom. Ha az ondóhólyagok és kivezető csöveik átjárhatók, akkor fecskendők tartalma könnyen kiüríthető és az ondóhólyagba fecskendezett folyadék a penisen át megjelenik. Ilyenkor az ondóhólyagokat 1 cm hosszúságban felhasítom és a vas deferens helyettesítő viszér egyik végét a herével, másik végét az ondóhólyaggal egyesítem. Hogy a felhasználandó venát ne kelljen hosszúra vennem, azt azért érem el, hogy a venát nem a lágyékesatornán át, hanem a sphincter ani mellett tompán készített alagúton át vezetem ki a gátra, illetve a heréhez.

Abban a nem remélt esetben, ha egyik ondóhólyag sem volna szabad, a húgycsőnek a prostatából kilépő hártás részét tesztem szabadabbá és a viszér centralis részét a húgycső hosszanti sebével hozom összeköttetésbe. Nyilvánvaló, hogy az ilyen plastikai műtetre csak teljesen steril húgyutak mellett szabad vállalkoznunk. Így annak hangsúlyozását, hogy a viszert csak gyulladásmentes húgycsőbe ültessük be, feleslegesnek tartom. Ilyen esetben azonban, hogy a húgycső operált részét vizelet ne érintse s ezáltal a gyógyulást biztosítsuk, szükséges, hogy a gyulladás idejére a vizeletet magas hólyagsipollyal eltereljük.

Azok számára, akik a viszérátültetéstől idegenkednek, az olyan esetek megoldására, amelyekben az ondósinór elzáródása a lágyékesatorna magasságában, vagy még feljebb van, ajánlom azt, hogy a herét a medencébe süllyesszük vissza. A herének a medencébe való süllyesztése kétségtelenül egyszerűbbé teszi a műtétet, de hátránya az, hogy a here a medencébe kerül. Amikor az ondósinór a lágyékesatornában még átjárható, a herét az orchido-vasostomia után a szeméremesont mögött készített tágas tasakba süllyeszthetjük, mely után a canalis inguinalist *Bassini* szerint zárunk kell. Ha azonban az ondósinórok nem fecskendezhetők át és csak az ondóhólyagok szabadok, akkor a herét az ondóhólyagig vissza kell húznunk, s a here és ondóhólyag közt kell összeköttetést teremtenünk (orchido-vesiculo seminalis anastomosis). A herének a medencébe való áthelyezése, ha a here ereit és idegeit sértetlenül hagyjuk és vigyázunk arra, hogy azok torsiót ne szenvedjenek, semmi kellemetlenséggel sem jár. A kismedencében, az os pubis mögött fekvő here külerőszaki behatásoktól jól meg van védve. Ugyanez áll az ondóhólyag szomszédságában levő herére is. Itt legfeljebb igen nagyfokú bélsárpangás okozhatna kellemetlenséget, ami azonban kis gondnal mindig elkerülhető. Ami a medencében fekvő herék rosszindulatú elfajulásra való hajlamosságát illeti — ha ez egyáltalában fennáll —, az, azt hiszem, hogy csak a fejlődésben levő heréket illeti, s a teljes kifejlődés után áthelyezett herékre nem vonatkozik. Erre majd a gyakorlat fogja megadni a választ.

Bár a műtetre szoruló esetek száma nagy volna, az erőművi ondószálhiány műtét kezelésének lehető-

sége nem igen ismert. E közleményemnek az a célja, hogy a szakkörök figyelmét felhívjam arra, hogy vizsgálati eljárásaink (herepunctio, ondózsínórátöblítés) tökéletesítésével és a műtéli lehetőségek itt vázolt kiágatásával betegeinken mindig segíthetünk.

Összefoglalás: A mechanikus aspermatismus kóriszmézése a kórelőzmény figyelembevétele mellett az ondó göröcsövi vizsgálatával könnyű. A here punctiója útján nyert anyag ondószálatartalma amellet szól, hogy a herék még működnek. Ilyen esetben a műtéli kezelés jogosult.

Allatkísérletekkel beigazolódott, hogy a Rasumowsky-féle műtét (orchido-vasoanastomosis) készült új összeköttetésen át ondószálak átjutnak. Hogy a műtét eddig az esetek nagy részében nem vezetett sikerre, annak oka az volt, hogy nem vizsgálták az ondózsínór átjárhatóságát. Én a félig átvágott ondózsínór lumenébe tompavégű recordtűt illeszték, azon keresztül az ondózsínórt átfecskendezem és az anastomosist csak abban a magasságban végzem el, ahol az ondózsínór már biztosan átjárható.

Ha az ondózsínór csak a lágyékesatorna magasságában járható át, akkor vigyáznunk kell arra, hogy a here ne kerüljön a szeméremcsont és a bőr közé. Ezt vagy úgy érem el, hogy az ondózsínór megfelelő darabját a vena saphenából vett viszérdarabbal pótolom (orchido-vena, vena-vas deferens anastomosis), vagy pedig úgy, hogy a here-ondózsínór anastomosis elvégzése után a herét a szeméremcsont mögött a hashártya leemelése után készített kényelmes tasakban helyezem el (orchido-vaso anastomosis cum distopia orchidis).

Abban az esetben, ha az ondózsínór a lágyékesatornában sem járható át, paracoccygealisán feltárom az ondóhólyagot. Ha ennek átjárhatóságáról punctióval meggyőződtem, akkor a sphincter ani mellett tompán készített alagúton át vezetett viszeret alul a herével, felül pedig az ondóhólyaggal hozom összeköttetésbe (orchido-vena, vena-vesicula seminalis anastomosis). De eljárhatunk úgy is, hogy a lágyékesatornán visszahúzott herét közvetlenül az ondóhólyaggal hozzuk összeköttetésbe (orchido-vesicula seminalis anastomosis).

Végül, amikor egyik ondóhólyag sem járható át, az erőművi ondóhiányt megoldhatjuk úgy, hogy az alul a herével egyesített viszér felső végét a húgyeső hártás részébe ültetjük (orchido-vena, vena-urethra anastomosis), amikor is a gyógyulás tartamára a vizelet magas hólyagsípollyal elvezetendő.

Irodalom: *Hühner*, New-York: The practical and scientific diagnosis and treatment of sterility in the male and female. — *Verocay*: Prager med. Woch. 1915, II. sz. — *K. M. Walker*: Lancet, 1921 július 30. — *E. Mühsam*: Klin. Woch. 1922, 52. sz. — *H. Boari*: Il Policlinico. — *Posner*: Berl. Ur. Ges. 1922 május 30. — *W. J. de Wheller*: Brit. Med. Journ. 1914. — *J. J. Stutzin*: Zeitschrift für Urol. 1924.

Megjegyzések Henszelmann Aladár dr.-nak „Légmellkészítés egyszerű módszere” című közlésére.

(O. H. 46. szám.)

A mesterséges légmellkezelés aránylagos nagy elterjedtségét — eltekintve a sokszor frappáns therapiás eredményektől — elsősorban annak köszönheti, hogy mintegy másfél évtizeddel ezelőtt *L. Brauer* a műtét methodikáját alaposan kidolgozta és egyben bevezette a manometer használatát. Mindaddig, míg a manometer szerephez nem jutott, ez az eljárás éppen a

velejáró nagy veszélyeknél fogva nem tudott nagyobb tért hódítani. (Lásd *Forlanini* 1882, *Murphy*, *Carson* kísérleteit.) Az eredeti higanymanometer, amelyet csakhamar a ma már szeltében használt vízmanometer váltott fel, egyszerre kiküszöbölte, vagy legalább is a minimumra redukálta az annyira rettegett légembolia veszélyét. Ugyannyira, hogy — amint ismeretes — az eredeti *Brauer*-féle metszést is a legtöbbször elhagyták és helyette ma már az egyszerűbb *Forlanini*-féle eljárást használják. Mindezt azért, mert a manometer majdnem kivétel nélkül minden esetben tájékoztat bennünket arról, hogy megkezdhetjük-e az insuflatiót vagy sem?

Henszelmann a fent idézett cikkében a manometer kiküszöbölésével véli egyszerűsíteni a légmellkezelést. Az utóbbi 15 év alatt végzett többszáz légmellkezelés és az ezzel járó több ezer utántöltés tapasztalatai jogosítanak fel arra, hogy *Henszelmann* véleményével szemben a leghatározottabban állást foglaljak. Mivel a részemről éppen a legfontosabbnak tartott manometert kiküszöböli ki, rá kell mutatnom azokra a veszélyekre, amelyeket ez a methodus magában rejt. Nem fogadható el a szerző az állítása, hogy a manometer megbízhatatlan. Sőt, ez az eszköz majdnem kivétel nélkül mindig megmutatja, hogy hol és merre jár a tű hegye s előre figyelmeztet bennünket a kilengéseinek a minéműségével vagy azok elmaradásával, hogy azon a helyen szabad-e az insuflatiót megkezdeni vagy sem? A tájékozódásban a mandrin használata is mindig a segítségünkre van. A gyakorlott szem mindenkor kellő tájékozódást nyerhet a manometer viselkedéséből. A kevésbé gyakorlott természetesen tévedhet. Éppen ezért nem is vagyok barátja a pneumothoraxkezelés általánosításának, sőt az ambulans kezelésnek sem, mert ez helyrehozhatatlan veszélyeket rejt magában. *Henszelmann* cikkében az 1—3. pontok alatt felsoroltak egyike sem elég indok arra, hogy a manometer használatáról lemondjunk. Veszélyesnek is tartom az eljárást, mert 1. a manometer elhagyása folytán nincs meg a kellő control, 2. mert a műtét közben be és kilégeztet a beteggel és ezáltal kiteszi annak a veszélynek, hogy véletlen tüdőszértés esetén levegőt aspiráljon, 3. mert a szoba-levegőt közvetlenül szívhatja be s ezáltal könnyen fertőzheti a pleuraürt.

Részemről a légmellkezelésnél a manometert sokkal fontosabb segédeszköznek tartom a Röntgennél. Röntgen-controll nélkül el tudom képzelni a pneumothoraxkezelést, de manometer nélkül nem mernék hozzá sem kezdeni. Conservativismusomnak magyarázatul szolgáljon az, hogy *Henszelmann* dr. orvosi kvalitásait személyes tapasztalataim alapján ismerem s azokat nemesak értékelem, hanem nagyra is becsülöm. Éppen ezért merem megkockáztatni azt az állítást is, hogy *Henszelmann* bizonyára nem észlelt még hirtelen halállal járó légemboliát, mert ha ilyesmit látott volna, bizonyos, hogy nem válna meg olyan könnyen a manometertől.

Közleményének azt a megállapítását, hogy az elülső és hátsó hónaljvonalak között a III—V-ik bordaközt tartja a beszúrást a legalkalmasabb helynek, saját tapasztalataimmal megerősíthetem. Úgy látszik, hogy ezen a területen aránylag a legritkébbak a pleuralis összenövések, úgyhogy itt majdnem mindig szabad a pleura, ezért itt a siker legnagyobb reményével operálhatunk még akkor is, ha másutt hiába próbálkozunk. Én azt hiszem, hogy *Henszelmann* a manometer kiküszöbölésére vezető gondolatát éppen ez a körülmény adhatta meg.

Pekanovich István dr.

Válasz Karafiáth I. és Pekanovich I. dr.-ok Genersich A. megjegyzéseire.

(O. H. 49, 50. és 52. sz.)

Félreértések elkerülésére újból hangoztatom, hogy eljárásomban a manometer szerepét a levegő befújtatásához használt, könnyenjáró fémdugattyús fecskendő veszi át. Csak pleurarisbe jutva, nyomhatunk ellenállás nélkül levegőt. Ha gyors a tüdő összeesése, magától fut vissza a dugattyú. A dugattyú húzásának, illetőleg tolásának leírt lehetőségeiből következtetni lehet a pleuraüregi nyomási viszonyokra. Ezekhez járul még a szabatos átvilágítási ellenőrzés minden kezelést megelőzően, esetleg ezeknek befejeztével is. Manometerrel, vagy anélkül 300–500 cm³ levegőnél többet egy-egy alkalommal nem igen szoktunk bejuttatni, bármit is mutassanak a nyomásértékek. Ily értelmű sematizálás tehát eddig is megvolt.

