

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

BÁRSONY JÁNOS

1860—1926.

Amikor 1922 szeptember 29-én a délceg új Rector mint a daliás időknek büszke főura belépett az aulába, hogy elfoglalja rectori székét, bizonyára senki sem gondolhatta, hogy ez a csupa erő, csupa akarat, ez a lángoló, hazafias tűz ilyen hamar kimerül, elmúlik, kialszik. — Megrendítő! És hogy beszélt? Hogy mutatkozott be? „Bemutatkozásomkor azt mondhatom, hogy én Krisztust követő, Istenfélő, keresztény magyar ember vagyok s amidőn ezt a diszes helyet elfoglalom, fogadom, hogy a feladatot, melyre vállalkoztam, ebben a szellemben fogom megoldani. A magyar voltom folyományaképen szeretném, ha az egész világ magyarból telnék ki és hogy minden magyar az Isten szikrájára méltó egészséges testtel és lélekkel, a Krisztusi szocializmus felebaráti szeretetében igaz ember volna.” — Jobban nem lehet jellemezni Bársony Jánost, mint ahogyan Ő magát bemutatta. — Utolsó porcikájáig fanatikus magyar volt s annyi szépet, nemeset vélt s akart látni a magyar faj minden tagjában, mint saját énjében. Hazaszeretete Petőfiéhez hasonló: „Fiuk! Nagybeteg, halálos beteg az Édesanyátok”, — jajdul fel rectori beszédének végén — „töltelek függ a jövő sorsa, csak ti tudtok rajta segíteni! Komolyan, munkára, előre!”

De nem is lehetett más. Olyan családnak volt sarja, amelynek másik fiú leszármazottja a nagy magyar író: Bársony István; olyan földön született, a ma rabbilincsbe vert szép Szatmár vármegyében, Kőlcsey szűkebb hazájában; ott futkosott, mint gyermek a majtényi síknak vadkörtefás, virágos mezőin s az emlékoszlopon olvashatta a kurucok szörnyű megaláztatását. De kuruc is lett, bátor férfi tetőtől talpig, aki szemtől-szembe szállt mindennel és mindenkivel, ha az ő elveivel ellenkezett, soha sem támadta meg még ádáz ellenfelét sem orozva hátulról. Szinte félelmetes volt, amikor a gyászos forradalom és szörnyű bolsevizmus után le akart számolni a bűnösökkel; lángoló szavakkal vádolta nemcsak a Haza ellen vétőket, hanem a megalkuvókat is.

Mikor mint Rector ünnepeltük, mondtam, hogy Bársonynak két apja volt; az egyik az édesapja, akitől daliás természet, férfiasságát, egyenességét és izzó hazaszeretetét örökölte; a második nevelőapja, a nemes Kézmárczky volt, aki mint fiát szerette s aki reáhagyta örökségül végtelen emberszeretetét, ritka kötelességtudását és szelplőtelen orvosi etikáját. Nagyon tudott szeretni, de túlságosan érzékeny lelke a kisebb sérelmet is nehezen felejtette. Igazi jó orvos volt, végtelenül szerette betegeit és legfőbb principiuma volt, hogy az orvos beavatkozásával ne kockáztasson meg olyat, amivel betegének esetleg ártalmára tehetne. Ember boldogabb nem volt, mint mikor utóda lett nemes mesterének; „nem cserélnék én semmiféle uralkodóval” mondta nem egyszer, „amikor klinikámon lehetek”. Ez volt mindene! — Példáson is vezette. Mikor már súlyosbodott betegsége, egyik jó barátja előtt zokogva érzékenykedett el azon, hogy ő már nem mehet be klinikájára. Klinikai személyzete igazán családja volt, végtelenül szerette „fiatit”, akikért tűzbe ment mindenha s mindenkivel szemben. Született oktató volt, tanársegéd korában rajongtunk érte; felejthetetlen az a kurzusa, amit tízünknek adott, akik közül öten később tanártársai lettünk. Amikor katedráját 1903-ban elfoglalta, kisdíákhoz illő szorgalommal tanult és dolgozott éjjel-nappal, hogy orvosi ismereteit az orvosi tudomány elméleti szakaiban is tökéletesítse és később is alig akadott közöttünk valaki, aki szűkebb szakmájának irodalmát, a legújabbat is, úgy ismerte volna, mint ő.

Nagy conservativismusból folyt, hogy az operatív gynaekológiának nem volt úttörője, másrészt azonban a legjobb eredménnyel tartott lépést annak haladásában: annál inkább művelte a nőorvoslásnak conservatív terápiáját s első volt hazánkban, aki hű munkatársával, Kelen Béla tanárral együtt először alkalmazta a nőbetegségek gyógyításában a Röntgen-terápiát. Áldásos munkásságának igazi tereuma a szülészet volt. Kitűnő szülész volt. Fáradságot, időt nem kímélve, képes volt órákat, éjszákat eltölteni egy-egy vajudó ágyánál, hogy megfigyelhesse, irányíthassa a szülés lefolyását. Tudományos munkásságának legnagyobb részét a gyermekági láz elleni küzdelem kötötte le. A Kézmárczky által megkezdett, de általa kidolgozott sublimát-terápiának értéke felett még nem alakult ki a tudományos kritikának biztos ítélete, de nagy érdeme, hogy ismételt felhívta úgy a hazai, mint a külföldi tudományos köröket a gyermekági láz elleni küzdelemre s azt mindenkinek el kell ismernie, hogy nagyobb buzgalommal, önfeláldozással nem lehet beteg gyermekágyast ápolni, gondozni, mint azt Bársony János tette.

Nagy érdeme az ifjúság nevelése. A tudáson kívül forró hazaszeretetet és színtiszta orvosi etikát tanított és követelt meg a fiatalságtól, amely őt rajongásig szerette és követte. Egész egyénisége vezetőszerere utalta s ebből ki is vette részét az utolsó évek harcaiban. Ő nem volt „kurzista” mint ellenségei harsztelték, mindig ugyanaz volt fiatalságától utolsó lehelletéig. S akik szembenállottak vele, ha ellenfelei voltak is, mindig tisztelniök kellett állhatatos egyéniségét, szent meggyőződését, férfias bátorságát. Munkás életének kínos, sorvasztó betegség vetett véget. Még szerencse, hogy jóbarátainak sikerült betegsége veszélyességét úgy eltitkolni előtte, hogy csak utolsó napjaiban ébredt tudatára annak, hogy elveszett.

Isten veled, kedves jóbarátunk Bársony János. Tanításodból, példádból, poraidból a magyar hazaszeretetnek soha el nem hervadó virágai kelnek ki és termékenyítik meg a magyar tanulóifjúság szívét és lelkét.

Toth István.

tapadásának útját álljuk. Majd mindkét ajkat két-két szilkköltéssel mellfelé, illetve hátfelé kiszegjük, ezáltal szintén az összenövést akadályozzuk meg. A méhürbe és a cervixbe a belső méhszáj tartós nyitvatartása céljából keskeny gazeecikot vezetünk. A hüvelyt gyengén kitamponáljuk. A hüvelytámpont a második, a gazeecikot, ha magától addig ki nem esüszött volna, a hetedik napon távolítjuk el. Az operált a nyolcadik napon hazamegy és két hét múlva a szilkvarratok eltávolítására újból jelentkeznek.

Eljárásunk nagy előnye az ismert hegározás vagy más véres úton való tágitás felett (*Scipiades, Menge, Pozzi*), hogy rövid pár perc alatt végzünk teljesen fájdalommentesen. Nincs az a hosszú fájdalmas utókezelés, mely hetekig is eltart (*Scipiades-Vulliet*). A beteg, lekerülve a műtőasztalról, a bódítók hatása alatt rendesen 1–2 óráig álomba merül. Mire felébred, rendszerint teljesen jól érzi magát.

2. tábla.

Végzett: 826 curette + discissio decursus.

Sima	Láz	Exsudatum	Exitus
	1 nap ism. 6 3		
812	9	5	0
98.3%	1.08%	0.6%	0

A műtét lefolyása is a lehető legjobb, mint azt a 2. számú táblázat szemlélteti. A 826 esetben végzett curette és discissio közül: 812-szer sima = 98.3%. Láz volt (38 °C felett) 9 = 1.08%, közülök 6 csak egy napig, 3 ismételt. Műtét után exsudatumot kaptunk ötször = 0.6%, közülök kettő már abortált.

44 esetben curette + discissio kívül ventrofixatio is szükség volt. A ventrofixatio a *Raisz* által ismertett *Bársony*-féle technikával történt a következő eredménnyel: 35-ször sima = 94.6%; egy napig volt lázas 1 és 1 ismételt, összesen: 2 = 5.4%.

Hét ízben a discissio után a szándékolt ventrofixatio helyett adnexiiktást kellett végeznünk és ventrofixatióra nem is került a sor. Hatnál sima lefolyású, egyet azonban peritonitisben elvesztettünk. Ez a halálozás természetesen nem eshetik a discissio rovására. Ezóta discissiót adnexotomiával együtt többé nem végeznünk.

Ennyit röviden a műtét lefolyásáról. S ha ehhez már most hozzáfűzöm a kontrollnál tapasztalt hat következményes fluor-esetünket, akkor műtéti eljárásunk összes hátrányairól beszámoltunk. 6 fluor = 1.88%, közülök 2 gravid lett, 2 secundaer steril, 1 neurastheniás habitusú. Sui generis fluorja tehát csak egynek lett!

Külön kell kitérnem a több szerzőtől is említett vérzésre (*Fekete-Semsey*). Nekünk vérzéssel sohasem volt kellemetlenségünk és ezt a műtét leírásánál említett ú. n. két biztosító catgut-öltésnek tudjuk be.

Mint az I–II. számú táblázatból látható, mi a discissiót nemcsak a szigorúan „essentialis”-nak vett — főként mechanikus — dysmenorrhoeánál, hanem hypoplasiás (24%) uterus mellett is végeztük. Ezzel rá akarunk mutatni, hogy *Bársony* professor már 20 éve, tehát jóval előbb *Scipiades*-nél és *Mengen*-él, a dysmenorrhoea kezelésének „uralkodó eljárásává” a sebészi kezelést tette.

A 318 kontrollálható beteg közül 243 tökéletesen meggyógyult = 76.40%. Sokat javult 50 = 15.70%. Ered-

ménytelen volt a műtét 26-nál = 8%. A műtét óta eltelt legkevesebb idő már legalább 1–1½ év. Eredményeink összesítésénél szigorúan disztinktáltunk pusztán a kapott levélválasz, illetve személyes jelentkezésnél — a kontrollt igen kevés kivétellel mind magam végeztem — a beteg bevallása alapján. Eredményeink így is, mint az alanti statisztikából látható, a legjobbak közé tartozik: 92.10% (76.40 + 15.70).

Brickner.....	73 közül	64%	gyógyult
Fekete.....	12	85%	„
Forssner.....	153	80%	„
Jaquet.....	120	86%	„
Menge (számot nem ad)		80%	„
Pineau.....	129	86%	„
Reginald.....	117	77%	„
Semsey.....	23	80%	„
Solari.....	148	13%	„

Ezekután leszögezem a következőket: a hozzáférhető világirodalomban a mieinkhez hasonló nagyszámú kontrollált esetet ismertetését nem találtuk; a közölt esetek száma legfeljebb százegynéhány, ezért teljesen feleslegesnek tartjuk rámutatni, hogy minket szerencsés sorozat kiválasztásának gyanúja sem érhet. 318 esetből joggal vonható le conclusio!

A gyógyulás, mint azt sok esetben láthattuk, nemcsak a göresök elmaradásából állott, hanem, hogy úgy mondjam, a havibaj rendeződött is. Értem ezalatt a vérzés kevesbbedését, illetve vérzési idejének meg rövidülését, szabályos időközben való jelentkezését.

3. tábla.

Kontrollálható volt	Dysmenorrhoea megszűnt	Sokat javult	Semmi változás	Fluorja lett	Gravida lett
férjnél leány	uterus r. h.	uterus r. h.	uterus r. h.		uterus r. h.
285 33	214 29	35 15	12 14		53 17
összesen	243	50	26	6	70
318	76.4%	15.7%	8%	1.88%	szült: 56 abort: 14 25.54%

Eredményeink alapján azt hisszük, eljárásunk megfelel a *Menge* által felállított követelményeknek. T. i. kezelésünk „nemcsak tüneti”, hanem eredményes is, amennyiben „tartósan hat”. Igaz ugyan, hogy *Menge* a dysmenorrhoea okát a fokozott méhösszehúzódnásban látja a praemenstrualisan duzzadt méhnyálkahártya és a méhüreg (szerinte csak méhhasadék) téraránytalansága következtében. Magyarozatát pedig azon általánosan ismert ellenvetéssel adja, hogy a göresös fájdalmak már a menstruációs vérzés megindulása előtt is felléphetnek. Minket pedig éppen a betegeknek az a típusos előadása, hogy a rettegett fájdalom csak addig áll fenn a legtöbb esetben, amíg az első pár csepp vér megjelenik, erősítenek meg abban a feltevésben, hogy egy akadályt tört át, győzött le a menstruációs vér, azért szűnt meg a fájdalom. Ezt látszik igazolni legújabbban *Orsós* professor vizsgálata is, aki az általa megkülönböztetett *submucosus kötőszöveti tengelyrétegnek* kóros, porcszerű megvastagodását gyakran látta, főleg az isthmustájon. A tengelyréteget „kétségtelenül” azon faktorok egyikének fogadja el, melyek a nyak átjárhatóságát befolyásolják. (Részben levélbeli közlés.)

Scipiades az essentialis dysmenorrhoea okát a *Bossi* értelmezésben adja. Szerinte a sorvadott méhnyakra ráhajol a relative túlfellett méhtest — akár előre, akár hátra — és így annak pipaszerű megtörését, szűkületét

hozza létre. Ezért ajánlja hegározás és abrasio után a Bossi-féle tágitást. Menge a tágitást magában a méhüregben az endometriumban végzett hosszirányú met-szésekkel igyekszik elősegíteni.

A 8% eredménytelenség okát mi is (Menge-Semsey) általános megbetegedésben, a genitáliák más, magát még nem külföldi elváltozásában látjuk. Így például a 26 negativ esetünk közül 7 öregleány, 2 myomás, 1 tuberculosos és 1 frigida. A többi személyesen nem jelentkezett.

Az operált 870 beteg közül 730 primaer, 140 secundaer sterilításban szenvedett. A controllálható 318 közül 9-nek dysmenorrhoeája nem volt. A műtétet tisztán a betegek kívánságára kísérletképpen végeztük el. Mind a 9 műtét után is steril maradt. Az így fennmaradó 309-ből 35 leányt levonva, a 274 közül műtét után grávida lett 70 = 25.54%. És pedig 56 szült, köztük 25 ismételt; 14 abortált, 2 ismételt. Ez az eredmény persze igen távol van Jaquet 66%-os eredményétől bevalottan válogatott 120 közül. Mégis oly eredmény, hogy érdemes vele kissé bővebben foglalkozni. Félreértés elkerülése végett meg kell itt jegyeznem, hogy a 70 közül 68-nál pusztán csak C. + D.-et végeztünk, kettőt kivéve: egyiknél ventrofixatio, másiknál adnexotomia történt. Ezeket is indokoltan látjuk idesorolni az igen típusos panaszok miatt.

4. tábla.

53 grav. közül	Sterilitas		Uterus		Operatio előtt férjénél volt		Operatiótól hányadik menses után concipiaált		
	primaer	secundaer	rend.	hypl.	2 évtől 4 évig	5 évtől 13 évig	2-6-ik menses	7-16-ik menses	3 évtől 5 évig
Szülő: 46 Ism.: 25	42	4	41	5	40	6	6-nak I. M.	21	12
Vetelő: 7 Ism.: 2	7	0	7	0	7	0	4	3	0

Sajnos, ismételt levélváltás után is a 70 grávida közül részletes statisztikát csak 53-ról tudunk adni (IV. sz. táblázat).

Hogy egy házaselet mikor mondható sterilnek, a vélemények igen eltérők. Az általánosan elfogadott határidő, melyet mi is vallunk (lásd fent!), 2 év; Chrobak, Hofmeier, Rosthorn, Jaquet 2½, Fränkl 5 év mellett döntenek. Az 53 közül eszerint feltétlenül sterilnek mondható 51 (egy t. i. ½, a másik 1 éve volt csak férjénél). Fontos körülmény még, hogy a discissio után mennyi időre állott be a terhesség. E két körülmény adja meg a műtét értékét. Minél régebb idő óta volt már férjénél és minél hamarabb állott be a terhesség, az eredmény annál bizonyosabban írható a műtét javára. Azt hiszem, 33-at minden kétséget kizáróan a discissio javára kell elkönyvelnünk, hiszen 6-nál már az első és a többinél legfeljebb a 16. menses után állott be a conceptio a műtétől számítva. Az előbbi 6 közül például egy 13 évi házasság után secundaer sterilítás mellett, egy másik 10 év után primaer sterilítás mellett jutott teherbe. Ezek alapján jogosultnak látjuk a stenosisos sterilítás felvételét. Ha szabad visszafelé következtetni, úgy ez nálunk kb. 20-25% lenne. Jaquet 14%, Schaeffer 11%-ra teszi.

Amikor műtétünkön abrasióval eltávolítjuk egyrészt a csaknem kivétel nélkül beteg méhnyálkahártyát, másrészt a discissióval a cervicalis szűkületet megszüntetjük — leltégyen az akár a külső, akár a belső méhszáj —, a nyálkacsap (Kristeller: Schleimpfropf) sem képződhet, úgy véljük, hogy a copulatio létre-

jöttének akadályait hárítottuk el. Azon általános theoretikus ellenvetésre pedig, hogy ahol egy sonda és a menstruációs vér átfér, ott a spermatozoon is átjuthat, Olshausen szavaival válaszolunk: „das ist in der Tat Theorie. Man könnte aber auch theoretisch dagegen einwenden: die Sonde drückt die Schleimhaut zusammen, und das kann das Spermatozoon nicht thun. Vor allen spricht aber die Erfahrung absolut dagegen.“

Eredményeinket röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A discissio kellő elővigyázat mellett végezve teljesen veszélytelen műtét.

2. Bármilyen essentialis (mechanikus) eredetű dysmenorrhoeának a legegyszerűbb, legeredményesebb és fájdalomtalan kezelési módja a discissio.

3. A stenosisos eredetű sterilitás felvétele jogosult és ellene jó eredménnyel ajánlható a discissio.

Irodalom: Baker Brown: 1. Jaquet. — Brickner: Ref. Jahresb. d. Geb. u. Gyn. — Chrobak: Halban-Seitz: Biologie u. Path. d. Weibes. III. köt. — Fekete: Gynaekologia 1913. 2. sz. — Forssner: Ref. Berichte ü. d. Ges. Gyn. 1921, XXXV. köt. — Fränkl: 1. Jaquet discussio. — Gotschalk: 1. u. o. — Hofmeier: 1. Chrobaknál. — Jaquet: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLVII. köt. — Jobert: 1. u. o. — Medden: Ref. Jahresbericht 1889. — Menge: Zblt. f. Gyn. 1922, 33. sz. — Orsós: O. H. 1925, 9. sz. és részben levélbeli közlés. — Olshausen: 1. Jaquet discussio. — Pineau: Cit. Semseytől. — Pozzi: Ref. Jahresbericht 1893. — Raisz: O. H. 1925, 24. sz. — Reginald: Ref. Zblt. f. Gyn. 1922, 11. sz. — Rosner: Ref. Jahresbericht 1897. — Rosthorn: 1. Chrobaknál. — Scipades: 1. Semseytől. — Schröder: Cit. Jaquetől. — Semsey: Gyógyászat 1923, 45-46. sz. — Simpson: 1. Jaquetnél. — Sims: Clinical Notes on Uterine Surgery. — Solari: Ref. Zblt. f. Gyn. 1912, 1752. old. — Vulliet: Zblt. f. Gyn. 1894, 3. sz. — Winter: Halban-Seitz: Biologie u. Path. d. Weibes.

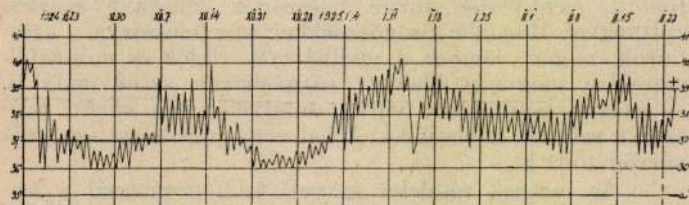
A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Jancsó Miklós dr. egyetemi ny. r. tanár).

Diagnostikai nehézségek a lymphogranulomatosis kórjelzésében.

Írta: Engel Rudolf dr. tanársegéd.

A pseudoleukaemia gyűjtőnév alatt összefoglalt különböző kórformák közül aránytalanul leggyakoribb a lymphogranulomatosis előfordulása. Bár néhány év múlva már egy százados évfordulója lesz annak, hogy Hodgkin hét eset kapcsán először ismertette e róla elnevezett kórképet, sok szempontból még ma sem tekinthetjük azt tisztázottnak. Tulajdonképpen csak a szöveti képre vonatkozólag van egységesen elfogadott álláspont. Sternberg szerint szövettileg e bántalom lényege egy lymphoid szövetből kiinduló idült sarjadzás, amelyben a legkülönbözőbb lymphoid elemek, lymphocyták, plasmasejtek, vándorsejtek mellett sok a fibroblast sejt és különösen jellemző sajátos protoplasma dús, egy vagy több nagy maggal bíró nagy sejteknek, az úgynevezett Sternberg-féle sejteknek a nagy száma. Emellett több-kevesebb elhalás, hegesedés, elég gyakran meg localis eosinophilia tarkítják a szöveti képet. A kóroktant illetőleg már nem ily egységes a felfogás, több, sokat vitatott nézet áll itt szemben egymással s nem hozott itt eredményt a legutolsó évek sok kísérletes vizsgálata sem. Ma már a kutatók nagy része osztja Sternberg felfogását, mely szerint a lymphogranulomatosis nem más, mint a lymphopoetikus készülék sajátos gümőkórja. (Lichtenstein, Sticker és Löwenstein, von Baumgarten, Fraenkel és Much.) Számos ellenzője is van azonban még e felfogásnak. (Ceelen és Rabinowitsch, Kraus, Lubarsch.) Negri és Mieremet egy corynebacteriumot, Kuczynski és Hauch egy sajátos sugárgombafajt tartanak kórokozónak.

zadt, bevont, remegő nyelv, nagyfokú meteorismus érzékenységgel, a bordaívet két ujjnyira meghaladó közép tömött lép, borsólészerű hasmenések. Mirigyduzzanatot sehol sem találtunk. A lázmenet a 2. ábrán látható képet mutatja. A két hétig tartó lázas szakasz lefolyásával fenti tünetek fokozatosan visszafejlődnek, étvágya megjön, kezd erőre kapni, visszafejlődik a léptumor is, majd enyhe ikterus és epehólyagtáji érzékenység jelentkezik, különben állapota teljesen jónak mondható. Két hét múlva azonban egy újabb lázas szakasz kezdődik és



2. ábra.

újából egy klinikailag teljesen typhusnak megfelelő kép fejlődik typhosus állapottal, nagy meteorismussal, lép-megnagyobbodással. E közel két hónapig elhúzódó állandó lázas állapot végül is a beteg fokozódó leromlása, erőtlenedése mellett bronchopneumoniás tünetekkel halálhoz vezetett.

E sajátos, hangsúlyozzuk, klinikailag teljesen recidiváló typhusnak megfelelő kép mellett azonban ismételt bakteriologias vérvizsgálat, különböző typhus- és paratyphustörzsekkel végzett Widal-reactio mindig negatív eredményt adott. Sajátságos volt a vérkép viselkedése is, amennyiben leukopenia (4000–6000 fehérvérsejtszám) mellett relativ lymphocytosis és monocytosis állott fenn, de mindig lehetett találni 2–3% eosinophyl sejteket is.

A boncolásnál a bélhuzam teljesen ép. Sem fekélyesedés nincs, sem hegeseződést vagy gyógyult fekélyre utaló festenyést nem találtunk sehol, a bél nyirok készüléke sem mutat semmi eltérést. Mindkét tüdőkapuban és a gátorürben néhány nyirokmirigy diónyira megnagyobbodott, szinte porctömött, metszéslapon elsajtosodott területekkel. A bélfordri és hashártyamögötti nyirokmirigyek alig duzzadtak, fehéres rózsaszínűek, tömöttek. A lép erősen megnagyobbodott, 450 g súlyú, petyhüdt, pulposus, elmosódott szerkezettel. A tüdők friss bronchopneumonián kívül mindkét felső lebenyben, néhány kőkemény heges-meszes gócot mutatnak. A máj kissé nagyobb, elmosódott rajzolattal. Az epehólyagtartalom úgy fedőlemez készítményekben, mint oltásokban sterilnek bizonyult.

Szöveti vizsgálatnál úgy az erősebben megnagyobbodott, mint az alig duzzadt retroperitonealis mirigyek a lymphogranulomatosis jellegzetes képét mutatják, elhalásokkal, hegesezésekkel. A lép szöveti szerkezete is elmosódott, helyén ugyancsak sarjadzások szövetet találunk a kis sarjszövet góccal van telehintve a máj is. Gümöbaccilusokat szövetileg e sarjadzásban nem tudtunk kimutatni.

E második esetünk tehát a lymphogranulomatosis egy másik jellegzetes típusát mutatja, a larvált, typhoid formát, hol klinikailag elhúzódó fertőző bántalomra utal a kép, a boncolás pedig nem generalizált, rejtett fekvésű mirigycsoportok granulomás elváltozását mutatja.

3. B. I. 60 éves szolga. Egy hónapja fennálló gyomorpanaszai miatt vétetik fel a kórházba. Határozatlan gyomorpanaszok, fájdalom két oldalt a bordaív alatt, feltűnően erős lefogyás. Vizsgálatnál emphysema és arteriosclerosis enyhébb tünetei mellett a mérsékelt elődomborodó puha hasban az epigastriumban és a bordaívek alatt homályosan néhány diónyi tömött képlet érezhető. Gyomorvizsgálat achylia gastrica-t mutat. Radiologice ép gyomor. Székben vér nem mutatható ki. Az észlelés egész ideje alatt a beteg alig subfebrilis. (3. ábra.) Próbaparatotomianál retroperitonealis tumort találtak áttétekkel a bélfordor lemezein. Hat nap múlva exitus.

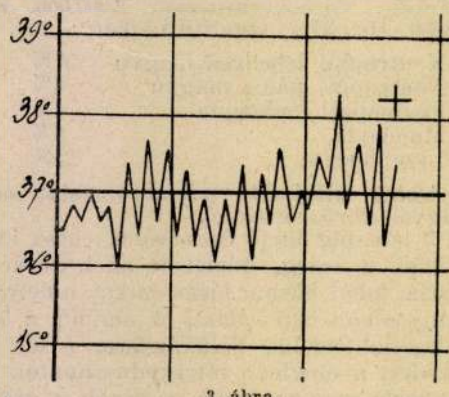
Boncolási lelet: A bélfordor gyöke gyermekfejnyi alakú tömeget képez, a megrövidült fordor is egy vaskos dudorzosan tömött képletet alkot, hashártya lemezei szürkésfehér szöveggel foltosan beszűrődöttek, e beszűrődés ráterjed a csípőbélkacsok savóshártyájára is.

Úgy a bélfordri, mint a hashártya mögötti szövet igen sok borsó-mogyorónyi egymással alig összekapaszkodott fehéresszürke, néhol rózsaszínű, részben puha, részben rostosabb, tömöttebb állományú miriggyel van kitöltve, ezek közül a nagyobbak fakósárgás elhalásokat mutatnak. Hasonló szövet vastagítja meg a bélfordor lemezeit és szövöi át az ileumkacsok falát egész vastagságában, a bél ürege felé kiterjedt felületen kifehéresedést mutatva. A többi tájék nyirokmirigyei megnagyobbodva nincsenek. A tüdők friss bronchopneumoniát mutatnak, gümőkóros elváltozást bennük nem találtunk. A lép sorvadt, kicsiny, folszaporodott kötőszövetes állománnyal. A máj barna sorvadást mutat, a csővescsontokban zsíros esontvelő van.

Szöveti vizsgálatnál a megnagyobbodott mirigyek tipikus képét mutatják lymphogranulomatosisnak, ugyancsak ily jellegű sarjszövet vastagítja meg a csípőbélkacsok falát, különösen a submucosában és subserosában alkotva tömegesebb beszűrődést. De elpusztítja a nyálkahártyát és sűrűn átszövi az izomrétegeket is úgy, hogy a sarjszövetben csak elszórtan lehet látni néhol egy-egy sorvadt vagy összenyomott mirigyet, vagy néhány egymástól szétzilált sima izomrostot. Gümöbaccilusokat szövetileg nem sikerült kimutatni.

E harmadik esetünk úgy klinikai, mint kórbontani szempontból a lymphogranulomatosis ritkább megjelenési formái közé tartozik. Klinikailag mindenben egy rosszindulatú hasúri tumor lefolyására emlékeztet, a beteg alig lázas, 38°-os hőemelkedés is csak sub finem észlelhető. A lymphopoetikus rendszer megbetegedésére semmi tünet sem utal, mirigyduzzanatok, lép-megnagyobbodás teljesen hiányzik, úgyhogy még próbaparatotomianál sem merül gyanú fel lymphogranulomatosisra, rosszindulatú hashártyamögötti daganatra teszik a körjelzést. A boncolás sem tisztázza azonnal a képet. Bár a hashártyamögötti és bélfordri mirigyek lelete azonnal felveti a granulomatosis lehetőségét, a bélfordor lemezeinek, főleg pedig az alsó ileum-kacsok falának beszűrődése inkább lymphosarcomatosis mellett szól. Dönteni csupán szöveti vizsgálattal lehetett. A lymphogranulomatosis ezen intestinalis alakja meglehetősen ritka, különösen mint esetünkben, midőn az alsó ileum-kacsok vesznek részt a folyamatban. Sokkal megszokottabb, bár gyakorinak még sem mondható a gyomor, esetleg felső vékonybélkacsok elváltozása.

Ha e három röviden ismertetett esetet összehasonlítjuk egymással, jól szembetűnnek mindazok a nehézségek, amelyeket a lymphogranulomatosis körjelzése okozhat. Első esetünkben már a betegség első tünete, a nyaki

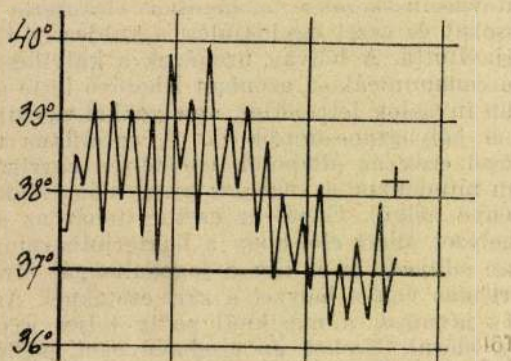


3. ábra.

mirigyek duzzanata kifejezetten a nyirokrendszer megbetegedésére utal. A hőmenet, körlefolyás és boncolási lelet mondhatni tipikus képét adja generalizált Hodgkin-kórnak. Csak ilyen esetekben lehet tulajdonképpen határozottsággal felvenni a diagnosist még akkor is, ha nem erősíthetjük azt meg az egyetlen föltétlenül döntő körülménnyel, egy megnagyobbodott mirigy próbakimetszésével és annak szöveti vizsgálatával. Már második esetünkben a klinikai tünetek alapján jóformán lehetetlen a helyes körjelzés megállapítása. A lázmenet az egyet-

len, mely „febris recurrens chronica“ típusával felveti a lymphogranulomatosis gyanúját. E mellett azonban a nem nagyfokú és a lázmenettel együtt változó lépnagyobbodás az egyetlen tünet, mely a lymphopoetikus készülék bántalmára utal. Nagy fontosságot kell így tulajdonítanunk ily esetekben a laboratoriumi vizsgálatoknak, hiszen betegünkönél is különben teljesen typhusra utaló tünetek mellett a tenyésztési és agglutinációs kísérletek állandó eredménytelensége és a vérképben jelentkező néhány százaléknyi eosinophilia voltak azon körülmények, amelyek ellene szóltak a typhus diagnózisának fönntartva így állandóan a szükségét, hogy más aetiológia után kutassunk. Harmadik esetünkben még nehezebb volt a helyzet. Klinikailag, azt lehet mondani, még gyanú sem merülhetett fel lymphogranulomatosisra. A lefolyás majdnem láztalan, mirigy-, lépnagyobbodás teljesen hiányoznak, a gyors erőtlenedés, lefogyás is inkább rosszindulatú daganat gyanúját kelti, nem tisztázza kellően az esetet laparotomia, sőt a boncolás makroszkopikus lelete sem, csupán a szöveti vizsgálat derít fényt e nemcsak klinikailag, de kórbonctanilag is szokatlan megjelenési formára.

A Hodgkin-kór diagnózisánál azonban még más



4. ábra.

nehézségeknek is ki vagyunk téve. Jól bizonyítja ezt következő esetünk:

L. I. 18 éves nő. Betegségének első tünete felvétele előtt nyolc hónappal a bal állszöglet alatt keletkező borsónyi kis daganatocskára volt. Ez lassanként teljesen fájdalomtalanul diónyira növekedett. Azóta betegünk lassanként gyengült, fogyott, időnként a hasban heves görcsös fájdalmak jelentkeztek. Felvétele előtt 10 nappal ez szokatlanul erősen lépett föl, azóta naponta ismétlődik a has lassanként puffadni kezdett. Ezen idő óta az áll alatti daganata rohamosan nő, sőt közvetlenül mellette két hasonló, gyorsan növekvő képlet fejlődött ki. E 10 nap óta feltűnően sokat fogyott és gyengült.

Vizsgálatkor az igen erősen lesoványodott és halvány nőnél a bal állszöglet alatt majdnem férfiökölnyi, porotómított, három, egymással és az állkapocs csont-hártyájával összekapaszkodott részből álló képlet tűnik fel, mely alig fájdalmas. Néhány borsó-mogyorónyi képlet van a jobb hónaljban és a hónalj és emlő között. Dyspnoe légzés, mindkét oldalon exsudatum pleuritumnak megfelelő háromujjnyi tompulat, tüdőszerte érdes légzés. Szív eltérést nem mutat. Has mérsékelt en elődomborodó, igen érzékeny, benne homályosan két simafelületű képlet tapintható, melyek közül az egyik az ileocecalis tájékon, a másik a köldöktől kissé felfelé és balra fekszik, utóbbinak tompulata összefolyik a lép-tompulattal, mely a VIII. borda magasságában kezdődik. A has nagyfokú érzékenysége miatt azonban a hasi szervek állapota nem vizsgálható pontosabban. Genitalis vizsgálatot mellőznünk kell, mert virgo intacta.

Vérkép: Vörösvértestszám: 3.400.000. Fehérvérsejtszám: 5400. Haemoglobin: 64%. Qualitativ kép a mellékelt táblázatban.

A közel három hétig tartó észlelésünk alatt a beteg állandóan lázas, remittáló-intermittáló hőmenettel. (4. ábra.) Rohamosan fejlődő elgyengülést, anaemiát mutat. A vérképben a vörösvértestszám és haemoglobintartalom gyors csökkenése, normoblastok jelentkezése mellett a fehérvérsejtszám hirtelen emelkedését találjuk a neutrophil vérkép igen erős eltolódásával, mint azt a következő táblázatban látjuk:

N a p	Fvs. szám	Mybl.	Neutrophil				Eos.	Bas.	Monoc.	Lymph.
			Myecyta	Fiatal	Pálca	Lebe nyes				
II. 28.	5400	—	—	2	4	68	4	—	5	17
III. 6.	14000	—	6	10	10	58	2	—	1	13
III. 10.	14800	—	1	18	11	57	—	—	6	7
III. 14.	24000	—	2	7	15	59	3	—	5	9
III. 18.	28000	7	4	35	17	22	1	1	6	7

Közben a has feszülése, érzékenysége fokozódik, a mellüri folyadékgyülem nagyobb lesz. Próba punctiónál véres folyadékot találunk, főleg lymphocyttal és lebe nyes magvú fehérvérsejtekkel. Állandó kínzó has- és deréktáji fájdalmak között áll be a halál.

A boncolási lelet: Kétoldali nagy ovarialis sarcoma (megfelelően a hasban tapintott két képletnek), mondhatni általános sarcomatosis, amennyiben a bélodri és hashártyamögötti, valamint a bal állszöglet alatti és hónalj mirigyeken kívül a hashártya, bélodri, a rekeszt borító mellhártyalemezek, a gyomor nyálkahártyája, a hasnyálmirigy feje, a vesék és emlők mutattak kiterjedt áttétképződést. A csöves csontokban egész hosszukban vörös csontvelő van, kiterjedt áttételekkel és vérzéssel. A szöveti vizsgálat eredménye: sarcoma rotundo-parvicellulare.

Utolsó esetünk méltóan társul az előzőekhez. Első tünete: egy tájék mirigyének a megnagyobbodása. Attól kezdve a betegség lefolyása mondhatni párhuzamosan halad a mirigyek növekedésével. A továbbiakban pedig olyan a kép, mely teljesen megfelel egy gyorsan generalizáló lymphogranulomatosisnak, holott tulajdonképpen egy sarcomatosis állunk szemben. Növeli a hasonlóságot a vérkép viselkedése, amelyet Naegeli pl. igen jellegzetesnek tart gyorsan terjedő és csontvelői áttéteket okozó lymphogranulomatosisra.

A lymphogranulomatosis diagnózisának felvételénél tehát nemcsak arra kell gondolnunk, hogy ez az elképzelhető legváltozatosabb klinikai képeket hozhatja létre, a legkülönbözőbb más bántalmakat utánözva, de számolnunk kell az ellenkező lehetőséggel is, hogy más kórok hoz létre oly képet, mely tévesen a Hodgkin-kór felvételére vezet. Így tulajdonképpen arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy bár a lymphogranulomatosis gondolatát minden elhúzó és kórtanilag kétséges kór- képp differentialis diagnózisánál föl kell vetnünk, határozottsággal csak akkor állapíthatjuk azt meg, ha sikerül szöveti vizsgálattal is biztosítanunk azt. E nélkül a lymphogranulomatosis felvétele mindenkor csak egy valószínűségi körjelzés fog maradni és könnyen állíthat a legnagyobb meglepetések elé.

Irodalom: Naegeli: Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. 1925, III. Sternberg: Klin. Wochenschrift 1925, 12. Kern: Orvostudium 1923. Stahr: Deutsche Med. Wochenschrift 1925, 42.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudomány-egyetem bakteriologiai intézetének (igazgató: Preisz Hugó dr. egyetemi ny. r. tanár) és urológiai klinikájának (igazgató: Illyés Géza dr. egyetemi ny. r. tanár) közleménye.

A húgyutak fertőzéseinek bakteriológiájáról és specifikus terapiájáról.

Írta: Went István dr. tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

II. Bélből és kívülről behatolt baktériumok által okozott fertőzések.

Ebbe a csoportba soroltuk azokat a vegyes fertőzéseket, melyeknél a béliüreg lakói és a kívülről behatolt csírok egyaránt szerepeltek. Könnyen érthető, hogy az ilyen fertőzéseknek annál a felülbírálása, hogy melyik a primaer, a betegséget okozó tényező, s melyik a több-kevésbé indifferens társ — vagy secundaer fer-

tőző —, igen nehéz. Pedig ennek az eldöntése — amennyiben autovaccinálási kísérletekről van szó — principális jelentőségű. Megfelelőbb eszközzel nem rendelkezvén, kénytelenek vagyunk magunkat ebben a vonatkozásban olyan elvekhez tartani, amelyekhez tisztán spekulatív úton juthatunk.

Számot kell vetnünk mindenekelőtt azzal, hogy ezen folyamatok egyik részénél a bélbakteriumok mellett olyan exogen csírok szerepelnek, amelyeknek elsődleges szerep nehezen tulajdonítható. Amikor például egy vizeletben coli-, vagy proteus-bacillus mellett staphylococcus albust találunk, joggal feltételezhetjük, hogy a folyamat fenntartásában nem az utóbbi a legfontosabb tényező. Azoknál az eseteknél azonban, amelyeknél a bélbakteriumok mellett gonococcus is szerepel, jóval nehezebb megállapodásra jutni. A gonococcusnak a húgyuti infekciónál különleges helyzete van. Ha egy vizeletben pl. a coli-bacillust és gonococust egymás mellett találjuk meg, nagy nehézségekbe fog ütközni annak a megállapítása, hogy a kettő közül melyikre helyezendő a főszűl a therapia folyamán. Az ilyen eseteknél az anamnesis adatai igazíthatnak útba bennünket. Ha a hólyag- vagy pyelumfolyamatot gonorrhoeás infectio előzte meg, minden okunk meg van arra, hogy primaer fertőző agensnek a gonococust fogadjuk el.

A gonococcusnak a húgyuti infekciónál elfoglalt specialis helyzete miatt célszerűnek látszik idesorolt eseteinket két csoportba osztani, és pedig:

1. a gonococcusmentes vegyes infekciók,
2. a gonococcus fertőzéssel szövődött vegyes infekciók csoportjába.

1. *Gonococcusmentes vegyes infekciók:*

- a) Coli-staphylococcus 4 eset
- b) Proteus-staphylococcus 1 „
- c) Proteus-coli-staphylococcus 1 „
- d) Coli-b. lactis aerogenes-staphylococcus .. 1 „
- e) Bacillus influenzae-lactis aerogenes-staphylococcus 1 „
- f) Coli-enterococcus-staphylococcus 1 „
- g) Enterococcus-staphylococcus 1 „

2. *Gonococcus fertőzéssel szövődött vegyes infekciók:*

- a) Gonococcus-coli-enterococcus 1 eset
- b) Gonococcus-coli-staphylococcus 1 „
- c) Gonococcus-coli-enterococcus-staphylococcus 1 „
- d) Gonococcus-enterococcus-staphylococcus.. 1 „

1. *Gonococcusmentes vegyes infekciók.*

a) *Coli-staphylococcus fertőzések:* Ilyen folyamat tal négy ízben találkoztunk, ami arra mutat, hogy a vegyes fertőzések ezen alakja meglehetősen gyakori.

1. O. J. 47 éves. 22 év előtt gonorrhoea, gáttáji tályog, utána szűkület és húgycsősipoly. Status praesens: Stricture et fistula urethrae, cystitis gravis, pyelonephritis ascendens utriusque lateris. Bakteriologiai vizsgálat 1924 október 25-én: Sok geny, coli és staphylococcus. Therapia: Coli-autovaccina, 1924 november 8-tól 1925 január 8-ig négy ízben bakteriologiai vizsgálat. Megkevesbedett genytartalom mellett a helyzet változatlan.

2. T. J. 33 éves. Hat éve időnkint kiújuló gonorrhoea. Egy nap óta jobb térdizületi hydrarthros, prostatitis, cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1924 november 2. Kevés geny mellett mikroskoppal kimutatható diplococcusok, melyeket azonban a vizeletből kitenyészteni nem sikerült. Táptalajokon coli és staphylococcus. Therapia: Coli-staphylococcus autovaccina aa. 4—8—10—10 milliárd bakterium. Utána a hydrarthros gyógyult. Bakteriologiai vizsgálat két héttel a kezelés után: Táptalajokon a leoltás után három nappal 1—2 colonia coli bacillus.

3. K. J.-né, 26 éves. Fél éve post partum cystitis. Műtét a hólyag megnyitása. Pedzer-katheter, elvisel-

hetetlen hólyagtenesmusok. Bakteriologiai vizsgálat 1924 november 4. Kevés geny, coli, staphylococcus. Therapia: Coli-autovaccina. Utána a coli-bacillusok a vizeletből eltűnnek, a beteg felkel. Egy hónap múlva recidiva hólyagtenesmusokkal. Kezelés ismét coli-autovaccinával. A coli-bacillusok a vizeletből eltűnnek, a tenesmusok megszűnnek. Egy hónapig teljes jólét. Idáig (1925 június) még két ízben recidiva, melyeket az esetenként adott coli-autovaccina ismételtén megszüntet.

4. E. B.-né, 56 éves. Öt hónapja tenesmusok, cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1925 július 18. Sok geny, coli és staphylococcus. Therapia: Coli-autovaccina. Bakteriologiai vizsgálat három héttel a kezelés után: Kóros elemek a vizeletben nem találtattak. Ennek megfelelően teljesen jó közérzet.

Látjuk, hogy a coli-bacillusokkal végzett autovaccinatio a folyamatokat kedvezően befolyásolja. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagynunk egy igen fontos körülményt: ha a fertőzött területek tágnylásokon keresztül (fistula, állandó catheter) a külvilággal folytonos összeköttetésben állanak, akkor a specifikus therapia végleges eredménnyel nem járhat. Igen tanulságos ebből a szempontból a 3. eset, melynél az autovaccina-kezelés momentan eltűntette a coli-bacillusokat és ezzel egyidejűleg a subiectiv tüneteket is megjavította. A hólyag üregének a külvilággal való állandó communicálása azonban lehetővé tette az újabb és újabb invasiók létrejöttét, amelyekkel együtt visszatértek a hólyagtenesmusok is. A specifikus therapia segítségével ezek az állapotok ismételtén corrigáltak, azonban mindenkor a végleges gyógyulás előidézésének a reménye nélkül. Ennél az esetről tehát az a különleges helyzet állott elő, hogy a bakteriotherapia tüneti kezeléssé süllyedt le és így a jogosultságát elvesztette. Egészen más volt a helyzet a zárt eseteknél. Az egyiknél erős javulást, a másiknál pedig teljes gyógyulást tudtunk elérni. Ezeket az eredményeket pedig annál fontosabbnak kell tartanunk, mert mindkét esetben olyan coli-cystitistről volt szó, melyeket helyi kezelésekkal befolyásolni nem sikerült.

b) *Proteus-staphylococcus-infekciók:* T. J. 40 éves. Aplasia renis dextri congenita. Cystitis ulcerosa, pyelonephritis lateris sinistri. Bakteriologiai vizsgálat 1924 október 25. Vér, geny, bacillus proteus vulgaris staphylococcus. Therapia: Proteus autovaccina (1—2—3—4 milliárd bakterium). A kezelés mérsékelt reactiv tünetek között zajlott le. 1924 november 8-tól 1924 november 26-ig három ízben bakteriologiai vizsgálat. Geny nyomokban, kevés staphylococcus. A betegnél a sikeres bakteriotherapia ellenére a klinikai tünetek nem javulnak. 1924 december 15-én exitus; a baloldali vesében és perinealisan activ gümös gócek.

A proteus-bacillussal tehát sikeres bakteriotherapia végezhető. Látjuk, hogy ezen bakterium az autovaccina viszonylag csekély mennyiségével is befolyásolható. Ami a fertőzés létrejöttét illeti, feltehető, hogy itt a gümös folyamat volt az elsődleges és az általa megtámadott szövetek csak másodlagosan adtak helyet egy endogen-infekciónak. A proteus-autovaccina a gümös fertőzést természetesen nem befolyásolhatta. Ez a kezelés idejében már teljesen előrehaladott stadiumban lehetett, úgyhogy a beteg egyetlen veséjének a tönkretételével menthetetlenül exitushoz kellett vezetnie. Ettől függetlenül azonban teljes mértékben méltányolnunk kell azt a tényt, hogy a proteus autovaccina hatására a beteg proteus-bakteriuriája megszűnt.

c) *Coli-proteus-staphylococcus-infekciók:* Egyetlen esetünk coli-proteus vegyes vaccina alkalmazására gyógyult.

d) *Coli-bacterium lactis aerogenes-staphylococcus-infekciók:*

V. J.-né, 40 éves. Egy éve kétoldali pyelitis, cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1925 február 19. Sok geny, bacterium-coli, bacterium-lactis aerogenes, staphylococcus. Therapia: Coli-bacterium lactis aerogenes autovaccina. Bakteriologiai vizsgálat 1925 március 7. Sok geny, bacterium-lactis aerogenes staphylococcus.

Esetünknel — mint ahogyan azt előző tapasztalásaink után várhattuk — a coli-bacillusok eltűntek, míg a lactis aerogenes és staphylococcus bakteriuria az eredeti mértékben tovább is fennállott. Nevezetes már mostan, hogy a kezelés után teljesen tünetmentes lett és a klinikát ilyen állapotban hagyta el. Ez az eset is azt bizonyítja, hogy a vegyes fertőzések azon alakjainál, amelyeknél a coli-bacillus is szerepel, a primaer agens mindig az utóbbi. Másfelől pedig egy újabb eset kapcsán tapasztalhattuk, hogy a bacterium-lactis aerogenes teljesen tünetmentes bakteriuriákat okozhat.

e) *Bacillus influenzae-bacillus lactis aerogenes-staphylococcus-infectiók*: A világháború végén fellépett nagy influenzajárvány óta a Pfeiffer-féle bacillus a pathológiában mindig nagyobb jelentőségre tesz szert. Az influenza-fertőzések generalizálódott alakjai azonban az influenzás pneumonián és enkephalitisen kívül még további meglepetéseket tartogatnak. Vizsgálataink folyamán egy ízben alkalmunk nyílt arra, hogy egy betegünk vesevizeletéből apró, haemoglobinophil bakteriumokat tenyészünk ki, melyek azután kétséget kizárólag influenza-bacillusoknak bizonyultak.

N. J. 45 éves, 12 éve hólyagtünetek (post partum), két hónap előtt influenza, azóta fokozott hólyagpanaszok mellett borzongás, láz, hányingerek, derékfájás. Cystitis, kétoldali pyelitis. Bakteriologiai vizsgálat 1925 március 16. Mikroszkopos lelet: Látóterenkint 25–50 genysejt, nagyobb Gram-negatív tokos bacillusok, számos Gram-negatív apró bacillus, kevés Gram-positív coccus. Közönséges agar: Bacterium-lactis aerogenes, staphylococcus. Véres agaron tüzúrásnyi átlátszó coloniák izoláltak. Therapia: Influenza autovaccina 0.5–1–1–1.5 milliárd bakterium. Heves általános tünetek (39–40 °C temperatura), enyhe helyi reakciók. 1925 április 6-án bakteriologiai vizsgálat: Változatlan. 1925 április 20-án: Változatlan. 1925 május 29-én: Sok geny, bacterium-lactis aerogenes, staphylococcus. Haemoglobinophil bakteriumok nem találtak.

Az anamnesisből arra következtethetünk, hogy a 12 évvel előbb post partum fellépett hólyagpanaszokat endogen-infectio okozta. Valószínű, hogy a betegnek 12 év óta fennálló bakteriuriájában a bacterium-lactis aerogenes szerepel, mint primaer tényező. Erre mutat az a körülmény is, hogy e hosszú idő óta tartó folyamat viszonylag kevés tünetet okozott. Hogy azonban ezen többé-kevésbé tünetmentes infectio a betegre nézve mégsem volt egészen indifferens, azt a következők mutatták. Két hónappal a kezelés után a beteg influenzán esett keresztül. Utána az állapota kifejezetten rosszabbodott, mely körülmény azután a klinikára vezette őt. Nyilvánvaló, hogy ezzel az influenzás megbetegedéssel esik össze a Pfeiffer-féle bacillusoknak a húgyutakba való behatolása. Feltételezhetjük, hogy az uropoetikus hám ellenállóképessége a több mint egy évtizede fennálló infectio következtében annyira lecsökkent, hogy a vérpályába jutott influenza-bacillusok megtelepedését mi sem tudta meggátolni.

Amint láttuk, a kezelés lefolytatása után másfél hónappal a Pfeiffer-féle bacillusok a vizeletből eltűntek. Hogy ebben az autovaccinának valami szerepe lett volna — az legalább is kétséges. A haemoglobinophil mikroorganizmusok eltűnése után a beteg állapota javult, lactis aerogenes bakteriuriája azonban továbbra is fennáll.

f) *Coli-enterococcus-staphylococcus-infectiók*: Esetünknel coli-autovaccinát alkalmaztunk, mire a bakteriuria nagy mértékben csökkent. Egy héttel a kezelés után végzett bakteriologiai vizsgálatnál a vizeletben igen kevés staphylococust találtunk. Ezúttal tehát újabb bizonyítékot nyertünk arra vonatkozólag, hogy az enterococcus bakteriuria a primaer fertőző ellen irányult bakteriotherapiával párhuzamban spontán megszűnik.

g) *Enterococcus-staphylococcus-infectiók*: Betegünknel kétoldali pyelitis és cystitis diagnosa állít-

tott fel. Az autovaccina-kezelés nem járt sikerrel. Fel kell tételeznünk, hogy az infectiánál még egy harmadik bakterium-faj is szerepel, mely a folyamatnál voltaképpen a legfontosabb szerepet játszotta, amelynek a kitenyészése azonban valami ok miatt nem sikerült.

2. *Gonococcus fertőzéssel szövődött vegyes infectiók.*

A húgyúti infectiók ezen alakjának négy variációjával volt alkalmunk foglalkozni.

1. P. F. 42 éves. Négy éve cystitis, nyolc hónapja kétoldali pyelitis. Bakteriologiai vizsgálat 1924 november 11. Sok geny, gonococcus, coli, enterococcus. Therapia: Coli-gonococcus vegyes autovaccina, aa. 1–2–2–3 milliárd bakterium. Erős általános reakciók (39–40 °C hőmérséklet), mérsékelt helyi és góctünetek. Bakteriologiai vizsgálat három héttel a kezelés után. Vizelet genymentes; igen kevés coli-bacillus.

2. Sz. Etel, 26 éves. Két hónapja cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1924 december 5. Kevés geny, gonococcus, coli, enterococcus, staphylococcus. Therapia: Gonococcus autovaccina, 1–1–2–2 milliárd bakterium. Reakciók, mint fent. Utána a vizelet bakterium- és genymentes.

3. A. Sarolta, 17 éves. 10 nap óta hőemelkedések, kétoldali pyelitis, cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1925 február 6. Sok geny, gonococcus, coli, staphylococcus. Therapia: Gonococcus autovaccina. Dosisok, reakciók, mint fent. Bakteriologiai vizsgálat négy és nyolc héttel a kezelés után. Kevés geny, coli, staphylococcus.

4. S. A., 26 éves. Hat hónappal ezelőtt gonorrhoea, utána prostatitis, cystitis. Bakteriologiai vizsgálat 1924 november 2. Sok geny, gonococcus, enterococcus, staphylococcus. A gonococcusok kitenyészése nem sikerült. Therapia: Enterococcus-staphylococcus autovaccina-kezelés megkíséreltetik minden eredmény nélkül.

Ezen vegyes fertőzéseknél tehát egy esetben gonococcus-coli vegyes vaccinát (1), két ízben tiszta gonococcus autovaccinát (2, 3), egy ízben pedig a társfertőzőkből készült autovaccinát (4) alkalmaztunk.

Miután úgy látszik, hogy a magasabb húgyutak infectióinál a gonococcus- és coli-bacillus szövődése eléggé gyakori, fontos volna annak az eldöntése, hogy a kezelésnek milyen autovaccinával kell történnie.

Két esetben a therapia folyamán tiszta gonococcus autovaccinát alkalmaztunk. A kezelés után az egyik betegnél (2) a bakteriuria teljesen megszűnt (a vizeletből a coli-bacillusok is eltűntek), a másikonál nem (3. a coli-bakteriuria továbbra is fennáll). A második eset amellel bizonyít, hogy a gonococcus-fertőzéssel szövődött endogen-infectióknál a colibacillusnak a jelentősége semmivel sem nagyobb, mint például az enterococcusé. A harmadik eset ezzel szemben arra mutat, hogy az ilyen folyamatoknál a gonococcus ellen irányuló specifikus kezelés a coli bakteriuriát absolute nem befolyásolja, azaz, hogy a coli-bacillusoknak a folyamat fenntartásában specialis és önálló szerepe van, amely ellen az autovaccina-therapia folyamán külön fel kell lépünk. Meg kell tehát állapítanunk, hogy a húgyúti fertőzéseknél szereplő coli-törzsek jelentősége nem mindig egyforma. Ez a jelenség megmagyarázható az egyes coli-törzsek különböző virulentiájával is, azonban úgy vélem, hogy közelebb járunk az igazsághoz akkor, amikor az okot inkább az individualis praedispositióra vezetjük vissza. Az egyik organismusban a coli-bacillusok térfoglalása kizárólag a primaer infectio folyamán legyengült szövetek ezen *localis* állapotának a rovására irandó, amely a primaer infectio kiesésével megszűnik; a másikonál ezzel szemben általános praedispositióról lehet szó, amely miatt a szervezet a testüregekbe tévedt coli-bacillusok virulentiáját minden segítség nélkül legyőzni nem tudja.

Mindebből az következik, hogy a gonococcus-coli-infectiók specifikus therapiájánál célszerű a gonococcus-coli vegyes autovaccina alkalmazása. Így jártunk el az első esetben, ahol sikerült is nagymértékű javulást elérni; hogy itt tökéletes gyógyulás nem következett be, az nyilvánvalóan az alacsonyra szabott dosisok rovására irandó.

A negyedik esetről a gonococcusok kitenyésztése nem sikerült. A therapiát a társfertőzőkből készült praeparatummal vezettük le. A betegnél a magasra szabott vaccinadosisok erős általános és helyi reakciókat produkáltak, anélkül, hogy a folyamatot a legkisebb mértékben is befolyásolták volna. Ebben ismét egy bizonyítékát látjuk annak, hogy a folyamat primaer tényezőjét a specifikus kezelésbe feltétlenül bele kell vonni. A saprophyta-jellegű társfertőzőkkel való vaccinálás teljesen céltalan.

III. Exogen-infectiók.

A húgyúti infectiók pathológiájára jellemző, hogy olyan folyamatokkal, ahol kizárólag exogen-csírok szerepeltek, mindössze két ízben volt dolgunk. A fertőző agens mindkét esetről a gonococcus volt.

1. *G. F.*, 21 éves. Egy éve gonorrhoeás urethritis epididymitis. Négy hónapja cystitis, kétoldali pyelitis. Bakteriologiai vizsgálat 1924 december 5. Sok geny, vörösvérsejtek Gram-negatív diplococcusok. Therapia: Gonococcus autovaccina 1–2–3 milliárd bakterium. Bakteriologiai vizsgálat 1925 január 8., február 6. és március 7. Sok geny, bakteriumok nem találtak. Negatív bakteriologiai lelet mellett állandó subjectiv panaszok (tenesmusok, derékfájás).

2. *M. B.*, 18 éves. Két év előtt gonorrhoea, vizeleti ingerek, melyek másfél hó óta erősen fokozódtak. Néhány napja baloldali pyelonephritis állapított meg. Bakteriologiai vizsgálat 1925 január 8. Mérsékelt mennyiségű geny, diplococcusok. Therapia: mint fent. Bakteriologiai vizsgálat 1925 március 2. Vizelet geny- és bakteriummentes.

Az első esetről a kezelés után a gonococcusok eltűntek a vizeletből, anélkül, hogy a beteg subjectiv panaszai elmúltak volna. Feltehető, hogy itt a fertőzéshez irreparabilis anatómiai elváltozások járultak, amelyek az infectio megszűnése után is tüneteket okoztak. A másik esetről a gonococcus-ellenes specifikus beavatkozás sikerrel járt.

A fentiek után feltehetjük a kérdést: Milyen szerepe és jelentősége van a bakteriológiának az urologiában, és mekkora gyakorlati érték tulajdonítható a felnőttek húgyúti infectióinál az autovaccina-kezeléseknek? — A feleletet ezekre a kérdésekre csak bizonyos óvatossággal adhatjuk meg, szem előtt tartván azt, hogy vizsgálataink folyamán alig 30 esetet dolgoztunk fel.

A bakteriologia szerepére és jelentőségére a húgyutak pathológiájában jellemző az a tény, hogy egy viszonylag kicsiny beteganyag átvizsgálásánál nem kevesebb, mint 10 különböző bakteriumfajjal találkozunk. A mai pathologiai felfogással nehezen egyeztethető össze az, hogy ezeket a mikrobákat, melyek morfológiai és biológiai tulajdonságaiknál fogva egyaránt távol állanak egymástól, egyenlő mértékkel mérjük, de semmi esetre sem volna helyes, ha jelenlétüket az egyes folyamatok felismerésére irányuló törekvésünkben teljesen elhanyagoljuk. A bakteriuriában szereplő mikroorganizmusok milyenségének pontos megállapítása természetesen nem minden esetben bír egyenlő fontossággal. Olyan folyamatoknál, ahol a vizelet pangását anatómiai tényezők idézik elő, céltalan dolog volna a súlyt a jelenlevő akadályok eltávolítása előtt a fertőzés jellegének pontos megállapítására és annak megszüntetésére helyezni. Amikor azonban az infectio minden bonetani előzmény nélkül, sponte sua jött létre és áll fenn, elkerülhetetlen a folyamatnál szereplő bakteriumok pontos meghatározása. Állítsunk például egymás mellé három folyamatot: egy gonorrhoeás hólyaghurutot, egy coli-cystitist és egy bakterium lactis aerogenes bakteriuriát. Az elsőnél válogathatunk a legkülönbözőbb helyi és általános kezelési módszerekben, egyformán jó kilátással; a másodikkal — ha csak az magától el nem múlik — feltétlenül az általános kezelés, és pedig a specifikus thera-

pia mellé állunk; a harmadiknál nyugodt lelkiismerettel megállapíthatjuk, hogy — bár a folyamat közvetlen veszélyt nem jelent — a prognosis quo ad bacteriuriam rossz, és aligha tehetünk helyesebbet, mint azt, hogy a fertőzött területeket békében hagyjuk.

Hogy a mi vizsgálataink kapcsán a húgyúti infectiók és a szövődött anatómiai elváltozások minden variációjára vonatkozólag teljesen kiforrott elveket lefektetni nem lehet, azt mindenki természetesnek fogja találni. Ilyesmirel csak akkor lehet szó, ha a bakteriologia és klinikus éveken keresztül együtt működve, systematikus kísérletekkel az esetek százait gyűjti össze.

A továbbiakban válaszolnunk kell arra a kérdésre, hogy a húgyúti infectiók therapiájában mily jelentőség tulajdonítható az autovaccina-kezeléseknek. E kérdéssel foglalkozván, ismételt ki kell emelnünk azt, hogy mindazokban az esetekben, amikor a fertőzés lehetőségét anatómiai tényezők (fistula, vizelet pangás, strictura, kő vagy prostata-hypertrophia miatt) tartják fenn, a súlyt elsősorban ezek megszüntetésére kell helyezni. A bakteriuria ilyenkor rendszerint a műtéti beavatkozás után spontán megszűnik, a specifikus therapia tehát csak abban az esetben nyer jogosultságot, ha ezen anatómiai elváltozások fennállása folyamán oly káros hatású mikroorganizmusok telepedtek meg a húgyutakban melyek a praedisponáló factorok megszűnése után is fenn tudják magukat tartani a megtámadott nyálkahártyán (bakterium coli).

A specifikus therapia legfontosabb szerepét az endogen-infectióknál játssza. Ezek a fertőzések — melyeknek leggyakoribb okozója a coli-bacillus — vagy megszűnnek spontán néhány nap alatt, vagy a specifikus therapiára gyógyulnak meg. A helyi kezelésekkal szemben a bélbakteriumok által okozott folyamatok rendkívül resistensek, úgyhogy az autovaccina-kezelések ezen a ponton jutnak feladatuk és jelentőségük magaslatára. Meg kell azonban említenünk azt, hogy ceteris paribus, a specifikus therapia prognosist két tényező nagymértékben befolyásolja: az egyik a beteg kora, a másik a folyamat tartama.

Ami a beteg korát illeti, könnyen elképzelhető, hogy a fiatalabb egyének sokkal alkalmasabbak az olyan therapiai módszerek alkalmazására, melyek hatására az organismus gyökeres és maguktól a sejtelemektől kiinduló elváltozásokat szenved. Kiválóan jutattja kifejezésre ezt a tényt az a különbség, mely a múlt év folyamán feldolgozott gyermek- és csecsemőanyag és a most ismertetett eseteink között mutatkozik; az előbbieknél, úgyszólván minden egyes esetben, frappáns és meglepő eredményeket értünk el, míg az utóbbiaknál — nevezetesen a korosabb betegeknek — a gyógyulás csak kedvező körülmények között és szerencsésen adagolt vaccina alkalmazására következett be.

A fertőzőes folyamat tartama természetesen szintén befolyásolja a specifikus therapia sikerét. Rövidebb idő óta tartó folyamatok könnyebben befolyásolhatók és gyorsabban restituálódnak, mint az idősebbek.

Bizonyos, hogy ezek a szempontok, amelyek a húgyúti fertőzések természetére és prognosistára fényt vethetnek és amelyek a therapiai eszköz kiválasztásában a segítségünkre lehetnek, a fenti vizsgálatok folyamán hiányos és többé-kevésbé homályos vonalakban bontakoznak ki előttünk. Nem szenvedhet kétséget az, hogy az urologiával kapcsolatos pathologiai és bakteriologiai tényezőkkel foglalkozván, oly szempontok és principiumok gyűjthetők össze, amelyek alapján azután a tudomány kiforrott és hasznos irányelvek birtokába jut. Ezen cél érdekében azonban semmiképpen sem mellőzhető a bakteriologus és urologus systematikus, esetleg évtizedekre terjedő cooperatiója. Ha jelen munkánk ez utóbbinak a fontosságát és halaszthatatlanságát demonstrálni tudta — akkor a célját elérte.

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudomány-egyetem 2. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyet. ny. r. tanár).

Adatok a petefészekdaganatok fejlődéséhez és gyógyításához.

Írta: Vetter Ambrus dr. tanársegéd.

A petefészekdaganatok óriási irodalma azok sok minden tulajdonságával megismertetett már bennünket, azonban klinikai növekedésükre alig vet világot. Általánosságban jegyzik meg tankönyveink lassú növekedésüket, pedig mint látni fogjuk, még a legjobb indulatúnak mondható pseudomucinosus cystomák sem viselkednek oly törvényszerűséggel.

Növekedésüknek kezdetét megállapítani nem tudjuk s legtöbbször a betegek bemondására vagyunk utalva. Intelligens betegek, kik testük ápolására több gondot fordítanak, korábban veszik észre, ha az a szabad hasür felé nő, nem ritkán a masször hívja fel rá a figyelmet. A Douglasba szorult daganatokkal azok kellemetlen tünetei miatt már előbb kerülnek orvoshoz.

1917 szeptember óta a 2. számú női klinikán több olyan daganatot észleltünk, mely a bemondott adatok szerint feltűnő gyorsan, pár hét alatt emberfejnyre, sőt nagyobbra nőtt, bő ascitest termelt, a beteg leromlására vezetett. A kísérletképen megejtett műtéteknél sok esetben szövettanilag teljesen ártatlan daganatot találtunk s ezért a betegek bemondását megbízhatatlannak tartottuk.

Bemutatásunk esetét az teszi érdekessé és bizonyítónak, hogy a daganat miatti műtetet csak rövid idővel előzte meg korábbi hasmetszés.

334/1925. fejlapszám. V. P.-né április 4-én jelentkezik. 49 éves. V.-P. Havibajok rendese, utolsó április 10-én, göresökkel. 1924 december 16-án neves fővárosi sebész appendektomiát végzett nála. Négy hete az addig rendes habibaja göresökkel jelentkezett. Január óta hasa hirtelen és állandóan nő. Sokat fogyott. Két hét óta mellkasi szűró fájdalmak s légzési nehézségei vannak. T. 37.1 C°. P. 84. Status praesens: Gyengén táplált, kachexiás nő, a tágult hasür körfogata 96 cm. Jobboldalt appendektomia gyógyult hege. A hasat plastikus, helyenkint tömöttebb, rugalmas, fájdalomtalan, a bordaívig erőresistentia domborítja elő, mely oldalt a medencetányérokig, alul a symphysisig ér, felette és a lumbaltájékon tompulat. Portio közepén, közvetlenül a symphysis alatt találjuk a középnagy méhet anteflexióban jobbra dölve, melytől balra és fölötte foglal helyet a fent leírt, megmozgathatatlan resistentia. Diagnosis: tumor malignus ovarii, ascites. Néhánynapi megfigyelés alatt a T. 37 C° fölött van állandóan. Április 16-án az asszony leromlott voltára tekintettel helyi érzéstelenítésben exploratív hasmetszés. Mérsékelt ascitest találunk a kétemberfőnyi, nagyfeszítésű, vékonyfalú cysta mellett. Gondos izolálás után a daganatból sok sötétbarna-zöldes, sűrű, nyúlós colloidos masszát bocsájtunk le. A daganat a jobboldali petefészekből kiinduló kocsányos, többrekeszű, pseudomucinosus tömlő, fala az elülső hasfali hashártyához szélesen odanőtt, de könnyen leválasztható s nehézség nélkül eltávolítható. Baloldalt sorvadtt, de ép petefészek. Hasfalvarrat. A második nap a T. 38.1 C°, különben a gyógyulás teljesen zavartalan. A tizenegyedik nap per primam gyógyult hassebbel távozik. A kb. 8 liter barna-vörös, nyúlós, fonalat eresztő kocsányos anyagot tartalmazó, roncsolt felszínű, cystikus tapintatú daganat felmetszésénél azt találjuk, hogy az diónyi, egész ökölnyi, sőt ennél is nagyobb sima belfelületű szürkésfehér üvegszerű, nyakos tartalmú rekeszekből áll, e nagy rekeszek között gombostűfejnyi, borsónyi, hasonlóan sima belfelületű rekeszek tömegei vannak, úgyhogy a metszéslapon helyenkint lépesmézre emlékeztet. Feltűnik a daganat átmetszésekor különböző nagyságú rekeszeknek sűrű világoszöld genyszerű tartalma, itt-ott szürkés, lágy elhalásos rekeszek is vannak. A tömlőből öt különböző helyről készítettünk metszeteket. A szöveti kép min-

denütt jellegzetes pseudomucinosus cystadenoma szerkezetét mutatja, a rekeszek hámbélése magas hengerhám, a magvak a sejtek basalis részén helyezkednek el, felettük halványan festődő kehelyalakú protoplasma látszik, a hámréteg helyenkint kötőszövet nélküli szemölcsöket s recézetet alkot, anélkül, hogy szabályos szerkezetét megváltoztatná, sem többretegeződést, sem polymorphysmust felismerni nem lehet, úgyszintén magoszlási alakokat sem találunk. A rekeszek tartalma fonatosan kicsapódott, halványan festődő anyag, melyben elvéve sejttörmelék is látszik. A rostos kötőszöveti stroma helyenkint megvastagodott és itt-ott nekrosis jeleit mutatja, magasztöredézzel és leukocytás infiltrációkkal, a leukocyták helyenkint tályogokra emlékeztető nagyobb tömegeket alkotnak s egyik-másik rekeszt is kitöltik. Bár a daganat rohamos növekedése a daganat falában keletkezett elhalások s a nagy kiterjedésű genyes beolvadás alapján malignus-folyamatra gondolunk, azonban a szöveti vizsgálat alapján a *morphologiai malignitás* kizárható.

Összefoglalva: A betegen négy hóval ezelőtt neves sebész hasmetszést végzett, kiről nem tételezhető fel, hogy a jobb petefészekből fejlődött daganatot, ha az már megvolt, fel ne ismerte volna. Pár hét múlva a beteg fogyni kezd. Állapota rohamosan romlik s ezzel szemben hasában szemlátomást nő a daganat, mely háromhónapi növekedés után már légzési nehézséget okoz. Csak rosszindulatú daganatra gondolhattunk. A műtétnél, melyet a beteg nagyfokú leromlottsága miatt csak helyi érzéstelenítésben tartottunk megkísérelhetőnek, szövettanilag teljesen jóindulatú, kocsányos, könnyen eltávolítható, többrekeszű pseudomucinosus cystadenomát találtunk.

Nyolc év alatt még három hasonló gyorsan növekvő s klinikailag rosszindulatúan viselkedő pseudomucinosus cystát észleltünk és operáltunk meg. Növekedésükre vonatkozó adatokat csak fenti esetünk után tartjuk elfogadhatónak. Első esetben 467/1924. fejlapszám. A leromlott sovány nő haskörfogata 105 cm-re növekedett nyolc hó alatt, Igen leromlott, kachexiás. Műtétnél 8 liter ascites, a daganat emberfejnnyi. A második esetben 651/1919. fejlapszám, két hó alatt nőtt meg a haskörfogat 91 cm-re, műtétnél 6–8 liter ascites, emberfejnél nagyobb daganat. A harmadik esetben 433/1923. fejlapszám, nagy ascitissal találjuk a három hét alatt csecsemőfejnyire növekedett daganatot. Mind-egyik esetben gyors lesóványodást és kachexiát találtunk a gyors növekedés idejének megfelelő mértékben. Az asszonyok állapota miatt e klinikailag csaknem inoperabilisnak látszó esetekben a hasmetszést csupán kísérletképp, helyi érzéstelenítésben, különösebb nehézség nélkül végeztük. Göresővel egyik esetben sem sikerült a szövettani rosszindulatúságnak valamelyik jelét is felfedezni.

Ha el is fogadjuk *Stöckel* hozzávetőleges megállapítását, melynek értelmében, ha egy tumor a beteg szerint feléves, akkor az legalább mégannyi idő, vagyis egyéves, még így is rohamos növekedést találunk a fenti négy esetben a klinikai rosszindulatúság egyéb tünetei mellett. A növekedés idejének ilyen meghatározása előbb részletesen elmondott esetünkre semmiképp sem találó, mert a négy hó előtti hasmetszésnél a petefészekben jelentősebb daganat nem lehetett. Mint látjuk, egy daganatról előre eldönteni annak benignus, vagy malignus voltát nem tudjuk, lévén a rosszindulatúságnak klinikailag egészen más kritériumai, mint szövettanilag. Éppen emiatt mi minden esetben indikáltnak tartjuk a próbahasmetés elvégzését, mert csak így dönthetünk a daganat jellegéről és operálhatóságáról. Fenti eseteinket, ha magukra hagyjuk, jóindulatú daganatuk dacára is rövidesen elpusztultak volna, míg így egyszerű anatómiai és szövettani viszonyok mellett biztosan megmentettük.

Annak bizonyítására, hogy az exploratív laparotomia kellő körülmények mellett teljesen veszélytelen beavatkozás, néhány adatot sorolunk fel.

1917 szeptember 1-től 1925 augusztus 1-ig a 2. sz. női klinikán 1921 hasmetszést végeztünk. Az összes 1921 hasmetszésből 63 volt exploratív laparotomia. E név alá sorozom nemcsak a diagnostikus szempont-

* Előadta a Magyar Nőorvosok Társaságának nagygyűlésén 1925 szeptember 9-én.

ból és a műtéttel meg nem oldható eseteket, hanem azokat is, melyeknél vagy a beteg nagyfokú leromlottsága, vagy klinikailag előre megoldhatatlannak látszó viszonyok miatt az indicatio explorativ laparotomia végzésére volt felállítva, bár a műtét folyamán az megoldhatónak bizonyult.

Explorativnak indult eszerint 63, mely az összes 1921 laparotomia 3·27%-át teszi. Ebből technikailag megoldható volt 20, vagyis 31·74%. E 20-ból egyet a tizedik napon elvesztettünk, az 5% mortalitást jelentene, azonban az esetet bátran leszámíthatjuk, mert nem a műtét következtében halt meg. 899/1922. fejlapszám. A belklinikáról áthelyezett leromlott kachexiás asszonynak (52 éves) négy hete daganata nő. A hasban tumor, malignitásra gondolunk s helyi érzéstelenítésben próbahasmetszést végzünk, melynél a talált kocsányos parovarialis cystát könnyen eltávolítjuk. A beteg jól van, a nyolcadik napon felkel. Viselkedése nem normalis, ideggyógyász paralysis progressivát állapít meg. A tizedik napon hirtelen, minden előzmény nélkül exitus. A boncolás gyomorrákot talált áttételekkel az összes szervekben, tüdőemphysemát és a szívizom parenchyma degenerációját, a műtési terület tiszta. Miután hozzánk belklinikára tette át a beteget, kérve a daganat eltávolítását, nem esik rováskunkra, hogy az említett elváltozások a gyomorban stb. nem ismertettek föl. Természetes, hogy ez eset nem írható a műtét rováására. Ezt leszámítva, mortalitásunk 0%. A meg nem oldható — tehát tényleg explorativ — 43 hasmetszés közül egy sem halt meg, ami szintén 0% mortalitás, éppúgy, mint az első ezernél. Mint jeleztem: explorativ laparotomiának vettem mindazt, a három diagnózis céljából végzettől eltekintve, ami klinikailag alig bízott reménnyel. Nemcsak műtői technika, de a beteg teljes gyógyulása szempontjából is megoldható volt a 63-ból 10, ez 15·87%, mely emberélet szempontjából tiszta nyereség. Kevésbé aktiv eljárásnál — mivel e 10 klinikailag éppen oly infaust volt, mint a többi 53 — ezek is feltétlenül elpusztultak volna műtét nélkül. 0%-os mortalitásunk mindennél jobban bizonyítja, hogy az explorativ laparotomia minden kétes esetben megkísérlendő, mert teljesen veszélytelen, de esetleg a gyógyíthatatlannak látszó 15·87%-át megmenthetjük. Megjegyzendő, hogy e tízből öt pseudomucinosus cysta volt, a véglegesen gyógyítottaknak tehát 50%-a. Hangsúlyozom, hogy mind a 63 laparotomiát csak kísérletkép és helyi érzéstelenítésben végeztük, bár egy-néhánynál, ha megoldhatónak látszott, műtét közben aethernarkosisra tértünk át.

Bemutatásunk második esete, mely más szempontból tarthat érdeklődésre számot, a következő:

419/918. és 402/925. fejlapszám. D. I.-nét 1918 október 12-én vettük fel. 23 éves, másfél éve férjes, 16 hó előtt abortus. Havibaj rendes. A jól fejlett nő külső vizsgálata negatív. B. v.: a portiót közepén, a méhet anteflexióban találjuk, tőle jobbra és előtte kisökölnyi tömlős tapintatú, alsó felszínén egyenetlen, gömbszerű daganat. A baloldali környezet szabad. Diagnózis: Cysta ovarialis l. d. Október 3-án aether-chloroform-narkosisban hasmetszés. Az ökölnyi, szabad, kocsányos cystát könnyen távolítjuk el. A baloldali, épnek látszó ovariumot conserváljuk. A daganat szövettanilag cystadenoma serosum papillare. 1925 április 19-én újra jelentkezik s előadja, hogy a műtét óta háromszor szült, gyermekei élnek, szülések és gyermekágyak zavartalanok. Menstruációi rendesek. Két hét óta tompa alhasi fájdalmakat érez, gyakran kell vizelnie. T. 36·8 C°. P. 78. Külső vizsgálatnál rendes lelet. — B. v.: a portiót hátul, a méhet anteflexióban, jobbra és hátrahelyezve találjuk, előtte és tőle balra citromnagyságú, elég tömött, jól mozgatható, fájdalomtalan resistens tapintható. A jobboldali környezet szabad. Diagnózis: tumor ovarialis l. s. Május 2-án aethernarkosisban hasmetszés. Feltevésünknek megfelelően találjuk a helyenkint tömöttebb, kocsányos, almányi képletet. Az asszony korára tekintettel valami ovarialis szövetet szeretnénk megtartani s ezért a kocsányfeletti tömöttebb részre vágunk rá, itt azonban mogorónyi, kis cystát találtunk, melynek belső falát apró

papillák borítják. Most már az egész daganatot eltávolítjuk. A gyógyulás zavartalan, a tizennegyedik napon per primam gyógyult hasheggel távozik. A görösövi vizsgálat cystadenoma serosum papillare tipikus szövettani képét mutatja, malignitás nincsen.

Az első, hat év előtti műtéténél teljesen épnek látszó petefészeket hagyunk bent, melyből a beteg rendszeren ovulált, sőt háromszor fogamzott és szült. Az utolsó szülés másfél évvel ezelőtt volt, amely után jól érezte magát s csak két hete érez tompa alhasi fájdalmat, ami orvoshoz kényszeríti, ki citromnyi daganatot talált. Mindenesetre a daganat növekedése lassú, hasonlóan az elmondottakkal.

Ezt igazolja a klinikánk ötévi anyagában talált 10 eset is, ahol a növekedési idő a betegek bemondása szerint hét évtől egy hóig változott. Látszólag ugyan a lassú növekedés ellen szól az, hogy a beteg petefészek hat év alatt termelt petéiből három megtermékenyítésre került, de tekintetbe kell venni, hogy kétoldali daganatnál is nem ritkán találunk terhességet. Sem a fogamzás, sem a szülés nem szól az ellen, hogy a daganat már az első műtéténél megvolt, bár a szerzők meg egyeznek abban, hogy ilyenkor a legtöbb esetben négy év múlva kifejlődik. Az irodalomban mégis több esetet találunk, ahol öt évre az első műtét után adott tünetet a másikkoldali daganat. Ilyen *Olshausen* közismert 26 esetéből 8, mely 5—25 évre, s *Teilhaver* esete, mely az első műtét után 12 évre került újabb operációra a másikkoldali tumor miatt. Véleményünk szerint ezekben a késői esetekben — s idesorozzuk a miénket is — a pathologusoktól elfogadott daganatos dispozióról van szó.

A hazai szerzők közül először *Velits* a papillaris cystomákról szóló alapvető dolgozataiban tekintettel arra, hogy e daganatok előbb-utóbb úgyis kifejlődnek a másik oldalra s a másikkoldali műtét a betegre sokkal nagyobb veszélyt jelent, lévén akkor az ovariotomiáknak 10—15% mortalitása, azt ajánlja, hogy minden egyes esetben vegyünk ki az épnek látszó petefészeket is. 1890-ben *Velits* ezen éles logikával írt s gondosan összeállított adatokkal alátámasztott ajánlata a világirodalomba is átment s *elvként mondatott ki*. Mindezek dacára, tekintve az asszony fiatal voltát s számbavéve az ovariotomiák mostani, csaknem 0% mortalitását, az épnek látszó petefészeket conserváltuk, ami azzal jutalmazta eljárásunkat, hogy a két műtét közötti időben három gyermeket hozott világra az elv értelmében meddőségre ítélt anya. A klinikán az elmúlt öt év alatt cystadenoma papillare miatt 16 beteget operáltunk meg, közülük hat volt negyven évnél fiatalabb. A hat esetből háromnál kétoldali daganat volt, kettőnél a legjobb igyekezet mellett sem tudtuk a másik petefészeket megtartani, mert az beteg volt s így felfogásunknak megfelelően csak egy esetben sikerült, a bemutatott eseten kívül, az épnek látszó petefészeket megtartani.

Fiatal nők szolid petefészekrákjánál később *Velits* is meghagyta az ép petefészeket. *Stöckel* két fiatal nő sarkomájánál conservált s mindkettőt öt év óta tünetmentes. *Mauthner*, aki a bécsi klinikák petefészekdaganatairól értekezik, szintén kiveszi az ép petefészeket s csak kivételesen egy sarkoma-esetet említ, ahol megkockáztatták az ép petefészek megtartását.

De vajjon joga van-e ma a műtőnek arra és lehet-e az a törekvése, hogy betegét prophylaxisból az anyaságtól megfossza? Nem! Ezt az állításunkat hathatósan támogatja az, hogy *Tóth* tanár a már előbb említett ezer hasmetszéséből cystektomiát és salpingophorektomiát (167+172) összesen 339 esetben végeztünk egy halálozással, ami 0·29%-nak felel meg. Tekintve válogatás nélküli anyagunkat, ez is amellyel szól, hogy nyugodtan nézhetünk a második műtét elébe is s ennek veszélye miatt ne vegyünk ki ép petefészeket.

Az elmondottakból a következő véleményünk alakul ki: ha a legkisebb reménye is van az operálhatóságnak, tekintet nélkül a korra s a leromlottságra, malignusnak látszó petefészekdaganatok esetében ex-

plorativ hasmetszést végzünk helyi érzéstelenítéssel, e beavatkozás veszélytelen és nem egyszer ér kellemes csalódás, a daganat eltávolítható, nem ritkán nem is rosszindulatú s emberéletet mentünk meg.

Ezzel szemben fiatal nők petefészkében kifejlődött bármely daganat esetén, legyen az papillás cystoma, rák, sarkoma, ha a másik petefészkek teljesen épnek látszik, a legnagyobb conservativismussal járunk el, vagyis az épnek látszó petefészket benthagyjuk, hogy ezáltal megadjuk a lehetőségét a fogamzásnak és szülésnek, mint azt második esetünk példázza. Természetesen figyelmeztetjük az ilyen beteget, hogy jó ideig szakember megfigyelése alatt álljon.

A debreceni szemészeti klinika közleménye (megbízott igazgató: Kreiker Aladár dr. egyetemi helyettes tanár).

A szaruhártya gombás megbetegedése.

Írta: Fazakas Sándor dr. tanársegéd.

A penészgombák (hyphomyceta) által okozott szaruhártyabántalmak az igen ritkán előforduló megbetegedések sorába tartoznak. Ezideig, a rendelkezésemre álló irodalmi adatok szerint, igen kevés számú pontosan észlelt eset van leírva. Első megfigyelője és leírója a bajnak Leber volt 1879-ben. Az utána következő leírásokból (Berliner, Uthoff, Fuchs, Axenfeld, Schirmer, Römer, Cavara, Martin, Orlow, Mahek, Asterroth, Heibran, Marx, Buchanan, Ferenglio, Johnson, Isakovitz, Markow, Kayser, Kamperstein, Köllner, Löwenstein) a megbetegedés létrejövetelére vonatkozólag megállapíthatunk annyit, hogy az esetek túlnyomó nagy többségében az aetiológiában kimutatható a trauma. A mi állatkísérleteinkben se volt elég a fertőző vírusnak egyszerűen a kötőhártyaszákba való bevitele, mert ennek mindössze egy kis hyperaemia volt a következménye. De ha folsértettük a corneát és oda kentük föl a táptalajon szigorúan elkülönített fertőző virust, vagy pedig éppen a cornea lemezei közé vittük be, néhány nap múlva előttünk volt a keratomykosis aspergillina képe. Az esetek túlnyomó többségében tehát szükséges és ki is mutatható a trauma. Még pedig olyan tárgyakkal, melyek fészkei a penészgombáknak. Ennek megfelelően rendszeren olyan emberek acquirálják e bajt, akik mezőgazdasággal, mezőgazdasági termények feldolgozásával vagy pl. kertészettel foglalkoznak és eközben gombásan megbetegedett, vagy gombával szennyezett terménnyel sérül meg a szemük. Igen természetesen az esetek jó részében az anamnesisben nem fogunk hallani a traumáról. Az említett embereknél szinte nap-nap után éri a szemet kisebb-nagyobb trauma, egy-egy a szembe beesett és magától legtöbbször ki is kerülő idegentest alakjában. De el lehet képzelni és bizonyára, ki is lehetne mutatni, hogy egy más okból már hámfosztott, kikopott, esetleg infiltrált, vagy fekélyes corneába bekerülő gombáknak nem kell még valamelyes trauma, valamint akkor se, ha az ép corneára kerül más, erősebben pathogen vírus társaságában. Ezzel kapcsolatban bizonyos az is, hogy elsősorban nem a gomba virulentiájától, helyesebben mondva pathogen voltától függ az általa okozott beteges állapot súlyosabb vagy könnyebb volta, vagy az, hogy egyáltalán létrejött-e, hanem attól a másik tényezőtől is, amit a trauma, a társfertőzés, vagy az ellenálló-képesség ilyen, vagy olyan okból való csökkenése képvisel. Az utóbbit a corneára vonatkoztatva előidézhetik még oly gyógyító eljárás útján is, mely az ép részeket sérti.

Csak ezen második tényező fontosságának hangsúlyozása mellett érthető meg, hogy a penészgomba-

féleségek többféleségéről ki van mutatva, hogy mint ártalmatlan saprophyta is jelen lehet a testnek a külvilággal közlekedő üregeiben. (Orr stb.) Ha azonban az a bizonyos második tényező útján valamiképpen bekerül a szervezet szöveteibe, kisebb-nagyobb elváltozásokat okozhatnak, amelyek a sporák közvetlen hatása alatt kifejlődő könnyű gyulladásos beszűrődésekből, vagy a súlyosabb esetekben myceliumokat is tartalmazó abscedáló, sőt nekrotizáló gócoakat is alkotó jelenségekből állhatnak. E jelenségeket specifikus klinikai jellegzetességük a legtöbb esetben alig teszi felismerhetővé.

A szemén előforduló keratomykosis leggyakoribb oka a penészgombák aspergillus nevű alfaja, még pedig az esetek túlnyomó többségében az aspergillus fumigatus. Úgyhogy a keratomykosis aetiológiájában kb. 90% az aspergillus, a fennmaradó 10% pedig a penészgombák második két alfaja: a mucor és a penicillium szerepel. Néhány esetben — különösen a legújabb leírásokban — az aktinomyces és a favus is előfordul.

Legújabban Ditrói Gábornak Szegeden ismételt sikerült a szemben az úgynevezett vaskbakteriumokat kimutatni, elsősorban a chlamydothrix ochraceát és a gallionella ferrugineát. Ezek néhány esetben chronikus hurutos, illetve genyes kötőhártyagyulladást okoztak. Ezek a bakteriumok Szeged vízvezetékének csöveiben élnek és a vízzel jutnak a szembe.

Köztudomású, hogy valamennyi penészgomba finom elágazó fonalakból álló myceliumot alkot, ezekből emelkednek ki a sporákat termelő szálak (hyphak).

A penészgombák által emberen előidézhető megbetegedések leggyakrabban a fülre szorítkoznak, mint otomykosisok, azután jönnek a bronchomykosisok (pneumomykosisok), sokkal ritkább az orr és mellek üregei, még ritkább a cornea megbetegedése és csak egészen kivételes az általános megbetegedés.

Az aspergillust észlelték ezenkívül a májban, a mesenterialis mirigyekben és a bőrben is. A bőrben kifejlődő aspergillosis abscedálásban nyilvánul, helyi elváltozásait az élő gomba mérge közvetlenül produkálja. A bántalom a belejutó gombák elpusztulásával spontán is gyógyulhat. Az aspergillus fumigatus gombája, hasonlóan a többi penészgombához, finom elágazódó fonalakat alkot, melyekből a sporákat termelő szálak felfelé a levegőbe emelkednek. E hyphák végei megduzzadnak és a duzzadt végen köröskörül karesú fonalkák (sterigmák) helyezkednek el, melyekből lefűződés útján sporák keletkeznek. Táptalajon kékes, később kékes-zöldesszürke telep fejlődik ki. A pathogen aspergillusok száma igen nagy: aspergillus nidulans, flavus, niger, subfusus, bronchialis, Ligneri, basidiiferens, mikroviridocitreus, viridogriseus, Euritium malignum stb. A nem pathogeneknek is egész sorozata van: aspergillus glaucus, repens stb.

A debreceni szemészeti klinikán egy az aspergillus által okozott keratitis érdekes esetében szintén szerepelt a kiváló tényezőként említett trauma, amennyiben betegünk szeme a kalászos gabonák cséplése alkalmával sérült pelyvával. Meglehetősen hosszú incubációs idő múlva fejlődött ki a sérült részen a tulajdonképpen gombatelepet jelző keratitis. Első tünetek a lényegesebb tárgyi alap nélküli subjectív érzések sorába tartoznak. (Fénykerülés, könnyezés.) A gomba pathogenitása csak izgalmi tünetekben fejeződik ki. (Stadium irritationis.) Csak később jönnek létre az alább tárgyalandó objectív tünetek, amikor már a gombatelepet fejlődése előhaladt és látható keratitishen nyilvánult meg.

A diagnózis megállapítása különösebb nehézségbe

nem ütközött. Az ulcus jellegével, helyesebben aetiológiájával egy kis differentialis diagnostikai megfontolás után csakhamar tisztában voltunk. Kifejezett subjectiv tünetek: fájdalom, fénykerülés, könnyezés, nagyfokú irisizgalom és egy kis, $2\frac{1}{2}$ mm átmérőjű fekély, amely nem mutat semminemű terjedési jelleget és oly szabályos kerek, mintha körzővel volna felrajzolva. A fekély közvetlen határa mellett a cornea (mintha csak tudomást se venne a fekély jelenlétéről) éles határu, a legkisebb beszűrődöttség, borúság vagy erosio nélkül. A fekély leírt szélé és a határos cornea viselkedése mellett gondolkozni ejtett magának a fekélynak a színe is, mely belső $\frac{1}{3}$ -ben határozottan szürkésfehér, külső $\frac{1}{3}$ -ben pedig alig észrevehető sárgás árnyalattal bírt. A kör alakú fekély alapját, mely geometriai központja felé csaknem egyenletes szabályossággal mélyült, érdes, egyenetlen, száraz, eléggé összeálló törmelék borította, mely — mint később kitűnt — elég szorosan összefüggött az alappal. Ilyen tünetek mellett figyelmünk rögtön gomba felé irányult. A sterilen vett kaparékban nativ és festett praeparatumban az aspergillus fumigatusra jellemző kettős konturú fonalak voltak láthatók. Maltoseagaron az átoltás után 36 óra múlva már látható volt a gombatelep, két gombostűfejnyi, szabályos kör alakú fehéresszürkés, sugárirányban való terjedést mutató gombatelep alakjában. 48 óra múlva már lenesényi a telep. Egyébként nem változott. 72 óra múlva a centrum gombostűfejnyien kékeszöldesen elszíneződik, az egész telep félfüllérnyi és már látható a táptalajra merőleges terjeszkedés is (szakál). Négyeszer 24 óra múlva a telepek már összefolynak, a kékeszöld szín mindinkább érvényesül, amennyiben most már csak a széleken, a terjedés irányában fehér a szegély. Ötször 24 óra múlva az egész telep-fedő zöld és a telepen itt-ott gombostűfejnyi átlátszó tiszta vízgyöngyök jelennek meg.

A harmadnapos tenyésztetből a házinyúl corneájára átoltásokat végeztem. Még pedig az egyik corneába, tintetio módjára felszántva azt, juttattam be a virust. A másikba pedig fecskendővel a cornea lemezei közé vittem be a kórokozóból készített emulsiót. Három nap múlva tökéletesen ki volt fejlődve a skarifikált corneán az oltási keratitis, azzal a színnel és összeállással, amint az eredeti képen láttuk. Megfigyelhető volt, hogy a trauma milyen fontos segítője a kórfolyamat előhaladásának. Ugyanis, ha a már kifejlődött kör alakú ulcusból, steril lándzsával, néhány sugárirányban haladó vonalat húztam a cornea kerülete felé (vigyázva arra, hogy a gombatelepből semmit se vigyek bele ezekbe a vonalakba), ötször 24 óra múlva e vonalakban kb. $1\frac{1}{2}$ —2 mm-rel volt kijebb a fertőzés a különben szabályos kör kerületénél, míg maga a kör ez alatt az idő alatt köröskörül kb. csak $\frac{1}{2}$ mm-nyi övvel növekedett meg.

A cornea lemezei közé való oltás után az oltási keratitis lassabban, csak az ötödik napon bontakozott ki. A kép azonban itt is jellegzetes volt. A szűrési esztorna mentén több kör alakú gombatelep volt látható, annak megfelelően, hogy hányszor álltam meg a tű visszahúzása közben, hogy gombás emulsiót fecskendezzek be a cornea lemezei közé. Tíz nap múlva az első cornea száraz, törmeléken telepei teljesen lelekedtek és a heges gyógyulás megkezdődött.

A cornea lemezei között kifejlődött keratomykossal láthatóan nehezebben bírkózott meg a szem. A kísérő jelenségek is sokkal hevesebbek voltak (pericornealis és ciliaris injectio, elég súlyos iritis, néhány praecipitatum és minimalis hypopion). Érdemesnek tartom megemlíteni, hogy az állat az oltást követő na-

pokban egyáltalán nem táplálkozott, csöndes volt és általában beteg benyomását keltette. Hogy a nyúl corneáján az oltási keratitis tényleg aspergillózis volt, azt maltoseagarra való visszaoltással bizonyítottam be, ahol tisztán csak a már leírt telepek fejlődtek ki.

Ebből a tenyésztetből újabb oltásokat végeztem egy másik nyúlra. Egyik corneán a fölbeztett területre való fölkenéssel, másikon pedig a cornea lemezei közé való fecskendezéssel. Az ily módon előidézett oltási keratitisek is mindenben megegyeztek első kísérletemmel. Ugyanekkor egy harmadik nyúl elülső csarnokába is befecskendeztem a tenyésztetből készített emulsióból egy cseppet.

Itten 48 óra múlva hatalmas ciliaris injectio lépett fel, ezenkívül a cornea hátsó lemezén és az irisen már több gombostűfejnyi gombatelep volt látható. A cornea hátsó lemezén a gombatelepek között különösen alul nagy mennyiségű praecipitatum helyezkedett el. Csarnokvíz zavarossá vált. Pupilla nagymértékben megszűkült, iris színe erősen piszkos sötét lett. Réses lámpával az irisen hatalmasan tágult erek, ezeken nagymennyiségű izzadmány, néhány repedés és vérzés volt látható.

Ilyen súlyos jelenségek ellenére 14 nap múlva ezen a szemén is tökéletes gyógyulást állapítottunk meg, néhány synechiával a lenesetokon.

Ezekből az állatkísérletekből (melyek, amint láttuk, a nyúlra meglehetősen nagy ellenállóképességéről szólnak az aspergillusokkal szemben) magyarázható meg az a körülmény is, hogy állatoknál spontan keletkező keratomykosisról az irodalomban leírást nem olvastam. Ezzel szemben talán nem lesz érdektelen megemlítenem, hogy List megfigyelt egy nyulat, melynél az aspergillus fumigatus sporáival inhalációs kísérleteket végezve, tipikus keratomykosis aspergillina fejlődött ki.

A virusnak legtöbbször trauma, illetve idegentest útján való megtelepedése érthetővé teszi, hogy a keratomykosis a cornea bármely részén felléphet. Szabályt tehát — véleményünk szerint — a kifejlődés helyére vonatkozólag fölállítani nem lehet. Bizonyos csak az, hogy sokkal jobbindulatú, rövidebb ideig tart és vékonyabb heggel gyógyul a cornea széli részén elhelyezkedő fekély, mint a központi, aminek az oka bizonyára a cornea széli részeinek jobb táplálkozási viszonyaiban keresendő. Az a körülmény, hogy legtöbbször gombásan megbetegedett vagy gombával szennyezett idegentest révén kerül be a gombatelep a corneába, a legkevésbé gyanús esetben is arra kell hogy késztesen, hogy alaposan utána nézzünk, vajjon nincs-e még bent a betegséget vívó idegentest, aminek az eltávolításával, már nem egy esetben (Isakovitz) spontan gyógyulás volt elérhető.

A therapiára vonatkozólag csak annyit bátorodom megjegyezni, hogy általános és helyi gyógyítással próbálkoztunk. Az előbbi a salvarsan- és a tej-injectio, az utóbbi a jódtinctura képviselte. A jódtincturázás előtt néhányszor az újrafelfüldött gombatelepeket Meyhöfer-kanállal lekapartuk. Ilyen gyógykezelés mellett egyik, közvetlen a limbus mellett elhelyezkedő ulcus rövidesen ereződni kezdett és tökéletesen feltisztult. A másik, nagyobb és a corneaszéltől jóval távolabb eső meglehetősen mélyre terjedő fekélynél is a limbus felé eső részein indult meg a tisztulás és ereződés. A legbelső gombateleppel jóval nehezebb volt megküzdeni. Lekaparás és jódtincturázás után is több esetben újraképződött, azonban befelé nem terjedt. Lassankint azonban innen is lelekedtek a gombatelepek s helye finom maculával gyógyult.

Nem lesz érdektelen azon megfigyelésünk hangsúlyozása sem, hogy ha akár a jódtincturázás, akár a kanalizálás ép részeket is sértett, tehát nem szorítkozott tisztán csak a beteg góca, akkor a kezelés következtében hámfosztott (erodált) terület felé határozottan megállapítható terjedést lehetett látni. Az aspergillosis egész lefolyásában tehát a legfontosabb szerepet játssza a hámbiány.

THERAPIA

Válasz Pallagi Imre dr. Karyon-cikkére. (O. H. 7. sz.)

Írta: Okolicsányi-Kulhy Dezső dr.

Köszönettel tartozunk Pallagi collegának, hogy a Karyon F. intravenás bator alkalmazásának nyílt kérdéséhez hozzászólt. H. Schlossberger, a Brauer-Schröder-Blumenfeld-féle terjedelmes szakmunka 3. kiadása 2. kötetében a „Chemotherapie der Tuberkulose“ fejezet írója, a gümőkór hatóképes szerek adagolásáról ezt mondja: „Die Schwierigkeit der Behandlung ist vor allen Dingen in der Dosierungsfrage der betreffenden Mittel zu suchen.“

Magam a Budapesti Orvosi Ujság 1925. 3. számában a Karyon alkalmazásának első részletesebb vázlatát így fejeztem volt be: „Minden ingertherapiában a legnehezebb az adagolás. Kétszeresen nehéz az, mikor a betegségek Proteusáról, a tuberculosistról van szó. Korántsem állítjuk, hogy a tapasztalás nem fog a fentjelzettnél külön használati módhoz vezetni. Ez nem egy esztendő s nem egy ember munkája.“

Ebben az első részletesebb vázlatban súlyosabb, erősen activ tüdőesetek részére intramuscularis vagy subcutan harmadnaponként adott 0.2–0.3–0.5 Karyon P.-injecciónok (P. = praecipitatum-oldat, mely erősségben az M. és F. között állt s utóbb az egyszerűítés kedvéért, talán nem is egészen helyesen, elhagyatott) voltak tanácsolva, az F.-ből pedig a kezdő dosis éppen csak 0.05-nek (1/2 flola a 10-szeres hígítású F.-ből) volt jelezve.

Annyira élt bennem a „nil nocere“ és azon meggyőződés, hogy a Karyon, hasonlóan a tuberculinhoz, nem hatástalan a gümőkór, tehát cum grano salis kell vele bánni.

Az elmúlt nyár folyamán jött egy bányarvos collegánk igen érdekes közleménye a Gyógyászatban s közben más kartársak részéről is az a nézet, hogy túlfélénk vagyok a diólevélextractumokkal. Hogy mindez nem maradt hatás nélkül rám, a később megjelent Karyon-ismertetés némileg szabadabb dosirozása elárulja; F.-ből: másodnaponként 0.5–1.0–2.0 subcutan, intravenásan pedig harmadnaponként 0.25–0.5–0.75–1.0.

A balatonfüredi tuberculosiskongresszuson tartott előadásomban foglalt 12 pont közül a 7-ik is magán viselte e hatás nyomát, ellenben mindjárt az utána következő 8-ik pont a subcutan alkalmazás nagyobb általánosításának célszerűségét hangsúlyozta.

S éppen most készültem közölni a Karyon-therapia irányelveiről egy rövid ismertetést, immár közel két esztendő tapasztalatai alapján a betegágyánál és az ambulancián. Ez a következő:

1. Ingertherapia, mint a tuberkulin-kezelés, de kevésbé kockázatos. 2. Hasonló adagolási elvek, mint a tuberkulin-therapiában. 3. A tüdőgümőkór karyon-sensibilitása a legnagyobb. 4. Tüdőesetekben subcutan injecciónok többnyire elégségesek. 5. Intravenás adagolás csak diagnostikai célra (0.5–1.0–2.0 R.) és még jó testi conditiójú egyének extrapulmonalis gümőkórjánál (0.25–0.5–1.0 R., esetleg feljebb, a rázóhideges adagig) szükséges. 6. Minél könnyebb a tüdőeset, annál gyorsabban haladhatunk az erősebb Karyon-fajták felé. Annál bátrabb az adagolás, annál kisebbek lehetnek az intervallumok. Kezdvé láztalan vagy subfebrilis köny-

nyű esetben 1.0 M.-en naponta, majd 0.5 F.-en két naponként, végül 0.25 R.-en harmadnaponként, subcutan. 7. Minél súlyosabb az eset, annál hosszabb kezelés M.-el. Naponta 1.0 M. subcutan a legsúlyosabb tüdőesetben is csak előnnyel adható. Súlyosabb esetben az erősebb Karyon-fajtákkal csak lassúbb haladás felfelé és hosszabb injeccio-közök. Kezdvé 0.25 F.-en harmadnaponként, majd 0.10 R.-en hetenként, subcutan. 8. A Karyon-ingert még mérsékli, ha a szert lassabban szívadjuk fel: a kar bőre helyett a comb bőre alá vagy az izmok közé (gluteusok, deltoideus) fecskendezzük. 9. Tüdőesetben az adaggal csak akkor emelkedünk, ha az előző befecskendezés feltűnőbb reactiót nem váltott ki, amit a hőgörbe jelez. 10. Ha egy adag — tüdőesetben — reactióval járt, utána nagyobb intervallum és dosis-esökkenés. 11. R. + F. aa subcutan, decigrammos dosisokban (0.1–0.2–0.3 ... hetenként) súlyosabb tüdőesetben is adható s valóságos áthangolást (Umstimmung) is hozhat létre. 12. Tüdőgümőkórál általában az intravenás Karyon-adag maximalisan fele a subcutan adagnak. 13. Extrapulmonalis tuberculosissal, jó conditio és practice ép tüdő mellett, az intravenás R.-el is bátrabb haladás: harmadnaponként 0.25–0.5–1.0 és feljebb a rázóhideges dosisig, majd ennek 5–7 naponként (desensibilizálódás esetén rövidebb az időköz) megismétlése. Ha az ismétlés rázóhideget már nem vált ki, az adagot bátran tovább emelhetjük. Még jó erőbeli állapot mellett a rázóhideges adagok hosszabb alkalmazása is teljesen ártalmatlan. 14. A typusos Karyon-reactio gyorsan, órák alatt lezajlik. Utána rendesen euphoria, fokozott étvágy, jó alvás észlelhető. 15. Localis izgalom az injecciónok helyén nincs.

Ez irányító összefoglalás több pontja igazolja, hogy az óvatossággal alkalmazás mód felé részemről ismét csak visszahajlás történt.

Bizonyos óvatosságra minden szernél szükség van, amely hatóképességgel bír. Csak indifferens anyag alkalmazásának lehet tág latitude-je. „Was nicht schaden kann, kann auch nicht nützen!“

Pallagi kartársam dolgozata több tekintetben érdekes. Tanulsága nemesak az, hogy a Karyon F. intravenás nagy adagjaitól súlyosabb esetekben óvakodni kell, hanem az is, hogy a szer tényleg, a tuberkulinhoz hasonlóan, túlzottan használva ártalmas gócreactiókat is tud létrehozni s a bántalom progressióját idézi elő; tehát lényegileg valóban úgy hat, mint a tuberkulinok. Ebből azonban viszont nem a hatástalanság következik, amit a Karyon mite-t illetőleg a szóban forgó cikkből kiolvasni lehet.

A közölt négy esetből a 3-ik számúról Pallagi dr. is elismeri, hogy egy havi kórházi tartózkodás után, mely alatt a beteg három F.-injecciónot kapott, javultán távozott. Ennek a subfebrilis — a négy közül a legjobb — esetnek a nagy dosis intravenás F. sem ártott meg, ellenkezőleg a közölt láztábla szerint a reactiók lezajlása után subfebrilitása elmúlt. Itt az alkalmazott erős inger sem bizonyult végeredményben túlnagynak, mert volt még a védőanyagok termelésére serkentő stimulansnak honnan merítenie, az Arndt-Schultz-törvény nem sértetett meg. Ez az eset közelítette meg leginkább a typusos Karyon-reactiót, borzongást és kífokú rázóhideget mutatva.

