

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:

- Vámossy Zoltán: Köszöntjük Kartársainkat. (1. oldal.)
Pákozdy Károly: Adatok a thrombopeniás purpura (Werlhof-kór) klinikájához. (2-4. oldal.)
Kubányi Endre: Véresoportvizsgálatok haemophiliás családban. (4-6. oldal.)
Váró Béla: Az adrenalinok agglutinációt fokozó hatásáról és a terhességi vagotoniáról. (6-7. oldal.)
Loessl János és Jáki Gyula: A colon nyálkahártya esővének csaknem teljes kivongálása (dementia praecox). (7-9. oldal.)
Jacobovics Béla és Szirmai Frigyes: A vörheny és a kanyaró kórokozójára vonatkozó kísérletes vizsgálatok. 9-13. oldal.)
Mező Béla: A hematuria jelentősége. (13-15. oldal.)
Dalmady Zoltán: A hajduszoboszlói mélyfúrás hévizéről. (15-16. oldal.)
Therapia Herzog Ferenc: A sklerodermia gyógyításáról konyhasóoldat-befeeskendezéssel. (16-18. oldal.)

- Grósz Emil: Közegészségügy az állami költségvetésben. (18. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Fülgyógyászat. — Urologia. — Szemészet. — (18-22. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (22. oldal.)
Könyvismertetés. (22-23. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának december 18-i ülése. (23-24. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának december 1-i ülése. (24. oldal.)
Honvédorvosok Tudományos Egyesülete december 15-i ülése. (24. oldal.)
A Charité Poliklinika december 17-i ülése. (24. oldal.)
A Magyar Urologia Társaság dec. 14-i ülése. (24-25. o.)
A Budapesti Ker. Munkásbiztosító Pénztár orvosainak december 17-i ülése. (25. oldal.)
Természet- és orvostudományi kongresszus. (25-26. o.)
Vegyes hírek. (26-27. oldal.)

Köszöntjük Kartársainkat

az új év és az Orvosi Hetilap 70-ik évfordulója alkalmából és reméljük, hogy e köszöntés visszhangra talál úgy idősebb Kartársaink, mint fiatal Kartársaink szívében is, mikor abból hét évtized tisztessége, becsülete és lendülete — ismerjük el: sikere csendül feléjük és meghallják azt még a nyomorúságunkban annyira megszaporodott orvosi sajtó élénk versenyzaja közepette is. Mi nem kelhetünk versenyre velük sem a havonként egyszer produkált terjedelemben, sem a csábítóan szép külsőben, de minden héten megjelenünk asztalukon vasárnapi olvasmányul 32 oldal terjedelemben és ősi hagyományos formánkban; — mi nem állhatunk teljesen a közérdeklődés és a könnyű tudományos formák szolgálatába, mert mélyen átértett kötelességeink vannak a magyar kutató munkával szemben; — mi nem ígérjük előfizetőinknek, hogy csekély ráfizetés ellenében havi 80 oldalas könyvecskében megismertetjük vele az egész világirodalmat, de hétenként kiszolgáljuk őket kiváló klinikusaink által megválogatott 8 hasábnyi referátumainkkal.

Orvostársaink érdekében — színvonalunk megőrzése mellett — ma csak egyet tartottunk fontosnak: hogy olcsóbbá tegyük számukra az orvosi kultúrát. Éreztük, hogy rajtunk a sör az áldozathozatalban és leszállítottuk évi előfizetési díjunkt 300.000 K-ról (24 p-ról) 250.000 K-ra, azaz 20 pengőre. Azt reméljük és azt hisszük, ezzel jutottunk legközelebb a mai nehéz időkben Kartársaink rokonszenvéhez és áldozatkészségéhez. De hét évtizedes lapunknak is ezzel tettünk legnagyobb szolgálatot, mert úgy szólván minden orvosnak módot nyújtottunk támogatására. Mert a negyedévi 65.000 K valóban oly csekély összeg, hogy egy szerény ebéd vagy három minimális rendelés árából kitelik. Aki pedig negyedévi előfizetését beküldi, azonnal megkapja kedvelt „Orvoskari tárcanaptár”unkat; s ha még 90.000 K-t csatol hozzá, úgy e kedvezményes árért a Petőfi-vállalat zsebnaptárát és klinikai zsebkönyvét is megkaphatja.

Mondanunk sem kell, hogy a kutatás, a gyakorlati orvostudomány s a gyakorlóorvosi igények szolgálatát épp oly lelkesedéssel végezzük továbbra is és nincs szándékunkban megállani azon az úton, amelyen elindultunk és eddig eljutottunk. Hogy mikor és hová jutunk még előre és felfelé, azt Kartársaink támogatása fogja meghatározni, mert ezen kívül most már semmi más támogatásban nem részesülünk. Nem vonták azt meg tőlünk, de mi becsületesekek voltunk és miután talpraálltunk, lemondunk róla. S ez alkalomból az utolsó szó a hála szava legyen. A háláé és köszöneté az „Orvosi Hetilap” és társfolyóiratai, a magyar Egyetemek, az orvosi kutató és kulturális munkások és a tudománytisztelő, haladásra vágyó magyar orvosok részéről az iránt a bölcs és nagy Államférfi iránt, akinek újraéledésünket s így létünket, mai önérzetes büszkeségünket köszönhetjük. Áldás és siker kísérje további nagy terveit és küzdelmeit!

Figyelembe ajánljuk az „Orvosképzés” és „Magyar Orvosi Archivum” együttes előfizetését a tudomány barátainak és támogatóinak. Mindkettőt most már mi expedáljuk s így a reklamátiókat ide kérjük.

Kartársi üdvözléssel

Vámossy Zoltán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Adatok a thrombopeniás purpura (Werlhof-kór) klinikájához.

Írta: Pákozdy Károly dr. egyet. tanársegéd.

Az újabb haematologiai vizsgáló eljárások meghonosodása több tekintetben világosságot vetett az ú. n. vérzéses diathesisek lényegére; ennek köszönhető, hogy ma már bizonyos rendszertani megkülönböztetést tudunk tenni a külső megjelenésükben egymáshoz sokszor annyira hasonló, lényegükben azonban egymástól nagyon eltérő kóralakok között. Nagyon kívánatos, hogy az egyes alakok különállósága és azok alaposabb ismerete az általános orvosi köztudatba is átmenjen, így nem fog többé előfordulni az a ma még gyakori eset, hogy minden bőrvérzéssel járó betegséget nemre való tekintet nélkül, haemophilának minősítsenek, hogy ezeket bőrgyógyászati, az ínyükből vérző *Werlhof*-kórosokat pedig fogorvosi kezelésre utasítják. Fejtegetéseim körébe csak a thrombopeniás purpura tartozik, s így a ma már lényegében elfogadottnak tekinthető differentialis diagnostikát illetőleg utalok többek között *Morawitz* (Med. Klinik 1923, 3. sz.) és *Molnár Elek* (Orvosképzés 1924, 1–2. füz.) kimerítő közléseire.

A thrombopeniás purpura különállósága az egyes csoportok között mindeddig nem aetiologiai, hanem csak tünetani alapon nyugszik. Nevének megfelelően a vérlemezkéknek megfogyása vagy eltűnése, s a vérzési időnek ezzel járó megnyúlása és a véralvadék retractójának csökkenése jellemzi. Klinikai megjelenésében azonban ez sem egységes és így már mai ismereteink alapján is több alakját kell megkülönböztetni.

Egyik alakja az ú. n. symptomás thrombopeniás purpura. Az elnevezésből is látható, hogy itt a purpura nem mint önálló betegség, hanem mint valamely ismert bántalom kísérő tünete jelentkezik. Ilyen thrombopeniával járó vérzés aránylag nem ritkán észlelhető fertőző betegségekben (sepsis, typhus, skarlát, kanyaró, súlyos tüdő- és mirigygümőkór stb.), a vérképző szervek legkülönbözőbb megbetegedései, splenomegáliával járó betegségek és egyéb mérgezések (salvarsan, benzol, uraemiás intoxicatio stb.) kíséretében. A purpura prognosisa ilyenkor természetesen az alapbaj súlyosságától függ, noha általában a vérzések megjelenése már súlyosabb infekciónak, illetve intoxicációnak a jele.

Az olyan thrombopeniás vérzések, melyeknek okaként valamely hasonló bántalom ki nem mutatható, az acut és a chronikus thrombopeniás purpurák csoportjába oszthatók. *Werlhof* annak idején a betegségnek acut alakját írta le. Ma a *Werlhof*-kór elnevezéssel egyaránt illetik a thrombopeniás purpura heveny és chronikus alakját.

Az acut esetek hirtelen, minden előjel nélkül jelentkeznek, férfín és nőn megközelítőleg egyformán gyakoriak, gyakran lázzal járnak. Lefolyásuk igen különböző: 1–2 hét után hirtelen megszűnhetnek és maradvány gyógyulhatnak, de fudrójásan néhány nap alatt halálhoz is vezethetnek. A betegség néha recidivál. A heveny esetek aetiologiját illetőleg eddig úgy-úgy teljesen homályban vagyunk, miért is a szerzők egy része jellegzetes önálló betegségnek csak a chronikus alakot fogadja el. A malignus lefolyású thrombopeniás purpura (hogy a *Henoch*-féle purpura fulminans ide tartozik-e, még kérdéses) *Curschmann* szerint valószínűleg sepsises bántalom, a symptomás thrombopeniás vérzékenység legsúlyosabb alakja. Véleménye szerint rendszeres bakteriologiai vér-, vizelet- és tonsillavizsgálat az acut, nem tüneti thrombopeniás purpurák számát lényegesen csökkenteni fogja. A heveny thrombopenia malignus alakja *Frank* szerint is mindig symptomás. Mindeddig azonban még a lázas esetek

nagy többségében sem sikerült a sepsises eredet bebizonyítása. A bakteriologiai vérvizsgálat a mi nagy lázzal járó acut esetünkben is negatív eredménnyel zárult. Láttunk halállal végződő heveny purpurát is csak apró hőemelkedésekkel lefolyni.

Jobban körvonalazott mindenestre a chronikus thrombopeniás purpura. Az essentialis thrombopenia (*Frank*), thrombolytikus purpura (*Kaznelson*), thrombostenia (*Glanzmann*) elnevezések tulajdonképpen erre az alakra vonatkoznak. Lefolyásában eminensen chronikus, intermittáló vérzésekkel járó és néha évtizedekig is tartó állapot, melynek kezdete legtöbbször a pubertas korába, vagy még a gyermekkorba nyúlik vissza. Aránytalanul gyakrabban fordul elő nőkön és az esetek nagy részében endokrin tényezők (ovarium) is szerepelnek (*Frank, Nagy Géza, Minkowski, Schittenhelm, Brill* és *Rosenthal* esetein kívül azonban mi is láttuk férfín tipusos alakját. Egyesek (*Frank, Sternberg*) a chronikus thrombopeniás purpurának continua és intermittáló alakját különböztetik meg, aszerint, hogy a thrombopenia állandó-e, vagy csak az időnkinti vérzéses exacerbiók idején mutatható ki. Mi tipusos intermittáló alakot nem láttunk; az ilyen eset mindenek szerint ritka is, s az acut purpura recidivájaként is felfogható.

A klinikai megjelenés különbözősége, a legtöbbször még bizonytalan aetiologia és a helyes therapiának még véglegesen ki nem alakult volta egyaránt kívánatosá teszik az előforduló esetek pontos megfigyelését, mert a ma még vitatott kérdésekre csak így lehet majd idővel végleges választ adni. Az alábbiakban röviden ismertetem az utóbbi időben észlelésünk alá került thrombopeniás purpura-eseteket, megjegyezve, hogy a symptomás alakoktól eltekintek és csak azokat az adatokat közlöm, melyek eddigi és további fejtegetéseim szempontjából fontossággal bírnak.

A múlt évben csaknem egyidejűleg három acut eset került észlelésünk alá.

I. eset. F. Z.-né, 28 éves asszony. Egy abortusa volt, gyermeke nincs. Hét év előtt daganat miatt egyik petefészket eltávolították, azóta nem menstruál. Ettől eltekintve mindig egészséges volt, soha vérzékenységnek semmi tünetét nem tapasztalta. Betegsége hirtelen támadt, s annak negyedik hetében került észlelésünk alá (1924 március 1.) kiterjedt petechiákkal, súlyos íny- és orrvérzéssel, 38°-ig terjedő hőemelkedésekkel. Hat-heti észlelés alatt vérelemez a többszöri keresés ellenére sem találtunk. A vérzési idő 40-nél nagyobb, az alvadási idő rendes. Testalkata infantilis; testsúlya 34 kg. Eredménytelen belső kezelés, előbb izgató (március 4.), majd bénító adaggal (március 24.) való lépbesugárzás után súlyos anaemiás állapotban (1.100.000 vörösvérsejt) április 11-én lépét kivétjük. A vérzés a műtét után azonnal megszűnt. Pár órával utóbb már bőven találtunk vérelemez a keringő vérben, számuk két nap múlva 120.000, három hét múlva 190.000. A beteg a műtét után baloldali, majd jobboldali pleuritis exsudatívát, majd bal lábán thrombophlebitist kapott, ennek ellenére a vérzés a műtét óta seholsem jelentkezett s a beteg maradandóan meggyógyult. A vérelemezek száma a reconvalescencia óta állandóan 200.000 fölött volt. Nyolc hónappal a műtét után vörösvérsejtszám 4.400.000, vérelemezke 400.000, *Boros* és *Kaltstein* vitalis eljárásával festve 551.000; tizenkét hónap után vörösvérsejt 4.420.000, vérelemezke (vitalis festéssel) 738.000, a vérzési idő 2½ perc.

II. eset. T. I., 13 éves leány. Négyéves korában diphtheriája volt; még nem menstruál. Betegsége két héttel a fölvetel előtt (1924 március 18.) acutan kezdődött, nagy lázzal, kiterjedt petechiákkal, igen súlyos orr- és foghúsvérzéssel. Súlyos anaemia (1.600.000). Vérelemezket nem találunk, vérzési idő 28', a vérplasma alig retrahálódott. A bakteriologiai vérvizsgálat negatív. Intravenás coagulene- és calciuminjecciókat kap. Egy hét után a láz és a vérzések megszűnnek, a vérelemezek is megjelennek (19–34.000). Háromheti remisszió után súlyos recidiva áll be. A most már teljesen eredménytelen belső kezelés és kétszeri lépbesugárzás (előbb izgató, majd bénító adaggal) után az állapot fokozatos súlyosbodása miatt június 27-én lépét kivétjük. A vérzés itt is rögtön megszűnt, a vérelemezkek mindjárt megjelentek, de a beteg néhány nap múlva tüdőgyul-

ladást kapott, amelyben meghalt. A vérlemezkek száma a halál előtti napon 149.000 volt. Boncolási lelet: kétoldali hypostasisos pneumonia, haemorrhagiák a májban, petefészkekben, tonsillákban; pontszerű vérzések a bőrben, a gyomor és bél nyálkahártyáján, a peri- és endocardium alatt. Vörös csontvelő. Mesenterialis cysta.

III. eset. F. I., 62 éves férfi. Gyermekkori kanyarótól eltekintve, mindig egészséges volt. Hirtelen kezdet a felvétel előtt (1924 március 26.) egy hónappal: bőrvérzések, állandó foghús-, ismételt orrvérzés, egy ízben bélvérzés. Vérlemezket nem találtunk, vérzési idő 30'. Csak subfebriles hőemelkedései vannak. Sem a belső kezelés, sem a kétszeri lépbesugárzás javulást nem hoz. Március 21-én súlyos melaenája van, utána erőbeli állapot sokkal rosszabb. Június 25-én, a tervezett lép-kivétel napján meghalt. A boncolás kiterjedt pontszerű belső vérzéseken és enterorrhagián kívül a bal scala mediában subduralis haematomát, a bal tüdőcsúcsban tuberculosos hegeseget és az ileumban tuberculosos fekélyt talált.

Ugyancsak az utóbi időben két typosos chronikus thrombopeniát észleltünk.

IV. eset. E. J.-né, 24 éves asszony. Hatéves korában typhus. Menstruációja 15 éves korától átlag 5—6 hetenkint, de néha hónapokig is elmarad. Mindig erős, tíz napig is tartó vérzéssel jár. Tizenkilencéves korában férjhez ment, két rendes szülés, egy abortus. Felvettük 1924 július 23-án. Egy éve vette észre, hogy bőrén a legkisebb ütésre vagy nyomásra kék foltok támadnak. Négy hét előtt igen súlyos méhvérzése támadt, s ezóta vérzéses diathesisének súlyosabb tünetei jelentkeztek és állandósultak. Foghúsa vérzékeny, orrából gyakran vér szivárog, végtagjain petechiák mutatkoztak és anaemiás lett (2.640.000 vörösvérsejt). Hosszabb észlelés alatt csak elvélve találtak egy-egy vérlemezket, vérzési idő 18—34'. Mintán sem több heti intravenás euphyllin-, coagulene- és calciuminjecciónra, sem nagy dosisú lépbesugárzás (augusztus II.) után a vérzések nem szűnnek, szeptember 2-án 2.660.000 vörösvérsejt mellett lépét kivetítettük. A beteg 4 órával a műtét után meghalt. A boncoláskor kiterjedt belső vérzéseken kívül a kis medencében 200 cm³ híg és részben alvadt vért és hypoplasiás aortát találtak.

V. Második chronikus *Werthof*-esetünk most is észlelésünk alatt van. P. I., 14 éves leány. Négyéves korától vannak időnkinti véraláfutások a bőrén és gyakori orrvérzése. Egy éve menstruál, rendetlenül, 4 hétig is tartó, igen súlyos vérzésekkel. A tisztulás jelentkezése óta érzi magát betegnek, mert erős vérzése fenyegető, általános tünetek kíséretében, időnkint súlyos oligochrom anaemiához vezetnek (1.600.000 vörösvérsejt, 0,5—0,7 festődési index). Erős vastherápiára (napi 1 g ferrum reductum) anaemiája az utóbi időben javult, egy idő óta 4.000.000-nál több a vörösvérsejtje, azonban minden menstruatio nagyon legyöngíti és megint anaemiássá teszi. A csaknem egy évre terjedő észlelés alatt állandóan thrombopeniás (0—26.600 vérlemezke). Három hónap előtt lépét besugároztattuk, de menstruációja ezóta is éppen olyan erősen jelentkezett és thrombopeniája sem változott.

Meg kell még emlékezni egy 29 éves férfibetegről (M. M.), akit régebben (1920—22), főleg bajának súlyosabb melaenával járó időszakában ismételtén észleltünk. Kilencéves korától kezdve volt gyakori orrvérzése, nagyobb bőrallati véraláfutásai, időnként haematuria, bélvérzés, testszerte petechiák. Lépét még 1920-ban besugároztattuk, de néhány hónap múlva már súlyos recidívája volt. Mindig nagy mértékben thrombopeniás volt, megnyúlt vérzési idővel és az alvadék irretractilitásával. Az utolsó klinikai felvétel alkalmával typosos polyarthritise volt, mely maretinra és tejinjecciónra meggyógyult. Ezt az esetet annyiból is megemlítendőnek tartom, mert az ízületi gyulladás — szemben a nem thrombopeniás *Schönlein-Henoch*-féle purpurával (purpura s. peliosis rheumatica) — a thrombopeniás purpurában a szerzők egybehangzó véleménye szerint ritka complicatio.

IV. és V. betegünk észlelése megerősíti azt, hogy a chronikus thrombopeniás purpura, vagy legalább is annak súlyosabb exacerbatiója gyakran összefügg az ovarium rendellenes működésével. Bizonyosnak látszik az is, hogy ennek az alaknak létrejöttében a constitutióknak is szerepe van (*Frank, Nagy, Curschmann*); a IV. betegünk boncolásakor talált aortahypoplasia is a constitutio inferioritását mutatja. A kérdés csak az, hogy

a constitutiós anomalia lényege az ovarium dysfunctiója-e, vagy pedig a capillaris rendszer meglévő constitutiós rendellenességét csak nyilvánvalóvá teszi az ovarium élénkebb működésének megindulása vagy dysharmoniaja. Mindkét felfogás mellett lehetne érveket felsorakoztatni, véleményem szerint azonban ez a kérdés — a többi belsősecretiós szerv esetleges szerepének megítélésével együtt — csak akkor lesz eldönthető, ha mind az endokrin szervekről, mind pedig az endothel biológiai szerepéről való ismereteink a mainál szilárdabb alapon fognak nyugodni. Maguknak a peripheriás vérzéseknek létrejöttében a ma már csaknem általános nézet szerint a capillarisok valamely megváltozásának kell a főszerepet tulajdonítani, s a vérlemezkek megfogyása csak mint feltűnő koordinált tünet bír jelentőséggel. Lényeges szerepük ellen egyaránt szólnak a nem thrombopeniás vérzések és a lépeltávolítás után újból thrombopeniássá lett betegek, akik már nem, vagy csak alig véreznek. A vérlemezkek szerepéről ma tehát még végleges véleményt nem lehet alkotni. Sem a lépben többször észlelt nagyfokú thrombocytolysis (*Kaznelson*), sem pedig a csontvelő megakariocytáinak megfogyása vagy pathológiás megváltozása nem állandó jelenség. Mi az eltávolított lép kaparákában és III. betegünk lépmetsetében vérlemezket csak elvélve találtak. II. és III. esetünk csontvelőmetseteiben a megakariocyták száma a rendestől lényegesen nem tért el; az előbbiben nagy számban, az utóbbiban csak kisebb számban degeneratív alakok voltak találhatóak. A II. beteg csontvelősejtjei között elég nagyszámú thrombocyta volt (*Nachtnebel dr.*).

A kórfolyamatban igen fontos szerepe van a lépnek is, amint ezt a lépeltávolításnak csaknem minden esetben észlelt frappans és legtöbbször maradandó hatása is mutatja. Az összefüggést azonban egyrésztől a lép, másrésztől a constitutiós anomalia, az endokrin szervek, az endothel és a thrombocyták között ma még nem ismerjük.

Az ovarium functiózavara — úgylátszik — részes lehet az acut thrombopeniás purpura előidőzésében is. Erre mutat I. betegünk, aki az egyik petefészkeknek évek előtti eltávolítása óta amenorrhoeás és talán a II. eset is, ahol a betegség hirtelen támadt a 13 éves, még nem menstruáló lányon és 3 hét múlva súlyosan recidivált. *Morawitz* is említést tesz egy gyorsan és kedvezően lefolyó acut esetről, amely nyilvánvalóan az ovarium működés zavarával függött össze. Ezek az észlelések amellel szólnak, hogy az acut és chronikus esetek között nincs minden esetben principialis különbség.

Hereditásra egyik betegünkön sem találtunk támpontot. Gyakori szerepe ennek semmi esetre sem lehet, mert *Glanzmann, Hess* és *Krömeke* észlelésein kívül mások sem tudtak hereditást kimutatni.

Lépmegnagyobbodása két acut betegünknek volt (II. és III.); a lép mintegy ujjnyira haladta meg a bordaívet. Többi betegünk léptompulata nem volt nagyobb a rendesnél. *Nagy* szerint az acut betegek lépe mindig nagyobb, chronikus esetekben legtöbbször sem ő, sem *Frank* nem találták nagyobbak; velük szemben *Kaznelson* chronikus eseteinek többségében nagyobb volt a lép.

A bőrvérzések megjelenését illetőleg megerősíthetem *Frank* észleletét. Kiterjedt kisebb-nagyobb petechiák úgylátszik csakugyan az eset súlyosabb voltára utalnak, s így elsősorban a rosszindulatú acut esetekben és a chronikus purpura súlyosabb időszakában — főleg a vérlemezkek teljes eltűnésekor — fordulnak elő. Mindhárom heveny esetünknek sűrűn volt petechiája testszerte, de különösen a végtagokon. Chronikus beteginken petechiákat csak kisebb számban és főleg a betegség súlyosabb időszakában észleltünk, egyébként ezeken mi is inkább traumás eredetű nagyobb suffusiókat találtunk.

Tartós leukocytosisa I. sz. acut betegünknek volt. II. sz. betegünkön átmenetileg észleltünk leukocytosist (22.000) az említett remissio kezdetén a vérlemezkek

egyidejű megjelenésekor. Heveny betegek vércépe egyébként minden esetben a regenerációs vércépé jelleget viselte magán a vörösvérsejtek nagyság-, alak- és festődésbeli eltéréseivel, normoblastokkal; a leukocyták közt majd mindig találtunk nagyobb számban fiatal és nem differenciált magvú sejteket, sőt myelocytákat is. Sem kifejezett leukopeniája, sem más tekintetben aleukiára emlékeztető vércépe nem volt egyiküknek sem. Nagy Géza mind heveny, mind chronikus esetekben többször észlelt eosinophiliát. A mi betegek közül csak a IV.-nek volt állandó eosinophiliája (3½–6%).

Feltűnő még a most is észlelésünk alatt álló fiatal lánynak chlorosisis vércépe, állandóan kicsiny (0.5–0.7) festődési indexszel, súlyosabb vérzések idején nagyon kifejezett anisomicrocytosissal. Az egyidejű chlorosisnak tulajdonítható az érlelyes vastherapiának jó hatása a beteg anaemiájára, noha a menorrhagiákra és így a recidivákra ennek sem volt befolyása. Itt a chlorosis egyébként az endokrin zavarnak és a constitutio inferioritásának tüneteként is tekinthető.

A gyógyításban a belső szerek teljesen cserben hagytak. Az intravenásan adott konyhasós, calcium-, coagulene-es euphyllin-injectióktól egy esetben sem láttunk számottevő hatást. Súlyos vérzések esetén az anaemiát és a fenyegető collapsust konyhasós infúziókkal igyekeztünk leküzdeni. *Curschmann* és *Frank* ilyenkor a vértransfusiót ajánlja, ami életmentő lehet.

A belső kezelés eredménytelensége miatt mind-egyik betegünknek lépét besugározttattuk. Az első három előbb a *Stephan* ajánlotta izgató adagot (1/5 H. E. D.) kapta; az I. és III. sz. betegen a vérzésem pár napra megszűntek, illetve enyhültek, csakhamar azonban megint nagymértékben jelentkeztek. Mindhármukat később tehát újból besugározttattuk, most már teljes bénító adaggal. Sajnos, tapasztalataink nem egyeznek a *Nagy Géza* közölte kedvező eredményekkel, amennyiben a besugárzás után még heveny esetben sem láttunk érdemleges javulást.

A Röntgen-therapiával a műtéti indicatio felállítása előtt mások is sokan próbálkoztak. Az itt-ott észlelt kedvező hatással szemben *Cori*, *Full*, *W. Schultz*, *Chauffard* és *Duval*, *Kaznelson* egyaránt nem láttak tőle eredményt.

A petefészek besugárzását (*Nagy*) nem kíséreltük meg, elsősorban az illető betegek fiatal korára való tekintettel. A climaxhoz közelálló nőknél mindenesetre ez is megkísérelhető.

Három betegünknek kivetettük a lépét, kettőét vitalis indicatióból igen súlyos állapotban. Az operáltak közül kettőt, sajnos, complicatiók következtében elvesztettünk. Az egyiket tüdőgyulladás miatt; a másik pár órával a műtét után halt meg, valószínűleg a vérvesztés, a constitutiós gyöngeség és a műtéti choc együttes következményeképpen. Harmadik betegünk azonban tökéletesen meggyógyult és immár 17 hónapja egészséges.

A lépkivételt becslésünk szerint eddig kb. 25–30 esetben és csaknem mindig chronikus betegen végezték. A műtétet úgyszólván kivétel nélkül a beteg teljes gyógyulása vagy legalább is lényeges javulása követte. A gyógyulás és javulás elsősorban klinikailag értendő: a vérzékenység az esetek nagyobb részében végleg megszűnt, kisebb részében pedig csak nagyobb időközökben és kismértékben jelentkezett. Tekintettel arra, hogy *Kaznelson* első esete legutolsó referálása idején 6½ éves volt, *Vogel* pedig 8 éves (*Chauffard* és *Duval* közlése), immár teljes joggal végleges gyógyulásról is beszélhetünk. A klinikai gyógyulást nem kíséri mindig a vérelet teljes restitutiója. A műtét utáni nagyfokú thrombocytosis alól ugyan alig van kivétel (*Chauffard* és *Duval* esetében 1,800,000). A vérzési idő is csaknem mindig véglegesen rendessé válik, de az esetek egy részében a vérelemek megszorodása csak átmeneti, utána megint megfogynak, sokszor az ú. n. kritikus 30,000 alá is, anélkül azonban, hogy újabb vérzés jelentkezne.

A thrombopeniások lépeltávolítása általában nem jár nagy mortalitással. *Kaznelson* 1924-ben egyik saját esetével együtt összesen 3 halálesetről tud. Lehetséges azonban, hogy a kedvezőtlenül végződött esetek egy része nem került közlésre.

Tekintettel a másféle therapiának úgyszólván teljes hatástalanságára, súlyos esetekben, acutban és chronikusban egyaránt, föltétlenül megkísérelendőnek tartjuk, ha az előzetes besugárzás eredményre nem vezetett. A műtéti indicatio felállításának időpontját meghatározni természetesen nagyon nehéz egy lefolyásában olyan változatos és szeszélyes betegségben, mint a thrombopeniás purpura. Az indicatio felállításakor a symptomás thrombopenia mindig kizárandó, de tekintetbe veendő természetesen mindig a beteg kora és erőbeli állapota is. A lépkivétel időpontjának helyes megállapítása és a műtét gyakoribb elvégzése a műtéti kockázatot és a veszteség arányszámát mindenesetre csökkenteni fogja.

Lemaire és *Debaisieux* legújabbban splenektomia helyett az arteria lienalis kötötték le teljes klinikai és haematologiai eredménnyel. Az eljárás végleges értékéről és a lépeltávolítással szemben való előnyéről ma még természetesen nem lehet ítéletet alkotni.

Irodalom: *Brüll* és *Rosenthal*: La Presse Méd. 1924., 20. sz., 44. o. — *Castex*: La Presse Méd. 1924., 26. sz., 277. o. — *Chauffard* és *Duval*: La Presse Méd. 1925., 57. sz., 961. o. — *Cori*: Zeitschr. f. klin. Med. 1922., 94. k., 356. o. — *Curschmann*: Med. Klinik. 1924., 49. sz. 1739. o. — *Frank*: Brugsch. Ergebnisse. III. 1922., 171. o. — U. a.: Verhandlungen d. deutschen Gesellschaft f. inn. Med. 1923., 227. o. — *Ehrenberg*: Monatschr. f. Geburtshilfe. 1920., 51. k. — *Eichenwald*: Med. Klin. 1921., 33. sz., 1017. oldal. — *Full*: Med. Klin. 1922., 2. sz., 43. o. — *Gáspár*: M. Orv. Arch. 1925., 2. f., 154. o. — *Glanzmann*: Jahrb. f. Kinderheilk. 1918. — *Kaznelson*: Zeitschr. f. klin. Med. 87. k. — U. a.: Deutsches Arch. f. klin. Med. 1917., 122. k., 72. o. — U. a.: Wiener Arch. f. inn. Med. 1924., VII., 87. o. — *Keisman*: Med. Klin. 1921., 3. sz., 74. o. — *Klemperer*: Klin. Woch. 1923., 2. sz., 100. o. — *Klinger*: Zeitschrift f. klin. Med. 1918., 85. k. — *Krömeke*: D. med. Woch. 1922., 33. sz., 1102. o. — *Minkowski*: Med. Klin. 1919., 50–51. sz. — *Molnár E.*: Orvosképzés. 1924., 1–2. f., 85. o. — *Morawitz*: Med. Klin. 1923., 3. sz., 75. o. — *Naegeli*: Klin. Woch. 1922., 43. sz., 2166. o. — *Nagy G.*: Orv. Hetilap. 1922., 53. sz., 503. o. — U. a.: O. H. 1924., 13. sz., 191. o. — U. a.: Zeitschr. f. klin. Med. 1924., 100. k., 630. o. — *Riccardoni* és *Albo*: La Presse Méd. 1924., 27. sz., 294. o. — *Schittenhelm*: Klin. Woch. 1923., 50. sz., 2298. o. — *Schmidt R.*: Wiener klin. Woch. 1917., 30. sz. — *Schraeder*: Mitteilungen aus d. Grenggeb. d. Med. u. Chir. 1922., 34. k. — *Schultz W.*: Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1919., 16. k. — U. a.: Klin. Woch. 1922., 40. sz., 2002. o. — *Stahl*: Deutsches Arch. f. inn. Med. 1920., 132. k. — *Stephan*: Berl. klin. Woch. 1921., 14. sz. — *Sternberg*: O. H. 1922., 52–53. sz., 495. o. — U. a.: O. H. 1923., 34. sz., 414. o. — *von der Weth*: Med. Klin. 1924., 10. sz., 329. o.

A pécsi Erzsébet Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos dr. egyetemi ny. r. tanár).

Vércsoportvizsgálatok haemophiliás családban.*

Írta: *Kubányi Endre dr.*, tanársegéd.

A haemophilia kérdését, félelmetes klinikai tünete, a therapiái beavatkozás gyakori tehetetlensége és szinte mystikus pathogenese mindenkor a sebészi érdeklődés előterében tartja. Jelen munkánkban azon megfigyelésünkről számolunk be, amelyben a haemophilia és a vércsoportöröklés közötti correlatiót tesszük tanulmány tárgyává. Egy súlyos haemophiliás betegünkkel kapcsolatban vizsgálat alá vettük, hogy a haemophiliás egyén vércsoportja és a család többi tagjai

* A budapesti kir. Orvosegyesület 1925 november 7-i ülésén megtartott bemutatás.

ú. m. anya, leány és fitestvér vércsoportja között mily összefüggés állapítható meg. Úgy gondoljuk, hogy a *haemophiliának* eddig tisztán empirikusan megállapított öröklési sorrendjére, vércsoportmeghatározásokkal egészen új oldalról deríthetünk fényt.

A vércsoport jellegének tanulmányozása az utolsó évtizedben egészen pontosan körvonalazott szabályosságokat tudott megállapítani, úgyhogy talán ezúton a haemophilia egészen sajátos öröklésére vonatkozólag új biológiai adatok birtokába juthatunk.

A haemophilia öröklési sorrendjére vonatkozó ismereteinket azon haemophiliás családfák megfigyelése eredményezte, melyek több generáción át voltak követhetők. Legnevezetesebb ezek közül *H. Lossen* által öt nemzedéken át megfigyelt Mampel-család, ahol 207 családtagnak közül 37 volt haemophiliás. Az eddigi közlések alapján *Bauer* (1922) 233 haemophiliás törzset gyűjtött össze, melyek közül:

30	családfa	2
89	"	3
58	"	4
39	"	5
10	"	6
5	"	7
2	"	8

nemzedéken át állott megfigyelés alatt.

Mindezeknek vizsgálata alapján a haemophilia már régebbi idő óta felismert oly alkati rendellenességnek bizonyult, ahol csak a *finemüek* vérzékenyek, a *nők* nem, de az öröklés mindenkor a női ág útján folytatódik. *H. Lossen* szavaival: a vérzékenységi hajlam a nők által vitetik tovább, akik saját maguk nem betegek; csak *finemüek* vérzékenyek, akik ha egészséges családból nősülnek a vérzékenységi hajlam általuk nem öröklődik. Ezt a betekintést az empirikus megfigyelés szolgáltatta. Az öröklés sorrendjének okára vonatkozólag azonban alig tudunk valamit. Az egyszerű Mendel-féle hasadással nem magyarázható, minthogy a Mendel-törvény szerint a hasadásban mindkét nem egyenlően vesz részt, a haemophiliánál pedig a nő örököl, de nem beteg, a fi nem örököl, de beteg. Az empirikus megfigyelést hypothesisekkel próbálták magyarázni (*Lenz, Plate, Liebold*). A legelfogadottabb feltevés, hogy itt kivételes öröklés van jelen, ahol a haemophiliás „factor” és a „nem” között szoros összefüggés áll fenn. *Sahli, Baur, Siemens* ezen kérdés megoldását a jövőtől várja.

Landsteiner, Skattoch, Jansky és *Moos* vizsgálatai óta tudjuk, hogy az emberi vér *agglutinatio* szempontjából négy csoportra oszlik. A beosztás azon alapszik, hogy az egyik csoportba tartozók vérsavója a másik egyén vörösvérsejtjeit agglutinálja-e vagy nem. Annak a megállapítása, hogy ki melyik vércsoportba tartozik, ma már a standard serumokkal könnyen meghatározható. Ily standard serumot e célból a bécsi állami serumtermelő intézet haemotest néven hoz forgalomba.

A vércsoportok átöröklését szülőről gyermekekre, legelőször *Langer* (1903) és *Hecton* (1907) vizsgálták. Utánuk *Ottenberg* és *Epstein* (1908) egy testvérpárat egyazon csoportba tartozónak talált s ennek alapján hasonló tulajdonságokat véltek bennük felismerni. Két másik család közül pedig az egyiknél az anyát és hét fiát a II. csoportba tartozónak talált, egy másik esetben pedig az anyát, apát és négy fiút a III. csoportba tartozónak. Ezek alapján elsők voltak, akik felhívták a figyelmet, hogy ezen vizsgálatok a Mendel-féle törvény igazolására példával szolgálhatnak.

Ily irányban az első komoly vizsgálatokat azonban csak *Dungern* és *Hirschfeld* végeztek (1910-ben), akik 72 családnál (348 személy) határozták meg a vércsoport-karakter öröklési sorrendjét. Vizsgálataikból igen értékes és figyelemreméltó következtetéseket vontak le, amiből a legkiemelkedőbb, hogy az ú. n. erős csoportoknál az A (II. csoport) és B (III. csoport) öröklési sorrendje a Mendel-féle törvény szabályszerű-

ségével teljesen megegyezik. Vizsgálatainknak közlése után egész tanná fejlődött ki a vércsoportöröklés megfigyelése. *Learmonth* 40 családot (179 személy), *Ottenberg* 67 családot (255 személy) vizsgált. Eredményeik *Dungern* és *Hirschfeld* leletével teljesen megegyeztek, s a Mendel-féle törvényszerűsége vonatkozólag is hasonló adatokat szolgáltattak. A fentiekkel megegyező céllal végezte vizsgálatait az olasz *Mino Prospero*, a norvég *Jervel*, a japán *Kirikara*, az orosz *Ardejeva* és *Griecivicz*, a svájci *Plüss* és az ausztráliai *Tebutt* és *Conell*. Hazánkban *Verzár* és *Veszelszky* számoltak be hasonló tárgyú igen nagy jelentőségű vizsgálataikról. A vércsoport átöröklésével kapcsolatban megfigyelték még a cseesemőnek az anyához, továbbá az egy- és kétpejtű ikreknek egymáshoz és a szülőkhöz való vércsoportviszonyát.

A fenti szerzők, továbbá *Dyke, Jervel O.* és *Wolff* vizsgálatai alapján azon következtetésre jutottak, hogy az öröklés folytán a gyermekek vércsoporttartozásának lehetősége bizonyos körülmények között határozott szabályosságot követ. Megállapításaik a következőkben foglalhatók össze:

1. Ha az apa és anya az I. csoportban van, úgy a gyermekek csakis az I. csoportba tartozhatnak.

2. Ha az apa és anya a II. csoportban van, úgy a gyermekek az I-es vagy II-es, avagy megosztva mindkét csoportba tartoznak.

3. Ha az apa és anya a III. csoportban van, úgy a gyermekek az I-es vagy II-es, avagy megosztva mindkét csoportba tartoznak.

4. Ha a szülők közül az egyik az I., a másik a II. csoportban van, úgy a gyermekek vagy az I-es, vagy a II-es, avagy megosztva mindkét csoportba tartoznak.

5. Ha a szülők közül az egyik az I., a másik a III. csoportban van, úgy a gyermekek az I. vagy a III., avagy megosztva mindkét csoportba tartoznak.

6. Ha a szülők egyike a IV. csoportban van, úgy a gyermekek bármilyen csoportban lehetnek, ilyenkor törvényszerűség nincsen. Úgyszintén:

7. Ha a szülők közül az egyik a II., a másik a III. vércsoportba tartozik.

Ezen öröklési szabályosság törvényszerű orvostani szempontból bír értékkel, amennyiben ezen szabályosság szerint a leszármazás kétes esetekben, mint pl. apasági keresetnél bizonyos határok között megállapítható.

Törvényszerű szempontból *Ottenberg* a következő szabályt tartja elfogadandónak: ha a gyermek vércsoportba tartozása a fentiekkel megegyezik, úgy a gyermek törvényes lehet, de nem feltétlenül következik. Ha a szabálynak nem felel meg, úgy az apa vagy anya személye nincs jól megadva. *Ottenberg* a jelzett szabályokat az alábbi táblázatba foglalta össze, melyből kitűnik, hogy ha az anya és a kérdéses apa vércsoportját ismerjük, úgy a gyermek melyik csoportba nem tartozhatik.

Az anya vércsoportja	Az apa vércsoportja	A gyermek az alábbi vércsoportba nem tartozhatik		
I.	I.	II.	III.	IV.
I.	II.		III.	IV.
I.	III.	II.		IV.
II.	I.		III.	IV.
II.	II.		III.	IV.
III.	I.	II.		IV.
III.	III.	II.		IV.

Az I. számú vércsoportba bármilyen combinatio után tartozhatik a gyermek és ilyenkor semminemű következtetés nem vonható le.

Mindezen vizsgálatok eredményei amellet tesznek bizonyosságot, hogy az öröklés és a vércsoport-karakter viselkedése között correlatio áll fenn.

Ha a haemophiliáról és külön a vércsoport-átöröklésről mondottakat áttekintjük, úgy pár szóban összefoglalva a következőket állapíthatjuk meg:

I. a) A haemophilia *alaki genesisét* az empirikus megfigyelés körvonalozza.

b) *Oki genesisére* vonatkozólag eddig alig tudunk valamit.

II. A *vércsoportok* öröklési karakterére vonatkozólag igen nagyszámú vizsgálat után egybehangzóan a fenti szabályosságok, sőt törvényszerűségek voltak megállapíthatók.

A mi tanulmányunk oda irányul, vajjon a haemophilia öröklése és a vércsoport-karakter öröklése között konstatálható-e valami összefüggés?

Ily irányú vizsgálatunkat klinikánkra 1925 július hó 26-án beszállított K. Gy. 25 éves betegünkkel kapcsolatban végeztük. Nevezett szerint 3 nappal ezelőtt sógora arcát megütötte, amikor is szájászelét fogával megsértette, azóta szünet nélkül, állandóan szívtárgy sebéből a vér. Orvost csak másnap hívták, aki az alsó ajak nem is 1 cm-es hasadását először gyógyszerrel próbálta csillapítani, majd pedig egy öltéssel akarta a sebszéleket összehuzatni. A vérzés azonban ezután sem állott meg, s minthogy a betegnél a vérvesztésesség mind súlyosabb és súlyosabb tüneteket öltött, beszállították klinikánkra. Felvételkor hő 37.5, pulzus 120, a beteg felültetésekor szédülésről panaszkodik s állandóan hányingere van. Az alsó ajak belső felületén kb. 1 cm-es lepedékes folytonossághiány látható, amit egy fellazult selyemöltés tart össze. A sebszélel állandóan parenchymatosusan szívtárgy a vér. A régi öltést eltávolítjuk s újabb öltést alkalmazunk. I. v. calciumot adunk és egyidejűleg i. m. gelatint. A beteget nyugodt, félülő helyzetbe fektetjük. A sebből azonban tovább tart a vérzés, amit most adrenalinostampon és nyomókötéssel próbálunk csillapítani. A vérzés azonban tovább tart, úgyhogy a sérülés 4. napjának éjjelén ötször kellett váltanunk kötést. Az 5. napon, minthogy a beteg két nap óta semmit sem vett magához, szopócsészén át jégbehűtött tejet adunk. Az étkezés után a sebből még erősebben megindul a vérzés, úgy hogy kénytelenek vagyunk a sebet ismét átöltetni, fonalunk szárával pedig tamponot kötünk a sebre. Adunk ismét calciumot intravenásan, gelatint és Mo-t subcutan. A vérzés szüntelenül tovább tart. A beteg erőbeli állapota mindinkább hanyatlak. Katzensteint és táposörét adunk, azonkívül calcium és gelatin mellett 40 cm³ friss lóserumot. A vérzés azonban még mindig tovább tart úgy, hogy az 5. és 6. napon állandóan kezelésünk alatt áll. A 7. napon 6 flola calciven és 8 flola gelatin és 40 cm³ lóserum hiábavaló alkalmazása után *vérátömlesztésre* határozzuk el magunkat. Mindezen gyógyszerek adagolása után a transfusio előtt a vér-alvadási idő 24 perc, a vörösvértestek száma 2,900,000. A beteg állandóan nyugtalan és halálfélelem gyötri. Haemotest standard serummal megállapítjuk, hogy betegünk a II. csoportba tartozik és ugyancsak a II. csoportba tartozó H. K.-né 37 éves klinikai alkalmazottból Oelexer-apparátussal 400 cm³ vért ömlesztünk át. A transfusio után sem hőemelkedés, sem borzongás nem támad, a beteg erőbenileg jobban érzi magát és kb. egy óra múlva a sebből a vérzés megáll. A transfusio után két óra múlva fél liter hideg tejet iszik, amire a vérzés tovább is szünetel. A 9. nap reggelén étkezés után a sebből kis szívtárgás indul meg, ami azonban nyomókötés nélkül félóra nyugodt fekvés után magától megszűnik. Több vérzés nem jelentkezett. A beteget még egy héten át ágyban tartjuk, ami alatt a sebet takaró pörkök lelelkődnek. Augusztus 16-án felkel, amikor a vörösvértestek száma 4,300,000. Augusztus 20-án, miután megfelelő utasításokkal elláttuk, elhagyja a klinikát. Távozáskor vörösvértestek száma 4,870,000; alvadási idő 14 perc.

A beteg *családi adataira* vonatkozólag a következőket tudjuk meg: *Apja* öt évvel ezelőtt spanyol influenzában halt el. *Apjának* két testvére él s egészséges. *Anyjának* 10 testvére volt, akik közül egy sínes már életben. Az anya testvérei közül hetet nem ismert, nem tudja róluk, hogy miben haltak el. Nálánál fiatalabb testvérei közül egy volt *fiú, aki 18 éves korában vesevérzésben halt meg*. Betegünknek hat testvére van, egy leány és öt fiú. Egyik testvére kéthetes korában halt meg.

A *vércsoportjelleg vizsgálatánál a következő adatok birtokába jutottunk: az anya és leánya, továbbá a mi haemophiliás betegünk* valamennyien a II. csoportba tartoztak, a többi fiútestvér valamennyi a III. csoportba tartozik. *Szabadjon ezen körülmény ér-*

dekességére felhívnom a figyelmet. Az anya és leánya, tehát a női ág, továbbá a fiútestvérek közül egyedül a mi haemophiliás betegünk együgyűnazon csoportba tartozóknak bizonyultak. Ez a körülmény talán megengedi azt a feltevést, hogy haemophiliánál „a haemophiliás factor” és a vércsoport-character átöröklése együttesen történik. Ezen esetben vércsoportvizsgálataink fedik a haemophiliára vonatkozó eddigi empyrikus meghatározásokat.

Az a remény, hogy *további vércsoportvizsgálatokkal a haemophilia öröklési sorrendjére vonatkozólag új adatok birtokába juthatunk*, arra bátorít, hogy további vizsgálatokra hívjuk fel a figyelmet.

Irodalom. Brauer. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1922., 76. k. — Lossen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1877., 7 k. — Lossen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1905., 76. k. — Lossen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1914., 128. k. — Dahlgren. Beitr. z. Klin. Chir. 1909., 61. k. — Schlossemann. Beitr. z. Klin. Chir. 1912., 79. k. — Linzer. Beitr. z. Klin. Chir. 1896., 17. k. — Baum. Grenzgebiete 20. k. — Denk és Hellmann. Grenzgeb. 20. k. — Kaposi. Gernzgeb. 13. k. — Sachur. Grenzgeb. 8. k. — Sahli. Zeitschr. f. Klin. Med. 1905., 56. k. — Klínger. Zeitschr. f. Klin. Med. 1918., 85. k. — Hammer. Münch. med. Wochenschr. 1911. — Wöchlisch. Münch. med. Wochenschr. 1921. No. 30. és 43. — Bircher. Med. Klin. 1910. No. 15. — Moravitz és Lossen. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1908., 94. k. — v. den Velden. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1914., 114. k. — Sahli. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1910., 99. k. — Stempel. Zentralbl. f. Chir. 1900. No. 3. — K. H. Bauer. Deutsch. Med. Wochenschr. 1922. No. 20. — Fonio. Mitt. a. d. Grenzgeb. 1915. 28. k.

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

Az adrenalinak agglutinációt fokozó hatásáról és a terhességi vago-toniáról.

Írta: Váró Béla dr.

Ismeretes hogy typhus-védőoltásra a vérben az agglutininek mennyisége emelkedik. Borchardt¹ nem terheseken végzett vizsgálataiból arra az eredményre jutott, hogy mellékvese hatóanyagának subcutan injeciálására előzőleg typhus ellen oltottakban az agglutininek mennyisége még tovább növekedik. Theoretikus megfontolás alapján feltételeztem, hogy terhesnek és nem terhesnek az adrenalin-injectióra való reagálásában különbségek vannak. Erre vonatkozó jelen vizsgálataim azt mutatják, hogy e tekintetben eltérés csakugyan található.

Kísérleteimet a bostoni Lying-in Hospital igazgató tanárának, Newel-nek szíves engedélyével az intézet bejáró betegein végeztem. A kísérletek rövid kivonata a következő: Legelőször is megállapítottam az asszony savójának agglutinációs titerét typhusbacillus szemben. A kísérletekhez saját készítésű bacillus-szuspensiót használtam: egy ferde agar-kultúrát 10 cm³ physiológikus NaCl-oldatban lemostam s 0.1 cm³ conc. formalinoldattal előltem. Az agglutinációs leolvasást 24 óra szobahőmérséken tartás után kézi nagyítóval végeztem. Ezen kezdeti agglutinációs titer meghatározván, melyet rendszeren 1:20, 1:40-nek találtam, 1 cm³ typhus-oltóanyagot fecskendeztem be subcutan, mire az agglutinációs titer felemelkedett s maximumát az oltás utáni 17-ik napon, vagy ekörül érte el. Ekkor a titer különböző asszonyoknál 1:1000 és 1:4000 között találtam, tehát magasabban, mint Borchardt, aki 1:300 — 1:2500 közötti értékeket közöl. Az oltóanyagbefecskendezéssel szemben terhes és nem terhes egyformán viselkedett. Ekkor (a 17. napon az oltás után) 1 cm³ 1:1000 adrenalin Parke Davis-oldatot injeciáltam subcutan s vártam az agglutinintartalomnak Borchardt által leírt további emelkedését. Ez nem terheseknél a legtöbb esetben be is következett s maximumát az adrenalin-injectio utáni 7. nap körül érte el, de nem találtam olyan magas értékeket, mint Borchardt,

mert 1:7500-nál magasabba egy esetben sem emelkedett, míg ő 1:10.000-t is észlelt. A másik különbség *Borchardt* és az én eredményeim között az, hogy míg ő nem tesz említést egyetlen olyan esetről sem, melyben az adrenalin hatására ne szaporodtak volna az agglutininek, addig én elég gyakran láttam nem terheseknél is, hogy a typhus-oltóanyag injiciálását követő 17. napon talált agglutinin-érték adrenalin-injectióra semmi további emelkedést sem mutatott. *Terheseknél azonban 9 közül egyetlen egyben sem sikerült az agglutinin mennyiségét ilyen módon további emelkedésre bírni.*

Kísérleteimet 41 asszonyon kezdtem meg, kik 6 kivételével mindannyian terhesek voltak a III. hónap vége és a VII. hónap között. Ezek a vizsgálatok azonban megkívánták, hogy az asszonyok pontosan előírt időben jelentkezzenek a vizsgálat folytatására, ez a kívánság pedig az amerikai viszonyok között igen sok esetben kivihetetlen lévén s azonkívül a gyakori vérvétel és a typhus-oltóanyag és adrenalin-injectiók kellemtelen hatásától való félelem is visszatartván egyrészt attól, hogy a vizsgálat folytatásának alávessék magukat, a 35 terhes közül csak 9-nél lehetett a vizsgálatokat egyöntetűen az eredeti terv szerint véghezvinni. Itt tehát csak ennél a 9-nél elért eredményről számolok be, de mivel ezek tökéletesen egyformán viselkedtek, t. i. az agglutinin mennyiségét adrenalin-injectióval egyiknél sem lehetett növelni, az ezen eredményből levont következtetések bizonyító erővel bírnak. Nem terhest feleslegesnek tartottam többet is vizsgálat alá venni, mert ezek viselkedése már *Borchardt* közléséből ismeretes, csak éppen annyinál végeztem vizsgálatot, amennyi kontrollképen eléendő volt.

Az adrenalinra való agglutinin-emelkedés tekintetében tehát különbség van terhes és nem terhes között. Gyakorlati célra terhességi diagnostikumnak azonban mégsem használható ez a módszer, mert *Borchardt*-tal szemben úgy találtam, hogy sok nem terhes is úgy viselkedik, mintha terhes lenne, azaz nem reagál adrenalinra. Nem találtam ezt a módszert terhességi diagnostikum gyanánt kifogástalanul alkalmasnak azért sem, mert a nem terhes agglutinin-emelkedése kisebbfokú, mintsem hogy diagnostikai célra elég határozottsággal alkalmazható lenne. Diagnostikai célra nem azt kell keresni, hogy az agglutinin-tartalom milyen magasra emelkedik, hanem hogy a kezdeti értéknek hányszorosát éri el az adrenalin-injectio hatására, már pedig kísérleteimben a 17. nap agglutinin titerre a terhesekben legtöbbször csak 2-szeresre, 3-szorosra emelkedett az injectio következtében, csak kivételesen 6-szorosra. Egészen más volna, ha a *Borchardt*-találta igen nagy agglutinin-emelkedések valónak bizonyultak volna. Ő 34-szeres emelkedést is közöl (300—10.200). Ilyet egy esetben sem láttam.

Kísérleteim ezen eredménye ha gyakorlati célra nem is hasznosítható, segítségével beleszólhatunk abba az elméleti értékű vitába, mely *Louros*² és *Peyser*⁴ között folyt le a terhességi vagotonia kérdésében. *Louros* úgy találta, hogy ha terheseknek subcutan adrenalin-injectiót adott, azoknak vérnyomása úgy viselkedett, mint a vagotoniásaké és pedig a terhesség előrehaladtával erősebben és erősebben, a szülés után pedig újból visszafejlődött ez a változás. Ha pedig sympathicotoniás került másállapotba, az ilyen sympathicotoniájából veszített terhessége alatt. Ebből azt következtette, hogy a terhesség olyan befolyással van a szervezetre, hogy a sympathicotoniások közelednek a vagotoniás állapot felé, vagotoniásaknál pedig ez az állapot fokozódik. Ennek a jelenségnek a „terhességi vagotonia” nevet adta s okát úgy magyarázza, hogy terhességben a parasymphaticus-rendszer ingerlékenysége nő, a sympathicusé csökken. *Peyser* tagadja a terhességi vagotonia létezését, szerinte a subcutan adott adrenalinra a terhesek reactiója (az adrenalin-vérnyomás-görbe) azért változik a terhesség előhaladásával, mert az injiciált adrenalin felszívódása a terhessen lassabban megy végbe. Már pedig tudjuk, hogy az adrenalin-

vérnyomás-görbe subcutan adrenalin-injectio után az adrenalin felszívódási gyorsasága szerint lényegesen különböző, s hogy éppen ezért ilyenfajta vizsgálatokat csak ezen anyag intravenás adagolásával lehet végezni. Szerinte *Louros* eredményei nem azt bizonyítják, hogy terhesek vegetatív idegrendszerében változások mennek végbe, vagyis, hogy a terhesség vagotoniát idéz elő, hanem a terheseknek vagotoniás-typusú adrenalin vérnyomás-görbéje a subcutan adott adrenalin késedelmes resorptiójának a kifejezője. A terhességben olyan gyakran észlelhető oedémák az injiciált anyagnak késedelmes felszívódását megmagyarázzák.

A kérdést, hogy van-e terhességi vagotonia vagy nincsen, a fentebbi kísérleti eredmények eldöntik. Az adrenalin ugyanis minden hatását a sympathicus idegrendszer izgatása útján fejt ki, tehát a vérsavó agglutinin-tartalmának emelkedése is ezen hatásmechanizmus útján váltatik ki. Kísérleteimnél nem jön számításba az az ellenevetés, hogy az adrenalin lassú vagy gyorsabb felszívódása különbségeket okozhat az eredményekben, mint *Louros*-nál, mert én nem rögtön az injectio után jelentkező egy változást használtam indikátorul az adrenalin-hatásnak, hanem egy napok múlva beállót, melynél nem játszhatnak szerepet a felszívódási időben való kis különbségek. Vizsgálataim során úgy találtam, hogy az adrenalin nem képes kifejtetni terheseknél sohasem agglutinin-szaporító képességét, nem terheseknél a változás létrejön, azonban ritkább esetekben a hatás itt is elmarad. Hogy ezen utóbbiaknál is kimarad néha a hatás, könnyen érthető, mert ezek már eredetileg vagotoniásak voltak, amit bizonyít az az észlelés, hogy ezeknél az 1 cm³ adrenalin semmiféle panaszt nem okozott, szívdobogás, légzési nehézségek, reszketés soha nem jelentkezett, holott a többinél, kiknél az agglutinin mennyisége emelkedett, ezeket a panaszokat rendszeresen észleltem az injectio után. A terhesek feltűnően könnyen túrték az adrenalint, jeleül annak, hogy vagotoniásak. A terheseknek ez a viselkedése, továbbá az a körülmény, hogy agglutinin-mennyiségüket az adrenalin-injectio nem képes emelni, bizonyítják, hogy náluk vagotonia van jelen, tehát *Louros* értelmében vett terhességi vagotonia valóban létezik.

Összefoglalás:

1. Terhesek agglutinin-titerét adrenalin-injectio nem képes fokozni.
2. Nem terhesek között az adrenalin-injectio csak azoknál hatástalan, kik vagotoniás-typusúak, a többinél az agglutinin titer emelkedését vonja maga után.
3. Mivel terhesek adrenalin-injectio adagolása után subjective is, vérsavójuk agglutinin-emelkedését tekintve is úgy viselkednek, mint vagotoniás nem terhesek, következik, hogy náluk terhességi vagotonia felvétele jogosult.

Irodalom: ¹*Borchardt*: Münch. Med. Wochenschrift. 1919. 31. sz. — ²*Louros*: Z. Blatt f. Gyn. 1923. 43. sz. — ³*Louros*: Z. Blatt f. Gyn. 1924. 15. sz. — ⁴*Peyser*: Z. Blatt f. Gyn. 1924. 8. sz.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának (igazgató: Hüttl. Tivadar dr. egyet. ny. r. tanár) és kórbonctani intézetének (igazgató: Orsós Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár) közleménye.

A colon nyálkahártya csövének csaknem teljes kivongálása (dementia praecox).

Írták: *Loessl János dr.* egyet. adjunktus, *Jáki Gyula dr.* egyet. tanársegéd.

Az elmebetegnek önesonkításánál rendszerint test-sensatiók és téveszmék játszanak szerepet.

Az önesonkítások többnyire a test külső felületén történnek. Így gyakori az autocastratio, a scrotum bőrének valamely eszközzel vagy pusztán kézzel végzett fel-

szakítása után. Az erek felvágása vagy a szívtáj sérülése sem ritka. Előfordult, hogy elmebajos nő az előesett méhet szakította ki.

A hasúri szerveken véghezvitt önesonkítások már ritkábbak. A has felmetzése, — amely mint öngyilkossági módszer keleten gyakoribb —, az előesett hasúri szervek sérülését okozhatja. *Cordes* esetében egy alkoholistá hasát felhasította, a beleket megsértette és a nagycsepeszt levágta. *Böhler* esetében egy katona a háború alatt hasát felvágva, a vatagbelét kimetszette. A hasfal felvágása vagy átszúrása után előeső belek szétszakításáról emlékezik meg *Fischel* és *Dittrich*. A belek péppé való szétzúzását *Sollaud* észlelte.

Önesonkítással kapcsolatos igen súlyos és szokatlan módon végrehajtott vastagbél-sérülést volt alkalmunk észlelni egy 18 éves nőbetegen, akit dementia praecox miatt ápoltak a debreceni elme- és idegkórtani klinikán.

Esetünk közelebbi megvilágítására szolgáljanak a következő adatok.

Családi terheltség állítólag nincs. 4—5 éves korában kanyarója volt. Első mense 15 éves korában, azóta rendszeren 4 hetenként jelentkezik; kb. 4—5 napig tart, nagyobb göresök és fájdalmak nélkül. 5 hónap óta a már gyermekkorától fogva engedetlen, kötekedő természetű leány, még ingerlékenyebbé lett; gyakran minden ok nélkül sírva fakadt, álmatlanságról, gyomorbajról panaszkodott, válogatni kezdett az ételekben, mindig kevesebbet evett. A felvétel előtt 5 héttel vették észre, hogy „furesán viselkedik”. Állandóan nyugtalan és ingerlékeny volt. Kérdésekre gyakran nem válaszolt (egyéb-ként is negativistikus); legtöbbször valamely félreeső helyre bujt.

Idegklinikai körlelet (Prof. *Benedek*): Magas termetű, közepesen fejlett sovány nőbeteg, arca halvány és beesett. Látható nyálkahártyái kissé vérszegények, koponya alkata mesocephal, szögletes, kiálló fal és homlokosant dudorokkal. Arc és agykoponya aszimmetriának mondható. Lapos, hosszúkas mellkas, besüppedt, supra- és infraclavicularis árkokkal. Tüdők felett kóros elváltozás nem mutatható ki, pulzus száma percenként 92. A hasfal besüppedt, hasúri szervek, genitáliák feltűnő eltérés nélküliek; a pajzsmirigy nem tapintható. Idegrendszer: érzési kör pontosabban nem vizsgálható; erősebb csípésekre némi reactio. Mozgási kör különösebb eltérésnélküli. A hasreflexek, a felső és alsó végtag, in- és periostealis reflexei mindkét oldalt egyformák, rendszeres élnékségűek. Pupillák mindkét oldalt egyenlőek, középtágak.

Psychés vizsgálat: a beteg autistikusan elzárkózott. Időnként köpköd. Főlemelt végtagjai aláhullanak, majd ismételt vizsgálat katatoniasan bármely testhelyzetben 5—10 percig is megmaradnak; szoborszerű állások. Felszólításokkal szemben legtöbbször negativismus, vagy semmi reactio. Auropalpebralis reflex nem váltható ki. Környezet iránt semmi érdeklődés. Táplálékfelvételt nógatásra sem teljesíti.

Kivonat az elmeklinikai körlefolyásból: 1924 augusztus 3—15-ig autistikusan elzárkózott, negativismus váltakozik kismértékű érdeklődéssel; augusztus 15: Schisophasia. Szeptember 4. Időnkénti hallucinatio. Szeptember 24. Nagyzási téves eszmék. Október 27., 28. Nyugtalan, prolongált fürdőt és vizes pakolást kap. Október 29. Kézével stereotyp módon a genitáliát tapogatja. A vizsgálat kóros tünetet nem talál, ennek dacára kéri, majd követeli, hogy az orvos operáltassa meg, mert operálni kell őt; segítsen rajta, legyen a férje. Este az ágya felett lévő villanylámpát leszakítja, délből egy kettétört kanál nyelével a karján lévő sebet piszkálja. Éjjelre scopolamin kap. Október 30. Egész nap nyugtalan, délelőtt a prolongált fürdők sem nyugtatják meg. Nyugtalanossága délutánra fokozódik, vizes pakolást, majd több ízben morphin-scopolamin injekciót kap, a legutolsót este 21 órakor. A beteg újlag kéri genitális operációját, mert egy daganata van, egy kinövést érez, melyet le kell operálni. Másnap reggel 6— $\frac{1}{2}$ 7 között az ápolónő bemegy hozzá, ekkor már nyugodtan fekszik, azonban keze és ágyneműje véres. A vérzés a szeméremrés alsó részén talált sérülésből ered, ahonnan kb. 1 m hosszú, vékonybélre emlékeztető véres

képlet lóg ki.* A beteget azonnal a sebészeti klinikára szállítják.

Ekkor az erősen kivértett beteg bőre, a látható nyálkahártyái halványak, pulzusa kishullámú, könnyen elnyomható. Mindkét kéz ujjai, valamint a combok beszáradt vértől szennyezettek. A gát teljes repedése állapítható meg. A gát sebéből kb. 1 m hosszúságú, vékonybélre emlékeztető, halvány-szederjesen elszineződött, hashártyaborítéktól fosztott bélrészlet lóg ki.

A betegen 1 liter konyhasós infusio beadása után aether narkosisban műtétet végzünk (*Loessl dr.*). Alsó medián laparotomiával megnyitjuk a hasüreget. A peritoneum megnyitása után erősen puffadt, belövelt vékonybél kacskok nyomulnak elő, amelyeknek kiemelésekor azonnal feltűnik, hogy a vastagbél májhajlatától a gát sebéből kilógó bélrészlethez hasonló, erősen feszülő csöves képlet húzódik a kismedencébe. E csöves képlet közelebbi vizsgálatra vastagbél részletnek, illetve a hashártya borítékából kifejtett vastagbél nyálkahártyának bizonyul. Keresve a haránt, valamint a lehágó vastagbelet, annak csak a roncsolt, foszlányokra szét-tépett izomfalát találjuk a flexura hepaticától a sygmabélnek megfelelő részig. Az épek mondható felhágó vastagbél felső részében a savós hártya alatt, valamint a haránt és lehágó vastagbél roncsolt részeivel összefüggő mesocolonban erős vérzések láthatók. E roncsolt vastagbélrészlet eltávolítása után a még épek mondható colon ascendens felső részét a hasfal elé helyezzzük. A vastagbél nyálkahártyáját a flexura hepaticánál lekötve átvágjuk és a vastagbél nyálkahártyájának 1-2 m hosszúságát a vulva, illetve a gát sebében enyhe húzással eltávolítjuk. A sygma megmaradt izomrétegét és savós hártóját elvarrjuk, a csonkra gaze-síkot helyezünk és a hasfalat rétegesen bevarrjuk.

A beteg a műtét után még 6 órát élt. A halál szívgyengeség tünetei között következett be.

A boncolásnál a műteti seb csomós varratainak eltávolítása után a puffadt belek előnyomulnak. A hasüregben a halál előtt 6 órával végzett vastagbél resectiónak megfelelő állapot látható. Úgy a zsigeri, mint a fali hashártya fényvesztett, helyenkint finom fibrinlepedékekkel borított. A bélkacskok rostonyásan összetapadtak. A roncsolt, helyenkint varratokkal ellátott mesocolon a flexura hepaticától kezdve cafatos, véresen beszűrődött, rajta szakaszokint a haránt és lehágó vastagbél savóshártyájának és vele összefüggésben a véresen beszűrődött izomrétegnek maradványai találhatóak. A flexura hepatica táján a savós hártya alatt és a felhágó vastagbél mesocolonjának felső részén nagyobbfokú a véres beszűrődés. A kismedencében 200 g-nyi vérral és rostonyával kevert izzadmány. A sygmabél csonkja befelé fordítottan elzárt. Felvágása után kitűnik, hogy úgy a colon sigmoideum megmaradt részének, mint a végbélnek nyálkahártyája mindvégig hiányzik és csak a végbél legalsó részén, a végbélnyílás felett van meg a nyálkahártya kb. 2 harántujjnyi öv alakjában. A megmaradt nyálkahártya felső határa harántul futó, gyengén hullámos vonalat alkot és helyenkint menedékesen szűnik meg a végbél ampullaris részében, ahol már teljesen hiányzik. Ennél fogva a végbél alsó részében a körkörös, a felsőbb szakaszon pedig már a hosszanti izomréteg is csupaszon fekszik. A colon sigmoideumban foltonkint a hosszanti izomzat is hiányzik és e helyeken a bél falát csak a savós hártya alkotja. A végbél elülső falán, a nyálkahártya maradványtól fedett alsó szakaszán, a végbélnyílásnál kezdődő 8 cm hosszú, függélyes repedés látható. A repedés a végbél egész vastagságára és a hüvely hátulsó falára is kiterjed, teljesen keresztülhatol a gát szövetein, úgy, hogy a hüvelyt és a végbélet összekötő teljes gátrepedés képe mutatkozik. A repedés szélei cafatosak, véresen beszűrődöttek, a felső, kissé lekerekített zugban vékony szövethidak kötik össze a sebfalakat. A gáton pedig a sebfalakat elhalt zsírszövet alkotja. A hüvely épen maradt részlete tág. A talált repedés a portio alatt egy harántujjnyira végződik.

* Psychiatriai szempontból az esetet *Benedek* professor úr méltatta. *Gyógyászat* 1925 és *Arch. f. Kriminologie*. 1925.

A hüvely elülső fala ép és halvány. A portio közép-nagy, tömött; a méhszáj kerek, a méh közép-nagy, nyálkahártyája halvány. A petevezetők, petefészkek szabadok, épek.

A kivongált és a műtét alkalmával eltávolított bélrészlet 1,2 m hosszú egységes, összefüggő nyálkahártyacső, rajta megszakítás, berepedés nem észlelhető, lumenét kevés, pépes, barnás bélsár tölti ki és fala makroszkoposan mucosából és submucosából állónak látszik. Itt-ott látható a külső felületén néhány izomnyaláb is.

A kivongált nyálkahártyacső proximalis végéből készült metszeten az izomrétegnek nyoma sem volt található. A csövet kívülről a nyálkahártya alatti szövet maradványa fedi, de az csak közvetlenül a nyálkahártya alatt mutat még magfestődést, különben elhalt kötőszövetből áll. Maga a nyálkahártya közepes vastagságú, belfelületét vérral és bakteriumokkal keveredett nyák fedi. A mirigycsatornák szembeütő elváltozást nem mutatnak, de a köztük lévő reticularis alapszövetben sejtes beszűrődés észlelhető. A nyálkahártyacsőnek a distalis végéről készített metszetein hasonlóan csak nyálkahártyát és nyálkahártya alatti szövetet találunk. A nyálkahártya itt súlyosan elváltozott. Fel-színes hámrétege teljesen hiányzik, helyét kevés rostonyával és alvadt fehérjével összetartott bakteriumréteg foglalja el. A mirigycsatornáknak csak alsó részei vannak meg és azokban hiányos festődés és szétesés mutatkozik. A nyálkahártya stromájának fix elemei nem festődnek, maga a stroma oldásban levő vörösvértestektől áthatott. Szétszórtan itt-ott plasmasejtek és egyéb vándorsejtek láthatók. A submucosa vékony rétegében csak kevés pycnotikus sejtmag ismerhető fel, véredényei pedig részben jól festődő vérral, részben congelatiós thrombusokkal kitöltöttek. A kivongált bélrészlet tehát a vastagbél nyálkahártyája.

Felmerül a kérdés, hogy miképp történhetett ez a szinte elképzelhetetlen nyálkahártya-kihüvelyezés? A mód, amellyel a beteg a vastagbél nyálkahártyájának kivongálását végezte, bizonyosan nem állapítható meg.

Kétségtelen, hogy a vastagbél nyálkahártyájának ilyen kihüvelyezése nem tartozik a könnyen kivihető feladatok közé. A Withehead-műtétnél pl. a végbél nyálkahártyájának 3-4 cm-nyi szakaszon történő leválasztása is nehéz és akárhányszor megtörténik az, hogy a nyálkahártyahüvely közben beszakad.

Megkíséreltük a nyálkahártya kihüvelyezését hullákon véghezvinni. Először megpróbáltuk az in situ harántul átvágott vastagbélnek a nyálkahártyáját leválasztani és kihúzni. Ép vastagbél legfeljebb 2-3 cm-es szakaszban sikerült a nyálkahártyát leválasztani, illetve kihúzni. Lobos vastagbél nyálkahártyája könnyebben 5-7 cm hosszúságú övben volt kihúzható. *Peritonitis* eseteiben az oedemas vastagbél nyálkahártyája kellő óvatosság mellett, fokozatosan még nagyobb darabon, egész 15 cm hosszúságig volt kivongálható. A felhalmozódott savó a bél falát bizonyára fellazítja és szétválasztja annak egyes rétegeit. Hosszant felvágott beleken végezve a leválasztási kísérletet hasonló eredményekre jutottunk. Ezen próbák arra engednek következtetni, hogy esetünkben a vastagbél valamely megbetegedése idézte elő azt az állapotot, amelynél fogva lehetségessé vált a nyálkahártyának az észlelt meglepő hosszú darabon való kihüvelyezése. A szövettani vizsgálatnál a vastagbél chronikus gyulladása mutatkozott. E folyamattal kapcsolatban a nyálkahártya sorvadt és el is kérgesedett. A peristaltica a bélsár mechanikus hatása, a fellazult submucosán a beteg nyálkahártyát eltolta. A nyálkahártya összekötése az izomréteggel szakaszonként meg is lazult és ennek következtében a mucosa csöve fokozatosan lesüllyedt. A nyálkahártyának eltolódása, illetve lesüllyedése passage zavarral járt és bizonyára ez okozta a beteg teljes étvágytalanságát és ez adta az okot a genitalis daganat érzésére is. A beteg, valószínűleg a scopolaminmorphin bódulat alatt, szétszakította a hüvely hátulsó falát, körmeivel szétbontotta a hüvely és a végbél közti szöveteket és a

végbél elülső falát, a miután már a vastagbél lesüllyedt nyálkahártyáját találta. Ujjaival átfogta a nyálkahártya-csövet és huzogatni kezdte. Majd a végbél nyálkahártyáját az említett magasságban átszakította és aztán a már most szabadon kilógó nyálkahártyacsövet tovább húzta kifelé. E művelet közben kétségkívül erősebb vérzés keletkezett a submucosában és ez még jobban lazította a lehágó és a haránt vastagbél rétegeit. A további vizsgálás alatt szakadozott azután át a vastagbélizom és savós rétege. A mindinkább megfeszülő nyálkahártya végül széjjeltépte a mesocolonhoz rögzített egész izom és savós réteget, mert a legrövidebb: az egyenes utat kellett elfoglalnia a flexura hepatica és a sygmabél között.

Az ép és beteg vastagbeleben végzett kísérletek eredményei alapján kétségtelen, hogy esetünkben az 1 m-nél is hosszabb nyálkahártyacsőnek egy darabban való kihüvelyezése és kihúzása csakis a vastagbél chronikus elváltozása folytán s a vázolt módon volt lehetséges.

A Stefánia-gyermekórházzal kapcsolatos budapesti egyetemi gyermekklinika közleményei (igazgató: Bókay János dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vörheny és a kanyaró kórokozójára vonatkozó kísérletes vizsgálatok.*

Irták: *Jacobovics Béla dr.* és *Szirmai Frigyes dr.* klinikai tanársegédek.

A vörheny s a kanyaró, majd egyéb fertőző betegségek aetiológiájára vonatkozó vizsgálati eredmények hosszú sorozatáról számoltak be az utolsó három év folyamán *Di Cristina* palermoi, később *Caronia* római professor és tanítványai, továbbá a nápolyi gyermek-klinikáról *Jemma* professor assistensei. Ellentétben úgyszólván az összes erre vonatkozó régebbi munkákkal az olasz szerzők kiterjeszkednek egy fertőző betegség aetiológiájának kérdésénél felmerülő minden részletre s a leghatározottabban állítják, hogy megfelelő *Koch Róbert* hármasság postulatumának teljesen tisztázták a vörheny, kanyaró s még néhány fertőző betegség aetiológiáját. Közel 60 olasz nyelvű közleményükben, francia s német nyelven csak hézagos összefoglalások jelentek meg, a következőket állapították meg:

A *Tarozzi-Noguchi*-s a *Di Cristina*-féle katalysatoros, vagyis szervdarabkákat illetőleg emberi vörösvértesteket tartalmazó táptalajokban a vörheny és a kanyaró kórokozója a betegek véréből, orrgaratváladékából, liquor cerebrospinalisából, csontveléből, vizeletből, pikkelyeiből, ezenfelül még a vörheny kapcsán támadt otitisek, tályogok, empyemák genyéből kitegyesíthető s anaerob viszonyok között átoltások révén úgyszólván végnélküli sorozatokban életben tartható. A kitegyesztés az említett váladékokból s a továbboltások akkor is sikerültek, midőn ezeket bakteriumokat visszatartó szűrőkön átszűrték. A vírusok tehát a filterható vírusok csoportjába tartoznak, azonban a tenyészetek üledékében gyér számban egész apró (0,2-0,4 μ egyenként vagy páronként elrendezendő micrococcusok láthatók, melyek a vírusok visibilis formáinak felelnek meg. A vírusokat serologiai reakciókkal sikerült identificálni s velük gyermekeken typosos, majmokon, házi nyulakon és tengeri malacokon a megfelelő emberi megbetegedéshez hasonló kórképeket lehetett előidézni. Az előlt tenyészetekből készült vaccinával végzett intradermalreakciók fogékony s immunis egyének között jellegzetes különbségeket mutattak. E vaccinákkal végzett prophylactikus oltások oly megbízhatóak, hogy kb. két év óta — miként azt egyikünk már e folyóiratban ismertette — (*Jacobovics O. H.* 1924/19) a római gyermek-klinikán a vörheny, kanyarós és diphtheriás betegek

* A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1925. évi nagygyűlésén tartott előadás.



közös osztályon fekszenek s contactinfectiók csak egészen kivételesen fordulnak elő. A reconvalescensserumban feloldott, lysizált vaccinákkal jó therapiás hatásokat is értek el.

Az említett táptalajokban sikerült ezenfelül még a római és nápolyi kutatóknak a varicella, rubeola, polyarthriti ac. rheum., ozaena, lyssa, enkephaliti epidemica, herpes s a morbus Heine-Medinnek a *Flexner* és *Noguchi* által leírta microorganismussal azonos kórokozóját is kitenyészteni. Mindezen vírusok culturalis viselkedése nagyon hasonló, azonban serologiai magatartásuk, állatokra és emberre való pathogen hatásuk s a belőlük készült vaccina specifikus prophylactikus és therapiás hatása révén egymástól biztonsággal volnának megkülönböztethetők.

A visszhang, melyre e vizsgálatok Olaszországban kívül találtak, a téma jelentőségéhez, a közölt eredmények nagy tömegéhez és a szerzők eddigi működése által szerzett egyéni súlyához mérten (ők vezettek be pl. az addig infaust prognosist Leishmaniasis therapiájában a kiváló hatású tartarus emeticust), igen csekélynek mondható. Az utánvizsgálók egy része kedvező eredményekről számol be; a közleményeik szerint azonban vagy csak azt erősítik meg, hogy a beoltott táptalajokban a leírt elváltozások tényleg létrejönnek (*Zlatogoroff, Arloing* és *Dufour, Torello*), de egyéb vizsgálatokat néhány állatkísérleten kívül (*Bélot* és *Moreau*) nem végeztek, s így csak nagy fenntartással nyilatkoznak, vagy pedig vörhenyvaccinával elért kitűnő prophylactikus eredményekről számolnak be (*Boisserie-Lacroix, Piatelli, Urizio, Bova, Gioseffi, Romano, Rottini, De Toni, Amenta* stb.) *Salvioli* (Padua) igen behatóan foglalkozott a kanyarókórokozókkal; annak hangsúlyozása mellett, hogy a táptalajokban nem specifikus zavarosodások is fordulnak elő, melyek gondos controllok révén felismerhetők, azt állítja, hogy a tenyészetekben a kórokozó valóban jelen van és serologiai reakciókkal identificálható, a védoltások nem sikerültek, mit az alkalmazott vaccinamennyiség csekély voltával magyaráz. *Zoeller* összehasonlító vizsgálatokat végzett a *Cristina-Caronia*-féle vörhenyvírusokra és a *Dick*-féle streptococcusokra vonatkozólag, nem tartja kizártnak, hogy utóbbiak szerepe mégis csak másodlagos, azonban az olasz megállapításokat nem erősíti meg. A többi utánvizsgáló, főképp a controllvizsgálatok alapján abszolút elutasító álláspontra helyezkedik (*Bürgers* és *Brachmann, Mayer, Lumière*, nálunk *Markos* és *Kalocsay*).

A kérdés nagy fontossága s a római gyermekklinika szerzett személyes tapasztalatok készítettek arra, hogy e kérdéssel behatóan foglalkozzunk. *Bókay* és *Caronia* professorok meleg támogatása lehetővé tette számunkra, hogy az idevonatkozó egész olasz irodalmat megismerjük, s hogy mindketten a meglehetősen kényes technikát a helyszínen behatóan tanulmányozhassuk. A Rómában elért sikerek pontos ismerete volt az oka annak is, hogy bár nagyjában ugyanazon nehézségekre akadunk, mint a többi magyar és német szerző, 1924 áprilisában megkezdett vizsgálataink eredményeinek közlésével mostanig vártunk. Midőn a több mint egy éven át folytatott kísérletekről beszámolunk, kiemelni, hogy *Di Cristina* és *Caronia* fölfedezéseit mi sem erősíthetjük ugyan meg, de mégis úgy véljük, hogy sem az eddigi utánvizsgálatok, sem az amerikai streptococcus-vizsgálatok alapján az olasz szerzők megállapításai nem tekinthetők végleg megcáfoltaknak. E helyütt, a technikai részletek mellőzésével, csak az eredményeket ismertethetjük, egyebekben a *Jahrbuch für Kinderheilkunde*-ban megjelenendő részletes munkánkra kell utalnunk.

A kitenyésztesekhez kizárólag a *Tarozzi-Noguchi*-táptalajt használtuk, *Caronia* módosításában ez 12–15 cm³, 1% natriumcitráttal és 0.9% konyhasóval készült bouillonból és 4–6 cm³ pangásos ascites folyadékból áll, mely keverékbe teljesen egészséges és tökéletesen elvéreztetett állatokból származó, kb. 1 g súlyú házinyúl vagy tengerimalac máj, vese vagy rekeszdarabka kerül.

Az anaerobiosis biztosítása végett a beoltott táptalajok fölé paraffinolajat kell rétegezni. 12 sorozat táptalajt állítottunk elő, melyekbe 26-szor friss vörhenyeselek véret, 23-szor kanyarós vért, 16-szor controllvért (reconvalescensek, egészségesek, csonttörések, rachitis stb.), 4-szer vörhenybeteg, 8-szor kanyaróban szenvedők, 4-szer controllegyének orrváladékát, 4-szer vörheny-pikkelyek maceratumát, 4-szer vörhenybeteg, 4-szer kanyaróbeteg és 2-szer egészségesek vizeletének üledékét, 1–1-szer pedig vörhenynél, illetőleg kanyarónál a bőrön az exanthema fölött kantharidintapasszal létesített hólyag tartalmát oltottuk, azonfelül még 1–1 Rómából hozott vörheny- és kanyaró-tenyészetet oltottunk át. Az átoltásokkal együtt közel 600 táptalajt dolgoztunk fel. A vért *Tursini*-pipettával a könyökvénából vettük, az egyéb váladékokat a hólyagtartalom kivételével a beoltás előtt 12–24 órai thermostatban tartás után *Berkefeld W* vagy *Chamberland L_o, L₁* szűrőn átszűrtük. A vörheny- vagy kanyaróvérral beoltott táptalajokban kivétel nélkül beállottak a *Caronia* és *Sindoni* által leírt makroscopos elváltozások. Ez elváltozások a következőkből állanak:

A betegség stadiuma, a vizsgálati anyag minősége és mennyisége szerint változva, vörhenynél 1–9 nap, kanyarónál 2–10 nap múlva, a szervdarabka körül felhőszerű zavarosodás támad, mely lassankint a folyadékoszlop és a paraffinréteg határáig húzódik fel. A fejlődés 2–3. napjától kezdve a kémeső falán finoman szemesezett, a falhoz tapadó csapadék jelenik meg, mely kb. a 10. napon szintén eléri a táptalaj felső határát. Ezután a csapadék fokozatosan leválik, kb. a 20. napon a folyadék ismét csak gyengén opalizál, a csapadék zöme a táptalaj alján van, hol a szervdarabkát szinte teljesen befödi. A vérral beoltott csövekben a fejlődés kezdetétől fogva egyre fokozódó haemolysis is következik be, a csapadék vörösesbarna színű. A filtrált vizelet-üledékkel beoltott csövek közül egy sem, 4 filtrált pikkelymaceratum közül csak egy, 12 orrgaratváladékszűrlétekből csak 3 adott positiv eredményeket; a bőrhólyagok tartalma banalis csirákkal volt fertőzve. Többször azt láttuk, hogy a filtratumokkal beoltott táptalajokban meginduló fejlődés néhány nap múlva megszűnt, a zavarosodás, a csapadék teljesen eltűnt; e csövekből az átoltások teljesen negativ eredményhez vezettek, egyébként a 8–14. napon egy *Pasteur*-pipetta tartalmát (kb. 1 cm³) átoltva, a leírt jelenségeket többekévesebbé hosszabb sorozatokban ismét elő lehetett idézni. Az átoltásokban hamarabb léptek fel, gyorsabban is érték el a maximumot, intenzívebbek azonban sohasem váltak, sőt ellenkezőleg, mennél többször oltottunk át, annál inkább fordult elő, hogy egyes csövekben intenzitásuk lényegesen megcsökkent, a következő átoltásban pedig teljesen kimaradtak. A 4. generációig rendszerint sikerült az átoltás, azontúl kizárólag akkor, ha az első csöbe vért oltottunk volt. Éles ellentétben az olasz munkákkal az átoltások rendszerint nem sikerültek (16 kísérlet közül 12-szer) az esetben, ha filtrálás után oltottunk tovább.

A beoltott táptalajok üledékében hosszas keresés után, a szervdarabkából vett kaparékban valamivel nagyobb számban voltak feltalálhatók a coccus, illetőleg diplococcuszerű képletek. Számuk azonban mindig elenyészően csekély volt, sem alakjuk, sem festődésük által a készítmények zömét képező amorph tömegben nem ismerhetők fel biztonsággal, úgyhogy arra vonatkozólag, hogy vajjon a vörhenyes, kanyarós váladékkal beoltott csövekben mindig, a controllokban pedig sohasem volnának-e feltalálhatók, nem mernék véleményt nyilvánítani. *Bürgers* e képleteket részben a széteső sejtanyagok származékainak, részben pedig a mikro-coccus candicans csoportba tartozó bakteriumoknak tartja. Ugyancsak *Bürgers* mutat reá arra is, hogy a táptalajokban beálló makroscopos elváltozások teljesen azonosak azon jelenséggel, mely aseptikusan tartott szervekben proteolytikus fermentumok hatása alatt sokott bekövetkezni és autolysis néven jól ismeretes.

Caronia nyomatékosan kiemeli, hogy e jelenségek lényegének tisztázása végett számos kontrollt végzett. Egészségesek vagy egyéb betegségekben (diphtheria-, pneumonia-, serumbetegség stb.) szenvedők vérével, egészségesek orrgaratváladékával, vizeletüledékével stb. beoltott csövekben sohasem következtek be; ugyanezek nem sikerült a kitenyésztes a reconvalescencia szakában, valamint az átoltás akkor, ha a tenyészeteket egy óráig 60°-ra fölmelegítette. Ezzel szemben *Bürgers* és *Markos* azt találták, hogy még az egyáltalában be sem oltott csövekben is ugyanolyan felszálló zavarosodás, csapadékképződés észlelhető.

Mint hogy e kérdést fontosabbnak és objective könnyebben megítélhetőnek gondoltuk, mint azt, hogy a mikroscopos testecskék valóban egy filtrálható vírus látható alakjai-e, erre vonatkozólag számos megfigyelést végeztünk, melyek eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze.

A táptalajokban fentebb részletesen leírt elváltozások merőben különböznek a véletlenül vagy szándékosan bakteriumokkal durván szennyezett s ezáltal gyors bomlásnak induló csövekben beállótól, valamint egészen más képet nyújt a steril, de rosszul vértelenített szervekkel készült táptalajokban felszálló átlátszatlan haemolytikus zóna a felette lévő tejszerűen zavaros, sárgásfehér réteggel. A teljesen kifogástalan, azaz steril és tökéletesen vérmentes táptalajok túlnyomó többsége, legyenek paraffinnal felülrétegezve, vagy sem, indifferens steril anyaggal pl. konyhasóoldattal beoltva vagy beoltatlanul thermostatban tartva még hónapok múlva is változatlan maradt vagy legföljebb a *Caronia* által is megemlített minimális, homogen csapadék vált hosszasan állás után láthatóvá a szervdarabka közvetlen szomszédságában, a folyadék pedig kissé opalescált. A kontrollképen a reconvalescens szakban vett vérrel, vagy nem fertőző betegségben szenvedő gyermekek vérével beoltott csövek közül ellenben csak nem is a fele viselkedett úgy, miként azt *Caronia* állítja, hogy t. i. csak enyhe haemolysis állott volna be, hanem többnyire tökéletesen ugyanazon elváltozások voltak láthatók, mint a kanyarós, vörhenyes vérrel oltottakban és az átoltások is ugyanolyan eredményekhez vezettek. E táptalajokat igen gondosan átvizsgáltuk bakteriumos szennyeződésekre, azonban még nagyobb mennyiségeknek különböző szilárd és folyékony táptalajokra aerob és anaerob viszonyok között való átoltása révén sem tudtunk bennük bakteriumokat kimutatni. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert miként *Bürgers* és *Markos*, mi is azt találtuk, hogy ha a táptalajokba véletlenül vagy szándékosan oly bakteriumok kerültek, melyek az adott tenyésztési feltételek között nagyobb mérvben elszaporodni nem tudtak, sőt esetleg az anaerob viszonyok között el is pusztultak, a táptalajok makroscoposan teljesen a dús tenyészetek képét mutatták. Ezt az olaszok is koncedálják, mert pl. *Nasso* és *Auricchio* a következőket írják: „Olykor előfordult, hogy a csövekben már az első napon dús fejlődés indult meg. A bakteriologiai vizsgálat ilyenkor mindig banalis csirákkal való szennyeződést mutatott, elegendő a kulturákat megszární, s a *Di Cristina*-féle csira tiszta tenyészetét nyerjük.“ Az, hogy a mikroscopos testecskék megítélésénél ily degeneráló csirákkal való összetévesztések is szerepelnének, miként azt *Bürgers* és *Markos* felteszik, kizártnak tartjuk, ellenben egyetértünk *Bürgers*-sel abban, hogy a beoltott vizsgálati anyaggal együtt bekerülő fermentumoknak lényeges szerepük lehet a makroscoikus jelenségek kiváltásában. A táptalaj összetételében bekövetkező egyéb, fermenthatástól független, chemiai változások is képesek teljesen hasonló jelenségeket előidézni, pl. elegendő a bouillon és az ascites folyadék arányának megváltoztatása; azonfelül a teljesen kifogástalan összetételű táptalajok egy a különböző egyénektől származó ascites folyadékok szerint változó hányada is, spontan zavarosodásra hajlamos. E csövek, ha több heti állás után paraffinnal felülrétegezzük és thermostatban tartjuk őket, az orrgarat-

filtratummal beoltottaktól vagy a vérrel beoltott táptalajok későbbi átoltásaitól legföljebb a zavarosodás és csapadékképződés lassúbb kifejlődése, kisebb intenzitása és azáltal különböznek, hogy az átoltások még ritkábban sikerülnek. Leginkább hajlamosak spontan zavarosodásokra a májdarabkákat tartalmazó csövek, tehát azok, melyek *Caronia* szerint a legdúsabb tenyészeteket adják és feltűnő az is, hogy az átoltások sikeressége és az illető táptalajsorozat spontan zavarosodásokra való hajlama között bizonyos párhuzamosság volt észlelhető, amennyiben az átoltások aránylag azon sorozatokban sikerültek a legkevésbé, melyekben egyáltalában nem fordultak elő ily zavarosodások. Bakteriumos szennyeződések mindezen megfigyeléseknél is kizárhattunk.

Kétségtelen, hogy a *Di Cristina* és *Caronia* által leírt jelenségek nem lehetnek eddig nem tenyészthető vírusok egy bizonyos csoportjának fejlődésére jellemző specifikus elváltozások, hanem különböző okok folytán létrejövő, lényegükben bizonyára a táptalajban levő szervdarabka autolysiséből álló nem specifikus folyamatok. Ez még nem zárná ki azt, hogy bizonyos invisibilis vírusok fejlődése ne képezhetné *egyikét* ama factoroknak, amelyek az autolysist meghatározott időn belül, megfelelő intenzitásban rendszeresen előidéznek. Ha az egyéb okok közül legalább is a táptalajok hibás voltát, a véletlen szennyeződést és a spontan zavarosodásokra való hajlamot kizárhatjuk megfelelő controllok révén, a vörheny- vagy kanyaróvírusok jelenlétét pedig serologiai reakciókkal stb. bebizonyíthatnók, el lehetne képzelni, hogy az illető csövekben a leírt elváltozásokat a megfelelő specifikus vírus fejlődése indította meg. Föltevésünk mellett szólnának: 1. hogy a vörheny- vagy kanyaróbetegek vérével beoltott csövekben a makroscoikus elváltozások *mindig* bekövetkeztek, a kontroll- vérrel beoltottaknak majnem a felében pedig elmaradtak, 2. hogy az ugyan kis számú orrgaratváladék-controllok mind változatlanok maradtak, 3. hogy az átoltások valóban nem sikerültek akkor, ha előzetesen 60°-ra fölmelegítettük a csöveket, 4. hogy az esetben, ha nem rögtön a beoltás után, hanem csak 2–3 nap múlva öntöttük a táptalajokra a paraffint, rendszerint szintén nem következett be az autolysis. Azon körülmény, hogy a sikeres átoltáshoz egy egész Pasteur-pipetta tartalma szükséges, igazi tenyészetnek már eleve ellene szól s csak egy több generáción keresztül való életben tartás „Anreicherung“ lehetőségét engedi meg.

A specifikus kórokozók jelenlétének bizonyítékai közül a legbehatóbban a serologiai reakciókat tanulmányoztuk. *Caronia* korántsem hanyagolja el azon nehézségeket, melyek ezek keresztülvitelénél, különösen az agglutinációt illetőleg, a táptalajok minden vonatkozásban inhomogen voltából, csapadéktartalmából stb. származnak. E nehézségeket csak a technika tökéletesbítése révén tudták *Caronia* és *Sindoni* legyőzni. Az agglutinációra vonatkozólag azt kell mondanunk, hogy ha a táptalajban levő csapadék sedimentálódását ki tudtuk zárni (előzetes 24–48 órai spontan sedimentálás, centrifugálás, papíron át való szűrés, emulsió-készítés a centrifugált csapadékból hosszas rázás által) semmiféle agglutinációra emlékeztető jelenséget nem észleltünk. Az eredmény egyforma maradt, akár a 2–3. generációt használtuk, akár pedig a frissen kitenyészített csirák nehezebb agglutinálhatóságára gondolva, csak a későbbi átoltásokat használtuk, az agglutinációt szobahőmérsékleten, 37° vagy 55°-nál kíséreltük meg, 2–6–7, vagy 24 óra múlva olvastuk le az eredményt. A *complement-kötéshez* több az előírt módon 1 g pikkelyből 20 cm³ abs. alkohollal és 5 cm³ dest. vízzel készült pikkelykivonatot, *Caronia* prof. által rendelkezésünkre bocsájtott alkoholos kanyarótenyészetextractumot s saját kulturáinkat használtuk fel; a Rómában látott technikával párhuzamosan mindig a nálunk szokásos Wassermann-technika analogiájára is dolgoztunk, sőt sokszor kizárólag ezen, a haemolysin s a complement titerében beálló ingadozásokat figyelembe vevő módszert vettük igénybe. 20 kulturával kb. 100 sávóval a legkülönbözőbb variációk

szerint végzett kísérleteink alapján azt kell mondanunk, hogy sohasem tudtunk táptalajainkban specifikus anti-gent kimutatni. Positív reakciókat ugyan igen könnyen lehet elérni, de ha az igen tekintélyes önkötést ki tudtuk zárni, ami különösen a nem filtrált táptalaj használatá-kor a leggondosabb dosirozás és emulgeálás mellett sem sikerül mindig teljes biztonsággal, az eredmény többnyire negatív, vagy az esetleg észlelhető pozitív re-actióknak semmiféle specifikus jellegük nem volt. A Rómából kapott kanyaróantigen az ottani technika szerint vizsgálva, 14 kanyaróserummal szemben negatív eredményt adott, a Wassermann-technika szerint 1 savóval részleges kötés volt megállapítható, de ilyent con-trollsavóval is láttunk. A vörhenypikkelyantigenről azt mondhatjuk, hogy ha az előkísérletnek megfelelő dosis-ban alkalmaztuk, nemcsak az összes vörheny- és lueses-savók, hanem igen sok egyéb controlsavó is positive reagált, ha innen lefelé titráltunk, akadt ugyan oly higít-ás (pl. az egyik kivonatnál, mely 1:5-ben még önkötő volt, az 1:35 higítás), mellyel még szinte az összes vör-henysavó pozitív, a legtöbb controlsavó pedig negatív reakciót adott, azonban úgy beállítani, hogy a reactio akár a vörheny diagnosztizálása, akár a vírusok identi-ficálása szempontjából pl. az állatkísérleteknél, vaccina-tióknál használható legyen, szintén nem volt lehetséges. Oponinindex-meghatározást a látható alakokról mon-dottak alapján meg sem kíséreltünk. Negatív eredmé-nyhez vezettek ama kísérleteink is, hogy a táptalaj csapa-dékából és a szervdarabkákból készített főzési extractu-mokból az *Ascoli-féle thermopraecipitatio* szerint recon-valescens savó fölé való rétegezés által mutassuk ki a kórokozók jelenlétét.

Állatkísérleteink 14 házinyúlra szorítkoztak, csak beoltott táptalajokkal kísérleteztünk, kanyarós, vör-henyés emberrrel nem. 2—5 cm³-t háromszor intra-venásan injeciálva, valamennyi állat súlygyarapodása hónapokon át controllállatokéhoz képest visszamaradt, az injectiókat követő napokban leukocytosis, ezt követő-leg leukopenia volt megállapítható, ellenben egyéb, az illető emberi betegsége emlékeztető tüneteket nem ész-lelhattunk. Az olasz szerzők szerint vörhenyvérrel vagy vörhenytenyészetekkel exanthema, lemezes hámlás és sokszor halálos kachexia is létesíthető, kanyaróvér vagy tenyészet pedig általános hurutos tüneteket tüszögés-sel, conjunctivitissal, rhinitissel, véres pörkökkel az orr-íáratokban, továbbá olykor Koplik-foltokat, lázat s exan-themát, valamint korpázó hámlást is okoz az állatok-nál. Ny tüneteket akkor sem tudtunk előidézni, ha a nápolyi szerzők tanácsa szerint a vírusokat több-szörös nyúlpassage-nak vetettük alá. A vérképben és a testsúlyban bekövetkező ingadozásoknak specifikus meg-betegedés gyanánt való identificálása annál kevésbbé volt lehetséges, mert egészséges állatok vérével is tud-tuk a táptalajokban a tipikus makroskopos elváltozá-sokat előidézni, a serologiai reakciók itt már azért sem válhattak be, mert a legtöbb egészséges nyúl savója pikkelyantigennel, de a rendes Wassermann-antigenek-vel is, teljes complementkötést adott: sem a klinikai jelenségek fellépésének megfelelő időpontban (vörheny-nél 4—5 nap, kanyarónál 10—14 nap múlva) leölt álla-tokban, sem egy embolia következtében elpusztult állat belső szerveiben a *Di Cristina* és *Caronia* által leírt testeekéket nem tudtuk feltalálni.

Gyermekeken a tenyészetekkel vörhenyt létesíteni 5 esetben sikerült *Caroniának*, ezek mind kanyarórecon-valescensek voltak, teljesen egészségeseknél a kísérletek nem sikerültek. Kanyarót is tudott *Caronia* előidézni: 3 gyermeket háromszor 2 cm³-rel oltván be, valamennyi enyhe kanyaróban betegedett meg. *Laurinsich* oly kísér-letről is számol be, melyben kanyaróval inficiált nyulak véréből tenyésztett vírussal tudott a részletesen közölt kórtörténetek szerint enyhe kanyarót két gyermeknél előidézni. Mi gyermekeken csak egy kísérletet végez-tünk varicellás vérrel beoltott táptalajjal, de negatív eredménnyel.

A *De Villa-féle* intradermalreactio abból áll, hogy

a 0.5% karbollaal ellátott tenyészetből 0.1 cm³-t oltunk az alkar hajlító oldalának bőrébe. Fogékony egyének-nél 2 mm—2 cm széles lobos udvar keletkezik 24 órán belül, controllként a thermostatban tartott beoltatlan táptalaj volna használandó. 60 gyermeknél végeztünk kísérlete-ket, többnyire Rómából kapott kanyaró- és vörheny-vaccinákkal; azt kell mondanunk, hogy az eredeti elő-írás szerint nem sedimentált és nem filtrált vaccinával dolgozva, a reactio objectív leolvasását a táptalaj bouil-lon-, és házinyúlfehérjetartalma által kiváltott reakciók nagy mértékben zavarják, ami, tudva azt, hogy a *Schick*, a *Dick*-reakciónál a toxint 1000-szeres higítá-sban használják s mégis 100°-on hatástalanított toxinnal való controlok feltétlenül szükségesek, egészen természe-tesnek látszik. A controll azért nem megfelelő, mert az autolysis hiánya folytán a folyadék sokkal kevesebb házi-nyúlfehérjét tartalmaz. Kanyaró alatt és esecsemőknél rendszerint negatív reakciókat észleltünk, tuberculosis gyermekek még akkor is igen élénk reakciókat adtak, ha az illető betegséget egészen biztosan, szemünk előtt állot-ták volt ki, a reactio megjelenése is, szabálytalan alakjáv-al, elmosódott szélével inkább egy urticára, mint a posi-tív *Mantoux*-, *Schick*- vagy *Dick*-reakciónál látható pa-pulákra emlékeztetett: jelenleg Rómában előbb sedimen-tálják, bakteriumokat át nem bocsájtó szűrőkön át-szűrrik a tenyészeteket és 1/10-re koncentrálva haszná-lják az intradermal reakciókhoz.

A vörheny-kórokozónak a *Schultz-Charlton jelen-séghez* való viszonyára az olasz szerzők nem fektettek súlyt. Miután mindazok alapján, ami e jelenségről ismeretes, meg voltunk arról győződve, hogy itt specifi-kus immunreakcióról van szó s egyetértettünk *Mairrel* abban, hogy az igazi vörhenykórokozó ellen immunizált állatok savójának pozitív vörhenykioltási jelenséget kell adnia, első kísérleteink közé tartozott, hogy vajjon a Rómából hozott lósavó, mely nagymennyiségű vör-henytenyészetekkel beoltott lovakból származik, Aus-löscht ad-e. Az eredmény mind a 6 vizsgált esetben negatív volt, a tenyészetekkel beoltott nyulak savója sem adott Auslöscht és viszont a reconvalescens savó sem vesztette el a vörhenyvirus állítólagos tenyészei-vel aa. való keverés után pozitív *Schultz-Charlton*-jelen-séget adó képességét. Ez eredmények annál feltűnőb-bek, ha szembe állítjuk őket az amerikai szerzőknek a vörhenystreptococcusokra vonatkozó, e folyóiratban egyikünk által már részletesen ismertetett vizsgálatai-val (*Szirmai*: O. H. 1925. 39.). E vizsgálatok értelmében az Auslöscht adó antitestnek megfelelő, az által közöm-bösíthető antigent a vörhenystreptococcusok toxinjai képezik s e toxinokkal a szorosabb értelemben vett vör-henytünetek, a kiütés is előidézhetők. *Egy specifikus filtrálható virus szerepe tehát akként volna elképzelhető, hogy ez nyitja meg a spontan megbetegedéseknél a vör-henystreptococcusok számára az utat és létesíti, a strep-tococcus intoxicatio megszűnésekor a kiütés elmúlásá-val beálló antitoxikus immunitás ellenére azon állapo-tot, melyben a streptococcussepsis továbbra is fennáll.*

Meg kell állapítanunk, hogy vizsgálataink folya-mán ily specifikus filtrálható virust sem a vörhenyt, sem a kanyarót illetőleg a *Tarozzi-Noauchi-táptalajok-ban kimutatni nem tudtunk*. Hogy értelmezhető az olasz szerzők kísérleti eredményei és főképp a prophylactikus oltások? *Caronia* munkáiból nagy méretekben lefolytatott, sok controllal végzett vizsgálatokon nyugvó, hihetetlenül szilárd meggyőződés vehető ki ermé-nyeinek absolut helytálló volta tekintetében; minden tá-madás ellenére legutolsó munkáiban sem von vissza semmit abból, amit előbbi közleményeiben állított. Min-den elutasító eredményt hibás technikára vezet vissza: a XI. olasz gyermekorvosi kongresszuson örömmel hallja *Zironi* felszólalását, ki sohasem tudta az általa leírt csirákat feltalálni, mert ez a legjobb válasz azok számára, kik ezeket egészségeseknél stb. is látták. Hibát-lan technika mellett, melynek nehézségeit ő is hang-súlyozza, a controlok negatív eredményt kell ad-niok, viszont a vörheny- vagy kanyarós váladékokkal

beoltott táptalajokban nyert negatív eredmények is a táptalajok összetételének nem megfelelő voltával magyarázhatók. Ha lehet is vita tárgyává tenni a kulturális, a serologiai vizsgálatok és az állatkísérletek eredményeit, minden kételynek szerinte el kell némulnia, mihelyt immáron több mint 4000 védoltásnál szerzett sikereit vesszük figyelembe. Valóban a római gyermek-klinikán elért sikereken kívül számos közlemény Olaszország különböző városaiból számol be arról, hogy a vörhenyvaccinák magán családotknál, iskolákban, árvaházakban, menhelyeken igen jól beváltak; minthogy a kísérletek járványok alatt végeztek, összehasonlítások történtek beoltottak és be nem oltottak között, házi járványok megszüntetéséről számolnak be, ezen közlemények is figyelembe veendőek. Mindenesetre sokkal könnyebben értékesíthetők a védoltások eredményei kanyarónál. E tekintetben *F. Redlich* azt mondja, hogy nyolchavi Rómában való tartózkodása alatt tökéletesen meggyőződött arról, hogy a kanyaróvaccina is hatásos, pl. egy kanyarójárvány idején különböző intézetekben beoltottak 400 gyermeket teljes eredménnyel, egy intézet kivonta magát a védoltások alól s ebben számos megbetegedés sok halálessellett lépett fel. A Gesellschaft für Kinderheilkunde ezidei karlsbadi kongresszusán is *Schlossmann, Meuer* és *Mosse* tagadásával szemben *Nobel, v. Gröer* és *Kundratitz* azt állították, hogy a vaccínával igenis elérhető bizonyos prophylactikus sikerek. Nekünk sajnós, mindössze két sorozatban nyílt alkalmunk ily védoltásokkal kísérleteznünk. Az első alkalomnál egy a vörhenyosztályon fellépett kanyaróesettel kapcsolatban 8 gyermeket oltottunk háromszor 4 cm³ általunk készített vaccínával, ezek közül 3 mentes maradt, azonban az utólagos érdeklődés alapján nincs kizárva, hogy ezek már régebben kiállottak volt kanyarót; egy már két nappal a vaccinatio befejezése után betegedett meg, a többi négyenél, közöttük egy 10 cm³ római immunsavót is kapott, a rendes incubatiós idő után tipikus, egyáltalában nem mitigált kanyaró tört ki. Egy második alkalomnál a belosztályon fellépett kanyaróeset miatt 7 kanyarót ki nem állott gyermeket oltottunk ugyanolyan mennyiségű. Rómából kapott vaccínával: azonkívül ezen gyermekekénél egy kivételével 10 cm³ római savót is alkalmaztunk. Egy gyermek az incubatiós szak alatt elhalálozott, öt mentes maradt, egy rachitises kis gyermeknél pedig kifejezetten abortív, satnya morbilli jelentkezett. A két sorozat összehasonlításánál nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy utóbbinál az első esetet elkülönítettük és hogy savót is alkalmaztunk. Sainos, nem állott módunkban további hasonló kísérleteket folytatnunk, mit annál inkább sajnálunk, mert csak ily módon lehetett volna tisztázni a kérdést, specifikus-e a római vaccínák hatása. Minthogy ugyanis a tenyészetekben specifikus vírus jelenlétét nekünk sem sikerült kimutatnunk, a vaccina hatásmódjának magyarázásánál több eshetőség jöhet szóba:

1. A hatás lehet nem specifikus:

a) A kismennyiségű denaturált házinyúlfehérje plus bouillon plus ascitesfolyadék nem védhet, mert hisz akkor a mi vaccínánkkal is jobb lett volna az eredmény és *Kalocsay* balsikerei sem volnának érthetőek.

b) Rómában a gyermekeket egyidejűleg immunizálják vörheny, kanyaró és diphtheria ellen, *elképzelhető, hogy a hatás a nagymennyiségű különböző heteroproteineknek tudható be* (3-szor 4 cm³ kanyaróvaccina, 3-szor 2 cm³ vörhenyvaccina, megfelelő mennyiségű diphtheriaserum, azonkívül ott tartózkodásunk ideje alatt még 10–10 cm³ vörheny- és kanyaróellenes lósvaj, vagyis összesen kb. 40–50 cm³). Figyelemreméltók e tekintetben azon közlemények, melyek caseosannal (*Schilling*), illetőleg diphtheriasavóval elért sikerekről számolnak be.

c) A római vaccina — az intensívebb autolysis folytán? — valamelyes különlegesen hatásos fehérje-bomlási termékeket tartalmazhat.

d) *Donges* azt írja, hogy kanyaró ellen jó ered-

ménnyel tudott védoltani oly vaccinával, melyet kanyaróbetegek véréből mucinbouillonban tenyésztett streptococcusokból állított elő. Ő e streptococcusokat tartja a kanyaró kórokozónak, azonban maga is elismeri, hogy a streptococcusoknak inkább egy különleges állapotára, mint külön fajtájára gondol. Felvetődik azon kérdés, hogy vajjon ezen, de talán egyéb bakteriumok is, különleges, a kanyaró vírusával rokon, esetleg talán csak bizonyos tenyésztési feltételek között beálló szerkezetüknek fogva, oly antitesteket (receptorokat) válthatnak ki, melyek a kanyaró vírusa ellen is hatásosak. Minthogy *Bürgers* a római vaccínákban banalis diplococcusokat talált, azonfelül felteszi, hogy a *Di Cristina-Caronia*-testecskék a mikroccoccus *candicans* csoportba tartozó bakteriumok is lehetnek, ezen eshetőség sem zárható ki, legalább is plausibilisebb, mint *Menzer* azon föltevése, hogy a kanyarónak sincs specifikus kórokozója.

2. A hatás lehet specifikus: Úgy a mi, mint a többi, negatív eredményekhez jutott szerzők táptalajai valami rejtélyes hiba folytán egyáltalában nem, vagy csak nagyon kevés csirát tartalmaznak, ezért negatív a serologiai reakciók eredménye stb.

Hogy vajjon tényleg szóba jöhet ezen utóbbi lehetőség, azt a vaccínák hatásának tisztázásáig *eldöntetlennek* tekintendők. Elsősorban nagyobb anyagon római vörheny- és kanyaróvaccínákkal összehasonlítólág végzett kanyaróellenes védoltások volnának szükségesek, mert ha a római kanyaróvaccina véd, a vörhenyvaccina pedig nem véd, a táptalajokban a kanyaró vírusának mégis csak jelen kell lennie. A vörhenyre vonatkozólag is úgy gondoljuk, hogy a streptococcusok mellett egy specifikus vírus esetleges szerepét sem lehet ma még kizárni.

Irodalom: *Amenta:* La Pediatria 1925. 9. (Prophylaxis-irodalom.) — *Bürgers* és *Brachmann:* Arch. f. Hyg. 1924. — *Bürgers:* D. m. W. 1925. — *Caronia:* Pathologica 1914. — *Caronia:* La Ped. 1923—15, 1925—7. D. m. W. 1924. — *Caronia* és *Sindoni:* La Ped. 1923—14, 1924—14. — *Di Cristina:* La Ped. 1921—29, 1923—1. — *Di Cristina* és *Caronia:* Pediatria, Archivio I. 1. (A teljes vörhenyirodalom.) — *Deqkritz:* D. m. W. 1924. — *De Villa:* La Ped. 1924—11, 13. — *Donges:* Zentralbl. f. Bakt. 91—1, 94—2. — *Jacobovics:* O. H. 1924—19. — *Mauer:* Monchr. f. Kb. 29. — *Mair:* Lancet 1923. — *Laurinsich:* La Ped. 1924—13. — *Menzer:* Med. Klinik 1925—12. — *Nasso* és *Auricchio:* La Ped. 1924—11. — *Nasso* és *Laurinsich:* Zeitschr. f. Kb. 39. — *Markos:* O. H. 1925—13. — *Kalocsay:* O. H. 1925—13. — *Redlich:* La Ped. (Üléskönyvek) 1925—15. — *Salvioli:* La Ped. 1925—14. — *Sindoni:* La Ped. 1923—16, 1924—5, 8, 15, 20, 1925—4. D. m. W. 1925. — *Szirmai:* O. H. 1925—39. — *Zoeller:* Bull. de la soc. de méd. de Paris 1925—12. — Kongresszusi jelentések: La Ped. 1924—22, 1925—15. — D. m. W. 1925—42. stb., stb.

A hematuria jelentősége.*

Írja: *Mező Béla dr.* egyet. m. tanár, közkórházi főorvos.

Ha hematurias betegeinket megkérdezzük a felől, hogy mióta vérzenek, mindennapos az a válasz, hogy: hónapok, sőt évek óta. A beteg a véres vizelet láttára azonnal orvoshoz fordult ugyan, aki a gyógyszerek adásával a vérzést el is állította, azonban a vérzés rövidebb-hosszabb időközben ismételtelen jelentkezett. Az urologus aztán gyakran kénytelen megállapítani azt, hogy a belső szervekkel „eredményesen” kezelt betegek egyike-másika rosszindulatú hólyag-, vagy vesedaganathban szenved, s hogy a szerencsétlenek, amikor hozzáuk kerülnek, már túl vannak a sikeres műtét lehetőségén.

Mi az oka ennek a — sajnós elég gyakori — esetnek? A hematurias tünet jelentőségének lebecsülése.

* A Magyar Urologiai Társaságban „Hypernephromás esetek” bemutatása kapcsán előadva.

Nem ismerek az orvostudományban szerencsétlenebb felvételt az anatómiai alap nélküli, úgynevezett „essentialis”, illetve „angioneurotikus hematuria” elnevezésnél. Bámulat, hogy milyen gyorsan átment az orvosi köztudatba ez a felfogás, pedig nincsen jogosultsága. Anatómiai alap nélkül fennálló vesevérzés nincsen. *Israel* már 1910-ben 14 essentialis hematuriának tartott esetet közöl, amelyek vizsgálata alapján arra a meggyőződésre jut, hogy „essentialis, vagy angioneurotikus vesevérzések esetében a vesén magán, vagy annak tokján anatómiai elváltozások mutathatók ki, vagy a vese renedellenesen mozgékony.”

Kretschmer sokkal nagyobb anyag vizsgálata után megerősíti *Israel* álláspontját; 1907- és 1914-ben 88 essentialis hematuria-esetet közöl, amelyben a műtétkor vagy a boncolásnál 74 ízben nephritist, vagy valamely más anatómiai elváltozást talált.

A véres vizelet oka igen gyakran vesegyulladás. Ha meggondoljuk azt, hogy a vérzés a vesegyulladás egyetlen tünete is lehet, s hogy a vesegyulladás a vese csak egy kis pontjára szorítkozhatik (góc-nephritis), könnyű megérteni azt, hogy adott esetben a vesegyulladás kórisméje mily nehéz. *Kretschmer* egy betegének nem voltak nephritises tünetei. A vizeletben nem volt se kóros alakélem, se fehérje, oedema nem lépett fel, magas vérnyomás, retinitis hiányoztak, s a kórbonctani vizsgálat mégis vesegyuladást állapított meg. Magam is észleltem egy olyan esetet (l. „A vesegyulladások sebészi gyógykezeléséről”, *Orvosi Hetilap*, 1916.), ahol a vérzés gyulladással eredetét csak a műtét alkalmával kivágott vesedarab görcsövi vizsgálata döntötte el.

Hogy a vérzés okának a megállapítása mily nehéz lehet, mutatja *Schuebach* esete is, amelyben a vérzés 3 hétig minden egyéb tünet nélkül fennállott. A vérzés a bal ureterből jött. *Schuebach* nephrotomiát végzett, de utóvérzés miatt a vesét el kellett távolítani. A kivett vese pusztán megtekintésekor nem tűnt fel semmi elváltozás. Csak a veséből készített sorozatos metszet döntötte meg az essentialis hematuria-diagnoszt, mert a vizsgálat kezdetleges gümőkört mutatott ki.

Israel és *Kretschmer* állásfoglalása óta számos szerző foglalkozott e kérdéssel, akik mind osztják az ő nézetüket. A vérzés okát azonban nemcsak a vesében kell keresnünk. Előidézheti ezt a húgycsatorna bármely pontján fellépő gyulladással belőveltség is. Hogy a gyulladással hólyag, vagy a bővérűsége hajlamos túlfengett prostata vérzéseket okozhatnak, közismert dolog. Újabban 18 esete kapcsán *Hunner* mutatott rá arra, hogy vérzést ureter-szűkületek, illetve az ezekhez csatlakozó gyulladások is okozhatnak, tehát ezekre is kell gondolnunk.

A vérzés oka leggyakrabban kétségtelenül a baktériumok és paraziták által okozott heveny gyulladás. De igen gyakran okoznak vérzést az idősült lobos folyamatok, a tuberculosis s a syphilis is. Az utóbbinál a vérzések nemcsak a maculopapulák szakban, de a fekélyes gummás stadiumban is jelentkezhetnek.

Hogy a külerőszaki behatások, zúzódások, sebek vérzést okozhatnak, magától értetődik. A traumás vérzésekkel rokon a kövek által okozott vérzés, amely azáltal jó létre, hogy a test helyzetváltozásai alkalmával ide-oda mozgó érdes kő a húgyutakat felsérti. Így okoznak vérzést a húgycsatornába bejutott idegen testek is. Véres vizelet jelentkezhetik a vér dyscrasiás megbetegedései kapcsán is. Ezek a hemophilia, scorbut, purpura, leukaemia, anaemia pernicioza, amelyekre hematuria esetében mindig gondolnunk kell. A véres

vizelést előidéző okok legfontosabb csoportja azonban a húgyutak jó- és rosszindulatú daganatai.

A gyakorlott szem a legtöbb esetben azonnal tisztában van a vérzés okát illetőleg. Legkönnyebb a kő által okozott vérzések diagnosisa. A kövek rendszeren csak kismértékű vérzést okoznak, amely igen gyakran csak görcsővel körízmézhető. Ha a vörösvérsejtek csak erős testmozgásra jelentkeznek és fektetésre eltűnnek, úgy a kődiagnózis biztos. Legtöbbször könnyű a gümőkór megállapítása is, amennyiben a vérzés mellett genyet és gümöbacillust is találunk. Nem okoz nehézséget a vér-dyscrasiás alapon fellépő vérzések kórisméje sem. Itt az alapbetegség legtöbbször gyorsan szembeötlik, mert a húgyutakon jelentkező vérzés csak a test egyéb helyein fellépő vérzések kísérője. Sokkal nehezebb az eligazodás a hevenygyulladásos esetekben. Ilyen megbetegedések alkalmával mindig kell gondolnunk arra, hogy a gyulladás mögött nem lappang-e valami fejlődési rendellenesség, idegen test, kő vagy daganat. Ha azt látjuk, hogy a megbetegedés megfelelő belső és helybeli kezeléssel dacol, úgy ezeket a lehetőségeket pontos vizsgálattal mindig ki kell zárnunk.

Vajon a vérzés megjelenéséből és súlyosságából vonhatunk-e le következtetéseket? Említettem, hogy a testmozgást követő vérzés kőmegbetegedésre jellegetes. A húgyszervi gümőkórban szenvedők vizelete majdnem kivétel nélkül tartalmaz vért. A daganatos vérzés igen szeszélyes. A daganatok sokszor nap-nap után véreznek, míg máskor a vérzés hónapokig, sőt évekig is szünetel. A vérzés súlyossága maga kevés támpontot ad. A daganatos vérzések legtöbbször rendszeren bőségesek, szemben a közepes mennyiségű gümőkóros és a rendszeren csak mikroszkopos kövérzéssel. Előfordul azonban, hogy a tisztán gyulladással alapon fellépő vérzés igen bőséges, míg vannak esetek, amikor a daganatos vérezés csak kismértékű. *Chute* két esetet közöl, ahol a vesegümőkór következtében beálló vérzés oly nagyfokú volt, hogy azt kellett hinnie, hogy a vérzés a hólyagból jó és magas hólyagmetszést végzett. Magam egy esetben a teljesen negatív vizsgálati lelet mellett súlyos jobboldali vesevérzést daganatosnak tartottam s a műtét alkalmával kiderült, hogy a vérzést egy kis vesekő okozta, azáltal, hogy a kő a vesemedence egy tág vénáját arrodálta.

Diagnostikai eszközeink mai fejlettsége mellett a vérzés okát a legtöbbször könnyen meg tudjuk állapítani. Nem csekély azonban azoknak az eseteknek a száma, amelyekben úgy a hólyagtükrözés, a vesefunctionalis, bakteriologiai, chemiai, görcsövi és Röntgen-vizsgálat, valamint a pyelographiás és pneumorenes felvételek mind cserbenhagynak.

Mi az ilyen esetekben a teendő? A világért se hagyjuk betegeinket sorsukra s semmiesetre se mondjuk nekik azt, hogy vérzésük jelentőség nélküli, csak „essentialis”. A vesében és az ureterekben fekvő megrepedt kis varixon kívül okozhatja a vérzést egy egyéb tünetet nem okozó gócnephritis, kezdeti genyedést és baktériumvizelést még nem okozó tuberculosis, a Röntgen-sugár számára átjárható kő, de ami a legfontosabb, okozhatja azt a vesében levő kis malignus-daganat is, amely éppen kicsiségénél fogva functionális károsítást még nem okoz és még semmi módon se mutatható ki. Az ilyen betegeket meg kell figyelni. Ha a legközelebbi vérzés alatt újból megvizsgáljuk a beteget, úgy el tudjuk dönteni azt, hogy a bal vagy jobb vese beteg-e, aminek ismerete további negatív lelet esetén a diagnostikus vesefeltárással támpontul szolgálhat.

Véres vizelet esetében csak az jár el helyesen, aki

betegét azonnal pontos urológiai vizsgálatnak veti alá s aki mindaddig, amíg a vérzés okául a felsorolt számos megbetegedés egyike teljes biztossággal meg nem állapítható, arra is gondol, hogy a vérzést rosszindulatú daganat is okozhatja. Tartsuk emlékezetünkben, hogy anatómiai alap nélküli, essentialis, vagy angio-neurotikus vesevérzés nincsen. Vérző betegeinket, ha kell, ismételtén is vizsgáltassuk meg. Ha ezt követjük, mind kevesebb lesz azoknak a szerencsétleneknek a száma, akik bízva tanácsadóikban, inoperabilis daganattal elkésve kerülnek a szakorvos kezébe.

A hajduszoboszlói mélyfúrás hévizéről.

Írta: *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi magántanár.

Hazánknak nincs egy uncia sója, nincs egy esőpp petróleuma. Az életnek és a kultúréletnek elemi anyagi föltételei hiányzanak, és gyakran az ellenséges külföldre vagyunk szorulva úgy egészségünk fenntartásában, mint minden olyan ipari és forgalmi kérdésben, mely ma a petróleumra és származékaira van alapítva. Természetes, hogy elsőrendű érdekeink, hazánk területén petróleumot, földgázt találni, s a Földnek mindazon kincseit, melyek ez anyagokat kísérni szokták, asphaltot, földolajat, kálisókat, konyhasót stb.

Nemcsak elméleti számítások, hanem kézzelfogható adatok is — például az Alföld számos felszökő artézi kútjának a nyomása, földgáz, például Püspökladányban, s mások — amellé szövegezték, hogy a Nagy Magyar Alföld mélyében megvannak a geológiai tengerszarmazékok, s megvan a remény, hogy kellő technikai készíttéssel fel lehet tární őket.

Évek hosszú sora óta folyik az erre irányuló legmagasabb színvonalú kutató munka. Az Eötvös-féle inga — a legszénialisabb találmányok egyike, melyekre emberi elme képes volt — nemcsak a magyar tudomány szerzett az egész világon elismerést, hanem a magyar iparnak és a magyar tudományos kutatóknak is. Ma az egész világot mi látjuk el gravitációkülönbségeket mérő torziós ingákkal, és öt világrészben dolgoznak magyar tudósok e műszerrel, kutatva a föld mélyének eddig titokzatos tömegeloszlását. Ez az Eötvös-féle inga mutatott reá, hogy Hajduszoboszló városa határában adott helyeken kisebb a γ , mint azt egyenletes anyageloszlás esetén várni lehetne. Ez az adat, melyet *Pekár Dezső* méréseinek köszönhetünk, egybevetve *Pávay-Vojna Ferenc* világhírű geológiai eljárásának adataival (a diluvialis rétegek gyűrődéseinek beható tanulmányozásával), arra mutatott, hogy a hajduszoboszlói ú. n. Vérölglyben érdemes földgáz és esetleg petróleum után kutatni.

1924 decemberében indult meg az eredetileg 600 méterre tervezett fúrás. A szerzett tapasztalások azt mutatták, hogy jó helyen vagyunk, de a Föld kincsei mélyebben keresendők. Így átszerelték az egész fúróberendezést és folytatták a munkát. Egyre több adat szólt amellé, hogy érdekes geológiai terület kerül föltárásra. Néhány héttel ezelőtt, 1090-87 méter mélységből, egyszerre óriási erővel hatalmas forró víztömeg lövelt ki a fúrólyukból, a tornyot messze meghaladó magassággal. 138 mm átmérőjű csőből, 27 méter magasra szökve, percenkint 1640 liter 72 C° hőmérsékletű víz ömlik a csőből, forrva, tajtékozva, mert földgáz járja át, naponként 4750 köbméter 86% methantartalmú gázt ontva a levegőbe. A gáz pompásan ég. Kalóriaértéke még nincs meghatározva, de hozzávetőleges becslés szerint is többet jelent 1000 lóerőnél naponta.

A Magyarhoni Földtani Társulat Hidrológiai Szakosztálya 1925 december 16-án foglalkozott külön ülésen a hajduszoboszlói mélyfúrással. *Schafarzik Ferenc dr.* műegyetemi tanár ismertette a fúrás történetét, s a geológiai viszonyokat. Kifejtette, hogy a fúrás egész kiterjedésében újkori képződményekben mozog. Homok- és agyagrétegek váltakoznak egymással, több-

szörösen megszakítva keskeny mészkőpadokkal, melyeket lignitrétegek kísérnek. Víz és gáz több homokrétégekben mutatkozik. A talált vizek oldott anyagainak mennyisége a mélységgel nő. A felszínesebb vizekben kevés a konyhasó, s több a sziksó; minél mélyebbre jutunk, annál inkább megváltozik ez az arány. A hőmérséklet a mélységgel gyorsan emelkedik, s a kiszámított geothermikus gradiens 17 m. Az Alföldön ez ismert jelenség. (Nb. A geothermikus gradiens rendes értéke 33 m, vagyis a hőmérséklet ily mélységnövekedéssel nő 1 C°-kal.) Kőolajnyomok s asphaltdarabok több rétegben mutatkoztak.

A kiömlő hévíz bitumenes szagú, s kissé opaleskál. Tetején apró szemekben petróleum úszik. A víz felszínén verődő barnásszínű hab elemzése 13% paraffin és 39% nehéz olajokból álló petróleumot mutatott.

A víz előzetes vegyi vizsgálatáról *Emszt Kálmán dr.*, m. kir. főgeológus, vegyész számolt be. Elemzésének adatai a következők:

1000 gramm vízben van:

Kalium-ion	0.0242 g	Brom-ion	0.0235 g
Natrium-ion ...	1.7566 g	Sulfat-ion	0.0016 g
Calcium-ion	0.0141 g	Carbonat-ion ..	0.6706 g
Magnesium-ion..	0.0021 g	Kovasav	0.0296 g
Ferro-ion	0.0005 g	Bórsav: tekintélyes mennyiség (még nincs meghatározva).	
Aluminium-ion	nyomok		
Clor-ion	1.9547 g		
Jod-ion	0.0084 g		

Egyenérték — százalékokban:

Kationok....	K': 0.79 %	Na': 98.06 %	Ca'': 0.90 %
	Mg'': 0.22 %	Fe'': 0.003 %	
Anionok:	Cl': 70.82 %	J': 0.07 %	Br': 0.37 %
	SO'': 0.02 %	CO ₃ '': 28.72 %	

A szilárd alkatrészek összege: 44819 g.

Fajsúly: 1.00403.

Fagyáspontesökkenés: — 0.313 C°.

Elektromos vezetőképesség: 0.006884 K.

Radioaktivitás: még nincs meghatározva.

Balneológiai szempontból a víz a konyhasós-szikes-jódos hévizek közé tartozik, s mint ilyen, nagyon ritka. Általában kevés konyhasós hévizet ismerünk, s a hajduszoboszlóihoz csak néhány francia (Salins-Moutiers, Balaruc, Bourbonne-les-Bains, Lamotte-les-Bains), s néhány német (Baden-Baden, Wiesbaden) hasonlítható, de ezektől is lényegesen különbözik jódtartalma által. Carbonat- és jódtartalma a lipiki hévízzel hozza rokonságba, de ettől meg jelentékenyebb konyhasótartalmával üt el.

Bizonyos, hogy a víz fogyasztása nem lesz az emberi szervezetre közömbös. Jódtartalma gyógyhatásúvá teszi minden olyan esetben, ahol az ú. n. mikrojódtérápia indikált, s e téren vetélytársa a valamivel erősebb jódtartalmú egri Dobó-víznek. Bizonyára kedvező hatású lesz a nyálkahártyák, különösen a lélekzőszervek idősült hurutjaiban, mint expectorans, nyálkafolyósító és a torpid folyamatot felfrissítő szer. Inhalatio céljaira is igen alkalmasnak látszik. Természetes, hogy úgy a jód-, mint a konyhasótartalom számos kontra-indikációt jelent, s nem volna helyes, ha a nép — mint most teszi — derüre-borúra mindenféle nyavalya ellen használná a „csodakút“ vizét.

Fürdőkben használva bizonyára ugyanolyan hatásai lesznek, mint más hévizeknek, így elsősorban ezúszó bántalmak és idősült exsudatumok ellen, tehát ízületi bajokban, női bajokban stb. lehet használatos. Hatását a melegen kívül konyhasótartalmának is köszönheti, mert a bőrbe ivódott s ott koncentrálódó sóoldat osmotikus és hygroszopikus tulajdonságai útján hatással látszik lenni a szervezetre. A forrás óriási vízbősége — naponként 2,300.000 liter 72 C° melegvíz — lehetővé teszi pazar fölhasználását. Nemesak gyógyfürdők, népfürdők létesülhetnek mellette, hanem mesterséges tavakban strandfürdők és uszodák is. Még ha nem volna

is semmi gyógyító hatása, még akkor is óriási jelentőségű az egészségtan szempontjából.

Természetes, hogy orvosi szempontból valóban értékes csak akkor lesz, ha olyan gyógyfürdő-telep épül mellette, melyben megvan mindaz, amit a betegek szakszerű megvizsgálása, ellátása, kezelése megkíván. Orvosi vezetés és kellő felszerelés nélkül mindenkor csak a természet lelketlen ajándéka marad.

A helyes kihasználást rendkívül megkönnyíti a rendelkezésre álló ingyen energia. A víz maga óriási épületeket fűthet, s csak mikor ezt a szolgáltatást már megtette, akkor éri el a fürdésre alkalmas hőfokot. A kiömlő földgáz közvetlenül tüzelve, vagy elektromos energia termelésére fölhasználva hallatlan kényelmet és valóban hygienikus berendezkedést biztosíthat. Megépülhet a teljesen füstmentes szanatórium.

Az egész ország, s különösen a magyar orvosközönség, méltó érdeklődéssel figyelheti, hogy mit tudunk kezdeni az anyaföld ez új, nagyszerű ajándékával.

THERAPIA

A sklerodermia gyógyításáról konyhasó-oldat-befecskendezéssel.

Írta: *Herzog Ferenc dr.*, egyetemi nyilv. r. tanár.

Az intermittáló sántítás gyógyításakor szerzett kedvező tapasztalatok¹ alapján kísérletem meg az intravenás hypertoniás konyhasó-oldat-befecskendezést sklerodermiás betegeken. A sklerodermiában lényeges spontán javulás ritka, a betegségre biztosan ható gyógyszerünk nincsen, tehát e kísérlet már ezért is érdemesnek látszott. A vénába befecskendezett hypertoniás konyhasó-oldat az intermittáló sántításos betegen kétségtelenül megjavítja a környéki keringést a beteg vétagban: a beteg panaszai sokszor megjavulnak, néha el is mulnak és ezenkívül a keringés javulása objectiv jelekből is felismerhető. Főképen azokban az esetekben láttam ezt a jó hatást, amelyekben a sántítás nem arteriosklerosison, hanem arteriitisen (arteriitis obliterans, *Billroth*) vagy érspasmuson, vagy pedig mindkettőn alapult. Ezért valószínűnek látszott, hogy ezek a befecskendezések a sklerodermiára is jól fognak hatni, ha nem is közvetlenül a sklerodermiás szövetre, de közvetve azáltal, hogy megjavítják a vérkeringést a beteg részekben, azoknak rendszerint megtegedett és szűkült, sokszor spasmusosan összehúzódott apró ereiben és hogy ezáltal, részben pedig talán a befecskendezett oldat hypertoniás volta miatt is, élénkebbé válik a beteg szövetek nedvkeringése és ezzel megjavul táplálásuk. Ezen megfontolás alapján adtunk konyhasó-oldat-befecskendezéseket sklerodermiás betegeinknek (rendszerint naponta 10 cm³ 10%-os konyhasó-oldatot fecskendünk vénába).

1. *B. Lenke*, 35 éves, 1924 július 24-én vétetett fel a klinikára. Betegsége 14 év előtt kezdődött azzal, hogy jobb második ujjának véreperce időnkint elkékült és hideg lett. Nyaranta ez elmaradt, télen mindig újból előállott. Két esztendő óta mindkét kezének más ujjain, továbbá mindkét lábán is hasonló elváltozás támadt, amely fájdalommal és zsibbadással járt. Fél év óta állapota lényegesen rosszabbodik, mindkét kezének ujjain a bőr barnább, keményebb és feszesebb lett, azokon több apró, nagyon fájdalmas seb támadt. Ugyanezen idő óta arcának, mellének, lábának bőre barnább és keményebb lett, keményedés támadt mindkét könyöke bőrén is.

Súlyos sklerodaktylia a passiv mozgásnak nagy korlátozottságával. A hűvös ujjaknak és a kézhatáknak bőre vékony, keményebb, feszes, nem ráncolható, színe halvány, kissé szederjes; az ujjak végén több fekély. Röntgen-felvétel az ujjpercek atrofiasak. Kezeiben nagyon heves fájdalom, kezét semmire sem tudja használni. étkezésnél, öltözködésnél másnak segítségére szorul. A lábakon kisebb, hasonló elváltozás, fekélyek nélkül, zsibbadással. Az arc jellemzően sklerodermiás, itt és a mellkas elülső felszínén a bőr keményebb, feszes és barnás színű. A vörösvérsejtek száma 5,190.000, a fehé-

réké 10.400, a vérlemezkéké 207.000. A vér fehérjetartalma rendes, viscositása 70 (Determan). A Moszkovicz-féle tünet a jobb lábon 6 $\frac{1}{2}$ ', a bal lábón 3' mulva jelentkezik. Glanduovint, natrium nitrosumot, natrium salicylicumot, továbbá összesen 30 konyhasó-oldat-befecskendezést adtunk. Az utóbbiakra állapota javult, a fájdalom csökkent, a fekélyek tisztultak, azonban a betegnek hiányos vivőerei miatt a befecskendezést nem folytathattuk és ezért e helyett naponta 300 cm³ 0,9%-os konyhasó-oldatot adtunk a végbélbe, hogy az legalább részben a máj elkerülésével a vena cava rendszerébe jusson. Október 5-én a beteg elhagyja a klinikát; ekkor már időnkint szünetelt a fájdalma és főképen csak hűvös időben jelentkezett; négy ujjának elhalt vége demarkálódni kezdett. Azóta otthon folytatja a konyhasó beöntéseket; azokat nem meri abban hagyni, mert attól fél, hogy baja ezáltal rosszabbodhatnék. Hazamenetele után három héttel a fájdalom egészen elmúlt és azóta sem jelentkezett; 1925 februárjában a vörösvérsejtek száma 4.600.000, a fehéreké 14.700, a vér viscositása 60; ekkor már ujjainak elhalt részei leváltak és fekélyei begyógyultak, kivéve a bal hüvelyknek részben elhalt végpercét, amely csak novemberben vált le. A bőrnek barna színe és szederjessége egészen eltűnt, a bőr mindenütt megpuhult és rendes hőmérsékű. Az ujjaknak mozgása majdnem teljes, kezét mindenre használja, mindenféle házimunkát elvégez.

2. *F. F. né* 22 éves, 1925 július 23-ától augusztus 9-éig feküdt a IV. sz. belklinikán. Öt év előtt mindkét kezén az ujjak között apró, fehér foltok támadtak, egy hónappal ezután pedig arca és két keze erősen megduzzadt, vörös lett és fájni kezdett. Ujjait nem tudta behajlítani. Fél év előtt ez az állapot megváltozott, a duzzanat csökkent, majd elmúlt, de kezein, az alkaron, a lábakon és a lábszárakon, továbbá az arcon is bőre keményebb és barnább lett, körmei töredezték, és ujjainak mozgása még rosszabb lett. Hidegben, leginkább hideg vízben keze és lába megkékül. Évek óta, akár meleg időben is sokszor egész testében fázik.

Az arcon, a nyakon, a vállakon és a szegycsont felett a bőr barnás, fényes, kemény, nem ráncolható. Jellemző sklerodaktylia, sok helyütt krajecárnyi kékes foltokkal, a kéz és az ujjak mozgásának erős korlátozottságával. A lábakon hasonló, de nem olyan súlyos elváltozások és kékes foltok. A vér vizsgálata nem derít ki eltérést, a viscositás is rendes. A *Moszkovicz*-tünet mindkét lábón 20" mulva áll elő. Az alapfogalom rendes. 16 konyhasó-befecskendezés lényegesen javított állapotán: a bőrnek pigmentáltsága majdnem eltűnt, az ujjakon és a csuklóknak a mozgás javult, a kézhatá bőrén redő emelhető. Ekkor a betegnek hirtelen haza kellett utaznia vidékre. Otthon állapota nemsokára megint rosszabbodott, erről orvosa értesített, aki egyúttal a klinikán végzett gyógykezelésről is felvilágosítást kért, hogy azt folytathassa. Azóta a betegről, sajnos, nem kaptam hírt.

3. *Sch. Mariska*, 40 éves. Már 9 év előtt sklerodermia miatt feküdt *Jendrassik* klinikáján. Főképen az arcon és a felső vétagokon a bőr kemény és feszes; sklerodaktylia. Kezeiben három hónap óta, olyan nagy fájdalom van, hogy alig tud emiatt aludni. Klinikai felvételt ajánlottam, de a beteg ezt elutasítja azért, mert már annyszor eredménytelenül kezelték. Mint bejáró beteg 20 konyhasó-oldat-befecskendezést kapott. Ezután újból felkeres és elmondja, hogy fájdalma már az ötödik befecskendezés után csökkent, azután egészen elmúlt, hogy jól alszik és hogy az ujjaknak mozgása is javult.

Fél év mulva, december 13-án a vidéken lakó beteg újból fölkeres. Elmondja, hogy azóta otthon naponta használta a rendelt konyhasó-oldatesőréket (500 cm³ 1%-os oldat). Ezen hat hónap alatt fájdalma egyáltalán nem volt, még az utóbbi nagyon hideg időben sem, seb az ujján többé nem támadt, kezének és arcának bőre puhább lett, ujjainak mozgékonyasága javult. Míg ezen gyógyítás előtt sok éven át, 1917 óta, úgyszólván mindig sebes volt valamelyik ujja és kezében a fájdalom csak időnkint és rövid ideig, legfőljebb 4-5 hétig szünetelt.

4. *M. A. né*, 50 éves. Két év előtt kezei zsibbadni kezdtek, megdagadtak, ujjait nem tudta jól behajlítani, a kézhatá bőrén pedig apró csomók támadtak. Egy év óta a kezén, az arcán, a térdhajlatokban, de másutt is a bőr feszesebb és fényesebb lett, orra, füle és álla hegyesebbé vált. Hideg vízben ujjai elfehérednek. Haja, szőrzete hull. Eredmény nélkül kapott tejbefecskendezé-

seket, 30 glanduovin befeckendést, fürdő- és Zander-kúrát.

A bőr majdnem mindenütt, de leginkább az arcon, a kezeken, a nyakon és a mellkas felső részén keményebb, símább és fénylő, ráncba nem vagy alig szedhető. Az ujjaknak és a kézhatáknak bőre pirosabb és hűvös. Nehezen jár; a kéz ujjainak mozgása, főképen hajlításuk passive is korlátolt. 48 konyhasóoldat-befecskendés után a beteg könnyebben jár, a kezek bőrének hűvössége és pirossága csökkent, itt és másutt is a bőr kevésbé feszes, nem annyira fényes és könnyebben ráncolható.

5. K. J.-né, 32 éves. Hat év előtt azt vette észre, hogy lassankint hegyesebb lett az orra, ajkai vékonyodtak és fogait nem fedték be. Kezének ujjai is vékonyabbak és merevebbek lettek. Ezeken a helyeken, de a lábakon és a lábszárakon is a bőr keményebb lett és megbarnult. Lábaiban feszülést, jobb kezében fájdalmat érez.

Jellemző sklerodermiás induratio a bőrben, részben az izmokban erős pigmentálással, főképen a kezen és az arcon, kevésbé a lábakon. Keze állandóan hideg és száraz; a csuklóban és az ujjizületekben a mozgathatóság nagyon korlátolt. Jobb kezének 2-ik és 3-ik ujján apró fekély. A vér viscositása 6:4; egyébként a vérben nincsen eltérés.

Konyhasóoldat-befecskendezésekre hamarosan elmult a beteg fájdalma és feszülésérzése, majd az ujjakon levő fekélyek gyógyultak be. Bőrének barna színe nagymértékben csökkent, bőre vérteltebb, melegebb, tenyerén sokszor izzad. A kéz és az ujjak feszítő és hajlító izmainak inain erős dörzsölés lett tapintható. 30 befeckendés után az arc bőrének ráncolása jobban sikerül, a csuklóknak és az ujjaknak mozgékonyasága határozottan javult.