Ha a manométer embóliáktól megvédené, nem lennének embolia-esetek. 100-nál több esetben ily veszélyt mindig elkerültem, amit főleg annak javára tudok be, hogy vékony, hegyes tűvel dolgozom, mely legkevésbé roncsol szövetet.

A szobalevegő megszüréséről a fecskendőbe helyezett vattadugasszal gondoskodhatunk. A töltés megkezdésekor a tűn keresztül beszívott levegő fertőzést soha nem okozott.

Azt hiszem, eljárásomnak nem utolsó előnye, hogy nem kell hatalmas instrumentáriummal a beteghez beállítani. Erős vérzés parancsolta sürgős szükség esetében talán életet is menthetünk majdnem puszta kézzel.

Henszelmann Aladár dr.

A budapesti Bábaképző-Intézet közleménye (igazgató:
Lovrich József dr. egy. c. rk. tanár).

Válasz Haba A. dr. megjegyzéseire.

(O. H. 1926. 51. sz.)

Írta: Sztehlo István dr. I. tanársegéd.

Miután nem akarom, hogy hallgatásom a beleegyezés látszatát keltse, röviden néhány szóval óhajtok Haba dr. megjegyzéseire válaszolni.

Midőn teljesen szokatlan lefolyású extrauterin graviditás érdekes esetét a „Magyar Nőorvosok Társaságá”-ban, múlt év szeptember havában részletesen bemutattam, az összes nőorvosok jelenlétében tettem ezt egyszerűen azért, mert nem valamely közönséges esetről óhajtottam referálni, hanem olyanról, ahol a diagnózis felállítása a hashártyagyulladás kifejezett tünetei mellett, csaknem lehetetlen volt. Bemutatásomhoz a kongresszuson hozzá nem szóltak, kritika tárgyává nem tették. Haba dr. közleményemhez fűzött megjegyzéseivel szemben fenntartom állításomat főleg az irányban, hogy a kihordott méhen kívüli terhességet műtét előtt diagnosztizálni *ilyen esetben mint a bemutatott*, nagyon nehéz, majdnem lehetetlen. Régen elhalt magzat jelenléte, peritonitis kifejezett tünetei tették nehezzé a diagnoszt.

Hogy milyen nehéz ilyenkor a diagnoszt felállítani, a külföldi szerzők hasonló véleményén kívül mutatja egy másik, évek előtt észlelt esetünk is. Ebben az esetben is a beteg súlyos állapotban, haldokolva került intézetünkbe. Felvétele alkalmával hatalmas tályog törte át a hasbőrét és itt magzati koponyacsontokat tapintottunk. Előbb alig lehetett a diagnoszt felállítani, mert különben a beteg mielőtt hozzánk került, nem vándorolt volna egyik klinikáról a másik klinikára, a nélkül, hogy megoperálták volna. Egy másik észlelt esetünkben hét hónapos extrauterin graviditásnál ka-

parást végzett egyik klinikus nőorvos. Harmadik esetünkben pedig a méh mögött fejlődött myomát dignostizálva, szülészeti klinikán ismételt (hatszor) Röntgenel kezeltek a méhen kívüli terhest myomájának gyógyítása céljából. Mindezeket az általunk sikerrel megoperált eseteket csak röviden érintem, mert hiszen két év előtt bőven volt alkalmam az Orvosegyesületben összes méhen kívüli terhességeinkről (152 operált eset kapcsán) beszámolni. Vitatott esetben a rendelkezésünkre álló anamnesticus adatokból, amelyeket az orvos kísérő leveléből és a betegtől megtudtunk, méhen kívüli terhességre gondolni nem lehetett. Abból az adatból, hogy a magzatvíz elfolyását napok előtt észlelték, továbbá, hogy harántfekvés miatt hosszabb idő óta megfigyelés alatt állott a terhes, akinek hőemelkedései is voltak inkább fertőzött szülésre, mintsem méhen kívüli terhességre engedtek következtetni. A kérdéses esetben peritonitis kifejezett tünetei mellett a méhet nem szondáztuk, mert a terhesség diagnosztizálásához ezen módszerre sohasem szorultunk. A terhesség diagnosztizálás céljából méhszondázást vagy Röntgen átvilágítást végezni peritonitis mellett mi nem szoktunk. Elmondtam az esetet részletesen, amint az szemünk előtt lefolyt, nem hallgatva el belőle semmit, azért, hogy világosan láthassák nőorvos kartársaim a helyzet nehézségeit. Az eset ritkása miatt természetes, hogy nemcsak a diagnózis, de a kezelés is nehéz volt. Bármely eljárással sem érthetünk volna célt, mert hisz a betegnek hasa megérkezésekor már puffadt tapintásra fájdalmas, kifejezett defense volt, tehát a peritonitis majdnem összes tünetei ki voltak fejlődve és így semmiesetre sem volt normalis „egyszerű harántfekvéssel” dolgunk, mint ahogy azt nekünk Haba dr. imputálja. A beteg által elmondott és orvosa által mellékelt kísérő levélből kiderült, hogy a magzatvíz napok előtt elfolyt. A magzat nem volt mozgatható a rég elfolyt magzatvíz miatt, fertőzött szülőnőnél pedig köztudomású, hogy kifejlődhet a peritonitis összes tüneteivel együtt.

Boncoláskor a jobb tubasarak el volt vékonyodva rajta, ronesolt szélű folytonossági hiány volt észlelhető. Ebből a leletből következtettünk nemcsak mi, hanem a kórboncnokok is jogosan és helyesen arra, hogy a tuba interstitialis részén fejlődött a méhen kívüli terhesség, a pete annak falát átrágva, nőtt bele a szabad hasüregbe.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Szappankezelésről tüdőgümőkórnál. *Thinius.*
(Mediz. Klinik. 1926, 38.)

Szerző az isapogen nevű szappankészítménnyel kísérletezett, mely vízben jól oldódik, továbbá 6% jód- és kámfort tartalmaz. Ő arra a véleményre jutott, hogy a szappankezelésnek gümős hashártyagyulladás esetében specifikus hatása is van. *Kusick* tüdőgümőkórra gyanús esetekben, bronchiolitiseknél lobularis pneumóniánál és mellhártyagyulladásoknál jó eredményeket látott az isapogentől. A hatást ő a jódnak tulajdonítja.

Szerző naponta egyszer vagy kétszer 2–3 kávéskanálnyi szappanmennyiséget dörzsöltet be, főleg a hilusok tájékára. Két év alatt több száz esetet kezelt hasonló módon, kedvező eredményekkel. Nem túlsúlyos folyamatoknál, amikor a szervezet még megtartotta reagálóképességét, a hurutos tünetek visszafejlődtek, a köhögési inger csökkent, az általános állapot javult. Szerző az isapogent Pondorf- és altubereulin-oltásokkal is kombinálta. Az így elért eredmények kétségtelenül felülmúlták a tisztán szappannal kezeltéket. Ajánlja, hogy tüdőgümőkórnál további kísérletezéseket végezzenek az isapogennel és az Ektebin-Morot altubereulin helyett vele kombinálják.

Zolnai dr.

Adat a haemolysises ikterus kérdéséhez. *Neuburger J.* (Medizin. Klinik. 1926, 38.)

Szerző egy esetét ismerteti, melynél tipusos haemolysises ikterus mellett a nyelvrész részleges atrophiaja fejlődött ki. Az elváltozás teljesen megfelelt a Hunter-féle glossitisnek, mely viszont *Seyderhelm* és *Hirschfeld* szerint csak anaemia perniciosában fordul elő. Szerző esetében a próbareggeli a perniciosás achyliaival szemben erős savtöbbletet mutatott. Ugyanekkor azonban 80% haemoglobin mellett 5,800.000 vörösvérsejt és mikrocytosis volt jelen. Szerzőnek hat más haemolysises ikterusos betege közül csak egynek volt hét a szabad sósav értéke, a többi achlorhydriás volt.

Szerzőéhez hasonló esetet, ahol haemolysises ikterus mellett a nyelven is találtak elváltozást, csak *Weber* és *Maas* közöltek. A vérképből azonban náluk nem lehetett olyan biztosan felállítani a körjelzést. Szerző a vészes vérszegénységben és a haemolysises ikterusban közösen előforduló tüneteket másodlagosaknak, a chronikus megbetegedés okozta működészavarnak tartja, melynek belső lefolyása meg nem figyelhető. A vészes vérszegénységben az inger specifikussága, illetőleg localisatiója miatt állandóan előfordul. *Zolnai dr.*

Heveny ízületi gyulladás erős napsütés következtében. *Löffler G.* (Mediz. Klinik. 1926, 38.)

Szerző egy esetről számol be, ahol egy 20 éves ifjú, mintán órákon át tartózkodott a júliusi napon, dermatitis solaris tünetei közt betegedett meg. Három nap múlva a jobb bokaizület erős fájdalomossága és duzzanata állott be, a nélkül, hogy anginának még csak maradványait is ki lehetett volna mutatni. A lázas lefolyáshoz még apró bőrvérzések is társultak. A betegség egy hét alatt lezajlott. Szerző a napfény okozta bőrgyulladásához csatlakozó ízületi gyulladást anaphylaxiás betegségnek fogja fel, ahol a bőrben olyan fehérjetermékek keletkeznek, melyek a szervezetre nézve fajidegenül hatnának. Emellett szólnának a bőrvérzések. A betegnél anaphylaxiás dispositio is feltételezhető, mivel anyjának asthmabronchiája volt.

Weintraud, *Pirquet* és *Friedberger* felveszik, hogy ízületi gyulladásoknál a bakteriumproteinek, illetőleg az azok által fajidegenné tett testfehérjék affinitással bírnak (arthrotopia) az ízületi synoviához és a lobosodás azok révén történne. Szerző megfigyelése a mellett bizonyítana hogy nem elégséges a heveny ízületi gyulladásnál kórokozókat keresni, mivel különböző agensek vezethetnek ízületi gyulladásához az által, hogy fehérjeszétést okoznak és ezek a toxikussá vált fehérjetermékek a vérpályába kerülnek. *Zolnai dr.*

A cholesterinaemiának alimentaris befolyásolásáról embernél. *A. L. Mjassnikow.* (Zeitschr. f. klin. Med. 103. köt.)

Égészséges embernél 2 g cholesterinnek a táplálékkal való egyszeri elfogyasztása csak néha és igen kisfokban eredményezi a vér cholesterintartalmának emelkedését. Huzamosabb cholesterinfogyasztás (2 g pro die) egészségesnél szintén nem okoz hypercholesterinaemiát. Májbetegknél az egyszeri cholesterinbevitel nem fokozta a cholesterin mennyiségét a vérben, míg négy napon keresztül tartó cholesterinadagolás után egyes diffus májmegbetegedéseknél a 4–5. napon hirtelenül fokozódott a cholesterintartalom. Nephrosisoknál már egyszeri cholesterinbevitel után is rendszeren jelentékenyen emelkedik a vér cholesterintartalma, míg atherosclerosisnál ez nem állandóan, de gyakran bekövetkezik. Tartós cholesterinadagolás úgy a nephrosisoknál, mint atherosclerosisnál a hypercholesterinaemia lassú fokozódását idézi elő. *Friesz dr.*

Adalék a polycythaemia rubra kortánához. *Schmidt.* (Wiener med. Klinik. 1926, 46. sz.)

Az újabb vizsgálatok azt bizonyították, hogy a polycythaemiának eredetileg *Vaquez* és *Gaisböck* által leírt azon alakjai között, ahol egyrészt lépmegnagyobbodás van vérnyomásemelkedés nélkül, másrészt hypertonia szerepel léptumor nélkül, fokozatos átmenetek vannak. és a különböző formákat kóroki szempont-

ból egymástól elválasztani nem lehet. Szerző egy genuin elsődleges polycythaemia esetét közli magas véryomással, 13,800.000 vörösvérsejttel, 100% haemoglobinnal és lépmegnagyobbodással. Röntgen-besugárzás után a vérszám 6,000.000-ig esett. Közben a beteg lázas bronchopneumoniát kapott és vörösvérsejtjei ismét 13 millióra emelkedtek. Lehetséges, hogy itt az infectio fejtett ki izgalmat a vérsejtképző rendszerre. Hasonló eseteket közül *Weintraud*, *Gutzeit* és *Gaisböck*. Újabb besugárzás után ismét lecsökkentek a vérsejtek 6 millióra, de a bronchopneumonia következtében a beteg meghalt. A boncolásnál feltűnő volt az, hogy a megvizsgált csontok legtöbb helyen zsírvelőt mutattak, holott polycythaemiánál sötétvörös, hyperplasiás szokott lenni a csontvelő. Szerző ezt a körülményt Röntgen-hatásnak tartja. Hasonló csontvelőleletet *Breuer* említ, de eseténél nem történt besugárzás. *Zolnai dr.*

Sebészet.