A többi eset többé-kevésbé súlyos volt, melyekben részemről legfeljebb egy intravenás teljes dosis (1.0) kísérlettem volna meg s ha az napokra emeli vala a hőmérsékletet (mint ezt „Diagnostikus célú Karyon-injecciónok“ című dolgozatomban e lap hasábjain tavaly egy 1 mgr-os subcutan AT.-injeccio után mint kedvezőtlen tünetet apostrofáltam, Orvosi Hetilap, 1925, 21. sz.), semmi esetre sem alkalmaztam volna aránylag rövid idő múlva még nagyobb ingert.

Az 1. számú eset lázgörbéje ugyan nem mutat semmi borzalmat; a hőmenet körülbelül csak annnyival magasabb szárnyalású, amennyi az addig szedett antipyreticum kihagyásának megfelel. Itt a leírás ad számot az állapot súlyos rosszabbodásáról, amiben két-

ségtelenül lehet, hogy a túlnagy inger alkalmazásának része van, de aminő sokszor váratlan aggraviációk nyole közvetlen tapasztalásom szerint, főleg tél küszöbén, a ma legjobbnak elfogadott sanatoriumi kezelés mellett is előfordulnak. A 2. számú esetben (a Röntgen szerint is III. stad.) részéről a második intravenás F.-injección már nem adtam volna; alább ki fog tűnni, hogy miért. Bár ez a beteg is javult (7½ kg súlygyarapodással) távozott, a Karyon-kúra alatti „szálmás és ijesztő” rosszabbodása transitorice se kelthetett volna aggodalmat. A 4. eset úgynevezett egészen rossz casus. Jóllehet a Röntgen kevesebbet mutat nála felvételtkor, mint a 2. esetben s magas láz sines, az auscultatio azonban a folyamat erős aktivitását igazolja. Ez az eset erőlyes ingertherapiára csak rosszabbodhatott.

Ami rendkívül érdekes és becses tanulsága *Pal-lagi* collegám dolgozatának, az a *reactiók minőségére* vonatkozik. Boldogult *Polyák* tanárral tanakodtunk nem egyszer azon, kell-e a rázóhideg reactio a curativ eredményhez vagy sem? Az úgynevezett „nagy reactiót” Karyon R. intravenás alkalmazása után ugyanis a következőképen írtam volt le: „Körülbelül egy órával a befejezkendezés után rázóhideg, circa három óra alatt a reactió láz culminál s 6–8 óra múlva a hőmérsék ismét az injectio előtti nívón van, vagy annál *alacsonyabb*”. Ez a *typusos* Karyon-reactio, mely mellett tuberculotikus gégetumort láttunk gyorsan visszafejlődni, gümös alapon fejlődött episkleritistől súlyosan megtámadott szemet 2½ hónap alatt teljesen feltisztulni, az egyik os cuneiforme cariesét aránylag rövid idő alatt demarkálódni és ott helyben resorptiónak indulni — s amilyen után, ha megkísérletetett, nemcsak mi láttunk, de más is látott még nem leromlott s nem túlnyomóan exsudativ esetekben tüdőfolyamatot is áthangolódni, jobbindulatúvá válni (*tüdőesetben* az ilyen erőlyes beavatkozás többnyire *solitaer* volt; nem, vagy csak hetek-hónapok múlva ismételtetett).

Subcutan Karyon F. és R. után állaton és emberen ugyancsak mutatkozván hatás minden rázóhideg nélkül (például egy gümőkóros gravidánál egy kis hangszalag-uleus begyógyulása néhány hét alatt), a fenti kérdés eldöntése igen nehéznek látszott. Amint hogy az is. Kétségtelenül többféle módja van a szervezetnek arra, hogy a bevitt ingerre fokozott antitest-termelést indíthasson meg.

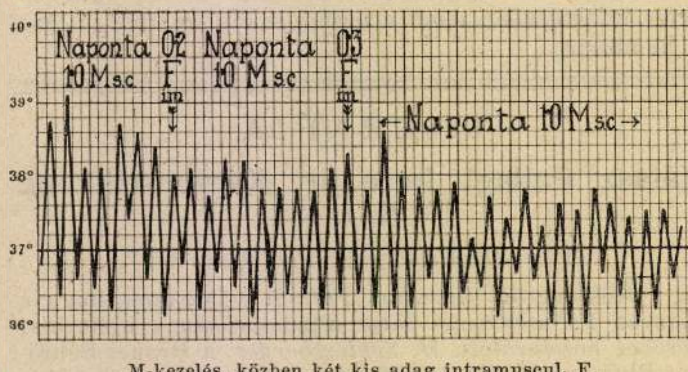
Ha azonban hőmérséki reactio támad, hogy ennek csak akkor van eklatáns haszna, ha a hőemelkedés *nem elhúzódó*, hanem a leírt typusos, vagy mint régebben neveztém, „nagy” reactióhoz közeledő, az *Pallagi dr.* közlése után mind világosabban áll előttünk. *Okolicsányi Miklós dr.*-nak a Gyógyászatban közölt láztáblái mutatják, hogy az ő szerencsésebben választott esetében a nagydosisú intravenás Karyon-injecciónok után a reactiók vagy egészen *typusos reactiók* voltak, vagy azt legalább erősen megközelítették. Nem is követte őket sem lázfokozódás, sem subjectiv, sem tüdőbeli rosszabbodás, hanem általános javulás, mely értesülésem szerint jelenleg is tart. (E tapasztalások különben csak igazolják az általános és gócreactiók keletkezéséről újabban kialakult „Eigeneiweiss”-theoriát.)

A hiba *minden* ingertherapiában, melyet tüdőgümőkóránál alkalmazunk, az, hogy az eset előre való pontos megítélése ezen mindenek felett polymorph megbetegedésnél még évtizedekre nyúló tapasztalás mellett is, majdnem lehetetlen. Azért *titráljuk* mi ki minden erőlyesebb kezelés előtt, még extrapulmonalis tuberculosis eseteiben is, az egyén *Karyon-érzékenységét* előzetesen, emelkedő *subcutan* adagokkal.

Saját Karyon F.-használatunkat súlyos esetben, tér híján, csak egyik legújabb esetünk láztáblájával óhajtuk illusztrálni, mely ábra mindjárt az M.-készítmény szerepét is demonstrálja.

H. I.-né, 31 éves. Koch +. Felvétel előtt kilenc nappal Röntgen-film (Liget- és Park-sanatorium, *Révész dr.*): bal tüdő végig kölesnyi-lencsényi-borsónyi

elmosódott körvonalú foltokkal teleszórt; bal infraclavic. tájon ezüstforintnyi caverna; jobb tüdő basalis részében több kölesnyi-kendermagnyi góc. Felvételtkor az Új Szent János-kórház I. tüdőosztályára: bal oldalon bűgások, suberepitációk, fokozott bronchophonia communis susurrans, egy ponton korszólégzés; jobb



oldalon bűgások. Kifejezett intoxiciációs symptomák. Súlyos, erősen activ folyamat, mérsékelt ingeralkalmazás. A láztáblában feltüntetett öt hét alatt beteg gyarapodott, rhonchusai igen jelentékenyen megkevesbedtek.

A Karyonnak a haemoptoë-hoz való viszonyát illetőleg, úgy látom a közleményből, hogy a makói kórház tapasztalatai is igazolják, amit Balatonfüreden mondtam, hogy a szer tüdővérzésre *nem* hajlamosít.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A constitutio-serologia és alkalmazásai. *L. Hirszfeld.* (Die Naturwissenschaften, 1926, 17. old.)

A fajon belül az egyedek között serologiai mód-szerekkel olyan egyéni különbségek állapíthatók meg, melyek nem külső okok hatásai, mint az immunanyagok, hanem endogen természetűek, a constitutióban gyökereznek. Azonos fajú antigének ellen ható isoantanyagokat először *Ehrlich* és *Morgenroth* állítottak elő. Utánuk *v. Dungern* és *Hirszfeld* az isoagglutinálás jelenségét tanulmányozták és kísérleti állataikat vérük jellemző reactiói nyomán csoportosították. Megállapították, hogy isoagglutinin csak akkor képződik, ha az antigénül használt vér és a kezelt állat vére nem ugyanabból a csoportból való. Valamely anyagnak antigen-természete tehát nemcsak physiologiai-chemiai tulajdonságaitól, hanem a vele reactióba léptetett szervezet egyéni sajátosságaitól is függ. *Landsteiner* azután a normalis embervér isoagglutininjeinek vizsgálata útján az embereket az ismert négy csoportba osztotta: Az 1. AB-csoport vörösvérsejtjeit a többi három csoport savója agglutinálja, viszont savója hatástalan minden csoportbeli vérsejtre. A 2. A-csoport savója anti-B-tartalmánál fogva agglutinálja az AB- és B-csoport vérsejtjeit; a 3. B-csoport anti-A-tartalmánál fogva agglutinálja az AB- és A-csoport vérsejtjeit, végül a 4. csoport vérsejtjei egyik csoport savójától sem agglutinálódnak, viszont ezen O-csoport savója anti-AB-tartalma révén az AB-, az A- és a B-csoportok vérsejtjeit egyaránt agglutinálja. Ezek a tulajdonságok bizonyosan endogének, az egyéni constitutióhoz tartozók, mivel *v. Dungern* és *Hirszfeld* vizsgálatai szerint jellemzően öröklődnek: AB-szülők gyermekei mind a négy csoportba tartozhatnak; A-szülők gyermekei rendesen A-, ritkán O-tulajdonságúak, B-szülők gyermekei rendesen B-, ritkán O-csoportbeliek, míg O-szülők mindig O-ivadékat nemzenek. Mivel az isoagglutinálhatóság tapasztalás szerint az ivadékból nem lép fel többé, ha a szülőben hiányzott, az átöröklés domináns. Az AB-complexum tagjai el is válhatnak egymástól, szóval A és B egymástól függetlenül öröklődnek *Mendel* szabálya szerint. Az egyes csoportok eltérő számaránya

különböző rasse-okon belül azt mutatja, hogy itt nem egyszerűen egyéni, hanem népesaladokat jellemző antropológiai tulajdonságokról van szó. Az A-csoportba Közép- és Észak-Európa több mint 40%-a tartozik. Kelet és dél felé a B-csoport számaránya nő az A-rovására; Indiában 60%-ot ér el néhol a B. Ausztrália őslakói között csak 3% B van. Ezek a leletek talán értékesíthetők az emberiség őstörténetének kutatásában. Az emberszabású majmok között a csimpánznál több az A, az orangutangnál több a B. Az isohaemagglutinálás kiváló jelentőségű a vérátömlesztés kérdésében. A szerző foglalkozott azzal a kérdéssel, hogyan viselkedik az anya és magzatja vére, ha különböző csoportba tartoznak; azt gondolja, hogy egyrészt a placenta az ellenséges antitestek kicserélődését akadályozza, másrészt pedig az anyai vérből eltűnhetnek a magzatra ártalmas agglutininek. Az idiosyncrasia különböző formáit általában constitutiós tulajdonságnak tartják. Angol kutatók azt találták, hogy van tengeri malae, melynek savója nem tartalmaz complementet; ilyen állatot complement-tartalmúval keresztezve, kitűnt, hogy a complement-tartalom Mendel szerint dominánsan öröklődik. A szerző a fertőző betegségekre való dispositio kérdését is kutatta. Vizsgálta a Schick-próbával a diphtheria-toxin iránt való érzékenységet és ennek esetleges összefüggését a vércsoporttal, amint már Morgan tapasztalta bizonyos tulajdonságok együttes átöröklődését. Ha a szülők különböző csoportból valók, akkor a Schick-positív szülő vércsoportját öröklő gyermek mindig Schick-positív, viszont Schick-negatív szülő vércsoportjából való gyermek rendszeren Schick-negatív, néha pozitív. A vércsoportnak és a Schick-reakciónak ebből a kapcsolatából az következik, hogy a Schick-próba negatív vagy pozitív voltát eldöntő normal-antitoxin-tartalom, vagy hiány is genotypusos serológiai tulajdonság. Sőt úgy látszik, hogy normal-antitoxint nem tartalmazó Schick-positív egyének diphtheriás fertőzés hatására is renyhébben termelnek antitoxint. Végül fejtegeti a szerző mindezeknek a serológiai tulajdonságoknak a keletkezését és elterjedését, ami exogen hatások átöröklése, mutatio és selectio révén képzelhető; hangsúlyozza kiváló jelentőségűket a pathologia, antropológia, általános biológia terén.

Perémy dr.

Az infúziós folyadék reakciója. G. Endres. (Klin. Woch. 1926, 3. sz.)

Már régen ismeretes, hogy nagy vérveszteségek pótlására pillanatyszerűleg physiologiás konyhasó-infúziók is alkalmasak, mert a közvetlen veszedelmet tulajdonképpen a folyadékvesztés jelenti. Természetes, hogy ha a vérvesztés egy bizonyos mértéket túlhalad, akkor az infusio sem segíthet, mert az elveszett haemoglobin oxigénvivő képességét az infúziós folyadék nem pótolhatja. Éppen ezért legalább arra kell törekednünk, hogy az infundált oldat a megmaradt haemoglobin oxigénvivő és leadóképességét kedvezően befolyásolja és azt a maximumig fokozza. Mily módon érhető el ez a cél? Ismeretes, hogy nagy vérveszteségek után a vér aciditása nő és így közelfekvő volt az a gondolat, hogy az infúziós folyadékot lúgosnak kell választani, ennek az eltolódásnak a kompenzálására. Ez azonban hiba volna, mert a savanyú reactio megkönnyíti az oxyhaemoglobin dissociációját, tehát a szöveteknek oxigénnel való ellátását. A nagy vérveszteségek után jelentkező aciditásfokozódást tehát reguláló berendezésként értelmezhetjük, melyet nem szabad megzavarni. Az infúziós folyadéknak ennél fogva gyengén savanyúnak kell lennie. Hogy ez az aciditás legcélszerűbben milyen fokú legyen, azt a további vizsgálatok fogják eldönteni.

Czonicz dr.

A Basedow-kór antithyreoidinnal való gyógyításáról. E. R. Grawitz. (Klin. Woch. 1926, 4. sz.)

Az antithyreoidint, mely tudvalevőleg pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék vérserumából készül, Moebius immár 20 évvel ezelőtt vezette be a Basedow-kór terápiájába. A szer hatékonyságára vonatkozólag azon-

ban a vélemények még ma is erősen megoszlanak. Épp ezért szerző időszerűnek tartotta, hogy most, midőn az anyagcserevizsgálatok révén a Basedow-kór lefolyását, javulását és rosszabbodását számszerű adatokkal sikerül regisztrálni, újra vizsgálat tárgyává tegye a szer hatásosságát. Tizenegy esetben alkalmazta az antithyreoidint; ezek közül csupán kettő viselkedett refractaer módon, míg a többi kilenc többé-kevésbé kifejezett javulással reagált, ami az alapanyagcsere esökkenésében is megnyilvánult. Igaz, hogy ez a javulás csupán addig tartott, amíg a betegek a szert szedték, de ugyanezt tapasztaljuk más belsősecretiós zavarok (myxoedema, diabetes) substitutiós terapiájánál is. A kezelés hátránya továbbá a szer magas ára. Szerző a műtéti beavatkozás előtt mindemellett minden alkalommal megkísérlendőnek tartja az antithyreoidin-kezelést.

Czonicz dr.

Sebészet.

Az epehólyagrák tünettana. A. Luger. (Med. Klinik. 1925, 21. évf., 48. sz.)

Legjellemzőbb az epehólyagrákra a megnagyobbodott máj alsó szélének tapintási tünete. Epehólyagráknál a máj alsó széle egyenletesen kemény, egyenes vonalú, dudorok nélküli, amely mellett csak az esetek kisebb részében tapintható lejjebb és a középvonalhoz közelebb a rákos epehólyag, mint különálló daganat. Részletesen leír egy idevágó érdekes esetet: 53 éves asszony, kinek anyja gyomorrákban halt meg, s kinek méhét 13 év előtt rák miatt kiirtották, 30–40 éves korában több epekőrohama volt. Két hónap előtt kezdődtek újból fájdalmai a hasa jobb felében. Objectiv vizsgálatkor a fenti jellemző májlelet mellett epehólyagdaganat és a köldök táján néhány esomó, továbbá jobboldali petefészekdaganat volt tapintható. Az okkult vérzések, a hypaciditás és a Röntgen-lelet gyomorrák mellett szóltak. Mégis a klinikai kórisme, főként a májlelet alapján, epehólyagrák volt, amit a kezelés folyamán fellépett sárgaság még inkább megerősített. A beteg műtét nélkül meghalt s a boncolás igazolta a felvételt: epehólyagrák, mely másodlagosan összekapaszkodott a gyomorral s azt kifeléyesítette; a vélt petefészekáttétel egy kismedencébe benőtt vékonybélkacs áttételének bizonyult.

Valkányi.

Aortasklerosistól okozott baloldali recurrensbénulás. W. Jülich. (Med. Klinik. 1925, 21. évf., 48. sz.)

Két eset kapcsán szól a baloldali recurrensbénulás egy eddig nem ismert alakjáról. Hogy aorta-aneurysma baloldali recurrensbénulást okoz, az közismert, másrészt nemrég Ziegelroth közölte, hogy egyes betegeknek múlt recurrens-hűdés található nagyfokú arteriosclerosis mellett, de egyrészt aneurysma, másrészt gégetükri elváltozások nélkül. Szerző megfigyelései e két határalak közé esnek. Mindkét esetben kifejezett, gégetükörrel megállapítható, maradandó recurrensbénulás (66, illetőleg 72 éves nőknél) Röntgennel kimutatható aortatágulat mellett. Az egyik betegnél az aortaív és a desc. árnyéka $\frac{3}{4}$ év alatt észrevehetően nagyobbodott, a másiknál $\frac{1}{4}$ év múltán nem változott. Az ily természetű recurrensbénulás természetesen nem gyógyítható, azonban az életet illető kórjóslat, eltérően az aorta-aneurysmától, nem rossz.

Valkányi.

Állásfoglalás az epeutak Röntgen-vizsgálatában. M. Cohn. (Med. Klinik. 1925, 21. évf., 48. sz.)

Az epekövek Röntgennel csak nagyon ritkán mutathatók ki. Egy vagy több kő kimutatása mit sem mond a többi kövekről s általában az epehólyag kóros állapotáról. Bár az epehólyagnak contrastanyag nélkül láthatóvá tétele nem utópia és a gyomorból Röntgen-vizsgálat is szolgáltat némi adatot az epehólyag állapotáról, mégis ezek a módszerek nem kielégítőek. Contrastanyagok intravenás befecskendezésével használható epehólyagképeket nyerünk, de a módszer nem veszélytelen és ambulanter nem alkalmazható. A jódnatrium ajánlatosabb, mint a brómnatrium. A végbelen és a

szájon át való adagolás eddig be nem vált próbálkozások. Az epehólyagnak contrastanyaggal való láthatóvá tétele a kórisme és a műtéti javallat szempontjából nagy jelentőségű és akkor is az maradna, ha az epekövek kimutatásában további haladást érnénk el.

Valkányi.

Az asthma bronchialeról. Klewitz. (Med. Klin. 1925, 32. füzet.)

A bevezető részben az asthma bronchiale aetiologiáját tárgyalja és elmondja a legújabb elméleteket, amelyek az asthma bronchiale létrejöttét magyarázzák.

Az asthma bronchiale gyógykezelésében a Röntgen-beugárzást emeli ki, mint olyan eljárást, amely tapasztalatai szerint a legcélravezetőbb. A jó eredmény feltételei a gép és Röntgen-eső teljesítőképességének pontos ismerete. Újat különben a gyógyszeres kezeléssel nem mond. A sebészi beavatkozást is felemlíti, anélkül, hogy irodalmára vagy az elért eredményekre részletesebben kitérne. Mint bizonytalan és nem veszélytelen gyógymódot intézetében ki sem próbálta és így személyes tapasztalattal nem is rendelkezik.

Neuber.

A vér megváltozása vérátömlesztés után. A. Sachs és E. Widrich. (Wiener Klin. Woch. 48. sz.)

A vészes vészeségénységénél egyéb gyógymódok mellett utóbbi időben a vérátömlesztéssel értek el elég jó eredményeket. Kísérleteik eredményét a következőkben foglalják össze: vérátömlesztés után az erythrocyták hirtelen felszaporodnak, majd számuk esik, azután ismét szaporodnak, melyet újra esés követ, azonban végső értékük magasabb marad, mint a vérátömlesztés előtt volt. Hasonlóképpen viselkedik a haemoglobintarték is. Az erythrocyták haemoglobinja úgy látszik gyorsan bilirubinná változik át; aminek megfelelően a bilirubinérték az alatt az idő alatt legmagasabb, mikor legnagyobb számban esnek szét az erythrocyták. A bilirubin szaporodásával együtt jár az urobilinogen szaporodása is. A betegek koruk és betegségük minősége szerint különbözőképpen reagálnak vérátömlesztésre. Vizsgálati anyaguk még kevés ahhoz, hogy a vérkép ezen megváltozásának biztos okát megállapíthassák, de azt hiszik, hogy lényegében proteinhatásról van szó.

Szacsavay.

Fülgyógyászat.

A tünetnélküli labyrinthkiesés. Schlander E. (Monatschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1925, 12. füzet, 1289. old.)

A fül egyoldali chronikus megbetegedése nem egyszer vezethet a belsőfül működésének zavarához, míg azonban a cochlearis végkészülék pusztulása gyakran teljesen észrevétlenül történik, különösen ha a halásromlás igen lassan halad előre, addig a vestibularis készüléknek már kisebb zavara is rendesen a jellemző tünetek egész sorával jár. Érthetővé teszi ezt az a körülmény, hogy a kétoldali jövő tonusos vestibularis inger egyik oldali zavara a rendes állapot összhangjának megbontásával jár, mely klinikailag nystagmus hányás, szédülésben jut kifejezésre. Schlander 11 esetet közöl (öt cholesteatoma, három chronikus granuláló genyedés, két subacut gyulladás, egy carcinoma), melyekben teljes egyoldali labyrinthkiesés volt megállapítható, a subjectiv tünetek azonban teljesen hiányoztak. Ily esetek előfeltétele a gyulladás lassú betérjedése a labyrinthba.

Kerekes.

A fültömkeleg ivjáratainak működéséről. A. Spitzer. (Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1925, 11. füzet, 1131. old.)

A Breuer-Mach-féle theoria, mely szerint a forgás és ennek következtében létrejött ellentett irányú endolymph-áramlás volna a természetes ingere az ivjáratok ampullaris végkészülékének, a szerző szerint nem állja meg helyét. Felsorakoztatja azon biológiai és fizikai okokat, melyek az említett elmélet ellen szólnak és részben fizikai és matematikai alapon igyekeznek felépíteni azon hypothesisét, mely szerint az ivjáratok természetes ingere az endolymphán belül létrejött longitudinalis hullámok, tehát nem az endolymphatömeges elmozdulása, hanem az endolymphán belül keletkezett molekuláris elmozdulás, végeredményben hullámképződés az egyensúlyi szerv ingere. Ebből további deductióval az következethető, hogy az ivjáratoknak nemesak a forgó mozgásnál, de bármely testhelyzetváltoztatásnál percipiáló szerepük van. Az új elmélettel kielégíthető módon magyarázhatók a különböző nystagmustünemények. A szerző messzemenő biológiai perspektívában a tömkelegnek a járás és evés szakaszos automatismusában is szerepet tulajdonít. Végül megállapítja, hogy a helyzetváltozás tehát éppúgy folyadékon belül keletkezett hullámok útján percipiálódna, akár a hallás, ami a két érzékszerv fejlődéstani és anatómiai szoros kapcsolatát tenné érthetővé.

Kerekes.

A myringitis bullosa aetiologiája. Ullmann. (Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1926, 1. füzet.)

A myringitis bullosa kórképe a következő: a legjobb közérzet mellett, rendszerint éjjel heves fülfájdalmat érez a beteg, amely kisugárzik egészen a tarkóig, gyakran láztól kísérvé. Ez a fájdalom rendszerint csak néhány óráig, legfeljebb 1–2 napig tart. Ezen idő alatt megjelenik a dobhártyán egy vagy több hólyagocska. Karakteristikus a kórképre, hogy a dobhártyának a hólyagocskákon kívül eső része teljesen normalis. Amint a hólyagocskák elérték a mondott idő alatt a maximumukat, hirtelen megszűnik a fájdalom és a hólyagok is vagy visszafejlődnek, vagy pedig felpukkadnak és tartalmukat a külső hallójárat felé ürítik. Az egész folyamat alatt a hallás egyáltalában nem csökkent. Néha csatlakozik a bajhoz egy polyneuritis, amelyik a trigemenusra, facialisra, cochlearisra és a vestibularisra vonatkozhatik. Néha herpes labialis is társul a bajhoz. Nem szabad összetéveszteni a myringitis bullosát a heveny otitis bullaiával, amelyek csak részjelenségei az egész megbetegedésnek, a főkülönbség az, hogy heveny otitisnél a dobhártya elváltozásai az egész dobhártya területére kiterjednek és mindig halláscsökkenéssel járnak. A hólyagocskák tartalma sterilnek bizonyult és szerző tengerinyulak corneájára történt inoculálással bebizonyította, hogy egy filtrálható vírusról van szó, amely a herpesek csoportjába tartozik, de nem teljesen identikus vele.

Fialowski Béla dr.

Adrenalin a fül-orr-gégészetben. Laurens. (Monde Médical, Paris. 1926.)

A fül-orr-gégészetben gyakran sok nehézséget támasztanak a nyálkahártyák vérzései és ezeknek elkerülése céljából használatos az adrenalin. Az adrenalin alkalmazása azonban néha kellemetlenségekre is ad okot, különösen a nyálkahártya alatti injectiók alkalmazásával. Operatio alatt sápadtság, gyors pulzus, szédülés és néha epileptiform göresök jelentkeznek. Ezen jelenségek általában egy vagy két perccel az injectiók után lépnek fel és rendszerint néhány camphor vagy aether-injectio által megszüntethetők. Operatio utáni vérzések többnyire az adrenalin okozta utólagos véredénykitágulások hatásának tudhatók be. Az adrenalin mérgező hatása részint összetételének, előkészítési módjának és adagolásának, részint a beteg idegrendszerének és részint a szer technikai alkalmazásának a függvénye. A gyógyszernek tisztának, frissnek kell lennie. Helyes alkalmazás mellett jelentős mennyiséget is lehet adagolni. Általában véve 100 cm³ novocain oldatra nem szabad 25 csepp adrenalinoldatnál többet alkalmazni. A beteget pontosan meg kell vizsgálni vérkeringésének és idegrendszerének szempontjából. Az orr nyálkahártyáinak érzéstelenítésénél célszerű először tömény adrenalinoldatot alkalmazni, minek következtében a nyálkahártya elsápad és mint egy gát szerepel a gyors felszívódással szemben.

Fialowski Béla dr.

Troparin a fülgyógyászatban. Prof. K. Biehl. (Wiener Med. Woch. 1926, 1. sz.)

Legújabb ismereteink alapján felvesszük, hogy a labirinth működését a vaso-vegetatív rendszerrel összefüggésben álló erők nagy mértékben befolyásolják; kézenfekvő az ezzel összefüggő gondolat, hogy a labirinthzavarok jó részének (szédülés, zúgás stb.) befolyását oly szerekek kísérelhetjük meg, amelyek a nevezett rendszerre hatással vannak, feltéve természetesen, hogy a labirinthzavart előidéző factorok közül a kimondott anatómiai-elváltozás kizártnak tekinthető.

E célra használja szerző a troparin elnevezésű gyógyszerkészítményt (novotropin + papaverin), s pedig úgy per os 3–4 tabl., mint subcutan $\frac{1}{2}$ cm³ oldatot naponta adagolva. Számos esetben látott kitűnő eredményt.

Zimányi dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Eltérések a gyermek fej-nyaki összeköttetésének alkataban és azok szülési jelentősége. Kermauner. (Wien. Klin. Woch. 1926, 1. sz.)

A deflexiók tartások okát Kermauner a nyaki gerincoszlop felső szakaszainak, az atlanto-occipitalis és az os occipitalisnak hiányos kifejlődésében látja. A hibás fejlődés folytán a fej idejekorán való és kiadós mozgásai akadályozottak, a hajlítás megnehezített, aminek eredményeként homloktartás, fokozottabb esetekben aretartás jöhet létre.

A deflexiók tartások szülés alatti jelentőségét fokozza az a körülmény, hogy az atlanto-occipitalis ízületben ilyenkor jelenlevő csökkent mozgathatóság mellett az erőteljes fájások hatására a dens epistrophei nyomást gyakorol a nyultvelőre, aminek következménye lehet a magzat intrauterin elhalása is, álló burok mellett.

Hints Elek dr.

A tubaátfúvás jelentősége. Graff. (Wien. Klin. Wochenschr. 1926, 5. sz.)

A Rubin által 1920-ban ismertetett kürtátfúvás lehetővé teszi, hogy a fogamzás mechanikus akadályául szolgáló kürtelzáródást korán felismerhessük. A kürt elzáródásában a legfontosabb szerepet a gylladásos elváltozások játsszák. A felszívódást elősegítő kezelések (hőlg, fürdők, diaethermia stb.) eredményét is ellenőrizhetjük időről-időre a pertubációval. Az összenövés, vagyis a meddőség megszüntetésére azonban az átfúvás nem alkalmas, bár kivételesen előfordul, hogy kisebbfokú összenövés szűjjelválasztásával átfúvás után megszűnik a sterilitás is.

Az átfúvás nem veszélytelen eljárás, ezért tilos végezni: 1. menstruatio idején, 2. gyermekágyban, 3. terhesség gyanúja esetén, 4. ha tuberculosis van jelen, 5. genyes folyás esetén, 6. érzékeny függelékek mellett, 7. ha utána a beteg nem tud nyugodtan feküdni, legalább néhány óra hosszat. Ha a fenti szabályok szigorú szemeltartása mellett végezzük a kürtátfúvást, emberi számítás szerint kizárható a veszély.

Hints Elek dr.

A kürt peristaltikájáról. Duroff (Erlangen Zentralblatt für Gyn. 1925, 34. sz.)

Szerző olajos contrastanyaggal megtöltvén a méhürtőt olyan Röntgen-képeket nyert, amelyeken jól felismerhető a kürtök peristaltikus összehúzódsainak rajzolata. A contrastanyagot enyhe nyomás alatt csepenként juttatta a méhürbe, úgyhogy a méh activ működése, összehúzódsá révén kerülhetett csak a contrastanyag a physiologiás nyílásokon keresztül a kürtökbe, másrészt a nyakcsatornán át a hüvelyboltozatba. Egyik felvételén az is látszik, hogy a kürtök tartalma bizonyos idő múlva a medence falán lecsurog s a belek közé kerülve azokat is bevonja, miáltal láthatóvá válnak. A Kok-féle filmfelvételeket, melyek sertéstubakra vonatkoznak, emberi kürtökön megismételve, beigazolta, hogy az emberi kürt peristaltikus mozgásai ugyan nem oly kifejezetek, mint a sertés kürtjéé és

mégis kétségtelenül kimutathatók. Az összehúzódsái hullámok a fimbriaktól a kürt méhüri végéig haladnak. Ezzel beigazolódott, hogy az ép kürt peristaltikus összehúzódsókat végez s e működésének nagy szerepe van a pete továbbvitelében.

Batisweiler János dr.

Gyermekeorvostan.

Lues congenita tíz ikerpár gyermeknél. Cassel. (Med. Klinik. 1926, 51–52. sz.)

Szerző 18 év alatt 700 újszülött között 10 lues congenitában szenvedő ikerpár gyermeket figyelhetett meg s észleleteit a következőkben foglalja össze: Úgy a luesel való fertőződés időpontja, valamint a lues manifestté válása úgy az egy-, mint a kétpetéjű ikreknél különböző lehet. Azt a tényt, hogy ikrek közül az egyik lueses, a másik egészséges, paternalis infectio lehetőségének felvételével sem az egy-, sem a kétpetéjű ikreknél magyarázni nem tudjuk, míg a placentaris úton való fertőzéssel ez megérthető. Az incubációs idő különbözősége függ a véráram útján továbbhaladó spirochaeták mennyiségétől. Rietschel szerint a nyirok-utakon lassan továbbhaladó spirochaeták különböző időben jutnak el az egypetéjű foetusokba, s így a lues manifestté válása is más-más időben jöhet létre. A megfigyelt 10 pár ikernél a lueses symptomák általában egyformák voltak, míg a súlygyarapodás nem volt egyforma. A további fejlődésben az egy- és kétpetéjű ikrek közt különbség nem volt. A 20 ikertestvér közül hét halt meg, s ezek közül is csak kettő a fertőzés súlyossága következtében. További megfigyelésekre van még szükség az ikrek pathológiájának a megismeréséhez.

Tüdös dr.

Adatok az enuresis nocturna therapiájához. Freud. (Med. Klinik. 1925, 46. sz.)

A szerző az enuresis nocturnának egy új, eléggé eredményes gyógymódjáról számol be. Abból a megfontolásból indulván ki, hogy a belső szerveknek megfelelő Head-zóna izgatása hatással lehet a szervre, nem a hólyagban, hanem a megfelelő (a keresztcsont feletti) bőrrészleten idézett elő tartós hyperaemiát. A bőrre a legkevesebb káros hatást a chloraethyllel előidézett hyperaemia okozott. Eredményei még eddig kielégítőek voltak. Más bőrtérület hyperaemiája, izgatása után az enuresis nocturna állapotában változás nem jelentkezett.

Ruszt dr.

A vörösvérsejtek süllyedési sebessége acut fertőző betegségeknél. I. scarlatina. Büchler. (Zeitschrift für Kinderheilkunde. 39. kötet, 1. füzet.)

A gyermekeorvosok eddig csak a tuberculosis prognosisában használták fel a vörösvérsejtek ülepedési idejének meghatározásánál nyert értékeket. A szerző köldök körüli fájdalmak s chronicus appendicitis között differential diagnostikailag értékesíthető jelnek tartja. Azonkívül scarlatinánál a betegség első négy hetében 2–3 naponként, azután pedig pár héten keresztül hetenként végzett ülepedési sebesség meghatározásokkal nyert adatokat graphikusan ábrázolta s azt találta, hogy az így nyert görbe jellemző a scarlatinára, ha az szövödmények nélkül folyik le. A betegség második napján az ülepedés mindig igen gyorsan, 60 perenél rövidebb idő alatt fejeződött be s más eredetű, scarlatiniform exanthemáknál ilyen nagy gyorsulást nem észlelt. A betegség hetedik napjától kezdve az ülepedés már lassúbb s a 28-ik napon a betegség előtti értéket éri el, mely pár héten keresztül változatlan maradt. Ebből azt következteti, hogy a nagy gyorsulást előidéző anyagcsere-termékek kiválasztása hamar megkezdődve, a 28-ik napon már teljesen be is fejeződik.

Ruszt dr.

A diaphragma alatti tályog fiatal gyermekeorvostanban. Sperling. (Zeitschr. f. Klinik. 1925, 39. köt., 1. füzet.)

Ritka előfordulása miatt részletesen tárgyalja esetét, melyet egy túlnyomóan tejjel táplált, gyengén fejlett 16 hónapos gyermekben észlelt. Megemlíti a diagnózis felállításának a rendes vizsgálati módszerek útján való nehézségét. A próbapunctio a fertőzés esetleges továbbvitele miatt problematikus, legfontosabb a Röntgen-átvilágítás, illetve felvétel, melyet ajánlatos nem a sagittalis, hanem a frontalis irányban végezni. Ami az aetiológiát illeti: esetében a colon transversumot teszi meg a kiinduló helynek, honnan a fertőzés a bél falon át a májig, s innen a subdiaphragmalis

ürbe könnyen elképzelhető. Hozzájárul a gyermek helytelen táplálása következtében a szervezet immun-biológiai szempontból való legyengülése, mit a therapia is bizonyít. Az operatív beavatkozás után ugyanis a helyes táplálás (főzelék, citromlé mellett) a beteg gyorsan összeszedte magát.

Farnos Ilonka dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Herausgegeben von J. Halban und L. Seitz. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1925. Lief. 20.

Eufinger H. frankfurti főorvos a terhesség kórisméjét tárgyalja nagy alapossággal. A külső elváltozások — és pedig: a pajzsmirigy megduzzadása, az epitheltestek működésének megváltozása által létrejövő fokozott ideg-izom ingerlékenység, a hypophysis elülső lebenyének túltengése által előidézt akromegáliás tünetek, továbbá a striák megjelenése, a fokozott feszítettség s a szőrzet erősebb növekedésének — részletes leírása után röviden érinti az anyagcsereforgalmi és serológiai reakciókat, utalva Kehrnernek a terhesség élettanáról szóló fejezetére, melyben ezeket részletesen ismerteti. A külső, majd a belső nemi szervek, elsősorban a méh terhességi elváltozásainak alapos ismertetése után foglalkozik az emlők magatartásával, végül felsorolja a terhességnek gyanú, valószínű és biztos jeleit. Ezután — kiemelve a kórelőzmény fontosságát — áttér az objectív vizsgálatok ismertetésére. A külső vizsgálat tárgyalása keretében ismerteti egyebek között a Leopold-féle fogásokat, a szívhangok hollétének fontosságát a magzat elhelyezkedésének meghatározása szempontjából s a medence-mérés módjait és fontosságát. Összehasonlító táblázatot közöl a terhességi elváltozásokban levő különbségekről először és többször terheseknél. Ezután az objectív vizsgálatok harmadik csoportját, a serológiai és anyagcsereforgalmi reakciókat, valamint a nemnek szülés előtt való meghatározására szolgáló eljárásokat ismerteti részletesebben, végül a Röntgen-kórismét s annak fontosságát tárgyalja.

Guggisberg H. berni tanár a fájásokról ír. Anyagát, melyet a szöveg közé iktatott 36 ábrával és két színes táblával világít meg, két főcsoportba osztja, úgy mint a bonetani, illetve élettani és kórtani részre. Az elsőben — a bonetani rész után — az állatkísérletek eredményeivel foglalkozva megjegyzi, hogy ezeknek az emberre való alkalmazásánál nagy óvatossággal kell eljárunk. A fájások megítélésében a klinikai megfigyelés legjobb segédeszköze a szülész keze. Hogy az összehúzódas rágás-e, tetanus-e, peristaltikusan halad-e, még ma sem tudjuk, ezért leghelyesebb megmaradni a contractio elnevezés mellett. A méhizomzat és a hasfali harántesikolt izomzat szerepének tárgyalásánál beszél a terhességi, szülési és az utófájásokról, valamint ezeknek az egész szervezetre gyakorolt hatásáról. A függelékben ismerteti a szülés megindulására vonatkozó teoriákat. A második fejezetben a kóros szülőfájásokkal foglalkozik. E zavarokat három csoportba osztja: 1. gyenge, 2. túlerős, 3. göresős fájások. Az első csoportban a fájásgyengeség definitiójával foglalkozik, majd ennek okait ismerteti nagy részletességgel. A kórisme megállapítása után a renyhe fájások nagy jelentőségét s következményeit tárgyalja kimerítően. Külön fejezetben foglalkozik a gyógykezeléssel, mely változik aszerint, hogy a szülés mely szakában lép fel a fájásgyengeség. Sorba veszi a táglulási szak kezdetén, végén s a kitolási szakban rendelkezésünkre álló módszerek előnyeit és hátrányait. A második csoportban a túlerős fájások okaival, jelentőségével és kezelésével foglalkozik. Mint függeléket csatolja ide a rohamos szülést, részletezve annak minden kellemetlen, sokszor súlyos következményét. A harmadik csoport a szünet nélküli göresős fájásokat foglalja magában az előbbiekhöz hasonló beosztásban, végül az utolsó csoportban a fájások következtében keletkezett fokozott, vagy csökkent, néha teljesen hiányzó fájdalomérzés okait részletezi.

A fájáskeltő szereket előbb általánosan, csoportokba osztva tárgyalja, s felsorolja azon gyógyszereket is, melyek egyéb tulajdonságaiknál fogva a gyakorlatba nem mehettek át, de befolyásolják a méhizomzatot. Hangsúlyozza, hogy a szaporodási folyamat, illetve a szülés különböző szakjaiban az egyes szerek

hatása lényegesen eltér egymástól. A három legfontosabb szer: a chinin-, a hypophysis-kivonat és az anyarozs hatóanyaga. Ezek mindegyikével igen részletesen foglalkozik külön-külön fejezetben s az egyes fejezetekhez csatolja a kimerítő irodalmat. A hatásmechanismus tárgyalását görbékkel éleníti.

Berecz János dr.

Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt. F. Lange. I. F. Lehmanns Verlag München, 1925. Ára: 3.50 márka.

Szerencsés gondolata volt az orthopaedia kiváló müncheni professorának, amikor összegyűjtve a töréskezelésről gyakorló orvosok számára tartott előadásait, ezeket könyvalakban boesátotta a nyilvánosság elé. A töréskezelésről szóló szakmunkák túlnyomó részének, valamint a nagyobb sebészeti kézikönyveknek meg van az a közös hibájuk, hogy egyrészt mereven ragaszkodnak bizonyos elavult, a tapasztalat által régen megdöntött eljárásokhoz, másrészt nem domborítják ki eléggé a végleges eredmények szempontjából annyira fontos orthopaediás momentumokat. Lange könyve sikeresen küzd ezen tévedések ellen, amikor rámutat azokra a kardinalis hibákra, melyeket a legfontosabb törések kezelésében elkövetni szoktak s e hibák kiküszöbölésére számos praktikus műfogást és ügyes technikai újítást ajánl. Így többek között kiemeli, mennyire hátrányos az a nagyon elterjedt szokás, hogy a boka- és alszártöréseknél a lábat túlzott supinációs állásban kötik be. Bokatöréseknél a valgusállás okát a malleolusvilla tátongasában véli megtalálni s ennek elkerülése céljából a kötésnek olyan technikáját dolgozta ki, mely a bokákat két oldalról állandó compressio alatt tartja. Radius-töréseknél hibáztatja a törések pisztolytartásban való sémás kezelését, combnyaktöréseknél nagy súlyt helyez a coxa vara elkerülésére stb. Amennyire helyesnek tartjuk a szerző álláspontját ezekben a kérdésekben, annyira nem írhatjuk alá egyes, szerintünk téves megállapításait. Azok a komplikált sínes-tokos készülékek, melyekkel szerző a combcsont- és combnyaktörések, valamint a felkartörések kezelésében a gipszkötést helyettesíteni óhajta, szerintünk egyáltalában nem alkalmasak arra, hogy az általános gyakorlatban elterjedjenek és nem áll az, hogy a vidéken, kezdetleges viszonyok között működő orvos könynyebben tudna ilyen készüléket összeállítani, mint egy kifogástalan circularis gipszkötést elkészíteni. Az apparatherapia egyébként is túlságosan nagy szerepet játszik a Lange-féle töréskezelésben. Vajjon a szerző által extensziós célokra alkalmazott zinkenynykötések tényleg jobbak-e a gyakorlatban rég bevált ragtapasznyújtókötéseknél, azt legalább is kérdésesnek kell tartanunk. Mindezek dacára kellő kritikával olvasva, Lange munkájában sok értékes ösztönzést és útmutatást találhatunk s ezért a könnyed stílusban írt, szemléltető ábrákkal is bőven ellátott könyvecske tanulmányozását melegen ajánljuk mindazon kartársaknak, kik a töréskezelés problémái iránt érdeklődnek.

Milkó dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 27-i ülése.

Bemutató:

1. Réthi Aurél: *Súlyos, heges gégeszűkületek plastikai gyógyításának módja.* Egy jelenleg 17 éves betegnél gége-diphtheria lépett fel, amely légesómetszést tett szükségessé. A kanül azonban a diphtheria gyógyulása után sem volt eltávolítható. Másutt végzett műtéti beavatkozások után, hét éves korában került hozzá a beteg. A gyermeknél ekkor gégelumen egyáltalában nincs. A gége falai szorosan egymás mellett hegesen összenőttek. A légesőnek a gégevel szomszédos 4 cm.-nyi részlete meg van nyitva de a megnyitott rész legnagyobb része tollszárvékonyaságúra zsugorodott. A légeső kanül alatti része normalis. Először is a hegesen összenőtt gégefalakat egymástól szétválasztotta, s a hegeket kiirtotta. A porcfalak egy részét azonban szintén heg pótolta. A felszint bőrlebenyekkel fedte. Gyógyulás után a tracheának tágitására teljesen alkalmatlan, zsugorodott 3 cm.-nyi részletét eltávolította, a tracheacsonkot felszabadítva, varratokkal a gégehez rögzítette. Prima gyógyulás. E műtétet után a helyzet az volt, hogy a trachea teljesen normalis lumenű volt, azonban a gége, bár fémtágítóval gyorsan a normalis kaliberű lument érte el, a tágitó el-

távolításával csakhamar összezsugorodott. A tágitó 8 éven át viselte a beteg, de az időnkénti ellenőrzésnél a tágitó eltávolítása után csakhamar ismét zsugorodás következett be. Elhatározta tehát, hogy műtétit eljárást fog a betegnél alkalmazni, a tágitó által elérhető állandó nyomó hatást széthúzás alakjában állandó fenntartására. Ezt a műtétet egyszerűbb alakban már más betegnél is kipróbálta, s ott is teljes eredménnyel. Plastikai műtét eljárást három szakaszból áll. I. A gége mindkét oldalán a gége hosszúságának megfelelő két-két párhuzamos metszést ejtve és a két metszéspont között a bőrt felpraeparálva a gége mindkét oldalán egy-egy bőrhidat nyerünk. Ha a bőrhidat elkampózzuk, alatta természetesen egy, a bőrhidnak megfelelő defectust látunk. Ha már most a bőrhid alatt a defectus széleit varratokkal összehúzzuk, a gégestroma széleinek oldal felé való elhúzása következtében a gége széjjel nyílik. Az elmondottakból következik, hogy a gége annál jobban kinyílik, minél szélesebbre szabtuk a bőrhidakat. II. Míg az első phasisban tehát elértük azt, hogy a gége megfelelő mértékben szétnyílt, a második phasisban a bőrhidakat oly ajtószárnyszerű lebenyekké alakította át, hogy a gégestroma befedése alkalmasá váljanak. E célból a bőrhidak végének külső sarkából kiindulólág negyedkörírt írunk le befelé, s ennek megfelelőleg a bőrt alápraeparáljuk. Ez által két charniert nyertünk, amely körül a híd forgatható lebennye alakult át, a hídnek szabad, med. szélének megfelelőleg a bőrbe egy körülbelül 3 mm széles ösvényt vág, amelybe belehelyezi és varratokkal rögzíti a bőrhíd szabad szélét. A varratok úgy vannak elhelyezve, hogy a bőrösvény két szélét, s a közéjük behelyezett és hámborítékától megfosztott híd-szegélyt összefogja, vagyis a géget szétfeszíti. III. Begyógyulás után következik a harmadik phasis. Az ajtószárnylebenyeket befördítve összevarrjuk. Ezek képezik a gége mellő falát. Ezután egy bőrlebenyt hajtunk a szárnyas lebenyekre külső hámborítéknak. Minthogy az ajtószárnylebenyek hosszabb ideig szabadon állva kergesekké válnak és így a gégefalakat széttartják, mintha csontot helyeztünk volna a gégefalnak közé. Az elzárás négy hónap előtt történt. A műtétet első ízben egy másik betegnél három év előtt alkalmazta teljes sikerrel.

Mutschenbacher hozzászólását nem küldte be.

Bemutató végzavát nem küldte be.

2. Révész Vidor: *Peroralis cholecystogrammok.*

Ösmerteti a peroralis cholecystographia technikáját. Fontos a beteg megfelelő előkészítése. (Két nappal előbb hashajtó, egy nappal előbb beöntés.) Este vacsora közben veszi be a patiens a gyomornedvben nem oldódó, capsulákban levő 5–7 g tetrabromphenolphthaleinmatriumot. Másnap reggel (12–14 óra múlva) látható az epehólyag, melynek normalis, vagy kóros viselkedését több órán keresztül figyelik, úgyszintén táplálékfelvétel után összehúzódását is. 96 peroralisan vizsgált esete közül 18-ban nem volt látható az epehólyag, amelyek közül 14-ben vagy a műtét lelet igazolta a d. cystikus elzáródását, vagy pedig a beteg nagyfokú kövérsége, vagy a capsulának a bélben való föl nem oldódása volt az oka. Contraindicatio nincs, egészen törődött öregeknél, magas vérnyomásuaknál és lázasoknál is minden baj nélkül lehetett megcsinálni. Bemutat normalis epehólyag-sorozatok, cholecystitisisek, tágtolt, összenövésektől deformált kettéosztott stb. epehólyagok, valamint epékövesetek stb. képeit.

Weisz Ármin: Kellemetlenséget a gyógyszer adagolása után nem látott. A módszer alkalmas az ép és pathológiás epehólyag physiologiájának vizsgálatára. A physiologias reflexek kimaradása az epehólyag falának megbetegedése utal. Röntgen-képeket mutat az ép és kóros epehólyagról, ép és kóros reflexekkel. Az epehólyag contractiójának kiváltására a legalkalmasabbnak tartja a pituglandol-injectiót, de megfelelő olajos-zsíros eledelek fogyasztása is.

Előadás:

Borza Jenő és Melly Béla: *Adatok a rákos dispositióhoz, állatkísérletek kapcsán.* A terhes nő endocrin szerveinek a működése az embrio érdekében, amikor a legnagyobb fokú a sejtszaporodás, lényegesen megváltozik, mert annak a növekedéséhez hormonokra van szüksége. Abban a feltevésben, hogy a belsősecretiós mirigyek kivonatainak befecskendezésével sikerül az endocrin rendszer egyensúlyát felborítani s így az állatoknak a rák keletkezésére alkalmasabbá tenni, fehér egereken kátrányozással, hámsejtburjánzást igyekeztek elérni. A hormonokkal kezelt állatoknál, a rák sokkal rövidebb idő

alatt jött létre, mint a kontrollképen csak kátránnyal kezelt állatoknál. A hormonokkal kezelt egerek közül 19 kapott rákot s csupán egy egere nem sikerült rosszindulatú daganatot létrehozni. A kontroll-sorozatban három pozitív esettel, 4 négy negatív áll szemben. Százalékokban kifejezve a hormonokkal kezelt állatoknál 95%-ban, a csupán kátránnyal kezelt állatoknál 43%-ban sikerült rákot kapniok. A daganatok qualitative sokkal nagyobb fokot mutattak a rosszindulatúságnak, mint a közönséges kátrány-carcinoma. Ez a különbség szerintük még bizonyítóbb a százalékos adatoknál. A kombinált módszerrel előidézték rákok, amelyek igen nagyfokú atypusos hámsejtszaporodást, anaphasiát, szabálytalan magoszlásokat mutatnak, a mélybe törve, a mélyebb rétegeket elpusztítják, sokkal közelebb állanak az emberi malignus tumorokhoz, mint a kátrányrák, amelynek jó részét a hatalmas hyperkeratosis okozta, holt szarutomegek alkotják.

Közkórházi Orvostársulat febr. 24-i ülése.

1. **Bézi István:** *Paratyphus B-fertőzés okozta hasüregi vesevérzés.* Klinikai és kóronetani szempontból typhus szerű alak. A betegség 15-ik napján váratlanul halál heveny vérvesztés tünetei között. A hasüregben egy liternél több, nagyrészt folyékony vér, mely a bal veséből származott. A fertőzés súlyos feloldali vérzéses-gegyes vesemedence- és vesegyulladás okozott. Ez utóbbit minden valószínűség szerint az ureterben megakadt borsónyi kő okozta vizelet pangás indította meg. Az eset a paratyphus-bacillusok gyulladást keltő hatása és a hasüregi vérzések aetiologiája szempontjából érdemel említést.

Baló József: Bemutató esete a vesefészekvérzések csoportjába tartozik. A Szt. István-kórház prosecturáján az utóbbi években kilenc ilyen eset került észlelésre. Hasonló esetekben a vérzés a veséből a vese rostos, illetve zsíros tokjából és a vese környezetéből, első sorban nagy erekből eredhet. A vesekörüli képzések eredete legtöbbször valamely arteria. Bemutató esetében a vérzés a veséből eredhetett s valószínűleg egyszerűen több helyről indult meg. Feltehető, hogy toxikus hatásra capillariskból indult meg s mégis oly erős volt, hogy a peritoneumot is átszakította. Ez teszi az esetet érdekessé.

2. **Fáykiss Ferenc:** *Szabad fasciaátültetéssel gyógyított nagyfokú prolapsus recti.* 40 éves nap számú 15 éves korában dysenteria kapott, azóta gyakran volt hasmenése tenesmussal. Már a dysenteria idejében végbele kisfokban előesett, mely az évek folyamán annyira fokozódott, hogy felvételnél a fekélyes és erősen lobos végbél két ökölnyire előesett, egyszersmind az előesés mellő falába nagy korgással vékonybélkacsok is nyomultak. Teljes incontinentia. A fekélyek begyógyulása után Braun-féle fascia latából vett 10 cm hosszú és 3 cm széles fascia-csikkal, melyet néhány finom selyemvarrat segítségével köteggé sodort bemutató. A fascia-csikot a sphinkter ani körül helyezte el, gondosan ügyelve arra, hogy a sphinkter állományába bele ne hatoljon. Műtét után három hétig még az incontinentia megmaradt, azután a sphinkter ani teljesen visszanyerte működési képességét s ma két hónappal a műtét után a prolapsus teljesen gyógyult, normalisan működő, nem heges az anus, rugalmasan tágulékony a sphinkter.

Nádory Béla: Hangsúlyozza az aetiológiai momentum fontosságát a therapiában. A prolapsus recti esetében legfontosabb a rectum függesztő készüléke, másodsorban játszik szerepet az alátámasztó készülék. Az igen nagyszámú gátrepedéses nő között eddig még sohasem látott, egy eset kivételével prolapsus rectit. 1922 októberben ugyanitt bemutatott esetében: az anus nyílása körül implantált fascia lata-csik és a kolpoperineorrhaphia teljes gyógyulása után két hónapra beállott a recidiva. Ezután per laparotomiam végzett retropexia az uterus hátsó falához és ventrofixatio uteri sec *Czerny-Leopold*. Így kiküszöbölte az excavatio recto-uterinát; az intraabdominalis nyomás nem hatott a rectum mellő falára s nem jöhetett létre a Waldeyer-féle hernia perirenalis media.

3. **Kovács József:** *A pneumoniáról, különös tekintettel az újabb kóroktani vizsgálatokra és therapiás tapasztalatokra.* Előbb azon felfogás vázlatát adja, hogy a pneumoniás megbetegedések önmagát fertőzi. Attér

a Neufeld-Händel-féle typus alapján főleg Amerikában foganatosított aetiologiai vizsgálatokra, amelyek szerint négyféle typust állapítottak meg. Mivel pedig a pneumoniás tüdőben talált typus rendszerint nem egyezik az orr-garatürben találttal, az eddigi felfogás lehetlenné vált. Ezzel a Német- és Franciaországban régebben végzett vizsgálatokat állítja szembe, hogy a tüdőgyulladást kiállottak 80%-ában, a pneumoniamenteseknél pedig csak 20%-ban találtak a szájgaratürben pneumococcusokat, amelyek szerint a garatürben talált pozitív mikroba-leletet az előrement pneumoniatól nem lehet függetleníteni. A pneumococcus különböző biológiai tulajdonságaival magyarázza a lefolyást és az immunisatorias magatartást, sőt vonatkozásba hozza a specifikus therapia eredményeivel. Itt sem matematikai értelemben vett toxin-antitoxin, sem direct baktericid hatásról nem lehet szó, csakis a megtámadott szervezet támogatásáról a mikroba elleni küzdelemben. Azután a kórkép analysisével az újabb immunitástani ismeretek alapján foglalkozik, kidomborítja a betegség domináns helyi jellegét. A gyógyszerítől nem látott oly frappáns eredményeket, mint Amerikában, de nem is várta az állatkísérleti megfontolások alapján; elismeri, hogy a rationalis therapia veszélytelen és a szervezetet specifikus immunisatorikus értelemben támogatja. Kedvező eredményeket ért el a háború óta folytatott intravenás chinin- és optochin-kezeléssel. A tüneti kezelésben kritika tárgyává teszi a köptetők sablonos rendelését, különösen az első napokban, mikor a légzős lobos izgalma okozza a kínzó köhögést s ezért inkább narkotikumokat tart szükségesnek ($\frac{1}{2}$ –1 cg morphiun). A tüneti kezelés tengelyét a vérkeringési szervek figyelemmel kísérése képezi. Elveti a prophylaktikus digitalis-therapiát, ajánlja a prompt hatású digitalis-készítményeket kezdeti szívelégtelenségben, amely a strychnin-készítményekkel jól összeegyeztethető. Elismeri a camphor kiváló hatását acut szívgyengeségben, de egymagában nem tartja elegendőnek és megbízhatónak; ugyanezt tartja a coffeinről is. A két vasomotorizatót célszerű digitalissal összekötni. A legimpozánsabb eredményeket az adrenalin(tonogen)-től látta intravenás alkalmazás mellett.

Gerlóczy Zsigmond: A kreosotalt említi a pneumonia therapiájában. Körülbelül 8000-re menő pneumoniás-influenzás betegnél esodálatos módon bevált; három nap után a betegek láztalanok lettek.

Terray Pál: Epidemiologiai szempontból kiemeli *Stillmann* vizsgálatát, aki olyan kórterem padlóporában, amelyben pneumoniás betegek feküdtek, 183 próba közül 74-szer talált pneumococcusokat. Aetiologice a pneumoniát nem tartja autoinfectio útján támadónak, hanem exogen-eredésű fertőző betegségnak, a fertőzés azonban csak különös dispositio mellett történik meg és segítő momentumoknak tartja a meghűlést és a traumát. A specifikus kezelés (chemotherapia, serumtherapia) eredményeit nem tartja kielégítőnek. Az optochin-kérdés mai napig sincs megoldva, hatása semmi esetre sem oly eklatáns, mint azt a bakteriologias vizsgálatok alapján várni lehetett. A serumtherapia újabb hatalmas lökést kapott *Neufeld* és *Hendel* és főleg a Rockefeller-intézet beható vizsgálatai folytán. *Rufus Cole* és munkatársai kimutatták, hogy a pneumococcusoknak négy typusát kell megkülönböztetni, és hogy mindegyik typus csakis az ő csoportjába tartozó immunserum által befolyásolható. Ezért a tüdőgyulladásnak minden esetében meg kell állapítani, hogy melyik typushoz tartozik a kórokozója, hogy a megfelelő gyógyító serumot alkalmazhassuk. Eddig csak az I. typusú pneumococcus ellen sikerült eléggé magas értékű serumot előállítani. A therapia tekintetében hangsúlyozza, hogy az olyan nem is ritka esetekben, ahol a pneumonia jelentékeny bronchitissal jár, szükségét látja a köptetőknek és erre a célra a pyrenolt ajánlja, amely mellett, hogy jól felhigítja a hörgőváladékot, egyúttal csökkenti a lázat is és sedativ csillapító hatású. Collapsusnál, ha a toxamiás vérnyomás süllyed és nagyfokú a coffein, egymagában nem használ; ilyenkor az oldható digitalis-készítményeket kell adni intramuscularisan vagy intravenásan. Potatorok heves deliriuma ellen a morphin egymagában nem használ, scopolaminnal együtt kell adni.

Kovács József (zárszó): A kreosotalt most is szívesen használja késedelmeskedő oldódásnál és influenza utáni genyes bronchitissal. *Terray*nak különösen két pontjára kíván reflektálni. A contagiosus fertőzés lehe-

tőségét elismeri, csak az ellen vannak aggályai, hogy a pneumoniát szintén fertőzésre vezessük vissza. Minden esetben személyesen nyomozott, s kutatásai szerint kivételesek azon esetek, amikor nem megfázás, lehülés vagy esetleg trauma mentek előre, és mégis különösen tartja, hogy a fertőző vírus éppen csak ilyen alkalmakkor legyen jelen. A másik kérdésben sajnálja, hogy támogatását kell nélkülöznie a köptetők szigorú kritikájánál, de minden körülmények között fenntartja azon nézetét, hogy a köptetők alkalmazása nemcsak nem ésszerű a pneumonia első napjaiban, hanem egyenesen hátrányos, hiábavaló módon izgatja a lobos és éppen ez alapon köhögésre ingerlő nyákhartyát.

A Charité Poliklinika február 25-i ülése.

Bemutatás:

1. **Holló Gyula és Polgár Ferenc:** *Ambulans miliaris gümőkór esetét mutatják be tipikus Röntgen-lelettel.*

2. **Balassa László és Szemző György:** *Tabes dorsalis diabetes insipidussal kombinált esete. Balassa László:* A 48 éves férfi beteget 1915-ben a koponya bal oldalán parietalis esontos lövési sérülés érte, amely után agytályogműtéten esett át; ekkor teljes jobboldali bénulása és motoros aphasiája volt, amely egy év alatt a jobb oldal kisfokú gyengeségének és ügyetlenségének hátramaradásával gyógyult. 1915 óta a jobb szem látása fokozatosan gyengül, jelenleg csak fényérzése van. Egy éve szédül. Hat hete igen szomjas, sokat iszik és sokat vizez. A neurológiai vizsgálat anisocoriát, fénymerev pupillákat talál, jó alkalmazkodási reakcióval: atrophia nervi optici l. utr., concentrikus látótérshűküllet van jelen. Behúnyt szemmel balra dől; a járás kissé ataxiás. Térd- és Achilles-inreflex hiányzik. Serum Wassermann-reactio negativ. Liqueur: Pándy +, Nonne-Apelt +. Wassermann-reactio ++++. Epikrizis: A koponyasérülés és a diabetes insipidus kezdete közti idő túlhosszú, úgyhogy a kettő közt összefüggés nincs. A tabes dorsalis mellett az agyalon levő gummás vagy syphiliticus meningitis alapján fejlődött ki a diabetes insipidus.

Szemző György: A beteg napi hat liter körüli, kóros elemeket nem tartalmazó, alacsony Cl-concentrációjú vizeletet ürít. Véreukor 0.11%. Szomjazás alatt a serum nem centralódik (bár bőséges híg vizelet ürül). 10 g NaCl per os bevétele után a vér kifejezett hígulása észlelhető, a serum-NaCl-tartalom megváltozása nélkül. Ugyanakkor a vizelet maximalis NaCl-concentrációja: 0.27%. A kórfolyamat factorai a vese Cl-concentratio képességének (tubularis resorptio-képességének [Starling] és a szövetek vízkötő képességének [Pick] egyidejű csökkenése a hypophysis in-cretumának kiesése következtében. A szomjúságot talán közvetve a szövetek víztartalmának csökkenése, talán közvetlenül a tuber cinereum tájának a hypophysis lefokozott in-cretum-kiválasztása folytán való izgalma okozza. Hypophysis-kivontal a szomjúságot, a vizelet mennyiségét lényegesen csökkenti: a Cl-concentrációt s fajsúlyt emeli; hátránya, hogy a vérnyomást leszállítja és a beteg utána gyengének érzi magát. Antiluetikus kúra folyamatban van.

Gerber Béla: 40 éves baleseti gyakorlatában három kifejezetten traumás-eredetű diabetes insipidusra emlékszik. Legutóbb körülbelül három hó előtt látott egyet, ki autóbaleset folytán agyrázkódást és minden bizonnyal koponyaalapi sérülést is szenvedett. A sérülés utáni ötödik nap indult meg a (napi 16 literes) polyuria, mely két hó múlva is 14 liternyi volt. A betegnél abducens-bénulás és az alsó végtagok nagyfokú gyengesége is fennáll. További sorsáról nem tud.

Előadás:

3. **Strauss Hugó:** *Tévedések és előítéletek a mindennapos orthopaediai gyakorlatban.* A leggyakrabban előforduló orthopaediai kórképekkel, illetve deformitásokkal kapcsolatban kifejti, hogy egy szakmában sem kell annyira előítélettel megküzdeni, mint éppen az orthopaediában. Sok nehézség onnan is ered, hogy rendszerint túlkésőn kerülnek a betegek a szakorvosi kezelés alá, mert azt hiszik, hogy a bajt „kinövik”. A dongaláb kezelése mennél előbb kell, hogy kezdődjék és mennél tovább kell tartania. A pár hetes csecsemő is elég jól tűri a gipszkötést. A congenitalis esipőficamról szólva

kiemeli az egészen korai repositio előnyeit, nem kell megvárni az eddig szokásos 1½–2-ik életévet: a csipőficam kezelendő, amint észreveszik. A scoliosisnál jobb eredményeket lehetne elérni célszerű és hosszúideig tartó fektetéssel; de éppen ennek keresztülvitele találkozik a legtöbb ellenállással. Nem elég a scoliosis localis kezelése, a szervezet általános kezelése, roborálása éppen oly fontos. Ugyan ez az elv áll a lúdtalpra is. A betét a panaszokat megszünteti ugyan, de a racionális kezelés megkívánja, hogy a betét viselésén kívül a lábat erősíteni is kell, hűdések kezelésénél a contracturák megelőzését szokták elhanyagolni.

Honvédorvosok Tud. Egy. febr. 23-i ülése.

1. Frank Richárd: a háborús csonttörésekről.

Csonttöréseknél a haretéren mint fixáló anyag elsősorban a sinek jönnek tekintetbe, gipsz másdrangú szerepet visz. Az extensió sineké a jövő, amit készen kell magunkkal vinni, s helyett kevesebbet improvizálunk. A háborús rögzítő-kötés alapelve: előbb rögzíteni, azután a sebet ellátni és nem megfordítva, mint ez a múlt háborúban is történt. Ezt a tételt csak az előadó által bemutatott extensió típusokkal lehet megvalósítani.

A rögzítés közelebbi célja: 1. fájdalomcsillapítás, 2. utóvérzés megakadályozása, 3. fertőzés tovaérjedésének megakadályozása. A távolabbi cél: jó működéssel való gyógyulás. Fontosabb a functionalis, mint az anatómiai restitutio. Bemutatja az általa konstruált, illetve módosított kötéstípusokat.

Uthy László: Előadó által módosított Krámer-sinek ügyesek, tanulságosak. Distractio készülékei első vonalba nem valók, mert nem orvos kezében komplikáltak, ezenkívül érzékenyek és drágák: sebesültszállítás közbeeső állomásain azonban használhatóknak látszanak.

A Magy. Urológiai Társaság febr. 22-i ülése.

Az ülés megnyitása után *Ilyés Géza* elnök megemlékszik az elhunyt *I. Israel* hírneves berlini sebész-tanárról és annak működését az urológiai sebészet terén, méltatja.

Bemutatók:

1. **Adler-Rácz Antal:** *Hólyagresectio kiújult rák miatt.* 49 éves beteg hét év óta véres vizezésben szenved, gyakori ingerekkel. Három hó előtt a hólyagvertexben ülő papillomát távolítottak el. Múltán a vérvizelés nem szűnt, három hó után a hólyag felső falán széles alapú daganatot észleltek, melyet bullosus oedema vesz körül. A hasfalán át kis almanagyságú daganat tapintható. Műtétet (*Ilyés* tanár) helybeli érzéstelenítésben végezte. A hólyagfalat egy cm-nyire az épbe vezetett metszéssel, gyermektenyérszerű területen eltávolította, s a hólyagot egyesítette csomós varratokkal. Kapacitás 40 cm³-nyi volt. Az egyenes hasizomba levő lobos természetű daganatot, mely tályogüregeknek bizonyult, kiürítette, jód-tincturával kitörölte. Lebenyt visszahajtva, a symphysishez varrta. A kiürített daganat mikroszkopi készítménye rákosnak bizonyult. Síma gyógyulás.

Pfeiffer Ernő: Négy év előtt hasonló természetű baj miatt operált egy beteget, kinek azóta hólyagja teljesen normalisan működik, recidivája nincs.

2. **Farkas Ignác:** *Adenoma papillare a vesében.* 53 éves egyén 10 év óta vese- és gyomorpanaszok miatt állott gyógykezelés alatt. Időszakos vérvizeléssel. Első vizsgálat alkalmával a veséknek nagyobb fokú functionális kiesése mutatkozott, vérfagypont -0.60. Második vizsgálat alkalmával konstatálható volt, hogy a vérzés a bal veséből származik. Pyelographikus vizsgálat. Jobb vesemedence rendes telődése látszik, míg a baloldali vese alsó kelyhei hiányosan telődnek. Mindkét vese egyforma nagy, Röntgen-képen; daganat nem tapintható, a két vese vizeletének fagypontja egymáshoz viszonyítva, kiesést nem mutat, a vérzésre való tekintettel és tumorgyanu miatt a bal vese feltárását végezte, miközben kiderült, hogy a bal vese alsó polusában kis almanagyságú daganat van. A vese a környezettel összekapaszkodva nem volt, a vesét eltávolította. Síma gyógyulás, a beteg gyomorpanaszai megszűntek, közérzete javult és testsúlyban gyarapodott. A kiürített vesedaganat *Entz* tanár vizsgálata sze-

rint papillaris adenoma, mely a vese kanyarulatosa csatornácskáinak hámsajtjaiból indul ki. A vese alsó polusát kitölti és az ép részlet felé élesen elhatárolt. Ezen daganat a vesében igen ritkán fordul elő. Az irodalomban alig találni hasonló esetet, leginkább kórbonctani leírása ismeretes. *Nürnberg* 66 veseadenoma közül három papillaris adenomát talált. 50 és 60 év közötti egyéneknek és legtöbbször férfiaknál fordul elő (72%). Szövettanilag jóindulatú daganat, azonban könnyen elfajulhat rákos daganattá és így klinikai képe a metastasisok miatt rosszindulatú daganat formájában mutatkozik. Fontos a korai kórismézése, mely jellegzetes tünetek hiánya miatt nagyon nehéz. Ezen igen ritka eset is bizonyíték arra nézve, hogy az egyoldalú vesevérzésnél ha a kórisme nem biztos, a vese feltárása indokolt.

3. Hermann János: Bifurcáló ureter két esete.

A vese fejlődési rendellenességének klinikai fontossága az, hogy azok megbetegedésre hajlamosak. Diagnostikai szempontból az ureter nem teljes kettőzöttsége okozza a legtöbb nehézségeket. Az Urológiai Klinikán (*Ilyés* tanár) két esetet észlelt, hol a hólyagban egy ureter-nyílás mellett ugyanazon ureterhez két vesemedence tartozott. Az egyik esetben az elágazás a linea innominatánál, a másik esetben a harmadik ágyékesigolyánál volt. A második esetben az egyik ágat egy kő zárta el.

Egyedi Dávid: Hasonló esetről referál, hol az alsó vesemedencében egy kő volt. Egy másik kő a veseparenchimában. Jellemző, hogy az Röntgen-képen a vesemedence fecskefarkalakú, aminek pathognomostikus jelentőséget tulajdonít.

Ilyés Géza: A második bemutatott eset egy 45 éves férfi volt, kinek kilenc nap óta fájdalmas veserohamok voltak. Ebből ureterelzáródást következtetett. A functionális vizsgálat normalis eredményt adott, a kóros oldalon az ureter átjárhatónak bizonyult. Röntgen a vesében két követ és egy követ az ureterkatheter mellett, IV. lumbális-csigolya magasságában mutatott. Műtétnél a vese alsó részétől négy harántujjnyira az ureter bifurcálódott és az egyik uretert beékelt kő zárta el. Ureterotomia után itt bőven ürült a genyes vizelet. Haránt nephrotomiával előbb az alsó, majd a felső követ távolította el a veséből; a kövek calcium oxalát és phospháttal állottak. Az ureter sebét teljesen bevarrta, úgyisintén a nephrotomia sebeit is. Az uretervarrat tehermentesítésére Nelaton-kathetert helyezett az alsó nephrotomia üregébe, melyet az izomzaton át vezetett ki. Teljes gyógyulás.

Hermann János (Zárszó): Fecskefark-alakú medence helyett Röntgen-képen inkább lóherealakút szokott észrevenni.

Előadás:

Hermann János: *A vesekövek localisatiója.* Röntgen-felvétel a vesekő-diagnózis mellett annak pontos helyét is meg kell állapítani. Vannak jellegzetes alakú és helyzetű kövek, melyek egyszerű felvételen is biztosan lokalizálhatók. Ha a vesekő jó látszik, egyszerűbb felvételen már a kő helye megállapítható. Minden más esetben a pyelographiás összehasonlító eljárás célra vezet. A kő lokalizálását lehetőleg közvetlenül a műtét előtt végezzük el. A gáznemű anyagok alkalmazása kőlocalisatio szempontjából nélkülözhetők.

Picker Rezső: Gyöngye phosphatomok által okozott kövek felismerésére ajánlja a vesemedencének levegővel való megtöltését, melynek segítségével egy bemutatott esetben sikerült a követ pontosan lokalizálnia.

Keve Ferenc: A Röntgen-kép diagnostikai tévedésre vezethet, mint egy esetben, melyet néhai *Hercz* tanár operált. A Röntgen követ mutatott, melyet nem találtak meg. Sectionál kiderült, hogy a kőárnyékot kitzszerű tuberculosis massa okozta. Ekkor még a pyelographia nem volt annyira kifejlődve.

Pfeiffer Ernő: A Röntgen-kép pozitív és negatív irányban tévedést okozhat, mert elmeszesedett tuberculosos gótok kőárnyékot mutathatnak. A pyelographia ilyenkor fontos kiegészítő tényező.

Egyedi Dávid: *Lobmayer* osztályán egy esetben a Röntgen a baloldali artic. sacroiliaca magasságában ureterkörre valló árnyékot mutatott. A catheter e helyen megakadt, de azért tovább volt toltatható. Azt hitték, hogy a kő egy ureter diverticulumban fekszik. Műtétnél követ nem talált *Lobmayer* tanár. A tévedést subserosus myoma okozta, mely az árnyékot adta.

Hermann János (Zárszó): Pyelographiára az előnyösebb a sóoldatok, mint a colloidoldatok. A Röntgen-vizsgálatok is vezethetnek tévedésre, azonban a többszöri felvétel és a többi vizsgálatok eredményeinek együttes elbírálása legtöbbször eredményre vezet.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának február 26-i ülése.

Bemutatás:

Kubányi Endre: *Vércsoportvizsgálatok haemophiliás családban.* Bakay professor vezetése alatt álló klinika egy súlyos haemophiliás betegével kapcsolatban azt tette vizsgálat tárgyává, hogy a haemophiliás egyén vércsoportja és a család többi tagjainak vércsoportja között minő összefüggés állapítható meg. Vizsgálataiból az derült ki, hogy a 23 éves haemophiliás férfibetege, annak anyja és egyetlen testvére, tehát a haemophiliás egyén és a női ág, ugyanazon (II.) csoportba tartoznak, negy, egészséges fiútestvére más (III.) csoportba tartoznak. Minthogy a vércsoport átöröklésre vonatkozó eddigi észleletek szerint mindazon esetekben, amikor a szülők az ú. n. erős csoportba tartoznak, a vércsoportjelleg határozott törvényszerűséggel öröklődik, a bemutató lehetőséget tartja, hogy a „haemophiliás factor” és a vércsoportjelleg öröklése együttesen történik. Erre vonatkozólag további vizsgálatokra hívja fel a figyelmet.

Scipiades: Bemutató megállapításait igen érdekesnek és további vizsgálatokra ösztönzőnek tartja, csak az nem látszik előtte világosnak, mi legyen a nőgyógyász kórisméje olyankor, ha egy haemophiliás családban vérzékeny nővel találkozunk, s annak vére ugyanabba a vércsoportba tartozónak állapítatik meg, mint az azon családbeli haemophiliás férfié. Eddig ugyanis minden amellel szól, hogy valódi haemophilia előfordulása legalább is abban az időben, mikor a nővel a nőgyógyász foglalkozik, biztosan még nem állapított meg, hanem csak: hogy a nők, mint conductorok, a haemophil constitutiót öröklik és tovább viszik anélkül, hogy maguk nyilvánvalólag megbetegednének.

Női haemophyia elméletileg csak olyan vérzékeny conductorok esetén volna elképzelhető, akiktől homozygotas beteg lányok származnak, tehát akik a recessiv factort duplán kapták. Viszont az eddigi pathologiai, physiologiai és klinikai adatok annak a felvételére késztetnek, hogy ezeknél a haemophiliás factort, mint halálos factort, vegyük fel. Hogy pedig egy ilyen recessiv letális factor homozygot formában az illető zygota életével össze nem egyeztethető, az abból látszik, hogy eddig női haemophilia még az öröklés biologiailag legkedvezőbbben terhelt esetekben sem fordulhat elő, hanem a női haemophiliáknak tartott eddigi összes esetek tipikus thrombopeniáknak állapítottak meg (*Bauer u. Wehefritz: Arch. f. Gyn.* 1924. 121. k.). Elképzelhető tehát, hogy egy ugyanazon családban haemophil férfi és thrombopeniás nő is fordulhasson elő, akiknek vércsoportjai egyformák lehetnek.

Ezért igen fontosnak tartja, hogy gondosan szemlélő tartassék a két betegség közötti differentialis diagnosis, mely egyrészt a különböző öröklési mód alapján dönthető el (a thrombopenia egyszerűen dominans; a haemophil nemhez kötött recessiv) további klinikai különbségek alapján (thrombopeniánál intermittáló jellegű echymosissos exanthema; haemophiliánál az ízületek részvétele a betegségben), végül haematologiailag thrombopeniánál a vérleány irretractibilitása és pozitív Rumpel-Leede-kísérlet; haemophiliánál ennek ellentéte s a thrombocyta rendes, vagy ép magasabb száma.

Kérdi ezért, vajjon a bemutatott eset kórisméjénél ezen szempontok figyelembe vétettek-e?

Kubányi Endre utal az erre vonatkozó irodalomra, mely szerint a haemophiliás vér morphologiai elváltozásainak felismerése igen sok szerzőt foglalkoztatott. Ezen alapon igyekeztek a haemophilia pathogenesisére vonatkozólag betekintést nyerni. Egyelőre csak azt tudjuk, hogy haemophiliás vérben a calcium rendes mennyiségben van jelen. *Sahli, Schlossemann, Klinger* nézetei, mely szerint thrombokinasé, illetve prothrombin-szegénység az ok, továbbá, hogy vérelemeknek elégtelensége van jelen, nem nyert beigazolást. Mindezen, inkább theoretikus megállapítások mellett egyelőre csakis a véresőkként alvadóképessége és a család öröklési adatai irányítanak a haemophilia diagnosisára.

Előadás:

Beck Soma a bőrrákokról tartja meg összefoglaló előadását. Bevezetéseken kitér a carcinoma, illetőleg epithelioma fogalmának megállapítására a dermatologus szempontjából, majd röviden ismertetve a bőrrákoknak a histogenesis alapján való *Krompecher*-féle felosztást, statisztikai adatokkal világítja meg a bőrrákok

előfordulásának gyakoriságát a localisatio szempontjából is s kiemeli a statisztikai adatok által is támogatott jóindulatúságukat. Azután diapositivok és mikroszkopos metszetek vetített képei alapján ismerteti a bőr epitheliomák különböző klinikai és szöveti változatait, nagyjából *Darier* beosztásához tartva magát. Az ipari rákok rövid ismertetése, majd a kísérletes rákkutatás eredményeinek méltánylása után bővebben tér ki a praecancerosus állapotok ismertetésére, amelyeket facultativ és obligat praecarcinomatosisus állapotokra oszt fel. Az előbbieknél négy csoportját állítja fel, ú. m. 1. chronikus gyulladáások és ulcerativ folyamatok, lupus, lues, ule. crur. stb., 2. degenerativ bőrfolyamatok, öregkori szemölcsök, a Kyrle-féle senilis és praesenilis dystrophia, 3. regenerativ folyamatok, hegek, 4. fejlődési rendellenességek, naevusok. Minthogy ezen elváltozások alapján csak különösen kedvező körülmények között, nagyrészt még ismeretlen behatások alatt fejlődnek rákok, míg az esetek túlnyomó többségében nem, azért ez fakultatív praecancerosus állapot. Az obligat praecancerosus állapot három betegséget ölel fel, a xeroderma pigmentosumot, a Paget-kórt és Bowen-féle betegséget. Ezek minden esetben feltétlenül rákhoz vezetnek. Egyenként ismerteti az előadók e betegségeket jellemző klinikai és szöveti képeikkel. Végül még röviden kitérve *Gye* és *Barnard*, valamint *Blumenthal*nak és tanítványainak a rák infectiosus eredésére vonatkozó legújabb, méltán feltűnést keltett eredményeire, kidomborítja azokat a szempontokat, amelyek a dermatologus különösen érdeklik s amelyek folytán a dermatologiai kutatás útja külön válik a belgyógyász és sebész útjaitól és inkább a pathohistologus, az experimentalis pathologus és cytobiologus útjaival párhuzamosak.

A Debreceni Orvosegyesület febr. 25-i ülése.

Bemutatás:

1. Cseresznyés Tibor: *Lipofibroma*, 37 éves férfi beteget mutat be, ki elmondja, hogy már születésekor galambtojásnyi anyajegye volt felkarján, mely állandóan növekedett s emberfőnyi nagyságú, kocsányas, lógó daganattá fejlődött. 22 éves korában operálták, de recidivált és ma ugyanolyan nagyságú, mint műtét előtt volt. A daganat most a felkar, váll és kulcsont alatti tájakra terjed, három részre tagolt. Az esetet ritkasága miatt mutatja be. Műtét után, mikorra az összes részek szövettani vizsgálata lehetséges lesz, újra bemutatásra került.

2. János Gyula: *Epeköppéssel járó máj-tüdő-sípoly*. A bemutatott betegnek négy hónappal ezelőtt erős oldalszúrása keletkezett és orvosa jobboldali mellhártyagyulladás állapotát állapított meg. Láza nem volt. Háromheti fekvés és orvosi kezelés után teljesen jól érezte magát. Másfél hónappal ezelőtt köhögni kezdett, bő köpetet ürített, a köpet sárga színű és keserű ízű volt. Fájdalma nem volt. Lázaz ekkor sem volt. Azóta köpete állandóan sárga színű, keserű és éjjel-nappal egyaránt kínzó köhögése van.

Jobb oldalt a scapula csúcsától lefelé tompulat van, mely előre a hónaljvonallal terjed. A tompulat felett gyengült légzés. Röntgen a jobb alsó tüdőmező felett tenyérnyi árnyékoltságot mutat. Jobb rekesz fixált. Láztalan. Köpet erősen nyákos, sárgászöld színű, epealkotórészeket tartalmaz. Vérték rendes. Eosinophilia nincs. Wassermann-reactio negativ. Echinosuccus complement +++++.

Véleménye szerint a májban echinococcus-hólyag fejlődött, mely a diaphragmát keresztül négy hónappal ezelőtt beletört a jobb tüdőbe, majd innen a légutakon át kiürült, és az így keletkezett sípolyon át kerül epe a légutakba, illetve a köpetbe.

Előadás:

Balkányi Pál: *A veseeredetű haematuriák sebészi jelentősége.* Foglalkozik a haematuriákkal általában, azok jelentőségével, megjelenési formájával, különös tekintettel a veséből származó vérzésekre. Elsősorban rámutat a haematuria szerepére a műtét indikációk felállításánál a subcutan veseérüléseknél, vesekövek-nél, vesegümőkórban, vesedaganatoknál és végül az essentialis vesevérzéseknél. Végül rátér azon kórformákra is, amelyeknél a vesevérzés nem jellemző tünet, de amelyeknél szintén számolni kell a haematuriával. E tárgyalás kapcsán reátér a debreceni sebészeti klinika anyagára és közli, hogy négy év alatt 59 vese-

beteget operáltak, akik közül 18 szenvedett vesekőben, 21 vesegümőkőben, 13 vesedaganatban, 4 hydronephrosiban és 3 vesesérülésben.

Szontagh Félix: Nem helyesli némely szerzőnek azt a felfogását, hogy az ú. n. essentialis vesevérzésben szenvedő betegeknél egyszersmind gyulladásos természetű elváltozások volna a vesében feltételezendők. Hiszen legyen a gyulladásos folyamat gócos természetű, vagy diffus megbetegedés, nephritisre utaló elváltozások elsősorban a vizeletben, de meg a vérben is kell, hogy kimutathatók legyenek. Ilyenkor tulajdonképpen már essentialis vérzésekről nem lehet szó. Ilyen kétségtelenül ritka esetek pathogenesisében inkább egy vérzéses diathesist, elsősorban egy haemophiliát gondolna felvehetni. Mellékesen megjegyzi, hogy haemophiliát rossz szónak tartja s helyette a haemorrhophilia elnevezést tartja jobbnak.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának ülései.

1926 február 20-i ülése.

Bemutatás:

Jancsó Miklós: *Epeköműtétnél létrejött többszörös typhusfertőzés esetei.* (Nem küldetett be.)

Machánszky László: A szegedi közkórházban epehólyagműtét után szintén megbetegedett typhus abdominalisban két ápolónő: közülük egyik meghalt, másik felgyógyult és tovább teljesített szolgálatot. Ez idő óta a sebészeti osztály azon a részén szörvényszerűen fordultak elő typhus-esetek, de székében nem sikerült typhusbacillusokat találni. Egy egészen biztos kórházi fertőzés után duodenum sondával vettek váladékot az ápolónőtől és benne virulens bacillusokat találtak. Ha a kezelés nem lesz eredményes, akkor az epehólyag kiirtásával kísérli meg az illetőt bacillusaitól megszabadítani. Emlékszik egy másik bacilluszgázára is, aki nemcsak kiterjedt családját fertőzte meg rendre, de nála látogatóban levő egyéneket is.

Előadás:

Hainiss Elemér: *A Dick-oltások eredményeiről és a toxinnal végzett immunkísérletekről.* Előadó 794 egyénen végzett próbaoltást. A kor szerint összeállított fogékonysági görbe nagyjából olyan lefutású, mint Dickék, Bókay-Johan görbéi. Kiemelendőnek tartja, hogy egyetlen egy újszülöttnél sem kapott pozitív reakciót. A fogékonyság a második életévben nagyobb lesz, a 3–9 évesek között kulminál, majd egyenletes görbével esik. A védoltottak legnagyobb százalékánál (55%) elég volt 7000 bőregységnél kevesebbet alkalmazni, kisebb százalékot (19%) 7–8000 bőregységgel sikerült védeni, ugyancsak kisebb százalékban (26%) volt szükséges 8000-nél nagyobb egységű adagot adni a védőoltások egész sorozata alatt. Az adagok megválasztásánál irányelve kicsiny adaggal kezdeni (250) és később gyorsan emelkedni. Befejezett turnus után is pozitívan maradtaknál nem kezd újra kis adagokkal oltani, hanem csak valamivel kevesebbel, mint az utolsó oltás volt. Nem lát félreismerhetetlen összefüggést a próbaoltási reakció és a védéshez szükséges adagmennyiség nagysága között: sokszor enyhe reakciót mutató esetek is nagy toxinmennyiséget igényeltek védésükhöz és viszont. A védőoltások során általában kevés szövödményt látott. Ezek főleg az első oltások során léntek fel. Ezért híve a kis adaggal való kezdésnek, tekintet nélkül az életkorra. Egy korpulens felnőtt egyén 500 egységnyi adag után lázzal, exanthemával betegedett meg. A panaszok általában bágyadságra, hőemelkedésre, sápadtságra, olykor hányásra, máskor közvetlenül az injectio után fellépő sajátságos, dyshydrosishoz hasonló urticariára vonatkoztak. Rendszerint egy, legfeljebb két nap alatt megszűntek. Sápadtság néha több napon át is megmaradhat. Végül beszámol a colostrummal és az anyatejjel végzett kísérleteiről, melyekkel sikerült igazolni, hogy ezek skarlát-toxin elleni védőanyagot is tartalmaznak. A védőanyag a tej fehérjéjéhez kötött, míg a zsír a toxin reakciót okozó hatását erősíteni látszik. Dochez-serumot csak két esetben volt alkalma adni, mindkettőnél kétségtelen volt a kedvező hatás.

Kovács Ödön: 529 esetben végzett próbaoltást; közülük 228 pozitívan, 301 pedig negatívan reagált.

Hét biztosan vörhenyt kiállott egyén közül három adott pozitív reakciót. Az egyes korosztályok az előadottakkal egyezően viselkedtek. Védőoltást 228 egyénnek adott. Az előadóval ellentétben az első adag különböző a kor szerint, 10 éven felül 500 egységet ad, kisebb gyermekeknek koruknak megfelelően kevesebbet. A védőoltásokat a deltaizomba adja. Szövödményeket ritkán látott és ezek hasonlóak voltak az előadó által említettekhez. A védoltottak közül 197 esetben vált negatívvá a reactio, 31 esetben pozitív maradt. Véleménye szerint a Dick-féle oltások értéke ma még nem állapítható meg, az eddigi jelek azonban kitűnőek. Kíváncsúnak tartja minél szélesebb körben való alkalmazását.

Kallós Károly: Próbaoztásainál jobbmódú szülők gyermekei között nagyobb arányszámban találta pozitívnek a reakciót, mint szegény szülők rosszul táplált gyermekeinél.

1926 február 27-i ülése.

I. Bemutatás:

1. Ditrói Gábor: Carcinoma miatt teljesen eltávolított alsó szemhéj Imre-Blaskovits-féle plastikával gyógyított esetét mutatja be.

2. Cserey-Pechany Albin: *Lépechinococcus splenectomiával gyógyított esete.* E műtétet 37 éves nőbetegnél végezte 12 év óta fentálló echinococcus miatt. A tumor 3-60 kg súlyú volt, a rekeszizomról nehezen lehetett leválasztani. Fél évvel a műtét után a betegnek semmi panasa sincs.

II. Előadás:

1. Heiner Lajos: *Adatok a psoriasis örökléséhez.* Négy pikkelysömörös család 3–4 nemzedéket felölelő családfájának bemutatása kapcsán megállapítja, hogy kellő utánjárás mellett többször sikerül kimutatni a psoriasist több generáción át való öröklődését. Ha a psoriasis tényleg genodermatosis (Bettmann), akkor legnagyobb valószínűséggel a szabálytalanul dominans öröklési típust mutatja. Heterozygota módra beteg mindkét szülő egyik beteg utóda tényleg homozygota beteg volt, mert ennek összes gyermekei pikkelysömörösek lettek. Sem a homozygota beteg, sem ennek utódai nem mutattak eltérést a psoriasis megszokott kór-képtől.

2. Cserey-Pechany Albin: *Felkartörések terapiája.* Felsorolja a radicalis-operatív eljárásokat és a conservatív eljárások négy csoportját. Ez utóbbiak során bemutatja saját eljárását, mely abban áll, hogy egy e célra készített, gipszpólyába ágyazott, a váll felett horoggal ellátott ruganyos, de hajlítható fémcsont rögzítünk a felkar és behajlított alkar külső felszínére. A felkar belső felszínére is gipszint teszünk, mely a hónaljban visszahajlik. A belső szint a külső sin horogához gummiöv szorítja. Eddigi therapiás eredményei jók.

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár szanálása.

Írta: Zemplényi Imre dr. bányorvos.

A pénztári tagkötelezettség, valamint a vállalati és társipénztáraknak az országos pénztár alá való rendelése óta a pénztári intézmény jelentősége nagy mértékben megnövekedett. Egyformán érzik azt a tagok, munkaadók, orvosok és gyógyszerészek, akik az ország nagymértékű elszegényedése folytán egyre jobban rá vannak utalva a betegpénztárra. Mikor tehát így a pénztár lett az ország egészségügyének gerince, életfontosságú kérdéssé vált, hogy annak teljesítőképességét a tagok és alkalmazottak jogos igényeinek mértékéig fokozzuk és ezáltal hazánk egészségügyének színvonalát emeljük. A pénztár mai helyzetével senki sincs megelégedve, még annak vezetősége sem. Az administratio bonyolult, drága és lassú, a táppénzek a családok megélhetését nem biztosítják, a baleseti járvékok alacsonyok és valorizálatlanok, az alkalmazottak fizetése gyenge, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök rendelkezése erősen korlátozott, a családtagok jogosultsága csekély, nagyobb szabású tervek, kórházak,

sanatoriumok, fürdők, nyaralók létesítésére alap nincs, a nyugdíjügy pedig nem tartozik a Pénztár ügykörébe. Mindezen bajokon óhajt segíteni az alábbi tervezet, mely jogi és bürokratikus szempontokból teljesen eltekint, csupán a pénztárorvosi gyakorlatban minden nap előforduló kérdések gyors és egyszerű megoldására készült.

Kétségtelen, hogy a pénztár nehéz helyzete az általános gazdasági pangás, a drága administratio, a betegek 20 hét helyett 1 évig való kezelésének kényszere, a családtagok közül a gyermekek korára való tekintet nélküli jogosultsága, valamint az egyéb családtagok, tehát a tag keresetéből élő összes eltartottak számának magas volta, az igények és a visszaélésekre való hajlam fokozódása, az általános egészségügyi és kulturális állapotok kedvezőtlen voltának következménye. A viszonyok javítása érdekében a pénztár összes tényezőinek áldozatokat kell hoznia.

Első és legfontosabb teendő az alapos felvételi orvosi vizsgálat. A mai munkanélküliség mellett kétszeresen fontos, hogy elsősorban az erős, egészséges, munkaképes elem kapjon munkát és a pénztár ne legyen állandóan betegeskedő tagokkal megterhelve. Minden tag arcképes betegkönyvvvel legyen ellátva, melynek költségét fizesse. Ebben legyen benne: az alapszabálykivonat, a tag személyi adatai, a kezelésre jogosult családtagok adatai, orvosi rovat, a diagnosis, kórlefolyás, gyógyszer megnevezése, üzemi balesetek, munkaképességesökkenés, felülvizsgálati leletek számára, segélyezési rovat: a megbetegedés kezdőpontja, orvosnál való jelentkezések igazolása, ápolási díjak, segélyek; járadékok, gyógyászati segédeszközök összegének feltüntetésére. Külön jegyzet rovat. Családtagok részére hasonló rovatok, külön számozott betélapokon, melyek a tag által fizetendőek. Ilyen módon az orvos a tag életébe mély bepillantást nyer, sok prognosztikai támponttal és az alkati viszonyok megismerésével. Félrevezetések, csalások lehetősége nagyon megesik. A könyv nélkül semmiféle segélyezés nem adható, abba minden bevezetendő, amire rovat van. A könyv adatait a pénztár kijegyzi, hogy a könyv elvesztése esetén pótolható legyenek. A könyv pontos és lelkiismeretes vezetése a visszaéléseket jóformán kizárja, illetve felismerhetőkké teszi — *döntő fontosságú*.

A jövő generatio szempontjából fontos volna a házasulandók orvosi vizsgálata. Pénztári tagok tehát családtagjaikra bármilyen segélyt csak akkor kaphassanak, ha ezen vizsgálatot (saját költségükre) maguk és életpárjuk részéről kiállották. Ennek fő pontjai: Tuberculosis, lues, veselőb, alkoholismus, alkati betegségek, öröklött ideg- és elmebajok, nemi betegségek. Ez a terv szintén nagy tehermentesítést jelent.

A megbetegedések jelentős csoportja tudatlanság, lelkiismeretlenség következménye. Szükséges tehát, hogy a pénztár saját érdekében is tevékeny részt vegyen az egészségtanítás terjesztésében és az egészségügyi propagandában. (Tanfolyamok, egyes előadások rendezése, népszerű egészségügyi könyvek terjesztése. A magam részéről az összes munkaképtelen tagokkal ilyeneket olvastatnék, ha kellő számban rendelkezésre állnának.)

A segélyezés három csoportra volna osztható:

1. Betegségi segélyezés. Egyszerűség szempontjából a táppénz a betegség harmadik napjától a jogosultság tartamára egyforma, a kereset 50%-a. Kórházban tartózkodás idejére ennek fele, 25%, magányosnak ilyenkor semmi. Aki betegsége alatt fizetését kapja, a táppénz összegét az alább részletezendő nyugdíj-alapra iratja, kézhez nem kapja.

2. Baleseti járadék. A sérült kezelése tartamára rendes táppénzt kap. Kezelésének befejeztével keresetén a munkaképességesökkenés által elvesztett részét. Tehát a munkaképességesökkenés százalékos megállapítása a tényleges kereset összege után történik, a bal-

eset előtti napszámcsónál, heti-, vagy havibéresnél az utolsó teljes napi, vagy heti, vagy havi kereset alapján.

3. Nyugdíj. Minden tag nyugdíj jogosult legyen. A nyugdíj összege a tényleg e címen befizetett járadék végösszegéből álló tőke, évi kamataival együtt. Csak munkaképtelenség, vagy elhalálozás beálltakor vehető fel, befektetési célokra egy összegben, egyébként a nyugdíjintézményeknél szokásos részletekben, de csak az összeg erejéig. A fel nem vett részre a törvényes örökösnek igénye legyen.

Ezen segélyezések céljaira megfelelő befizetés szükséges, melynek összege mindennemű készpénzkereset 5%-a legyen. Lakbér, természetbeni járandóságok ebbe nem számítanak. Rendkívüli készpénzjárandóságok 10%-a egészben a nyugdíjalapra fizetendő. A munkaadók a fizetést bárcával adják az alkalmazottnak. Ennek egy példányát, mely a munkaadónál marad, a tag aláírja. A befizetendő járulék felét a munkaadó fizeti, a tag illetményeiből tehát 5%-ot levonva ugyanannyit befizet. A befizetés a fizetés napján tagonként külön cheque-lapon történik postatakarék útján, mely a befizetést a tagnak jelenti vissza, lévén a befizetés a tag érdeke és követeléseinek jogalapja.

A betegpénz kiutalása postatakarék vagy pénztári kirendeltség által történik. E célból a tag táppénz utalványt visz, melyet az orvos a betegkönyv alapján állít ki. A táppénz összege a legutolsó fizetési bárca alapján egy napra eső kereset fele (naponként, a harmadik naptól kezdve). A táppénz összegét a betegkönyvbe a kifizető bélyegzi, azt a pénztárral ellenőrzés végett közli. Postatakarék útján való táppénz utalványozásnál az adatokat a posta-al alkalmazott jegyzi be, a táppénzt azonnal kifizeti. Egyéb segélyeket a kirendeltség, baleseti járadékot a pénztár központja fizeti a kirendeltség útján, lévén a munkaképességesökkenés ott felülbírálna és a változások nyilvántartva. A betegkönyvbe a baleseti segély is bevezetendő. A betegkönyveket a munkaadó felelősség terhe alatt őrzi, azokat a tag, ha segélyt kap, vagy beteg, kikéri, felgyógyulásáig tarthatja csak magánál, orvosával minden megjelenést igazoltat.

Mindaddig, míg a pénztár helyzete nem javul, a családtagok közül kezelésre csak a törvényes feleség és a 14 éven aluli törvényes gyermekek jogosultak.

Mindennemű olyan statisztika költsége, amely a pénztár érdekeit nem szolgálja és nélkülözhető, az Országos Statisztikai Hivatal költségvetését terhelje (nyomtatvány és munkaerők fizetése), illetve mellőzendő.

Aki a pénztári tag életében és egészségében kárt tesz, úgy a taggal, mint a pénztárral szemben teljes kártalanításra köteles.

Ha a tag betegsége (sérülése) verekedés vagy részegség, esetleg öncsonkítás következménye, kezelésre és segélyre nem jogosult.

A pénztár altruista intézmény. Nyereségre nem törekedhet. Jövedelmét a jogosultak minél jobb ellátására és az alkalmazottak munkájának teljes mértékig való honorálására köteles fordítani. Főlölegeit tartozik megfelelő módon befektetni, kórházakat, klimatikus és fürdő-sanatoriumokat építeni, a tagok nyaralását minél nagyobb számban biztosítani. A gyógyszerek rendelkezése körüli zavarokra való tekintettel köteles szakemberekkel az egyes betegségek szerinti csoportosítású „pénztárorvosi recipe-könyv“-et szerkeszteni, mely a pénztár orvosainak irányításul szolgál, valamint azt a tudomány haladásának megfelelően időszakonként átdolgoztatni.

A pénztár munkájának oroszlanrész az orvosok vállain nyugszik. Elengedhetetlen tehát, hogy a pénztár-orvosi kar állandó alkalmazásban álló, jól képzett, ambíciós emberekből álljon, akiknek gondtalan megélhetéséről, nyugdíjáról, előmeneteléről, rendszeres és kötelező továbbképzéséről intézményesen kell gondoskodni.

Ezen nagy vonásokban vázolt terv részleteinek

pontos és helyes kidolgozásától a tagok egészségügyi viszonyainak javulása, az administratio egyszerűsödése, az ügymenet gyorsulása és a pénzügyi helyzet megjavulása várható, miért is annak megvalósítása annál is inkább sürgős feladat, miután a pénztéri intézmény mai formájával senki sincs megelégedve, amin különben nem is lehet csodálkozni.¹

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: 28 éves, jól fejlett és táplált nőbeteg ép csont- és izomrendszerrel. Mellkasi hasi szervek épek. Körülbelül 7 év előtt kezdődött nála urticaria enyhébb alakban. Az első alkalommal, melyre jól emlékszik, valami meglepetés érte. Azóta minsűrűbben jelentkezik nála. Két év óta olyan erős mértékben, naponként többször is $\frac{1}{2}$ órára, úgyhogy pl. a fül, szemhéjak és gége is megduzzadnak (Quincke-féle oedema) s fulladás áll be. Ugyanekkor szívdobogás lép fel. Az egész jelenség $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ óra alatt elmúlik. Főleg kedélyizgalomra, hirtelen erő hangulatváltozásra jelentkezik, vagy pl. a hőmérsék hirtelen változására (hidegről melegre). Gyógyszeres terápiánál csak a per os való adagolásra szorítkoztak előző orvosai is, mert a betegnek kitapint-hatatlan erei vannak, dacára a mások által mondott jó injectio-adási technikám ellenére az intravenás injectiók nem sikerültek. Széklet rendes. Diatával, purgatiákkal nem mentem semmire. Nullipara, abortus nem fordult elő. Wassermannja ++++. Négy év óta férjnél. A férj egészséges, Wassermannja —. Kérek választ a kezelésre vonatkozólag. *Vidéki collega.*

Felelet: A leírt eset oly kóralaknak felel meg, mely időszult urticariából Quincke-féle oedemába ment át; ily átmeneti esetek előfordulnak. Sajnos, a terapia a Quincke-féle oedema eseteiben nagyrészt kísérletezésből áll, mert a betegség aetiologiája még úgyszólván teljesen homályban van. Tekintve, hogy az intravenás injectiók kivitele a Collega leírása szerint lehetetlen s így még a legtöbb sikerrel kecsgetett calciuminjectiók, szintúgy a 80–100 cm³-nyi vérvételek s az utánuk következő physiologiás konyhasós infusiók nem kísérrelhetők meg, elsősorban naponkénti, prolongált *absolut langyos* fürdő ajánlható, belsőleg pedig hosszabb ideig antipyrin. Tapasztalásom szerint egyik-másik esetben intraglutealis tejinjectiók is kedvezően hatottak. ++++ Wassermann-reactióról is van említés téve. Ha minden anamnesises adat, valamint klinikai tünet hiányzik, ajánlatos volna a vérvizsgálatot megismételni; ha akkor is erősen pozitív a reactio, a lues diagnosisát föl kell venni, mellyel azonban a Quincke-féle oedema alig hozható oki összefüggésbe. Mindenesetre ajánlatos volna újlagos positivitás esetén kúrát kezdeni, ez esetben elsősorban bismuthinjectiókkal. *G. dr.*

¹ A cikk megállapításainak és javaslatainak legnagyobb része már a Budapesti Kerületi Pénztár 1918–1924. évekről szóló összefoglaló jelentésében is bennfoglaltatott. A javaslatok egy része a gyakorlatban keresztülvihetetlen, így például socialis szempontból kivihetetlen az, hogy a pénztár eddigi szolgáltatásainak bármelyikét is redukálja, vagy például az, hogy a tagok házasság előtt magukat „saját költségükre” kötelező orvosi vizsgálatnak vessék alá. Minden szanálási terv meddő marad addig, amíg a pénztár gazdasági helyzete biztosabb alapokra nem lesz fektetve. A mai járulékbévételekhez viszonyítva a pénztár aránytalanul nagy terheket kénytelen viselni. Definitív javulás csak akkor marad várható, ha: 1. jobb lesz az ország általános gazdasági helyzete; 2. ha az eddigi 6% járulékkulcs mérsékelten felemeltetik (Németországban a kules 7–10%) és végül, ha az állam megalkotja a socialis biztosítás intézményét (agykori, rokkant és munkanélküli biztosítás), miáltal a pénztár eddigi terheinek egy jelentős részétől megszabadul és működését teljesen nagy egészségügyi feladatainak szentelheti. *Sz.*

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése december hó végén lejárt, az 51. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani szíveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona.

† **Korányi Frigyes báró özvegye**, szül. tolecsvai *Bónis Malvin* halála hírért vettük mély megilletődéssel. A 85 éves matróna élete javarészt a mellett a nagy férfiú mellett töltötte, aki vidéki orvosból az egyetemi katedrara küzdötte fel magát és megalapította itthon a tudományos alapokra fektetett belgyógyászatot, melynek a külföldön is elismert nagy mestere lett. — Az elhunyt Nagyszony bőven kivette részét a munkából, mi erre a sikerre vezetett, amiben ő maga nem osztozhatott, csak büszke volt rá, talán jobban, mint mi valamennyien. Az ő sikere az a harmónia volt, amit otthonában megteremtett, az a szeretet volt, ami családjá tagjait egybefűzte, — és sikere volt az a két fiú, kikben a talentum csirájának ápolását, a nemes gondolkodás, az apai szárnyalást követő ambitio felkeltését ő végezte és fejlődésüket anyai titkos örömmel szemlélte. — Ennek a szeretetben, bölcsességben és nemes önfeláldozásban gazdag életnek végén tiszteletünk és hálánk veszi körül az elköltözöttet, gyászunk pedig azok felé fordul, kik élünkön állva sebzett szívvel végzik tovább is hivatás-szerű munkájukat: emberéletért, tudományért és Hazáért. *Sz.*

Budapesti Kir. Orvosegyesület 1926 március 6-i tudományos ülésének programja: Bemutatás: 1. *Földes Aladár:* Meszes falú lépcysta. 2. *Minich Károly:* Traumás gyomorsérülések. Előadás: 1. *Baráth Jenő:* Gyógyszeres kettőshatások a vegetativ idegrendszeren. (Mult ülésről elmaradt előadás.) 2. *Rihmer Béla:* A colipylitis pathogenesiséről klinikai tapasztalatok alapján.

A Közkórházi Orvostársulat március 10-i ülésének tárgysorozata: 1. *Erdélyi Gyula:* Többszörös máj-repedés és bélsérülés gyógyult esete. 2. *Kalocsay Kálmán:* Skarlát reconvalescens-serummal végzett kísérletek véresoportmeghatározással. 3. *Torday Árpád:* A diabetes mellitus terapiájáról, különös tekintettel az insulinra.

Az egészségügyi rádióelőadások. A Rádió Hírmondó R.-T. igazgatóságával történt megállapodás értelmében az egészségügyi reformiroda ismeretterjesztő rádióelőadásai ezentúl nem kedden, hanem pénteken tartatnak. A legközelebbi előadás március 5-én délután 6 órakor lesz.