6. R. Teréz, 9 éves. Bajja állítólag azzal kezdődött, hogy egy év előtt jobb combjának külső felszínén egy kis seb támadt. E körül egyre nagyobb területen a bőr keményebb lett.

A jobb comb külső felszínén két tenyérnyi területen a bőr fehérebb, keményebb és vastagabb, ezt szederjes udvar övezi. A lábakon és a lábszárakon a bőr keményebb, rajta ráncba nehezen szedhető. Egy hónapon át 5–10 cm³-ig emelkedő adagban 10%-os konyhasóoldat-befecskendezésekre a szederjes szín majdnem egészen eltűnt és a bőr valamivel puhább lett.

7. és 8. eset: 28 éves leány és egy 40 éves asszony, akiknek diffus sklerodermiája 3, illetőleg 12 év előtt kezdődött. Mindkét esetben a már nagyrészt atrofias elváltozások olyan súlyosak voltak, hogy sehol venát felismerni, abba befeckendést adni nem lehetett. Konyhasós beöntésekre e betegek nem javultak.

Betegeim megfigyeléséből arra kell következtetnem, hogy a konyhasóoldat-befecskendezések eredményteljesek, mert eltekintve a két utolsó esettől, amelyben az elváltozás olyan súlyos volt, hogy egyáltalán nem sikerült intravenás befeckendést adni, a többi hat eset többé-kevésbé javult. Az előbb hűvös bőr melegebb és pirosabb lett, szederjessége eltűnt vagy csökkent, a fájdalom és a paraesthesia csökkent, majd elmult, a bőrnek szárazsága és pigmentálása is csökkent; a fekélyek rendszerint csak később javultak, majd meg is gyógyultak. Többnyire csak ezen tünetek javulása után lehetett észrevenni azt, hogy a bőrnek keménysége, feszessége és fénylő volta is csökkenni kezdett és hogy ezzel együtt a merev izületek mozgékonyasága is javult. E téren nagyon különböző volt esetenként a javulás; az 1. és 3. esetben nagyon kedvező volt az eredmény, a sklerodaktylia is igen lényegesen megjavult, de a többi eset is javult, bár sokkal kisebb mértékben.

A javulásnak ezen sajátosságai összhangban vannak azzal a feltevessel, amelynek alapján eredményt vártam ezen befeckendezésektől. Először azok a tünetek javultak, amelyek elsősorban a keringés rosszabb voltán alapultak, míg a bőrnek keménysége, amelynek keletkezésében a keringés hiányosságának legfeljebb másodrendű szerepe van, csak később és kevésbé csökkent.

A sklerodermiás érelváltozások jól ismertek, jelentőségüket azonban különbözőképen ítélik meg. Az

egyik nézet szerint azoknak elsősorú szerepük volna, amennyiben a skleroderma következménye lenne a terminális verőerek betegségének. (Dinkler, Hoffa, Herxheimer és mások.) Ez a feltevés azért nem helytálló, mert egyrészt nem adja meg a magyarázatát a sklerodermiás szöveti elváltozás jellemző sajátosságainak és mert másfelől ismeretes, hogy hosszantartó zavar a környéki keringésben, pl. arteriosklerosis következtében, sem támaszt sklerodermiát. (Cassirer és Hirschfeld.) Ugyanilyen jelentőségű, hogy sklerodermiában az érelváltozásnak foka egyáltalán nem arányos a bőrelváltozás súlyosságával, hogy az utóbbinak súlyos volta mellett az erek sértetlenek lehetnek.

Másfelől azonban kétségtelennek látszik, hogy a kis verőereknek betegsége az eseteknek nagyrésztében nem kis mértékben járul hozzá számos sklerodermiás tünetnek létrehozásához. Cassirer és Hirschfeld szerint az elváltozás, amely a kis arteriák falába az adventitia felől terjed be, főképen a kötőszövetnek megszaporodásából áll, de az izomelemek és az endothelsejtek is megszaporodnak; némely esetben az intima változott meg helyenkint legsúlyosabban; később atrophias lesz az érfal és az adventitia egészen eltűnik; az ereknek betegsége nem arányos a környező szövetek elváltozásával, beteg erek körül ép lehet a szövet és ennek ellenkezője is előfordul. O. Gans³ szerint az erythemás kezdeti időszakban az érelváltozás van előtérben: a cutis-subcutis határán főképen lymphocytákból álló beszűrődés van az erek mentén, a kis verőerek adventitiája is infiltrált, az endothelsejtek duzzadtak és szűkítik, lapossá tehetik vagy elzárhatják az ér lumenét; nagyobb arteriákban a beszűrődés a mediába is betérjed; helyenkint az ér lumenében újonképzett és rekanalizált kötőszövet található; a skleroderma előrehaladottabb szakában az erek még szűkebbek, néha elzáródtak.

Ha tehát a mondottak szerint ezen érelváltozásoknak nem tulajdoníthatunk is oki jelentőséget a sajátosságos sklerodermiás szövet létrehozásában és legfeljebb az látszik valószínűnek, hogy az erek betegsége előmozdíthatja a más okból támadt szövetelváltozás súlyosbodását, mégis nagyon valószínű, hogy az ereknek betegsége, amely már a skleroderma kezdeti szakában is kimutatható, sőt ilyenkor a legszembetűnőbb anatómiai elváltozás lehet, jelentékeny szereppel bír a sklerodermiában gyakran előforduló és hiányos vérellátáson alapuló tüneteknek létrehozásában. Ismeretes, hogy sokszor a betegség kezdetén, sőt néha évekkal a baj kezdete előtt vasomotilitási zavarok támadnak, így időnkint helyi synkope vagy asphyxia, sőt néha a kép Raynaud-féle betegségnek felel meg. Ezek a tünetek elmulhatnak, máskor azonban a skleroderma kifejlődése után is megmaradnak és ilyenkor elmosódhatik a határ e kórképek között. Ez a kóros vasomotilitás összefügghet azzal, hogy az erek szövetükben is elváltoztak: ilyen éren ugyanis gyakrabban támad spasmus, amiről könnyen meggyőződhetünk intermittáló sántításos betegekben. A kis arteriák szöveti elváltozása, azoknak kóros működése az előbb említett tüneteken kívül még a kezdeti szakban előforduló ödéma előidézésében, továbbá a pigmentálás létrehozásában is szerepelhet.

Betegeimen a konyhasóoldat-befecskendezések elsősorban éppen ezeket a tüneteket javították meg, a betegek bőre vérteltebb, melegebb lett, fájdalmuk csökkent, elmult, a szederjesség eltűnt, és a pigmentálás is csökkent vagy eltűnt. A sklerodermiás szövet maga csak ezután és kisebb mértékben javult, nyilván azért, mert e szövetelváltozás kifejlődését a rosszabb vérellátás legfeljebb előmozdította, de nem okozta egy magában. Ha tehát a konyhasóoldat-befecskendezésektől nem is várhatunk gyógyulást, hanem csak javulást, amely főképen a vascularis eredetű tüneteket és kevésbé a sklerodermiás szövetváltozást illeti, mégis tapasztalataim alapján ajánlanom kell a skleroderma ezen gyógyítását, annál is inkább, mert más gyógyításnak

hatása még bizonytalanabb. Főképen azokban az esetekben várhatunk jó eredményt, amelyekben a vérkeringés zavarán alapuló tüneteket is találunk és amelyekben a szövetek még nem nagyon induráltak és nem atrofiasak.

Irodalom: 1. Orvosképzés. XIV. 3-4. — 2. *Kraus-Brusch*, Spez. Path. u. Ther. X. 3. — *Cassirer* u. *Hirschfeld*. Vasomotorisch-trophische Erkrankungen. — 3. *O. Gans*, Histologie der Hautkrankheiten I.

Közegészségügy az állami költségvetésben.

Az állami költségvetés minden jel szerint ez évben is deficitmentes lesz. A jövő 1926/27-ik évi költségvetés a pénzügyminiszter nyilatkozatai szerint a jelen évi budget keretei között fog mozogni. Pénzünk stabil s így most már körülbelül két éve meg van állapítva az állami háztartás. Az orvosoknak nagy okuk van, hogy a költségvetés adatai iránt érdeklődjenek, ezért a következőkben megismertetjük a főbb tételeket.

A háború előtt évek hosszú során át ismertem a költségvetést, de a háború alatt egyáltalán nem volt budgetünk, a háború után pedig pénzünk értékének ingadozása s zuhanása lehetetlenné tette, hogy tiszta képet nyerjünk. A consolidatio kétségtelen jele, hogy ezt most újból megtehetjük.

A közegészségügyi kiadások túlnyomó részben a népjóléti és munkaügyi minisztérium tárcájában vannak előirányozva. A minisztérium központi igazgatása keretszámában 24½ milliárd koronát, a nyugellátásoké 9½-et, összesen 34 milliárdot igényel.

A közegészségügyi rendes kiadások összege 231 milliárd, az emelkedés a múlt évihez képest 110 milliárd. Ennek túlnyomó részét a betegápolási költségek képezik. Ezek összege múlt évben 107 milliárd, a jelenlegi költségvetési évben 216 milliárd. Ezek egy része (20 milliárd) közvetlenül az államháztartást terheli (trachomás, bujakóros, valamint az idegen honos és hontalan betegek után), nagyobb része (196 milliárd) a főrvényhatóságokat, minthogy a „rendes” betegek ápolási költségeit ez évtől kezdve az illetőségi kérdés kikapcsolásával a községektől és a városoktól szedik be. A tapasztalat fogja megmutatni, hogy az 1898. XXI. t.-c. alapvető intézkedéseinek megváltoztatását nem fogja-e a kórházi ápolás megcsinálni. Kérdés, hogy nem lett volna-e helyesebb fel-emelt betegápolási általános pótdadó útján gondoskodni a fedezetről. Annyi azonban kétségtelen, hogy a költségvetés az ápolási költségekre kétszer annyit irányoz elő, mint az előző évben. A fertőző betegségek elleni védekezésre 1 milliárddal kevesebb: 6 milliárd van előirányozva, míg a népbetegségek ellen 3 milliárd, azaz 6-szor annyi, mint az előző évben. (½ milliárd.) E rovatba tartoznak nyilván: tuberculosus, a nemibetegségek, a trachoma; utóbbi a háború előtt külön rovatot képezett. A beolvasztásnak jó s rossz oldala is van. Megtörténhet, hogy a nagy, életveszélyes népbetegségek szükségletei fel-emésztik az egész tételt s a trachomára nem jut, valamint az is lehet, hogy szükség esetén nagyobb összegek fordíthatók a trachomaellenes védekezésre. Erre pedig égető szükség van, mert a trachoma Csonka-Magyarországon extensitásban s intensitásban határozottan terjed.

Ivóvíz szerzésére 200 milliónyi szerény összeg szolgál, baba- és ápolóképzésre 700 millió (ötször annyi, mint a múlt évben), a tisztviselői betegsegélyezésre 4½ milliárd, de ez megtérül a tisztviselők fizetéséből történő levonásokból.

Nagyon örvendetes, hogy a rendkívüli kiadások között 5 milliárdot találunk, a nem állami kórházak olyan szükséges karbafelállítására (4-szer annyi, mint múlt évben), amely beteges gyógyítására szolgáló rendelőintézetek felszerelésére és a prostituáltakat vizsgáló állomások létesítésére 438 millió szolgál szemben a múlt év 7½ milliójával. Tüdőbetegek rendelőintézeteinek létesítésére és felszerelésére 292 millió, a múlt év 25 millió-

jával szemben. Az állami kútfúró berendezésének helyreállítására 500 millió.

A népjóléti minisztérium költségvetésének keretében a háború áldozatairól való gondoskodásra 417 milliárd rendes és 2½ milliárd rendkívüli kiadás szolgál.

Egészségügyi intézményekre (állami elme-kórházak, gyulai állami kórház, budapesti állami szemkórház stb.) 58 milliárd kiadás van felvéve. Sajnálatos, hogy a kórházak tételei összesítve vannak. Kívánatos, hogy a költségvetés a jövő évben az egyes intézmények költségvetéseit — legalább függelékképpen — külön is közölje. Gyermekevédelem 106 milliárd kiadást (25 milliárd többet), a munkásbiztosítás 9½ milliárdot, a közjótékony-sági és emberbaráti intézetek 5½ milliárdot igényelnek.

A tárcá összkiadása 639 milliárd!

A népjóléti minisztérium költségvetésén kívül más tárcák budgetjében is találunk közegészségügyi kiadásokat, elsősorban a vallás- és közoktatásügyi minisztériumében, mely az ország legnagyobb állami kórházainak: a klinikák költségvetését tartalmazza. A budapesti egyetem klinikáinak dologi kiadásai 39 milliárd rendes és 5 milliárd rendkívüli kiadást igényelnek, a szegedi egyetem klinikái 23 milliárd rendes és 1 milliárd rendkívüli kiadást, a debreceni klinikák 27 milliárd rendes, 13 milliárd rendkívüli, a pécsi egyetem klinikái 27 milliárd rendes, 4 milliárd rendkívüli kiadást, a négy egyetem klinikáin összesen 139 milliárdnyi összeget. Ebben nincsen benne az igazgatótanárok s az orvosi tanszéki segédszemélyzet, valamint a gazdasági igazgatás költsége, nincs benne az a nagy építkezési összeg, amit beruházásokra a debreceni és szegedi egyetem klinikái kapnak. (60 és 30 milliárd.) A négy egyetem klinikáinak ágyszáma kb. 4000 (2000 Budapesten, s 2000 a három vidéki egyetemen).

A bábaképzőkre a közoktatásügyi tárcá 9 milliárdot irányoz elő, ebből 4¼ milliárd a szolnoki bábaképző építkezésére szolgál.

E két tárcán kívül még a többi minisztériumok költségvetése (belügy, honvédelmi, kereskedelmi, igazságügyi, földművelésügyi) is tartalmaz nagyszámú tételeket.

Egészen véve tehát azt mondhatjuk, hogy a magyar állam nehéz gazdasági és pénzügyi viszonyok között aránylag nagy összegeket áldoz közegészségügyi kiadásokra s ezt nagyon jól teszi, mert az állam legfőbb java mégis csak az emberi élet, az emberi egészség.

Grósz Emil dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az akut myeloblastos leukaemia. *Kwasniewski*. (D. Arch. f. Klin. Med. 148. k. 344. l.)

Három betegénél a leukocyták száma 44.000 és 1800 között volt; a myeloid elemek nagyrészt, néha csak myeloblastok voltak. A bakteriológiai vizsgálatok negatívak voltak, abban az esetben is, amelyikben a leukaemia kezdete előtt hat héttel általános streptococcus-fertőzés zajlott le. Ez az eset typusos chloroma volt. Az „igazi” és a „symptomás” leukaemiát a vérkép alapján nem tartja megkülönböztethetőnek. A sepsis, illetve a sepsis kórokozójának aetiológiai szerepe sem bizonyított dolog; a fordított összefüggésre is kell gondolni.

Perémy dr.

Haemoglobinresistencia anaemiákban. *Wölther*. (Med. Klin. 1925, 34. f.)

Normal natronlúggal szemben a haemoglobin ellenállóképessége úgy embernél, mint különböző állatfajoknál constans értékeket mutat. Az állatok haemoglobinresistentiája ilyen lúggal szemben sokkal fokozottabb, mint az emberé és minden állatfajra jellemző állandó értéket ad. Az egészséges ember haemoglobinresistentiája 60' körül van. Ez az érték azt jelenti, hogy 60 másodperc alatt roncsolódik szét a haemoglobin a lúg hozzáadására, amit spektroskopppal nagyon pontos-

san meg lehet állapítani. Szerző anaemia perniciosában úgyszólván állandóan 100–120" körül találta a haemoglobinresistentiát és azt hiszi, hogy ez a haemoglobinresistentia-fokozódás az anaemia perniciosának eddig még nem ismert, de igen fontos pathophysiologiás és diagnostikus symptomája. Secundaer anaemiákban a haemoglobin resistentia 50–60" körül van. A vörösvérsejtek resistentiája és a haemoglobin resistentiája között semminemű összefüggést nem talált. *Kaltstein dr.*

A rosszindulatú tumorok chemiai diagnózis. *H. Fuchs.* (Klin. Woch. 1925, 49. sz.)

A szerző különböző betegek vérszerűségének fehérjebontóképességét vizsgálva, azt találta, hogy speciell a fibrinnel szemben tanúsított fehérjebontóképesség felhasználható a malignus tumorok differentialdiagnózisára. Egészséges és nem-tumoros betegek serumuma ugyanis nem támadja meg a hozzákevert szárított és porított fibrint, míg a rosszindulatú daganatban szenvedők vérszerűsége elbontja azt. A bontás foka megállapítható a serum oldható nitrogen-anyagainak megszaporodásából, ami pedig egyszerű chemiai eljárással meghatározható. Szerző 145 egyént vizsgált ilymódon, köztük 48 olyant, akinek malignus tumora volt. A próbaexcisio és a műtét minden esetben igazolta a fibrinbontás segítségével felállított diagnosist, még azokban az esetekben is, melyekben a klinikai megfigyelés malignitas ellen szólt. A nem-tumoros egyének kivétel nélkül negatív módon reagáltak. *Czoniczter dr.*

Cholin alkalmazása paroxismos tachykardiában. *Prof. W. Stepp és E. Schliephake.* (Münch. med. Wochenschr. 1925, 47. sz.)

A paroxismos tachykardiával szemben az utóbbi időben mégsem állunk olyan tehetetlenül, mint régebben. A vagusnyomáson és az intravenás strophantin-injectión kívül a *Winterberg* ajánlotta intravenás chininbefecskendezéstől is várhatunk sok esetben prompt hatást. Olykor azonban ezen eljárások mind nem elegendők a rohamok cupirozására, vagy toxikus hatásánál fogva a chininkezeléstől el kell tekintenünk. Így jártak szerzők is egy súlyos pericarditises beteg gyakori tachykardiás paroxysmaival. A cholinnak az epholyagreflex tanulmányozása közben észlelt vagushatását látva, végül is megkísérelték a cholin alkalmazni: 20%-os oldat 1 ccm-ét adták izomba. A rohamok minden esetben megszűntek: eleinte már 1–2 perc múlva, később már csak 10–15 perc után, de intravenás injectióra ekkor is prompt volt a hatás. A pulzus ugrászerűen 240-ról 120, majd eca 5 perc alatt 80-ra zuhant, kifejezett kellemetlen sensatióktól kísérve: hirtelen támadt görcszerű mellkasi fájdalom, amelyik, ha szorongásig fokozódott, a hatás beálltát jelezte, mikor is a normalis pulzusszám bekövetkezésével a kellemetlen érzés is elmúlt, továbbá erős nyáladás és a bélműködés gyorsulása.

A betegnek az intervallumokban pitvarlibegése (Vorhofslattern) volt 3:1 rythmusú szívblokkal, a rohamokban pedig teljesen szabályos tachykardiája. A beteg nyolc és fél hónap alatt több mint 60 cholin-injectiót kapott s a rohamok minden esetben megszűntek. Mikor az általuk használt cholinoldat elfogyott, kísérletet tettek a Merck-gyár cholinhydrochloridjával, amely az előírt higitásban nem, de az 5%-os eredeti oldatnak fél ccm-es intravenás adagjában szintén prompt hatásának bizonyult. A cholin hatásáról egyelőre csak annyit mond, hogy az a vagusnak a szívre gyakorolt negatív dromotrop hatásában keresendő. Valószínűleg a vagusizgalom miatt az atrioventricularis vezetés olyképen romlik, hogy a pitvarból kiinduló ingereknek csak egy része fejt ki hatását a kamrákra. *Arady dr.*

Sebészet.

Az arteria gastro-epiploica sin. spontán repedésének műtétilag gyógyult esete. *M. Budde.* (Münchener med. Wochenschr. 1925, 33. sz.)

A szerző 26 éves betegét, akinek igen heves, a bal hasfélre localizált fájdalmai és peritonealis tünetei voltak, perforált gyomorfekély vagy acut pancreatitis diagnózisával operálta meg. A peritoneum megnyitása után azonban a hasüregből folyékony vér ömlött ki, amely úgy látszott, hogy a lép felől jön; a lép megtekintésekor kitűnt, hogy az normalis nagyságú és ép. A gyomor előhúzásánál észrevették, hogy a vérzés az arteria gastro-epiploica sinistrának csepleszhez húzó

mellékágából — közvetlen a főágból való eredésénél — származik. A vérzés ellátása után megnyitotta a ligamentum gastrocolicumot, a bursa omentalisban vért nem talált, a pancreas teljesen ép volt. A gyomron semmi ulcusra gyanus elváltozás nem volt. Mivel lueses endocarditise a betegnek nem volt, az aetiologia tulajdonképpen ismeretlen. Felvehető, hogy az ér megrepedését, fennálló érfaldispositio mellett, a respirációs nyomásingadozások okozták. *Prochnow dr.*

Appendicitises tályog utáni appendicitis recivákról. *Düttmann. Giessen* (Münch. med. Wochenschr. 1925, 33. sz.)

A giessen-i klinika 10 évi — 367 eset — anyagáról számol be a szerző. Az egy ülésben végzett ú. n. radicalis operatív szembenök a műtétet két ülésben végzik, ami kiméletesebb és a betegre nézve veszélytelenebb beavatkozás. A kettős műtéti beavatkozás mortalitása 1.09%, szemben a radicalis operatio 10%-os (Wolf) és 6.8%-os (Deves) mortalitásával. A 367 eset közül 35 eset mint második, 12 eset mint harmadik tályogos appendicitis került vissza a klinikára. 205 esetben az 1–4 hónapon belül végzett második operatív kitűnt, hogy 11 esetben volt csak teljesen obliterált appendix, a többi esetben vagy acut, vagy chronikus gyulladással folytatott, vagy részleges obliterálódás volt constatálható. Érdekes, hogy a második, illetve harmadik tályog megnyitása után végzett radicalis appendectomiánál kitűnt, hogy ezekben az esetekben az appendix meglehetősen ép. A második operatív a hasfali sérv könnyen megoldható, ami az ú. n. radicalis operatív nem is oly ritkán (12.9% Wolff) szintén második beavatkozásra kényszerít. *Prochnow dr.*

Négyévi tapasztalat a Ponndorf-oltások hatásáról tuberculosis és nem tuberculosisos ízületi megbetegedéseknél és sebészeti tuberculosisnál. *Langemak.* (Münchener med. Wochenschr. 1925, 32. sz.)

A szerző 865 betegén 2701, kizárólag Alt-tuberculinnal végzett oltásról számol be. A megfelelően kiválasztott esetekben az esetek többségében javulást, sőt gyógyulást is el tudott érni. Alkalmazta csont- és ízületi, mirigy, hashártya, mesenterialis mirigy tuberculosisban szenvedő egyéneknek, kipróbálta streptococcus inféctiónál staphylococcusnál, rhinitis atrophicusnál, fagyásoknál, köszvényénél, izomrheumatismusnál. Legszebb eredményei mellékherégümőkóránál, erysipelásnál, acut poliartthritis rheumatikánál és acut köszvényes rohamoknál voltak. A pontos és kis adagok nyújtása a fontos. A szervezet gyengülése vagy a bántalom rosszabodása az oltás következtében egy esetben sem volt észlelhető. *Prochnow dr.*

Az autotransfusio kérdéséhez belső vérzéseknél. *W. Förster.* (Zentralblatt f. Chir. 1925, 24. sz.)

Súlyos belső vérzéssel kombinálódott terhességi esetekben mentette meg betegeinek életét szerző a következőképpen:

Eltávolítja a hasból a véralvadékat, utána pedig egyszer-kétszer meleg NaCl-oldattal kiöblíti a hasüreget. Az öblítő véres folyadékból bennhagy a hasban annyit, amennyit csak lehetséges. Ez a módszer a szerző szerint a legjobb autotransfusio.

18 súlyos kivérzési esetben alkalmazta ezt a westendi kórházban használatos eljárást; valamennyi esetben kitűnő eredménnyel. A betegek pulzus nélküli állapotba is esodálatosan gyorsan javult és semmiféle későbbi zavar nem mutatkozott. *Török dr.*

A nyaki bordánál előforduló panaszok okairól. *Professor Richard Bertelsmann.* (Zentralbl. f. Chir. 1925, 24. sz.)

A szerző egy betegnél tett észleleteivel kapcsolatban rámutat azokra az okokra, melyek a rendellenes nyakiborda jelenléte mellett a panaszokat előidézik. A nyakiborda közelében lefutó edények és plexusok anatómiai helyzete annyira megváltozik, hogy másodlagosan ez az állapot is okot adhat panaszokra. Ezt bizonyítja az, hogy a nyakibordának műtét útján való eltávolítása után sem szűnnek meg mindig a fájdalmak.

A szerzőnek betege társával a vállán egy gerendát emelt. Előtte haladó társa azt elejtette s így a gerenda megnyomta a hátul lévő embernek jobb vállát úgy, hogy utána a jobb váll és jobb karja megbénult. Egyidejűleg a beteg nagy fájdalmakról panaszkodott. A szerző megvizsgálta a beteget és a jobb oldalon a VII. nyakicsigolyával összefüggően egy rendellenes nyakibordát talált, melyet műtét útján eltávolított. A

műtét után azonban sem a kar bénulása, sem a fájdalmak nem szűntek meg. Emiatt másodszor is megoperálta betegét. A műtét közben egy tumort talált, mely a subclavia körül helyezkedett el és amelyet szintén eltávolított. Ez a tumor a makroszkopiai és mikroszkopiai vizsgálatok során ugyanazt a képet nyújtotta, mint amit a sternocleidomastoideus kórképe nyújt a gyermekek torti-collisánál. A második műtét után a bénult jobb karnak izomatropiája megjavult. Később ugyanez a beteg a bal karjára panaszkodott, amelynek az oka az volt, hogy baloldalt ugyancsak nyakibordája van és hosszabb idő óta bal vállán állandóan kisebb terheket szokott hordani. Tehát a panaszokat főképpen az idegeknek és véredényeknek összenyomatása idézi elő, mely a helyi viszonyoknak megfelelően előbb vagy utóbb jelentkezik aszerint, hogy a nyomás egyszerre következik-e be, vagy időközönként az illető képletek a nyomás alól felszabadulnak.

Török Ferenc dr.

Fülgyógyászat.

Jobboldali abducens-hűdés körülírt traumás meningitis serosa következtében kétoldali idült középfülgyulladás lefolyása közben. J. Hofher (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1925., 6. sz.).

A nervus abducens hűdésének oka lehet az agyállományban (corticalis, nuclearis, fascicularis hűdés), vagy magában az idegtörzsben a koponyaalapon (basalis hűdés), az otologust elsősorban a basalis hűdések érdeklík. Otogen abducens-hűdésnek oka lehet:

1. reflectorikus eredetű a nervus vestibularis útján heveny vagy idült otitiseknél, ahol labirinthgyulladás vagy izgalom van jelen;
 2. fertőzéses neuritis a halántékesont gyuladással folytatva következtében;
 3. gyulladással középfülgyulladás továbbhaladása a can. caroticusban a vénásinus útján a sin. cavernosusra s az idegre;
 4. a pyramisescsucs környékén localizált genyes meningitis, mely könnyen éri az abducens-t ott, ahol szorosan a sziklaesont csúcsánál a durába besüllyed;
 5. oka lehet basalis abducens-hűdésnek extraduralis vagy perisinuosus tályogok nyomása;
 6. nem ritka ok akár körülírt, akár diffus serosus meningitis;
 7. a Gradenigo-féle tünetcomplexum: heveny genyes középfülgyulladás kezdete után kb. egy hónappal fellépő temporalis és mastoidealis fájdalmak abducens-hűdés s néha neuritis opticával kombinálva, melyek oka Gradenigo szerint a sziklaesont csúcsán lejátszó meningitis;
 8. heveny genyes otitis és mastoiditis folyamán fellépő abducens-hűdés oka lues is lehet.
- Gyakran fordul elő abducens-hűdés oka gyanánt heveny serosus traumás meningitis s szerzőnek alkalma volt ilyen alapon létrejött abducens-hűdést észlelni chronikus otitis lefolyása közben, ahol radicaloperatio alkalmával minden otogen ok kizárható volt; a beteg a műtét előtt 12 nappal a jobb halántéktájon erős ütést szenvedett s kézenfekvő volt e trauma folytán létrejött agyburki vérzést supponálni a hűdés okául, mely vérzés liquor-transsudatióhoz vezetett s ezt az affectiót klinice meningitis serosa circumscripta névvel jelölik. E feltevést igazolja a betegség lefolyása is, amennyiben a hűdés kb. 3½ hónap alatt gyógyult meg, mikorra is a vérzés és transsudatum felszívódott.

Piványi-Lilien dr.

A mastoiditis korai operálásához. Mayer (Monatschrift f. Ohrenheilk. 1925., 6. sz.).

Erős vita folyik arról, mikor is kell a mastoiditist operálni? Schwartzé szabályul állította fel, hogy ha nyolc napon belül a fájdalom és láz nem szűnik, trepanálni kell. Viszont Heine nagyon conservatív irányt követ, nagyszámú heveny mastoiditis közül csak keveset operált, a legkorábbat a 18-ik napon, a többiek conservatív kezelésre gyógyultak; egy halt meg sinus-thrombosisban és pyaemiában. Szerző szerint a korai műtét kérdésében a kórokozó neme és virulentiája játsza a főszerepet. Bemutat két esetet, melyeknél a heveny genyes otitis nyolcadik napján operált s mégis mindkét esetben a sinus és bulbos thrombosis állott már fenn. Ha tehát korábban látja a beteget és korábban trepanál, megelőzhető volna thrombophlebitis kifejlődését. A conservatív eljárás tehát gyakran nagy veszélyt rejt magában.

Piványi-Lilien dr.

Tünetmentes jobboldali halántéklebeny-tályog. Urbantschitsch (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1925., 6. sz.).

Jobboldali idült recidiváló középfülgyulladás miatt végzett radicalis műtétnél a középső scala durájáig s a sinusig terjedő cholesteatomát talált. A betegnek előzőleg sem főfájása, sem szédülése, sem spontán nyitagsága vagy fistulatünete nem volt; öt héttel a műtét után heves tarkótáji főfájások, két ízben hányás. A sebet feltárva agy-próbapunctiót végzett s hátul-felül 2-5 cm mélyen genyet talált. A tályogot két ízben is feltárta s öt hét alatt a beteg gyógyult. Érdekes az esetben, hogy a halántéklebenyi tályognak minden tünete hiányzott, a punctióra sem annyira a főfájás és hányás, mint inkább az általános benyomás adott impulst.

Piványi-Lilien dr.

Urologia.

Hólyagbelsőipoly egy esete. Schiffmann. (Zeitschr. f. Urologische Chir. XVIII. 1-2.)

Egy 24 éves női betegnél, ki 4 éves korában valószínűleg peritonitisben szenvedett, zavaros vizelet mellett pneumaturia lépett fel. A cystoskopiai diagnosissal végzett műtétnél megállapítást nyert, hogy a sipoly nyílás környékével erősen összenőtt bélconglomeratumból egy kötegszerűen elválogott processus vermiformis különíthető el, mely a sipoly nyílásból kiindulva a caecum felé húzódik. E köteg átmetszése után a hólyag nyílást bezárja. A fistulát okozó bélrészt a nagy összenövés miatt nem volt megfelelően izolálható s így kénytelen volt az egész köteg kimetszése helyett, egyszerűen a belsőipoly zárásával megelégedni. Sebgyógyulás simán folyt le s a beteg 4 évvel a műtét után is jól érzi magát. Az aetiologiát illetőleg valószínű, hogy az állítólagos gyerekkori peritonitis egy perforált appendix okozta tályog volt, melynek egyik falát a hólyag képezte s arrosio útján keletkezett sipoly. A hólyagbelsőipolyok nőknél ritkábban fordulnak elő, mint a férfiaknál, ami a genitáliáknak az alsó béltraktus és a hólyag között való elhelyeződésében leli magyarázatát.

Minder dr.

A nephritis kezelése. Prof. L. Casper. Berlin. (Zeitschr. f. Urologie. 19. köt., 8. füz.)

A nephritis sebészeti kezelése jelenleg a német urologia legaktuálisabb témája. A múlt évi urologiai kongresszuson Kümmel példákkal bizonyította be állítását, hogy a nephritiseknél a decapsulatio a función kívül a vesealakulemek anatómiai alkatát is megjavítja. Casper 50 esetben alkalmazta a D-t nephritiseknél, sohasem látott teljes gyógyulást, csak egyes tünetek javulását. Így az ú. n. „göresnephritis“-nél, hol a fájdalmak állanak a megbetegedés előterében, a fájdalmak a műtét beavatkozás után vagy teljesen megszűntek, vagy jelentősen megjavultak.

Igen jelentős eredményeket ért még el bizonyos uraemiáknál, olig- vagy anuriáknál. Itt a műtét néha életmentően hatott. Az uraemiás tünetek megjavultak, a diuresis megindult, s ha az alapbaj nem is gyógyult, a betegek fenyegető uraemián átkerültek. Ezt a hatást azonban csak glomerulonephritiseknél vagy nephrosissoknál látta, soha zsugorveséknél.

A nephritikus megbetegedések harmadik csoportjánál a vérzések miatt a D-t, olyan esetekben, mikor a vérzés hónapokon át tartott és a szokásos szerekkel nem volt megszüntethető. Az ú. n. „változatlan veséből való tömegvérzéseknél“ néha mégis másodlagosan a vérző vese eltávolítását kellett végeznie. Elutasítja a francia szerzők ajánlotta arteria ren. idegtelenítését. A műtét veszedelmes és a D-val ugyanazt érhetjük el.

Meglepetésként hatott Volhard bejelentése, hogy a D. teljesen felesleges, elegendő maga a metszés akár a combon; caseinbefeckendezéssel vagy Röntgenbesugárással analog eredményeket érhetünk el.

Casper az irodalomban nem talált adatokat, amelyek Volhard állítását a vesekolikákra vagy uraemiára vonatkozólag igazolta volna. Viszont több szerző is említi, hogy kis Röntgen-adagokkal az olig- vagy anuriás betegeknek a diuresist megindította. Casper egy subcutis és két chronikus glomerulonephritis okozta oliguriánál kísérlete meg eredmény nélkül a Röntgenbesugárást — néhány napi átmeneti könnyebbülést leszámítva —, viszont a két utóbbinál a D-val igen jelentős eredményt ért el: a diuresis megindult, az oedemák visszafejlődtek. Egy beteget két napon anuriával, súlyos uraemiában került hozzá, az életmentő beavatkozás után még öt évig élt. Kifejezett zsugorvesé-

nél a műtétet feltétlenül contraindicálja. A vérző vesékre vonatkozólag egy esete már hónapokig vérzett, a műtét előtt meg akarta kísérelni a besugárzást, csodálatos módon mielőtt a Röntgen-lámpa alá ment volna, aznap a vérzés megszűnt, ennek dacára besugározta és a vérzés nem ismétlődött többé. Osszetoglalva: a koliknephritisnél a D. meg ma is feltétlenül indicált, a tenyegető uraemiával fellépő nephrosis és glomerulonephritiseknél valamint a vérzéseknél a vesebesugárzás megkísérelhető, hatástalanság esetén azonban helyesebb mindjárt a D-t. elvezetni. A Röntgen-besugárzás hatása a diuresisra még ismeretlen.

Egyik magyarázat sem elégti ki; a D. valószínűleg a vese táplálását javítja meg. A vérzéscsillapítást illetőleg pedig a műtét maga, még az aseptikus beavatkozás is, megváltoztatja a vér physiko-chemiai structuráját. Casper is beismeri azonban, hogy ez a magyarázat nem kielégítő.

A vitában (a berlini urológiai társaságban) Gohlbandt és Levydorn kiemelik, hogy nem szükséges épen a lépet besugározni — vérzéscsillapítás szempontjából —, valószínűleg a mellékvesék útján történik a hatás. Rosenstein egy súlyos zsugorvesénél is látott nagy javulást, a D.-tól, kétségbeesett casusoknál tehát megkísérelhetőnek tartja.

Kadi Béla dr.

Szemészet.

A vena-pulzus keletkezése, illetve annak jelentősége. Baurmann. (Heidelbergi szemészgűlés. 1925.)

A vena-pulzus keletkezése egyrészt a vénákra nehezedő, másrészt a levezető-készülékben uralkodó nyomásviszonyoktól függ. Akkor észlelhető, ha az előbbi nyomás nagyobb értékű, mint az utóbbi. Eltűnik a vena-pulzus, ha a szem feszülése csökken, vagy a levezető-készülékben a feszülés emelkedik. Pangásos papillánál, illetve az intrakraniális nyomás emelkedésénél a normalisan jelenlévő vena-pulzus eltűnik. De előáll újból, ha a szem feszülését mesterségesen növeljük. Mivel az ily módon támadt feszülésemelkedés az, ami a vena-pulzust újból felidézi, egyúttal mértékét adja a koponyafülbéli nyomásemelkedés nagyságának is. Kísérletek és a lumbalpunkciós folyadékkal végzett összehasonlító vizsgálatok az eredményeket csakugyan meg is erősítették.

Ferenczy Zoltán dr.

Sanoerysin-kísérletek experimentális szem-tuberculosisnál. Krusius. (Heidelbergi szemészgűlés. 1925.)

Nem tartja valószínűnek a szemek, elektive a tuberculosis-bacillusra irányuló, chemothérapeutikusan sterilizáló hatását. Elfogadhatóbbnak véli a fémshatást, mely az egész védőapparátust mintegy catalisatorszerűen befolyásolja.

Ferenczy Zoltán dr.

Az acutan fellépő, illetve múltó pupillazavarok. Lenz. (Heidelbergi szemészgűlés. 1925.)

Szerző megfigyelési nyomán azt találta, hogy a pupillazavarok az eddig ismert általános betegségeken kívül előfordulhatnak még pneumoniánál, diabetesnél, nephritisnél, anaemiánál, leukaemiánál, sőt szívbántalmak kapcsán is. A boncolás mindezen esetekben a mag körül vérzéseket, illetve súlyos érelváltozásokat talált.

Ferenczy Zoltán dr.

További tapasztalatok a Toeniessen-féle tuberculinnal. Fleischer. (Heidelbergi szemészgűlés. 1925.)

Az elmúlt évek kedvező eredményeit újabb vizsgálatai is megerősítik. A kedvező eredménnyel kezelt iridocyclitisek kivétel nélkül gyógyult állapotban maradtak. A szer kedvező hatása azon tulajdonságán alapszik, hogy vízben oldható, erősen specifikus s amellet még mérgező fehérje.

Ferenczy Zoltán dr.

Fájdalomcsillapítás szembetegségeknél. Purtscher (Wien, med. Woch. 1925 nov.)

Eljárását az olyan uveamegbetegedéseknél használja, melyek igen heves periodikusan visszatérő fájdalomrohamaival a szokásos csillapítók (meleg borogatás, dionin antineuralgicumok, piócázás, morphium stb.) nem vagy csak alig befolyásolják. A kötőhártya cocainozása után 1% tiszta novocainoldatból 1 cm³-t fecskendez nasalis és temporalisan a bulbaris conjunctiva alá. A beszúrás kb. 5 mm.-re a limbustól történik és a rectusok mentén néhány mm.-re hátrafelé irányul. Az első órákban a fájdalom rendszeren még fokozódik, majd hirtelen fájdalommentesség áll be s az rendszerint tartós is marad. Legjobban megszüntethetők a súlyos iridocyclitisek és iritis gonorrh. fájdalmak, kevésbé a herpes corneae. A fájdalomcsillapít-

tás szerinte a novocainnak a ciliaris idegek sympathikus rostjaira való hatásával magyarázható. Előnye az Elschnig-féle gg. ciliare érzéketlenítéssel szemben a teljes veszélytelenség.

Halász Kornél dr.

Látótérvizsgálat egyszerű módszere. Kestenbaum (Wien. med. Woch., Nov. 1925).

Az ismeretes módszert, mely szerint a vizsgáló szembeáll a vizsgálóval s kezét oldalról közelíti, s amelynek hátránya, hogy a két arc közti frontális síkban való mozgás pontos benemtartása esetén igen nagy kiesések is észrevétlenül maradnak, úgy módosította, hogy függetlenül a vizsgáló elhelyezkedésétől újat vagy valamilyen tárgyat közelít közel a beteg arcához a peripheriáról a szem felé. A beteg jelez, ha a mozgást észreveszi, ami normális körülmények közt abban a pillanatban történik, mikor például (nasalis oldalról való közelítésnél) az ujj az orr mellett megjelenik, azaz midőn az ujj és orrhát közti összekötővonal a pupillába esik. Egyszerű eljárását minden neurológiai esetben elvégzi, s ha kiesés mutatkozik, periméterrel határozza meg a pontos határokat. Mérési hiba körülbelül 15° (tehát 15°-os beszűkülés már észrevehető), ami alig nagyobb mint a perimetriánál, hol szintén 10° körül van.

Halász Kornél dr.

Chiasmába localisált acut neuritis retrobulbaris. Traquair (Brit. Journ. of Ophth., Sept. 1925).

Hogy a neuritis retrob. acuta a chiasmában és a tractusban is befolyhat, azt először Rönne állapította meg, aki szerint a körkép úgy kezdődik, mint a súlyos neur. retrob. acuta annak összes tüneteivel, ehhez járulnak a jellegzetes látó-térelváltozások, melyeket hemianopiás defektusok centralis scotomával való együttes előfordulása és a kiesések ide-odavándorlása jellemeznek. A kiesések vándorlása, miközben az előbb megtámadott rész működését visszanyeri, semmi más kórformánál sem található. A látótér ezen megváltozásait az opticus, chiasma, tractusban levő szétzört gócek gyógyulásával illetve más helyen való fellépésével magyarázza. Szerinte ezen esetben a neur. retrob. helyett más elnevezést kellene használni. Traquair 4 esetet taglal s megállapítja, hogy ez a körkép szoros összefüggésbe hozandó a sklerosis multiplex-szel és a myelitis acutához társuló neuritis opt.-val. Főképpen a kétoldali acut neuritis retrob. magyarázható a chiasmában székelő plaque-okkal. A megbetegedés prognosisa jó, különleges gyódmódot nem igényel.

Halász Kornél dr.

Insulinmiosis és adrenalinmydriasis. Kísérletek a pankreas- és mellékvesehormon új antagonistá hatásáról a szemén. Poos (Heidelbergi szemészgűlés. 1925.)

Ha az atropinnal tágitott pupillájú kutyát megfosztjuk pankreasától, pupillája tovább tágul. Ha ilyen állatnak egyoldalt átvágjuk nyaki felső sympathikus ganglionját és így annak tonizáló hatását kirekesztjük, úgy az atropinmydriasis is superponáló adrenalinmydriasis keletkezik (a szervezet rendelkezésére álló adrenalin hatása). Hiszen ezen autochton adrenalinmydriasishez megvannak a legkedvezőbb feltételek: 1. az antagonista parasymphathikus oculomotorius-rostok bénulása atropintól. 2. A chromafin systema túlsúlyra jutása pankreas extirpatio által. 3. A dilatator sensibilizálása adrenalin iránt a ganglion cerv. sup. kiirtása által. A pankreas belső secretumának túlsúlyra jutását hasonló körülmények között tanulmányozó kísérletekben kiirtották a mellékvesét és ekkor az atropinozott pupilla megszűkült, a ganglionjától megfosztott oldalon sokkal erősebben. Ennek tanulmányozására, hogy mellékvese extirpatio után az atropinmydriasis megszüntető miosis a pankreas belső secretuma active okozza-e, talán a sphincter directe tonizálóan hatva, insulin-injectiókhoz fordult a szerző. Normális állatnak atropinozott pupillája insulin mérgezéskor ritkán szűkül: ellenben mellékvese extirpáltknál, különösen a ganglion sup. kiirtás oldalán hamarosan és e miosis maximuma az insulin-hatás tetőpontján, közvetlen a göresök fellépte előtt. E miotikus hatás, valamint az insulinmérgezés többi tünete szőlőcukorinjectióval megszüntethető.

Az adrenalin és insulin antagonista hatását az irisen megfigyelhetjük a halál beálltakor, amikor a dilatator s sphincter idegek befolyásától felszabadulnak. Normális állatnál a halál után néhány órára 6-24 óráig tartó miosis keletkezik, amely után ismét tágul a pupilla.

Az irisnek e postmortális mozgását sem mydria-

ticumokkal, sem mioticumokkal nem tudjuk megváltoztatni. Pankreas-exstirpált állatoknál a halál után sokáig megmarad a még élőben keletkezett adrenalinmydriasis (postmortálisan megmaradó dilatator tonizálás). És fordítva: mellékvese kiirtás után pedig a halál bekövetkeztékor a pupilla hamar megszűkül, insulin mérgezés esetén olykor gombostűfejnyire.

A legnagyobb valószínűséggel állítható: adrenalin és insulin az iris mozgásában antagonisták, az adrenalin a dilatatorra, az insulin a sphincterre directe, tonizálóan ható physiologiás anyag.

Becker Jenő dr.

Elméleti tudományok köréből.

A veseanyagok hatása a szívre és véredényekre.
W. W. Petrowsky (Pflüg. Arch. 1925. 210. köt. 1/3 f.).

Szerző a vese belsősecretiójának kérdésével foglalkozik. A szervet izolálás után Ringer-Locke-oldattal áramoltatja át. Az átáramlott folyadék hatását izolált béka- és házinyúl szíven, továbbá a béka májának és a házinyúl fülének erein vizsgálja. Úgy találja, hogy néhány cm³ a folyadékból a systolet kiadósabbá teszi, az amplitudok kb. 10 percen keresztül egy maximumot érnek el. A szív-működés szaporább. Felfőzésre a folyadék nem veszti el hatását. Ugyanilyen kísérleteket mellékvese, pajzsmirigy és más endokrin-mirigyeken is végeztek. Az átáramló folyadékban foglalt hormon felfőzéssel és más behatásokkal szemben sokkal resistensebbnek bizonyult, mint ugyanezen szervek kristályosan előállított hormonja. Házinyúl szíven vizsgálva az átáramló folyadék hatását, a contractiókat ugyancsak erősebbeknek, de a szív rythmusát meglapsubbodottnak találta, a vérekre az oldat szűkítőleg hat.

Mosonyi János dr.

A magas duodenális sipolyról. Bársony T. és Hortobágyi B. dr. (Pflügers Arch. 1925. 210. köt. 1/3 f.).

Magas duodenális sipolyok (4–5 cm a pylorustól aboralisan) a gyomorizomzat functionalis zavarát idézi elő. A gyomorizomzat fokozott ingerlékenységi állapotba jut, melynek gyorsabb kiürülés az eredménye. Ugyanezen jelenség lép fel duodenalis fekélynél is, amit szerzőknek a duodenum falának izgatása által kísérletileg is sikerült előidézniök. A gyomorizomzat ezen viselkedése a Bayliss-Starling-féle bélmozgási törvénnyel összhangban van.

Mosonyi János dr.

A thyreoida hatásáról. Oswald (Zürich. La Revue Française d'Endocrinologie. 1924. aug.).

A szerző a belsősecretiók mirigyek tanának divatos túlkapasait igyekszik kritikai megjegyzésekkel kísérni. Így a gl. thyreoida sem önmagában, hanem csak az idegrendszerrel kapcsolatosan működik. Ezt igazolják azon idegrendszeri jelenségek, melyek éppúgy jelentkeznek a mirigy hypofunctiójánál (myxoedema), mint a hyperfuctiójánál (Basedow). Ezen utóbbi betegség tünetei mesterségesen: a thy. kivonattal, vagy jóddal is előidézhetők. Azonban nem minden egyén reagál egyformán a thy.-ra: a gyermekek teljesen érzéketlenek, egyesek nagy ellenállást, mások viszont nagy érzékenységet mutatnak vele szemben. Ezek már bizonyos idegrendszeri praedispositiót hordanak magukban, mely már kora ifjúságukban jelentkezik idegrendszeri ingerlékenység, álmatlanság, erethismus cordis képeben. Mindezekből következik, hogy a thy. productumának határozott neurotropiája van, mely úgy a központi, mint a vegetatív idegrendszerre irányul. Praedisponált embereknél a thy.-kivonat a szívet gyorsítja, a normalisnál ellenben hatástalan. Az idegrendszerre is hat: idegességet, álmatlanságot, psychikus izgalmat okoz. De amennyiben fokozza is a thy. productuma az idegrendszer tevékenységét, termelését mégis az idegrendszer szabályozza, mert secretiók ingereit ettől kapja.

Antal Lajos.

KÖNYVISMERTETÉS

Schmutzpyorrhoea, Paradentalpyorrhoea und Alveolaratrophie. Klinik, Aethiologie, Prophylaxe und Therapie. Von Dr. med. et Dr. med. dent. h. c. B. Gottlieb, Privatdozent für Zahnheilkunde an der Wiener Universität. Mit 40 Figuren und 1 Tafel. Verlag v. Urban & Schwarzenberg, Wien 1925. Ára füzve Mk. 6, kötve Mk. 7.20.

A pyorrhoea alveolarisról, annak lényegét, klinikumát, prophylaxisát és therapiáját illetőleg igen különbözőek a felfogások. Általában a processus alveolaris atrophijával, a fogak időelőtti meglazulásával és esetleg az inynek a fognyak körüli megnyedésével járó minden megbetegedést pyorrhoea alveolaris néven szokás nevezni. Gottlieb fenti könyvében éles korszóvetani és klinikai határt von az „Alveolaratrophie” és „Paradentalpyorrhoea” között és egyben megteremt az addig ismeretlen „Schmutzpyorrhoea” fogalmát, mely utóbbi kórforma az ú. n. pyorrhoeák legnagyobb százalékát teszi. Ezen megállapítása azért bír rendkívüli gyakorlati fontossággal, mert ezen kórformának gyógyítása rendkívül egyszerű és teljes gyógyuláshoz vezet. Szerző korszóvetani vizsgálatai a hámgyűrűt (Epithelansatz) illetőleg igen sok vitás kérdést tisztáznak s nagy lépéssel segítenek hozzá ezen bonyolult és sok vitára alkalmat adó kórforma lényegének megismeréséhez. A munkát általában a nagy objectivitás jellemzi. Szerző kevés hypothesisal és sok positivummal dolgozik, melyek alapján erős logikával építjük fel ezen kórformákról való felfogását. A könyvnek tudományos értékétől eltekintve, főérdeme, hogy igen jó gyakorlati útmutatást ad fenti betegségek gyógyítását illetőleg.

Simon.

A Wassermann-reactióról és hibáinak kiküszöböléséről. Írta: Vigh Agoston dr. egyetemi tanársegéd. Novák Rudolf és társa kiadása, Budapest, 1926.

A jelenkor egyik legszellemesebb és legértékesebb diagnosztikai reakciója: a Wassermann-reactio — mint már eddig is ismeretes volt — nem minden hibától mentes. Am szerző hét év terjedelmű, gondos kiállítású, éles kritikával szerkesztett műve oly hibaforrásokra mutat rá, melyekkel eddigelé úgyszólván figyelemre sem méltattak. Ily hibaforrások: a vérsavó „titeresökkenő hatása”, a szervkivonat anticomplementer hatása quantitativ meghatározásának elmulasztása (— ezt a complement-egység törtrészeivel méri). Oly tulajdonsága ez a szervkivonatnak, mely a specifikus complement-kötőképességgel együtt valamely szervkivonat használhatóságát determinálja. E kérdés kapcsán új antigen-titráló eljárást ajánl, merőben újszerű elméleti fejtegetések mellett. Továbbá rámutat arra, hogy a birkavér concentratiójának ingadozását mily szabályszerűen követi a complement mennyiségének a változása; fontosnak tartja a colorimetriás leolvasást.

A hibaforrások kimerítő részletezése után ismereti „individualizáló eljárását” meynek alapelve: az emberi savó individualisan változó complement-titer hatása. Felállítja azt a tételt, hogy éppen az individualisan változó savótulajdonság miatt sematizáló eljárással nem nyerhető helyes eredmény. Az individualizáló eljárást a sematizáló eljárással egyesítve: megbízható és egységes eredményeket ér el. Különösen kiemelendő a haemolytikus-systema jelentőségéről írt fejezete, amelyben nyomatékosan rámutat azokra a hibákra, amelyek a systema helytelen összeállításából származhatnak. Úgy vélem, hogy befejező mondatában definiálja legjobban célját: „A hibáktól és tévedésektől mentesített eljárással kettős célt érhetünk el: eredményeink nemcsak feltétlenül megbízhatók, hanem egyúttal egységesek is lesznek. Így az egy-egy laboratoriumhoz, vagy a vizsgáló személyéhez fűződő differens eredmények megszűnése is remélhető.”

A szöveg közé iktatott 50 táblázat igen könnyen érthetővé és világossá teszi a leleményes, fordulatokban gazdag és emiatt talán komplikáltnak látszó kísérleteket. Az egyes fejezetek beosztása a gyors áttekintést biztosítja. Mivel a kísérletek gyakorlati és mindennapi célt szolgálnak, úgy vélem, szerzőnek hálásak lehetünk, hogy értékes útmutatásait magyar könyv alakjában is megjelentette. Az ízléses kiállítás, továbbá az 50 táblázat összeállítása fáradságos munkára vall.

Gerlőczy G. dr.

Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. Von Prof. Friedrich Ueber (Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien. 1925. Ara füzve 39, kötve 43.80 M.)

Ezen kiváló munkának harmadik kiadása lényegesen bővült és teljesen átdolgozott a régi anyagbeosztás mellett. Célszerű újítás, hogy függelékében M. Rosenberg az anyagcserevizsgálatoknak az Ueber-klinika laboratóriumában bevált methodikáját ismerteti és hogy a Harris-Benedict-féle tabellákat is közli.

Az első fejezet igen jó áttekintést ad a táplálkozásról és táplálóanyagokról, ismertetve a táplálékszükségletet, az emésztést, a felszívódást és az assimilálást. A következő fejezetekben a hizókúrákat és az extrabucalis táplálást tárgyalja. Az elhízás tárgyalásakor élesen szembeállítja a túlságosan bőséges táplálkozás okozta kórosértséget („Fettleibigkeit“), mint physiologiás viszonyokon alapuló állapotot, az elhízással („Fettsucht“), amely utóbinak lényege kóros hajlam a zsírlé-
rakódásra. Az előbbinek előidézésében szerepe lehet a „dysorexikiák“nak, egy kóros éhségérzésnek, amely meg-hiusítja az étvágnak rendes szabályozó hatását a táplálkozásra. A diabetes mellitus tárgyalását a betegség pathologiájának ismertetésével kezdi, áttekintést adva az első vizsgálatoktól a legújabb kutatások eredményéig. A latens diabetesnek kimutatására a vércukorgörbének megállapítását cukormegterhelés után ajánlja. Egészséges emberen 2 órával a reggeli után 100 g szőlőcukrot adva, a vér cukortartalma $\frac{1}{2}$ óra múlva nagyobb, kb. kétszeres, 2 óra múlva pedig már lecsökkent az eredeti értékre. Diabetesben a vér cukortartalma ennél nagyobbra nő és a legnagyobb értékét csak $1\frac{1}{2}$ —2 óra múlva éri el. Ezzel a vizsgálattal az aglykosuriás, latens diabetes is felismerhető. E vércukorgörbe megfigy-e-lése alkalmas a glykosuria innocens megkülönbözté-sére a diabestől: a görbének normalis volta határo-zottan bizonyítja a cukorvizelésnek veszélytelen vol-tát a görbének, kissé kóros alakja sem szól azon-ban az ellen. De másfelől hangsúlyozza, hogy a glykosuria innocens néha insularis diabetes-sé lesz. Az insulin-kezelést az insularis diabetes könnyű eseteiben is célszerűnek mondja a szigetnek lehető kimé-lése végett, amiáltal előmozdíthatjuk azoknak gyógyulását. Három esetet ír le, amelyben a acidosis jelei sok napon át meg-maradtak a glykosuriának megszűnte után és megleh-tősen nagy szénhidrattolerantia mellett. Ebből arra kö-vetkeztet, hogy bár kétségtelen a szénhidrat felhasználásnak antiketogen hatása, mégis más módon is támad-hat acidosis. Az insulinnak venába fecskendezését co-más betegen sem találta hatásosabbnak a boraláfes-kendezésnél. A betegnek sokszor kelleme-flen alkalithe-rapiát az insulinkezelés óta majdnem egészen mellőzi. A következő rövid fejezetek a pentosuria, a laevulosu-ria és a heptosuriáról szólnak, majd pedig részletesebben tárgyalja a diabetes insipidust.

A köszvénynek körjelzését illetőleg hangsúlyozza, hogy az nem állapítható meg egymagában a vér húgysavtartalmának meghatározásával néhány napi purin-mentes étrend után, mert a köszvényes beteg vérében a húgysav mennyisége normalis lehet és viszont más ba-jokban a vér húgysavtartalma megnagyobbodhatik. Jellemző a purinmentesen táplált köszvényes betegnek húgysavkiválasztása roham idején, továbbá, hogy ro-hammentes időben az endogen húgysav mennyisége köszvényes betegen megközelíti vagy alája száll az egész-séges ember éhezési értékének. Jellemző még a húgysav-nak elhúzódó kiválasztása purindús táplálék után. A köszvény lényegét a szöveteknek a húgysavhoz való fo-kozott affinitásában látja; a köszvényes rohamok előidé-zésében pedig a vegetatív idegrendszer izgalmi állapotá-nak tulajdonít jelentőséget. A körjelzés tárgyalásakor behatóan foglalkozik az idült izületi betegségekkel és hangsúlyozza, hogy a Röntgen-képen a spongiosában látható defectus nem körjelző a köszvényre. A könyv két utolsó fejezetében a körjelző diathesiseket és az amino-savdiathesiseket tárgyalja.

Ueber könyvének kiállítása, 55 ábrája, 12 színes táblája kifogástalan. A tárgyalás világos és szabatos, terjedelme alkalmazkodik a tárgynak gyakorlati jelen-tőségéhez. A harmadik kiadás, amely a mostoha viszo-nyok miatt csak II év után jelenhetett meg, bizonyára éppen úgy el fog terjedni, mint az előző kiadások. H. F.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának dec. 18-i ülése.

Bemutatás:

Mansfeld Ottó: Méhenkízüli terhesség képében jelentkező heveny gyulladás és heveny gyulladás képe-ben jelentkező méhenkízüli terhesség esetei. Az első esetben a kórismezés nehézségeit ismerteti, elkéssett hó-zsám, elájulás, próbapunctio és fructulin-próba positiv adatai ellenére a laparotomiánál heveny kétoldali füg-gelékgyulladás talált. Műtéttel gyógyult. A második esetet kriminális abortus jódinjectio és eurettege után látta peritonealis izgalom és magas láz közben. Ennél tubaris abortus volt a műtéti lelet. Szintén gyógyult. Felhívja a szakosztály figyelmét a jódinjectiók veszé-lyeire.

Singer Hugó: A régebbi tubaris abortusok és az adnexlobosodások elkülönítése igen nehéz. Az anamne-sist pedig tudatosan meghamisítják ott, ahol méhüri manipulációk történtek.

Fekete Sándor: Bemutatónak a jódinjectióról al-kotott felfogása teljesen jogos. A külföldi irodalomban szintén hasonló vélemény alakult ki. Kevésbé veszé-lyes az injectio tágitás után, de itt is helyesebb jó-dinecturába áztatott gazeccikkal kitörölni a méh üregét.

Frigyesi József: A tárgyalat két kóreset elkülö-nítése a klinikai kép alapján néha tényleg nehéz, ilyen-kor jó szolgálatot tesz a laboratoriumi vizsgálatok igénybevétele. Ez esetekben a műtét rendszeren különben sem sürgős s célszerű a műtéttel várni a klinikai kép teljes kialakulásáig. Acut méhenkízüli terhesség eseté-ben is csak úgy végzi a műtétet, ha a kórisme bizonyos; kétes kórisme esetén a Douglas-punctiót végzi. A méh-kürtök átfúvásával többször győződött meg róla, hogy jódinjectiók következtében jött létre a tubák elzáró-dása és az ebből eredő meddőség.

Mansfeld Ottó: Örömmel konstatálja, hogy Fekete és Frigyesi tapasztalásai megerősítik a jódinjectiók veszélyeit és reméli, hogy ezen tapasztalások másokat is óvatosságra fognak inteni.

Előadás:

Fekete Sándor: Adatok a szülöcsatorna sérülései-hez: 1. Cervixkinyúlás álló burok mellett. 39 éves IP. ki-állott ráchitis jeleit mutatta. Conj. diag. 10.5 cm. Renyhe fájások, 41 órával a szülés megindulása után álló burok mellett a véres vizelet cervixkinyúlásra mutat. Sectio caesarea cervicalis; élő gyermek 3400 g, 35 cm fejkerü-let. Másnap a vizelet feltisztul. Az irodalom közlései is azt mutatják, hogy álló burok sem ad tökéletes bizto-ságot méhrepedés ellen. Az idős primiparánál veleszüle-tett hajlamosság is kimutatható volt, mert a hashártya mellő áthajlási redője szokatlanul magasan tapadt. 2. Levatorbénulás. 38 éves IP. fogóműtét, episiotomia. A levatorszárak még két hónappal a szülés után is bé-nultak. Faradizálásra, galvanizálásra gyorsan gyógyult. A levatorszárak időleges bénulása reflex útján létrejött immobilizálás következménye. 3. Sphinctergyengeség. 24 éves IP. Normalis szülés, episiotomia. Szülés után két hónappal incontinentia urinae lép fel. Hólyagkép negatív. Faradizálásra gyógyul. A terhességi s szülési traumát a kevésbé igénybe vett hasfal gyorsabban ki-heverte, mint a zúzott sphincter vesicae s ezért egy idő múlva a záróizom nem volt képes a már normalissá vált hasüri s intravesicalis nyomást ellensúlyozni. 4. Sacroiliacalis ízület sérülése a gyermekágyban. 20 éves IP. Lázás gyermekágy, 10 heti fekvés, baloldali para-metritis és phlegmasia miatt. Gyógyulás közben heves fájdalom jobboldalt s a hátsó felső csírvőtvísnél duz-zanat. Orthopaedszakember (Baron dr.) Röntgen-kép alapján az articulatio sacroiliaca ízvápáinak eltolódá-sát állapítja meg. Fixáló kötésre gyógyul. Amerikai szerzők leírják, hogy a hosszas fekvés alatt a gerine-oszlop physiologiás görbülete ellapul, a keresztcsont harántengely körül elmozdul s ez a már amúgy is fellazult sacroiliacalis ízület csontvégeinek kisebb el-eszűsítésére vezet. Ez az eset is erre vezetendő vissza.

Singer Hugó: Felemlíti gyakorlatából IP. tágu-lási szakában hólyagbeesipetés nélkül fellépett nagy-fokú intravesicalis vérzést, mely vizeletelvezéssel jár. Az ok a trigonumban székelő óriási méduzafőszerű varix volt.

Tóth István: Negyedik évtizede sok ezer műtét

lefolyásáról, sorsáról tudott. Részben intézkedett, de egyetlen olyan műtetre sem emlékezik, ahol álló burok mellett a méhnyak megrepedt volna. Renyhe szülőfájások mellett a vizelet véres volta nem lehet a közelálló méhrepedés jelzője. Ezért a bemutatott esetben sem fogadhatja el a császármetszés indicációjának a fenyegető méhrepédést, amit egyszerű burokrepesztéssel is el lehetett volna háritani. De ha bemutató azt mondja, „összetett indicatio alapján végeztem a császármetszést, 41 éves IP. volt a vajudó, szűkebb medencével s a vajudás renyhe fájások mellett már 40 órán túl tartott, ezért láttam jónak a szülés befejezését és pedig a magzatra nézve legkedvezőbb módon: császármetszéssel. Ezen érvelés jogosult lehet.

Mansfeld Ottó: Az urethrazáróizom és a levatorizom petyhüdtisége szülés után igen gyakori. A beszakadt gát és episiotomiák egyesítése nem hozza rendbe az elszakadt levatorszárakat és ebből származnak a későbbi süllyedések. A sacroiliacalis ízület sérülését tárgyaló esetre vonatkozólag egy hasonló esete alapján azt hiszi, hogy puerperalis fertőzés izületi áttételéről volt szó.

Fekete Sándor: Singer által föllevenített esetet ismeri. Az a cervixkinyúlással semmi vonatkozásba nem hozható. Mansfeldnek igaza van abban, hogy a levatorszáraknak az os pubisról való leszakadását a gátrepedés elvarrása nem korrigálja. A bemutatott esetekben (2. és 3.) azonban a szabadszemmel látható sérülés mellett az izom physikalís károsodása volt a szembeütő, mely az alkalmazott functionalis terapiára jól gyógyult. A negyedik esetben a sacroiliacalis ízület károsodását nem tartja előadó sem szülési sérülésnek, a terhességi fellazulás azonban elősegítette azt. Tóth tanár úr által ajánlott burokrepesztésre az első esetben előadó is gondolt, azonban az idős IP.-nál 41 órai atoniás vajudás után kevés kilátás volt a spontán szülésre s a további várakozás által elmulasztotta volna a sectio caesarea kedvező időt s a szülő nőt a méhrepedés veszélyének tette volna ki. Ezért választotta a császármetszést.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának dec. 1-i ülése.

Ráth A. Zoltán: *Rythmososan ismétlődő hyper-synkinesis esete.* B. J. 47 éves földműves anamnesise és klinikai statusa szerint postenkephalitis állapotban van. Egy éve, csak alváskor szünetelő kényszermozgásokat végez fej-, arc- és nyakizmaival. Ezek a mozgások még leginkább egyes esecsemőkorai automatikus komplex mozgásokra emlékeztetnek. Létrejöttüknek magyarázatát a pallidumba supponált gécos megbetegedés adná meg, amikor egyfelől kiesik a striatum gátló hatása, másfelől a sérült és functionalis egyensúlyában megzavart pallidumba érkező thalamusos ingerület a felszabadult pallidumos ősszomatizmusokat működésbe hozhatja.

Hajós Lajos: Egy már bemutatott postenkephalitis eseteben súlyos parkinsonizmus forgott fenn, ahol feltűnő volt mindkét kéz apró izmainak sorvadása.

Petry Lenke négy klinikailag észlelt érdekesebb agytumor esetnek készítményeit mutatja be.

Honvédorvosok Tudományos Egyesülete december 15-i ülése.

1. Zimányi Vidor: Súlyos bismutmérgezés esetét mutatja be antilueses kúra kapcsán. Natriumthiosulfat intravenás alkalmazása igen jó eredményt mutatott.

Frank Richard utal arra, hogy a Beck-féle bismutpaszta használata után mérgezés elég gyakori volt.

Baresay Kálmán hangsúlyozza, hogy a bismutnak a lues különböző szakaiiban való alkalmazásának, valamint a kellemetlen mellékhatásoknak kérdése még sok gyakorlati tisztázásra szorul.

2. Tirza Kolos: Appendektómia kapcsán a sygma-bél jobboldali elhelyezését észlelte, amelyet fejlődési anomáliának tart.

3. Rauch István: A vesebetegségeknek Wolhard szerinti beosztásáról és kórtanáról, valamint a vesebetegségek pathológiájának jelenlegi állásáról összefoglaló képet nyújt.

A Charité Poliklinika december 17-i ülése.

Bemutatás:

1. Haller Tibor: *Bal combon ülő ekzema marginatum esete.* Feltűnő a szokatlanul nagy kiterjedése.

2. Fenyő János: *Az arcon levő naevus flammeus ignipuncturával gyógyult esete.*

3. Liebner Ernő: *Pruritus hiemalis esete.* 38 éves férfinál kilenc év óta minden télen viszketés jelentkezik a combok belső, a fartájék külső és az alkarok hajlítói oldalán. A bőrön csak vakarási nyomok láthatók. A baj aetiologiájában a régi felfogás szerint a levegő szárazsága, újabb nézet szerint ezenkívül a sensibilis idegek reflectorikus túlérzékenysége is szerepel. Terpichin-injectiók csillapítják a viszketést.

Neurodermitis flexurarum, asthma és heredo-lues 18 éves leánynál. A beteg apja lueses, anyja asthmás Wa ++++, 6%-os eosinophilia. A bőrelváltozások antilueses kezelésre (bismosalvan-neosalvarsan) nem változtak. Az eosinophilia és a Keller vizsgálatai szerint gyakran észlelt pozitív Strom van Loeven-reactio anaphylaxiás eredet mellett szólnak.

4. Berger Margit: *Compressió szénasavhófgyaszttással kezelt acne rosacea.* 52 éves férfinak 15 éve volt az orrán rosaceája. Július óta 3-4 hetenként részesült kezelésben. A kezelt terület határán belül a rosacea teljesen gyógyult, a kezelt terület határán túl változatlan.

Előadás:

Balassa László: *A gerincevelőfolyadék vizsgálatának jelentősége syphilisnél.* (Referátum.) A gerincevelőfolyadék vizsgálata csakis egy diagnostikai jel a többi vizsgálatok adatai mellett. Az egyes reakciók közül a liquor Wa. R. a legspecifikusabban mutatja a központi idegrendszer syphilitikus organikus megbetegedését, a Nonne-Apelt-globulin-reactio pedig 95%-ban szintén erre mutat. A Pándy- és Weichbrodt-reactiók túlságosan érzékenyek. A colloid reakciók jelentősége qualitativ. A syphilis első idejében gyakori a liquor-elváltozás, amely prognostikailag nem értékelhető, mert spontán is visszafejlődhet. A syphilis későbbi stadiumban negatív liquor igen ritkán válik pozitívvá. A központi idegrendszer syphilisénél a liquor-vizsgálatnak diagnostikai és prognostikai jelentősége van. *Dreyfus* vizsgálatai szerint izolált pupillazavarnál a liquor-pozitív esetekből később progrediáló idegrendszeri syphilis fejlődik. A therapia megítélése a liquorelváltozások visszafejlődéséből csakis nagy óvatossággal történhet.

A Magyar Urológiai Társaság december 14-i ülése.

Bemutatások:

1. Pieker Rezső: *Komplikált medencecsont-törés folytán tönkrement vese és nagyfokú traumás húgycsőszűkület.* Egy jún. 15-i bemutatása alkalmával Röntgen-vizsgálat alapján a jobb vese elpusztulását tételezte fel. A húgycsőszűkület kitágulása után eszközölt vesevizsgálat és pyelographikus felvétellel a fenti állítását megerősíti és megállapítja, hogy a jobb vese a nagyfokú külső behatás folytán az ureterről leszakadt, azonban a véredényeivel összeköttetésben maradt. Ezen vese később elsovadván, jelenlegi Röntgen-képen már árnyékot alig adott.

Adler-Rácz Antal: Az urológiai klinikán észlelt hasonló medencecsonttöréses esetről referál. A betegre egy nagyszűrtű hordó esett, mely medencecsontját és alszárát eltörte. Röntgen-vizsgálat nagyfokú húgycsőrepedést állapított meg. Külső húgycsőmetszéssel hólyagba vitt katheteren át a vizelet állandó lefolyását biztosította. Mindennek dacára a kis medencét kitöltő vérömleny fertőzése következtében a beteg elpusztult. A medencecsonttörésekkel komplikált húgycsősérülések súlyosságára hívja fel a figyelmet, melyeknek gyógyulása a legmondosabb ellátás mellett is ritka.

2. Adler-Rácz Antal: *Kettős vesemedence mellett fellépett inficiált hydronephrosis esete.* *Veseresectio.* 42 éves férfi genyvizelés és jobboldali vesetáji panaszok miatt került az urológiai klinikára. A vizsgálatnál baloldalt egy, jobboldalt két ureter szájadékot talált. A jobb felső lobos ureterből felfogott vizelet csökkent veseműködésre utalt. A pyelographikus felvétel itt tárgult vesemedencét mutatott, míg baloldalon szintén kettős vesemedence mellett Y-alakú uretert mutatott.

A jobb vese feltárása után az elpusztult szövetű alsó veserészt a hozzáfutó különerek lekötése után vesemedencével és vesekelyhekkel együtt eltávolította. A felső veserész megmaradt s működésképes. A sebüregből egy ideig vizeletszivárgás volt, melynek megszűnté után teljes gyógyulás állott be.

3. Picker Rezső: *Adalék a proteintherapia hatás módjához.* Az alsó húgyutak bakteriomas megbetegedései mindenkor a húgycső adnexeiben veszik kezdetüket. Ezen adnexe, ú. n. mirigyes szervek anatómiai berendezésétől függ, hogy a nyálkahártyamegbetegedés milyen lefolyású lesz. (Spontan gyógyulás recidiváló, vagy metastasisra hajlamos.) Legfontosabb szerep a mirigyes szervekben residuált infekciónak tulajdonítható. A felső húgyutak megbetegedései mindenkor metastasis útján jönnek létre. A vaccin-, illetőleg proteinkezelés eredménye akképen magyarázható, hogy az a primaergóc tökéletes demarcációjára vezetvén, a fertőzésre alkalmas utánpótlás onnan megszűnik. Ezen felfogását egy eset kapcsán bakteriologiailag demonstrálja.

Keve Ferenc: Picker azon állítását, hogy a húgycsőgyulladásnak nem a nyálkahártyán tenyésző baktériumok az okai, hanem a függelékes szervekben (adnexeiben) megrekedt baktériumok, nem fogadja el és ezt már mások is megcáfolták. Picker állításait eddig igazolni nem tudta és az általa ajánlott heveny esetekben való massage-okat, melyek súlyos complicatiókra vezethetnek, veszélyesnek tarja.

Picker Rezső: A gonococcusoknak korai mélybe való hatását pontos hőmérésekkel, mint általános reactióval tudja igazolni.

4. Hermann János: *Inkrustált véralvadékok Röntgen-képe a vesében.* Röntgen-képeket mutat, ahol az egyik vese elmosódott foltok tömegétől tarka. A nagyfokú vérvezelés és működési kiesés miatt ezen vesét az urológiai klinikán (Illyés tanár) eltávolították. A kivett vesében a kitágult vesüregeket közös geny és kölesnyj concrementumok tömege töltötte ki. A concrementumok mézszókkal impregnált fibrinespadékoknak bizonyultak, amelyek a fent bemutatott Röntgen-képen az árnyékot okozták. Hasonló árnyékot adott egy esetben egy aorta mellett elmeszesedett mirigy, mely egy rosszindulatú daganat áttéti góca volt.

Fillenz Károly: *Ureteren lovagló rendellenes lefutású arteria okozta hydronephrosis esete.* 32 éves gyárimunkás hirtelen nagyfokú baloldali vesegöresökben betegszik meg, mely rázó hideggel, hányási és gyakori vizeletelési ingerekkel volt kapcsolatos. Ezen rohamai több ízben megismétlődtek. Megejtett vizsgálat baloldali veseműködési kiesést mutat, vesemedencében vizeletretentióval. Röntgen-köre negatív. A vese feltárásánál kiderül, hogy a veséhez az aortából hat legyezőszerű ütőér halad, melyek közül az alsó három szorosban a tárgult vesemedencén és ureter felső részén lovagol és az ureterrel úgyszólván össze van növe. Miután a vese rendes kinézésű, az alsó három ütőeret izolálva leköti és átvágja, amely után a tárgult vesemedence kiürül és normalis alakot vesz föl. A vese decapsulatiója után a sebüreget zárja. A beteg rövid idő alatt teljesen gyógyult. Ajánlja, hogy a műtétet lehetőleg korán kell végezni, míg a vese el nem pusztul.

A Budapesti Ker. Munkásbiztosító Pénztár orvosainak december 17-i ülése.

Bemutatók:

1. Oláh Andor: *Operált kisagytmor érdekes esete.* 1924-ben eszméletlenség, göresös roham, e miatt 5 műtét, hol és mikor nem tudja a beteg. Jelenleg tünetei: cerebelláris ataxia, nystagmus, bradycardia, hypotonia, az occiputon nagy csontiány.

2. Farkas Sándor: a) *Spina iliaca ant. superior izolált törésének esete.* A therapia és baleset iudicaturai szempontból egyaránt fontos a meglehetősen ritka törési forma. b) *Syndaktylia a kézen és lábon.* A láb deformitásának orthopaed mechanikai correctioja géppel. c) *Orthopaed technikai újítások a prothetica kérdésében.* Botláb, gumitalppal; fogó műkar helyett.

Benárd Ágoston: Egy újfajta izületfixáló járókötést mutat be.

3. Schein Mór: *Lipomatosus symmetrika* két esetét mutatja be, melyeknél a nyak és a törzs teljesen szabad volt. Kielégítő magyarázat a betegség keletkezésére még nincs.

Zolnai Sándor mindkét occipitalis tájra kiterjedő hasonló eset fényképét mutatja be. A gyógyítással szemben tehetetlenek vagyunk.

Rottmann Elemér szerint ez esetek nem ritkák. Az általános obesitással való összefüggést tagadja.

4. Liebermann Tódor: Referál az *úpesti orr-gégeosztály műtéti statisztikájáról.* Azáltal, hogy többet operál, a kezelte tagok gyors gyógyulása következtében s a munkaképesség helyreállítása folytán a pénztár kórházi ápolási költségei megtakarítása, az ambulans műtétek segítségével 1925-ben kb. 50.000.000 koronát takarított meg.

Lengyel Árpád szerint nem minden eset alkalmas ambulans műtetre.

5. Picker Rezső: *Villamos üzemi baleset urológiai következményei.* Villamosmotor vezetőt az áram megcsapta és földhöz vágta. Utána haematuria lépett fel. Cystoskopia submucosus haematomát mutatott, mely tbc. vesicae et renis diagnosissal szolgáltatva alapját. A végbélvizsgálat a bal ondóhólyag nagyfokú megnagyobbodását mutatta, melyből nyomásra 10 g régi vér ürült. Szóval haemato-spermatocystokele-ről volt szó, mely gyógyult. Az eset úgy az urológiai, mint a baleseti irodalomban egyedül álló.

Előadások:

1. Brana János: *A kancsalságokról, és az ellenük használatos műtéti és egyéb eljárásokról.* Előadó röviden ismerteti a kancsalság okait, megnyilvánulási alakjait, majd therapiáját. 1923., 1924., 1925. pénztári években 63 pénztári tagon végzett kancsalság ellenes műtétet jó és állandósult kozmetikai eredménnyel.

Az esetek 40%-ában a binocularis látás is helyreállt. Hogy a kancsalsági műtéteknél jó és állandó eredményt érhesünk el, szükséges, hogy az indicatiók szigorú szemeltartása mellett a műtéti technikát könnyedséggel uraljuk. A siker, vagy sikertelenség mm.-eken múlik. Előadó 25 fokig terjedő strab. conv.-nél az internus tenotomiáját, 25–40 fokig a musc. ext. resectióját és a rendes izomléchez való elővarrást, 45 fokon túl, az externus resectióját kombinálja az internus tenotomiájával. Strabismus divergensnél 10 fokig az extr. tenotomiáját, azontúl az int. resectióját végzi. 12 éven alul nem tanácsos operálni, mert a gyermekek kancsalsága, fénytörési hibák pontos kijavításával sokszor elmarad. Bénulások kancsalságot csak akkor operáljunk, ha a bénulás több év óta állandósult és az antagonisták másodlagos contracturája nagyfokú.

2. Eisler József: *Psychológiai módszerek alkalmazása a neurologiában.* Számos eset kapcsán a Freud-féle psychoanalysis nagy fontosságát világítja meg.

Természet- és orvostudományi kongresszus.

A kongresszus, melynek célját és jellemzését már mult számunkban megírtuk, jan. 3–8-ig a következő programmal dolgozik: I. jan. 3-án, vasárnap, d. e. 11 órakor *ünnepélyes megnyitó-ülés* a következő napirenddel: 1. Megnyitó. Tartja: **Horthy Miklós** Kormányzó Úr Ó Főméltósága. 2. A kongresszus célja és munkaterve. Előterjeszti: **Klebelsberg Kunó gróf,** v.- és k-ügyi miniszter. 3. Die Organisation der wissenschaftlichen Arbeit in Deutschland. Előadja: **Prof. Richter Werner,** Ministerialdirektor a poszsz közoktatásügyi minisztériumban. 4. A természettudományok haladásának főbb tényezői hazánkban. Előadó: **Tangl Károly** tanár. 5. Az orvostudományok haladásának főbb tényezői hazánkban. Előadó: **Tauffer Vilmos,** tanár. 6. A technikai tudományok haladásának főbb tényezői hazánkban. Előadó: **Schimanek Emil,** tanár. 7. A mezőgazdasági tudományok haladásának főbb tényezői hazánkban. Előadó: **Kerpely Kálmán,** tanár. 8. A Széchenyi Tudományos Társaság megalakulása. 9. Berekesztés. II. Jan. 4-én, hétfőn d. e. 9 órakor *a természettudományi szakosztály ülése.* III. Jan. 5-én, kedden, d. e. 9 órakor *az orvosi szakosztály ülése.* IV. Jan. 6-án, szerdán, d. e. 9 órakor *a technikai szakosztály ülése.* V. Jan. 7-én, csütörtökön, délelőtt 9 órakor *a mezőgazdasági szakosztály ülése.* VI. Jan. 8-án, pénteken, d. e. 10 órakor *összesítő záró-ülés.* — *Tudnivalók:* 1. A kongresszus zártkörű. 2. Tagjai kétfélek: rendesek és meghívottak. Rendes tagok: a kongresszus munkakörébe tartozó tudományágak művelői. Meghívott tagok: közéletünk ama jelesei, kiket

a kongresszus rendező-bizottsága e meghívó megküldésével meghívott. 3. A kongresszus zártkörű jellegére való tekintettel kérjük úgy a rendes, mint a meghívott tagokat: méltóztassanak részvételüket levelezőlapon bejelenteni. 4. A rendes meghívott tagok egyformán az összes üléseken résztvehetnek és a kongresszus Munkálatait részben ingyen, részben esetleg csekély díj ellenében megkapják. 5. Kongresszusi tagsági díj nincsen. 6. A hozzászólások ideje legfeljebb 10 perc. 7. A kongresszus Munkálataiban csak azok a hozzászólások jelennek meg, melyeknek szövegét a felszólalók legkésőbb a következő napon a titkársághoz juttatják.

Az orvostudományi szakosztály (kedden, jan. 5-én d. e. 9 órakor kezdődőleg) a következő referátumokat fogja letárgyalni: *Csiki Ernő*: Természettudományi Múzeumok; *Buday K.*: Anatomia és kórbonctan; *Entz B.*: Kórbonctan; *Vérzár F.*: Élettan és kísérleti kórtan; *Reinhold B.*: Orvosi vegytan; *Rhorer L.*: Orvosi fizika és röntgenológia; *Krompecher Ö.*: Morphologia az orvostudomány szolgálatában; *Preis H.*: Parasitologia és immunitástan; *Issekut B.*: Gyógyszertan; *Csiky J.*: Belgyógyászat; *Br. Korányi S.*: A belorvosi tudományos munkásság fejlesztése érdekében megvalósítandó intézkedések; *Verebely T.*: Sebészet; *Tóth J.*: Szülészet és nőgyógyászat; *Bókay J.*: Gyermekgyógyászat; *Grósz E.*: Szemészet; *Nékám L.*: Bőrgyógyászat és veneriologia; *Reuter K.*: Elmekórtan; *Dalmady Z.*: Balneologia; *Liebermann L.*: Az orvostudományok és a higiéné; *Kenyeres B.*: Törvényszéki orvostan; *Hutyra F.*: Állatorvosi tudományok.

Minden referens tudományszakának multja és jelen iránya és eredményei tárgyalása után javaslatot tesz annak fejlesztése érdekében teendő intézkedésekre nézve. Előre várható, hogy az valamennyinél egyforma lesz: reátermettek kiválogatása és pénz, pénz, pénz az itthoni kutató munka támogatására és a kiválasztottak külföldi tanulmányaiknak előmozdítására. — Mi csak attól félünk, hogy ha ezt a kultuszminiszteri genialitással, tudomány szeretettel és politikai szívóssággal előteremtett „Pénzt” most e bőséges referátumok alapján 54 felé fogják szétosztani (összesen ennyi referátum van) és minden klinikai, technikai és „lélektani” igényt belőle akarnak kielégíteni, csak morzsák maradnak az igazi alapvető tudományoknak, amelyek minden kutató munka felépül. Kíváncsian várjuk a végét. Egy kiváló professor barátunk mondta: előbb meg kell csinálni a hallgató semmiből a chaost, hogy meginduljon belőle valami kristályosodás.

A meghívottaknak egyidejűleg kézirat gyanánt 263 oldalas vastkos nagy kötetet küldtek szét, melyben az egyes tudományok multját, jelenét és jövő feladatait a szakmák képviselői ismertetik. Amint e kötet előszavából látjuk, a kongresszuson csak a jövő feladatokat vitatják meg és a különféle szakmák programjainak összhangba hozatalára igyekeznek. A referátumok elkészítésére a kongresszus vezetője csak nagy általánosságban adott direktívát, még a terjedelmet sem jelölte meg, ennek következtében az egyes referátumok jellege, tárgya rendkívül különböző. Az előkészítő bizottság éppen ezért a szétküldött referátumokat nem tekinti véglegeseknek s a kongresszus után óhajtja azokat egymással harmóniába hozni.

Ma még korai volna e referátumok ismertetése, most csak annyit, hogy a kötet rendkívül gazdag anyagot tartalmaz. Az általános természettudományokból 12, az orvosi tudományokból 20, a műszaki tudományokból 10, a mezőgazdasági tudományokból 12 referens foglalkozik, kik saját szakmájuk hazai fejlődését s a jövő feladatát fejtegetik.

A kongresszus inkább nagyszabású enquete benyomását teszi s az igazi nagy s nehéz feladat a kongresszus után kezdődik, mikor a tanácskozási eredményeit feldolgozására kerül a sor. *A természettudományok alapítétele az előítélet nélküli búvárlat és kritika. Ezt szem előtt tartva ma a magyar kultúra barátainak az a kötelessége, hogy e szokatlan nagyméretű tanácskozást elfogultság nélkül kísérjék figyelemmel. Viszont a kongresszus résztvevői éppen úgy, mint a kívül állók akkor szolgálják legjobban a nagy ügyet, ha őszintén minden melléktentet nélkül megmondják véleményüket.*

Ma az előkészítő-bizottság tagjain kívül még a referensek is tájékozatlanok, milyen szerepet szánnak a

Széchenyi Szövetségnek. Csak azt látjuk, hogy nagy kulturális intézmény létesítéséről van szó, melynek alapítása megfelel *Humboldt* ama tanácsának, melyet 1810 május hó 23-án Poroszország válságos politikai és gazdasági helyzetében királyának adott: „*az állam éppen úgy, mint a magánember jól és politikusan cselekszik, ha amikor őt kedvezőtlen események érik, erejét megfeszíti, hogy valamilyen jelentékeny állandó jótehető intézményt létesítsen s azt nevéhez fűzze.*”

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 salavarsan-gyógykezelés eredményeit és ártalmait hivatalos statisztikai adatgyűjtések alapján kívánja megállapíttatni az a javaslat, melyet a porosz kamara jobboldali pártjai (német nemzetiek és néppártiak) a napokban benyújtottak.

A **Bulgáriai Vöröskereszt** hivatalosan is megerősített referátuma szerint az országban lezajlott forradalmak 16.500 ember életébe kerültek. Az elpusztultak nagyrésze családfő vagy más kereső volt, úgyhogy az ily módon köztámogatásra szoruló lakosság száma megközelíti a 40.000-t. A Vöröskereszt Egyletek Nemzetközi Ligája a szűkölködőket hathatós támogatásban részesítette.

Nagjelentőségű találmány, a kenyér sütésekor fejlődő gázokban lévő alkoholtartalom kivonása, került a berlini szabadalmi hivatal elé. A kenyér sütésekor eltávozó gázokból, a kísérletek szerint, annyi alkoholt lehetett kitermelni, hogy minden 100 kg lisztre egy liter 85 százalékos szesz esik. A szükséges berendezés a sütőüzemet nem zavarja. A feltaláló *Andrusiani* elsőbbségét egy másik konstrukteur, *Frahert* megtámadta, aki — állítása szerint — már 1913-ban is foglalkozott ezzel a kérdéssel.

A **berlini mentők november folyamán** 9085 esetben vonultak ki elsősegélynyújtásra. A végzett betegszállítások száma 4074 volt. A budapesti mentőegyesület november hóban 1215 esetben nyújtott első segélyt és 1075 beteget szállított.

A **német fogorvosok és fogtechnikusok harca**. A német birodalmi fogorvosok egyesülete legutóbb tartott közgyűlésén erélyesen állást foglalt a fogtechnikai ipar oly irányú továbbfejlesztése ellen, mely nemesak a fogorvosok existenciáját, de a közegészségügyi érdekeket is súlyosan veszélyeztetheti.

Nagyothallók Török Béla-internátusa. A székesfőváros által a Toldi Ferenc-utcában létesített Nagyothallók Internátusát a napokban adták át rendeltetésének. Az intézmény, mely namesak Magyarországon, hanem Európában is egyedülálló, úgy egészségügyi, mint kulturális szempontból nagy jelentőségű újítás, első látványos eredménye annak az akciónak, melyet boldogult *Török Béla* tanár a nagyothallók oktatása érdekében megindított és amelyet utódai, *Götze Árpád* és *Bárczy Gusztáv* szándékoznak kifejleszteni.

A **budapesti Rockefeller-intézet építkezése** az időjárás kedvezőbbre válásával újból serényen halad előre. Az építő munkának mintegy fele készült el, beleértve a nagy kiterjedésű földmunkákat is. Az építkezést *Johan Béla* egyetemi magántanár, az intézet igazgatója személyesen irányítja és ugyanez az ő vezetése alatt folynak a belső berendezés kiterjedt és sokoldalú munkálatai is. Az épület 1927 tavaszán fog átadatni rendeltetésének.

Spanyolország az egészségügyi tudományokért. A spanyol kormány az összes európai nemzetek közül elsőnek sietett eleget tenni a népszövetség ama felhívásának, hogy az egészségügyi tudomány művelését anyagilag támogassák. A spanyol kormány az álomkór orvostudományi feldolgozására 5000 pezétát (kb. 52 millió magyar korona) ajánlott fel.

Svédország népessége az utolsó 25 év alatt nagy esőket mutat. Míg ugyanis a század első évében az ezer lélekre eső élveszületési szám 26,3, a halálozási 19,1 volt, tehát a természetes szaporodás indexe 7 körül mozgott, addig ebben az évben — bár a halálozás 11-re szállott le — az élveszületési arány mindössze 12,6, úgyhogy a természetes szaporodás 1,6.

Az emberi fajok kémiai meghatározása válnék állítólag lehetővé *Manoiliff* szenpétervári kutató új eljárásával. Az ő vizsgálatai szerint ugyanis kimutatható, hogy az emberi vér bizonyos kémiai anyagokkal, főleg anilinfestékekkel szemben az egyes fajoknak megfelelően különbözőképpen viselkedik. A meglehetősen nagy anyagot végzett vizsgálatok eddigi eredményei szerint a nagyorosz, japán, örmény, lengyel, német és zsidó egyének vére 90%-on felül sikerült megkülönböztetni. Az élesen különböző fajok keveredéséből származó egyének véreben a reactio nem mutatott pontos eredményeket, mégis a szakkörök az új eljárástól különösen törvényszerű orvosi szempontból várnak eredményeket.

Anglia szeszfogyasztása — ellenére az erősen szervező antialkoholista munkának — még mindig akkora, hogy a lakosság szesz italokra fordított összkiadása felülmúlja a hat milliárd aranykoronát. Ez évenként és fejenként körülbelül 58 aranykoronának felel meg, ugyanakkor pedig a tejbeszerzésre fordított összes kiadásból mindössze 24 korona esik évenként egy lakosra.

Az osztrák munkásbiztosító pénztárak érdeklésviselete a pénztári orvosköltségek óriási emelkedésének okát a szabad orvosválasztásban véli megtalálni, és ezért legutóbbi határozatukkal az összes pénztárak állást foglalnak a szabad orvosválasztás ellen.

A francia elnéptelenedés elleni actio legelső feltétele *Pinard* professzor szerint (kit a közelmúltban választottak be a parlamentbe) az, hogy a törvénytelen gyermekeket egyenjogósítani kell a törvényesekkel. Kimutatja ugyanis, hogy ha az összes francia férfiak megházasodnának, még akkor is másfélmillió szülőképes francia nő maradna egyedül, ezek pedig csak akkor állíthatók be a természetes szaporodás munkájába, ha a házasság kívüli anyasággal járó törvényes és morális hátrányok eltöröltetnek. A kissé temperamentumos népesedéspolitikus azt is állítja, hogy az anyaság az egyetlen eszköz arra, hogy úgy az erkölcsök javuljanak, mint a népesség egészségi állapota is kedvezőbb legyen. Ilyenirányú javaslatot is nyújtott be a kamarához, amely azonban még nem került tárgyalásra.

Sofőrök kötelező orvosi vizsgálatát rendelte el Lipcse város tanácsa. A vizsgálatok végzését az egyetemi pszichológiai intézetre bízták, melynek igazgatója *Klemm* professor. A vizsgálatok úgy a testi, mint lelki alkalmatlanságra vonatkoznak.

A halálozások és születések száma. Berlinben az 1924-es évben 5000-el több volt a halálozások száma, mint a születéseké. Ezzel szemben az 1925-ös év eddigi adataiból arra lehet következtetni, hogy ebben az évben körülbelül 6000-el több születés lesz, mint halálozás. Az arányszám javulását főleg a gyermekhalandóság és a tüdőtuberculosis halálozási számának javulása okozza.

† **Dr. Ströbl Wilbald**, a nagykállói áll. ideg- és elmegyógyintézet nyug. igazgatója, 57 éves korában meghalt. Munkás és áldásos életét Abonyban fejezte be, ott is temetik el.

A biztosítótársaságoknak mindenképpen érdeke az, hogy az általuk biztosított egyének egészsége lehetőleg megóvassék. Erre a célra számos biztosítótársaság vezette már be biztosítottjainak periodos orvosi vizsgálatát. Így legutóbb egy svájci biztosítótársaság határozta el, hogy minden biztosítottjának, akinek kötvénye 10.000 franknál magasabb összegről szól, háromévente egy orvosi vizsgálat díját fizeti meg. Az orvost a biztosított tetszése szerint választja meg. Emellett a társaság egyáltalában nem kéri, hogy az orvos véleménye neki bemutattassék, hanem megelégszik azzal a haszonnal, ami ránézve abból háramlik, hogy a biztosított egyén egyáltalán orvosi vizsgálatnak veti alá magát és így egészségének megóvására megfelelő tanácsot kap.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., a III. belklinika tanársegéde, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes, II. A vesebetegségek, III. Az emésztőszervek megbetegedései. IV. Az anyagcserebetegségek diéta kezelése; az összes diagnostikai és therapiás étrendekkel, egy iv. élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. *Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható* minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII. Múzeum-körút 6-8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint december 20-tól december 26-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	(2)	Gyermekágyi láz	1	(—)
Küteges hagymáz ...	—	(—)	Báránymély	51	(—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	10	(—)
Kanyaró	35	(—)	Vérhas	3	(—)
Vörheny	67	5	Járv. agygerincagyhártyalob	—	(—)
Számárhurut	10	(—)	Trachoma	18	(—)
Roncs. torok-, gégeleob	19	1	Veszettség	—	(—)
Influenza	6	1	Lépfene	—	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGYŐKÉLTESEBB, 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. MOLNÁR SZANATÓRIUM
 Ideg- és kedélybetegék részére, SÁTORALJAÚJHELY

PÁLYÁZATOK.

A békéscsabai közkórháznál újonnan szervezett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A segédorvos javadalmazása az áll. rendszerű fizetési osztályokba tartozó tisztviselők részére megállapított XI. fizetési osztály 3. fokozata szerinti fizetés, ezenfelül lakás és az önköltségi ár fele összegének megtérítése ellenében I. oszt. élelmezés, ugyanúgy a fűtés és világítás. A kinevezés 2 (kettő) évre szól. Távozás négy héttel előbb bejelentendő. Más pályázók hiányában szigorló orvosok is kinevezhetők, ha legalább két gyakorlatuk van. A kinevezett segédorvos magánygyakorlatot nem

folytathat. Okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvények Békés vármegye alispánjához címezve hozzám 1926 január 5-ig adandók be. Elkésetten érkezett kérvények figyelembe nem jönnek. Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Békéscsaba, 1925 december 8.

572/1925. ikt. sz. *Remenár Elek dr.*, igazgató-főorvos.

A vezetésem alatt álló nógrádvármegyei „Mária Valéria” közkórháznál üresedésben levő *műtő-álorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Az állás java-dalma: X. fiz. o. 3. fokozatának megfelelő fizetés, inté-zeti bútorozott lakás, világítás és I. oszt. ételmezés, mely utóbbi önköltségi árának 50%-a a kórházi kézi pénztárnak megtérítendő. A pályázati kérvények Nógrád vármegye főispánjához, méltóságos dr. Sztranyavszky Sándor úrhoz címezve 1925. évi december hó 31-ig hoz-zám nyújtandók be. Az állás a kinevezés megtörténte után azonnal elfoglalandó.

Balassagyarmat, 1925. évi december hó 8-án.

1884/1925. kig. sz.

Dr. Kenessey Albert s. k.,
igazgató-főorvos.

Járó anyos és fertőző betegségek ellen legjobb védekezés a

Szent László fertőtlenítő szappan

használata. Bőrbetegségeknek, kiütéseknek és különféle bőrbántalmaknál **Kolozsvári (Heinrich J.)-féle gyógyszappanok** alkalmazásával a legideálisabb eredmények érhetők el.

DISOTRIN

A szív legideálisabb gyógyszere.

A Digitalis purpurea és Strophantuscombe káros mellékhatásoktól mentes alkátrészeit tartalmazza.

JAVALVA, hol eddig ezek bizonytalan és lassan ható tinkturái és infu-su-mai adattak.

ADAGOLÁSA: **Tabletták:** naponta 3x5 darab. **Intravenés injek-ciók:** 1–2 ccm. **Cseppek:** 3x15–20 csepp naponta.

Kaphatók az összes magyar gyógyszerárakban.

Részletes irodalom díjmentes: **FAUTH & Co. MANNHEIM**, vagy a magyarhoni képviselőség által (magyar nyelvű levelezés).

ARKULOZON

Magnesia usta a + Magnes superoxyd + agar-agar és izjavítók specialis eljárásával keverve.

Indicatók: **Hyperaciditas, Gyomorégés, Ulcus ventriculi, Erjedési dyspepsiák, Meteorismus, Elatulentia, Ideges gyomorbélzavarok, Obstipatio.**

Adagolás: Naponta 3x1 kávéskanálnyi. Minta és irodalom Kálmán L. vegyé-szeti vállalat Budapest VI, O-utca 13. által (Arcula Chem. Fabrik Rostock).

Keresek megvételre kifogástalan állapotban levő immerziós lencsével, esetleg mozgatható tárgyszattal felszerelt

mikroskópot

továbbá **quarzlámpát** azonnali fizetés mellett.

Dr. Draskovits Pál orvos, Hódmezővásárhely, Kinizsi-u. 18.

LASSNITZHÖHE GYÓGYINTÉZET

Graz mellett. 555 m tengerszín felett. Telefon: 465. Gyorsvonat a Budapest–Grazi államvasuti vonalon. Pompás téli tartózkodás, enyhe ágalj, ködmentes, minden gyógytényező, főleg idegbe-tegeknek, belbajok, különösen a légzőszervek bántalmi ellen. Maláriakezelés Pr. Dr. Wagner Jauregg szerint. Fekvőcsarnokok, fűtött fedett sétány. Orvosi felügyelet alatt álló kitünő ellátás.

Orvosi vezető: **Dr. E. Miglitz**, egészségügyi tanácsos.

Saját rádióállomás. — Tessék prospektust kérni. — Saját gépkocsi.

KALKAPPETON

Albuminsavas méz — Magnesium peroxyd — Calcium lactophosphoricum

SCROPHULOSIS — TUBERCULOSIS
ASTHMA — ANAEMIA etc.

RenDELHETŐ orig. dobozokban,

felőtteknek naponta 3x3 tablettá, gyermekeknek naponta 3–4 tablettá.

Kaphatók az összes magyar gyógyszerárakban.

MEGJELENT!

UJDONSÁG!

„Klinikai Zsebkönyv 1926”

Szerkeszti: **Altöldi Béla dr.**, az országgyűlés főorvosa.

Az ezévi orvosi irodalom legnagyobb könyvsikerét aratta.

Még a könyv megjelenése előtt, az előfizetési felhívásban közölt kiváló budapesti egyetemi tanárok és klinikai tanárségek által megírt tartalma alapján a magyar orvosok az első kiadás nagy részét lefoglalták.

A **»Klinikai Zsebkönyv 1926«** 300 oldal terjedelemben ízléses aranynyomatú, hajlékony teljes vászonkötésben jelent meg. **Az orvosi állandóan magánál hordhatja vademekumját, mely minden, a betegágnál szükséges tudnivalót magában foglal.**

A budapesti egyetemi klinikákon használatos gyógyeljárások című, a betegségeket alfabetikus sorrendben felsoroló terápiás fejezet szerzői: **Morelli Gusztáv dr.** egyetemi m. tanár és **Hetényi Géza, Matolay György, Horay Gusztáv, Gál Félix, Melczér Miklós, Germán Tibor** és **Campián Aladár** tanárségek, az egyes cikkek szerzői: **Vámosy Zoltán, Bókay János** és **Vas Bernát** egyetemi tanárok, **Szécsi Ernő dr.** központi tisztii orvos és **Purjesz Béla dr.** tanárségéd.

A pénztári orvosok részére a könyv tartalmazza ezek hivatalos gyógyszerrendelési utmutatóját, a hivatalos orvosok részére a betegápolási alap költségére való rendelési és a kézi gyógytári szabályzatokat.

Mutatványul szolgáljanak a következő szövegrészek:

ANTHRAX.

Dg.: Vizenyösen duzzadt bőr, melynek közepén lobos gyűrűvel s vörhenyes hólyaggal körülvett besüppedő fekete pörk látható (pustula maligna). Rendesen magas láz, fejfájás, álmatlanság, szapora pulsus. Csaknem kizárólag bizonyos foglalkozásoknak (hentes, mészáros, állatorvos, timár) betegsége. Elvéteve jelentkezik, mint bél- vagy tüdőanthrax,

Th.: A. elleni serumoltás. A beteg testrészt nyugalomba helyezése, kenőcsös kötés. A pustula esetleg kiegészítő. Újabban jönnek bizonyult eucupinos körülfeckendezés.

Antiketogen étrend. Azon kísérleti úton nyert tapasztalat, hogy az acidosis a szénhidrátok képesek ellen-súlyozni, ha bizonyos arány áll fenn egyrészt a bevitt szénhidrátok, másrészt a zsírok és fehérjék között, egy étrendi előírásokra alkalmas képlethez vezetett, melyet különösen Északamerikában használnak, s csak azon esetekben segítik elő insulinnal a keton-testek bontását, midőn ez ilyen étrenddel nem sikerül. Alkalmazható e célból a **Woodyatt-féle képlet.**

Eljárás szállodákban, penziókban stb. előforduló fertőző megbetegedéseknél.

A 28. és 29. §§-ok eltiltják, hogy a szállodákban, penziókban, fürdőekben, laktanyákban, ragadós betegségben, szenvedők tartózkodhassanak és eltiltják továbbá, hogy gyógyfürdői épületekben ragadós betegségben szenvedő egyént fölvegyenek. Ha pedig telepükön ilyen baj föllépne, a ragadós betegségben szenvedő egyént a kerületi tisztii orvos közbejöttével a gyógyfürdő területéről azonnal el kell távolítani.

Bolti ára 125.000 korona.

Az Orvosi Hetilap előfizetői 95.000 koronás kedvezményes áron kapják.

Megrendelhető az

ORVOSI HETILAP kiadóhivatalánál, Budapest VIII, Üllői-út 26. szám.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr lámogatásával 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:

- Lehoczky-Semmelweis Kálmán:** A therapiás és prophylaxiás radiumkezelésről 1000 eset kapcsán. (29—33. o.)
Soós Zoltán: 100 nőbeteg kezelése ovarialis elektródával. (33—35. oldal.)
Bókay Zoltán: Meningitis spinalis tuberculosa. (35—37. oldal.)
Mező Béla: Adatok a strumakérdéshez. (37—38. oldal.)
Wein Zoltán: Otogen kisagytályog tanulságos esete. (38—39. oldal.)

Torday Árpád: A kóros elhízásról. (39—42. oldal.)

Mayer Ferenc Kolos: Orvostörténelmi jegyzetek. (42—47. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. — Szülészet és nőgyógyászat. (47—51. oldal.)

Könyvismertetés. (51. oldal.)

† **Polyák Lajos.** (51—52. oldal.)

† **Schuster Henrik.** (52. oldal.)

A sebészi gümőkóros betegek elhelyezésének kérdése. (52—53. oldal.)

Vegyes hírek. (53. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A therapiás és prophylaxiás radiumkezelésről 1000 eset kapcsán.*

Írta: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán dr.* klinikai adjunctus.

(Első közlemény.)

Az I. sz. Női Klinika Röntgen- és radiumeredményeiről először *Kelen Béla* és *Scherer Sándor* 1923. szeptemberében Bécsben a „Naturforscher-Versammlung“-on, majd ugyanazon év novemberében a Budapesti Kir. Orvosegyesületben számoltak be. A méhráknak a Röntgen-sugaras kezelésével 1910 február óta foglalkozunk, a Röntgent és radiumot kombináltan 1911 május óta alkalmazzuk. Az esetek száma és a megfigyelési idő 1913-ban még nagyon csekély volt ahhoz, hogy lényeges következtetéseket vonhattunk volna az eredményekből. 1921-ben *Bársony* tanár úr „A rákról, kiváltképpen a méhrákról” tartott *Balassa*-előadása 626 carcinomát ölel fel. E munkában négy évtizedes, nagy orvosi tapasztalata és a világirodalomból szerzett ismeretei alapján a rák aetiológiájára és gyógyítására vonatkozó álláspontját részletesen kifejtette. Jelen alkalommal azon 1000 betegéről szólok, akiket therapiás vagy prophylaxiás indicatióiból, az esetek nagy részében Röntgennel kombináltan, radiummal kezeltünk. A múlt év február 14-én már az ezredik beteget radiumoztuk, — ma 1153 esetről tartunk — s mivel főnököm a radiumtherapiával immár hetedik évtizede engem bízott meg s azóta a kezelt betegek nagy részét én ellenőrzöm, feljogosítva érzem magam arra, hogy a gyógyítás eredményeiről és saját tapasztalataimról beszámoljak.

Mindenekelőtt egy bejelentést kell tennem: Klinikánk hazánkban elsőnek honosította meg a Röntgen-mélytherapiát, azóta egész a mai napig a sors mostoha

* Kivonatban előadva a Magyar Nőorvosok Társaságának 1925. szeptember 9-én tartott I. nagygyűlésén.

viszonyai miatt az 1910-ben felállított, legrégebbi típusú, inductiós Röntgen-készülékkel voltunk kénytelenek dolgozni, mert, amikor 1915-ben egy újabb típusú Röntgen-készüléket kaptunk, a helyiség az új apparatúrához elégtelennek bizonyult, új helyiségre nem tellett. Ma már az a gép is elavult anélkül, hogy használhattuk volna. Végre folyó évben megkaptuk a fedezetet egy Radiotransverter-készülék beszerzésére és a szükséges helyiség átalakítására. Az építkezések most folynak. Ezek előrebocsátása után természetesen fogják venni, ha a sugaras kezeléssel elért eredményeket főleg a radiumnak tulajdonítom. Volt több olyan betegünk is, akik megfelelő, modern mély Röntgen-therapiában részesültek az Egyetemi Röntgen-intézetben, ezek jelen statisztikába nincsenek felvéve.

A Röntgen-sugaraknak kétféle hatásuk van, a nagy adag pusztító, a kis adag ingerlő hatást gyakorol a sejtekre; ez utóbbit azonban a szerzőknek java része, élükön *Holzknicht*tel, tagadja. Ennek megfelelően a rák Röntgen-sugaras kezelésénél is ma két homlok-egyenest ellentétes nézet uralkodik. *Holzknicht*, *Seitz*, *Wintz* nagy sugárdosisokkal akarja elpusztítani a ráksejteket, míg *Opitz*, *Perthes*, *Teilhaver*, főképpen *Fränkel* a rákot környező kötőszövetet és a szervezet védekező berendezését kis adagokkal ingerelve, az utóbbi kettőt kívánják felhasználni a carcinoma gyógyítására. Szerintük a ráksejtekre deletaer sugármennyiség ezen védekező rendszert bénítja. Ha mi kényszerűségből ezen utóbbi álláspontra helyezkedtünk, lehet, hogy helyes úton jártunk. A jövő eredményei, amikor mindkét eljárást parallel kipróbálhatjuk, majd megmutatják, melyik irány a helyes.

A rák gyógyítása még mindig ingadozó alapokon nyugszik s mindaddig, amíg a kórokozót meg nem találjuk, azon is fog maradni. A nőorvosok nagyrésze a rákot, amíg operabilis, késsel irtja ki. Hogy ki mit tart műtétre alkalmasnak, az egyénileg nagyon különböző. Az operabilitás a különböző szerzőknél pl. 1921-ben 20—70% között változott. Klinikánkon az átlagos méhrák átlagos operabilitása a Röntgen- és radium-sugarak alkalmazása óta 21-81%. (Corpusearcinománál 54-65%, cervixcarcinománál 10-11%, portiocarcinománál 26-31%, collumcarcinománál 4-61%.) A rák elhelyezkedése szerint különválasztom a portio- és a cervixcarcinomákat. Az elkülö-

I. sz. táblázat.

1924 március 31-én 5 éven felüli esetek.

1919 március 31-ig kezelt uterus-, vagina-, vulvacarcinomák.

Operabilis		Eset- szám	Recidiva mentes	Eltűnt	Gyógyulási % levonás nélkül	% az eltűn- tek levo- násával	Recidivák
Operabilis	Portio	49	18	8	36'73	43'9	11(22'44%)
	Cervix	9	5	2	55'55	71'4	1(11'11%)
	Collum	5	—	—	—	—	5(100%)
	Corpus	30	12	8	39'6	54'5	1(3'33%)
Inoperabilis	Portio	73	6	17	8'2	10'7	—
	Cervix	59	4	14	6'77	8'88	—
	Collum	51	1	20	1'9	3'2	—
	Corpus	6	1	1	16'66	20'0	—
Határesetek	Portio	18	1	3	5'5	6'6	—
	Cervix	9	2	3	22'2	33'3	—
	Collum	5	1	—	20'0	—	—
	Corpus	2	1	—	50'0	—	—
Nem oper. operabilis esetek	Portio	5	4	—	80'0	—	—
	Cervix	2	—	—	—	—	—
	Collum	1	—	—	—	—	—
	Corpus	9	—	5	—	—	—
	Vagina	19	2	5	10'4	14'2	—
	Vulva operabilis	1	—	—	—	—	—
	Vulva inoperabilis ..	9	1	—	11'1	12'5	—
	Összesen:	362	59	86	16'29	21'37	18(19'35%)

5 éven felüli méhrákok (op. + inop.) absolut gyógyulása .. 16'81%;
 5 éven felüli inop. méhrákok relativ gyógyulása 6'34%;
 5 éven felüli op. méhrákok relativ gyógyulása 37'63%;
 átlagos operabilitása sugárkezelés óta 21'81%;
 corpus-carcinoma operabilitása sugárkezelés óta 54'65%;
 cervix-carcinoma operabilitása sugárkezelés óta 10'11%;
 portio-carcinoma operabilitása sugárkezelés óta 26'31%;
 collum-carcinoma operabilitása sugárkezelés óta 4'61%;
 műtéti (148 vagin. műtét) mortalitas 1913—1921-ig 2'73%;
 műtéti (59 vagin. műtét) mortalitas 1921—1924-ig 1'69%;
 műtéti (148 vag. + 31 abdom. műtét) mortalitas 1913—1921-ig* 6'14%;
 műtéti (59 vag. + 4 abdom. műtét) mortalitas 1921—1924-ig* 3'17%;
 műtét utáni recidiva a prophyl. sugarazás óta 19'35%;

a sugárkezelést megelőző 10 évben .. 29'26%
 a sugárkezelést megelőző 10 évben .. 46'15%
 a sugárkezelést megelőző 10 évben .. 60'0 %
 a sugárkezelést megelőző 10 évben .. 44'77%
 a sugárkezelést megelőző 10 évben^(113 vag.) 4'4 %
 a sugárkezelést megelőző 10 évben 11'76%
^(113 vag. + 91 abdom.)
 a sugárkezelést megelőző 10 évben .. 37'77%

* Abdominalis exstirpatiót csak kivételesen végzünk, a kevés esetből számított műtéti mortalitas irreális képet adna.

nítés a mikro- és makroszkópiai lelet alapján történik és azért szükséges, mert a gyógyulási kilátások és a rák terjedési hajlama mindkettőnél különböző. A portiorák inkább a hüvely felé lap szerint, a cervixrák a mélybe, rendszerint inkább a hólyag felé terjed. Ha sem a górcsővi, sem a klinikai lelet nem tudja eldönteni, honnan indul ki a rák, ezen eseteket foglalom collumcarcinoma gyűjtőnév alá. *Döderlein, Opitz, Seitz, Menge, Wintz* operabilis eseteket is sugaraznak. Tekintettel arra, hogy klinikánk álláspontja az operabilis rákot megoperálni, a helybeli lelet szerint műtétre alkalmas, de egyéb okoknál fogva pl. súlyos lues, szívmegbetegülés, nagyfokú vérszegénység stb. miatt inoperabilis casusokat, valamint a határeseteket és a localis lelet alapján inoperabilis carcinomákat sugarazni, a két eljárás, a műtéti és a sugaras kezelés eredményeit nem hasonlíthatom össze. Csak azt tehetem szemléltetővé, hogy az inoperabilis és operabilis rákok közül öt év után hány recidivamentes. Az 1923. évi heidelbergi gynaekologus congressus a kezelés befejezésétől számított öt évi tünetmentességet veszi a gyógyulás alapjául. Megjegyzem, hogy klinikánk anyagában talákoztam a műtét után

7—10 és ½ évre fejlődött recidivával. A sugaras kezelés előnyét vagy hátrányát a határesetek gyógyulási viszonyai mutatják meg. Határeseteket csak nagy kivételesen operálunk, pl. ha a beteg nagyon fiatal korú. Határesetek csoportjában azon rákokat sorozom, amikor az exstirpatiót megelőző műtétnél, pl. excochleatióval vagy már az exstirpatio folyamán látjuk, hogy a carcinomás méh épen még eltávolítható lenne, de a kiújulás biztos. Ezeket az eseteket azelőtt operáltuk, ma legfeljebb palliatív műtétet végzünk rajtuk és azután sugarazzuk. A határesetek a portiorákok 7'8%-át, a cervixrákok 14'04%-át, a collumrákok 3'58%-át, a corpusrákok 2'32%-át teszik ki. Az extragenitalis okból inoperabilis carcinomák (portioráknál 3'5%, cervixráknál 1'68%, collumráknál 0'5%, corpusráknál 18'6%) sem alkalmasak a statisztikai összehasonlításokra, mert ezen betegségek ellenállása és szervezetük reakcióképessége csökkent. Már pedig a rák gyógyulásánál a szervezet védekező berendezésének is nagy fontosságot tulajdonítunk. A beteges constitúcióval, rákos családi terheltséggel született, luessel, tuberculosissal gyengített, az elhasznált, öregedő organismus kevésbé reagál a gyógyító eljárásokra,

II. sz. táblázat.
C A R C I N O M A K.

Carcinoma	Objective, subjective jól							Kezelés alatt javult	hatástalan	M e g h a l t a k								Recidiva	Metastasis	Kezelés alatt elmaradt	Végbélfistula	Hólyagfistula	Eltűnt		
	5 éven felül	4 éven felül	3 éven felül	2 éven felül	1 éven felül	1 éven alul	½ éven alul			½ éven belül	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül	4 éven belül	5 éven belül	5 évtől 8 évig	+								
Operabilis	Portio ..	90	18	9	8	12	6	1	2	—	—	1	3	3(1)*	—	1	(1)*	(1)*	1	14	8	2	—	—	13
	Cervix ..	18	5	2	1	1	1	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	2
	Collum ..	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1(1)*	—	—	—	—	—	6	1	4	—	—	—
	Corpus ..	47	12	5	2	5	6	1	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	1	2	1	—	—	12
	Vulva ..	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Inoperabilis	Portio ..	213	6	10	4	4	8	6	26	53	38 (17.84%)	19(1)*	14	14	6	2	1	1	5	—	—	58	1	5	34
	Cervix ..	132	4	1	2	6	9	4	14	29	17 (12.87%)	12	9	14	4	4	—	1	1	—	—	52	—	3	22
	Collum ..	178	1	2	4	1	7	1	15	53	38 (21.34%)	19(1)*	14	12	1	—	—	—	1	—	—	67	—	6	37
	Corpus ..	21	1	—	1	—	1	1	2	4	5 (23.80%)	—	2	4	1	1	—	—	—	—	—	4	—	—	3
	Vulva ..	27	—	—	1	1	3	—	2	6	1(3.7%)	2	4	1	—	1	—	—	—	—	—	10	—	—	9
	Vagina ..	37	2	3	—	—	2	2	—	10	7(18.91%)	4	2	3	—	1	1	—	4	—	—	8	—	—	6
Határesetek	Portio ..	27	1	—	—	2	6	3	3	4	4(11.11%)	3	1	1	—	—	1	—	2	—	—	6	—	1	2
	Cervix ..	25	2	1	2	1	5	2	2	4	—	—	—	2	1	2	1	—	—	—	—	9	—	—	4
	Collum ..	7	1	—	—	—	2	1	2	—	2(28.57%)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—
	Corpus ..	2	1	—	—	—	—	—	—	7½ éve kezelés alatt: 1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nem operált oper. esetek	Portio ..	12	4	1	—	2	2	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
	Cervix ..	3	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
	Collum ..	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Corpus ..	16	—	1	—	—	2	—	—	5	2(12.5%)	—	1	2	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5
Összesen: 866		58	35	26	36	62	22	71	149	114(17.32%)	62(2)*	50	63(2)*	18	14	6(1)*	2(1)*	14	23	12	244	3	15	150	

* Intercurrens betegség.

A műtét utáni recidivák és metastasisok fejlődésének ideje és gyakorisága.

	R e c i d i v á k								M e t a s t a s i s o k								Visszaesés együttesen	
	¼ éven belül	½ éven belül	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül	4 éven belül	Összesen	%	¼ éven belül	½ éven belül	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül	4 éven belül	9 éven belül	Összesen		%
Portio carcinoma	5	2	2	2	1	2	14	15.55	—	1	3	1	1	2	—	8	8.88	24.44 %
Cervix ..	—	1	—	1	—	—	2	11.11	—	—	—	—	1	—	—	1	5.55	16.66 %
Collum ..	—	3	2	1	—	—	6	66.66	1	—	—	—	—	—	—	1	11.11	77.77 %
Corpus ..	1	—	—	—	—	—	1	2.12	—	—	—	1	—	—	1	2	4.25	6.38 %
recidivák %-a 14.02%								metastasisok .. %-a 6.70%								együttesen 20.73%		

mint az a test, melynek egyedül a rákkal kell megküzdeni. S mégis azt látjuk, hogy, ha ráknál egyáltalában jóindulatú lehet beszélnünk, az öregek rákja jobb indulatú, mint a fiataloké, lassabban ronszol, tovább tart, míg elpusztítja a szervezetet. Magyarazata ennek csak az lehet, hogy az elhasznált szervezetben a hám túlbuzjánása is lassabban történik.

Hogy milyen indicatióból és milyen eredménnyel alkalmaztuk a radiumot, a táblázatokból kitűnik. A statisztikát 1924. évi március hó 21-én zártam le, úgyhogy a legfiatalabb eset is már 1½ éves. Gyógyultaknak a rosszindulatú újképződmények közül azokat vettem, amelyek a kezelés befejezésétől számítva 5 év óta recidivamentesek. Az 5 éven felül észlelt

méhrákos betegek gyógyulási százalékának kiszámítása a heidelbergi congressus követelményeinek megfelelően minden levonás nélkül történt. E csoportban az 1919 március 31-ig operált vagy sugározott carcinomák szerepelnek:

93 operált méhrák közül 5 éven felül recidivamentes: 35=37.63%,

189 inoperabilis méhrák közül 5 éven felüli recidivamentes: 12=6.34%,

333 operabilis és inoperabilis méhrák (beleszámítva a határ- és az eset vaginális okokból műtetre alkalmatlan eseteket) abszolút gyógyulás együttevve: 156=46.81%,

1913 április 1-től 1921 március 31-ig végzett 148 vaginalis exstirpatio mortalitása: 4=2.7%,

31 abdominalis exstirpatio mortalitása: 7=22.6%, a kétfajta műtét együttes mortalitása: 6.14%,

1921 április 1-től 1924 március 31-ig 63 exstirpatio (59 vaginalis, 3 Wertheim-Zweifel-, 1 Wertheim-műtét) összes műteti mortalitása: 2=3.17%,

csak a vaginalis exstirpatiókra vonatkoztatva: 1.69% (I. I. sz. táblázat).

A franciák már 3 évi recidivamentességet gyógyulásnak tekintenek. A statisztikában szereplő 5 évnél rövidebb idő óta észlelésünk alatt álló esetek gyógyulásáról még nem beszélhetünk, de a kezelés előnyei és hátrányai felől már nyerhetünk tájékozódást. Amelyik rák az első kezelésekre nem javul, az később sem fog javulást mutat. Ezt mondja *Perthes* is. De oly súlyos betegségnek, amelyen a rák is, amikor az operáció már elkészült, ha csak egy fél évre enyhülést, subjektív javulást el tudunk érni valamely más gyógyeljárással vagy az életet pár hónappal, sőt évvel meg tudjuk hosszabbítani, azt nyereségnek kell tekintenünk. *Czerny* szerint a rák átlagos tartama 2 év. A legtöbb szerző ezen ideiglenes javulásokat nem közli, én érdekesnek tartom azokat is feltüntetni, éppen úgy, mint azon eseteket, amelyek a radiummal szemben refraktáer viselkedtek (17.51%).

Haendly vizsgálatai szerint a sugaraknak elektív hatásuk nincs, ellenben a különböző sejteknek ellenálló és regenerációs képessége az, ami nem egyforma. Még a ráksejteknek sem találkozunk egyenlő ellenálló- vagy regenerációs képességgel. A carcinomasejtek növekedési tendenciája, regenerációs ereje többnyire nagy. Kiterjedt rákoknál a ráksejtek száma viszonyítva a stroma- és a környező kötőszöveti sejtekhez erős túlsúlyban van. A *Bergonié-Tribondeau*-féle szabály szerint: egy sejt annál érzékenyebb a sugarak iránt, minél nagyobb a szaporodóképessége, minél hosszabb ideig van szaporodási állapotban és minél kevésbé differenciált. A *Schwartz*-féle szabály szerint: egy sejt annál érzékenyebb a sugarak iránt, minél erősebb a momentán táplálkozása. E két szabály adja magyarázatát annak, hogy a ráksejtek különbözőképpen reagálnak a sugár behatására. Az alacsony érettségű és laphámrákok a legérzékenyebbek a sugarak iránt, az adenocarcinoma a legellenállóbb. Innen a rossz eredmény, amit corpuscarcinoma sugaras kezelésével elérünk. Ezzel szemben *Martius*, *Adler*, *Seitz*, *Wintz* nem a rák szövettani tulajdonságainak, mint inkább a daganat elhelyezkedésének és a helyi viszonyoknak tulajdonítja a különböző eredményeket. A *Bergonié-Tribondeau*-féle szabályt megdönteni látszanak *Martius* adatai, amelyek szerint *Franqué* klinikáján a méhtest jól differenciált adenocarcinomáit sokkal jobban tudják a radiumsugarakkal befolyásolni, mint a portio, collum vagy a vagina rákját, csak nagy dosist kell adni. A mi eddigi tapasztalataink ellene szólnak e felfogásnak. A corpuscarcinoma sugaras kezelésével nincsenek jó tapasztalataink. Ily értelemben nyilatkozik *Döderlein* is. Mi aránylag kevés méhtestrákot sugaraztunk eddig. Nézetem szerint, ha valahol, úgy itt indokolt az egyszeri nagy radiumdosis. A vastag méhfal megvédi a beleket a rájuk kártékony sugarktól. A belek és hólyag elégetéséről kevésbé kell tartanunk. A radium intrauterin behelyezésének megismétlése veszedelmes, a bezugoro-

dott méhnyak újbóli tágitása, az okozott sértések az erejükben gyengített ráksejteket quasi reaktiválják. Három betegen észleltem rákos beszűrődést a tágitás helyén. Tanulságos például szolgál egyik corpuscarcinomás határesetünk, amely 7 és fél éve áll észlelésünk alatt. A beteg hol jobb, hol rosszabb állapotban volt, objectív elváltozást nem lehetett találni; utóbbi időben erős göresökről, véres folyásról panaszkodott, ezért a méhszájat, amely az utójára 3 év előtt kapott radiumbesugárzás következtében teljesen bezugorodott, haematometrára gondolva, óvatosan megtágítottam; tágitáskor tényleg nyúlós, régi vér ürült a méh üregéből. A méhüreget curettel átkaparva, teljesen sklerotikusnak találtam, kaparék nem ürült, radiumot helyeztem be. A göresök megszűntek, de egy hónap múlva a tágitás helye carcinomásan beszűrődött s azóta a beteg állapota egyre rosszabbodik. Még két esetben láttam radium okozta zsugorodások után haematometrárt. A corpuscarcinoma intrauterin sugarzásának kedvezőtlen eredményeit *Franqué* annak tulajdonítja, hogy a rák gyakran szövődik nyomával, — nálunk 801 méhrákos asszony közül 21-nél találtunk nyomát is (2.62%), ebből 9 myoma 86 corpuscarcinomára esik (10.46%) —, ilyenkor a méh belfelülete egyenlőtlen, tehát a sugarak sem egyformán érik a daganatot. Ezeket az eseteket, valamint a petefészekrákkal társult corpuscarcinomákat nem szabad radiummal sugározni. Intrauterin-kezelésre a méhüreg nagysága szerint 1×50 vagy 2, maximum 3×25 mg radiumelemet alkalmazunk 24–48 órára. A jövőben vagy emelni kell az egyszeri dosist, vagy rövid időn belül megismételni, de semmi esetre sem olyankor, amikor a méhnyak már bezugorodott. A sugározott carcinoma gyógyulásának próbaexcisiókkal való ellenőrzése nézetem szerint hasonló veszedelemmel jár, a klinikán nem is végezzük azt, mert e traumára a látszólag ép szövetben elszigetelt rákfészkek kilobbanhatnak; különben is a próbaexcisio csak a kimetszett helyről ad felvilágosítást, a mélyebb helyek gyógyulási viszonyait nem tárja fel. Tudományos búvárkodások alapját képezhetik e vizsgálatok, de gyakorlati szempontból elégséges, ha a klinikai tünetekből ítéljük meg a gyógyulást vagy a kezelés folytatásának szükségességét. A ráknak akár sugaras, akár műteti gyógyításánál a távolabb eső nyirokesomók és a kötőszövetben elterjedt rákfészkek állapotáról élőben sohasem nyerhetünk biztos támaszpontot. A megnagyobbodott nyirokesomók igen sokszor nem rákosak, viszont egészségesnek látszó csomókban gyakran található carcinomasejteket. Ezért tartjuk a nyirokesomók kiirtásánál követett túlságos radikalizmust kétélű fegyvernek, mert megfosztja a szervezetet egy igen fontos védekező berendezésétől.

A ráknak spontán gyógyulásáról már *Rokitansky* is írt. Hasonló tapasztalatai vannak *Ribbert*nek és *Gussenbauer*nek. *Krompecher* és *Baensch* az elsődleges daganat kiirtása után nyirokesomóáttételek gyógyulását észlelték. A rák állandó gyógyulásának éppen a korai áttörések a vérpályákba és a korai áttételek a távoli nyirokesomókba állanak útjában. Ha ezek ellen a szervezet nem tud védekezni, a műtét eredménytelen. S amikor egyfelől az áttételek spontán gyógyulását észleljük, másfelől azt kell tapasztalunk, hogy a recidívák és metastasisok mily ellenállóak a sugarakkal szemben. Tapasztalati tény, hogy heves traumára, akut súlyos gyulladásra, infectióra (erysipelas), lázas betegségekre a rák visszafejlődhetik; tökéletlen exstirpatiók után észlelték a daganat teljes visszafejlődését, sőt állítólag próbaexcisiók után is láttak ideiglenes gyógyulást. Tartós visszeres pangás szintén rosszul befolyásolja a rák növekedését, ezért soká azt tartották, hogy a szívujajások immunok a rák ellen. Mindaz, ami lokális leukocytosist okoz, gyógyító hatással lehet a carcinomára, így pl. edzőszerek, arsen, Röntgen-sugár; e szerekek azonban direkt rákpusztító hatásuk is van. A carcinomasejteket oldó fermentumok ismeretesek; valószínűleg a rák körüli gömbsejtes infiltratio szintén,

a gyulladási folyamatok analogiájára, ily védelmi eszköze a szervezetnek. *Opitz* a ráksejtek elpusztításánál a histiocytáknak, nem a lymphocytáknak tulajdonít lényeges szerepet. A histiocyták a kötőszövetben előforduló fehérvérsejtek.

(Folytatjuk.)

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem szülészeti női klinikájának közleménye (igazgató: Kenézy Gyula dr. egyet. ny. r. tanár).

100 nőbeteg kezelése ovarialis elektródával.*

Írta: *Soós Zoltán dr.* klinikai I. tanársegéd.

A nőgyógyászati betegek diathermiás kezelésénél fölötté fontos, hogy az esetek helyes megválasztásán kívül a hőmennyiség pontos adagolásáról és a célszerűen kiválasztott elektródák helyes applikálásáról is gondoskodjunk.

Diathermia kezelésre csak megnyugodott, chronikus és láztalan esetek valók. Itt mindjárt és elsősorban a szövődmény és összenövésnélküli exsudatumokat kell főlegemlítenem, melyek tapasztalataink szerint az elmondandó mód mellett közel 90%-ban minden nyom nélkül gyógyulnak.

Kevesebb eredmény érhető el a parametriumok gyulladási beszűrődésénél, összenövéseknél, ahol az áramkúp hatására fellépő hyperaemia a már szalagos, vagy lapszerűen összenövéseket vagy nem, vagy csak részben képes eloszlatni.

Adnextumorok kezelésénél szintén hasonló kilátásaink lehetnek, bár ezeknél a diathermia fájdalomcsillapító hatása rendszeren mégis jelentkezik, valószínűleg azért, mert az adnexák — elsősorban pedig az ovariumok — bő idegvégződésai a szövetek mélyén keletkező ellenállási hőre jobban és gyorsabban reagálnak, mint az érhalózat, s így a fájdalomcsillapító hatás már akkor is szembetűnő lehet, mikor a felszívódás még egyáltalában nem indult meg. Igaz viszont az is, hogy az esetek egy tekintélyes százalékában a kezelés befejezése után az így elért fájdalomszűnet többé-kevésbé ismét átadja helyét a régi és fölötté kellemetlen ovarialis érzékenységnek. E téren tehát tapasztalataink nem egyeznek meg *Sellheim*, *Theilhaber*, *Brühl*, *Kowarschik* és *Büben* véleményével, akik közül egyesek különösen kiemelik a diathermia állandó fájdalomcsillapító hatását. Valamennyi adnextumoros betegünket hónapokig kontrolláltuk és sajnos, csak kevesnél értünk el többszöri kúra után olyan állapotot, mely a betegnek is javulást jelentett. Még kevesebb volt azoknak a száma, akik — bár jobb prognosissal kezdték meg a diathermia kezelést — gyógyultnak lettek minősítve. Ha ezekhez hozzávesszük, hogy diathermia felszívató gyógyhatása többnyire egyéb kezeléssel társult (így terpichinkezelés, meleg fürdő, iszap stb.) és hogy a betegek többnyire fekiüdni voltak kénytelenek a diathermia kezelés alatt, — kérdés, hogy az elért eredményből mennyi írható az egyik és mennyi a másik eljárás javára!?

Éppen ez a nem kielégítő eredmény vezetett arra a gondolatra, hogy okát az elektródák helytelen applikálásában, alakjában és alkalmazásában keressük. A kis-medencében levő adnextumorok átmelegítése tengelyszerinti-hosszanti irányban kedvezőbb lenne a kis ellenállású erek hővezető képessége folytán fellépő hyperaemiájuk miatt. Azonban ez a mód technikailag sokkal komplikáltabb az elektródok harántirányú elhelyezésénél. Gyakorlatban mi kivétel nélkül az utóbbit végzük. Már azért is, hogy a medencecsontokat specifikusan gyorsabb felmelegedésük miatt az elektromos hőképből kiküszöböljük. Nagy kb. 100—120 négyzetcentiméternyi lapos, olomelektrodát helyezünk a hasra a beteg terület

felé. Vagy ha a megbetegedés az egész kismedencére elterjedt, úgy felváltva az egyik, majd a másik oldalra. Többnyire a köldök magasságában. Kisebb pólusnak a helye rendszeren a hüvely, kivételesen a végbél. Lapos elektródát hasra és keresztsontra parallel alkalmazni nem szoktunk. Részben a keresztsontra specifikusan nagyobb ellenállása miatt, részben abból a tapasztalatból kiindulva, hogy az ilyen kezelési mód mellett az elektródok nagyságának bármilyen variációja ellenére a hólyag hőmérsékletét 42—43 C°-nál magasabbra felvinni nem sikerül. Már pedig ez a hőmennyiség nem lehet elegendő célunk elérésére. Még akkor sem, ha az egész mennyiség de facto a beteg részhez el is jut. Ez utóbbi pedig nagyon is kétséges, mert az elektródok harántirányú felhelyezése mellett éppen az erek dilatációja következik be legkésőbb. Így a hyperaemia és vele azonos felszívató hatás is több-kevesebb részben elmarad.

Az oliva-hüvelyelektrodok egyszerűek, hőmérővel könnyen felszerelhetők. Így a kezelésük egyszerű és könnyen tisztíthatók. Abban az esetben azonban, mikor a megbetegedés az adnexákra korlátozódik, célszerűbb a hüvelybe olyan elektródát helyezni, mely a boltozat rugalmassága mellett oldalirányban is könnyen alkalmazható. E célnak megfelelően oly elektródát készítettünk, mely a hüvelybe bevezetve annak két-együtt tojásalakú és elszigetelt pólusa kívülről egy finom csavarment segítségével tetszés szerint eltávolítható egymástól. Az így eltávolított két pólus távolsága kívülről leolvasható. A két pólus egymással elsőrendű vezetővel kap összeköttetést, mely kapcsolórész középső spirálisába helyezhető az 50 C fokra beosztott thermometer. Tapasztalati skála segítségével aránylag pontosan leolvasható a thermometerről az a hőmennyiség, mely a pólusokban de facto jelen van. Ezirányú kísérleteinket kezelésen kívül különböző hőfokú vízben végeztük és így csekély ingadozás mellett a skálákban összeállított értékek állandóknak tekinthetők. Így pl. ha a thermometer 48 C fokot mutat, úgy egy-egy pólus által képviselt hőmennyiség 46,3 C foknak felel meg.

Az elmondottak szerint bevezetett és kellőleg szét-feszített ovarialis elektród egy-egy pólusa mélyen a hátsó boltozatba kerül és nagyjából megközelíti az adnexák azon helyét, ahol a gyulladási daganatok localizációja leggyakrabban lelhető. Ebbeli megfigyelésünket Röntgen-átvilágítással is megerősítettük. Felső lapos elektródát hasra applikálандó kb. a mediánvonalban. Kezelés alatt kettős hőképzés keletkezik. Egyik bal oldalról a bal petefészék és a méhen át, — a másik jobb felől a jobb petefészék és méhen keresztül a hasfali elektród felé. Így az ovariumok kétszertelenül beleesnek az átmelegített területbe, a méh pedig a keresztelési hő-csomópontban kétszeresen kapja az elektromos hő-sugarakat.

Célszerűnek találtuk a kezelésnek ezt a módját akkor is, ha éppen a méh betegedett meg. Gonorrhéus endometritiseknél pedig kétszeresen célravezető, mert az endometritisek egy tekintélyes százalékához éppen az adnexák megbetegedése is társul. Hólyagban végzett méréseink is amellyel bizonyítanak, hogy ilyen applikálás mellett a hólyag hőmérsékletét is sikerül kb. 2—3 C fokkal magasabbra emelni, mint a közismert oliva elektródákkal. Kézenfekvő ezután használhatósága, a hólyag diathermiára szoruló megbetegedéseknél is.

A röviden vázolt elektróddal végeztünk 100 női betegnél diathermia kezelést, kivétel nélkül az elmondott mód szerint. A megelőzőleg oliva elektródával kezelt ugyancsak 100 beteg gyógyeredményeit az ovarialis 2 pólusú elektródával kezelt kb. hasonló kásusokkal összehasonlítva, a túldoldali táglázatból kaptuk.

A táblázatból látható, hogy ovarialis elektródával határozottan jobb eredmények voltak jelölül annak, hogy a diathermia hyperaemiát keltő, fájdalomcsillapító és talán bactericid hatása is ily kezelés mellett mégis jobban érvényesül. Hangsúlyozom ismét, hogy a differentiaák főleg ott voltak szembetűnők, ahol a megbetegedés az egyik, vagy mindkét oldalra localizálódott.

* A „Magyar Nőorvosok Társaságá”-nak 1925. évi budapesti első nagygyűlésén tartott előadás.

Diagnosis	Oliva elektróddal				Ovariális elektróddal			
	Összesen	Gyógyult	%	Változatlan	Összesen	Gyógyult	%	Változatlan
Exsudatum	14	8	57.1	6	19	17	89.5	2
Exsudatum + összenövés	7	1	14.4	4	5	2	40.0	1
Parametritis chron.	12	1	8.4	3	9	2	22.2	6
Salpingo-oophoritis	19	2	10.5	5	24	10	41.7	8
Endometritis gonorrhoeica	9	1	11.2	2	5	1	20.0	3
Endometritis + adnexitis gonorr.	21	—	—	13	27	5	18.6	14
Kifejezett adnextumor	11	2	18.1	7	8	3	37.5	3
Cystitis chronica ..	7	2	28.6	5	3	2	66.6	1
Összesen és átlag %-ban	100	17	%	45	100	42	%	39

Az objectivitas kedvéért nem szabad elhallgatnom az ovariális elektróda ama hátrányát sem, mely konstrukciójának kissé komplikáltabb voltában s így költségesebb előállításában és nagyobb gondot igénylő tisztántartásában nyilvánul.

Talán éppen a vázolt elektróddal elérhető intenzívebb kezelés demonstrálására hozhatok fel két érdekes és nem mindennapi esetet: 1924 januárjában egy 23 éves fiatal asszony kereste fel klinikánkat azzal a panasszal, hogy két hét óta erős altesti fájdalmai vannak és kb. 1 héttel előbb még lázzal társult hidegrázásai is voltak. Megvizsgálva: exsudatum para-et perimetriumot találtunk. Mivel a pontosabb anamnesis és a vizsgálati lelet azt bizonyította, hogy a folyamat kellően megnyugodott, még aznap egy 10 perces 45 C fokos diathermiás kezelést kapott, ovariális elektróddal. A beteget két nap múlva rendeltük be, de ő csak a 10-ik napon jelentkezett, mikor is elmondta, hogy a kezelés után 41 C fokos láza és kb. nyolcszori hidegrázása volt, mely kisebb mértékben több napon át megismétlődött. A beteg háromszor hányt és étvágytalan lett, kb. 3-4 kilót fogyott. A kiállott kellemetlen symptomák miatt második jelentkezésekor a további diathermia kezelésbe nem egyezett bele. Egyszeri kezelés után a beteget még megvizsgáltuk a 10-ik napon és meglepetéssel vettük tudomásul, hogy a kb. köldökig érő izzadmánya egyszeri kezelésre nyomtalanul eltűnt. A beteget azóta négyszer vizsgáltuk, — legutóbb kb. 2 hónapja — de izzadmányt a legnagyobb objectivitas mellett sem tudunk felismerni. Érdekes, hogy ezt a beteget egyízben 1923 decemberében már oliva elektróddal ugyancsak exsudatum miatt kezeltük, de csekély eredménnyel.

Hasonló esetünk volt 1924 szeptemberében egy 34 éves asszonnyal, aki két rendes oliva elektróddal végzett eredménytelen kezelés után egyszeri ovariális elektróddal olyan hőmennyiséget kapott, hogy hasonló tünetek után végleg megszabadult izzadmányától. Bár szerénytelenség volna tőlem, hogy a véletlen játékát teljes bizonyossággal kizárjam a két eset után, — a hűség kedvéért mégis meg kell említenem, hogy az utóbbi esetben, bár a folyamat kezelése előtt absolut chronikusnak látszott, mégis az egyszeri kezelést követő rosszullét alatt végzett vérvizsgálat azt bizonyította, hogy a vörösvérsejtek süllyedése az első órában 12 mm-ről 76 mm-re, fehérvérsejt szám pedig 6950-ről 13.200-ra emelkedett. A kezelés után 21 napra ismét a régi eredményeket kaptuk jeléül annak, hogy a rendkívüli gyors felszívódásnak oka mégis az intenzív elektrómoshó lehetett.

Végezetül szabad legyen még mindennapi kezelésünkkel szerzett egy-két tapasztalatunkról referálnom!

Legtöbb szerző, így *Kowarschik*, *Theilhaber*, *Büben* és mások is azon a véleményen vannak, hogy a diathermia kezelése absolut contraindikált mindenféle

uterinális vérzéseknél, így a menses idejében is. Mi számos esetben végeztünk therapiát havivérzés ideje alatt anélkül, hogy egy esetben is lényegesen fokozott vagy továbbtartó vérzést észleltünk volna. Az előbb említett 100 beteg közül 42 kapott hőkezelést egész menstruációja alatt, minden megszorítás nélkül, ovariális elektróddal. Ezek közül 35-nél a menses megszokott ideig tartott és normalis mennyiségű volt, fájdalmaik nem voltak. 4-nél, kik valamennyien dysmenorrhoeában szenvedtek, kezelés alatt a vérzés fokozódott, de viszont csökkent fájdalmuk. Csupán 3 parametritisben szenvedő betegünknek kellett vérzés idejére a diathermia kezelést beszüntetni, mert ezeknél a fokozott vérzés mellett 37.5 C-on felül emelkedő hő is mutatkozott. Ez utóbbi 3 esetben sem bizonyos, hogy a kezelés okozta volna a fokozott vérzést, mert arra is gondolhatunk, hogy 3 betegnél a menses idején a folyamat talán kissé activálódott. Az emelkedő temperatura és az a körülmény, hogy 3 napi megfelelő ergotin dacára vérzésük csak akkor csökkent, illetve maradt el, midőn fájdalomakkal parallel subfebrilitásuk is megszűnt, mindenestre inkább amellett bizonyít, hogy a fokozott vérzés oka a folyamat activálódása lehetett.