A gyomor- és duodenumfekély sebészi kezeléséről. *H. Börger.* (Archiv. f. Klin. Chir. 1926, 141. kötet, 3. füzet.)

A Börger által hat év alatt operált 373 gyomorfekélyesetről számol be. Sorra veszi a különböző műtéti módokat: az egyszerű gyomorbélegyesítést, ugyanezt pylorus kirekesztéssel, a haránt és ék alakú resectiót és Billroth I. és II. módszerét. Röviden közli valamennyi esetének statisztikai számadatait, amelyek a halálozásra és végleges gyógyulásra vonatkoznak. Tapasztalatai és eredményei alapján határozottan a kiterjedt resectió híve. *Czirer.*

A helyi és általános ostitis fibrosa kezeléséről. *Felix Mandl.* (Wiener Klin. Wochenschr. 1926, 37. sz.)

Kórisme felállításánál vigyázzunk, hogy a daganatoktól pontosan különítsük el. A helybeli ostitis fibrosa kezelése mindig sebészi legyen, amely álljon a cysta feltárása és kikaparásából s az üreg jodoform-glycerinnel való kitöltéséből. Ezáltal egyrészt mechanikai, másrészt chemiai inger következtében a cysta helyén mindig tömör csont képződik.

Az általános ostitis fibrosa kezelésébe véleménye szerint fontos szerepe van az epitheltestecskék megbetegedésének, amely szerinte nem csupán az epitheltestek megnagyobbodásából, hanem daganatos elváltozásából bekövetkező működési zavar eredménye. Ajánlja az epitheltestek felkeresését s amennyiben betegnek találjuk, eltávolítását. Kellő eredmény hiányában mellékpajzsmirigy adagolását javaslja. Több esetben meglepő eredményeket ért el. Azokban az esetekben, ahol az epitheltestek épeknek látszanak, sebészi beavatkozás nem jöhet szóba, minthogy minden egyes megbetegedett csontrészt külön ellátni csaknem lehetetlen. Ezekben az esetekben általános gyógykezelést ajánl, amely álljon phosphor és mész adagolásából, jó táplálkozás és jó levegőn való tartózkodás mellett. Ezenkívül lássuk el a beteget kellő támasztókeszülékekkel, amelyek megvédik a spontán törésektől és biztosítják a beteg mozgási lehetőségét, miáltal az izomsorvadásokat elkerülve, a gyógyulást lényegesen meggyorsíthatjuk. *Szacsavay.*

A csúszott sérvekről. *Jacobson.* (Arch. f. Klin. Chir. 1926, 141. köt., 2. füzet.)

A csúszott sérv lehet veleszületett és szerzett. Az előbbi létrejötténél a fejlődés folyamán leszálló herének van szerepe, mely magával vonja a megfelelő bélrészt a proc. vagin. peritoneibe. A szerzett csúszott sérv nem szorul ilyen bonyodalmas magyarázatra. Ezeknél a sérveknél az eleinte rendes nagyságú sérvtömlőbe mindinkább több és több bél, cseplesz tódul. A sérvtömlő a tágulást nem sokáig bírja, elvékonyodik, majd a becsúszott bélfal vagy cseplesz fokozatosan pótolja az eleinte elvékonyodott, majd végleg eltűnt tömlőfalat. A bonctani vizsgálatok kiderítették, hogy az esetek 40%-ában a vastagbél hátsó fala egybeolvad a fal hashártyával, vagyis az esetek 40%-ában meg van a lehetőség arra, hogy csuszamlásos sérv keletkezzék.

A jobboldali szuszamlásos sérvek falának képzésében résztvehet a féregnyúlvány, a vékonybél, sőt az adnaxák is. A baloldali csuszamlásos sérveket csak a vastagbélnek „colon iliacum”-ja képezheti. A csuszamlott sérvek műtét előtti kórisméje nagyon nehéz. Az ajánlott műtét eljárások közül a legegyszerűbb és legtermészetesebb a „repositio an block”. Ha ez nem sikerül, akkor *Morestin* szerint a sérvtömlőt felszabadítjuk, a rectus külső szélén hasmetszést végzünk és ezen keresztül húzzuk vissza az előesett beleket. A sérvtömlő hashártyáját az erek óvatos kerülésével egyesítjük és néhány varrattal a fossa iliachoz rögzítjük.

Demjanovich K.

A „Klebrobinde” használhatósága a gyógyításban. W. Strebel, Frankfurt a. M. (Münch. m. W. 1926, 46. sz.)

A Klebrobinde nem új szer, de szerző csodálkozik, hogy dacára bevált voltának, kevés helyen használják. A Klebrobinde rugalmas, likacsos és tapadó pólya. Rugalmassága következtében hozzásimul a testhez, a bőrt nem izgatja, a sebváladék számára átjárható, de sem hideg, sem meleg vízben nem lazul meg. Ezen tulajdonsága miatt a kötés levétele nélkül lehet fürdetni a beteget, légfürdőt, desinfienseket alkalmazni. A pólya maga is feltűnő gyógyító hatással van nyílt sebekre és csiramentes. Összetételét szerző nem közli. Ulcus crurishál, járókötésként alkalmazva, az igen gyorsan gyógyul. Első segélynyújtásnál is jó hasznát lehet venni. Vérző sebre néhány réteg steril gazét téve alája, igen jó szorító kötés. Az orthopaediában kiváló segédeszköz gyulladásos lúdtalp, a láb harántboltozatának süllyedése kezelésében. Meniscus sérüléseknél, ha a beteg nem egyezik bele a műtétbe, a pólya a térdnek ruganyos szilárd tartást ad, anélkül, hogy mozgásában korlátozná. Extensziós kötéseknél a Lange-klinika ajánlotta a Klebrobindet.

Rehák Pál dr.

Furunculosisok és kötőszöveti gyulladások conservatív kezeléséről. Th. Zechlin, Goslar. (Münch. med. W. 1926, 43. sz.)

Szerző a furunculosisokat több mint 4000 esetben ung. cinereummal kezelte és ezideig még nem észlelt rossz eredményeket. Ezen eljárást később meleg Burowos-borogatásokkal hatásosabbá sikerült tennie. A methodus lényege abban áll, hogy a gyulladásos gócot és környékét az ép területen kb. 4–5 cm körzetben 33 és 1/2%-os ung. cinereummal bekeni, az ilymódon bekent gyulladásos góc fölé meleg Burow-oldatos borogatásokat applicál és azokat gyakran váltogatja. Ha egyidejűleg lymphangitis is van jelen, úgy azt hasonlóan látja el. A legfeltűnőbb ilyenkor a góc fájdalomosságának csökkenése, amely 1–2 nap alatt teljesen megszűnik. Ezen kezeléssel nemcsak helybeli hyperaemiát érünk el, hanem a higanyionok ingere folytán a szervezet ellenállóképessége is lényegesen emelkedik. Nagyon jó eredményeket látott panaritiumoknál, benőtt körmöknél és mindennemű kötőszöveti gyulladásnál. A folyamat hamar lokalizálódik, a gyulladásos terület gyorsan beolvad és kiürül a tályog, majd a seb feltisztul és hamarosan egészséges granulációs szövet képződik. Számtalanszor alkalmazta az oly félelmetes arcfurunculosisok eseteiben is és mindenkor kedvező eredményeket látott. Stomatitist csak a legtrikább esetekben észlelt.

Schmidt Károly dr.

Acut furunculus és sulfur jodatum D 3. Heine-mann, Freiburg i. B. (Münch. med. W. 1926, 46. sz.)

Bier közleményén felbuzdulva, saját magán próbálta ki a sulfur jodatum D 3 nevű praeparatumot. Szerzőnek évek során több ízben volt egy-egy acut furunculusa. Ezek 10–14 nap alatt kezelés nélkül meggyógyultak. Az utolsó furunculushál az első jelenségek keletkezésétől számított második nap estéjén, mikor a duzzanat és pirosság forintnyi volt, egy tablettát vett be a fenti szerből, a következő napon pedig háromat. A folyamat kezdetétől számított negyedik napon a furunculus teljesen beszáradt.

Rehák Pál dr.

Urologia.

Néhány gyakrabban előforduló fertőzés bakteriotherapiája. A. Mauté. (La Presse Medicale 1926 dec. 8.)

Különböző fertőzések bakteriotherapiájáról számol be 20 éves tapasztalatai alapján. Az eljárást, noha hatásának magyarázata még bizonytalan, úgy heveny betegségeknek, ahol a klinikai képnek megfelelő bakteriumtörzseket használ fel a vaccina készítésére, mint az idült eseteknek, ahol az autovaccina a helyesebb, jó eredménnyel alkalmazta. *Staphylococcus*-fertőzéseknek érte el a legjobb eredményeket. Recidivák elkerülésére a befejezett kezelés után autovaccinát alkalmaz. A *streptococcus*-fertőzések közül a fekélyes endocarditis és gyermekágyi fertőzésnél, tehát az általános folyamatoknál, a hatás inkább káros. Helyhez kötött folyamatoknál a fertőző góc kezelése mellett jól beválik. A fogakból, nyból, tonsillákból, orrmelléküregekből, appendixből vagy prostatából kiinduló folyamatok helyi kezelésre is gyógyulnak, de ha a fertőzés már a szervezetet elárasztotta, a bakteriotherapia is szükséges. Ilyenkor a kezelést huzamosabb ideig, lehetőleg mindig friss bakteriumokból készült oldatokkal kell folytatni. A húgyutak *coli*-fertőzéseinek különbséget tesz az acut, subacut és idült folyamatok között. Heveny esetekben 60% gyógyulást ért el. Subacut esetekben a kezelés a lázas fellobbanásoknak elejét veszi és az általános állapot javulását idézi elő, azonban a coli a vizelethől csak 20–30%-ban tűnik el. Idült folyamatoknál, ahol helyi ok (kő) vagy lefolyásbeli akadály van, féken tartja a fertőzést és így a műtét beavatkozásánál kevésbé várható újabb fellobbanások. Kimutatható elváltozás nélküli folyamatoknál (pyelonephritis) a kezelés céltalan, mert 90%-ban a coli továbbra is megmarad a vizeletben; a bél eredetű lázas bakteriuriáknál beválik, mert a lázakat megszünteti. Terhességi vesemedencegyulladásoknál láztalanságot biztosít ugyan, de a colibakteriuria a terhesség végéig megmarad. Az epeutak fertőzéseinek főleg a műtét utáni láznakál lehet szó a coli-fertőzésről, ezeknél a bélből nyert coli-törzsekkel ért el sikereket. A *gonococcus*-fertőzéseknek a tenyésztés útján nyert oldatokkal a hatás nem kielégítő, hatásosabb a váladékból nyert oldat az egyidejű helyi kezelés mellett. A különböző, nem tisztá fertőzések kezelésénél (orr, garat, tüdő, méh) a megfelelő gyulladásos termék direct felhasználása a célravezető, mert a különböző csírok közül mindig bizonytalan az eredeti kórokozó és így a tenyésztés az egész képet elferdítheti. Beismeri azonban, hogy az ilyen készítményeknél a fajlagos hatásos kívül paraspecifikus tényezők is támogatják az eredményt.

Adler-Rác dr.

Medencebeli ektopiás herék mellékvese eredetű daganatai. Jungano. (Journ. d'Urol. 1926, XXII, 2.)

34 éves férfibetegnél észlelt fájdalmas és lassan növe kétoldali medencebeli daganatot, melyet hasmetszéssel távolított el. Mindkét here a borékból hiányzott. A 300, illetve 360 g-os daganat makroszkopos és górsóves vizsgálata csökevényes mellékheréket és a herék helyén mellékvesével azonos sárga színű és sejtelrendezésű daganatot mutatott, helyenként porcos göbökkel. A daganat tehát a herékbe tévedt mellékvesecsírokból indult ki.