Az Ingyentek-Egyesület tevékenysége. Az immár 25 esztendeje fennálló intézmény újból megkezdte gyermekélelmezési aetióját. Az eredetileg szerény kerekte között működő tejkiosztó-állomásból az idők folyamán magas színvonalú poliklinika fejlődött ki és ma az intézmény a gyakorlati orvosi munka mellett socialisan is működik. A mult évben a poliklinika 12 szakrendelésén 18.928 orvosi rendelés, a Röntgen-intézetben 333, a vegyi laboratoriumban 134, vizsgálat volt, kezelésben részesült 212 egyén. Az intézmény tavaly 4175 doboz kondenzált tejet, 692 darab szappant, 120 egész kenyeret, 120 darab ruhaneműt osztott ki; a téli uzsonnázástánál havonta átlag 650 adag malátás tej került kiosztásra. Az intézmény bőlesodéjében 64 csecsemőt részesítettek napközi ellátásban, az anya- és csecsemővédő-állomáson pedig négy hónapon át naponta átlag 125 egyén kapott tejet.

Orvosdoktorrá avattattak az elmúlt hét szombatján a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetemen: *Barta Gyula Ede, Frölich József, Gayer Ferenc, Haranghy Lajos Kálmán, Kolbányi Jolán Erzsébet, Tóth Zoltán Rezső, Tolnai Wosinski Károly és Szeiler Tivadar.* Üdvözljük az új Kartársakat!

Tisztiorvosi tanfolyam. A népjóléti minisztériumból vett értesülés szerint közölhetjük, hogy a szokásos tavaszi tisztiorvosi tanfolyamok ez évben elmaradnak.

A soproni vízvezeték ügye. Jeleztük, hogy a soproni vízműtelep javításra szorul, mert a kútak területeit a vadvizek fenyegetik. Legfontosabb tenni való a védőgátak emelése volna, amit a város a külföldi kölcsönből szándékozik megvalósítani. Egyidejűleg az ivóviznek chlorgázzal való fertőtlenítése is szóba került és a polgármester egy német cégnek idevonatkozó ajánlatát már fel is terjesztette véleményadás végett a népjóléti minisztérium illetékes osztályához.

A Stefánia-Szövetség tevékenysége. Az Országos Stefánia-Szövetség vidéki védőintézeteiben ez év első két hónapjában közel 60 népszerűsítő egészségügyi előadást tartott, amelyeken az érdeklődők ezrei nyertek kioktatást a legfontosabb egészségügyi kérdésekről.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület iskolaorvosi szakosztálya március hó 12-én (péntek) a közegészségtani intézet tantermében fél 7 órakor *Mit tudnak tanulóink a tuberculosisról?* címmel vitaestélyt rendez, melyre az érdeklődőket meghívja. Előadók: Parassin József dr., a sz. főv. tüdőgondozó intézet igazgató főorvosa. A vitában bárki résztvehet, ki szándékát a titkárnál (Láng Menyhért) bejelenti.

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

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

Hasi hagymáz	3	3	Gyermekágyi láz...	—
Küteges hagymáz	—	—	Báránymiló	51
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	33
Kanyaró	46	1	Vérhas	8
Vörheny	64	3	Járv. agygerincagyhártyalob	—
Szamárhurut	15	—	Trachoma	22
Rones, torok-, gége-lob	24	2	Veszetség	—
Influenza	7	4	Lépfene	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Tóth István: † Bársony János. (235. oldal.)
 Gyulai Béla: Húsz év discissió eredménye. (236—238. oldal.)
 Engel Rudolf: Diagnostikai nehézségek a lympho-granulomatosis kórjelzésében. (238—241. oldal.)
 Went István: A húgyutak fertőzéseinek bakteriológiájáról és specifikus terapiájáról. (241—244. oldal.)
 Vetter Ambrus: Adatok a petefészekdaganatok fejlődéséhez és gyógyításához. (245—247. oldal.)
 Fazakas Sándor: A szaruhártya gombás megbetegedése. (247—249. oldal.)
 Therapia, Okolicsányi-Kuthy Dezső: Válasz Pallagi Imre dr. Karyon-cikkére. [O. H. 7. sz.] (249—250. oldal.)
 Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Fülgyógyászat. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. (250—254. oldal.)
 Könyvismertetés. (254. oldal.)
 A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 27-i ülése. (254—255. oldal.)
 Közkórházi Orvostársulat február 24-i ülése. (255—256. oldal.)
 A Charité Poliklinika február 25-i ülése. (256—257. o.)
 Honvédorvosok Tud. Egy. február 23-i ülése. (257. old.)
 A Magy. Urológiai Társaság február 22-i ülése. (257. o.)
 Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának február 26-i ülése. (258. oldal.)
 A Debreceni Orvosegyesület február 25-i ülése. (258—259. oldal.)
 A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának február 20—27-i ülése. (259. oldal.)
 Zemplényi Imre: Az Országos Munkásbiztosító Pénztár szanálása. (259—261. oldal.)
 Kérdések és feleletek. (261. oldal.)
 Vegyes hírek. (261—262. oldal.)

A szerkesztő fogadóórát 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

MEGJELENT!

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE ÉS CÍMTÁRA

36. évfolyam 1926. évre.

Az összes megrendelt és kifizetett példányokat már mind postára adtuk.

Bolti ára 140.000 korona.

»PETŐFI« Irodalmi Vállalat, Budapest VII, Kertész-utca 16.
Telefon: J. 106—47.

MEGJELENT!

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN. NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos

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

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° kénés rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyógyulások, szén-savasfürdők. Elektrotroterápia. Diathermia. Hőlégtelések. Zander. Javallatok: Idősült csúsz, izületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegzsábák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em.
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

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

Nőtlen, keresztény, 30—35 éves orvos a főváros közvetlen közelében rendkívül előnyös elhelyezkedést talál. Bővebbet telef. József 90—24, d. u. 2—3 óra közt. Biztos jövő!

PÁLYÁZATOK.

Az üresedésben lévő nagykanizsai és zalaszentgróti járási t. orvosi állásokra az 1876:XIV. t.-c. 153. §-a alapján ezennel pályázatot hirdetek. Az állás a X. fizetési osztálynak megfelelő illetményekkel van javalmazva. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883:I. t.-c. 8. §-ában, a 80.099/1893. B. M. számú rendelet III. rész 18. pontjában megkívdant minősítésüket — és pedig: orvos-doktori oklevél, kétévi orvosi gyakorlat kimutatására tisztiorvosi képesítés — igazoló okmányokkal, továbbá születési anyakönyvi kivonattal, valamint a forradalmi idők alatti viselkedésüket tanúsító bizonyítvánnyal felszerelt, kellően felbelyegzett és az 1886:XXI. t.-c. 80. §-a, a 81.921/1887. sz. rendelet, a 125.000/1902. B. M. sz. szabályrendelet 3. és 4. §-ai értelmében a főispánhoz címzett kérvényeiket hozzám 1926. évi április hó 15-ig annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Zalaegerszeg, 1926 február 20.

4626. sz./ni. 1926.

Bödy Zoltán sk. alispán.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Vas Bernát:** Dick-reactio és skarlátellenes védőoltások streptococcus vaccinával. (263—266. oldal.)
Adler-Rác Antal: A húgyszervek gyulladásos betegségeinek autovaccinás kezelése. (266—270. oldal.)
Sztehlo István: Uterus duplex bicornis operált két esete. (270—272. oldal.)
Csillag József: Appendicitis által okozott kizárt sérv. (272—273. oldal.)
Markó Dezső: Az átvilágítás képének azonnali és pillanatnyi rögzítése. Citoröntgenographia. (273—274. o.)
Gáspár János: A typhushalálozás megváltozása a háborús védőoltások hatása alatt. (274—275. oldal.)
Szarvas András: Traumás eredetű tetaniás göresök. (275. oldal.)

- Lapszemle.** Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (275—279. oldal.)
Könyvismertetés. (279. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 6-i ülése. (279—281. oldal.)
A Budapesti Ker. Munkásbiztosító Pénztár orvosainak március 1-i ülése. (281. oldal.)
A M. Röntgen Társaság febr. 26-i ülése. (281—282. old.)
A Debreceni Orvosegyesület márc. 4-i ülése. (282—283. o.)
Zemplényi Imre: Válasz Hajagos László dr. reflexióira az egészségügyi közigazgatási szervezet újjászervezéséről. (283—284. oldal.)
Illyés Géza: † Prof. J. Izrael. (284—285. oldal.)
Vegyes hírek. (285—286. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Dick-reactio és skarlátellenes védőoltások streptococcus vaccinával.

Írta: Vas Bernát dr. egyetemi tanár.

A skarlátproblema az amerikai kutatások révén ismét az érdeklődés középpontjában áll, főképp azokban az országokban, ahol endemiás jellege van. Anglia és egész Közép-Európa tartozik ezen országok közé és Magyarország is, amely az elmúlt évben a morbiditás tekintetében vezető helyet foglalt el. Ez derül ki a népszövetség egészségügyi osztályának legutolsó, december közepén kiadott jelentéséből,¹ amelyben az 1924. és 1925. évben előfordult megbetegedésekre összehasonlító adatok foglaltatnak. Csak egy hónapot, az októbert adjuk itt kiemelni, amelyben a skarlát úgy látszik megbetegedés tekintetében a tetőfokot érte el.

	Októberben	1924	1925
Anglia	8837	9857	
Németország	3514	3805	
Lengyelország	2481	2657	
Franciaország	376	594	
Csehország	1034	1781	
Magyarország	472	1132	

Végh tisztifőorvos megbízásából a székesfővárosi bakteriologiai intézet 1925 szeptember második felében kezdte meg skarlát vizsgálatait, még pedig egyrészt a Dick-reactio, másrészt a scarlatina elleni védőoltások értékének megállapítására. 16 fővárosi zárt intézet (árvaházak, nevelőintézetek, zárdák, vakok intézete stb.) állott erre a célra rendelkezésre, többnyire olyan, amelyben előzőleg már scarlatinás megbetegedések fordultak elő.

1. Dick-reactio.

A Dick-reactiohoz a vizsgálataink elején olyan toxint használtunk, amelyet *Aldershoff* tanár, az utrecht serologiai intézet igazgatója volt szíves rendelkezésünkre bocsátani. A bőregységet az 1:500 oldatnak 0.2 cm³ mennyiség képezte, későbbi vizsgálatainknál a toxin értéke 1:1000 hígításban 0.2 cm³-t tett ki. Kivitele tekintetében szigorúan követtük a Dick-féle előírást,² vagyis az oltásokat intracutan, az aetherrel

jól megtisztított jobb alkarra végeztük. A pseudo-reactio elkerülése végett vizsgálataink első felében a 100 fokra felmelegített toxint oltottuk a bal alkarba. A pseudo-reactiót csak a legritkább esetben volt alkalmunk észlelni, inkább mutatkozott az a védőoltások után végzett újabb Dick-reactiónál, még pedig néha oly intenzitásban, hogy a bőr allergiás állapotára kellett ebből következtetni. Evvel az érdekes kérdéssel tudommal jelenleg *Török* tanár a poliklinikai osztályon kísérleti alapon foglalkozik. Tekintve, hogy a pseudo-reactio ritkán fordul elő, viszont úgy a vizsgálóra, mint a vizsgált egyénekre egyaránt körülményes, vizsgálataink további folyamán annak végzésétől, éppúgy, mint *Bókay* és *Johan*, teljesen eltekintettünk.

A próbát 24 óra múlva olvastuk le. Positivnak a legalább 1.5 cm-nyi pirosságot vettünk. Minden esetben a pirosság terjedelmét pontosan lemértük, ezenkívül a reactiót erőssége szerint egy kereszttel (1½—2½ cm), két kereszttel (3—5 cm-ig) és azon túl három kereszttel jelöltük meg. Az oltás pontosan intracutan kell, hogy történjék, mélyebb beszúrásnál még positiv esetben sem kapunk reactiót.

A Dick-reactiót 1925 december közepéig 1702 esetben végeztük. Ezek közül volt:

positiv 759 eset, vagyis 47.4%
negativ 943 eset, vagyis 52.6%

A positiv értékek valamivel nagyobbak az amerikai, valamint a *Bókay* és *Johan* átlagos értékeinél, de tekintetbe kell venni, hogy vizsgálataink között nem szerepelnek csecsemők, akik tudvalevőleg túlnyomórészt negativ Dick-testet adnak, aminek folytán a mi mérlegünk kissé a positiv felé tolódik.

Az egyes intézetek között az eredmények tekintetében igen nagy eltéréseket találtunk, így egy előkelő belvárosi leányintézetben a Dick-positiv esetek száma volt 81.6%, míg ugyanazon napon ugyanazon anyaggal történt oltások a vakok intézetében csupán 32.4% positiv reactiót tüntettek fel. Ilyen jelenségeket mások is észleltek és jobb magyarázat híjában azt veszik fel, hogy a jobb családokból származó növények kevésbé lévén kitéve a scarlatinafertőzés lehetőségének, ritkábban betegedtek meg, és így nagyobb számban mutattak Dick positiv reactiót, míg az alsó

néprétegekből származó gyermekek esetleg fel sem ismert scarlatinás betegség útján immunizálódtak és ennek megfelelőleg negatív reakciót adtak.

Ismeretes, hogy *Dick*-ék felvétele szerint positiv-reactio scarlatinára való hajlamosságot jelent, szemben a negativ-reactióval, amely védetségéről tenne bizonyosságot. Saját vizsgálataink folyamán 22 scarlatinás megbetegedés közül 21-ben (95,5%) a *Dick*-positiv volt és csak egy eset, melynek lefolyása egyébként igen enyhének mutatkozott, került ki a *Dick*-negativ esetek közül. Hogyha ily csekély számú esetből egyáltalában általános érvényű megállapítást lehet levonni, úgy a mi vizsgálataink is megerősíteni látszanak az amerikaiak felvételét.

A kiállott skarlát- és *Dick*-reactio viszonyára vonatkozólag a különböző vizsgálók között az eredmények tekintetében meglehetősen nagy eltérések vannak. Tulajdonképpen a skarlát utáni immunosság kifejezése gyanánt a *Dick*-reactiónak ilyenkor negativnak kellene lenni és ezt *Dick*-ék az esetek túlnyomó számára csakugyan beigazoltak is látják. Azonban az amerikaiak maguk is körülbelül 10%-ra teszik azoknak az eseteknek számát, ahol kiállott scarlatina dacára mutatkozott *Dick*-positiv reactio, de vannak ennél magasabb értékek is, így *Rosen*³ 23,4%-ban, *Parish* és *Okkel*⁴ 65%-ban is találtak positiv reactiót. A mi eseteinkből helyes következtetést ezen fontos kérdés megállapítására nézve nem lehetett levonni, mert a vizsgált egyéneknek bemondata e tekintetben gyakran kevéssé megbízhatónak mutatkozott, így skarlaton átesett eseteink körülbelül 30%-ában volt positiv a *Dick*-reactio, míg megbízható anamnesissel bíró kisebb számú eseteinkben majdnem mindig negativ *Dick*-et találtunk.

A specificitás szempontjából igen fontosnak mutatkozik az amerikaiaknak az az állítása, hogy a positiv *Dick*-reactio és a különböző életkorok között törvényszerű összefüggés áll fenn, amennyiben a scarlatinára leginkább hajlamosságot mutató alacsony életkorúak között a *Dick*-reactio túlnyomólag positiv és az életkor emelkedésével gyakorisága arányosan csökken. Angliában, valamint Németországban eszközölt vizsgálatokból már ilyen szabályos correlatio nem derül ki és ez is egyebek közt egyik oka annak, hogy *Zlatogoroff*⁵ és mások is a *Dick*-reactio specificitását kétségbe vonják. A mi eredményeink, amint alábbi összeállításból kiderül, az alacsony életkorúakra nézve közel állnak *Dick*-ék megállapításához, kevésbé mutatkozik azonban ez az arányosság az életkor emelkedésével.

Positiv	2—5 év	6—10 év	11—15 év	16—20 évesek
<i>Dick</i> :	74%	48%	45%	39%

2. Védőoltások scarlatina ellen.

A positiv reactiót mutató gyermekeknél védőoltásokat végeztünk. Eltérőleg az amerikaiaktól, akik erre a *Dick*-toxin bőségességének fokozódó mennyiségeit alkalmazzák, mi vaccinát használtunk, amely skarlát betegek kitenyészett *Streptococcus haemolyticus*-ból készült. Oroszországban *Gabritschewsky*⁶ már 20 évvel ezelőtt alkalmazta ezt az oltóanyagot és úgy az ő, mint számos orosz, több amerikai és angol szerző jelentései szerint az oltások hatásosaknak bizonyultak, amennyiben a járványok lefolyása megrövidült és a védőoltottak vagy egyáltalában nem, vagy csak csekély számban betegedtek meg scarlatinában. Különösen tanulságos *Tesjakoff*⁷ jelentése Saratoff tartományból, ahol 86 községben dühöngött a skarlát, de a több, mint 15.000 esetben végzett vaccinálásnak a hatása alatt legtöbb helyen a járvány enyhült. Az oltások hatása kiderült abból is, hogy

az egyszer oltottak közül megbetegedett	6-6%
a kétszer oltottak közül megbetegedett	4-5%
a háromszor oltottak közül pedig csak	1-9%

Ezen kedvező jelentések hatása alatt a bakteriologiai intézetben *Ströszner Ödön dr.*⁸ még 1919-ben kezdett ezzel a kérdéssel behatóan foglalkozni, amennyiben scarlatinás betegek torokváladékából kitenyészett

három törzsből oltóanyagot készített, melyről vizsgálatai folyamán megállapíthatta, hogy gyermekeknél helyi és általános tüneteket vagy egyáltalában nem, vagy csak oly csekély mértékben idézett elő, hogy ezek alapján az oltóanyagot abszolút veszélytelennek lehetett minősíteni. Az oltásokat azonban csak egészségeseknél tanácsos végezni, mert betegek, lázasok, különösen tuberculosishoz szenvedők és súlyos fertőző bántalom utáni reconvalescensek az oltásra kevesebb helyi és általános tünetekkel szoktak reagálni, sőt egy esetben *Budai dr.* a Szent Gellért-kórházban végzett kontroll-vizsgálatai alkalmával beoltás után, egy a skarlatnak megfelelő tünetcsoportot (exanthema, angina és magas láz stb.) észlelt. Ilyen úgynevezett *oltási vörhenyt* az oroszok közül különösen *Langovoy*⁹ az esetek több mint 13%-ában találta, úgyszintén *Gabritschewsky* is, aki ezen az alapon is a *Streptococcus haemolyticus*-t tekintette a scarlatina kórokozójának és *Dick*-ékét megelőzve, a tünetek magyarázatára egy toxin felvételét tartotta szükségesnek. A *Streptococcus* vaccinával a tervbe vett védőoltásokat 1919-ben külső körülmények miatt nem kezdhettük meg, most azonban széleskörű scarlatina-vizsgálataink alkalmával kedvezőnek láttuk az alkalmat ezen oltóanyag kipróbálására annál inkább, mert a *Dick*-reactióban egy igen jó indicator állott rendelkezésünkre az oltások hatásának ellenőrzésére.

Mert feltéve, hogy a *Dick*-positiv valóban a beoltott gyermek hajlamosságát, a *Dick*-negativ pedig védetségét jelenti a skarlátal szemben, úgy ha az oltások segítségével a *Dick*-positivt leszorítjuk *Dick*-negativra, tulajdonképpen immunizálási folyamatot végzünk, melynek megállapítására az addig szokásos serologiai vizsgálatoknál (agglutinín, bakteriolyzin kimutatása) alkalmasabbnak mutatkozik a *Dick*-féle reactio.

Oltóanyagunknak az elkészítési módja a következő: Az oltóanyaghoz ötféle törzset használtunk. Két amerikai *Dick*-törzset, egy törzset a londoni *Lister*-intézetből, egy skarlátbeteg véreből kitenyészett törzset, egyet a bécsi serotherapeutikus intézetből. A törzseket időről-időre frissen kitenyészett bakteriumokkal cseréljük fel. A tenyésztés *Lingelsheim*-féle bouillonban történik 1—2 napon át, utána centrifugálás, a bouillon decantálása és a centrifugált *Streptococcus*-ból physiologiai konyhasóoldattal való emulsió készítése, melyet 1 óra hosszat 60 °C-ra melegítünk, utána még 1—2 napra 40—42 °C-nál thermostatban tartunk, azután conserválás carbollal (1/2%) és sterilítási próba. Az emulsió *Streptococcus*-tartalmát *Wright* szerint határoztuk meg, később azonban lehetőleg pontosabban készült standard emulsióval való összehasonlítás szolgált alapul a *Streptococcus* számának megállapításánál. Legújabbban a *Dold*¹⁰ által készített turbido-colorimetert vettük használatba.

Kísérleteink alapján a dosist a következőképpen állapítottuk meg, az első oltásnál 3—5 éves gyermeknél 3—15 millió, 6—10 éveseknél 10—15 millió, 15 éveseknél 50—100 millió és így tovább. A dosisoknál azért hagytunk nagy latitüdöket, mert az oltóanyag sablon-szerű alkalmazásától tartózkodnunk kell, és mert minden egyes eset külön-külön elbírálandó. Tekintetbe veendő az oltandónak egészségi állapota, constitúciója. A gyengén fejlett, sápadt gyermekeknél sokkal kisebb dosist fogunk alkalmazni, mint ugyanegykorúnál, aki teljesen egészséges és jól fejlett. Lehetőleg kerüljük az oltást az incubatiós stadiumban, mert meg van a lehetősége annak, hogy utána vörheny lép fel. Ezen latens fertőzésnek kitörése — azzal állunk itt szemben — minden activ immunizálásnál lehetséges, s régen ismert tény. Tehát a vörheny elleni oltásoknál is előfordulhat. Amennyire a viszonyok azt megengedik, azon leszünk tehát, hogy ezeket az esélyeket kiküszöböljük. A második dosis az elsőnek kétszerese, a harmadik annak háromszorosa. Ha a reakciós tünetek már az első oltás után hevesek, megmaradunk az első

dosisnál és csak lassan emeljük azt. Ajánlatos erős Dick-test mellett mindjárt az immunizálást nagyobb dosisokban megkezdeni. A befecskendezések nyolcnapos időközben történnek a bőr alá, vagy a felkarba, vagy a hasfalba, vagy a hátba.

A vaccina összetétele változik nemcsak a baktériumok száma, hanem a benne feltételezett toxin mennyisége szerint is. Ezt kell felvennünk, főképp az orvosok azon tapasztalata szerint, hogy az oltások nem járnak mindig egyforma kielégítő eredménnyel. Bár a Dick-reactio, mint említettük, jó indiatort képez a beállott immunességi folyamat feltüntetésére, mégis igen üdvös volna, ha oly eljárásunk állana rendelkezésünkre, mellyel a specifikus hatóanyag jelenlétét a vaccinában más exactabb módon is meg lehetne állapítani. Zlatogoroff¹¹ erre a célra legújabbban különböző biológiai reakciókat ajánlott, melyeket a vaccinánk készítésénél mi is alkalmazásba vettünk, anélkül azonban, hogy értékről az idő rövidsége miatt már most tudnánk nyilatkozni. Ha ezek a módszerek beválnak, úgy azzal az előnnyel fognak járni, hogy ezentúl csak hatásos, jó oltóanyagok fognak forgalomba kerülni, ami mindenképpen nagy előnyt jelent az eddigi eljárással szemben, melynél a hatásosság megállapítása csak utólag volt lehetséges.

Kísérleteinknél védőanyagunknak az előbbieken ismertetett óvatos adagolása mellett az esetek túlnyomó számában sem helybeli, sem általános tüneteket nem tapasztaltunk. A beoltottak csak a legtrikább esetben panaszokdottak az oltások alkalmával fájdalomról, de egyetlenegy eset sem fordult elő, amelyben azokat tűrhetetlennek minősítették volna és a további oltások ellen tiltakoztak volna. A helybeli tünetek, amelyeket az esetek egy jelentéktelen számában találtunk, az oltás helyén jelentkező kissé fájdalmas duzzanathoz állottak, melyek azonban pár nap alatt nyomtalanul eltűntek. Csekélyszámú esetben észleltünk hőemelkedéseket, 38–39 °C magasságig, melyek 1–2 napnál tovább nem tartottak. Két esetben az oltásokkal kapcsolatban gyorsan múló orrvérzés is lépett fel. Az előbb említett oltási vörheny tüneteit egy esetben sem tapasztaltuk. Ilyenek, mint ismeretes, nemcsak a Gabritschewsky-féle vaccinával, hanem a Dick-féle toxinnal való oltásoknál is előfordulhatnak, de egyáltalában nem tekinthetők a sikeres oltás biztos jeleinek. Maguk Dickék is legújabbban tiltakoznak Zingher¹² azon állításai ellen, mintha a toxinnak immunizáló dosisa ily súlyos tüneteket váltana ki.

Védőoltásunk eredményei a következő táblázatban vannak összefoglalva.

Védőoltási eredményeink az egyes intézetek szerint.

Az intézet neve	Vizsgáltak száma	Ebből D+	Háromszor védőoltottak száma	Negativ lett
Irgalmasok	25	7=28 %	7	2=28 ⁵ / ₀ %
Áll. Erzsébet Nőiskola	237	138=58 %	82	42=51 ⁸ / ₀ %
Erzsébet leányárvaház	87	33=37 ⁹ / ₀ %	25	13=52 %
Veress Pálné internatus ..	49	40=81 ⁶ / ₀ %	37	9=23 ² / ₀ %
Veress Pálné gymnasium ..	41	32=78 %	22	9=40 %
Jó Pásztor zárdá	120	42=35 %	36	25=69 ⁷ / ₀ %
Klára-otthon	63	41=65 %	35	19=54 ³ / ₀ %
Izr. leányárvaház	109	53=48 ³ / ₀ %	43	29=67 ⁵ / ₀ %
M. Kir. Átmeneti fiúotthon ..	237	95=40 %	68	24=35 ² / ₀ %
Izr. fiúárvaház	140	27=19 ² / ₀ %	26	8=30 ⁸ / ₀ %
Szt. Alajos fiúnevelő	32	19=59 ³ / ₀ %	16	10=62 ⁵ / ₀ %
Községi szeretetház	55	20=36 ³ / ₀ %	19	11=67 ⁹ / ₀ %
Klotild szeretetház	103	34=33 %	32	26=81 ² / ₀ %
Szt. József fiúnevelő	141	81=57 ⁴ / ₀ %	73	53=72 ⁹ / ₀ %
Mayer fiúárvaház	50	28=56 %	20	18=91 ⁴ / ₀ %
Vakok intézete	213	69=32 ⁴ / ₀ %	44	35=79 ⁵ / ₀ %
Összesen: 1702		759=47 ⁴ / ₀ %	585	333=56 ⁷ / ₀ %

Védőoltásaink befolyása a Dick-reactióra.

Oltatott	Negativ lett három oltásra	Javult három oltásra	Nem változott három oltásra
+ 389	+283=72 ⁹ / ₀ %	—	106=27 ¹ / ₀ %
++ 115	++ 39=33 ⁹ / ₀ %	++ 41=35 ⁶ / ₀ %	35=30 ⁵ / ₀ %
+++ 81	+++ 11=13 ⁵ / ₀ %	+++ 45=55 ⁵ / ₀ %	25=31 %
Össz.: 585	333=56 ⁷ / ₀ %	86=14 ⁷ / ₀ %	166=28 ⁶ / ₀ %

Ezen adatok szerint 585 esetben végzett háromszori oltás által az esetek 71⁴/₀-ában lehetett a positiv reactiót befolyásolni olyképen, hogy 56⁷/₀-ban teljes negativ reactio volt elérhető, míg 14⁷/₀-ban csupán az előbbi erős reactionnak gyengülését lehetett előidézni. Ha azonban a Dick-reactio intensitását vesszük összeállításunk alapjául, akkor, mint a táblázatból kitűnik, legjobb eredményt adtak a gyengén positiv, legrosszabbat az erősen positivén reagáló esetek. Ezt a körülményt a jövőben már a védőanyag adagolásánál is tekintetbe kell venni, amint erre egy nagyobb statisztikai anyag alapján Johan¹³ is utalt. Ezek szerint az erős Dick-reactió eseteket kezdettől fogva nagyobb dosissal fogunk kezelni, mint a gyenge positivokat.

Az a tapasztalat, hogy háromszori oltás után teljes negativ reactiót az esetek összességében nem lehetett elérni, már az amerikaiakat (Zingher és Park) indította arra, hogy az oltások számát egy negyedik, sőt ötödikkal is megtoldják. Ezzel oltási eredményeiket 10–20%-kal tudták javítani, amit mi aránylag csak kevés számú intézetben nyert tapasztalatok alapján is megerősíthetünk. Éppúgy, mint a Dick-reactiónál, a védőoltásoknál is feltűnő nagy különbségeket találtunk az egyes intézetek között az elérhető eredmények tekintetében. Így míg az irgalmasok intézetében csak 28⁵/₀-ban lehetett Dick-negativ reactiót elérni, addig a Mayer-fiúárvaházban 91⁴/₀-ban. Az erre befolyással bíró tényezők nagyjából még ismeretlenek előttünk, annyi azonban megállapítható, hogy bizonyos összefüggés látszik fennállani a Dick-reactio erőssége és az elérhető eredmények között. Minél több erős Dicket találtunk az oltások előtt, annál kedvezőtlenebbeknek mutatkoztak eredményeink.

Azokban az intézetekben, ahol oltásainkat végeztük, a vizsgálatok folyamán 22 új skarlát-megbetegedés fordult elő, míg közvetlen az oltások előtt ugyanazokban az intézetekben a megbetegedések száma 46 volt. A 22 eset között 9 a védőoltások után lépett fel, még pedig kizárólag olyanoknál, kiknél az oltások dacára a Dick-reactio positiv maradt. Bármilyen csábító is volna ezt a jelenséget, hogy a Dick-negativosok közül egy sem betegedett meg skarlátban, az oltások hatásának betudni, mégis tekintette veendő, hogy a scarlatina-megbetegedésekben beállt gyors csökkenés elsősorban a hatósági intézkedéseknek, de főképp a betegek elkülönítésének, valamint az intézetekre elrendelt zárlatnak tulajdonítható. Kétségtelen, hogy a védőoltások hatásáról valamivel biztosabb formában lehetne meggyőződni, ha a védőoltottak scarlatinás fertőzés veszélyének kitéve sem betegednének meg. Parknak¹⁴ ápolónőknön szerzett tapasztalatai e tekintetben eléggé tanulságosak, így 125 ápolónő közül, kik részben a Dick-reactio negativ volta, részben a végzett oltások alapján immunisoknak voltak tekinthetők, másfél év alatt egy sem betegedett meg scarlatinában, és hasonló kedvező eredményről számol be Watters¹⁵ is, aki streptococcus vaccinával oltott ápolónők közül csupán 2⁷/₀-ban látott scarlatinás megbetegedést, míg a nem oltottak között 35%-ban. Ez annál fontosabb megállapítás, ha tekintetbe vesszük a budapesti fertőzőkórházból legújabbban közölt statisztikát, mely szerint az utolsó 15 esztendő alatt 72 ápolónő, 5 orvos, 1 tisztviselő és 10 egyéb alkalmazott betegedett meg scarlatinában.

Különösen veszélyeztetett esetekben simultán-oltásoktól, vagyis antitoxin és vaccina együttes alkal-

mazásától is lehetne nagyobb eredményeket várni. Ezt az eljárást scarlatina ellen legelőször *Langovoy* és *Wladimiroff*¹⁰ használta, amidőn Moser-serumot és Gabritschewsky-féle vaccinát fecskendezett be, különösen oly családokban, ahol az egészséges gyermekeknek az elkülönítése a scarlatinás testvérektől nem volt foganatosítható.

Nem rendelkezünk még elegendő tapasztalattal, de megállapíthatjuk, hogy a skarlatellenes antitoxin, amelyet *O'Brien*, a londoni Welcome-intézet igazgatója bocsátott rendelkezésünkre, 20 cm³ mennyiségben subcutan adagolva a pozitív Dicket 24 óra alatt negatívvá változtatta át. De hogy önmagában kellő védeltséget nem nyújtott, az kiderült abból is, hogy mindkét esetben az antitoxin adagolása után 10 nappal scarlatina fejlődött ki.

Simultan-oltás adagolásánál azonban, amelyet egyébként a jövőben is folytatni szándékunk, egy már előzőleg, pl. diphtheria-esetben alkalmazott serumra, az anaphylaxia miatt is tekintettel kell lennünk, ezt azonban könnyen kikerülhetjük, ha a serumot refracta dosi adagoljuk, először csak 1 cm³-t, azután néhány óra múlva az egész hátralevő mennyiséget.

A védőoltásnak egy másik módja is jöhetne szóba olyanoknál, akiknél fennálló constitutionális megbetegedés (pl. tuberculosis) miatt a vaccinával való oltás nem ajánlatos. *Bourcart*¹⁷ szerint védeltség úgy is idézhető elő, ha a Dick-reactiónál alkalmazott mennyiségben a toxint háromnaponként intracutan oltjuk, mindenkor más és más helyen, amíg a Dick-reactio negatívvá válik. Erről a reakcióról sem rendelkezünk még elegendő tapasztalattal, azonban megfelelő esetekben jövőben is fogjuk alkalmazni.

Összefoglalva eredményeinket, azokat általában véve biztatóknak tartjuk. Az idő rövidsége miatt azonban sem a Dick-reactio, sem a védőoltások valódi értékéről végleges véleményt nem mondhatunk, de teljesen csatlakozhatunk *Bókay* és *Johan* tanárok azon véleményéhez, hogy a további kísérletezések úgy a Dickkel, mint a védőoltásokkal érdemesek.

A jövőben elsősorban a Dick-reactiót az óvodákban és elemi iskolákban az iskolaorvosok bevonásával szélesebb alapon lehetne végeztetni, hogy így minél áttekinthetőbb képet nyerjünk a fővárosnak skarlatra hajlamos gyermekei számáról.

Ezenkívül a védőoltásokat is fokozottabb mértékben volna ajánlatos folytatni, még pedig véleményem szerint lehetőleg zárt intézetekben, párhuzamos kísérletekben a Dick-féle toxinnal és a streptococcus haemolyticusból készült vaccinával.

Ezen oltási eredményeket a székesfővárosi tisztifőorvosi hivatal nyilvántartója útján fogja a jövőben ellenőriztetni, elsősorban időnkint végzendő Dick-reactiók útján arra nézve, hogy a védeltség (negatív reactio) meddig tart.

A védőoltások értékének helyes megítélése azonban csak a jövőben fellépő új scarlatinás megbetegedéseknek figyelembevételével lesz lehetséges. Ha ezekről valóban az az örömdetes tény derülne ki, hogy közöttük vagy egyáltalában nem, vagy csak elenyésző számban szerepelnek olyanok, kiknél az oltások sikerrel (negatív Dick) végeztettek, úgy beigazoltnak látnók azt, hogy a védőoltások hatása alatt előálló Dick-negatív reactio valóban védeltséget jelent scarlatinás fertőzéssel szemben és minden iparkodásunk oda irányulna, hogy ezt az immunossági állapotot oltásainkkal minél több gyermeknek megszerezzük.

Irodalom: ¹ Rapport Epidemiologique. Genf, 1925 december. — ² *Dick*: The Journal of Med. Ass. 1925 május. — ³ *Rosen*: The Journal 84. köt., 20. sz. — ⁴ *Parish* és *Okkel*: The Lancet, 1925 április. — ⁵ *Zlatogoroff*: Seuchenbekämpfung. 1925, 6. sz. — ⁶ *Gabritschewsky*: Centr. f. Bakt. 1906, 41. köt. — ⁷ *Tesjakoff*: Seuchenbekämpfung. 1925, 6. sz. — ⁸ *Ströszner*: Orvosi Hetilap 1922. — ⁹ *Langovoy*: Centr. f. Bakt. Ref. 49. köt. — ¹⁰ *Dold*: D. m. Woch. 1925, 45. sz. — ¹¹ *Zlatogoroff*: Centr. f. Bakt. 1925, 96. köt., 7—8. füz. — ¹² *Zingher*: The Journal. 1925, 85. köt., 22. füz. — ¹³ *Bókay-Johan*: Orvosi Hetilap. 1926, 4. sz. — ¹⁴ *Park*: The Journal. 1925, 85. köt., 16. füz. — ¹⁵ *Watters*: Centr. f. Bakt. Ref. 1906, 54. köt. — ¹⁶ *Wladimiroff*: Archiv f. Kinderh. 1911, 56. köt. — ¹⁷ *Bourcart*: La presse medicale 1925.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának (igazgató: Illyés Géza dr. egyet. ny. r. tanár) és bakteriológiai intézetének (igazgató: Preisz Hugó dr. egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A húgyszervek gyulladásos betegségének autovaccinás kezelése.

Írta: *Adler-Rácz Antal dr.* tanársegéd.

A bizonytalanság és sokban ellentmondó eredmények — melyek az eddigelé végzett vaccinakezelés terén tapasztalhatók — indítottak arra, hogy az urológiai klinika beteganyagán a legkülönbözőbb eredetű és mechanizmusú fertőzőbetegségeknel tapasztalatokat gyűjtsünk az autovaccinakezelés várható és elérhető eredményeiről. A kórfolyamat lehető pontos lokalizálása után a hólyagból sterilen nyert vizeletet bakteriológiai elemzésnek vetettük alá; a betegeket a vizeletből kitenyésztett baktériumokból, *Went* eljárása szerint készült vaccinákkal kezelve, igyekeztünk a kezelés közben fellépett jelenségeket pontos megfigyelés tárgyává tenni és az elért eredményeket hosszabb-rövidebb ideig keresztülvitt ellenőrző vizsgálatok alapján felülvizsgálni. Nem dicsekedhetünk olyan eredményekkel, melyek ezt a kezelési módot *minden esetben* az eddig ismert eljárások fölé emelnék, azonban igyekeztünk a klinikai tünetek tárgyilagos észlelésével és feljegyzésével tőlünk telhető pontos adatokat szolgáltatni, remélve, hogy munkánk alapján az ezirányban érdeklődők kellő támpontot nyerhetnek ezen, jelenleg az érdeklődés központjában álló kezelési mód továbbfejlesztéséhez.

A kórfolyamat és fertőzés pontos elemzésén alapuló autovaccinakezelés alkalmazásánál, bármennyire egyszerűnek is ígérkezett a kérdés, vizsgálataink közben több irányban merültek fel nehézségek.

Az első nehézség, mellyel találkozunk, a beteganyag kiválasztása volt. Aki egy 100 ágyas urológiai osztály beteganyagát ismeri, talán kétkedve fogja ezt a kijelentést fogadni, mert hiszen az ápolásra kerülő betegek nagyrésze a legkülönbözőbb húgyúti fertőzések jeleit mutatja, úgy a genyedés, mint a baktériumokat illetőleg. Világossá válik azonban az említett nehézség, ha meggondoljuk, hogy az így fertőzött húgyúti folyamatok nagyrésznél anatómiai elváltozásokkal állunk szemben, melyek vagy mint befejezett szöveti roncsolások a megtámadott szerv teljes pusztulását idézték már elő, vagy mint a vizelet rendes lefolyását gátló elváltozások, pangás útján okozzák a fertőzés állandósulását. Míg az elpusztult szervek gyógyítása csak műtéti lehet, addig a pangással járó elváltozásoknál az okszerű kezelés csak a pangás megszüntetésére irányulhat. A vizelet kiürülését akadályozó elváltozásoknak egy részét radicales műtéti beavatkozással tudjuk gyógyítani (prostatektomia, kő, idegentest eltávolítása). Nagyszámúak azonban azok a folyamatok, ahol a teljes gyógyulást adó radicales eljárás helyett csupán conservatív eszközök állanak rendelkezésünkre, melyekkel a folyamat ideig-óráig tartó javulása érhető csak el (szűkületek tágítása, pangáson alapuló pyelitis vagy pyelonephritis helyi kezelése). Amennyire felesleges a vaccinakezelés ott, ahol az okszerű sebészi beavatkozás végrehajtható, annyira bizonytalan a hatása a továbbra

is megmaradó akadályoknál, mert itt nemcsak hogy az akadállyal együtt az állandó fertőzés oka is megmarad, hanem a múlthatatlanul szükséges helyi kezelés újabb, friss fertőzést okozhat (nagy pangással járó prostata-hypertrophia, súlyos húgycsőszűkület).

A másik és fontosságánál fogva még nehezebb kérdés: a gyógyeredmények elbírálása. Azt láttuk ugyanis, hogy a bakteriologiai leletnek a kezelés folyamán tapasztalt megváltozása nem mindig felel meg a klinikai képben észlelt változásoknak. Az így előállott eltérések az egyes kórfolyamatoknál szereplő anatómiai elváltozásokkal állanak szoros összefüggésben.

Maradandó anatómiai elváltozások mellett, mint már mondtuk, gyulladás csupán a kórokozó elpusztításával nem érhető el. Ha a szervezet védekezőereje a bakteriummal szemben sikeres harcot vívhat is, megmarad a gyulladásos folyamat, melynek kigyógyulása sok egyéb tényezőtől függ. Jól ismerjük továbbá az uropoetikus tractus olyan megbetegedéseit, melyek minden gyulladás nélkül, tisztán mechanikus hatás következtében, vezetnek irreparabilis ronsolásokhoz (a kivézető rendszer akadályainál kifejlődő felsőbb húgyúti pangás és következményes tágulásos sorvadás). Ha az ilyen folyamathoz fertőzés járul, úgy az eddigi aseptikus pangás a fertőzés számára kitűnő táptalajul szolgál. Ha a fertőzés a szerveket olyan stadiumban találja, hogy az amúgy is súlyos ronsolást az illető szervre nézve teljessé teszi: úgy csupán a radicalis műteti beavatkozás jöhet számba; a korábbi stadiumban fertőződött ilyen természetű folyamatoknál azonban reményünk lehet a fertőzés megállításával a folyamat gyors előrehaladását megakadályozni, majd a felismert anatómiai elváltozás kiküszöbölésével a teljes gyógyulást elérni. Az eleinte aseptikus elváltozások a fertőzés felléptéig tünet nélkül fejlődhetnek, mígnem a fertőzés a folyamat hirtelen nagyfokú rosszabbodását idézi elő és heveny tüneteket okoz. A fertőzés ellen küzdő vaccinakezelés az előző aseptikus állapotot a bakteriumok elpusztításával helyreállíthatja ugyan, de a fertőzés alatt létrejött ronsolások a betegség tüneteit tovább is fenntarthatják.

Mintán a vizeletből kitenyészített bakteriumokról, az ezekből készült vaccinák készítési módjáról, adagolásáról és a kiváltott reakciókról általában *Went* pontosan beszámol, itt a kezelt betegeket a vizsgálat és kezelés folyamán talált elváltozások szerint csoportosítjuk, megjegyezvén, hogy az előreboesájtott nehézségek figyelembevétele mellett, igyekeztünk a legkülönbözőbb húgyúti fertőzéseket az empirikus adatokat szolgáltatató dolgozat részére felhasználni.

A kórképek csoportosításánál igyekeztünk a betegség kiindulópontját, illetve végső okát alapul venni. Nagyszámúak azonban az olyan, főleg idült folyamatok, ahol a betegség pontos lokalizálása nehézségekbe ütközik. Az alsóbb húgyúti akadályoknál fellépő pangás és következményes felszálló fertőzés (I. csoport) kifejlődése jól elképzelhető (húgycsőszűkület, prostata-hypertrophia). Nemkülönbön könnyű a felszálló gonorrhoeás fertőzés körismézése (II. csoport), ahol a magasabb húgyutakból nyert vizeletben a kórokozó kimutatható. Ismeretes azonban, hogy a gonococcus kis virulentiájánál fogva a tenyésztésnél könnyen kieshet, a nyomán fellépett vegyes fertőzés csirjai mellett, vagy pedig a fennálló folyamatban a gonococcus nem is vesz részt, hanem a talaj előkészítésében szerepelt csupán. Ilyenkor tehát pozitív bakteriumlelet nélkül, csupán a kórlefoiyásból következtethetünk a végső okra, ami a postgonorrhoeás elváltozások külön csoportban való tárgyalását teszi szükségessé (III. csoport). Még nehe-

zebben magyarázható a fertőzés útja és kiindulása az idült magashúgyúti fertőzéseknél. A mai tökéletes vizsgálati módszerek mellett aránylag ritkán fordul elő, hogy az idült genyvizelés okául a pyelitis kórismével megelégszünk. Ahol azonban minden gyulladást fenntartó ok kizárható (kő, tuberculosis), az idült vesemedencelob marad csak a kórkép magyarázására. Ilyenkor azonban, miután a kórfolyamat kezeléssel igen nehezen befolyásolható, előrehaladott szöveti ronsolásokat kell feltételeznünk, melyeket a lassan, gyakran tünet nélkül fejlődő folyamat idézett elő (IV. csoport). Egyoldali folyamatoknál, ahol a két vese működésében szembetűnő a különbség és a több ízben végzett ellenőrző vizsgálat állandó rosszabbodásra mutat, a fertőzés megszüntetésére természetesen a radicalis műteti beavatkozás indicált, míg a kétoldali folyamatoknál csupán conservatív gyógymód alkalmazható.

I. Alsó húgyúti akadály okozta fertőzések.

Húgycsőszűkületek.

Ha a húgycsőszűkületben szenvedő betegeket, akik a napi ambulancia beteganyagának tekintélyes részét szolgáltatják, tekintjük, azt tapasztaljuk, hogy közöttük aránylag kevés azoknak a száma, akik, noha hosszadalmas kezeléseken estek már át, magasabb húgyúti fertőzés jelét mutatják. Szükséges tehát, hogy a szűkület mellett egyéb praedisponáló momentum is közrejátszódjék, hogy a felszálló fertőzés súlyos kórképe kifejlődhessék. Kezeléseink folyamán négy szövőd-ményes húgycsőszűkületben szenvedő beteget volt alkalmam észlelni. Ezek közül csak egy volt, akinél az alsó húgyúti akadály csak egy rövid, gyűrűszerű húgycsőszűkületben állott.

A 46 éves betegnél egy éve állott fenn nehéz vizeles, deréktáji fájdalom és gyakori, fájdalmas vizelési inger. A vizsgálatok szerint mindkét oldalt lécsökkent veseműködés mellett mindkét vese separált vizeletében bőven találtunk genyet. A vizeletből staphylococcus és enterococcus tenyésztett ki. A szűkület tágitásra könnyen, gyorsan és maradandó eredménnyel gyógyult, úgyhogy a kezelés alatt helyi beavatkozásra nem volt szükség. A vaccinakezelés a beteg gyenge és leromlott szervezete miatt elhúzódó helyi és nem tülerős általános reactio mellett folyt le és az enterococcusok eltűnését eredményezte. Azonban sem a subjectív panaszok, sem az ellenőrző vizsgálatnál a gyulladásra nézve nyert objectív lelet javulást nem mutatott.

Fel kell tehát vennünk, hogy ez esetben a rövid és nem nagyfokú szűkület csak mint kiváltó ok járult egy amúgy is fennálló idült pyelitis rosszabbodásához és sem a szűkület gyógyulása, sem a bakteriumok egy csoportjának eltűnte nem állította meg az amúgy is fokozatos rosszabbodásra hajlamos idült folyamatot.

A másik három szűkületes esetben a szűkület más, a húgycsövön kívül álló folyamat következtében okozott kiterjedt fertőzést. És pedig egy 19 éves betegünknek hét év előtt kő miatt epicystotomia történt és már három évre rá vizelési nehézségek léptek fel zavaros, néha véres vizelettel. A pars pendula urethraeben nehezen átjárható, kiterjedt, heges szűkületet, súlyos, lepedékes cystitist és mindkétoldali pyelumbeli genyes retentiót találtunk. Bakteriologiai lelet: coli- és enterococcus. Az elég magas lázakkal járó vaccinakezelés után többszöri controlnál a bakteriumok megkevesbedését találtuk ugyan és a hólyag úgy befogadóképes-ség, mint a gyulladás tekintetében sokat javult, azonban a továbbra is szükséges helybeli szűkület- és hólyagkezelés és a még mindig elég kínzó subjectív panaszok (vizelésnehézség és fájdalom), az elért eredményt erősen redukálták. Még komplikáltabb volt a szűkület a harmadik, 45 éves betegünkénél, akinél tuberculosis mellékherefolyamat süllyedése okozott húgycsőszűkületet és sipolyt. A pyuriát és vizelési panaszokat ez elváltozásokon kívül súlyos pseudomembraneas hólyagfolyamat tartotta fenn. A bakteriologiai

vizsgálat tiszta colifertőzést mutatott. A nagy reakcióval járt vaccinakezelés után többszöri kontrollvizsgálat nemcsak hogy a colifertőzést továbbra is kimutatta, hanem, miután a betegnél a helybeli kezelést (állandó katheter) nem mellőzhettük, még egyéb friss fertőzésre valló csirokat (*staphylococcus aureus*, *enterococcus*) is találtunk.

A bakteriologiai lelet illetően változatlansága, sőt romlása ellenében az általános állapot pár héttel a kezelés befejezése után átlátható javulást mutatott és a megéjtett cystoskopos vizsgálatnál a hólyagot is jobb állapotban találtuk (finomabb lepedék, jobb kapacitás). Itt tehát, noha a folyamat okszerű gyógyítására sebészi beavatkozásra volt szükség, a vaccinakezelés az erősen leromlott általános állapot feljavítására hasznos hozó volt.

A folyamat objectív és subjectív megváltozásának hasonló ellentétét találtuk a negyedik, e csoportba tartozó betegnél is, aki már 20 éve állott szűkülete miatt kezelés alatt. A 60 éves férfit beteg nyole napig tartó láz, hidegrázás, mindkét vesetáji fájdalom, nehéz vizelet, tenesmus és terminális vérzés miatt került először klinikánkra. Ez az állapot rövid hólyagkezelésre megszűnt, de a vizelet nem tisztult fel, a deréktáji fájdalmak tovább is tartottak és az általános állapot fokozatos romlása közben újabb lázas állapot lépett fel. A vizsgálatnál a szűkületet jól kitágított állapotban találtuk; a pyuria oka egy diónyi hólyagdiverticulum és kétoldali pyelitis volt. A vizeletben a saprophyta *bakterium lactis aerogenes* mellett *enterococcus* találtunk. A specifikus terapia erős helyi és még erősebb általános és gócreakciót okozott (hányás, fejfájás, hidegrázás, vesetáji fájdalom). Az *enterococcus*, mint járulékos csir, a kontrollvizsgálatoknál nem volt többé kimutatható, azonban a saprophyta fertőzés változatlanul fennmaradt és a pyuria sem sokat változott. Ezzel szemben a betegséget kísérő súlyos tünetek teljesen megszűntek és a beteg testsúlyában meggyarapodva, láz- és fájdalommentesen hagyta el a klinikát.

A bakteriotherapia fajlagossága mellett ebben az esetben az erős gócreactio és a járulékos csir eltűnése bizonyító erejű, hatása azonban mégsem volt tökéletes, mert az idült folyamattal együtt az azt kísérő saprophytára hatástalan volt, ami azonban az anatómiai elváltozás figyelembevételével (diverticulum) könnyen megérthető.

Prostatahypertrophia.

Az alsó húgyúti akadály egy másik fajtája, mely igen gyakran okoz felszálló fertőzést, az öregkor betegsége: a prostatatútnegés. Amit az anatómiai elváltozások okozta következményes fertőzésekről mondtunk, ennél a kórképnél a legszembetűnőbb. A lassan fejlődő és gyakran óriási mértékeket elérő hólyagtágulás, melyet az ureterek és vesék tágulása is követ, előbb-utóbb, de leginkább a szükségessé vált helyi kezelés következtében fertőződik, amikor a csökkent ellenállású szövetek a fertőzés gyors elhatalmasodásának gátat vetni nem tudnak. Hozzájárul ehhez még, hogy az idült vizeletretentióban szenvedőknél bizonyos fokú veseelégtelenséget mindig találunk, a helybeli kezelést pedig semmiképp sem áll módunkban mellőzni. Ezekután könnyen elgondolható, hogy a fertőzésnek ezen fajtájánál a vaccinakezeléstől hatást nem várhatunk addig, amíg a betegség okát radicalis műtéttel meg nem szüntettük. Ahol azonban a műtétet az általános és a vesék állapota megengedi, a megbillent egyensúly ezáltal helyreáll és a szervezet megerősödve, a következményes fertőzést a maga erejéből is le tudja küzdeni. Viszont a műtetre már nem alkalmas betegeknek az előbb említett okoknál fogva a kezeléstől eredmény nem várható.

Hogy a leromlott szervezet reakcióképességét tanulmányozzuk, egy kifejezett veseinsufficiencia esetében (alacsony fajsúly mellett napi 3 liter vizeletmennyiség),

ahol 500 cm³ incomplét retencio állott fenn a felső húgyutak fertőzésének tüneteivel, a vizeletből kitenyészett coli- és enterococussal végeztünk specifikus terapiát. A kis dosisok nagy általános és elhúzódó helyi reakciót váltottak ki, de az objectív tünetek semmiféle javulását sem láttuk. A kezelés után ugyan a beteg némileg megerősödött és jobban érezte magát, de sem a veseállapot, sem a fertőzés nem változott.

Az elmondottakból kitűnik, hogy az alsó húgyúti akadályok okozta fertőzések gyógyítására, miután a végső ok, mely a fertőzésre alkalmat adott, ki nem küszöbölhető, a bakteriotherapia nem alkalmas és legfeljebb muló javulás vagy subjectív könnyebbéedést képes előidézni, anélkül, hogy a folyamat további sorsát hatékonyan befolyásolhatná.

II. Gonorrhoeás fertőzések.

A magasabb húgyutak gonorrhoeás fertőzésénél érthető anatómiai okoknál fogva, a férfi és nőbeteg külön elbírálás alá esnek. A rövid és tatóngó húgycsövű nőbetegeknél a hólyag és innen még feljebb szálló fertőzés a genitáliák fertőzésének bármely stádiumában létrejöhet. A tünetek ilyenkor: gyakori, kínzó tenesmusokkal járó vizeleti ingerek, majd deréktáji, esetleg kifejezett vesetáji fájdalmak. A hólyagfundusban oedemás, lepedékes, vérzékeny gyulladást találunk, amely az ureterek környékére is ráterjedhet és azoknak merevségét idézi elő; az így megnyitott ureternyílásokon át a fertőzött vizelet a görösös hólyagösszehúzódnásoknál visszafolyhat a pyelumba és fertőzheti azt. A bakteriologiai vizsgálat a legkülönbözőbb vegyes fertőzést mutathatja. A friss esetekben mindig felfedezhető gonococcus mellett betegeinknél *staphylococcus*, *colit* és *enterococcus* találunk. Az autovaccinakezelés az ápolás alá került három esetünkben teljes gyógyulást eredményezett. A reakciók mindhárom esetben erősek voltak és kifejezett góctünetet is észlelhetünk (vesetáji görösök). A kezelés befejezése után végzett vizsgálatok és tünetek visszafelzáródása a folyamat teljes gyógyulását bizonyították. A hólyagelváltozás eltűnt, a vizelet sem kóros alakelemet, sem bakteriumot nem tartalmazott. Sajnos, a három beteg közül ketten pár hónappal a kezelés befejezése után, miután az előzőleg többször végzett ellenőrzés az elért eredményt tartósan mutatta, újból az első tünetekhez hasonló panaszokkal jelentkeztek. A betegség újabb fellebbbát a genitáliákban fennálló gonorrhoeás folyamat okozta. A végleges gyógyulás tehát csak úgy érhető el, ha a helyi reinfectio veszélye az alapbajra irányuló erélyes kezeléssel kiküszöbölhető.

Nehezebb a kérdés a férfitbeteg gonorrhoeás fertőzésénél. A férfi gonorrhoeája a húgycsőben és annak mirigyekben játszódik le. Gyakran találkozunk ugyan a betegség folyamán a hólyaghurut tüneteivel, ennek oka azonban legtöbbször a pars prostatica urethrae heveny gyulladása, melyet a prostata gyulladása tart fenn. A belső záróizom ilyenkor gyulladással verbőségre kerül és a legkisebb hólyagfeszülés sphinkter izgalom következtében vizeleti ingert vált ki. A gyulladás ritkán terjed fel az ureterek magasságáig és még kivételesebb a diffus cystitis, miután a hátsó húgyveső gyulladása rendszeren hamar idült stádiumba jut és a mirigyekre lokalizálódik. Ha azonban a gyulladás, főleg a prostata és ondóhólyagok megduzzadása következtében, oly mértéket ér el, hogy a záróizom erősen tatóng, a folyamat az ureternyílásokra, vagy az egész hólyagra is ráterjedhet. Ilyenkor tehát, épp úgy, mint a nőbetegeknek említettük, adva van a vizelet visszafolyásán alapuló pyelitis lehetősége. A különbség a két nem között az adott esetben az, hogy, míg a nőknél fellépő cystitis

hamar vizsgálat és kezelés alá kerül, addig a férfibetegeknél a baj felismerése hosszabb ideig késhet, miután a tünetek alig különböznek azoktól, melyeket a hátsó húgycső gyulladásánál látunk.

Magasabb húgyúti megbetegedéseknél három ízben sikerült a vizeletben gonococcust agnoszkálni. Ezek közül kettőnél a gonorrhoeás fertőzés kézenfekvő volt. Mindkét betegnél a gonorrhoea már hosszabb idő óta állott fenn (1, illetve $1\frac{1}{2}$ év), amihez 2, illetve $1\frac{1}{2}$ hó óta járultak vizeleti panaszok és a pyelitis tünetei. Az urethra és a prostata váladékából gonococcust egyiknél sem sikerült kimutatni. A hólyag képe mindkét esetben erősen redukált befogadóképesség mellett, súlyos, diffusz gyulladás képét mutatta, oedemával, lepedékkel a nyálkahártyán. A prostata, illetve ondóhólyagok duzzadása a hólyagfundust magasra felnyomta és így az ureterek tátongása idézte elő a súlyos pyelitist. Gonococcus mellett a vizeletben az egyik esetben bac. subtilist is találtunk. A vaccinakezelés utáni első kontrollvizsgálatnál, holott az egyik betegnél a szokott négy injectio helyett csak háromt adtunk, gonococcust már nem találtunk és ez az eredmény a későbbi vizsgálatoknál véglegesnek bizonyult. Ellenben sem a pyuria, sem a klinikai tünetek szempontjából javulás nem állott be. A roncsolás tehát, melyet a fertőzés okozott, olyan fokú volt, hogy a bakteriumok elpusztulása után sem állott azt módunkban hatékonyan befolyásolni, ami újból a gyógyeredmény két factorának incongruentiáját teszi szemléltetővé.

A harmadik esetben a vizeletben talált gonococcus meglepetés volt. A 42 éves beteg, akinél a fiatal korban lezajlott gonorrhoea már régóta nem okozott panaszt, négy éve fennálló pyuria, vizeleti és deréktáji fájdalmak miatt kereste fel a klinikát. A vizsgálatnál diffuse gyulladt hólyagot és kétoldali pyelitist találtunk, minden, a régi gonorrhoeára utaló nyom nélkül. A gonococcus mellett a vizeletből coli- és enterococcus is kitenyésztett. A kezelés, mely elhúzódó helyi és erős általános reakciót váltott ki, a beteg állapotán mitsem változtatott. A gonococcusok eltűntek, de a másik két bakteriumfaj, a hólyag- és vesebeli folyamat továbbra is hasonló képen mutatkoztak. Az esetnek érdekességét az kölesönöz, hogy a latens gonococcus a magasabb húgyutakban fészkelte be magát és ott okozott olyan fokú elváltozást, mely a kórokozó elpusztulása után sem volt már gyógyítható.

*A gonorrhoeás fertőzés vaccinakezelésénél tehát azt tapasztaltuk, hogy a gonococcus a vizeletből teljes bizonyossággal eltüntethető. Ami a klinikai kép megváltozását illeti, ennél az eredmény a folyamat tartalmától, helyesebben a már addig végbement szöveti roncsolásuktól függ. Acut esetekben a gyógyulás teljes, ha csak helyi okokból recidiva nem lép fel; viszont régi és el-
késve kezelt esetekben a folyamat megállítása a már befejezett anatómiai elváltozások miatt nem sikerülhet.*

III. Postgonorrhoeás fertőzések.

A postgonorrhoeás fertőzések csoportjába sorolom mindazon eseteket, ahol az anamnesisben gonorrhoea szerepel ugyan és a kórkép az előzőekben ismertetett elváltozásokkal analog volt, de a kórokozót kimutatni nem sikerült. Az e csoportba sorolt betegeknek a kórképet, bakteriumokat és gyógyeredményt illetően a legkülönbözőbb képeket kaptuk. Kezelés alá került két nő- és három férfibeteg.

A nőbetegnél hosszabb idő óta fennálló gonorrhoea közben léptek fel a cystitis és pyelitis tünetei. Az egyik esetben a talált elváltozások teljesen egyeznek az előző csoportnál leírtakkal (belövelt, oedemás trigonum, felszálló pyelitis), csupán a gonococcus helyett találtunk bac. lact. aerogenest. A beteg a kezelést igen jól tűrte és a kezelés befejezése után úgy a subjectív tünetek, mint az objectív elváltozások teljesen visszafejlődtek, azonban a talált saprophyta, mint ahogy azt ezen bakteriumokkal kísért fertőzéseknél következetesen láttuk, a vizeletből továbbra sem tűnt el. Ez az állapot, miután a beteg gonorrhoeáját rendszeresen kezelte, a késői kontrollvizsgálatoknál is megmaradt és így a beteg, a tünetet nem okozó bakteriuriát leszámítva, gyó-

gyultnak tekinthető. A másik nőbetegét már a heveny tünetek lezajlása után kaptuk kezelésre. Ennek megfelelően a hólyagban idült gyulladást és baloldali, csökkent funkciójú járó, pyelitist találtunk. Az első bakteriologiai vizsgálat enterococcust és bac. fluorescens-t mutatott. A bakteriumokból készült vaccina nagy dosisával végzett kezelés csekély reakciók mellett zajlott le. Az első ellenőrzővizsgálatnál a vizelet genymentes volt, de belőle az első vizsgálatnál talált bakteriumok helyett bac. lact. aerogenes tenyésztett ki. Hogy újból bebizonyosodjunk afelől, hogy ezen saprophyta okozta bakteriuria a vaccinakezelésnek tényleg ellenáll, újabb, e bakteriumból készült vaccinával a kezelést megismételtük. Az eredmény várakozásunkhoz híven alakult. A nagy dosisú vaccinák adagolása magas lázzal és vesetáji gócreakciókkal zajlott le, de a vizelet bakteriumtartalma (bac. lact. aerogenes) továbbra sem változott; a többi objectív elváltozás (hólyagfolyamat, pyelitis) a legutóbb, három hónappal a kezelés után, megéjtett vizsgálatnál is teljes gyógyulást mutatott.

A postgonorrhoeás elváltozásokkal kezelésbe került férfibetegek közül kettőnél a panaszoknak megfelelően subacut prostatitist találtunk, azonban a mirigy váladékában a kórokozót megtalálni nem sikerült. A hólyagvizsgálat, a panaszoknak megfelelően, tátongó, egyenetlen sphinter és kífokú hólyagbelöveltséget mutatott. A vizeletből staphylococcus és enterococcus, illetve coli- és staphylococcus citreus tenyésztett ki. A kezelés lefolyása semmi különlegeset nem mutatott, a vizeletből az enterococcus, illetve staphylococcus, citreus eltűnt és a subjectív panaszok is sokat javultak, de sem a prostata, sem a következményes hólyagfolyamat nem változott. A mirigyekre lokalizált idült elváltozásoknál tehát ettől a kezeléstől sem várhatunk sokat.

A harmadik eset a felszálló fertőzéseknek azon érdekes példáját mutatta, ahol a gonococcus csak a folyamat megindításában szerepel, azonban szerepét később más, jelen esetben tokos colibacillus veszi át. A 23 éves betegnél négy év óta több ízben lépett fel gonorrhoeás fertőzés. A betegség közben hidegrázások, vesetáji fájdalmak, gyakori vizeleti ingerek tenesmussal, szerepeltek, nagy összevisszaságban. A beteg állandó remittáló lázzal és súlyos pyuriával került megfigyelés alá. A vizsgálatnál subacut prostatitist (gonococcus negatív), tátongó sphinktert, belövelt trigonumot és felhúzóúreterszájadékokat találtunk. Mindkét, de főleg a bal vese működése csökkent és a separált vizeletben bőven találtunk gennyet. A vizeletből nyert tokos colibacillusból készült vaccina az amúgy is lázas állapot mellett, magas, $40^{\circ}\text{C}^{\circ}$ fölé emelkedő, lázakat váltott ki, azonban sem a pyuria, sem az általános állapot nem javult és a vizelet bakteriumtartalma is ugyanaz maradt. A további kezelésben műtéti beavatkozások váltak szükségessékké. Még pedig: a bal vese decapsulatioja miliaris tályogok miatt; a jobboldali hatalmas vesekörüli tályog megnyitása és végül a bal ektopiás here körül képződött tályog megnyitása. A majdnem fél évig tartó kezelés után sikerült végre a septikus gócek sebészi elintézésével a beteget rendkívül súlyos állapotából kimenteni és teljes gyógyulást elérni.

A tanulságot, melyet a postgonorrhoeás elváltozások kezeléséből meritettünk, röviden összefoglalva azt mondhatjuk, hogy épp úgy, mint a pozitív gonorrhoeás elváltozásoknál, a gyógyulás elsősorban a folyamat okozta roncsolások súlyosságától függ. Acut és nyílt esetekben a vaccinakezelés jó szolgálatokat tehet, idültknél azonban, ahol előrehaladott elváltozásokkal állunk szemben és ahol csupán saprophyta-megtelepedést találunk, ez a kezelési mód is cserbe hagy.

IV. Chronikus pyelitisek.

A húgyúti fertőzések ezen csoportjába sorozott megbetegedések a talált elváltozások tekintetében meg lehetős egyöntetűséget mutatnak. A panaszoknak megfelelően, melyek lassan fejlődve értek el oly fokot, hogy a beteg intézeti kezelésre jelentkezett, részint a hólyag-, részint a vesebeli elváltozások állanak előtérben. Leginkább azonban a vesetáji panaszok a régebbi keletűek, melyekhez később járultak a vizeleti fájdalmak, amikor az eddig észrevétlen pyuria is figyelmezteti a beteget bajának komolyságára. A vizsgálatnál a hólyagban az idült gyulladás legkülönbözőbb alakjai találhatók (cystitis cystica, cystitis granularis, lepedékes, esetleg fekélyes folyamat). A veseműködés, aszerint, amint a folyamat már a kiválasztórendszer is megtámadta, lecsökkent lehet (indigó késés, alacsony értékű fagyponcsökkenés). Az ureterkatheteren nyert vizelet bőven tartalmaz genyet amellet, hogy az idült, hegesező folyamat pyelumbeli vizelet pangáshoz vezethet.

A bakteriumok minden esetben enterogen-fertőzésre mutattak.

Találtunk:

3-szor bac. lact. aerogenes
1-szer " " " és influenza, staphylococ.
1-szer " " faecalis alkaligenes
3-szor " coli
1-szer " coli és bac. fluorescens
1-szer staphylococ. és enterococ.

A fertőzés útjára nézve a már kifejlődött kórkép kevés esetben adott felvilágosítást. Ha azonban az egyes praedisponáló momentumokat tekintjük, bizonyos támpontot nyerhetünk ezirányban. A kezelés alá került nőbetegek közül hárman a betegséget szülés után fellépő vizeleti panaszokra vezették vissza, egynél pedig cystocele miatt gátplastika történt ugyancsak hasonló tünetek miatt. Ezeknél tehát a hólyag alakváltozása okozhatta a szerv elsődleges megbetegedését és az ureterek vonaglását a felszálló fertőzést. Kettőjükönél a fertőzés nem vezetett hevenytünetekhez, kettőnél pedig a hevenytüneteket másodlagos fertőzés váltotta ki. Még pedig egy esetben influenzával szövődött a betegség és az influenza-bacillust staphylococussal vegyesen a vizeletben meg is találtuk, a másikonál a hólyag erős gyulladásos túlsarjadzása és érzékenysége miatt a hólyag műtéti megnyitása vált szükségessé, az utána szükséges localis kezelés a staphylococcus vegyes fertőzést jól megmagyarázza.

A felsorolt felszállófertőzésekkel szemben egy esetben a hólyagpanaszok pneumóniából kiindult pleuritis, nephritis, majd perinephritis tályog után leszálló úton jelentkeztek. A többi e csoportba tartozó betegeknél a fertőzés mikéntjére az anamnesisből semmiféle felvilágosítást sem kaptunk. Olyan betegség hiányában (pl. gonorrhoea), mely okául szolgálhatott volna a kórkép kifejlődésének, a vesék elsődleges megbetegedését kell feltételeznünk, melyből a hólyagfolyamat leszálló úton jött létre.

Az idesorolt folyamatoknál, mint azt már a csoport elnevezése is mutatja, régi és nagyjából kiterjedt és marandó szöveti roncsolásokat kell feltételeznünk. Míg az eddig ismert és alkalmazott gyógymódoknál (antisepticumok, vesemedencemosás, állandó ureterkathéter) az idült pyelitiseket vagy egyáltalában nem, vagy csak csekély mértékben tudjuk befolyásolni, addig, tapasztalataink szerint, a specifikus therapia, ha a folyamatok bakteriologiai elemzését vesszük a gyógyítás alapjául, megmutatja azt az utat, melyen haladva, sikerre számíthatunk. Az olyan fertőzéseknek, melyeknél a bakteriumok még a betegség későbbi stádiumában is be-

folyásolhatók, feltétlenül szükséges a bakteriologiai vizsgálat és a specifikus therapia mielőbbi keresztülvitele, nehogy a fertőzés elhatalmasodása súlyos roncsolásokra vezetve, a teljes gyógyulást lehetetlenné tegye.

A bakteriumok közül a bac. lact. aerogenes, mint azt már több ízben említettük, a specifikus terapiával egyáltalán nem befolyásolható. Ennél a fertőzésnél tehát a beteget a kezelés kellemetlenségeinek kitenni felesleges. Másképp áll a dolog a coli-, fluorescens- és enterococcus-fertőzésekénél. Mindháromnál a vaccina-kezeléssel szép eredményeket értünk el. A colifertőzés az uropoetikus tractus megbetegedéseinél nagy szerepet játszik: a heveny pyelitisek legnagyobb részénél feltalálható. Két esetben volt alkalmunk acut coli-pyelitist gyógykezeltetni és mindkettőben teljes gyógyulást értünk el. Ugyancsak reagált a colifertőzés régi és kifejezett roncsolások kísérete folyamatoknál is, azonban teljes gyógyulást az elváltozások következtében megújuló reinfectio miatt elérni nem tudtunk. Hasonlóképp viselkedett a bac. fluorescens és az enterococcus is. Az elsőnél a specifikus terapiával heveny esetekben a bakterium eltűnését értük el, míg az enterococcus elpusztulása is csak attól függött, vajon a fertőzés fennállását okozó primaer agens befolyásolható volt-e.

Ha tehát az urologia tractus itt felsorolt megbetegedéseinek vizsgálatánál az eddigi eljárások mellé a vizelet pontos bakteriologiai elemzését is szükségyszerűen elvégeztük, remélhető, hogy az ideje korán véghezvitt autovaccinakezelés segítségével elejét vehetjük azon kórképek kifejlődésének, melyeknek gyógyítására az eddig ismert eljárások mindezekig elégteleneknek bizonyultak.

A budapesti Bábaképző Intézet közleménye (igazgató: Lovrich József dr. rk. egyetemi tanár).

Uterus duplex bicornis operált két esete.

Írta: Sztehlo István dr. I. tanársegéd.

Az uterus duplicitása mint műtéti lelet a ritkaságok közé tartozik, leginkább csak a szülésnél vagy valamely méhüri beavatkozásnál kerül napvilágra. Abba a szerencsés helyzetbe kerültem, hogy három hét leforgása alatt a budapesti Bábaképző Intézetben két uterus duplicitás érdekes esetét volt alkalmam operálni. Az operált két esetet mint gynaekologiai szempontból érdekes és tanulságos esetet kívánom röviden ismertetni.

A női nemiszervek fejlődési rendellenességei két tényezőn alapulnak: fejlődési gátláson és a csiratelepek hiányos vagy elmaradó egyesülésén. A fejlődési gátlás folyamán az egész nemi apparátus, vagy annak részei hiányozhatnak vagy csak csökevényesen fejlődnek ki. A csiratelepek hiányos vagy elmaradó egyesüléséből a kettős képződmények származnak. A kiürtök, méh és hüvely, mindkét Müller-vezetékkel fejlődik. A Müller-vezeték felső szakasza különváltan marad és lesz belőle a két tuba. Középső és alsó része egyesüléséből lesz az uterus és vagina. Ha a Müller-vezeték egyesülése teljesen elmarad, létrejön az uterus didephys vagy uterus duplex separatus, cum vagina separata. Ezt a fejlődési rendellenességet leginkább életképtelen, torzszülötteknél észlelték eddig. Orthmann, Fränkel, Hoppner írtak le hasonló fejlődési rendellenességet élő gyermekeknél, ezek azonban már az első életévükben elpusztultak.

Az első esetünkben teljesen izolált két méhet találtunk, két méh közvetlenül a külső méhszáj előtt egyesülve közös hüvelybe nyílt. A második esetünkben ugyancsak két teljesen separált méh volt jelen, amelyek közül az egyikben kéthónapos magzat foglalt helyet, ez a méh a másikkal kétszerese volt s az első esethez hasonlóan a külső méhszáj előtt egyesülve.

közös hüvelybe nyílt. A talált lelet alapján mindkét esetet uterus duplex bicornisnak kell tartanunk. Kombinált vizsgálattal egyik esetben sem sikerült a műtét-nél talált fejlődési rendellenességet felismerni, mindkét esetben csak műtét közben derült ki ezen érdekes fejlődési rendellenesség, amelynek részletes leírását az alábbiakban kívánom ismertetni:

H. J.-né 32 éves nőbeteg, évek óta fennálló erős alhasi fájdalmai miatt több nőgyógyászati osztályt keresett fel gyógykezelés céljából s csak miután az évek óta tartó gyógykezelés dacára fájdalmai nem szűntek, jelentkezett intézetünkben. A beteg anamnesisben elmondja, hogy két rendes szülésen esett át; második szülése után a gyermekágyban hosszabb ideig lázas volt. A lázas gyermekágy lezajlása után több éven át panaszmentes volt. Menstruációja 28 naponként jelentkezik, rendszerű, több, 8–16 napig tart, sokszor darabos. Hónapok óta nagy alhasi fájdalmai miatt munkaképtelen. Lázasnak nem érzi magát, hőmérsékletét nem mérte, vizeleti, székelési panaszai nincsenek.

Jól fejlett, középtermetű nő, a hasbőrén terhelességi csíkok, a has mérsékelt elődomborodó, nyomásra alig érzékeny. Kombinált vizsgálatnál a következőket találjuk: vulva halvány, mindkét hüvelyfal kislálmányira

I. méhüreg II. méhüreg

Ovarialis abscessus



1. ábra.

megcsúszva, portio vaskos, méhszáj zárt, méhtest jókora férfikölnyi, kemény, göbös, mérsékeltén mozgatható, anteflektált. A méhtől balra vele szorosan összefügg egy kistokban mozgatható ökölnyi daganat. A jobb oldali adnexum tojásnyi tumort képez, lenőtt, alig mozgatható. Kevés, nyákos folyás. A talált lelet alapján, myomás méh mellett fejlődött kétoldali adnextumornak tartjuk az esetet. Tekintettel a beteg panaszaira, műtétet ajánlunk, amelybe a beteg, nagy fájdalomtól akarva szabadulni, beleegyezik.

Műtét előtt a szokásos vizsgálatokat elvégezve, a vérkép normalis volt. A vörösvértestek sülyedési időtartama 60 perc. Cervixből vett váladékban sok gennysejtet, extra- és intracelluláris diplococcusokat találunk. A vesék részéről semmi kóros elváltozás nincs. A beteget három napon keresztül kétóránként hőmérőzve, teljesen láztalanok találjuk. Június hó 6-án elvégezve a laparotomiát, a has megnyitása után nagy meglepetésünkre kiderül, hogy a külön tapintott méh a kétoldali adnextumorról együtt egy újszülöttfőnyi egységes daganattömeget képez, melynek tetejére szélesen letapadt a cseplesz. A letapadt csepleszt tompán leválasztjuk, részben pedig Peánokba fogva, egy kis darabját resecáljuk. A hasüreg gondos izolálása után próbáljuk mobilizálni a daganatot, de ez nem sikerül, mivel hátul a sigmával és a környező szervekkel szélesen össze van nőve. A daganatra rámeteszve igyekezzünk annak külső borítékát tompán letolni, amely részben sikerül is. Az így kistokban mobilizált daganatot museux-szel megfogjuk s így igyekezzünk kérges lenővéseiből felszabadítani. A museux által ejtett nyílásokból sűrű, zöldes geny ürül, amiért is bal oldalt a daganatra rámeteszünk s üregét, amely jókora lúdtojásnyi, kitöröljük; a baloldali daganat ovarialis abscessusnak

bizonyult, amelynek fala ujnyi vastag kérgestől áll. Tályogüregebe gasecsikot helyezve, összefogjuk az ejtett sebet s kezdjük a daganatnak kibontását. A daganat kibontása közben a középvonal felé haladva látjuk, hogy a daganat a rendes nagyságú, anteflexióban levő kemény méhhez szorosan összefügg. A jobb oldali, rendszerű alig nagyobb, lenőtt adnexum felszabadítása után legnagyobb meglepetésünkre kiderül, hogy az előbb leírt méh mellett teljesen izoláltan még egy jól fejlett, kemény méhet találunk, amely az előbb leírt méhhez csupán közvetlenül a hüvelyboltozat felett egyesül. Mindkét méhet amputálva a kérgesfalú ovarialis abscessussal, valamint a jobb oldali megnagyobbodott, lenőtt adnexummal együtt eltávolítjuk. A kismedence peritoneumtól fosztott, amiért is amennyire lehet, igyekezzünk peritonizálni. A sigmán, a daganathoz tapadt helyének megfelelően serosasértés jött létre, amelyet csomós selyemöltésekkel egyesítünk. A kismedence törlése után a Douglas-üregbe vioformgasecsikot helyezünk és zárjuk a hasat. A hasbőrnek el látása után a beteget kömetszőhelyzetbe hozzuk és a hátsó hüvelyboltozaton végzett kolpotomia segítségével a Douglasba helyezett vioformos gasecsikot a hüvelybe húzzuk.

Műtét után a beteg hőmérséklete 36,8 és pulsusa

120, másnap reggel 36,3, 96. Harmadnap este hőmérséklete 38,2, 104, amikor is 1 g chinininjekciót adunk. Ugyanaznap megindul a bélműködés, további hét napon keresztül teljesen láztalan. Tizedik nap a Douglasba helyezett drainsikot a kolpotomiás nyíláson keresztül eltávolítjuk. Hetednap hasváratot kiszedve, annak alsó harmadán 2 cm hosszú, felületes szétválást találunk, 14-ik napon felkeltjük a beteget, 18-ik napon gyógyultan, teljesen panaszmentesen hagyja el intézetünket. (L. 1. ábra.)

A második betegünk egy 32 éves, napszámos felesége, aki két rendes szülésen esett át. Menstruációja négyhetenként jelentkezik és panaszmentesen folyik le. Utolsó menstruációja két hónap előtt nagy görcsökkel zajlott le, azóta görcsös alhasi fájdalmai vannak, amelyek sokszor oly hevesek, hogy elájul. Gyakori vizeleti ingere van, hetek óta kisebb hőemelkedései is vannak, két hét óta ágyban fekszik, munkaképtelen. Négy év óta folyása van. Magastermetű, lesóványodott, anaemiás külsejű nő, akinél belső vizsgálatot végezve, a következő genitális leletet találtuk: méhtest rendes nagy, kemény, anteflektált, mobilis, a méhtől jobbra vele szélesen összefügg egy ökölnyi, kistokban mozgatható, puha, rekeszes tapintatú daganat, mely daganat mozgására érzékeny. A méhtől balra tyúktójasnyi, lenőtt, érzékeny adnextumort tapintunk. Az elmondott panaszokból és a talált lelet alapján extrauterin graviditásnak tartjuk az esetet és laparotomiát végzünk. Műtét előtt elvégzett vizsgálatok diagnosztikát mindenben megerősíteni látszottak. Vérkép: 60 Hgl. 3,500.000 vörösvérsejt, 7000 fehérvérsejt, vérsülyedés 1 órában felül, emlékből kevés savó préselhető ki. Median laparotomiát végezve, a hasüreg megnyitása után kiderül, hogy egy uterus duplex-szel van dolgunk, az extrauterin gravi-

ditasnak vélt ökölnyi daganat nem egyéb, mint az egyik terhes méh, amelyik mellett közvetlenül a hüvelyboltozat felett egyesülve találjuk a másik méhet, amely rendes nagy. A terhes méh melletti adnexum szabad, a másik adnexum egy tyúktöjásnyi tumort képez és le van növe a Douglasba, valamint a méh hátsó falára. A lenőtt adnextumort tömpán felszabadítjuk és csupán a tumort akarjuk eltávolítani, azonban a Douglast revideálva kiderül, hogy nemcsak a Douglas, hanem a méhnek hátsó fala is peritoneumtól fosztott, ennek peritonizálása a nagy lemeztelenítés miatt nem sikerül, amiért is

műtét előtt ma is csak ritkán sikerül s ez is csak akkor, ha vagy az anamnesisben találunk olyan momentumokat (*Neugebauer, Erkes*), amelyek az appendixnek a sérvbeni elhelyeződésére hívják fel figyelmünket, vagy ha az appendix a szabad sérvtömlőben ép vagy a sérvtömlőben elhelyezett appendix gyulladása oly enyhe, hogy a sérvtömlő tüzetes palpációjára lehetséges nagyobb fájdalom okozása nélkül.

Esetem bővebb taglalását úgy ritka előfordulásánál, valamint műtési kivitelének radicalis voltánál fogva a kórtörténet közlése után fogom vázolni.

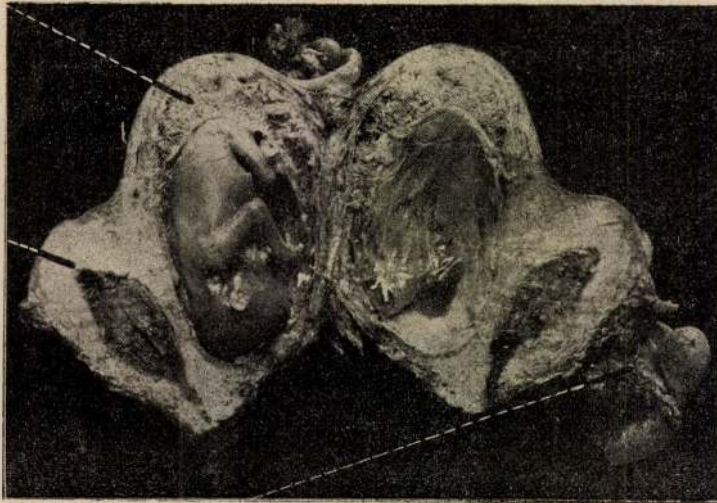
Megbetegedésének ötödik napján hivatnak el Sp. A. dr. 62 éves orvoscollegámhoz, kinél már régebbi idő óta jobboldali lágyéksérv áll fenn. A sérv semmi különös kellemetlenséget nem okozott, bár ennek teljes visszahelyezése az utóbbi években már nem sikerült. Jobb scrotumában öt nap előtt fájdalommas kötegszerű duzzanat keletkezett, megbetegedésének harmadik napjától kezdve az egész jobboldali scrotum jó férfikölnyre megnagyobbodott és rendkívül fájdalmas lett. Sérvét ezen idő óta visszahe-lyezni már nem tudta, mert a fájdalommasága miatt meg sem kísérelte. A beteg erősen lesoványodott, kiterjedt psoriasis van, hőmérsék 38, pulzus 112. Három nap óta szék és széklet nem mennek. A beteg kissé elesett. Hányingere néhányszor volt, nem hányt, nem esuklott. A tüdők felett bronchitisre jellemző tünetek. Szív ép. A has közepesen puffadt. A jobb ileocecalis tájtól kezdve az egész inguinális hajlatban a scrotumba terjedő jó férfikölnyi inflammált tumor.

Hernia inguinalis incarcerata miatt azonnali műtét helyi elvezetésben. A műtét alkalmával kiderült, hogy a colon ascendens és caecum határára van a kizáródásos gyűrű. Az ez alatti, illetve a sérvtömlőben helyetfoglaló bélrészletek lividen elszíneződtek. A caecum óvatos felszabadítása alkalmával kiderült, hogy a sérvtömlő hátsó falát a mesocoeum alkotja. A caecum mobilizálása alkalmával ennek hátsó alsó polusán egy körülbelül 40–50 cm³ bélsárszagú, genyet tartalmazó tályogra bukkantunk, ahol egy mutatóujjnyira duzzadt, erősen belövelt és a tövével perforált appendixet találunk. Ezen appendix a sérvtömlőtől el nem választható az előbbiek elroncsolása nélkül. Tekintettel, hogy a caecum lividitását az appendix sikertelen felszabadításával eltöltött idő alatt sem nyerte vissza, mely körülbelül 10 percet vett igénybe és a tályogból előömlő, a műtét területét beszennyező genyre, a sérvtömlőben helyet foglaló képleteknek, caecum és appendixnek, valamint a műtét alkalmával előhúzott ileum legalsó részletének in toto való eltávolítására határozzuk el magunkat, End to side anastomosis az ileum és colon ascendens között. A peritoneumot teljesen zárjuk, a canalis inguinalis hátulsó falát *Bassini* szerint képezzük ki. Csomós fasciavarrat. A bóraltati tájékba bevezetett gaze-csik drainezésétől eltekintve, a bőrt csomós öltésekkel egyesítjük. A beteg a műtétet jól állotta ki, teljesen síma lefolyás. A műtétet követő két hét múlva kisebbfokú fonálgennyedéstől eltekintve, teljesen gyógyultan hagyta el az intézetet.

Esetünkben a patholog anatomiai lelet semmi kétséget sem hagy fennforogni, hogy egy hernia par glissement caecalis incarceratával van dolgunk, a féregnyúlvány szempontjából pedig *Verebely* által elnevezett appendicitis in pariete kórbonetani képe áll fenn. Hogy appendix in pariete herniaeről lehet csak szó, igazolja az, hogy a mesoappendix nyomát sem tudtam felfedezni, továbbá, hogy az appendix még műtét után sem volt a sérvtömlőtől ennek roncsolása nélkül leválasztható. Mert hisz könnyen elképzelhető lett volna egyébként, hogy az esetleg előrement appendicularis gyulladások által okozott plastikus izzadmánynak kötőszövetes szervülése által nőtt a féregnyúlvány a sérvtömlőhöz. Másrészt pedig a sérvtömlő proximalis szakaszán ennek hátsó falát maga a mesocoeum alkotta. Ennélfogva a caecum, illetve appendix extra saccularis leesúsztatása kétségtelenné teszi a már *Remedi* által megjelölt azon kórbonetani elhelyeződést, melyet

Terhes méh

Nem terhes méh



Adnextumor 2. ábra.

kénytelenek vagyunk radicalis műtétet végezni és mindkét méhet *Chrcbak* szerint amputálni. Tizenkét napi zavartalan gyógyulás után a beteg a 15-ik napon gyógyultán távozott. A műtési lelet világosan megmagyarázta a betegnek anamnesisében elmondott panaszait. A kérgesen lenőtt adnextumort vongálta a folyton növekvő terhes méh és ez váltotta ki a nagy fájdalmakat. A méh hátsó falának nagyfokú lemeztelenítése az adnextumor kihámozása közben jött létre, amelyet peritonizálni nem volt lehetséges, amiért is kénytelenek voltunk a terhességet megkímélő adnextomia helyett radicalis műtétet végezni. (L. 2. ábra.)

Az ismertetett mindkét esetből az a tanulság, hogy az uterus duplicitása ritkán kerül műtetre, mert csak ritkán okoz panaszokat. Mindkét esetünkben az adnexumok súlyos megbetegedése volt a panaszok kútforrása, amelyek miatt vált szükségessé a beavatkozás és csak a műtét kapcsán került napvilágra ez a ritka és érdekes fejlődési rendellenesség.

A győri sebészeti és szülészeti sanatorium közleménye.

Appendicitis által okozott kizárt sérv.

Írta: *Csillag József dr.* operateur, inézeti sebészfőorvos, Győr.

Bármennyire fejlődött is a hasi szervek megbetegedéseinek diagnostikája — nem is szólva a műtési technikáról —, még sokáig igaz marad *Billroth* azon mondása, hogy még a legképzettebb és leggyakorlatosabb diagnostának is el kell készülnie meglepetésekre, ha hasi műtétet végez. A hernia par glissement caecalis incarceratanak genyes féregnyúlványlabbal való combinációjára a ritkán előforduló kórképekhez tartozik. A rendelkezésemre álló irodalomban — amely 10 év anyagát öleli fel — az alább közölt esetem pendantját nem találtam.

A par glissement sérvek patholog anatómiájának minden részletre kiterjedő alapos kidolgozását *Verebely* professor klasszikus munkáinak köszönhetjük.

Az appendixnek a sérvtömlőben való diagnosisa

ő prolapsus processus vermicularisnak nevezett s melyet az esetében előfordult egyéb szövödmények miatt kétségbevonak. (Wassiljev.)

Felmerül továbbá a kérdés, vajjon mi volt az elsődleges, az appendicitis-e, vagy a coecum incarcerationatiója? A betegnél a sérvvel kapcsolatban azelőtt semmi különösebb panaszai, például göresös rohamai vagy egyéb fájdalmai nem voltak, amelyek esetleg egy előre ment appendicitisre utalhattak volna. Megbetegedéseinek ötödik napján láttam a beteget, a betegség első napjaiban a kezelő orvosa a tünetek enyhébb volta miatt, továbbá a fájdalmas duzzanat kötegszerű megjelenésénél fogva funiculitisnek tartotta, állandó megfigyelés alatt nem volt s antiphlogistikus eljárással vélte a gyulladást megszüntetni. Ezen feltevés annál valószínűbbnek látszott, mert semmi tünet sem mutatott incarcerationatióra, a localis fájdalmas beszűrődés a scrotumban volt az egyetlen panasz és tünet és a később fellépő súlyosabb tünetek hiánya okozta a helytelen diagnoszt. A tünetek alapján igen valószínű, hogy az elsődleges az appendicitis volt, amely consecutív elváltozásokat idézván elő a környezetben, így magában a coecumban is, továbbá a gyulladás következményeként maga után vongálva a coecumot, okozta a nagyon is legyengült betegnél az incarcerationatiót.

Ami a műtét technikai részére vonatkozik, csupán annyit, hogy el kellett magam határozni a kizárt bélrészek eltávolítására, mivel a műtétközben váratlanul megnyílt tályog által az elől fekvő sérvtömlőben levő képletek befertőztettek egyrészt, másrészt pedig az incarcerationálódott bélrészlet vitalitásában erősen meg volt támadva. De különben is befertőzött előlfekvő beleknek a hasüregbe való visszahelyezése szerintem a prognoszt erősen súlyosabbá tette volna. Amennyiben pedig a hasüregt nem zárom, az intestinák esetleges előesése folytán a különben is erős bronchitisben szenvedő legyengült betegnél a secundaer fertőzést alig kerülhettük volna el.

A fentebb közölteket összegezve, a gyakorlatra nézve a következő irányelveket állíthatjuk fel.

1. Minden a jobboldalon meglevő sérv mellett — minden incarcerationatiós tünet nélkül —, ha a sérv fájdalmassá vált, gondolkunk kell appendicitisre.

2. Amennyiben a kizárt sérv feltárása alkalmával gyanunk van genyes appendicitisre s ha a genyes appendicitist a műtét igazolná, amellyel együtt jár az előlfekvő bélrészletek befertőzése, a peritoneum primaer zárása érdekében lehetőleg kerüljük a conservatív eljárást.

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

Az átvilágítás képének azonnali és pillanatnyi rögzítése. Citoröntgenographia.

Írta: Markó Dezső dr. egyetemi tanársegéd.

A gyomor és a duodenum vizsgálatának modern Röntgen-methodikája az átvilágításból és felvételtől tevődik össze. Az átvilágítás a lényeges. A felvétel csak a meglátottat rögzíti és felfokozza a látóélességet. Az átvilágítás képe sötét kép. Ily fényszegény képeknél a szem feloldó képessége — miután ezeken csak a csapokkal látja — kicsiny. És dacára annak, hogy a modern átvilágítóernyő képei éppoly részletűsűk, mint a röntgenogrammok, azokat szemünk sötétsége miatt teljesen felbontani nem képes.

A contrast-anyaggal megtöltött gyomor helyze-

tének és formájának megállapítása után a gyomor contourait szűk fényrekesssel járjuk körül. A gyomor mély pontjai felé süllyedő pépnek manualis, vagy distinctoros felpréslésével, esetleg a beteg oldalfektetésével oly gyomorrészeket teszünk láthatóvá, melyek ezen eljárás nélkül nem érzékelhetők. A hátsó és elülső gyomorfal elváltozásai a beteg forgatásával válnak szembetűnőkké. Az egész vizsgálat alatt különösen manualis feltöltésnél, kellő gyakorlat után a látottaknak térbeli elképzelése oly fokot ér el, mintha a gyomrot kezeink közt tartva közvetlenül látnánk.

A duodenalis fekély direct tüneteinek megismerése óta a duodenum configurációját igen nagy pontossággal vizsgálják. Az alkalmasan megválasztott péppel felpréslott bulbus contourait figyeli a vizsgáló. Ismert tény, hogy ez a bulbus telődés többnyire átmeneti és a telődés aránylag rövid ideje az, melyet diagnostikailag ki kell használnunk. Pár másodperc alatt a bulbus contourait forgatással lehetőleg teljesen körül kell járni és annak alkalmas beállítására legalább egyik kezünk el van foglalva.

Ehhez az átvilágításos technikához kell simulni a felvételnek, mert a helyes beállítással készített kép rögzíti csupán a látottakat. Elkészítését a duodenum vizsgálatánál a telődés pillanatának alkalmas megválasztása megnehezíti. Utóbbi körülmény vezetett az amerikaiak széria-photographálására, kik 24, sőt 72 képet is készítenek egy esetről. Åkerlund és utána sokan négy képpel is megelégesznek.

A kérdés megoldható egy alant ismertetendő eljárással, melyet az átvilágításos kép azonnal és pillanatnyi rögzítésének, vagy műszóval citoröntgenographiának nevezhetnénk el.

A feladat technikailag két szempontból oldandó meg. Az egyik elektromos, amely a lámpa pillanatnyi, kívánt, ismert és lehetőleg maximális terhelését teszi lehetővé. A másik mechanikai, mely az átvilágítóernyő lemezzel való azonnali kicserélését eredményezi.

A Röntgen-lámpa azonnali moment-megterhelése ioncsöveknél nem problema. A kapcsolóasztal előtét ellenállásai iktatandók ki csupán a kívánt mértékben, illetve modern váltóáramú gépeknél a lépesős transformatorkok közül egy nagyobb terhelést adó kapcsolandó be hirtelen.

Elektron-csőveknél emellett azonban a lámpa fűtését is növelnünk kell oly mértékben, melyet a nagyobb M. A. szám megkövetel. Az idő megrövidítése céljából a fűtés fokozása és a Röntgen-transzformator magas terhelése egyetlen kapcsoló elfordításával kell, hogy megtörténjen.

Megoldottuk a kérdést oly módon, hogy a fűtőáram primaer áramkörébe, egy változtatható pótellenállást iktattunk. Ez a pótellenállás egy kapcsoló segítségével rövidre zárható. Nagyságának meghatározása a fűtő áramkör és a Röntgen-cső milyenségétől függ és a következő módon végzendő: A készüléket a kívánt moment-terhelésre beállítjuk. E célból természetes úgy az eredeti fűtő, mint a Röntgen-áramkör ellenállásai megváltoztatandók. Az eredeti fűtőellenállást a moment-terhelésnek megfelelő magas ampér számnál hagyjuk, és az átvilágításhoz használt kisebb izzítást ezentúl a fenti pótellenállás beiktatásával érjük el. A pótellenállás állandóan bekapcsolva marad minden átvilágításnál, míg momentterheléshez rövidre záródik.

A Röntgen-áramkörnek a pillanatképeknél szükséges fokozott terhelését a kapcsolóasztal ellenállásainak kiiktatásával érjük el. Megrövidíthetjük ezt az eljárást oly módon, hogy egy kapcsolót építünk be, melynek segítségével ezen ellenállásokat rövidre zárjuk. A rövidre zárás nagyságát a kívánt moment-terhelés mértéke határozza meg. A beépített kapcsoló zárásakor tehát a Röntgen-áramkör primaer árama a kapcsolóasztal ellenállásának megkerülésével kering, míg nyitáskor az ellenállásokon keresztül.

Ha a fűtőáramkör pótellenállását és a Röntgen-áramkör ellenállásait rövidre záró kapcsolókat egy tengelyre szereljük, illetve e célra épített két áramkörű

kapcsolót használunk, úgy az átvilágítás terhelését egyetlen mozdulat-moment terheléssé változtatja.

A fűtőáram primaer áramkörébe beiktatott pót-ellenállás céljaira kb. 30–50 ohmnyi tolós rheostátot használunk, melyet, ha a beállítás egyszer már megtörtént, többé egyazon lámpánál változtatni nem kell. Az átvilágításnál használt izzítás fokát az eredeti fűtő-ellenállás megváltoztatásával állítjuk be a kívánt nagyságra. Miután ennek megváltoztatása a moment-terhelés M. A. számát is befolyásolja, ezért ajánlatos mindazon átvilágításoknál, melyeket pillanatképekkel kombinálni kívánunk, egy egyszer és mindenkorra meghatározott M. A. számot pl. 5 M. A.-t betartani.

A kapcsolásnak fent leírt módja mellett a lámpa moment-terhelése pillanatnyi. Az egész eljárás a Röntgen-áramkör megszakítása, a kettős kapcsoló elfordítása és a következő mozdulat már a moment-terhelés. Az egész eljárás nem igényel egy fél másodpercet. A beszereléshez csupán egy-két áramkörös kapcsoló és egy tolós rheostát szükséges. Bármely gépre rá szerelhető.

A másik kérdés az ernyőnek kasszétával való gyors és egyszerű kicserélése, melynek egyetlen kéz-, illetve ujjmozdulattal kell történnie, anélkül, hogy a vizsgálatnál használt kezét lényegesen igénybe venné. A megoldásnál az egyszerűséget és olcsóságot is tekintetbe véve egy kasszétatartót szerkesztettem. Lényegében egy fa sín pár, melyen egy könnyű és keskeny kasszéta lezuhan. Bármilyen átvilágítóernyőre ráakasztható. A kettős erősítőernyővel és filmmel, illetve papírral és erősítőernyővel megtöltött kasszéta a vizsgálat kezdetén az ernyő fölött a szórt sugárzástól 1 mm vastag ólommal védett helyzetben áll. A beállítás után a legalkalmasabb pillanatban a zárszerkezet zsinórjának meghúzásával a kasszéta lezuhan. A lezuhanás pillanatában a kapcsoló a fent leírt módon momentet terhel. Nagy teljesítményű gépeknél, duodenum vizsgálatokhoz szűk diaphragma mellett is, a terhelés kb. egytized másodperc, mely a kézzel elvégezhető leggyorsabb be- és kikapcsolás sebessége. Rövid gyakorlás után az egész eljárás egy negyedétől egy fél másodperc alatt elvégezhető. A legalkalmasabb pillanatot így könnyű szerrel rögzíthetjük. A kasszéta kis súlya és erősen tompított ütődése a rázkódást és ezzel e kép elmosódottságát kizárja.

Nagy előnye az eljárásnak nézetünk szerint az a körülmény, hogy a felvétel mintegy folytatása az átvilágításnak. A jobb kézzel az effleareget nem kell megszakítanunk, a puska ravaszának elcsattanásához hasonló lemezeltolást a szabad bal kéz végzi.

A kasszéta lezuhanását kiváltó mozdulat elektromágnessel is elérhető. Ilyenkor a kettős kapcsoló helyett hármas kapcsolót építünk a gépbe. Az elektromágnes áramkörét a kapcsoló harmadik sarokpárja táplálja, és begerjed abban a pillanatban, mikor a hármas kapcsoló a moment-állásba kerül. Ily berendezés mellett a kasszéta anélkül, hogy az átvilágítóknak egyetlen mozdulatába kerülne, a kívánt pillanatban zuhan le.

Az egész eljárást természetesen a sötétben véghez-
zük. A moment-terhelés alatt a kasszétán keresztül az átvilágítóernyőt érő sugarak intenzív képet adnak, tehát látjuk a felvett képet az exponálás pillanatában. Hasonlóvá válik a fenti eljárással készített röntgenogram a tükrös reflexes fényképezőgéphez, ezeknél is látjuk a homályos üvegen az utolsó pillanatig a képet.

A készülék főleg a duodenum, továbbá a gyomor és a nyelőcső elváltozásainak regisztrálására szolgál. Rendesen egy kép elegendő. Kellő gyakorlat után a legalkalmasabb pillanatban vagyunk képesek azt elkészíteni. Ha eljárásunkhoz fényérzékeny papírt használunk, úgy az olcsó anyaga miatt alig jelent túlkiadást, minősége pedig minden követelménynek megfelel. A leletek biztonsága nő, a látott elváltozást nemcsak a vizsgáló, de mások is nyugodtan elbíráltatják. Az idő folyamán bekövetkezett változások pedig kitűnően ellenőrizhetők.

Az eljárást 1925. év tavaszán a Magyar Orvosok Röntgen Egyesületében bemutattam. Ezzel kb. egyidejűleg jelent meg *Berg* hasonló célú berendezésének leírása. Az ő technikai megoldása igen komplikált, anélkül, hogy megoldotta volna az elektromos kasszéta-eltolást, *Koch* és *Sterzel*-gyár hasonló célú berendezése szintén csak a moment-terhelést oldja meg. A fenti eljárást egyszerűsége és olcsósága miatt melegen ajánlhatom.

A pécsi Erzsébet Tudományegyetem Közegészségtani Intézetének közleménye (igazgató: Fenyvessy Béla dr. egyetemi ny. r. tanár).

A typhushalálozás megváltozása a háborús védőoltások hatása alatt.

Írta: Gáspár János dr. egyetemi tanársegéd.

A typhus abdominalis egyike azon fertőző betegségeknek, amelyeknél a két nem különböző fogékony-ságot tanúsít, és pedig úgy, hogy a férfiak fogékony-sága nagyobb. Budapest összes kórházaiban kezelt typhusbetegek közül volt:

Évben	Férfi	Nő
1911	392	264
1912	220	164
1913	247	150

De nemcsak az abszolút számok, hanem a lakossághoz viszonyított arányszámok is ugyanezt a jelenséget mutatják.

10.000 férfire, illetve nőre esett typhusmortalitás:

Évben	Férfi	Nő
1911	2.05	1.37
1912	1.47	0.85
1913	1.19	0.69

Egyesek a férfiak e nagyobb részesedését fertőzésekre exponáltabb életmódjuknak tudják be. *Schott-müller* szerint ezt a többletet, például Hamburgban a férfiak foglalkozásai okozták (hajósok, csatornázási munkások, bormunkások stb.). Ezzel szemben *Reinicke* reámutat arra, hogy Hamburgban is, mint másutt is, nem csupán a felnőtteknél, hanem már a 0–15 éves korban is a typhusesetek között több férfi, mint nő van.

A nemek ezen megbetegedési arányában sajátos eltolódás állott be a világháború alatt.

Ez az eltolódás először *R. Abeln*nek tűnt fel, aki e jelenséget részleteiben is vizsgálat tárgyává tette. Azt találta Poroszországban, hogy az 1905 óta egyre csökkenő typhusesetek száma a háború kitörésétől kezdve 1269-ről csakhamar felszökött 3–4000-re, de ebben az emelkedésben a férfiak és nők nem egyenlő arányban vettek részt.

Azt lehetne hinni első pillanatban, hogy ez az eltolódás csak látszat, mert a bevonult férfiak miatt a polgárság sorában a nők aránya megnövekedett s ennél fogva a megbetegedésben való részesedésük is. Csakhogy a változás mértéke éppoly világosan megmarad akkor is, ha a typhuseseteket a férfi, illetve női lakosság számához viszonyítjuk.

10.000 férfire, illetve nőre viszonyítva, a typhushalálozás volt Poroszországban:

Évben	Férfi	Nő
1914	1.47	0.34
1915	1.77	0.46
1916	0.52	0.43
1917	0.79	0.96
1918	0.84	0.97
1919	0.65	0.82
1920	0.52	0.64
1921	0.46	0.53
1922	0.32	0.35

Abel kizárván minden más körülményt, mely a számoknak ily alakulásához hozzájárulhat, a jelenség okát a háború idején alkalmazott typhus elleni védőoltásoknak tulajdonította.

A kérdés fontossága miatt vizsgálat tárgyává akartuk tenni mi is a magyarországi adatokat. Az egész országra vonatkozókat (életkorok és nemek kombinációjával), azonban nem állott módunkban megszerezni, ezért vizsgálódásunk körének Budapestet választottuk. (Az adatokért *Thirring Gusztáv* úrnak, a Székesfővárosi Statisztikai Hivatal igazgatójának e helyütt mondunk köszönetet.)

A typhushalálozás megoszlása Budapesten nemek szerint:

1905—1913		1914—1918	
Férfi	Nő	Férfi	Nő
642	428	194	245
Évben		Férfi	Nő
1919	41	35	
1920	49	48	
1921	84	112	
1922	57	69	
1923	71	63	
1924	53	50	

Az a jelenség tehát Budapesten is észlelhető, hogy amíg a békében a férfiak typhushalálozása nagyobb volt, mint a nőké, addig a háború idején (a typhusoltások alkalmazásának ideje alatt) a férfiak halálozása kisebb lett, mint a nőké, de a háború után békebeli arányuk lassan ismét visszatért.

Hogy valóban a typhusoltások hatásáról van itt szó, azt különösen két körülmény támogatja:

Elsősorban az, hogy az arány a háború közepén fordult meg, tehát akkor, amikor az oltásokat már általánosan végrehajtották, nálunk éppúgy, mint Poroszországban.

A typhushalálozás volt abszolút számokban:

Budapesten			Porszországban	
Évben	Férfi	Nő	Férfi	Nő
1914	33	24	3060	725
1915	60	52	3705	975
1916	28	39	1091	918
1917	44	63	1636	2089
1918	28	67	1724	2103

A másik körülmény, amely még bizonyítóbb az előbbinél, az, hogy az eltolódások csak a katonaköteles korosztályokban következtek be, tehát azokban, amelyek oltásban részesültek.

A typhushalálozás Budapesten egyes korosztályok szerint:

1914—1918			1919—1924	
Korosztály	Férfi	Nő	Férfi	Nő
0—19	80	75	131	118
20—34	63	103	140	167
35—49	35	36	50	56
50	17	9	45	33

Legújabbban *Schiewen* Mecklenburg-Schwerinben tette megfigyelés tárgyává a typhusnak nemek szerinti eloszlását. Mecklenburg annál is jobb anyag volt, mert itt utolsó években igen erős járvány dült s a halálozások száma sokkal nagyobb volt, mint a birodalom egyéb részeiben:

1900—1913			1919—1924	
Korosztály	Férfi	Nő	Férfi	Nő
0—20	1412	1212	804	755
21—45	1108	1025	399	810
45	228	274	199	226

Ezek a számok is, éppúgy mint *Abel*-é és a mieink, még egy másik szempontra is nyomatékosan felhívják a figyelmet: az oltások immunizáló hatásának tartama. Ezt eddig 6—8 hónapra becsültük. A háború alatt ez volt irányadó az oltások megismétlésére. Fenti adataink szerint azonban ez a hatás sokkal tovább tart.