Fordítva áll a kérdés pathológiás vérzéseknél! 13 myomával, illetve endometritis haemorrhagikával társult parametrium és adnexlobot kezeltünk. Valamennyi beteg vérzését különböző gyógyszerekkel, fekvéssel stb., a kezelés előtt megszüntettük, — 12 esetben 2-3 melegítés után a diathermia kezelést a fokozott mértékben fellépő, többnél (főleg a myomásoknál!) görcsökkel társult vérzés miatt végleg be kellett szüntetni. Csupán egy eset volt, midőn a diathermia kezelés alatt a vérzés nem jelentkezett és kuriózumképen érdemes megemlíteni, hogy ez egy esetnél is a később megejtett méhkaparék szövettani vizsgálata: „residua post abortumot“ állapított meg. Ezen kívül még 9 betegnél végeztünk a gyulladás megpihenése után méhkaparást és szövettani vizsgálatot. Az eredmény 6 esetnél myomat, 3 betegnél pedig „endometritis glandularis, illetve intersticiális haemorrhagiát“ mutatott.

Tapasztalataink nem egyeznek meg a diathermia baktériumellenes hatását illetőleg sem. Mert míg in vitro a gonococust valóban sokkal kisebb hővel is sikerül elpusztítanunk, addig a szervezetbe bevitt és a thermometerrel leolvasott 49-50 C fokú hő és 2-3-szori egyenként 15 kezelésből álló kúra dacára is sok esetben sikerült ismét gonococcusokat kimutatnunk még olyan betegnél is, akiknél az utólagos fertőzés minden bizonnyal kizárható volt. Ennek demonstrálására vizsztatérek a statisztikába foglalt 100 betegünkre. Ezek közül 53 váladéka volt a kezelés megkezdése előtt gonococcus pozitív. Valamennyinél 15 egymásutáni napon végeztünk melegítést ovariális elektróddal, 42-től 49 és fél fokig emelkedő hővel, és 8-tól 25 percig emelkedő kezelési időtartammal. 15 kezelés után gonococcusra negatív lett 8. A 8 közül egyszeri arthygon provokálásra ismét pozitív lett 2. A 6 gonococcus negatív betegnél még 3 turnus kezelés és kb. 1 évi controll után sem lehetett gonococust kimutatni. Az első turnus után gonococcus pozitív maradt 47 beteg közül 14 a második 15, — 9 a harmadik 15, — 11 pedig a negyedik 15 kezelés után lett negatív. 13 beteg váladéka még újabb két, összesen tehát 6-szor 15, azaz 90 kezelés dacára sem lett gonococcusmentes. A negatív lett 40 beteg közül viszont a kúra befejezése után arthygon provokálására ismét 11 lett pozitív, kik közül az intézeti kezelés mellett 5-nél az utólagos fertőzés absolut bizonyossággal kizárható volt. Végül 8-nál a kezelés befejezése után 4 hónapon belül a gonococcus spontán jelentkezett.

Végeredményben tehát az 53 gonococcusra pozitív beteg közül a kezelés befejezése és kb. 1 évi többszöri objectiv controll mellett negatívnak csak 21 beteg, azaz az esetek 41.9%-a találtatott.

Ha pedig a régebben oliva elektróddal kezelt 100 beteg statisztikáját hasonló szempontból vesszük elbírálás alá, akkor az eredményeket még kevésbé találjuk

kielégítőnek. Eme csoportban 47 beteg váladéka volt a kezelés megkezdése előtt gonococcusra pozitív, míg a diathermia kezelés befejezése után és többszöri vizsgálat mellett csak 17 beteg váladékát találtuk gonococcusmentesnek. Az előbbi 41,9%-hoz viszonyítva ez a csoport csupán 36,2% gyógyulást mutat.

Ha figyelembe vesszük a genitális gonorrhoeás megbetegedésének amúgy is dubiosus prognózisát kétségtelen, hogy fenti eredmények is nagy haladást jelentenek e téren, mégis úgy gondolom, hogy a gonorrhoeás megbetegedések prognózisát, a diathermiával kezelt gyógyulási tendenciáját, illetőleg akkor járunk el helyesen, ha egyelőre bizonyos rezerváltsággal viseljük.

A gonococcus eme kiszámíthatatlan viselkedését az aránylag magas temperaturával szemben olyképp magyarázom, hogy a diathermia előidézte hő a gonococcusokat a szervezetben direct elpusztítani képtelen, csupán a jellegzetes thermolabilitásuk miatt csökken virulenciájuk, ezzel fertőző képességük is, de legalább részben életképesek maradnak és elszaporodhatnak ismét akkor, midőn a diathermia okozta bactericid hatás, a hyperaemia okozta sejtkivárlás és phagocytosis a kezelés befejezésével megszűnt.

Mindezek után bármennyire is célravezetőnek tartjuk a diathermia kezeléseket, az elmondott tapasztalataink alapján azt a conclusiót kell leszögeznünk, hogy a cél érdekében válogassuk meg eseteinket, a kezelés módját, — de az eredmény tekintetében még akkor se veszítsük el teljes objectivitásunkat elsősorban nem: a diathermia bactericid hatását illetőleg.

A budapesti „Stefánia” gyermekkórházzal kapcsolatos gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. ny. r. tanár).

Meningitis spinalis tuberculosa.

Írta: Bókay Zoltán dr. egyetemi magántanár, adjunctus, kórházi főorvos.

A meningitis spinalis tuberculosa, mint azt már a régiebb szerzők (Liouville, Erb, Schultze, Kohts stb.) is említik, nem ritka kórbonctani lelet s dacára annak, alig kórismézték. Ennek oka főleg az, hogy a megbetegedés szoros kapcsolatban van általánossá vált gümőkórral, vagyis az általános miliaris tuberculosissal, illetve gümős agyhártyagyulladásnak csak részjelensége, s az alapmegbetegedés tünetei elnyomják a megbetegedett gerineagyhártya által kiváltott, néha csak gyengén jelzett tüneteket. A gyermekkorban a meningitis tuberculosa is az esetek túlnyomó többségében csak az általános gümős eruptiónak a részjelensége s mégis azt állítjuk, hogy a meningitis jól ismert markáns tünetei az általános miliaris gümőkór képét leplezik, innen magyarázható, hogy aránylag sokkal ritkábban állítjuk fel az általános miliaris gümőkór kórisméjét a gyermekkorban, mint ahányszor azt a boncolóasztal mellett látni alkalmunk van. Ha tekintetbe vesszük, hogy a miliaris eruptio milyen kifejezett tünetekkel jár s ezek is elhomályosodnak a meningitis tünetei mellett, nem esodálkozhatunk azon, hogy a gerinegyi tünetek háttérbe szorulnak az agyi jelenségek mellett. Nem szabad továbbá szemünk elől téveszteni azt sem, hogy amikor a központi idegrendszernek spinalis részére is reáterjedt a gümős fertőzés és oly elváltozásokat okoz, melyek már tüneteket váltanak ki, addigra az agyhártya megbetegedése a sopor stadiumába ért, mely mellett a gerinevelői tüneteket nem ismerhetjük fel, mert azok kórismézésére a beteg öntudatának legalább részbeni jelenlétére van szükségünk.

A gerinegyi burkok gümős megbetegedésénél részben gyök-, részben gerinevelőnyomás folytán állanak elő azon tünetek, melyeknek összességéből a kórképre következtethetünk. Ezen tünetek a következők: nagyobb fokú, néha csaknem elviselhetetlen háti fájdalmak, főleg a lapockák és a

keresztesont táján, ritkábban csak egész kivételesen a tarkón; *kisugárzó*, vagy *lancindó fájdalmak* a végtagokban, főleg az alsókban s eléggé gyakran a gyomortájon, esetleg *övtünet* alakjában. Néha az egész *gerinc merev*. Erős *hyperaesthesia*, különösen az alsó végtagokon. Továbbá egyes *izomcsoportok görcse* (utóbbi tünet gyakran hiányzik). *Motorikus hűdések*, melyek a gerinevelő-compressio kórképét csalódásig utánozhatják. *Vizelet-retentio* és *incontinentia urinae et alvi* egészíthetik ki a képet. Az esetek egy részében, ha a betegség tartósabb, vagy bizonyos idegyökök nyomása lép előtérbe, *decubitalis fekélyek* fejlődnek. Ha a folyamat inkább csak a spinalis agyhártyát érintette, vagy a tünetek az agyi lágyburkokon csak későbbben és csekélyebb mértékben jelentkeznek, az öntudat megtartott. A kórkép bevezetője makacs, alig befolyásolható láz, mely azonban vonatottabb lefolyású eseteknél hiányozhatik és inkább csak subfebrilis hőemelkedések kísérik a folyamatot.

A kórbonci elváltozások, mint a mi esetünkben is látni fogjuk, jórészt a gerinevelő hátulsó felszínén találhatók. Ritkábban látjuk a gerinevelő elülső részét is betegnek. A háti és ágyéki szelvényen legkiterjedtebbek az elváltozások. A folyamat zöme a lágy agyburkokon van és előszeretettel az idegyökök környékén, azoknak a burkokon való átmenetelnél, úgyhogy az egyes idegyökök „in toto” sajtos masszába ágyazottaknak tűnnek elő. A lágy agyburkok folyamata kórbonctanilag az agyalapról ismert gümős eruptio sajátosságait mutatja. A gümős folyamat reáterjedhet a durára is, amikor azon a típusos tuberculomok képét látjuk. Nem egyszer az idegyökök maguk is részt vesznek a lobosodásban, ilyenkor a peri- és endoneurium kiszűréses beszűrődését ismerjük fel. Ha az idegyökök a sajtos tömegbe teljesen be vannak ágyazva, úgy kisebb-nagyobb degeneratós területeket találhatunk bennük. Kiterjedt folyamat esetén a gerinevelő is megbetegedhet s szabálytalanul, esetleg diffuse jelentkezik az állományban kiszűréses beszűrődés és az idegállomány szétesési folyamatát jelző kórszöveti kép.

A baj *lefolyása* attól függ, hogy az alapfertőzés milyen természetű. Ha acut miliaris folyamattal vagy meningitis tuberculosával társult, úgy a lefolyás azok lefolyásával congruál és gyorsan vezet exitushoz. Néha, ha subacut gümős folyamat részjelenségét képezi, úgy inkább protraháltabb az előrehaladása. Az irodalomban oly esetről, melynél a baj csak a gerinevelő lágy agyburkaira szorítkozott volna, nem tudok. *Leiden* és *Goldscheider* említik *Leube* esetét, hol egy nyaki szelvényű meningitis cerebrospinalis tuberculosos gyógyulással végződött.

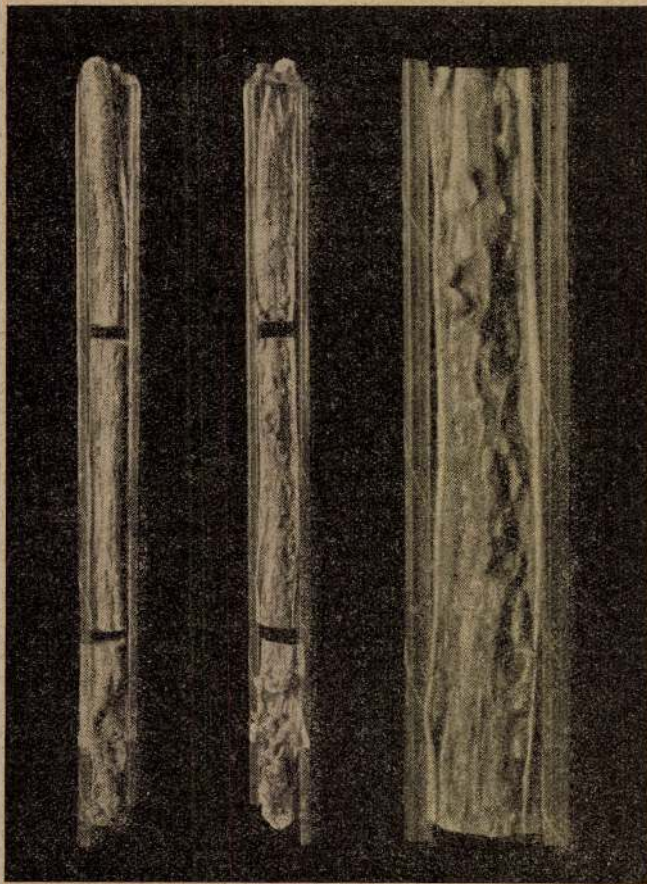
Fentiekben már ismertettük azokat a diagnostikus nehézségeket, melyeket le kell győznünk, melyek tagadhatatlanul az esetek többségében, mint a következőkben látni fogjuk, olyan jelentősek, hogy még kifejezett gerinegyi lágyburkóelváltozások sem jutnak tudomásunkra. Ha azonban a gerinegyi tüneteket percipiálhatjuk és helyesen értékeljük, akkor is mérlegelnünk kell, hogy vajjon tényleg egy meningitis cerebrospinalis tuberculosával és nem-e egy, eléggé acut fejlődésű compressió myelitissal van dolgunk. A szemfenéken esetleg található tuberculomok, de főleg a *liquor cerebrospinalis*nak a meningitisre jellemző tulajdonságai (a cukor- és chlor-tartalom viselkedése stb.) elősegíthetik a kórismét.

Ezek előrebocsátása után vázlatosan ismertetjük egy betegünk kórtörténetét, hol e megbetegedés classicus képe bontakozik ki:

I. eset. G. Elza 11 és fél éves. Felvétele 1925 április 30-án. Szülei előadják, hogy a leányka négy hét előtt *hirtelen* betegedett meg, kezdetben *kínzó főfájása*, időnkint *görcszerű gyomorfájdalmak* voltak, amelyek később állandósultak. Azóta állandóan egész 40,3 C°-ig emelkedő, re- és intermittáló jellegű láza van, időnkint erős hidegrázással. Felvétele előtti napokban *jobb mellkastáji és a combokra localisálódó igen erős fájdalmakról* panaszkodott, *öt nap óta vizeletét nem tudja tartani, négy nap óta alsó végtagjait képtelen mozgatni*, a felvétele előtti nap óta pedig a *székletét is maga alá engedi*. Kanyarón

és vörhenyen kívül más bajon nem ment át. A családban gümős megbetegedés nem fordult elő.

Jelen állapot: Halvány, szinte fakó bőrszínű, alig vérszegény, közepes fejlettség mellett gyengébben táplált, izomzatának turgora eléggé megtartott, az alsó végtagok izomzata petyhüdt. A belső szervek részéről eltérés nincsen. *Pulsus rhythmusos, percenként 96.* A has tapintásra érzékeny, körülírt fájdalmasság nincsen. Hólyag erősen kitágult, fundusa a köldököt éri el. Mindkét alsó végtag petyhüdt fekszik, felemelve, fadarabként esik vissza, izomzata hypotoniás. Active semmiféle mozgást nem végez. Érintésnél, passiv mozgathatásnál a beteg erős fájdalmasságot jelez, mely kiáltozást és sikoltozást vált



Első kép: a gerinevelő elülső felszine.
Második kép: a gerinevelő hátsó felszine.
Harmadik kép: az ágyéki szelvény kétszeres nagyításban, hátulról.

ki. Inreflexek nem, talpreflex gyengén, *Babinski* nem váltatható ki. Felső végtagokon eltérés nincsen. *Pupillák közep-tágak, egyenlőek, renyhén reagálnak.* Vizeletben bőven geny, kevés fehérje, üledékben csak genysejtek. *Vérvizsgálat:* 7400 fehérvérsejt mellett 67% segmentált, 22% lymphocytá, 10% mononuclearis, 1% eosinophil. Közérzete erősen befolyásolt, eszmélete nem teljesen tiszta, bár a kérdésekre olykor egész értelmesen felel, a legtöbbször összefüggéstelen szavakat mormol maga elé. Nagyfokú hyperaesthesia miatt érzésvizsgálatot nem végezhetünk. Tarkómerevség, dermatographia nincsen. Napjában kétszer katheterezzük.

Május 1-én 38–38,5 C°. Status idem.

Május 2-án 38–38,3 C°. Éjjel rendkívül nyugtalan, alig aludt, folyton sikoltozott, eszméletlen, alig táplálkozott.

Május 3-án 36,5–38,3 C°. Erős hyperaesthesia. Eszmélete tisztább, éjjel nyugtalan, meningealis felsikoltozások, vizeletben kevesebb a geny.

Május 4-én 37,4–40 C°. Közérzet rosszabbodott. Állandóan soporosus. A gerincoszlop felett a nyaki és ágyéki tájon kezdődő decubitus.

Május 8-án 36,1–38,5 C°. Teljesen apathias, fájdalmat nem jelez. A légzés abdominalis, orrszárnyemelkedéstől kísért, száma percenként 40. Pulsus kissé arhythmias, eléggé telt. Késő este teljes eszméletlenség és *Cheyne-Stokes*-typusú légzés. Éjjel 2 óraker exitus.

Bonclelet (Zalka Ödön dr.): A dura feszes, az agy téstapintatú. Az agyalapon, főleg az infundibulumnak

megfelelően számos, egymással összefolyó, kölesnyi sárga képletet találunk, melyek az infundibulumon kb. 2 mm vastag réteget alkotnak. A durán is találunk helyenként kölesnyi, szürke, kiemelkedő göbéseket. A gerinevelő lágyburkait egész kiterjedésében, főleg azonban az ágyéki duzzanatnak megfelelően nedvűs, plasztikus izzadmány fedi. Az idegyököket, különösen az ágyékiakat ezen izzadmányba beágyazva találjuk. (Lásd ábrát.)

A durát egész kiterjedésében szorosán egymás mellett álló, kölesnyi szürkésen kiemelkedő, csillogó szemcsék borítják. A peribronchialis-mirigyek duzzadtak, sárgásak, nedvtelenek. A jobb tüdőcsúcsban néhány kölesnyi sárgás gümő található.

Kórbonctani diagnózis: *meningitis cerebro-spinalis tuberculosa. Oedema cerebri. Tubercula apicis pulmonis dextri. Lymphadenitis tuberculosa gl. peribronchialis l. dextri. Hyperaemia org. int. degeneratio parenchymatosa myocardii. Intumescencia lienis.*

A macroszkopi készítmény kimelése céljából a *górcsővi vizsgálatra* csak a lumbalis-duzzanathól metszettünk ki egy korongot. Itt a gerinevelőt 3–4 mm széles köpönyeg veszi körül, amelyet az izzadmány által összetapasztott idegyökök képeznek. A mikroszkop alatt magában a gerinevelőben kóros elváltozást nem találunk. A gerinevelő lágyburkain, valamint az idegyökök között lymphocytákból és epitheloid sejtekből álló izzadmány van, mely nagy kiterjedésben elszajtosodott. Oriássejtet nem találtunk. Ez alapon a górcsővi diagnózis: *leptomeningitis tuberculosa spinalis.*

Mint a fenti körleírásból kiviláglik, a tünetek két egymástól élesen elkülöníthető csoportba osztható. Ezen esetről az első tünetek a myelitis kórképének symptomái képezték. A kezdeti heves gyomorfájdalmi, majd jobb mellkasi és combfájdalmak, a hólyag- és végbéltünetek, az alsó végtagok hűdése, erős hyperaesthesiaja erre látszólag utal. Evvel szemben az erős főfájás a többi meningitis-tünetek, melyek kezdetben csak mint halvány kísérőjelenségek, később mint praedomináló körjelek léptek fel és tették a kórismét nehezzé. Megnehezítette a diagnózist a szülők által nyújtott ingadozó anamnesis. A myelitist gyorsabb fejlődésű compressióos myelitisnek képeztük, melynél az intraspinalis tumor nyomására gondoltunk, melynek kórbonctani természetével azonban nem voltunk tisztában. A halál bekövetkezése előtt 24 órával gondoltunk csak arra hogy a kórfolyamat egy atypusos meningitis. A való tények késői felismerése volt az oka, hogy lumbalpunkciót nem végeztünk.

Ezen esetből kifolyólag a klinikán elhalt meningitis tuberculosa-esetek egy egész sorozatánál (7 esetben) a gerincesatornát megnyitottuk és a gerincagyat megvizsgáltuk, tekintet nélkül arra, hogy voltak-e spinalis tünetek, s öt esetben találtunk gerincagyhártyaelváltozásokat. Ezeknek táblázatos összeállítása a következő:

Polyószám	Név és kor	Agyi tünetek	Spinalis tünetek	Kórbonci lelet
1.	Z. Kató 5 éves	Kifejezettek	Nem konstatálhatók	Tbc. millaris organorum. Meningitis tbc. et mening. Spinalis tbc. A gerinevelő lágy burkain kevés rostosnyás felrakódás, mely összetapadásokat hozott létre a durával. A durán szétszórtan számos göbese.
2.	K. Aranka 4 éves	Kifejezettek	Nem konstatálhatók	Meningitis tuberculosa, a gerinevelői durán néhány tuberculum.
3.	V. Béla 6 éves	Kifejezettek	Hasi reflex hiányzik. Hólyaghűdés	Tbc. disseminata pulmonum. Meningitis tuberculosa. A gerinevelő lágyburkain és duráján néhány kölesnyi sárga tuberculum.
4.	N. Margit 11 éves	Kifejezettek	Nem konstatálhatók	Meningitis tbc. A gerinevelő alsó részén a lágyburkokon kisebb mennyiségű rostosnyás izzadmány s a durán néhány tuberculum.
5.	K. Ilona 15 éves	Kifejezettek	Hasi és patell. reflex hiányzik	Meningitis tbc. A gerinevelő lágyburkain túszerű tuberculumok.

Ezen öt esetben úgy a gerinevelői durán, mint a lágyburkokon nagyobb elváltozásokat láttunk. Mivel tömegesebb tuberculum eruptio nem fejlődött, az általuk

kiváltott tünetek oly csekélyek voltak, hogy dacára annak, hogy első esetünkben kifolyólag külön kerestük a gerincevelőnek a folyamatban való részvételét jelző tüneteket, mégsem mertünk egyes jelenlévő jel alapján a gerincevelői burkok elváltozására gondolni.

Tapasztalatainkat a következő pontokban foglalhatjuk össze:

1. *A gerincevelői burkoknak meningitis tuberculosánál a lobosodásban való részvételét jelző tüneteket, mégsem mertünk egyes jelenlévő jel alapján a gerincevelői burkok elváltozására gondolni.*

2. *Hogy a folyamatot nem gondoljuk általában ilyen gyakorinak, annak oka, hogy kórboncolásoknál a gerincagyat nem szoktuk meningitis tuberculosánál megnyitni.*

3. *Diagnosisa sok nehézséget okoz s a kórfolyamat könnyen összetéveszthető más, a gerincevelőt érintő elváltozásokkal.*

4. *Tekintettel gyakoriságára, mindazon esetekben, hol meningitis tuberculosánál spinalis tünetek lépnek fel, ha csak rövid időre is, jogosan felvehetjük a gerincgyi burkok kisebb-nagyobb gümös bántalmazottságát.*

Irodalom: 1. *Kétly Károly:* Bókay, Kétly, Korányi Belgyógyászat kézikönyve. 1899, 4. kötet, 348 lap. — 2. *O Kohts:* Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, 1880, 5. köt., I. rész, 389 lap. — 3. *E. von Leyden és Goldscheider:* Nothnagel's Spezielle Pathologie und Therapie, 1897, 10. kötet, 316 lap. — 4. *Thiemich:* Pfaundler-Schlossmann Handbuch d. Kinderheilkunde, 1916, 4. kötet, 332 lap. — 5. *Ziehen:* Bruns-Kramer-Ziehen Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter, 1912, 936 lap.

Adatok a strumakérdéshez.*

Írta: *Mező Béla* dr., egyet. m. tanár, közkórházi főorvos.

A struma magyarázására idők folyamán 42 theoria bukkant fel. E sok feltevés közt azonban csak négy volt olyan, amelyik hosszabban tudta magát tartani s amelynek napjainkban is vannak követői.

Bircher a múlt század 90-es éveiben kimutatta, hogy a struma csak bizonyos geologiai formációjú talajon, nevezetesen a tengeri sedimentumokon lép fel. Az újabb szerzők közül csak *Pighini* és *Klose* azok, akik *Bircher* álláspontját magukévá tették. Sőt *Klose* még tovább is megy és megállapítja, hogy az egyes geográfiai alakulatoknak megfelelően más és más a strumák klinikai lefolyása. A második az ivóvíz-theoria, amely középhelyet foglal el a talaj és az infectiosus theoria közt, amennyiben mindkettővel kapcsolatba helyezhető. Kétségtelen, hogy strumás vidékek vizének itatásával emberen és állaton egyaránt sikerül strumát előidézni. A harmadik az infectiosus elmélet, amely elsősorban a víz szennyezett voltának tulajdonít fontosságot de gondol arra is, hogy a fertőző agens az élelmiszerek útján is terjedhet. A háború alatt Budapesten jelentkező pubertaskorabeli strumák erős felszaporodását *Vas* ugyancsak fertőzéses alapra vezeti vissza.

A negyedik csoport a strumát a szervezet jódhányának tudja be. A struma jóddal való gyógyítása nem újkeletű. Svájcban a golyvások már régóta viselnek tengeri szivacesal töltött zacskót, amelynek magas a jódtartalma. *Coindet* már 1819-ben szép sikerrel adagolta a jódot.

A svájci *Hunziker* és utána az amerikai *Marine* és *Kimball* voltak az elsők, akiknek tömegvizsgálatai a jódpromoxylaxis fontosságát az endemikus struma esetében beigazolták. Eredményeiket számos szerző, nevezetesen *Bayard*, *Eggenberger*, *Klinger* vizsgálta felül, s megerősítette.

A jódpromoxylaxis eredményes voltát a parenchymás és rendszeren magas jódtartalmú endemikus struma esetében úgy igyekeznek megmagyarázni, hogy a szer-

vezetbe bevitt minimális jódmennyiség (napí 1/5 milligramm) a pajzsmirigyben felhalmozott thyroxinnak a mobilisatióját elősegíti, ami által a szervezeti jódszükséglete kielégülést nyer. A felszívódó colloid mennyiségével kapcsolatban csökken aztán a struma térfogata is.

Bármilyen jelentősek is a jóddal elért eredmények, a siker nem 100%-os. *Klinger* a strumások számát jódadagolással 90%-ról csak 28%-ra tudta lecsökkenteni. Már *Wirchow* észlelt olyan strumákat, akiknek ivóvíze bőven tartalmazott jódot. Hasonlóképp nem tudja megmagyarázni *Cemach* a Bécsbe menekült galíciaiak közt kiűtött struma-járványt sem. Ugyancsak nem híve a jódhány theoriának *Boitel* sem. Ezek után a jód hiányával nem magyarázhatjuk meg a strumaképződés minden esetét.

Annak eldöntésére, hogy a struma kórtanában nem szerepelnek-e egyéb tényezők is, nevezetesen a glandula thyreoidea bizonyos irányú működés kiesése nem okozza-e annak golyvás megnövekedését, megkísértem azt, amit eddig még senki sem próbált meg, hogy a különböző klinikai lefolyású strumák átültetésével vessék e kérdésre világosságot.

1922 február 24-én légzési nehézségeket és éjszakai fulladási rohamokat okozó igen nagyfokú strumával hozták K. E. 11 éves leányt Új Szent János-kórházi osztályomra. Az alacsony termetű, közepesen fejlett gyermek behozatalakor a nyakon a nyelési mozgásokat követő, a nyak mindkét oldalán külön-külön férfikölnagyságú, lefelé a jugulumba terjedő terimenagyobbást találtam. A szülők bemondása szerint a terimenagyobbodás félév óta kezdett nőni. Az utóbbi időben testmozgásnál, de főleg éjjel, amikor a beteg feje hátrahanyatlott, légzési nehézségek jelentkeztek. A gyermek egyébként csendesen viselkedett, szellemi képessége a korának megfelelő átlagon aluli volt. Hasi és mellkasi szervei épek, pulsusa perenként 72.

A véletlen úgy hozta magával, hogy e leánnyal egyidőben egy férfikölnyi parenchymás golyvával bíró, de inkább hypersecretiós jelenségeket mutató 10 éves fiú került az osztályomra. Ez az eset alkalmasnak látszott arra, hogy megvizsgáljam, hogy miképpen viselkedik a kétségtelen hypofunctiós strumájú leány akkor, ha a szervezetébe hyperfunctiós strumadarabot ültetek.

A fiún végzett Wassermann-reactió negatív volt, szervezetében gümös elváltozás nem volt kimutatható, így a transplantációt bátran elvégezhettem. A mütét 1922 február 25-én történt meg. A fiúból kivett golyva a struma parenchymatosa diffusa typusos képét mutatta. A leány baloldali musculus obliquus externus abdominis izomrostjai alá egy körülbelül 0,5 × 3 × 5 cm nagyságú, mintegy 7,5 cm³-t kitevő lapos strumadarabot helyeztem. A seb per primam gyógyult. A helybeli anaesthesia dacára a mütét utáni harmadik napon a jobb alsó lebenyben pneumonia lépett fel, amely egy hét alatt gyógyult. A mütét utáni 10-ik napra a nyak térfogata lényegesen csökkent, a beteg légzési nehézségei megszűntek. A nyak térfogata ezután rohamosan csökkent, úgyhogy a mütét utáni negyedik héten a struma teljesen eltűnt. A beteg 1922 április 20-án gyógyulva hagyja el az osztályt. A nyakon terimenagyobbodásnak nyoma sem volt látható. A gyermek sokkal élénkebb, arckifejezése intelligensebb lett, pulsusa perenként 85 volt.

Az eredményen felbuzdulva, hasonló mütétet végeztem 1923 március 5-én a Zita-kórházban is.

Sz. M. 22 éves hajadont gyermekkölnyi strumával vettem fel Zita-kórházi osztályomra. A nyak körfogata mütét előtt a nyelvesont magasságában 37, a nyak közepén 41, a jugulum felett 42,5 cm volt. 1923 március 20-án, 15 nap múlva a transplantáció után, a nyak körfogata az említett magasságokban 37, 39 és 40 cm volt. Tehát itt is jelentékeny javulás mutatkozott. Mivel e beteggel a további érintkezés lehetősége megszakadt, vele bővebben foglalkozni nem fogok.

A gyermek további sorsáról vidéki orvosától csak annyit tudtam meg, hogy teljesen jól van, mígnem a beteg három és fél évre a mütét után, 1925 szeptember havában felkeresett, amikor is egy jól fejlett 15 éves

* Az Orvosegyesületben 1925 december 12-én tartott bemutatás.

leányt találtam magam előtt, akinek a nyaka csak alig észrevehetően volt duzzadt. A nyak körfogata alul 37, középen 35 cm volt.

Vajjon miképpen magyarazzuk a strumadarab átültetése után jelentkező gyors, nagyfokú és amellet tartós javulást? A normális pajzsmirigy jódtartalma sokkal nagyobb, mint a viszonylagosan jódgazdag többi szervé. A szárított mirigy egy grammja 0.9 miligramm jódot tartalmaz. A golyvák jódtartalma különböző. A Basedow-strumában alig van jódot. A közönséges strumában nagyobb ugyan a jodothyrin abszolút mennyisége, de százalékos aránya kisebb.

Ezek alapján a pajzsmirigy gyors eltűnését nem tekinthetjük jódhatásnak. A beültetett pajzsmirigy hyperfunctiójának lévén, bizonyára kevesebb jódot tartalmazott, mint a nem kóros pajzsmirigy. De ha még a normális pajzsmirigy jódtartalmát veszem is számításom alapjául, a beteg az átültetett darabban legszerencsésebb esetben is csak 45 miligramm jódot kapott volna, ami nem több, mint a szokásos jódkezelés 2–3 heti adagja. Eltekintve attól, hogy jódkezelésre ily feltűnő eredmény nem mutatkozik, önkéntelenül szembeötlök a beadott kis mennyiségű jóddal szemben az eredmény tartóssága.

A javulást írhatnók az átültetett pajzsmirigy-szövet javára is. Közismert dolog, hogy a struma pajzsmirigykezelésre is reagál. V. Bruns 350 pajzsmirigygyel kezelt golyva esetében 8%-ban teljes, 36%-ban jó, 30%-ban gyenge eredményt ért el s a kezelés 26%-ban eredménytelen maradt. A betegek naponta 1–3 tablettát kaptak s a tabletták 0.3 gr. szárított mirigynek felelt meg. Ha tekintetbe veszem azt, hogy betegem körülbelül 75 cm³ nyers anyagot kapott, ez 5 napon át, naponként 3 tablettát szedésének felelt meg, ami a tapasztalat szerint az átültetés után észlelt eredménnyel összefüggésbe nem hozható.

Christiani, Enderlen, Payr és mások munkáiból tudjuk, hogy az átültetett pajzsmirigy az átültetés után először degeneratív elváltozásokon megy át, amelyet aztán a mirigy regenerációs működése vált fel. Christiani egy esetben a beültetett normális pajzsmirigy megnövekedését észlelte, ami új mirigyvesztés teremtésére volt visszavezethető. Ez az eset csak kivételes. Az átültetett darab rövidebb-hosszabb idő után végül is atrophisál, felszívódik.

Igy lehetett ez az én esetemben is, ahol, mint említettem, nem normális pajzsmirigy, hanem parenchymás strumarészletet ültettem át. Az átültetett darab egy ideig kétségtelenül jól működött és ez magyarázza meg az évekre terjedő teljes gyógyulást.

A műtétre szoruló golyvák száma a jódadagolás következtében mind kevesebb. Ennek dacára bőven el voltam látva operálandó strumákkal s mégsem volt módomban, hogy az átültetést sok esetben kipróbáljam. A betegek a rossz gazdasági viszonyok miatt nem voltak abban a helyzetben, hogy a kórházban csak néhány napot is várakozzanak, addig, amíg az ő esetüknek megfelelő, ellenkező típusú golyvák beteg berendelhettem volna. A betegkiválasztás tekintetében a légzési anyagcserevizsgálat és a Csépai-féle adrenalinreakció lehetnek segítségünkre. Talán nem volna hiábavaló e műtéttel való további kísérletezés. A golyvák pajzsmirigy működésének áthangolása, helyes irányba való terelése egyes esetekben bekövetkezhet, s lehetnek olyan strumák — aminő a bemutatott is —, amelyeket ezen az úton véglegesen sikerül meggyógyítani.

Összefoglalás: A golyvák egy része belső kezelésre, jódot, illetve pajzsmirigy adagolásra nem reagál. A sebészi beavatkozás, a műtétet követő recidívák meglehetősen nagy számával szintén nem nevezhető ideális eljárásnak. Ez indokolja, hogy a struma gyógyítására új utakat keressünk. Megkísérlettem azt, hogy a klinikailag ellentétes lefolyású golyvák átültetése hogy befolyásolja egymást. Hyperfunctiók jelenségeket mutató parenchymás golyva 75 cm³-t kitevő lapos darabját két férfikől nagyságú hypofunctiók strumával bíró beteg hasizomzatába ültettem és 4 héten belül teljes

gyógyulás lépett fel, amely évekkig tart. Most, a műtét után 3 és fél évre, a betegnek kiscsök, alig észrevehető golyvája van. A műtét kapcsán jelentkező feltűnő eredményt a pajzsmirigydarabkal átvitt jódot, illetve holt pajzsmirigyanyag nem magyarazza meg. A jó hatást kétségtelenül az átültetett golyvarész functiója váltotta ki. Nincsen kizárva, hogy hasonló műtéttel a golyvák pajzsmirigy működésének áthangolása, helyes irányba való terelése s így a beteg meggyógyítása más esetekben is tartósan sikerülni fog. Ez a kísérlet amellet szól, hogy a pajzsmirigy hiányosműködése annak golyvák megbetegedését kiválthatja, s hogy ez a functióhiány s a következőben fellépő struma, ellentétes működésű golyvarészek átültetésével, kedvezően befolyásolható.

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

Otogen kisagytyalóg tanulságos esete.*

Írta: Wein Zoltán dr.

Otogen kistalóg gyógyult esetét nem a gyógyulás pusztán ténye miatt tartom érdemesnek a közlésre, mert hisz ez nem oly nagy ritkaság, hanem mert esetem szembevető módon rávilágít az agytyalógok kezelésének még ma is nyílt kérdésére és kezünkbe adja a helyes módszert, amelynek jelen esetben egyenesen életmentő szerep jutott.

Jól tudjuk, hogy az agytyalóg gyógyulásához nem elegendő azt megtalálni és feltárni; az agytyalóg teljes kiürüléséről is állandóan külön kell gondoskodni, mert a tyalógot kísérő agyvizenyő és fokozott koponyaiuri nyomás a lágy agyszövetet a legkisebb ellenállás helye, a koponyán készített lék felé tömöríti és így a tyalógürbe vezető nyílás mindig elzáródik, már pedig a legcsekélyebb retentio is a tyalógot környező enkephalitis fokozódásához, és ez gyakran halálhoz vezet a sikeres tyalógnyitás dacára is. Másfelől az agytyalógok az esetek nagy részében nem egyedülállóak, hanem multiplexek, különösen a kisagyban, hol az arbor vitae velőlemezei mentén haladó enkephalitis sugárirányban terjeszkedik és genyes beovadás folytán fióktalógokat eredményez, amelyek megölik a beteg, bármennyire feltártuk és nyitva tartottuk legyen is az eredeti tyalógot.

A nyitvatartás, a drainezés tekintetében sincs általános egyöntetűség; jodoform-gaze, perhydrol-gaze, merev falú vagy gummi-draincső vetekszenek egymással. A helybeli tájékozódás tekintetében is két táborra oszlanak a sebészek; legnagyobb részük az ujjal való tapintás híve, míg a kisebb rész a tyalógürbe való betekintés, az endoskopia segítségével igyekszik tájékozódni. Szerkesztett e célra Whiting egy komplikált műszert az ú. n. enkephaloskopot, melynek segítségével kis villanylámpa vezethető a tyalóg belsejébe, de ez szépségtelen, mert az egyszerű homlokreflektorral is szépen bevilágíthatunk a tyalógürbe, ha azt a hosszúszerű Killian-féle orrspekulummal gyengéden szétártuk. Ez utóbbi módszer az, amelynek betegem az életét köszönheti, és ezért alkalmas ez eset — nézetem szerint — az endoskopiás módszer kétségtelen felsőbbségének demonstrálására szemben az elterjedt digitalis vizsgálattal, amellyel még a legnagyobb elővigyázatosság mellett is sérthetünk és így végzetes bajnak válhatunk okozójává.

A 15 éves pékinas 1924 november 28-án kereste fel a klinikát évek óta fennálló fül- és fejfájás mellett három hét előtt fellépett heves fül- és fejfájás miatt, amelyhez 5 nap óta szédülés, hányás, többszöri hidegrázás csatlakozott. Felvételkor T—40.4, P 120. Bűzös fül-folyás, a nyakon az áll alatt fluktuáló tyalóg. A műtét alkalmával a csecsnyujtvány empemája mellett a hátsó koponyagödörben nagy extraduralis tyalógot találtunk, mely a jobb kisagy hemisphaera egész felü-

* Az 1925. évi sebésznapgyűlésen tartott előadás.

Oleum jecoris aselli

helyett minden orvos



JEMALT

csukamájolaj-készítményt rendeljen.

A »JEMALT« csokoládézű por garantáltan 30% csukamájolajat tartalmaz,

a csukamájolaj íze és szaga nélkül.

A csukamájolaj és maláta összes tápértékét és vitaminjeit változatlan alakban és teljes hatóképességgel tartalmazza.

Klinikai tapasztalatok és állatkísérletek során beigazolt kitűnő hatás.

Adagja: Felnőtteknek napjában háromszor 1-2 evőkanállal, gyermekeknek napjában háromszor 1-3 kávéskanállal, langyos tejben vagy tisztán por alakjában.

Mintával, irodalommal szolgál: Dr. WANDER gyógyszer- és tápszergyár r.-t. BUDAPEST 100 POSTAFIÓK.

Birodalmi német magán-tüdőgyógyintézetek

Prospektusokkal és közelebbi felvilágosítással az egyes igazgatóságok szívesen szolgálnak.

St. Blasien

Badischer Schwarzwald.

Ebersteinburg

bei Baden-Baden.

Görbersdorf

in Schlesien, Riesengebirge.

Görbersdorf

Kreis Waldenburg, Schlesien

Görbersdorf

in Schlesien

Krähenbad

bei Freudenstadt, Schwarzwald.

Neubabelsberg

bei Berlin.

Reiboldgrün

in Sachsen.

Schömburg

bei Wildbad, Württemb. Schwarzwald.

Sanatorium St. Blasien

Orvosi vezető: Prof. Dr. Bacmeister.

Sanatorium für Damen

Orvosi vezető: Dr. A. u. K. Albert.

Dr. Römpfers Heilanstalt

Orvosi vezető: Dr. Birke.

Dr. Weicker's Heilanst. San. Marienhaus

Orvosi vezető: Dr. Steinmeyer, Dr. Warnecke

Dr. Brehmer'sche Heilanstalten

Orvosi vezető: Dr. med. Schlapper.

Sanatorium für Damen

Orvosi vezető: Dr. Würz.

Elisabeth-Sanatorium

Orvosi vezető: Dr. W. Freymuth eg.-tan.

Sanator. Kurhaus, Sanator. Waldhaus

Orvosi vezető: Dr. Gebser egészst.-tan.

Neue Heilanstalt Schömburg

Orvosi vezető: Dr. G. Schröder.

Windberg

bei München-Gladbach (Rhd.)

Schömburg

bei Wildbad, Württemb. Schwarzwald.

Schönbuch

bei Böblingen, Württemberg.

Sülzhayn

im Südharz.

Sülzhayn

im Südharz.

Sülzhayn

im Südharz.

Sülzhayn

im Südharz.

Sülzhayn

im Südharz.

Waldhof Elgershausen

Kreis Wetzlar.

Wehrawald

bei Todtmoos, Bad. Schwarzwald.

Sanatorium Schömburg

Orvosi vezető: Dr. Walder.

Sanatorium Schönbuch

Orvosi vezető: Dr. Brühl.

Sanatorium Hohentanneck

Orvosi vezető: Dr. med. E. Awe.

Dr. Steins „Neues Sanatorium“

Sanatorium üdülőhely

Orvosi vezető: Dr. Stein.

Sanatorium Kurhaus

Orvosi vezető: Dr. Elschner.

Sanatorium Stubbe

Orvosi vezető: Dr. Kremser egészst.-tan.

Sanatorium Sonnenfels

Sanatorium Waldpark

Orvosi vezető: Dr. med. Schleisiek.

Heilanstalt

Orvosi vezető: Dr. Meiners.

Sanatorium Wehrawald

Orvosi vezető: Dr. K. Kaufmann.

St. Franziskusheilstätte

Sanatorium für Damen

Orvosi vezető: Dr. H. Gödde.

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszer-tárban kapható.

Jó pásztor" gyógyszer-tár, Budapest IX, Ráday-u. 18

Reagensok és normaloldatok

Dr. G. Grübler & Co. Leipzig

mikroszkopiai és bakteriológiai használatra, valamint összes egyéb készítményei eredeti csomagolásban állandóan raktáron.

Dr. DEÉR ENDRE laboratoriuma, Budapest IX Ráday-utca 18. Telefon: József 23-23

a vizelet, széklet, vér és gyomor-tartalom vizsgálatához.

festékei, festék oldatai, kémikáliái

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R.-T. BUDAPEST X.

Organotherápiás készítmények:

A belsősecretiós mirigyek összes hatóanyagait tartalmazzák.

Belső adagolásra tabletták, injectiokezelésre extractumok szolgálnak, melyek teljes toxin- és fehérjementesek.

Per os:

Tabletták, granulák, liquoidok.

Injectiós készítmények:

Egyes szervek teljes kivonatai, illetve lipidjai.

GLANDUOVIN, TABL. OVARI

Petefészek működési zavarainál.

GLANDUITRIN RICHTER

A szülőkésztettség elégtelensége esetén.

INSULIN RICHTER

TESTICULI RICHTER

Neurasthenia sexualis esetén.

TONOGEN RICHTER

Tophosanhatást és acetylsalicylicumot egyesít az

ACITOPHOSAN RICHTER

Tophosanacid, acetylsalicylicum.

A légutak exsudatív megbetegedéseinek gyógyszere. Influenza, tonsillitis és hüléses megbetegedések megelőzésénél javallt.

Incompensatio cordis, myodegeneratio cordis, szívtonicum

ADIGAN RICHTER

pontos physiologiás titerre beállított, állandó összetételű és hatású digitalis-készítmény.

TABL. ADIGANI.

ADIGAN STERIL. PRO INJ.

SOLUTIO ADIGAN.

A fluor albus kauzális therápiája

BACILLOSAN[®]NAL

Dr. LOESER szerint.

(A bac. lact. aerog. elektív tenyésztett törzseinek virulens tiszta kultúrája.)

Irodalma rendelkezésre áll.

Eredeti csomagolás:

10 üveg, mindegyikben 3 gr. por.
5 üveg, mindegyikben 10 darab
1 gr.-os tablettá.

Chemische Fabrik Güstrow A.G.
Güstrow, Mecklenburg.

Magyarországi képviselője:

Dr. Rosenberg Sándor, Budapest VIII, József-körút 2.

letét borította, a dura szennyes zöldes elszíneződéséhez vezetett és a nyaki tályoggal a proc. mastoideus kéreglemezőnek áttörése következtében közlekedett. Műtét után, bár a láz megszűnt, a beteg állapota napról napra romlott, heves fejfájás kínozza, majd apathiás, soporosus lett, sőt december 15-én eszméletét is elvesztette, incontinentia alvi et urinae lépett fel. December 17-én kisagypunctiót végeztünk, melyre nagy nyomás alatt 8–10 cm mélyről ürült kb. egy fél decil.-nyi sűrű zöldessárga igen bűzös geny. A beteg állapota lényegesen javult a tályognyitás után, eszméletét visszanyerte, fejfájása megszűnt. *Feltűnő volt ez esetben az agytályogra általában jellemzőnek ismert apathiás, kelletlen, sőt néha bárgyúnak mondható pszichikai állapot hirtelen megváltozása a tályog kiürülésének pillanatától.* Az addig úgyszólván negativisztikus viselkedésű, türelmetlen beteg modor és magaviselet tekintetében egyik napról a másikra gyökeres átalakuláson ment keresztül, amennyiben előzőkénné változott, kedélye megeléknült és a kötözéssel járó elkerülhetetlen kellemetlenségeket a legnagyobb béketűréssel viselte. Néhány nap múlva azonban ismét rosszabbodás állott be, dacára a tályogür bőséges drainezésének és Killian-spekulum segítségével történt gyakori szellőztetésének, valamint a naponta végzett hydrogen hyperoxydos öblítésnek. December 27-én, amikor a beteget ismét elvesztettük hittük, mert az újból fellépett hányás, eszméletlenség, incontinentia, vadászkutya fekvés, vagotoniás pulzus a diffus genyes agyhártyagyulladás képét nyújtották, a tályogür belsejének Killian-spekulum és homlokreflektor segítségével történt áttekintése alkalmával megállapíthattam, hogy a tályogür hátsó falán szájadzó sipolynyláson cseppenként ürül sűrű sárga geny. Széles bemetszést végezve e helyen az eredeti tályog mögött fekvő fióktályogból ismét kb. fél decil.-nyi geny ürült. Ezután a gyógyulás sima lefolyású volt és a súlyos szövetroncsolással kapcsolatos kisagyi megbetegedés nyomán semmiféle működészavar nem maradt vissza, az egyszülőzós olyannyira kifogástalan, hogy a foglalkozásához visszatért pékinas a süteménykihordást biciklin végzi.

Jelen eset egyúttal igazolására szolgálhat a genyes középfülmegbetegedés szövődésményként fel lépett „általános genyes agyhártyagyulladás”-nak körjelzett esetekkel szemben mindig követendő és soha, semmi körülmények között el nem mulasztható actio sebészi eljárásnak, bármennyire reménytelennek ítéljük is meg a helyzetet a klinikai tünetek, vagy akár a lumbal punctatum vizsgálatának eredménye alapján. Saját gyakorlatomban ez immár a negyedik eset, mikor a kialakult diffus genyes agyhártyagyulladás körisméjével eszméletlenül fekvő, látszólag a végét járó, pontosabban vizsgálhatatlan betegnél, zavaros lumbal punctatum dacára, azonnal műtétet végezve — amelynek kivételét az érdekelt bel-, illetve ideg orvos-kartársak kilátástalan fáradozásnak minősítették —, két esetben halántéklebenyi, két esetben pedig kisagyi elhelyeződésű hatalmas tályogot találtam, melynek kiürülése után a beteg eszméletét néhány óra alatt visszanyerte és mind a négy esetben megmenekült.

A drainezésre nézve megemlítem, hogy eseteinkben igen jól bevált — mert nem tömődik el — a *Bourdonnet* ajánlata szerint jodoform-gazeba burkolt gummidrain, melynek azonban legalább ceruzavastagságúnak kell lenni. Ennek az aránylag vastag csőnek a bevezetését nagyon megkönnyíti a hosszúszerű Killian-féle orrspekulum használata, mellyel feltárva a tályogürt, a falak sérelme nélkül, a szem ellenőrzése mellett könnyedén bevezethetjük finom, hosszúszerű esipesszel a gazeba burkolt draincsövet.

Legutóbb *Körner* professzor, a rostoecki otochirurgus történelmi és egy közleményében a Killian-spekulum segítségével végzett endoskopiás módszer mellett, míg a jodoform-gazeba burkolt gummidrain a bécsi Neumann-klinikán használatos.

Véleményem szerint az endoskopiás módszer áldásos volta e tanulságos esetből oly meggyőzően világlik ki, hogy amint minden gyakorlóorvossal szemben követelményként állíthatjuk fel a homlokreflektor használatában való jártasságot, olyképen kellene minden sebészi instrumentáriumban a Killian-féle hosszúszerű orrspekulumnak agytályog esetére helyet foglalni.

A kóros elhízásról.*

Írta: *Torday Árpád* egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Aetiologiai és therapiai szempontból közönséges és kóros elhízás között kell különbséget tenni. Egyszerű exogen kövérség akkor keletkezik, ha valaki hosszabb időn át kelletlenül több táplálékot vesz magához és amellet még keveset is mozog. Ilyenkor a túltáplálás energetikai feleslege zsír alakjában halmozódik fel bizonyos szöveti részekben, amelyek a zsír befogadására hajlamosak. Az a tápanyagfelesleg, amely zsírrá alakul át, elsősorban zsírból áll, amely anyagvesztés nélkül raktározódik el a szövetekben, továbbá szénhidratokból, amely 90%-ban alakul át zsírrá. Csökken az energiaelhasználás, ha valaki hosszabb időn át keveset mozog, sokat tartózkodik zárt helyiségben és sokat alszik. A kevés tápanyagfelesleg is, ha állandóan zsírrá alakul át, végül tekintélyes súlygyarapodáshoz vezethet. Pl. 10 g vajtöbblét naponta, egy év alatt 4½ kg súlygyarapodást jelent. Az egyén energiaszükségletét a teljes nyugalomban elhasznált anyag mennyisége szabja meg, amelyhez az izommunka elvégzéséhez és a tápanyagok feldolgozásához szükséges energiát kell még hozzászámítani; ezen többletet a teljesített munka arányában 25–50%-ot tehet ki. Az elhízás leggyakoribb okát a hibás megszokásból eredő túltáplálkozás képezi, amihez sokszor a szülők szoktatják gyermekeiket. Mások hibás éhségérzetből származik (*dysorexia*). A mérsékelt fokú kövérség is kellemetlen volta miatt therapiát beavatkozást tehet szükségessé. Ilyen okok a hypertonia, szervi szívbetegségek, ízületi megbetegedések stb. Egyszerű elhízásról már az étrendnek hosszabb időn át való megszorítása segítségével is célt érhetünk, ez azonban a fehérje rovására né történjék. Elégtelen táplálkozás esetén elegendő fehérje bevitel mellett a szervezet a hiányt saját zsírból pótolja s a fehérjeállomány érintetlen marad. A fogyasztókúrák elrendelése után csakhamar mutatózó súlyfogyás rendszerint a távozó víztől ered. Az étrendi megszorítás mellett rendszerint több mozgást, sétát, sportot vagy fürdőkúrát is szoktunk elrendelni. Ha mindazáltal a kívánt lassú, de állandó súlyfogyás elmaradna, akkor orvosi ellenőrzés mellett pajzsmirigykészítménnyel lehet próbát tenni. Egy betegem kövérsége mellett szívzavarokkal is küzdött, amelyhez a nagyobb struma által okozott mechanikai akadály is hozzájárult. Minthogy az előírt étrend a kívánt eredményt nem hozta meg, szívtonicum adása mellett pajzsmirigykészítményt is megkísértem, amely azon meglepő eredménnyel járt, hogy a struma körfogata is megkisebbedett, légzési zavarai is megszűntek, úgyhogy a műtét is szükségtelenné vált.

Az elhízás másik csoportjába az alkati jellegű, illetve heredo-familiaris kövérség sorolható. Ezen esetekben a diéta többnyire hatástalan s ez vezette az észlelőket arra a gondolatra, hogy annak okát másnak és pedig a belső elválasztású mirigyek működési zavarának tulajdonítsák. Az ilyen egyének anyagcsereje nem csökkent, hanem normalis, s kaloriamegszorítás esetén a hiányt sokszor nem a kórosan megsaporodott zsírtömegekből, hanem a normalis zsírszövetekből pótolják. A betegség örökletes jellegét hangoztatja *Wieser*, aki szerint a status hypoplastikus, amely ilyenkor gyakori, az egész endokrin-rendszerre kiterjedhet és abban is megnyilvánul, hogy kövér szülők gyermekei eukor-bajban, hypo- vagy hyperthyreosisban (*Basedow*) szen-

* Előadta a Közkórházi Orvostársulat október 21-i ülésén.

vednek. Így a kövérség örökölt degenerációs jel lehet. A család többi tagjai között is található sokszor diabetes, köszvény vagy kőképző diathesis. A zsírlerakodás többnyire nem egyenletes, hanem egyes tájakat kedvel, minők a csípőtányérok, a glutausok tája, az emlők, a comb és a hasfal. Főként ovarialis kövérségben rakódik le a zsír ezen helyeken, míg thyreogen-alak esetén a zsírlerakodás egyenletes szokott lenni, a hypophysaer formában pedig a vállövet kedveli. A kövérség egyes alakjait a zsírszövet lerakodási helye szerint is el lehet nevezni.

A kóros elhízásnak endokrin jellegű alakjait az agyfüggelék (hypophysis), a hasnyálmirigy, a pajzsmirigy és a petefészkek, illetve herék működési kiesései szolgáltatják és közülök a pajzsmirigy és az ovariumok szerepe a jelentősebb. Minthogy az említett mirigyek egymással correlatiós viszonyban vannak, emiatt a kövérség gyakran pluriglandularis megbetegedés folyamánya.

Hypophysaer eredésű kövérség esetén a kísérő tünetek különbözők lesznek aszerint, amint a folyamat annak mellső epithelialis vagy hátsó infundibularis részét éri. (Akromegalia, diabetes insipidus, törpenövés, infantilis gyöngelméjűség.) A török nyereg táján ülő daganat esetén fejfájás, agynyomásí tünetek, bitemporalis hemianopsia, szemizombénulások mutatkozhatnak s Röntgen-képen a sella turcica táján nagyobb árnyék látható. Az agyfüggelék megbetegedésének okai között vérbaj, vízfejtés (hydrocephalus), agygyulladás, agydaganat vagy traumás eredésű vérzések szerepelnek. Minthogy a hypophysis működése a hosszönvással és az ivarmirigyek funkciójával van kapcsolatban, az utóbbinak hiányos működése mellett akromegalia vagy törpenövés fordulhat elő. A dystrophia adiposogenitalis gyermekeknél relative gyakoribb s a pubertás kezdetéig szokott előfordulni. Ilyenkor a fartájékon, a hasfalban és az emlőkön látható nagyobb zsírlerakodás mellett a szőrözöttség hiánya és a hypogenitalismus a szembezőkő. A hypophysis megbetegedése nem mindig vezet e tünetcsoporthoz; így tehát annak létrejöttéhez egyéb okoknak is hozzá kell társulni. Példa erre a törpenövés és a Simonds-féle hypophysis kachexia. *Biedl* a belső elválasztású mirigyek megbetegedései közül a pajzsmirigynek tulajdonít nagyobb fontosságot és a hypophysis szerepét alárendeltnak tartja. *Plaut* és *Kestner* a kövérség agyfüggelékű eredésének bizonyítására a fehérje anyagforgalmát használták fel és szerintük ilyenkor a specifikus dinamikus hatás csökkent. Ezzel szemben pajzsmirigyeredésű esetben a specifikus dinamikus fehérjehatás megtartott és az alapanyagcsere kisebb. *Knipping* is hypophysaer kövérségben a specifikus dinamikus anyagcsere csökkentnek találta; 9 esete közül többen csakugyan a hypophysis részesedésére utaló tüneteket látott. Ezen vizsgálati módszer megbízhatóságáról azonban eltérők a vélemények. Jelentőségéből sokat levon azon körülmény is, hogy a specifikus dinamikus hatás lényegéről még keveset tudunk. A vizsgálati mód hátrányául tudják be annak rövid időtartamát s ezért *Biedl* annak idejét meghosszabbítandónak ajánlja, s *Dürr* is az ellentétes eredmények okát a kísérleti idő rövidségének tulajdonítja. E módszerrel már azért sem lehet jó eredményeket elérni, mert az endogen kövérség esetében a pajzsmirigy mellett rendszerint más mirigy kiesése is tekintetbe jöhet. Sőt az is meglehet, hogy endogennek nyilvánított s így a diaetával dacoló esetekben később mégis pusztá étrendi megszorítással sikerült levon a beteget lesoványítani. Ennek magyarázata az illető endokrin-mirigy ideiglenes functionalis zavara is lehet, amely később kiegyenlíthető. *Umber* két fiatalkori

hypophysis tünettel járó kövérség megszűnését észlelte. Endogen és exogen kövérség kombinációja is gyakori. A dystrophia adiposogenitalis tünetcsoportot nemcsak az agyfüggelék elváltozásai okozhatják, hanem a közép-agy megbetegedései is (regio subthalamica). Az agyepiphysis is kiinduló pontja lehet a folyamatnak. (Frankl-Hochwart-féle tünetcsoport). *Lichtwitz* az agyi eredésű kövérség tünetei gyanánt a következőket említi: gyengeség érzése mellett depressív tünetek, minők apathia, izomgyengeség, közömbösség a környezettel és saját foglalkozásával szemben, feledékenység, szellemi gyengeség. A kedélyállapot is változó; egyszer nagyfokú ingerlékenység, máskor közömbösség, levertség és sírásra való hajlam mutatkozik. Főfájás, fejnnyomás, derékfájás, a combokba kisugárzó fájdalom és egy-egy idegpont érzékenysége. A vérnyomás rendszerint fokozott és a vérben lymphocytosis mutatható ki. A cerebralis kövérség okai között psychikus traumák, továbbá gond, aggodalom is szerepelnek. A vegetatív idegrendszer bántalmi kapcsán is kifejlődhetik a hájdússág.

A hasnyálmirigy a szénhidratok áthasonításában fontos szereppel bír; de viszont a fehérjék és zsírok kihasználása a szénhidratoktól teljesen nem különíthető el. Valószínűleg hájdússágban a hasnyálmirigy működése kissé csökkent. Erre mutat az is, hogy hájdúsabb egyének az idősebb korban jóindulatú diabetesbe eshetnek. *Arnoldi* az adipositas magyarázatára a szénhidratok hiányos elégsét hajlandó elfogadni, amit a vagotonias eredésű anyagcserezavarra tart jellegzetesnek.

Általánosan elismert az ovariumok functiózavara a kövérség okai között. Gyakori az elhízás a klimakteriumban, a petefészkek kiirtása után, e mirigyek működésének Röntgen-kezelés által való megszüntetése után, adnex-daganat mellett, valamint a terhesség alatt és a terhesség után pl. szoptató nőknél. Kővér nők gyakran szenvednek hypogenitalismusban és náluk a graviditas is ritkább. Az ovariumoknak a pajzsmiriggyel való szoros kapcsolata miatt sokszor nehéz eldönteni, hogy melyik mirigy kiesése az elsődleges. Többnyire az ovarium a primaer. *Marannon* és *Bonilla* boncolás alá került esetében mindkét mirigy sorvadást találtak.

A pajzsmirigy fontosságát mutatja azon megfigyelés, hogy annak hypoplasiája esetén a csökkent elégsé folytán a zsírlerakodás megkönnyíttetik. Myxoedemaban tudvalevőleg a pajzsmirigy sorvad. Minthogy a pajzsmirigy a víz anyagcserejében is fontos szereppel bír, érthető, hogy működési zavara vízretentióval jár együtt. A hypophysisnek, illetve a közép-agynak szabályozó képessége mellett a pajzsmirigyé *Eppinger* kutatásai óta általánosan le van fogadva. Pajzsmirigytablettákkal diuresis váltható ki s *Bergmann* szerint is a pajzsmirigytabletták szedése diuresist okoz anélkül, hogy a fehérjét megtámadná. *Kisch* alkati li pomatosis esetén a myxoedemaszerű tüneteket említi, amelyek különösen a klimakteriumban láthatók. Thyreogen kövérségben az alapanyagcsere csökkent, amely thyreoida adásával élénkíthető. A myxoedemat és a hájdússágot azonban egymással nem lehet párhuzamba állítani. A többi között, amíg előbbinél a vízkiválasztás vízpróba esetén rendes, addig utóbbiban rendszeren vontatott. Megjegyzendő, hogy thyreogen kövérségben a pajzsmirigykészítmény sem hat mindég. Többnyire eredményesen adható, mások azonban nem reagálnak reá s egyesek fokozott érzékenységet mutatnak vele szemben.

Endogen eredésű elhízásban általában a mesenchym-szöveteknek zsírviasszartartó képességét az endokrin-mirigyeknek a trophoneurotikus központokra való hatása szabja meg. De lehet az is, hogy a hormonok egyenesen e szövetekre hatnak s hogy a sejtszerkezet megváltozása

miatt lipase dacára nem következik be lipolysis. Mint-hogy a zsírszövet bizonyos mennyiségű vizet köt le, az is lehetséges, hogy a zsír hydrolysiséhez nem áll elegendő víz rendelkezésre. A pajzsmirigy ilyenkor talán a szöveti vízre hat. Ha a regionaer kövérség a normalis zsírszövet feltűnő lefogyásával párosul (főleg az areon), akkor a *Simonds* által leírt lipodystrophia progressiva kórkép keletkezik, amikor is a felső testrészekben a zsír erősen megfogy, az alsó végtagokon pedig rendellenesen felhalmozódik.

A környi zsírfelhalmozódástól meg kell különböztetni a zsírszövetnek körülírt daganatszerű burjánzását amelyet lipomatosisnak neveznek. A zsírszövet tok által van a környező szövetektől elhatárolva. A zsírdaganatok többnyire részarányosan helyeződnek el és lesoványodás esetén is tovább nőnek. Az idegfonalakkal nincsenek összeköttetésben és ezért fájdalomtalanok. Pérfiaknál gyakoribb. Ha a daganat az idegekkel vonatkozásba kerül, akkor a lipomatosis dolorosának nevezett kórkép keletkezik. Némely egyénnél a zsírszövet az idegek részese-sedése nélkül is fájdalmas s ezeknél sokszor a véredény is sérülékeny, mi miatt kapillaris vérzések és bőraláfutások keletkeznek. *Dercum*-féle adipositas esetében rendszerint psychikus és idegpanaszok is észlelhetők. Bár a *Dercum*-féle betegséget és a lipomatosis dolorosát az alkati alapon fellépő formáktól elkülönítik, mégis *Curschmann* és mások a hormontherapiával elért sikerek alapján a pajzsmirigy részese-sedésére gondolnak.

Az elhízás gyógykezelése még az endogen-alakban is elsősorban a diaeta megszorítása által történ-jék. Ugyanis egyfelől gyakori a kevert alak, amelyekben az étrendi előírásokkal is bizonyos fokú siker érhető el, másfelől pedig csak ily módon lehet felismerni az endogen-alakokat. Az energiaforgalmat a *Harris-Benedict*-féle táblázat segítségével lehet kiszámítani, amelyhez még az izommunka és a tápfelvétel specifikus-dinamikus hatásának fedezésére körülbelül 50%-ot kell hozzáadni. Az így kiszámított kalóriaszükségletnek mintegy felét kell csak táplálékbevitellel fedezni; sőt *Umber*, ha a vizeletben kiválasztott nitrogen mennyisége időnkint meghatározható, a kalóriaszükségletnek csak egyharmadát fedezi. *O. David* a *Harris-Benedict*-táblázatból kiszámított testsúlyból a normalis testsúlynak megfelelő kalóriákat levonja s így állapítja meg, hogy hány kilóval kell a kövér egyént megkény-nyíteni. Az étrendben a fehérjemennyiség úgy legyen beállítva, hogy minden kg-ra 0.8—0.9 g jusson, úgyhogy a beteg naponta mintegy 80 g fehérjét kapjon. A szén-hydratok az összkalóriaszükségletnek mintegy 10%-át tegyék ki. A szénhydratok vizet tartanak vissza és az oxygenelhasználást nem eléggé fokozzák, *David* óv az egyoldalú szénhidrátkúrától, minő a kétszersült-diaeta is, amely valójában éhségkúra. Egyoldalú kalóriaszegénykúrák, minők a főzelék, burgonya, gyümölcs, tejnapok csak akkor alkalmaztassanak, ha egyéb eljárások sikertelenek, s akkor is csak rövid ideg. A zsír-bevitelt teljesen beszüntetni nem lehet, mert az nélkü-lözhetetlen vitaminokat tartalmaz, kivált a vaj; to-vábbá, mert a zsírmegvonással sem kényszeríthető a szervezet arra, hogy ebbeli hiányát éppen a kóros zsír-raktárakból pótlja. A zsírbevitel, amely a legnagyobb kaloriavivő, ne legyen több naponta 30 g-nál. Minthogy a zsírok specifikus-dinamikus hatása csekély, leg-hamarabb raktározódnak le a szervezetben és ezért a zsirdietaátak kerülni kell. A többi kalóriaszükségletet lehetőleg cellulosedús táplálékokból kell összeállítani, minők a főzelékek, barna kenyér, Graham-kenyér, gyü-mölcs stb. A folyadékbevitelt mintegy $\frac{1}{4}$ l-re ajánlatos korlátozni. Folyadékmezsorítással a zsírelhasználást

nem lehet fokozni, azonban általa a szív munkája lesz megkönnyítve, ami a decompositio felé hajló cor adiposumban jó hatású lesz. Ha az étkezés a folya-dékbeviteltől el lesz választva, akkor ez *Schweninger* szerint az étkezési vágyat csökkenti. A vízkiválasztást mérni kell és ha azt látjuk, hogy a beteg a bevett folya-déket mind kiválasztja, akkor szomjúsági érzet esetén több folyadékot is vehet magához. A víz és a konyhasó közötti szoros kapcsolat a konyhasó megszorítását is szükségessé teszi; ennek mennyisége 3—5 g legyen na-ponta. Nagyobb konyhasó- és vízkiválasztóképesség esetén természetesen ezen mennyiség — ha az egyén ezt így kívánja — emelhető. A szomjúsági érzés csilla-pítására a beteg neu-cesolt vehet magához (3×0.5 g) vagy a nem régen ajánlott refrixa-tablettákkal lehet próbát tenni. Újabb dolgozatok szerint a víz eltávozá-sát a szervezetből fehérjedús táplálékok segítségével le-het előmozdítani.

A kövérség kezelésében az étrendi előírásokon kí-vül a gyógyszeres kezelés is megkísérlendő. Cerebralis hájdútság esetén, ha annak előidézője a vérhaj, specifi-kus kezelés válik szükségessé, míg daganat esetén Röntgen-besugárzás vagy műtéti beavatkozás jöhet szóba. Az alkati alapon megjelenő, többnyire endokrin-eredésű kövérségben a hormon-készítményekkel lehet eredményt elérni. Közülök a pajzsmirigy-készítmények a leghatásosabbak, energiaforgalmat fokozó hatásuk miatt. *Kisch* alkati lipomatosisban, késői myxoedemá-ban, *Reichmann* pedig a *Dercum*-féle betegségben ajánlja. Ilyenek a hazai gyártmányú pajzsmirigy-tab-letták, továbbá *Krause*-féle eljárás szerint előállított thyreoidin dispert, amelyből emelkedőleg 10, 15 majd 20—25 egység adható. A *Biedl* által ajánlott thyreo-toxinallal lehet később próbát tenni. További készítmény a degrassin (adagja 1—8 tablettá) és a thyreoglandol. A regionaer kövérségben a pajzsmirigy-készítmények többnyire akkor hatásosak, ha a pajzsmirigy működése esökkent vagy elégtelen. A pajzsmirigy valószínűleg az intracellularis vízeserefokozása által hat, mert az anyageserét korántsem élénkíti oly mértékben, hogy a mutatkozó súlyfogyást ebből lehetne magyarázni. A soványítás ezen neme *Bergmann* megállapítása szerint a szervezet fehérjeállományát nem támadja meg. A szívre való hatása miatt azonban könnyelműen nem szabad vele bánni s csak a diaetával dacoló esetekben alkalmaztassék. A szívet ellenőrizni kell s ha az ütőér-lökés szabálytalanná válik, kihagyandó. Ha később al-kalmazva újból szívtünetek mutatkoznak, akkor digi-talis-készítménnyel kell együttesen adni. A pajzs-mirigy intoxicatio egy másik tünete a szédülés, amely a test helyzetének megváltozása alkalmával pl. ágyból való felkeléskor lepi meg a beteget és az izzadás. Bár a thyreoida-készítmények a pajzsmirigy hypofunctioja esetén indicáltak, mégis más eredésű kövérségben is megkísérlendők, ha a megfelelő hormonokkal hatást nem lehetett elérni. Hypophysaer kövérség esetén hypophysis-készítmények adandók, azonban a hatás itt korántsem olyan jó, mint a pajzsmirigy hiányos műkö-déséből származó esetekben. Ilyen készítmények a hazai hypophysis-tabletták, a pituitrin, pituglandol, hypo-physin és a Plaut által ajánlott praephyson (*Passek* és *Wolf-Hamburg*), amely állítólag a táplálékok csökkent specifikus-dinamikus hatását fokozza. Ovarium-készít-mények az ovaraden, ovaradentriferrin és az oophorin. Ha a kövérség nyilvánvalóan több endokrin-mirigy hypofunctiojának folyománya, akkor a kombinált ké-szítmények alkalmazása válik szükségessé. Rendelésük annál inkább indokolt, mert a legtöbb esetben egyszerre több mirigy betegedett meg, továbbá ezen mirigyek

correlatiója folytán egyik mirigy működésére a másik compenzálólólag hat. Ilyen készítmény a lypolysin mase. és feminium adására *Alexander* szerint a betegek frissebbek lesznek és étkezés után teltségi érzésük hamarabb jön meg. Diuresist indít meg és kedvező hatását a dysmenorrhéára. Kellemetlen tüneteket is okoz, minők a spasmusok, amelyek ellen belladonna- és papaverin-készítmények ajánlhatók; további tünetek a múlt szívzavarok, szívdobogás, nyugtalanság és álmatlanság.

Ügylátszik, hogy nem teljesen közömbös szer. Befecskeendések alakjában alkalmazzák és a közbeeső napokon belsőleg tablettákban szedetik. Nem hat, ha a hyphophysis hypofunctiója miatt a víz anyagcseréje zavart. A *Blumenfeld* és *Kastan* által ajánlott lepthormon az agyfüggelék és a pajzsmirigy kivonatain kívül calciumot és digitalist tartalmaz. *Nussbaum* főleg a petefészkek kiesése által feltételezett bántalmakban adja (dystrophia adiposo-genitalis, cystikus degenerált ovariumok, ovarium kiirtás után). Legjobban hat a klimakteriumban. A hypertoniára is kedvező hatást gyakorol, amely a soványodással párhuzamosan csökken. Az eredmények jobbák, ha mellette tej- és gyümölcsnapokat is tartatnak a betegekkel. Hazánkban hormogland név alatt állítanak elő olyan készítményeket, amelyekben a belső secretiós mirigyek különböző combinatiói foglaltatnak. *David* hormovesculanja pajzsmirigykivonatot nem tartalmaz; e készítményt pajzsmirigy iránt érzékeny betegeknek ajánlja.

A nem specifikus eljárások közül a tejbefecskeendések említendők, mert a fehérje egymagában is fokozza az anyagcserét. A pajzsmirigy hatását fehérjekezeléssel lehet kombinálni a hatás fokozása céljából. Ilyen készítmény hypertherman. *Loránt* is ajánlja a pajzsmirigy-porteintherapiát, amely mellett az étrendet nem szabja meg, mert a súlyfogyás nem a fehérjeállomány rovására történik, hanem a víz és a zsír eltávolításából ered. Gümőkorra gyanus esetekben és súlyos szívbántalomban szenvedőknél a pajzsmirigy-készítményektől tartózkodni kell. *David* hormovesculenjét a hatás fokozása céljából yatrennel kombinálja. *Eppinger* a pajzsmirigyét novasurollal együtt adja. A novasuroltól mint vizelethajtó szertől kedvező hatást vár a víz- és konyhasóvisszatartásával járó alkati lipomatosisban szenvedőknél. A víz eltávolodásával a visszatartott konyhasó jó része is ki fog ürülni. (A zsír mintegy 40% vizet tartalmaz.) Minthogy a novasurol hatása nem tartós, egy idő múlva ki kell hagyni s később újból lehet vele próbálkozni. Nem teljesen közömbös szer s ezért idősebb egyéneknek ne adjuk. Egyébként a diuresis elősegítése által a szív munkáját megkönnyíti; ezért olyan kövérség esetén ajánlatos alkalmazni, ahol a víz felhalmozódása a szövetekben részben cardialis eredésű.

Pluriglandularis megbetegedés esetén karlsbadi vagy marienbadi kúra a vízretentióra való hajlam miatt nem ajánlható. Ahol azonban a diuresis jó, ott próbát lehet vele tenni, mert a hypotoniás oldatok a szövetekbe való diffúzióra nem hajlamosak és mivel konyhasót nem tartalmaznak, nem kell attól tartani, hogy a szövetekben lerakódnak. Ezen ásványvizek hashajtó hatásuk miatt a tápanyagok felszívódását hátráltatják és ezért is alkalmazhatók.

Röviden felemlítém a physikalikus módszereket. A meleg fürdők, izzasztások sok esetben a vérkeringési gyengeség miatt nem rendelhetők. Jobb hatásúak a hidegvíz-kúrák, anyagcserét élénkítő és a szervezetet frissítő tulajdonságuk miatt. Ugyanez mondható az izommunkáról, minők a hegymászás, tornagyakorlatok, sport stb. Sok kövér egyén nagyobb erő kifejtést a vér-

keringési szerveknek anélkül is fokozottabb mértékben való igénybevétele miatt nem bírja. Az ajánlott soványító eljárások óvatosan és orvosi ellenőrzés mellett végeztesse, nehogy a túlhajtott soványításból a betegre kár háramoljon.

Orvostörténelmi jegyzetek.

X.

Antiluikus¹ gyógyeljárások a syphilis felismerésének korából.

Írta: *Mayer Ferenc Kolos dr.*, kórbonetani gyakornok.

Ragályos veneriás betegségeket már az egyiptomi, hindu és asszír orvosok említene. A görögök és rómaiak is tudnak ilyenekről. Arab orvosok sikeresen kezeltek nemibetegeket, syphiliseket is. A syphilisnek tünetei közül azonban csak a kezdeti fekélyt ismerték, míg a későbbi elváltozások meghuzódtak a különböző bőrbajok, főleg pedig a leprának universalis gyűjtőfogalma alatt. Arra, hogy a latens periodusokkal megszakított kórlefolyást egészében felfogják, csak a XV. századvégi orvosok voltak képesek. Ezek akkor új betegséget véltek felfedezni, s e balhitűeknek a századvégi nagy kultúrfelfordulás kapóra jött. Bizonyos politikai viszonyok, a felfedező utak, a hadjáratok, a cigányoknak Keletről való beözönlése, a spanyol zsidóüldözések, a néger rabszolgakereskedés, a Saturnus, Jupiter és Mars constellatiója, természeti csapások, vízáradások és a nemi morál általános sülyedése alkalmas momentumok lettek, hogy velük a syphilis keletkezését, okát és gyors elterjedését kapcsolatba hozzák.

Vannak, akik Amerikából származtatják; vannak, akik Afrikából; vannak, akik Ázsiából. E véleménykülönbség is mutatja, hogy a baj mindenütt otthonos. Miért lett volna tehát a szomszédos kontinensekkel számos kultúrösszeköttetésben álló öreg Európa kivétel? A *treponema pallidum* minden égöv alatt jó táptalajra talál, a syphilis nem helyhez kötött betegség, s a fajfenntartás eselekedetei is általánosan gyakorolt emberi aktusok. Ma nem is akad komolyan gondolkodó orvos, aki a látszatnak hitelt adva, a syphilisnek innen vagy amonnan való eredése felett meddő vitába bocsájtkoznék. A XV. század nem új kórformát fedez fel, hanem egy ősrégi betegségnek az orvostudomány különböző lapjain elkönyvelt symptomáiból ezek közösnek felismert aetiológiája alapján új syndromát alkot, s ennek a tünetesopornak új nevet ad. Feltűnő, hogy mikor megvolt az új névvel az új általános betegség, egyszerre csökkent Európa régi réme, a XIII. és XIV. századot emésztő lepra. Újabb kutatók, egykorú syphilio-graphusok egyoldalú felfogása alapján, a kor genius epidemicusának átfelmódásával magyarázzák ezt a sajátos jelenséget, holott ennek legtermészetesebb oka éppen az, amit említettem: vagyis, hogy a lepra jórésze — főleg jóindulatúnak tartott alakja — a még fel nem ismert syphilis volt.*

A nemibetegségek vizsgálatára a XV. század orvosainak figyelmét a kor erotikus expansiója terelte. Soha

¹ A *luēs* szó töve lui- és így a belőle középkori latinsággal képzett melléknév helyes alakja *luicus*, nem pedig *lueticus*. A vérbajjellenes kúra is *antiluicus*.

* Hogy az orvosok Európában már Kolumbus útja előtt ismerték a primaer syphilis fekélyeket, s ezeknek okát a nemi érintkezésben keresték, annak kétségtelen bizonyítékát az elmúlt karácsonyi ünnepek alatt láttam meg az egri Lyceum könyvtárában egy, a XV. század első feléből származó receptgyűjteményében, melyet később ismertetni fogok. Ennek a kódexnek 364. sz. receptje mellett, mely a hímvessző fekélyeire, pustuláira és gyulladásaira ajánl orvosságot, a margóra függet mutató kéz van rajzolva, a penisnek és scrotumnak ősi symboluma. Egy másik hasonló célú recept mellett egy vulvával szembeállított penis látható. Egyik oldalon az ismeretlen szerzetes-író a hímvessző elkeményedő fekélyeire ajánl orvosságot.

Sanalbin

**fogpép,
szájvíz,
fogpor**

Készíti

a Magyar Fogorvosok Egyesületének
előírása és ellenőrzése mellett:

Dr. BAYER ÉS TÁRSA
BUDAPEST IX.

Minták kívánatra.

RÖNTGEN-

BERENDEZÉSEK.

ELEKTROMEDIKAI GÉPEK.

AZ ÖT VILÁGRÉSZ

LEGELISMERTEBB KÉSZÜLÉKEI:

SIEMENS-REINIGER-VEIFA

GYÁRTMÁNYAI.

RÖNTGENLÁMPÁK S AZ ÖSSZES
FELSZERELÉSI CIKKEK.

PROSPEKTUSOK, KÖLTSÉGVETÉSEK
DIJMENTESEN A MAGYARORSZÁGI TELEPNEL
BUDAPEST VI, **ODELGA RT.** ANDRÁSSY-ÚT 28.

Mindennemű Pruritus-nál

simplex — senilis — diabeticus — nervosus — vulvae — ani — urticaria —
strophulus infantum — fogzási hólyagok — intertrigo — ekzema (különösen
nedvező) — friss bőrgyulladások — rovarcsípések — fagyási és égési hólyagok.

Unguentum Obermeyer

(Vilja Creme)

Pulvis Obermeyer

Vilja Puder

dermatosisek és fluor szárazkezelésében
évtizedek óta bevált a gyakorlatban.

Eredeti csomagolás tubusokban.

Pénztári csomagolás tubusokban.

Irodalom és minták díjmentesen.

Magyarországi vezérképviselőt:

Dr. Budai Emil r.t.

Budapest IV, Petőfi-tér 3.

OBERMEYER & CO. A.-G., Fabrik pharm. Präparate, HANAU a. MAIN.

Chlorosisok

Kimerültségi állapotok

Anaemiák

Vérvesztések

sikeresen kezelhetők **ARSEN-TRIFERROL**-al, mert ez a régen kipróbált és jóízű szerves arzénkészítmény
bőségesen képi a teljes értékű vörösvérsejteket. Gyomorbetegség is előnyben részesítik, mert nem okoz kelle-
metlenségeket. 300 gr-os eredeti üvegek.

GEHE & CO. A.-G., CHEMISCHE FABRIKEN, DRESDEN-N.

MAGYARORSZÁGI KÉPVISELET: BARICS MILAN BUDAPEST III, FÖLD-UTCA 50/b. SZ.

BILAGIT

Cholagogum! A máj- és
epebántalmaknak állandó és
biztos hatású gyógyszere.

1 üveg 20, illetve 40
drageirozott
tabletta.

CHINOIN — UJPEST

Laxativum

vegetabile
compositum.

Főhatóanyag: frangula
glycosidák. 1 doboz 20, illetve
1 üveg 40 drageirozott tablettá.

PANTAL

Diathermiás és röntgenkészülékek precíziós szolid kivitelben.

Állami és privátklinikák, szakorvosok állandó szállítója. Elsőrangú referenciák. — Fizetési feltételek: megegyezés szerint
MARTIN és 'SIGRAY Rt. elektromos mérőműszerek gyára BUDAPEST IV, VÁCI-UTCA 58. SZÁM.
TELEFON: J. 146-62. és J. 66-61.

Egyesült Betegápolók és Ápolónők Önszolgáló Egylete

Telefon: József 30-12. Budapest VIII, Stáhly-u. 1. Orvosiilag vizsgázott szak-
képzett ápolónőket ajánl privát házakhoz. Fjél is hívható.

Dr. Wagner **WETOL** sebolaj.

Friss sérülések, gyulladás, tályog, furuncululus tsb. kezelésére
kiválóan alkalmas.

FORDÍTÓ IRODA

ÜBERSETZUNGSBUREAU D. HUPPERT
Wien VIII, Florianigasse 12.

Elvállalja orvosi közleményeknek németre és egyéb nyugat-
európai nyelvekre, szakszerű sajtó alá kész (druckreif) fordítását.
Elsőrendű referenciák. Mérsékelt díjszabás; gyors elintézés.

A világhírű téli gyógyhely és kénesfürdőn

Heluan Kairo mellett (Egyiptom)

A KLINIKAILAG VEZETETT PHYSIK.-DIÄTETIKUS

Sanatorium Heluan

Különösen vese-, rheuma-, anyagcsere-bántalmak (diabetes, ízületi
csúsz, obesitas), arthritis-, máj-, gyomor- és bélbetegségek, valamint
asthma-, katarrhus-, ízületi és csontaffektiós betegek részére.

Szakorvosok.

Mérsékelt árak.

Idény: Október—júniusig.

EGGER

Natrium **KAKODYL.**

Dr. Egger

Fájdalmatlan, jól bevált sub-
cutan injectio 0'05 vagy 0'10
erősségben, 12 vagy 20 am-
pullás dobozokban.

PERKODYL

Hatványozott hatású
Arsen - injectio

*Arsen-, Strichnin-, Phosphor-therapia
számára.*

Na. monomethyl ars. 0'05
Strychnin 0'0001
Na. Glycerophosphor 0'05
1 doboz 20 ampulla.

Na. **ARSENICOSUM** Dr. Egger

Erőteljes, anorganikus arsen-
injectio. **A** csomagolás emel-
kedő és csökkenő dosisokban
0'001—0'01—0'001 g-ig 20 am-
pullát tartalmazó dobozokban.
B csomagolás emelkedő dosi-
sokban 0'001—0'02 20 ampullát
tartalmazó dobozokban.

Mintával és irodalommal szívesen szolgálunk:

Dr. EGGER LEO és EGGER J. gyógyszervegyészeti gyár Budapest VI, Révay-u. 12

RÖNTGEN

ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK
QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
raktárról kaphatók Budapest VII, Miksa-u. 5. T.J. 130-26.

korszak a női testtel, a szépséggel még olyan kultuszt nem üzött, mint éppen ez a minden téren alkotni vágyó, teremtő aera. Ideál a duzzadó, érzéki asszony, akit extrém alakjában *Rubens* rajzol legművésziesebben. S ez ideálját a kor kultiválja is, testkultuszához megszerezvén a jog, a philosophia, az orvostudomány és a társadalom szentesítését. A házassági hűség fonák értelmezése, a nőnek élvezeti cikké degradálása, a prostitúció, a phalluszistelet, közös fürdők hiányos toaletteben, exhibicionista divat, szoptató Máriák, próbaéjszakák, havi vérzést indító, erectio-fokozó aphrodisiacus szerek, sexualis életszabályok, sotadikus farsangi játékok, főúri és főpapi maitressek, a Heute rot, morgen tot elve jellegzetesek a renaissance idejére. A nemi élet és az erotika ilyen túltengése alkalmas talaj volt a veneriologia fejlődésére, amint hogy a XVIII. századi felvilágosodási szellemi erőfeszítései nyomán az elmekörtán, a XIX. század gyermekkultuszának hatására pedig a paediatría tökéletesedhetett. Vegyük ide még a bukófélben levő galenismust, az orvostudomány általános újjászületését, a rendszeressé váló klinikai megfigyeléseket — és megkapjuk azon faktorokat, melyeknek a syphilis fogalmának megalkotásában szerep jutott.

Ennek az anonym fogalomnak neve hamarosan közszájon forog. Ahány nép, annyiféle csúfító jelző; ahány tünet, annyiféle vezetéknév; ahány védőszent, annyiféle elkeresztelés! Az ezerarcú betegség ezerféle néven mutatkozott be. Ismertebbek a következők: *pestis*, frenk yletti (balk. török), Venusseuche, Lustseuche, Venussyge (dán), Venusziekte (holland); *lues*, proluvia Hispanica, Gallica, Celtica, venerea; *Syphilis* (Fracastor); *malum Galecum*, Gallicum, frantzos nyavallya, mal de Francia², de la tavelle (Genua), delle bole (Toscagna), espagnol, castillan, des Portugais, Chrétiens, des Tures, Polonais, des St. Sement, Ste Reine, St. Evagre, St. Roch, St. Hiob, St. Maevius, St. Fiacre; *morbus Gallicus*, Panmonicus (Schaufus), Patura, Burdigalensis, Portugalensis, Hispanicus, Indicus, magnatum, regius, serpentinus; *caries Gallica* (Fracastor); *scabies neapolitanus*, Rothomagensis, epidemica; *ulcus*: csuang (Kína), pl. mien-hoa-csuang (gyapjúfekély), kuang-tong-csuang (kantoni fekély), esi-csuang (időfekély). Egyéb nevei: frantzia var, pustulae epidemiales, formicales, asafaticae, impetigo pestilentialis, scorra pestilentialis, gorre, grandgor, die wylden Wärtzen, mentulagra, pudendagra, la clavela, vermocane, posca gallica, bubas, postillas, modorilla, le bughe, dongues, hypa, tayba, guayacana, yca, curiale, franczu, frente, francuzai.

A vad erővel kirobbant betegséggel szemben a *Galenus* iskolájában nevelkedett orvosok eleinte tehetetlenek.³ Mesterük nem írta le a bajt, ők tehát megfutamodtak a hozzájuk forduló betegek elől, akik mint a társadalom számkivetettjei, lakott területeken kívül, erdőkben, mezőkön tanyáznak.⁴ A syphilis által keltett első riadalom elmúltával, amikor a sovány galenusi pathológiában sikerült helyet szorítani az új bajnak, megkezdődnek az első rationalis gyógyító kísérletek. A therapiás tapogatódzás a syphilisnek a középkor leprájával való hasonlósága alapján eleinte a lepraellenes szereket használja fel: kénes vizet, violaolajat, miniumot és a higanyt.⁵ Helyileg a penisfekélyt vagy

arab módra kauterezték⁶, vagy timsós vízzel való mosogatás után populeon, illetve szürke kenőccsel, tojásfehérje-olajjal bekenik, ólom és aloe porával behintik.⁷ Hasonló célokra szolgált a tömjén, mastix, majoránna, santálfa, szekfü és saponaria. Majd amikor a betegségnek az egész organismust megmérgező jellege kiderül, iparkodnak a mérget a testben elégetni vagy azt onnan kiküszöbölni. *Méregátalakítás és méregkiürítés* volt és maradt az alapja mindenféle antiluikus eljárásnak csaknem a legújabb időkig. Amazt diaetával, ezt a szervezet evakuálásával (érvágás, köpölyözés, hashajtók, diuretikumok, nyálfolyást vagy izzadást okozó szerek) gondolták elérhetni.

Mivel az emésztés sok energiát fogyaszt, hogy a testerőket a betegség leküzdésétől el ne vonják, lehetőleg kevés mennyiségű táplálékot rendelnek a betegnek. Tilosak a nehéz húsok. Egy étkezés négy uncia kenyérből és két uncia húsból álljon. Tilos a bor; ital legyen a nőnek, szárnak vagy kecskének teje, almászörp, esetleg gyógyborok. Ajánlják a meleg, tiszta légkörű helyeken való tartózkodást, nyugalmat. Mások viszont arra gondolván, hogy a mérget a nyugodt test szerveibe könnyebben belefészkel magát, lágyító füvekből (Betonica, kamilla, origanum, ruta, füge) készült gyakori fürdőt, testgyakorlást és szárazon vagy puhító kenőcsökkel való massaget rendelnek, sőt gyakori coitust is.⁸ Ha a betegnek esetleges aranyeres csomói megpattannak, az csak sietteti a gyógyulást, mert ezáltal a toxicus vér kevesbedik.⁹

A mérget kiürítésére szolgáló eljárások mindegyike divatban volt a syphilis ellen. Így a vena saphenán vagy basilicán végzett érvágás, a hashajtás, húgyhajtás, amely módokat megfelelő diaetával kombinálták. Érdekes, hogy még a XVIII. században is akadnak orvosok, akik hasonló megfontolások alapján elégségesnek tartották a betegség meggyógyítására az ilyen, minden specifikumot nélkülöző kezelést. Így *Fricke* a lueses betegből hat uncia vért ereszt ki, hashajtó sókat rendel és sovány kosztot tartja a patient. *Kluge* pedig megelégszik purgansok (Na, MgSO₄) adagolásával.

Természetes, hogy a vérbajosok Isten büntetésének tekintett betegségükben a szentek közbenjárásához is folyamodnak. A grimmenthali búcsújárások, a b. Jób tiszteletére mondott misék már az első tíz év alatt bevonultak az antiluikus armariumba. 1506-ban egy Domonkos-misekönyv, 1509-ben a passau, 1512-ben a veszprémi Missale lapjain olvasható a Jób-mise.¹⁰ Hogy azonban mindezen kezdetleges eljárást nem sok gyógyulás követte, bizonyítja az a fűhöz-fához való kapkodás, amellyel biztosan ható specifikumot (alexipharmacum) akartak találni a francia nyavalya ellen. Azonban a friss lenolajjal megkent zsemlye, a mókus, a cserebogár, a borba fojtott vipera vagy varangyos béka, a főtt kigyó, angolna, rák, farkas-máj éppúgy nem ért semmit, mint a kizárólag teknősbékahússal való táplálkozás, amelyről azt tartották, hogy a syphilises papulákat megszorítva, azokon keresztül véglegesen kihajtja a virust. Több gyógyítóereje lehetett a guajakfafőzéshez használt tengervíznek és tengeri szivacsnak, amelyekkel — tudatlanul bár — a *Courtois* által 1811-ben felfedezett és *Wallacetól* a syphilis therapiába bevezetett jódot kapta a beteg.¹¹

Ezen ú. n. *rationalis* vagy *methodikus* eljárások mellett már kb. 1496-tól gyógyítottak luest higannyal

² *Dante* (1265—1321) *Purg.* VII., 107. sorából kiténik, hogy e nevet csaknem kétszáz évvel a syphilis felismerése előtt használják egy súlyos betegség megjelölésére:

„Padre e suscero son del mal di Francia,
Sanno la vita sua vizziata lorda.
E quindi viene il doul che si lancia...”

³ *Brant* (1458—1520) egy dalában így ír:
„Non illi Chiron, nec item eum fratre Machaon
Ferre salutarem posse fatentur opem.” (*Eulogium*, 1496.)
V. ö. továbbá *Widman*. *De pustulis*, 1497. Cap. 5.

⁴ V. ö. *Phrisius*, *Epitome Opusc. de curand. Pustulis*. Basileae, 1532. Cap. 1.

⁵ V. ö. *Benivenius*, *De abditis morborum causis*. Florentiae, 1507. Cap. 1.

⁶ V. ö. *Gilinus*, *De morbo Gallico*, 1497., továbbá *Abulkasis*, *Chirurg.*, 1506. Venet.

⁷ V. ö. *Guy de Chauliac*, *Cyurg. parva*, 1506. Venet.

⁸ *Baccius*, *De balneis*, pg. 463.: „...ac licheni similis lues gallica nostri saeculi fortasse non tam frequenter suum virus ex concubitu propagasset, si prius quam medullis inhaesisset, per balneas et exercitia fuisset exturbata...”

⁹ *Widman*, id. mű. Cap. 4.

¹⁰ Ez utóbbi Missale megtalálható az Egyetemi Könyvtárban, ahová az egri Lyceumból jutott.

¹¹ *Wallace*, *The Lancet*, 1835—36.

is; igaz, hogy nem az orvosok, hanem kóbor sebészek, vásározo kuruzslók és alchymisták. Aránylag hosszú idő telt bele, több mint húsz esztendő, amíg az *empirikusnak* nevezett higannyal, auripigmenttel végzett gyógymódot a tudós orvosok is általánosan alkalmazni merik. Ezt a habozást és késedelmet főleg a vaktában végzett higanykúrák szomorú eredményeinek lehet betudnunk.¹² A higanypártiak és higanyellenesek küzdelméből végül mégis győztesen kerül ki mai, csaknem specifikusnak nevezhető lueselleni szerünk, bár még a legújabb időkben is mindig akadtak tantaluszi kísérletezők ezen nélkülözhetetlen szernek a vérbaaj kezeléséből való kiszorítására.

A higanyt a XV. század jól ismeri. Hiszen már a XIII. században használják a lepra súlyos alakja, a *malum mortuum* ellen. Bábák nehéz szüléseknél, belgyógyászok a féregűzésben, az arabok rühellenes kenőcsekben és gyenes bőrbántalmakban tudták értékesíteni. Az araboktól spanyol és olasz orvosok tanulják meg a higany kiválóságait. Lassacskán általánosan elfogadják, hogy az élő ezüst, ahogy a század a higanyt nevezte, legtökéletesebb gyógyszere az új betegségnek, különösen az inveterált esetekben. A higany gyógyhatását evakuáló tulajdonságára vezették vissza, s eszerint főleg két irányban alkalmazták: 1. mint *nyálfolyást* okozó szert kenőcsök, tapaszok, lemosások formájában; 2. mint *hashajtót* vagy hánytatót füstölések és bevételre alkalmas készítményekben.

A *kenőkúrában* (aleiptice) kedvelt volt a *Guy de Chauliactól* ajánlott, 10–20% higanyt tartalmazó sara-cén kenőcs (malagma saracenicum) avas disznózsírral, mint alapanyaggal. Ezzel hetenként egyszer kellett az egész testet tetőtől-talpig bekenni. A kenést későbbi időkben érvágás, vagy több napig tartó izsaszótkúra előzte meg, mert a higanyos kezelések első éveiben észlelt sok halálesetet úgy magyarázták, hogy a gyógyszer izgató hatására a betegség rossz nedvei tömegesen a torokra mennek, vagy a fejbe, egyik esetben megfullasztván a beteget, másikban apoplexiát és bénulásokat okozván. A páciens tehát praeparálják az inunctióra, s a bőségben levő virust előzetesen a bőrön vagy a bélrendszeren keresztül mintegy lecsapolják. A kenések helyének megválasztásában is óvatosság lesznek s a test ú. n. főrészeit, a hasat, mellet és fejet kihagyják a bedörzsölésből. Mivel továbbá a higanyt a régi gyógyszer-tani temperamentum-elmélet alapján hideg szernek tudták, amely a nemi szerveket lehűtve még impotenssé is tehet,¹³ ezért a kenőcsbe belekevernek a higany hidegségét közömbösítő meleg anyagokat is, s ezenfelül az inunctiókat meleg helyen vagy nap-sütésben végzik, utána a szobában maradva, ágyba fekszenek, hogy ott jól kiizzadjanak.

*Almenar*¹⁴ resolvens szörpökkel készít elő a kúrára s egy turnusban háromszor kenet a beteggel, melynek végén nyhe hashajtót adagol. *Bologninus*¹⁵ egyes testrészek fomentációjával vezeti be a kúrát s a felmelegített részre keneti a higanykenőcsöt, miközben a beteg két tűzrakás között ülve, az újjára vett kenőcsdarabkát előbb a láng felett megmelegíti. Bedörzsölt tagját azután meleg pólyával fászlizza körül. Az ő előírása szerint egy turnus addig tart, míg a betegnek fogfájása nem támad. Ekkor letisztálkodik. Egész idő alatt meleg helyen kell tartózkodnia, finom húsokkal és édes borokkal táplálkoznia. De még az ilyen, aránylag óvatos eljárásba is a kezeltéknek átlag 10%-a belepusztult.¹⁶

¹² G. Torella Tractatus de pudendagra. 1497. e. művében így ír: „Isten legyen a tanum, mennyi kellemetlen és iszonyú következményét láttam én ezen empirikus kenőkúráknak.” — Montanus (Consult. med. 1557. Basil.) azzal ijeszteti a kenőket, hogy a higany elszínteleníti a bőrt és az egészségeseken is epilepsiás rohamot vált ki.

¹³ Oethaeus. Observat. libri e. művében említ egy fiatal nemeset, aki lapostetűinek kiirtására higanyt használván, azokkal együtt nemi tehetségét is elpusztította.

¹⁴ J. Almenar, De morbo Gallico. é. n.

¹⁵ A. Bologninus. Libell. de cura ulc. Bonon. 1514.

¹⁶ Diaz de Isla. Trattado contra las bubas. Salamanca. 1527.

Mennyivel inkább érthető, hogy facér vásári orvosok kezdetleges tömegkúrája alatt, amikor a betegek nyárait a kenőkúra tartamára egy túlfűtött, higanygőzökkel telített bódéba 10–20 napra bezárták, egyik embernek fogai hulltak ki, a másik súlyos szájgyulladásra folytán éhen halt, a harmadik megőrült vagy reszketeggé vált.¹⁷

A kenőkúrákhoz használt kenőcs alapanyaga disznózsír, kakaszsír, vaj, olaj, terpentín vagy pedig éhes embernek a nyála. Hatóanyaga a fém-higany, az *argentum vivum*, mely az alapanyaggal való összevegyítés közben „mortifikálódik”, elveszti mozgékony tulajdonságát, kis részekre esik szét, ami viszont a testbe való behatolást megkönnyíti. Átlag egy font zsírhoz hét unciáig higanyt rendelnek, gyenge szervezetűeknek csak 3–4 unciát. Kenik az ízületeket, büttyöket, a kéz, könyök, láb, térd húsos részeit, az erősebbeknek mája táját és gerincét is. Eleinte minden alkalommal bedörzsölik az összes említett részeket, később szakaszonként alulról felfelé. *Fallopious* szerint,¹⁸ aki egyébként csak makacs eseteknél veszi segítségül a higanyt, a beteg más-más napon kenet a lábfejeket, lábszárat, combot, kart és hátat. A kúra idejéül legalkalmasabbnak vélik a tavaszi és őszi holdfogyatkozásokat, a napszakaszok közül pedig a reggeli órákat. Ez a vélemény még utóregzése az előző századok misztikus astrologiai nézeteinek. A kezelés általában addig tartott, míg jól folyásnak nem indult a beteg nyála. Ekkor következett utókúráként a fürdő, esetleg a később említendő izsaszó guajakfafőzet. Ha a higanykúra nyomán támadt szájgyulladás fekélyes volt, ezek begyógyulását sebheglesztő füvekből való gargarismával segítették elő.

Az ilyen meleggel kombinált inunctiós kúra persze sok kellemetlenséggel, bűzzel, piszokkal járt. A beteg nem is öltözhetett rendesen. A kenésnek ideje alatt rendesen zsákból varrt ruhát viselt. Ezek a kényelmetlenségek inspirálják az egyik ferrarai kurtizánt 1532-ben a következő panaszos dalra:¹⁹

Oimé aichmé, deh Dio, ahi cieli, oh sorte!

Oh martoro infernal, morbo francese,
Che impaurita fai fuggir la morte!

Gia fui favorita e si felice!

Vestiva d'oro anch'io; mo un sacco grosso;²⁰

Le starne odiavo, or brama una radice,

Gia preziosi odor portovo adosso;

Or solfo, argento vivo, empiastro al male

Tal che soffrir non posso.

„Ó jaj! Egek! Isten! Ó Végzet! Óh francos nyálva, poklokknak kinja te, melytől a halál is menekül. Eddig kedvence voltam mindenkinek és szerencsésen éltem, aranyba öltöztem, de most csak durva zsákba. Eddig finom illatok áradoztak rólam, most annyira bűzlök a kénztől, higanytól és tapaszoktól, hogy szinte elviselhetetlen.”

Pálóczi-Horváth felesége is, aki Tarnóczy Ferenc hadnagytól szerzte luesét, éppen a kenőcsök felmelegítésével járó bűzre alapítja tervét, hogy érzékeny orrú férjét a ház elhagyatottabb részébe űzve, ott tanuk nélkül megölethesse.²¹

Hogy a későbbi kenőeljárásokat is röviden érintsem, megemlítem *Cirillo* nápolyi orvos módszerét a XVIII. századból, akinek kenőcse 4 rész sublimátot, 30 rész zsírt és ½ rész szalmiáksót tartalmaz.²² Bedörzsölésre a talpat ajánlja, mint igen jó felszívó felületet.

¹⁷ Voehs, Des pestilentiae annis etc. Magdeburg. 1507., művében így ír: „... Nostri etiam homicidae quilibet agunt corpora in morbo Franciae in aestuariis calidissimis, sicut carnifices in igne adurunt, et torquent, infinitos occidunt, licet aliqui bene fortunati ex his tormentis evadant...”

¹⁸ G. Fallopious, De morbo Gallico tractatus. Patavii. 1564.

¹⁹ Il lamento della Cortigiana Ferrarese, Venez. 1532. ismeretlen szerzőtől.

²⁰ V. ö. Brant id. mű 82–83. sor:

„Esto aliqui tentent medicinam adhibere et inungant Corpus, et in saccum culleolumque suant.”

²¹ V. ö. Monum. Hung. Hist. II. 31.

²² Cirillo, Avviso interno etc. Napoli. 1780.

Ugyancsak a gyors felszívódás a célja a Clare-féle eljárásnak. Ez a londoni sebész calomellel dörzsöli a foghúst, a pofa és nyelv nyálkahártyáját, sőt a higanykúráknál szokásos fogápolásra is higanytartalmú fogport ír elő. Ily módon állítólag már három szemer calomellel olyan eredményeket ért el, mint 48 szemer szürke kenőccsel.²³ Még a XVIII. század orvosai is szükségesnek tartották a betegnek a kúrára való előkészítést. Csak a XIX. század elején egyszerűsült az inunctiós módszer és a *Ferguson* által javallt ú. n. egyszerű eljárás már teljesen a modern kenőkúrára emlékeztet.²⁴ Ez időben különben újból megkísérelték a higanynak egyéb fémekből (arany, réz, platina, mangán) készült kenőcsökkel való kiszorítását, de sikertelenül.

A kenőkúra alatt természetesen a beteg nem élhetett munkakörének. Ezért a nagyon elfoglalt embereknél inkább időmegtakarításból, mint szegényéretből igen kedveltek lettek a higanykenőcsös pólyák, tapaszok, övek, karperecek, saruk és nadrágok (stivaletti). Volt, aki egész testét teleraggatta tapasszal, s hogy emellett izzadjon is, bőrruhát öltött magára. A karperecek úgy készültek, hogy higanyos oldatába mártott gyapotot tojásfehérjével vontak be és ezt vászonba vagy bőrbe varrták. Hasonlóképp szívesen fogadták a syphilisesek *Ferreri*us újítását, aki a sublimátoldatos lemosásokat hozta divatba.²⁵ A kezelés befejezését ezeknél is a nyálfolyás megindulása jelezte, mely kb. a tizedik napon jelentkezett. S hogy így módon meg is gyógyulhattak a betegek, azt a *Verducci* által (1828) felújított sublimát-lábfürdők eredményei mutatják.

Higany, valamint arzén, antimon, ólom és kénes füstöléseket (suffumigium, thymiamatice, anathymiasis) már az arab dermatológiában is találunk. A füstölés is egyike lett az ősi antiluikus kezelési módoknak, s mint a kenőkúrákat, úgy ezt is a sebészek terjesztik el. Főleg a lueses szembajban szenvedők reménykedtek benne, meg azok, akiknek hajzata hullásnak indult. A füstölések gyógyerejét általában csak a makaes esetekben értékcsítették. A gyógyszer (cinóber, auripigment, kén, antimon, vagy esetleg hatásosnak tartott aromás növényi részek) por- vagy pastilla-alakban dobják a tűzre, s hogy jobban gőzölögjön, olajjal vagy zsírral is keverik. A füstölés előkészületei ugyanazok, mint a kenőkúráké: érvágás és purgálás. Ezek előrebocsátása után a beteget egy, a mai forrólegapparátusokhoz hasonló szekrénybe zárják, a conopeum, laconicum, papilio vagy l'archet-be. Ebből a betegnek csak a feje maradt szabadon, néha még az sem. A készülék 7 láb magas és 40 láb széles, rajta kis ajtóval a bemenetelre, lábvégénél nyitható ablakkal és másik kis ajtóval az izzó szenet tartalmazó vasedény betolására. A meztelen beteg a készülékben alacsony széken ül $\frac{1}{4}$ –1 óra hosszat, kitéve a cinóbergőzők hatásának. Utána ágyba bujlik, ahol két órán keresztül kiizzadja magát. Ilyenkor a beteg lábához thermoforokat is raktak.²⁶ Másik mintája volt a füstöléknek az ú. n. thalamus venerens, sűrű vászonsátor, melyet erősen befűtött szobában állítanak fel. A beteg a sátor alá bujlik s így a feje is ki van téve a füst hatásának. Ilyenkor persze arra kellett vigyázni, hogy a felfűtött egyén eszméletét ne veszítse, s ezért kúrákban a betegnek állandóan beszélnie kellett.

Napi egy-két füstölést véve alapul, az ilyen kúra csak 3–9 napig tartott, illetve addig, míg hasmenést vagy nyálfolyást nem okozott. A syphilisesek cinóberezése sokáig tartja magát. A XVIII. században főleg Párizsban kultiválják, ahol *Charabonnier*, majd

*Lalouette*²⁷ próbálják Venus istenasszony ajándékát füsttel kikergetni az emberekből. De még ma is rákadunk a cinóberfűtölésekre a Székelyföld népies orvoslásában. Erről a székely antiluikus eljárásról egy firtosvárallyai ember, aki maga is átesett a torturán, informálta *Jakabházy* tanár urat. Firtosvárallyán két kuruzsló is foglalkozik keresetszerűen a lues gyógyítgatásával. A beteget alacsony számolyra ültetik és egy nagy káddal leborítják egészen, a kádat esetleg még vizes lepedővel is lefedik. Alája vaslapáton izzó szenet tolnak ráhintett cinóberporral. Egy ülésben a port többször megújítják. A kezelést addig folytatják, míg nyálfolyás és hasmenés nem áll be. Ekkor 1–2 evőkanálnyi cserfahéncsot véve egy liter vízre, az így nyert hasmenés elleni főzetet iszogatják. Ez a gyógymód a Székelyföldön több helyen divatos.²⁸

A higanykészítményeket *belsőleg* szintén a szervezet méregtelenítése céljából adták. Úgy hitték, hogy a szervezetet a hasmenéssel vagy fokozottabb vizelettel elhagyja a mérge. Így eleinte a per os szedett higany erejét nem is becsülték többre, mint egyéb purgáló és diuretikus szereket. Nem is igen találunk a fémhigany tartalmazó *Barbarossa*-pilulákon kívül egyéb bevételre alkalmas praeparatumot a XVI. században. Ezek a pilulák 1540 körül kerülnek piacra s nevüket a középkor rettegett kalózáának, *Horuch*nak testvérétől, a török szultán tengernagyától és Algir kormányzójától nyerték, aki viszont készítésük titkát állítólag egy zsidó orvostól leste el. Egy pilulában 6–7 szemer higany volt; harminc napig szedték emelkedő dosisban. A belsőleg szedett higany azonban nem tudott konkurrálni a nagy mértékben elterjedt exotikus hashajtó és izzasztó drogokkal. A higany ilyen formában csak a XVIII. és XIX. század folyamán lesz keresett, amikor már a chemia is felszaporította a bevételre alkalmas készítményeket. *Van Swieten* sublimátincturája, a *Hoffmann*-pilulák, calomelpilulák, *Sédillot* kenőcslabdaesai, a magyar *Plenk-féle* gummis higanyoxid, *Keyser* ecetsavas HgO-ja, a *Préssavius-féle* HgNO₃, *Ward* goutte blanche-jei, a *Black*-por, a HgSO₄-et tartalmazó *Mittier*-folyadék, a *Belet*-szörp mind ekkortájt keletkeznek.²⁹

A szervezet általános kitisztítását célzó higanykúrák befejezésének indicatora a nyálfolyás vagy a hasmenés volt. Az orvos úgy hitte, hogy a nyállal együtt kicsúrogo a betegből a lues is. Ezért eleinte nem is kezelik, csak a szájjgyulladásoknak súlyos alakjait. Később, amikor a higanymérgezés jelét nyálfolyásban is felismerik, történnék kísérletek arra vonatkozólag, hogy a felesleges gyógyszert eltávolítsák, vagy lekössék. Ezt akarták elérni arany pénzdarabokkal, vagy aranylemezrel bevont labdaesoknak cukor helyett való szopogatásával, aransókat tartalmazó italok ivásával, édes, vagy összehúzó oldatokkal való gargarizálással, az utólagos purgálással és meleg fürdőkkel.

Egyéb komoly ellenjavallatok mellett, mint cachexia, láz, bénaság és szájfekélyek, sokban éppen a szájjgyulladástól való borzadás volt az oka, hogy a betegek és orvosok előtt egy időben nagyobb sympathiának örvendett a higany áldásos hatásait nélkülöző másik nagy evakuáló eljárás: az izzasztás, melyet az ismertetett diéta és purgáló eljárásokkal kombinálva is alkalmaztak. Ez a módszer a via regia. Rendesen érvágással kezdték, guajakfa- és egyéb növényi főzetekkel folytatták és gőz- vagy hőlégfürdővel befejezték. A gőzfürdőhöz ugyanolyan készülékeket vettek igénybe, mint a higanyfűtölésekhez, vagy pedig ugyanolyan kemence-módra befűtött aestuariumokban izzadtak a betegek, ahol sétálhattak és tornázhattak is. A természetes gőzfürdők közt leglátogatottabb volt a Nápoly melletti.

A belsőleg szedett *diaphoretikus* szerek (leptodietetice) sorában első helyen kell említenünk az egy időben antiluikus specificumnak tartott guajakfát, melynek főzetét eleinte a podagrások itták. Hatásáról

²³ *Clare*, Methode nouvelle etc. Paris. 1785.

²⁴ *Ferguson*, in Med. Chir. Transact. London. 1813. IV. 1.

²⁵ *Ferreri*us, De pudendagra, Tolosae. 1553.

²⁶ A thermofor, ahogy a Magyarországon időzőtt *Manardus* leveleinek egyikében olvasom (Ep. med. 8., 3), magyar találmánynak tekintendő, még a XVI. századból: „...sed et per stannea vasa calorem liquoris inclusi transfundi; quod cognoscentes Pannonae vasculis ad hoc paratis, decocto herbarum plenis ad levandos dolores utuntur.“

²⁷ *Lalouette*, Nouvelle Methode etc. Paris. 1776.

²⁸ *Jakabházy* tanár úr szóbeli közlése.

²⁹ *Simon*, Versuch, etc. II. Tl. Hamburg. 1831.

azt írják, hogy a gyomrot és májat, amelyet fő vérképző szervnek tudtak, erősíti, nedvességeiket kiszáritja, a szervezetet minden sűrű nedvtől megszabadítja, csökkenti a vizeletet és erősen izzaszt. A guajakfa, vagy ahogy a XVI. század nevezte, szent fa (hagioxyton), az Újvilágban két változatában nő: a sandomingói hiacan az egyik és a portoricói hoaxacan a másik. Az első a közönségesebb guajak, kívül fehér, belül fekete és hosszant vonalazott; a másik a szent fa, kívül-belül fehéres, vonalas, erősebb hatású, de főzete undorító ízű és színű. 1508 körül importálják Európába. Először a spanyolok, majd 1517 táján az olaszok is használják. *Manardus* szerint,³⁰ aki még egy harmadik válfajt is említ, belőle úgy készül a gyógyszer, hogy a porrá tört fát tízszer annyi vízzel üvegedényben gyenge tűzön harmadára bepárolják, a forrás habját lefölszik és félreteszik. Ebből a főzetből este és reggel kap inni a beteg. A nagyobb, fás részeket húszszoros vízzel üstben forralják, míg a víz háromnegyedrészé elpárolog. Az így nyert italt evés közben fogyasztja a beteg. A félretett habbal pedig halántékát és homloka bőrére dörzsöli be. A kúra 40 napig tart, s legalkalmasabb ideje az *aequinocetium* utáni első újhold. A guajakfőzet ivásával egyidejűleg sovány kosztot van a syphilitis.

Főzték a fa kérgét borban, savóban, zabfőzetben, tengervízben is. Alkalmazták még *electuarium* formájában, olaj vagy borszeszben is. A rosszízű szent fát főleg súlyosabb esetekben vásárolták. *Alessio Pedemonti*³¹ a következő sokatigéző sorokkal vezeti be guajakreceptjét: „Leggyorsabb és legjobb szer a francia baj minden kínzó fajtájának, fekély, plakk, gumma gyógyítására rövid idő alatt s nines ágyban fekvésre szűköség, sem az otthontartózkodásra, hanem sétálgatni lehet az úton. És használ még minden ízületi fájás ellen s minden egyéb helyen nyavalygó fájdalomában az ember testének“. A nyugatindiai szent fabáncs azonban roppant drága orvosság, uncijája 15 aranyba került,³² amit szegény ember, zsoldos katonára megszerezni nem tudott. Innen van, hogy az egyszerű emberek orvossága, még a higanyellenes évtizedek alatt is, az olcsó kenőkúra maradt.

De a gazdag is örült, amikor a drága szent fát 1535 táján a china-kéreggel (*Smilax China*) pótolhatta. Az új gyógyszer kb. egy időben jut Európába Keletről és Nyugatról; amonnan kínai kereskedők útján kerül hozzánk, innen a spanyol hajókkal. Ugyanezek szállítják szintén ez időben a sarçaparillát Peruból és a sasafra-fát Floridából. Ezeket a drogokat éppúgy főzik és alkalmazzák, mint a guajakot. Néha a négyet egyszerre főzték össze egy hatásos „*ptisana sudorifera*“-vá. Egyéb izzasztó főzetek hatóanyagai voltak az arab hestedeena és a kallem, Afrikában az etalche-fa vagy boróka, továbbá a saponaria, cyprus, bardanagyökér, astragalus, lobelia siphilitica, apium, daphne mezereum, fraxinus, senna, agaricus, gentiana, tormentilla, Caravaglio Alvar, tamariscus, cicuta, ibolya, cyclamen stb., melyeket ősz elején kellett összegyűjteni, hogy hatásukat ne vesszék. Még a XVIII. és XIX. században is megtaláljuk e drogokat, mint az antilukus terapia kizárólagos eszközeit vagy pótszereit. A *Feltz*-féle *decotum* hatóanyaga pl. sarçaparilla; *Vigaroux* ehhez még guajakot, *Pollini* china-kérget, *Zittmann* azonfelül higant is ad hozzá. Nem vitatható el ezektől a főzetektől valamelyes gyógyhatás. Gyógyerejük alapja az, hogy a bevételükkel megivott nagymennyiségű víz mintegy átmossa a szervezetet s a belet, bőrt és veséket kiválasztásra ösztönzi. E hatások adják talán a növényi drogokkal való lues-kezelés momentán, látszólagos sikerének magyarázatát.

A higant és a növényi drogokat megtaláljuk a localis therapiában is. A kezdeti ulcust guajak-oldattal, dohánylével mosogatják és szürke kenőccsel fedik be. *Vigo* nyomán 1514 óta a kemény chaneret vörös praeci-

pitátporral is be-beszórták. A por pulvis Angelicus néven volt forgalomban. Fitymaszükületnél vagy bemetszik a praeputiumot, vagy kis csövön (siphon) injiciálják az orvosságot. A húgyeső fekélyeit urethralis higany-viaszpálcákkal kezelik, vagy higanytapaszt dugnak bele. A méhszáj specifikus erosióhoz injecciók, pesariumok, méhtükrökön át való gőzölés vagy gyertyák (*candela*) útján juttatják a higant. A torokfekélyeket gargalizálás után higanyolajjal törlik le vagy higanyvajjal kenik be. Lueses fejfájás, hajhullás ellen higany-sapkát visel a beteg.

Bővében voltak fantasztikus eljárások is. *Vauloue*³³ a lepra ellen valamikor javallt kiherélést akarja felújítani a syphilitis begyökeresedett eseteiben. *De Marchettis*³⁴ tanácsa pedig emlékeztet a praehistorikus időkre: a koponya lueses csontthártyagyulladás által okozott fájdalomak csillapítására lyukakat akar fúrti a fejen — amint a praehistorikus sebész is trepanatióval csillapította a kínzó fejfájást. Megemlítem e helyen még a XVIII. századi *Rossi* és *Fenoglio* próbálkozásait, akik a primaer fekélyen galvánáramot vezettek át, ettől remélve a vírus elpusztítását és az erosio behamosodását. Megpróbálták egyesek a betegségnek a májtájék vagy lábszárak kauterezésével való gyógyítását is.

Még az antilukus védekezésre térek ki pár szóval. A prophylactikus intézkedések két irányban mozognak: részben ugyanis a személynek a contagium hatása előtti megmentése volt a cél, részben a virusnak coitus utáni megölése.

A személy előzetes megvédésére ajánlják a nemi szervek nyálkahártyájának adstringens szerekekkel való edzését és az állandóan hátrahúzott fitymával való járását. Kerülni kell romlott levegőjű vidékeken a közösülést (*Widman*). A penisnek coitus előtt olajjal vagy szürke kenőccsel való bekenését *Hunter* javasolja először. *Condom* angol királyi orvosnak bárányvakbélből készült óvszereit azonban megelőzték a *Fallopianus*-féle makkra húzandó, antilukus oldatba mártott vászon „felöltök“. Az egyének a lues mérge ellen való immunizálására az universalis méregellenes szert, a *Mithridatum magnum*ot itták. A *Jenner*-féle védőoltások idejében pedig az immunitást más betegség beoltásával vélik elérhetni. Már *Widmann* említi 1497-ben, hogy a syphilitis kiállása immunissá tesz a leprával és a rákkal szemben.³⁵ *Hornemann* viszont a lueselleni szerzett immunitásra közöl példát. Allítólag darfourai karavánok egy ismeretlen ragályos bajon átesve (nem syphilitisen!), közömböseké váltak a lues szemben.³⁶

A contagium megölésére coitus után híg ásványi savakat, higanykészítményeket, chlormeszet, chloros vizet vagy békavért használtak. A közben támadt repedéseket eleinte a rothadást gátló tömjénnel és myrrhával kezelik, később pokolkővel etetik. Leghatásosabbnak azonban a szappanhab rászáritását és a vizelettel való lemosást tartották.³⁷ *Torellának*, VI. Sándor pápa orvosának fejből pattant ki az az abszurd ötlet, hogy a dörzsölés helyét — bárhol legyen is az — valamilyen hitvány személyével szivassa ki a beteg.³⁸ Vagy pedig megkoppasztott, farka táján lenyúzott, még élő galamb hátulját tartsa a férfi a lehorzolt területre. *Montuus* szerint a galambot fel kell hasítani, s a még meleg, vergődő madár véres sebébe „*penis mox post coitum immittatur*“.³⁹

Akadnak akkor is böles orvosok, akik a syphilitis elleni védekezést államilag akarták megszervezni. *To-*

³³ *Vauloue*, Quaest. quattuor card. Monspeli. 1662. Q. 2.

³⁴ *De Marchettis*, Observat. et. tract. med. chir. Patav. 1664.

³⁵ *Widmann*, id. mű, Cap. 4.

³⁶ *Hornemann*, Tagebuch meiner Reise etc. Weimar, 1802.

³⁷ *J. Benedictus*, Libellus de causis etc. Cracoviae. 1521.

³⁸ *G. Torella*, Tractatus de pudendagra. 1497.

³⁹ *Montuus*, Chir. aux. etc. Lugd. 1558.

³⁰ *Manardus*, Ep. med. 17. 3., 16. 4., 16. 5.

³¹ *A. Pedemonti*, De secretis. 1560. Antv. pg. 13.

³² *Delgado*, Del modo de adoperare etc. Venez. 1529.

rella tanácsa az, hogy a pápa, a császár, a királyok és más urak gondoskodjanak inquisitor matrónákról a me-retrixek megvizsgálására. Ha ezeket fertőzötteknek találják, zárják be őket kijelölt helyre, ahol kinevezett díjazott sebész vagy orvos kezelje őket. Hasonló elkülönítést ajánl *Rudius* is.⁴⁰ Szerinte „ha egy szál fejlődeme volna a világnak, vagy a jelenlegi több államfőnek egy akarata a betegség ellen, akkor az orvosok segítségével teljesen kiirtható volna e nyavalya. Ha t. i. az e kórságban szenvedőket mind orvosok kezére adnák, ha kizárnák őket a társadalomból s azt tennék velük, amit a felismert lepraesetekben, megvolna a betegség kivészésének reménye“.

Sajnos! Ilyen radicalis intézkedésekre a társadalom soha kapható nem volt, s így az egyéb antilukus therapiák tökéletlensége, még inkább az ember hanyagsága folytán modern korunkba is eljuthatott az emberiségnek a rák és gümőkór mellett leghatalmasabb el-lensége, a syphilis.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A hypertoniáról. O. Müller és G. Hübener. (D. Arch. f. Klin. Med. 149 köt., 31 oldal.)

Rombergnek ajánlott dolgozatukban a szerzők főként hosszabb idő óta végzett hajszálér tanulmányaik alapján azokhoz csatlakoznak, akik a hypertonia keletkezésében vesebajon kívül más okokat is szerepeltetnek. Hangsúlyozzák, hogy minden hypertonia, vagyis a fiziologiás mértéket meghaladó és tartósan nagy vérnyomás, az erek szabályozó működésének zavarából támad. A vérnyomás szabályozását főképen a kis arteriák végzik. Az aorta nagy nyomását felemészítő ellenállás biztosan a praecapillaris erekben van; a lüktetés is itt szűnik meg és egyenetlen áramlássá lesz. Hypertoniában még a hajszálér arteriás szárát is gyakran feltűnően vékonyak látták. Egyetlen szerv aránylag kis érhálózatának megszükülése pusztán haemodynamikai úton nem emelheti a vérnyomást, mint azt *Traube* gondolta a veséről. Ugyanígy a n. splanchnicus érterületének sem lehet nagyobb befolyása a vérnyomás szabályozására. A bőr ereinek már inkább lehet részük a hypertonia keletkezésében. Mindenesetre bizonyos, hogy a vérpálya nagyobb részében a kis erek szűkülése emeli a vérnyomást. Az arteriolák szűkülésének legtermészetesebb magyarázata a tónus megváltozásának feltételezése. Hajszálérmikroszkoppal látható, hogy a legkisebb ereknek tartós szűkülése csakugyan előfordul. A „funktions“ hypertoniának centralis és periferiás, közvetlen és közvetett oka képzelhető. Az „anatomiai“ természetű hypertensio okai lehetnek a lueses és az arteriosclerosis neve alá foglalt, lokalisálódásuk szerint bizonyára különböző, de még nem elég részletesen ismert folyamatok. E két nagy csoport között bizonyára nincs éles határ. Klinikai vizsgálataikban a hypertonia vesebajos vagy nem vesebajos eredetét kutatták a hajszálerek mikroszkopos megfigyelésével. A tübingeni klinika beteganyagának 18 évre terjedő feldolgozásából az tűnt ki, hogy a hypertoniások között annál több a vesebajos, minél nagyobb vérnyomásúakat tekintünk. Ezután vesefunkcióvizsgálatokat végeztek a hígítás-koncentrációs próbával, konyhasó- és nitrogénmegterheléssel, a vér maradéknitrogénjének meghatározásával. 50 olyan esetük volt, amelyekben a vese épnek mutatkozott és a szív gyengeségének sem volt jele. Ezeknél tanulmányozták a bőr hajszálereit a test több helyén. Épveséjű nem hypertoniásokkal összehasonlítva, feltűnt a finom érhálózat rendszertelen, összekuszált rajzolata, mellyel egyezőt a szerzők már régebben a vasoneurosisos diathesisnek nevezett alkati rendellenességnél ítak le. Szembeszökő volt továbbá, hogy a hajszálér arteriás szára, mely normalisan alig szűkebb a vénásnál, alig láthatóvá szűkült és csavarodott volt, míg a vénás szár hirtelen varixszerű tágulatot mutatott. Észlelték továbbá a vér áramlásának egyenetlenségét a szűkült erecskében. Veseglomerulushoz hasonlítható hajszál-érgomolyagokat is gyakran láttak. Egészen különböző képet mutattak azok a hypertoniások, akiknek biztosan idősült vesebajuk, „secundaer“ nephrosclerosisuk volt.

⁴⁰ *Rudius*, De morbo Gallico, Venet. 1604. L. 3. Cap. 6.

Hajszálérhálózatuk elrendeződése teljesen normalis volt, a kis erek tágassága is részint rendes volt, részint, különösen az arteriás szár, de a vénás is, szűkült volt. Bizonyosan van tehát olyan hypertonia, mellyel a vese-nek nincsen kórokozó szerepe, hanem amely alkati rendellenesség alapján támad. Ez konstitúciós hypertoniának nevezhető. Az alkati rendellenesség az észlelt anatómiai sajátságokban nyilvánul meg, a kifejlődő hypertonia endogen voltát pedig családi előfordulása bizonyítja. Az ajánlott „vasoneurosis“ kifejezésen nemcsak az érbeidegzés, hanem az egész vegetatív idegrendszeri, endokrin- és elektrolytos szabályozóberendezés hibája értendő. A vasoneurosisos diathesis anatómiai képének a nem renális hypertoniával való összefüggésbe hozatala persze még nem végleges megoldás, mert a közvetlen kapcsolatot megteremtő ok ismeretlen. Az egyik ok mindenesetre a kis erek észlelt tartós spasmusa, mely a keringés akadályát kétségtelenül növeli. De az endogen hypertoniások erei mechanikai és chemiai ingerekre is másképen reagálnak a szerzők kísérletei szerint, mint normalis erek. A vasoneurosisos zavarok általában rendszertelenül, szétszórtan, foltosan észlelhető a bőrön. A belső szervekben sem lesz ez másként. Így érthető meg talán a Menière-tünetesoport, a „genuin“ vesezsugorodás létrejötte. Viszont idősült vesebajban alkati abnormitás hiányában a veséből kell származtatnunk a hypertensiót, ismeretlen chemiai, vagy ideghatások útján. Ha ezek után beszélhetünk is általában alkati és vesebajos hypertoniáról, mégis nyilvánvaló, hogy ritkán lehet elválasztani egymástól a két alakot, mert exogenhatások is hamarabb támadhatnak meg konstitúciójában gyengébb idegrendszert.

Perémy dr.

A laevulose-diabetes klinikája. *Steinberg és Elberg.* (Klin. Wochenschr., 1925, 50. sz.)

A vizsgálatok egész sora szól amellett, hogy a gyümölcscukorból (laevuloseból) való glikogénképzés a májnak egy egész különös funktiója és hogy ennek zavara, a laevulose-diabetes nem mutat semmi közös-séget a valódi diabétesssel és nem is jár avval párhuzamosan. Ezt megerősítik a szerzők is, akik három testvéren észleltek typusos laevulose-diabétest. A betegeknek semmiféle diabétesre jellemző panaszuk nem volt, vizeletük azonban 1–4% gyümölcscukrot tartalmazott. Amint laevulosementes diétaára fogták őket, a cukor eltűnt a vizeletből, de gyümölcs, méz, kockacukor élvezete után azonnal ismét megjelent, viszont a szőlő-cukorral szemben való tolerancia normalis volt. A laevulose-t nemcsak a vizeletben, hanem a vérben is sikerült kimutatniok. A betegek három éve állanak a szerzők észlelése alatt és az egész idő alatt tökéletesen munkaképesek voltak.

Czoniczter dr.

Hypertoniás konyhasó-, chlorecalcium- és nádcukor-oldatok befolyásáról a bőrön keresztül történő insensibilis vízleadásra. *Moog és Eimer.* (M. M. W., 1925, 45. sz.)

Az emberi szervezet vízháztartásában a bőrnek nagy jelentősége van. Mint regulációs szerv, egyrészt vízmegtakarító, másrészt vízleadó tevékenységet fejt ki. Ma még nem tisztázott, milyen specialis körülmények között lép ez a regulációs mechanizmus tevékenységbe, miért történik a felesleges vízmennyiség eliminációja egyik embernél inkább a veséken át, másiknál pedig inkább a bőrön keresztül és miért takarít meg a szervezet vizet egyszer a vizeletmennyiség, máskor pedig az insensibilis perspiratio csökkentésével. Szerző kísérletileg igyekezett a bőrön keresztül történő insensibilis vízleadásban bizonyos törvényszerűségeket megállapítani. Ezen célból hypertoniás konyhasó- és chlorecalcium-oldatokat adott intravenásan és hypertoniás nádcukor-oldatot intramuscularisan egészséges egyéneknek. A bőr által leadott víz mennyiségét a Schwenkenbecher-féle szekrényben hygrometer metódussal mérte, megközelítőleg állandóan 25 C°-on. Vizsgálatainak eredményeit a következőkben foglalja össze 1. 10–20cm³ 10%-os NaCl-oldalt intravenásan adva, az insensibilis perspiratiót csökkent. A hypertoniás konyhasó-oldat a szövetekből vizet von el és köt meg, s a szövetek vízszegénységének ellensúlyozása céljából a bőr kevesebb vizet választ ki a rendesnél. Ez a jelenség minden kísérletnél törvényszerűleg lépett fel. 2. 10 cm³ 10%-os CaCl₂-oldat az esetek nagyobb részénél (4 kísérleti egyén közül 3-nál) az insensibilis perspiratiót fokozta, függetlenül attól, hogy az injectio közvetlenül a kísérlet előtt, vagy 12 órával előtte történt. A CaCl₂ a szervezetben vizet mobilizál valószínűleg direkt calcium-hatás útján. A víznek a

szövetekből való felszabadításában valószínűleg CaCl_2 által előidézett acidosis és a H-ionok értágító hatása is bizonyos szerepet játszik. A szervezet a mobilizált víz egy részét a bőrön keresztül választja ki, s ily módon fokozódik az insensibilis perspiratio. A bőr tehát itt mint vízelimináló szerv működik. A bőr ezen működése CaCl_2 adagolásakor úgy látszik nem mindig szabályos. Egy esetben az insensibilis perspiratio csökkent volt. Ez esetben a mobilizált vizet a vesék választották ki. Úgy látszik, egészen egyéni, hogy a szervezet a fölösleges vizet a bőrön, vagy a vesékén át választja ki nagyobb mennyiségben. Ez a körülmény talán alkalmas volna a calcium bizonyos eseteknél ellentmondó diuretikus hatásának magyarázatára. 3. 5 cm^3 50%-os nádcukor-oldat intramuscularisan injiciálva az insensibilis perspiratit csökkenti. Ha azonban az injectio után lázzal kapcsolatos infiltratum keletkezik, a bőrön át kiválasztott víz mennyisége fokozódik. A nádenkor-oldatok hatásmódjára szerző egyelőre nem talál kielégítő magyarázatot.

Dvorák dr.

Sebészet.

A novocain-érzékletlenítés után fellépő veseizgalom kérdéséhez. *Richard Morian.* (Zentralblatt f. Chir. 1925. 31. sz.)

10 évvel ezelőtt elsőnek hívta fel a figyelmet a novocain-suprarenin-érzékletlenítés után fellépő kiskókú albuminuriára, melyet az esetek 5–10%-ában észlelt. Bár azóta mások is írtak le hasonló jelenséget, sem e közlések, sem a novocain, illetve adrenalin veseizgató hatását kutató állatkísérletek nem igazolták be e két kiváló szer ellen emelt vádakát. 10 év alatt állandóan használta a novocain-adrenalin-oldatot több sorozatban figyelve betegeinek veseműködését; az eredmény régebbi aggodalmát teljesen eloszlatta s az akkor észlelt átmeneti albuminuria okát is csak egyes betegek fokozott érzékenységében látja *Zsedényi Gábor dr.*

A Babcock-féle varix operációról. *Hosemann.* (Zentralblatt für Chirurgie 1925. 32. sz.)

A Babcock-féle műtét sikere a technikától függ. A vena alulról s felülről való kihúzása annak felesavarása által, mint újabban Schapiro tanácsolja s mint ahogy régebben füles sonda segítségével végezték, nem haladás. A vena fala a gyengébb helyen igen gyakran beszakad, mert falának az egész húzást ki kell állni. Épp a felesavarástól kell óvakodni. Ugyanez áll a Babcock-féle operációra is. Célszerűbb olyan drótot használni, melynek felső nagyobb gombja legalább 12 mm átmérőjű s a megerősítési helyen kissé lapos. Így erősen tárgult vena nem csavarodik fel, hanem a dróton összetörlődik. Így a kihúzásnál sem szakadhat le.

Szépe István dr.

Nehezen szállítható betegek Röntgen-vizsgálata a kórteremben. *Sgalitzer.* (Wien. Zentralblatt f. Chir. 1925. 32. sz.)

A bécsi Siemens és Halske cég által készített Röntgen-apparátus segítségével az Eiselsberg-klinika egy év óta a kórteremben röntgenezi a nehezen szállítható betegeket. E célból ágy alatti készülék szükséges, melyben a Röntgen-csővet a vizsgálendő beteg alá helyezik. Ez pár kg súlyú, könnyű szállítás céljából kerekekkel ellátott négyszögletes fakeret, melyben a csőtartó kézikerek segítségével minden oldal felé kényelmesen eltolható. A csőtartó négyszögletes tolémezzel van ellátva, melynek kezelése két húzó által történik. A készülék s maga az ágy „földelve” van, s így az ágy fémrészének az átütése nem fordulhat elő. Végül az átvilágítás céljából szükség van „kryptoskop”-ra. A készüléknek nagy hasznát veszik az alsó végtag törés-exstensiós kötéseinél. Gyorsan végezhető a kontroll s nem fordulhat elő a törvégek szállítás alatti eltolódása. A központi sugár dorsoventralis irányban halad át a sérült végtagon; az esetleges med. v. lat. törvégtolódást a Röntgen-eső oldalt való beállításával vehetjük észre.

Ágy alatti készüléknél az átvilágítás a drótbetéten keresztül történik s ez kissé zavarólag hat, de a esontkontúrok jól felismerhetők. A készülékkel természetesen felvételek is eszközölhetők. Lágyrészek finomabb átvilágítása a drótbetét miatt nem vehető keresztül. Ilyen esetben ágy helyett faasztalra fektetik át a beteget s ez alá kerül a készülék. *Szépe István dr.*

Incisio a kéz természetes redőiben, adatok az inhiüvely- és tenyéri kéreg phlegmone kérdéséhez. *M. Schiessl.* Bardenberg. (Münchener Med. Wochenschrift. 1925. 41. sz.)

Az eddigi eljárásokkal szemben panaritiumoknál inhiüvely és tenyéri kéreg phlegmoneknál a szerző harántirányú incisiót ajánlja. A methodust először *Schmitz* próbálta ki és *Heidenhains* ismertetette 1905-ben. Az eljárás előnye a régebbi hosszirányú incisióval szemben az, hogy a heg a bőrredőben fekszik és hogy a gyógyulás bekövetkezése után a beteg — főleg munkások, — régi foglalkozását azonnal folytathatja, mert a heg nyomása nem érzékeny. Ezirányú tapasztalataikat nehéz fizikai munkát végző bányászoknál nyerték. A hosszirányú hegek gyakran alapjukhoz tapadnak és fájdalmasak. Nőknél kosmetikai szempontból is előnyösebb. Mivel a behatolás kisebb területen történik, az inhiüvelyek a kiszáradástól és a necrosistól jobban meg vannak védve. Kezelés alapfeltétele a topographiai viszonyok, a hüvelyk- és kisujj inhiüvelyek communicatiójának az ismerete. Az incisiókat mély narcosisban és *Esmarch*-ban végzik. A behatolás a legérzékenyebb bőrredőben történik. A phalanx közepén felkeresik az inhiüvelyt és megnyitják. A metszés nem érinti az art. és nn. digitaleseket, ha azonban a folyamat természetéből kifolyólag hosszabb metszés szükséges, úgy ezt csak a subcutan szövetekben végzik. A sebet a kiváló antiseptikus hatású pyocetanin gazzal tamponálják. A folyamat kiterjedése szerint esetleg a következő redőben, vagy a tenyéri redőben is végeznek incisiót. A kezét sínre helyezik. Ha a láb a következő napokban nem szűnik, staphylo- vagy streptococcus adnak intravenásan vagy intramuscularisan a gennyvizsgálati eredménynek megfelelően. Kötésváltás a 6–7. napon, ha a tünetek súlyosbodnak, hőemelkedés, heves fájdalmak lépnek fel, akkor a tamponat hydrogen hyperoxidál megazítják; 8-ik napon óvatos mozgatás, meleg fürdők fejezik be a kezelést. Innecrosisnál, hogy a merevedés kedvező helyzetbe következzen be, az ujjat kiskókúban behajlított helyzetbe kötik be. 68 esetről számolhatunk be. Az átlagos kórházi kezelési tartam 23 nap volt, a munkaképesség teljes beálltáig 16 nap volt szükséges, amit azonban ambulánsan végeztek. 57,3%-ban jó, 14,7%-ban közepes, 28%-ban rossz eredményt láttak. Feltűnő volt a megbetegedés periódicitása. Az esetek legnagyobb része a nedves meleg hónapokra esett. Halálos kimenetelt — *Keppler*-rel szemben, a kinek 127 esete közül 4 végződött exitus letalissal, — nem észleltek. Complicatióként ossealis panaritium lépett fel néhány esetben, ahol ha nem hüvelyk- és kisujjról volt szó, exarticulatiót végeztek. Egy esetben észleltek V phlegmonet, a harántirányú incisio siker nélküli volt, a felkar azon részén, ahova a *Bier*-féle pangásos pólyát helyezték, erysipelas lépett fel. (*Keppler* a *Bier*-féle pangásos pólya alkalmazásánál 2 esetben észlelt erysipelast). A folyamat csak amputációra nyugodott meg. Az eljárás nagy előnye, hogy míg az eredmények az eddigi eljárások eredményeivel teljesen megegyeznek, addig a heg kedvező fekvésénél fogva, az utókezelés korábban kezdhető meg, mert a harántirányú heg a mozgatást nem gátolja, az inhiüvelyek a kis sebészen keresztül kevésbé vannak kitéve a kiszáradásnak. A másik affectio a tenyéri kéreg phlegmone, amit szintén harántirányú incisiókkal kezelnek. Az incisio a sondanyomásra legérzékenyebb helyen történik. Az esetek 95%-ában a megbetegedés kiindulási pontja a tenyér és az ujjak közötti határ. A metszésnek nem vízszintesen, hanem kissé proximal felé, ferdén kell történnie.

122 esetben végeztek az eljárást, az átlagos kezelési tartam 10 és fél nap, az ambulans utókezelés pedig 8 nap volt. A functionalis eredmények kivétel nélkül jók voltak, egy esetben sem volt szükség re-incisióra.

Dabasi Endre dr.

Urologia.

Tapasztalatok vesekövek keletkezése, növekedése és spontán távozása terén. *John Hellström.* (Zeitschr. f. Urolog. Chir. 1925. 18. köt. 5–6 old.)

Röviden foglalkozik az egyes kőképződési teoriákkal, melyek közül a legtöbb híve az újabb Schade-Lichtwitz-féle kolloidelméletnek van. Az újabb teoriákon kívül, melyek a kőképződést physikalis-chemiai jelleggel akarják magyarázni, követői vannak annak a nézetnek is, mely szerint a kövek biológiai folyamat által a vese tevékenysége útján, vagy pedig — bizonyos esetekben — mikroorganizmusokból keletkeznek. Bár a kolloid-elmélet magát a concrementumképződést eléggé megmagyarázza, azt mégsem tudja kielégítően világossá tenni, mi okozza bizonyos esetekben azt a bizonyos kol-

loid-kristalloidkiesapódást. Más faktoroknak is kell a kőképződésben szerepelniök, melyek bizonyára különbözők és esetenként változók lehetnek. Elsőnek említi a sokat megvitatott ú. n. diathesist, a húgysavas diathesist, oxaluriát, phosphaturiát, captonuriát stb.-t, melyeket egyidőben a kőképződés talán lefontosabb okainak tartottak. A concrementumképződésnek feltétele valószínűleg nem csupán a quantitative megnövekedett könyag a vizeletben, hanem inkább a qualitative megváltozott kiválasztott sók. Posner és mások úgy találták, hogy az oxalatkövek kristályainak egészen más kinézésük és tulajdonságaik lehetnek, mint a vizeletüledékben előforduló oxalatkristályoknak. Küster a vér-mész tartalmának megszaporodását betegségeknek, melyek csontszéteséssel járnak kőképződést elősegítő oknak tartja. Itt megemlítené, hogy a háborúban közölték eseteket, melyeknél concrementumképződés komplikált fracturával kapcsolatosan fordult elő és már előbb is esonttöréssel összefüggő vesekövekről írtak. Alimentaris momentumoknak is tulajdonítanak hasonló szerepet. Példa erre Roosing azon véleménye, hogy betegeknél, akik therapeutikus okokból bőven isznak alkalikus vizeket, néha phosphaterakódásokat látunk létrejönni húgysavkő körül. Említésre méltó továbbá a bakteriumos vizeletbomlasztás, melynél mint ismeretes, alkalisókból vastag üledék fejlődik és amelynek kövek, főleg az ú. n. korálkövek képződésében fontos szerepet tulajdonítanak. Nevezett kőképződést elősegítő momentumok mindannyian elsősorban a kövek anorganikus komponenseire vonatkoznak. A kőképződés okául másrészt organikus anyagoknak megnövekedett és kórosan elváltozott elválasztását a húgyutakban is gondolják, amely mindenekelőtt lobos folyamatoknál szokott előfordulni. Egy más ilyen kőképződésre alkalmas körülmény a vizeletretentio; végül megemlítené a hereditær és geographiai viszonyok is, melyek azonban valószínűleg a már említett kőképződést elősegítő faktorokkal vannak összefüggésben.