Adler-Rác dr.

Gyermekeorvostan.

A pylorusspasmus műtét gyógykezeléséről való tapasztalatokról. H. Lauff. (Archiv f. Kinderheilk. 1926, 79. köt., 3. füz.)

1920–26. években kezelt 26 pylorusspasmus-esetükről számol be. Ezek közül 13 esetet belgyógyászati lag, 13 esetet műtéti lag kezelték. A 13 nem operált beteg közül 3 könnyű eset volt, 4 a Quest-féle számot csaknem, 3 egészen elérte és 3 azt túlhaladta. A 3 könnyű eset közül meggyógyult 3, a 10 nehéz eset közül gyógyult 3, meghalt 7. Így tehát a 13 interne kezelt beteg közül gyógyult 6, meghalt 7.

Az operált betegek közül hétnél a beavatkozás eredménytelen, hatnál eredményes volt. A műteti eredménytelenség oka öt esetben inanitio, egy esetben fonálgényedés következtében beállott gyomorperforatio s következményes genyes hashártyalob, egy esetben a cseplesz prolapsusa volt a halál oka. A rossz eredmények közül az első ötnél meglehetősen későn, hat héttel—négy hónappal a betegség kezdete után került műtetre a sor. A sikeres esetek mind korán kerültek (átlag két héten belül) észlelésre és 3—4 napi intern próbálkozás után már a műteti indicatio fel volt állítva. A műtétet hedonal-narkosisban végezték (műtét előtt 0.05 coffein prophylactikusan, egy órával a műtét előtt 0.75—1.0 g hedonal klysma útján). *Bókay Zoltán dr.*

Besugárzott cholesterin a rachitis terapiájában.
A. Hottinger. (Klin. Wochenschr. 1926, 44. sz.)

A rachitis meggyógyítható diaetikus úton és quarzfénybesugárzással. A látszólag távol álló gyógytényezők kapcsolatát Hess és Steenbock, később mások kísérletei adták meg, melyekből kitűnt, hogy a legkülönbözőbb táplálékok besugározva antirachitises sajátságot nyernek, valószínűleg a bennük foglalt cholesterinnek a fényhatásra történő átalakulása révén. A cholesterin antirachitises hatékonysága a besugárzás tartamával egy ideig nő, túlhoszú (4 órán túli) besugárzás után újra elvész. A sugarak hatása alatt a physikalis sajátságok egynémelyike (oldhatóság, digitoxinnal való kicsepaphatóság, stb.) változást szenved, a biológiai hatékonysággal csak a rövidhullámú sugarak iránti átteresztőképesség mutat párhuzamot, az aktivitással egyidejűleg nő, négy órán túl terjedő besugárzásra pedig, éppúgy, mint amaz, eltűnik. Vizes oldat hamar inaktiválódik, olajos hat hónap múlva is hatékony. Nem oldott cholesterin tartóssága a kettő között áll. Száraz meleg (200—210 C°, kenyérbesütés) nem árt az aktivált cholesterinnek. Szerző rachitises patkányoknál cholesterinnel teljes gyógyulást (chemiai [phosphor], mikroszkopos, makroszkopos, Röntgen) ért el. Súlyos rachitises gyermeknél — tejdiéta és fényhiány mellett — besugárzott tej és besugárzott cholesterin gyors gyógyulást eredményez, hatékonyságban mindjárt a közvetlen quarzfényezés után következnek. A cholesterinhatás fő-feltételei (a helyes activáláson kívül): 1. szárazon vagy olajban oldva adni (vizes oldatban hamar inaktiválódik), 2. kellő adagban — legalább napi 2 grammot — nyújtani. Ennél kevesebb teljesen hatástalan.

König Gyula dr.

A nem befolyása a fertőző betegségek lefolyásában észlelhető különbségekre. *S. Meyer.* (Klinische Wochenschrift 1926, 38. szám.)

Úgy a fertőző betegségekre való hajlam, mint a már kitört betegséggel szemben való ellenállás tekintetében a két nem között feltűnő különbségek állnak fenn, melyeket az örökléstan a chromosoma-elmélet alapján akként magyaráz, hogy a nő két chromosomája folytán, dominans, nemhez kötött öröklésmód mellett gyakrabban, recessiv öröklési mód esetén ellenben ritkábban kell hogy megbetegedjék, mint a csak egy chromosomával bíró férfiú. A neurotrop betegségek a hímnemnél, a dermatrop betegségek pedig nőknél fordulnak elő gyakrabban. Már a gyermekkorban is a súlyosabb lefolyású esetek nagyobb részét fiúknál észleljük s a fiúknak ezen súlyosabb megbetegedéseit úgy szólván mindegyik fertőző kórnál az idegrendszernek izgalmi tünetekben megnyilvánuló gyöngesége jellemzi. Ezen általános megállapítások után szerző a düseldorf-i gyermekklinika 20 évre visszamenőleg feldolgozott, ezekre menő anyagán részletes táblázatokra támaszkodva, biztos szám adatok alapján adja meg az egyes kórformáknál észlelhető különbségeket.

A vörheny nőknél gyakoribb, de a malignus, keringési gyöngeség, az idegcentrumok mérgezett volta által jellemzett kórképek, az uraemia vagy intoxicatio által okozott halálesetek, vesegyulladás, pyaemiás folyamatok (tonsilláris tályogok kivételével) tekintetében a fiúk arányszáma nagyobb.

Viszont kifejezetten a nőkre nézve jellemzők a synovitis, a thyreoiditis, a necrotisáló angina és a tonsillaris tályog. *Kanyaró*nál minden adat a fiúknak a már kitört betegséggel szemben való csekélyebb ellenállóképessége mellett szól. *Diphtheriá*nál, miként sok más betegségnél, azon szabály érvényesül, hogy gyermekeknél a fiúk, a felnőttek között pedig a nők betegszenek meg gyakrabban. A gége megbetegedése, a subjectiv légszomjon alapuló ijesztő tünetek a fiúkat jellemzik. A torokdiphtheria leányoknál gyakoribb, de a súlyos septikus-toxikus eseteknél, a szívhibéseknél a fiúk ismét nagyobb számokkal szerepelnek. *Dysenteriá*nál morbiditas tekintetében a fiúk, mortalitas tekintetében a nők vezetnek. Ugyanezt mutatja a Reichsgesundheitsamtnak a bélhuzam egyéb fertőzőes megbetegedéseire (typhus, cholera nostras) vonatkozó statisztikája. Mindamellett kiemelendő, hogy a legsúlyosabb toxikus dysenteriák, melyeket a nagyfokú elesettség, sápadtság és cyanosis, a kis szív, tüdőemphysema és a leküzdhetetlen keringési gyöngeség jellemeznek, fiúknál gyakrabban fordulnak elő. *Pertussis*ra vonatkozólag köz tudomású, hogy a leányok jobban disponáltak, a csecsemőknel és az egészen fiatal gyermekek között azonban a fiúk legalább is ugyanolyan számokkal szerepelnek, mint a leányok. A szövődeményekkel egybekötött súlyosabb esetek tekintetében is ők vezetnek. *Varicellá*nál feltűnőbb különbség nincs, legfeljebb az említendő meg, hogy fiúk inkább hajlamosak bőrtályogok képzésére, leányoknál gyakrabban vesz részt a folyamatban a száj nyálkahártyája. Ez megfelel a hímnemnek pyaemiás folyamatok, a nőknek anginák irányában való nagyobb hajlamának. Feltűnő, hogy felnőtt férfiaknál a varicella gyakran varioloisra emlékeztető súlyosabb tünetek között köszönt be. *A parotitis* kifejezetten a hímnem betegsége, az orchitissal aequivalens oophoritis aránytalanul ritkábban fordul elő.

Szirmai Frigyes dr.

Intracranialis vérzések kimutatása halott csecsemőkön boncolás nélkül. *Schoenholz.* (Klin. Wochenschr. 1926, 5. évf., 1775. old.)

A nyak mindkét oldalán kipraeparálja a vena jugularist és felmelegített fecskendővel egy melegítés-cseppfolyóssá tett vörös masszából (minium 60.0, aqua destillata 100.0, creta alba 20.0, gelatin 20.0) addig injiciál az egyik jugularisba, amíg az a másikban megjelenik. Ekkor elköti a jugularist az injectio helye felett, hogy a minium visszafolyását meggátolja és a koponyáról Röntgen-felvételt készít. Ily módon sikerül nemcsak a vérzés fajtát (vérzés az agyburkokba, agygyomrocokba vagy agyállományba), hanem annak helyét is megállapítani.

Lenart György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Urologie und ihre Grenzgebiete. V. Blum, A. Glingar und Th. Hryntschar. Dargestellt für praktische Aerzte. Mit 59 zum Theil farbigen Abbildungen. Wien. Verlag von Julius Springer, 1926. 318 oldal.

Szerzők elhunyt kiváló bécsi mesterek: *Ultzmann, Dittel, Englisch, Frisch, Zuckerhandl* klinikai tanításait foglalják össze ezen könyv keretében, megtoldva azokat saját évtizedes tapasztalataikkal, olyan formában, hogy a gyakorlóorvos könnyen megtalálja mindazt, ami neki az életben fontos és szükséges.

Az általános részben tárgyalják a vérvezetést, zavaros vizelet különböző formáit, vizeletretentiót, kiürítési zavarokat, az asepsist és antisepsist, az érzéstelelítést és a katheterismust, majd az egyes szervek szerint végzendő vizsgálati módszereket.

A részletes részben előbb anatómiai ismertetést nyújtanak a vese, hólyag, húgycső és prostatára vonatkozólag, majd részletesen tárgyalják az egyes vesemegbetegedéseket; külön fejezeteket szentelnek a hólyag, férfi-húgycső, női húgycső, férfi-ivarszervek s a férfiméti-funkciózavarok egyes kórformáinak. Véül függelékként ismertetik az urologia szerepét a belgyógyászati vesemegbetegedések kórisméje és gyógykezelése szempontjából, továbbá a gyermekkor urologiai meg-

betegedéseket, az urologia szerepét a női bajokban és az urológiai Röntgen-diagnosztikát.

A könyv az egyes kórformákat röviden, telegraph-stylusban tárgyalja, kerülve benne minden elméletet s tisztán csak a gyakorlat szempontjából fontos adatokat ismerteti, a függelékben pedig igyekszik a rokon-szakmáktól élesen elhatárolva bebizonyítani azt a ma már kétségtelenül elismert tényt, hogy a klinikai urologia teljesen önálló tudományszak.

A szépen kiállított könyvet gyakorlóorvosok — kik urológiával is foglalkoznak — haszonnal forgathatják.

Illyés Géza.

Feer: Lehrbuch der Kinderkrankheiten 9. kiadása most jelent meg *Gustav Fischer* (Jena) kiadásában. A jeles tankönyv első kiadását 1911-ben üdvözlöttük örömmel. A mű már akkor is tökéletesen beváltotta a jeles szerkesztőjének az előszóban kitűzött célját, használhatóságát és jóságát mi sem bizonyítja jobban, hogy 15 év alatt már a kilencedik kiadásnál tart. Minden kiadása jobbá és tökéletesebbé, de bővebbé is vált és az illusztris munkatársak koszorúja egyik-másiknak kiesésével sem gyengült, mert a kiesettek helyét szerencsés kézzel töltötte be új erővel *Feer*. Az új kiadásban a légzési szervek betegségei és a gümőkór fejezetét *Pirquet* *Lietschel* vette át, úgyhogy ezen részletek teljesen újaknak mondhatók. A légzőszervek betegségei fejezetében, amelyek igen érthetően s magvasan tárgyalatnak, csak a stridor congenitusnál a kóroktan tárgyalásánál volna kíváncsi, ha az epiglottitis elváltozásait kissé bővebben említene meg annak a szerzőnek nevével (*Thomson*), ki azt bonctani praeparatum útján annak idején bebizonyította, mert a mostani tárgyalás mellett ez az elváltozás a thymushypertrophia, stb. mellett csaknem a háttérbeszorulónak látszik. Egészen egyetértünk különben a többi fejezeteknél szerzőnek nézetével. *A Noeggerath, Ibrahim, Pfaunder, Finkelstein, L. F. Meyer, Bessau és Moro* fejezetei kitűnő tólal, bő tapasztalatokkal, s ami talán még fontosabb ennél, a könyv szellemében is harmonikusan úgy illeszkednek egymáshoz, hogy a könyvnek az egysége tökéletesnek mondható s *Feer*nek, a nagy praxisú s a nagy anyagon hosszú idő óta tapasztaló klinikusnak a szív-bajok s a fertőző betegségekről írt fejezeteihez tökéletesen illeszkednek. Új a könyvnek utolsó nyolc oldalán összeállított gyógyszeradagok jegyzéke, mely szintén *Feer* műve. Ez utóbbi is a jeles mű használhatóságát van hivatva fokozni. Az egész munka terjedelme 794 oldal, 260 körüli kép és 26 szép színes ábra teszi tanulságossá a szöveget.