Összefoglalva: a felsorolt adatok is igazolják a typhusoltások védőhatását, valamint azt is, hogy e védőhatás tartama hosszabb mint azt általában eddig gondoltuk.

Irodalom: *R. Abel*, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Berlin, 1924, 103. köt. — *Schiewen*, ugyanott, 1925, 104. köt.

Kecskemét törvényhatósági város kórházának közleménye (igazgató: Pechány Albin sebészfőorvos).

Traumás eredetű tetaniás görcsök.

Írta: *Szarvas András dr.* belgyógyász főorvos.

K. M. 16 éves jól fejlett, jól táplált, ép esont- és izomrendszerű leányt szülei azon panasszal hozták rendelőmbé, hogy két nap óta erős görcsök vannak kezében és lábában. Elmondják, hogy aug. 20-án, míg ők a városban voltak, az egyik férjcseléd, ki akarván rabolni a tanyát, ahol ez a kislány egyedül volt, őt megtámadta, előbb fojtogatni kezdte, majd a fején lévő kendőt a nyaka köré kötöztette (8—10 esomóra). A leány eszméletét veszítette, a szomszédok csak pár óra múlva jöttek segítségére, s csak igen hosszas dörzsölés után nyerte vissza eszméletét. A szülők előadják, hogy azután a kisleánynak elég jó volt a közérzete. A bűntettéről, kivéve az első órákat, amikor a csendőrség kikérdezte, sohasem beszéltek előtte. Jó étvágygal evett, jól aludt és beszélgetett. Semmi mást nem lehetett rajta látni, mint a nyak mindkét oldalán a fojtogató ujjak nyomát, elől pedig a megkötözött eszméltől eredő véraláfutásból származó bőrelszíneződést. Ez a jó közérzet három nappal tartott, a negyedik nap előbb a kezén, majd a lábán görcsök jelentkeztek, amelyek hol megszűntek, hol ismétlődtek.

Az első vizsgálatkor görcsöket nem láttam, de pár óra múlva hívtattak, hogy a görcsök jelentkeztek. Ekkor azokat a következőknek találtam volt: tetaniás kéztartás (main de l'accoucheurs) behajlított kézfeji, a testhez szorított fleettált karok, aláh hyperextensióban, (equinovarus tartásban) a lábujjak plantár-flexióban. A nyak és a tarkó izomzata szintén görcsös összehúzódásban volt. A beteg a roham alatt se beszélni, se inni, se enni nem tudott, felületes dispnoéja volt. A görcs kb. háromnegyed óráig tartott. Szülői előadása szerint hasonló típusú görcsök naponta négy-ötször jelentkeznek s $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óráig tartanak. A beteg hőmérséklete 38.5, pulzusa 100. A roham után nagyon kimerült, elesett s vontatott hangon előadja, hogy a roham kezdetét előre érzi, mivel ilyenkor végtagjaiban zsibbadást és fájást érez. Miután a beteget a roham kimerítette, csak délután vizsgáltam tovább rohammentes időben s néla a *Trousseau*-, *Chvostek*-, *Erb*-tünetek kiválthatóak voltak. A végtag izmainak megcsípése idiomuscularis összehúzódást vált ki.

A betegnek calciumot, parathreoideát, narcotikákat rendeltünk, mire a rohamok intenzitásukban gyengültek és ritkábban jelentkeztek; de még 4—6 hét múlva is 24—48 óránként jelentkeznek.

A tetaniás görcsök jelentkezését valószínűleg az enithéltetekben elszenvedett trauma (fojtogatás) folytán fellépő vérzés okozta. Az esetet a görcsök ilyen módon való keletkezésének ritkasága miatt tartottam érdekesnek a közlésre.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A gerincoszlop és gerincvelő megbetegedéseinek Röntgen-diagnostikája jodipin-injectiók segítségével. *Peiper*. (D. M. W. 1926, 1. sz.)

A gerinevelő röntgenológiai ábrázolása jó dolajak befejezkendezése segítségével olyan nagy haladást jelent, mint amilyen a *Quinke*-féle lumbal punctio bevezetése volt. Szerző a 40%-os *Merck*-féle jodipint használja, mely a *Lafay*-féle lipiodollal egyenértékű. Az olajat ülő helyzetben cysternapunctio útján fecskendezi be, legfeljebb 2 cm³ mennyiségben. Nyole napon belül az injectio előtt más punctiót ne végezzünk. Mindjárt az injectio után félig ülő helyzetben készítsünk felvételt az egész gerincoszlopról. Szükséges néha a felvételt néhány napon át megismételni, azért a betegnek ilyen helyzetben való maradását biztosítsuk. Az olaj süllyedése a durazsák aljág normalis viszonyok mellett is eltarthat 48 óráig. Igen gyakran látható az olajnak kerek és ovalis cseppek alakjában való disseminációja az arachnoidea tasakjaiban, melyből szerző nem követ-

keztet kóros folyamatra. Ilyen esetben az arretált cseppek eltűnése és az idegrendszeri tünetek tisztázzák a helyzetet. Chronicus meningitis adhaesivánál a jódipintömeg bizarr alakban helyezkedik el. Amilyen könnyű diagnosishoz vezet a tumorok egyrésznél a jódo-laj teljes megakadása, épp olyan nehéz, sőt néha lehetetlen a myelographiás elkülönítő körjelzés az esetek más részében, mert a gerinevelő egyéb megbetegedései (multiplex sklerosis, syringomyelia stb.) által okozott összenövések szintén különböző módon akadályozhatják a jódo-laj útját.

Csigolyadaganatoknál a myelographia, az esetek legnagyobb részében felesleges. Csak azokban az esetekben jogosult, mikor gerinevelő-compressio tünetei mellett az egyszerű Röntgen-felvétel negatív. A *Sicard* által ajánlott *epiduralis* lipiodol-injectio látszólag veszélyesebb, mint az *intraduralis*. A jódo-laj passage-zavarából a daganat extra- vagy intra-medullaris helyzetére nem következtethetünk. A myelographia teljesíthetősége a korai diagnosishoz szempontjából néha nagyobb, mint a többi vizsgálat eljárásoké. Kis intramedullaris daganat szabad jódo-laj-passage mellett nem zárható ki. Értékes eredményt nyújt az eljárás gerinevelősérüléssel járó csigolyatöréseknél is. A jódo-laj befecskendezését az esetek felében 4–5 napig tartó izgalmi tünetek (gyökérfájdalom, hőemelkedés, fejfájás) kísérik. Halálozás eddig: 0. A meningealis reactio, mely a liquor sejtartalmának növekedésében nyilvánul, 14 nap alatt lezajlik. Egy esetben a cysternába való fecskendezés után facialis paresist, egyszer kétoldali abducens paresist, egy harmadik esetben pedig a myelographiával kapcsolatban a heves kaudaneuralgia fokozódását észlelték. Az olaj felszívódása két évnél tovább is eltart. Késői káros hatást nem észleltek. A myelographia felelősségteljes műtéti beavatkozás, mely csak a legszigorúbb indicatio alapján — ideggyógyász tanácsára — gyakorolt egyén által végezhető. *Erdélyi József dr.*

A szénhidrátadagolás szükségessége a diabeteses coma kezelésében. *Bucka.* (Klin. Wochenschrift. 1926, 9. szám.)

A szerzők nagyrésze a diabeteses coma kezelésében az insulin mellett nagy jelentőséget tulajdonít a szénhidrátok egyidejű adagolásának, sőt *Umbernek* az a véleménye, hogy az insulinkezelés az egyidejű cukoradagolás nélkül teljesen „haszontalan.” Másrészt a cukorbevitel egyszerűsége mind véd az esetleg fenyegető hypoglykaemiás attack ellen. A szerző megkísérelt hét comás beteget pusztán insulinnal kezelni, anélkül, hogy egyidejűleg szénhidrátot adott volna nekik. A pontos klinikai észlelés azt mutatta, hogy az eredmények semmivel sem rosszabbak, mint voltak a szokásos (tehát cukorinfúziókkal kombinált) kezelésnél. Hogy az insulin önmagában is kifejti kedvező hatását, azt a szerző avval magyarázza, hogy a comás beteg vérében amúgy is nagymennyiségű cukor van felhalmozva, mely az insulin hatására felhasználhatóvá válik. Mire a vércukor az insulin hatására normalisra süllyed, addigra rendszerint a coma tünetei is megszűntek. Ebből a tapasztalatból az következik, hogy súlyos comás betegnek bátran adhatunk insulin anélkül, hogy egyidejű cukorinfúziókkal kínoznók. Csupán a könnyebb praecomás betegeknek adjunk az insulinnal együtt mindjárt cukrot is, mert ezeknél a hypoglykaemia fenyeget.

Czoniczner dr.

Nitrosklerannal szerzett tapasztalatok. *Lichtenstein.* (D. M. W. 1925, 50. sz.)

Szerzők 25 kezelt esetük megfigyeléséből azt a következtetést vonják le, hogy a nitroskleran jó szer az arteriosclerosis okozta mindenféle panasz, úgyszintén a genuin hypertonia eseteiben. *Askanazy*, *Krehl* és *Hirsch* angina pectorisnál a diuretint ajánlják, mint leghatásosabb gyógyszert, míg szerző éppen az angina pectoris könnyebb eseteiben a nitroskleránt gyorsabban, biztosabban hatónak tartja minden eddigi gyógyszernél. Az ajánlott szer alkalmas használati módja a

következő: A kezelés történhet orálisan, vagy parenteralisan. Előző kúra után folytatásképpen kisebb dosissal ($\frac{1}{4}$ mérőpohár minden másnap) kezdjünk. Más kombinációk semmiféle előnnyel nem járnak. Calcium, diuretin és perichol együtt adása, ha nem is javítja az eredményt, de nem is ártalmas. A rendes orális kezelést naponta $\frac{1}{4}$ mérőpohárral kezdjük, amelyet a beteg négy evőkanál vízben feloldva éhgyomorral fogyaszt el. A parenteralis kezelést 0.02 g-al végezzük subcutan, közben egy-két napot szabadon hagyva. Az adagokkal fokozatosan emelkedünk, amelynek inkább a beteg közérzése, mint a vérnyomás viselkedése az irányadó. Orálisan lehetséges napközben több részre — háromszor, négyszer — szétosztva is adagolni, de az egész napi dosis ne legyen több egy mérőpohárnál. Az intermittáló sántításnál az intraglutealis adagolás látszik különösen hatásosnak. Subcutan kezelés után intravenás alkalmazás javítja az eredményt. Egy kúra tartama hat-nyolc hét legyen, ugyanannyi idő elteltével a kezelés újból megismételhető. *Szabó dr.*

A statikus functiók kifáradásának kérdéséhez. *Leviner.* (Monatschrift f. Psych. u. Neur. 1926, 60. köt., 3–4. füzet.)

Egy 75 éves, cerebellaris arteriosclerosisban szenvedő egyént vizsgálva feltűnt, hogy az illető 28 percig tudja karjait vízszintesen kinyújtva tartani anélkül, hogy elfáradna. Közben sem az izmok actió-árama, sem a beteg normalis öntudata nem változott meg. Ezen esetből kiindulva, több kisagyi beteget vizsgáltak meg a statikus beidegzés fáradékonysága szempontjából, hasonló eredménnyel. Feltűnő volt ezzel szemben az a gyors fáradékonyság, melyet erős végtag-és fejremegést mutató olivoponto-cerebellaris atrophia-ban szenvedő betegeknél figyeltek meg. Az elfáradás okát sokan és sokféle keresték; valamely állásban rögzített végtag fáradékonyságára vonatkozó adatot azonban nem talált a szerző az irodalomban. Legelőször egészséges egyéneket vizsgált tehát meg, 10 éves-től 80 évesig, korok szerint szétjelölve és ugyanazon korban is nagy egyéni ingadozásokat talált, főleg fiatal és középkorú egyéneknél. A betegek közül a már említett kisagyi eseteken kívül az imbecillisek és idioták, a nem remegő postenkephalitisek, a paralysis agitans sine agitatione-ban szenvedők és hysteriás egyének hasonlóan csökkent fáradékonyságot mutatnak, míg az atrophia olivo-ponto-cerebellarishoz hasonlóan könnyű fáradékonyságot csak remegő postenkephalitises és paralysis agitansos betegeknél láttak. A fáradékonyság annál előbb bekövetkezik, minél kevésbé tudja a kísérleti egyén kikapcsolni a kinyújtva rögzített végtag felé irányuló akaratlagnak (corticalis) impulzusait. Minél tökéletesebben sikerül kizárólag subcorticalis centrumok működésével fenntartani a végtagot (automatizmus), annál később áll be az elfáradás. A corticalis és subcorticalis centrumok közti összefüggés nemcsak anatómiai okokból (arteriosclerosis, encephalitis) szakadhat meg, hanem például a figyelem elterelésével átmenetileg is kikapcsolható (hysteriás egyén csökkent fáradékonysága).

Kiss József dr.

Sebészet.

A koponya és gerincoszlop hasadékainak műtéti kezelése. *A. A. Kosyrew.* (Arch. f. Klin. Chir. 137. köt., 1. rész.)

Hat operált esetének és az irodalom áttanulmányozása alapján a koponya és gerincoszlop fejlődési zavarokból származó hasadékainak műtéti kezelésénél a következő tapasztalatokat szűri le. A gyakorlatban alig bír fontossággal az agysérvek egyes esetekben rendkívül nehezen megállapítható fajtája. Spina bifida azon eseteiben, mikor kis nyílás mellett fejletlen csigolyaívek vannak, vagy a beteg hosszabb plastikus műtétet nem bírna ki, a Bayer-féle eljárást ajánlja. A gyermeket műtét alatt és után Trendelenburg-hely-

zetben tartja. Idegszálak átmetszése különösebb következményekkel nem jár, sőt a működési zavarok javulását eredményezheti. Lehetőleg korán kell operálni. Kephalocele műtéténél a csontiány fedésére legalkalmasabb a Seydel-Rosanoff-módszer, melyet a csontiány bármilyen elhelyeződésénél vagy nagyságánál egyaránt lehet alkalmazni. Ha a kephalokelét bőr fedi, ezt ajánlja a bőrhiány fedésére, az általa használt patkóalakú metszéssel. *Herresbacher dr.*

A gerincagyi érzéstelenítés után fellépő agyi idegsérülések. *Blaschke-Herrmann.* (Med. Klin. 1925, 45. szám.)

Gerincagyi érzéstelenítés után leggyakrabban a nervus abducens bénul, ritkábban a trochlearis vagy az oculomotorius. A bénulás mindig csak néhány nap múlva (5-től 12-ig) lép fel. A bénulások oka ezidőig eldöntve nincsen. A *Schlotter*-klinika egy esete, melynél nemcsak az abducens bénult, hanem más agyi idegek is bénultak, alkalmas esetnek bizonyult arra, hogy *Bárány* felfogását támogassa, aki az ilyfajta bénulások okául meningitis serosa circumscripta-t vett fel. Ilyen értelemben természetesen csak azok az agyi idegek sérülhetnek, melyek cisternában fekszenek. A pókhálóburokgyulladás (arachnoiditis) tovaterjedését vagy a liquor áramlásával, vagy a gyulladás egyszerű tovaterjedésével magyarázhatjuk. A nyomási viszonyok miatt, a liquor áramlással történő tovaterjedés például igen valószínűnek látszik a cisterna cerebellomedullarisban. Az a körülmény, hogy az esetek bizonyos részében, a gerincagyi érzéstelenítés után, nyomásemelkedést, más esetekben ellenkezőleg nyomáscsökkenést észlelhetünk, valószínűleg csak látszólagos, amit a gyulladás következtében fellépő összetapadások okoznak. Ezek az összetapadások a liquor mozgási szabadságát befolyásolják. A gerincagyi érzéstelenítés következtében fellépő abducens bénulás oka tehát, a felgyülemkedett liquornak nyomása. A liquor felgyülemkedésének oka pedig a pókhálóburok gyulladásos összetapadása.

Damjanovich K.

Topovaccinkezelés és annak gyakorlati alkalmazása a sebészetben. Prof. J. Citron és H. Picard. (Med. Klin., 42. szám.)

A szerző hosszasan ismerteti a helyi szöveti immunitás felfedezését és azzal összefüggő munkákat 1901-től a mai napig. Végeredményképpen megállapítja, hogy gyakorlatban úgy készítsen az ember immun oltóanyagot, hogy 8–10 napos bouillon staphylococcus tenyészetet bakterium filteren leszűr, a szűrletet újra oltja és 8–10 nap múlva újra leszűr, majd felfőzi. Azt ajánlja, hogy többféle törzsből készült szűrletet keverjünk s ez igen alkalmas polyvalens staphylo-oltóanyag lesz; ezt nevezi ő topovaccinnak, hogy nevében is benne legyen a helyi szöveti immunizáló hatása. Staphylo- és streptococcussal ezek a kísérletek igen jó eredménnyel záródtak, a többi genykelővel még nincsenek kísérletek. A szerző a közlemény végén pár szóval említi, bár nem tartja lehetségesnek, hogy a kultúrával együttműködő antivírus az, amely az immunizáló hatást kifejti. *Szenthe dr.*

Tanulmány a gyomor motilitásáról és secretiójáról. Hess és Faltischek. (Wien. Klin. Woch., 46., szám.)

Szerzők azt tapasztalták, hogy ha egészséges gyomrú embernek a jobb oldali VII. háti segmentumába 5–10 cm³ 1%-os novocaint fecskendeztek be, akkor a gyomor szabad HCl tartalma és összaciditása, valamint motorikus működése jelentősen megnövekedett. Ezt a jelenséget az injectio hatására beálló splanchnikus-bénulással magyarázzák. Ha gyomorfekélyes embereknek végzik a paravertebralis injectiót, úgy az említett jelenség nem következik be: vagyis sem a gyomor motilitása, sem secretiója nem emelkedik. Ennek magyarázatára azt hozzák fel, hogy a fekély legtöbbször a kis curvaturán ül, tehát azon a helyen, ahol az idegösszeköttetés a fundus és pylorus

között a legelénkebb. Ha tehát a kis curvaturán ülő fekély tönkreteszi ezt az idegösszeköttetést, akkor a splanchnicus-működés már eo ipso kiesett (vagyis a gyomor hyperaciddá válik, mert hiányzik a secretiót gátló idegrostok működése), s a pylorus egyrészt már csak a saját automata működését követheti, másrészt csak azoknak a sympathicus-ágaknak a hatása alatt lehet, amelyek a plexus hepaticusból származnak, s melyek az arteria gastrica dextra és arteria gastropiploica dextra kíséretében jutnak a gyomorra. Valószínűleg a fekély helye és kiterjedése is tekintetbe jön a hyperaciditás fokánál: praepyloricus ulcusok nagyobb-fokú, a pylorustól távolabb ülők pedig alacsonyabbfokú hyperaciditást okoznak. De ez a kérdés még bővebb kutatást igényel. *Pernyész.*

Golyva-megelőzés jódos sóval. I. Wagner-Jauregg. (W. Kl. W. 1925, 48. szám.)

A bécsi orvosegyesületben tartott előadásában állást foglal a jódos sónak golyva-megelőzés céljából való használata körül az utóbbi időben keletkezett nézetzavarak dolgában. A jódos só ellenesek odáig mennek, hogy akadt valaki, aki a golyvabetegek számának tekintélyes emelkedéséért — mely történetesen a jódos só bevezetése óta eltelt időre esik — egyenesen a jódos sót okolja. A hyperthyreosisos betegek száma, mint ahogy az előrelátható volt, a jódos só használata óta csakugyan növekedett. Ez azonban a közönség hibájából keletkezett, mert amióta a jódos golyva-megelőzést a napilapok is tárgyalták, a közönség nemcsak a jódos sót használja, hanem ezenfelül orvosi felügyelet nélkül hangos reklámmal ajánlott praeparatumatokat is szed, melyeknek jód tartalma sok százszorososan, némely esetben ezerszeresen meghaladja a jódos só jód tartalmát. Az ilyen módon előálló tünetekért pedig a sót okolja. A jódos só-ellenesek azon ellenvetésével szembe, hogy egyes emberekre, kik jóddal szemben fokozott érzékenységet mutatnak, a jódos só mikro-adagjai is károsak, *Fellenberg* azon megállapítását állítja, mely szerint a jódos sóval a szervezetbe naponta bevitt jódmennyiség éppen akkora, mint amekkora a jódos talajon és jódmentes talajon élő egyének vizeletével kiválasztott jódmennyiségek közötti különbség. Minthogy pedig a jód-tartalmú vidékekről származó két tojás, ½ liter tej több jódot tartalmaz, mint a jódos sóval bevitt napi mennyiség, ennek folytán, ha ez a mennyiség ártalmas is lehetne, akkor a legszorgosabban kellene ügyelni az élelmiszerek jódos vagy jódmentes területéről való beszerzésére, ami pedig a valóságban nem így van. Mindenesetre a jódos só használatának eredményét nehéz egyelőre megítélni sok minden egyéb mellett azért is, mert a jódos só 6–8 heti állás után jód tartalmának tetemes részét elveszti, sőt rövidebb-hosszabb idő múltán teljesen jódmentessé válik. Tehát már ezért is kevesebb a jódos sóval bevitt jódmennyiség a golyva-mentes talajon élők által élettanilag bevitt jódmennyiségekhez és ilyen módon alig hihető, hogy a jódos só használata valamelyes ártalommal is járna.

Herresbacher dr.

Szemészet.

Látóidegrándulás. Pastore. (Ann. di ott. 1926.)

Salzmann 1903-ban még látóidegrándulás alatt a papillának trauma folytán a dura felé való helyeződését értette, de *D'Amico* 1924-ben már jobban precizozza e körképet és csak azokat az eseteket tekinti ide tartozóknak, melyekben a látóidegrostok a papilla határánál szakadtak meg, tehát retinalis elváltozások nem állanak fenn. Ilyen esetet szerző is észlelt és azt érdemesnek tartja közölni, mert az irodalomban mindössze nyolc eset ismeretes. Ezek közül csak egyben van a kór bilaterálisan; hat esetben direct traumás behatás következménye, (burgonya, vasvilla, ökörszár stb. ütése a szemre), kettőben pedig par contrecoup keletkezett: lórúgás a homlokra és nyársütés a fejtetőre.

Kretz Tibor dr.

Adalék a glaukomás látóideg- és papillaelváltozások tanához. *Cataneo.* (Ann. di ott. 1926.)

Schnabel 1892-ben azon theoriát állította fel, hogy a glaukomás excavatio nem a fokozott szembeni nyomás következménye, hanem neuritis interstitialis folytán jön létre. Ezt bizonyítja szerinte a glaukomára jellemző lacunák képződése a nervus opticusban. *Schnabel* szerint ugyanis a lamina cribrosa azért látszik hátrahelyezettnek, mert mögötte lacunák képződtek, melyek az elülső rétegeket elpusztították. Erre vonatkozólag szerző több glaukomás bulbust vizsgált meg, részint sorozatos metszetekben és arra az eredményre jutott, hogy *Schnabel* állítása tarthatatlan, mert: 1. a lacunák a látóideg más megbetegedésénél is előfordulnak, 2. a lacunák igen gyakran csak sectorszerű területen helyezkednek el, legfeljebb tehát csak az excavatio szélénél csipkézett voltát magyarázzák meg, 3. sokszor hiányzik a lacunaris degeneratio, ahol kifejezett excavatio van.

Kretz Tibor dr.

Szülészeti és nőgyógyászat.

A synergias szülési altatás elméletéről és gyakorlati jelentőségéről. *Vogt* (Tübingen). Zentralblatt für Gyn. 1926. évf., 2. sz.)

Azon szerzők, akik a háború utáni években *Gwathmey*, az amerikai narkosis-specialista szülési altatására az európai tudományos körök figyelmét felhívták, munkáikban csupán kedvező eredményekről számolnak be s az eljárás contraindicationairól, valamint veszélyeiről úgyszólván említést sem tesznek (*Stein, Lörincz*). Mivel ezáltal az a veszély fenyeget, hogy az eljárás időelőtt átmegegy a mindennapi gyakorlatba, szerző szükségesnek tartja a kérdés elméleti alapját revideálva, saját tapasztalatai alapján az eljárás gyakorlati jelentőségét meghatározni. A synergias szülési narkosis lényege az, hogy több bódító szer egyidejű alkalmazásával a componentek hatásának fokozása által igyekszünk a szülési fájdalmakat megszüntetni. Hatóanyagok: a morphiump, a magnesiumsulfat és az aether. A morphiumpól ismert, hogy kis adagokban a méhösszehúzóerőt fokozza, nagyobb adagokban bénítja. Ezt már régen felismerték a szülészek, amikor tisztán empirikus alapon rájöttek arra, hogy a morphiump vagy opium hosszantartó vajadás esetén alkalmazva a vajadóban a megnyugvás és felüdülés érzetét váltja ki, anélkül, hogy a szülés folyamatát lényegesen megakasztaná. Különösen jó szolgálatot tesz a morphiump idős primiparák lágy szülő utainak igen fájdalmas túlálása esetén. *Leopold* a morphiumpot kiváló fájáskeltőnek tartja. A magnesiumsók az idegrendszerre bénítólag hatnak, anélkül, hogy előzetesen izgalmat váltanának ki. Bódító hatásuk különösen a tetanus terapiájában vált be. Amerikában *Parker* az eclampsia gyógyítására használja a magnesiumsókát. A szülési narkosisban a magnesiumsók (magnesiumsulfat) szerepe abban áll, hogy a morphiumpot hosszabb ideig az idegrendszerhez köti (*Gwathmey*), illetőleg, hogy a morphiump absorptióját fokozza és oxydatióját csökkenti (*Rector*). Az aether rectalis alkalmazása régóta ismeretes, de tiszta vagy vizes oldatának a bél falára gyakorolt izgató és gyulladást keltő hatása miatt nem tudott általános elterjedésre szert tenni. Új lendületet adott alkalmazásának *Gwathmey*, aki az aether olajos suspensiójának használatát javasolta, miáltal a súlyos béltüneteket sikerült kiküszöbölni. Azóta különösen a sebészeten vált be (*Lobmayer*). A sebészeten szerzett kedvező tapasztalatok hatása alatt vezette be *Gwathmey* a morphiump és magnesiumsulfat egyidejű felhasználásával a rectalis aethernarkosist a szülészeten is. Az e téren szerzett nagyszámú megfigyelés kimutatta úgyszólván teljes veszélytelenségét, csupán két szerző: *Horner* és *Zalka* eseteiben lépett fel halálos szövődmény a végbél-narkosis következtében. Ezek az esetek arra figyelmeztetnek, hogy primaer bélelváltozások esetén a rectalis aethernarkosissal óvatosan kell bánni. Szerző a tübingeni

szülészeti klinikán 50 ezirányú kísérletet végzett. Az eljárás technikája: intramuscularisan adunk 0.5 cg morphiumpot 2 cm³ 50%-os magnesiumsulfattal együtt. Egy óra múlva következik az aetherolaj-beöntés. A suspensióhoz tartozó chinin a három szereplő narkoticumnak uterust bénító hatását van hivatva ellensúlyozni. Az alkohol a chinin oldatban tartásához kell. (Rp. Chinini hydrobrom. 0.6 g, Alkohol. 80 g, Aetheris sulf. pro nark. 70.0 g, Olei oliv. ad 120 g.) Miután a vajadó az injectio következtében enyhe bódulatban van (Dämmerschlaf), a beöntés kellemetlenségét nem érzi. Mint minden narcosisnál, úgy ennél is léphetnek fel légzési zavarok, tehát semmiképen sem engedhetjük magára a vajadást, ami a gyakorlatban való alkalmazást megnehezíti, sőt lehetetlenné teszi. További hátránya, hogy egyéni adagolásra nincs mód; ha egyszer az aetherbeöntés megtörtént, akkor a narkosis befolyásolhatatlan marad. A gyors felszívódás következtében az aether 2–3 perc múlva megjelenik a vajadó leheletében, aki néhány perc, legkésőbb 10 perc múlva mélyen elalszik. Az amnesia teljes. A szerző a gyakorlati tanulságokat a következő pontokba foglalja össze: 1. Ellenjavallatok: cukorbetegség, göresnélküli eklampsia, terhességben sárgaság, súlyos eklampsia, a légutak és tüdők, a máj és vese betegségei. A vastagbélnek, de különösen a végbélnek keringési zavarai, gyulladásai, incontinentia alvi. 2. Csak azok az esetek alkalmasak a narkosisra, amelyeknél a szülés lefolyása a narkosis bevezetéséig rendellenességet nem mutat s a további lefolyás is zavartalanulnak ígérkezik. 3. A narkosis tartama általában négy óra. 4. Először szülő nőknél 3–4 ujjnyi, multiparáknál két ujjnyi méhszáj mellett lehet a narkosist megkezdni. 5. A szülés fájdalommentes lefolyása a fej kigördüléséig csaknem minden esetben bekövetkezik. A gátvédelem meg van könnyítve. Ha a synergias narkosis nem elegendő a gátvédelemhez, akkor néhány csepp aether segít. 6. Jelentősebb zavartól nem kell tartani. A magzati szívhangok változatlanok maradnak. A magzatokon születéskor bódulat jelei nem látszanak. 7. A narkosis alatt esetleg fellépő fájásgyengeség hypophysis-képződményeknek kis adagjaitól megszűnik. 8. Az eljárás állandó gondos orvosi ellenőrzést kíván, tehát nem bízható bábákra; ezért nem alkalmas az általános gyakorlat, a magánház számára.

Batisweiler János dr.

Gyermekorvostan.

Az izzadási és a csecsemők izzadás-oka kiütéseiről. Prof. *A. B. Marfan.* (La Presse Médicale. 1925, 79. sz.)

A csecsemőkori pyodermiák megítélésében kevésbé méltatott az a szerep, melyet keletkezésükben a csecsemők izzadása játszik. A csecsemők izzadásának oka lehet physiologias (nyári hőség, túlfűtött szoba, túlzott pólyázás stb.) és lehet pathologias. Az utóbbi ismét lehet átmeneti és szokványos. Átmeneti izzadást okozhat a magas láz (ámbar csecsemőknél a lázas mozgalmak alatt is többnyire száraz marad a bőr), de még inkább a súlyos táplálkozási zavarok és a nagy légszomjjal járó betegségek, mint a croup vagy bronchopneumonia. Igazi jelentősége azonban a pyodermiák keletkezésében csak a habitualis izzadásnak van. Ezt a csecsemőkori két tényező okozhatja: a mesterséges táplálás és a rachitis. E tényezők a gyakorlatban rendszerint együtt járnak, de az izzadást bármelyik önmagában is előidézheti: bizonyítják ezt az anyatejben nevelt rachitikus és a mesterségesen táplált, de nem rachitikus csecsemők profus izzadásai. Az izzadás legkifejezettebb a hajas fejbőrön, a homlokon, halántékokon és a tarkón, kevésbé kifejezett a mellen és a törzs egyéb részein.

A nagyfokú transpiratio következményeképpen gyakran látunk az előbb említett helyeken apró, piros, károsan viszkető csomócskákat fejlődni, melyek közepén csakhamar igen finom, áttetsző vagy zavaros benékű hólyagocskák képződnek. Ez a — néha csekély lázzal jelentkező — eruptio a miliaria rubra, melynek egyes csomócskái összefolyva a kanyaró, illetve vörheny képét is utánazhatják. Ha secundær fertőzés nem

társul hozzá és az izzadás is csak egyszeri, átmeneti jellegű volt, úgy 2–3 nap alatt a miliaria ismét eltűnik. Ha azonban másodlagos fertőződés lép fel, úgy a Tilbury-Fox- és Bockhardt-féle impetigók, ecchymák, furunculosisok és abscessusok változatos képe bontakozhat ki. Természetesen a bőséges izzadás helyei szinte kínálkoznak a másodlagos fertőződéssel: a miliaria viszketnek és vakarás közben könnyen inficiálódnak, felettük az epidermis különben is laza és sérülékeny, bennük pedig a pyogen baktériumok számára kitűnő táptalajnak bizonyul. Szerző annyiival inkább fontosnak tartja felhívni a figyelmet a pyodermiák és az izzadás közti összefüggésre, mert a pyodermiák leküzdésére irányuló minden törekvés eredménytelen marad, ha az izzadást, illetve az izzadásra vezető tényezőket (mesterséges táplálás és rachitis) nem elimináljuk.

Lenart György dr.

Az akut toxicus gastroenteritis aetiologiája.
G. Jörgensen (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1926, 111. kötet, 63. oldal.)

A toxicus gastroenteritis aetiológiáját illetőleg a gyermekorvosok két csoportra oszlanak. Egyesek a toxicus gastroenteritist csecsemőknél tisztán alimentaris eredetűnek tartják, mások a bakteriumos eredetet sem zárják ki. Szerző a bacillus perfringens pathogenitika jelentőségét tette vizsgálát tárgyává. A bacillus perfringens mozdulatlan, rövid pálcikaalakú, Gram-positív, anaerob baktérium, mely alkalikus fehérjeteralmú táptalajon sporát képez, található a földben, sajtban, tejben s bizonyos csecsemőknél a bélsárban. Tengerimalacoknak subcutan injiciálva tipikus gázhphlegmone keletkezik. Cukortartalmú táptalajon toxint termel, cukormentesen toxint nem termel. A vizsgált esetek száma 44. Ezek között volt 30 olyan csecsemő, kiknél a gyomor-bélesatorna részéről semminemű zavar sem jelentkezett, a bacillus perfringens ezen csecsemők bélsárában egyetlen esetben sem volt kimutatható. Nyolc esetben primaer gastrointestinalis zavar állott fenn s közülök hat esetben a bacillus perfringens kitenyésztett a bélsárból. Hat esetben a gastrointestinalis tünetek csak a parenteralis infectio következtében léptek fel, ezeknél a székletéből a bacillus perfringens nem tenyésztett ki. Nevezett baktérium tehát nem obligát bélbaktérium, de szerző nézete szerint a primaer gastroenteritis előidézésében valami szerepe feltétlenül van. A toxikus hatást vizsgálva szerző arra az eredményre jutott, hogy bizonyos törzsek cukortartalmú táptalajon valóban toxint termelnek, cukormentes táptalajon nem, míg más törzsek egyik táptalajon sem termelnek toxint. A bacillus perfringens tehát primaer gastroenteritisnél az esetek legnagyobb részében megtalálható, toxint csak cukortartalmú táptalajon termel s így a gastroenteritiseknél szokásos szénhidrátszegény táplálék jó hatása könnyen megmagyarázható.

Csapó József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Szász Béla dr., közkórházi prosector, kir. törvényszéki orvos: Orvosi jogtudomány (Jurisprudentia medica). Danubia kiadása. Pécs. 1925. Ára füzve 60.000 K.

Az igazságügyi szolgálatban az orvosi tudomány elég mélyreható befolyást gyakorol s a törvényszéki orvos a modern törvénykezésnek immár nélkülözhetetlen tényezőjévé vált. Feladatát képezi, hogy a bíró az ő jogi képzettségével nem látható vagy nem értelmezhető dolgokat és tényeket, amelyek orvosi szakismeret nélkül nem döthetők el, csak úgy lásson meg, mint más, jogi, erkölcsi és körülményekbeli bizonyítékokat. Szükséges az orvos közreműködése nemcsak a büntetőjog terén, de az igazságügyi igazgatásban, a büntetések végrehajtásánál s a magánjogi perekben is. Miután az orvos csak akkor fejthet ki céltudatos és hasznos munkát a fórumon, ha orvosi szakismeretén felül a jogi ismeretekben is kellőleg tájékozott, ismernie kell mind azokat a törvényes intézkedéseket és jogszokásokat, amelyek az orvos működési körét a fórumon és az igazságügyi közszolgálatban szabályozzák. Szerző munkájában általános, rövid bevezetés után előbb a büntetőjog alapelveit, azután a büntető per menetét, majd az egyes büntetendő cselekményekre vonatkozó törvényeket ismerteti s ezeknek lényegét igyekszik kifejezni, azután a magánjognak orvosi vonatkozású főbb intézkedéseit s röviden a polgári per menetét vázolja.

A törvények és rendeletek összeállításában nemcsak a törvényszéki orvosok igényeire van tekintettel, de figyelemmel van arra is, hogy munkáját más hatósági és gyakorlóorvosok is haszonnal forgathassák. Célszerűbb volna, ha szerző nemcsak a büntetőjogi, de a magánjogi részben is a vonatkozó törvények és rendeletek szövegét egészben és a szakaszok megjelölésével tárgyalná, ami a könyv terjedelmét alig növelné, de a munka használhatóságát mindenestre emelné. Nem osztjuk szerzőnek azt a nézetét, hogy a szabad akaratelhatározási képesség hiányáról az orvos-szakértőnek az öntudatlanság fennforgása esetében is nyilatkoznia kellene, mert ezt a Btk. csak az elmetelenség megzavarodásának esetében kívánja. Kíváncsú lett volna, ha szerző az igazságügyi országos megfigyelő és elmeorvosító intézetbe további megfigyelésre beutaltakra nézve érvényes 9052/1906. I. M. számú rendeletnek azt a parancsoló intézkedését is megemlíttette volna, hogy ezen állami intézetbe való befogadás minden esetben előlegesen kieszközölné igazságügyminiszteri engedéllyel, és pedig a felvételt elrendelő bírósági határozat s az illetékes letartóztatási vagy javítóintézeti orvos, szabadlábban levő terheltekre nézve a kir. törvényszéki orvos által szerkesztendő szabályszerű kórajz és vélemény alapján történik, mert e kérdésben sokszor a bírák, ügyészek és ügyvédek is tájékozatlanok. Végül a Munkásbiztosítási bíraskodás fejezetében felemlíthette volna azt, hogy a munkásbiztosítási felsőbíróság mellett az 1921. évi XXXI. t.-c. 23. §-a alapján felállított Orvosszakértői Tanács működik, melynek ügyvitelét a 3000/1922. I. M. számú rendelet szabályozza. Ezen hiányoktól eltekintve, szerző fáradságos munkája és szorgalma elismerést érdemel s a munka úgy törvényszéki, mint más hatósági és gyakorlóorvosoknak Kenyeres professzor tankönyve mellett, mint rövid jogi repetitorium, melegen ajánlható. A könyv kiállítása mai fejlett nyomdaiparunk mellett sok kívánnivalót hagy fenn.

Németh Ödön.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 6-i ülése.

Elnök: T. Orvosegyesület! Úgy érzem, hogy nemcsak elnöki tisztemmel járó kötelességemnek teszek eleget, hanem a Kir. Orvosegyesület összes tagjainak vagyok szószólója, amikor illusztris tagtársunknak s az igazgatótanács tagjának, *Bársony János* tanárnak elhunytáról emlékezem meg. Mély megilletődéssel teszem ezt, mert vele a magyar orvosi rendnek és egyesületünknek is egyik legerősebb oszlopa dőlt ki, akit naggyá a mi szemünkben nem az a hely tett, amelyet 23 éven keresztül nagy képességgel oly méltóan töltött be, hanem egyénisége, amely súlyt és tiszteletet biztosított nemcsak közvetlen környezetében, hanem a nagy közvéleményben is. S ha azt kérdezem, hogy mi biztosította részére ezt a kivételes tekintélyt és tiszteletet, amellyel neki oly örömet és meggyőződésből adóztunk, válaszon nem lehet más, mint az, hogy *Bársony János*ról mindenki tudta, hogy minden cselekedetét, minden gondolatát magasabb, s mindnyájunk előtt szent ideálok irányították. S ezen ideálok elérésére mindig csak nemes fegyvereket használt és hajthatatlan akaratot tanúsított. Ideálja volt a jó orvosnak, aki betegeit mint embertársait szerette. Mint tudós, *Semmelweis* és *Kézmárcsy* méltó utóda. Mint tanár nagyon jól tudta, hogy csak félmunkát végezne, ha az ifjúságot csak szaktárgya megismerésére oktatná. Ő az ifjúság nagy barátja, saját példaadásával oktatta őket orvosi etikára. Az orvosi etikát minden vonatkozásában még a vitatkozás hevében is, a legtisztább, a legmagasztosabb értelmezésben gyakorolta, s ha valamit tett, vagy mondott, mindenki megnyugvással fogadhatta, mert *Bársony János* tette és mondotta, S mindezenfelül felejtethetlenné teszi az ő egyéniségét az a termékenyítő és hajthatatlan magyar érzés, amelyet soha meg nem tagadott, amely forrása volt minden cselekedetnek és szavának s amely biztosította neki azt a kivételes tiszteletet, mellyel a magyar orvosi rend nemcsak életében adózott neki, hanem haló poraiban is meg fog örízni. Hajtsuk meg megegyeszer fejünket *Bársony János* nagy egyénisége előtt, s kérem az Orvosegyesület tagjait, hogy mély gyászunknak felállással adjanak külsőleg is kifejezést.

Bemutató:

1. **Földes Aladár:** *Meszesfalú cysta.* Igen ritka, ökölnyi, vastag meszes tokkal határolt lépcystát mutat be. A cystát előben kórismézte, a köntgen-felvételt bemutattja. A cysta tartalma sűrű folyadék, benne sok koleszterin-tábla. Fala rostos, sejtes alakelemek nem tartalmazó kötőszövetből áll, benne szigeteken és sávkokban igen sok mészsó van. A tömlő belső felületén egynemű rosszul festődő anyag van, hámborítékot kimutatni nem lehet. A tömlő tartalmában natív készítményben horgok nem találhatók. A tömlő eredete kórbonatanilag biztosan meg nem állapítható. A vérben 1-5% eosinophilsejt, echinococcus-complementkötési reactio negativ. Bár a cysta tartalmában szőröket és más epithelialis képletet nem lehetett találni, mégis nagy koleszterin-tartalma miatt dermoid cystának tartja. Esetleg elmeszesedett falú, serosus, vagy sero-sanguinosus cystáról lehet szó.

Minnich Károly hozzászólását nem küldte be.

Johan Béla: Nem tartja valószínűnek, hogy a bemutatott tömlő dermoid tömlő. Erre nézve nincsen semmi támpont (hámat nem lehetett találni a falban). Viszont a szöveti leírásban szereplő „szalagszerű” képletek chitinburokra keltenek gyanút. A horgok hiánya elhalt echinococcusban nem szokatlan (gyakran nem sikerül őket megtalálni) és nem zárja ki azt, hogy a tömlő elhalt elmeszesedett echinococcus.

2. **Minnich Károly:** *Traumás gyomorsérülések.* 21 éves artistanő esetében a törvényszéki orvosi boncolás egészen jelentéktelen és legnagyobb részét a test kiálló részein talált zúzódások, véralfutásos sérülések mellett belső elvérzést állapított meg a halál oka gyanánt. Az elvérzés a gyomor-bélsatorna ürébe történt. A vérzés forrásaként azon sérülések voltak kimutathatók, amelyek a gyomorban jöttek létre. Összesen 28 részint különálló, részint egymás folytatásában fekvő és egészen a gyomor hossz tengelyével párhuzamos sérülés volt jelen. A gyomor kiscsücsületének mentén feküdt a sérülések legtöbbje, legsűrűbb elrendezésben a kiscsücsület tengelyvonalában voltak, az egyik a gyomornyitónál kezdődött s 6 cm-nyi hosszúságban nemesak a nyálkahártyát választotta ketté, hanem felső szakaszában a savóshártya kivételével a gyomorfal összes rétegein is áthatott. Ezen sérülés folytatásában ugyan- csak a görbület tengelyvonalában, szövethíd által elválasztottan egy 3 cm-nyi, 1 cm-nyi hosszúságban a savóshártyáig terjedő szakadás volt, amely nyálkahártyahíd által elkülönítetten a submucosáig terjedő szakadásban folytatódott és alsó végével 5 cm-nyire közelítette meg a gyomoresücsköt. A tengelyvonalban fekvő ezen három sérüléstől balra szövethidak által különválasztottan, velük párhuzamosan négy egymás folytatásában fekvő hosszirányú szakadás volt jelen, amelyek nagyobb részt a submucosáig terjedtek, a gyomornyitót 35 mm-nyire közelítették meg. A kiscsücsület tengelyvonalában fekvő sérülésektől jobbra, a gyomor mellső falán öt, a submucosáig terjedő szakadás volt jelen, amelyek az előbbiekkal párhuzamosan haladtak és tőlük szövethidak által voltak elválasztottak. A leírt összes sérülések a gyomorfal kiscsücsületi részének egészben három harántujnyi szélességű és 10 cm-nyi hosszúságú részleten helyeződtek el. Legnagyobb részük az izomrétegig terjedt, legalább egyes szakaszokban. Úgy a mellső, mint a hátsó falon a leírt sérülésektől oldalfelé még négy, illetőleg három, a nyálkahártya felületen részint olyan sérülés volt kimutatható, amelyek ugyancsak a gyomor tengelyvonalával többé-kevésbé párhuzamosan haladtak. A gyomorfenékben egy hasonló irányú, a submucosáig terjedő, a gyomor nagycsücsületi részén részint egymás folytatásában, részint egymástól ½ cm-nyi távolságban párhuzamosan nyolc felületen nyálkahártyaszétválás volt. Valamennyi sérülés területében és környezetében vérzéses beszűrődés látszott. A nyomozati iratok adatai szerint a nevezett artistanő egy mulatóban, nyilván alkoholizált állapotban, a tulajdonost egy pohár vízzel indokolatlanul leöntötte, amire az a sértettet azonnali távozásra szólította fel. Mikor pedig ennek eleget nem tett, az egyik jelenlevő ügynök kivezette az öltözőbe és állítása szerint csitítani igyekezett. Midőn ennek dacára az illető hangosan lármázott, göresökben vonaglott és rugdalózott, orvost hívtak, aki azon meggyőzésre, hogy beteg cocainista, atropinmorphium-injectiót adott. Ez hatástalan maradván, kórházba való szállíttatása érdekében kihívták a mentőket. A meg-

jelent orvosszigorló állítólag az orvos utasítására gyomormosást végzett, amelyet előadása szerint eleinte a rendelkezésére bocsátott 8 liternyi langyos vízzel, majd olyan módon teljesített, hogy a gyomoreső szabad végét a vízvezeték csapja alá tartotta, egyesek szerint a vízvezeteki csapra ráhúzta. Bár vallomásaikban úgy az orvos, mint a mentő megjegyzi, hogy már az első gyomormosóvíz is kissé véres volt, mindazonáltal, mivel az első gyomormosóvízbe kaliumhipermanganicumot és carboanimalist is tettek, ezen kijelentésük teljesen megbízhatónak nem mutatkozik. A gyomormosás után az artistanőt a mentők az egyik közkórházba szállították. A beteg ekkor elmondotta, hogy régebbi idő óta gyomorfekéllyel kezelték, az éj folyamán mutatott és sok alkoholt fogyasztott, ezt követőleg egy férfi megverte és hasbarúgta, amire közvetlenül a gyomortájon fájdalmak léptek fel. A kórházban általános vérszegénység tünetei mellett alkoholszagú lehelet és a minduntalan megújuló vérhányás volt észlelhető. A gyomortájék nyomására a beteg fájdalmat jelentett, de kifejezett defense nem volt kimutatható. A vérszegénység a nap folyamán fokozódott, a sebészeti osztály a kivérzés fokánál fogva a műtéti beavatkozást nem javasolta. Fokozódó vérszegénység tünetei között bekövetkezett a halál. A gyomorban talált szokatlan sérülések, amelyekhez teljesen azonosakat csak két esetben észlelt bemutató mérgezési gyanú folytán észlelt gyomormosás után, tették indokolttá, hogy a gyomornak folyadékkal és levegővel való postmortalis kitágításával kísérleteket végezzen. A kísérletek igazolták, hogy a gyomornak akár folyadékkal, akár levegővel való kitöltése hasonló és egészen azonos, a gyomorfalat is penetráló sérüléseket eredményezhet. A gyomortájéka alkalmazzott zúzó lökőerőbehatás, amennyiben az a gerincoszlop felé irányul, ugyancsak alkalmas szakadásos-repedéses sérülések létrehozására. Átlag 2500 g-nyi folyadéknak bevitele volt szükséges ahhoz, hogy a gyomor fala átszakadjon. Hasonló gyomorsérüléseket *Key Aberg*, *Strassmann*, *Haberda*, *Ipsen* is ismertetett. Nagy magasságból vízfelületre való esés alkalmával is észlelték már a gyomor mellső és hátsó falán nyálkahártyarepedéseket. Bemutató egy autóbaleset alkalmával elhalt 13 éves fiú esetében, akire a felfordult autó reázuhat, minden csont- és egyéb belső sérülés nélkül, a gyomor mellső és hátsó falán áthatoló szakadások mellett azok környezetében több párhuzamos nyálkahártyasérülést látott. Felhívja a figyelmet arra, hogy gyomormosás alkalmazásánál nagyobb mennyiségű folyadék bevitelétől óvakodni kell és lehetőleg elkerülendő az is, hogy a víztartály túlságosan magasra emeltesse. Hivatkozik néhai *Gener-sich* professor azon intelmére, hogy még bélbeöntések esetén sem szabad a víztartályt 50 cm-nél magasabbra emelni. A szóbanforgó esetben szabályellenes és hibás volt a gyomormosás olyan módon való teljesítése, hogy a gyomormosósó szabad végét a vízvezeteki csap alá tartották, mert a gyomorbavitt folyadék mennyiségét nem ellenőrizhették. A gyomorsérülések keletkezése *Key Aberg* értelmezése szerint akként magyarázható, hogy a gyomor telődésénél a gömb alakját igyekszik felvenni és ennek folytán a concáv kiscsücsületi részlet sokkal inkább kénytelen tágulni, mint az ellentétes nagycsücsületi részlet. Ez magyarázza, hogy a sérülések legnagyobb részét és legsűrűbb elrendezésben a kiscsücsület mentén észlelhetők és ugyanitt szoktak a sérülések penetrálók lenni. Természetes, hogy a gyomortájékat érő zúzó- és lökőerőbehatás, amennyiben a gerincoszlop felé irányul, ugyancsak alkalmas gyomorsérülések kiváltására.

Borszék Károly: A nem kellő óvatossággal végzett gyomormosás különös könnyen akkor okoz bajt, ha a gyomorfal nem egészen ép. Egy esetéről tesz említést, amelyben egy kiscsücsületi fekélyben szenvedő betegnél közvetlenül a műtét előtt végzett gyomormosást; mosás közben a gyomoreső eldugult és emiatt nagy nyomás alatt sok folyadék jutott be a gyomorba; a beteg hirtelen collabált, az azonnal végzett laparotomiánál a hasürben sok folyadék volt; a gyomor resectiós praeparatumán a kiscsücsületi fekély átfuródását és mindkét gyomorfalra terjedő és az egész gyomorfalon áthatoló repedés volt található.

Előadás:

1. **Baráth Jenő:** *Gyógyszeres kettős hatások a vegetatív idegrendszeren.* (Egész terjedelmében meg-jelenik.)

Bosányi Andor: Az adrenalin és pilocarpin hatására vonatkozólag megemlíti a rachitisnél végzett kísérleteit, melyek kapcsán azt az érdekes megfigyelést tette, hogy bizonyos pathológiás szöveti elváltozásokra az adrenalin és a pilocarpin teljesen azonos hatása lehet. Rachitises csontszövetben úgy az adrenalin, mint a pilocarpin (per os vagy subcutan adva) kifejezett mészkiapódást hoz létre. Ami amellel szól, hogy az idegrendszerre gyakorolt hatáson kívül egy azonos hatást idéz elő e két szer.

2. Rihmer Béla: *A colipylitis pathogenesiséről klinikai tapasztalatok alapján.* A felhágó és lehágó infectio lehetőségeivel és feltételeivel foglalkozik. 54 megfigyelt eset alapján a következő végső következtetésekre jut. Azt a felvételt, hogy a colibakterium az anus tájékáról az alsó húgyutak megbetegedése nélkül legyőzve a védelmi berendezéseket felszáll a medencébe, felnőtteken klinikai tapasztalatokkal nem lehet alátámasztani, sőt ez azt mutatja, hogy a pangással járó hólyagbetegségekhez társuló colicystitisek esetében, hacsak a felső húgyutak nem tágtak, a vese-medence a fertőzésnek soká ellentáll. Ilyen hólyagbetegségek nélkül fellépő heveny colicystitisek egész sorozatát látjuk, amelyekben pyelitis nem fejlődött ki. Mindazonáltal nem fagadható, hogy lehetnek egyes esetek, amelyekben akár az ureterszájadék elégtelensége következtében vagy a coli önálló mozgása következtében és a felső húgyutakban levő pangás hozzájárulásával az acut colicystitistől rövidesen fellépő pyelitis keletkezhet, azonban ezt a felhágó infectiót kell a ritkábbnak tartanunk. Az esetek többségében a fertőzés descendáló úton történik (haematogen, lymphogen infectio) és ez esetben a fertőzés forrását a bélben kell keresnünk. A colipylitis az esetek többségében arra disponált egyben keletkezik. Ez a dispositio lehet veleszületett (astheniás alkat), vagy szerzett, amidőn mindaz, ami a felső húgyutakban és a bélhuzamban pangást hoz létre, disponál rá. Ilyen disponáló momentumok teljes hiányában az esetek kis részében okozhatják egyedül a valamely okból nagy virulentiára szert tett bakteriumok. A gyógykezelésben számot kell vetni a fentvázolt kóroktani momentumokkal, különösen a habitus asthenicussal és az ezzel járó bél- és vese-beli pangással és különös figyelemmel kell lenni a bélhuzamra és függelékeire, mint az infectio egyik fő forrására.

A Budapesti Ker. Munkásbiztosító Pénztár orvosainak március 1-i ülése.

Vermes Mór elnöki megnyitójában hangsúlyozza, hogy a pénztári orvosi működés sokban különbözik a gyakorlóorvosétól, amennyiben szociális biztosítási és kártalanítási kérdések is merülnek gyakran fel. Az ünnepi előadás **Friedrich Vilmos** főorvos tiszteletére épp azon alkalomból adódott, hogy a pénztári orvosok a nagy tudományos anyagot felhasználva, havonként az előfordult érdekesebb esetekről referálnak. — **Rottmann Elemér** h. főorvos meleg szavakban üdvözlö a főorvost és díszoklevelet ad át. — **Braná János** titkári jelentésében elmondja, hogy 1924 április óta 18 tudományos ülést tartottak, melyen 26 előadás, 86 betegbemutató, 40 hozzászólás hangzott el az orvostudomány legkülönbözőbb szakmaiból. Pénztári vonatkozású előadás három volt. Külön említést érdemel az amsterdami baleset- és foglalkozási megbetegedések congressusáról való beszámoló. Üdvözlö a meghívott ünnepi előadót, **Imre** professzort.

Idősb Imre József nyug. egyet. tanárnak „Az orvosi munka hatása a közművelődésre” c. előadása a B. Shaw-tól „Doctors Dilemma” c. színművének hosszú előszavával az orvosokra szőtt rágalmakból, sértegetésekből indulva ki, azt bizonyította, hogy a félszázad óta megállapítható haladás az egészségügyi művelődés terén az orvosok önzetlen és sikeres fáradozásának eredménye. Összehasonlította a saját magánygyakorlata kezdetén az 50 évvel ezelőtti uralkodott egészségügyi barbárságot a mai helyzettel. Ismertette az orvoshoz való bizalom, a kórházak minősége, az orvosi működés színvonala, egészségügyi igazgatás stb. nagy javulását; megállapította, hogy ellenségeinktől vakmerően terjesztett kisebbítések ellenében nyugodt önbecsérzettel kell folytatni, tökéletesíteni munkánkat. Ezenkívül törekedni kell arra is, hogy a társadalomban a helye-

sebb életfelfogást, a tisztább erkölcsi életet terjesszük, ami az orvosnak módjában van.

Hajós Lajos tanár „a beteg szeretete, mint gyógytényező” címen tartott előadást. A szeretet suggestív befolyása, engedelmissé, türelmesebbé, bizakodóbbá teszi a beteget, ezért határozott terapiás tényező, amit nem szabad öntudatlanul az orvosnak gyakorolnia. Specialis formái a szeretettől áthatott suggestiónak a neurosisoknál alkalmaztatnak a legkülönbözőbb rendszerek és stílusok keretei között. Ezek közé tartoznak a tudományosan is megalapozott rendszerek, mint a psychoanalysis, amelynek terapiás értéke a tudományos alap értéke mögött marad. Idesorozandók a különféle tudománytalan módszerek is, minőket laikus természetgyógyászok, teozofusok, spiritisták stb. gyakorolnak.

A M. Röntgen Társaság febr. 26-i ülése.

1. Haas Lajos: *A typusos Röntgen-leletek közzéadásáról.* Két orvoscollegánál egészen atypusos acut közzvényroham tünetei. Anamnesis és klinikai kép iskolaszerű. Sajátságos az élnék pír, mely térképszerű rajzokkal és széllel határolódik el az ujjnyomási érzékenységre a pisiformen. *Röntgen-lelet* mindkettőnél: mészlerakódás a pisiforme felszíne mellett, mely pár hónap múlva, mikor panaszmentesek voltak, már nem volt látható, felszívódott. Az egyik esetben gyomorpanaszok az első jelek, a másikban a fájdalomnak és a phlegmoneszerű duzzanatnak hirtelen éjszakai kitörése volt a kezdet. Utóbbi esetben hasonló roham egy év előtt a térdében, szintén múlt mészlerakódás a másik panaszmentes kéz pisiforméján. A Röntgen-lelet kétféle módon értelmezhető: Vagy mészlerakódás vált ki közzvényrohamnál teljesen azonos klinikai képet; vagy pedig tényleg uratkicsapódás váltotta ki a rohamokat, de mint azt ismételt tophus analíziseknél észlelték (*Minkowski* stb.), az uratókat egyéb anyagok, calciumurátok s más calciumsók is kísérik, melyek Röntgennel kimutathatók. E mellett szól egy harmadik eset, melynél chronikus panaszok mellett recsegés, duzzanat a III. ujj 1. interphalang. ízületében, az ízületben mákszemnyi mészrög volt látható, viszont ugyan ezen ujj alapphalanxának basisán, mindig panaszmentes helyen, uratos bemaurodnak megfelelő jellegzetes félkör alakú defectus volt látható, corticalis leválással. Tehát együtt volt mészlerakódás és jellegzetes uratos defectus.

Schulhof Vilmos (vendég): Kifogásolja, hogy az eseteknél nem történt húgysavanyagcserevizsgálat. Enélkül inkább mésznek tartja a főlvételeken látható lerakódásokat. Uratkristályok, ha kiesapódnak, nem szívódnak föl gyorsan és árnyékot adnak. Ezekből nem tartja a rohamokat közzvényes eredetűeknek.

Fischer Ernő: Az eseteket nem tartja uratikus megbetegedéseknek, hanem periartthritis calcarea-nak, a fájdalom heves volta is e mellett szól.

Haas: Annakra jellegzetes volt nemcsak az éjjeli jelentkező s exacerbáló gyötrő fájdalom, hanem az egész klinikai kép, hogy inkább hajlik az arthrititis urica, mint a periartthritis calcarea diagnózis felé, emellett szól a III. eset s kielégítő a theoretikus magyarázat is. Azért, mert ritka a betegség, nem szabad előfordulását tagadni.

2. Vidor Jenő: *1. Röntgennel kimutatott periappendicularis abscessus.* A jejunalis mesogastrium-ban körülírt tojásnyi resistentia a passage-vizsgálatnál a contractussal semmi összefüggést nem mutatott. A kóros parthie-ról készült felvételen a colontöltés és a hasfal szél között egy henger alakú nem intenzív, homogen árnyékot talál, mely pontosan megfelelt a „tumor”-nak és a beteg nyomásérzékenységének. A periappendicularis abscessus gyanúját a műtét igazolta (*Manninger*).

2. Röntgennel kimutatott vesekőrűli tályog. Azon Röntgen-stigmák alapján, melyeket *Révész V.* két év előtti előadásában szabatosan felállított, több ízben sikerült vesekőrűli tályogot kimutatnia. E körjelző tünetek kimutatása nehézségbe ütközik, ha vesecontur bármilyen okból sehogyan sem kapható. Ilyenkor pyelographikus felvétellel szembevetendő tehetjük e körjelző adatokat; megerősíti ezeket a kitöltött ureterpálya egybehangzó dislocatiója. Bemutatott eset műteti lelete beigazolta a Röntgen-diagnoszt (*Farkas Ignác*).

Révész V.: Hangsúlyozza a vesekörüli genyédések *direct* Röntgen-diagnostikájának fontosságát. Az általa megfigyelt és ismertetett tünetesoport alapján már több esetben sikerült másoknak is kimutatni a genyédést, mi különösen bizonyos kryptogen sepsis-esetekben lehet nagyon fontos. A bemutatott pyelographiás lelet értékesen egészíti ki a tüneteket. Bemutatja 5 eset felvételeit.

3. Koppenstein Ernő: *Ritkább postoperatív jejunalis ulcusok.* Röviden ismerteti a postoperatív jejunalis fekélyek Röntgen-diagnózisát. Az egyes tünetek kritikai méltatása során megbízhatónak csak az ulcus-foltot és a colonfistulát — mellyel kiemeli a rectalis vizsgálat fontosságát — tartja. Az indirect tünetek közül csak fenntartással használhatók fel: a nyomás-érzékenység, az anastomosis csökkent átjárhatósága és a tasakképződések; az anastomosis képező vékonybél-kaes Kerkring-redőinek elsimulása nem jellemző fekélyre. Bizonyos pathognomikus jelentőséget tulajdonít az anastomosison át való ürülés ingadozásának a különböző vizsgálatoknál. Demonstrálja három eset Röntgen-leletét, melyek közül az egyiknél két anastomosis volt és mindegyiken egy postoperatív jejunalis ulcus diagnostizáltatott; egy másiknál az atypikusan antralis elhelyezett anastomosison levő fekély nagygörbületi ulcust imitált.

4. Schönwald Gyula a Zsidó- és Bródy-kórház beteganyagából néhány érdekesebb fractura Röntgen-képet mutatja be: két gyermekkoponya, mindkettőnél a törés ráterjed a koponyaalapra. Az egyiknél az os frontalen látható egy fissurás vonal, a másiknál az os occipitalen nagy, csillagalakú, dislocatióval járó fractura van. Mindkettő gyógyult. Idegrendszer, szellemi functio rendes. Olecranon-Sporn (processus anguli olecrani) fracturája. Fontos az ép könyökről készült felvétellel való összehasonlítás. A femur distalis végén intraarticularis fractura. A törés a fossa intercondyloidea kiindul, az ízületi felszíntől merőlegesen felfelé halad, majd a combosont lateralis oldalán végződik. A törvégek között $\frac{1}{2}$ cm dislocatio van. A törés pathomechanismusa: a beteg tornászás közben nyújtóról, behajlított alszár mellett a térdére esett. A patella, mely ekkor a legmélyebb része az alsó végtagnak, benyomult a fossa intercondyloidea és a combosont alsó részébe, ék gyanánt működve, megvasította. Két gyermeknél epiphyseolysis a femur distalis végén. Az epiphysis előre és felfelé a recessus suprapatellarisba jutott. Repositio az egyik betegnél csak véres műtéttel sikerül. Mindkét beteg meggyógyult, a térdizület functiója jó, növekedési zavar a combosontban nincsen. A malleolus tibialis lateralis anterior izolált fracturája. Rendkívül ritka, többnyire a külső és belső boka fracturájával együtt fordul elő. Patho-mechanismusa: addució és supináció lábfej mellett a test ellenkező oldalra fordul, miáltal a tibia befelé rotálódik, megfeszíti a ligamentum tibio fibulare anteriust, mely leszakítja tapadási helyéről a tibia alsó lateralis, mellső kántéját.

A Debreceni Orvosegyesület márc. 4-i ülése.

1. Molnár Elek és Jáky Gyula: *Veleszületett szív-baj.* *Wenckebach* debreceni előadásának epikriziséül egy morbus coerulesban szenvedett 17 éves leányról referálnak, aki cavernosus phthisisben pusztult el. *Wenckebach* az esetet a sternum közepén hallható erős systolés és diastolés zöreje, továbbá a jelentékeny hypoxaemia (68% O_2 a capillaris vérben) alapján septum defectusnak tartotta, míg a sectio nagyfokú pulmonalis stenosis szeptales foramen ovale apertummal derített ki s így a klinika előző diagnózisát igazolta. Hangsúlyozza, hogy a latens foramen ovale apertum az egyik oldalon létrejövő nyomásemelkedés folytán, melyet itt a pulmonalis nagyfokú szűkülete retrograd a jobb pitvarban okozott, manifestté válhat s kifejezett hypoxaemiát okozhat. Egyedül a zörejek jellegéből diagnosztizálni veleszületett szív-bajoknál, mint azt *Wenckebach* is hangsúlyozta, sokszor nem sikerül. A boncolásnál a pulmonalis szájadék nagyfokú szűkülete és a jobb kamra kivételesen nagyfokú hypertrophiája vált megállapítható. A pulmonalis billentyű kupolaalakú egységes lemezzé olvadtak össze, melynek a conusba mélyedő csúcsán kendermagnyi kerekded lyuk ült. A tricuspidalison chronicus fibrosus és recens

verrucosus endocarditis s ezzel kapcsolatban erős jobb pitvartágulat volt. Az utóbbi az eredetileg szelepesen zárt foramen ovale állandó tátongásához vezetett. A tüdők diónyi cavernáiban több ér arrodatlatott.

Verzár Frigyes: Felhívja a figyelmet a *Keller, Vásárhelyi* s *általa* kidolgozott capillaris vérgázelemzés klinikai alkalmazhatóságára, annál is inkább, mert ennek eredménye, mint jelen esetben is, diagnosisdöntő lehet. Másik érdekessége az esetnek, hogy sikerült a lépben nagymennyiségű haemopoetikus hormont kimutatni. A betegnél az arteriás vér csökkent O_2 -tartalma másodlagosan polycythaemiát okozott. Ez a szervezet alkalmazkodása az alacsonyabb arteriás O_2 -nyomáshoz, amit nagyobb mennyiségű O_2 -szállító felszínnel iparkodik pótolni. Régebbi vizsgálataival kapcsolatban megvizsgálta, hogy a lép beszárított porát etetve, tengerimalacokon változik-e a vörsejtek száma. Két kísérletben három napon át 0.5 g-t etetve, igen erős vörsejtszaporodást láttak. Egy secundaer anaemiás pneumoniában elhalt egyén lépe ugyanolyan mennyiségben adagolva nem adott vörsejtszaporodást, sőt inkább csökkenést. A vér oxigéntartalmának csökkenése eszerint nagymennyiségű haemopoetin termelését idézte elő. Ez az első eset, amelyben egy pathológiás esetben a lép ezen hormonalis működését ki lehetett mutatni.

Nagy Géza: Eddig mindig csak ú. n. splenotoxinokról hallottunk s haemopoetikus ingereknek csak a lép kiirtását ismertük, újszerű és meglepő tehát, hogy *Verzár*nak specialis eljárásával „haemopoetint” sikerült a lépben kimutatni. Ajánlja a praeparatumnak emberen való kipróbálását, mert a tengerimalacok számos olyan agensre is erythropoesissal válaszolnak, melyekre az emberi szervezet ilyen reactiót nem ad (elektroferrol, *Belák*).

2. Pauchly Géza: *Thallium-epilatio.* *Fiocco* módszere szerint 5–10 éves gyerekek gombás hajmegbetegedéseivel thalliumacetatot belsőleg eddig 14 esetben alkalmazott. Hajhullás minden esetben bekövetkezett. Gombafertőzés gyógyult.

3. Oláh Dániel: *Granuloma annulare.* Generalizált granuloma annulare mutat be, mely a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Kreiker Aladár: Az esetet 1923 óta ismeri és figyeli. A tarsusokon észlelhető elváltozás szintén nagy ritkaság. Akkor a körkép megfejtesére irányuló vizsgálatokból endogen tarsus tuberculosusra lehetett következtetni. A bőrön az annularis elrendezeltség csak később fejlődött ki. Azonban tekintve, hogy a granuloma annulare ismeretlen aetiológiáját is hajlandók sokan tuberculosusra visszavezetni, véleménye szerint nem kell az endogen tarsus-tuberculosus diagnosist el ejtenie. Időközben különben alkalma volt egy hasonló tarsus-megbetegedést is észlelni, amely Röntgen-kezelésre nyom nélkül gyógyult. Ebben az esetben a bőrön nem voltak elváltozások.

4. Hüttl Tivadar: *Operált myxoedema.* 20 éves leánynál idiopathiás myxoedema miatt műtétet végzett. A betegnél 15 éves korában jelentkeztek először a betegség tünetei, amelyek a bőr jellemző elváltozásához és a szőrzet kihullásához vezettek. Nagyfokú szellemi kiesés, tunyaság, álmoság egészítették ki a körképet. A klinikai tünetek közül nem hiányzott az amenorrhoea sem. Két és félévig thyreoidea-tablettákat szedett, amely idő alatt rendetlen időközökben volt vérzése. A tabletták szedését félév előtt abbahagyta, mert ezek néha, állítása szerint, nagyfokú nyugtalanságot okoztak. Ez idő óta a tünetek megint súlyosbodtak, havi vérzése nem volt. A betegnél pajzsmirigy-átültetést végzett. Egy 13 éves leány hyperfunctiós golyvájának mogyorónyi darabját ültette át *Payr* szerint a lép pulpájába. Megelőzőleg megkísérelte a két beteg vérsavóját kölcsönösen kicserélve intravenás injectiókkal egymással szemben immunizálni. Ezen injectiók egyik betegnél sem váltottak ki reactiót. A műtét seb zavartalanul gyógyult. A beteget a műtét után $1\frac{1}{2}$ évvel mutatja be. A műtét óta a betegnél határozott javulás észlelhető. Élénkebb, szellemi képességei megjavultak, a bőrelváltozás részben visszafejlődött, a kéz hátról egészen eltűnt. Rendes időközökben havi vérzése van, mely azonban minden 2–3 esetben erősebb vérzéssel jár. Szőrzet még ma is hiányzik. Az eddigi javulás alapján még fokozottabb javulást vár. A szervátültetéseknél a vérsoportok meghatározását

fontosnak tartja. Eredményt a műtétől csakis egyazon vérsoportbeli egyéneknek vár. Esetében — utólag állapította meg — mindkét beteget a II. vérsoportba tartozik.

5. Schmidt Lajos: Szokatlan nagyságú *submentalis dermoidot* mutat meg.

Válasz Hajagos László dr. reflexióira az egészségügyi közigazgatási szervezet újjászervezéséről.

(Népegészségügy 1926. évf., 3. szám.)

Írta: Zemplényi Imre dr. bányorvos, Mátránovák.

Bár kénytelen vagyok elismerni, hogy a magyar közegészségügy mai állapota jórészt a községi orvosokon mulott, hogy azok között is vannak, mint minden pályán, letört, ambitió nélküli és gyengébben képzett emberek (járásorvosok között is), akik hivatásukat elsősorban megélhetési eszköznek tartották, mégsem tudom magamba fojtani azt a meggyőződést, hogy a községi és körorvos, a magyar közegészségügy páriája, inkább támogatást érdemel, mint kritikát. Az, hogy a körorvosnak nincs ambíciója, többnyire nem ok, hanem következmény, eredménye ez annak a sok elszenvedett sérelemnek, amit hivatásának lelkiismeretes gyakorlása folytán elszenvedett, annak a tunya közönynek, mellyel munkáját nézték, annak a rosszakaratnak és tudatlanságnak, mely rögtön ellene fordult, ha valakinek az érdekkörét csak érinteni is merészsége, annak a politikának, mely őt a IX. fizetési osztály 3. fokozatába ragasztotta (egész napjainkig), amely még vasúti kedvezményben sem részesítette, nyugdíjgyűjtését nem rendezte és teljesen a magánpraxis jövedelmére, a közönség jóindulatának keresésére kényszerítette. A IX. fizetési osztály békében sem tette lehetővé egy intelligens család megélhetését, se a gyermekek városban való taníttatását, se az állandó önképzést, se a továbbképző tanfolyamok látogatását, se olyan utazások megtételét, melyekre látókörének tágítása érdekében egy orvosnak feltétlenül szüksége lett volna. Mondjuk ki egész őszintén: azok, akik az ország költségvetését intézték, azt tartották, hogy a faluknak így is jó.

Hazánk orvostudományának mai fejlettsége mellett az egészségügy kizárólag csak pénzkérdés. Az újabban sokat hangoztatott szociális érzék minden orvosnak hivatásával járó tulajdonsága, melyet a háborús és az utána következő nehéz idők nagymértékben fejlesztettek. Az orvosnak tehát minden tehetsége megvan a hygienikus és szociális irányban való munkálkodásra, csak az ideje és a módja nincs meg hozzá. Nyugodt lélekkel merem állítani, hogy egész Csonka-Magyarországnak egyetlen községe sincs, ahol a közegészségügyre vonatkozó összes rendeleteket teljes pontossággal végrehajtanák. Egyrészt, mert az idő és a munkaerő hiánya folytán fizikailag lehetetlen, másrészt, mert a rendeletek kívánalmait teljesítése olyan összegekbe kerül, hogy azt egyetlen község sem bírja. És itt érkeztünk a kritikus pontra. Az orvos hygienikus tevékenységének minden részlete olyan természetű, hogy az: 1. tőle meg nem fizetett, időt rabló munkát, 2. a közönségtől pedig többé-kevésbé jelentéktelen (de nem méltányolt fontosságú) anyagi áldozatot kíván. Valósággal bámulatos tehát, hogy az illetékes körök mégis ezt várják a körorvostól, holott nagyon jól tudjuk, hogy a körorvosnak erre ideje nincs, ezáltal a közönség tőle elfordul, tehát praxisában, megélhetésének alapjában szenved; az általa szükségesnek tartott intézkedések elrendelésére, foganatosítására hatalma nincs, az általa kilátásba helyezett kormányrendszabályok pedig a közigazgatás útvesztőiben megkésnek és egészen megpuhulnak, ha ugyan el nem alusznak. A körorvosnak tehát, ha élni akar, a jövedelmező gyógyító munkára kell magát adnia, a közönség rokon-szenvét kell keresnie és e célból a közegészségügyi

rendszabályokat kesztyűs kézzel, az egyéni érdekek sérelme nélkül, kell kezelnie. Hogy ez a helyzet szomorú és megalázó, azt nagyon jól tudjuk. Hogy ez egyetlen orvosnak sem tetszik, az egészen biztos. És, hogy ezen egyhamar nem fognak változtatni, az nagyon valószínű.

Községeink élete alapján beteg. A községi képviselőtestületek jórésze nem bír azzal az értelmi nívóval, hogy községének érdekében álló, nagyobb-szabású programot valósítson meg, annál is inkább, mert a vármegye késedelmes ügykezelése és gyámkodása a község minden számítását keresztülhúzhatja. A jegyzői hivatal (drága, mert nagyszámú) személyzete (? Szerk.) a rendeletek labirintusába van elmerülve. A községi élet tehát teljesen adminisztratív jellegű, ez emészti fel az időt és a pénzt. A pénz arra jut, amire a vármegye akarja vagy engedi. Közegészségügyre tehát nem. A községek állandó anyagi bajokkal küzdenek és így igazán nem esodálható, ha újabb terhek vállalatától húzódoznak. A községek vezetői választottak, tehát választóiktól függők. Egy részüknek mellékjövédelme vagy mellékfoglalkozása van. Ezek érdekei rendszeresen ellentétesek az állás követelményeivel. Az orvosi körök ajánlott további aprózása, ami kétségtelenül a jövő fejlődési útja, jelenleg lehetetlen, mert az apró községek az orvostartást nem bírják. (Az orvosi körök megosztását a legtöbbször a törvényhatóság vagy pedig az illetékes községek kérelmezik. Szerk.) Hiszen még a régi nagy körök jó részében sem tudnak orvosi lakásokat építeni.

Ne kívánjuk községi és körorvosainktól, hogy hatalmas statisztikákat készítsenek, hogy állandó intenzív egészségügyi propagandát folytassanak, mert ezt ők az egyetemen nem tanulták, ez nem szorosan vett kötelességük, ezt nem honorálja senki: sem anyagilag, sem erkölcsileg, az erre szükséges időt a kenyérkeresettől vagy a pihenés és szórakozás ritka óráitól, a családdal való foglalkozástól kell elvonnia; hiszen úgyszíves még egy foglalkozási ág sem, melynek művelőjétől annyi ingyenmunkát követelnének, mint az orvostól. (Ezen kíván segíteni az egészségügyi kormányzat az önálló hatósági orvosi kar megszervezésével. Szerk.)

Térjünk át ezek után a helyzet megjavításának lehetőségeire.

Nagyon jól tudjuk, hogy csak egy biztos jog van: az ököljog. (? Szerk.) Az orvosi kar azért kiált a pusztába, mert nincs ökle, nincs végrehajtó hatalma, anyagi súlya, politikai befolyása, kellő tekintélye. Szellemi fölényét e miatt nem ismerik el. A tömeg csak a fizikai erőt, vagyonát és a hatalmat respektálja. Abból pedig a magyar orvosoknak nem jutott. Amelyik orvos politizál, az többé nem orvosi, hanem elsősorban párt-politikai célokat szolgál. Szinte azt lehetne mondani, legelőször a diplomáját akasztja a szegre. Orvos-képviselő alig van, orvosi kérdések alig szólnak fel. (Ez nem áll, a közegészségügyi kérdések iránt ma a parlamentben a legnagyobb érdeklődés mutatkozik és minden politikai párt programjában benne van a közegészségügy fejlesztése. Inkább az látszik, hogy maga a parlament is nagy hiányát érzi egy-két, részletekben is tájékozott közegészségügyi szakembernek. Szerk.) Így aztán a közegészségügy, melyet sajnos egyedül az orvosi kar képvisel, mindenütt az utolsó. Pedig mindenkinek érdeke, hogy ez legyen az első. Ezt szolgálja az egészségügyi propaganda. Jól szervezett propagandával mindent el lehet érni. (Hát mégsem kell akkor ököljog? Szerk.) De hát ehhez is pénz kell. A magam részéről az egészségügyi propaganda gerincét az alábbiakban adtam meg: Rendszeres és alapos egészségügyi kiképzés az óvónő- és tanítóképző intézetekben. Állandó egészségügyi oktatás az óvodától az egyetemig. Egyöntetű, tervszerű iskolán kívüli népnevelés rádió útján előadott egészségügyi oktatással (fejlődőben van. Szerk.). A napilapok állandó egészségügyi rovatának felállítása. (Megvan. Szerk.) Az egészségügyi gondozás minden térre és korra való kiterjesztése. (Ezt hívják magyarul

az orvosi tevékenység államosításának, mert úgyebár csak az állam tehetné ezt meg. Szerk.) A rádió felhasználásának gondolatával a kultuszminiszter, az ujságok egészségügyi hírányaggal való ellátásával a Magyar Távirati Iroda foglalkozik újabban. (Mindkét gondolatot megvalósította már az Egészségügyi Reformiroda. Az utóbbinak egészségügyi sajtószolgálatát pedig mintául szolgált a német Reichsgesundheitswoche-t rendező birodalmi választmányának a német sajtópropaganda bevezetésében. Szerk.) Azonban a nagyszabású munkától mindkét téren messze állunk anyagi okokból. Mulhatatlanul szükséges a közigazgatás reformja: egyszerűvé és olcsóvá tétele. (De vajon kiemelhető-e a közegészségügyi igazgatás a többi igazgatási ágak csoportjából az ügy sérelme nélkül? A közegészségügy nem zárt terület, mint az adóbehajtás stb., annak igen szoros kapcsolata vannak, gazdasági, kulturális, morális, paedagogiai tényezőkkel, melyekkel való szálait elvágni, nagyon keserű családásokat okozna. Szerk.) A közhivatalokat viselő választásának eltörlése (Évszázadok óta arra törekszünk, de egyre komplikáltabb és drágább lesz. Mit szól ehhez a nép és a demokrácia? Szerk.), az Állami Egészségügyi Intézetben a tisztiorvosképzés tervezett teljes megváltoztatásával, ösztöndíjak létesítése (Ez is megtörtént. A Rockefeller-alapítvány évente 13 ösztöndíjat létesített közegészségügyi kiképzés céljából. Szerk.) és a hallgatók kötelező állásba helyezése, előmenetelének biztosítása, tehetségének és munkájának a számlálétrától teljesen független honorálása. Egyedül így lehet elérni azt, hogy ambitio vezesse az orvost vidékre, ne pedig a körülmények kényszere, vagy az inferioritás tudata. Az egészségügyi propaganda ilyen megszervezése mellett egy emberöltő múlva meglesz az a légkör, mely az orvosi tudás kifejtésének teljességét és a hygiene követelményeinek megvalósítását lehetővé teszi.

Sint Mecaenates, Marones von deermit.

Válasz a fenti „Válaszra.”

Cikkíró nem igen foglalkozik *Hajagos dr.* idézett közleményének lényegével, miszerint az egészségügyi viszonyok megjavítására irányuló törekvések egyik legfontosabbja, hogy az egészségügyi intézkedések initialására vagy végrehajtására hivatott hatósági tisztiorvosi kar szakképzettségének biztosításáról a mainál megfelelőbb gondoskodás történjék. Kétségtől igaza van abban, hogy a községi és körorvosi kar hosszú időn át, úgyszólván egyedüli őre, apostola és napszámosa volt a magyar közegészségügynek és hogy állandóan guerilla-harcot kellett vívnia közhasznú munkája érdekében, nemcsak az egészségügyi kérdések iránt faji sajátságainál fogva is közönyös népünkkel, hanem sokszor maguknak az egészségügy gondozására hivatott hatóságoknak megnevezésével szemben. Ezt a fáradságos tevékenységet igyekezett honorálni az egészségügyi kormányzat a gazdasági, politikai és személyi viszonyok adottságához mérten akkor, amidőn a kör- és községi orvosok díjazásának államilag subsidialiszt rendszerét 1908-ban megalkotta, és amidőn az ő hatósági jogkörüket más igazgatási ágazatokéval egyenrangosítani törekedett. Hogy különösen az utóbbi években, a körülményekhez képest ezen célból, ha nem is teljesen kielégítő, de jelentős intézkedések történtek, azt egy a tárgyanyag ismeretével bíró orvos-collega sem vonhatja kétségbe.

Hajagos dr. bizonyára arra is rá kívánt mutatni, idézett cikkében, hogy a hatósági orvosok hön öhajtott államosításával a közegészségügyi igazgatás manapság tapasztalható sok, különösen szakszerűség szempontjából érezhető hiányosságai nem szűnhetnek meg egy csapásra, mert ennek okai nem mindig találhatók a jelenlegi igazgatási rendszer helytelen voltában és az illetékes hatóságok szűkkeblűségében. Az elmúlt évben például csupán a népjóléti és munkaügyi igazgatás évi 3-5 aranykoronát költött fejenként egészségügyi

célokra (ami egy koldus országban nem is olyan kicsiny fejqóta, mint gondolnók), s a közületek áldozatkészsége is szemmel láthatólag növeben van. És a statisztikai anyag birtokában mondhatom, hogy ahol hozzáértő orvos-hygienikus szakközeg van, mindenütt a határozott javulás jelei láthatók. De a közületek által közegészségügyi célokra előirányzott csekély anyagi lehetőségek célszerű és mikénti felhasználásában aztán igazán érvényesülhet a szakember, aki esetleg a társadalmi tényezők és jótékony egyesületek segítségét sem nélkülözi minden esetben.

A cikk írója maga is jól tudja, hogy a kör- és községi orvosi kar teendőinek ellentétes irányú bifurcatiója sokszor teremtett nehéz helyzetet, nemcsak az egyébként tényleg túlterhelt és inkább a lakosság egyéni gondozására hivatott kör- és községi orvosra nézve, hanem a mindinkább nagyobb igényekkel fellépő egészségügyi igazgatás számára is, amint ez utóbbinak a munkaköre az időközben önállósá specializálódott közegészségügyi tudomány elméleti és technikai fejlődésével lépést tartva, újabb és újabb kibővülést nyert.

A községi és körorvosi kar anyagi viszonyainak tűrhetetlen volta, pedig nem izolált jelenség; az egész orvosi rend, talán nem is sejtett nehéz válság előtt áll. Ez a krízis jórészen függvénye az orvosi tudomány philosophiájában és világhatalmi állásában az utolsó években minden országban végbemenő változásoknak. Nemcsak Magyarországon történik, hogy az orvosi rend ellenségei hatalmas érvekkel próbálkoznak annak az igazolásával, hogy a mai hivatalos orvosi tudomány dogmatikus, egyoldalú és csupán individualis szempontokat érvényesítő világszemlélete nem alkalmas többé a modern közegészségügyi igazgatás socialis, nemzetgazdasági és administratív feladatait megoldani. Nagyon sajnálom, hogy azt kell mondanom, miszerint *Zemplényi dr.* egyébként jószándékú és nyilvánvalóan a magárahagyottságnak keserű érzéséből fakadó közleménye sajnálatosképen alkalmas arra, hogy nem-orvos olvasóban ezt a felfogást erősítse.

Rendünk prestige-ét amúgy is nagyon megtépázták a miszsió hivatását nem érző üzletemberek és a materialis önző mentalitás, melynek egész közéletünkben, sőt rendünk kebelében is sikerült a kíméletlen endokannibalismust és a kontárságnak tetszetős phrasológiával dolgozó uralmát meghonosítania. Hála az Istennek, ott azonban mégsem tart Magyarország, hogy a köz érdekében dolgozó ember számára ne lenne más emberi és isteni jog, mint az ököljog. Mindannyian hisszük, hogy a szellemi fölény előbb vagy utóbb, de győzelmet arat. Ennek a hite nélkül tisztességes és zajtalan, alkotó munkát végezni nem is lehet.

Gortvay György dr.
miniszteri titkár.

PROF. J. IZRAEL

1848—1926

Pár nap előtt kaptuk a hírt Berlinből, hogy *J. Israel*, a nagy német professor meghalt. A vesesebészeten vált világhírűvé, s habár általános sebészeti osztályt vezetett, az utóbbi évtizedekben főleg vesesebészettel foglalkozott. Érdekes, hogy a vesesebészett kezdete éppen arra az időre esik, amikor ő, mint kész ember önálló működési teret nyert. *Simon* a hetvenes évek végén végezte az első vesekiirtást s *Israel* 1880-ban vette át *Langenbeck*től, a berlini zsidókórház sebészeti osztályának vezetését. Eleinte a sebészet minden ágában dolgozott, s ebből az időből valók az actinomycosisről, új pofa- és areplastikáról, a máj és tüdő echinococcusról s a térdizület-resectióról írott dolgozatai, nem sokára azonban a fejlődésben levő vesesebészettel kezdett foglalkozni és ennek egyik megalapítója lett.

Tökéletesebb vizsgálati eszközök hiányában a rendelkezésre álló physikalikus módokat fejlesztette ki bámulatos módon. Aki őt berlini intézetében meglátogatta, láthatta múzeumában azt a vesekészítményt, amely egy vesedaganatban szenvedő betegtől származott, ki-nél *Izrael* a vese felületén, annak középső részében ülő cseresznyemagnyi daganatot olyan biztosan tudta tapintás útján megállapítani, hogy ennek alapján végezte el a műtétet, ami megállapítását igazolta. Ezen nagy gyakorlatának és tapintó érzéke nagy kifejtésének tulajdonítható, hogy mikor *Casper* 1895-ben a berlini orvosegyletben a két vesevezetel külön-külön való felfogására alkalmas ureterkatheterizációt, mint vizsgálati módszert ismertette, éppen *Izrael* volt az, aki legelőször felszólalt ellene s aki azt túlveszélyes és komplikált volta miatt elvetendőnek tartotta. Mikor azonban látta, hogy ezen módszer által egyes azelőtt nem kórismézett vesebetegséget vagy más vesebeteg-séget azt egy ezelőtt nem sejtett korai stadiumba lehet felismerni, ő is elfogadta az azelőtt perhorreskált mód-szert s később kiterjedten alkalmazta az arra való esetekben.

Legnagyobb munkája a „Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten“ 1901-ben Berlinben német nyelven jelent meg. Amint előszavában mondja, ezen munka 16 évi működés eredménye, ahol nem közöl egyebet, csak azt, amit ő látott és tapasztalt. E célból az ösz-szes vesesebeteinek (297) részletes kórtörténetét, pontos kórelőzményét közli a betegség összes tüneteivel és a vizsgálati eredményeknek részletes leírásával. Majd következik a műtét és a lefolyás kimerítő ismertetése olyan formában, hogy annak elolvasása szakembernek kiválóan érdekes és tanulságos; az egyes esetekben fel-vett epikrisis pedig klasszikus összefoglalása, leveze-tése és megvilágítása az esetnek, az anamnesistől kezdve a gyógyulás bekövetkeztéig. Ha az ember egy ilyen eset leírását elolvassa, akkor látja, hogyan kell a beteget kikérdezni, az egyes adatokból a fontosakat meglátni és az egyes tüneteket értékelve úgy összeállí-tani, hogy a következtetés a helyes kórisme felállítása legyen, melynek alapja a sebészi beavatkozás. Ő a mű-téti indicatiót határozott és exact alapon, gyógyítás céljából állítja fel, nem pedig azért, mert ez az orvosra nézve egyszerűbb módja a kórisme megállapításának.

Mint vesesebésznek világhíre és nagy tekintélye volt nemcsak az orvosok, hanem a nagyközönség köré-ben is, és ha az ember privát klinikáját vagy osztályát meglátogatta, úgy a bejáró orvosok, mint az ott-fekvő betegek között igazán internationalis társaságot talált. 1917-ben nyugalomba vonult, teljes testi és szel-lemi erejének birtokában, minek fényes tanubizon-yága az a tanulmány, melyet német nyelven fiával együtt a mult év folyamán bocsátott közre. Mi a vese-selészettel foglalkozók mindnyájan kiváló tanítómes-terünket veszítettük el benne.

Illyés Géza.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése december hó végén lejárt, az 51. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani sziveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona.

A Budapesti Királyi Orvosegylet 1926 március 13-án tartandó tudományos ülésének napirendje: *Bemutatás: Tóth István: 2000 hasmetszés eredményei. — Előadás: Batisweiler János: A méhen kívüli terhesség nem operált halálosvégű eseteiről. Tóth István: A méh fibromyomáinak conservatív operálásáról.*

A Gróf Apponyi Poliklinika Orvosai Tudományos Társulása március hó 24-én este 7/8 órakor ülést tart. *Bemutatások: 1. Lévai Mihály: Mammae accessoriae. 2. Ringwald Fanny: Rostasejtgenyeddéssel kapcsolatos ritka szemfenéki leletek. 3. Markovits Károly: Szokat-lanul nagy myoma. 4. Róna, Nándor: Lefűződött myoma-*

gócok. 5. Böhm István: Isthmicus extrauterin graviditas. Előadások: 1. Pesti Lajos: Az ozaena. 2. Epstein Tibor: A vérkép gyakorlati jelentősége.

Bársony János temetése az Egyetem, az orvosi kar, az ifjúság és a nagyközönség gyászának oly impozáns megnyilvánulása és annyi bensőséges rész-vét mellett folyt le, amilyenre rég idők óta nem volt példa. Aki az egyetem aulájában szorongó gyá-szolókat, a kapu előtt példás rendben tartott tömeget és azt a fél Rákóczi-úton elhúzódó gyászmenetet látta, constatalnia kellett, még ha ellensége volt is, hogy *Bársony János* nem volt közönséges ember. De neki nem voltak ellenségei, csak ellenfelei, akiket vitáján kívül tisztelt és akiket mind ott láttunk temetésén. A veszteség fölött mélyen átértzett bánat és fájdalom esendült ki *Jakabházy* dékán gyönyörű beszédéből, a tanítványai nevében szólott *Lehoczky-Schmelweis Kálmán* könnyekbe fúló szavaiból, *Wolff Károlynak* a sírnál mondott meghatóan szép és baráti szeretettől és fájdalomtól áthatott beszédéből, mi egy szemet sem hagyott szárazon, — és az ifjúságnak az aulában is, a sírnál is felzokogó búcsújából. Ünnepléses búcsút vet-tek a nagy kartárostól a szegedi, pécsi és debreceni egyetemek és a koporsót néma gyászban a sír; követte az egyetemi tanács és az egyetemi tanárok 50—60 tagú csoportja. A rendet a „Csaba“ bajtársi egyesület tar-totta fenn példásan és adta meg a díszőrséget és a díszkíséretet a maga nagy halottjának.

A nagy és erős nemzeti érzés, a magyar becsület és lovagiasság hatalmas tölgye dőlt ki, de magvát el-szórta ezernyi ifjú lélekbe és helyébe erdő fog nőni.

Sz.

Hangverseny a Keresetképtelen Orvosokat Se-gélyző Egyesület menház-alapja javára. A Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesületének nyilvános hangver-senye március 26-án este 9-kor lesz a Zeneakadémia nagytermében a Keresetképtelen Orvosokat Segélyző Egyesület menház-alapja javára. A mult évben rende-zett hangverseny nagy erkölcsi és anyagi sikere arra a reményre jogosít, hogy a kartársak buzgó közremű-ködésével a súlyos gazdasági helyzet ellenére teljes sikerre lehet az idén is számítani. Jegyek 120.000—20.000 koronáért *Rózsavölgyi és Tsa* jegyirodáiban, továbbá a rendezőbizottságnál, VII, Erzsébet-körút 49, II. em. és az Orvosegysület portásánál kaphatók.

Szigethy-alap. A félszázadnál hosszabb multú Szigethy név és tevékenység örökös emlékére *Tallian Andor* alispán, *Telegdy Zsigmond* kórházi főorvos és *Gáspár Imre* vm. tiszti főorvos aláírásával a kaposvári kórház orvosi kara és a vármegye vezetősége kéréssel fordulnak a kórház jóindulatú barátaihoz, hogy ada-kozásaikkal tegyék lehetővé egy oly *Szigethy-alap* meg-teremtését, mely a kaposvári köz-kórház igazgatójának az intézmény tudományos célú beszerzéseinél szabad rendelkezésére álljon. A szíves adományokat a cél meg-jelölésével a Gazdasági és Ipari Takarékpénztár (Kaposvár) címére kérik küldeni.

Orvosi érdemek elismerése Szovjet-Oroszország-ban. A forradalom elsodorta ugyan a cárizmus alatt szokásos katonai és polgári kitüntetések, de immár a szovjetállam sem nélkülözheti a kiváló szolgálatok elismerésének eme módját. A legutóbb alapított „munka vörös zászló-rendje“ most egy kiváló orvostudós-nak is osztályrészül jutott. *Nikanorow dr.*, a saratowi egyetem tanára, ki a pestis epidemiológiája kutatásában produ-kált korszakalkotó tudományos eredményeket, most kapta meg e rend jelvényeit.

A XII. nemzetközi élettudományi kongresszus ebben az évben Stockholmban lesz. A kongresszus meg-nyitását augusztus első napjaira tűzték ki, elnökévé pedig prof. *J. E. Johannson* választották.

A német Vöröskereszt 4528 fiókegyesületében 13 millió tagot egyesít. Az egyesület 54 anyaházában 6800 nővér tevékenykedik; 2053 egészségügyi szervezete pedig 88.679 tagot számlál.

Németország a Népszövetségben. Németországnak a Népszövetségbe való küszöbön álló belépése eredményezte, hogy a nemzetközi egészségügyi osztály nagy anyaggal ígérte meg részvételét a tavaszi, Düsseldorfban tartandó egészségügyi kiállításon.

Trachoma-járvány Nyugat-Magyarországon. Az osztrák egészségügyi hatóságok jelentése szerint a „Burgenland” területéről az utolsó két hónapban 140 új trachoma-megbetegedés vált ismeretessé. Bár a nép-egészségügyi minisztérium állandóan három trachoma-orvost foglalkoztat a megszállott területen, a betegségnek, melynek középpontja láthatóan Kismarton, még nem sikerült gátat vetni.

A Teleia-Egyesület népszerű előadásainak sorozatát befejezte. Az előadásokat sok ezer ember hallgatta végig, akik a nemibetegségek elleni küzdelemnek részeseivé váltak. Az egyesület propagatív és megelőző tevékenységét a jövőben is változatlan eréllyel folytatja.

A szilárd insulin. Amerikai jelentések szerint *John Abel* chicagói vegyésznek sikerült a cukorbetegség legfontosabb gyógyszerét, az insulint, kristályos halmazállapotban előállítani. Közlebből egyelőre még ismeretlen az eljárás, óriási jelentőségű azonban abból a szempontból, hogy az insulin előállítását lényegesen olcsóbbá teszi és így a szer a szegényebb néprétegek számára is hozzáférhető lesz.

Karcag város kórháza. A város lakosságának régi óhaja az, hogy önálló kórházat kapjanak, mert a közel 30.000 lakosú város betegei távoli kórházakba kénytelenek menni. A városban mozgalom indult meg, hogy a felveendő külföldi kölcsön egy részét kórházépítés céljaira fordítsák.

A himlőoltás nemzetközi egységesítése. A népszövetség egészségügyi bizottságának elnöke, *Ricardo Jorge* megbízást kapott arra, hogy nemzetközi jelentéseken alapuló emlékiratban dolgozza ki azokat a módokat, melyeknek segítségével a himlő- és egyéb védőoltások egységesen végeztesse. Az esetleges oltási ártalmak elkerülése azután a szükséges kísérleti és tudományos nemzetközi alapelvek szerint fog megállapíthatni.

Cseh egészségügyi bizottság Magyarországon. Tegnap utaztak el *Rosol I. dr.* cseh egészségügyi minisztériumi főhivatalnok vezetése alatt azok az orvosok és socialhygienikusok — számszerint tízen —, akik Budapest népegészségügyi berendezéseit és a közegészségügy igazgatását tették tanulmány tárgyává. Őt napi ittartózkodásuk alatt megtekintették a székesfőváros valamennyi socialhygieniai és közegészségügyi intézményét (Stefánia-Szövetséget, gyermek-menhelyet, kenyérgyárat, vakok intézetét, nyomorékgyermekek otthonát stb.) és a látottak felett legnagyobb meglepetésszerűen adtak kifejezést. Mint hírlík, számos intézmény létesítése áll Csehországban küszöbön, amelyeknek felállításánál a Budapesten szerzett tapasztalatokat fogják értékesíteni.

Németország kórházi statisztikája. Németország kórházainak száma összesen 4501, ebből 398 elme-gyógyintézet, 139 szemkórház és 145 szülő-otthon. Ezekben az intézetekben együttvéve annyi kórházi ágy van, hogy minden 10.000 lakosra 54 kórházi ágy jut. Az ápolási hányados átlag 440 volt 10.000 lakóra, vagyis egy kórházi ágy évente nyolc beteget forgalmazott.

Orvosok vizsgálja Romániában. Romániában ezennél úgy a kórházi, mint minden más hivatalos orvosi állás elnyeréséhez úgynevezett képesítő-vizsga szükséges. Ezzel az intézkedéssel a protekciót akarják kiküszöbölni, mert az állást minden körülmények között annak kell juttatni, aki a vizsgát legjobban kiállotta. Más oldalról azonban az intézkedés rendkívül méltánytalan, mert különösen a kisebbségi orvosok nyelvi nehézségek, a szegényebbek pedig a vizsga nagy költsége miatt hátrányt szenvednek.

Anglia orvosainak száma. A legutóbbi hivatalos kimutatás szerint az angol királyságban csaknem 50.000 orvos él. Mivel a lakosok száma 48 millió, egy orvosra nem jut egészen 1000 ember.

Állami tisztviselők betegsegélyző pénztára. A nagy országgyűlés illetékes bizottságai nagy többséggel fogadták el az állami tisztviselők betegsegélyző pénztárának alakításáról szóló törvényjavaslatot. Az állam meghatározott pénzügyi segítséget nyújt a pénztárnak és a biztosítás terheit is nagyrésztben viseli, de azzal a kikötéssel, hogy a tisztviselőket nem lehet kötelezni a pénztárba való belépésre.

Helyreigazítás. 10. számunk 259. oldalán az első hasáb 16. sorában „haemorrhophilia” helyett „haemorrhophilia” olvasandó.

Olaszországi tanulmányút orvosok részére. Az „ENIT” (Ente Nazionale Industrie Turistiche) ez évben szeptember hó 12-től 28-ig rendezi III. tanulmány-útját orvosok részére Felső-Olaszországban. Az utazási terv szerint a résztvevők szeptember 12-én találkoznak Abbáziában, szeptember 13-án indulnak Portorose, Gradó, Velence, Abano, Battaglia, Roncigno, Levico, Merán, Bolcáno-Gries, Riva, Gardone, Sirmione és Salsomaggioreban oszlanak szét. A tanulmányút vezetője *Prof. Guido Ruata*, az ENIT főtitkára. Az utazás elsőosztályú különvonaton, illetve hajón történik. Minden fürdőhelyen a helyi viszonyokat ismerő szakember ismertető előadást tart, melyet követ a hely nevezetességeinek és gyógytényezőinek bemutatása. Az előadásokat németül, franciául és angolul tolmácsolják és nyomtatásban is rendelkezésre bocsátják.

A tanulmányúton kizárólag orvosok vehetnek részt, esetleg családjuk egy tagjának kíséretében. A részvételi díj személyenként 1600 líra, ebben úgy az útiköltség, mint az elsőrendű ellátás bentfoglaltatik. Ezenfelül az olasz államvasút a résztvevőknek tetszés szerinti olasz határállomástól Abbáziáig szeptember 1-től, és a tanulmányút végső pontjától, Sansomaggiore-tól vagy Florentól, vagy Rómától tetszés szerinti határ- vagy kikötőállomásig október 15-ig menetdíjkedvezményt nyújt. A résztvevők száma legfeljebb 200, de a jelentkezéseket június 30-án mindenesetre lezárják. Előjegyzéseket a kiadóhivatalunkban kapható úrlapon a következő címre kell küldeni: Ente Nazionale Industrie Turistiche, Rom, Via Marghera 6.

Továbbképző tanfolyam Bécsben. A bécsi orvosi facultás június 14–27-ig osztrák és külföldi orvosok számára továbbképző tanfolyamot rendez a tuberculosistárgykörből, különös tekintettel annak terápiájára. A tanfolyamot június hó 28-tól július 3-ig a specialis gyógyító-technikákat bemutató gyakorlati seminarium követi. A tanfolyam részvételi díja 40 schilling. Jelentkezni írásban lehet *A. Kronfeld dr.-nál*, Wien, IX, Porcellan-gasse 22. A Bureau der Wiener Ärztekurze (VIII, Schlössel-gasse 22.) 5 schilling előzetes beküldése esetén a résztvevőknek igazolványt ad, mely 50%-os osztrák visum-kedvezményen felül, jónévű bécsi szállókban, pensiókban és éttermekben kedvezményre jogosít.

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

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 28-tól március 6-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	1	Gyermekágyi láz...	2	(—)
Kütegyes hagymáz	—	—	Báranyhimlő	40	(—)
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	31	(—)
Kanyaró	65	—	Vérhas	4	(—)
Vörheny	67	4	Járv. agygerincgyógyhár. yalob	—	1
Szamárhurut	16	1	Trachoma	32	(—)
Roncs, torok, gégeleob	26	2	Veszetttség	—	(—)
Influenza	6	4	Lépfene	—	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Kopits Jenő: Újabb műteti eljárások a sántítás corrigálására világhozott csípőizületi ficamodásnál. (287—290. oldal.)

Borza Jenő: Az Ambard-constans értéke a vesék működésének megállapításánál. (291—294. oldal.)

Kretz Tibor: Túlérett hályog által okozott iridoeyklitisek. (294—296. oldal.)

Konezvald Tibor: A hypertrichosis acquisita viszonya a belső elválasztáshoz. (296—297. oldal.)

Friedrich László: Chronikus gyomorvolvulus esete. (297—299. oldal.)

Therapia és diagnostika. Hajós Károly: Az oxyuriasis kezeléséről. (299—300. oldal.)

Szarvas András: Műfogás a térd- és láb-clonus kiváltására. (301. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. — Szülészet és nőgyógyászat. (301—304. o.)

Könyvismertetés. (304—305. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 12-i ülése. (305—306. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat március 10-i ülése. (307. old.)

Honvéder orvosok Tud. Egy. március 9-i ülése. (307. oldal.)

Az Apponyi Poliklinika február 24-i ülése. (307—308. oldal.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának március 6-i ülése. (308. oldal.)

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának március 6-i ülése. (308—309. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület március 11-i ülése. (309. o.)

Kérdések és feleletek. (309—310. oldal.)

Vegyes hírek. (310—311. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Újabb műteti eljárások a sántítás corrigálására világhozott csípőizületi ficamodásnál.*

Írta: *Kopits Jenő dr.* egyetemi rk. tanár, a Stefánia-gyermekkorház orthopaed-főorvosa.

Az irreponabilis világhozott csípőizületi ficamodások kérdése rendkívül fontos tárgya az orthopaediának s az ismertető műteti eljárások nagy haladást jelentenek azok gyógykezelésében.

Kisgyermek csípőizületi ficamodásának a meggyógyítására a *Lorenz*-féle reponáló eljárás olyan kitűnő gyógyító mód, hogy a kellő időben jelentkezéskor már 90% gyógyulást tudunk felmutatni. E gyógyító eljárás már annyira ismeretes, hogy azzal ez alkalommal egyáltalán nem akarok foglalkozni. Jóllehet azonban ez a reponáló eljárás már 30 éves multa tekinthet vissza, a nagyközönségnél is legszélesebb körben ismeretes, mindenfelé gyakorolják, nyilvános rendeléseken a legszegényebbek számára is hozzáférhető — én magam a Stefánia-gyermekkorház orthopaediai rendelésén 1032 ficamodott izületet reponáltam —, mégis ezzel a nálunk elég gyakori deformitással elég sok gyermek nő fel, aki részben indolentiából, részben a kellő időben helyes diagnosis megállapításának a hiányában gyógykezelés nélkül marad s viszi át baját azon a koron túl, midőn már ily egyszerű eljárással nem lehet segíteni rajta. Ezek azután kinöve a gyermekkorából fogyatkozásuk tudatára ébrednek, mert súlyosan érzik defectusuk hátrányait s kétségbeesve fordulnak szakorvoshoz segítségért.

Nagy tévedés azt hinni, hogy a világhozott csípőizületi ficamodás csak szépséghibát jelent s a sántításon kívül egyéb semmi bajt nem okoz. Ez áll a gyermekkorra, midőn a ficamodás kis bicegésen kívül

semmi más zavart nem okoz, a hibás gyermek nem kevésbé mozgékony, mint az ép. Bizonyára ez a körülmény is hozzájárul, hogy a szülők hallgatnak arra a laikusoktól, sajnos nem egyszer orvosi szájából is hallott megnyugtató szavakra, hogy gyermekük idővel majd kinövi baját s emiatt nem vétetik idejében gyógyításba. Minél inkább növekszik azonban a gyermek, különösen a pubertas korában s még később, előtérbe lépnek bajának egyéb nehézségei is. Eleinte a játékban, később sem mulatságban, sem munkában nem tarthat lépést egykorú társaival. Alakja és mozgása is megváltozik, medencetája kiszélesedik, temporai kiállanak, farpofáin erős zsírpárna fejlődik ki, összeszorított térdekkel, törzsét egyik oldalról a másikra himbálva lábujjhegyen jár, de ez a csunya járás is nagy fáradtságába kerül. Ha tekintetbe vesszük, hogy ez a baj a leányok deformitása, mert minden hét leányra jut egy fiú, úgy megérthetjük, mennyit szenved psychica is az ilyen gyermekkorában gyógykezelés nélkül maradt nő, aki fogyatkozása miatt legtöbbször leánysorban is marad. Miután a combok terpesztése sokszor a legnagyobb mértékben akadályozott, még a tisztálkodás is akadályozott, a combhajlásban legtöbbször nedvező bűzös intertrigók vannak. A combok eme zárt helyzete mindkét oldali ficamodásnál legtöbbször cohabitációs akadály. A testsúly növekedésével és a kor előhaladásával a ficamodott csípőben fájdalmak lépnek fel, melyek eleinte csak járásnál jelentkeznek, később azonban állandósulnak. Ezek a neuralgiaszerű fájdalmak nem lokalizálhatók pontosan, kiterjednek az egész fartájjra, lesugározhatnak a combokra és néha az ágyéktájjra is. E fájdalmak nem egyszer annyira fokozódnak, hogy az illetők járásra teljesen képtelenek lesznek s világhozott bajuk elkésérti egész életüket. A világhozott csípőizületi ficamodás tehát az egész test munkaképességének erős csökkenését jelenti.