Különös jelentőséget tulajdonít a kőképződésben a bakteriumoknak. A bakteriumok többféle módon segítik elő a concrementumok képződését. Így gyulladást idézhetnek elő, mely megnövekedett mennyiségű organikus anyag elválasztásához vezethet s ezenkívül a vesemedence infiltrációját is idézheti elő, miáltal könnyen relatív vizelet pangás következhetik be. Kerper azon a nézetben van, hogy bizonyos bakteriumoknak electív hatásuk van a tubulusokra s így abnormis colloidalis masszák elválasztásával könnyű gyulladást idéznek elő. Ezáltal a colloidok és krystalloidok közti egyensúly megbomlik és concrementumok keletkeznek. Gyulladás által a vesék savanyú vizelet elválasztására való képessége is csökken s ez elősegíti a phosphatok és carbonatok kiválasztását. Bizonyos bakteriumok ammoniakalis erjedést fejlesztenek a vizeletben s annak savanyúságát csökkentik. Elképzelhető továbbá, hogy egy bakteriumosó lecsapódási centrumot képez a colloidok részére. Charles Mayo szerint a vesekövek kétféle bakteriumfajta együttes előfordulásánál keletkeznek, melyek közül az egyiknek gyulladástkeltő, a másiknak kőképző hatása van.

Ezek után személyes tapasztalatait ismerteti ezen kérdésben, melynek egy része az utóbbi években végzett kísérleti vizsgálatokon, másik része 1911—1922-ig a kórházban kezelt veseköves betegek utóvizsgálatán alapszik. Vizsgálatai 128 betegre terjednek ki, akik közül 75 férfi és 53 nő volt. Eseteinek symptomatológiáját írja le röviden, majd az előfordult köves megbetegedések actiologiáját igyekszik magyarázni. Kétféle esetben fordultak elő vesekövek a betegek rokonságában. Infectiót, mint a kőképződés legfontosabb okát, 55 esetben látott. Elfogadott nézet, hogy a secundaer kövek a vizelet ammoniakalis bomlása következtében lépnek fel és legfontosabb chemiai alkotórészeiket calciumphosphat, calciumcarbonat és ammonium-magnesium-phosphat képezik. Ezek a concrementumok néha nagy ágas-bogas korálkövek; ilyenek fordultak elő szerző anyagában is. Az infectióskövek közül figyelembe ajánlja azon concrementumokat, melyek néha chronikus staphylococuriával kapcsolatban keletkeznek. Ezek rendszerint kicsinyek, elég kemények és fehéren rétegzett törésfelületük van. Chemiailag amorph phosphatból, calciumcarbonatból és trippelphosphatból állanak; organikus anyagukat úgyszólván tisztán staphylococcusokból képezik.

A coli bakteriumoknak a húgyutak concrementumainak keletkezésében való jelentőségéről eltérők a vélemények. Amíg egyes szerzők, mint Barth és Cyranika azon állásponton vannak, hogy a korálkövek legtöbbször

bacterium coli idéz elő, Roosing többek közt azt mondja, hogy nevezett bakteriumok, ha kövekkel kapcsolatban fordulnak elő, csak secundaer tünetként tekinthetők és hatásuknál fogva inkább a concrementumok feloldásában működhetnek közre.

A cikk szerzője úgy kísérletileg, mint klinikailag bebizonyítottan tartja, hogy a coli bacteriumon alapuló kőképződés bizonyos körülmények között lehetséges, elsősorban vizeletretentiónál a vesemedencében. A coli bacteriumnak kőképződést elősegítő képessége mindenekelőtt azon alapszik, hogy infectiót idéznek elő, miáltal a kiválasztott vizelet savanyúsága csökken és a stagnáló vizeletre való hatásuk által a savtartalmát még jobban csökkentik; mindez elősegíti az alkalisók kiválasztását. Coli-infectiónál rendszerint nagy concrementumok képződnek és a vesék nagymértékben roncsoltak, ellenében a staphylococcusokkal, melyeket a vesék rendszerint kevésbé sánylenek meg. Kőképződés természetesen előfordulhat coliinfectio mellett, anélkül, hogy ez a kő létrejöttében szerepet játszana.

A húgyutak infectiója mindenesetre igen fontos oka a kőképződésnek, de nem az egyedüli. Más okok vagy a húgyszervek localis elváltozásaiban — mindenekelőtt olyanokban, melyek vizeletretentiót idézhetnek elő — vagy inkább általános zavarokban, főleg az anyagcsereét illetőleg, keresendők.

Szerző beteganyagán kövel kapcsolatban a legkülönfélébb elváltozásokat találta a húgyutakban, melyeket a kőképződéssel összefüggőeknek tart. Előfordultak: mozgóvese, embryonalis lebenyzettség, ureterstrictura, urethrastrictura, prostata-hypertrophia, prostatitis gonorrhoea, vesetrauma, nephritis, vesetuberculosis. Kiemeli a gonorrhoeának nagy jelentőségét a kőképződésben, mivel főleg férfiaknál úgy az ureter- mint az urethrastrictura leggyakrabban gonorrhoeás természetű és úgy a postgonorrhoeás prostatitis, mint a chronikus staphylococcuria sokszor kőképződéssel komplikálódik. A húgyutakon kívül fekvő elváltozások közül is vannak olyanok, melyek relatív vizelet pangás előidézése által a kőképződést elősegítik. Ilyenek az elváltozások a belső női nemiszervekben, mint chronikus salpingitis, parametritis, nagy ovarialcysta. Az anyagcsere zavarai körül talált epeköveket, nagyfokú adiposítást, diabetest, húgysavas diathesist, leukaemiát, Basedow-kórt. Két esetben a kövek csonttöréssel léptek fel közvetlen összefüggésben; előfordultak chronikus septikus coxitis és acut osteomyelitis. Néhány esetben talált dyspepsiát, colitist, ulcus ventriculit, melyek főleg a vizeletreactiójára való befolyásukkal segíthetnek a kőképződésben.

Ismeretes tény, hogy a vesekövek különböző gyorsasággal nőnek, úgyhogy egyes esetben évtizedeken keresztül alig észlelhető nagybodás, más esetben egy-két hónap alatt nagy korálkövek képződnek. Az előbbi vonatkozik különösen az aseptikus concrementumokra, az utóbbi az infectióskövekre. A különbségek okai az említett kőképződési momentumoknak különböző viszonyaiban rejlenek.

Eseteinek 38%-ban látott veseköveket spontán eltávozni. A spontán távozás lehetősége természetesen elsősorban függ a kőnek az átjárható húgyutak — elsősorban az ureterek tágasságához való viszonyától. Gyakran látjuk azonban kis köveknél és normalis uretereknél is, hogy a kő az általa kiváltott uretergöres miatt hosszú ideig akad fenn az ureterben. A kő alakjától is sok függ; egyenletesen formált, síma kövek könnyebben távoznak, mint a kis, egyenetlen, tüskés kövek.

Különösen a német irodalomban lehet eseteket találni, melyeknél a vesekövek szétesése és spontán távozása következett be. Mindegyik szerző megjegyzi abban, hogy különösen phosphatcarbonatkövek azok, melyek így szétesnek s ennek oka a vizelet bizonyos chemiai behatásában keresendő. Frisch szerint bakteriumok is játszanak ebben szerepet és megerősíti ezt a felfogást Roosing, aki pyelitis pseudomembranacea neve alatt egy állapotot ír le, amelynél a vesemedencében puha, homokszzerű massa található, mely úgy jön létre, hogy a coli bacteriumok a kövek organikus kötőanyagát megtámadják s azt porhanyóssá és törékennyé teszik. A cikk szerzője két esetről támaszkodva, melyeknél korálkövek mellett hosszú ideig állott fenn coliinfectio, anélkül, hogy a kövek szétesek volna, nem hiszi, hogy coli bacteriumok egyedül képesek volnának köveket megbontani. — Valószínű, hogy kövek könnyebben távoznak, ha a beteg fennjár, mintha feküdni kénytelen. Mindezeket összegezve kiemeli, hogy néha nagy korálkövek spontán távozását lehet észlelni s ilyenkor okunk van ezt több faktorra

hárítani; elsősorban a kőképzés megszüntével, azután a concrementumok szétesésével, mint a bakteriumoknak a kövek organikus, vagy a vizelet kémiai befolyásának, azok anorganikus részére való hatásának következményével és végül kizárólag mechanikai körülményekkel, melyek a kő spontán eltávolítását elősegítik.

Végül felhívja a figyelmet ezen faktorok nagy fontosságára a kezelés módjának megválasztásában és ajánlja, hogy a húgyutak minden köves megbetegedésénél behatóbban kutassunk a kőképződés oka és a kő tulajdonságai körül, különösen azon szempontból, vajjon a kő progressiv, stationær, vagy regressiv stadiumban van-e.

Ehn dr.

Szemészet.

Példa mindkét szem oldalraforgatójának veleszületett bénulására. Brons. Dortmund (Zeitschr. für Augenheilk. 1925. 5—6. f. 361. o.).

11 éves egészséges szülők gyermeke, szeme születése óta nem mozog kellőképpen, nem is csukódik be egészen, kissé nyitott szemmel alszik, alvajáró.

Szeme nem záródik egészen, alig 1—2 mm-nyi; befelé és kifelé mozgó, felfelé s lefelé nem annyira, mint az egészségesé. Jól convergál, pupillák egyenlők, jól reagálnak, alkalmazkodása rendes. Mindkét szemén hypermetropia astigmatismussal. Correctio után V:%. (Bartels Encephalitis lethargicanál észlelt hasonló esetet).

Tóth Z. dr.

Szemlupus kezelése Pyrogallus-kenőccsel. Bartels. Dortmund (Zeitschr. für Augenheilk. 1925. 369. o.).

18 éves férfi orr- és szemhéj lupusa minden kezelésnek ellenszegült s conjunctivára corneája is ráterjedt.

Naponta kétszer $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %-os pyrogallus-kenőccsel kapott szemcibe, a makacs izalmi tünetek megszűntek, a corneája pedig annyira feltisztult, hogy megfelelő szemüveggel olvasni is tudott. A kezelésnél esetenként kell kipróbálni az izalmat nem okozó gyógyító pyrogallus koncentrációt.

Tóth Z. dr.

Conjunktivalis gangraena gyógyulása insulin-kezelésre. Bartels. Dortmund ((Zeitschr. für Augenheilk. 1925. 369. o.).

70 éves cukorbeteg asszony, glauc. chr. o. utr. Műtét előtt nyolc napig kezelték belgyógyászaton insulinnal. Elliot trepanatio egyik, majd másik szemén. A varrott sebet át bő genyedés mellett a conjunctiva-lebényke gangraenája keletkezett, dacolt minden helyi kezeléssel és rohamosan terjedt a trepanatiós-nvülés felé. Vizeletükre 12 nappal a műtét után sem emelkedett.

20 insulin-egységet kapott kétszer, négy napra rá a seb símán gyógyult.

Hessberg (Essen) az insulin-kezelés folytatását tartja célszerűnek közvetlen a műtét előtt is, meg az első gyógyulási napokon is.

Tóth Z. dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A metropathia haemorrhagica gyógyítása petefészek-resectióval. Engl. (Zentralblatt f. G., 1925. 40.)

A 30 éves asszony 6 év óta fennálló vérzéses panaszai gyógyszeres kezelésre, sőt méhkaparásra sem szűntek meg, de mikor a petefészek négyötödének resectióját elvégezte (a petefészek kis-cystásan degenerálva voltak) az állapot rohamosan javulni kezdett, a vérzések tartama és intensitása normálissá vált. Ezek alapján — Thaler és Köhler hasonló megfigyeléseire támaszkodva — igen súlyos, különösen fiatalkori metropathia gyógyítására az ovariumok resectióját ajánlja, mielőtt a méh csonkolásához vagy a Röntgen-castratiohoz folyamodnánk.

Batisweiler János dr.

Klinikai és kórbontani megfigyelések oly asszonyokon, akiknél Oehlecker methodusa szerint vértransfusiót végeztek. P. Schuhmacher. (Gieszen. Zeitschrift, 88. köt. 3. füz.)

A gieszeni klinikán a háborús évek alatt adakozó citráttal kezelt vérének átömlesztésénél nem a legjobb eredményeket érték el, úgy hogy idegen vér átömlesztésénél Oehlecker eljárását alkalmazzák. Azonban ez az eljárás sem mondható veszélytelennek. A direkt vértransfusio nagy előnye mellett megvannak ennek is a maga árnyoldalai. Ennek demonstrálására három esetüket tárgyalja részletesen, ahol kettőnél végül is a transfusio következtében halál állott be, míg a harmadik esetben a beteg súlyosabb shock után pár nap múlva jött csak rendbe. Oehlecker eljárása szerinti direkt vértransfusio körül szerzett tapasztalatait a következőkben foglalja össze: Sem az agglutinációs próba,

sem pedig a haemolytikus próba negatív volta nem véd meg bennünket biztosan a beteg súlyosabb károsodásától, úgyszintén a biológiai próba sem. Azonban ennek ellenére is mindig el kell e reakciókat végeztünk az idegen vér átömlesztése előtt, mivel a tapasztalás szerint, ahol a reactio positiv, ott sokkal gyakrabban találkoznak ijesztő melléktünetekkel, mint negatív reactiónál. Általában elegendőnek tartja a Nürnberger-féle három cepp próbát, azonban positiv reactio esetén a Beth—Vicent-féle vizsgálat is elvégzendő annak eldöntésére, hogy a haemagglutininek az adakozó, avagy az elfogadó vérében vannak-e? Ha ezek ugyanis az elfogadó vérében mutathatók ki, úgy a vértransfusio okvetlen abbahagyandó. A direkt transfusio főveszélye a vesék megbetegedése, melyet mindenek szerint a transfundált vér szétesési termékei okoznak. Könnyebb vesemegbetegedés gyakran található; két halálesetük-nél pedig a halálok uraemia volt. Ezért olyan betegnél, akinél valamilyen vesemegbetegedés mutatható ki, direkt vértransfusio végzésétől óvakodni kell. Eddigi tapasztalatai szerint előnyös, ha az adakozó vérrokon a betegnek, ezért a gieszeni klinikán lehetőleg csak vérrokon vért alkalmazzák direkt transfusio céljaira.

Fellettár dr.

Egy lithopädionról. Krausz. (Babenhausen. Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. 88. köt. 3. füz.)

Egy negyven éven át hordott lithopaedionról számol be nagy alaposítással s részletességgel, amely ugyan előzőleg is tapintható volt, mint ökölnél nagyobb igen tömött képlet, azonban csak a boncolásnál vált nyilvánvalóvá, hogy lithopaedion. A praeparátum leírása, valamint az eset kritikai méltatása mellett az irodalomból 1900—1922-ig 25 esetet gyűjtött össze s ennek alapján a kiviselt extrauterin graviditas sorsáról, az elmeszesedés különböző alakjairól s ezek létrejöttének mechanizmusáról értekezik kimerítően.

Fellettár dr.

A méhenküli terhességről. F. Stamm. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 88. köt. 3. füz.)

Háromszáz eset kapesán foglalkozik a méhenküli terhességgel, főleg annak aetiologiájával és symptomatológiájával. Az általános statisztikus adatai közül megemlíthető, hogy csak hat esetet kezelték konzervatív, a többi mind műteti kezelésben részesült. A másik oldali tubát prophylactikusan egy esetben sem távolították el. A frankfurti klinikán, ahonnan a statisztika egyik fele származik, 3,8%, a mainzi bába-képzőben pedig 6% volt a mortalitás. A hasürben lévő folyékony vér visszaömlését Lichtenstein szerint nem alkalmazzák, ellenben adakozó véret szopták (300 cm³ vért 1% natrium citratoldattal hígítva) intra-venásan adni nagyon súlyos esetekben Wederhache szerint. Az esetek egyharmadában gyulladással elváltozások voltak találhatóak a tuba-falban úgy, hogy a méhenküli terhesség gyulladással eredetű véli statisztikájának adataival megerősíteni. Az ismert tünetek mellett Wagner pituitrin-reactiója említi meg, mint amely a diagnosis felállításában nagy segítségünkre van. Ha pituitrin-injectióra a vérzés megszűnik, úgy az gyulladással eredetű, ha nem, akkor méhenküli terhességgel van dolgunk. Nagyon fontos diagnostikus segédeszköz a vérkép vizsgálata. Ha a leukocyták száma s a vörösvérsejtek süllyedése normális, ellenben a vörösvérsejtek száma, a haemoglobinnal mennyisége s a vérnyomás fokozatosan csökken, úgy belső vérzés és így méhenküli terhesség diagnosis válik bizonyossá. Még számos symptomát sorol fel az irodalomból, így a vállfájdalmat (phrenikus tünet), a köldök kék elszineződését: ikterust, melynek oka a hasüregben lévő vér felszívódása volna; a vizelet megkevesbedésének tünetét, etc., melyek többé-kevésbé gyakran észlelhetők, de a diagnosis felállításában lényeges szerepet nem játszanak.

Fellettár dr.

Vérzéscsillapítás méhüri vérzéseknél a parametriumok kéthörgű Museux-vel való lezorítása által. M. Henkel. Jena. (Zeitschrift f. Gyn. 88. köt. 3. füz.)

1902-ben ismertette először eljárását, mellyel a méh atóniai vérzéseinél, valamint a lagyrészsérülések-ből eredő súlyos vérzéseknél életmentő eredményt érhetünk el. Azóta 1908-ban a placenta praevia terapiájával kapcsolatban újra ajánlotta eljárását, most már nagyobb tapasztalatok s eredmények alapján. Azonban eljárása nem talált elismerő fogadtatásra. A tankönyvek ugyan megemlítik, de többnyire hibásan, s aki helyes alkalmazását ismeri is, idegenkedik tőle, mivel melléksértésektől: hólyag, ureterek, esetleg a belek

megsértésétől fél. Elsősorban is az eljárás helyes kivitelét ismertetjük újra. Harántág, csapolás, feltárás után a portio a szeméremrés elé húzandó. A vérzés sokszor már erre is megszűnik. Majd a portiót jobbra húzva, a baloldalon megragadjuk a kéthorgú Museux-vel a parametriumot, az uterus falának egy részével együtt úgy, hogy a műszer csúcsa az uterus felé, fogantyúja pedig erősen oldal felé áll, hogy a műszer tengelye a méh közepe felé mutat. Majd a portiót az ellenkező oldalra húzva, ugyanígy a másik oldalt is lefogjuk. A műszereket gazezsikkal alapárnázzuk. Atoniás vérzések után $\frac{1}{2}$ –3 óráig, lágyrészsérülések után tovább, legfeljebb 24 óráig hagyjuk fenn a műszereket. A szerző szerint belek megsértése kizárható. Hólyagsérülést több mint száz esetükből csak egyszer láttak, itt is az eljárás helytelen kivitele volt az oka. Fontos az előzetes csapolás. Az ureterek rendszeren benne vannak abban a tömegben, melyet a műszer átfog, azonban minden baj nélkül kibírják az összenyomást, faluk nem sérül meg, a pár óra hosszát tartó anuria pedig minden következmény nélkül elviseltetik. Az ureterek megsérülése alig képzelhető el. Az eljárás a kétoldali uterinák leszoritásával a vérzést prompte szünteti, az anaemia következtében az uterus tartós contractióba jön, számos esetben életmentő hatású volt. Atoniás vérzéseknél, lágyrészsérüléseknél (6 cervix-repedésnél) ajánlja. A legjobb eredményt placenta praevianál értek el vele. Újabban hysterotomia vag. ant.-nál carcinoma + graviditásnál, a szülés után, sectio caesarea-nál sokszor fellépő nagy atoniás vérzés leküzdésére alkalmazták, mindig a legjobb eredménnyel. Eljárását az általános szülészeti gyakorlat számára ajánlja a Momburg-cső és a különböző aorta-kompresszorok helyett.

Fellettár dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der heutige Stand der Behandlung der progressiven Paralyse, von Prof. Ladislaus Benedek, Debrecen, (Abhandl. aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Kreuzgebieten, 34. füz.) Berlin, 1926. S. Karger. II. 219 lap, 25 ábrával, Ára 15 márka.

A magyar elmeorvosok VIII. értekezletén e címen tartott referátumának bővített kiadása. Szerző ma hazánkban e kérdés egyik legjobb ismerője, annál is inkább, mert maga is sok tekintetben úttörő munkásságot fejtett ki e téren. Ebben az összefoglalásában erényedetlen szorgalommal hordta össze a kérdésre vonatkozó adatokat, úgyhogy könyve nélkülözhetetlenné válik mindenkinek, aki paralytikusokat gyógyítani akar. A dem. paralytica gyógyíthatóságának lehetősége ma is csak pium desiderium. Mióta a baj lueses eredetében többé kételkednünk nem lehetett, a gyógyítására irányuló kísérletezés minden oldalról megindult. Szerző biztatónak hiszi az eddig elért eredményeket. A gyógyulás lehetőségét a klinikailag gyógyult paralytisiek szövettani leletek alapján is bizonyítva látja. A paralytis keletkezésére nézve kritice foglalkozik a különböző teoriákkal. Részletesen beszámol a kísérleti luesparalytis kérdés mai állásáról. Közli azután saját hyperergias reactio-kísérleteit. Majd Lechner és Rigler kolozsvári tanároknak eddig nem közölt immunserummal való gyógyításra törekvő kísérleteit hozza nyilvánosságra, amit 63 kórrajznak közlésével kísér. Az immunserum kezelésnek haszna nem volt megállapítható. A következő fejezetben a dementia paralytica befolyást gyakorló más betegségekkel való gyógyításról szól, nevezetesen a tuberculin, vaccin, tuberculin-kéneső, malaria- és recurrenskezelésről, valamint a Danáth natrium mullieinum, a phlogetan- és tejinjectiókkal való kezelésről. Ezek eredményeiről a saját esetei és máshonnan szerzett adatok kapesán számol be. 45% jelentékeny javulás, 20% javulás, de csak kevés munkaképesség. 30% változatlan, 5% halál volt. A serologiai és liquorreactiók váltakozásait a fertőzéses kezelés kapesán külön fejezetben ismerteti saját tapasztalatai alapján. A fertőzéses orvoslás hatásomdjára nézve azt hiszi, hogy a szervezetnek antigenképes anyagokkal való telítése a védekező berendezéseket aktív állapotba hozza s az antitestek képződésénél a reticulo-endothelialis készülék sejtjei szerepelnek elsősorban. Saját eseteket hoz fel, hogy a spontán maláriás fertőzés, mint paralytis-prophylacticum nem szerepelhet. Megdől az a régi feltevés is, hogy a metasymphilis lassan a korai meningitikus elváltozásokból bontakozik ki.

Mégis úgy látszik, hogy a korán lueses-meningitikus beteg egy részéből a később paralytisben megbetegedők egy része kerül ki, miért is a metalues egyik, bár gyöngye, prophylacticuma a korai lues alapos kezelése. Azután részletesen foglalkozik az antilueses orvoslással, az intralumbalis és direkt eljárással saját tapasztalatai alapján. Végül a neurolues prophylaxisával foglalkozik. Minden fejezet után kiterjedt irodalom található.

Reuter dr.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe, Berlin. Siebentes Heft: Verletzungen und chirurgische Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle, des Halses etc. von Prof. P. Clairmont, Zürich, 1926. Georg Thieme, Leipzig. Ára: füzve 8.10, kötve 9.60 aranymárka.

13 fejezetre tagolva sorbaveszi a száj- és garatüreg, a nyak-, nyálmirigyek, fültömiregy, gége és légcső sérüléseit és megbetegedéseit. Az elsőkben a szájpad veleszületett hasadékaikat tárgyalva, még a nem-sebészeti is érdeklő kérdésekre is kiterjeszkedik. A második fejezetben a szájüreg sérüléseit említi meg röviden, hogy részletesebben szóljon a harmadik fejezetben a szájnyalakhártya heveny és idült gyulladásairól és daganatairól és még bővebben a negyedik fejezetben a nyelv megbetegedéseiről. Az ötödik fejezetben a kemény- és lágyzájpadi tályogokat, fekélyeket, anyagihiányokat, hegeket, összenövéseket és daganatokat veszi sorra, míg a következő rövid fejezetben a garatívek megbetegedéseit említi meg. A hetedik fejezet részletesen tárgyalja a tonsillák betegségeit, többek között a különféle gyulladásokat, a mandulakörű tályogot, a mandulák túltengését, a gümös fekélyeket és rosszindulatú daganatokat. A nyolcadik fejezetben a garat három részletének: az epipharynxnak, a meso- és hypopharynxnak megbetegedéseivel foglalkozik. Részletesen beszél a kilencedik fejezetben a szájfenék és ezzel kapcsolatban az állalatti és nyelvvalatti nyálmirigyek megbetegedéseiről. Külön fejezetet szentel a fültömiregy betegségeinek és a következő tizenegyedik fejezetben a nyak sérüléseit és megbetegedéseit tárgyalja részletesen. E fejezet keretében a golyvák körbontani és klinikai beosztása között párhuzamot vonva, a működés szempontjából való osztályozást is találunk. Minthogy pedig a golyvák működési minősége határozza meg egyrészt a gyógykezelés mikéntjét, másrészt a műtét utáni körjóságot, ugyanitt felemlíti azokat a módszereket is, amelyek segítségével a golyvák működésük által jellemzett különféle alakjai felismerhetők. Részletesen tárgyalja még itt a golyva megelőzését, műteti és egyéb gyógykezelését, a műteti szövődeményeket és ezeknek megelőzését, illetőleg kezelését. Az utolsó fejezetben a gége- és légeső, s az utolsó, tizenharmadik fejezetben a nyelvcső megbetegedéseit veszi sorra.

Az anyagnak könnyen áttekinthető tagolása, élvezetes, közvetlen stílus és elsőrangú kiállítás jellemzik e 188 oldalas művet, amelyet még szemléltetőbbé és élvezetesebbé tesz a 97 szébbnél-szebb ábra és sok kórtörténeti kivonat. A gyakorlat szempontjából nélkülözhetetlen kézikönyve lesz nemcsak minden sebésznek, hanem jóformán minden orvosnak is.

Czirer.

POLYÁK LAJOS

1864—1925

A budapesti Új Szent János-kórház orr- és gégebeteg osztályának főorvosát, Polyák Lajos dr. egyetemi magántanárt egy fáradságos élet és hosszú szenvedés után 1925 dec. 28-án ragadta el a kéréllhetetlen halál.

Nyíregyházán született 1864 július hó 21-én. Gimnáziumi tanulmányait ugyanott kezdte, majd Debrecenben fejezte be. Orvosi tanulmányait a budapesti egyetemen végezte, hol 1887 február 12-én avatták doktorná s a Korányi-klinika gyakornoka lett. 1888 júliusában Brehmer görbersdorfi tüdősanatoriumában vállalt assistensi állást s ott 1890 szeptemberéig működött. Itt kapta az első impulzust, az orr- és gégebetegekkel való foglalkozáshoz. Innen Berlinbe ment Fränkel tanár intézetébe, hogy az orr-gégészet terén szerzett ismereteit kimélyítse. 1891 elején Budapesten telepedett le, mint orr-, gége- és tüdőszakorvos, ilyen minőségben nyert a munkábetegségélyző-pénztárnál megbízatást.

1898 január 17-én a székesfővárosi (rég) Szent János-kórházhoz rendelőorvossá nevezték ki orr- és gégebeteg részére; majd hasonló minőségben az Új Szent János-kórházba került. 1899-benapidás, majd 1911-ben osztályos főorvosa lett a régi Szent János-kórháznak. 1916-ban az Új Szent János-kórházba vitték át osztályát.

Tudományos működését 1889-ben a kir. Orvosegyesületben tartott előadásával kezdte meg, s azóta nagyszámú, többnyire szakmájába vágó munkája jelent meg. A klimatológiát tárgyaló kézikönyvét, az Orvosi Könyvtársulat adta ki 1892-ben. Tudományos munkássága főleg az orrsebészet fejlesztésével foglalkozik. Legneveztebb művei a könnytömlőbetegségek operálásával foglalkoznak; az ezekben leírt módon a könnytömlő orrfelöli széles feltárásának és részleges resectiójának kérdését oldja meg és ezzel a Totiféle külső sebészi beavatkozást nemcsak feleslegessé teszi, hanem hatásában annak eredményeit felülmúlja. Ezen műtét eljárásának kidolgozásával világszerte becsületet szerzett a szakemberek előtt a magyar névnek. Vele egyidőben dolgozta ki a fenti eljárást az amerikai West is s bár West előbb publikált, Polyák előbb végezte első ilyen műtétjét s így az első őt illeti meg. Tagja volt több hazai orvosegyesületnek és külföldi szakegyesületnek, referense a Zentralblatt für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde-nak és munkatársa több német szaklapnak. A háború alatt legnagyobb részt beteg vagy sebesült katonák gyógyításával foglalkozott, utóbb főként orr- és gégeserültek kezelésével. Specialis sebészi működését a pontos, jó munka jellemezte. Életében sokat dolgozott és fáradt, baráti körben kedveltette tette kifogyhatatlan jó humora. Mint orvos, egy életet szentelt a betegségek leküzdésére, neki pedig egy hosszú, kínos betegség minden gyötrelmét kellett végigszendnie. Lehajtott fejjel álltunk sírjánál s mondtunk egy utolsó istenhozzádot az immár nyugodtan pihenőnek.

Hochenburger Emil.

SCHUSTER HENRIK

1853—1925.

Az olthatatlan vágy: segíteni a betegeken, kitűnő és alapos képzettség, szeretetreméltó és idealisztikus egyéniség és tettekben gazdag élet emelték kortársai fölé Schuster Henriket, a 80-as évek egyik legkiválóbb magyar sebészt, kinek hazánk nem egy közegészségügyi alkotást köszönhet, mint pl. Arad és Temesvár esaternázását, vízművekkkel, villanyművekkel ellátását.

Született 1853 november 14-én Aradon; fia Schuster Illés dr.-nak, a Görgei-sereg egyik főorvosának. A világhíres bécsi orvosi iskolából került Billroth sebészi klinikájáról Prágába, hol Gussenbauer assistense lett s 6 esztendő telt el a prágai sebészeti klinikán. Ez idő alatt számos értékes dolgozatot írt, majd meghitt barátjával, Michaelis-sal a német, francia és angol sebészeti klinikákat látogatta s ő számolt be Bécsben először a kint tapasztalt sebészi sterilitás kérdéséről.

Gussenbauernek Prágából Bécsbe való átköltözése kettőtörte egyetemi pályáját és sem az otológiai, sem a laryngológiai docentura nem tudta kielégíteni, s bár kitűnő ajánlásokkal kerül Budapestre, ambíciójában szellett lelkének nincs nyugta s a boszniai hadjáratban való részvétele után végleg szülővárosában, Aradon telepszik le.

Itt folytatta sikereiben gazdag sebészi tevékenységét, mi rövid idő alatt az egész Délvidék legkeresettebb orvosi közé emelte. 1899-ben első között végzi a „totalexstirpatio uteri“-t, majd több esetben alkalmazza rák és myoma miatt, eredményeit azonban, sajnos, nem közli. Számos újítást és műtét eljárást képez ki magának nagy anyagán és sikerei napról-napra növekednek. Arad város közéletében vezetőszerpéhez jut és nagy ellenséges áramlat dacára végrehajtja a városhygienikus intézményeinek kiépítését.

Minden iránt fogékony elméjét és lankadatlan tetterejét jellemzi, hogy a vízvezeteki és esaternázási munkálatokkal kapcsolatosan földtani kutatásokkal (fúrások, ásatások) és geológiai tudományokkal is kezdett behatóan foglalkozni és tudását gyakorlati téren is érvényesíteni kívánván, Erdélyben több értékes rez-, ezüst- és antimonbányát tárolt fe és ezeket (Kovási, Zám) belga és francia tőkével üzembe helyezette.

Arad város hygienizálásának sikerei 1897-ben arra ösztönzik, hogy Magyarország több nagyobb városának (Temesvár, Debrecen, Nagyvárad stb.) vízellátását és esaternázását angol tőkével kísérelje meg, de törekvése az administratio közönyén hajótörést szenved.

A városi szennyvizeknek termőföldekre való levezetését szolgáló 30 évi előtti találmányát egy angol vízépítő cég Oporto és Saloniki esaternázásánál alkalmazta.

Csalódott és érzékeny ember volt, a kitüntetések szerényen elhárította magától.

Ravatalánál a közelismerés és fia, Schuster Gyula dr. kiváló elmeorvos kartársunk mély gyászban állanak.

Önkéntes egyedüllétben, szinte számkivettségben, 73 éves korában, doktorrávatásának 50-ik évfordulóján, 8 heti szenvedés után hunyt el.

A sebészi gümőkóros betegek elhelyezésének kérdése.

Schustek Jenő tanársegéd úrnak az O. H. 1925. évi 47. számában megjelent közleményéhez és az ezt követő discussióhoz bátor vagyok én is néhány megjegyzést fűzni. A cikk írójának tökéletesen igaza van abban, hogy hazánkban nagy hiány érezhető olyan intézetekben, melyek gümőkóros sebészeti betegek elhelyezésére és hosszabb ideig tartó szakszerű kezelésére alkalmasak. Ezen a tényen nem változtat Ország Oszkár főorvos úrnak azon észrevétele sem, hogy a vezetése alatt álló budakeszi szanatórium sebészi gümőkórosok részére 80 férőhelyet tudna biztosítani. Az is kétségbevonhatatlan tény, hogy mindaddig, amíg ily speciális intézmények nagyobb számmal nem létesülnek, operatív kell kezelni sok olyan beteget is, akik megfelelőleg berendezett intézetekben conservatívabb eljárásokkal is gyógyíthatók volnának.

Ez alkalommal csak arra akarom felhívni a figyelmet, hogy van itt Budapesten az új Szt. János-kórház legújabbban megnyílt tuberculosis-pavillonján kívül még egy olyan intézet, mely az említett célra nemcsak kiválóan alkalmas és hivatott, de ebben az irányban már évek óta sikeresen működik is. A népjóléti minisztérium fenntartása alatt álló németvölgyi-úti m. kir. tüdőbeteggyógyintézet 50 ágyas sebészeti osztállyal rendelkezik, melyen hétéves fennállása óta nagyszámú sebészi gümőkóros beteg részesül hónapokra, sőt évekre terjedő szakszerű kezelésben. A kies fekvésű, tiszta levegőjű, napsütéses, gyönyörűen parkirozott helyen a betegek gondos ápolást, bőséges és kitűnő ételmezést kapnak, amit legjobban bizonyít az, hogy csaknem kivétel nélkül tekintélyes súlygyarapodással, munkaképesen hagyják el a kórházat. Az intézet a népjóléti minisztérium illetékes ügyosztályának megértő áldozatkészsége és az intézet vezetőjének fáradhatatlan ügybuzgósága folytán évről-évre rohamosan fejlődik és ma már fel van szerelve mindazon modern gyógytényezővel (aseptikus és septikus műtőterem, Röntgen, kvarz-, heliotherapia, fekvőcsarnokok stb.), melyek sebészi gümőkórosok eredményes kezeléséhez szükségesek. Tapasztalásból mondhatom, hogy e helyen túlnyomóan conservatív kezelés mellett még előrehaladott és reménytelennek látszó esetekben is igen szép gyógyeredmények mutatkoznak. Igaz, hogy a sebészeti osztályon ez idő szerint még csak rokkantak, hadiárva és az állami gyermekmenhely által beutalt gyermekek nyernek elhelyezést, de az intézet predestinálva van arra, hogy idővel megnyíljon más kategóriákba tartozó betegek előtt is s így legalább részben pótolja azt a hiányt, mely e téren kétségtelenül és erősen érezhető.

Milkó Vilmos dr.

Szívesen közöltük a németvölgyi tüdőbeteggyógyintézet jelentkezését is, mert a mi indolens köztudatunk rászorul arra, hogy megismertessük vele azt a kevés jó intézményünket, ami enélkül tudomást sem szerez róla. De azért valljuk meg: 80 ágy+50 ágy, + Szt. János-kórházi ágy még nem oldja meg azt a problémát, hogy sebészeink milyen álláspontot foglaljanak el az előbök kerülő nyomorgó tuberculosis-esetek ezreivel szemben. A bibliai mustármagok úgy látszik el vannak már vetve, de mikor lesz belőlük terebélyes fa?!

Szerk.

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.

Az Apponyi Poliklinika január hó 13-án délután ½6 órakor ülést tart. Napirend: A) Bemutatók: 1. Csillag Miksa: Acut pancreatitis két esete. 2. Fleischmann M.: Fogcysta. 3. Weisz Győző: Tünetmentes epeköbántalom által okozott heveny-sepsis. 4. Kővári László: A nem-Basedowos struma Röntgen-terápiája. B) Előadás: Lévai Mihály: A vércukor-kérdésről.

A Magyar Orvosi Archivum 1925. évi 6. füzeté a következő tartalommal a múlt héten jelent meg: Baló József dr.: A közönséges herpes és a járványos encephalitis között levő viszonyról, különös tekintettel az aetiológiára. — Róth András dr.: Van-e endophthalmitis phakoanaphylactica? — Lukács József dr.: Trypsinvizsgálatok egészséges és beteg csecsemőknél. — Weiss István dr. és Altai Magda dr.: Vizsgálatok az antiketogén hatás mechanizmusáról. — Wolff Károly dr.: A bal agyvelő-félteke diffus pigmentált gliómája. — Ormos Pál dr.: Cholestrinrel táplált nyulak symphaticus ducainak szövettani vizsgálata. — Adatok az atherosclerosis aetiológiájához. — Farnos Ilona dr.: A vérelemzések viselkedése újszülötteknél és egészen fiatal csecsemőknél. — Nádor-Niklits István dr.: Micromethodus a liquor cerebrospinalis globulin-tartalmának kvantitatív kimutatására. — Waltner Károly dr.: A csecsemőgyomor fermentjei. — Deutsch Desző: Fehérjék oldhatósága zsírolószerekben. — Lukács József dr.: Az intravenásan adott resorcinról. A Magyar Orvosi Archivum előfizetési ára egész évre 125.000 K, félévre 65.000 K. Előfizetni lehet az Orvosi Hetilap kiadóhivatalában, ahol egyes füzetek 25.000 K-ért kaphatók.

A Budapesti Orvosi Kör az anyagcsere megbetegedéseiről tartott előadásorozatában január hó 11-én este 7 órakor az „Orvosi Kaszinó“ félemeleti különtermében (IV., Semmelweis-utca 3.), Fleisch Armin: Az angolkórrol tart előadást.

Az olasz nő- és gyermekvédelmi javaslatot a képviselőház túlnyomó többséggel elfogadta. E javaslat egyik igen fontos rendelkezése az, hogy a szesz italoknak 16 éven aluli gyermekek számára való kiszolgáltatását szigorúan megtiltja. A javaslat többsége a szenátusban is biztosítottak látszik.

Pasteurizált tej Gyulán. A gyulai gazdák tejszővetkezete Follmann János tisztiorvos javaslatára újév napjától kezdve pasteurizált tejet állít elő és hoz forgalomba. A helyi egészségügyi intézetek a tervet nagy helyesléssel fogadták.

Az Egészségügyi Reformiroda Sajtóbizottságának ülése. 1925 december 30-án tartotta a népjóléti minisztérium egészségügyi reformirodájának sajtóbizottsága ez évi záróülését Gerlóczy Zsigmond egyetemi tanár elnöke alatt. Elsőnek Gortvay György miniszteri titkár és Pfeiffer Miklós tisztiorvos számoltak be a bizottság eddig végzett munkájáról és terjesztették elő javaslatukat a jövőre vonatkozóan. Többek hozzászólása után az elnök örvendetes tényként állapította meg, hogy a sajtó rendszeres informálásának — különösen a vidéken — már eddig is mutatkoztak eredményei, úgyhogy a hírszolgálatot jelen formájában még szélesebb alapokra kell fektetni. A bizottság elhatározta, hogy vidéki levelezőinek bevonása által és a székesfővárosi napisajtó egészségügyi munkatársainak rendszeres informálása által a szolgálatot kibővíti. A falu egészségügyi nevelésével foglalkozott ezután a sajtóbizottság és Scholtz Kornél államtitkár, Parassin József igazgató-főorvos és Emödy Aladár főorvos hozzászólása után úgy határozott, hogy érintkezést létesít a Falu Országos Szövetség egészségügyi osztályával és vele karöltve igyekszik megszervezni a falu felnőtt lakosságának rendszeres egészségügyi nevelését. A bizottság ezután az egészségügyi előadások rádió útján való terjesztéséről tanácskozott. Hálás elismeréssel és köszönettel vette tudomásul a Telefon Hírmondó és Rádió Rt. igazgatóságának ama készségét, mellyel hajlandónak mutatkozik a rádióhangversenyek műsorában hetenként egy napon egészségügyi előadások továbbítására. A bizottság elhatározta, hogy neves szakemberekből

álló társaságot gyűjt egybe, kik a nagyközönséget rendszeres előadásokkal lesznek hivatva támogatni az egészségügyi kultúra emelésében. Az előadások a közel jövőben már meg is indulnak. Ezzel az ülés véget ért.

Poroszország népmozgalmi adatai a háború óta némi javulást mutatnak, de még mindig messze vannak az utolsó békeévtől. Az ezer lélekre számított élveszületési arányszám ma 20-6, 1913-ban pedig 27-3 volt. Ugyanakkor, a halálozási arányszám 14-1 volt, ma pedig csak 11-7, mégis a természetes szaporodás indexe az 1913. évi 13-2-del szemben ma csak 8-9.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., a III. belklinika tanársegéde, 188 old. zsebkönyv. I. A diabetes, II. A vesebetegségek, III. Az emésztőszervek megbetegedései. IV. Az anyagcserebetegségek diéta kezelése; az összes diagnostikai és therapiás étrendekkel, egy ív élelmiszer-értéktáblázzal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható minden könyvkereskedésben és kiadóhivatalunkban. Bizományos az Egyetemi Nyomda, VIII. Múzeum-körút 6-8.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint december 27-től január 2-ig előfordult:

Hasi hagymáz	6	1	Gyermekágyi láz	1	1
Küteges hagymáz ...	—	—	Bárányméreg	46	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob	14	—
Kanyaró	42	—	Vérhas	3	—
Vörheny	84	2	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	12	—	Trachoma	4	—
Ronc. torok-, gégeglob	21	2	Veszétség	—	—
Influenza	8	—	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját 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 KIADÁSERT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

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

Dr. MOLNÁR SZANATÓRIUM
ideg- és kedélybetegék részére, SÁTORALJAÚJHELY

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

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18. 1. em. Telefon: 13-96
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

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

PÁLYÁZAT.

A „Charitë“ poliklinika II. szemészőorvosi állására pályázatot hirdet. A pályázatok 1926. január 15-ig az igazgatói irodában kell leadni.

Dicodid

(Knoll)

(Hydrocodeinon)

Analgeticum, amely kevesebb zavart okoz, mint a morphium

Köhögéscsillapítószer, melynek egyenesen specifikus hatása van a köhögés centrumára, **szamárköhögésben is.**

Nem okoz székrekedést.

Adagolása: **peroralisan** felnőtteknek köhögés és enyhe fájdalmak esetén rendszerint naponta 2-3-szor 0.005 g. Morphium elleni túlérzékenység esetében kezdjük még kisebb adaggal. Tbc. és erős fájdalmak esetében, ha meggyőződünk, hogy a beteg a szert jól tűri, naponta 2-3-szor 0.01 g, szükség esetén lassanként emeljük az adagot legfeljebb 0.02 g-ig pro dosi.

Subkutan: kezdetben mintegy fél ampullányi. Később, ha meggyőződünk, hogy az illető jól tűri a szert, szükség esetén magasabb adagokra (1 egész ampulla = 0.015 g) is áttérhetünk.

Rp. Tablett. Dicodid (Knoll) g 0.01
5 drb-ból álló eredeti csomagolás (ca Kr. 12.000.)
10 drb-ból álló eredeti csomagolás (» » 21.200.)

vagy **Tablett. Dicodid (Knoll) g 0.005**
5 drb-ból álló eredeti csomagolás (ca Kr. 10.000.)
10 drb-ból álló eredeti csomagolás (» » 18.000.)
20 drb-ból álló eredeti csomagolás. (» » 29.400.)

Rp. Ampull. Dicodid (Knoll) g 0.015
2 drb-ot tartalmazó eredeti csomag (ca Kr. 28.600.)
4 drb-ot tartalmazó eredeti csomag (» » 54.800.)

Rp. Dicodid. bitartaric. (Knoll) g 0.1
Aq. dest. g 10.0

Felnőtteknek naponta háromszor 10 cseppet.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Képvisező: WACK KERESZTÉLY, BUDAPEST IX, RÁKOS-UTCA 4.



Irodalmat készsége-
gel küld a magyar-
országi főraktár:

„MEDICHEMIA“

gyógyszer-
készítmények
gyára r. l.

Budapest
X, Hölgy-utca 14

Röntgenkészülékek

íránt érdeklődők figyelmébe

ETRALUX

gyakorló orvosok és fogorvosok
készüléke

CAMERALUX

átvilágító készülék

KELETI J., BUDAPEST

VI, Petőfi Sándor-utca 17. Telefon: 13-76

Kérjen ábrás árajánlatot!

VALORAL

Igen hatásos sedatívum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javulva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

Készíti: SZÜTS PÁL Deák Ferencz gyógyszerész Budapest VI,
Deák Ferencz-tér, Anker-palota. Telefon 93-01

ROBOFERRIN

„Ine et cum arsen. ERENYI (Liqu. ferri peptonali conc. in gutt.) a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű vaspépton-készítmény. Feltűnő eredményt alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. esetekben. Kiváló stomachicum, roborans.
Készíti: ERENYILÁSZLÓ „Diana” gyógyszerész Budapest VII, Károly-körút 5.
Telefon József: 115-55.

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 tárogatásával és megbizásából 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:

- Felletár József:** A placenta praevia therapiája (55—59. oldal.)
Schaffler József: Adatok a „proctostasis paradoxa“ kór-képéhez. (59—61. oldal.)
Lehoczky-Semmelweis Kálmán: A therapiás és prophylaxiás radiumkezelésről 1000 eset kapcsán. (61—65. oldal.)
Borza Jenő: A húgyutakban fejlődő leukoplakiáról és a rák aetiológiájáról. (65—68. oldal.)

- Takács Géza:** Megjegyzés Szabó Zoltán dr. „Az urotropin befolyása a postoperativ vizeletretentióra“ című cikkéhez. (68. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (68—71. oldal.)
Könyvismertetés. (71. oldal.)
Természet-, orvos-, technikai és mezőgazdasági országos kongresszus. (72—77. oldal.)
Vegyes hírek. (77—78. oldal.)

A kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női-klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi ny. r. tanár).

A placenta praevia therapiája.

Irta: Felletár József dr. klinikai tanársegéd.

(Első közlemény.)

A placenta praevianál, a szülés ezen egyik leg-súlyosabb szövödményénél a legnagyobb fontosságú a therapia kérdése, mivel itt kellő orvosi segítség nélkül a legtöbbször rövidesen elpusztul az anya és vele együtt a magzat is. E therapia nagyon régi keletű, hiszen *Braxton-Hicks* 1862-ben közzétett eljárása óta, amely a 80-as évek táján kezdett általánosan ismertté válni, valamint *Mäurer*, továbbá *Dührsen* által a 90-es években ajánlott metreurytis elterjedése óta a placenta praevia therapiájában lényeges változás nem történt. Mindkét eljárás tökéletesebbé vált, alkalmazásuk módját, lehetőségét a legalaposabban kidolgozták, hogy úgy látszott, e téren már további fejlődés nem lehetséges. Így a nagy anyai, de különösen a magas magzati mortalitást e szövödmény természetes járulékanak kellett tekintenünk. Az utóbbi évtized során azonban jelentős változás állott be. 1908-ban *Krönig*, továbbá *Sellheim* és *Pankow* a sectio caesareát vezették be a placenta praevia therapiájába s ez eljárás, bár eleinte a legerősebb ellenállásra talált, lassanként mindjobban tért hódított, úgy annyira, hogy a berlini, valamint az innsbrucki gyanekologus-kongresszusok tanúsága szerint a német gynaekologia mai vezetői által már elsősorban ajánlott eljárásnak kell tekintenünk. Természetesen a sectio caesarea ez újabb térfoglalása az irodalomban is élénk visszhangra talált s egymásután jelentek meg beszámolók a különböző intézetek anyagáról s a placenta praevia therapiájában általuk helyesnek tartott irányról. Ezért tartottam időszerűnek a II. számú női-klinika 15 évi anyagának alapján e kérdésben álláspontunkat ismertetni. A II. számú női-klinikáról 1910-ben jelent meg placenta praeviat tárgyaló dolgozat, melyben *Frigyesi* a klinikának 12 évi anyagát gyűjtötte össze s összesen 110 placenta praeviaról számolt be. Az 1910—1924-ig terjedő 15 év alatt 25.847 szülés közül összesen 233 eset-

ben találtam előlfekvő lepényt, ami 0.9%-nak felel meg. Nagyobb ez a szám *Kézmárcskey* által hazánkban talált 0.3%-os átlagnál. A legtöbb német intézetben azonban ennél még jóval nagyobb számban is található, így *Hiess* (Wien) 1.4%-ban, *Stöckel* (Kiel) 1.7%, *Depken* (Brémen) 2%-ban stb. találták. Ez nemesak arra vezethető vissza, hogy intézetekben a pathologiás esetek általában halmozódnak, hanem ebben a legfontosabb szerepet játszik az a körülmény, hogy ott elterjedtebb már ama a placenta praevia therapiájában igen fontos elv, hogy e szövödmény mellett a szülésnek intézetben van a helye.

233 esetünk közül 52-t szülészeti poliklinikumunk szállított be a klinikára.

Mielőtt eseteink tárgyalásába kezdenék, a nomenclatura kérdésében kell álláspontunkat leszögeznünk. Bár az évek során számos kísérlet történt az elnevezések egységesítésére, a különböző dolgozatok elnevezései mégis meglehetősen eltérőek s ez főleg összehasonlítások alkalmával igen zavarólag hat. Mi a *Bumm* által ajánlott, klinikánkon különben már régóta használatos elnevezést alkalmazzuk: ha a méhszájat teljesen fedi az előlfekvő lepény, placenta praevia totalisról beszélünk; ha csak részben takarja s mellette burok is érezhető, placenta praevia partialisnak nevezzük. A méhszájat nem borító előlfekvő lepény különböző alakjait, egészen a mélyen tapadó lepényig placenta praevia marginalis vagy lateralisnak nevezzük. Ez az elnevezés az általánosabban elterjedt. Több szerző még ezt is egyszerűsíti s csak placenta praevia centralist és lateralist különböztet meg. Mivel a szülés előrehaladtával, a méhszáj tágulásával a placenta praevia elnevezése is sokszor változást szenvedne, általában a kétujjnyi méhszájnál talált leletet tartjuk mérvadónak az elnevezés alkalmával, kivéve a placenta praevia totalist, mert ennek a diagnosisát csak az egész szülés alatt végzett belső vizsgálatok lelete alapján végconclusióként állapítjuk meg. Placenta praevia totalist 47 = 20.2%, partialist 105 = 45%, marginalist 81 = 37.7%-ban találtunk. Tehát mi is, mint általában a legtöbb észlelő, a placenta praevia partialist találtuk a legnagyobb számban, ellenben a mi statisztikánk szerint a placenta praevia könnyebb alakjai a placenta praevia totalisnál lényegesen nagyobb számmal szerepelnek. Ezt mindenesetre a placenta

praevia totalis-esetek szigorúbb elbírálásának kell be tudnunk.

	Totalis	Partialis	Marginalis
Hofmeier.....	20 %	57.5 %	22.5 %
Ballhorn.....	26.7 %	47.3 %	25.7 %
Depken.....	26.9 %	73 %	
Liebe.....	29.5 %	70.5 %	
Hiess.....	9 %	78 %	13 %

A placenta praevia általában a többször szülők megbetegedése. Általánosabban elfogadott vélemény az, hogy a placenta praevia aetiológiájában a főszerepet a méhnyálkahártya hiányos fejlettsége, másrészt túlságosan igénybevett, elhasznált állapota játszik, mivel ennek következtében a decidua képződése tökéletlen lesz. Csak másodsorban jön számba a pete valamely rendellenessége, amely a megtapadás akadályául szolgálhat. Kétségtelen, hogy az előrement, gyorsan egymásután következő szülések, valamint a gyakori abortusok praedisponáló momentumot képeznek. Eseteink 18 százalékában találtunk abortust, sokszor többet egymásután az anamnesisben. Öt esetben lepenyleválás fordult elő, ami már az előzőekben is a lepeny tapadásának rendellenességére mutat. Két esetben az előző szülés is placenta praevia volt. Előrement gyulladási folyamatokat, melyek az általános felfogás szerint oly fontos szerepet játszanának a placenta praevia aetiológiájában, alig egy-két esetben találtunk az anamnesisben. Ellenben feltűnő az, hogy eseteink 16 százaléka I.-P. volt. Már *Stöckel* is megemlíti, hogy sokkal több a I.-P. placenta praevia esetei között, mint azt a tankönyvek tanítják. Az újabb közlemények szerint: *Hiess* 12%, *Ballhorn* 12.4%, *Liebe* 13.6%, sőt *Depken* 17%-ban találták. Ellenben a többi észlelt felfogásával ellentétben ki kell emelnünk, hogy mi primi paráinknál általában súlyosabb lefolyásúnak találtuk a szülést, ami természetes is, hiszen a virginalis, kevésbé tágulékony méhszáj megnyílása és így a szülés lefolyása sokkal tovább tart, másrészt a lágyrészsérülések lehetősége is nagyobb. I.-P.-nál 13% volt az anyai mortalitás. 37 I.-P.-ánk közül hat idős I.-P. volt.

A placenta praevia főtünete, lényege a vérzés. A szülőfájások megindulásával, de sok esetben már a terhesség előhaladtával a méh alsó szakaszának passzív tárgittatása következtében is vérzés jelentkezik, mivel az elől fekvő lepeny és méh fala között kisebb-nagyobb eltolódás jön létre, ami a lepenyhez vezető erek átszakadását okozza. A terhesség alatt jelentkező vérzések a legtöbbször kismértékűek, gyakran többször is megismétlődnek. Eseteink közül vérzés jelentkezett:

A szülés előtt	1 héttel	2 héttel	4 héttel	azon-túl	Összesen	nem vérzett
Totalis	15	1	3	7	26	21
Partialis ..	12	8	20	7	47	58
Marginalis	8	1	8	2	19	62

35=15%, 10=4.2%, 31=13.3 16=6.8 141=60.5%

Tehát mint látjuk, eseteink 40 százalékában találtunk már a szülés megindulása előtt hetekkel jelentkező vérzést. S míg a placenta praevia marginalis eseteinknél csak elenyésző kis százalékban lépett fel ily vérzés, a partialisnál közel 50%-ban, totalisnál pedig még több esetben.

Máskor a lepeny ilyen kisebb fokú leválása után nem szűnik a vérzés, fájások lépnek fel és megszakad a terhesség. Ama kérdésre, hogy a lepeny, illetve a pete rendellenes helyen való megtapadása milyen szerepet játszik az abortusok aetiológiájában, igen nehéz választ adni, annál is inkább, mert csak a 4-ik hónaptól, a lepeny kifejlődésétől kezdve lehetséges a placenta praevia diagnózisának felállítása. Eseteink között összesen tíz abortus fordult elő (4.3%). A 4-5-ik hónapban egy, az 5-6-ik hónapban 2, hat hónapos pedig 7. *Stöckel* szerint minél korábban szakad meg a terhesség placenta praevianál, annál kevesebb veszélyt jelent ez az anyára nézve. 6-ik hónapos abortusaink közül egy esetben, 20 éves I.-P.-nál (placenta praevia partialis), aki klinikánk háziterhes volt különben, oly heves vér-

zés lépett fel az abortus alatt, hogy pár perc alatt súlyos acut anaemia tünetei fejlődtek ki. Azonnali Braxton-Hicks fordítás, majd a magzat óvatos extrac-tiója után rögtön lepenyleválást végeztünk, mire a vérzés teljesen megszűnt, azonban az asszony szív-működése kihagyóvá vált és minden fáradozásunk dacára rövidesen meghalt. Ez esetünk alapján inkább azt kell mondanunk, hogy ha előrehaladottabb terhesség-nél lép fel abortus placenta praevia mellett, úgy ez az anyára nézve mindig komoly jelentőségű eseménynek tekintendő.

Általánosan ismert tény az, hogy placenta praevianál gyakori a koraszülés. A terhesség tartamáról a következő táblázat nyújt felvilágosítást:

	IV-VI. hó.	VII. hónapos	VIII. hónapos	IX. hónapos
Totalis	3=6.3%	8=17%	10=21.3%	26=55.3%
Partialis ..	4=3.8%	19=18%	17=16%	65=61.9%
Marginalis	3=3.6%	14=17.2%	16=19.7%	48=59.3%
	10=4.3%	41=17.5%	43=18.4%	139=59.8%

Tehát mint látjuk, eseteink többségében (60%) a terhesség elérte a normalis végét, tehát nem erősíthetjük meg ama gyakori állítást, hogy placenta praevianál a koraszülések vannak túlsúlyban. Ha az újszülötteink érettségi fokából következtetünk a terhesség időtartamára, úgy az előbbihez hasonló eredményhez jutunk:

	Erett	Kora	Nem életképes
Élő	69	20	5
Halott	71	11	31
Az első napokban meghalt.	5	3	14
	145=63.3% (2 gemini)	34=14.8%	50=21.8% (4 gemini)

Korainak akkor tekintettük az újszülöttet, ha súlya 2500 g alatt, hossza pedig 48 cm-nél kevesebb volt. A 2000 g alatti súlyú újszülötteket pedig nem életképesnek vettük. Ez összeállításból az is kitűnik, hogy újszülötteink 78%-a olyan fejlettséggel jött a világra, hogy életképesnek volt tekinthető. Ez nagyfotosságú, mivel mint azt a későbbiekben látni fogjuk, a placenta praevia conservatív terapiájának magzati mortalitása igen nagy.

A terhesség végén, a szülés megindulásával jelentkező vérzés placenta praeviaára pathognostikus jelentőségű. Még szóba jöhet portio carcinoma, valamint varixrepedésből eredő vérzés is, azonban ezek csak elenyésző kis százalékban szerepelnek a placenta praeviaával szemben. A vérzés nagysága elsősorban attól függ, hogy milyen erek szakadnak át a lepenyrészek leválásával. *Schauta* szerint azonban a placenta praevia foka s a vérzés nagysága között is szoros kapcsolat van. Ez a vérzés, melyet *Hitschmann* a tulajdonképeni praevia-vérzésnek nevez, a legnagyobb fontosságú placenta praevianál. Ez szabja meg a beavatkozás időpontját, sokszor a beavatkozás módját is; közvetlen életveszélybe dönti a szülőnőt, de közvetve is nagy jelentőségű, mert csökkenti az anya ellenállását, erőbeli állapotát annyira, hogy azután a placentalis szak normalis, vagy talán valamelyest fokozott vérvesztését a szülőnő nem bírja ki. A tágulási szak vérzéseinek nagy jelentőségére mutat két exitusunk is, ahol a tágulási szak nagy vérvesztéseinek következtében egyik esetünkben még minden therapiás beavatkozás előtt, a másiknál közvetlen a Braxton-Hicks-fordítás után, még a szülés befejezése előtt állott be a halál.

Ismeretes tény, hogy placenta praevianál, mivel a koponya beilleszkedése az elől fekvő lepeny miatt akadályozott, a fekvési rendellenességek sokkal gyakrabban fordulnak elő. Statisztikánk szerint, nem számítva itt az ikerszüléseket, a következő adatokat találtuk: fekvő fekvés: 177 (81.5%); medencevégű fekvés: 20 (9.2%); harántfekvés 20 (9.2%). Mint látjuk, a harántfekvés, valamint a medencevégű fekvés egyenlő számban, együtt azonban 18 százalékban fordul elő, ami ugyancsak kedvezőtlen körülmény, mivel a koponya tamponáló, vérzést oszlapító hatása elesik, másrészt a

szülés befejezése, a placenta praeviától eltekintve is, művi beavatkozást tesz szükségessé. A fejtégű fekvések közül: koponyafekvés: 174 (98,3%); fejtetőtartás: 2 (1,1%); arctartás: 1 (0,5%). Tehát a fekvési rendellenességek jóval nagyobb számával szemben a tartási rendellenességek alig valamivel térnek el a normalis szüléseknél található aránytól.

A vérzés elleni küzdelem képezi a placenta praevia terapiájának főfeladatát. A végeél tulajdonképpen a szülés mielőbbi befejezése, illetve a méhür mielőbbi kiürítése volna, mert ezzel megszűnik a vérzés is. Azonban a szülés erőszakos befejezése, az accouchement forcé nagy veszélyt jelent az anyára nézve, a méh alsó szakaszának a lepény mély tapadása okozta anatómiai elváltozása következtében. A méh alsó szakaszában, a méhszáj körül ugyanis *Hitschmann* szerint a decidua kevésbé fejlett, ezért a lepény bolyhai mélyebben hatolnak be a szövetek közé, úgyhogy a méh alsó szakasza elvékonyodik, elasticitása csökkent lesz, szakadékonnyá válik. Másrészt a méh falát itt keresztülkaszul járnak a lepényhez vezető utero-placentaris erek, úgyhogy minden sérülés súlyos vérzést okoz, s ez placenta praevianál az előző vérzések után sokszor végzetessé válhat.

A terapia útja egyrészt az, hogy a vérzést csillapítja addig, míg a fájások hatására a méhszáj anyyira tágul, hogy a szülés most már veszély nélküli befejezhető. Ez a conservatív terapia. Avagy pedig megkerüli a szülőcsatornát és per laparotomiam üríti ki a méhet. A kettő között helyezkedik el a sectio caesarea vaginalis, amely azonban egyrészt az előbb vázolt anatómiai viszonyok miatt az anyára nézve is kevésbé sikeres megoldásnak mondható, de még kevésbé szolgálja a magzat érdekét.

A conservatív terapia eljárásai: külső tamponade, burokrepszés, belső tamponade: lábrafordítás és metreuryis.

Az activ terapiát pedig a sectio caesarea különböző módjai alkotják.

Mielőtt a műtét statisztikánk részletes tárgyalásába kezdenénk, előzőleg még a belső vizsgálattal kell röviden foglalkoznunk. A placenta praevia, a szülés ezen súlyos complicatiója két nagy veszéllyel jár, az egyik a vérzés, a másik a fertőzés nagy lehetősége. Ugyanis a mélyen tapadó lepény, a méh alsó szakaszának distractiója következtében leváló lepényrészek és így a megnyíló erek tája mind a fertőzés számára közvetlenül elérhető. Különösen a vizsgáló újj jut közvetlen érintkezésbe ezen, a fertőzés számára nyitott kaput alkotó részekkel. Ezért, hogy ha a belső vizsgálatnál a sterilítást mindig hangsúlyozzuk is, placenta praevianál ezt még sokkalta fokozottabb mértékben kell tennünk. Az intézetek gyermekágyi morbiditásának és mortalitásának nagyrésze is a kint nem kellő sterilítással végzett belső vizsgálatra vezethető vissza. *Stöckel* ezért, hogy a fertőzést előmozdító belső vizsgálatot elkerülhessük, a placenta praevia diagnózisának eldöntésére a nagy praxis számára elegendőnek tartja azt, hogy ha az orvos steril csöves tükörrel feltárva megtekinti a portiót és a hüvelyt. Ha carcinoma nincs, s a hirtelen igen bő vérzést okozó varixrepedés nem található, a placenta praevia diagnózisát belső vizsgálat nélkül is bizonyosnak tekinthetjük.

21 esetben 9,4%-ban a szülés minden beavatkozás nélkül spontán folyt le. Természetesen spontán szülés csak a placenta praevia könnyebb alakjainál lehetséges, így eseteink közül 5 placenta praevia partialis és 16 marginalis volt. Négy nem életképes koramagzat halt meg, a többi élve született. Érdekes azonban az a körülmény, hogy egy esetben spontán szülés mellett is kisebbfokú cervix laesiót találtunk; ez mindenesetre bizonyíték a *Hitschmann* által annyit hangoztatott szövegek nagy szakadékonysága mellett.

Klinikánkon a külső tamponadot különösen az előző években kiterjedten alkalmazták. Egyedüli beavatkozást 18 esetben képezett. Itt már magasabb volt a magzati mortalitás, 10 gyermek, köztük nyolc életképes fejlettségű született halva. A hüvelytamponadot burokrepszéssel együtt 33 esetben, egyéb műtétek előtt pedig 103 esetben alkalmaztuk. Még pedig összes eseteink közül 52-szer hüvelytamponade (ebből 41-szer kint tamponálták a szülőnőt), 102 esetben colpeuryis fordult elő. Hüvelytamponade után összesen 3 anyát vesztettünk el, két esetben placenta accreta, illetve increta volt a halál-ok (elvérzés, illetve a gyermekágyi beavatkozás következtében sepsis), egy esetben pedig a huzamos ideig tartó hüvelytamponade után sepsisben halt meg az anya. Ugyancsak a hosszas hüvelytamponade rovására kell írunk még egy anyai halálkozásunkat is, ahol a szülést episiotomia és expressióval fejeztük be. Általában az újabb közlemények a hüvelytamponadot az infectio veszélye miatt teljesen elvetik, sőt újabbban még a tanítását is elhagyandónak vélik. El kell ismernünk, hogy a nem sterilen végzett hüvelytamponade, valamint a soká bent hagyott tampon is nagy veszélyt jelenthet az anyára nézve, hiszen a fertőzés közvetlen érheti a placenta tapadási helyét, a megnyíló erek táját, másrészt a tampon mögött felgyülemelő, esetleg bomló vér a legjobb táptalajt képezheti a bakteriumok számára és így a hüvelyben lévő csirák elszaporodására és felhatolására nyílik kiváló alkalom. Azonban a tágnulási szak vérzéseivel szemben, míg a méhszáj meg nem nyílt, más vérzést csillapító eljárás nem áll rendelkezésünkre. Ezért különösen a nagy praxisban kint működő orvos alig nélkülözheti a tamponade vérzéscsillapító hatását; a szülőnő szállítása pedig placenta praevianál még kevésbé tekinthető helyesnek tamponade nélkül. Mert a helyesen végzett tamponaddal, illetve a colpeuryissal úrrá tudunk lenni a vérzés felett, akár azáltal, hogy alulról nyomást gyakorolva, a vérző hely az elől fekvő rész és a

Műtét statisztika.

	Lázás	Mehalt			Halott magzat	Ebből életképes	Cervix laesio
		Elvérzés	Sepsis	Egyéb			
Spontán szülés.....	21	5	—	—	4	—	1
Tamponade	18	4	1	—	10	8	—
Burokrepszés ...	20	3	—	—	6	5	—
Tamponade + burokrepszés.....	33	5	—	1	14	11	—
Lábrafordítás:							
Braxton — Hicks ..	22	7	1	—	21	16	4
Belső műfogással..	19	8	—	—	17	12	1
Lábrafordítás + extractio	24	2	—	—	14	7	2
Metreuryis:							
Utána spontán sz.	8	1	1	—	5	4	—
+ lábrafordítás....	3	1	—	—	3	3	—
+ extractio.....	1	1	—	1	1	1	—
+ lábrafordítás + extractio	18	3	—	—	13	6	2
Láblehozatal	8	2	—	—	7	2	—
Extractio	8	4	—	—	7	4	1
Perforatio.....	5	2	—	1	5	5	—
Evisceratio + perf.	1	—	1	—	1	1	1
Forceps	1	—	—	—	1	1	—
Episiotomia + expressio.....	2	1	—	1	1	1	—
Sectio caes. classica	2	2	1	—	1	1	—
Sectio caesarea + amput. supravag.	8	3	—	1	3	1	—
Abortus	10	3	1	—	—	—	—
Tágnulási szakban meghalt	1	—	1	—	1	1	—
	233	57	7	7	135	90	12
		24,4%	3%	3%	58,9%	39,3%	5,3%

tampon közé szorul, akár pedig azért, hogy a tampon mögött a vér megalvadása éppen a stagnálása következtében könnyebben következik be. Azonban a hüvelytamponade alkalmazását szigorú feltételekhez kötnénk: elsősorban is a legnagyobb sterilitás mellett végzendő, ezért bába ne tamponáljon; másodsorban pedig minél rövidebb ideig hagyandó bent a tampon. Klinikánkon leginkább a Braun-féle colpeuryntert alkalmaztuk, de a háborús években a steril gazeval végzett szoros hüvelytamponadot is. Rendesen 4–6 órát hagyjuk a colpeuryntert bent, utána ellenőrzés, esetleg újabb tamponade. Hogy a hüvelytamponaddal nemesak provizorikus vérzéscsillapítást érhetünk el, hanem jó szolgálatot tehet a szülés befejezéséig is, mutatja egy placenta praevia totalis esetünk, ahol a hüvelytamponade képezte az egyedüli beavatkozást. A tampon mögött a jó fájások hatására megszületett a teljesen levált lepény, utána rögtön a magzat is minden nagyobb vérvesztés nélkül.

Placenta praevia könnyebb alakjainál koponya-fekvés mellett a burokrepszés a legjobb eljárás, itt a legkisebb beavatkozással érjük el a vérzés csillapítását. De nagy hátránya az, hogy sokszor eserben hagy, ha a fájások hatására a koponya nem száll lejjebb és nem tamponálja a vérzés helyét, egyéb beavatkozásra van szükség. Ezért csak kifejtett nyakcsatorna s legalább is kétujnyi méhszáj mellett végezzük. Azonban meg kell jegyeznünk, hogy burokrepszésnél 25%, hüvelytamponade és burokrepszésnél pedig 33% volt az életképes újszülöttek halálozása.

A hüvelytamponade gyakori alkalmazásának következménye az, hogy a 65 lábrafordítás közül csak 22 esetben végeztük Braxton-Hicks mütétét, ellenben 19 esetben belső műfogással fordítottunk, 24 esetben pedig a fordítást mindjárt az extractio mütéte követte. Mivel a tamponade hatására a vérzés szűnik, nem vagyunk arra kényszerítve, hogy korán avatkozzunk be, így gyakran a szülés előrehaladt annyira, hogy már kellőleg kitágult méhszáj mellett történhetik a mütét. Lábrafordítás mellett 4 esetben az utójára jövő fej perforációját is végeztük. A 65 lábrafordításnál 52 volt az újszülöttek mortalitása, ebből 35 életképes magzat volt. Cervixlaesio összesen 7 esetben 10%-ban fordult elő. Lábrafordításnál 3 anyát veszítettünk el, egyiknél a mütét már későn történt, a másik két esetben ellenben szívhalál, illetve öngyilkosság volt a halál-ok.

A metreuryst általában a magzat életének kímélése szempontjából tartják a legalkalmasabb mütétnek. Így *Hitschmann* szerint az élő és életképes magzatok 80%-a menthető meg vele. Ezzel szemben *Krönig* 33,2%, *Döderlein* pedig 45% magzati mortalitást talált metreurystnál. *Hofmeier* 42%-os, újabb eseteiben 53,8%-os mortalitásról számol be. Szerinte a metreurynternek az elől fekvő lepényre gyakorolt nyomása igen gyakran végzetes befolyással bír a magzatra. A mi 30 esetünk közül 22-szer volt halott a magzat, köztük 14 életképes. Egy esetben az utójára jövő fej perforációját is végeztük. Két esetben cervixlaesiót találtunk, midőn a metreuryst után lábrafordítást és extractio mütétét végeztük. *Hitschmann* szerint a lágyrészsérülések oka metreurystnál a legtöbbször a nagy megterhelés. A nagy súly éppen úgy hat, mintha nagy erővel húzzuk át a ballont, az erősen szakadékony szövetek nem képesek ellenállni és a cervix bereped. Klinikánkon egy-két esettől eltekintve, általában a megterhelést metreurystnál nem alkalmazzuk, hanem a ballont csak állandó lassú húzás alatt tartjuk. Nagy vita folyik jelenleg is azon kérdés körül, hogy extra-, illetve intraovularisan helyezendő-e el a ballon. *Hitschmann* szerint, ha a metreuryst vérzéscsillapító hatása nem megfelelő, úgy többnyire az az oka ennek, hogy extraovularisan helyezték be. Általában az intraovularis eljárást alkalmazzák túlnyomó többségben a különböző intézetek, azonban az extraovularis eljárásnak is vannak elszánt hívei, így *Zimmermann*, *Zangmeister* és *Füth* stb. Az kétségtelen, hogy az extraovularis alkalmazásnál elkerüljük a lepény nagyobb fokú összenyoma-

tását, másrészt placenta praevia totalisnál a lepény át-fúrását, ronesolását és így ezek káros hatása a magzatra nézve elesik. Azonban a vérzéscsillapítás korántsem oly tökéletes, mint az előbbinél, sőt sok esetben a lepény további leválásának előmozdításával csak fokozódik a vérzés. Már pedig a placenta praevia therapiájában az első és főcélunk a vérzés minél tökéletesebb csillapítása. Ezért klinikánkon csak intraovularisan, helyesebben intraamniálisan alkalmazzuk.

Farfekvésnél, amely mint az előzőkben láttuk, jóval nagyobb számban található placenta praevianál, a vérzés csillapítására láblehozatalt végeztünk nyolc esetben, a méhszáj kellő tágassága esetén nyolc esetben az extractio mütétét. A magzati halálozás szempontjából itt is rosszak az eredményeink, 14 esetben volt halott a magzat, azonban csak hat életképes. Egy esetünkben pedig cervixlaesiót találtunk.

Öt esetben a halott magzat perforációjával fejeztük be a szülést. Többnyire már előrehaladt szülésnél kívülről beszállított esetek voltak ezek, egyiknél már physometra is állott fenn, az anyát sepsisben el is veszítettük. Egy esetben az óriás magzat fejének és törzsének kisebbitését kellett végeznünk, az anya cervixrepedés és nagy atonia következtében elvérzett.

Per laparotomiam tíz esetben fejeztük be a szülést. E mütétek három kivételével mind az 1910–13-ig terjedő években végeztettek. Két ízben *classicus sectio caesaerát* végeztünk, öt ízben a császármetszéshez a méh amputációját is csatoltuk, három ízben pedig a méh előzetes amputációja után a már kivett méhet nyitottuk fel. Kétszer a méh amputációja után, mivel a méh üregek fertőzött voltára kellett számítanunk, *Tóth*-féle drainaget is végeztünk. Egy esetünk kivételével mindig már erősen előrehaladott szülésnél, többször több napi vajudás után tértünk át a beavatkozásra, midőn az anya életveszélye miatt a legkevesebb vérvesztés árán akartuk a szülést befejezni. Három esetben kint vizsgálták és kint tamponálták előzőleg a szülőnt, öt esetben klinikánkon végeztek előzőleg huzamcsabb ideig hüvelytamponadot, s egy esetben metreuryst után tértünk át a császármetszésre. Hét esetben az anya súlyosan kivértett állapot adta az indiciót, két ízben idős primiparánál nyomás méhen végeztük a mütétet, egy esetben pedig multiplex myoma miatt. Hogy mindig csak az anya érdekében, illetve az anya életveszélye miatt történt a császármetszés, mutatja már az a körülmény is, hogy három esetben halott magzat mellett történt a beavatkozás, egy esetben pedig a koramagzat életképessége nagyon problematikusnak volt jelezve. Összesen három anyát veszítettünk el, egyet elvérzés következtében, ugyanis a mütét az erősen kivértett asszonynál minden további vérvesztés elkerülése miatt történt, azonban már későn. Egy esetben, ahol kint vizsgálták és tamponálták előzőleg a szülőnt, majd klinikánkon metreuryst végeztünk s utána az uterus supravaginalis amputációját *Tóth*-féle drainageval, a 11. napon peritonitisben exiált; egy esetben a mütét végén a mütőasztalon hirtelen halt meg a szülőnt, a boncolás szívhalált konstátált. Négy gyermek született halva, köztük két életképes fejlettségű.

Ha a mütéti statisztikán végigtekintünk, úgy elsősorban a nagy magzati mortalitás tűnik fel. Az új szülöttek 58,9%-a elpusztult, pedig mint azt az előzőkben láttuk, az újszülöttek 78%-a életképesnek volt tekinthető.

Összesen meghalt: 135 (58,9%). Ebből halva született, illetve algis asphyxiából feléleszthető nem volt: életképes 82 (1 gemini), nem életképes 31 (3 gemini), az első életnapokban meghalt: életképes 8, nem életképes 14. Összesen: életképes volt 90 (39,3%), nem életképes 45 (19,6%).

E nagy számnak csak kis részét lehet a szövődmény lényegének, a lepény részleges leválásának következményeként felfognunk, a többi mind a therapia rovasára irándó. És itt még figyelembe kell vennünk

azt is, hogy eseteink több mint egyharmada (92) tulajdonképpen spontán, illetve a legenyhébb beavatkozás mellett (tamponade, burokrepszés) folyt le, tehát a placenta praevianak könnyebb alakja volt, amely a végeredményünket mindenestire lényegesen javítja.
(Folytatjuk.)

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató báró Kétly László dr. egy. ny. r. tanár).

Adatok a „proctostasis paradoxa“ kórképéhez.

Írta: Schaffler József dr., egyetemi tanársegéd.

A vastagbél eredetű székszorulások azon csoportja, mely a *rectostasis* (elhúzódnó rectumkiürülés proctostasis, proctogen obstipatio (*Strauss*), dyschesia (*Hertz*) nevével viseli, nem túl gyakran előforduló kórkép. Mivel azonban a betegre nézve igen kellemetlen kínzó érzéssel jár, megérdemli, hogy az érdeklődés központjába állítsuk, annyival is inkább, mert úgy a bélfall túltágulása következtében, valamint a bértartalom kiürülésekor különféle zavarok támadhatnak.

A defecatio actusánál több tényező együtthatalma érvényesül. Így a sphincter ani elernyedése, a rectum contractiója, valamint a hasprés és a musc. levator ani együttes munkája. Ezen izmok működése a rectum falában elhelyezett érző idegek ingerületét által részben akarattalosan, részben önkéntelenül jön létre.

Physiologiás viszonyok között rendszerint a genu rectoromanum a bélsár gyűjtőhelye és az ampulla rectiben csak röviddel a kiürülés előtt időzik. Ez normalisan üres vagy csak néhány rögtöt tartalmaz. Emellett bizonyítanak a Röntgen-, a rectoscopia- és digitális-vizsgálatok eredményei is. A rectum csak pathologiás viszonyok között veszi át a reservoir szerepét s ilyenkor nemcsak mint kivezetőcső szerepel, hanem a kiürülésre váró bélsár felhalmozódására is szolgál.

A rectum fala, hasonlóan a sphincteréhez, egy állandó erős tonusban van s alsó szakaszára gyakorolt feszítőnyomás a defecatio actusának bevezetésére nagy fontossággal bír. Amíg a feszítőnyomással szemben nagyfokú érzékenységet mutat, addig ismeretes, hogy a tapintó- és hőérzékelő képessége csökken. Amint az izomzat vagy az érző idegek részéről ezen össz-munkában zavar áll be, a kiürülés ennek folytán időbelileg elhúzódnik, vagy akár el is maradhat. A normalis székiürülést kiváltó ingerekkel szemben való kórosan csökkent érzékenység, tehát a *rectum alsó szakaszán fennálló hyp.- és anaesthesiák* a *rectostasis* bizonyos formáihoz vezethetnek. Ezen kórfórmát *H. Strauss* foglalta össze „proctogen obstipatio“ neve alatt. Már régóta ismertek azon defecatiós mechanizmus-zavarok, melyek gerincvelő-megbetegedéseknél a rectum anaesthesiája által jönnek létre. Ennek következtében a bélsárnak a rectumban való felhalmozódása áll elő, s többen is (*Nothnagel*, *Briquet*, *Ebstein* stb.) leírtak eseteket, melyeknél egyrészt a rectum hypaesthesiája okozta a székszorulást, másrészt a megfelelő bélszakasz hiányos kihajtó erejénél fogva következik be a bélsár felhalmozódása, valamint azt is, hogy a hysteriások olykor sem a székelési inger, sem a széknak a sphincteren való áthaladását nem érzik. A rectum hyp.-, illetve anaesthesiája által feltételezett proctogen obstipatio kórképét, mint önálló kórfórmát azonban nem különítették el. Ez *H. Strauss* érdeme, ki e kórfórmát az esetek legnagyobb részében olyan individuumoknál észlelte, kiknél psychogen úton, a székelési inger rendszeres figyelembe nem vétele folytán, a rectum érző apparatusának ez ingerekkel szemben való eltompulása jön létre.

Az érzésszervi zavar kapcsán fennálló és fentebb említett formákhoz társíthatók még a *motilitásbeli zavarokon alapuló rectostasisok* esetei is. A motilitásbeli zavar, vagy a hypertonia, vagy az atonia következményeképpen áll elő.

A rectum pars sphincterica tájára, vagy az ampulla rectire localizálódó gyulladási folyamatok, eróziók, vagy távolabb fekvő megbetegedések (méh és függelékeinek, prostatának megbetegedései stb.) reflectorikusan hozhatják létre a rectospasmust. Az ampulla és flexura spasmusa által az obstipatio kifejlődhetik, vagy pedig egy, már fennálló obstipatio erősbödhetik. A nyálkahártya laesióját követő rectospasmus, reflectorikus módon azáltal, hogy a beteg, a fájdalmas székeléstől való félelmében napokig elnyomja a normalis székelési ingert, vezethet egyrészt obstipatiohoz, másrészt a nyálkahártya gyulladási állapotához.

A *rectostasis atonica* eseteiben az ampulla izomelemeinek tonuscsökkenésével állunk szemben. Ezen esetek nagyszámában — amint ezt *Nothnagel* és *Stroup* kimutatták — a hosszasan fennálló rectospasmus által létrejövő bélsárpangás az izomelemek túltágulását és idővel elvékonyodását eredményezi. Egyes esetekben azonban a rectum atoniás volta, mint az általános atoniás állapotnak részjelensége jöhet szóba.

A *rectostasis mindig a rectum atoniás voltából ered*. Egyes individuumoknál a rectum constitutionalisán oly gyenge, vagy elernyed, hogy a szék a záróizomig haladhat előre és már csak ez tartja vissza. Atoniás rectumnál ez a telődés annyira nagyfokú lehet, hogy óriási, az egész kismenedecét kitöltő *nodus pelvicus* keletkezhetik. Az ampulla rectiben meggyült bélsártömeg itt hosszasan időzve, a végbélnyálkahártya felszívóképessége folytán nagymértékben beszárad. A beszáradt s a kihajtómozgásnak ellenálló kemény, consistens tömeg (néha már bélsárrög) spontán távozni nem tud, részben tömege, részben kemény összeálló mivolta miatt. A rectumot azonban teljesen nem zárja el, úgy-hogy a gázok és híg ürülék távozhatnak. Ez az állapot a betegnél kínzó tenesmus mellett, néha kevesebb, más-kor több híg vizes, nyákos vagy véres székiürítést von maga után. Jellegzetes, hogy utána a normalis megkönnyebbülés érzete hiányzik és a végbél teltségérzete, nemkülönben általános dyspepsiás tünetek lépnek fel. A folytonos és kínzó tenesmus mellett, a sokszor híg ürülés dacára állandóan fennálló székelési inger könnyen tévútra vezethetnek a kórjelzés felállításánál, s ezen nagymértékben kínzó kórfórmát eléggé ritka előfordulása, valamint a rendszerint elhanyagolt digitális-vizsgálat miatt, felfedezetlenül maradhat, *H. Strauss*, ki e kórfórmára a „*proctostasis paradoxa*“ elnevezést alkalmazta, már jó régen felhívta a figyelmet arra, hogy ilyen esetekben a biztos kórjelzés felállítására, elégedhetetlen a digitális-vizsgálat. A rectumba vezetett vizsgáló ujj ekkor, egy többé-kevésbé ellenálló, nyúlós, ragacsos, csirizes tömegbe ütközik, mely szabadon mozgatható az ampullában s rendszerint, a vizsgálóujjra tapadt bélsártömeg, erősen bűzös és ammoniakalis erjedésre emlékeztető szagot áraszt. Az ampullában ilyen módon tapintható rög (stercoralglobus) oly nagy, hogy onnan spontán távozni nem tud, és kellemetlen tünetekkel uralja a kórképet.

Feleletre várná azon kérdés, vajjon mi módon jön létre ilyen hatalmas stercoralglobus és melyek azon praedisponáló körülmények, melyek létrejötténél szerepel bírhatnak. A stercoralglobus első létesítőjeként, mint ú. n. primaer centralis rög magjaként, valamelyes széktörmelék, vagy nyák jelölhető meg, melyre secundaer módon, ráarakódás által jön létre a már nagy és kiürülésre nem alkalmas globus. S amíg a keményebb rögök az expulsio által könnyebben, addig a nyúlós, ragacsos tömeg nehezebben hajtatik ki, mivel újból visszacsúszik.

A praedisponáló körülményekként irodalmilag fel- említett sopor, apoplexias comatosus-állapot, fissura ani stb. mellett, mely érthető módon könnyen vezet a primaer góera való ráarakódás által a nagy globus kifejlődéséhez, érdemes felemlíteni, hogy e kórfórmában szenvedő három idősebb nőbetegünk, betegségüket bizonyos fajta — különösen cellulosedús (tápszerek), fekete kenyér, bab, borsó — huzamos élvezetére vezették vissza. Ezen körülményt, mint aethiologiai factort, csak

azon esetben értékelhetők; ha a nagyobb fokú atoniás állapot és a dús cellulosestartalmú táplálék, mint nagymérvű bélsárképzőanyag, egybeesését fogadjánk el magyarázatul.

Előfordulását tekintve, tapasztalatilag főleg idősebb nőknél (valószínűleg multiparáknál a kismencede-beli izmok túltágulása okozta ellazulás következtében fellépő székszorulás folytán) észlelhető, bár előfordulhat férfiaknál is. *H. Strauss* gyermekeknél is észlelte. Egyik esetében, egy 7 éves lánykánál, narancsnagyságú röögöt talált, egy másik esetében, 9 éves gyermeknél, a hasfalón át köldökig húzódó óriási röögöt tapintott.

A rectostasis gyakoriságát tekintve amyi mondható, hogy ha nem is túl ritka, mégis mindennapos előfordulást nem mutat. *H. Strauss* válogatás nélküli nagyobb beteganyagon végzett digitalis-vizsgálatot és betegei 10%-nál talált rectostasist. Ezzel szemben székszorulások beteganyagán, melyet kivétel nélkül Röntgenel ellenőrzött, 20–22%-ban észlelte ugyanezt *Hertz* szerint viszont gyakoribb volna, míg *Gant* eseteinél csak 9%-ot tesz ki.

A klinikánk nagy forgalma lehetővé tette, hogy három év alatt a különböző pathogenesiséű székszorulások 700 esetét észlelhessük, melynek több mint felét pontos Röntgen-vizsgálattal ellenőriztünk. Ezen esetek közül 67% tartozott a *lüneti* vagy másodlagos *székszorulás* csoportjához, 11% alkotta a *spasmusos* jellegűek csoportját s végül 21%-ban az *atoniás* forma szerepelt. Székszorulások eseteinknél a digitalis-vizsgálatot rendszeresen alkalmazva, azt találtuk, hogy amíg a *spasmusos* formáknál csak 8%, addig az *atoniás* eseteknél 20–25%-ban észlelhető az ampulla kitöltöttsége. Nem számítjuk ide azon eseteket, ahol ampullában csak néhány kisebb röög volt tapintható, mely székelési inger sem váltott ki. A szószoros értelemben vett *paradox rectostasist*, eseteink közül csak 4-nél (0,5%) észleltük. (Kivétel nélkül idősebb nőknél.) A baj fennállásának időtartama 2 héttől 3 hónapig terjedt, amikor is csak bimanuális kitarítással lehetett a globust eltávolítani. Mindössze egy esetben észleltük fiatalokorú egyénnél, egy 12 éves fiúgyermeknél, kinél rendszerint az iskolában való „drukkolás” okozta, időnként fellépő nagymérvű székszorulás képe fejlődött ki paradox jelleggel.

A *rectostasis therapiájában* a rendszerint szokásos ivókúrák és gyógyszeres hashajtók alkalmazása nem jár kielégítő eredménnyel. Ezen körülményre már egy korábbi közleményemben (O. H. 1925, 44. sz.) — melyben a keserű- és gläubersónak peristaltica fokozó hatását különféle hőfok és hígítás mellett, csoportos vizsgálatok alapján tárgyaltam — rámutattam. Helyesebb tehát az orvoslást a prophylaxisban s nagyobb mérvű bélsárfel-szaporodás meggátlásában keresnünk. Elcéltől legalkalmasabb a rendszeresen alkalmazott bélmosás, melyet $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ liter testmelegű vízzel vagy hígított keserűvízzel végeztetünk. Még inkább eredményhez vezet azon mechanikus segítség, melyet a musc. levator anira gyakorolt akár rythmusos, akár állandó nyomás alakjában nyújthatunk. Amíg a rectum hyperaesthesiájánál, melynél a legkisebb bélsárrög jelenléte is folytonos székelési inger okoz, a prae- és postdefecatiós bélmosások (anicuture) vezetnek célhoz, addig azon esetekben, ahol a hiányzó székelési inger helyreállítását célozzuk, igen jó szolgálatot tesz a psychotherapia. Ez utóbbi eseteknél a nap-nap után való gyakorlat meglepő eredményt hozhat. Ezzel szemben az izomzat gyengesége által feltételezett obstipatiók eseteiben főként a mechanikus segédtevényzők alkalmazása vezet jó eredményre. A musc. levator ani contractiója által normalisan nemcsak nyomást gyakorol a rectum tartalmára, hanem azt mintegy előrefelé is tolja. Viszont ha elernyed és petyhüdté válik, a kiürítésnek munkáját nem képes elvégezni. Az ampullába lecsúszó bélsártömeg nyomó és feszítő hatásával szemben nem tud ellenállást kifejteni. A musc. levator ani atoniája által okozott rectostasis eseteimben a bélkiürülésnek megkönnyítését a következőképen sikerült elősegítenem: a beteggel egyik kezének 4 ujját az os coccygis és anus nyílása közti területre — mely norma-

lisan a curvatura perinealis hátrafelé concav-hajlatban alkotja — akként helyeztettem, hogy tenyere az os sacrumon fekszen és ujjai végével a rendszerint kisebb anococcygealis zsírmassára középerős nyomást gyakoroljon, ezzel egyidejűleg, másik tenyerével a hasra ellennyomást végezzen, a hasprés beiktatása mellett. Ezen *expressiós fogással* pótolható a gyenge musc. levator aninak a bélsár lefűzésére hivatott munkája, a székmassa formálása, és az anusnyílás irányában való vezetése. Röntgen-felvételekből is jól látható, hogy a túltelődött és gyenge izomzatú ampulla recturae gyakorolt nyomás az ampulla tartalmát mechanikus értelemben befolyásolja. Azonban nemcsak középvonalból, hanem valamelyik oldal felől való nyomással is hasonló célt érhetünk el.

32 kifejezetten rectostasis eseteimben ezen *expressiós fogás* mindenkor igen jól vált be. Általa a betegek megszabadultak a defecatio alkalmával egyébként fennálló kínzó erőltetés és sikertelenségtől, valamint elmaradtak a székelés utáni esomó, göresös feszülés, égés, tompa nyomás, fájó érzések is. Egyes szerzők hasonló esetekben a kiürítés elősegítésére az erőteljesebb köhögést vagy a behúzott hasfal megtámasztását ajánlották. Ez utóbbit minden olyan esetben, ahol a hasfal rugalmasságából veszített, pl. nagyobb fokú rectusdiastasis stb., eseteiben szintén jó eredménnyel alkalmaztattam. Kevésbé jó eredményt adott a köhögésnek a defecationál való alkalmazása. A rectostasis minden olyan esetben, ahol az ampulla tartalma nem túlkemény és összeálló, a mechanikus segítségnek ilyen módja eredményre vezet. Elmarad azonban, ha a bél-tartalom beszáradása oly fokú, hogy többé már nem formálható, vagy pedig a bélsárrög olyan nagyságot ér el, hogy ez teszi lehetetlenné a sphincteren való áthaladását. Ez az eset áll fenn a rectostasis paradoxa klinikai kórképében is, melynél csak a digitalis-felaprózás vezet eredményre. Ez történetik egyszerűen digitalisan vagy kőfogóval, esetleg kanállal is. A digitalis-felaprózás az esetek legnagyobb részében sikerült s csak ritkán, igen consistens koprolithnál szükséges műszernek az igénybevétele. A digitalis-kitakarítás legcélszerűbben bimanuálisan végezhető el, mégpedig akként, hogy a végbélbe vezetett ujj számára másik kezünkkel nyújtunk biztos támpontot, nőknél a vaginába, férfiaknál a coccygialis tájára helyezve azt, mintegy ellenőrizzük s megfelelő ellennyomással elősegítjük a daraboló ujj munkáját. A kivételnek módja legyen óvatos és kíméletes, részben a fölösleges fájdalom elkerülése, részben a sokáig fennálló koprostasisoknál előforduló, esetleg mélyebbre hatoló fekélyek erős vérzése s a laedalt bélfal könnyebb átszakadásának veszélye miatt. A feldarabolt bélsárrög egyrészt digitalisan, másrészt vízes vagy olajos beöntésekkel távolítható el.

A rendszeresen végzett rectoskopiás vizsgálatoknál szembeötlő, hogy rectostasisnál az esetek 80%-nál (a rectum kitarítása után végezve a vizsgálatot) az ampulla igen tág, a plicae transversales elsímultak, a *Kohlrausch*-féle redő lelapul. Ezáltal a rectum sajátosságát mutató jeleket mutat. Míg a normalis viszonyok között rectoskopizált esetekben a redők mindenkor jól kivehetők és az ampullában való betüremkedésük fel-fúvások még inkább erősödik, addig az atoniás formáknál (rectostasis) a redők még felvúváskor sem láthatók.

Nincs teljesen tisztázva, hogy ezen redőlelapulásban egyedül csak a mucosa és submucosa vesz-e részt, talán a mechanikus túltelődések folyamánnyaképpen vagy a rectumfal izomelemeinek a gyengesége is közrejátszik-e?

A redők elsímulása mellett a rectostasisok eseteiben gyakorta volt észlelhető a stercoralglobus okozta koprotraumatikus nyálkahártyagyulladás és kisebb-nagyobb terjedelmű decubitalis fekélyek jelenléte is. Ami a fekélyek elhelyeződését illeti, leginkább a dorsalis ampullafalon voltak láthatók, ritkábban az ampulla elülső falán vagy a rectum felsőbb részeiben. Ezen elhelyeződés annak a következménye lehet, hogy a rectum ezen része szoros szomszédságban van az os coccygissal és

praedilectiós helyévé válik a nyomás következtében keletkező decubitalis fekélyeknek.

Ezen fekélyek gombostűfejnyi-fillérnyi nagyságúak s olykor még nagyobbak is, szélük rendszerint fehéres lepedékekkel fedett és alapjuk letörlés után erősen vérzőnek bizonyult. A bevonókezelés jó eredménnyel járt. Tisztító bímósás után alkalmazott olajos bismuth-beöntésekre (ol. cybari 100 g-ban 5–10 g bismuth subnitr. jól összerázva) a fekélyek gyors gyógyulást mutattak. Ugyancsak jó eredmény érhető el rectoskopon át végzett yatren-casein-, novoprotin-cseteléssel is.

A rectostatisos beteganyagukon végzett megfigyelésekből nyert eredményeket a következőképpen foglalhatom össze:

E kórforma nem fordul elő túl gyakran és a betegeknek közérzését különösebb mértékben nem zavarja, kivéve azon eseteket, ahol az izomzat elernyedtsége által nagymérvű bélsárfelzaporodás jön létre, amely igen kellemetlen kínzó fájdalmakat okoz s súlyosabb klinikai képből nyilvánul, amint ezt a „*proctostasis paradoxa*” kórképében láthatjuk.

A rendszeresített digitalis-vizsgálattal e kórforma biztosan felismerhető. Míg az expressió műfogás a defecatio actusát megkönnyíti, a nagyobb mérvű felhalmozódást meggátolja, addig a spontán távozni nem tudó, igen nagy stercoralglobus eseteinél csak a bimanualis kitakarítás segíthet.

Rectoskopiás vizsgálattal a hosszasan fennálló rectostatisos eseteknél az ampulla harántredőinek lelapulása mindenkor jól látható. A következményes decubitalis-fekélyek főleg a dorsalis-(os coccygis)-fal tájára localizálódnak.

Irodalom: H. Strauss: Therap. Monatshefte 1916. Augustheft. — H. Strauss: Erkrankungen des Rectum und Sigmoidium, Berlin, 1922. — H. Strauss: Archiv f. Verdauungskrankh. 1924. 33. köt. — Nothnagel: Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums, Wien, 1918. — Ebstein: Die chronische Stuhlverstopfung, Stuttgart, 1901. — G. Singer: Med. Klinik, 1921. No. 48. — Gant: Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters, München, 1924. — Hertz: Constipation and allied intestinal disorders, London, 1909.

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

A therapiás és prophylaxiás radiumkezelésről 1000 eset kapcsán.

Irta: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán dr.* klinikai adjunctus.

(Második, befejező közlemény.)

Minden ráktherapiás eljárásnál arra törekszünk, hogy vagy a hámburjánzásra gátló, vagy a kötőszövetre serkentő, vagy a vérben védőanyagokat képző hatást fejtsünk ki (*Kupferberg*). A sugarak hatására a ráksejtekben karyo- és cytolyticus áll be, azok szétesnek, felszívódnak vagy a felületről ledobódnak, helyükben sklerotikus, sejtszegény, hyalin-kötőszövetből álló tömegek keletkeznek. Ez a hegszövet sarjszövetből fejlődik. *Schwartz* a rákstromán két részt különböztet meg, egy excentrikusan fejlődött, symbiotikus és egy az anyatalaj edénykötőszövetéből álló részt. A symbiotikus stroma a sugárzásra elpusztul, a normalis kötőszövetből álló részből sarjszövet fejlődik, amely elnyomja a Röntgen és radium által károsított ráksejteket. Ez utóbbiak mitosiskor a legérzékenyebbek a sugarak iránt. A mitosiskor a sugárbehatásra hamar megcsökkennek. A sugarazást akkor kellene célirányosan megismételni, amikor újból erősebb mitosist gyanítunk. A sarjképződés 10 nappal a besugárzás után történik, ezt pedig meg kell óvni újabb sugártól. Négy hét múlva a sarjszövet hegszövetté alakul át s akkor a sugarazás megismételhető. *Frankl* és *Amreich* vizsgálataik alapján megállapították, hogy azon helyeken, amelyek direkt kaptak

a radium-sugarakat, a 3. és 4. napon kezdődnek a változások és itt 40 napra szűnik meg a hatás; a sugárhatás maximuma az 5. és 7. nap közé esik. A sugárhatástól indirekt ért helyeken a hatás később kezdődik és hamarabb szűnik meg. A szövettani elváltozásoknak megfelelően észleljük a klinikai kép megváltozását is. A sugarazást követi a daganatnak rövid ideig tartó gyulladási izgalma és duzzadása, a vérzés fokozódhatik, a folyás is bővebb lehet. Néhány nap múlva azonban mindez visszafejlődik. A vérzés, evesedés, bűzös folyás csakhamar megszűnik, a daganat kb. három hét múlva zsugorodik, a fekély behámosodik, a gyulladási vizenyő elmúlik, a fájdalmak kimaradnak, az általános közérzet, étvágy, anaemia javul, a betegek hízni kezdenek, életkedvüket visszanyerik.

A radiumsugaraknak nemcsak közeli, hanem távolhatásuk is van. Ily távolhatás adja magyarázatát a Röntgen-kater analogiájára észlelhető radiumkaternek, amely előbbinek enyhébb formája. Nagy radiumdosisok után fellépő radiumcachexiát is leírják. A radiumkezelés alatt fellépő lázak, émelygés, hányás, bél-, hólyaggörcsök, nyugtalanság, álmatlanság, szapora érverés, alhasi fájdalmak stb. mind részjelenségei a radiumkaternek. Ámbár nézetem szerint e tünetek a sugarazás tartama alatt az eves váladékpangásban, a mozdulatlan, háton való fekvésben, a tamponálás következtében igen gyakran észlelhető vizelési nehézségekben stb. is megtalálják részben magyarázatukat. Ezt annál is inkább valószínűnek tartom, mert a radiumtok kivétele után a tünetek csakhamar megszűnnek. De hogy a radiumnak van távolhatása, az bebizonyított tény. A vérkép romlik, az átmeneti leukocytosist a fehér- és vörösvérsejtek csökkenése követi. A regenerációhoz *Nürnberg* szerint nyolc nap, *Seitz-Wintz* szerint nyolc hét szükséges, ha teljes carcinomadosist kapott a beteg. Mi betegeinknek megfelelő szünetek közbeiktatásával arsenit és vasat adunk huzamosabb időn át, egyrészt, hogy a carcinomasejteket sensibilizáljuk, másrészt, hogy a vért javítsuk. Az eredmények e tekintetben nem hagynak kívánnivalót. Természetesen a betegek diéta roborálása és a hygienés viszonyok javítása is szükséges, ami azonban a mai nehéz viszonyok között sokszor nehézségekbe ütközik. A rossz gazdasági helyzetnek kell betudnunk azt is, hogy a kezelt betegek jelentős része — nálunk kb. 30%-a, *Adler* szerint 40%-a — minden figyelmeztetés ellenére el-elmarad a rendszeres kezeléstől és ellenőrzéstől; a klinikai betegek jórésze vidéki, a magas vasúti költséget nem bírja, kissé jobban érezvén magát, a folyás, vérzés, fájdalomak színésével otthon marad s akkor jön újból, amikor már oly mérvet öltött a folyamat, hogy az újabb radiumozás csak a bél vagy hólyag kilyukadását siettetné. Hogy az utolsó esztendőben aránylag kevesebb jó eredményt értünk el, annak magyarázatát a drága közlekedés, továbbá azon körülmény adja meg, hogy amennyire a klinikai helyi viszonyok és a radiumkészlet megengedi, ha csak legesekélyebb reményünk is van némi javulásra, a rákos betegeket válogatás nélkül felvesszük. 1915-ben 47 új beteget kezeltünk radiummal, addig 1920-ban 120 asszonyt; ugyanazon években a klinika járóbeteget-rendelésén 135, illetőleg 97 carcinomás beteg fordult meg. 36 elhanyagolt rákos asszony közül, akik inkább „solationis causa”, „ut aliiquid fieri videatur” indicatio alapján vétettek fel, négy betegen 3–5 év óta carcinomás tüneteket nem találunk, váratlan javulást sikerült rajtuk elérni. Ebből is látszik, hogy a radiosensibilitás előre kiszámíthatatlan és hogy sok mindenféle tényező játszik közre a kezelés eredményes vagy hatástalan kimenetelében.

A rák helyén a sugarak behatására hegszövet képződik, zsugorodások maradnak vissza. Ha drasztikus alkalmazzuk azokat, a már említett káros mellékhatásokon kívül, még egyéb ártalmakat is vonhatnak maguk után. Ide tartoznak a hólyag- és bélvérzések, amelyek a capillarások tágulásában és endotheljük roncólódásában találják magyarázatukat. Az igen vékony érfalak endotheljének regenerációja csak három hónap

alatt következnek be, amit különösen a sugárzás ismételt alkalmazása után a cumulatio szempontjából kell tekintetbe venni. A túladagolt sugármennyiség az ép kötőszövetet is erősebben roncsolja, annak regenerációs képességét bénítja, kiterjedt hegedések, valóságos kérges támadnak a sugarzás nyomán. Ennek következtében a méh szomszédságában lévő végbél, ureter megszűkül, amiből ileus vagy anuria fejlődhetik. A túlerős sugárdosis szövetelhalást is okozhat a bélben, hólyagban, a fal átlukad, hólyag-, végbélsipolyok keletkeznek. *Bumm* szerint 10.000 mgóra sérülések, 15.000 mgóra sipolyok képződnek, szerinte 5–6000 mgóra az a sugáradag, amelyet kár nélkül eltűnnek a betegek. *Schäffer* már 1500–2000 mgóra kapott fistulát, én már 600 mgóra után is láttam sipolyt fejlődni. Itt azonban valószínű, hogy az eset megválogatásában nem voltam elég óvatos, a radiumkezelés talán siettetette a fal átkopását, azonban minden valószínűség szerint a carcinoma kezelés nélkül is átmarta volna a válaszfalat. Különösen az exstirpatiók után prophylaxiás vagy a recidivák sugarzásánál szükséges a nagy óvatosság. A hüvely rövid, a boltozat egy vakon végződő, heges tasakot alkot, amelyben a bél és hólyag védelmére megfelelő párnázással nagy gondot kell fordítani. A sipolyképződés veszélye miatt többen, így *Fraqué* is, a prophylaxiás utósugarazásra a radiumot nem tartják alkalmasnak. Mi az exstirpatiokat követő prophylaxiás radiumkezeléstől még sohasem kaptunk sipolyt. Fistulaképződés eshetősége a legnagyobb a műtétek utáni recidivák sugarzásakor. S e célra a radium tényleg kétélű fegyver; nagyon nehéz megállapítani a megfelelő sugáradagot, amely a kiújulást gyógyítja és sipolyt még nem okoz. Mi is, mint *Schäffer*, az utolsó kezeléstől számított három éven felül még láttunk fistulát fejlődni. A sipolyok megelőzése végett a radiumozottak vizsgálatakor a végbél és hólyag állapotáról mindig pontos meggyőződést kell szerezni; ha legkisebb hólyagpanasza van a betegnek, cystoskoppal ellenőrizzük a hólyagot. A nyálkahártya vérbősége, még inkább bullosus oedemája contraindikálja a radium betételét. A végbelet hasonló módon ellenőrizzük. Így sikerül talán a radium okozta sipolyoknak elejét venni. Nem is szólok olyan esetről, amikor a hólyag vagy végbél válaszfalának elvékonyodása ellenjavallja a radiummal való kezelést.

Klinikánk a prophylaxiás utósugarazást szükségesnek és eredményesnek tartja, mert általa a kiújulásoknak, elsősorban a hegrecidiváknak gátat vethetünk. A prophylaxiás utósugarazást 1913-ban kezdtük rendszeresen alkalmazni; azóta nálunk a műtét utáni carcinomarecidivák gyakorisága 19,35%. *Bogdanovics*-nak a sugaras kezelést megelőző 10 évről szóló statisztikája szerint vaginalis exstirpatiók után 29%, abdominalis méhkiirtások után 47,6%, a kettő együtt 37,77%, tehát körülbelül a felével több, mint most. Itt azonban tekintetbe kell vennünk azt, hogy most 21,81% átlagos operabilitással dolgozunk, *Bogdanovics* statisztikájában 46,15%-kal. Abban az időben még a határeseteket is operáltuk, ennek megfelelően az abdominalis és vaginalis műtétek együttes halálozása 11,75%-ot tett ki, a vaginalisoké 4,40%-ot, az abdominalisoké 20,8%, most pedig az összmortalitás 3,17%, a vaginalis exstirpatiók után 1,69%. Abdominalis méhkiirtást rák miatt az utolsó négy évben négyet végeztünk, három *Wertheim-Zweifel*- és egy *Wertheim*-műtétet, ezek közül egyet vesztettünk el pár órával a műtét után. A kórboncnok feltűnően hypoplasiás szívet talált.

A méhrák gyógyítására vonatkozó mai álláspontunk a következő: Az operabilis portio-, cervix- és collumcarcinomákat vaginalisan *Schauta-Staude*-műtétel exstirpáljuk, *Wertheim*- vagy *Wertheim-Zweifel*-műtétet csak kivételesen végzünk, például, ha a hüvely nagyon szűk és *Schuchard*-segédmetszés nem volna elegendő, vagy terhességgel, nagyobb nyomással, adnexumdaganattal szövődött a carcinoma. A méhtest rákjánál, ahol a műtéti eredmények sokkal jobbak, mint a sugaraskezelés utáni gyógyulás, az operabilitás 54,65%, mert a határeseteket is lehetőleg megoperáljuk. A nagyon öreg

vagy erősen leromlott asszonyok corpuscarcinomáinak operációjánál beérjük az egyszerű exstirpációval *Czerny* szerint. Minden operált beteget utánsugaraztatunk, kivéve, ha valamely melléksérülés vagy a reconvalescentiában fellépett szövődmény ellenjavallja azt. A sugarazást négy héttel a műtét után kezdjük. A prophylaxiás utókezelésre azelőtt 25 mg radiumelemet adtunk 24 órára hat ízben hónaponként, utóbb három, legújában már csak két ízben; ezzel kapcsolatban 2 series Röntgen-besugárzást is kapnak az operáltak. Az utósugarazás befejeztével elbocsátjuk a betegeket s félévénként ellenőrzővizsgálatra berendeljük őket azon meghagyással, hogy legkisebb rendellenesség esetén jelentkezzenek.

Az inoperabilis méhcarcinomák közül a mállékony portio-, cervix-, collumrákokat excochleáljuk, corpuscarcinomákat kaparjuk. Előbbieknél, ha nincs vérzés, egy ülésben, ha vérzés van, paquelineziunk s csak a pörk leesése után helyezzük be a radiumot. A méhtest rákjánál kaparás után a nyakacsatornát a radiumnak intrauterin behelyezése végett Hegarokkal megtágitjuk. Infiltrációs rákokat előkészítő műtét nélkül sugarazunk. A határeseteket és az extragenitalis okból inoperabilis rákokat fentiek szerint kezeljük.

A sugarazást megelőző kaparásokat, excochleatiókat *Reifferscheid*, *Kehrer* elvetik, mert szerintük ezáltal elroncsoljuk a természetadta szövetfiltert, azonkívül megnyitjuk az infectio kapuit. Mi infectiót 2 exsudatumtól eltekintve, nem láttunk sohasem ily operációk után. Az exsudatum pedig az előbbieken kifejtettek alapján még előnyére is lehet a rákos betegnek. Az infectio veszélyével szemben az excochleatióval, kaparással megkíméljük a szervezetet a sok szétesési productum felszívódásától. Ezt hangoztatja a *Döderlein*-klinika is. Azt hiszem sok infectiónak elejét vehetjük, ha az egyszerű radiumbehelyezésnél is a sterilitásra ügyelünk. Már csak azért is előnyös a sugárkezelés előtt, végzett palliatív műtét, hogy általa a radiumtoknak a daganat centrumába való behelyezése elősegíthető. A radium túl magas ára miatt aránylag kevés mennyiség áll egy intézet rendelkezésére, a használatos radiummennyiség 5 cm-nél mélyebben nem hat, egy ökölnél nagyobb területre legfeljebb izgató hatással van, tehát iparkodnunk kell a praeparatumot minél mélyebbre bevinni, hogy a daganat minden részét elegendő sugárenergia érje. A sugárenergia ugyanis radiumnál, mint kis kiterjedésű sugárforrásnál, a távolság négyzetével fogy, ami a közéről alkalmazott radiumtoknál már kis távolságban nagy különbséget jelent. Therapiás célból méhráknál először 2×25 vagy 1×50 mg radiumelemet adunk 24–48 órára, utána közvetlenül egy Röntgen-besugárzást. A betegeket négy hetenként vizsgáljuk s a radiumkezelést szükség szerint, de kisebb adagban, azonban csak a radiumpörk leesése után, a Röntgen-besugárzást minden körülmények közt megismételjük mindaddig, míg klinikai vizsgálattal legalább ½ évig sem objectív, sem subjectív elváltozást nem találunk. Ekkor feltételese elbocsátjuk és megfelelő utasításokkal ellátjuk a betegeket.

Terhességgel szövődött méhrákok hét esetben kezelünk radiummal. Az inoperabilis casusokban lényegesebb javulást nem értünk el a sugaras kezeléssel. Egyik asszony szülés után sepsisben meghalt, a többi pár hónap mulva vagy meghalt, vagy rosszabb állapotban elmaradt a további kezeléstől. A két operabilis ráknál a műtét utáni prophylaxiás sugarazás ellenére két, illetőleg három év mulva mirigyáttételeket észleltünk.

A *chorionepitheliomák* közül egyik inoperabilis beteg három hó után látszólag gyógyultan elmaradt, a másik eltűnt az első kezelés után, sorsáról nincs tudomásunk. Az operált és utánsugarazott egy chorionepitheliomás asszony három év óta jól van. (I. IV. sz. táblázat.)

A *vagina-, vulvacarcinomák* végleges gyógyulása műtétek után épp olyan kedvezőtlen kilátással kecsegtet, mint a sugaras kezelés; utóbbinál talán mégis többet lehet elérni, mint operációval, amely után bizonyos a

III. sz. táblázat.

Recidivák és metastasisok.

	Objective-, subjective, jól							Kezelés alatt javult	Hatástalan	M e g h a l t a k				† (?)	Eltűnt	Kezelés köz- ben elmaradt	Végbél-hü- velysipoly	Hólyag-hü- velysipoly	Vér- bél- attétel	Hólyag- attétel
	5 éven felül	4 éven felül	3 éven felül	2 éven felül	1 éven felül	1 éven alul	½ éven alul			½ éven belül	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül							
Műtét után nem sugározott Recidiva 37*	1	1	1	3	3	1	3	9	6	1	3	1	2	—	5	7	3	2	1	2
Műtét után nem sugározott Metastasis 8**	—	—	—	—	—	—	1	1	5	—	—	1	—	—	1	6	—	—	—	—
Műtét után sugározott Recidiva 23*	—	—	—	—	—	—	—	1	4	7	—	—	—	—	—	10	1	—	—	1
Műtét után sugározott Metastasis 12**	—	—	—	—	2	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	6	—	—	—	—

* 16 nálunk, 21 másutt operált eset.

** 4 nálunk, 4 másutt operált eset.

kiújulás. Korán keletkeznek áttételek az inguinális mirigyekben, rákos beszűrődések a végbélben vagy hólyagban. Vaginarákat nem operáltunk, 19 hüvely-rák közül kettő gyógyult. Kezdődő vulvacarcinomat kiirtunk, a mirigyeket Röntgennel, a műtét helyét radiummal sugarazzuk. Egy húgycsőcarcinománk sugarással három éve recidivamentes.

A recidivák sugaras kezelésével egy-egy szerencsés hegrecidivát kivéve, tartós javulást nem értünk el. Ugyanazon tapasztalata van a *Döderlein*-klinikának is. Csak kis adag radiumsugarat lehet adni, mert fistula veszélye fenyeget. A recidivák ugyan előbb-utóbb kezelés nélkül is sipolyhoz vezetnek, de legalább az odium nincs rajtuk. A metastasisok kezelésére a radium kisfokú távolhatásánál fogva nem alkalmas, annál kevésbé, mert a távolhatás szempontjából tovább kellene a hüvelyben bennhagyni a praeparatumot, hogy a boltozattól magasabban eső helyekre is elegendő sugármennyiség jusson, ez azonban a bél- és hólyag-fal elégetését vonná maga után. Itt csakis Röntgen-sugarakkal érhetnénk célt, bár a mi azon eseteink, amelyek a teljes Röntgen-dosist ismételtelen megkapták, a metastasis visszafejlődésére kevés hajlandóságot mutattak. Általános tapasztalat szerint a recidivák és metastasisok carcinomasejtjei nagyon resistensek a sugárkezeléssel szemben. (L. III. sz. táblázat.)

Ami a praoperatív radiumkezelést illeti, az eset-szám kevés ahhoz, hogy véleményt mondassunk. Eddig azt tapasztaltuk, hogy a parametriumok erősen zsugorodtak a radium előzetes alkalmazása folytán és a sebgyógyulás nehezített. *Schäffernek* hasonló megfigyelései vannak. *Mayer A.* és *Jarre* ajánlják a praoperatív sugarással. *Jarre* a kezelést követő 10 napon belül operál, vagy akkor, ha a Röntgen-reactio már lezajlott, így a sebgyógyulásnak nincs akadálya. *Mayer* hat héttel a műtét előtt végzi a sugarással. A radiumkezelés után azonban előfordult az is, hogy operabilisnak látszott a folyamat és műtét közben bukkantunk rá elrejtett carcinomafészkekre, üregekre, úgyhogy magas portioamputációval be kellett érniük és a méh kiirtásától elállani. Ezen esetek azután hamar progrediálnak és a sugárkezeléssel szemben teljesen dacolnak. Nagyon leromlott betegeknek az operációt megelőzően adtunk radiumot a fekély feltisztítása vagy a vérzés megszüntetése végett, hogy megerősödésük után a radikális műtétet elvégezhessük. Egy ízben a petefészekdaganattól fenntartott vérzés ellen az erősen vérszegény betegnek műtét előtt eredményesen adtunk intrauterin radiumot.

Sarcómánál ugyanazon elvek alapján járunk el, mint a carcinománál. Amíg ki lehet irtani a daganatot, operálunk. Az operált eseteket utósugarazásnak vetjük alá. Inoperabilis sarcómákat elég jó eredménnyel kezel-

tünk radiummal. 18 közül négy sarcomás beteg öt évre objective, subjective jól van. (L. IV. sz. táblázat.)

A rosszindulatú petefészekdaganatok sugaras kezelésétől azon esetekben láttunk egy-két éves látszólagos gyógyulást, melyeket legalább részben műtéttel ki lehetett irtani. Az el nem távolítható daganatrészletek, peritoneális metastasisok visszafejlődtek. Hogy ezen gyógyulás spontán visszafejlődés vagy a sugárhatás következménye volt-e, nehéz eldönteni. Az inoperabilis tumork sugarással alig láttunk javulást, de észlelt eseteink csak kis számúak. A petefészekdaganatokhoz épp úgy, mint a mirigymetastasisoknál említettem, a radium mennyisége kevés, hogy a ható sugárquantumot leadhassuk a közbeeső és környező szervek megégetése nélkül. Ezeknél is a Röntgen-kezelés indikált.

Rákkal nem szövődött myomát gyors hatás elérésére nyolc ízben vettünk radiumkezelés alá, hét beteg meggyógyult, egy eltűnt. E kezelési módot a klimaxhoz közel álló asszonyokban makacs méhvérvázások ellen vagy intrauterin alkalmaztunk vagy vaginalisan azért, hogy a műtétnél visszamaradt göböt zsugorítsuk. Mindkét célra bevált a radiumsugár. 1200—2400 mg radiumelem-órára amenorrhoea következett be. A kezelés megismétlésére nem volt szükség. A vérzés gyors megszűnése a Röntgen-sugárhatás analogiájára, a petefészkekre vagy direkt a méhnyálkahártyára gyakorolt hatással magyarázható. A kérdés eldöntve nincs. *Beclère*, *Werner* kombinált hatással, *Dominici*, *Weibel*, *Opitz* ovarialis, *Kupferberg*, *Schädel*, *Siegel* uterinalis hatással magyarázza a vérzés megszűnését. *Halter* szerint menorrhagiás vérzés jobban reagál, mint a metrorrhagiás. A kérdést csak szövettani leletek sorozata döntheti majd el. Részemről valószínűbbnek tartom azt, hogy a radiumsugarakra a méhnyálkahártyában, különösen a hajszálerekben bekövetkező elfajulások szüntetik meg a vérzést. *Weibel*, *Koblank*, *Franqué* szerint a submucosus vagy subserosus myomák a göb elhalásából származó sepsis veszélye miatt intrauterin sugarással nem valók.

A genitáliákban előforduló tuberculosis folyamatok közül a portio és endometrium tuberculosis radiummal jól befolyásolható. A leghosszabb észlelési idő három év. A folyamat visszafejlődött. Egy vulva-tuberculosisot két és fél éve kezelünk radiummal, napkúrával, több Röntgennel; a folyamat változó, hol jobb, hol rosszabb, hegeseések keletkeztek, de a fekély teljesen még mindig nem tűnt el.

A többi esetben, amelyek a táblázatban feltüntetve láthatók, a sugárhatás területén kívül eső, vagyis akár a távolabb fekvő, akár a túlnagy daganatokat kitéve, a radiumkezeléssel célt értünk. (L. V. sz. táblázat.)

A radiumkezelés technikájára vonatkozóan meg

IV. sz. táblázat.

Sarcoma, carcinosarcoma, chorionepithelioma.

		Objective, subjective jól							Kézelés alatt javult	Hatástalan	M e g h a l t a k				Recidiva	Kezelés közben elmaradt	Végbélhüvely sipoly	Hólyaghüvely sipoly	Végbél-, hüvelyáttétel	Eltűnt
		5 éven felül	4 éven felül	3 éven felül	2 éven felül	1 éven felül	1 éven alul	½ éven alul			½ éven belül	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül						
Sarcoma	18																			
Opera-bilis	Corpus	4	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
	Vulva	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Corpus	Inoperabilis	6	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	4	—	—	—	2
	Határeset	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nem operált	6	2	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	1	1	1	—	—	—	—
Carcinosarcoma	5																			
Opera-bilis	Portio	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	Corpus	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Inopera-bilis	Corpus	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	Douglas-üregben	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chorionepithelioma	3																			
Corpus	Operabilis	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Inoperabilis	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—

V. sz. táblázat.

Varia: 63

Esetszám

E r e d m é n y

Myoma uteri	8	gyógyult: 7, (eltűnt: 1)
Hyperplasia suspecta endom. (góreső)	4 (2 op., proph. Ra.)	gyógyult: 4.
Erosio suspecta portionis (góreső)	5	gyógyult: 3, hatástalan: 1, kiújulás: 1 (műtét).
Erosio polyposa	1	?
Polypus suspect. (góreső)	2 (op., proph. Ra.)	jól 2—2½ éve.
Condyloma portionis	1	jól 11 éve.
Adenoma portionis	1	?
Ulcus susp. urethrae	1	jól 2 éve (elmarad).
Kraurosis vulvae	1	jól 5½ éve.
Tbc. vulvae	1	javult (2½ éve kezelés).
Tbc. portionis	1	jól 3 éve.
Tbc portionis et endometrii	1	jól 1½ éve.
Tbc. portionis et peritonei	1	?
Metrorrhagia	2	jól 1½—6 éve.
Tumor vesicae	1	† ½ éven belül (subj. javulás).
Carcinoma vesicae	1	?
Epithelioma	1 (op.)	?
Tumor malignus ovarii	6 (2 op.)	2 = jól 1—3½ éve, 1 = † 2½ év után, 1 = hatást. (eltűnt: 2).
Carcinoma ovarii	4 (2 op.)	1 = † 2 éven belül (metast.), 4 = rec. 1½ év után, 1 = él 4 éve (edénylekötések), (eltűnt: 1)
Carcinoma intestini	1	?
Tumor malignus abdominis	4	2 = † ½ éven belül, 1 = hatást., 1 = jól 1 éve.
Cysta papillosum	2 (op.)	1 = † ½ éven belül, 1 = javult (elmarad).
Sarcoma ossis pubis	1	?
Sarcoma ossis ilei	1	?
Chondroma pelvis	1	javult, (2 év után elmarad).
Tumor ossis sacralis	1	hatástalan.
Status post exstirp. uteri abdom. (fájdalmak)	1	gyógyult.
Másutt operált betegek prophylact. sugarazása	5	1 = jól 2 éve (eltűnt: 4).
Petefészekdaganat oper. előtt. sugar. vérzés miatt	1	jól.
Recidiva tumoris ovarii	1	hatástalan.
Tumor malignus uteri	1	jól 5 éve.

kell említeni, hogy a klinikának 25 és 50 mgr Ra-ele-
met tartalmazó Ra-Baclorid praeparátumai vannak.
A radiumsó vékonyfalú üvegesőben, 0,2 mm vastag

ezüst, 1 mm vastag olivalakú sárgarézfűlterben van el-
helyezve. Vaginalis alkalmazásra a réztokot gazeba.
gummihüvelybe és ezt ismét gazeba burkoljuk, hogy a

szövetfelszíntől kissé távolodva egyenetesebb legyen a mélybe való hatás. Intrauterin vagy intratumoralis kezelésnél a radiumtokot 1–2 mm vastagfalú, fémmentes kaucsuktokba helyezük; a kaucsuk a sugarakat kevésbé gyengíti.

Végül a *radiumhalálózásról* szeretnék néhány szót mondani. Az 1000 radiumozott beteg közül röviddel (2–16 nap) az utolsó radiumkezelés után kilenc aszszony halt meg. Három beteg embolia következtében, ezek azonban exochleálva is lettek, úgyhogy a műtétnek éppúgy tulajdonítható az embolia. Egy sarcomás beteget a mesenterialis edények thrombosisából fejlődött bélhalál és eves hashártyagyulladás következtében vesztettünk el, a sarcoma morcellirozva lett. A stenocardiás roham, általános cachexia és szívgyengeség folytán beállott halálok szintén nem vehetők a radiumhatás következményeinek. Ifj. *Döderlein* 0.3%-ra teszi a radiumhalálózást, de hozzáteszi, hogy azért, mert valaki radium alkalmazása után meghal, még nem jelenti azt, hogy a radiumsugarak s nem inkább maga a betegség okozta-e a halált. Ezen 9 haláleset közül, a mi óvatos radiumkezelésünk mellett egyiket sem írhatom a radium rovására.

Az eredményeket és tapasztalatokat egybevetve, azt mondhatom: Aki a radium- vagy Röntgen-sugártól a rákgyógyítás nehéz problémájának megoldását remélte, az csalódott. Sem a műtét, sem a sugaras kezelés nem az, ami a rákot meggyógyítja, annál kevésbé, mert a rák nem egy helyi folyamat, hanem az egész szervezetet megtámadó betegség. A kés, a Röntgen- és radiumsugarak, a szervezet ellenálló és reakciós képessége, és ezeket a védő berendezéseket ingerlő chemoterapia karöltve állnak ma a rák elleni küzdelemben segítségünkre. S mindaddig, míg jobbat nem találunk, fel kell használni minden eszközt arra, hogy az emberiségnek e nagy ellenségét leküzdjük. Ily megvilágításban gondolom a radiumot is, mint a többi rákgyógyító eljárásnak egy hathatós kiegészítő társát, felhasználni.

Irodalom: *Bársony:* O. H. 1913, 47. sz. — *Kelen:* O. H. 1913, 47. sz. — *Scherer:* O. H. 1913, 47. sz. — *Krompecher:* Orvosképzés, 1914. — *Hansemann:* Berl. kl. W. 1914, 23. sz. — *Brande:* Zentralbl. f. Gyn. 1914, 48. sz. — *Krönig:* D. m. W. 1915, 40. sz. — *Bogdanovics:* O. H. 1915, LVIII. évf. — *Ribbert:* D. m. W. 1916, 10. sz. — *Schäffer:* Arch. f. Gyn. 1916, 106. köt., 1. füz. — *Strauss:* Med. Klin. 1917, 18. sz. — *Kehrer:* Zentralbl. f. Gyn. 1920, 25. sz. — *Frankl-Amreich:* Zentralbl. für Gyn. 1920, 26. sz. — *Adler:* W. kl. W. 1921, 26. sz. — *Bársony:* A rákról, kiváltképen a méhrákról. Balassa-előadás, 1921. — *Döderlein:* Operative Gynäkologie, 1921. — *Bayer:* Med. Klin. 1922, 51. sz. — *Kupferberg:* M. m. W. 1923, 1. sz. — *Winter:* Zentralbl. für Gyn. 1923, 31. sz. — *Kiehne:* M. m. W. 1923, 47. sz. — *Sellheim:* M. m. W. 1923, 47. sz. — *Runge:* Strahlentherapie, Ref. 1920–23. — *Opitz:* Klin. W. 1923, 49. sz. — *Kelen:* A gyógyítás Röntgen-, radium- és ibolyántúli sugarakkal. K. M. Természettud. Társ. kiadása. — *Döderlein:* Strahlentherapie 1923, 15. köt., 6. füz. — *Fraenkel:* W. kl. W. 1924, 5. sz. — *Jarre:* Klin. W. 1924, 14. sz. — *Mayer:* D. m. W. 1924, 30. sz. — *Opitz:* Zentralbl. f. Gyn. 1924, 23. sz. — *Halter:* Zentralbl. f. Gyn. 1924, 37. sz. — *Nogier:* Le Monde Medicale 1924, 647. sz. — *Stocckel-Reifferscheid:* Lehrbuch der Gyn. 1924. — *Schwartz:* Zentralbl. f. Gyn. 1924, 22. sz. — *Strauss:* Med. Klin. 1924, 26. sz. — *Strauss:* Med. Klin. 1924, 50., 51., 52. sz. — *Scholten-Voltz:* M. m. W. 1925, 1. sz. — *Martius:* Berichte über die gesammte Gyn. ü. Geb. 1925, VII. köt., 8. füz. — *G. Döderlein:* Zentralbl. für Gyn. 1925, 16. sz.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: *Illyés Géza dr. egyetemi ny. r. tanár*).

A húgyutakban fejlődő leukoplakiáról és a rák aetiológiájáról.

Írta: *Borza Jenő dr. egyetemi tanársegéd.*

A leukoplakia az urológiai traktusban meglehetősen ritkán fordul elő. *Rokitansky* írta le az elsőt 1861-ben cholesteatoma néven, azóta az irodalomban *Otto Corsdress* összeállítására szerint csak 59 esetben írták le a vesemedence, ureter és hólyag leukoplakiáját. Valószínű azonban, hogy többször is előfordult, de a felismerése a hólyagleukoplakiától eltekintve — amelyet cystoskoppal könnyen kórismézhetünk —, nehéz. Az ureterben és vesemedencében előforduló esetek épp ezért könnyen elkerülhették a vizsgálok figyelmét, mert azt legfeljebb csak a műtetre kerülő esetekben, műtét után ismerték fel.

A különböző szerzők, különféle néven nevezték, így *Rokitansky* cholesteatomának, *Leber és Förster* xerosisnak, *Virchow* pachidermiának, *Schwimmer* leukoplasiának *Le Dentu* psoriasis membranae mucosae-nek, leukokeratosishoz stb. Általánosságban mindnyájan epithel proliferatiót és keratinisatiót értenek alatta.

Ribert és *Albarran* embrionalis eredetűnek tartják a húgyutakban azokat a laphámszigeteket, amelyek amelyek később valamely oknál fogva leukoplakiásan el-fajulnak.

Virchow, Rokitansky, Weidl, Marschand, Halle metaplasiának, *Schridde* prosoplasiának tartja. Szerinte az epidermis, a réteges laphám és az átmeneti hám szoros rokonságban vannak egymással. Mindnyájan rostnyulványos epitheliek (Faserepithelien), amelynek az a tulajdonsága, hogy a basalis-sejtrétegben a sejtek protoplasma-nyulványokat képeznek, amely nyulványok sejtről sejtre terjednek s egymással ezen nyulványok útján összeköttetésben vannak. Ezeknek a sejteknek sötét protoplasmájuk és sötét magjuk van. Minden ilyen rostnyulványos sejtnak megvan az a tulajdonsága, hogy tovább differenciálódva keratohyalint és szarut képez. Ez a tulajdonság többé-kevésbé latens. A legalacsonyabb fejlődési fokon az átmeneti epithel-sejtek vannak. Ezeknek megvan ugyan a rostos protoplasma-nyulványuk, de kevésbé van kifejlődve. A réteges laphám már magasabb fejlődési fokon van s ennek megfelelőleg protoplasma-nyulványai is fejlettebbek. A legmagasabb fejlődési fokon van az epidermis, ahol szaruképzés van.

Küttner a leukoplakiát a *Liebenov* által közölt eset kapcsán tumornak tartja. *Liebenov* ugyanis észlelt egy esetet, ahol a hólyag, ureter és a vesemedence leukoplakiája mellett, sectionál a rekesz alatt metastásist talált, már pedig metastásist csak valódi daganat okoz. *Corsdress* azt hozza fel ellene többek között, hogy a sejtek mennyisége nem nagyobbodik, csupán a sejtek minősége változik meg, pedig a tumornál a mennyiségbeli megváltozás jellemző és elengedhetetlen feltétel. Leukoplakiánál a szarusejtek szaporodását az elszarusodó laphám természetében látja, ami mechanikus ingerekre vezethető vissza s az mindig desquammatios folyamattal jár.

Az urológiai klinika beteganyagát évek óta figyelemmel kísértük s mindössze három leukoplakiás esetet volt alkalmunk észlelni. Kettőnél a diagnosist már műtét előtt meg lehetett állapítani, egyénél azonban csak a műtét után vettük azt észre. Egyik esetben az évek előtt eltávolított vese visszamaradt ureter-csonkjában fejlődött ki kövel kapcsolatban, egy esetben hólyag-

kövel és az úgynevezett prostatahypertrophiával társulva mint kezdődő laphámák, a harmadik esetben pedig évek előtt zúzott hólyagkő és cystitis volt az előrement betegség, amely után leukoplakiával kapcsolatban elszarusodó laphámák fejlődött. Mindhárom eset szövettanilag feldolgoztuk. Az utóbbi két eset különösen érdekes és tanulságos azért, mert az irodalomban ezideig csak három olyan eset van közölve, ahol az uroepoetikus rendszerben a leukoplakia elszarusodó laphámákkal együtt fordult elő. (Kischensky, Recktenwald, Róna esete). Mindhárom esetben a leukoplakia a vesemedencében volt, a rák pedig egyszer a vesében, kétszer a hólyagban fejlődött ki.

1. eset. M. A. 68 éves férfi. 1907-ben hólyagjából lyuktojás nagyságú követ távolítottak el. 1911-ben eltávolították a jobb veséjét, valószínűleg kő miatt. 1925 júliusában került a klinikára azzal a panasszal, hogy négy éve vizelési nehézségei vannak. Állapota napról napra rosszabbodik. Utóbbi időben már csak székelés után a hólyagtájjra alkalmazott nyomással tudja hólyagját némileg kiüríteni. Gyakran katheterezi önmagát.

Cystoskoppal vizsgálva a hólyag nyálkahártyája mérsékelten és diffúz hurutos, a prostata mindkét oldalt, főleg azonban jobboldalt simán bedomborodik. Kifejezetten trabeculas-hólyag. Ureter szájadékok jól láthatók, a jobb tágult és mozdulatlan. Balureterbe kathetert vezetve, normalis tempóban tisztán látszó vizet ürül. Az indigó négy és fél perc múlva világoskékén megjelenik, öt perc alatt sötétkékké válik. $\Delta = 1:57$. A jobb ureterbe a katheter két cm-re elakad és nem vezet. Végbelen át vizsgálva a prostata felett jobboldalt magasán, körülbelül lúdtojás nagyságú, síma felületű, kemény terimenagyobodás tapintható (kő). A prostata puha tapintatú, kissé nagyobb.

A műtétet *Ilyés* professor úr végezte. Az ureter-sonkot felkeresve, abból egy lúdtojás nagyságú, felső végén kihegyesedő követ távolított el, majd az ureter-sonkot recesálta, amelynek nyálkahártyája leukoplakiás volt. A műtétnél úgy látszott, hogy a kő a hólyagból a regurgitáló vizelettel került a tágult ureter-nyíláson a sonkba és lassacskán megnöve ott, mechanikus izgalmat okozva, egy állandó gonyedést tartott fenn.

Az eltávolított ureter-sonkot szövettanilag megvizsgálva, a következő képet kaptuk. A ureter lumenében az elszarusodott hám körkörösén, hullámosan váltakozó hegyekből és völgyekből álló ráncokat alkot. A hámsejtek határa a basalis-réteg, a kötőszövet, vagyis az alap felé meglehetősen egyenletes és éles. Elvéve, itt-ott kevés és egészen alacsony, a kötőszövetből felnyúló papillát látunk. A kötőszövetben mindenütt kifejezett gyulladáson infiltratio van, amely leterjed az izomnyalábok közé is. A basalis-rétegnek erősen festődő magja és finoman fészűzött széle van. A basalis-réteg felett két-három sejtsor sejtjei hosszúkásak, magjuk jól festődött, hosszten-gelyük az alapra merőleges. A következő sejtrétegek, amelyeknek sejtjei eléggé egyenletesek, szabályos elrendezkedésűek, kissé megnyúlt ovalis polygonalis alakúak, több sorból állanak s magjuk világosabban festődik. Általában a völgyekben inkább harántirányban, a hegyeken inkább hosszirányban megnyultak. Ezek fölött a sejtrétegek fölött két-három sorból álló, haránt irányban megnyult, hosszúkás orsóalakot utánzó, sűrű szemcsézett protoplasmájú, keratohyalint tartalmazó réteg látható, amely fölött vékony szaruréteg helyezkedik el. Az egész kép eltér az uroepoetikus hámtól és megjelenésében az emberi bőr megszokott görcsövi képére emlékeztet.

2. eset. R. N. 82 éves férfi. 1917-ben a hólyagjából epicystotomiával követ távolítottak el. Hét év óta katheter-életet él. Az utóbbi időben vizelési ingerei annyira fokozódtak, hogy félóránként kénytelen magát megkatheterezni. Szomjazik és láza vannak. Vizelete bűzös, zavaros, cafatos. Cystoskopos vizsgálatnál kitűnik, hogy a csak 50 cm³ folyadékot befogadó hólyag nyálkahártyája vastag, hurutos. A jobboldali orificium internum környéke erősebben bedomborodott, a baloldali kevésbé. Az orificium körül főleg jobboldalt a nyálkahártyán szürkésfehéres gyöngyházszerű leukoplakiás folt látható. A hólyagban diónyi nagyságú, szürkésárga színű, síma felületű kő van. Az indigó tíz perc alatt zölden megjelenik és húsz perc múlva sötétkékké változik. Végbelen át vizsgálva, szélesebb, lapos, magasabb prostata tapintható. A műtétet *Ilyés* professor úr végezte 1925 július havában s egy kis diónyi kemény követ s prostatektomia útján egy alma nagyságú jobb

lebenyt és kisebb bal lebenyt távolított el a leukoplakiás nyálkahártyával együtt.

Az eltávolított leukoplakiás részletet szövettanilag megvizsgálva, a következőket találtuk. Az elszarusodott felszín a hólyag ráncainak megfelelőleg hullámos. A leukoplakiás részlet kezdeténél a hámsejtréteg aránylag vékony, hova tovább azonban fokozatosan vastagszik, mindig mélyebbre és mélyebbre terjedve. A kötőszövetből feltűnő vékony papillák emelkednek a felület felé, amelyek csúcsa felett a hámsejtréteg is többé-kevésbé vékonyabb. A papillák között vastag, néhol bunkóalakú hámsejtnyulványok terjednek a mélybe. A hámsejtek elrendeződése és alakja ugyanolyan, mint az előbbi esetben, közöttük helyenként leukocyták láthatók. A kötőszövet a leukoplakiás részlet kezdeténél éles határu, kevés leukocytás beszűrődéssel. Egy helyen azonban ott, ahol a hámsejtréteg a legvastagabb fokot eléri, feltűnően bőséges a leukocytás beszűrődés. Itt a hámsejtek basalis-rétege megbomlott, a kötőszövet és a hámréteg között a határ elmosódottá válik. A sejtek bőséges magoszlást, alakbeli eltérést, elhelyezkedésükben a carcinomára jellemző nyugtalanságot és rendezetlenséget mutatnak. A hámsejtek beburjánoznak a mélyebb kötőszöveti részletekbe, sőt pár helyen a mélyben teljesen különálló szigeteket alkotnak. Világosabbra való festődésük által is megkülönböztethetők a leukoplakiás hámsejtektől.

A prostatahypertrophiának nevezett tumor, burjánzótt cylindrikus hánmmal bélelt, összehúzódtott és tágult mirigyjáratokat tartalmazott, amelyek körül a kötőszövet megszapordott volt. Helyenként gyulladáson infiltratio látható. A kötőszövet és izomszövet körülbelül egyforma mértékben van megszapordva benne. A kép teljesen megfelel annak, amit minden ilyen esetben a periuretralis mirigyek adenomás elfajulásánál találni szoktunk.

3. eset. H. M.-né, 52 éves. 1912-ben fájdalmas és véres vizelése volt. Akkor hólyag-papilloma miatt műtétet állott ki. Műtét után két évig teljesen jól érezte magát. 1916-ban, majd 1923-ban újabb jelentkező vizelési panaszai orvosi beavatkozásra megjavultak. 1924 augusztusban görcsös fájdalmi, gyakori és véres vizelése miatt felvettette magát a klinikára. Vizelete véres, zavaros és bűzös. Cystoskoppal a 150 cm folyadékot befogadó hólyag jobb felében, a hólyag felett kétkorona nagyságú, széteső, részben véralvadékokkal borított, inkább behúzódó, felhánt szélű tumor látható, amely körül a fundus felett és a jobb ureter-szájadékok környékén a nyálkahártya megvastagodott, fehéres szürkés, gyöngyházszerű, leukoplakiás. A hólyag más részein is voltak kisebb-nagyobb foltok. Hüvelyen át vizsgálva, a megfelelő hólyagrészletfelé tapintva, a beteg fájdalmakat jelez ugyan, de infiltratio nem tapintható. Az indigó öt perc alatt megjelenik halványkékén és tíz perc alatt sötétkékké változik.

A műtétet 1924 augusztusban szintén *Ilyés* professor úr végezte. A hólyag jobb feléből az alsó-hátsó részből körkörösén leukoplakiás nyálkahártyával körülvett ötkorona nagyságú, felhánt, tömörszélű, piszkos sárgás-szürkés, bűzös széteső, lepedékkel borított, kraterszerű tumort távolított el. A tumort sikerült teljes egészében kiirtani, mert az a hólyagon túl nem terjedt. A hólyagban visszamaradt leukoplakiás foltokat ignikauterrel tette tönkre.

Szövettanilag megvizsgálva, a leukoplakiás nyálkahártya olyan szerkezetet mutatott, mint a két előbbi esetben. Azonban abból kiindulva, azzal teljesen összefüggő, a hólyagban megszokott kinézésű, tipikus elszarusodó laphámrákot találtunk, amely a mélybe, a hólyag izomzatába is betörve, elég nagy területen infiltrálta azt és mindenütt leukoplakiásan elfajult nyálkahártyával volt körülvéve.