Bókay Zoltán dr.

Der Arzt und seine Sendung. Gedanken eines Ketzers von Erwin Liek. Danzig. (J. F. Lehman's Verlag, München.) 140 lap, II. kiadás. Ára fűzve 4, kötve 5 márká.

Mi sem bizonyítja jobban ezen elevenen és szellemesen megírt könyv aktualitását, mint az, hogy néhány hónap alatt egy második kiadás vált szükségessé. És ha a könyv olvasásába merülünk, rögtön tisztában vagyunk ezen a mai sivár viszonyok közt igazán számottevő és feltűnést keltő siker okával. A könyv minden sora a szó szoros értelmében „lelkünkéből beszél”. Amit fiatalabb és idősebb kollégák évek és évtizedek óta bizalmas együttlétben — in camera caritatis — unostaltan megtárgyalnak, az kaleidoskopszerű vonzó beállításban újból elvonul lelki szemünk előtt: az egyetemi évek derűs világa, a szigorlatok komoly, gondterhes időszaka, a praxis első kétélyei, orvosi tudásunk elégtelensége, a betegpénztárak visszaélései, a végletekig kihasznált pénztári orvos sanyarú helyzete és ezzel kapcsolatban a pénztári tag felületes és hiányos orvosi ellátása. Az orvos és beteg közti olyan sokszor tárgyalt viszonyról szinte lehetetlenek tartottuk, hogy még újat lehetne mondani; pedig a szerző ezt is megteszi, és pedig olyan érdekfeszítő módon, hogy a könyvet nem tudjuk letenni, amíg egyfolytában el nem olvastuk. Kemény, de igaz szavakkal ostromozza a klinikákon dívó irodalmi működést, amelynek semmi más célja nincs, mint a docentúra révébe való bevezetés. Az orvosok előképzettségével is foglalkozik és visszasírja azokat a régi jó időket, midőn minden medikusnak legalább egy philosophiai collegiumot kellett hallgatnia, s midőn a napi munkában elfáradt kollégák este Kant és Schopenhauer műveiben találtak enyhülést, vagy Horatiust és Homeroszt forgatták. Nagyon melegen ajánljuk olvasóinknak a kis könyvecskét. Okulást, üdülést és lelki megnyugvást fognak benne találni.

Vajda Károly dr.

A Kir. Orvosegyesület dec. 18-i közgyűlése.

Báró Korányi Sándor elnöki megnyitója: Tisztelt Orvosegyesület! Egyesületünk régi szokásához híven, elnöki megnyitóbeszédem kellene közgyűlésünknek kezdődnie, beszédem, amelyben az elnök egyesületünk céljaival összefüggő gondolatait fejti ki. De tegnap temetjük *Tóth Lajost*. Ma másról, mint *Tóth Lajosról* beszélni nem tudok.

A tudományos kultúra vezetésének többféle vezér között kell megoszlania, akiknek hivatása természetük, képességeik és azon állás szerint különbözik, amelyet betöltenek. Vezér a tanításnak mestere, aki tanítványait a tudomány igazságaira, eszközeinek gyakorlati alkalmazására tanítja meg. Vezér a kutató tudós, aki tanítványaiba, munkatársaiba a kutatás szellemét oltja be, akinek eredményes kutatása a tudományt gazdagabbá teszi, gyarapítja a megbecsülést, amelyben iskolája, hazája e révén részesül. Vezér, aki, mint a gyakorlati alkalmazás mestere, a tudomány jótéteményeiben az emberek tömegeit részesíti és ezzel jót tesz, példát ad és a tudománynak széles körben szerez megbecsülést. Vezér a férfiú, aki a nagy nyilvánosság előtt fejti ki propagandát, a tudomány érdekében megteremtí azt a közszellemet, amely nélkül erőteljes fejlődésre képes tudományos élet elképzelhetetlen, és vezér, aki csendes, tervszerű munkában, soha nem lankadó alkotó erővel építi, berendezzi és szervezi a tudománynak befejezéséhez soha el nem érő otthonát, amelynek a tudomány növekedésével kell nőnie, alkalmazkodva változó szükségleteihez, tagozódva a tudomány tagozódása szerint. Mert a tudomány otthona nem élettelen köépület, hanem élő organismus, amelynek élete a tudományával összeforr, vele változik, amely, ha mögötte elmarad, a tudomány kerékkötője.

A tanító, a kutató tudós, a közvélemény megnyerője, a tudomány otthonának építőmestere egytől-egyig nélkülözhetetlenek. Az idők, a körülmények változásával hol egyiküknek, hol másikuknak kell előtérbe állania, hogy közös munkájuk célját elérje. Magyarországon a múlt század utolsó negyedéig a kor színvonalának megfelelő életet a tudomány nem élhetett. Művelői iskoláikkal mindent nélkülöztek, ami nélkülözhetetlen. Ebben az állapotban az országnak elsősorban olyan vezető egyéniségekre volt szüksége, akik intézmények létesítésére képesek. Minket, orvosokat a sors *Markusovszky Lajos*-sal ajándékozott meg. Szívós, hosszú előkészítés után fedél alá kerültek első, akkor új intézeteink, klinikáink, megnyílt Kolozsvárott második egyetemünk. De szerény, nagyon szerény volt a kezdet, és *Markusovszky Lajos* folytatását már nem érthette meg. Ki tudja, hol tartanánk, ha nem lép örökébe *Tóth Lajos*! Munkája nagyságának, sikerének hirdetői a budapesti fakultásunk külső klinikai telepe, műgyetemünk, közgazdasági egyetemünk, az elrabolt Kolozsvár, az elrabolt Pozsony, Debrecen, Pécs, Szeged. Ki az a magyar orvos, aki ehhez hasonló sikerrel dicsekedhetik?

Élete óriási eredményeinek titka egyszerű, mint ahogy a szó nemes értelmében egyszerű, könnyen megérthető volt ő maga. Minden ízében, érzésében, gondolatában magyar volt. Magyar volt energiájának törhetlenségében, törhetetlen hitében, a magyar jövőben. Magyar volt abban, hogy a bánat lelkében nem a csüggedés, de kemény elhatározások forrása volt. Nyílt volt. Nyílt lehetett, mert aki jót akar, annak nincs mit elrejtteni. Atlátszó szándéka, gondolata mögött soha nem rejtőzött hátsó gondolat. Azért volt oly könnyű vele szemben munkatársainak helyzete még akkor is, ha nézetüket nem fogadta el. Igazságérzete nem ismert barátságot, ellenfelet. Erős meggyőződés diktálta tetteit. Elhatározásában nehéz volt megingatni őt, de hogy jó argumentumoknak képes volt magát megadni, azt bebizonyította akkor, amikor *Grösz Emil* meggyőzte őt, hogy a régi fűvészkertben tervezett állami kórház felépítésénél fontosabb feladat új klinikák építése. Tervét elejtve, elejtetve, a külső klinikai telep létesülésének híve lett.

Jól tudta azt, hogy nagy egyetem magas színvonalának előfeltételei, hogy kis egyetemek legyenek szellemi erőforrásai. Jól tudta, hogy igazi, folytonos tudományos élethez több szellemi központ közös munkája, versenye, egymásra gyakorolt termékenyítő hatása kell. Jól tudta, hogy a kezdet nehézségei, hiányai elkerülhetetlenek, bármikor határozza el magát a kezdetre az ország, és várakozással, a tőlük való aggodalmaskodással nyerni nem, csak veszíteni lehet. E meg-

győződéséből fakadt energiája. Nagy szüksége volt rá. Micsoda küzdelmeket kellett megvívnia ahhoz, hogy Kolozsvár és Pozsony elvesztése után a rombadőlt Magyarországon új egyetemnek épüljenek! Nemcsak a csüggedéssel, nemcsak a szegénységgel kellett megküzdenie. Sokszor abból a táborból indult ki az ellenállás, amelytől igazság szerint támogatást kellett volna várnia. Ha mégis megvannak vidéki orvosi fakultásaink, az elsősorban *Tóth Lajos*nak érdeme. Nemcsak abban van érdeme, hogy állanak, vagy nemsokára tető alá kerülnek. De érdeme, hogy berendezésüket, felszerelésüket az ő támogatásával a tudomány szükségleteinek, szellemének megfelelő módon irányíthatták azok a tanárok, akik munkatársai lehettek. Ehhez orvosnak kellett lennie, az kellett, hogy velük érezzen, megértse őket.

Fiatal korában vált meg az egyetemtől, hogy hivatalt foglalja el. De ez nála nem jelentette azt, hogy az orvosi tudománytól elszakad. Folytonos, benső érintkezésben maradt művelőivel. Evtizedek hosszú során át ott ült szombatoként üléstermünk első széksorában. Réges-régen nem hallottuk itt szavát. Ő csendesen dolgozott helyén. A munka, amely agyában folyt, mikor itt hallgatott, nagyobb, sokkal fontosabb volt, mint sokaké, akik beszéltek. Szombatoként ide tért vissza az orvosi tudományhoz, hogy hivatalában szellemével összhangban maradva dolgozhassék tovább. Itt ismerte meg az orvosi tudomány magyar művelőit, hogy súlyuk, értékük szerint ítélhesse meg őket. Szombati üléseinkben gyűlik össze a magyar orvostudományi kutatás, tapasztalat eredményeinek legjáva. Hívebb összefoglaló képet a felől, mit produkálunk mi e teremben, nem alkothat magának másutt senki sem. De az itt folyó előadásokban, discussiókban nemcsak eredményeiben nyilatkozik meg tudományos életünk. Itt ismerhetők meg legjobban a dolgozó emberek. Aki vezérszerepre hivatott, hivatottsága tudatában vezérszerepet akar betölteni, annak ide kell járnia, hogy személyes kérdésekben megbízható ítéletet alkothasson magának. *Tóth Lajos* hallgatott, ítélte elfogulatlanul, igazságosan és ítéletében ritkán csatlakozott. Jelenléte által, annak értékesítése által, amit itt tapasztalt, Egyesületünk nagy jelentőségű tényezőjévé vált azoknak az elhatározásoknak, amelyeknek közoktatásügyi minisztériumunkban kellett megérlelődniök.

Alig néhány hete annak, hogy az Országos Közegészségügyi Tanács üléséből hazakísértem *Tóth Lajos*t. A kapuban elválva tőle, nem sejtettem azt, mi vár rá, mire szobájába ér. Cardialis asthmaroham lepte meg. Nem volt az első. Elhívatta barátját és orvosát, *Bálint Rezsőt*. Mire megérkezett, cyanotikusán, véreset köpve, levegő után kapkodva találta. Ott ült íróasztala előtt, és teljes tudatában annak, hogy dyspnoéja tüdőoedema kezdetét jelenti, aktíva foglalkozott. Ez volt *Tóth Lajos*. Másnap a köteleesség ismét helyén találta őt. Ez évi munkájának végére ért. Azt hitte, azt hittük, hogy csak ez évi 15-én Balatonfűredre készült pihenni. A sors másképp határozott. Utolsó cardialis asthmarohama 14-én délután érte őt. Azután elment közülünk, elment pihenni, örökre.

Tisztelt Orvosegyesület! Üléstermünk képe megváltozott és többé nem lesz a régi. Megszokott helyén nem ül többé *Tóth Lajos*. De magyar ifjú, aki orvosi pályára készül, magyar orvostanár, aki tanít, magyar orvostudós, aki problémáinak megoldásával foglalkozik, munkahelyének minden zugában az ő szellemével, emlékével találkozik, eszközökkel dolgozik, amelyeket *Tóth Lajos* szerzett neki.