Amennyire biztosan tudjuk a kisgyermek csípőizületi ficamodását gyógyítani, annyira tehetetlenek voltunk a legutóbbi időkig, a gyermekkorban kezelésben nem részesült felnőttek ficamodásával szemben,

* 1925 december 12-én az Orvosegyesületben tartott előadás.

Hogy állunk a véres repositióval? Ezelőtt 30 évvel Hoffa és Lorenz kezdeményezésére a műtét gyakorlása sok követőre talált. E műtétnek nagy hasznára voltak a tudománynak, mert általuk sikerült megismerni a ficamos ízület pathológiáját minden korban, mely ismeretekeken épült fel azután Lorenz véres műtét nélküli repositió eljárásának a módszere. Kevesebb haszna volt azonban e műtétekből a betegeknek, mert az elért eredmények nagyon rosszak voltak. A legnagyobb gondosság mellett is, a nagy beavatkozás és a repositióval járó manipulációk nagyon sokszor súlyos sebfertőzéshez vezettek, sőt emiatt sajnos e műtétek sok áldozatot is követeltek. A meggyógyult eseteknél pedig a műtét quo ad functionem tette tönkre az ízületet, mert azok legtöbbször teljes merevséggel gyógyultak meg, akár sikerült a reponált fejecset a helyén megtartani, akár nem. Hozzá még az ízület merevsége használatra alkalmatlan helyzetben, legtöbbször contracturában következett be, ami még inkább rontott az állapotot. Ezek a tapasztalatok, amikor a véres műtét nélküli repositió eljárás jónak bizonyult és annak jó eredménnyel való alkalmazása általánosan ismertté lett, a véres repositiók teljes elhagyására bírták a műtöket, gondolva, hogy a ficamodásokat mind sikerül majd gyermekkorban meggyógyítani. Azonban a ficamodások bizonyos kis százaléka gyermekkorban is irreponabilisnak bizonyult, azonkívül elég ficamodás maradt még azután is gyógykezelés nélkül, ami sok műtöt ismét a véres repositio felvételére bírt. Az eredmények ekkor sem lehettek jobbak. Az a körülmény, hogy a ficamodott fejec és az acetabulum alakja s felülete annyira incongruens, szükségessé teszi, hogy egyik a másikhoz idomíttassék lefaragással és mélyítéssel, ez pedig a csipőizület alkatánál fogva nagyon könnyen az ízület ankylosisához vezet. Az orthopaed-congressusok folyamán, hol ez a thema állandóan szönyegen volt, a véres repositio eljárás követőinek és ajánlóinak száma évről-évre fogyott, főleg mióta az éppen előadandó műtét eljárások jónak bizonyultak.

Ma már a véres repositiót csak kisgyermeknek olyan irreponabilis ficamodásánál ajánljuk, ahol a repositio akadály a lágyrészekben, legtöbbször a tokszalag szűkületében van. Itt a műtét tisztán lágyrészműtét, mert a lágyrészakadály eltávolítása után a repositio és az utókezelés éppúgy végzendő, mintha a repositiót véres műtét nélkül végeztük volna.

Az irreponabilis ficamodásban szenvedők előbb leírt panaszával szemben, a véres műtéten kívül, sajnos más eszközünk mostanáig nem állt rendelkezésünkre, mint a támasztó-fűző és az alsó végtagot, valamint a csipőt befoglaló rögzítő és támasztókészülék, azonkívül massage és egyéb mechanotherapiás eljárások alkalmazása.

1918-ban először Baejer, majd utána Lorenz ajánlott ismét műtét beavatkozást, 1923-ban Schanz közölte ugyanezen célt szolgáló műtét eljárását, melyek nem a ficamodás megszüntetésére, hanem az abból származó súlyos zavarok enyhítésére szolgálnak. Mindkét műtét mód az ízületi képleteket érintetlenül hagyja, a combcsont extra-articularis linearis átvésésében áll, de a műtét lényege a csont széjjelválasztott proximális és distalis végeinek oly elhelyezése és összegyógyítása, mely a kitűzött célnak legjobban megfelel. E műtét eljárásokat szórványosan gyakorolták, míg a múlt évi gráci orthopaed-congressuson, mint annak egyik fő themája került tárgyalás alá s az ott kialakult kedvező vélemények alapján ma már általános elterjedést nyert.

A műtét céljának és hatásának megértése végett

szükségesnek tartom, hogy az ép csipőizületet, utána pedig a ficamodásos csipőizület mechanikájának idevonatkozó részét előrebocsátva, legalább röviden vázoljam. A járás és állás mechanizmusának a megértéséhez szükséges a törzs, illetve a medence alátámasztására és egyensúlyozására szolgáló anatómiai berendezésnek az ismerete.

Ülő embernél a medence alátámasztása teljesen passiv, alátámasztásra az ülőhely felülete szolgál. Éppen azért mondható az ülés nyugalmi helyzetnek, mert kivitelem minden izommunka igénybevétele nélkül lehetséges. Álló embernél a medence két oldalán, a két ízületi-vápa mélyen elhelyezett combfejecsek útján, a combcsontokkal, mint oszlopokkal van alátámasztva. Ez is passiv alátámasztás, de ez egymagában nem elegendő, a medence egyben egyensúlyozásra is szorul, melyet izomerővel lát el a szervezet. Eszméletét veszített ember izomműködés hiányában összeesik. A medence állásnál csupán a csontos alátámasztás mellett a sagittalis síkban előre és hátra dőlne. Hátradőlését a csipő-combszalag (Lig. Bertini), a test legerősebb szalaga passiv akadályozza meg feszülésével, előre dőlésének pedig a farizmok, a medence-combesont és a medence-lábszár izomszövetek activ működése vet gátat. A medence egyensúlyozására tehát már álláskor is passiv és activ erőkre van szükség. Még inkább szükség van activ erőkre járáskor, midőn a járás bizonyos phasisában egy lábon állunk. Ilyenkor a medencét a frontalis síkban is kell egyúttal egyensúlyozni, mert midőn az egyik lábunkat felemeljük, úgy a medence izomműködés hiányában a felemelt végtag oldalára ledőlne, de ekkor működésbe lép a középső és kis farizom (Mm. gluteus med. és min.). Ez izmok rögzített medence mellett a végtag távolítását végzik, most azonban az álló végtag nagytomporán lévő tapadásuk lesz a fixpont és arrafelé húzzák a medence ugyanazon oldalát a csipőcsont lapátjának külső oldalán legyezőalakú eredésükkel, hogy a medencét a vízszintesben megtartsák. A farizmok ezen működéséről meggyőződhetünk, ha járás közben tenyerünket két oldalt fartajunkra helyezzük, akkor érezzük felváltva tenyerünkkel az izomzat összehúzódását.

Ha az egy lábon állás huzamosabb ideig tart, úgy a medence nemcsak a vízszintes síkban marad, hanem a felemelt láb oldalán levő medencefél erősen a fölé emelkedik.

E berendezés leírt funetiójához szükséges, hogy úgy a passiv, mint az activ erőket szolgáltató bonctani képletek tökéletesek legyenek. A passiv alátámasztáshoz szükséges, hogy az ízületi vápa felső boltozata, az azt alátámasztó fejec ép, valamint a combnyak hajlási szöge normalis legyen (Mikulicz szerint átlag 125–126°), az activ működést adó izomzat összehúzódó képessége jó legyen, az izomrostok lefutásának az iránya, azok kifeszítése, eredése és tapadása között a normalis bonctani elhelyezésnek feleljen meg.

Akár a passiv alátámasztás, akár az activ izomműködés hiányos, a medence és vele a törzs egyensúlyozásában zavar áll be, aminek az eredménye sántítás lesz.

Világrahozott ficamodásnál, az ízület dysplasiája folytán, a medence alátámasztásának az imént vázolt berendezése a legnagyobb mértékben meg van zavarva. Az ízületi vápa hypoplasiás és üres, a fejec kificamodva magasra föléje csúszott, magával ragadva a combcsont nagy tomporával a farizmok tapadási helyét is, minek következtében, azok eredési és tapadási pontjai közeledésével, az izmok petyhüdtékké válnak. A fejec a középvonaltól előre vagy később hátrafelé helyezkedve, úgy megváltoztatta egyszersmind az izom lefutásának

irányát is, hogy már ezáltal is egyáltalán képtelenné válik eredeti hivatásának a teljesítésére. E kettős körülmény folytán az izomzat működésében *relativ insufficiencia* áll be.

Ficamodásos gyermek oldalfekvésben alsó végtagját abducálni nem tudja, ha pedig ficamodott oldali lábára áll, úgy medencéje nem marad a vízszintes állásban, hanem a felemelt láb oldali medencefél a vízszintes sík alá süllyed. Ezt nevezzük *Trendelenburg-tünetnek*. Már most ezek alapján megérthetjük a ficamodásos gyermek sántítását, még akkor is, ha a ficamodással járó végtagrövidüléstől s a fejecsnek támasz hiányában ránehezedéskor való kisfokú felcsúszásától eltekintünk. Ahányszor az illető járásnál váltakozva ficamodásos végtagjára nehezedik, medencéje az ellenkező oldalra dől, de hogy törzse egyensúlyát el ne veszítse, az álló végtag oldali m. erector trunci lép működésével a törzs egyensúlya helyreállításában az insufficiens farizmok helyébe s a törzset erőteljesen, mintegy rántja a ficamodásos oldalra. Innen az a látszat, hogy a törzs az insufficiens csípőbe úgyszólván beledől. Az erector trucinak ez a váltakozó megfeszülése meztelenül járó gyermeknél nagyon jól látható.

A medence alátámasztásának ezt a zavarát és az ebből eredő sántítást corrigálják az előadandó újabb műtéti eljárások, melyek hivatva vannak, úgy a *passiv* alátámasztás, mint az *activ* izomműködés hiányosságát pótolni, maguknak a hiányos izületi képleteknek nyugalomban hagyása mellett. *Baeyer* és *Lorenz* szerint a műtét maga a combesont kis trochanter alatti osteotomiájából áll, melyet *Hass* ajánlatára lehetőleg a frontális síkot megközelítően, ferdén végzünk. A csont folytonosságának a megszakítása után a distális csontrészt átvéselt végét a végtag túlfeszített és abducált helyzetében az izületi vápa irányában medialisán toljuk, hogy az acetabulumba benyomódjék s a lágyékban a fejecs normalis helyén érezhető legyen, e mellett a combesont proximalis végét erősen adductióba helyezzük (1. ábra).

Az átvéselt csontvégek ilyen elhelyezése által, azok összegyógyulása után, a combesont villaszerűen elágazik, azért *Lorenz* a műtétet „Gabelung“-nak nevezte el, latin terminus technicussal *bifurcatio femoris*-nak hívjuk. A villa hosszabbik ága a combfejecs a nagy és kis tomporral, rövidebb ága pedig, a distalis csontrészt kiálló, az izületi vápába nyúló része. A tapasztalat azt mutatja, hogy a functionalis eredmény akkor is jó, ha a distalis csontrészt vége nem támaszkodik oly pontosan bele az izületi vápába, mint jól sikerült műtétünk ábráján, hanem ehelyett az izületi vápa magasságában a csontvégek eltolódásából képződött csontszöglet adja a csontos passiv támaszkodást. E műtét által a functio javulását *Baeyer* a trochanter alacsonyabb elhelyeződése folytán a gluteus medius és minimus *passiv* feszülésének tulajdonítja, míg *Lorenz* eredetileg a distalis átvéselt csontvég acetabulumba helyezésével, az addig lágyrészeire felfüggesztett medencefél tisztán *passiv* alátámasztásával magyarázta a javulást.

Magában véve egyik magyarázat sem fedi a valószínűséget, mert valójában az *activ* és *passiv* erők kombinált hatásának a helyreállításával jön létre a támaszkodás javulása. *Azáltal, hogy a distalis átvéselt vég belekampon az acetabulumba, ellentámaszt nyújt az alacsonyabba került trochanteren tapadó, ismét kellő feszülésére kinyújtott izomzat activ működéséhez.* A műtét hatásaként a medence alátámasztása hiányosságából származó, a ficamodásra annyira jellemző sántítás megszűnik. A ficamos oldali végtagra állva, a medence vízszintesen marad, sőt jól sikerült esetben, az izomzat erejének

a helyreállítása után, az ellenkező oldali medencefél még a vízszintes sík fölé is emelkedik, ami bizonyítja, hogy az alátámasztásnál nemcsak passiv, hanem activ erők is közreműködnek az egyensúly helyreállításában.

A műtét egyetlen hátránya, annyi kiválósága mellett, hogy az úgy is meglevő *rövidülés* a műtét következtében méginkább *fokozódik*; azonban a rövidülésnek a cipő talpán és sarkán való kiegyenlítésével az ebből eredő sántítás is megszűnik.

Schanz ugyancsak subtrochantericus osteotomiával, de az átvéselt végek más elhelyezésével igyekezett az alátámasztás kérdését megoldani. Abból a gondolatmenetből indult ki, hogy a Trendelenburg-tünetnél a medence addig süllyed le a felemelt végtagú oldalon, míg a medence oldala a combesonthoz ütődik, ahol megtámaszkodva tovább nem süllyedhet. A combesontnak ezt az ütközőhelyét akarja közelebb hozni műtétével a medencehez. Az osteotomiát tehát mélyen, a medence



1. ábra.

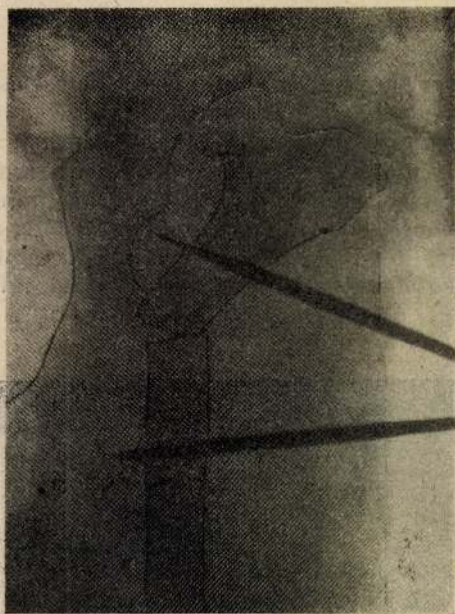
kimenete magasságában végzi, utána a proximalis csontvéget annyira adductióba hozza, hogy az a medence oldalához odafeküdjék, a distalis csontrészt pedig a test hossz tengelyével fusson párhuzamosan. Ezáltal az osteotomia helyén tompaszögben ki- és hátrafelé nyílt szögbetörést létesít a combesont. E szögbetörésnél nagyon fontos, hogy az átvéselt csontvégek pontosan egymás végében feküdjenek, aminek biztosítására hosszú csavarokat szerkesztett, melyeket bizonyos távolságban a csontba illeszt s köztük középen a csontot lineárisan átvési. A csavarok a gipszkötésbe befoglalva, legalább három hétig a bevarrott sebben, a csontban maradnak s így biztosítják a csontok megadott helyzetben való megmaradását. (2. ábra.)

Az így támadt, csúcsával a test középvonala felé néző csontszöglet a medence lesüllyedésekor hamarabb ütközik oda a medence oldalához, mint különben a megközelítően függőleges vonalban lefutó combesont, azt megtámasztja s a trochanter mélyebbre helyezésével egyben a farizmok feszülését is létrehozza (3. ábra). Nagy előnye a *Schanz*-féle műtétnek, hogy utána a *meglevő rövidülés egyáltalán nem fokozódik*.

A műtét után, akármelyik legyen az, azonnal gipszkötést alkalmazunk a végtagra, mely a lábat, a meden-

cét, sőt pár hétre az époldali combot is befoglalja. A gipszkötést az operált kora szerint 2–3 hónapig hagyjuk a testen. Szükség esetén a gipszkötésen át lehet ellenőrizni a csontvégek helyzetét. A második ábrán feltüntetett Röntgen-kép is gipszkötésen át készült.

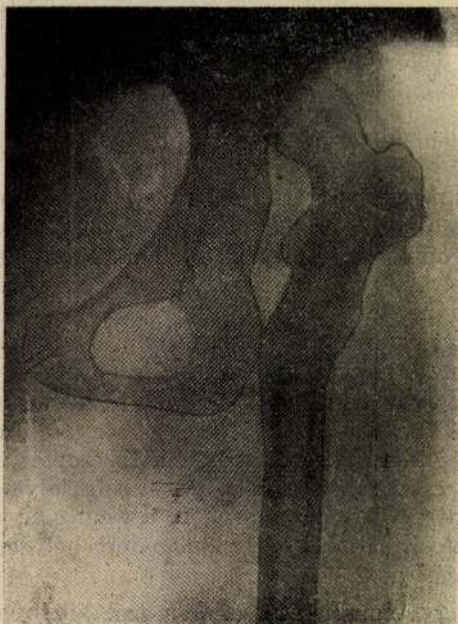
Mindkét műtét bár palliatív eljárás, kitűnő ered-



2. ábra.

ményeket ad s a hibás alátámasztásból származó zavarokat kiküszöböli, ami által:

1. a csípő támaszkodási insufficienciájából származó sántítást megszünteti;
2. a járóképességet javítja, kitartóvá teszi;



3. ábra.

3. a végtagok mozgását, különösen abductióképességét, úgy passive, mint active annyira fokozza, hogy vele az adducált combtartás minden hátránya megszűnik;

4. a járásnál mutatkozó, sokszor kínzó fájdalmak műtét után azonnal elmúlnak;

5. végül a kiálló nagytompor mélybesüllyedésével a fartájék külső alakja is előnyösen változik meg.

A műtét nemcsak egyik oldali, hanem mindkétoldali világrahozott ficamodásnál is alkalmazható. Ilyenkor a műtétet nem együlésben végezzük mindkét oldalon, hanem az egyik oldal meggyógyulása után vesszük elő a másik oldalt. Nagyon kell ügyelni mindkétoldali ficamodásnál, ha bifurcatiót végzünk, a végtag abductiójára s a distalis végből alkotott ütközőkar hosszára, mely ha nincs megfelelően méretezve, megeshetik, hogy műtét után a végtagok nem állíthatók párhuzamosan egymásmellé.

A műtétek alkalmazása indicált mindazon világrahozott ficamodásoknál, melyek akár koruknál fogva, akár esontos vagy az izomzat részéről felmerült legyőzhetetlen akadály miatt nem reponálhatók.

A patients korának a határai eddigi tapasztalatok szerint sem lefelé, sem felfelé nincsenek korlátozva.

Meg kell még említenem, hogy a műtési eljárások nemcsak világrahozott csípőízületi ficamodásnál, hanem a csípőízület mindazon defectusainál sikeresen alkalmazhatók, melyeknél a támaszkodási zavarok azonosak a világrahozott ficamodásnál ismertekkel. Nevezetesen: *combnyak álizületénél* combtörés után; *pathológiás combficamodásnál*, hol a fejecs elpusztulása miatt a fejecs minden támaszt nélkülöz; *coxa vara luxansnál*, stb.

Én magam, a Stefánia-gyermekekórházban, eddig 18 esetben végeztem a műtétet, mégpedig 10 esetben bifurcatiót, 8 esetben a Schanz-féle műtétet.

13 esetben világrahozott ficamodás miatt,

3 esetben pathológiás ficamodásnál,

2 esetben Schanz-féle csavaros biztosítást végeztem gümős csípőízületi gyulladás után fejlődött flexiós-adductiós combállás megszüntetése végett.

Ha eddigi tapasztalataim alapján véleményt akarok mondani a kétféle műtési eljárásról, úgy:

1. a *Bayer-Lorenz-féle* bifurcatiót physiologiasabb megoldásnak tartom, mint a *Schanz-féle* műtétet, mert azáltal, hogy a combcsont kiálló bütykével physiologias helyen az acetabulumba támaszkodik, sokkal inkább megközelíti a normalis anatómiai berendezést. A passiv megtámasztás tehát a bifurcaciónál tökéletesebb.

2. A bifurcatio után a Trendelenburg-tünet megszűnése sokkal teljesebb. Míg a *Schanz-féle* műtétnél a medence oldalsó egyensúlyozása csak a vízszintesig sikerül, addig bifurcatio után active a vízszintes sík fölé tudja emelni époldali medencefelét az operált. Az activ izomműködés helyreállítása is jobb a bifurcaciónál.

3. Olyanoknál, akik az életben nehéz testi munkát végeznek vagy fognak végezni, nagyobb garantiát nyújt a bifurcatio a végleges jó eredményre.

4. A *Schanz-féle* műtét jó, de kevésbé megbízható eredményével meg kell elégednünk, ha a patients nagy súlyt helyez arra, hogy rövidülése ne fokozódjék s esetleg orthopaed-cipő nélkül tudjon járni.

A leírt műtési eljárások ma még főleg az indiciók felállítását és a műtét kivételét, helyesebben a végtag beállítását illetően, fejlődőben vannak s idővel ezek a további gyakorlatban bizonyára több változást fognak szenvedni, de mindenesetre nagy haladást jelentenek a világrahozott csípőízületi ficamodás gyógykezelésében, melyet örömmel kell üdvözlünk.

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudomány-egyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza dr. egyet. ny. r. tanár).

Az Ambard-constans értéke a vesék működésének megállapításánál.

Írta: Borza Jenő dr. egyetemi tanársegéd.

(Első közlemény.)

1912-ben Ambard, aki előzetesen Weill kutyákon, később embereken kísérleteket végzett, egy törvényszerűséget talált a vérsavó huyanytartalma és 24 óra alatt a vizelettel kiválasztott ureum mennyisége között. Kísérletei alapján két törvényt állított fel s azt egy harmadikban egyesítette, amelynek eredménye az ő constansa, ami egészséges veseműködésű emberek-nél 0.07.

Legueu általában a franciák nagy vívmányának tekintették a „constante ureosecretoire“-t, annál is inkább, mert ezidőszent nincs egy biztos számszerűen kifejezhető pontos adatunk arról, hogy a veseparenchyma egyes betegségeiben milyen arányban vesz részt, illetőleg működése milyen mértékben eszkent.

I. törvény. Ha a vér huyanytartalma változik, a vese azonban a vizeletet egyforma huyanytartalommal választja ki, úgy a vizelettel 24 óra alatt kiválasztott ureum mennyisége (D) egyenesen arányos a vérsavó ureumtartalmának a négyzetével. $\frac{Ur}{\sqrt{D}} = C$. Amikor az ureumconcentratio a vérben 1, 2, 3, akkor az ureumconcentratio a vizeletben (D) 1, 4, 9-re emelkedik ($D_1 : D_2 = Ur^2 : Ur_2^2$).

II. törvény. Ha a vér huyanytartalma állandó s a vese a vizelettel az ureumot változó koncentrációban választja ki, úgy a vizelettel 24 óra alatt kiválasztott ureum mennyisége (D) fordítva arányos a vizelet ureumtartalmának (C) a négyzetgyökével. A diuresis változtatása folyadékbevitellel történik $\frac{D_1}{D_2} = \frac{\sqrt{C_2}}{\sqrt{C_1}}$.

Hogy az egyes eredményeket egymással összehasonlíthassa, a vizelettel 24 óra alatt kiválasztott ureum mennyiségét (D) egy normalis egyénnél, normalis táplálék mellett 25%-nak vette. Ezt a számot úgy kapta, hogy egészséges egyéneket három napig aludt-tejjel táplált, amelyhez 25–30 g cukrot adott. A coagulált tej savóját előzetesen eltávolította. A harmadik napon pár korty vizet adott és a negyedik nap meghatározta a vizelettel kiválasztott ureum mennyiségét. Átlagban 55–56 g-százalékot kapott s ennek az értéknek vette a felét mint normalisat egészségeseknél. Ha a 25 g-százalékot a képletbe behelyettesítjük, akkor

$$\frac{D_{25}}{D} = \frac{\sqrt{C}}{\sqrt{25}} \text{ vagyis } D_{25} = D \cdot \frac{\sqrt{C}}{5}$$

Az első törvény egyenletébe $\frac{Ur}{\sqrt{D_{25}}} = C$ -ba a D_{25} -öt

$$\text{behelyettesítve } C = \sqrt{\frac{Ur \cdot \sqrt{C}}{D \cdot 5}} \text{ lesz.}$$

III. törvény. Ha a vérsavó és vizelet ureumconcentratioja változik, úgy a vizelettel 24 óra alatt kiválasztott ureum mennyisége (D) egyenesen arányos a vér ureum koncentrációjának a négyzetével és fordítva arányos a vizelet ureum koncentrációjának (C) a négyzetgyökével.

Mivel a vizelettel kiválasztott ureum mennyisége a vesék secretiós felületének a nagyságától függ, azért a vesék nagyságát is tekintetbe kellett venni. Felvette, hogy a vesék arányosak a test nagyságához. Ennek alapján a vesék nagysága helyett, mivel azokat nem lehet megmérni, a testsúlyt (P) állította be a képletbe olyanformán, hogy a vizelettel 24 óra alatt kiválasztott ureumot (D) megszorozza a normalis testsúllyal, 70 kg-mal s elosztja a vizsgálandó beteg testsúlyával, P-vel.

$D : 70 : P$ -vel s így

$$C = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D \cdot 70}{P} \cdot \frac{\sqrt{C}}{5}}} = \frac{Ur}{\sqrt{\frac{D \cdot 14 \cdot \sqrt{C}}{P}}}$$

A képletben:

C = egy liter vizeletnek az ureum tartalma g-okban,
D = a 24 órai vizelettel kiválasztott ureum mennyisége g-okban,

Ur = egy liter vér ureum tartalma g-okban,

P = a vizsgálandó beteg testsúlya kg-okban a vizsgálat alatt.

Számításai alapján kimondja, hogy ha

C = 0.07 akkor teljes, vagyis 100% a vese működése, ha a

C = 0.08 akkor 33% vagyis 1/3

C = 0.10 „ 51% „ 1/2

C = 0.12 „ 64% „ 2/3

C = 0.15 „ 78% „ 4/5

C = 0.20 „ 88% „ 7/8

C = 0.30 „ 95% „ 19/20-a hiányzik a normalis működésnek.

Ha pl. valakinél az $Ur = 0.42$ és a $D = 9$, akkor a constans = $\frac{0.42}{\sqrt{9}} = 0.14$, vagyis 75% működési kiesése és

25% működési képessége van még a veséknek. Ha constans = 0.07-et, vagyis normalis működést akarna kifejteni a veseparenchyma, négyszerannyi ureumot kellene kiválasztania a veséknek a vizelettel, vagyis 36 g-ot, mert $\frac{0.42}{\sqrt{36}} = 0.07$.

Legueu és iskolája, akik az Ambard-constans legelkesebb propagálói, azt mondják, hogy a constans felállításával az ureterkatheter elvesztette minden jogosultságát és tudományos bizonyító erejét a veseműködés megítélésénél. A nephrektomia és prostatektomia indicációját csupán a constans alapján állítja fel. Szerinte a 0.12-es constans prostata hypertrophiásoknál jó, 0.20-as constans és ezen felüli már rossz. Ha azonban valaki azt kérdezné, hogy melyik az a szám, amely-nél még operál, nem tudna rá direct feleletet adni. Meggyógyulhat a beteg 0.13 constansnál is és meghalhat 0.12-nél. Legueu 0.10-nél könnyű functiozavarnak, 0.12 alatt még elég jónak, 0.20 alatt kielégítőnek mondja a veseműködést, 0.20 vagy ennél nagyobb constans már uraemiát jelent.

Quenu a Legueu-klinika 1915–1922. évi operatív anyagát átvizsgálva arra a következtetésre jut, hogy a műtéti eredmények sokkal jobbak, ahol a constans alapján állították fel az indicációt, mint azok, amelyeknél a separált vizelet vizsgálata alapján operáltak.

Chevassu a constanst csakis 70 kg-os betegnél tartja jónak, akiknek sem oedemájuk, sem diabetesük nincs. Egyoldali vesebetegségeknél normalis. Egyoldali compensatorikus hypertrophiája a kevésbé beteg vesének és a másik oldali betegsége, alig emelkedő értéket mutathat. A separálás azonban szükséges, ha kivitele valamely oknál fogva lehetetlen és a constans nem normalis, nephrektomiát nem szabad végezni anélkül, hogy a másik oldalt ne tárjuk fel, kivéve, ha a beteg oldal súlyossága kétségen kívül kiténik.

Le Fur a constanst meghatározza, de a többi vizsgálati módoknak adja az előnyt, ha a constanssal ellen-tes eredményt kap. Andre és Pasteauk a műtéti statisztikája nem javult azóta, amióta a constanst meghatározza. Guggenheimer szerint jó szolgálatot tesz, többszöri meghatározása megmutatja a betegség súlyosbodását. Rosenberg szerint a constans ambulanter végezhető, megbízhatósága mögötte van a többi functionalis vizsgálatoknak. Ha normalis, úgy súlyos functiozavarok nincsenek. Gaudy szerint megmutatja, hogy a beteg kibírja-e a narkosist és a prostatektomiát el lehet-e végezni egy szakaszban. Marion a separatiót értékesnek tartja a constans mellett, mert az utóbbi csak az összvese parenchyma functióját mutatja, de nem ad felvilágosítást, hogy egyik vagy másik vese milyen mértékben vesz részt a működésben. Chabanier

a műtét prognosztisát a constans alapján nem tudja felállítani, mert egy postoperatív hyperazotaemia, illetőleg vesainsufficiencia jó eredmény után sem zárható ki. *Condorelli* azt tapasztalta, hogy a constans emelkedett lehet anélkül, hogy a vese beteg lenne. Ennek oka az extrarenalis okokban keresendő. *Oswald Schwarz* azt mondja, hogy a veseműködés vizsgálata az Ambard-constans által elért csúcsponjtját, mert többet a functionalis diagnostikától nem is lehet kívánni, mint hogy a működés kiesését számokban kifejezze. Legegyszerűbben keresztülvihető és physiologiailag a legjobban megalapozott functionalis vizsgálati módszer. *Volhardt* az Ambard-constanst gyengén megalapozottnak és komplikáltnak tartja. Egészségeseknél többször állandó értékeket kapott, sokszor azonban érthetetleneket, pl. három nap alatt ugyanazon egyénnél 0.095–0.309-et.

Csak kuriozumkép említem, hogy *Chausin* francia matematikus az Ambard-constansban a parabola paraméterének a szabályait ismerte fel, amelynek ordinátája a vér ureumtartalma, abszcisszája pedig a vizelet ureumtartalma. Ezen az alapon kimutatta, hogy a constans relativ ingadozása kétszer kisebb, mint a D és négyszer kisebb, mint a C.

Általában az irodalomban merőben ellentétes vélemények alakultak ki, némelyek elragadtatással használják, némelyek értéktelennek mondják.

Épp ez okból *Illyés* professor úr megbízásából egy nagyobb beteganyagban az urológiai klinikán használatos és bevált funetiós vizsgálatokkal párhuzamosan számítottuk ki, hogy azokkal összehasonlítva meggyőződünk annak értékéről.

Az Ambard-constans kiszámításánál szükségünk van a vérsavó ureumtartalmára (Ur pro ‰), a vizelet ureumtartalmára (C pro ‰) és a 24 óra alatt a vizelettel kiválasztott ureum mennyiségére (D). Ez a három factor a vízfelvétellel és a táplálkozással változik. Ezért a constans tulajdonképpen csak egy bizonyos időben, mintegy pillanattfelvétel szerepelhet a veseműködés megítélésénél. Ez okból a vizsgálatot egy-két óra alatt kell elvégezni. A beteg hólyagját kiürítjük teljesen, ahol retentio van, ott katheterrel. Az üres hólyagban egy, másfél, esetleg két óra alatt meggyűlt vizeletet újból, ha szükséges, katheterrel kiürítjük s ebből meghatározzuk az ureumconcentrációt (C) egy literre, egyben pedig kiszámítjuk, hogy mennyi vizeletmennyisége (V) lenne a betegnek 24 óra alatt s ez mennyi ureumot tartalmazna (D). Ha pl. a kísérlet 60 percig tart s ezalatt az idő alatt 40 cm³ vizeletet választanak el a vesék, akkor *Ambard* szerint a 24 órai vizelet mennyisége a $V = 24 \cdot 40 = 960$ cm³.

A kísérleti idő alatt, leginkább a kísérlet közepén, vaenapunctióval vért veszünk s ebből meghatározzuk a vérsavó ureumtartalmát (Ur pro ‰).

Szükségünk van továbbá a beteg pontos test-súlyára. A kapott értékeket behelyettesítve a képletbe, elvégezzük a számításokat s mint végeredményt megkapjuk az Ambard-constanst.

Nem használható a constans eredménye nagyfokú azotaemiánál, ha a vér ureumtartalma egy gramm pro mill-nél nagyobb. Lázás állapotnál ingadozik, diabetesnél alacsonyabb, ehlorsegény tápláléknál magasabb, a vizelet fehérjetartalma csökkenti, igen rossz általános testi állapot, vagy igen jó erőbeli állapot emeli.

Az első csoportba (1. táblázat) tartozó 17 betegnél 36-szor határoztuk meg a constanst, még pedig műtét előtt és műtét után abból a célból, hogy lássuk, hogyan viselkedik a constans, javul-e vagy rosszabbodik a klinikai állapot javulásával.

A normalishoz közelálló értéket egy esetben találtunk, még pedig az 1. számú esetben műtét előtt 0.076-ot. A 69 éves betegnek négy év óta voltak vizeleti panaszai. A vesék működése a prostataműtét elvégzése szempontjából jó volt. Az indigo 10 perc múlva már megjelent és 15 perc múlva intenzív kékké vált. 1024 fs.-ig concentrált és 1009 fs.-ig hígított. Rn.-je 32 mg-százalék, vérsavó $\delta = 0.58$ volt. Műtéttel 95 grammos

tumor távolított el. Műtét után egy hónappal, dacára, hogy a javulás kétségtelen jelei megvoltak, a vérsavó δ -ja 0.57, Rn.-je 20 mg-százalék volt, a constans 0.13-ra emelkedett. Tehát a műtét előtt a 100%-os funetióval működő vesék a műtét után, dacára a szem-mellátható javulásnak, a constans után ítélve, csak 30%-os működési képességgel dolgoznak.

A 9. számú betegnek egy év óta voltak vizeleti panaszai. 1019 fs.-ig concentrált, 1003 fs.-ig hígított. Az indigo 20 perc múlva megjelent, 35 perc múlva intenzív kékké vált. Rn. 44 mg-százalék, vérsavó δ 0.58 constans = 0.11 volt. Műtét után a gyógyult betegnél,

1. táblázat.

Szám	Név,	kor	δ	Rn	A K	V	C	D	Ur	P
1.	H. I.	69	0.58	32	0.076	1004	32.05	35.38	0.46	64.70
"	"	"	0.57	20	0.13	800	8.65	6.92	0.29	58
9.	G. I.	69	0.58	44	0.11	2764	8.31	22.96	0.46	55
"	"	"	0.58	44	0.12	1500	11.05	16.57	0.47	53.3
12.	G. I.	69	0.56	37	0.12	1536	18.37	23.57	0.59	65
"	"	"	0.59	34	0.13	1296	13.10	16.97	0.53	58.2
14.	G. S.	69	0.58	44	0.13	1070	14.73	15.11	0.45	73
"	"	"	—	22	0.22	528	7.68	4.05	0.34	69
16.	Z. I.	75	0.55	42	0.14	1200	16.45	19.74	0.68	49
"	"	"	0.56	40	0.34	374	9.48	3.54	0.64	43.2
17.	D. I.	66	0.60	45	0.15	1781	14.05	25.07	0.73	57.3
"	"	"	—	—	0.16	631	13.79	8.70	0.46	56.10
19.	R. Gy.	46	0.59	46	0.18	8736	3.58	31.26	0.68	59.9
"	"	"	0.57	38	0.24	1200	8.33	9.99	0.60	51.4
21.	H. I.	53	0.60	39	0.20	696	14.99	10.43	0.63	58
"	"	"	—	—	0.23	1176	10.28	11.06	0.68	56.10
3.	B. M.	66	0.57	25	0.09	1495	11.30	16.89	0.36	47.4
"	"	"	0.57	16	0.065	1032	13.23	13.65	0.26	43.2
4.	M. S.	68	0.58	38	0.11	840	19.40	16.29	0.58	56.5
"	"	"	—	16	0.09	1896	6.89	13.06	0.26	65.8
5.	F. K.	71	0.56	30	0.12	1344	8.99	12.08	0.37	53
"	"	"	0.56	26	0.10	3096	6.67	20.65	0.37	50.6
6.	L. I.	85	0.58	40	0.10	1992	15.76	31.39	0.65	47.20
"	"	"	—	37	0.09	5016	8.91	44.69	0.59	48.2
8.	Sz. Gy.	64	0.56	36	0.15	960	15.97	15.33	0.58	55.5
"	"	"	0.54	24	0.10	2160	8.35	18.03	0.35	56.7
10.	S. V.	63	0.58	46	0.13	841	13.53	11.31	0.41	57.3
"	"	"	0.58	25	0.11	1200	10.71	12.85	0.37	58.2
18.	M. I.	56	0.58	92	0.34	4704	5.65	26.57	1.46	48.5
"	"	"	0.57	63	0.23	4248	6.79	28.84	0.99	56.5
"	"	"	—	36	0.17	3048	5.76	17.55	0.58	53.5
22.	A. G.	50	0.60	63	0.26	1608	11.92	19.16	1.07	53.7
"	"	"	0.60	56	0.21	1718	12.26	21.06	0.91	54.4
26.	B. G.	66	0.61	40	0.30	432	13.88	6.0	0.64	72.50
"	"	"	0.59	38	0.27	576	12.16	7.0	0.59	72.5
"	"	"	—	37	0.18	888	14.99	13.31	0.58	68.6

dacára, hogy a Rn. és vérsavó δ -ja a műtét előtti fokon maradt, a constans 0.11-ről 0.12-re emelkedett.

Hasonlóak a viszonyok a 12. számú esetenél, ahol szintén a constans a műtét előtti 0.12-ről 0.13-ra emelkedett.

Feltűnő a műtét utáni emelkedés a 14. számú esetben, ahol a vesék működése a műtét szempontjából jó volt, amennyiben 1017 fs.-ig concentrált, 1010 fs.-ig hígított s az indigo 15 perc múlva megjelent és 35 perc múlva intenzív kékké vált. A vérsavó $\delta = 0.58$, Rn. 44 mg, a constans 0.13 volt. Műtét után hat hét múlva a gyógyult betegnél a Rn. 44 mg-százalékról 22 mg-százalékra csökkent, ezzel szemben a constans 0.13-ról 0.22-re emelkedett.

Hasonlóan, de még feltűnőbb módon emelkedett a constans a 16. számú betegnél, akinél a szokásos vizsgálati módszerekkel jó functionalis eredményt kaptunk s dacára, hogy a műtét után a gyógyult betegnél a funetio nem változott, a constans 0.14-ről 0.34-re emelkedett.

0.15-ről 0.16-ra emelkedett a constans a 17. számú betegnél.

A 19. számú betegnek a műtét szempontjából megfelelő veseműködése volt. A műtét után a Rn. 46 mg-százalékról 38 mg-százalékra, a vérsavó δ -ja 0.59-ről 0.57-re csökkent, ezzel szemben a constans 0.18-ról 0.24-re emelkedett.

0-20-ról 0-23-ra emelkedett a constans a 21. számú betegnél, akinél az indigokiválasztás már műtét előtt megjavult, ugyanis 40 percről 20 percre csökkent a megjelenési ideje, s 50 percről 30 percre csökkent az intenzitási ideje.

Műtét után a gyógyulással kapcsolatban esett a constans a 3, 4, 5, 6, 8, 10, 18, 22. és 26. esetekben. Javultak többé-kevésbé a functió vizsgálati eredmények is a klinikai tünetekkel egyetemben.

Amint a fentiekben látjuk, a 17 eset közül 8 esetben emelkedett, 9 esetben csökkent a constans értéke, pedig tulajdonképpen minden okunk meg volt, hogy a constans csökkenését, vagy legalább is állandó megmaradását várjuk.

A constans szerint osztályozva:

3 beteg	0'07-0'10-ig	azaz	100-51%-ig
4 beteg	0'10-0'12-ig	azaz	51-64%-ig
5 beteg	0'12-0'15-ig	azaz	64-78%-ig
2 beteg	0'15-0'20-ig	azaz	78-88%-ig terjedő

működési csökkenéssel, 3 beteg pedig 0-20-0-27-ig, azaz 88%-nál nagyobb fokú működési csökkenéssel a műtétet sikeresen kiállotta és meggyógyult.

A második csoportba (2. táblázat) tartoznak azok a betegek, akiknél csak műtét előtt határoztuk meg

2. táblázat.

Szám	Név,	kor	δ	Rn	A K	V	C	D	Ur	P
31.	F. H.	63	0'57	24	0'084	3600	7'64	27'51	0'36	58'60
2.	K. I.	50	0'53	40	0'083	10620	8'07	85'70	0'64	57
"	"	"	0'57	44	0'16	1737	12'23	21'24	0'71	59'2
20.	R. P.	65	0'60	48	0'30	846	10'19	8'8	0'77	58
"	"	"	0'60	52	0'19	1272	13'77	17'51	0'83	58
23.	K. M.	60	0'60	90	0'57	4080	3'85	16'64	1'17	50
"	"	"	0'58	42	0'25	1344	10'47	14'07	0'89	50
36.	P. P.	68	0'56	35	0'10	1536	16'36	25'12	0'53	58'7
38.	H. F.	80	0'56	23	0'10	1764	10'53	18'57	0'37	59'4
42.	P. L. L.	"	0'54	35	0'12	4512	7'73	34'87	0'55	70
44.	K. L.	75	0'56	28	0'12	3360	7'26	24'39	0'44	68'8
46.	K. O.	67	0'57	35	0'13	2652	13'25	33'13	0'55	59
55.	M. I.	50	0'55	28	0'14	2400	6'98	16'75	0'44	63'5
60.	Sz. P.	66	0'57	28	0'12	1046	13'45	14'07	0'45	57
79.	P. L. I.	65	0'56	36	0'26	1008	9'03	9'10	0'58	76
80.	W. M.	63	0'56	33	0'26	441	12'27	5'41	0'55	56'9
104	K. A.	62	0'56	40	0'14	864	24'67	21'31	0'65	
11.	T. A.	66	0'57	43	0'12	1512	7'81	11'80	0'41	40
50.	F. S.	56	0'59	36	0'13	2136	11'29	24'11	0'58	59
57.	Z. I.	76	0'58	35	0'14	1032	11'48	11'74	0'54	55'8
58.	T. A.	70	0'56	35	0'14	912	17'22	15'70	0'54	65'5
61.	F. D.	65	0'58	43	0'15	1392	17'60	24'49	0'67	72
62.	N. T.	71	0'58	40	0'16	1272	14'69	18'68	0'65	62'5
82.	P. F. I.	70	0'60	52	0'31	808	11'59	9'36	0'83	60

a constanst. 21 betegnél 26 alkalommal számítottuk azt ki, de a normalis 0-07-nek egy esetben sem találtuk.

A 31. számú esetben 0-084 a normalishoz közelálló volt. A többi functionális vizsgálatok eredményei is megfelelőek voltak. 1014 fs.-ig koncentrált, 1000 fs.-ig hígított. Az indigo 5 perc múlva megjelent, azonban 25 perc múlva is csak halványkék volt. A Rn. 24 mg-százalék, a vérsavó δ-ja 0-57 volt. Műtét után négy hétre elpusztult. Sectiós lelet: Pericistitis purulenta, deg. parench. cordis, renum et hepatis. Intumescencia lienis.

A 2. számú esetben szintén 0-083 volt a constans, de mivel a polyuriás betegnél az indigo 20 perc múlva csak igen halványzöldön jelent meg, azonkívül a vérsavó δ-ja 0-53, Rn. = 44 mg-százalék, a hígítás és concentratio stb. nem volt kielégítő, kétheti állandó katheter behelyezése és megfelelő gyógykezelés után újból megejtettük a vizsgálatokat. Dacára a klinikailag kifejezett javulásnak a constans 0-16-ra emelkedett, szemben a 0-57-es vérsavó δ-val és a 44 mg-százalék Rn.-el.

0-30-ról 0-19-re esik a constans a 20. számú betegnél, noha a vérsavó δ-ja 0-60 marad, a Rn. pedig 48-ról 52 mg-százalékra emelkedik, ami azt is jelzi egyúttal, hogy a 0-30 indokolatlanul magas volt. A 65 éves beteg műtét után öt hétre gyógyultan hagyta el a klinikát.

A 23. számú esetben háromheti állandó katheter alkalmazása és megfelelő gyógykezelésre az indokolatlanul magas 0-57-es constans 0-25-re esett, ugyanakkor a vérsavó δ-ja 0-60-ról 0-58-ra, a Rn. pedig 90-ról 42 mg-százalékra süllyedt, jelezvén a functio javulását.

Meggyőzően demonstrálja az Ambard-constans szeszélyes különbözőségét a 36, 38, 42, 44, 11, 46, 55, 104, 60, 79, 80. számú eset. A felsorolt 11 betegnek körülbelül egyforma veseműködése van. Úgy a concentratio, mint a hígítás, az indigo megjelenési ideje és intenzitási ideje, a vérsavó Rn.-je és fagyáspontja stb. a műtét szempontjából jó, majdnem kifogástalannak mondható. A Rn. a legtöbbször 25-35 mg-százalék, egynél eléri a 40, egynél pedig a 43 mg-százalékot, a vérsavó δ-ja 0-56 és 0-57 között ingadozik. Dacára ennek, az Ambard-constans

a 36. és 38. számú betegnél	 0-10
a 42, 44, 60. és 11. számú betegnél	 0-12
a 46. számú betegnél	 0-13
az 55. és 104. számú betegnél	 0-14
a 79. és 80. számú betegnél	 0-26

pár hétre műtét után kivétel nélkül gyógyultan távoztak a klinikáról.

Az 50. és 57. számú esetek veseműködés tekintetében körülbelül egyformák. A concentratio és hígítás, az indigo megjelenési és intenzitási ideje, a 36 és 35 mg-százalék Rn., továbbá a 0-59 és 0-58 vérsavó δ-ja stb. a műtét szempontjából megfelelőnek mondható, a constans az egyiknél 0-13, a másiknál 0-14.

Az 58. számú esetben a 70 éves beteg 1012-ig koncentrált és 1001-ig hígít, az indigo 15 perc múlva halványkékén megjelenik, 20 perc múlva intenzív kék, a Rn. 35 mg-százalék, a vérsavó δ-ja 0-56, a constans 0-14 volt. Műtét után a 36. napon bronchopneumoniában elpusztult.

A 61. és 62. számú beteg veseműködése a szokásos vizsgálati módok eredményei alapján egyformának mondható. 1019-ig koncentrálnak, az indigo egyiknél 10 percen belül, másiknál 15 percen belül megjelenik s 30 percen belül mindkettőnél intensive megkékül. A Rn. egyiknél 43, másiknál 40 mg-százalék, a vérsavó δ-ja mindkettőnél 0-58. Az Ambard-constans az elsőnél 0-15, a másodiknál 0-16.

A 82. számú betegnek, aki 70 éves, 15 éve vannak vizeleti panaszai. Hat éve katheter-életet él. 1020-ig koncentrált, 1014-ig hígít. Indigo 10 perc alatt megjelenik és 15 perc alatt sötétkékké változott. Rn. 52 mg-százalék, a vérsavó δ-ja 0-60, az Ambard-constans 0-31 volt.

A fentiekben kitűnik, hogy a constans

1 esetben	 0-084
2 "	 0-10
4 "	 0-12
2 "	 0-13
4 "	 0-14
1 "	 0-15
2 "	 0-16
1 "	 0-19
1 "	 0-25
2 "	 0-26
1 "	 0-31

eredményt adott, holott a klinikán régebben használatos és bevált egyéb functió vizsgálatok értéke az esetek egy részében eltérést mutat ugyan egymástól, de az eredmények alapján mindegyiknél a műtét javallatát nehézség és aggodalom nélkül fel lehetett állítani. A 21 megoperált beteg közül 19, pár heti utókezelés után, gyógyultan hagyta el a klinikát. Kettő meghalt, de egyik sem uraemiában. Vizsgálataink alapján nem is számítottunk vesehalálra. Az Ambard-constanssál kapott értékek szerint párat betegeink közül nem operálhattunk volna, mert az veseelégtelenséget mutatott.

A harmadik csoportba (3. táblázat) soroltam azokat az eseteket, számszerint 23-at, akiknél — vagy a veseműködés elégtelensége miatt, vagy pedig azért,

mert a műtételbe nem egyeztek — műtét nem történt. A 23 betegnél 26-szor számítottuk ki az Ambard-constans.

A 24. számú 67 éves beteg 1012-ig koncentrál, 1010-ig hígít. Az indigo 35 perc múlva sem jelenik meg. Rn. 58 mg-százalék, a vérsavó δ -ja 0.60, a constans 0.25. Felvétel után 18 napra bronchopneumoniában elpusztult. Halál előtt négy nappal Rn. 222 mg-százalék, a vérsavó δ -ja 0.64, a constans 0.97-et mutatott.

A 25. számú 69 éves beteg koncentrációja és hígítása nem volt megfelelő. Az indigokiválasztás késett. A Rn. 45 mg-százalék, a vérsavó δ -ja 0.58, a constans 0.25 volt. Állapota négyheti kezelés után rosszabbodott, amennyiben a vérsavó δ -ja 0.62-re, a constans pedig 0.33-ra emelkedett. Saját kívánságára házi kezelésbe távozott.

A 34, 37, 39, 41, 47, 13, 59, 118, 73, 74, 81. számú eset veseműködés tekintetében körülbelül egyforma. A concentratio és hígítás, az indigokarmin-kiválasztás meg-

3. táblázat.

Szám	Név	kor	δ	Rn	AK	V	C	D	Ur	P
24.	B. M.	67	0.60	58	0.25	1008	12.87	12.97	1.02	41.3
»	»	»	0.64	222	0.97	559	14.65	8.18	3.24	40
25.	F. L.	69	0.58	45	0.25	1248	8.39	10.47	0.64	63.7
»	»	»	0.62	36	0.33	2597	2.72	7.05	0.54	58.5
34.	F. F.	59	0.56	23	0.09	2952	7.83	23.11	0.35	59.50
37.	L. V.	64	0.59	28	0.10	1545	14.05	21.70	0.46	61.20
39.	M. I.	67	0.56	33	0.10	1560	12.82	19.94	0.44	53.3
41.	V. A.	69	1.58	35	0.11	2332	13.19	30.75	0.55	59.5
47.	K. A.	65	0.56	47	0.13	2610	9.72	25.42	0.64	52
59.	N. E.	71	0.54	55	0.14	1104	12.30	13.52	0.55	54
73.	Cs. M.	64	0.58	44	0.21	981	13.25	12.99	0.74	53
74.	K. S.	64	0.56	40	0.21	720	11.82	8.51	0.55	57
81.	K. P.	54	0.56	43	0.27	1090	9.89	10.78	0.74	63
118.	M. I.	64	0.56	51	0.17	2568	9.99	25.65	0.81	50.60
13.	M. A.	71	0.56	34	0.13	820	17.22	14.12	0.53	49.79
»	»	»	0.56	28	0.13	936	14.00	13.10	0.50	50.40
54.	U. I.	73	0.58	50	0.14	1272	17.47	22.22	0.77	47.7
56.	M. L.	54	0.58	30	0.14	2160	7.36	15.89	0.45	58.8
64.	K. T. I.	82	0.59	37	0.17	1296	11.47	14.86	0.59	59.5
66.	A. M.	53	0.60	60	0.18	1656	19.92	32.98	0.95	79
71.	G. B.	77	0.61	51	0.20	1440	11.95	17.20	0.81	47.6
72.	F. M.	73	0.60	44	0.21	840	15.59	9.73	0.72	48
87.	F. Z.	73	0.60	43	0.44	312	12.15	3.79	0.68	75.90
68.	H. I.	64	0.60	48	0.19	1532	11.19	18.35	0.81	47
84.	K. I.	85	0.54	80	0.38	1012	10.92	11.05	1.28	45.6
86.	B. R.	71	0.62	112	0.42	1406	14.90	20.94	1.81	62

jelenési ideje és intenzitása, a Rn., a vérsavó δ -ja, a műtét szempontjából mind jó veseműködést jelez.

Az Ambard-constans pedig

a 34.	számú esetben		0.09
a 37. és 39.	»		0.10
a 41.	»		0.11
a 47. és 13.	»		0.13
az 59.	»		0.14
a 118.	»		0.17
a 73. és 74.	»		0.21
a 81.	»		0.27

volt, élénk bizonyítékul az Ambard-constans szeszélyes eredményeinek.

Az 54, 56. és 64. számú betegek veseműködése műtét szempontjából elég jónak mondható. Az Ambard-constans az 54. és 56. számú esetben 0.14, a vérsavó δ -ja 0.58. A 64. számú esetben a constans 0.17, a vérsavó δ -ja 0.59.

A 66, 71, 72. és 87. számú esetek veseműködés tekintetében szintén egyforma megítélés alá esnek. A concentratio és hígítás, a vérsavó δ -ja, az indigo megjelene-
sési, de főleg intenzitási kisése miatt a műtét beavatkozás lehetőségének a határán vannak.

Az Ambard-constans

a 66. számú esetben	0.18	a vérsavó δ -ja	= 0.60
a 71.	»	»	δ -ja = 0.61
a 72.	»	»	δ -ja = 0.60
a 87.	»	»	δ -ja = 0.60

feltűnő a 87. » » 0.44 constansa, mert a beteg klinikai állapota semmivel sem rosszabb a három előbbinél.

A 68. számú esetben a concentratio és hígítás rossz, a vérsavó δ -ja 0.60, az Ambard-constans 0.19. A beteg állapota hirtelen rosszra fordult s 14 napi ápolás után meghalt. Sectiós lelet: Deg. parench. cordis emph. pulm. Bronch. chr. Hypertroph. prostatae, Cystitis purul. Pyelitis chron. Nephritis purul. cum abscess. reni dextr. Abscessus periurethralis. Deg. parench. hepatis stb.

A 84. számú eset egy 85 éves betegre vonatkozik, aki 1012-ig koncentrál és 1007-ig hígít, Rn.-je 80 mg-százalék, a vérsavó δ -ja 0.54, a constans 0.38.

Végül a 86. számú esetben a 71 éves veseelégtelenségben szenvedő beteg constansa 0.42, vérsavó δ -ja 0.62, Rn.-je 112 mg-százalék. Vasektomia után nyolc hétre házi kezelésbe távozott.

(Folytatjuk.)

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

Túlérett hályog által okozott iridocyklitisek.

Írta: Kretz Tibor dr.

Már a laikus közönség körében is általánosan ismert tény, hogy a hályogot rendes időben kell operálni. Ambulantiánkon igen gyakran kérdezik tőlünk aggódva betegeink, kiket három hónap múlva újbóli jelentkezésre utasítottunk, mert hályogjuk még éretlen, hogy nem lesz-e késő, ha csak egy-két héttel később jönnek majd el. Természetesen ilyen aggodalom túlzott, de fontos, hogy a gyakorló orvos tudja, hogy mikor alkalmas valamely hályog arra, hogy megoperáljuk. Régóta ismert tény u. i., hogy éretlen hályog esetében rendszerint sok kéreg-rész marad vissza. Ezen ugyan manapság már segíthetünk vagy a kéreg-rész utólagos kihajtása segélyével, vagy csarnoköblítéssel, vagy tokos extractióval, mely utóbbi tudvalevőleg éppen éretlen hályog esetében kivihető. Ismerjük továbbá a túlérett hályogok sok complicatióját, mint p. o. a cataracta subluxatióját, zsgorodását stb. Sőt a szemészek előtt már az orvostudomány legkezdetlegesebb szakában is ismeretes volt, hogy igen nagy különbség van a hályog egyes szakai között. Így már a hályogműtét első pontos leírója, *Celsus*¹ is írja: atque ipsius quoque suffusionis quaedam maturitas est (s ezt meg kell várni az operálással). Így nyilatkozik az arab *Abynzoar* is: oportet quidem ut extrahatur cataracta post ipsius perfectam digestionem et coagulationem: quoniam si ante feceris redibit quo ut prius. Természetesen, hogy a középkor szemészei, kiknek fő tevékenységük éppen a hályog extrahálása volt, szintén jól ismerték a hályog egyes stadiumait. Így például *Guy de Chauliac* külön névvel jelöli az egyes szakokat: a cataracta incipienst imaginatióknak, mert képzelt alakokat lát az illető (tudniillik: mouches volantesokat). Ebből lesz a suffusio vagy gutta, mely ha megéri, cataracta nevet nyer. *Ambrois Paré* is gondosan leírja a hályog érett voltának jeleit. A XVI. század híres német szemésze, *Georg Bartisch* pedig megemlíti,² hogy csak némely

¹ De oculorum vitiis, quae scalpello manu curantur. De medicina libri octo.

² Augendienst. 1583.

hályogfajtánál tekinthetünk el azon szabálytól, hogy csak 5–6 évvel a hályog kezdete után szabad azt megoperálni.

Míg azonban az eddig citált szerzők inkább az éretlen hályogoktól óvják az operateuröket, addig *Bar-tisch* már a túlérlett hályog veszélyes voltát is ismerte. A „von den weissen Staren“ című fejezetében megemlíti, hogy ezen cataracták, melyek arról ismerhetők fel, hogy egészen fehérek (tejszerűek), igen nehezen operálhatók meg, ha mint ő tévesen hiszi, még éretlennek, mert a reclinatio alkalmával szétfolynak a szemben. De hozzáteszi, hogy az is rossz, ha túlértek, mert akkor eltörnek. Miután pedig *Kepler* felfedezése nyomán *Brisseau*³ felismeri, hogy a cataracta voltaképpen magának a lencsének elszürkülése és ezen az alapon a rationalis hályogkutatás megindulhatott: még világosabb lett, hogy milyen fontos a cataracta helyes időben való eltávolítása.

De egészen a legújabb időkig kevésbé méltatták figyelemre a túlérlett hályogok egy igen kellemetlen complicatióját: az iridocyklitist. Pedig, hogy ez mennyire fenyeget, annak igazolására legyen szabad a következőket felhozni: manapság tudjuk, hogy a hypermatur cataractánál az anatómiai elváltozások abban állanak, hogy a kéregrészek szétesnek szemcsés vagy tejszerű anyaggá és a lencse epithelje elpusztul. Von *Hippel* felveszi, hogy ez utóbbi körülmény nagyban elősegíti a lencse felszívódását. Ezen elváltozásokat fiatalkori hályognál is észlelték. Tehát a fentiek szerint túlérlett hályognál a lencse protoplasmájának bomlási termékei szívódnak fel, már pedig hogy ez a szemre nézve nem közömbös, azt tudjuk. Így például *Elschnig*⁴ szerint az operatio utáni nem infectiósus eredetű iridocyklitisek leggyakrabban visszamaradt lencsetörmelések chemiai és mechanikai izgató hatása folytán jönnek létre és leginkább izgatják a szemet a kemény elmeszesedett lencse törmelékei, kiváltképpen pedig a cataracta Morgagniana úgynevezett Starmilchje.

Klinikánkon végzett hályogműtétek ugyan e tételt nem látszanak megerősíteni. 1923 január 1-től 1925 szeptemberéig 1450 öregkori hályogoperatio közül 111 túlérlett hályogot operáltunk és ezek közül esupán egynél lépett fel postoperativ iridocyklitis. 34-nél a visus $\frac{5}{10}$, illetve jobb lett, 59 esetben $\frac{5}{15}$ – $\frac{5}{50}$ között, 18 esetben $\frac{5}{70}$, vagy rosszabb. Ez utóbbi esetekben is legtöbbször már korábban fennálló szemfenéki elváltozások okozták a rossz eredményt. Tehát a túlérlett hályog műtéti eredményei nem rosszak, legfeljebb feltűnő az üvegtestvesztés gyakori volta: nyolc esetben jelentkezett ugyanis, ami körülbelül 7.5%-nak felel meg, míg egyébként 2–2.5%-ban fordul elő klinikánkon. De sokkal megdöbbentőbb a magukra maradt túlérlett hályogok sorsa, s ebből a szempontból legyen szabad a következő eseteket közölnöm.

N. M. 27 éves. Felvétetett klinikánkra 1924 június 28-án. Előadja, hogy 10 év előtt vette észre, hogy jobb szemén hályog van, azelőtt teljesen jól látott. Bal szemén 1925 januárban volt gyulladás és ekkor látása megromlott. Belső betegségről nem tud. *Status praesens*: Jobb oldalon enyhe ciliaris injectio. Az iris elmosódott, lenöves nincsen, a pupilla területében mészfehér felrakódásokkal borított elszürkült lencse. Bal oldalon középerős conjunctivalis és ciliaris injectio, cornea ép, az iris rajzolata elmosódott, sphinkter lenőtt. A pupilla egész területét oclusio hátrya fedi. A szemgolyó hypotonias. Látásélesség jobb oldalt: fényérzés nincsen, bal

oldalt: 2–3 méterről olvas ujjakat. A diagnosis volt: *iridodonesis cataracta complicata luxata oculi dextri, se- et oclusio pupillae, iridochorioiditis plastica oculi sinistri*.

K. J.-né, 70 éves. Felvétetett klinikánkra 1924 január 17-én. Előadja, hogy jobb szeme nyolc év előtt romlott meg, bal szeme fél év előtt. *Status praesens*: Jobb oldalt iris rajzolata kissé elmosódott, rajta felül művi coloboma, egyébként ép viszonyok. Bal oldalt kezdődő hályog. Visus: Jobb oldalt fénysejtés, bal oldalt két méterről olvas ujjakat. A jobb szemét enucleáltuk.

A diagnosis volt: *Iridochorioiditis, se- et oclusio pupillae coloboma artefactum iridis, cataracta luxata oculi dextri, Cataracta incipiens oculi sinistri*.

V. J., 70 éves. Felvétetett 1925 június hó 26-án. Előadja, hogy bal szemén 1913-ban (*Graefe*)-műtét volt. Jobb szemén körülbelül 15 év előtt kezdődött cataracta, belső betegségről nem tud.

Status praesens: Jobb szemén: szemhéjak és a bulbus conjunctivája belövelt. Ciliaris injectio is van. Csarnok mély, alján plastikus izzadmány. A szem mozgásaikor az iris libeg. Az iris vérbő, izzadmánnyal borított. A lencse az üvegtestbe van luxálva és hasrafekvéskor a mellső csarnokba esik előre. Visus: Jobb oldalt 20 cm-ről olvas ujjakat, üveg nem javít. Bal oldalt: +10.0 D-val $\frac{5}{50}$. Atropint és borogatást kapott. Június 26-án történt elbocsátásakor már síma gyógyulás. Visus ekkor: Jobb oldalt: +10.0 D-val $\frac{5}{50}$ volt. A diagnosis volt: *Iritis acuta, iridodonesis, cataracta hypermatura luxata oculi dextri, Aphakia oculi sinistri*.

B. J.-né, 56 éves. Felvétetett klinikánkra 1925 szeptember hó 14-én. Előadja, hogy 15 éve nem lát jobb szemén. A látás akkor lassan, fájdalmatlanul veszett el. Jelenleg egy hét óta gyulladt a jobb szeme.

Status praesens: Jobb oldalt élénk ciliaris injectio: a csarnok igen mély, vize zavaros, az iris elmosódott rajzolatú, zöldesen elszíneződött. A barna lencse-mag elfolyósodott kéregben libeg. A tensio fokozott. A lencse fel- és hátrafelé van luxálva. Visus: Jobb oldalt tárgylátás nincs, fényérzés, localisatio jó, bal oldalt: $\frac{5}{7}$ + 0.75 D. $\frac{5}{50}$. Itt tartózkodása alatt 10 cm³ tejet kapott subcutan és naponta ötször pilocarpin-cseppet. Szeptember hó 20-án már békésebb a szem, 21-én *Graefe*-műtétet kíséreltünk meg nála, mely alkalommal sok híg üvegest ürült, s melyet heves gyulladás követett. A diagnosis volt: *Cataracta hypermatura, subluxatio lentis, iridocyklitis et glaucoma secundarium oculi dextri*.

R. J., 74 éves. Felvétetett klinikánkra 1925 július hó 8-án. Előadja, hogy jobb szemén már hosszabb idő óta nem lát és most két hét óta gyulladásba jött a szeme.

Status praesens: Jobb oldalt erős conjunctivalis és ciliaris injectio. Közép mély csarnok, melynek vize zavaros. Az iris elmosódott rajzolatú, duzzadt. A teljesen elszürkült lencse luxálva volt. Visus: Jobb oldalt fényérzés öt méterről, localisatio szűkült. Bal oldalt: +11.0 D. $\frac{5}{15}$. T. 32 hg. mm. Itt tartózkodása alatt diopint kapott. Július hó 13-án punctio corneae volt a szemén.

A diagnosis volt: *Iridochorioiditis plastica, cataracta hypermatura luxata oculi dextri, Aphakia oculi sinistri*.

Ha végigtekintünk ezen az öt eseten, világossá válik előttünk, hogy előrehaladt cataracta hypermaturákkal állunk szemben. Mert az első kettőnél, hol a diagnosisban nincsen ugyan a cataracta érettségi foka külön feljegyezve, a hosszú idő, mely a cataracta kezdete óta eltelt (az első esetben nyolc év, a másodikban 10 év), továbbá a lencse egyoldali spontán luxatiója csak hypermatur cataractára engednek következtetni. Közös továbbá mind az öt esetben az általános anamnesis teljesen negatív volta, mely tehát az iridocyklitisek aetiologiájára vonatkozólag nem nyújt semmi felvilágosítást. Felvehetnők már most, minthogy mind az öt esetben luxálva volt a lencse, hogy ez mechanikus úton okozta volna a gyulladást, azonban egyszerű luxatio lentis csak traumatikus iritist okozhat, de sohasem látunk ily esetben genyes vagy plastikus izzadmányt.

³ Dor: Encyclopedie française d'ophtalmologie. Tome VII.: Affections du cristallin.

⁴ Graefe-Saemisch: Lehrbuch der Augenheilkunde: Augenärztl. Operationsmethoden. 1922.

A közölt öt eset közül pedig az első kettőben se-et occlusio pupillae, a harmadik és ötödikben plastikus izzadmány, a negyedikben pedig sok praecipitatum volt.

Ezek alapján csak az a feltevésünk látszik elfogadhatónak, hogy a lenese protoplasmájának a hypermatur cataractában bekövetkező szétesésekor tényleg keletkeznek az uveára nagy mértékben izgató hatású úgynevezett bomlási termékek, melyek felszívódván, a szemben erős gyulladásokat indíthatnak meg, akárcsak a sok postoperativ remanentia. Ha tehát összefoglaljuk az eddig mondottakat: a hypermatur cataracta műtéti kilátásai nem rosszak, de magukra hagyva súlyos irido-cyklitiseket indíthatnak meg s így beigazolódott klinikánk álláspontja, hogy legcélszerűbb minden hályogot megoperálni, ha megéri, de viszont ezen időpont előtt csak akkor, ha nyomós indokok állanak fenn a beteg részéről (például mind a két szemére rosszul lát már) a korai operatio mellett.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyet. nyilv. rendes tanár).

A hypertrichosis acquisita viszonya a belső elválasztáshoz.

Írta: Koneczvald Tibor dr., klinikai gyakornok.

A szőrkepződés rendszerében létrejövő rendellenességek, tekintettel arra, hogy a bőr és az organismus között szoros causalis kapcsolat van, nemcsak pusztán az érdekesség jelentőségével bírnak, hanem kóroktanuk vizsgálatát joggal vindikálhatják maguknak annál is inkább, mivel megjelenésük tulajdonképpen az organismus bizonyos pathológiás irányú állapotának az eredménye.

Az eddigi vizsgálatok azt mutatják, hogy a szőrttermelő sejteket a szőrttermelésre a belső secretiós mirigyrendszer functiója ingerli, tehát causalis kapcsolat van a bőr eme járulékos képlete és az organismus között.

Mivel azonban a belsősecretiós mirigyrendszer harmonikus correlatiója a szőrttermelés terén a normalis physiologiás ingert szolgáltatja, szőrtanományiakkal kérdés tárgyát képezi, hogy melyik az az endogen mirigy, illetve belsősecretiós szerv, melynek pathológiás állapota a physiologiás ingert oly irányban képes megváltoztatni, hogy az eddig normalisan működő szőrttermelősejtek productuma abnormalissá lesz.

Alább közölt esetemből kifolyólag a hypertrichosis aquisita, illetve hirsuties faciei kóroktanához akarok hozzájárulni olyan szempontokból, melyből következtetni lehet eme abnormalis szőrkepződés aetiologiájára.

H. A. 42 éves nő arcán, a szakállnak megfelelő helyen kifejezett férfias sűrű fekete körszakáll van. Bajusza gyérb, de az is hosszú, férfias bajúszszőrök-ből tevődik ki. Hat hónappal ezelőtt borotválkozott utoljára, azóta nőtt ez a jelenlegi 8–10 cm hosszú körszakáll. Mensese 14 éves korában kezdődött, 20 éves korában férjhez ment, egy kéthónapos abortusa volt. 1922 július havában sokszor recidivált adnexitise miatt a budapesti Szent István kórház nőgyógyászati osztályára fölvetette magát. Bemondása szerint kórházi fölvétele előtt néhány évvel arcán hosszú és mindinkább sűrűsödő szakállszőrök kezdettek nőni, melyeket eleinte irtott, majd borotválkozott. Kórházi fölvételekor Szili Jenő főorvos szíves közlése szerint kis almányi adnextumori voltak, melyek felszívókezeléssel dacoltak. Per laparotomiam a méh supravaginális amputatiója történt mindkét beteg adnexum eltávolításával. Per primam gyógyult. A műtéti leletből kiemelendő a rendkívül sok és szívós adhaesio a genitáliák körül és mindkét ovarium mélyen barázdált volta.

Szőrvetani vizsgálat nem történt. Műtét után a beteg bemondása szerint szakálla megkettőzött gyorsasággal kezdett nőni és sűrűsödni, úgy, hogy naponta két ízben is kénytelen volt borotválkozni. Ugyanekkor a sternumán és a lapockák tájékán hosszú, férfias szőrök kezdtek nőni. Külső genitáliái, emlői normalisak, feminin karakterűek. Libido terén változást nem észlel. Műtét után 10 kg-ot fogyott, alakja nőies conturjait elveszítette.

Normalis egyén köztakarója igen kis területek kivételével szőrttermelésre van berendezve. A productio azonban úgy quantitative, mint qualitative tekintetben igen különböző. A szőrttermelés nemi jellegű kialakulása összeesik a pubertással, úgy látszik, hogy az ivarmirigyek működése indítja meg a folyamatot. Pubertas előtt castráltaknál a szőrkepződés elmarad, pubertas után castráltaknál pedig a már meglevő szőrzet kihull. A pubertástól kezdve a férfi és a női nem szőrzetileg is eldifferentiálódik egymástól. Első jele ennek a *calvicies frontales adolescentium*. Pubertásig úgy leánynál, mint fiúnál a hajzat frontalis határa a fültől a homlokig ívelt, concav. Pubertas után nőnél ez a határvonal megmarad, férfinnál azonban hátrább tolódik és létrejön egy physiologiás kopaszág, mit *calvicies frontales adolescentium*-nak nevezünk. Ez a másodlagos nemi jelleg nincs meg castráltaknál, erősen femin-typusú férfiaknál és nőknél. Jelen esetben ez a másodlagos nemi jelleg nem mutatható ki. Ha a szőrttermelés folyamata a „nemnek” megfelelő physiologiás határokat túllépi, hypertrichosisról beszélünk, mely lehet veleszületett, avagy szerzett. *Hypertrichosis congenitánál* az anatómiailag változatlan bőr rendellenesen fokozott szőrttermelését értjük, melyet az egyén az intrauterinális életből hozott magával. Lehet részleges és lehet diffus. Az eddigi észlelt eseteknél nemcsak az öröklés, hanem a nemi sphaerában tartozó rendellenességeket, túlkorai nemi érés, foganomaliákat mutattak ki. *Spina bifida occultával* született egyének gerincoszlopának sacralis tájékán, sűrű, hosszú, selymes, fakószínű lanugós területeket észleltek. Kreténeknél, kiknél szellemi és sexualis abnormitások vannak, gyakran látjuk, hogy a homlok mélyen be van nőve hosszú lanugókkal. A veleszületett hypertrichosis tulajdonképpen egy *atypusos hypertrichosis*, ú. n. *pseudo hypertrichosis lanuginosa*, mert ezek a szőrszálak fejlettebb lanugók, de nem kimondott szőrszálak.

A *hypertrichosis acquisita* az élet folyamán keletkező, a szőrttermelősejtek fokozott működésén alapuló kóros szőrkepződés, mely mindig csak bizonyos testtájakra szorítkozik. Ha nőknél az arcon lép fel, *hirsuties faciei* névvel is jelöljük. A szervezetben rejtett atavistikus dispositión kívül kimutatható külső vagy belső activáló okok szerepelnek. Már igen korán jelentkezhet.

Lesser 6 éves leánynál észlelte, ki három éve menstruált, kifejezett emlői voltak és szőrzete olyan erős volt, mint egy 30 éves férfié. Állatoknál is írják le hypertrichosis acquisitát. Kitt 2½ m-es sörényű lovat ír le, Schindelka tarka üszönél észlelte, hogy a fekete szőrök 4 cm-rel hosszabbak voltak, mint a fehérek. Kondelka rókánál észlelt hasonló anomaliát.

Weiske. Dehmal. Hagenbek igen szépen demonstrálják állatoknál a temperatura befolyását a szőrkepződésre. Ez a befolyás embernél nem érvényesülhet, jeléül annak, hogy az emberi szervezetnek a szőrzetre, mint védőberendezésre ma már nincs szüksége, bár az ú. n. „Haartierekhez” tartozik.

A hypertrichosis acquisita kóroktana ma még nem tisztázódott. Crampton nervus cutaneus brachii sérülése után, Joseph rheumatismus gonorrhoeica után, Alberti cystoma ovarii után, Winternitz baloldali ovarium

exstirpatio után, *Karwowszki* gipszkötés helyén, mások corpus pineale daganatainál, zsákhordók vállain, tartós dörzsöléseknek kitett helyeken, izgató kenőcsök, tapaszok nyomában láttak hypertrichosist fellépni. Jelen esetben a női ivarszervek funkciójának teljes hiánya látszik eredményezni ezt az anomáliát.

Mivel a szőrzetképződés másodlagos nemi jelleg, tehát a nemek differentiálódásához kapcsolódott folyamat, valószínű, hogy mindazok a behatások képesek változtatni a normalis szőrzetképződés rendszerén, amelyek kórosan támadják a nemi jellegeket kifejlesztő és fenntartó szervek complexumát. A régi bűvárok a nemek differentiálódását, élükön *Gallal*, az agyvelő különböző kifejlődésében keresték. Alig 20 éve *Möbius* és *Bunge* felújították ezt a theoriát, melyet manapság erősen kétségbevonnak.

Példák mutatnak arra, hogy mindkét nem csontváza a differentiálódásban az ivarmirigyek működésétől függ. Ha ez a hatás kimarad, akkor más mirigyek jutnak túlsúlyra és differentiálódás helyett az eredmény asexualis csontváz lesz.

Felmerül az a kérdés, hogy a nemi jelleg kialakulása független-e az ivarmirigyek belsősecreciójától? *Lenhossek* szerint a még nem termékenyített pete már nemileg differentiálva van. Ezzel szemben *Güjé* és *Wilson* szerint a nemi jelleg a pete és sperma egyesülésekor alakul ki.

Grosz és *Tandlers*, *Steinach* kísérleteire támaszkodva, a másodlagos nemi jelleg kialakulását a belsősecretiós mirigyek harmonikus együttműködésére alapítja.

Buschke és *Peiser* kimutatták, hogy *Thalium*-táplálás után nemcsak hereatrophia és impotentia, hanem szőrzetkihullás lépett fel. Viszont a testisek serkentő hatását a szőrnövésre sexualis túlértelességeknél látjuk.

Falta esetében egy 9 éves fiú heretumorjánál kifejlődött bajusz- és szakállképződés volt, mely a tumor eltávolítása után a mons pubis kivételével kihullott.

Hereinplantatio sok esetben a szervezetet szőrnövésre ingerli. A mellékvese erős disponáló factor a bőr sejtjeinek működésében, ezt látjuk a pigmentképződésnél. A mellékvesekéreg megbetegedéseinek, különösen tumoroknál (*Sézary*) számos esetben észleltek fiatal vagy idősebb nőknél szakáll- és szőrzetképződést.

Terhes asszonyoknál hasi szőrzet növekedése a mellékvese kérgének megnövekedésével látszik vonatkozásban lenni.

Puly vizsgálatai azt mutatják, hogy a hypophysis functiója a szőrtermelésre nagy befolyással van és a szőrtermelősejtek hyper- vagy hypofunctióját eredményezheti.

Josepf a sympathicus- és trigeminus-idegek működésére hívja fel a figyelmet szőrzet-anomáliáknál. Ezek valószínűleg ingerkövetítő pályák, a bőr szőrtermelősejtjei és a belsősecretiós mirigyek között. Mindezekből tehát azt látjuk, hogy a *hypertrichosis acquisita kóroklana* nemcsak hogy nem tisztázott, hanem érdekes és különböző esetekből tevődik össze. Ha pedig az eseteket összehasonlítva aetiologizálunk, akkor előttünk áll a belsősecretió hatalmas tana, mely magában véve nehéz megoldásokra vár. Mindazonáltal az eddigiek alapján megállapíthatjuk a következőket:

Az ivarmirigyek működése a férfi és női nem között szőrzetileg egy másodlagos nemi különbséget hoz létre. Ez a szőrzetbeli másodlagos nemi jelleg zavaratalanul fennáll mindaddig, míg az ivarmirigyek működése normalis. Climacterium után például a szőrzettermelés egyensúlya gyakran megbillen, hosszú, férfias szőrök jelenhetnek meg a matróna arcán.

A szőrtelmezősejtek azon képessége, hogy masculinisatiót eredményezzen, mint atavistikus dispositio úgy férfiaknál, mint nőknél megvan, mert ha nem lenne meg, akkor nőknek nem nőhetne szakálluk, épp úgy, mint ahogy még senkinek sem nőtt szőr a tenyerén (csira anomalia nem hypertrichosis acquisita).

Férfiaknál a herék viselkedésétől látszik függeni a szőrképződés, nőknél ezzel szemben mintha a női ivarszervek lennének hivatva a feminin típus fenntartására, de nem kizárólagosan, mert akkor minden exstirpált nőnek szakálla kéne, hogy legyen. Láttuk továbbá azt is, hogy ép női ivarszervek mellett mellékvese- és hypophysis-bántalmak is eredményeztek masculinisatiót.

Valószínű az, hogy a nemek differentiálódása, így a másodlagos nemi jellegek kialakulása is nemesupán az ivarmirigyektől, hanem attól az endogen harmonikus complexumtól függenek, amelybe az ivarmirigyek épp úgy bekapcsolódnak, mint a mellékvese, hypophysis, thyreoidea stb. Eme endogen harmonikus irányító correlatio fönntart egy ingert a férfnál a normalis masculinisatióra, a nőnél normalis feminisatióra, mely ingernek a forrása nem az egyes szerv, hanem a complexum. Ha ebből a complexumból egyik szerv, pl. az ovarium in toto kiesik, valószínűleg a többi szervek a „szőringer“ szempontjából compensálhatják, ha azonban valamelyik szerv működése megváltozik, akkor egy olyan correlatiós zavar lép fel, melynek alapján ingerek változnak meg, avagy egészen új ingerek indulnak ki.

Az inger tehát, mely a szőrtüszőket fokozott tevékenységre serkenti, valószínűleg az ivarmirigyekből kiindulva, a mellékvesén és a hypophysisen keresztül fejti ki hatását.

Hogy a jelenlegi anomáliát a női ivarmirigyek pathológiás állapota (petefészek sorvadása), majd azok teljes kiesése váltotta ki, az valószínű. Ez a functio-, illetve ineretumhiány igen jelentős zavart idézett elő a belsősecretiós mirigyek harmonikus correlatiójában, melynek következtében olyan mirigyek működése juthatott túlsúlyra, mint a mellékvese, hypophysis, melyek pathológiás körülmények között különben is képesek hypertrichozáló ingereket megindítani. *Arndt-Schultz* törvénye szerint pedig: *gyenge ingerek az életműködést serkentik, erős ingerek fokozzák, túlerős ingerek pedig megszüntetik.*

Jelen esetben a belsősecretiós zavar középerős inger volt, mely abnormalisan fokozta a szőrtermelősejtek működését, eredményezve a szőrképződés eme anomáliáját.

Irodalom: Poor: Dermatologia. — Joseph: Haarkrankheiten. — Weil: Innere Secretion. — Darir: Grundriss der Dermatologie. — Scomazzoni: Ref. Zbl. für Haut- und Geschlechtskr. 1923. V. köt. — Willy Pick: Ref. Zbl. für Haut- und Geschlechtskr. 1923. VIII. köt. — Winternitz: Ref. Zbl. für Haut- und Geschlechtskr. 1924. XIII. köt.

A kerületi munkásbiztosító pénztár gyomor-bél osztályának közleménye (vezető: Friedrich László dr.).

Chronikus gyomorvolvulus esete.*

Írta: Friedrich László dr.

A gyomor helyzetváltozásai közül kétségkívül a legritkébbak, hol a gyomor tengelye körül fordul meg. Míg egyes szerzők, így *Payer* is azt mondja, hogy „unter Volvulus versteht man die Drehnung des Magens um eine annähernd durch Pylorus und Cardia

* Bemutatva a kir. Orvosegyesület 1925 november 12-i ülésén.

gelegt gedachte Achse, wobei es zum Verschluss eines oder der beiden Endpunkte kommt“, addig mai ismereteink mellett célszerűbb *Reineke* definitiója, ki volvulus alatt egy tengely forgását érti a gyomornak. Az irodalomban számos esete van leírva a gyomorvolvulusnak, de ezek mindegyike olyan volt, hogy rövid idő alatt igen súlyos tüneteket okozva, órák, legkésőbb napok alatt műtéthez vezetett.

A volvulus aetiologiája nem egységes. *Payer* szerintem a leghelyesebb beosztását adja ennek a megbetegedésnek, mikor őt okát különbözteti meg: 1. hernia diaphragmatikánál, 2. daganatoknál, 3. szomszédos szervek helyzeti rendellenességénél, 4. mint következmény a gyomor vagy a szomszédos szervek gyulladásos megbetegedéseinél, 5. az idopathikus volvulus. *Niosi* totalis és partialis volvulust különböztet meg, míg *Borchardt* a szerint, hogy a colon a gyomorhoz viszonyítva hol fekszik, infra- vagy suprakolikus alakokról beszél. Más beosztások szerint van v. anterior, melynél a gyomor nagy görbülete az elülső hasfalhoz fekszik közel és a v. posterior, hol a hátsóhoz jut közelebb. *V. Haberer*nek kell igazat adnunk, ki azt mondja, hogy e beosztások helytelenek és fontosabb mindennél az, hogy milyen tengely körül fordult meg a gyomor. Ez történhet ismét különféleképen, ő főleg két tengelyt különböztet meg, mely körül a forgás történik, a mesenterialis a felfelé való eltolódásoknál és az organo-axialis, mikor a gyomor a pylorus és cardia között elképzelt tengely irányában jobb vagy balra fordul meg.

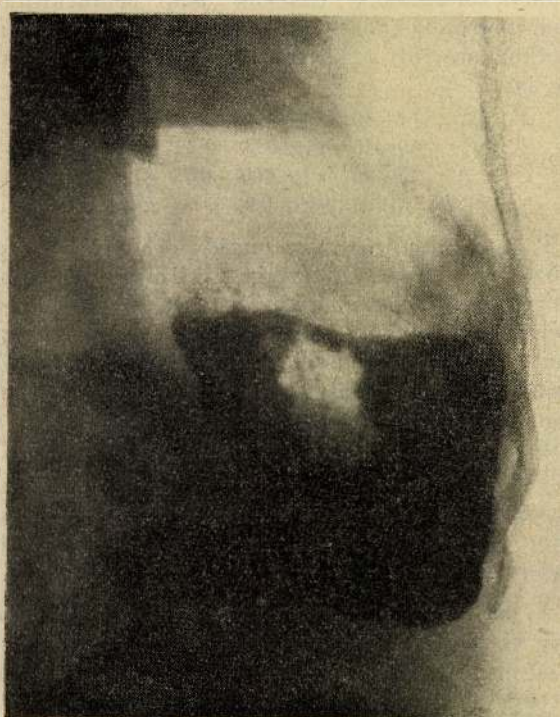
Az irodalomban eddig leírt esetek nagy része megegyezik abban, hogy vagy a boncasztalon kerültek észlelés alá — hisz még *Leube* is azt mondja, hogy a gyomor helyzet- és alakváltozásai főleg pathologiai-anatomiai érdekességűek —, vagy foudroyans ijesztő tüneteknél fogva, melyek az ileusra emlékeztetnek, sebész kezébe kerültek. Klinikailag megfigyelt és leírt chronikus volvulus, mely évek óta áll fent, még eddig az irodalomban, amennyire azt áttekinteni bírtam, leírva nem volt. *Haberer* panaszkodik az említett cikkében, hogy a volvulusok kérdésének tisztázását főleg az késlelteti, hogy a legtöbb szerző nem vett magának annyi fáradságot, hogy ábrákkal és rajzokkal illusztrálja esetét. *Haberer* közleménye még 1912-ből származik, azóta a helyzet nem változott, csodálatos csak az, hogy dacára a Röntgen-vizsgálatok épp ez időre eső óriási haladásának és fejlődésének, a Röntgen-irodalomban sem találunk hasonló esetet leírva.

Egy 47 éves férfi esetét figyeltem meg, ki azzal a panasszal kereste fel rendelésünket, hogy nagyfokú obstipációban szenved, néha 4–5 napig nincs széke, majd hasmenéses székürülés következik néha nagy fájdalmakkal, azután újra szünet áll be, úgyhogy e miatt folyton hashajtókkal él. A beteg elmondja, hogy két gyermeke él, egészségesek, egyik leányának négy éves korában (1903) bélelzáródása volt, e miatt meg is operálták. Ő maga gyermekkorában bárányhimlőn esett keresztül, 19 éves korában heregyulladásra volt, más bajra nem emlékszik. 22–24 éves korában székével együtt néha fél liter piros vér is jött ki, naponta 3–4-szer nyálkás székei voltak anélkül, hogy komoly fájdalmai lettek volna, egyik kórházban azt mondták, hogy aranyere van. Panaszai elmúltával 1902-ben Amerikába ment, ott egy fél év múlva igen heves hasmenések léptek fel, fél-, negyedóránként nyálkás széke volt nagy tenesmussal. Ha evett, rögtön hányt s hasa bal oldalában rettenetszerű nyomó fájdalmak voltak, amelyek a szív felé sugároztak ki. Ekkor egy philadelphiai kórházba feküdt be, hol egy német professor kezelte sárga beöntésekkel, ezután többször folyékony szurok szerű vér jött ki végeléből a bélsárral együtt. Ezután évekig volt hasmenése 10-szer is egy nap, nagy görcsök kíséretében, melyek éjjel is tartottak, majd rendes székek léptek fel, a hányás megszűnt és mindent tudott enni. Egy darabig spontán székei is voltak. 1909 őszén nagy

hányás és hasmenés lépett fel újra, a szék nem volt véres, a fájdalmak 5–6 órával az étkezés után voltak a legerősebbek, miután a székrekedés megszűnt hányás lépett fel. Most 5–6 éve csak 4–5 naponként van széke nagy fájdalmak kíséretében, néha a hasa feldomborodik, különösen jobb oldalt és középen, hurkát érez a hasában, az étvágya jó. Tavaly augusztusban artézi-fürdő ivása után egész februárig jól érezte magát, rendes hurka szerű széke volt. Feje nem fájt, szédülése sem volt még olyankor sem, mikor nagyfokú székrekedés kinozt. Mérsékelten dohányzik, alkoholt nem iszik, lüest negál. Megvizsgálva a beteget a bal corneán macula volt látható, ez egy gyermekkori traumára vezethető vissza, mellkasi szerveiben elváltozás nincs, idegrendszere ép, a has lapos, nem eldomborodó, Flankenmeteorismus nincs, fájdalmi pontok, nyomásérzékenység nincs, tumor vagy resistentia nem tapintható. Head-zóna nincs; a háton se Boas-pont, se Head-zóna. A próbareggeli normalis értékeket mutatott. Wassermann-reactio negativ. A vizeletben nagymennyiségű indikán található, más elváltozás nem észlelhető. A vérékép a következőket mutatta: vörösvérsejtek száma 3,800,000, haemoglobin 80%, festődési index valamivel nagyobb egynél, leukocyták száma 6400, ebből polynuclearis 67%, lymphocytá 27%, mononuclearis 5%, eosinophil 2%.

A megoldást és a diagnoszt a Röntgen-vizsgálat adta meg: bariumos vizet itatva a beteggel legnagyobb csodálkozásomra oly furesa, szokatlan képet mutatott a gyomor, amelynek értelmezése míg a beteget végig nem vizsgáltam, a legnagyobb fejtörést okozta. Azt láttam ugyanis, hogy a bariumos folyadék ahelyett, hogy mint rendesen lenni szokott, balról felülről jobbra lefelé folya, tehát a cardiától a pylorus irányába, ez jelen esetben éppen ellenkezőleg balról ismét csak balra folyt a kis görbületet követve felfelé, keresztezve a fundust, a pylorus egész a cardia mellett volt látható. Ismételt átvilágításkor ugyanezt a képet kaptam. Első benyomásom az volt, hogy fejlődési rendellenességgel van dolgunk, azonban a többi szervek teljesen normalis helyzetben voltak. Tovább követve a kása útját, a következőket találtam: a gyomor kiürülése normalis volt, úgyszintén a vékonybeleké is, ezzel szemben az egész colon, a caecum, az ascendens és a transversum egész a flexura lienalisig karvastagságnyira ki volt tágalva és a bariumpép ott napokig pangott. Nyolc nappal a vizsgálat megkezdése után a helyzet változatlan volt. Egy bariumos beöntés tisztázta a colonon levő akadály okát — mert a fentiek szerint csak arról lehetett már szó —, amennyiben kiderült, hogy közvetlenül a flexura lienalis alatt nyolc em hosszúságú, tollszárnyi vékony strikturált bélterület látszik, ez az az akadály, mellyel a colonnak meg kellett küzdenie, ezért táglult ennyire ki és viszont a colonnak ezen hatalmas, még a *Hirschprung*-féle megbetegedésnél is tágasabb volta volt az oka a gyomor megfordulásának. A Röntgen-felvételek, melyeket szívességből — melyért ez úton is köszönetet mondok — a Charité Poliklinikán *Bárony* és *Polgár dr.* voltak szívesek eszközölni, még néhány kérdéses pontot is eldöntöttek. Az első számú ábrán épp az a momentum látszik, mikor a beteg gyomra bariummal meg van töltve és ezenkívül éppen egy korty folyadékot nyel. E felvétel azért fontos, mert a felvételeken az U-alakú gyomoreső mindkét szárában van levegőhólyag, de csak az egyik, egy gyomor lég-hólyag, míg a baloldali lég-hólyag colongáznak felel meg s így az a látszat merül fel, hogy a baloldali cső a fundus s így a gyomor mégis rendes helyén fekszik. Ezen képből nyilvánvalóan kiderül, hogy a jobboldali zsák a fundus és ez közlekedik a nyelőcsővel s nem mint hihető volna, a baloldali. E viszonyok különben átvilágításnál még jobban szembetűnőek voltak. Ezen dorsoventralis felvételen az is látszik, hogy a kis görbület mint hajlik vissza a gyomorra. A profil felvételen, mely frontális sugár irányban készült, nagyon szépen látszik, hogy ellentétben a normalis frontális gyomor felvételekkel, a gyomor nem előrefelé a hasfelé fekszik, hanem ellenkezőleg egész a gerincoszlophoz van hozzá nyomva, lapítva; azonkívül látszik még az es ez fontos, hogy a gyomornak két szárnya van, a fundus és a pylorikus rész, jelölve annak, hogy a fordulat, mely történt, nem teljes, azaz nem 180 fokos volt, mert ha ez történt volna, a két résznek mint normalis gyomroknál, egybe kellene esni. Jelen esetben a fordulat 90°-nál nagyobb, de 180°-nál kisebb és úgy fekszik, hogy

a pylorikus rész előtt fekszik s ez dől rá a corpusra. A második ábra mutatja a bélstrikturát, azonkívül a rendkívül módon tágult colont foltos töltésével; e kép úgy készült, hogy kását kapott a beteg per os, alulról pedig *Haenisch*-féle bariumos klysmát.



1. ábra. Dorsoventralis felvétel.

Ami a betegség aetiológiáját illeti, ez esetben majdnem biztossággal mondhatjuk, hogy a fiatal korban kiállott dysenteria volt az indirekt ok. A dysenteria folytán keletkezett a colon descendensen egy striktura;



2. ábra. A colon-szűkület képe.

beteg anamnesisében elmondta, milyen görcsei voltak, tenesmussal nyákos, véres székkel, ezenkívül a nagy hányás bizonyára összeesik azzal az idővel, mikor a gyomorvolvulus kezdődött. E strikturából magyarázható az obstipatio, mely időnként diarrhoeába megy át

a pangás és a bélsár stagnálás következtében. A colon, mely a stenosis miatt fokozatosan tágulni kezdett, lassan feljebb és feljebb nyomta a nagy görbületet, mely jobb oldalról mindinkább nagyobb erőt fejtve ki, jobbról balra és hátrafelé csavarta a gyomrot. Hogy jelenleg ezen állapot szervült-e, azaz, hogy a gyomor adhaesiókkal most már rögzítve van-e, nehezen mondható meg és csak a műtétnél fog kiderülni. A csodálatos az, hogy ezen nagy helyzetváltozások dacára a gyomorfunctio egyáltalán nem változott meg, panaszt nem okoz, holott az erek nagyfokú vongálása következtében is elég ok forogna erre fenn. Az is szokatlan és ritkaságszámba megy, hogy a chronikus bélstenosis nem okozott komolyabb következményeket, mondhatni, stationaer lehet. Természetes, hogy a betegség therapiája csak sebészi lehet. A beteg, heges strikturált rész kimetszése egy csapásra meg fogja oldani a problémát s az is ki fog derülni, hogy az operatio után, ha a colon megkisebedik, a gyomor helyét meg fogja-e tartani, vagy rendes fekvést vesz-e majd fel. (A műtét eddig kizárólag külső okokból nem történt meg, a betegnek másirányú elfoglaltsága miatt.) Ellene szól ez az eset *Haberer* azon nézetének, hogy a colon helyzetváltozása nem döntő a volvulusok keletkezésénél, jelen esetben épp az ellenkezőjét bizonyítja, amennyiben a colon helyzetváltozása volt a döntő és elsődleges ok. Ilyen chronikus bélstenosisok operativ indicációját már csak az is adja meg, hogy súlyos secundaer anaemiák fejlődhetnek ki, mint a jelen esetben is. (Hyperchrom vérvkép, egynél nagyobb festődési index-szel, mely hasonló az anaemia perniciosus vérvképéhez.)

Esetemet két momentum teszi érdekessé, egyik, hogy az irodalomban évek hosszú sora óta fennálló, Röntgen-vizsgálattal igazolt gyomorvolvulus nincs leírva, továbbá, hogy fennállhat ily sokáig anélkül, hogy a betegnek különös panaszokat okozna, a másik, hogy a betegnek csak obstipációs panaszai voltak, és ha megelégedtem volna csak a külső vizsgálattal, ennek valódi oka sohasem derült volna ki. Ebből az a tanulság, hogy minden obstipációs egyént Röntgen segítségével is meg kell vizsgálni.

Irodalom: *Mühlfelder*: Arch. f. Verdrkrht. 1911, 17. sz. — *Payer*: Mitt. a. d. Grenzgeb. 1909, 20. köt. — *Niosi*: Reforma med. Palermo. 1907. — *Borchardt*: Verhandlg. d. deutschen Ges. f. Chir. 1904. — v. *Haberer*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1912, 115. sz. — *Reinecke*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1912, 1—2. füz. — *Richter*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1914, 131. köt.

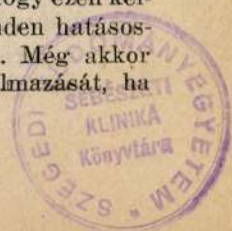
THERAPIA ÉS DIAGNOSTIKA

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

Az oxyuriasis kezeléséről.

Írta: *Hajós Károly dr.*, egyetemi tanársegéd.

Három év előtt egy előzetes közleményemben beszámoltam azon eredményekről (Med. Klin. 1922, No. 51.), amelyet az oxyuriasis neosalvarsan kezelésével értünk el. Annakidején a salvarsankúrák alkalmazását, illetőleg annak megkísérlését, azzal indokoltuk, hogy ezen kellemetlen és terhes betegség kezelésében minden hatásosnak ígérkező gyógyszer ki kell próbálnunk. Még akkor is megkísérelhetjük egyes gyógyszerek alkalmazását, ha



teljes gyógyulást nem is tudunk elérni, de a tünetmentes időszakot meghosszabbíthatjuk.

Az oxyuriasis kezelésében hármas feladat előtt állunk: 1. A vékonybélből el kell távolítanunk a fiatal férgeket. 2. A vastagbelet a kifejlődött férgektől és a rectumban tapadó petéktől kell teljesen megtisztítani. 3. A beteget az újbóli és az állandóan lehetséges önfertőződés veszélyétől kell megóvnunk.

Mielőtt magára a gyógyításra térnék át, meg kell említenem az oxyuris vermicularis biológiájának néhány fontosabb mozzanatát. Ismeretes, hogy hat-hét hetes időközben a férgeknek szaporodását és fokozottabb kiürülését (lefelé vándorlását) észlelhetjük. Még azon egyénekenél is megfigyelhetjük ezt, akik egyébként teljesen hygienikusan élnek és mindent elkövetnek az autoinfectio veszélyének elkerülésére.

Az oxyurisokkal való fertőzésnek makacssága, továbbá a férgeknek szabályos időközökben történő kivándorlása *Heubner* és később *Goebel* is azon felfogáshoz vezették, hogy a kifejlődött oxyurisok a szervezet elhagyása előtt a vastagbél alsó részében fejlődőképes petéket hagynak vissza. Ezt magunk is megfigyelhetjük, mikor a rectumból üvegbottal kivett székletben petéket tudunk kimutatni. Így tehát az oxyuris-fertőzés folytatóságához nemcsak folytonos önfertőződés (kézzel, szájon át) szükséges, hanem a vastagbél legalsó részeiben visszamaradó petékből is kifejlődhetik egy újabb oxyurisgeneratio. Az eddigiekből láthatjuk, hogy minden olyan esetben, hol a petéket ki tudjuk mutatni, szükséges volna valamilyen kezelést bevezetni. A gyakorlatban ezzel szemben csak azokat kezeljük, kiknél az oxyurisok jelenléte subjectiv vagy objectiv módon kimutatható panaszokhoz vezet.

Nem akarok kitérni azon gyógyszerek tömegére, melyeket eddig az oxyuriasis ellen alkalmaztak, csak azon tapasztalatokat fogom összegezni, melyeket előzetes közleményem megjelenése óta saját kezelési eljárásunkkal értünk el. Itt említem meg, hogy más oldalról eddig ezen eljárás utánvizsgálására vonatkozólag semmilyen adat még nem jelent meg.

A per os adott neosalvarsan alkalmazása oxyuriasisnál *Friedmann*nak egy megfigyelésén alapszik, kinek egy betege tévedésből hatszor 0.30 g neosalvarsant nyelt le és utána a bélférgek tömeges kivándorlását észlelte.

Saját kezelési eljárásunk a fentebb említett hármas követelménynek megfelelőleg a következő:

A betegnek az első napon hashajtót adunk, melyet négy órával később fokhagymás vagy thymolos beöntés követ.

A második napon, könnyű reggeli után, a beteg életkorához mért mennyiségű neosalvarsant adunk per os (ostyában). Egy órával később két evőkanál ricinusolajat kap és további négy óra után a fokhagymás vagy thymolos beöntést megismételjük (1%-os thymol-oldattal).

A harmadik napon még egyszer megismételjük a fokhagymás vagy thymolos beöntést. Ezen kezelés alatt és után az autoinfectio megelőzésére vonatkozó óvó rendszabályokat a legszigorúbban kerestülviesszük (ilyenek: a körömtörlés, úszónadrág viselése éjjel-nappal, az anus környékét szürke kenőccsel kenjük be).

Ezen kúrát minden esetben hat hét elmúltával meg kell ismételnünk, amikor is a férgeknek újbóli kifejlődése várható.

A legnagyobb neosalvarsanadag, melyet adtunk, 1.2 g volt. A betegek a neosalvarsant elég jól tűrik, csak

néhány esetben láttunk muló hányingert, émelygést, ritkábban tenesmust és néhány nyákos székletet fellépni.

A neosalvarsan adagjának nagyságát egyénenként állapítjuk meg. Ha más ok nem ellenjavallja, mint bizonyos mellékbetegségek (ikterus pl.), bélhurutra való hajlam, gyermekeknél constitutionalis gyengeség, akkor az életkor szerint a következő adagokat adhatjuk és adtuk is:

4–10 évig 0.20–0.30 g,

10–15 évig 0.30–0.45 g,

15–20 évig 0.45–0.75 g,

20 év fölött 0.75–0.95 g-ot adtunk.

Több mint négy éve majdnem kizárólag ezt a féregűző eljárást alkalmazzuk, a klinikán és ambulánsan kezelt eseteink száma kb. 70 lehet. Gyógyulási eredményeink igen jóknak mondhatók, a legtöbb betegnél a kezelést kétszer-háromszor a megfelelő időközökben megismételjük és végül majdnem mindegyik betegünk teljesen tünetmentes lett. Azoknál, akiknél ezt ellenőriztük, a rectumból vett székletben petéket sem tudunk kimutatni.

Ami a neosalvarsan localis hatását illeti, úgy az két úton jöhet létre. A neosalvarsan *egy része* a bélből felszívódva a vesén és ismét a bélben át ürül ki.

A per os bevett neosalvarsan kiürülését könnyen lehet a vizeletben és székletben az Abelin-féle resorcinos próbával követni. Ennek szemléltetésére közlöm egyik esetünknek erre vonatkozó adatait.

A beteg október 28-án reggel 0.90 g neosalvarsant kapott.

9 óra: Abelin-reactio (A. r.) vizeletben negativ.

9 óra 10 perc: 0.90 neosalvarsan per os.

9 óra 40 perc: A. r. vizeletben negativ.

10 óra 10 perc: A. r. vizeletben negativ. Két evőkanál ricinusolaj.

10 óra 40 perc: A. r. vizeletben gyengén positiv.

11 óra 35 perc: Első székletben A. r. positiv, vizeletben szintén.

12 óra 25 perc: Második széklet A. r. positiv, vizelet: positiv.

4 óra (d. u.): Székletben, vizeletben A. r. erősen positiv.

7 óra (este): A. r. székletben erősen, vizeletben gyengén positiv.

Másnap reggel 9 órakor: A. r. vizeletben, székletben negativ.

Hogy a subcutan vagy intravenásan adott salvar-sámból a székletben tekintélyes mennyiségű *As* jelenik meg, azt több közleményből, így *Frenkel-Heiden* és *Navasart* munkáiból különösen, jól tudjuk. Ez utóbbi szerzők azt találták, hogy a bélben át kiválasztott arzén mennyisége legalább is annyi, sőt egyes egyéneknek még lényegesen több, mint az az arzén-mennyiség, mely a vizelettel hagyja el a szervezetet.

A per os adott neosalvarsan *egy másik része nem* szívódik fel, hanem változatlanul megy tovább a bélben, amit még a ricinusolaj hatása is fokoz. Néhány erre vonatkozólag megvizsgált esetünkben a ricinusolajat korábban adtuk be és a székletben már positiv Abelin-reactiót kaptunk akkor, mikor az a vizeletben még negativ volt. Ennélfogva az oxyurisokra éppúgy hatással van a neosalvarsan *felszívódott*, mint a *fel nem szívódott* része is.

Egyéb bélférgeknél a neosalvarsan hatástalannak bizonyult. Ezen gyógyítóeredmények alapján kíváncsiak volna az oxyuriasis terapiájába olyan arsenkészítményeket bevezetni, amelyek desinfectiensekkel összekötve, a neosalvarsan egyes hátrányait kiküszöbölnék.

Kecksemét törvényhatósági város kórházának közleménye (igazgató: Pechány Albin sebészfőorvos).

Műfogás a térd- és láb-clonus kiváltására.

Írta: Szarvas András dr. belgyógyász-főorvos.

A Jendrassik-klinikán töltött szolgálati időm alatt több ízben megtörtént, egy-egy ideg eset bemutatójánál, hogy a beteg felvétele után igen könnyű szerrel kiváltott clonus-tünetet („fussphenomen“ Westphal, „trepidatio epileptoid“: *Brown-Sequard*) másnap vagy harmadnap igen hosszú próbálgatás után sikerült csak előidézni. Több ízben láttam hasonló kellemetlen helyzetben alorvosaimat, hogy a demonstrált idegbetegeknél (lateral sclerosis amiotroph., sclerosis multiplex, hemiplegiásoknál a contracturák megjelenése előtt közvetlenül) igen sok ízben olyan nagy fontosságú clonust, amit a beteg felvételekor kiváltottak, nem tudtak demonstrálni. Miután a clonus ezen sajátosságos viselkedését főként olyan betegeknek láttam, akik saját lábukon, nehéz járásuk miatt igen fáradtan keresték fel a klinikát vagy a kórházat, megpróbáltam másnap, amikorra a clonus kiváltása nem sikerült, hosszabb ideig (8–10 perc) járkáltatni s azután iparkodtunk a clonust kiváltani, ami az esetek legnagyobb százalékában sikerült is. Ugyanekkor az inreflexek is élénkebbek lettek.

Ezek alapján, miután az idegbetegek legnagyobb része ágyhoz van kötve s a járás rájuk igen nagy megterhelést jelent, megpróbáltam fekvő betegeinknél ezt olyan módon elérni, hogy 30–40 egymásutánj apró ütögetéssel kiváltottam a patella és Achilles-reflexeket s ez után próbáltam az előzőleg ki nem váltható clonust kiváltani s azt találtam, hogy ez éppen csak olyan jól sikerült, mintha a beteg hosszabb ideig járt volna. Azóta ezt a műfogást megfelelő esetekben alkalmazom, az esetek 80–90%-ában sikeresen, amiért is szükségesnek tartom erre a figyelmet felhívni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Anyagcserevizsgálatok anaemia perniciosásoknál vérátömlesztés után. Prof. Weicksel. (Zeitschr. f. kl. Med. 102. 1.)