Amint látjuk, a három eset egymás mellé állítva, érdekesen mutatja fokozatilag is a leukoplakiát és annak kezdődő rákos elfajulását, végre a kifejlődött típusos laphámrákot. Mindhárom esetben évek óta tartó chronikus ingernek és gyulladásnak volt kitéve a hólyag, illetőleg az ureter-sonk nyálkahártyája. Ezen az alapon fel kell vennünk, hogy eseteinkben a chronikus izgalom váltotta ki a fent említett nyálkahártyák elfajulását, amely később két esetben rákká fejlődött. Ezzel szemben azonban számtalanszor száz és száz ehez hasonló esetben, az urológiai tractusban sok és különféle inger, kő

stb., chronikus izgalmat okozva, hosszú ideig gyulladást tart fenn s aránylag elenyészően csekély számban okoz leukoplakiát és rákot. Kétségtelen, hogy a leukoplakia kifejlődéséhez chronikus inger szükséges, de kétségtelen, hogy szükség van egy másik componensre is, aminek nem kevesebb fontossága van annak létrejötténél. Szükség van valamiféle általános és helyi dispositóra is.

A folytonos károsodás következtében a sejtek igyekeznek regenerálódni s egyszersmind az izgalommal szemben ellentállóbakká válni. Szaporodással pótolják is a veszteséget, ellentállóbakká is lesznek, de hosszabb-rövidebb idő múlva, látszólag minden különösebb ok nélkül, egyszer csak excessiv szaporodásba kezdenek, áttörnek a határreteget s carcinomává fejlődnek. Ha a chemiai, mechanikai, phisikai vagy bármiféle inger megfelelő intenzitással hat, akkor sebzés áll elő. Ha azonban ezek az ingerek szelídebben és hosszasan hatnak, akkor a környezet táplálkozásában olyan elváltozásokat okozhatnak, amelyekre a szervezet activ védekezéssel felel. Ilyen activ védekezésnek fogható fel, a szervezet részéről, a fent említett esetekben a chronikus ingerekkel szemben, az epithel átalakulása epidermissé.

Mi lehet ez a helyi és általános dispositio? Mi lehet az oka annak, hogy a szervezetben, amely az élet folyamán minduntalan ki van téve különféle ingereknek, sokszor chronikus ingereknek, amelyekre a szövetek látszólag nem, vagy csak jelentéktelen elváltozásokkal reagálnak s mégis egyes esetekben, különösen bizonyos életkorban, a már évesekig, esetleg évtizedekig állandósultnak látszó, megnyugodott szöveti elváltozásokból kiinduló rák fejlődik. Mi lehet az oka annak, hogy egyes sejtek bizonyos életkorban, hosszú ideig tartó, különféle ingerekre excessiv szaporodással és rosszindulatú daganatképzéssel reagálnak? Hogyan képzelhető el a rákos el-fajulás?

A rosszindulatú daganatok keletkezési módjának problémája olyan érdekes és egyben izgató kérdése a pathológiának, hogy majdnem minden kutató igyekezett kielégítő magyarázatot keresni. Ezért van olyan sokféle magyarázata a tumorok keletkezésének és okának.

A következőkben egészen röviden egy olyan gondolatmenetet igyekeznék kifejteni, ami már évek óta él bennem. Ezen gondolatomat azért bátorodom előhozni, mert a klinikán ebben az irányban már hét hónapja *Melly dr.* munkatársammal állatkísérleteket folytattunk. A kísérletek még nincsenek lezárva ugyan, de az eddigi tapasztalatok megerősíteni látszanak az itt elmondandókat. Az anyag egy része most van szövettani feldolgozás alatt s amint annyira jutunk a részletes beszámolás nem fog elmaradni.

Az embryonalis életben, amikor a legnagyobb a sejtek szaporodása és a szövetek szervekké való alakulása, a magzatnak belső secretios szervei még nincsenek kifejlődve, tehát nem is működhetnek. A növekedéshez és fejlődéshez pedig úgy látszik hormonok is szükségesek. Hiszen látjuk a terhesség alatt az anya endokrin rendszerének úgy nagyságbeli, mint szerkezetbeli megváltozását. Megnagyobbodik a pajzsmirigy, a hypophysis, a mellékvese stb. A hypophysisben bizonyos sejtek túltengenek, a mellékvese is megváltozik, úgyhogy szöveti szerkezete alapján megismerhetjük, hogy terhes nőtől származik. Ezek a változások hatással vannak az anyára is. Hypophysis-hatásra az acromegaliához hasonló tünetek, mellékvese-hypofunctio eredményeképp pigment-lerakódások, pajzsmirigyhatásra pedig szívdobogások lépnek fel. A magzat növekedése érdekében tehát megváltozik az anya endokrin-rendszerének harmoniája.

Askanzy kimutatta, hogy az experimentalis teratoid növekedését a terhesség és a gyermekágy kiváltja és előmozdítja.

Hogy a sejt szaporodás és az endokrin-rendszer működése között szoros összefüggés van, azt tagadni nem lehet.

Conheim szerint az embryonalis fejlődés idejében főbb sejt keletkezik, mint amennyire az egyes szerveknek szükségük van. Ezekből a felesleges sejtekből egyes csoportok vagy sejtek kimaradnak a szövetrendszerből s mint hasznos sejtek, annak működésében nem vesznek részt. Ez az állapot a csiralevelek befejezett differentiólódása és az egyes szervek fejlődési kezdete közötti időre esik. Könnyen előfordulhatnak ezek a sejt kimaradások az egyes orifitiumoknál, amikor a csiralevél betüremkedése és egy másikkal való egyesülése történik.

Lubarsch vizsgálatai szerint a gyomorbélhuzamban, *Rob. Meyer* szerint a genitalis tractusban igen gyakran találhatók fel az embryonalis életből visszamaradt sejtek és sejt csoportok.

Askanzy sectióknál 30—50%-ban talált kistokú fejlődési rendellenességeket. Tekintettel azonban arra, hogy sok eltérés csak göresővel állapítható meg, ami nem történik, felveszi, hogy minden embernek a szervezetében kisebb-nagyobb ilyen redellenességek előfordulhatnak.

Ezek az embryonalis sejtek és sejt csoportok, mint kevésbé differentiólódott sejtek, megtartják eredeti ősszaporodási képességüket latens állapotban. A szöveti rendszerbe, ahol a munkafelosztás érvényesül, nem tudnak beilleszkedni, latens állapotban levő excessiv szaporodási hajlamuk azonban valószínűleg a belső secretios hormonok hatására szünetel, illetőleg kontroll alatt van.

Úgy látszik, hogy a *Conheim*-féle elszórt csirokhoz hasonlókat előidézhetnek mechanikai, phisikai, chemiai stb. ingerek is. Ha a szövetsérüléseknek vagy akármilyen természetű chronikus ingernek van kitéve, úgy sejtjei elpusztulnak. Természetszerűleg a megmaradtak a veszteséget pótolni igyekeznek. A pótlás azonban feleslegben történik s így egyesek vagy csoportok kimaradnak, illetőleg nem helyezkednek el a szövetrendszerben, hanem mint kevésbé differentiólódott sejtek, a már felkeltett burjánzási képességüket megtartva, mint úgynevezett elszórt csirok szerepelhetnek.

Ha már most a szervezetben akár helyi, akár általános endokrin zavar keletkezik, akármilyen okból kifolyólag, ezek a sejtek, amelyek eddig alvó állapotban voltak, működésbe lépnek és excessiv szaporodási hajlamuknak hódolva daganattá növekedhetnek.

Tudjuk, hogy a rák olyan életkorban kezdődik, amikor a szervezet endokrin egyensúlya változást szenved. (Idősebb életkor, klimax, stb.) A gyermekkorban keletkezett égési heg semmi zavart nem csinál, a szövetek, illetőleg sejtek hormon hatás alatt, egyensúlyi állapotban, nyugton vannak, idősebb korban pedig az eddig ártatlan égési hegből, ha a hormonegyensúly kedvezőtlenül felbomlik, rák fejlődhetik. Az embryonalis korban a vesébe került mellékvesecsir évtizedekig nyugton van, bajt nem okoz, az idősebb korban, ha a hormonegyensúly olyan irányban tolódik el, hypernephromává fejlődik.

A hormonok chemiai ingereket visznek szét a szervezetben, amelyek specifikusan hatnak szervekre és sejtekre egyaránt. *Biedel* és *Hertwig* szerint minden szerv, minden szövet, végre minden sejt megváltoztathatja a nedveit összetételében és specifikus hormonok által a vérkeringés közvetítésével a többire hatást gyakorolhat. A szaporodó daganatsejt toxinjai pedig megtörik a környezet ellenállását s az excessiv növekedésnek mi sem áll útjában.

Nem részletezem tovább e kérdést, nem akarok a kísérleti vizsgálatok eredményeinek elébe vágni.

Összegezve a mondottakat, csak azt kívánám hang-

súlyozni, hogy a rák fejlődésének az okát és a szervezet helyi és általános dispositióját a rákos elfajulásra, a hormon egyensúly kedvezőtlen irányban való felbomlásában és eltolódásában kell kutatnunk s azt hiszem ezen az úton dolgozva, egy lépéssel közelebb juthatunk a kérdés megoldásához.

A leukoplakia kórisméje, ahol ezt cystoskoppal megláthatjuk könnyű. A hólyag nyálkahártyáján körülrít, ráncos, szürkés-fehér, sajátságos gyöngyházfényű, vagy tompa ezüsthéjű foltokban jelentkezik, néhol hámló felrakódásokkal. Az ureterben és a vesemedencében ahol a cystoskoppal már nem látható, a felismerése majdnem lehetetlen, kivéve azon eseteket, amelyeknél hámlás van és a vizeletben elszarusodott hámsajt-tömeget találunk. Subjectív tünetei tulajdonképpen nincsenek, azokat a panaszokat és kellemetlen fájdalmas vizelési ingereteket, stb., amelyek az ilyen betegeknek vannak, a vele együtt mindig jelen levő cystitis, pyelonephritis, kő, stb. okozza. Ha az ureterben vagy vesemedencében fordul elő, rendszerint mindig egyoldalú. Prognosisa rossz, mert hosszabb fennállás után rákká fajulhat, ezért a minél korábbi és gyökeres kiirtás minden esetben feltétlen szükséges. Ha hólyagban találjuk, úgy ignicauterrel vagy ha kis területen van kimetszéssel kell kiirtani, ha a vesemedencében vagy az ureterben fordul elő, úgy azt kell eltávolítani.

Megjegyzés Szabó Zoltán dr. „Az urotropin befolyása a postoperatív vizeletretentióra” című cikkéhez.

Az Orvosi Hetilap 1925 november 29-i száma csak ma jutott kezembe. Ebben nagy érdeklődéssel olvastam Szabó dr. cikkét a vivőeres urotropin-befecskendésekről műtét utáni hólyagbénulások megelőzésére. Szabó dr. kimerítő irodalmi ismertetését adta egy gyakorlatilag fontos kérdésnek. Előtt három évvel az Orvosképzés XII. évfolyamában cikkem jelent meg „A vivőeres urotropin-befecskendésekről”, melyben az I. sz. sebészeti klinika anyagán 500 esetben végzett befecskendésről számoltam be. Az agyhártyák, epe- és húgyutakon végzett műtéteknél a fertőzés megelőzésére, a műtét utáni hólyagbénulás megszüntetésére, az agnyomásfokozódás időleges csökkentésére, s a pyogen vérfertőzések kezelésére használtuk e szert, melynek hatásmódját is megkísértem elemezni. Ugyanezen tanulmány megjelent a Archiv für klinische Chirurgie 1923. 125. kötetében 544–553. oldalon. Sajnálattal láttam, hogy ezen közlemény elkerülte a szerző figyelmét.

Takács Géza dr.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Apathogen csiráknak a tuberculin-reactiók befolyására gyakorolt biológiai hatásáról. Wolf. (M. M. W., 1925, 48. sz.)

Much figyelte meg először, hogy bizonyos apathogen hasadógombák különös biológiai tulajdonságokkal bírnak, melyek abban nyilvánulnak, hogy bizonyos kórokozó csiráknak a szervezetre gyakorolt toxinhatását gátolják. Pl. a szervezet lipoidjaihoz hasonlóan megkötik a tetanus-toxint. Ezenkívül az apathogenek nem-specifikus izgató hatást is fejtenek ki, és ez által a szervezetben nonspecifikus immunitást hoznak létre. Szerző az apathogen csiráknak tuberculosos egyének tuberculin-reactióira gyakorolt hatását vizsgálta. A tuberculin-reactiókat egyrészt a Koch-féle „Altuberculin”-nal, másrészt partigenekkel („Reintuberculin L”-lel és „Neutuberculin”-nal) idézte elő. Az apathogen csirák közül kísérleteinél egy cytolytikus Much-törzset és egy ettől teljesen különböző nem spóraképző fajt használt.

Ezen hasadógombák suspensióját hozta össze tuberculin- és partigen-oldatokkal oly módon, hogy az élő apathogen csirák hosszabb-rövidebb ideig hatottak az oldatokra. 0.7% karbolsav hozzáadása után egyidejű intracutan-oltásokat végzett tuberculosos egyénekre, egyrészt külön a tuberculinokkal és az apathogenekkel, másrészt tuberculin-oldat + apathogensuspensio keverékével. Kísérleteinél azt találta, hogy az Altuberculin-reactio az apathogen suspensio hatására kifejezetten gyengébb, a partigen-reactiók pedig erősebbek voltak a rendesnél. Előbbi esetben tehát kifejezett ingeresökentést, az utóbbiban pedig ingerfokozást látott. Az Altuberculinnak és a partigeneknek az apathogenekkel szemben tanúsított eltérő viselkedéséből szerző azt a következtetést vonja le, hogy a különböző tuberculinok tuberculosos szervezetre gyakorolt biológiai hatásának teljesen különbözőnek kell lennie; jöllehet mindkét anyag egyformán halálos tuberculosos tengerimalacra. További vizsgálatok feladata kideríteni, milyen módon befolyásolják az apathogenek a különböző tuberculinok biológiai hatását.

Dvorák dr.

Vizsgálatok a vízforgalomról. A vér felhígulása felyadékvétel után. Helmut Marx. (Klin. Wochenschr. 1925, 49. sz.)

A vér felhígulásának vizsgálatára a szerző sem a refractometriát, sem a vörösvérsejtszámolást nem tartja megfelelőnek, szerinte a haemoglobin meghatározása a legegyszerűbb, amit az új Bürker-féle colorimeterrel végez. Folyadékítatás után a vér haemoglobin-concentrációja csakhamar csökken; ez az ú. n. kezdeti felhígulás. 50–80 perccel azonban az itatás után a haemoglobin értéke csaknem ismét az eredetire emelkedik, majd ezen emelkedést szabály szerint egy „másodlagos felhígulás” követi, melynek görbéje azonban laposabb és terjedősebb az első felhígulásnál. A vérsavó felhígulása nem egyszerű következménye a megivott folyadék felszívódásának és kiválasztódásának. A felvett folyadék mennyisége és a kezdeti felhígulás foka egyáltalában nem arányos; 50 cm³ víz felvétele után néha nagyobb a felhígulás, mint 1–2 liter megivása után, ugyanazon egyénnél. A folyadék felvétele tehát csak lökést ad a vér és a szövetek közt meginduló komplikált kieserülődési folyamatok megindulásához. Ha az első itatást követő 40 perc múlva újabb folyadékot itatunk, ez nem változtatja meg a görbe normalis alakját. Mindezen jelenségeket látva, elsősorban a vasomotorok működésére kellene gondolnunk, azonban sem a környezet hőmérséke, sem a légnyomás, sem a levegő nedvessége nem befolyásolta a felvett görbét, holott a vasomotorokat mindez befolyásolta volna. A felvett nagyobb folyadékmennyiséget követő nagyobb diuresis csak akkor áll be, miután a vérsavó kezdeti felhígulása már lefolyt és a haemoglobin ismét az eredeti értéket érte el. A kiválasztott vizelet mennyisége és a vér felhígulása, valamint az utóbbi és a vizelet fajsúlya közt arányosság nincs. Míg a haemoglobin görbéje — amint láttuk — mindig többfázisú, a vizelet fajsúlygörbéje mindig egyfázisú.

Kiss József dr.

A Schilling-féle haemogramm értékéről. M. Ernst (D. Arch. für klin. Med. 149., 1 o.)

A szerző közel másfélezer vérkép feldolgozása alapján számol be Schilling módszerével szerzett tapasztalatairól. Hangoztatja kiváló jelentőségét mind a diagnózis, mind a prognózis kimondásában. Vizsgálatait jóformán valamennyi gyakoribb belső betegségben végezte, részben sorozatosan. A neutrophil vérkép eltolódása a fiatal sejtformák javára a kóros folyamat súlyosbodását jelenti. Nagyfokú eltolódás különösen abszolút leukopeniával együtt kedvezőtlen kilátású. Az eltolódás kiegyenlítődése, az eosinophil sejtek megjelenése, a monocyták és a lymphocyták megszorodása jó jel. Valamennyi akut fertőző betegségben először neutrophilia támad és megszorodnak a fiatal sejtalakok. A gyógyulást a monocyták megszorodása jelzi, a reconvalescentiában lymphocytosis van. Ezeket az általános tételeket illusztrálja és bővíti részletekkel a szerző malária-, recurrens-, typhus-, paratyphus-, sepsis-, meningitis-, erysipelas-esetek, valamint exanthemás betegségek közül vett példákkal. A légszűrőszervek betegségei közül kiemeli a pertussis vérképet nagyfokú lymphocytosisával, neutropeniával és eltolódással. Asthma bronchialeban a roham alatt is megvolt az eosinophilia. A tüdőtuberculosis a zsugorodó, gyógyulásra hajlamos esetekben normalis vérképet mutat. Az exsudatív, gyorsan előrehaladó folyamatokban rendszerint neutrophilia és

eltolódás van. A lymphocytosis nem mindig a gyógyulásra való hajlandóság jele. Ulcus ventriculiban igen gyakori a lymphocytosis és a normalis érték felső határa körül álló eosinophil-sejtszám. Ieterus simplexben rendszeren lymphocytosis fejlődik ki. A carcinoma nem okoz jellemző változást; ha már nagy a cachexia, gyakori a neutrophilia eltolódás nélkül. A lymphogranulomatosisban mindig neutrophilia és határozott eltolódás van.

Perémy dr.

Sebészet.

Három évi periarterialis sympatectomia. Prof. Brünig. (Deutsche Med. Wochenschrift. 1925. 37. sz.)

A szerző 100 esetben végzett periarterialis sympatectomiáról számol be. Az operatio eredménye az elváltozás kvalitásától és a sympathicus rostok anatómiai helyzetétől függ; t. i. organikus elváltozásnál — a műtét csak functionalis elváltozásokat gyógyíthat, — vagy a sympathicus rostok atypikus lefutásánál az eredmény kétséges. A műtét — mint ma már kétségtelen — a véredények tonuscsökkenését s ezzel bővérűséget hoz létre. Tünetei tehát a bőrhőmérséklet emelkedése, fájdalomcsökkenés. Amíg ép érfalviszonyoknál, mint azt az állatkísérletek igazolták, — érfal-necrosis nem következik be, addig artherio-sclerotikus érfalnál, durva beavatkozásnál thrombosis léphet fel. Infectio periferiás fekélyekből nyirokutak útján léphet fel. A thrombosis és infectio kapcsán fellépő mortalitás 1—2%, úgyhogy veszélytelen műtétnek minősíthető. Indicatiói: idegsérülések kapcsán fellépő vasomotoros trophicus-zavarok, ha azokat idegvarrattal vagy neuroma exisióval nem lehet megszüntetni, reflectorikus izom-contrakturáknál, idegsérülések után; causalgiáknál; amputatiós esonknál fellépő vasomotor-trophikus zavaroknál; Röntgen-ulcusnál; gyermek-bénulásnál; Raynaud-féle megbetegedésnél (gangl. stollatum resectiója); sclerodermiánál. Az indicatio felállítása legnehezebb az érfal megbetegedése következtében fellépő gangraenáknál. Az eredmény attól függ, hogy a functionalis componens mennyivel inkább áll a morphologicus felett. Diabetikus gangraenánál eredménytelen. Trophicus zavarok kapcsán fellépő, valamint fájdalmas ulcus crurálnál jó eredmény várható; ulcus varicosumnál azonban az eredmények nagyon változók. Kappis a törvények renyhe konsolidációjánál végzett sympatectomiától látott jó eredményeket. Nemesak a végtagok edényein, hanem a gyomoredényeken és a hypogastrikán is végezhető a műtét. A franciák az ú. n. nephritis dolorosánál a veseedényeken végzik.

Prochnow dr.

Adatok az angina pectoris sebészi kezeléséhez. Erich Hesse. (Arch. f. klin. Chir., 137. k., 1. f.)

Huszonöt esetben végezte a nyaki sympathicus kiirtását, és pedig 21-szer asthma bronchiale és 4-szer angina pectorisnál. A 4 angina pectoris beteg pontos kórtörténetének és a végzett műtétek ismertetése után az irodalomból összegyűjtött 58 esetre hivatkozva, megállapítja, hogy a műtét halálcausa 14.5%. 44 élve maradt betegnél 70.5%-ban a rohamok teljesen elmúltak, 22%-ban javult és 6.8% állapotában nem állott be változás. Egy esetben a baloldali sympathicus kiirtása után a panaszok nem javulva, a jobboldalit is kiirtotta, ami után a beteg panaszai megszűntek. Részletesen kimutatja a sympathectomia élettanilag indokolt voltát, majd érfalja a műtét elvégzése ellen felhozott érveket. Az eljárást jónak, bonc- és élettanilag megokoltnak tartja, miért is az elért eredmények alapján oly esetekben, ahol belgyógyászati kezeléssel a rohamokat nem tudjuk megszüntetni, ajánlja. Ezzel szemben a nervus depressor átvágását, mint lényegesen nagyobb (20%) halálcaussal járó műtétet, amely véleménye szerint élettanilag sincs kellőképpen megindokolva, nem ajánlja. Matolay.

A végbél és végbélnyílás karó okozta sérüléseiről. Otto W. Madelung. (Arch. f. klin. Chir., 1925. 137. köt., 1. füzet.)

Ismertette a sérülés keletkezésének módjait, a sérülést okozó eszközöket és tárgyakat, megállapítja, hogy leggyakoribb a karó okozta sérülés. 276 esetet gyűjtve össze az irodalomból, ezek közül 81.1% férfi, 18.8% nő volt. A sérülések mechanizmusának tárgyalása után a bonctani elváltozásokat ismerteti, a szerint, amint a sérülés a végbélnyílás, végbél, hüvely, gát, herezacskó, far vagy comb felől történt, majd felsorolja a sérülések szövödményeit. Ezután a klinikai lefolyást ismerteti egyszerű végbél-, végbél-hólyag-, végbél-has-

üregsérülések szerint csoportosítva az eseteket. Felhívja a figyelmet a pontos kórisme fontosságára, hogy igyekezzünk pontosan megállapítani, mely részeket ért a sérülés, és különösen, hogy megsérült-e a hasüreg. A sérültek ellátását illetőleg a más sérülésekre vonatkozó általános szabályok itt is irányadók. Minden esetben tetanus antitoxin adását ajánlja. Ha végbélsérüléshez hólyagsérülés is járul, ezt igyekezzünk elvarni, vagy a hólyagot lefelé drainezzük, lehetőleg a seben keresztül, mert felső hólyagsípoly készítése után néhány esetben vizeletbeszűródés fejlődött ki. A húgycső átvágásánál a varratot azonnal elvégzi. Hasi sérülésnél laparotomia végzendő, valamint akkor is, ha a kórisme nem biztos ugyan, de felmerült a hasi sérülés gyanúja. A hashártyasebet lehetőleg zárja, de oly esetekben, ahol ez technikailag keresztül nem vihető, tamponálással is célt lehet érni. A hasmetszés sebének még akkor sem zárja teljesen, ha hashártyagyulladás nincs jelen, de hasüreget minden esetben tamponálja. Matolay.

Védik-e a sarjadzás sejtjei a sebeket a fertőzéstől? S. Bergel. (Klin. Wochenschr., 1925. 1953. o.)

Szerző szerint úgy a fertőzött, mint a csirokat nem tartalmazó sebek gyógyulásánál a fibrinnek van a legnagyobb szerepe; elpusztítja a baktériumokat, megköti felületi hatásánál fogva a toxinokat, s szaporodásra ingerli a sarjadzásos sejtjeit. A rostonya baktériumölő tulajdonsága kísérletileg is kimutatható, ha akár vér-, akár izzadmányfibrint staphylo-, strepto-, pneumococcus- s diphtheria-bacillus-tenyészetekhez adunk, s bizonyos idő múlva a kísérleti állat hasüregébe fecskendezzük be, úgy a fertőzés súlyosságának jelentékeny csökkenését észlelhetjük. Szerző a régi felfogást, hogy a sarjadó sebek immunitása a sejtek működésével áll összefüggésben, nem tartja a kísérleti tényekkel összeegyeztethetőnek, s legfontosabb szerepet a fibrinhártyának tulajdonít, míg a sejtek csak az elpusztult szövetek eltakarítását és pótlását végzik. Paunz.

A berlini Augusta Viktória-kórház sebészeti osztályáról. H. J. Willerding. (Parenteralis tejttherapia septikus állapotok kezelésénél.)

Számos súlyos septikus megbetegedésnél, főleg nőgyógyászati esetben alkalmazott tejinjektiókat, 5 cm³ friss tehéntejet tíz percig vízfürdőn sterilizálva, steril gázen átszűrve, 2—3 naponként megismételve adott intraglutealisán. A tejinjektiók hatására 40—40½ C° hőemelkedéseket, hidegrázásokat látott litikusan esni s a sepsis tüneteit eltűnni. Igen jó eredményeket ért el ott is, ahol a már alkalmazott ezüst- és gyárilag előállított fehérje-készítmények hatástalanok maradtak. Az injicálás okozta fájdalom csillapítására ajánl előzőleg pár cm³ 2%-os novocain befecskendezését s aztán ugyanazon csanulón át, ugyanazon helyre injicálja a tejet. Minél nagyobb reakciót vált ki (láz, hidegrázás) a tej, annál eredményesebb lesz a hatás. Azok a foudroyans sepsisek, melyek pár óra, esetleg nap alatt halálos kimenetelűek, tejjel sem reagálnak. Igen jó szernek találta súlyos, idült lefolyású septikus esetekben de szükségesnek tart legalább háromszori befecskendezést. Szacsray.

Urologia.

Az endoseitek alakja, mozgása és élettana. Porosz M. (Zeitschr. f. Urologie, 1905. 10. füzet.)

Több száz esetben eszközölt vizsgálatánál azt találta, hogy a spermasejtek alakja igen különböző. A fej, a legváltozatosabb formákat mutathatja; így lehet: ovalis, körtealakú, kerek, piskótaformájú, pálcikához hasonló; a fej nagyságát illetőleg is igen nagy változottság észlelhető; szerző a pontszerű fejtől, az átlagoshoz viszonyítva óriási feüig, mindenféle átmenetet talált. Ezenkívül többször látott spermasejteket két fejjel, melyek különféleképpen helyezkedtek el; a farki részt illetőleg is nagy változatoságot látott; így több ízben észlelt két, sőt három farkú alakokat, különböző vastagságú nyaki résszel. A sperma, az ondóhólyag szögéhez hasonló nedvében mozdulatlan, s csak akkor jön mozgásba, ha onnan kikerülve, hígabb folyadékokra kerül. Ha friss spermát vizsgálunk, azt észleljük, hogy a spermák nagy tömegének mozgása oly gyors, hogy kicsiny volta miatt az egyes sejtek mozgása nem követhető. Ha azonban a mozgásuk a kihülés következtében meglágyabbodik, jól megfigyelhető. Szerző azt tapasztalta, hogy a spermák, a kígyóhoz hasonló hullámzó mozgás mellett, csavarszerű mozgást is végeznek; ezenkívül mozgásukban bizonyos cél-

szerűséget is észlelt. Láta azt, hogy a genyesejteket, a spermák megrohanják és fejükkel megfúrni igyekeznek; ezt az attaquot különböző oldalról, több ízben kísérlik meg.

A spermák mozgását melegben 36 óra múlva is látta, míg hidegben 5–10 perc alatt megszűnnek mozogni. A mozdulatlanra vált spermiumok csoportosan egy tömegbe aggulitálódnak.

A sperma a szervezet egyetlen sejtje, mely az organismustól elkülönítve, mozgásokat végez s bizonyos ideig életképes marad; ezért nevezték el *spermatozoonoknak*. A spermák, mozgásukkal a petét keresik, s így mozgásuk céltudatosnak látszik. Miután azonban céltudatos mozgás, ideg- és izomrendszer nélkül nem képzelhető el, föl kell vetnünk azt, hogy *mozgásuk* minden valószínűség szerint a *sejt bomlástermékeinek következménye*. S miután a spermasejtek, az uterusban és tubában két hétig is életben maradnak, nincs kizárva, hogy itt bizonyos tápanyagokat vesznek föl, s így anyagcserejük következtében képesek mozgásukat ily hosszú időn keresztül megtartani. *Dózsa dr.*

A vizelet nitratreactionja mint borulási indicator. *Weltmann-Haslinger.* (Zeitschr. f. Urolog. Chirurgie. 1925., 18. köt., 1–2 füz.)

A vizelet normalisan csak nitrátot tartalmaz, a nitrátokból azonban bakteriumok hatására nitrít képződhet. Ha tehát főzős vizeletben nitrít van jelen, az bomlás, illetve bakteriumos infectió jele. A nitrít kimutatása a *Griess-Ilosvay-féle* reagensen alapul. E célból „Urognost” néven tablettákat hoznak forgalomba, amelyből oldás útján előállítható a reagens. Egyenlő mennyiségű vizelettel hozva össze a reagenst, piros elszíneződés pozitív jelleggel bír. Mivel streptococcus, gonococcus és tuberculosis nem alkalmasak nitrítképzésre, a reactio pozitív volta kizárólag ezen bakteriumok által okozott infectio lehetőségét. Gyakorlati jelentősége főleg lázas jobboldali derékfájásnál lehet, amikor egy esetleges jelenlévő colipylitisez terelheti a figyelmet. Gyengén homályos vizelet és pozitív reactio, cystoscopice ép hólyag mellett vesemedencebeli folyamatra utal. Positív a reactio cystitisnél, bakteriumánál általában mindig, ha az urogenitalis tractusban retentio vagy egyéb ok miatt nitrítképző bakteriumok vannak jelen. Ha a vizelet bomlása már előrehaladt, úgyhogy a nitrítet már eltűntek 10%-os natriumnitrátoldat néhány cseppjével és a vizeletnek két óráig thermostatban való helyezésével a nitrítet ismét kimutathatóvá válnak. *Minder dr.*

A penis és scrotum spontán (infectiosus) gangraenájáról. *Bitschai* (Zeitschr. f. Urol. 1925. II. füz.)

Fournier által először leírt különös gangraenaesetet észlelt, egy 55 éves férfinél, kinél teljes jólét közepe, a külső genitáliák hirtelen, fájdalmas duzzanata lépett föl. Ez észrevehetően gyorsan növekedett, úgyhogy a scrotum, néhány óra múlva gyerekfőnyű lett, s az erősen megduzzadt penissel együtt előbb barnászürkésen, majd feketén elszíneződött. A scrotum bőrnek egyes helyein bullák képződtek, melyből bűzös, ichorosus folyadék ürült; 8 óra múlva a beteg moribund lett s 12 óra múlva exitált.

Sectionál a lépet megnagyobbodva találták, számos infarctussal. A plexus pudendusban (v. dorsalis-, a v. prof. penis-, és vv. scrotalesben) számos thrombus volt található. A scrotum falának minden rétege, úgy-szintén a corp. cavernosus urethrae is gangraenásan elhalt; a phlegmone a gátra is ráterjedt.

A here, mellékhere és funiculus épek. Górcsővel az elhalt szövetek genyesejtes és bakteriumos beszűrődése volt látható.

A külső nemiszervek gangraenájának aetiologiáját három csoportba osztályozza:

1. fertőzőbetegségek;
2. anyagcsere- és vérkeringési zavarok;
3. chemiai-, thermikus- és mechanikus behatások.

Hogy a *Fournier-féle, foudroyans gangraena* kórisméjét kimondhassuk, előbb felsorolt okok valamennyiét ki kell zárni.

Ma általában *erysipelásnak* tartják hol a bőr vörös elszíneződése, a scrotum pigmentációja miatt nehezen vehető észre. Emellett szól az, hogy az erysipelás, a genitáliákkal szomszédos területen az esetek egy részében jól felismerhető; viszont ellene szól *bakteriologialag nem egységes aetiologiája*. Így a hasonló esetek észlelőinek egy része, streptococcusokat a leggondosabb vizsgálattal se tudott találni; *Dufour* a staphylococcus-sal

symbiosisban élő bac. fluorescens liquefacienst, *Dieulafoy*, aërob septicus bac.-t, egy facultativ anaërob és aërob diplococcusal együtt tartja a gangraena előidézőjének; *Milian* és *Périn* viszont *Ducrey* bakteriumokat talált a gangraena savójában.

A fertőzés bemeneti kapuja, minden valószínűség szerint a genitáliák bőrének laesiói, de lehet a húgyeső is (urethritisek és stricturáknál keletkező nyálkahártya sérülések).

Klinice, a hirtelen kezdet és foudroyans lefolyás jellemző, a localis tünetek mellett az általános sepsis képe alatt kb. 22%-os mortalitással.

Az enyhébb lefolyású eseteknél, a genitáliák demarkálódnak s kb. három nap alatt az egész scrotum fala lelékódik.

A *therapiát* illetőleg a scrotum kiterjedt bemetszései jönnek szóba. *Dózsa dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

Belső secretiós megbetegedések organo- és Röntgen-therapiája. *Borak.* (Strahlentherapie 1925, 20. kötet, 3. füz.)

A petefészek működése sokban különbözik a többi belső secretiós mirigy működésétől, főleg abban, hogy egyik legfontosabb működése, nevezetesen a méhnyálkahártyára való hatás nem folytatódólag, hanem periodikus. Csökkent működése, nagy hiánya esetén nem pótolható egyszerű organotherapiás úton, mint az pl. a pajzsmirigy kiesésnél lehetséges. Ennek oka nemcsak abban rejlik, hogy a hatóanyagokat nem tudjuk oly jól kivonni, mint más mirigyekből, hanem szerző szerint főleg abban, hogy a petefészek periodikusan működő mirigy lévén a petefészekképzőanyagok működésének mindig csak pillanatnyi fázisát jelentik. A petefészek működési zavarait részben annak fokozott, részben csökkent működésére vezetik vissza. A metropathiákat rendszeren hyperfunctionnak tekintik, szerző szerint ezek inkább hyperfunctionál jönnek létre, amellét szóról rész az, hogy rendszeren a climaxban fordulnak elő, másrészt fiatal nőknél ilyenkor olyan elváltozások vannak a petefészekben, melyek inkább hypofunctio mellett szólnak. Myománál és osteomalaciánál is csökkent petefészekműködést tételez fel. Az organo- és Röntgen-therapia hatásának mechanizmusa szerző szerint ugyanaz. Lépbesugárzásnál szétesett sejtmagvakból származó thrombokinase hat vérzést csillapítólag, ugyanez érhető el májbesugárzással is. Röntgen-therapiánál a testnek saját szétesett sejtanyagga, organo-therapiánál idegen sejtanyagok fejtenek ki hatást. Az amenorrhoeánál végzett ú. n. ingerlőbesugárzások hatására nézve elfogadja *Geller* magyarázatát, aki szerint itt beteg tüszők kiküszöböléséről van szó. Az állatkísérletek azt mutatták, hogy organotherapiás készítmények is ilyenképen hatnak, tüszőket destruálnak, specifikus substitutióról nincsen szó. A Röntgen-besugárzás előnye, hogy helyileg alkalmazható és a hatás jobban dosírozható. A petefészekműködés a hypophisisen keresztül is befolyásolható. Hypophisis besugárzás által temporaer amenorrhoeát lehet elérni és fordítva amenorrhoeás nőknél havibajt lehet kiváltani. Dysmenorrhoeánál is kedvező eredmény érhető el a hypophisis besugárzása által. *Gál Felix dr.*

Pangásos epehólyag és terhesség. *Hoffmann.* (Klin. Woch. 1925, 42. sz.)

Epekölika felléphet akkor is, ha az epehólyagban sem kő, sem fertőzés nincs. Több esetben a terhesség megszakadása után néhány héttel jellegzetes epekölika lépett fel. Három operált és megvizsgált ilyen esetben pangásos epehólyagot találtak minden gyulladásos folyamattal, illetőleg concrementum nélkül. Fiatal asszonyoknál, a catarrhalis sárgaságon kívül, az epeutak fájdalmas megbetegedése ritka. E megbetegedések appendicitistől való differentialis diagnosisa igen nehéz és csak akkor lesz valószínűbbé, ha e megbetegedés kifejlődésére fontos tényező — megszakadt terhesség — az anamnesisben feltalálható. Az epekölikát az epének, főképen az epehólyagban történő pangása idézi elő. Sem gyulladás, sem kőképződés ehhez nem szükséges. A pangás előidézésében a lényeges momentum azon elváltozások complexumában keresendő, amelyet a terhesség hoz létre az asszony szervezetében. A méh nyomása ezen pangás létrehozásában nem szerepel, ellenben esz-lelőssé tehető ezért a vegetativ idegrendszer fokozott ingerlékenysége, ami egyes esetekben, főképen a ter-

hesség első hónapjaiban, erősen fokozott és az Oddi-záróizomzat görcsét hozhatja létre. Egy másik tényező a nyálkahártya duzzadási állapota, ami keringési akadályt okozhat. Az epe összetételének megváltozása is létrehozhat ily nyálkahártyaduzzadást. Az epe felszívódásában is lehetnek lényegesebb változások. A terhesség megszakadása ezek kapcsán hypsziológias gyulladást hozhat létre, a felhalmozott anyagok hirtelen felszabadulása és a testnedvekben való túlhalmozódása által, mivel ez az epehólyag falának felszívóképességét túlzottan igénybe veszi. Fertőzött vetelésnél a kórkép kiváltására egy tényezővel több van, mely utóbbi azután tényleges epehólyaggyulladást idézhet elő. Következmenyis kóképződéssel. A törvényszéki vetélések gyakorisága miatt, ilyen módon számolnunk kell a cholecystitis post abortummal. A pangásos állapot kezelése conservatív (Atropin-camphor). Ha az eset nem szövődik, a prognózis jó, amennyiben a terhességben rejlő betegségi tényező egy idő múlva természetszerűleg eltűnik. A legtöbb esetben teljes gyógyulás következik be, bár lehetséges a megbetegedés idültté válása.

Liebmann dr.

Petefészeképzítmenyek biológiai vizsgálatáról. Zondek és Bernhardt. (Klin. Woch. 1925, 42. sz.)

Nagyon fogyatékosak ismereteink a nemi mirigyek hormonjairól. A forgalomban levő, a petefészekből, sematikus eljárás segítségével előállított készítmények legtöbbje hatástalan, mivel nem tartalmaz hormonális anyagot. Ennek oka az, hogy a petefészek a legérzékenyebb szervekhez tartozik s benne már rövid idő múlva oly rothadási folyamatok játszódnak le, amelyek a hatékony anyagot elpusztítják. Mindenképen követelendő, hogy csak oly petefészeképzítmenyek kerüljenek forgalomba, amelyeknek hatékonysága biológiailag megállapított. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a petefészkek gondos kezelése mellett a hatékony anyag a szárazanyagban is feltalálható. Mivel egyelőre utóbiakra vagyunk utalva, szükséges, hogy csakis hatékonyságukra megvizsgálják ily készítmények kerüljenek eladásra.

Liebmann dr.

Gyermekorvostan.

Diphtheria-ellenes immunisatiós kísérletek. Ramon anatoxinjával. Ivo Nasso. (La Pediatria, 33. évf. 24. f.)

Ramon diphtheria-toxint hevítve és 3–4% formaldehiddel kezelve állítja elő teljesen ártalmatlan „anatoxin”-ját, mely lovaknak injektálva nagymennyiségű antitoxin termelését váltja ki. Ez alapon elindulva francia szerzők gyermekek aktiv immunizálását kísérelték meg az anatoxinnal és valóban sikerült 20 napi időközben adott két subcutan injeccióval az addig Schick-positív gyermekeket 98–10%-ban negatívvá tenni. Az ő methodikájukkal (elsőízben 0.5, húsz nap múlva 1 cm³ anatoxin subcutan; controll Schick-próba az első injecciótól számított két hónap múlva) végezve vizsgálatait, szerző 108 gyermek közül 98-nál (90.8%) ért el a Schick-test negatív fordulását. A vizsgált gyermekek részben egészségesek, részben localis betegségben szenvedők, esetleg valamely könnyű betegség után reconvalescensek voltak. Említésre méltó, hogy 43 gümőkóros gyermek közül már csak 28-nál (65.1%) látta a Schick-test negatív választ. Hogy az így elért immunitás mily hosszú tartamú, egyelőre bizonytalan, tény azonban, hogy egyes esetekben végzett vizsgálatok nyolc hó után is még negatívnak bizonyultak. Feltételezhető, hogy az így elért immunitás semmivel sem marad el a diphtheria-toxinnal, illetve toxin-antitoxin keverékkel elért mögött, ezzel szemben nagy előnye teljes ártatlansága.

Jacobovics Béla dr.

A diphtheria elleni aktiv immunizálásról. W. Beyr. (Jahrbuch f. Khk. 110. köt. 5–6 füz.)

Az orvosi tudományban az utóbbi években vezető principiumként a prophylaxis lépett előtérbe s ez alapon mindinkább több eljárás fejlődött ki a fertőző betegségek megelőzésére. Így jött létre a diphtheria leküzdésére a toxin-antitoxin keverékkel való immunizálás, amely azonban nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket s nem teljesen veszélytelen hatása miatt ma a toxin helyett a méregtelen toxidot alkalmazzák. Az egyfomán megnevezett keverékek azonban nem azonosak, mert ezek neutralis pontja nincs egységesen megállapítva. Állatokon végzett kísérletek sem alkalmazhatók emberre. Antitestek jelenléte a vérben nem azonos immunitással; előfordul, hogy diphtheria kiállása után nincsenek antitestek, viszont post-

diphtheriás hűdések antitestek jelenlétében is előállhatnak. Szerzett immunitás létrejöhet a betegség kiállása s antitestek jelenléte nélkül is. Így érthető, hogy immunitás egyéneknek lehet a Schick-reactio postiv is, meg negatív is, mert a Schick-reactio csak antitest jelenlétét, de nem immunitást jelent. Boehme és Riebold élő diphtheria-bacillusokkal immunizáltak állatokat jó eredménnyel. Az immunizálásra használt virulens lymphá 0.05–0.005 cm³-e subcutan adva a tengeri malacot megöli. Szerző 87 csecsemőt (4–12 hónapos) immunizált, még pedig úgy, hogy a felkaron vagy combon felületesen scarifikálva a bőrt, arra a területre bedörzsölte egy capillaris cső tartalmát, amelyet másnapra halvány pirosodás, egyeseknél kis pustulaképződés követett, amely 5–6 nap múlva eltűnt. A 87 közül 69-nél 10–12 nap múlva negatív lett az intracutan-próba. Utánvizsgálatra 39 jelentkező közül 10-nél változatlan maradt a reactio. 9 hónap után ezek közül is még négy negatív lett. Ezen késői negatívvá válást az magyarázza, hogy a kiscokú infectióra az antitoxin-képződés csak későn indult meg. Ezen eljárás olcsó és könnyen kivihető s az elért eredmények is kielégítőek. A diphtheria létrejöttében a dispositionnak nagy szerepe van s felvetődik újra az a kérdés, hogy a diphtheria-bacillusok nemcsak bizonyos megfelelő körülmények között fejtik-e ki pathogen hatásukat. A behatolt bacillusok virulentiájukból veszítenek-e s a későbbi vizsgálatok fogják eldönteni, hogy a szervezetben mélyebbre hatolnak-e, vagy ott helyben maradva fejtik ki hatásukat.

Tüdős dr.

Tapasztalatok a Rietschel-féle kanyaró-védőoltással. Kovács E. (Deutsche med. Woch., 1925. 41. sz.)

A szerző a szegedi gyermekmenhelyen fellépett kanyaró-járvány alkalmával a Rietschel-féle, felnőttvérrel való védőoltást alkalmazta. 39 kellő időben beoltott gyermek közül egynél észlelt kimondottan enyhe kanyarót, háromnál abortív alakban folyt le a betegség, a többi gyermek egészséges maradt. Egy controll-képen be nem oltott idióta gyermek megkapta a kanyarót.

Ezen tapasztalatok alapján a Rietschel-féle eljárást mint nagyon hasznos és célszerű kanyaró-prophylaxist ajánlja.

Mihalovics dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Beiträge zu Problemen der Gynaekologie und des Karzinoms. (Festschrift. 1925. Verlag Pilger, Berlin. 5 aranyár.)

A. Thillhabernek 70. születésnapjára s egyben doktorrá avatásának 50 éves jubileumára adták ki barátai és tisztelői e 200 oldalas füzetet, melynek főérdekessége az, hogy a legtöbb közleménye T. irodalmi munkáiban felvetett valamely tudományos problémával, kérdéssel foglalkozik, úgyhogy e füzet élénk fényt vet arra a nagy munkásságra, melyet T. a gynaekologia s a rákkutatás terén végzett. T. élettrajzán és műveinek során kívül 17 eredeti közleményből áll e füzet; a végén T. egy újabb műve is szerepel, melyben a cellularis immunitás teoriájával foglalkozik, vázolván annak szerepét a különböző constitutiós, fertőző megbetegedések s a rákos daganatok elleni védekezésben. A füzet legértékesebb fejezetei Opitz (Freiburg), továbbá Fichera (Pavia) közleményei a rák keletkezéséről és terapiájáról. E témáról írnak még Edelberg (Jaroslaw) és Rieger (Pasing) is. Liepmann (Berlin) a metropathia aetiologiájával foglalkozik, s psychikus affectusokra vezeti azt vissza. Jaschke (Giessen) a méh hátrahajlásának tünettanát teszi vizsgálat tárgyává, s T. nyomán tagadja, hogy az specialis tüneteket okozza. Theilhaber jun. a venae sectio jelentőségéről, jó hatásáról ír. Ezenkívül Wolff (Hannover), Hirsch (Charlottenburg), az orosz egyeteméről Galant (Moskau), Kakusehkin (Saratow), Selitzky (Moskau), Jordan (Moskau), Grusdew (Kasan), Gudim-Lewkovitsch (Moskau) s Wladimirsky (Jaroslaw) a gynaekologia legkülönbözőbb kérdéseit tárgyalják. A témák e nagy tarkaságát azonban kiegyenlíti s a művet egységessé teszi az, hogy a legtöbb közlemény T. valamely munkájából, illetve abban felvetett problémából indul ki, s csodálattal kell sok esetben constatalnunk, hogy T. 30–40 év előtti álláspontját sokszor mennyire igazolták a későbbi kutatások.

Felletár dr.

Természet-, orvos-, technikai és mezőgazdasági országos kongresszus.

A magyar tudományosságunk valóban nincsen szerencséje. Egy esztendeje tudjuk, hogy az elkobzott Károlyi-vagyonból hatalmas összeg remélhető a természettudományi kutatás számára; legkiválóbb szakembereink mint szervezők, mint referensek tavasz óta végeznek intenzív munkát, hogy kellő felkészültséggel jelenjenek meg a nagy nyilvánosság porondján, a Vezér és vezérkara mindent elkövetnek még formák és külsőségek tekintetében is: megnyerik a legmagasabb személyek érdeklődését és megjelenésük fényét is, hogy minél élénkebbé tudják tenni a közönség érdeklődését a tudomány, az Istenadta szegény, nyomorgó, és mégsem fény és ragyogás nélküli magyar tudomány és kutató munka iránt: és akkor a közérdeklődés eszelős rajongók, vagy aljas kufárok bűnügyébe fúl! A sensatióhajsztától liheg, a politikai túlfűtöttségtől harsog a mindenkire gyanakvó sajtó és a közönség döbbenetének, kíváncsiságának banalis és ízléstelenül bő lére eresztett kiszolgálása mellett nyúl farknyi helyet hagy ennek a komoly eseménynek, ami a nemzet életében új századot, talán új jövőt jelent, ami ragyogását késő ivadékokra hullatja. Hová tűnik két hét múlva ez az egész nyomorult frankhamisításos izgalom?! — de orkánszerű keletkezés és tombolása elég volt arra, hogy visszalökje, ordításával elnémítsa a magyar tudományos kutatás esengő szavát, ami hosszú évtizedek, s egy hosszú háború és elfeledettség után ünnepélyesen kért volna figyelmet és meghallgattatást.

Napisajtónknak ezt a bűnét kívánjuk reparálni, midőn erőnk megmáladó terjedelemben közöljük az országos kongresszus kimagasló megnyitó beszédeit és legalább a minket, orvosokat érdeklő tárgyalásait.

Január 3-án, vasárnap délelőtt, a József-műgye-tem aulájában nyílt meg a január 8-ig tartó Természet-, Orvos-, Technikai és Mezőgazdaságtudományi Országos Kongresszus, melyen megjelent József kir. herceg és fia József Ferenc kir. herceg, Bethlen István gróf miniszterelnök, Bud János, Vass József, Walkó Lajos miniszterek, Ripka Ferenc dr. és Sipőcz Jenő dr., a székesfőváros képviselői és tudományos életünk számos kitűnősége, az OMGE és a GyOSz elnökei.

Horthy Miklós kormányzó a következő beszéddel nyitotta meg az egybehívott kongresszust:

— A magyar nemzet történelmének legszomorúbb korszakaiban is tudott dolgozni. Mindig a szellem hatalma pótolta azt az erőt, amitől a sors csapásai megfosztották. A török időkben Verbőczy Hármaskönyve, az abszolutizmus alatt a Magyar Tudományos Akadémia munkájából és az irodalomból kisugárzó erők őrizték meg lelki integritását. Ma, amikor újabb megpróbáltatás súlya alatt görnyedünk, ismét a kultúra és a tudomány az, ami sértetlenül élte túl nagy szerencsétlenségünket. Ma sem esüggünk, mert kultúránkban tovább él a nemzeti gondolat teljessége. Ez a kongresszus is bizonyossága annak, hogy a nemzet nem veszítette el önbizalmát és el van szánva arra, hogy a tudomány és munka erejével fogja tiszteletet parancsoló régi helyét a nemzetek társadalmában megvédeni.

— A Természet-, Orvos-, Műszaki és Mezőgazdasági Tudományok Országos kongresszusa fontos határkövemesak a magyar szellem, hanem az egész ország történetében. A magyar szellem történetében azért, mert nem volt még példa rá, hogy a tudomány ilyen széles területen, ilyen módszeres körültekintéssel, a külföld versenyének ilyen gondos számbavételével történt volna az évek hosszú sorára, a nemzet erőinek teljes megfeszítésére irányuló programalkotás. Az ország történetében pedig azért fontos a kongresszus, mert azt kívánja elérni, hogy a tudomány és a gazdasági élet tényezői közös munkára fogjanak össze és a nemzeti erőket nemzetközi érvényesülésünk érdekében együttesen vessék latba. Ennek az együttműködésnek állandó biztosítására egy tudománypártoló társaság létesítése van tervbevéve. Ez a társaság hivatva lesz arra, hogy a kongresszus által körvonalozandó fontos feladatoknak megoldására nagy Széchenyink szellemében törekedjék.

— Amidőn annak a hő óhajomnak adok kifejezést, hogy a kongresszus munkája az ország tudományos és gazdasági teljesítményét fokozza és megköny-

nyítse azt, hogy helyünket a külföld fokozódó versenyével szemben is mindenkor megálljuk, a kongresszus tanácskozásait megnyitom és munkájára Isten áldását kérem.

Klebelsberg Kunó gróf a kongresszus elnöke üdvözölte a Kormányzót és a vendégeket és megtartotta elnöki beszédét, ami sűrűn keltette a helyeslés és lelkesedés visszhangját az előkelő hallgatóságban.

— Én úgy gondolom — mondotta Klebelsberg gróf —, hogy egészen eltévesztem mai felszólalásom helyes irányát akkor, ha programot kívánnék adni. Hiszen anketóknak és kongresszusoknak éppen az a hivatásuk, hogy a maguk részéről tegyenek javaslatot a tennivalókra nézve, a tudományos és a hivatalos világnak egyaránt. Nekem csak az lehet hivatásom, hogy a tanácskozásokat mintegy bevezessem, hogy szempontokat vessek fel és kereteket állítsak fel, melyeket a kongresszus lesz hivatva kitölteni tartalommal.

— Ha történeti és különösen kultúrtörténeti viszszapillantást vetünk, mindig egy hatalmas ténybe ütközünk bele: a másfél százados török hódítás tényébe, amely művelődési szempontból éppen azon területből, mely a trianoni Magyarországot alkotja, valósággal „tabula rasa” csinált. Innen van az, hogy míg a középkori Magyarország, különösen az Anjouk és a Hunyadiak alatt sem hatalmilag, sem kulturális téren nem maradt el a nyugati nemzetek mögött, addig az újabb kor kivérzett, kimerült állapotban talált bennünket. Megnehezítette akkori rekonstrukciónkat az, hogy míg a fölvilágosodott abszolutizmus nyugaton teljes erővel támogatta a kulturális törekvéseket, sőt azokat a népekre még akarattal ellenére is fölkötöztette, addig minálunk a nemzeti közművelődési törekvések szembe találtak magukkal az államhatalmat. 1867 előtt nagy nemzeti intézményeink közadakozásból jöttek létre, azok pusztán engedélyezésével, hosszas huzavona és akadékoskodás után úgy kellett a hatalomtól kikönyörögni. A nemzet nagy életerejéről tesz tanúságot, hogy ilyen körülmények között is megalkottuk Nemzeti Múzeumunkat, Tudományos Akadémiánkat, Nemzeti Színházunkat, Ludovika Akadémiánkat és több más kulturális alapintézményeinket.

— Midőn 1867-ben legalább a belpolitikában urai lettünk sorsunknak, népiskolaügyünk elmaradottságát talán csak kórházügyünk elhanyagoltsága múlta fölül. A nemzet testi egészségének ápolása, mint hatalmas feladat meredt a kiegyezés korát követő évtizedek kultúrpolitikusai elé. Klinikákat építeni s ezzel egyfelől az orvosképzést előmozdítani, másfelől magasabb értelemben vett kórházakat és ambulanciákat létesíteni, ez volt a főfeladat. Ennek az alapgondolatnak a jegyében épültek elsősorban a budapesti, aztán a közösvári klinikák.

— A gyakorlati orvosi tudomány mellett kezdetől fogva különös figyelemmel voltak a művészetre, az irodalomra és a szellemi tudományokra. A tapasztalás azt mutatja, hogy a magasabb művelődés rétegeiben előbbre helyezik a gyönyörködtetőt a hasznosnál. Leginkább akad a szépirodalomnak és a művészetnek pártolója, mert az gyönyörködtet és szebbé teszi az életet. Lassanként kiterjedt azután az érdeklődés a szellemi tudományokra is, a filozofiára és esztetikára, az irodalom és művészettörténetre. Csak meglehetősen későn fordul a közérdeklődés a természettudományok felé. Igazán nagy elméket azonban a szellemi tudományok nem elégítettek ki teljesen, mint azt Aristoteles és Goethe példája mutatja. És míg Goethe természettudományi munkásságában az akkori filisterek jóformán kisiklást láttak, addig a modern német természettudomány bámulja Goethe természettudományi intuítiót.

— Jó és helyes volt, hogy a multakban erőnk klinikák építésére koncentráltuk. A világszerte mutatózó fejlődés irányában cselekedtünk akkor is, mikor korábbi állami kultúrpolitikánk a művészetet, irodalmat és a szellemi tudományokat preferálta. De ma meg kell értenünk a változó idők jelét és tudománypolitikánkat ki kell egészíteni a természettudományi kutatás és tanítás tetters felkarolásával.

— Nem szabad megfélemlenünk a theoretikus alaptudományokról, elsősorban a fizikáról és a kémia-ról, azután a geológiáról és mineralogiáról, biológiáról és fiziologiáról. És itt senki se ijedjen meg ettől a szótól: *elmélet*. Sajátságos, hogy mily gyakran értik félre nagy gondolkodóknak szárnyassá vált ígét. Kétségtelenül legtöbbet élnek azonban vissza Goethenek

azzal a közismert mondásával, hogy „szürke minden theoria és zöld az életnek eleven fája”. Mert nincs veszedelmesebb, mint az elméletnek ez a szembeállítás a gyakorlattal. Az elmélet, mely a gyakorlatban nem válik be, éppen *téves elmélet*. Vagy — s ez a leggyakoribb eset — a szerencsétlen kísérletező nem theoretikus, hanem egyszerűen *inpraktikus* ember. A gyakorlat pedig, mely nem nyugszik biztos elméleti alapon, pusztán rutin, mely a mesterség színvonalán felül nem emelkedett. Ma már hatalmas szervezetek működnek azzal a kifejezett céllal, hogy a tudományt közvetlenül a termelés szolgálatába állítsák. A Vilmos császár Társaság kutatási intézetei közül több azzal a kifejezett céllal létesült, hogy a német ipar versenyképességét találmányai révén emelje.

— Közismeretű, hogy a német vegyi ipar nagy sikereit éppen a német chemikusoknak köszönheti és hogy a német tudomány a világháború idejében vegyi úton elő tudta állítani olyan anyagok surrogatúmat, melyeket a birodalom a blokádi miatt természetben beszerezni nem volt képes. A németek példája kinyitotta a franciák és angolok szemét, úgyhogy ma a természettudományi laboratoriumok óriási gyakorlati jelentőségét a kulturnemzetek egész világosan látják.

— Az elméleti természettudományok közös alapján hármassal felépítmény nyugszik: az orvosi tudományok, a műszaki tudományok és a mezőgazdasági tudományok csoportja. Ezeknek kapcsolata az élettel még a laikus előtt is nyilvánvaló. Intenzív művelésükkel nagy szolgálatot tesznek a közegészségügynek és közgazdaságunknak egyaránt. Korábban a tudományos akadémiákon kívül a tudományok művelésének két alapintézménye volt: az egyetem és a múzeum. Legújában e két típus közé, mint harmadik iktatódik be a kutatási intézet, amely már dispensálva van úgy az egyetemi tanítás, mint a múzeumi szemléltetés munkája alól, hogy egész erejét a tudományos kutatásnak szentelhesse. Kis nemzeteknek anyagi ereje nem engedi meg, hogy az összes főszakmák számára külön kutatási intézeteket létesítsenek s ilyenek állítását csak akkor engedhetik meg maguknak, ha azok valami specialis oknál fogva, leginkább csak az ő területükön szervezhetők. Így a Balaton Európának legnagyobb édesvízi tava s így növény- és állatvilágának biológiai kutatására állomást szervezni nemcsak jogunk, hanem kötelességünk. De általában *minálunk a kutatás céljait is egyetemi és múzeumi intézeteinknek és laboratóriumunknak kell ellátniok*. Annál szomorúbbak az itt mutatkozó tatózó hiányok.

— Úgy a philosophiai karok természettudományi tanszékei, mint az orvosi karok alapvető, elméleti intézetei, jórészt elavult és meg nem felelő épületekben vannak elhelyezve. Figyelembevételre a messzebb jövőt, most már ki kellene keresni és fenn kellene tartani azt a területet, melyen a berlini-dahlemeri conceptio mintájára ezeket a természettudományi intézeteket egységes teppé csoportosítva majd föl lehet építeni. Műegyetemünk közvetlenül a háború előtt készült el, de gépesarokai és laboratóriumai már nem voltak fölszerelhetők.

— Ugyanilyen kritikus a helyzet múzeumi téren is. Eredetileg minden múzeumunk a Magyar Nemzeti Múzeum anyagkaptárába tartozott. Ez bocsátotta ki rajként magából az egyes önálló múzeumokat. Így vált ki a Nemzeti Múzeumból a Szépművészeti és az Iparművészeti Múzeum anyaga. Mióta azonban *Wlassics Gyula* eltávozott a kultuszminiszteri székből, a múzeumügy megdermedt s most a világháború után leszegényedve itt állunk természetrajzi múzeum nélkül. Elszomorodom, ha a Nemzeti Múzeum ásvány-, növény- és állattárának képzett és munkás tudományos tisztviselői karát látom kiállítási helyiségeik és laboratóriumaiuk lehetetlen elhelyezése miatt küszködni.

— E nagy hiányok mellett még ott vannak apróbb bajaink: könyvtáraink és laboratóriumaink hiánya. De mi mind e baj miatt nem panaszkodni akarunk, hanem javaslatot tenni orvoslásukra. A kongresszus hivatása lesz, hogy javaslatot tegyen úgy a program, mint az organisatio tekintetében.

— Nagy súlyt helyeznék a program összefüggő egységességére. Nálunk, magyaroknál egyik fő baj, hogy nincs meg a kellő kohézió sem személyes, sem tárgyi tekintetben. A személyek között gyakori a meghasonlás. Tárgyilag pedig szeretjük az egyes kérdéseket önkényesen kiragadni s azokat önmagukban függetlenül szoktuk megoldani a rokonproblémáktól, ame-

lyekkel együtt alkotnak egy magasabb egészet. Valamennyien jól tudjuk, hogy igazán nagy programnak a mostani pénzügyi viszonyok között megvalósítása lehetetlenség. A programot mégis úgy kell felállítanunk, hogy évek hosszabb sorának munkájával a magyar természettudományoknak fokozatosan kiegészülő egységes nagy structurát adjunk. Ne vádoljon meg bennünket az utókor rendszertelen kapkodással. Inkább kevesebbet létesítsünk, de amit csinálunk, az legyen méltó és végleges, ne hogy jobb időkben majd ugyanarra a célra kelljen költségeskedni.

— Egységes és összefüggő programra van szükség, de mivel az állam és a társadalom pénzügyi ereje ma csekély, különös gonddal kell megállapítani a megvalósítás egymásutánjának sorrendjét, először a legégetőbb bajok orvoslására törekedve.

— Nagy szakértelemmel lefolyt kongresszusok működése is meddő marad azonban az esetben, ha föl-oslása után nem marad egyéb hátra, mint egy pár kötet iromány és egy pár határozati javaslat. Magából a kongresszusból, annak mintegy folytatásaként, hátra kell maradni egy oly szervezetnek, mely a kongresszus céljainak és törekvéseinek letéteményese lesz, mely közreműködik programjának megvalósításában és a fejlődő viszonyokhoz képest való kiegészítésében.

— Ennek a szervezetnek kettős irányúnak kell lennie: államinak és társadalmi.

— Szükség van a kultuszminisztérium munkájának, mintegy kiegészítésképpen egy *természettudományi tanácsra*, mely tényleg mintegy folytatása lenne az oly nagy sikerrel működött előkészítő bizottságnak, formailag azonban mint törvényes alapon álló testület működne s ha sikerülne természettudományi kutatási alapot létesíteni, ezt is kezelhetné.

— De függetlenül ettől az állami jellegű természettudományi tanácstól és *függetlenül minden kormányingerentiától létesülnie kellene egy társulatnak*, a német Vilmos Császár Társaság mintájára, egyfelől a természettudományok, másfelől mezőgazdaságunk, iparunk, kereskedelmünk és közlekedésünk képviselőiből, hogy a magyar tudomány és közgazdaság közvetlen érintkezése kapcsán az együttműködés kifejlődhesék. Ezek azok az általános keretek, melyeket a kongresszus munkálatainak ki kell tölteni.

— Azt mondják a statisztikusok, hogy háborúk alatt s különösen háborúk után felszökik a flúgyermek születési arányszáma a leánygyermekével szemben. Ezt észlelték már korábbi háborúk alkalmával és ezt támogatják a világháború adatai is. Így pótolja a természet a férfiveszteség egyoldalú megfogyatkozását. Én azt gondolom, hogy ez a statisztikai tény nem izolált jelenség, hanem csak egyik mozzanata annak a nagy újjászületési folyamatnak, mely egészséges nemzeteknél katasztrófák után megindul. Az életerős népek éppen abban különböznek az elsatnyultaktól, hogy míg ez utóbbiak a katasztrófákat nem képesek elviselni, addig az előbbiek olyanok, mint a visszanyesett fa, mely kettőzött erővel hajt. Trianon a magyar nemzet életerejét nem törte meg, ellenkezőleg esodálatos regeneratiót látunk, melynek legszebb megnyilatkozása a kultúra megnövekedett szerete. A földműves nép, amely korábban közömbös volt az elemi iskola iránt, ma nagyobb áldozatokra hajlandó, hogy új iskola építését lehetővé tegye. A tudományos világban pedig, hol korábban gyakori volt a keserűs resignatio, ma szűkösebb anyagi viszonyok között bámulatos munka folyik. A magyar anya midőn életet ad az újszülöttnek, s a magyar tudós mikor kutat és tanít, ugyanazt a szent célt szolgálja: Magyarország feltámadását, miben eleven, erős, soha ki nem alvó hittel hiszünk. Ezzel a nagy érzéssel lássunk hozzá tanácskozásainkhoz.

A kongresszus percekig tapsolta a Ministert, aki azután ismételtén üdvözölte *Richter Werner dr.* egyetemi tanárt, porosz közoktatási miniszteri államtitkárát és felkérte, hogy tartsa meg előadását.

Richter fejtegetéseiben abból indult ki, hogy Németországban a tudományos élet szervezetét körülbelül 1810-ben alapították meg: *Fichte*, *Schleiermacher* stb. túlnyomólag a szellemi tudományok emberei. Ez időben a természettudományok és a technika rendkívül hátra voltak maradvány. Az 1870. évi háború után a természettudományok és a technika a leggyorsabb ütemben fejlődtek és a porosz minisztériumban *Althofnak* külön támogatásában részesültek.

— A tudományok állami szervezése Németországban olyan akadályokkal küzdött, melyek más országokban nem találhatók: annak következtében, hogy a közoktatás ügye az egyes német szövetséges államoknak — több mint tizenötnek — autonóm felügye és hogy másfelől az új (weimari) birodalmi alkotmány a kultúra gondozását a birodalmi kormányoknak is feladatává tette, mindig minden szervezés egységesen és tervszerűen történt és az államok versenye hasznos volt. Az összeomlásig Poroszországnak nagy volt a túlsúlya, mert olyan anyagi eszközökkel rendelkezett, hogy a legtöbb tudományos kutató intézet ott létesült. A Kaiser Wilhelm Gesellschaftot az összeomlásig csak is Poroszország vezette.

A „Nothgemeinschaft der deutschen Wissenschaft“nak, mely a háború után alakult, a kutatóintézetekkel szemben más célja van. Nem az, hogy az államnak ily irányú terheit levegye, hanem az olyan közös kutatási célokat mozdítsa elő, melyek egyes intézeteknek és egyes kutatóknak céljain túlmennek és csakis munkaközösségben valósíthatók meg. Arra való utalással, hogy Magyarország a tudományoknak adott autonómiában mintaszerű, megemlékszik a Gyűjteményegyetem megalkotásáról s arról, hogy ezzel olyan kezdeményezést tett, melynek eredetiségét Németország és az egész művelt világ elismeréssel fogadja.

A rendkívül érdekes és tanulságos előadást Goethe-idézettel végezte, aki a tudomány művelését egy fúgához hasonlította, melyben a nemzetek különböző időben mint különböző szőlők lépnek előtérbe. Azt találja, hogy a német és a magyar tudomány mai mindig akkordban voltak, s annak a hitének adott kifejezést, hogy a német és a magyar tudomány egymástól ezentúl is sokat fog tanulhatni és nagyon sokat fog egymáson segíthetni.

A kongresszus az igen érdekes és tanulságos előadást megtapsolta.

Utána *Tanul Károly* egyetemi tanár beszédében a természettudományok fejlődésének, *Tauffer Vilmos* egyetemi tanár az orvostudomány haladásának, *Schimanek Emil* műegyetemi tanár a technikai tudományok haladásának, *Kerpely Kálmán* közgazdasági egyetemi tanár a mezőgazdasági tudományok haladásának főbb tényezőiről beszélt és a *székesfőváros*, az *OMGE*, valamint a *GYOSZ* képviselőinek üdvözlő beszéde után a megnyitó ülés véget ért.

A Kongresszus orvosi szakosztálya.

Kedden, január 5-én tartotta ülését a következő tárgyalási renddel, mi a referensek által írásban indokolt kívánásokat is magában foglalja:

I. A „Kutatómunka“ elősegítése. Kutatóintézetek létesítése, egyelőre jórésztben a meglévő tudományos intézetek fejlesztése útján. A Széchenyi Tudományos Társaság hivatása.

II. A kutatómunka érdekében a referensek által felsorolt szükségek: 1. Üres tanszékek betöltése és újak szervezése. Ilyenek: Budapesten a második élettani tanszék felállítása; az agyszövetani tanszék fenntartása; pszichológiai kutatóintézet létesítése; tanszék felállítása az orvosi physika, az orvosi vegytan és a biologia részére. Klinika létesítése a gégeészet, fülészet és az urologia részére. A szülészeti poliklinika visszaállítása. Kórbonctani intézet felállítása a külső klinikai telepen. Pécsen tanszék felállítása az orvosi vegytan részére; adjunctusi állás a biochemia és külön a chemo-therapia részére. 2. Az intézetek évi dotációjának visszaállítása, sőt ezen felül kutatásra szánt összeg kiutalása. 3. Az elméleti intézetek segédszemélyzete magasabb fizetésben részesíttessék, melyből megélhet. 4. Az adjunctusok, esetleg fizetett magántanárok száma szükség szerint szaporítandó. 5. Rendkívüli tanári állások személyhez kötötten létesítendő, hogy a bevált tudósok a tudományos munkában állandóan megtarthatók legyenek. 6. Nem alkalmazott, hanem független, szabad tudósok is részesülhessenek anyagi támogatásban. 7. Az intézetek és klinikák leaszott segédszemélyzete mielőbb visszaállítandó. 8. A könyvtárak, szertárak, klinikák leromlott és hiányossá vált felszerelése sürgősen pótlendő. 9. Kísérleti állatok beszerezhető végett az összes tudományos intézetek érdekében melegen pártolendő az Állatgyógyintézeti Főiskola azon törekvése, hogy kísérleti gazdaságot kapjon. 10. Elsőrendű fontosságú kérdés a tanár- és az ifjú tudós-

nemzedék külföldi tanulmányának lehetősége, kongresszusok látogatása és huzamosabb tanulmányi stendiumok által. 11. Külföldi tanulmányokat végzett tudósoknak, hazaérkezése után, munkatérnek biztosítása; nemcsak egyéni, de állami érdek is, hogy a bűvármunkának megtartassanak. 12. Technikai segédszemélyzet nevelése az összes intézetek és laboratoriumoknak érdeke. 13. Kívánatos balneológiai tudományos központ létesítése klinika vagy fürdőkérdés kapcsán, hol a balneologia, physico-therapia, klimatologia stb. műveltessek. 14. A pszichologia megkívánja, hogy tetsessék kötelezővé a pszichologia két félévi tanulása, hogy csak kvalifikált szakember vezethessen elmeosztályt vagy kórházat, és hogy szorgalmaztassék az elmebetegügy főrvényes rendezése. 15. A közigazgatás laikus jelöltjei vizsga kötelezettsége mellett részesüljenek a hygienetánításában. 16. Szorgalmaztassék egészségügyi mérnökök képzése a Műegyetemen. 17. Országos egészségügyi intézet létesítése az ártalmas rovarok és állatok elleni védekezés tanulmányozására, esetleg a budapesti fertőtlenítő intézet kapcsolatában. 18. A szülészeti rendtartás (bábaügy) és kerületi szülész-felügyelőségek szervezése nemzetünk fennmaradásának kérdése. 19. Vidéki prosecturak felállítása égető szükség. 20. A bonctani intézetek hullanyagának szaporítása és a klinikák operatív úton nyert anyagának a kórbonctani intézetek számára legalább részben átengedése. 21. Szerveztessenek évi összejövetelek az elméleti tudományok művelői részére.

Tauffer Vilmos elnök a következő beszéddel nyitotta meg a tanácskozást:

Tisztelt Szakosztály!

A kongresszus előkészítése alkalmával a referens urakkal érintkezve, bizonyos lehangoltságot kelle konstatalnom, és mélységes elkedvetlenedés honolt sorainkban. Többen hangoztatták, hogy nem újabb congressus, nem újabb tervek, hanem a mindennapi létfenntartás, intézményeink haldoklása actualis mostanában, a személyzeti és anyagi szükségletek végzetes devalvatiója idején. Az hangzott nem egy oldalról, hogy tanácskozunk, feliratoztunk mi már sokszor reformok stb. érdekében, eredménytelenül. Csaknem egyhangú volt a követelés: adják meg a tudományos munkának a mindennapi megélhetést, ami nélkül elpusztul, amit évtizedek alatt alkottunk, s csak azután keressünk új utakat; hisz az ilyenekhez újjól is csak pénz kell: az pedig nincsen.

Kiolthatatlan optimizmusom kellett hozzá, hogy ne csüggedjek magam is; de optimizmusomon kívül segített engemet még más valami is — t. i. egy 50 évre visszatekintő tapasztalás.

Először is ne mondja nekem senki, hogy évtizedes munkánk meddő volt, mert legnagyobb szegénységünkben is sok mindenünk van, mit a mult küzdelmeinek köszönhetünk. Vajjon nem maradandó eredmény-e az, hogy ma van *népjóléti és munkaügyi minisztériumunk*, az orvosügyeket megértő, szívén hordozó miniszterrel az élén, kit az egész orvosi kar hálással lát magas hivatásteljesítésében; nincsen-e orvosi államtitkár *Scholtz Kornél* tisztelt személyében, önálló hatáskörrel, kiben mindnyájak megbízunk, kiről tudjuk, hogy hűséges megvédője és fejlesztője ügyeinknek. Nincsen-e egy óriási, mérhetetlen fontosságú orvosi közvélemény az Országos Orvos-Szövetség kebelében. *Dollinger Gyula* tanárral az élén. Vajjon nem küzdöttük-e ki az anya- és csecsemővédelmet, mely nemzetvédő jelentőségében becsületet szerez ma is megalkotónak, amikor a terhesek, a szülők és gyermekágyasoknak az emberhez illő védelmet biztosítja; nincsen-e *négy egyetemünk* és sok más, mit itt fel nem sorolhatok. Vajjon nem annak az eredménye mindez, ami mai nagy nyomorúságunknak is maradandó, hogy az orvosi rend és a tanártestületek nem szüntek meg únos-untalan a kapukat döngetni.

Pedig nem is ezekben látom a legfontosabbat. Hisz ezek csak részletek, hanem abban, ami messze kiható, principialis jelentőségű, abban, hogy a multban az orvosi rend önmagában állva egyedül küzdött a megnevértéssel, a közönnyel szemben, ma pedig már nem áll egyedül.

Legyünk tisztában: az orvostudományok és a közegészségügyek terén csak három egyenlő fontosságú tényezőnek együtthatása útján lehet eredményeket elérni:

1. a lankadatlanul dolgozó orvosi rend lelkes munkája és a vezetőknek ki nem fáradó munkakedve.

2. a minisztérium, illetve az államhatalom keze-
löinek megértése és áldozatkészsége;

3. a társadalom intelligenciájának követelése az egészségügyi kérdéseket illetően, saját, jól felfogott érdekében.

A multban csak az első volt meg, mi orvosok nem hagytuk elveszni az ügyet; mostanában pedig elérkez-
tünk a második követelmény birtoklásához: már nem
mi kapacitálunk és nem mi kérjük hiába a meghall-
gattást, nem! Ma **Klebelsberg** gróf miniszter úr, az
ő fekkölt gondolkozásában és bőbeszédében maga hív
fel a közös munkára, soha nem tapasztalt liberalitás-
sal, hogy egyesült erővel világosítsuk fel és nyerjük
meg a harmadik tényezőt: a társadalmat, hogy saját
jól felfogott érdekében maga követelje a tudományt és
egészséget szolgáló intézkedéseket a hatóságok és a
nemzetgyűléstől.

Ime, Uraim! ez volt alapja az én optimizmusom-
nak. Ezt, az erők hármasság koncentrációját kívánja szol-
gálni ez a congressus is, s ha nem csalódom, új kor-
szak nyílik meg e napokban gróf **Klebelsberg Kuno**
miniszter úr bölcsesége folytán, melynek mi öregek
csak hajnalát látjuk, de Önök ifjabbak egykoron gyü-
möléseit is élvezni fogják. Adja Isten, hogy úgy legyen!

Mint első felszólaló **Grósz Emil** a tárgysorozat I.
részéhez kíván szólni: az orvosi tudományok fejlődése
érdekében a tudományos buvárkodás erősítése indokolt,
sőt szükséges. Az oktatás az utolsó évtizedekben a bu-
várkodást háttérbe szorította, de korántsem olyan mérték-
ben, mint azt a nemzetgyűlésen egyik képviselő állí-
totta, ki az egyetemeket szakiskoláknak nevezte. A
helyzet javítására a mi viszonyaink között aligha le-
hetne új kutató intézetek felállítására gondolni, melyek
mint a *Kaiser Wilhelm Gesellschaft* intézetei az Aka-
démia és egyetemek között foglalnának helyet. Véle-
ményem szerint az a kívánatos, hogy a buvárkodás fő-
műhelye az egyetemek maradjanak.

Az oktatás és tudományos buvárkodás egysége a
német és magyar egyetemeken a legszebb eredménye-
ket érte el: *Helmholtz*, *Bunsen*, *Kirchof* egyetemi taná-
rok voltak, úgyszintén nálunk *Eötvös Loránd*, *Than* és
Semmelweis. Annak megbeesülhetetlen előnyei van-
nak, hogy a fiatalság tanítói az ország legnagyobb tu-
dósai. Elég például *Fichtel*, *Schleiermacher*, *Mommsen*,
Rantret említenem. Természetesen azért lehetnek
az egyetemeken is olyan intézetek, melyek főleg a bu-
várkodás céljait szolgálják. Hiszen ilyenek most is
vannak: az élet- és körvegytani, az agyszöveti intézet.
Ilyen megfontolás alapján az orvosi tudományok
fejlődése érdekében ez volna szükséges, hogy az orvosi
fakultások keretén belül legyenek physikai, chemiai
és biológiai tanszékek s intézetek. E három tanszék
működése az orvosi tudományok többi szakmáira is
termékenyítőleg fog hatni.

Ezen alapvető intézkedésen kívül a tudományos
munka elősegítésének számos módja van, melyekről a
referatumok kimerítően megemlékeznek. Ilyenek a tud-
ományos munkás anyagi támogatása, utazó ösztön-
díjak stb., de ezek valamennyi tudományág közös kí-
vánása, s ezek mellett a miniszter már állást is foglalt.

A siker lényegét abban látja, hogy *arra való em-
berek a tudományos munkára megfelelő alkalmat kap-
janak*, semmi esetre sem szabad azonban tovább bele-
avatkozni, mert a túlságos gyámkodás csak árthat.

Krompecher Ödön a daganatkimutatás fontossá-
gáról szól. Daganatkutató intézet felállítását tartja
szükségnek, ahol a korai diagnosis lehetővé tételével
a rák gyógyítására irányuló törekvések könnyíttetné-
nek meg. A kutató intézetet egyelőre az egyetem kör-
bonctani intézetének keretében kívánja megvalósítani.

Dollinger Gyula a rákkutatásra szánt Balassa-
alap sorsáról érdeklődik, amire

Taufer elnök válaszol azzal a felvilágosítással,
hogy az alapítványt az alapító visszavonta.

Korányi Sándor: Igazi kutatóintézetek felállítá-
sakor a legfontosabb a személy kérdése, amelytől az
intézet jogosultsága, működése elsősorban függ. Az új
egyetemek felállításakor tudásaink java állásba jutott
és kérdés, kutatóintézetek élére kaphatók volnának-e
megfelelő erők. Azok nevelésének első feltétele, hogy
a tisztán tudományos foglalkozásból, ha szerényen is,
meg lehessen élni. E célból az igazán értékes fiatal erők

hathatós támogatása szükséges. Javítana a helyzeten,
ha klinikák, theoretikus laboratoriumi adjunktusokat
kapnánk, ami az ott folyó munka érdekében is állna.

Klebelsberg Kuno gróf: Igen fontos kérdés, hogy
mit kell tennünk itthon assistensek, adjunctusok, szó-
val a tudományos pályára induló fiataljaink megél-
hetésének biztosítása végett, mert azok helyzete ma
igen nehéz. Használó téren egy experimentumot végez-
tem, amely oly kedvező eredménnyel járt, hogy annak
az egyetemeken való alkalmazását a kongresszus meg-
fontolásába ajánlom.

Közgyűjteményeinknél; múzeumainknál, levéltá-
rainknál az volt a helyzet, hogy amíg mindegyiknek
önálló személyi statusa volt, azok aránylag kevés
számú állást foglalhattak magukba és aszerint, hogy a
státus magasabb állásaiban hogyan és milyen időközök-
ben történt üresedés, némelykor igen hosszú ideig min-
den előlépés lehetősége ki volt zárva, máskor pedig vá-
ratlan üresedések esetén néha egészen indokolatlanul
gyors előmenetek fordultak elő, ami a különböző státu-
sok közti egyensúlyt is a legnagyobb mértékben ve-
szélyeztette. Ezért az *Országos Magyar Gyűjtemény-
egyetem* megalkotásával a közgyűjteményeknek összes
tudományos tisztviselőit egységes státusba egyesítet-
tem, amely nemcsak a korábbi önálló státusok összegét
foglalja magában, hanem azok számát néhány állás-
sal még növelnem is sikerült. Így egy nagy státus állott
elő, amelynek tagjai egyenletesen haladhatnak előre.
Mindegyik természetesen előlépés esetén is abban az
intézetben marad, amelyik szakképzettségének megfe-
lel, de ottani előmenetele nem attól függ, hogy magá-
ban az intézetben közvetlen munkatársai, vagy feleb-
valói közül valaki nyugdíjba megy, vagy meghal-e, ha-
nem a bekövetkező fogvatékok az egységes rangsorba
foglalt egész státusnak esnek a javára. Így a nagy
különbségek kiegyenlítődnek és az előlépések a külön-
böző intézetek közt igazságosan osztódnak meg. Lehet-
séggé válik az, hogy hosszú stagnáció miatti elkese-
redés be ne következzen, és másrészt az, hogy valaki
egészen a VI. fizetési osztályig eljuthasson, ha nem al-
kalmatlan arra, hogy múzeumigazgató legyen. Ezek a
tudományos tisztviselői állások a VIII. fizetési osztály-
ban kezdődnek.

Egy másik státust alkot az úgynevezett tudomá-
nyos segédszemélyzet és azok a fiatal emberek, akik a
Gyűjteményegyetem tudományos személyzetébe törek-
sznek, először ebbe a tudományos segédszemélyzeti
létszámba neveztetnek ki a X., illetve IX. fizetési osz-
tályba és ha a tudományos személyzetben a VIII. fize-
tési osztályba való kinevezés útján felvételre nyílik
mód, az állást ezek közül töltik be, akiket a tudományos
segédszemélyzetben több évi működés alatt már ki-
ismertek. Az 1922. évi XIX. t. c. 5. §-a részletesen szá-
bályozza a jelölés és a kinevezés módját, amely a tudomá-
nyos személyzetre és a tudományos segédszemély-
zetre nézve egyaránt az, hogy a Gyűjteményegyetem
megfelelő szaktanácsa, illetve igazgatótanácsa tesz a
kinevezésre előterjesztést és a miniszter csak a vissza-
utasítás jogával élhet, mást azonban, mint akit a Gyű-
jteményegyetem javaslatba hozott, ki nem nevezhet, il-
letve az államfőnek kinevezésre elő nem terjeszthet. A
Gyűjteményegyetemnek a személyzete kiegészítésére
irányuló autonómiája tehát teljesen meg van védve.

Mutatis mutandis ennek a rendszernek az egye-
temre való átvitelében látom a módot arra, hogy az
egyetemi assistensi és adjunctusi kérdés megnyugtató
megoldást nyerjen. A klinikánként, vagy elméleti inté-
zetekként önálló státusok mellett elkerülhetetlen a vá-
rás reménytelensége sok esetben, az összeolvasztás
nagy státusokba mindig előnyös. Teljesen nyitottnak
kívánom hagyni azt a kérdést, hogy az összes egyete-
mek assistensi és adjunctusai egy státusba egyesít-
tessenek-e, vagy egyetemként külön-külön státusba,
vagy még egy-egy egyetemen se egyesítessenek az ösz-
szesek, hanem csak az egyes karbeliek egységes státu-
sokba. Az előmenetelre mindenestre előnyös, ha a státu-
s minél nagyobb. Így volna esetleg az a kérdés is
megoldható, hogy a VI. fizetési osztály, tehát a rend-
kívüli tanároknak megfelelő állás elérhető legyen oly-
nok számára, akik, bár a tudományos munkát válasz-
tották élethivatásuknak, tanszéket nyerniök azonban
különböző okokból hosszú időn át sem sikerült. Mindez
természetesen nehezen volna megoldható azon mai
rendszer mellett, amikor a professoron kívül minden
más tudományos qualificációjú egyén alkalmazása az

egyetemen csak ideiglenes, 2–3 évre szól és megújítása teljesen bizonytalan. A Gyűjteményegyetem példája azonban mutatja, hogy lehet találni módot arra, hogy a végleges kinevezést a kipróbálásnak, vagy ideiglenességnek elég hosszú ideje előzze meg.

Ebben a kérdésben már régebben intéztem iratot a budapesti Tudományegyetemhez, amely tudomásom szerint annak bölcsészeti karán van tárgyalás alatt. Nagyon örülnék, ha a szakkörök ezzel a kérdéssel foglalkoznának.

Reinbold Béla az elméleti tanszékek alárendeltbb alkalmazottai számára követelt nagyobb javadalmazást és így lehetővé tételét annak, hogy ezek a kutatómunkába bekapcsolódhassanak.

Preisz Hugó a középiskolai természettudományi oktatás hiányairól beszél. Kívánatosnak tartja, hogy a biológiai, kémiai, fizikai, növény- és ásványtani szemléltető oktatás intenzívebb legyen, mert ilyenformán az ifjúság bizonyos természettudományi előképzettséggel lépne az egyetemre és az előadásokat sokkal könnyebben megérthetné. Míg ma gyakran szükség van arra, hogy az egyetemi előadások színvonala lezállítottassék, ami az oktatás kárára van.

Tauffer elnök megjegyzi, hogy ezen a hiányon a középiskolák új rendszere, a reálgimnázium már sokat segített.

Ángyán János a pécsi egyetem különös követelményeit teszi szóvá.

Ifj. Liebermann Leo részt kér a kutató munkából és a támogatásból is a kórházak laboratóriumainak és orvosainak.

Ifj. Imre József felszólalásában hangsúlyozza, hogy a klinikus feladata hármas: mintaszerűen kell észlelnie a beteget, kezelnie és gyógyítani; tanítani kell és végül tudományos munkát kell végeznie. Ami az első kötelességet illeti, a helyes munkavégzés előfeltételei körülbelül megvannak, a diagnosztikai eszközök és gyógytényezők rendelkezésre állanak. A tanítás eredményessége érdekében bizonyos demonstratív segédeszközök beszerzése még sokhelyütt szükséges volna. A magas színvonalú tudományos munka legfőbb eszközei: a jó könyvtár, a jó laboratórium és a kísérleti eszközök bizony már igen hiányosak. Mivel pedig az ország mai helyzetében nem igen gondolhatunk arra, hogy minden egyetemünket tökéletesen felszereljük, helyesnek találná, hogy a centrális irodalmi katalógus megszerveztessék, ugyanígy a drága és ritkábban használatos segédeszközök országosan leltározatassanak, hogy azokhoz esetről-esetre bárki hozzáférhessen. Az egyetemi kutatómunka sikeres végzéséhez számos olyan segédeszköz (nyomda, cinkográfia, fototechnika stb.) beszerzését tartaná kívánatosnak, ami ma még hiányzik.

Vámosy Zoltán szerint a legfontosabb a kutató tehetség felfedezése, aztán kifejlődésének, munkájának előmozdítása. Mint expeditiv ember ennek a kényes feladatnak megoldásáról szól. A kiválasztás munkája a katedrán kezdődik, a facultásban folytatódik, hol már nehezebb a dolog, mert elsőbbségi kérdések merülnek fel, meg kell hogy győzzem professortársaimat, hogy az én emberem többet ér, mint az övék. Még kényesebb a dolog, mikor már majd az egyes karok, vagy egyetemek és intézmények versenye áll elő a maguk tudós-jelöltjei érdekében. Ekkor következik be, amint döntő factor a Minister Úr mellett működő „kutató tanács” selektáló és döntő szerepe.

A kiképzés elősegítése érdekében legjobbnak tartja a Minister Úr által annyi sikerrel vezetett ösztöndíj-actiót, ami felöleli magában az itthoni nyugodt megélhetést biztosító és külföldi, a kiképzést mintegy betetőző ösztöndíjakat. Csakis ez úton lehet a segítséget érdemességi alapon osztogatni, nem pedig intézményes formában (állászaportítás, fizetésemelés). Nagyon kívánatosnak találná azonban, hogy ifjú tudósaink ne csak egy évig legyenek kint, ami jóformán csak arra elegendő, hogy a személyekkel és helyzettel megismerkedjenek, hanem productivitas esetén ösztöndíjuk a 2. és 3. esztendőre is meghosszabbítottassék, hogy mint teljesen kész kutatók jönnének haza.

És most következik a legnehezebb helyzet: az itthoni elhelyezkedés kérdése és itt áll elő a Széchenyi Tudományos Társaság autonóm tanácsának szerepe a közoktatásügyi kormánnyal karöltve. Kell, hogy az ilyen kész ember mint adjunctus vagy mint rendkívüli tanár megtartassék a kutatás számára. Üres állás nincs,

szervezés lehetetlen vagy igen lassú. Nevezzék ki tehát címzetes adjunctusnak vagy rendkívüli tanárnak és a Széchenyi Tudományos Társaság fedezze a költségvetésbe nem illesztett állás terhére.

A napirend többi pontjaihoz nem kíván szólni, mert azok egyetemi, vagy állami feladatok. Jó hogy ez a kongresszus reagál mutat, de megoldásuk nem a mi feladatunk. Hogy mégis egy oktatásügyi kérdést felemlít, teszi ezt a felelősség tudatában és mert közóhaj, s egy fillérbe sem kerül: állíttassék be az I. szigorlat első felébe az eméleti, anatómiai első szigorlat a physikai és kémiai iram ellensúlyozására, amint az az eredeti reformtervben benne volt.

Klebelsberg Kuno gróf: Az elhangzott felszólalások mind azzal a fontos kérdéssel foglalkoznak, így előttem szóló barátomé is, amelynek megoldása miniszterségem alatt egyik állandó gondom. Ez a tudományos *succrescentia biztosítása*. A legtöbb tudományos munkára alkalmas egyén nemesak nálunk, hanem mindenütt a középcsalályból kerül ki. Ez a középcsalály pedig nálunk most csaknem teljesen elpusztult. Nincs módjában megadni fiainak azokat az anyagi eszközöket, amelyek ahhoz kellene, hogy gondtalanul tanulhassanak és a tudományban elmerülhessenek. Ezért tartom ma elengedhetetlenül szükségesnek, hogy egy nagy állami ösztöndíjakeió támogassa a középcsalályt a tudományos és vezető állásokra alkalmas fiainak kiképzésében.

Már ismeretes a kongresszus tagjai előtt, hogy erre a célra van biztosítva a báttaszéki terézianumi uradalom 14.000 holdjának jövedelme, mert semmiképpen sem volna védhető az, hogy ezt az összeget továbbra is egy egyszerű osztrák középiskola fenntartására fordítsuk, amely az udvar megszűnése óta nemesi iskolának sem tekinthető. Hasonlóképpen ösztöndíjakeió céljára fogjuk fordítani a hazaáruló Károlyi Mihály elkobzott vagyonát s az eziránti törvényjavaslat már a nemzetgyűlés előtt van. A harmadik forrás, amely az ösztöndíjakeió fejlesztésére szolgál, az állami költségvetés. Az ebben e célra előirányzott összeget is sikerült az 1926–27. évben újabb egymilliárd koronával emelnem.

Ezekből az összegekből külföldi ösztöndíjakat az egyetemek és főiskolák javaslatára lehetőleg olyanoknak adok, akik itthoni tanulmányaikat már elvégezték és tudományos szakmát választottak, vagy éppen meghatározott tudományos probléma kutatásával foglalkoznak. Nemesak egy, hanem érdemesség és arravalóság mutatkozása esetén két, esetleg három évre is kiterjeszhető indokolt esetben az ösztöndíj és ebben teljesen egyetérték *Vámosy* professzorral, mert az első évből sok elvész a kezdő nehézségekkel. A külföldi nagy tudományos gócpontokban, Bécsben, Berlinben, Párizsban Collegium Hungaricumok létesítésével akárom az ösztöndíjak sikerét fokozni, s ezek közül egy 30 ágyas bécsi és egy 15 ágyas berlini kollégium már működik is, s a jövő évi költségvetésben már bent van a megfelelő hitel a Berlin melletti Dahlemben és Párizsban egy-egy 50–60 ágyas kollégium építésére. Ezenkívül azonban kellő számú kézi ösztöndíjat is kívánok biztosítani olyan helyeknek a felkeresésére, ahol kollégiumok létesítése nem indokolt.

Helyesen mutatott rá előttem szóló barátom, hogy a kiképzés külföldi befejezése és az itthoni elhelyezkedés között hézag van és annak az általa javasolt kitöltési módjához is hozzájárulok. Az ösztöndíjas adjunctusok és rendkívüli tanárságok intézménye megfelelő volna mint gyorssegély, azonban mihamarább gondoskodni kéne ezek „ad personam” rendszeresítéséről és statusba sorozásáról az ösztöndíjkeió jelleg és nyugdíjkeiósság szempontjából.

Amint ezekből méltóztatnak hallani, a legmelegebben karoljuk fel a kutatás és bűvárképzés eléggé nem méltányolható ügyét és a közoktatásügyi kormány a legnagyobb erőfeszítéseket tette már eddig is, hogy annak anyagi eszközeit biztosítsa és reméli, hogy ezt a munkát a jövőben még elmélyítse, annak a nemzet életére kiható fontosságát az ösztöndíjkeió, nemzetgyűléssel és a közvéleménnyel mindenkor megértetnie sikerült.

Nékám Lajos az egyetemi törvény megalkotását sürgeti és ezirányú követeléseit öt pontban foglalná össze. 1. A hallgatóság követelményei, ösztöndíjak, sport, felvétel, numerus clausus stb. ügyek. 2. Kiképzés, tanszabadság, diplomák, alsóbbfokú specialis okta-

tás, segédszemélyzet stb. 3. Szervezet: tanári kar, autonómia, technikai intézetek, hivatalok stb. 4. Helyzet és viszony az állammal, egyházakkal, törvényhatóságokkal, társadalommal szemben, interakadémiás congressus, külföldi kapcsolatok, nostrificatio stb. 5. Egyetemi pénzügyek, alapok, budgetjog stb. Ezután a Széchenyi Társaság feladatait körvonalozza.

Verzár Frigyes hangsúlyozza a kutatómunka fokozott dotációját. Felveti egy nagy szabadszervezet létesítését, mely az ösztöndíjak szétosztását intézné.

Scipiades Elemér az egyetemeken a nyelvtanulás kötelezővé tételét kívánja éppen a külföldi ösztöndíjakra való tekintettel. A hazakerült kutatókat itthon intézetekben helyezné el.

Tauffer Emil a közkezdési gyakornoki személyzet részvételéről beszél az orvosi munkában.

Detre László úgy véli, hogy a gyárpar egészségügyi vonatkozású érdekképviselői (vegyi, gyógyszer-gyárak) szintén bele kell, hogy szóljanak az orvostudományi kutatásokba. Mint az Országos Vegyigyárosok Szövetkezetének képviselője, felajánlja a külföldről hazajött kutatók segítését.

Melha Armand a kutatómunka lelki előfeltételeiről beszél és a kutatóintézetek tanácsába az egyházak képviselőit is kívánja belevonni.

Kenyeres Balázs az orvosi biológia tanszékének rendszeresítésével kapcsolatosan igen fontosnak tartja, hogy a tárgykör pontosan meghatározottassék. Az első orvosi szigorlat reformját *Vámosy* felfogásával szemben aggályosnak tartja, majd a törvénytörvény orvostan fontosságáról beszél és sürgeti a két egyetemen is üres tanszék betöltését. A törvénytörvény szakértők, mint a tudományos munka elsőrendű tényezői, nagyobb javadalmazásban részesítendőek. Ezután szól még a tudományos intézetekben működő segédszemélyzetről.

Orsós Ferenc tiltakozik *Kenyeres* kritikája ellen, mi referatumban a debreceni egyetemen a törv. orvostan tanítását érte és írásban fogja beadni védekezését.

Végh János sürgeti az élelmiszertörvény megalkotását, az egészségügyi vegyész kiképzését. Az orvosképzésben a közigazgatásnak nagyobb szerepet kíván, a fertőző betegségek számára egyetemi tanszék felállítását tartja szükségesnek.

Farkas Géza az élettani oktatás keretében a táplálkozás és a munka élettanával kíván erősebben foglalkozni. Ugyanígy a testnevelés biológiáját, a mezőgazdasági munka élettanát tartja elsősorban tudományosan feldolgozandónak.

Scipiades Elemér új felszólalásában a bábaképzés és az anyavédelem kérdéseivel foglalkozik. Javaslatot terjeszt elő a speciális szülési kiképzésről, a bábaiügy új szervezéséről, az anyavédelem legfontosabb feladatairól. Minden kórházhoz szüléscsoportot követel, a járási, illetve körzeti szülési állások megszervezését kívánja.

Fenyvessy Béla polemizál *Végh* felszólalásával, vitatja, hogy a tápszerhamisítások üldözésére megvan a törvényes lehetőség. A tápszervizsgáló intézetek fejlesztésére kilátás van az új Rockefeller-intézetben.

Pekár Mihály a higiéné oktatásáról írásos véleményét nyújt be.

Konrád Jenő a bábák intelligenciájának fokozottabb ellenőrzését kívánja, szükségesnek tartja a körzeti szüléscsoportok állások rendszeresítését.

Scholtz Kornél hosszabb felszólalásában összefoglalja az elhangzott közegészségügyi kívánalmakat. A kiképzésre vonatkozóan megjegyzi, hogy az orvosok közegészségügyi kiképzése mellett fontos szerepet kíván adni a szociálhygiénes oktatásnak. De nem kevésbé fontosnak tartja a jogásztisztviselők egészségügyi kiképzését is, intézményesen akarja biztosítani közegészségügyi mérnökök kioktatását. Az egészségügyi segédszemélyzet (ápolónők, nurseok, ápolók, laboránsok stb.) rendszeres kiképzését tervbe vették, mert ezzel egyrészt a szociális gondozás munkáját lehet biztosítani, másrészt a kutatómunkát végző orvosok tehermentesítése is lehetővé válik. A rákkérdésben nagy szerepe lesz a most épülő Egészségügyi Intézetnek, amely esetleg rákkutató intézettel bővíthet ki. A bábaképzésben a kormányzat elsőrendű feladata az, hogy a megfelelő kísérleti próbálkozások alapján a vidéki szülési szolgálat rendszeresíttessék.

Balogh Ernő a kórbonnetani kutatás speciális kívánalmairól írásos véleményét nyújt be.

Kubinyi Pál a bábaiügyhöz szól, idevonatkozó régebbi elaboratumban ajánlja a congressus figyelmébe.

Tóth István a rövidebb tartamú, de gyakoribb külföldi kiküldetéseket tartja kívánatosnak, mert az a véleménye, hogy a tudományos kutatásoknak szerteágas igények mellett is lehet sikere, ha a megfelelő embert a megfelelő helyre állítjuk. Rámutat hazai úttörőinkre, kik szerény, mondhatni sanyarú viszonyok közt is tudtak nagyot és maradandót teremteni.

Ertl János a functionalis chirurgia tudományos továbbfejlesztését kívánja intézményessé tenni.

Óvári Papp Gábor a közkezdési orvostársadalom tudományos munkálkodásának elősegítését sürgeti.

Máday István a pszichológiai laboratóriumok rendszeresítése érdekében emel szót és a psychotechnikai kutatást orvosokra kívánja bízni.

Baxheft Ármán az iskolaorvosi tudomány továbbfejlesztéséért és az egészségügyi oktatás rendszeresítéséért száll síkra.

Dillnberger Emil az egészségügyi kultúra emelése és az egészségügyi nevelés rendszeresítése érdekében emel szót.

Tauffer Vilmos elnök összefoglalva az elmondottakat, megállapítja, hogy a kutatómunka intézményes elősegítését a congressus egvhangúlag szükségesnek tartja. A részletes tárgyalás keretében elhangzott kívánalmak és vélemények a referálással megbízott szakemberek kívánásait mindenben megerősítik, a Széchenyi Tudományos Társaság orvosi szakosztályának jövő feladatai tehát mindenben megvitatásra kerültek. A congressus orvosi referenseinek kinyomtatott terjedelmes munkáját az ülés fő jegyzőkönyvével fogja a kultuszminiszter és a Széchenyi Tud. Társaság rendelkezésére bocsátani, kérve az abban foglaltak lehető megvalósítását. Köszönetet mond a kultuszminiszternek odaadó támogatásáért, majd megállapítva, hogy a napirend ki van merítve, az ülést felosztatja.

Ezzel a tanácskozás véget ért.

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 Kir. Orvosegyesület 1926 január 16-i tudományos ülésének programja: Bemutatás: Réthi Aurél: Műtételt kerrigált posticus benuulás esete. Előadás: Bókay János és Johan Béla: Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról. I. Johan Béla: A vörheny aetiologiájáról és pathogenesisééről a Dick-féle munkák nézőpontjából. — II. Bókay János: A vörhenyárványokról, a fertőzésre való hajlamról s a védekezés legújabb módjáról (Dick-test, Dick-féle védőoltás). — III. Johan Béla: Az oltásokból levonható néhány tapasztalatról.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület Iparegészségügyi Szakosztálya a következő előadásokat tartja a Közegészségügyi Intézet tantermében: **I. előadás 1926 január 13-án** (szerdán) este 6 órakor: **Pfisterer Lajos**, az Országos Munkásbiztosító Pénztár h. igazgatója: **A társadalmi biztosítások szerepe az iparegészségügy terén.** — **II. előadás 1926 január 20-án** (szerdán) este 6 órakor: **Holnapp Dezső**, a Magyar Államvasutak ortopaedműhelyének vezetője: **Az ipari fáradtság megelőzése.** — **III. előadás 1926 január 29-én** (pénteken) esti 6 órakor: **Práger Márton**, a Psychotechnikai Laboratórium főorvosa: **Psychotechnika és iparegészségügy.**

A „Magyar Sexualethikai Orvostársaság” december hó 29-én tartotta közgyűlését **Schürger József** elnöklése alatt a tiszti főorvosi hivatal könyvtárhelyiségében. A tagsági díjat évi 2 pengőben állapították meg (25.000 korona). A társaság célja a nemi betegségek kikerülésének és gyógyításának feltétlenül nem biztos módjai helyett sexualis ethikáért küzdeni és ezzel az állam alapját, a családot védeni. Kérjük a kartárs urakat, csatlakozzanak a társasághoz. **Schürger József**, I. Ott-hon-u. 19., **Pándy Kálmán**, I. Hidegkúti-út 72.

„A Magyar Röntgen-társaság” f. hó 28-án, szerdán, este 7 órakor tartja ülését az Orvosegyesület kistermében. Targysorozat: 1. **Haas L.** Atypusos leletek közvényénél. 2. **Nagy A.**: Traumás symphiseolysis. 3. **Bárony T.** és **Polgár F.**: Megjegyzések a gyomor Röntgen-vizsgálati technikájához.

Az Országos Természettudományi Kongresszus január 8-án délelőtt tartotta Klebelsberg Kunó gróf kultuszminiszter elnöklelte alatt összesítő záróülését. Az elnök megállapította, hogy a kongresszus hézagpótló munkát végzett és a Széchenyi Tudományos Társaság megalakítását egyöntetűen határozta el. A társaság orvosi szakosztályának további működéséről kiadásunk általánosan tájékoztatni fogja az érdekelteket és a nagyközönséget.

Párizs élelméze. A francia főváros tanácsa a sűrűn lakott városrészekben és a gyárnegyedekben automobilon mozgó konyhákat helyezett üzembe. E mozgó konyhákban egyrészt elkészített ételekhez jut a lakosság szerfelett olcsó áron, másrészt pedig az autók mozgó gáztűzhelyein, melyek az utcai gázvezetékekbe való bekapcsolással helyeztetnek üzembe, díjtalanul melegítheti ebédjét. A szellemes újítás sikerét mindennél ékeesebben bizonyítja az, hogy ezeknek az autókhoz számát rövid idő múlva a kétszeresére kellett emelni.

A Keresetképtelen Orvosokat Segélyező Egyesületnek 1925. október hó 1-étől december hó 31-éig *alapítótagjai* lettek: Adám Lajos, Alapy Henrik, Bálint Rezső, Bartsch Gusztáv, Benedikt Henrik, Blaskovics László, Csépai Károly, Engel Károly, Fejér Gyula, Frigyesi József, Fodor Imre, Grossmann Arthur, Guth Samu, Jakab László, Kelemen I. Jenő, Klein Samu, báró Korányi Sándor, Lichtenstein Salamon, Lobmayer Géza, Major Emil, Moskovitz Ignác, Pozsonyi Jenő, Preisach Izidor, Radnai Samu, Ranschburg Pál, Ráskai Dezső, Rosenthal Jenő, Rottmann Armin, Schaffer Károly, Schmidt Ferenc, Szirtes Alajos, Tóth István, Ungár Gyula, Vas Bernát, Weinberger Miksa, Weiss Armin és Winternitz Arnold dr.-ok.

Nagyobb adományokat adtak az egyesületnek: Vajda Károly dr. útján a Magyar Élet és Járadék Biztosító Intézet 2.000.000 koronát, a Berlini Viktória Általános Biztosító R. T. 40 dollárt. Bergsmann Jakab dr. útján Léderer Erwin gyógyszerész úr 500.000 koronát és Ungár Gyula dr. útján a Triesti Általános Biztosító Társulat 3.000.000 koronát.

Az Országos Közegészségügyi Egyesület tevékenysége. Magyarország egészségügyi kultúrájáért küzdő legrégebbi egyesületünk tegnap kezdte meg a Kőbányai Kaszinóban harmadik előadásorozatát, Gerlóczy Zsigmond egyetemi tanár megnyitó szavai után Schusny Henrik tartott előadást, melyben az ifjúság testi neveléséről szólt. Az előadó a közönség figyelmébe ajánlotta a helyes testi nevelés fontosságát, mely semmivel sem marad mögötte a szellemi kiképzés fontosságának. A helyes testnevelés nem jelent egyet a sport-szerű teljesítmények magasra fokozásával, hanem elsősorban az egyén egészségi állapotát javítja és konzerválja. A testi nevelés elhanyagolásával olyan szervezeti változások állhatnak be, melyeket később nehéz helyrehozunk. Az előadást a közönség nagy tetszéssel fogadta.

A vidéki társadalom egészségügyi tevékenysége. Békés vármegyében széles alapokon indult meg a közegészségügy fejlesztésére irányuló társadalmi munka. Különösen a tüdővész elleni küzdelem és a csecsemővédelem az, ahol a vármegye közönsége, felismerve a legsürgősebb tennivalókat, készséggel siet az akció élén álló Konkoly Tihámról vármegyei főjegyző segítségére, ki a szervezést irányítja.

Dijas gyakornoki állás üresedett meg Pécsen a bőrklinikán. Szabályszerűen felszerelt 20.000 K-ás kényvek (áll. polg. előélet, kor, családi és egészségi állapot, diplomája, eddigi szolg.) február 1-ig nyújthatók be Beck Soma professornál.

A rádió az egészségügy szolgálatában. Az egészségügyi reformiroda és a magyar rádió részvénytársaság megállapodása értelmében az eddigiek szerint január 19-től kezdve minden kedden délután 6—7 óráig a rádióhangversenyek műsorában egészségügyi tárgyú előadások is fognak szerepelni, az előadásokat a rádió-részvénytársaság rendezi és azoknak megtartására a legnevesebb szakembereket kéri fel a reformiroda. Az előadások programjának összeállításán most dolgoznak, legközelebb nyilvánosságra is kerül.

A népességsökkenés elleni biztosítás gondolata merült fel német socialhygienikusok körében. Különösen Grotjahn, a socialis pathologia európai hírvédelője száll síkra oly biztosítási intézet létesítése mellett, melynek járulékait az agglégények és gyermektelen házaspárok szolgáltatnák, ellenben támogatásait a többvagy sokgyermekes családok fokozatosan élveznék. Ily módon könnyen megoldhatóvá válnék a sokgyermekes családok anyagi támogatása anélkül, hogy az állam pénzügyi terhet volna kénytelen magára vállalni. Bár a sokgyermekes családoknak a családtalanok rovására, esetleg költségére történő támogatása a modern népesedéspolitika régi követelménye, a terv jelen formájában nemcsak Németországban kelthet méltó érdeklődést.

„Székely Ágoston, az Orvosi Hetilap volt szerkesztője, egyetemi rk. tanár, a Pasteur-intézet és kórház igazgatója annak a közlésére kér föl, hogy nem azonos azzal a dr. Székely Ágostonnal, aki a Közegészségügyi Ertesítő című új folyóirat felelős kiadója és tulajdonosa gyanánt szerepel.“

Midőn ezt a felvilágosítást közöljük, nem hallgatjuk el, hogy laptársunk t. kiadó tulajdonosa jól tette volna, ha neve alatt jelezte volna valamiképp azt, hogy nem a közismert Székely Ágoston, hanem pl. „gyak. orvos“, vagy „dr. juris“ (talán: mert az orvosi címtárban is csak egy Székely Ágostont találtunk, a rk. tanárt). — Ilyen szerénykedő óvatosságra mindenestre szükség van ott, ahol kikerülhetetlen véletlenségből egy még ismeretlen ember neve egy közismert jóhangzású, pláne a lapkiadói és szerkesztői szakmában elsőrangú névvel teljesen egybehangzó. — Mert enélkül az ismert név ismeretlen viselője könnyen vonható magára sokak rosszslátásait, bár jogilag kifogástalanul járt el.

Földközítengeri utazás. A „Bruxelles-Medical“ a Földközi tengeren körutazást rendez orvosok számára általa kibérelt luxushajón. Árjai és feltételei a következők: I. osztály 4000 belga fr. (kb. 13.600.000 K). II. osztály 2650 belga fr. (kb. 9.000.000 K). III. osztály 1600 belga fr. (kb. 5.500.000 K). A harmadik osztály, orvos-tanhallgatók számára, 4 és 6 ágyas kabinokból áll, bérlik a fedélzetet az I. és V. osztály utasaival érintkezhetnek, csupán az étkezés van külön. Másrésztől rendelhetők tetszés szerint nagy luxussal, luxussal és fél-luxussal berendezett lakosztályok. Árak külön van megállapítva. Ezek patiensnek számára is kibérelhetők, abban az esetben, ha orvosaik őket elkísérik. A jelentkezés ideje január 15-én jár le (de tekintve, hogy a hirdetést az O. H. csak most kapta kézhez, valószínű, hogy február 1-ig is elfogadják jelentkezéseket.) „A Lotus“ március 17-én hagyja el Marseillet és ide április 13-án, szerdán tér vissza. *Útirány:* Marseille, Nápoly, Malta, Le Pirée, Konstantinápoly, Smyrna, Rhodus, Cyporus, Rovyuth, Jaffa, Alexandria, Marseille. A hajó a kikötőkben is szállásul és étkezőhelyiségül szolgál, az árakban azonban nem foglaltaknak az egyes városok külön költsége. Kirándulásokat könnyen lehet rendezni. A Athenbe, a Bosporusra, a libanoni cédrusokhoz, Tripoliszba, Baalbekbe, Jeruzsálembé és Cairóba. Külön ilusztrált útmutatót külön kérésre szívesen küld B. Bernard 62. sz. Froissard Bruxelles; távirati cím: Belgfrnav Bruxelles.

Helvetoizálás. Mult számunkban Lehoczy-Semelweis Kálmán dr.-nak A therapiás és prophylaxiás radiumkezelésről 1000 eset kapcsán, című közleményében a 29. oldal első hasáb második sorában „1923“ helyett „1913“, a második hasábnál alulról számítva a 6-ik sorban „az átlagos méhrák átlagos operabilitása“ helyett „Klinikánkban a méhrák átlagos operabilitása“, a 30-ik oldalon a második hasábnál alulról számítva a 7-ik sorban „ezen heteroségek ellenállása“ helyett „ezen betegek ellenállása“, a 32-ik oldalon az első hasáb 11-ik sorában „az eset vaginalis okokból“ helyett „az extragenitalis okokból“, ugyanezen hasáb 29-ik sorában „javulást mutat“ helyett „javulást mutatni“, a 30-ik sorban „De oly súlyos betegségnél, amelyen a rák“ helyett „De oly súlyos betegségnél, amelyen a rák“, olvasandó.

A finn sport fejlettsége. Főként amerikai szerzők legújabb közleményei alapján elsősorban a finnek fejlett társadalmi egészségügyének köszönhető. Ha nem is tekintjük az egyének kimagasló teljesítményeit, a tömegek sportjában is a finn nemzet fiait produkálják a legértékesebbet. Statisztikai vizsgálatok szerint ugyanis a finn ember már kora gyermekkorától kezdve egyenesen rá van utalva a sok testmozgásra az ország nagy kiterjedése és gyér lakossága miatt. Egyidejűleg azonban az

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Bókay János és Johan Béla: Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról. I. A vörheny aetiologiájáról és pathogenesisééről a Dick-féle munkák nézőpontjából. II. A vörhenyjárványokról, a fertőzésre való hajlamról, s a védekezés legújabb módjáról (Dick-fest, Dick-féle védőoltás és gyógyoltás). III. A Dick-féle oltásokból levonható tapasztalatokról [A vidéken végzett oltásokról.] (79—91. oldal.)

Felletár József: A placenta praevia therapiája. (91—94. oldal.)

Schaffer Károly: Gróf Széchenyi István idegrendszer. (94—95. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (95—98. oldal.)

Könyvismertetés. (98—99. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 16-i ülése. (99—101. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat január 13-i ülése. (101. oldal.)

Az Apponyi Poliklinika jan. 13-i ülése. (101—102. oldal.)

Honvédorvosok Tud. Egyet. jan. 12-i ülése. (102. oldal.)

Vegyes hírek. (102—103. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bókay János és Johan Béla: Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról.*

I. A vörheny aetiologiájáról és pathogenesisééről a Dick-féle munkák nézőpontjából.

Írta: *Johan Béla dr.*, egyetemi magántanár.

Tagtársaink köréből származik az a kívánság, hogy informáljuk Egyesületünk tagjait arról a kísérletről, amelyet az ország különböző részeiben a vörheny elleni prophylaxis terén a Dick-féle eljárás szerint folytatunk. Tényleg *kísérletnek* lehet csak ezt nevezni, egy még végleg sehol ki nem alakult, eléggé még nem kontrollált de veszélytelen eljárással való kísérletnek, melynek elsősorban veszélytelensége adja meg a jogosultságot, de megadja még az is, hogy a vörheny elleni védekezés terén szülők és orvosok egyformán követelik minden olyan eljárás kipróbálását, amely a sikernek csak egy kis reményével is kecsegtet.

Amit ma előadunk, azzal ismertetni akarjuk azt, amit eddig körülbelül fél év alatt végeztünk; azt is elmondjuk, hogy a kérdést *ma* hogy látjuk, de hogy a *jövőben* mit fogunk mondhatni, — hogy ez az eljárás mennyit fog beváltani a hozzáfűzött reményekből, vagy csak egy érdekes, sok tanulság és új megismerés gyűjtésére alkalmas kísérlet tapasztalataival leszünk-e majd csak gazdagabbak, — erre feleletet adni elég nagy számú külföldi példa és elegendő saját tapasztalat hiányában, még ma nem tudunk.

Azok a munkálatok, amelyek az amerikai Dick-házaspár nevéhez fűződnek háromirányban foglalkoznak a vörhenynek a kérdésével: világosságot próbálnak deríteni a vörhenynek annyit vitatott aetiologiájára, specifikussá törekszenek tenni a vörheny elleni védekezést és az új elmélet alapján termelt gyógyító savóval törekszenek a megbetegedettek betegségét minél rövidebb lefolyásúvá, minél enyhébbé tenni.

Készakarva használtam előbb az elmélet szót, mert ha a Dick-házaspár olyan súlyos bizonyítékokhoz

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1926 január 16-án tartott előadás.

jutott is, hogy azok alapján teljes határozottsággal merik a vörheny okozójának a *vörheny-streptococcus haemolyticus* tartani s a betegség pathogenesisének kérdését immár végleg tisztázottnak látja, — ép ilyen szerintük döntő bizonyítékokat írnak le *Di Cristina*, *Caronia* és iskolája is és azok alapján ők egy *filtrálható vírusban* látják az igazi kórokozót. Ez az a két újabb elmélet, amely a vörheny aetiologiai kutatásának immár kb. 10—15 éve nyugvó vizein szélesebb hullámokat vert.

Ha közhangulatról az orvostudományban egyáltalán beszélni szabad, úgy azt keil mondanom, hogy ez a vörheny kórokozóját a Dick-házaspár dolgozatainak megjelenése előtti években filtrálható vírusban kereste és sikert csak e téren való munkától várt. Ezért érthető, hogy míg *Caronia* első közleményeinek megjelenése után mindjárt egész sereg európai laboratórium és klinika fogott hozzá a kérdés utánvizsgálatához, addig a Dick-házaspárnak 1922—23-ban megjelent első dolgozatai egy ideig csak Amerikában keltettek nagyobb érdeklődést. Az 1924. év folyamán sok orvos kereste fel Rómában *Caroniát* a klinikáján. Többen kerestük fel Magyarországról is, hogy közvetlenül lássuk az ő methodikáját és eredményeit. Megállapítottuk, hogy a technikai fogásaik nem sokban különböznek azoktól a methodusoktól, amiket a laboratóriumok anaerobok tenyésztésekor rendszeren használnak és serologiai vizsgálati eljárásaik sem múlják felül pontosság dolgában az ilyen kényes kérdések vizsgálatakor általában használt eljárásokat. Szükségesnek tartottam ezt hangsúlyozni azért, mert *Caronia* és iskolája Olaszországon kívül a legtöbb helyen teljesen negatív eredménnyel végződött utánvizsgálatok sikertelenségének okát abban látja, hogy nem utánozták pontosan az ő technikáját.

Nem szükséges e helyen a magam erre vonatkozó megfigyeléseivel és aránylag kevés számú kísérletemmel foglalkoznom, mivel a Magyar Gyermekeorvosok Társaságának tavalyi nagygyűlésén Jacobovics és Szirmai kartárs urak részletesen beszámoltak azokról a nagy számmal és pontosan végzett utánvizsgálataikról, amelyeket olaszországi útjukról visszatérve *Bókay* professor klinikáján végeztek. Utánvizsgálataik, ha nagyon óvatosan is nyilatkoznak, mégis egyelőre a valóságban teljesen negatív eredménnyel végződtek. A helyzet az, hogy az olasz iskolán kívül nem igen jutott más sem az utánvizsgálataiban pozitív eredményhez.

Az olasz gyermekorvosi iskola munkáival kb. egyidőben jelentek meg a chicagói *Dick-házaspár dolgozatai*, amelyek ismét haemolyticus streptococust helyezték a vörheny aetiologiai kutatásának központjába azzal a különbséggel, hogy a vörheny-jelenségek egy részének magyarázatát ők a *streptococustól termelt toxinban* keresik. A *Dick-házaspár* munkájában ez az egyik novum.

Hogy a streptococcon haemolyticus, mint a vörheny kórokozója időnként újra és újra az előtérbe jutott annak egyik fő oka az, hogy vörhenyben szenvedők torkában az esetek igen nagy százalékban sikerül, legalább a betegség elején, a haemolyticus streptococust kimutatni, sőt mint azt pl. nemrég két foudroyansan lefolyó scarlatina eset vizsgálatakor láttuk, néha szinte tiszta tenyészetben vannak jelen a torokban. Ha azt keressük, hogy mégis mik voltak az okok, amelyek miatt mégis újra és újra elálltak attól, hogy a haemolyticus streptococconban lássák valóban a vörheny kórokozóját, úgy legegyszerűbb *Jochmannak* a streptococcus, mint vörhenykórokozó elleni argumentumait sorra vennünk.

Ezek az argumentumok egy nagy tapasztalatú klinikus és kitűnő kritikájú bakteriologus igen nagy anyagon gyűjtött megfigyeléseinek és vizsgálatainak alapján és olyanok, hogy a streptococconak akkor ismert biológiai sajátosságai alapján *Jochmann* arra a conclusióra vezették, hogy bár a streptococcus haemolyticusnak a vörheny lefolyásában gyakran döntő fontosságú szerep jut, a vörheny aetiologiájában egy külön vörhenyvirus szerepel, amely mellett a streptococcusfertőzés csak mint *másodlagos infectio* szerepel.

Jochmannak ezen megállapítása utáni időkhöz esik a *Dick-házaspár* munkáinak megjelenése, akik a szerintük specifikus toxint termelő haemolyticus streptococust tartják a vörheny kórokozójának. Ők ezt kísérleteikkel bebizonyították is veszik. Mielőtt ezeket röviden ismertetném, azt a kérdést szeretném tisztázni, hogy ezzel az új felvétellel, — hogy t. i. a streptococcus és ennek toxinja okozzák az összes vörhenytüneteket —, át tudjuk-e hidalni, be tudjuk-e tömni a betegség pathogenesisében azokat a réseket, amelyek fennállottak amikor régebben a toxintermelés ismerete nélkül a haemolyticus streptococcusokkal törekedtek magyarázni a vörheny jelenségeket s amely rések okozták, hogy a streptococcus mellett még egy morfológiailag ki nem mutatható s ezért az ú. n. filtrálható vírusok csoportjába sorozott kóros hatást vettek fel. A kérdés úgy is formulázható, hogy *lehetséges-e, hogy a streptococcusoknak a toxinja magában okozza azokat a jelenségeket, amelyeket eddig egy filtrálható vírusnak tulajdonítottak.*

Jochmann is bebizonyítottan vette, hogy a szövdményeket, így a vörhenyhez társuló középfülglyuladást, a genyes izületi gyulladást, a vesetályogokat, a genyes pericarditist, endocarditist maguk a streptococcusok hozzák létre, ebben tehát régebben sem kételkedtek, s így nekünk csak azt kell vizsgálnunk, hogy a többi jelenséget, nevezetesen azokat, amelyek mellett a streptococcus csak a torokban található fel, okozhatja-e egymagában egy supponált filtrálható vírus nélkül a streptococcusoknak a torokból, mandulákról felszívódó toxinja.

Ha a vörheny lényege, mint azt a *Dick-házaspár* felveszi, localis streptococcus hatás a torokban és távolhatás az innen felszívódó toxinok révén, úgy a vörheny pathogenesisébe bizonyos hasonlóságokat mutat a diphtheria pathogenesisével oly különbségekkel, amelyek magyarázhatók egyrészt a két mikroba által termelt toxin különbségével, másrészt a két kórokozó biológiai sajátosságával. Ilyen különbség például az, hogy a diphtheria bacillus nemcsak a torokban, de másutt (sebekben) is megtapadva nem hatol a mélybe, inkább csak a felületeken terjed tovább, míg a streptococcus ha mód kínálkozik (sebzések, elhalt szöveteken keresztül) a mélybe, esetleg az erekbe hatol.

Ha már most sorra vesszük azokat a jelenségeket, amelyekről *Jochmann* azt állítja, hogy azokat csak streptococcusokkal magyarázni nem lehet, úgy elsősorban azokról a *foudroyansan lefolyó*, 2–3 nap alatt halálhoz vezető esetekről kell megemlékezni, amelyekben a streptococust a torokban meg lehet találni, sőt néha szinte tiszta tenyészetben, de a vérben ninesenek jelen. Felvették tehát, hogy ezekben az esetekben nem lehet a streptococcus a kórokozó, hanem a supponált filtrálható vírus. Úgy hiszem azonban, hogy nem szól semmi az ellen, hogy ezeket a legtöbb szerzőtől is kifejezetten toxicusoknak jelzett kórképeket nem egy külön filtrálható vírus, hanem a torokban levő streptococcusoktól termelt és onnan felszívódott toxin okozza. Hasonló foudroyansan lefolyó eseteket, bár ritkán, diphtheriánál is ismerünk, ahol a bakteriologiai vérvizsgálat negatív és a toxikus tüneteket a torokban levő diphtheria-bacillus termelte, felszívódott toxinokkal magyarázzuk és filtrálható vírusok felvételét szükségesnek ott sem tartjuk.

Felvették azután, hogy a streptococcusok kórokozó voltának ellene szól az is, hogy olyankor, amikor már a kiütés az egész testen megjelent, a vérben a streptococcusok még mindig nem találhatók meg. Erre vonatkozólag megemlétem, hogy a kiütés minőségéből, fellépési helyéből és terjedési módjából következtetve, — valószínűnek tartom, hogy a *börexanthemat okozó factor elsősorban nem a véretek, hanem a nyirokerekek útján jut a bőrbe*. Ha pedig a nyirokutak útján jut be a bőrbe, úgy azt nem is kell mindjárt kezdetben a vérben is feltalálnunk s így azt hiszem ez az argumentum a priori elesik. De az exanthema characterén kívül toxikus eredet mellett szól az is, hogy sikerül ezt antitoxin tartalmú lószával a *Schultz-Charlton*féle technika szerint elhalványítani. Lovakat, amelyeknek vére előzőleg a kioltási próbát nem adta, streptococcus toxinnal immunizáltunk. Kb. négy hónapos immunizálás után sikerült olyan savót előállítani, amely a streptococcusokat legfeljebb 1:10 hígításban agglutinálta jól, viszont 0.2 cm³-e a vörheny exanthemat elhalványította. Megkíséreltük ugyanezt elérni más, nem scarlatina esetből származó, állatokra nézve pathogen streptococcus-törzsek ellen immunizált lovak savójával: ez azonban nem sikerült. Számos kutató megerősítette, hogy ez a kioltási tünet specifikus és a bőrben levő toxinnak az antitoxin által való neutralizálásával megmagyarázható.

Hogy tényleg a streptococcusok toxinja okozza a vörheny exanthemat, ezt közvetlenül is be lehetne bizonyítani, ha sikerülne kísérletileg is a vörheny exanthemat a streptococcus toxinnal létrehozni.

Itt előre kell bocsátanom, hogy a vörheny-problema kutatására vonatkozó törekvésekben mindig nagy akadály volt az, hogy állaton vörhenyt létrehozni eddig teljes biztossággal még nem sikerült. A legkülönbözőbb állatokkal végeztek erre vonatkozólag kísérleteket és az emberszabású majmaktól eltekintve az eredményeket nagyrészt negatívaknak kell tekintenünk, hacsak nem akarunk abba a hibába esni, hogy, amint ezt többen tették, vörheny esetekből származó anyaggal oltott nyulakon fellépő lázzal, leukocytaszámemelkedéssel és a nyulaknak cachexiában való elpusztulásával a vörhenynek kísérleti előidézését bebizonyítottan vették. Megemlétem, hogy a tengeri malacok, amelyek tudvalevőleg a diphtheria toxinnal szemben nagyon érzékenyek, annyira, hogy pl. a most készített diphtheria-toxinunknak mintegy 1/1000-ed, sőt 1/3000-ed cm³-e is megöli őket, a streptococcus toxinnal szemben nagyon ellentálló, úgyhogy belőle 10 cm³-t is jól elbírnak. Fialtal házinyulak érzékenyebbek a streptococcus toxinnal szemben, de úgy látszik, ez az érzékenység sem egyforma minden nyúlban.

Mivel tehát állatok ezekre a kísérletekre nem felelnek meg, a *Dick-házaspár* önként jelentkező, vörhenyt ki nem állott embereken végzett kísérletet. Sikerült is nekik vörheny streptococcus-toxinnal a scarlatinás bőrkiütésnek megfelelő exanthemat létrehozni.

Megemlítik, hogy a vörheny streptococcus ú. n. *bőr-adagjának* *ezerszerese* képes ezt általános tünetek mellett létrehozni. Nekünk nem állott módunkban — mint a *Dick*-házaspárnak — ilyen kísérletre önként jelentkezőket kapni, azonban ennek dacára vannak ezirányú tapasztalataink. Ismeretes, hogy a *Dick*-féle eljárás szerint a védőoltást a haemolyticus streptococcusok toxinjával végezzük, melynek mennyiségét a II. és III. oltáskor fokozzuk. E célból különböző erősségű toxinhígításokat készítünk és küldünk az oltóorvosoknak. Az történt egy helyen, hogy tévedésből a II. oltáskor adni kívánt toxinmennyiségnek háromszorosát adták a gyermeknek. A gyermek (3 éves) 8–10 óra mulva 39° lázat kapott, másnapra testén jellegzetes vörhenyszerű kiütést észleltek, toroktünetek egyáltalán nem voltak. Négy nap alatt a folyamat lezajlott. Úgy hiszem, hogy ezt a toxin hatására kell visszavezetnünk éppúgy, mint azokat, a védőoltások kapásán fellépett exanthémákat, amiket túlérzékeny egyéneken észlelni lehet. Hogy mindezekben az esetekben sem maga a streptococcus, sem pedig élő, filtrálható vírus nem szerepelhetett, ezt bebizonyítottuk vehetjük azzal, hogy a gyertyán szűrt, sterilnek bizonyult toxinból készült, oltáshoz használt toxinhígítások 0.5% karbolsz tartalmúak, ami elég ahhoz, hogy élő mikroorganizmusokat elpusztítson.

Egy *harmadik ellenvetés*, melyet a streptococcusok, mint a vörheny kórokozói ellen felhozta, az, hogy a *vörheny kiállása után immunitás marad vissza, míg a streptococcus-fertőzések után általában immunitás nem fejlődik ki*: így ismeretes, hogy pl. az erysipelas kiállása egyáltalán nem biztosít immunitást.

Előre kell boesátnom, hogy van más olyan streptococcus-fertőzés is, amely után immunitás marad vissza: ez a lovaknak streptococcus equivel való fertőzése. De másrészt az a tény, hogy a többi betegségben szereplő streptococcusok ellen immunitás nem fejlődik ki, az sem zárja ki azt, hogy a vörhenynél szereplő streptococcusok ellen immunitás létrejöhet. Hogy morfológiailag és biológiailag is messzemenőleg egyforma tulajdonságokat mutató bakteriumok immunológiai szempontból különbözőképpen viselkedhetnek, arra példát láthatunk a pneumococcusokban, amelyeknek I-es típusa ellen hatásos savót tudunk termelni, a II-es típus elleni gyógyító savó értéke bizonytalan, míg a III-as típus ellen termelt savó hatástalan.

Végül az az ellenvetés a streptococcusok kórokozó szerepe ellen, hogy a *vörheny-streptococcusokat mi sem különbözteti meg egyéb streptococcusoktól*, ma már nem tartható fenn teljes határozottsággal. A kulturális tulajdonságok elkülönítik bizonyos, állatra pathogen, emberre nem pathogen streptococcusoktól. A különböző cukrok bontása segítségével ismét találunk bizonyos sajátosságokat. Eddigi ismereteink szerint azonban főleg a *specifikus toxinnak termelése által a vörheny-streptococcusok különböznek egyéb streptococcusoktól. Ezt a toxint a vörheny-reconvalescensek savója képes neutralizálni*. Vörhenyesetekből származó streptococcusokból általában könnyen sikerül jó toxint termelni, míg pl. az általunk eddig vizsgált állati betegségeket okozó streptococcusokkal emberen bőrreakciót adó ilyen toxint termelnünk nem sikerült.

Ezekben kívántam feleletet adni arra a kérdésre, hogy vajjon ellentétben áll-e a vörheny pathogenesisére vonatkozó eddigi ismereteinkkel annak a lehetősége, hogy a vörhenyt mégis csak egy, valószínűleg specifikus, streptococcus-faj és annak toxinja okozza. Természetesen nem térhettem ki a vörheny pathogenesisének összes kérdéseire. És azt is meg kell mondanom, hogy maradnak most is még kérdések, így különösen az ú. n. második betegségi periódus létrejöttelének mikéntje, amelyek magyarázata még bizonytalan, de ezek tisztázatlanok voltak akkor is, amikor filtrálható vírusok jelenlétét tételezték fel. Csak arra kívántam rámutatni, hogy *azok a legyakrabban hangoztatott ellenvetések, amelyeket a streptococcusok ellen felhoztak, nem bizonyítanak a filtrálható vírusok mellett,*

mert azok a tünetek, amelyeket magukkal a streptococcusokkal megmagyarázni nem tudunk, magyarázatot nyerhetnek a streptococcus-toxin felvételével.

Hogy ezt a kérdést, az aetiológia kérdését, mai előadásom kapcsán ennyire előtérbe toltam, annak okául azt hozom fel, hogy *e kérdésen fordul meg az, hogy van-e a Dick-házaspárnak ezen újabb megállapításai után okunk és alapunk arra, hogy a vörheny prophylaxist és therapiát — félretéve a filtrálható vírusokra alapított törekvéseket — ismét a régebben már előtérben volt, de azután a háttérbe szorult streptococcusokra támaszkodva próbáljuk kiepíteni?*

Az eddig elmondottakban erre a kérdésre a vörheny pathogenesisének vizsgálatán keresztül törekedtem a választ megtalálni. De közvetlenebb út is adódik és ez a *betegségnek kísérleti úton való létrehozása.*

Nem akarom itt részletesen ismertetni a *Dick*-házaspárnak idevonatkozó munkáját, csak megemlítem, hogy ők állítják, hogy nekik sikerült streptococcus-kulturával fogékony embereken vörhenyt előidézni. Kultúra-filtrátummal viszont ez nekik nem sikerült, oly egyénekn sem, akinek vörheny iránti fogékonyságát később azzal bizonyították, hogy amikor vörheny-streptococust oltottak a torkába, akkor típusos vörhenyben megbetegedett. Ezzel szerintük bebizonyítottuk, hogy a vörhenyt nem filtrálható vírus, hanem a vörheny-streptococcus haemolyticus okozza. Ezt a kísérletüket nem állott módunkban ellenőriznünk, de ha mások is megerősítik, úgy ez meglepőnek tűnhet fel és okát kell keresnünk annak, hogy miért nem tudtak a régebbi kísérletezők streptococussal vörhenyt előidézni. De ebben, hogy ez a *Dick*-házaspárnak sikerült, van éppen a *Dick*-házaspár munkájának eredetisége. Ők szem előtt tartották azt, hogy bármely fertőzés, tehát így a vörheny-fertőzés létrejötte is két tényezőt: egyrészt a kórokozót, de másrészt, épp ennyire, a megtámadott fogékonyságának kérdésén múlik, — épp ezért fogékony embereket választottak ki és ezeken kísérelve meg a fertőzést, között dolgoztak ki szerint ez nekik sikerült, míg nem fogékonyakon nem sikerült.

Eleinte egyszerűen *fogékonyaknak* fogadták el azokat, akiknek nem volt vörhenyük, s akiknek családjában, környezetében sem fordult elő vörheny-megbetegedés. Tudjuk azonban, hogy mindez még nem biztosítja, hogy az illető *nem immunis* vörhenyvel szemben. Ezért az Amerikában a diphtheriára való fogékonyság megállapítására akkor már több százezer gyermek használta *Schick*-féle próba mintájára, maguk is egy *próbát dolgoztak ki* streptococcus termelte toxinnal. Ezt a próbát a kísérleteikben megbízhatónak találták és a vörhenyre való hajlamosság, illetve a vörhenyvel szemben való védetség megállapítására ajánlják.

Amint a *Dick*-házaspárnak a scarlatina aetiológiai kutatására vonatkozó munkájában a fordulópontot ez a róluk elnevezett, ú. n. *Dick*-féle próba jelentette, épp így a vörheny-prophylaxis kérdését is ez a próba, ha megbízhatónak bizonyul, új alapokra fekteti.

A kérdés *technikai részére* vonatkozólag csak röviden megemlítem, hogy a hozzá szükséges streptococcus-toxint a *Dick*-ék által izolált II-es törzssel eleinte az amerikai előírás szerint véres bouillonban készítettük, újabban épp olyan jó toxint tudunk termelni a *Szélyes*-féle levesen. A toxint olyan hígításban használtuk, hogy belőle 0.1 cm³-t a bőrbe pontosan intracutan fecskendezve: a vörheny-reconvalescenseken reakciót (körülrít bőrpírt, kis duzzadás) ne okozzon, míg a vörhenyben megbetegedettek a betegség első három napján az említett elváltozásokat kiváltja. Ezt természetesen nagyobb számú gyermekeken kellett kipróbálnunk, és hogy ez nekünk lehetséges volt, azt *Bókay* professor úr klinikáján ezzel foglalkozó *Csoma Eszter* kollega kisasszony és *Paunz* János kollega úr odaadó, lelkes, pontos munkájának köszönhetem. A scarlatina-toxin értékmegállapítását éppen az teszi nehézkessé, hogy egyelőre nincs módunkban azt álla-

ton vagy kémesőben kititrálni, s így számos gyermeknek kell a higítás fokát megállapítanunk. A toxinnak azt a mennyiségét, amely reconvalescens és vörhenyben éppen megbetegedett gyermek közt az előbb említett különbséget megmutatja: *egy bőradaptagnak* nevezzük. Ez különböző toxinoknál különböző lehet, egy ugyanazon toxinnál — ha ezt higítatlanul, megfelelő módon őrizzük —, hosszú ideig állandó. A toxin bármely mennyiségének a megjelölésére ezt az *egységet* használjuk és 100, — 1000 stb. bőradaptagról beszélünk.

Ez a próba az alapja a *Dick*-házaspártól ajánlott *prophylaxisos védőoltásoknak*. Míg pl. typhus ellen, vaccinával való védekezéskor minden embert beoltunk, addig a *Dick*-féle eljárásnál először kiválasztjuk a *Dick*-próba szerint hajlamos (*Dick*-positív) egyéneket és addig oltjuk őket, míg az újabb *Dick*-féle próba őket védetteknek (*Dick*-negatívnak) nem mutatja.

Eddig az Egészségügyi Reformiroda támogatásával Budapesten mintegy 5000, vidéken kb. 12.000 egyént, főleg gyermeket oltottunk. Ezen anyag áttekintésekor már eddig is néhány érdekesebb adatot kaptunk. A budapesti anyagot *Bókay* professor úr és asszisztensei gyűjtötték; erről *Bókay* professor úr fog beszámolni. A vidéki, különböző helyekről származó anyagot és az ebből meríthető tanulságokat *Bókay* professor előadása után fogom ismertetni.

II. A vörhenyjárványokról, a fertőzésre való hajlamról, s a védekezés legújabb módjáról (*Dick*-test, *Dick*-féle védőoltás és gyógyoltás).

Írta: *Bókay János dr.* egyet. tanár.

A scarlatina járványok ismerete a XVII. század közepére nyúlik vissza, ekkor ismertette ugyanis *Th. Sydenham* (1624—1689), kitől a „scarlatina” elnevezés is ered, az első epidemiákat *Sydenham* azon tapasztalatai alapján, melyeket 1670—75 között Londonban szerzett, a vörhenyt, általában enyhe lefolyású betegségnek vélte („the symptoms, however, are moderate...”),¹ az utána következő igen súlyos londoni járvány azonban csakhamar meggyőzte őt tévedéséről. A XVIII. század második felében a vörheny-járványok jellege különösen rossz volt. A járványokat rossz indulatúvá jórészt a súlyos toroktünetek tették, a betegség ezen súlyos jel-

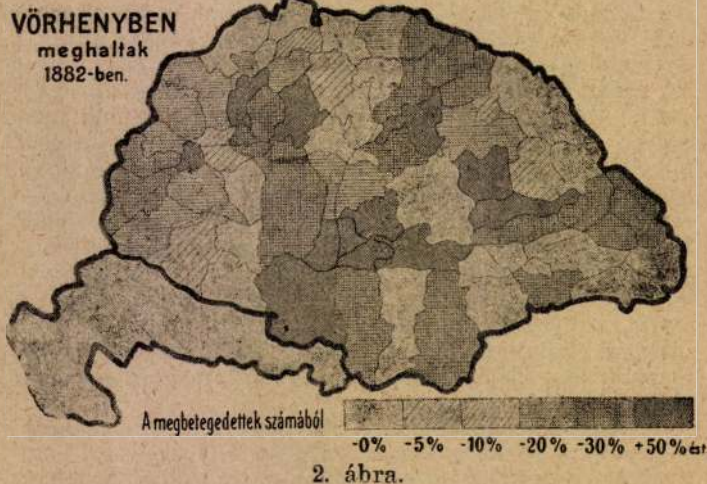


1. ábra.

lege azonban a XIX. század első évtizedében újból annyira kedvezőre változott, hogy *P. Bretonneau* Touraine-ben 1799-től 1802-ig egy vörheny-betegét sem veszített el s hajlandó volt a kórt, éppúgy, mint *Sydenham* annak idején, az enyhébb ragályos betegségek közé sorolni. A járványok jellege azonban csak-

hamar kedvezőtlenre változott, s maga *Bretonneau* 1824-ben, Tours-ban, rendkívül rossz indulatú epidemiát élt át. 1832-től 1837-ig a vörheny, mint rettegett népjárvány Európa legtöbb országába elhatolt, *Bohn* szerint² ezen pandemia akkoron Magyarországra is eljutott.

A vörheny elterjedéséről hazánkban megbízható adatok 1878-tól 1887-ig s 1892-től fogva állanak rendelkezésemre, ezen adatokból kiténik, hogy a scarlatinát ezen idő alatt a legkiterjedtebben s a legnagyobb meg-



betegedési számmal 1882-ben és 1883-ban, míg a legkisebb mérvben 1878-ban észlelték. 1878-ban ugyanis 8 törvényhatóság 20 községének 54.100 lakosa közül 889 betegedett meg vörhenyben, 189 halálzással, míg 1882-ben 44 törvényhatóság 296 községének 958.145 lakosa között 16.058 vörhenymegbetegedés fordult elő s ezekből elhalt 4325, vagyis a betegek 32.3%. A legkisebb halálozás ezen tíz év alatt, szemben az 1882. és 1883-i nagy halálozással, (lásd 1. 2. ábra) 1885-ben volt, midőn 5751 beteg közül csak 972 halt el, tehát 16.8%. 1892-ben az országban összesen 8844 vörhenyesetet észleltek, mely szám 202 községre s 535.585 lakosra oszlik szét. Az összes halálozás 1977 volt. A járvány ezuttal különösen Somogy megyében uralkodott és pedig oly erősen, hogy a fenti megbetegedési számból 2693 egyedül Somogy megye 78 községére esett. Az 1892 óta rendelkezésre álló országos adatokkal ezuttal nem foglalkozom.