Mi pedig az ő szellemében akkor cselekszünk, ha aggodalmunkat a fölött, hogy ki, hogyan fogja üresen maradt helyét betölteni gondunkat, gyászunkat magunkba fojtva, tovább dolgozunk.

Szörnyűek veszteségeink. Egymásután hagytak itt *Dieballa*, *Krompecher*, *Liebermann*, *Müller*, *Terray*, *Tóth Lajos* és mikor *Tóth Lajos*t temetjük, ér *Benedict Henrik* tragikus végének híre. Ennyi veszteség után erőnk nagy megfeszítésére van szükség, hogy munkában, értékben a régiak maradjunk.

Közgyűlésünket ezennel megnyitva, arra kérem Önöket, hogy felállva annak első tényeként, az elhunytak emlékének egy néma pillanatot szenteljünk.

Lehoczky-Semmelweis Kálmán főtitkár jelentésében elsősorban elődjének, *Johan Bélának* érdemeit méltatja. Az Orvosegyesület épületének tatarozása 212 millió koronába került. 1689 rendes tag közül 669 tagdíjhátralékban van. Az 1927. évre a tagdíjak a mostanihoz hasonlóan állapították meg. *Vass József* népjóléti mi-

niszter úr Öccellenciája az Egyesület könyvtára számára 20 millió koronát utalt ki. A Balassa díjalappal az igazgatótanács *Schaffer Károly dr.* Az elmebetegségek és kapcsolatos idegbetegségek kórtana című munkáját tüntette ki. A *Szenger Ede* jutalomdíjat *Kubányi Endre dr.* és *Jakob Mihály dr.* „Szövetátültetési és kórszövet-tani adatok a transplantatio biológiájának tanulmányozásához” című munkája nyerte el. A *Tauszk Ferenc dr.* jutalomdíjjal *Bálint Rezsőnek* „Vizsgálatok a gyomorfekély pathogenesisééről” című az 1925/26. évadban tartott előadását tüntette ki. Ezután a gyűlés a felvételre ajánlott tagokat elfogadja és a gyűlés véget ér.

December 18-i ülés.

Bemutatás:

Borszék Károly: *Elmeszesedett méhdaganat okozta cseplecszcsavarodás operált esete.* A 60 éves nagyon kachexiás nőnek a hasa colossálisan meg volt nagyobbodva; a nagyfokú folyadékön kívül egy-két emberfejnyi kemény, oldalirányban szabadon elmozdítható daganatot talált. Tekintettel a súlyos kachexiára, nagy ascitesre malignus cseplecsz, petefészek vagy méhdaganatra kellett gondolni. A november 22-én végzett műtétnél 14 liter kissé vörhenyes folyadék ürül a hasból, a két emberfejnyi porckemény daganatot a nagy cseplecsz legyezőszerűleg borítja és közvetlenül felette, háromszoros teljes csavarodást mutat; edényei ujjnyira tágtáltak. A cseplecsz lekötevése után sikerül a daganatot a hasüregeken kívül húzni. A daganat egy alig három harántujjnyi vaskos köteg útján a kivongált méhvel van összefüggésben; ennek keresztülmetszése után a méhsebet szabály szerint ellátja. Elsődleges sebgyógyulás után a beteg távozik.

Baló József: A *Borszék* professzor úr által operált daganat vizsgálatát végezte. A supravaginalisan amputált tyúktojásnyi méhvel, kocsánnyal két emberfejnyi és 10 kg súlyú daganat függött össze. Kisebb fibromyoma-gócok az uterusban és rajta kívül. A nagy méhdaganat elmeszesedett subserosus, fibromyomának felel meg. A cseplecsz megcsavarodása következtében annak erei kitágtáltak, s ezáltal csirkebélyszerű képletek keletkeztek.

Tóth István: A méhfibromyoma gyógyításának kérdése ma is foglalkoztatja a nőorvosokat; a sugaras kezeléssel szemben nagyon fontos annak megállapítása, hogy a természetes klimax beálltával, vagy a sugaras castratióval nem szűnt meg a myoma veszélye: újabb vérzés (submucosus góce esetén), cystikus, sarkomás degeneratio, nekrosis, elevesedés, kocsánytorsio fenyegetheti a myomás nő életét. Minderről a magyar nőorvosok jövő évi nagygyűlésén kívánja tapasztalatait elmondani, miután a gyűlés főtárgya a myoma-kérdés. A mai bemutatás is egy kiáltó adat előbbi szavainak igazolására.

Vigyázó Gyula: Kérdést intéz a bemutató úrhoz, vajjon a csavarodás nyomai azon a kocsányon is ki voltak-e mutathatók, melyek a tumort az uterusra köttették össze, mert amennyiben a kocsányon torsio nyomai nem voltak láthatók, kérdéses, hogy a háromszoros cseplecsztorsiót a daganat torsiója okozta-e, vagy redig a cseplecsz torsiója volt a primaer s a torsió cseplecsz secundaer módon nőtt a tumorhoz.

Borszék Károly zárszava: A cseplecsz a daganatot minden oldalról teljesen beborította és közvetlenül a daganat felső polusa felett háromszorosan meg volt csavarodva. A daganatnak a méhvel összefüggő részén csavarodást a műtétnél konstatálni nem lehetett.

Előadás:

Dalmady Zoltán: *Megjegyzések az izületi betegségek fizikai kezeléséhez.* Az idült izületi betegségek fizikai gyógyításában az első cél a szervezet formatív tevékenységét megindítani. Ezt a célt a mechanotherapia, a masszáz és gymnastika szolgálja. Egyéb fizikai beavatkozásaink csak mint előkészítő (pl. fájdalomcsökkentő) vagy mint a mechanotherapiát beavatkozás reakcióit támogató és erősítő beavatkozások jönnek szóba. A thermotherapiás beavatkozások hatásuk sokoldalúságánál fogva kiterjedt alkalmazást érdemelnek, de az egyes kezelésmódok közötti különbségeket föl lehet és föl kell használni.

Bizonyos általános procedurák, sensibilizálás, activálás útján hatnak, így a felhevítő beavatkozások, a thermalfürdők, a radioactiv anyagok és a heves reakciókat kiváltó fénykezelés.

Deformáló folyamatok kezelésében az izület kímélése és tehermentesítése a legfontosabb.

Benezur Gyula: Az izületek kezelésében nemcsak az izzadmány felszívódásáról, hanem komplikált élet-tani folyamatok lefolyásáról van szó. Fontosnak tartja az izülethez tartozó izmok erősítését.

Dalmady Zoltán (zárszó): *Benczurral* szemben hangsúlyozza a mozgás fokozott tenust csökkentő hatását. Atrophia ellen csak a gymnastika értékes.

A Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának december 13-i ülése.

Büchler Pál: *A toxikus aminok kérdéséhez.* Vizeletet U:2—R:1 arányban 5%-os ezüstnitrát-oldattal főzve, normalis esetekben fehér, kórosakban feketén színezett csapadékot nyerünk. E fekete csapadék *Buscaino* szerint pathológiás aminokra és különösen a histaminra volna jellemző. A reakciót primaer és secundaer aminok adnák tehát, míg a tertiaer és quaternaer aminok a reactio positivitására befolyással nem volnának. Az úgynevezett fekete reakciót legnagyobb százalékban dementia praecoxban, amentia-ban, involutiós psychosisokban, extrapyramidalis zavarok esetén találta *Buscaino* pozitívnak. Ezek alapján *Buscaino* az olyan idegrendszeri megbetegedésekben, melyekben fekete reactio található, az idegrendszernek toxikus aminok által előidézett intoxicációját tételezi fel és az aminoknak pathogenetikus jelentőséget tulajdonít. Előadó 300 férfibeteget vizsgálva, azt találta, hogy egyes kórfarmákban a betegek testi állapotának javulással a positiv reactio eltűnhetik, annak ellenére, hogy a psychés betegség változatlanul tovább is fennáll. Az ok tehát abban keresendő, hogy a testi leromlás megszűntével az anyagesere javul és intermediaer bomlási termékek nem jutnak felszívódásra. Fontos tehát az anyagesere actualis állapota. Schizophreniában csak 14%-os positivitást talált, míg paralysissben 22, keringési zavarok esetén 67, lázas és intoxicációs deliriumokban 62,5, alkoholismusban 42%-ban talált positiv reactiókat. *Buscaino*val szemben functionalis és organikus idegbajokban is talált fekete reactiót. A positiv reactiót adó esetekben túlnyomó százalékban leromlás, inanitio, lázas betegségek, intoxicatio, súlyosabb természetű gastro-intestinalis zavarok, a vese- és májműködés zavarai, pyoderma, pleuritis, pneumonia, tuberculosis, decubitus által okozott sepsis, malariás kachexia, diabetes, nephritis voltak kimutathatók, mely állapotok psychés megbetegedés nélkül is positiv reactiókkal járnak. Mindezek alapján előadó arra a következtetésre jut, hogy a *Buscaino*-reactio nem specifikus és a tetszetős theoria a gyakorlatban helyét nem állja meg.

Miskolczy Dezső: *Miért kereszteződnek az idegrendszer központi pályái? Wundt, Flechsig, Cajal, Spitzer, Rádl* kísérletei nem magyarázzák meg teljesen a központi idegrendszer felépítési szerkezetének azt az alapvető tényét, hogy a kétoldali symmetriás agyvelőnek egyes részei a túloldali commissurás és decussatiós rostrendszerek közvetítése révén összeköttetésben állanak. *Jacobsohn-Lask* az első, ki felismerte, hogy a kérdés csak a törzsfejlődés figyelembevételével oldható meg, s hogy az állati szervezetnek bilaterális organizációja, kétoldali symmetriája az a postulat, mely a kétoldali és kereszteződő beidegzést vonja maga után. A túlsó oldalra áttérő idegrostok csak a kétoldali symmetria elvén felépített állapotok idegrendszerében fordulnak elő. Több tengely, illetve radius szerint symmetriás állapotok idegrendszerében ilyen kereszteződések nincsenek. *Jacobsohn-Lask* megelégszik az összefüggésnek egyszerű megállapításával és a funktiók szempontjából való mérlegelést tudatosan mellőzi. Pedig a működési elvnek a szervek kialakulásának phylogenetikájában bátran helyet adhatunk, ha arra a kérdésre akarunk felelni, hogy a bilaterális symmetriának mi az oka?

Ha azt keressük, hogy mely rendszerek fordulnak még elő kétoldali elrendeződésben, elsősorban az izom- és testvázszerkezeti teljes bilateralitása tűnik szembe. A két rendszer hasonlóságának végső oka a táplálék-szerzéssel járó helyzetváltoztatásban keresendő. Helyhez kötött állatfajok felépítése vagy szabálytalan vagy csillagszerűen sugaras s ennek megfelelően idegrendszerük is koszorúalakban egymás mellé kapcsolt csíkokból áll. Vannak sugarasan symmetriás állatok is, melyek helyzetüket változtatják, mozgási lehetőségeikben azonban ezek korlátozottak s ha több dimensionális

mozgásokat végeznek is, ez csupán jobbra-balra való kitérésben nyilvánul. A legprimitívabb tovahaladási mód a hydromedusáé, mely harangalakú testéből a vizet rithmikus szorítja ki s a kilövelt vízszaggárral ellentétes irányban mozog tovább. Ilyen berendezés mellett a táplálék célirányos felkeresése, akadályok leküzdése, üldözők elől való menekülés nem lehetséges. Hogy erre mód legyen, ahhoz az szükséges, hogy a test zsákszerűen megnyúljon, a szervek kétoldaltól osztassanak el, mert evező, csapkodó, fúró, hullámozó, küszó, stb. mozgások segítségével való előrehaladás a tér meghatározott irányában, valamint a kitérés és irányváltoztatás mechanikailag másképpen, mint bilaterális symmetria mellett el sem képzelhető. Az a tény, hogy azonos irányból jelentkező ingerek egyszer azonos, másszor ellentétes irányú helyzetváltoztatást válthatnak ki, csakis alternáló, helyesebben egyidejűleg azonos és túloldali beidegzés mellett lehetséges. Az evolutio szempontjából tekintve tehát, a bilaterális organizált szervezetek idegpályái kereszteződnek, ami a helyzetváltoztatással járó mechanikai szükségesség következménye.

Közkórházi Orvostársulat dec. 15-i ülése.