A kiválasztott nitrogenmennyiség már az átömlesztést követő napon szaporodott, a második napon azonban még inkább és csak a 4–5. napon csökkent ismét a normalisra. A fokozódás a kiindulási mennyiség 20–35%-a volt. Minél több vért ömlesztettek át, annál tovább tartott a fokozott nitrogenkiválasztás. A szerző szerint valószínű, hogy az átömlesztett vér egy része egy ideig, mint élő és légző vértestecske kering a szervezetben, mert különben, ha az egész átömlesztett vér egyszerre elbomlana, akkor nem játszana szerepet, hogy több vagy kevesebb vért ömlesztettünk-e át és a fokozott nitrogenkiválasztásnak is a második napon kellene minden esetben a tetőpontját elérnie. Másrészt a vérátömlesztés a szervezet erős ingerének sem tekinthető, aminek következménye a fokozott nitrogenkiválasztás, mert intramuscularis vér és intravenás caseosan-injectiók után lényegesebb fokozódását a nitrogenkiválasztásnak nem lehetett kimutatni. Ezek szerint fel kell tételezni, hogy a fokozott nitrogenkiválasztás oka az átömlesztett fehérjetartalmú vörösvértestek fokozatos szétesése. Mivel az átömlesztés után a vörösvértestcskék tartósabban megsaporodnak, úgy valószínű, hogy eredményes transfusio nemcsak serkentőleg hat a csontvelőre, hanem azt egyúttal rövidebb ideig pihenteti is, mert az átömlesztett vértestcskék átveszik a beteg élő és légző vértestcskéinek szerepét, úgyhogy a pihent csontvelő újult erővel képes azután az új vörösvértestcskéket a vérpályának átadni. Így magyarázható azután az, hogy könnyebb esetekben, mikor a csontvelő még ingerelhető, jobb eredményeket érünk el, mint a súlyos esetekben. Ugyanez vonatkozik az arsenkezelésre is. Ugyancsak fokozódik a húgysavkiválasztás is az át-

ömlesztés után, és pedig annál nagyobb mértékben és annál inkább elhúzódva, minél nagyobb volt az átömlesztett vér mennyisége. Fel kell tételezni, hogy ezt a purinbázisokban jóval gazdagabb egészséges vér bejutása okozza. A serum ferhérjetartalma anaemia perniciosásnál körülbelül normalis, az átömlesztés nem befolyásolja. A vérlemezék számát bizonyos fokig kórhóslati jelnek tekinthetjük, amennyiben megfogásuk a beteg romlásának, szaporodásuk pedig javulásának a jele. A szerző szerint az anaemia perniciosus kezelésében leghatásosabb eszközünk a vérátömlesztés. *Friesz dr.*

Cholesterinmeghatározások arteriosklerosisnál. A. L. Mjassnikow. (Zeitschr. f. kl. Med. 102. 1.)

Hypercholesterinaemia rendszeresen csak azon eseteiben mutatható ki az arteriosklerosisnak, amelyekben kifejezett az aorta és a coronariaerek atherosklerosisa. Kisebbségi atherosklerosisnál a hypercholesterinaemia csak körülbelül az esetek felénél mutatható ki. A vesék és a peripheriás artériák sklerosisánál pedig és essentialis hypertoniánál normalis cholesterin-értékeket találunk a vérben. Az arteriafal atherosklerosisa, illetőleg cholesterin infiltrációja két tényezőnek eredménye, a mechanicus-toxicusé, mely az arteriafal sérülését okozza, másrészt pedig a hypercholesterinaemiáé. E második tényező jelenlétéből következtethetünk az atherosklerosis gyorsabb és erősebb kifejlődésére. *Friesz dr.*

A diabeteses coma okáról. Sz. Lorant. (Klin. Woch. 1926. 26. sz.)

A diabeteses coma pathogenesisére vonatkozólag eddig két uralkodó theoria volt: *Stadelmanné*, aki savmérgezésnek tartotta és *Noordené*, aki a β -oxyvajsav specialis mérgező hatásának tulajdonítja a coma összes tüneteit. *Stadelmann* theoriája főképp az alkali-injectiók kedvező hatására és arra a hasonlóságra támaszkodott, mely a coma és a sósavmérgezés tünetei között észlelhető. Kiderült azonban, hogy az alkali-injectiók hatása csak átmeneti és semmivel sem mulja felül a physiologias konyhasó-injectiók hatását, másrészt, hogy a coma és a sósavmérgezés analogiája sem helytálló. A *Noorden-féle* theoriának viszont ellene szól, hogy β -oxyvajsavval mindeddig nem sikerült kísérletileg tipusos mérgezéses tüneteket létrehozni. A legsúlyosabb érv a két említett theoria ellen végül az, hogy vannak klinikailag észlelt diabeteses coma-esetek, melyekben a keton-testek felszaporodása minimalis, vagy teljesen hiányzik. Ilyen esetet észlelt *Umber* és leír a szerző is. Ezekben az esetekben a cukorbeteg a coma tipusos tünetei (eszméletzavar, Kussmaul-légzés, szapora pulzus) voltak észlelhetők, anélkül, hogy vizeletükben acetont vagy β -oxyvajsav lett volna kimutatható. Ezek az esetek a szerző szerint abszolút biztonsággal mutatják, hogy a coma oka nem a keton-testekben keresendő. Ő azt tartja, hogy a coma voltaképpen azáltal jön létre, hogy a szénhidrátanyagcsere zavara folytán a test összes izmai, és így a szívizomzat is működésképtelenné válnak, a sensoriumzavart pedig a rossz keringés következtében beálló agyanaemiával magyarázza. Ebből érthető az a tapasztalat, hogy minden olyan beavatkozás, mely a vérnyomást növeli, pillanatszerűleg megszünteti a soport, ami mérgezéses állapotnál nem volna elképzelhető. Theoriája támogatásul felhossa még azt a hasonlóságot, mely a diabeteses coma és a súlyos testi fáradtság tünetei közt észlelhető.

Czoniczser dr.

Tapasztalatok voluntallal. Altatószerek objectív vizsgálása. A. Greve. (Zeitschr. f. kl. Med. 102. 1.)

A Bayer-gyár készítette voluntallal, mint trichlor-aethyluretan a chloral és az uretan között áll. Az állatkísérletek szerint chemiailag ártalmatlan, enyhe altatószer. A klinikai vizsgálatok szerint főleg sedatív hatása említendő meg. A szerző vizsgálatai szerint a voluntall főleg ideges álmatlanság és szívbetegségek estén tesz jó szolgálatot. Mivel azonban a vizsgáló altatószerek vizsgálásánál leginkább a beteg és az

ápolószemélyzet subjectiv bemondására volt utalva, vizsgálatainál *Straub* és *Haldane-Priestley* módszerét alkalmazta, mely az alveolusokban levő CO_2 -feszültség meghatározásán alapszik. Ugyanis alvás közben a CO_2 -feszültség a légzőközpont csökkent ingerlékenysége következtében fokozódik. Meghatározta néhány napon keresztül az átlagos CO_2 -feszültséget ébrenlétkor. A CO_2 -feszültség változását görbével fejezte ki. Tapasztalatai szerint 1–2 órával a voluntal bevétele után a CO_2 -feszültség fokozódik, mégpedig ugrásszerűen, ami csak a voluntal hatására vezethető vissza. *Friesz dr.*

A Meinicke mikroreaktíórol. (M. M. T. R.) *Burt-scher.* (M. M. W. 1926, 5. sz.)

A mikromethodusnak a syphilis diagnostizálásában a praktikus orvos szempontjából nagy jelentősége van, egyrészt, mert kiviteléhez a vizsgálandó vérsavó néhány cseppje elegendő, másrészt, mert kevés laboratoriumi felkészültséggel végezhető. *Dohnal*nak sikerült először a Meinicke-reaktíó (M. T. R.) használható mikromethodussá kidolgozni. (M. M. T. R.) Szerző hosszabb ideig foglalkozott a mikro-M. T. R.-val, eleinte *Dohnal* előírásai szerint végezve, később pedig a következő módosításokkal: a vizsgálandó savót a Meinicke-reaktíóhoz használatos extractumokkal (melyeket 1:10 arányban hígított 3%-os Na Cl-oldattal, előzetesen 43°-os vízfürdőn 10 percig melegítve) hajszálpipettában keverte 1:5 arányban és a keverékből függőcseppet készített, melyet 1–2 óráig 23°-os thermostátban tartva az eredményt kis, vagy közepes nagyítással mikroskoppal olvasta le. Kísérleteiből *Dohnal*, *Niederwieser* és *Meinicke* tapasztalataival egybevégezve bizonyult, hogy a mikro-Meinicke-reaktíó a makromethodussal egyenértékű és 96%-ban a Wa. R.-val is egybevágó eredményeket ad. 993 vizsgált serum közül 626-nál a Wa. R. és a M. M. T. R. egybevágóan negatív, 333-nál egybevégezve pozitív volt, 34 esetben pedig a Wa. R.-val ellenkező eredményt kapott. *Dvorák dr.*

Sebészet.

A pneumococcus peritonitis. *Georg Wolfsohn.* (Med. Woch. 1925, 44. szám.)

Inkább gyerekeknél, főleg lányoknál, de előfordul felnőtteknél is. Hirtelen kezdődik, bizonytalan elhelyezkedésű hasi fájdalmakkal, hányingerrel, hányással, gyakran hasmenéssel, 38–40 C° hőmérsékkel. A has relatív puha, körülírt nyomási érzékenység ritkán van, akkor is legtöbbször a vakbél tájon. A pulzus a hőmérséknek megfelelő, jó. Fontos, hogy a hasfali izomzat kimondott feszültsége hiányzik. Lefolyásában gyakran pár nap múlva javulás áll be, hogy ismét pár nap múlva még fokozottabban törjenek elő a tünetek. Egy-két hét múlva a hasban folyadék mutatható ki, a hasi bőr venái megduzzadnak. A kép nagyon hasonlít a hashártya tuberculosishoz. A hasüregben tályog fejlődik, mely néha úgy helyezkedik el, hogy nem lehet kimutatni. E mellett az általános állapot folyton romlik, kachexiás lesz a beteg, mely aztán exitushoz vezet.

Mint fertőzési kaput, illetőleg utat megemlíti a női genitáliákat, továbbá, hogy áttérjedhet véleménye szerint a mellhártyáról a nyirokereken útján, bár ez a kérdés még nem tisztázott. Azonkívül a véráram útján is jöhet a fertőzés, azonban, hogy a hashártyagyulladás általános sepsis részletjelensége volna, nem tartja valószínűnek. Mint legfontosabbat említi meg a gyomorbélhuzam megbetegedését, ahová a szájjüregből kerülnek a virulens pneumococcusok. Gyógykezelése csakis sebészi lehet. Ajánlja, hogy csak akkor operáljunk, ha kórisménk biztos, s lehetőleg ha már a képződött tályogot ki tudjuk mutatni. Utókezelése olyan legyen, mint más hashártyagyulladásoknak. *Szacsavay.*

A sebészi gümőkór nem sebészi kezeléséről. *Staub Oetiker.* (Klin. Woch. 1925, 47. sz.)

A gümőkór kezelése az utóbbi 20 évben nagy változáson ment át. Míg az eddig sebészileg nem kezelt tüdőgümőkór mind nagyobb tért hódít a sebészi be-

avatkozás, addig a csont- és ízületi megbetegedéseknél újabban a conservatív kezelés került előtérbe. Fontos szerepet játszik a kezelés megválogatásánál a beteg socialis helyzete is. Tapasztalatai alapján esipózületi gümőkór nál a conservatív eljárás híve, s csak sipolyos másodlagosan fertőződött, s az életet közvetlenül veszélyeztető folyamatnál tartja javaltnak a resectiót. Térd-izületi gümőkór nál a gyermekkorban mindenesetre megkísérlendőnek tartja a conservatív kezelést, mert a resectio esetleg a végtag növekedését kedvezőtlenül befolyásolhatja. Felnőtteknél inkább resectio végzendő, mert ezután a gyógyulás sokkal gyorsabb, mint a conservatív kezelésnél. Lábtő- és lábközépesont folyamatoknál a gyermekkorban megkísérlendő a conservatív eljárás, a felnőtteknél a resectio vagy amputatio jobb eredményt ad. Vállizületi gümőkór nál minden esetben megkísérel a conservatív kezelést, s csak ha az eredményre nem vezet, végzi a resectiót. Könyök- és csukló-folyamatoknál a conservatív kezelést jobbnak tartja a műtétnél, mert a sebészi beavatkozás bár e folyamatot gyorsan gyógyítja, az ízület mozgását megszünteti, amiért is csak súlyos esetekben tartja javaltnak a műtétet. Spondylitisnél elsősorban a gipszágy és a fűző jön szóba, az Albee-műtét bár a fájdalmat megszünteti és a gerincoszlop tartóképeségét növeli, a végleges gyógyulás szempontjából másodrendű szerepet játszik. A hashártya és adnex gümőkórjában a műtétet nem ajánlja, legfeljebb az exudatumot punctióval bocsátja le. Vesegümőkór nál ha a folyamat egyoldali, csak a sebészi beavatkozás jogosult, kétoldali folyamatnál napfény kezelés megkísérlhető. Mellékhere gümősödésnél, ha a folyamat egyoldali a castratio javalt, kétoldali folyamatnál a conservatív kezelés megkísérlendő. Mirigygümőkór nál punctiót, Röntgen, s a Bier-féle pangásos kezelést ajánlja. Hideg tályogokat csak akkor nyit meg, ha azok másodlagosan fertőződtek, vagy át-törő félben vannak. Minden sebészileg kezelt beteg tekintve a gümőkór egész szervezetre kiterjedő káros hatását, utókezelésre, valamely gümőkór elleni gyógyintézetbe küldendő. A különböző tuberculinkezelésektől, csont- és ízületi gümőkór nál jó eredményt nem látott. *Matolay.*

Adatok a vastagbélresectio kérdéséhez. *Fritz Pendl.* (Med. Klin. 1925, 46. szám.)

Vastagbélresectióknál a helyes műtéti technika mellett fontosnak tartja a bél tartalom mechanikus hatásának lehető kiküszöbölését, e végből betegeinek a műtét után 24 órával egy evőkanál ricinust ad, s ezt azután naponta fél kávéskanálanként mindaddig adagolja, míg a beteg bélműködése rendes nem lesz, ami általában a 4–5-ik napon következik be. Eljárása — úgy véli — megakadályozza a széklet beszáradását és nagyobb tömegekben való összegyűlését, ami a varratok feszítése által ezek gyógyulását kedvezőtlenül befolyásolhatná. A vastagbélvarratokat körkörösén end to end végzi, tekintet nélkül arra, hogy a bél mindenütt savós hártával van-e borítva. Tapasztalatai szerint ugyanis a varratok ott is jól tartanak, ahol nem a savós hártával borított belet, hanem csupán a muscularis varrjuk össze. A varratokat két rétegben alkalmazza. *Matolay.*

A traumás homloklebenytályogok kezeléséről. *A. Winkelbauer* és *H. Brunner.* (Arch. f. Klin. Chir. 1925, 137. köt., 1. füz.)

Hét eset részletes leírását közlik, amelyek közül három esetben lövési sérülés, a többiben tompa ütés okozta a tályogot. Öt esetet már műtét előtt kórismézték, egy esetben csak később és végül egyben csak halál után derült ki a helyes kórisme. Felhívják a figyelmet jó műtéti eredményükre (28% halálozás) és ezt részben a korai helyes kórismére, részben pedig a műtéti technikára vezetik vissza. Eredményüket röviden összefoglalva, a következőket hangsúlyozzák: a helyes kórisme felállításához legfontosabb a sérülés helyének és mértékének az ismerete és a beteg lelki tulajdonságainak

megváltozása; a tályogok kórjósata, az idejében felállított kórismétől és a megnyitás módjától függ; friss tályogok a koponyaalap felől nyitandók meg, mert ez által a genynek is jobb lefolyása van, a késői tályogoknál a megnyitás mikéntje nem lényeges. *Czirer.*

A paravertebralis injectio (P. I.) alkalmazásáról. *Mandl.* (Klin. Wochenschr. 1925, 49. sz.)

A P. I. alkalmazásának javalata mindinkább bővül. Mint műtéti érzéstelenítő eljárást háttérbe szorította ugyan a splanchnikus bénítás, de még mindig előnyben részesítik akkor, ha csak bizonyos hasi segmentumokat (például veseműtét) érzéstelenítenek. A P. I. kiváló elkülönítő-kórismézó eljárásnak bizonyult, az epehólyag- és vesemegbetegedéseknél, mert ezeknek érzékenysége majdnem teljes bizonyossággal kirekeszthető. Mint vizsgálati eljárás heveny megbetegedéseknél ellenjavalt, mert hatására a defenszus muscularis megszűnik és így a fenyegető veszélynek (átfűródás) a képe elmosódik. A szerző a P. I.-t, ha a különféle belkezelési eljárások eredményteleneknek bizonyultak, epekő- és vesekőfájdalmaknál, mint gyógyeljárást ajánlja. Az ilyen célból végzendő P. I. sárgaság-nál, fenyegető átfűródásnál, epehólyag körüli összenövésnél és a veseköveknek akkor nem végzendő, ha ez vesevízkórsággal vagy genyvesével szövődik. Ajánlja a P. I.-t a reflectorikus anuria leküzdésére is. A gastrikus krízis nagyobb kiterjedésű P. I.-re (D₅—D₆) több napra megszűnik, de a hányás vele nem befolyásolható. *Pál* egy esetben jó eredményt ért el asthma bronchialenál. A szerző angina pectorisnál különböző, de általában kielégítő eredményeket látott. Néhány inoperabilis carcinománál megkísérelte a fájdalmakat hosszabb időre csillapítani. Egy esetben igen szép eredményt ért el (pankreas carcinoma), de látott teljes eredménytelenséget is (bronchus carcinoma).

Demjanovich K.

Urologia.

Hüvelyen át eltávolított ureterkő. *Lower.* (The Journal of Urology. 1925, 14. évf., 2. sz.)

Az ureter alsó szakaszában fekvő beékelt, a hüvelyen át is tapintható köveknél leghelyesebb a vaginalis úton való eltávolítás. Az irodalomban 19 esetet gyűjtött, melyekhez saját hat esetét fűzi. Két esetben nem sikerült a behatolás, mivel műtét közben feljebb csúszott a kő. Utóbbi nehézség azonban más behatolási eljárásnál is lehetséges. A műtét technikája igen egyszerű. Le és ellenkező oldalra húzva a cervixet, a kő kitapintása után bemetszés a hüvely nyálkahártyáján az ureter lefutásának irányában. A kő visszaesésének megakadályozása céljából a kőfeletti hüvelyfalat is megfogja és lehúzza. Ezután a mutatóujj vezetése mellett a megfelelő ureterszakaszt a megejtett nyálkahártyanyílás felé húzza, s megnyitja az uretert. A kő eltávolítása után az uretert összevarrja, a hüvely nyálkahártya sebet pedig drainezi. A gyógyulás tartama átlag 2—3 hét. Fistula nem képződik. *Minder dr.*

A prostata-massage előnye és hátrányai. *Stutzin.* (Zeitschrift f. Urolog. 1926, 1. füzet.)

A legtöbb urológiai tankönyv a subacut és chronikus prostatitis terapiájában a massaget helyezi első helyre. A gyógyhatást egyrészt mechanikai kiürülés, másrészt a resorptio fokozásában látják. Valószínű, hogy a prostata-massage mint trauma izgalom hyperaemizálóan hat, de nehéz megvonni a határt, hogy hol végződik a hyperaemia okozta gyógyhatás, illetve hol kezdődik a trauma előidézte szövetsérülés. Tekintve, hogy néha éveken át folytatott prostata-massage is eredménytelen, felmerül a kérdés, tényleg használ-e a prostata-massage? Az anatómiai viszonyok utóbbi ellen szólnak. A massage mechanizmusa, hogy a retrourethralis prostatát a praeurethralis részhez nyomjuk, mivel pedig ez a rész a szeméremesont miatt nem tud kitérni a nyomás elől, a két prostatarész közötti húgycsőnyálkahártyába préselődik be a váladék, s csak egy töredéke távozhat a húgycsővön keresztül. Való-

színűtlen, hogy a massage használna azon esetekben, hol a gyulladás elzárta a kivezető utakat. A gyulladásos, heges szövetek mindig ellenállóbbak lévén mint az épek, inkább hihető, hogy a massage ily esetekben is ép mirigyrészletek felé nyomja a pangó váladékot. Meggondolandó továbbá, hogy vajon célszerű-e eltokolt gonorrhoeás góccokat, melyek anaerob viszonyok közt vannak, a massage révén aerob viszonyok közé juttatni s ezáltal vitalitásukat fokozni. Ezen okok miatt az utóbbi négy évben eseteit massage nélkül kezelte s semmivel sem látott rosszabb eredményt, sőt kevesebb volt a complicatio. Mivel a massage ellene szól a gyulladásos szerveknél általában használt terapiának, ajánlatos volna nagyobb anyagon parallel vizsgálatokkal (massage és massage nélküli kezeléssel) e kérdésre több fényt deríteni.

Minder dr.

Ureteren és hólyagon végzett tanulmányok, különös tekintettel a regurgitatio lehetőségére. (III. folytatásos közlemény.) *Graves-Davidoff:* (The Journal of Urology. 1925, 14. évf., 1. sz.)

Állatokon (nyúl, macska, kutya) végzett vizsgálatokból megállapítják, hogy a regurgitatio, vagyis a vizeletnek a hólyagból az ureterekbe való felhatolása a kísérletek 80%-ában lehetséges volt. Kísérleteiket a hólyag és ureter abdominalis feltáráásával végezték. Physiologias konyhasót sötétkékre festve, különböző hólyagtöltésnél figyelték a folyadéknek az ureterekbe való felszállását. Azt tapasztalták, hogy macskáknál átlag 132 cm³, kutyáknál 488 cm³ hólyagtöltésnél jelent meg a folyadék az ureterekben. A manometeren megállapított intravesicalis nyomás ugyanakkor 47-6, illetve 85 mm Hg volt. Ezen átlag értékeknél macskáknál az esetek 62-5%, kutyáknál 27%, nyulaknál 80%-ában lépett fel regurgitatio. *Courtade* és *Guyon* azon feltevését, hogy kutyáknál egy külön izomnyaláb nehezíti meg a regurgitációt, megerősítik; és azt inkább a kutyák hólyagizomzatának sajátosságának (tonikus resistantia megváltozásának) tulajdonítják. A hólyagizomzat tonusának szerepét a regurgitatio fellépésénél igazolták azon kísérletek, melyeknél követ helyeztek a hólyagba, ilyenkor félannyi mennyiségű folyadékkal idéztek elő regurgitációt. Négy esetben ureter transplantációt végeztek a hólyag egy másik helyére. Két esetben, hol ferdén haladtak át a hólyag izomzatán, nem állott elő visszafolyás; a másik két esetben azonban, hol merőlegesen hatoltak át, már igen hamar regurgitációt figyelhettek meg. Az ureternyílás alakja kevésbé fontos, mint az izomtonus. Pathologias szájadékoknál épp oly eredményeket kaptak, mint normalisoknál. Ureter antiperistaltikát egy esetben sem láttak. A regurgitatio fellépése tehát elsősorban a hólyagizom tonusától függ.

Minder dr.

Szemészet.

A gonoblenorrhoea sejtinger terapiája. *Heim,* Bukarest. (Kl. M. f. A. 1926.)

Szerző a gonoblenorrhoea hathatós szerével: a tejjel, a phlogetant igyekszik szembeállítani. Elismeri ugyan, a tejnek minden más ilyfajta szerrel szemben előnye a könnyű hozzáférhetőség, továbbá, hogy hatása a legtöbb esetben kétségtelen. De a phlogetant éppen azért tartja a tej egyenrangú pótszerének, mert ezen kiváló tulajdonságok mellett nélkülözi a tej hátrányait: a változó összetételt, a gyakran jelentkező anaphylaxiás sokkot. Előnye: az állandó összetétel, amin a hosszabb állás sem változtat, steril ampullákban kerül forgalomba, de ami a legfontosabb: a gonoblenorrhoea igen súlyos, sőt komplikált eseteiben is prompt hatékony. A vérnyomásra kisfokban csökkentően hat.

Ferenczy Zoltán dr.

Malariakezelés tabeses látóidegsorvadásnál. *M. Fischer-Ascher,* Prága. (Klin. Mschr. f. Aug. 1926, 103. o.)

18 tabeses látóidegsorvadásban szenvedő betegnél alkalmazott malariainjectiók terapiás eredményéről számol be. Malariás betegből vett 4—8 cm³ vért subcu-

tan vagy intravenosusan adott be. Az első lázroham 4–8 napi incubatio után tört ki. 10–12 lázroham után a malariát *Nocht-kúrával* vágta el. A betegek vagy egyáltalán nem, vagy csak hiányos antilueses kúrát végeztek az infectio után. A kúra befejezése után 4–12 hónapig észlelte a betegeit. 18 beteg közül 12-nél a látás további romlása megállt, ötnél további látásromlás, egynél valamelyes javulás következett be. Ezen eredmény abból a szempontból ítéendő meg, hogy eddig semmiféle gyógykezeléssel a betegség progressióját nem sikerült befolyásolni.

Fodor Géza dr.

Penészgomba által okozott metastatikus ophthalmia esete. *Stock.* (Kl. M. f. A. 1926.)

A penészgombák által okozott ophthalmiának ritka és érdekes esetét ismerteti. 32 éves félibetegénél igen súlyos, minden kezeléssel dacoló gyulladás lépett fel a jobb szemén. (Iridochorioiditis.) A gyulladásos tünetek súlyossága s a fokozódó fájdalmak miatt is végül enucleálni kellett a szemet. A táptalajoltás, valamint a kikent készítmény negatív eredményt adott. A bulbuss fixálása után végzett szövettani vizsgálat azonban annál meglepőbb eredménnyel járt. Az üvegtestnek — retinával szomszédos részeiben — sűrű tömegekben, a távolabbi résekben pedig szóróványosan a penészekre emlékeztető fonaltelepeket talált, melyeknek fonalai dichotomikus oszlás után sajátos megvastagodásokba mentek át. A megejtett belvizsgálat idült hörghurutot konstatált, a köpetben pedig nagymennyiségű aspergillus fumigatus volt kimutatható. Valószínű tehát, hogy a betegnél aspergillussal fertőzött bronchiektasia volt jelen, mely áttéti úton a szem megbetegedését okozta.

Ferenczy Zoltán dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A nem-terhes emberi méh összehúzódásának regisztrálása. *Hinselmann.* (Klin. Wochenschr. 1925, 47. sz.)

Nem rendelkezünk oly eljárással, melynek segítségével meghatározhatnánk méhösszehúzóink hatását nem-terhes méhre. Az összehúzódások ellenőrzése lehetséges a kolposkop segítségével, mellyel a méhszájon át történő vérürülések száma és időtartama pontosan megfigyelhető. Az áramlás gyorsaságából az összehúzódások gyakoriságán és tartamán kívül azok erőssége is meghatározható. Erősebb összehúzódás esetén több vér ürül, mivel ez a méh ürét jobban kiüríti s pangás által nagyobb viszeres transudatiót okoz. A nyert eredményt a „kilöketési görbe” mutatja, mely 1000 másodpercre átszámítva, az egyes szerek hatásának összehasonlítását lehetővé teszi.

Liebmann.

Tetanus puerperalisról kriminalis vetélés után. *Schneider.* (Klin. Woch. 1925, 51. sz.)

Két bűnös beavatkozás következtében fellépett tetanusfertőzés közül az egyik intensív antitoxikus serumkezelés, a másik serumkezelés és total exstirpatio ellenére halálosan végződött. A bakteriologiai vizsgálat gázfejlesztő baktériumok és streptococcusokból álló kevert fertőzést mutatott ki anélkül, hogy a műtétes anyagból tetanus kitenyészhető lett volna. A biológiai viszonyok tetanusbacillusok részére a puerperalis méhen különösen kedvezőek, úgyhogy létrejött megbetegedés esetén a gyógykezelés kilátásai igen rosszak.

Liebmann.

A máj és vese részesedésének kérdése eklampsiánál. *Preisecker.* (Centralblatt für Gyn. 1926, 1. sz.)

Eklampsiánál a vérsavó összfehérjetartalom nem tér el a rendestől, ezzel szemben a fibrinogéntartalom erősen eszikken, annál erősebben, mennél súlyosabb az eset. Bár az összfehérjetartalom általában a normalis alsó határán mozog, mégis ha tekintetbe vesszük a vér besűrűsödését, úgy tulajdonképpen hypalbuminossal állunk szemben. A fibrinogéntükör vizsgálatát a májműködés vizsgálatának egyik módja és így ebből a máj működésére lehet következtetni. A vizelet fehérjetartalma párhuzamba hozható a vér fehérjetartalmával, utóbbi emelkedése fehérjevizelést okoz. A terhes-

ség egymagában is már munkatöbbletnek tekintendő és így oly kis értrendi hiba, vagy izommunka, mely nem terhesnél nyomtalanul eltűnik, vizenyőt, illetve fehérjevizelést okozhat. Az ilyen magas vérfehérje mellett történő fehérjevizelés tulajdonképpen lényegtelen. Ha azonban olyankor áll be albuminuria, midőn a vérplasma fehérje mennyisége normalis, vagy esökkent, úgy ez már a vese túlzott átérésztésére mutat. Csakis ez utóbbi szorul kezelésre, mivel fehérjevizelés egymagában még nem jelent vesemegbetegedést. *Liebmann.*

Endogen és exogen festékanyagok átlépéséről az anyai vérből a magzatvízbe heveny sárga májsorvadásnál. *Jälich.* (Klin. W. 1925, 49. sz.)

Terhesek anyageseréjének bizonyos élettani elváltozásai utalnak arra, hogy a terhesség már physiologián is lényeges terhelést jelent a máj számára. A sárgaság háború alatti növekedésével növekedett a heveny sárga májsorvadások száma is. A terhesnél véletlenül fellépő sárgaságon kívül van a terhességi ikterusnak jellegzetes alakja, amelyet jellemez, hogy minden terhességben kiújul, gyakran vezet a magzat elhalásához, sohasem okoz azonban komolyabb bántalmat az anyánál. Mindazonáltal hangsúlyozandó, hogy a terhességben minden, bármilyen jelentéktelennek látszó sárgaság is hirtelen halálos heveny sárga májsorvadásra változhat. Mire a tünetek kifejlődnek, a terhesség megszakítása már rendesen késő s így a terhességet kísérő sárgaság az orvost mindig igen felelősségteljes feladat elé állítja. A közölt esetben hat hónapos terhesnél sárgaság lépett fel. A máj működésének vizsgálatára 5 cm³ tetrachlorphenolphthaleint adnak. Néhány óra múlva spontán vetélés, később az állapot rosszabbodik, peritonitis miatt műtét, majd halál. A boncolásnál genyes salpingitisből kiinduló hashártyagyulladást találnak és májsorvadást: elhalások, elzsírosodás. A beadott festékanyagot úgy a vérben, mint a lepényi vérben és magzatvízben is fel lehetett találni. Bár a magzat elhalását minden valószínűség szerint az epesavak felszaporodása, illetőleg a lepényen történő átlépése okozta, mégis a vetélést és a mérgezési jelenségeket mindenek szerint a tetrachlorphenolphthalein okozta, ezért ezen májvizsgáló szerrel, legalább is a terhességben, igen óvatosságnak kell lenni. Exogen festékanyagok a kísérletek szerint, bár a lepény azokat magába szívja, a magzatba átmenni nem szoktak. Hogy a festék itt mégis a lepényi vérben és a magzatvízben is kimutatható volt, mindenek szerint a nagyfokú májbántalom következményének tekinthető, amely miatt a máj a festéket az epével kiválasztani nem volt képes. Hogy a magzatvízbe a festék az amnionhám kiválasztása, vagy osmosis útján jutott-e, még tisztázatlan.

Liebmann.

KÖNYVISMERTETÉS

Über den Energieverbrauch bei musikalischer Betätigung. Von Prof. A. Loewy und H. Schroetter. Sonderabdruck aus Pflügers Archiv für die Gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere, 211. kötet. Julius Springer, Berlin, 1926.

Schroetternek már 1920-ban megkezdett kísérleteit folytatták a szerzők. A zenével kapcsolatos tevékenységekkel járó energiatermelést a gázcsere mérésével iparkodtak megállapítani. A vizsgált egyén fejére egy, az egész fejet befedő gummi burkot alkalmaztak, amely könnyű fémtok és szelepek közvetítésével függött össze a gázanalizáló készülékkel. A gázanalízisen kívül a mellkas mozgásait pneumograph, a lélekzési nyomást pedig sok esetben manométer segítségével határozták meg. Minden kísérlet előtt, ismételtén meghatározták a nyugalmi értéket, tehát az oxygenfogyasztást, nyugalom állapotában, azaz a megfelelő zenei tevékenység nélkül.

Eredmények: Ha a kísérleti egyén (nő) *Brahms* egy dalát erős hangon énekelte, a dal egész előadása 370 cm³ oxygenfogyasztástöbblettel járt, ami az oxygen caloriás hányadosának figyelembevételével és 25% munkahaszonértéket feltételezve, percenként 45 mkg,

óránként tehát közel 3000 mkg munkavégzést jelentene. Más egyének végzett kísérletek az óra-munkának egészen mintegy 6000 mkg-ig emelkedő értékeit adták. Hangos olvasás vagy füttyülés szintén közel 3000 mkg munkát kívánt. A zongarázók óra-munkái 4300 és 11.300 között mozogtak. Hegedűsök óra-munkája 5000, gordonkásoké 6000–9500, trombitálóké 4600–5300, nagydob-ütőké egész 25.000 mkg-ig emelkedő munkaértéket adott. Az adatokból következik, hogy az éneklés és a legtöbb hangszerezen való játék a nyugalmi anyagforgalmat 40–60%-al emeli, az emelés értéke fokozott zenei tevékenység révén 250%-ot és a dobosnál a 300%-ot is elérheti. Tehát azon fokra emelkedhetik, amit már nehéz munkának mondunk. A könyv 63 oldal és ára 2-70 arany márká.

Das Augenzittern als Gehirnstrahlung. Ein Atlas der Augenzitterkurven. Von Prof. Johannes Ohm, Augenarzt in Bottrop Westfalen. Mit 226 Abbildungen im Text. Urban & Schwarzenberg, Berlin, Wien, 1925. Ára füzve 21, kötve 24 márká.

A 326 oldalas monographia áttekintést kíván nyújtani mindarról, amit ma a szemreztégről tudunk. A szerző az 1913-ban alkotott és azóta folyton tökéletesített műszerével vizsgálta a nystagmust, annak phasistait 10 év alatt körülbelül 700 felvételen, több mint 4000 görbén. E vizsgálatainak anyagát 1300 nystagmusos bányászbeteg és 300 egyéb beteg képezte.

A bevezetés általános dolgokkal, így elsősorban a nystagmus vizsgálatával foglalkozik. Fontos a nystagmus pontos objectív vizsgálata, tekintetbe veendő a kilengés iránya, ennek lefolyása, száma, nagysága és a peripheriás és centralis befolyásokhoz való viszonya. Az objectív vizsgálat nem elégedhet meg az egyszerű rátekintéssel. Ohm 1913-ban először ajánlotta a szemreztégeknek merev emelő segítségével való rávezetését a kymographionra (*nystagmographia*). Több ilyen emelőszerkezetű rajzkészítő eszközt állított össze a különböző irányú nystagmus regisztrálására. A nystagmus *felosztásával* a könyv második része foglalkozik. Két nagy csoportra osztja: *reflectorikus* és *centralis* nystagmusra. A reflectorikus nystagmus lehet *optikai*, *vestibularis* és *sensorikus* eredetű. Az optikai eredetű nystagmus legfontosabb alakja a sötétség okozta nystagmus (*Dunkelnystagmus*). Ide tartozik a *bányamunkások szemreztége*. Ez talán a mű legérdekesebb fejezete, amely e körkép pathológiájával, klinikájával és a betegség socialis jelentőségével igen behatóan foglalkozik. Összefoglalása mindannak, ami e fontos kérdés megvilágítása körül az irodalomban fellelhető. A bányász-nystagmus külső okai között szerepel a bányalég, a világítás, a bánya mélysége. A belső okok között tárgyalja a különféle egyéb szembetegségeket, amelyek a szemreztés létrehozásában számbajöhetnek, azonkívül az alkoholizmus, nemzetségi kérdését. A már kifejlődött baj csakis a munkanem megváltoztatásával érhető el. A különböző sedativum alkalmazása csak ideiglenes eredményt ad. Megelőzése e bajnak csak világítás megjavításával volna elérhető. E csoportba tartozik a kisgyermekes szemreztége (*spasmus nutans*) is. A szerző szerint talán nem is olyan ritka e baj, inkább kevésszer észlelik. Három éven aluli gyermekeknél szokatlan fejmozgások mutatkoznak rángatózás, csavargatás, bólintgatás alakjában, a betegség tetőpontján nystagmus is jelentkezik. A baj rendszerint csak egy szemem támad, mindig csak a sötétebb téli hónapokban, nyáron elmúlik. Nagy csoportot képez a *veleszületett*, illetve a *szerezett amblyopiás nystagmus*. Külön fejezet tárgyalja a nystagmus *elméletét*. Rövid történeti áttekintés után a könyv szerzője maga is megkísérli a folyamat megvilágítását: a szemreztés elméletében a két legfontosabb fogalom: a nyugalmi helyzet és a periodicitás. Következő szervek azok, amelyek a szem ezen állapotát befolyásolják: az optikai, a vestibularis és az agykéreg akaratlagos készüléke. Nyugalomban a szem akkor van, ha e három tényező egyensúlyban van egymással. Majd szembeállítja a vestibularis és optikai készülék hatását a szemmozgásokra, mindkettőnek azonos a feladata: a látótér biztosítása: az első a saját testének mozgását compenzálja a térben, az utóbbi pedig a látható térét.

A könyv végén szerzője hosszasan tárgyalja a szemreztés lényegének és keletkezésének problémáját, régi és újabb elméletek kritikai ismertetése mellett a saját felfogásának is juttat helyet. Érdekes megemlíteni, hogy e fejtegetések *Beethoven* 5. symphoniájának néhány accordjával érnek véget.

Horay dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 12-i ülése.

Bemutatás:

Tóth István: 2000 hasmetszés eredménye. 1917 szeptemberétől 1922 május 3-ig, tehát négy és fél év alatt 1000 hasmetszést végzett, aminek eredményéről az év októberében az Orvosegyesületben beszámolt. 1922 május 3-tól 1925 november 21-ig, tehát három és fél év alatt újabb ezer hasmetszést végzett, aminek eredményéről, összegezve az előbbivel, tehát 2000 hasmetszésről számol be. Kiemeli a következőket: A méh myomáit 552 esetben operálta hasmetszés útján, négy veszteséggel (0.73%). Ezek közül hét esetben a myoma carcinomával társult, 14 esetben pedig sarkomás volt. 19-szer terhes volt a myomás méh, ezek közül 12-t radicalisan operált, hétnél a terhes méhet megtartotta. Carcinoma collit 13 esetben operált hasmetszés útján, hozzászámítva a hét myomával párosult carcinomát, összesen 20 esetben, egy veszteséggel. Petefészekdaganatot 639-et operált, hat veszteséggel (0.94%). 25 esetben abscessus ovarii volt, 34 esetben torsio, 26 esetben terhességgel párosult, akik közül hat a műtét után elvetélt. A petefészekdaganatok közül 85 malignus volt, egy veszteséggel. A kürt megbetegedése 196-szor fordult elő, közte 23 genyes, 5 tuberculitikus és 4 rákos. Egy esetet veszített el. Nagy szám a méhen kívüli terhességek csoportja: összesen 166. Elvesztett hatot, ami 3.58%-nak felel meg. 63 kürtrepedés volt, 80 tubaris abortus és 9 obsolet folyamat. Műtétek szerint beosztva: Salpingoophorektomia volt 649 (meghalt 5 = 0.77%), amputatio supravaginalis 625 (meghalt 8 = 1.27%), exstirpatio uteri totalis 44 (meghalt 5 = 11.3%). Ez a legrosszabb csoport, ami természetes is, amennyiben legtöbbször súlyos elváltozások, genyes, nem tiszta műtétek végződnek a méh kiirtásával. Ventrofixatiót 449-et csináltak, ebből 152 volt egyszerű ventrofixatio, 76 esetben adnexam eltávolítása és 221 esetben (descensusok, prolapsusok esetén) hüvelyi plasticával összekötve. Egyetlen esetet sem veszítettek el, ami műtétü asepsisüknek talán legjobb bizonyítéka. 206 esetben mellékműtétképpen appendektomiát is végeztek ott, ahol a féregnyulványt gyanusnak találták. Egyetlen esetet sem veszítettek el. Császármetszést 80 esetben végeztek. Az első ezerben 45, a második ezerben 35 volt. A kisebb számot magyarázza az, hogy a második ezer hasmetszést egy évvel rövidebb idő alatt végezték, ami alatt a szülések száma nem szaporodott, úgyhogy kb. minden évre esett 10 császármetszés. Összesen elvesztettek három esetet, de még az első ezerből. Mortalitás: az első ezerből 9, a másodikból 15, összesen tehát 24 operáltjukat veszítették el, ami 1.2% összmortalitásnak felel meg minden leszámítás nélkül, pedig több mint fele egyáltalában nem eshetik a műtét rovására, például kettőt peritonitis közben operáltak, számos méhen kívüli terhességet belső vérzéssel a legsúlyosabb állapotban, akik közül négy röviddel a műtét után súlyos anaemiában halt meg. Két betegüket átfúrt méhvel szállították be és két esetük halálát egy újabb gyár által szállított mérgező aether okozta. A műtétü technika megbízhatóságát igazolja, hogy egyetlen utóvérzésük sem volt, egyetlen uretert sem metszettek át és soha törlőt, idegentestet a hasürben nem hagytak. Általában inhalációs narkosisban operáltak, s csak 36 esetben localis anaesthesiában. A morbiditást illetőleg láztalanul gyógyult 1330, azaz 67.3%, egy napig volt lázas 346, azaz 17.5%, ami egészen nyugodtan levonható, tehát összesen 1676, azaz 84.8%. Lázas volt 300, azaz 15.2%, közte 72, azaz 3.7% öt napon túl. Hogy kisebb anyagból nem lehet megbízható statisztikai adatokat nyerni, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy 2000 hasmetszésükben 333, 312, 210, 154 halálesetnélküli sorozatok fordultak elő. Előadónak nagy öröme fog szolgálni, ha akár az ő intézete, akár más iskola még kedvezőbb eredményekkel fog hasmetszéseket végezni, de a 2000 hasmetszés eredménye is jelzi, hogy e téren kultúránk vagyunk. (Adatait részletesen fogja közölni.)

Lovrich József: Mindig helyes, ha időről-időre műtétü eredményeinket ellenőrizzük és ahhoz mérten a szükséges változtatásokat megteszük. Az utolsó több mint 10 évben az összes coeliotomiák száma 1004 volt, levonás nélkül mortalitás: 8.1%. Ezen magas számot adják a genyes adnextumorok és a Wertheim-műtétek, melyeket éppen a magas mortalitás miatt abban is

hagytak és ma már kizárólag vaginalis úton operálják a méhrákot. Nőgyógyászati laparotómiájuk volt 811, császármetszésük 84 és vaginalis műtétük 109. Császármetszést végeztek 70 esetben (59 corporalis, 10 cervicalis és 1 vaginalis császármetszést). Ezek közül sepsisben meghalt négy, olyanok, akiket odakint vizsgáltak, vagy kezeltek; egy pedig olyan, akinek újján esontuberculosis is volt nyitott fistulával, aki gázphlegmonében pusztult el. Kis császármetszést 14 esetben végeztek, melynek előnyét abban látják, hogy progrediáló tuberculosishal csak akkor végezzék, ha végleges sterilizációra szorul az asszony, tehát ha lekötik az előbb lezárított tubát. Így nem szorulnak az ismételt művi vetelésre. Ezek közül elvesztettek egyet sepsisben, ahol a betegnél retrotransiláris tályog után lépett fel a sepsis. Ventrofixatiót 72 esetben végeztek, ezek közül meghalt 1 (13%). Adnextumor 203 volt; legtöbbször kétoldali genyes tubazsákot vagy petefészek-tályogot távolítottak el. Ezek közül meghalt 17, ami 83% halálozásnak felel meg. Ovarialis daganatot 151 esetben operáltak, ezek közül meghalt 8 (52%). Wertheim-műtétet 19 eset után abbahagyták, miután a carcinomás területet desinfectálni semmi módon sem sikerült. Így primaer halálozásuk 7 volt. Myoma-műtétet Chrobak szerint 108 esetben végeztek, ezek közül elvesztettek ötöt sepsisben, ami 46% halálozásnak felel meg. Ezenkívül egy eset súlyos tuberculosishal, egy vesetályogban és egy pedig myodegeneratióban pusztult el. Méhenkívoli terhést operáltak 183-szor, ezek közül sepsisben pusztult el 4 (2 sepsis, 2 volvulus) = 21%. Ötöt pedig pulzus nélkül operáltak. Érdekes, hogy myoma-enucleationál terhesség mellett a műtét dacára mindegyiknél a terhesség tovább fennállott. Súlyosan esik latba a próbalaparotomia eredménye, ahol 33 eset közül elvesztettek nyolcat, diffus peritonitis vagy malignustumor miatt operálva a beteget. Vaginalis műtétek közül myoma miatt végzett totalexstirpationál 14 esetben egyetlen egy beteget sem vesztettek el. Ellenben carcinoma uteri miatt vaginalis műtétek közül ötöt sepsisben vesztettek el, ami a carcinomás terület mellett létrejött genyes adnextumorok rovására is írható. Úgy gondolják, hogy a műteti eredmények sem a technika további javításával, sem az asepsissel nem javíthatók, hanem csakis klinikai és laboratoriumi ellenőrzésekkel, melyek által a fertőzött eseteknél való műtétek számát a szigorú indicatio által lehet korlátozni.

Tóth István: Lovrich műteti eredményeinek őszinte elmondására azt jegyzi meg, hogy az eredmények közötti lényeges különbség valószínűleg a műteti methodusok különbözőségében rejlik. A hüvelyen át végzett coeliotomiákat nem lehet egy kalap alá venni a laparotomiákkal, de amennyire emlékezete nem csalja, e műtéteket is lényegesen nagyobb számban és lényegesen jobb eredménnyel végezte volt, mint hozzájáruló, így pl. Rókus-kórházi működéséből az első 300 hüvelyen át végzett méhkiirtásból három esetet veszített el. Azóta, több száz ilyen műtétet végzett, feldolgozás alatt vannak s a nem távol jövőben ezekről is be fog számolni.

Előadás:

1. Batisweiler János: *A méhenkívoli terhesség nem operált halálosvégű eseteiről.* A törvényszéki orvostani intézet, a budapesti kórbonctani intézetek és a fővárosi közkórházak prosecturáinak jegyzőkönyvei, valamint a hazai irodalom adatai alapján 100 olyan méhenkívoli terhesség eseteit gyűjtötte össze 30–40 évre visszamenőleg, amelyeknél műteti beavatkozás nem történt s amelyeknél a halált elvérzés vagy fertőzés okozta. Az elvérzéses esetek száma 84, a késői haláleseteké 16. Az esetek többsége (965%) a terhesség korai szakához tartozik s csak elenyésző kis számban fordulnak elő hirtelen elvérzések a terhesség második felében. Az elvérzést okozó vér mennyisége igen változatos, 900 és 4000 cm³ között ingadozik, átlagosan, azaz 71%-ban 1500–2000 cm³. Az esetek 80%-ban 24 órán belül, 14 esetben 6 órán belül következett be az elvérzés. A leggyorsabb lefolyását és a felismerés nehézségeit számos példával illusztrálja. 30 esetben orvosi vizsgálat nem történt, 46-szor téves volt a diagnózis s csak nyolcszor tudták a heveny belső vérzést felismerni; a késői esetek nagyrésztében a peritonitis nehezítette meg a tájékozódást. 12 esetben történt előzetesen méhüri manipulatio. Adatai amellel szólnak,

hogy Budapesten a méhenkívoli terhességben elhunytak száma állandó emelkedést mutat: míg 1881–1890-ig 46.000 lakosra jutott egy haláleset, addig 1911–1920. években 2650 lakosra esik egy halálos méhenkívoli terhesség. Az emelkedés a klinika anyagában is kifejezésre jut. Adatai igazolják, hogy csak a korai felismerés után haladéktalanul végzett műteti beavatkozástól lehet a jövőben javulást remélni. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Singer Hugó: Belső elvérzést extrauterin terhesség rupturája folytán műtét nélkül lehetetlen kiküszöbölni addig, míg lesznek egészségeseknek vélt terhesek, akiket már az első roham megöl, mielőtt orvos látta vagy vizsgálta volna őket. Ide tartoznak az aránylag ritka 3–4 hetes ektopikus peték okozta elvérzések is (*Piskacek* esete). De csökkenthetjük e komor képet, ha lehetséges lesz gyanú esetén az igen fiatal megtermékenyített petét a szervezetben bizonyosan kimutatni. Remélhető, hogy — tekintve a megtermékenyített ovulum hatalmas távolhatását az egész organismusra — ez a közel jövőben hibaforrások nélkül lehetséges lesz. Korlátok közé kell szorítanunk a méhüri polypragmasiát is, mint amely nemcsak a meddőség, hanem az extrauterin graviditás alapját veti meg, vagy pedig a terhes méhkiirt vöngálása által az asszonyt a halálos elvérzés veszedelmébe dönti. E tényt kb. 60 méhenkívoli terhesség tanulmányozása alapján két év előtt már kimutatta.

Tóth István: Miután az előadás themájához nem tartozó megjegyzések is hangzottak el, azért mondja el, hogy korai méhenkívoli terhességet, míg a petezsák rupturája meg nem történt, hozzászóló is többször nem ismerte fel, vagy csak gyanította, ezért óva inti orvos-társait attól, hogy még csak egy szájjug megvonogatásával se adjanak kifejezést esodalkozásuknak, ha valaki még napokkal a katasztrófa előtt fel nem ismerte a tubában levő akárhányszor csak mogyorónyi petét rejtő göcot.

Lovrich József: Nem azokról az esetekről óhajt szólni, ahol a diagnosit felállították, hanem ahol a diagnosit felállítása körül mulasztás történik. Kénytelen ragaszkodni az extrauterin graviditás diagnositánál a vérzés típusának szem előtt tartásához, kénytelen pedig azért, mert még mindig nem ment eléggé át a köztudatba. Háromféle típusban vérezhetnek az extrauterin terhesek. Vagy postponáló a vérzés, ez a túlnyomó rész, amidőn a havibaj késve egy-két héttel, vagy hónappal később megjön és a rendetlenkedő vérzés állandósul. Van az antepónáló vérzés kb. 30%-ában, amidőn a terhes asszonynál négy hétnél hamarabb lép fel a vérzés és ezen vérzés állandósul. Legritkább a rendes időre megjövő vérzés, amely azonban ugyancsak állandósul, egyszerűen azért, mert méhenkívoli terhességnél decidua képződik a méhben s a terhesség felbeszakadásánál leválva, rendetlen vérzést okoz mindaddig, amíg a decidua meg nem születik. Hirtelen roszullét mellett fellépnek a vérzés következményeként a szívtünetek, amik nem mindig tachycardiában, gyors, szapora pulzusban mutatkoznak, hanem bradycardiában, amidőn a pulzus rendkívül lassú, néha 24–26-ra száll le. Ezen tüneteket nem eléggé méltányolják. Nem ritkán látjuk a gyorsan fellépő hasi tüneteket; meteorismust és defenset és kivételesen hányást és csuklást, melyet egyetlenegy esetben észleltek. Meg kell említeni, hogy a méh mellett a terhesség első havában a galambtojásnyi pete még nem tapintható, de már a második hónapban a tyúktojásnyi pete jól kimutatható. Így sikerült ilyen lelet mellett ruptura nélkül extrauterin graviditás diagnositával hat esetet operálni. Legfontosabb azonban a próbapunctio, mely úgy friss vérzésnél, mint haemotokelénél a hátsó boltozaton át vért ad. Ezzel bajt nem csinálnak és jól megkülönböztethetjük a genyes váladékot adó gyulladástól a méhenkívoli terhességet. Majdnem minden extrauterin terhességnél próbapunctióval vért mutattak ki a punctio által. Ez csak akkor vezethet félre, ha kétoldali adnextumornál a genyes adnextumor van alul s innen genyet nyernek a punctióval, amíg az extrauterin graviditás zsákja a genyes tumor felett foglal helyet. Végül figyelmeztet az extrauterin graviditás gyakori felléptére, mely nemcsak a sok abortus és intrauterin jódinjectio által, hanem az általuk használt bóluskezelésnél is többször volt észlelhető.

2. Tóth István: *A méh fibromyomáinak conservatív operálásáról.* (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

Közkórházi Orvostársulat márc. 10-i ülése.

Bemutatás:

1. **Erdély Gyula:** *Többszörös májrepedés és bél-sérülés gyógyult esete.* Rámutat a Finsterer-féle jel körjelző tulajdonságára, amennyiben a bradycardia az utolsó két és mind a négy operált esetében megvolt. Hangsúlyozza, hogy a pulzus számának relativ gyér volta különös figyelmeztető jel akkor, ha a shock okozta kezdeti pulzusszám szaporodás után, szemünk láttára fejlődik ki a bradycardia, növekvő vérvesztés tünete dacára. Winternitz osztályán használatos ez irányú therapiai módszerek ismertetése után, bemutat egy 58 éves férfit, kinél a már-már terminalis szakban levő vérzés okául négy repedést talált, melyek közül az egyik 12 cm hosszú, 3–5 cm mélységben sagittálisan húzódtott végig a jobb lebeny külső harmadában, attól három ujjnyira medialisan a máj szabad széle volt beszakadva, végül a belső felszínen az epehólyag ágyából a ductus cysticusig kihántott, a májágy pedig végig berepedt. A jejunum mesenteriuma a plica alatt két arasznyira, közvetlenül a bélen való tapadás mentén, 10 cm-nyire harántirányban beszakadt, erei thrombotizáltak, az ileum ezen darabja az elhalás biztos jeleit mutatja, miért is resectiót kénytelen végezni a passage-t oldalt anastomosisban állítja helyre. Gyógyulás.

Előadások:

2. **Kalocsay Kálmán:** *Reconvalescens serummal végzett skarlátkezelés a vércsoport figyelembevételével.* 41 esetről számol be. 19 esetben, ahol a serum alkalmazása 60–120 cm³-nyi mennyiségben i. v. történt, kivétel nélkül a láz kritikus esését, a pulzus és közérzet rohamos javulását, a fenyegető tünetek elvágását észlelte, a dubiosus prognosistú esetek 8–12 óra múlva a serum alkalmazása után reconvalescensekké váltak, kitűnő közérzettel. Kisebb (25–35 cm³) serumadagokra a hatás elmaradt vagy kevésbé meggyőző volt. Intramuscularis alkalmazása mellett a serum hatása bizonytalan, egyesekben kitűnő, másokban hatástalan. Négy esetben észlelt a seruminjectio után múlt hőemelkedést, egy esetben 42.6 C°-ig terjedő hyperpyrexiaával, az a lázas reactio talán a serum bakteriolytikus hatásának tulajdonítandó. Az egyes esetekben leírt végzetes haemolysis okául talán az isohaemolysinek vehetők fel. Ezért minden esetben csoportmeghatározást végez és csak a beteg vérével egyező csoportba tartozó serumot alkalmaz. A serum hatásosságának biztosítására a serumtermelésre szolgáló vért csak Dick-negatív reconvalescensektől veszi. Láz reactio kizárására, igyekszik azal, hogy csak egészen könnyű, szövődmenymentes esetekből nyert savót használ és mellőzi azokat is, akik skarlátosavót kaptak. Eredményei megerősítik azon szerzők véleményét, akik a reconvalescens-savót a skarlát suverén gyógyszerének tekintik.

Gerlóczy Zsigmond: Egyenesen bámulatosnak mondható, hogy milyen rohamosan változtak meg a legsúlyosabb és azelőtt biztosan elveszett esetek is reconvalescens serum i. v. adagolására. Ajánlja, hogy a gyakorló orvosok, ha ilyen súlyos, foudroyans skarlát esetük van, úgy azt minél előbb — 48 órán belül — szállítsák be a fertőzőbetegek kórházába, ahol gondoskodás történt és történik, hogy skarlát reconvalescens serum állandóan rendelkezésre álljon a vércsoportmeghatározás szigorú szemmel tartásával.

3. **Torday Árpád:** *A diabetes mellitus therapiájáról, különös tekintettel az insulinra.* Az insulin nyerési módjainak megemlítése után az egység megállapítására tér át, amely biológiai módszer a házinyulak vérszintjének physiologiás és egyéb okok miatt bekövetkező ingadozásai miatt (Lévai) megbízható értékmérőnek nem tekinthető. Az insulinhatás vizsgálata tekintetében felsorolja a légzési együtthatóra, a tejsavnak glykonné való visszaalakulása alkalmával feltételezett szerepét, a vér szénanyagára, a H-ion-concentrációra, a vízyangcserére, a hőmérsékletre, a szívre és általában a vérkeringési szervekre való befolyását *Gigon* vizsgálatai alapján. Az adrenalinval való antagonizmusa csak részleges és együttesen úgy hatnak, mint az adrenalin. A gyakorlatban való jelentősége a praecomás és comás állapotokban, súlyos acidosis és lesóványodással járó esetekben, a gyermekkori diabetesben és a complicatioval járó esetekben mutatható ki. Könnyű ese-

teken felesleges. Nem használ az úgynevezett extra-insularis diabetesben, minő a renalis alak, a diabetes innocensben és az *Unger* és *Rosenberg* által paradox módon viselkedő diabetes elnevezés alá sorolható esetekben. Adagolására általános szabály fel nem állítható. A comás és ketonuriával járó súlyos, továbbá a lázzal, fertőző bántalmakkal komplikált esetektől eltekintve, valamint a sebészi bántalmaktól, hol gyors cukormentességre kell törekedni, általában kis adagokkal dolgoznak, ami csak helyes diatetabeállítás mellett érhető el. Ezért a helyes étrend beállítására súly helyező, amelynek hatásait az insulin mint egy hatalmas adjuvans előmozdítja. A gümőkórral bonyolult esetekben a fokozott tápbevitel miatt nagyobb insulinadagok alkalmazandók, azonban a tápfelvétel nehézségei miatt csakhamar bekövetkező alultápláltság miatt számolni kell az insulin iránti túlérzékenység lehetőségével is. Az insulinnak görcsokozó hatása nem csupán a hypoglykaemiától származik, hanem a szer befolyása alatt keletkező toxikus anyagcserekepződményeinek az idegközpontokra való hatás eredménye is lehet.

Honvédorvosok Tud. Egy. márc. 9-i ülése.

1. **Brana János:** Influenza utáni súlyos retinalis vérzés esetét mutatja be, melynél a megbetegedés nyolcadik napján a bal szem látása hirtelen megromlott. Jobb szem ép. Bal szemfenéken kiterjedt retinalis vérzés nagyfokú oedemával. Belső szervek épek. Wassermann negatív, vérkép normalis. Mandulák kiirtásánál a jobb tonsillában eltökelt abscessus. Tejinjectio, jódkalium, calcium és subconjunctivalis konyhasós injectiók után javulás.

2. **Kemény Gyula:** a) Nervus phrenicus exairesis esetét mutatja be, mely a tünetek szokatlan gyors javulását vonta maga után; b) coecum resectio; c) foghúzás utáni septikus állkapocslob operatív esetét mutatja be.

3. **Lippay Artúr:** Három ritkább kézközépesont esetét ismerteti.

4. **Böhm Gyula:** Jobb tonsillán levő primaer sklerosis esetéről számol be.

5. **Hézsér László:** A lumbal punctio technikájának tökéletesedésével lényegesen csökkentek az ez után fellépő kellemetlenségek, s ennek tulajdonítható, hogy gyakrabban vesszük igénybe, főleg diagnostikai célból. A lumbal punctatum vizsgálatának részletes ismertetése után ajánlja a colloïd-reactióknak a kiterjedtebb igénybevételét.

Az Apponyi Poliklinika február 24-i ülése.

Bemutatások:

1. **Szilágyi Jenő:** *Kretin törpeség esete.* 19 éves leány 98.5 cm magas, hároméves korában fejlődése megállt. Pajzsmirigye nem tapintható, alapanyagcseréje csökken, intelligenciája ötévesnek felel meg.

Zinner Nándor: A bemutatott gyermeknek baloldali coxa varája és jobb oldali luxatio coxaeja van. A combfejecsek csontosodási magva hiányzik. Szükséges a luxált combfejecsek repositioja.

Petényi Géza: A myxoedema therapiájánál fontos, hogy az alapanyagcserét ellenőrizzük.

Lobmayer Géza: Jó tapasztalatai vannak felnőttek pajzsmirigyének átültetésével.

2. **Engel Sándor:** a) *Supracardialis nyelősödiverticulum.* 38 éves nőbetegnek 6 éve vannak gyomorfekélyre utaló panaszai. A Röntgen-vizsgálat mérsékleten tágult nyelősövet talált. A rekesz fölött a nyelősö 2–3 mm-re összeszűkült és ilyen szűken halad le a cardiáig. A szűkült rész közepéből babnyi diverticulum domborodik elő. A diverticulum egy *ulcusfülkének* felel meg. b) *Ulcusfülke gyomorcarcinómában:* Két esetet mutat be, ahol typusos ulcusfülke volt. A műtét krateres ulcust talált carcinómában. Felhívja a figyelmet a *Holitsch* által 1912-ben leírt tünetre, amely a differentialis diagnosist lehetővé teszi ilyen esetekben. Carcinómánál a gyomor lumene felé domborodik be pajzsszerűen a tumor által okozott defectus és ezen ül a fülke. Ulcusnál a fülke ideális contourján kívül foglalt helyet.

Holitsch Rezső: Négy operált betegénél a Röntgen által megállapított uleuscarcinomát, melyet az általa leírt tünet segítségével diagnosztizált, a műtét megerősített.

3. Leipniker Aladár: a) *Akromegalia* esete. 32 éves agynyomási tünetek és látótérszűküllet nélkül diónyi sella. b) *Chondrodystrophia* esete: Négy és fél éves, 77 cm magas gyermek. Ép ideg- és vérkeringésszel.

Zinner Nándor: Referál egy chondrodystrophiás törpe combesonttörésének gyógyulásáról.

4. Kelemen Endre: *Elsődleges májrák* esete.

5. Petényi Géza: *Pachymeningitis haemorrhagica*. Demonstrálása egy csecsemőnek, ahol a *Sarbo-féle tünetcsoport* (paresis contralateralis oldalon, flexiós spasmus a megbetegedés oldalán, Babinsky-tartás) vezetett a helyes diagnózishoz, amit a fontanellapunctiónál nyert véres savó igazolt is.

Előadás:

Waldmann Iván: *A szem megbetegedéseinek vonatkozásai a szervezet egyéb megbetegedéseire.* Összefoglaló klinikai előadás vetítéssel.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának március 6-i ülése.

Bemutatók:

Röth: *A szem rézrozsdás beivódása.* Ismerteti a chalkosis bulbi különböző tüneteit, melyek közül a chalkosis retinae (Goldzieher 1895) szemtükörrel, a chalkosis corneae (Jess 1922) és chalkosis corp. vitrei Jess 1922) réslámpával, a chalkosis iridis és chalkosis lentis (Purtscher 1918) szabadszemmel ismerhető fel. Bemutatott esetében a 6½ év előtt történt kézigranát-robbanás következtében a beteg bal szemét akkor el kellett távolítani, az ugyancsak sérült jobb szemem pedig most jól látható az elülső lenesekép szivárvány-szerű csillogása, réslámpával pedig a kiterjedt chalkosis corneae zöldes, bársonyos, finom szemecskékből álló, kissé fémes csillogású réteg a szaruhártya hátsó felületénél és a chalkosis corp. vitrei. Idegentestet Röntgennel kimutatni nem lehetett, amit a szilánk kiesésége magyaráz. Szemtükörrel a szemfenék orrfelőli oldalán sárgás csillogás (rézszilánk?) látható.

Göttehe Oszkár: *A chorea minor Röntgen-diagnosztikája.* Röntgen-átvilágítással a choreás gyermekek lélekzésekor innervált légzés esetén három rendellenességet észlelünk: 1. Paradox légzés (a külső inspectióval is látható Czerny-tünet). 2. Álló rekesz. 3. Elkésett normalis légzés. A leggyakrabban a két utóbbi typus fordul elő. Jól látható a légzés szaggatottsága és a kifejezett thoracalis légzés. Normalis légzésnél, vagyis ha nem szólítjuk fel a gyermekeket mély légvételre, a légzés typusa teljesen normalis. A mély légzés zavarainak oka az 1. és 3-ik typusnál az, hogy a rekesz innervációja késést szenved, a 2-ik typusnál valószínűleg a Gordon-reflex analógiájára az abbagyás impulzusa késik, pseudoparesisszerű állapot jön létre.

18 choreas esetben a rekesztünet mindig megvolt. Négy esetben utolsó tünete volt a choreának, két choreát éppen a rekesztünet alapján diagnosztizáltak a betegség legelején. Eddig igen jól bevált a chorea kezdeti szakában egyéb nepropathiás mozgások differenciálására.

Előadás:

Zechmeister László: *Jelenlegi nézeteink a fehérje vegyi szerkezetéről.* Rövid történelmi visszapiantás után, Emil Fischer korszakos munkáit ismertette, amelyek a proteinek hydrolytikus lebontásából indultak ki és az aminosavak elkülönítésére, valamint quantitativ meghatározására vezettek. Fischer szerint a savak amid-kötések segítségével kapcsolódnak össze fehérjékké, amit szintetikus kísérletekkel is sikerült valószínűvé tennie. A polypeptidek ugyanis sok tekintetben a proteinek szerkezeti hasonlóságával szemben bizonyos agályok merültek fel; ezek részint a valószínűtlenül hosszú, egyenes atomláncokra, részint a polypeptideknek egyáltalán nem fehérjeszerű stabilitására, részint bizonyos enzimatis jelenségekre vonatkoznak. Ezután a fehérjekutatás újabb fordulatát tárgyalta, amely cyclikus alakulatok felkeresésére vezetett.

Abderhalden diketo-piperazinokat, *Troensegaard* pyrrol-származékokat nyert a fehérjéből. *Karrer* és *Bergmann* oxazolin-gyűrű előfordulása mellett foglal állást. A proteinkutatást azonkívül még két factor befolyásolja: a szerves anyagok Röntgen-vizsgálata (*Herzog*), továbbá a polysaccharid-chemia újabb fejlődési iránya (*Irvéne, Karrer, Pringsheim, Hess*). Valószínű, hogy nem óriási molekulát, hanem kisebb egységek polymerisatíós termékét kell a fehérjében keresnünk. (*Cohnheim, Stiasny, Bergmann, Abderhalden*.) Bonyolult anyagok molekulájuk elasztikusabb fogalommal vált.

Végül *Willstätter* úttörő vizsgálatai nyomán, a fehérjék és a proteolitikus enzimek viszonyát ismertette. Csak most sikerült a trypsint az erepsintől szabatosan elválasztani és kimutatni, hogy a trypsin enterokinase távollétében is kifejti bizonyos hatásokat. (*Willstätter, Waldschmidt-Leitz*.)

Összefoglalóan megállapítható, hogy a fehérje vegyi szerkezetének problémája az utolsó években nagy átalakuláson ment keresztül, anélkül, hogy nyugvópontra jutott volna.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának március 6-i ülése.

Bemutatók:

Áts Loránd: *Lueses májcirrhosis esete hereditarius alapon.* Beteg 12 éves, ascitese van, mely két hete áll fenn. Cardialis, renalis, cachexiás ok kizárható, úgyszintén a peritonitis tuberculosisa, amiről a punctiós folyadék is meggyőző: transsudatum, pericarditis adhaesiva, májcirrhosis alkoholos vagy idiopathikus alapon kizárható; a sápadtság és beesett orrgyök felébresztik a lueses gondolatát: hepatitis syphilitica hereditaria, amit megerősít a Wa. R. és az összes egyéb izolált ascitist okozó tényezők kizárása. Tíz év gyermekgyógyászati szakirodalmában négy leközölt hasonló eset volt.

Poór Ferenc szerint az újabb kutatások élesen elválasztják egymástól az öröklött-hereditær- és a világrahozott-congenitalis-tulajdonságokat és bántalmakat. A csiraplasmából eredő bántalmak a forrásai a különböző rendszereknek, tehát a bőr-, ideg-, esontrendszert illető dystrophiáknak, anatómiai diffinitásoknak, dispositióknak, bizonyos szövetek csökkentértékűségének, de ezek között az egyén oly szerzett tulajdonságai, mint amilyenek a fertőző betegségek, nem szerepelnek. A fertőzőbetegségek, amennyiben világrahozottak, mindig fogamzásutániak, azaz az anyától a méhen belül történt fertőzés következményei. Annak oka, hogy a veleszületett syphilis oly gyakori a veleszületett tuberculosissal szemben, abban keresendő egyfelől, hogy a placenta lueses megbetegedése jóval gyakoribb, mint annak tuberculosisa, másfelől a spirochaeta hajló és rotáló, fűrő mozgásával önálló mozgásra képes, s így a sűrűszövetű placentán inkább áthatol, mint a merev, önálló mozgásra képtelen, vagy legfeljebb csak igen tökéletlen, (molecularis) mozgásra képes gümöbaccillus.

Előadás:

Vitéz Berde Károly: *Gyógyító kísérletek váltólázal a syphilisnél.* Szemben a korai syphilis malaria-therapiájának ajánlóival, előadó vegyi antisiphiliticumok előzetes adagolása nélkül, elsődleges fertőzött 30 syphilises beteget harmadnapos váltólázzal, s salvarsant pusztán a 10–12. váltólázrohamot követő második héttől kezdve adagolt nekik, midőn a malaria közvetlen hatását már megfigyelte. Tapasztalatai szerint az ojtási váltóláz minden vegyi antisiphiliticum előzetes adagolása nélkül is az esetek többségében jótékonyan képes befolyásolni a korai syphilis mindhárom stádiumának klinikai jelenségeit. Hatásba lépése kezdetén a syphilises elváltozásokban nem egyszer a Jarisch-Herxheimer-reactióhoz hasonló gócreactiót válthat ki, rendszerint azonban az elváltozások gyors, egyenletes eltűnését eredményezi. Sajnos, e jótékony hatás inkább csak a klinikai tüneteken érvényesül s nem egyszer pusztán ephemer jellegű. Az esetek egy kisebb részében egyenesen provocatív hatását látta a váltóláznak, mely egyfelől a recidivák korai és atypikus jelentkezésében, másfelől azoknak a vegyi antisiphiliticumokkal szemben tanúsított dacolásában nyilvánul meg. Bizto-

sabbak ennél a salvarsannal kombinált váltólázás kezelése eredményei, amennyiben már egyetlen ilyen kúra után két hó elteltével az esetek túlnyomó többségében a vérsavó Wa. R.-ja negatívra válhatik, további antisiphilitikus kezelés mellőzésével azonban ez sem mentesít sem a liquor, sem a vérsavó recidívától.

A malaria hatását nem fajlagos ingerhatásnak fogja fel, mely azonban elvileg nem különbözik az úgynevezett specifikus antisiphiliticumok hatásától.

Az eljárás gyakorlati értékét csak hosszú évek tapasztalatai szabhatják meg.

Issekutz Béla szerint amennyire nem volt indokolt az a felfogás, hogy a salvarsan direct spirochaeta ölő szer, annyira nincs még indokolva az a felfogás, hogy csak a szervezet sejtjének közvetítése révén fejt ki gyógyító hatást. Egyelőre fogadjuk el specifikus gyógyszereknek azokat a szereket, melyekkel valamely betegséget biztosan meg tudunk gyógyítani, szemben az úgyszólván számos nem specifikus gyógyszerekkel és eljárásokkal.

Kubinyi Pál hangsúlyozza, hogy a szöveti desinfectio kérdése még mai napig megoldatlan és gyógyszerinknek a szervezetbe való hatásmódja nem eléggé ismert. Az in vitro kísérletek nem vihetők át minden további nélkül a szervezetbe lejátszó viszonyokra.

Kovács Ödön és Varga Kálmán a maláriának a syphilisre gyakorolt gyógyító hatását részint mint láz, részint mint nem fajlagos ingerhatást fogják fel.

Hainiss Elemér egy adott eset felhozásával demonstrálja, hogy a láz és egy közbejött fertőzés hatása között mennyi eltérés volt egy nagyon súlyos choroanál.

Szabó József megfigyelései szerint nem fertőző eredetű elmebetegségeknek is sokszor lehet észlelni egy közbejött fertőző betegség haecak átmeneti, de kedvező befolyását. A malaria gyógyító hatása a hideges elmezavarnál sem mutatkozik olyan kedvezőnek, mint kezdetben hitték.

Török Gábor felhívja az előadó figyelmét arra a körülményre, hogy csecsemők lueses tünetei anyavér befecskendezésre is visszafejlődnek.

Debre Péter syphilisnél is hangsúlyozza az egyéni dispositio fontosságát a gyógyulás különböző lefolyásában.

A Debreceni Orvosegyesület márc. 11-i ülése.

Balkányi Pál: *Műtételt gyógyult máj- és epehólyaglóvést mutat be.* A beteg ittas állapotban öngyilkossági szándékból hasbalötte magát. A tett elkövetésétől a beszállításig egy óra telt el. Fontos körjelző tünetként kiemelt a lövés oldalán észlelt defenest, a bradycardiát, mely esetében három napig volt észlelhető. A golyó útja a bal májlebenyen keresztül a jobb lebeny felé haladt és azon egy 4 cm hosszú, mély kilövési nyílást ejtett, amelyet azonban az epehólyag elfedett, majd a ductus cysticus tövével átlöve, a duodenum felső vízszintes szára a m. quadratus lumborumba jutott. Cholecystektomia, májvarrat. A beteg 16. napon gyógyulni távozott.

Kreiker Aladár: *A közellátóság keletkezési módjáról.* E kérdés rég kinőtt a szemészet kereteiből s az egészségügyi problémák egyik legfontosabbikává lett. Ennek oka a myopia látszólagos hirtelen nagyfokú terjedésében kereshető, melyet az írás-olvasással hoztak összefüggésbe. Így jött létre az iskola-myopia fogalma, amely szerint a közellátóság tehát foglalkozási ártalomhoz hasonlóan keletkezik. A létrejövési mód mechanizmusát azonban nem sikerült megfajtatni. Sem az accommodatiós theoria, sem a *Stilling-*, sem a *Lewinsohn-féle* elmélet nem tudta ezt megoldani. A legtöbb híve az alkalmazkodási elméletnek volt, ez napjainkig fenntartotta magát. Előadó szerint az iskola-myopia-tan létrejövésének előfeltétele volt az a nézet, hogy a mai írás-olvasással foglalkozó ember nem él természetes életmódot, ami azonban nagy mértékben vitatható. Az összefüggés mikéntjét a myopia és a közeli munka között egész más alapokra fekteti *Steiger*, aki a kérdést örökéleti úton igyekszik megfajtatni. *Steiger* a myopia keletkezési módját együtt vizsgálja a többi spherikus fénytöréssel. A fénytörést összetevő faktoraira bontja fel és az egyes faktorok öröklődését vizsgálja. Az emberi szem fénytörése is variál, ezt a variációt elsősorban a mozaik és inter-

mediaer öröklés hozza létre. A variációs görbe egy binom-görbéhez hasonlít. A görbe két tulajdonsága: a meredekség és az asszimmetria a tulajdonság fajfenn-tartó értékének kifejezője. Ez az érték lehet indifferens, vagy kiválasztó (selectiós, vagy eliminációs). A látó-élesség nagymértékben kiválasztó tulajdonság. A myopia tehát az állatnál és primitív embernél selectiós. Ezért a myopiás szár meredek. Az állatoknál a domestikálás, az embernél a letelepedés és a fokozatos művelődés csökkentette a myopia eliminációs értékét, sőt bizonyos fokig selectióssá tette. Ezért a görbe myopiás szára kitágult. Előadó szerint a kultúrnépnek a szemüveg azután majdnem teljesen indifferenssé tette a myopiát a látóélesség szempontjából. Ez az oka a myopia terjedésének. Nem lehet tehát szó a sklera utólagos „körös” tágulásáról (extrem eseteket kivéve), mert a bulbus nagysága mint egyik integráns faktora a myopiának adott és *Vogt* szerint tulajdonképpen a retina nagyságától függ. Az ú. n. myopiás bonyodal-mak (és ide sorolható a staphyloma posticum is) pedig degenerációs jelenségek, amelyek extrém értékénél minden variációs görbének és mindkét végén, tehát a nagyfokú hypermetropiánál is létrejönnek. Előadó bizonyos módosítással *Steiger* mellett foglal állást, nem hallgatva el, hogy még mindig sok híve van az iskola-myopia-tannak is. A legtöbben valami középutat igyekeznek keresni, segítségül véve a dispositiót, elő-adó szerint azonban nem sok eredménnyel. *Steiger* elméletének hátránya, hogy kiveszi a szemorvos kezéből a myopiás sorsának befolyásolhatóságát. Ezzel szemben ígéri azt, hogy nem kell félnünk a myopia végzetes terjedésétől, mert a görbe megváltozott alak-ját a viszonyok további változásáig megtartja. Előadó feltételezi eszerint, hogy a közellátóság természetes szerzemény, nem mesterségesen kitenyészített tulajdon-ság és azért nincs benne morbiditási faktor, mint pl. valamely mesterségesen kitenyészített színű virágban stb. Az emberi myopiára állandóan megmarad a hyper-metropia és emmetropia korrigáló befolyása. Össze-foglalva: a myopia, helyesebben a szem fénytörése nem az egyén, hanem a faj szerzeménye, amely az egyén fogamzásával adott és amelyet azután sem pozitív, sem negatív irányban többé befolyásolni nem tudunk.

Szontagh Félix: Szerinte a myopia keletkezését nem lehet Darwin tanaiból — a hozzászóló különben is Lamarkot jóval Darwin fölé helyezi — levezetni. A problema a genotypus kérdése. Phaenotypusosan leg-inkább abban az időszakban nyilvánul meg, amikor az írás-olvasás kezdődik s a nem alkalmazkodási képe-séghez nagyobb igényeket támaszt. Külső tényezők legfeljebb fokozhatják a progressiót. Fejlődési rend-ellenességek fellépésében is periodicitás állapítható meg. Rendkívül méltányolja az előadónak az öröklésre vonatkozó fejtegetéseit, de nem hinné, hogy a myopia átöröklésében a Mendel-féle typus nyilvánulna meg.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Kérdés: Tisztelettel kérek felvilágosítást arra nézve, hogy hogyan kell sterilizálni az oleum camphoratumot.

H. V. dr.

Felelet: A Gyszk. előírja az oleum camphoratum készítéséhez használt sesam-olaj víztelenítését. Ez oknál fogva a sesam-olaj a sterilizálás alatt nem szenved bomlást. Azonban igen fontos, hogy az üveget előzőleg a hozzátapadt víztől mentesítsük. Kevés spirit. aetherus.-al kiöblítjük az üveget s tökéletesen kiszárítjuk, nehogy az üvegben maradt víz a magas hőfokon a sesam-olaj bomlását eredményezze.

Az oleum camphoratum sterilizálására két mód-szer van elterjedve:

1. A fractionált sterilizálás:

A camphor-olajat 4–5-ször körülbelül 60 C°-ra hevítik vízfürdőn s minden esetben 1–2 óráig ezen a hőfokon tartják.

2. Sterilizáló apparátusban 2 óra hosszat 100 C°-on tartják.

A sterilizáláskor az üveg elzárására használt parafadugót az üveg nyakához szorosan le kell kötni,

A camphor illékonyaságára való tekintettel ajánlatos leforrasztott ampullákban sterilizálni.

Kérdések: 1. Külföldi egyévi fogászati klinikai gyakorlat feljogosít-e a fogorvos-szakorvosi címre?

2. Collega, ki Röntgen-felszereléssel és egyéves gyakorlattal rendelkezik, használhatja-e tábláján a „Röntgen-laboratorium” vagy „Röntgen-felvételek” stb. megjelölést, illetve ha ez tilos, mily módon jelezheti a közönségnek, hogy Röntgenezéssel foglalkozik?

Feleletek: 1. A népjóléti miniszter 149.000/1924. I. a. sz. körrendelete 2. §-ának utolsó bekezdése alapján: „azok az orvosok, akik szakmabeli képzettségüket külföldön szereztek, a szakorvosi vagy a fogorvosi (stomatologus) cím használatának megengedése végett az első, illetőleg a második bekezdésben megjelölt intézeteknek (ez idő szerint hazánkban a stomatologiai klinikán kívül a poliklinika, az irgalmas-rend kórháza, a m. kir. honvédségi és közrendészeti fogászati ambulatórium és a Charité poliklinika fogászati osztályai) megfelelő külföldi intézetben teljesített működésüket kötelesek igazolni.” Ugyanezen rendelet 4-ik §-ának utolsó bekezdése szerint „a külföldön szerzett szakképzettséget igazoló bizonyítványoknak érvényesítését a bejelentő orvos letelepedési helye szerint illetékes törvényhatóság első tisztviselője útján a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztertől kell kérni, aki az országos közegészségügyi tanács meghallgatásával 30 napon belül határoz.”

Természetesen mindezen intézkedések csakis olyan orvosi oklevéllel bírókra vonatkoznak, akik hazánkban az orvosgyakorlat jogát megszerezték, tehát vagy hazai egyetemeken nyerték orvosi oklevelüket, vagy külföldi orvosi oklevelük már *nostrifikált* volt. Prof. Sz.

2. Az az orvos, aki a Röntgen-szakorvosok listájába felvéve nines, tábláján (receptjén) semmiféle módon nem jelezheti, hogy röntgenezéssel foglalkozik.

A röntgenezés gyakorlatától ugyan eltöltve nines, de ennek a táblán (vagy recepten) való jelzése azért tilos, mert a közönséget félrevezeti és azt a látszatot kelti, mintha az illető Röntgen-szakorvos volna. N. M.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése december hó végén lejárt, az 51. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani sziveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1926 március 20-án tartandó tudományos ülésének programja: *Bemutatás:* 1. *Adler Rácz Antal:* Köves anuria solitaer vesénél. 2. *Ifj. Liebermann Ló:* Hályogoperálás iridotomiával. — *Előadás:* 1. *Boros József:* A vörösvértetek nagyságának és alakjának jelentősége a vérbetegségek diagnózisában. 2. *Fejér Árpád:* Vizsgálatok a sklerosis multiplex aetiológiájáról.

A Magyar Urológiai Társaság március hó 22-én, d. u. 6 órakor az Orvosegyesület Semmelweis-termében tartandó tudományos ülésének tárgysorozata: *Bemutatók:* 1. *Hornyák Géza:* Röntgen-képen hólyag- és ureterkövet utánzó méhfibroma esete. 2. *Minder Gyula:* Kétdoldali vesekő. — *Előadások:* 3. *Radó Béla és Deutsch Imre:* A carbamid megterheléssel végzett vese functió próba a sebészetben. 4. *Szabó Ince:* Adatok az induratio penis plastica gyógykezeléséhez.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosai 1926 március 29-én, hétfőn délután 6 órakor, a pénztár székházában (VIII. Fiumei-út 19/b) tudományos szakülést tartanak a következő tárgysorozattal: *Bemutatók:* 1. *Pelláthy Béla:* Az iris elülső lapjának hypoplasiája következményes mydriasisal. 2. *Braná János:* Nagyfokú irisatrophia és mydriasis, a csar-

nokba subluxált lenese és secundaer glaukoma miatt. 3. *Friedrich László:* Érdekesebb hasi esetek. 4. *Friedrich Vilmos:* Elsődleges tüdőtumor esete. 5. *Szántó Manó:* a) Coxitist utánzó magas combtályog heveny esete. b) Néhány szó a pleuritis sicca traumaticáról. — *Előadás:* 6. *Schiller Károly:* Az autohaemoterapia alkalmazása, különös tekintettel a pénztári gyakorlatra.

Fürdőbeutalások Parád-fürdőre az Országos Tisztviselői Betegápolási Alap terhére. A népjóléti és munkaügyi miniszter 40.000/1926. N. M. M. számú rendeletében elrendelte, hogy az Országos Tisztviselői Betegsegélyzési Alap gyógyfürdői kezelést orvosi vélemény szerint feltétlenül igénylő tagjait Parád-gyógyfürdőn hét turnusban az elő-, fő-, illetve utóidényben 21, 20, illetve 30 napig fürdőkezelésben részesítse. A gyógyfürdői kezelést az alább felsorolt betegségekben szenvedők kérhetik: gyomorsavtúltengés, motorikus gyomor- és bélbajok, epekő, vagy epehomokmegbetegedés, a női ivarszervek hurutos idült kötőszövetzapo-rolatot okozó megbetegedések, bármilyen izzadmány-maradványok, mirigyúltengések. A beutalás módozatairól a hivatkozott rendelet részletesen intézkedik.

Országos egészségügyi és társadalompolitikai értekezletet hív egybe *Vass József* népjóléti és munkaügyi miniszter abból a célból, hogy az egészségügy terén illetékes szakembereknek felfogását, a helyzet javítására szöbajóvó eljárások tekintetében közvetlenül megismerje és tanácsait igénybe vehesse. Az értekezletet október végén fogják megtartani. A miniszter az értekezlet mindkét része számára legilletékesebb szakférfiakból álló végrehajtóbizottságot kért fel. A két bizottság az értekezlet tervezetét fogja megállapítani és az előadók kijelölni. A közegészségügyi rész elnöki tisztét a miniszter felkérésére *Müller Kálmán* báró, az Országos Közegészségügyi Tanács elnöke, a társadalompolitikai elnökséget pedig *Földes Béla* v. b. t. ny. miniszter vállalta, a közegészségügyi rész főtitkára *Parassin József* főorvos, titkára pedig *Gortvay György* miniszteri titkár.

Az insulin rendelése a nyilvános betegápolási költségek terhére. A népjóléti és munkaügyi miniszter az Országos Közegészségügyi Tanács javaslata alapján megengedte az insulin rendelését a nyilvános betegápolási költségek terhére az alábbi feltételekkel. Az insulinnal való gyógykezelést egyetemi klinikán vagy közkórházban kell megkezdeni és esetenként meg kell állapítani, hogy étrendi előírások által az insulin nélkülözhető-e, vagy arra a betegnek okvetlen szüksége van. Ez utóbbi esetben meg kell határozni a beteg által használható insulinanyag időnkénti mennyiségét is. Amennyiben a gyógyintézetben kétségtelen megállapítást nyert, hogy a betegnek az insulin állandó használata okvetlen szüksége van, a beteg a nyilvános betegápolási költségek terhére való beszerezhetőség iránt az illető gyógyintézet igazgatója útján a népjóléti miniszterhez folyamodhatik. A kérvényhez mellékelni kell a gyógyintézet igazgatójának nyilatkozatát, mely igazolja, hogy 1. a beteg insulin nélkül nem tartható életben; 2. a beteg vagy hozzátartozója az otthoni kezelés keresztülvitelére képes; 3. a betegnek mennyi és milyen adagolású gyógyszerre van szüksége. A kérvényhez a gyógyintézetben felvett kórrajzot, valamint a betegnek vagyoni, kereseti és családi viszonyait feltüntető helyhatósági bizonyítványt is csatolni kell. Az engedély a naptári év végéig szól, de indokolt esetekben meghosszabbítható. Insulin beszerzése az illető gyógyintézet által kiállított vény útján történik, melyen fel kell tüntetni az engedélyező rendelet számát, a beteg nevét és lakását. Egy vényen egy-egy havi időtartamra elegendő insulint rendel a gyógyintézet, ha pedig a beteg a gyógyintézet székhelyétől messzebb lakik, negyed-, illetve különös méltánylást érdemlő esetekben félévi időtartamra elegendő gyógyszer is rendelhető. Minden vény kiállítása előtt a betegnek ellenőrző orvosi vizsgálatnak kell magát alávetni.

A Közkórházi Orvostársulat március hó 24-i ülésének egyetlen tárgya *Sarbo Artúr* előadása: A serum- és liquorvizsgálatok jelentősége az idegkórtani diagnosztikában, különös tekintettel a colloid-reactiókra címmel.

Személyi hírek. A kormányzó a népjóléti miniszter előterjesztésére *Alapi Henrik* egyetemi c. rk. tanár, kórházi főorvosnak, *Raisz Aladár* címzetes rendőrorvos-főtanácsosnak, *Marsovszky Pál* székesfővárosi kórházi főorvosnak és *Gerő Mór* balassagyarmati magánorvosnak a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett buzgó és eredményekben gazdag működésük elismerésül a m. kir. egészségügyi főtanácsosi címet, továbbá *Varga Emil* állami főiskolai igazgató-tanárnak, *Szabó Ferenc* városi tisztiorvos, vármegyei tb. főorvosnak, *Róna József* bányafőorvos, tb. vármegyei főorvosnak, *Saáry Sándor* nyug. városi tisztiorvos, vármegyei tb. főorvosnak, *Kovácsics Sándor* járási orvos, tb. vármegyei főorvosnak, *Weiss Samu* városi tisztiorvos, tb. v. főorvosnak, *Eötvös Dezső* járási tisztiorvosnak, *Szőke Gyula* községi orvos, tb. járási tisztiorvosnak, *Pechán László* községi orvos, tb. járási tisztiorvosnak és *Rosenberg Emil* gyakorló orvosnak a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett értékes működésük elismerésül a m. kir. egészségügyi tanácsosi címet adományozta. A kormányzó a belügyminiszter előterjesztésére *Nagy Kálmán* rendőrorvos-főtanácsosi címmel felruházott m. kir. rendőrorvos-tanácsost, m. kir. rendőrorvos-főtanácsosnak nevezte ki. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Ranschburg Pál* egyet. rk. tanár, magy. kir. egészségügyi főtanácsosnak a gyógypedagógiai pszichológiai laboratorium vezetéséről való lemondását elfogadta és ez alkalommal a gyógypedagógiai és pszichológiai laboratorium alapítása és fennállása óta kifejtett eredményes és kiváló működéséért, valamint a pszichológiai oktatás terén kifejtett érdemes munkásságáért meleg elismerését és köszönetét nyilvánította.

Orvosi továbbképző tanfolyamok. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága június hóban több tanfolyamot rendez, és pedig a budapesti, a szegedi, a pécsi és a debreceni egyetemek klinikáin, továbbá Budapest székesfőváros kórházaiban és a Poliklinikán. Ezenkívül június hó 7-től 26-ig iskolaorvosi és június hó 7-től 19-ig fogászati továbbképző tanfolyamok lesznek. A részletes program husvét után jelenik meg, amelyet az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodája (VIII. Mária-utca 39. I. sz. szemklinika) írásbeli megkeresésre készségesen megküld. Az orvosi lapok az egyes tanfolyamok terminusait még husvét előtt közölni fogják.

Az Orvosszövetség rendkívüli kongresszusa. Az Országos Orvosszövetség március 27-én, délelőtt 11 órakor tartja a m. kir. Orvosegyesület Semmelweis-teremben rendkívüli kongresszusát, melynek legfőbb tárgya az Országos Munkásbiztosító Pénztárral kötendő szerződés. A kongresszus napirendjén szerepel még a főtítokár és az igazgatótanács megválasztása. Egyidejűleg a községi és körorvosok szakosztálya is ülést tart, melyen fontos folyóügyek kerülnek megvitatásra.

Bumm professor öröke. A berlini egyetem tavaly elhunyt világhírű szülész-tanárának, *Bumm Ernő*nek tanszékére *Stoockel Walter* lipseai professort hívták meg, ki a meghívást elfogadta.

Az európai államok elveszületési viszonyai. Az elmúlt három esztendő átlagában Európa országainak ezer lélekre számított elveszületési indexei a következők: Svájc 18-7, Svédország 18-1, Anglia 18-8, Franciaország 18-9, Csehország 19-5, Belgium 19-9, Németország 20-4, Finnország 22-4, Ausztria 22-5, Hollandia 25-4, Dánia 25-4, Magyarország 26-8, Olaszország 29-3, Spanyolország 29-9. Magyarország tehát az európai államok között igen kedvező helyet foglal el, ha halálozási viszonyaink is ilyen kedvezőek volnának, Európa legszaporább országa lehetnénk.

A soproni kórház propaganda-tevékenysége. A Sopron városi Erzsébet-kórház betegeinek rendszeres közegészségügyi oktató-előadásokat tartanak. Az anyagot az Egészségügyi Reformiroda bocsátja rendelkezésre, különösen anya- és csecsemővédelmi oktató munkára. A kórház a kórtermekbe a rádiót is bevezette, ahol a betegek a szórakozás mellett az ismereteiket is bővíthetik. E modern kezdeményezés *Kirdy Jenő dr.* igazgató és *Khoór Ödön dr.* főorvos munkája nyomán fakadt.

Amerika gyermekhalandósága. Az utolsó években az Egyesült Államok gyermekhalandósága nagymértékben csökkent. Ám minden fáradozás ellenére nem tudták a csecsemőhalandóságot az eddiginél kisebbre szorítani, ami pedig — tekintve azt, hogy az amerikai törzslakosság szaporasága igen korlátozott — komoly gondokat okoz a népesedés-politikusoknak.

A sashalmi „csodatevő” asszony ügye. Mint illetékes helyről velünk közlik, Sashalmon napok óta „rendelést” tartó úgynevezett delejes asszony, *Wunderlichné* ügyében Pestvármegye tisztí főorvosa oly értelmű intézkedést fogantatosított, hogy ellene a hivatalos eljárást megindítja. Egyúttal pedig fel kell hívunk a közvélemény figyelmét arra, hogy a nagyközönségben némely lapok indokolatlanul fontoskodó és színes tudósításai téves meggyőződést érleltek meg e gyógyító működésre vonatkozólag. Ez nem egyéb, mint a tömegléleknek eltévelyedése, amely ellen úgy a hivatalos közegek, mint egyéb, arra hivatott tényezők erélyesen fognak fellépni.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: Mészáros Irma, Puskás János, Vajna István, Volk Kálmán, Ördög Gyula. Üdvözljük az új kartársakat!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint március 7-től március 13-ig előfordult:

Hasi hagymáz	8	(1)	Gyermekágyi láz... —	(—)
Küteges hagymáz..	—	(—)	Báránymillő	63
Hólyagos (ál-)himlő.	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	54
Kanyaró	89	—	Vérhas	11
Vörheny	90	4	Járv. agygerincagyhártyalob	—
Számárhurut	17	—	Trachoma	23
Rones, torok, gégeleob	31	—	Veszétség	—
Influenza	5	(3)	Lépfene	—
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Költe 160.000 korona.

Lapunk mai számához Athenstaedt és Redeker (Hemelingen, Bréma mellett) cég Toramin-prospektusa van mellékelve.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Dr. JUSTUS BORGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INT. ZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

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, iszapgyógyölések, szén-savasfürdők. Elektrotérápia. Diathermia. Hőlégkezelések. Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izadmányok, köszvény, elhízás, idegszabák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

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

Dr. PAJOR Sanatorium és Vízgyógyintézet

Budapest, VIII, Vasútcia 17. — A magánklinikai osztályon

teljes ellátás napi díja 140.000 korona.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest V, Vilmos császár-út 18. I. em. Telefon: 13-98

Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Dr. Mandler Ottó

gyógyintézet, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

Zala vármegye novai járában üresedésben levő járási tisztiorvosi állásra az 1876:XIV. t.-c. 153. §-a alapján pályázatot hirdetek. Az állás a X. fizetési osztálynak megfelelő illetményekkel van javadalmazva. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883:I. t.-c. 9. §-ában, a 80.099/1893. B. M. sz. rendelet III. rész 18. pontjában megkívtat minősítésüket, és pedig: orvos-doktori oklevél két évi orvosi gyakorlat kimutatására tisztiorvosi képesítést igazoló okmányokkal, továbbá születési anyakönyvi kivonattal, valamint a forradalmi idők alatti viselkedésüket tanúsító bizonyítvánnyal felszerelt, kellően felbélyegzett és az 1886:XXI. t.-c. 80. §-a, a 81.921/1887. sz. rendelet, a 125.000/1902. B. M. sz. szabályrendelet 3. és 4. §-ai értelmében a főispánhoz címzett kérvényeiket hozzám 1926. évi június hó 1-ig annyival is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Zalaegerszeg, 1926 március hó 8.

5757. szám./ni. 1926.

Alispán.

A potonyi községi szülésznői állásra pályázatot hirdetek. A kérvények oklevéllel, születési, erkölcsi bizonyítvánnyal és az eddigi működést igazoló okiratokkal felszerelve f. é. április 5-ig hozzám benyújtandók. A választási határnapot külön tűzöm ki. Javadalmazás: évi 100 aranykorona fizetés és az egyes szülési esetekre a várm. szabályrendeletben megállapított díjak.

Barcs, 1926 március hó 5-én.

890/1926. szám.

Főszolgabíró.

A lemondás folytán megüresedett somogyhatvani körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló oklevelükkel, teljes szövegű születési anyakönyvi kivonatukkal, egészségi állapotukat igazoló hatósági orvosi bizonyítvánnyal, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat (ez utóbbi az illetékes elsőfokú rendőrhatalóság által láttamozva) igazoló, valamint eddigi működésüket igazoló bizonyítványaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb folyó évi április hó végéig annál inkább benyújtják, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. A kör székhelye Somogyhatvan község s ezenkívül a körhöz tartoznak még Somogyapáti, Pata, Poklosi, Némethád, Magvarlád, Patosfa, Merenye és Tótszentgyörgy községek. Az állás javadalmazása a 141.000/1924. B. M. számú rendeletben megállapított fizetés, egyelőre ideiglenes lakás és vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési, látogatási és kezelési díjak. A választási határidejét később tűzöm ki.

Szigetvár, 1926 március 9-én.

1641/1926. szám.

Főszolgabíró.

KEFIR

újából kapható. — Orvosi indikációi: ált. táplálkozási állapot feljavítása. — Hízkúra. Emésztőszervi bajok. Reconvalescenciánál stb. Vidékre ferment. Kefirintézet — VII, Dembinszky-u. 4. Tel.: J. 64-69.

Dr. Wagner WETOL sebolaj.

Friss sérülések, gyulladás, tályog, furunculus stb. kezelésére kiválóan alkalmas.

A közeli szénanátha- idényre!

A szénanátha endonasalis kvarcfény-kezelése az érdeklődés középpontjában áll. CEMACH szerint (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Rhinology, 1925, 4. és 8. füzet) a legtöbb esetben igen gyorsan eltünteti a panaszokat. Amerikaiak (SAMPSON, Physiotherapy Technic, 1924 stb.) a kvarcfény hatását szénanáthánál úgyszólván „specifikus”-nak mondják.

Gondoskodjék idejekorán a szükséges műszerekről!

Ezek:

1. Vízhűtéses Kromayer-kvarclámpa Original Hanau.
2. Hozzávaló állvány CEMACH dr. szerint.
3. Rugalmas orrpálcikák CEMACH dr. szerint.
4. Pálcikatartó és szűrőberendezés CEMACH dr. szerint.

Minden rész raktáron és azonnal szállítható!

IRODALOM:

„Endonasale Quarzlichttherapie.” Írta A. J. CEMACH. Wien. (A Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo Rhinologie, Wien, 1925. évfolyamának 4. számában.)

TANFOLYAMOK a kvarc- és sollux fény gyógyászati alkalmazásáról, az eszközök kezelésének megtanításával, állandóan a WIENER PHYSIKO-THERAPEUTISCHES INSTITUT-ban, Wien, IX. Bez. Spitalgasse 1/a.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H.
Hanau a. M.

Fiókgár: Linz a/D. — Postafiók 27.

Uzlethelyiség: Wien III. Kundmannngasse 12.
Telefon: 91-2-27. — Képviselő: Karl Herz.

Minden nagyobb elektromedikai szaküzletben kapható, a fuvar és vám hozzászámításával.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VAMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BELA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VAMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Kerekes György: Kísérleti vizsgálatok a fülzúgás pathológiája köréből. (313—316. oldal.)

Borza Jenő: Az Ambard-constans értéke a vesék működésének megállapításánál. (316—318. oldal.)

Boros József: A vérplasma fehérjeszerkezetének az oedemával való összefüggéséről. (318—321. oldal.)

Frigyér László: Adatok a specifikus dinamikus hatás kérdéséhez az endokrin-mirigyek megbetegedésében. (321—323. oldal.)

Baráth Jenő: Gyógyszeres kettőshatások a vegetatív idegrendszeren. (323—325. oldal.)

Székely Salamon: A tej a betegek táplálkozásában. (325—327. oldal.)

Ifj. Purjesz Béla: Az úgynevezett „gyógytejek” diatás alkalmazásáról. (327—328. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Fülgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (328—334. oldal.)

Könyvismertetés. (334—335. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 20-i ülése. (335—337. oldal.)

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának március 12-i ülése. (337. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület március 18-i ülése. (337—338. oldal.)

Grósz Emil: † Dimmer halála. (338. oldal.)

Egy érdekes könyvvásár. (338—339. oldal.)

Vegyes hírek. (339—340. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem fülészeti klinikájának közleménye (igazgató: Krepuska Géza dr. egyetemi ny. r. tanár).

Kísérleti vizsgálatok a fülzúgás pathológiája köréből.

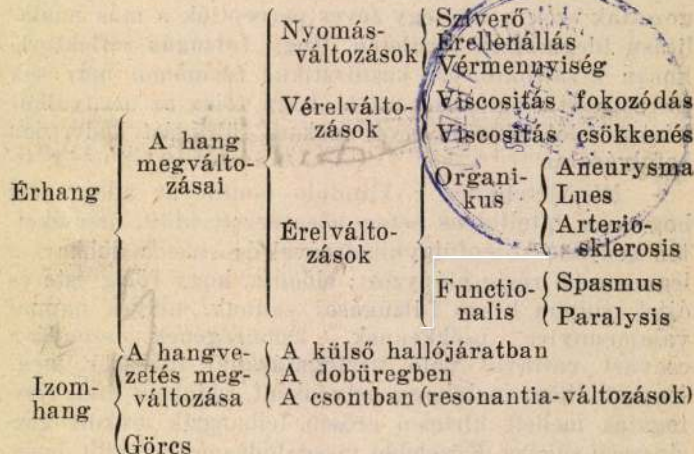
Írta: Kerekes György dr.

Az emberi pathológiában kevés oly subjectiv jelenség van, melynek megjelenése oly igen különböző anatómiai és functionalis tényezőtől függne, mint a fülzúgás. Jelentőségét megértjük, ha tudjuk, hogy a fül-betegek több mint felének panaszai között többé-kevésbé előtérben áll. Mielőtt közelebbi vizsgálat tárgyává tennők e jelenséget, szükséges, hogy egy oly egyetemes szempontot keressünk, melyből az egész probléma szemlélhetővé válik.

A fülzúgás oly hallási perceptio, melynek oka a hallási idegrendszer tartós ingerületi állapota, melyet úgy adaequat, mint inadaequat, de mindig szervezeten belül létrejött inger vált ki.

Ebből a fogalmi meghatározásból kiderül, hogy a fülzúgást a működés (a perceptio) szempontjából egyetemesnek tekinthetjük; előfeltétele a megtartott inger-vezetőképesség az ingerelt hely és a perceptio helye között, lefolyását pedig keletkezése feltételei határozzák meg. A keletkezési feltételek lehetnek vagy a vezetőpályák fokozott ingerlékenysége, vagy abnormalis ingerek. A fokozott ingerlékenység tárgyilagossá elemzése, főleg pedig kísérleti kutatása elé jelenleg még alig áthidalható akadályok tornyosulnak. Itt azon zúgási fajtákkal fogunk foglalkozni, melyeknél az abnormalis inger felderítését tűzzük ki célunkul. Hogy valamely fülzúgási tünetet megfelelően elemezhesünk, szükségesnek látszik egy oly rendszer felállítása, mely a gyakorlat és kutatás céljainak egyaránt megfelelően, lehetőleg kimerítse azokat a lehetőségeket, melyek mint kiváltó ingerek szerepelhetnek. A felosztás alapjául természetesen kínálkozott a normalphysiologiai osztályozás az adaequat és inadaequat ingerek csoportjára.

Adaequat-ingerek.



Inadaequat-ingerek.

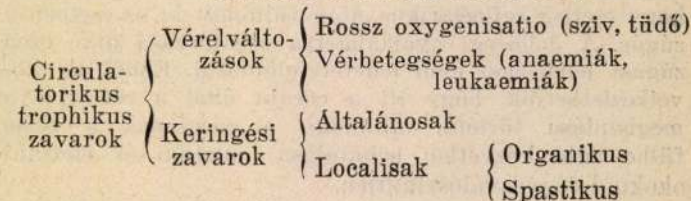
Mechanikus: (tumor, meningealis összenövések stb.).

Toxikus: (chinin, salicyl, ólom etc.).

A cochlearis végkészülék betegségei.

Specifikus idegélváltozások.

(Lues, sklerosis multiplex, endocrin-zavarok, diathesis urica etc.).



Reflectorikus ingerek.

Ez a felosztási kísérlet nem tekintendő merev rendszernek, célja nem más, mint egy szétterő tünény egy nézőpontba való gyakorlati összefoglalása. Ugyanazon zúgásnál a legkülönbözőbb ingerek szerepelhetnek egyszerre és fontosságukat a jelenség kör-oktanában megállapítani a további rendszeres vizsgálat célja.

Az adaequat ingerek az ér- és izomhang. Amíg élettani határokon belül ingadoznak hangjellemzői, addig ingerként nem hatnak, csak az élettani határokon

túllépő jellemző változás esetén válnak ingerre (a szemnél a Purkinje-féle kísérlet analógiája.)

Az inadaequat ingerek közül a négy első csoport hatásmodja magától értetődő és szerepük a kórelőzményből és a jelen állapotról többé-kevésbé tisztázható. Ha azonban a fülzúgásban szenvedő betegek nagy számával foglalkozunk, azt látjuk, hogy a legtöbb esetben az eddig áttekintett ingerlehetőségek egyikét sem tudjuk az adott esetünkkel összefüggésbe hozni, mert például hangvezetési zavar van jelen (például középfül-folyamat) a kísérő zúgást az adaequat ingerek csoportjaiba nem helyezhetjük, viszont az első négy inadaequat ingercsoportba sem illeszthetjük be kielégítő módon. Amint látjuk, szerepel még a felosztásban a gyakran feltételezett, de nem bizonyított, a keringés elégtelenségéből eredő táplálkozási zavar mint kiváltó inger és az olykor észlelhető reflektorikus zúgási ingerek csoportja (például orr felől). Az alábbi három kérdés kísérleti feldolgozása e két utóbbi csoport hatásmechanizmusát igyekszik tisztázni.

Az első kérdés: Vajjon lehetséges-e kimutatni valamilyen összefüggést a dobüregi nyálkahártya és a fülzúgás között valamilyen reflexjelenség formájában?

A belgyógyászatban már régen ismert tény, hogy szervi elváltozások a fájdalomérzés jellemző kivétisével járhatnak együtt, mire főleg Mackenzie és Head vizsgálatai mutattak rá. Amennyire ismeretesek ezek a hatások és amennyire a klinikai megfigyelés evvel a belső szervi betegségeknek számol, oly kevésbé feldolgozottak ezek a mintegy téves perceptiók a más modalitású idegérzések területén. Hogy fülzúgás reflektorikusan kiváltható, ezt kazuisztikus formában már sok szerző leírta, valamint azt is, hogy főleg az ornyálkahártya felől sikerült egyes makacs fülzúgást kedvezően befolyásolni.