A fővárosi viszonyokat 1856-tól 1882-ig a vezetésem alatt álló kórház részletes évi jelentései, ezentúl pedig, miután 1882-ben már életbe lépett a ragályos kórok bejelentési kötelezettsége, a fővárosi statisztikai hivatal pontos adatai világítják meg. Ezekből kiténik, hogy közel hét évtizedre visszatekintve a fővárosban járványmentes évek voltak: 1856, 1857, 1858, 1859, 1862, 1863, 1871, 1872, 1876, 1883, 1884, 1885, 1887, 1888, 1889, míg 1890 óta a mai napig a vörheny morbiditási görbéje csak 1894, 1895, 1896 és 1898-ban, valamint 1919-ben súlyodt feltűnőbben, ellenben merész, magas kiugrásokat mutatott 1903-ban s 1904-ben, 1910, 1911, 1912 és 1913-ban, továbbá 1916-ban és 1917-ben, valamint 1921-ben. A lefolyt 42 év alatt 11 évben az évi megbetegedések száma a 3000-et meghaladta, 1913-ban 4900-ig emelkedett. Az utolsó húsz évben 1919-ben volt a fővárosban a legminimalisabb morbiditás, midőn is az évi megbetegedések 1100-ra estek alá.

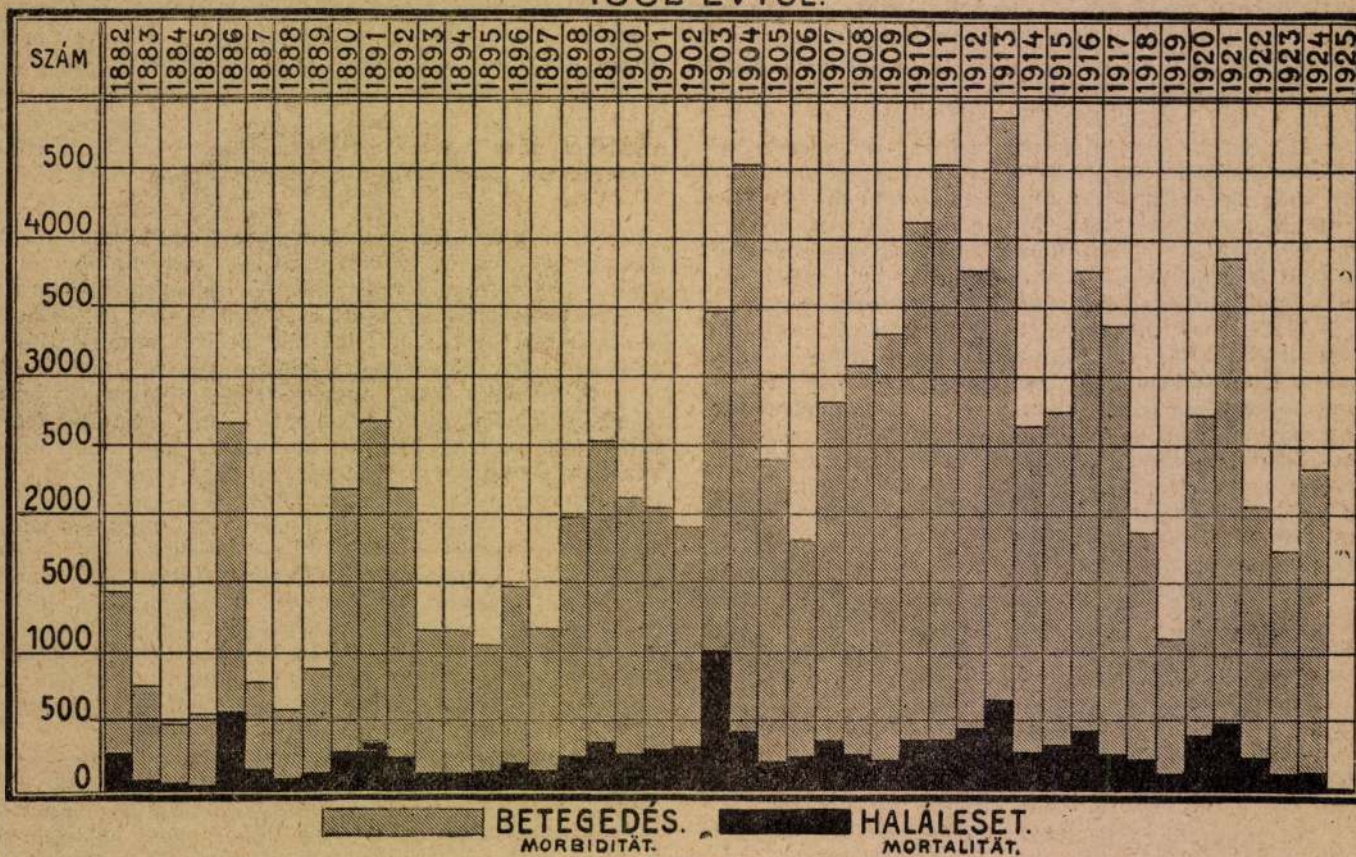
Ha a vörheny fővárosi morbiditási görbét megtekintjük, úgy elsősorban konstatáljuk, hogy a scarlatina Budapesten endemiás lett, s 4—5 évenként láttunk többé-kevésbé erős járványos fellobbanásokat, 1907-től 1917-ig ellenben úgyszólván folyton benne éltünk a vörhenyjárványban s a legnagyobb évi megbetegedési számok is ezen periódusra esnek, (lásd 3. ábra.)

Érdekes és tanulságos ezen járványgörbe összehasonlítása a főváros diphtheria-görbéjével, mely kife-

¹ *John Ruhräh*, Pediatrics in the Past. New-York, 1925.

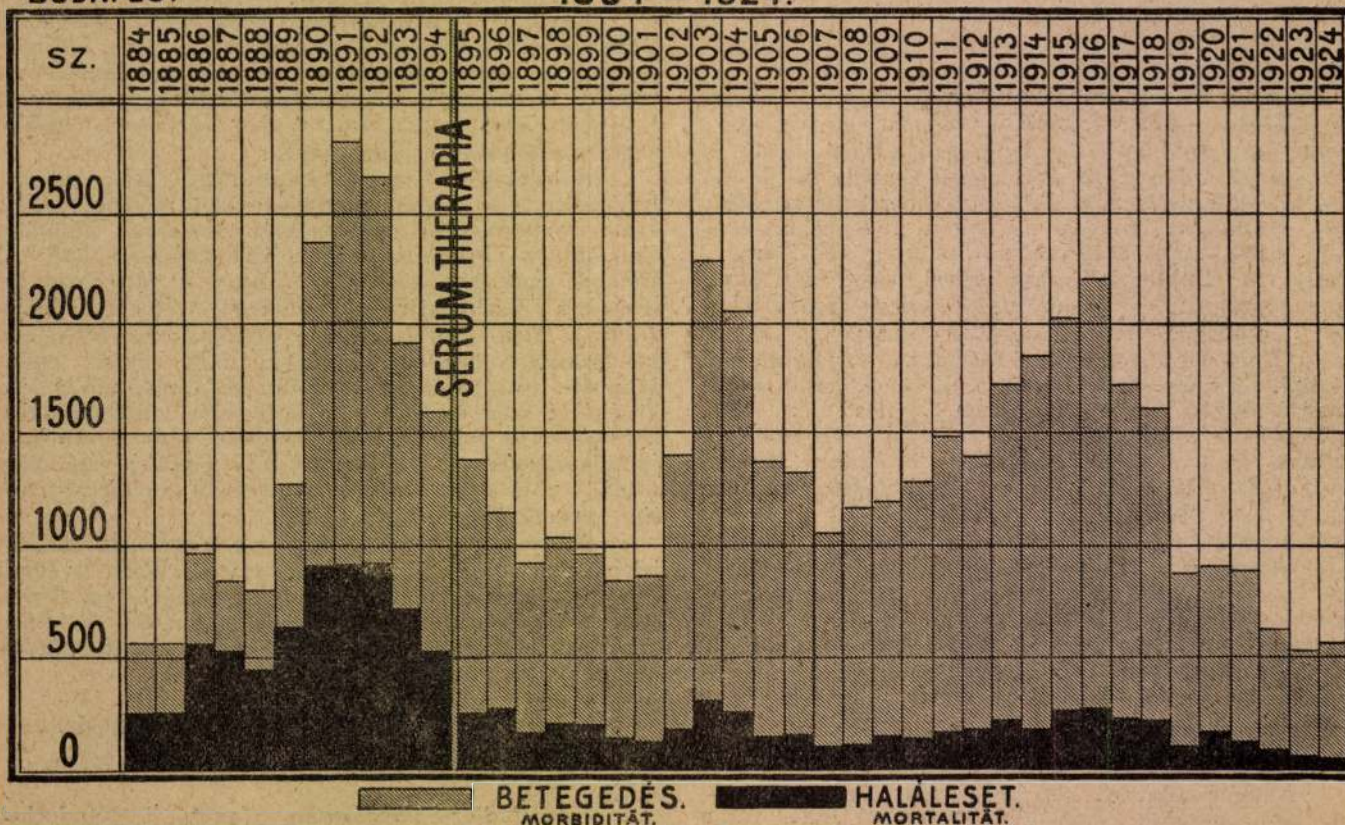
² *C. Gerhardt*, Handbuch d. Kinderkrankh. II. Bd. Tübingen, 1877.

VÖRHENY MEGBETEGEDÉSEK ÉS HALÁLOZÁSOK BUDAPESTEN 1882 ÉVTŐL.



3. ábra.

CROUP-DIPHThERIA MEGBETEGEDÉS ÉS HALÁLOZÁS BUDAPEST 1884 — 1924.



4. ábra.

jezeten mutatja a hullámhegy és hullámvölgy váltakozását 6—8 évre terjedő periodusokban, s mutatja, hogy azt a megbetegedési magaslatot, melyet 1891 és 1892-ben elért, a további években alig közelítette meg, sőt örvendetesen konstataljuk, a görbe alapján a diphtheria fokozatos számbeli gyengülését a fővárosban, mely különösen kifejezésre jut az utolsó, eddig hét évre terjedő hullámvölgyben, melyben az évi megbetegedési számok ezer alatt maradtak, sőt 1923-ban és 1924-ben alig haladták túl az évi ötszázas megbetegedési számot. (Lásd, a 4. ábrát.) *S így, ha a diphtheria-görbe felé odarajzólnók a vörheny-görbét, úgy látnók a vörheny-görbe állandóan erős dominánsát a diphtheria-görbe felett.* Hogy ez nemcsak Budapest-fővárosában van így, hanem más világvárosokban is, különösen tanulságosan érzékíti Londonnak diphtheria és vörhenyjárvány-görbéje, melyet a *Metropolitan Asylums Board Annual Report*-ja az 1923—24-ik évről³ közzétett, mely görbén ezen túl emelkedése a vörheny-görbének még sokkal szembe-tünőbb. Ezen görbe különben azt is mutatja, hogy az angol fővárosban, mely tudvalevőleg évek hosszú sora óta sokat szenved a vörhenyjárványoktól, a vörheny-megbetegedések száma *horribilis* magaslatot ér el, így 1921-ben egyedül október havában 4500 volt, s ezzel szemben a diphtheriás megbetegedések maximális havi száma jóval 2000-en alól maradt s 1909 óta csak egyszer, ugyan-csak 1921 október havában közelítette meg a kétezret.

A vörhenykérdés a fentiek alapján tehát nálunk, úgy a fővárosra, mint az egész országra *elsőrendű* fontossággal bír, úgy *közegészségi*, mint *nemzetgazdasági* szempontból. Míg a diphtheriánál annak a lehetősége fennáll, hogy az utolsó évek hullámvölgyét a fővárosban még jó sokáig nem váltja fel egy hullámhegy, úgy a vörhenynél az utolsó évtizedek epidemiológias tapasztalatai alapján, az eddigi védekezés mellett, a megbetegedési szám feltünőbb alászállását alig remélhetjük.

Az utolsó öt esztendőben a vörheny viselkedését a fővárosban nagy alaposággal írta meg *Pfeiffer Miklós* kartárs,⁴ s cikke több részletkérdésre ad felvilágosítást.

A diphtheria járványok története mutatja, hogy igen erős és rosszindulatú járványok, — ilyen volt a XVI. század ú. n. „*garrottillo*” epidemiaja, mely nagy pusztításokat okozva végig söpörte Európa legtöbb államát —, teljesen eltűnhetnek úgy, hogy a betegség még az orvosok emlékezetéből is egészen kiesik. Így dacára annak, hogy az említett *garrottillo*-járvány a XVI. század legvégén Franciországon is átvonult és sok áldozatot szedett, a párizsi *Société royale de Médecine* 1783-ban, midőn Skóciában és Svédországban a diphtheria újból felütötte fejét, pályadíjat tűzött ki azon kérdésre, hogy: *Si la maladie connue en Écosse et en Suède sous le nom de Croup ou angine membraneuse, existe en France*. Fájdalom a franciák nemsokára újból megismerték a bajt, mert a XIX. század legelején a diphtheria nagy erővel lépett fel ismét Franciaországban is, midőn *I. Napoleon* családjában rövid egymásutánban *Josephine* császárné, ennek leánya *Hortense* s ennek legidősebb fia is megbetegedtek diphtheriában. S ezen járvány, mely ettől fogva ingadozásokkal Franciaországban évtizedekig fennállott s bőven nyújtott alkalmat s anyagot *Bretonneau*-nak arra, hogy 1826-ban megírhasa örökbecsű munkáját a diphtheriáról, a 40-es évek táján Bécsben még annyira ismeretlen volt, hogy mikor a fiatal *Kussmaul* tanulmányúton ott járt és sorra látogatta az intézeteket s *Rokitansky* tanársegédjénél aziránt érdeklődött, hogy látnak-e diphtheriát az osztrák beteganyagon is, a kartárs komolyan azt kérdezte tőle: „*ob ich (t. i. Kussmaul) an diese französische Dichtung glaube*”.⁵

A diphtheriánál ismereteink tökéletesedése folytán fennáll az orvosi lehetősége annak, hogy egy bizo-

nyos földterületen esetleg évtizedekre teljesen eltűnjék s ott elveszítse jelentőségét, — ezt a vörhenynél az utolsó évtizedek epidemiológias tapasztalatai alapján csak akkor remélhetjük, ha a vörheny lényegének teljes tisztázása mellett védekezésünk a fertőzés ellen éppoly szilárd alapokra lesz felépítve, mint a diphtheriánál. Mert valljuk meg őszintén, a fertőzés elleni védekezésünk vörhenynél eddig eléggé tökéletlen volt mindenütt a föld kerekén s alig jutottunk tovább, mint *Carnevale*, ki a XVII. században a fertőzés elleni védelmet tömören a következő néhány szóba foglalta össze: „*Cede cito, longiquus abi, seriusque reverté*”.⁶

Mindezek után a *vörheny-fertőzésre való hajlamosságról* kívánok röviden szólni. Bár tudom, hogy jórészt ismert adatokat sorolok fel, szükségesnek tartom a vázlatos ismertetést, mert csak így fogjuk értékelhetni a „*Dick-test*”-nek s a *Dick-féle* activ immunisatióknak esetleges nagy közegészségi jelentőségét.

A vörheny iránti fogékonyság tudvalevőleg jelentékenyen kisebb, mint a kanyaró vagy pertussis-fertőzésre való hajlam. Míg az utóbbi két kór iránti fogékonyság a 95%-ot meghaladja, addig *Gottstein* a vörheny contagiositási indexét 35-re teszi s ez mindnyájunk eddigi tapasztalataival meg is egyezik. Ennél azonban nagyobb százalékot is észleltek. Így a dán királysághoz tartozó *Far-Oer-szigetes* csoporton, mely földterület teljesen izoláltan áll, s ragályoktól évtizedekig mentes volt, 1873-ban vörheny lépett fel, miután ott már 60 év óta nem láttak scarlatinát s a lakosság 76%-a betegedett meg. 1875-ben, midőn ugyanott kanyarójárvány fejlődött, a körülbelül 1700 lelket számláló lakosság 99%-a fertőződött.⁷

A vörhenyre való hajlamosság függ elsősorban a beteg korától. A legfogékonyabb életkornak a 3. életévtől a 7. életévig terjedő időszakot tekintjük, vagyis a megbetegedéseknek körülbelül $\frac{1}{10}$ -ed része az első tíz évre esik. Ezt mutatja a düsseldorfi járvány-klinikának 1908-tól 1921-ig terjedő s 2416 beteg összefoglaló statisztikája is.⁸ A 10. év után tehát erősen lecsökken a fogékonyság, de a felnőtt korban sem alszik ki teljesen. Ötven éven túl már ritka, éppúgy, mint a többi ragályos kór iránti fogékonyság is.

Csecsemőknél vörhenyfertőzéseket csak ritkán s a legzsengőbb csecsemőkorbán pedig csak kivételesen látunk s egyes tapasztalatok mutatják, hogy vörheny-beteg-anyja csecsemőjét fertőzés veszélye nélkül szoptathatja s újszülött, vagy egész fiatal csecsemő beteg anyjával együtt tartható vörhenyosztályon, anélkül, hogy vörhenyben megbetegednék.

Kétségtelen, hogy a constitutio erősen növeli a fertőzésre való hajlamosságot s osztjuk *Czerny* nézetét, hogy exsudatós és lymphatikus gyermekek különösen disponálnak vörhenyfertőzésre. Talán részben ezzel kapcsolatos azon régi tapasztalat, hogy a járványok fellépését s erősebb kiterjedését összel s tél elején látjuk, midőn a torok s orrgaratúr gyulladási megbetegedései gyakoriak. Kétségtelen továbbá, hogy létezik családi dispositio is s végül szerepet játszik a ragályozás létrejötténél a szervezet állapota a fertőzés momentumában, így ismert a friss műtéli sebzéssel bíró egyének, az égést szenvedettek s a gyermekágyas nők kiváló dispositiója vörhenyes megbetegedésre. („*Surgical*”-*scarlatina*, *puerperalis scarlatina*.)

A socialis elhelyeződése az egyének mellékes jelentőségű, hisz általánosan ismert, hogy a scarlatina egy társadalmi osztályt sem kímél meg. Természetes, hogy zsufolt lakásokban a fertőzés általában gyakrabban jelentkezik, a ragályozásra való alkalomnak sokkalta nagyobb volt folytán.

⁶ *Behring*: Die Geschichte der Diphtherie. Leipzig, 1893.

⁷ *G. Jochmann*, Lehrb. d. Infektionskrankheiten. Berlin, 1914.

⁸ *Pfandler-Schlossmann*, Handb. d. Kinderheilkunde. 3. Aufl. 1925, II. kötet.

³ Office of the Board, Victoria Embankment, London, E. C. 4.

⁴ Népegészségügy, 1925 dec. 1. 23. szám.

⁵ *A. Kussmaul*, Jugenderinnerungen eines alten Arztes. Stuttgart, 1922.

Ezekben foglaltam röviden össze a hajlamosságra vonatkozó eddigi tapasztalatainkat, az alábbiakban ki fog tűnni, hogy a „Dick-test“-tel végzett nagyszámú vizsgálataink eddigi tapasztalatainkat mennyiben corrigálják.

Mi, kik vörhenybetegekkel hivatásunknál fogva sokat foglalkozunk s működésünk közepette elégszer keservesen tapasztaljuk a scarlatinára vonatkozó ismereteink nem egy tekintetben hézagossá váltát, a felmerülő tudományos mozzanatok mindenkör figyelemmel kell, hogy kísérjük, hogy azokat a köz javára mielőbb értékesíthessük.

Midőn 1902-ben a német orvosok és természetbuvárok karlsbadi ülésén Moser docens közétette azon therapiás tapasztalatait, melyeket a bécsi gyermekklinika Escherich tanár vezetése alatt az ú. n. Moser-Paltauf-féle „polyvalens“ vörheny-streptococcus serummal tett, tudományos összeköttetésem folytán csakhamar abban a helyzetben voltam, hogy a gyógykísérleteket beteganyagomon megkezdhettem, sőt Escherich felszólítására, vele s Moser és Paltauf-fal hónapokig együtt dolgozhattam az egyes polyvalens-serumok erősségi fokának klinikai anyagban való megállapításában. A Moser-Escherich-féle közlés akkoron a szakkörökben nagy feltűnést keltett s a Moser-féle serum a gyakorlatban gyökeret is vert, dacára a németországi gyermekorvosok majdnem általános scepsisének. A Moser-Paltauf-serum specifikus erejét Moser-Escherich, valamint az én gyógykísérleteim mellett különösen azon aránylag nagyszámú kísérletek bizonyították, melyeket annak idején az orosz gyermekorvosok végeztek. Tudva levő, hogy a kérdéses serumot csak erősen toxikus, illetőleg hypertoxikus esetekben vettük s veszük ma is alkalmazásba s mert nagy serummennyiség befecskendezése volt szükséges, a vörhenytherapiában nagyobb kiterjedésben nem is jöhetett alkalmazásba, mert általában respectáltatott a körülbelül 200 cm² lósavó bőr alá fecskendezése. Moser több streptococcus-törzsek, melyek mindannyian az acut stadiumban elhalt vörhenybeteg friss szívvéréből tenyésztettek ki, egyidejű befecskendezésével törekedett a lovaknál immunserumot előállítani, s hogy Moser ezen munkálkodása helyes volt s Moser jó úton haladt, azt a mai amerikai vizsgálatok csak megerősítik, s az amerikai kartársak loyálisan el is ismerték. S ez elégtétel nekünk, kik Moserrel kezdettől fogva együtt dolgoztunk, a Moser-Paltauf-serumnak kiváló gyógyhatását kezdettől fogva bizonyítottuk, s az eljárás mellett, dacára a támadásoknak, a mai napig kitarítottunk.

Midőn a palermói s római gyermekklinika érdemes vezetői, Di Cristina és Caronia, valamint munkatársuk, Sindoni, 1923-ban közzétették nagy feltűnést keltő cikkeiket, melyekben a vörheny kórokozójul egy filtrálható virust jelöltek meg s eredményes prophylactikus oltásairól irodalmilag beszámoltak, a római gyermekklinikával való összeköttetésem révén, Caronia lekötözött szívességéből kísérleteiket a helyszínen tanulmányozhattuk. Sajnos, a Di Cristina-Caronia-féle vizsgálati eredményeket más oldalokról eddig nem erősítették meg s így a filtrálható vörhenyvirus kérdése ma kissé a háttérbe szorult s a közérdeklődés köréből kiesett.

Legújabbban a vörhenykérdést a Dick chicagói házaspárnak, másfelől Docheznek s munkatársainak (New York és New Haven) 1923 óta közzétett munkálatai a Moser-Escherich-irányba terelték vissza s új fejezet nyílt meg a vörheny-streptococcusok kóroki jelentőségének kérdésében. S az amerikai közlések a vörheny-prophylaxisnak oly perspectiváját nyújtják s járványtani szempontból oly horderővel bírnak, hogy azokat a legnagyobb figyelemmel kell, hogy kísérjük s az utánvizsgálás egyenesen szakbeli kötelességünk.

Ez adja magyarázatát annak, hogy midőn Johan magántanár, igen t. barátom, az Egyesült Államokban tett tanulmányútjáról visszatért, vele és Scholtz Kor-

nél dr. államtitkár úrral a „Dick-test“ s Dick-féle activ-immunisatio nagyobb körben való foganatosítására, az amerikai adatok kritikai utánvizsgálása céljából a tervet megállapítottuk s kísérleteinket 1925 július 19-én, a magy. kir. népjóléti minisztérium aegise alatt megkezdttük.

Johan Béla barátom bevezető előadása, valamint Hévizy Tivadar dr.-nak s Szirmai Frigyes dr. tanácsadomnak jól és körülmenyesen megírt összefoglaló ismertető cikke az Orvosi Hetilap mult évi 35. és 39. számában⁹ felmentenek engem az alól, hogy Dickék alapvető methodikus munkálatait, melyekre a Dick-féle eljárás fel van építve, ismertessem, csak recapitulálom a végconclusiót, hogy szerintük a vörheny kórokozója biologiailag specificus streptococcus haemolyticus, mely a torokképleteken, esetleg sebben, vagy az uterus bel-felületén localisan megtelepszik, elszaporodik és termelt toxinjával, mely a vérkeringésbe jut, a vörheny-exanthemát s az általános tüneteket okozza.

A Dick-féle eljárás, mint tudjuk, három részből áll, az első a „Dick-skin-test“ vagy Dick-próba, melynek segítségével megállapítjuk az egyén fogékonytát, a második a Dick-féle activ immunisatio, mely által a fogékony egyén dispositióját negatívvá változtatjuk át úgyhogy a fertőzéssel szemben immunissá válik, s végül harmadik része a már bekövetkezett fertőzésnél alkalmazásba jövő antitoxinos therapia, mely a fenti alappon épült fel.

A) Dick-skin-test (Dick-bőrpróba).

Vizsgálatainkat a következő helyeken végeztük: Stefánia-gyermekkorház fekvő anyaga, egyetemi gyermekklinika ambulans betebanyaga, Állami gyermekmenhely, Stefánia-szövetség csecsemőotthona, egyetemi I. és II. szülészeti klinika, József Fiúárvaház, Protosztás árvaház, Hermina-úti zárda, Ranolder-intézet, István-úti gymnasium, Szent István reálgymsnasium és Zrínyi Miklós-reálgymsnasium. Ezekon kívül tömeges Dick-próbát végeztünk Esztergomban s Kecskeméten. ezt az anyagot azonban nem használtam fel jelen összeállításomban. Erről az anyagról Johan t. barátom fog beszámolni. A kísérleteket 1925. július 19-én kezdtük meg s a mai célra december 23-án zártam le. A próbát mindenkör két klinikai segédorvosom, Pauncz János dr. és Csoma Eszter dr. végezték, a legnagyobb körültekintéssel és fáradhatatlanul s az adatok lelkiismeretes összeállítása is az ő munkájuk, s ezért különös dicséretet érdemelnek.

Eljárásunk az ismert eljárás volt: Az egyik alkar hajlító oldalán 0-10 cm² mennyiségben egy bőregységnek megfelelő toxint fecskendeztünk be intracutan, míg control gyanánt a 100^o-on inaktívált toxin ugyanolyan mennyisége szolgált a másik alkar bőrébe injiciálva. A toxint Johan magántanár eredeti Dick-törzsből állította elő és erősségét minden esetben a „standard“-toxinnal végzett összehasonlító titrálások útján állította meg. A bőrpróbara alkalmas toxinhígítás általában 1:1000 körüli volt. Az anyagot a Phylaxia-részvénytársaság szolgáltatta.

Július 19-től december 23-ig Dick-próbát végeztünk összesen 4344 esetben. Ezek között Dick-positív volt 1774 (40%). Dick-negatív: 2538 (60%). Dick-pseudo: 32.

Eseteink kor szerint elosztódása a positiv-Dick szempontjából a következő volt:

Kor	Vizsgált esetek száma	Dick-positív	Dick-positív %-ban
0-1 hó	80	6	7.5%
1-6 hó	62	12	19 %
6-12 hó	53	27	51 %
1-2 év	82	53	64 %
2-3 év	112	73	65 %
3-4 év	139	104	74 %

⁹ Orvosi Hetilap, 1925, 35. és 39. szám.

Kor	Vizsgált esetek száma	Dick-positív	Dick-positív % ban
4—5 év	169	131	77 %
5—10 év	929	559	60 %
10—15 év	1.905	642	33 %
15—20 év	517	106	20 %
20 év felett	296	61	20 %
Összesen	4.344	1.774	40 %

Összehasonlítás céljából ide iktatom az amerikai Zingher adatait, melyek számbelileg a mi statisztikánkkal megegyezők, amennyiben az ő 4570 esetével szemben a mi 4344 esetünk áll.

Zingher amerikai adatai:

Kor	Vizsgáltak száma	Dick-positív	Dick-negatív	Dick-positívok százaléka
0—hó	29	13	16	44.8
6—12 hó	42	27	15	64.2
1—2 év	123	87	36	70.7
2—3 év	140	95	45	67.8
3—4 év	207	123	84	59.4
4—5 év	237	110	127	46.4
5—10 év	1.475	522	953	35.4
10—15 év	1.690	430	1.260	25.4
15—20 év	285	75	210	26.3
20 év felett	342	61	261	17.9
Összesen	4.570	1.543	3.027	34.4

A két statisztikát figyelembe véve azt látjuk, hogy az eddig tapasztalati úton megállapított *Gottstein-féle contagiositási index (35%) alig szorul módosításra.*

Ha a két táblázatot összehasonlítjuk, feltűnik, hogy míg nálunk a fertőzésre való dispositio maximuma a 3—5 évre esik, Zingher anyagában a maximum az 1—3 évre terjedő életkorra esett. Míg a mi statisztikánkban a 0—6 hónapos csecsemők csak 12%-ban mutatnak pozitív reakciót, az egy hónappal fiatalabb csecsemők csak 7.5%-ban, az 1—6 hónapos csecsemők 19%-ával szemben, addig Zinghernél a százalék 0—6 hó között aránylag fel tűnő magas: 44.8.

A két egyetemi szülészeti klinika újszülött anyagában s a Stefánia-szövetség csecsemőanyagában érdekes és tanulságos volt az anyák és újszülöttjeik, illetőleg csecsemőjük (112 anya, 71 újszülött és 41 kététesnél idősebb szoptatott csecsemő) Dick-próbájának egymáshoz való viszonya:

I. Újszülöttek:

71 eset közül 66-ban (=93%) az anya és csecsemő reakciója egyezett, 5 esetben (=7%) különbözött egymástól. Az anyák és újszülöttjeik reakcióit a következő táblázat tünteti fel:

Anya és újszülöttje	positív 4 esetben
" " "	negatív 62 "
Anya pozitív, újszülöttje negatív	5 "

II. Csecsemők:

(2 hét—6 hó közötti szopós csecsemők)

41 eset közül 35-ben (=85%) az anya és a csecsemő reakciója egyezett, 6 esetben (=15%) különbözött egymástól.

Anya és csecsemője	positív 9 esetben
" " "	negatív 26 "
Anya pozitív, csecsemője negatív	5 "
Anya negatív, csecsemője pozitív	1 "

Az újszülöttek Dick-próbáinak elbírálásánál, mint hibaforrásokat tekintetbe kell vennünk a következőket: 1. a vékony bőr a toxin intracutan alkalmazását sokszor megnehezíti, 2. az újszülöttek erythemája a próba leolvasását nem egyszer megnehezíti, 3. nem zárható ki, hogy az újszülöttek bőre a Dick-toxinnal szemben az idősebb gyermekénél gyengébb helyi reakciót ad.

A csecsemők vizsgálatánál az újszülötteknél említett 1. és 3. hibaforrás, bár csekélyebb fokban, szintén szerepelhet.

Az újszülöttek s 6 hónaposnál fiatalabb csecsemők nagy százalékban észlelt negatív reakciója anyagunkban tudományos magyarázatát adja annak a régi tapasztalatnak, hogy újszülöttek s fiatal csecsemők vörhenyben aránylag ritkán betegednek meg. (Lásd fentebb.)

Tapasztalataink a Stefánia-kórház vörheny-osztályán:

Vizsgált esetek száma 1925 július 27-től december 23-ig 64.

Dick-tesztetek száma: 185.

Első vizsgálat az 1. héten: 44.

Ezek közül első vizsgálat	Erősen pozitív	Positív	Gyenge pozitív	Negatív
1 napon	1	1	—	—
1 "	5	2	—	3
3 "	12	7	3	2
4 "	9	3	2	2
5 "	10	2	6	1
6 "	4	—	1	3
7 "	3	—	1	2
Az 1 héten végzett első vizsg. ered. összesítve	44	3	15	13
		31 pozitív = 70.45%		
		13 negatív = 29.55%		

Ezen első heti vizsgálatokhoz a következőket jegyezzük meg:

Erősen pozitív reactio volt 3, mindháromnál enyhe volt az exanthema, de a további lefolyás teljesen typhos scarlatinának felelt meg (lemezes hámlás, stb.).

A gyengén pozitívnak minősíthető reakciók arányszáma eléggé csekély: 31 pozitív reactio közül 13.

Volt 13 negatív reactio is, ezek közül 5 esik a 6—7. napra, további 2 észlelés 1—1 Hollandi antitoxikus savó, illetőleg Moser-serum-injectio után végzett vizsgálatra vonatkozik. A többi 6 eset közül 1-nél közepes, 4-nél pedig kifejezetten intenzív volt az exanthema, 2-nél toroknekrosis is volt jelen.

A 6. eset a következő:

Béres Mária. Emphyema thoracis. Szeptember 30-án Dick negatív. Október 13. Scarlatinának megfelelő exanthema mellen, háton, combokon. Október 14. Dick ismét negatív. Exanthema eltűnt. Október 21. Exitál, a nélkül, hogy közben egyéb vörheny-tünet jelentkezett volna.

Ha ettől az esettől, melynél a vörheny-diagnosishoz kétség férhet, eltekintünk, úgy azt mondhatjuk, hogy kifejezetten negatív reactio, scarlatina 1—5. napján kivételesen ugyan előfordulhat, s ezen esetek inkább tünetekben gazdag, tipikus esetek. *Satnya, atypikus*, exanthemával járó kétes esetekben kifejezetten negatív reactio vörheny ellen szólhat, mert az enyhe tünetekkel beköszöntő scarlatinánál a Dick-test kifejezetten pozitív szokott lenni, s ezen pozitív reactio aránylag későn válhatik negatívvá.

Az első héten pozitív reakciójú 31 gyermek közül negatívvá vált:

Az 1 héten (5—6 napon)	2
2 "	16
3 "	6
4 "	5
5 "	1
6 "	1
Összesen:	31

További 20 esetről az első vizsgálat csak a II—V. héten volt megejthető. Ezek közül 7 volt pozitív, 13 negatív.

E 20 eset közül a II. héten vizsgáltatott 14, s 4-nél még pozitív, 3-nál pedig gyengén pozitív reakciót nyertünk. Ezen 7 pozitív reakciójú gyermek közül 4 még a II. hét folyamán vált negatívvá, 2 még megfigyelés alatt áll, 1 pedig (*N.... Andrács, jksz, 1764.*) tipikus scarlatina kiállása ellenére még közvetlenül az elbocsátás előtt, a 46. napon is, kifejezetten pozitív reakciót adott.

A III—V. héten végzett első vizsgálatok kivétel nélkül negatív eredményhez vezettek.

Összegezvén a sorozatos vizsgálatokat, kitűnik, hogy az eredetileg pozitív 38 eset közül

az 1 héten negatív lett	2
2 „ „ „	22
3 „ „ „	6
4 „ „ „	5
5 „ „ „	1
6 „ „ „	1
pozitív maradt	1

A pozitív Dick-test s a vörheny-fertőzésre való fogékonyság relációjára utalnak még következő adataink:

4344 Dick-test- esetünk között vörhenyt biztosan kiállottak száma 114 volt s ezek között Dick-pozitív csak 4 volt, vagyis 3.5%. A budapesti Ranolder-intézetben, hol vörheny-fertőzések fordultak elő, 1925 november 25-én tömegesen végeztünk Dick-próbát. December 4-től 10-ig négy vörheny-megbetegedés történt, és pedig három Dick-pozitív növendéknél s egy olyanánál, kinél a Dick-test kétes eredményt adott.

Dickék szerint a jobb társadalmi osztályok által látogatott magániskolák növendékei között sokkal gyakoribb (83%) volt a pozitív Dick-test, mint a nyilvános iskolák növendékeinél. Zingher úgy véli, hogy a nagy városokban, főleg a szegényebb néposztályok gyermekei, korán és gyakran kerülnek érintkezésbe a vörheny-kórokozók s enyhe fertőzések révén immunizálódnak.

Mi erre vonatkozólag nem tudunk véleményt mondani, mert idevágó adataink (mint az alábbi összeállítás mutatja) eléggé ellentétesek:

	Eset	Dick-pos.	Allítólag kiállott vörhenyt
József fiúárvaház	172	31	18%
Protestáns árvaház	140	98	65%
Szt. István reálgymnázium	351	116	33%
Zrinyi Miklós	194	59	30%

Kórházi eseteink között egy különleges esetünk volt, — egy 5 éves diphtheriás betegünkönél ugyanis, kinél a november 18-án végzett Dick-próba pozitív volt, a három héttel később végzett próba negatív eredményt adott. Lehetséges, hogy a gyermek a diphtheria-osztályon spontán immunizálódott.

A próba-oltással kapcsolatosan kellemetlen tüneteket *úgyis* sohasem észleltünk. Erősen pozitív Dick-próbánál a próba helye infiltrálttá s fájdalmassá válhatik, mindezen tünetek azonban csakhamar eltűnnek.

B) Immunizációk.

A védőoltásokat intramuscularisan adtuk a m. deltoideusba, vagy pedig a glutaealis izomzatba, és pedig hetenként, illetőleg ötnaponként.

Kezdetben kis adagokkal próbálkoztunk, így 250, 500 és 1000 bõregységet adtunk 1—1 heti időközökben, összesen tehát 1750 cutan-egységet. Tekintettel arra, hogy a védőoltás ártalmatlannak bizonyult, másrészt pedig kis adagokkal csak aránylag kevés gyermeknél tudtunk teljes eredményt elérni, az adagokat csakhamar fokozatosan emeltük.

A József-fiúárvaházban 3 oltással összesen már 2500 bõregységet adtunk és az oltások 93%-ban *eredménytelenséggel* jártak. Ezen eredményt azonban nem tekinthetjük mértékadónak, egyrészt az esetek csekély száma miatt (29 eset), másrészt pedig azért, mivel az esetek nagyrésze már az immunizálás előtt gyengén pozitív reakciót mutatott és így lehetséges, hogy ezért értünk el csekély számú bõregységekkel is aránylag igen kedvező eredményt.

A Ranolder-intézetben 3 oltással összesen 3000 bõregységet adagolva, Dick-negatívvá vált 76 eset közül 60%.

A Protestáns-árvaházban egyhétgye időközökben négy oltást adtunk: 500, 1000, 2000 és 4000 bõregységekkel, összesen tehát 7500 bõregységet és itt az eredmény 73 eset között 89% volt.

Rendelésünkön jelenleg 4 védőoltást adunk 500, 1000, 2000 és 4000 bõregységekkel, összesen tehát 7500 bõregységet, *eredménytelenség* esetén pedig még további két oltást 3000 és 4000 bõregységgel. Dickék 10.000—12.000 bõregység után 91.8%-ban láttak *negatív* testet, míg 5000—6000 egység mellett anyagukban 66%-ot tett ki a *negatív* Dick-testek száma.¹⁰ A korra csak annyiban vagyunk tekintettel, hogy 3 éven aluli gyermekeknél valamivel kisebb adagot használunk: 300, 700, 1500 és 3000 egységet, összesen tehát 5500 bõregységet.

Az utolsó védőoltás után az ellenőrző-próbaoltással legalább két hétig várunk.

N é v	Véd. oltatott	Dick-védőoltás mennyisége				össz-mennyiség	Negatív lett	Pozitív maradt
		I.	II.	III.	IV.			
József fiúárvaház	29	300,	700,	1500	—	2500	27=93%	2=7%
Ranolder intézet	76	300,	700,	2000	—	3000	46=60%	30=40%
Protestáns árvaház	73	500,	1000,	2000,	4000	7500	65=89%	8=11%
Stefánia gyermekórház	27	500,	1000,	2000,	4000	7500	19=70%	8=30%
Szt. István gimnázium	98	500,	1000,	2000,	4000	7500	46=47%	52=53%
	303 eset ¹¹						203=67%	100=33%

Folyamatban levő, de még be nem fejezett védőoltásaink összeállítására a következő:

Protestáns árvaház (bejárók)	26 eset
Állami gyermekmenhely	26 eset
Stefánia-gyermekórház	215 eset

Összesen 267 eset

Hogy a védőoltások mennyi időre immunizálják a szervezetet, erre ma még biztos feleletet adni nem tudunk. Amerikai tapasztalatok szerint másfél-két évre, esetleg hosszabb időre terjed az immunitás.

A védőoltások az esetek nagy részében semmiféle reactioval nem járnak, az esetek más részében kisebb-nagyobb reakciók mutatkoznak, amelyek esetenként különbözők voltak. A védőoltásokat követő reakciók általában az első oltás után jelentkeztek, felléphetnek azonban a további oltások után is.

I. *Helyi reactio*: az oltás helyének és közvetlen környezetének fájdalmassága, lobos pírja és infiltrációja, esetleg néhány nap múlva a köztakaró enyhe hámlása az oltás helyén.

II. *Általános reactio*: láz (az eseteknek hozzávetőlegesen 1/3 részében) 37°-tól 39.5°-ig, esetleg rázóhideggel, a láz 1—2 napig eltarthat. Esetleg fejfájás, szédülés, hányinger és hányás s gyengeség érzete. *Toxikus exanthemát*, mely vörös, sűrűn pontozott felpír alakjában lép fel már az oltást követő napon, hét esetben láttunk és figyeltünk meg, tekintettel azonban arra, hogy az oltott gyermekek egy része nem állott állandó orvosi ellenőrzés alatt, a toxikus exanthema jelentkezését gyakoribbá kell tartanunk.

Gyakorlati szempontból fontos, hogy hangsúlyozzuk, hogy ezen, az oltást követő 24 órában fellépő scarlatinászerű pontozott exanthema, mely egy-két nap után eltűnik s alig szembetűnő hőemelkedéssel jár, csak *toxikus eredetű felpír*, s így elhibázott dolog volna az ily eseteket vörhenybeteg közét tenni, isolatio céljából.

Megfigyelt eseteink a következők:

1. R... László, 8 éves, 1925 november 26-án délután Dick-próbaoltás. Este az oltás helyén a bőr 20 mm-nyi területen kipirult, kiemelkedik, kissé oedemás. November 27-én a próbaoltás 36 mm átmérőjű. Közérzet jó. Láztalan. 400 bõregység intramuscularisan. November 28-án az immunizálás helyén férfitenyényi fájdalmas infiltratio, mely felett a bőr kipirult. Torok mérsékelten belövelt. Hőmérsék 37.2° C. Délután a gyermek egyszer hányt, kissé bágyadt volt. Torok belövelt. A cutan-próba helyén a bőr kb. 8—10 cm átmérőjű, ovalis terü-

¹⁰ Journ. Amer. Assoc. 1925. 16 May.

¹¹ Az esetek kora 3—14. évre esett.

leten kipirult. Az immun-oltás helye fájdalmas. A mel- len, háton, de főképen a has alsó részén apró pontozott- ságú pír. A combok szabadok. Hőmérsék 37.4° C. Novem- ber 29-én az immunoltás kevésbé fájdalmas. A pon- tozott pír még fennáll. Torok már nem olyan belövelt. Hőmérsék 37.1° C. Közéret jobb. November 30-án láz- talan. A pontozott pír eltűnt. Az immunoltás helye alig piros, csak kissé kiemelkedő. Torok halvány. Hámlás nem jelentkezett. Vizelet fehérjementes maradt. Az immunoltásokat folytattuk, összesen 7500 bögégységet kapott. Az 1926 január 7-én végezt Dick-próba negatív.

2. Sz.... Péter, 7 éves. 1925 november 25-én Dick- test positiv. November 26-án 500 bögégység intramuscu- larisan. November 27-én bágyadt, láztalan. November 28-án hőmérséklet d. e. 38.3° C, d. u. 38.1° C. A has alsó részén, az inguinalis tájon és a combok belterületén pon- tozott pír, a bal könyökhajlatban 8-10 pontszerű vér- zés. Torok halvány. Közéret kifogástalan. Injectio helye reactiomentes. November 29-én exanthema eltűnt, vér- zések elhalványodtak. Láztalan.

3. Dr. R... Sára orvosnő. 1925 október 30-án vég- zett bőrpróba positiv (20×20 mm). November 7-én kapott 500 bögégység Dick-toxint immunoltás céljából. (Egy hét előtt kapta az első oltást 200 bögégységgel.) November 9-én reggel vette észre, hogy testén pontozott pír van. Nem hányt. Torka nem fáj. A felső végtago- kon, a feszítő végtagokon, a hát alsó részén, a glutaealis tájakra is ráterjedőleg enyhe, de kifejezetten pontozott exanthema. Torok mérsékeltén belövelt. Kissé bágyadt. Hőmérséklete 37.1° C. November 10-én exanthema vál- tozatlan. Torok belövelt. Hőmérséklet reggel 37.1° C, este 38.4° C. November 11-én exanthema elhalványulóban. Jó közérzet. Normális hőmérsék, November 12-én exan- thema eltűnt. Láztalan. November 13-tól november 30-ig láztalan. Jó közérzet. Hámlást nem észleltek. Vizelet fehérjementes. A december 23-án végezt bőrpróba gyen- gen positiv.

4. és 5. B... Pista, 4½ éves és Z... Zsuzsi, 5 éves. 1925 november 30-án Dick-test positiv (20-30 mm). December 1-én immunizálás céljából 500 bórdaogot kap- nak és utánna mindkét gyermeknél kb. 24 óra múlva hányinger, pontozott pír. Hőmérsék 37.2° C. Torokbelö- veltség nincsen. Másnapra kiütés eltűnt, hőmérsék ren- des. Hámlás nem mutatkozott.

6. E..... Stefi, 9 éves. 1925 november 26-án Dick- test positiv (25-25 mm), másnap immunizálás céljából 500 bórdaogot kap és kb. 24 óra múlva exanthema jelen- kezett (pontozott pír), hőmérsék 38° C. Másnap láztalan. exanthema eltűnt. Nem hámlott.

7. P..... Béla, 15 éves, a Szent István állami realgimnasium VI. b. osztályú növendékénél a Dick- próba 1925 november 24-én positiv reactiót mutatott (20-25 mm). Első védoltásnál, december 3-án 500 bög- égységet adtunk s ezen oltás után 12 óra múlva rázó- hideggel 39°-os láz és hányinger jelentkezett, további 12 óra múlva pedig a mellen és háton pontozott pír lépett fel. A láz egy napig tartott és izzadással szűnt meg. Iskola-orvosa (Juba m. tanár) az oltás után 48 óra múlva a következő statust találta: láztalan, torok- ban enyhe pír, mellkason, háton pontozott pír, vizelet- ben 1‰ fehérje, vizeletben alakelemeket nem találunk. Harmadik napon a kiütés eltűnt, vizeletlelet változatlan. A szülők bementése szerint a gyermek vizeletében már régebben is találtak fehérjét és orthostatikus albumi- nuriát gyanúja állott fenn. December 19-ig a gyermek jói van, nem hámlott, iskoláját látogatja.

Albuminuria még egy esetben lépett fel az immunoltásokkal egy időben. Az után-vizsgálás azonban itt is kiderítette, hogy a gyermeket már régebben figye- ltek orthostatikus albuminuriával. Bár oltásaink folya- mán vesecomplicatiót különben nem észleltünk, mégis úgy gondoljuk, hogy vesebeteg gyermeknél a védő- oltásokat kisebb adagokkal végezzük, a vizelet állandó ellenőrzése mellett.

Felmerülhet azon kérdés, hogy az immunizálás kez- detén a betegség iránti fogékonyság nem fokozódhat-e (vagyis, nem állhat-e be az ú. n. negativ phasis), erre nézve azonban semmiféle észlelésünk nem utalt.

Immunizálás közben mindössze csak egy kifejezett scarlatinás megbetegedést láttunk. A gyermek 6 éves. Vörhenye középerős volt, s szövödmény és utóbántalom nélkül folyt le.

Mint a láztábla (l. 5. ábra) feljegyzései mutatják, a Dick-test december 5-én végeztetett s az immunizációs

oltás 500 egységgel 8-án eszközöltetett s az ezt követő 24 óra után jelentkezett typosus toroktünetekkel s 39°-os lázzal a scarlatinás felpír. Ezen esetünkben, részünkről, véletlen összetalálkozást veszünk fel.



5. ábra.

C) Antitoxikus therapia.

Dickék antitoxikus lósavó előállítására azon streptococcus-törzseket használták, melyekkel embere- ken vörhenyt tudtak előidézni s Dickéknek sikerült oly savót termelniük, melyből egy cm³ elégséges volt arra, hogy 20.000 bögégységet tartalmazó toxin-mennyiséget közömbösítsen. Ezt a 20.000 bögégység-toxint közömbö- sítő antitoxin-mennyiséget tekintik Dickék „therapiás egység”-nek. Igen súlyos esetekben két therapiás egysé- get is alkalmaztak. Dickék hangsúlyozzák, hogy, miután a betegség jellege időnkint s helyenként változik, a jövőben az alkalmazandó antitoxin-mennyiség is való- színűleg más és más lesz. Tapasztalataik szerint a gyógyszerummal oltottaknál az exanthema 24 órán belül eltűnt, a láz leesett, a közérzet lényegesen megjavult, s a betegség első napján beoltottak között szövödmény és utóbetegezés nem lépett fel. A hatás tehát ugyanaz, melyet a Moser-Paltauf-savónál tapasztaltunk mind- azon esetekben, hol a serumot a betegség első, illetőleg második napján vettük alkalmazásba. Anyaguk, melyen gyógykísérleteiket végezték, eddig aránylag csekély. Míg Dickék a lovak immunizálását methodikus toxin- befecskendezéssel eszközölték, addig Dochez (N. Y.) a streptococcus-kulturát a ló nyakába fecskendezett folyé-kony agarba ojtotta, feltételezve, hogy az agar a streptococcusokat az ellentestek ellen megvédi s így időt enged nekik arra, hogy toxint termeljenek s ez- általt antitoxin-productiót váltásanak ki. Ezt a serumot beteganyag munkatársai: Blacke, Tresk és Lynch próbálták ki, és constatálták kifejezett curativ hatását. Az adag 40-60 cm³ volt. Eddigi gyógykísérleteik szü- tén csak korlátolt számúak. Az aránylag nagy mennyi- ségű fajidegen savó bevitelére az emberi szervezetbe, úgy a Dick-, mint a Dochez-féle gyógsavó alkalmazásánál, zavarólag hathat, az esetleg fellépő intenzívebb serum- betegség folytán. Ezért Dickék serumukat újabban con- centrálják, mely abból áll, hogy a serumból bizonyos eljárások segítségével mindazon fehérjéket kicsapják, melyeknek jelenléte szükségtelen, sőt az emberi szer- vezetre nem is mindig egészen közömbös. Ily módon egy, fehérjékben szegényebb és antitoxinban relative gazdagabb vérsavót állíthattak elő, melynek bevitelével szemben a szervezet sokkal kevésbé érzékeny, mint a nem koncentrált serummal szemben. Az amerikai kar- társak a gyógsavó prophylaxisus hatását is kiemelik.

Dickék legutolsó közlésükben¹² hangsúlyozzák, hogy egy therapiás dosis ne haladja meg a 20 cm³-t, s prophylaxisus adagnak a fél therapiás dosist tekintik.

Legújabban Parke Davis laboratóriuma (Detroit) antiscarlatinás serumot hozott forgalomba, melyet oly lovakból termeltek, melyeket élő kultura- és toxin- injectiókkal immunizáltak.

¹² Journ. Amer. Assoc. 1925 november 28.

Az európai irodalomban a kérdéses gyógsavó értékéről eddig csak *U. Friedemann* és *H. Delcher* (Berlin) nyilatkoztak. Eseteiket a legsúlyosabb vörheny-megbetegedések közül választották ki és 14 eset-ről számolnak be. 10. esetben Dochezserumot, 3 esetben controll gyanánt reconvalescens serumot és egy esetben normal lóserumot alkalmaztak. Eredményeik összefoglalásul azon meggyőződésüknek adnak kifejezést, hogy az antitoxikus vörheny-serumban oly gyógyhatányra találtunk, melynek alkalmazásával az eddigi specifikus eljárásokat felülmúló eredményünket érhetünk el.

Saját magunknak immun-serum hiányában tapasztalataink a *Dick*- és *Dochez*-féle gyógsavó hatásáról nincsenek, remélhetőleg azonban a közeljövőben már alkalmunk nyílik gyógykísérletek megtételére.

Következtetéseink:

1. A *Dick*-féle bőrpróbáról szerzett tapasztalataink jórészt fedik *Dick*-ék és amerikai utánvizsgálóik tapasztalatait s mi is úgy véljük, hogy a bőrpróba pozitív eredménye s a vörheny iránti fogékonyság között összefüggés áll fenn. A próba teljesen veszélytelen. A próba elvégzéséhez kifogástalan toxinoldatra van szükség s az intracutan-oltás technikája kifogástalan kell, hogy legyen.

2. A toxinnal való activ immunizálás, methodikus toxinfecskendezéssel az esetek zömében a szervezetet a *Dick*-próba negatívvá teszi. A további gondos adatgyűjtés s azok feldolgozása szükséges egyes részletkérdések (így az immunitás tartama stb.) tanulmányozása céljából. Az eljárás gyakorlott orvos kezében, kifogástalan toxinoldattal, megfelelő toxinosírozás mellett, veszélytelen. Az itt-ott előforduló toxikus erythemás megbetegedések nem bírnak nagyobb jelentőséggel s enyhe lefolyásúak. Ezek a toxikus erythemák nem tekinthetők vörhenynek.

3. Az antitoxikus kezelés gyógyító hatása az amerikai közlések alapján bebizonyítottnak vehető, gyakorlati alkalmazása azonban a szakemberek részéről még további tanulmányt igényel. Saját magunknak tapasztalataink a *Dick* és *Dochez*-féle immunserummal eddig nincsenek.

4. *Dick*-ék nagy lépéssel vitték előre a vörheny aetiológiájának megismerését s a *Dick*-ék által inaugurált eljárás már a jelenben is szembetűnőbb gyakorlati eredményt mutat fel s remélhetőleg oda fog hatni, hogy a vörhenyjárványokkal a jövőben eredményesebben fogunk megküzdeni.

Vizsgálataink eredménye alapján azt javasoljuk az Egészségügyi Reformirodának, melynek felszólítására az eddigi munkát végeztük, hogy a *Dick*-oltások körül követendő eljárásnak az orvosi gyakorlatba bevezetéséről a népjóléti miniszterhez előterjesztést tegyen. A miniszter ebben a kérdésben kétségkívül az Országos Közegészségügyi Tanács véleményének meghallgatása után fog intézkedni.

III. A *Dick*-féle oltásokból levonható tapasztalatok. (A vidéken végzett oltásokról.)

Írta: *Johan Béla dr.* egyetemi magántanár.

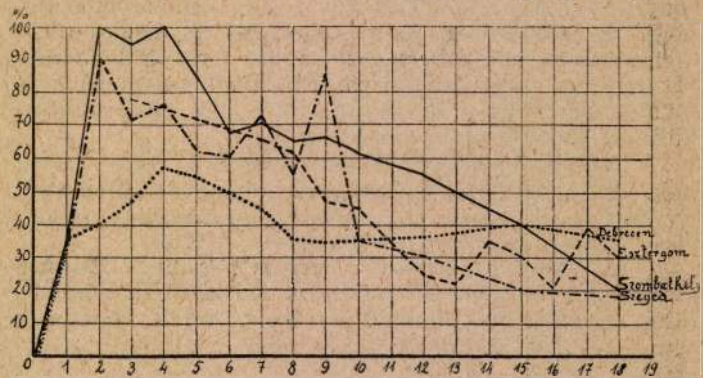
Mint előadásom első felében említettem, a vörhenyre vonatkozó kísérleteket nem lehet állatokon végezni, mert ezek a vörhenyvel szemben védettséget mutatnak. Ezért a *Dick*-házaspár eredményeinek ellenőrzésére csak egy mód kínálkozik és ez az, hogy emberekben próbálkozzunk a *Dick*-próbaival és a védőoltással.

Az ilyen kísérlettől nem lehet választ várni akkor, ha csak egy-két emberen végezzük, itt tömegkísérletre van szükség. Mikor ezt átláttuk, akkor az Egészségügyi Reformiroda segítségét vettük igénybe, hogy ezt végrehajthassuk. Mivel pedig embereket akartunk oltani, informálnunk kellett a közönséget, hogy miről is van szó. Egy újságcikkben elmondtuk, hogy munkánk csak kísérlet, az eddigi tapasztalatok

szerint veszélytelen és ezért kértük, hogy segítsenek minket ennek végrehajtásában. A felszólításnak szinte nagyobb lett a hatása, mint kívántuk. Egymásután jöttek a megkeresések városokból, községekből a Reformirodához, hogy ebben a kísérletben részt kívánjanak venni. Az oltások nagyobb számban való végzését megkönnyítette, hogy a *Phylaxia Serum*termelő ingyen bocsátotta rendelkezésre az oltóanyagot.

Velünk párhuzamosan, bár nem ugyanazon methodus szerint Budapest székesfőváros iskoláiban *Végh* tisztifőorvos úr *Vas* tanár úrral karöltve szervezte meg a *Dick*-féle próbák és a *Gabritschewsky*-féle vörhenyvédőoltások munkáját. Az ő nagy, értékes munkájuknak köszönhetjük, hogy módunk lesz arra, hogy egy város területén is összehasonlíthassuk a *Dick*-féle védőoltások és a *Gabritschewsky*-féle vaccinálások eredményét és a jövőben azt a technikát válasszuk, amely jobbnak, eredményesebbnek bizonyul.

Hogy az oltási és leolvasási technika egyöntetűségét biztosítsuk, ezért, ha valamely község, város előjárósága ez ügyben hozzánk fordult, úgy felszólítottuk, hogy küldjön Budapestre, vagy valamelyik vidéki klinikára, hol a *Dick*-próbaival foglalkoznak, egy vagy két orvost, aki ott elsajátítsa az oltás és leolvasás technikáját. Ahová vidéken eddig oltóanyagot adtunk, mindenütt a tisztí főorvossal, vagy az általa megbízott orvossal léptünk csak összeköttetésbe, egyrészt, mert a vezető tisztiorvos a város vagy község egészségének



1. ábra. A *Dick*-pozitív esetek százaléka az egyes életkorokban (0-18 életévekben) négy vidéki városunkban.

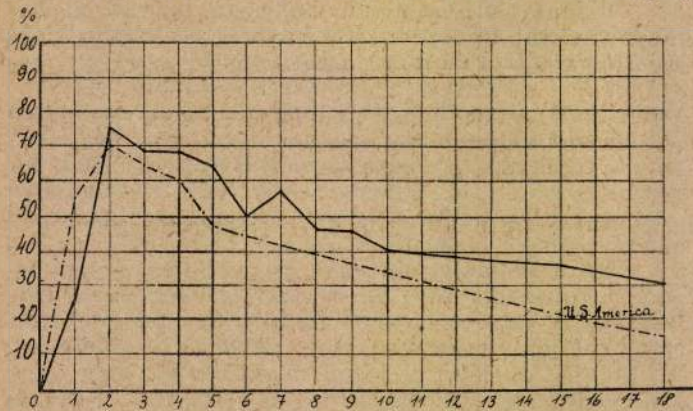
hivatott öre, másrészt csak ő van abban a helyzetben, hogy később ellenőrizze az oltások eredményét. (A Budapesten gyűjtött adatokat is *Bókay* professor úr a további, egy központban történő ellenőrzés céljából át fogja adni a fővárosi tisztí főorvos hivatalnak.)

A község megfelelő informálása, az iskolai hatóságokkal való megbeszélés után elkezdődtek az oltások a *Dick*-féle próbával. Az egyes gyermekeken végzett *Dick*-féle próbák eredményéről pontos feljegyzések készültek. Ezekről a részletes jelentéseket a Reformiroda rendszeresen megkapta. Nem akarom sorra megemlíteni mindazoknak a vidéki, városi tisztí főorvosoknak és más kollégáknak a nevét, akik ezek az adatoknak a gyűjtésében értékes munkájukkal segítségünkre voltak, csak az eredményeket mutatom itt be. A december hó végéig beérkezett jelentéseket dolgoztuk fel. Eddig már jóval 12.000 felett van a vidéken *Dick*-próbaival vizsgált egyének száma. A statisztikánkban 9275 *Dick*-próba eredményeit dolgoztuk fel, amelyekben a statisztikánkhoz szükséges összes adatok a rendelkezésünkre állottak.

Az 1. ábrán látható 4 görbe négy vidéki városban végzett *Dick*-féle próbákkal nyert adatokról számol be. A görbék a *Dick*-pozitív-esetek százalékát mutatják az egyes életkorokban. Az erős melkedés a 2. életévre esik. A szombathelyi görbén láthatjuk, hogy ott a 2 éves gyermekeknek majdnem 100%-a volt *Dick*-pozitív. A *Dick*-pozitív esetek száma a 3. életévtől kezd csökkenni és a 18. életévben 15-20% körül van.

A *Dick*-pozitív esetek számának ilyen különbözősége különböző okokra vezethető vissza. Gondolhatunk

arra, hogy az oltás és leolvasás technikája talán nem volt egyforma. Nem hiszem, hogy ebben nagyobb eltérések lehettek, mert az oltó-orvosok látták azt a technikát, amelyet *Bókay* professor klinikáján gyakorolnak. Az oltóanyag különbözősége sem szerepelhet, mert nem változtattam a toxint, mindenüvé a Dick-próbák céljára a III. sz. toxinunkból készült hígításokat küldtem. Gondolnunk kell tehát arra a lehetőségre,

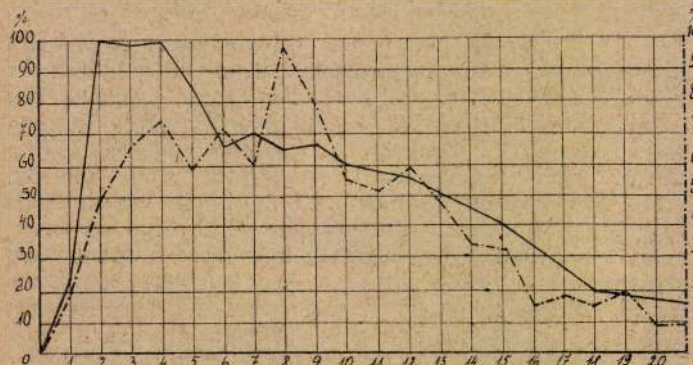


2. ábra. A Dick-positív esetek százaléka az egyes életkorok szerint Magyarországon (9275 Dick-oltás alapján) és Amerikában (Zingher 7700 Dick oltása alapján).

hogy az oltottak viselkednek az egyes városokban bizonyos fokig különbözőképpen. Így pl. szembeötlő, hogy Szombathelyen jóval több volt a Dick-positív esetek száma, mint Debrecenben. De ilyen különbségeket egy-egy város különböző iskoláiból származó adatoknak elemzésekor is láttunk és ennek előfordulását külföldi szerzők is megemlítik.

Ezután összevetettük úgy ennek a négy városnak, mint több kisebb-nagyobb községnek Dick-positív eseteit és ennek százalékos előfordulását különböző életkorokban szintén görbével jeleztük.

A 2. ábra mutatja ezt. Melléje rajzoltuk *Zingher* számadatai alapján az Egyesült Államokban *Zingher* által végzett, 7700 Dick oltott között talált Dick-positívnek a százalékszámát. A két görbe igen nagy hasonlóságot mutat. Az eddigi adataink szerint úgy Amerikában, mint Magyarországon a 2. életévre esik a legtöbb Dick-positív gyerek. De feltűnik az is, hogy a magyarországi görbe mindenütt az amerikai görbe felett van, vagyis ez azt jelentené, hogy minálunk több a vörhenyre fogékony gyermek, mint Amerikában. (Másképpen azonban ha sok gyermek átesett vörhenyen



3. ábra. A szombathelyi Dick-positív esetek százaléka és a szombathelyi vörhenymegbetegedések (1919—1925) százaléka az egyes életkorok szerint. A kihúzott vonal jelzi a Dick + eseteket, a szaggatott vonal a morbiditást. Előbbihez tartozik a bal-, utóbbihoz a jobboldali %-mérték.

úgy érthetővé válik az, hogy csak kevesebb marad Dick +. Ebben a dologban egyelőre nem látunk tisztán.) De kereshetjük az okot abban is, hogy talán a mi toxinunk erősebb, mint az amerikai standard toxin? *Bosányi* tagtárs úr hozott magával a Dick-házaspártól toxint. Az ezzel készített Dick-próbát ugyanegy egyénen összehasonlítva a mi toxinunkból készült Dick-próbákkal, *Paunz* és *Csoma* kollégák összehasonlító vizsgálataiból kiderült, hogy a mi toxinunk erő-

sebb pozitív reakciót, tehát egyszersmind több pozitív reakciót ad, mint az amerikai toxin. Nem tudom azonban teljesen kizárni azt sem, hogy az Amerikából kapott toxin az utazás közben gyengébb lett (3 hónapig utazott *Bosányi dr. úr* bóröndjében), akkor pedig tényleg azt kellene feltételezni, hogy több a pozitív reactio nálunk, mint Amerikában.

A toxinok erőssége, tehát a használt toxin hígításának a foka itt nagyon fontos szerepet játszik. Sikeresül negatív egyénen kiváltani pozitív reakciót akkor, ha a toxint kevésbé hígított állapotban használom. Minél kevésbé hígítom a toxint, annál erősebb reakciókat kapok, de a pozitív esetek száma is emelkedik; azok az esetek, amelyek egy erősebben hígított toxinnal csak gyenge 3 mm-es, s így negatívnak jelzett piros foltot mutatnak, kevésbé hígított toxinnal olyan reakciókat adnak, amely kifejezetten pozitívnak számít. Ezért fontos az, hogy a reakciók jól titrálts, mindig egyfomán hígított toxinnal készüljenek, ami különösen fontos, ha a reakciókat egymással össze akarjuk hasonlítani.

Hogy megállapítsam, hogy a gyenge, közepes és erős (+, ++ és +++ pozitív) reakciók milyen arányban szerepelnek, átnéztem és ilyen szempontból összeállítottam *Niedermayer* kolléga úrnak, a szombathelyi gyermekmenhely igazgatójának, a Dick-próbákra vonatkozó igen pontos jelentéséből a később védőoltásra került pozitív Dick-eseteket százalék szerint. Három csoportba osztva a Dick-próbák eredményeit erősségük szerint kiderült, hogy 1005 Dick pozitív egyén közül:

+ pozitív volt 49.5%
++ pozitív volt 31.9%
+++ pozitív volt 18.6%

A további vizsgálatainkban kiderült, hogy a reactio különböző voltának fontos szerep jut abban, hogy az egyének a védőoltáskor hogyan viselkednek. A Dick-próbák eredményei alapján a Dick-előírás szerinti védőoltásokat is elvégeztük; eleinte, — a non nocere elvet tartva szemünk előtt —, ép úgy, mint az amerikaiak kis toxinmennyiségeket használtunk. Először 100, 250, 500, majd később 250, 500, 1000, 2000 és 4000 bóradagot és esetleg még ennél is többet adtunk. A szombathelyi védőoltások abba a periodusba estek, amikor még csak 500, 1000, 1500 bóradagot, együttvéve tehát 3000 bóradagot adtunk. A kimutatás szerint e három oltás után Dick-negatív lett az előzőleg Dick-positívek 84%-a, Dick-positív maradt 16%. Érdekelte tudni, hogy mi a magyarázata annak, hogy ezt a 16% gyereket az a toxinmennyiség nem immunizálta, amely elég volt a többi 84% gyermeknek. Ezért összeállítottam az oltásokat olyan szempontból, hogy az +, ++, illetve +++ gyermekek hány százalékát sikerült Dick-negatívvá tennem ugyanannyi toxinnal? És ekkor a következőket találtam:

1045 egyén közül 3000 bóradagra negatív lett 84%, pozitív maradt 16%.

Az előzőleg + pozitív egyének közül negatívvá lett 94.8%, pozitív maradt 5.2%. Az előzőleg ++ pozitív egyének közül negatívvá lett 80.7%, pozitív maradt 19.8%. Az előzőleg +++ pozitív egyének közül negatívvá lett 61.5%, pozitív maradt 38.5%.

Ebből az következik, hogy az a toxinmennyiség, amely 5% kivételével képes az összes gyengén (+) Dick pozitív egyéneket Dick-negatívvá átváltoztatni, csak az esetek 61.5%-ában bizonyult elegendőnek az erősen (+++) pozitív egyéneknél. Ezeket az így pozitívnek megmaradt egyének nagy részét sikerült egy vagy két következő toxininjekcióval negatívvá tenni. Ebből tehát az következik, hogy míg a gyengén Dick-positív egyéneknél kevesebb, addig az erősen Dick-positív egyéneknél több toxin kell ahhoz, hogy negatívvá váljanak, s így a gyakorlatra nézve azt a következtetést állapítanám meg, hogy az erősen pozitív egyéneknek az immunizálásakor nekik több oltást és így több toxint adjunk, mint a gyengén pozitív egyéneknek. A

Szombathelyen használt 3000 bőradag úgy látom kb. az a minimum, amivel gyengén positiveknél még elég jó eredményt érhetünk el. A jövőben ezeknél is mindenesetre ezen *minimum fölé* fogunk emelkedni legalább 1000 esetleg 2000 bőradaggal. A +++ pozitív egyéneknek pedig ennél is többet fogunk adni.

Feleletet törekedtem ezután találni saját tapasztalataink alapján is arra a kérdésre, hogy vajjon *van-e parallelizmus a pozitív Dick-reactiók és a morbiditás görbéje közt?* Vagyis tudom-e azt konstatálni, hogy a legtöbb gyermek abban a korban betegszik meg vörhenyben, amely életkorban a legtöbb a Dick-pozitív gyermek.

Niedermayer kolléga úr szívésségéből megkaptam Szombathely városában 1919—1925. végéig bejelentett scarlatina eseteket. Ebből kiszámítottam, hogy 1—18-ig az egyes életévekre hány százaléka esik a megbetegedéseknek és aztán ezt felrajzoltam egy görbébe. Ez a görbe (mint a 3. ábra mutatja) a 8-ik életévben culminál. (Más adatok szerint a 5—8 évek közt fordul elő a legtöbb vörheny). Ha a melléje rajzolt Dick-pozitív reakciók szombathelyi görbáját nézzük, úgy azt találjuk, hogy a Dick-pozitív esetek görbéje a 2—4 életévek közt culminál. Ha a pozitív Dick-reactiónak tehát értéket tulajdonítunk a fogékonyság, a vörhenyre való dispositio megállapításában, azt is hozzá kell fűzünk, hogy ez még nem jelenti azt, hogy az erre diszponált gyermekek mind meg is fognak betegedni vörhenyben, mert hogy a *megbetegedés* bekövetkezik-e, illetve *mikor következik be, ez a belső dispositión kívül még számos más körülménytől is függ, így elsősorban attól, hogy az a gyermek ki van-e téve a fertőzés lehetőségének.* Ez az exponáltság mindenesetre kisebb fokú az életének első és második évében, mint az iskola-köteles korban.

Az oltások közben többször felmerült az a kérdés, hogy az *immunizáló oltások nem teszik-e az oltottakat közvetlenül az oltás után egy-két napra a vörheny-fertőzésre fogékonyabbá, mint voltak.* Vagyis fellép-e az oltások után a szervezet védekezőképességében egy negatív phasis? Ez a kérdés természetesen nemesak itt, hanem minden más activ immunizáláskor is felvetődik, így typhus-, cholera védőoltások alkalmával. Régebbi, typhusoltásokra vonatkozó, katonai kórház typhus-osztályának védőoltás alatt álló ápolószemélyzetén gyűjtött megfigyeléseim szerint ennek a negatív phasisnak úgylátszik különösebb gyakorlati jelentősége nincs. Mindamellét azt ajánlanám, hogy olyankor végezzük a Dick-féle oltásokat, amikor még nincsenek vörhenyesetek. De ha már lekéstünk, úgy azt mondanám, hogy amint a typhus- vagy cholerajárvány idején nem várunk — a negatív phasistól való félelmünkben —, addig, amíg a járvány teljesen lezajlott, a vörheny-nél sem látok tiltó okot arra, hogy a Dick-oltásokat meg ne kíséreljük, ha a városban egy-két vörhenyeset elő is fordul. De nem szabad természetesen azt várnunk, hogy az első oltások után több eset nem fordul elő és azt sem szabad az oltások rovására írunk, ha a járvány idején az első oltások utáni napokban egy-egy oltott gyermek is vörhenyt kap.

Osszefoglalva, végül a Dick-féle próbára és védőoltásra vonatkozólag tapasztaltakat, azt kell mondanunk, hogy a *Dick-féle próbával és védőoltással való további kísérletezést érdemesnek gondolom.* A védőoltás a Dick-féle tapasztalatai szerint olyan biztató eredményeket mutatott, amelyeket nekünk nem szabad kipróbálás nélkül hagynunk. Természetesen hosszabb idő kell, hogy ennek az értékét a gyakorlatban konstataálhassuk. A Dick-féle próbára vonatkozólag pedig azt találtuk, hogy a pozitív esetek görbéje két egymástól távol levő helyen, nálunk és az Északamerikai Egyesült Államokban, nagyjában egyforma lefutást mutat. Ez amellét szól, hogy e reakcióknak az eredménye nem véletlenül múlik, hanem az emberi szervezetben rejlő valamely törvényszerűségein alapszik. Hogy pedig a próba másképpen viselkedik a vörheny előtt és — megváltozva a betegség lefolyása alatt —, másképp visel-

kedik a reconvalenscentiában, arra mutat, hogy pozitív ill. negatív volta úgylátszik tényleg összefügg valamiképpen a vörhenyre való hajlamosság, illetve a védettség állapotával. S mivel a természet oly ritkán engedi meg, hogy megismerjünk egy-egy szélesebb köröket uraló törvényszerűségeket, meg kell ragadnunk az alkalmat, hogy ezt minden vonatkozásában felderítsük, még ha egy idő múlva azt is látjuk, hogy nem sikerül ennek segítségével elérni mindazt, amit ezzel elérni reméltünk.

A kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női-klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyetemi ny. r. tanár).

A placenta praevia therapiája.

Írta: Felletár József dr. klinikai tanársegéd.

(Második, befejező közlemény.)

Általában a conservativ therapia egyik főelve az, hogy placenta praevianál a magzat élete nem respektálandó, illetve elhanyagolandó az anya érdekével szemben. Már pedig éppen a placenta praevia az a szövődemény, ahol az anya és a magzat érdeke élesen szemben áll, ellenkezik egymással. Egyedül az a körülmény, hogy az activ therapia úgy az anya, mint a magzat érdekét egyformán szolgálja anélkül, hogy ezzel egyiket, vagy másikat károsodás érné, elegendő arra, hogy egyéb előnyei nélkül is a placenta praevia kezelésében a legnagyobb fokban propagáltassék.

Míg a rendes helyén tapadó lepény a méh contractióinak hatására tapadási felületének megkisebbedése következtében válik le, addig az elől fekvő lepény tapadási felülete a méh alsó szakaszának distractiója következtében megnagyobbodik és ez okozza a lepényleválást. Ez tehát részben már a tágulási szak alatt következik be. A méh kiürülése után a méh alsó szakaszának contractiói kell, hogy a lepény leválását teljessé tegyék s az uteroplacentaris erek vérzését szüntessék. *Sellheim* szerint a méh alsó szakaszának gyengébb izomzata, annak renyhébb contractiói erre nem elegendők. Elsősorban ezért ajánlották *Krömig* és *Sellheim* a sectio caesareát placenta praevianál, mivel itt nem kell a méh alsó szakaszának megnyílását bevárunk, hanem előbb avatkozhatunk be, a méh alsó szakaszának distractióját elkerülhetjük, illetve megelőzhetjük. E feltevés azonban — mint azt *Hitschmann* kimutatta, és azóta többen, így *Hofmeier*, *Heinlein*, *Depken* is megerősítették — nem felel meg a valóságnak. E theoria szerint majdnem minden esetben placenta praevianál a lepényi szak abnormis lenne, nagy vérzésre kellene számítanunk, holott a valóságban, ha egyszer a lepény megszületett, a legtöbb esetben a vérzés megszűnik, vagyis a méh alsó szakaszának izomzata feladatának a lepényi időszakban az esetek nagy részében meg tud felelni. Eseteink 73.4 százalékában a lepény spontán távozott: 18.5%-ban *Credé*-re, 8%-ban pedig lepényleválasztás mütétét végeztük. Tehát az esetek 27%-ában volt a lepényleválásnak zavara miatt beavatkozásra szükség. Azonban e számmal figyelembe kell vennünk azt a körülményt is, hogy placenta praevianál sok esetben csak az asszony erősen kivértett állapota miatt, minden további vérvesztés elkerülése s a szülés mielőbbi befejezése végett avatkozunk be:

	Hitschmann	Hiess	Ballhorn	Gänssle
Spontán .. (2548 eset)	75.8%	63 %	17.9%	32.3%
<i>Credé</i> (327 eset)	12.8%	9.3%	74.5%	47.3%
Leválasztás (292 eset)	11.4%	27.6%	6 %	20.4%

Mint látjuk, az újabb közlemények idevonatkozó adatai meglehetősen eltérőek. Bizonyító erejű azonban *Hitschmann* nagy statisztikája, amely 23 dolgozatból állította össze a lepényi szak lefolyását.

Prolapsus placentae, vagyis ama ritka jelenség, hogy a placenta a magzat előtt születik meg, összesen

három esetünkben fordult elő. Egy esetben placenta praevia totalisnál, ahol hüvelytamponade mellett spontán szülés következett be, a tampon mögött megszületett a lepény s csak ezt követte közvetlen a far. Másik esetünkben gemininél placenta praevia partialisnál az első koramagzat spontán koponyafekvésben megszületett, utána az első lepény, majd azután a második koramagzat farfekvésben. Végül egy esetünkben harántfekvés, lábfordításnál a lábbal együtt az egész lepény is megszületett, a halott magzat csak jóval később jött a világra.

Nagyobb atóniás vérzés a lepény távozása után 22 esetben 9-4 százalékban fordult elő. A distrahált méh alsó szakasz izolált atóniájáról egy esetben sem találtunk feljegyzést fejlapjaink adatai között. Cervixlaesio 12 esetben 5-3 százalékban fordult elő. *Hitschmann* a lepény távozása után összesen csak 8 százalékban talált vérzést, beleszámítva a lágyrészsérülésekből eredő vérzéseket is. *Hiess* 12-9%, *Ballhorn* 8-1% atóniás vérzésről számol be. A lepény hiányossága miatt betapintást és cotyledo-leválasztást 14 esetben végeztünk. Dührsen-tamponadet 18 esetben 8%-ban alkalmaztunk, Momburg-vertelenítést 9 esetben 4%-ban; ebből két esetben a beállott nagy vérzés leküzdésére, ellenben hét esetben prophylatikusan, közvetlen a magzat megszületése után, hogy a lepényi szakban minden vérvesztésüket elkerülhessünk. Placenta praeviánál a lepényi szak vérzései nem annyira gyakoriságuk, avagy profus voltak miatt bírnak nagyfontossággal, hanem azért, mivel a táglási szak vérzései után minden további vérvesztés nagyjelentőségű, esetleg kisebb vérzés is végzetes lehet. Éppen azért placenta praeviás kivérzett szülőnőinknél atóniás vérzés esetén nem próbálhatjuk végig a különböző vérzéscillapító eljárásokat, hanem lehetőleg a legjobb, a biztos eljárást kell alkalmaznunk. Mi a Dührsen-tamponadet placenta praeviánál is ilyen, a vérzést jól csillapító eljárásnak találtuk és éppen legsúlyosabb eseteinkben teljes eredménnyel alkalmaztuk (2 placenta increta-esetünk kivételével). Ismételt tamponadera egy ízben sem volt szükség. Dührsen-tamponade után csak öt esetben volt lázas a gyermekágy, egy anyát pedig placenta accreta után, ahol a gyermekágyban betapintásra volt szükség, sepsisben elvesztettünk. Egyébként az újabb közlemények szerint *Hiess* 8-9%, *Ballhorn* 15-7%, *Gänssle* szerint pedig 52-8%-ban alkalmazták a Dührsen-tamponadet. Különösen a tübingeni klinika alkalmazza nagy előszeretettel, s bár 48 óráig is bennhagyják a tampon, a gyermekágyi morbiditási statisztikájuk jónak mondható. Míg *Döderlein* az élükön a klinikusok nagyrésze a Dührsen-tamponadénak híve, addig *Bumm* a placenta praeviánál teljesen elveti, szerinte ahol a tamponade segít, ott nem volt rá szükség, ellenben a súlyosabb esetekben hiába alkalmazzuk, átverzik a tampon, újabb tamponálásra van szükség, míg végül is az asszony elvérzik. *Kupferberg* a tamponálást placenta praeviánál úgy ajánlja, hogy a lecsüngő, petyhüdt méhszájlebenyeket is betűri a méh ürébe s a tamponnal a méh falához szorítja.

A lepény tapadásának rendellenessége, szívósabb lapszerinti tapadás éppen a decidua hiányosabb fejlettsége következtében placenta praeviánál aránylag elég gyakori. Ellenben nagyon ritkán találkozunk ama jelenséggel, midőn a bolyhok mélyen a méh falába, az izomszövet közé burjánoznak be, az ú. n. placenta accreta, helyesebben incretával. A lepény tapadásának ezen rendellenességére a szülés alatt semmi jel sem mutat, a placentáris szakban azonban a lepény leválása késik, esetleg bővebb vérzés is jelentkezik. Mivel az ismételt Credé-expressio teljesen eredménytelennek bizonyul, lepényleválasztásra kell elhatározni magunkat. S ekkor a lepény csak apró darabokban téphető ki a méh falából, a vérzés mindjobban fokozódik és percek alatt az asszony elvérzik, mielőtt még a lepény leválasztását befejezhették volna. *G. Braun* ilyen esetben szoros Dührsen-tamponadet ajánlott, *Budin* pedig a méh totalis exstirpációját. Három esetben talákoztunk placenta incretával, mindhárom esetben a méh tökéle-

tes kiürítése nélkül a lepény nagy részének eltávolítása után Dührsen-tamponadet végeztünk. Két esetben az asszony elvérzett, egy esetben a tamponaddal sikerült az asszonyt a momentan elvérzéstől megmenteni, később a gyermekágyban kellett az ismétlődő nagy vérzések miatt beavatkozni s a visszamaradt lepényrészeket eltávolítani, az asszony azonban sepsisben elhunyt.

Mielőtt még a gyermekágyi morbiditásunk tárgyalását elkezdenénk, még a placenta praeviás szülésnél előforduló néhány complicatióval kell foglalkoznunk. Ikerszülés összesen 7 esetben fordult elő; ebből 1 abortus, 4 koraszülés; 3 esetben nem életképes koragyermekkel és 2 kiviselt terhesség volt. Mindkét gyermek koponyafekvésben helyezkedett el egy ízben, mindkettő farfekvésben 1 esetben, a többi 4 esetben koponyafekvés mellett medencevégű fekvést találtunk.

Mivel a lepénnyel együtt a köldökzsinór tapadási helye is a méh alsó szakaszába, a méhszáj közelébe kerül, könnyen érthető, hogy a köldökzsinór előesés lehetősége is sokkal nagyobb lesz, amellet, mint az előzőekben láttuk, harántfekvés, valamint medencevégű fekvés együtt 18%-ban fordulnak elő, már pedig e fekvési rendellenességek mellett a köldökzsinórelőesés gyakorisága már rendes szülésnél is sokkal nagyobb. Placenta praeviánál összesen 13 esetben 5-8%-ban fordult elő. Természetesen a köldökzsinórelőesés itt is a magzat szempontjából nagyon kedvezőtlen complicatio és szintén hozzájárul ahhoz, hogy placenta praeviánál a magzati mortalitás általában oly nagy.

Szűk medence csak három esetben fordult elő, ekkor is csak kisebb fokú, a szülés lefolyását lényegesen nem befolyásoló volt a szűkület.

Myoma uteri összesen öt esetben fordult elő. Mindenesetre e kicsiny szám nem erősíti meg ama elég általános felfogást, hogy myoma, különösen pedig a nagyobb myomgócok placenta praeviára praedisponálnak. Három esetben per laparotomiam fejeztük be a szülést, köztük kétszer a méh supravaginalis amputációját is elvégezve. Egyik esetünkben a bemenetet szűkítő nagy góc miatt a magzat fejének kisebbitését kellett végeznünk; egy esetben pedig az utoljára jövő fej perforációját vált szükségessé.

Egy ízben petefészekdaganat fordult elő, mivel az alsó polusát sikerült a szülés alatt a kis medencéből kiemelni, a szülés lefolyására lényeges hatással nem volt, a gyermekágyban sem okozott semmiféle zavart.

Egy esetünkben nephropathia, retinitis albuminuricával tette még súlyosabbá a helyzetet, egy ízben pedig eklampsia fordult elő, mindkét anya állapota a szülés után rövidesen javult, amiben a mindkét esetben nagyobb fokú vérvesztés mindenek szerint jelentős szerepet játszhatott.

Általában ismeretes, hogy a placenta praevia gyermekágyi morbiditása magas; erre már a mondottak alapján is számítanunk kell. Egyrészt az előlfekvő lepény, a megnyílt erek a fertőzés számára könnyen elérhető kaput alkotnak, másrészt azonban a gyakori belső vizsgálat, a hüvelytamponade, általában a művi beavatkozások a fertőzés lehetőségét növelik.

A gyermekágyban lázas volt összesen 57 = 24-4%, ebből egy-két napig lázas 26 = 11-1%, 3-4 napig lázas 9 = 3-8%; huzamosabb ideig lázas volt 22 = 9-4%. Ha a könnyebb eseteket, az egy-két napig lázaskodókat leszámítjuk, tulajdonképeni gyermekágyi morbiditásunk 13-2%-nak vehető. Feltűnő azonban, hogy aránylag nagy számban találjuk éppen a sokáig tartó, a súlyosabb jelentőségű gyermekágyi lázat. Sepsisben elhalt 7 asszony = 3%. *Hitschmann* szerint placenta praeviánál az elvérzés és a sepsis aránya 3:1. Nálunk ez az arányszám lényegesen megváltozott, mivel ugyanannyi anya pusztult el sepsisben, mint elvérzésben. Ez a körülmény, valamint a súlyosabb gyermekágyi lázak aránylag nagyobb száma részben arra vezethető vissza, hogy szülőnőink nagy részét belső vizsgálatok s gyakran minden sterilitás nélkül végzett tamponade után kapjuk klinikánkra.

Hét szülönőnk elvérzett. Ennek oka a legtöbb esetben nem a therapiában keresendő, hanem éppen abban, hogy a segítség későn érkezik. Ilyen esetünk négy volt. Egyiknél a teljesen kivérzett szülönő (placenta praevia totalis) beszállítás után rögtön, még vizsgálat előtt exitált; másik esetünkben a súlyos anaemiás állapotban beszállított szülönőnél azonnal Braxton-Hick fordítást végeztünk (placenta praevia totalis), a vérzés szűnt, azonban az asszony még a magzat megszületése előtt exitált. Harmadik esetünkben (placenta praevia totalis) a súlyosan kivérzett szülönőnél, hogy minden további vérvesztést elkerülhessünk, sectio caesarea classicával fejeztük be a szülést. A műtét minden számbavehető vérvesztés nélkül folyt le, azonban az asszony a már kiállott vérzés következtében két órával a műtét után meghalt. Végül ide tartozik a már előbb említett VI. hónapos abortusunk is. Mind a 4 esetünkben a boncolás sem talált lágyrész-sérülést vagy más egyéb halálokat. Egy esetünkben cervixrepedés volt nagy atonia mellett a halál okozója, két esetben pedig placenta increta. A többi 3 anyai halálzásunk nem írható sem a megbetegedés, sem pedig a therapia rovására. Kétszer ugyanis a boncolás is kifejezetten szívhalál diagnózisát állapította meg: az egyik esetben Braxton-Hicks fordítás, az utójára jövő fej perforációja, majd spontán lepenyeválás után atoniás vérzés miatt Dührsen-tamponad t végeztünk, 12 órával a szülés után a jó állapotban lévő nő hirtelen meghalt. A másik esetben sectio caesarea classica és amputatio supravaginalis műtete végén, az addig jó pulzusú asszonynál a műtőasztalon hirtelen kimaradt a légzés, majd a szívműködés is. Itt narkosishalálra is kell gondolnunk. Végül egyik gyermek-ágyasunk lázas állapotban egy őrizetlen pillanatban öngyilkosságot követett el.

Ha statisztikánk két főadatára fordítjuk figyelmünket, a 72%-os anyai mortalitásra és az 58,9%-os magzati mortalitásra, úgy konstatálnunk kell, hogy a mi kimondottan conservatív therapiánk eredményei nem a legjobbak. Lássuk különben a conservatív therapia eredményeit egyéb újabb közlemények alapján: *Schoenholz* (Düsseldorf) 5,9% anyai, 62% magzati mortalitást talált. *Hitschmann* az irodalomból összegyűjtött 5116 placenta praevia után 7,6%-nak találta az anyai mortalitást. *Ballhorn* (Mainz) 8,3% anyai, 52,4% magzati mortalitást. *Gänssle* (Tübingen) 8,6% anyai, 65,2% magzati mortalitást. *Depken* (Brémen) 9,4% anyai, 58,1% magzati mortalitást; végül *Stöckel* 11,5% anyai, 58,9% magzati mortalitást talált. Amint ezen az újabb közleményekből összegyűjtött adatokból látjuk, a mi klinikánk eredményei aránylag még elég jónak is mondhatók. Ha azonban az újabb sectio caesareával kezelt placenta praevia-statisztikák adatait nézzük, itt a következő számokat találjuk: *Gänssle* 5,8% anyai, 5,8% magzati mortalitást talált. *Schoenholz* 4% anyai, 6,5% magzati mortalitást. *Hitschmann* nagy statisztikája alapján 3,6% anyai mortalitást. *Stöckel* 3,3% anyai mortalitást, érett magzatoknál 0%, koramagzatoknál 44% magzati mortalitást, végül *Jaschke* 4% anyai mortalitásról és 2,4% magzati mortalitásról számol be. Tehát mint látjuk, az anyai mortalitás is lényegesen kisebb a régi eljárásokénál, ellenben a magzati mortalitás a minimumra redukálódott. S alapjában véve ez az összehasonlítás nem is igazságos, hiszen a conservatív therapiánál minden, tehát a legkönnyebb, spontán lefolyású eset is beszámíttatik, míg sectio caesareánál csak a komolyabb, a placenta praevia súlyosabb fokai szerepelnek. Ha csak a placenta praevia totalis-eseteinket nézzük, úgy mi 15,9% anyai és 72% magzati mortalitást találunk. Tehát egy ilyen összehasonlítás még inkább mutatja a császármetszés jó eredményeit. *Stöckel* az eljárás előnyeit a következőkben foglalja össze:

1. A legkevesebb vérvesztéssel járó eljárás.

2. Kivérzett nőnél az egyedüli életmentő beavatkozás.

3. A legjobb vérzéscsillapító, mert egyrészt compressio által, másrészt körülöltések által az uteroplacentalis erek vérzése közvetlenül csillapítható.

4. A legaseptikusabb eljárás, mert nem a csirákkel teli hüvelyen át, hanem az aseptikus oldal felől jutunk a lepényhez.

5. Minden élő érett magzat életét megmenti s az életképes koragyermek nagy részét is.

A mi célunk végeredményben az, hogy minél eredményesebben vegyük fel a küzdelmet a szülés ezen súlyos complicatiójának veszélyével szemben. A 30—40 éves conservatív therapia körülbelül teljesítőképességének tetőpontját érte el. *Hitschmann* még a technikánk tökéletesítése révén reméli e therapia eredményeit megjavítani. De ha még ezt is elfogadják, a technikánk tökéletesítésével is csak legfeljebb az anyai mortalitást csökkenthetnénk némileg, de a nagy magzati mortalitás változatlan maradna. Már pedig, ha a conservatív eljárások anyai mortalitása meg is közelítene a sectio caesareáéét, még akkor is ez utóbbit kellene választanunk azért, mert a gyermekek ilyen nagy százalékanak megmentését érzük el vele. Ha a nőbetegek ezereinél nem riadunk vissza a hasmetszési műtétől, aránylag nem életveszélyt jelentő megbetegedéseknél, úgy e súlyos complicatio megoldásánál sem szabad azt tennünk, hiszen itt még a gyermek életéről is szó van.

A fő nehézséget a sectio caesarea indicatiójának felállítása képezi. Mi a következő esetekben ajánlanók a sectio caesarea végzését:

1. Ha akétujnyi méhszáj mellett placenta praevia totalis vagy placenta praevia partialis nagyobb foka van jelen, a magzat életképes, él és kifejezett fertőzés jelei nincsenek.

2. Idős primiparánál, különösen a 40 éves és azon túl lévő szülönőknél, mivel itt a lágyrészek rigiditása miatt a szülés lefolyása amúgy is megnehezített és így e complicatio veszélye csak fokozódik, másrészt a magzat életének megmentése itt különös fontossággal bír.

3. A placenta praevia könnyebb alakjainál is, ha az anya annyira kivérzett, hogy a további vérvesztés előre láthatólag életveszélyt jelentene. Ilyenkor mérlegelendő az is, hogy ne végezzük-e el egyszerűsminél a méh supravaginalis amputációját is.

4. Ha nem élő, vagy nem életképes magzat mellett placenta praevia súlyosabb alakja van jelen, tisztán az anya érdekében is indikált a sectio caesarea végzése.

Az 1902-ben *Bumm* által a placenta praevia therapiájába bevezetett sectio caesarea vaginalisnak már csak kevés híve van. A méh alsó szakaszának nagyfokú szakadékonysága, másrészt pedig a nagy vérzékenysége azok a körülmények, amelyek a műtétet súlyos jelentőségűvé teszik. A műtét sebe gyakran tovább szakad, ami súlyos vérzéssel jár, sőt sokszor elvérzik a szülönő. *Hitschmann* ezért ez eljárást egyenesen veszélyesnek mondja. A fő propagálója a sectio caesarea vaginalisnak *Döderlein*, míg a legtöbb intézetben már e műtéttel placenta praevianál felhagytak. Amint azt a müncheni klinika legutóbbi statisztikája mutatja, az eredmények ott sem a legjobbak, ugyanis a sectio caesarea vaginalisnál (125 eset) 9,6% volt az anyai, s 58% a magzati mortalitás. Újabban a kutatók egyhangúan a sectio caesarea transperitonealis cervicalist ajánlják. Hátránya, hogy gyakran a lepény tapadási helyére kerülünk a metszésünkkel, azonban — *Stöckel* szerint — ha átvágjuk a lepényt, és a vérző helyeket érszorítóval látjuk el, minden nagyobb vérzést elkerülhetünk. *Frigyesi* a ligamentum latumot rugalmas klammerekkel szorítja le a méh megnyitása előtt és így minden vérvesztést elkerül. Placenta praevianál igen fontos, hogy sectio caesarea transperitonealis cervicalisnál előttünk van a lepény tapadási helye és így az esetleg vérző ereket szükség esetén körül is öltethetjük. Másrészt, ellentétben a szűk medencénél végzett császármetszéssel, itt a következő alkalommal

spontán szülésre kell számítanunk, már pedig az eddigi tapasztalatok szerint a legresistensebb a passiv szakasz operációs hege. *Jaschke* szerint az első időszakban végzett sectio caesarea eredménye placenta praeviánál azért nem volt teljesen kielégítő, mert a császármetszésnek klasszikus alakját alkalmazták. Az extraperitonealis császármetszést pedig teljes mértékben helyettesíti a transperitonealis sectio caesarea, amelynek kivitele emellett nem olyan nehézkes, mint az előző.

A placenta praevia ezen activ terapiája természetesen csak intézetben vihető keresztül. A nagy gyakorlat számára a conservativ therapia maradna, elsősorban a Braxton-Hicks fordítás. De egyáltalán a nagy gyakorlat számára való-e ez a súlyos complicatio? E kérdésre a legjobb választ *Hitschmann* nagy statisztikája adja, amely szerint a nagy gyakorlatban még mindig 20% az anyai mortalitás.

Mindezek alapján csak azt mondhatjuk, hogy a placenta praevia terapiájával csak akkor fogunk igazán jó eredményt elérni, ha lehetőleg minden eset, minél hamarabb, minden előzetes vizsgálgatás nélkül intézetben nyer elhelyezést.

Dolgozatomat *Stöckel* találó szavaival fejezem be: „Midőn *Krönig*, *Sellheim* és *Pankow* a placenta praeviánál a császármetszést ajánlották, sokan megbotránkoztak ezen és őszintén megvallom, én is ezek közé tartoztam. A dolgok további fejlődése azonban nekik adott igazat, s nekünk hálásan el kell ismernünk, hogy ők hozták azt, ami a jelen tudásunk szerint a placenta praevia legjobb terapiája.”

Gróf Széchenyi István idegrendszere.

Irta: *Schaffer Károly dr.*

E kérdéssel a Magyar Tudományos Akadémia III. osztályának 1923. április hó 9-én tartott ülésén foglalkoztam; *Angyal Dávid* „gróf Széchenyi István ifjúkori naplói” című és a „Századok” 1925. évi november-decemberi füzetében megjelent értekezésében akadémiai felolvasásomat behatóan tárgyalván, a következő megjegyzésekre késztet.

Kiváló történésünk a *Viszota Gyula dr.* által kiadott Széchenyi-Naplók kapcsán Széchenyi ifjúságának belső küzdelmeivel foglalkozván, ez irányú fejtegetéseit a következő megjegyzésekkel kezdi meg: „De midőn behatolni készülünk az ifjú Széchenyi lelki titkaiba, feltűnik egy tilalomfa, amelyre az van írva, hogy Széchenyi lelkének titkait csak a pszichiatra fedheti fel teljesen s hogy e munkában a psychologia segítsége nem elégséges. Nem régen ugyanis egy kiváló orvos-tanár, *Schaffer Károly*, az Akadémiában értekezést olvasott fel, melynek címe: „Gróf Széchenyi István idegrendszere szakorvosi megvilágításban”. Ez az értekezés Széchenyi egyéniségét idegorvosi elemzés alá vette s egy jeles írónkról azt állítja, hogy nagyon alul maradt a valóság megállapításában, mert Széchenyi Döbling előtti pályájának magyarázatában, „mindenre a psychologus mértékét illesztette”. Ellenben nagyon dícséri *Schaffer Grünwald Bélának* „Az új Magyarország — gróf Széchenyi István” című 1890-ben megjelent könyvét... *Schaffer* csak azt hibáztatja *Grünwaldban*, hogy Széchenyi súlyos idegbaját melancholiának nevezi. Szerinte Széchenyi „psychopathiás mivoltát” az elme-körtan legújabb vívmányai alapján „cyclothymiás és schizothymiás” lelkialkat keverékének kell neveznünk. Félreértések kikerülése végett *Schaffer* különös nyomatékkal utal arra, hogy Széchenyivel kapcsolatban a psychopathia fogalmát semmiképen sem szabad hétköznapi, népszerű értelemben elgondolnunk, hanem tudományos jelentőségében kell vennünk, amely alatt a működéseiben csapongó, szélsőséges ke-

délyreakciókra hajló, képességeiben aránytalan idegrendszert kell értenünk. Hiszen psychopathiás egyének soraiból, oly egyének közül, kiket *Magnan* „dégenéré supérieur” elnevezés alá foglal, került ki nem egy lángész”. — Bevezetését a történész ezzel végzi: „Meghajlunk a szakorvos tekintélye előtt és szép görög műszavait a kellő tisztelettel érintetlenül hagyjuk. De végre is egyikünk sem ismerte Széchenyit, ma már a legnagyobb psychiáter is diagnosisát Széchenyi betegségéről történeti adatok alapján kénytelen megállapítani. Ez adatok történeti, vagy lélektani értékéhez nekünk is szabad hozzászólnunk”. — Befejező szavaiban pedig a következőket mondja: „De értekezése ellen azért kellett felszólalnunk, mert szakorvosi tekintéllyel új életre ébresztette *Grünwald* felfogását. Nem volna helyes, s nem is volna hasznos, ha közönségünk főleg psychiatriai kérdésnek tekintené Széchenyi Döbling előtti pályájának bírálatát”.

Jelen soraimmal világért sem akarok polemikát felidézni, főleg oly kérdésben, amelyhez minden hazafinak szent érzései fűződnek. Én tehát ugys mint magyar ember, ugys mint idegorvos *Angyal Dávidnak* állásfoglalását teljes tisztelettel veszem, sőt éppen ezen okból kerülök továbbí szakfejtegetéseket, amelyek a jelen alkalommal szinte tollam alá kíváncsnának. Ezt talán máskor cselekszem meg, noha éppen *Angyal Dávid* cikkéből látom, hogy a fennforgó kérdésben még oly tapintatos, óvatos fogalmazás is képes, megengedem, hogy jogos, nemes érzéseket megbán-tani. És így a szakorvosra nézve meggondolandó, vajjon nem végez-e ilyenkor olyan munkát, mely a nem szakember részéről hibás értékelésben részesülhet. Ez alkalommal tehát részleteket figyelmen kívül hagyva, csupán két általános és lényegi tény kiemelésére szorítokozom.

Első megjegyzésem: *Grünwald* hibás diagnosisának általam történt visszautasításában éppen az a szakorvosi körülmény lelt megállapítást, hogy Széchenyi a döblingi katasztrófa előtti időben nem volt elmebeteg. Úgy látszik, *Angyal Dávidot* az tévesztette meg, hogy én a *Grünwald* munkájában összeállított naplótöredékeket igen becseseknek mondtam Széchenyi idegállapotának elbírálása szempontjából; ezen kiemelt részletek igaz, hogy egytől-egyig felette jellemzőek Széchenyi diszharmonias idegrendszerére, de hiszen erre már az *Angyal Dávid* által oly melegen aposztrofált *Salgó J.* psychiáter is utal, aki „az ideg- és elmebajra disponált és ideges, hypochondrizáló Széchenyi”-ről emlékezik meg. Messze vezetne és csak elmeorvost érdeklő fejtegetésekbe kellene bocsátkoznom, hogy miért mondom én ezen „néhai jeles psychiaterünk” taglalásairól, hogy ezekből „nem vázlatos hanem hézagos kép” tárul elénk. Bennünket most csakis az a fontos tény érdekel, hogy *Grünwald* melancholia-diagnosisának alaptalanságát kimutatva, megdőlt Széchenyinek az 1848-ig szóló időkre elgondolt elmebeteg mivolta.

Második megjegyzésem *Angyal Dávidnak* azon kijelentésére vonatkozik, hogy bár ő a szakorvos szép görög műszavait kellő tisztelettel érintetlenül hagyja, mégis Széchenyi betegségéhez hozzászólni annál jog-sabbban vél, mert hiszen a psychiáter is diagnosisát történeti adatok alapján kénytelen megállapítani. Magyarán ez annyit jelent, hogy szakmegállapításokat, mint nyilván elhanyagolható mennyiségeket, figyelmen kívül hagyva, a dolog velejéhez, „lélektani értékéhez” a történész is hozzászólhat. — Szabadjon itt arra figyelmeztetnem, hogy bár Széchenyit egyikünk sem figyelhette meg, mégis az elme-idegorvos felette elő-

nyös helyzetben van azáltal, hogy Széchenyi naplóiban egy páratlanul éles megfigyelő, rendkívül finoman elemző egyéniségnek önmegfigyeléseiről és önelemzéseiről értesül oly beható és leplezetlen módon, hogy joggal nevezhettem akadémiai értekezésében e feljegyzéseket igazi lelki okmányoknak. Már pedig ilyeneket állapít meg az ideg orvos, midőn az ideges emberrel foglalkozik és olvasva Széchenyi naplóját a mai szakember, aki a lélekelemzés finom eszközével bánni megtanult, csodálattal szemléli az önmagában való elmélyedés bámulatraméltó fokát. Szinte azt mondanám, hogy Széchenyi naplóját nemcsak a történész, hanem egyúttal az ideg orvos számára is írta, és talán szabad épp e pontnál arra a határvonalra utalnom, mely a két szakember illetékességét élesen elválasztja. „Damas petimusque vicissim“. Így azután érthető, hogy az ideg orvos más szakember felfogásától teljesen függetlenül alakítja ki a maga véleményét, amelyet a magam részéről a következőképen foglaltam össze: „Széchenyi lelki structurájának következményeképen előállott a bizonyos mértékben rendellenes lelki dinamika; örökletesen túlérzékeny, szélsőséges neurotikus kedélyének minden megszólalása a rendestől nem egyszer eltérő, sokszor feltűnő, mindig sajátos módon történt“. — Angyal Dávid az idegrendszer determináló jelentőségét Széchenyi pályájának bírálatában érezte is, amidőn munkámra vonatkozó kritikájának befejezése képen a következőket mondja: „És már most lelkiismereti furdalás nélkül vizsgálhatjuk Széchenyi ifjúkorát a lélektan segítségével, de mindig azzal a hallgatag feltevessel, hogy a hangulat és a szenvedélyek csapongásainak az idegek bizonyos, általunk ki nem kutatható elváltozásai felelnek meg“. Szabadjon itt megjegyezni, hogy ezen a történetre nézve ki nem kutatható elváltozások az ideg-elmecorvosra nézve éppen Széchenyi önvallomásai alapján igenis kikutathatók, miképen azt akadémiai értekezésében kimutattam.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A zsiremboliáról és az általa előidézett halál okáról. *F. Peul-F. Windholz.* (Gernzng. d. Med. u. Chir., 1925, 38. k. 5. f.)

A zsirembolia-halál okának lényege még tisztázatlan. A különböző feltevések között (pulmonalis, cerebralis, érelzáródás, szénsav-intoxicatio, cardialis insufficientia stb.) szerepel az uraemiás intoxicatio lehetősége is. Hiányozván eddig az erre vonatkozó pontos vizsgálatok, szerzők egy esettel kapcsolatban kísérleti úton foglalkoznak e kérdéssel. Csonttörés után uraemiás kóma tünetei közt meghalt beteg obductiojánál, a vékonybél nyálkahártyáján típusos uraemiás nekrosiseket, az összes szervek capillarisaiban pedig nagymennyiségű zsírt találtak. Vesebetegségre utaló elváltozást különben nem észleltek. Szerzők macskákon csontvelőzsír fokozatos intravenás befecskendezésével mesterséges zsiremboliát előidézve, a szövettani vizsgálatok előtt sorozatos vérmaradék-nitrogén- (R. N.) és vércukor meghatározásokat végeztek. A vizsgálatokkal kimutatták, hogy zsírinjekciók után a vér-R. N. mennyisége, az uraemiás kománál észlelhető értékig, megszorodik. Az egyidejűleg meghatározott vércukor-mennyiség viszont — rendszerint hyperglycaemiás phasis után — oly minimumra esökken, mint az csak a macska insulin-halálánál szokott bekövetkezni. A kísérleti állatok egy része, dacára a nagymennyiségű zsírbefecskendezéseknek, minden ártalomtól mentesen életben maradt (zsírmegszokás?). Szerzők szerint, a szövettani és fenti vizsgálatok alapján, valószínű, hogy a zsirembolia-halál ú. n. cerebralis alakjánál az agysérülésen kívül különböző okok sorozata szerepel, amelyek között éppen a belső anyagcsere-zavar okozta auto-intoxicációs hatás a domináló. Ebből a szempontból

főleg a vér-R. N. retentio (vese insufficientia), szénhidrátanyagcsere-zavar (májbántalom) és a zsír mérgező hasadási termékeinek hatása (vérsajtszétételezés) jöhetnek szóba. A kísérleti adatok lényegének magyarázata és tisztázása további vizsgálatok feladata.

Fischer dr.

A vértransfusiók ártalmak keletkezésének feltételeiről. *Hempel* (Münch. med. Woch. 1925, 48. sz.).

Szerző véleménye szerint a vértransfusio után gyakran fellépő kellemetlen kísérő tünetek oka a recipiens szervezetének a bevitt vér fehérjeivel szembeni érzékenységében keresendő. Oly esetekben, midőn haemagglutinatio és haemolysis teljesen kizártnak tekinthetők, a bevitt vér serumának fehérjei, illetőleg azok bomlástermékei hatnának károsan a recipiens szervezetre. Haemagglutinatio és haemolysis esetén pedig a mechanikus hatás (thrombosis, embolia) mellett a haemolizált vörös vérszettek fehérje-bomlástermékeinek specifikus toxinhatása is tekintetbe veendő. Szerző hypothesis szerint a transfundált vér fehérje-bomlástermékei a regio subthalamica-ban lévő sympathikus és parasympathikus centrumokra hatnának. Ez az a hely t. i., ahol a vér összetételénél minden physikai és chemiai értelemben vett qualitativ megváltozása gátló, vagy izgató hatást fejt ki a vegetatív idegrendszerre. Sympathikus izgalomra vezethető vissza a transfusio után gyakran fellépő sápadtság, vérnyomásemelkedés és fejfájás; viszont a központ bépulására a cyanosis és vérnyomás-süllyedés. A hőemelkedés a tuber cinereum-ban lévő sympathikus hőszabályozó központ, az izzadás a hypothalamusban lévő secretiós és a hidegrázás a pylomotorikus és vasoconstrictor centrum izgalomával magyarázható. A középagyban keresztül jut talán — eddig még ismeretlen pályákon — a IV. agygyomor fenekén lévő vagusmag is izgalomba. Így magyarázhatók a transfusio után néha fellépő jellemző vaguszigalmi tünetek: a hányás, bradycardia, oppressio-érzés és dyspnoe.

Dvorák dr.

Tapasztalatok a duodenum-sondával. *J. Jünger.* (D. Arch. für kl. Med. 1925, 149. k. 54. o.)

Szerző a duodenum-váladék vizsgálati adatainak diagnosztikus értékéről számol be. 135 betegen (168 esetben) végzett duodenum-sondázást, s vizsgálata a máj- és hólyagepe (Stepp reflex) fajsúlyát, fehérje-, cholesterin-, urobilinogen-, ferment-, bakterium- és sejt-kritérium-tartalmát. Az esetek egy részét a műtéti-, Röntgen-, vagy obductiós lelettel kontrollálta. Adatai a következők: a Stepp-Lyon-féle epehólyag-reflex kiváltása csak positivitás esetén, az epehólyag-betegség kizárásánál, értékesíthető. A hólyagepe fajsúlya (1020–1080), a méj-epe fajsúlyánál (1008–1015) mindig nagyobb; ez utóbbi csak chronikus cholecystitis és cholelithiasis esetén lehet hasonló magas értékű (1028–1080). A normalis máj-epe cholesterintartalmát 0.022 g-%-nak találta, míg a hólyagepeéé sokkal nagyobb, 2–8-szorosa annak. Lényegesen alacsonyabb a cholesterinérték az epén: icterus catharalisnál, s rendszerint magasabb cholelithiasisnál. Össz-fehérjé-tartalom megszorodását észlelte: icterus cath., atrophia hepatis, májlues, salvarsan icterus és cholangitisrel járó epeköbetegség eseteiben. A máj-epe urobilinogen-tartalma cholangitisre utalna. Különös fontosságot tulajdonít az epesedimentum sejt- és kristálytartalmának. Sejtszaporodás észlelhető szerinte: icterus cath., cholangitis, májlues, enteritis és ulcusnál, cholecystitis- és cholelithiasisra a sejtszaporodáson kívül főleg a bő kristálytartalom (cholesterin-kristályok) a jellemző. A bakteriologiai lelet aránylag ritkán értékesíthető, különös figyelmet érdemel a coli-, typhus- és parathypus-bacillus, valamint a lambilia intestinalis kimutatása, mely utóbbinak jelenlétét az epehólyagban (hólyag-epében), icterussal és cholecystitis tünetekkel járó megbetegedéseknél többször észlelte.

Fischer dr.

Struma-metastasisról. *Prof. Dreesmann.* (Med. Klin. 1925, 50. sz.)

30 éves nő, kinek régebb idő óta fennálló strumája van, jobboldali homlokdaganattal került kórházba megfigyelés alá. Ezen daganat olyan gyorsan nőtt, hogy rövid idő alatt usurálta a koponyacsontot. Először a koponyacsonton növekvő jól körülírt, környezetével össze nem kapaszkodó tumort távolították el, majd később a strumát. A szövettani vizsgálat a két eltávolított képletről teljesen hasonló képet mutatott, még pedig gyorsan növekvő kolloid struma volt mindkét esetben a szövettani diagnosis. Szerző nem osztózik

Cohnheim nézetében, hogy talán jelen esetben is fejlődéskor eltévedt csirák egyikéből nőtt volna a koponyacsonton e struma, mert szerző szerint ilyen eltévedt csirák csak a ductus thyreoglossus mentén vannak, hanem inkább azt hiszi, hogy ezek metastasisok, melyek a vér útján vitetnek tovább s leginkább a koponya, gerinc, hosszú csontokon nőnek tovább. Ezen struma metastasisok élettani funkciója hasonló az eredeti strumához.

Kaltstein dr.

Sebészet.

Az V. lábközépcsont gumójának szakításos törése. *Schultz.* (Deutsch. med. Wochenschr. 1925, 36. sz.)

Typusos kórforma, mely az összes törések mintegy 0,83%-át képviseli. Rendesen a supinációs helyzetben rögzített lábon, a m. peroneus brevis hirtelen összehúzódása hozza létre, p. o. befelé bicaklás. Klinikai tünetei, a pontosan lokalizálható duzzanat és vérömleny, a fájdalomassági pont, supináló mozgáskor a fájdalom fokozódása könnyűvé teszik a kórismét, melyet Röntgen-felvétel még biztosabbá tesz. A törés a lábcsontváz különféle változataitól (os vesalinum, os peroneum stb.) könnyen elkülöníthető a felvételeken. Gyógykezelése borogatásokból, majd rögzítő kötésekkel s végül massage-fürdetésből áll. Kórjólata jó, kb. ¼ év alatt rendszerint csontos összegyógyulás és panaszmentesség tapasztalható.

Horváth dr.

Lymphogranulomatosis, tuberculosis és daganatizgalom. *Prof. Hermann Stahr.* (D. M. Woch., 51. évf., 28. szám.)

Szerző három évvel ezelőtt a lymphogranulomatosis sui generis megbetegedésnek tartotta, és tagadta, hogy keletkezésében a tuberculosis-bacillusnak szerepe volna. Újabb álláspontját megváltoztatta és elfogadja *Sternberg* nézetét, amely szerint a lymphogranulomatosis a tuberculosis-bacillusok hozzák létre. De míg *Sternberg* a folyamatot gyulladásos természetűnek tartja, addig ő a daganatosság mellett tör pácát. Megokolásában arra hivatkozik, hogy amint carcinomát sikerült előidézni mesterségesen, mechanikus, chemikus, thermikus, bakteriumos ingerekkel, ugyanúgy feltehető, hogy a lymphogranulomatosis is legyengített tuberculosis-bacillusok okozzák. A daganat tuberculoitikus származása mellett a gyakran pozitív oltási eredmények szólnak. Hogy chronikus ingerek behatására gyulladás jön-e létre, vagy daganat, az szerinte tisztán a dosirozástól függ. Daganatok és így a lymphogranulosis is hosszan tartó, enyhén beható ingerek okozzák, melyek távolról sem elegendők gyulladás előidézésére.

Pernyész.

A szívnek műtét előtti digitalis-kezeléséről. *Meyer és Reinhold.* Göttingen. (Klin. Wochenschr., IV. évf., 41. szám.)

A sebészek egy része utóbbi időben, különösen hasi műtétek előtt, pár napon át digitalis-készítményeket szokott adni a betegeknek, hogy a szív az altatásban és műtétben rejlő veszélyeket könnyebben küzdhesse le. Felhívják a figyelmet arra, hogy a digitalisnak egyik főhatása a vagus izgatása, ha tehát valamely műtét oly természetű, hogy az már amúgy is a vagus izgalmával jár, a digitalis ezt az izgalmat még csak fokozza. Ily műtétek pl. azok, melyek a hasi és a mellüri nyomás megváltozását eredményezik, s amelyek a hasüri szervek húzásával járnak. Az epehólyag megbetegedései például már magukban is szív működési zavarokhoz vezetnek, nemkülönben a meteorismus és bélhűdés is. Belgyógyászai tapasztalat, hogy ezek a szív működési zavarok digitalisra rosszabbodnak; a vagus izgalmát csillapító szerekkel (atropin, belladonna) viszont megszüntethetjük. Elképzelhető tehát, hogy ilyen esetekben, különösen ha digitalis-kúra előzte meg a műtétet, ezek az amúgy is fellépő zavarok még fenyegetőbbé válnak, s a sebész látva a szív működés rosszabbodását, most még annál inkább digitalist ad, s a helyzetet ezzel csak rosszabbá teszi.

Helytelenítik tehát végeredményben a digitalisnak műtét előtti prophylaktikus alkalmazását, s véleményüket kutyakísérletek eredményeivel támogatják. Digitalissal kezelt kutyákon különféle műtéteket és egyéb beavatkozásokat végezve, azt találták, hogy az így kezelt kutyák egy részénél oly súlyos szív működési zavarok keletkeztek, amelyek digitalissal nem kezelt kutyákon egyáltalán nem, vagy csak igen kis mértékben jelentkeztek. Az ép szív optimalis ereje digitalis-

hatásra úgy sem fokozható, s az a feltevés sem bizonyult valószínűnek, hogy a digitalissal való előkezeléssel a tüdőszövődmények megelőzhetők, sem pedig az, hogy az altatószernek (chloroform) a szívre való káros hatását meggátolhatjuk. Az előbbi esetben egyeduralgó módon szer a camphor és újabbban a hexeton, az utóbbiban ajánlják a műtét előtti coffein-adagolást. Szerintük csak a műtét előtt már betegnek felismert szívet szabad digitalissal előkezelni, de ez is inkább a belgyógyász, mint a sebész feladata.

Czirer.

A feregnyúlványgyulladás korai kórismézéséhez. *Rapp.* (Med. Klin. 1925, 41. sz.)

Fő- és melléktüneteket különböztet meg. Két főtünet van: 1. nyomási fájdalomasság, 2. mozgási fájdalomasság. Ezen két főtünet együttes jelenléte a feregnyúlványgyulladás korai felismerésének kritériuma, a beteg rögtön operálandó. Ha csak az egyik főtünet mutatható ki, akkor a kórisme kétséges. A nyomásra fájdalmas zóna nagyjában négyszög alakú, melynek határai, a fancesont közepétől kiindulva a jobb Poupert-szalag mentén haladva a spina iliaca ant. sup. Ezen lateralis határ tovább folytatódik, azon távolság középpontjáig, mely a 11-ik bordaperc és a csípőtárcé között van. A felső határ ezen pont és a köldök között fekszik, a medialis határ kiindul a köldöktől és lefut a fancesont közepéig. A nyomási fájdalomasság centrumának ezen négyszögön belül kell feküdnie, peripheriás zónája túlnyúlhat rajta. Ha a nyomási fájdalomasság centruma a négyszögön kívül fekszik, a nyomási fájdalomasság tünete negatív. A mozgási fájdalomasság a törzs, vagy a jobb comb mozgásakor, vagy pedig járáskor keletkezik. A törzs mozgásakor (pl. a beteg felül) keletkező fájdalom, igen kifejezett és a betegnek kényelmesebb, mint a többi mozgási kísérlet. Ezen két főtünethez csatlakozhatnak a melléktünetek (érverésszaorulat, hőemelkedés, hányinger, stb., stb.), de hiányozhatnak is. A szerző kéri az elmondottak felülvizsgálatát és a további megfigyelések közlését.

Demjanovich K. dr.

A medialis combnyaktörések kezelése. *Professor Anschutz* (Deutsch. med. Wochenschr. 1925, 36. sz.)

Ezen törések gyógyulási hajlamát régi idők óta nagyon rossznak tarthatták s ezért sok sebész a fejecsnek korai eltávolítását javasolta. Ha azonban két dologra figyelemmel vagyunk, a tört darabok szoros összehajlására és a rossz táplálási viszonyok folytán keletkező callusképződésre, jó eredményeket kaphatunk. Ezt célozza a Whitman-féle kezelés, melynek lényege az, hogy a szomszédos izületeket is körül fogó nagy gypskötés a tört lábát maximalis távolításban és befelé csavarásban rögzítse négy-öt hónapig. Ezzel az eljárással a régebbi kezelési módor 30–35 gyógyulási százalékkal szemben 75% körül érhetünk jó működésű gyógyulást. Műteti beavatkozásra csak 5–8 hónapos, rossz működési eredményű állület adjon okot.

Horváth dr.

Urologia.

A hólyagdiverticulumok kórképe. *H. Jarosz.* Posen. (Zeitschr. für Urologie, 1925, 10. füzet.)

Felismerésük abba az időbe nyúlik vissza, mikor az első hólyagvizsgálatokat végezték.

Régebben, saccus, hernia vesicae, cystocele interna, vesica supernumeraria elnevezésekkel illeték, ma a diverticulum megjelölés az általánosan használt. Kétféleségét különböztetik meg: *veleszületett* és *szerzett* diverticulumokat.

Előbbiek aetiológiájára vonatkozólag a szerzők felfogása eltér.

Pagenstecher és iskolája, keletkezését, fejlődési rendellenességgel igyekszik megmagyarázni. Szerintük, a diverticulum képződésének lehetősége *kettős hólyag* fejlődésében rejlik, melyek közül csak az egyik áll a húgyvesével direct összeköttetésben (fókamara), úgyhogy a vizeletnek a másik hólyagból (mellék-kamra) először előbbibe kell folynia, hogy aztán a kívülágra juthasson. Később a mellék-kamra diverticulummá, a fókamara megnövekedve és fala hypertrophizálva, tulajdonképeni hólyaggá lesz.

Más szerzők (*Anglisch*) véleménye szerint a veleszületett diverticulumok, a foetalis életből származó mechanikus akadályok következtében jönnének létre, a hólyagfal kevésbé ellenálló részein.

A veleszületett diverticulumok többnyire solitae-

rek és a hólyaggal szűk nyílás révén közlekednek. Falikat nyálkahártya és izomréteg alkotja, mely utóbbi, különösen a nyakon erős, hol nem egyszer sphincter-szerűleg működik.

A szerzett diverticulumok: 1. a vizeletkiürülés zavarai által a hólyagban létrehozott fokozott nyomás következtében. 2. hólyagkövel kapcsolatosan és 3. kiülről történő húzás révén — sérveknél — jönnek létre.

1. **A vizeletkiürülés zavarait ill.:** phymosis, strictura, prostatahypertrophia és spinalis megbetegedések által okozott sphincterspasmus jönnek szóba.

2. **A hólyagkövekkel** a diverticulumok kétféle vonatkozásban vannak; képződhetnek kövek a már meglévő diverticulumban és viszont, kövek mechanikus úton diverticulumot hozhatnak létre. Előbbi a veleszületett, utóbbi a szerzett diverticulumokra vonatkozik.

3. Különleges fajtáját képezik a szerzett diverticulumoknak azok, melyek azáltal jönnek létre, hogy gyulladásos folyamatok következtében, a belső lágyékgyűrűhöz tapadt hólyagfal, a sérvkapun kilépő zsigerekkel a sérvtömlőbe vongáltatik.

A szerzett diverticulumok rendszerint többszörösen fordulnak elő, melyek a hólyaggal tág nyílással kommunikálnak. Nagyságukat illetőleg egész kis celluláktól, — gyerekefj nagyság között váltakoznak.

A diverticulumok — mint az irodalomból számos példa ismeretes —, éveken, sőt évtizedeken át tünetmentesek maradhatnak s nem egyszer fedeztetnek fel cystoskopiával, Röntgennel vagy sectio altánál véletlen leletként.

Ha ugyanis a diverticulumok jól összehúzódnak s így a hólyag felé kiürülnek, nem okoznak functiószavarokat s symptomákat.

Ha azonban a diverticulum, bizonyos fokon való túltágulása és falának petyhüdt volta miatt erre nem képes, pangás és infectio állnak be. Characteristikus ilyenkor a két szakaszban való vizelés, először tiszta, majd zavaros vizelet ürítésével.

Egy másik gyakori klinikai tünet a teljes retentio, mely kétféle módon jöhet létre:

1. Ha a diverticulum eléggé nagy, a hypertrophiás hólyag contractiójánál a vizelet könnyebben ürítettik a dilatált diverticulumba, mint kifelé; a beteg a saját diverticulumba vizel.

2. A diverticulum, a húgyesőcompressiója által okozhat retentiót. Mindezek a tünetek hiányozhatnak is.

A kórisme: cystoscopya és cystographia útján történik. Utóbbi különösen ott tesz jó szolgálatot, hol a diverticulum mellett kőre is gyanú van.

Különleges esetekben, hogy vérzés vagy az erősen zavaros vizelet miatt a cystoscopya nem végezhető, vagy a cystographia, a diverticulum-nyílás sphincterének záródása következtében nem adna kellő felvilágosítást, a kórismét a sectio alta tisztázza.

A diverticulum mindenkor veszélyt jelent hordozójának, minthogy a benne pangó vizelet infectiója következtében, részint ascendáló pyelonephritisekhez, másrészt a diverticulumfal lobjának, a peritoneumra való átterjedése révén, — súlyos peritonitishoz és exitushoz vezethet.

Az irodalomban közölt esetekről — erre vonatkozólag — az szűrődött le, hogy a diverticulumkövekhez csak ritkán csatlakozott peritonitis, míg a kő nélküli diverticulumfal lobosodásokhoz igen gyakran társult hashártyalob.

A diverticulumok amúgy is rossz prognosist még rosszabbá teszik, a benne gyakran képződő epithelialis tumorer.

A therapiára vonatkozólag a régebbi conservatív eljárások (mosás, állandó kath.), csak átmeneti javulásokat hozhattak; az egyedüli helyes út az 1870-ben először Czerny által végzett diverticulum kiirtása.

Dózsa dr.

Az ú. n. essentialis haematuria-ról. J. Gottlieb. (Zeitschr. für Urolog. Chir. 1925, X, XVII., 5—6.)

Felsorolja az irodalomban előforduló ú. n. essentialis haematuria eseteit, melyeknek túlnyomó részében mikroszkopos elváltozásokat találtak. Azon esetekben, melyeknél kóros folyamatot nem találtak, rendszerint csak egy kimetszett vesedarabka került vizsgálat alá. Az egész vesének vizsgálata valószínűleg ezeknek nagy részénél is mást eredményeztek volna.

Schele és Klose újabbban alapos tanulmányozás tárgyává tették úgy az irodalomban eddig közölt,

mint saját klinikai gyakorlatukban előfordult egész anyagot, klinikai és pathologiai-anatomiai megfigyeléseiket és azon következtetésre jutottak, hogy az essentialis haematuria terminusát el kell vetni; elszórtan előforduló esetek, melyeknél a mikroszkopikus vizsgálat állítólag kóros elváltozást nem talált, nem igazolják annak használatát. Azon körülmény, hogy egyes esetekben elváltozásokat nem találtak, semmi esetre sem jelenti azt, hogy olyanok valóban nem állottak fenn.

A renalis haematuriaik azon eseteinek elnevezésére, melyeknél az ismert megbetegedések, mint tuberculosis, kő, dagnat kizárhatók és melyeknél bizonyos incongruentia áll fenn, nagyobbfokú haematuria és esetély kórbonctani elváltozás között. Schele és Klose „vérzés kiscsőből“ elnevezést ajánlják.

A gővérzésekre a következő schemát állítják fel:

1. Szövettanilag kimutatható elváltozások esetei:

a) a parenchyma és ennek edényeinek elváltozásai;

b) a kelyhek és papillák;

c) a vesemedence.

2. Szövettanilag ki nem mutatható elváltozások esetei:

a) innervációs zavaroknál;

b) vérkeringési zavaroknál;

c) haemorrhagiás diathesisnél.

A therapiára vonatkozólag a következőket jegyzi meg:

Műtéti és conservatív módon járhatunk el.

Ha a vérzés oka glomerulonephritis, indikált a decapsulatio, melynek hatása rendszerint nem marad el. Ha a vérzést papillitis okozta, 2%-os argantum nitr. instillatiókat ajánl; ugyanez alkalmazandó pyelitis granularisnál.

Ha a vérzés életveszélyes mértéket ölt, nephrectomia, esetleg előbb decapsulatio indikált.

Ha a vese feltárásánál megtaláljuk a vérzés okát (pyelumpapilloma, neoplasma, angioma, varices), természetesen causalis therapia alkalmazandó.

A nephrotomiát, mint therapeutikus beavatkozást, elveti. Ehm dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A nőgyógyászati vérzések oka és kezelése. Seitz. (Klin. Woch. 1925, 40. sz.)

A nők kóros vérzéseivel foglalkozni nem hálás feladat sem a gyakorlóorvos, sem a specialista részére, mivel a gyógyeredmények általában megbízhatatlanok. A helyes kórisme felállításához igen pontos, részletes anamnesisre van szükség. Ezáltal három typus különíthető el: 1. rendes típusú vérzés, erősebb mértékben, hosszabb ideig: hypermenorrhoea; 2. az intervallum megrövidülése: polymenorrhoea; 3. rendszeretlen vérzés: metrorrhagia. Az első csoport oka az esetek egy részében a vérelasztódás anomaliája vagy passiv, vagy activ hyperaemia formájában. Az előbbihez tartoznak a szív-, vese-, májmegebetegedések, valamint a venarendszer petyhüdsége okozta vérbőség, míg az utóbbihoz a méh és környezetében levő gyulladásos folyamatok kiváltotta hyperaemia. Activ vérbőség oka lehet még a petefészek erősebb működése. Az esetek egy másik részében az erősebb vérzés oka helyi zavar, rendszeren a méhen. Ezt okozhatja a méh gyenge fejlettsége: infantilis, hypoplastikus méh, intramuralis myomagóe, a nyálkahártya túltengése, végül okozhatja még a vérzést a vér hiányos alvadási képessége. Régebbi felfogás szerint menorrhagia következménye lehet helyzetváltozásnak is; újabban mindkettőt egy okra vezetik vissza: az atheniára. Ez utóbbit a támasztókészülék gyengesége jellemzi, aminek egyik részjelensége a retroflexio. Egyidejűleg fennálló menorrhagiát okozhat a gyenge izomatú méh hiányos összehúzóó képessége, a viszeres-rendszer hypotoniája, vagy összenövések. A polymenorrhoea oka legtöbbször ovarialis. Az intervallum megrövidülését okozhatja az, hogy a két főphasist a petefészek működésében megrövidül, de lehetséges, hogy csak az egyik, rendszeren a második, amikor is a sárga test élettartama rövidül meg. Az abnormis petefészekműködést okozhatják gyulladásos folyamatok, létrehozva az ú. n. „függelék vérzéseket“, okozhatja továbbá valamely más belső elválasztású mirigy működésének anomaliája. Ez utóbbit rendszeren a pajzsmirigy dysfunctiójánál látjuk. A metrorrhagiánál csak ritkán van constitutionalis, illetőleg so-

matikus oka, legtöbbször a méh vagy petefészkek megbetegedései, tehát helyi okok szerepelnek létiéhezásában. A nemi érettség korába eső rendszertelen vérzések oka legtöbbször megzavart terhesség; ide tartoznak a méhenkívüli terhesség, valamint a chorionepithelioma kiváltotta vérzések is. A vérzést kiváltó okok egy másik csoportjába tartoznak a portio, cervix és méh jó és rosszindulatú daganatai. A vérzés rendszeren első tünete valamely rosszindulatú daganatnak, ezért ilyenkor mindig tükörrel is megnézendő a beteg és gyanús esetben próbaexcisio, curettage végzendő! *A metrorrhagiák harmadik csoportjánál* sem tükörrel, sem tapintással számottevő eltérés a genitálékban ki nem mutatható. Nyolc-tíz heti amenorrhoea után, hosszabb ideig tartó rendetlen vérzés lép fel. Ilyen fajta véz rendszeren fiatal lányoknál és a climaxhoz közel levő asszonyoknál lép fel, amiért is pubertasi illetőleg praeclimacterikus vérzéseknek nevezzük. A petefészkekben ilyenkor hiányzik a sárga test, tehát működési anomáliáról van szó. Ennek megfelelőleg a méh nyálkahártyáján a proliferációs phasis megmaradását és annak kóros megvastagodását látjuk. Ennek nekrotikus lefektetése, éithrombosis és ruptura révén vérzést okoz. Ezt nevezte *Schroeder* metropathia haemorrhagicának. Ez utóbbi oka tehát a petefészkekben van és a kórosan elváltozott nyálkahártya csak következmény. Ezért is lép ez fel előszeretettel olyankor, midőn a petefészkek működés valamilyen változáson megy keresztül, s ezért lehet ilyenkor spontán gyógyulást. Hasonló vérzéseket okozhat még a corpus luteum persistens és cysticum, melyeknek differential diagnosisa méhenkívüli terhesség okozta vérzésektől néha igen nehéz. A méh ürében ilyenkor praegravidan elváltozott nyálkahártyát találunk, erős decidua képződéssel, úgyhogy egyesek ezen vérzések okát okkult terhességben keresik. Hypermenorrhoeát okozhat még a ritka izolált endometritis interstitialis a vele kapcsolatos hyperaemia és a desquamitio révén. A petefészkek együttes megbetegedése kapcsán a vérzések erősen rendszertelenné válhatnak, nagyobb mérvű elpusztulás esetén csökkent vérzés észlelhető. A vérzés oka lehet még neurogen, illetőleg psychogen; ide tartoznak a háborús amenorrhoeák, valamint a kedélyváltozás okozta hyper- és polymenorrhoeák. A gyógykezelésnek természetesen a kiváltó okhoz kell igazodni. *A hypermenorrhoeáknál* az életmód rendezése, gyulladást maradványainak eltávolítása, physicalis-diaetás, esetleg operatív módon, továbbá érvágás, hydrotherapiás kezelés. Izomgyengeségnél secale-kúra, az infantilis formánál petefészkek készítmények, alkalmas esetben calcium. *Polymenorrhoeáknál*: a gyulladási folyamat, vagy belső secretió zavar kezelése. *Metropathiánál*: a terhességi zavar kezelése, ha ellenjavallat nincs, kitakarítás, abrasio. A juvenilis formánál abrasio, secale, adrenalin, pituglandol, calcium, esetleg petefészkekresectio, lépbesugárzás. A praeclimacteriás és climacteriás vérzéseknél abrasio, ha a vérzés nem szűnik Röntgen- és radium-besugárzás. Az új képletek okozta vérzéseknél műtét, illetve sugaras kezelés.

Liebmann dr.

Gyermekorvostan.

Az oxyuriasis kezelése cupronattal. *Knoller*. (Deutsche med. Woch. 1925, 40. sz.)

Az oxyuriasis elleni harcban a santonin mellett tért kezd hódítani a cupronat és butolan alkalmazása is. Ezek közül a cupronat olcsóbb és így inkább használható.

A cupronat alkalmazásánál régebben gyakori rosszullétet és hányást észleltek. A „Tropon“ gyárnak sikerült ezektől a kellemetlen mellékhatásoktól mentesen (érintetlenül hagyva a kedvező tulajdonságait) előállítani. Adagolás 2-3-szor 5 napon át 15-5 szemet naponta. E mellett alkalmazásba kell venni a szokásos óvintézkedéseket (beöntés, tisztántartás). Negyven esetre terjedő tapasztalata alapján ajánlja a szerző az új összetételű cupronatot, mint jó, olcsó és kellő alkalmazás mellett ártalmatlan szert.

Mihalovics dr.

Az oedemakérdésről. Genuin nephrosis és idiopathikus oedema. *G. Fanconi*. (Jahrb. für Kinderheilk. 1925, 1-2. füz.)

Typikus nephrosis egy esetét írja le, melynél a csatlakozó pneumococcus-peritonitis után teljes gyógyulás következett be. Támaszkodva *Vollhard* teoriájára, mely szerint a nephrosist bakteriumok okozzák, felteszi, hogy a nephrosis tulajdonképpen pneumo-

coccus-fertőzés és a gyógyulást az esetben a pneumococcusperitonitis erélyes fajlagos immuntherapia módjára hozta létre. E gondolatmenet alapján megkísérelendőnek tartja a nephrosistokat energikus pneumococcus, vaccinatióval gyógyítani.

Másik esete idiopathikus oedema, mely chronikus colitis miatt bevezetett egyoldalú só- és szénhydrat-gazdag táplálás után jelentkezik. A végzett vér- és vizeletvizsgálatok alapján sem a nephrotikus, sem az idiopathikus oedemat nem tartja veseeredetűnek, hanem *Vollhard* nyomán a szövetek oedemaképzésének tulajdonítja.

Lenart György dr.

Önálló kórkép-e a kecsketejanaemia? *G. Ockel*. (Jahrb. für Kinderheilk. 1925, 110. köt., 1-2. füz.)

Három kecsketejen nevelt csecsemő megfigyelése alapján különbséget tesz a kecsketej okozta és az egyéb alimentaris eredetű anemiák közt: míg utóbbiaknál az erythropoëtikus rendszer az ártalomra fokozott regenerációval felel, előbbinél a regeneratio csökkent. Erre mutat kecsketejanaemiánál a polychrom sejték megfogyatkozása. A polychromasia fokának megállapítására egyszerűsége és megbízhatósága következtében a vastagságban történő vizsgálatot ajánlja. Hogy az összehasonlítást megkönnyítse, a vastagság készítésénél mindig azonos mennyiségű vért vesz és azt azonos nagyságú területekre keni ki, miáltal a csepp vastagsága minden készítményen egyforma lesz.

Lenart György dr.

Tejpor a csecsemőtáplálásban. *J. Schoedel*. (Jahrb. für Kinderheilk. 1925, 110. köt., 1-2. füz.)

A tejport tehéntejből 10 perenyi pasteurözés után meleg levegőben történő porlasztással állítják elő. 125 g hétényi vízzel hígítva egy liter teljes tejet ad. Flönye, hogy bakteriumokban szegény, jól eltartható, forralást nem igényel és olcsó. Egy-két, maximálisan három hónapi használat mellett sem a gyermek súlygyarapodására, sem közérzetére, turgorára, bőrének immunitására, nincsen káros befolyással. Hiányos vitamintartalma miatt ajánlatos porított tejjel történő táplálás esetében vitaminoknak a szervezetbe juttatásáról egyéb úton (gyümölcs, stb.) gondoskodni. Két-három hónál régebben előállított tejpor használatát kerüljük, mert állás közben a vitamintartalom még csak jobban csökken. Télen, amikor a szabad levegőn való tartózkodás hiánya a csecsemőt avitaminosisokkal szemben fogékonyabbá teszi, a tejpor alkalmazásának feltételeit és indicióját még szűkebbre kell szorítani. — Végeredményképpen a tejport a túlnyúl sterilizált és túl magas cukortartalmú folyékony tejkonzervekkel szemben előnyben részesíti, de elisméri a kellő tisztasággal lefejt és gonddal kezelt tehéntej felsőbbőségét.

Lenart György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A baleseti sérüléseknél való segélynyújtás tan-könyve. *Lévay József dr.* 47 oldalon, 1925. Hellas irodalmi Rt. Ára 15.000 korona.

A baleseti orvostan terén elismert érdemű szerzőnek ez a kis munkája egyik láncszemét alkotja a „Munkügyi Közlöny“ könyvtára által kibocsájtott ismeretterjesztő művek sorozatának. Mintaszerűen oldja meg azt a nem éppen könnyű feladatot, hogy miként kell orvosi vonatkozású kérdéseket laikusok számára népszerűen, modorban ismertetni. Világos és könnyed fogalmazásban, kellő rövidséggel és mégis teljesen kimerítően foglalja össze mindazon tudnivalókat, melyekre a laikusnak baleseti sérülések felismeréséhez és az első segélynyújtási műveletek helyes kivételéhez szüksége van. A könyvecske olvasását melegen ajánlhatjuk minden tudnivaló laikusnak, különösen ipari üzemek alkalmazottainak, akiket foglalkozásuk gyakran juttat abba a helyzetbe, hogy baleseti sérülések ellátásánál segédkezet kell nyújtaniuk.

Milkó dr.

A sportorvosi gyűlésről. (Berlin, 1924.) Gesundheit und Sport I. Lehmann-kiadás, ára 4 aranyárka.

Az utolsó években Németországban a sport olyan nagymértékben fellendült, hogy a sporttal foglalkozó egyesületek és szövetségek szükségesnek látták, hogy a sportolókat szakszerű orvosi felügyelet alá vegyék és hogy őket orvosi tanácsokkal ellássák. Ezért jött létre Berlinben 1924-ben a sportorvosi gyűlés, amelyen

kb. 400 orvos vett részt és amelyen a sporttal kapcsolatos kérdéseket a következő előadásokban tárgyalták:

Bier szükségesnek tartja, hogy az ifjúság nevelését pedagógus és orvos együtt eszközöljék, hogy az orvosnövendékek saját maguk tapasztalatai alapján ismerjék meg a tornagyakorlatok hatását az emberi szervezetre. Szükségesnek tartja, hogy az egyetemek alkalmat adjanak a hallgatóknak ezeknek a gyakorlati felismerésére az által, hogy az egyetemi hallgatóknak gyakorlótereket létesítsenek és megfelelő tanári felügyelet mellett ott kötelezően gyakorlatozzanak. Napfürdőzést igen fontosnak tartja, mert tapasztalata szerint, akik rendszeresen nap- és légfürdőznek, sokkal ritkábban hűlnek meg.

Münter a hannoveri sportorvosi tanáshelyeken szerzett tapasztalatait mondja el és leszögezi, hogy az államok kötelessége minél nagyobb számban felállítani olyan vizsgáló és tanácsadó állomásokat, ahol egyeseket és egyleteket megfelelő orvosi felügyelet alatt megfigyelnek és ellenőriznek.

Knoll a sportorvosi szervezettségről, melyet Svájcban alapítottak, referál, és kiemeli, hogy milyen nagy súlyt helyeznek ott az ifjúság megfelelő ellenőrzésére, és hogy milyen nagyszámú híve van annak az irányynak, mely a középiskolában a mindennapi tornaórát tartja szükségesnek.

Kohlrausch a sportorvosi feladatot úgy tartja szervezendőnek, hogy több vezető orvos alatt kerületenként lehetőleg sok sportorvos működjék, akik mind olyanok legyenek, akik maguk is sportoltak és az állam ezeknek működésükért külön honoráriumot adna.

Halben a szem szerepéről a sportban tartott előadásában kiemeli, hogy milyen fontos a szemnek alapos megvizsgálása, mert a rövidlátás igen el van terjedve és igen sok beteg szemü ember nem hord pápaszemet, amellyel látáshibáját kijavíthatná. A monoklitis igen jónak tartja és ajánlja használatát.

Malvitz ismerteti a poroszországi rendeleteket és intézkedéseket, melyek a sportegészségügy érdekében történtek. Németországban az utolsó években az állam kb. 2200 játékeret, 200 tornatermet, 1500 ifjúsági otthont és kb. 200 uszodát építtetett és az egyetemi oktatás körébe is felvették a sportorvosi kiképzést. Allítja, hogy az alkoholizmus és dohányzás ellen legjobb indirekt ellenszer a sport, mert sportoló ifjú trainingben nem iszik alkoholt és nem dohányzik.

Clapp szükségesnek tartja, hogy az iskolákban naponta a testgyakorlásra egy órát fordítsanak.

Huepp a test hőegyensúlyozásáról és meghűlésről tartott előadásában kifejti, hogy a gyermekeket a levegőhöz és naphoz hozzá kell szoktatni és így megedzeni, természetesen kellő felügyelet mellett, ilyenkor azt találjuk, hogy a szervezet sokkal ellentállóbb a hőbehatásokkal szemben.