Bemutatók:

1. **Levius Lajos:** *Tubalipoma.* F. K.-né 42 éves földműves nejét férfikölnyi myomás uterus miatt operálták meg *Szili* főorvos osztályán. A laparotomia kapcsán kitért, hogy a myomás uterus mellett a jobb tubát egy közel ökölnyi sárgás tumor veszi körül. Az uterus supravaginalisan amputálták, a baloldali ép ovarium bennhagyásával. A beteg egészségesen hagyta el a kórházat. Szövettanilag az uterus myoma mellett a tubát körülvevő tumor tiszta zsírszövetnek bizonyult. Az irodalomban csupán három hasonló eset található. A bemutatott a közötti esetek közül a legnagyobb.

2. **Erdély Gyula:** *Elsődleges alsó ajaksarkoma.* 23 éves földműves. Az 1923 januári szellős hidegek egy sagittális fissurát hagytak hátra az alsó ajak közepén. Ez év tavaszán a repedési helyen egy fájdalmatlan vérzékeny, minduntalan kisebbedő terime jelentkezett, mely májusban antiluetikus kúra és helyi kezelés dacára hirtelen növekedésnek indult. Excisio után feltűnő gyors recidiva. *Winternitz* osztályán jelentkezik a következő statussal: Az alsó ajak ötkoronányi részletét egy elmosódott határu, kemény, infiltrált szélű, az ajak nivóját alig 2—3 cm-nyire túlhaladó, inkább peripherikus növesi tendenciát mutató, az összes rétegeket beszűrő, nem fájdalmas, feltűnően vérzékeny képlet foglalja el, mely az áthajlási redőnél kezdődik s kívül a sulcus mentálisig ér. Belül az ép metszőfogak vonalában állérnyi, csipkés szélű ulceratio látható, melynek tölsérszerűen szűkült, eves lepedékkel tarkított alapja kissé áttört, e miatt a bőr és nyálkahártya határára lévő babnyi, háromszög alakú, gyógyhajlammal nem bíró anyaghiányon keresztül állandó nyálesurgás áll fenn. A jobb állszöglet alatt mogorónyi, szabadon mozgatható, porckemény indolens mirigy tapintható. A próba excindatum alapján (*Baló*) a bántalom orsósejtes sarkoma.

Előadások:

1. **Torday Árpád:** *A Basedow-kórrol.* A pajzsmirigy functionalis megbetegedése a legnagyobb jelentőségű, amely mellett a többi belsősecretiós mirigyé inkább csak másodlagos. A túlbő és fokozott váladék a vegetatív idegrendszert sensibilizálja; a szervezetben képződött anyag viszont a hyperaemiás és hyperplasiás mirigy működésére serkentőleg hat. Pajzsmirigy és vegetatív idegrendszer szoros viszonyban van egymással. A gyógyítás feladata a pajzsmirigynek a szervezetre gyakorolt káros hatása és viszont a szervezetben képződő anyagoknak a pajzsmirigy fokozó tevékenységre bíró képessége által bezárt kört megszakítani. A pajzsmirigy műtete után beálló javulások és gyógyulások mutatják, hogy a pajzsmirigy áll a megbetegedés középpontjában. Pajzsmirigy és idegrendszer nélkül nincs Basedow. A therapiában a pajzsmirigy működésének csökkentésére kell törekedni, azonban tekintettel kell lenni a vegetatív idegrendszer constitutionalis túlérzékenységére is. A Röntgen-therapia a mirigy állományának kisebbítése által a váladék mennyiségének csökkentésére törekszik. A jódtételű fegyver; sok esetben kedvezően hat, máskor ellenben activálhatja a pajzsmirigy működését s a beteg állapotot rosszabbodhat. Ezért csak kórházakban és állandó felügyelet mellett

szabad alkalmazni. Nincs még eléggé kipróbálva az ergotaminnal való kezelés, amely nem a pajzsmirigyre hat, hanem a vegetatív idegrendszernek mindkét végződését, a sympathicust és a vagust bénítja. Mások szerint mint cardiotonicum hat és a thyreotoxikus peripheriás hypotoniát meg tudja szüntetni. Nem alkalmazható olyankor, ha a myocardium nem teljesen munkaképes. Szól az insulin alkalmazásáról, melytől egyesek a pajzsmirigy megkisebbedését, a bőrnedvesség csökkenését, testsúlygyarapodást és az izgalmi tünetek javulását tapasztalták. E mellett a régi eljárások, minők fekvőkúrák, magaslati helyeken való tartózkodás, nem hanyagolandók el.

2. Manninger Vilmos: *A thyreosisek sebészi kezelése.* a) Legelső teendőnk a kiváltó ok megszüntetése, az enterogen intoxicatio megszüntetése, a jódtól megvonása, az esetleg manifest fertőzés (lues, tuberculosus) kezelése. b) Minden esetben megkísérlendő a belgyógyászati kezelés. Igen heves, gyors lefolyású esetekben, melyek néhányhetes észszerű kezelésre nem javulnak, a thyreoidea működésének közvetlen befolyásolása (érlekötés, kisebbítő műtét, esetleg Röntgen) javalt. A műtét módját a szív állapota szabja meg. A chronikus lefolyású esetekben, ha a beteg a néha éveket igénybe vevő kezelés költségeit elbírná, a belorvosi kezelés megkísérrelhető. Teljes gyógyulást csak igen ritkán észlelünk; lényeges javulás — néha igen későn mutatkozó remissiókkal — a szabály. A javulás arányszáma 60–75%.

Szegénysorsú betegeknek a korai operatio ajánlható, mielőtt még a szív és az idegrendszer részéről maradandó másodlagos elváltozások mutatkoznak (socialis indicatio). Acut hypertoxikus esetekben a szakaszokban végzett műtét ajánlatos. (Ide volna sorolandó, mint bevezető, előkészítő műtét a sympathikus felsőnyaki ducának kiirtása, kapcsolatban a felső verőér lekötésével.) Chronikus — de nem nagyon régi — esetekben egy ülésben a thyreoidea lehető megkisebbitése és a túldoldali sorvasztó érlekötés adja a legjobb eredményt. A sebészeti kezelésnek fontos kiegészítője, előkészítője és támogatója a belorvosi kezelés. Csak a két disciplinának vállvetett munkájából várható a kezelés eredményeinek javulása.

Vermes Mór: *A Möbius-féle antithyreoid-serum lassan fededésbe ment. Egy 50 éves, Tauffer által kezelt nőbetegnél műtét után ¼ évvel lépett fel súlyos Basedow, melynél serum adagolására az összes tünetek javultak. Újabban angol cikkek ismét dicsőítően számolnak be a serumról s ezért az immunbiológiai kutatások mellett kíséreljék meg újra az említett serumot.*

Természettudományi Társulat élettani szakosztályának december 7-i ülése.

1. Szakáll Sándor: *„Constitutio vizsgálata az emberi ereken”. Izomösszehúzódnak a hatását vizsgálta az emberi erekre, plethysmographia segítségével. Több szerző — főleg Weber E. — vizsgálataival szemben, akik az izommunkára bekövetkező vasodilatatiót általános érvényű törvényszerűségnek ismerik el, arról az észleléseiről számol be, hogy ez az ér-reactio csak a vizsgált egyének (61 eset) egy tört részénél következik be. Ennek megfelelően, P. Uhlenbruck nyomán ezen ér-reactiók szempontjából két alaptípust vesz fel: Könnyen ingerelhetők azon egyének, akiknél izomösszehúzás kapasan erős vasodilatatio észlelhető; nehezen ingerelhetők azon egyének, akiknél a reactiót nem lehet kiváltani.*

2. Scheff-Dabis László: *„A specifikus fehérjék quantitativ szerepe a tuberculotikus bőrérzékenységekben és complement fixatióban”. A zsírtalanított tuberculosus bacillusok vizes és lugos kivonataiból nyerhető specifikus fehérjék immunhatásainak quantitativ viszonyairól számol be. Különbözőképpen (Na₂SO₄-al való teljes saturálás, savval és hővel való coagulálás, lúggal való kivonás) nyert és különböző erősségű fehérje készítmények hatékonyságát hasonlította össze quantitative egy intracutan injectio seriesben sensitiv tengeri malacokon és felfelé növekvő antigen hígítási sorozatban magastiterű complement kötő nyúlsvérk ugyanazon mennyiségével. Kísérleteinek eredménye az volt, hogy quantitativ parallelismus volt található mindkét reactio lefolyásának erőssége és a használt antigenek nitrogenben kifejezett fehérje tartalma között.*

Tóth Lajos államtitkár temetése.

A magyar felsőoktatás nagy halottját a Pázmány Péter Tudományegyetem aulájából az ország, a kormány és az egyetemek impozáns részvéte mellett temették 17-én, pénteken déli ¼12 órakor. Az aula zsúfolásig megtelt oly töményen előkelő közönséggel, amelyet még a tudomány legelőkelőbb halottai is ritkán tudnak összegyűjteni ravataluk köré. Ott láttuk gróf Apponyi Albertet és Berzeviczy Albertet, gróf Zichy Jánost, egykori miniszter-főnökeket; a jelenlegi kormány tagjai közül Bud János és Hermann Miksa minisztereket, kiket műegyetemi tanárságukból fakadó hálás érzelmeik hoztak el ide, és gróf Klebelsberg Kuno vallás- és közoktatásügyi minisztert, ki elhalasztotta külföldi útját és bejelentette, hogy maga kívánja búcsúztatni pótolhatatlan munkatársát. A széksorokat hozzátartozók, a közélet és minisztériumok előkelőségei és egyetemi tanárok foglalták el, kik közül alig hiányzott valaki, úgy, hogy még az állva szorongók nagy része is ezekből tellett ki.

Mindnyájan mély meghatottsággal hallgattuk Ravasz László ref. püspök mélyseges philosophiájú gyászbeszédét, minél szebb és hűbb képet nem lehetett volna festeni Tóth Lajosról, a magyar szervező nagy hivatalnok ideáljáról. De elementaris erővel ragadt a lelkekbe ezt követőleg a kultuszminiszter beszéde is, amiben a magyar kultúra legilletékesebb vezére oly önzetlenséggel helyezte el még a maga babérait is az elhunyt ősz fejére, amilyen csak az őszintén átértett hálából, elismerésből és szeretetből fakadhat. A gyönyörű beszédet egész terjedelmében közöljük.

Tisztelt Gyászoló Közönség!

A magyar művelődésnek nagy halottja van: a fáradságot nem ismerő munkának nemes fanatikusa, Tóth Lajos nyugalomra tért. Kedden 1 óra tájt még együtt dolgoztunk, két órával utóbb már halott volt, a kegyetlen eszementember valósággal úgy esavarta ki dolgozói kezéből a tollat. Orvosai és családja ismételtelen figyelmeztették, hogy még az ő vas szervezetét is kikezdte már a feltartóztatlanul folyó idő, de a kötelesség szava és az én kéréseim — melyekért most szemrehányást kell magamnak tenni — visszatartották a hivatalban.

A hivatal az ő számára sokkal több volt, mint pusztán munkahely, az neki valóságos szentély volt. Ha azt kutatjuk, hogy a kiegyezés korának kik voltak nagy építőmesterei, úgy azokat inkább a hivatalokban, mint a parlament emberei között találhatjuk meg. Igazán nagy dolgok csekély kivétellel csak azokban az ügykörökben történtek, melyekben egymásután nagy hivatalnokok hatottak és alkottak. Az ilyen alkotó nagy hivatalnok prototypusa volt Tóth Lajos.

A magyar közegészségügynek és orvosképzésnek nagy szerencséje volt, hogy intézése jóformán a kiegyezéstől a mai napig két olyan férfiú kezébe volt letéve, mint Markusovszky és Tóth Lajos. Sokan vannak, akik nagy tudással tömérdek dolgot, de életművet mégsem képesek alkotni. Ehhez isteni szikra kell. Markusovszky és Tóth Lajos után ilyen életművek maradtak. Az európai színvonalat meghaladó klinikai telepeink és orvosképzésünk az ő áldott életüknek nagy művei.