Kísérleteimhez a kiinduló pontot az adta meg, hogy egy intelligens beteg jelentkezett idült, mérsékelt enyvedő középfülgyulladásával és kinél a dobhártya legnagyobb része hiányzott; előadta, hogy főleg este és éjjel nagyon kínzó fülzúgásai vannak, melyek nappal valamennyire csökkennek. Dobüregének szondára csavart vattával való tisztogatásánál többször megjegyezte, hogy valahogy helyenként, időnként ezen tisztogatás mellett hirtelen erősen felhangzik szokott gőzsípszerű zúgása. Közelebbi vizsgálódásnál kiderült, hogy ez a jelenség a promontoriumnak csak egy egészen körülírt helyén és pedig a promontoriumnak hátsó alsó negyedéből volt kiváltható. Természetesen kézenfekvő volt a gondolat, hogy itten tulajdonképpen durva akustikai ingerről van szó. Tekintettel azonban a kiválthatóság oly körülírt voltára, felmerült az a lehetőség, hogy esetleg reflectorikus úton váltódott ki ez esetben a zúgás. A dobüregi nyálkahártya cocainozása után ezen zúgási jelenséget nem lehetett előidézni. Ebből azt következtethetjük, hogy itt a cocain által a reflexpályá megbontása történt, minthogy a cocainnak a belső fülbe való közvetlen behatolása bonctani és élettani okoknál fogva valószínűtlen.

Húsz esetben végeztem hasonló kísérletet, 17 esetben sikerült ily zúgási reflexpont kimutatása.

Oly betegeknél, kiknél a zúgás a vizsgálat tartama alatt is fennállott, azoknak zúgása a cocainhatás beálltára megszűnt. Egyik-másik esetben több napig is szünetel a zúgás, más esetben pár óra múlva visszatér.

A legtöbb beteg meg tudja mondani, hogy a zúgás reflexhelyén kívül megérintett helyek felől kaparó vagy pattogó hangokat hall. Hogy a cocainnak nemcsak vértelenítő hatása jön itt tekintetbe, bizonyítja, hogy adrenalinus tampon behelyezésére a zúgások nem szün-

nek meg. Egyik-másik esetben a zúgás kissé csökkent, ebben azonban nincsen semmi különös, mert hiszen elvárható, hogy az idegvégkészülékek vértelenítése azok részleges hypaesthesiájával jár. Érdekes kiemelni, hogy a reflexpont rendszeren 1–2 milliméternyi helyen található meg. Egyes egyéneknél két ilyen helyet is ki lehetett mutatni a promontorium vagy annak közvetlen peremén; rendszeren a promontorium alsó hátsó negyedében, ritkábban felső hátsó negyedében, két esetben pedig a recessus epitympanicus határán találtam a reflex kiváltási helyét. Hogy a reflex hogyan jön létre, ezt további vizsgálatoknak kellene tisztázni. Itt a promontorialis idegfonat izgalma szerepel, de hogy vajjon e reflex az itt anastomizáló nervus glossopharyngeus vagy pedig a sympathicus-ágak útján jön-e létre, ezt eldönteni egyelőre nem lehet.

Minthogy a glossopharyngeus és a hallóideg között a központi idegrendszerben semmiféle anatomiai összefüggést sem mutattak ki, felmerült az a kérdés, hogy vajjon a hatásmodja ennek a folyamatnak nem-e a sympathicus útján jön létre, és pedig úgy, hogy az érmozgató idegek a plexus caroticotympanicus útján indirekt módon a hallási idegrendszer vérellátását befolyásolják. Ebből a gondolatmenetből adódott a második kérdés: *Lehetséges-e valamilyen összefüggést kimutatni a dobüregi nyálkahártya eme zúgási reflexe és a vérkeringés között?*

Hogy az előbb leírt reflextünetemény valamilyen keringési zavarban lelné magyarázatát, azt csak úgy lehetne tökéletesen bebizonyítani, hogyha sikerülne kísérletekben kimutatni, hogy a fülzúgás ilyen reflectorikus kiváltása a dobüregi nyálkahártya felől a hallási pályák vérkeringésének megváltoztatásával jár együtt. A legegyszerűbben úgy foghatnók ezt fel, hogy az izgatás változott vérellátást okoz és ez a helyi keringési zavar következményeképp paraesthesiát hozna létre, mely a zúgás tünetében jelentkezne. Azonban hogy ezt bebizonyíthassuk, szükséges volna, hogy a vér volumensebességét, tehát az időegységben átáramló vér mennyiségét megmérjük a hallópályákhoz odavezető érrendszerben. Ezen feltételnek azonban eleget tenni nem tudunk.

Minthogy fülzúgásokat illető kísérletek csak emberen végezhetők, meg kell elégedni olyan általános működési jelekkel, melyek mintegy indicator módjára mutatják, hogy az általános keringés ezen reflexjelenség kiváltása kapasan szintén valamilyen módon befolyásolódik. Ilyen indicatorként választhatjuk a vérnyomást. Mindjárt most hangsúlyozom, hogy a vérnyomás változása még távolról sem fogható fel a tünetemény okának, csak mint az általános keringés részvételének jelét értelmezhetjük.

A kísérlet előfeltétele, hogy a dobhártyán elég tág perforatio legyen. A kísérlet előtt megmértem a vérnyomást, majd a dobüregi nyálkahártya a már előzetes kísérletekben meghatározott zúgási reflexponton ingereltetett, azután ismét vérnyomásmérés történt és pedig lehetőleg azonnal, majd pedig 5 és 10, olykor 20 perc múlva is.

Bármily egyszerű is látszólag ez a kísérlet éppoly nehéz a kivitele. Hisz ismeretes, hogy minden sensibilis inger, különösen fájdalmi ingerek, de psychikus behatások is emelő módon hatnak a vérnyomásra. A dobüregi nyálkahártyának izgatása és a vérnyomás mérése oly nehézségekkel jár, melyeket kellőképpen kell méltányolnunk, hogy a kapott eredményeknek tudományos értéket tulajdoníthassunk.

A kísérleti egyén az első vérnyomásmérés előtt egy negyedórát pihent a vizsgálószékben. A vérnyomási

kísérlet csak akkor vette kezdetét, midőn két nyomási eredmény öt pernyi időközben azonosnak mutatkozott. Két nyomásérés között 2–3 mm-nél nagyobb nyomási különbségnek lennie nem szabad. Ezen feltételnek nem mindegyik kísérleti egyén felel meg, aki különben a kísérlet kivételére alkalmasnak látszott, mert nem egy esetben oly rosszul tapintható a pulsus, vagy maga a vérnyomás oly labilis, hogy egyes mérések között 4–5 mm különbség, sőt nagyobb is mutatkozott.

Ilyen módon négy typus vált megkülönböztetetté:

1. Az első typusnál azonnali vérnyomásemelkedés, majd 5 és 10 perc múlva az eredeti érték alá való süllyedés volt észlelhető.

2. A második typus nem mutatott nyomási emelkedést, csak 5 és 10 perc múlva süllyedést.

3. A harmadik typus azonnali emelkedést és semmiféle késői süllyedést nem mutatott.

4. Végül egy esetben vérnyomásingadozás nem mutatkozott.

Eme negyedik typusú esetben egy már behámosodott totalradikál műtetet kiállt betegről volt szó, kinek kínzó zúgásai a promontorium felől semmiképen sem voltak befolyásolhatók.

Ha ezen 15 kísérletet magába foglaló sorozatból szabad egyáltalában valamilyen következtetést levonni, úgy azt mondhatjuk, hogy a leggyakoribbnak mutatkozott, az esetek több mint felénél, a kezdeti emelkedés és a késői süllyedéssel együtt járó vérnyomásingadozási typus.

Hogyha e jelenségnek létrejöttét elképzelni akarjuk, úgy mindenekelőtt az autonóm idegrendszer izgalmat kell feltételezni, és pedig a promontorialis idegfonat útján létrejött izgalmat. Az autonóm idegrendszer különböző reakciója ugyanarra az ingerre tulajdonképpen ennek az idegrendszernek lényegében fekszik. Hisz tudjuk, hogy a vegetatív idegrendszer különböző vizsgálati módszereire is egyénenként különböző módon reagál. Ez a különbözősége a reakciónak magában az egyénnek constitutiójában rejlik, amely egyszersmind megszabja az előadott kísérletekből nyert vérnyomásingadozások typusát.

Hat esetben, midőn tekintélyes vérnyomássüllyedés mutatkozott a dobüregi nyálkahártya zúgási reflexpontjának izgatása után, a dobüregi nyálkahártyát cocainnal érzéstelenítettem. Három esetben a vérnyomás 1–2 percen belül eredeti értékére emelkedett.

Ezekből a kísérletekből azt a következtetést vonhatjuk, hogy a dobüregi nyálkahártya zúgási reflexpontjának enyhe izgatása jellegzetes vérnyomásingadozást hoz létre, mely annak a jele, hogy az inger az általános keringésre kihatott.

Harmadik kérdés: *Milyen úton és mennyiben lehetséges a fülzúgásokat egyáltalában specifikusan értágító módon ható gyógyszerrel befolyásolni?*

A physiologia azt tanítja, hogy különböző szerveknek és szervrendszereknek a localis vérellátása messze-messze önkormányzatot mutat, amennyiben a működési állapot szabja meg az odavezető erek tonusát és szabályozza ily módon a szervrendszerhez folyó vérmenynyiséget. Kóros ingerek a normalis állapot ezen harmoniáját megzavarják. Amennyiben ezen inger erősszehúzó módon hat, úgy a helyi vérszegénység jelei lépnek fel. A helyi vérszegénység legtöbbször, mielőtt még irreversibilis elváltozásokat hozott volna létre, az érző idegek paraesthesiáját okozza, amire a belbetegségek területén bőséges példa van.

Ha a fülzúgást mint a hallási pályák paraesthesiáját fogjuk fel, akkor közel fekszik az a gondolat, hogy

ez a jelenség a hiányos vérellátásban leli magyarázatát, amelynek akár az érfalak megbetegedése, akár pedig a functionalis erősszehúzóadás adja alapját. Az a feltevés, hogy a fülzúgás oka a hallószerv valamiféle keringési zavara, nem új. A nagyszámú szerzők között, akik a fülzúgás jelenségének magyarázatával foglalkoztak, igen sokan, bár teljesen hypothetikusán, ezt az értelmezési módot választották.

Ha azonban ebből a feltevésből helyesen következtünk, akkor mégis eljutunk az indirect bizonyításnak egyik lehetőségéhez, amely abban áll, hogy a helyi vérkeringés befolyásolása a megzavart szerv működését is befolyásolni fogja. Tegyük fel például, hogy a fülzúgások nagy száma a hallási pályák helyi vérszegénységében leli okát, úgy ha kedvezőbb keringési viszonyokat teremtünk, azt várhatjuk, hogy maga a panasz is enyhülni fog. Ennek a föltételnek akart a panitrit megfelelni. Több ok volt azonban, amely ennek a szernek az igénybevétele ellen szólt. A cél itt tisztára experimentalis volt. Oly szert kellett alkalmazni, amely tartósan alkalmazható és éppen a fej véreireiben okoz elective tágulást. Ezért esett a választás a natrium nitrosumra. Nitrit-készítményeket különösen amylnitritet már régen alkalmaztak fülzúgások ellen (*Michael, Urbantschitsch V.* stb.).

A mi esetünkben azonban a főszűly azon volt, hogy a helyi vérszegénység kérdése a fülzúgások ingerei közül, habár csak indirect úton is, tisztáztassék. Éppen ezért volt szükséges egy jól tanulmányozott, lehetőleg egyszerű módon ható gyógyszert választani, amely azonban a hosszas alkalmazást és pontos adagolást is megengedi és ezáltal tartós hatást gyakorolhat az értonusra anélkül, hogy káros mellékhatások mutatkoznának.

A natrium nitrosumtól, tartós alkalmazása mellett, az értonus tartós csökkentését várhatjuk, főleg a koponya ereiben. Oly esetekben előreláthatólag hatás-talan marad, melyeknél helyi elváltozása az érfalaknak nem engedik meg az értonusnak változását. Ilyen esetekben még esetleg a helyi keringésnek megromlásával is kell számolnunk, mert a vérnyomás leszállítása az érnek változatlan befogadóképessége mellett, a vér volumsebességének csökkenésével kell, hogy járjon. Feltéve, hogy a javult keringés a rosszul táplált idegszervnek gyógyulását és ezáltal a fülzúgás javulását hozná létre, ily eredményt csak ott várhatunk, ahol még irreparabilis elváltozások nincsenek. Mindezen megfontolások mellett is nyitva marad az a kérdés, hogy vajjon a megjavult keringési viszonyokban kereshető-e az oka az esetleges javulásnak, vagy pedig a liquornyomás, illetőleg a labyrinthnyomás játsszák-e a főszerepet. A tudásunk mai állása szerint a nitrithatásról a direct érhatást kell elfogadnunk.

Ezen kísérleteimhez oly egyéneket választottam, akiknek a fülzúgása legalább néhány hét óta, de az esetek legnagyobb részében hónapok, illetőleg évek óta fennállott és azt a szokott módon massage-zsal, brompraeparatumokkal, intravenés calciummal, jódkálival, stb. már előzőleg eredmény nélkül kezelték. Az affectio nervi accustici esetei közül csak azokat vontam kísérleteim körébe, akinek vére negatív Wassermann-reactiót és normalis vérhúgysavtartalmat (*Germán és Kelemen*) mutattak. A betegek hallási statusa és vérnyomása a nitritkezelés tartama alatt állandó ellenőrzés alatt állott.

Az így kiválasztott kísérleti egyének 10 napon keresztül kaptak naponta injectióban 2%-os oldatból 1 cm³-t, azután 10 napon keresztül 4%-os oldatból szintén 1 cm³-t bőr alá. Ha a vérnyomás csökkenését vagy pedig a fülzúgás javulását 4–5 injectio után nem észlelhettem,

akkor ezenkívül még per os 2 g ad 150 vízre 2-szer naponta, reggel és este kávéskanállal szedtem a beteggel a gyógyszert, azonkívül oly napokon, amikor az injectio külső okoknál fogva elmaradt, a betegek az említett oldatból 3-szor naponta szedtek egy kávéskanálnyi. A befejezett injectiós sorozat után a szükséghez képest esetleg még négy hétig kapták per os a natr. nitrosum oldatot. Az esetek egy részénél a betegek nitritet csak per os 3-szor naponta egy kávéskanállal kapták. Két esetben oly egyéneknek, akiknél előrehaladott arteriosclerosis volt megállapítható, 4–5 injectio után erős főfájásról panaszkodtak a betegek. Ezeknél a nitritkezelést abbahagytam. Az itt látható táblázat a zúgási panaszok változására vonatkozik és csak olyan eseteket foglal magában, melyek a tökéletesen keresztülvitt és befejezett nitritmedicatio után még legalább 6 hét múlva is észlelhetők voltak.

	Gyógyult			Kifej- zetten javult			Mérsé- kelten javult			Válto- zatlan			Összesen		
Hypaesthesia acustica.....	2	—	2	6	—	6	4	1	5	4	1	5	16	2	18
Otosklerosis....	1	—	1	1	—	1	—	—	—	4	—	4	6	—	6
Catarrhus subac. cavi tymp.....	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	3	3
Catarrh. chron. cavi tympani	1	—	1	1	3	4	1	—	1	—	3	3	3	6	9
Otitis med. supp. chron.....	1	—	1	2	—	2	3	—	3	2	4	6	8	4	12
Residua suppurat.	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	1	1	2	2	4
Tinitus nervosus	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	3	—	3
Összesen:	5	2	7	12	4	16	11	1	12	10	10	20	38	17	55

Injectio + per os Gyógyult:.... 13%	Csak per os Gy.: 12%	Összes esetek Gy.:..... 127%
Javult: 74%	J.: 41%	J.: 636%
Változatlan: 26%	V.: 59%	V.: 364%

A táblázat számainak összehasonlításánál feltűnik az egyáltalán javult esetek aránylag nagy száma. Kitér az is, hogy az injectiókkal + per os kezelt esetekben jobbak az eredmények, mint a csak per os adagolásnál. Úgy látszik, legjobban reagálnak a hypaesthesia nervi acustici esetei, legkevésbé az idült genyedéseket kísérő zúgások, 55 eset közül 23 esetben sikerült egyúttal hallásjavulást is elérni. Fontosnak tartom a nitrithatásra vonatkozó azon megfigyelés közlését, hogy bár egy-egy nitritdosishoz való hatása van a vérnyomásra, a rendszeres adagolás mellett 2–5 hét alatt bizonyos individualis mélypontra lehet leszorítani a hypertoniás egyének vérnyomását, mely huzamosabb nitritkezelés után változatlanul, esetleg mérsékelt emelkedéssel 1–2 hónapig is fennáll.

Bár nem állíthatom, hogy a vérnyomás és fülzúgás között szabáyszerű összefüggés volna, mégis a vérnyomás süllyedését legtöbbször mindjárt, olykor azonban csak 7–14 nap múlva követte a fülzúgási panasz csökkenése.

Ezek a kísérletek azt mutatják, hogy a vasomotorikus tonusnak leszállítása a fej véreireiben a fülzúgást kedvezően befolyásolhatja. Bizonyítják azonkívül ezek a kísérletek, hogy normalis vérnyomás mellett annak dacára, hogy tartós vérnyomás-süllyedés nem volt elérhető, mégis javulást sikerült elérni ily esetekben is, a fülzúgást illetőleg. Mindez tehát azt mutatja, hogy a helyi értágítás és ezáltal az élénkebb vérrellátása a hallási idegrendszernek előnyösen befolyásolhatja a zúgási panaszokat. Egyszersmind ezek a kísérletek azt bizo-

nyítják, hogy a fülzúgásoknál a natrium nitrosum mint gyógyszer is bevált, sőt sok esetben ezzel hallásjavulást is sikerült elérni.

Összefoglalva a fentebbieket, láthatjuk, hogy a dobüregi nyálkahártya zúgási reflexének jelentősége abban a tényben van, hogy a hallási pályák a dobüreg felől reflektorice egyáltalában befolyásolhatók. Hogy ebben az esetben vajjon abnormalis vagy kóros reflexről van-e szó, vagy pedig egy élettani reflexjelenséggel állunk-e szemben, amelynek a normalis hallásban is jelentősége van, ezt későbbi kísérleteknek kellene tisztáznia.

A vérnyomás és a dobüregi nyálkahártya közötti összefüggés vizsgálata csak annyit bizonyít, hogy az autonóm idegrendszer izgalma ezen reflexszel egyidőben kiváltódik, de hogy vajjon e két tünet egyaránt oki összefüggésben van-e, vagy pedig csak egymás mellett áll-e fenn, ez nyitott kérdés maradt.

Amint látjuk tehát, sikerült bizonyítani azt, hogy a circulatoricus trophikus zavaroknak és reflectorikus ingereknek fülzúgások létrejöttében jelentékeny szerepük van.

Összefoglalás: 1. A dobüregi nyálkahártya egy körülírt helyének izgatása fülzúgást vált ki reflex úton. Az idült dobüregi genyedéseket kísérő esetleges fülzúgás az esetek legnagyobb részében ezen az úton jön létre.

2. A zúgási reflexpont izgatása vérnyomáscsökkenést, főleg vérnyomáscsökkenést hoz létre.

3. A fülzúgások több mint fele az erek elernyesztése útján kedvezően befolyásolható. Ez bizonyítja az érhatások fontosságát a fülzúgás kóroktanában.

4. A natrium nitrosum a fülzúgások gyógyításában alkalmazható.

Végül ez alkalommal is hálás köszönetemet fejezem ki Krepuska Géza professor úr ő méltóságának, ki ezen vizsgálataim végzését lehetővé tette, azoknak menetét nagyértékű tanácsaival a legmesszebbmenően támogatta.

A budapesti királyi magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: Illyés Géza dr. egyet. ny. r. tanár).

Az Ambard-constans értéke a vesék működésének megállapításánál.

Írta: Borza Jenő dr. egyetemi tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

Az Ambard-constans vizsgálatokkal kapcsolatban mindig elvégeztük a Rest-nitrogen és a vérsavó fagyáspontvizsgálatát is s különösen az utóbbit — amely a tapasztalatok szerint a mi klinikánkon a legjobban bevál — használtuk fel az esetek megítélésénél s a műtéti indicatio, továbbá a prognosis felállításánál.

A Rn.-vizsgálatok eredményei igen változatosak, amennyiben többször megtörtént, hogy a klinikai képek és a többi vizsgáló eljárások eredményeinek ellentmondó értékeket kaptunk. Általánosságban 40 mg-százalék az a határ, amely a normalis veseműködésnek megfelel, 60 mg-százalék pedig sokszor már functio-csökkenést mutat.

A mellékelt 4. számú táblázat 250 vizsgálat alapján készült, ahol együtt határoztuk meg a Rest-nitro-
gent és a vérsavó δ -ját. A táblázatban a számláló az esetek számát, a nevező a Rest-nitrogen mennyiségét mutatja mg-százalékban, a vérsavó fagyáspont eredményeivel összehasonlítva. Látjuk pl., hogy a normalis vesefunctionnak megfelelő δ -értéknél, 0.56–0.57-nél, az esetek nagyrésztében 40–50 mg-százalék Rn. van, de előfordul 63, 100, sőt 167 mg-százalék is. Ellenben kifeje-

4. táblázat.

A δ és Rn eredmények összehasonlítása 250 eset kapcsán, a számláló az esetek számát, a nevező a Rn-t mutatja mg százalékokban.

16 esetből	$\delta = 0'53-0'55$	$\frac{13}{40}$	$\frac{1}{54}$	$\frac{1}{80}$	$\frac{1}{90}$	—	—
70 esetből	$\delta = 0'56-0'57$	$\frac{51}{40}$	$\frac{16}{50}$	$\frac{1}{63}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{167}$	—
55 esetből	$\delta = 0'58$	$\frac{28}{40}$	$\frac{15}{50}$	$\frac{10}{60}$	$\frac{1}{85}$	$\frac{1}{92}$	—
33 esetből	$\delta = 0'59$	$\frac{19}{40}$	$\frac{5}{50}$	$\frac{6}{60}$	$\frac{1}{76}$	$\frac{1}{71}$	$\frac{1}{168}$
33 esetből	$\delta = 0'60$	$\frac{14}{40}$	$\frac{10}{60}$	$\frac{6}{80}$	$\frac{1}{90}$	$\frac{1}{96}$	$\frac{1}{136}$
12 esetből	$\delta = 0'61$	$\frac{5}{50}$	$\frac{4}{80}$	$\frac{2}{90}$	$\frac{1}{107}$	—	—
11 esetből	$\delta = 0'62$	$\frac{4}{50}$	$\frac{2}{90}$	$\frac{2}{120}$	$\frac{3}{180}$	—	—
9 esetből	$\delta = 0'63$	$\frac{1}{50}$	$\frac{2}{100}$	$\frac{4}{140}$	$\frac{2}{220}$	—	—
11 esetből	$\delta = 0'64-0'72$	$\frac{3}{50}$	$\frac{3}{150}$	$\frac{5}{200-300}$	—	—	—

zett functiozavarnál, pl. ahol a $\delta = 0'60-0'61$ stb. tekintélyes számban fordulnak elő 40–50 mg-százalékos értékek.

Ez az oka annak, hogy a Rn-értékeket éppen ingadozásainál fogva a legnagyobb óvatossággal használjuk fel a műtéti indiciók felállításánál, döntő fontossága nincs s ha a többi vizsgáló eljárásokkal kapott eredmények s különösképen a vérsavó δ -ja kielégítő veseműködést jelez, Rn. többé-kevésbé emelt volta nem tart vissza a műtéti beavatkozástól.

A vese betegségeinek functionalis diagnostikájába *Korányi* professor által alkalmazott vérsavó fagyáspontesökkenés meghatározása, amellyel az oldott molekulák számát mérjük, egyike a legjobban bevált és használható eljárásoknak a mi klinikánkon. Ez az eljárás, amelynek a klinikai megfigyelések mellett a legtöbb hasznát vesszük s amelynek döntő fontossága van a kétoldali megbetegedések elbírálásában.

Nagy értéke az Ambard-constans és Rn. fölött, hogy feltétlen megbízható, egyszerű eszközökkel könnyen elvégezhető. Természetesen megfelelő gyakorlat és körültekintés szükséges, mert enélkül durva tévedések fordulhatnak elő, amelyek félrevezethetnek. Hogy különösen külföldön nem használják mindenütt abban a mértékben, mint ahogy azt megérdemelné, valószínűleg az az oka, hogy nem követik pontosan a technikai előírásokat s így nem kapnak megbízható értékeket, vagy pedig hozzákezdve a vizsgálatokhoz, kellő gyakorlat hiányában, mint megbízhatatlant félre teszik.

A legtöbb hibás eredmény oka az lehet, hogy nem veszik kellő figyelembe azt a körülményt, hogy nem szabad túlságosan túlhűteni a vizsgálati anyagot a várható fagyáspontnál. 1 C° túlűtés már 0.0125 C°-nyi differenciát ad. Tehát a vérsavót legfeljebb —1.5 C°-ig szabad hűteni, lassan, nem hirtelen, légköpenybe, ha pontos eredményt akarunk kapni. A jégkeverék hőmérséke legfeljebb —2, —3 C°-kal legyen alacsonyabb a fagyasztandó vérsavó fagyáspontjánál. Ha a hűtőkeverék túlságosan hideg, akkor a vérsavó a megfagyás pillanatában a túlűtött állapotból nem képes a fagyáspont hőmérsékletéig fölmelegedni, a hőmérő pedig nem a valódi fagyáspontot, hanem annál magasabbat mutat.

Ha gyorsan és nagyobb mértékben túlűtjük a folyadékot, úgy a megfagyásnál nagyobb mennyiségű jég válik ki, ami által az oldat sűrűbb lesz és ennek következtében a fagyáspont is magasabb lesz.

Hogy a dörzsölési melegből származó hibát kiküszöböljük, vigyáznunk kell, hogy a keverővel a fagyasztóedény falát és a hőmérő higanygömbjét ne dörzsöljük.

Az eljárás pontosságát emeli a vérsavófagyasztásnál nálunk mindig követett módszer, amely abban áll, hogy a desztillált víz fagyasztása, illetőleg a hőmérő nulla-fokának pontos beállítása előtt a hőmérőt vízbe, utána jégbe állítjuk s ezt kétszer-háromszor megismételjük, azért, hogy a higany-reservoirt alkotó holt térben esetlegesen lerakódott higanyszemcséket az újból lehűlő higany magával vigye. Többször tapasztaltuk, hogy kis higanyszemcsék odatapadása a holt tér üvegfalára több századfoknyi különbséget tett ki.

Ha az előírt szabályokat betartjuk s kellő türelemmel az eljárás apró fogásait begyakoroljuk, úgy ez egyike a legmegbízhatóbb vesefunctionalis vizsgálati módoknak, amelynek eredményeit nyugodtan felhasználhatjuk még akkor is, ha a Rn. ellentmondó, a klinikai képnek nem megfelelő, túlságosan magas értéket ad.

Ha mármost azt kutatjuk, hogy mi lehet az oka annak, hogy az Ambard-constans olyan változó s más vizsgáló eljárásokkal és a klinikai képpel szemben sokszor olyan ellentmondó értékeket ad, azt látjuk, hogy eredményeit nagy mértékben befolyásolja a vizelet 24 órás mennyisége (V), amelyet a kísérleti idő alatt kapott vizelet cm³-einek alapulvétele mellett számítunk ki. Ezt a módot azért választotta *Ambard*, mert a vizelet ureumtartalma a tápláléktól függőleg változik. Vannak eseteink, amelyeknél azért magas a constans értéke, mert a vizelet kiszámított 24 órás mennyisége kevés. Megpróbáltuk kétszer-háromszor a kísérletet megismételni s minden esetben kevesebb vizeletet kaptunk a kiszámítás útján, mint az ténylegesen volt.

A vizelet mennyiségével kapcsolatban változik a D értéke, mert ez nagyban függ a vizelet mennyiségétől és annak ureumtartalmától, még pedig a kísérleti idő alatt kiválasztott vizelet ureumtartalmától.

Minél kevesebb mennyiségű a 24 órás vizelet a V, és minél kevesebb annak az ureumtartalma a C, annál kisebb lesz a D, s annál nagyobbra emelkedik a constans értéke. Már pedig a vizelet ureumtartalma függ a tápláléktól, természetes, hogy napközben változik az azzal kiválasztott ureum mennyisége is. A tévedés azonban abban van, hogy nem arányosan változik a vizelet mennyisége az ureum koncentrációval és fordítva, mint azt *Ambard* felvette. Ez ember több folyadékot vesz fel, mint amennyire tulajdonképp szüksége volna s ennél fogva a vizelet mennyisége nem arányos a kiválasztandó hígany mennyiségével.

A 118. számú esetben kétóránként fogtuk fel a vizeletet és kiszámítottuk a V, C és D értékét s a következő eredményt kaptuk:

10–12 óráig	V = 3312, C = 10.12, D = 33.52
12–2 „	V = 3072, C = 11.19, D = 34.37
2–4 „	V = 1488, C = 14.77, D = 21.97
4–6 „	V = 1512, C = 11.63, D = 17.58

Látható tehát, hogy a vizeletmennyiség nagyfokú változásával a C nem változik arányosan, a D azonban a V-től függőleg nagy változásnak van alávetve.

Hogy a constanst mennyire befolyásolja a vizelet mennyisége és az abból kiszámított többi factor, világosan bizonyítják különösen azok az esetek, ahol kétszer történt meghatározás s dacára annak, hogy az objectív állapot nem változott, a constans kiszámítása egész különös eredményeket adott. (1. 9, 14, 16, 17, 19, 21, 4, 5, 6, 8, 10, 26, 2, 20, 23. esetek.) De látni lehet ebből a hibából származó eredményeket feltűnően pl. a 80. és 87. számú esetekben is.

Meghatároztuk egy betegnél öt egymásra következő nap (118. számú eset) s 0.17, 0.20, 0.14, 0.14, 0.16 eredményt kaptunk.

Megpróbáltuk négy betegnél (5. táblázat, 13, 27, 28. és 118. számú eset, az utóbbinál többször) a tényleges és kiszámított vizeletmennyiség segítségével kiszámítani a constanst. Mindig különböző eredményeket kaptunk. Legfeltűnőbb a különbség a 28. számú esetben, ahol a kiszámított vizelet és a tényleges 24 órás vizelet felhasználásával 0.076 és 0.13 eredményt kaptunk.

5. táblázat.

Szám	Név, kor		V	C	D	Ur	P	AK
13.	M. A. 71	Kiszámított	936	14'00	13'10	0'50	50'4	0'13
»	»	Tényleges	1350	8'93	12'05	0'50	50'4	0'15
27.	L. S. 54	Kiszám...	918	12'80	11'75	0'40	62'7	0'13
»	»	Tényleges	1248	12'23	15'36	0'40	62'7	0'11
18.	F. K. 20	Kiszám...	3552	14'39	51'10	0'54	53'8	0'076
»	»	Tényleges	2160	9'60	20'73	0'54	53'8	0'13
118	M. I. 64	Kiszám...	2568	9'99	25'65	0'81	50'6	0'17
»	»	Tényleges	2650	8'90	23'58	0'81	50'6	0'18
»	»	Kiszám...	2100	12'76	26'79	0'72	50	0'14
»	»	Tényleges	2400	19'20	29'28	0'80	50	0'13
»	»	Kiszám...	1704	14'52	24'74	0'86	50	0'16
»	»	Tényleges	2600	13'88	36'08	0'72	50	0'19

Önkényes a testsúlyból a vesék elválasztó felületének a nagyságára s abból a működésükre következtetni, figyelmen kívül hagyva az extrarenalis tényezőket.

Hogy a 0-20-on jóval felül még a műtétet szempontjából kielégítő veseműködés van, azt a táblázatok bizonyítják. Hogy nagyok az eltérések, nem lenne baj, ha azok tényleg a functio minél finomabb fokú kiesését jeleznék, de mikor annyira szeszélyes az eljárás, hogy indokolatlanul, más vizsgálati eljárásokkal ellentétben, ki nem mutatható okokból, egy és ugyanazon egyénnél annyira változik, használhatóságát legalább is kétségbe kell vonnunk.

Meghatároztuk az Ambard-constanst egy egészséges 30 éves egyénnél, akinél lágyéksérvtől volt. Az urológiai tractus teljes mértékben ép volt. Legnagyobb meglepetésünkre 0-20 Ambard-constanst kaptunk.

Amint látjuk a vesefunctióról nem ad felvilágosítást, sőt könnyen félrevezetve, nagy tévedéseknek lehetünk általa kitéve. A többi, régebben bevált eljárásokkal szemben — dacára, hogy azok nem adnak egy abszolút számot mint eredményt az összveseműködésről, csak egy támpontot a megítélésre — hátrányban van.

Tulajdonképp a Rest-nitrogenmeghatározás, amelynél sokszor kaptunk ugyan a klinikai képnek és vérsavó-fagyáspont eredményeinek ellentmondó értékeket, jobban használható a constansnál.

Érthető is, mert a constans egy matematikai képlet eredménye, amely a gyakorlat szerint nem fedi, de nem is fedheti a valóságot. Sokkal több extrarenalis és más tényező szerepel, mint amennyi ennél számításba van véve. A kiszámításnál érvényesülő három factor, úgymint a C, D és Ur. csak egyes talán szinte durva részletei, a veseműködésnek, ellenben a vese-parenchyma élettevékenysége, teljesen figyelmen kívül van hagyva. Addig míg a vizeletelválasztás, vagyis a vesék physiologiai működését minden irányban egységesen, pontosan nem ismerjük, annak a mibenlétével tökéletesen tisztában nem vagyunk — minden olyan eljárás, amely több factor, de nem az összes factor összehasonlításain s annak egy merev matematikai képletbe való foglalásán alapul —, nem is lehet helyes.

Egy részlet például a Rn. vagy Ur. meghatározásával, de főleg a mindig megbízható vérsavó-fagyáspont-csökkenés vizsgálatával többet érünk, mert látjuk, hogy functiozavar van. Ha már most egy vizsgálati móddal egy szorosra vett egyirányú functioegyensúlyt látunk, következtethetünk ugyan a másikra, de azt kéletszerűen egymással szembe állítva, egy fix számban kifejezve, constansnak elfogadni, amint azt a vizsgálatok mutatják, nem lehet.

Összefoglalva a mondottakat az Ambard-constans eredményeit nem lehet megbízhatónak elfogadni, mert a vizsgálatok szerint a beteg klinikai állapotának és a többi vizsgáló eljárásoknak ellentmondó, legtöbbször igen magas értékeket adott olyan betegeknél is, akiknek veseműködése ép volt, vagy pedig csak kis fokban volt korlátozott. Ha pedig egy eljárás olyan szeszélyes, mint ahogy az a vizsgálatokból kitűnik s amelletts körülményes is, gyakorlatilag nem használható.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc egyetemi ny. r. tanár).

A vérplasma fehérjeszerkezetének az oedemával való összefüggéséről.

Írták: Boros József dr. tanársegéd és Czoniczer Gábor dr.

Az oedema pathogenesisének kérdése még ma is egyike az orvostudomány legnyíltabb kérdéseinek, noha a kérdés megoldását a legkiválóbb kutatók kísérelték meg. A kutatások eredményeképpen keletkezett teoriák közül a legrégebbi a *Korányi Sándor* nevéhez fűződő renalis theoria volt, mely az oedema okát a vese elégtelen működésében, a víz-, illetőleg sóretentióban kereste. Ezt az elméletet csakhamar követték az extrarenalis theoriák, melyek *Volhard* személyével túlsúlyra is kerültek. Ma a kutató munka arra törekszik, hogy a kétségtelenül meglevő extrarenalis factort összhangba hozza renalis okokkal. Hogy ugyanis a vízretentio nem egyedüli oka az oedemának, az kétségtelen abból a számtalanszor tett megfigyelésből, hogy a vízretentio és a vele kapcsolatos hydraemia nem vezet mindig szükségképpen oedemához. Kell tehát még egy factornak lennie, mely elősegíti a víznek a vérpályából való kilépését és ezt a factort *Volhard* „oedemakézségnek” nevezte el. E név mögött azonban csupán egy ismeretlen rejtezik; ezt az ismeretlent, a vérnek és szöveteknek oedemára való hajlamosságát kísérlük meg az újabb szerzők ismert, physikai és chemiai okokra visszavezetni.

A szerzők egy része a vér, más része a szövetek megváltozásában keresi az oedemakézség okát. Ezek közül *Fischer* theoriája, mely a szövetek reactiójának savanyúbbá válását okolta az oedema keletkezésével, nem bizonyult helyesnek. Már előtte tíz évvel *Starling* a vérsérum szerepére hívta fel a figyelmet, mikor kimutatta, hogy az ereket vérsérum helyett physiologiás konyhasóval áramoltatva át, oedema keletkezik. Ezt a gondolatot fejlesztette tovább *Ellinger*, kinek kísérletei igen valószínűvé tették a vérplasma szívóerejének („Quellungsdruck”) szerepét az oedema pathogenesisében.

Legújabbban *Schade* és *Claussen* és csaknem egyidejűleg megjelent munkájában *Rusznayk* a vérplasma szerkezetének megváltozásában keresik az oedemakézség okát. Mindkettőjüknek sikerült kísérletileg bizonyítani, hogy oedemás vesebetegek serumának onkosisos nyomása (vízmegkötőereje) kisebb, mint az ép serumé; *Rusznayk* e tapasztalati tény okát is keresi s azt vérplasma fehérjeszerkezetének megváltozásában véli megtalálni. Szerinte ugyanis a vérplasma fehérjéi közül a fibrinogen az, melynek legkisebb a vízmegkötőereje és így minden olyan esetben, mikor a plasma fehérjéi a durvadispersitású (fibrinogen, globulin) irányában tolódnak el, egyúttal csökken a vérplasma vízszívóereje. Már pedig erősen oedemás nephrosisos betegeknél ezt az eltolódást és egyúttal a „vízszívóerő” csökkenését minden alkalommal sikerült kimutatnia. *Rusznayk* szerint tehát egyéb okok (renalis víz- és konyhasóretentio, a capillarisekban uralkodó oldalnyomás fokozódása) mellett a vérplasma fehérjeszerkezetének megváltozása, és pedig a fibrinogennek és a globulinak az albumin rovására való megszaporodása, jelentős oka az oedema kifejlődésének.

A mi vizsgálataink pusztán arra vonatkoztak, hogy milyen az oedemás, főként a nephrosisos oedemás beteg vérplasmájának szerkezete és hogy milyen összefüggés állapítható meg az oedema változása és a

vérplasmaszerkezet változása között. E célból különböző (nephritis, nephrosis és kachexiás) oedemás és nem oedemás betegek vérplasmájában határoztuk meg a fibrinogen mennyiségét, különös figyelemmel kísérve azt, hogy az oedema változásával miként változik a vérplasma fehérjeszerkezete, illetőleg a fibrinogen mennyisége.

E kérdés tanulmányozására a nephrosisos betegek a legalkalmasabbak, mert tudnivalóan az ilyen betegen oedemás és oedemamentes szakok spontán is váltakozhatnak, másrészt gyógyszeresen a nephrosisos oedemás beteg diuresise megindítható és így a vérplasma szerkezete egyugyanazon betegen oedemás (oliguriás) szakban, az oedema csökkenése idején (bő diuresis) és oedemamentes szakban is vizsgálható. A vízszívóerő (onkosisos nyomás) közvetlen mérését kísérleti berendezés híján nem végeztük. Ugyancsak eltekintettünk legtöbb esetben a vérplasma többi fehérjefraksiójának (albumin, globulin) külön-külön való meghatározásától, mert hiszen úgy saját, mint más szerzők (*Rusznák, Schindera* stb.) vizsgálataiból nyilvánvaló, hogy a fibrinogen relatív mennyisége mindig megbízható képét adja a fehérjeszerkezet eltolódásának, amennyiben a fibrinogen megszaporodásával együtt mindig megszaporodnak a globulinok is az albumin rovására. A fibrinogenmegszaporodás tehát fő indikátora a vérplasmaszerkezet megváltozásának, miért is célunknak teljesen megfelelt a fibrinogen és az összfehérje kvantitatív meghatározása. Ezenkívül, a betegek pontos klinikai észlelése mellett, minden alkalommal meghatároztuk kontrollképpen a véréjszűlyedést, továbbá mértük a beteg vérnyomását (*Riva-Rocci*). A fibrinogen meghatározását *Leenderz-Gromelsky* szerint végeztük, a serumfehérje mennyiségét pedig *Pulfrich* refractometerével mértük. A plasmafehérje értékét a serumfehérjének a fibrinogennel való additíója révén nyertük.

Táblázatainkban mindenütt feltüntetjük a fibrinogennek úgy abszolút, mint relatív (a plasma összes fehérjéjére vonatkozó) mennyiségét, de további tárgyalásaink során mindig fibrinogennek csupán relatív értékét említjük, mert az onkosis-nyomás szempontjából az összes plasmafehérje mellett csupán ez a mérvadó.

Vizsgálatainkat olyan betegeken végeztük, kiknél nagyfokú vérplasmaszerkezet-eltolódás már eleve is várható oka volt (fokozott véréjszűlyedés). Húsz ilyen vizsgált eset közül hétnek volt típusos nephrosis, háromnak nephritis, a többi beteg pedig különböző kachexiára vezető bajban szenvedett (carcinoma, lymphogranulomatosis, tuberculosis). A nephrosisos és kachexiás betegek mindegyikénél megtaláltuk a plasma fehérjeszerkezetének nagyfokú eltolódását, melyet a fibrinogen kifejezett felszaporodása jelzett. Ha a három csoport (nephrosis, nephritis, kachexia) betegeit oedema szempontjából együttesen vesszük szemügyre, úgy az oedema foka és a plasma fibrinogenconcentrációja között semminemű parallelismust sem fogunk találni. Több olyan nephritisos beteget észleltünk, kinek maximális oedemája mellett a vérplasmában csak minimális fibrinogen megszaporodása volt, viszont a legtöbb kachexiás beteg a nagy fibrinogenconcentratio ellenére oedemamentes volt. Egy acut diffus nephritisben szenvedő betegen például, kinek az alszárra, combra, hasra és aratra kiterjedő nagyfokú oedemája volt, a fibrinogen relatív koncentrációját csupán 78%-nak találtuk, míg a legtöbb oedemamentes kachexiás betegnek lényegesen nagyobb volt a fibrinogenconcentrációja. Hasonlóképpen hiányzott minden parallelismus az oedema foka és a *Riva-Rocci* szerint mért vérnyomás nagysága között is.

Már ezekből is nagyon valószínű, hogy a nephritis, illetőleg kachexiás oedema és a vérplasma szerkezetének megváltozása által létrejövő onkosisos nyomáscsökkenés között nem lehet szoros okozati kapcsolat. Ezt különben *Rusznák* is kiemeli és a vízszívóerő csökkenésének a nephrosisos oedema pathogenesisében tulajdonít leginkább jelentőséget.

Ilyen megfontolások után a nephrosisos betegek csoportját külön vettük szemügyre az oedema és plasmafibrinogenconcentratio párhuzamos mozgására vonatkozólag és azt találtuk, hogy a parallelismus tulajdonképpen itt sincsen meg. E betegekre vonatkozó észleléseinket két táblázatban foglaltuk össze.

Az első táblázatban hét nephrosisos beteg vizsgálatának adatai vannak felsorolva. E táblázatból min-

I. táblázat.

Szám	Név	Diagnosis	Vérnyomás	Plasma fehérje	Fibrinogen		Vérsejt süllyedés	Oedema
					absolut	relativ		
			mm	százalék		mm		
1	D. M.	lueses nephrosis	110—70	5'60	0'78	14'0	—	0
2	Sz. L.	tbc-s nephrosis	115—75	6'80	1'55	22'8	129	0
3	K. M.	tbc-s nephrosis	110—60	6'86	1'18	17'2	132	0
4	Cs. F.	ismeretlen aetiologiájú nephrosis	125—70	7'19	0'98	13'7	95	nyoma
5	Cs. M.	lueses nephrosis	110—70	5'20	0'89	17'1	98	++
6	Á. J.	tbc-s nephrosis	135—75	6'39	1'36	21'3	115	+++
7	B. J.	tbc-s nephrosis	105—50	6'10	1'29	21'1	140	+++

denekelőtt megállapíthatjuk, hogy mi is minden nephrosisos esetben megtaláltuk a *Kollert*, majd *Rusznák* által leírt fibrinogenmegszaporodást, mely mindenek szerint állandó kísérő tünete a nephrosisnak. Sőt hozzátehetjük ehhez azt, hogy olyanfokú fibrinogenmegszaporodást, mint éppen a nephrosisban, semilyen más körképben nem észleltünk.

Figyelemreméltók továbbá a következő adatok: a vérplasma szerkezetének legnagyobb eltolódását (relatív fibrinogenconcentratio: 22'8%) a 2. számú esetben látjuk és éppen ez a beteg a vizsgálat idején oedemamentes volt; ugyancsak oedemamentes volt a 3. számú beteg nagyfokú plasmaszerkezeteltolódás mellett (fibrinogen = 17'2%). A 3. és 5. számú betegek plasmaszerkezete megközelítőleg azonos (fibrinogen = 17'1%, illetőleg 17'2%), mindamellett egyik oedemamentes, míg a másiknak lényeges oedemája volt.

De még tanulságosabbak a második táblázat adatai. E táblázatban egyazon nephrosisos betegen különböző időben (oedemás, illetőleg oedemamentes szakban) végzett vizsgálatok adatai vannak összefoglalva. Ezen adatokból kitűnik, hogy az oedema nagyfokú változását a plasmaszerkezetnek csupán igen csekély változása kíséri. Ez a változás a 6. és 7. számú esetekben olyan irányú ugyan, hogy az oedema csökkenésével a fibrinogen relatív mennyisége is csökken, de sokkal kisebb

II. táblázat.

Szám	Név	Diagnózis	Vizsgálat ideje	Vér-nyomás	Plasma fehérje	Fibrinogen		Süllyedés	Oedema	Megjegyzés
				mm	s z á z a l é k	abszolút	relatív			
2/a	Sz. L.	tbc-s nephrosis	925. IX. 10.	115—75	6·80	1·55	22·8	129	0	ureumhatás
2/b	" "		925. IX. 17.	85—55	6·69	1·31	19·7		+	
2/c	" "		925. IX. 28.	95—75	6·75	1·34	19·8	126	0	
4/a	Cs. F.	nephrosis aetiologia?	924. XI. 14.	125—75	7·19	0·98	13·7	95	nyoma	
4/b	" "		925. I. 17.	110—60	6·59	0·80	12·1	61	+	
5/a	Cs. M.	lueses nephrosis	924. III. 20.	110—70	5·20	0·89	17·1	98	++	ureumhatás bő diuresis
5/b	" "		925. V. 14.	110—65	6·64	0·48	7·2	25	0	
6/a	A. J.	tbc-s nephrosis	924. V. 30.	135—75	6·39	1·36	21·3	?	+++	
6/b	" "		924. VI. 9.	130—70	7·58	1·46	19·2	?	nyoma	
7/a	B. J.	tbc-s nephrosis	924. IX. 10.	105—50	6·10	1·29	21·1	140	+++	
7/b	" "		924. IX. 20.	95—50	6·94	1·34	19·3	160	++	
7/c	" "		924. X. 6.	100—55	6·98	1·28	18·3	135	nyoma	

mértékben, semhogy ezt az oedema ingadozásával oki összefüggésbe lehetne hozni. De olyan esetünk is van, ahol az oedema növekedésével a durvadispersitású fraktiók megfogyása járt együtt. A második táblázat Sz. L. jelzésű esetében pl. az első vizsgálat (2/a) oedemamentes állapotban történt (sótalan étrend, bő diuresis); azután a beteg sóterhelés mellett rohamosan oedemássá vált, miközben a plasmafibrinogen koncentrációja csökkent (második vizsgálat 2/b), a harmadik vizsgálatot akkor végeztük, mikor a beteget sómentes diétával és ureumadagolással ismét oedemamentessé tettük (2/c).

Ami a plasma összes fehérjeinek mennyiségét illeti, arra vonatkozólag II. táblázatunk azt mutatja, hogy az az oedemás szakban általában valamivel kisebb, mint az oedemamentesben. *Rusznýk* véleménye szerint az összfehérje kis koncentrációjának is szerepe van abban, hogy a nephrosisos beteg vérének vízmegkötőereje feltűnően kicsiny, de már ő is észreveszi azt az ellentmondást, mely a vérfehérjék vízszívóerejének kicsiny volta és a vér nagy víztartalma közt fennáll. A kis fehérjeconcentratio ugyanis akár hypalbuminosisnak, akár valódi hydraemiának a következménye, mindenesetre a vér víztartalmának relatív megszorodását jelenti és így érthetetlen, hogy a fölös víz a vízfehérjék megkötőerejének tetemes csökkenése ellenére sem távozik a vérpályából. Ennek az ellentmondásnak a magyarázatára *Rusznýk* egy kisegítő hypothesiszt állít fel (*a capillaris nyomás* csökkenése), melyre jelen dolgozatunk keretében nem térünk ki. Ami adataink a mellett látszanak szólni, hogy a vérplasma kis fehérjeconcentrációja voltaképp hydraemiát jelent és csupán az általános oedema részjelensége.

E mellett szól már az a fent említett észleletünk is, hogy a fehérjeconcentratio általában kisebb az oedemás, mint az oedemamentes szakban. Másrészt a vérfehérjéknek az oedemás szakban való megfogyása meglehetősen egyenletesen mutatkozott a fibrinogen és a nem fibrinogen fraktiókban; e két fractio párhuzamos mozgása pedig ugyanígy értékesíthető, mint az erythrocytászámnak és a fehérjéknek parallel megfogyása, tehát a mellett szól, hogy vérfelhígulásról van szó.

Az itt felsorolt adatokból tehát kitűnik, hogy az oedema és a plasmaszervezet változása között a nephrosisos betegeknek sines szoros parallelismus. Az egyedüli eset, melynél ez a parallelismus fennáll, a II. táblázat 5/a és 5/b számú esete, kinek plasma-fibrinogenconcentrációja az oedema eltűntével lényegesen megkisebbedett. Itt sem valószínű azonban, hogy a kettő között okozati összefüggés volna. Ennél a betegnél ugyanis (Cs. M.), kinek lueses nephrosisa volt, az első fibrinogen-meghatározás ureumadagolás közben történt, olyankor, mikor jó diuresis mellett az oedema fogyóban volt. Ennek ellenére meglehetősen nagy plasma-fibrinogenértéket találtunk. A második meghatározás egy évvel később történt, igen erőlyes antilueses kúra után, melynek hatására nemcsak az oedema tűnt el, hanem a beteg általános állapota is javult, albuminuriája elenyésző volt s azt a benyomást keltette, hogy a beteg luese és egyúttal lueses nephrosisa is gyógyulóban van. Úgy látszik tehát, hogy a plasmaszervezetnek a normalishoz való közeledése ez esetben a lues és a lueses nephrosis gyógyulásának a következménye és éppúgy a gyógyulásnak következménye az oedema megszűnte is.

Hasonlóképpen értelmezhető a *Kollert* és *Susani* által leírt eset, ahol a fibrinogen megfogyása szintén nem az oedema lecsapolódása idején, hanem csupán hónapokkal később jelentkezett. Ezek az esetek támogatják leginkább azt a benyomásunkat, hogy a fibrinogenszorodás, mely súlyos leromlással járó alkati betegségeknek állandó kísérő jelensége, csupán azért található fel a nephrosis minden esetében, mert a vesének ez a megbetegedése is legtöbbször ilyen alapbetegségekhez társul. Ugyanaz az alapbetegség tehát, mely ismeretlen módon fibrinogenszorodást okoz, hozzá létre egyúttal a nephrosist és csupán ez utóbbi révén az oedemát. Ebből érthető, hogy a kachexia, a fibrinogenmegszaporodás és a nephrosisos veseelváltozás szorosan parallel haladó jelenségek, melyek meglehetősen stabilitást mutatnak. Az oedema azonban korántsem állandó tünete a nephrosisnak, melyben oedemás szakok váltakoznak teljesen oedemamentesekkel. Éppen ezért a plasmaszervezet megváltozása és az oedema parallelismusa csak addig tart, míg az oedema fennáll; az oedema eltűntével ez a paral-

lelismus megszűnik, mert a fibrinogenmegszaporodás, mint az alapbetegséghez tartozó jelenség tovább is megmarad. Innen magyarázható, hogyha nephrosisos-oedema beteget vizsgálunk, törvényszerűen meg fogjuk találni a vérplasma nagy fibrinogenértékét és ezzel együtt a csökkent vízszívóerőt (onkosisos nyomást). Ez történt *Rusznák* és *Schade* vizsgálataiban. De ha meg fogjuk vizsgálni ugyanezeket a nephrosisos betegeket oedemamentes szakban, úgy az esetek legnagyobb részében ugyancsak meg fogjuk találni ezt a plasmaszervezetet.

Vajon ezekben az esetekben az oedemaképzés, az oedema szembetűnő változása dacára is állandó marad-e, mint azt fel kell tételeznünk, ha a plasmaszervezet változását az oedemaképzéssel azonosnak tartjuk (*Rusznák*), avagy az oedema változásának éppen az oedemaképzés változása az oka, azt egyelőre eldönteni nem tudjuk, mert az oedemaképzés biztos kritériumai még ismeretlenek.

A mi vizsgálatainkból az következik, hogy ha a nephrosist kísérő plasmaszervezet változása az onkosisnyomás csökkenése révén az oedema keletkezését elő is segítheti, ez a tényező az oedema előidézésében szereplő, nagyrészt még ismeretlen okok közt csak alárendelt szerepet játszhat.

Összefoglalás: 1. A nephrosisra jellemző a vérplasma nagy fibrinogenconcentrációja; ilyen betegek vérplasmájának fehérjeszerkezete rendszeren olyan nagy eltolódást mutat a durvadispersitású fractiók irányában, amilyen más betegeken alig fordul elő.

2. A fibrinogenmegszaporodás meglehetősen stabil jelenség, mely valószínűleg a nephrosist okozó alapbajjal (lues, tuberculosis) áll okozati összefüggésben.

3. Ezzel szemben a nephrosisos beteg oedemája nagymértékben változó jelenség és ezt a változást a fibrinogentükör változása legtöbbször nem kíséri, miért is a kettő között gyakran megszakad a parallelismus.

4. Az oedema előidézésében tehát a plasmaszervezet változása (hypoönkia) csak másodrangú szerepet játszhat.

Irodalom: *Kollert:* Zeitschrift für klin. Med. 97. 1923. — *Schade und Clausen:* Zeitschr. f. klin. Med. 100. 1924. — *Rusznák:* Zeitschr. f. die ges. exp. Med. 41. köt., 4/6. — *Rusznák:* Klin. Wochenschrift, 1923, 43. sz. — *Schade und Menschel:* Zeitschr. f. klin. Med. 96., 1923. — *Leenderz-Gromelski:* Arch. f. Exp. Pathol. u. Pharm. 94. — *Ellinger:* Klin. Wochenschr. 6., 1922. — *Volhard:* Nierenkrankungen. Berlin, 1918. — *Ellinger:* Münch. med. Wochenschrift, 1920. 49. — *Beckmann:* Arch. f. klin. Med. 145. 1/2. — *Kollert und Susani:* Wiener Archiv, IX. köt., 1. — *Nonnenbruch:* Ergebnisse der inn. Medizin. 1924. — *Veil:* Ergebn. der inn. Med. u. Kinderheilk. 1922. — *Krogh:* Svenska läkartidningen. Ig. 19., 31. sz. (Refer. Kongress. Ztrblatt.) — *Ellinger:* Verhandl. d. 34. Dtsch. Kongr. f. inn. Med.

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

Adatok a specifikus dinamikus hatás kérdéséhez az endokrin-mirigyek megbetegedésében.*

Írta: *Frigyér László* dr. egyetemi tanársegéd.

A táplálkozás specifikus dinamikus hatása, amióta e célra használható, könnyen kezelhető eszközökkel rendelkezünk (*Krogh, Benedict*), fontos kiegészítő része a klinikai gázanyagcsere-meghatározásnak. A gázanyagcsere két főkomponensének, a fenntartó munkának és

specifikus dinamikai hatásnak együttes meghatározása ma már elengedhetetlenül szükséges ahhoz, hogy a szervezet gázanyagcserejéről pontos adatokat nyerjünk. Míg az előbbi a szervezet nyugalmi állapotának vizsgálata, addig a specifikus dinamikus hatás a szervezet megterhelésének próbája. Kóros körülmények között mind a kettő külön-külön, de együttesen is megváltozhatik és bár a fogalmuk alapján véve különbözik, változásuk végelemzésben a szervezetre egyformán fokozott vagy csökkent energiafogyasztást jelent.

Irodalmi áttekintés. Már *Lavoisier* és *Seguin* is ismerték, hogy a táplálkozás nemcsak assimilációs, hanem dissimilációs ingert is okoz. *Speck* a táplálkozással járó fokozódását a fenntartó munkának a gyomor-bélrendszer secretiós és mozgató működésével hozta összefüggésbe és „Verdauungsarbeit“-nak nevezte. A helyes felismerés és a specifikus dinamikus hatás elnevezés *Rubner*től ered. A specifikus dinamikus hatás lényegéhez könnyen hozzávetet az a megfontolás, hogy a táplálkozás mint inger szerepel. Minden inger fiziológiai hatása, úgy ezé is, három tényezőtől függ: 1. az inger kvalitásától; 2. intenzitásától; 3. a systémának reakcióképességétől.

1. A specifikus dinamikus hatást a fehérje okozza a legjobban, mintegy 30%-al, a zsír legkevesbbé, kb. 6%-al. A fehérje hatása aminosav tartalmától függ, nincsen összefüggésben kaloriaértékével; az aminosavak nem égne el hatásuk kifejtése alatt, hanem csak katalizátorai a rezerv anyag, különösen a glikogen elégetésének; e tekintetben a glikokoll a leghatásosabb, kevésbbé hatásos az alanin. A tápcsatornán át a bélből felszívódó aminosavak tehát a dissimilatio ingerei. *Plaut* szerint bizonyos esetekben összefüggés van a vér aminosav szintjének emelkedése és a specifikus dinamikus hatás nagysága között. Így pl. a hypophysis megbetegedésében kisebb a specifikus dinamikus hatás és a vér aminosav szintje is csak 1–10%-al növekszik fehérjetáplálás után, míg rendes körülmények között az emelkedés 10–40%.

2. A specifikus dinamikus hatás a táplálék mennyiségével részarányosan nő, feltéve, hogy egyféle fehérjét vagy aminosavat adunk; vegyes fehérjetápláláskor, vagy különféle aminosav adására rendellenes arányokat észlelhetünk, melynek okát nem ismerjük (*Weisz, Rapport, Czönka*).

3. Az újabb vizsgálatok főképen a systéma reakcióképességének vizsgálatával foglalkoznak. A specifikus dinamikus hatás a sejt sajátos és egyéni reakciója. Ma még teljes bizonyossággal eldönteni nem lehet, hogy ebben a reakcióban résztvesz-e a szervezet minden sejtje, vagy csak bizonyos szervek vagy szervrendszerek sejtjei? Az emberi szervezet specifikus dinamikus hatásának értéke individuálisan tág határok között ingadozik, míg a fenntartó munka értéke a szervezet bizonyos jellemzőinek figyelembevételével (testmagasság, testsúly, életkor, nem) pontosan állapítható meg.

Az emberen kóros körülmények között végzett vizsgálatok, valamint állati kísérletek a specifikus dinamikus hatás kérdéséhez sok értékes adatot nyújtottak, azonban a nagy irodalom ellenére a specifikus dinamikus hatás kóros változására teljes fényt mégsem derítettek. *Abelin* a thyreoidea adagolásával és proteinogen aminosavakkal (thyramin, phenylethylamin) a sejtek dissimilációs állapotát fokozta. Ilyen fokozott ingerültségi állapotban vizsgálva a specifikus dinamikus hatást, azt nagyobbban találta. A specifikus dinamikus hatás az adagolás elején a legnagyobb, az adagolás tetőfokán rendes, sőt csökkent lehet. Ezt úgy magyarázza, hogy a pajzsmirigy adagolásakor a dissi-

* 1925 júniusban a pécsi orvosi szakosztályon tartott előadás alapján.

milatio fokozódik, a sejt mintegy dekompenzációban van, ilyenkor a specifikus dinamikus hatás tehát nagyobb. Később az assimilatio és dissimilatio magasabb fokra beállított egyensúlyba jut s akkor a specifikus dinamikus hatás rendes vagy csökkent lehet. Az elért kísérleti eredmények alapján azt ajánlja, hogy vizsgáljuk a Basedow-kórban a specifikus dinamikus hatást a betegség stádiuma szempontjából. *Abelin* és *Nakayama* szerint a kísérletben a specifikus dinamikus hatás fokozódása előbb jelentkezik, mint a fenntartó munkáé. *Knipping* és *Cushing* kutyán a hypophisist kiritva, a specifikus dinamikus hatást kisebbnek találták. *Plaut* agytumor-, hypophisistumor-, hypophisiskövértség és constitútiós kövértségben következetesen a specifikus dinamikus hatás csökkenését észlelte, rendes fenntartó munkaérték mellett; kivétel csak a hypophisiskachexia volt, ahol a fenntartó munka is kisebb. *Plaut* ezen észlelését többen igazolták (*Liebesny*, *Dürr*, *Grafé*, *Bernhardt*). Ezen alapvető vizsgálatok óta *Plaut* a hypophisishormonját a specifikus dinamikus hatás szabályozójának tekinti. *Plaut* ezideig a következő esetekben látja feltétlenül bebizonyítotttnak a specifikus dinamikus hatás csökkenését: 1. növekvő szervezetben (*Rubner*, *Cserny*, *Heubner*); 2. krónikus éhezésben (*Rabe*, *Haselhorst*); 3. a hypophisishormonbetegségében, ideértve a constitútiós kövértséget is; nem fogadja azonban el *Liebesny* megállapítását, mely szerint „a vegetatív idegrendszer zavarában” is csökkent a specifikus dinamikus hatás (myasthenia, sklerodermia, Reynaud, bizonyos bőrbetegségek, psychosisok, hypertonia).

Methodika. A specifikus dinamikus hatás vizsgálatára eddig egyöntetű és általánosan használt methodika elfogadva nincsen, ezért az egyes szerzők eredményei nem hasonlíthatók össze. *Plaut* 200 g húst 50 g zsírban kisütve, 200 g kenyeret és $\frac{1}{2}$ liter tejeskávát, *Liebesny* 200 g vagdalt húst és 100 g kenyeret, *Bernhardt* 100 g húst 30 g zsírban kisütve, 200 cm³ bouillont, 100 g kenyeret 3 g konyhasóval ad próbaétkezésre.

Mivel az eddig általában használt próbaétkezésben fehérje, szénhidrát és zsír is van, tudatában kell lennünk annak, hogy itt vegyes táplálkozásnak megfelelő reactiót vizsgálunk, mely magábanvéve értékes adatokat nyújthat ugyan, de nem jelenti csak a fehérje specifikus dinamikus hatását. És bár *Plaut* és *Liebesny* a bevitt szénhidrátnak nem nagy jelentőséget tulajdonítanak, saját vizsgálataim értelmében is csatlakoznom kell *Politzer* és *Stolz* észleleteihez, hogy a fehérje és szénhidrát annyira befolyásolhatja egymás értékeit, hogy azokat teljesen külön-külön egymástól elválasztva kell vizsgálnunk. Eltérések vannak a vizsgálat időpontját és tartalmát illetően is; míg *Plaut* 1–1½ órával a táplálék felvétele után vizsgál, *Liebesny* 2–3 órában vizsgálja a betegeit, *Dürr* egy esetben az ötödik órában találta a specifikus dinamikus hatás optimumát. Vizsgálataimban próbaétkezésül *Plaut* diétáját adtam. A specifikus dinamikus hatást *Krogh* eszközével mértem. A vizsgálat 1–1½ óra múlva történt.

Rendes körülmények között a specifikus dinamikus hatást 20–40%-nak találtam, amely megfelel a többi szerzők eredményének.

Saját vizsgálataim összefoglalása.*

1. Pajzsmirigy hyperfunctio 9 esetében (5 Basedow, 1 könnyű, 3 súlyos hyperthyreosis) nagyobb volt a specifikus dinamikus hatás egy esetben, nem volt kimutatható egy esetben, kisebb 4 esetben, rendes 3 esetben.

* Helyszűke miatt adataimat csak összefoglalom. Érdeklődőknek adataim rendelkezésre állanak.

Grafé, *Undeutsch*, *Aub* és *Means* a specifikus dinamikus hatást rendesnek vagy csökkentnek, *Pribram*, *Porges*, *Weisz* és *Adler* ezzel ellentétben nagyobbaknak találták.

E látszólag ellentétes eredmények oka az, hogy mint eseteinkben is kimutatható, Basedowban nincsen jellemző specifikus dinamikus hatás, hanem annak bármilyen változata előfordulhat. Nagysága, úgy látszik, nem függ össze a betegség tartamával. Négyhetes hevenyes Basedowban 0%, háromhónapos hevenyes Basedowban 41.7%, négyhónapos Basedowban 9%, két éves Basedowban 16.1% volt a specifikus dinamikus hatás. *Abelin*nek pajzsmirigy adagolásakor állatokon nyert tapasztalatával, tehát az emberi pajzsmirigy hyperfunctiójában nyert adatok nem egyeztethetők össze.

Nincsen párhuzam a fenntartó munka és a specifikus dinamikus hatás között oly értelemben sem, hogy a fenntartó munka növekedésével a specifikus dinamikus hatás mintegy kompenzálólággal csökkenne a szervezet valamilyen védő berendezkedése folytán.

P. K. háromhónapos Basedow. Lesóványodott, a fenntartó munka +82.1%. A specifikus dinamikus hatás 41.7% volt.

F. M.-né két éves Basedow. Keveset soványodott. A fenntartó munka +53.2%, a specifikus dinamikus hatás 16.1% volt.

K. E.-né négy éve beteg, középsúlyos hyperthyreosis. Keveset soványodott. A fenntartó munka +44.8%, a specifikus dinamikus hatás 28.3% volt.

A Basedow-betegek étrendjében minden olyan esetben, amikor a specifikus dinamikus hatás nagyobb, a fokozott fehérjetáplálást kerülni kell, mert ilyenkor a szervezetben az elégséges folyamatok csak még jobban fokozódik. A húsmentes és tryptophan-szegény diétának jó hatása (*Bálint*) ilyen módon is előnyös lehet a Basedowban.

2. Csökkent pajzsmirigyműködés egy-egy esetben (myxoedema, hypothyreosis) a specifikus dinamikus hatás kevesebb volt (2.5%, 10.6%).

Plaut 3 esetben rendes, 1 esetben csökkent, *Weisz* és *Adler* 1 esetben fokozott, *Bernhardt*-vizsgálataimhoz hasonlóan csökkent specifikus dinamikus hatást állapított meg.

3. Testis hypofunctio 2 esetét vizsgáltam. Közülük 1 tuberculosis utáni castratio és 1 eunuchoid typus volt. A fenntartó munka éppen úgy, mint *Plaut*, *Lüthje*, *Bertschi* eseteiben rendes volt. A specifikus dinamikus hatás 1 esetben rendes (24.3%), 1 esetben kevesebb volt (9.6%). Ezzel szemben *Liebesny* 16 castrált egyén specifikus dinamikus hatását nagyobbaknak (30–60%), a fenntartó munkát pedig alacsonyabbnak találta a rendesnél.

4. Vizsgáltam olyan betegeket, akikről úgy véltem, hogy a megbetegedés közvetlenül vagy közvetve befolyásolja a hypophisishormon működését: egy hypophisistumort, erősen tágult sella turcica, súlyos chiasmátünetekkel, 3 nem lokálozható agytumort, 1 epilepsiát 4 órával a roham után. A daganatos hypophisishormon specifikus dinamikus hatása rendes, az egyik agydaganatos beteg specifikus dinamikus hatása rendes, két másik agydaganatos és az epilepsiás beteg specifikus dinamikus hatása csökkent volt. Feltűnő volt azonban az, hogy hat agytumoros beteg közül háromnak a fenntartó munkája kevesebb volt a rendesnél, egy esetben pedig az érték az alsó határon volt.

Jelen közléssel csak az irodalomban még kevés számban található adatokat kívánjuk gyarapítani. A kóros anyag gyűjtése nehézkes és alig lehet egy szerzőnek annyi esetet összegyűjteni, hogy abból döntően következtethessen. Saját vizsgálatomból és az iroda-

lomban talált adatokból megállapítható, hogy a specifikus dinamikus hatás a belső elválasztású mirigyek megbetegedésében megváltozhat ugyan, azonban sem a pajzsmirigy, sem a here megbetegedésében nem mutatható ki annak egyirányú jellegző kilengése, ellenkezően a változásnak minden lehetősége megvan. Úgy látszik, a hypophysis tumoros megbetegedésében sem mutatható ki minden esetben kivétel nélkül a specifikus dinamikus hatás csökkenése. Dacára annak, hogy az eddig közölt esetek mindegyikében csökkent volt a specifikus dinamikus hatás, egy biztos hypophysis tumoros betegem specifikus dinamikus hatása rendes volt.

Mivel vizsgálataimban a pajzsmirigy és here megbetegedésének esetében a specifikus dinamikus hatás megváltozott, nem fogadhatjuk el *Plaut* nézetét, hogy egyedül a hypophysis hormonja őrökdi a specifikus dinamikus hatás felett. Korreláció következtében létrejött indirekt hypophysis hatásra is csak úgy gondolhatnánk, ha felveszük, hogy a szervezet ezen önregulációja nem minden esetben és nem mindig ugyan-ezen irányban következik be.

Úgy látszik azonban, hogy a specifikus dinamikus hatás szabályozásának kérdését csak az eddig majdnem kizárólag endokrinmirigy megbetegedésben végzett vizsgálattal eldönteni nem lehet. Annak a látszólag ellentétes eredménynek okát, melyet úgy magam, mint más szerző ugyanazon betegségben észlelt, a belső secretió mirigyeken kívül eső más tényezőben kell keresnünk. Ha más betegségben is vizsgáljuk a specifikus dinamikus hatást, úgy a legkülönbözőbb betegségekben találhatunk eltérést a rendestől. Így *Duerr* nephrosiban, magam cholelithiasisban, ikterus catarrhalisban, sülyedt- és atóniásgyomorú egyén némelyikében észleltem a specifikus dinamikus hatás kisebb-nagyobb csökkenését. *Aub* és *Means* májbetegségben észlelték a specifikus dinamikus hatás csökkenését. Érthetetlen módon eddig a specifikus dinamikus hatás vizsgálatában az emésztést, melynek rendes működése a főfeltétele a táplálék gyors felszívódásának, figyelembe nem vették. *Plaut* ugyan hangsúlyozza, hogy gyomorbélbetegségeken a specifikus dinamikus hatás nem értékelhető, azonban lehet a gyomorbél működése rendellenes anélkül is, hogy a vizsgált egyén gyomorbetegsége nyilvánvaló volna. A gyomor kiürülésének elhúzódott volta pl. astheniás ptosisos egyénben, neuropathiás egyénben, valamint az emésztés és felszívódás zavara a szív, máj, vese betegségeiben a specifikus dinamikus hatás értékének jelentékeny eltolódására vezethet. Így pl. ha astheniás egyén ptosisos gyomrában Röntgen-vizsgálattal 4 órára egyharmad residuumot találunk, úgy legalább is nem valószínű, hogy ugyanolyan specifikus dinamikus hatást nyerjünk, mintha a gyomor 3 óra múlva ürül ki. Ilyen irányban a vizsgálati módszer ellenőrzése szükséges lehet és további vizsgálatainkban figyelmünket erre is ki kell terjeszteni.

A specifikus dinamikus hatás vizsgálatának mai methodikája tehát még távolról sem tökéletes. Úgy vélem, a ma még sok tekintetben érthetetlen megfigyelések okára fény fog derülni, ha a próbatáplálék felszívódásának, megemésztődésének, májfunctio vizsgálatának egyidejű vizsgálatával kiegészítjük a respirációs analízist.

Irodalom: *Plaut*, Deutsch. Arch. für Klin. Med. 139—148—142. D. Med. Wschr. 1922. 42., Klin. Wschr. 1925. 45. sz. — *Rapport*, *Weisz*, *Czonka*: Journ. of Biol. Chem. 1924. 60. köt. — *Abelin*: Biochem. Zschr. 1923. 137., Klin. Wschr. 1923. 49. — *Liebesny*: Med. klin. 1922. 22. sz., Biochem. Zschr. 1924. 144. sz., Klin. Wschr. 1925.

4. sz. — *Duerr*: Klin. Wschr. 1925. 31. sz. — *Rabe*: Deutsche Med. Wschr. 1919. 40. sz. — *Haselhorst*: Klin. Wschr. 1924. 38. sz. — *Bernhardt*: Zschr. f. Klin. Med. 1923. 99. sz. — *Politzer-Stolz*: Wiener Arch. f. Klin. Med. 1925. 31. sz. — *Weisz* és *Adler*: Wiener Klin. Wschr. 1922.

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

Gyógyszeres kettőshatások a vegetatív idegrendszeren.¹

Írta: Baráth Jenő dr., egyetemi tanársegéd.

A vegetatív idegrendszer élettanáról való tudásunknak egyik fontos alaptörvénye az a működésbeli antagonizmus, amely e rendszer két része, a sympathicus- és parasympathicus-rendszer között fennáll s amelynek alapján a szervműködések rendezett és zavartalan lefolyása elképzelhető. A két rendszer antagonizmusának éles szembeállítására physiologiai tényeken kívül főleg a bécsi pharmacologusok munkálatain alapul; ők mondták ki azt, hogy a vegetatív idegrendszerre ható mérgek hatása szigorúan egyirányú, electiv; így az adrenalin csak a sympathicus-végkészülékekre fejt ki izgató hatást, míg a pilocarpin a parasympathicus rendszerre hat serkentőleg, az atropin pedig bénítólag (gyógyszeres antagonizmus). Ezen éles fogalmazásban veit specifikus electiv gyógyszeres hatásra alapítva építette fel *Eppinger* és *Hess* jól ismert elméletét a vagotoniáról és sympathicotoniáról, amelynek kísérleti igazolása azonban — mint tudjuk — nem sikerült. Ennek oka egyéb körülményeken kívül, amelyekre részletesen nem terjeszkedhetünk ki, főleg abban található, hogy a vegetatív idegrendszer functióinak vizsgálatára leginkább gyógyszeres vizsgálatokat használnak. Ezen gyógyszerek szigorúan electiv hatása azonban nem áll minden kétségen kívül, amint már régebben *Lewandowsky* is hangoztatta. Már kezdetben, amikor a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszereket functió vizsgálatokra kezdték használni, észleltek olyan hatásokat, amelyek arra mutattak, hogy ezen szereknek bizonyos körülmények között más támadáspontjaik is vannak, mint azt az elméleti megfontolások megengednék. Ilyen, ún. *paradox* hatásnak tekintették a pulsuslassubbodást és a vérnyomás süllyedését adrenalininjectio után, a pulsuslassubbodást atropininjectiók nyomán. Az elméleti megfontolások alapján várható pulsuslassubbodás pilocarpin-adagolásnál pedig egyáltalán ritkán volt észlelhető. Az állatkísérletek tanulságai azt látszottak bizonyítani, hogy az egyes vegetatív mérgek alkalmazásánál úgy sympathicus, mint parasympathicus izgalmi vagy bénulási tünetek mutatkozhatnak egyidejűleg bizonyos kísérletekben. Az utóbbi évek vizsgálatai azután arra mutatnak, hogy embernél is gyakran figyelhetők meg ilyen *kettős*, vagy mint mondják, *amphotrop* hatások a vegetatív mérgek alkalmazása után. Mivel ezen szerek alkalmazása a therapiában nagy jelentőséggel bír, fontos azon körülmények analízálása, amelyek között ilyen paradox hatások figyelhetők meg és annak tisztázása, hogy valódi kettőssirányú hatások szerepelnek-e létrejöttükben.

Ezen kérdések irodalma ma már igen nagy terjedelmű s nem szándékszunk reá részletesen kiterjesz-

¹ Előadatott a m. kir. Orvosegyesület 1926 március 6-i ülésén.

kedni, hanem saját kísérleteink alapján igyekeznünk képet nyújtani e kettős hatások mikéntjéről. Ennek példájul a calciumhatást hozhatjuk fel, amelynek injectiója után, mint azt kimutattuk, a vegetatív idegrendszer mindkét részének izgalmára mutató tünetek figyelhetők meg. Tekintsük át rövidesen e hatás mechanizmusát. A *Kraus-Zondek*-féle elmélet alapján a calciumhatás a sympathicus ideg-ingerlés hatásával volna azonosítható s így kísérleteinkben calciuminjectiók nyomán csupán sympathicusizgalmi tünetek volnának várhatók. E helyett azonban a következőket figyelhetjük meg: 5 vagy 10 cm³ 10% CaCl₂ intravenás injectiója után közvetlenül feltűnő pulsusritkulás következik be, amely percenként 12–35 pulusszámot tehet ki. Némely esetben a pulusszám egész 45-ig is süllyed. A szemgolyókra gyakorolt nyomás (*Aschner*-féle kísérlet) a pulusszámok további erős csökkenését eredményezi, ami — mint felteszik, — a szív vagus ingerlékenységének fokozódását jelenti. A vérnyomás, gyakran kezdeti süllyedés után, kissé emelkedik, a pupillák megszűkülnek. Mindezen tünetek rövid ideig tartanak, 5–10 perc múltán a pulsusritkulás eltűnik, a pulusszámok a normalisra, majd e fölé emelkednek. A bulbusnyomási kísérlet most pulsusritkulást nem eredményez, a vérnyomás csekély emelkedést mutat. A vércukorérték, mely gyakran kezdeti csökkenést mutat, az injectio utáni 1½ órában kisfokban emelkedik. Néha becséppentési adrenalin-mydriasis is figyelhető meg a kísérleti egyénéknél.

A calcium hatása mint az elmondottakból láthatjuk, nem tekinthető tisztán sympathicusizgalmi hatásnak. Ha a kezdetben beálló erős bradykardiát közelebről vizsgáljuk, akkor a következőket állapíthatjuk meg: ha a calciuminjectiók előtt 0.0005 g atropinsulphatot adunk subcutan, akkor a calciumbradykardia nem következik be, de nem áll be a bulbusnyomás utáni pulsusritkulás sem. A már létrejött calciumbradykardia pedig azonnal megszüntethető, ha intravenásan adunk 0.0001–0.0002 g atropinsulphatot. Mindezek arra mutatnak, hogy a *calciumbradykardia a szív vaguskészülékének intact működéséhez kötött és hogy valódi vagusbradykardiának tekinthető.* A további tünetek, mint a vérnyomás és a vércukorérték kisfokú emelkedése, a néha létrejövő adrenalinmydriasis stb. a sympathicus-rendszer izgalmi állapotát jelzik. Mindezek alapján arra kell gondolnunk, hogy a *calcium hatása a vegetatív idegrendszerre embernél kettős irányú:* a hatás első phasisában rövidebb ideig tartó, erősebben kifejezett vagusizgalmi tünetek jelentkeznek, amelyet csakhamar gyengébben kifejezett, de hosszabb ideig tartó sympathicusizgalmi tünetek követnek. *Billigheimer*nek azóta megjelent közleménye a calcium- és digitalis-hatás hasonlóságáról megerősíti ezen következtetéseinket.

A calciumhatás két phasisa bizonyos körülmények között módosulást szenvedhet. Így hyperthyreosis esetében gyakran elmarad a kezdeti pulsusritkulás, vagy csak kevésbé kifejezett és azonnali pulusszaporodás jelentkezhet. Ezen esetekben az *Aschner*-féle reflex invertált lehet, vagyis a szemgolyóra gyakorolt nyomás pulusszaporodást eredményez.

A calciumhatás az obligat vegetatív idegrendszeri kettős hatás paradigmájának tekinthető. Evvel szemben vannak olyan gyógyszeres hatások, amelyeknél csak bizonyos körülmények között figyelhetők meg ilyen ún. *amphotrop hatások.* Ennek példájul az atropin hozható fel. Az atropin kezdeti pulsusritkulást okozó hatása régebben ismeretes. *Petzetakis* kísérletileg kimutatta, hogy az atropinhatás amphotrop hatás, amelynek mikéntje az adagolástól függő. Kis dosisok után vagusizgalmi tünetek mutatkoznak és csak nagy adagoknál

jelenik meg a vagusbénulás stadiuma. *Baley* embereken végzett kísérleteiben hasonló következtetésekre jut az atropin kardiovoscularis hatását illetően.² *Danielopolu* és munkatársai a pylocarpinra és eserinnre nézve is kettős irányú hatást tudtak kimutatni.

Paradox hatások figyelhetők meg a legtipusosabban electiv hatású adrenalin alkalmazása után is, amint azt a bevezetésben az adrenalininjectiót követő, ritkábban megfigyelhető pulsusritkulásra és vérnyomáscsökkenésre nézve már megemlítettük. Az adrenalin atypusos hatására nézve saját kísérleteinkben a következőket tudtuk megfigyelni: Ha adrenalin kis dosisokban intravenásan adagolunk, akkor a jól kifejezett vérnyomásemelkedés mellett rendszeren a vércukorérték kisfokú emelkedését is megtaláljuk 0.01–0.02 mg dosisoknál a vércukoremelkedés igen csekély vagy semmi. Gyakran azonban — főleg idősebb egyénéknél — a vércukorérték kifejezett csökkenését találjuk, amely 20–40%-át is kiteheti az eredeti értéknek. A vércukorsüllyedés ezen jelentős foka mellett a kezdeti vérnyomásemelkedés legtöbbször egészen kifejezett. Vagyis azzal a ténnyel állunk szemben, hogy míg az adrenalin vérnyomásfokozó hatása az alkalmazott kis dosisoknál ezekben az esetekben megtartott, addig a vércukoremelkedésben álló jellemző adrenalinhatás elmarad, sőt vércukorsüllyedésbe megy át: *a pressorikus és hyperglykaemiás hatás disszociálódik.* Az adrenalin különböző hatásqualitásai tehát különböző küszöbértékre beállítottak. Azon esetekben, amidőn vérnyomásemelkedés és vércukorsüllyedés figyelhető meg kísérleteinkben, *amphotrop* hatásról beszélhetünk, mivel jellemző sympathicus és ellentétes, valószínűen parasympathicus hatás követi az injectiót.³

A vegetatív idegrendszeri gyógyszeres kettős hatások magyarázata többféle lehetne. Feltehető volna az, hogy az invers reactiók tulajdonképpen compenzáló folyamatok kifejezői, mint ahogyan a vércukoremelkedést adrenalininjectio után hypoglykaemiás stadium szokta követni. Ennek azonban ellene szól az a körülmény, hogy az invers hatás gyakran megelőzi a szokásos hatást, mint azt a kezdeti pulsusritkulás és vérnyomáscsökkenés példája adrenalininjectio után, mutatja. Az állatkísérletek alapján arra is kellene gondolnunk, hogy a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszerek hatásmechanizmusában centralreflectorikus folyamatok is szerepet játszanak, amelyek talán kiegyenlítő jelleggel bírnak. *Dresel* és *Billigheimer* valódi amphotrop hatás gyanánt fogják fel e jelenségeket. Az ő értelmezésük szerint a vegetatív idegrendszer két része csupán az előidézett effectusban antagonista, míg működésmódjában synergista: a két rendszer egymást működésfokozólag befolyásolja abban az értelemben, hogy az egyik rendszer izgalmi állapotát a másik rendszer izgalmi állapota is követheti. A sympathicus- és parasympathicus-rendszer eme kölcsönös egymáshatása volna alapja a szervműködések rendezett és zavartalan lefolyásának. Fel-

² A bélmozgásokra kifejtett atropinhatásra vonatkozólag pedig régen ismeretes a kis és nagy atropindosisok ellentétes hatása.

³ E munka nyomtatása alatt jelent meg a *Zeitschrift f. d. ges. exp. Med.* 49. kötetének 1–2. számában *Förster* és *Benkovics* közleménye, amelyben az adrenalinhatás disszociációját — az irodalmi adatokkal szemben — tagadásba veszik. E közlemény tévedéseire az említett folyóiratban részletesebben reátekintek. Itt csak azt jegyzem meg, hogy szerzők a kísérleti egyének életkorát nem adják meg; az az ellenvetésük pedig, hogy az adrenalinnak a vércukorértékre kifejtett hatása helyesen csak subcutan adagolás mellett volna vizsgálható, az itt említett tényekkel összefüggésbe nem hozható.

fogásunk szerint jogosult lehet az az álláspont, amelyet többen is hangsúlyoztak, hogy a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszerek amphotrop hatásúak, amelynek mi-kéntje csupán a dosirozástól és a működő szervek állapótól függő.

Annak, amit a calciumhatás kétphasisos lefolyásáról elmondottunk, érdekes analogonja Zondek és Ucko legújabb felfogása a hormonhatások diphasisos lefolyásáról. Nevezett szerzők szerint minden hormonhatás két phasisban folyik le, amelyek egymással ellenkező irányú folyamatokat jelenítenek meg. Így pl. az insulinhatast követő hypoglykaemiát nagy szabályossággal hyperglykaemia követi, amely szerintök activ insulinhatastnak tekintendő. Ezen diphasisos hatások pontos seriavizsgálatokkal igen jól analizálhatók és rendszerint kicsiny, inkább physiologikusnak tartható adagoknál jelennek meg.

Igen sok adattal szaporíthatnánk még azokat a tényeket, amelyek arra mutatnak, hogy a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszerek hatása gyakran két, ellentétes irányú componensből tevődik össze s így valódi kettős hatásnak tekinthető. Megkísérlelhetnénk azt is, hogy a kis és nagy dosisok ellentétes hatásából biológiai törvényszerűségekre következtessünk, mint ahogy azt sokan teszik. A klinikusnak azonban az a feladata, hogy kísérleteinek eredményeiből gyakorlati következtetéseket igyekezzék vonni. Azokból az újabb tapasztalatokból, amiket tárgyalásunk kapcsán vázlatosan ismertettünk, praktikusán két dolgot szűrhetünk le. Az egyik az, hogy számolnunk kell ezen gyógyszeres kettős hatásokkal mindazon pharmacologiás vizsgálatoknál, amelyekkel a vegetatív idegrendszer functiozavarait akarjuk analizálni. Kézenfekvő, hogy e vizsgálatok eredményeit csak igen nagy óvatossággal értékesíthetjük, mert exact adagolás és helyes technika mellett is sok körülmény befolyásolhatja őket; a szervezetben fennálló nagyfokú decentralisatiós tendencia és a szervműködések többoldalú biztosítóberendezése következtében a vegetatív mérgek hatása igen complicált folyamatnak tekinthető.

A másik praktikus következménye az elmondottnak az, hogy a gyógyszerekkel, melyeket a praxisban is széles körben alkalmazunk, bizonyos adagolásban a várt hatásnak éppen az ellenkezőjét érhetjük el. *Petzetakis* és *Danielopolu* szerint minden a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszer hatása kettős: nagy dosisoknál azonban az első stadium csak mulólag áll be. Úgy látszik, hogy inkább a kicsiny adagok alkalmazása után számíthatunk szokatlan reakciók bekövetkezésére. Így pl. atropin kis adagjainál ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mg per os) *Dawson* és *Bulmer* állandóan pulsusritkulást tudtak kimutatni pulusszaporodás helyett. Lehetséges, hogy az atropin egyéb hatásqualitásai is megváltoztak ezen kicsiny adagok alkalmazásánál. Hasonló, a gyógyszeres kezelésre nézve is fontos példát még számosat hozhatnánk fel. Ezeknek tárgyalására azonban nem térhetünk ki. Az e körbe tartozó problémák még meglehetősen tisztázatlanok, mivel az egyéni gyógyszerérzékenység nehéz kérdéseivel kapcsolódnak össze. Tisztázásuk a kísérleti klinikai gyógyszerhatástan feladata.

Irodalom. *Baráth*: Med. Klinik., 1924, 46. sz. 1621. o. — *Baráth*: Klin. Wehschr., 1924, 36. sz., 1618. o. — *Baráth*: Zeitschr. f. d. Ges. exp. Med., 1925, 45. k., 595. o. — *Baráth*: Zeitschr. f. ges. exp. Med., 1925, 45. k., 602. o. — *Baráth*: Journ. of nerv. a. ment. diseases, 1925, 62. k., 3. sz., 261. o. — *Baley*: Med. Klinik., 1924, 27. sz., 937. o. — *Billigheimer*: Zeitschr. f. Klin. Med., 1924, 100. k., 411. o. — *Dawson* a. *Bulmer*: Amer. Journ. of med. scienc., 1924, 168. k., 641. o. — *Danielopolu*: Presse méd., 1925, 11. sz. 162. o. — *Danielopolu*, *Draganescu* és *Capaceano*: Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Buca-

rest, 1924, 4. k., 3. sz., 41. o. — *Dresel*: Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 1921, 22. k., 34. o. — *Eppinger* és *Hess*: Zeitschr. f. klin. Med., 1912, 67. k., 345. o. és 68. k., 231. o. — *Lewandowsky*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., 1913, 13. 281. o. — *Petzetakis*: Presse méd., 1916, 24. sz., 548. o. — *S. G. Zondek*: Klin. Wehschr., 1923, 9. sz., 382. o. — *H. Zondek* és *Ucko*: Klin. Wehschr., 1925, 1. sz., 6. o.

A tej a betegek táplálkozásában.

Írta: *Székely Salamon dr.*, ny. kísérletügyi főigazgató.

Az „Orvosi Hetilap” 1903. évi 1. és 2. számában ismerttettem „*Gyermektej*” cím alatt eljárásomat, mely szerint tehéntejet átalakítottam úgy, hogy mennyi-leges összetételében a nőtejhez hasonló és csecsemők táplálására alkalmas legyen. Ezen közleményben leírtam eljárásom alapját képező azon találmányomat, miszerint a szénsav, nyomás alatt, a tejben levő caseint kicsapja, a nyomás megszüntével, a szabad levegőn, a szénsav elillanik és tisztán, minden chemiai elváltozás nélkül megkapjuk a savót és a caseint, mely a hozzákötött calciumphosphattal együtt esik ki. Az így nyert savó tartalmazza a tejnek oldott alkatrészeit: az albumint, a tejcukrot és az alkalisókat. Ezt a savót megfelelő arányban tejhez keverve és hozzáadagolva tejszint és tejcukrot, az anyatejhez hasonló összetételű gyermek-tejet nyerünk. Az így készült gyermektej azóta forgalomban van nemesak nálunk, hanem külföldön is.

Hivatalomban való elfoglaltságom miatt azután nem foglalkozhattam fenti találmányom további alkalmazásával, de nyugdíjaztatásom után azonnal hozzáfogtam e kérdés további tanulmányozásához és most kérem, hogy fenti közleményemnek mintegy folytatásaképpen legyen szabad leírnem, hogy a tejnek szénsavval való szétbontását miképpen használok fel a tejnek átalakítására úgy, hogy az különösen betegek táplálására alkalmas legyen.

A betegnek legjobb tápláléka a tej, mert legkönnyebben emészthető alakban tartalmazza mindazokat a tápanyagokat, amelyekre az embernek szervezete fölépítéséhez és fenntartásához szüksége van. Mégis azt tapasztaljuk, hogy a betegellátásnál a tej nem szerepel oly mértékben, mint amennyire a benne foglalt tápanyagok minőleges tulajdonságainál fogva az indokolt és célszerű volna. Mi ennek az oka? A tej mellőzését a betegek ellátásánál kétféle okra lehet visszavezetni. Vannak betegek, akik a tejnek valamely alkatrészét nem tűrik, mert betegségük olyan természetű, hogy a tejnek ezen alkatrésze ártalmukra van. Ilyenek a cukor-betegek, akik a tejet cukortartalma miatt nem élvezhetik és a vesebetegek, akik a fehérje iránt érzékenyek. Az ilyen betegek részére készíthetünk oly tejet, melyből a reájuk nézve ártalmas anyag hiányzik vagy csak oly csekély mennyiségben van benne, amennyi már ártalmasnak nem tekinthető.

A tejnek három fő tápanyaga: a zsír, a cukor és a casein mindegyike más-más alakban van a tejben elosztva. A zsír kis gömböcskék alakjában van a tejben s alacsony fajsúlyánál fogva a felszínre száll és könnyen lefölközhető. A tejcukor oldott állapotban van és a tej megalvadásánál a savóban foglaltatik. A casein felduzzadt, koloid állapotban van a tejben egyenletesen elosztva és abból bizonyos anyagok amorph állapotban kicsapják. A tejet rendesen sav vagy oltó hozzáadása által alvasztják meg. Ha sav okozza a casein megalvadását, akkor a caseincalcium, továbbá a calciumphosphat és magnesiumphosphat, melyekkel együtt képezi a kolloidot, megbomlanak és a

sav a calciummal és phosphatokkal oldatba megy. Ha oltóval alvasztjuk meg a tejet, akkor a casein bomlik meg és átalakul paracaseinné. Ha szénsavval nyomás alatt alvasztjuk meg a tejet, akkor a casein nem bomlik meg, hanem a szénsav elillanása után a savóról leszűrt casein magába zárva tartja a phosphatokat és alkalisókkal, aminők a savóban vannak, összedörzsölve, felduzzad és kolloid állapotba könnyen visszahozható. A szénsavval kicsapott casein ezen tulajdonsága teszi lehetővé azt, hogy a tej alkatrészeiből a tejet elő lehet ismét állítani tetszésszerűen mennyileges összetétellel.

Cukormentes tej készítése.

A friss tejet lefölozzük. A lefölozött tejből szénsavval kicsapjuk a caseint, a savót róla leöntjük, langyos vízzel jól megmossuk, hogy a rajta tapadó savótól is megszabadítsuk és sóoldattal felduzzasztjuk. Az egy liter tejből nyert caseinmennyiséghez adunk egy deciliter 60%-os tejszint és vízzel egy literre felhígítjuk. A cukorhiány eltakarására minimális mennyiségű sacchrint is adhatunk hozzá. A kész tejet sterilizálhatjuk vagy pasteurizálhatjuk. Az így készített tej nem teljesen cukormentes, mert a kimosott caseinben maradhatnak vissza savonyomok és azonkívül a tejszínnel is jut bele cukor. A tejszínben ugyanis 60% zsír mellett van 40% soványtej, melynek 5%, vagyis 2 gramm a cukortartalma. Egy literre felhígítva tehát a tejszínnel mintegy 0.2% cukor kerül a cukormentes tejbe. Készíthetünk azonban abszolút cukormentes tejet is, ha a zsírt nem tejszín, hanem kiolvasztott vajzsír alakjában adjuk hozzá és homogenizáljuk. A homogenizáló gép ugyanis a zsírt a tejfolyadékban apró göböcskékből szétszórja úgy, amint a természetes tejben van. Azonban a tejszínrel készült tej zamatosabb, mint amelyet vajzsírral készítünk s másrészt az orvosok, akiket megkérdeztem, úgy nyilatkoztak, hogy 0.5%-on aluli cukortartalom a tejben nem árt s figyelmen kívül hagyható, azért célszerűbbnek vélem, ha a cukormentes tejet tejszínrel készítjük. Az így készült cukormentes tej összetétele következő:

zsír	6.0 %
fehérje (casein)	3.4 „
tejcukor	0.5 „
sók	0.7 „
kaloria 100 grammban ..	72.2 „

Vannak cukorbeteg, akik az állati fehérje iránt érzékenyek, ezek kielégítésére ugyanezen eljárás szerint készíthetünk a természetes tej caseintartalmának felével is cukormentes tejet, de ez esetben, hogy a tej tápértéke ne csökkenjen, a zsírt 1%-kal emelhetjük s így elérjük azt, hogy a kétféle tej között ízben sem lesz lényeges eltérés. Ezen utóbbi cukormentes tej, melyet II. jelzéssel jelölünk, a következő összetételű lesz:

zsír	7.0 %
fehérje (casein)	1.7 „
tejcukor	0.5 „
sók	0.6 „
kaloria 100 grammban ..	74.1 „

Mindkét cukormentes tejet a *Bálint Rezső* és báró *Korányi Sándor* professzorok klinikáján és a zsidó kórházban *Benedikt Henrik* professor osztályán továbbá *Kövesi Géza* és *Jakab László* főorvosok által hosszabb időn át sok betegen kipróbálták és therapiás célra alkalmasnak találták. Egybehangzó vélemény szerint azt a betegek szívesen vették nemcsak mint nyerstejet, hanem tejesételekben is.

Fehérjeszegény tej készítése.

A friss tejet lefölozzük és a lefölozött tejet szénsavval megalvasztjuk. A leszűrt savó 840 cm³-ében feloldunk 15 g tejcukrot és adunk hozzá 150 cm³ 33.5%-os tejszint. Összetétele következő:

zsír	5.0 %
casein	0.5 „
albumin	0.5 „
tejcukor	6.2 „
sók	0.6 „
kaloria 100 grammban ..	76.0 „

Vesebetegeknél esetleg célszerű lehet a fehérjetartalom további csökkentése, ami úgy lehetséges, hogy a savót felforraljuk és a kivált albumint leszűrjük. A fehérjeszegény diéta tejet báró *Korányi Sándor* professzor klinikáján betegeknél kipróbálták és therapiás célra alkalmasnak találták.

Hízaló duplatej készítése.

A tejnek alkatrészei nemesak könnyen emészthetők, hanem ízletesek is és mégis együttvéve tejalakban igen sok beteg nem tűri, sőt néha undorral utasítja vissza a tejet, ami gyakran igen megnehezíti a beteg táplálását, mert alig találunk más tápszert, mely oly könnyen emészthető volna, mint a tej. Azonban a tej mégsem ideális táplálék, még abban az esetben sem, ha a beteg szívesen veszi, mert nagy víztartalma miatt a beteg képtelen oly nagymennyiségű tejjel táplálkozni, hogy súlyban gyarapodjék. 86–90% víz mellett van 10–14% szilárd tápanyag. Eljárásom lehetővé teszi a tejben a szilárd tápanyagoknak a halmazását és így relative a víztartalom csökkentését, amiért is az ilyen töményített tej a betegnek nem ellenszenves és így könnyen lehet vele súlygyarapodást elérni.

Eljárásom a következő: A friss tejet lefölozzük és a lefölozött tejet szénsavval megalvasztjuk. A kiesett caseint, úgy, mint a cukormentes tej készítésénél, a sókkal elegyítve, felduzzasztjuk, de a felduzzasztott caseint nem vízben, amint a cukormentes tejnél leírtam, hanem friss tejben oldjuk. Egy liter tejben egy másik félliter vagy egy liter tejből kivont caseint oldhatunk és így annak caseinttartalmát másféltől kétszereséig emelhetjük. Hogy a gyomorban a caseinkiválás ne legyen túl nagy, célszerűbbnek tartom, ha a caseintartalmat csak másfélszeresre emeljük, ami a gyakorlatban is igen jól bevált. Minthogy azonban a betegség folytán leromlott szervezet regenerálásánál a fehérjének van a legfontosabb szerepe, a tej albuminját pedig kivonni és újból oldani, anélkül, hogy elváltozást szenvedne, nem tudjuk, tejalbumin helyett tojássárgáját adom a tejhez, még pedig egy liter tejhez két, esetleg három tojássárgáját, aminél még az is előnyös, hogy jelentékeny mennyiségű lecithint és vasat is hoz a tejbe és azonkívül a tej ízét is igen előnyösen befolyásolja.

A zsírtartalmat sűrű tejszín hozzáadása által emeljük. Bár a hízalás szempontjából előnyös volna a zsírnak a lehető legnagyobb fokozása, de gyakorlati tapasztalatok arról győzték meg, hogy nem célszerű a tej zsírtartalmát 5.5%-nál magasabbra halmazni, mert akkor már sok betegnek ellenszenves lesz. Elvértve előfordul, hogy 5.5% zsír mellett is egyes betegeknél a tej émelyítő, az ilyen beteg a hízalótejhez keverhet közönséges tejet s azzal a zsírtartalmat ízlése szerint csökkentheti. Egyes kivételes esetek miatt nem volna célszerű a hízalótejnél a zsírt alacsonyabbra venni, mert a hízalásnál a zsír igen fontos faktor.

A tejcukrot, miután könnyen oldódik a tejben, közvetlenül poralakban hozzáadjuk. Egy liter friss tejhez

adunk 55 gramm tejeukrot. A közönséges tej 4.5–4.8% tejeukrot tartalmaz s így a hízlalótej cukortartalmát 10.0–10.3%-ra emeljük. Ezáltal még nem lesz feltűnően édes.

A hízlalótej, mely friss, természetes tejből eljárásom szerint úgy készül, hogy tápanyagait a fent leírt arányban emeljük, 21–23% szárazanyagot tartalmaz és kaloriaértéke 100 grammban 115.0 A hízlaló duplatejből (tejeukrohozzáadás nélkül) tiszta tejsavkultúrával beoltva, igen finom ízű *aludtejet* és *yoghurtot* készítenek.

A tej kezeléséről általában.

Az az ellenszenv, amely a városi lakosságnál a tej élvezete iránt észlelhető, részben arra is vezethető vissza, hogy a tejet esakis forralva fogyasztják, a forralt tej íze pedig lényegesen eltér a friss, természetes tej ízétől. Az egészséges tehénből fejt tej, amikor a tögyet elhagyja, bakteriummentes, kellemes ízű és zamatú. Az üzletben vásárolt tejnél azonban a fogyasztó nem tudhatja, hogy az egészséges vagy beteg tehénből származik-e, azt azonban tudja, hogy a tehének közt sok a gümőkóros és így a tejbe gümőkórbakteriumok is kerülhetnek, sőt arra is gondolhat, hogy az emberek közt, akik a tejet kezelték, lehetett beteg, aki a tejet megfertőzhette s végre még tekintettel kell lennie arra is, hogy a fejés óta már hosszabb idő mulhatott el, úgyhogy a tej már savanyodásnak indulhatott. Mindezek ellen a veszélyek ellen csak egy védekezési eszköze van s ez a tej felforraltatása. Ha mindezek a veszélyek eleve elháríthatnak, úgy hogy a fogyasztó nyersen ihatja a friss tejet s akkor sok ember, aki ma undorral utasítja vissza a felforralt piaci tejet, nagy élvezettel issza a finomzamatú, kellemes ízű, friss természetes tejet. A nagy uradalmak között vannak olyanok, ahol esakis tuberkulinnal beoltott és állatorvosi vélemény szerint egészségesnek talált tehenet engednek be a tehénistállóba. Csakis ilyen uradalom tejét szabad, véleményem szerint, gyógytejek készítésére felhasználni, de azonkívül is gondoskodni kell arról, hogy a fejést, a tej kezelését és feldolgozását a személyzet szigorú felügyelet alatt végezze s minden tekintetben biztosítva legyen a tej tiszta, gondos kezelése. Emellett még a legnagyobb súlyt fektetem arra is, hogy a tehenészet közel legyen a feldolgozótelephöz s legfeljebb 3–4 órán belül a fejéstől számítva a tej a feldolgozótelepen legyen, haladéktalanul feldolgoztassék és minél hamarabb a fogyasztóhoz jusson. Ha mindezek az előfeltételek megvannak, amelyek eleve biztosítják az aseptikus tej nyelését, akkor még emellett is a teljes biztonság érdekében célszerűnek tartom, ha a kész gyógytejet folytonos kavarással közben félóránál 60–65 C fokon s azután palackba töltve további félóránál ugyanezen hőfokon pasteurizáljuk. Ez a hőfok elégséges a gümőkórbakteriumok elpusztításához, de a tejalkatrészeket még nem bontja meg és a tej természetes, üde ízét és zamatját sem rontja el.

Eljárásom szerint a fent leírt módon készített gyógytejek nemcsak könnyen emészthetők és összetételük megfelel az orvosi követelményeknek, hanem azonkívül, amire a legnagyobb súlyt fektetem, finom ízű és zamatú a természetes tej üdeségét mutatják s azért a betegek általában szívesen veszik.

A beteg táplálására szolgáló élelmiszerek és különösen a gyógytejek megítélésénél nem egyedül azok vegyi összetétele és íze mérvadó, hanem főképpen a therapiái hatás, amelyet a betegre gyakorolnak. Ezt azonban én, mint chemikus, megítélni nem tudom. Azért mielőtt a nyilvánosság elé léptem volna eljárás-

sommal, legnevesebb orvosaink közül többeknek tanácsát kértem ki és felkértem az eljárásom szerint készített gyógytejek kipróbálására. Legmélyebb tisztelettel fejezem ki hálás köszönetemet azoknak az orvostanár, főorvos és orvos uraknak, akik orvosi tanácsaikkal és véleményükkel munkámban támogatni és útbaigazítani szívesek voltak.

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

Az úgynevezett „gyógytejek“ diaetás alkalmazásáról.

Írta: ifj. Purjesz Béla dr., egyet. tanársegéd.

Dacára annak, hogy a tejnek, mint betegtápszernek számtalan előnyét ismerjük, mégis bizonyos esetekben a betegtáplálkozásban való felhasználásának különféle akadályai lehetnek. Ezeknek egyrészt kiküszöbölni igyekszik a tejszolgáltatásnak általános javítására megnyilvánuló törekvés, mely abban áll, hogy a nagyobb centrumok hygienikus és jó minőségű tejjel való ellátását különféle módon, rendszerint hatósági közreműködéssel igyekeznek biztosítani. Ez közérdekű hygienikus feladat.

Egy másik specialisan orvosi törekvés odairányul, hogy szükséghez képest *módosítsák a tej összetételét* és így tegyék alkalmas táplálékká pl. csecsemők részére, azonkívül a felnőttek különféle megbetegedéseinek, amikor a rendes összetételű tehéntej nem lenne a legmegfelelőbb, sőt, esetleg káros hatású lehetne. Hazánkban idáig csupán csecsemőtáplálást szolgáló gyermekeken kívül összetételében megváltoztatott tej nem volt forgalomban. Éppen ezért örömmel üdvözljük Székely nyug. kísérletügyi főigazgató ezirányban eredménnyel végzett munkáját, kinek eljárásával a Központi Általános Tejesarnok ma különféle összetételű „*gyógytejeket*“ hoz forgalomba.

A Székely-féle eljárás a caseinnak a savóból szén-savnyomással történő kicsapásán nyugszik. Ez a casein azonban nem denaturalizálódik és a szénsavtól szabad levegőn csakhamar megszabadulva, alkalmas módon ismét az eredeti colloid-állapotba hozható. Mivel a zsír centrifugálás révén szintén különválasztható a tej többi alkatrészétől, így a tejet ezen eljárások alkalmazásával *külön caseinre, savóra és zsírra* lehet bontani, melyeket azután tetszőleges arányban a célnak megfelelőleg keverve, állíthatók elő a „gyógytejek“.

Ez az eljárás, mint azt a Székely-féle gyermekeken immár 25 éves hazai és külföldi multja bizonyít legjobban, a gyakorlatban teljesen bevált és előreláthatólag be fog válni az újonnan gyártott gyógytejeknél is, amelyek ízre, consistenciára, szagra stb., tehát élvezeti értékre nem maradnak a természetes tej mögött.