Rautmann felhívja a figyelmet arra, hogy egyes belgyógyászati betegségeknél mire kell tekintettel lenni és milyen testgyakorlatokat kell a betegekkel végeztetni.

Mandl a sportsérülések általános kezeléséről beszél. Tapasztalatai szerint legtöbb sérülés a labdarúgásnál van, főleg a térdizületben, ahol a szalagok vagy a félhordalakú porc sérülnek meg leggyakrabban. Műtéttel a betegek legnagyobb részénél teljes munkaképességet tudunk elérni. Minden nyílt sérülésnél tetanus-oltást ajánl.

Bruns „Milyen tényezőktől függ a szív nagysága a sportnál” című előadásában megfigyeléseit ismerteti. Azt találta, hogy a szív nagysága Röntgennel vizsgálva, munkaközben változik, munka után az esetek 75%-ában szívkiébredést talált. A szívizomzat túltengése az alkati momentumokon kívül a sport minőségétől is függ. Leírja a különböző lehetőségeket, melyek a szívhypertrophiát előidézhetik. Erős sportolásnál mindig találunk mechanikus szívtágulást és tágulások túltengést, különösen a megerőltető sportoknál. Legmegerőltetőbbnek tartja az evezést, síelést, kerékpárt, úszást és birkózást.

Herxheimer megvizsgálta a legkiválóbb német atlétákat és összehasonlítva az ő adatait a bécsi *Deutsch-és Kauz*-statisztikával, azt találja, hogy a szív leginkább mutat megnagyobbodást síelésnél, utána kerékpározás, távfutás, evezés következnek. A szív normalis nagyságának megállapítására, annak viszonya a testsúlyhoz vagy testnagysághoz igen bizonytalan támpont és nem igen lehet pontos méréseknek az alapja.

Willner „Sport és doping” címén tartott előadásában pontosan felsorolja, a szervezetre izgatólag ható szereket, a dopingokat, részletezve a hatásait. Hosszabban ismerteti a kola dió hatását, melyben főleg koffein (2,34%), theobromin (0,023%) és kolavörös (1,25%) van. Különböző afrikai utazók és kutatók megfigyeléseit közli, melyeket a szer üdítő és izgató hatásáról leírtak, némelyek szerint a tropusokon ez a szer szinte nélkülözhetetlen. *Schomburg* kutatásai szerint ez a szer az izmok teljesítő képességeit nagyfokban növeli. Másodsorban a kókalevérről beszél részletesebben és elmondja, hogy kis adag bevételénél az ember megerősbödést érez, közepes adagnál boldogság, el-lustulás érzése, felváltva hirtelen mozgásvágyakkal, alvás kellemes álmokkal, nagy adagnál láz, lustaság, 120 pulzus, mély álom, teljes öntudattal delirium (*Mantegatza* önmelegfigyelései). A kókalevérlben 0,5% kokain van. Felszólal a marathoni futások rendezése ellen, és kívánja, hogy az ilyen versenyt csak leg-szigorúbb orvosi felügyelet mellett rendezhessenek.

Strassmann „A sport és a nő” előadásában nagyon helyesli, hogy nők is üzenek könnyebb sportokat, úgymint torna, koreolya, úszás, sőt szükségesnek is tartja ezt, ha nem túlhajtva úzik.

Lumniczer dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 16-i ülése.

Bemutató:

Réthy Aurél: *A kétoldali posticus-bénulás műtéti correktójának módja és alkalmazásának újabb esete.* Kétoldali posticus-bénulásnál a hangszalagok a közp-vonalban fixáltak, a levegő közöttük nehezen jut át, könnyen fulladás következhetik be. A gyógyító eljárások egyike sem vezetett eredményre, a betegeknek kanült kellett viselniük, vagy a visszamaradt nyíláson át lélegezniük. Megpróbálták a n. recurrens átmetszését, a hangszalag kimetszését, porekimetszéseket, pore-plastikát, izomtransplantációt, tágítást, de siker nélkül. Bemutató 2 év előtt ismertette itt eljárását, az akkor bemutatott beteg jelenleg is egészséges. A műtét lényege az, hogy a zsugorodott hangrésszűkítő izmokat kell eltávolítanunk. A gége megnyitása után egy görbült nyálkahártyametszéssel megnyitjuk az egyik oldali crico-arytoneidális izületet, az izfelszín körül kószorú alakban találjuk a zsugorodott hangrésszűkítő izmokat, a bénult hangréstágítónak, a m. posticusnak társaságában. Az utóbbit érintetlenül hagyva, a hangrésszűkítő izmokat, a m. transversust és lateralist átvágjuk és kiirtjuk. A nyálkahártyát összevarjuk, az operált oldalon a hangszalag lateralis positiót foglal el. Bemutatót esetben az 56 éves, egyetemi tanárnál 1924 szeptemberében tüszős mandulagyulladás kapcsán rekedtség és légzési nehézség lépett fel. A vizsgálat kétoldali posticus-bénulást állapított meg. Azonnal tracheotomia. 4 hó előtt Réthy-féle műtét, a beteg megszabadult kanülijétől. A nem operált hangszalag jelenleg is a közp-vonalban foglal helyet, az operált hangszalag oldalt van fixálva. A glottison normalisan megy át a levegő, a beteg gyógyulva folytatja munkásságát.

Előadás:

Bókay János és Johan Béla: *Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról.* (Mai számunkban egész terjedelmében közöljük.)

Bókay János: *A vörhenyjárványokról, a fertőzésre való hajlamról s a védekezés legújabb módjáról.* (Dick-test, Dick-féle védoltás és gyógyoltás.) Majdnem ötezer bőrpróba (Dick-test) s ötszázról több immunoltás alapján elért kutatásait a következőkben foglalja össze: 1. A Dick-féle bőrpróbáról szerzett tapasztalatai jórészt fedik Dick-ék s amerikai utánvizsgálók tapasztalatait s ő is úgy véli, hogy a bőrpróba pozitív eredménye s a vörheny iránti fogékonyság között összefüggés áll fenn. 2. A toxinnal való aktiv immunizálás, methodikus toxinbefecskendezéssel az esetek zömében a szervezetet a Dick-próba negatívvá teszi. A további gondos adatgyűjtés s azok feldolgozása szükséges egyes részletkérdések tanulmányozása céljából. Az eljárás kifogástalan toxinoldattal, megfelelő toxin-dozírozás mellett veszélytelen. Az itt-ott előforduló toxicus erythemák nem bírnak jelentőséggel s enyhé lefolyásúak. 3. Az antitoxikus kezelés gyógyító hatása az amerikai észlelések alapján bebizonyítottan vehető.



gyakorlati alkalmazása a szakemberek részéről további tanulmányozást igényel. 4. *Dick*-ék nagy lépéssel vitték előre a vörheny aetiologiájának megismerését s az általuk inaugurált eljárás remélhetőleg oda fog hatni, hogy a vörhenyjárványokkal a jövőben eredményesebben fogunk megküzdeni. 5. Vizsgálataink eredménye alapján javasolja az Egészségügyi Reformirodának, melynek felszólítására az eddigi munkát végezte, hogy a *Dick*-oltások körül követendő eljárásnak az orvosi gyakorlatban való bevezetéséről a Népjóléti Ministerhez előterjesztést tegyen.

Johan Béla: *A vörheny aetiológiájáról és pathogenesiséről a Dick-féle munkák nézőpontjából és a Dick-féle oltásokból levonható tapasztalatokról.* (A vidéken végzett oltásokról.) Előadásának első felében a *Dick*-féle munkák saját megfigyelései és tapasztalatai alapján a vörheny aetiologiai kérdéséről szól. Megállapítja, hogy nem szól úgy látszik semmi sem az ellen, hogy a vörhenyt a streptococcus haemolyticus scarlatinae és ennek toxinja okozza.

Előadásának második részében a vidéken végzett oltásokból levonható következtetéseket ismerteti. Bemutatja négy vidéki város *Dick*-positív eseteinek a statisztikáját, ismerteti a magyarországi adatokat összehasonlítva az amerikaiakkal, rámutat arra, hogy a különböző erősségű *Dick*-reactiót mutató egyének védőoltásához különböző mennyiségű toxin kell. Hangsúlyozza statisztikai adatai alapján, hogy a vörheny megbetegedés két factortól: egyrészt a dispositiótól, másrészt a fertőzési lehetőségétől függ. A jövőre vonatkozólag megemlíti, hogy a kontroll oltásokat alichanem el fogják hagyni. Egészben véve szükségesnek és érdemesnek tartja az eljárással való további foglalkozást. A gyakorlati értékről csak később lehet véleményt mondani.

Vas Bernát: A fővárosi bakteriologiai intézetben végzett *Dick*-reactióra és a scarlát elleni védőoltásra vonatkozó vizsgálatokról számol be. A vizsgálati anyagot 17 fővárosi intézet szolgáltatta. A reactiót 2300 esetben végezték. *Dick*-positív volt 1200 eset (52%), *Dick*-negatív 1100 eset (48%). Az egyes intézetek között az eredmények ingadoznak; a különbségek oka az, hogy a jobbmódú családból való gyermekek között kevesen estek át a scarlátán, azért több a pozitív reactio, míg az alsóbb néposztályból származó gyermekek valószínűleg apró infectiók által idővel immunizálódnak. A scarlátára vonatkozó anamnestikus adatok megbízhatatlanok, az előrement scarlatina és a *Dick*-reactio közti összefüggésre vonatkozó biztos szám adatok nem állanak rendelkezésére. Az oltások után előfordult scarlatinás betegségek 95,5%-ban a *Dick*-positívek, 4,5%-ban a *Dick*-negatívek közül kerültek ki. A legtöbb *Dick*-positív eset a 2-5. életév között fordul elő (74%-ban), azután állandóan csökken. 868 *Dick*-positív esetben védőoltásokat végeztek *Gabritschevszky*től ajánlott streptococcus vaccinával. *Strössner Ödön dr.* még 1919-ben készített különböző streptococcus törzsekből egy vaccinát, melyet egészségeseken kipróbált és veszélytelennek talált. E vaccináról *Budai István dr.* megállapította, hogy reconvalescenséknél, szív- és vesebajosoknál, pertussisnál, tuberculitikusoknál súlyos általános tüneteket okozhat, sőt a scarlatina kórképét (exanthema, angina) is képes előidézni. A *Strössner*-féle vaccinával tervbe vett védőoltások abbamaradtak, most az amerikai kutatásokkal kapcsolatban újból elővették, mert a *Dick*-féle reactióban egy indicatorral rendelkeznek az oltások hatásának ellenőrzésére. Az adagolás óvatosan, nyolc napi időközben háromszor subcutan történt. Jelentéktelen helyi és általános tünetek. Az eredmények következők: A *Dick*-positív reactio az oltások hatása alatt átváltozott negatívvá 55%-ban, + pozitív közül negatív lett 70%, ++ közül 46%, +++ közül 27%. Az oltások óta előfordult scarlátások mind *Dick*-positívek voltak. A sikeresen immunizáltak között megbetegedés nem fordult elő. A jövőben a vizsgálatokat az óvodákban és elemi iskolákban az iskolaorvosok bevonásával széles alapon kell folytatni, hogy így áttekintő képet nyerjünk scarlátára hajlamos és nemhajlamos gyermekekről. A védőoltásokat is fokozottabb mértékben kell végezni, az oltottakat időről időre ellenőrizni, hogy a védettség meddig tart, a jövőben előforduló scarlátamegbetegedéseknél megállapítani, hogy vajon azok a védőoltottak közül is kerülnek-e ki és, hogy minő lefolyásúak.

Végh János: A vörheny fellépését, terjedését, enyhe vagy súlyos voltát semmiféle tényezővel sem

lehet szorosabb összefüggésbe hozni. Míg egyes városokban, községekben a vörheny állandó s a lakosság nagy százaléka betegszik meg vörhenyben, addig más városokban, községekben évtizedeken keresztül csak itt-ott fordul elő vörheny. Ötéves ciklusokra osztva a budapesti vörheny megbetegedéseket, 35 évre visszamenőleg azt tapasztaljuk, hogy 1916-tól 1920-ig esett a megbetegedés száma, de az egyéb fertőző megbetegedésekhez viszonyítva még így is elég nagy. (10.000 lakosra 26,5%.) Az évszakokban való megjelenési módozatban bizonyos változás mutatkozik, a hideg, tiszta időben sokkal kevesebb a megbetegedés, mint borongós időben, az őszi hónapokban. A korszerinti megbetegedések arányszáma is ingadozó. A vörheny felléptéhez bizonyos egyéni, helyi és időbeli hajlamosság szükséges; nézete szerint a vörhenyt előidéző kórokozót az egyének magukban hordják (bacillusgazdaság). Védekezésünk ez ideig az elkülönítésben és a fertőtlenítésben merült ki, a bacillushordozókra figyelmünket nem fordítottuk ki, mert magát, a kórokozót sem ismertük. Megelégedtünk a lakás, ruházat, a használati tárgyak s a családtagok testfelületének a fertőtlenítésével. Hozzászóló ezen betegségnél is feltételezi a bacillus-hordozókat és mivel a betegség tünetei legelőször a felső légutakban jelentkeznek és a klinikailag gyógyult betegekkel való érintkezés után újabb megbetegedések előfordulása is gyakori, feltétlenül kívánatosnak tartja a szájuüregek és orrnyílásnak nemcsak a betegség, hanem az egészséges élet tartama alatt is naponta 6-8-szor fertőtlenítő folyadékkal való öblögetését. Minthogy a vörheny hely, idő, kor, hajlamosság szerint jelentkezik és különösebb szabályszerűség nélkül fluktuál a megbetegedések száma, ennél fogva a *Dick*-féle oltások rendszeresítése esetén még egy pár év múlva sem nyilatkozhatunk végelegesen arról, hogy az esetleg bekövetkezendő csökkentszámú megbetegedések a *Dick*-féle oltások eredményének tudhatók-e be, vagy sem. Tekintettel arra, hogy a vörheny legfeljebb középső betegségeink közé tartozik, ezen oltások semmiféle kártékony hatással nincsenek, a nagy tömegeken végzendő oltásokból jobban vonhatunk le következtetést, végül, hogy minden felkínálkozó eszközt fel kell használni a vörheny elleni védekezés érdekében, hozzászóló is kívánatosnak tartja az oltásoknak minél nagyobb terjedelemben való végzését. Az eddigi oltások eredményéből a mindennapi életre ma még semmi pozitívumot megállapítani nem tud. A *Dick*-féle oltásokat tekintsük ezentúl is még egy kísérleti állapotban levő munkának és a kellő adat gyűjtése szempontjából végezzük azt egyelőre hatóságilag, minél szélesebb körben.

Torday Ferenc: Korainak tartja azt, hogy mielőtt az ily védekezési mód eredményességéről, a vörhenyes fertőzés veszélyének leginkább kitétt kórházak és egyéb intézetek állandó lakóin szerzett adatok birtokába jutottak volna, a védekezési kísérleteket a nyilvános iskolákra is kiterjesztették. Az elméleti alap helyességét illetőleg kevésbé jögszult a kétkedés, mert a *Dick*-ék által a vörheny kórokozójának tartott streptococcus haemolyticus megfelel a specifikus kórokozó követelményeinek. A *Dick*-féle immunisatio azon alaptételből indul ki, hogy kismennyiségű toxinjokkal való oltásnál pozitív *Dick*-testtel reagálnak azok, kik vörhenyre hajlamosak. Többen kételkednek a *Dick*-féle reactio specifikusságában. Azon tapasztalatok, mely szerint vörhenyt biztosan kiállottak közül többen pozitív reactiót adnak, 5 kétségtelen esettel kiegészítheti. Nehezen fogadható el magyarázatul az a feltevés, hogy a vörheny kiállása nem mindig immunizál, minthogy a vörhenyben újból való megbetegedés a nagy ritkaságok közé tartozik. Feltűnő azon ellentét, hogy osztályán 88 anya közül 17% pozitív reagált, 74 gyermekből pedig 75% negatív reagált. Ezen adatok ellenkeznek azzal a tapasztalattal, hogy a felnőttek aránytalanul ritkán, a gyermekek pedig aránylag gyakran betegszenek meg scarlatinában. A negatív reactio gyakoriságát azzal magyarázni, hogy a szegényebb néposztály körében gyakoribb az észrevétlenül lefolyó, immunizáló scarlatina, erőltetett, mert épp ezen körökben szokott a vörheny gyorsan terjedő tömegjárványok útján pusztítani. A *Dick*-reactio kiváltásában, milyenségében és számarányában az oltóanyag minősége is szerepet játszik. Az immunisatio eredményeihez közvetlen tapasztalat révén még nem tud hozzájárulni, de előtérbe akarja állítani *Dick*-ék saját szavait, mely szerint a szükséges toxinmennyiség egyénenként igen vál-

tozó. Minthogy a kisebb adagú védőoltásoknál is beállhatnak kellemetlen tünetek: magas láz; fájdalmaság, scarlátszerű kiütés, ezek elszívódása céltalan, ha a kis adagok csak kicsi valószerűséggel immunizálnak. Az összes adatok közül egyedül azok meggyőzőek, melyek a kórházi ápoló-személyzetre vonatkoznak. Abból, hogy a védőoltottak közül alig betegednek meg, semmiféle bizonyító következtetést levonni nem lehet, mert ezek az összlakosságnak eddig is mentesnek bizonyult kis hányadát képezik. A Dick-test-vizsgálatok és védőoltások csak a zárt intézetek adataiból levonható következtetések után végeztesenek általánosságban. Ez idő szerint a folyamatban lévő kísérletek hatósági tagabb kiterjesztését és azokba az orvosgyakorlat bevonását korainak és még indokoltak nem tartja.

(A discussio a következő ülésen folytatódik.)

Közkórházi Orvostársulat jan. 13-i ülése.

1. **Willner Miksa:** *Gümös empyema trypaflavin* kezelt esete. Egy fibrosusra hajló és egy túlnyomóan exsudatív tüdőgümőkórhoz társult pyopneumothorax trypaflavin kezeléséről számol be. A fibrosus esetben a 14 punctio és thoracoplastica partialis után recidiváló exsudatum nagyrészt felszívódott, az exsudatív esetben azonban eredmény nem volt elérhető.

2. **Stamberger Imre:** *Iridocyklitist okozott Highmor-üreggyulladás műtéttel gyógyult esete.* 27 éves leánybeteg baloldali iridocyklitisének okát baloldali Highmor-üreg latens genyes gyulladása képezte, mely utóbbinak conservatív kezelése nem vezetvén sikerre, radicalis (Denker-féle) műtétet végzett, melyre a Highmor genyedés és az iridocyklitist gyorsan meggyógyult.

Csapody István: Az iridocyklitist a szervezet szempontjából tünet, melynek okát az organismusban meg kell keresnünk. A rhinogen eredet gyakori. Egy másik esetben a Highmorgenyedés nephritist okozott, melyet ideghártyaelváltozás derített ki, a melléküreg kezelése során a sugártestgyulladással együtt hamar meggyógyult. Vajjon ily korán sikerült volna-e a nephritis okát kideríteni, ha az arecsontüreg genyesezése nem okoz egyúttal iridocyklitist is?

3. **Szép Sándor:** *Episcleritisnek karyonnal kezelt esete.* 16 éves nőbeteg, kinél előzetesen atropin, meleg borogatás, salicyl-therapia mellett, majd egy *Ponndorf* alkalmazása után rosszabbodás állott be s a később adott aktoportin-injectiók is sikertelenek maradtak, karyon-oltásokat alkalmaztak (harmadnaponként 1-8 g R). Két és fél hónap alatt összesen 24 intravenás befecskendezést kapott, melyekre a szemén ártalmatlan gócreactionokkal és néhány ízben rövid, rázóhideges hőemelkedéssel általánosan is reagált. Az eredmény teljesen kielégítő. A conjunctiva erős belőveltsége engedett, a sclera napról-napra halványabb lett, az episcleritises csomók a nyírból alig kiemelkedők, majd eltűntek és helyükön a sclera kékesen elszíneződött az áttűnő chorioidealis festékrétegtől. Az iris visszanyerte éles rajzolatát, megszűnt a ciliaris belőveltség. A corneában visszamaradt szürkés homályok mutatják a lezajlott keratitis sclerotisans nyomait.

Csapody István: A karyont használja, episcleritistől még nincs tapasztalata. Figyelmeztet arra, hogy mind ennek, mind a phlyctenás szemhajoknak annyira lényege a periodosus jelentkezés, hogy a therapiái következtetéseken óvatosságnak kell lenni.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A Szép által bemutatott episcleritis nem az egyedüli karyonra gyorsan megjavult esete. Egy férfibetege karyon-kezelése ugyan-csak jó eredményű volt; az illetőt rendkívüli elfoglaltsága miatt most nem mutathatta be.

4. **Révész Jenő:** *Karyon a gyermekgyógyászatban.* Mintegy 70 esetben használták a karyont tüdő-, csont- és hashártya-gümőkór eseteiben és roboransként reconalescenseknél. Subcutan M-et $\frac{1}{2}$ -5 évig 0.5, azonfelül 1 cm³ adagban, F-et 5-10 évig 0.1-0.5 cm³ adagban, 10 évtől 0.5-1.0 cm³ dosisban, R-t csak 10 éven felül, 0.5-1.0 cm³ adagban alkalmazták. A R. intravenás adagja (csak 10 éven felül) 0.1, legfeljebb másodnaponként 0.1-el; emelkedve, ha rázóhideg előbb nem jelentkezik, 1.0 cm³-ig. Az esetek egy részében eredmény nem mutatkozott, más részében a hatás a lázas hőmérsék csökkenésében és roborálásban nyilvánult meg. Az utóbbi hatást mutatta egy cariesselel komplikált 3½ éves

tüdőeset, mely a karyon-kezelés közben elért javulása után volt csak operálható. Egy 12 éves és egy 14 éves fiú esetében 1.0 cm³ intravenás R-el sikerült nemcsak a temperaturát alacsonyabb nivóra szállítani, hanem a beteget annyira megerősíteni, hogy az egyiknél a csontműtét a rázóhideg R-adag után 6 héttel sikeresen elvégezhető volt, a másik pedig jelenleg olyan állapotban van, hogy iskoláit látogathatja. Kellő adagolás mellett káros hatást nem látott tőle.

5. **Bartha Andor:** *Karyon R-el kezelt lupus-eset.* A 40 év óta fennálló, minden kezeléssel dacoló lupus propagatiója karyonra megállott, a lupusos göbök száma kevesbedett, a bőrvörösség az egész területen csökkent, a gyógyulási hajlam több helyen peripheriás jellegű. Az esetet figyelemre méltónak tartja. A beteg cariesse gyógyulási tendenciát nem mutat; igaz ugyan, hogy az intravenás karyon R.-injekcióktól, melytől *Kuthy* zárt ostitis tuberculosis esetén eredményt látott, a beteg leromlottsága miatt nem alkalmazta.

Előadás:

6. **Okolicsányi-Kuthy Dezső:** *Gyakorlati részletek a művi légmell-kezelés technikájához.* A helyes technika irányelveit a II. tuberculosis-nagygyűlésen 12 pontban foglalva ismertette. E pontok valamennyiét ma is fenntarthatja s csupán két kérdéssel óhajt ez alkalommal újból foglalkozni, a *gázembolia* és a *pleuropulmonalis fistulaképződés* elkerülésének kérdésével. Előbbinek legfontosabb követelménye, hogy a gázcsap addig meg ne nyitassék, amíg a vízmanometer legalább 6 cm-es szívóhatást nem mutat. Ez azonban több okból akkor is kimaradhat, ha a *Saugmann*-tű vége tényleg a pleurarésben van. Előidézhető azonban számunk esetében a kellő manometer-kimozdulás az előadó egy fogásával, melyet évek óta kár nélkül alkalmaz, azzal t. i., ha a beteggel egy bizonyos módon forcirozott nasalis légzést végeztet. A visceralis pleura beszakadásának, vagyis pleuropulmonalis fistula képződésének legjobb óvszere az óvatos gázadagolás, melyet az előadó kezdettől fogva gyakorol. Szól még az extralateralis oldal állapotának pontos megfigyelését illető tapasztalatairól, pl. arról, hogy az átvezetett kóros zörög rendszeren csak a háti felszínen hallható, mert a gerincoszlop, mint jó hangvezető, a dorsalis oldalra közvetíti a hang tovaterjedését.

Az Apponyi Poliklinika január 13-i ülése.

Bemutatók:

1. **Glancz Mihály:** *Antrotomiára prompt gyógyult komplett faciális bénulás.*

2. **Csillag Miksa:** *Acut pankreatitis két esete: a) 56 éves férfinál invivo diagnostizáltatott. A betegnek choledochus kövei voltak. b) 18 éves leány (egyedül álló eset az irodalomban). Laparotomiánál pankreatitis acutissimát talált. Exitus.*

Lévay Mihály: A pankreatitisek rendszeren az epehólyag megbetegedését követik, ajánlja, hogy minden máj- és epehólyaggyulladással kapcsolatban alimentaris glucose próbát végezzenek.

Kelemen Endre: Megkülönböztet acut pankreatitist és acut zsírnecrosist.

Lobmayer Géza: Fontosnak tartja, hogy epehólyagműtétéknél a pankreas fej állapotáról meggyőződjön.

3. **Fleischmann Mór:** *Highmorüreg-cysta* operált esetét mutatja be.

4. **Weisz Győző:** *Latens epehólyaggyulladás okozta sepsis esete:* 58 éves asszonynak sohasem voltak hasi panaszai. Halála előtt néhány órával került észlelésre, boncolásnál epeköveket és genyes májgyulladást találtak.

5. **Kövéri László:** *A nem-Basodowos strumák Röntgen-therapiája.* Besugárzás eredményei igen jók, ha a struma parenchymás. Ugy kozmetikilag, mint a compressió tüneteket illetőleg — főleg fiataloknál — az eredmény sokszor teljes. A többi golyva-fajok közül a besugárzástól a fibrosusoknál csekély, a nodosus cystás és colloidos formáknál semmi eredmény sem várható.

Lobmayer Géza: Mindennemű golyva Röntgen-besugárzásnak ellenzője.

Holitsch Rezső: Nemcsak a nem-Basedowos, hanem a Basedowos strumák besugárzásától is jó eredményeket észlelt.

Előadások:

1. Lévay Mihály: *A vércukorkérdésről:* A vércukor historicumának és kimutatására szolgáló makro- és mikro-eljárásoknak ismertetése után a vérben előforduló különböző redukáló anyagokkal foglalkozik. *sucre libre*, *sucre virtuel* és *sucre comoiné*, a németek Transportcukor-ját, *Winter* és *Smith* cukorját. A vércukor szabatos meghatározását ma még nem lehet adni. Hasonló a helyzet a szövetcukorral is. A vércukor élettani szerepe a sejtek utilizálható cukorral való ellátásban áll. A biológiai szerepre vonatkozólag két felvétel lehetséges: 1. a vércukor mennyisége állandó és így primaer úton járul hozzá a belső milieu egyensúlyban tartásához. 2. A vércukor mennyisége aránylag széles határok között ingadozó, ismert és ismeretlen faktoroktól függő és ezért a vércukor esetleg pufferyanyagként szerepel. Előadó vizsgálatai szerint a háziynak nincs constans vércukor-tükre, vércukra a legheterogénebb anyagokkal, alimentaris, hygienás és hőmérséki tényezőkkel befolyásolható. A vércukorra kifejtett hatás alapján beszél a glukodepressióról és glukodepressorokról, illetőleg glukaugmentációról és glukaugmentatorokról. A vércukor ingadozásával kapcsolatban az insulin titrálásának megbízhatatlanságára és a glykosuriával kapcsolatban a veseküszöb gyakorlati fontosságára hívja fel a figyelmet. A hypoglykaemiás syndromára vonatkozó kísérleteink legfontosabb eredményei: 1. a görcsök fellépte nincs határozott vércukor-nívóhoz kötve; 2. a görcsök nem mindig olyankor lépnek fel, amidőn a glukodepressió a legmélyebb fokot érte el. A coma lényegét még nem ismerjük, a súlyos állapotot nem a hyperglycaemia, hanem a ketosis vagy ezzel rokon tényezők okozzák.

Honvédorvosok Tud. Egy. jan. 12-i ülése.

1. Lippay Arthur: Három appendektómia esetéről számol be. Elsőnél egy, a májszéllel összenőtt, másodiknál egy, a distalis végével a húgyhólyag falába beágyazott lobos appendixet talált. Harmadik esetben egy 7 éves leánynál diffus pneumococcus peritonitis után visszamaradt baloldali maradéktályogot Röntgen-átvilágítással sikerült lokalizálni.

2. Uthy László: A hadosztály egészségügyi oszlop hadisebész tevékenységéről háborús tapasztalatai alapján.

A sebesülések első vonalban való szakszerű sebészeti ellátásának fontosságát emeli ki, mely által a sebfertőzés terjedésének veszedelme nagy mértékben csökken. A sebesülés első óráiban (1–8) végzett alapszobrás a gyógyulás első feltétele. Ezen munka a hadosztály egészségügyi oszlop köztözhelyén, valamint az első vonalban fekvő tábori kórháznál jól megszervezett sebesültszállítás mellett sikerrel elvégezhető.

Előadó által ezen a helyen végzett trepanatio, laparatomia, amputatio és laminectomia műtéteivel, valamint primaer véredényvarratok egész sorozatával igazolta azon állítást, hogy a sterilitást, mely minden sebészeti működés alapfeltétele, az előbb említett mozgó tábori egészségügyi intézeteknél minden körülmények között be kell tartani.

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 január 23-i ülésének programja: Bemutatás: Sztéhló István: Új köldök-kapocs. Előadás: 1. A múlt ülésről elmaradt hozzászólások. Bókay János és Johan Béla: Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról c. előadásához. 2. Darányi Gyula: A staphylococcusok kórtani sajátosságairól.

A Magyar Röntgen-társaság legközelebbi tudományos ülése f. hó 27-én, szerdán lesz a 3-ik számunkban közölt napirenddel.

A Közkórházi Orvostársulat január 27-i ülésének tárgysorozata: 1. Gasskó Dezső: A mentopin használhatósága idült hörghurut és asthmaszerű állapotokban. 2. Kis Gyula: A lues praecipitációs reakciójáról.

Személyi hírek. Dr. Ditrői Gábor egy. m. tanár, egyetemi adjunktust a Kormányzó Úr főfőméltósága a vallás- és közoktatásügyi miniszter előterjesztésére a szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetemen megüresedett szemészeti tanszékre egyetemi ny. r. tanárrá nevezte ki. **Tóth Lajos dr.** államtitkárt a vallás- és közoktatásügyi miniszter a ministertanács hozzájárulásával a tényleges szolgálatban továbbra is visszatartotta. Ez az intézkedés az egész orvostársadalom és az érdekelt közszolgálat körében általános örömet keltett. A vallás- és közoktatásügyi miniszter dr. phil. et med. **Karczag László** egyetemi adjunktusnak „A belső betegségek therapiája, különös tekintettel a kísérleti orvostanra” című tárgyköréből és dr. **Sóvári Soós Aladár** egyetemi tanársegédnek „A belső betegségek diatás kezelése és annak technikája” című tárgyköréből a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt kinevezését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezettket ezen minőségükben megerősítette. A népjóléti és munkaügyi miniszter a budapesti lipótmezei állami elme- és ideggyógyintézet igazgatójává **Fabinyi Rudolf dr.**, a budapesti angyalföldi állami elme- és ideggyógyintézet igazgatójává **Sélig Árpád dr.** és a nagykallói állami elme- és ideggyógyintézet főorvosokat, jelenlegi fizetési osztályukban való meghagyás mellett kinevezte.

A II. sebészeti tanszék ideiglenes ellátásával és jövődöntésének kérdésével foglalkozott a budapesti Kar január 12-i ülésében. — A tanszék vezetőjének helyettesítésével **Illyés Géza** ny. r. tanárt bízta meg a Kar, ki a klinika adminisztrációjában és saját maga helyettesítésében **Tóthfalussy Imre** magántanárt, klin. I. tanársegédet veszi igénybe. — A tanszék betöltése ügyében javaslatot tesz **Lenhossék Mihály** elnöklése alatt **Korányi Sándor**, **Buday Kálmán**, **Verebély Tibor** és **Illyés Géza** tanárokból álló bizottság küldetett ki. Előzettséggel gondolhatunk arra, hogy a bizottságnak könnyű feladata lesz méltó módot találni a sok kiváló sebész közül: viszont éppen ezért lesz nehéz dolga a kiválasztás.

A gégeészeti Szakosztály folyó hó 26-án a Rókus-kórházban este 7 órakor ülést tart. Tárgyak: Új tisztikar választása. **Betegbemutatók:** 1. **Taunz Márk:** Gégebe aspirált csont. 2. **Viola Endre:** A gégen és garaton áthatoló nyaki sebész. 3. **Sternberg Aladár:** Tuberculosis képe alatt fennállott gégecarcinoma. 4. **Bajkay Tibor:** Az alhangszalagok ritka vicariáló működése. 5. **Campán Aladár:** Trachitis luetica. 6. **Lévai Jenő:** A gége heges összenövése a garatfallal lügmérgezés után. 7. **Pollatschek Elemér:** A gégebemenetben ülő vérző haemangioma. **Brill József:** Angiofibroma tonsillae (folytatás). 8. **Érczy Miklós:** Nyeregorrplastica csontbeültetéssel.

Községi- és körorvosok gyűlése. Az Országos Orvos-Szövetség községi- és körorvosi bizottsága január hó 14-én nagygyűlést tartott, melyen a községi- és körorvosi kar helyzetével és törekvéseivel foglalkozott.

A nagygyűlés megállapította, hogy a községi- és körorvosokat a fizetési osztályba sorozás szempontjából sérelem érte és lakásviszonyaik is olyanok, amelyek a szolgálat jó ellátását lehetetlenné teszik. Határozati javaslatot fogadott el tehát a nagygyűlés arra vonatkozólag, hogy a községi- és körorvosok számára nyissák meg a VIII. és VII. fizetési osztályokat és a községek nyújtsanak természetbeni lakást az egészségügyi kormányzat által kieszközölné törlesztéses kölcsönök felhasználásával. Kívánja továbbá a községi- és körorvosi kar, hogy összes személyi ügyei, tehát az illetmény és fegyelmi ügyek is utaltassanak át a belügyminiszter hatásköréből a népjóléti miniszter hatáskörébe.

A szokottnál népesebb és lelkes hangulatú nagygyűlés jelentőségét azonban nem a községi- és körorvosi kari sérelmek és kívánságok hangoztatása adja meg, hanem az a körülmény, hogy a nagygyűlés tagjai szinte

egyértelműleg hangsúlyozták a falu egészségügyének fontosságát, az egészségügyi színvonal emelésének szükségét és ezért elhatározták, hogy az egészségügyi reformok előkészítésére úgy országosan, mint vármegyénként reformbizottságot szerveznek.

A trachomásók összeírását rendeli el a népjóléti ministerium legközelebb kiadandó körrendelete. A szaktestületek és hatóságok előzetes jelentése szerint ugyanis a trachoma-megbetegedések száma némi emelkedést mutat, pontos és megbízható statisztika hiányában pedig az ellene való védekezés nem folyhat a kellő rendszerességgel. A megbetegedések száma semmi esetre sem akkora, hogy járványról lehetne beszélni.

A marólúg forgalomba hozatalát szabályozza a kereskedelemügyi minister ma megjelent 92.903/XXII. számú rendelete. A népjóléti ministerium eredeti álláspontja az volt, hogy a marólúg kicsiben való elárulását egyáltalában meg kell tiltani, azonban a házi-szappangyártás érdekeire való tekintettel mégis meg kellett azt engedni, bárha a közegészségügyi érdekek így is veszélyeztetve vannak.

Schiff Ervin dr.-t a nagyváradi gyermekkórház igazgatójának fiát, ki öt év óta működik Czerny professor klinikáján és már néhány év óta magántanár, rendkívüli tanári címmel tüntették ki.

Új gyógyszerárszabvány. A népjóléti miniszter úr 98.065/1925. sz. rendeletével jan. 1-én hatályon kívül helyezte az 1925. évi jún. 1-e óta érvényben volt hivatalos gyógyszerárszabást és az Országos Közegészségügyi Tanács javaslata alapján új árszabást bocsátott ki. Az orvost kétségtelenül közelről érdekli a gyógyszerek, a kötőszerek stb. árának újabb megszabása s így szükségét látjuk annak, hogy az új árszabást legalább általánosságban megismertessük. Az új árszabás rendelkező részében novum a szabadon, orvosi rendelés nélkül kiadható gyógyszerek eladásának (az ú. n. kézieladásnak) rendezése, amennyiben a maximalis árszabás elvét a miniszter a gyógyszerári üzem e részében is érvényesítette. A gyógyszer ára a kézieladásban sem lehet nagyobb, mint a recepturában, és a kiszolgáltatási és munkadíjat a gyógyszerész csak akkor számíthatja fel, ha a gyógyszert a fél kívánságára *vényyszerűen* szolgáltatta ki. Az orvos örömmel fogja tudomásul venni, hogy fontosabb gyógyszereink ára jóval olcsóbb lett. A sokszor igénybe vett antipyreicumok, narcoticumok, a cocain, a coffein és theobromin, a jód-, a bismuth- és az ezüstvegyületek mintegy 20–30%-kal lettek olcsóbbak. Ezt a kedvező eredményt nem befolyásolja az, hogy a hazai drogok, pl. kamilla-tea, althaea-gyökér stb. erősen megrágult. A gyógyszerek kiszolgáltatásához szükséges edények közül az üvegek és tégelyek ára olcsóbb lett, a dobozoké körülbelül ugyanaz maradt. A sebkötöző szerek ára kb. 40%-kal esett, amely körülményt kétségkívül a növekedő behozatalnak és a vámtételek leszállításának köszönhetjük. A gyógyszerészi munkadíjak átlagban 10%-kal emelkedtek, de a békebeli munkadíjknál még mindig kb. 30%-kal alacsonyabbak. Egészen véve megállapíthatjuk, hogy az új árszabás szerint kiszámított vények árai átlagban 5%-kal lettek olcsóbbak s így a magyar árszabás az osztráknál jelenleg mintegy 10%-kal olcsóbbak. Az árszabványhoz mellékelte 91 vénymintát (norma pauperum) új átdolgozásban kapjuk, ami két nézőpont szerint történt: a közalapok terhére rendelt gyógyszerek lehetőleg olcsók legyenek és az orvosnak módjában legyen olyan gyógyszereket vagy gyógyszeralkotást is rendelni, amelyeket eddig azért nem rendelhetett, mert ezek az érvényes gyógyszerkönyvben nincsenek felvéve. Az orvos tehát a 3. és 4. vényminta szerint rendelhet luminált, a 9. szerint a röntgenezéshez szükséges baryum sulfarumot, a 19. szerint hexamethylentetramint, de rendelhet ampulák alakjában aethert, secalcornutum kivonatot (25%), calcium chloratumot (5%), coffeinum natrium benzoicumot (20%), morphinum hydrochloricumot (2%), hydrargyrum salicylicum-suspensiót, natrium nitrosomot (2%) és novocain-tonogent (2%) is. Különösen felhívjuk orvosaink figyelmét a 46. sz. prophylacticum contra morbos venereos előíratra és a drága természetes ásványvizekre helyettesítő mesterséges sókeverékekre. A vényminták egyebekben is kellőképpen gondoskodnak arról, hogy az orvosnak mindaz rendelkezésére álljon, amire általában a betegek kezelésekor valóban szüksége van.

Az Orvosképzés 1926. évi első rendes száma február hó elején fog megjelenni és pedig a következő tartalommal: Heim Pál egyetemi tanár: „A csecsemőkori intoxicatio pathológiája“. Duzár József egyetemi magántanár: „A chorea minor hormon kezelése“. Kern Tibor egyetemi magántanár, közkórházi főorvos: „A gyomorbagok belgyógyászati gyógyításának újabb irányairól“. Kelemen György egyetemi magántanár: „A phonastheniáról“. Mészáros Károly egyetemi tanárségéd: „A rákkutatás mai állása“. Kubinyi Pál egyetemi ny. r. tanár: A) „Gyógyító eljárások a vetélésnél különöse tekintettel a fertőzött esetekre. B) „Védekezés a bűnös magzatűzés ellen“. Ezen rendes füzethez még egy külön füzet csatlakozik: Herepey-Csákányi Győző főorvos: „A tüdőtuberculosis sebészi kezelése“.

A Medikusbál. Szombaton, 16-án zajlott le a budapesti Vigadó termeiben. — Ifjúságunk nagy ambícióval rendezett multságát József Agost főherceg, Augustia főhercegasszony, Bethlen Istvánné grófnő is megtisztelték jelenlétükkel. — Az ifjúság és vidámság sikere mellett a jótékonyság sikeréről is boldogan beszéltek a fiúk körülbelül 30–40 millió jövedelemtől, melynek hiteles kimutatásáról e helyen fognak elszámolni. Csak egy nagy szomorúságuk volt: hogy szeretett tanáraikat öt magántanáron kívül csak a fővédnök és Preisz Hugó professor képviselték.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár f. hó 28-i orvosi ülése. Bemutatás: 1. Benárd Agost: A csonttörések rationalis kezelési módja. 2. Fleischmann Mór: Rhinogen neuritis retrobulbaris operált és gyógyult esete. 3. Friedvich Vilmos: Pofanyálkahártyán gümős fekély és egyidejűleg tüneteket nélkülöző cavernák a tüdőben. 4. Pándy Kálmán: Spinalis izomsorvadás súlyos esete. 5. Keményffy Gyula: Toronykoponya hydrocephalus. — Előadás: 1. Wittmann Béla: Skarlát immunitás és Dick-reactio. 2. Práger Márton: Az ipar-egészségügy mai állása.

Törökországban eltiltották az idegeneket az orvosi praxistól. Magánjelentések szerint ez évtől kezdve Törökországban úgy orvosi, gyógyszerészi és fogorvosi, mint ügyvédi gyakorlatot csak mohamedán vallású egyének és török állampolgárok folytathatnak.

A szesztilalom fenntartásáról szavazott a múlt év utolsó napján az Egyesült Államok kongresszusa. A szesztilalom eredménytelen voltáról szóló közlemények cáfolata gyanánt megállapította az előadó a prohibíto letagadhatatlan áldásait, mire a kongresszus 139 szavazattal 17 szavazat ellenében kimondotta a teljes szesztilalom további fenntartását.

A Német Orvosok Napját ez év június 25-én tartják Eisenachban, amidőn az orvosi emlékművet is leleplezik.

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

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint január 10-től január 16-ig előfordult:

Hasi hagymáz	11	1	Gyermekágyi láz	1	3
Küteges hagymáz ...	—	—	Bárányhimlő	41	—
Hólyagos (ál-)himlő ..	—	—	Járv. fültőmirigylob	21	—
Kanyaró	40	2	Vérhas	6	—
Vörheny	81	5	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Számárhurut	11	2	Trachoma	14	—
Roncs. torok-, gégelob	19	3	Veszétség	—	—
Influenza	8	—	Lépfene	2	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Socialis szempontból felhívjuk a t. orvos urakat „Leo Insulin“ prospectusunk szíves átolvasására.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID NATÁSÚ 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. MOLNÁR SZANATÓRIUM
 Ideg- és kedélybetegek részére, SÁTORALJAUJHELY

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

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

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

teljes ellátás napi díja 140.000 korona.
Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

Szemorvosi céloknak megfelelő használt
szemüvegszekrényt
 keres megvételre dr. Vogel Márton, Ujpest, Árpád-utca 16.

PÁLYAZATOK.

Nógrád és Hont közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyék salgótarján járásában fekvő homokterenyei közegészségügyi körben a. m. kir. Népjóléti és Munkügyi Minister 95.569/1925. I. A. szám alatt kelt rendeletével a *körorvosi állás* szervezését jóváhagyta. Ezen állásnak választás útján leendő betöltésére az 1886. évi XII. t. c. 77-81. §-ai értelmében pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüket, a forradalmak alatti magatartásukat s eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1926. évi január hó 31-ig annyival is inkább adják be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás iránt később fogok intézkedni. A közegészségügyi körhöz tartoznak Homokternye, Mátránovák, Kaszár és Mátraszele község. A megválasztandó körorvos egyelőre a Mátraszele községhez tartozó Szent István-bányatelepen köteles lakni, ahol a bányavállalattól két szoba, konyha és megfelelő mellékhelyiségekből álló lakást, valamint az ottani bányatisztviselőkre nézve megállapított feltételek és módzatok mellett fűtést és világítást természetben és teljesen díjtalanul kap. A megválasztandó körorvos körzetét hetenként és később megállapítandó napokon meglátogatni tartozik. Ugyanesak köteles ellátni a munkásbiztosítói pénztártól külön nyerendő díjazás ellenében a pénztári orvosi teendőket is. A körhöz tartozó községek a körorvos részére egyelőre természetben adnak fuvart, később fogatot szereznek be. Az állás javadalma az állami rendszerű IX. fizetési osztály III. fizetési fokozatának felel meg. A körorvos részére a magánfoglalkozás meg van engedve s ezért a vármegyei szabályrendelettel megállapított díjakat számíthatja fel. Kézi gyógyszerár engedélyezését Alispán úr kilátásba helyezte. Az állás a választás után azonnal elfoglalandó. Megjegyzem, hogy a bányavállalat által természetben nyújtott javadalmak azonnal megszűnnek, mihelyt Homokterenyi község a körorvos részére megfelelő lakást épít — amikor is a körorvos Homokterenyi községbe köteles költözni. Salgótarján, 1926 január hó 4-én. 8150/1925. sz. Járásí főszolgabíró.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetnél újonnan rendszeresített **alorvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek.

A kinevezés ideiglenes, s két évi időtartamra szól, mely kinevezés újabb két évre meghosszabbítható. Illetmények: a X. fizetési osztály A) csoportja 3. fokozatának megfelelő fizetés, egy szobából álló bútorozott természetbeni lakás, ezidőszert ingyenes fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. Pályázati kérvények 20.000 K-ás okmánybélyeggel ellátva, orvostudori oklevéllel, születési vagy illetőségi és erkölcsi bizonyítvánnyal felszerelve, a Nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi Minister úrhoz címezve hozzám nyújtandók be.

Pályázati határidő lejárt 1926 január 25. Budapest, 1926 január hó 11-én.

Selig Árpád dr., igazgató.

A nagykallói m. kir. állami elme- és ideggyógyintézetnél újonnan szervezett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalma: X. fizetési osztály A) csoportjának harmadik fokozata szerinti fizetés, egy bútorozott szobából álló intézeti lakás, természetbeni fűtés, világítás, valamint I. osztályú ételmezés az önköltségi ár 50%-ának megtérítése mellett. A megbízás hatálya két évi időtartamra szól, azonban két-két évre meghosszabbítható. A pályázni óhajtó orvosok a Népjóléti Minister úrhoz címzett és szabályszerűen felszerelt kérvényüket (esetlandó: orvosi oklevél, születési bizonyítvány, illetőségi bizonyítvány) f. évi január hó 31-ig hozzám nyújtják be.

Nagykalló, 1926. január hó 12-én.

47/1926. szám.

Langer Árpád dr., igazgató.

A zemplénnvármegyei (sátoraljaujhelyi) Erzsébet kózkórháznál 1926. évi május hó 1-én betöltendő, s az állami rendszerű VIII. fiz. osztály 3-ik fokozatának megfelelő kezdő fizetéssel és lakással javadalmazott **egy kórbontani és serologiai fogorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, akik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t. c.-ben előirt elméleti képesítésüket, kórbontani és laboratoriumi orvosi dolgokban való jártasságukat, rövid életleírásukat, a forradalom és kommunizmus ideje alatt tanúsított magatartásukat, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, méltóságos Széll József úrhoz címzett kérvényeiket hozzám az 1926. évi február hó 15-ig bezárólag mutassák be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaujhely, 1926. évi január hó 9-én.

240/1826. sz.

Bernáth Aladár, alispán.

Veszprém vármegye törvényhatósági bizottságának az 1925. évi szeptember 14-iki rendes közgyűlésén hozott és a m. kir. Népjóléti Minister úr 127.241/925. I. a. számú elhatározásával jóváhagyott 540 jzvk. 18.130/1925. sz. határozatával a pápai járásban fekvő Pápateszér nagyközség székhellyel és Pápateszér, Bakonytamási, Bakonyszentiván, Bakonyság, Szücs, Babakonykoppány, Fenyőfő községekből álló újonnan szervezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy a magyar állampolgárságukat, előéletüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal, születési anyakönyvi kivonattal és az orvosi gyakorlatra jogosító orvostudori oklevéllel kiegészített pályázati kérvényeiket 1926. évi január hó 31-ig hivatalomhoz adják be, mert a később érkező pályázatok figyelembe nem veszem.

Fizetés: a 141.000/924. B. M. sz. rendelettel megállapított fizetés, egyelőre a ministerialis rendeletekkel megállapított lakbér és a szabályrendeletileg megállapított rendelési és látogatási díjak.

A választás idejét később fogom kitűzni.

Pápa, 1926. január 10.

27/1926. sz.

Főszolgabíró.

Dr. Wagner WETOLsebolai.
 Friss sérülések, gyulladás, tályog, furunculus tsb. kezelésére kiválóan alkalmas.

RÖNTGEN ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK
QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
 raktarról kaphatók Budapest VII. Miksa-u. 5. T.J. 130-26.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Melczer Miklós:** A „creeping disease“-ről a Nékám klinikán észlelt két eset kapcsán. (105–108. oldal.)
Kunecz Andor: A méh kóros helyzetváltozásainak műtéti gyógyítása. (108–110. oldal.)
Lehoczky-Semmelweis Kálmán: Chorea gravidarum érdekes esete. (110–111. oldal.)
Hoor Ete: Egy ritka hüvelydaganat esete. (112. oldal.)
Váro Béla: Két érdekes szülészeti eset. (112–113. oldal.)
Strelinger Lajos: Vesetuberculosis hypoplasiás vesében. (113–114. oldal.)
Csapody István: Röntgen-felvételek az are verőereiről. (114–115. oldal.)
Berger Iván és Gy. Rokay Zoltán: Anguillula intestinalis Magyarországon. (116–118. oldal.)

- Mayer Ferenc Kolos:** Orvostörténelmi jegyzetek. (118–122. oldal.)
Engel Sándor: Az os pisiforme izolált törése. (122. oldal.)
Bosányiné Bakay Emma: A Dick-házaspár otthonában. (123–124. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Szemészet. — Szülészet és nőgyógyászat. (124–127. o.)
Elméleti tudományok köréből. (127. oldal.)
Könyvismertetés. (127–128. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 23-i ülése. (128–130. oldal.)
A Charité Poliklinika január 21-i ülése. (130. oldal.)
Kérdések és feleletek. (130. oldal.)
Vegyes hírek. (130–131. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A „creeping disease“-ről a Nékám klinikán észlelt két eset kapcsán.

Írta: **Melczer Miklós dr.** egyetemi tanársegéd.

(Első közlemény.)

Bár már ide s tova félszázad telt el azóta, hogy Lee londoni gyermekorvos a Clinical Societyben az első (1874), majd 10 évvel később a második „creeping disease“-esetet bemutatta, a betegség aetiológiája még sok tekintetben ma is tisztázatlan.

Lee első betege egy hároméves kisleány volt. A betegséget jellemző *vörös, tova-vándorló*, subjectiv tüneteket csak ritkán okozó *vonul*, ebben az esetben a jobb külső bokatájékból indult ki s kúszott fel a gyermek hasára. Az $\frac{1}{6}$ – $\frac{1}{2}$ angol hüvelyk széles, a bőr felületéből alig kiemelkedő vonal útközben többszörösen meg is csavarodott.

A harmadik creeping disease-esetet észlelő Crocker R. mondotta ki először, hogy e betegséget a bőrben ide-oda vándorló lárva okozza, s e miatt a bajt lárva migransnak nevezi el. Szerinte Arábiában közönséges gyermekbetegség ez, amit az anyák izzó tű alkalmazásával maguk gyógyítanak meg.

Crockernek azonban a hypothetikusan felvett lárva nem sikerült kimutatnia, sőt a járat *activ*, tova-haladó végének három ízben történt kimetszésével sem sikerült a bajt megszüntetnie úgy, hogy a lárva $\frac{2}{4}$ évig vándorolt a beteg gyermek bőrén.

A kontinensen az első esetet Neumann és Rille (1895) észlelték. Kétéves leánygyermek fartájékában ellenkező irányban haladó kettősjárat fejlődött ki. Bár mindkét járat *activ* végének excisiójával sikerült a folyamat tova terjedését megállítani, a bőrdarabokból készített metszetsorozataikban mégsem sikerült megtalálni a parásitát.

Az 1895. év végre fordulópontot jelent a creeping disease aetiológiájának történetében. Samson úttörő

vizsgálatai után, ugyancsak orosz orvosok, így Cholodkowsky, Sokolow, Kuschev, a Kama és Volga kerületiakói között egy új bőrbetegséget észlelnek, amelynek az európai creeping disease-zel való azonosságára Petersen mutatott rá. Az oroszországi creeping-esetekben azonban, a tárgylemezrányomással vértelenített *activ* végben, a légylárvának bizonyult parásita fekete pont alakjában felismerhető és több esetben extrahálható is volt. A Cholodkowsky esetében talált parásitát Portschinsky entomologus is megvizsgálta, s egy *gastrophilus* fajtának, mégpedig haemorrhoidalisnak vagy pecorumnak minősítette, mert Sokolow leírása szerint, eseteiben a járat kezdetétől két harántújj távolságban, a szőrzetten feketés színű petéket talált, s a *gastrophilus* variétásai közül csak ennek a két fajtának feketék a petéi.

Rille és Rieche 1907-ben megjelent nagy monographiájukban, különösen Csokor érvelésének hatása alatt mondják még, hogy az addig szóba jött kórokozók közül valószínűleg egyik sem jöhet tekintetbe. Csokor mutatott rá ugyanis arra a körülményre először, hogy a *gastrophilus equi* holometabolikus fejlődésével a creeping disease klinikai képe nem egyeztethető össze. A *gastrophilus* *equi* megtermékenyített nőténye ugyanis összel rakja le petéit a szőrzetére, s a petékből kikelő lárva, miután — még nem teljesen tisztázott módon — bejutottak a ló gyomrába, kétszeri vedlés után tavasszal (április-május), a bélsárral hagyják el a gazdaállatot, begubóznak, s a bábokból 4–6 hét múlva kel ki a kifejlett imágó. A Kaposi-féle esetről, hol a baj március elején vette kezdetét, Csokor szerint a lárvának, s így a járatnak is babnagyságúnak kellett volna lennie.

Igen érdekes, hogy a 90-es évek végétől 1907-ig, bár a kontinensen, Angliában és Amerikában is több creeping disease-esetet észleltek, a parásitát, kivéve Topsyent esetét, egyszer sem sikerült kimutatni. Utóbbi esetben, a beteg egyik rokona által tüvel eltávolított parásita, a második vedlésen már keresztülesett, a cuticulák csoportjába tartozó *hypoderma lineata* Villers-nek bizonyult.

Alig egy évvel később Boas kimutatja, hogy a *gastrophilus*-lárva hónapokon át fejlődésének első stadiumában maradhat a gazdaállatban, s ezzel Csokor érvelése is tárgytalanná vált, s egy újabb phasis vette kezdetét a creeping disease aetiológiájában. A szerzők

egy nagy csoportjának (*Wosstrikow, Bogrow, Pinkus-Corleis, Rudell, Cates*) ismét a *gastrophilus*-lárvát, *Topsent* második betegénél és *Darier* esetében viszont a *hypoderma lineat*at, illetőleg *bovis* sikerült kimutatni.

Ezidőszerint úgylátszik, hogy az európai *creeping disease* két alakban játszódhat le. Typikus, *subjective* legfeljebb viszketést okozó alakjánál a $\frac{1}{2}$ –1 mm vastag járatot, s ennek *activ* végén a *gastrophilus*st találjuk. Atypikus, a *Sethland-szigeti* betegséggel azonos, súlyos égő fájdalommal, genyedéssel járó alakját pedig a *hypoderma-fajta*k: a *hypoderma lineata* és *bovis* okozza. Az exotikus tájékok *creeping disease*hez hasonló bőrelváltozásainak, így az arabiai (*Crocker*), a congóvidéki *larva migrans*nak (*Morris missionarius*a) vagy a *Bérenger-Féraud* által leírt, Senegálban otthonos „*larbisch*”-nak kórokozója még ismeretlen; Japánban eleddig észlelt két *creeping disease* közül viszont a *Tamura*-féle esetben a *gerathostomum simaense*, az *Ikegami*-féle esetben pedig az *echinorrhynchus spaerocephalus* bizonyult kórokozónak.

A *creeping disease* atypikus, genyedéssel járó alakjának felel meg talán a *Lenglet-Delaunay*-féle eset, ahol *furunculus* ellen szétnyomott kerti csigákból készült kataplasmát használt egy 39 éves esztergályos, amire csakhamar csavarodott genyet tartalmazó járat fejlődött ki. *Borcq* ezzel teljesen analog esetet észlelt; a parasitát azonban egyik esetben sem sikerült megtalálni.

Vannak az irodalomban e mellett a *creeping disease*-hez sorolt, de attól egészen eltérő klinikai tünetekkel bíró esetek; nagyon valószínű, hogy ezeknél más volt a kórokozó, s ilymódon tévesen lettek ezek a *creeping disease*-hez sorolva.

Ilyen, klinikailag egészen elütő a *Brodier-Fouquet*-féle eset, ahol 42 éves kloakatisztítónál, a kar megsértése után, a mellkason 6–8 erythemás folttal, hólyagesákkal megszakított 2 mm széles harántirányú, s egymással párhuzamosan haladó vonalak alakultak ki.

Eppen ilyen érthetetlen *Hutchins* második esete, aki északgeorgiai farmer bal combján üreget, kör-, hurok- és csavarszerű rajzolatokat észlelt. Néhány csepp chloroformnak a megtámadott területbe való injekciója után beállt necrosis közben lárvák szóródtak szét minden irányban. Ennek az esetnek felel talán meg a *Whitehouse* által leírt, ahol 38 járat keletkezett a betegen. A kórokozót ezek egyikénél sem találták, illetőleg határozták meg.

A *Smith*- és *Callmann*-féle esetben ismét más volt a klinikai kép. Galambtojásnyi fájdalmas, tovavándorló tumor alakult ki, melynek spontán perforációja után egy közelebről meg nem határozott lárvát távozott.

A betegség bármely korban előfordulhat, de az eseteknek több mint a felében gyermekek betegednek meg. Amint azt *Rille* hangsúlyozta először, a kiindulási pont leggyakoribb a fedetlen testrészeken: az arcon, a végtagok distalis részein, harmadsorban a fartájékon. Utóbbi localisatio gyakorisága miatt vetődött fel az a gondolat, hogy *oxyuris vermicularis*, vagy valamilyen más, a rectumból távozó parazita okozná a bajt.

Csak ritkán marad a lárvát a kiindulási pont tájékában (*Shelmire* esetében a kézen, *Stelwagon* esetében a talpon), legtöbb esetben a passiv végtől messzire, más testtájékokba vándorol. (*Lapin* II. esete.)

A járat kialakulását, a szerzők különbözőképpen írják le. *Lee* második esetében lencsényi, kissé duzzadt, hyperaemiás területből indult ki a járat. *Ehrmann* esetében már konsektív exsudatióval, pörkképződéssel járó duzzadás, hyperaemia, *Van Harlingen* esetében pedig vesicula keletkezése volt észlelhető a kezdeti ponton. Más-*kor* objectiv elváltozást nem mutató, legfeljebb viszkető pontból, gyakrabban hyperaemiás foltból alakul ki a járat.

A járat *activ*, tovahaladó vége is ilyen, legtöbbszor fillérnyi, kezdetben halványabb, később sötétvörös, urticariás bőrterületből alakul ki. Valószínűnek tartom, hogy az *activ* vég klinikai különbözőségének egyik oka, a különböző bőrterületek szerkezetbeli eltérése. A gyermek

vékonyabb, laza kötőszövetű far- és törzsbőre ugyanolyan ingerre valószínűleg nagyobb reakcióval válaszol, mint a felnőtt feszes kötőszövetű vastag ujjbőre.

A járat lenyomatának, a vonalnak öregebb részletei csakhamar lelapulnak, barnásvöröseké lesznek, tetejükön esetleg finom hámlás következhet be. Egyes esetekben a vonal pontozott (*Lee*), láncszerűen megszakított (*Stelwagon, Van Harlingen*) volt. A pontozottságot, vagy a vonalszerű megszakításokat *Bruno* és *Van Harlingen* szerint a járatban felhalmozódó szövettörmelék, faeces okozza.

A vonal alakja ritkán egyenes (*Samson*), gyakrabban csavarodott. A legváltozatosabb hurkok, hullámvonalak, koszorúk stb. keletkezhetnek, s e mellett a vonalak keresztződése révén, valószínűs labyrinthszerű rajzolat alakulhat ki.

Az incubációs időre vonatkozó régebbi adatok igen eltérők. *Crocker* 5–8 hetet, *Van Harlingen* 6–8 hetet vett fel, viszont *Sokolow* szerint az incubatio 6 nap, a *Lenglet-Delaunay*-esetben pedig 2–3 nap volna. Az újabb esetek közül, hol az anamnesis az incubatióra vonatkozólag felvilágosítást adott, a *Bogrow-Lapin*-esetben, az 2–3, a *Lehner* esetben pedig 4 napra tehető.

A lárvát naponta 1–30 cm utat is megtehet (*Kaposi*), máskor napokon át, *Shelmire* esetében egy héttig is nyugodtan egy helyben maradt. Legtöbb esetben egy járat fordul elő. Két járatot észlelt *Crocker*, második esetében *Rille*, továbbá *Haase, Rudell, Cates*. Három járat is előfordulhat, amint azt *Kaposi* és *Schmidt* esete bizonyítja.

A *creeping disease* pathogenesisében az egyik legkevésbé ismert és legvitásabb pont a fertőzés módja. Az a magyarázat, hogy a lóval való foglalatokoskodás közben, különösen a peték megérése idejében élő lárvák juthatnak az ember bőrére, nem vehető el teljes határozottsággal, de a tapasztalaton alapuló megfontolások, megkísérletek is amellett szólnak, hogy a fertőzésnek ilyenféle módját csak egészen kivételesen tarthatjuk. Dél-Oroszországban ugyanis a legtöbb ló fertőzött *gastrophilus*sal. Az állatok szőrzetére a bögöly több száz petét rak le, s a lovakkal foglalkozó felnőttek között aránylag mégis igen ritka a megbetegedés. *Gläser* kísérletében a bőrre helyezett és kikelt lárvák közül egyik sem tudott a bőrbe behatolni; a lárvák csakhamar kiszáradás miatt elpusztultak. Viszont *Brauer* kísérletében a bal tenyérre helyezett *oestromya satyrus*-lárvát, mialatt jobb kezével a lupáért nyúlt, már félig befurakodott a vastag tenyérbőrbe, s 15 perc múlva teljesen eltűnt a bőr alatt. *Gläser* másik esetében a petéből éppen kikelő *hypoderma*-lárvát, már sokkal hosszabb idő alatt tudott csak a bőrbe befurakodni. Kétségtelen, hogy *gastrophilus*-lárvák bejuthatnak az ember táplálécsatornájába is, de viszont nehezen képzelhető el, hogy a természetes életmódnak megfelelő helyre, a gyomorba jutó parazita, innen a parasitának általában szokatlan módon, vándorlással, egy szokatlan helyre, a bőrbe menjen. A *gastrophilus*-lárvával ellentétben viszont a *hypodermis*-ről nagyon is feltételezhető volna, hogy a táplálécsatornából bevándorol a bőrbe, itt azonban legtöbbször genyedő tumorokat okoz, s csak ritkán fúr vonalszerű járatot (*Topsent, Darier*) magának.

Sokolow leírásából ismeretes, hogy a bögöly közvetlenül az emberre is lerakhatja petéit. A szerző valamennyi esetében, a járat kezdetétől két harántujnyi távolságban, a szőrszálakon már üres feketeszínű petéket talált, amit azonban még senki sem erősített meg. *Gläser* kísérletében is — igaz, hogy *hypoderma*-lárvákkal végezte azokat — csak egyetlenegy, a petéből éppen kikelt lárvának sikerült, több mint egy óra után, behatolnia a bőrbe.

A *gastrophilus* pete lerakásának a módja is ellene szól ennek a fertőzésmódnak. A pete ugyanis két ajak közötti részhez hasonló vastag bevágással bír, s ezen bevágás helyén ragasztja a bögöly petéjét fehérjenemű ragasztóanyaggal a ló szőréhez. Ilyen morfológiájú petéknek a lerakása, különösen az egészen vékony lanugoszőrökkel bíró gyermekekre nehezen képzelhető el.

Kaposi említi fel először könyvében, bár erre semmiféle alapja sem volt, hogy a bögöly petéjét közvetlenül betojhatja a bőrbe. Az irodalomban csak két ilyesféle módon való fertőzés van újabban leírva. Az egyik *Bogrow* által először leírt *Lapin*-féle eset, a másik *Lehner* esete.

Az előbb említettél *Bogrow* leírása szerint augusztus elején, a szabadban alvó 30 éves férfit álmából szúró fájdalom keltette fel. Felébredésekor jobb kezefején egy legyet látott, amit összemorzsolott. A következő napon a csípés helyén viszkető erythemás folt jelentkezett, amiből *Lapin* szerint 3–4 nap múlva alakult ki a csavarodott járat. A beteg csak 20 nappal a csípés után került *Lapin*hoz. Az activ, tovahaladó vég szomszédságában, a kissé urticariás, hyperaemiás udvarral körülvett bőrterületben sikerült lupával való kontrollálás mellett a parazitát extrahálni, amely *Skrabjin* zoologus meghatározása szerint tipikus *gastrophilus equi* volt.

Lehner esetében 45 éves mérnök, október elején darázscsípéshez hasonló intenzív szúrást érzett a jobb karján, ahová önkéntelenül odacsapott. A szúrásérzést csakhamar viszketés váltotta fel. Két nappal később a csípés helyéről kb. 0.5 cm hosszú, sötétfekete, a darázs fullánkjaival ellentétben, párhuzamosan a bőr alatt fekvő képződményt távolított el. A viszketés azonban a képződmény eltávolítása dacára sem szűnt meg, a csípés helye 4 nappal később megvörösödött, majd 2 cm hosszú keskeny vörös vonal alakult ki belőle.

Érdekes, hogy jodtinctura alkalmazására az eredeti járat tovahaladása megszűnt s a parazita két ízben is visszafordult az eredeti járatban, majd más irányban haladó járatot fűrt magának. Kb. 0.5 cm-re a járat activ végétől, a látszólag teljesen ép bőrben, a már szabad szemmel is kivehető, kis szálkához hasonlítható parazitát sikerült a környező bőrterület excíziójával eltávolítani. A bőrdarabka glicerinben való felvilágosítása után a parazitát, ami valószínűen *gastrophilus equi* volt, élő állapotban is megfigyelhette.

Lapin szerint a betegség localisatiója a bögöly biológiai sajátágaival függ össze. A *gastrophilus equi* petéit ugyanis a ló elülső testfelére, a ló nyakára, sörényére, szügyére, s legnagyobb előszeretettel az elülső végtagokra, még pedig a térdtájéakra rakja le; *Grewe* éppen ezen sajátága miatt nevezte el oestrus carpinak. A *gastrophilus haemorrhoidalis* viszont az ajkak körüli szőrökre és a farkra rakja petéit. Említett szerző szerint emiatt valószínű, hogy a végtagokon kifejlődő creeping disease-t a gastr. equi, az arcon fellépőt a gastr. haemorrhoidalis okozza. A fartájékon lokalizálódó megbetegedést, mivel nemcsak a gastr. haemorrhoidalis, hanem a gastr. equi is le szokta rakni ide petéit, az esetek többségében a gastr. haemorrhoidalis, ritkábban az equi okozhatja.

A lárvák a petékből *Sokolow* szerint 6, *Jolly* szerint 20–25 nap múlva kelnek ki. E két vizsgáló egymással ellentmondó adatait *Osborne* kísérletei alapján egyeztetjük össze.

Ha ugyanis *Osborne* a petéket 20–30 percen át enyhe dörzsöléssel izgatta, úgy már egyesekből a lerakás utáni 3–4-ik napon kikeltek a lárvák. Ezek azonban még nem voltak életképesek. A 4-ik nap után már valamennyi a petéből kibújó lárva életképes s nap-nap után mind kevesebb inger alkalmazása szükséges arra, hogy a peték fedele felpattanjon s kicsússzon belőlük a lárva.

A 16-ik napon áll be a megérés optimuma. Ilyenkor elégséges a petéket nedves ujjal megérinteni. Nedves tárgyval való érintés nélkül, csak egyes petékből bújnak ki a lárvák. Az incubatiós idő tehát 2–3 hétre tehető. A mosakodás, törülközés által okozott izgalom sietteti az érést, s ez teszi érhetővé a *Sokolow* eseteiben felvett 6 napos, a *Bogrow-Lapin* és *Lehner* esetében 4 napos incubatiós időt.

Valószínű, hogy egyes kikelt lárvák az ép bőrbe is be tudnak hatolni. *Brauer* és *Gläser* vizsgálatai legalább is megengedik ennek a felvételét. A lárva behatolása azonban viszketéssel jár s bőrbefurakodása nem

is jelenti minden egyes esetben a fertőzés sikerességét. Így *Brauer* és *Gläser* egy oestromya satyrus és egy hypoderma-lárvával történt experimentalis fertőzésekor a lárvák valószínűleg elpusztultak a bőrbehatolás után, ugyanis semmiféle további tünetet nem okoztak.

Normalis körülmények között a *gastrophilus-lárvák* a ló gyomrába jutnak be. Az elülső végtagokra lerakott *gastrophilus equi* petékből kibújó lárvák valószínűleg viszketést okoznak, s a ló nyaldosása révén jutnak be a táplálócsatornába. A gastr. haemorrhoidalis ajkak körüli szőrökre lerakott petéiből kikelt lárvák pedig bevándorolhatnak a ló szájüregébe. Ilyesféle módon végül is a gyomor baloldali, mirigymentes, cardialis részébe jutó lárvák azután II-ik segmentumuk horogjaival belekapaszkodnak a gyomor falába, ahol egy helyben majdnem mozdulatlanul 9–10 hónapig maradnak. A parazita fejlődése kezdetben igen gyors. A 3-ik héten már rendszerint eléri végleges testhosszúságának a felét.

A ló gyomrában teljesen mozdulatlanul élő parazita ha az ember bőrébe jut, továbbvándorolva keresi a neki megfelelőbb helyet. Vándorlása közben azonban nem tud a növekedéséhez, továbbfejlődéséhez szükséges anyagokat felhalmozni testében (*Lapin*), s ez lenne az oka annak, hogy a bőrbe tévedt *gastrophilus-lárvák* megmaradnak fejlődésük első phasisában.

Az I. stadiumban levő *gastrophilus-lárvák* mindannyian fej- és láb nélküliek. Testüket 13 szelvény alkotja. A két utolsó szelvény kivételével, a szelvényeket egymástól tüskegyűrűk választják el. A hátrafelé irányuló chitin-tüskék szolgálatják a lárva mozgásakor a támaszpontot. A szelvények közül az I. szelvény, a fejszelvény a legkisebb. Rajta a *gastrophilus equi*-nél is, *haemorrhoidalis*-nál is, két félgömböszzerű tapintódomboeska, két S-alakban görbült felső, s ezek között a két egyenes állkapocs látható. A II. segmentum felső szélét a dorsalis-oldalon 2–3, ventralisan ellenben 5–6 sorból álló valóságos horogkoszorú veszi körül. A koszorú első sorát 6–8 hosszú, csak a csúcsán hajlott tövis alkotja. A következő sorok tüskéi mindinkább alacsonyabbakká, de egyúttal kampószerűen görbülteké válnak. A 3–7. szelvény proximalis szélét övező nyujtványok 3 sorba rendeződtek. Az első sort ovalis lemezek, a 2-ik sort nagyobb, a 3-ik sort kisebb, hátrafelé erősen görbült kampócskák alkotják. A 8–11. szelvényen már nincsenek kampószerűen görbült nyujtványok. Ezen szelvényeken a tüskegyűrű 2-ik és 3-ik sorának tagjai, kisebb, a lemezekhez hasonló képződményekké alakulnak.

A *gastrophilus* varietásai közül a gastr. haemorrhoidalis tüskéi általában kisebbek, de számosabbak és erősebben görbültek. Több kisebb eltéréstől eltekintve, e két fajta egymás közötti meghatározásakor talán leginkább a szelvények proximalis szélét borító tüskegyűrűk közötti morfológiai különbözőséget használhatjuk fel. Ugyanis, amíg a tüskegyűrűk kampószerű elemei a gastr. equi I. stadiumban levő lárvajánál már a 8-ik szelvényen hiányoznak, addig ezek a gastr. haemorrhoidalisnál csak a 10-ik szelvényen tűnnek el. A kampócskák helyét a gastr. equi-nél tompa, a gastr. haemorrhoidalisnál ellenben kihegyezett kisebb lemezszerű képződmények foglalják el.

Mivel a lárva extractiókor rendszerint megszűnik, a varietás pontos meghatározása a legtöbbszor nem sikerül. Viszont a *gastrophilus* elkülönítése, a creeping disease atypicus genyedő alakját okozó hypoderma-lárvától, már nem ütközik nehézségbe. A hypoderma-lárva ugyanis sokkal nagyobb a *gastrophilus*-nál.

A hypoderma- és a *gastrophilus*-fajták azonban nem csupán morfológiailag, hanem biológailag is élesen különböznek egymástól. Amíg a *gastrophilus-lárva* a táplálócsatorna parazitája s a gyomorban 9–10 hónapig majdnem mozdulatlanul élőködik egy helyben, addig a hypoderma-lárva fősajátága ezzel szemben, akár a régi *Brauer*, akár pedig az újabb *Curtice* szerinti gazdaállatba való bejutási módot fo-

gadjuk el igaznak, — hogy a lárva a gazdában való tartózkodása alatt állandóan ide-oda vándorol.

A Brauer-féle régebbi felfogás szerint az állat hátulsó testfelére lerakott petékből kikelő lárvák a bőrbe fúrják magukat, s a subcutisban vándorolnak a törzs mentében, hol multiplex-tályogokat okoznak, melyeknek áttörése után az érett lárva távozik a gazdaállatból. Újabb felfogás szerint, az őszi hónapokban, a lárvák főtömege a táplálósatorna nyaki részének submucosa-jából a mediastinum posteriusba, majd a regio retroperitonealisba vándorol, ahonnan azután a esigolyaközi lyukakon át a gerincesatornába jutnak be. A téli hónapokban a lárvák elhagyják a canalis vertebralist, s a bőrbe vándorolnak, amit azután a III. stadiumban levő lárvák átfúrhatnak.

(Folytatjuk.)

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

A méh kóros helyzetváltozásainak műtéti gyógyítása.*

Írta: Kuncz Andor dr. tanársegéd.

A méh kóros helyzetváltozásai közül a szabad, a fixált retroflexiók és a prolapsusok műtéti gyógyításánál elért eredményeinket, tekintve eseteink nagyobb számát, érdemesnek tartjuk a közlésre. Mielőtt rátérnénk a használt műtéti eljárások s az azokkal elért eredményeink tárgyalására, ismertetni óhajtjuk a javalati körre vonatkozó felfogásunkat. A panaszt okozó szabad retroflexiók correctiója ma még nem egyenesen elfogadott és indokolt, s vannak conservatívok, kik egyáltalában nem corrigálják az uterus helyzetét (*Theilhaber*), s vannak, akik minden esetben szükségesnek vélik elvégezni. A két szélsőséges felfogás között állanak azok, akik a retroflexiók panaszok kellő értékelése alapján csak bizonyos esetekben tartják szükségesnek a correctiót. Ez a mi nézetünk is. Ha a műtetre került szabad retroflexiók eseteinknél előforduló panaszokat elemezzük, rájövünk arra, hogy igenis a méh kóros helyzetét a panaszok legtöbbször kórokozó tényezőnek kell tekintenünk. A panaszok egy része az általános constitutióbeli eltéréssel függött össze s ezeknél a retroflexio csak részjelensége volt az általános ptosisnak. Betegeink nagy százalékánál évek óta fennálló panaszok s csökkent munkaképesség szerepelnek, melyek előzetes conservatív kezeléssel nem szűntek meg, és a betegség kezdete legtöbbször összefüggésbe hozható lefolyt abortusokkal, szülésekkel. A műtéti correctiókra az alhisi és deréktáji fájdalomak, hüvelysüvedéses panaszokon kívül eseteink 50%-ában rendetlen vérzések adták meg az okot s ezen eseteknél a metropathia haemorrhag. chron. post abortum, post partum gyógyítását a méh kóros helyzetváltozásának correctiójával lényegesen elősegítettük. Ha igazat is kell adnunk azoknak, akik a szabad retroflexióknál észlelhető panaszok egy részét psychoneurosisal, asthenicoptikus constitutióval (*Mathes*), asthenia univ., hypoplasiával hozzák összefüggésbe, ez nem jelenti azt, hogyha a conservatív therapia csődöt mond s a betegek panaszai nem szűnnek meg, ne vegyük igénybe a műtéti correctiót. Mindenesetre nemcsak a correctio fontos, hanem az egész szervezet gyógyítása is szemünk előtt kell, hogy lebegjen és a correctio mellett az izomtonust emelő eljárások mindenesetre lényegesen hozzájárulnak a beteg gyógyulásához és a beteg panaszai nagy részének megszüntetéséhez. A szabad retroflexiók panaszainak értékelésénél a legfontosabb az individualizálás, melynek alapján a tapasztalt műtő meg tudja válogatni azokat az ese-

teket, ahol a műtéti correctio fogja létrehozni a gyógyítást, vagy lényegesen hozzájárul annak bekövetkezéséhez. Szabad retroflexiónál operáltunk, ha pessarium nem volt behelyezhető (pl. virgóknál), ha a pessarium kezelése folyásos, ideges panaszokat tartott fenn, a betegek házasságát zavarta, vagy a hosszabb állandó kezelést és ellenőrzést a beteg socialis viszonyai nem engedték meg; hüvelysüvedéses panaszoknál, továbbá, ahol a támasztókészülék hiányossága folytán a pessariumkezelés nem lehetett eredményes.

A fixált retroflexióknál tulajdonképen az adnexumok és a pelveoperitoneum chronikus gyuladással állunk szemben s itt a retroflexio csak mintegy súlyosbító körülmény szerepelt a panaszok létrejötténél s a teljes gyógyulás bekövetkezésének akadályozásánál. Itt természetesen szintén megpróbálkoztunk előbb a conservatív kezeléssel s az acut tünetek lezajlása után felszívókezelés, újabban diathermia-kezelésen kívül óvatos massageal is igyekeztünk oldani az összenövések egy részét. Hónapokra, évekre terjedő kezelésekre szerepelnek betegeink anamnesisében s mintán munkaképességük, egészségük nem állott helyre, kényszerültünk a műtéti correctióra, az összenövések oldására, a beteg adnexumok revisiójára, illetve eltávolítására.

Részleges vagy totalis prolapsusos eseteinknél, a ma már általánosan elfogadott műtéti gyógyítást választottuk, mint legmegfelelőbb eljárást, mellyel a beteg gyógyulását elérhetjük. Ami a pessariumkezelést illeti, itt csak symptomatikusan hathat és csak klimaxban levő asszonyoknál, senilis atrophia előrehaladása folytán látjuk némelykor állandósulni pessarium nélkül is a méh bennmaradását. Magas életkor, arteriosclerosis, szív, tüdő, vesék súlyosabb megbetegedéseivel tartózkodtunk minden műtéti beavatkozástól s pessariumkezeléssel igyekeztünk a betegek panaszainak egy részét szüntetni.

16 év alatt (1908—1924) 500 esetben végeztünk műtéti correctiót a méh kóros helyzetváltozásainál. Ezek közül mobilis retroflexio volt: 167, fixált retroflexio: 229, prolapsus: 104. A három csoportnál alkalmazott műtéti eljárásainkat és az azoknál elért eredményeinket külön-külön tárgyaljuk. Mobilis retroflexiónál 167 esetben végeztünk műtéti gyógyítást.

1. táblázat.

Műtét	Utánvizsg.	Rectív	Panaszmentes	Szült	Levélb. v. Jól van	Javult
Alexander-Adams	114	51 3=5 8%	47=92 1% 3	12	2	2
Alexander-Adams + plastica	55					
.. + curage	8					
.. + .. + plastica	37					
Plastica	8					
Ventrofixatio s. Olshausen ..	12	14 0=0%	12=92 8%	6	5	5
.. + plastica	10					
.. + curage	7					
.. + plastica + curage	9					
.. + enucleatio myomae	1					
.. + salpingektomia ..	4	1				
Ventrofixatio s. Doleris	1					
.. + coll. amput. + plast.	1					
		229	Műtéti mortalitas: 0=0%			

Az I-ső táblázat adataiból kitűnik, hogy a mobilis retroflexiók műtéti correctiójánál az esetek nagy százalékban nemcsak a méh anteflectált-vertált helyzetének visszaállítására törekedtünk, hanem ahol a méh támasztókészülékének hiányos voltával álltunk szemben, plasticát, endometritis haemorrhagicánál pedig curaget is végeztünk.

167 mobilis retroflexio közül 114 esetben végeztünk Alexander-Adams-féle műtétet. Már egy ízben beszámoltunk ezen műtét eredményeiről.* Ez a 114 eset

* A Magyar Nőorvosok Társaságának 1925 szept. 9-i nagygyűlésén tartott előadás.

* Orvosi Hetilap 1923. 24. sz. Zentralblatt für Gynael. 1924. 7. sz.

részben a budapesti poliklinikai nőosztály, részben a szegedi női klinika anyagából való, Kubinyi prof. vezetése alatti időből. Az Alexander-Adams-műtét értékét illetőleg nagyon ellentétes véleményekkel találkozunk az irodalomban. Vannak, akik rossz eredményeik alapján teljesen elhagyták, hazánkban is mondhatjuk, kevés híve van e műtéli eljárásnak. A mi eredményeink alapján azonban ki kell jelentenünk, hogy az Alexander-Adams-műtét, ha azt arra való eseteknél végeztük, igenis egyike a legjobb műtéteknek a mobilis retroflexio műtéli gyógyítására. Csak nemrég is vita folyt le a Zentralblatt f. Gyn. hasábjain e műtéli eljárás körül s oly neves operateurök, mint Fehling, Siefert, Stoeckel, Bumm teljes mértékben védelmükbe vették e műtétet, hangsúlyozva, hogy csakis arra való eseteknél végezve, ideális eredményeket érhetünk el vele. A műtét előnyeit a következőkben foglalhatjuk össze: esekélyebb műtéli beavatkozás; mondhatni egyike a legkönnyebb gynaekologiai műtéteknek, ha az illető a műtét anatómiájának teljes birtokában van, kellő technikai készséggel s e műtétnél feltétlenül szükséges gyakorlattal rendelkezik. Kosmetikailag is előnyös, amennyiben legtöbbször 3-4 cm hosszú metszéssel kijövünk, s a szeméremszőrök teljesen fedik a műtéli területet. Az uterus physiologiás helyzetét legideálisabban állítja helyre, a lig. rotundumnak teherbíró képessége szempontjából legerősebb része marad meg. A műtét ellenzői szerintük gyakori recidiván kívül nagyobb hibájú az azt róják fel, hogy ha össze-növések vannak, azok e műtéli eljárással nem oldhatók. Azonban tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy ha a méh előrehozatala sikerül s a pessarium-próba positiv, reactio nincs, nyugodt lélekkel feltételezhetjük, hogy az uterus környezete szabad. Ha alapos vizsgálat, pessariumpróba kétséget hagyott hátra afelől, hogy az adnexumok, vagy a méhnek esetleges lenyívásával állunk szemben, e műtétet elhagytuk s inkább megnyitottuk a hasat s más műtéli eljárással fixáltuk az uterust. A 114 esetből utánvizsgáltunk 51-et, levélbeli választ kaptunk 2 esetben. Az 51 utánvizsgálatból ideális anteflexióban találtuk az uterust 48 esetben, retroflexióban 3 esetben. Teljesen gyógyult 47 eset, 3-nál nagyrészt hysteriás panaszok voltak. Műtét után szült 12, ebből hárman kétszer is. A szülés teljesen normalis volt 12 esetben, 3 esetben a lepényiszakban atoniás vérzés miatt kétszer erőltetett Credé-expressiót s egyszer lepényleválasztást kellett végezni. A fentebb említett recidivák ebből a 3 esetből kerültek ki. Ami a műtéli technikánkat illeti, jelenleg a következőképen végezzük a műtétet: Metszés a tuberculum pubicum felett a tuberc. pub.-tól a spina ant. sup.-ig vont irányban 3-4 cm hosszúságban a lig. Poupartival párhuzamosan. A zsír és a felületes fascia átmetésze után *tompán* kipreparáljuk az annulus inguinalis externust, majd az Immlach-féle zsírpamat alatt a nervus ileoinguinalistól medialisan a lig. rotundum itt végződő rostjait Kocherrel megragadva óvatosan felfelé húzzuk, *tompán* letoljuk a környező szöveteket, mind vastagabb-vastagabb részt fogunk meg a Kocherrel, míg látható lesz a peritonealis áthajlási redő. Ha az előhúzás megtörtént, egy silk esomós varrattal áttölvé a lig. rot.-t húzás mellett fixáljuk a fasciához és egy-két catgut csomós öltéssel zárjuk az ann. inguin. ext.-t s a lig. rot. peripheriás végécatgut-tal alakítva, feleslegét kiirtottuk. Ha nem sikerült a lig. rotundumnak ilyen módon való megtalálása, vagy az itt levő rész túl vékony volt s attól félhettünk, hogy elszakad, kb. 2 cm hosszúságban felhasítottuk a musc. obliquus ext. fasciáját, s a canalis inguinalisban kerestük meg a lig. rot.-t, s ilyenkor a fent említett rögzítés mellett Bassini szerint zártuk a can. inguinalist. A lig. rotundum megtalálása minden esetben sikerült. Előfordult, hogy egy pár esetben elszakadt, de ilyenkor is sikerült a csomóját megtalálnunk. Ha túl vékony, vagy safnának találtuk a lig. rot.-t, s így az uterus rögzítésére alkalmatlannak, áttértünk laparotomiára. Fontosnak tartjuk a pontos vérzésesillapítást, a *tompá prae-*

parálást s az edénysérülések elkerülését. Műtétjeink utáni gyógyulás simán folyt le s eltekintve némely esetben előforduló felületes zsírfolyósodástól (zsír-emulsió), prima sebgyógyulást értünk el. Műtétjeinket újabban localanaesthesiában végezzük s a lig. rotundumok előhúzásánál felületes chloraethyl-bódítást alkalmazunk. Műtéli mortalitásunk nulla. Ventrofixatio sec. Olshausent végeztünk 44, ventrofix. sec. Dolerist 1 esetben. Utánvizsgáltunk ezekből 14-et, ideális eredmény volt 12-nél, climaxos és metropathiás panaszok 2 esetenél. Recidivát nem találtunk.

Második táblázatunk tünteti fel a *fixált retroflexiónál* alkalmazott műtéli eljárásainkat.

Operáltunk összesen 229 esetet.

2. táblázat.

M ü t é t	Után- vizsg.	Recidiva	Panasz- mentes	Szült	Levélb. v. Jól	Javult
Ventrofixatio sec. Olshausen	40	78	3=38%	70=	3	8 4 4
.. + plastica	24			9112%		
.. + curage	21					
.. + plastica + curage	18					
.. + salpingektomia ..	58					
.. + .. + curage	14					
.. + salpekt + plastica + curage	7					
.. + curage + discissio	2					
Ventrofixatio sec. Doléris ...	5					
Antefixatio sec. Latzkó	1	1	0%	1		
Totalexstirp. sec. Doyen ...	7	1		1		
Vaginalis totalexstirp.	6	1		1		
Chrobakműtét	15	3		3		
Lig. rot. röv. sec. Wertheim ..	10	4	0%	4		
Amputatio colli ventrofixatio + salp. ektomia	1					
229		Műtéli mortalitas: 1=0.43%				

Ha végigtekintünk a táblázaton, látjuk, hogy eseteink nagy százalékában az Olshausen-féle ventrofix.-t végeztük. Az uterus megtartásának 13 esetben nem volt értelme, súlyos adnexmegbetegedések miatt eltávolítottuk, 15 esetben Chrobak szerint amputáltuk a fibromás és metropathiás corpus. Ahol a méh támasztókészülékének hiányosságával álltunk szemben, plasticát, ahol menorrhagiás, metrorrhagiás panaszok voltak, curaget is végeztünk, amikor a felszabadított adnexumok nem voltak egészségesek, azokat eltávolítottuk, törekedve legalább egy ptefészek megtartására. A tuba átjárhatóságáról minden olyan alkalommal, ahol gyanunk volt atresiára, meggyőződünk, sondat vezetve be az abdominalis végbe. 66 esetben a lenőtt vagy túl hosszú, vagy makroszkopikusan is beteg, vagy retrocoecalis elhelyezkedésű appendixet is eltávolítottuk. Itt végzett műtéteinknél a legsúlyosabb összenövéseket kellett oldanunk, természetesen ennek megfelelően a műtét is hol a könnyebb, hol a nehezebb laparotomiák közé tartozott. Az összenövéseket legtöbbször *tompán* oldottuk, de eseteink nagy százalékában rászórtunk az éles felszabadításra is. Nagyon fontosnak kell mondanunk a pontos vérzésesillapítást, lehető peritonizálást s ahol a legesekélyebb gyanu is felmerült, hogy virulens-csírok kerültek felszínre az összenövések oldásánál, H₂O₂-vel desinficiáltuk a műtéli területet s esetleg draineztünk a hüvely felé. Utánvizsgáltunk ventrofixatio s. Olshausennél 78 esetben, recidivált 3 esetben, jól van 70, javult 7, nem javult 1, szült 3, hysteriás panaszok 4-nél, sterilitások panaszok 4-nél voltak. Levélbeli válasz 4 esetben jött, jól vannak. Ami az egyes műtéli eljárásokkal elért eredményeket illeti, a ventrofix. s. Olshausennél elért eredményeink kielégítőek, a műtéli gyógyulás síma volt, recidivák esekély számban fordultak elő, a műtét utáni szülések normalisan folytak le. Ileust nem láttunk kifejlődni, éppúgy szülési complicatiót sem s a hasfalhoz való fixatio csak kis százalékban adott panaszra okot. Fontosnak tartjuk a fogamzás korában és annak lehetőségétől meg

nem foszlott eseteknél, hogy az uterus fixálása magasan történjék, mert így elejét vehetjük esetleges szülési complicatióknak. Más műtéti methodusok kritikájába, tekintve eseteink kevés számát, nem bocsátkozhatunk bele.

Prolapsusoknál alkalmazott műtéti eljárásainkat s az elért eredményeinket foglalja össze a következő táblázat. Műtéti gyógyítást alkalmaztunk 104 esetben.

3. táblázat.

Műtét	Utánvizsg.	Recidiva	Panaszmentes	Szült	Levélb. válasz jól van
Extirpatio totalis sec. Bumm ..	27	2	0	2	
Interpos. s. Schauta-Wertheim	18	3	0	3	
Ventrofix. s. Olshausen + plast.	23	5	—	4	7
Amputatio colli + plastica ...	11	—	—	—	
Plastica (melső-hátsó)	10	—	—	—	
Amputatio colli + ventrofix. + plastica	2	—	—	—	
Alexander-Adams + plastica ..	4	—	—	—	
Amputatiós csonk fixálása + plastica	1	—	—	—	
Ventrofix. + Salpingect. + plast.	2	—	—	—	
Amputatio suprav. s. Chrobak + plastica	2	1	0	1	1
Lefort-műtét	4	2	0	2	

104 Műtéti mortalitas: 0=0%

A fenti táblázatból kitűnik, hogy a prolapsus műtéti gyógyításánál a ma szokásos eljárásokat kipróbáltuk s bár utánvizsgálataink csekély száma miatt elfogulatlan kritikát nem tudunk mondani az egyes műtéti eljárások értékéről, azonban ki kell emelnünk azt, hogy az utóbbi időben teljesen kielégítő eredményt értünk el a ventrofixatio-plastica műtéttel is. Ha egyes eseteinknél azt kellett eldöntenünk, hogy melyik műtéti módot válasszuk, ebben a kérdésben elsősorban az döntött, hogy a prolapsusnak milyen formájával állunk szemben, a méh túltengett vagy daganatos volt-e s milyen volt a beteg általános egészségi állapota. Totalprolapsusnál, *nagyfokú cystokelenél*, a recidiva ellen leginkább küzdhetünk, ha interpositio s. Schauta-Wertheimet végzünk. Itt az uterus mint pelotta támasztja alá a hólyagalapot s véd a recidivától. Ha a beteg kellő előkészítésével, asepsissel, kellő technikával végezzük a műtétet, prima gyógyulást érhetünk el. A mi 18 esetünk mortalitása nulla. Sajnos, csak 3 utánvizsgálatunk van; eredmény ideális, gyógyulás tökéletes. Ahol az uterus metropathiás vagy daganatosan elfajult, ott a gyógyulás feltétele az uterus eltávolítása. A prolapsust a Bumm-féle totalexstirpációval 27 esetben gyógyítottuk s tekintve, hogy operáltjaink mind előrehaladottabb korban voltak, másrészt megszállt területeken, jelenlegi sorsáról csak kettőnek tudunk, mindkettő jól van, recidivamentes. Ezen műtéti methodusnál is fontosnak tartjuk a hüvely pontos desinfiálását H₂O₂-vel, jódtincturával, a portión jelenlevő esetleges fekélyeknek Paquelinezését, ha a méhürből genyes folyás van, formalinos méhüri mosást, vagy a méhszájnak elvarrását. A tökéletes gyógyulásnak egyik előfeltétele a prima sebgyógyulás, a műtéti területnek infectióktól való védelme. 27 esetünkben a műtéti gyógyulás síma lefolyású volt. Mortalitás nulla. Ami a műtét technikáját illeti, igen fontos, hogy lehetőleg hosszú hüvelyt hagyjunk vissza, a hólyagot magasra toljuk fel, dohányzacskóvarrattal több rétegben redőzzük, izmos, magas gátat alkossunk, a lig. infundibulopelvicum s lig. rotundum csonkjait kiszegve, a hüvelyfalakat összevarrjuk. 23 esetben végeztünk plastica + ventrofix.-t. Utánvizsgáltunk ebből 5-öt, levélben értesített állapotáról 7. Mindannyian gyógyultak, recidivát nem találtunk. Eddigi tapasztalataink alapján is állíthatjuk, hogy a prolapsusok műtéti gyógyításánál az esetek nagy részében kielégítő eredményt várhatunk, ha plasticát és ventrofixatiót végzünk. Prolapsus partialisnál, climaxon túl levő idős asszonyok-

nál, kiadós mellő-hátsó plasticával, elongatio vagy hypertrophia uterinél magas collumamputatióval is jó eredményeket értünk el. Házaseletet *nem* élő öreg asszonyoknál, kiknél nagyobb műtéti beavatkozás contraindicált, szobajöhet a Lefort-műtét, melyet plasticával is lehet kombinálni oly módon, hogy magasabban frissítjük fel és varrjuk össze téglalakban a hüvelyfalakat, ezenkívül gátat is képezünk. 4 esetben végeztük, 2 utánvizsgálatunk van, recidivát nem találtunk, a beteg panaszai nagyrészt megszűntek.

Ami a plasticai műtéteknél szokásos technikánkat illeti, mellő plasticánál ovalis kimetszést végzünk, ha nagyobb cystokele van jelen, a hólyagalapot tompán es élesen felszabadítva feltoljuk, majd több rétegben dohányzacskóvarrattal elsülyesztjük, felette csomós catgut-öltésekkel igyekszünk a septum vesico-vaginale szöveteit összevarrni, csomós, illetőleg 8-as catgut-öltéssel zárjuk a hüvely sebét. Hátsó plasticánál a Hegar-féle háromszög alakú kimetszést alkalmazzuk, iszlált levator-varratot nem tartunk szükségesnek, ellenben összeköttetéseiben meghagyva a medencefenék izomzatát súlyosított csomós catgut-varratokkal redőzött és hátrahúzott rectum előtt erős és mély csomós catgut-öltésekkel összehozzuk a musc. pubococcyg. szárait. A hüvelynek egyesítésére 8-as catgut, a gátbőr egyesítésére silk- vagy sodrony-varratokat alkalmazunk. Izmos gát készítésére törekszünk. Bár néhány esetben utóvérzés előfordult, de éppen a 8-as öltések alkalmazása óta ezt a legritkább esetben látjuk. Plasticai műtéteinket lokalanesthesiaiban végeztük, az utóbbi években már több ízben ismertetett eljárásunkat alkalmazva (l. dr. Polgár, Budapesti Orvosi Újság, 1924.).

500 műtéti esetünkben 1 halálesetünk volt, postoperativ pneumonia következtében ventrofix. s. Olshausen után.

500 esetre vonatkoztatva műtéti mortalitásunk 0,2%. Mindezek alapján nyugodt lélekkel mondhatjuk, hogy a méh kóros helyzetváltozásainál a műtéti gyógyítás, ha kellő indicatio alapján, kellő technikai felkészültséggel történik, az esetek nagy százalékában a betegek életének veszélyeztetése nélkül, végleges gyógyulást eredményez.

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

Chorea gravidarum érdekes esete.*

Írta: Lehoczky-Semmelweis Kálmán dr.
klinikai adjunctus.

A chorea gravidarum aetiologiája nincs tisztázva. Döderlein könyvében Siemerling szerint azonos betegség a chorea minorral s mint azt, úgy ezt is infectiós eredetűnek tartja; az összefüggést a terhességi chorea, polyarthrititis és endocarditis között gyakran meg lehet állapítani. Szerinte a chorea gravidarum fellépéséhez nem elég a terhes méh reflectorikus hatása, a thrombus- és emboliaképződés nagyobb lehetősége, más zavaroknak, mint pl. infectiónak is kell hozzájárulni. Stoeckel szülészetében Seitz azon véleményen van, hogy az esetek nagy részében direkt a terhesség okozta bántalom, „Schwangerschaftsschädigung“, a chorea gravidarum, és hogy toxikus-infectiosus befolyások játszá a legfontosabb szerepet a betegség létrejöttében; rheumatismust, endocarditist sokszor ki lehet mutatni. A toxikus eredet mellett szól az is, hogy az esetek nagy részében a terhesség megszűntével gyógyulás következik be, másrészt a terhességi toxicosisoknál haszná-

* A Magyar Nőorvosok Társasága I. nagygyűlésén, 1925 szeptember 8-án tartott bemutatás.

latos savóinjekciókkal chorea gravidarumnál is jó eredményeket láttak. A mi klinikánk, hasonlóan *Bumm* véleményéhez, a terhességi toxicosisokhoz sorolja e kórformát. Legújabbán *Creutzfeldt*nek jelent meg egy közleménye, mely szerint alig néhány pontos kórszövet-tani leletet közöltek eddig. *Vogt*, *Pierre Marie*, *Bouttier* és *Trétiakoff* elismernek összefüggést a terhesség és

hességgel való kapcsolatát kétségtelennek és oly szorosnak tartja, hogy a terhesség megszűnésével többnyire gyógyulás következik be. Szerinte a terhesség a dispositiót a choreára fokozza. Különböző noxák okozhatják. Mindnyájan megegyeznek abban, hogy a chorea gravidarum prognosisa sokkal komolyabb, mint a chorea minoré és mortalitása 17—25%.

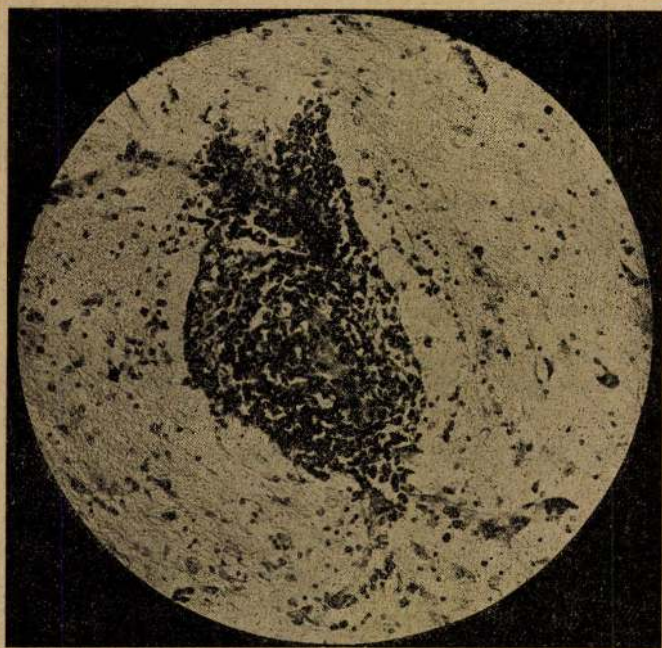
A mi esetünk a következő:

Huszonhároméves, a 7. hónapban másodszor terhes, lesóványodott asszonyt a IV. belklinikáról hemichorea gravidarum miatt vettünk át. A terhesség 4. hónapjában kezdődött betegsége szédüléssel, fejfájással, aluszékonysággal; két hétig lázas volt, izületei fájtak, bal térdé meg is dagadt. Egy hétig duplán látott, majd kórházba ment, ahol polyarthritist chronicam miatt kezelték. Négy hét múlva jobb kezével és lábával nagy mozgásokat kezdett végezni, amelyeket nem tudott leküzdeni; fogyott, ingerlékeny, álmatlan. Családi terhesség, gyermekkori fertőző vagy nemi betegség nem szerepelt, a kórelőzményben. Wassermann, Sachs-Georgi negatív. A jobb térd- és vállizület mozgása fájdalmas, nem korlátozott. Mellkasi, hasi szervekben kóros elváltozás nem volt. Az arcifejezés nagy nyugtalanságot árult el, jobb alsó és felső végtagjával csaknem állandóan intenzív, typosos choreás mozgásokat végzett. A jobb kar majdnem állandóan görcsös flexióban volt, jobb lábát gyakran behajtotta. A baloldali végtagokban nem voltak kóros mozgások. Alvás közben a mozgások szüneteltek. A bal pupilla tágabb volt, mindkettő jól reagált; nystagmus volt, szemfenék ép. Vizelet, vérkép normalis. In-, csonthátyareflexek renyhék, kóros reflex nem volt. A beteg nappal aluszékony és apatikus, éjjel igen nyugtalan volt, fejfájásról panaszkodott, eleinte jól táplálkozott, majd étvágytalan lett, gyakran hányt; a mozgások erősödtek. Hő normalis, érverés 100—120. A beteget hústalan, fűszerszegény diéta fogtuk, nagyobb adag bromot, éjszakára luminalt, terhes savóinjekciókat, szőlőcukorinfúziókat kapott. A nyugtalanság fokozódott, az erőbeli állapot romlott, a beteg időnként elkékült, a magzat életképességét bevárni már nem lehetett, a terhesség művi megszakítását néhány napi észlelés után indikálnak tartottuk. *Baum*m-ballon bevezetése után 5 órával 7 hónapos élő magzatot szült. A gyermekágyban 38 C°-ig emelkedő hő, 120—132 érverés, az állapot egyre rosszabbodott, a 2. napon meghalt.

A kórboncnok a szív, vesék, máj parenchymás el-fajulását, a tüdőben hypostasist, mellhártyaösszenövéseket, a lágy agyburkok kistokú vizenyőjét, az agyalapi dúcokban vérbő foltokat talált. Az agyvelő vizsgálatát az agyszövet-tani intézetben *Lehoczky Tibor* tanársegéd végezte. Az agyvelőben érköri beszűrődést, göcös idegsejtkiesést és gliamagszaporulatot talált az extrapyramidalis-rendszer egyes részein, nevezetesen a striatumban, thalamusban, substantia nigra Sömmerringii-ben ugyanolyan gyulladásos és degeneratív elváltozásokat, mint általában choreaesetekben észlelni szokás (1. ábrákat).

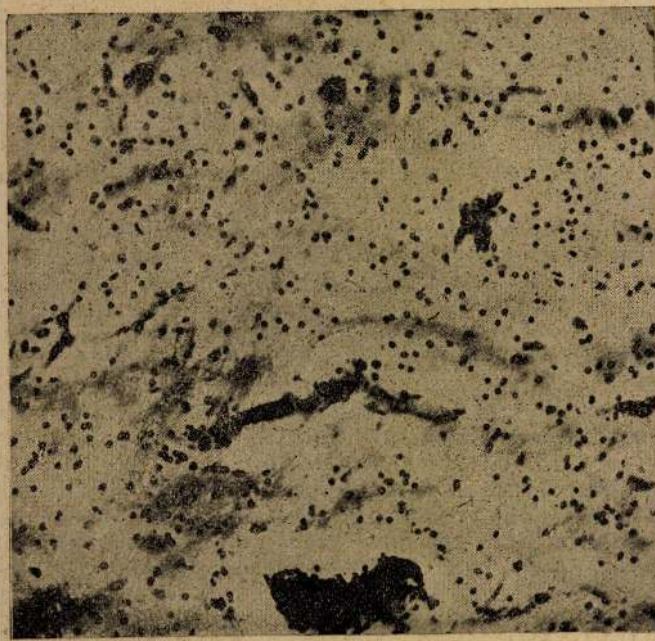
Ismertetett esetben a betegség a terhesség alatt lázzal kezdődött, polyarthritist panaszok is szerepelnek. Mindezen tényezők és a kórbonctani lelet azon véleménynek adnak igazat, mely szerint itt nem terhességi toxicosison, hanem kétségtelenül fertőzően alapuló choreával állunk szemben, amelynek az okozott laesiók oly súlyosak voltak, hogy a terhesség művi megszakítása nem menthette meg az asszony életét.

Irodalom: *Winckel*: Handbuch der Geburtshilfe. 1903. — *Döderlein*: Handbuch der Geburtshilfe. 1916. — *Stoekel*: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1920. — *Oppenheim*: Lehrbuch für Nervenkrankheiten. 1923. — *Bumm*: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 1922. — *Creutzfeldt*: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 71. köt., 3—4. füz.



1. ábra. Putamen. Érköri beszűrődés. Toluidinkékfestés.

chorea között. Utóbbi három az agyszövet-tani lelet alapján, gyulladásos tünetek hiánya miatt primaer terhességi choreát tételeznek fel. *Schuster* egy a II. terhességben ismétlődő, halálos kimenetelű choreánál in vivo a vérből staphylococcus aureust tenyésztett ki;



2. ábra. Putamen. Idegsejtkiesés és gliamagszaporulat. Toluidinkékfestés.

boncolásnál a gyrus centralis és frontalis edényeiben friss thrombust, vézést, endocarditist talált. *Creutzfeldt* a fehér állományban göcös gyulladást, a szürke állományban degeneratív folyamatot tudott kimutatni, utóbbi túlnyomó. Kórokozót nem lelt, az eset klinikai lefolyásából ok-okozati összefüggést vesz fel a terhesség és a chorea között. *Oppenheim* is a choreának a ter-

A debreceni Tisza István Tudományegyetem szülészet-nőgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató-tanár: Kenézy Gyula dr. egyetemi tanár).

Egy ritka hüvelydaganat esete.

Írta: Hoor Ete dr. tanársegéd.

A hüvelyfalból kiinduló daganatok, úgy a rossz-, mint a jóindulatúak, meglehetősen ritkák.

A rosszindulatú hüvelydaganatok közül a sarcoma előfordul gyermekeknél és felnőtteknél. Mindkettőnél nagyon ritkán. Elsődleges hüvely-carcinoma szintén nagyon ritka, a legtöbb hüvelyrák másodlagos, a méhnyak rákjának áttétele.

A hüvelyfalnak izomzatából vagy kötőszövetéből kiinduló jóindulatú daganatokról *Gieseke* számol be, ki 1915-ig 195 esetet említ, bár ezek között van olyan is, amely a szomszédos szervek, pl. ureter, hólyag izomzatából vagy kötőszövetéből indulnak ki, sok esetben pedig igen nehéz azoknak kiindulási helyét pontosan megállapítani.

Ezen daganatok lehetnek fibromák, myomák és fibromyomák. Eredetük még nem tisztázódott, bár valószínű, hogy a Müller-járatokból származnak, bár Müller azt állítja, hogy a hüvelyfalmyomák a Wolf-féle test kivezető csövéből a Gärtner-féle járat maradványából keletkeznek.

A mi esetünkben egy hüvelyfalban szélesen tapadó koragyermekfőnyi daganatról van szó, melynek szövettani vizsgálata kimutatta, hogy az egyrésztben már zsírosan degenerálódott fibromyxoma, mely daganat még terhességgel szövődött.

K. Z. 28 éves református, munkás neje, jól fejlődött középtermetű asszony, vérzését 13 éves korában kapta meg és az mindig rendes volt. Beteg nem volt. Férje egészséges. Az asszony a vizsgálat alatt felfedezett daganatra vonatkozólag semmi felvilágosítást nem tud adni. Ő azt nem vette észre és eddig se fekvés-, se állás-, se járás-, sőt megerőltető munkánál és a házaséletben se okozott neki semmiféle kellemetlenséget.

Az asszonyt felvételkor megvizsgálva, nála elűnt méhszájat találtunk, ép burok mellett. A magzatot I. koponyatartásban; fej a bemenet felett mozgatható. A bal hüvelyfalban ökölnyi cystosus tapintatú daganatot találtunk, mely a szülőfájdalom alatt a szeméremrés elé domborodik. Vizsgálat után burokrepesztést végeztünk, mert feltételeztük, hogy a medencébe benyomuló fej a hüvelyfalból kiinduló daganatot helyére vissza fogja nyomni és így a daganat szülési akadályt nem fog képezni. Ez azonban nem vált be. Mert a fej ugyan erős fájások következtében leszállt a medence üregébe, de elfedve a daganat alapját, azt a szeméremrés elé nyomta, honnét visszahelyezni többé nem lehetett. A kiszorult daganat nagysága ekkor már gyermekfőnyi volt. Maga a daganat zöldes-sárgásan színezett cystosus tapintatú. Mivel a szeméremrés előtt lévő daganat a szülést akadályozza és félt, hogy az erős fájások miatt vagy a méh, vagy a daganat megreped, a daganat eltávolítására határoztuk el magunkat. Tekintve azonban, hogy az üregbe beékelt fej a daganat alapját elfedi és mivel a fej onnét el nem mozdítható, csak a daganat egy részét tudjuk eltávolítani.

A daganatot az alapjához közel, olyan magasan, amilyen magasra feljutunk, catgut öltésekkel elvarrjuk és az elvarrt részt ollóval eltávolítjuk. A közben fellépő secundaer fájásgyengeség azonban a szülés spontán lefolyását megakadályozza. Subcutan, később i. v. adagolt hypoglandinra pár renyhe fájás jelentkezik, de a szülés nem halad.

Tekintve az elhúzódó kitolást, meg az asszonynál közben fellépett lázat és a rossz magzati szívhangokat, a fejet fogóval hozzuk világra. A fogóműtétet szabályszerűen végezzük. Félórás lepényi időszak után atonia miatt szalagosan tapadó lepényt kézzel leválasztjuk.

A vérzés megszűnte után a daganat még bennmaradt részét a hüvely izomzatából élesen és tompán kikészítve eltávolítjuk.

Az asszony rendes gyermekágy után, priman gyógyult hüvelysebbel a 20-ik napon egészségesen hagyta el az intézetet.

Az asszony az intézetből való eltávozása után három hónap múlva ismét megjelent ambulantiánkon. Megvizsgálva, a hüvely bal falát ledomborító kb. két ökölnyi síma felszínű gömbölyded képletet találunk, mely a kis medence bal alsó felét kitölti, elfoglalja a paracolipiumot, a parametriumot és befelé leterjed a medencefenéig. Felső határa a symphysis körül van.

Az asszonyt felvesszük és először a hüvelyfal felől igyekszünk a daganatot eltávolítani, de erős vérzés és összenövések miatt ez nem sikerül.

Később a daganat gyökeres eltávolítása végett, mert a recidiva is egy bennmaradt daganatrészéből keletkezett, annak elkerülése céljából, median laparotomiát végeztünk és igen nagy nehézséggel a daganatot eltávolítottuk.

A daganat szövettani vizsgálata ismét fibromyxoma.

Az asszony a 24-ik napon per primam gyógyult hassebbel gyógyultán hagyta el a klinikát.

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

Két érdekes szülészeti eset.*

Írta: Váró Béla dr.

1. *Uterus duplex separatus. Kihordott terhesség.*
A 29 éves asszony már négyszer volt más állapotban 4 év alatt, mind a négy terhességet a II–IV. hónapban elvetélte. Utolsó abortusa sokáig elhúzódván, méhének kitarakítása végett vettük fel a klinikára incomplet abortus diagnossal. Eddig uterus duplexe nem volt diagnosztizálva. Mihozzánk ez alkalommal fordult először. A műtétkor a portiót golyófogóval megfogva, a 7 cm-es méhet kikaptuk, de csak a normalisnak megfelelő uterus mucosát hozott ki a curette, ebből a méhből semmi sem ürült, a mi abortusos méhtartalomnak felelt volna meg. Kaparás közben vettük észre, hogy a bal oldalon egy hüvelyrácban egy 10–12 mm-nyi keskeny nyílás foglal helyet, mely óvatos sondázással a másik méh bejáratának bizonyult. Ezen a nyíláson át a curettel egy 10 cm-es uterusba sikerült bejutni, melyből kaparással placentaszövetet és deciduát távolítottunk el. Egyidejűleg természetesen kiderült, hogy az asszonynak két méhe van, s hogy most a baloldali méh abortált. Hüvelye csak egy volt és ennek úgy a mellső, mint a hátulso falán egy-egy hosszanti kiálló lécc volt tapintható.

Ezen abortus után néhány hónappal az asszony újból teherbe esett, s mert félt, hogy megint vetélni fog, tanácsot jött kérni, hogy segítsük őt terhességét kiviselni, ami reá nézve gyermek után való vágyódásán kívül azért is nagyfontosságú volt, mert utód hiányában tekintélyes örökségtől esett volna el. Állapotát most még az is komplikálta, hogy a terhes méhe retroflexióban volt. Legelső tennivalónknak a méh helyzetének korrigálását tartottuk. Naponta háromszori tíz perces térd-könyökfektetéssel sikerült az uterust ante-flexióba hozni. Ezen helyzetben gyűrűvel rögzítettük. A gyűrű, mint rendesen, a negyedik hónap végéig maradt benn. Ezen kezeléssel kívül utasításul kapta, hogy minden mozgástól tartózkodnia kell, legjobb, ha ágyban fekvé hordja ki a terhességét. A tanácsot megfogadta, végigfeküdt a terhesség nagyobb részét, csak a VII. hónaptól kezdve kelt fel egy-egy kis mozgásra előbb a lakásban, majd rövid sétákra. A terhességét sikerült végig megtartani. Mikor szülésre kérte felvételét a klinikára, kitűnt, hogy a magzat farfekvésben fekszik. A helyzet tehát a következő volt: egy már négyszer vetélt kettős méhű idős primiparában, kinek méhe nemcsak hogy fejletlenebb, gyengébb, de még azonfelül retroflectált is volt, a legnagyobb óvatosság

* Bemutatás a magyar nőorvosok nagygyűlésén, 1925. évi szeptember hó 8–9-én.

és gondos ápolás eredményeképpen a terhességét sikerült végig megtartani, a magzat azonban a farával fekiült a belső méhszáj felett. A prognosis felállításakor arra is gondolni kellett, hogy a 29 éves I. para asszonynak a két méhe közül ez a most teherben levő nem fog jól dolgozni, pedig az asszony mindenáron, vagyis bármely operáció árán is élő magzathoz kívánt jutni. Ezen körülmények között arra az esetre, ha a szülés nem folya le a rendes módon és gyorsan, még a császármetszésre is gondolni kellett. A méh azonban várakozás ellenére jó munkát végzett, úgyhogy episiotomia után végzett érlelyes expressio mellett sikerült az egészséges kihordott fiúgyermeket élve a világra hozni. A klinikáról való kibocsátása előtti vizsgálatkor kiderült, hogy most a jobboldali méh volt terhes, abból szült, mellette tapintható volt a kis baloldali méh retroflexióban.

Az eset érdekes azért, mert uterus duplexnél mindkét méh terhességét észleltük, egyikét az abortuskor, másikét a szüléskor, továbbá azért, hogy az asszony, ki már négyszer vetélt, kis, fejletlen, eredetileg retroflectált méhében is ki tudta hordani terhességét hét hónapi folytonos fekvés mellett. Érdekes ez az eset, mint az asszony türelmének és az előre gondoskodó szülési ápolásnak eredménye is.

2. Szokatlan *indicatio abortus művi megindítására.* A 35 éves, másodszor terhes asszonynak utolsó menstruációja február 11-én volt. Terhessége június elejéig minden zavar nélkül fejlődött, akkor vérezgetni kezdett. Négy napig tartó erősebb vérszivárgás után sem állott meg teljesen a vérzése, hanem kisebb mértékben ugyan, de tovább is elhúzódott, míg június végén egy újabb nyolcnapos erősebb vérzés jelentkezett nála. Hasában egész idő alatt érzett valamelyes fájdalmat, mely azonban nem volt göresös jellegű. Belső vizsgálatnál a külső méhszáj, mint multigravidánál, átjárható volt ujj számára, a belső teljesen zárt. A vérzésnek más magyarázatát nem tudván találni, placenta praevia diagnossal az asszonyt július 7-én felvettük a klinikára.

Minden beavatkozás nélkül ez a terhes asszony annak nézett volna elébe, hogy a folytonos apró vérezgetés őt annyira legyengíti, hogy azután egy erősebb vérzés, amit egy egészséges asszony talán még vesély nélkül viselt volna el, neki az életébe kerül. Már pedig placenta praeviánál a vérzés lehetősége mindig fenforog s így ki vagyunk téve annak, hogy bár az asszony már napokig a klinikán feküdt, hol minden orvosi segítség a lehető leggyorsabban s állandóan kéznél van, a chronikusan elhúzódó vérezgetésektől legyengítve, egy hirtelen erősebb vérzés folytán a szemünk előtt meghal. Ilyen lett volna az asszony kilátása arra az esetre, ha a terhességet hagyjuk továbbfejlődni. A magzaté hasonlóképpen nagyon rossz, mert valószínűleg centralis placenta praevia van jelen, t. i. a vérzés igen korán, már a IV. hónapban megindult.

Mindezt egybevetve, a terhesség megszakítását határoztuk el, mivel a terhes asszony apró fájásszerű göresöket érzett, először ismételt chininezéssel a szokásos adagokban, majd pár nap mulva újból, kisebb chinin- és pituglandol-adagokkal (*refracta dosis*) kíséreltük meg a méhet kiadós összehúzóadásokra bírni, hogy tartalmát kiürítse, de eredmény nélkül. Erre elhatároztuk a vetélés művi megindítását. Július 18-án a nyakcsatornát és a belső méhszájat 12. sz. Hegarig tágítva, Baum-ballont vezetünk be s azt 100 cm³ steril glicerinnel megtöltöttük. A ballon a méh üregében a belső méhszáj fölött extra-ovularisan foglalt helyet. Tizenkét órával később megszületett a ballon és mindjárt utána a magzat a placentával. Az utóbbin szépen lehetett látni, hogy annak egy közel másfél ujjnyi vastag részlete közel háromujjnyi szélességben fekiült a belső méhszáj fölött és véralvadékkal volt fedve, tehát centralis placenta praeviával volt dolgunk. A magzat 650 g-os, 31 cm hosszú leánymagzat volt, a placenta súlya 200 g. A gyermekágy, néhány apró hőemelkedést leszámítva, simán folyt le.

Ezen eset egyik érdekessége az, hogy placenta praevia diagnostizáltatott a terhesség V. hónapja elején, másik érdekessége a módszer, ahogyan az abortus művi megindítása történt és pedig olyan terhesnél, akit minden csepp vérvesztéségtől kímélni kellett az előzményekre való tekintettel. Az abortus szokásos megszakítása nem jött szóba az erősebb vérzés lehetősége miatt, melyet itt az előbb említett okból (állandó vérezgetés miatti anaemia) különös gonddal kellett kerülni, császármetszés pedig az öthónapos magzathoz semmiképpen sem indicált.

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

Vesetuberculosis hypoplasias vesében.

Írta: *Strelinger Lajos dr.* klinikai tanársegéd.

A chronikus vesetuberculosis évekig, sőt évtizedekig fennállhat s igen sokféle alakban jelentkezhetik. *Schönberg, Federow nephrocirrhosis*, tuberculosus zsgorvесе, mások tuberculosus nephritis alatt olyan elváltozást írnak le, mikor a vesében csak banális, nem specifikus gyulladás van sklerossissal, s a tuberculosis bacillusa csak mikroskopos eljárással mutatható ki a veseszövetben. Ehhez hasonló a vesetuberculosis indurativ alakja, ahol a vesében elszórva találunk tuberculomokat elsajtosodás, cavernaképződés nélkül. Előfordul, hogy a vesében csak disseminált tuberculomok vannak s végül a sajtos-cavernás alak, hol a kiterjedt gümös elváltozás mellett banális gyulladással területeket találunk. Ezek a formák *Wildbolz* szerint láncszem módjára kapcsolódnak egymásba.

Minél előrehaladottabb a folyamat, annál feltűnőbb az elváltozás. A vese legtöbbször nagyobb, különösen akkor, ha a vizelet lefolyása akadályozott, viszont más-kor zsugorodhatik. *LumEAU* a végső stadiumot sklerotikus atrophia név alatt írja le.

1925 március 17-én alkalmunk volt a II. számú sebészeti klinikán egy feltűnő kis vesét extirpálni. A 48 éves, lesoványodott nőbeteg két év óta áll már gyakori és zavaros vizelése miatt kezelés alatt más ambulanciákon. Fájdalmai közben annyira enyhültek, hogy elhanyagolta baját, de 4 hónap óta a panaszok fokozottabb mértékben tértek vissza s azóta, dacára, hogy kezelés alatt áll, fokozódtak.

A betegnek mindkét Krönig-tere szűkült, ugyanott szörtyözörejek hallhatók. A jobb vesetájék nyomásra fájalmas. A bal vese megnagyobbodott; jól tapintható, ballotálható. A vizelet: 1016 fajsúlyú, zavaros, erősen savi, benne igen sok geny és fehérje van. Az üledékben igen sok genysejt mellett, elvéve hólyaghám, néhány ki-lúgozott vörösvérsejt és tuberculosis bacillus mutatható ki. A hólyagkapacitás alig 80 cm³. Cystoskopias vizsgálattal igen kifejezett belőveltség látható. Az elülső hólyagfalán több tipikus lencsényi tuberculosus fekély van. A jobb ureterszájadék nem található, a bal normalis. Chromocystoskopiával a bal vese már 5 percre elválaszt, a jobb vese egyáltalában nem működik.

Tekintettel arra, hogy a jobb vese tuberculosus megbetegedésével állunk szembe, a beteget megoperáltuk. Ferde lumbalis metszéssel az izmokon áthatolva, a vese zsíros tokját beivódottan találjuk. A feltűnően kiesi, fügénél alig nagyobb vesét igen könnyen sikerült környezetéből kiemelni. A vékony ureter és a rendkívül szűk hiluserek lekötése után a vesét extirpáljuk s drain behelyezése után a sebet rétegzetesen zárjuk. A seb gyógyulása zavartalan. A hólyagfekélyeket ambulanter jód-befúvásokkal kezeljük.

Az eltávolított vese 6 cm hosszú, 4 cm széles, 2 cm vastag. Súlya 25 g. Színe szürkésvörös, állománya tömött. Felszíne kisebb-nagyobb szabálytalan alakú behúzódtástól egyenetlen. Tokja szorosan tapad, levonása csak helyenként sikerül; a tok alatt rendkívül finom

szemoszéttség mellett egészen apró, kiemelkedő, sárgás folyadékot tartalmazó tömlők találhatók. A hiluserek rendkívül szűk lumenűek, alig sondázhatók, vékony falúak, zsírszövetrel bőségesen vannak körülvéve. Az ureter igen vékony, lumene szűk. A metszéslapon a veseszerkezet egyáltalán nem ismerhető fel. A vesemedencének megfelelő részt zsírszövet képezi, úgyszintén a velőállománynak megfelelő terület nagy részét is. A kéreg- és velőállomány nem különíthető el. Közvetlenül a tok alatt 2 mm széles, halványszürkés réteg foglal helyet, mely alatt a felső polusban több borsónyi üreg van. Ezen üregek tartalma fehérés színű, törmelékeny, sajtszerű anyag. Az alsó polusban a felszínes, vérszegény réteg alatt egy vérbővebb, sötétvörös, heges terület található.

Mikroszkop alatt a glomerulusok felismerhetetlenségig el vannak pusztulva. Az alsó polusból készült metszeteken sejtiszegény, rostos szerkezetű területek találhatóak. Vannak részletek, melyek sejtes infiltrációt mutatnak. A sejtek hosszúkás orsóalakúak, fibroblastokra emlékeztetnek, vagy kerek, lymphocytákhoz hasonlóak. Helyenként lymphocytás csomók találhatóak. A sejten gazdag területeken nagy számmal látni lelapult, egyrétegű hámmal bélelt csatornákat, melyek egynemű masszával vannak kitöltve. A cavernák falát sejtiszegény rostos szövet alkotja.

Eredetileg hypoplasiás, tuberculosiban megbetegedett vese rostos gyógyulásának ritka esete forog fenn. Emellett szőlő a vizelet s a cystoskopiás lelet, valamint a makroszkopos megjelenése a vesének, dacára annak, hogy szövettanilag tuberculosisra jellemző elváltozások nem ismerhetők fel.

A megbetegedés különböző formái egyes szerzők szerint a bacillusok virulentiája szerint lépnek fel, viszont mások szerint a bacillusok virulentiája és tömege határoz. Újabb vizsgálatok kiderítették s ezt *Wildbolz* is elfogadja, hogy egyedül a tuberculos-bacillusok nem képesek a szervezetben specifikus gyulladást előidézni, csak ha a tuberculin antitest hatására tuberculypirinné alakul át és ez a méreg huzamosabb ideig hat a szervre. A vesetuberculosis mindig superinfectio és így a vese megbetegedésekor már vannak a szervezetben antitestek, melyek egyrészt a tuberculin tuberculypirinné alakítják, másrészt azonban olyanok is, melyek ezt hatástalaná teszik. Így tehát a bacillusok virulentiája s száma, valamint a kétféle antitest mennyisége szerint fejlődnek ki a különböző kórformák.

Küster 368 klinikailag megfigyelt esetben 43% volt a chronikus vesetuberculosis kétoldali, *Krönlein* statisztikája szerint 45%-ban; *Frank* 11%-ban; *Bronger* 14%-ban mutatott ki kétoldali folyamatot. *Küster* szerint 189 jobb oldali folyamat mellett 163 volt baloldali. Felvethetjük tehát, hogy a megbetegedés kezdetben egyoldali.

Ha a vesetuberculosis pathogenesisének bármely magyarázatát is fogadjuk el, véleményünk szerint számba kell venni a vesének megbetegedése előtti állapotát. Esetünkben is az igen vékony erek és a szokatlannul kiskaliberű ureter arra utal, hogy itt egy hypoplasiás vese volt. A vese fejlődési rendellenességei elég gyakoriak s ezek a vesék praedisponált helyei az infectiónak mint locus minoris resistenciae.

A székesfővárosi Szent István-kórház szemosztályának közleménye.

Röntgen felvételek az arc verőereiről.*

Írta: *Csapody István* dr. egyetemi magántanár, osztályos főorvos.

A szemhéjplasztikák oly ágát teszik a szemészetnek, mely már nemcsak határos a sebészettel, hanem oda át is nyúlik. Ha pedig a szemhéjalkotást sebészi szempontból nézzük, méltán sorozhatjuk őket — legalább kozmetikus és functionalis szempontból — a leg-

* Előadás a Közkórházi Orvostársulat október 7-i ülésén.

kényesebb sebészi feladatok közé. Az eredmény biztosítására annál is inkább meg kell mindent tennünk. A bőrkarélyok csúcsa könnyen elhal, az átültetett bőr darab akárcsak felszínes nekrosisa is esúnya nyomot hagyó sarjadzás oka lehet. Az átültetett karély táplálkozására tehát nagy figyelmet kell fordítanunk. Az ereket nemcsak annyiból kell tekintetbe vennünk, hogy nagyobb verőérágakat ne sértsünk, hogy a karély alatt érelkötés lehetőleg ne legyen szükséges. Hanem ügyelnünk kellene az arc erezetének finomabb részleteire azért is, hogy a bőrkarély táplálását minél jobban biztosíthassuk. Az volna az ideális, ha minden nyeles bőrkarély úgy volna kiszabva, hogy nyele egy vagy több tápláló verőeret rejtsen magában.

Hogy ennek az elvnek eleget tehesünk, több feladatot kell megoldanunk:

1. Ismernünk kell az arc értanát a legapróbb részletekig. Az atlaszok rajzainál nagyobb pontossággal tájékozódni kell a verőerek kisebb mellékágai, *összenyúlásai*, azaz anastomosisaik formái felől és meg kell ismernünk az előforduló varietásokat.

2. Ki kell kutatni, lehet-e s mennyire lehet az arc konfigurációjából, a természetes redők méreteiből és irányából arra következtetnünk, hogy az 1. pontban jelzett variációk mely típusával állunk műtétkor szemben, hogy ez alapon választhassuk meg műtétmódunkat.

3. Át kell tekinteni az eddig ajánlott és alkalmazott areplasztikai eljárásokat, abból a szempontból, hogy mennyiben járnak metszéseik nem ajánlatos vagy tilos utakon, mennyiben kerülnek el erek felesleges feláldozását, mennyire tudják a jobban táplált, erekkel bővebben behálózott részeket kihasználni a kevésbé ereztettek helyett. Hiszen sok műtéti eljárás, amit ajánlottak, könyvről-könyvre vándorol, de papiroson született és ott is hal meg, mert senki ki nem próbálta. Valamikor az arcot s különösen a szem környékét rajztáblának nézték, ahol — pl. hibás szemhéjállás miatt — vonalzóval és körzővel szerkesztett ábrákat műtéti módként ajánlottak, mert szerzőjük, sokszor minden operatív vena nélkül, eredményesnek képzelte őket.

A vázolt feladat megoldásához szükséges, hogy minél nagyobb anyagon, alkalmas eljárással, felkutasuk az arc angiológiáját, minden legapróbb részletében és lehetséges varietásában. Igen alkalmas e célból a *Röntgen*-felvétel, ha megelőzően árnyékvető anyaggal töltöttük meg az ereket. Nagy anyag gyors feldolgozását teszi lehetővé s a rajzra való átvitel is könnyebb és mindig hívebb, főként a bennünket különösen érdeklő kisebb ágakat illetően. Élőn többen végeztek vizsgálatokat, állaton és emberen, hogy az ereket leröntgenezzék. Nem szólva a nagy erek árnyékáról, a peripheriás erek árnyéka megjelenik az ernyőn kivételes esetekben, melyek valószínűen mind kórosak, mint pl. a phlebolythok, erősen arteriosklerotikus erek esetében. *Berberich* és *Hirsch* különféle sókkal: calcium-, natrium-, strontium lacticum-, chloratum-, jodatum- és bromatummal kísérleteztek, tehát egyszerűen konyhasóval is, de leginkább strontium bromatummal, melyek centralis leszorítás után venába fecskendezve rögtönös felvétel esetében jó árnyékot adnak, úgyhogy a venabillentyűk is kirajzolódnak. Céljuk többek közt az, hogy amputációk előtt tanulmányozható legyen a vérrel való ellátás. *Alwens* és munkatársai bismuth-olajeseppet fecskendeztek be és az állat szívében át egészen az embóliás halálig követni tudták Röntgennel az olajesepecske útját. Három nehéz fémsókeverék is ismeretes: a *Belot-Beclère*-féle minium-zselatinkeverék, a *Hauch*-féle ólomoxyd-paraffin-terpentinolajos keverék kétféle sűrűségben, valamint a *Lexer*-féle kénész-terpentinolajos keverék. *Bakay* professzor értesítése szerint tuberculositikus izületek arteriáinak injiciálására a *Hauch*-féle hígabb keverék jó eredménnyel használható, a praecapillarisokat is feltünteti.

1922 óta egy új neurologicali diagnostikus eljárás ismeretes, a *Sicard* és *Forestier*-től ajánlott myelographia, melynek contrastanyaga a *lipiodol*. Ez a nagy

jódtartalmú olaj nehezen megszerezhető francia készítmény, én *Sarbó* professzor szívességéből jutottam hozzá. Ugyanis *Bollack* és *van der Hoeve* a szemészeti diagnosztikában is felhasználták, még pedig a könnyutak kitöltésére. Ez adta az ötletet, hogy arteriákba is lipiodolt fecskendezzek az említett célból végzett cada-ver-studiumban.

A lipiodol, mint arteriafelvételek contrastanyaga, kitűnően bevált. Alkalmazása nem nehéz. A kipaeparált verőérbe tompavégű vékony kanülön keresztül fecskendeztük be enyhe felmelegítés után. Elég nagy nyomás szükséges. Az olaj szétterjedése a bőrön át kidagadó erekben jól szemmel tartható. Injectio után az eret azonnal lekötöttük. Célszerűnek bizonyult nagyobb

értörzs kipaeparálása, hogy a fotografálni nem kívánt mellékágak elkötése után ezen keresztül juttassuk a kívánt ágba a keveréket. A lipiodol oly kitűnően tapad, hogy visszaesurgás nem igen okoz bajt, ez radiographiás szempontból különösen fontos. Az árnyék oly éles, a nyert képek olyan contrastosak, hogy vázalkozásunknak mindenben megfelelnek. Éles, erős érrajzolatot kapunk. Különösen jó tulajdonságának tartom, hogy a praecapillarisokat nem rajzolja ki oly gazdagon, hogy a képet már zavarják. Elesodálkozik az ember, milyen sűrű érhálózat rajzolható a lemezre a Röntgen segítségével. Az ilyen kép teljességgel különbözik az atlaszok érábráitól. Az angiologia részleteinek finomabb vizsgálására ez az eljárás oly kitűnő alkalmat ad, hogy a contrastanyagok megválasztásában már arra is

figyelnünk kell, hogy nagyon is jók ne legyenek. A *Hauch*-féle massa oly képet ad, mely a részletek nagy gazdagsága miatt már a mi céljainkra kevésbé használható. A lipiodol jobban bevált. Kísérleteket tettem sűrű jódtincturával is, ez azonban csak nagyon gyenge képet ad. Ennek nyilván az az oka, hogy csak keverékben, s nem molecularis kötésben tartalmaz jódot, melletl viscositása is esékély, nem tudunk tehát vele nagyobb jódmennyiséget az érfalakhoz rögzíteni s nem kaphatunk egyenletes árnyékot. *Peiper* és *Klose* a *jodipint* ajánlja a gerincevelő vizsgálatára. *Loczka Alajos* chemikus-doktor kérésemre nagy bromtartalmú olajat készített s tervbe van véve egy jódozott olaj előállítás is, amivel a lipiodol — legalább ezen a téren — alkalmas magyar készítménnyel lenne pótolható.

Kitűzött célom értelmében a maxillaris externa és a transversa faciei injectióját végeztem caputokon. Mindkettő a carotis externa ága. A maxillaris internát lekötöttem, hogy a mély ágak a rajzot ne zavarják. A carotis interna szemkörüli végágainak külön megtöltése nem volt szükséges, mert ezek (a frontalis, supraorbitalis) az anastomosisokon keresztül jól megteltek.

Eddigi vizsgálataim is igazolják azt a feltevése-

met, hogy 1. a finomabb érelszlásban varietások vannak, Röntgen-felvétellel az atlaszok ábráitól elütő képet kapunk. 2. Az ívelt metszésirányok általában kedvezőbbek az érkímélés szempontjából is. *Knapp* plasztikája, mely a halánték felé futó párhuzamos metszésekből áll, nem szabható úgy ki, hogy akár egyetlen érrel párhuzamosan fusson, ellenben valamennyi érágan keresztül megy s tápláló érágat nem biztosíthatunk neki. *Fricke* halántéki karélya jól elhelyezhető a temporalis superficialistól medialisán, nyelét azonban érkímélés szempontjából nagyon felszínesen kell kipaeparálnunk. *Diffenbach* rhomboidja könnyen kap érágakat. Az *Imre*-féle plasztika ívelt metszése — különböző sugárral és ívhelyzettel — jól elhelyezhető a



Az arc verőereinek Röntgen-képe lipiodollal.

maxillaris externán belül. Az ív alsó szakaszátán az arteria mélyen, az izomzat alatt fut, tehát kevésbé érdekel. Felső szakasza, a sulcus nasolabialisban, felszínesen találja a maxillaris externát, fontos lesz tehát a sulcusnak és az érnek egymáshoz való viszonyát nagyobb anyagon figyelemmel kísérni. Az *Imre*-féle karély széles nyelének az arcot felező fő verőérág, a transversa faciei, a legjobb táplálást biztosítja. Ezzel új szempontból van igazolva ez a műtéti eljárás. 3. A maxillaris externa végágának, az angularisnak nagy műtéttani jelentősége van a könnytömlőhöz való közelsége miatt. Zavaró, nagyobb vérzések okozója. A kettő egymáshoz való viszonyát pontosabban fel kell kutatni, úgyhogy az eret és a tömlőt is megtöltjük contrast- anyaggal.

Még megjegyzem,

hogy az arc fontosabb topographiai pontjait a radiographiában szokott módon jelöljük meg. Szükséges a szemtekét is árnyékotadóvá tennünk. E célból kísérleteimben bevált a subconjunctivalis jódtinctura-injectio. A szemhéjszéleken *van der Hoeve* szerint lipiodolt kenünk végig, hogy árnyékot adjanak.

Az a szándékom, hogy nagyobb sorozat felvételt készítek. Érdemesnek látszik, hogy a *szemészeti műtéttannak ezt a még hiányzó anatómiai megalapozását* kidolgozzuk. Az eljárás természetesen más régiók pontosabb kivizsgálására is alkalmasnak fog bizonyulni.

A mellékelt ábra *Russo dr.* Röntgen-felvételéről készült.

Irodalom: *Van der Hoeve:* Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1925 máj.-jún. — *Berberich* u. *Hirsch:* Klinische Wochenschr. 1923, 2226. — *Peiper* u. *Klose:* Klinische Wochenschrift 1924, 2227. — v. *Csapody:* Klinische Wochenschrift 1925, 48. Arterienphotographien vermittelt Lipiodol. (Vorläufige Mitteilung.)

A m. kir. Allami Gyermekmenhely belgyógyászati osztályának (főorvos Torday Ferenc dr. egyetemi rk. tanár) és laboratóriumának közleménye (főorvos: Berger Iván dr.).

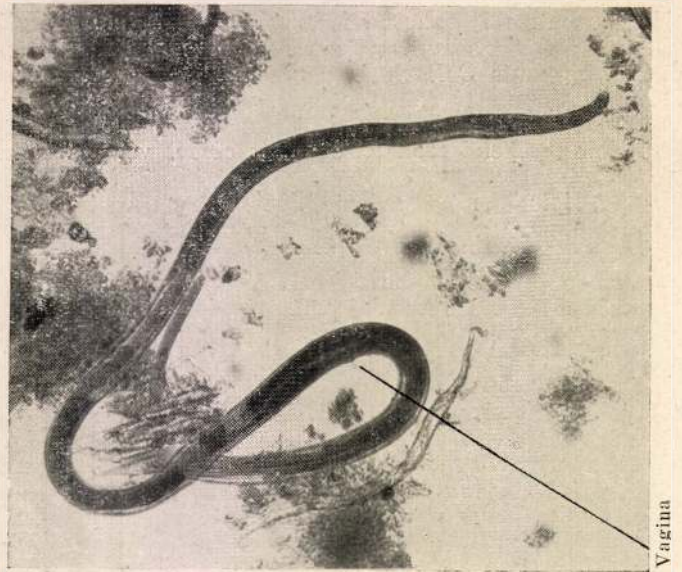
Anguillula intestinalis Magyarországon.*

Irták: Berger Iván dr. és Gy. Rokay Zoltán dr.

A strongyloides intestinalis *Bavay*, más néven anguillula intestinalis (rhabditis stercoralis, rhabdonema stercoralis) a nematodok classisába az angiostrimidákhoz tartozik. Embereknél előfordul e csoportból az eustrongylus gigas; a többi strongyloidesek állatoknál fordulnak csak elő, hol legtöbbször tudomegbetegedéseket okoznak, pl. elefántnál, tevénél, papagálnál.

A strongyloides intestinalis a tropusokon otthonos, Dél-Európában is többször találták. Szórványosan találták Franciaországban és Németországban *Braun* (Ztrbl. für Bakt. XXVI.), *Zinn* (Ztrbl. für Bakt. XXVI.) és *Askanázy* (Ztrbl. für Bakt. XXVII.).

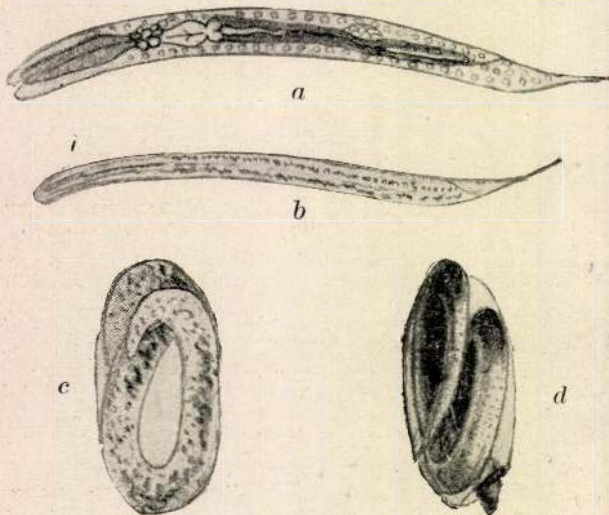
A legutóbbi időben *Frisch* és *Zimonjic* (Wiener Gesellschaft für Inn. Med. und Kinderheilk.) Wienben 1922-ben, *Thomas* (Med. Ges. Leipzig) Leipzigben 1923-ban mutatott be egy-egy esetet. A háború alatt *Gmellin* (Ztrbl. für Bakt. LXXXIII. 1916.) egy német tábori laboratóriumában több esetben talált anguillulát, amelyet valószínűleg tropusi vidékekről odakerült



2. ábra. Strongyloides intestinalis kifejlett példánya ($\frac{115}{1}$ nagyítás.)

könnyíti. Idáig összesen 38 esetben diagnostizáltuk a bélféreg jelenlétét. Felemlítésre méltónak tartjuk, hogy kizárólag 2-4 éves gyermekeknél találtuk, holott az első eset észlelése és az óvatossági rendszabályok megtétele előtt bőven lett volna alkalom az ápolószemélyzet és a gyermekek mellé beosztott anyák csecsemőinek fertőződésére is.