Az 1918-i összeomláskor Tóth Lajost kegyetlen csapás érte. Őt nemcsak mint hazafit sujtotta az ország feldarabolása, a trianoni csapás, hanem legkedvesebb alkotását, a kolozsvári klinikai telepet is elvesztette. Ekkor kapta életének pillére az első mély repedést, a Károlyi forradalom idején ért mellőzésre ellenben büszke volt. És csudálatos: a kolozsvári és a pozsonyi egyetemek elvesztése mégsem csüggesztette el. Ő a magyar Hiszekegyet a lelkében hordta és hajlott korban ifjú lelkesedéssel látott hozzá a menekült egyetemek elhelyezéséhez Szegeden és Pécsen. Ebben a nagy munkában azután mi ketten is összefortunk.

Miniszterek jönnek és miniszterek mennek, de Tóth Lajost mind egyaránt szerették, pedig nem ke-

reste egyiküknek sem a kegyét, csak a hazáját és a magyar tudományosságot akarta szolgálni, azt azután egész erővel. A debreceni egyetem befejezése és a szegedinek építése előtt állunk és Te, öreg Barátom, megígérted, hogy ekkora munkában nem hagysz el, hanem nagy tudásoddal és dús tapasztalataiddal mellettem fogsz állni. Most kedden is azzal búcsúztunk, hogy ha Balatonfüredről, hova gyógyulást keresni készültél, visszatérsz, együtt megyünk Szegedre klinikákat építeni. De közbelépett a kérlelhetetlen halál. Ismerünk, jól tudjuk, az a Te kívánságod, hogy ne esüggdjünk s csak akkor fogsz sírodban nyugodni, pihenni, ha onnan felülről látod, hogy munkádat folytatjuk.

De emberek vagyunk, gyengék és a válás percében megtelik a szemünk könnyel és egy időre felülkerekedik bennünk a bánat. Hazádnak utolsó leheletig hű szolgálja, munkás ember, alkotó férfi, pótolhatatlan munkatársam, jó Öreg Barátom, Isten veled!

A miniszter beszéde után hivatalbeli társai nevében Nagy Árpád államtitkár szólott; azután az egyetemek búcsúzóit következtek és ¼1 órakor indult el az impozáns gyászmenet, a kultuszminiszterrel élén, a kerepesi temető felé és nem oszlott el a hosszú útban sem. Az embereket ott tartotta, húzta, vont a valami nagy érzés, hogy ennek az igaz embernek a sírig adják meg a tisztességet, hogy hallják még kint is a síró ifjúság szavát és egy maréknyi rögöt hintsenek, egy igaz könnyet hullassanak a ki tudja mi mindent bezáró sírhalomra.

Miénk a gyász csak; — övé a dicsőség!

V.

BENEDICT HENRIK

Mestermű pusztult el. Hosszú évek szorgos munkája esiszolta, alakította a nemes anyagot. Ő nemesak távolról, mint a durván faragott kőszobor, látszott nagynak és harmonikusan kiformáltnak, ő az emberi együttélés közelségében és mindennapiságában cizellált, simára esiszolt, ragyogó márvány volt. Agya nem volt pusztán káprázatos memóriával elraktározott gyűjteményraktár, hanem sok színben ragyogó, nagy szív meleg véréből fűtött, mélyen érző lélek.

Elmélyült ember, kire az élet minden vonatkozása erősen hatott; számára a megérzéseknek csak teljessége létezett és lelkének érzékeny hangszere zúgó akkordokkal szólalt meg a legkisebb behatásokra is: ez okozta rendkívüliségét, lényének varázsát, de egyúttal ez idézte fel életének szomorú végét is. Az emberi szellem értékét a kiváltott reakciónak sokasága és mélysége adja. Az ilyen lélek számára nincsen szürkeség, nincs mindennapiság, de nincs is józan megkülönböztetés a jelentéktelen köznapiságban ható események iránt. Az ilyen ember közelében színessé, tarkává válik a világ. De a behatások, sajnos, nem az életnek vidám vonatkozásai, különösen ma nem és különösen nem, ha a betöltött hivatás az orvosnak rögzös pályája, ahol a baj és szenvedés, a nyomor és a tehetetlenség szólaltatja meg a nemes instrumentumot; az életre keltett szölam a lelket állandó, mélységesen szomorú, keserű dallammal tölti el. Az ilyen lélek számára nincsen megszokás és a feneketlen fájdalomérzésben zaklatottnak csak a megnyugvás és a pihenésnek hön óhajtott vágya marad. *Benedict* lelkét nem védte meg az istenek hármassal, s mikor már úgy vélte, hogy nem jelenti azt a nyugvópontot az ő élete, melyre valamennyi bánat, valamennyi gond reánehedezhetik, zaklatott lelke nyugovóra vá-

gyott. Így oldódik meg az a rejtély, hogy az életmunkában fáradhatatlan, külső sikerekben gazdag, mindenki által elismert s hivatott nagy orvos a halálba menekült.

A magyar orvostársadalom jelentős alakja szállott sírba vele, aki a magyar orvosírás mesteri művelője volt. 60 tudományos munka, a belorvostan egész birodalmának egyes problémáit felölelve, hirdeti orvosi jelentőségét, amelyek valamennyie művészlelkű orvos megnyilatkozása. Klinikus volt a szó legnemesebb értelmében, akinek figyelmét a betegség legrejtettebb megnyilvánulásai sem kerültk el, akinek számára minden beteg élmény, önmagában is zárt, megoldásra váró problémát jelentett. Tanítványok serege vette őt körül. Széles mezőbe hintette tanításának magvait; a tanítványok pedig követni fogják példáját s úgy, mint ő, ki halála napjáig hirdette mesterének, *Korányi Frigyesnek* emléket, hirdetői lesznek orvosi nagyságának.

Fodor Imre dr.

VEGYES HÍREK

ELŐFIZETÉSI ÁRAINK 1927. ÉVRE.

Az *Orvosi Hetilap* egész évre 20 pengő, félévre 10, negyedévre 5, egy hónapra 2 pengő. Külföldi előfizetési áraink a régiek: Csehszlovákiában 150 cseh korona, Jugoszláviában 250 dinár, Romániában 900 lei, más országokban 1 angol font, vagy ezeknek megfelelő összegű pengő. A *Magyar Orvosi Archivum* egész évre 10, félévre 5 pengő, illetve 75 cseh korona, 125 dinár, 450 lei, ½ angol font. Az *Orvosképzés* egész évre 12 pengő, 80 cseh korona, 140 dinár, 500 lei, 12 svájci frank, félévre ez összegek fele. A Magyar Orvosi Archivumra és az Orvosképzésre negyedévre előfizetéseket nem fogadunk el.

Kérjük az olvasót, hogy e számhoz mellékelt csekklaapon az előfizetési díjat küldje be, ha csak lehet azonnal, hogy feledésbe ne menjen; az inkasszáls költségeit nem bírjuk. Azoknak, kik előfizetésüket be-küldik, azonnal elküldjük a január első hetében megjelenő közkeveltségnek örvendő „Orvosi Naptár”-unkat, mely az előzőkhez hasonló alakban és terjedelemben fog megjelenni.

Az *Apponyi poliklinika orvosai* december 30-án következő napirenddel ülést tartanak: Előadások: 1. *Weisz Márton*: A pupillák egyenlőtlenségéről. 2. *Heksch Márton*: Rák és anyagcsere. (Mult ülésről elmaradt előadások.)

A *Közkórházi Orvostársulat rendkívüli közgyűlése*. *Gerlóczy* elnök bejelenti, hogy az új alapszabályok megengedik a külső tagoknak is, hogy előadásokat és bemutatásokat tarthassanak. Különösen azt szeretnék ezzel elérni, hogy a nyilvános jellegű kórházak beteganyagukat is a közkórházi társulat elé vigyék. Az intézőbizottságot az ügyrendből törölték, miután ennek teendőit az elnökség gyorsabban elintézheti.

Manninger Vilmos javasolta, hogy amennyiben a jövőben az ülések látogatottabbak lesznek, akkor azokat az Orvos Egyesület üléstermében tartsák meg. E javaslatot *Gerlóczy* elnök, amennyiben ennek szükségére mutatkoznék, a maga részéről melegen pártfogolni fogja.

Nemzetközi orvosi továbbképző tanfolyamokat rendez 1927 márciusában a Kaiserin Friedrich-Haus a berlini docensek testületével karöltve. Előreláthatólag a következő tanfolyamok lesznek: 1. Az orvosi tudomány haladása, különös tekintettel a legújabb terapiára. 2. Szív-, vese- és érmegbetegedések. 3. Fénykezelés. 4. Egyes és gyakorlati kurzusok az orvosi tudomány minden ágából, továbbá gyakorlati kurzus a diagnosztikai és therapiiai technikából. Bővebb felvilágosítással szolgál: Kaiserin Friedrich-Haus Berlin, NW 6, Luisenplatz 2-4.

Tudományos sporthetet rendeznek Davosban január 2-10-ig, melyen neves tudósok (Abderhalden, Diem, Hellpach, His, stb.) sporttal foglalkozó előadásai mellett a téli sportok művelésére is bőséges alkalom nyílik.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Kötve 160.000 korona.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint decemb. 12-től decemb. 18-ig előfordult:

Hasi hagymáz	25	(5)	Gyermekekézi láz	—	(1)
Küteges hagymáz ..	—	—	Bárányméltó	115	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob ..	49	—
Kanyaró	132	—	Vérhas	4	—
Vörheny	65	1	Járv. agygerincagyhártyalob ..	3	—
Számárhurut	17	—	Trachoma	5	—
Roncs. torok-gégelob ..	57	2	Veszetség	—	—
Influenza	3	—	Lépfene	—	—
Azsiái kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

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 képviselőhöz kell beküldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

Lapunk mai számához I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft, Gyógyszer osztály „Bayer-Meister Lucius“ Kresival című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a dr. Egger Leo és Egger J. Tablettae Fol. Digitalis Titrata dr. Egger című prospectusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Dr. Lax Henrik: Laboratoriumi vizsgálati módszerek kritikai áttekintése a gyakorlóorvos szempontjából. Kötve 55.000 korona.

A Koch & Sterzel Rt. Drezda. Martin és Sigray Rt. Budapest és C. H. F. Müller Hamburg. Röntgen-készülék és Röntgen-lámpagyárak vezérképviseletének

és gyári raktárának új címe: Barta és Székely (ezelőtt Eriesson Rt. Röntgen-osztálya) Budapest, IV., Múzeum-körút 37. Telefon: József 125-32.

LEGTÖKELETESÉBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZŐ, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

HÜVÖSVÖLGYI PARK SZANATÓRIUM

I. Hidegkúti-út 78. (a Hárshegy oldalán.) Telefon: Z. 92.

Újonnan átépítve és felszerelve.

Új sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegosztályok.

Vezető főorvos: Dr. Müller Vilmos kir. tanácsos.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE

Kórházi főorvos

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

Dr. PETŐ JÁNOS Gyógytorna, Orvosi massage, Diathermia, Lúdtalp-kezelés (Lange-betét),

VI Vilmos cs. zár-út 31, I. Tel.: T. 99-45.

DR. PAJOR SANATORIUM

VIII, Vas-utca 17. szám.

Szülő- és nőgyógyászati osztálya közkedvelt.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em.

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Telefon: 13-98

Szoptatós- dadákat évtizedek óta a közismert dr. Szegő-féle orvosi intézetből vesszük, VI, Szív-u. 69. T.: 93-22.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4-12. Lift.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE

főorvos, törvényszéki hitesszakértő

Diagnostika. Therapia

IV, Múzeum-körút 13

Telefon: József 102-88.

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

RÖNTGEN

DIATHERMIA

MIKROSKOPOK

MONOPOL FÖLDZÁRMENTES KAPCSOLÓKÉSZÜLÉK

QUARZLÁMPÁK

KELETI J.

orvossebészeti műszergyár

Budapest VI, Petőfi Sándor-utca 17.

Telefon: 13-76.

Kérjen ábrás árajánlatot! Igen kedvező fizetési feltételek.

KURHAUS SEMMERING

(Szoba fűtéssel, 3-szori étkezés, adó és orvosi felügyelet S. 20-38-ig; szobák fürdőszobával.) Minden közelebbi a prospektusból megtudható

Adriatica Szanatórium, Abbazia

Magyar-Ház a Súd-strandon. Minden modern kényelemmel és fizikai gyógyeszközzel felszerelt gyógyintézet. Teljes pensio 35 Lira naponta.