Egyelőre négyféle alakban kerülnek forgalomba, melyeknek összetétele összehasonlítva a természetes tejjel, a következő:

		Száraz anyag	Fehérje	Zsír	Cukor	Sók	Caloria
	Tehéntej	12.1	3.1	3.5	4.7	0.8	65
1.	Cukormentes Székely-tej I.	10.6	3.4	6.0	0.5	0.7	72
2.	Cukormentes Székely-tej II.	9.8	1.7	7.0	0.5	0.6	74
3.	Diaetás gyógytej	12.8	1.0	5.0	6.2	0.6	76
4.	Hízlaló duplatej	21.7	4.8	5.8	10.0	1.1	115

A diabeteses diéta előírásában a tej nem szokott szerepelni. Nem szerepel általában nem tisztán szénhidrát-tartalma miatt, mert ez a 4-7% szénhidrát-tartalom aránylag alacsony és így a tolerancia határán belül beilleszthető lenne, hanem azért, mert a benne lévő szénhidrát éppen tejeukor alakjában van, ami általában a diabetes szempontjából súlyosabb megítélés alá esik. Viszont bizonyos esetekben előnyös lenne a tejet többi tulajdonságai miatt igénybevenni, így, hogy mást ne említsek, pl. a diabetes gyakori szövődményeinél, amikor folyékony étrendre van szükség. Azonban máskor is a tej, esetleg tej és tejszín keveréke zsírbevitelre a legalkalmasabbnak látszanék. Hogy ilyen célt szolgáló cukormentes tej tényleg beváljék a gyakorlatban, azt bizonyítja a külföldi példa, ahol évtizedek óta már többféle cukormentes tej van a célból forgalomban, így Németországban a Bouma-féle, Gartner-féle stb., nálunk azonban az első ilyen kísérlet a Székely-féle.

A Székely-féle cukormentes I. sz. tej gyakorlati szempontból elhanyagolható cukortartalom mellett a rendesen valamivel magasabb zsírtartalommal kerül forgalomba. Hozzá kell tennem még azt is, hogy az I. sz. szempontjából teljesen egyenértékű a természetes tejjel. Az I. sz. belklinikán hónapokon keresztül adtuk ezt cukorbetegünk egész sorának és utólag megállapíthatjuk, hogy azon 1-2 eseten kívül, akik a tej iránt különös aversiót mutattak, általában mind szívesen fogyasztották, sőt voltak betegek, akik a természetes tejjel jobban kedvelték.

Számolnunk kell azonban súlyosabb esetekben diabetikus betegek fehérjéhezérkenységével is, amidőn több állati fehérje esetleg kedvezőtlenül befolyásolja a toleranciát. Ezekben az esetekben, ahol csökkenteni akarjuk a bevitt állati fehérje mennyiségét, inkább a II. sz. cukormentes tejet adjuk. Ebben csak félannyi casein van, mint az I. sz. tejben, viszont zsírtartalma 7%, úgy, hogy caloriatartalma nem alacsonyabb az előbbinél és izre, consistentiára sem különbözik lényegesen a természetes tejtől. Használatát általában azokban az esetekben láttuk indokoltnak, ahol az állati fehérje-bevitelt erősebben korlátoztuk. Ha meggondoljuk, hogy 1200 g ilyen tejjel csupán 204 g fehérjét, azaz 100 g marhahússal egyenértékűt, viszont 84 g zsírt, összesen 900 caloriát juttatunk a szervezetbe, szemben a 100 g marhahús 100-150 caloriájával, önként értendő lesz használatának előnye.

Azonban a cukormentes tejnek hasznát nemcsak ottan láttuk, ahol a tejet tej-, vagy tejeskávéalakban adtuk, hanem a cukorbeteg számára készült tejesételek elkészítésében is. Teljesen pótolja a természetes tejet a különféle tejbefőttek, tejesételek, krémek stb. elkészítésénél úgy, hogy segítségével sokkal változatosabbá tehetjük diabetesesünk étrendjét és olyan ételeket illeszthetünk diétájukba, melyeknek élvezete azelőtt tilos volt.

A cukormentes tejek felhasználhatók ezenkívül erjedéssel dispepsiáknál, amidőn a tejeukor erjedése miatt natív tej használata tilos lenne.

Vesebetegek kezelésében tejdiétának régen jelentős szerepe volt. Hítelét veszítette későbbi, kutatások következtében só és különösen fehérjetartalma miatt. Az utóbbit igyekeztek kiküszöbölni a Székely-féle eljárással készült „fehérjeszegény tej”, melynek fehérjetartalma 10%, viszont zsír- és cukortartalma gazdagabb a natív tejjel és így alkalmas vesekímélő fehérjeszegény diéták kiegészítésére.

Ez a három különféle összetételű „gyógytej” megfelelő alkalommal kellő módon felhasználva, határozott nyereséget jelent a diéta terápiaiban, mert használatuk éppen olyan esetekben lesz előnyös, ahol diéta

megszorítások amúgy is egyhangúvá, unalmassá, és éppen ezért hosszabb ideig nehezebben kereshetők, egyenesen terhelést teszik a betegre étrendjét. Ha nagyobb változatosságot tudunk biztosítani előírásunkban — anélkül, hogy ez a betegre ártalmas lenne —, inkább tudjuk elérni a diéta szigorú betartását. Ebben a Székely-féle „gyógytejek” lényegesen támogathatnak.

Végül még egy gyógytejjel kapcsolatban akarok beszámolni, az ú. n. „hizlaló duplatej”. Hizlalókúrákban a tej használata ellen a legfőbb kifogás az, hogy magas víztartalma, calóriaszegény tápszer, miért is caloriagazdagításra nem alkalmas. Ezt általában tejszínnel, vagy a tejnek tejszínnel való keverésével igyekezünk kiküszöbölni. A hizlaló gyógytejben a szárazanyag-tartalom kb. kétszeresére van emelve azáltal, hogy caseinnel, tojássárgájával, tejeukorral keverve, caloriában gazdagabb tejet készítenek. Mindez nem rontja a tej ízét, sőt akárhányszor a natívtejjel szemben aversiót mutató betegünk is szívesen fogyasztotta a hizlalótejet. Az I. sz. belklinikán néhány esetben kísérletet tettünk ezzel a tejjel és nemcsak, hogy igen nagy örömmel fogyasztották ezt a betegek, hanem olyan esetekben, ahol már a normalis roboráló jellegű klinikai étrend mellett huzamosabb észlelés alatt súlygyarapodás nem jött létre még arsenhatás alatt sem, midőn még a hizlalótejjel egészítettük ki a betegek étrendjét, egyszerre ismét hetenkint kimutatható súlynövekedést értünk el (egyik esetben hetenkint fél kg-ot, másik esetben hetenkint egy kg-ot, mindkét eset specifikus tüdőfolyamat), amely súlynövekedés mindaddig tartott, amíg a hizlalótejet betegek kapták, viszont annak kihagyása után a hízás is abbamaradt.

A felsorolt készítményeknek még egy előnyük van. A Központi Általános Tejesarnok garantálja, hogy a „gyógytejek” készítéséhez felhasznált natívtej higiénikus követelményeknek a legmesszebbmenő mértékig megfelel, csupán egészséges tehének tejtét használják, a kezelés, valamint a gyógytejek gyártása a legnagyobb körültekintéssel történik.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Klinikai adatok a gyomorsecretio physiologiájához és pathologiájához. Heilmeyer. (D. Arch. f. klin. Med. 148. köt., 5. füz.)

Az Ewald-próbareggeli után kiemelt gyomortartalomtól nem lehet teljes biztonsággal következtetni a gyomor sósavsecretiójára, mert ezen gyomorbennek sok nyálát, kenyerpépet, regurgitált duodenum váladékot tartalmaz, mely nagyban csökkenti a sósavértéket. A szerző ezen hibák kizárására fractionálta gyomorzvizsgálatot ajánlja a duodenumszonda segítségével, mellyel az egész emésztés ideje alatt megfigyelhető a sósav változása, illetőleg a gyomorváladék secernálása. Az eljárás abban áll, hogy éhgyomorral bevezetjük a duodenumszondát és a jelenlévő gyomorváladékot fecskendővel kiszívjuk, majd ezután befejezzük 350 cm³ 5%-os alkoholt, mely kevés indigocarminnal meg van festve, 10 percenként kiszívunk 8-10 cm³ váladékot a gyomorból és megvizsgáljuk. Egészséges egyén gyomra az egész emésztés ideje alatt megközelítőleg állandó koncentrációjú és mennyiségű váladékot secernál. Hypersecretiós gyomor több és koncentráltabb váladékot produkál. Olykor az is előfordul, hogy a kiürülés késik és ilyenformán a kiválasztott gyomorsav felhalmozódik és ezáltal a gyomorváladék koncentrációja nő; vagy tényleg koncentráltabb gyomorsavat választ ki a gyomor nyálkahártyája és így jön létre a tulajdonképeni hyperchlorhydria. Előbbi ulcusra volna jelleg-

zetes, utóbbi functió, neurastheniás jelenség volna. A hypacid gyomor rendszeren kevesebb és kevésbé concentrált váladékot termel. Achylánál termel a gyomor váladékot, sósavat azonban nem. A kiürülés rendszerint gyorsult. Ilyenkor a váladék össz-chlormennyisége, dacára, hogy a gyomorbeunék ekkor szabad sósavat nem tartalmaz, mégis legtöbb esetben normalis, vagy subacidnak megfelelő.

Kallstein dr.

Anaemia perniciosások vér-cholesterintartalmáról. H. Köhn. (D. Arch. f. klin. Med., 148. köt., 357. old.)

A vérsérum és erythrocyták cholesterintartalmának több szerző (Ransom, Abderhalden, Meyer stb.) vizsgálata szerint antihaemolysis hatása van. Ennek alapján sokan vizsgálták anaemiás betegek vércholesterintartalmát. Az eredmények azonban, az anaemia perniciosus eseteit illetőleg, szemben a hypochrom anaemiák egybehangzó hypocholesterinaemiás leletével, igen eltérőek voltak. Szerző sorozatos vizsgálataival a vércholesterin tartalmát anaemia perniciosánál minden esetben a normalisnál állandóan kisebbnek találta. A subnormalis cholesterinaemia szerinte a betegség állapotának megfelelő ingadozást mutat. Legnagyobb a hypocholesterinaemia a betegség tetőfokán, míg remissióban kisebb, viszont növekedik a recidivák kezdetén. A hypochromanaemiákkal ellentétben csökken a vércholesterinmennyiség kedvezőtlen vérképlet esetén is, annak javulásakor pedig relative szaporodik. Szerző szerint az anaemia perniciosások ezen állandó hypocholesterinaemiájának oka az ismeretlen kórokozó ártalom hatásában keresendő, s a betegség lefolyásában észlelt értékváltozások, az egyes stadiumok különböző erős toxinhatásával magyarázhatók. A cholesterin antitoxikus tulajdonságát szerző valószínűtlennek tartja.

Fischer dr.

Az ember legkisebb fehérjefogyasztása. E. Krauss. (D. Arch. f. klin. Med., 150. köt., 13. old.)

A legkisebb fehérjeelhasználás megállapítható a kiválasztott nitrogen mennyiségéből, ha a táplálék főlős caloriaértékű, fehérjementes volt és zsíron kívül elég sok szénhidráttal állott. A gyakorlatban persze tökéletesen fehérjementes táplálkozást nem sikerül megvalósítani. A vizsgálatok szerint azonban a minimalis nitrogenértéket meg nem haladó fehérjebevitel a növekedés korában nem növeli a N-kiválasztást, míg felnőttéknél már nem lehet az elhasznált minimummal egyenlő mennyiségű fehérje bevitelével N-egyensúlyt fenntartani, mert közben a N-kiválasztás fokozódik. Ezt valószínűleg nem a specifikus dinamikai hatás okozza, hanem a növekedő és a már kész szervezet különböző készsége a fehérje felépítésére. A legkisebb N-kiválasztás változik a N-mentes táplálék caloriaértéke szerint. Legállandóbb érték akkor adódik, ha a fehérjefogyasztást a testfelületre vonatkoztatjuk. A legkisebb fehérjeelhasználás az alapanyagcserének 3–6%-át teszi. Minimalis N-kiválasztás mellett az egyes N-tartalmú anyagok viszonya állandó. Ha a táplálék caloriaértéke az alapanyagcserének 150%-a, a testfelület 1 qm-re naponta 12–13 g N esik; 300% mellett 0.9 g N. Nem valószínű, hogy az alkohol fokozná a legkisebb fehérjeelhasználást. Hyperthyreosisban a nagyobb alapanyagcsere ellenére sem fokozott a minimalis fehérjefogyasztás. Fertőző betegségek közül typhusban és lázas tuberculosiban a minimalis N 2–3-szorosa a rendszernek. Lázás betegségben N-egyensúlyhoz a legkisebb fehérjefogyasztás 3–4-szeresének bevitele szükséges. A minimalis N-nél kevesebb parenteralisan bevitt fehérje nem növeli a N-kiválasztást.

Perémy dr.

Májbetegek alimentaris hyperglykaemiájának befolyásolása vízmegeterheléssel. Klein és Lang. (M. M. W. 1926. 5. sz.)

Ismeretes, hogy a májparenchyma diffus megbetegedésénél zavarok lépnek fel a szervezet vércukor- és vízszabályozásában. Májbetegeken végzett klinikai megfigyelések, különösen az intermediaer vízesere befolyásolása insulinnal, valószínűvé teszik azt a felfo-

gást, hogy a májparenchymasejtek állapota az intermediaer vízcserében is bizonyos mértékig jelentőséggel bír. Szerzők diffus májaffekciók 11 esetében (ikterus catarrh. cc. és lu. hepatitis, kezdődő májeirrhosis) vizsgálták az alimentaris hyperglykaemia-görbe viselkedését egyrészt 100 g glukoseval, másrészt 100 g glukose + 1500 cm³ vízzel való megeterhelés után. Vizsgálataik szerint diffus májmegbetegedéseknél a máj szénhidrát- és vízigazláló funkciójának egyidejű megeterhelésével ezen két funkciónak egymástól való függése mutatható ki oly értelemben, hogy a vércukorregulációban fennálló zavar a májnak nagyobb mennyiségű vízzel való megeterhelésekor fokozódik. Ez vagy úgy képzelhető el, hogy a nagymennyiségű víz átmenetileg befolyásolja a májsejtek amúgyis hiányos cukorelraktározó funkcióját (dyszoomyia-Naunyn), vagy pedig úgy, hogy a máj csökkent funkciója következtében már nem tudja, mint egy szivacsos szerv, a nagymennyiségű vizet felfogni, a víz egyszerre nagyobb és szabálytalan mennyiségben jutva a vérpályába, e közben cukrot ragad magával, mely cukor így a polimerizálódástól és glykogenként való elraktározódástól elvonva, a vércukor hirtelen emelkedését okozza. Szerzők véleménye szerint közölt megfigyeléseik alapján képezhetnék egy újabb máj-funkciós vizsgálati methodusnak.

Dvorák dr.

Sebészet.

Gyakorlati tanácsok az orr alakjavító műtéteihez.

E. Wodak. (Med. Klin. 1925. 42. sz., 1575. old.)

Szerző számos tanácsa közül a következőket emelhetjük ki. Kezdő sebész csak oly esetben végezzen ilyen műtétet, melynél jelentős eredményre számíthat s készíttessen minden esetben a műtét előtti állapotról fényképet, mert erre a gyakori kártérítési perekben nagy szüksége lehet. Ne operáljunk 50 éven felül vagy nyolc éven alul, az utóbbiaknál azért ne, mert az orr későbbi növekedését nehéz számításba venni. Figyelmeztessük a beteget arra is, hogy arcifejzése jelentékenyen meg fog változni.

Ami a műtét kivitelét illeti, görbe orrnál jelentős nehézségeket okoz a kiálló csont- vagy porcszövet teljes eltávolítása. Távolítsunk el inkább kissé többet, mert az arcél ezáltal előidézett megváltozása a hegesezés következtében később kiegyenlítődik. Fontos az utókezelés, s az állandó ellenőrzés.

Nyregorrnál az alaki javítást elefántesontlemez beültetésével végezhetjük, s ha igen nagyfokú, úgy mindig szükséges a hártás választófal meghosszabbítása is, ami pore- vagy elefántesontlemezbe beültetése által történik.

Legyünk óvatosak az orrcsúcs alaki megváltoztatását célzó műtéteknél, különösen ennek hátrahelyezésénél, mert ez a kérdés sebészileg még nincsen teljesen megoldva, s a hibás műtét által előidézett úgynevezett birkaorr nagyon csúnya.

Paunz.

Distractionsinek felkar- és alkartörések kezelésére. Moskowicz. (Wiener Kl. Woch. 1925. 45. sz.)

Az extensiós készülékek húzásával szemben a distractions készülékek széttolással egyenlítik ki a törésdarabok eltolódását. A törések ilyenén módon való kezelése csak akkor lesz tökéletes, ha az izmok ellenhúzását a Zuppinger-féle semiflexiós helyzetekkel csökkentjük le a legkisebb fokra. Amíg az extensiós készülékek, különösen az alsó végtagon az ágyhoz kötöttek és azért Röntgen-ellenőrzésük csak a legmodernebben felszerelt intézetekben lehetséges, addig a distractions kezelés ambulanter történhetik és az átvilágítás sem okoz nehézségeket. A fel- és alkar törései számára két ügyes készüléket alkalmazhatunk. Felkar számára a készülék három sínből áll (mellkasi felkar- és alkarsínekből), melyek egymással szemben elmozgathatóan vannak össze- és szétmozgathatóan. A készülékeket hevederekkel az illető testrészekhez erősítjük és a mellkasi és felkarsínt elmozdítatlanul egymáshoz rögzítjük. Az egymással szemben elmozdítható fel- és alkarsín tengelye csapszerűen kiáll

és belefekszik a könyökhajlatba. Mennél távolabb van a könyökhajlat csapja a hónaljárokától és mennél jobban behajlítjuk a sínéhez erősített alkart, annál nagyobb a distractio foka. A kívánt fokot Röntgenen ellenőrizve az alkarsínt is hozzáerősítjük a mellkashoz hevederek segítségével. Az alkartörések kezelésére készített készülék két sínből áll. Az egyikhez a felkar és a könyökben derékszögig behajlított alkar felső fele erősíthető hevederekkel. A másik a kéztő izületmagasságában szintén szögletbe, még pedig lefelé néző szögletbe tört. A két sín egymással szemben szintén eltolható az alkar tengelyének irányában és csavarokkal rögzíthető. A distractio fokát itt a kéztőizületben történő hajlítás szabályozza, mégpedig a törvégek eltolódásának megfelelően, egyszer tenyérről, másszor kézháti hajlítással vagy pedig abductióval, aszerint, amint az alkart pronatióban, supinatióban vagy középhelyzetben erősítjük a sínre.

Horváth B.

A szív és az erek sebészete. Prof. Brüning. (Klin. Wochenschrift. 1925, 48. sz.)

Főleg a megbetegedéseknek sebési javallataival foglalkozik. A *szívburk*-megbetegedéseknél folyadék halmazok lebcsátása kerülhet szóba, melyeknek veszélye a vékonyfalú vívőerek összenyomatásában rejlik. Már 150–300 cm³ felhalmozódásánál zavarok mutatkozhatnak, bár nem a mennyiség, hanem a gyorsaság a fontos, amivel a szívburk megtelik. A fenyegető veszély jele: nyomásemelkedés a vívőerekben és nyomás-süllyedés a verőerekben. Minél hamarabb következik ez be, annál gyorsabban kell pungálnunk, esetleg megnyitván a szívburkot, alagesővezünk. Ez utóbbi akkor javallt, ha: 1. egy-két punctio eredménytelen, vagy 2. ha a pericarditis genyes. Pericarditis chronica adhaesiva esetén a keletkezett mechanikus akadályok és kellemetlenségek megszüntetése és a szív és erek felszabadítása, gyakran nehezen kivihető sebési beavatkozást igényelnek. Az *intracardialis adrenalin injectio*, szívbenulás esetén, eredményesen legfeljebb öt percig adható. Az injectiót mesterséges légzéssel és a szív dörzsolásával kell támogatni. A *szívsérülések* túlnyomásában operálандók, ha ez kivihető, akkor olyan eljárás keresendő, melynél a mellhártyaür nem nyílik meg. A *szívsérülések* műtétjének halálozása 60%, az együttes sérülések és a műtét utáni szövődmények miatt. Legújában beszélhetünk *szívbillentyű sebészetről* is. Életveszélyesen szűkült aorta és mitralis stenosisoknál, a hegek felmetszése „valvulotom” segítségével történik. Az amerikai sebészek e célból operációs cystoskopot vezetnek be. Sokkal fejlettebb a *szívidegsebészet*, melynek lényege a kérdéses idegvezeték megszakitása. Fájdalmaknál (angina pectoris) vagy novocain injectiót adunk, vagy idegkiirtást végzünk. Az injectio paravertebralis (D₁–D₂) adandó. Idegkiirtásnál rendszeren csak a baloldali ganglion stellatum kerül szóba, mely 60%-ban jó eredményt ad. Szóba kerülhet a n. depressor átmetszése is, mely a vagushól ered. Az *érsébszet* előhaladottságát bizonyítja, hogy például arteria pulmonalis emboliánál sikerült az embolust eltávolítani és utána érvarratot végezni. A *verőéridegek* sebészete is nagy jelentőségűvé vált (periarterialis sympathectomia és a rendellenes sympathikus idegdúcok kiirtása). A vívőerek sebészetéről sok mondani való nincsen, legfeljebb, hogy a viszeres tárgyak kezelésére legújában injectiók eljárásokkal kísérleteznek. Végezetül: a szív és erek, de főleg az azokat ellátó idegek sebészete, csak akkor jöhet szóba, ha a belkezelés esődöt mondott.

Demjanovich dr.

Májechinococcus elmeszesedése epekömegbetegedéssel kapcsolatban. Mariantschik, Kiew. (Zentralblatt für Chirurgie, 1926, 1. sz.)

Középkorú nőbeteg epekökórismével operálva, a jelentéktelen nagyságú, kövel telt epehólyag mellett egy vele összefüggő mandarin-nagyságú, porcos tapintatú tumort talált a sorvadt májleányba beágyazva. A szövettani vizsgálat a tumorfalban elmeszesedett chitinhártyát állapított meg. Az epésen elfajult tumor-

tömegben echinococcus horgokat nem találtak. A tumor az epeutakkal összefüggésben állott s a parazitákat az állandó epetartalom elpusztította. A növekedő tumor az epehólyagot nyomva, epepangást hozott létre, s ez magyarázza az epehólyaggyulladást és kőképződést.

Esetéhez hasonlót nem talált az irodalomban.

Szépe István dr.

Urologia.

Visszapillantás az urologia legújabb fejlődésére. Brasch. (The Journal of Urology, 1925, 14. köt., 2. old.)

Csak azon kérdésekkel foglalkozik, melyek az utóbbi években az urologia körében közérdeklődést keltettek.

A hólyagfekélyek terapiája még nincsen megoldva. A fekélyek sebési kezelése nem kielégítő, a gyógyszeres kezelés eredménye pedig nem állandó. A gyógyszerek közül mercurchrom-, acriflavin- és fuchsin-oldatoktól láttak ideig-óráig tartó eredményeket.

A fulguratio és kauterisatio szintén nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Úgy látszik a vizelet acidizálása kedvezően befolyásolja a fekélyek gyógyhajlamát.

Az ureterköveket illetőleg legtöbbször uretertágítást alkalmaznak, egyesek vastag ureterkathetert, mások több vékonytal végzik azt. Az ureterszájadékhoz közel fekvő leékelt kőnél átmetszhető a szájadék. Általában azonban az 1 cm-nél nagyobb köveknél helyesebb a minél előbbi sebési beavatkozás.

A radium alkalmazása prostata- és hólyagdaganatoknál a várakozás alatt maradt. Barringer 5–10%-ra teszi nem is a gyógyulást, hanem a folyamat lassubodásának az arányszámát. A sebési kiirtás a nagy mortalitás mellett még mindig jobb eredménnyel jár. Diathermia és kauterisatio hatásáról még nem mondható végleges ítélet.

A Bothin-Young-féle elektrocauterisatio kezdődő prostata hypertrophiánál néha jó eredményt mutat, de máskor meg fokozza a panaszokat s nem veszélytelen beavatkozás. Vesetuberculosisnál kétségtelen, hogy jogos a nephrektomia, de nem áll, hogy az legtöbbször egyoldali. A visszamaradt vese vizeletével oltott malacoknál 20%-nál pozitív leletet kapott.

A kő aetiologiáját illetőleg a Mayo-klinikán egy gramnegatív bacillust találtak, mellyel Hager és Magathnak sikerült mesterséges köveket előidézni.

Az ureterszűkület gyakoribb mint általában hiszik, de túlzás azért minden homályos alhasi fájdalmat ureterszűkülettel kezelni. E tárgításoknak tulajdonított javulásokat kétkedéssel kell fogadnunk.

A mercurchrom intravenás alkalmazásától acut veseinfectiónál láttak jó eredményt. Idült pyelonephritist már kisebb a hatása. Igen nagy reactiót vált ki, halálos esetek is ismeretesek, alkalmazása csak akkor indokolt, ha egyéb szer hatástalan.

Hetyl és resorcinol hatása még megfigyelés alatt áll. Mindenesetre ez újabb szerek hatása azt mutatja, hogy a chemotherapiának még jövője van. Minder dr.

Húgyesőben alkalmazott gyógyszerek hátrányai, különös tekintettel az alypinre. Praetorius. (Zeitschrift für Urologie, 1926, 1. füz.)

Ismeretes, hogy a húgyesőnyálkahártya resorptio képessége sokkal nagyobb, mint a hólyagé. Közöl egy esetet, hol napi 8–10 g cocain jutott a hólyagba, minden mérgezési tünet nélkül. A hólyagból való resorptio ép hólyagnál minimalis, de fokozódik nyálkahártyalaesiónál. A cocain jelentősége háttérbe szorul az újabb anaestheticumokkal, úgymint a novocain, tutocain, psicain és alypinnel szemben. A novocain nyálkahártyát érzéstelenítő hatása nem tökéletes, a tutocain veszélyes, psicain-oldatban bomlékony, legjobb eredményeket az alypintól látta. 1.5–2%-os oldatból 10 cm³-t fecskendez be a húgyesőbe, nemesak cysto- és urethroskopiánál, hanem a szondázás és katheterezés előtt is. Több mint 10.000 esetben alkalmazta módszerét s csak egy esetben látott egy nem halálos mérgezést. Az iro-

dalomban ismertetett alypinmérgezéseket összevetve, feltűnik, hogy a mérgezések között nincsenek fokozati különbségek. Könnyű esetek nem ismeretesek, mind súlyosak, hirtelen, néha rögtön a befeeszkendezés után lépnek fel, úgyhogy nem annyira resorptiós, hanem inkább intravenás hatásról beszélhetünk. Megerősíti ezen utóbbi lehetőséget azon körülmény is, hogy a húgyeső mucosája alatt egy igen erős vena plexust találunk s ezért a legkisebb mucosasérülés (a befeeszkendezésnél alkalmazott fokozott nyomás) utat nyit a plexusba, vagyis intravenás hatást érünk el. Ennek elkerülése végett nem szabad minden esetben az érzéstelenítést kankófeeszkendővel végezni. Gyulladt vagy előzőleg szondázott húgyesőveknél úgy jár el, hogy 1–2 cm³ 2% alypin-oldattal az elülső húgyesövet érzéstelenítve egy vékony Nelaton-kathetert vezet be s annak visszahúzása közben végzi a befeeszkendezést. Ezen technika mellett vérző vagy előzőleg szondázott húgyesőveknél sem látott kellemetlen hatásokat. Ahol azonban biztosan feltehető, hogy a húgyesőnyálkahártya nem szenvedett laesiót, a kankófeeszkendővel adja be az alypint. *Minder dr.*

Fülgyógyászat.

A caloriás szemrengés elmélete. *G. V. Th. Borries.* (Archiv für Ohrenheilkunde. 113. köt., 2–3. füz.)

A szerzőnek sikerült caloriás nystagmust kiváltani galamboknál, amikor azok külső hallójáratát meleg- vagy hidegvízzel feeszkendezte ki, és megállapítani, hogy a forgatásos nystagmus galamboknál is ugyanazon törvényszerűséggel zajlik le, mint embernél. (A legtöbb külföldi szerző elfelejti megemlíteni *Hőgyes* idevonatkozó kísérleteit, amit pedig ő már 1881-ben a Magy. Tud. Akadémia évkönyvében ismertetett és ami fordításban 1913-ban német nyelven is megjelent! Ref.) Néhány esetben sikerült neki olyan galamboknál is pozitív caloriás nystagmust előidézni, amelyeknél az ívjáratokat eltávolította és amelyeknél ennél fogva a forgatásos nystagmus hiányzott. Kísérleteiből a következő megállapításokat vezeti le: 1. A calorikus nystagmus általános labyrinth-reactio, amely a cristák, de főleg a maculák felől váltódik ki. 2. Az ívjáratok a calorikus nystagmus kiváltásánál nem játszanak fontos szerepet. 3. A calorikus nystagmus a fejtartástól függ, amikor is otolith-hatás érvényesül. 4. Ami a kiváltás módját illeti, a thermikus anyag a labyrinthus homolateralis vagy contralateralis nystagmus tonusára hat specifikusan. 5. Valószínűleg vasomotorikus tényezők is szerepelnek. 6. Sőt az is lehetséges, hogy az endolabyrinthhaer nyomásvízszonyok változnak meg a calorikus nystagmus kiváltásakor. *Krepuska István dr.*

A Bárány-féle félremutatás kilengésének mérése. *P. Roorda.* (Archiv für Ohrenheilkunde. 113. kötet, 2–3. füz.)

A Bárány-féle félremutatást különböző módon igyekeztek érzékelhetővé tenni. Bárány erre a célra vízszintesen elhelyezett és beosztással ellátott mérőpálát használt, míg *Malan* vízszintesen fekvő, concentrikus körökkel ellátott lapot. *Benjamin* 55 esetben utánvizsgálva Bárány kísérletét, csak 16 esetben kapta meg a tipikus Bárány-féle reactiót, amely szerint: jobbra forgatásnál jobb-, balra forgatásnál balfelé irányuló félremutatás jön létre. A szerző *Benjamin* és *Malan* módszerétől eltérően, másképp végezte kísérletét: A vizsgálandó személy előtt 35 cm-nyire verticalis síkban papírlapot helyezett el, amelyre válszélességnyi távolságban két 35 cm hosszú függőleges vonal volt felrajzolva. A kísérleti egyén forgatható széken ül és a felső kiindulási pontra helyezve az irónt, behúnyt szemmel igyekszik jobb kezével a jobb oldala felé eső függőleges vonalat utánrajzolni, ugyanezt elvégzi bal kezével is, majd ismétli mindezt forgatás után. 52 egyént vizsgált meg ilyen módon és 36 esetben a Bárány-féle szabálynak megfelelő félremutatást, illetve elrajzolást kapott. Elismeri a szerző, hogy módszerének hibái is vannak. Így bizonyos rajzolási készséget tételez fel, továbbá

a forgatás és a rajzolás közötti időtartam nagymértékben befolyásolja az eredményt. Nem eléggé gyors kivitelnél ellenkező eredményt is adhat. Előnye volna az, hogy a vizsgálandó egyén összetett mozgást végez, miért is kicsiny eltérések is kifejezésre juthatnak és a félremutatás nagyságát számokban is ki lehet fejezni.

Krepuska István dr.

Süketség a Corti-féle szerv primaer elváltozása következtében. *G. Alexander.* (Monatschr. für Ohrenheilk., 1925, 4. sz.)

Kétéves Möller-Barlow-kórban elhalt süketnéma idiotának 10%-os formalinban fixált hallószerveit dolgozta fel.

Makroszkopice elváltozás nines.

Mikroszkopice mindkét külső fül normalis, középfülben gyulladásos nyálkahártya. A belső fülek elváltozásai: labyrinthben az utriculus és ductus endolymphaticus centralis része kitágult, sacculus sorvadt. A csiga összes részei degeneráltak, normalis Corti-féle szerv seholsem látható; a crista spiralis, a basalis részen kisebb a rendesnél, feljebb erősen sorvadt, a csüstekervényben hiányzik is. A membrana tectoria seholsem normalis, felfelé hiányzik egy része. A stria vascularis erősen sorvadt, a hártás csigacsatorna részben elpusztult, részben obliterált. A csücs felé a striatájón daganatszerű, csapalakú függelékek. A csiga basalis részében hártás septumképződés. A nervus utriculo-ampullaris és sacculo-ampullaris peripheriás ganglionjaikkal együtt karcsúbbak a normalisnál, a nervus cochlearis és ganglion spirale quantitative elég jól megtartott, az idegrostok degeneráltak.

Érdekes az eset, mert foetalis eredetű s a Corti-féle szerv primaer atrophiján alapuló süketségről van szó.

Piványi-Lilien dr.

Gummás folyamat a kisagy-hídszögletben. *G. Bondy.* (Monatschr. für Ohrenheilk., 1925, 4. sz.)

49 éves nő bal fülén 3 éve rosszul hall, egy reggel facialis-hűdéssel ébredt, azóta bal fülén nem hall semmit, szédül. Lelet: jobb oldalon facialis-hűdés, teljes cochlearis-kiesés, caloriásan nem ingerelhető; forgatásra nystagmus jobbfelé 16°, balfelé 9°; jobboldali trigeminus-hyperaesthesia. Wa. R.: ++++. Lumbal-punctióba beteg nem egyezett bele. Antilueses kúra után hallás jobb oldalt: társalgóbeszéd ad concham; calORIZÁLÁSRA két perc után kifejezett nystagmus. Úgy a pozitív Wa. R., mint az antilueses kúra sikere bizonyítja a lueses eredetet. Gumma és lueses meningitis közti differentialis diagnosis a lumbal-punctio nélkül nem volt eldönthető, de a tünetcomplexum, mely kisagy-hídszögleti tumorra hasonlít, inkább gumma felvételét támogatja.

Piványi-Lilien dr.

Szemészet.

A trachoma lényegére vonatkozó felfogások változása. *H. Krumbach.* (Klin. Wochenschr. 1926, 4. sz.)

A cikk érdekes és kimerítő összefoglalását adja mindannak, amit e kérdéstről tudunk. A bakteriológiai aerában *Prowaczek* és *Halberstädter* akkor nagyjelentőségű felfedezései a záradéktestre vonatkozólag nem sokára értéküket veszítették, amikor nem trachomás, sőt ép kötőhártyán is megtalálták e testeket. Lényegük ma sem tisztázott. Tény, hogy az epithel minden egyéb elváltozásaitól lényegesen különbözik, tehát nem epithel eredetűek, viszont arra nézve sincs bizonyíték, hogy élőlények volnának és hogy a trachoma okozói. *Löhlein* és *Linder* majom- és részben ember-kísérletei a trachoma és a záradékblennorrhoea vírusának egymáshoz való viszonyára nézve nem adtak tiszta képet. *Linder* ezek ellenére azt vallja, hogy a trachoma és a záradékblennorrhoea aetiologiailag identikusak. A feltűnő különbséget a két betegség között avval magyarázza, hogy a trachomás infectio mindig minimalis mennyiségű vírussal történik, viszont az újszülött fertőződése sokkal könnyebb. A reactio is más mindkettőnél. *Löhlein* szerint a két vírus nem azonos. Újabban *Howard* szól a két kórokozó azonossága mellett, szerinte kétféle tra-

choma van: a chronikus trachoma a szemén és az acut genitalis trachoma. A csecsemők záradéklebnorrhoeája és a felnőttek acut trachomája eredetére nézve tulajdonképpen genitalis trachoma. Löwenstein a záradéktestek burkáról azt hiszi, hogy az vagy a bejutó vírus védőburka, amelyben szaporodik, vagy pedig a sejtplasma terméke az ellene való védekezés céljából. Axenfeld 1915-ben azt mondja, hogy a *Prowaczek-testek* élő természetűek csak valószínű és nem bebizonyított.

Újabban a figyelem inkább a trachoma-kérdés *klinikai és histológiai* részleteire irányul. Egyes szerzők a betegség keletkezésében a könnymirigynek jutottnak szerepet, ezzel szemben *Kreiker* csak kivételes esetekben talált ezen mirigyben elváltozást. *Wakisaha* átoltási kísérleteire támaszkodva azt hiszi, hogy a kórokozó a trachoma folliculusaiban rejtőzik. *Birch-Hirschfeld* histológiai vizsgálataiban a kivágott tarsusokon a hegek mentén mély plasmasejtes beszűrődéseket észlelt, ő ezeknek juttat szerepet. Az epithelnek csak alárendelt a jelentősége. A cornea trachomás elváltozásainak kérdésére *Huber* és *Horváth* vizsgálatai vetnek világot.

A trachomával szemben való *immunitás* kérdésében nagyon ellentétesek a vélemények. Egyes országok lakói úgyiszlóván teljesen mentesek (Svájc). Viszont észleltek olyan helyi epidemiákat is, amikor a betegség csak egyes népfajokat támadott meg, úgyhogy egyesek *fajdispositióról* is beszélnek (*Brana* 1922, *Elschnig* 1925, *Peters* 1925). *Haab* véleménye jogosultnak látszik, amikor azt mondja, hogy *Axenfeld* és *Lapersonne* azon kijelentése, hogy „sem faj, sem klíma nem adnak immunitást trachoma ellen”, revisióra szorul. A fajdispositio mellett érdekes az *egyéni hajlamosság* kérdése is: *Aschihaga* (1920) figyelmeztet, hogy olyan egyének, akiknek mandulái duzzadtak, hajlamosabbak az infectióra. *Brana* (1922) trachomás betegeknek nagy részénél degeneratív stigmákat talált, amelyek elsősorban a veleszületett constitutiós lymphatismusnak a tünetei. *Angeluccinak* (1925) feltűnt, hogy a phthisikusok a skrophulotikusokkal szemben nagyon ritkán szenvednek trachomában. Néhány francia szerző azt állítja, hogy a trachoma mint önálló betegség nem is létezik, „nincs klinikai pathognomikus jele, nincs jellegzetes szövettani képe, nincs bakteriológiai lelete, a betegség csak egy tünetesport.” (*Millet*.) Több szerző különösen a gyermekeket találja érzékenyeknek e betegséggel szemben, amint azt palesztinai és egyiptomi észleletek bizonyítják. Sok érdekességet mutatnak a serológiai vizsgálatok is.

Horay dr.

Jogosult-e a szemész, hogy megkísérlelje a malaria-therapiát az atrophia nervi optici kezelésében? *Moretti*. (Boll. d'occ. 1925.)

Mióta *Wagner-Jauregg* 1917-ben bevezette a paralysis progressiva és a tabes kezelésébe, a szerzők igen kedvező eredményeket láttak tőle: paralytikusok agyveléből teljesen hiányoztak a neuroglia új proliferációs processusai, a lymphocyta megkevesbedtek és az agygerinevelő liquorjában negatívvá vált a Wa. R., a lymphocytosis, hyperalbuminosis, hyperglobulinosis pedig megszűntek.

A kezelés technikája abból áll, hogy maláriás beteg roham alatt vett vérenek 2–4 cm³-t oltjuk be a betegbe, majd a kitört malariát az első roham után 10 nappal chininnel meggyógyítjuk. A hatás vagy a proteintherapiához hasonló, vagy a magas hőmérséklet öli meg a spirochetákat. Minthogy a malariatherapia az idegrendszerre kifejezett antispirechetikus hatással van és teljesen veszélytelen: pp. vagy tabes látóideg-sorvadásnál ajánlható.

Kretz Tibor dr.

Adagolás a kancsalság sebészeti kezelésében. *Maggiore*. (Ann. d'ott. 1926.)

Az első kancsalsági műtét *Dieffenbach*-tól származik, aki még az izom hasát metszette át. Az adagolás kérdésével első között *Landolt* foglalkozott; szerinte az egyedüli szabály, hogy insufficientiánál elég egy izom antepositiója, kisebbfokú kancsalságnál kettő,

nagyobbfokúnál pedig még tenotomia is szükséges. *Fuchs* szerint strabismus divergensnél a műtét eredmény később csökken, convergensnél növekszik. *Onfray* sem tartja lehetségesnek a műtét eredmény pontos kiszámítását, mert az izmok nem holt szövetek, hanem saját contractibilitással bírnak, alávetettek az idegeknek stb., de módunkban áll a műtét eredményét utólag corrigálni (például javító üvegekkel). *Blaskovics* szerint viszont pontosan lehet adagolni a műtétet, ha a resecandó izmot ad maximum kifeszítjük: 115 esetben mérte meg a kimetszett izomdarabot és azt találta, hogy 6 mm 5, 7–8 mm 10, 14 mm 45 foknyi közvetlen eredményt adott. Az utókezelés is nagyban befolyásolja szerinte a műtét eredményt, például a kötés hosszabb vagy rövidebb tartama. Minthogy sokkal biztonságosabb lehet a tenotomia hatását előre kiszámítani, célszerűnek véli szerző előbb az antepositiót végezni és tenotomiával a végleges eredményt corrigálni. De még ha pontos eredményt értünk is el, az csak abban az esetben lesz tartós, ha mindkét szem jól lát. Szerző felfogása szerint ugyanis a strabismus nem izomgyengeség, hanem a coordinációs centrum hibás működése folytán jön létre: amblyop szemnél pedig nincs meg az összetartó ösztön.

Igen fontos a műtétnél az izom hatásképességének figyelembe vétele is: erős izmon kis beavatkozás is nagy eredményt ad, gyengén erősebb is csődöt mondhat. Tekintetbe kell venni azt is, hogy narkosis, de sokszor még helyi érzéstelenítés is befolyásolja a kancsalság fokát. Vigyáznunk kell végül arra is, hogy a rectus internuson ne végezzünk oly erőlyes tenotomiát, hogy a convergentia lehetetlenné váljon.

Kretz Tibor dr.

Gyermekorvostan.

A morbilli-exanthema változatai tökéletlen Degkwitz-féle védőoltásnál. *E. Moro* és *E. Müller*. (Jahrb. f. Kinderheilk. 109–59. köt., 3–4 füz.)

A heidelbergi gyermekklinika pertussis osztályán kanyarós fertőzés miatt kilenc esetben *Degkwitz*-féle védőoltásokat végeztek, az oltásra átlagban öt cm³, pontosan a *Degkwitz* előírása szerint készült reconvalescens serumot használták. A kilenc oltott gyermek közül kettő néhány nap múlva típusos morbillit kap, ezek valószínűleg ugyanazon forrásból fertőződtek, mint az a gyermek, aki miatt a védőoltásokat végezték. Három gyermek nem kapott kanyarót. A többiek a rendestől eltérő, papulosus, papulo-vesiculosis exanthemat kaptak. Ezt azzal magyarázzák, hogy a RS. a szervezetbe jutva a morbilli kórokozóját nem pusztította el, csak legyöngítette és az így legyöngített vírus nem elég inger ahhoz, hogy specifikus lytikus antitestek képződjenek. Elmarad tehát a kórokozók specifikus oldódása s a kórokozónak elegendő idejük marad arra, hogy nagyobb kolóniákká fejlődjenek, amelyek ellen a szervezet már exsudatív folyamatokkal védekezik.

Istvánics dr.

Állatkísérletek a test zsírájának éhezéskor történő leépítéséről. *A. Frank*. (Monatschr. f. Kinderheilk. 31. kötet, 3–4. füzet.)

Zsírszerveségénél másképp viselkedik a szénhidrátokból felépített, mint a táplálék zsírával felvett zsír. A zsírok leépítésénél a *Knoop*-féle theoria szerint a stearin és palmitin-savas zsír, ide tartozik a szénhidrátból felépített zsír, jóval lassabban építetik le, mint az olajsavas zsír. Nem közömbös, hogy csecsemőnél, nagyfokú zsírszerveség esetében melyik zsírszerveség áll legtovább ellent. A tapasztalat mutatja, hogy a mesterségesen s természetesen táplált csecsemő zsírája között is van ebből a szempontból különbség, bár a zsír jódszáma tekintetében, amely pedig olajsavtartalmának az indicatora, alig különbözik valamit (55.6–56.3). Állatkísérletekben megfigyelte, hogy a patkányoknál éhezéskor halál után van e különbség a zsírokban akkor, ha azokat előzőleg szénhidrátdús, vegyes, zsírdús, illetve vitaminokkal kevert zsírdús kosztot tartotta.

Eredményei nem felelnek meg a Knoop-féle oxydatiós theoriának. Véleménye szerint a szervezet mindenféle zsírt egy bizonyos fokig nagy gyorsasággal épít le, függetlenül zsír minőségétől. Nem közömbös a szervezetre az, hogy a szervezet a zsírt szénhidrátokból építi-e fel, egyrészt gazdasági szempontból, másrészt, mivel a zsírtalan táplálás lezsalítja a szervezet immunitását és szénhidrát-dús táplálásánál igen sok vizet vesz fel a szervezet.

Istváncsics dr.

Májfunctió vizsgálatok tetrachlorphenolphthaleinnel. U. Franke (Klinische Wochenschrift. 1926, 1. köt. 15. füz.)

Rosenthal vizsgálatai szerint, ha különböző egyéneknek tetrachlorphenolphthaleint injiciálunk intravenásan, úgy ez normalis májfunctio mellett a serumban egy óra múlva már nem mutatható ki, abnormis májfunctio esetén ez idő elteltével is kimutatható bizonyos mennyiségben. Szerző 30 esetben alkalmazta a tetrachlorphenolphthaleint functionalis vizsgálat céljából. Eredményei szerint kisebbfokú májlaesio esetén a próba nem teljesen megbízható, mert egyrészt a tetrachlorphenolphthalein egy óra múlva olyan egyének serumában is kimutatható kisebb mennyiségben, kiknél a máj abnormis functiója kizárt, másrészt májbetegségeknél sem nagyfokú a retentio. A bizonytalanságot fokozza még a tetrachlorphenolphthalein quantitativ meghatározásának pontatlansága. A tetrachlorphenolphthalein a szervezetre nem teljesen ártalmatlan, injectio után gyakran lép fel rázóhideg, fejfájás, végtagfájdalmak, sőt néha öntudatlanság is.

Csapó dr.

Diphtheria-kezelésünk az 1921–1925. években. H. Heckscher. (D. Med. Wochenschrift. 1926, 2. sz.)

Beszámoló öt év orr- és garatdiphtheria-eseteinek kezeléséről. Főleg középsúlyos és súlyos eseteket kezeltek antitoxikus savóval, könnyűeket csak egész kivételesen; mindig igen nagy dosist alkalmaztak, egész 200.000 antitoxikus egységig és 500 cm³ serumig, esetenként intravenásan vagy intramuscularisan, esetleg kombinálva, legfeljebb négy egymástáni napra elosztva. 4819 esetből 57-et (1.2%) vesztettek el, 51-et a vérkeringési szervek elégtelensége folytán (kettőnél súlyos serumbetegség is volt), négyet a bénulásos szakban légzésbénulás, egyet a máj és vese toxikus károsodása, egyet a seruminjectiót követő collapsus következtében. A serum beadása után közvetlen hőemelkedést (26%), hidegrázást (6%), collapsust (3%), késői serumbetegséget igen gyakran (70%) észleltek, a már fenn külön kiemeltéken kívül mindig komoly következmények nélkül.

König Gyula dr.

A gyermekkori gümös megbetegedések prognosishoz. Nassau és Zweig. (Zeitschrift für Kinderheilk. 39. köt., 5 füz.)

A csecsemő- és gyermekkor (főleg tüdő-) gümőkórjának prognosisa nagyobb, hosszabb időn át pontosan észlelt beteganyag kórtörténeteiből igyekeznek támpontokat találni. Anyagukat három főcsoportba osztják. 1. Csecsemők tuberculosis. A prognosist döntő a fertőzés időpontja: abszolút rossz az első, alig jobb a második és harmadik, valamivel a negyedik életnegyedévben megbetegedettekénél. Jelentősen javulnak a korán fertőzött egyén kilátásai, ha a második év végét megéri. 2. A későbbi gyermekkor tuberculosis. Négy alcsoportra osztják: 1. a hatodik életév után tuberculosismentes környezetben nevelődött gyermekek acutan kezdődő és lefolyó tüdőfolyamatai, rossz prognosissal; 2. accidentalis megbetegedések kapcsán fellobbanó kórformák, környezetük révén valószínűleg már rég inficiált egyénekénél. Itt az accidentalis factor megszűnésével a baj javulni szokott, prognosist nem rossz; 3. változó lefolyású kórformák, bizonytalan és 4. régen lappangó — hirtelen, megadható ok nélkül súlyossá váló, aránylag ritka alakok — rossz prognosissal. 3. Recidiváló phlyctenás szemántalamokban szenvedő gyermekek tüdőtuberculosis, jó prognosissal. Szerzők is hangsúlyozzák, hogy a már v. Pfaundler által ki-

emelt 10. életév fordulópontot jelent rendszerint jó vagy rossz irányban, hogy egy korán kiállott enyhe fertőzés bizonyos fokú védelmet biztosít és elismerik, hogy a jelzett támpontok fennállása mellett is, a biztos prognosist eszközei hiányzanak.

König Gyula dr.

Elméleti tudományok köréből.

Az agy szénhidrátforgalma. Uchida, Bern. (Bioch. Zeitschr. 167. köt., 1–3. füz., 9. old.)

Takahashi kísérletei alapján a szerző vizsgálja azt a kérdést, hogy miképpen változik meg az egyes nar-kotikák hatása alatt az agy glykogen tartalma. Patkányokon végzett kísérletei azt mutatják, hogy legnagyobb a glykogen csökkenése urethan injectio után, amikor is a normalis glykogen-tartalomnak a felére is csökkenhet, utána sorrendben a chloroform, aether, morphin és a natriumbromid következik. Az agy egyéb szénhidrátjai is kevesbednek, de sokkal kisebb mértékben. Adatai igazolják Takahashi megfigyelését, hogy az agy izgalmi állapota glykogen-csökkenéshez vezet.

Antal Lajos.

A primaer tumor növekedésének és a metastasisoknak viszonya nyúl oltott tumorjainál. Ch. M. van Allen. (Journ. of exp. Med. 1925, 41. köt., 691. old.)

126 nyulat oltott spontán tumorral és eredményeit pontosan észlelte. Ezen célra egy indexet határoz meg, amely két egységből áll: a primaer tumor volumenéből és a metastasisok térfogatából. Vizsgálatai szerint a betegség súlyossága változik a különböző kísérleti sorozatokban, de azokon belül egyénenként is változó. A metastasisok és a primaer góc térfogatának viszonya igen változó.

Zalka Ödön dr.

Resistentiavizsgálatok spontán egércarcinomával szemben olajsav-injectio után. W. Nakahara. (Journ. of Exp. Med. 1925, 41. köt.)

Kísérleteiben a Lathrop-féle spontán emlőcarcinomat használta, amellyel szemben a resistentia olajsav-injectio után nagyobb lesz. Erre bizonyíték, hogy olajsav-injectio után az eltávolított tumor helyén kevesebb a localis recidiva, az autotransplantált tumor kevésbé vagy egyáltalában nem növekedik; injectiók után kevesebb a metastasis és az egerek hosszabb ideig maradnak életben. Szöveti különbségek is vannak, a kezelt állatok tumorába nagymennyiségű kötőszövet nő be a peripheriáról.

Zalka Ödön dr.

Vegetativ természetű izgató anyagok képződése működő izomban. K. Shimidzu, Zürich. (Pflügers Arch., 211. köt., 3–5. füz., 403. old.)

A szerző a nyugalomban lévő és elektromos árammal indirekte izgatott békaizomból elfolyó physiologias oldatot megvizsgálta különböző, biologiailag activ anyagokra. Kísérleteivel igazolta egyesek azon megfigyelését, hogy az izomzat, működésével kapcsolatosan különböző izgató anyagot termel, melyek közül az egyik a túlélő hélen és szíven nagy hígítású acetylcholin-oldathoz hasonlóan hat, míg a többiek izgatják úgy a szívet, mint a belet, anélkül, hogy hatásukat akár atropinnal vagy ergotaminnal meg lehetne szüntetni. Az utóbbi anyagok biologiiai definitiója ezideig még nem sikerült.

Antal Lajos.

Experimentális kátránysarkoma és annak továbboltása csirkékben. J. B. Murphy és K. Landsteiner. (Journ. of exp. Med. 1925, 41. köt., 807. old.)

Köszénkátrányból destillálással és különböző kioldási methodusokkal kivonatot készítettek. Csirkék jobb mellébe hét napos csirke-embryosövetet oltottak a jobb mellbe, ugyanazt kátrányszívattal keverve. A tumorok növekedése különböző volt, a legtöbb visszafejlődött. Öt hónap múlva már csak három csirke volt életben, ezek közül kettőben a kátránnyal kezelt oldalon progressiv növekedésű tumor volt. Az első tumor orsósejtes sarkoma, amelyben az embryoma maradványai (esont, pore) még láthatók. Metastasisok nem vol-

tak, a tumor nem volt továbboltható. A második tumor szintén orsósejtes sarkoma, amely metastasisokat képezett a májban és tüdőben. Ebből 50 csirkét oltott tovább, melyekből csak egyben fejlődött tumor. Ezt tovább oltva a második generációban már 34 oltásból 17 fogant meg, az idősebb esetekben számos metastasis fejlődött. A harmadik generációban 13 oltásból 12 adott pozitív eredményt, számos metastasisal. A törzset 11 generáción keresztül tartották fenn, a tumor jellege nem változott, csupán a sejtek lettek szabálytalanabban, a gyorsan növekvő tumorok pedig nekrotikusak. Az esetek körülbelül 50%-ában volt metastasis kimutatható. A tumor ultrafiltratumaival a törzs nem volt továbbvihető, úgyszintén kiszáritott tumoranyag oltása sem volt sikeres.

Zalka Ödön dr.

Az acut appendicitis aetiologiája. S. Warren. (Am. Journ. of Path. 1925, 1. köt., 241. old.)

66 acut esetet vizsgált. Leggyakrabban a B-colit mutatta ki, (25 esetben egyedül, 12 esetben egyéb mikroorganizmusokkal társulva). Streptococcus haemolyticus egyedül hat, B-colival együtt kilenc esetben fordult elő. Proteus vulgaris és B-pyocyaneus 5-5 esetben volt kimutatható. A kezdeti elváltozások a lumen szélén láthatók. A különböző mikroorganizmusoknak megfelelően nem talált különböző histológiai elváltozást, csupán a streptococcus haemolyticus által okozott esetekben volt vérzéses a gyulladási reactio. Az Aschhof által leírt vékony Gram-pozitív bacillust nem tudta a laesisokban kimutatni, a lumenben is ritkán. Gyermekekben lotaris pneumonia után periappendicitist talált, mindkettőt I. típusú pneumococcus okozta. Vizsgálatai a haematogen infectio ellen látszanak szólani. Az acut appendicitis nem specifikus megbetegedés, különböző mikroorganizmusok okozzák.

Zalka Ödön dr.

A tetanus, a Welch és egyéb sporaképző anaerob bacillusok kimutatása az emberi nyálban. J. C. Hall. (Journ. of infec. diseases. 1925, 37. köt., 87. old.)

Sporaképző anaerobok sporája csak ritkán fordul elő a nyálban, így B. Welchii, tetani, bifermentans és tetanomorphus. Ezek nyilván átmeneti saprophyták, amelyek nem szerepelnek a pyorrhea aetiologiájában, legfeljebb azért, hogy résztvesznek a fogköképzésében.

Zalka Ödön dr.

Vérrelváltozások B. Welchii infectiónál. B. S. Cornell. (Journ. of inf. diseases. 1925, 36. köt., 508. old.)

Nyulakat említett bacillussal fertőzve különböző fokú chronikus anaemiát észlelt; különösen feltűnő az anisocytosis, amely a bacillustoxin direct hatása által jön létre a keringő vérben.

Zalka Ödön dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Hazai gyógynövények; termelésük, értékesítésük, hatásuk és orvosi használatuk. Irta: Magyary-Kossa Gyula egyet. tanár és Darvas Ferenc közgazd. egyet. előadó. 255 képpel, 416 oldal. Kiadja az Athenaeum Irodalmi és Nyomdai R.-T. Budapest. Ára 15 pengő, a két rész külön-külön 7-5 pengő.

Egy rendkívül ügyes és hasznos könyv került e művel a piacra, amit örömmel üdvözölhet és sok haszonnal és élvezettel forgathat nemcsak az orvos és szakember, hanem az egész művelt magyar közönség. A munka I. része, Magyary-Kossa írása fekszik szakmánkhoz és érdeklődésünkhöz közelebb, ami a hazai gyógynövények hatásáról és orvosi használatáról szól. Beosztása pharmacoterapiás, nekünk való. A növény pontos leírása, előfordulása, hatóanyagtartalma után gyógyhatásával és méreg hatásával foglalkozik a szerző, de hogyan?! Aki ismeri Magyary-Kossa írásait — és ki ne élvezte volna már azokat —, annak nem kell ezt bővebben elmondanom. Az a zamatos magyarság, egyszerű mondatfűzés jellemzi stílusát, ami oly könnyűvé teszi olvasásunkat és szinte észrevétlenül olt belénk physiologiái megértéseket, miket a „Handbuch“-ok nehéz nyelven oly bonyolultaknak találtunk. Ez különösen a laikus olvasóra lesz értékes, kinek a szerző ott, ahol szükséges, s amennyire szükséges, a fogalmakat

is megmagyarázza néhány ügyes szóval. Az orvosi műszavakat is ott találjuk mindenütt zárjelben a találó magyar kifejezések mellett. A hatások megértéséhez szükséges élettani functiók, pl. vizeletképződés, vérkeringés stb. magyarázatát igazán mesterien adja, s nem ritkán még bizonyító kísérletek leírásába, ábrákkal, görbékkel igazolásába is belefog. A méreghatások és a népies felhasználás leírásában van Magyary-Kossa különösen a maga elemében: mint vérbeli toxicologus és historikus. E tekintetben könyve oly elsőrangú, az embert annyira lebilincseli, hogy olvasását nehéz abbahagyni. A háttérben a világtörténelem is fel-feldereng (Socrates, Pericles halála) és közben annyi érdekes történelmi feljegyzést és saját tapasztalatot találunk, hogy néhol a szöveg valósággal izgalmas olvasmánnyá válik (nicotin, anyarozs).

Ehhez járul még a sok szép kivitelű ábra, mi a szöveg olvasására szinte felhívja érdeklődésünket. Nemesak növények és részeik, hanem pl. ópiumpipázók, pestis-orvos, mérgezésekre jellemző állapotban lévő állatok, contracturák, bőrbajok képeit is fellelhetjük itt.

Magyary-Kossa megint valami olyat nyújtott a magyar közönségnek, ami nyilván abból a „magyar génusz“-ból fakadt, amit nem egyszer már annyi meggyőző erővel védelmeztet és hirdetett.

Egy ilyen I. részhez nagyon nehéz méltóan sorakoznia a társszerzőnek a maga II. részével, mely a Hazai gyógynövények ismertetését, gyűjtését és értékesítését foglalja magában. Hogy megis megállja a helyét, az írója szakavatottságára és ügyszeretetére mutat, amivel tárgyát organizálja és feldolgozza. Természetesen már szárazabb voltánál fogva sem lehet oly érdekes és lebilincselő, mint az I. rész, de mindennél világosságra és hasznosságra törekszik. Nem mestere a tollnak és a magyar nyelvnek, szinte „gyászosan“ vonja be szövegét a rengetegszer előforduló „gyógyászat“ szó; a begyűjtés se hangzik valami kellemesen fülünknek, a „történik“ szót mint ma divatos nyelvrontást is bőven használja. Azt sem érti magyar ember, hogy egy növény „július–augusztus hónapok között“ (?) virágzik: ahelyett, hogy „július vagy augusztusban virágzik“. A munkát rövid általános rész vezeti be hasznos tudnivalókkal és rajzokkal a gyógynövények termesztésére, gyűjtésére, szárítására, feldolgozására vonatkozólag; de ezekről még minden egyes növénynél külön is szó van, hogy a különleges figyelemzetelek el ne maradjanak. És mégse találtam meg sehol azt az elemi szabályt, mit egy mentharatáskor magam tapasztaltam: hogy ne arassunk le egy nap többet, mint amennyit szárítás útján fel tudunk munkaerővel és padlással dolgozni, mert a learatott halmok egy nap alatt megfeketednek.

A nevezetesebb növények tárgyalása kissé bővebb lehetett volna a mellékesebb rováására. Ábrái csinosak tanulságosak és ami fő: számosak; minden növényről van benne ábra, nem színes ugyan, de elég jó. Hátralag gyakorlati táblázatok: egy gyűjtési naptár, nemzetközi kereskedelmi elnevezések, száradási veszteség és végül a tudományos magyar, német és francia elnevezések táblázatai egészítik ki a mű használhatóságát.

Orvosaink kézikönyvtárából nem szabad hiányoznia e magyar könyvnek, amiből mindenki sokat tanul és vidéki praxisa közben a nép munkaképteleneivel sűrűn érintkezve, áldásává lehet körének, ha e könyvből szerzett hozzáértésével megszervezi ott a gyógynövénygyűjtést mint keresetforrást. A munka két része külön is kapható, de kár volna bárkinek is azokat elválasztania egymástól.

Vámossy.

Lehrbuch der Augenheilkunde von Professor Ernst Fuchs. XV. Auflage. Bearbeitet von Maximilian Salzmann mit 347 Abbildungen. Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke Leipzig und Wien. Ára fűzve 20 márka (körülbelül 340.000 magyar papírkorona.)

A legelterjedtebb s mondhatjuk legjobb szemészeti tankönyv XV. kiadása újból pótlásokkal, kiegészítésekkel és színes táblákkal gazdagodott. Az utolsó kiadásokat Salzmann gráci tanár Fuchs volt assistense rendezte sajtó alá és egészítette ki. Az első 30 év alatt 12 német kiadást ért meg, az utolsó öt év alatt három. A legtöbb európai nyelvre le van fordítva, sőt japánra is. A könyv e nagy népszerűségének oka abban rejlik, hogy leírásai világosak, érthetők s minden mondatban magán viseli Arlt iskolájának törekvését, mely abban áll, hogy orvostanhallgatóknak és orvosoknak azon sze-

mészeti ismereteket nyújtja, melyek a gyakorlat számára szükségesek. Kevés theoria, még kevesebb hypothesis, annál több klinikai tapasztalás található, e most már ezer oldalas könyvben. De nemcsak a gyakorló orvos, hanem még a szemész-specialista is értékes tanácsadót talál e könyvben. Indokolatlan beavatkozásoktól, reménytelen kísérletezéstől, a bizalmat megingató tapogatózástól megóv. A könyv legértékesebb része a szem külső betegségeinek tárgyalása, a szemfenéki betegségek leírása sokat nyert az utolsó kiadás-hoz csatolt színes táblák által. *Salzmann* a szemészet haladásának megfelelő kiegészítéseket is megtette. A könyv beosztásának megváltoztatása azonban nem válik annak javára. *Fuchs* e könyve kétségtelenül a gazdag német tankönyv-literatúrának egyik legértékesebb gyümölcse.

Grösz Emil.

Der Staub in der Industrie seine Bedeutung für die Gesundheit der Arbeiter und die neuen Fortschritte auf dem Gebiet seiner Verhütung und Bekämpfung. Prof. *Lehmann, Engel und Wenzel.* Verlag: Chemie Leipzig-Berlin.

E kis 60 oldalas füzet a legutóbbi német ipar-egészségügyi kongresszusának első napján tárgyalt ama előadásokat tartalmazza, amelyek célja volt a tudománynak leszárt, ez irányú tapasztalatait, gyakorlati értékeit kivinni a nagy nyilvánosság s nem az orvosok elé. Az első fejezetben *Lehmann*, a würzburgi egyetem kiváló hygienikusa népszerű irányban, sokott szakszerűséggel tárgyalja a gyárakban munkaközben keletkező pornak veszélyességét az emberi szervezetre s különösen a tüdőre, valamint ama összefüggést, amely a por behatása és a gümös folyamat keletkezése között fennáll. Szerinte a kis ideig tartó, vagy az egyszeri belélegzése a pornak veszélytelen, de a tüdőben szunnyadó betokolt és így a szervezetre ártalmatlan gümös góc a folytonos porbelélegzés folytán fellobbanhat. Ezt természetesen elősegíti a túlmunka, a rossz táplálkozás és a meghűlés. Ezen fejtegetéseket mintegy folytatja *Engel*, midőn rámutat arra, hogy egyes pornemű anyagok belélegzésével szemben a szervezet természetes elhárítóképesseggel bír s hogy a porbelélegzés okozta tüdőelváltozások a gümös bacillus letelepedéséhez, helyi dispositiójához vezetnek. Ilyen értelemben veszélyes pornak tartja a quare és quare-nemű anyagokat a homokkőzet porát; kevésbbé vagy alig veszélyes a mész, a márvány, gipsz, cement, sőt a köszén és a gránit pora is. A harmadik fejezetben *Venczel* ipar-egészségügyi szempontból számos ábrával illusztrálva tárgyalja a porelhárítás gazdaságosan keresztülvihető sokféle módját. E jól megírott, a tárgyat kimerítő könyvecske, mely a *Centralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung* mellékleteként jelent meg, megérdemli, hogy az e tárggyal foglalkozók azt áttanulmányozzák.

F—ch.

Über Rheumatismus und chronische Gelenkerkrankungen. *W. Schulhof.* „Petőfi“ irod. vállalat kiadása 1926. 114 old. Ára 62.500 korona.

Egy komoly tanulmányokkal szívesen foglalkozó orvos nagy irodalmi ismerete, helyes kortani gondolkodása és több évtizedes tapasztalata a physikalisk és balneotherapie terén adta nekünk e kis könyvet, amiben azonban mindent megtalálunk, amire a szakma iránt érdeklődő orvosnak szüksége van. A fejezetekben szerző balneologiai előadásaira, magyar közleményeire ismerünk, melyek helyes csoportosításban teljes egészet adnak. Hogy magyarul nem jelent meg, annak — sajnosan csekély számunk mellett — talán ez is az oka. Ajánljuk mindenkinek, aki rövid, de jó tájékozást óhajt e szakmából.

V.

A fogyatékos értelem. *Szondi Lipót.* 36 ábrával. 364 lap. A magyar gyógypaedagógiai társaság kiadása. Budapest, 1925.

A néphygiene egyik fontos fejezetét képezi a gyermeki lélek kóros eltéréseinek ismerete és különösen ezen hibák megelőzése. A szerző az endokrinologia és constitutio tanának legújabb eredményei alapján világít be a gyermeki értelem fogyatékoságainak fejlődésére. Különösen a gyakorló orvos jut gyakran abba a helyzetbe, hogy a szülők ez irányban tanácsot kérve tőle, csakis a kellő ismeretek alapján fogja ezt megadhatni. És ebben a könyvecskében kitűnő útmutatót fog találni, mely az orvost az értelmi fogyatékoságok okairól, alakjairól és megelőzéséről bőven tájékoztatja. Különösen ki kell emelnünk a számos és sikerült ábrát.

Reuter.

Technik der Massage. *Hoffa.* Herausgegeben von Prof. H. Gocht. Achte verbesserte Auflage, 1925. Verlag von F. Enke, Stuttgart. 10 márká, kötve 11-6 márká.

Nem lehet nagyobb dícséret egy könyvre, mint, hogy — a tudomány rohamos fejlődése dacára — a benne foglaltak 32 évvel az első kiadás megjelenése után még mindig érdemesek arra, hogy egy újabb (8-ik) kiadás útján még nagyobb elterjedést nyerjenek.

Hoffa 1893-ban könyvében a massage technikáját oly könnyen érthető szöveggel s oly szemléltető módon írta meg, hogy a massage alkotó kézfogások megtanulásában és végzésében tökéletes útmutatást adott. A *Hoffa*-féle „anatomiai“ massage nemcsak tanítványainál talált méltánylásra, hanem alkalmas volt arra, hogy a gyakorló orvosok körében is sok hívet szerezzen magának, s így valósággal az orvostudomány közkinésévé vált.

A most megjelent 109 oldalszámot kitevő nyolcadik kiadás használatosságában még nyert azáltal, hogy *Gocht* az eddigi 47 ábrát még 38-al egészítette ki, ami által a különben változatlan szöveg még érthetőbb és világosabb lett.

Horváth Mihály.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 20-i ülése.

Bemutatás:

1. Adler-Rácz Antal: Köves anuria solitaer vesében. Az úgynevezett alvó kövek, hosszú ideig észrevétlenül fejlődhetnek a veseparenchymában vagy vesemedencében. Ha bármely oknál fogva a pyelumot vagy uretert elzárják, súlyos hevenytünetek jelentkeznek. A vesekolikát a vesefeszülés okozza, melyhez az ureterköveknél az ureter fokozott peristaltikája járul, melylyel a beékelte követ igyekszik kihajtani. Súlyosabb tünet: a vizeletkiválasztás csökkenése, vagy teljes hiánya. A ritkán előforduló kétoldali elzáródást és reflectoriás anuriát leszámítva az anuriával leggyakrabban ott találkozunk, ahol a másik vese veleszületett vagy műteti hiánya van jelen, vagy, ahol testvérszerv a reáháramló munkát elvégezni nem tudja. Az ureterben megakadt kövek therapiáját illetően nagy különbség, ha az anuriával, vagy anélkül jelentkeznek. Jól működő másik vese mellett időnk van kivárni, a kő spontán eltávolozásáig, az anuria sürgős beavatkozást igényel. Kielégítő vesefunctio mellett csak akkor kell az ureterkövet operálni, ha a többszörös vizsgálatok a beékelte követ mindig egyazon helyen mutatják, amikor is féltő, nehogy az elzáródás a vesét előbb-utóbb erősen megviselje. Az észlelt beteg kórlefolyása. A 42 éves betegnek három év előtt többször ismétlődő baloldali vesegörcsei voltak, melyek egy lencsényi kő kivételése után megszűntek. Egy hete vannak jobboldali görcsei. A vizsgálatnál tiszta vizelet jobboldali tátongó, oedemát ureternyílás a bevezetett ureterkatheter 23 cm-re elakad, nem vezet; indigó nem jelenik meg ez oldalt. A másik veseműködése kifogástalan. A vesel-elzáródás indikálta vesefeltárásnál megnagyobbodott, szívós, apró tályogokkal átszótt vesét találtak. Pyelum tágult, alatta az ureter heges, datolyamagnyi kő érezhető, mely el nem mozdítható. A másik vese jó functiója tudatában a vesét eltávolítják. A vesemedencében még több apró követ találtak; a veseszövet heges, szívós. A sebgyógyulás zavartalan. Három hó múlva újból jelentkezett; egy hó előtt, kocsikázás után véres lett a vizelete, baloldali fájdalmai voltak, majd egy lencsényi követ vizelt ki. Három nap előtt újból véres vizelet, baloldali görcsök és azóta nem vizelet. Felvételtkor a hólyagot üresnek találták, bal ureter kiemelkedő, oedemát actio nincs, az ureterkatheter 1½ cm-re megakad. A Röntgen-felvétel az akadálnak megfelelően kőárnyékot nem mutat. Az anuria nem oldódván, műtét. A feltárt bal vese feszes, megnagyobbodott, ureter kanyargós, vékonyfalú, feszesen felt. Az ureter megnyitása után nagy nyomással ürül tiszta vizelet. Az ureteren át a hólyagba jutni nem lehet. Pyelumba 12 Ch. nelson katetert rögzítenek. Öt nap múlva a beteg vizelet ingerről panaszkodik. Hólyagban kevés vizelet és egy kölesnyi kő. Az ureter jól átjárható. Pár napig (az ureter-sipoly záródásáig) állandó ureterkatheter. Ennek eltávolítása után a beteg a követ spontán kiüríti. Gyors sebgyógyulás. Solitaer vesénél fellépett anuriánál, ha az ureter átjárhatatlan, sürgős beavatkozásra van szükség.

ség. Elégséges az anuria egyszerű megszüntetése is a fenyegető veszély elhárítására, mert a Röntgennel ki nem mutatható kicsinyesű kő a nagy feszülés és görcsök szünetével spontán is eltávozhat, az akadály felkutatása súlyos állapotban levő beteget túlságosan igénybe venné. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt, hogy a vesekőmegbetegedést mindig kétoldali vesebetegségnek kell tekintetni. Sajnos a conservatív műtétek ritkán hozzák meg a tőlük várt eredményt, inficiált esetekben a recidiva majdnem bizonyos; egy teljesen elpusztult, a szervezetre csak kárthozó szervnél, a radicalis beavatkozás szükséges.

2. Ifj. Liebermann Leo: Hályogoperálás irridotomiával. A hályogoperálásnál a legtöbben nem helyeznek súlyt a szépségi szempontokra. A kozmetikus szempont negligálását már más alkalommal, az enucleatio szokásos módjára nézve is kifogásolta előadó. Ahol a szépségi szempont respektálása hátrányt vagy veszélyt rejt magában, ott azt fel kell áldozni. Az öregkori hályog extractiójánál a szokásos széles iridektomia igen elcsúfítja a szemet, sajátságos bágyadt kifejezést ad szemnek s vele az egész arcnak, de még a lehető keskenyre szabott iridektomia is legalább olyan széles rést nyit az irisben, mint a mekkora a pupilla átmérője, a pupillának fényre való szűkülését is jelentékenyen korlátozza, ami nem csekély optikai hátrányt jelent. E mérlegelek készítetik a kerekpupillás extractio híveit annak minél kiterjedtebb alkalmazására, ami a másik irányban jelent túlzást. E módszer alkalmazásának megvannak a feltételei, melyeket szigorúan kell venni s amelyek az előadó szerint az esetek nagyobbik felében nincsenek megadva. Van ilyenkor is mód rá, hogy ezt az ideális eredményt megközelítsük; amelyet előadó két évvel ezelőtt megismertetett a Magyar Szemorvostársaságban. Iriskimetszés helyett az irist a seb közepének vonalában függőlegesen átmetszük, miután előbb az iridotomiás olló bevezethetéseire kicsiny gyöki kivágást végeztünk. Az eljárást basoradialis iridotomiának nevezték el. Mint bemutatott betegén is látni, az iris része keskenyebb, mint a pupilla mindenkori átmérője, a pupilla kitűnően megszűkül fényre. Az eszme egy indiai szemésztől származik, aki az irist előbb csípővel húzza elő s ollóval a sphincter felől a gyöke felé metszi be. Ezt a technikát az előadó tökéletlennek véli. A módszer első ismertetése óta minden hólyagextractiót így végzett s a műtét kivitele nem nehezebb, nem disponál az iris becsípődésére a sebzugokba, az egész körébe meghagyott (bár átmetszett), sphincternek sokkal jobb a contractioja, mint mikor egy darabja hiányzik az iris kolombaszárainak repositioja könnyebb és biztosabb, mint iridektomia után, magától is jobban visszahúzódik az iris. Mint praeparativ műtét is végezhető az éretlen hályognál, első alkalommal a kis gyöki kimetszés végzendő, az iridotomia az extractio alkalomával.

Grósz Emil: A Liebermann Leo által ajánlott eljárás compromissum a hályog extractio két módszere: a kerekpupilla és az iriskimetszés között. Mint ismeretes compromissumnak előnyei és hátrányai is vannak s nem is dönthető el a harcot azok között, kik a hályogot kerekpupillával és iriskimetszéssel operálják. E harc éppen olyan régi, mint a hályogextractio maga — tehát idestova 200 éves. Graefe tekintélye 1865-ben a kombinált methodust tette uralkodóvá, halála után a franciák részben chauvinismusból *Daviel* kerekpupillás methodusát propagálták. De az iris-prolapsusok nagy száma, csakhamar discreditalták az eljárást. Ezek elhárításán törekedett *Schulek* sebkészítési módszerével, mely azonban nem vált be. Sokkal eredményesebb az iris gyökének ki- vagy bemetszése, miáltal az iris prolapsálása meg van nehezítve. Amit *Hess* és *Elschnig* javasoltak. Előbbi módszert ki is próbálta, s 1921-ben egy sorozatot e helyen be is mutatott, de három hátránya általános alkalmazásának útját állja: a) jóval nagyobb sebet kell készíteni, b) a pupilla területének megtisztítása a kéregmaradékoktól nehezebben sikerül, c) nem mentesít teljesen irisbenövésektől. *Liebermann* az ő termékeny inventiójával s kitűnő tehnikájával meg akarja szüntetni e hátrányokat, de az ő módszere természetesen nem kerekpupillás, hanem colomobás. Annak a keskenysége sem a látás javításában, sem a kozmetikus szempontból nem játszhat nagy szerepet, viszont az irisbenövés lehetőségét annál kevésbé zárhatja ki, mivel sphincter bemetszése mégis csak csökkenti annak contractilitását. Könnyen megtörténhet, hogy a beteg utóbb jelentkezik benőtt iris-gyökkel s annak következményeivel, amint

az széles colomobánál s kerekpupillánál is előfordul. Ilyen körülmények között indokolt a skepsis, de természetesen tapasztalás és pedig igen nagyszámú eseten szerzett tapasztalás fogja eldönteni, hogy a *Liebermann* tagtársnál megszokott leleményességgel és nagy ügyességgel kidolgozott módosítás bevál-e. A kérdés az lesz, hogy melyik módszerrel lehet több embernek tartósan látását visszaadni? Az utolsó 20 év alatt az I. sz. egyetemi szemklinikán több mint 10.000 hályog-extractiót végeztek s ezidőszert az az álláspont, hogy a fő methodus az iris kimetszése, extractio s kivételes a kerekpupillás.

Liebermann Leo: A kerekpupillás műtét részletezésére nem akart kitérni: veszélyeit ismeri, ezért hangsúlyozta az indicatio szigorú megszabását. Nem is végzett addig kerekpupillás műtétet, míg *Blaskovics* kötőhártyakötényes sebvédelme nem eliminálta az irisprolapsus veszedelmét. Saját módosításával is mindig így végzi előadó a hályogműtétet. A szokásos széles iris-kimetszés nem nyújt abszolút biztonságot az iris benövésének lehetőségével szemben, sőt irisprolapsus is előfordul. A meg nem esonkított, csak átmetszett sphincter ellenben jobban visszahúzza az irist, tehát semmi esetre sincs nagyobb tendencia a magasabban álló koloboma keletkezésére. Pilocarpin-beecseppentés a subconjunctivalis novocain-adrenalin befeeszkendés előtt még fokozza a biztonságot.

Előadás:

1. Boros József: A vörösvértetek nagyságának és alakjának jelentősége a vérbetegségek diagnosztikájában. (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

2. Fejér Árpád: Vizsgálatok a sklerosis multiplex aetiologiájáról. (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

Schuster Gyula: Három irányban járult hozzá a sklerosis polyinsularis aetiologiájának tisztázásához s hozott döntő bizonyítékokat. 1. A syphilitis multiplex sklerosisnál a velőten gócookban spirochaetákat talált nagy mennyiségben, de elszórtan is. 2. Sklerosis polyinsularisnál az erekben és erek körül spirochaetoid képleteket tudott kimutatni, halál után azonnal fixált agyak vizsgálatánál, míg oly képleteket semmiféle más körzetekben sem lehetett látni. 3. Először hangoztatta a sklerosis polyinsularisnál s más infectióknál feltehető vegyes fertőzést vírussal vagy más spirochaetákkal. (A spirochaetákat diapositíven demonstrálja.) Ezek a tények megdönthetetlenek, de kevés számú anyagon történtek, az a tény, hogy a sklerosis polyinsularis betegség a polyomyelitis és encephalitis semmiféle klinikai rokonvonalat nem mutat, gyaníthatjuk a betegség spirochaetás eredetét. Az állatkísérlet nyúlón sohasem lehet döntő rossz tapasztalataink, jelen tudásunk révén ily nehéz és kényes aetiologias kutatásnál.

Markos György: Ismeretlen kórokozójú fertőző betegségekkel foglalkozván, véres ascites-bouillont sőt látótérben vizsgálva spirochaetát, illetőleg leptospiraszerű képletek nagy tömegét találta. E spirochaetaszzerű képletek finom fonalak, egyik vagy mindkét végükön apró csomócskával. Élénk unduláló mozgást végeznek, mely nem egyirányú és nem tovahaladó. Festett készítményben vagy *Fontana* szerint impregnálva nem láthatók. Hosszú és intenzív karbol-fuchsin és *Gimsa*-festéssel, *Löffler*-féle páccal néha sikerül feltüntetni őket. Ezek a kezdetben mikroorganizmusnak gondolt képletek ugyanolyan tulajdonságokkal jellemezhetők mint azok, melyeket az előadó a sklerosis polyinsularissal kapcsolatban ismertetett, úgyhogy oka van feltételezni, hogy az általa látott leptospiraszerű fonálkák azonosak azokkal a „spirochaetákra emlékeztető” képletekkel, melyeket a fenti betegség okozója gyanánt írtak le. E fonálkák bár a véres táptalajokban erősen elszaporodni látszottak, nem mikroorganizmusok. Normális vérben is elvéve megtalálhatók, lázas fertőző betegek, különösen agonizálók vérében nagy számmal jelennek meg. Német szerzők anaemia perniciosás vérében, mások állati hullák szívében találtak hasonló képleteket. Állati kadaverekben, szervemulsiókban és egy vizsgált anaemia perniciosás vérében teljesen a fentiekhez hasonló fonálkákat talált. Úgy in vitro, mint a szervezeten belül megjelenésük párhuzamos a vörösvérsejtek szétesésével és mennyiségük a szétesés mérvével arányos. Festett készítményben képződésük egyes stádiumait is sikerült megrögzíteni, miért is egész határozottsággal a vörösvérsejtek szétesési termékének tarthatja azokat. Előadó előző vizsgálataival szemben arra a végeredményre jutott, hogy

a leírt spirochaetaszerű képletek nem specifikusak és nem okozói a sklerosis polyinsularisnak. Ha be fog bizonyulni, hogy mindketten azonos képletekről beszélnek, akkor a megállapításokhoz azt is hozzá fogja fűzhetni, hogy a kérdéses spirochaeták nem is mikroorganizmusok, hanem a vörösvérsejteknek, talán stromájából származó, leginkább csak paraboloid kondenzorral meglátható szétesési termékei.

Schill Imre: Igen acut lefolyású sklerosis polyinsularisnál negatív oltási eredményt kapott.

Fejér Árpád: Minthogy e képletek a bélben kimutathatók, nem lehetnek vértermékek.

Az Erzsébet Egyetemi Tudom. Szövetség orvosi szakosztályának március 12-i ülése.

Bemutatás:

Kassay Dezső: *A valvula Bauchiniból kiinduló galambtojás nagyságú obstrukciós tüneteket okozó tumort* mutat be, mely áttéteket képezett a retrocoecalis nyirokcsomókban, a mesenterium serosáján. Műtét: a coecum és 15 cm hosszú ileumrészlet resectiója után, anastomosis a colon transversum és ileum között (prof. Bakay). A szövettani vizsgálat carcinoma basicelluláris állapotú meg (prof. Entz). E ritka tumor az úgynevezett carcinoidok csoportjába sorolható, melyek inkább az ileumban fordulnak elő és jellemző rájuk, hogy jobbindulatú tumorra valló szöveti szerkezet mellett gyakran, mint a bemutatott esetben is, gyorsan nőnek, szűkületet okoznak és áttéteket képeznek.

Kovács István: *Hármas ikerszülés esete.* Egy 33 éves, hatodszor terhes nőt mutat be, aki a negyedik terhességéből már egyszer szült ikerpárt. Anyai ágon családjában is volt már ikertehesség. A mostani hatodik terhességéből három magzat származott, akik közül az elsőt intenzíven kívül, kezelőorvosa fogóval élve hozta a világra. A másik kettő a vajudónak a klinikára való beállításakor — 19 órával az első magzat megszületése után — lábrafordítás után élve extraháltatott.

Az első magzat súlya: 2400 g, a másodiké 2000 g, a harmadiké 1850 g. A lepények összes súlya: 910 g volt.

Az eset érdekességei: 1. A hármasszülés fokozottabb feladatait az anya szervezete a terhesség alatt minden különösebb panasz és zavar nélkül viselte s azokkal szemben legfeljebb annyiban vált insuficienssé, hogy a terhesség a nyolcadik hónapjának befejeződésekor félbeszakadt. 2. Az ikertehességéből három magzat született. *Hellin 6400, Guzzoni 7100, Veit* pedig 8000 szülésre látott egy hármasszülést előfordulni. *Scipiadés* szülészeti anyagában 4967 szülésre ez az egy hármasszülés esett. 3. Mind a három magzat elég jól fejlettnak találtatott s életben volt tartható, annak ellenére, hogy mindegyike műtét szülés útján jött a világra, az utolsó pláne korai részleges lepényleválás mellett. 4. Az első magzat egészen más közséjben született, mint a másik kettő. 5. A gyermekágy — dacára a műtét szüléseknek, s annak, hogy a másik két magzat megszületése az elsőét 19 órával követte — teljesen simán folyt le. 6. A három magzat mindegyike külön petéből származott. Amit a három teljesen különálló lepény bizonyított. Ezért is ezt a nőt valószínűleg azon egyének közé kell számíttatunk, akiknek Graaf-tüszőiben — mint arra *Bumm* és *Strassmann* szolgáltatnak histológiai példákat — egyenél több pete foglaltatik.

György Armin: Még a pécsi bábaképzőben való segédkezése idején szintén látott egy hármasszülést, melynél szintén mind a három magzat életben maradt.

Előadás:

Ifj. Imre József: *A szem és segédszerveinek rosszindulatú daganatai.* A rákelőadások sorozatában azzal a megokolással foglalkozik a rosszindulatú daganatokkal ilyen összefoglaló módon, mert a gyakorlóorvosnak és a daganatok miatti halálozás csökkentésére törekvő magánosoknak és testületeknek nem a daganat histogenesise, hanem annak az emberi életre való befolyása a fontos. Előadásának első részében a szemhéj, a szemteke, könnyűszervek és szemgödör rákjáról számol be. Hangsúlyozza, hogy az aránylag jóindulatú szemhéjbőr-rákokkal szemben a Meibom-mirigyből kiinduló rák rosszabb indulatú. Indokoltnak tartja az operatív kezelést szemben azokkal, akik a műtét előtt a radiothera-

piát tartják ajánlatosnak. Radiotherapia után a bőr heges zsugorodása miatt szükségessé váló plastikai műtétek nem gyógyulnak jól, a besugárzott bőr e tulajdonságát többször megfigyelte. Másfelől a felületesen hegesedő sugárzott terület alatt nem egyszer a mélyben burjánzik tovább a rák, s észrevétlenül bekúszik az orbitába. Ezekben az esetekben a besugárzás általi látszólagos gyógyulás adott időt és alkalmat az orbitába terjedésre, ami műtéttel gyógyított esetekben csak ritkán következik be. Ismerteti *Rampoldi* jequiritos eljárását. Az epibulbaris carcinoma csak nagyon ritkán tör be a szemtekébe, a bemutatott készítmények között erre is mutat példát. A sarkomával kapcsolatosan részletesebben foglalkozik az uvea sarkomájával; a szembe daganatok korai diagnosztikájának fontosságát és a vizsgálómódszereket ismerteti. Végül a gliomát és a látóideg daganatait ismerteti. Az előadást részben fényképekkel, részben a klinika anatómiai és szövettani készítményeivel illusztrálja. A sarkoma és glioma utókezelésében, valamint a glioma olyan eseteiben, hol a műtét már nem biztat eredménnyel, vagy a második szem gliomájával van dolgunk, kiemeli a mély besugárzások nagy jelentőségét.

A Debreceni Orvosegyesület márc. 18-i ülése.

1. **Fazakas Sándor:** *Knapp szerint festett corneák esetei.* Az eddigi festési módok nagy hibáin segít *Knapp* 1925-ben ismeretessé vált aranychloridos eljárása. Az aranychlorid a cornea szövetében redukálódik és oldhatatlan, semminemű izgalmat nem keltő csapadékot hoz létre. Két beteget festettek e módszer szerint. Az eredmény mindkettőnél tökéletes, pedig mindkét esetben nagy kiterjedésű, a corneának kb. négyötödét elfoglaló tapadó hegről volt szó. Egyiket súlyosított degeneratív jellege, a másikat az a körülmény, hogy központi része nagymértékben el volt vékonyodva és staphylomaszerűen kitágult. A festést egy ülésben 5%-os oldattal végezték s tonogent is adtak hozzá. Az eredmény egyik esetben diószínű színben, a másiknál pedig kevesebb tonogent használva, rögtön fekete színben jelentkezett. Az izgalom mindkét esetben minimális volt s a hám 5–6 nap alatt regenerálódott. A festékes terület körül az ép corneában 1 mm széles rövidesen eltűnő elszürkülés jelentkezett. Az aranychloridnak albinismus az aniridia esetében való használatától is jó eredmények várhatók.

2. **Schmidt Lajos:** *Katheter a hasüregben.* 28 éves nőbeteget mutat be, aki ileocecalistáji fájdalmakkal és ugyanitt lokalizált hasfali izomfeszüléssel került a sebészeti klinikára. Míg a klinikai tünetek inkább appendicitis mellett szóltak, addig a bemondott anamnesis alapján inkább cholelithiasisra gyanakodtak. A cholecystographiás Röntgen-vizsgálatnál derült ki, hogy a hasüregben egy 30 cm hosszú, ívben hajlott gumicső van. Ekkor vallotta csak be a beteg, hogy négy nappal felvétele előtt a bába, kimaradt vérzése miatt, egy katheret dugott a hüvelyébe. Műtétileg: A legelső ileumkaes, közvetlenül a méhnyak mellett jobbra, a hüvelyboltozat falához lenőtt. Leválasztásakor diónyi tályogüreget nyílik meg, melyben a katheret vége fekszik. A katheret keresztezi a lenőtt kaesot, majd a mesenterium első felszínén annak gyökéig fut, itt ívben jobbra hajlik és a colon transversum jobb fele alatt fut tovább, majd a flexura hepatica vályúlatában újra meghajlik és a colon ascendens medialis felszínén haladva, csúcsával a coecum magasságában a csípőtágyérban ér véget. A kathereteltávolítás után a tályogot drainezi, a hasi seb többi részét egyesíti. Érdekes az esetben először az, hogy puha gumikatheretrel át lehetett fúrni az ép, egészséges hüvelyboltozatot. Tükörvizsgálatnál a boltozatot sérülés nyomát nem találta. A katheretnek a hasüregben való teljes eltűnését elsősorban az alkalmazott erőszaknak tulajdonítja, előmozdítja azonban a katheret becsúszását az alhasi nyomási viszonyok fekvő helyzetben való megváltozása. Ilyenkor a belek a rekesz felé süllyednek és ez a körülmény, valamint a rekesznek ilyen helyzetben fokozottabban érvényesülő szívóhatása negatív nyomást létesít az üressé vált Douglasban.

3. **Nagy Géza:** *A lymphoidrendszer megbetegedések tumorszerű határesetei.* Négy esetet mutat be, melyek az egyszerű hyperplasiás leukaemiás burjánzásnak a sarkoleukaemián keresztül a lymphosarko-

mába való átmenetét mutatják be. I. eset subleukaemiás, II. eset aleukaemiás lymphadenosis, III. esete a Sternberg által leírt leukosarkomatosisnak felel meg. Három hónap alatt halálhoz vezető generalizált lymphoid burjánzás, mely a mediastinumot és a jobb costalis pleurát ujnyi vastagon infiltrálta s haemorrhagiás lymphoblastdús exsudatióhoz vezetett. A jobb facialis tumor teljesen összenyomta, úgyhogy az megbénult. A vérben 60.000 fehérvérsejt, melyek 95%-a lymphoidsejt, 12–14 mikronnagyságú sejtek, hólyagos, finoman reticulált maggal, Rieder-typusú befűződésekkel, számos fiatal lymphoblast és Gumprecht-féle rög. IV. esete lymphosarkomatosis.

DIMMER FRIGYES

Dimmer Frigyes, a bécsi egyetemen a szemészet nyilvános rendes tanára s a II. számú egyetemi szemklinika igazgatója rövid ideig tartó betegség után 71. életévében elhunyt. A bécsi egyetem s vele az egész tudományos világ s elsősorban a szemészet tudománya halálával súlyos veszteséget szenvedett.

Dimmer a komoly tudós, a lelkiismeretes tanár és a humanus orvos mintaképe volt. Előbb az innsbrucki majd a gráci, végül a bécsi egyetemen volt a szemészet tanára, és pedig előbb *Schnabel* tanszékét s az I. számú, majd *Fuchs* nyugalomba vonultával a II. számú szemklinika igazgatását vette át. Szívós kitartásával kiküzdötte, hogy az *Allgemeines Krankenhaus*ban elhelyezett, teljesen elavult klinikákat — amennyire a helyi viszonyok engedték — átalakították és megjavították. Tudományos munkásságát az alaposág jellemzi. A macula lutea sárga színének előben való létezését vitatta és igazolta, a szemfenék photographálására igen finom készüléket szerkesztett, a szemtükrözésről klasszikus monographiát írt. Élete fogytáig a szemfenéki photographiák atlasát készítette elő s azt örökségül hagyta. Igen lelkiismeretes tanított s nagyon szigorúan senseált, s ennek ellenére hallgatói nagyon szerették, mit annak köszönhetett, hogy mindegyiknek igazságos volt.

Ellenségei nem voltak, miben annak is nagy része volt, hogy szakmáján kívül közéleti tevékenységben nem vett részt, de annál több tisztelője volt, mit igazol a tudományos munkáinak az a hatalmas kötet, melyet tanítványai s collegái 70-ik születésnapja alkalmával neki átnyújtottak, illetve neki felajánlottak, mert a születésnapjára Bécsből eltűnt s csak utóbb köszönte meg nekünk igen megleghangú levelekben a megemlékezést. Végrendeletében tetemét a boncolóterem számára hagyományozta. S amikor e szokatlan intézkedés végrehajtásától tanártársai s tanítványai idegenkedtek, özveggye kívánta férje utolsó akaratának figyelembe vételét.

Kartársai átérzik a veszteséget, melyet a bécsi egyetem szenvedett s együtt éreznek a szemészet tudományának élő legnagyobb mesterével *Fuchsszal*, ki szellemi és testi erejének teljességében gyászolja *Dimmer*-ben assistensét, majd tanártársát s utódját.

Grósz Emil.

Egy érdekes könyvvásár.

Mint Noé az olajággal érkező galambot, úgy fogadhatjuk a régi jó idők visszatérésének első, szerény hírnökét, *Paul Graupe berlini könyvkereskedő katalógusát egy, április 8–10-ig ott tartandó könyvárverésről*. Persze azok az idők, amikor a nagy német antiquarok, a Rosenthalok, Hallek, Pietzkekerek és Fockok valósággal fillérekért kínálták a legremekbebb régi ritkaságokat, incunabulumokat és kéziratokat, örök időkre eltűntek. Aki azonban gondosan átlapozza ezt a katalógust, mégis meglepetéssel fedezhet fel benne töménytelen fontos, ritka, orvostörténelmi jelen-

tőségű munkát, amelyek már 10–15 év óta eltűntek a piacon és most aránylag igen olcsó áron boesáttatnak árverésre. Persze ma, a dollár uralkodásának idejében nem lehet előre tudnunk, hogy a szerény kiindulás nem vezet-e fantasztikus magasságokra? Mégis meg kell emlékeznünk erről a könyvárverésről, mert — mint reméljük — ez talán első biztató kezdete a háború alatt felhalmozódott kincsek békés forgalomba boesáttatásának.

A katalógus első részét száznál több incunabulumnak, a másodikat másfélezer könyvnek felsorolása foglalja el az irodalom minden ágából. Ezek közül egyesek minket mint magyarokat vagy mint orvosokat érdekelnek. Így *Aeneas Sylvius*nak, a későbbi II. Pius pápának 1485-ből való, *In Europam* című feljegyzései, melyek Magyarország történetéhez tudvalevőleg nagy fontosságú adatokat tartalmaznak, így például a várnai csatát részletesen leírják. Ezt a könyvet 300 márkáért boesátja árverésre a tulajdonosa. Egy másik incunabulum *Flavius Josephus*nak a zsidók történetére oly rendkívül híres két munkája: *De antiquitate Judica* és *De bello Judaico*, az augsburgi Schüssler-nyomdának 1470-ből való legelső munkája. Ennek kikiáltási ára 3000 márká. Ugyanaz a munka különben egy 1524-ből származó kiadásban is kínáltatik és ez a munka figyelemreméltó a leprára, szem- és fülbajokra, egészségügyi törvényekre stb. vonatkozó számtalan adata miatt is; kikiáltási ára csak 40 márká. Érdekelhet minket még *Baccius*nak *De Thermis* című könyve (1622-iki kiadás), amelyben a magyar, főleg budai fürdők is le vannak írva; *Manardus*nak 1529-ből való levelei, melyek közül ő egyeseket mint II. Ulászló és II. Lajos királyok udvari orvosa Gyórból, illetőleg Budáról keltezett (40 márká); *Dudith András*nak, volt pécsi püspöknek csillagászati munkája (10 márká); *nagyjesseni Jessen János*nak, a wittenbergi egyetem rektorának *Anatomiája* 1601-ből (10 márká) vagy a kismartoni születésű *Hyrty József*nek az anatómiai ritkaságokról szóló könyve, melynek ára már csak 6 márká. De mindenki, aki régi, becses orvosi könyvek iránt érdeklődik, szomorú sóvárgással válogathat a felhalmozott és megvételre kínált kincsek között.

Az ókori klasszikusok között látjuk *Hippocrates* munkáinak 22, *Galenus*éinak 12 különböző kiadását, különböző szerzők kommentáiraival; *Aretaeus* (1735. év-ből = 15 márká), *Cael. Aurelianus* (1722 = 10 *M*), *Alexander Trallianus* (1878–9 = 30 *M*), *Celsus* (1528–1852 = 6–45 *M*), *Dioscorides* (1549 = 18 *M*), *Plinius* (1539 = 30 *M*) stb. munkáit. Különösen ki kell emelnünk e csoportban *Kühn* 28 kötetes gyűjteményét, *Medicorum Graecorum opera quae extant* címmel, mely 1821–31-ig jelent meg Lipcsében; kikiáltási ára ennek az igen ritka gyűjteményes munkának 600 márká.

A régi sebészek közül említésre méltóak: *Guy de Chauliac* Chirurgiája (1525 = 75 *M*), valamint *Vigo* (1521 = 75 *M*), *Paré* (1840 = 20 *M*), *Vidus Vidius* (1591 = 20 *M*), *Gersdorff* (1528 = 180 *M*) és *Arnoldus Villanova* (1505 = 60) stb. könyvei.

Az arab orvosok közül *Avicenna* (1544 = 40 *M*), *Geber* (1710 = 18 *M*), *Haly ben Abbas* (1523 = 250 *M*), *Rhazes* (1542 = 125 *M*), *Mesue* (1508 = 60 *M*), végre *Albucasis* (1532 = 250 *M*), kinek munkája mint *Corvina* az Egyetemi Könyvtár egyik kincse, érdemelnek elsősorban említést.

Az újabbkori anatómusok közül *Boerhaave*, *Porta*, *Riolan*, *Ruysch*, *Scarpa*, *Vater*, *Vesalius*, *Winslow*, *Harvey* (1737 = 30 *M*), *Morgagni* (1719 = 20 *M*) stb. nevével találkozunk.

A bőrgyógyászati munkák közül *Prokesh* 2 kötetes *Geschichte der venerischen Krankheiten* 1895, tíz márkáért valóságos ajándék lenne; *Fabritius de Aquapendente* (1620), *Fallopius* (1564), *Fracantianus* (1563), *Fernel* (1574), *Ulrich van Hutten* stb. munkái bírnak nagyobb érdekességgel.

Meg kell még emlékeznünk *Paracelsus* munkáiról is, melyeket 15 különböző kiadásban (1562–1610) kínál-

nak, *Stoll*, *Sydenham*, *Werthof* és *Willis* könyveiről; a pásztorból orvosá lett *Sagar*: *Systema morborum*áról 1776-ból, *P. Frank*: *System einer vollstánd. medicin.* Polizey című nagyfontosságú munkája (3. kiad. 1786–90-ból), nemkülönben *Sprengel* 5 kötetes alapvető orvostörténelme, a második (az elsőnél kevésbé értékes kiadásban) (1800–03) 15. *M. Haeser*: *Epidemische Krankheiten* című könyve (1865) stb. is említést érdemel.

Darwin összes munkáit *Carus*nak 13 kötetes kitűnő német fordításában (1875–81) 30 márkával, *Linné*nek 1764-ből származó 29 kötetes és 330 rézmetszetes táblával díszített alapvető könyvét a hatodik kiadásban mindössze 60 márkával jegyzik.

Persze az ily nagytömegű könyvnek piacra bocsátásánál bibliographiai hibák csúszhattak a katalógusba és a könyvek kikiáltási ára is néha nines arányban, véleményünk szerint, az illető munka értékével. Így hibásan állítja a katalógus *Bloch*: *Ursprung der Syphilis* I. kötetéről, hogy „alles was erschienen”; tudvalevőleg e becses munkának még 1911-ben megjelent a II. kötete. *Hornen*nek *Observations* című könyve is nem kettő, hanem három kötetes; ezek szerint e munkák tehát hiányosoknak tekintendők, noha a megállapított árak (12 és 10 márká) így sem mondhatók magasnak. Ezzel szemben *Astruc*: *De Morbis venereis* című, 1760-ból való gyűjteménye kevésbé értékes, mint az 1740-es kiadás, *Peyrilhe*, de különösen *Linden* könyve is alig éri meg a kért árakat, *Van Niessen*: *Der Syphilis-Bacillus* című atlasza pedig az önkritika teljes hiányával megírt zagyvalék, mely nem 25 márkát, de legfeljebb — mint elrettentő példa — ennek tizedrészét is alig éri meg.

Mindent összevéve, a hirdetett könyvárverés bibliographiai esemény lesz és minthogy itthoni orvosi könyvtárainkban nagyrészt hiányoznak a felemlített alapvető könyvek, nagyon óhajtanék lenne, hogy valamely, az orvostudományoknak maecenási műveltséggel és anyagi erővel bíró barátja, azok közül minél többet megszerezze és valamely orvosi közönyvtárunknak rendelkezésre bocsátana.

Nékám.

VEGYES HÍREK

Kérjük azon előfizetőinket, kiknek előfizetése december hó végén lejárt, az 51. számhoz mellékelt cheque-lapon, a lap zavartalan szétküldése érdekében megújítani sziveskedjenek. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1926 március 27-én tartandó tudományos ülésének programja: *Bemutató*: 1. *Matolay György*: Vékonybélfordor daganatának két esete. 2. *Verebely Tibor*: a) A hátulsó gátró kiirtott daganat. b) Epeköbetegség érdekesebb szövödménye. — *Előadás*: 1. *Váró Béla*: Terhesek petefészekdaganatainak eltávolításáról. 2. *Hajós Károly*: Anaphylaxia és belső secretio.

A kormányzó a kultuszminiszter előterjesztésére *kakasfalvi Lénárt Zoltán dr.-t* a Pázmány Péter tudományegyetem orr- és gégegyógyászati tanszékének nyilvános rendkívüli tanárát ugyanezen tanszéken nyilvános rendes tanárrá kinevezte.

A porosz költségvetésben az egyetemek rendkívüli szükségleteiről jelentékeny összegekkel gondoskodnak, új épületeket emelnek, a meglevőket kiegészítik, a tudományos felszerelést pótolják. Nem kevesebb mint 38 tételben összesen 4 1/3 millió márkát (75 milliárd papírkorona) irányoztak elő. Ehhez járul 200.000 márká rádiumbeszerzésre s 250.000 márká fehérneműpótlásra és 200.000 márká az egyetemek alapleltárainak kiegészítésére. A németek tehát nagyon nehéz pénzügyi helyzetük ellenére egyetemeik karbantartásáról és felszerelésük kiegészítéséről nagy áldozatkészséggel gondoskodnak.

A himlő terjedése Angliában. Az elmúlt hat év alatt Angliában nagy mértékben felszaporodott himlő-esetek már a parlamentet is foglalkoztatják. Míg ugyanis 1919-ben mindössze 311 eset fordult elő, addig 1925-ben 5300 ember betegedett meg himlőben. Köztudomású, hogy Angliában nem áll fenn himlőoltási kötelezettség, a szakkörök azonban, mivel éppen ennek a tényezőnek tulajdonítanak nagyfontosságot a himlő állandó terjedésében, sürgetik a megfelelő törvényes intézkedéseket, amelyek a kötelező oltást vezetnék be.

A szegény betegek házi ápolása. A berlini városi népjóléti hivatal több kerületben tett kísérletet a szegényápolás bevezetésével. A kerületi orvosok olyan esetekben, midőn nem annyira a betegség súlyossága, mint a család kedvezőtlen socialis helyzete miatt volna indokolt a kórházi ápolás, ápolónőt és gondozónőt rendelhetnek az illető beteg lakására, akik a betegség tartama alatt a beteget ápolják és háztartását ellátják. E szolgálat költségeit részben a szegényalap, részben a munkásbiztosítás fedezi. Az újítás kitűnően bevált, a túlszűfolt kórházak szemmel láthatólag mentesülnek a felvételt nem okvetlen igénylő beteganyagtól, úgyhogy a házi ápolási szolgálatot valószínűleg az egész városra kiterjesztik.

A patkányveszedelem számokban. Angliában a legújabb rendelkezések szerint havonta egyszer hatósági felügyelet alatt irtják a patkányokat mindenütt, ahol azok elszaporodtak. E munka rendkívül sokba kerül ugyan, de még mindig nagy haszonnal jár, mert pontos számítások szerint Angliában az az érték, amit a patkányok elpusztítanak évenként és patkányonként öt aranykoronára tehető. E számítások alapján a tavalyi patkánykárt 15 millió fontra becsülik, az egészségügyi ártalmakat nem is számítva.

A vidéki orvoslakások ügye. A népjóléti miniszter a költségvetési vita során felmerült kívánságokhoz képest kiszakított a kislakások építésére felvett hitelösszezből 5 milliárd koronát vidéki orvoslakások építésére. Ebből az összegből 50 községi és körorvosi lakás építését szándékozik lehetővé tenni akként, hogy átlag 100 millió koronányi kedvezményes államkölcsönt bocsát a községek rendelkezésére. A minisztérium sürgősen bekérte a községi és körorvoslakások igénylését tartalmazó alispáni jelentéseket, amelyeknek alapján az igényeket részben a fent említett kölcsön felhasználásával igyekszik kielégíteni, részben pedig segítségére lesz a községeknek, hogy a folyamatban levő általános községi kölcsönakcióból megfelelő összegek legyenek az orvoslakások építésére fordíthatók. A miniszter egyben megígérte, hogy a 100 millió korona államkölcsönön felüli szükségletek megszerzésében is minden eszközzel segítségére lesz a községeknek.

A prágai egészségügyi konferencia. A Népszövetség egészségügyi osztálya öt európai állam tekintélyes socialhygienikusait értekezletre hívta össze Prágába, hogy megtárgyalják az egyes európai városokban esz-közlendő, egységes vezérelvek szerint véghezvitt, egészségügyi felvétel módzatait, a munkásbiztosítási intézmény egészségügyi vonatkozásokban való tökéletesebb kihasználását, végül az egyes, egészségügyi tevékenységet folytató társadalmi szervek egységes irányításának formáját. A konferencián magyar részről, mint meghívott szakférfiú *Gortvay György dr.* miniszteri titkár vesz részt, a tárgyalásokat a Népszövetség részéről *Boudreaux dr.* és *Thomanek dr.* vezetik.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: *Keller László*, *Mészöly Ödön József Gyula Béla*, *Zádor László Alajos*, *Hagymásy Andor*, *Polányi Magdolna Mária Ilona*, *Pataky Endre*. Üdvözljük az új kartársakat!