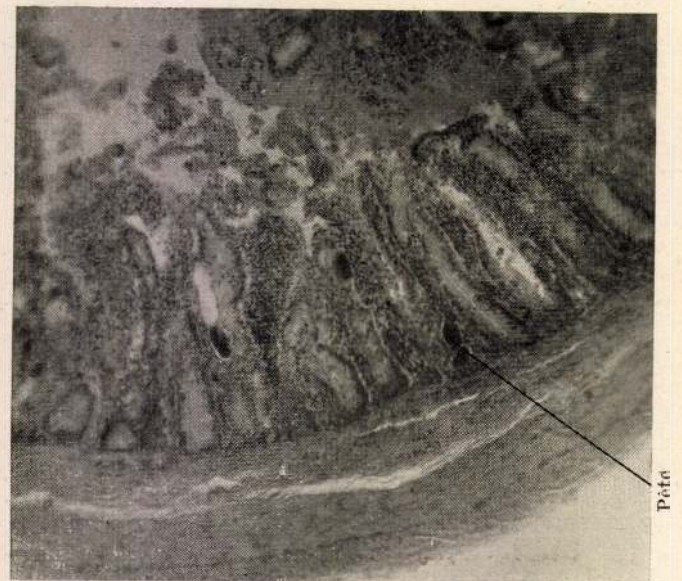
A figyelmünket ezen megbetegedésre egy anaemiás gyermeknél észlelt nagyfokú eosinophila irányította. A gyermek székletében sok nyálka mellett Chareot-Leyden kristályok voltak nagyszámmal lelhetőek, ami bélféreg jelenlétére való gyanúkat még jobban megerősítette. Nemsokára sikerült megtalálni a göreső alatt a székletben az éléken, angolnyszerűen mozgó, kb. 0.25 mm hosszú nematodákat, amelyeken szájnylást, kiöblösödő pharynxot, s a test hátsó két-harmadán végigvonuló, egyszerű hámsorral fedett belet lehetett látni. A test vége kihegyesedik és kis farkocskában végződik. Az aborális véghez közel találjuk a kis ferde vonallal jelzett végbélnylást. Ezek a képletek méretükben és szerkezetükben az anguillula intestinalis lárváinak felelnek meg, s így mindjárt ezzel a parazitával való fertőzésre gondoltunk. Gondolhattunk volna anchylostomum duodenalera is, mert annak lárvái alig különböznek ezektől. A klinikai kép azonban nem felelt meg anchylostomum fertőzésnek. Ezenkívül a székletétet mikroszkoposan vizsgálva, ez utóbbi



1. ábra. a) lárva a székletből, b) lárva filariform átalakulásban, c) pete fejlődőben lévő lárvával, d) pete kibuvó félben lévő lárvával kb. $\frac{500}{1}$ nagyítás.

katonák hurcoltak be. Némelyek szerint Európába a Szt. Gotthard-alagút építéskor került s az észlelt szórványos esetek innen vennék eredetüket.

Sokan ártatlan parasitának tartják a strongyloides-t, mely legfeljebb kiscokú anaemiát okozhat. Mások különösen a franciák súlyosabb esetekről is számolnak be. Így *Teisier* esetében lázat okozott s a láz alatt a vérben is találhatók voltak a lárvák. *Verdun* halálos esetről emlékezik meg s kiemeli, hogy két gyermeknél észlelték a legsúlyosabb tüneteket, míg felnőtteknél a megbetegedések enyhébb alakban folytak le. Hogy eseteinkkel kissé részletesebben foglalkozunk, ezt két körülmény indokolja; nevezetesen Magyarországon ezen bélférget idáig egy ízben sem találták, másrészt a kontinensen észlelt megbetegedések többnyire behurcolt, izolált esetek voltak; kifejezett járványszerű fellépését idáig máshol nem észlelték. Az általunk észlelt járvány eredetét idáig kideríteni nem sikerült. Az egyik betegnek apja az Aldunán hajóslegény volt, talán az hurcolta be a bélférget. Ismeretes, hogy ezen bélféreg a bőrön át, a vérpálya útján is fertőzheti a szervezetet, ami a betegség gyors, járványszerű elterjedését meg-



3. ábra. Peték a duodenum nyálkahártyájában.

* Bemutatták a budapesti kir. Orvosegyesületben 1924 május 24-én.

fertőzésnél lárvákat sohasem találunk, éppoly kevésbé, mint ahogy strongylosisnál peték sohasem kerülnek a székletbe. A mi eseteinkben a másfél év óta hetenként többször rendszeresen végzett vizsgálataink alkalmával — sohasem sikerült petéket találnunk, hanem mindig csak lárvákat és pedig többnyire tömegesen. Ez az utóbbi körülmény is strongylosis diagnosis mellett szól. Szóba jöhetett volna még oxyuris lárva is, de az megkülönböztethető az anguillulától és oxyuriasis esetén kifejtett példányt és petét is kellett volna találnunk. Az oxyuris fertőzés nem is jár nagyfokú eosinophiliával.

A vizsgálatnál a székletet physiologiás konyhasó-oldattal hígítottuk. A szaporító eljárás (Anreicherungsverfahren) rosszabb eredményeket ad, mert itt peték úgy sincsenek, a lárvák pedig mozdulatlanok lesznek s így nehezebben találhatók meg. A tenyésztési eljárás Looss (Ztrbl. für Bakt. LXIII. 1915.) szerint szintén rosszabb eredményeket adott, mert rendszerint a még élő lárvák is elpusztultak. Egyetlen esetben találtunk élő lárvákat négy nap múlva is és ezeken a többek által leírt filariform átváltozást lehetett látni. (A lárva keskenyebb, a bél is egyszerű fonalszerű lesz.)

A biztos zoológiai diagnoszt csak akkor állíthatuk fel, amikor a kifejtett bélférget is megtaláltuk. Az egyik megfertőzött gyermek tüdőtuberkulosisban meghalt, ennek duodenum falában és nyálkahártya kaparékában számos kifejtett állatot is találtunk. Ezek 2—2,5 milliméter hosszúak, 0,03 mm szélesek. Négy szájpapillájuk van, közepüknél jóval hátrább látszik a hossz tengelyre merőlegesen haladó vagina-nyílás, mit a felületen kis domborodás jelez. Némelyiknek a hegyesebb aboralis véghez közel nyíló végbélnyílásából két kis spiculum áll ki. Osmiummal praeparálva jól látható cuticulájuk finom harántesíkolata (a festési eljárást Linden grófné írta le (Ztrbl. für Bakt. LXXVI.), valamint bél- és ivarrendszerük. Többször petéket tartalmazó parazitát is láttunk. A paraziták a bélfalba erősen befűródva találhatók, ezért megkíséreltük a béldarabkát két-három órán át híg antiforminban áztatni, hogy izoláljuk a férgeket. Ez sikerült is és utána nedvesen fixálva, haematoxyllinnel festettük meg őket. Ilyenkor szépen látható volt a különálló hámréteg és izomréteg. A zsigeri szerkezet is jól látszott. Érdekes, hogy szabadszemmel alig láthatók a kifejtett férgek, ezt keskenységük teszi érthetővé. Ha nagyon tisztán izoláltuk őket, akkor néha sikerült szabadszemmel is meglátni. A bélfalban mélyen a mirigylumenekben infiltrálva számos fiatal lárva és pete is volt látható. A peték oválisak, 0,05 mm hosszúak és 0,03 mm szélesek. Az egyes peték különböző fejlődési phasist mutatnak. Egyeseknek a szerkezete egészen egyneműnek látszott, míg másokban a fejlődő lárvák már kifejezetten differentálódottak. Egyes esetekben a megpattant petéből félig kibujva találtuk a lárvát. Igen sok petében a lárvák lassú mozgását észleltük. A lárvák rendszerint csak egyszer vannak összehajtvá kifli alakban, a nagyon fiatalok összehúzódott hernyóhoz hasonlítanak, behúzódások látszanak rajtuk. A strongylussal fertőzöttek közül idáig 8 gyermek halt meg. A részletesebb bonctani elváltozásokról itt nem számolunk be. Boncolás után a belet minden esetben erős fényforrással világítottuk át s kis nagyítással vizsgáltuk. Jól láthatók voltak ilyenkor a bél falába beágyazott peték és férgek. Ilyen módon megállapítottuk, hogy a paraziták tömegesen a duodenumban találhatók, lejjebb fokozatosan ritkulnak, de némelykor a pylorustól lefelé másfél méternyire is fellelhetők. Egy esetben a gyomor nyálkahártyájában is meg lehetett őket találni.

Az anguillula által okozott klinikai tünetek közül legszembeötlőbb a vérszegénység. Az arc csaknem jellegzetesen halvány, színtelen, vértelen. Valamennyi gyermeknél pontos haematologiai vizsgálatokat végeztünk. Ennek eredményéből csak azt akarjuk megemlíteni, hogy a vérfesték értéke általában 50% körül volt, úgyszintén a vörösvérsejtek száma is lényegesen esökkent. A fehér-

vérsejtek száma kissé nagyobb, általában 10.000 fölött találtuk. Minden gyermeknél kisebb-nagyobb fokú anisocytosist és poikilocytosist, néhány esetben polychromasiát, basophil punctatiót észleltünk, továbbá Cabot-Schleip-féle testecskéket (Ringkörper), magvas vörösvérsejteket. A vérben általában sok kórosan elváltozott sejtet, pld. vakuolás protoplasmájú lymphocytát stb. találtunk. Az eosinophil-sejtek és az anaemia voltak tulajdonképpen, amelyek a bélféreg diagnosisára bennünket rávezettek. Tekintettel állandó voltára, az eosinophiliát később is felhasználjuk a diagnosisnál, rendszerint úgy, hogy vastagseppet vizsgáltunk. Ez az eljárás alkalmas volt arra, hogy nagy beteganyagot gyorsan átvizsgálhassunk. Az eosinophilia 16 és 81% között mozgott. Három esetben volt csak 10—10, illetve 8%. A három eset közül is az egyik súlyos anaemiás, a másik egészen ad maximum lesoványodott gyermek volt. A három gyermek esontveleje tehát valószínűleg nem tudott erősebb eosinophiliával reagálni.

Az eosinophil-sejtek kivétel nélkül kórosan elváltozottak voltak. Az elváltozás meglehetősen jellegzetes. Úgyannyira, hogy az utolsó esetekben már e sejtek külső megjelenéséből anguillula jelenlétére nagyobb valószínűséggel következtethettünk. Az eltérések többnyire a sejtek fiatalágával voltak összefüggésben. A sokszor egészen gyér, egyes esetekben a szokottnál finomabb szemcsék között, nagyobb területen volt látható az élénk kék protoplasma, sok esetben vakuolákkal. Eltérés mutatkozott a magnak alakjában is, a megszokott eosinophil magalak helyett részben erősen karélyozott, részben pálcika és fiatalmagvú alakokat találtunk.

Egyéb klinikai tünetek közül ki kell emelnünk, hogy a gyermekek közérzete általában kevésbé volt befolyásolt. Az anguillulosist, mint a cochinchinai dysenteria kórokozóját írták le. A mi eseteinkben általában nem láttunk dysenteriás tüneteket, ahol jelen voltak, ott a boncolás útján is beigazolódott, hogy a gyermekek a strongylosis mellett tipusos dysenteriában is szenvedtek.

Gyakran észleltük a strongylusos gyermekeknél, hogy minden kimutatható ok nélkül hirtelen megbetegedtek, kollabáltak, súlyukból egyik napról a másikra $\frac{1}{2}$ kilónál is többet veszítettek. Az általános rosszulléthez gyakran társult erős hányás, a széklet többnyire változatlan maradt.

A gyermekek ezen rosszullétében bizonyos periódicitást véltünk felfedezni. Lehetséges, hogy a periodikusan fellépő rosszullét a bélféreg bizonyos fejlődési phasisához kötött. Az volt a benyomásunk, hogy a lárvák is időnként tömegesebben jelentek meg a székletben, amint azt oxyuriasisnál Heubner megállapította. Az anguillulosisban szenvedő gyermekek általában nem súlyosan betegek, amiben az általunk alkalmazott erőlyes kezelésnek is bizonyára szerepe van, mégis, úgy látszik, hogy ha valamely akut betegségnek kapnak, azt nehezen heverik ki. Így kanyaróban, vérhasban több ilyen gyermek pusztult el. Többen észlelték azt, hogy a strongylusoknak a lárvái a bőrön áthatolva, a bőrben scabiesre emlékeztető járatokat fűrnak. Esteinkben többször találtunk pruriginosus göbéseket. Ezeket és az egyik gyermeknél fellépő lencsényi bőralatti göbéseket szövettanilag megvizsgáltuk, de jellemző elváltozásokat nem találtunk. Megvizsgáltuk továbbá a vulva-váladékot, végbélkörüli kaparékot, multiplex tályogoknak a genyét, gyomorbennekét, de bélférget, vagy vele összefüggésbe hozható képződményeket nem találtunk. A vérben is eredménytelenül kerestünk lárvákat. A bélféreg epidemiologiai jelentőségének és terjedési módjának megismerése után, igyekeztünk mindenképpen elterjedésüket megakadályozni, ami azonban, sajnos, nem sikerült.

Még kevesebb eredménnyel jártak a terapiás kísérleteink. A kezeléshez systematikusan kezdettünk hozzá. Először in vitro vizsgáltuk az összes féreggúzó szereknek a hatását a lárvákra, s feljegyeztük, hogy a

székleteket az egyes anthelminticumokkal a szokásos gyógyszeradagban összehozva, közülük melyik szünteti meg hamarabb a lárvák mozgását. Az így megállapított fokozat szerint sorra kipróbáltuk az egyes szereket. Mihamarább meggyőződünk arról, hogy a bélmirigyek lumenéi-mélyén elrejtett petéket elpusztítani nem tudjuk. Ezért arra törekedtünk, hogy a gyógyszereket intermittálólágal legalább két hónapon át adagolva, az időközönként kikelő lárvákat pusztítsuk el. Minthogy többnyire nem közömbös gyógyszereket alkalmaztunk, a gyermekek állapotát, különösen a veséjét a legnagyobb gonddal kontrolláltuk.

A kipróbált gyógyszerek közül elsők között volt a thymol, amelyet két gyermeknél alkalmaztunk kis dosisban, mindkettőnél azonban a kezelés megkezdése után 2 nappal fehérje-vizelést észleltünk. Az egyiknél, dacára annak, hogy a kezelést azonnal beszüntettük, mégis súlyos nephritis fejlődött ki. A thymol-kezelés veszélyességéről meggyőződve, oleum chenopodiivel próbálkoztunk. A vese és az általános állapot legpontosab ellenőrzése mellett több gyermeknél hónapokon keresztül folytattuk az intermittáló kezelést oleum chenopodiival (átlag 2×3 csepp napjában). Néhány gyermeknél az oleum chenopodiit fél éven keresztül is három napi adagolás után három napi szünettel állandóan adtuk, s semmiféle káros hatást nem láttunk tőle. Minthogy az irodalomban több halálos mérgezést közölnek az oleum chenopodii egyszeri adagolása után is, fel kell tételeznünk, hogy a forgalomban levő egyes praeparatumok hatáserevése nem egyforma.

Megpróbálkoztunk azután a többi nematodák pl. oxyuris és ascaris ellen használatos gyógyszerekkel, így a santoninnal. Minthogy azonban ezen szerekkel eredményt nem értünk el, rendszeres folytatólagos kezeléssel kísérleteztünk, amelyeknek a célja volt a bélféreg számára hosszabb időt át kellemetlen milliót teremteni. Olyképen jártunk el, hogy a gyermekek 1 hónapon át három naponként váltakozva kaptak valamilyen féreggűző szert. Sorra kerültek: a santonin, oleum chenopodii, kamala, filix mas, filmaron-olaj, naphthalin, naphthogen, butolan. Ezen gyógyszerek egy részét *Bókay* professor ajánlatára duodenalis sondán át adtuk. A duodenalis sondával való adagolással csak akkor hagytunk fel, amikor egyik gyermeknél seetio alkalmával a gyomor falába beágyazva is találtunk bélférget, illetve petéket.

A felsorolt erélyes féreggűző szerek huzamosabb váltakozó alkalmazásával sem sikerült azonban a gyermekeket a bélféregtől megszabadítani, csupán azt értük el, hogy a székletben a kezelés előtt talált mozgó lárvákat egyik vagy másik szer alkalmazása után egy időre mozdulatlan vagy elhalt lárvák váltották fel, továbbá, hogy a lárvák kevésbé tömegesen mutatkoztak. Tartós eredményt azonban nem értünk el. Tehát az anguillulosis éppen olyan makacs megbetegedésnek bizonyult, mint pl. az oxyuriasis.

A kezeléssel párhuzamosan végzett rendszeres haematologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy az intenzív kezelés idején az eosinophil-sejteknek a száma kifejezetten csökkent, a normalis értéket azonban nem közelítette meg.

Véglegesen csupán két gyermeket sikerült meggyógyítanunk oleum chenopodii-val, ezen két gyermeknél a gyógyulással egyidejűleg az eosinophil-sejtek száma is a normalisra süllyedt.

Az általunk ismertett bélférget Magyarországon idáig nem észlelték, s így nem valószínű, hogy jelenleg nálunk tömegesebben fordulna elő intézetünkön kívül, azonban az elterjedését megakadályozni igen nehéz, s a kezelése idáig eredményre nem vezetett, ezért számolnunk kell annak a lehetőségével, hogy ezen bélféreg különösen a szegényebb néposztály között el fog terjedni.

A mikropothogramokat *Skrop Ferenc* dr. egyet. tanársegéd készítette.

Orvostörténelmi jegyzetek.

XI.

A budapesti Egyetemi Könyvtár néhány orvosi kódexéről.

Írta: *Mayer Ferenc Kolos dr.*, kórbonctani gyakornok.

A világ mai kultúrája — az orvosi is — árja és semita elemekből van összetéve. Az új gondolat rendszeren árja fejből pattan ki, ezt a semita intelligencia asszimilálja és csekély módosításokkal terjeszti. A semita fajnak ősidőktől fogva az a szerep jutott a történelemben, hogy kultúrákat őrizzen meg és importáljon idegenbe. Jellemző az ily módon támadó kultúreserekereskedés a föníciaiak, az assyrok, a kanaaniták, a héberek és az arabok történetére. E semitatorzsek lakhelye ott volt valahol Ázsia legnyugatibb pontján, Kelet pulzusánál, ahonnan már Krisztus előtti évezredekben szétszűrte az eleven élet, Európa felé is. Az európai árják nemcsak műveltségük kereteit nyerik a semitáktól, de — mondhatni — e kereteknek tartalmát is. Hogy egyebet ne mondjunk, a két legegységesebb, legkatholikusabb vallás, a kereszténység és az islam semita eredetűek. Az árja buddhizmus és brahmanizmus éppen a fajazonos Európában nem talált alkalmas talajra.

A semiták kultúrhistoriai fontosságát az orvostudomány fejlődésében sem lehet letagadni. Egyiptom, Babilon és India közt a kapcsolatot nomád héberek és arabok tartják fenn. Maga a görög orvostudomány is merít semita kultúrákból (Phoenicia, Assyria). A hellenizmust — úgy philosophiáját (Platon, Aristoteles), mint orvosi teoriáit (Hippokrates) — semiták perciálják legelőbb és terjesztik. Ebben a propagandamunkában az islam előtti korban nagyon jók voltak indirect eszközöknek a proselyta keresztény- és zsidóüldözések; ahová ezek menekültek során elvetődnek, ott mindenütt orvosi iskolák (Edessa), kórházak és kolostorok támadnak.

Amikor a népvándorlás már-már minden positiv értéket megsemmisítéssel fenyeget, amikor Rómában a hellenizmus világterjedésének alkalmas politikai alapja megdőlt, s amikor a bizanci kompendisták (Orbasius, Aetius, Paulus) tudománymentő kísérletei még császári mecénások áldozatkészségével sem sikerülnek, akkor — a hetedik század első negyedében — Keleten kirobban az islam, a történelemben világok ura lesz a semita arab, aki azáltal, hogy parvenű módjára minden régi értéket birodalmába gyűjt, nagyhatalmi állásával megmenti a középkori Európának a görög műveltséget és tudományt. Mint a prairie tüze, terjed a kardsapások nyomán az elarabosított görög szellem. Perzsia, Armenia, Syria, Egyiptom, Sicilia, Észak-Afrika, Spanyolország képezik az arab birodalom félholdját, melynek két csúcsa, s egy időben az emberi tudás centrumai Bagdad, az Ezeregyéjszaka Harun-ar-Rasidjának városa és Cordoba, ahová Damaszkuszából az Ommajad-dinasztia menekül. Amikor egész Európában nem akad tudományos intézet, a nagy semita birodalomban 17 főiskola és 70 könyvtár van szerte-széjjel (Bassora, Kufa, Samarkand, Ispahan, Alexandria, Fez, Palermo, Sevilla, Salamanca, Toledo stb.). Elképzelhetjük, mi esoda tudományos élet liktethetett pl. Cordovában, ahol III. Abd-erRhaman idejében (921—961) százötven író működött és a tudomány barátainak 225.000 kötetes könyvtár állott rendelkezésükre.¹

Hogy ebből a kultúrából a gyógyító tudományok is kivették részüket, az természetes, hiszen maguk a khalifák is szívesen foglalkoztak orvosi studiumokkal.² Hippokratest és Galenust eleinte szír kéziratoknak arabra fordításából ismerik meg, később azonban görög műveket hozatnak Bizanéból. Így kerülnek arab kézre a kompendisták munkái és a klasszikusok kommentárjai.

¹ *Haeser*, Geschichte der Medizin. 1875. II. 552. o.

² *Wüstenfeld*, Gesch. d. arab. Aerzte. 1840. 300 arab orvosíró sorol fel.

Ha tekintetbe vesszük a hippokratészi orvostudományok téves magyarázókon és a fordítások fordításain át való kanyargós útját az arabokig, ezeknél való módosulását semita és hindu befolyás alatt, könnyen megmagyarázható az egyik vétek, amivel az arabistust jogtalanul vádolni szeretik, hogy t. i. meghamisította a görög orvostudományt. Különben a középkor hippokratismusa és galenismusa eredeti bűnnel született újjá az arab kéziratokból: azok a latin nyelvű kódexek, melyek útján a görög szellem az araboktól visszaszállt az európai árja népekhez, inkább fordítások, mint fordítások. Másik hiba, amit az arabizmus szeméretnek, az, hogy az orvostudományt nem fejlesztette. Igaz, hogy amit benne kapunk, az csak holdvilág a középkor elejének sötétjében, de mégis csak világosság, s a subjectiv, buja fantáziájú, receptív természetű arabtól többet nem is várhatunk.

A praedestinatio hite megérteti velünk, miért nem változtatott pl. Avicenna a neki rokonszenves, teleológián alapuló galenusi élettanon. A Koran az anatomia művelésének állta útját, ez viszont a sebészet elhanyagolására vezetett. Közrejátszott itt az arab prüderia és a vértől való irtózás is,³ mely szívesebben gyógyít maró szerekkel és tüzes vassal, mint késsel.

Az arab orvosok mégis sok gyakorlati ismerettel gyarapították tudásukat. A birodalom nagysága alkalmat ad növényzeti összehasonlításokra, mi által a botanika és a pharmacologia fejlődhetett. Elméletek helyett a praxisnak élnek, ami ugyan egyoldalúság, de ily módon igen finom nüanszokig kiművelik a diagnosztikát, főleg az uroskopiát és a prognosztikát. A bőrbajokat jóformán ők tanulmányozzák először. Fantáziájuk új orvostechnikai beszéti és szülészeti eszközöket teremtet meg. Vegyük ide még az arabizmusnak egyéb kulturális hatásait a költészet, a philosophia (Avicenna, Averroes), az építészet (befolyás a gótra), a hajózás, a csillagászat (új csillagnevek), a számtan (algebra), a vegytan (alchimia) terén, — akkor az orvostudományra nézve főleg foglalkoztató szerepe miatt fontos arab kultúrát nem fogjuk terméketlenséggel vádolni.

Három kiváló orvost mutatok be műveiknek latin fordításában az arab kultúra virágzásának idejéből (IX—XI. század). Ezek a fordítások a XV. század folyamán eljutottak hazánkba is, ahol ezidőtájt az orvostudomány éppúgy arab befolyás alatt áll, mint másutt. Orvosaink ugyanis külföldi egyetemeken nyerik kiképzésüket, ahol a praelectiók anyagát arab írók művei képezték. Beletartozott a tanrendbe a diaetikus *Isak Judaeus*, a belgyógyász *Avicenna*, továbbá a sebész és nőgyógyász *Abulkasim* is.

Isak Judaeus (845—940) vagy teljes nevén Abu Jakub Isak ben Soleiman el Israili élesszemű egyiptomi zsidó agglégény, a botanikus *Isak ben Amran* keirovani orvos tanítványa. Kortársa *Saadia*, a neoplatonikus héber vallási philosophia felújítója. Körülbelül 14 művet írt, többek között a lázról, a gyógyszerekről, a vizeletről. A középkor orvostudományára uroskopiája mellett főleg „Az általános és részletes diaetika“ c. műve volt hatással. Ennek 1483-ból való latin kézírata megvan az Egyetemi Könyvtárban Cod. 91. lat. jelzés alatt. A kódex 155 lap terjedelmű, melyből azonban csak 135 lap van beírva, minden oldalon két hasábbal, egy-egy hasábban 42 sorral. Prágában készült, s 1565-ben Országgh Kristóf tulajdona, 1708-ban pedig a pozsonyi jezsuitáké. Tartalma az 1—57. lapig a Liber dietarum universalium. Kezdeté: „Incipit feliciter liber dietarum universalium Ysaac“. Vége: „... Qui neque solubiles sunt neque stiptici et tamen indifficitiui neque non laudandi sicut amigdale ventribus strictis ante cibum sunt sumendij mollibus vero post amen. Explicunt diete vniuersales Ysaac Vi. Julij anno domini 1483 in vrbe ratisbone“. A 61. lapon „incipit liber dietarum particularium Ysaac“. A másoló azonban eltévesztette a sorokat, s a 62. lapon a munka, az első résztől elütő kézírassal újból

³ E szempontra Győry professor úr hívta fel figyelmemet.

kezdődik. A 102. lap 4. columnájánál befejezetlenül megszakad az írás. A 109—116. lapok *Isak*nak a héber bölcsesetre fontos Liber definitionumát, a 117—135. lapok pedig a Liber elementorumot tartalmazzák; ez utóbbi befejezetlen. *Isak* e művei külön is, összekötve is az újkor elején nyomtatásban is megjelentek, részben a legelső arabból fordító *Constantinus Africanus*nak (1020—1087), részben kremonai *Gerhard*nak († 1187) fordításában. Kézíratai közül kevés ismeretes. Budapesti kódexünk ennyivel inkább értékesebb.⁴ A munka orvosi részének ma nincsen fontossága; a középkorban azonban, a diaetás therapia idején annál nagyobb jelentősége volt. *Isak* e téren szaktekintélynek számított, amit az is bizonyít, hogy az arab diaetairolomból csak az ő műve került sajtó alá is.

A polyhistor *Avicenna* (980—1037) vagy Abu Ali el-Hosein ben Abdallah ben el-Hosein ben Ali el-Seik el-Reis Ibn Sina, a leghíresebb az összes arab orvosok között. Atyja a balki kereskedő, majd bocharai prefektus. Perzsia e városában tanul *Ibn Sina*, aki geniejének már tízéves korában azzal adta tanujelét, hogy a Koránt, valamint több nyelvészeti munkát kívülről tudott. Majd görög philosophiai és orvosi írók műveit tanulmányozza. Maganszorgalmából már 16 éves korában kész orvos. Első művei philosophiaiak Aristoteles szellemében. Mint orvos, a perzsa fejedelmek udvarában él, akik őt vezírré teszik. Politikai okokból börtönbe jut, ahonnan kiszabadulva Iszahanba menekül. Itt írja a híres Kánont, az orvosi ismeretek nagy encyclopaediáját, melynek rendszeressége még Galenust is felülmulta, úgyhogy éppen a Kánon hatása alatt a késői középkor a klasszikusokat csaknem elfelejtette.⁵ *Avicenna* sírját ma is mutogatják Hamadanban (Perzsia).

Avicenna kisebb művei közül a „Szív Erőit“ többször kiadták a középkorban, a Kánon függelékeként. Ennek ismeretlen kéziratát az Egyetemi Könyvtár őrizi Cod. 76. jelzés alatt. A kézirat 18 beírt, kéthasábos lapra terjed. Írása fekete tinta. A címeket és kezdőbetűket vörössel cifrázta ki a másoló. A külső kiállítás, a rövidítések, a másolás ideje és helye, valamint a kódex papírjának vízjele is mindenben megegyezik az *Isak*-kódexszel. Kezdeté: „Libellus auicene de uiribus cordis translatus ab arnoldo de uilla noua barchinone feliciter incipit“. A fordító tehát a valenciai *Arnaldus* (1235—1312), aki barcelonai tartózkodása alatt dolgozta fel *Avicennának* a szív physiologiájáról és gyógyszeréről szóló művét. A De uiribus cordis azonos a Medicamenta cordialiaival, amint az egy 1593-ból való Jun-

⁴ Az Egyetemi Könyvtár kódexe a Fogalmak Könyvét *Isak-ben-Amrannak* írja a címben. A szövegből azonban kitűnik, hogy ez csak tévedés. Kezdeté: „Incipit Liber diffinitionum Ysaac Amaran“. De így folytatja: „Collectio ex dictis phisicorum (!) de differentia inter de scripciones rerum et diffinitiones earum et quare phisica, fuit de scripta et non diffinita de quorum aggregacione et ordinacione Ysaac medicus filius Salomonis“. *Wüstenfeld* (id. mű 52. l.) ez iratnak és a diaetás munkáknak egy kéziratát sem ismeri, a Liber de elementis pedig csak héber fordításokban. *Guttman* (Beitr. z. Gesch. d. Philos. d. Mittelalter. 10. köt. 4. füz.) a Definitiók fordítójának kremonai *Gerhard*ot tartja; a latin nyelvű kéziratok között csak a párizsi ismeri. A De elementisnek latin kéziratáról nem tud. A budapesti volna tehát az egyetlen!

⁵ *Julius Martianus Rota* A Kánon elé a következő magasztaló verset írta *Avicennáról*:

„Artis Apollineae confusa volumina tandem
Optatum tenuere modum Babylonius heros
Ferre pedem solitus per amoeni prata Lycaei,
Congeriem tantam solers, in membra redegit.
Et solus potuit, quod non potuere priores,
Ordine Pergameam scriptis includere molem,
Atque Coi praecepta senis coniungere rebus...“

A vers babiloni herosza *Avicenna*; a moles Pergamea *Galenus*ra, a senex Cous-jelző pedig *Hippokratés*re vonatkozik.

tinából kiderül.⁶ Ebben ugyan a munka *Andreas Beluensis* javításaival, különböző arab kéziratokkal való összehasonlítás után került sajtó alá. A kódex és a javított kiadás szövege azonban lényeges eltérést nem mutat. Itt van pl. az első fejezet kezdete:

Codex.

creavit Deus ex concavitate cordis sinistram ut esset armarium spiritus et minera generationis illius Crevitque spiritum latorem virtutum anime in membra naturalem tendentium mediante ipso Crevit itaque primum appendiculum viri, anime spiritum etc.

Juntina.

Creavit Deus ex concavitate cordis sinistram ut esset armarium spiritus, et minera generationis illius. Creavitque spiritum latorem virtutum anime incolentem cum eis in membra corporis, et fecit appendiculum primum virtutum animo spiritum etc.

A munka részben orvosi-filozófiai, részben elmekörtani, részben gyógyszer-tani. Szó van benne az életerő keletkezéséről, annak a szervezetben való helyéről, a gyönyörökről. Érdekes a kilencedik fejezet, mely bizonyos lelki betegségekben a felvidámítás és bátorítás módjait írja le. A második rész szíverősítő és vidámító gyógyszereket sorol fel hatásmódjukkal együtt. A kézirat végső sorai: *hec sunt ergo que in quantum potuimus sub compendio pepsipsimus (!) in sermonibus medicinarum cordialium, finem huius operi imponentes cum laude Dei qui virtutem largiri dignatus est et opusculum terminandi amen. Expletus est libellus de viribus cordis quem princeps auicena edidit. Scriptus ratispone. anno 1483. die XIII. Mensis Julij amen.*

A sebész *Abulkasim Chalaf ben Abbas el-Zahravi* (936–1013) Cordova közelében élt al-Zaharaban, mint III. Abd ar-Rhaman khalifa orvosa. Erről a helyről nevezik Alsharaviusnak is. Főműve az *Altasrif*, melynek sebészeti részét kremonai Gerhard fordította latinra. A munkának arab, héber, provánszi és katalán fordításai is ismeretesek. A latin fordítás a *Collectio chirurgica Veneta* több kiadásában (1497–1506) megjelent *Guy de Chauliac* hasonló művével együtt.

A legszebb *Abulkasim*-kéziratok egyikét, az Egyetemi Könyvtárban őrzött egyik díszes kivitelű Corvinát (Cod. 15) alig ismerik a tudományos körök. A folió nagyságú kézirat táblája vörös szattyanbőrrel bevont, rajta a négy sarokban félholdakkal, középen Mátyás fekete hollójával. Terjedelme 49 lap, írása kéthasábos, egy-egy hasáiban 53, a 33. laptól kezdve 48 gótbetűs sorral. Anyaga hártypapír, mely helyenként erősen megrongált. A penészes és szúrágta lapok talán el tudnák mesélni, hogy jutottak el Budáról Konstantinápolyba a török hódoltság idején és onnan vissza Budapestre,

⁶ A Juntinák éppoly értékesek és csinos kiállításúak, mint az Elsevirek és a velencei Lucas Anton Junta műhelyéből kerültek ki. *Avicenna* Kánonjának ebben a kiadásában a címlapot köröskörül 16 orvosi vonatkozású miniature díszíti. Egyiken terített asztala mellett ül egy főúr, körülötte sürgölődő szolgák, háta mögött *Cratenas*, *Oribasius* és *Diocles* diatás utasításokat adnak. Látunk egy asztalt, beledöfött késekkel, előtte egy *Chirurgia* feliratot viselő emberrel, aki éppen műtéthez készül. Egy másik képen *Asklepios* fiai gyógyítgatnak egy földön ülő beteget, *Podalirius* koponyát fúr, *Machaon* a patientet tartja. Alattuk *Galenus* végez térdresectiót *Alexander Damescenus* és *Eudemus* jelenlétében. Egy helyen *Nicolaus Florentinus* ad utasításukat egy chirurgusnak, aki eret vág, mellette cseléd tart tányéron poharat a vér felfogására. *Herophilus* is itt látjuk, előtte sebészszerszámokkal, leterített asztalon különböző pengőjű kések, szivacsok, szondák, szögek, csavaros fűrés, mai húsverőkhöz hasonló alakú kalapácsok, két ár és fogók. Egy csoportban *Avicenna* látszik, fején turbánnal, perzsa papi öltözetben *Galenus*, *Hippokrates* és *Aetius* társaságában. A következő kép boltot varázsol elénk, melyben cukrászsüteményeket és kenőcsöket lehet kapni, előtte *Mithridates*, a nagy méregkeverő és *Andromachus*. A botanikus *Dioscorides* és *Theophrastus* szépen gondozott növénykertben sétal-gatnak.

mint *Abdul-Hamid* ajándéka. A széles margó tele van jegyzetekkel és szövegjavításokkal, itt-ott török gloszszákkal. A fejezetek számai a velencei 1506-os *Collectio* számozásától eltérőek ugyan, de a szövegben közöttük nincs különbség, talán hogy a *Corvina* ott is arab szót használ, ahol a *Collectio* kiadója megtalálta a latin szakkifejezést.

A kódex tartalomjegyzékkel kezdődik. A szöveg bevezető sorai: „*Postquam compleui vobis o fili librum hunc quod est postremum sciencie in . . . cum complemento ipsius et consecutus sum finem i n eo etc.* Vége: „*Explicit cyrurgia alsharugi (alsharawi) quem proposuit Albucasim.*” A kézirat kék, zöld, fehér, barna és piros színekkel kifestett sebészeti eszközök ábráival, valamint sebészeti beavatkozásokat ábrázoló miniature-ökkel illusztrált. Néhány érdekesebb rajzot itt bemutatok.⁷

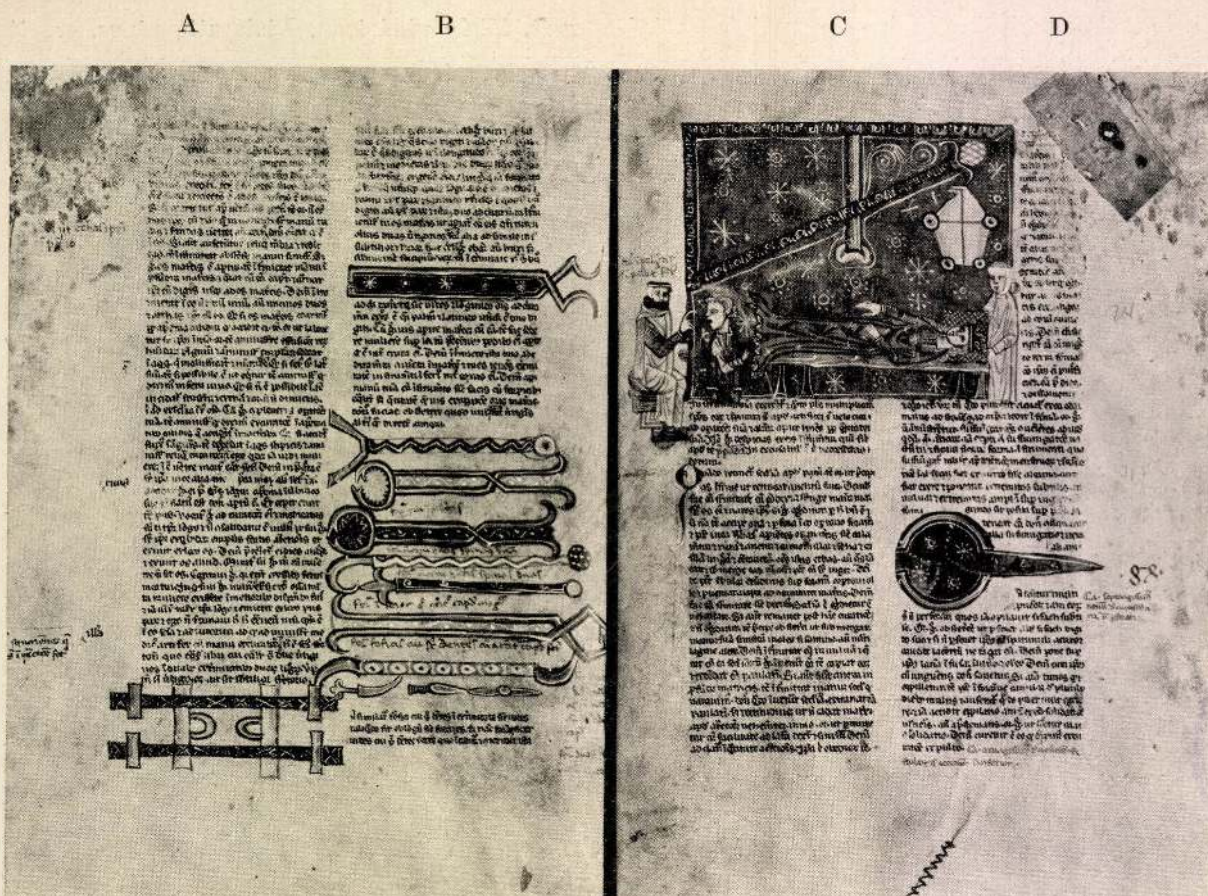
Az 1. ábra szülészeti műszereket és a halott magzat extractióját mutatja. A szöveg — számozás szerint — a 93. fejezet (*Cap. de extractione fetus mortui*), melynek végén a magzat kiszedésére szükséges eszközök vannak ismertetve. Az arab sebészeti műszerek alig voltak nagyobbak, mint mai sebészeti eszközeink. Az A-hasáb alján csavaros méhszájtágító látható. A B-hasáb műszerei felülről lefelé: oló módjára működő méhszájtágító, régi villaalakú méhszájtágító, két „harapófogó” (*misdach*) a magzat fejének összezúzására, két horog (*uncina*) egy, illetve két kampóval a magzat kihuzására, egy szögletes kranioklast, görbe kések (*spatulumilia*) a magzat lefejezésére. A C-hasáb miniature-jé magát az extractiót akarja szemléltetni. Az asszony lába közt ülő csupaszkepű alak a műtétet végző bába; hallgatja a háta mögött ülő, margóra szorult orvos útmutatásait, kinek a szüléseknél a középkorban csak a néző szerepe jutott. A D-hasábban füstöléshez való tölszer látszik, melyet a lepény visszamaradásakor és a havibaj kimaradása esetén használtak. A eső a hüvelybe került, a tágultabb rész pedig a füstöt adó porral beszórt tűz fölé.

A 2. ábra a *Corvin*-kódex utolsó két oldala. A fekete vonaltól a néző bal keze felé eső 16. rajz a magzatnak a méhben való különböző elhelyezkedését mutatja. A rajzok körüli szöveg az adott esetben való tennivalókat írja le. A jobb kézről eső 23 félkör az arab sebészet kedvelt eljárásának, a tüzes vassal való égetésnek (*kauter*) helyeit szemléltetik különböző betegségekben. Az emberkéken nincs ugyan ponttal megjelenő a kauterizálás helye, azonban jellegzetes kéz- és testtartásukkal ezt ők maguk mutatják meg nekünk. Kautert alkalmaztak az arabok a fejfájásnál és mindenféle fájdalom enyhítésére, az epilepsiában, a fül, a szem, az orr betegségekben, a podagrásoknál, a hólyagbántalmakban szenvedőknél, a méhbazosoknál. Természetesen előbb ők is megkísérelték a gyógyszereket, s csak ha ezek hatástalanoknak bizonyultak, nyultak a tüzes vashoz, a therapiának ezen ősidőktől fogva ultimum remediumához.

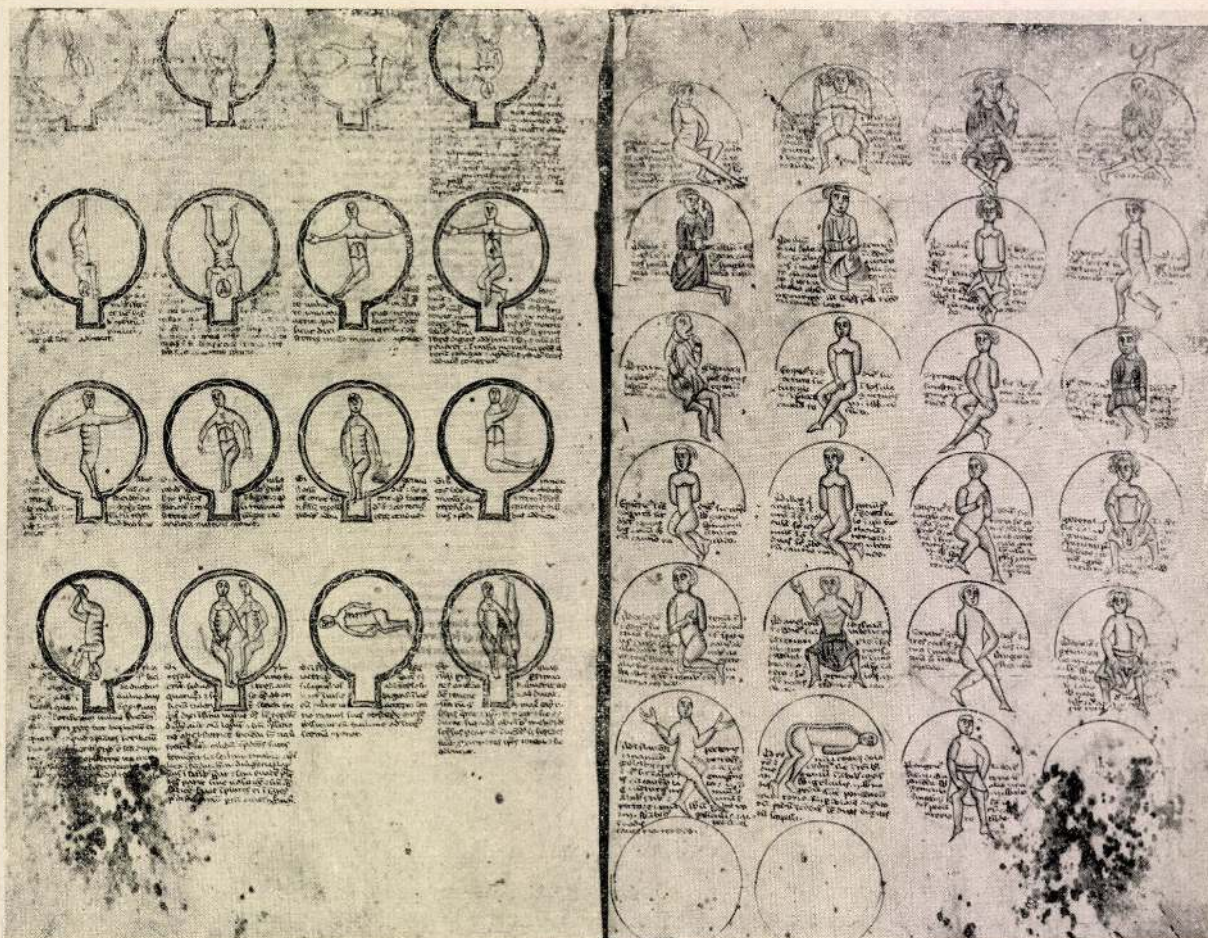
A 3. ábra a hátesigolyák ficamának kezelésében alkalmazott nyújtópádot (*turnus*) ábrázolja. Ez a rajz az *Abulkasim*-*Corvina* törések és ficamokról szóló harmadik részének 30. fejezetébe van iktatva. (*Cap. de curatione dislocationis spondalium dorsi.*) A szövegben arról van szó, hogy csak egyes hátesigolyák ficama gyógyítható, ez is csak akkor, ha a ficamodás kifelé történt. Egyéb eljárások ajánlása után a nyújtópád leírása következik.

A beteget hasra fektették egy emelvényen, melynek két végén 2-2 karhosszúságú, felül harántirányban kifúrt karót szilárdan a földre vertek, egymástól arasznyi távolságra. A karók nyílásain átdugtak egy-egy a végén forgató-fogóval ellátott fahengert. Erre a két forgatható rúdra kötik a beteg mellére, illetőleg lábszáraira erősített kötelek végeit. Miközben két

⁷ Az eredeti reprodukciók elkészítéséért e helyen mondok köszönetet *Vámosy* professor úr áldozatkészségének, valamint az Egyetemi Könyvtár Vezetőségének, hogy a felvételeket lehetővé tette.



1. ábra. Szülészeti műszerek és a halott magzat kihuzása.



2. ábra. Magzatfekvések és különböző betegségek kanterpontjai.

segéd a hengereknek ellenkező irányban való forgatásával a beteget nyújtja, az orvos kezével iparkodik a ficamodott csigolyát helyrehozni. Ha ez sikerült, utána tapaszt és fasines kötelet kapott a beteg a ficam helyére.



3. ábra. Nyújtópád a hátesigolyaficam kezelésére.

Az ábrán az egyik segéd kenőcsös tégelyt tart az orvosnak, a másik pedig a reponáláshoz szükséges újjtartást mutatja.⁸

Abulkasim honfitársainál kevés elismerésre talált. Annál nagyobb lett tekintélye Nyugaton, ahol világos előadásmódja, munkájának rendszeressége nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a salernói és montpellier-i orvosi iskolák figyelme az arabokra terelődött.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Röntgen-intézetének közleménye (főorvos: Holitsch Rezső dr.).

Az os pisiforme izolált törése.*

Írta: Engel Sándor dr. poliklinikai assistens.

A kéztőcsontokat érő külső erőművi behatások rendszeresen a kéztő több apró csontját érik egyszerre és így vagy több apró csont, vagy a radius, ulna és néhány apró csont együttesen törnek el. Az egyes csontok izolált fracturája igen ritka. Ez érthető is, mert a kis csontok igen jól, védett helyen fekszenek és főként, mert minden oldalról porccal vannak körülveve.

Az aprócsontok törései közül azonban leggyakrabban az os naviculare, az os lunatum és végül az os triquetrum fracturái fordulnak elő.

Az os pisiforme traumás elváltozásai (luxatio, fractura) a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Ez az oka annak, hogy a borsócsont izolált fracturájának egy esetét közöljük.

F. S. 16 éves munkás 1924 július hó 10-én jelentkezett az Apponyi-poliklinika sebészeti rendelésén. Elmondja, hogy előző napon villamoskoocsinak szaladt neki, amelyre nyújtott karral esett rá, a kézháttal. Azonnal fájdalmat érzett, estére a kézfej megdagadt és nem tudta mozgatni. Jelentkezésekor bal kézfeje úgy a dorsalis, mint a volaris oldalon mérsékelten duzzadt, főképp ulnarisán. Dislocatio nincs, crepitatio nem észlelhető. Nyomási érzékenység főleg az ulna processus styloideusa táján van. Röntgen-vizsgálatnál kiderül, hogy az os pisiforme sagittalis irányban egész hosszában 2 részre tört, mely letört részek között mintegy 1 mm-nyi keskeny rés van. (Antero-posteriorfelvétel.) A profilképen látható volt, hogy a törés spirális irányú és egyenetlen vonalú. (1. és 2. sz. ábra.)

A kezét fasínban fixálják és berendeljük periodikus controllra. 3 hónappal később készített felvételek azt mutatják, hogy az os pisiforme két része már majdnem teljesen össze van esontosodva, callus azonban alig látható. Nem fájdalmas, a beteg munkaképes. (3. és 4. sz. ábra.)

3 hónappal később teljes gyógyulás.

Amennyire az irodalomban áttekinthető volt, ez a 2-ik közölt izolált borsócsont-törés. Az elsőt Pfab** közölte az

Eiselsberg-klinikáról 1924-ben. Pfab esete egy 36 éves munkás volt, aki kocsitogatás közben esett a kezefejének ulnaris oldalára. A Röntgenfelvétel izolált os pisiforme fracturát mutatott. A gyógyulás azonban conservatív kezelés mellett nem következett be, a fájdalom nem szűnt meg és a szintén két részre tört borsócsont összeesontosodása nem következett be. A végleges gyógyulást csak a baleset után 3 hónappal végrehajtott műtét hozta meg, amidőn is az os pisiforme eltávolították.

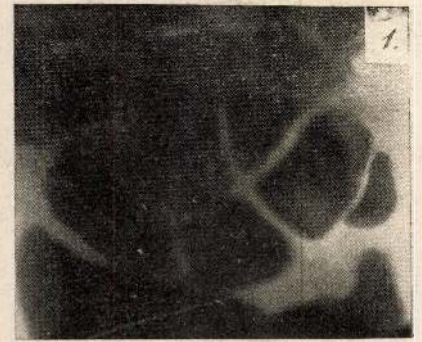
A mi esetünk több szempontból is érdekes. A törés egy fiatalkorú egyénnél történt, akinél a csontosodás még nem volt befejezve. Általános tapasztalat szerint a kéztőcsontok törése fiatal egyének-
igen kivételes. Egyedülálló az eset, mert a két részre tört pisiforme újra összeesontosodott, tehát feltehető, hogy a vérekekkel való ellátásban a trauma nem károsította. Differentialis diagnózis szempontjából számba jön egy külön csontmag, az os pisiforme secundarium, vagy a borsócsont kettős csontmagjának jelenléte. Egy pillantás a másik kézre és a fenti lehetőségek megdőlnek, amennyiben a jobb kézen teljesen elcsontosodott, szabadon álló egy magú os pisiforme van.

Érdekes e törés aetiológiája. Esetünkben ugyanolyan helyzetben történt a trauma, mint a Pfab esetében, t. i. mérsékelt volaris flexio mellett a dorsum manusra. Ez a helyzet az, amidőn is a borsócsont a legkevésbé van védve inak, izmok és a környező csontok által.

⁸ A már idézett Juntinában szemléltetve van a csigolyaficamok kezelésének többi lehetséges módja is. Egy képen a hasonfekvő betegen turbános orvos térdel, aki két ököllel gyúrja a patients ágyéki részét. A másik rajzon lábbal tapossa, majd meg burgonyanyomóhoz hasonló buzogányszerű eszközzel nyomkodja a ficamodott csigolyát. Eredeti az a módszer is, amikor a beteget asztalra fektetik arccal lefelé és az orvos egy falnyílásban megtámasztott, a beteg hátán keresztülfejtett deszkalapra nehezelve igyekszik reponálni a kiugrott csigolyát.

* A Magyar Röntgen-Társaságban tartott bemutató.

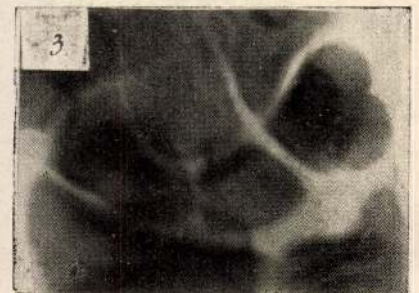
** Archiv. für klinische Chirurgie. 192. köt.



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

A Dick házaspár otthonában.

Írta: *Bosányiné Bakay Emma dr.*

Ma, mikor itthon lépten-nyomon hallok emlegetni őket és életük nagy munkája az érdeklődés központjában állva élénk viták tárgyát képezi, mint színes kép elevenedik meg emlékeim között a múlt nyáron velük töltött kedves idő. Látom magam előtt a lelkes, fáradhatatlan, kurtahajú és feketeszemű Gladyst és az őszbevegnyült, nagysontú, esőndes, kék gyermekszemű George-ot, hallani vélem az asszony mindig buzgó és beható magyarázatát és a férj talpraesett, néha kicsit szarkasztikus megjegyzéseit, látom mint integetnek induló hajónk után... Először Baltimore-ban láttuk, illetve hallottuk őket, ahol *George Dick* a School of Hygiene meghívására tartott előadást eredményeikről. Akkor az asszony ott ült közvetlenül az ura előtt, kipirult arcú és a főlény minden jele nélkül egyszerűen és őszintén „drukkolt”. Néhány hónap múlva alkalmunk nyílt Chicago-ban felkeresni őket. Amerikai körútunkon Chicago már az ötödik állomás volt és az addig látott nagyszabású intézetek, személyzettel és eszközökkel egyaránt rendkívül bőségesen felszerelt laboratoriumok után szinte meglepetésszerűen hatott ránk a chicagói University of Illinois-sal kapcsolatos McCormick kutató intézet amerikai fogalmak szerint szerény háromemeletes házaeskája. Az intézet második emeletén van *Dickék* néhány sorából álló laboratoriuma, ahol a takarításon kívül úgyszólván minden munkát maguk végeznek. A legutóbbi időben kaptak ugyan egy laboránst, azaz „technician”-t, de ez is szabadságon volt ebben az időben s ha *Gladys Dick* nem volna sportban felnőtt izmos és fürge amerikai asszony, bajosan végezhetné azt a munkát, amivel éppen megérkezésünkkel el volt foglalva. Ugyanis két tíz-tíz literes serummal teli palackot cipelt a pinében lévő jégsezkrényből föl a laboratoriumba és ezt ismételtén megcselekedte olyan játszi könnyedséggel, hogy csak irigyelni tudtam érte. *Dickék* nemesak minden munkát maguk végeznek, ami Amerikában egyébként nem szokatlan, de munkájuk kiadásait is jórészt a saját zsebükből fedezik. A technikai rész legjavát az asszony végzi, mert férje a belgyógyászat professora az illinois-i egyetemen s emellett még igen kiterjedt magánpraxist is űz, amire rá is vannak utalva, miután az egyetemről fizetést nem húznak. Így csak reggelenként és esténként van egy-egy óra idejük arra, hogy terveiket közösen megbeszéljék és kidolgozzák. Voltaképen sohasem sikerült belőlük kihámozni, hogy melyiküket illeti az iniciatíva dicsősége, mert soha másképp, mint többszám-ban nem beszélnek dolgaikról. Azért egyszer vacsora után meghitt diskurzus közben mégis rájöttünk, hogy az eszme alighanem George-é volt, de talán sohasem került volna kivételre, ha nines ott az energikus asszony. Pedig amint említettem, a McCormick-intézet csak igen szerény anyagi eszközökkel rendelkezik és igazgatója a kitünő *Hektoen dr.* a helyeslésen kívül alig támogathatta őket egyébbel. Hatalmas segítséget jelentett azonban számukra a kísérleteikhez önként jelentkezők serege. Az a nagyszerű „spirit of cooperation”, ami impozánsan nyilvánul meg Amerika egész belső életében itt is működésbe lépett és George a medikusok, Gladys pedig a nurse-tanfolyam hallgatói közül bőven válogathattak az önként jelentkezőkben, akiket egyedül az a tudat lelkesített, hogy miután experimentalis scarlatinát állatokon előidézni nem lehet, az ügy érdekében szükséges, hogy emberek tegyék kockára az életüket. *Gladys Dick* bevallotta, hogy bizony nem csekély lelki tusájukba került, míg végre rászánták magu-

kat ezekre a kísérletekre s folytatásuk közben nem egy álmatlan éjszakát okozott nekik a lelkes fiatal gárdájuk sorsa és élete feletti aggodás. Még azután is, a már sokkal kevésbé veszélyes toxinnal való activ immunizálásoknál mindig szívszorogva lesték a dosisok emelésének hatását. Ma, mikor évekre szóló munkájuk eredményei jórészt tisztázottak tekinthetők, sokkal nyugodtabb mederben és kevesebb izgalommal folynak dolgaik. Elfoglaltság szempontjából most sem lehet panaszra okuk, mert további kutatásaikon kívül *Gladys Dick* maga végzi az Egyesült Államokban termelt összes Dick-toxin és Dick-immunsavó ellenőrzését és ezt a fontos és felelősségteljes munkát nem is hajlandó soha kiadni a kezéből. Emellett fáradhatatlanul demonstrálja az intézetet látogató orvosoknak az eljárás minden fázisát és alapossága szinte meglepő. Megesett, hogy az egész napot velünk töltötte folytonos magyarázattal és tanítással és este vacsora közben a legmondaneibb természetű beszélgetés közepette hirtelen eszébe jutott valami kis részlet a toxintermelés köréből és erre minden más feledve lett. Végtelen barátságos vendégszeretetük dacára sem voltak a náluk töltött esték zavartalanok, mert egyízben ha jól emlékszem *George Dick*-et kilencszer hívták vacsora közben a telefonhoz, úgyhogy végül is *Gladys Dick* ment a készülékhez, hogy szegény ura is megehesse a „mutton-chop”-ját. Önfeláldozását nem kísérte jutalom, mert alig állottunk fel az asztaltól, egy hölgy állított be, aki végetérni nem akaró tárgyalásba kezdett vele egy csecsemővásárlási ügyben. Ezt a kissé furesán hangzó üzletet közelebbről kell megvilágítanom. Tengernyi elfoglaltsága mellett *Gladys Dick* a jótékonysági akcióktól sem marad távol. Az ő vezetése alatt tartanak fenn jómódú chicagói hölgyek egy bölcsődét, melynek célja, hogy jobbsorsra érdemes törvénytelen csecsemőket a lehető legzsengébb korban adoptáltassanak. Két bájos kis villában, Chicago egyik igen csinos villanegyedében van a csecsemőotthon, a gyermeket igénylők itt látják meg jövődő gyermeküket remek környezetben, rózsaszín szalagos cicomában, de válogatni nem lehet, a kiosztás sorrend szerint történik s annyi a jelentkező, hogy hónapokig is kell várniok, míg rájuk kerül a sor. Az említett hölgy is türelmetlen várakozását csillapítandó jött *Gladys Dick*-hez. Az örökbe-fogadás Amerikában egyébként is kiterjedten szokásos, Baltimore-ban van egy rendőr, aki 27 éves szolgálata alatt már 18 elhagyott gyermek neveltetési költségeit fedezte megtakarított centjeiből. *Dick-ék* tudományos munkájukon kívül mondhatnám époly buzgalommal iparkodtak velünk Chicago-t is megismertetni. Látszólag igen szeretik a városukat és büszkéek is rá, amit ez a hatalmas lendülettel fejlődő tősgyökeres amerikai város meg is érdemel. Dacára annak, hogy négy év után most készültek első szabadságukra s rengeteg elintéznivalójuk volt, minden szabad idejüket nekünk szentelték. Csinos kis autójukon, melyet természetesen ők maguk vezetnek, ennek a rengeteg városnak minden zegét-zugát bejártuk velük, s a milliárdosok palotáitól kezdve az egyik park rejtett sarkában most virágzó színpompás dahliaáig valósággal gyermekes büszkeséggel mutogattak meg minden nevezetességet és néznivalót. Egyízben estefelé egy igen pompás, ízléses, szép kis kerttel körülvett épület előtt haladtunk el és *Gladys Dick* nagy lelkesen magyarázta, hogy ez a University of Chicago lányhallgatóinak dormitory-ja (internatusa). Elmondta, hogy milyen luxuriosus a berendezés, a bőkezű alapító mennyi értékes régiséget ajándékozott, milyen kellemes és kedves életet élnek itt a lányok, barátaikat estélyekre hívhatják

meg, amikor saját maguk készítik az egész menüt és így háziasszonyi erények mellett a társas élethez szükséges gyakorlottságot is elsajátíthatják, stb., stb. Erre megszólalt a hallgatag George is, esendesen morzsolva a szót szivarja mellől: „s mindez arra jó, hogy aztán hazatérve örökké elégedetlenek legyenek“. George nagy puritán és gyakran ejtett el ilyenfajta megjegyzéseket, de tulajdonképpen Gladys se marad el mögötte, mert ő is csak másnál szereti a luxust. Még kedvesebb epizód volt azonban, mikor az University of Chicago kórbontani intézete előtt álltunk szokatlanul hosszú ideig s mindketten mosolyogva mutatták azokat a helyiségeket, ahol fiatal orvos korukban ismerkedtek meg közelebbről egymással, egy a George tulajdonát képező candy box és Gladys setter kutyája közvetítésével. Gladys akkoriban mint gyakornok dolgozott az intézetben, George pedig akkor tért vissza európai tanulmányútjáról, mely alatt az akkor Wienben működő *Ghon* assistense is volt. A barátságból csakhamar házasság lett s kegyeletképpen setter kutyát azóta is mindig tartanak. Dickné különben is nagy állatbarát, talán mert gyermekük nincs, s talán mert szűkebb hazájában, Nebraska államban, ahol családjá generációkon át „farming“-gal foglalkozott, a kis Gladys már hat éves korában tanult lovagolni, s tekintettel Nebraskának nem nagyon szolid közbiztonsági viszonyaira duplapuskával ugyanolyan jól tud célbalőni, mint fitestvérei. Érdekes, hogy az ilyen képességeikre titokban éppen oly büszkék, mint akár a származásukra. Mert le nem tagadható, hogy a demokrácia hazájában, ahol csakugyan mindenki annyira viheti, amennyit képességei szerint megérdemel, mégis csak van arisztokratia: a tiszta angolszász fajta. Találóaan mondta róluk a skót *Findlay*, hogy a törzsökös amerikai familiák „are more British than we“ (még inkább britek, mint mi). Tényleg számtalanszor láttuk, hogy ez így is van, mert ezek az amerikai családok őrzik legfőltéknyebben az ősi angolszász tradíciókat, s semmi sem oly jó ajánlólevél, mintha azt tudják, hogy valakinek az ősei a „Mayflower“-rel jöttek át. Minden kultúráltsága mellett mindakét *Dick* is tősgyökeres angolszász, s mint általában szokásos a Middle West-en, (Közép-Nyugat), ők is kissé félvállról néznek a kevert lakosságú, jött-mentekkel teli East-re. (Keletre.)

Két igazán felejthetetlen hetet töltöttünk ennél az agilis és érdekes házaspárnál, s az utolsó napokban derült ki, hogy egyik európai körútjuk alkalmával Budapesten is töltöttek egy félnapot, de bizony jóformán csak a Dunára és egy igen jó cukrászdára emlékeztek vissza. Szentül megígértettük velük, hogy a legközelebb jövőben hosszabb időt fognak nálunk tölteni, már csak azért is, hogy bebizonyíthassuk nekik, hogy van még városunknak egy-néhány olyan intézménye, ami van olyan jó a maga nemében, mint az a bizonyos cukrászbolt. Néhány nappal Chicago-ból való távozásunk után Torontóban (Canada) utolérték bennünket. Mentek a canadai tavakra, hogy kedvenc sportjukkal, horgászással töltsék el jól megszolgált vakációjukat. Torontóban csak egy délutánt szándékoztak tölteni és valami félreértés folytán nem sikerült velük találkozniuk. A mi hajónk másnap kora reggel indult, s a nem sikerült randevu feletti szomorúságunk eloszlott, mint a hajnali köd, mikor a hajóállomásnál két hosszú kar és egy ismerős fekete selyemköpönyeg integetett felénk már messziről. *George* és *Gladys Dick* voltak, akik bár álmosan és a hosszú autóúttól gyűrötten, de meleg mosolygással jöttek ki a dockhoz „to shake hands once again“.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Mutaflor-kezelésről. *Nissle.* (D. M. Woch. 1925. 44. sz.)

Szerző beszámol a coliindex theoretikus és praktikus jelentőségéről, és a mutaflor-kezelés bakteriologiai eredményéről. A kezelés lényege a bélflórának erős colibacillusokkal való pótlása. Ehhez az eredményhez rendszeren hosszabb idő szükséges. Az eljárás a fertőzésektől való védekezésben is szerepet játszhat; s indokolt olyan betegségeken, amelyek keletkezésében a rendellenes bélflórának van szerepe, még akkor is, ha a bélértékek nem szembetűnők. Eredményes kezelést végeztek chronikus colitisekben, chronikus bakteriemos dysenteriában, rothadásos hasmenésben, gyakran chronikus székrekedésben, ritkábban paratyphus és streptococcus fertőzésben; olykor typhusos betegeken. Jó eredményeket értek el colipylitis és colycistitisben, s a köszvény és migraen egyes eseteiben. Az anaemia perniciosában a rendszeren alacsony coliindex ellenére is csak olykor volt hatásos a kezelés.

Szabó dr.

A salvarsanmérgezők natriumthiosulfattal való kezeléséről. *Deusing.* (D. M. Woch. 1925. 44. sz.)

Serummérgezők kezelésében a natriumthiosulfat alkalmazása lényeges eredményt jelent. Különösen hatásosnak mutatkozik az eddigi, különösen amerikai, közlések szerint nemcsak az arsen-, hanem ólom-, higany- és bismuthmérgezőknél is. Acut esetekben gyakran egészen meglepő a gyors javulás. Szerző is két súlyos neosalvarsanmérgezésnél ért el ezen kezeléssel szép eredményt. Kezdetben könnyebb tüneteknél háromszor 1 g-ot ajánl per os, súlyosabb esetekben intravenásan 0,6–2 g-ot naponta, igen súlyos esetekben pedig naponta ismételt 1–2 g-ot.

Szabó dr.

Az angina pectoris operatív kezeléséről. *Goldscheider.* (Klin. Wochenschr. 1925. 51. sz.)

Az angina pectoris kezelésére a nyaki és háti sympathikusfonat resectióját elsőnek *Francoso Franck* ajánlotta 1899-ben, míg 1922-ben *Eppinger* a depressor vagi átmetzését proponálta. Jelenleg a szerzők egy része a nyaki és felső háti sympathicus ganglionok resectióját, másik része a depressor vagi átmetzését végzi, végre vannak, kik a két methodust kombinálják. A műtét haszna elméletileg különbözőképpen magyarázható. Lehetséges, hogy a fájdalmat közvetítő rostokat vágjuk át, de az is lehet, hogy a műtétnél oly rostok pusztulnak el, melyek ép állapotban reflektorosan a coronariák görcsét okozták. *Wenckebach* ugyan tagadja, hogy az anginás rohamokat a coronariák görcse váltja ki, és azt tartja, hogy az aorta kezdeti részének sclerososis elváltozása attakok oka, de a klinikai és a sectiós leletek ellene szólnak ennek a felfogásnak. Még az a tény sem bizonyít *Wenckebach* elmélete mellett, hogy a depressor vagi átvágása gyakran megszünteti a rohamokat; előfordult ugyanis egy esetben, hogy a depressor átvágása a rohamokat 6–8 hétre megszüntette és mégis, mikor a beteg később meghalt, a sectiónál az aorta kezdeti részét épnek találták, míg a coronariák sclerotikusak voltak.

A műtéti indicatio felállításakor fontos az absolut biztos diagnózis. Az eredményekről egyelőre az idő rövidsége miatt még nem lehet végleges ítéletet mondani, de az kétségtelen, hogy gyakran sikerült a rohamokat egy időre megszüntetni, vagy ritkábbá tenni. A kétféle methodus (sympathikus resectio és depressor átmetzés) eredményeit megközelítőleg egyformának látszanak. Viszont más esetekben a műtét siettette a szívinsufficiencia kifejlődését s így a halálos kimenelt.

Czoniczner dr.

A vörösvérsejtek pusztulása és az urobilin-kiválasztás. *Lichtenstein és Terwen.* (D. Arch. für. Klin. Med. 149. köt. 102. o.)

Új módszerükkel azt találták, hogy egészséges ember 24 óra alatt a vizeletben legfeljebb 1 mg, a székletben pedig nagyon változó mennyiségű, de 200 mg-nál nem több urobilint választ ki. A kiválasztott urobilinmennyiség, a vérmennyiség, a haemoglobintartalom, továbbá a haematin és az urobilin összetételének ismerete alapján kiszámítható, hogy mennyi idő alatt újul meg a szervezet haemoglobinkészlete, vagy más szóval, hogy mekkora a vörösvérsejtek élettartama. Ezt az időt

a szerzők maximalisan 140 napra becsülik, feltéve, hogy az elpusztult vörösvérsejtek haemoglobinja egész mennyiségében urobilin lesz és ebben a formában teljesen kiválasztódik. Ennek a normalis értéknek és valamely kóros állapotban meghatározott értéknek a hányadosa adja a vérszűrtulást vagy a haemoglobinforgalom indexét. Icterus haemolyticus és anaemia pernicioosa eseteiben részletes haematologiai vizsgálatok során ezt az indexet is meghatározták. Eredményeik szerint a vérszűrtulást ott a rendesnek több mint tízszerese is lehet; az index a vérkép romlásával vagy javulásával egyértelműen változik.

Perémy dr.

Sebészet.

Tapasztalatok ossophyttal és adatok a subcapitalis combnyaktörés kérdéséhez. G. Hook, Erfurt. (Arch. für klin. Chir., 136. köt., 3. füz.)

A szerző tanulmányozta a csonttöréseket. 11 pontosan vizsgált esetéből megállapítja, hogy a törési végek közé feckendezett ossophyt a csontképződést igen előnyösen befolyásolja, sőt állületeknél és sokáig renyhén gyógyuló töréseknél a csontosodás rendkívül hamar bekövetkezik. A subcapitalis combnyaktörések eseteinél, hol a fejecs rossz táplálási viszonyai miatt arthritis deformans keletkezik, ajánlja az azonnali ossophyt-kezelést, miáltal az előbb említett szövődmény kiküszöbölhető. Négy ilyen esetről referál jó eredménnyel. Természetesen a különben érvényes csonttörési szabályok pontosan figyelembe veendőek.

Borsos dr.

Zsírembolia következtében beállott halálról. Paul és Windholz. (Klinische Wochenschr., 1925, 36. sz.)

Súlyos csonttörés után 10 nappal elhunyt nő boncolásánál jellegzetes uraemiás bélgyulladást s göröcsövilag a vese hajszálereiben zsír-embolusokat találtak. E lelet alapján háziúnyú szívérebe emberi csontvelőből nyert zsír feckendeztek be, s a halálos adag alkalmazásával a vér maradék nitrogénjének jelentékeny megszaporodását s a vércukor erős sülyedését észlelték. Szerzők szerint e kísérleti tények alapján arra lehet gondolni, hogy zsírembolianál a halál uraemiás ill. diabeteses koma következtében áll be.

Paunz dr.

A vegyi anyagok segélyével végzett helyi érzéstelenítésről. Praetzel. (Deutsch. med. Wochenschr., 1925, 37. szám.)

A helyi érzéstelenítésre szolgáló készítmények használhatósága a következő kívánalmaktól függ: isotonia, jó diffundálóképesség, indifferentia, mérsékelt toxicitás és teljes sterilitás. A további legfontosabb kívánalom az volna, hogy az érzéstelenítőszer tartós összetételű legyen, anélkül azonban, hogy a fentebbi kívánalmak háttérbe szorulnának. Sajnos, novocain-suprarenin-oldatot oly conserváló és reducáló anyag hozzátétele nélkül nem sikerült tartóssá tenni, mely a suprarenin ingadozó oxydatiójának megakadályozásával ugyan, az oldatot savanyúvá ne tenné. Természetesen az ilyen készítmény nem nevezhető „indifferens”-nek, mert a savanyú közeg haemolysist okoz. Ha haematin oldathoz kb. (96%) kénsavat öntünk, ezen vastartalmú pyrrolvegyületből kivonjuk a vasat, miáltal vörös haematoporphyrin keletkezik. Ezt a reakciót használja fel szerző a haemolysis ellenőrzésére. A kettős ampulában készített „Voelm” oldatokat, valamint a porcellánedényekben frissen készített saját oldatait ténylegesen indifferentnek találta. Az oldatok készítésénél a többi kívánalomnak sokkal könnyebb eleget tenni. Az ositonias oldatot a physiologikus konyhasó-, vagy az állandó Ringer-oldat szolgáltatja. A diffundálóképesség, melyet a bekövetkező érzéstelenítés gyorsasága jelez, nincsen befolyással az érzéstelenítés idejére és mélyhatására. Az oldat sterilizálása a kész oldatok sterilizálásával, vagy chinin alkaloidák autogen sterilizálásával történik.

Demjanovich K. dr.

Kiterjedt vékonybélresectiók után beálló anyagcserezavarokról. H. Wildegans. (D. M. W., 1925, 38. sz.)

Állatkísérleteken tanulmányozta, hogy mennyiben befolyásolja a nagy vékonybélresectio az emésztési és felszívódási folyamatot és azt találta, hogy ha a kiirtott vékonybél darab hossza a teljes hosszúság $\frac{1}{10}$ -ét meg nem haladja, akkor átmeneti zavarok után négy hét múlva az összes anyagcsereérték a műtét előtti értékeket éri el. Ha azonban ennél nagyobb részlet irtatik ki, akkor a zsír- és fehérjeemésztés tökéletlensége

miatt inanitiós tünetek közt beáll a halál. A resectio utáni zavarok és kiegyenlítődési jelenségek függetlenek attól, hogy a vékonybél orálisabb vagy aboralis szakasza irtatott ki, azonban a tünetek súlyosbodnak, illetve a kiegyenlítődés nehezebben áll be, ha a vékonybél alsó szakaszával egyetemben az ileocecalis billentyű (valvula Bauhini) is kivételt. Utóbbi esetben az említett $\frac{1}{10}$ vékonybélszakasznál rövidebb részlet kiirtása is halálos, mert a kiürülés sebességét gátló billentyű hiánya folytán a béltartalom még rövidebb ideig időzve a bélben, még kevésbé használtatik ki. Az anyagcsere kiegyenlítődése tisztára functionalis és nem jár semmiféle compensatorikus túltengéssel. Emberre vonatkozólag a resectio felső határa a bélhossz kétharmada, de az ilyen műtét után beálló hosszabb, esetleg 4–5 évig tartó látszólagos jólét után is marasmussal kell számolni.

Herresbacher dr.

Urologia.

Észrevételek a vizeletnek az ureterbe történő regurgitációjára. Praetorius. (Zeitschr. für Urologie, 1925, 10. füz.)

A vizelet-regurgitatio klinikai következményeit tárgyalja: 1. tuberculosishoz, 2. nemgümös gyulladásoknál és 3. prostata-túltengésnél.

Kísérletek céljából Pflaumer szerint járunk el, mely abban áll, hogy fölvezetett ureter catheter után, a hólyagot valamilyen contrast-anyaggal töltjük és megfigyeljük, hogy a beteg préselésénél, a hólyag folyadékából az ureter catheteren át ürül-e valami. Ha Pflaumer negatív, a vizelet regurgitációja kizárható; ha pozitív, másnap a hólyagot indigóval töltjük (ureter catheter fölvezetése nélkül), melyet a beteg 15 perc múlva kivizel; ezután a hólyagot gyorsan tisztára mosva, cystoskopppal figyeljük, hogy az ureterek actiói színesek-e?

Egy 3-ik próba, a contrast-folyadék felszállásának Röntgenrel való direct megfigyelése.

I. A vizeletnek gümös vesébe történő regurgitációja régóta ismeretes s nephrektomiák után visszamaradó ureter-sipolynál gyakran látjuk.

Sokkal fontosabb ennél a regurgitatio kérdése az eredetileg nem gümös oldali vesére.

Az eredetileg egészséges oldalra történő regurgitatio klinikai jelentősége 4 szempontból fontos:

1. minden esetben, hol kétoldali gümös folyamat lehetősége látszik fennforogni, gondolnunk kell arra, hogy az egyik oldalon a vese és ureter intact s symptomákat (bacillusok jelenlétét) csupán a regurgitált vizelet okozza.

2. A nem gümös oldalra történő regurgitációhoz csatlakozó hydronephrosis és chronikus infectio következtében a vesefunctio annyira rosszabbodhatik, hogy a gümös oldat nephrektomiája nem végezhető. Ilyen esetekben a nem gümös vese működése, vese-sipoly készítésével, annyira megjavítható, hogy bizonyos idő múlva a beteg műtétre alkalmassá lesz.

Ami a sipoly-képzés technikáját illeti, a vese feltárása és szabaddátétele után, az alsó poluson a capsulát kb. 2 harántujnyira bemetszi és 1–2 cm-re fölpraeparálja; az így készített lebenynél fogva a vesét, a XII. borda végéhez, vagy a lig. costovertebralehoz, vagy a musc. transversus aponeurosisához fixálja. Ezáltal a vesemedence alsó éle megfeszült s az első axillaris-vonalban jól drainezhető.

3. A 3-ik szempont annak a kérdésnek felvetődése, hogy milyen sors vár — a gümös vese exstirpációja után — a visszamaradt vesére, melybe vizelet-regurgatio történik?

A közölt esetek egy részéből, melyek főleg a francia irodalomban jelentek meg, az derült ki, hogy a vizeletregurgitációja bizonyos idő múlva magától vagy megszűnt, vagy hosszú évek múlva se vezetett komolyabb következményekre. Sajnos azonban, nem egy példa ismeretes, hol a nephrektomia után regurgitáló vizelet, a visszamaradó vesét is fertőzve, uraemiához vezetett.

4. A 4-ik szempont végül az, hogy a regurgitációt, — különösen kétoldali gümös megbetegedéseknél — therapeutikusan hasznosíthatjuk; az eljárás abban áll, hogy egyik oldalon vesemedence-sipolyt készítünk, melybe állandó cathetert alkalmazunk. Ismeretes az a tény, hogy a vizelet-regurgitatio a mictióhoz szükséges nyomásnál alacsonyabb tensionál is létrejön. Ennek következtében a hólyag bizonyos fokú fejlődésénél, még a mictio küszöbértékén alulmaradó hólyag-contractiókra a hólyag fölös tartalma a sipoly-catheteren

át kiürül. Így a vesék is tehermentesítették, a hólyag bizonyos fokú telődésén nyugalomban van, mely subjective is kedvezőbb a betegnek, mintha hólyagsipoly által ürössé tétetett volna. *Egyszóval az egyik oldali vese-sipoly által, az egész in toto megbetegedett húgy-szervi apparatus draineztetett.*

II. Sokkal nehezebb bizonyos irányelveket szabni a nem gümős természetű gyulladásoknál fennálló regurgitációkra vonatkozólag.

Ezek is lehetnek egy- vagy kétoldaliak, továbbá mulóak, vagy tartósak. Legsúlyosabbak a kétoldalú tartós regurgitációk, melyeknél — ha veseinsufficiencia, vagy uraemia tüneteivel fenyegetnek — hólyagsipoly alkalmazásával nem szabad sokáig késnünk. A terapiát igen megnehezíti az a kérdés, hogy meddig várakozhatunk a beavatkozással ilyen betegnél. Ezt hozzávetőlegesen a fennálló symptomák és a functionalis vizsgálat határozzák meg.

III. A *prostatahypertrophiánál fennálló vizelet-regurgitációt* nemcsak a megnövekedett prostata, de a chronicus cystitis is fenntarthatja. Utóbbi különösen akkor jut szerephez, ha prostatektomia után, a hólyagsipolyt záródni engedjük. Több esetet észlelték ugyanis, hol a retentió miatt huzamosabb időn át esapoláshoz, vagy *Pezzer*hez szokott beteg, a prostatektomia és síma sipolyzáródás után a rendes mictiókra térve át, vese-táji fájdalmak kíséretében lázassá lesz, vizelete megzavarosodik és hamarosan leromlik. Ezeknek a tüneteknek oka a vizelet-regurgitatio által okozott veseinfecióban rejlik.

Az ilyen betegeknek a sipoly-zárás idejét 2—3 héttel kell kitolnunk, vagy ha záródott, új sipoly készítésével kell segítenünk, míg chronicus cystitisük, s ezáltal vizelet-regurgitációjuk meg nem gyógyul.

Dózsa dr.

Szemészet.

A *trachoma pathológiájához. Birch-Hirschfeld.* (Schriften d. königsberger Gelehrten-Ges. 1925.)

Vizsgálatainak eredményeit ezekben foglalhatjuk össze: a trachoma nem támadja meg egyenletesen és egyidejűleg az egész kötőhártyát, hanem elsősorban a tarsus convex szélét. A folyamat a felszínes subepithelialis rétegekben zajlik le, de ráterjedhet a subtarsalis rétegre, sőt magára a tarsusra is. Utóbbira csak akkor, ha a Meibom-mirigyek valamilyen más okból elpusztultak. A mindeddig biztosan meg nem határozott kórokozó olyan természetű, hogy a mélyebb rétegekbe is képes hatolni, e sajátosság nélkül a kórbonctani kép nem volna magyarázható. A granulum jelentőségét, amely az egész körképnek különös jelleget ad, a korábbi kutatók túlbecsülték. Nem a folliculus a legfontosabb, hanem az ugyanakkor kimutatható és vele kapcsolatos egyéb gyulladással elváltozások. Az infectio hatására a kötőhártyában a lymphoid-sejtek mobilizáltak, amelyekből a jellegzetes folliculusok támadhatnak. Ugyanakkor az erek körül plasmasejtes beszűrődés mutatkozik. Ezeknek valószínűleg az a szerepe, hogy a szövetet fellazítsák. A trachoma szövettani képében egymás mellett találunk infiltratív, degeneratív és reparatív folyamatokat. A szerző ezen folyamatokat nem a lymphás szövet hyperplasiájának, sem granulatiós szövetnek tartja, hanem lymphoid beszűrődésnek és chronicus gyulladással elváltozások kombinációjának. E felfogásnak megfelelően a gyógyítás céljára ezen sejt-beszűrődések megszüntetésére irányuljon, ami a trachoma kezdeti stadiumában legkönnyebben a mechanikus kezeléssel, később pedig a tarsus megbetegedésénél annak eltávolításával érhető el.

Horay dr.

A *trachoma diagnostikájához és prophylaxiájához. Peters.* (Z. f. A. 1925. dec.)

A szerző 20 éves tapasztalatait szemléli és azokat igazoltnak látja. Szerinte a trachománál nem a folliculus, hanem az adenoid szövet a hegesezési tendencia főoka. Az adenoid szövet szaporodása azonban dispositiót tételez fel, amelynek lényegéről azonban még keveset tudunk. A felfogással szemben áll *Axenfeld*, aki azt mondja, hogy folliculus nélküli trachoma előfordulása nem bizonyos és hogy dispositio egyenlő fertőzőképességgel. A szerzőnek a dispositio jelentőségére vonatkozó felfogását újabban *Elschnig* és *Braná* támogatja. Hangsúlyozza, hogy ezen véleménye koránt sínes ellentétben az egységes kórokozó létezésének lehetőségével. A prophylaxisban nem híve a köteles bejelentésnek, mert Németországban — bár az utóbbi évben

ott is erősen szaporodott — a trachoma csak sporadikusan fordul elő; a trachoma fertőzőképességét nem becsüli túlnagyra. Ezért feleslegesnek tart olyan régi rendelkezéseket, amelyek a csapatosan munkára jövőket vizsgálatra rendeli, ha azok trachomával fertőzött országból jönnek. Annál is inkább, mert a bennszülöttek dispositiója trachomával szemben minimalis. *Birch-Hirschfeld* szerint Kelet-Porszországban is csökkent a trachomások száma és ezt a virulencia csökkenésével, de olyan tényezőkkel is igyekszik megmagyarázni, amelyek a dispositio határkövét érintik és így *Peterst* igazolni látszanak.

Horay dr.

A sarkoma és a trauma oki összefüggése. *Nitsch.* (Z. f. A. 1925.)

Tizenöt éves leány esetét említi, akinél a bal szemet érő sérülés után egy évvel, a sérülés helyének megfelelően rosszindulatú daganat fejlődött. Az enucleatiót követő szöveti vizsgálat szerint, a daganat a chorioidea felszínes részéből kiinduló, kevés pigmentet tartalmazó, orsó-sejtű, középen nekrotikus elváltozásokat mutató sarkoma volt, amely előrefelé a sugártestet, hátrafelé a látóideget infiltrálta s a sclerán átörni készült. A chorioidealis sarkomák keletkezését, fejlődését, morfológiai és mikroszkopi viszonyait (nem, életkor, növekedési mód, sejtelépítés, pigmenttartalom, nagyság, stb. szerint) vizsgálva s összehasonlítva a fenti esettel, ő is csak arra a rég megállapított meggyőződésre jut, hogy a sarcoma és a trauma közötti összefüggés semmi-féle adattal nem támogatható.

Ferenczy Zoltán dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A vér acetontest tartalma terhességi toxicosisoknál. *Gokelmann* és *Bock.* (Klin. Woch. 1925. 45. sz.)

A normalis terhességben az acetontest-concentratio a vérben magasabb, mint a terhesség vége után, szintúgy az acetontestek abszolút mennyisége terhesek vérében nagyobb, mint egészséges nem terhesek vérében. További vizsgálatok azt mutatták, hogy terhességi toxicosis minden esetében az összes acetontestek lényeges megszaporoedása mutatható ki.

Liebmann.

Szívhalál terheseknél és szülőknel. *Wagner.* (Med. Klin. 1925. 30. sz.)

A szülészeti szövődmények közül egyiket sem bírálják meg olyan különbözően, mint a szív megbetegedéseit. A szív és a véerek megbetegedése komoly szövődménye a terhességnek. Az esetek 40—45%-ában már az első terhességi hónapokban súlyos decompensációs tüneteket lehet észlelni, tehát nem a szív mechanikai bántalmazottsága az ok, hanem azon elváltozások, amelyeket a terhesség a szervezetben létrehoz, amihez azután hozzájárul a munkatöbblet és a verő-volumen növekedése. A szülés, főképen a tolmunka a viszonyokat tovább rosszabbítja s az egymásután következő fájások és a préselés sorozatos Valsalva-kísérletként hatnak; ilyenkor az intrathoracalis nyomásváltozásnak van a legnagyobb jelentősége. A fájdalmak és a préselés megszüntetésére célszerű minden művi beavatkozást aethernarkosisban végezni. A prognosis felállításánál igen óvatosságnak kell lenni, bár tagadhatatlan, hogy súlyos vitium mellett is lehet teljesen zavartalan szülés. A szülés után, amidőn a vérelosztódásban lényeges változás áll be, újabb veszély fenyegeti a szívbetegést. Megfelelő pólyázással e veszély lényegesen csökkenthető s a vérnek a splanchnikus érterületére való hirtelen bevándorlása jól ellen-súlyozható. A lumbalis érzéketlenítés egyik főveszélye is a splanchnikus érterület hirtelen telődésében van és ezért szülészeti műtétknél főképen szívbeteg esetén kerü-lendő. A gyermekágy még különleges veszélyeket hozhat a szívbeteg asszonyra, amennyiben az esetek egy részében a létrejött szívelégtelenség itt lesz életveszélyes, továbbá, mivel az ilyen asszonyokat az esetleges fertőzés könnyebben tesz tönkre. A tapasztalatok azt mutat-ták, hogy legveszedelmesebb a mitralis stenosis, ez jár a legnagyobb halálozással. Egyesek szerint a mitralis stenosisnak ezen különleges veszélyessége éppen a terhességi elváltozásokkal van összefüggésben. Előzetes kezeléssel és a szülés helyes vezetésével azonban, az ezen megbetegedéssel járó nagy halálozás is lényegesen csökkenthető. A legnagyobb jelentősége mindenesetre a szívizomzat állapotának és erejének van, ami klinikailag nem minden esetben bírálható meg helyesen. Lehetséges, hogy a terhesség okozatilag is összefüggésben van a myocardium elváltozásaival. A boncolásnál az esetek nagy részében lehet megújuló endocarditist találni. A terhesség ennek kifejlődésére különleges dispositiót

teremt részben mechanikai, részben chemiai-toxicus alapon úgy, hogy egyesek a myocardium elváltozásai mellett éppen ezen kiújuló endocarditisekben látják a közvetlen veszélyt. Beteg szív mellett fellépő egyéb szövődmény a szívhaj veszélyességét természetesen csak fokozza, bár tagadhatatlan, hogy nehéz szövődmény dacára szívhajjos asszony is végigcsinálhatja a terhességet és szülést lényegesebb baj nélkül.

Liebmann.

Ivarozást okozó anyagok kimutatása a női vérben. Loewe. (Klin. Woch. 1925. 29. sz.)

A petefészek hormonja a többi ineretumoktól nagy thermo- és chemostabilitásával különbözik. Nőstényállat vért különleges fractió eljárásnak vetve alá olyan, a petefészek hormon fractiójának megfelelő vérfractió állítható elő, amelyik segítségével egérnél ivarzás idézhető elő. Az átszámítások alapján felvehető, hogy átlagban az állati testsúly 1 kg-jának megfelelőleg 1 „egér-ivarzás-egységnyi” petefészek hormon kering a vérben, vagyis körülbelül ugyanannyi mennyiség, mint amennyi más mirigy hormonjából jelen van. Ez utóbbiakról tudjuk, hogy rendes viszonyok között az időegységben, csak nehezen kimutatható kis mennyiségben találhatók a vérben. A kísérletek végleges eredménye fog a kimutatott anyag specifikálásáról döntené.

Liebmann.

Elméleti tudományok köréből.

A hypophysis és a szénhidratforgalom. Tomio Fukui. Wien. (Pfl. Arch. 210. köt. 4—5. füzet.)

A szerző megcáfolja egyesek azon állítását, hogy a hypophysisnek szerepe van szénhidratforgalomban. Patkányokon végzett kísérleti alapján úgy találja, hogy a hypophysis extractumok nem változtatják meg a máj összcukortartalmát s még a thyreoideakészítmények okozta májucor súlyedést sem képes módosítani az egyidejű pituglandol injectio.

Antal Lajos.

A chininsók hatása a gyomorpepsinre. J. A. Smorodinzew és C. S. Lemberg. Moszkva. (Biochem. Zeitschrift. 162. köt. 3—6. füz.)

A szerzők a chininsókkal folytatott sorozatos kísérleteik kapcsán el akarták dönteni azt a sokat vitatott kérdést, hogy miképen hat a chinin a gyomor pepsinjére. Kísérleteikben mesterséges, emberi (szondával nyert) gyomortartalmat a Pavlov-kutyák gyomorválladékát vizsgálták. Kísérleteikből kiderült, hogy egyik chininsó sem hat a vizsgált 0-00009—0-2% concentratio-határok közt a pepsin-casein emésztésére, a folyamatot nem is sietteté s nem is lassítja. A pepsin-casein emésztet H-ion concentratioja sem változik meg e chininsók jelenlétében.

Antal Lajos.

Pneumotachograph. A. Fleisch. Zürich. (Pflüger's Arch. 209. köt. 5—6. füzet.)

A klinikai spirometernel felvett integralgöriben csak a belélekzett levegőmennyiség változásai s a légzés frequentiaja vehető fel. A görbe nem ad felvilágosítást a belélezett levegő áramlássebességéről, mely pedig sokkal pontosabb analysisét adná — a szerző szerint — a légzés minőségének. A szerző készüléke, a pneumotachograph optikailag regisztrálja a másodpercenkénti áramterefogatot, azaz mit a szerző az áramlássebességnek nevez s a készülék görbéjén: a pneumotachogramon megfigyelhetjük, hogy egy lélegzésphasiss alatt az áramlássebesség nulláról egy maximalis értékre nő, hogy ismét zéróra essék. Adatai szerint, 500 cm³-es légzéstérfogatnál elért legnagyobb sebesség 500 cm³/sec. Nehéz testi munka végzésekor 4830 cm³/sec, az inspiratiós sebesség, míg viszont az expiratiós sebesség 7700 cm³/sec. Az expiratiós sebesség nagyobb voltát megmagyarázza az expiratiós kisegítő izmok túlsúlya. Különösen nagy-nak találta az áramlássebességet köhögés folyamán, amikor az expiratiós áramlássebesség 8600 cm³/sec. is lehet.

Antal Lajos.

A pajzsmirigy praeparatumok hatása a növekedő organizmusokra. R. E. Mark. Wien. (Pfl. Arch. 209. köt. 5—6. füzet.)

A szerző a pajzsmiriggyel végzett kísérletei során azt találta, hogy fiatal (1—4 hónapos) kutyák nem reagálnak a pajzsmirigy-kezelésre az ilyenkor rendszeren beállni szokott hyperthyreoidismus jelenségeivel. E megfigyelése egyezvén azon klinikai tapasztalattal, hogy a gyermekek is igen resistensek a thyreoidea kezeléssel szemben, részletes vizsgálat alá vette azt a kérdést, hogy miképen hatnak a különböző pajzsmirigykészítmények a fiatal organizmusra. Kutyán végzett kísérletei azt mu-

tatják, hogy az 1—4 hónapos kutyák testsúlykilogramra vonatkoztatva sokkal több hatóanyagot bírnak el, mint a kifejtettek. Fehérjeforgalmuk nem változik, testsúlyuk nem eszik, diuresisük s pulzusfrequentiajuk is ugyanaz marad. A fiatal szervezeteknél physiologián is meglévő kreatinuria sem növekedik meg. Ellenben az 5 hónapos, vagy ennél idősebb kutyák már érzékenyek a pajzsmirigy-kezeléssel szemben. Tekintettel arra, hogy a kutyákban éppen az ötödik hónapban indul meg a thymus visszafejlődése: bizonyos parallelismust vél látni a glandula thyreoidea s a thymus működése közt. E feltevését támogatja azon megfigyelése is, hogy oly fiatal kutyák, melyeknél véletlenül thymusatrophia volt jelen, hatalmasan reagáltak a thyreoidea-kezelésre.

Antal Lajos.

A digitalis-infusum helyi izgató hatásáról. Nakamura M. Sendai. (The Tohoku Journ. of Exp. Med. 1925. szept.)

A szerző a digitalis-infusum okozta helyi izgalmi jelenségeket vizsgálja s egyben kutatja azt, hogy miképen lehetne valamily egyszerű eljárással a digitalis előidézte kellemetlen melléktüneteket (étvágytalanság, diarrhoea, stb.) kiküszöbölni. A helyi izgalom vizsgálata legalkalmasabbnak találja a béka bőrért, ahova befecskendezé a vizsgálandó anyagot s a fellépő gyulladás intenzitásából következtet a helyi hatás természetére. E methodus szerint vizsgálva a digitalis-infusumot, úgy találja, hogy az még 50-szeres hígításban is jelentős gyulladást hoz létre. A helyi hatás gyengül, ha az infusum elkészítése óta már 3 nap eltelt. Azonban ez majdnem teljesen eltűnik, ha az infusumhoz 0-02% concentratioig adunk sósavat s hat órát állni hagyjuk 27 C° hőfokra. A digitoxin, digitalein, digitalin és digitonin szintén helyi izgalmat hoznak létre, azonban ezt a szerző nem tudta a fentjelzett módon befolyásolni. Mivel az így kezelt infusumnak a szívre gyakorolt hatása nem eszik, igen alkalmasnak találja a szerző ezt az eljárást a digitalis infusumnak az emésztőcsatornában kifejtett izgató hatásainak a kiküszöbölésére.

Antal Lajos.

A véredek lumenének változása a prae- és postganglionaris sympathicus-rostok átvágása után. K. Boshamer. Berlin. (Pfl. Arch. 209. köt. 5—6. füzet.)

Állatkísérletekben egyesek azt találták, hogy a legfelső nyaki ganglion átvágása után a pupilla tágulással reagál az adrenalin becseppentésére, holott előbb az a conjunctiva felől semmi hatással sem volt rá, de viszont nem reagál tágulással, ha a praeganglionaris-rostokat vágják át. A szerző lehetségesnek tartotta, hogy az ér-lumen különbözőképen változik meg a prae- és a postganglionaris-rostok átvágásakor s ez talán megmagyarázná az adrelinnak a fentemlített különböző felszívódási viszonyait. Azonban kísérleteiben úgy találja — legalább is a békánál —, hogy mindenképen edénytágulat jön létre, akár prae-, vagy postganglionaris-rostot vágunk át. Szerinte a sympathikus ganglionok normalis viszonyok közt nem is hatnak az erek lumenére, csak a gerinvelőtől való elválasztásuk után képesek a beállott új edénytonust támogatni.

Antal Lajos.

KÖNYVISMERTETÉS

H. H. Meyer-R. Gottlieb: Die Experimentelle Pharmacologie als Grundlage der Arzneibehandlung. VII. kiadás. Urbán és Schwarzenberg, 1921. Ára füzve 27, igen jó kötésben 31-80 aranymárka.

Hírnevess munkájuk VII. kiadását szerzőtársának, Gottlieb professornak elhalálása folytán, H. H. Meyer egyedül rendezte sajtó alá. A munka tervbevett teljes átdolgozása a szerzőtárs elhalálása következtében elmaradt ugyan, de az egyes fejezetek az újabb kutatásoknak megfelelően így is lényegesen bővültek.

A központi idegrendszer pharmacológiájának tárgyalása során bőven foglalkozik szerző a narkosis lényegének felderítése és tisztázása körül elért legújabb eredményeivel.

A hypnoticumok tárgyalása során elsősorban az álmatlanság okairól, majd az altatószerek hatásmódjáról ír a szerző, és a legújabb készítményeket is (dormial, somnifer, codeonal, nirvanol) figyelembe veszi.

Hasonlóan bővültek az összes új és bevált gyógyszer szemmel tartása mellett az idegvégződés (tuto-cain) a vesefunctio és a nemiszervek pharmacológiájának fejezetei is.

Az anyagcsere fejezetében talált helyet a sugárzó

energiák tárgyalása, s itt emlékezik meg a szerző a radioactiv ásványvizek pharmacodynamikájáról is.

Ennek végén röviden, a biztosan megállapított dolgokat foglalva össze, a vitaminokról, a szénhidrat-anyagcsere mérgeiről és gyógyszeréről, az insulinról, végül a purin-anyagcsere befolyásolásáról kapunk felvilágosítást.

Külön fejezetet szánt a vér pharmacológiájának, mely úgy a vér mennyiségére, mint a vér összetételére gyakorolható gyógyszeres befolyással foglalkozik. E fejezetben a klimatikus gyógytényezők hatásáról is felvilágosítást kapunk.

Legfontosabb újítás azonban a jelen kiadásban, hogy munkája utolsó fejezetében a szerző bőven foglalkozik a kolloid-teszt és a felületi erőcomponensek szerepével a pharmacológiában, megvilágítani igyekszik az úgynevezett ingerestek, colloid-anyagok, valamint az adsorbtív agensek hatásmódját. Általában a kitűnő munkának legklasszikusabb fejezete mindig az utolsó: „Wesen und Bedingungen der Arzneiwirkung“ című része volt, amiben ott él, lüktet, egy mindent: pharmacodynamicát, serologit, chemotherapiát biológiai alapon látó, szigorú kritikájú, megállapodott nézetű böles orvosnak felfogása a dolgok menetéről. Ez a fejezet is értékesen bővült. Befejezésül a szervezet berendezkedésének célszerűsége, az életjelenségek teleologikus és causalis szemlélete és az ebből folyó consequentiák, az experimentalis therapia, a theoria és a gyakorlat közötti látszólagos ellentét a „hatás“ és „eredmény“ fölött és az orvos feladata fölött értekezik a szerző mély bölcsességgel és mindvégig lebilincselő módon.

Hans Mayer könyve az orvosi irodalomnak egyik legkiválóbb terméke. Mindenütt positivitásra vagy legalább is kísérleti alapon felépített okfejtésre törekszik s a jelenségek magyarázatában csak akkor elvont és theoreticus, amikor az igazság ma még legalább — más-ként meg nem közelíthető. És abban a klasszikusnak tetsző rendszerben, ami egyfelől az élő sejt-functio physikalikus és chemiai factoraiból, szervi együttműködésből és antagonismusból, központi regulatióból és peripherias sensibilisatióból, másfelől a pharmacológiai agensek tulajdonságaiból, a functiovaltozást létrehozó támadásából tevődik össze: — mindig tisztán lát és ezt nyugodt és következetes, egyszerű és világos tárgyalási modorával, sohasem súlyos stílusával az olvasóba bele tudja oltani.

Sok előnye mellett nagy értéke e könyvnek, hogy a teljes pharmacológiai irodalomnak quasi registere. A pompásan didaktikus ábramelléleteken kívül igen nagy előnye még az új kiadásnak, hogy a citált szerzők névsorát betűrend és indexben is hozza. A klasszikus értékű mű 792 oldalra terjedő VII. új kiadása méltó folytatása az előzőeknek. *Vámossy.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 23-i ülése.

Bemutató:

Sztechlo István: Röviden rámutat az eddig használatos köldökjeljárásokra, majd ismerteti az általa szerkesztett új köldökkepeset, amely rendkívül egyszerű, a vele való bánástudás könnyen elsajátítható még kezdők által is. Új köldökkepesével kitűnő eredményeket ért el. A bemutatott új köldökkepes gyakorlati előnyeit részletesen kívánja ismertetni.

A mult ülésről elmaradt hozzászólások. **Bókay János és Johan Béla:** Beszámoló a Dick-féle eljárással eddig szerzett tapasztalatokról c. előadáshoz.

Grósz Gyula: 400 esetben végeztek Dick-testet; a skarlát-osztályra felvett 118 betegnél, csak az első 24 órában volt pozitív a Dick-test, utána gyengült a reactio, a 2-ik hét végén csaknem minden esetben negativá lett. Más osztályokon végzett Dick-test közül 111 esetben tapasztalt többé-kevésbé pozitív Dicket, 171-ben negativ reactiót. Ezen 282 eset közül 34-nek volt már scarlatinája; 20-nál negativ volt a Dick-test, 4-nél pedig pozitív. Hogy a pozitív Dick-test jele a skarlát iránti fogékonyságnak, azt azon 5 skarlát-esetből tapasztaltuk, akiket már előzőleg másutt dickeztek s erős pozitív reactiójuk volt. A Dick-reactio pozitív vagy negativ volta bizonyos familiaris jellegű, vannak családok, ahol úgy a szülőknél, mint a gyermeknél végzett Dick-reactio erősen pozitív eredményt mutatott és fordítva. A Dick-test negativ volta jól értékesíthető diagnostikus célra is. Három gyer-

meken észleltek nyakon acut lymphadenitist, az anamnesisben két hét előtt lezajlott torokgyulladás szerepelt, kiütés nélkül. Ezeknél a Dick negativ volt. Az egyik gyereket a skarlát-osztályra felvették; néhány nap mulva hámlott és nephritist is constatáltak. Activ immunizálást 50 esetben végeztek; ezek közül befejezettek tekintendő 37 eset. Ezek közül csak 23 esetben vált az eleinte pozitív Dick-test negativá. Első időben adtak 200, 500 és 1000 egységet, ezek közül egyetlen egy esetben sem kaptak az oltások befejeztével negativ Dicket. Ezután áttértek 500, 1000 és 2000 egységre, ekkor már jobbák voltak eredményeik. Kellemtelen reactiót inkább az első oltás után, csak kivételesen észleltek. Egy dystrophia adiposo-genitalisban szenvedő 15 éves gyermeknél acut szívgyöngeség lépett fel az első oltás után, a második és harmadik Dick-injectio után szívgyöngeséget nem észleltek. Egy activ immunisatio után megejtett Dick-reactio pozitív maradt. A gyermek pár héttel később scarlatinát kapott, mely könnyű lefolyású volt. Még sok tapasztalatra és utánvizsgálásra van szükségünk, mielőtt végleges ítéletet mondhatunk az eljárásról. Kétségtelen, hogy a Dick-test értékes a skarlát-ra való fogékonyság felismerésénél. Az activ immunisatióknak 60—70%-nál sikerült az előbb pozitív Dick-testet negativá tenni. Ha ezen egyéneket sikerül majd skarlát ellen védeni, úgy az óriási vívmánya lesz a Dick-féle eljárásnak.

Gerlóczy Zsigmond: A Szent László-kórházban 1074 esetben végeztek Dick-próbát. Az esetek egyötödében skarlátos torokból kitenyészített törzsből termelt toxint használtak. 204 esetben controllképen a toxin- és reconvalescensserum keverékét alkalmazták. Az esetek többségében a reconvalescensserum a reactiót megakadályozta. Az esetek egy részében harmadik controlloltást is végeztek streptococcusal be nem oltott táptalajjal. Megállapítható, hogy a bőrreactiót nem a táptalaj fehérjei okozák. 870 esetben a székesfővárosi bakteriológiai intézetben készített toxint és hővel inactivált controllanyagot használtak. Dick-próba pozitív volt 50,9%. A legnagyobb százalékból pozitív 1—2 év között (70,3%) és 3—4 év között (68,8%) volt. A Dick-próba negativitásának gyakorisága az életkorral arányosan nő. Csecsemők az első hat hónapban 36, a 7—12 hónapban 47,3%-ban mutattak negativ eredményt. A csecsemő fogékonysága a skarlát-ra csekély. Skarlátos betegen végzett Dick-próba eredményeiből kiemelni az első napon oltott esetek pozitív reactiójának nagy százalékát (87,5%); a skarlát selektive adja a fogékony egyéneket, a Dick-reactiót megakadályozó immunanyagok még nem fejlődhetnek ki. A betegség későbbi szakaszaiban egyre több negativ reactiót találtak. Egy recidiva exanthemátos beteg három nappal a recidiva jelentkezése előtt erősen pozitív reactiót adott, a recidiva után hat nap mulva csak gyengén pozitív. A skarlátot kiállottak érzékenysége a Dick-toxinnal szemben az esetek többségében megcsökken. A skarlát megállapítására a Dick-próba negativ volta nem használható fel, mivel a természetes immunitást vagy megelőző skarlátos megbetegedést is jelenthet. De a pozitív reactio sem értékesíthető föl teljes bizonyossággal a skarlát kizárására. Kétes esetekben Dick-próba alapján a skarlátot kizárni nem lehet. Abban sem értékesíthető a próba, hogy negativ reactio mellett a beteg nincs kitéve a skarlátos megbetegedés veszélyének. Eseteket hoz fel megállapításai igazolására. A Dick-próba eredménye nagyobb statisztikai összeállításban értékes törvényszerűsége vet világot és támogathatja a streptococcus-elméletet, egyes esetekre való értékesítésre nem alkalmas, sőt kellemtelen meglepetésre vezethet. Jó néhány esztendő kell még ahhoz, hogy valamelyes gyakorlati következtetést vonhassuk le ez oltásokból és az immunizáló kísérletekből.

Kramár Jenő: A pécsi gyermekklinika a Dick-féle próbákkal tett tapasztalatok több pontban ellentmondanak az amerikai leleteknek. Az anamnesis tanúsága szerint vörhenyt kiállott gyermekek éppoly gyakorisággal (60%) mutattak pozitív reactiót, mint a betegségben még át nem estek (58%). Csupán az anamnesis megbízhatatlanságával ezt magyarázni nem lehet. Ugyanazon egyéneknél végzett sorozatos oltások eredménye nem egyszer változó: a gyermek, aki első ízben negativ reactiót adott, később pozitív, majd ismét negativ reactiót mutathat, éppen ezért felvetődik a kérdés, hogy egy egyszer elvégzett oltás negativ eredménye alapján joggal van-e kimondani, hogy a vizsgált egyén vörheny-immunis? Vörhenybetegnek a reactio viselkedése nem annyira törvényszerű, mint ahogy azt az amerikai vizsgálatok alapján várni lehetne. Az észlelt vörhenybeteg

¹/₃-a még erősen pozitív reactiot adott a késői reconvalescentiában is, másoknál viszont az oltás már a betegség legelején (a 2–3. napon) reactiomentes maradt. Hozzászóló valószínűtlennek tartja, hogy a Dick-próbát a scarlatina diagnózisának támogatására fel lehetne használni.

Hainiss Elemér: Saját és mások vizsgálatai szerint Dickék „tenyésztete”, illetve a „toxinok” specifikusnak mutatkoztak. A Dick-toxin kellő adagjával skarlatos jelenségek provakálhatók, a kütég Dick-negatív humán, vagy a scarlatina reconvalescens savó intracután injectiójára elhalványul; a Dick-toxin bizonyos mennyiségű Dochez-serummal, vagy Dick-negatív egyén colostrum savójával összehozva neutralizálható; a Dochez-immunsavó intracután injectiója a genuin skarlat exanthemát szintén localis kialakásra bírja. E keresztezett passiv immunkísérletek sikere immunbiológiai szempontból kiállja a kritikát. Gyakorlati jelentőségét jelentősebbé teszi az, hogy az activ immunizálás kellő cautélak figyelembevételével veszélytelen. A szegedi gyermekklinika végzett 800 diagnosztikus oltás százalékos aránya az előadáson hallottakkal egyezik, az újszülötteket kivéve. Egészen négy napos korig végzett, 42 újszülött oltás minden esetben negatív Dicket adott, még akkor is, ha az anya reagált és savója a Dick-toxint nem neutralizálta. Az újszülött skarlatra nem hajlamos, később, ritkán a csecsemőkori, de nagy százalékban 1 éves kor után a betegség iránt hajlamos lesz. Az activ immunizálás kapcsán csak 1–2 esetben észlelt subfebrilis hőmérséklet; egyéb kellemetlenséget nem, amit annak tulajdonít, hogy első adagra senkinek sem ad 250–300 egységnyi többet, a következő oltásoknál erős tempóban halad felfelé. Exsudatív hajlamú gyermekeknél óvatosságot és adagolást mellett öt mentesítő oltást ajánl, hogy az óvatosságot és adagolást kisebb mennyiségben bevitt toxinmennyiség egy ötödik oltás hozzáadásával elegendő legyen. Egy sorozat (kb. 7500 bõregység) bevétele után pozitívan reagálnak nem kezd a seriát a következő oltások adagjaival, hanem 1000–2000-nél. Kellemetlenséget nem látott. A negatív reactio a legkülönbözőbb toxinmennyiségek bevétele után következik be. Akad, aki összesen 7–8000 bõregység bevétele után is pozitív, ha jóval gyengébben is, mint az immunoltások előtt, de látott olyat is, aki egy-két kisdosisú oltás után már negatívvá vált. A gyakorlat szempontjából értékes és veszélytelen az eljárás, amelyről abszolút-értékű kritikát az oltottak további szemmel tartása mellett a későbbi idő fog mondhatni.

Juba Adolf: A Dick-oltásra nagy szükség van. 1921-ben Budapesten 470, Londonban 292, 1922-ben Budapesten 238, Londonban 301 halt el skarlatban. Tények: 1. az eljárás veszélytelen, ha a sebészi tisztaságot szem előtt tartják, 2. fogékonyság kb. 40%, 3. fogékonyság nem szűnt meg nagy százalékban. Talán az adag nem felelt meg? Fogékonyság szerint három skála: 500, 1000 és 2000 bõregység kezdõ adaggal volna ajánlatos. Minthogy nem biztos a Dick-oltás hatása, a küzdelem eddigi módjait nem lehet megszüntetni. A betegséget kiirtani nem lehetséges, de jól meggrátolható a terjedés iskolákban és internátusokban. A Dick-oltás hasznára vonatkozólag csak az oltottak megfigyelése szolgálhat döntõ adatokat. Meg kell figyelni, mily mértékben kapják az eleve nem fogékonyak és a Dick-oltásnak alávetettek a vörhenyt. E végből mentõl több egyént kell beoltani és az anyagot a gyakorlati orvosoknak hozzáférhetővé kell tenni. A Dick-oltás azon tanulóknál járt leginkább jelenségekkel, akik elõzetesen már orthostat. albuminuriában szenvedtek.

Fischhof Kornél: 1913-ban Preisich Kornél a Virchow-Archivban közölte, hogy streptococcus vaccinával sikerült cutánreactiót elérni olyanoknál, akik streptococcus infectión még nem estek át, negatív volt, ha már ily infectión átestek. Ha ezzel az anyaggal fokozódó adagokkal oltott volna, talán õ is elért volna hasonló immunitást, mint Dickék. Moser-serumáról Dickék ugyanezt állapítják meg, mint Preisich, t. i. hogy idõnként nem tudatosan a vaccinába, mellyel a lovakat oltották, a scarlatina specifikus vírusa is belekerült, s e szerint hol van specifikus hatás, hol nincs. Néhány esetben alkalma volt serumot alkalmazni. A betegek 24 óra alatt láztalanok lettek és kiütésük eltűnt. Scarlatinával erősen fertõzött egyéneket célszerû ezen serum néhány cm³-vel oltani, mert gyorsabban hat, viszont az activ immunizálás a már induló betegségeket fokozhatja.

Bosányi Andor: Az egészséges bacillusgázok kér-

dését Dickék kísérletes vizsgálatai tisztázták, sikerült nekik egészséges egyének torokváladékából is kitenyészteni a toxintermelõ streptococcus haemolyticust, sőt az ilyen tiszta tenyészettel emberen scarlatinát is idéztek elõ. Az egészséges bacillusgázok mindig negatív bõrpróbát mutattak. Azt kell tisztázni, hogy az egészséges bacillusgázok pozitív, azaz fogékony egyéneket, miért nem fertõznek minden idõben egyenlõ mértékben. Ez a tény egymagában a streptococcus haemolyticus kóroktani szerepét nem döntheti meg. A diphtheria-járványok is idõszakonként lépnek föl, mindamellett, hogy egészséges bacillusgázokat minden idõben találunk. A védõoltott egyének immunitását abszolút kétségtelennek tarthatjuk. Dickék elsõ kísérleti sorozatánál, melyet embereken végeztek, kiderült, hogy negatív testet mutató egyének kísérleti úton sem fertõzhetõk scarlatinával. Az Egyesült-Államokban kiterjedt megfigyelés történt arra vonatkozólag, hogy negatív bõrpróbájú, immunizált egyének expositio esetén sem kaptak scarlatinát, nem-immunizált egyének ugyanannak az expositiónak kitéve, fertõzõdtek. Az immunitás kérdésénél nem tisztázták még az, hogy meddig tart az immunitás. Erre vonatkozólag ma még az amerikai tapasztalatok sem elegendõk, mert Dickék legrégebbi esetei is ezidõszerint még kb. csak három esztendősek. Dickéktõl nyert értesülései alapján rámutat arra, hogy alacsony toxindosisok útján elért immunitás esetleg rövidebb ideig tart, mint nagyobb adagok után. Ezért ajánlatosnak tartja és maguk is végzik az immunitás controllját, megismételt bõrpróbák útján hat hónaponként, esetleg évenként. A nagyarányú anyagon folytatott amerikai kísérletek után, nézete szerint, olyan skrupulusok, hogy az eljárás orvosi gyakorlatnak még át nem adható, nem indokoltak. Ezen felfogását az eljárás abszolút veszélytelensége egymagában is igazolja. Azt javasolja, hogy mint Amerika nagy városaiban, a közönség minél szélesebb körben világítassék fel a védõoltások céljáról és jelentőségérõl. A gyakorlati orvosoknak, az egészségügyi hivatalok útján felvilágosító nyomtatványok küldessenek szét és adatgyûjtés szempontjából kérdõíveket kapjanak, melyeket az anyag kiszolgáltatása ellenében tartoznak kitöltve a megfelelõ helyre juttatni.

Flesch Armin: Az állami gyermekmenhelyen több mint 200 esetben végzett próbákat és immunizációt hasonló eredménnyel. Kellemetlenséget nem látott, a csecsemõk fejlõdését nem zavarta. Érdekes, hogy a 2 hónapon alúliak is több mint 20%-ban adtak pozitív reactiót. De ha veszélytelen is, fontos, hogy a kellemetlen erõsebb reactiókat elkerüljük. Ezért kérdéses, hogy az utolsó nagy adag a fontos-e, vagy az alkalmazott adagok összegének összege. Továbbá fontos tudnunk, hogy elõzetes seruminjectio nem okoz-e az immunisatio alkalmával esetleges anaphylaxiás tüneteket. Megemlíti azon észleleteit, midõn az immunisatiós oltások mindegyikénél a bõrpróba fellángolását látta.

Johan Béla: Nem osztózik azok nézetében, akik a Gabritschewsky-féle vaccinát elvetendõnek tartják, mert erõs reactiókat okoz. Ha a reactiók olyan nagyon erõsek lennének, akkor Vas tanár nem lett volna képes annyi gyermeket oltani. Erõsebb reactiók ezzel is, meg a Dick-féle védõoltóanyaggal is elõfordulnak. Maga is azon véleményen volt, hogy az oltásokat még tovább is csak kísérleteknek tekintsük és ne bocsássuk forgalomba az oltóanyagot. Az orvosok részérõl széles körben megnyilvánult és naponként hangoztatott kívánság bírtak arra, hogy megváltoztassa álláspontját. A kísérleteket továbbra is folytatni kell. E célra szolgál egyrészt a már eddig oltott mintegy 17.000 gyermek, másrészt a zárt intézetekben, erre külön begyakorolt orvosok által végzendõ oltások. Mivel az oltás az eddigi tapasztalatok szerint veszélytelen, nem látja akadályát annak, hogy az oltóanyagok, ezzel foglalkozni kívánó orvosoknak rendelkezésére bocsáttassanak. Ma azt keressük, hogy a tapasztalataink, hol nem egyeznek a Dick-házaspár adataival. Ilyen eseteink lesznek és azt kell vizsgálnunk, hogy ezek nem-e oly nagyszámúak, hogy miattuk az eljárás értékét kétségbe kell vonnunk. Flesch megjegyzésére azt felelei, hogy összeállította a morbiditási statisztikát oly módon is, hogy azt nézte, milyen a morbiditás akkor, ha a százalékot nem az összes megbetegedésekre, hanem az illetõ városban élõ megfelelõ korú gyermekek számához viszonyítja. Azt találta, hogy a görbe lényegileg nem változott. Ilyen statisztikát Niedermayer szívességbõl Szombathelyre vonatkozólag készített, de nincs mód arra, hogy azt sokfelé megcsinálja, mert az adatok igen nehezen

gyűjthetők össze. A tapasztalat is azt bizonyítja, amit a szombathelyi morbiditási görbe a statisztikai adatok alapján mutat. Azt hiszi, hogy a vörhenynél a *Dick*-féle eljárás hatásos vagy nemhatásos voltát a megbetegedések számának csökkenése alapján bizonyítani alig lesz majd lehetséges, mert a morbiditás a vörhenyjárványoknál nagyon különböző. Előbb kaphatunk választ erre úgy, ha alapul a *Dick*-féle próbát vesszük és vizsgáljuk, hogy a *Dick*-negatív reakció védekezést jelent-e az esetek nagy százalékában. Ha igen, úgy ennek elérésére és ennek fenntartására kell törekednünk. Ha ezt elérjük, úgy reményünk lehet arra, hogy védekező eljárásunk hatásos is lesz.

A Charité Poliklinika január 21-i ülése.

Bemutatók:

1. Hegedüs Károly: Szokatlan nagyságú urethralis papilloma. A 29 éves nőbeteg urethrájának alsó falából az egész vulvát eltakaró, lebonyozott, rövid kocsányon lógó, fájdalomtalan, urethritises panaszokat okozó diónagyságú tumor indult ki, mely a szövettani vizsgálat szerint teleangiectasiás papillomának bizonyult. (*Johann-Gál*.) A tumort körülöltés után lemetsszéssel távolította el. Per secundam való gyógyulás után az urethritis tünetei eltűntek, recidiva nem jelentkezett. Az aetiológiai factorok különbözőek és emlékeztetnek a condyloma acuminatumra. Vagy pusztán paquelinezéssel kezelik őket, vagy Blum-féle kaccsal távolítja őket el, mikor is alapjukat újból paquelinezi.

Meisels Vilmos: Osztlályán évenként húgyesőpólypus 4–5 esetét látja nőknél, 2–3 esetét férfiaknál. Kölesmogyorónagyságúak, nőknél keményebbek, néha hármával is ülnek a húgyesőben, férfiaknál puhábbak, könnyen szétnyomhatók és emlékeztetnek a condyloma acuminatumra. Vagy pusztán paquelinezéssel kezelik őket, vagy Blum-féle kaccsal távolítja őket el, mikor is alapjukat újból paquelinezi.

2. Angyal Ferenc: Tonsillából kiinduló lymphosarcoma, 50 éves férfi jobb tonsillája gyermekökönnyire megnagyobbodott tömött tapintatú, környezettel összekapaszkodott, felső polusán ötkoronásnyi lepedékes erosio van; a hátsó garatív bal oldalán mogyorónyi tömött tapintatú tumor foglal helyet. A nyaki mirigyek jobb oldalt három ökönyi, a környezettel összekapaszkodó csomót képeznek. A betegnek léptumora nincs, Wassermann-reactio negatív, kistokú leukocytosis (11.500 fcs., 88% neutrophil sejttel, kóros sejt alakok nélkül); a fennálló phthisis pulm. elsősorban tuberculosisos folyamat fennállását gyaníttatja, a próbaexcisióval nyert szövetrészlet histológiai vizsgálata szerint azonban lymphosarcomának bizonyult (I. sz. kórbonctani intézet). A kezelés Röntgen-besugárzásból állott, melynek hatására a folyamat 1 hét alatt úgyszólván teljesen visszafejlődött. A kedvező eredményt nem tartja véglegesnek; recidivák ismét Röntgennel kezelendők. Felnőtteknél található mandola- és garatmandola-tútfengés esetén, mely nem a gyermekorból származik, mindig gondoljunk lymphosarcomára.

Bolgár Ferenc: A tumor rohamos visszafejlődése a Röntgen-besugárzás után amellét szól, hogy nem a tüdő tuberculosisával összefüggő lymphomáról, hanem lymphosarcomáról van szó.

Körmöczy Emil: Az ilyen nyirokképletduzzanatok jellege gyakran nehezen állapítható meg. Jelen esetben a fájdalomtalan és a Röntgenre való gyors reactio regionalis aleukaemiás lymphocytoma gondolatát kelti. A jellemző vérképet a tonsilla kifehélyesedése módosíthatta. A biztos kórismét csak a további észlelés fogja eldönteni.

Angyal Ferenc (zárszó): A fájdalomtalan ságot nem tartja a lymphosarcoma diagnosisa ellen értékesíthető tünetnek. Ehhez járul, hogy a kórszövettani lelet (atipicitás) tumor mellett szól. A pontos differentiál diagnosist jelentőségét csökkentti, hogy mindkét megbetegedés terapiája ugyanaz.

3. Polgár Ferenc és Strauss Hugó: Lapocka fejlődési rendellenessége: 14 éves fiúnál mindkét oldalt a lapocka magasán áll. E Sperrgel-féle deformitás esete érdekes, mert kétoldali az elváltozás, ami ritkaság. A Röntgen-vizsgálat kimutatta, hogy a betegnél mindkét oldalt a lapocka és gerincoszlop közt egy közbeiktatott, négyszögletes csont látható. Ezenkívül a nyaki gerincen spina bifida post. occulta, végül az 5–6. nyakcsigolyák tövisnyujtványainak széles esontlemezzé való összeforrása mutatható ki.

lyák tövisnyujtványainak széles esontlemezzé való összeforrása mutatható ki.

4. Fenyő János: *Naevus flammeus ignipunkturával kezelt esetét és siderosist utánzó acnepunctatum esetét mutatja be.*

Előadás.

Antal Pál: *Pneumonia és keringési insufficiencia.* A pneumoniákat három csoportba osztja: 1. Primaer pneumonia (crouposa *Fraenkel-Friedländer*); 2. secundaer symptomatikus (fertőző betegségek elején); 3. secundaer hypostatikus. Az első csoport csak akkor vesélyezteteti a keringést, ha nagy kiterjedésű és az infectio súlyos. A második csoportban a pneumonia-tünet, a beteg sorsát az alapbetegség dönti el, nem a pneumonia. A harmadik csoportban a pneumonia sohasem oka, hanem következménye a szívgyengeségnek, illetve a vasomotor-bénulásnak, chininderivatumokkal való specifikus kezelésnek csak az első csoportban van jogosultsága. Cardialis kezelés az első és második csoport könnyű eseteiben felesleges, a harmadik csoportban eredmény nem várható, mert itt többnyire a szív kezelése közben lépett fel a pneumonia, jeléül annak, hogy a szívinsufficiencia nem reparabilis. Az első és második csoport középsúlyos eseteiben a cardialis-kezelés döntő lehet. Az ágyhoz kötött chronikus beteg pneumoniaja hypostatikus; a beteg ültetése tehát csak a pneumoniától óv meg. De a szívhalál hamarabb következik be, mint abszolút ágynyugalom esetén.

KÉRDÉSEK ÉS FELELETEK

Micsoda jó, de a betegre veszélytelen eljárás van arra, hogy a post gonorrhoeam-folyást provokálják górcsővi váladéknyerés céljából. *T. Sz.*

Blenorrhoeában szenvedett betegnél váladékvizsgálás céljából a gyakorlatban általában alkalmazott provokáló eljárások 3 csoportra oszthatók: 1. *mechanikaiak*, (pl. szondának a húgyesőbe való vezetése), 2. *chemiaiak* (pl. 1%-os argenti nitricum instillatio, 3%-os hydrogenperoxyd.), 3. *serologiaik* (pl. arthigon 0.5–1.0, esetleg 4 nap múlva újabb 1.0–2.0 cm³, gonargin (5–10 millió csira) mindkét eljárás csak intramuscularisan alkalmazandó. Használatosak még tejinjectiók, valamint Röntgen-provocatio is, ezek azonban fájdalomosságuk miatt, illetőleg körülményesen keresztülvihető voltak következtében a gyakorlatban nem terjedtek el.

Mindezen eljárások helyesen alkalmazva és önmagukban teljesen veszélyteleneknek mondhatóak; arthigont és gonarginat azonban csak *intramuscularisan* adjunk, mert intravenás alkalmazásuk rázóhideggel és magas lázzal jár.

E különböző eljárások valamelyikének alkalmazása következtében 6–12 óra múlva jelentkezik a mikroszkopiai vizsgálatra alkalmazható váladék.

Temesváry György dr.,
budapesti bőrklinikai
assistens.

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 január hó 30-án tartandó tudományos ülésének programja: *Előadás: 1. Darányi Gyula:* A staphylococcusok kórtani sajátosságairól (a mult ülésről elmaradt előadás). *2. Guszmann József és Torday Ferenc:* Küzdelem a világrahozott syphilis ellen. *I. Guszmann József:* A világrahozott syphilis prophylaxisának problémája. *II. Torday Ferenc:* A világrahozott syphilis jelentősége.

A Budapesti Poliklinikai Egyesület igazgatótanácsa *Apponyi Albert gróf* elnöklete alatt jan. 22-én tartott ülésében a gróf Apponyi Albert Poliklinika igazgatójává néhai Eröss Gyula utódjául egyhangúlag *Lobmayer Géza* egyetemmi m. tanárt, a Poliklinika sebész-főorvosát választotta meg.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi magántanárnak a budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán „A fizikai gyógy módok” című tárgykörből nyert magántanári képesítésének az „Orvosi éghajlat, fürdőtan és ásványvizitan” című tárgykörre történt kiterjesztését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezettet ezen minőségben megerősítette. — A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Sebestyén Gyula dr.* egyetemi tanársegédnek „Sebészeti műtéttan”, *Geiger Ernő dr.* egyetemi tanársegédnek „Az anyagforgalmi betegségek kórtana” és *Kelemen György dr.* egyetemi tanársegédnek „A fül és a felső légutak kór- és gyógytana” című tárgykörből a pécsi magy. kir. Erzsébet Tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezetteket ezen minőségükben megerősítette.

Az Orvosi Casino Semmelweis-serleg vacsorája. Az Orvosi Casino 11-ik Semmelweis-serleg beszédjét ez évben báró *Korányi Sándor* egyetemi tanár tartotta. Beszédjét a következő számunkban közöljük. *Temesváry Rezső* elnöki beszédjében megemlékezett a jelenlevő *Id. Imre József* orvosi etikájáról, ezután *Tauffer Vilmos* nagy tetszést aratott felszólalásában az összetartás szükségét hangoztatta s elragadó optimizmusával a szebb és jobb időket varázsolta elének. *Alapy Henrik br. Korányi Sándort, Lobmayer Géza* a budapesti egyetem orvosi fakultásának tanárait köszöntötte fel, *Sághy Lajos* pedig az Orvosszövetség elnökségét. A megemlékezéseket *Grósz Emil* és *Gerlóczy Zsigmond* köszönték meg.

Az orvosok hivatás közben szerzett betegségéről érdekes és tanulságos adatokat közöl *Gerlóczy Zsigmond* egyet. tanár az Egészség múlt évi utolsó számában. A vezetése alatt álló Szent László fertőző kórház statisztikai adatai szerint 1917-től 1925 június 30-ig a szolgálatban állott 176 al-, segéd- és 12 főorvos közül 104, tehát 55,3% betegedett meg fertőző betegségekben. A megbetegedések közül 33 tonsillitis, 32 influenza (egy halálesettel), 5 scarlatina, 3–3 hastyphus és angina, 12 dysenteria, 4 conjunctivitis epidemica, 2–2 nephritis phlegmona és pleuritis, továbbá 1–1 diphtheria, erisipelas és enteritis epidemica volt. A kórház tisztviselői közül 12 betegedett meg és 4 halt meg; ápolónői közül 630 betegedett meg és 30 halt meg, 78 egyéb megbetegedett alkalmazott közül pedig 9 halt meg hivatásuk teljesítése közben szerzett fertőző betegségekben. Az ápolónőkre és egyéb alkalmazottakra vonatkozó statisztika 1910-től 1925. június 30-ig, a tisztviselőkre vonatkozó pedig 1918-tól kezdve tartalmaz adatokat.

Az Országos Közegészségi Egyesület iskolaorvosi szakosztálya február 5-én, a közegészségtani intézet tantermében fél 7 órakor „Az iskolaegészségügy szervezése Magyarországon és külföldön” címmel vitastélyt rendez, melyre az érdeklődőket meghívja. *Előadók: Juba Adolf* egyetemi magántanár és *Pauler Károly* székesfevárosi tisztviselő orvos. A vitába bárki részt vehet, ki szándékát a titkárnál (*Láng Menyhért*) bejelenti.

Fajegészségügyi- és örökléstani tanfolyamok tartanak az újévben Ausztriában, a német Fajegészségtani Társaság kezdeményezésére, egyelőre a tanítói és tanári kar részére. A laikus közönség és az ifjúság számára egyaránt fontos illetően ismereteket a szakma legkiválóbb bel- és külföldi művelői adják elő.

Népegészségügyi előadássorozat és továbbképző tanfolyamok lesznek a most folyó évben a düsseldorfi socialhygienei Akadémián. Február 15. április 12. és július 12-i kezdettel öt-öt napos tanfolyamot tartanak az iparhygiene köréből, részvételi díj 50 M. Április 19-én kezdődik a háromhetes népegészségügyi tanfolyam, díj 225 M. Hathetes ipari orvostani kurzus kezdődik május 17-én, díj 175 M. Ötnapos tanfolyam tárgyalja a népesedéspolitika és örökléstani legújabb irányait, kezdődik július 5-én, díja 50 M.; végül ötnapos tanfolyamon biztosítási orvosszakértői kiképzést nyújtanak június 28-tól, díj 40 M.

A magzatüzés büntetésének felfüggesztését kívánja bizonyos esetekben az a javaslat, melyet a német szociáldemokrata párt a birodalmi gyűlés elé terjesztett. A javaslat hatályon kívül akarja helyezni a régi büntetőtörvénykönyv két szakaszát, mely a magzatüzés büntető szankcióit írja elő, abban az esetben, ha a terhesség megszakítását approbált orvos végzi az első

három hónapban. A jogügyi bizottság a javaslatot esélyt többséggel, 14 szavazattal 12 szavazat ellen elvetette.

A Rákospalotai Alkoholelleses Gyógyítóház. A népjóléti- és munkaügyi minisztérium, miután a magyar alkoholelleses mozgalmat új életre keltette, nagyarányú anyagi támogatásával biztosította, hogy az Altalános Közjótékonyági Egyesület által fenntartott Rákospalotai Alkoholelleses Gyógyítóház működését újra megkezdhesse. Az alkoholelleses mozgalom modern kiépítése során számos hasonló gyógyítóház létesítésére van kilátás.

Az oxfordi nemzetközi Természettudományi Kongresszus orvosi szakosztálya tárgyalás alá vette a német tudósok meghívásának kérdését. Az előkészítő bizottság lesz hivatva dönteni, hogy a német tudományos testületeket meghívják-e az 1926-ban tartandó kongresszusra. A német orvosi fakultások képviselői magát e tényt olyan súlyos, a tudomány szabadságán ejtett sérelemnek nyilvánította, hogy távolmaradását határozta el, még abban az esetben is, ha a meghívás megtörténne.

Sexualis paedagogia. Az O. K. E. kezdeményezésére az Állatorvosi Főiskola vezetősége elhatározta, hogy a folyó tanévben a hallgatóknak négy előadást tartanak a nemi élet egészségügyéről. Az előadások megtartásával *Steiger-Kazal Dezső* egyetemi tanársegédet bízták meg.

A Népegészségügyi Múzeum tanulságos szemléltető anyaggal bővült, amennyiben a vezetőség a legmodernebb balesetvédelmi berendezések bemutatását tette lehetővé. A múzeum új anyaga naponta 10–1 óra között díjtalanul megtekinthető. (Eötvös-u. 3.)

Magyarország megosonkítása és a Felvidék egészségügye. Cseh szaklapok közleményeiből kiténik, hogy a szlovenszki munkásbiztosító pénztárak gyógykezelési terhei az utolsó öt esztendőben nagy emelkedést mutatnak. Szakemberek magyarázata szerint ennek legfőbb oka az, hogy a felvidéki tót lakosság mióta az alföldi mezei munkától el van zárva, fokozottan túdul az industrialis munkamezőkre, ami a környezet és az életkörülmények megváltozása folytán egyet jelent azzal, hogy betegedési statisztikája lényegesen romlott.

A mesterséges opium előállítás. *H. Metz* new-yorki vegyigyáros 100.000 dolláros pályadíjat tűzött ki az opium mesterséges előállítására. Feltétel az, hogy a feltaláló a találmányból anyagi hasznot nem húzhat, azt a Népszövetség egészségügyi bizottságának rendelkezésére kell bocsájtania, úgyhogy az ilyen módon produkált opium nemzetközi ellenőrzés alatt a világ gyógycélokra szükségelt mennyiségét fedezhesse. Ezáltal lehetővé válnék az opiumnyerés céljából való máktermesztés erős korlátozása és az opium abusus megszüntetése.

A bécsi orvosi facultás német nyelvű továbbképző tanfolyamainak 1925–26. évi programját, mely a részvétel feltételeiről és a fizetendő díjakról is felvilágosítást ad, kívánatra szívesen küldi a „Büro der Wiener Ärztekurse”, Wien VIII., Schloßelgasse 2.

A Rockefeller-alapítvány 1924. évi működése. A nemrég közzé tett jelentése szerint az alapítvány 1924-ben 13.788.866 dollárt fizetett ki különböző országok egészségügyi intézményeinek és szervezeteinek támogatására. Működése a világ 109 államára terjed ki, ezenkívül immár negyedik éve vesz részt a Népszövetség egészségügyi tevékenységében. Ellenére annak, hogy az alapítvány rendelkezésére óriási tőkék állanak, a megoldható feladatok nagy tömegéből csak keveset tud az alapítvány teljes mértékben támogatni.

Fogápolás és népegészségügy. A rosszul vagy egyáltalában nem ápolt száj egész sereg betegségnek okozója. Ezért vált a fogápolás rendszeressé tétele elsőrendű közegészségügyi jelentőségű feladattá. Különösen fontos a fogápolás a gyermekkorban, amikor még a szuvasodás megelőzhető, ezért létesítenek mindenfelé az iskolákban gyermek-fogklinikákat. Amerikában már fogászati védőnők is működnek, akik a megelőzés ilyen tömegmunkájában rendkívül beválnak, mert nemcsak a fogápolás közegészségügyi jelentőségére, hanem annak népgazdasági fontosságára is kioktatják a lakosságot, hangsúlyozva azt, hogy a helyes és rendszeres fogápolás későbbi nagymérvű kiadásokat tesz feleslegessé.

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

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

Hasi hagymáz	6	2	Gyermekágyi láz...	—	(—)
Küteleg hagymá...	—	(—)	Báranyhimlő	61	(—)
Hólyagos (ál-)himlő.	—	(—)	Járv. fültömrigylob	13	(—)
Kanyaró	36	1	Vérhas	7	(—)
Vörheny	50	3	Járv. agygerincagyhariglob	—	(—)
Szamárhurut	12	1	Trachoma	6	(—)
Rones, torok-, gégeglob	25	3	Veszétség	—	(—)
Influenza	3	1	Lépfene	1	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Lapunk mai számához a „Wiener klinische Wochenschrift“ dem praktischen Arzt című prospektusa van mellékelve.

A szerkesztő fogadóórját 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



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

Dr. MOLNÁR SZANATÓRIUM
ideg- és kedélybetegék részére, SÁTORALJÁÚJHELY

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

Dr. PAJOR Sanatorium és Vizgyógyintézet
Budapest, VIII, Vas-utca 17. — A magánklinikai osztályon

teljes ellátás napi díja 140.000 korona.
Dr. Mandler Otto gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

A zemplénavarmegyei (sátoraljaujhelyi) Erzsébet kórháznál 1926. évi május hó 1-én betöltendő, s az állami rendszerű VIII. fiz. osztály 3-ik fokozatának megfelelő kezdő fizetéssel és lakással javadalmazott egy kórhonctani és serologiai főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, akik ezen állásra pályáznai óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt elméleti képesítésüket, kórhonctani és laboratoriumi orvosi dolgokban való jártasságukat, rövid éleleírásukat, a forradalom és kommunizmus ideje alatt tanúsított magatartásukat, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, méltóságos Széll József úrhoz címzett kérvényeiket hozzám az 1926. évi február hó 15-ig bezárólag mutassák be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Sátoraljaujhely, 1926. évi január hó 9-én.
240/1826. sz. Bernáth Aladár, alispán.

Püspökladány községben megüresedett községi II.-od orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályáznai óhajtókat, hogy képesítésüket, eddigi szolgálatukat, a forradalmak és ellenséges megszállások alatt

tanúsított, valamint politikai és erkölcsi magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi február hó 14-ig adják be. A később érkezőket nem veszem figyelembe. Az állással a 141.000/1924. B. M. sz. rendeletben előírt fizetés, családi pótlék és lakbér, valamint a szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és szemledíjak vannak egybekötve. A választást Püspökladány községben folyó évi február hó 16-án tartandó képviselőtestületi ülésen fogom megtartani.

Hajduszoboszló, 1926 január 18-án.
104/1926. sz.

A főszolgabíró.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem törvényszéki-orvostani intézetében megüresedett II. tanársegédi állásra pályázatot hirdetek. Felhívom mindazon orvosdoktorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket és az eltöltött kórházi gyakorlatot igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket az orvoskari dékáni hivatalba február hó 1-ig adják be. A II. tanársegédi állás javadalma az állami X. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, az annak megfelelő lakpénz vagy természetbeni lakás.

Debrecen, 1926 január hó 12.

Dr. Orsós Ferenc s. k. egyet. ny. r. tanár.

A m. kir. Államvasutak Betegségi Biztosító Intézetének orvosi rendelőintézetében ujonnan szervezett:

egy szemszakorvossegédi,

egy idegszakorvossegédi és

egy nőgyógyászati és szülészeti képzettséggel bíró

nőgyógyászszakorvossegédi állásra pályázatot hirdetünk. Elfoglaltság a szemészetben napi 2 óra, illetve heti 12 óra, díjazás havi 2.400.000 korona tiszteletdíj és 90.000 korona fuvarátalány, az ideggyógyászatban és a nőgyógyászatban napi 1 óra, illetve heti 6 óra, díjazás havi 1.200.000 korona tiszteletdíj és 90.000 korona fuvarátalány. A pályázati kérvények legkésőbbben 1926 febr. hó 6-ig nyújtandók be a m. kir. Államvasutak Igazgatóságának A/IV. osztályában, Budapest VI., Andrásy-út 73-75. sz., földszint 25. sz. A pályázati kérvényekhez a minősítést igazoló okmányokon kívül a következők is esatolandók: 1. születési anyakönyvi kivonat; 2. illetőségi bizonyítvány; 3. rövid éleleírás (Curriculum vitae) és ennek keretén belül 4. a háború alatt teljesített katonai szolgálat rövid leírása az adatok lehető igazolásával; 5. hiteles bizonyítvány a pályázónak az 1918. évi forradalom és 1919. évi kommunizmus ideje alatt tanúsított magatartásáról.

Budapest, 1926 január hó 21.
850/926. A/IV. sz.

Az igazgatóság.

Pest vármegye Gyömrő és Péteri községekből álló gyömrői kórhonctani állásra pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-c. §-a értelmében orvosi oklevelükkel, születési anyakönyvi kivonattal, továbbá működési bizonyítványukkal és politikai megbízhatóságukat igazoló helyhatósági bizonylattal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi február hó 3-ának déli 12 órájáig annál inkább adják be, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe nem fogom venni. Forradalom és kommun alatti magatartás megfelelő módon külön is igazolandó. Az állás javadalmazása a 141.000/1924. sz. B. M. rendelet értelmében a IX. fizetési osztály III-ik fokozatának megfelelő törzsfizetés és lakbér, valamint a vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, látogatási és kezelési díjak. A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Gyömrő, 1926. évi január hó 19.
286/1926. kig. sz.

A főszolgabíró.



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

Fióküzletek:
VII, Rákóczi-út 78 és IV, Vámház-körút 8
Nagyállandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon: József 19-24